

Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8

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

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

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>



© 2022 The Author(s). Published with
license by Taylor & Francis Group, LLC.



Published online: 15 Sep 2022.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 77931



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)



Citing articles: 2 View citing articles [↗](#)

Full Terms & Conditions of access and use can be found at
<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=wijt21>


REPORT

มาตรฐานการดูแลสุขภาพสำหรับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ ฉบับที่ 8

E. Coleman¹, A. E. Radix^{2,3}, W. P. Bouman^{4,5}, G. R. Brown^{6,7}, A. L. C. de Vries^{8,9}, M. B. Deutsch^{10,11}, R. Ettner^{12,13}, L. Fraser¹⁴, M. Goodman¹⁵, J. Green¹⁶, A. B. Hancock¹⁷, T. W. Johnson¹⁸, D. H. Karasic^{19,20}, G. A. Knudson^{21,22}, S. F. Leibowitz²³, H. F. L. Meyer-Bahlburg^{24,25}, S. J. Monstrey²⁶, J. Motmans^{27,28}, L. Nahata^{29,30}, T. O. Nieder³¹, S. L. Reisner^{32,33}, C. Richards^{34,35}, L. S. Schechter³⁶, V. Tangpricha^{37,38}, A. C. Tishelman³⁹, M. A. A. Van Trotsenburg^{40,41}, S. Winter⁴², K. Ducheny⁴³, N. J. Adams^{44,45}, T. M. Adrián^{46,47}, L. R. Allen⁴⁸, D. Azul⁴⁹, H. Bagga^{50,51}, K. Başar⁵², D. S. Bathory⁵³, J. J. Belinky⁵⁴, D. R. Berg⁵⁵, J. U. Berli⁵⁶, R. O. Bluebond-Langner^{57,58}, M.-B. Bouman^{9,59}, M. L. Bowers^{60,61}, P. J. Brassard^{62,63}, J. Byrne⁶⁴, L. Capitán⁶⁵, C. J. Cargill⁶⁶, J. M. Carswell^{32,67}, S. C. Chang⁶⁸, G. Chelvakumar^{69,70}, T. Corneil⁷¹, K. B. Dalke^{72,73}, G. De Cuypere⁷⁴, E. de Vries^{75,76}, M. Den Heijer^{9,77}, A. H. Devor⁷⁸, C. Dhejne^{79,80}, A. D'Marco^{81,82}, E. K. Edmiston⁸³, L. Edwards-Leeper^{84,85}, R. Ehrbar^{86,87}, D. Ehrensaft¹⁹, J. Eisfeld⁸⁸, E. Elaut^{74,89}, L. Erickson-Schroth^{90,91}, J. L. Feldman⁹², A. D. Fisher⁹³, M. M. Garcia^{94,95}, L. Gijs⁹⁶, S. E. Green⁹⁷, B. P. Hall^{98,99}, T. L. D. Hardy^{100,101}, M. S. Irwig^{32,102}, L. A. Jacobs¹⁰³, A. C. Janssen^{23,104}, K. Johnson^{105,106}, D. T. Klink^{107,108}, B. P. C. Kreukels^{9,109}, L. E. Kuper^{110,111}, E. J. Kvach^{112,113}, M. A. Malouf¹¹⁴, R. Massey^{115,116}, T. Mazur^{117,118}, C. McLachlan^{119,120}, S. D. Morrison^{121,122}, S. W. Mosser^{123,124}, P. M. Neira^{125,126}, U. Nygren^{127,128}, J. M. Oates^{129,130}, J. Obedin-Maliver^{131,132}, G. Pagkalos^{133,134}, J. Patton^{135,136}, N. Phanuphak¹³⁷, K. Rachlin¹⁰³, T. Reed^{138†}, G. N. Rider⁵⁵, J. Ristori⁹³, S. Robbins-Cherry⁴, S. A. Roberts^{32,139}, K. A. Rodriguez-Wallberg^{140,141}, S. M. Rosenthal^{142,143}, K. Sabir¹⁴⁴, J. D. Safer^{60,145}, A. I. Scheim^{146,147}, L. J. Seal^{35,148}, T. J. Sehoole¹⁴⁹, K. Spencer⁵⁵, C. St. Amand^{150,151}, T. D. Steensma^{9,109}, J. F. Strang^{152,153}, G. B. Taylor¹⁵⁴, K. Tilleman¹⁵⁵, G. G. T'Sjoen^{74,156}, L. N. Vala¹⁵⁷, N. M. Van Mello^{9,158}, J. F. Veale¹⁵⁹, J. A. Vencill^{160,161}, B. Vincent¹⁶², L. M. Wesp^{163,164}, M. A. West^{165,166} and J. Arcelus^{5,167}

¹Institute for sexual and gender Health, department of family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical school, Minneapolis, MN, USA; ²Callen-Lorde Community Health Center, New York, NY, USA; ³Department of Medicine, NYU Grossman school of Medicine, New York, NY, USA; ⁴Nottingham Centre for Transgender Health, Nottingham, UK; ⁵School of Medicine, University of Nottingham, Nottingham, UK; ⁶James H. Quillen College of Medicine, East Tennessee State University, Johnson City, TN, USA; ⁷James H. Quillen VAMC, Johnson City, TN, USA; ⁸Department of Child and Adolescent Psychiatry, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; ⁹Center of expertise on gender dysphoria, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, the Netherlands; ¹⁰Department of Family & Community Medicine, University of California—San Francisco, San Francisco, CA, USA; ¹¹UCSF Gender Affirming Health Program, San Francisco, CA, USA; ¹²New Health Foundation Worldwide, Evanston, IL, USA; ¹³Weiss Memorial Hospital, Chicago, IL, USA; ¹⁴Independent Practice, San Francisco, CA, USA; ¹⁵Emory University Rollins School of Public Health, Atlanta, GA, USA; ¹⁶Independent scholar, Vancouver, WA, USA; ¹⁷The George Washington University, Washington, DC, USA; ¹⁸Department of Anthropology, California State University, Chico, CA, USA; ¹⁹University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA; ²⁰Independent Practice at dankarasic.com; ²¹University of British Columbia, Vancouver, Canada; ²²Vancouver Coastal Health, Vancouver, Canada; ²³Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago, Chicago, IL, USA; ²⁴New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; ²⁵Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA; ²⁶Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; ²⁷Transgender Infopunt, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; ²⁸Centre for Research on Culture and Gender, Ghent University, Ghent, Belgium; ²⁹Department of Pediatrics, the Ohio State University College of Medicine, Columbus, OH, USA; ³⁰Endocrinology and Center for Biobehavioral Health, the Abigail Wexner Research Institute at Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA;

³¹University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Interdisciplinary Transgender Health Care Center Hamburg, Institute for Sex Research, Sexual Medicine and Forensic Psychiatry, Hamburg, Germany; ³²Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ³³Harvard T. H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA; ³⁴Regents University London, UK; ³⁵Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, London, UK; ³⁶Rush University Medical Center, Chicago, IL, USA; ³⁷Division of Endocrinology, Metabolism & Lipids, Department of Medicine, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA; ³⁸Atlanta VA Medical Center, Decatur, GA, USA; ³⁹Boston College, Department of Psychology and Neuroscience, Chestnut Hill, MA, USA; ⁴⁰Bureau GenderPro, Vienna, Austria; ⁴¹University Hospital Lilienfeld–St. Pölten, St. Pölten, Austria; ⁴²School of Population Health, Curtin University, Perth, WA, Australia; ⁴³Howard Brown Health, Chicago, IL, USA; ⁴⁴University of Toronto, Ontario Institute for Studies in Education, Toronto, Canada; ⁴⁵Transgender Professional Association for Transgender Health (TPATH); ⁴⁶Asamblea Nacional de Venezuela, Caracas, Venezuela; ⁴⁷Diverlex Diversidad e Igualdad a Través de la Ley, Caracas, Venezuela;

CONTACT Dr Eli Coleman, PhD  Institute for sexual and gender Health, department of family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical school, Minneapolis, MN, USA

†deceased.

© 2022 the author(s). Published with license by Taylor & Francis group, LLC.

this is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution-noncommercial-noderivatives license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, and is not altered, transformed, or built upon in any way.

⁴⁸University of Nevada, Las Vegas, NV, USA; ⁴⁹La Trobe Rural Health School, La Trobe University, Bendigo, Australia; ⁵⁰Monash Health Gender Clinic, Melbourne, Victoria, Australia; ⁵¹Monash University, Melbourne, Victoria, Australia; ⁵²Department of Psychiatry, Hacettepe University, Ankara, Turkey; ⁵³Independent Practice at Bathory International PLLC, Winston-Salem, NC, USA; ⁵⁴Durand Hospital, Guemes Clinic and Urological Center, Buenos Aires, Argentina; ⁵⁵National Center for Gender Spectrum Health, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA; ⁵⁶Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA; ⁵⁷NYU Langone Health, New York, NY, USA; ⁵⁸Hansjörg Wyss Department of Plastic surgery, New York, NY, USA; ⁵⁹Department of Plastic surgery, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; ⁶⁰Icahn school of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA; ⁶¹Mills-Peninsula Medical Center, Burlingame, CA, USA; ⁶²GRS Montreal, Complexe CMC, Montreal, Quebec, Canada; ⁶³Université de Montreal, Quebec, Canada; ⁶⁴University of Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiri, New Zealand/Aotearoa; ⁶⁵The Facialteam Group, Marbella International Hospital, Marbella, Spain; ⁶⁶Independent scholar; ⁶⁷Boston's Children's Hospital, Boston, MA, USA; ⁶⁸Independent Practice, Oakland, CA, USA; ⁶⁹Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA; ⁷⁰The Ohio state university, College of Medicine, Columbus, OH, USA; ⁷¹School of Population & Public Health, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada; ⁷²Penn State Health, PA, USA; ⁷³Penn State College of Medicine, Hershey, PA, USA; ⁷⁴Center for Sexology and Gender, Ghent University Hospital, Gent, Belgium; ⁷⁵Nelson Mandela University, Gqeberha, South Africa; ⁷⁶University of Cape Town, Cape Town, South Africa; ⁷⁷Department of Endocrinology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; ⁷⁸University of Victoria, Victoria, BC, Canada; ⁷⁹ANOVA, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ⁸⁰Department of Medicine Huddinge, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ⁸¹UCTRANS—United Caribbean Trans Network, Nassau, The Bahamas; ⁸²D M A R C O Organization, Nassau, The Bahamas; ⁸³University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA; ⁸⁴Pacific University, Hillsboro, OR, USA; ⁸⁵Independent Practice, Beaverton, OR, USA; ⁸⁶Whitman Walker Health, Washington, DC, USA; ⁸⁷Independent Practice, Maryland, USA; ⁸⁸Transvisie, Utrecht, The Netherlands; ⁸⁹Department of Clinical Experimental and Health Psychology, Ghent University, Gent, Belgium; ⁹⁰The Jed Foundation, New York, NY, USA; ⁹¹Hetrick-Martin Institute, New York, NY, USA; ⁹²Institute for Sexual and Gender Health, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA; ⁹³Andrology, Women Endocrinology and Gender Incongruence, Careggi University Hospital, Florence, Italy; ⁹⁴Department of Urology, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, USA; ⁹⁵Departments of Urology and Anatomy, University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA; ⁹⁶Institute of Family and Sexuality Studies, Department of Neurosciences, KU Leuven, Leuven, Belgium; ⁹⁷Mermaids, London/ Leeds, UK; ⁹⁸Duke University Medical Center, Durham, NC, USA; ⁹⁹Duke Adult Gender Medicine Clinic, Durham, NC, USA; ¹⁰⁰Alberta Health Services, Edmonton, Alberta, Canada; ¹⁰¹MacEwan University, Edmonton, Alberta, Canada; ¹⁰²Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, USA; ¹⁰³Independent Practice, New York, NY, USA; ¹⁰⁴Northwestern Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA; ¹⁰⁵RMIT University, Melbourne, Australia; ¹⁰⁶University of Brighton, Brighton, UK; ¹⁰⁷Department of Pediatrics, Division of Pediatric Endocrinology, Ghent University Hospital, Gent, Belgium; ¹⁰⁸Division of Pediatric Endocrinology and Diabetes, ZNA Queen Paola Children's Hospital, Antwerp, Belgium; ¹⁰⁹Department of Medical Psychology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; ¹¹⁰Department of Psychiatry, Southwestern Medical Center, University of Texas, Dallas, TX, USA; ¹¹¹Department of Endocrinology, Children's Health, Dallas, TX, USA; ¹¹²Denver Health, Denver, CO, USA; ¹¹³University of Colorado School of Medicine, Aurora, CO, USA; ¹¹⁴Malouf Counseling and Consulting, Baltimore, MD, USA; ¹¹⁵WPATH Global Education Institute; ¹¹⁶Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA; ¹¹⁷Jacobs School of Medicine and Biomedical Sciences, University at Buffalo, Buffalo, NY, USA; ¹¹⁸John R. Oishei Children's Hospital, Buffalo, NY, USA; ¹¹⁹Professional Association for Transgender Health, South Africa; ¹²⁰Gender DynamiX, Cape Town, South Africa; ¹²¹Division of Plastic Surgery, Seattle Children's Hospital, Seattle, WA, USA; ¹²²Division of Plastic Surgery, Department of Surgery, University of Washington Medical Center, Seattle, WA, USA; ¹²³Gender Confirmation Center, San Francisco, Ca, USA; ¹²⁴Saint Francis Memorial Hospital, San Francisco, CA, USA; ¹²⁵Johns Hopkins Center for Transgender Health, Baltimore, MD, USA; ¹²⁶Johns Hopkins Medicine Office of Diversity, Inclusion and Health Equity, Baltimore, MD, USA; ¹²⁷Division of Speech and Language Pathology, Department of Clinical Science, Intervention and Technology, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ¹²⁸Speech and Language Pathology, Medical Unit, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ¹²⁹La Trobe University, Melbourne, Australia; ¹³⁰Melbourne Voice Analysis Centre, East Melbourne, Australia; ¹³¹Stanford University School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Palo Alto, CA, USA; ¹³²Department of Epidemiology and Population Health, Stanford, CA, USA; ¹³³Independent Practice Thessaloniki, Greece; ¹³⁴Military Community Mental Health Center, 424 General Military Training Hospital, Thessaloniki, Greece; ¹³⁵Talkspace, New York, NY, USA; ¹³⁶CytiPsychological LLC, San Diego, CA, USA; ¹³⁷Institute of HIV

Research and Innovation, Bangkok, Thailand; ¹³⁸Gender Identity Research and Education Society, Leatherhead, UK; ¹³⁹Division of Endocrinology, Boston's Children's Hospital, Boston, MA, USA; ¹⁴⁰Department of Reproductive Medicine, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ¹⁴¹Department of Oncology-Pathology, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden; ¹⁴²Division of Pediatric Endocrinology, UCSF, San Francisco, CA, USA; ¹⁴³UCSF Child and Adolescent Gender Center; ¹⁴⁴FTM Phoenix Group, Krasnodar Krai, Russia; ¹⁴⁵Mount Sinai Center for Transgender Medicine and Surgery, New York, NY, USA; ¹⁴⁶Epidemiology and Biostatistics, Dornsife School of Public Health, Drexel University, Philadelphia, PA, USA; ¹⁴⁷Epidemiology and Biostatistics, Schulich School of Medicine and Dentistry, Western University, Ontario, Canada; ¹⁴⁸St George's University Hospitals NHS Foundation Trust, London, UK; ¹⁴⁹Iranti, Johannesburg, South Africa; ¹⁵⁰University of Houston, Houston, TX, USA; ¹⁵¹Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; ¹⁵²Children's National Hospital, Washington, DC, USA; ¹⁵³George Washington University School of Medicine, Washington, DC, USA; ¹⁵⁴Atrium Health Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery, Charlotte, NC, USA; ¹⁵⁵Department for Reproductive Medicine, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; ¹⁵⁶Department of Endocrinology, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; ¹⁵⁷Independent Practice, Campbell, CA, USA; ¹⁵⁸Department of Obstetrics and Gynaecology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; ¹⁵⁹School of Psychology, University of Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiroa, New Zealand/Aotearoa; ¹⁶⁰Department of Psychiatry & Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; ¹⁶¹Division of General Internal Medicine, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; ¹⁶²Trans Learning Partnership at <https://spectra-london.org.uk/trans-learning-partnership>, UK; ¹⁶³College of Nursing, University of Wisconsin Milwaukee, Milwaukee, WI, USA; ¹⁶⁴Health Connections Inc., Glendale, WI, USA; ¹⁶⁵North Memorial Health Hospital, Robbinsdale, MN, USA; ¹⁶⁶University of Minnesota, Minneapolis, MN USA; ¹⁶⁷Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

บทคัดย่อ

ข้อมูลพื้นฐาน: การดูแลสุขภาพของบุคคลข้ามเพศนั้นเป็นการดูแลด้วยสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการเพิ่มจำนวนประชากรและมีการเปิดเผยตัวตนของบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศมากขึ้นอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน ซึ่งพวกเขาแสวงหาการสนับสนุนและการยืนยันเพศสภาพทางการแพทย์ ในขณะที่การศึกษาในเรื่องนี้มีมากขึ้นอย่างชัดเจนเช่นกัน The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) เป็นองค์กรของผู้เชี่ยวชาญโดยทีมสหสาขาวิชาชีพระดับนานาชาติ ซึ่งมีการกิจเพื่อส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพโดยใช้หลักฐานทางวิชาการเป็นพื้นฐาน ส่งเสริมให้มีการศึกษา งานวิจัย นโยบายทางสาธารณสุข รวมไปถึงการให้ความสำคัญของสุขภาพบุคคลข้ามเพศ หนึ่งในภารกิจหลักของ WPATH คือการส่งเสริมให้มีมาตรฐานการดูแลสุขภาพของบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ ผ่านทางมาตรฐานการดูแล (the Standards of Care, SOC) SOC ฉบับแรกนั้นถูกพัฒนาขึ้นใน ค.ศ. 1979 และฉบับล่าสุด (SOC-7) ถูกตีพิมพ์ในปี 2012 และเนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการเพิ่มขึ้น WPATH จึงมอบหมายให้มีการพัฒนามาตรฐานการดูแลฉบับใหม่ขึ้นเป็น SOC-8

เป้าหมาย: เป้าหมายโดยรวมของ SOC-8 คือการให้คำแนะนำทางการแพทย์แก่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศให้ได้เข้าถึงบริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้มีเพศสภาพของตนเองอย่างมีความสุขและยั่งยืน โดยมีจุดประสงค์ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจและเติมเต็มความเป็นตัวของตัวเองอย่างเหมาะสม

กระบวนการ: SOC-8 จัดทำขึ้นบนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการที่ดีที่สุดและข้อตกลงระหว่างผู้เชี่ยวชาญในเรื่องสุขภาพของบุคคลข้ามเพศ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับนานาชาติถูกเลือกขึ้นเพื่อเป็นคณะกรรมการของ SOC-8 คำแนะนำถูกพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ไม่เอื้อประโยชน์ต่อใคร รวมไปถึงใช้ข้อมูลจากการทบทวนความรู้พื้นฐานและความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้วย การแบ่งระดับของคำแนะนำนั้นถูกแบ่งบนพื้นฐานของข้อมูลที่สนับสนุนคำแนะนำนั้น ๆ ผ่านการอภิปรายถึงความเสี่ยงหรืออันตราย รวมไปถึงความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้และกายอมรับในบริบทหรือประเทศที่แตกต่างกัน

ผลลัพธ์: SOC-8 มีทั้งหมด 18 บท โดยรวบรวมคำแนะนำสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลและรักษาบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ แต่คำแนะนำนั้นจะมีคำบรรยายถึงเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง หัวข้อโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลข้ามเพศนั้นถูกกล่าวถึงในบท คำศัพท์ การประยุกต์ใช้ทั่วโลก การประเมินประชากรและการศึกษา เนื้อหาที่เขียนขึ้นสำหรับประชากรที่หลากหลายในกลุ่มบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศถูกกล่าวถึงในบท การประเมินในผู้ใหญ่ วัยรุ่น เด็ก นอนโบนารี ยูนิค อินเทอร์เน็ตและบรรยากาศสถาบัน และเนื้อหาเกี่ยวกับการยืนยันเพศสภาพอยู่ในบท การใช้ฮอร์โมน การผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด เสียงและการสื่อสาร การดูแลปฐมภูมิ สุขภาพการเจริญพันธุ์ สุขภาพเพศและสุขภาพจิต

สรุป: SOC-8 มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีการดูแลสุขภาพที่ยืดหยุ่น สามารถปรับเข้าได้กับสุขภาพหลากหลายแบบของกลุ่มบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศทั่วโลก ในขณะที่มีการนำไปประยุกต์ใช้นั้น คำแนะนำได้เสนอมาตรฐานสำหรับการส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและคำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาในบุคคลซึ่งมีความไม่สอดคล้องทางเพศสภาพ เช่นเดียวกับในมาตรฐานการดูแลฉบับก่อน เกณฑ์ต่าง ๆ ที่สร้างขึ้นในเอกสารฉบับนี้เกี่ยวกับขั้นตอนการยืนยันเพศสภาพทางการแพทย์นั้น เป็นเพียงคำแนะนำทางคลินิก ซึ่งควรมีการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศแต่ละราย

คำสำคัญ: วัยรุ่น; การประเมิน; เด็ก; การสื่อสาร; การศึกษา; ต่อมไร้ท่อ; ยูนิค; ความหลากหลายทางเพศ; บุคลากรทางการแพทย์; บรรยากาศสถาบัน; อินเทอร์เน็ต; สุขภาพจิต; นอนโบนารี; ประชากร; การดูแลหลังผ่าตัด; การดูแลปฐมภูมิ; สุขภาพการเจริญพันธุ์; สุขภาพเพศ; SOC8; มาตรฐานการดูแล; การผ่าตัด; คำศัพท์; บุคคลข้ามเพศ; เสียง

บทนำ	S6
บทที่ 1 คำศัพท์	S12
บทที่ 2 การประยุกต์ใช้ทั่วโลก	S15
บทที่ 3 การประมาณประชากร	S22
บทที่ 4 การศึกษา	S25
บทที่ 5 การประเมินในผู้ใหญ่	S28
บทที่ 6 วัยรุ่น	S38
บทที่ 7 เด็ก	S58
บทที่ 8 Nonbinary (นอนไบนารี)	S68
บทที่ 9 Eunuchs (ยูนุก)	S75
บทที่ 10 Intersex (อินเตอร์เซ็กส์)	S80
บทที่ 11 บรรยากาศสถาบัน	S90
บทที่ 12 การใช้ฮอร์โมน	S95
บทที่ 13 การผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด	S110
บทที่ 14 เสี่ยงและการสื่อสาร	S117
บทที่ 15 การดูแลปฐมภูมิ	S122
บทที่ 16 สุขภาพการเจริญพันธุ์	S133
บทที่ 17 สุขภาพเพศ	S139
บทที่ 18 สุขภาพจิต	S146
กิตติกรรมประกาศ	S152
เอกสารอ้างอิง	S155
ภาคผนวก A ระเบียบวิธี	S250
ภาคผนวก B อภิธานศัพท์	S256
ภาคผนวก C การใช้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ	S258
ภาคผนวก D ข้อสรุปเกณฑ์สำหรับการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัดสำหรับผู้ใหญ่และวัยรุ่น	S263
ภาคผนวก E การยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด	S265

บทนำ

วัตถุประสงค์และการใช้มาตรฐานการดูแล

เป้าหมายโดยรวมของมาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 (SOC-8) โดย the World Professional Association for Transgender Health's (WPATH) เพื่อเสนอแนวทางทางคลินิกสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ที่ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender diverse, TGD) ได้ เข้า ถึง บริการ ที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้มีเพศสภาพของตนเองอย่างมีความสุขและยั่งยืน โดยมีจุดประสงค์ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจและเติมเต็มความเป็นตัวของตนเองอย่างเหมาะสม การดูแลนี้รวมถึงการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัด การดูแลเรื่องเสียงและการสื่อสาร การดูแลปฐมภูมิ การกำจัดขน การดูแลเรื่องสุขภาพการเจริญพันธุ์สุขภาพเพศ และสุขภาพจิต โดยอาจไม่จำกัดเพียงการดูแลเหล่านี้เท่านั้น ระบบบริการสุขภาพควรให้การดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์เกี่ยวกับการยืนยันเพศสภาพแก่บุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ: คู่มือที่ 2 — การประยุกต์ใช้ทั่วโลก คำแนะนำ 2.1

WPATH เป็นองค์กรของผู้เชี่ยวชาญโดยทีมสหสาขาวิชาชีพระดับนานาชาติ ซึ่งมีภารกิจเพื่อส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพโดยใช้หลักฐานทางวิชาการเป็นพื้นฐาน ส่งเสริมให้มีการศึกษา งานวิจัย นโยบายทางสาธารณะ รวมไปถึงการให้ความสำคัญของสุขภาพบุคคลข้ามเพศ โดยถูกก่อตั้งขึ้นในปี 1979 ในปัจจุบันองค์กรมีสมาชิกมากกว่า 3000 คน ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ นักสังคมศาสตร์และผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องในการดูแลทางคลินิก การวิจัย การศึกษา หรือการสนับสนุนที่ส่งผลต่อชีวิตของบุคคล TGD WPATH มองภาพในอนาคตให้โลกเป็นที่ที่บุคคลไม่ว่าจะมีอัตลักษณ์ทางเพศใดก็ตามหรือมีการแสดงออกทางเพศใดก็ตาม สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ ได้รับการทางสังคม ความยุติธรรมและความเท่าเทียม

หนึ่งในภารกิจหลักของ WPATH คือการส่งเสริมให้มีมาตรฐานการดูแลสุขภาพของบุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่ดีที่สุด ผ่านทางมาตรฐานการดูแล (the Standards of Care, SOC) SOC-8 จัดทำขึ้นบนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการที่ดีที่สุดที่มีอยู่ รวมไปถึงข้อสรุปจากผู้เชี่ยวชาญ มาตรฐานการดูแลนั้นถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี 1979 และฉบับล่าสุดถูกตีพิมพ์ในปี 2012

งานวิจัยและประสบการณ์ส่วนใหญ่ในศาสตร์นี้มักมาจากประเทศแถบอเมริกาเหนือและยุโรปตะวันตก อย่างไรก็ตาม การนำ SOC-8 ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ของโลกนั้นถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ คำแนะนำที่คำนึงถึงความสัมพันธ์หรือความรอบรู้ทางด้านวัฒนธรรมได้ถูกบรรจุอยู่ใน SOC ฉบับนี้ด้วย

WPATH ตระหนักดีว่าสุขภาพนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพียงแค่การดูแลทางคลินิกที่มีคุณภาพสูงเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับสังคมและการเมือง

ที่สะท้อนถึงความเท่าเทียมในสังคมและการมีสิทธิพื้นฐานของประชากรด้วย สุขภาวะสามารถได้รับการสนับสนุนผ่านทางนโยบายทางสาธารณะและกฎหมายที่ส่งเสริมให้มีความเท่าเทียมและความคุ้นชินในเรื่องของความหลากหลายทางเพศได้และยังสามารถกำจัดอคติ การแบ่งแยก การถูกตีตราด้วย WPATH มีความมุ่งมั่นที่จะสนับสนุนในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและทางกฎหมายด้วย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลบุคคล TGD ควรเป็นเสียงสนับสนุนเพื่อให้มีการเข้าถึงการดูแลเพื่อยืนยันเพศสภาพอย่างปลอดภัย ในขณะที่เดียวกันควรเคารพการตัดสินใจของผู้รับบริการแต่ละคนด้วย

ในขณะที่เอกสารฉบับนี้มีไว้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก อย่างไรก็ตามบุคคลเพศหลากหลายเองและครอบครัวหรือสถาบันทางสังคม อาจใช้ SOC-8 ฉบับนี้เพื่อเข้าใจว่าจะสามารถทำอะไรได้บ้าง เพื่อส่งเสริมให้มีบุคคลเพศหลากหลายสุขภาพที่ดี

SOC-8 ประกอบไปด้วย 18 บทซึ่งรวบรวมคำแนะนำสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ผู้ซึ่งทำงานกับบุคคล TGD ในแต่ละคำแนะนำนั้นจะตามด้วยข้อความอธิบายเกี่ยวกับเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง คำแนะนำสำหรับการเริ่มการยืนยันเพศทางทางการแพทย์ด้วยยา และ/หรือ การผ่าตัด (gender-affirming medical and/or surgical treatments, GAMSTs) สำหรับผู้ใหญ่และวัยรุ่นนั้นได้ถูกเขียนอยู่ในบทที่เกี่ยวข้องนั้น ๆ (ดูบทการประเมินสำหรับผู้ใหญ่และบทวัยรุ่น) ข้อสรุปคำแนะนำและเกณฑ์สำหรับการยืนยันเพศทางทางการแพทย์ด้วยยาและหรือการผ่าตัดสามารถดูที่ภาคผนวก D

กลุ่มประชากรที่กล่าวถึงใน SOC-8

ในเอกสารฉบับนี้เราใช้วลี บุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender diverse, TGD) เนื่องจากเป็นคำที่กว้างและครอบคลุมได้มากที่สุดในการอธิบายสมาชิกในชุมชนที่มีความหลากหลาย ซึ่งมี ตัวตนอยู่ทั่วโลก โดยที่เขาเหล่านั้นมีอัตลักษณ์ทางเพศหรือการแสดงออกทางเพศแตกต่างไปจากเพศสภาพที่สังคมกำหนดไว้ว่าเป็นลักษณะของเพศกำเนิด ซึ่งหมายรวมถึงบุคคลที่มีประสบการณ์ อัตลักษณ์ และการแสดงออกที่จำเพาะทางวัฒนธรรมและ/หรือ ทางภาษาด้วย ซึ่งอาจอยู่หรือไม่อยู่บนพื้นฐานของกรอบแนวคิดทางเพศของตะวันตกก็ได้ หรืออาจหรือไม่อาจอธิบายได้ด้วยภาษาของประเทศแถบตะวันตกด้วย

SOC-8 โดย WPATH นั้นครอบคลุมบุคคลทุกคนที่อยู่ภายใต้คำ TGD หรือครอบคลุมกรณีที่แนวปฏิบัตินี้ควรจะถูกนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมความเท่าเทียมและสิทธิมนุษยชน

บุคคล TGD ครอบคลุมอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกทางเพศที่หลากหลายมากและมีความต้องการในเรื่องการดูแลเพื่อยืนยันเพศสภาพที่แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงชีวิต ซึ่งเกี่ยวข้องไปกับเป้าหมายของแต่ละคน ลักษณะเฉพาะของแต่ละคน ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มี

อยู่ และ วัฒนธรรมทางสังคมหรือบริบททางการเมือง หากมาตรฐาน การดูแลขาดคำแนะนำที่ครอบคลุมถึงบุคคลบางกลุ่ม อาจนำไปสู่การ

ดูแลที่หลากหลายและก่อให้เกิดอันตรายหรือแรงต่อต้านได้ SOC-8 ได้ บรรลุคำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลเพศ หลากหลายที่มักถูกละเลย และ/หรือ เป็นกลุ่มชายขอบ เช่น นอนไบ นารี ยูนิคและอินเตอร์เซ็กซ์ เป็นต้น

SOC-8 ยังกล่าวถึงการดูแลที่เหมาะสมสำหรับเด็ก TGD ซึ่งรวมถึง การยับยั้งการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เมื่อมีข้อบ่งชี้และการใช้ฮอร์โมนเพื่อ ยืนยันเพศสภาพเมื่อมีข้อบ่งชี้

บุคคล TGD มักมีประสบการณ์เจอการต่อต้านบุคคลข้ามเพศ การ ถูกตีตรา การละเลยหรือถูกปฏิเสธการรักษาเมื่อเขาเหล่านั้นต้องการ บริการทางการแพทย์ซึ่งพบได้ทั่วโลก บุคคล TGD มักรายงานว่าพวกเขา ต้องเป็นฝ่ายสอนบุคลากรทางการแพทย์ว่าจะต้องดูแลพวกเขา อย่างไรเนื่องจากยังขาดซึ่งความรู้และการฝึกอบรมที่เพียงพอ การถูก แบ่งแยก การเป็นกลุ่มชายขอบของสังคมและการถูกเกลียดชังของ บุคคล TGD นำไปสู่ความเครียดของคนกลุ่มน้อย และความเครียดของ คนกลุ่มน้อยนั้นสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลให้มีอัตราการเกิดภาวะ ซึมเศร้าที่มากขึ้น อัตราการฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตัวเองที่มากขึ้น เปรียบเทียบกับบุคคลตรงเพศ บุคลากรในทุกแขนงควรพิจารณาถึง ความเปราะบางเหล่านี้ WPATH ขอกระตุ้นให้ผู้มีอำนาจทางการแพทย์ ผู้กำหนดนโยบายหรือองค์กรทางการแพทย์ทั้งหลาย ลูกขึ้นมาต่อสู้กับ ความรู้สึกต่อต้านบุคคลข้ามเพศในบรรดาบุคลากรทางการแพทย์ และ ควรทำทุกวิถีทางเพื่อให้มั่นใจว่าบุคคล TGD จะได้รับการส่งต่อไปยัง บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์และมีความเต็มใจในการให้ การดูแลเพื่อการยืนยันเพศสภาพ

ความยืดหยุ่นในการปรับใช้ SOC

SOC-8 มีเป้าหมายให้มีความยืดหยุ่นเพื่อเหมาะกับความต้องการใน การดูแลสุขภาพที่หลากหลายของบุคคล TGD ทั่วโลก ในขณะที่นำไป ประยุกต์ใช้นั้นแนวปฏิบัติได้ให้มาตรฐานในการดูแลสุขภาพเพื่อ ส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นคำแนะนำการดูแล สุขภาพของบุคคลที่มีความไม่สอดคล้องทางเพศ เช่นเดียวกับ SOC ใน ฉบับที่ผ่านมา เกณฑ์ต่าง ๆ ที่ถูกเขียนขึ้นในเอกสารฉบับนี้เพื่อขั้นตอน การยืนยันเพศสภาพ เป็นเพียงหลักเกณฑ์ทางคลินิก บุคลากรทาง การแพทย์หรือสถาบันแต่ละแห่งอาจนำไปปรับใช้ในการให้ คำปรึกษาบุคคล TGD ให้เหมาะสม การรักษาทางคลินิกบางอย่างอาจ แตกต่างไปจาก SOC ฉบับนี้ เนื่องจากผู้รับบริการแต่ละคนมี ความจำเพาะในเรื่องกายวิภาค สังคมหรือสภาพจิตที่ต่างต่างกัน อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์มักคุ้นเคยกับวิธีการในการดูแลสถานการณ์ที่ พบบ่อย นอกจากนั้นยังขาดการศึกษาวิจัยและทรัพยากรในหลายแห่ง ของโลก จึงยังต้องการแนวทางที่จำเพาะในการลดความเสี่ยงที่อาจ

เกิดขึ้นได้ การรักษาที่นอกเหนือเหล่านี้ควรอธิบายให้กับผู้รับบริการ และลงบันทึกไว้ ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลมีคุณภาพและเป็นการป้องกันทาง กฎหมายด้วย เอกสารฉบับนี้ยังรวบรวมข้อมูลใหม่ ๆ ซึ่งในอนาคต สามารถนำมาใช้ทบทวนเพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลต่อไป

SOC-8 ส่งเสริมบทบาทของการให้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจเลือกการ รักษาและแนวทางในการลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนั้น SOC ฉบับนี้ตระหนักถึงการแสดงออกทางเพศที่หลากหลาย ซึ่งอาจไม่ จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางจิตใจ ทางฮอร์โมนหรือการผ่าตัด บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้ SOC ฉบับนี้เพื่อช่วยเหลือ ผู้รับบริการให้พิจารณาถึงการบริการทางการแพทย์อย่างกว้างขวาง ให้ เหมาะกับการแสดงออกทางเพศของแต่ละคน

ความหลากหลาย หรือ การวินิจฉัยโรค

การแสดงออกและอัตลักษณ์ของเพศสภาพ ที่ไม่เป็นไปตามในแบบที่ เข้าใจกันตามเพศกำเนิดนั้นพบได้บ่อยและเป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึง ความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรมของมนุษย์ ซึ่งไม่ควรถูกนำมามอง ในแง่ลบหรือมองว่าเป็นสิ่งผิดปกติ แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าบุคคลที่มี ความไม่สอดคล้องทางเพศหรือมีอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออก ทางเพศที่หลากหลายนั้น ได้รับการถูกตีตราจากสังคมส่วนใหญ่ทั่วโลก การถูกตีตราเหล่านี้นำไปสู่การมีอคติและการถูกแบ่งแยก ส่งผลให้เกิด ความเครียดในคนกลุ่มน้อย ความเครียดในคนกลุ่มน้อยนี้มีลักษณะ จำเพาะ(นอกเหนือไปจากความเครียดที่เกิดขึ้นในประชากรทั่วไป) ซึ่ง โดยส่วนใหญ่แล้วจะเป็นความเครียดทางสังคมและเรื้อรังและอาจทำให้ บุคคล TGD มีความเปราะบางของสุขภาพจิต เช่น ภาวะวิตกกังวลและ ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น นอกจากอคติและการถูกแบ่งแยกในสังคมแล้ว นั้น การถูกตีตรายังสามารถก่อให้เกิดการถูกเหยียดหยามและถูก ละเลยได้ ซึ่งสามารถนำไปสู่ความทุกข์ในจิตใจ อย่างไรก็ตามอาการ เหล่านี้ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากอิทธิพลของสังคม และไม่ใช่ว่าบุคคล TGD ทุกคนจำเป็นต้องมี

ในขณะที่ความทุกข์ใจในเพศสภาพ (Gender Dysphoria, GD) ถูก จัดอยู่ในเรื่องสุขภาพจิตจาก the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) โดย the American Psychiatric Association แต่ความทุกข์ใจในเพศสภาพ ไม่พบว่าเป็น ความผิดปกติหรือเป็นโรคทางจิตในสังคมทั่วโลก ความไม่สอดคล้อง ทางเพศนั้นได้ถูกพูดถึงว่าเป็นภาวะหนึ่งใน the International Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Version of the World Health Organization (ICD-11) และ เนื่องจากการถูกตีตราทั้งในอดีตและในปัจจุบัน บุคคล TGD อาจมี ประสบการณ์เกิดความทุกข์ใจซึ่งสามารถจัดการได้ด้วยการยืนยันเพศ สภาพด้วยวิธีต่าง ๆ ในขณะที่คำศัพท์มีการเปลี่ยนแปลงและมีคำศัพท์ ใหม่หรือการจัดประเภทแบบใหม่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะจากองค์กรเกี่ยวกับ สุขภาพหรือองค์กรที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการต่าง ๆ นั้น ความจำเป็น

ทางด้านการแพทย์ของการรักษาและการดูแลนั้นเป็นที่ยอมรับอย่างชัดเจนสำหรับบุคคลที่มีความไม่สอดคล้องระหว่างเพศ กำเนิดและอัตลักษณ์ทางเพศ

การได้รับการวินิจฉัยก่อนเพื่อนำไปสู่การรักษานั้น อาจไม่จำเป็นต้องทำในทุกสังคม ประเทศ หรือระบบการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ในบางประเทศนั้นการวินิจฉัยอาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นและยังสามารถชี้้นำถึงการทำวิจัยในอนาคตเพื่อนำไปสู่การรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การบริการทางสุขภาพ

เป้าหมายของการดูแลเพื่อการยืนยันเพศสภาพคือการดูแลบุคคล TGD โดยคำนึงถึงความต้องการและความเป็นอยู่ดีของสุขภาพด้านสังคมจิตใจ และร่างกายอย่างเป็นองค์รวม ในขณะที่เคารพการยืนยันอัตลักษณ์ทางเพศไปพร้อมๆกัน การดูแลเพื่อยืนยันเพศสภาพสนับสนุนให้บุคคลในทุกช่วงวัยตั้งแต่ช่วงแรกเริ่มที่มีสัญญาณของความสอดคล้องทางเพศในวัยเด็ก จนกระทั่งวัยผู้ใหญ่และต่อเนื่องไปจนถึงเมื่ออายุมากขึ้น และยังคงรวมถึงบุคคลที่มีความกังวลหรือยังไม่แน่ใจในอัตลักษณ์ทางเพศของตนเอง ไม่ว่าจะก่อนและหลังการตัดสินใจยืนยันเพศ

การดูแลสุขภาพของบุคคลข้ามเพศนั้นครอบคลุมขอบเขตที่กว้าง เกี่ยวข้องกับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมระหว่างทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคต่อมไร้ท่อ ศัลยแพทย์ เสียงและการสื่อสาร การดูแลปฐมภูมิสุขภาพการเจริญพันธุ์ สุขภาพเพศ และสุขภาพจิต ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนให้มีขั้นตอนการยืนยันเพศสภาพตลอดจนการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและการรักษาโรคเรื้อรัง ขั้นตอนการยืนยันเพศสภาพนั้นรวมถึงการยับยั้งการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การใช้ฮอร์โมน การผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ และเป็นสิ่งที่ควรเข้าใจว่า ไม่มีขั้นตอนใดที่เหมาะสมกับทุกคน นอกจากนั้นบุคคล TGD อาจมีความต้องการในการทำขั้นตอนทุกอย่าง หรือบางอย่าง หรือเลือกที่จะไม่ทำขั้นตอนใดเลยในกระบวนการยืนยันเพศสภาพ แนวทางปฏิบัตินี้สนับสนุนให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการเริ่มขั้นตอนการยืนยันเพศสภาพ และมีการเพิ่มเติมข้อมูลให้ทันสมัยในเรื่องของเกณฑ์ที่ต้องการ ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและอุปสรรคของการดูแลรักษา

แท้จริงแล้วการสื่อสารและการทำงานร่วมกันของผู้ให้บริการนั้น เป็นสิ่งที่ควรพึงมี เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เหมาะสม และการกำหนดขั้นตอนการยืนยันเพศสภาพนั้นควรยึดเอาความต้องการของผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางพร้อมกับการลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ในสถานที่ที่มีทรัพยากรเพียงพอ ระบบการบริการระหว่างทีมสหวิชาชีพและการประสานงานในการดูแลนั้นมักเป็นสิ่งที่ทำเป็นประจำ อย่างไรก็ตาม ยังมีอีกหลายแห่งที่ยังขาดแคลนทรัพยากรสำหรับการดูแลบุคคลข้ามเพศอยู่ ในสถานที่เหล่านี้เราแนะนำให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์สร้างเครือข่ายสำหรับการดูแลสุขภาพบุคคลทางเพศขึ้นหากยังไม่เคยมีอยู่

เดิม

ในบางครั้ง บุคคล TGD ถูกบังคับจากครอบครัวหรือชุมชนทางศาสนาให้เข้ารับการรักษาแก้ไขความไม่สอดคล้องทางเพศ WPATH ขอดัดอย่างมากรวมสำหรับขั้นตอนนี้ (ดูคำแนะนำ 6.5 และ 18.10)

ระบบบริการทางสุขภาพ

SOC-8 เป็นคำแนะนำที่มีรากฐานบนสิทธิพื้นฐานของบุคคล TGD ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้ทุกสถานการณ์ในการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะมีพื้นฐานทางการแพทย์หรือทางสังคมอย่างไรก็ตาม คำแนะนำเหล่านี้ยังรวมถึงมาตรฐานในการดูแลบุคคล TGD ที่ถูกคุมขังหรืออาศัยอยู่ในสถาบันต่าง ๆ

บุคคล TGD หลายคนใช้ฮอร์โมนด้วยตนเองเนื่องจากขาดบุคลากรที่มีความรู้ ปรึกษาการเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่าย หรือประสบการณ์ที่เคยถูกตีตราจากระบบบริการสุขภาพ พฤติกรรมนี้ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพที่อาจเกิดจากการใช้ยาโดยไม่มีการตรวจติดตามถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ในขณะสูงเกินไป หรืออาจเกิดความเสี่ยงจากการติดเชื้อเมื่อใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน อย่างไรก็ตามในหลายคนนั้น อาจเกิดมาจากเหตุผลที่ว่า พวกเขาไม่สามารถเข้าถึงการดูแลเพื่อยืนยันเพศสภาพได้ การใช้ฮอร์โมนด้วยตนเองควรได้รับการดูแลเพื่อลดความเสี่ยงและควรให้ผู้รับบริการมารับการปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งสามารถให้การดูแลที่ปลอดภัยและมีการตรวจติดตามระหว่างการใช้ฮอร์โมน

ในบางประเทศมีความตระหนักถึงสิทธิของบุคคล TGD มากขึ้น และคลินิกเกี่ยวกับเพศได้ถูกก่อตั้งขึ้นสำหรับการให้บริการสุขภาพ แต่ในบางประเทศ สถานบริการเหล่านี้ยังขาดแคลนหรือมีอยู่กระจุกกระจายและขาดซึ่งทรัพยากร ในปัจจุบันมีรูปแบบการให้บริการหลายแบบซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นตัวต้นแบบได้ เช่น การให้การดูแลเพื่อการยืนยันเพศสภาพอย่างกระจายออกจากศูนย์กลางเข้าสู่ระดับปฐมภูมิมากขึ้น และการให้บริการทางเทเลเฮลท์ เพื่อลดอุปสรรคและเพิ่มอัตราการเข้าถึง ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการด้วยวิธีใดก็ตาม หลักการพื้นฐานของการดูแลเพื่อการยืนยันเพศสภาพตามที่เขียนอยู่ใน SOC-8 นี้ ควรได้รับการนำไปใช้ ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม การเมือง และทางการแพทย์ของแต่ละที่

ระเบียบวิธี

SOC-8 ฉบับนี้ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิชาการที่ทำการมีระเบียบวิธีมากกว่าฉบับก่อน หลักฐานทางวิชาการนั้นไม่เพียงแต่เป็นวรรณกรรมที่ถูกตีพิมพ์เท่านั้น (เช่นเดียวกับหลักฐานจากความรู้พื้นฐาน) แต่ยังมีข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญอีกด้วย แนวทางคำแนะนำที่อ้างอิงหลักฐานทางวิชาการประกอบด้วยคำแนะนำที่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมและถูกสร้างขึ้นโดยการทบทวนหลักฐานโดยละเอียด ประเมินถึงประโยชน์และอันตราย อีกทั้ง

การประเมินและความนิยมจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้

การศึกษาวิจัยนั้นให้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการร่างคำแนะนำในเวชปฏิบัติและข้อเสนอแนะต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องประเมินถึงหลักความเป็นจริงและความสามารถในการนำไปใช้ได้จริงในบริบทต่าง ๆ ด้วย ในขั้นตอนการพัฒนา SOC-8 นี้ ได้นำข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติซึ่งถูกสร้างขึ้นโดย the National Academies of Medicine และองค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วยประเด็นความโปร่งใส นโยบายเกี่ยวกับการได้ประโยชน์หรือการขัดกันแห่งผลประโยชน์ องค์ประกอบของคณะกรรมการ รวมไปถึงกระบวนการทำงานในกลุ่มย่อย

คณะกรรมการของแนวทางปฏิบัติ SOC-8 นี้เป็นผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิจัย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งมีมุมมองที่หลากหลายและเป็นตัวแทนจากหลายภูมิภาค ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีการร่างแนวทางปฏิบัติได้มีส่วนในขั้นตอนการวางแผนและการพัฒนาคำถาม รวมไปถึงการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังมีความช่วยเหลือจากคณะกรรมการผู้ให้คำปรึกษาในระดับนานาชาติ รวมไปถึงข้อคิดเห็นจากสาธารณชนด้วย สมาชิกของคณะกรรมการทุกคนได้รายงานถึงการมีผลประโยชน์หรือการขัดกันแห่งผลประโยชน์อย่างครบถ้วน คำแนะนำใน SOC-8 นี้มีพื้นฐานจากหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุน ประกอบกับการอภิปรายถึงความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมไปถึงความสามารถในการนำไปใช้ได้จริง และการยอมรับเพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์และประเทศที่แตกต่างกันไป ข้อสรุปของคำแนะนำสุดท้ายถูกสร้างขึ้นโดยใช้ขั้นตอน Delphi ซึ่งผ่านสมาชิกทุกคนในคณะกรรมการการสร้างแนวทางปฏิบัติ โดยคำแนะนำที่ออกมา นั้น จะต้องถูกอนุมัติจากสมาชิกอย่างน้อย 75% รายละเอียดเกี่ยวกับระเบียบวิธีการร่าง SOC-8 ได้ถูกเขียนไว้ใน **ภาคผนวก A**

สรุปแต่ละบทใน SOC-8

SOC-8 นำเสนอความก้าวหน้าที่มากขึ้นอย่างชัดเจนเปรียบเทียบจากฉบับก่อน การเปลี่ยนแปลงในฉบับนี้อยู่บนพื้นฐานของระเบียบวิธีการพัฒนาที่แตกต่างไปจากฉบับก่อน การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่ชัดเจน ความก้าวหน้าในองค์ความรู้ทางคลินิก และประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญสำหรับบุคคล TGD ที่นอกเหนือไปจากการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัด

ขั้นตอนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติฉบับใหม่นี้ เริ่มขึ้นจาก SOC-7 ในปี 2011 นำมาปรับให้ครอบคลุมมากขึ้น เปลี่ยนจากการให้ความสำคัญกับเกณฑ์ทางจิตวิทยาสำหรับ “การวินิจฉัยภาวะการเป็นบุคคลข้ามเพศ” และการดูแลทางการแพทย์เพื่อบรรเทาความทุกข์ใจในเพศสภาพ มาเป็นการให้ความสำคัญในการดูแลเพื่อยืนยันเพศสภาพอย่างเป็นทางการสำหรับคนคนหนึ่ง SOC-8 โดย WPATH ฉบับนี้ได้

ขยายขอบเขตถึงบุคคลที่อยู่ภายใต้คำว่าบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ และกล่าวถึงสิ่งที่ควรและไม่ควรเสนอในกระบวนการยืนยันเพศสภาพ รวมไปถึงกล่าวถึงบริบทที่แนวทางปฏิบัตินี้ควรถูกนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้มีความเท่าเทียมและมีสิทธิมนุษยชน

SOC-8 ประกอบไปด้วยหลายบท เช่น การประเมินในผู้ใหญ่ การศึกษา ยูนูค และนอนโบนารี เป็นต้นนอกจากนั้น บทเด็กและวัยรุ่นที่มีอยู่ใน SOC-7 เดิมได้ถูกแบ่งออกเป็นสองบทแยกกัน โดยรวมแล้ว SOC-8 มีความยาวที่มากกว่าฉบับก่อน และเสนอบทนำและคำแนะนำที่ลงลึกมากกว่าสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ บทสรุปของแต่ละบทใน SOC-8 มีดังต่อไปนี้

บทที่ 1— คำศัพท์

บทนี้เป็นบทใหม่ที่กล่าวถึงภาษาที่ใช้ใน SOC-8 นี้และนำเสนอข้อแนะนำในการใช้คำศัพท์ บทนี้แนะนำ (1) คำศัพท์และคำจำกัดความ (2) แนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับการใช้คำศัพท์เหล่านั้น โดยมีเอกสารแนบเป็นคำอธิบายศัพท์ (**ดูภาคผนวก B**) สำหรับคำที่พบบ่อยและภาษาเพื่อเป็นกรอบในการนำไปใช้และการตีความ SOC-8

บทที่ 2 — การประยุกต์ใช้ทั่วโลก

บทนี้กล่าวถึงวรรณกรรมที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและการกระจายระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุม บุคคล TGD มากขึ้น นอกเหนือไปจากประเทศในทวีปยุโรปตะวันตกและอเมริกาเหนือ และยังคงกล่าวถึงคำแนะนำในการนำไปใช้และแปลความ SOC-8 ในบริบทต่าง ๆ ด้วย

บทที่ 3 — การประมาทประชากร

ในบทนี้ได้เพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินจำนวนประชากรของบุคคล TGD โดยอ้างอิงหลักฐานในปัจจุบัน สัดส่วนนั้นอาจอยู่ในช่วงของน้อยกว่า 1% จนไปถึงหลายเปอร์เซ็นต์ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ในการประเมิน ช่วงอายุ และภูมิภาค

บทที่ 4 — การศึกษา

บทนี้เป็นบทใหม่ซึ่งนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในเรื่องการดูแลสุขภาพของบุคคล TGD บทนี้ให้คำแนะนำในระดับองค์การราชการ หรือองค์กรที่ไม่อยู่ในระบบราชการระดับสถาบันหรือระดับผู้ให้บริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีมาตรฐานและมีความเห็นอกเห็นใจ จุดประสงค์ของบทนี้คือเพื่อเป็นพื้นฐานของการศึกษาและเชิญชวนให้มีการอภิปรายในเชิงลึกและกว้างขวางมากขึ้นในหมู่นักการศึกษาและบุคลากรทางการแพทย์

บทที่ 5 — การประเมินในผู้ใหญ่

บทนี้เป็นบทใหม่ที่เสนอถึงแนวทางปฏิบัติในการประเมินผู้ใหญ่ TGD ผู้

ซึ่งต้องการการดูแลเพื่อยืนยันเพศสภาพด้วยยาหรือการผ่าตัด (gender-affirming medical and surgical treatments, GAMSTs) บทนี้กล่าวถึงข้อมูลใหม่ในขั้นตอนการประเมินซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการเป็นศูนย์กลาง อีกทั้งยังเสนอเกณฑ์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อนำไปใช้ในการให้คำแนะนำ GAMSTs แก่ผู้ใหญ่ TGD

บทที่ 6 — วัยรุ่น

บทนี้เป็นบทใหม่ซึ่งเขียนขึ้นเพื่อวัยรุ่น TGD โดยเฉพาะซึ่งมีความจำเพาะและแตกต่างจาก บทเด็ก ซึ่งถูกเขียนขึ้นสำหรับ SOC-8 ฉบับนี้เนื่องจาก (1) มีอัตราการส่งต่อผู้รับบริการในวัยรุ่นมากขึ้นอย่างชัดเจน (2) มีการมีการศึกษาที่มากขึ้นในประชากรวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศ (3) มีการดูแลเพื่อยืนยันการยืนยันเพศสภาพและการพัฒนาที่จำเพาะในช่วงอายุนี้ บทนี้เสนอคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการประเมินวัยรุ่นที่ต้องการ GAMSTs ประกอบกับเสนอคำแนะนำหากต้องทำงานร่วมกับวัยรุ่นและครอบครัว

บทที่ 7— เด็ก

บทนี้เป็นบทใหม่ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศในช่วงก่อนเข้าสู่วัยรุ่นและกล่าวถึงแนวปฏิบัติและแนวทางการดูแลที่เหมาะสมเกี่ยวกับการพัฒนาจิตสังคม

บทที่ 8 — Nonbinary (นอนไบนารี)

บทนี้เป็นบทใหม่ใน SOC-8 ซึ่งกล่าวถึงคำอธิบายโดยรวมเกี่ยวกับนอนไบนารีและการนำไปใช้ในบริบททางกาย-จิต-สังคม วัฒนธรรม และความหลากหลาย นอกจากนี้ยังกล่าวถึงความจำเป็นในการเข้าถึงการดูแลเพื่อยืนยันเพศสภาพ ขั้นตอนการยืนยันเพศสภาพทางการแพทย์ที่จำเพาะ รวมไปถึงการช่วยเหลือสนับสนุนที่เหมาะสม

บทที่ 9 — Eunuchs (ยูนุก)

บทนี้เป็นบทใหม่ที่กล่าวถึงความต้องการที่จำเพาะของกลุ่มยูนุกและการนำ SOC ไปประยุกต์ใช้ในประชากรกลุ่มนี้

บทที่ 10 — Intersex (อินเทอร์เซ็กส์)

บทนี้กล่าวถึงการดูแลทางคลินิกสำหรับบุคคลอินเทอร์เซ็กส์โดยเฉพาะโดยพูดถึงประเด็นคำศัพท์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ความชุกและอาการแสดงที่หลากหลายของบุคคลอินเทอร์เซ็กส์ นอกจากนี้บทนี้ยังเสนอคำแนะนำในการให้การดูแลทางการแพทย์และทางจิตสังคมจากหลักฐานทางวิชาการ

บทที่ 11 — บรรยากาศสถาบัน

บทนี้มีการกล่าวถึงที่ครอบคลุมทั้งสถาบันที่มีการคุมขังและไม่มีการคุมขัง ซึ่งได้ถูกเขียนไว้ใน SOC สามฉบับที่ผ่านมา ในบทนี้กล่าวถึงการนำ SOC-8 ไปใช้สำหรับบุคคลที่อาศัยอยู่ในสถาบัน

บทที่ 12 — การใช้ฮอร์โมน

ในบทนี้กล่าวถึงการเริ่มฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ สูตรฮอร์โมนที่แนะนำ การคัดกรองสุขภาพก่อนและระหว่างการใช้ฮอร์โมน และข้อพิจารณาที่จำเพาะเกี่ยวกับการใช้ฮอร์โมนก่อนการผ่าตัด ในบทนี้ยังกล่าวถึงความปลอดภัยของการใช้ยา gonadotropin releasing hormone (GnRH) agonists ในเด็ก สูตรฮอร์โมนต่าง ๆ การตรวจติดตามถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และคำแนะนำสำหรับผู้ให้บริการฮอร์โมนว่าควรประสานงานอย่างไรกับศิษย์แพทย์

บทที่ 13 — การผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด

ในบทนี้กล่าวถึงการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพที่มีอยู่สำหรับบุคคลในชุมชน TGD ที่มีความหลากหลายและแตกต่าง ในบทนี้ยังกล่าวถึงการฝึกสอนทางศัลยศาสตร์ที่เหมาะสมเกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ การดูแลหลังผ่าตัดและการตรวจติดตาม การเข้าถึงการผ่าตัดทั้งในผู้ใหญ่และในวัยรุ่น รวมไปถึงการผ่าตัดที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้จำเพาะของผู้รับบริการแต่ละคน

บทที่ 14 — เสี่ยงและการสื่อสาร

ในบทนี้กล่าวถึงการให้การดูแลในเรื่องเสี่ยงและการสื่อสาร รวมไปถึงขั้นตอนทางการแพทย์ต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุมกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้น ไม่เพียงแต่การทำให้เสี่ยงมีความเป็นหญิงหรือมีความเป็นชายเท่านั้น คำแนะนำมุ่งเน้นไปที่การยืนยันถึงบทบาทและความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเสี่ยงและการสื่อสาร

บทที่ 15 — การดูแลปฐมภูมิ

บทนี้กล่าวถึงความสำคัญของการดูแลระดับปฐมภูมิในบุคคล TGD มีการกล่าวถึงการประเมินโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคทางเมตาบอลิซึม การคัดกรองมะเร็ง และการดูแลในระดับปฐมภูมิ

บทที่ 16 — สุขภาพการเจริญพันธุ์

บทนี้กล่าวถึงข้อมูลใหม่เกี่ยวกับบริบทของการเจริญพันธุ์และการมีบุตรในบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศทั้งผู้ใหญ่และวัยรุ่น นอกจากนี้ยังกล่าวถึงขั้นตอนการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ (เช่น การเก็บเนื้อเยื่อแช่แข็ง) มีการให้คำแนะนำการวางแผนครอบครัวก่อนตั้งครรภ์ และการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การให้คำปรึกษาก่อนการคลอดบุตร รวมไปถึงการให้นมบุตร นอกจากนี้ในบทนี้ยังกล่าวถึงการคุมกำเนิดในบุคคล TGD ด้วย

บทที่ 17 — สุขภาพเพศ

บทนี้เป็นบทใหม่ซึ่งให้ความสำคัญกับผลกระทบของสุขภาพเพศต่อความเป็นอยู่ที่ดีทางกายและทางจิตใจในบุคคลTGD ในบทนี้กล่าวถึงสมรรถภาพทางเพศ ความพึงพอใจซึ่งถูกรวมอยู่ในการดูแลบุคคล TGD

บทที่ 18 — สุขภาพจิต

บทนี้กล่าวถึงพื้นฐานของการดูแลสุขภาพจิตในผู้ใหญ่ TGD รวมไปถึงการเชื่อมต่อของการดูแลสุขภาพจิตและการดูแลด้านอื่น ๆ การทำจิตบำบัดอาจมีประโยชน์ แต่ไม่ควรเป็นเป็นเกณฑ์พื้นฐานของการการยืนยันเพศสภาพ นอกจากนั้น ไม่ควรทำการรักษาเพื่อเปลี่ยนเพศสภาพกลับ

บทที่ 1 คำศัพท์

บทนี้จะวางกรอบสำหรับภาษาที่ใช้ใน SOC-8 และมีคำแนะนำสำหรับการใช้คำศัพท์ โดยมี (1) คำศัพท์ที่ใช้และคำจำกัดความ และ (2) แนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับการใช้งาน ข้อมูลนี้มาพร้อมกับอภิธานศัพท์ของคำศัพท์และภาษาเพื่อให้กรอบสำหรับการใช้งานและการตีความของ SOC-8 **ดูภาคผนวก B** สำหรับอภิธานศัพท์

คำศัพท์

ในเอกสารนี้ เราใช้คำว่าบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (transgender และ gender diverse, TGD) เพื่อให้ความหมายกว้างและครอบคลุมมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในการอธิบายถึงสมาชิกของชุมชนที่แตกต่างกันจำนวนมากทั่วโลกของผู้ที่มีอัตลักษณ์ทางเพศหรือการแสดงออกที่แตกต่างจากเพศที่สังคมกำหนดให้กับพวกเขาตามเพศกำเนิด ซึ่งรวมถึงผู้ที่มีประสบการณ์เฉพาะทางวัฒนธรรมและ/หรือภาษา เฉพาะอัตลักษณ์หรือการแสดงออก และ/หรือที่ไม่ได้อ้างอิงหรือรวมไว้ในแนวคิดเกี่ยวกับเพศสภาพแบบตะวันตก หรือภาษาที่ใช้ คำ TGD ใช้เพื่อความสะดวกในความหมายสำหรับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ

การตัดสินใจใช้คำว่าบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศเป็นผลมาจากกระบวนการที่ซับซ้อนแต่ก็ไม่ได้ปราศจากความขัดแย้ง การอภิปรายมุ่งเน้นไปที่การหลีกเลี่ยงการเน้นย้ำคำว่าคนข้ามเพศมากเกินไป การรวมอัตลักษณ์ของนอนไบนารี การตระหนักถึงความแตกต่างทั่วโลกในการทำความเข้าใจเรื่องเพศ การหลีกเลี่ยงคำว่าเพศที่ไม่สอดคล้องกัน และการตระหนักถึงธรรมชาติที่เปลี่ยนแปลงของภาษา เพราะสิ่งที่เป็ปัจจุบันอาจไม่เป็นเช่นนั้นในอีกหลายปีข้างหน้า ดังนั้น คำว่า คนข้ามเพศ และ ความหลากหลายทางเพศ จึงถูกเลือกโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบคลุมมากที่สุด และเพื่อเน้นย้ำถึงอัตลักษณ์ทางเพศ การแสดงออก ประสบการณ์ และความต้องการด้านการดูแลสุขภาพที่หลากหลายของคน TGD มีการใช้กระบวนการ Delphi ซึ่งผู้เขียนบท SOC-8 ได้รับการสำรวจโดยไม่ระบุชื่อและสำรวจซ้ำหลายรอบเพื่อให้ได้ฉันทามติเกี่ยวกับคำศัพท์ที่ใช้ โดย SOC-8 นำเสนอมาตรฐานการดูแลที่พยายามนำไปใช้กับบุคคล TGD ทั่วโลก ไม่ว่าบุคคลนั้นจะระบุตัวตนหรือแสดงเพศของตนเองอย่างไร

บริบท

ภาษาที่เลือกในบทนี้อาจไม่ครอบคลุมทุกวัฒนธรรมและภูมิภาค/สถานที่ทางภูมิศาสตร์ ความแตกต่างและการถกเถียงเกี่ยวกับคำศัพท์ที่เหมาะสมและคำศัพท์เฉพาะเป็นเรื่องปกติ และไม่มีคำใดคำหนึ่งที่ใช้โดยไม่มีข้อโต้แย้ง เป้าหมายของบทนี้คือให้ครอบคลุมมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้และนำเสนอคำศัพท์ที่ใช้ร่วมกันซึ่งให้ความเคารพและสะท้อน

ถึงประสบการณ์ที่หลากหลายของคน TGD ในขณะที่ยังคงสามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพและผู้ให้บริการ และสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ของเอกสารนี้ ท้ายที่สุดแล้ว การเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการยืนยันเพศควรอยู่บนพื้นฐานของการให้ข้อมูลที่เพียงพอและการได้รับความยินยอมจากบุคคล ไม่ใช่คำที่บุคคล TGD หรือผู้ให้บริการใช้เพื่ออธิบายตัวตนของพวกเขา การใช้ภาษาและคำศัพท์ที่เคารพและตอบสนองต่อวัฒนธรรมเป็นรากฐานพื้นฐานในการให้บริการด้านการรับรองเพศ และมันช่วยลดการตีตราและอันตรายที่จะเกิดขึ้นที่ชาว TGD จำนวนมากต้องประสบกับการเข้ารับการรักษาพยาบาล จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการจะต้องหารือกับผู้ใช้บริการว่าภาษาใดที่พวกเขาสะดวกที่สุดและใช้ภาษานั้นทุกครั้งที่ได้

บทนี้อธิบายว่าทำไมคำศัพท์ปัจจุบันจึงถูกใช้แทนคำอื่น ๆ แทนที่จะใช้คำศัพท์เฉพาะสำหรับกลุ่มการแพทย์ กฎหมาย และกลุ่มผู้สนับสนุน จุดมุ่งหมายคือเพื่อส่งเสริมภาษาที่ใช้ร่วมกันและความเข้าใจในด้านสุขภาพของ TGD และสาขาที่เกี่ยวข้องมากมาย (เช่น ระบาดวิทยา กฎหมาย เป็นต้น) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนข้ามเพศและคนหลากหลายทางเพศ

เพศ เพศสภาพ อัตลักษณ์ทางเพศ และการแสดงออกทางเพศถูกนำมาใช้ในภาษาอังกฤษเป็นคำอธิบายที่สามารถใช้ได้กับทุกคนไม่ว่าจะเป็น TGD หรือไม่ได้เป็น มีเหตุผลที่ซับซ้อนว่าทำไมภาษาเฉพาะเจาะจงจึงอาจเป็นภาษาที่ได้รับความเชื่อถือมากที่สุด ครอบคลุมมากที่สุด หรือได้รับการยอมรับมากที่สุดจากชุมชน TGD ทั่วโลก รวมถึงการมีหรือไม่มีคำเพื่ออธิบายแนวคิดเหล่านี้ในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างเพศกับเพศสภาพ โครงสร้างทางกฎหมายในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับนานาชาติ และผลที่ตามมาจากการตีตราทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ชาว TGD ต้องเผชิญ

เนื่องจากในปัจจุบัน สาขาวิชาสุขภาพคนข้ามเพศ ถูกครอบงำด้วยภาษาอังกฤษอย่างมาก จึงมีปัญหาเฉพาะสองประการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในการกำหนดบริบทของคำศัพท์ ปัญหาแรกคือคำที่มีอยู่ในภาษาอังกฤษซึ่งไม่มีอยู่ในภาษาอื่น (เช่น “เพศ” และ “เพศสภาพ” จะถูกแทนด้วยคำเดียวในภาษาฮิบราและภาษาอื่น ๆ อีกมากมาย) ปัญหาที่สองคือมีคำที่อยู่นอกภาษาอังกฤษซึ่งไม่มีการแปลเป็นภาษาอังกฤษโดยตรง (เช่น travesti, fa’afafine, hijra, selrata, muxe, kathoey, transpinoy, waria, machi) ในทางปฏิบัติ หมายความว่าอิทธิพลของภาษาอังกฤษในสาขานี้ส่งผลกระทบต่อทั้งคำศัพท์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย และส่งผลกระทบต่ออัตลักษณ์ใดที่เป็นตัวแทนหรือแสดงให้เห็นได้มากที่สุดจากคำศัพท์เหล่านั้น คำที่ใช้ยังกำหนดเรื่องเล่าที่นำไปสู่ความเชื่อและการรับรู้ ในขณะที่ Standards of Care ฉบับที่ผ่านมา สมาคมวิชาชีพด้านสุขภาพคนข้ามเพศโลก (World Professional Association for Transgender Health - WPATH) ใช้เฉพาะบุคคลข้ามเพศเป็นคำศัพท์หลักที่นิยามอย่างกว้าง ๆ แต่เวอร์ชัน 8 ได้ขยายภาษานี้เพื่อใช้ TGD เป็นคำศัพท์หลักตลอดทั้งเอกสาร (ดูบท

คำแนะนำ

- 1.1 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ภาษาที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม (รวมถึงคำศัพท์เพื่ออธิบายบุคคลข้ามเพศและผู้มีหลากหลายทางเพศ) เมื่อใช้มาตรฐานการดูแลในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างทั่วโลก
- 1.2 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ภาษาในสถานพยาบาลที่สนับสนุนหลักการของความปลอดภัย ศักดิ์ศรี และความเคารพ
- 1.3 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์พูดคุยกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีหลากหลายทางเพศว่าพวกเขาชอบภาษาหรือคำศัพท์ใด

ที่ 2— การประยุกต์ใช้ทั่วโลก

นอกจากนี้ ธรรมชาติของภาษาที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจึงได้รับผลกระทบจากปัจจัยภายนอกและแรงกดดันทางสังคม โครงสร้างความคิดส่วนตัวบุคคล และความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับคน TGD และร่างกายของพวกเขา คำศัพท์และวลีหลายคำที่ใช้ในอดีตถูกทำให้เข้าใจผิดว่าใช้อย่างไร เมื่อไหร่ และทำไมจึงใช้พูดถึงคน TGD จึงได้มีการยกเลิกใช้หลังจากมีการโต้แย้งอย่างรุนแรงในหมู่คน TGD โดยบางคนเลือกใช้คำที่คนอื่นมองว่าไม่เหมาะสม บางคนต้องการให้มาตรฐานการดูแลเหล่านี้สามารถจัดเตรียมข้อกำหนดที่สอดคล้องกันซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากลเพื่ออธิบายบุคคล TGD อัตลักษณ์ และบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม คำดังกล่าวจะไม่มีและไม่สามารถดำรงอยู่ได้หากปราศจากการตัดคนบางกลุ่มและไม่มีการส่งเสริมการกดขี่เชิงโครงสร้างเกี่ยวกับเชื้อชาติ ชาติกำเนิด สถานะชนพื้นเมือง สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ศาสนา ภาษาที่พูด และชาติพันธุ์ ท่ามกลางความแตกต่างอื่น ๆ มีความเป็นไปได้สูงที่คำศัพท์บางคำที่ใช้ใน SOC-8 จะล้าสมัยตามเวลาที่พัฒนาเวอร์ชัน 9 บางคนจะผิดหวังกับความเป็นจริงนี้ แต่หวังว่าสิ่งนี้จะถูกมองว่าเป็นโอกาสสำหรับบุคคลและชุมชนในการพัฒนาและปรับแต่งคำศัพท์ของตนเอง และเพื่อให้ผู้คนได้พัฒนาความเข้าใจชีวิตและความต้องการของ คน TGD รวมถึงความยืดหยุ่นและการต่อต้านการกดขี่ของคน TGD

ประการสุดท้าย กฎหมายและงานของผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายอยู่ภายใต้มาตรฐานการดูแลเหล่านี้ ดังนั้นภาษาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในกฎหมายระหว่างประเทศจึงรวมไว้ที่นี่เพื่อช่วยในการพัฒนาคำจำกัดความเชิงหน้าที่ของข้อกำหนดเหล่านี้ และส่งเสริมการใช้งานในบริบททางกฎหมายแทนข้อกำหนดที่ล้าสมัยและ/หรือไม่เหมาะสม เอกสารที่ละเอียดที่สุดในกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศในปัจจุบันใช้คำว่า "ความหลากหลายทางเพศ"¹

คำแนะนำทุกคำแนะนำในบทนี้ ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและประเมินถึงประโยชน์และอันตราย อีกทั้งการประเมินและความนิยมจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้ เราตระหนักดีว่าในบางกรณี หลักฐานทางวิชาการนั้นมียังจำกัดและการบริการบางอย่าง ไม่สามารถเข้าถึงได้หรือไม่สามารถทำได้

คำแนะนำ 1.1

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ภาษาที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม (รวมถึงคำศัพท์เพื่ออธิบายบุคคลข้ามเพศและผู้มีหลากหลายทางเพศ) เมื่อใช้มาตรฐานการดูแลในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างทั่วโลก

ภาษาที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมใช้เพื่ออธิบายคน TGD ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างทั่วโลก ตัวอย่างเช่น แนวคิดเรื่องเพศ เพศสภาพ และความหลากหลายทางเพศแตกต่างกันไปตามบริบท เช่นเดียวกับภาษาที่ใช้อธิบาย ดังนั้นภาษาที่ใช้ในการดูแลคน TGD ในประเทศไทยจะไม่เหมือนกับการดูแลคน TGD ในไนจีเรีย เมื่อใช้ Standards of Care ทั่วโลก เราขอแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ (HCP) ใช้ภาษาและข้อกำหนดในท้องถิ่นเพื่อให้การดูแลในพื้นที่ทางวัฒนธรรมและ/หรือทางภูมิศาสตร์ที่เฉพาะเจาะจงของตน การยืนยันเพศสภาพ หมายถึงกระบวนการยอมรับหรือรับรองบุคคล TGD ในอัตลักษณ์ทางเพศของพวกเขา ไม่ว่าจะผ่านทางสังคม การแพทย์ กฎหมาย พฤติกรรม หรือสิ่งเหล่านี้รวมกัน (Reisner, Poteat et al., 2016) การยืนยันเพศสภาพหรือเปลี่ยนเพศควรใช้ภาษาเฉพาะทางวัฒนธรรมในการดูแลคน TGD การดูแลที่ยืนยันเพศสภาพไม่ได้มีความหมายเหมือนกันกับการยืนยันเพศสภาพ การให้การดูแลที่เกี่ยวข้องกับการยืนยันเพศสภาพ เช่น การยืนยันเพศผ่านการรับฮอร์โมนหรือการผ่าตัด ไม่ได้รับประกันไปถึงการรักษาเพื่อการยืนยันเพศสภาพ และไม่ได้บ่งชี้ถึงคุณภาพหรือความปลอดภัยของการดูแลสุขภาพที่จัดให้

การปรึกษาหารือและการเป็นหุ้นส่วนกับชุมชน TGD สามารถช่วยให้แน่ใจว่าภาษาที่ใช้ในการให้การดูแลสุขภาพในท้องถิ่นมีความเกี่ยวข้องและครอบคลุมในทุกบริบทและสภาพแวดล้อมที่เฉพาะเจาะจง

คำแนะนำ 1.2

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ภาษาในสถานพยาบาลที่สนับสนุนหลักการของความปลอดภัย ศักดิ์ศรี และความเคารพ

ความปลอดภัย ศักดิ์ศรี และความเคารพถือเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน (International Commission of Jurists, 2007) เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ภาษาและคำศัพท์ที่ส่งเสริมสิทธิมนุษยชนเหล่านี้เมื่อให้การดูแล บุคคล TGD จำนวนมากมีประสบการณ์การตีตรา การเลือกปฏิบัติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในสถานพยาบาล ส่งผลให้การดูแลต่ำกว่ามาตรฐานและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี (Reisner, Poteat et al., 2016; Safer et al., 2016; Winter, Settle

et al., 2016). ประสบการณ์ดังกล่าวรวมถึง การระบุเพศที่ผิด การถูกปฏิเสธการดูแลหรือการปฏิเสธบริการเมื่อเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ และต้องให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้สามารถได้รับการดูแลที่เพียงพอ (James et al., 2016) ส่งผลให้บุคคล TGD จำนวนมากรู้สึกไม่ปลอดภัยในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ พวกเขาอาจหลีกเลี่ยงระบบการดูแลสุขภาพและแสวงหาวิธีการอื่นเพื่อให้บรรลุความต้องการด้านสุขภาพ เช่น การรับฮอร์โมนโดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์หรือติดตามและพึ่งพาเพื่อนเพื่อขอคำแนะนำทางการแพทย์ นอกจากนี้ ประสบการณ์ด้านลบในสถานบริการสุขภาพก่อนหน้ายังสัมพันธ์กับการหลีกเลี่ยงการดูแลในอนาคตของคนที่ เป็น TGD

บุคคล TGD จำนวนมากได้รับการปฏิบัติอย่างไม่ยุติธรรม มีอคติและไม่ให้เกียรติหรือไม่ได้รับความพจกจากบุคลากรทางการแพทย์ และการขาดความไว้วางใจมักเป็นอุปสรรคต่อการดูแล การใช้ภาษาที่ยึดหลักความปลอดภัย ศักดิ์ศรี และความเคารพในสถานพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการรับประกันสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี และสิทธิต่างๆ ของชาว TGD ทั่วโลก ภาษาเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลที่เน้นเรื่องเพศ แต่ภาษาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขหรือบรรเทาการล่วงละเมิดอย่างเป็นระบบ และบางครั้งความรุนแรงที่บุคคล TGD ทั่วโลกต้องเผชิญในสถานดูแล ภาษาเป็นเพียงขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญในการดูแลสุขภาพที่มีผู้ป่วย/ลูกค้าเป็นศูนย์กลางและเท่าเทียมกันในหมู่ชาว TGD การดำเนินการที่เป็นรูปธรรมอื่น ๆ ที่ HCP สามารถทำได้ ได้แก่ การขอความยินยอมและละเว้นจากการสันนิษฐานเกี่ยวกับความต้องการของบุคคลโดยพิจารณาจากเพศหรือสถานะ TGD ของพวกเขา

คำแนะนำ 1.3

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์พูดคุยกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีหลากหลายทางเพศว่าพวกเขาชอบภาษาหรือคำศัพท์ใด

ในการให้การดูแลสุขภาพแก่บุคคล TGD เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์หรือว่าพวกเขาต้องการใช้ภาษาหรือคำศัพท์ใดเมื่อพูดถึงพวกเขา การสนทนานี้รวมถึงการถามบุคคล TGD ว่าพวกเขาต้องการให้ถูกกล่าวถึงในแง่ของชื่อและสรรพนามอย่างไร พวกเขาระบุเพศของตนเองอย่างไร และเกี่ยวกับภาษาที่ควรใช้อธิบายส่วนต่างๆ ของร่างกาย การใช้ภาษาหรือคำศัพท์ที่เห็นพ้องต้องกันเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลที่ยินเพศ TGD (Lightfoot et al., 2021; Vermeir et al., 2018) นอกจากนี้ การอภิปรายและการสื่อสารเหล่านี้สามารถช่วยสร้างสายสัมพันธ์และลดความไม่ไว้วางใจที่บุคคล TGD หลายคนรู้สึกต่อบุคลากรทางการแพทย์และประสบการณ์ในระบบบริการสุขภาพ การสนทนาและการใช้ภาษาหรือคำศัพท์ยังสามารถอำนวยความสะดวกในการมีส่วนร่วมและคงไว้ซึ่งการดูแลที่ไม่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับบุคคล TGD เช่น การรับการตรวจคัดกรองเชิงป้องกันตามปกติและการติดตามผลทางการแพทย์ที่จำเป็นใด ๆ ในบันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ รายการอวัยวะ/กายวิภาคสามารถใช้เป็นมาตรฐานเพื่อแจ้งการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ที่เหมาะสม แทนที่จะอาศัย

แต่เพียงเพศที่กำหนดตั้งแต่แรกเกิดและ/หรือการกำหนดอัตลักษณ์ทางเพศ

HCPs และสถานพยาบาลสามารถใช้ขั้นตอนที่เป็นมาตรฐานเพื่อ HCPs และสถานพยาบาลสามารถใช้ขั้นตอนที่เป็นมาตรฐานเพื่ออำนวยความสะดวกในการสนทนาเหล่านี้ เช่น การใช้แบบฟอร์มการรับเข้าที่มีคำสรรพนามและชื่อที่เลือก การเชิญเจ้าหน้าที่ทุกคน (โดยไม่คำนึงถึงเพศ เช่น cisgender, TGD) ให้ใช้คำสรรพนามในการแนะนำตัว มีคำสรรพนามประกอบชื่อในเอกสารสำหรับทุกราย และไม่ใช่คำแสดงความเป็นเพศ (เช่น นางสาว นาย เป็นต้น) นโยบายสำหรับ HCPs และการตั้งค่าการดูแลสุขภาพสามารถนำมาใช้เพื่อรับรองความเป็นส่วนตัวและสิทธิในการรักษาความลับของบุคคล TGD รวมถึงเมื่อพวกเขาเปิดเผยว่าเป็นบุคคล TGD และควรจัดทำเอกสารอย่างเหมาะสม ตัวอย่างเช่น อาจมีการบันทึกนโยบายคลินิก ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลส่วนตัวและเป็นความลับระหว่าง HCPs และผู้มารับบริการ และควรเปิดเผยตาม "จำเป็นต้องรู้" เท่านั้น

หมายเหตุ

1. A/73/152, รายงานเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ขึ้นต่อใครในเรื่องของการป้องกันความรุนแรงและการถูกแบ่งแยกบนพื้นฐานของรสนิยมทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศ

บทที่ 2 การประยุกต์ใช้ทั่วโลก

ตั้งแต่สมัยโบราณ ผู้คนที่ต่อต้านขอบเขตทางวัฒนธรรมเรื่องเพศ (Sex) และเพศสภาพ (gender) มีอยู่ในวัฒนธรรมทั่วโลก ซึ่งบางครั้งมีการบันทึกในภาษาท้องถิ่น (Feinberg, 1996) ในทางตรงข้าม บางวัฒนธรรมสมัยใหม่ที่เชื่อว่าพยาธิสภาพของความหลากหลายทางเพศเป็นความเจ็บป่วย ก็จะมีการเฉลิมฉลองและต้อนรับความหลากหลายนี้ตามประเพณี (Nanda, 2014; Peletz, 2009) ปัจจุบันคำว่าบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender diverse, TGD) หมายถึงอัตลักษณ์ทางเพศ (gender identities) และการแสดงออกทางเพศที่หลากหลาย รวมถึงกลุ่มคนที่มีประสบการณ์และความต้องการด้านสุขภาพทางเพศที่หลากหลาย TGD เป็นตัวแทนสำคัญของความหลากหลายของมนุษย์ ซึ่งสมาคมวิชาชีพด้านสุขภาพคนข้ามเพศโลก (World Professional Association for Transgender Health - WPATH) กล่าวว่าบุคคลเหล่านี้ควรได้รับการยกย่อง กลุ่มคน TGD ทำประโยชน์ที่สำคัญต่อสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ แม้ว่าบ่อยครั้งสิ่งเหล่านี้จะไม่มีใครรู้จักก็ตาม

น่าตกใจที่ชาว TGD จำนวนมากในโลกสมัยใหม่ประสบกับความอับยศอดสู อดคิด การเลือกปฏิบัติ การคุกคาม การล่วงละเมิด และความรุนแรง ส่งผลให้ถูกกีดกันด้านสังคม เศรษฐกิจ และกฎหมาย สุขภาพจิตและร่างกายย่ำแย่ และอาจนำไปสู่ความตาย เป็นตราบาปของความอับยศอดสู (Winter, Diamond et al., 2016) ประสบการณ์ดังกล่าวและความกลัวที่จะเผชิญกับประสบการณ์ดังกล่าว นำไปสู่สิ่งที่ Meyer อธิบายว่าเป็นความเครียดของชนกลุ่มน้อย (Meyer, 2003; Bockting et al., 2013) และยังเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Rich et al., 2020; Bränström et al., 2022; Scandurra et al., 2017; Shepherd et al., 2019, Tan et al., 2021)

ความรุนแรงต่อบุคคล TGD เป็นปัญหาเฉพาะที่สำคัญ ปัญหานี้พบกระจายทั่วโลกและมีความหลากหลายทั้งทางอารมณ์ ทางเพศ และทางร่างกาย (Mujugira et al., 2021) ซึ่งเกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้กระทำความผิดรวมถึงตัวแทนของรัฐ น่าตกใจว่าการฆาตกรรม ซึ่งเป็นรูปแบบความรุนแรงสูงสุดนั้น มีการสังหารบุคคล TGD ที่บันทึกไว้ทั่วโลกมากกว่า 4,000 ครั้ง ระหว่างเดือนมกราคม 2551 ถึงกันยายน 2564 ซึ่งก็เป็นสถิติที่อาจมีข้อด้อยจากการรายงานที่น้อยเกินไป (TGEU, 2020)

นับตั้งแต่มีการเผยแพร่มาตรฐานการดูแล (Standards of Care Version 7, SOC-7) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในมุมมองเกี่ยวกับบุคคล TGD และการดูแลสุขภาพของพวกเขา การแพทย์กระแสหลักทั่วโลกไม่ได้จำแนกอัตลักษณ์ของ TGD ว่าเป็นความผิดปกติทางจิตอีกต่อไป ในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติ ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual Version 5, DSM-5) จาก American Psychiatric Association (APA, 2013) ได้กล่าวไว้ว่าการวินิจฉัยความทุกข์ใจใน

เพศสภาพ (Gender Dysphoria) มุ่งเน้นไปที่ความทุกข์และความรู้สึกไม่สบายที่มาพร้อมกับการเป็น TGD มากกว่าอัตลักษณ์ทางเพศ และตีพิมพ์แก้ไขข้อความใน DSM-5-TR ในปี 2022 นอกจากนี้ใน the International Classification of Diseases, Version 11 (ICD-11) ในบทคู่มือการวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2019b) ได้กล่าวถึงการวินิจฉัยความไม่สอดคล้องทางเพศ (Gender Incongruence) ไว้ ในบทเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและมุ่งเน้นไปที่ประสบการณ์ของบุคคลนั้น และความต้องการใดๆ สำหรับการปฏิบัติต่อเพศสภาพที่อาจเกิดจากตัวตนนั้น พัฒนาการของมาตรฐานการดูแลดังกล่าว รวมถึงการให้ความเห็นใหม่ในสาเหตุการเกิดอัตลักษณ์ข้ามเพศนั้นมีความสำคัญ โดยในด้านการดูแลสุขภาพ พวกเขาอาจช่วยสนับสนุนรูปแบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ (primary health care professionals, HCPs) (Baleige et al., 2021) นอกจากนี้ยังมีเหตุผลที่เพียงพอที่จะเชื่อว่าการพัฒนาเหล่านี้อาจส่งเสริมนโยบายที่ครอบคลุมทางสังคมมากขึ้น เช่น การปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับการรับรองเพศสภาพที่เอื้อต่อแนวทางตามสิทธิ โดยไม่ต้องบังคับใช้ข้อกำหนดสำหรับการวินิจฉัย การใช้ฮอร์โมนและ/หรือการผ่าตัด หรือเรื่องที่คุณ TGD ที่สามารถเปลี่ยนคำระบุเพศในเอกสารสำคัญจะมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (เช่น Bauer et al., 2015; Schheim et al., 2020) แนวทางที่ยึดตามสิทธิมากขึ้นในด้านนี้อาจมีส่วนช่วยอย่างมากต่อสุขภาพโดยรวมและความเป็นอยู่ที่ดีของคน TGD (Aristegui et al., 2017)

อย่างไรก็ตาม SOC ฉบับก่อนหน้านี้อาจได้เปิดประสบการณ์และความรู้ทางคลินิกที่บันทึกไว้ส่วนใหญ่จากแหล่งข้อมูลในอเมริกาเหนือและยุโรปตะวันตก พวกเขาเน้นไปที่การดูแลสุขภาพที่ยอมรับเพศภาวะในประเทศที่มีรายได้สูง ซึ่งมีระบบการดูแลสุขภาพที่มีทรัพยากรค่อนข้างดี รวมถึงผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่ผ่านการฝึกอบรม แพทย์ต่อมไร้ท่อ ศัลยแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ และบริการต่าง ๆ ซึ่งมักจะได้รับการสนับสนุนจากสาธารณะหรือผ่านประกันส่วนตัวในผู้ป่วยบางราย

สำหรับหลาย ๆ ประเทศแล้ว การดูแลสุขภาพสำหรับบุคคล TGD เป็นสิ่งที่มีการบริการในพื้นที่จำกัด และบริการมักไม่เหมาะสม อีกทั้งยังเข้าถึงยากเพราะค่าบริการสูง ผู้เชี่ยวชาญมีอยู่น้อย เงินทุนสำหรับการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับเพศสภาพก็อาจไม่ค่อยมี โดยผู้ป่วยมักต้องแบกรับค่าใช้จ่ายทั้งหมดสำหรับการดูแลสุขภาพของพวกเขา ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมักขาดประสบการณ์ในด้านนี้ เนื่องจากการฝึกอบรมสำหรับการทำงานกับบุคคลเหล่านี้มีจำกัด (Martins et al., 2020) ด้วยเหตุผลทั้งหมดนี้และเนื่องจากมุมมองแง่ลบเกี่ยวกับคน TGD ว่ามีความผิดปกติทางจิต (มุมมองนี้เพิ่งเปลี่ยนไปได้เมื่อไม่นานมานี้) คน TGD จึงมักพบว่าตนเองมีความต้อกว่าในฐานะผู้บริโภครักษาการดูแลสุขภาพ

บุคลากรทางการแพทย์พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่อยู่ในอเมริกาเหนือและยุโรป ซึ่งนำเสนอความท้าทายสำหรับผู้ที่ทำงานในระบบการดูแลสุขภาพในประเทศที่มีทรัพยากรน้อย และมักเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนในการดูแล TGD โดยการให้อำนาจความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีในภูมิภาคอื่น ๆ รวมถึงวิธีการให้การดูแลสุขภาพ TGD ที่มีประสิทธิภาพและสามารถทำได้ในประเทศที่มีรายได้น้อยหรือปานกลาง

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาเพิ่มบริการการดูแลสุขภาพอันมีค่า ซึ่ง Dahlen และคณะ (2021) ได้ทบทวนแนวทางปฏิบัติทางคลินิกระหว่างประเทศ 12 ข้อ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของคำแนะนำมาจากองค์กรวิชาชีพในอเมริกาเหนือ (Hembree et al., 2017) หรือยุโรป (T'Sjoen et al., 2020) อีก 3 แนวทางมาจาก WHO (ล่าสุดคือ WHO, 2016) นอกจากนี้ในปัจจุบันยังมีแหล่งข้อมูลอื่น ๆ อีกมากมายที่ไม่ได้อยู่ในรายชื่อของ Dahlen และคณะ ที่นำเสนอความประสบการณ์จากนอกอเมริกาเหนือและยุโรปมาใช้อย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่นในเอเชียและแปซิฟิก (APTN, 2022; Health Policy Project et al., 2015), แคริบเบียน (PAHO, 2014), ไทย, ออสเตรเลีย (Telfer et al., 2020), Aotearoa New Zealand (Oliphant et al., 2018) และแอฟริกาใต้ (Tomson et al., 2021) (ดูเพิ่มเติมที่ TRANSIT (UNDP et al., 2016)) ข้อมูลเหล่านี้มักผ่านการริเริ่มหรือร่วมมือกับชุมชน TGD ในประเทศหรือต่างประเทศ แนวทางความร่วมมือนี้มุ่งเน้นไปที่การตอบสนองความต้องการของท้องถิ่นด้วยวิธีที่ปลอดภัยและสอดคล้องทางวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังสามารถมีความเกี่ยวข้องในระดับนานาชาติในวงกว้าง ผลงานวิจัยเหล่านี้รวมถึงแหล่งข้อมูลอื่นที่เผยแพร่ในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ อาจมีคุณค่าเป็นพิเศษสำหรับการวางแผน การจัดระเบียบ และการให้บริการในประเทศที่มีรายได้น้อยและมีทรัพยากรจำกัด

ทั่วโลกพบว่ามีความหลากหลายของอัตลักษณ์ของ TGD ซึ่งอาจเชื่อมโยงกับกรอบความคิดที่แตกต่างกันในเรื่องเพศ เพศสภาพ และเพศวิถี และดำรงอยู่ในบริบทและประวัติศาสตร์ทางวัฒนธรรม รวมถึงจิตวิญญาณ เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม กฎหมาย และความต้องการและข้อกำหนดของการดูแลสุขภาพที่สนับสนุนเพศสภาพ SOC-8 ควรได้รับการตีความผ่านมุมมองที่เหมาะสมและอยู่ในบริบทของการปฏิบัติส่วนบุคคลของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ในขณะที่รักษาความสอดคล้องกับหลักการ (APTN และ UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; PAHO, 2014)

ในบริบทนี้ได้ตั้งเอาประสบการณ์ของบุคคล TGD และผู้ให้บริการด้านสุขภาพในระดับสากลมาพิจารณาการนำ SOC-8 ไปใช้ทั่วโลก ซึ่งได้กำหนดข้อพิจารณาที่สำคัญสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ และสรุปคำหลักการสำคัญรวมถึงแนวทางปฏิบัติที่เป็นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพพร้อมสมัยสำหรับบุคคล TGD โดยไม่คำนึงว่าพวกเขาจะอาศัยอยู่ที่ไหนหรือมีทรัพยากรสำหรับผู้ที่ต้องการให้การดูแลสุขภาพดังกล่าว

หรือไม่

คำแนะนำ 2.1

เราแนะนำว่าระบบการดูแลสุขภาพควรจัดให้มีการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับเพศสภาพที่จำเป็นทางการแพทย์ สำหรับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ความจำเป็นทางการแพทย์เป็นคำที่ใช้ทั่วไปในการคุ้มครองด้านการดูแลสุขภาพและนโยบายการประกันทั่วโลก คำจำกัดความทั่วไปของความจำเป็นทางการแพทย์ที่ใช้โดยบริษัทประกันคือ “บริการด้านสุขภาพที่แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพใช้พิจารณาอนุญาตทางการแพทย์อย่างรอบคอบ จะให้บริการแก่ผู้ป่วยเพื่อวัตถุประสงค์ในการป้องกัน ประเมิน วินิจฉัย หรือรักษา ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การเป็นโรคหรืออาการของโรค โดยที่ 1) เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่ยอมรับโดยทั่วไป 2) เป็นไปตามมาตรฐานทางคลินิกซึ่งเหมาะสมทั้งในด้านชนิด ความถี่ ขนาด ตำแหน่ง และระยะเวลา รวมถึงพิจารณาว่ามีผลกับความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ หรือโรคของผู้ป่วยหรือไม่ 3) ไม่ใช่การกระทำเพื่อความสะดวกของผู้ป่วย แพทย์ หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ เป็นหลัก และไม่แพงกว่าบริการทางเลือกหรือลำดับขั้นของบริการ ที่ให้ผลการรักษาหรือการวินิจฉัยเทียบเท่ากับการวินิจฉัยหรือการรักษาตามปกติ” การรักษานั้นต้องมีการยืนยันและบันทึกเป็นเอกสารว่าการรักษานั้นมีความจำเป็นทางการแพทย์ (American Medical Association, 2016)

โดยทั่วไปแล้ว “มาตรฐานทางการแพทย์ที่เป็นที่ยอมรับ” หมายถึงมาตรฐานที่อิงจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่น่าเชื่อถือซึ่งเผยแพร่ในเอกสารทางการแพทย์ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้รับการยอมรับโดยทั่วไปจากสมาคมแพทย์ที่เกี่ยวข้อง สมาคมแพทย์เฉพาะทาง หรือวิทยาลัยการแพทย์ที่ถูกต้องตามกฎหมาย โดยผ่านความเห็นของแพทย์หรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง

ความจำเป็นทางการแพทย์เป็นหัวใจสำคัญของการจ่ายเงิน เงินอุดหนุน และการเบิกจ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพในส่วนต่าง ๆ ของโลก การรักษาต้องมีหลักฐานและยืนยันว่าการรักษาที่ให้ความจำเป็นทางการแพทย์สำหรับการป้องกันหรือรักษา หากนโยบายและแนวปฏิบัติด้านสุขภาพขัดแย้งกับความจำเป็นทางการแพทย์ในการรักษา อาจมีโอกาสถูกอุทธรณ์ต่อหน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานอื่นเพื่อให้มีการตรวจสอบ

ควรตระหนักว่าความหลากหลายทางเพศเป็นเรื่องปกติของมนุษย์ทุกคนและไม่ใช่ว่าสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ความไม่สอดคล้องกันทางเพศที่ก่อให้เกิดความทุกข์และความบกพร่องทางคลินิกที่มีนัยสำคัญ ควรได้รับการรักษาทางการแพทย์ ในหลายประเทศผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพยอมรับและบันทึกว่าความไม่ลงรอยกันทางเพศเป็นภาวะที่จำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการดูแลรักษา (HA60 in ICD-11; WHO, 2019b; F64.0 in DSM- 5-TR; APA, 2022)

คำแนะนำ

- 2.1 - เราแนะนำว่าระบบการดูแลสุขภาพควรจัดให้มีการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับเพศสภาพที่จำเป็นทางการแพทย์สำหรับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ
- 2.2 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ใช้มาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 นี้ (SOC-8) นำคำแนะนำไปใช้ในลักษณะที่ตอบสนองความต้องการของบุคคลข้ามเพศในท้องถิ่นและชุมชนที่มีความหลากหลายทางเพศ โดยให้การดูแลที่สอดคล้องกับทางวัฒนธรรมในประเทศต่าง ๆ ที่ปฏิบัติงาน
- 2.3 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจผลกระทบของทัศนคติทางสังคม กฎหมาย สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ และระบบสุขภาพที่มีต่อประสบการณ์ชีวิตของบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศทั่วโลก
- 2.4 - เราแนะนำการแปลของ SOC ที่มุ่งเน้นความเท่าเทียมกันข้ามวัฒนธรรม แนวคิด และภาษา เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการสำคัญที่สนับสนุน SOC-8
- 2.5 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้กำหนดนโยบายใช้หลักการ SOC-8 กับการดูแลสุขภาพบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่าการเคารพสิทธิมนุษยชน สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้:

หลักการทั่วไป

- ให้อำนาจและมีส่วนร่วมในการทำงานเพื่อลดการตีตรา อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ต้องการได้รับ
- เคารพความหลากหลาย เคารพผู้รับบริการทุกคนและทุกอัตลักษณ์ทางเพศ ไม่แสดงออกหรือทำให้เกิดความแตกต่างในอัตลักษณ์ทางเพศ
- เคารพสิทธิมนุษยชนสากล รวมถึงสิทธิในความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ ความเป็นอิสระ การตัดสินใจด้วยตนเอง เสรีภาพจากการเลือกปฏิบัติ และสิทธิในมาตรฐานสุขภาพสูงสุดที่ทำได้

หลักการเกี่ยวกับการพัฒนาการให้บริการที่เหมาะสมและการดูแลสุขภาพที่เข้าถึงได้

- ให้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศมีส่วนร่วมในการพัฒนาและดำเนินการบริการต่าง ๆ
- ตระหนักถึงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ กฎหมายที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของบุคคลข้ามเพศและคนหลากหลายทางเพศ ตลอดจนความเต็มใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงบริการ
- ให้การดูแลสุขภาพที่ยืนยันถึงอัตลักษณ์และการแสดงออกทางเพศ รวมถึงการดูแลสุขภาพที่ช่วยลดความทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ
- ปฏิเสธแนวทางที่เปลี่ยนหรือหลีกเลี่ยงการให้การสนับสนุนโดยตรงหรือโดยอ้อมสำหรับการบริการดังกล่าว

หลักการเกี่ยวกับการให้บริการที่มีความสามารถ

- มีความรู้ หรือได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศรวมถึงประโยชน์และความเสี่ยงของการยืนยันเพศสภาพ
- สามารถเลือกวิธีการรักษาให้ตรงกับความต้องการเฉพาะของผู้รับบริการ ซึ่งตรงกับเป้าหมายในเรื่องอัตลักษณ์และการแสดงออกทางเพศของแต่ละคน
- ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีมากกว่าการแก้ปัญหาเฉพาะเรื่องความทุกข์ในเพศสภาพ
- พยายามเลือกการรักษาที่มีอันตรายน้อยตามความเหมาะสม
- เปิดโอกาสให้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และต่อเนื่องในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของพวกเขา
- ปรับปรุงบริการด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงด้านระบบการบริหารและความต่อเนื่องของการดูแล

หลักการเกี่ยวกับการทำงานเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นผ่านแนวทางของชุมชนที่กว้างขึ้น

- จัดให้มีบุคลากรที่ติดต่อกับชุมชนและเครือข่ายสนับสนุน
- สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลกันภายในครอบครัวและชุมชน เช่น โรงเรียน ที่ทำงาน และในสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

มีหลักฐานชัดเจนที่แสดงให้เห็นถึงคุณประโยชน์ในด้านคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของการยืนยันเพศ รวมถึงการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัดตามระดับใน SOC-8 สำหรับบุคคล TGD ที่ต้องได้รับการดูแลเหล่านี้ (Ainsworth & Spiegel, 2010; Aires et al., 2020; Aldridge et al., 2020; Almazan & Keuroghlian, 2021; Al-Tamimi et al., 2019; Balakrishnan et al., 2020; Baker et al.,

2021; Buncamper et al., 2016; Cardoso da Silva et al., 2016; Eftekhar Ardebili, 2020; Javier et al., 2022; Lindqvist et al., 2017; Mullins et al., 2021; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; Özkan et al., 2018; T'Sjoen et al., 2019; van de Grift, Elaut et al., 2018; White Hughto & Reisner, Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Yang, Zhao et al.,

2016) การยืนยันเพศนี้อาจรวมถึงการกำจัดขน การปลูกขน การบำบัดด้วยเสียง การผ่าตัดปรับเส้นเสียง การให้คำปรึกษา และกระบวนการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่จำเป็นเพื่อปรับเปลี่ยนอัตลักษณ์ทางเพศของแต่ละบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ และลดความไม่สอดคล้องทางเพศ นอกจากนี้การเปลี่ยนชื่อทางกฎหมายหรือระบุเพศในเอกสารราชการนั้นก็ยังมีประโยชน์ และในบางเขตอำนาจศาลอาจต้องใช้เอกสารทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยอาจขอให้ช่วยจัดทำ

ขั้นตอนการยืนยันเพศสภาพนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ทางคลินิกและการวิจัยที่ผ่านมาหลายทศวรรษ ดังนั้นจึงไม่ถือว่าเป็นการทดลองหรือเพื่อความสะดวกของผู้รับบริการเท่านั้น แต่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการลดความไม่สอดคล้องทางเพศและความทุกข์ใจในเพศสภาพ (Aires et al., 2020; Aldridge et al., 2020; Al-Tamimi et al., 2019; Balakrishnan et al., 2020; Baker et al., 2021; Bertrand et al., 2017; Buncamper et al., 2016; Claes et al., 2018; Eftekhari Ardebili, 2020; Esmonde et al., 2019; Javier et al., 2022; Lindqvist et al., 2017; Lo Russo et al., 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Mullins et al., 2021; Nobili et al., 2018; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Özkan et al., 2018; Poudrier et al., 2019; T'Sjoen et al., 2019; van de Grift, Elaut et al., 2018; White Hughto & Reisner, Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018)

ดังนั้น WPATH จึงเรียกร้องให้ระบบการดูแลสุขภาพจัดให้มีการรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์เหล่านี้ และยกเลิกการยกเว้นใด ๆ จากนโยบายและแนวปฏิบัติทางการแพทย์ที่ขัดขวางความครอบคลุมสำหรับขั้นตอนหรือการรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์เพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล TGD กล่าวอีกนัยหนึ่งคือรัฐบาลควรตรวจสอบให้แน่ใจว่าบริการดูแลสุขภาพสำหรับชาว TGD ได้รับการจัดตั้ง และปรับปรุงตามความเหมาะสม ซึ่งเป็นองค์ประกอบในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสาธารณสุข ระบบเงินอุดหนุนจากรัฐบาล หรือระบบเอกชนที่ควบคุมโดยรัฐบาล ระบบการดูแลสุขภาพควรรับประกันว่าการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งแบบประจำและแบบเฉพาะทาง สามารถเข้าถึงได้ง่ายและจ่ายได้สำหรับประชาชนทุกคนบนพื้นฐานอย่างเท่าเทียมกัน

ขั้นตอนการยืนยันแพทย์ที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ที่กล่าวถึงใน SOC-8 นี้ รวมถึงการตัดมดลูก-รังไข่-ท่อนำไข่ทั้งสองข้าง การผ่าตัดเต้านมทั้งสองข้าง การตกแต่งหน้าอกใหม่หรือการเสริมให้เหมือนผู้หญิง การใส่เต้านมเทียม การปรับขนาดหัวนม การสร้างอวัยวะเพศใหม่ เช่น การผ่าตัดดองคชาตออก การผ่าตัดทำองคชาตและอณฑะเทียม เป็นต้น การกำจัดขนออกจากใบหน้า ร่างกาย และบริเวณอวัยวะเพศเพื่อปรับเปลี่ยนเพศสภาพหรือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเตรียมการก่อนการผ่าตัด การผ่าตัดแก้ไขโครงหน้าและสัดส่วนให้ตรงตามเพศที่ต้องการ การบำบัดด้วยเสียงหรือการผ่าตัด

ปรับเส้นเสียง ที่สำคัญคือการใช้ยาที่ยังการเข้าสู่ยารักษาและการใช้ฮอร์โมน รวมถึงการให้คำปรึกษาหรือการรักษาทางจิตเวชตามความเหมาะสมสำหรับแต่ละคน ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาวะและความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย

คำแนะนำ 2.2

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ใช้มาตรฐานการดูแลระดับที่ 8 นี้ (SOC-8) นำคำแนะนำไปใช้ในลักษณะที่ตอบสนองความต้องการของบุคคลข้ามเพศในท้องถิ่นและชุมชนที่มีความหลากหลายทางเพศ โดยให้การดูแลที่สอดคล้องกับทางวัฒนธรรมในประเทศต่าง ๆ ที่ปฏิบัติงาน

บุคคล TGD ถูกจำกัดความได้หลายแบบทั่วโลก ซึ่งขึ้นกับบริบททางวัฒนธรรม ในประเทศที่พูดภาษาอังกฤษ คน TGD ถูกจำแนกได้หลากหลายว่าเป็นคนเปลี่ยนเพศ คนข้ามเพศ เพศที่ไม่เป็นไปตามเพศกำเนิด ไม่ระบุเพศหรือเพศหลากหลาย นอนไบนารี หรือบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ รวมถึงอัตลักษณ์อื่น ๆ (ที่อยู่ในกรอบสองเพศ) รวมถึงเพศชายหรือเพศหญิงด้วย (James et al., 2016; Strauss et al., 2017; Veale et al., 2019)

นอกจากนี้ยังมีคำจำกัดความอื่นของ TGD เช่น travesti (ละตินอเมริกา), hijra (ทั่วเอเชียใต้), khwaja sira (ปากีสถาน), achout (เมียนมาร์), maknyah, paknyah (มาเลเซีย), waria (อินโดนีเซีย) katoey, กระเทย ผู้หญิงข้ามเพศ สาวประเภทสอง (ไทย), bakla, transpinay, transpinoy (ฟิลิปปินส์), fa'afafine (ซามัว), mahu (เฟรนช์โปลินีเซีย, Hawaii), leiti (ตองกา), fakafifine (นีอูเอ), pinapinaane (ตูวาลูและคิริบาส), vakasalewalewa (ฟีจี), palopa (ปาปัวนิวกินี), brotherboys and sistergirls (ชาวอะบอริจินและชาวเกาะช่องแคบทอร์เรสในออสเตรเลีย) และ akava'ine (หมู่เกาะคุก) (APTN and UNDP 2012; Health Policy Project et al., 2015; Kerry, 2014) นอกจากนี้ยังมีกลุ่มคนจำนวนมากในอเมริกาเหนือ มีการใช้คำเรียกบุคคล 2 เพศ เช่น nadleehi ในวัฒนธรรม Navajo (Diné) (Sheppard & Mayo, 2013) คำจำกัดความที่แต่ละคำเหล่านี้อ้างอิงมักมีความซับซ้อนทางวัฒนธรรมและอาจมีบริบททางจิตวิญญาณหรือศาสนา ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ที่เกี่ยวข้อง บางคนอาจถูกมองว่าเป็นสิ่งที่เรียกว่า “เพศที่สาม” ซึ่งอยู่นอกเหนือจากไบนารีของเพศ (Graham, 2010; Nanda, 2014; Peletz, 2009) จากข้อมูลต่าง ๆ พบว่าในหลายแห่งทั่วโลก การระบุตัวตนของ TGD บางอย่างให้ความเชื่อมั่นหรือมีความคุ้นเคยน้อยกว่าการระบุตัวตนแบบอื่น การเปิดเผยตัวตนของชายข้ามเพศและอัตลักษณ์ชายข้ามเพศเป็นสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นานมานี้ โดยมีคำศัพท์ดั้งเดิมที่ใช้เรียกเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลยในภาษาท้องถิ่น (Health policy project et al., 2015) ไม่ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะทำงานที่ไหนหรือกับใครก็ตาม รวมถึงผู้ที่ทำงานกับชนกลุ่มน้อย ผู้อพยพ และผู้ลี้ภัย พวกเขาจำเป็นต้องตระหนักถึงบริบททางวัฒนธรรมที่ผู้คนเติบโตและใช้ชีวิต

ตลอดจนผลที่ตามมาของการดูแลสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ความพร้อมในการบริการ การเข้าถึง ความสามารถในการยอมรับ และคุณภาพของการดูแลสุขภาพทั่วโลกแตกต่างกันอย่างมาก ส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันทั้งภายในและระหว่างประเทศ (OECD, 2019) ในบางประเทศ ระบบการดูแลสุขภาพแบบเป็นทางการมีอยู่ควบคู่กับระบบการดูแลสุขภาพจากรัฐและแบบท้องถิ่นที่จัดตั้งขึ้น โดยมีระบบดูแลสุขภาพท้องถิ่นที่สนับสนุนความสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (WHO, 2019a) บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงประเพณีและความเป็นจริงในการดูแลสุขภาพที่มีอยู่และให้การสนับสนุนต่อความต้องการในท้องถิ่นและอัตลักษณ์ของคน TGD ที่จะให้การดูแลที่ปลอดภัยและมีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม

คำแนะนำ 2.3

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจผลกระทบของทัศนคติทางสังคม กฎหมาย สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ และระบบสุขภาพที่มีต่อประสบการณ์ชีวิตของบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศทั่วโลก

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่เป็น TGD นั้นแตกต่างกันอย่างมากขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงสังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ กฎหมาย เศรษฐกิจ และภูมิศาสตร์ เมื่อคน TGD อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เห็นด้วยกับความหลากหลายทางเพศ ประสบการณ์เหล่านี้อาจเป็นไปได้ในเชิงบวก โดยครอบครัวมีความสำคัญมากในเรื่องนี้ (Pariseau et al., 2019; Yadegarfarid et al., 2014; Zhou et al., 2021) อย่างไรก็ตาม เมื่อมองจากมุมมองทั่วโลก สถานการณ์ที่คน TGD อาศัยอยู่มักเป็นเรื่องท้าทาย พวกเขาถูกปฏิเสธสิทธิในการยอมรับด้านกฎหมาย สิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ สิทธิในการศึกษา สุขภาพ การรักษาทางการแพทย์ การทำงาน มาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอ ที่พักอาศัย รวมถึงเสรีภาพในการเคลื่อนไหว การแสดงออก ความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัยของชีวิต ครอบครัว และเสรีภาพจากการลิดรอนเสรีภาพโดยพลการ อีกทั้งความไม่เท่าเทียมในการรักษา การปฏิบัติ หรือการลงโทษที่ไร้มนุษยธรรมหรือถูกย่ำยีศักดิ์ศรี (International Commission of Jurists, 2007, 2017)

เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าการถูกปฏิเสธสิทธิต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของคนกลุ่มนี้ (OHCHR et al., 2016; WHO, 2015) เราจึงขอขอร้องอีกครั้งถึงความสำคัญของสิทธิที่ระบุไว้ข้างต้นสำหรับชาว TGD และสนับสนุนด้านสิทธิก่อนหน้านี้ของ WPATH ผ่านเอกสารนโยบายจำนวนมาก (WPATH, 2016, 2017, 2019) บุคลากรทางการแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญในการรณรงค์ด้านสิทธิในการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ เหมาะสม ราคาไม่แพง และเข้าถึงได้

ทั้งนี้พบว่ามีการวิจัยจำนวนมากทั่วโลกศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่คน TGD ต้องเผชิญในชีวิต รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ (Aurat

Foundation, 2016; Bhattacharya & Ghosh, 2020; Chumakov et al., 2021; Coleman et al., 2018; Heylens, Elaut et al., 2014; Human Rights Watch, 2014; James et al., 2016; Lee, Operario et al., 2020; Luz et al., 2022; McNeil et al., 2012, 2013; Motmans et al., 2017; Muller et al., 2019; Scandurra et al., 2017; Strauss et al., 2019; Suen et al., 2017; Valashany & Janghorbani, 2019; Veale et al., 2019; Wu et al., 2017) งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าบุคคล TGD มักประสบกับการตีตราและอคติ ตลอดจนการเลือกปฏิบัติ การคุกคาม การล่วงละเมิดและความรุนแรง พวกเขายังคงเผชิญและหวาดกลัวต่อการกระทำดังกล่าว ค่านิยมและทัศนคติทางสังคมที่เป็นอุปสรรคต่อบุคคล TGD ซึ่งอยู่ในหลักสูตรของโรงเรียน (Olivier & Thurasukam, 2018) ครอบครัวเองก็แสดงออกด้วยการปฏิเสธเช่นเดียวกับในส่วนบุคคล ทฤษฎีและแนวปฏิบัติที่จำกัดเสรีภาพในการแสดงอัตลักษณ์ทางเพศและเพศสภาพ รวมถึงขัดขวางการเข้าถึงที่อยู่อาศัย พื้นที่สาธารณะ การศึกษา การจ้างงาน และบริการต่างๆ รวมถึงการดูแลสุขภาพ (Yadegarfarid et al., 2014) ผลสุดท้ายคือคน TGD ผู้ที่รักเพศเดียวกันมักถูกลิดรอนโอกาสต่าง ๆ ที่มีอยู่ และถูกผลักให้ไปอยู่ชายขอบของสังคมโดยไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ที่แย่กว่านั้นคือการเข้าถึงการยอมรับเพศสถานะทางกฎหมายของผู้คนใน TGD ทั่วโลกนั้นถูกจำกัดหรือไม่มีอยู่จริง (ILGA World, 2020a; TGEU, 2021; UNDP และ APTN, 2017) อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันในบางประเทศอุปสรรคดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจาก “นักทฤษฎีที่วิจารณ์เรื่องเพศ” (Madrigal-Borloz, 2021; Zanghellini, 2020)

มีความพยายามอย่างแพร่หลายในการเปลี่ยนอัตลักษณ์ทางเพศหรือพยายามเปลี่ยนให้กลับเป็นเพศเดิมโดยกำเนิด ก่อให้เกิดผลเสียต่อบุคคล TGD (APTN, 2020a, 2020b, 2020c, 2021; Bishop, 2019; GIREs et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020) เช่น ความพยายามที่มุ่งเป้าไปที่รสนิยมทางเพศนั้นถือว่ามีจริยธรรม (APS, 2021; Trispiotis and Purshouse, 2021; Various, 2019, 2021) ความพยายามเหล่านี้อาจถูกมองว่าเป็นความรุนแรงรูปแบบหนึ่ง ผู้เชี่ยวชาญอิสระของสหประชาชาติด้านการป้องกันความรุนแรงและการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากรสนิยมทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศได้เรียกร้องให้ทั่วโลกห้ามการปฏิบัติเช่นนั้น (Madrigal-Borloz, 2020) โดยมีการออกกฎหมายจากเขตอำนาจรัฐให้ห้ามการกระทำดังกล่าว (ILGA World, 2020b)

ความไม่เสมอภาคเกิดขึ้นจากปัจจัยหลายประการ รวมทั้งทางด้านเศรษฐกิจและค่านิยมที่สนับสนุนการจัดระบบการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในส่วนของที่เกี่ยวข้องกับการระดมทุนสาธารณะ เอกชน และของตนเองในการดูแลสุขภาพ การขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมและราคาไม่แพงนำไปสู่การหาความรู้ที่ไม่เป็นทางการมากขึ้น รวมถึงการใช้ฮอโมนด้วยตนเอง ซึ่งในหลาย ๆ ครั้งทำโดยปราศจากการกำกับดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น (Do et al., 2018; Liu et al.,

2020; Rashid et al., 2022; Reisner et al., 2021; Winter & Doussantousse, 2009)

ในบางพื้นที่ของโลก สตรีข้ามเพศจำนวนมากใช้ซิลิโคนเพื่อปรับเปลี่ยนรูปร่าง โดยใช้บริการ "ปั๊มซิลิโคน" หรือเข้าร่วม "ปาร์ตี้ปั๊มหน้าอก" ในชุมชนของพวกเขา ซึ่งเห็นผลลัพธ์ทันที แต่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่ตามมาอย่างมาก (Aguayo-Romero et al., 2015; Bertin et al., 2019; Regmi et al., 2021) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้ซิลิโคนในอุตสาหกรรมหรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ และในกรณีที่มีการผ่าตัดออกอาจทำได้ยาก ทำให้ผลสุดท้ายคนที่ เป็น TGD มีสุขภาพทางเพศแย่ นอกจากนี้ ความชุกของ HIV สำหรับผู้หญิงข้ามเพศที่รายงานต่อองค์กรทางคลินิกในเขตเมืองใหญ่ทั่วโลกมีประมาณ 19% ซึ่งสูงกว่าอัตราความชุกในประชากรทั่วไปถึง 49 เท่า (Baral et al., 2013) และผลลัพธ์ด้านสุขภาพทางเพศของชายข้ามเพศก็เป็นปัญหาเช่นกัน (Mujugira et al., 2021)

คำแนะนำ 2.4

เราแนะนำการแปลของ SOC ที่มุ่งเน้นความเท่าเทียมกันข้ามวัฒนธรรม แนวคิด และภาษา เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการสำคัญที่สนับสนุน SOC-8

งานวิจัยเกี่ยวกับคน TGD ส่วนใหญ่จัดทำขึ้นในประเทศที่มีรายได้สูงและพูดภาษาอังกฤษ ซึ่งมาจากทางตอนเหนือของโลกนั้น มีผลต่อมุมมองต่อ TGD รวมถึงที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและการบริการด้านสุขภาพ เพราะปัจจุบันการค้นหาค้นหาฐานข้อมูล Scopus ในเดือนพฤษภาคม 2564 พบว่า 99% ของวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของคนข้ามเพศมาจากยุโรป อเมริกาเหนือ ออสเตรเลีย หรือนิวซีแลนด์ โดยรวมแล้ว 96% ของวรรณกรรมเป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งผลการศึกษาของคน TGD ทางใต้ของโลกในวารสารที่พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษได้รับความสนใจค่อนข้างน้อย และงานของพวกเขามักไม่เป็นที่รู้จักและไม่ได้รับการเผยแพร่หรือไม่ได้รับการแปลเป็นภาษาอังกฤษ การใช้ข้อมูลที่ศึกษาจากทางตอนเหนือของโลกอย่างเดียวยังมีความเสี่ยงที่จะมองข้ามความแตกต่างในความรู้ของชนพื้นเมือง กรอบวัฒนธรรมและแนวปฏิบัติของแต่ละที่ และพลาดโอกาสในการเรียนรู้จากผลงานของผู้อื่น

เมื่อแปลหลักการที่กำหนดไว้ใน SOC จึงขอแนะนำให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับการแปลภาษา เพื่อให้แน่ใจว่ามีการจัดทำข้อมูลที่บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรที่มีคุณภาพสูง เหมาะสมกับวัฒนธรรม ภาษา และสถานการณ์ในท้องถิ่น สิ่งสำคัญคือผู้แปลต้องมีความรู้เกี่ยวกับอัตลักษณ์และวัฒนธรรมของ TGD เพื่อตรวจสอบว่าการแปลตามตัวอักษรนั้นมีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมและปลอดภัยสำหรับชาว TGD ในท้องถิ่น นอกจากนี้การแปลที่สำคัญควรเป็นไปตามกระบวนการที่กำหนดไว้สำหรับการประกันคุณภาพ (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010; Sprager & Martinez, 2015)

คำแนะนำ 2.5

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้กำหนดนโยบายใช้หลักการ SOC-8 กับการดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่ามีการเคารพสิทธิมนุษยชนสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้:

หลักการทั่วไป

- ให้อำนาจและมีส่วนร่วมในการทำงานเพื่อลดการตีตรา อำนาจความสะดวกในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ต้องการได้รับ
- เคารพความหลากหลาย เคารพผู้รับบริการทุกคนและทุกอัตลักษณ์ทางเพศ ไม่แสดงออกหรือทำให้เกิดความแตกต่างในอัตลักษณ์ทางเพศ
- เคารพสิทธิมนุษยชนสากล รวมถึงสิทธิในความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ ความเป็นอิสระ การตัดสินใจด้วยตนเอง เสรีภาพจากการเลือกปฏิบัติ และสิทธิในมาตรฐานสุขภาพสูงสุดที่ทำได้

หลักการเกี่ยวกับการพัฒนาการให้บริการที่เหมาะสมและการดูแลสุขภาพที่เข้าถึงได้

- ให้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศมีส่วนร่วมในการพัฒนาและดำเนินการบริการต่าง ๆ
- ตระหนักถึงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ กฎหมายที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของคนข้ามเพศและคนหลากหลายทางเพศ ตลอดจนความเต็มใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงบริการ
- ให้การดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนถึงอัตลักษณ์และการแสดงออกทางเพศ รวมถึงการดูแลสุขภาพที่ช่วยลดความทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ
- ปฏิเสธแนวทางที่เปลี่ยนหรือหลีกเลี่ยงการให้การสนับสนุนโดยตรงหรือโดยอ้อมสำหรับการบริการดังกล่าว

หลักการเกี่ยวกับการให้บริการที่มีความสามารถ

- มีความรู้ หรือได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ รวมถึง ประโยชน์และความเสี่ยงของการยืนยันเพศสภาพ
- สามารถเลือกวิธีการรักษาให้ตรงกับความต้องการเฉพาะของผู้รับบริการ ซึ่งตรงกับเป้าหมายในเรื่องอัตลักษณ์และการแสดงออกทางเพศของแต่ละคน

- ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีมากกว่าการแก้ปัญหาเฉพาะเรื่องความทุกข์ในเพศสภาพ
- พยายามเลือกการรักษาที่มีอันตรายน้อยตามความเหมาะสม
- เปิดโอกาสให้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และต่อเนื่องในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของพวกเขา
- ปรับปรุงบริการด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงด้านระบบการบริหารและความต่อเนื่องของการดูแล

หลักการเกี่ยวกับการทำงานเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นผ่านแนวทางของชุมชนที่กว้างขึ้น

- จัดให้มีบุคลากรที่ติดต่อกับชุมชนและเครือข่ายสนับสนุน
- สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลกันภายในครอบครัวและชุมชน เช่น โรงเรียน ที่ทำงาน และในสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

เราได้อ้างอิงงานวิจัยที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับความท้าทายที่หลากหลายที่บุคคล TGD ต้องเผชิญ อาทิเช่น อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ สังคม กฎหมาย ตลอดจนปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ แม้ว่าบริการด้านสุขภาพโดยรวมจะมีความหลากหลายทั่วโลก ในแง่ของความพร้อมในการบริการ การเข้าถึง และคุณภาพ ซึ่งบริการเหล่านั้นมักไม่เพียงพอสำหรับชาว TGD มีวิจัยจำนวนมากจากทั่วโลกรายงานว่าคน TGD อาจได้รับการดูแลสุขภาพในเชิงบวก แต่งานวิจัยอื่น ๆ อีกจำนวนมากไม่ได้รายงานเช่นนั้น (Callander et al., 2019; Costa, da Rosa Filho et al., 2018; Do et al., 2018; Gourab et al., 2019; Health Policy Project et al., 2015; Liu et al., 2020; Motmans et al., 2017; Muller et al., 2019; PAHO, 2014; Reisner et al., 2021; Strauss et al., 2017; TGEU, 2017) บริการสุขภาพถ้วนหน้ามักไม่ตอบสนองความต้องการของบุคคล TGD สำหรับการดูแลสุขภาพในเรื่องเพศหรือเรื่องอื่น ๆ ทั่วไป ตั้งแต่ขั้นตอนการจัดการพื้นฐานในผู้ป่วยที่คลินิกและโรงพยาบาลมักไม่สามารถระบุอัตลักษณ์ทางเพศของผู้ป่วย TGD ได้ รวมถึงในกรณีที่ผู้ป่วยระบุตัวตนนอกระบบไบนารี ผู้ป่วยอาจอยู่ในหอผู้ป่วยที่มีเพศไม่เหมาะสมสำหรับพวกเขา ทำให้พวกเขาเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ผู้ป่วย TGD มักจะพบกับทัศนคติที่ไม่ดีหรือไม่เป็นมิตรจากบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ

รวมถึงอาจถูกปฏิเสธการให้บริการ สิ่งที่น่ากังวลอย่างยิ่งคือบุคลากรทางการแพทย์ในบางประเทศมีส่วนร่วมในความพยายามในการเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ทางเพศในลักษณะที่อธิบายไว้ก่อนหน้านี้

นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคอื่น ๆ อีกมากมายทั่วโลกในการให้บริการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับเพศสภาพ บุคลากรทางการแพทย์มักไม่เต็มใจให้บริการตามที่ TGD ต้องการ ในบางประเทศอาจมีกฎหมายหรือข้อบังคับห้ามหรือป้องกันไม่ให้ทำเช่นนั้น เมื่อแพทย์ทั่วไปและผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ ไม่สามารถเข้าถึงแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในภาษาของตนเองได้ พวกเขาอาจถูกขัดขวางไม่ให้บริการ แม้ในบางที่ที่มีการให้บริการแล้ว ผู้ป่วยก็อาจพบว่าเข้าถึงได้ยากเนื่องจากกระยะทางการควบคุมแนวปฏิบัติ ปัญหาด้านอุปสงค์และอุปทานที่ส่งผลให้รอนานหรือค่าใช้จ่ายสูง แท้จริงแล้ว กระบวนการยืนยันเพศภาวะอาจไม่รวมอยู่ในบริการสุขภาพถ้วนหน้าหรือได้รับการประกันจากบริษัทเอกชน ทั้ง ๆ ที่การรักษาที่คล้ายกันอาจครอบคลุมสำหรับผู้ที่มีเพศสภาพตรงตามเพศกำเนิด (cisgender) ก็ตาม

ด้วยเหตุผลทั้งหมดนี้ คน TGD จำนวนมากจึงหลีกเลี่ยงบริการด้านสุขภาพเท่าที่จะทำได้ อย่างไรก็ตามชุมชนของพวกเขา มักจะเติมเต็มซึ่งกันและกันโดย ทำหน้าที่เป็นแหล่งที่สำคัญสำหรับสมาชิกของพวกเขา พวกเขาให้การสนับสนุนทางสังคมและทางจิตใจแก่กันและกันแม้จะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เป็นมิตร นอกจากนี้พวกเขาจะเก็บข้อมูลและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันเกี่ยวกับทางเลือกที่มีอยู่สำหรับการดูแลสุขภาพ รวมถึงการดูแลแบบแพทย์ทางเลือกและไม่เป็นทางการ นอกเหนือจากการใช้ยาเป็นหลัก รวมถึงการแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับซิลิโคนและการฉีดยาอื่น ๆ สำหรับการเปลี่ยนแปลงร่างกายและการใช้ฮอร์โมนด้วยตนเองโดยไม่ต้องไปพบแพทย์ องค์การอนามัยโลกตั้งข้อสังเกตว่าบุคคลที่ใช้ฮอร์โมนปรับเพศสภาพด้วยตนเองจะได้รับประโยชน์จากการเข้าถึงข้อมูลที่เชื่อถือได้ ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ และอุปกรณ์ฉีดยาที่ปราศจากเชื้อ (WHO, 2021) การเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการลดอันตรายในการเลือกใช้หรือรับบริการ (Idrus & Hyman, 2014)

การนำหลักการสำคัญที่ร่างไว้ข้างต้นมาปฏิบัติสามารถปรับปรุงการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสิทธิส่วนบุคคลของ TGD ในทุกบริบทของท้องถิ่น สิ่งนี้สามารถเกิดขึ้นได้แม้ว่ายังไม่เป็นจริงในระบบการดูแลสุขภาพปัจจุบัน รวมถึงบริบททางวัฒนธรรม สังคม กฎหมาย เศรษฐกิจที่มีการให้บริการด้านสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นกับความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการอยู่ และผู้คน TGD ที่แสวงหาบริการดังกล่าว

บทที่ 3 การประมาณประชากร

ในมาตรฐานการดูแลฉบับที่ 7 ได้มีการกล่าวถึงบทความจำนวนมากที่เป็น การประมาณขนาดของประชากรของบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender diverse; TGD) และ มีการบรรยายความสำคัญทางวิทยาศาสตร์ว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ต้องการ การศึกษาต่อไปให้เป็นระบบ (Coleman et al., 2012) หลังจากนั้นมา มีข้อมูลเกี่ยวกับหัวข้อนี้เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน จากหลักฐานที่มีการ ทบทวนวรรณกรรมที่มีการวิเคราะห์หลักฐานต่าง ๆ (Arcelus et al., 2015; Collin et al., 2016; Goodman et al., 2019; Meier & Labuski, 2013; Zhang et al., 2020)

ในการทบทวนข้อมูลทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับประชากร TGD นั้น ควรจะหลีกเลี่ยงคำว่า อุบัติการณ์ (incidence) และความชุก (prevalence) การเลี่ยงคำนี้ หรือคำที่มีความหมายใกล้เคียงกัน จะเป็นการลดการทำให้เรื่องนี้เป็นความผิดปกติซึ่งไม่เหมาะสมอย่างมากใน ประชากรกลุ่ม TGD นี้ (Adams et al., 2017; Bouman et al., 2017) นอกจากนี้คำว่าอุบัติการณ์ไม่สามารถใช้ในสถานการณ์นี้ได้ เนื่องจากไม่สามารถบอกเวลาที่แน่นอนที่เกิดขึ้น หรือการประมาณเวลาที่น่าจะ เกิดขึ้นได้ (Celentano & Szklo, 2019) ดังเหตุผลข้างต้น จึงแนะนำให้ ใช้คำว่า ตัวเลขและสัดส่วนที่จำบอกจำนวนและการเทียบปริมาณของ ประชากร TGD

สิ่งที่สำคัญมากในการทบทวนวรรณกรรมเหล่านี้คือนิยามที่ หลากหลายที่ใช้ในกลุ่มประชากร TGD (Collin et al., 2016; Meier & Labuski, 2013) ในการศึกษาที่ทำในคลินิก ข้อมูลมักจำกัดอยู่ที่แต่ละ คนที่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับคำปรึกษาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเพศ หลากหลายหรือคนที่มารับฮอร์โมนหรือการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศ ในขณะที่การศึกษาแบบสำรวจมักจะมีนิยามที่กว้างและมีความเจาะจง ขึ้นกับการแจ้งอัตลักษณ์ทางเพศของตนเองมากกว่า

การคำนึงถึงในส่วนของการเปรียบเทียบวิธีการวิจัยในการดูขนาดและการ กระจายตัวของประชากร TGD จะต้องมีความเข้าใจว่าอะไรเป็นกรอบ ของการเก็บตัวอย่าง เช่น การเน้นในส่วนของการทบทวนวรรณกรรม (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020) ว่าหลายการศึกษาที่ ดีพิมพ์โดยเฉพาะในงานที่ตีพิมพ์มากกว่าทศวรรษก่อน การหาจำนวน คนใช้ในแต่ละศูนย์การแพทย์แล้วแบ่งตัวเลขออกมาเพื่อประมาณเป็น ขนาดของประชากร พบว่า วิธีนี้ไม่แน่นอนจะทำให้เกิดการประมาณได้ ถูกต้องเพราะตัวตั้งในการคำนวณอาจจะไม่ได้รวมอยู่ในตัวหาร และ ตัวเลขที่แท้จริงของตัวหารก็ไม่ทราบแน่ชัด

ด้วยความรู้อย่างที่กล่าวข้างต้น จึงมีคำแนะนำว่าควรจะเน้น การศึกษาที่ทำในทศวรรษนี้และมีการทบทวนจากผู้วิจัยอื่น ๆ ที่มีการใช้ ระเบียบวิธีวิจัยที่มีเหตุผลและกรอบการให้คำนิยามในการเก็บตัวอย่างที่ ถูกต้อง ด้วยเหตุผลทั้งหมดข้างต้น ในบทนี้จึงเน้นการศึกษาที่เข้าเกณฑ์ ดังนี้ 1) พบการตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009 เป็นต้นไป 2) ใช้นิยามที่ ชัดเจนของกลุ่ม TGD 3) สัดส่วนของประชากร TGD มีการคำนวณอย่าง ถูกต้องโดยใช้ตัวหารที่มีนิยามชัดเจน 4) เป็นการศึกษาที่มีการทบทวน จากผู้วิจัยอื่น ๆ ซึ่งจะทำการศึกษานิดเหล่านี้เป็นตัวแทนที่จำทำให้ เกิดการประมาณที่ถูกต้องมากขึ้นและมีความทันสมัย

การศึกษาที่ทำได้ได้รับการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มที่มีการ รายงานสัดส่วนกลุ่มคน TGD ในประชากรที่เข้าในการศึกษาของระบบ สุขภาพขนาดใหญ่ 2) กลุ่มที่เป็นตัวแทนจากการสำรวจประชากรที่ส่วน ใหญ่ที่ได้รับการสำรวจเป็นผู้ใหญ่ 3) กลุ่มที่เป็นตัวแทนจากการสำรวจ ประชากรที่เป็นเยาวชนในโรงเรียน ซึ่งใน 3 กลุ่มนี้ การศึกษาที่มีข้อมูล เหมาะสมและวิธีการที่ดีได้รับการสรุปตามด้านล่างนี้ สำหรับ รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการศึกษาเหล่านี้หรือการศึกษาที่ใกล้เคียง กันสามารถหาได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ตีพิมพ์เร็ว ๆ นี้ (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020)

ในการศึกษาที่ประมาณขนาดของกลุ่มคน TGD ที่เข้ามาใน การศึกษาของระบบสุขภาพขนาดใหญ่ ทั้งหมดเป็นการเก็บข้อมูลใน สหรัฐอเมริกา และทั้งหมดขึ้นกับข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเวชระเบียน ระบบอิเล็กทรอนิกส์ การศึกษา 4 เรื่องจากกลุ่มนี้ขึ้นกับการใช้รหัส บันทึกโรคในการบอกถึงกลุ่มคน TGD มี 2 การศึกษา (Blosnich et al., 2013; Kauth et al., 2014) ที่ใช้ข้อมูลจากระบบสุขภาพของทหาร ผ่านศึก ซึ่งดูแลประชากรกว่า 9 ล้านคน อีก 2 การศึกษาที่ใช้ข้อมูล ประกันจากระบบเมดิแคร์ ซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพของรัฐซึ่ง ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ที่มีอายุ 65 ปีเป็นต้นไป สัดส่วนของกลุ่ม คน TGD ที่ได้รับการรายงานจากการศึกษาที่ใช้ระบบรหัสบันทึกโรคนี้มี ประมาณร้อยละ 0.02-0.03 เอกสารตีพิมพ์ที่ทันสมัยกว่าที่ใช้ข้อมูลเมดิ แคร์เช่นเดียวกันร่วมกับระบบประกันสุขภาพเอกชนได้ระบุกลุ่มคน TGD และประยุกต์เกณฑ์การเข้าการศึกษาเพิ่มมากขึ้นเพื่อช่วยรหัส บันทึกโรคร่วมกับข้อมูลที่เกี่ยวกับเหตุการณ์และการให้ฮอร์โมน (Jasuja et al., 2020) การใช้ข้อมูลด้วยวิธีเหล่านี้ทำให้สัดส่วนกลุ่มคน TGD มี ประมาณร้อยละ 0.03 ส่วนอีกการศึกษา (Quinn et al., 2017) ทำที่ แผนประกันของไคเซอร์เพอร์มาเนนท์ (Kaiser Permanente) ที่รัฐ จอร์เจียและแคลิฟอร์เนีย โดยแผนประกันครอบคลุมประมาณ 8 ล้าน คนที่ทำผ่านนายจ้าง โปรแกรมรัฐบาล และทำเองเป็นรายบุคคล พบว่า กลุ่มคน TGD มีการดูในทุกกลุ่มอายุทั้งในส่วนของการศึกษาวิจัยโรค และการบันทึกเวชระเบียนแบบที่เขียนได้อย่างอิสระ สัดส่วนของกลุ่ม คน TGD ในระบบแผนประกันของไคเซอร์เพอร์มาเนนท์นี้สูงกว่าสัดส่วน ที่ได้รับการตอบจากระบบก่อนนี้คิดเป็นประมาณร้อยละ 0.04-0.08

ข้อมูลจากการสำรวจที่ใช้การรายงานสถานะเพศที่หลากหลายด้วย ตนเองมีความแตกต่างจากการศึกษาแบบการรายงานสัดส่วนกลุ่มคน TGD ในประชากรที่เข้าในการศึกษาของระบบสุขภาพขนาดใหญ่ โดยมีการ ประมาณที่มากกว่าอย่างชัดเจน โดยการศึกษา 2 เรื่องใน สหรัฐอเมริกาใช้การศึกษาแบบสำรวจปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (Behavioral Risk Factor Surveillance Study; BRFSS) ซึ่งเป็นการ สำรวจทางโทรศัพท์รายปีทำใน 50 รัฐและดินแดน (Conron et al., 2012; Crissman et al., 2017) โดยการศึกษาแรก ใช้ข้อมูลจากปี ค.ศ. 2007-2009 ในรอบของรัฐแมสซาชูเซตส์และการศึกษาที่สองใช้ ข้อมูลปี ค.ศ. 2014 จาก 19 รัฐและดินแดนกวม การศึกษาทั้งสองพบว่า มีประมาณร้อยละ 0.5 ของผู้ใหญ่ที่เข้าการศึกษาตอบว่าใช่ในคำถาม ที่ว่า คุณคิดว่าตัวเองเป็นกลุ่มคนข้ามเพศหรือไม่

การสำรวจผ่านทางอินเทอร์เน็ตในกลุ่มคนเนเธอร์แลนด์อายุ 15-70 ปี (Kuyper & Wijzen, 2014) ให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาให้คะแนนโดยใช้

ระบบการให้คะแนนแบบไลเคอร์ท 5 คะแนน จากการตอบคำถาม 2 ข้อนี้ คือ “คุณสามารถบอกว่าเป็นจิตใจคุณรู้สึกว่าเป็นผู้ชายมากน้อยเพียงใด” และ “คุณสามารถบอกว่าเป็นจิตใจคุณรู้สึกว่าเป็นผู้หญิงมากน้อยเพียงใด” ผู้ที่ตอบคำถามจะได้รับการพิจารณาว่าเป็น ผู้ที่มียังไม่แน่ใจในเพศสภาพ (Gender ambivalent) ถ้าคนนั้นให้คะแนนทั้งสองข้อเท่ากัน และได้รับการพิจารณาว่าเป็นผู้ที่มีความไม่สอดคล้องทางเพศ (Gender incongruent) ถ้าตอบคำถามโดยให้คะแนนเพศที่ตนเองมีกายภาพแต่กำเนิดต่ำกว่าอัตลักษณ์ทางเพศ โดยพบว่าในผู้ที่เพศกำเนิดเป็นเพศชาย (persons who were assigned male at birth; AMAB) มีสัดส่วนของความไม่สอดคล้องทางเพศอยู่ร้อยละ 1.1 และยังไม่แน่ใจในเพศสภาพร้อยละ 4.6 ในผู้ที่เพศกำเนิดเป็นเพศหญิง (persons who were assigned female at birth; AFAB) สัดส่วนของผู้ที่มีความไม่สอดคล้องทางเพศอยู่ร้อยละ 0.8 และยังไม่แน่ใจในเพศสภาพร้อยละ 3.2

โดยการศึกษาที่มีการวางแผนคล้ายกันในการหาสัดส่วนของผู้อาศัยที่เป็นกลุ่มคน TGD ในภูมิภาคแพลนเดอร์ส ในประเทศเบลเยียม โดยการใช้การดึงข้อมูลจากการลงทะเบียนระดับชาติ (Van Caenegem, Wierckx et al., 2015) ผู้เข้าร่วมการสำรวจจะได้รับคำถามแบบการให้คะแนนระดับ 1-5 ในระบบไลเคอร์ท (Likert scale) สำหรับประโยคเหล่านี้ “ฉันรู้สึกว่าเป็นผู้ชาย” และ “ฉันรู้สึกว่าเป็นผู้หญิง” โดยใช้นิยามแบบเดียวกันที่ทำในประเทศเนเธอร์แลนด์ (Kuyper & Wijzen, 2014) พบว่าใน AMAB มีสัดส่วนของผู้ที่มีความไม่สอดคล้องทางเพศอยู่ร้อยละ 0.7 และผู้ที่ยังไม่แน่ใจในเพศสภาพร้อยละ 2.2 ใน AFAB มีสัดส่วนของผู้ที่มีความไม่สอดคล้องทางเพศอยู่ร้อยละ 0.6 และผู้ที่ยังไม่แน่ใจในเพศสภาพร้อยละ 1.9

การศึกษาโดยใช้ฐานประชากรอีกการศึกษาที่ใหม่ขึ้น คือการศึกษาสัดส่วนของกลุ่มคน TGD ในประชากร 50,000 รายในเมืองสต็อกโฮล์ม ประเทศสวีเดน (Åhs et al., 2018) โดยตัวตั้งได้จากการถามผู้ที่เข้าร่วมดังนี้ “ฉันอยากได้ฮอร์โมนหรือการผ่าตัดเพื่อให้เป็นเหมือนบางคนที่มีเพศที่แตกต่างกับตนเอง” และ “ฉันรู้สึกว่าเป็นเพศที่แตกต่างกับตนเอง” และ “ฉันอยากได้ใช้ชีวิตหรือการรับการปฏิบัติให้เป็นเหมือนบางคนที่มีเพศที่แตกต่างกับตนเอง” ความต้องการที่อยากได้ฮอร์โมนหรือการผ่าตัดเพื่อให้เป็นเหมือนบางคนที่มีเพศที่แตกต่างกับตนเอง คิดเป็นร้อยละ 0.5 และผู้ที่แสดงความรู้สึกว่าเป็นเพศที่แตกต่างกับตนเอง คิดเป็นร้อยละ 2.3 และผู้ที่ต้องการใช้ชีวิตหรือการรับการปฏิบัติให้เป็นเหมือนบางคนที่มีเพศที่แตกต่างกับตนเอง คิดเป็นร้อยละ 2.8

การศึกษาข้อมูลระดับประชากรนอกทวีปอเมริกาเหนือและยุโรปตะวันออก พบได้ไม่บ่อย มีการศึกษาที่ตามมาไม่นานนี้ได้ให้ข้อมูลที่มีความสำคัญ เป็นการสำรวจผู้ใหญ่ 6,000 คนในประเทศบราซิล (Spizzirri et al., 2021) โดยประเมินอัตลักษณ์ทางเพศของผู้ที่เข้าร่วมการศึกษา จากคำถาม 3 ข้อนี้ พร้อมตัวเลือก 1) “ข้อใดต่อไปนี้สามารถบรรยายความรู้สึกตอนนี้ของคุณได้ดีที่สุด” (ตัวเลือก: ฉันรู้สึกว่าเป็นผู้ชาย, ฉันรู้สึกว่าเป็นผู้หญิง, ฉันรู้สึกว่าจะไม่ได้เป็นทั้งชายหรือหญิง) 2) “อะไรคือเพศที่เขียนในสูติบัตรของคุณ” (ตัวเลือก: ชาย, หญิง และ ไม่สามารถบอกได้) 3) “สถานการณ์ใดต่อไปนี้ที่ใกล้เคียงกับคุณมากที่สุด” (ตัวเลือก: ฉันกำเนิดเป็นเพศสภาพแบบผู้ชาย แต่รู้สึกว่าเป็นหญิง

มาตั้งแต่เด็ก, ฉันกำเนิดเป็นเพศสภาพแบบผู้หญิง แต่รู้สึกว่าเป็นผู้ชายมาตั้งแต่เด็ก, ฉันกำเนิดเป็นเพศสภาพแบบผู้ชาย และรู้สึกมีความสุขสบายดีกับร่างกายนี้, ฉันกำเนิดเป็นเพศสภาพแบบผู้หญิง และรู้สึกมีความสุขสบายดีกับร่างกายนี้) จากผลการตอบ 3 คำถามนี้ ผู้ประพันธ์พบว่า ร้อยละ 1.9 เป็นกลุ่ม TGD โดยแบ่งเป็นร้อยละ 0.7 ผู้ที่มีอัตลักษณ์ทางเพศตรงข้ามกับเพศกำเนิด และร้อยละ 1.2 เป็นกลุ่ม non-binary

วรรณกรรมเกี่ยวกับสัดส่วนของบุคคลข้ามเพศในเยาวชน (ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปี) ประกอบด้วยการศึกษาด้วยวิธีการสำรวจในโรงเรียน ใน ค.ศ. 2012 การสำรวจแบบตัดขวางระดับประเทศในประเทศนอร์เวย์แลนด์ ซึ่งเก็บข้อมูลของบุคคลข้ามเพศในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (Clark et al., 2014) 8,000 คน พบว่ามีการระบุว่าตนเองเป็นบุคคลข้ามเพศถึงร้อยละ 1.2 และ อีกร้อยละ 2.5 ตอบว่าไม่แน่ใจ อีกการศึกษาหนึ่งในนอร์เวย์เกรด 9 และ 11 ในช่วงอายุ 14-18 ปี ใน ค.ศ. 2016 ในรัฐมินนิโซตา ประเทศสหรัฐอเมริกา 81,000 คน พบว่ามีรายงานว่าเป็นบุคคลข้ามเพศ ร้อยละ 2.7 การศึกษาที่ใหม่มากขึ้น (Johns et al., 2019) ได้รายงานการสำรวจความเสี่ยงทางพฤติกรรมของเยาวชน ทำทุกสองปีในตัวอย่างในในพื้นที่ ระดับรัฐ และระดับประเทศที่เป็นตัวแทนนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในสหรัฐอเมริกา เกรด 9-12 อายุระหว่าง 13-19 ปี โดยมีการจัดใน 10 มลรัฐ และ ในพื้นที่ในเมืองขนาดใหญ่ 9 แห่ง ตามลำดับเหล่านี้ “บางคนพบว่าตนเองเป็นบุคคลข้ามเพศ เมื่อเพศกำเนิดไม่ตรงกับวิถีชีวิตที่คิดว่าหรือรู้สึกว่าเป็นเกี่ยวกับเรื่องเพศ คุณคิดว่าคุณเป็นบุคคลข้ามเพศหรือไม่” โดยที่มีการสำรวจถึง 120,000 คน ในพื้นที่ 19 แห่ง และพบว่ามีคนตอบว่าใช่ ร้อยละ 1.8 และไม่แน่ใจ ร้อยละ 1.6

การศึกษาอีกอย่างที่ทำในโรงเรียนในรัฐฟลอริดา และแคลิฟอร์เนียของประเทศสหรัฐอเมริกา ค.ศ. 2015 ด้วยเป้าหมายที่จะค้นหาเด็กและวัยรุ่นที่มีเพศหลากหลายในกลุ่มนักเรียนกว่า 6,000 คนในเกรด 9-12 (Lowry et al., 2018) โดยใช้คำพูดว่า การที่อัตลักษณ์ทางเพศ ความชอบ บุคลิก การแสดงออก ความรู้สึกดึงดูดทางเพศ แตกต่างไปจากความเป็นชายหรือหญิงในบริบทของสังคมนั้นๆ อย่างมาก หมายถึงว่า เด็กกลุ่ม AMAB ซึ่งรายงานว่ามีความเป็นหญิงอย่างมาก ส่วนมาก และบางส่วน หรือรายงานว่าเป็น AFAB ซึ่งรายงานว่ามีความรู้เป็นชายอย่างมาก ส่วนมาก และบางส่วน จากนิยามนี้ จึงพบสัดส่วนบุคคลข้ามเพศ ร้อยละ 13 ในกลุ่ม AMAB และ ร้อยละ 4 ในกลุ่ม AFAB และในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 8.4

มีเพียงการศึกษาเดียวที่เจาะลึกถึงสัดส่วนของเด็กข้ามเพศที่ระบุเองตั้งแต่อายุยังน้อย Shields และทีมได้วิเคราะห์ข้อมูลจาก ค.ศ. 2011 สำรวจนักเรียน 2,700 คนในเกรด 6-8 อายุ 11-13 ปีในโรงเรียนรัฐซานฟรานซิสโก 22 แห่ง (Shields et al., 2013) พบว่าเด็ก 33 คนตอบว่าตนเองเป็นบุคคลข้ามเพศจากคำถามที่ว่า “คุณเป็นเพศใด” โดยมีตัวเลือก ผู้หญิง ผู้ชาย หรือบุคคลข้ามเพศ การสำรวจนี้พบบุคคลข้ามเพศร้อยละ 1.3 แต่ตามคำนิยามต้องไม่นับคนที่เรียกตนเองว่า non-binary

สรุปสัดส่วนบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในประชากรทั่วไปที่มีการรายงาน

การศึกษาจากระบบบริการสุขภาพ ร้อยละ 0.02-0.1

การสำรวจในผู้ใหญ่ ร้อยละ 0.3-0.5 (บุคคลข้ามเพศ) ร้อยละ 0.3-4.5 (TGD ทั้งหมด)

การสำรวจในเด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 1.2-2.7 (บุคคลข้ามเพศ) ร้อยละ 2.5-8.4 (TGD ทั้งหมด)

เมื่อมารวมกันดังนี้ ข้อมูลในปี 2011-2016 บอกว่าการศึกษาระบบสาธารณสุขซึ่งใช้การวินิจฉัยขึ้นกับรหัสหรือข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Blosnich et al., 2013; Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019; Kauth et al., 2014; Quinn et al., 2017) สัดส่วนของบุคคลข้ามเพศ คิดเป็นร้อยละ 0.02-0.08 ในขณะที่เมื่อมีการสำรวจให้รายงานด้วยตนเอง สัดส่วนการตอบว่าเป็นบุคคล TGD จะสูงกว่า และมีความใกล้เคียงกันในแต่ละการสำรวจเมื่อให้คำนิยามคล้ายกัน เมื่อถามโดยตรงว่าเป็นบุคคลข้ามเพศหรือไม่ จะได้คำตอบร้อยละ 0.3-0.5 ในผู้ใหญ่ และ ร้อยละ 1.2-2.7 ในเด็กและวัยรุ่น เมื่อมีการเพิ่มเติมนิยามให้รวมภาพกว้างของเพศหลากหลาย เช่น กลุ่มอัตลักษณ์ทางเพศ ความชอบ บุคลิก การแสดงออก ความรู้สึกดึงดูดทางเพศ แตกต่างไปจากความเป็นชายหรือหญิงในบริบทของสังคมนั้นๆ หรือเพศไม่ชัดเจน สัดส่วนการตอบจะสูงกว่าคือคิดเป็นร้อยละ 0.5-4.5 ในผู้ใหญ่ และ ร้อยละ 2.5-8.4 ในเด็กและวัยรุ่น

ในการรวมข้อมูล (Goodman et al., 2019) พบว่ามีความน่าสนใจในการเพิ่มขึ้นทั้งขนาดและองค์ประกอบของบุคคล TGD เทียบกับที่สังเกตในระบบสุขภาพโดยผ่านการสำรวจในระดับประชากรและข้อมูลการยอมรับเพศทางกฎหมาย โดยการสำรวจในปีหลัง ๆ พบว่ามีสัดส่วนมากขึ้นอาจทำให้เกิดการประเมินการประมาณการต่ำเกินไปในการศึกษาก่อนหน้านี้ (Olyslager & Conway, 2008)

การเปลี่ยนแปลงตามเวลาของสัดส่วน AMAB ต่อ AFAB ได้มีการรายงานในหลายการศึกษาที่วิเคราะห์การส่งต่อผู้ป่วยไปคลินิก และการใช้ระบบสุขภาพร่วมกัน โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากที่ AMAB เด่นกว่าในทศวรรษก่อน มาเป็น AFAB เด่นกว่าในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน (Aitken et al., 2015; de Graaf, Carmichael et al., 2018; de Graaf, Giovanardi et al. 2018; Steensma et al., 2018; Zhang et al., 2021) แนวโน้มที่สัดส่วนบุคคลข้ามเพศที่มากขึ้นในคนอายุน้อยและความแตกต่างของสัดส่วน AMAB ต่อ AFAB ที่เกี่ยวข้องกับอายุ อาจเกิดจาก ผลกระทบจากการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (cohort effect) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความจริงด้านสังคมและการเมือง การเปลี่ยนวิธีการส่งต่อผู้ป่วย การเข้าถึงบริการทางสุขภาพและข้อมูลทางการแพทย์มากขึ้น การลดการตีตราทางวัฒนธรรม และการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ จากรุ่นสู่รุ่น (Ashley 2019d; Pang et al., 2020; Zhang et al., 2020)

แม้ว่าจะมีการพัฒนาในการศึกษาข้อมูลที่ได้รับการตีพิมพ์เร็ว ๆ นี้ ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญในวรรณกรรม คือยังขาดงานวิจัยจากภูมิภาคอื่นนอกเหนือจากทวีปยุโรปตะวันตกและอเมริกาเหนือ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องบางส่วนในการประมาณการระดับโลกอาจได้จากรายงานที่สนับสนุนการจัดทำจากรัฐบาล หรือองค์กรเอกชน (Fisher et al., 2019; Kasianczuk & Trofymenko, 2020) แต่รายงานเหล่านี้มักไม่ได้เข้าไป

ในระบบที่มีการให้การประเมินจากเพื่อนร่วมวิชาชีพ และไม่ได้จัดทำอย่างสม่ำเสมอ อุปสรรคอื่นที่เกี่ยวกับการประเมินสัดส่วนของบุคคลข้ามเพศในระดับโลก ประกอบด้วย การไม่เข้าถึงข้อมูลประชากร และมีวรรณกรรมภาษาอังกฤษในวารสารมากกว่าวรรณกรรมภาษาอื่น ๆ

แม้จะมีอุปสรรคเหล่านี้ ข้อมูลที่มีคุณภาพสูงที่มีอยู่สามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่า ประชากรกลุ่มบุคคลข้ามเพศนี้มีสัดส่วนมากพอสมควรและเพิ่มมากขึ้น โดยมีสัดส่วนตั้งแต่ร้อยละ 1 ขึ้นไป ขึ้นกับว่าจะนำเกณฑ์การคัดเข้าอย่างไร กลุ่มอายุ และตำแหน่งทางกายภาพ การประมาณการที่แม่นยำของสัดส่วน การกระจายตัว องค์ประกอบในกลุ่มบุคคลข้ามเพศ และการวางแผนทรัพยากรไปข้างหน้า ยังมีความสำคัญเพื่อให้ระบบสาธารณสุข สามารถรองรับประชากรกลุ่มนี้ โดยควรใช้ข้อมูลที่มีการเก็บอย่างเป็นระบบ และเป็นข้อมูลคุณภาพสูง ซึ่งขณะนี้มีมากขึ้น การเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำมีความสำคัญในการลดความหลากหลาย และการประมาณการที่มากหรือน้อยเกินไป ตัวอย่างเช่น การประมาณการที่แม่นยำถูกต้องน่าจะพบได้มากกว่า การเก็บข้อมูลสถิติประชากร มีการรายงานเพศกำเนิด และอัตลักษณ์ทางเพศ รวมทั้งกลุ่มที่ไม่มีเพศ หรือไม่ชายหรือหญิง ซึ่งใช้วิธีการแบบสองชั้นที่ได้รับการประเมินมาแล้วว่าประสิทธิภาพดี การประมาณประชากรจากสถิติที่ทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติแคนาดา โดยใน ค.ศ. 2021 พบว่ามี 100,815 คน จาก 30.5 คน รายงานว่าตนเองเป็นบุคคลข้ามเพศ หรือไม่หญิงไม่ชาย (Statistics Canada, 2022) คิดเป็นร้อยละ 0.33 สำหรับผู้ที่อายุเท่ากับหรือมากกว่า 15 ปี สัดส่วนของบุคคลข้ามเพศ หรือไม่หญิงไม่ชาย สูงกว่ามากในกลุ่มเจนเนอร์เรชั่นซี ซึ่งเกิดระหว่างค.ศ. 1966-1980 โดยคิดเป็นร้อยละ 0.51 และกลุ่มมิลเลนเนียล (ซึ่งเกิดระหว่าง ค.ศ. 1981-1996 โดยคิดเป็นร้อยละ 0.51)เมื่อเทียบกับในกลุ่มเจนเนอร์เรชั่นเอ็กซ์ (ซึ่งเกิดระหว่าง ค.ศ. 1966-1980 โดยคิดเป็นร้อยละ 0.19) กลุ่มเบบี้บูมเมอร์ (ซึ่งเกิดระหว่าง ค.ศ. 1946-1965 โดยคิดเป็นร้อยละ 0.15) และเจนเนอร์เรชั่นทียังใหญ่และระหว่างสงคราม (ซึ่งเกิดก่อน ค.ศ. 1945 คิดเป็นร้อยละ 0.12) แม้ว่าข้อมูลคุณภาพสูงเหล่านี้มีให้ศึกษาแต่ก็ยังไม่มีความชัดเจนว่ามีสัดส่วนในประเทศแคนาดาเท่าใดเทียบกับประเทศอื่น ๆ ความหลากหลายในนิยามและความแตกต่างในการเก็บข้อมูลซึ่งอาจจะปรับได้ดีมากขึ้น หากมีการทำงานร่วมกันในระหว่างประเทศ

บทที่ 4 การศึกษา

บทนี้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้การศึกษาด้านสุขภาพของบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ การให้คำแนะนำในระดับรัฐบาล องค์กรเอกชน สถาบัน และผู้ให้บริการเอง โดยมีเป้าหมายให้เพิ่มการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพและทำอย่างเต็มประสิทธิภาพ แล้วการเข้าถึงที่มากขึ้นนี้จะทำให้สุขภาพของกลุ่มประชากรเพศหลากหลายดีขึ้น เนื่องจากบทนี้เป็นบทใหม่ของคู่มือมาตรฐานการดูแลจากสมาคมผู้ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศระดับโลก หรือเรียกว่า the World Professional Association for Transgender Health (WPATH) Standards of Care จึงมีความตั้งใจที่จะวางรากฐานเรื่องการศึกษาและเชิญชวนให้มีการสนทนาในเชิงลึกและกว้างสำหรับผู้ให้ความรู้และบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลข้ามเพศ หมายถึง สหสาขาวิชาชีพในวงกว้าง ดังนั้นการศึกษากับบุคลากรทางการแพทย์จึงมีความหลากหลาย ขึ้นกับประเทศ และภูมิภาค ในส่วนของโครงสร้างระบบการทำงาน ใบประกอบโรคศิลป์ และนโยบายวรรณกรรมที่มีการตีพิมพ์ในเรื่องของการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลเพศหลากหลาย มักจะมาจากทวีปอเมริกาเหนือ ทวีปยุโรป ประเทศออสเตรเลีย และประเทศนิวซีแลนด์ โดยบทนี้จะไม่ได้นำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาในแต่ละสาขา หรือบรรยายถึงความต้องการด้านการศึกษาในแต่ละประเทศหรือภูมิภาค ความเข้าใจและงานวิจัยที่มากขึ้นมีความสำคัญและจำเป็นในการประสานกับระหว่างระบบการศึกษาเชิงสุขภาพ ใบประกอบโรคศิลป์ และระบบสุขภาพของบุคคลข้ามเพศในระดับโลก

ในระดับโลกนั้น การศึกษาด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุคคลเพศหลากหลายนั้นมีความจำเป็นอย่างมากในการกล่าวถึงและเน้นย้ำเรื่องความไม่เท่าเทียมกันในระดับชาติและระดับนานาชาติ ความเข้าใจในเชิงลึกด้านวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมบุคคลหลากหลายทางเพศ ยังคงไม่เพียงพอ กลุ่มธนาคารโลก หรือ The World Bank Group (2018) รายงานการกีดกัน การทำให้อับอาย ความรุนแรง และการทำร้ายกลุ่มบุคคลหลากหลายทางเพศเป็นวงกว้าง และยังมีรายงานกลุ่มบุคคลหลากหลายทางเพศต้องเผชิญกับความรุนแรงและการกีดกันที่มากที่สุด (World Bank Group, 2018) แม้ว่าประเทศที่มีรายได้สูงหลายประเทศมีกฎหมายระดับประเทศเพื่อต่อต้านการกีดกันด้านการแสดงออกทางเพศให้เป็นคุณลักษณะที่ควรปกป้องไว้ แต่ในระดับที่ทำงาน ในการศึกษา หรือในสถานพยาบาลก็ยังคงเป็นปัญหาอยู่ (World Bank Group, 2018)

หลากหลายวิชาชีพนั้น หลักสูตรการเรียนการสอนในแต่ละระดับ ตั้งแต่ ก่อนปริญญา หลังจบปริญญา แพทย์ประจำบ้าน และการศึกษาต่อเนื่องต่าง ๆ ในประวัติศาสตร์มักจะละเลย เกี่ยวกับวัฒนธรรมและการศึกษาด้านคลินิกของบุคคลหลากหลายทางเพศ โดยคณะกรรมการที่ทำงานร่วมกันของสหรัฐอเมริกา The Joint Commission (US) ได้แนะนำองค์กรทางการแพทย์ว่า ให้ที่ระบบการศึกษาและการสัมมนาที่สนับสนุนความต้องการเฉพาะของสังคมเลสเบียน เกย์ กลุ่มคนที่รักได้ ทั้งเพศชายเพศหญิง และบุคคลข้ามเพศ (LGBT) และให้เสนอโอกาส

ด้านการศึกษาที่มีการกล่าวถึงปัญหาทางสุขภาพของคนกลุ่ม LGBT (The Joint Commission, 2011) แต่อย่างไรก็ดี ไม่ได้มีการบังคับใช้อย่างจริงจัง

ในระดับบุคคล มีคำถามมากมายที่ยังต้องการคำตอบ เช่น การศึกษาแบบใดที่มีประสิทธิภาพในการกล่าวถึงเรื่องการกลัวบุคคลข้ามเพศ (transphobia) และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติในระยะยาวได้ วิธีการแบบใดที่สามารถทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของบุคลากรผู้ให้การดูแลในส่วนนี้ และจำนวนบุคคลเพศหลากหลายที่ได้รับการดูแลเพิ่มมากขึ้น การมีประสบการณ์ทางคลินิกเพิ่มความมั่นใจในการให้การรักษาของผู้ดูแลมากขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่านไปหรือไม่ วิธีการศึกษาแบบใดที่นำไปสู่การทำให้ผลด้านสุขภาพในกลุ่มเพศหลากหลายดีขึ้น และหากเป็นเช่นนั้น เมื่อใด หรือทำอย่างไรจะทำให้วิธีการเหล่านี้ประสบความสำเร็จ แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ได้เริ่มเพิ่มเรื่องการดูแลบุคคลหลากหลายในด้านการศึกษาโดยให้วิธีการที่หลากหลายและมีการปรับให้เหมาะกับระดับของการเรียนก็ตาม ความพยายามเหล่านี้มีความแตกต่างกันไปในแต่ละสาขาวิชาชีพ ยังไม่ได้มีระบบหรือแบบแผนอย่างชัดเจนเท่าที่ควรจะเป็น (เช่น Brennan et al., 2012; Chinn, 2013; Eliason et al., 2010; Lim et al., 2015; Obedin-Maliver et al., 2011; Rondahl, 2009)

เป้าหมายสูงสุดของการศึกษา คือการเข้าถึงวิถีความคิดทางวัฒนธรรมด้วยความเข้าใจและชื่นชมอย่างเต็มที่ในภาคส่วนต่าง ๆ ของมนุษยชาติ ดังนั้นการเรียกร้องด้านการศึกษานี้จะเน้นในการสร้างพื้นฐานด้านความเข้าใจและการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพทางวัฒนธรรม ซึ่งในขณะนี้ยังคงไม่เข้มแข็งหรือไม่มีเลยในหลายส่วนของโลก

คำแนะนำทุกคำแนะนำในบทนี้ ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและประเมินถึงประโยชน์และอันตราย อีกทั้งการประเมินและความนิยมจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้ เราตระหนักดีว่าในบางกรณีหลักฐานทางวิชาการนั้นมียกจำกัดและการบริการบางอย่าง ไม่สามารถเข้าถึงได้หรือไม่สามารถทำได้

คำแนะนำ 4.1

เราแนะนำให้ทุกคนที่ทำงานในภาครัฐ นอกองค์กรรัฐ และกลุ่มเอกชนได้รับการศึกษาด้านวัฒนธรรม ที่เน้นเรื่องการดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศด้วยความเคารพและให้เกียรติ

ใน ส่วนที่ 1 (Article 1) ของคำประกาศเรื่องสิทธิมนุษยชนสากลของสหประชาชาติ (The United Nations Universal Declaration of Human Rights) กำหนดว่า คนทุกคนเกิดมาอย่างอิสระ และเท่าเทียมกันในการที่มีความภูมิใจในตัวเอง และสิทธิส่วนบุคคล (United Nations, 1948) เพียงในเร็ว ๆ นี้ที่คำกล่าวพื้นฐานนี้มีกรรมสิทธิ์ส่วนบุคคลของกลุ่มเพศหลากหลายว่าเป็นส่วนหรือของสิทธิของมนุษยชาติ (UNOCHR, 2018) ในระดับโลก การศึกษาในทุกระดับเกี่ยวกับชุมชนหลากหลายทางเพศยังคงขาดแคลน ในค.ศ. 2022 มีเพียงร้อยละ 3 ของบริษัทในรายชื่อฟอร์จูนห้าร้อย (Fortune 500 companies) ที่มีการป้องกันการกีดกันของพนักงานที่เป็นเพศหลากหลาย และไม่มีที่ใดที่ให้

คำแนะนำ

- 4.1 - เราแนะนำให้ทุกคนที่ทำงานในภาครัฐ นอกองค์กรรัฐ และกลุ่มเอกชนได้รับการศึกษาด้านวัฒนธรรม ที่เน้นเรื่องการดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศด้วยความเคารพและให้เกียรติ
- 4.2 - เราแนะนำให้ทุกคนที่ทำงานได้รับการศึกษาด้านวัฒนธรรมที่เน้นเรื่องการดูแล โดยให้เกียรติบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ ตั้งแต่เริ่มการอบรม ก่อนเริ่มทำงาน และเป็นส่วนหนึ่งของการอบรมรายปี หรือการศึกษาต่อเนื่อง
- 4.3 - เราแนะนำให้สถาบันที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ กำหนดขอบเขตความสามารถและวัตถุประสงค์การเรียนรู้สำหรับสุขภาพบุคคลข้ามเพศ และผู้มีความหลากหลายทางเพศภายในแต่ละสาขาวิชาชีพ

ประกันครอบคลุมสำหรับการยืนยันเพศ (Human Rights Campaign Foundation, 2017) โดยใน ค.ศ. 2022 ร้อยละ 91 ของ Fortune 500 companies มีการปกป้องการกีดกันจากการแสดงออกทางเพศ และอีก ร้อยละ 66 มีการเสนอประกันสุขภาพที่ครอบคลุมด้านเพศหลากหลาย โดยเฉพาะ อย่างไรก็ดี เพียงร้อยละ 72 เท่านั้นที่ให้ความรู้ด้านวัฒนธรรมสำหรับพนักงานเกี่ยวกับด้าน เลสเบียน เกย์ กลุ่มคนที่รักได้ ทั้งเพศชายเพศหญิง บุคคลข้ามเพศ กลุ่มเคียวร์/กลุ่มที่ยังไม่แน่ใจ สถานะทางเพศของตนเอง (LGBTQ) (Human Rights Campaign Foundation, 2022) การขาดความเข้าใจนี้ ยิ่งส่งผลให้เกิดการ แยกแยะให้หลายภาคส่วน จากเหตุผลที่รวมกันนี้ทำให้ความไม่ต่อเนื่อง มีผลด้านลบกับสุขภาพของแต่ละบุคคล สังคม และเพิ่มความแตกต่างทางสุขภาพ ในสหราชอาณาจักร เพียงร้อยละ 28 ของกลุ่มบุคคลหลากหลายทางเพศที่ทำงานอยู่รู้สึกว่ามีระดับสูงมีความตั้งใจทำให้เกิดความเท่าเทียมกันของบุคคลเพศหลากหลาย เพียงร้อยละ 21 ของกลุ่มบุคคลเพศหลากหลายที่ถูกจ้างงานพิจารณาว่าจะรายงานเรื่องที่ถูกต้องเกี่ยวกับความกลัวบุคคลข้ามเพศในที่ทำงาน (Stonewall, 2018). สำหรับคนที่เปิดเผยตัวเองว่ามีเพศหลากหลาย ร้อยละ 34 ถูก แยกออกจากเพื่อนร่วมงานอื่น ๆ ร้อยละ 35 ได้รับการถูกรังแกจาก ลูกค้า ร้อยละ 24 ถูกเลื่อนการเลื่อนตำแหน่งเนื่องจากอัตลักษณ์ทาง เพศ และร้อยละ 11 ถูกไล่ออก (Stonewall, 2018) ข้อมูลจาก ธาราคารโลก ระบุว่าในยุโรปตะวันตกเฉียงใต้ มีการกีดกันตีตรา การทำให้อับอาย ความรุนแรง และการรังแกอย่างกว้างขวาง และบุคคลหลากหลายทางเพศในภูมิภาคนี้ต้องเผชิญอัตราความรุนแรงและการกีดกันตีตราสูงที่สุด (World Bank Group, 2018) นอกจากนี้การกีดกันตีตราส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรายงาน โดยร้อยละ 60 ของบุคคลกลุ่มนี้ไม่ประสงค์จะรายงานเพราะไม่เชื่อว่าในระบบการให้ข้อมูลเหล่านี้จะได้รับการพิจารณา รวมทั้งกลัวว่าจะโดยกีดกันตีตรา หรือทำให้เป็นตัวตลก มากขึ้นไปอีก หรือกลัวว่าจะเป็นการเปิดเผยสถานะตัวเองออกไป (World Bank Group, 2018) แม้ว่าหลายประเทศในภูมิภาคนี้จะจะมีกฎหมายต่อต้านการกีดกันตีตราเกี่ยวกับเรื่องอัตลักษณ์ทางเพศในระดับประเทศ การกีดกันตีตราในระดับสถานที่ทำงาน ในระบบ การศึกษา และในระบบการดูแลสุขภาพยังคงเป็นปัญหา (World Bank Group, 2018) เป็นความรับผิดชอบ ของรัฐบาล สถาบันนอกรัฐบาล และสถาบันเอกชน ในประเทศเหล่านี้ร่วมกับการใช้กฎหมายต่อต้านการ กีดกันตีตรา เพื่อให้มั่นใจถึงสิทธิในกลุ่มบุคคลเพศหลาย และนำไปสู่ ความจำเป็นที่ต้องหาวิธีการให้ลดการกีดกันและตราบาป หนึ่งในวิธีนี้ คือการให้การศึกษาด้านวัฒนธรรมท้องถิ่นที่สนับสนุนทัศนคติที่ต้องด้าน

บุคคลเพศหลากหลายเป็นสิ่งขัดขวางที่สำคัญสำหรับความรู้ที่จำเป็น แม้ว่าการฝึกอบรมความสามารถทางวัฒนธรรมทำให้เกิดผลที่ก้าว ก้าว คำแนะนำจาก Shepherd (2019) ว่าการให้ความรู้ทางด้านวัฒนธรรม ซึ่งให้ความสำคัญกับประเด็นทางวัฒนธรรมในท้องถิ่น และให้คุณค่ากับ การเปิดเผย การไม่ตัดสิน และความรับผิดชอบอาจทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ ต้องการได้ การใช้กลไกด้านการศึกษาทางวัฒนธรรม จำเป็นต้องมีผู้นำที่ สามารถลำดับความสำคัญในการอบรมและให้เวลา เงิน และทรัพยากร บุคคล ในการให้การอบรมในเบื้องต้นและต่อเนื่องไป

คำแนะนำ 4.2

เราแนะนำให้ทุกคนที่ทำงานได้รับการศึกษาด้านวัฒนธรรมที่เน้นเรื่อง การดูแล โดยให้เกียรติบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทาง เพศ ตั้งแต่เริ่มการอบรมก่อนเริ่มทำงาน และเป็นส่วนหนึ่งของการ อบรมรายปี หรือการศึกษาต่อเนื่อง

ในสหสาขาวิชาชีพ บทเรียนในทุกระดับตั้งแต่ก่อนปริญญา หลัง ปริญญา แพทย์ประจำบ้าน รวมทั้งการศึกษาต่อเนื่อง ในอดีตนั้นมัก ละเลยต่อการให้การศึกษาด้านคลินิกและวัฒนธรรมของบุคคล หลากหลายทางเพศ ปัจจัยที่ส่งผลเหล่านี้เกิดจากการขาดความรู้ ประสบการณ์ และความสบายใจของอาจารย์เกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ นอกจากนี้ยังมีความลำเอียงในการเลือกหัวข้อที่จะสอนของอาจารย์ และไม่มีที่ว่างในหลักสูตรที่ดำเนินการอยู่ รวมทั้งไม่มีคำแนะนำว่าควร จะนำหัวข้อเหล่านี้มาบรรยายกันอย่างไร (McDowell & Bower, 2016) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ยังขาดและความจำเป็นในเรื่อง การศึกษาในส่วนนี้บางครั้งไม่ได้กล่าวถึงความกังวลด้านสุขภาพของกลุ่ม บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ วรรณกรรมที่มีอยู่มัก รวมการศึกษาทางด้านสุขภาพของกลุ่มเพศหลากหลาย ภายในการพูด ถึงในเชิงกว้าง โดยยังขาดส่วนของการอบรมทางคลินิกและด้าน วัฒนธรรมที่เน้นย้ำคนกลุ่ม LGBTQ ตัวอย่างเช่น การจัดการเรียน นักศึกษาพยาบาล มีการวิเคราะห์ว่าโดยเฉลี่ยมีการเรียนเกี่ยวกับ สุขภาพของ LGBTQ เฉลี่ย 2.21 ชั่วโมง (Lim et al., 2015) สามารถ คาดการณ์ได้ว่าเวลาที่ทุ่มเทให้กับเรื่องทางสุขภาพของกลุ่มบุคคลเพศ หลากหลายนั้น เป็นแค่บางส่วนของเวลาเหล่านี้

ในภาพกว้างของความเข้าใจกลุ่ม LGBTQ นั้น การขาดแคลนการ ประเมินผลเรียนด้านคลินิกและวัฒนธรรม เป็นข้อด้อยที่ทราบมาอย่าง ยาวนานในส่วนของการศึกษาด้านสุขภาพ (Aldridge et al., 2021) ใน สหรัฐอเมริกา the Department of Health and Human Services' Healthy People 2020, (United States Department of Health

and Human Services (2013, April 10)), the National Academy of Medicine (The Institute of Medicine, 2011), and the Joint Commission (The Joint Commission, 2011) เกิดความตระหนักถึงว่าการขาดการศึกษาว่าส่งผลเสียโดยตรงต่อ LGBTQ ในการได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น The UK's House of Commons Women and Equalities Committee พบว่าการขาดการศึกษาส่งผลต่อความแตกต่างให้การได้รับการดูแลด้านสุขภาพต่อ TGD ในระบบ the National Health Service (House of Commons Women and Equalities Committee, 2015, December 8) การขาดการศึกษาดูแลด้านสุขภาพต่อบุคคลเพศหลากหลายมีการกล่าวถึงในประเทศสหรัฐอเมริกา (Obedin-Maliver et al., 2011) สหราชอาณาจักร (Tollemache et al., 2021) ประเทศแอฟริกาใต้ (de Vries et al., 2020; Taylor et al., 2018; Wilson et al., 2014) ประเทศแคนาดา (Bauer et al., 2014) ประเทศออสเตรเลีย (Riggs & Bartholomaeus, 2016) ประเทศสวีเดน สเปน เซอร์เบีย และโปแลนด์ (Burgwal et al., 2021), และประเทศปากีสถาน (Martins et al., 2020)

นอกจากนี้ การจัดทำหลักสูตร Shepherd (2022) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบทั้งด้านองค์กรและทางคลินิกที่สำคัญในการเพิ่มประสบการณ์ทางคลินิกและวัดความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ในระดับองค์กรจะต้องทำให้เกิดขึ้นได้และทำในลักษณะที่เหมาะสมในแต่ละท้องถิ่น (Shepherd, 2022) ส่วนในระดับบุคคลนั้นนอกจากการรวบรวมความรู้ บุคลากรทางการแพทย์ควรทำให้เกิดลักษณะทั่วไปของการจ้างงาน ที่เน้นเรื่องคุณค่าในการเปิดเผยอย่างไม่มี การตัดสินและให้การตอบรับอย่างดี (Shepherd, 2018)

คำแนะนำ 4.3

เราแนะนำให้สถาบันที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ กำหนดขอบเขตความสามารถและวัตถุประสงค์การเรียนรู้สำหรับสุขภาพบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศภายในแต่ละสาขาวิชาชีพ

ในแต่ละสาขาวิชาชีพมักมีสถาบันในการศึกษา การบริหาร และการให้ใบประกอบวิชาชีพของแต่ละสาขา ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละประเทศและในสาขาแยกย่อยของอาชีพนั้น และไม่มีองค์กรใด สถาบันการศึกษาใดหรือองค์กรที่ดูแลเรื่องใบประกอบวิชาชีพหลัก ๆ ใดก็ตามที่ต้องการการสอนด้านสุขภาพของบุคคล TGD ในขณะที่องค์กรเหล่านี้มีการเพิ่มคำแนะนำเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพ LGBTQ แต่ยังไม่ได้ระบุในการประเมิน ทักษะ หรือวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ข้อมูลที่ตีพิมพ์จากการศึกษาด้านศึกษาด้านสุขภาพของบุคคล TGD เน้นย้ำในส่วนของการพยาบาล การให้ยา และการดูแลภาวะทางจิตใจ มักมาจากทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ ความเข้าใจที่มากขึ้นในเรื่องสุขภาพบุคคลข้ามเพศ และระบบการศึกษาของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ถือเป็นสิ่งสำคัญในระดับโลก

แม้ว่าจะมีการแสดงตัวในสังคมของบุคคล TGD มากขึ้น การเข้าถึงบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้และความเข้าใจทางวัฒนธรรมก็ยังคงเป็นที่ต้องการอย่างมากทั่วโลก (James et al., 2016; Lerner et al., 2020; Müller, 2017) การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้เป็นอุปสรรค

สำคัญในการให้การดูแลเพื่อยืนยันเพศสภาพในกลุ่มบุคคลข้ามเพศ (Puckett et al., 2018; Safer et al., 2016) และส่งผลให้เกิดความแตกต่างทางสุขภาพอย่างมาก (Giffort & Underman, 2016; Reisman et al., 2019) การขาดการศึกษาที่เพียงพอยังเป็นปัญหาระดับโลก (Do & Nguyen, 2020; Martins et al., 2020; Parameshwaran et al., 2017) ซึ่งเกิดขึ้นในทุกระดับของการอบรม (Dubin et al., 2018) และส่งผลให้เกิดความแตกต่าง

ในการให้บริการทางการแพทย์ (Glick et al., 2020; Gunjawate et al., 2020; Johnson & Federman, 2014) และสาขาวิชาชีพทางแพทย์ (Fung et al., 2020; Korpaisarn and Safer, 2018)

ความยากลำบากในการทำการศึกษาในปัจจุบันคือการศึกษาที่มีขนาดของผู้เข้าร่วมวิจัยเล็ก การสอนแบบครั้งเดียว และการที่มีผู้เข้าร่วมจากหลายภาคส่วน ระดับความชำนาญในอาชีพแตกต่างกัน มีการเน้นย้ำที่ผลลัพธ์อันสั้น และมักจะครอบคลุมทั้งกลุ่ม LGBTQI แทนที่จะเน้นเฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับบุคคลข้ามเพศและไม่ได้เน้นเอาวิธีการทางการศึกษาที่ใช้ในปัจจุบัน (Dubin et al., 2018)

ในการที่จะทำให้คำแนะนำได้ใช้ สถาบันต่าง ๆ อาจต้องพิจารณาการพัฒนาดังต่อไปนี้ การเข้าถึงอย่างเป็นระบบ ตามระเบียบแบบแผน เพื่อที่จะพัฒนาและใช้ศักยภาพสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมไปตลอดชีพ การทดสอบมาตรฐานสำหรับผู้เรียน และจัดให้สังคมของบุคคลข้ามเพศมีส่วนร่วม การจัดการทรัพยากรด้านการศึกษา ทั้งส่วนของอาจารย์ที่ได้รับการอบรม และเวลาที่เรียนให้สอดคล้องกับจุดประสงค์ที่ชัดเจน และเห็นตรงกัน (Dubin et al., 2018; Pratt-Chapman, 2020) นอกจากนี้ การประเมินวิธีการเหล่านี้ควรจะไม่เพียงเน้นแต่ผลลัพธ์ แต่ควรย้ำถึงความเข้าใจว่า ทำอย่างไร เมื่อไร หรือเพราะอะไรที่ผลลัพธ์เหล่านี้จะเกิดขึ้นอีกด้วย (Allen et al., 2021)

บทที่ 5 การประเมินในผู้ใหญ่

บทนี้ให้คำแนะนำสำหรับการประเมินบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (Transgender and gender diverse; TGD) ในผู้ใหญ่ที่ต้องการการยืนยันเพศด้วยยาและ/หรือการผ่าตัด (Gender-affirming medical and/or surgical treatments; GAMSTs) เพื่อให้มีร่างกายตรงกับอัตลักษณ์ทางเพศ (ดูคำแนะนำเกี่ยวกับความจำเป็นทางการแพทย์ในบทที่ 2—การประยุกต์ใช้ทั่วโลก คำแนะนำ 2.1)

ผู้ใหญ่ข้ามเพศและผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศคือผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับอายุการบรรลุนิติภาวะในประเทศนั้น ๆ ข้อมูลต่าง ๆ ในบทวิจัยนี้ซึ่งรวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลนั้น อาจนำมาใช้ในการดูแลผู้ใหญ่ที่อายุน้อยได้เช่นกัน ถึงแม้ว่าคนเหล่านี้จะมีอายุมากกว่าอายุการบรรลุนิติภาวะแล้วก็ตาม

บทนี้รวมถึงอัตลักษณ์และการเปลี่ยนผ่านทางเพศในทุกรูปแบบ ไม่จำกัดเพียงแค่เพศชาย, หญิง, เพศหลากหลาย, nonbinary, agender, และ eunuch เท่านั้น ประชากรผู้ใหญ่ TGD มีความหลากหลายและมีความต้องการที่แตกต่างกันในทางคลินิก ทางชีวภาพ ทางจิตใจ และทางสังคม ตลอดจนการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ด้วยเหตุนี้การประเมินสำหรับ GAMST จึงจำเป็นต้องมีการปรับใช้ให้เข้ากับความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ทางคลินิก และฐานความรู้ในสังคมเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศนั้น ๆ ตลอดจนปรับให้เข้ากับสถานการณ์ในท้องถิ่นนั้น ๆ ด้วย บทนี้ตระหนักดีว่าในแต่ละคนอาจมีประสบการณ์ในการรักษาที่แตกต่างกันไปในระดับท้องถิ่น หากเปรียบเทียบกับบริการรักษาพยาบาลที่มีการกำกับดูแลจากรัฐหรือองค์กรอื่น ๆ

อัตลักษณ์ทางเพศของบุคคลเป็นการระบุตัวตนภายในและประสบการณ์ของบุคคลนั้น ๆ บทบาทของผู้ประเมินคือ การประเมินความไม่สอดคล้องทางเพศ (gender incongruence) และการระบุภาวะทางจิตที่เกี่ยวข้อง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ GAMSTs การช่วยบุคคล TGD ในการพิจารณาถึงผลกระทบและความเสี่ยงของ GAMSTs และเพื่อประเมินว่าบุคคล TGD มีความสามารถที่จะเข้าใจถึงการดูแลและประโยชน์ได้ ผู้ประเมินยังสามารถช่วยให้บุคคล TGD พิจารณาการปฏิบัติอื่น ๆ ที่ส่งผลให้ผลลัพธ์ของ GAMST ดีขึ้น แนวทางการประเมินสำหรับ GAMST ที่อธิบายไว้ในบทนี้ตระหนักถึงประสบการณ์ชีวิตและความรู้ของบุคคล TGD รวมถึงความรู้ทางคลินิกของบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะเริ่ม GAMST จะต้องตัดสินใจร่วมกันระหว่างบุคคล TGD และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมิน โดยทั้งสองฝ่ายล้วนเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจร่วมกัน

ในบางแห่งใช้รูปแบบการดูแล TGD ผู้ใหญ่ที่ต้องการเริ่ม GAMST โดยให้ความสำคัญกับ TGD เป็นผู้ตัดสินใจหลักและมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำ เว้นเสียแต่ว่าจะมีข้อห้ามที่ร้ายแรง หลักการนี้มักใช้เพื่อพิจารณาการใช้ฮอร์โมนมากกว่าการผ่าตัดและเรียกแบบนี้ว่า “ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว” (Deutsch, 2011, 2016a) โดยใช้การประเมินอย่างย่อเน้นไปที่ความสามารถของบุคคล TGD ในการให้ความยินยอมในการรักษาเป็นหลักและใช้ข้อมูลเกี่ยวกับ GAMST ประกอบการตัดสินใจ ในปัจจุบันมีรายละเอียดที่หลากหลายแตกต่างกันไปในด้านขอบเขตอำนาจที่ศาลและกฎหมาย

ครอบคลุม ระบบ และบุคลากรทางการแพทย์ (Deutsch, 2011; Morenz et al., 2020) การขอความยินยอมจากการที่ได้รับการบอกกล่าวถูกนำมาใช้ได้ซักระยะหนึ่งแล้วสำหรับการใช้ฮอร์โมนในหลายท้องถิ่น

บทนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คำแนะนำที่ยืดหยุ่นสามารถนำไปใช้ได้ทั่วโลกซึ่งต้องปรับให้เข้ากับสถานการณ์ในท้องถิ่นนั้น ๆ บุคลากรทางการแพทย์จะต้องพิจารณาว่าแนวทางในการประเมินใดที่เหมาะสมที่สุดในบริบทของตนเองและจะเป็นการดีที่สุดหากการประเมินเหล่านี้มีส่วนร่วมจากบุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศด้วย

เนื่องจากบุคคล TGD เป็นตัวแทนของความหลากหลายในอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกทางเพศโดยมีความต้องการสำหรับ GAMSTs ที่แตกต่างกันไป ดังนั้นไม่มีการประเมินใดการประเมินหนึ่งที่จะเหมาะกับทุกคนหรือทุกสถานการณ์ บุคคล TGD บางคนอาจต้องการเพียงการประเมินสั้น ๆ ในขณะที่บุคคล TGD ที่มีความซับซ้อนมากกว่าหรือต้องการการดูแลที่ไม่แพร่หลายหรือต้องการการดูแลที่มีหลักฐานทางวิชาการไม่มาก จำเป็นต้องได้รับการประเมินที่ครอบคลุมมากขึ้นโดยสหวิชาชีพ การประเมินอาจเป็นแบบตัวต่อตัวหรือผ่าน telehealth ในขณะที่การประเมินด้วยเครื่องมือการวัดทางจิตวิทยา (psychometric assessment) ถูกใช้ในบางกรณี แต่ไม่ได้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ GAMST การให้คำปรึกษาทางจิตหรือจิตบำบัดมีประโยชน์เมื่อบุคคล TGD ต้องการ อย่างไรก็ตามการให้คำปรึกษาหรือจิตบำบัดที่เน้นเฉพาะเรื่องอัตลักษณ์ทางเพศที่หลากหลายไม่ได้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเริ่ม GAMST เช่นกัน การตรวจอวัยวะเพศไม่ใช่สิ่งจำเป็นที่ต้องทำก่อนการเริ่ม GAMST และควรทำในกรณีที่มีข้อบ่งชี้เท่านั้น

GAMSTs สามารถให้บริการได้ในหลายที่ขึ้นอยู่กับระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ โดยอาจเป็นสถานพยาบาลภาครัฐ สถานพยาบาลภาคเอกชน สถานพยาบาลภาคชุมชน หรือองค์กรการกุศล โครงสร้างของท้องถิ่นและภูมิภาคอาจมีอิทธิพลต่อความพร้อมในการบริการสุขภาพ แต่ไม่ว่าจะเป็นสถานที่ใดก็ตามการดูแลสุขภาพของคน TGD ควรมีคุณภาพอยู่ในระดับสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ World Professional Organization for Transgender Health (WPATH) สนับสนุนให้มีความพร้อมในการการประเมินและการยืนยันเพศสภาพ การเข้าถึงการประเมินและการรักษาสำหรับ TGD ที่ต้องการ GAMSTs นั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่สำคัญทางการแพทย์และมีประโยชน์อย่างชัดเจนสำหรับ TGD (Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012) คำแนะนำในบทนี้ควรที่จะนำไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของท้องถิ่นและเหมาะสมกับ TGD แต่ละราย ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ทางการแพทย์หรือทางสังคมของแต่ละคนด้วย

คำแนะนำด้านล่างนี้ร่างขึ้นจากหลักฐานทางวิชาการที่ชัดเจนซึ่งแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการเข้าถึง GAMSTs อีกทั้งยังมีหลักฐานทางวิชาการที่ชี้แจงถึงประโยชน์ของ GAMSTs โดยพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสีย และมีคำแนะนำจากข้อสรุปของคณะกรรมการด้วย หลักฐานทางวิชาการที่พูดถึงการประเมิน TGD นั้นมีไม่มาก หลักฐานโดนส่วนใหญ่ในเรื่องการประเมินเป็นการศึกษาที่ประเมิน TGD โดยใช้เกณฑ์ที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งประเมิน TGD ผู้ใหญ่โดยบุคลากรทางการแพทย์อย่าง

คำแนะนำ

5.1 – เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินผู้ใหญ่ข้ามเพศและผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศสำหรับการดูแลทางกายภาพ

5.1.a – ได้รับความอนุเคราะห์จากหน่วยงานตามกฎหมายและถือครองวุฒิปริญญาโทเป็นอย่างน้อยหรือผ่านการฝึกอบรมในสาขาทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับบทบาทนี้และรับรองโดยสถาบันที่ได้รับการรับรองทางกฎหมายระดับประเทศ

5.1.b – สำหรับประเทศที่ต้องการการวินิจฉัยเพื่อการเข้าถึงการดูแล บุคลากรทางการแพทย์ควรมีความสามารถ

ในการใช้ World Health Organization's International Classification of Diseases (ICD) ฉบับล่าสุด เพื่อการวินิจฉัย สำหรับประเทศที่ไม่ได้ใช้ ICD ฉบับล่าสุด อาจใช้ชื่อวินิจฉัยอื่นได้และควรดำเนินการเพื่อใช้ ICD ฉบับล่าสุดโดยเร็วที่สุด

5.1.c – สามารถระบุภาวะทางสุขภาพจิตที่เกิดร่วมหรือข้อกังวลทางจิตเวชอื่น ๆ และสามารถจำแนกภาวะเหล่านี้เนื่องจากความทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria) ความไม่สอดคล้องทางเพศ (gender incongruence) และความหลากหลายทางเพศ (gender diversity) ได้

5.1.d – สามารถประเมินความสามารถในการให้ความยินยอม

5.1.e – มีประสบการณ์หรือมีคุณสมบัติในการประเมินทางคลินิกในเรื่องความทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria) ความไม่สอดคล้องทางเพศ (gender incongruence) และความหลากหลายทางเพศ (gender diversity)

5.1.f – ได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria) ความไม่สอดคล้องทางเพศ (gender incongruence) และความหลากหลายทางเพศ (gender diversity)

5.2 – เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินผู้ใหญ่ข้ามเพศและผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศที่ต้องการการยืนยันเพศสภาพติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญจากสาขาวิชาต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพบุคคลข้ามเพศเพื่อรับคำปรึกษาและการส่งตัวหากจำเป็น

คำแนะนำต่อไปนี้เป็นคำแนะนำเกี่ยวกับคุณสมบัติที่ควรมีสำหรับการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัด (ควรมีทุกข้อ)

5.3 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินผู้ใหญ่ข้ามเพศและผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศเพื่อการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัด:

5.3.a – แนะนำการยืนยันเพศสภาพด้วยยาเฉพาะบุคคล TGD ที่มีความไม่สอดคล้องทางเพศที่ชัดเจนและเป็นมาระยะเวลานาน

5.3.b – ในที่ที่การวินิจฉัยเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่บุคคล TGD จะสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้ ควรตรวจสอบให้แน่ชัดว่าคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยก่อนเริ่มการยืนยันเพศสภาพ

5.3.c – ระบุและแยกสาเหตุอื่น ๆ ของความไม่สอดคล้องทางเพศก่อนเริ่มการยืนยันเพศสภาพ

5.3.d – ประเมินภาวะทางสุขภาพจิตต่าง ๆ ที่อาจส่งผลเสียต่อผลของการยืนยันเพศสภาพพร้อมอภิปรายถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นก่อนตัดสินใจเริ่มขั้นตอน

5.3.e – ประเมินสุขภาพกายต่าง ๆ ที่อาจส่งผลเสียต่อผลของการยืนยันเพศสภาพพร้อมอภิปรายถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นก่อนตัดสินใจเริ่มขั้นตอน

5.3.f – ประเมินความสามารถในการให้ความยินยอมในการยืนยันเพศสภาพก่อนเริ่มขั้นตอน

5.3.g – ประเมินความสามารถของผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศในการเข้าถึงผลการยืนยันเพศสภาพต่อการเจริญพันธุ์และแนะนำตัวเลือกเพื่อการเจริญพันธุ์ก่อนเริ่มการยืนยันเพศสภาพ

5.4 – เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้มีความสามารถในการประเมินบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ พิจารณาถึงการเปลี่ยนผ่านด้านสังคมที่เกิดจากการยืนยันเพศสภาพไปพร้อมกับขั้นตอนการประเมินเพื่อการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัด

5.5 – เราแนะนำให้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์สำหรับการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัด ได้รับความเห็นสำหรับการเริ่มขั้นตอนจากผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน ที่มีความสามารถในการประเมินบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ต้องการการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัด

5.6 – เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ต้องการการตัดต่อมเพศ (gonadectomy) พิจารณาการใช้ฮอร์โมนที่ตรงกับเพศสภาพที่ต้องการเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนก่อนเริ่มการผ่าตัดที่ผลการผ่าตัดไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ (เว้นเสียแต่ว่า ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ฮอร์โมน)

5.7 – เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินผู้ใหญ่ที่ต้องการเปลี่ยนเพศกลับและต้องการการใช้ฮอร์โมนหรือการผ่าตัดที่เกี่ยวกับเพศทำการประเมินโดยทีมสหวิชาชีพอย่างครอบคลุม พร้อมขอความเห็นเพิ่มเติมจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในด้านสุขภาพบุคคลข้ามเพศ โดยพิจารณาร่วมกันกับผู้รับบริการถึงบทบาทในการเปลี่ยนผ่านด้านสังคม

ใกล้ชิด โดยไม่มีการศึกษาแบบสุ่มหรือการศึกษาระยะยาวไปข้างหน้า (Olsen-Kennedy et al., 2016) อย่างไรก็ตามเป็นการเข้าใจได้ เนื่องจากการศึกษาในเรื่องนี้มีความซับซ้อนและมีข้อจำกัดทางจริยธรรมหลายประการโดยเฉพาะการสุ่ม TGD ไปในการประเมินแต่ละแบบที่แตกต่างกัน อีกทั้งยังขาดซึ่งทุนวิจัยและทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้หากต้องศึกษาผลระยะยาวจากการประเมินแต่ละแบบ

การร่างคำแนะนำเหล่านี้มีขึ้นขั้นตอนที่ซับซ้อน เกณฑ์ต่าง ๆ ในบทนี้ได้รับการแก้ไขอย่างมากจาก SOC-7 เพื่อลดข้อจำกัดและอุปสรรคใน

เข้าถึงการดูแล โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะมีการวิจัยถึงประสิทธิภาพของแบบจำลองนี้ในอนาคต ตลอดจนหวังให้มีการพัฒนารูปแบบการประเมินสำหรับการใช้ฮอร์โมนและผ่าตัดให้ไปในทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

คำแนะนำทั้งหมดในบทนี้ได้ร่างขึ้นโดยอิงจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างละเอียด คำนึงถึงการประเมินผลประโยชน์และอันตราย ค่านิยมและความพึงพอใจของผู้ให้บริการและ TGD การใช้ทรัพยากรและความเป็นไปได้ ในการบริการบางกรณีมีหลักฐานทาง

วิชาการจำกัด ซึ่งการบริการเหล่านั้นอาจไม่สามารถเข้าถึงได้หรืออาจไม่เป็นที่ต้องการ

คำแนะนำ 5.1

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินผู้ใหญ่ข้ามเพศและผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศสำหรับการดูแลทางกายภาพ:

คำแนะนำ 5.1.a

ได้รับอนุญาตจากหน่วยงานตามกฎหมายและถือครองวุฒิปริญญาโทเป็นอย่างน้อยหรือผ่านการฝึกอบรมในสาขาทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับบทบาทนี้และรับรองโดยสถาบันที่ได้รับการรับรองทางกฎหมายระดับประเทศ

TGD มองหาการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพที่ดีที่สุดสำหรับตนเองและสามารถเข้าถึงได้ ไม่ต่างจากคุณภาพของการดูแลสุขภาพในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ที่ใช้บริการทางการแพทย์ (The Yogyakarta Principles, 2017) ในประเด็นนี้อาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละที่ของโลก การที่ผู้เชี่ยวชาญจะประเมินเพื่อ GAMSTs ได้สมบูรณ์หรือไม่ ขึ้นอยู่กับธรรมชาติของระบบการดูแลสุขภาพในท้องถิ่นนั้น ๆ รวมไปถึงกฎเกณฑ์จากคณะกรรมการหรือสถาบันที่เกี่ยวข้องด้วย เป็นข้อสำคัญที่ว่า การประเมินทางสุขภาพถูกทำโดยบุคลากรที่ได้รับอนุญาต และมีความรู้ความสามารถในการระบุความไม่สอดคล้องทางเพศและภาวะต่าง ๆ ที่อาจแสดงออกเหมือนกับภาวะไม่สอดคล้องทางเพศได้อีกทั้งควรเป็นบุคลากรที่สามารถสนับสนุน TGD ตลอดช่วงที่ได้รับการประเมินได้ (RCGP, 2019) ผู้ประเมินต้องสามารถที่จะส่งปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับอนุญาตสำหรับการยืนยันเพศสภาพได้

บุคลากรทางการแพทย์ควรมีวุฒิปริญญาโทเป็นอย่างน้อยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลข้ามเพศหรือได้รับการฝึกอบรมทางคลินิกที่เทียบเท่า โดยได้รับการรับรอง ตัวอย่างเช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (mental health professional; MHP) แพทย์ทั่วไป พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ผ่านการรับรอง ในบางแห่งบุคลากรทางการแพทย์มีวุฒิหรือการอบรมที่น้อยกว่าข้างต้นอาจสามารถให้การประเมินได้ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการรับรอง โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการรับรองท่านนี้จะเป็นผู้รับผิดชอบถึงคุณภาพและความถูกต้องของการประเมินเพื่อ GAMSTs ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่ บทที่ 4 – การศึกษา

การเข้าถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและผ่านการรับรองในการประเมินเพื่อ GAMSTs อาจเป็นไปได้ยากในบางกรณี ดังนั้นเพื่อให้บุคคล TGD ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและลดช่องว่างของการเข้าถึงบริการทางการแพทย์หรือการบริการที่ล่าช้า (เช่น ช่วงรอรับการประเมินที่นาน เป็นต้น) ในกรณีนี้บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เชี่ยวชาญอาจสามารถให้การดูแลและประเมินบุคคล TGD สำหรับ GAMSTs ได้เนื่องจากการหลีกเลี่ยงความล่าช้าของการเข้ารับบริการเป็นสิ่งสำคัญ อย่างไรก็ตามบุคคล TGD ควรได้รับการสนับสนุนให้เข้าถึงการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์โดยเร็วที่สุด (RCGP, 2019)

แนวทางการดูแลในปัจจุบันแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความสามารถในการระบุและวินิจฉัยความไม่สอดคล้องทางเพศ (Hembree et al., 2017; Reed et al., 2016; T'Sjoen et al., 2020) และสามารถในการระบุภาวะต่าง ๆ ที่อาจเข้าใจผิดว่าเป็นภาวะไม่สอดคล้องทางเพศได้ (Byne et al., 2018; Dhejne et al., 2016; Hembree et al., 2017) แนวทางการดูแลในปัจจุบันยังเน้นย้ำให้มีความสำคัญถึงการศึกษาอย่างต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์ในการประเมินและการให้การดูแลบุคคล TGD (American Psychological Association, 2015; T'Sjoen et al., 2020) ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่ บทที่ 4 – การศึกษา

คำแนะนำ 5.1.b

สำหรับประเทศที่ต้องการการวินิจฉัยเพื่อการเข้าถึงการดูแลบุคลากรทางการแพทย์ควรมีความสามารถในการใช้ World Health Organization's International Classification of Diseases (ICD) ฉบับล่าสุด เพื่อการวินิจฉัย สำหรับประเทศที่ไม่ได้ใช้ ICD ฉบับล่าสุด อาจใช้ชื่อวินิจฉัยอื่นได้และควรดำเนินการเพื่อใช้ ICD ฉบับล่าสุดโดยเร็วที่สุด

ในบางประเทศจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยภาวะไม่สอดคล้องทางเพศถึงจะสามารถเข้าถึง GAMST ได้ (อธิบายไว้ด้านล่าง) บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินบุคคล TGD ในประเทศเหล่านั้นควรมีความสามารถในการวินิจฉัยภาวะไม่สอดคล้องทางเพศโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยล่าสุดสำหรับบุคคล TGD ที่ต้องการ GAMSTs ICD-11 (WHO, 2019a) คือระบบการวินิจฉัยที่เน้นไปที่ประสบการณ์ในด้านอัตลักษณ์ของบุคคล TGD และความต้องการต่อ GAMSTs และไม่เน้นว่าอัตลักษณ์ของบุคคล TGD เป็นโรคทางจิตเวช

คำแนะนำ 5.1.c

สามารถระบุภาวะทางสุขภาพจิตที่เกิดร่วมหรือข้อกังวลทางจิตเวชอื่น ๆ และสามารถจำแนกภาวะเหล่านี้ออกจากความทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria) ความไม่สอดคล้องทางเพศ (gender incongruence) และความหลากหลายทางเพศ (gender diversity) ได้

ความหลากหลายทางเพศเป็นความหลากหลายตามธรรมชาติของผู้คนและไม่นับว่าเป็นความผิดปกติ (American Psychological Association, 2015) อย่างไรก็ตามการประเมินที่ดีที่สุดควรทำโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิต ทั้งนี้เพื่อระบุภาวะต่าง ๆ ที่อาจเข้าใจผิดว่าเป็นภาวะไม่สอดคล้องทางเพศได้ ภาวเหล่านี้พบได้น้อยและหากตรวจพบมักเป็นภาวะทางจิตเวช (Byne et al., 2012; Byne et al., 2018; Hembree et al., 2017)

การประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิตนั้นไม่จำเป็นต้องมีนักจิตวิทยา จิตแพทย์หรือนักสังคมสงเคราะห์ร่วมด้วยเสมอในแต่ละการประเมิน แพทย์ทั่วไป พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการรับรองสามารถทำการประเมินได้หากบุคลากรท่านนั้นมีความเชี่ยวชาญมากพอในการระบุภาวะไม่สอดคล้องทางเพศและสามารถระบุภาวะทางสุขภาพจิตหรือข้อกังวล

ทางจิตเวชอื่น ๆ และสามารถจำแนกภาวะเหล่านี้ออกจากความทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria) ความไม่สอดคล้องทางเพศ (gender incongruence) และความหลากหลายทางเพศ (gender diversity) ได้ นอกจากนี้ยังสามารถสนับสนุนบุคคล TGD ในการวางแผนและเตรียมตัวสำหรับ GAMSTs และส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเมื่อมีความจำเป็น อย่างที่กล่าวไว้ในรายละเอียดในบทสุขภาพจิต ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตนั้นว่ามีบทบาทสำคัญในการดูแลบุคคล TGD เช่น การที่บุคคล TGD ถูกตั้งอคติและถูกเลือกปฏิบัติ (Robles et al., 2016) เป็นต้น ซึ่งอาจนำไปสู่โรคซึมเศร้า วิตกกังวล หรือมีความรุนแรงของภาวะทางสุขภาพจิตที่มากขึ้นได้ ในกรณีนี้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจะสามารถวินิจฉัยและรักษาภาวะทางสุขภาพจิตได้ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับสุขภาพจิตเป็นบุคลากรที่เหมาะสมกับการประเมินก่อน GAMSTs และยังสามารถช่วยสนับสนุนบุคคล TGD ที่ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจิตพร้อมทั้งช่วยสนับสนุนในช่วงการยืนยันเพศด้วย ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่ บทที่ 18 – สุขภาพจิต

คำแนะนำ 5.1.d

สามารถประเมินความสามารถในการให้ความยินยอม

การประเมินสำหรับ GAMSTs จะต้องประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการให้ความยินยอมของบุคคล TGD ต่อการรักษา ความยินยอมนั้นอาศัยความรู้ความเข้าใจถึงความเสี่ยงและประโยชน์ ผลเสีย และผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ต้องอาศัยความสามารถในการจดจำข้อมูลเหล่านั้นเพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจ (อาจใช้อุปกรณ์ช่วยเท่าที่จำเป็น) รวมไปถึงต้องอาศัยความสามารถที่จะใช้ความรู้ความเข้าใจนี้ในการตัดสินใจให้ความยินยอม (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007).

บุคคล TGD บางคนมีความสามารถในการให้ความยินยอมทันทีในระหว่างการประเมิน แต่บุคคล TGD บางคนอาจต้องใช้เวลาชั่งชั่งระหว่างการให้ความยินยอมหลังจากการซักถามและเรียนรู้ในการตัดสินใจทางการแพทย์การมีอาการป่วยทางจิตเวชหรือการมีอาการทางสุขภาพจิตไม่ได้เป็นข้อห้ามของ GAMSTs เว้นแต่ว่าความเจ็บป่วยทางจิตเวชหรืออาการทางสุขภาพจิตนั้นส่งผลกระทบต่อความสามารถของบุคคล TGD ในการให้ความยินยอมต่อการรักษาที่ต้องการหรือส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรับการดูแล ประเด็นนี้นับเป็นประเด็นที่สำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากพบว่า GAMSTs สามารถบรรเทาอาการทางจิตในบุคคล TGD ได้ (Aldridge et al., 2020)

ทั้งนี้อาจพิจารณา GAMSTs สำหรับบุคคลที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้โดยตรง หากมีผู้ปกครองตามกฎหมายที่เหมาะสมหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจอิสระที่ได้รับการอนุมัติจากหน่วยงานกำกับดูแลที่มีอำนาจกำหนดการรักษาพยาบาลให้ความยินยอมและยืนยันได้ว่าการดูแลทางการแพทย์นี้สอดคล้องกับความต้องการและความปรารถนาของบุคคล TGD

คำแนะนำ 5.1.e

มีประสบการณ์หรือมีคุณสมบัติในการประเมินทางคลินิกในเรื่องความทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria) ความไม่สอดคล้องทางเพศ (gender incongruence) และความหลากหลายทางเพศ (gender diversity) ดูคำชี้แจงเพิ่มเติมที่คำแนะนำ 5.1.f

คำแนะนำ 5.1.f

ได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria) ความไม่สอดคล้องทางเพศ (gender incongruence) และความหลากหลายทางเพศ (gender diversity)

เช่นเดียวกับเวชปฏิบัติในสาขาอื่น ๆ เป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ผู้ทำการประเมินสำหรับการเริ่ม GAMSTs ต้องเป็นผู้มีความรู้และมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของบุคคล TGD หากไม่สามารถทำได้ในบริบทของท้องถิ่น บุคลากรทางการแพทย์ในท้องถิ่นนั้นควรทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่มีความรู้และมีประสบการณ์ บุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของบุคคล TGD อาจโดยสมัครเป็นสมาชิกขององค์กรที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมการประชุมทางวิชาการ การประชุมเชิงปฏิบัติการหรือสัมมนา หรือปรึกษาศูนย์การแพทย์ที่มีประสบการณ์และมีส่วนเกี่ยวข้องกับชุมชน TGD เรื่องนี้นับเป็นประเด็นที่สำคัญเนื่องจากการดูแลสุขภาพของบุคคล TGD นับเป็นความรู้สาขาใหม่ ความรู้และคำศัพท์ต่าง ๆ ยังมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (American Psychological Association, 2015; Thorne, Yip et al., 2019) ดังนั้นการทบทวนความรู้ให้ทันสมัยในเรื่องการดูแลสุขภาพของบุคคล TGD นับเป็นสิ่งที่สำคัญ ไม่ว่าสำหรับใครก็ตามที่ทำงานเกี่ยวกับการประเมินเพื่อ GAMSTs

คำแนะนำ 5.2

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินผู้ใหญ่ข้ามเพศและผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศที่ต้องการการยืนยันเพศสภาพติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญจากสาขาวิชาต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพบุคคลข้ามเพศเพื่อรับคำปรึกษาและการส่งตัวหากจำเป็น

หากมีความจำเป็นและสามารถทำได้ การประเมินสำหรับ GAMSTs ควรดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Costa, Rosa-e-Silva et al., 2018; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; T'Sjoen et al., 2020) โดยที่สมาชิกในทีมสามารถติดต่อกันได้อย่างทันทีที่ซึ่งอาจรวมถึง บุคลากรทางการแพทย์ด้านสุขภาพจิต แพทย์ต่อมไร้ท่อ ผู้ให้บริการปฐมภูมิ ศัลยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสาร บุคคล TGD ที่เข้ามาช่วยประสานงานและบุคคลอื่น ๆ ในบางกรณีอาจไม่จำเป็นต้องเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างไรก็ตามจะเป็นการดีที่สุดหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถติดต่อกับทีมสหสาขาวิชาชีพในสาขาต่าง ๆ ได้เร็ว เพื่อให้การประเมินสำหรับ GAMSTs เสร็จสมบูรณ์และตอบสนองความต้องการของบุคคล TGD ได้อย่างดีที่สุด อีกประเด็นสำคัญการที่บุคคล TGD ได้ตรวจติดตามกับบุคลากรทางการแพทย์

แพทย์ที่มีส่วนร่วมในการประเมินสำหรับ GAMSTs ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการเริ่มการยืนยันเพศสภาพ

คำแนะนำต่อไปนี้เป็นคำแนะนำเกี่ยวกับคุณสมบัติที่ควรมีสำหรับการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัด (ควรมีทุกข้อ)

คำแนะนำ 5.3

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินผู้ใหญ่ข้ามเพศและผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศเพื่อการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัด:

คำแนะนำ 5.3.a

แนะนำการยืนยันเพศสภาพด้วยยาเฉพาะบุคคล TGD ที่มีความไม่สอดคล้องทางเพศที่ชัดเจนและเป็นมาระยะเวลานาน

สำหรับการรับ GAMSTs บุคคล TGD ต้องมีความไม่สอดคล้องทางเพศที่ชัดเจนและความไม่สอดคล้องทางเพศนี้คงอยู่มาเป็นระยะเวลาหนึ่ง กล่าวคือมีความต้องการ GAMSTs และต้องการการยอมรับในเพศที่ตนเองเป็น ดังนั้นการพิจารณาถึงลักษณะ ระยะเวลา และความสม่ำเสมอของความไม่สอดคล้องทางเพศเป็นสิ่งสำคัญ อาจรวมถึงการเปลี่ยนชื่อหรือเอกสารระบุตัวตน การบอกผู้อื่นเกี่ยวกับเพศของตน เอกสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือการแสดงออกทางเพศ อย่างไรก็ตามความไม่สอดคล้องทางเพศที่ชัดเจนและเป็นมาระยะเวลานาน ไม่จำเป็นต้องแจ้งให้คนอื่นทราบ (Brumbaugh-Johnson & Hull, 2019; Saeed et al., 2018; Sequeira et al., 2020) การเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ทางเพศที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันหรือฉิวเฉียดหรือขาดการคงตัวของการเปลี่ยนอัตลักษณ์ทางเพศนั้น ไม่เพียงพอที่จะสมควรจะเริ่มต้นการยืนยันเพศสภาพและแนะนำให้มีการประเมินเพิ่มเติมต่อไป ในกรณีนี้การประเมินอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้มั่นใจได้ถึงความสำเร็จและการคงอยู่ของความไม่สอดคล้องทางเพศก่อนการเริ่ม GAMSTs

ในขณะที่ความไม่สอดคล้องทางเพศควรชัดเจนและเป็นมาระยะเวลานาน ระดับความรุนแรงของความทุกข์ใจในเพศสภาพไม่จำเป็นต้องอยู่ในระดับรุนแรงมากเพื่อที่จะรับการยืนยันเพศสภาพ ในทางกลับกันการยืนยันเพศสภาพอาจนำมาใช้เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความทุกข์ใจในเพศสภาพได้ (Becker et al., 2018; Giovanardi et al., 2021; Nieder et al., 2021; Nobili et al., 2018; Robles et al., 2016) ผู้ใหญ่ข้ามเพศและผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศสามารถมีความไม่สอดคล้องทางเพศที่คงตัวอยู่นานโดยไม่มีอาการทุกข์ใจชัดเจนและยังได้รับประโยชน์จาก GAMSTs

เวชปฏิบัติในปัจจุบันให้ประเมินความเสถียรของความไม่สอดคล้องทางเพศก่อนพิจารณาเริ่ม GAMSTs (Chen & Loshak, 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมจากข้อความทางการแพทย์กว่า 200 ข้อความ Jones, Brewin et al. (2017) ได้ระบุถึงความสำคัญของ “เสถียรภาพของอัตลักษณ์ทางเพศ” ในการวางแผนการดูแล การให้ GAMSTs แก่บุคคล TGD ที่มีความไม่สอดคล้องทางเพศที่คงตัวนั้นสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตจากการรักษาที่ต่ำและอัตราความพึงพอใจที่สูง (Becker et

al., 2018; El-Hadi et al., 2018; Staples et al., 2020; Wiepjes et al., 2018) อย่างไรก็ตามในขณะที่ ICD 11 (WHO, 2019a) ระบุให้ความไม่สอดคล้องทางเพศที่ชัดเจนและเสถียรนั้นเป็นสิ่งจำเป็นต่อการวินิจฉัยความไม่สอดคล้องทางเพศ แต่ระยะเวลาที่เป็นเกณฑ์ถึงความเสถียรนั้นกลับไม่ชัดเจน บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินบุคคล TGD สำหรับ GAMSTs ควรพิจารณาบริบทต่าง ๆ เช่น ช่วงเวลาของชีวิต ประวัติในอดีต หรือสถานการณ์ในปัจจุบัน เป็นต้น ในการประเมินด้วย

คำแนะนำ 5.3.b

ในสิ่งที่การวินิจฉัยเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่บุคคล TGD จะสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้ ควรตรวจสอบให้แน่ชัดว่าคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยก่อนเริ่มการยืนยันเพศสภาพ

การวินิจฉัยความไม่สอดคล้องทางเพศอาจมีความจำเป็นในบางภูมิภาคเพื่อที่บุคคล TGD จะสามารถเข้ารับบริการที่เกี่ยวข้องกับการยืนยันเพศสภาพได้ หากการวินิจฉัยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเข้าถึง GAMSTs การประเมินสำหรับ GAMSTs จะต้องเกี่ยวข้องกับการยืนยันการวินิจฉัยด้วย ในกรณีนี้บุคลากรทางการแพทย์ควรมีความสามารถในการใช้ International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) (WHO, 2019a) ฉบับล่าสุด ในภูมิภาคที่การวินิจฉัยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเข้ารับบริการทางการแพทย์ การวินิจฉัย HA60 Gender Incongruence of Adolescence or Adulthood (ความไม่สอดคล้องทางเพศในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่) ควรได้รับการยืนยันก่อนเริ่มการยืนยันเพศสภาพ สำหรับข้อวินิจฉัย HA6Z Gender Incongruence, Unspecified (ความไม่สอดคล้องทางเพศ, ไม่เจาะจง) จะพิจารณาใช้ในกรณีที่ต้องใช้การประเมินที่ครอบคลุมมากขึ้นโดยทีมสหวิชาชีพ

มีหลักฐานถึงการใช้เครื่องมือในการประเมิน “ความพร้อมต่อการยืนยันเพศสภาพ” พบว่าอาจลดการเข้าถึงบริการและอาจไม่เป็นแนวทางที่ดีที่สุดต่อบุคคล TGD (MacKinnon et al., 2020) ดังนั้นหากการวินิจฉัยเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ขั้นตอนการประเมินควรทำขึ้นด้วยความโปร่งใสและมีความเข้าใจกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และบุคคล TGD ที่ต้องการ GAMSTs โดยยึดถือความต้องการของบุคคล TGD เป็นพื้นฐาน ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล TGD และบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางอารมณ์ที่ลดลงและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (Kattari et al., 2016) บุคคล TGD หลายท่านมีความกลัวว่าบุคลากรทางการแพทย์อาจเข้าใจผิดว่าอัตลักษณ์ของบุคคลข้ามเพศเป็นอาการป่วยทางจิต (Ellis et al., 2015) บุคคล TGD หลายท่านมีความกลัวว่าบุคลากรทางการแพทย์อาจเข้าใจผิดว่าอัตลักษณ์ของบุคคลข้ามเพศเป็นอาการป่วยทางจิต (Ellis et al., 2015) การประเมินเพื่อการวินิจฉัยจึงควรทำขึ้นด้วยความละเอียดอ่อนเพื่อให้มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และบุคคล TGD

คำแนะนำ 5.3.c

ระบุและแยกสาเหตุอื่น ๆ ของความไม่สอดคล้องทางเพศก่อนเริ่มการยืนยันเพศสภาพ

ในบางกรณีซึ่งพบได้น้อย บุคคล TGD อาจมีภาวะอื่น ๆ ที่อาจเข้าใจผิดว่าเป็นความไม่สอดคล้องทางเพศหรืออาจมีสาเหตุอื่นที่เข้ามารับการรักษาที่ไม่ใช่เพื่อการบรรเทาความไม่สอดคล้องทางเพศ ในกรณีนี้เมื่อมีความไม่ชัดเจนในการวินิจฉัยความไม่สอดคล้องทางเพศ การประเมินที่ครอบคลุมและละเอียดมากขึ้นเป็นสิ่งสำคัญ ยกตัวอย่างเช่น การประเมินเพิ่มเติมอาจมีความจำเป็นเพื่อยืนยันว่าความไม่สอดคล้องทางเพศยังคงมีอยู่หลังจากที่อาการป่วยทางจิตเฉียบพลันดีขึ้น ถ้าความไม่สอดคล้องทางเพศยังคงมีอยู่หลังจากที่สามารถรักษาอาการป่วยทางจิตเฉียบพลันให้ดีขึ้นได้แล้ว อาจพิจารณาให้ GAMSTs หากบุคคล TGD มีความสามารถในการให้ความยินยอมในการรักษาและสามารถเข้ารับการรักษาได้ หากความไม่สอดคล้องทางเพศไม่คงอยู่และเกิดขึ้นในเฉพาะช่วงที่มีอาการป่วยทางจิตเฉียบพลัน ในกรณีนี้ไม่ควรพิจารณาให้การดูแล ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สถานการณ์เหล่านี้ควรได้รับการตรวจเจอก่อนที่เริ่ม GAMSTs (Byne et al., 2012, 2018; Hembree et al., 2017) อย่างไรก็ตาม บุคคล TGD อาจมาด้วยความไม่สอดคล้องทางเพศร่วมกับภาวะทางสุขภาพจิตอื่น ๆ หรือกลุ่มอาการออทิซึม (autistic spectrum disorder) หรือความหลากหลายทางระบบประสาทอื่น ๆ (neurodiversity) ได้ (Glidden et al., 2016) ภาวะทางสุขภาพจิตบางอย่าง เช่น ความวิตกกังวล (Bouman et al., 2017) ซึมเศร้า (Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018) หรือการทำร้ายตนเอง (Arcelus et al., 2016; Claes et al., 2015) เป็นต้น นั้นมีอุบัติการณ์ที่มากขึ้นในบุคคล TGD ที่ไม่สามารถเข้าถึง GAMSTs ได้ การศึกษาโดยการติดตามระยะยาวเมื่อไม่นานมานี้พบว่าอาการทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในบุคคล TGD มีแนวโน้มทุเลาดีขึ้นหลังจากการได้รับ GAMSTs (Aldridge et al., 2020; Heylens, Verroken et al., 2014; White Hughto & Reisner, 2016)) ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานใดที่บอถึงประโยชน์ของการหยุด GAMSTs ในบุคคล TGD ที่มีความไม่สอดคล้องทางเพศเพียงเพราะเขาเหล่านั้นมีปัญหาทางสุขภาพจิตหรือปัญหาการพัฒนาของระบบประสาท ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่ บทที่ 18 – สุขภาพจิต

คำแนะนำ 5.3.d

ประเมินภาวะทางสุขภาพจิตต่าง ๆ ที่อาจส่งผลเสียต่อผลของการยืนยันเพศสภาพพร้อมอภิปรายถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นก่อนตัดสินใจเริ่มขั้นตอน

บุคคล TGD อาจมีปัญหาทางสุขภาพจิต ปัญหาทางสุขภาพจิตเหล่านี้ควรจะถูกพิจารณาไปพร้อมกับ GAMSTs นับเป็นสิ่งสำคัญที่การยืนยันเพศสภาพไม่ควรถูกขัดขวาง เว้นเสียแต่ในบางกรณีเท่านั้นซึ่งพบได้น้อยมาก คือกรณีที่มีหลักฐานอย่างชัดเจนที่พิสูจน์ว่าการไม่ให้การยืนยันเพศสภาพเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียอย่างมากต่อบุคคล TGD และผู้อื่น ในกรณีเหล่านั้น ควรพิจารณาถึงความเสี่ยงของการไม่ให้ GAMSTs ต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายของบุคคล TGD ด้วย (Byne et al., 2018)

โดยทั่วไป ทั้งการเปลี่ยนผ่านทางแพทย์และการเปลี่ยนผ่านทางสังคมของบุคคล TGD ล้วนสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (Aldridge et al., 2020; Bouman et al., 2017; Durwood et al., 2017; Glynn et al., 2016; Hughto & Reisner, 2016; Wilson et al., 2015; Witcomb et al., 2018) อย่างไรก็ตาม การขาดซึ่งการสนับสนุนทางสังคมและการมีข้อจำกัดทางร่างกายและการเงินซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในช่วงเริ่ม GAMSTs ปัจจัยเหล่านี้ อาจทำให้ปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีอยู่เดิมแย่ลงได้และต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษา (Budge et al., 2013; Yang, Wang et al., 2016) การประเมินอาการทางสุขภาพจิตนั้น ช่วยให้ผลลัพธ์ของการยืนยันเพศสภาพดีขึ้น โดยเฉพาะหากการประเมินนั้นนำไปสู่การเข้าถึงการสนับสนุนทางจิตใจและทางสังคมในช่วงของการยืนยันเพศสภาพ (Byne et al., 2012) การชะลอการยืนยันเพศสภาพอาจพิจารณาในบางกรณีโดยเฉพาะเท่านั้นซึ่งถือว่าพบได้น้อย ยกตัวอย่างเช่น บุคคล TGD ไม่สามารถให้ความร่วมมือในขั้นตอนของการยืนยันเพศสภาพหรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำหลังการผ่าตัดถึงแม้จะได้รับความช่วยเหลือก็ตาม ในกรณีที่การชะลอ GAMSTs ออกไปเป็นสิ่งจำเป็น ถึงแม้จะถูกพิจารณาเป็นตัวเลือกสุดท้ายแล้วก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์ควรเสนอการสนับสนุนและช่วยเหลือให้สุขภาพจิตดีขึ้น พร้อมทั้งคอยแนะนำให้พิจารณาเริ่ม GAMSTs เมื่อสามารถทำได้ การเข้าถึงการยืนยันเพศสภาพสำหรับบุคคล TGD นั้นจะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านทางสังคมง่ายขึ้นและยังเพิ่มความปลอดภัยในที่สาธารณะอีกด้วย (Rood et al., 2017) หากบุคคล TGD มีรูปลักษณ์ได้ตรงกับอัตลักษณ์ทางเพศได้มากเท่าไร สิ่งนั้นเป็นตัวชี้วัดที่ดีที่สุดถึงคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตหลังจากการยืนยันเพศสภาพ (Austin & Goodman, 2017) การชะลอการยืนยันเพศสภาพด้วยเหตุเพราะปัญหาทางสุขภาพจิตนั้น อาจจะทำให้มีอาการต่าง ๆ แย่ลง (Owen-Smith et al., 2018) และส่งผลเสียต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบุคคล TGD ดังนั้นการชะลอการยืนยันเพศสภาพควรจะทำเฉพาะในกรณีที่ได้พิจารณาแนวทางอื่น ๆ อย่างที่สุดแล้ว

คำแนะนำ 5.3.e

ประเมินสุขภาพกายต่าง ๆ ที่อาจส่งผลเสียต่อผลของการยืนยันเพศสภาพพร้อมอภิปรายถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นก่อนตัดสินใจเริ่มขั้นตอน

GAMSTs ไม่ว่าจะจะเป็นด้วยฮอร์โมนหรือการผ่าตัด อาจมีผลข้างเคียงหรือทำให้โรคประจำตัวที่มีอยู่เดิมนั้นแย่ลงได้ อย่างไรก็ตามกรณีนี้พบได้น้อย (Hembree et al., 2017) ซึ่งถ้าหากเป็นไปได้ในกรณีเช่นนี้ แพทย์ควรให้การดูแลรักษาโรคประจำตัวเหล่านั้นไปพร้อมกับการเริ่มการยืนยันเพศสภาพ ตลอดจนในช่วงระยะเวลาที่ได้การยืนยันเพศสภาพด้วย หากมีความจำเป็นต้องหยุดการยืนยันเพศสภาพแพทย์ควรหยุดในช่วงเวลาที่สั้นที่สุดและควรพิจารณาเริ่มการยืนยันเพศสภาพโดยเร็วเมื่อสามารถทำได้ ข้อมูลบางข้อมูลซึ่งยังไม่มีข้อสรุปแน่ชัด พบว่าการใช้ฮอร์โมนในบุคคล TGD ผู้ใหญ่ มีความสัมพันธ์กับความเสียหายโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคทางเมแทบอลิก (Getahun, 2018; Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Iwamoto et

al., 2021; Spanos et al., 2020) เนื่องจากมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดผลเสียจากการยืนยันเพศสภาพในระยะยาวและประโยชน์ของการผ่าตัดเพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งก่อนและในช่วงระยะเวลาของการใช้ฮอร์โมน การประเมินสุขภาพกายก่อนที่จะเริ่มจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในบางภาวะ เช่น มะเร็งที่ตอบสนองต่อฮอร์โมน อาจต้องการการประเมินเพิ่มเติมหรือการรักษาเสียก่อน ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถใช้ฮอร์โมนได้ (Center of Excellence for Transgender Health, 2016; Hembree et al., 2017)

เช่นเดียวกันกับการผ่าตัด การยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัดแต่ละชนิด มีความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงแตกต่างกันไป (Bryson & Honig, 2019; Nassiri et al., 2020; Remington et al., 2018) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาที่แน่ชัดว่าความเสี่ยงจากการผ่าตัดชนิดใดชนิดหนึ่งนั้นมีความสัมพันธ์กับโรคประจำตัวชนิดใดชนิดหนึ่งโดยเฉพาะ ดังนั้น การประเมินสุขภาพกายในบุคคล TGD ไม่แตกต่างจากการประเมินก่อนการผ่าตัดโดยทั่วไป

หากพิจารณาถึงความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพจิตและสุขภาพกาย (Brown & Jones, 2016) และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ (Safer et al., 2016) ที่เกิดขึ้นในบุคคล TGD การประเมินทางกายภาพโดยบุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรจะจำกัดเพียงแค่ประวัติการรักษาทางการแพทย์เท่านั้น หากบุคคล TGD มีปัญหาทางด้านสุขภาพแล้ว นับเป็นสิ่งสำคัญที่ปัญหาทางสุขภาพเหล่านี้ได้รับการจัดการในขณะที่เริ่มหรือตลอดระยะเวลาที่ได้ GAMSTs หากมีการหยุดการยืนยันเพศสภาพ แพทย์ควรประเมินและพิจารณาเริ่มการยืนยันเพศสภาพใหม่โดยเร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ นับเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรวางแผนการรักษาปัญหาทางสุขภาพต่าง ๆ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นและให้สามารถรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

คำแนะนำ 5.3.f

ประเมินความสามารถในการให้ความยินยอมในการยืนยันเพศสภาพก่อนขั้นตอน

การขอความยินยอมในการรักษานับเป็นหัวใจหลักในการให้บริการสุขภาพ การให้ความยินยอมในการรักษานั้นเป็นเรื่องของหลักจริยธรรม ซึ่งผู้รับบริการควรเข้าใจในระบบบริการสุขภาพที่ตนเองได้รับ รวมไปถึงผลที่อาจจะตามมาได้จากการรักษา ความสำคัญของการขอความยินยอมในการรักษานั้นถูกระบุอยู่ในกฎเกณฑ์ทางเวชปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลก (Jefford & Moore, 2008) มันเป็นไปได้เลยที่จะทราบถึงผลที่อาจจะตามมาได้ทุกอย่างจากการรักษา อย่างไรก็ตามให้พิจารณาถึงผลที่สมเหตุสมผลและมักพบบ่อยมาใช้เป็นเกณฑ์พื้นฐานในการขอความยินยอม (Jefford & Moore, 2008; Spatz et al., 2016) และนำหลักการนี้มาใช้ใน GAMSTs การที่มนุษย์จะสามารถให้ความยินยอมในการทำหัตถการทางการแพทย์หรือการรักษาใด ๆ นั้น ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจที่ซับซ้อนหลายขั้นตอน การให้ความยินยอมต้องอาศัยความสามารถในการรู้และเข้าใจถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษา รวมไปถึงผลลัพธ์ทั้งด้านดีและด้านไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความสามารถในการจดจำข้อมูลเหล่านั้นเพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจ (อาจใช้

อุปกรณ์ช่วยเท่าที่จำเป็น) รวมไปถึงต้องอาศัยความสามารถที่จะใช้ความรู้ความเข้าใจนี้ในการตัดสินใจให้ความยินยอม (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007) นับเป็นเรื่องสำคัญที่บุคคล TGD และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมิน ควรพิจารณาถึงความสมเหตุสมผลและผลลัพธ์ทั้งด้านดีและด้านไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นต่อกายภาพ จิตใจ และสังคมของบุคคล TGD

นับเป็นสิ่งสำคัญที่ควรตระหนักถึงภาวะทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะที่มีอาการแสดงทำให้ไม่สามารถรับรู้หรือเข้าใจได้ หรือมีอาการป่วยทางจิตซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถให้ความยินยอมต่อการยืนยันเพศสภาพได้ (Hostiuc et al., 2018) อย่างไรก็ตาม การมีอาการเหล่านี้ไม่ได้หมายความว่าคนนั้นไม่สามารถให้การยินยอมในการรักษาได้ เนื่องจากคนที่มีอาการทางจิตเวชหลาย ๆ ท่าน สามารถเข้าใจถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษา เพียงพอที่จะตัดสินใจให้ความยินยอม (Carpenter et al., 2000) การประเมินควรทำด้วยความระมัดระวัง เพื่อที่จะประเมินความสามารถของบุคคล TGD ในการเข้าใจถึงธรรมชาติของการยืนยันเพศสภาพ และได้พิจารณาถึงตัวเลือกอื่น ๆ ในการรักษา รวมไปถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษา และเข้าใจถึงผลที่อาจตามมาทั้งระยะสั้นและระยะยาวและสามารถให้คำตอบได้ว่าเลือกการรักษาชนิดใด (Grootens-Wiegerset al., 2017)

อาจมีบางกรณีที่บุคคล TGD ขาดความสามารถในการให้ความยินยอมต่อการรักษา เช่น ช่วงมีอาการป่วยทางจิตฉับพลันหรือการมีภาวะรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) ระยะยาว อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่ขาดความสามารถในการให้ความยินยอมในการรักษาไม่ควรนำมาเป็นเหตุผลให้บุคคล TGD ไม่ได้การยืนยันเพศสภาพที่เหมาะสม ในบางราย การทำความเข้าใจถึงความเสี่ยงและประโยชน์อาจใช้การอธิบายซ้ำ ๆ ด้วยภาษาที่ไม่มีศัพท์เฉพาะทางไประยะเวลาหนึ่ง หรือใช้แผนภูมิประกอบอธิบายเพื่อเพิ่มความเข้าใจ การประเมินอย่างละเอียดโดยทีมสหวิชาชีพนั้น สามารถช่วยในการอธิบายด้วยวิธีเหล่านี้ได้ ในบางรายอาจอาศัยผู้ตัดสินใจแทน เช่น ผู้ปกครองที่ถูกต้องตามกฎหมาย หรือ ผู้ตัดสินใจอิสระที่ผ่านการรับรอง คนเหล่านี้ อาจต้องทำการนัดหมายล่วงหน้า สถานการณ์เหล่านี้ควรจะถูกพิจารณาเป็นรายราย โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะยืนยันว่าการรักษาที่ได้รับเป็นสิ่งที่ดีกว่าที่ควรได้รับตามสิทธิมากที่สุดและถูกจำกัดน้อยที่สุด ดูบทที่ 11 – บรรยายภาคสถาบัน

คำแนะนำ 5.3.g

ประเมินความสามารถของผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศในการเข้าใจถึงผลการยืนยันเพศสภาพต่อการเจริญพันธุ์และแนะนำตัวเลือกเพื่อการเจริญพันธุ์ก่อนเริ่มการยืนยันเพศสภาพ

การยืนยันเพศสภาพมักจะส่งผลต่อความสามารถในการสืบพันธุ์ บุคลากรทางการแพทย์ควรแจ้งบุคคล TGD ให้ตระหนักถึงผลที่อาจเกิดขึ้นได้กับการเจริญพันธุ์ และให้ทราบถึงวิธีการเก็บเซลล์สืบพันธุ์หรือวิทยาการช่วยการเจริญพันธุ์ เป็นที่ทราบกันดีว่า การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนส่งผลต่อการทำงานของระบบสืบพันธุ์และการเจริญพันธุ์และมีความหลากหลายไม่เท่ากับเพศใดก็ตาม (Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Taub et al., 2020) อีกทั้งยังอาจมีผล

แตกต่างกันไปในแต่ละคนและสามารถมีการเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์แจ้งให้บุคคล TGD ทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษาต่อการเจริญพันธุ์ในช่วงที่ทำการประเมินและควรเป็นข้อมูลที่แจ้งในช่วงของการประเมินความสามารถในการให้ความยินยอมต่อการยืนยันเพศสภาพ ควรมีการพูดคุยถึงตัวเลือกเพื่อการเจริญพันธุ์ก่อนที่เริ่มการยืนยันเพศสภาพ เนื่องจากหลักฐานทางวิชาการยังไม่ชัดเจนเกี่ยวกับความสามารถในการคุมกำเนิดของการใช้ฮอร์โมน ดังนั้นการวางแผนการคุมกำเนิดจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ประสงค์และให้ทราบถึงตัวเลือกในการคุมกำเนิดที่มีใช้ในปัจจุบัน (Light et al., 2014; Schubert & Carey, 2020)

การศึกษาที่จุดเวลาใดเวลาหนึ่งทั้งที่อยู่และไม่อยู่ในบริบททางการแพทย์จากหลายกลุ่มการศึกษา มีผลไปในทางเดียวกันว่าผู้ใหญ่ TGD มีความต้องการมีบุตรและต้องการการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ (fertility preservation) โดยอัตราความต้องการนั้นแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ อายุ เพศ และระยะเวลาที่ได้รับการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน (Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, Van Schuvlenbergh et al., 2020; Wierckx, Stuyver et al., 2012) มีการศึกษาเล็ก ๆ การศึกษาหนึ่งพบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ส่งผลกระทบต่อความคิดเห็นที่จะเลือกการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ (Chen et al., 2019) ถึงแม้การศึกษานี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างคนที่ได้และไม่ได้คำปรึกษา อย่างไรก็ตามพบว่าเมื่ออัตราการใช้การรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ที่สูงหลังจากการให้คำปรึกษาอย่างครอบคลุมเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ (Amir et al., 2020) อีกการศึกษาหนึ่งพบว่าการให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญสามารถลดความรู้สึกผิดที่เกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกหรือไม่เลือกการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ (Vyas et al., 2021) ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่ บทที่ 16 – สุขภาพการเจริญพันธุ์

คำแนะนำ 5.4

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้มีความสามารถในการประเมินบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ พิจารณาถึงการเปลี่ยนผ่านด้านสังคมที่เกิดจากการยืนยันเพศสภาพไปพร้อมกับขั้นตอนการประเมินเพื่อการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัด

การเปลี่ยนผ่านด้านสังคมอาจเป็นประโยชน์อย่างมากในบุคคล TGD ถึงแม้ว่าอาจไม่ใช่ทุกคนที่สามารถมีการเปลี่ยนผ่านด้านสังคมได้หรือไม่ใช่ทุกคนที่ต้องการการเปลี่ยนผ่านด้านสังคม (Bränström & Pachankis, 2021; Koehler et al., 2018; Nieder, Eyssel et al., 2020) บุคคล TGD อาจต้องการการยืนยันเพศสภาพ ไม่ว่าจะอยู่ในช่วงใดก็ตามของการเปลี่ยนผ่านด้านสังคม โดยอาจเข้ามารับการดูแลหลังจากที่มีการเปลี่ยนผ่านด้านสังคมแล้ว อาจเป็นช่วงก่อนหรือในขณะที่มีการเปลี่ยนผ่านด้านสังคม หรืออาจไม่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนผ่านด้านสังคมเลยก็ตาม

การเปลี่ยนผ่านด้านสังคมและการเปิดเผยถึงอัตลักษณ์ทางเพศสามารถส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของบุคคล TGD ที่รับการยืนยันเพศสภาพ (Hughto et al., 2020; McDowell et al., 2019) การผ่าตัดหน้าอกหรือใบหน้าก่อนเริ่มการรักษาด้วยฮอร์โมนสามารถทำให้การ

เปลี่ยนแปลงด้านสังคมง่ายขึ้น (Altman, 2012; Davis & Colton Meier, 2014; Olson-Kennedy, Warus et al. 2018; Van Boerum et al., 2019) ในขั้นตอนการประเมิน หากบุคคล TGD ได้วางแผนการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมไว้แล้ว บุคลากรทางการแพทย์ควรพูดคุยถึงบทบาททางสังคมที่บุคคล TGD ต้องการมากที่สุดรวมไปถึงช่วงเวลาที่เหมาะสมด้วย (Barker & Wylie, 2008) นับเป็นสิ่งจำเป็นในระหว่างการประเมินที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความเคารพในความหลากหลายของบทบาททางสังคมในเรื่องเพศ ทั้งอัตลักษณ์ nonbinary และ binary ซึ่งมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ วัฒนธรรม ชุมชน หรือความเข้าใจรายบุคคล

ไม่ใช่ทุกคนที่ต้องการ GAMSTs ประสงค์การเปลี่ยนผ่านด้านสังคมหรือสามารถมีการเปลี่ยนผ่านด้านสังคมได้ มีข้อมูลไม่มากสำหรับบุคคล TGD ที่ไม่ต้องการการเปลี่ยนผ่านด้านสังคม ไม่ว่าจะเป็น ก่อน ระหว่างหรือหลังการรักษาก็ตามเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาที่แน่ชัดเหตุผลที่พบบ่อยที่สุดของการไม่ประสงค์การเปลี่ยนผ่านด้านสังคมคือความกลัวที่จะถูกละทิ้งโดยครอบครัวหรือเพื่อน กลัวถึงความเสียหายด้านการเงิน (Bradford et al., 2013) และถูกแบ่งแยกหรือถูกตีตรา (Langenderfer-Magruder et al., 2016; McDowell et al., 2019; White Hughto et al., 2015) อย่างไรก็ตาม มีบางรายที่ไม่ต้องการการเปลี่ยนผ่านด้านสังคมเพราะพวกเขาเหล่านั้นรู้สึกว่าการใช้ฮอร์โมนหรือผ่าตัด สามารถทำให้ความทุกข์ใจในเพศสภาพดีขึ้นในระดับที่พอใจแล้ว

หากบุคคล TGD ยังไม่ได้วางแผนถึงการเปลี่ยนผ่านด้านสังคมหรือหากไม่ต้องการการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ควรประเมินเพิ่มเติมในด้านความเหมาะสมโดยเฉพาะการผ่าตัด

การประเมินเพิ่มเติมนี้สามารถช่วยให้บุคคล TGD มีโอกาสพิจารณาถึงผลที่เกิดขึ้นได้จากการไม่เปลี่ยนผ่านด้านสังคมในขณะที่รับการยืนยันเพศสภาพ เนื่องจากยังขาดข้อมูลถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพในบุคคล TGD ที่ไม่มีการเปลี่ยนผ่านด้านสังคม (Evans et al., 2021; Levine, 2009; Turban, Loo et al., 2021) ดังนั้นควรพิจารณาการยืนยันเพศสภาพอย่างระมัดระวัง

คำแนะนำ 5.5

เราแนะนำให้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์สำหรับการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัด ได้รับความเห็นสำหรับการเริ่มขั้นตอนจากผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน ที่มีความสามารถในการประเมินบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศผู้ซึ่งต้องการการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัด

มาตรฐานการรักษาในระดับก่อนนี้ แนะนำให้บุคคล TGD ได้รับการประเมินสำหรับ GAMSTs โดยบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีความสัมพันธ์ 2 ท่าน เนื่องจากเชื่อว่า การมีความเห็นสองความเห็นที่ไม่ขึ้นต่อกัน เป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดในด้านความปลอดภัย ไม่ว่าจะจะเป็นสำหรับบุคคล TGD เองหรือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น เป็นข้อสันนิษฐานว่า การได้รับคำปรึกษาโดยบุคลากรทางการแพทย์สองท่านเป็นการยืนยันความมั่นใจในทั้งบุคคล TGD และมั่นใจในการประเมิน

ของบุคลากรทางการแพทย์เมื่อพิจารณาทำการรักษาที่ผลการรักษาไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่า ไม่จำเป็นที่บุคคล TGD ต้องได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์สองท่าน ถึงแม้การศึกษาเหล่านี้จะมีไม่มากนักตาม ยกตัวอย่างเช่น Jones, Brewin et al. (2017) พบว่าจากการทบทวนเอกสารทางการแพทย์ของบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีประสบการณ์ทำงานอยู่ในหน่วยบริการทางเพศซึ่งสนับสนุนโดยรัฐพบว่า โดยส่วนใหญ่ความเห็นจากสองความเห็นมีความสอดคล้องกันอย่างมาก ซึ่งให้เห็นถึงความซ้ำซ้อนในขั้นตอนการประเมิน นอกจากนี้ Bouman et al. (2014) ซึ่งให้เห็นว่าเกณฑ์ที่ต้องการความเห็นจากผู้ประเมินสองท่านที่ไม่ขึ้นต่อกันนั้น สะท้อนถึงรูปแบบการให้บริการที่แพทย์มีอำนาจเหนือกว่าผู้รับบริการและอาจละเมิดสิทธิในการตัดสินใจด้วยตัวเองของบุคคล TGD โดยสรุปว่า เมื่อผู้รับบริการได้รับการเตรียมตัวและการประเมินโดยทีมสหวิชาชีพเป็นอย่างดีแล้ว ไม่มีความจำเป็นที่ต้องได้ความเห็นที่สอง

ด้วยเหตุนี้ หากมีความจำเป็นต้องใช้เอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรหรือเป็นจดหมาย เพื่อเริ่มการยืนยันเพศสภาพด้วยยาหรือการผ่าตัดบุคคล TGD ที่ต้องการเริ่มขั้นตอน ไม่ว่าจะ เป็น ฮอริโมน การผ่าตัดอวัยวะเพศ การผ่าตัดหน้าอก การผ่าตัดใบหน้า หรือการผ่าตัดอื่น ๆ เพื่อยืนยันเพศสภาพสามารถใช้เพียงหนึ่งความเห็นออกเป็นลายลักษณ์อักษรจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสามารถในการประเมินและวินิจฉัยได้ (Bouman et al., 2014; Yuan et al., 2021) ทั้งนี้ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องขอความเห็นเพิ่มเติม

คำแนะนำ 5.6

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ ต้องการการตัดต่อมเพศ (gonadectomy) พิจารณาการใช้ฮอริโมนที่ตรงกับเพศสภาพที่ต้องการเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนก่อนเริ่มการผ่าตัดที่ผลการผ่าตัดไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ (เว้นเสียแต่ว่า ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ฮอริโมน)

แนวทางเวชปฏิบัติจากสมาคมแพทย์ต่อมไร้ท่อ (The Endocrine Society) แนะนำให้ใช้ฮอริโมนอย่างต่อเนื่องก่อนการผ่าตัดอวัยวะเพศ (Hembree et al., 2017) ถึงแม้คำแนะนำนี้มีหลักฐานสนับสนุนอย่างจำกัด คำแนะนำดังกล่าวถือเป็นแนวทางปฏิบัติที่ดี เนื่องจากทำให้บุคคล TGD ได้มีประสบการณ์จากการรักษาที่สามารถเปลี่ยนกลับได้ก่อนที่จะรับการผ่าตัดซึ่งเป็นขั้นตอนที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ยกตัวอย่างเช่น หลังจากการผ่าตัดอวัยวะเพศจะมีการเปลี่ยนแปลงของความต้องการทางเพศ (Lawrence, 2005; Wierckx, Van de Peer et al., 2014) ในกรณีนี้การให้ยากดฮอริโมนเพศชายเทสโทสเตอโรน (testosterone) ซึ่งสามารถย้อนกลับคืนสภาพได้เมื่อหยุดการให้ยา ทำให้บุคคล TGD มีประสบการณ์ถึงช่วงที่ร่างกายไม่มีฮอริโมนเทสโทสเตอโรนและตัดสินใจได้ว่าภาวะนั้นเป็นสิ่งที่ตนเองต้องการหรือไม่ ในทางกลับกันมีหลักฐานไม่มากนัก ถึงผลของการลดฮอริโมนเพศหญิงเอสโตรเจน (estrogen) ต่อความต้องการทางเพศหรือสมรรถภาพทางเพศ หลังจากการผ่าตัดรังไข่

การผ่าตัดต่อมเพศออก เป็นการผ่าตัดที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้และส่งผลให้เป็นหมัน รวมไปถึงเกิดภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ ผลดังกล่าวนี้จำเป็นต้องได้รับการพูดคุยในขั้นตอนของการประเมิน ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่บทที่ 16 – สุขภาพการเจริญพันธุ์ อย่างไรก็ตาม ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ฮอริโมนในบุคคลที่ไม่ต้องการหรือมีข้อห้ามในการใช้ฮอริโมนเนื่องจากเหตุผลทางสุขภาพ ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่บทที่ 13 – การผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด

คำแนะนำ 5.7

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินผู้ใหญ่ที่ต้องการเปลี่ยนเพศกลับและต้องการการใช้ฮอริโมนหรือการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับการประเมินโดยทีมสหวิชาชีพอย่างครอบคลุม พร้อมขอความเห็นเพิ่มเติมจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในด้านสุขภาพบุคคลข้ามเพศ โดยพิจารณาร่วมกันกับผู้รับบริการถึงบทบาทในการเปลี่ยนผ่านทางสังคม

ในขั้นตอนของการค้นหาอัตลักษณ์ทางเพศของบุคคล TGD หลายท่าน อาจพบอัตลักษณ์ที่หลากหลายรวมถึงการแสดงออกทางเพศที่หลากหลายเช่นกัน ซึ่งนำมาสู่การพิจารณาทางเลือกในการยืนยันเพศสภาพ ดังนั้น จึงเป็นไปได้ที่เขาเหล่านั้นอาจจะใช้เวลาระยะหนึ่งในอัตลักษณ์ทางเพศหรือการแสดงออกทางเพศรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งก่อนที่จะค้นพบว่าสิ่งเหล่านี้ไม่ใช่สิ่งที่เหมาะสมสำหรับตน และอาจปรับเปลี่ยนอัตลักษณ์หรือการแสดงออกกลับไปเป็นแบบเดิม (Turban, King et al., 2021) บุคคล TGD บางท่านมีการเปลี่ยนแปลงของอัตลักษณ์ทางเพศเมื่อเวลาผ่านไป ส่งผลให้ความต้องการของการดูแลเปลี่ยนไปเช่นกัน ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ดีและสมเหตุสมผล เพื่อที่จะสามารถค้นพบรูปแบบการใช้ชีวิตที่เหมาะสมที่สุดและสอดคล้องที่สุดในบริบทของอัตลักษณ์ทางเพศและบริบทอื่น ๆ ของชีวิต ขั้นตอนการค้นหาอัตลักษณ์ที่แท้จริงนี้ ไม่ใช่ความรู้สึกผิด ความสับสน หรือการไม่สามารถตัดสินใจได้ เนื่องจากอัตลักษณ์ทางเพศสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยไม่ได้หมายความว่า การตัดสินใจยืนยันเพศก่อนหน้านี้นั้นเป็นสิ่งผิด (MacKinnon et al., 2021; Turban, Loo et al., 2021) ผู้ใหญ่ TGD ควรได้รับความช่วยเหลือในการค้นหาอัตลักษณ์ รวมไปถึงได้รับการสนับสนุนในทุกการเปลี่ยนแปลงของอัตลักษณ์ของเขา (Expósito-Campos, 2021) ในช่วงที่กำลังค้นหาอัตลักษณ์ที่แท้จริงนี้ ควรหลีกเลี่ยงการยืนยันเพศที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ จนกว่าจะมีเป้าหมายระยะยาวที่แน่ชัดและค้นพบอัตลักษณ์ที่แท้จริง

การตัดสินใจเปลี่ยนเพศกลับนั้นพบได้น้อย (Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadje-Moussa et al., 2019; Wiepjes et al., 2018) การประเมินตัวเลขของการเปลี่ยนเพศกลับด้วยเหตุเพราะการเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ มักถูกประมาณไว้สูงเกินจริงด้วยเหตุผลจากกลุ่มประชากรที่ศึกษา (Expósito-Campos, 2021) การศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนเพศกลับโดยส่วนใหญ่ มักศึกษาในผู้ใหญ่ TGD ที่เลือกเปลี่ยนเพศกลับ ทั้งนี้เพราะมีการเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์และไม่มีการเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ ในขณะที่มีการศึกษาส่วนน้อยที่วางแผนการศึกษาอย่างเป็นระบบและประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจยืนยันเพศหรือการเปลี่ยนเพศกลับ มีการศึกษาเมื่อไม่นานมานี้พบว่า

ส่วนใหญ่ของบุคคล TGD ที่เปลี่ยนเพศกลับนั้นเป็นผลจากปัจจัยภายนอก เช่น การถูกตีตรา การขาดซึ่งแรงสนับสนุนจากสังคม โดยไม่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของอัตลักษณ์ (Turban, King et al., 2021) บุคคล TGD อาจตัดสินใจหยุดการรักษาหรือพิจารณาเปลี่ยนเพศกลับ ถึงแม้เขาเหล่านั้นไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอัตลักษณ์เลย ทั้งนี้อาจเพราะ การถูกกดขี่ ความรุนแรง ความขัดแย้งทางสังคม ความขัดแย้งด้านความสัมพันธ์ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ข้อกังวลด้านสุขภาพ ข้อห้ามทางกายภาพ การขาดซึ่งทรัพยากรหรือไม่พึงพอใจในผลการรักษา (Expósito-Campos, 2021) บุคลากรทางการแพทย์ด้านสุขภาพจิตจึงเป็นบุคคลที่เหมาะสมในการช่วยเหลือบุคคล TGD ในกรณีเหล่านี้

ในขณะที่การเปลี่ยนเพศกลับพบได้น้อย การที่จำนวนประชากรบุคคล TGD โดยรวมมีมากขึ้นนั้น อาจส่งผลให้พบจำนวนคนที่ตัดสินใจหยุดการยืนยันเพศสภาพหรือเปลี่ยนเพศกลับมากขึ้นไปด้วย อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จำนวนอาจมากขึ้น แต่สัดส่วนของคนที่หยุดการยืนยันเพศสภาพหรือเปลี่ยนเพศกลับนั้นยังคงเท่าเดิมหรืออยู่ในสัดส่วนต่ำ ดังนั้นไม่ควรนำกรณีการเปลี่ยนเพศกลับ มาเป็นเหตุผลของการหยุดการรักษาที่จำเป็น เช่นการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัด ในบุคคล TGD คนอื่น ๆ

เนื่องจากการศึกษาไม่มากในเรื่องนี้ แนวทางเวชปฏิบัติในปัจจุบันนั้นอ้างอิงจากกรณีศึกษาและความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานร่วมกับบุคคล TGD ผู้ใหญ่ (Expósito-Campos, 2021; Richards & Barrett, 2020) หากบุคคล TGD มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแบบถาวรแล้ว และต้องการจะแก้ไข บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินควรทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในกรณีนี้ ทีมสหวิชาชีพจะสามารถให้คำแนะนำเพิ่มเติมโดยบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีประสบการณ์ในเรื่องสุขภาพบุคคลข้ามเพศ ทีมสหวิชาชีพควรทำงานร่วมกับบุคคล TGD เพื่อเข้าใจถึงเหตุผลที่เข้ารับการรักษาในอดีตและเหตุผลของการตัดสินใจในการเปลี่ยนเพศกลับโดยละเอียด ข้อกังวลต่าง ๆ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่เกิดขึ้นแล้วควรได้รับการประเมินอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อกังวลเหล่านี้เกิดขึ้นซ้ำอีกหลังจากการเปลี่ยนเพศกลับ

เพื่อให้มั่นใจว่า การแก้ไขข้อเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่เกิดขึ้นแบบถาวรนั้น จะได้รับความพึงพอใจและเกิดความสบายใจมากที่สุด บุคคล TGD ร่วมกับทีมสหวิชาชีพควรคำนึงถึงบทบาทของการเปลี่ยนผ่านด้านสังคมในขั้นตอนการประเมินและการเตรียมตัวก่อนการเปลี่ยนเพศกลับ ในกรณีนี้อาจจำเป็นต้องได้ลองใช้ชีวิตอยู่ในอีกบทบาทหนึ่งเป็นระยะเวลาที่นานขึ้น ก่อนที่จะดำเนินการยืนยันเพศกลับ บุคลากรทางการแพทย์ควรสนับสนุนบุคคล TGD ในทุก ๆ การเปลี่ยนผ่านทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกล้มเหลว ความรู้สึกอาย ซึมเศร้าหรือรู้สึกผิดที่ตัดสินใจในการเปลี่ยนเพศกลับ นอกจากนั้น บุคคล TGD ควรได้รับการสนับสนุนให้สามารถจัดการกับอคติหรือความยากลำบากทางสังคมที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นเหตุผลของการตัดสินใจเปลี่ยนเพศกลับหรืออาจเป็นผลของการเปลี่ยนเพศกลับก็ได้ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำให้บุคคล TGD มาติดตามการรักษาตลอดระยะเวลาของขั้นตอนการเปลี่ยนเพศกลับ (Narayan et al., 2021)

ในขณะที่ผลการศึกษาออกมาไปในทางเดียวกันถึงประโยชน์ของ

การยืนยันเพศสภาพในผู้ใหญ่ TGD (Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2012; Owen-Smith et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016) ผู้ใหญ่ TGD บางคนอาจมีผลบ่งเกิดขึ้นหรือมีบางภาวะในร่างกายเปลี่ยนแปลงหลังจากการยืนยันเพศสภาพ ยังไม่มีการศึกษาที่เป็นระบบที่มากพอเพื่อชี้ถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลทางชีวภาพ จิตใจ และสังคมที่แย่งหลังจากการยืนยันเพศสภาพ (Hall et al., 2021; Littman, 2021) อย่างไรก็ตามกรณีที่เกิดขึ้นได้น้อย (Hall et al., 2021; Wiepjes et al., 2018) ในกรณีนี้ หากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพหรือทางสังคมทำให้เกิดผลลบในบุคคล TGD มีภาวะทางชีวภาพ ทางจิตใจและทางสังคมที่แย่งเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการยืนยันเพศสภาพแล้วนั้น ควรต้องพิจารณาอย่างละเอียดถึงความเหมาะสมว่าการเปลี่ยนแปลงในครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อบุคคล TGD หรือไม่ หากข้อสรุปคือการรักษาไม่ใช่สิ่งที่เหมาะสมอีกต่อไป ควรสนับสนุนให้บุคคล TGD หยุดการรักษาและดูแลความยากลำบากที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน (Narayan et al., 2021)

นับเป็นประเด็นสำคัญที่บุคคลซึ่งเปลี่ยนเพศกลับ ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดควรได้รับการสนับสนุน ถึงแม้จะเกิดขึ้นน้อยมากก็ตาม และจากหลักฐานทางวิชาการส่วนใหญ่ แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ในบุคคล TGD ส่วนมากที่ผ่านการยืนยันเพศสภาพเป็นเพศที่เหมาะสมกับพวกเขา รวมไปถึงคนที่ได้ GAMSTs (Byne et al., 2012; Green & Fleming, 1990; Lawrence, 2003; Motmans et al., 2012; Van de Griff, Elaut et al., 2018)

บทที่ 6 วัยรุ่น

บริบททางประวัติศาสตร์และการเปลี่ยนแปลงจากมาตรฐานการดูแลก่อนหน้า

การดูแลสุขภาพเฉพาะทางสำหรับวัยรุ่นข้ามเพศเริ่มขึ้นในทศวรรษที่ 1980 เมื่อมีการพัฒนาคลินิกเฉพาะทางทางเพศสำหรับเยาวชนไม่กี่แห่งทั่วโลก แต่ให้บริการเด็กและวัยรุ่นจำนวนค่อนข้างน้อย ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา จำนวนวัยรุ่นที่ต้องการการดูแลทางเพศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Arnoldussen et al., 2019; Kaltiala, Bergman et al., 2020) ตั้งแต่ปี 1980 เป็นต้นมา คลินิกใหม่ ๆ ได้ถูกก่อตั้งขึ้น แต่การบริการทางคลินิกในหลาย แห่งยังก้าวไม่ทันกับจำนวนเยาวชนที่ต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้สถานบริการมีผู้รอรับบริการที่ยาวเหยียด และมีอุปสรรคในการดูแลเยาวชนข้ามเพศจำนวนมากทั่วโลก (Tollit et al., 2018)

เมื่อไม่นานมานี้ มีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับความชุกของความหลากหลายทางเพศในกลุ่มวัยรุ่น มีการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนมัธยมระบุว่า มีอัตราที่สูงกว่าที่คิดไว้มาก โดยมีรายงานถึง 1.2% ของผู้เข้าร่วมวิจัยที่ระบุว่าตนเป็นบุคคลข้ามเพศ (Clark et al., 2014) และมากถึง 2.7% หรือมากกว่านั้น (7–9%) รายงานว่าตนเองมีความหลากหลายทางเพศในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง (Eisenberg et al., 2017; Kidd et al., 2021; Wang et al., 2020) การศึกษาเหล่านี้เสนอแนะว่าไม่ควรมองความหลากหลายทางเพศในเยาวชนเป็นสิ่งที่หาได้ยากอีกต่อไป นอกจากนี้ยังพบอัตราส่วน-ของวัยรุ่นในคลินิกเพศ มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิง (Assigned female at birth, AFAB) บ่อยกว่า 2.5–7.1 เท่าเมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชาย (Assigned Male at birth, AMAB) (Aitken et al., 2015; Arnoldussen et al., 2019; Bauer et al., 2021; de Graaf, Carmichael et al., 2018; Kaltiala et al., 2015; Kaltiala, Bergman et al., 2020)

มาตรฐานการดูแลของสมาคมวิชาชีพด้านสุขภาพคนข้ามเพศ (World Professional Association for Transgender Health's - WPATH) ซึ่งมุ่งมั่นในการทำงานให้กับความต้องการของเด็กและวัยรุ่น ได้รับการรวมเข้าไว้ในมาตรฐานการดูแล WPATH ฉบับที่ 5 ของปี 1998 (Levine et al., 1998) เยาวชนอายุ 16 ปีขึ้นไปถือว่ามีสิทธิ์ได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ในการยืนยันเพศสภาพ แต่เฉพาะในบางกรณีเท่านั้น ในฉบับที่ 6 (Meyer et al., 2005) และฉบับที่ 7 (Coleman et al., 2012) แบ่งขั้นตอนทางการแพทย์สำหรับการเปลี่ยนเพศในวัยรุ่นออกเป็น 3 ประเภท และนำเสนอเกณฑ์คุณสมบัติเกี่ยวกับช่วงอายุ/ช่วงของการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์—ได้แก่ กระบวนการให้ยาหยุดการเข้าหนุ่มสาวทันทีที่เริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สามารถย้อนกลับได้ การให้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ (ที่สามารถเปลี่ยนแปลงกลับได้บางส่วน (เทสโทสเตอโรน, เอสโตรเจน) สำหรับวัยรุ่นที่อายุส่วนใหญ่มากกว่า 16 ปีในบางประเทศในยุโรป และการผ่าตัด (เป็นกระบวนการที่เปลี่ยนกลับไม่ได้) เมื่ออายุ 18 ปีขึ้นไป ยกเว้นการผ่าตัดเต้านมแบบสร้าง “ความเป็นชาย” ที่สามารถทำได้ทั้ง

อายุ 16 ปี โดยเพิ่มเติมเกณฑ์สำหรับการดูแลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเพศ ได้แก่ ประวัติความเป็นเพศที่ “ไม่สอดคล้อง” (non-conformity)/ความทุกข์ใจในเพศสภาพ (dysphoria) ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องต่อเนื่องและยาวนานตั้งแต่วัยเด็ก หรือทวีความรุนแรงขึ้นเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การขาดการติดตามหรือปัญหาการจัดการด้านจิตใจ การแพทย์ หรือสังคมที่ขัดขวางต่อการรักษา การให้การสนับสนุนสำหรับการเริ่มต้นการดูแลโดยผู้ปกครอง/ผู้ดูแล และการให้ความยินยอม (consent) บทความที่อุทิศให้กับวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศ (TGD) ถูกแยกออกมาจากบทของเด็ก ได้รับการจัดทำขึ้นสำหรับมาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 นี้ โดยคำนึงถึง 1) การเติบโตแบบวิวัฒนาการของอัตราการส่งต่อวัยรุ่นเพศหลากหลาย 2) จำนวนการศึกษาที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะกับการดูแลที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายทางเพศของวัยรุ่น และ 3) พัฒนาการเฉพาะในการดูแลด้านการเปลี่ยนเพศของคนกลุ่มนี้

โดยหลีกเลี่ยงคำศัพท์ที่ไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพ (เช่น โมเดลการยืนยันเพศสภาพโมเดลการสำรวจเพศสภาพ) เนื่องจากคำศัพท์เหล่านี้ไม่ได้แสดงถึงการปฏิบัติที่สอดคล้อง แต่เป็นการปฏิบัติที่การดูแลที่แตกต่างกันในพื้นที่ต่าง ๆ

ภาพรวมของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาแห่งพัฒนาการที่มีลักษณะของการเจริญเต็มที่ทางร่างกายและจิตใจอย่างรวดเร็ว เชื่อมระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ (Sanders, 2013) กระบวนการพัฒนาทางจิตหลายอย่างเกิดขึ้นพร้อมกัน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่ส่งสัญญาณของการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ กระบวนการการรับรู้ อารมณ์ และสังคมเติบโตเต็มที่ ล้อไปกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ กระบวนการเหล่านี้ไม่ได้เริ่มต้นและสิ้นสุดพร้อมกันในแต่ละบุคคล และไม่ได้เกิดขึ้นในวัยเดียวกันสำหรับทุกคน ดังนั้นช่วงของวัยรุ่นจึงไม่ชัดเจนและไม่สามารถกำหนดได้ด้วยอายุเท่านั้น ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของวัยรุ่นอาจเริ่มขึ้นในวัยเด็กตอนปลาย และระบบประสาทส่วนบริหารจัดการสมองยังคงพัฒนาได้จนถึงช่วงกลางของอายุ 20 (Ferguson et al., 2021) ประเทศและรัฐบาลแต่ละแห่งกำหนดอายุของผู้บรรลุนิติภาวะแตกต่างกัน (เช่น สถานะการตัดสินใจทางกฎหมาย Dick et al., 2014) ในขณะที่หลายประเทศระบุอายุของผู้บรรลุนิติภาวะไว้ที่ 18 ปี แต่ในบางประเทศใช้อายุไม่เกิน 15 ปี (เช่น อินโดนีเซียและเมียนมาร์ เป็นต้น) และในบางประเทศอาจสูงถึง 21 ปี (เช่น รัฐมิสซิสซิปปีของสหรัฐฯ และสิงคโปร์ เป็นต้น)

เพื่อความชัดเจน บทนี้ใช้กับวัยรุ่นตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์จนถึงบรรลุนิติภาวะ (ในกรณีนี้ส่วนใหญ่คือ 18 ปี) อย่างไรก็ตาม มีองค์ประกอบที่ได้รับการพัฒนาในบทนี้ คือความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับการดูแลในวัยเปลี่ยนผ่านไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งควรได้รับการพิจารณาอย่างเหมาะสม

พัฒนาการด้านความคิดในวัยรุ่นมักมีลักษณะเด่น คือ การพัฒนาความคิดเชิงนามธรรม การใช้เหตุผลที่ซับซ้อน และพหุปัญญา (เช่น

ความสามารถของวัยรุ่นในการคิดเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองโดยสัมพันธ์กับวิธีที่ผู้อื่นรับรู้; Sanders, 2013) ความสามารถในการให้เหตุผลกับสถานการณ์สมมติ ช่วยให้วัยรุ่นสามารถกำหนดกรอบความคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นมักจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น ควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดเหล่านี้ วัยรุ่นมักมีลักษณะเฉพาะคือการแยกเป็นอิสระจากพ่อแม่และพัฒนาอัตลักษณ์ของตนเองเพิ่มขึ้น มักจะให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์แบบเพื่อน ซึ่งอาจมีทั้งด้านบวกและด้านลบ (Gardner & Steinberg, 2005) วัยรุ่นมักจะรู้สึกโกรธซึ่งมักเกิดจากการไวต่อการตอบสนองต่อสิ่งที่เป็นความสุข และความรู้สึกต่อเวลาของพวกเขาที่แตกต่างจากคนที่เป็นผู้ใหญ่ (Van Leijenhorst et al., 2010) โดยทั่วไปแล้ว พัฒนาการทางสังคมและอารมณ์จะพัฒนามากในช่วงวัยรุ่น แม้ว่ามันจะมีความแตกต่างอย่างมากในหมู่คนหนุ่มสาวในแง่ของระดับวุฒิภาวะที่แสดงถึงความเข้าใจระหว่างบุคคลและการรู้จักตัวเอง (Grootens-Wiegers et al., 2017) สำหรับวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นหลากหลายทางเพศ (TGD) ที่ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการยืนยันเพศสภาพ ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่อาจมีผลตามมาตลอดชีวิต จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจว่าพัฒนาการทุกด้านเหล่านี้อาจส่งต่อการตัดสินใจของเยาวชนในบริบททางวัฒนธรรมเฉพาะของพวกเขา

การพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศในวัยรุ่น

ความเข้าใจของเราเกี่ยวกับการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศในวัยรุ่นมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เมื่อให้การดูแลทางคลินิกแก่เยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศและครอบครัวของพวกเขา สิ่งสำคัญคือต้องรู้ว่าอะไรที่เราไม่รู้และไม่รู้เกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศในระหว่างการพัฒนา (Berenbaum, 2018) เมื่อต้องพิจารณาการดูแลทางการแพทย์ ครอบครัวอาจมีคำถามเกี่ยวกับการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศของวัยรุ่นและเพศที่วัยรุ่นเปิดเผยตัวตนไว้จะยังคงเหมือนเดิมหรือไม่เมื่อเวลาผ่านไป สำหรับวัยรุ่นบางคน การเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างจากเพศที่กำหนดเมื่อแรกเกิดไม่ใช่เรื่องน่าแปลกใจสำหรับพ่อแม่/ผู้ดูแล เนื่องจากประวัติการแสดงออกถึงความหลากหลายทางเพศของพวกเขาแสดงออกมาตั้งแต่วัยเด็ก (Leibowitz & de Vries, 2016) สำหรับคนอื่น ๆ การเปิดเผยตัวตนอาจจะไม่เกิดขึ้นจนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์หรือแม้แต่ว่าเข้าสู่วัยรุ่นแล้ว (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020)

ประวัติศาสตร์ การเรียนรู้ทางสังคมและการพัฒนาทางความคิดที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเพศสภาพนั้นส่วนใหญ่ได้ดำเนินการกับเยาวชนที่ไม่ได้มีอัตลักษณ์หรือการแสดงออกที่หลากหลายทางเพศและดำเนินการภายใต้สมมติฐานบนฐานคิดกับเพศใดเพศหนึ่งโดยเฉพาะ ดังนั้นจึงไม่ค่อยให้ความสนใจกับการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศนัก นอกจากนี้ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางเพศแล้ว งานวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมก็มีบทบาทเช่นกัน (Perry & Pauletti, 2011) แม้ว่างานวิจัยจะให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศในเยาวชน TGD น้อยลง แต่ก็มีความเห็นเพียงพอก่อนที่สันนิษฐานว่า นอกเหนือจากปัจจัยทางจิตวิทยา

แล้ว ปัจจัยทางจิตสังคมก็มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย (Steensma, Kreukels et al., 2013) สำหรับวัยรุ่นบางคน การพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศดูเหมือนตายตัวและแสดงออกตั้งแต่อายุน้อย ในขณะที่คนอื่นการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศอาจเกิดขึ้นตามเวลาผ่านไป

การศึกษาเกี่ยวกับรังสีวิทยาทางระบบประสาท การศึกษาทางพันธุกรรม และการศึกษาทางด้านฮอร์โมน ในบุคคล intersex แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมทางชีวภาพในการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศในบางคนที่มีอัตลักษณ์ทางเพศไม่ตรงกับเพศที่กำหนดตั้งแต่แรกเกิด (Steensma, Kreukels et al., 2013) เนื่องจากครอบครัวมักมีคำถามเกี่ยวกับปัญหานี้ สิ่งสำคัญคือต้องให้ข้อมูลว่าเป็นไปไม่ได้ที่จะแยกแยะระหว่างผู้ที่อัตลักษณ์ทางเพศอาจดูเหมือนตายตัวตั้งแต่แรกเกิดกับผู้ที่มีการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศมีการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา เป็นไปไม่ได้ที่จะระบุอย่างชัดเจนถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศสำหรับเยาวชนคนใดคนหนึ่ง ดังนั้นแนวทางทางดูแลทางคลินิกแบบองค์รวมจึงมีความสำคัญและจำเป็น (ดูคำแนะนำที่ 3) การวิจัยในอนาคตจะให้ความกระจ่างมากขึ้นเกี่ยวกับการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศหากดำเนินการติดตามเป็นระยะเวลานานพอกับกลุ่มที่มีความหลากหลาย การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศโดยเปลี่ยนจากการแบ่งแบบสองขั้ว (เช่น ไบনারี) ของเพศชายและเพศหญิงเป็นสเปกตรัมของเพศที่มีความต่อเนื่อง (APA, 2013) ก็มีความจำเป็นเช่นกัน

วัยรุ่นอาจเป็นช่วงเวลาที่สำคัญสำหรับการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศของคนหนุ่มสาวที่มีความหลากหลายทางเพศ (Steensma, Kreukels et al., 2013) การศึกษาติดตามผลทางคลินิกในระยะยาวของเนเธอร์แลนด์เกี่ยวกับวัยรุ่นที่มีความทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria) ในวัยเด็ก ที่เข้ารับการบำบัดด้วยการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ได้รับฮอร์โมนที่ตรงกับเพศสภาพ หรือทั้งสองอย่าง พบว่าไม่มีเยาวชนในวัยผู้ใหญ่คนใดรู้สึกเสียใจกับการตัดสินใจที่ได้ทำไปในช่วงวัยรุ่น (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2014) การค้นพบนี้แสดงถึงวัยรุ่นที่ได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมและมีวุฒิภาวะทางอารมณ์เพียงพอสามารถทำการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับเพศสภาพ โดยแสดงออกถึงความมั่นคงในอัตลักษณ์ทางเพศในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

เมื่อคาดการณ์สิ่งที่ค้นพบจากการศึกษาในระยะยาวตามกลุ่มชาติตติขกับวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศในปัจจุบันที่ต้องการการดูแล การพิจารณาการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในระยะยาวที่ผ่านไปที่เกี่ยวข้องกับคน TGD เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการมองเห็นตัวตนของ TGD ที่เพิ่มขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องเข้าใจว่าการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นนี้อาจส่งต่อการพัฒนาเพศในรูปแบบต่าง ๆ อย่างไร (Kornienko et al., 2016) แนวโน้มหนึ่งที่ระบุได้คือคนหนุ่มสาวจำนวนมากที่มารับบริการที่คลินิกทางเพศแสดงตัวตนว่าไม่ใช่ไบนารี (Twist & de Graaf, 2019) อีกปรากฏการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในทางคลินิกคือมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนวัยรุ่นที่มาขอรับบริการที่ดูเหมือนไม่เคยมีประสบการณ์ การแสดงออก (หรือมีประสบการณ์และแสดงออก) ของความหลากหลายทางเพศในช่วงวัยเด็ก นักวิจัยคนหนึ่งพยายามศึกษาและอธิบายรูปแบบเฉพาะของประสบการณ์ความหลากหลายทางเพศ

ที่เกิดขึ้นในภายหลัง (Littman, 2018) อย่างไรก็ตาม การค้นพบของการศึกษาจะต่อไปได้รับการพิจารณาในบริบทของความท้าทายด้านระเบียบวิธีวิจัยที่สำคัญ ซึ่งรวมถึง 1) การศึกษาสำรวจผู้ปกครองแต่ไม่ใช่มุมมองของเยาวชน 2) การสรรหาผู้เข้าร่วมวิจัยรวมถึงผู้ปกครองจากชุมชนที่รักษาความทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria) ถูกตั้งข้อสงสัยและถูกวิพากษ์วิจารณ์จากชุมชน อย่างไรก็ตาม การค้นพบนี้ยังไม่ได้ถูกทำซ้ำ สำหรับเยาวชนบางกลุ่มย่อย ความอ่อนไหวต่ออิทธิพลทางสังคมที่ส่งผลต่อเพศอาจเป็นความแตกต่างที่สำคัญที่ต้องพิจารณา (Kornienko et al., 2016) อย่างไรก็ตาม ต้องใช้ความระมัดระวังเพื่อหลีกเลี่ยงการสรุปว่าปรากฏการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นแต่ละคน โดยต้องอาศัยข้อมูลจากชุดข้อมูลที่อาจมีอคติในการสุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Bauer et al., 2022; WPATH, 2018) สิ่งสำคัญคือต้องพิจารณาถึงประโยชน์ที่ความเชื่อมโยงทางสังคมมีผลกับเยาวชนที่มีความใกล้ชิดกับผู้คนที่สนับสนุนพวกเขา (Tuzun et al., 2022) (ดูคำแนะนำ 4)

หลักฐานทางการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศ การดูแลวัยรุ่นแบบจำเพาะเป็นรายบุคคลเป็นสิ่งที่ เป็นจริยธรรมทางการแพทย์และเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ในขณะที่ข้อมูลวิจัยทางการแพทย์ในบริบทต่าง ๆ ยังมีข้อจำกัด แต่ผลงานวิจัยมีข้อจำกัดในเชิงของวิธีวิจัย การสรุปจากผลของงานวิจัย จึงไม่ควรนำไปใช้กับวัยรุ่นทั้งหมด และสิ่งนี้สามารถนำไปใช้ได้เวลาที่ได้รับการคำถามจากผู้ปกครอง เรื่องความมั่นคงหรือไม่มั่นคงของการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศของวัยรุ่นแต่ละคน แม้งานวิจัยในภายภาคหน้าจะช่วยนำวิทยาศาสตร์อันก้าวหน้ามาช่วยทำความเข้าใจเรื่องการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศ มันก็ยังคงมีช่องว่างบางอย่างเสมอ นอกจากนี้ จริยธรรมทางการแพทย์ที่ให้การตัดสินใจในการรักษาด้วยตนเอง ช่องว่างนี้ไม่ควรทำให้วัยรุ่น TGD เข้าไม่ถึงการดูแลที่สำคัญและจำเป็น

หลักฐานทางการศึกษาเกี่ยวกับการยืนยันเพศสภาพสำหรับวัยรุ่นข้ามเพศ

ความท้าทายที่สำคัญในการดูแลวัยรุ่นข้ามเพศคือคุณภาพของหลักฐานทางงานวิจัยที่ประเมินประสิทธิผลของการยืนยันเพศสภาพในวัยรุ่นด้วยยาและการผ่าตัด (GAMSTs) เมื่อเวลาผ่านไป (ดูข้อความที่จำเป็นทางการแพทย์ในบทการประยุกต์ใช้ทั่วโลก, คำแนะนำ 2.1) เมื่อคำนึงถึงการรักษาทางการแพทย์ที่จะมีผลตลอดชีวิตโดยเฉพาะที่ต้องเริ่มเมื่ออายุน้อย การเริ่มเมื่ออายุเท่าใด วัยรุ่น ผู้ปกครอง และผู้ให้การดูแลควรได้รับแจ้งเกี่ยวกับพื้นฐานของหลักฐานทางงานวิจัย มันเป็นเรื่องสมเหตุสมผลที่การตัดสินใจในการดูแลทางการแพทย์และศัลยกรรมควรทำอย่างระมัดระวัง แม้จะมีหลักฐานเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ที่สนับสนุนประสิทธิผลของการดูแลทางการแพทย์ตั้งแต่เนิ่น ๆ แต่จำนวนการศึกษายังคงมีไม่มากนัก และมีการศึกษาผลลัพธ์เพียงไม่กี่ชิ้นที่ติดตามเยาวชนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการทบทวนผลการรักษาอย่างเป็นระบบในวัยรุ่นจึงยังไม่สามารถทำได้ แต่เป็นการทบทวนงานวิจัยแบบเรื่องเล่าสั้น ๆ แทน

ในขณะที่เขียนบทความนี้ มีการศึกษาติดตามผลระยะยาวหลาย

การศึกษาที่รายงานผลเชิงบวกของการดูแลทางการแพทย์ตั้งแต่เนิ่น ๆ (เช่น วัยรุ่น) ในช่วงเวลานี้ การศึกษาจำนวนมากดำเนินการผ่านคลินิกชาวต่างชาติหนึ่งแห่ง (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries, Steensma et al., 2011; de Vries et al., 2014; Smith et al., 2001, 2005) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงการดีขึ้นจากภาวะ gender dysphoria เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านจิตใจที่ดีขึ้นและความพึงพอใจในรูปร่างกายของตนเอง การศึกษาเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นไปตามการออกแบบระเบียบวิธีวิจัยก่อน-หลัง เพื่อเปรียบเทียบเรื่องการทำงานของจิตใจกับผลลัพธ์หลังการให้การยืนยันเพศสภาพทางการแพทย์ การศึกษาต่าง ๆ ประเมินแต่ละแง่มุมหรือผสมผสานวิธีการรักษา ซึ่งรวมถึง 1) ฮอโมนเพศและการผ่าตัด (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001, 2005); 2) การหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (de Vries, Steensma et al., 2011) และ 3) การหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การให้ฮอโมนเปลี่ยนเพศ และการผ่าตัด (de Vries et al., 2014) การศึกษาติดตามผลระยะยาวในปี 2014 เป็นการศึกษาดูเดียวที่ติดตามเยาวชนตั้งแต่วัยรุ่นตอนต้น (ก่อนการรักษา อายุเฉลี่ย 13.6 ปี) จนถึงวัยหนุ่มสาว (หลังการรักษา อายุเฉลี่ย 20.7 ปี) นี่เป็นการศึกษารั้งแรกที่แสดงให้เห็นว่าการยืนยันเพศสภาพช่วยให้วัยรุ่นข้ามเพศสามารถปรับเปลี่ยนพัฒนาการตามวัยได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่สามารถใช้ชีวิตตามเพศที่ต้องการโดยมีผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจในวัยผู้ใหญ่ (de Vries et al., 2014) แม้ว่าการศึกษาจะใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย (n = 55) และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้เลือกจากกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม แต่ผลลัพธ์ที่ได้ก็ดูน่าเชื่อถือ ผู้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของคลินิกดัตช์ซึ่งเป็นที่รู้จักในด้านการใช้แนวทางแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการให้การประเมินที่ครอบคลุมและต่อเนื่องและการจัดการเรื่องเพศที่ผิดปกติ และการสนับสนุนที่มุ่งสู่ความมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

การศึกษาระยะยาวที่เผยแพร่เมื่อเร็ว ๆ นี้อีกหลายชิ้นติดตามและประเมินผู้เข้าร่วมในระยะต่าง ๆ ของการยืนยันเพศสภาพของพวกเขาในการศึกษาเหล่านี้ ผู้เข้าร่วมบางคนอาจยังไม่ได้เริ่มการยืนยันเพศสภาพ บางคนได้รับการกดการเข้าสู่วัยแรกรุ่น ในขณะที่คนอื่น ๆ เริ่มใช้ฮอโมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ หรือแม้กระทั่งเคยผ่านการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ (GAS) (Achille et al., 2020; Allen et al., 2019; Becker-Hebly et al., 2021; Carmichael et al., 2021; Costa et al., 2015; Kuper et al., 2020, Tordoff et al., 2022) เนื่องจากความหลากหลายของการรักษาและวิธีการ ทำให้การตีความผลของงานวิจัยมีความท้าทายมากขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับการประเมินตอนเริ่มต้น ข้อมูลแสดงให้เห็นถึงการทำงานด้านจิตใจ ความพึงพอใจในรูปร่างกาย และความพึงพอใจในการรักษาดีขึ้นหรือคงที่แตกต่างกันไปตั้งแต่สามเดือนถึงสองปีนับจากเริ่มการรักษา

การศึกษาแบบ cross-sectional studies เป็นอีกรูปแบบหนึ่งสำหรับการประเมินผล ของการยืนยันเพศสภาพ การศึกษาหนึ่งเปรียบเทียบสภาพจิตใจในวัยรุ่นข้ามเพศในช่วงเริ่มต้นและในขณะที่อยู่ระหว่างการให้การหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ เปรียบเทียบกับกลุ่มเพื่อนที่เป็นเพศตรงกับเพศกำเนิด (cisgender) ในโรงเรียนมัธยม ณ เวลาที่ต่างกัน 2 จุด วัยรุ่นข้ามเพศแสดงถึงสุขภาวะทางจิตใจที่แย่กว่า

ในตอนเริ่มต้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีเพศตรงกับเพศกำเนิด (cisgender) แต่ในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยการหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ พวกเขาแสดงให้เห็นถึงการใช้ชีวิตประจำวันที่ดีกว่าเพื่อน (van der Miesen et al., 2020) Grannis และคณะ (2021) แสดงให้เห็นว่าชายข้ามเพศที่เริ่มใช้ฮอร์โมนเทสโตโรนมีปัญหาภายในจิตใจลดลง (ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล) เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังไม่ได้เริ่มการใช้ฮอร์โมนเทสโตโรน

มีการศึกษาเพิ่มเติมที่เรียงตามการออกแบบผลลัพธ์ที่แตกต่าง ในการศึกษาย้อนหลังของ Kaltiala, Heino et al. (2020) รายงานว่าคนข้ามเพศวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตน้อยหรือไม่มีเลยก่อนที่จะเริ่มใช้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพมักมีผลลัพธ์ที่ดี อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตก่อนการให้การใช้ฮอร์โมนยังคงประสบกับปัญหาด้านสุขภาพจิตเหล่านั้นในระหว่างการยืนยันเพศสภาพ Nieder et al. (2021) ศึกษาความพึงพอใจต่อการดูแลรักษาในฐานะตัวชี้วัดผลลัพธ์ แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นข้ามเพศมีความพึงพอใจมากขึ้นหลังจากที่พวกเขาเริ่มต้นขั้นตอน Hisle-Gorman et al. (2021) เปรียบเทียบการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการเริ่มใช้ยาเพื่อการเพื่อยืนยันเพศสภาพ โดยเป็นตัวบ่งชี้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นข้ามเพศจำนวน 3,754 คนในชุดข้อมูลการดูแลสุขภาพขนาดใหญ่ ผลค่อนข้างตรงกันข้ามกับสมมติฐานของผู้เขียนที่คาดว่าปัญหาทางสุขภาพจิตจะดีขึ้น โดยพบว่าการรักษาสุขภาพจิตไม่ได้เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ใบสั่งยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเพิ่มขึ้น ในอิกงานวิจัยสำรวจผู้ใหญ่ข้ามเพศ Turban et al. (2022) พบว่าผู้ร่วมวิจัยที่รายงานการเข้าถึงฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพในวัยรุ่นมีอัตราเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมาต่ำกว่า เมื่อเทียบกับคนข้ามเพศที่เข้าถึงฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพในวัยผู้ใหญ่

ผู้ให้บริการอาจพิจารณาถึงความเป็นไปได้ที่วัยรุ่นอาจจะเสียใจกับการตัดสินใจเรื่องการยืนยันเพศสภาพในช่วงวัยรุ่น และอาจต้องการหยุดขั้นตอนและกลับไปใช้ชีวิตตามบทบาทของเพศกำเนิดในอนาคต การศึกษาในเนเธอร์แลนด์ 2 เรื่องรายงานอัตราที่วัยรุ่นตัดสินใจหยุดการให้ฮอร์โมนที่กีดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ว่ามีอัตราต่ำ (1.9% และ 3.5%) (Brik et al., 2019; Wiepjes et al., 2018) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านี้ดำเนินการในคลินิกที่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน มีการประเมินอย่างครอบคลุมก่อนที่จะเริ่มการยืนยันเพศสภาพ ในปัจจุบัน ยังไม่มีการศึกษาทางคลินิกใดที่รายงานข้อมูลของวัยรุ่นที่เสียใจกับการตัดสินใจครั้งแรกหรือการต้องการกลับมาเป็นเพศเดิมหลังการตัดสินใจทำขั้นตอนที่เปลี่ยนกลับไม่ได้ มีการวิจัยเมื่อเร็ว ๆ นี้ระบุว่าวัยรุ่นที่ตัดสินใจกลับมาเป็นเพศเดิม แต่ไม่เสียใจที่เริ่มขั้นตอนต่าง ๆ เนื่องจากพวกเขามีความเข้าใจว่าการเริ่มขั้นตอนนั้นเป็นส่วนหนึ่งของความต้องการในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับเพศสภาพ (Turban, 2018) อย่างไรก็ตาม นี่อาจไม่ใช่มุมมองที่สำคัญของผู้ที่เปลี่ยนการตัดสินใจ (Littman, 2021; Vandebussche, 2021) วัยรุ่นบางคนอาจเสียใจกับสิ่งที่ตัดสินใจลงไป (Dyer, 2020) ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องนำเสนอผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ทั้งหมดเมื่อช่วยเหลือวัยรุ่นข้ามเพศ ผู้ให้บริการอาจหารือเกี่ยวกับหัวข้อนี้ในลักษณะที่ทำงานร่วมกันกับวัยรุ่นและพ่อแม่/ผู้ดูแลก่อนที่จะเริ่ม

ขั้นตอนทางการแพทย์เพื่อยืนยันเพศสภาพ ด้วยความไว้วางใจกัน (เช่น ในมุมมองของ "ประสบการณ์และสิ่งที่ต้องพิจารณาในอนาคตที่อาจจะเกิดขึ้น") นอกจากนี้ควรเตรียมผู้ให้บริการเพื่อพร้อมรองรับวัยรุ่นที่เปลี่ยนการตัดสินใจ มีการสำรวจตัวอย่างทางอินเทอร์เน็ตของผู้เปลี่ยนการตัดสินใจข้ามเพศ 237 คนที่มีอายุเฉลี่ย 25.02 ปี ซึ่งประกอบด้วยวัยรุ่นที่มีเพศกำเนิดหญิงมากกว่าร้อยละ 90 โดยร้อยละ 25 มีการเข้ารับการยืนยันเพศสภาพก่อนอายุ 18 ปี พบว่าร้อยละ 14 ตัดสินใจกลับไปเป็นเพศเดิม (detransition) ก่อนอายุ 18 ปี (Vandebussche, 2021) แม้ว่าตัวอย่างทางอินเทอร์เน็ตจะขึ้นอยู่กับทางเลือกตนเองของผู้ตอบแบบสอบถาม แต่การศึกษานี้ชี้ว่าภาวะเปลี่ยนเพศกลับอาจเกิดขึ้นได้ในวัยรุ่นข้ามเพศอายุน้อย และบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงเรื่องนี้ หลายคนแสดงความยากลำบากในการหาความช่วยเหลือในระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนการตัดสินใจ และมีรายงานว่า การเปลี่ยนการตัดสินใจเป็นประสบการณ์ที่โดดเดี่ยว ซึ่งพวกเขาไม่ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอหรือเหมาะสม (Vandebussche, 2021)

กล่าวโดยสรุปคือ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่รายงานเกี่ยวกับเยาวชนมีขนาดค่อนข้างเล็ก (เช่น $n = 22-101$ คนต่อการศึกษา) และเวลาในการติดตามผลจะแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา (6 เดือนถึง 7 ปี) หลักฐานที่เกิดขึ้นใหม่นี้บ่งชี้ถึงการพัฒนาชีวิตของวัยรุ่นข้ามเพศที่ดีขึ้น หากได้รับการประเมินอย่างรอบคอบและได้รับการดูแลทางการแพทย์เพื่อยืนยันเพศสภาพที่จำเป็น นอกจากนี้อัตราความเสียใจต่อการตัดสินใจเพื่อยืนยันเพศสภาพในช่วงระยะเวลาของการติดตามผล การศึกษาอยู่ในระดับต่ำ จากภาพรวม ข้อมูลแสดงให้เห็นการเข้ารับการยืนยันเพศสภาพทางการแพทย์ตั้งแต่เนิ่น ๆ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการประเมินและการดูแลแบบองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับเรื่องความทุกข์ใจในเพศสภาพและความเป็นอยู่ทั่วไป จะมีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์สำหรับวัยรุ่นข้ามเพศจำนวนมากที่ต้องการ

มุมมองด้านจริยธรรมและสิทธิมนุษยชน

จริยธรรมทางการแพทย์และมุมมองด้านสิทธิมนุษยชนได้รับการพิจารณาในขณะที่จัดทำคำแนะนำมาตรฐานการดูแล (SOC) ของวัยรุ่น ตัวอย่างเช่น การปล่อยให้วัยรุ่นที่มีเพศไม่สอดคล้องกัน มีการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ไม่ใช่การกระทำที่เป็นกลาง เนื่องจากอาจส่งผลเสียในทันทีและตลอดชีวิตสำหรับวัยรุ่นข้ามเพศ (Giordano, 2009; Giordano & Holm, 2020; Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011) จากมุมมองด้านสิทธิมนุษยชน การมองความหลากหลายทางเพศเป็นเรื่องปกติและเป็นเพียงความแตกต่างในความหลากหลายของประสบการณ์มนุษย์ และเป็นสิทธิของวัยรุ่นที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและชีวิตของตนเอง รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศ (แอมเนสตี้อินเตอร์เนชันแนล, 2020)

คำแนะนำ

- 6.1 – เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศ:
- 6.1.a - ได้รับใบอนุญาตจากหน่วยงานตามกฎหมาย และสำเร็จการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่าในสาขาทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับบทบาทนี้ที่ได้รับจากสถาบันทางกฎหมายที่ได้รับการรับรองระดับประเทศ
- 6.1.b - รับการฝึกอบรมตามทฤษฎีและตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และพัฒนาความเชี่ยวชาญทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว ในทุกช่วงพัฒนาการ
- 6.1.c - ได้รับการฝึกอบรมและมีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศ ความหลากหลายทางเพศในเด็กและวัยรุ่น มีความสามารถประเมินความสามารถในการยินยอมยินยอม และมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศในทุกช่วงชีวิต/
- 6.1.d - รับการฝึกอบรมและพัฒนาความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับความผิดปกติของออทิสติกสเปกตรัมและการแสดงทางพัฒนาการทางระบบประสาทอื่น ๆ หรือร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญด้านปัญหาทางพัฒนาการเมื่อทำงานกับวัยรุ่นที่เป็นออทิสติกโรควางพัฒนาการทางระบบประสาทร่วมกับมีความหลากหลายทางเพศ/
- 6.1.e - มีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายทางเพศในเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว
- 6.2 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศ ช่วยให้การสนับสนุน ในการสำรวจตัวตนและการแสดงออกทางเพศอย่างเปิดเผยด้วยความเคารพ โดยไม่มีเพศใดเพศหนึ่งพิเศษกว่าเพศอื่น
- 6.3 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศทำการประเมินทางชีววิทยาและจิตสังคมที่ครอบคลุมของวัยรุ่นที่มีความกังวลเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศของตนเองและแสวงหาการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านทางเพศด้วยศัลยกรรม และทำสิ่งนี้ให้ลุล่วงในลักษณะของการให้ความร่วมมือ/ และสนับสนุน
- 6.4 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ทำงานร่วมกับครอบครัว โรงเรียน และสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการยอมรับการแสดงออกทางพฤติกรรมทางเพศและอัตลักษณ์ที่หลากหลายทางเพศของวัยรุ่น
- 6.5 - เราแนะนำให้ให้นำเสนอการบำบัดเพื่อให้กลับมาเป็นเพศเดิม ที่พยายามมุ่งเปลี่ยนเพศสภาพและการแสดงออกทางเพศของผู้รับบริการ เพื่อให้มีชีวิตที่สอดคล้องกับเพศที่กำหนดตั้งแต่แรกเกิดมากขึ้น
- 6.6 - เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่วัยรุ่นที่เป็นข้ามเพศและวัยรุ่นหลากหลายทางเพศเกี่ยวกับการผูกพันอกและการหนีบเก็บอวัยวะเพศรวมทั้งการทวนถึงประโยชน์และความเสี่ยง
- เราแนะนำให้ผู้ให้บริการพิจารณาสิ่งจ่ายยาระงับประจำเดือนสำหรับวัยรุ่นที่มีปัญหาความไม่สอดคล้องทาง - 6.7. เพศซึ่งอาจไม่ต้องการการรักษาด้วยฮอร์โมนเพศชาย หรือผู้ที่ต้องการแต่ยังไม่ได้เริ่มการรักษาด้วยฮอร์โมนเพศชาย หรือร่วมกันกับการรักษาด้วยฮอร์โมนเพศชายสำหรับภาวะเลือดออกผิดปกติ
- เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์รักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับวัยรุ่นที่มีความ - 6.8. หลากหลายทางเพศและข้ามเพศและผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนวัยรุ่นในการตัดสินใจตลอดระยะเวลาของการรักษาเพื่อการหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การรักษาด้วยฮอร์โมน และการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับการยืนยันเพศสภาพ จนกว่า จะมีการส่งตัวไปรักษาต่อในคลินิกผู้ใหญ่
- 6.9 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ทำงานร่วมกับบุคลากรในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตัดสินใจว่าการหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การเริ่มฮอร์โมน หรือการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพสำหรับวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศและข้ามเพศนั้นเหมาะสมหรือไม่ และยังคงการทำงาน นี้ไว้ตลอดการรักษาจนกว่าจะส่งต่อไปสู่การดูแลในผู้ใหญ่
- 6.10 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศที่ขอรับการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัด แจ้งให้พวกเขาทราบก่อนที่จะเริ่มการรักษา ถึงผลกระทบต่อภาวะการเจริญพันธุ์ รวมถึงการสูญเสียภาวะการเจริญพันธุ์ที่อาจเกิดขึ้นและทางเลือกที่มีอยู่เพื่อรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ภายใต้บริบทของการพัฒนาของการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น
- 6.11 - เราแนะนำให้เมื่อมีการระบุการยืนยันเพศสภาพด้วยยาหรือการผ่าตัด สำหรับวัยรุ่น บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับคนข้ามเพศและวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศ ควรให้พ่อแม่/ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินและการรักษา เว้นแต่กรณีมีส่วนร่วมของพวกเขาจะพิจารณาแล้วว่าเป็นอันตรายต่อวัยรุ่นหรือไม่สามารถทำได้

คำแนะนำต่อไปนี้จะจัดทำขึ้นเกี่ยวกับข้อกำหนดสำหรับการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัด (ต้องปฏิบัติตามทั้งหมด):

- 6.12 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ประเมินวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศ โดยแนะนำการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัดเมื่อ:
- 6.12.a - วัยรุ่นเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยความไม่สอดคล้องกันของเพศ (gender incongruence) ตาม ICD-11 ในสถานการณ์ที่ต้องได้รับการวินิจฉัยเพื่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ในประเทศที่ไม่ได้ใช้ ICD ล่าสุด อาจใช้คำจำกัดความอื่น ๆ และควรพยายามใช้ ICD ล่าสุดทันทีที่ทำได้
- 6.12.b - ประสบการณ์เกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ/ความไม่สอดคล้องทางเพศ นั้นต้องถูกระบุและเกิดขึ้นคงที่เมื่อเวลาผ่านไป
- 6.12.c - วัยรุ่นแสดงให้เห็นถึงวุฒิภาวะทางอารมณ์และความรู้ความเข้าใจมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความยินยอม / ยอมรับสำหรับการรักษา

- 6.12.d - วัยรุ่นที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (ถ้ามี) สามารถรบกวนการวินิจฉัย การตัดสินใจรักษาการดูแลเพื่อการยืนยันเพศ ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรนำมาพิจารณา
- 6.12.e - วัยรุ่นควรได้รับแจ้งถึงผลกระทบต่อระบบสืบพันธุ์ รวมถึงการสูญเสียการเจริญพันธุ์ที่อาจเกิดขึ้น และทางเลือกที่มีอยู่เพื่อรักษาภาวะเจริญพันธุ์ และสิ่งเหล่านี้ได้รับการกล่าวถึงในบริบทของระยะพัฒนาการสู่วัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น
- 6.12.f - เมื่อวัยรุ่นเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ระยะ Tanner 2 สามารถเริ่มให้ยาหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์
- 6.12.g - วัยรุ่นควรได้รับการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนอย่างน้อย 12 เดือนหรือนานกว่านั้น หากจำเป็น เพื่อให้บรรลุผลการผ่าตัดตามที่ต้องการ สำหรับการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด ซึ่งรวมถึงการเสริมหน้าอก การผ่าตัดเอาอวัยวะออก การผ่าตัดสร้างช่องคลอด การผ่าตัดลูก ผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบฟาลโล การผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบเมตตอยด์ และผ่าตัดคัลยกรรมใบหน้า เพื่อการเปลี่ยนเพศ เว้นแต่ไม่ต้องการการบำบัดด้วยฮอร์โมนหรือมีข้อห้ามทางการแพทย์

สรุปสั้น ๆ กับประเด็นเฉพาะในวัยรุ่น

แนวปฏิบัติเหล่านี้ออกแบบมาเพื่ออธิบายสิ่งที่รู้และไม่รู้เกี่ยวกับการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศในวัยรุ่น หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการยืนยันเพศสภาพในวัยรุ่นและลักษณะเฉพาะของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นแตกต่างจากระยะพัฒนาการอื่น ๆ

การสำรวจอัตลักษณ์: คุณลักษณะที่กำหนดความเป็นวัยรุ่นคือการมีอัตลักษณ์ที่เข้มแข็ง รวมถึงอัตลักษณ์ทางเพศ คำแนะนำ 6.2 กล่าวถึงการสำรวจอัตลักษณ์ในบริบทของการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศ คำแนะนำ 6.12.b อธิบายถึงระยะเวลาที่จำเป็นสำหรับวัยรุ่นในการเรียนรู้กับอัตลักษณ์ของเพศหลากหลาย การแสดงออกของอัตลักษณ์ทางเพศที่หลากหลาย หรือทั้งสองอย่าง เพื่อการตัดสินใจที่สำคัญเกี่ยวกับการยืนยันเพศสภาพ

ความยินยอมรับการรักษาและการตัดสินใจ: ในวัยรุ่น การรับความยินยอมและการตัดสินใจในการรักษาจำเป็นต้องมีการประเมินพัฒนาการทางอารมณ์ ความคิด และการพัฒนาการทางจิตสังคมของแต่ละบุคคล คำแนะนำ 6.12.c กล่าวโดยตรงถึงวุฒิภาวะทางอารมณ์ วุฒิภาวะทางความคิด และอธิบายองค์ประกอบที่จำเป็นของกระบวนการประเมินที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการตัดสินใจ

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล/ผู้ปกครอง: โดยทั่วไปแล้ววัยรุ่นจะพึ่งพาผู้ดูแล/ผู้ปกครองเพื่อขอคำแนะนำในหลากหลายทาง และนี่ก็เป็นเช่นเดียวกันกับที่วัยรุ่นทำเมื่อผ่านกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา คำแนะนำ 6.11 ระบุถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล/ผู้ปกครอง และกล่าวถึงบทบาทที่พวกเขาควรมีในการประเมินและการดูแล อย่างไรก็ตามไม่มีแนวทางใดที่สามารถนำไปใช้กับทุกสถานการณ์ในโลกได้

คำแนะนำ 6.1

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศ:

- ได้รับใบอนุญาตจากหน่วยงานตามกฎหมาย และสำเร็จการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่าในสาขาทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับบทบาทนี้ที่ได้รับจากสถาบันทางกฎหมายที่ได้รับการรับรองระดับประเทศ

- รับการฝึกอบรมตามทฤษฎีและตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และพัฒนาความเชี่ยวชาญทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กวัยรุ่น และครอบครัว ในทุกช่วงพัฒนาการ
- ได้รับการฝึกอบรมและมีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศ ความหลากหลายทางเพศในเด็กและวัยรุ่น มีความสามารถประเมินความสามารถในการยินยอม/ยินยอม และมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศในทุกช่วงชีวิต
- รับการฝึกอบรมและพัฒนาความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับความผิดปกติของอภิสติสเปกตรัมและการแสดงทางพัฒนาการทางระบบประสาทอื่น ๆ หรือร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญด้านปัญหาทางพัฒนาการเมื่อทำงานกับวัยรุ่นที่เป็นอภิสติส/โรคทางพัฒนาการทางระบบประสาทร่วมกับมีความหลากหลายทางเพศ
- มีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายทางเพศในเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว

ในการประเมินและสนับสนุนวัยรุ่นเพศหลากหลายและครอบครัว ผู้ให้บริการ/บุคลากรทางการแพทย์ (HCPs) ต้องการทั้งความรู้ทั่วไปและความรู้เฉพาะเรื่องเพศและการฝึกอบรมเฉพาะทาง ผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกอบรมให้ทำงานกับวัยรุ่นและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการนำแง่มุมต่าง ๆ ของการพัฒนาวัยรุ่นและการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวมาใช้ดูแลวัยรุ่นและครอบครัว (Adelson et al., 2012; American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017) บทอื่น ๆ ในมาตรฐานการดูแลนี้ อธิบายถึงเกณฑ์สำหรับผู้เชี่ยวชาญที่ให้การดูแลทางเพศโดยละเอียด (ดูบทที่ 5 – การประเมินในผู้ใหญ่; บทที่ 7 – เด็ก หรือบทที่ 13 – การผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด) ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานกับวัยรุ่นควรเข้าใจว่าอะไรคือสิ่งที่รู้และไม่รู้เกี่ยวกับการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศของวัยรุ่น และพื้นฐานความรู้ที่แตกต่างกันสิ่งที่ใช้กับผู้ใหญ่และเด็กก่อนเข้าวัยรุ่นอย่างไร ในบรรดาบุคลากรทางการแพทย์ (HCP) ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (MHP) มีการฝึกอบรมที่เหมาะสมที่สุดและมีเวลาทางคลินิกโดยเฉพาะในการประเมินและอธิบายลำดับความสำคัญและเป้าหมายการรักษาเมื่อทำงานกับเยาวชนข้ามเพศ รวมถึงผู้ที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์/คัลยกรรมเพื่อการยืนยันเพศสภาพ การทำความเข้าใจและการจัดการการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกในครอบครัวที่อาจมีมุมมองที่แตกต่างเกี่ยวกับประวัติและความต้องการของเยาวชนเป็นความสามารถสำคัญ

ที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (MHPs) ควรจะเตรียมพร้อมรับมือมากที่สุด

ถ้าการเข้าถึงการฝึกอบรมด้านการพัฒนาเด็กและวัยรุ่นเป็นไปได้ยาก แพทย์ควรมุ่งมั่นที่จะรับการฝึกอบรมในด้านการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวและการพัฒนาวัยรุ่น รวมถึงการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศ ในทำนองเดียวกัน เป็นเรื่องสำคัญที่ HCPs จะต้องแสวงหาการฝึกอบรมเพิ่มเติมในด้านอภิปรัชญาและทำความเข้าใจองค์ประกอบเฉพาะของการดูแลเยาวชนอภิปรัชญาหลากหลายเพศที่อาจต้องการ (Strang, Meagher et al., 2018) หากไม่มีคุณสมบัติเหล่านี้ แนะนำให้ให้ปรึกษาและร่วมมือกับผู้ให้บริการที่เชี่ยวชาญด้านอภิปรัชญาและความหลากหลายทางระบบประสาท

คำแนะนำ 6.2

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศ ช่วยให้การสนับสนุน ในการสำรวจตัวตนและการแสดงออกทางเพศอย่างเปิดเผยด้วยความเคารพ โดยไม่มีเพศใดเพศหนึ่งพิเศษกว่าเพศอื่น

วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาแห่งพัฒนาการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจโดยลักษณะเฉพาะตัวและการเปลี่ยนไปสู่ความเป็นอิสระจากผู้ดูแล (Berenbaum et al., 2015; Steinberg, 2009) เป็นช่วงเวลาที่คนหนุ่มสาวอาจสำรวจแง่มุมต่างๆ ของอัตลักษณ์ รวมถึงอัตลักษณ์ทางเพศ

วัยรุ่นมีความแตกต่างกันในการที่พวกเขาสำรวจตนเองในแง่ของอัตลักษณ์ที่แสดงตัวตนของพวกเขา (Meeus et al., 2012) สำหรับวัยรุ่นบางคน การเข้าถึงอัตลักษณ์ของตัวเองในวัยรุ่นเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่คนอื่นๆ นั้นช้ากว่า สำหรับวัยรุ่นบางคน พัฒนาการทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่เป็นปกติคล้ายกัน ในขณะที่บางคนมีระยะห่างระหว่างพัฒนาการเหล่านี้ ในทำนองเดียวกัน ช่วงเวลาสำหรับการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศก็มีความหลากหลาย (Arnoldussen et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017) สำหรับเยาวชนบางคน การพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศเป็นกระบวนการที่ชัดเจนซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่เด็กปฐมวัย ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงในการเข้าสู่วัยรุ่นมีส่วนทำให้บุคคลมีประสบการณ์เกี่ยวกับเพศของตนเองได้ชัดเจนขึ้น (Steensma, Kreukels et al., 2013) และสำหรับคนอื่น ๆ อีกหลายคน กระบวนการอาจเริ่มต้นขึ้นหลังจากการพัฒนาการเข้าสู่วัยรุ่นเสร็จสมบูรณ์ เมื่อพิจารณาถึงตัวแปรเหล่านี้ จึงไม่มีขั้นตอนกระบวนการ หรือผลลัพธ์ใดเป็นพิเศษที่สามารถคาดการณ์ได้สำหรับวัยรุ่นแต่ละคนที่ต้องการเข้ารับการดูแลที่ยืนยันเพศสภาพ

ดังนั้น HCPs ที่ทำงานกับวัยรุ่นควรส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่สนับสนุน ซึ่งในขณะเดียวกันก็เคารพอัตลักษณ์ทางเพศที่เป็นของวัยรุ่น และยังอนุญาตให้วัยรุ่นสำรวจความต้องการทางเพศ ความต้องการทางสังคม ทางกายภาพที่ยืนยันเพศสภาพ อย่างเปิดเผย รวมทั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาไปตามกาลเวลา

คำแนะนำ 6.3

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศทำการประเมินทางชีวจิตวิทยาและจิตสังคมที่ครอบคลุมของวัยรุ่นที่มีความกังวลเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศของตนเองและแสวงหาการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการยืนยันเพศสภาพทั้งด้วยยาและผ่าตัด และทำสิ่งนี้ให้ลุล่วงในลักษณะของการให้ความร่วมมือและสนับสนุน

ด้วยอัตลักษณ์ต่าง ๆ มากมายที่อาจเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่น เราแนะนำให้ใช้การประเมินทางชีวจิตสังคมที่ครอบคลุมเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจและปรับผลลัพธ์ให้เหมาะสม การประเมินนี้ควรมีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจจุดแข็ง ความเปราะบาง รายละเอียดการวินิจฉัยและความต้องการเฉพาะของวัยรุ่นในการดูแลเป็นรายบุคคล ตามที่กล่าวไว้ในคำแนะนำที่ 6.1 บุคลากรทางการแพทย์มีการฝึกอบรม มีประสบการณ์ และมีเวลาทางคลินิกที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งจำเป็นต่อการได้รับข้อมูลที่กล่าวถึงในที่นี้ กระบวนการประเมินควรดำเนินการร่วมกับวัยรุ่นและผู้ดูแล ทั้งแยกกันและร่วมกัน ตามที่อธิบายในรายละเอียดเพิ่มเติมในคำแนะนำ 6.11 การประเมินควรเกิดขึ้นก่อนที่จะมีเริ่มขั้นตอนการใช้ยาหรือการผ่าตัดที่จำเป็นทางการแพทย์ ภายใต้การพิจารณา (เช่น ยาหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ฮอโรโมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ การผ่าตัด) ดูข้อความที่จำเป็นทางการแพทย์ในบทที่ 2—การประยุกต์ใช้ทั่วโลก, คำแนะนำ 2.1; ดูบทที่ 12—การใช้ฮอโรโมนและบทที่ 13—การผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด

วัยรุ่นอาจประสบกับวิถีของอัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างกัน คำจำกัดความทางสังคมวัฒนธรรมและประสบการณ์เรื่องเพศยังคงพัฒนาต่อเนื่องไปตามกาลเวลา และเยาวชนกำลังนำเสนออัตลักษณ์ที่หลากหลายมากขึ้นและวัยรุ่นยังมีวิธีการอธิบายประสบการณ์และความต้องการทางเพศของพวกเขาในมุมมองที่หลากหลาย (Twist & de Graaf, 2019) ตัวอย่างเช่น เยาวชนบางคนจะตระหนักว่าตนเป็นคนข้ามเพศหรือมีความหลากหลายทางเพศมากกว่านั้น สำหรับเยาวชนบางคน การได้รับการยืนยันเพศสภาพเป็นสิ่งสำคัญ ในขณะที่สำหรับเยาวชนบางคน ขั้นตอนเหล่านี้อาจจะไม่จำเป็น ตัวอย่างเช่น กระบวนการสำรวจตนเองเมื่อเวลาผ่านไปอาจไม่ส่งผลให้วัยรุ่นที่มีความไม่สอดคล้องทางเพศตัดสินใจใช้วิธีการทางการแพทย์ (Arnoldussen et al., 2019)

หลักฐานระยะยาวที่ชัดเจนที่สุดที่สนับสนุนประโยชน์ของการยืนยันเพศสภาพทั้งด้วยยาและผ่าตัด ได้มาจาก ในบริบทที่รวมเอากระบวนการประเมินการวินิจฉัยโดยละเอียดที่ครอบคลุมในช่วงเวลาหนึ่งให้กลายเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำในการดูแลรักษา (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; de Vries et al., 2014) และจากการวิจัยเหล่านี้และวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องของประสบการณ์ที่หลากหลายทางเพศในสังคม พบว่าการประเมินทางชีวจิตและสังคมที่ครอบคลุมในช่วงวัยรุ่นเป็นทั้งหลักฐานที่อิงตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และเป็นการเคารพในกระบวนการตัดสินใจด้วย ในกรณีที่ไม่มีข้อมูลเรื่องการวินิจฉัยที่สมบูรณ์ อาจตรวจไม่พบปัญหาทางสุขภาพจิตอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการจัดลำดับความสำคัญและประเมินก่อนการรักษา ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ระยะยาวของการดูแลทาง

การแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพสำหรับเยาวชนที่ไม่ได้รับการประเมินอย่างรอบด้าน ในบริบทนี้ (เช่น มีการประเมินอย่างจำกัด หรือไม่มีเลย) ไม่มีการสนับสนุนเชิงประจักษ์ ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงที่การตัดสินใจเริ่มการยืนยันเพศสภาพทางการแพทย์ อาจไม่เป็นประโยชน์สูงสุดในระยะยาวของเยาวชนในขณะนั้น

เนื่องจากการให้บริการด้านสุขภาพและการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญแตกต่างกันไปทั่วโลก การออกแบบกระบวนการประเมินเฉพาะเพื่อปรับใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ก็มีความจำเป็น ในบางกรณี กระบวนการประเมินที่เพิ่มขึ้นอาจมีประโยชน์ เช่น สำหรับเยาวชนที่มีอาการที่ซับซ้อนมากขึ้น (เช่น ประวัติสุขภาพจิตที่ซับซ้อน (Leibowitz & de Vries, 2016)) ลักษณะเฉพาะของออทิสติกสเปกตรัมที่เกิดขึ้นร่วมกัน (Strang, Powers et al., 2018) และ/หรือการไม่มีประสบการณ์ความไม่สอดคล้องทางเพศในวัยเด็ก (Ristori & Steensma, 2016) ด้วยปัจจัยทางวัฒนธรรม การเงิน และภูมิศาสตร์เฉพาะที่มีอยู่สำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม ผู้ให้บริการควรออกแบบกระบวนการประเมินที่ยืดหยุ่นขึ้นและอนุญาตให้มีการดูแลตามเวลาที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นแต่ละคนเท่าที่จะเป็นไปได้ トラバドที่การประเมินได้รับข้อมูลเกี่ยวกับจุดแข็ง ความเปราะบาง ข้อมูลสำหรับการวินิจฉัย และความต้องการส่วนบุคคลของวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสามารถใช้การประเมินทางจิตสังคมและเพศสภาพที่ผ่านการรับรองทางจิตวิทยาเพื่อให้ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น

การประเมินแบบสหสาขาวิชาชีพสำหรับเยาวชนที่แสวงหาการยืนยันเพศสภาพทั้งด้วยยาและผ่าตัด รวมถึงรายละเอียดที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- **การพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศ:** คำแนะนำ 6.12.a และ 6.12.b ให้รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศภายในบริบททางวัฒนธรรมเฉพาะเมื่อประเมินวัยรุ่นเพศหลากหลาย
- **การพัฒนาและสนับสนุนสังคม; ความเชื่อมโยง:** คำแนะนำ 6.4 และ 6.11 อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับความสำคัญของการประเมินความเครียดของชนกลุ่มน้อยทางเพศ พลวัตของครอบครัว และแง่มุมอื่น ๆ ที่เอื้อต่อการพัฒนาทางสังคมและความแตกต่างระหว่างกัน
- **การประเมินวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นร่วมกัน และ/หรือปัญหาพัฒนาการ:** คำแนะนำ 6.12.d อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสำคัญของการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ที่มีอยู่ (หากมี) ระหว่างปัญหาสุขภาพจิตหรือพัฒนาการทางจิตที่เกิดขึ้นร่วมกัน กับอัตลักษณ์ทางเพศของเยาวชน/การแสดงออกที่หลากหลายทางเพศ
- **ความสามารถในการตัดสินใจ:** คำแนะนำ 6.12.c อธิบายอย่างละเอียดเกี่ยวกับการประเมินวุฒิภาวะทางอารมณ์ของเยาวชนและความเกี่ยวข้องเมื่อวัยรุ่นกำลังพิจารณาการรักษาทางการแพทย์/ศัลยกรรมที่ยืนยันเพศสภาพ

คำแนะนำ 6.4

เราแนะนำให้บุคคลากรทางการแพทย์ทำงานร่วมกับครอบครัว โรงเรียน และสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการยอมรับการแสดงออกทางพฤติกรรมทางเพศและอัตลักษณ์ที่หลากหลายทางเพศของวัยรุ่น

การศึกษาหลายชิ้นเห็นพ้องต้องกันกับของผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินการตามแนวทางที่ส่งเสริมการยอมรับและการยืนยันเพศสภาพของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศในทุกสภาพแวดล้อม รวมถึงครอบครัว โรงเรียน สถานพยาบาล และองค์กร และชุมชนอื่น ๆ ทั้งหมดที่พวกเขามีปฏิสัมพันธ์ด้วย (เช่น Pariseau et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012) การยอมรับและการยืนยันทำได้ผ่านแนวทาง การกระทำ และนโยบายต่าง ๆ ที่เราแนะนำให้บังคับใช้ในทุกระดับความสัมพันธ์และสภาพแวดล้อมที่เยาวชนใช้ชีวิตและทำหน้าที่อยู่ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับสมาชิกในครอบครัวและสมาชิกในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของวัยรุ่นที่จะทำงานร่วมกันในความพยายามเหล่านี้ เว้นแต่การมีส่วนร่วมของพวกเขาจะถือว่าเป็นอันตรายต่อวัยรุ่น ตัวอย่างที่เสนอโดย Pariseau et al. (2019) และอื่น ๆ ของการยอมรับและยืนยันความเป็นอัตลักษณ์ของความหลากหลายทางเพศที่ครอบครัว พนักงาน และองค์กรสามารถนำไปปฏิบัติได้ ได้แก่

1. การกระทำที่สนับสนุนเยาวชนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมและความสนใจที่มีการแสดงออกถึงความหลากหลายทางเพศ (เช่น เพศที่ไม่สอดคล้องกับเพศกำเนิด)
2. การสื่อสารที่สนับสนุนเมื่อเยาวชนแสดงประสบการณ์เกี่ยวกับเพศสภาพและการสำรวจเพศสภาพของตน
3. การใช้ชื่อ/สรรพนามของเยาวชน
4. สนับสนุนให้เยาวชนสวมเสื้อผ้า/เครื่องแบบ ทรงผม และสิ่งของต่างๆ (เช่น เครื่องประดับ เครื่องสำอาง) ที่พวกเขาารู้สึกว่ายืนยันเพศของตน
5. การสื่อสารเชิงบวกและการสนับสนุนเยาวชนเกี่ยวกับเพศสภาพและความกังวลเรื่องเพศ
6. การให้ความรู้เกี่ยวกับประเด็นความหลากหลายทางเพศสำหรับผู้คนในชีวิตของเยาวชน (เช่น สมาชิกในครอบครัว ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม) ตามความจำเป็น รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับวิธีสนับสนุนเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศในชุมชน โรงเรียน การดูแลสุขภาพและในบริบทอื่นๆ
7. สนับสนุนให้เยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศติดต่อกับชุมชนที่สนับสนุน (เช่น กลุ่ม LGBTQ กิจกรรมต่างๆ กลุ่มเพื่อน)
8. เปิดโอกาสให้หารือ พิจารณา และสำรวจทางเลือกการรักษาทางการแพทย์เมื่อมีความจำเป็น
9. นโยบายต่อต้านการรังแกที่บังคับใช้
10. รวมประสบการณ์ของกลุ่มนอนไบนารีในชีวิตประจำวัน สื่อต่างๆ และหลักสูตร (เช่น หนังสือ ชั้นเรียนสุขภาพและเพศศึกษา บทความที่เขียน ให้นอกเหนือไปจากไบนารี

LGBTQ และกลุ่มเพศหลากหลายอื่น)

11. สิ่งอำนวยความสะดวกแบบไม่แยกเพศ ที่เยาวชนสามารถเข้าถึงได้โดยไม่ต้องแยกตัวจากเพื่อนทั่วไป (เช่น ห้องน้ำห้องล็อกเกอร์)

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ ทำงานร่วมกับผู้ปกครอง โรงเรียน และองค์กร/กลุ่มอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการยอมรับและการยืนยันตัวตนและการแสดงออกของกลุ่มวัยรุ่นหลากหลายทางเพศ ไม่ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิตทางสังคมหรือมีการรักษาทางการแพทย์หรือไม่ เนื่องจากการยอมรับและการยืนยันตามเพศสภาพนั้นเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมเชิงลบที่น้อยลง และส่งผลกับสุขภาพจิตและพฤติกรรมการใช้ชีวิตการในเชิงบวก (Day et al., 2015; de Vries et al., 2016; Greytak et al., 2013; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Taliaferro et al., 2019; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012) รัสเซลล์และคณะ (2018) พบว่าสุขภาพจิตดีขึ้นด้วยการยอมรับและการยืนยันทางเพศสภาพในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่มากขึ้น (เช่น บ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน และเพื่อน ๆ) การปฏิเสธจากครอบครัว เพื่อนฝูง และเจ้าหน้าที่ของโรงเรียน (เช่น จงใจใช้ชื่อและสรรพนามที่เยาวชนไม่ต้องการระบุตัวตน การไม่ยอมรับอัตลักษณ์ทางเพศที่ต้องการ การกลั่นแกล้ง การคุกคาม การล่วงละเมิดทางวาจาและทางร่างกาย ความสัมพันธ์ที่ไม่ดี การถูกปฏิเสธเนื่องจากเป็นคนเพศหลากหลาย การขับไล่) มีความสัมพันธ์อย่างมากกับผลลัพธ์เชิงลบ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย และการใช้สารเสพติด (Grossman et al., 2005; Klein & Golub; 2016; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2013) สิ่งสำคัญคือต้องตระหนักว่าอาการเชิงลบจะเพิ่มขึ้นตามระดับการปฏิเสธที่เพิ่มขึ้นและต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ (Roberts et al., 2013)

การตอบสนองที่เป็นกลางหรือการไม่เปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่อเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศหรือเยาวชนที่กำลังเรียนรู้เพศของตนเอง (เช่น การให้เด็กบอกชื่อที่ตนเลือกแต่ไม่ได้ใช้นั้น การไม่บอกครอบครัวหรือเพื่อนเมื่อเยาวชนต้องการให้เปิดเผย การไม่มีส่วนร่วมในการปฏิเสธพฤติกรรมเชิงลบจากบุคลากรในโรงเรียนหรือการไม่มีส่วนร่วมในกลไกสนับสนุนอื่น ๆ (เช่น ก้านักจิตบำบัดและกลุ่มสนับสนุน) ยังพบว่ามีผลในทางลบ เช่น อาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Pariseau et al., 2019) ด้วยเหตุผลเหล่านี้ สิ่งสำคัญคือต้องไม่เพิกเฉยต่อคำถามเรื่องเพศของเยาวชนหรือชะลอการพิจารณาเรื่องความต้องการของเยาวชนในการเข้ารับการรักษา มันเป็นเรื่องที่มีคุณค่ามากเมื่อบุคลากรทางการแพทย์ตระหนักว่าเยาวชนต้องการแนวทางการสนับสนุน และการพิจารณาความต้องการเป็นเฉพาะบุคคลเกี่ยวกับการแสดงออกทางอัตลักษณ์ทางเพศ การพัฒนาตัวตนตามเวลาที่ผ่านมา และตามความสัมพันธ์ เยาวชนอาจต้องการความช่วยเหลือในการรับมือกับความตึงเครียดที่เกิดจากการปรับตัวของคนรอบข้างต่อการสำรวจตัวตนและการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น (เช่น Kuper, Lindley et al., 2019) สิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องร่วมมือกับพ่อแม่และคนอื่น ๆ ในการปรับตัวกับความกังวล

ความรู้สึกของพวกเขา และหาความรู้เกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ เพราะกระบวนการดังกล่าวอาจไม่จำเป็นต้องสะท้อนถึงการปฏิเสธหรือความเป็นกลาง แต่อาจแสดงถึงความพยายามในการพัฒนาทัศนคติและรวบรวมข้อมูลที่ส่งเสริมการยอมรับ (เช่น , Katz-Wise et al., 2017)

คำแนะนำ 6.5

เราไม่แนะนำให้แนะนำการบำบัดเพื่อให้กลับมาเป็นเพศเดิม ที่พยายามมุ่งเปลี่ยนเพศสภาพและการแสดงออกทางเพศของผู้รับบริการ เพื่อให้มีชีวิตที่สอดคล้องกับเพศที่กำหนดตั้งแต่แรกเกิดมากขึ้น

ผู้ให้บริการด้านสุขภาพบางคน องค์กรฆราวาสหรือศาสนาบางแห่ง และครอบครัวที่ยังไม่สามารถยอมรับ อาจพยายามขัดขวางการแสดงออกของวัยรุ่นในเรื่องความหลากหลายทางเพศ หรือสนับสนุนอัตลักษณ์ทางเพศเฉพาะที่สอดคล้องกับเพศที่กำหนดตั้งแต่แรกเกิด ความพยายามดังกล่าวในการปิดกั้นการแสดงออกหรือการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งอาจรวมถึงการเลือกที่จะไม่ใช้ชื่อและสรรพนามที่ระบุของเยาวชน หรือจำกัดการแสดงออกทางเสื้อผ้าและทรงผม (Craig et al., 2017; Green et al., 2020) พฤติกรรมที่ไม่ยอมรับเหล่านี้โดยทั่วไปมีจุดประสงค์เพื่อเสริมสร้างมุมมองที่ว่าอัตลักษณ์/การแสดงออกทางเพศของเยาวชนต้องตรงกับเพศกำเนิด หรือความคาดหวังให้วัยรุ่นเป็นตามเพศที่กำหนดตั้งแต่แรกเกิด กิจกรรมและแนวทางต่าง ๆ (บางครั้งเรียกว่า "การบำบัด") ที่มุ่งพยายามเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกของบุคคลให้สอดคล้องกับเพศที่ถูกกำหนดตั้งแต่แรกเกิดมากขึ้น แนวทางเหล่านี้ไม่ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอัตลักษณ์ทางเพศ (Craig et al., 2017; Green et al., 2020) เราไม่แนะนำให้ดำเนินการดังกล่าวเนื่องจากพบว่าไม่เป็นผลดีและสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเจ็บป่วยทางจิตใจและการทำงานด้านจิตสังคมที่แย่ลง (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020)

งานวิจัยจำนวนมากที่ประเมิน "การบำบัดเพื่อเปลี่ยนเพศ" และ "การบำบัดเพื่อแก้คืน" เพื่อตรวจสอบผลกระทบของความพยายามในการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกทางเพศ (ความเป็นชายหรือหญิง) และได้รวมรสนิยมทางเพศเข้ากับอัตลักษณ์ทางเพศ (APA, 2009; Burnes et al., 2016; Craig et al., 2017) ความพยายามในเรื่องนี้มีเป้าหมายทั้งอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกทางเพศ (AACAP, 2018) การบำบัดแบบเปลี่ยนเพศ/การบำบัดเพื่อแก้คืน เชื่อมโยงกับความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย และการหลีกเลี่ยงการเข้ารับการดูแลสุขภาพ (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020) แม้ว่าการศึกษาเหล่านี้บางชิ้นจะถูวิพากษ์วิจารณ์ถึงวิธีการและข้อสรุป (เช่น D'Angelo et al., 2020) แต่สิ่งนี้ก็สมควรทบทวนความสำคัญของความไม่ปลอดภัย ในการพยายามเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ของบุคคลซึ่งดูมีปัญหาในทางจริยธรรมทางการแพทย์ เราแนะนำให้ให้ต่อต้านความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ทางเพศของบุคคลใดๆ เนื่องจาก

- 1) ความพยายามทั้งทางโลกและตามความเชื่อทางศาสนาในการ

เปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์/การแสดงออกทางเพศมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานทางจิตวิทยาเชิงลบที่คงอยู่ไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ (Turban, Beckwith et al., 2020); และ 2) มีเหตุผลทางจริยธรรมที่ใหญ่กว่าที่ควรเน้นย้ำถึงความเคารพต่ออัตลักษณ์ที่หลากหลายทางเพศ

สิ่งสำคัญคือต้องสังเกตปัจจัยที่อาจผลักดันประสบการณ์เรื่องเพศของเยาวชนและความไม่สอดคล้องกันระหว่างเพศสภาพและเพศกำเนิด เมื่ออยู่ในบริบทของการสนับสนุนวัยรุ่นให้ค้นพบตนเอง จะไม่ถือว่าเป็นการบำบัดเพื่อแก้คืน ตราบใดที่ไม่มีเป้าหมายสำคัญคือการเปลี่ยนแปลงหรือส่งเสริมอัตลักษณ์หรือการแสดงออกของเพศใดเพศหนึ่ง (AACAP, 2018; คำแนะนำ 6.2) เพื่อให้แน่ใจว่าการสำรวจตนเองเหล่านี้เป็นการบำบัดดูแล เราแนะนำให้ใช้การพิจารณายืนยันและสนับสนุนในการหารือเกี่ยวกับขั้นตอนที่ได้ทดลอง พิจารณา และวางแผนสำหรับการแสดงออกทางเพศของเยาวชน หัวข้อการสนทนาเหล่านี้อาจรวมถึงสิ่งที่รู้สึกว่าเป็นประโยชน์หรือสิ่งที่ทำให้มั่นใจ รวมถึงสิ่งที่รู้สึกว่าจะไม่เป็นประโยชน์หรือน่ากังวล เราแนะนำให้ใช้การตอบรับยืนยันขั้นตอนเหล่านี้และการสนทนา เช่น ที่ระบุไว้ใน SOC-8 คำแนะนำที่ 6.4

คำแนะนำ 6.6

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่วัยรุ่นที่เป็นข้ามเพศและวัยรุ่นหลากหลายทางเพศเกี่ยวกับการผูกหมอนอกและการหนีบเก็บอวัยวะเพศ รวมทั้งการทบทวนถึงประโยชน์และความเสี่ยง

เยาวชนเพศหลากหลาย อาจประสบปัญหาเกี่ยวกับกายวิภาคของทรวงอกและอวัยวะเพศ แนวทางปฏิบัติ เช่น การรัดหน้าอก การเสริมหน้าอก การหนีบอวัยวะเพศ และการเก็บอวัยวะเพศ ซึ่งสามารถแก้ไขได้ และมีวิธีที่ไม่ใช่ทางการแพทย์อาจช่วยบรรเทาความกังวลนี้ได้ (Callen-Lorde, 2020a, 2020b; Deutsch, 2016a; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Transcare BC, 2020) สิ่งสำคัญคือต้องประเมินระดับความทุกข์ที่เกิดขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการทางร่างกายหรือกายวิภาคศาสตร์ ให้ความรู้แก่เยาวชนเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ที่อาจเกิดขึ้นเพื่อจัดการกับความทุกข์ใจนี้ และหารือเกี่ยวกับการใช้วิธีการเหล่านี้อย่างปลอดภัย

การรัดทรวงอกเกี่ยวข้องกับการกดทับเนื้อเยื่อเต้านมเพื่อสร้างลักษณะทรวงอกที่แบนราบ การศึกษาชี้ให้เห็นว่า ร้อยละ 87 ของชายข้ามเพศรายงานประวัติการรัดหน้าอก (Jones, 2015; Peitzmeier, 2017) วิธีการรัดอาจรวมถึงการใช้ผ้าผูกตามท้องตลาด สปอร์ตบรา การใส่เสื้อหลายชั้น การซ่อนสปอร์ตบราเป็นชั้น ๆ หรือการใช้อย่างยืดหรือผ้าพันแผลอื่น ๆ (Peitzmeier, 2017) ปัจจุบัน เยาวชนส่วนใหญ่รายงานการเรียนรู้เกี่ยวกับการรัดหน้าอกมาจากชุมชนออนไลน์ที่มีมักเป็นพวกเพื่อน (Julian, 2019) ผู้ให้บริการสามารถมีบทบาทสำคัญในการทำให้แน่ใจว่าเยาวชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้เกี่ยวกับประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นและความเสี่ยงของการรัดหน้าอก นอกจากนี้ ผู้ให้บริการสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติในการรัดหน้าอกที่ปลอดภัยและติดตามผลเสียต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น แม้ว่าการรัดอาจ

ส่งผลเสียทางกายภาพ เยาวชนที่รัดหน้าอกรายงานว่าได้รับประโยชน์มากมาย รวมถึงความสะดวกสบายที่เพิ่มขึ้น ความปลอดภัยที่ดีขึ้น และลดการถูกเข้าใจผิดทางเพศ (Julian, 2019) ผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพโดยทั่วไปของการรัดหน้าอกในวัยรุ่น ได้แก่ ปวดหลัง/ปวดหน้าอก หายใจถี่ และร้อนเกินไป (Julian, 2019) ผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพที่รุนแรงมากขึ้น เช่น การติดเชื้อที่ผิวหนัง การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และกระดูกซี่โครงหัก ซึ่งพบได้ไม่บ่อยนัก และเกี่ยวข้องกับการรัดหน้าอกในผู้ใหญ่ (Peitzmeier, 2017) หากมีการใช้การรัด เยาวชนควรได้รับคำแนะนำให้ใช้วิธีการที่ถือว่าปลอดภัยสำหรับการรัดเท่านั้น เช่น ที่รัดที่ออกแบบมาโดยเฉพาะสำหรับบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ—เพื่อลดความเสี่ยงของผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพอย่างร้ายแรง วิธีการที่ถือว่าไม่ปลอดภัยสำหรับการรัด ได้แก่ การใช้เทปพันสายไฟ เอซแรป และที่รัดพลาสติก เนื่องจากอาจจำกัดการไหลเวียนของเลือด ทำลายผิวหนัง และจำกัดการหายใจ หากเยาวชนรายงานผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพจากการรัดหน้าอก สิ่งเหล่านี้ควรได้รับการแก้ไขโดยผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการเปลี่ยนเพศและมีประสบการณ์การทำงานกับเยาวชนเพศหลากหลาย

การหนีบอวัยวะเพศเป็นการฝึกจัดตำแหน่งขององคชาตและอณฑะเพื่อลดลักษณะภายนอกของอวัยวะเพศ วิธีการหนีบ ได้แก่ การหนีบองคชาตและอณฑะระหว่างขาหรือการหนีบอณฑะในขาหนีบแล้วดึงองคชาตกลับเข้าไประหว่างขา โดยปกติแล้ว องคชาตจะถูกรัดไว้ด้วยยางเกงชั้นในหรือตะขอ (gaff) ซึ่งเป็นเสื้อผ้าที่สามารถทำหรือซื้อได้ มีการศึกษาจำกัดเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของการหนีบอวัยวะเพศในผู้ใหญ่ แต่ไม่มีการศึกษาในเยาวชน การศึกษาก่อนหน้านี้รายงานว่าชุดชั้นในที่รัดแน่นมีความสัมพันธ์กับความเข้มข้นและการเคลื่อนไหวของสเปิร์มที่ลดลง นอกจากนี้ อุณหภูมิของถุงอณฑะที่สูงขึ้นยังสัมพันธ์กับลักษณะของสเปิร์มที่ไม่ดี และการหนีบที่อวัยวะเพศอาจส่งผลต่อการสร้างสเปิร์มและการเจริญพันธุ์ในทางทฤษฎี (Marsh, 2019) แม้ว่าจะไม่มีการศึกษาขั้นสุดท้ายที่ประเมินผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์เหล่านี้ จำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อหาประโยชน์และความเสี่ยงของการหนีบอวัยวะเพศในวัยรุ่น

คำแนะนำ 6.7

เราแนะนำให้ผู้ให้บริการพิจารณาส่งจ่ายยาระงับประจำเดือนสำหรับวัยรุ่นที่มีปัญหาความไม่สอดคล้องทางเพศ ซึ่งอาจไม่ต้องการการใช้ฮอร์โมนเพศชาย หรือผู้ที่ต้องการแต่ยังไม่ได้เริ่มการใช้ฮอร์โมนเพศชาย หรือร่วมกันกับการใช้ฮอร์โมนเพศชายสำหรับการมีประจำเดือน

เมื่อพูดถึงทางเลือกของยาระงับประจำเดือนกับเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ ผู้ให้บริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกัน ใช้ภาษาที่ไม่จำกัดเพศ (เช่น ถามผู้ป่วยว่าใช้คำศัพท์ใดในการอ้างถึงประจำเดือน อวัยวะสืบพันธุ์ และอวัยวะเพศ) และทำการตรวจร่างกายในลักษณะที่ละเอียดอ่อนและยืนยันตามเพศสภาพ (Bonnington et al., 2020; Krempasky et al., 2020) ไม่มีการวิจัยอย่างเป็นทางการที่ประเมินว่าการหยุดประจำเดือนมีผลอย่างไรต่อ

ภาวะการไม่สอดคล้องทางเพศหรือความทุกข์ใจในเพศสภาพ อย่างไรก็ตาม การให้ยาหยุดประจำเดือนสามารถเป็นขั้นตอนเริ่มต้น เพื่อที่จะทำให้เกิดเป้าหมายในการสำรวจตนเองในเรื่องเพศต่อไป เป็นการจัดลำดับความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตอื่น ๆ หรือทั้งสองอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีอาการแหย่งของจากภาวะเลือดออกจากมดลูกที่ไม่พึงประสงค์ (ดูคำแนะนำ 6.12d; Mehringer & Dowshen, 2019) เมื่อไม่ใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน การระงับประจำเดือนสามารถทำได้โดยใช้ฮอร์โมนโปรเจสติน เพื่อแยกสาเหตุของความผิดปกติของประจำเดือนอื่น ๆ สิ่งสำคัญคือต้องได้รับข้อมูลประวัติประจำเดือนโดยละเอียดและประเมินก่อนที่จะหยุดประจำเดือน (Carswell & Roberts, 2017) ส่วนหนึ่งของการพูดคุยเกี่ยวกับยา ระงับประจำเดือน จำเป็นต้องกล่าวถึงความจำเป็นในการคุมกำเนิด และข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา ระงับประจำเดือนในฐานะวิธีการคุมกำเนิดด้วย (Bonnington et al., 2020) ควรมีทางเลือกในการระงับประจำเดือนที่หลากหลาย เช่น ยาผสมเอสโตรเจน-โปรเจสติน โปรเจสตินแบบรับประทาน ดีโปและโปรเจสตินใต้ผิวหนัง และห่วงอนามัยที่ใส่ทางมดลูก (IUDs) ควรได้รับการเสนอเพื่อให้วางแผนการดูแลเฉพาะบุคคลโดยคำนึงถึงความพร้อม ค่าใช้จ่าย และความเหมาะสม ความคุ้มครองของประกัน ตลอดจนข้อห้ามและผลข้างเคียง (Kanj et al., 2019)

การใช้ยาฮอร์โมนโปรเจสตินอย่างเดียวเป็นทางเลือก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นข้ามเพศหรือวัยรุ่นที่ไม่ใช่ไบนารีซึ่งไม่สนใจการใช้ฮอร์โมนที่มีเอสโตรเจน รวมถึงผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ลึ้มเลือดออกต้นหรือผู้ที่มิชอบอื่น ๆ ในการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Carswell & Roberts, 2017) ยาฮอร์โมนโปรเจสตินอย่างเดียว ได้แก่ โปรเจสตินแบบกิน การฉีด depo-medroxyprogesterone การฝังยา etomogestrel และห่วงอนามัย levonorgestrel (Schwartz et al., 2019) ทางเลือกของฮอร์โมนโปรเจสตินอย่างเดียวนั้นแตกต่างกันไปในแง่ของประสิทธิภาพในการยับยั้งประจำเดือนและมีอัตราการหยุดประจำเดือนต่ำกว่าการใช้ฮอร์โมนแบบรวม (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019) คำอธิบายโดยละเอียดเพิ่มเติมของการศึกษาทางคลินิกที่เกี่ยวข้องแสดงอยู่ในบทที่ 12—การใช้ฮอร์โมน บุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรรับสรุปเกี่ยวกับวิธีการรับฮอร์โมนที่แต่ละคนชอบ เนื่องจากเยาวชนชายข้ามเพศบางคนอาจชอบใส่ห่วงในช่องคลอดหรือใส่ห่วงอนามัย (Akgul et al., 2019) แม้ว่าการรับฮอร์โมนจำเป็นต้องได้รับการติดตามเนื่องจากอาจมีเรื่องอารมณ์ที่ขึ้นลง ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า หรือทั้งสองอย่าง ประโยชน์และความเสี่ยงของการไม่ได้รับการหยุดประจำเดือนในภาวะที่ไม่มีมีความสุขกับเพศสภาพควรได้รับการประเมินเป็นรายบุคคล ในบางรายอาจเลือกใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฮอร์โมนรวมซึ่งรวม ethinyl estradiol ในปริมาณที่ต่างกัน และ progestin รุ่นต่าง ๆ (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019) ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มี ethinyl estradiol ขนาดต่ำมีความเกี่ยวข้องกับการมีเลือดออกกะปริดกะปรอยจากมดลูกที่เพิ่มขึ้น อาจใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฮอร์โมนรวมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ระงับประจำเดือนทำได้อย่างต่อเนื่องและสามารถให้ในรูปแบบวงแหวนสอดทางช่องคลอดหรือผ่านผิวหนัง

การใช้ฮอร์โมน (GnRH) อาจส่งผลต่อการหยุดประจำเดือน อย่างไรก็ตาม แนะนำให้เยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คุณสมบัติ (ตามที่ระบุไว้ในคำแนะนำ 6.12) ก่อนที่ยานี้จะได้รับการพิจารณาให้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์นี้เพียงอย่างเดียว (Carswell & Roberts, 2017; Pradhan & Gomez-Lobo, 2019) ท้ายที่สุด ยา ระงับประจำเดือนอาจใช้เป็นการรักษาเสริมสำหรับภาวะเลือดออกในโพรงมดลูกที่อาจเกิดขึ้นขณะให้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนจากภายนอกหรือเป็นยาเสริมในขณะที่รอการระงับประจำเดือนด้วยการบำบัดด้วยฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน เมื่อใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนจากภายนอกเป็นฮอร์โมนยืนยันเพศ การกดประจำเดือนมักทำได้ในช่วง 6 เดือนแรก (Ahmad & Leinung, 2017) อย่างไรก็ตาม เป็นเรื่องสำคัญที่วัยรุ่นควรได้รับคำแนะนำเรื่องการตกไข่และการตั้งครรภ์ที่ยังคงเกิดขึ้นได้ในช่วงที่มีประจำเดือน (Gomez et al., 2020; Kanj et al., 2019)

คำแนะนำ 6.8

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์รักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศและข้ามเพศและผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนวัยรุ่นในการตัดสินใจตลอดระยะเวลาของขั้นตอนการหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การใช้ฮอร์โมน และการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับการยืนยันเพศสภาพ จนกว่าจะมีการส่งตัวไปดูแลต่อในคลินิกผู้ใหญ่

บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเด็กและวัยรุ่นตามที่อธิบายไว้ในคำแนะนำ 6.1 มีบทบาทสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับเยาวชนที่รับการดูแลทางด้านเพศ การสนับสนุนวัยรุ่นและครอบครัวของพวกเขาจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยใช้เข้าใจเรื่องวุฒิภาวะทางอารมณ์ และความต้องการที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาของวัยรุ่น เนื่องจากแนวทางการยืนยันเพศสภาพแตกต่างกันไปตามความต้องการและประสบการณ์ของวัยรุ่นเพศหลากหลายแต่ละคน การตัดสินใจสำหรับการดูแลเหล่านี้ (การหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์, ฮอร์โมนเอสโตรเจน/แอนโดรเจน, การผ่าตัดยืนยันเพศสภาพ) อาจเกิดขึ้นได้ที่จุดต่าง ๆ กันภายในเวลา ซึ่งอาจเกิดขึ้นในระยะเวลาหลายปี การวิจัยระยะยาวแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์และการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน (GAHT) โดยดำเนินการในสภาพแวดล้อมที่ยังคงรักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องระหว่างวัยรุ่น/ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ (de Vries et al., 2014)

การให้เวลาในการตรวจที่นานขึ้นทำให้วัยรุ่นและผู้ดูแลสามารถแบ่งปันแง่มุมที่สำคัญด้านจิตสังคมเกี่ยวกับสุขภาวะทางใจ (เช่น การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว โรงเรียน ความรัก และประสบการณ์ทางเพศ) ที่ปรับบริบทให้สอดคล้องกับความต้องการการยืนยันเพศสภาพให้เหมาะสมในแต่ละราย การตัดสินใจตามที่อธิบายไว้ในบทนี้ความสัมพันธ์ทางคลินิกเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในบริบทต่าง ๆ ไม่ว่าจะ เป็นภายในทีมสหสาขาวิชาชีพหรือกับ บุคลากรทางการแพทย์ในที่ต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกัน ด้วยความไม่แน่นอนของความสามารถในการเข้าถึงศูนย์ดูแลเฉพาะด้านทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มคนชายขอบที่ประสบกับความไม่เสมอภาคในการเข้าถึง จึงเป็นสิ่งสำคัญ

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงอุปสรรคต่าง ๆ ในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์แต่ก็มีความยืดหยุ่นจนทำให้ทุกฝ่ายสามารถทำงานประสานร่วมกันได้

ความสัมพันธ์ทางคลินิกอย่างต่อเนื่องเพิ่มความยืดหยุ่นให้เยาวชนและให้การสนับสนุนแก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลที่อาจมีความต้องการการดูแลในแบบของตนเอง ในที่สุดอาจนำไปสู่การยอมรับของผู้ปกครองที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์สุขภาพจิตที่ดีขึ้นในเยาวชน (Ryan Huebner et al., 2009)

คำแนะนำ 6.9

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ทำงานร่วมกับบุคลากรในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตัดสินใจว่าการหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การเริ่มฮอร์โมน หรือการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพสำหรับวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศและข้ามเพศนั้นเหมาะสมหรือไม่ และยังคงการทำงานนี้ไว้ตลอดจนกว่าจะส่งต่อไปสู่การดูแลในผู้ใหญ่

วัยรุ่นเพศหลากหลายที่มีความทุกข์ใจในเพศสภาพ/ความไม่สอดคล้องกันทางเพศ ที่แสวงหาการดูแลทางการแพทย์และการผ่าตัดที่ยืนยันเพศสภาพ จะได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ (HCPs) จากสาขาวิชาต่าง ๆ การให้การดูแลวัยรุ่นที่เป็นเพศหลากหลาย กล่าวถึง 1) การพิจารณาการวินิจฉัย (ดูข้อความ 6.3, 6.12a และ 6.12b) ที่ดำเนินการโดยแพทย์เฉพาะทางด้านเพศสภาพ (ตามที่กำหนดไว้ในข้อความ 6.1) เมื่อใดก็ตามที่เป็นไปได้และจำเป็น; และ 2) การพิจารณาการยืนยันเพศสภาพ โดยการจ่ายยา การจัดการและตรวจติดตาม ซึ่งต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์/ศัลยกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยสาขาวิชาหลักหมายรวมถึง (แต่ไม่จำกัด) เพียง แพทย์เวชศาสตร์วัยรุ่น/แพทย์ ประจำตัว, แพทย์ต่อมไร้ท่อ, จิตแพทย์, นักจิตวิทยา, นักแก้ไขการภาษาและการพูด, นักสังคมสงเคราะห์, เจ้าหน้าที่สนับสนุน และทีมศัลยกรรม

มีหลักฐานที่ได้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ทางคลินิกสำหรับเยาวชนข้ามเพศที่ได้รับการยืนยันเพศสภาพในคลินิกเพศหลากหลายแบบสหสาขาวิชาชีพ (de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Tollit et al., 2019) ท้ายที่สุด วัยรุ่นที่แสวงหาการดูแลเรื่องเพศสภาพในคลินิกสหสาขาวิชาชีพมีความซับซ้อนอย่างมาก ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต แพทย์ และ/หรือศัลยกรรม (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020; Tishelman et al., 2019)

เนื่องจากไม่ใช่ทุกคนและครอบครัวของพวกเขา จะอยู่ในตำแหน่งหรือสถานะที่จะเข้าถึงการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพได้ทั้งหมด การขาดบางสาขาวิชาชีพก็ไม่ใช่เหตุผลในการปิดกั้นการเข้าถึงการดูแลที่จำเป็นในเวลาที่เหมาะสม เมื่อบางสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในศูนย์ที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือทั้งสองอย่าง แนะนำให้ให้พยายามรวมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาทีมดูแลเรื่องเพศ อย่างไรก็ตาม นี้ไม่ได้หมายความว่าทุกสาขาวิชามีความจำเป็นพื้นฐานในการดูแลเยาวชนและครอบครัว

หากจำเป็นต้องมีเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรหรือจดหมายเพื่อ

แนะนำการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัด (GAMST) สำหรับวัยรุ่น จำเป็นต้องมีจดหมายประเมินจากสมาชิกของทีมสหสาขาวิชาชีพเพียงฉบับเดียว จดหมายนี้จำเป็นต้องสะท้อนถึงการประเมินและความคิดเห็นจากทีมงานที่เกี่ยวข้องกับทั้ง บุคลากรทางด้านสุขภาพ และบุคลากรที่ดูแลทางด้านจิตใจ (American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017; Telfer et al., 2018) อาจมีการร้องขอผลการประเมินเพิ่มเติมและความคิดเห็นเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อมีความต้องการทางคลินิกเฉพาะ หรือเมื่อสมาชิกในทีมอยู่ในสถานที่ที่แตกต่าง หรือเลือกที่จะเขียนบทสรุปการรักษาของตนเอง สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดูบทที่ 5—การประเมินในผู้ใหญ่ คำแนะนำ 5.5

คำแนะนำ 6.10

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศที่ขอรับการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัด แจ้งให้พวกเขาทราบก่อนที่จะเริ่มขั้นตอน ถึงผลกระทบต่อการเจริญพันธุ์ รวมถึงการสูญเสียภาวะการเจริญพันธุ์ที่อาจเกิดขึ้นและทางเลือกที่มีอยู่เพื่อรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ภายใต้บริบทของการพัฒนาของการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น

ในขณะที่ประเมินวัยรุ่นที่ต้องการการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัด แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพควรหารือว่าการดูแลที่จำเป็นอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการสืบพันธุ์ ปัญหาการเจริญพันธุ์และทางเลือกในการรักษาภาวะเจริญพันธุ์ มีการกล่าวถึงอย่างละเอียดมากขึ้นในบทที่ 12—การใช้ฮอร์โมนและบทที่ 16—สุขภาพการเจริญพันธุ์

สิ่งสำคัญคือบุคลากรทางการแพทย์ ต้องเข้าใจว่ามีตัวเลือกการรักษาภาวะเจริญพันธุ์ใดบ้าง เพื่อให้สามารถถ่ายทอดข้อมูลไปยังวัยรุ่นได้ ผู้ปกครองควรมีส่วนร่วมในกระบวนการนี้และควรเข้าใจข้อดีและข้อเสียของตัวเลือกต่าง ๆ ด้วย บุคลากรทางการแพทย์ควรรับทราบว่าวัยรุ่นและผู้ปกครองอาจมีมุมมองที่แตกต่างกันเกี่ยวกับความสามารถในการสืบพันธุ์ ดังนั้นอาจมีการตัดสินใจที่แตกต่างกัน (Quain et al., 2020) ซึ่งเป็นเหตุผลที่ บุคลากรทางการแพทย์ สามารถช่วยชี้แนะกระบวนการนี้ได้ บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษในด้านพัฒนาการและด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาภาวะเจริญพันธุ์และความสามารถในการตัดสินใจของวัยรุ่นแต่ละคน ในขณะที่วัยรุ่นอาจคิดว่าพวกเขาได้ตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถในการสืบพันธุ์ของพวกเขาแล้ว ความเป็นไปได้ที่ความคิดเห็นของพวกเขาเกี่ยวกับการมีบุตรที่มีความเกี่ยวข้องทางชีวภาพกับตนเอง อาจเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาในอนาคต ซึ่งจำเป็นต้องหารือกับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์เพียงพอ มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของวัยรุ่น และมีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ปกครอง

การบอกกล่าวถึงผลกระทบระยะยาวต่อภาวะเจริญพันธุ์จากการยืนยันเพศสภาพและการทำให้แน่ใจว่าวัยรุ่นข้ามเพศมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับตัวเลือกการรักษาภาวะเจริญพันธุ์หรือการรับเลี้ยงบุตรบุญธรรม ไม่สามารถทำได้ด้วยการพูดคุยเพียงครั้งเดียว แต่ควรเป็นส่วนหนึ่งของการสนทนาที่เกิดขึ้นอยู่ตลอด การสนทนานี้ไม่ควรเกิดขึ้นเฉพาะก่อนเริ่มขั้นตอนทางการแพทย์ (การระงับการเข้าสู่วัยรุ่น

ฮอโมน หรือการผ่าตัด) แต่ควรเกิดขึ้นในระหว่างการดูแลและระหว่างที่มีการส่งต่อ

ปัจจุบัน มีเพียงผลเบื้องต้นจากการศึกษาย้อนหลังเพื่อประเมินผู้ใหญ่ข้ามเพศถึงผลการตัดสินใจที่พวกเขาทำเมื่อยังเด็กถึงผลของการยืนยันเพศสภาพกับความสามารถในการเจริญพันธุ์ สิ่งสำคัญคือการไม่ตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับเป้าหมายในวัยผู้ใหญ่ในอนาคตของวัยรุ่นขณะนั้น การวิจัยในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งในวัยเด็กพบว่าผู้เข้าร่วมที่ยอมรับว่าพลาดโอกาสในการรักษาภาวะเจริญพันธุ์ได้รายงานความทุกข์และความเสียใจเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากที่อาจเกิดขึ้น (Armuand et al., 2014; Ellis et al., 2016; Lehmann et al., 2017) นอกจากนี้ บุคคลที่เป็นมะเร็งที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการมีบุตรที่มีพันธุกรรมของตนเองก่อนการรักษามะเร็งได้รายงานว่ “พวกเขาเปลี่ยนความคิด” หลังจากที่ได้รอดชีวิต (Armuand et al., 2014)

เนื่องจากความซับซ้อนของตัวเลือกการรักษาภาวะเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกันและความท้าทายที่บุคลากรทางการแพทย์อาจประสบในการพูดคุยเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์กับวัยรุ่นและครอบครัว (Tishelman et al., 2019) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการมีบุตรเป็นเรื่องสำคัญสำหรับวัยรุ่นข้ามเพศทุกคน ที่ต้องการเข้ารับการรักษาเพื่อการยืนยันเพศสภาพ เว้นแต่ว่าสถานการณ์ ณ ที่นั้น การให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตรไม่ครอบคลุมอยู่ในประกันหรือแผนบริการสาธารณสุข ไม่มีให้บริการในท้องถิ่น หรือสถานการณ์ส่วนบุคคลทำให้สิ่งนี้ไม่เป็นที่ต้องการ

คำแนะนำ 6.11

เราแนะนำให้เมื่อมีข้อบ่งชี้ของการยืนยันเพศสภาพด้วยยาหรือการผ่าตัดสำหรับวัยรุ่น บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศ ควรให้พ่อแม่/ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินและการดูแลเว้นแต่การมีส่วนร่วมของพวกเขาจะพิจารณาแล้วว่าส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นหรือไม่สามารถทำได้

เมื่อมีข้อบ่งชี้ว่าวัยรุ่นอาจได้ประโยชน์จากการยืนยันเพศสภาพด้วยยาหรือการผ่าตัด ควรแนะนำให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินเกือบทุกเรื่อง (Edwards-Leeper & Spack, 2012; Rafferty et al., 2018) ข้อยกเว้นนี้อาจรวมถึงสถานการณ์ที่วัยรุ่นอยู่ในสถานอุปการะเลี้ยงดู บริการคุ้มครองเด็ก หรือทั้งสองอย่าง หรือการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเป็นไปไม่ได้ ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตราย การสนับสนุนจากผู้ปกครองและครอบครัวของเยาวชน เพศหลากหลายเป็นตัวแทนหลักเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่ดีของเยาวชน และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของเยาวชนเพศหลากหลาย (Gower, Rider, Coleman et al., 2018; Grossman et al., 2019; Lefevor et al., 2019; McConnell et al., 2015; Pariseau et al., 2019; Ryan, 2009; Ryan et al., 2010; Simons et al., 2013; Wilson et al., 2016) ดังนั้น การรวมผู้ปกครอง/ผู้ดูแลในกระบวนการประเมินเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการเพิ่มความเข้าใจของผู้ปกครอง และการสนับสนุนวัยรุ่นอาจเป็นหนึ่งในแนวปฏิบัติที่เป็นประโยชน์มากที่สุดเท่าที่มีอยู่

ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลอาจให้ข้อมูลที่สำคัญสำหรับทีมทางคลินิก เช่น ประวัติด้านเพศของวัยรุ่น พัฒนาการโดยรวม ประวัติทางการแพทย์ และประวัติทางสุขภาพจิต ตลอดจนข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการยอมรับเยาวชน การใช้ชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิต ความสอดคล้องหรือความแตกต่างของรายงานที่ได้รับจากวัยรุ่นและผู้ปกครอง/ผู้ดูแลอาจเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับทีมประเมิน และสามารถนำมาช่วยในการออกแบบและสร้างการสนับสนุนเยาวชนและครอบครัวเป็นรายบุคคล (De Los Reyes et al., 2019; Katz-Wise et al., 2017) ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทของครอบครัว รวมถึงปัจจัยด้านความสามารถในการฟื้นตัวและความท้าทายต่าง ๆ สามารถช่วยให้ผู้ให้บริการทราบว่ามีเรื่องไหนที่ต้องการการช่วยเหลือเป็นพิเศษในระหว่างขั้นตอนการรักษา การมีส่วนร่วมของ ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญในการให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับแนวทางการรักษาต่าง ๆ และการติดตามผลต่อเนื่องจากองค์ความรู้ด้านจิตใจเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลในคลินิกเพศหลากหลาย ที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลอาจเข้าใจวัยรุ่นได้ดีขึ้น ในด้านของประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศและความต้องการของวัยรุ่น (Andrzejewski et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017) ข้อกังวลหรือคำถามของผู้ปกครอง/ผู้ดูแล เกี่ยวกับความเข้าใจของวัยรุ่นในความต้องการการรักษาเกี่ยวกับความเป็นเพศที่อาจเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา และการเริ่มการรักษาที่ยืนยันเพศสภาพเกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติและไม่ควรมองข้าม มันเป็นเรื่องเหมาะสมที่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลจะถามคำถามเหล่านี้ และมีบางกรณีคำถามหรือข้อกังวลของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลมีประโยชน์อย่างยิ่งในการตัดสินใจในการรักษาและการวางแผน ตัวอย่างเช่น คำบอกเล่าของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลอาจให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับประสบการณ์การรับรู้เรื่องเพศหลากหลายของวัยรุ่นว่าเกิดขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้หรือค่อนข้างกะทันหัน ทำให้เกิดการขอรับบริการเพื่อยืนยันเพศสภาพ หรือเมื่อเกิดความกังวลเกี่ยวกับเพื่อนและสังคมที่มีอิทธิพลกับเรื่องอัตลักษณ์ทางเพศของวัยรุ่นมากเกินไป คำบอกเล่าของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลมีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากประวัติด้านเพศของเยาวชนโดยผู้ปกครอง/ผู้ดูแลอาจจะสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับวัยรุ่น ที่สำคัญ ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลอาจไม่ทราบประวัติเรื่องเพศ เพราะเพศอาจเป็นประสบการณ์ภายในสำหรับวัยรุ่น ซึ่งคนอื่นอาจจะไม่รู้เว้นแต่จะมีการพูดคุยกัน ด้วยเหตุนี้ รายงานของวัยรุ่นเกี่ยวกับประวัติและประสบการณ์ทางเพศของพวกเขาจึงเป็นเรื่องสำคัญหลักของกระบวนการประเมิน

ผู้ปกครองบางคนอาจไม่สนับสนุนไปถึงต่อต้านเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของเพศหลากหลาย การดูแลทางคลินิก หรือทั้งสองอย่าง (Clark et al., 2020) มุมมองที่ไม่สนับสนุนดังกล่าวเป็นเป้าหมายการรักษาที่สำคัญสำหรับครอบครัว แม้ว่ามุมมองที่ไม่สนับสนุนของผู้ปกครองในบางกรณีอาจดูไม่ยืดหยุ่น แต่ผู้ให้บริการไม่ควรสันนิษฐานไปก่อน มุมมองนั้นเปลี่ยนแปลงไม่ได้ มีตัวอย่างมากมายของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลที่เมื่อเวลาผ่านไปด้วยการสนับสนุนและการให้ความรู้ความเข้าใจ ก็สามารถยอมรับความหลากหลายทางเพศและการดูแลทางคลินิกของเด็กเพศหลากหลายได้มากขึ้น

การช่วยให้เยาวชนและผู้ปกครอง/ผู้ดูแลทำงานร่วมกันในการตัดสินใจที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลเรื่องเพศเป็นเป้าหมายหลัก อย่างไรก็ตาม

ตาม ในบางกรณี ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลอาจไม่ยอมรับในเรื่องเพศสภาพของเด็กวัยรุ่นอย่างมาก และส่งผลกับกระบวนการประเมินทางคลินิก ในสถานการณ์เหล่านี้ เยาวชนอาจต้องการการมีส่วนร่วมของระบบสนับสนุนที่ใหญ่ขึ้นเพื่อความก้าวหน้าในการเข้าถึงการดูแลที่จำเป็น (Dubin et al., 2020)

คำแนะนำ 6.12

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ประเมินวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศ โดยแนะนำการยืนยันเพศสภาพด้วยยาและการผ่าตัดเมื่อ:

คำแนะนำ 6.12.a

วัยรุ่นเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยความไม่สอดคล้องกันของเพศ (gender incongruence) ตาม ICD-11 ในที่ ที่ ต้องได้รับการวินิจฉัยเพื่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ สำหรับในประเทศที่ไม่ได้ใช้ ICD ล่าสุด อาจใช้คำจำกัดความอื่น ๆ และควรพยายามใช้ ICD ล่าสุดทันทีที่ทำได้

เมื่อทำงานกับวัยรุ่นข้ามเพศและเพศหลากหลาย แพทย์ผู้ให้บริการควรตระหนักว่าในขณะที่การให้การวินิจฉัยอาจทำให้เกิดการเข้าถึงการดูแลได้ แต่การทำให้เป็นโรค ก็อาจทำให้ถูกมองว่าเป็นการตีตราได้ (Beek et al., 2016) การประเมินที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและความหลากหลายทางเพศได้รับการวิพากษ์วิจารณ์และมีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับระบบการวินิจฉัย (Drescher, 2016)

บุคลากรทางการแพทย์ควรประเมินประวัติที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพโดยรวมและความต้องการยืนยันเพศสภาพของเยาวชน ผ่านขั้นตอนการประเมินนี้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอาจให้การวินิจฉัยเมื่อจำเป็นต้องเข้าถึงการดูแลที่เกี่ยวข้องกับคนข้ามเพศ

ความไม่สอดคล้องทางเพศและความทุกข์ใจในเพศสภาพเป็นคำวินิจฉัยสองคำที่ใช้ในการจัดประเภทขององค์การอนามัยโลก (ICD) และคู่มือการวินิจฉัยและสถิติปัญหาสุขภาพจิตของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM) จากระบบการจำแนกประเภทที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งสองระบบนี้ DSM ใช้สำหรับการจัดประเภททางจิตเวชเท่านั้น และ ICD ประกอบด้วยโรคและสภาวะทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกายและสุขภาพจิต ฉบับล่าสุดของทั้งสองระบบนี้ ได้แก่ DSM-5 และ ICD-11 สะท้อนถึงประวัติศาสตร์อันยาวนานของการปรับแนวคิดใหม่และขจัดคำวินิจฉัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพ (American Psychiatric Association 2013; WHO, 2019a) เมื่อเปรียบเทียบกับฉบับก่อนหน้า DSM-5 แทนที่ความผิดปกติทางอัตลักษณ์ทางเพศด้วยคำว่าความทุกข์ใจในเพศสภาพ โดยรับรู้ถึงความทุกข์ที่บางคนได้รับจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างอัตลักษณ์ทางเพศกับเพศกำเนิด ในการแก้ไขครั้งล่าสุด DSM-5-TR ไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การวินิจฉัยของความทุกข์ใจในเพศสภาพ อย่างไรก็ตาม คำศัพท์ต่าง ๆ ถูกดัดแปลงเป็นภาษาปัจจุบันที่เหมาะสมที่สุด (เช่น เพศที่ถูกกำหนดโดยกำเนิด แทนเพศกำเนิด และการยืนยันเพศสภาพ แทนการแปลงเพศ (American Psychiatric Association, 2022) เมื่อเปรียบเทียบกับ ICD ฉบับที่ 10 การจำแนกประเภทความไม่สอดคล้องกันทางเพศถูก

ย้ายจากบทสุขภาพจิตไปยังบทเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศใน ICD-11 เมื่อเปรียบเทียบกับกรจำแนกประเภท DSM-5 ของความผิดปกติทางเพศ แนวคิดใหม่ที่สำคัญประการหนึ่งคือความยืดหยุ่นของใจ ไม่ใช่ตัวบ่งชี้ที่จำเป็นของ ICD-11 ในการจำแนกประเภทความไม่สอดคล้องกันระหว่างเพศ (WHO, 2019a) อย่างไรก็ตาม เมื่อเติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนและยอมรับ เกณฑ์ความทุกข์และความรู้สึกบกพร่อง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสุขภาพจิต อาจใช้ในเกณฑ์วินิจฉัยไม่ได้ (Drescher, 2012) ด้วยเหตุนี้ การจำแนกประเภท ICD-11 ของความไม่สอดคล้องกันระหว่างเพศอาจครอบคลุมความหลากหลายทางเพศและความต้องการทางเพศที่เกี่ยวข้องทางคลินิกได้ดีขึ้น

เกณฑ์สำหรับการจัดประเภท ICD-11 ความไม่สอดคล้องกันเกณฑ์สำหรับการจัดประเภท ICD-11 ความไม่สอดคล้องกันทางเพศของวัยรุ่นหรือวัยรุ่นใหญ่นั้นจำเป็นต้องมีความไม่สอดคล้องกันอย่างชัดเจนและต่อเนื่องระหว่างเพศที่เป็นอยู่กับเพศที่ได้รับการกำหนดให้ ซึ่งมักจะนำไปสู่ความจำเป็นในการ “เปลี่ยนผ่าน” เพื่อมีชีวิตที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคคลตามเพศสภาพที่ต้องการ สิ่งนี้รวมถึงการใช้ฮอร์โมน การผ่าตัด หรือบริการด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ เพื่อช่วยให้ร่างกายของแต่ละคนสามารถปรับตัวให้เข้ากับเพศที่เป็นของบุคคลนั้นได้มากที่สุดเท่าที่จำเป็นและมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ประการสุดท้าย มีข้อสังเกตว่า “พฤติกรรมของความหลากหลายทางเพศ เพียงอย่างเดียวไม่ใช่พื้นฐานสำหรับการวินิจฉัย” (WHO, ICD-11, 2019a)

เกณฑ์สำหรับการจัดประเภท DSM-5 และ DSM-5-TR ของความทุกข์ใจในเพศสภาพในวัยรุ่นและผู้ใหญ่หมายถึง “ความไม่สอดคล้องกันอย่างชัดเจนระหว่างเพศที่เป็น/เพศที่แสดงออกกับเพศที่ถูกกำหนดเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน” (เกณฑ์ A สำเร็จ เมื่อมีเกณฑ์ย่อย 2 ใน 6 รายการ; DSM-5, APA, 2013; DSM 5-TR, APA, 2022)

ข้อควรทราบ แม้ว่าการให้การวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพเป็นหนึ่งในข้อกำหนดสำหรับการได้รับการดูแลเพื่อยืนยันเพศสภาพ แต่การจัดประเภทดังกล่าวเพียงอย่างเดียวไม่ได้บ่งชี้ว่าบุคคลนั้นต้องการการยืนยันเพศสภาพ ประสบการณ์ต่าง ๆ ของเยาวชนในเรื่องความไม่สอดคล้องกันทางเพศทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพต้องจัดให้มีการดูแลที่หลากหลายตามความต้องการของแต่ละบุคคล การให้คำปรึกษา การสำรวจเพศสภาพ การประเมินสุขภาพจิต และเมื่อจำเป็น การดูแลด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกฝนด้านพัฒนาการทางเพศอาจมีความจำเป็น โดยอาจจะมีหรือไม่มีการรักษาทางการแพทย์ก็ได้

คำแนะนำ 6.12.b

ประสบการณ์เกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ/ความไม่สอดคล้องทางเพศ นั้นชัดเจนและเกิดขึ้นต่อเนื่องเมื่อเวลาผ่านไป

การสำรวจและการค้นพบอัตลักษณ์เป็นประสบการณ์ของวัยรุ่นจำนวนมาก (Klimstra et al., 2010; Topolewska-Siedzik & Ciecuch, 2018) การสำรวจอัตลักษณ์ในช่วงวัยรุ่นอาจรวมถึงกระบวนการค้นพบตนเองเกี่ยวกับเพศสภาพและอัตลักษณ์ทางเพศ (Steensma, Kreukels et al., 2013) ไม่ค่อยมีใครรู้ว่าการกระบวนการดังกล่าวเป็นรากฐานของความมั่นคงของอัตลักษณ์ทางเพศในช่วงวัยรุ่น

(เช่น การยึดมั่นต่ออัตลักษณ์ใดโดยเฉพาะ) จะส่งผลกระทบต่อประสบการณ์หรือความต้องการของวัยรุ่นเมื่อเวลาผ่านไปได้อย่างไร

ดังนั้น ควรพิจารณาระดับของการยืนยันเพศสภาพคู่ไปกับระยะเวลาของความไม่สอดคล้องทางเพศสภาพของเยาวชนตั้งแต่เริ่มเมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้ในช่วงวัยรุ่น สิ่งสำคัญคือต้องพิสูจน์ว่าเยาวชนมีประสบการณ์กับความหลากหลายทางเพศ/ความไม่สอดคล้องกันทางเพศอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปีก่อนที่จะเริ่มขึ้นตอนที่คืนกลับได้น้อย เช่น ฮอร์โมนยืนยันเพศสภาพหรือ การผ่าตัด การให้ยาหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ จะให้เวลาในการตัดสินใจมากขึ้นสำหรับวัยรุ่นที่จะมีศักยภาพและความสามารถ และยังเพิ่มเวลาในการพิจารณาเรื่องที่สำคัญ (ดูคำแถลง 6.12f และบทที่ 12—การใช้ฮอร์โมน) เสนอแนะว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ความไม่สอดคล้องทางเพศควรคงอยู่ในระยะเวลาหนึ่งก่อนการเริ่มต้นการดูแล อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มวัยรุ่นที่อายุน้อย เวลาหลายปีอาจไม่จำเป็นเสมอไป เพราะการใช้ยาหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์สามารถซื้อเวลาได้ ในขณะที่หลีกเลี่ยงความทุกข์จากการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นหนุ่มสาวที่คืนกลับไม่ได้ สำหรับเยาวชนที่ประสบปัญหาความไม่สอดคล้องกันระหว่างเพศเป็นระยะเวลาสั้น ๆ การช่วยเหลือด้านการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและ/หรือทางการแพทย์อื่น ๆ (เช่น การระงับการมีประจำเดือน/การให้ยาระงับฮอร์โมนแอนโดรเจน) อาจช่วยบรรเทาได้และยังเป็นการให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ทีมผู้ดูแลถึงความต้องการการดูแลทางเพศโดยรวมของเยาวชนนั้น ๆ (ดูข้อความ 6.4, 6.6 และ 6.7)

หลักฐานของการคงอยู่ของความหลากหลายทางเพศ/ความไม่สอดคล้องกันยังมีอยู่โดยทั่วไปโดยจำเป็นต้องมีการประเมินอย่างรอบคอบในวัยรุ่น (ดูคำแนะนำ 6.3) เมื่อใดก็ตามที่เป็นไปได้และเหมาะสม กระบวนการประเมินและการแยกแยะควรรวมถึงผู้ปกครอง/ผู้ดูแลด้วย (ดูคำแนะนำ 6.11) หลักฐานที่แสดงถึงความหลากหลายทางเพศ/ความไม่ลงรอยกันที่คงอยู่เมื่อเวลาผ่านไปสามารถแสดงผ่านประวัติที่ได้รับโดยตรงจากวัยรุ่นและผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเมื่อข้อมูลนี้ไม่ได้นบันทึกไว้ในเวชระเบียน

หลักฐานทางการศึกษาที่แสดงถึงข้อมูลระหว่างการดูแลอย่างต่อเนื่องหรือการหยุดการดูแลนั้น มีความซับซ้อนและแปลผลได้ยาก มีการศึกษาบางชุดที่จัดทำขึ้นในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีความท้าทายด้านระเบียบวิธี (ตามที่ระบุไว้โดย Temple Newhook et al., 2018; Winters et al., 2018) ผลการศึกษาแสดงถึงประสบการณ์ความไม่สอดคล้องกันทางเพศไม่ได้เกิดขึ้นตลอดไปสำหรับเด็กทุกคนเมื่อพวกเขาก้าวเข้าสู่วัยรุ่น ตัวอย่างเช่น เยาวชนกลุ่มเล็ก ๆ ที่ประสบปัญหาความไม่สอดคล้องกันทางเพศหรือผู้ที่เปลี่ยนผ่านทางสังคมก่อนวัยรุ่นตอนต้น เมื่อเวลาผ่านไปพบว่ามีความไม่สอดคล้องกันทางเพศลดลงหรืออาจหายไปเลย (de Vries et al., 2010; Olson et al., 2022; Ristori & Steensma, 2016; Singh et al., 2021; Wagner et al., 2021) อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยน้อยชิ้นที่มุ่งเน้นไปที่อัตราการเป็นต่อเนื่องหรือไม่ต่อเนื่องของความไม่สอดคล้องกันทางเพศและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศสภาพในประชากรวัยรุ่นตอนต้นและวัยรุ่น ข้อมูลที่มีอยู่เกี่ยวกับกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น/วัยรุ่น (จากคลินิกคนข้ามเพศในอัมสเตอร์ดัม) แสดงให้เห็นว่า หลังจากการประเมินอย่าง

ละเอียดเมื่อเวลาผ่านไป ส่วนหนึ่งของวัยรุ่นที่มีความไม่สอดคล้องทางเพศ เลือกว่าจะไม่เข้ารับการยืนยันเพศสภาพ (Arnoldussen et al., 2019; de Vries, Steensma et al., 2011) อย่างไรก็ตาม มีข้อสำคัญหนึ่งที่ว่า จากการศึกษาในกลุ่มของวัยรุ่น/วัยรุ่นที่เพศไม่สอดคล้องกัน เมื่อเวลาผ่านไปผู้เข้าร่วมวิจัยได้ผ่านการประเมินเพศสภาพอย่างครอบคลุมแสดงให้เห็นถึงการคงอยู่อย่างต่อเนื่องของความไม่สอดคล้องกันทางเพศและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพ และได้รับการส่งต่อให้แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลเพศหลากหลาย และมีข้อมูลว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพอยู่ในระดับต่ำ (de Vries et al., 2014; Wiepjes et al., 2018) ในเชิงวิพากษ์ การค้นพบเรื่องความเสียหายในระดับต่ำนี้สามารถนำไปใช้กับเยาวชนที่แสดงความไม่สอดคล้องกันทางเพศและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องผ่านการประเมินอย่างรอบคอบด้านอย่างที่ครอบคลุมเท่านั้น (ดูคำแนะนำ 6.3)

คำแนะนำ 6.12c

วัยรุ่นแสดงให้เห็นถึงวุฒิภาวะทางอารมณ์และความรู้ความเข้าใจสำหรับการให้ความยินยอม /ตกลงสำหรับการดูแล

กระบวนการของความยินยอมรวมถึงการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนทางการแพทย์ที่อาจเกิดขึ้น และท้ายที่สุด การตัดสินใจของผู้รับบริการว่าจะเริ่มขั้นตอนการดูแลหรือไม่ โดยทั่วไปส่วนใหญ่ สำหรับผู้เยาว์ ผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการแสดงความยินยอม หากจำเป็นต้องได้รับขั้นตอนทางการแพทย์ ผู้ปกครองตามกฎหมาย (มักเป็นผู้ปกครอง/ผู้ดูแล) จะให้ความยินยอมตามที่ได้รับแจ้งในสภาพแวดล้อมส่วนใหญ่ การยินยอมเป็นกระบวนการที่ค่อนข้างคู่ขนานกันไป ซึ่งผู้เยาว์และผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนทางการแพทย์และผู้ให้บริการจะประเมินระดับความเข้าใจและความตั้งใจก่อน

ขั้นตอนที่จำเป็นในกระบวนการแจ้งการยินยอม/ยินยอมสำหรับการพิจารณาการดูแลทางการแพทย์ที่ยืนยันเพศสภาพคือการพูดคุยอย่างรอบคอบกับแพทย์ที่ผ่านการรับรองหรือผ่านการฝึกอบรม เพื่อประเมินวุฒิภาวะทางอารมณ์และความรู้ความเข้าใจของวัยรุ่น ผลกระทบที่ย้อนคืนได้และย้อนคืนไม่ได้ ตลอดจนตัวเลือกการรักษาภาวะเจริญพันธุ์ (ถ้ามี) และความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมดของกระบวนการเป็นองค์ประกอบหลักของการสนทนา การสนทนาเหล่านี้จำเป็นเมื่อได้รับความยินยอม/ตกลง การประเมินวุฒิภาวะทางความคิดและอารมณ์มีความสำคัญเนื่องจากจะช่วยทำให้ทีมผู้ดูแลเข้าใจถึงความสามารถของวัยรุ่นในการรับทราบข้อมูล

ทักษะที่จำเป็นในการยอมรับ/ตกลงต่อขั้นตอนทางการแพทย์หรือการดูแล รวมถึงความสามารถในการ 1) เข้าใจธรรมชาติของการดูแล; 2) เหตุผลเกี่ยวกับทางเลือกการดูแล รวมถึงความเสี่ยงและผลที่จะเกิดขึ้น; 3) ยอมรับธรรมชาติของการตัดสินใจ รวมถึงผลลัพธ์ในระยะยาว; และ 4) ทางเลือกในการสื่อสาร (Grootens-Wiegers et al., 2017) ในกรณีของการยืนยันเพศสภาพ วัยรุ่นควรได้รับข้อมูลอย่างดีเกี่ยวกับสิ่งที่อาจทำได้และอาจไม่สำเร็จ ระยะเวลาโดยทั่วไปสำหรับ

การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น (เช่น ฮอโมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ) และสิ่งที่จะทำให้ต้องหยุดขั้นตอน เยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศควรเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงขั้นตอนที่สามารถย้อนกลับได้ หรือย้อนกลับได้บางส่วน หรือไม่สามารถย้อนกลับได้เลย ตลอดจนข้อจำกัดของการดูแลบางอย่าง (เช่น ผลกระทบของการหยุดยิวเจริญพันธุ์ต่อการพัฒนาสมอง (Chen and Loshak, 2020) เยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศควรเข้าใจเช่นกัน ว่าแม้มีเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศจำนวนมากจะเริ่มการยืนยันเพศสภาพและมีประสบการณ์ว่าการดูแลดังกล่าวเหมาะสมกับพวกเขาในระยะยาว แต่ก็มีวัยรุ่นบางส่วนที่เมื่อเวลาผ่านไปพบว่าการดูแลนี้ไม่ใช่ หรือไม่เหมาะสมสำหรับพวกเขา (Wiepjes et al., 2018) วัยรุ่นควรรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวบางครั้งเชื่อมโยงกับความต้องการทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเวลาผ่านไป และในบางกรณีก็รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในอัตลักษณ์ทางเพศด้วย จากข้อมูลนี้ เยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศต้องสามารถให้เหตุผลอย่างรอบคอบเกี่ยวกับตัวเลือกทางการแพทย์ โดยพิจารณาถึงรายละเอียดของทางเลือกที่มีอยู่ นอกจากนี้ เพื่อเป็นพื้นฐานในการให้ความยินยอม เยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศจำเป็นต้องสามารถสื่อสารทางเลือกของพวกเขาได้

ทักษะที่จำเป็นในการทำงานสำหรับการยินยอม/ตกลง อาจไม่เกิดขึ้นตามอายุที่กำหนด (Grootens-Wiegers et al., 2017) อาจมีความแปรปรวนในความสามารถเหล่านี้ซึ่งเกี่ยวข้องกับความแตกต่างของพัฒนาการและปัญหาด้านสุขภาพจิต (Shumer & Tishelman, 2015) และขึ้นอยู่กับโอกาสที่เยาวชนมีในการฝึกทักษะเหล่านี้ (Alderson, 2007) นอกจากนี้ การประเมินวุฒิภาวะทางอารมณ์และความรู้ความเข้าใจจะต้องดำเนินการแยกกันกับการตัดสินใจรับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพ (Vrouenraets et al., 2021)

คำถามต่อไปนี้อาจเป็นประโยชน์ในการพิจารณาประเมินอารมณ์และความพร้อมทางสติปัญญาที่จะยอมรับหรือยินยอมต่อการยืนยันเพศสภาพ

- เยาวชนสามารถคิดอย่างรอบคอบถึงอนาคตและพิจารณาผลของการรักษาบางส่วนหรือทั้งหมดที่ไม่สามารถย้อนกลับได้หรือไม่?
- เยาวชนมีความสามารถในการแสดงความต้องการของตน โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ที่ความต้องการและลำดับความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อเวลาผ่านไป และความสำคัญเรื่องเพศในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอาจเปลี่ยนแปลงไปได้หรือไม่?
- เยาวชนเคยคิดว่าสิ่งที่พวกเขาอาจเลือกตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องเพศ สามารถเปลี่ยนแปลงไปในอนาคตหรือไม่?
- เยาวชนสามารถเข้าใจและจัดการเรื่องที่ต้องทำในแต่ละวัน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวของการรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจง (เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การบริหารยา และการติดตามผลทางการแพทย์ที่จำเป็น) หรือไม่?

การประเมินวุฒิภาวะทางอารมณ์และความรู้ความเข้าใจอาจทำได้

เมื่อเวลาผ่านไป เนื่องจากทีมผู้ดูแลยังคงมีส่วนร่วมในบทสนทนาเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาและเปิดโอกาสให้เยาวชนได้ฝึกคิดในอนาคตและพิจารณาทางเลือกและผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ สำหรับเยาวชนที่มีความแตกต่างทางพัฒนาการทางระบบประสาทและ/หรือสุขภาพจิตบางประเภท ทักษะในการคิดในอนาคต การวางแผน การคิดภาพรวม และการคิดทบทวนตนเองอาจพัฒนาได้ไม่ด้นัก (Dubbelink & Geurts, 2017) ในกรณีเหล่านี้ การประเมินที่รอบคอบมากขึ้นรวมถึงการให้เวลาที่มากขึ้นในการขอความยินยอมและการยอมรับ จำเป็นสำหรับการตัดสินใจทางการแพทย์ (Strang, Powers et al., 2018)

สำหรับสถานการณ์เฉพาะที่ผู้เยาว์ยินยอมให้การรักษาของตนเอง โดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง (ดูคำแนะนำ 6.11) จะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเท่าที่มีข้อมูลของวัยรุ่น โดยทั่วไปสิ่งนี้ต้องการการมีส่วนร่วมและการทำงานร่วมกันในระดับที่มากขึ้นระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับวัยรุ่นเพื่อให้เยาวชนได้รับการสนับสนุนทางความคิดและอารมณ์อย่างเหมาะสมเพื่อพิจารณาทางเลือก ซึ่งน้ำหนักประโยชน์และความเสี่ยง/ต้นทุนที่อาจเกิดขึ้น และพัฒนาแผนสำหรับการสนับสนุนที่จำเป็น (และอาจดำเนินต่อไป) ที่เกี่ยวข้อง

คำแนะนำ 6.12.d

ได้รับการจัดการปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (ถ้ามี) ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยไม่ชัดเจน ส่งผลต่อความสามารถในการให้การยินยอม หรือส่งผลต่อการยืนยันเพศสภาพ

หลักฐานบ่งชี้ว่าวัยรุ่นที่เป็นเพศหลากหลาย มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับการปฏิเสธของครอบครัว/ผู้ดูแล สภาพแวดล้อมในชุมชนที่ไม่เอื้ออำนวย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายทางระบบประสาท (เช่น de Vries et al., 2016; Pariseau et al., 2019; Ryan et al., 2010; Weinhardt et al., 2017) ปัญหาด้านสุขภาพจิตของเยาวชนอาจส่งผลต่อแนวคิดของพวกเขาเกี่ยวกับการพัฒนาทางเพศและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ทางเพศ ความสามารถของวัยรุ่นในการยินยอม และความสามารถของวัยรุ่นในการมีส่วนร่วม หรือการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ เช่นเดียวกับวัยรุ่นที่ตรงเพศ วัยรุ่นที่เป็นเพศหลากหลายอาจประสบกับปัญหาสุขภาพจิตไม่เฉพาะจะเป็นความทุกข์ใจในเพศสภาพหรือความไม่สอดคล้องกันทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตัวเองอาจเป็นเรื่องที่น่ากังวลเป็นพิเศษ การศึกษาหลายชิ้นเปิดเผยคะแนนภาวะซึมเศร้าและปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมเทียบเท่ากับข้อมูลในประชากรของคลินิกสุขภาพจิต (Leibowitz & de Vries, 2016) นอกจากนี้ยังมีรายงานถึงอัตราการคิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย และการทำร้ายตัวเองที่สูงขึ้น (de Graaf et al., 2020) นอกจากนี้ ความผิดปกติของการกินยังเกิดขึ้นบ่อยกว่าที่คาดไว้ในกลุ่มประชากรที่ไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อรักษา (Khatchadourian et al., 2013; Ristori et al., 2019; Spack et al., 2012) ที่สำคัญ วัยรุ่นที่เป็นคนข้ามเพศและเพศหลากหลาย แสดงถึงความผิดปกติ/หรือลักษณะเฉพาะของออทิสติกสเปกตรัมสูง (Dien et

al., 2018; van der Miesen et al., 2016; ดูคำแนะนำ 6.1d ด้วย) และมีข้อมูล que แสดงถึงพัฒนาการทางระบบประสาทและ/หรือปัญหา ด้านสุขภาพจิตอื่นๆ ร่วมด้วย (เช่น โรคสมาธิสั้น ความพิการทางสติปัญญา และความผิดปกติทางจิต (de Vries, Doreleijers et al., 2011; Meijer et al., 2018; Parkes & Hall, 2006)

อย่างไรก็ตามวัยรุ่นข้ามเพศจำนวนมากใช้ชีวิตได้เป็นปกติดีและอาจมีปัญหาด้านสุขภาพจิตน้อยมาก เช่น วัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนผ่านทางสังคมที่ได้รับฮอร์โมนยืนยันเพศสภาพที่คลินิกเฉพาะทางเพศ พบปัญหาด้านสุขภาพจิตเทียบเท่ากับวัยรุ่นที่ตรงเพศ (เช่น de Vries et al., 2014; van der Miesen et al., 2020) ภารกิจหลักของผู้ให้บริการคือการประเมินทิศทางของความสัมพันธ์ที่มีอยู่ระหว่างปัญหาด้านสุขภาพจิตและความเข้าใจตนเองของวัยรุ่นเกี่ยวกับความต้องการการดูแลทางเพศสภาพ จากนั้นจึงจัดลำดับความสำคัญตามลำดับ

ปัญหาสุขภาพจิตอาจทำทนายการประเมินและการดูแลที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางเพศของวัยรุ่น TGD ด้วยวิธีต่าง ๆ:

1. ประการแรก เมื่อวัยรุ่น TGD ประสบกับการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง การกินผิดปกติ หรือวิกฤตสุขภาพจิตอื่น ๆ ที่คุกคามสุขภาพร่างกาย ความปลอดภัยต้องเป็นเรื่องที่ได้รับความสำคัญเป็นลำดับแรก ตามบริบทของท้องถิ่นและแนวปฏิบัติที่มีอยู่ การดูแลที่เหมาะสมควรพยายามบรรเทาภัยคุกคามหรือวิกฤต เพื่อให้มีเวลาเพียงพอและมีความรอบคอบสำหรับการประเมินและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพ ตัวอย่างเช่น วัยรุ่นที่คิดฆ่าตัวตายอาจไม่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์/การผ่าตัดที่สอดคล้องกับเพศสภาพ ถ้ามีภาวะเหล่านี้ การให้การรักษาที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยไม่ควรขัดขวางการเริ่มต้นการดูแลที่ยืนยันเพศสภาพ
2. ประการที่สอง ปัญหาสุขภาพจิตอาจทำให้การประเมินพัฒนาการทางเพศและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ทางเพศมีความซับซ้อนมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การต้องแยกแยะความไม่สอดคล้องกันระหว่างเพศกับอาการแสดงของปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น การย่ำคิดย่ำทำ การยึดติด ซึ่งเป็นความสนใจพิเศษในออสติก การคิดที่ไม่ยืดหยุ่น ทำให้ปัญหาอัตลักษณ์ทางเพศมองเห็นชัดขึ้น ความยากลำบากในการปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ความวิตกกังวลด้านพัฒนาการอย่างรุนแรง (เช่น ความกลัวการเติบโตและการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ทางเพศ) การบาดเจ็บหรือความคิดทางจิต ความท้าทายด้านสุขภาพจิตที่ขัดขวางความชัดเจนของการพัฒนาอัตลักษณ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับเพศสภาพควรได้รับการจัดลำดับความสำคัญและแก้ไขก่อน
3. ประการที่สาม การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการยืนยันเพศสภาพที่มีผลต่อเนื่องตลอดชีวิต ต้องการการคิดอย่างรอบคอบและมองถึงอนาคตโดยวัยรุ่น โดยได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ตามที่ระบุไว้ (ดูคำแนะนำ 6.11) เพื่อให้สามารถตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลดังกล่าวได้ วัยรุ่นควรสามารถเข้าใจ

ปัญหา แสดงทางเลือก เห็นคุณค่าและคิดอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความปรารถนาในการยืนยันเพศสภาพได้ (ดูคำแนะนำ 6.12c) สำหรับความแตกต่างของพัฒนาการทางระบบประสาท เช่น กลุ่มออสติกหรือความผิดปกติของออสติกสเปกตรัม (ดูคำแนะนำ 6.1d เช่น ความแตกต่างของการสื่อสาร การชอบคิดที่เป็นแบบรูปธรรมหรือตายตัว ความแตกต่างในการตระหนักรู้ในตนเอง การคิดและการวางแผนในอนาคต) อาจทำทนายการประเมิน และกระบวนการตัดสินใจเยาวชนที่มีความแตกต่างทางระบบประสาทอาจต้องการการสนับสนุนเป็นพิเศษ ระบบสนับสนุนต่าง ๆ การให้ความรู้ด้านจิตสังคม และเวลาที่มีอยู่ในกระบวนการประเมิน (Strang, Powers et al., 2018) สุขภาพจิตอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการลดประสิทธิภาพของการสื่อสาร การตระหนักรู้ในตนเอง ความยากลำบากในการประเมิน ปัญหาความจำและสมาธิ ความยากลำบาก ความรู้สึกสิ้นหวัง และความยากลำบากในการคิดถึงอนาคต อาจทำให้การประเมินและการตัดสินใจซับซ้อนขึ้น ในกรณีเช่นนี้ ควรใช้เวลาเพิ่มเติมก่อนที่จะมีการตัดสินใจใดๆ เกี่ยวกับการรักษาที่เป็นที่ยอมรับทางการแพทย์

4. ประการสุดท้าย แม้ว่าการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตจะมีความสำคัญในระหว่างการรักษาพยาบาล แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมดจะสามารถหรือควรแก้ไขได้อย่างสมบูรณ์ อย่างไรก็ตาม ข้อกังวลด้านสุขภาพจิตใด ๆ จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมก่อนการยืนยันเพศสภาพ (เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การเข้าร่วมการนัดหมายทางการแพทย์เพื่อติดตามผล และการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างหลังการผ่าตัด)

คำแนะนำ 6.12.e

วัยรุ่นควรได้รับแจ้งถึงผลต่อระบบสืบพันธุ์ รวมถึงการสูญเสียการเจริญพันธุ์ที่อาจเกิดขึ้น และทางเลือกที่มีอยู่เพื่อรักษาภาวะเจริญพันธุ์ และสิ่งเหล่านี้ได้รับการกล่าวถึงในระยะเวลาพัฒนาการสู่วัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น

สำหรับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการทางคลินิก หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และเหตุผล โปรดดูบทที่ 12—การใช้ฮอร์โมนและบทที่ 16—สุขภาพการเจริญพันธุ์

คำแนะนำ 6.12.f

เมื่อวัยรุ่นเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ระยะ Tanner 2 สามารถเริ่มให้ยาหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์

การเข้าสู่วัยแรกรุ่นเป็นจุดสำคัญสำหรับเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ สำหรับบางคนมันทำให้ความไม่สอดคล้องกันทางเพศของวัยรุ่นรุนแรงขึ้น สำหรับคนอื่น ๆ การเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์อาจนำไปสู่ความสิ้นหวังทางเพศ (เช่น การเปลี่ยนจากอัตลักษณ์ทางเพศแบบสองขั้วเป็นอัตลักษณ์ทางเพศแบบ nonbinary) หรือแม้กระทั่งการลดทอนอัตลักษณ์ทางเพศที่ยืนยันก่อนหน้า (Drummond et al., 2008; Steensma et al., 2011, Steensma,

Kreukels et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008) ไม่แนะนำให้ใช้ยาปิดกั้นการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ เช่น GnRH analogues จนกว่าเด็กจะอยู่ในขั้นตอนการเจริญพันธุ์ ระยะ Tanner 2 เป็นอย่างน้อย เนื่องจากประสบการณ์การเข้าสู่วัยแรกรุ่นอาจมีความสำคัญต่อการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศต่อไปสำหรับวัยรุ่นข้ามเพศบางคน (Steensma et al., 2011) ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ตัวปิดกั้นการเข้าสู่วัยรุ่นในเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศก่อนวัยเจริญพันธุ์ (Waal & Cohen-Kettenis, 2006) สำหรับเยาวชนบางคน ตัวเร่งปฏิกิริยา GnRH อาจเหมาะสมในช่วงปลายหรือหลังวัยรุ่นตอนปลาย (เช่น ระยะ Tanner 4 หรือ 5) และสิ่งนี้ควรได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ ดูบทที่ 12—การใช้ฮอร์โมนสำหรับการทบทวนการใช้ GnRH agonists อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น

การเปลี่ยนแปลงของช่วงเวลาของการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เกิดจากหลายปัจจัย (เช่น เพศกำเนิด พันธุกรรม โภชนาการ ฯลฯ) ระยะ Tanner หมายถึง 5 ระยะของการพัฒนาการในวัยเจริญพันธุ์ ตั้งแต่ก่อนวัยรุ่น (ระยะ Tanner 1) จนถึงหลังวัยแรกรุ่น และวัยเจริญพันธุ์ในผู้ใหญ่ (ระยะ Tanner 5) (Marshall & Tanner, 1969, 1970) สำหรับเพศกำเนิดหญิง การเริ่มต้นของวัยแรกรุ่น (เช่น gonadarche) ถูกกำหนดโดยการเริ่มมีเต้านม (ระยะ Tanner 2) และสำหรับเพศกำเนิดชาย คือ ปริมาณอณูที่มากกว่าหรือเท่ากับ 4 มล. (Roberts & Kaiser, 2020) ควรอาศัยผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์เพื่อแยกแยะการเริ่มเข้าสู่วัยแรกรุ่นจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ เช่น ขนบริเวณหัวหน่าว การมีกลิ่นตัวจากฮอร์โมนทางเพศที่ผลิตโดยต่อมหมวกไต ซึ่งไม่แนะนำให้ใช้ยาปิดกั้นการเข้าภาวะหนุ่มสาว (Roberts & Kaiser, 2020) การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและครอบครัวเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์แท้และเทียมช่วยให้ครอบครัวเข้าใจช่วงเวลาที่มีการตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับการยืนยันเพศสภาพ ซึ่งควรดำเนินการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ความสำคัญของการพูดถึงความประโยชน์และความเสี่ยงของการให้ยายับยั้งการเข้าสู่วัยรุ่น ทั้งที่เป็นสมมติฐานและที่เกิดขึ้นจริง ยังไม่สามารถพูดได้มากนัก มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ว่าหญิงข้ามเพศที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับยาหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (van de Grift et al., 2020) ข้อมูลระยะยาวแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจทางเพศและความรู้สึกโรแมนติกที่ดีขึ้น ที่ได้รับการรักษาด้วยยาหยุดการเข้าสู่วัยรุ่น ฮอร์โมนเปลี่ยนเพศ และการผ่าตัดเปลี่ยนเพศ (Bungerer et al., 2020) การศึกษาผลการผ่าตัดสร้างช่องคลอดโดยใช้ส่องกล้องผ่านลำไส้ (ทำเนื่องจากเนื้อเยื่อของอวัยวะเพศมีจำกัดหลังจากใช้ยาหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์) ในผู้หญิงข้ามเพศพบว่าส่วนใหญ่ประทับใจกับการถึงจุดสุดยอดหลังการผ่าตัด (84%) แม้ว่าความสัมพันธ์เฉพาะเจาะจงระหว่างผลลัพธ์ของความสุขทางเพศและระยะเวลาของการเริ่มยาหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ไม่ได้ถูกกล่าวถึงในการศึกษานี้ (Bouman, van der Sluis et al., 2016) และการศึกษานี้ไม่ได้นำไปใช้กับผู้ที่ต้องการขั้นตอนการผ่าตัดแบบอื่น สิ่งนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการพูดคุยกับครอบครัวเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่รู้ในอนาคตเกี่ยวกับผลการผ่าตัดและสุขภาพทางเพศ

คำแนะนำ 6.12.g

วัยรุ่นควรได้รับการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนอย่างน้อย 12 เดือนหรือนานกว่านั้น หากจำเป็น เพื่อให้บรรลุผลการผ่าตัดตามที่ต้องการ สำหรับการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด ซึ่งรวมถึงการเสริมหน้าอก การผ่าตัดเอาอณูที่ออก การผ่าตัดสร้างช่องคลอด การผ่าตัดลูก ผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบฟาโล การผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบเมตตอยด์ และผ่าตัดศัลยกรรมใบหน้า เว้นแต่ไม่ต้องการใช้ฮอร์โมนหรือมีข้อห้ามทางการแพทย์

การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค สรีรวิทยา และจิตใจ การเริ่มต้นของผลกระทบทางกายวิภาค (เช่น การโตขึ้นของคลิตอริส การเจริญเติบโตของเต้านม การผ่อของเยื่อเมือกในช่องคลอด) มักเริ่มต้นตั้งแต่นั้น ๆ หลังจากเริ่มยาและคาดว่าจะผลสูงสุดจะอยู่ที่ประมาณ 1-2 ปี (T'Sjoen et al., 2019)) แนะนำให้ใช้ฮอร์โมน 12 เดือน เพื่อให้แน่ใจว่าเรามีเวลาเพียงพอสำหรับการปรับตัวทางด้านจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในช่วงเวลาพัฒนาการที่สำคัญสำหรับวัยรุ่น ระยะเวลาของการใช้ฮอร์โมนอาจจะต้องนานขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผลการผ่าตัดที่ต้องการ (เช่น การมี virilization ของคลิตอริสที่เพียงพอก่อนการผ่าตัดอวัยวะเพศชายแบบเมตตอยด์ หรือ การผ่าตัดอวัยวะเพศชายแบบฟาโล การเจริญเติบโตของเต้านมและการขยายตัวของผิวหนังก่อนการเสริมหน้าอก การทำให้ผิวหนังอ่อนนุ่มลง และการเปลี่ยนแปลงของใบหน้า การกระจายไขมันก่อนการทำ GAS บนใบหน้า) (de Blok et al., 2021)

สำหรับบุคคลที่ไม่ได้รับฮอร์โมนก่อนการผ่าตัด ศัลยกรรมจำเป็นต้องทบทวนผลกระทบของการใช้ฮอร์โมนต่อการผ่าตัด นอกจากนี้ สำหรับผู้เข้ารับการผ่าตัดอวัยวะเพศที่มิได้รับฮอร์โมนสามารถจัดทำแผนสำหรับฮอร์โมนทดแทนกับแพทย์ผู้สั่งจ่ายยาก่อนการผ่าตัดได้

การพิจารณาอายุสำหรับการยืนยันเพศด้วยยาหรือการผ่าตัดสำหรับวัยรุ่น

อายุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการทางความคิดและจิตสังคมที่แข็งแกร่ง แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์ก็ตาม และอาจเป็นเหตุผลสำคัญในการกำหนดเวลาที่จะใช้เริ่มกระบวนการ (Ferguson et al., 2021) อายุที่มากขึ้น (กล่าวคือ อายุที่มากกว่าขณะนี้) อาจจำเป็นสำหรับขั้นตอนที่ไม่สามารถย้อนคืนได้หรือซับซ้อน หรือทั้งสองอย่าง วิธีการนี้ช่วยให้วัยรุ่นมีวุฒิภาวะทางความคิด/อารมณ์มากขึ้น ซึ่งอาจจำเป็นมากสำหรับวัยรุ่นในการพิจารณาการยินยอมที่จะรับการดูแลที่ซับซ้อนขึ้น (ดูคำแนะนำ 6.12c)

หลักฐานจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ แสดงถึงผลของการยืนยันเพศสภาพต่อเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศที่เป็นไปตามเกณฑ์วินิจฉัย นำไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวกมากขึ้น (Achille et al., 2020; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020) อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับช่วงเวลาที่เหมาะสม ตลอดจนผลลัพธ์ระยะยาวทางร่างกายจิตใจ และพัฒนาการทางระบบประสาทในวัยรุ่น (Chen et al., 2020; Chew et al., 2018; Olson-Kennedy et al., 2016) ปัจจุบัน มีเพียงการศึกษาระยะยาวอันเดียวที่ประเมินผลลัพธ์ของเยาวชนและผู้ใหญ่ที่

มีความหลากหลายทางเพศในรูปแบบการดูแลเฉพาะ (เช่น การดูแลในรูปแบบของชาวตัดซ์) ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเบื้องต้นอย่างครอบคลุมพร้อมการติดตามผล ในแนวทางนี้ มีการพิจารณาการหยุดการเข้าสู่วัยรุ่นเมื่ออายุ 12 ปี การให้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศ เมื่ออายุ 16 ปี และการผ่าตัดยืนยันเพศหลังอายุ 18 ปี โดยมีข้อยกเว้นในบางกรณี โดยยังไม่ชัดเจนว่าการเบี่ยงเบนจากแนวทางนี้จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เหมือนกันหรือแตกต่างกัน ขณะนี้การศึกษาระยะยาวกำลังดำเนินการเพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ที่ดีขึ้น รวมทั้งความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการยืนยันเพศสภาพในเยาวชน (Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2019) แม้ว่าผลลัพธ์ระยะยาวของการรักษาที่รับรองเพศสภาพที่เริ่มต้นในวัยรุ่นยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่ควรพิจารณาถึงผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาล่าช้า (de Vries et al., 2021) เนื่องจากฐานหลักฐานเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการการยืนยันเพศสภาพในเยาวชนยังคงมีความกำกวม คำแนะนำเกี่ยวกับเวลาและความพร้อมสำหรับการเริ่มกระบวนการเหล่านี้ควรได้รับการพัฒนาต่อไป

แนวทางปฏิบัติก่อนหน้าที่เกี่ยวข้องกับการยืนยันเพศสภาพของวัยรุ่นที่แนะนำการให้ฮอร์โมนยืนยันเพศ (GAHT) แบบย้อนกลับได้บางส่วนสามารถเริ่มต้นได้เมื่ออายุประมาณ 16 ปี (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009) หลักเกณฑ์ล่าสุดแนะนำว่าอาจมีเหตุผลที่น่าสนใจในการเริ่มใช้ GAHT ก่อนอายุ 16 ปี แม้ว่าจะมีการศึกษาจำกัดเกี่ยวกับเยาวชนที่เริ่มใช้ฮอร์โมนก่อนอายุ 14 ปี (Hembree et al., 2017) เหตุผลที่น่าพิจารณาสำหรับการเริ่มใช้ GAHT ก่อนหน้านั้น เช่น อาจเพื่อหลีกเลี่ยงการหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เป็นเวลานาน เนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพกระดูกที่อาจเกิดขึ้น และผลกระทบทางจิตสังคมของการชะลอวัยเจริญพันธุ์ตามที่อธิบายไว้ในรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 12— การรักษาด้วยฮอร์โมน (Klink, Caris et al., 2015; Schagen et al., 2020; Vlot et al., 2017; Zhu & Chan, 2017) วัยแรกรุ่นเป็นช่วงเวลาแห่งการพัฒนาร่างกายและการรับรู้ที่สำคัญ ผลกระทบทางพัฒนาการทางระบบประสาทที่อาจเกิดขึ้นจากการหยุดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ในเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศได้รับการระบุเป็นพิเศษว่าเป็นพื้นที่ที่ต้องการการศึกษาต่อเนื่อง (Chen et al., 2020) แม้ว่า GnRH อะนาล็อกจะปลอดภัยเมื่อใช้ในการรักษาวัยรุ่นที่เข้าหนุ่มสาวเร็ว แต่ก็มีความกังวลว่าการได้รับฮอร์โมนเพศล่าช้า (ภายในหรือภายนอก) ในช่วงเวลาที่มีกระดูกสันหลังที่กระดูกสูงสุดอาจทำให้ความหนาแน่นของกระดูกลดลง การลดลงของความหนาแน่นของกระดูกที่มีความสำคัญทางคลินิก จำเป็นต้องได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่อง (Klink, Caris et al., 2015; Lee, Finlayson et al., 2020; Schagen et al., 2020) มีความกังวลถึงผลลบทางด้านจิตสังคมในวัยรุ่นที่ไม่ได้เริ่มการเข้าสู่วัยรุ่นเหมือนเพื่อนอาจเป็นความเครียดที่เพิ่มเติมเข้ามาแก่วัยรุ่นหลากหลายทางเพศ อย่างไรก็ตามยังไม่มียานวิจัยยืนยันแนวคิดนี้ เมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาที่จะเริ่มต้นการให้ฮอร์โมนในการยืนยันเพศสภาพ บุคลากรทางการแพทย์ควรเปรียบเทียบผลกระทบต่อร่างกาย ประโยชน์และความเสี่ยงต่อจิตใจเมื่อเริ่มการรักษา รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความล่าช้าในการรักษา ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นแต่ละคนเข้าถึงการตัดสินใจที่แตกต่างกัน

การศึกษาในวัยรุ่นข้ามเพศชายแสดงถึงความรู้สึกอึดอัดกับหน้าอกของตนเอง สัมพันธ์กับความวิตกกังวล โรคซึมเศร้า ความเครียด ที่สูงขึ้น ซึ่งนำไปสู่ข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การอาบน้ำ นำเสียดายที่การให้ฮอร์โมนเพศชาย ไม่สามารถช่วยลดภาวะเหล่านี้ได้มากนัก ดังนั้นการผ่าตัดหน้าอกจึงเป็นทางเลือกสำหรับบางคน การศึกษาในวัยรุ่นที่ได้รับการผ่าตัดหน้าอก เพื่อลดภาวะอึดอัดกับการมีหน้าอก ข้อมูลแสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีหลังการผ่าตัด ความพึงพอใจต่อผลการผ่าตัดดี และมีจำนวนน้อยมากที่เสียใจในการตัดสินใจดังกล่าว (Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018) การผ่าตัดหน้าอกสามารถนำมาพิจารณาในเยาวชนเมื่ออยู่ในวัยที่วุฒิภาวะเหมาะสมและได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขา ที่มีความเชี่ยวชาญด้านพัฒนาการทางเพศ ระยะเวลาของการให้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนไม่ควรขัดขวางการเข้าถึงการผ่าตัด ความต้องการของวัยรุ่นข้ามเพศและเพศหลากหลายหลายครั้งจบลงที่การผ่าตัดหน้าอกเท่านั้น การผ่าตัดเสริมหน้าอกอาจเป็นที่ต้องการในวัยรุ่นข้ามเพศหญิง อย่างไรก็ตามยังมีข้อมูลน้อยมากในวัยรุ่น ซึ่งอาจเป็นเพราะมีวัยรุ่นจำนวนไม่มากที่ก้าวเข้าสู่กระบวนการนี้ (Boskey et al., 2019; James, 2016) การให้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพโดยเฉพาะเอสโตรเจน แนะนำให้ใช้อย่างน้อย 12 เดือน หรือนานกว่านั้นก่อนการเข้ารับการผ่าตัดหน้าอกยกเว้นในรายที่มีข้อห้ามในการใช้

ข้อมูลมีจำกัดเกี่ยวกับระยะเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพอื่น ๆ ในวัยรุ่น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเข้าถึงการผ่าตัดเหล่านี้อย่างจำกัด ซึ่งแตกต่างกันไปตามแต่ละพื้นที่ (Mahfouda et al., 2019) ข้อมูลบ่งชี้ว่าอัตราการทำศัลยกรรมที่เน้นเรื่องเพศเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2000 และมีจำนวนเยาวชน TGD ที่ต้องการทำศัลยกรรมสร้างช่องคลอดเพิ่มขึ้น (Mahfouda et al., 2019; Milrod & Karasic, 2017) การศึกษาในปี 2560 ของศัลยแพทย์ในเครือ WPATH 20 คนในสหรัฐอเมริการายงานว่ามากกว่าครึ่งได้ทำการผ่าตัดตกแต่งช่องคลอดในผู้เยาว์ (Milrod & Karasic, 2017) มีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับผลลัพธ์สำหรับเยาวชนที่เข้ารับการผ่าตัดตกแต่งช่องคลอด การศึกษาขนาดเล็กรายงานว่าการทำงานด้านจิตสังคมดีขึ้นและความทุกข์ใจในเพศสภาพลดลงในวัยรุ่นที่ได้รับการผ่าตัดตกแต่งช่องคลอด (Becker et al., 2018; Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีขนาดเล็ก แต่การศึกษาเหล่านี้เสนอว่าอาจมีประโยชน์สำหรับวัยรุ่นบางคนที่จะดำเนินการตามขั้นตอนเหล่านี้ก่อนอายุ 18 ปี ปัจจัยที่อาจสนับสนุนการดำเนินการตามขั้นตอนเหล่านี้สำหรับเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้แก่ ความพร้อมที่เพิ่มขึ้นของการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ความง่ายในการจัดการการดูแลหลังการผ่าตัดก่อนที่จะเปลี่ยนไปเป็นผู้ใหญ่ตอนต้น (เช่น เข้ามหาวิทยาลัยหรือทำงาน) และความกังวลด้านความปลอดภัยในพื้นที่สาธารณะ (เช่น เพื่อลดความรุนแรงจากการเกลียดกลัวคนข้ามเพศ) (Boskey et al., 2018; Boskey et al., 2019; Mahfouda et al., 2019) เนื่องจากความซับซ้อนและไม่สามารถย้อนกลับได้ของขั้นตอนเหล่านี้ การประเมินความสามารถของวัยรุ่นในการปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลหลังการผ่าตัด และเพื่อทำ

ความเข้าใจผลกระทบระยะยาวของขั้นตอนเหล่านี้ต่อภาวะสืบพันธุ์ และการทำงานของระบบสืบพันธุ์จึงมีความสำคัญ (Boskey et al., 2019) เนื่องจากความซับซ้อนของการผ่าตัดตกแต่งอวัยวะเพศชาย และอัตราภาวะแทรกซ้อนในปัจจุบันที่สูงเมื่อเทียบกับการผ่าตัดรักษาทางเพศอื่นๆ จึงไม่แนะนำให้พิจารณาการผ่าตัดนี้ในเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีในขณะนี้ (คู่มือที่ 13—การผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด)

ปัจจัยสำคัญเพิ่มเติมที่ควรนำมาพิจารณาเมื่อหาหรือเกี่ยวกับช่วงเวลาของการเริ่มการดูแลกับเยาวชนและครอบครัวมีรายละเอียด อยู่ในคำแนะนำ 6.12a-f สำหรับบทสรุปของเกณฑ์/คำแนะนำสำหรับการยืนยันเพศสภาพที่จำเป็นทางการแพทย์ในวัยรุ่น [ดูภาคผนวก D](#)

บทที่ 7 เด็ก

มาตรฐานการดูแลนี้เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศช่วงก่อนเข้าวัยเจริญพันธุ์และอ้างอิงจากการวิจัย หลักจริยธรรมและความรู้ที่สั่งสมของผู้เชี่ยวชาญ หลักการของมาตรฐานการดูแลนี้ได้แก่ 1) ความหลากหลายทางเพศในวัยเด็กเป็นพัฒนาการของมนุษย์ที่พบได้ (Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018) 2) ความหลากหลายทางเพศในวัยเด็กไม่ถือเป็นพยาธิสภาพหรือความผิดปกติทางสุขภาพจิต (Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society, 2020; Oliphant et al., 2018; Telfer et al., 2018) 3) การแสดงออกทางเพศที่หลากหลายในเด็กไม่สามารถสันนิษฐานได้ว่าเป็นอัตลักษณ์ข้ามเพศหรือความไม่สอดคล้องทางเพศ (Ehrensaft, 2016; Ehrensaft, 2018; Rael et al., 2019) 4) คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (mental health professionals, MHPs) ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลเพศภาวะสำหรับเด็กสามารถเป็นประโยชน์ที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการปรับตัวในทางที่ดีขึ้นและเพิ่มความสามารถในการดูแลจัดการความต้องการรับบริการเกี่ยวกับเรื่องเพศ (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer et al., 2018) 5) การบำบัดแก้เพศวิถีสำหรับความหลากหลายทางเพศในเด็ก (เช่น "การรักษาไต ๆ" ที่พยายามบังคับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศให้แสดงออกตรงตามเพศกำเนิดโดยผ่านคำพูด การกระทำ หรือทั้งสองอย่างก่อให้เกิดผลเสียและไม่ยอมรับการบำบัดนี้ (APA, 2021; Ashley, 2019b, Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Telfer et al., 2018; UN Human Rights Council, 2020)

ตลอดทั้งบทความ คำว่า “บุคลากรทางการแพทย์” (health care professional, HCP) ใช้อย่างกว้าง ๆ เพื่ออ้างถึงผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานกับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศ เด็กที่มีความหลากหลายทางเพศก่อนวัยเจริญพันธุ์จะไม่เข้าข่ายในการรับขั้นตอนทางการแพทย์ทั้งยาหรือผ่าตัด ซึ่งเป็นข้อแตกต่างจากวัยรุ่นที่เข้าสู่ภาวะเจริญพันธุ์และผู้ใหญ่ (Pediatric Endocrine Society, 2020) ดังนั้น เมื่อข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญก็มักจะมาจาก HCP ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลทางจิตสังคมและการพัฒนาเพศวิถี ดังนั้นบทนี้จึงเน้นที่การพัฒนาทางจิตสังคมอย่างเหมาะสม สำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น เช่น กุมารแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติก็สามารถนำมาตราฐานการดูแลนี้มาใช้ในการทำงานร่วมกับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศและครอบครัวได้

บทนี้ใช้คำว่า “ความหลากหลายทางเพศ” เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาเพศวิถีในเด็กก่อนเข้าวัยเจริญพันธุ์และอาจมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป (Steensma, Kreukels et al., 2013) ในขณะที่บทนี้ยังคำนึงประเด็นที่เด็กบางคนจะยังคงอัตลักษณ์ทางเพศซึ่งต่างจากเพศแต่กำเนิดนั้นต่อไป (Olson et al., 2022) คำว่า “ความหลากหลายทางเพศ” รวมกลุ่มไปนารีข้ามเพศและเด็กที่ไม่ใช่ไบนารี (nonbinary children) เช่นเดียวกับเด็กเพศหลากหลายที่สุดท้ายเมื่อโตขึ้นแล้วไม่ได้เป็นคนข้ามเพศ คำศัพท์เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและพัฒนาไปตามกาลเวลา ดังนั้นมันเป็นไปได้ว่าคำศัพท์ที่ใช้ในที่นี้อาจล้าสมัยและเราจะพบคำอธิบายที่ดีกว่า

บทนี้อธิบายแง่มุมของการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อส่งเสริม

ความเป็นอยู่ที่ดีและความต้องการการดูแลด้านเพศวิถีของเด็ก (ดูคำแนะนำเกี่ยวกับความจำเป็นทางการแพทย์ในบทความประยุกต์ใช้ทั่วโลก, คำแนะนำ 2.1) บทนี้สนับสนุนให้ทุกคนใช้มาตรฐานเหล่านี้เท่าที่เป็นไปได้ อาจมีสถานการณ์หรือสถานที่ซึ่งทรัพยากรที่แนะนำไม่ครบแพทย์/ทีมที่ขาดทรัพยากรควรต้องพยายามทำให้เป็นไปตามมาตรฐานเหล่านี้ อย่างไรก็ตามหากมีข้อจำกัดจริง ๆ แล้วทำให้ไม่ได้สามารถทำตามคำแนะนำเหล่านี้ได้ ก็ควรให้การบริการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ในสถานที่ซึ่งไม่สามารถให้การบริการตามคำแนะนำได้ทั้งหมด ควรเลือกวิธีที่ไม่มีความเสี่ยงจะเกิดผลเสียกับเด็ก (Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018; Riggs et al., 2020) โดยรวมแล้วจำเป็นจัดลำดับความสำคัญโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของเด็กสูงสุด

วรรณกรรมทางจิตวิทยาเชิงประจักษ์จำนวนมากระบุว่าการประสบการณ์ในวัยเด็กมักเป็นตัวกำหนดรูปแบบความเสี่ยงและ/หรือความยืดหยุ่นตลอดชีวิต และนำไปสู่วิถีแห่งการพัฒนาความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือแย่ลง (Anda et al., 2010; Masten & Cicchetti, 2010; Shonkoff & Garner, 2012) งานวิจัยที่มีอยู่บ่งชี้ว่าโดยทั่วไปเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศจะมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะประสบปัญหาทางจิตใจ (Ristori & Steensma, 2016) มากกว่าเด็กที่มีเพศตรงกับเพศกำเนิด อันเป็นผลมาจากการเผชิญกับประสบการณ์ที่ไม่ดี เกิดความเจ็บปวดและการถูกปฏิบัติไม่ดี จากการที่ถูกปฏิเสธ ถูกกระทำรุนแรงและไม่ยอมรับในความเป็นเพศหลากหลาย (Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Grossman & D’Augelli, 2006; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2014; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018) นอกจากนี้ วรรณกรรมระบุว่าเด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์ที่ได้รับการยอมรับอัตลักษณ์ที่ทางเพศหลากหลายจะเป็นเด็กที่มีการปรับตัวได้ดี (Malpas et al., 2018; Olson et al., 2016) การประเมินและการดูแลเด็กกลุ่มนี้มักเน้นที่การจัดการภาวะแวดล้อมที่เด็กอยู่ด้วยบ่อยๆ ให้เด็กได้รับความปลอดภัย และการเลี้ยงดูที่เหมาะสม (Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1979; Kaufman & Tishelman, 2018; Lynch & Cicchetti, 1998; Tishelman et al., 2010; Zielinski & Bradshaw, 2006) ดังนั้นภาพรวมของบทนี้จึงใช้วรรณกรรมทางจิตวิทยาพื้นฐานและความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงที่จำเพาะต่อเด็กเพศหลากหลายและเน้นการบูรณาการแนวทางเชิงนิเวศวิทยาเพื่อทำความเข้าใจความต้องการและเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีในการดูแลทุกเพศวิถี มุมมองของบทนี้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีและคุณภาพชีวิตของเด็กตลอดช่วงที่มีพัฒนาการ นอกจากนี้บทนี้ยังรวบรวมมุมมองที่จากการงานวิจัยทางจิตวิทยาจำนวนมากที่อ้างอิงข้างต้น (Hidalgo et al., 2013) การดูแลเด็กวัยก่อนเจริญพันธุ์ตามเพศสภาพเป็นช่องทางในการส่งเสริมวิถีแห่งความเป็นอยู่ที่ดี ในช่วงเวลาที่เป็นเด็กและในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่วัยรุ่น แนวทางนี้น่าจะลดความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตที่พบได้ทั่วไปบางประการในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender diverse, TGD) ดังที่มักกล่าวถึงในวรรณกรรม (Chen et al., 2021; Edwards-Leeper et al., 2017; Haas et al., 2011; Leibowitz & de Vries, 2016; Reisner,

Bradford et al., 2015; Reisner, Greytak et al., 2015)

การวิจัยเชิงพัฒนาการได้มุ่งเน้นไปที่การทำความเข้าใจแง่มุมต่าง ๆ ของพัฒนาการทางเพศของประชากรทั่วไปในวัยเด็กในช่วงปีแรก ๆ งานวิจัยนี้มีสมมติฐานว่าเด็กในงานวิจัยเป็นเด็กที่มีเพศตรงเพศกำเนิด (Olezeski et al., 2020) และรายงานว่าประชากรส่วนใหญ่มีอัตลักษณ์ทางเพศจะคงที่ตลอดในช่วงก่อนวัยเรียน และส่วนใหญ่มักไม่ใช้เพศหลากหลาย (Kohlberg, 1966; Steensma, Kreukels et al., 2013) ไม่นานนี้งานวิจัยเชิงพัฒนาการพบว่าเพศหลากหลายสังเกตเห็นและพบได้ตั้งแต่เด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์ (Fast & Olson, 2018; Olson & Gülgöz, 2018; Robles et al., 2016) อย่างไรก็ตามงานวิจัยในด้านนี้มีจำกัดและในเวลานี้ยังไม่มีเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือที่จะวัดหรือตรวจสอบความเข้าใจในเพศวิถีของตนเองหรือความต้องการความชอบที่เกี่ยวกับเพศวิถี ในเด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์ (Bloom et al., 2021) ดังนั้นบทนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของวิธีการทางคลินิกที่เหมาะสมเป็นรายบุคคลในการประเมินเพศสภาพตามคำแนะนำจากแนวทางและวรรณกรรมต่าง ๆ (Berg & Edwards-Leeper, 2018; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Ehrensaft, 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019) การวิจัยและประสบการณ์ทางคลินิกได้บ่งชี้ถึงความหลากหลายทางเพศในเด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์บางคนอาจเปลี่ยนไปมาได้และยังไม่มีวิธีการทำนายการเปลี่ยนเพศวิถีของเด็กแต่ละคนที่ น่าเชื่อถือ (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013) และความต้องการดูแลในด้านเพศวิถีของเด็กแต่ละคนก็อาจเปลี่ยนไปได้เรื่อยๆในช่วงวัยเด็ก

สิ่งสำคัญคือต้องเข้าใจความหมายของคำว่า “การประเมิน” การประเมินมีหลายบริบท (Krishnamurthy et al., 2004) ประกอบไปด้วยการประเมินอย่างรวดเร็วในช่วงภาวะวิกฤต (เช่น การประเมินความปลอดภัยในเด็กที่อาจฆ่าตัวตาย) การประเมินเฉพาะเจาะจงเมื่อครอบครัวมีคำถามที่จำเพาะ และเกี่ยวข้องกับบริบทของการให้คำปรึกษาอย่างคร่าว ๆ (Berg & Edwards-Leeper, 2018) คำว่า “ประเมิน” มักหมายถึง “การประเมินเพื่อการวินิจฉัย” ซึ่งสามารถเรียกอีกอย่างว่า “นำข้อมูลเข้า” และพิจารณาว่ามีปัญหาที่สามารถให้การวินิจฉัยได้และ/หรืออาจได้รับประโยชน์จากกระบวนการบำบัดรักษา บทนี้เน้นการประเมินอย่างรอบด้านเพื่อเป็นประโยชน์ในการเข้าใจความต้องการและเป้าหมายของเด็กและครอบครัว (APA, 2015; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Srinath et al., 2019; Steensma & Wensing-Kruger, 2019) การประเมินทางด้านจิตสังคมนี้ไม่เพียงแต่จำเป็นสำหรับเด็กเพศหลากหลายแต่อาจต้องทำในกรณีอื่นๆด้วย การประเมินอาจนำเสนอโอกาสที่เป็นประโยชน์ในการเริ่มกระบวนการสนับสนุนสำหรับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศและครอบครัวของพวกเขาด้วยจากการที่เด็กที่มีความหลากหลายทางเพศจะได้รับประโยชน์เมื่อพลวัตของครอบครัวให้การยอมรับความหลากหลายทางเพศและผู้ปกครองได้รับคำแนะนำเมื่อต้องการ การประเมินอย่างครอบคลุมมีความเหมาะสมเมื่อได้รับการร้องขอจากครอบครัวที่จะทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับความต้องการทางด้านเพศวิถีและสุขภาพจิตในบริบทของความหลากหลายทางเพศในสถานการณ์เหล่านี้ สุขภาพจิตของคนในครอบครัว พลวัตของครอบครัว และบริบททาง

สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งส่งผลกับเด็กเพศหลากหลายควรมานำมาพิจารณาด้วย (Barrow & Apostle, 2018; Brown & Mar, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Ristori & Steensma, 2016; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018) ซึ่งจะอธิบายเพิ่มเติมในข้อความด้านล่าง

เป็นสิ่งสำคัญของ HCPs ที่ทำงานกับเด็กเพศหลากหลายที่พยายามเด็กและ อัตลักษณ์และประสบการณ์ด้านต่างๆ ของครอบครัวดังเช่นเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ สถานะผู้อพยพ/ผู้ลี้ภัย ศาสนา ภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม และให้ความเคารพและละเอียดอ่อนต่อบริบททางด้านวัฒนธรรมในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ (Telfer et al., 2018) ปัจจุบันหลายอย่างอาจเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและเพศวิถี รวมถึงความเชื่อทางศาสนา ความคาดหวังเกี่ยวกับเพศวิถีและระดับของการยอมรับเพศหลากหลาย (Oliphant et al., 2018) ความแตกต่างระหว่างความหลากหลายทางเพศ ความหลากหลายทางสังคมวัฒนธรรม และสถานะของชนกลุ่มน้อยสามารถเป็นแหล่งที่มาของจุดแข็ง ความเครียดทางสังคม หรือทั้งสองอย่าง (Brown & Mar, 2018; Oliphant et al., 2018; Riggs & Trehame, 2016)

เด็กแต่ละคน สมาชิกในครอบครัว และพลวัตของครอบครัวมีความเป็นเอกลักษณ์และถูกห้อมล้อมด้วยวัฒนธรรมและรูปแบบความเชื่อ ดังนั้น ผู้เชี่ยวชาญควรหลีกเลี่ยงการเหมารวมตามความคิดอุปาทานที่อาจไม่ถูกต้องหรือลำเอียง (เช่น ครอบครัวที่อยู่ในองค์กรทางศาสนาที่ไม่เห็นด้วยกับการเห็นคุณค่าความหลากหลายทางเพศมักจะไม่นับสนุนความหลากหลายทางเพศของบุตร) (Brown & Mar, 2018) สิ่งสำคัญคือต้องเข้าถึงสมาชิกครอบครัวแต่คนอย่างเปิดใจและเข้าใจรูปแบบครอบครัวที่แตกต่างกัน

คำแนะนำทุกคำแนะนำในบทนี้ ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและประเมินถึงประโยชน์และอันตราย อีกทั้งการประเมินและความนิยมจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้ เราตระหนักดีว่าในบางกรณี หลักฐานทางวิชาการนั้นอย่างจำกัดและการบริการบางอย่าง ไม่สามารถเข้าถึงได้หรือไม่สามารถทำได้

คำแนะนำ 7.1

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศได้รับการฝึกอบรมและมีความเชี่ยวชาญในเรื่องพัฒนาการเพศและความหลากหลายทางเพศในเด็กและมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศตลอดช่วงชีวิต

ผู้เชี่ยวชาญ ที่ทำงานกับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศควรได้รับการฝึกอบรมที่จำเป็นและทำอย่างต่อเนื่องและมีข้อมูลรับรองที่เกี่ยวข้องกับขอบเขตในฐานะมีอาชีพ ซึ่งรวมถึงใบอนุญาตประกาศนียบัตร หรือทั้งสองอย่างโดยหน่วยงานระดับชาติและ/หรือหน่วยรับรองส่วนภูมิภาค เราตระหนักถึงข้อมูลรับรองและข้อบังคับเฉพาะของผู้เชี่ยวชาญแตกต่างกันไปในแต่ละที่ทั่วโลก สิ่งสำคัญคือใบอนุญาตพื้นฐาน ประกาศนียบัตร หรือทั้งสองอย่างอาจไม่เพียงพอเพื่อให้มีสมรรถนะในการทำงานกับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศ

คำแนะนำ

- 7.1 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศได้รับการฝึกอบรมและมีความเชี่ยวชาญในเรื่องพัฒนาการเพศและความหลากหลายทางเพศในเด็กและมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศตลอดช่วงชีวิต
- 7.2 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศได้รับการฝึกอบรมตามทฤษฎีและตามหลักฐานงานวิจัยเชิงประจักษ์และพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการสุขภาพจิตเด็กและครอบครัวทั่วไปในทุกช่วงพัฒนาการ
- 7.3 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาความเชี่ยวชาญในความผิดปกติของออสติสเปกตรัมและความหลากหลายทางระบบประสาทอื่น ๆ หรือร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง เมื่อทำงานร่วมกับเด็กออทิสติก/มีความหลากหลายทางประสาทที่มีความหลากหลายทางเพศ
- 7.4 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศมีการศึกษาต่อเนื่องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเด็กและครอบครัวที่มีความหลากหลายทางเพศ
- 7.5 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ทำการประเมินเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศโดยเข้าถึงและนำข้อมูลจากหลายแหล่ง
- 7.6 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ทำการประเมินเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่นพัฒนาการ ความรู้คิด และทักษะทางภาษา
- 7.7 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ทำการประเมินเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศ โดยพิจารณาปัจจัยที่อาจบ่งชี้ข้อจำกัดในการแสดงอัตลักษณ์ทางเพศ/การแสดงออกทางเพศที่แท้จริงโดยเด็กและ/หรือครอบครัว/ผู้ดูแล
- 7.8 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์พิจารณาการปรึกษาหารือ จิตบำบัด หรือทั้งสองอย่างสำหรับเด็กและครอบครัวที่มีความหลากหลายทางเพศ เมื่อครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์เชื่อว่าสิ่งนี้จะช่วยเป็นประโยชน์ต่อความเป็นอยู่และพัฒนาการของเด็กและ/หรือครอบครัว
- 7.9 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษา จิตบำบัด หรือทั้งสองอย่างแก่เด็กที่มีความหลากหลายทางเพศและครอบครัว/ผู้ดูแลโดยทำงานร่วมกับสภาพแวดล้อมอื่นๆ และบุคคลที่มีความสำคัญต่อเด็กเพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่นและอารมณ์ของเด็กความเป็นอยู่ที่ดี
- 7.10 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษา จิตบำบัด หรือทั้งสองอย่างแก่เด็กที่มีความหลากหลายทางเพศและครอบครัว/ผู้ดูแลโดยให้การความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการทางเพศของอย่างเหมาะสมกับวัยทั้งสองฝ่าย
- 7.11 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการยืนยันเพศสภาพ ต่อภาวะเจริญพันธุ์และการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์แก่เด็กที่มีความหลากหลายทางเพศและครอบครัว/ผู้ดูแลของพวกเขา เมื่อเด็กเข้าเริ่มสู่วัยเจริญพันธุ์
- 7.12 - เราขอแนะนำให้ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ตอบสนองและให้การยอมรับเด็กให้ตรงกับความรู้สึกภายในของอัตลักษณ์ทางเพศ
- 7.13 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดู สนับสนุนให้เด็กได้ค้นหาลักษณะของตนเองอย่างต่อเนื่อง ตลอดช่วงระยะเวลาก่อนเข้าวัยเจริญพันธุ์ ไม่ว่าพวกเขาจะมีการเปลี่ยนผ่านทางสังคมหรือไม่ก็ตาม
- 7.14 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์หรือเกี่ยวข้องกับประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านทางสังคมกับครอบครัวที่กำลังพิจารณาอยู่
- 7.15 - เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์พิจารณาร่วมกันกับผู้เชี่ยวชาญและองค์กรอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศและลดความลำบากที่อาจเกิดขึ้น

ดังนั้น HCPs ควรได้รับการฝึกอบรมเชิงลึกและมีประสบการณ์ด้านพัฒนาการทางเพศในวัยเด็กและความหลากหลายทางเพศภายใต้การดูแลเพื่อสามารถให้การดูแลที่เหมาะสม

คำแนะนำ 7.2

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศได้รับการฝึกอบรมตามทฤษฎีและตามหลักฐานงานวิจัยเชิงประจักษ์และพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการสุขภาพจิตเด็กและครอบครัวทั่วไปในทุกช่วงพัฒนาการ

บุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการฝึกอบรมและดูแลให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็กและครอบครัว ในด้านการพัฒนาการตั้งแต่วัยเตาะแตะจนถึงวัยรุ่น รวมถึงการประเมินตามแนวทางของหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางการรักษาความหลากหลายทางเพศ ไม่ใช่ความผิดปกติทางจิตอย่างไรก็ตาม ดังที่เด็กกล่าวไว้ข้างต้น เราทราบดีว่า สุขภาพจิตอาจได้รับผลกระทบในทางลบสำหรับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศ (เช่น ผ่านความเครียดที่เกิดในชนกลุ่มน้อย

ทางเพศ) (Hendricks & Testa, 2012) ดังนั้นการการสำรวจและให้การดูแลจึงมีประโยชน์ จึงแนะนำอย่างมากให้พบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต การทำงานกับเด็กต้องอาศัยความพยายามหลายอย่าง ทั้งการทำความเข้าใจความต้องการด้านพัฒนาการของเด็กในวัยต่างๆ ความสามารถในการเข้าใจสิ่งที่จะกระทบต่อสุขภาพของเด็กทั้งภายในและภายนอกครอบครัว (Kaufman & Tishelman, 2018) และความสามารถในการประเมินเมื่อเด็กไม่มีความสุขหรือประสบกับปัญหาทางจิตใจอย่างมากซึ่งอาจเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับเพศ การวิจัยได้ระบุว่าในกลุ่มเด็กเพศหลากหลายมักมีประสบการณ์ที่ไม่ดีและการเจ็บปวดได้มากอันเป็นผลจากการถูกปฏิเสธและถูกปฏิบัติไม่ดี (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018) ผู้เชี่ยวชาญควรต้องการ ตระหนักถึงโอกาสที่เด็กจะประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันอันตรายและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

คำแนะนำ 7.3

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาความเชี่ยวชาญใน ความผิดปกติของออทิสติกสเปกตรัมและความหลากหลายทาง ระบบประสาทอื่น ๆ หรือร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญ ที่เกี่ยวข้อง เมื่อทำงานร่วมกับเด็กออทิสติก/มีความหลากหลายทาง ประสาทที่มีความหลากหลายทางเพศ

ความหลากหลายทางเพศในเด็กออทิสติกในเด็กรวมทั้งในเด็กที่มีความ หลากหลายของระบบประสาท (neurodivergence) อาจมีความ ซับซ้อนมากกว่าทั่วไป (de Vries et al., 2010; Strang, Meagher et al., 2018) ตัวอย่างเช่น เด็กออทิสติกอาจพบว่าเป็นการยากที่จะบอก ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับเพศวิถีของพวกเขาและอาจสื่อสารได้ใน แบบที่เฉพาะตัว (Kuvallanka et al., 2018; Strang, Powers et al., 2018) พวกเขาอาจมีการตีความประสบการณ์เกี่ยวกับเพศสภาพที่ แตกต่างหลากหลายทำให้มีการสื่อสารและรูปแบบการคิดที่แตกต่าง ออกไป ความต้องการของเด็กเพศหลากหลายที่มีความหลากหลายของ ระบบประสาท (neurodivergence) มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว พวกเขาอาจมีความเสี่ยงสูงที่จะถูกเข้าใจผิด (เช่น การสื่อสารของพวกเขาทำให้ตีความผิด) ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญที่ให้การสนับสนุนเด็กเหล่านี้จะ สามารถให้บริการพวกเขาได้ดีที่สุดเมื่อการได้รับการฝึกอบรมและ พัฒนาความชำนาญในเรื่องอาการแสดงของออทิสติกและกลุ่มที่มี ปัญหาพัฒนาการระบบประสาทที่เกี่ยวข้อง และ/หรือร่วมมือกับ ผู้เชี่ยวชาญด้านออทิสติก (Strang, Meagher et al., 2018) การ ฝึกอบรมดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องสำคัญเพราะงานวิจัยพบว่าเจอ อัตราส่วนของเพศหลากหลายในออทิสติกมากกว่าในประชากรปกติ (de Vries et al., 2010; Hisle-Gorman et al., 2019; Shumer et al., 2015)

คำแนะนำ 7.4

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับเด็กที่มีความ หลากหลายทางเพศมีการศึกษาต่อเนื่องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเด็ก และครอบครัวที่มีความหลากหลายทางเพศ

การพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับเด็กเพศหลากหลายและ ครอบครัวอาจได้มาด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ ผ่านการอ่าน (บทความวารสาร หนังสือ เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องจากองค์กรที่ให้ความรู้เรื่องเพศวิถี) การเข้า ร่วมการฝึกอบรมออนไลน์และแบบตัวต่อตัวและการเข้าร่วมกลุ่ม ควบคุณดูแลให้คำปรึกษา (Bartholomaeus et al., 2021)

การศึกษาต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การดำรงไว้ซึ่งความรู้ที่ทันสมัยที่มีอยู่ และเกี่ยวข้องจากงานวิจัยเกี่ยวกับพัฒนาการทางเพศและความ หลากหลายทางเพศในเด็กวัยก่อนเจริญพันธุ์และความหลากหลายทาง เพศตลอดทุกช่วงอายุ 2) รักษาความรู้ในปัจจุบันเกี่ยวกับแนวทาง ปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับแนวทางการประเมิน การช่วยเหลือ และการ รักษาเกี่ยวกับเด็กเพศหลากหลายและครอบครัวที่มีความหลากหลายทาง เพศ เรื่องนี้เป็นเรื่องค่อนข้างใหม่ในการฝึกปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญด้าน การดูแลจำเป็นต้องปรับตัวเมื่อมีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นจากงานวิจัยและ ช่องทางอื่น ๆ (Bartholomaeus et al., 2021)

คำแนะนำ 7.5

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ทำการประเมินเด็กที่มีความ หลากหลายทางเพศโดยเข้าถึงและนำข้อมูลจากหลายแหล่ง

การประเมินครอบครัวรอบด้าน เมื่อมีการร้องขอโดยครอบครัว และ/หรือผู้เชี่ยวชาญ อาจจะเป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาแนวทาง ในการดูแลตามความต้องการเพื่อประโยชน์สุขของเด็กและสมาชิกใน ครอบครัวคนอื่นๆ การประเมินดังกล่าวอาจเป็นประโยชน์ในหลาย สถานการณ์ เมื่อเด็กและ/หรือครอบครัว/ผู้ปกครองของพวกเขา ประสานงานกับผู้ให้บริการ รู้สึกว่าการให้การดูแลรักษาบางประเภท อาจเป็นประโยชน์ ไม่ควรมีการใช้การประเมินหรือการดูแลรักษาใด เป็นไปเพื่อกีดกันการแสดงออกหรืออัตลักษณ์ทางเพศที่หลากหลาย ของเด็กทั้งอย่างซ่อนเร้นหรือเปิดเผย สำหรับผู้ให้บริการที่ผ่านการ ฝึกอบรมอย่างเหมาะสม การประเมินอาจเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพใน การทำความเข้าใจวิธีการช่วยเหลือเด็กและครอบครัวของพวกเขาให้ดีขึ้น โดยปราศจากการกีดกันอัตลักษณ์หรือการแสดงออกทางเพศใด ๆ การประเมินมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับเด็กและครอบครัวบางราย โดยเป็นการร่วมมือกันส่งเสริมสุขภาพทางเพศวิถี สุขภาวะ และการ เติบโตตนเองของเด็ก

การประเมินที่ครอบคลุมสามารถเป็นตัวช่วยในการจัดทำแผน รายบุคคลเพื่อช่วยเหลือเด็กวัยก่อนเจริญพันธุ์ที่มีความหลากหลายทาง เพศและสมาชิกในครอบครัว (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Malpas et al., 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019; Telfer et al., 2018; Tishelman & Kaufman, 2018) ในการประเมิน ดังกล่าว การบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่งมีความสำคัญต่อ 1) เข้าใจความต้องการทางเพศวิถีของเด็กและให้คำแนะนำได้ดีที่สุด; และ 2) ระบุจุดแข็งด้านต่างๆ ของเด็ก ครอบครัว/ผู้ดูแล และของชุมชน และ ช่วยเหลือด้านสถานะและพัฒนาการทางเพศวิถีของเด็ก ตลอดจน ความเสี่ยงและความกังวลต่อตัวเด็ก ครอบครัว/ผู้ดูแล และสิ่งแวดล้อม ผู้ให้ข้อมูลหลายคนสำหรับวัตถุประสงค์ในการประเมินและการ ช่วยเหลือ/การวางแผนดูแลรักษาอาจรวมถึงเด็ก ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวขยาย พี่น้อง บุคลากรในโรงเรียน ผู้เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพ ชุมชน บริบททางวัฒนธรรมและกฎหมายที่กว้างขึ้น และแหล่ง อื่น ๆ ตามข้อบ่งชี้ (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019)

ผู้เชี่ยวชาญที่ดำเนินการประเมินเด็กเพศหลากหลายจำเป็นต้อง สำรวจประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพ แต่ยังคงมีมุมมองกว้าง ๆ เกี่ยวกับเด็กและสิ่งแวดล้อม ที่สอดคล้องกับแบบจำลองทางนิเวศวิทยา ที่อธิบายไว้ข้างต้น เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ และปัจจัย เสี่ยง ปัจจัยสนับสนุนในด้านเพศวิถีของเด็ก (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018) ซึ่ง รวมถึงการทำความเข้าใจจุดแข็งและความท้าทายที่เด็ก/ครอบครัว ประสบและที่พบในสิ่งแวดล้อม เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินเด็ก เพศหลากหลาย นำหลายการประเมินมาประกอบกัน โดยขึ้นอยู่กับ ความต้องการและสถานการณ์ของเด็กและครอบครัว แม้ว่าบางหัวข้อที่ ระบุไว้ด้านล่างนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศวิถีโดยตรง(ดูข้อ 7-12 ด้านล่าง) แต่จำเป็นต้องนำมาพิจารณาในการประเมินเพศสภาพตาม

การวินิจฉัยทางคลินิก เพื่อบรรณาการทำความเข้าใจปัจจัยที่ซับซ้อนที่อาจส่งผลต่อสุขภาพของเด็ก รวมถึงเรื่องสุขภาพทางเพศ อันจะสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดในการประเมิน (APA, 2015; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Malpas et al., 2018) และพัฒนาการดูแลรักษาในหลายด้านตามความต้องการ

สรุปจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและความเชี่ยวชาญทางคลินิก ขอบเขตการประเมินมักประกอบด้วย 1) อັตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกทางเพศของเด็กในปัจจุบันและในอดีต; 2) หลักฐานของความทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria) ความไม่สอดคล้องทางเพศ (gender incongruence) หรือทั้งสองอย่าง; 3) จุดแข็งและความท้าทายเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติของเด็ก ครอบครัว เพื่อน และคนอื่น ๆ เกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ การยอมรับและการสนับสนุนเด็ก 4) ประสบการณ์ของเด็กและครอบครัวจากความเครียดของชนกลุ่มน้อยทางเพศ การถูกปฏิเสธ การเป็นศัตรู หรือทั้งสองอย่าง เนื่องจากความหลากหลายทางเพศของเด็ก 5) ระดับการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายทางเพศในบริบททางสังคม (เช่น โรงเรียน ชุมชนคริสต์ ครออบครัวขยาย); 6) การประเมินเรื่องความขัดแย้งที่เกิดจากเพศสภาพของเด็ก และ/หรือสิ่งที่พ่อแม่/ผู้ดูแล/พี่น้องกังวลในเรื่องพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายทางเพศของเด็ก; 7) สุขภาพจิตของเด็ก การสื่อสารและ/หรือจุดแข็งและความท้าทายด้านการรับรู้ ความแตกต่างของระบบประสาท และ/หรือความท้าทายด้านพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในการทำหน้าที่ต่างๆ อย่างมาก; 8) ประวัติทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องและพัฒนาการ; 9) ด้านที่อาจมีความเสี่ยง (เช่น การสัมผัสกับความรุนแรงในครอบครัวและ/หรือในชุมชน การทารุณกรรมเด็กในรูปแบบใด ๆ ประวัติการบาดเจ็บ ความปลอดภัยและ/หรือการตกเป็นเหยื่อของเพื่อนหรือสถานการ์ต่างๆ; การฆ่าตัวตาย); 10) ความเครียดในครอบครัวที่เกิดขึ้นพร้อมกัน เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือระยะสุดท้าย การไร้ที่อยู่อาศัย หรือความยากจน; 11) สุขภาพจิต และ/หรือ พฤติกรรมความท้าทายผู้ปกครอง/ผู้ดูแล และ/หรือ พี่น้อง ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากในการทำงานอย่างมากและ 12) จุดแข็งและความท้าทายของเด็กและครอบครัว

การประเมินอย่างละเอียดโดยใช้การรวบรวมข้อมูลหลายรูปแบบจะเป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจความต้องการ จุดแข็ง ปัจจัยป้องกัน และความเสี่ยงเฉพาะรายสำหรับเด็กและครอบครัวในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ (เช่น บ้าน/โรงเรียน) วิธีการรวบรวมข้อมูลมักประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์เด็ก สมาชิกในครอบครัว และอื่น ๆ (เช่น ครู) ทั้งแบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง 2) ผู้ดูแลและเด็กได้ผ่านการประเมินที่มีมาตรฐานในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพ สุขภาวะ ทักษะการรับรู้และการสื่อสารของเด็กและความผิดปกติ/ความพิการทางพัฒนาการ การสนับสนุนและการยอมรับจากพ่อแม่/ผู้ดูแล พี่น้อง ครอบครัวขยายและเพื่อนฝูง ความเครียดของผู้ปกครอง ประวัติความยากลำบากในวัยเด็ก และ/หรือปัญหาอื่น ๆ ตามความเหมาะสม (APA, 2020; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Kaufman & Tishelman, 2018; Srinath, 2019)

ขึ้นอยู่กับลักษณะครอบครัว ประวัติพัฒนาการของเด็ก หรือทั้งสองอย่าง วิธีการรวบรวมข้อมูลอาจได้รับประโยชน์จากการรวมสิ่งต่อไปนี้

1) การสังเกตเด็กและ/หรือครอบครัว ทั้งแบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง; และ 2) เทคนิคการประเมินที่มีโครงสร้างและรองรับภาพ (ใบงาน ภาพเหมือนตนเอง ภาพวาดครอบครัว ฯลฯ) (Berg & Edwards-Leeper, 2018)

คำแนะนำ 7.6

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ทำการประเมินเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น พัฒนาการ ความรู้คิด และทักษะทางภาษา

เนื่องจากความซับซ้อนของการประเมินเด็กเล็กซึ่งอยู่ในกระบวนการของการพัฒนาหลายด้าน (ทางปัญญา สังคม อารมณ์ และ สรีรวิทยา) ซึ่งแตกต่างจากผู้ใหญ่ สิ่งสำคัญคือต้องพิจารณาตามความสามารถเฉพาะตัวของเด็กทั้งเรื่องระดับพัฒนาการของเด็ก แบบการประเมินและการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งรวมถึงการปรับแต่งการประเมินให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการและความสามารถของเด็ก (เด็กก่อนวัยเรียน วัยเรียน เด็กเข้าวัยเจริญพันธุ์เร็ว) รวมถึงการใช้ภาษาและแนวทางการประเมินที่ให้ความสำคัญกับความสะดวกสบาย ทักษะทางภาษา และวิธีการการแสดงออกของเด็ก (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019) ตัวอย่างเช่น ควรพิจารณาปัจจัยด้านพัฒนาการที่เกี่ยวข้อง เช่น ความแตกต่างทางประสาทการรับรู้ (เช่น ภาวะออทิสติกสเปกตรัม) และทักษะการรับและการแสดงออกทางภาษาในการดำเนินการประเมิน บุคลากรทางการแพทย์อาจต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอคำแนะนำในกรณีที่ตนเองไม่มีทักษะเฉพาะทาง (Strang et al., 2021)

คำแนะนำ 7.7

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ทำการประเมินเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศ โดยพิจารณาปัจจัยที่อาจเป็นข้อจำกัดในการแสดงอັตลักษณ์ทางเพศ/การแสดงออกทางเพศที่แท้จริงโดยเด็ก และ/หรือ ครอบครัว/ผู้ดูแล

บุคลากรทางการแพทย์ที่ดำเนินการประเมินกับเด็กเพศหลากหลายและครอบครัวจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านพัฒนาการ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นข้อจำกัดในการให้ข้อมูลของเด็ก ผู้ดูแล พี่น้อง หรือผู้อื่น หรือสิ่งที่มีอิทธิพลต่อระบบความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพ (Riggs & Bartholomaeus, 2018) เช่นเดียวกับการประเมินทางจิตวิทยาของเด็กทั้งหมด ปฏิบัติจากสิ่งแวดล้อมและครอบครัว/ผู้ดูแล (เช่น การลงโทษ) และ/หรือการรับรู้และปัจจัยทางสังคมอาจส่งผลต่อความสนใจและ/หรือความสามารถของเด็กในการอภิปรายในเรื่องอັตลักษณ์ทางเพศและประเด็นที่เกี่ยวข้อง (Srinath, 2019) ในทำนองเดียวกัน สมาชิกในครอบครัวอาจรู้สึกถูกจำกัดในการแสดงความรู้สึกและความคิดของตนอย่างอิสระ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความขัดแย้งในครอบครัวหรือพลวัตและ/หรืออิทธิพลอื่นๆ (เช่น วัฒนธรรม/ศาสนา แรงกดดันจากครอบครัวขยาย) (Riggs & Bartholomaeus, 2018)

คำแนะนำ 7.8

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์พิจารณาการปรึกษาหารือ จิตบำบัด หรือทั้งสองอย่างสำหรับเด็กและครอบครัวที่มีความหลากหลายทางเพศ เมื่อครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์เชื่อว่าสิ่งนี้จะประโยชน์ต่อความเป็นอยู่และพัฒนาการของเด็กและ/หรือ ครอบครัว

เป้าหมายของการทำจิตบำบัดต้องไม่ใช่การเปลี่ยนอัตลักษณ์ทางเพศของเด็ก (APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; UN Human Rights Council, 2020) ทั้งกระทำอย่างเปิดเผยและซ่อนเร้น ไม่ใช่ทุกเด็กเพศหลากหลายและครอบครัวที่ต้องการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเพราะเพศหลากหลายไม่ใช่ความผิดปกติทางสุขภาพจิต (Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018) อย่างไรก็ตาม การเข้ารับการทำจิตบำบัดมักจะเหมาะสมและเป็นประโยชน์เมื่อมีการแสดงความทุกข์หรือความกังวลผู้ปกครองเพื่อปรับปรุงสุขภาพจิตและป้องกันความเครียดต่อไป (APA, 2015) สาเหตุส่วนใหญ่ที่จะพิจารณาทำจิตบำบัดสำหรับเด็กเพศหลากหลายและครอบครัว ได้แก่ 1) เด็กแสดงความขัดแย้ง สับสน เครียด หรือทุกข์ใจเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศของตน หรือต้องการพื้นที่ในการสำรวจเพศของตน (Ehrensaft, 2018; Spivey and Edwards-Leeper, 2019); 2) เด็กกำลังประสบกับแรงกดดันจากภายนอกในการแสดงเพศสภาพในแบบที่ขัดแย้งกับความรู้ ความปรารถนา และความเชื่อของตนเอง (APA, 2015); ; 3) เด็กกำลังติดขัดกับปัญหาด้านสุขภาพจิตซึ่งอาจเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องเพศวิถี (Barrow & Apostle, 2018); 4) เด็กจะได้รับประโยชน์จากการเสริมสร้างความยืดหยุ่นในการเผชิญกับการตอบสนองด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมต่ออัตลักษณ์หรือการแสดงออกทางเพศ (Craig & Auston, 2018; Malpas et al., 2018); 5) เด็กอาจมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและ/หรือปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงปัญหาระบบครอบครัวที่สามารถตีความหมายผิดได้ว่าเป็นความสอคล้องหรือไม่สอคล้องทางเพศ (Berg & Edwards-Leeper, 2018); และ 6) เด็กแสดงความต้องการที่จะพบกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอรับการช่วยเหลือเกี่ยวกับเรื่องเพศสภาพ ในสถานการณ์เหล่านี้ จิตบำบัดจะมุ่งเน้นไปที่การสนับสนุนเด็ก ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กและสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ จะนำมาเกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; McLaughlin & Sharp, 2018) เว้นแต่จะมีข้อห้ามไว้ จะเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครองในการมีส่วนร่วมในกระบวนการทางจิตบำบัดที่เกี่ยวข้องกับเด็กวัยก่อนเจริญพันธุ์ เนื่องจากปัจจัยทางครอบครัวมักจะเป็นหัวใจสำคัญของความสุขของเด็ก แม้ว่าจะงานวิจัยเกี่ยวกับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศจะยังไม่มีมากนัก แต่การดูแลความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องกับเด็กที่เพศหลากหลายอาจเป็นเรื่องสำคัญ (Pariseau et al., 2019; Parker & Davis-McCabe, 2021)

ผู้เชี่ยวชาญควรให้การดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะตัวของเด็กแต่ละคน ซึ่งออกแบบมาเพื่อ 1) ส่งเสริมทักษะการป้องกันทางสังคมและการจัดการอารมณ์เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวเมื่อเผชิญกับปฏิกิริยาเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นต่ออัตลักษณ์ทางเพศ การแสดงออกทางเพศ หรือทั้งสองอย่างของเด็ก (Craig & Austin, 2016; Malpas et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021); 2) ร่วมกันแก้ปัญหาความ

ท้าทายจากสังคมเพื่อลดความเครียดของชนกลุ่มน้อยทางเพศ (Barrow & Apostle, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018); 3) เสริมสร้างการสนับสนุนของสิ่งแวดล้อมสำหรับเด็กและ/หรือสมาชิกในครอบครัวเดี่ยวและขยาย (Kaufman & Tishelman, 2018); และ 4) เปิดโอกาสให้เด็กได้เข้าใจความรู้สึกภายในของเพศสภาพพวกเขามากขึ้น (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018) เป็นประโยชน์สำหรับผู้เชี่ยวชาญ ในการพัฒนาสัมพันธภาพกับเด็กเพศหลากหลายและครอบครัวซึ่งให้คงอยู่ได้นานตามต้องการ สิ่งนี้ทำให้เด็ก/ครอบครัวสร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจกันในระยะยาวตลอดวัยเด็ก โดยผู้เชี่ยวชาญสามารถให้การสนับสนุนและคำแนะนำเมื่อเด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ และเมื่อมีความท้าทายหรือความต้องการใหม่ๆที่เกิดขึ้นกับเด็ก/ครอบครัว (Spencer, Berg et al., 2021; Murchison et al., 2016) นอกเหนือจากข้างต้นและภายในทรัพยากรที่มีจำกัด เมื่อเด็กมีความหลากหลายทางระบบประสาท (neurodivergent) ผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะในการแก้ปัญหาทั้งความหลากหลายทางพัฒนาการทางระบบประสาทและเพศมีความเหมาะสมในการดูแลที่สุด (Strang et al., 2021)

ตามที่ระบุไว้ในวรรณกรรม มีเหตุผลมากมายที่พ่อแม่/ผู้ดูแล พี่น้อง และสมาชิกในครอบครัววัยของเด็กวัยก่อนเจริญพันธุ์อาจพบว่าการที่พวกเขาได้ทำจิตบำบัดนั้นเป็นประโยชน์ (Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018) ดังที่สรุปได้ด้านล่าง สิ่งที่ดีประเด็นให้พวกเขาการแสวงหาการดูแลรักษาดังกล่าวเกิดเมื่อสมาชิกในครอบครัวหนึ่งคนหรือมากกว่า 1) ต้องการการศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการทางเพศ (Spivey & Edwards-Leeper, 2019) ; 2) กำลังประสบกับความสับสนหรือความเครียดอย่างมากเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศ การแสดงออก หรือทั้งสองอย่างของเด็ก (Ashley, 2019c; Ehrensaft, 2018); 3) ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับอารมณ์ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายทางเพศของเด็ก (Barrow & Apostle, 2018); 4) ต้องการความช่วยเหลือเรื่องการปรับสิ่งแวดล้อมนอกบ้านให้สนับสนุนเด็ก (เช่น โรงเรียน กีฬา เข้าค่าย) (Kaufman & Tishelman, 2018); 5) ต้องการความช่วยเหลือในการการตัดสินใจทำการเปลี่ยนผ่านทางสังคม (social transition) โดยรวมถึงวิธีการที่เหมาะสมที่สุดกับพัฒนาการทางเพศและสุขภาพของเด็ก (Lev & Wolf-Gould, 2018); 6) ต้องการคำแนะนำการจัดการเมื่อถูกประณามจากผู้อื่น รวมถึงในแง่นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและช่วยเหลือเด็กเพศหลากหลายของพวกเขา (ปฏิกิริยาด้านลบต่อผู้ปกครอง/ผู้ดูแล อาจมาในรูปแบบการไม่ยอมรับ/หรือการคุกคาม/การละเมิดจากสภาพแวดล้อมต่อการตัดสินใจให้เด็กเป็นไปตามเพศวิถีที่ต้องการ (Hidalgo & Chen, 2019); 7) พยายามจัดการอารมณ์และความต้องการของตนเองเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศของเด็ก รวมถึงความเสียใจเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศของเด็กและ/หรือความกลัวหรือความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้นกับความเป็นอยู่ของเด็กในปัจจุบันและอนาคต (Pullen Sansfaçon et al., 2019); และ 8) มีความทุกข์ใจและ/หรือมีความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศของเด็ก (หากจำเป็น

ผู้เชี่ยวชาญ สามารถจัดให้มีการประชุมแยกต่างหากสำหรับพ่อแม่/ผู้ดูแล พี่น้อง และสมาชิกในครอบครัวชายเพื่อรับการสนับสนุน คำแนะนำ และ/หรือสุขภาพจิตศึกษา) (McLaughlin & Sharp, 2018; Pullen Sansfaçon et al., 2019; Spivey & Edwards-Leeper, 2019)

คำแนะนำ 7.9

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษา จิตบำบัด หรือทั้งสองอย่างแก่เด็กที่มีความหลากหลายทางเพศและครอบครัว/ผู้ดูแล โดยทำงานร่วมกับสภาพแวดล้อมอื่น ๆ และบุคคลที่มีความสำคัญต่อเด็กเพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่นและอารมณ์ของเด็กความเป็นอยู่ที่ดี

สอดคล้องกับแบบจำลองทางนิเวศวิทยาที่อธิบายไว้ข้างต้น และตามความเหมาะสม โดยพิจารณาจากสถานการณ์ส่วนบุคคล/ครอบครัว ผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถจัดลำดับความสำคัญของการประสานงานกับผู้อื่นที่สำคัญ (เช่น ครู ผู้ฝึกสอน ผู้นำทางศาสนา) ในชีวิตของเด็ก เพื่อส่งเสริมอารมณ์และ ความปลอดภัยทางร่างกายในทุกสถานที่ (เช่น โรงเรียน กีฬาและกิจกรรมสันทนาการอื่น ๆ การมีส่วนร่วมตามความเชื่อ) (Kaufman & Tishelman, 2018) กลุ่มบำบัดและ/หรือกลุ่มสนับสนุนมักได้รับการแนะนำให้ป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับครอบครัว/ผู้ดูแลและ/หรือตัวเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศ (Coolhart, 2018; Horton et al., 2021; Malpas et al., 2018; Murchison et al., 2016)

คำแนะนำ 7.10

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษา จิตบำบัด หรือทั้งสองอย่างแก่เด็กที่มีความหลากหลายทางเพศและครอบครัว/ผู้ดูแล โดยให้การความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการทางเพศของอย่างเหมาะสมกับวัยทั้งสองฝ่าย

ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศควรมีโอกาสพัฒนาความรู้เกี่ยวกับแนวทางที่ครอบครัวหรือผู้เลี้ยงดูจะสามารถสนับสนุนให้บุตรหลานของพวกเขา มีความยืดหยุ่น ความตระหนักรู้ตัวเอง หรือสามารถใช้ชีวิตได้อย่างดีที่สุด (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Malpas, 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019) มันเป็นไปได้เลยที่บุคลากรทางการแพทย์จะสามารถทำนายได้ว่าอัตลักษณ์ทางเพศของเด็กนั้น สุดท้ายแล้วจะเป็นอย่างไร ในทางกลับกันหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์คือ การให้พื้นที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก เพื่อให้พัฒนาอัตลักษณ์ของตนเองและเปลี่ยนแปลงไปในช่วงที่เค้าเจริญเติบโต โดยที่ไม่มีความพยายามไปจัดลำดับว่าพัฒนาการทางเพศแบบใดเป็นสิ่งสำคัญกว่ากัน (APA, 2015; Spivey & Edwards-Leeper, 2019) เด็กที่มีความหลากหลายทางเพศและวัยรุ่นตอนต้นนั้นมีความต้องการหรือประสบการณ์ที่แตกต่างจากวัยรุ่นที่โตแล้ว ไม่ว่าจะป็นด้านสังคมหรือด้านจิตใจ และความแตกต่างนี้ บุคลากรทางการแพทย์ควรจะนำมาพิจารณาในการดูแลให้เฉพาะตัวแต่ละคน/ครอบครัว (Keo-Meir & Ehrensaft, 2018; Spencer, Berg et al., 2021)

ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูและบุตรหลานของเขาควรมีโอกาสพัฒนา

ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการทางเพศและความรู้เรื่องเพศภาวะด้วยสุขจิตศึกษาที่เหมาะสมกับวัย (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021) การรู้เท่าทันเรื่องเพศเกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจความแตกต่างระหว่างเพศที่กำหนดมาแต่กำเนิด อัตลักษณ์ทางเพศ และการแสดงออกทางเพศ รวมถึงวิธีที่ปัจจัยทั้งสามนี้มารวมกันเป็นเอกลักษณ์สำหรับเด็กแต่ละคน (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021) เมื่อเด็กได้รับการรู้เท่าทันเรื่องเพศพวกเขาจะเริ่มเข้าใจว่าส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่ใช่จำตัวกำหนดอัตลักษณ์ทางเพศและ/หรือการแสดงออกทางเพศ (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021) ความรู้เรื่องเพศยังเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้สิ่งที่พบเห็นและสื่อออกมาจากสังคมเกี่ยวกับเพศวิถี เมื่อเด็กได้รับการรู้เท่าทันเรื่องเพศพวกเขาอาจมองการพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกทางเพศในเชิงบวกมากขึ้น ส่งเสริมความยืดหยุ่นและความนับถือตนเอง และลดความเสี่ยงต่อความอับอายเมื่อเผชิญกับข้อความเชิงลบจากสิ่งแวดล้อม การได้รับความรู้เรื่องเพศผ่านสุขจิตศึกษาอาจมีความสำคัญสำหรับพี่น้องและ/หรือสมาชิกในครอบครัวที่มีความสำคัญต่อเด็ก (Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021)

คำแนะนำ 7.11

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการยืนยันเพศ ต่อภาวะเจริญพันธุ์และการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์แก่เด็กที่มีความหลากหลายทางเพศและครอบครัว/ผู้ดูแลของพวกเขาเมื่อเด็กเข้าเริ่มสู่วัยเจริญพันธุ์

เมื่อเด็กเติบโตขึ้นและย่างเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ผู้เชี่ยวชาญควรให้ความสำคัญในการทำงานกับเด็กและพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กโดยเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับการเข้าสู่วัยแรกรุ่น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่สนับสนุนให้เป็นไปตามเพศวิถี และหารือเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์และภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (Nahata, Quinn et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021) แม้ว่าจะมีงานวิจัยเชิงประจักษ์ไม่มากนักเกี่ยวกับการประเมินผลวิธีการดังกล่าว แต่ความเห็นอย่างพ้องต้องกันของผู้เชี่ยวชาญและวรรณกรรมทางจิตวิทยาพัฒนาการโดยทั่วไปสนับสนุนแนวคิดที่ว่า การสื่อสารอย่างเปิดเผยกับเด็กเกี่ยวกับร่างกายของพวกเขาและการเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของวัยเจริญพันธุ์ เมื่อรวมกับการยอมรับเรื่องเพศที่เด็กเป็น จะส่งเสริมความยืดหยุ่นและช่วยให้ ส่งเสริมเรื่องเพศวิถีในเชิงบวกเมื่อเด็กเติบโตเป็นวัยรุ่น (Spencer, Berg et al., 2019) การปรึกษาหารือเรื่องนี้อาจขยายขอบเขต (เช่น เริ่มเร็วขึ้น) ในเด็กที่มีความหลากหลายทางระบบประสาท (neurodivergent) เพื่อให้แน่ใจว่ามีเวลามากเพียงพอในการสะท้อนกลับ ทำความเข้าใจโดยเฉพาะในเรื่องทางเลือกการรักษาเพื่อปรับให้เป็นเพศวิถีที่เด็กต้องการ (Strang, Jarin et al., 2018) การหารือจะครอบคลุมประเด็นดังนี้

- รีวิวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และการทำงานที่แตกต่างกัน;
- ร่างกายของเด็กอาจเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาโดยมีหรือไม่มี

มีการดูแลรักษาทางการแพทย์;

- ผลกระทบของการดูแลรักษาทางการแพทย์ต่อประสิทธิภาพการทำงานเรื่องเพศ (Sexual function) และภาวะเจริญพันธุ์ในภายหลัง;
- ผลกระทบของการยั้งยั้งเข้าวัยเจริญพันธุ์ที่อาจมีผลต่อการรักษาที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง;
- รับทราบถึงผลการยั้งยั้งเข้าวัยเจริญพันธุ์ในปัจจุบันยังขาดข้อมูลทางคลินิก;
- ความสำคัญของเพศศึกษาที่เหมาะสมก่อนวัยเจริญพันธุ์

การสนทนาเหล่านี้ควรใช้ภาษาและรูปแบบการสอนที่เหมาะสมกับพัฒนาการ และมุ่งไปที่ความต้องการเฉพาะของเด็กแต่ละคน (Spencer, Berg et al., 2021)

คำแนะนำ 7.12

เราขอแนะนำให้ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ตอบสนองและให้การยอมรับเด็กให้ตรงกับความรู้สึกภายในของอัตลักษณ์ทางเพศ

การเปลี่ยนผ่านทางสังคมในเรื่องเพศหมายถึงกระบวนการที่เด็กได้รับการยอมรับจากผู้อื่นและมีโอกาสที่จะใช้ชีวิตในที่สาธารณะในทุกสถานการณ์หรือในบางสถานการณ์ตามอัตลักษณ์ทางเพศของพวกเขา ยืนยันและไม่มีรูปแบบหรือการกระทำที่เป็นรูปแบบจำเพาะ (Ehrensaft et al., 2018) ในอดีต การเปลี่ยนผ่านทางสังคมทางเพศมักถูกมองว่าเป็นแบบไบนารี—การเปลี่ยนจากเด็กผู้หญิงเป็นเด็กผู้ชาย จากเด็กผู้ชายเป็นเด็กผู้หญิง แนวคิดดังกล่าวได้ขยายไปถึงเด็กที่ไม่ได้มีอัตลักษณ์ทางเพศระบุเป็นชายหญิง (non-binary) หรือมีอัตลักษณ์ทางเพศที่ระบุเฉพาะตน (Chew et al., 2020; Clark et al., 2018) งานวิจัยใหม่ๆ ระบุว่ากระบวนการเปลี่ยนผ่านทางสังคมอาจมีส่วนช่วยป้องกันเรื่องบางอย่างสำหรับเด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์และช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี (Durwood et al., 2017; Gibson et al., 2021; Olson et al., 2016) ดังนั้น การรับรู้ว่าเพศของเด็กอาจเปลี่ยนแปลงได้และพัฒนาไปตามกาลเวลา (Durwood et al., 2017; Gibson et al., 2021; Olson et al., 2016). Thus, recognition that a child's gender may be fluid and develop over time (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013) ดังนั้น การที่เพศของเด็กอาจเปลี่ยนแปลงได้และพัฒนาไปตามกาลเวลาจึงไม่มีเหตุผลเพียงพอในการลบล้างหรือยับยั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมสำหรับเด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์เพราะเป็นสิ่งที่มีความหมาย วิวัฒนาการของอัตลักษณ์ทางเพศอาจดำเนินต่อไปแม้ว่ากระบวนการเปลี่ยนผ่านทางสังคมบางส่วนหรือทั้งหมดจะเกิดขึ้นแล้วก็ตาม (Ashley, 2019e; Edwards-Leeper et al., 2018; Ehrensaft, 2020; Ehrensaft et al., 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019) แม้ว่าข้อมูลปัจจุบันจะมีจำกัดงานวิจัยที่มีอยู่พบว่าเด็กที่แน่วแน่ในเพศหลากหลายของตนมักจะคงความเป็นเพศหลากหลายเมื่อเวลาผ่านไป รวมไปถึงเด็กที่มีการเปลี่ยนผ่านทางสังคมก่อนเข้าวัยเจริญพันธุ์ (Olson et al., 2022; Rae et al., 2019; Steensma, McGuire et al., 2013) ดังนั้น เมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยน

ผ่านทางสังคม เราขอแนะนำให้ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจเป็นพิเศษกับเด็กที่แสดงออกอย่างชัดเจนถึงอัตลักษณ์ทางเพศที่ไม่ตรงกับเพศที่กำหนดโดยแสดงออกอย่างต่อเนื่องหรือแสดงออกบ่อย ๆ ซึ่งรวมถึงเด็กเหล่านั้นที่ปรารถนาอย่างชัดเจนซึ่งรวมถึงเด็กที่อาจร้องขออย่างชัดเจนหรือต้องการการยอมรับทางสังคมเกี่ยวกับเพศที่ตรงกับอัตลักษณ์ทางเพศที่ชัดเจนของเด็ก และ/หรือเด็กที่แสดงความทุกข์ใจเมื่อเพศของพวกเขาไม่สอดคล้องกับเพศที่กำหนดตั้งแต่แรกเกิด (Rae et al., 2019; Steensma, Kreukels et al., 2013)

แม้ว่าจะขาดแคลนวรรณกรรมเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนผ่านทางสังคม แต่วรรณกรรมและความเชี่ยวชาญทางคลินิกได้ให้คำแนะนำต่อไปนี้ซึ่งถือประโยชน์ของเด็กสำคัญสูงสุด (Ashley, 2019e; Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018; Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018) : 1) การเปลี่ยนผ่านทางสังคมควรเริ่มต้นจากตัวเด็กและสะท้อนถึงความปรารถนาของเด็กในกระบวนการตัดสินใจที่จะเริ่มกระบวนการเปลี่ยนผ่านทางสังคม 2) ผู้เชี่ยวชาญอาจช่วยสำรวจข้อดี/ประโยชน์ บวกกับความท้าทายที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านทางสังคม 3) การเปลี่ยนผ่านทางสังคมอาจเกิดขึ้นได้ดีที่สุดในบริบท/สภาพแวดล้อมทั้งหมดหรือบางสภาพแวดล้อมเท่านั้น (เช่น โรงเรียนบ้าน) และ 4) เด็กอาจหรือไม่เลือกที่จะเปิดเผยต่อผู้อื่นว่าพวกเขาได้เปลี่ยนผ่านทางสังคม หรืออาจเลือกเปิดเผยให้กับบางคน ด้วยช่วยเหลือจากผู้ปกครอง/ผู้ดูแล

โดยสรุป เมื่อเกิดการเปลี่ยนผ่านทางสังคมขึ้น หากทำอย่างรอบคอบและเหมาะสมกับเด็กแต่ละคนมักมุ่งทำให้เด็กมีภาวะความเป็นอยู่ที่ดี การเปลี่ยนผ่านทางสังคม (รวมถึงเพศวิถี) ของเด็กอาจวิวัฒนาการไปตามกาลเวลาและไม่จำเป็นต้องคงเดิม แต่จะเป็นตัวสะท้อนที่ดีที่สุดถึงการเข้าใจตนเองของเด็กในเรื่องอัตลักษณ์ทางเพศและความต้องการที่จะแสดงออกตัวตน (Ehrensaft et al., 2018)

กระบวนการเปลี่ยนผ่านทางสังคมหมายรวมถึงการกระทำต่างๆ ตั้งแต่หนึ่งอย่างขึ้นไปที่สุดคล้องกับเพศที่เด็กยอมรับ (Ehrensaft et al., 2018) ดังนี้

- เปลี่ยนชื่อ;
- เปลี่ยนสรรพนาม;
- การเปลี่ยนแปลงของเครื่องหมายที่แสดงเพศ/เพศสภาพ (เช่น สูติบัตร; บัตรประจำตัวประชาชน; หนังสือเดินทาง; เอกสารของโรงเรียนและการแพทย์ ฯลฯ);
- การเข้าร่วมโปรแกรมใด ๆ ที่ต้องทำแบบแยกเพศ (เช่น ทีมกีฬา สโมสรนันทนาการ และค่าย; โรงเรียน; ฯลฯ)
- การใช้ห้องน้ำและห้องล็อกเกอร์
- การแสดงออกส่วนบุคคล (เช่น ทรงผม การเลือกเสื้อผ้า ฯลฯ)
- การสื่อสารเรื่องเพศของตนกับผู้อื่น (เช่น สื่อสังคม ประกาศในชั้นเรียนหรือโรงเรียน จดหมายถึงครอบครัวขยาย หรือการติดต่อทางโซเชียล ฯลฯ)

คำแนะนำ 7.13

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูสนับสนุนให้เด็กได้ค้นหาถึงเพศของตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงระยะเวลาก่อนเข้าวัยรุ่น เพื่อยืนยันว่าพวกเขาจะมีการเปลี่ยนผ่านทางสังคมหรือไม่ก็ตาม

เป็นสิ่งสำคัญที่เด็กที่มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนผ่านทางสังคมจะได้รับโอกาสเช่นเดียวกับเด็กคนอื่น ๆ ในการพิจารณาความหมายและการแสดงออกของเพศตลอดช่วงวัยเด็กของพวกเขา (Ashley 2019e; Spencer, Berg et al., 2021) งานวิจัยบางชิ้นพบว่าเด็กอาจมีความสับสนในเส้นทางเพศหรือแม้กระทั่งการเปลี่ยนกลับหลังเปลี่ยนผ่านทางสังคมแล้ว งานวิจัยยังสรุปไม่ได้ว่าช่วงอายุไหนที่จะมีการเปลี่ยนกลับหลังเปลี่ยนผ่านทางสังคมมากที่สุด หรือมีสัดส่วนของเยาวชนที่มีภาวะสับสนในเส้นทางเพศ และ/หรือเปลี่ยนกลับ จากวิวัฒนาการเรื่องเพศวิถีหรือสาเหตุอื่นๆ (เช่น ความกังวลเรื่องความปลอดภัย; ความเครียดที่เกิดขึ้นกับชนกลุ่มน้อยทางเพศ) (Olson et al., 2022; Steensma, Kreukels et al., 2013) รายงานการวิจัยเมื่อเร็ว ๆ นี้ในสหรัฐอเมริการะบุว่า การเปลี่ยนกลับเกิดขึ้นกับเยาวชนเพียงไม่กี่เปอร์เซ็นต์หลังจากเปลี่ยนผ่านทางสังคมแบบไบนารีไปแล้ว 5 ปี (Olson et al., 2022); การติดตามเยาวชนกลุ่มนี้ต่อไปน่าจะเป็นประโยชน์ การทำวิจัยซ้ำมีความสำคัญเพราะงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดและผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีแต่ชาวสหรัฐอเมริกาซึ่งนั่นหมายถึงอาจไม่สามารถปรับใช้กับเด็กเพศหลากหลายได้ทุกคน (Telfer et al., 2018) เด็กที่มีเพศตรงกับเพศกำเนิดจะไม่ได้ทำการสำรวจนี้ ดังนั้นการพยายามบังคับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศให้ทำสิ่งนี้โดยไม่ได้มีข้อบ่งชี้หรือได้รับความยินยอม อาจถูกมองว่าเป็นการก่อกวน ล่วงเกิน และ/หรือมีอคติ (Ansara & Hegarty, 2012; Bartholomaeus et al., 2021; Oliphant et al., 2018)

คำแนะนำ 7.14

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์หรือเกี่ยวข้องกับประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านทางสังคมกับครอบครัวที่กำลังพิจารณาอยู่

การเปลี่ยนผ่านทางสังคมก่อนวัยรุ่นมีทางเลือกหลากหลายและเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา กระบวนการนี้แตกต่างกันแต่ละรายบุคคลขึ้นกับความต้องการของเด็กและข้อพิจารณาด้านจิตสังคมอื่น ๆ (Ehrensaft, 2018) และเป็นการตัดสินใจที่ควรมีการให้คำปรึกษาและหารือถึงผลประโยชน์และความท้าทายที่เป็นไปได้

การเปลี่ยนผ่านทางสังคมอาจมีประโยชน์ตามที่ระบุไว้ในวรรณกรรมทางคลินิก (เช่น Ehrensaft et al., 2018) และได้จากงานวิจัยที่สนับสนุน (Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019) สิ่งเหล่านี้รวมถึงการอำนวยความสะดวกให้เกิดความสอดคล้องระหว่างเพศในขณะที่ลดความไม่พึงพอใจเพศสภาพอย่างมาก (gender dysphoria) และเพิ่มการปรับตัวทางจิตสังคมและความเป็นอยู่ที่ดี (Ehrensaft et al., 2018) งานวิจัยพบว่าเด็กเพศหลากหลายที่เปลี่ยนผ่านทางสังคมมีสุขภาพจิตที่เหมือนพี่น้องหรือเพื่อนที่มีเพศตรงเพศกำเนิดที่อายุเท่ากัน (Durwood et al., 2017) งานวิจัยนี้แตกต่างกับ

งานวิจัยในเด็กและวัยรุ่นเพศหลากหลายก่อนหน้าอย่างชัดเจน (Barrow & Apostle, 2018) จึงเป็นข้อคิดว่า การเปลี่ยนผ่านทางสังคมส่งผลในทางบวก นอกจากนี้ การเปลี่ยนผ่านทางสังคมสำหรับเด็กมักเกิดขึ้นได้ด้วยการสนับสนุนและการยอมรับจากพ่อแม่/ผู้ดูแลเท่านั้น ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเอื้อต่อความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศ (Durwood et al., 2021; Malpas et al., 2018; Pariseau et al., 2019) การสนับสนุนในรูปแบบอื่นๆ เช่น การสนับสนุนในโรงเรียน ก็ได้รับการระบุว่ามีความสำคัญเช่นกัน (Durwood et al., 2021; Turban, King et al., 2021) ผู้เชี่ยวชาญควรหารือเกี่ยวกับประโยชน์ที่เป็นไปได้ของการเปลี่ยนผ่านทางสังคมกับเด็กและครอบครัวในสถานการณ์ที่ 1) มีการแสดงออกที่สอดคล้องและมั่นคงของอัตลักษณ์ทางเพศที่ไม่สอดคล้องกับเพศที่กำหนดตั้งแต่วัยแรกเกิด (Fast & Olson, 2018) สิ่งนี้ควรแยกจากการแสดงออก/พฤติกรรม/ความสนใจที่หลากหลายทางเพศ (เช่น การเล่นของเล่น การแสดงออกผ่านเสื้อผ้าหรือการเลือกรูปลักษณ์ภายนอก และ/หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สังคมกำหนดไว้ว่าเกี่ยวข้องกับเพศในรูปแบบไบนารีของเพศ) (Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018); 2) เด็กกำลังแสดงความปรารถนาอย่างแรงกล้าหรือต้องการเปลี่ยนไปเป็นเพศที่พวกเขาได้ระบุไว้ว่าเป็นเพศที่แท้จริง (Ehrensaft et al., 2018; Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019); และ 3) เด็กจะปลอดภัยทางอารมณ์และร่างกายในระหว่างและหลังการเปลี่ยนแปลง (Brown & Mar, 2018) ควรคำนึงถึงอคติและการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในท้องถิ่นที่การยอมรับความหลากหลายทางเพศถูกห้ามหรือจำกัด (Brown & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Turban, King et al., 2021) สิ่งที่ต้องทราบคือ ยังอาจมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศซึ่งไม่ได้เปลี่ยนผ่านทางสังคม รวมถึง 1) ถูกกีดกันหรือถูกรังแกเนื่องจากถูกมองว่าไม่ปฏิบัติตามบทบาททางเพศของชุมชนและ/หรือรูปแบบพฤติกรรมที่สังคมคาดหวัง; และ 2) อยู่กับความเครียดหรือความทุกข์ภายในกับเพศที่พวกเขาเชื่อว่าตัวเองเป็นซึ่งไม่สอดคล้องกับเพศที่พวกเขาถูกขอให้แสดงออกต่อผู้อื่น

เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางเพศ ผู้เชี่ยวชาญควรหารือเกี่ยวกับความท้าทายที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านทางสังคม ข้อกังวลหนึ่งที่มีเกิดขึ้นคือความกลัวว่าเด็กจะถูกขัดขวางจากวิวัฒนาการด้านอัตลักษณ์ทางเพศของพวกเขาเมื่อโตขึ้นหรือไม่เต็มใจที่จะเริ่มการเปลี่ยนผ่านเพศอีกครั้ง แม้ว่าพวกเขาจะรู้สึกว่าการเปลี่ยนผ่านทางสังคมของพวกเขาไม่ตรงกับอัตลักษณ์ทางเพศในปัจจุบันอีกต่อไป (Edwards-Leeper et al., 2016; Ristori & Steensma, 2016) แม้งานวิจัยจะมีจำกัดแต่ งานวิจัยล่าสุดพบว่าผู้ปกครอง/ผู้ดูแลบางคนของเด็กที่เปลี่ยนผ่านทางสังคมอาจจะคุยหรือกับลูกเรื่องทางเลือกของการเปลี่ยนผ่านเพศใหม่ (เช่น กลับไปเป็นเพศก่อนหน้า) โดยให้รู้สึกสบายใจว่าเป็นสิ่งอาจเกิดขึ้นได้ (Olson et al., 2019) ข้อกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านทางสังคมที่พบได้บ่อยๆ ก็คือเด็กอาจได้รับผลกระทบในทางลบหากพวกเขาเปลี่ยนกลับไปใช้อัตลักษณ์ทางเพศเดิมที่ตรงกับเพศที่กำหนดตั้งแต่วัยแรกเกิด (Chen et al., 2018; Edwards-Leeper et al., 2019; Steensma & Cohen-Kettenis, 2011) จากมุมมองนี้ ผู้ปกครอง/

ผู้ดูแลควรตระหนักถึงผลของพัฒนาการที่อาจเกิดขึ้นต่อเปลี่ยนผ่านทางสังคมที่มีต่อเด็ก

ผู้เชี่ยวชาญควรให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลและสนับสนุนเด็กเมื่อมีการพิจารณาหรือดำเนินการเปลี่ยนเพศทางสังคมโดย 1) ให้คำปรึกษา ประเมิน และสนับสนุนทางเพศสภาพเมื่อมีความจำเป็นและผู้ปกครอง/ผู้ดูแลต้องการ 2) ช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวตามความจำเป็น เพื่อทำความเข้าใจความปรารถนาของเด็กสำหรับการเปลี่ยนผ่านทางสังคม และความรู้สึกร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับความปรารถนาที่จะแสดงออกของเด็ก 3) สืบสวนว่าผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กรู้ว่าการเปลี่ยนผ่านทางสังคมจะเป็นประโยชน์ต่อเด็กทั้งในปัจจุบันและระหว่างพัฒนาการที่กำลังดำเนินอยู่หรือไม่ และอย่างไร 4) ให้คำแนะนำเมื่อผู้ปกครอง/ผู้ดูแลไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านทางสังคมและเสนอโอกาสในการคุยร่วมกันเพื่อสร้างความเข้าใจที่สอดคล้องกันเกี่ยวกับสถานะและความต้องการทางเพศวิถีของเด็ก 5) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีที่ปลอดภัยและให้การสนับสนุนในการเปิดเผยการเปลี่ยนผ่านทางสังคมของเด็กให้ผู้อื่นทราบ และเพื่ออำนวยความสะดวกในการเปลี่ยนผ่านของเด็กในสภาพแวดล้อมทางสังคมที่หลากหลาย (เช่น โรงเรียน ครอบครัวชาย) 6) อำนวยความสะดวกในการสื่อสารเมื่อเด็กต้องการ กับเพื่อนๆของเขาเกี่ยวกับเพศและการเปลี่ยนผ่านทางสังคมรวมทั้งเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ระหว่งเพื่อน 7) ให้คำแนะนำเมื่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอาจไม่เป็นที่ยอมรับทางสังคมหรือไม่ปลอดภัย ไม่ว่าจะอยู่ที่หรือในสถานการณ์เฉพาะ หรือเมื่อเด็กมีข้อกังวลเกี่ยวกับการเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงแม้ว่าพวกเขาจะต้องการทำเช่นนั้นก็ตาม อาจมีเหตุผลหลายประการสำหรับการจอง รวมถึงความกลัวและความวิตกกังวล 8) ทำงานร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเพื่อช่วยการเปลี่ยนผ่านทางสังคมด้วยวิธีที่เหมาะสมกับเด็กที่ยังคงมีพัฒนาการทางเพศ และเหมาะสมกับสุขภาพ ความปลอดภัยทางร่างกายอารมณ์ 9) ให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับวิถีทางเพศของเด็ก 9) การให้การศึกษาทางจิตวิทยาเกี่ยวกับวิถีทางที่แตกต่างกันมากมายในเรื่องเพศของเด็กอาจต้องใช้เวลา เปิดโอกาสเกี่ยวกับเพศในอนาคต และเน้นว่าไม่จำเป็นต้องทำนายอัตลักษณ์ทางเพศของเด็กแต่ละคนในอนาคต (Malpas et al., 2018)

หน้าที่ทั้งหมดนี้เมื่อนำมาปฏิบัติแล้ว จะช่วยทำให้การสื่อสารมีคุณภาพมากขึ้นระหว่างเด็กและสมาชิกในครอบครัว และยังเป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้ถูกรับฟังจากสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนเกี่ยวข้องขั้นตอนปฏิสัมพันธ์เหล่านี้ทำให้ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดู สามารถให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อเสนอแนะต่าง ๆ หรือประเด็นต่าง ๆ ในกระบวนการเปลี่ยนผ่านทางสังคมของเด็กได้อย่างประสบความสำเร็จ (Malpas et al., 2018)

บทบาทหนึ่งของผู้เชี่ยวชาญคือการให้คำแนะนำและการสนับสนุนในสถานการณ์ที่เด็กและผู้ปกครอง/ผู้ดูแลต้องการดำเนินการเปลี่ยนผ่านทางสังคม แต่สภาพแวดล้อมทางสังคมจะไม่ให้การยอมรับ โดย 1) ช่วยผู้ปกครอง/ผู้ดูแลกำหนดและขยายพื้นที่ปลอดภัยที่เด็กสามารถแสดงออกถึงเพศที่แท้จริงได้อย่างอิสระ 2) ทารอกับพ่อแม่/ผู้ดูแลผู้ป่วยถึงวิธีการสนับสนุนเพื่อเพิ่มโอกาสที่สภาพแวดล้อมทางสังคมจะเอื้ออำนวยในอนาคต หากเป็นมีโอกาที่เป็นจริงได้ 3) เข้าแทรกแซง

ตามความจำเป็นเพื่อช่วยเหลือเด็ก/ครอบครัวจากความทุกข์ยาก และ/หรือความอับอายที่เกิดจากการถูกคัดค้านทางเพศที่แท้จริงและในเรื่องการรักษาเป็นความลับ และ 4) สร้างความเข้มแข็งให้กับทั้งเด็กและครอบครัว โดยปลูกฝังความเข้าใจว่าหากสภาพแวดล้อมทางสังคมมีปัญหาในการยอมรับการเปลี่ยนผ่านทางสังคมและยืนยันอัตลักษณ์ทางเพศของเด็กนั้นไม่ใช่เพราะความบกพร่องบางอย่างในตัวเด็ก แต่เป็นเพราะความรู้เรื่องเพศไม่เพียงพอในสภาพแวดล้อมทางสังคม (Ehrensaft et al., 2018)

คำแนะนำ 7.15

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์พิจารณาการทำงานร่วมกันกับผู้เชี่ยวชาญและองค์กรอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศและลดความลำบากที่อาจเกิดขึ้น

เด็กทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการสนับสนุนและเคารพในอัตลักษณ์ทางเพศของตน (Human Rights Campaign, 2018; Paré, 2020; SAMHSA, 2015) ตามที่ระบุไว้ข้างต้น เด็กที่มีความหลากหลายทางเพศเป็นกลุ่มที่เปราะบางเป็นพิเศษ (Barrow & Apostle, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Coleman et al., 2018; Grossman & D'Augelli, 2007; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Ristori & Steensma, 2016; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018) ความรับผิดชอบของผู้เชี่ยวชาญในฐานะผู้สนับสนุนรวมถึงการยอมรับว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อชนกลุ่มน้อยชายขอบ (Barrow & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012) การสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพกระทำขึ้นโดยให้การดูแลช่วยเหลือเด็กและครอบครัว (APA, 2015; Malpas et al., 2018) ผู้เชี่ยวชาญบางแห่งอาจถูกเรียกร้องให้ดูแลนอกโรงพยาบาลหรือโครงการของตนเองเพื่อสนับสนุนเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศในชุมชนขนาดใหญ่ โดยมักจะร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงผู้ปกครอง/ผู้ดูแล พันธมิตร และเยาวชน (Kaufman & Tishelman, 2018; Lopez et al., 2017; Vanderburgh, 2009) ความพยายามเหล่านี้ อาจเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างสุขภาพทางเพศของเด็กและส่งเสริมสิทธิพลเมืองของพวกเขา (Lopez et al., 2017)

เสียงของผู้เชี่ยวชาญอาจมีความสำคัญในโรงเรียน ในหน่วยงานของรัฐสภา ในศาล และในสื่อ (Kualanka et al., 2019; Lopez et al., 2017; Whyatt-Sames, 2017; Vanderburgh, 2009) นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญอาจมีบทบาทในการสนับสนุนและเป็นกระบอกเสียงมากขึ้นโดยการมองหาและจัดการกับประสบการณ์ด้านลบของเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศซึ่งมักถูกถ่ายทอดหรือสื่อสารโดยผู้ใหญ่ เพื่อน และในสื่อทั้งโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ (Rafferty et al., 2018) ผู้เชี่ยวชาญที่มีชุดทักษะและพบว่าตัวเองอยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสมสามารถให้คำชี้แจงที่ชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการและสิทธิของเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศและความเสียหายที่เกิดจากกฎ กฏหมาย และบรรทัดฐานที่เลือกปฏิบัติและมีความเกลียดชังต่อคนข้ามเพศ (Rafferty et al., 2018)

บทที่ 8 Nonbinary (นอนไบนารี)

Nonbinary (นอนไบนารี) เป็นคำกว้าง ๆ ที่หมายถึงใครก็ตามที่มีเพศอยู่นอกเหนือกรอบที่มีสองเพศ คำว่า nonbinary โดยส่วนมากมักถูกใช้ในแถบซีกโลกเหนือและมีการนำไปใช้ในการอธิบายเพศบ้าง ในประเทศที่ไม่ใช่แถบตะวันตกหรือในพื้นที่อื่น ๆ nonbinary ยังรวมถึงใครก็ตามที่มีอัตลักษณ์ทางเพศมากกว่าหนึ่งเพศทั้งในช่วงเวลาเดียวกัน และในช่วงที่แตกต่างกัน (เช่น bigender) หรือบุคคลที่ไม่มีอัตลักษณ์ทางเพศหรือมีอัตลักษณ์ทางเพศเป็นกลาง (เช่น agender หรือ neutrois) หรือบุคคลที่มีอัตลักษณ์ทางเพศผสมรวมกันหลายแบบ (เช่น polygender, demiboy, demigirl) หรือบุคคลที่มีเพศเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา (เช่น genderfluid) (Kuper et al., 2014; Richards et al., 2016; Richards et al., 2017; Vincent, 2019) บุคคล nonbinary อาจระบุตนเองในแบบต่าง ๆ ในกรอบสองเพศ เช่น ชาย nonbinary หรือ หญิง nonbinary หรืออาจระบุตนเองในแบบที่มีหลายเพศ เช่น nonbinary and genderfluid (James et al., 2016; Kuper et al., 2012) คำว่า nonbinary ยังแสดงถึงอัตลักษณ์ทางเพศในตัวเอง (Vincent, 2020) นับเป็นสิ่งสำคัญที่ควรเข้าใจว่าคำเหล่านี้ไม่ใช่สิ่งที่มากเกินไป อัตลักษณ์แบบเดียวกันอาจมีความหมายที่แตกต่างกันในความเข้าใจแต่ละคน และการใช้คำเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาและสถานที่

Genderqueer ถูกใช้ครั้งแรกในช่วง ค.ศ. 1990 และเป็นรูปแบบอัตลักษณ์ที่เก่าแก่กว่า nonbinary ซึ่งคำหลังนี้ถูกนำมาใช้มากขึ้นประมาณปลายคริสต์ทศวรรษ 2000 (Nestle et al., 2002; Wilchins, 1995) ในบางครั้ง genderqueer ถูกใช้แทนกันได้กับคำว่า nonbinary หรืออาจถูกนำมาใช้อย่างจำเพาะเจาะจงในการสื่อถึงเพศของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในมิติทางการเมือง ในขณะที่คำว่า transgender ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายและเป็นคำกว้าง ๆ ซึ่งรวมถึงบุคคล nonbinary ด้วย อย่างไรก็ตามไม่ใช่บุคคล nonbinary ทุกคนที่คิดว่าตนเองคือ transgender ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น เนื่องจากพวกเขามองว่าการเป็น transgender ยังคงอยู่ในกรอบที่มีสองเพศอยู่ หรือเพราะพวกเขาไม่รู้สึกรู้สึกว่าตนเองมีความเป็น trans มากพอที่จะอธิบายตนเองว่าเป็น transgender (Garrison, 2018) บุคคล nonbinary บางคนยังคงไม่แน่ใจหรือสับสนว่าพวกเขาควรอธิบายตนเองว่าเป็น transgender หรือไม่ (Darwin, 2020; Vincent, 2019)

บุคคล nonbinary อาจใช้คำสรรพนามในภาษาอังกฤษ they/them/theirs (พวกเขา) หรือคำสรรพนามใหม่ เช่น e/em/eir, ze/zir/hir, er/ers/erself (Moser & Devereux, 2019; Vincent, 2018) บุคคล nonbinary อาจใช้คำสรรพนามหลายคำผสมกันแทนการใช้ชื่อของตัวเอง (ทั้งที่ตั้งใจสมคำโดยเจตนาเพื่อเป็นการเปิดกว้างหรือใช้ต่างกันไปตามบริบทของสังคม) หรือหลีกเลี่ยงการใช้สรรพนามที่เกี่ยวกับเพศโดยสิ้นเชิง นอกจากนี้บุคคล nonbinary บางคนอาจใช้ she/her/hers หรือ he/him/his ในบางครั้งหรือในทุกครั้ง ในขณะที่ในบางพื้นที่ของโลกยังไม่มีภาษาที่ใช้สำหรับบุคคล nonbinary เลย ในบริบทที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ ภาษามีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาซึ่งจำเพาะกับแต่ละวัฒนธรรมอย่างหลากหลาย (Attig, 2022; Kirey-

Sitnikova, 2021; Zimman, 2020) ในบางภาษาใช้คำสรรพนามที่ไม่เกี่ยวข้องกับเพศหรือเพศกำเนิดเลย ในบางภาษาใช้คำสรรพนามที่ไม่เกี่ยวข้องกับเพศหรือเพศกำเนิดเลย ในขณะที่บางภาษานั้น มีการระบุเพศในทุกคำนาม ความหลากหลายทางภาษาเหล่านี้มักส่งผลต่อประสบการณ์ที่เกี่ยวกับเพศในบุคคล nonbinary รวมไปถึงวิถีการที่บุคคล nonbinary มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น

การศึกษาไม่นานมานี้พบว่า ในบรรดาบุคคลข้ามเพศประกอบด้วยบุคคล nonbinary อยู่ประมาณ 25% ถึง 50% โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเยาว์ซึ่งพบความชุกของบุคคล nonbinary มากที่สุด (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020) อีกการศึกษาในผู้ใหญ่ข้ามเพศพบว่า บุคคล nonbinary มักมีอายุน้อยกว่าชายข้ามเพศและหญิงข้ามเพศ และการศึกษาทั้งในเด็กและผู้ใหญ่พบว่าบุคคล nonbinary มักมีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิง (assigned female at birth; AFAB) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาเหล่านี้ควรตีความด้วยความระมัดระวังเนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ส่งผล เช่น ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจซึ่งส่งผลต่อคุณภาพและความแม่นยำของข้อมูล รวมไปถึงความสามารถในการนำข้อมูลดังกล่าวมาเป็นตัวแทนของบุคคล nonbinary โดยรวมได้ (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020; Wilson & Meyer, 2021) ดูบทที่ 3 – การประมาณประชากร

การเข้าใจว่าอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกทางเพศไม่ใช่สเปกตรัมที่เป็นเส้นตรง

เพศ nonbinary เป็นที่รู้จักมาอย่างช้านานในหลายวัฒนธรรม (Herdt, 1994; McNabb, 2017; Vincent & Manzano, 2017) อัตลักษณ์ทางเพศหลายชนิดเป็นสิ่งที่จำเพาะต่อวัฒนธรรมนั้น ๆ และอาจไม่สามารถนำไปใช้นอกเหนือจากบริบทของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นในด้านภาษาที่ใช้หรือบริบทที่เกี่ยวกับกรอบเพศซึ่ง nonbinary มักถูกใช้ในประเทศแถบตะวันตก จากประวัติศาสตร์ของการย้ายถิ่นฐานไปยังพื้นที่ที่ไม่ใช่กรอบเพศแบบประเทศแถบตะวันตกพบว่า วัฒนธรรมกรอบเพศที่แตกต่างเหล่านี้มักถูกกลืนหายไปหรืออาจเป็นบ่อเกิดของการเหยียดเชื้อชาติโดยกลุ่มที่มีแนวคิดที่ทุกคนต้องมีเพศสภาพตรงกับเพศกำเนิดเท่านั้น มองว่าบุคคลเพศหลากหลายเป็นปัจจัยทางสังคมที่บอถึงสุขภาพที่เป็นอันตราย ตั้งแต่ช่วงค.ศ. 1950 เพศถูกนำมาใช้อ้างอิงในการแบ่งบทบาทต่าง ๆ ทางสังคมในแถบตะวันตก ไม่ว่าจะเป็นเรื่องพฤติกรรมกิจกรรมต่าง ๆ หรือการแสดงออก ซึ่งมักอยู่บนพื้นฐานของกรอบที่มีสองเพศ กล่าวคือ เพศชาย/ผู้ชาย/ความเป็นชาย และ เพศหญิง/ผู้หญิง/ความเป็นหญิง อย่างไรก็ตามความหมายของเพศในปัจจุบันนั้น มีนิยามที่กว้างมากขึ้น ซึ่งแต่ละเพศเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกันแต่ก็มีความแตกต่างกันในตัว ไม่ว่าจะเป็ในแง่ของ เพศทางชีวภาพ บทบาททางเพศ การแสดงออกทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศ (Vincent, 2020) ในแง่มุมมองของการแสดงออกทางเพศในวัฒนธรรมแบบเดิมนั้น ประกอบด้วย ลักษณะของความเป็นชาย (masculine) ลักษณะของความเป็นหญิง (feminine) หรือไม่แสดงลักษณะที่ชัดเจน (androgynous) สามารถนำมาอธิบายถึงการแสดงออกทางเพศได้ใน

ทุกอัตลักษณ์ทางเพศไม่ว่าจะเป็น nonbinary หรือไม่ก็ตาม ยกตัวอย่างเช่น บุคคล nonbinary ที่แสดงออกทางเพศเป็นลักษณะความเป็นหญิงนั้น ไม่จำเป็นต้องระบุตัวตนเป็นผู้หญิงหรือต้องการการรักษาเช่นเดียวกับหญิงข้ามเพศ เช่น การผ่าตัดทำช่องคลอด เสมอไป บุคคลที่มีเพศไม่สอดคล้องกับความคาดหวังจากสังคมไม่ควรถูกมองว่าเป็นสาเหตุหรือตัวบ่งชี้ของความซับซ้อนทางคลินิก เช่น บุคคล nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชาย (assigned male at birth; AMAB) ที่แต่งตัวในลักษณะผู้หญิง ใช้สรรพนาม she/her แต่ยังคงใช้ชื่อจริงที่มีลักษณะความเป็นชาย เป็นต้น

รูปแบบของเพศเป็นสเปกตรัมที่มีความหลากหลายโดยมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ไม่ใช่รูปแบบที่มีเพียง 2 เพศเท่านั้น อย่างไรก็ตาม รูปแบบของเพศที่เป็นสเปกตรัมเส้นตรงยังมีข้อจำกัดมากมายในการนำมาใช้เป็นตัวแทนของทุก ๆ เพศ เช่น การจัดเพศชายและเพศหญิงอยู่ที่ปลายทั้ง 2 ข้างของสเปกตรัมแบบเส้นตรงนั้น จะทำให้ความเป็นชายและความเป็นหญิงอยู่ตรงข้ามกันไปโดยปริยาย ซึ่งไม่ครอบคลุมคนที่มีเพศเป็นกลางหรือคนที่มีการแสดงออกทางเพศทั้งลักษณะชายและลักษณะหญิงพร้อม ๆ กัน รวมไปถึงกลุ่ม genderqueer หรือกรอบเพศที่ไม่ใช่แบบตะวันตกด้วย เป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรมองเพศ nonbinary เป็นส่วนหนึ่งของชายข้ามเพศ (ในกรณีของบุคคล nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิง) หรือหญิงข้ามเพศ (ในกรณีของบุคคล nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชาย) หรือมองว่าเป็นเพศที่อยู่ระหว่างความเป็นชายและความเป็นหญิง บุคคล nonbinary บางคนนิยมตัวเองว่าตนเองอยู่นอกเหนือความเป็นชายและความเป็นหญิงนี้ ไม่ควรนำความหลากหลายในการแสดงออกทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ หรือความต้องการทางเพศที่อยู่บนสเปกตรัมที่ไม่เป็นเส้นตรงนี้ไปจัดอยู่ในรูปแบบเพศที่เป็นสเปกตรัมเส้นตรงแบบเดิม นอกจากนั้นการตีความในการแสดงออกทางเพศเป็นเรื่องรายบุคคลและแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม เช่น การที่คนคนหนึ่งมองดูแล้วมีลักษณะความเป็นหญิงมาก ๆ แต่อาจไม่เป็นเช่นนั้นเลยในสายตาของคนอื่น (Vincent, 2020) บุคลากรทางการแพทย์ควรหลีกเลี่ยงการด่วนสรุปถึงเพศของผู้รับบริการจากการประเมินของตนเอง แต่ควรให้ผู้รับบริการเป็นคนระบุจากความเข้าใจของตัวเอง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอัตลักษณ์ทางเพศ การแสดงออกทางเพศ และความต้องการในการดูแลสุขภาพ

ขั้นตอนของการพัฒนาเกี่ยวกับเพศในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender diverse; TGD) ล้วนมีสิ่งที่คล้ายกันไม่ว่าจะอยู่ในกรอบเพศแบบสองเพศหรือไม่ก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นการตระหนักรู้ถึงเพศ การค้นพบเพศ การเรียนรู้ถึงความหมายหรือการรวบรวมขั้นตอนเหล่านี้เข้าด้วยกัน แต่อาจมีความแตกต่างกันไปทั้งในกลุ่มเพศแบบเดียวกันหรือแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มเพศ ทั้งในเรื่องของเวลา ระยะเวลาที่มีพัฒนาการ หรือประสบการณ์รายบุคคล (Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Lindley et al., 2019; Tatum et al., 2020) มุมมองทางสังคมและวัฒนธรรมล้วนมีผลและทำให้เห็นภาพเกี่ยวกับการพัฒนาในเรื่องเพศและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็ผลกระทบจากสังคมและวัฒนธรรมต่อประสบการณ์ในแต่ละคนหรือความเห็นของบุคคลเพศหลากหลายเกี่ยวกับอัตลักษณ์

หรือประสบการณ์ต่าง ๆ

ความจำเป็นของการเข้าถึงการยืนยันเพศสภาพ

บุคคล nonbinary บางคนต้องการการยืนยันเพศสภาพ เพื่อบรรเทาความทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria) หรือความไม่สอดคล้องทางเพศ (gender incongruence) และเพิ่มความพึงพอใจในรูปร่างของตนเองผ่านการดูแลทางการแพทย์ (ดูคำแนะนำเกี่ยวกับความจำเป็นทางการแพทย์ในบทที่ 2 – การประยุกต์ใช้ทั่วโลก คำแนะนำ 2.1) บุคคล nonbinary บางคนอาจรู้สึกวุ่นวายขั้นตอนทางการแพทย์บางอย่างจำเป็นสำหรับตนเอง ดูบทที่ 5 – การประเมินในผู้ใหญ่ (Beek et al., 2015; Jones et al., 2019; Köhler et al., 2018) ในขณะที่หลายคนอาจไม่รู้สึกเช่นนั้น (Burgwal & Motmans, 2021; Nieder, Eyssel et al., 2020) ในปัจจุบันยังไม่มีตัวเลขที่ชัดเจนถึงสัดส่วนของบุคคล nonbinary ที่ต้องการการยืนยันเพศสภาพ รวมถึงเป้าหมายที่ต้องการ จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ข้อมูลที่มีอยู่ ซึ่งสามารถช่วยบรรเทาความทุกข์ใจในเพศสภาพหรือความไม่สอดคล้องทางเพศ รวมถึงเพิ่มความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง โดยที่ไม่ด่วนสรุปเองว่าวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับพวกเขาเหล่านั้น

แรงกระตุ้นของการเข้าถึง (หรือการไม่เข้าถึง) การยืนยันเพศสภาพนั้นมีปัจจัยที่หลากหลายและซับซ้อน ไม่ว่าจะเป็นการใช้ฮอร์โมน การผ่าตัด หรือทั้งสองอย่าง (Burgwal & Motmans, 2021; Vincent, 2019, 2020) และควรได้รับการสอบถามถึงปัจจัยเหล่านี้ไปพร้อมกันก่อนการตัดสินใจ ความต้องการในการเข้าถึงการยืนยันเพศสภาพนั้นไม่สามารถทำนายได้จากบทบาททางเพศ การแสดงออกทางเพศ หรืออัตลักษณ์ทางเพศ ยกตัวอย่างเช่น หญิงข้ามเพศบางคนไม่ต้องการการผ่าตัดทำช่องคลอดใหม่ ในขณะที่บุคคล nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชายบางคน มีความต้องการและได้ประโยชน์จากขั้นตอนนี้ นอกจากนั้น บุคคล nonbinary ที่ต้องการการยืนยันเพศสภาพซึ่งอาจมีความสอดคล้องกับเพศในกรอบสองเพศ เช่น การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนหรือการผ่าตัดทำช่องคลอดใหม่ในบุคคลที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชาย การตัดสินใจเหล่านี้ไม่ได้เป็นตัวกำหนดถึงอัตลักษณ์ nonbinary ซึ่งอยู่นอกกรอบสองเพศแต่อย่างใด

ในขณะที่กลุ่มบุคคลข้ามเพศมีอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการเป็นจำนวนมาก ในบุคคล nonbinary นั้นพบความยากลำบากในการเข้าถึงการบริการในอัตราสูงเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็ด้านสุขภาพจิตหรือการยืนยันเพศสภาพ (Clark et al., 2018; James, 2016) บุคคล nonbinary หลายคนมีประสบการณ์กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เข้าใจถึงเพศ nonbinary เช่น บุคลากรทางการแพทย์คิดว่าเพศ nonbinary ไม่มีอยู่จริงหรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถให้การดูแลได้ (Valentine, 2016; Vincent, 2020) บุคลากรทางการแพทย์บางคนด่วนสรุปว่าบุคคล nonbinary ไม่มีความจำเป็นหรือไม่มีความต้องการในการยืนยันเพศสภาพ (Kcomt et al., 2020; Vincent, 2020) บุคคล nonbinary บางคนมีประสบการณ์ที่ต้องแสดงตัวเองว่าเป็นชายข้ามเพศหรือหญิงข้ามเพศ (ในกรอบสองเพศ) เพียงเพื่อที่จะ

สามารถเข้าถึงบริการได้ (Bradford et al., 2019; Taylor et al., 2019) ในบางกรณี บุคคล nonbinary กลายเป็นผู้ให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าไปปรึกษาเสียเอง และกลายเป็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ต้องพึ่งความรู้จากผู้ที่เข้ามาปรึกษา (Kcomt et al., 2020) Burgwal และ Motmans (2021) พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลข้ามเพศแล้ว บุคคล nonbinary มีความกลัวกับอคติจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า กลัวถึงความไม่มั่นใจในการให้บริการจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าและมีความยากลำบากในการหาที่เข้ารับคำปรึกษามากกว่า การศึกษาทั้งในทวีปยุโรปและอเมริกาพบว่า บุคคล nonbinary มักได้รับการดูแลที่ล่าช้าเมื่อเปรียบเทียบกับชายข้ามเพศหรือหญิงข้ามเพศ โดยเหตุผลที่พบบ่อยที่สุดคือความกลัวที่จะไม่ได้รับการเอาใจใส่หรือบุคลากรทางการแพทย์ขาดคุณสมบัติในการให้บริการ (Burgwal & Motmans, 2021; Grant et al., 2011) นอกจากนี้ บุคคล nonbinary มักไม่บอกถึงอัตลักษณ์ทางเพศของตนเองแก่บุคลากรทางการแพทย์เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลข้ามเพศ (Kcomt et al., 2020)

ความจำเป็นของการสนับสนุนที่เหมาะสม

การให้การยืนยันเพศสภาพสำหรับบุคคล nonbinary นั้น มีมากไปกว่าขั้นตอนการยืนยันเพศสภาพอันใดอันหนึ่ง เช่น การใช้ฮอร์โมนหรือการผ่าตัด เป็นต้น แต่ครอบคลุมไปถึงการสนับสนุนถึงสุขภาพโดยรวมและการพัฒนาของบุคคล nonbinary ด้วย แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย (minority stress models) ได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินถึงความเครียดเกี่ยวกับเพศที่เกิดขึ้นในบุคคลข้ามเพศ สัมพันธ์อย่างไ้กับความไม่เท่าเทียมในสุขภาพกายและสุขภาพจิต (DeLozier et al., 2020; Testa et al., 2017) บุคคล nonbinary อาจมีประสบการณ์ความเครียดในคนกลุ่มน้อยในลักษณะที่เหมือนกับชายข้ามเพศและหญิงข้ามเพศ หรืออาจมีลักษณะจำเพาะกับบุคคล nonbinary เอง Johnson (2020) รายงานว่า พบประสบการณ์ถึงการไม่มีตัวตนในบุคคล nonbinary ที่สูง เช่น มีคำพูดหรือการกระทำที่บ่งบอกว่าอัตลักษณ์ nonbinary นั้นไม่มีอยู่จริงหรือเป็นเพียงความนิยมแค่ชั่วคราวฉาบฉวย นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สรรพนามที่ถูกต้องในบุคคล nonbinary น้อยกว่าชายข้ามเพศหรือหญิงข้ามเพศ มีบุคคล nonbinary อธิบายความรู้สึกตนเองว่า “ไม่มีตัวตน” (Conlin, 2019; Taylor, 2018) มีการศึกษาหนึ่งพบว่าเยาวชน nonbinary มีความมั่นใจในตัวเองที่ต่ำกว่าชายข้ามเพศหรือหญิงข้ามเพศในวัยเดียวกัน (Thorne, Witcomb et al., 2019)

ในขณะที่บุคคล TGD หลายคนมีประสบการณ์ในแง่ของการถูกแบ่งแยก การตกเป็นเหยื่อ การถูกปฏิเสธจากสังคม (James, 2016) รวมถึงการถูกรังแกในกลุ่มเยาวชน (Human Rights Campaign, 2018; Witcomb et al., 2019) ความชุกของประสบการณ์เหล่านี้แตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มและขึ้นกับลักษณะทางเพศแต่ละแบบ ยกตัวอย่างเช่น Newcomb (2020) พบว่าหญิงข้ามเพศและเยาวชน nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชายมีประสบการณ์การถูกรังแกมากกว่าชายข้ามเพศหรือเยาวชน nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศ

หญิง โดยเยาวชน nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชายมีรายงานถึงความเครียดจากการถูกรังแกที่สูงที่สุด อีกการศึกษาหนึ่ง (2021) พบว่าชายข้ามเพศและหญิงข้ามเพศมีประสบการณ์การถูกแบ่งแยกที่มากกว่าบุคคล nonbinary ความหลากหลายที่ซับซ้อนเหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผลการศึกษาออกมามากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการเปรียบเทียบสุขภาพกายและสุขภาพจิตระหว่างบุคคล nonbinary และชายข้ามเพศหรือหญิงข้ามเพศ โดยบางการศึกษาพบว่าบุคคล nonbinary มีข้อกังวลในสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่มากกว่า บางการศึกษารายงานว่าข้อกังวลมีน้อยกว่าในบุคคล nonbinary ในขณะที่เดียวกันบางการศึกษาพบว่าข้อกังวลทางสุขภาพนั้นไม่แตกต่างกัน (Scandurra, 2019)

เนื่องจากเรื่องราวของอัตลักษณ์ nonbinary นั้นพบได้น้อยกว่าเรื่องราวเกี่ยวกับเพศในกรอบสองเพศ บุคคล nonbinary อาจจะมีแหล่งข้อมูลที่น้อยกว่าในการที่จะค้นหาตัวตน ยกตัวอย่างเช่น การเข้าถึงชุมชนหรือการพบปะคนอื่น ๆ เพื่อที่จะให้สามารถค้นพบอัตลักษณ์ nonbinary ได้หรือการเข้าถึงการใช้ภาษาหรือแนวคิดที่ตรงกับอัตลักษณ์ (Bradford et al., 2018; Fiani & Han, 2019; Galupo et al., 2019) แนวทางเวชปฏิบัติในปัจจุบันได้พัฒนาเพื่อช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ให้การยืนยันเพศสภาพได้ตรงกับความต้องการของบุคคล nonbinary ให้ดีขึ้น (Matsuno, 2019; Rider, Vencill et al., 2019)

การยืนยันเพศสภาพสำหรับบุคคล nonbinary

ในบริบทที่ยังไม่มีขั้นตอนทางการแพทย์ที่ถูกกำหนดให้เป็นแบบแผนมาก่อน เป็นสิ่งสำคัญที่ก่อนการตัดสินใจใด ๆ ก็ตาม บุคคล nonbinary ควรได้รับข้อมูลถึงแผนการดูแลโดยรวม รวมไปถึงข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ในปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ควรพูดคุย ตอบข้อซักถามอย่างครอบคลุมและลงบันทึกทางการแพทย์ถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ต้องการและข้อจำกัดที่อาจทำให้ความต้องการเหล่านั้นเป็นไปไม่ได้ตามเป้า อีกทั้งวิธีการใด ๆ นั้นอาจช่วยให้บุคคล nonbinary แสดงออกถึงเพศของตนเองได้มากขึ้น ในทางกลับกันอาจไม่ได้ช่วยในจุดนี้เลย

การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) สำหรับบุคคล nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชาย จำเป็นต้องแจ้งให้ทราบว่าการพัฒนาของเต้านมเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Seal, 2017) ถึงแม้การพัฒนาของเต้านมจะมีระดับการเปลี่ยนแปลงที่กว้างมาก จุดนี้จำเป็นต้องชี้แจงให้เข้าใจหากบุคคล nonbinary ต้องการการเปลี่ยนแปลงอื่นที่เกิดจากฮอร์โมนเอสโตรเจน (เช่น ผิวหนังที่อ่อนนุ่มขึ้น หรือ ขนที่หนาลดลง) แต่ไม่ต้องการหรือยังไม่แน่ใจเกี่ยวกับการมีเต้านม เช่นเดียวกับบุคคล nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิงที่ต้องการการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) เพื่อต้องการการเปลี่ยนแปลงบางอย่างแต่ไม่ต้องการการเปลี่ยนแปลงอีกอย่าง เขาเหล่านั้นควรทราบว่าหากต้องการให้มีขนที่หน้ามากขึ้น ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศได้เช่นกัน (Seal, 2017) ในช่วงที่ได้รับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจะมีโทษ

คำแนะนำ

- 8.1 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้การประเมินและการดูแลที่เฉพาะตัวแก่บุคคล nonbinary โดยเป็นการประเมินและการดูแลที่สอดคล้องกับเพศ nonbinary
- 8.2 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์พิจารณาการยืนยันเพศสภาพทางการแพทย์ (การใช้ฮอร์โมนหรือการผ่าตัด) สำหรับบุคคล nonbinary โดยไม่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนเพศสภาพทางสังคม
- 8.3 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์พิจารณาการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ โดยไม่จำเป็นต้องได้รับฮอร์โมนมาก่อน เว้นเสียแต่ว่าการใช้ฮอร์โมนนั้นเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดผลการผ่าตัดที่ต้องการ
- 8.4 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ชี้แจงข้อมูลให้แก่บุคคล nonbinary เกี่ยวกับผลของการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัดต่อการเจริญพันธุ์ในอนาคตและแนะนำตัวเลือกเพื่อการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ก่อนเริ่มฮอร์โมนหรือผ่าตัด

เสียงที่ทุ้มต่ำลงอย่างถาวร โดยผลลัพธ์ของโตนเสียงที่เปลี่ยนอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคน (Vincent, 2019; Ziegler et al., 2018) ความต้องการให้มีเสียงทุ้มต่ำแต่ไม่ยากมีมากขึ้นตามตัวนั้นเป็นอีกเป้าหมายที่เป็นไปได้ยาก ในบุคคล nonbinary บางคน การกำจัดขนนับว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากในการยืนยันเพศสภาพ (Cocchetti, Ristori, Romani et al., 2020)

หากหยุดการใช้ฮอร์โมนและต่อมเพศ (อัณฑะหรือรังไข่) ที่มีอยู่กลับมาทำงาน การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหลายอย่างจะกลับสู่สภาพเดิมเช่นเดียวกับตอนก่อนได้ฮอร์โมน เนื่องจากฮอร์โมนเพศที่หลั่งมาจากต่อมเพศส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงกลับ เช่น การมีประจำเดือนกลับมา หรือ ขนน้อยลงในบุคคล nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิง การเปลี่ยนแปลงบางอย่างนั้นอยู่ถาวร เช่น หัวล้านในแบบของเพศชาย การเจริญเติบโตของอวัยวะเพศและขนขึ้นที่หน้าในบุคคล nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิง หรือ การพัฒนาของเต้านมในบุคคล nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชาย (Hembree et al., 2017) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลอื่นเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขย้อนกลับ เช่น การกำจัดขน หรือ การผ่าตัดหน้าอก โดยในบางครั้งผลลัพธ์เป็นแบบ “เปลี่ยนกลับเพียงบางส่วน” เท่านั้น (Coleman et al., 2012) ในปัจจุบันการใช้ฮอร์โมนขนาดต่ำในคนกลุ่มนี้ยังไม่ได้รับการรับรองแน่ชัด หากพิจารณาใช้ฮอร์โมนขนาดต่ำแล้วนั้น การฝังระวางโรคหัวใจและหลอดเลือด และสุขภาพกระดูกเป็นสิ่งที่สำคัญ ดูรายละเอียดในบทที่ 12 – การใช้ฮอร์โมน

หากไม่ต้องการใช้ทั้งฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนและฮอร์โมนเอสโตรเจน ขั้นตอนเพื่อลดการสร้างฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน และ/หรือฮอร์โมนเอสโตรเจนอาจเป็นตัวเลือกหนึ่ง แนวทางนี้อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดการสร้างกระดูกหรือมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ซึ่งควรได้รับการแนะนำและประเมินเพื่อลดความเสี่ยงเหล่านี้ด้วย (Brett et al., 2007; Vale et al., 2010; Wassersug & Johnson, 2007) ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่บทที่ 9 – Eunuchs และบทที่ 12 – การใช้ฮอร์โมน การพูดคุยถึงตัวเลือกในการยืนยันเพศสภาพทางการแพทย์ และ/หรือ การเปลี่ยนผ่านทางสังคม ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นไปด้วยกัน หรือตัวเลือกในการใช้ฮอร์โมนการผ่าตัด หรือทั้งสองอย่างนั้นก็ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นไปพร้อมกันเช่นกัน ตัวเลือกเหล่านี้ควรสามารถใช้ได้กับทุกคน ไม่ว่าจะเป็นชายข้ามเพศ หญิงข้ามเพศ หรือบุคคล nonbinary

คำแนะนำทุกคำแนะนำในบทนี้ ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการ

ทบทวนหลักฐานทางวิชาการและประเมินถึงประโยชน์และอันตราย อีกทั้งการประเมินและความนิยมจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้ เราตระหนักดีว่าในบางกรณี หลักฐานทางวิชาการนั้นมียกจำกัดและการบริการบางอย่าง ไม่สามารถเข้าถึงได้หรือไม่สามารถทำได้

คำแนะนำ 8.1

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้การประเมินและการดูแลที่เฉพาะตัวแก่บุคคล nonbinary โดยเป็นการประเมินและการดูแลที่สอดคล้องกับเพศ nonbinary

การประเมินที่เฉพาะตัวสำหรับบุคคล nonbinary เริ่มต้นด้วยการทำความเข้าใจว่า พวกเขามีประสบการณ์เกี่ยวกับเพศของตนเองอย่างไร และประสบการณ์เหล่านี้ส่งผลอย่างไรต่อเป้าหมายที่พวกเขาต้องการ การที่คนคนหนึ่งจะสร้างกรอบแนวคิดถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวกับเพศนั้นอาจแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มและวัฒนธรรม โดยมีปัจจัยทางอัตลักษณ์อื่น ๆ เกี่ยวข้องด้วย เช่น อายุ เพศวิถี เชื้อชาติทางกายภาพ เชื้อชาติทางวัฒนธรรม เศรษฐฐานะ ความทุพพลภาพ (Kuper et al., 2014; Subramanian et al., 2016)

บุคลากรทางการแพทย์ควรหลีกเลี่ยงการด่วนสรุปถึงอัตลักษณ์ทางเพศ การแสดงออกทางเพศ หรือความต้องการในการดูแล และควรตระหนักดีว่าการเป็นเพศ nonbinary นั้นอาจสัมพันธ์หรืออาจไม่สัมพันธ์กับการประเมินและเป้าหมายจากการดูแลก็ได้ ความสอดคล้องระหว่างเพศของผู้รับบริการและเป้าหมายของการดูแล นั้นเป็นตัวกำหนดว่าแพทย์ควรสอบถามถึงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศมากน้อยเพียงใด ยกตัวอย่างเช่น หากการดูแลที่ต้องการไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศโดยสิ้นเชิง การสอบถามเพียงชื่อและสรรพนามที่เหมาะสมนั้นก็อาจเพียงพอแล้ว (Knutson et al., 2019) แต่หากประเด็นที่เข้ามาปรึกษานั้นเกี่ยวกับประวัติการใช้ฮอร์โมนหรือการผ่าตัดทั้งในปัจจุบันหรือในอดีต การสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับเพศนั้นอาจมีความจำเป็น ถึงแม้ปัญหาที่ปรึกษาอาจไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศเลยก็ตาม

สถานบริการที่มีความพร้อมควรมีสภาพแวดล้อมที่ให้การต้อนรับเป็นอย่างดี สะท้อนถึงความหลากหลายทางเพศและรับรองเพศ nonbinary ได้ ต้องแน่ใจว่าแหล่งข้อมูลต่าง ๆ (เช่น เว็บไซต์) เอกสาร (เช่น เอกสารให้กรอกข้อมูลส่วนตัว) และอุปกรณ์อื่น ๆ นั้นครอบคลุมถึงอัตลักษณ์ nonbinary และทำให้บุคคล nonbinary รู้สึกว่าได้รับการต้อนรับและรู้สึกตัวเองมีตัวตน (Hagen & Galupo, 2014) การ

เว้นช่องว่างให้เติมในช่องอัตลักษณ์ทางเพศหรือสรรพนามนั้น เป็นสิ่งที่ครอบคลุมมากกว่าการให้เลือกอัตลักษณ์ทางเพศหรือสรรพนามจากตัวเลือก แผนกต้อนรับต้องให้ความสำคัญส่วนตัวแก่ผู้รับบริการ โดยมีทางเลือกให้เลือกใช้ชื่อตามกฎหมายในฐานะข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (หากประเด็นนี้มีความจำเป็นในแต่ละท้องถิ่น) มีห้องน้ำรวมที่ไม่แบ่งเพศ และให้เลือกใช้ชื่อที่อยากให้อีกชื่อเรียกที่ห้องรอตรวจ สิ่งเหล่านี้เป็นตัวอย่างของความพร้อมในการให้บริการแก่บุคคลเพศหลากหลาย (Burgwal et al., 2021) ควรสอบถามและใช้ชื่อ สรรพนามหรือคำต่างๆ เกี่ยวกับเพศที่อยากให้อีก โดยประเมินความต้องการเหล่านี้ทั้งในครั้งแรกและทุก ๆ ครั้งที่ให้บริการ เนื่องจากการใช้คำต่าง ๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและสถานการณ์

บุคลากรทางการแพทย์ควรให้การดูแลโดยเน้นไปที่จุดแข็งแต่ก็ควรคงความยืดหยุ่นในการดูแลด้วยเช่นกัน ในปัจจุบันมีการวิพากษ์วิจารณ์มากขึ้นถึงการที่บุคลากรทางการแพทย์นั้น พุ่งประเด็นไปเพียงแค่ความทุกข์เกี่ยวกับเพศเพียงอย่างเดียว ซึ่งแท้จริงแล้วประสบการณ์ส่วนอื่น ๆ นั้นมีความสำคัญเช่นกัน เช่น ความรู้สึกสะอึกสะอื้นใจ การมีความสุข หรือความรู้สึกเติมเต็มในตัวเอง ซึ่งเป็นผลจากการที่ได้เป็นตัวของตัวเองและสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ (Ashley, 2019a; Benestad, 2010) โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ต้องการคำวินิจฉัยภาวะทุกข์ใจในเพศสภาพเพื่อสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้นั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรมองหามิติอื่น ๆ เกี่ยวกับประสบการณ์ทางเพศที่เกิดขึ้นจากผู้รับบริการร่วมไปด้วย และพิจารณาว่าประสบการณ์มิติอื่น ๆ เหล่านี้เหมาะสมกับการดูแลใด (Motmans et al., 2019) สำหรับบุคคลข้ามเพศและบุคคลเพศหลากหลายทุกคน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญและสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น การมีความสัมพันธ์ที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนกัน การเข้าร่วมกับกลุ่มชุมชนซึ่งมีลักษณะคล้ายกัน หรือความภาคภูมิใจในอัตลักษณ์ของตนเอง (Bowling et al., 2019; Budge, 2015; Johns et al., 2018)

เครื่องมือต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการประเมินบุคคลข้ามเพศผู้มีความทุกข์ใจในเพศสภาพล้วนมีข้อจำกัด และควรตระหนักว่า ข้อจำกัดเหล่านี้อาจชัดเจนขึ้นเมื่อนำมาใช้กับบุคคล nonbinary ตัวชี้วัดส่วนใหญ่ที่เกี่ยวกับเพศมักอยู่บนพื้นฐานที่ว่าผู้รับบริการมีประสบการณ์ทางเพศอยู่ในกรอบสองเพศ (เช่น Recalled Gender Identity Scale และ Utrecht Gender Dysphoria Scale) ในขณะที่มีการประเมินใหม่ ๆ ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้มีความสอดคล้องกับบุคคล nonbinary มากขึ้น (McGuire et al., 2018; McGuire et al., 2020) การซักถามด้วยคำถามปลายเปิด มักเอื้อให้มีความเข้าใจที่ลึกซึ้งซึ่งการซักถามด้วยคำถามปลายเปิด มักเอื้อให้มีความเข้าใจที่ลึกซึ้งและถูกต้องถึงความทุกข์ใจในเพศสภาพรวมถึงความจำเป็นของการเข้ารับบริการมากกว่า ในขณะที่คำวินิจฉัยล่าสุด (เช่น “ความทุกข์ใจในเพศสภาพ” ใน DSM 5 หรือ “ความไม่สอดคล้องทางเพศ” ใน ICD-11) ถูกสร้างขึ้นเพื่อให้ครอบคลุมถึงบุคคล nonbinary อย่างไรก็ตาม อาจไม่สามารถครอบคลุมถึงในประสบการณ์ที่หลากหลายในความทุกข์ใจที่เกี่ยวกับเพศในบุคคล nonbinary ได้ทั้งหมด นอกจากนี้ ความทุกข์ใจที่เกี่ยวข้องกับมุมมองในรูปร่างทางกายภาพและการแสดงออก (ทั้งในสิ่ง

ที่มีอยู่หรือสิ่งที่ไม่มียังตาม) ความทุกข์ใจเหล่านี้อาจเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย เช่น เกิดจากมุมมองของตนเองที่มีต่อเพศของตนเองหรือเกิดขึ้นจากมุมมองจากสังคมที่รับรู้ถึงเพศของตนเอง หรือเกิดจากความเครียดที่มองว่าเพศของตนเองเป็นชนกลุ่มน้อย เป็นต้น (Winters & Ehrbar, 2010) ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในบุคคล nonbinary ในมิติต่าง ๆ เหล่านี้อาจเหมือนหรืออาจไม่เหมือนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชายข้ามเพศหรือหญิงข้ามเพศก็ได้

การดูแลโดยมองถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางนั้น ควรมีการพูดคุยถึงผลหลาย ๆ แบบว่าจะส่งผลให้เกิดความสบายใจในเพศของตนเองมากขึ้นหรือไม่ หรือจะทำให้คนอื่น ๆ มองเพศของผู้รับบริการเปลี่ยนไปหรือไม่ ความท้าทายหนึ่งของบุคคล nonbinary คือข้อจำกัดในขั้นตอนทางการแพทย์ในปัจจุบันอาจได้ผลไม่ตรงกับอัตลักษณ์ของบุคคล nonbinary หรือสังคมอาจมีความสับสนถึงการแสดงออกทางเพศของบุคคล nonbinary (Taylor et al., 2019) การศึกษาใหม่ ๆ พบว่าความต้องการในบุคคล nonbinary นั้นมีความหลากหลายมาก โดยอาจมีความต้องการคล้ายกับที่ชายข้ามเพศหรือหญิงข้ามเพศต้องการ ในขณะที่บางคนต้องการการดูแลที่แตกต่างไป (เช่น การใช้ฮอร์โมนในขนาดต่ำหรือการผ่าตัดโดยไม่ใช้ฮอร์โมน) บางคนไม่ต้องการการดูแลเลยและบางคนอาจยังไม่แน่ใจว่าพวกเขาต้องการการดูแลแบบใด (Burgwal & Motmans, 2021; James et al., 2016) การมองภาพว่าการประเมินนั้นเป็นขั้นตอนที่ต้องดำเนินการไปตลอดเวลาเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากประสบการณ์ที่เกี่ยวกับเพศและความต้องการที่เกิดขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ในขณะที่ตัวเลือกในการดูแลยังคงมีการเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา เช่นเดียวกับความรู้เกี่ยวกับผลของการดูแลทางการแพทย์ในบุคคล nonbinary ผู้รับบริการควรได้รับการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ทันสมัยและนำความรู้ใหม่เหล่านั้นมาใช้

คำแนะนำ 8.2

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์พิจารณาการยืนยันเพศสภาพทางการแพทย์ (การใช้ฮอร์โมนหรือการผ่าตัด) สำหรับบุคคล nonbinary โดยไม่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนเพศสภาพทางสังคม

เกณฑ์ในอดีตสำหรับการเข้าถึงการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัด เช่น แนะนำให้ใช้ชีวิตอยู่ในบทบาททางเพศซึ่งตรงกับอัตลักษณ์ทางเพศของตนเองนั้น ไม่สอดคล้องกับการใช้ชีวิตของบุคคล TGD หลายคน (Coleman et al., 2012) เนื่องจากความเชื่อพื้นฐานในกรอบของสองเพศในวัฒนธรรมทางตะวันตกโดยส่วนใหญ่ บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะถูกเข้าใจว่าเป็นเพียงผู้ชายหรือผู้หญิงเท่านั้น (Butler, 1993) ดังนั้นการได้รับความเข้าใจและได้รับการมองเห็นถึงความเป็น nonbinary ทางด้านรูปลักษณ์และการแสดงออกนั้นเป็นไปได้น้อย เนื่องจากโดยทั่วไปเพศมักถูกเข้าใจโดยอ้างอิงถึงกรอบของสองเพศเท่านั้น (Butler, 1993) ในปัจจุบันถือว่าเป็นไปได้ยากที่บุคคล nonbinary จะได้รับการเข้าใจถึงเพศ nonbinary โดยการมองจากการแสดงออกทางเพศหรือรูปลักษณ์ภายนอก เช่น การแต่งตัว หรือ ทรงผม อย่างไรก็ตาม การแสดงออกแบบเป็นกลางทางเพศ (androgyny) หรือบุคคลที่มีเพศไม่สอดคล้องกับความคาดหวังจากสังคม (gender

nonconformity) อาจสื่อสารออกมาโดยการผสมผสานของสิ่งต่าง ๆ ทางวัฒนธรรมที่บอกถึงทั้งความเป็นชายหรือความเป็นหญิง เนื่องจากโดยทั่วไปแล้ว เพศ nonbinary ยังไม่เป็นที่เข้าใจอย่างแพร่หลายในวัฒนธรรมทางตะวันตกหรือในประเทศซีกโลกเหนือ การรับรู้ถึงเพศ nonbinary นั้น มักจะแฝงไปกับเพศอื่น ๆ หรือมีการใช้สัญลักษณ์ให้เข้าใจได้ว่าเป็นบุคคลที่มีเพศไม่สอดคล้องกับความคาดหวังจากสังคม ซึ่งการกระทำเหล่านี้อาจไม่จำเป็นต้องเป็นเพศ nonbinary เสมอไป

ด้วยเหตุผลนี้ กรอบความคิดของการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ต้องการให้บุคคลหนึ่งมีการเปลี่ยนผ่านทางสังคม กล่าวคือ ได้ใช้ชีวิตในบทบาททางเพศที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางเพศของตน อาจไม่สอดคล้องกับการกระทำที่ TGD เข้าใจเกี่ยวกับตัวเองอย่างไรและอาจไม่สอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของแต่ละคน ยกตัวอย่างเช่น การใช้ชีวิตในบทบาททางเพศที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางเพศสำหรับบางคนนั้นไม่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนชื่อ สรรพนาม หรือการแสดงออกทางเพศ ในขณะที่ขั้นตอนทางการแพทย์บางอย่างเป็นสิ่งสำคัญเขาเหล่านั้น ถึงแม้ใครก็ตามที่สามารถใช้ชีวิตโดยมีบทบาททางเพศสอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางเพศของตนเอง ก็อาจเป็นไปได้ยากที่คนภายนอกจะเข้าใจได้ดี หากไม่ได้มาเรียนรู้หรือสอบถามโดยตรงกับเจ้าตัวว่ามีประสบการณ์อย่างไร ความคาดหวังของการเปลี่ยนผ่านเพศสภาพทางสังคมอาจไม่เป็นประโยชน์ในขั้นตอนการพิจารณาถึงเกณฑ์การได้รับการยืนยันเพศสภาพ เช่น ฮอโมนหรือการผ่าตัด และการคาดหวังให้ทุกคนมีการเปลี่ยนเพศทางสังคมนั้น อาจกลับกลายเป็นอุปสรรคของการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของบุคคล nonbinary นอกจากนี้ยังเป็นการไม่สมเหตุสมผล หากขั้นตอนทางการแพทย์จะทำได้ก็ต่อเมื่อ บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้เปลี่ยนชื่อทางกฎหมายเรียบร้อยแล้ว หรือได้เปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอัตลักษณ์บนเอกสารต่าง ๆ แล้วหรือต้องแต่งตัวหรือห้ามแต่งตัวแบบใดแบบหนึ่ง บุคคล nonbinary อาจมีปัญหาในการระบุเพศบนเอกสารทางการแพทย์ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและความเป็นอยู่โดยรวม (Goetz & Arcomano, 2021) อาจเป็นผลดีต่อบุคคล TGD หากได้รับการสนับสนุนในการเข้าถึงหรือคงไว้ซึ่งข้อมูลระบุเพศของตน (เช่น บนเอกสารทางการแพทย์) ที่ตนเองต้องการ การระบุให้ทุกคนเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของตัวเองในทุกแง่มุม (เช่น กับครอบครัว ที่ทำงาน หรือโรงเรียน) เพื่อเข้าถึงบริการทางการแพทย์ อาจไม่สอดคล้องกับเป้าหมายในการใช้ชีวิตและอาจส่งผลเสียตามมาได้

คำแนะนำ 8.3

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์พิจารณาการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ โดยไม่จำเป็นต้องได้รับฮอโมนมาก่อน เว้นเสียแต่ว่าการใช้ฮอโมนนั้นเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดผลการผ่าตัดที่ต้องการ

การปฏิบัติที่ให้ฮอโมนก่อนการผ่าตัดนั้นเป็นทางเลือกหนึ่งของการผ่าตัด บุคคล nonbinary บางคนต้องการการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศเพื่อบรรเทาความไม่สอดคล้องทางเพศและเพิ่มความพึงพอใจในรูปร่างของ (Beek et al., 2015; Burgwal & Motmans, 2021; Jones et al., 2019; Koehler et al., 2018) แต่ไม่ต้องการการใช้ฮอโมนหรือไม่สามารถใช้ฮอโมนได้ด้วยเหตุผลทางการแพทย์อื่น ๆ (Nieder, Eysselet al., 2020) ในปัจจุบันยังไม่มีตัวเลขแน่ชัดว่าบุคคล

nonbinary ในกลุ่มนี้มีมากน้อยเพียงใด

การผ่าตัดเต้านม (mastectomy) เป็นการผ่าตัดหนึ่งที่มีความจำเพาะต่อบุคคล nonbinary ซึ่งมีทำในชายข้ามเพศหรือทำบ้างในหญิงตรงเพศ (cisgender women) โดยเฉพาะในบุคคล nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิงซึ่งไม่ได้รับฮอโมนเทสโทสเตอโรน ซึ่งฮอโมนเทสโทสเตอโรนนั้นไม่จำเป็นต้องได้รับก่อนการผ่าตัดเต้านมเสมอไป และบุคคล nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิงบางคนต้องการการผ่าตัดลดขนาดเต้านม (McTernan et al., 2020) การผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบเมตไดออสตี (metoidioplasty) เป็นการผ่าตัดที่ใช้ฮอโมนก่อนผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้คลิตอริสขยายขนาดขึ้นซึ่งเป็นผลจากฮอโมนเทสโทสเตอโรน ดูปบทที่ 13 – การผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับความจำเป็นของการใช้ฮอโมนต่อการผ่าตัดแต่ละแบบ หัตถการที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน เช่น การผ่าตัดมดลูก การผ่าตัดรังไข่และปีกมดลูกไม่ว่าจะเป็นข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง และการตัดช่องคลอด หัตถการเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องได้รับการใช้ฮอโมนมาก่อน แต่การใช้ฮอโมนทดแทนไม่ว่าจะเป็น ฮอโมนเอสโตรเจน ฮอโมนเทสโทสเตอโรน หรือทั้งสองอย่าง เป็นสิ่งที่แนะนำสำหรับใครก็ตามที่ทำการผ่าตัดต่อเพศออก เพื่อป้องกันผลข้างเคียงในแง่ของโรคหัวใจและหลอดเลือดและระบบกล้ามเนื้อ (Hembree et al., 2017; Seal, 2017) การผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบฟาโล (phalloplasty) ถึงแม้จะไม่มีคำแนะนำชัดเจนว่าควรได้รับฮอโมนเทสโทสเตอโรนอย่างน้อยนานเพียงใด การมีการเปลี่ยนแปลงของคลิตอริสและแคมเล็กจากฮอโมนเพศชาย (หรือการไม่มีการเปลี่ยนแปลงก็ตาม) อาจส่งผลต่อการตัดสินใจถึงเทคนิคการผ่าตัดและส่งผลกระทบต่อทางเลือกวิธีการผ่าตัด ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่บทที่ 13 – การผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด

บุคคล nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชาย ควรได้รับการชี้แจงถึงการเริ่มฮอโมนเอสโตรเจนหลังการผ่าตัดว่า การที่เขาไม่เคยใช้ฮอโมนเอสโตรเจนมาก่อนเลย อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการผ่าตัดได้ (Kanhai, Hage, Asscheman et al., 1999; Kanhai, Hage, Karim et al., 1999) บุคคล nonbinary ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชาย ที่ต้องการการผ่าตัดอวัยวะออกทั้งสองข้าง ไม่จำเป็นต้องได้รับฮอโมนเอสโตรเจนมาก่อนเพื่อผลของการผ่าตัดที่ดีขึ้น (Hembree et al., 2017) อย่างไรก็ตาม จะเป็นการดีหากมีการชี้แจงให้ผู้รับบริการทราบถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการให้ฮอโมนทดแทน ไม่ว่าจะป็นฮอโมนเอสโตรเจน ฮอโมนเทสโทสเตอโรนหรือทั้งสองอย่าง ในการป้องกันผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและระบบกล้ามเนื้อ ตลอดจนการรักษาอื่น ๆ เช่น การกินแคลเซียมและวิตามินดีเสริม เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน (Hembree et al., 2017; Seal, 2017; Weaver et al., 2016) ดูปบทที่ 9 – Eunuchs สำหรับคนที่เลือกจะไม่รับฮอโมนทดแทน สำหรับการผ่าตัดทำช่องคลอด (vaginoplasty) ผู้รับบริการควรได้รับคำแนะนำว่า หากไม่เคยรับการรักษาเพื่อลดระดับฮอโมนเทสโทสเตอโรนมาก่อน อาจส่งผลให้มีขนขึ้นที่บริเวณช่องคลอดหลังผ่าตัดได้ หากมีการนำผิวหนังส่วนที่สามารถเกิดขนมาใช้ (Giltay & Gooren, 2000)

การผ่าตัดที่เป็นที่ต้องการของบุคคล nonbinary ที่มีเพศกำเนิด

เป็นเพศชาย รวมถึง การผ่าตัดทำช่องคลอดโดยคงองคชาติไว้ การผ่าตัดทำช่องคลอดโดยคงอวัยวะไว้ และหัตถการที่ทำให้ลักษณะความเป็นชายหายไปเช่น การผ่าตัดองคชาติออก การผ่าตัดถุงอัณฑะออก หรือการผ่าตัดอัณฑะออก เป็นต้น ศัลยแพทย์และผู้รับบริการควรพูดคุยอภิปรายเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันถึงเป้าหมายของผู้รับบริการและความคาดหวัง รวมไปถึงประโยชน์และข้อจำกัดของหัตถการที่ต้องการทำ ทั้งนี้เพื่อตัดสินใจบนพื้นฐานของความต้องการรายบุคคลและควรทำงานประสานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ท่านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

คำแนะนำ 8.4

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ชี้แจงข้อมูลให้แก่บุคคล nonbinary เกี่ยวกับผลของการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัดต่อการเจริญพันธุ์ในอนาคตและแนะนำตัวเลือกเพื่อการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ก่อนเริ่มฮอร์โมนหรือผ่าตัด

บุคคล nonbinary ทุกคนที่ต้องการการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน ควรได้รับการชี้แจงถึงข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ (Hembree et al., 2017; De Roo et al., 2016; Defreyne, Elaut et al., 2020; Defreyne, van Schuvlenbergh et al., 2020; Nahata et al., 2017; Quinn et al., 2021) นับว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีการพูดคุยถึงผลที่เป็นไปได้จากการใช้ฮอร์โมนต่อการเจริญพันธุ์ก่อนเริ่ม การพูดคุยควรรวมถึงตัวเลือกเพื่อการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ ความเป็นไปได้ที่การเจริญพันธุ์จะสามารถกลับมาหลังจากหยุดการใช้ฮอร์โมนแล้ว และข้อมูลที่ว่าการใช้ฮอร์โมนไม่ใช่การคุมกำเนิด ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่บทที่ 16 – สุขภาพการเจริญพันธุ์

การศึกษาเมื่อไม่นานมานี้ชี้ให้เห็นว่าบุคคล nonbinary มีแนวโน้มการเข้าถึงบริการที่ต่ำหรือมักไม่บอกถึงสิ่งที่ตนเองต้องการ (Beek et al., 2015; Taylor et al., 2019) ทุกคนไม่ว่าจะเป็นเพศใดก็ตาม ควรได้รับการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับตัวเลือกและเทคนิคในปัจจุบันเพื่อการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ ซึ่งหากเป็นไปได้ควรทำก่อนการเริ่มฮอร์โมนเนื่องจากการใช้ฮอร์โมนอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของอสุจิหรือไข่ได้ (Hamada et al., 2015; Payer et al., 1979) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะให้ข้อมูลไปแล้ว แต่ก็สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ในภายหลังเนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการชี้ให้เห็นว่าการเจริญพันธุ์ยังคงเป็นไปได้ สำหรับใครก็ตามที่ได้รับฮอร์โมน ไม่ว่าจะ เป็นเอสโตรเจนหรือเทสโทสเตอโรน (Light et al., 2014) การที่บุคคล nonbinary ตัดสินใจไม่รับคำปรึกษาหรือไม่ต้องการการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์นั้น ไม่ควรนำไปสู่การปฏิเสธการให้การใช้ฮอร์โมนหรือการเลื่อนการใช้ฮอร์โมนออกไป

บทที่ 9 Eunuchs (ยูนุก)

ในกลุ่มคนที่ได้รับประโยชน์จากการยืนยันเพศสภาพทางการแพทย์นั้น eunuchs นับเป็นกลุ่มที่คนอื่นรู้จักน้อยที่สุด มาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 นี้ได้ครอบคลุมถึงบุคคลกลุ่ม eunuch เข้ามาด้วย เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มีการแสดงออกที่เป็นเอกลักษณ์และมีความต้องการการยืนยันเพศสภาพที่จำเพาะ (ดูบทที่ 2 – การประยุกต์ใช้ทั่วโลก คำแนะนำที่ 2.1)

บุคคล eunuch คือคนที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชาย (assigned male at birth, AMAB) และมีความต้องการที่จะกำจัดลักษณะความเป็นชายทางกายภาพ อวัยวะเพศชาย หรือ การทำงานของอวัยวะเพศชายออกไป กลุ่มนี้ยังครอบคลุมไปถึงใครก็ตามที่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะออกหรือถูกทำให้อวัยวะไม่ทำงานได้ด้วยสารเคมีหรือการกระทำทางกายภาพ นอกจากนั้นยังครอบคลุมถึงใครก็ตามที่ระบุตัวเองว่าเป็น eunuch คำจำกัดความของอัตลักษณ์นี้ไม่รวมผู้ชายที่ได้รับการรักษาระยะต่อมลูกหมากระยะลุกลามและไม่ต้องการถูกเรียกว่าเป็น eunuch ในที่นี้เราให้ความสนใจแก่บุคคลที่ระบุตัวเองว่าเป็น eunuch ในส่วนของความหลากหลายทางเพศเท่านั้น

เช่นเดียวกับบุคคลหลากหลายทางเพศกลุ่มอื่น บุคคล eunuch อาจต้องการการทำให้อวัยวะไม่ทำงาน เพื่อให้ร่างกายมีลักษณะสอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางเพศมากขึ้น เพราะฉะนั้น บุคคล eunuch คือบุคคลที่มีเพศไม่สอดคล้องกับเพศกำเนิดตามที่สังคมเข้าใจและเขาเหล่านั้นมีความต้องการการยืนยันเพศสภาพเช่นกัน (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008)

บุคคล eunuch อาจระบุอัตลักษณ์ทางเพศของตนเองได้หลากหลาย บุคคล eunuch หลายคนมองว่าสถานะ eunuch นั้นเป็นอัตลักษณ์ทางเพศหนึ่งซึ่งไม่ได้เกี่ยวข้องกับเพศอื่นหรือบุคคลข้ามเพศ ในบทนี้ จะพูดถึงการดูแลแก่บุคคลที่ระบุตัวเองว่าเป็น eunuch บุคลากรทางการแพทย์อาจต้องให้การดูแลบุคคล eunuch เข้ามารับการใช้ออร์โมน การทำให้อวัยวะไม่ทำงานหรือทั้งสองอย่าง เพื่อให้ร่างกายมีความสอดคล้องกับความเป็น eunuch มากขึ้น การระบุตัวตนว่าเป็น eunuch ทำให้บุคคลเหล่านี้อาจได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมชุมชน eunuch ทั้งคนที่ผ่านหรือไม่ผ่านการทำให้เป็นหมันแล้วก็ตาม

ประวัติศาสตร์เกี่ยวกับ eunuchs มีมายาวนานมากกว่า 4,000 ปี แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือที่สุดสำหรับกลุ่มคนที่ระบุตัวเองว่าเป็น eunuch ในยุคปัจจุบันคือชุมชนออนไลน์ที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน เช่น Eunuch Archive (www.eunuch.org) ซึ่งถูกก่อตั้งตั้งแต่ ค.ศ. 1998 ผู้ดูแลเว็บไซต์นี้ต้องการให้มีการพูดคุย สอบถามเกี่ยวกับการแพทย์หรือประวัติศาสตร์ในชุมชนเกี่ยวกับ eunuchs ที่ถูกต้อง ถึงแม้จะมีบางข้อมูลที่เข้าใจคลาดเคลื่อนอยู่บ้างก็ตาม อ้างอิงจากเว็บไซต์ดังกล่าว ณ เดือนมกราคม ค.ศ. 2022 พบว่ามีสมาชิกที่ลงทะเบียนมากกว่า 130,000 คนจากทั่วทุกมุมโลกและมากกว่า 90% ของผู้อ่านเว็บไซต์นี้ เข้ามาอ่านในฐานะ “แขก” ที่ไม่ใช่

สมาชิกที่ลงทะเบียน เว็บไซต์มีมากกว่า 23,000 กระทั่งและมีมากถึง 220,000 ข้อความโพสต์ ยกตัวอย่างเช่น มี 2 กระทั่งที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำให้อวัยวะไม่ทำงานด้วยตัวเองโดยการฉีดสารพิษต่างๆ เข้าไปที่อวัยวะโดยตรง ซึ่งมีมากถึง 2,500 ข้อความโพสต์ในแต่ละกระทั่ง นอกจากนั้นยังมีผู้เข้าไปอ่านมากกว่า 1,000,000 ครั้งในแต่ละกระทั่งอีกด้วย นับตั้งแต่ ค.ศ. 2001 มีการประชุมรวมตัวประจำปีระดับนานาชาติของชุมชน Eunuch Archive รวม 20 ครั้งที่เมือง Minneapolis ซึ่งยังมีการรวมตัวระดับภูมิภาคอีกมากมายในพื้นที่ต่าง ๆ ถึงแม้การทำให้อวัยวะไม่ทำงานนั้น เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากผู้เข้าร่วมประชุม อย่างไรก็ตาม มีสมาชิกไม่มากนักที่ต้องการการทำให้อวัยวะไม่ทำงานหรือผ่านการทำให้อวัยวะไม่ทำงานแล้ว มีสมาชิกของ Eunuch Archive ในอดีตหลายคนที่บรรลุเป้าหมายของตนเองแล้วและไม่ได้มาร่วมชุมชนอีก

เนื่องจากความเข้าใจผิดและการมีอคติต่อบุคคล eunuch ในอดีต การถูกมองข้ามถึงบุคคล eunuch ในปัจจุบันและการถูกตีตราทางสังคม ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อทุกเพศรวมถึงเพศที่เป็นคนกลุ่มน้อย มีบุคคล eunuch จำนวนน้อยที่เปิดเผยต่อสาธารณะถึงความเป็น eunuch ในขณะที่หลายคนเลือกที่จะไม่บอกใครและบอกเฉพาะคนที่มีความเหมือนกันในชุมชนออนไลน์หรือบอกเฉพาะกับสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดหรือเพื่อนที่ใกล้ชิดเท่านั้น (Wassersug & Lieberman, 2010) ภาพจำของบุคคล eunuch มักเป็นไปในแง่ลบอย่างมาก (Lieberman 2018) และบุคคล eunuch อาจต้องแบกรับกับความเครียดที่เป็นคนกลุ่มน้อย เช่นเดียวกับกับบุคคลกลุ่มเพศอื่น ๆ ที่ถูกตีตราทางสังคม (Wassersug & Lieberman, 2010) ดังนั้นการศึกษาวิจัยที่สำรวจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดกับคนกลุ่มน้อยในบุคคลเพศหลากหลายนั้น ควรรวมกลุ่ม eunuch เข้าไปด้วย

คำแนะนำในปัจจุบันถูกร่างขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานกับกลุ่มคนซึ่งระบุตัวเองว่าเป็น eunuch (Johnson & Wassersug, 2016; Vale et al., 2010) และต้องการการยืนยันเพศสภาพทั้งด้วยยาและการผ่าตัด (gender-affirming medical and/or surgical treatments; GAMSTs) ถึงแม้ในปัจจุบัน ยังไม่มีการวินิจฉัยใน ICD หรือ DSM ที่จำเพาะ eunuch นับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญเนื่องจากเป็นคำที่อธิบายถึงประสบการณ์ของการเป็น eunuch ที่จำเพาะเจาะจง ในขณะเดียวกัน ได้เชื่อมโยงถึงประสบการณ์ในความไม่สอดคล้องทางเพศไปด้วย บุคคล eunuch มีการแสดงออกทางคลินิกได้หลากหลาย พวกเขาต้องการลักษณะทางกายภาพที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ eunuch กล่าวคือ ร่างกายที่มีการทำงานของอวัยวะเพศชายแบบไม่สมบูรณ์ บุคคล eunuch บางคนรู้สึกมีความทุกข์ใจในอวัยวะเพศชายของตนเองและมีความต้องการที่จะกำจัดอวัยวะเพศชายออก เพื่อให้เกิดความสบายใจในร่างกายของตนเองมากขึ้น (Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008) บุคคล eunuch บางคนสามารถมีอวัยวะเพศชายไว้ トラบที่อวัยวะนั้นเป็นเพียงแค่อวัยวะทางกายภาพ แต่ไม่ได้ทำงานในการสร้างฮอร์โมนเพศชาย หรือไม่บ่งบอกถึงลักษณะทางเพศของความเป็นชายแต่อย่างใด (Brett et al., 2007) ออร์โมนอาจถูกนำมาใช้เพื่อ

คำแนะนำ

- 9.1 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ใช้มาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 นี้ ควรประยุกต์ใช้คำแนะนำต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคคล eunuch
- 9.2 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์พิจารณาขั้นตอนการฉีดยาหรือการผ่าตัด หรือทั้ง 2 อย่าง สำหรับบุคคล eunuch ที่หากไม่ได้รับการดูแลแล้ว มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอันตรายจากการทำการผ่าตัดด้วยตนเอง การรับการผ่าตัดโดยบุคลากรที่ไม่มีคุณสมบัติ หรือใช้ยาปรับฮอร์โมนด้วยตนเองโดยไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำ
- 9.3 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินบุคคล eunuch เพื่อรับการดูแลทางการแพทย์ ต้องเป็นผู้ที่แสดงให้เห็นว่ามีความรู้ความสามารถในการประเมินบุคคล eunuch
- 9.4 - เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลบุคคล eunuch ให้คำปรึกษาและความรู้ในเรื่องเพศศึกษา

จุดประสงค์ของการสร้างฮอร์โมนเพศชาย อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดอัณฑะถือเป็นทางเลือกที่ถาวรสำหรับใครก็ตามที่ไม่ต้องการให้มีการทำงานของอวัยวะเพศเลย (Wibowo et al., 2016) บุคคล eunuch บางคนต้องการให้ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนอยู่ในระดับต่ำเสมือนกับการผ่าตัดอัณฑะออก แต่บุคคล eunuch หลายคนเลือกใช้ออร์โมนทดแทนบางประเภท เพื่อป้องกันผลเสียที่เกิดจากภาวะพร่องฮอร์โมน กลุ่มคนที่เลือกใช้ออร์โมนส่วนใหญ่ อาจเลือกใช้ออร์โมนเทสโทสเตอโรนทดแทนในขนาดยามาตรฐานหรืออาจใช้ออร์โมนขนาดต่ำ มีส่วนน้อยที่เลือกใช้ออร์โมนเอสโตรเจน

คำแนะนำทุกคำแนะนำในบทนี้ ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและประเมินถึงประโยชน์และอันตราย อีกทั้งการประเมินและค่านิยมจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้ เราตระหนักดีว่าในบางกรณี หลักฐานทางวิชาการนั้นมียกเว้นจำกัดและการบริการบางอย่าง ไม่สามารถเข้าถึงได้หรือไม่สามารถทำได้

คำแนะนำ 9.1

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ใช้มาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 นี้ ควรประยุกต์ใช้คำแนะนำต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคคล eunuch

บุคคล eunuch เป็นส่วนหนึ่งของบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งมีประสบการณ์ของความไม่สอดคล้องทางเพศและอาจต้องการการยืนยันเพศสภาพ เช่นเดียวกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศอื่น ๆ บุคคล eunuch ต้องการการเข้าถึงการดูแลเพื่อเพิ่มความสบายกายและสบายใจในเพศของตนเอง ในแต่ละตอนของมาตรฐานการดูแลนี้ กล่าวถึงความต้องการของบุคคลต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุมบุคคล eunuch ไว้ด้วย บุคคล eunuch อาจมีความคล้ายกับบุคคล nonbinary ในแง่ของการเปลี่ยนผ่านเพศสภาพทางสังคม ซึ่งอาจไม่ใช่แนวทางที่ต้องการเสมอไป และการใช้ออร์โมนอาจไม่มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนผ่านเพศสภาพทางสังคม หรือการเปลี่ยนผ่านในแบบเดียวกับบุคคล nonbinary (Wassersug & Lieberman, 2010)

เช่นเดียวกับบุคคลหลากหลายทางเพศอื่น ๆ บุคคล eunuch อาจตระหนักถึงอัตลักษณ์ของตนเองในวัยเด็กหรือวัยรุ่น เนื่องจากในปัจจุบัน ยังขาดการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลในเด็กที่ระบุตัวเองว่าเป็น eunuch เราจึงไม่สามารถให้คำแนะนำที่จำเพาะในส่วนนี้ได้

บุคคล eunuch อาจต้องการฉีดยาหรือการผ่าตัด (เช่น การใช้ยากดฮอร์โมน การผ่าตัดอัณฑะออก และในบางราย การผ่าตัดองคชาตออก) เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและการเปลี่ยนแปลงทางเพศ (Wassersug & Johnson, 2007) นับเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้รับบริการทุกคน รวมทั้งบุคคล eunuch หรือใครก็ตามที่ต้องการการทำหมัน ควรสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์บนพื้นฐานของความเชื่อใจและความเข้าใจอย่างแท้จริง เนื่องจากในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์นั้น ยังขาดซึ่งความตระหนักถึงอัตลักษณ์ eunuch อยู่ และอาจมีความกลัวในบรรดากลุ่มคนที่ต้องการการทำหมันว่า พวกเขาอาจถูกปฏิเสธจากบุคลากรทางการแพทย์ คนเหล่านี้หลายคนไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์ประจำตัวหรือไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคต่าง ๆ อย่างเหมาะสมเท่าที่ควร (Jäggi et al., 2018) การเพิ่มความตระหนักและให้การศึกษากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น จะช่วยให้มีการพูดคุยสอบถามถึงอัตลักษณ์ eunuch ในบริบทของความหลากหลายทางเพศด้วย (Deutsch, 2016a) เป็นข้อเท็จจริงที่บุคคล eunuch นั้นต้องการและควรที่จะได้รับการดูแลจากแพทย์ประจำตัวเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป การคัดกรองโรคมะเร็ง เช่น มะเร็งต่อมลูกหมากหรือมะเร็งเต้านมนับเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากความเสี่ยงของโรคมะเร็งที่สัมพันธ์กับออร์โมนเพศอาจมีความแตกต่างกันไปในบุคคลที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชาย แต่มีระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนและฮอร์โมนเอสโตรเจนอยู่ในระดับที่ไม่ปกติสำหรับเพศชายโดยกำเนิด เนื่องจากยังขาดการศึกษาที่สำรวจความชุกหรืออุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่สัมพันธ์กับออร์โมนเพศในบุคคล eunuch ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานที่สามารถสนับสนุนการแนะนำได้ว่า ควรจะต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งที่สัมพันธ์กับออร์โมนเพศเหล่านี้บ่อยเพียงใด ยกตัวอย่างเช่น การตรวจต่อมลูกหมาก การเจาะเลือดวัดระดับ PSA การตรวจแมมโมแกรมและอื่น ๆ

ข้อมูลทางการแพทย์จำนวนมากเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากซึ่งได้รับการรักษาให้อัณฑะไม่ทำงาน ไม่ว่าจะด้วยยาหรือการผ่าตัดก็ตาม พบว่าการทำให้อัณฑะไม่ทำงานหลังจากที่ผู้ป่วยเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ไปแล้วนั้นไม่มีผลข้างเคียง (เช่น ภาวะกระดูกพรุน ซึมเศร้า หรือโรคทางมแทบอลิก) อย่างไรก็ตาม บุคคล eunuch อาจตีความผลลัพธ์เหล่านี้แตกต่างไปจากผู้ป่วยที่ถูกทำให้อัณฑะไม่ทำงานด้วยเหตุผลทางการแพทย์ การทำให้อัณฑะไม่ทำงานด้วยสารเคมีหรือการผ่าตัดอาจก่อให้เกิดความทุกข์ใจในชายตรงเพศที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ในขณะเดียวกัน ขั้นตอนเหล่านี้อาจเป็น

การยืนยันและเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสบายใจสำหรับบุคคล eunuch ในทำนองเดียวกัน ชายข้ามเพศที่ทำการผ่าตัดหน้าอกเพื่อเพิ่มความสบายใจในรูปร่างของตนเอง อาจมีประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดชนิดนี้แตกต่างกับหญิงตรงเพศที่รักษาโรคมะเร็งเต้านม (Koçan & Gürsoy, 2016; van de Griff et al., 2016) Wassersug et al.(2021) ได้สรุปข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมากไว้เป็นอย่างดีและอ้างอิงถึงแหล่งที่มาของข้อมูลทางวิชาการจำนวนมากในเรื่องนี้ ควรมีการจัดเตรียมข้อมูลของผลของการทำให้อัณฑะไม่ทำงานไว้สำหรับใครก็ตามที่ต้องการการรักษาชนิดนี้

หลังจากที่ผ่านการประเมินตามคำแนะนำของมาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 นี้ ขั้นตอนต่อไปคือการพิจารณาและเริ่มขั้นตอนทางการแพทย์ที่ผู้รับบริการต้องการหากมีความเหมาะสม ขั้นตอนต่างๆ ควรปรับเปลี่ยนให้จำเพาะต่อผู้รับบริการแต่ละคน เพื่อสะท้อนถึงความต้องการที่ต่างกันไป ผู้รับบริการแต่ละคนอาจมีความแตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็น จำนวน ชนิด หรือลำดับของการดูแลแต่ละอย่าง คำแนะนำนี้ตรงกับคำแนะนำในบทการประเมินและบทการผ่าตัด ในมาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 นี้ ตัวเลือกสำหรับบุคคล eunuch ประกอบด้วย

- การกดฮอร์โมนเพศชายเพื่อให้ทราบถึงผลของภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย สำหรับบุคคล eunuch ที่ต้องการความเป็น asexual, nonsexual, หรือ androgynous
- การผ่าตัดอัณฑะออกเพื่อหยุดการสร้างฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน
- การผ่าตัดอัณฑะออกและอาจมีการผ่าตัดต่อมลูกหมากด้วย เพื่อเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพให้สอดคล้องกับที่ตนเองต้องการ
- การผ่าตัดอัณฑะออกตามด้วยการใช้ฮอร์โมนทดแทน อาจเป็นฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนหรือฮอร์โมนเอสโตรเจน

จากคำแนะนำที่ 5.6 ในบทที่ 5 – การประเมินในผู้ใหญ่ บุคคล eunuch ที่ต้องการการตัดต่อมเพศ (gonadectomy) ควรพิจารณาการใช้ฮอร์โมนที่ตรงกับเป้าหมายทางเพศของตนเอง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนก่อนเริ่มการผ่าตัดที่ผลการผ่าตัดไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ (เว้นเสียแต่ว่า ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ฮอร์โมน)

คำแนะนำ 9.2

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์พิจารณาขั้นตอนการใช้ยาหรือการผ่าตัด หรือทั้ง 2 อย่าง สำหรับบุคคล eunuch ที่หากไม่ได้รับการดูแลแล้ว มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอันตรายจากการทำการผ่าตัดด้วยตนเอง การรับการผ่าตัดโดยบุคลากรที่ไม่มีคุณสมบัติ หรือใช้ยาปรับฮอร์โมนด้วยตนเองโดยไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำ

กระบวนการประเมินที่แนะนำในมาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 นี้ สามารถนำมาใช้กับบุคคล eunuch (ดูบทที่ 5 – การประเมินในผู้ใหญ่) ในกลุ่ม Eunuch Archive มีเรื่องราวจำนวนมากที่บอกถึง

ความยากลำบากในการหาบุคลากรทางการแพทย์ที่ยินดีทำการผ่าตัดให้อัณฑะไม่ทำงาน นอกจากนั้น ยังมีบุคคล eunuch จำนวนมากที่ทำการผ่าตัดด้วยตัวเองหรือเข้ารับการผ่าตัดโดยบุคคลที่ไม่มีคุณสมบัติ (Johnson & Irwig, 2014) มีการรายงานทางการแพทย์ที่พูดถึงบุคคล eunuch ทำให้อัณฑะไม่ทำงานด้วยตนเองหรือมีการรายงานบุคคลที่ให้ข้อมูลเท็จแก่บุคลากรทางการแพทย์เพื่อนำไปสู่หัตถการทำให้อัณฑะไม่ทำงาน (Hermann & Thorstenson, 2015; Mukhopadhyay & Chowdhury, 2009) จึงเป็นเรื่องที่คาดการณ์ได้ว่า เมื่อบุคคล eunuch ถูกปฏิเสธการเข้าถึงการดูแลทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ พวกเขาเหล่านี้อาจไปทำการรักษาเองซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง เช่น เลือดออกหรือติดเชื้อ และนำไปสู่การเข้าอนในโรงพยาบาลในที่สุด (Hay, 2021; Jackowich et al., 2014; Johnson & Irwig, 2014) ด้วยเหตุผลของปัญหาร้ายแรงที่ตามมาและอันตรายที่เกิดจากการผ่าตัดด้วยตนเอง หรือการผ่าตัดด้วยบุคลากรที่ไม่มีคุณสมบัติ หรือการใช้ยาปรับฮอร์โมนโดยไม่มีคำแนะนำ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้การต้อนรับและพิจารณาหลังจากผ่านการประเมินอย่างระมัดระวัง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่จะตามมา จากการทำพวกเขาไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้หรือจากการที่พวกเขาไม่ได้รับการดูแลที่ต้องการ

การทำให้อัณฑะไม่ทำงานสามารถทำได้ด้วยการใช้ยาหรือการผ่าตัด ในบางราย การทำให้อัณฑะไม่ทำงานด้วยการใช้ยา อาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสมก่อนทำการผ่าตัด เพื่อให้ลดความเสี่ยงถึงผลการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เมื่อมีภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ (Vale et al., 2010) การทำให้อัณฑะไม่ทำงานด้วยยานั้น โดยส่วนใหญ่แล้วสามารถย้อนกลับได้หากหยุดยาดังกล่าว (Wassersug et al., 2021) ยาที่ใช้บ่อยเพื่อลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนคือ ยาด้านฮอร์โมนเพศชายหรือยาฮอร์โมนเอสโตรเจน

ยาด้านฮอร์โมนเพศชายที่ใช้บ่อยที่สุดคือ cyproterone acetate และ spironolactone ซึ่งทั้งสองอย่างเป็นยากิน ฮอร์โมนเอสโตรเจนอาจมีการใช้ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากในบางรายเพื่อลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน โดยฮอร์โมนเอสโตรเจนทำงานผ่านการกดการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมอง ฮอร์โมนเอสโตรเจนและยาด้านฮอร์โมนเพศชายอาจไม่สามารถลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนให้ลงมาอยู่ในระดับของเพศหญิงหรือระดับที่ไม่มีอัณฑะได้ นอกจากนั้นฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิดกินยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคลิ่มเลือดอุดตันอีกด้วย ยากลุ่ม gonadotropin releasing hormone (GnRH) agonists เป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการลดการสร้างฮอร์โมนเพศและการเจริญพันธุ์ที่ดี อย่างไรก็ตามอาจไม่เป็นที่นิยมนักเนื่องจากมีราคาสูง (Hembree et al., 2017) ในขั้นตอนการเลือกยานั้น เราแนะนำให้เลือกยาที่มีการศึกษารองรับในกลุ่มประชากรบุคคลข้ามเพศ (เช่น ฮอร์โมนเอสโตรเจน, ยา cyproterone acetate หรือ ยา GnRH agonists) มากกว่ายาที่ใช้กันโดยไม่มีหลักฐานทางวิชาการรับรอง (เช่น bicalutamide, การให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนทางทวารหนัก และอื่น ๆ) (Angus et al., 2021; Butler et al., 2017; Efsthathiou

et al., 2019; Tosun et al., 2019)

บุคคล eunuch หลายคนต้องการใช้ฮอร์โมนทดแทนหลังจากที่ผ่านการทำให้อวัยวะไม่ทำงานแล้ว เนื่องจากพวกเขาไม่ต้องการที่จะไม่มีฮอร์โมนอย่างสิ้นเชิงหรือกังวลเรื่องผลข้างเคียง เช่น โรคกระดูกพรุน ตัวเลือกในการให้ฮอร์โมนเพศทดแทนนั้นมี 2 ตัวเลือกหลัก คือฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนและฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งสามารถเลือกใช้ในขนาดยามาตรฐานหรือใช้ในขนาดต่ำ โดยส่วนใหญ่มักต้องการการแสดงออกถึงความเป็นชายและไม่ต้องการความเป็นหญิงจึงเลือกฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ในคนส่วนน้อยเลือกใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในระดับแค่เพียงพอสำหรับการป้องกันภาวะกระดูกพรุน แต่ไม่สูงจนกระทั่งเกิดการเปลี่ยนแปลงของความเป็นหญิงขึ้น เขาเหล่านี้อาจจะระบุตัวเองว่าเป็น nonbinary, agender หรือเพศอื่น ๆ (Johnson et al., 2007; Johnson & Wassersug, 2016)

ในปัจจุบันยังขาดการศึกษาถึงการให้ฮอร์โมนทดแทนในบุคคล eunuch แต่อาจใช้ข้อมูลในชายตรงเพศที่ได้รับการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากมาใช้บอกถึงผลของการใช้ฮอร์โมนได้ จากการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมในชายตรงเพศ 1,694 คน ที่ได้รับการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากทั้งระยะแพร่กระจายหรือระยะรุนแรงแต่ยังไม่แพร่กระจาย โดยกลุ่มหนึ่งได้รับ GnRH agonists และอีกกลุ่มได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนแบบทา (Langley et al., 2021) พบว่า ชายตรงเพศได้รับ GnRH agonists มีอาการและอาการแสดงของทั้งภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายและฮอร์โมนเพศหญิง ในขณะที่ชายที่ได้รับแผ่นแปะฮอร์โมนเอสโตรเจนนั้น มีเพียงอาการพร่องฮอร์โมนเพศชายเพียงอย่างเดียว ทั้งสองกลุ่มมีผลข้างเคียงในเรื่องเพศในอัตราที่สูง (91%) และมีน้ำหนักขึ้นในอัตราที่เท่ากัน ชายตรงเพศที่ได้รับแผ่นแปะฮอร์โมนเอสโตรเจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า มีอาการร้อนวูบวาบที่ต่ำกว่า (35% และ 86%) และมีการเกิดเต้านมที่สูงกว่า (86% และ 38%) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ GnRH agonists ในแง่ของผลทางเมแทบอลิก กลุ่มที่ได้รับแผ่นแปะฮอร์โมนเอสโตรเจนมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่า กล่าวคือ มีค่าน้ำตาลหลังอดอาหารที่ต่ำกว่า มีค่าไขมันคอเลสเตอรอลโดยรวมหลังอดอาหารที่ต่ำกว่า และมีค่าความดันช่วงล่างหรือความดันไดแอสโตลิกที่ต่ำกว่า ในทางกลับกันกลุ่มที่ได้ GnRH agonists มีผลในทางตรงกันข้าม หากอ้างอิงจากการศึกษานี้ บุคคล eunuch สามารถพิจารณาการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิดทาในขนาดต่ำ เพื่อหลีกเลี่ยงอาการพร่องฮอร์โมนเพศหญิงได้ เช่น อาการร้อนวูบวาบ, อ่อนเพลีย, ผลทางเมแทบอลิก, หรือการลดลงของความหนาแน่นมวลกระดูก (Hembree et al., 2017; Langley et al., 2021) ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่บทที่ 12 – การใช้ฮอร์โมน

คำแนะนำ 9.3

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินบุคคล eunuch เพื่อรับการดูแลทางการแพทย์ ต้องเป็นผู้ที่แสดงให้เห็นว่ามีความรู้ความสามารถในการประเมินบุคคล eunuch

หัวข้อที่มักมีการถกเถียงกันในกลุ่ม Eunuch Archive คือความ

ยากลำบากในการค้นหาบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถเข้าใจในความต้องการของพวกเขาได้ บุคคล eunuch และคนที่ต้องการการทำให้อวัยวะไม่ทำงาน มักเป็นกลุ่มที่ถูกมองข้ามมากกว่าคนกลุ่มน้อยทางเพศอื่น ๆ (Wassersug & Lieberman, 2010) ด้วยเหตุผลจากการถูกตีตราและความกลัวที่จะถูกปฏิเสธโดยบุคลากรทางการแพทย์ พวกเขาอาจเลือกที่จะไม่เปิดเผยถึงอัตลักษณ์ของตนเองหรือไม่เปิดเผยความต้องการของพวกเขา ต่อบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ด้านสุขภาพจิต ในบางแห่ง บุคลากรทางการแพทย์อาจไม่ตระหนักถึงการมีอยู่ของบุคคล eunuch เลย และไม่มีความรู้ว่าควรรักษาบุคคลที่ระบุตัวเองว่าเป็น eunuch อย่างไร

ในบทความประเมินในมาตรฐานการดูแลฉบับนี้ สามารถนำมาใช้กับบุคคล eunuch ได้เช่นเดียวกับบุคคลเพศหลากหลายกลุ่มอื่น ใครก็ตามที่ต้องการการทำให้อวัยวะไม่ทำงาน สามารถเข้าสู่กระบวนการให้ความยินยอมในการรักษา ทำโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณสมบัติในการประเมินและสามารถประเมินได้ว่าผู้รับบริการมีความสามารถในการให้การยินยอมในการรักษา ก่อนเริ่มการรักษาทางการแพทย์ รวมถึงต้องประเมินได้ว่าไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิตอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุของความต้องการการรักษานั้น เช่นเดียวกับคนกลุ่มน้อยทางเพศกลุ่มอื่น การทำงานร่วมกับบุคคล eunuch ต้องอาศัยความเข้าใจว่าพวกเขาเป็นประชากรที่มีความหลากหลายและมีความต้องการในแบบของตัวเองในแต่ละคน (Johnson et al., 2007) พวกเขาต้องการการบริการที่ให้การต้อนรับ เปิดโอกาสให้สอบถาม ไม่ด่วนตัดสินและมีความคาดหวังที่ยืดหยุ่น ร่วมกับมีความเชี่ยวชาญและความสามารถทางการแพทย์

ในการให้การดูแลที่เหมาะสมนั้น บุคลากรทางการแพทย์ต้องสร้างความเชื่อใจและให้ความเคารพ โดยสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อบุคคล eunuch เอกสารสำหรับรอกข้อมูลเริ่มต้นสำหรับบุคคลที่ระบุตัวเองว่า eunuch นั้น ควรถามถึงเพศกำเนิดและเพศที่ตนเองระบุ มีตัวเลือกให้เลือกถึงเพศ “eunuch” หรือ “อื่น ๆ” บุคคลใด ๆ ก็ตามอาจจะระบุตัวเองไว้มากกว่าหนึ่งเพศ ดังนั้นควรสามารถที่จะเลือกใช้เพศได้มากกว่าหนึ่งตัวเลือก

บุคลากรทางการแพทย์อาจเกี่ยวข้องในขั้นตอนการประเมิน การทำจิตบำบัด (หากต้องการ) การเตรียมตัว การตรวจติดตาม หรือการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศ หรืออาจเป็นผู้ให้การสนับสนุนต่อคู่ชีวิตและครอบครัวของบุคคล eunuch การพบนักจิตบำบัดที่มีความสามารถและประสบการณ์ (ดูเกณฑ์ในบทที่ 4 – การศึกษา) เป็นประโยชน์ต่อบุคคลที่ระบุตัวเองว่าเป็น eunuch และต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ด้านสุขภาพจิต

สำหรับคนที่ต้องการหรือกำลังพิจารณาการทำให้อวัยวะไม่ทำงานที่เข้ามาขอคำปรึกษา อาจเพียงเพราะพวกเขาต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ หรือต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจ ในขณะที่หลายคน เข้ามาพบบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรับการประเมินเพื่อเตรียมตัวสำหรับการรักษานั้น ๆ (Vale et al., 2010)

คำแนะนำ 9.4

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลบุคคล eunuch ให้คำปรึกษาและความรู้ในเรื่องเพศศึกษา

การศึกษาหลายการศึกษาเป็นที่มาขององค์ความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่ระบุตัวเองว่าเป็น eunuch ในปัจจุบัน และได้ศึกษาถึงลักษณะทางประชากรศาสตร์และเกี่ยวกับเรื่องเพศวิถี (Handy et al., 2015; Vale et al., 2013; Wibowo et al., 2012, 2016) บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ควรตระหนักว่าบุคคล eunuch เป็นคนที่สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ มีความพึงพอใจทางเพศได้ มีความสัมพันธ์ทางเพศได้ เว้นเสียแต่ว่าพวกเขาระบุตัวเองในทางตรงกันข้าม (Wibowo et al., 2021) จากการศึกษาพบว่า บุคคล eunuch มีความต้องการทางเพศที่หลากหลายมาก รวมไปถึงมีความหลากหลายในลักษณะที่พวกเขาต้องการทางด้านกายภาพหรือลักษณะของกิจกรรมทางเพศ และมีความหลากหลายของรูปแบบความสัมพันธ์ (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008) ในขณะที่บางคนมีความสุขกับกิจกรรมทางเพศ ทั้งแบบที่มีความสัมพันธ์หรือไม่มีความสัมพันธ์เชิงโรแมนติคก็ตาม ในบางคนอาจจะระบุตัวเองว่าเป็นกลุ่มไม่ฝักใฝ่ทางเพศ (asexual) หรือ aromantic คนกลุ่มนี้จะรู้สึกดีหากไม่มีความต้องการทางเพศ ซึ่งเกิดขึ้นได้จากการทำให้อวัยวะไม่ทำงานไม่ว่าโดยยาหรือการผ่าตัด (Brett et al., 2007) แต่แต่ละคนมีความแตกต่างเฉพาะตัวและการมีอยู่ของอวัยวะเพศ ไม่ใช่ตัวกำหนดถึงความดึงดูดทางเพศหรือความดึงดูดทางโรแมนติค (Walton et al., 2016; Yule et al., 2015)

ไม่ว่าจะเป็นการดูแลที่เคยได้รับมาในอดีต เช่นการใช้ยาหรือการผ่าตัด พวกเขาอาจมีความสามารถในการเกิดความพึงพอใจทางเพศหรือการมีกิจกรรมทางเพศได้ บุคคล eunuch ไม่จำเป็นต้องเป็น asexual หรือ nonsexual ซึ่งขัดกับความเชื่อโดยทั่วไป (Aucoin & Wassersug, 2006) การให้ความรู้ในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยนั้น เป็นสิ่งสำคัญสำหรับทุกคนที่มีกิจกรรมทางเพศและอาจเกิดการแลกเปลี่ยนของสารคัดหลั่งขึ้น ดูปทที่ 17 – สุขภาพทางเพศ สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการให้ความรู้ทางเพศและตัวเลือกของการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยสำหรับบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ นอกจากนั้นควรมีการพูดคุยถึงการรักษาภาวะการณ้เจริญพันธุ์ ก่อนการพิจารณาเริ่มขั้นตอนใด ๆ ที่อาจส่งผลต่อการมีบุตรในอนาคต ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่ บทที่ 16 -- สุขภาพการเจริญพันธุ์

บทที่ 10 Intersex (อินเทอร์เซ็กส์)

มาตรฐานการดูแลฉบับที่ 7 มีบทที่กล่าวถึงการประยุกต์ใช้มาตรฐานการดูแลกับบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ไม่สามารถระบุเพศได้ชัดเจนโดยกำเนิด (ในบทนี้จะเรียกว่า intersex) ซึ่งเกิดความทุกข์ใจในเพศสภาพและ/หรือ ต้องการเปลี่ยนเพศสภาพของตน เนื่องจากพวกเขาเหล่านี้มีความแตกต่างจากบุคคลข้ามเพศที่ไม่มีภาวะ intersex ไม่ว่าจะในด้าน การแสดงออก การดำเนินชีวิต ความสุข สาเหตุ และความเสี่ยงของการถูกตีตรา ในบทนี้ จะให้ข้อมูลที่ทันสมัยและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับบุคคล intersex โดยรวม (ดูคำแนะนำเกี่ยวกับความจำเป็นทางการแพทย์ในบทที่ 2 – การประยุกต์ใช้ทั่วโลก, คำแนะนำที่ 2.1) เนื่องจากในทารกที่มีการพัฒนาทางเพศที่แตกต่างจากปกติ อาจมีความท้าทายทางคลินิกเกิดขึ้น เช่น ต้องการการให้ความรู้กับครอบครัว ต้องการการสนับสนุนในระยะเริ่มแรก ต้องการการตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดเพศ ต้องการการดูแลทางการแพทย์เกี่ยวกับเพศหรือต้องการรายละเอียด โดยเฉพาะการผ่าตัดอวัยวะเพศซึ่งยังเป็นที่ถกเถียงกันในปัจจุบัน และต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดความทุกข์ใจในเพศสภาพหรือการเปลี่ยนเพศในอนาคต ซึ่งพบมีอัตราเพิ่มขึ้น (Sandberg & Gardner, 2022)

คำศัพท์

“Intersex” (มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน แปลว่า “ระหว่างเพศ”) เป็นคำที่มีพื้นฐานอยู่บนกรอบสองเพศในระบบสืบพันธุ์ของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม (ซึ่งรวมมนุษย์ด้วย) ในทางการแพทย์ คำนี้ใช้บอกถึงบุคคลที่มีอวัยวะสืบพันธุ์แตกต่างจากปกติอย่างชัดเจนโดยกำเนิด หรืออาจเรียกว่า “อวัยวะเพศกำกวม” ซึ่งหมายถึงการที่ไม่สามารถระบุได้ว่ามีกายภาพเป็นเพศชายหรือเพศหญิง ในบริบทที่มีความพร้อมทางการแพทย์ อาจต้องการการตรวจร่างกายโดยละเอียด รวมถึงการตรวจเพิ่มเติมทางระบบต่อมไร้ท่อและพันธุกรรม ก่อนที่ทั้งเพศกำเนิด (sex) และเพศสภาพ (gender) จะถูก “กำหนด” ในช่วงหลังนี้ “intersex” ถูกนำมาใช้อธิบายอัตลักษณ์ทางเพศหนึ่ง ซึ่งสื่อถึงบุคคลใดก็ตามที่เป็น intersex นอกจากนั้น ยังอาจหมายถึงบุคคลบางกลุ่มที่มีอัตลักษณ์ทางเพศ non-binary แต่ไม่ได้มีภาวะ intersex ด้วย (Tamar-Mattis et al., 2018)

การประชุมข้อตกลงระดับนานาชาติใน ค.ศ. 2005 เกี่ยวกับการดูแลบุคคล intersex นั้นสรุปว่า ภาวะ intersex จัดรวมอยู่ในคำศัพท์ทางการแพทย์คำใหม่คือ “ความผิดปกติของพัฒนาการระบบอวัยวะเพศ” (Disorders of Sex Development, DSD) โดยมีคำจำกัดความหมายถึง “ภาวะโดยกำเนิดที่มีพัฒนาการของเพศทางโครโมโซม เพศทางต่อมเพศ และเพศทางสรีระผิดปกติ” (Hughes et al., 2006) DSD ยังหมายรวมถึงภาวะอื่น ๆ ที่โดยทั่วไปแล้ว อาจไม่ได้ถูกรวมอยู่ใน intersex ยกตัวอย่างเช่น รวมถึงกลุ่มอาการเทอร์เนอร์ (Turner syndrome) และกลุ่มอาการไคลน์เฟลเตอร์ (Klinefelter syndrome) ซึ่งทั้งสองกลุ่มอาการนี้พบได้บ่อยกว่ามาก นอกจากนั้น หลายคนใน

กลุ่ม intersex ไม่ชอบคำว่า “ผิดปกติ” โดยมองว่าเป็นการถูกตีตราโดยกำเนิด (Carpenter, 2018; Griffiths, 2018; Johnson et al., 2017; Lin-Su, et al., 2015; Lundberg et al., 2018; Tiryaki et al., 2018) ในบรรดาบุคลากรทางการแพทย์นั้น ก็มีความเห็นที่แตกต่างกันไปในเรื่องของการใช้คำศัพท์ (Miller et al., 2018) คำอื่นที่นำมาใช้สำหรับ DSD คือ “ความแตกต่างของพัฒนาการระบบอวัยวะเพศ” (Differences of Sex Development) ซึ่งถูกมองว่าเป็นคำที่ลดการถูกตีตราว่าผิดปกติ แต่อย่างไรก็ตาม ในแง่ของการสื่อความหมายนั้น คำนี้อาจไม่เป็นที่พอใจเสียทีเดียว เนื่องจากไม่ได้บ่งบอกถึงความแตกต่างระหว่างการพัฒนาของอวัยวะเพศที่ปกติทั้งเพศชายและเพศหญิงกับการพัฒนาที่ผิดปกติ มีความพยายามในช่วงหลัง เพื่อที่จะใช้คำที่ลดการถูกตีตราให้น้อยลง เช่น “ภาวะที่ส่งผลต่อพัฒนาการระบบอวัยวะเพศ” (Conditions Affecting Reproductive Development, CARD; Delimata et al., 2018) หรือ “ความหลากหลายของลักษณะทางเพศ” (Variations of/in Sex Characteristics, VSC; Crocetti, et al., 2021) ซึ่งคำเหล่านี้ยังคงไม่มีความจำเพาะต่อความเป็น intersex

เนื่องจากยังมีประเด็นในเรื่องของคำจำกัดความ ดังนั้นในบทนี้เราจะใช้คำว่า “ความเป็น intersex” (หรือ intersex) เพื่อแสดงถึงอาการแสดงทางกายภาพโดยกำเนิดเท่านั้น โดยมีเหตุผลทั้งเพื่อความชัดเจนในการอธิบายและเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องจากสิ่งที่ใช้ในอดีต การตัดสินใจใช้คำนี้ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายจะเลือกข้างใดข้างหนึ่งในบริบทที่ยังมีการถกเถียงกันอยู่ ในเรื่องของแนวคิดเกี่ยวกับเพศกำเนิดและเพศสภาพว่าเป็นสองขั้วหรือเป็นสิ่งที่มีความต่อเนื่อง ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันไปในการพิจารณาขึ้นอยู่กับบริบทและการนำไปใช้ (Meyer-Bahlburg, 2019) ในศตวรรษที่ 21 นี้แนวคิดเกี่ยวกับเพศกำเนิดและเพศสภาพยังมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ความชุก

ความชุกของภาวะ intersex นั้นขึ้นอยู่กับคำจำกัดความที่ใช้ ในรายที่มีความผิดปกติของอวัยวะเพศชัดเจน (“อวัยวะเพศกำกวม”) มีความชุกโดยประมาณอยู่ระหว่าง 1:2000 – 1:4500 (Hughes et al., 2007) หากใช้คำจำกัดความที่ครอบคลุมถึง DSD มากที่สุด ความชุกจะสูงถึง 1.7% (Blackless et al., 2000) ถึงแม้ตัวเลขโดยรวมดูเหมือนว่ามีจำนวนมาก แต่หากมองลงไปถึงจำนวนของแต่ละชนิดต่าง ๆ ในความเป็น intersex แล้วยังถือว่าพบน้อย ยกตัวอย่างเช่น กลุ่มอาการไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนเพศชาย (androgen insensitivity syndrome, AIS) มีความชุกโดยประมาณที่ 1 ใน 100,000 ของเด็กที่เกิดมีโครโมโซม 46, XY (Mendoza & Motos, 2013) และ โรคภาวะบกพร่องฮอร์โมนต่อมหมวกไตแต่กำเนิด (congenital adrenal hyperplasia, CAH) มีความชุกโดยประมาณที่ 1 ใน 15,000 ของเด็กที่เกิดมีโครโมโซม 46, XX (Therrell, 2001) ความชุกของแต่ละกลุ่มอาการนั้น อาจมีความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างแต่ละประเทศและเชื้อชาติ

อาการแสดง

อาการแสดงของบุคคล intersex นั้นมีความหลากหลายมาก ตั้งแต่ตรวจพบจากการทำอัลตราซาวด์ในช่วงก่อนคลอด อย่างไรก็ตามโดยส่วนใหญ่แล้วจะถูกวินิจฉัยจากการตรวจอวัยวะเพศในวัยแรกเกิด ในบริบทที่มีความพร้อมทางด้านทรัพยากร เด็กเหล่านี้จะได้รับการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์อย่างมากภายในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกหลังเกิด โดยจะนำข้อมูลต่าง ๆ มาพิจารณา ไม่ว่าจะเป็นการวินิจฉัยที่เจาะจงข้อมูลจากการตรวจร่างกายและการตรวจฮอร์โมน รวมถึงข้อมูลทางการแพทย์จากการศึกษาที่มีอยู่ถึงผลระยะยาวเกี่ยวกับผลลัพธ์ในด้านเพศ ข้อมูลเหล่านี้ถูกนำมาใช้เพื่อตัดสินใจร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ปกครอง ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วจะนำไปสู่การกำหนดเพศให้กับเด็กทารกว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิง บุคคล intersex บางคนอาจเข้ามาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในช่วงเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ยกตัวอย่างเช่น วัยรุ่นที่ถูกเลี้ยงมาเป็นเพศหญิงมารับการประเมินเนื่องจากไม่มีประจำเดือน

บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลบุคคลเหล่านี้ ซึ่งมีทั้งภาวะ intersex และมีความไม่แน่นอนเกี่ยวกับเพศจำเป็นต้องตระหนักได้ว่าอาการเจริญเติบโตของคนเหล่านี้ในบริบททางการแพทย์นั้นมีความแตกต่างอย่างมากจากบุคคลข้ามเพศหรือบุคคลเพศหลากหลายที่ไม่ใช่ intersex มีกลุ่มอาการต่าง ๆ มากมายที่เกี่ยวข้องกับภาวะ intersex และแต่ละกลุ่มอาการยังมีความหลากหลายในแง่ของความรุนแรงของโรค ดังนั้นการใช้ฮอร์โมนหรือการผ่าตัดจึงมีความหลากหลายเฉพาะตัวเช่นกัน

การแสดงออกทางร่างกายของภาวะ intersex ในบางอย่าง อาจต้องการการรักษาที่เร่งด่วน ยกตัวอย่างเช่น ภาวะอุดตันของทางเดินปัสสาวะหรือภาวะวิกฤตต่อมหมวกไตใน CAH อาการทางกายภาพในบุคคล intersex ในช่วงไม่กี่ปีหลังคลอด โดยส่วนใหญ่จะไม่ส่งผลต่อการทำงานของระบบร่างกายหรือไม่ส่งผลต่อความปลอดภัยต่อร่างกาย อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกที่มีตราบาปด้านจิตใจและสังคมที่เกิดขึ้นจากการมีอวัยวะเพศผิดปกติ มักนำไปสู่การผ่าตัดอวัยวะเพศตอนอายุน้อย (มักเรียกว่าการผ่าตัด “แก้ไข” หรือ “ทำให้เป็นปกติ”) ซึ่งโดยส่วนใหญ่ จะทำการผ่าตัดก่อนถึงอายุที่สามารถให้การยินยอมในการรักษาได้ การรักษาแบบนี้ยังเป็นที่ถกเถียงกันอย่างมากในแง่หลักการจริยธรรมที่ขัดต่อหลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (Carpenter, 2021; Kon, 2015; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979) ในบางรายที่อาการแสดงไม่ส่งผลต่อความปลอดภัยเร่งด่วนเมื่ออายุเยอะขึ้นอาจพิจารณาเลือกการรักษาเพื่อปรับให้ตรงกับรูปลักษณ์หรือการใช้งานที่ต้องการได้ รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ที่จำเพาะนั้นอยู่นอกเหนือความครอบคลุมของเนื้อหาในบทนี้ ผู้ที่สนใจควรศึกษาเพิ่มเติมจากบทความทางสาขาคอมไรท์ทอและทางศัลยศาสตร์

ภาวะ intersex บางชนิดมีความสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ทางเพศในระยะยาวที่หลากหลายมาก เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะ intersex ชนิดอื่น (Dessens et al., 2005) ยกตัวอย่างเช่น อุบัติการณ์ของการมีอัต

ลักษณ์ทางเพศที่ไม่ตรงเพศในบุคคล 46, XX ที่มีภาวะ CAH และมีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิงนั้น อาจสูงถึง 5 -10% (Furtado et al., 2012) ข้อมูลทางชีวภาพซึ่งเป็นพื้นฐานของอัตลักษณ์ทางเพศถือเป็นปัจจัยสำคัญในการนำมาพิจารณา สำหรับการให้คำปรึกษาด้านจิตใจและสังคม ด้านซ้ายและการผ่าตัดสำหรับบุคคล intersex

มีหลักฐานมากมายถึงบุคคลและครอบครัวที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความทุกข์ใจทางด้านจิตใจและสังคม (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020; Wolfe-Christensen et al., 2017) ในบางราย เกี่ยวกับความรู้สึกที่มีตราบาปด้านจิตใจและสังคม (Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Reyes-Portillo et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018)

ความเป็น intersex ในการตั้งชื่อทางจิตเวช

ตั้งแต่ ค.ศ. 1980 ระบบการตั้งชื่อทางจิตเวชของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการกล่าวถึงบุคคลที่มีความเป็น intersex และเข้าเกณฑ์วินิจฉัยของผู้มีความหลากหลายในอัตลักษณ์ทางเพศ อย่างไรก็ตาม ระบบการวินิจฉัยได้ถูกเปลี่ยนในเวลาต่อไปเป็นระบบ DSM ตัวอย่างเช่น ใน DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) ในหมวดหมู่แกนที่ 1 เรื่อง “การแปลงเพศ” (transsexualism) ซึ่งไม่สามารถนำมาใช้กับผู้ใหญ่แต่ให้ใช้ในวัยเด็ก ได้ให้ชื่อว่า “ความผิดปกติทางอัตลักษณ์ทางเพศในวัยเด็ก” ในขณะที่ภาวะ intersex ทางทางการแพทย์ถูกระบุอยู่ในแกนที่ 3 ต่อมาใน DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) บุคคลที่มีภาวะ intersex ไม่ถูกจัดอยู่ในแกนที่ 1 เรื่อง “ความผิดปกติทางอัตลักษณ์ทางเพศ” สำหรับทุกวัย แต่บุคคล intersex ถูกจัดรวมอยู่กับภาวะอื่น ๆ ภายใต้หมวดหมู่ “ความผิดปกติทางอัตลักษณ์ทางเพศที่ไม่จำเพาะเจาะจง” ในขณะที่ DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ซึ่งไม่จัดหมวดหมู่อยู่ในระบบแกนอีกต่อไป และได้ให้คำจำกัดความของ “ความผิดปกติทางอัตลักษณ์ทางเพศ” ใหม่เป็น “ความทุกข์ใจในเพศสภาพ” (gender dysphoria) และครอบคลุมทุกช่วงอายุและรวมถึงบุคคล intersex ด้วย แต่บุคคลที่มีภาวะ intersex จะได้รับคำขยายความที่จำเพาะว่า “ความผิดปกติของพัฒนาการระบบอวัยวะเพศ” (disorders of sex development) (Zucker et al., 2013) ในฉบับปรับปรุงล่าสุดของ DSM-5 (American Psychiatric Association, 2022) ยังคงใช้คำว่า “ความทุกข์ใจในเพศสภาพ” อย่างไรก็ตาม ในการวินิจฉัยโดยองค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงล่าสุด International Classification of Diseases [ICD-11; World Health Organization, 2019a] ได้จัดหมวดหมู่ของ “ความไม่สอดคล้องทางเพศ” (gender incongruence) ได้จัดหมวดหมู่ของ “ความไม่สอดคล้องทางเพศ” (gender incongruence) โดยย้ายออกจากบท “ความผิดปกติทางจิตพฤติกรรม และการพัฒนาของระบบประสาท” และย้ายไปบรรจุอยู่ในบท “ภาวะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพศ” แทน

คำแนะนำ

- 10.1 - เราเสนอให้ทีมสหวิชาชีพซึ่งมีความรู้ในความหลากหลายของอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกทางเพศ รวมถึงความเป็น intersex เป็นผู้ให้การดูแลแก่บุคคล intersex และครอบครัว
- 10.2 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการบุคคลข้ามเพศทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ควรแสวงหาการอบรมหรือการศึกษาในแง่มุมมองของการดูแลบุคคล intersex ที่สอดคล้องกับความเชี่ยวชาญของตน
- 10.3 - เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ครอบครัวของเด็กที่เป็น intersex อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงที่ให้การวินิจฉัย ครอบคลุมถึงภาวะต่าง ๆ ที่จำเพาะต่อความเป็น intersex ของเด็ก รวมถึงผลทางด้านสังคมและจิตใจ
- 10.4 - เราเสนอให้ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ปกครอง ให้เด็กหรือบุคคล intersex มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในการพูดคุยถึงพัฒนาการที่เหมาะสม เกี่ยวกับภาวะ intersex ของพวกเขา รวมถึงผลทางด้านจิตใจและสังคม
- 10.5 - เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ปกครอง สนับสนุนให้เด็กหรือบุคคลที่มีภาวะ intersex ค้นหาอัตลักษณ์ทางเพศของพวกเขาตลอดระยะเวลาของชีวิต
- 10.6 - เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ส่งเสริมให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดีและลดความเสี่ยงของการถูกตีตราจากการมีภาวะ intersex โดยการทำงานร่วมกันกับบุคลากรหรือองค์กร ที่ทั้งเกี่ยวข้องกับทางการแพทย์และไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์
- 10.7 - เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ส่งเด็กหรือบุคคล intersex และครอบครัวไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต รวมไปถึงกลุ่มให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจและสังคม อาจเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงกับความเป็น intersex หรือกลุ่มอื่น ๆ หากมีข้อบ่งชี้
- 10.8 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษาบุคคล intersex และครอบครัวเกี่ยวกับการระงับการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ และ/หรือ ตัวเลือกในการใช้ฮอร์โมนที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางเพศ อายุ และบริบททางการแพทย์
- 10.9 - เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษาผู้ปกครองและเด็กที่มีภาวะ intersex (เมื่อเติบโตมากพอที่จะรับรู้) ในการเลื่อนการผ่าตัดเพื่อยืนยันอวัยวะเพศ การผ่าตัดต่อมเพศ หรือทั้งสองอย่าง เพื่อให้เด็กสามารถเป็นคนระบุด้วยตนเอง และเพื่อให้เด็กมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการยินยอมเพื่อการรักษา
- 10.10 - เราเสนอให้ศัลยแพทย์ผู้มีประสบการณ์ในการผ่าตัดอวัยวะเพศในบุคคล intersex หรือมีประสบการณ์ในการผ่าตัดต่อมเพศ เป็นผู้ทำการผ่าตัดในบุคคล intersex เท่านั้น
- 10.11 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้สั่งจ่ายฮอร์โมนหรือการผ่าตัด หรือผู้ทำการส่งต่อเพื่อการใช้ฮอร์โมนหรือการผ่าตัด ให้คำปรึกษาบุคคล intersex และครอบครัว เกี่ยวกับความสามารถในการเจริญพันธุ์ ถึงประเด็น ก) ผลที่เกิดจากการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัดต่อมเจริญพันธุ์ในอนาคต; ข) ผลที่อาจเกิดขึ้นได้จากขั้นตอนที่ยังไม่มีผลการศึกษาแน่ชัด และไม่ทราบได้ว่าจะสามารถย้อนกลับได้หรือไม่; ค) ตัวเลือกเพื่อการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์; และ ง) ผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมจากภาวะไม่เจริญพันธุ์
- 10.12 - เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลบุคคล intersex ที่มีภาวะไม่เจริญพันธุ์ตั้งแต่กำเนิด ให้คำแนะนำแก่บุคคล intersex และครอบครัว ในช่วงเริ่มแรกของการดูแลและให้ข้อมูลอย่างค่อยเป็นค่อยไป ถึงตัวเลือกต่าง ๆ ในการมีบุตรเริ่มแรกของการดูแลและให้ข้อมูลอย่างค่อยเป็นค่อยไป ถึงตัวเลือกต่าง ๆ ในการมีบุตร

คำแนะนำทุกคำแนะนำในบทนี้ ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและประเมินถึงประโยชน์และอันตราย อีกทั้งการประเมินและความนิยมจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้ เราตระหนักดีว่าในบางกรณี หลักฐานทางวิชาการนั้นมีความจำกัดและการบริการบางอย่าง ไม่สามารถเข้าถึงได้หรือไม่สามารถทำได้

คำแนะนำ 10.1

เราเสนอให้ทีมสหวิชาชีพซึ่งมีความรู้ในความหลากหลายของอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกทางเพศ รวมถึงความเป็น intersex เป็นผู้ให้การดูแลแก่บุคคล intersex และครอบครัว

ความเป็น intersex ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ DSD เป็นภาวะที่ซับซ้อน โดยกำเนิดและต้องการผู้เชี่ยวชาญจากหลายสหวิชาชีพ ทั้งทางแพทยศาสตร์และทางพฤติกรรมศาสตร์ (Hughes et al., 2006) องค์ประกอบและการทำงานภายในทีมนั้น อาจมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสถานที่ ทรัพยากรที่มี การวินิจฉัย และความต้องการของบุคคล intersex และครอบครัว ทีมในอุดมคตินั้นประกอบไปด้วยกุมารแพทย์ด้านต่อมไร้ท่อ ศัลยแพทย์ แพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ

จิตแพทย์ สูตินรีแพทย์ แพทย์สาขาพันธุศาสตร์ และหากเป็นไปได้ควรมี นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล และนักจริยธรรมทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรม (Lee et al., 2006) โครงสร้างของทีมนั้น อาจอยู่ในรูปแบบ 1) รูปแบบ multidisciplinary แบบดั้งเดิม; 2) รูปแบบ interprofessional หรือ 3) transdisciplinary ถึงแม้โครงสร้างทั้ง 3 แบบดูคล้ายกัน แต่ในความเป็นจริงแล้ว ระบบการทำงานนั้นมีความแตกต่างกันและสามารถส่งผลถึงการทำงานของทีมได้แตกต่างกันไป (Sandberg & Mazur, 2014) คำแนะนำจากข้อตกลงในปี 2006 ไม่สามารถระบุได้ว่ารูปแบบใดเป็นรูปแบบที่ดีที่สุดระหว่าง multidisciplinary, interdisciplinary, หรือ transdisciplinary และชี้แจงว่าในแต่ละรูปแบบนั้นมี “ระดับของความร่วมมือและความอิสระในการใช้วิชาชีพตามมาตรฐานวิชาชีพ” แตกต่างกันไป (Lee, Nordenström et al., 2016) ตั้งแต่มีการเผยแพร่คำแนะนำจากข้อตกลงใน ค.ศ. 2006 ทีมต่าง ๆ ได้ถูกก่อตั้งขึ้นทั้งในทวีปยุโรปและแถบอเมริกา รายชื่อของทีมในฝั่งอเมริกาสามารถค้นหาได้ที่เว็บไซต์ the DSD-Translational Network (DSD-TRN) นอกจากนั้น ยังมีอีกหลายทีมในประเทศแถบยุโรป (Thyen et al., 2018) ในขณะที่มีรายงานถึงอุปสรรคในการก่อตั้งทีมเหล่านี้โดย Sandberg และ Mazur

(2014) ทีมสหวิชาชีพเหล่านี้สามารถช่วยจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการรักษาที่สำเร็จในบุคคล intersex และครอบครัว เช่น บริการต่าง ๆ ที่กระจัดกระจาย การขาดการสื่อสารระหว่างผู้เชี่ยวชาญหรือสื่อสารระหว่างกันน้อย และ คำอธิบายที่บุคคล intersex จากผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนที่ไม่ต่อเนื่องและอาจทำให้สับสนมากขึ้นไปอีก บุคคลที่เกิดมาพร้อมความเป็น intersex ส่วนใหญ่จะถูกวินิจฉัยได้ ที่แรกเกิดหรือไม่ก็ในระยะเวลาไม่นานหลังเกิด ในขณะที่เดียวกัน มีอีกหลายคนที่ได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ (ดู Brain et al., 2010, ตารางที่ 1) เมื่อเกิดกรณีเหล่านี้ขึ้น ทีมสหวิชาชีพสามารถช่วยให้การดูแลได้ปรับเปลี่ยนตามการวินิจฉัยและอายุของบุคคล intersex ในบางกรณี บุคลากรในทีมยังสามารถขยายให้ครอบคลุมถึงวิชาชีพอื่น ๆ ที่ต้องการ

มีรายงานว่า เด็กที่ได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพนั้น มีโอกาสได้รับการบริการที่ครบถ้วนมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรเพียงคนเดียว (Crandall et al., 2019) ผู้ปกครองที่ได้รับการบริการจากทีมสหวิชาชีพยังได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและสังคมมากขึ้น และมีรายงานว่ายังได้ข้อมูลต่าง ๆ ที่มากกว่าผู้ปกครองที่ไม่ได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ (Crandall et al., 2019)

คำแนะนำ 10.2

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการบุคคลข้ามเพศทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ควรแสวงหาการอบรมหรือการศึกษาในแง่มุมของการดูแลบุคคล intersex ที่สอดคล้องกับความเชี่ยวชาญของตน

ผลการจากการสัมภาษณ์ผู้ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมด้านการแพทย์ (Liang et al., 2017; Zelin et al., 2018) อีกทั้งการตรวจสอบและการสำรวจอย่างเป็นแบบแผน (DeVita et al., 2018; Khalili et al., 2015) พบว่า ระบบการฝึกอบรมทางการแพทย์ไม่มีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลบุคคลที่มีความทุกข์ใจในเพศสภาพและภาวะ intersex ได้อย่างเพียงพอ ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมในการประชุมเกี่ยวกับ intersex ระบุว่า การศึกษาอย่างต่อเนื่องและการประสานงานร่วมกันนับเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญ (Bertalan et al., 2018; Mazur et al., 2007) ประเด็นนี้อาจมีความชัดเจนยิ่งขึ้น สำหรับบุคลากรผู้ให้การดูแลผู้ใหญ่ เนื่องจากอาจมีคำแนะนำในการดูแลน้อยกว่าหรือการมีประสบการณ์น้อยกว่าในการดูแลบุคคล intersex ในขณะที่เปลี่ยนผ่านจากการดูแลช่วงวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ (Crouch & Creighton, 2014)

อย่างไรก็ตาม คำแนะนำในการฝึกอบรมหรือการประเมินถึงความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลประเด็นเหล่านี้ยังมีน้อย โดยคำแนะนำที่มีอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่แล้วเป็นคำแนะนำสำหรับผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต (mental health professionals, MHPs) (Hollenbach et al., 2014) และมีคำแนะนำสำหรับแพทย์ผู้ดูแลระดับปฐมภูมิด้วย (National LGBTQIA + Health Education Center, 2020)

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่กำลังพัฒนาความรู้ความสามารถของ

ตนเอง การขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญอาจเป็นทางเลือกหนึ่ง ในช่วงที่ยังไม่มีการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการหรือยังไม่มีแนวทางการดูแลให้ใช้ เนื่องจากมีการนำรูปแบบของทีมสหวิชาชีพไปใช้อย่างแพร่หลายในการให้การดูแลบุคคล intersex (Pasterski et al., 2010) บุคลากรในทีมเหล่านี้สามารถเป็นคนให้คำปรึกษาหรือสอนบุคลากรท่านอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้รับการฝึกอบรมมาก่อนได้ (Hughes et al., 2006) ดังนั้นจึงเป็นข้อเสนอแนะว่าการฝึกอบรมในความเชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ถือเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาทีมสหวิชาชีพ (Auchus et al., 2010) และสมาชิกในทีมสหวิชาชีพ ควรได้รับการฝึกอบรมที่จำเพาะต่อการทำงานเป็นทีม กล่าวคือ กลยุทธ์ของการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ระหว่างผู้เชี่ยวชาญในทีม (Bisbey, et al., 2019; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011)

คำแนะนำ 10.3

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ครอบครัวของเด็กที่เป็น intersex อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงที่ให้การวินิจฉัย ครอบคลุมถึงภาวะต่าง ๆ ที่จำเพาะต่อความเป็น intersex ของเด็ก รวมถึงผลทางด้านสังคมและจิตใจ

การให้ข้อมูลทางการแพทย์อย่างครบถ้วนกับครอบครัวของเด็กที่มีภาวะ intersex ผ่านการให้ความรู้และคำปรึกษานั้น ควรเริ่มตั้งแต่ช่วงที่ให้การวินิจฉัยและควรทำอย่างต่อเนื่อง โดยยึดแนวทางจากแนวทางที่เป็นข้อตกลงระดับนานาชาติ หนึ่งในความท้าทายที่สุดสำหรับเด็กแรกเกิดที่เป็น intersex โดยเฉพาะในเด็กที่มีอวัยวะเพศกำกวมอย่างเห็นได้ชัดนั้น คือการกำหนดเพศ หรือในแง่ของผู้ปกครอง คือการกำหนดเพศที่จะเลี้ยงดู (Fisher, Ristori et al., 2016) เนื่องจากสถานการณ์เหล่านี้ถือเป็นสถานการณ์ที่กดดันอย่างมากสำหรับผู้ปกครองส่วนใหญ่ โดยทั่วไปแล้วจึงแนะนำให้ผู้ปกครองตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องเพศ ไปพร้อมกันกับการตรวจเพื่อวินิจฉัย (Houk & Lee, 2010) อย่างไรก็ตามเมื่อเวลาผ่านไป กฎเกณฑ์สำหรับการตัดสินใจในเรื่องเพศนั้นได้มีการเปลี่ยนแปลง ในช่วงครึ่งหลังของศตวรรษที่ 20 อาจมีอคติในการตัดสินใจในเรื่องเพศ โดยจะเอนเอียงไปในการกำหนดให้เป็นเพศหญิงมากกว่า เนื่องจากการผ่าตัดอวัยวะเพศให้เป็นเพศหญิงนั้น สามารถทำได้ง่ายกว่าและมีผลข้างเคียงที่น้อยกว่าการผ่าตัดอวัยวะเพศให้เป็นเพศชาย อย่างไรก็ตาม ในภาวะ intersex บางภาวะ ยกตัวอย่างเช่น บุคคล 46, XY ที่มีภาวะพร่องเอนไซม์ 5 α -RD-2 พบว่าการกำหนดให้เป็นเพศหญิงนั้น สัมพันธ์กับอัตราการเกิดความทุกข์ใจในเพศสภาพและการเปลี่ยนเพศที่สูงในเวลาต่อมา (Yang et al., 2010) ตั้งแต่มีการประชุมข้อตกลงระดับนานาชาติเกี่ยวกับการดูแลบุคคล intersex ใน ค.ศ. 2005 the International Consensus Conference on Intersex Management) การกำหนดเพศนั้น จำเป็นต้องนำข้อมูลสะสมเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางเพศระยะยาวในบุคคล intersex ในหลากหลายภาวะมารวมพิจารณาด้วย

ในทางปฏิบัติ การให้ข้อมูลอย่างครอบคลุมนั้นช่วยให้ประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้มาก นอกจากนั้น ในขณะที่ความเป็น intersex มักมาพร้อมกับความอายหรือการถูกตีตราและสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางจิตใจและสังคมที่ไม่ดี การสื่อสารเชิงรุกอย่างเปิดเผย

เกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพนั้นมิจุดประสงค์เพื่อให้ลดความเสี่ยงเหล่านี้ (de Vries et al., 2019) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรณีวินิจฉัยและระยะของพัฒนาการ ภาวะ intersex นั้นอาจส่งผลต่อบุคคลนั้น ๆ แตกต่างกันไป รวมไปถึงมีความแตกต่างในความต้องการของการบริการสุขภาพ ด้วยการพูดคุยสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล intersex จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับแต่ละคน มีการศึกษาพบว่าในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลภาวะ intersex ได้ไต่ถามครอบครัวของบุคคล intersex นั้นได้รับอิทธิพลจากทีมแพทย์ว่ามี การสื่อสารมาอย่างไร (Timmermans et al., 2018) และเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลนี้ เราส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ภาษาที่เป็นกลางและมีทัศนคติที่ดีในระหว่างการให้ความรู้ และให้คำปรึกษา ยกตัวอย่างเช่น ในการอธิบายถึงเอาอวัยวะเพศที่ผิดปกติ อาจใช้คำว่าความ “ความหลากหลาย” หรือ “ความแตกต่าง” แทนการใช้คำว่า “ความพิการแต่กำเนิด” หรือ “ความผิดปกติ”

บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลนั้นสามารถให้ความรู้หรือข้อมูลที่สำคัญแก่ครอบครัวได้ ในทีมสหวิชาชีพนั้น เนื้อหาของการให้ความรู้อาจถูกจัดให้สอดคล้องกับสาขาที่บุคลากรมีความเชี่ยวชาญ ยกตัวอย่างเช่น ศัลยแพทย์ให้ความรู้เกี่ยวกับกายวิภาค แพทย์ต่อมไร้ท่อให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงจากฮอร์โมน หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตให้ความรู้เกี่ยวกับสเปกตรัมของเพศและอัตลักษณ์ทางเพศ บุคลากรท่านอื่นอาจจำเป็นต้องให้ความรู้อย่างครอบคลุมและครอบครัวควรได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะ intersex ที่จำเพาะต่อบุคคล intersex นั้น ๆ บุคลากรทางการแพทย์สามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มสนับสนุนที่มีแหล่งข้อมูลโดยมีเนื้อหาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ในบางทีมได้มีการรับบุคคล intersex เข้ามาเป็นสมาชิกในทีมเพื่อให้ความรู้จากประสบการณ์ตรง

แนวทางการดูแลที่เป็นข้อตกลงนั้น ยังเสนอให้ครอบครัวได้รู้จักกับกลุ่มคนที่ภาวะแบบเดียวกันและควรได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม (Hughes et al., 2006) ซึ่งอาจรวมถึงการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่จำเพาะหรือแนวทางการแก้ไขในอนาคต (Hughes et al., 2006) เช่น ครอบครัวอาจต้องการคำแนะนำในการให้ความรู้คนอื่น เช่น พี่น้อง ญาติ สมาชิกในครอบครัวคนอื่น หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับภาวะบางอย่างที่จำเพาะต่อบุคคล intersex ในบางครอบครัวอาจต้องการการสนับสนุนหรือการดูแลทางสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลบุคคล intersex ได้ ในวัยรุ่นอาจได้รับประโยชน์จากคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการบอกข้อมูลกับเพื่อนหรือการได้รับคำแนะนำ ในกรณีที่พวกเขาเริ่มมีความสัมพันธ์หรือมีกิจกรรมทางเพศ การให้คำปรึกษาเหล่านี้อาจรวมถึงการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวและบุคคลในทุกช่วงอายุ ผ่านขั้นตอนการตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์หรือการผ่าตัด บุคลากรสามารถเลือกใช้เครื่องมือต่าง ๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจในขั้นตอนเหล่านี้ (Sandberg et al., 2019; Weidler et al., 2019)

คำแนะนำ 10.4

เราเสนอให้ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ปกครอง ให้เด็กหรือบุคคล intersex มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในการพูดคุยถึงพัฒนาการที่เหมาะสม เกี่ยวกับภาวะ intersex ของพวกเขา รวมถึงผลทางด้านจิตใจและสังคม

การสื่อสารถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพนั้นเป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลายทาง กล่าวคือ เป็นการถ่ายทอดข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์สู่บุคคล intersex หรือจากผู้ปกครองสู่บุคคล intersex รวมถึงจากบุคคล intersex กลับสู่บุคลากรทางการแพทย์ (Weidler & Peterson, 2019) ในขณะที่การสื่อสารโดยส่วนใหญ่จะเน้นไปที่ผู้ปกครองเกี่ยวกับประเด็นในการวินิจฉัยและการตัดสินใจทำการผ่าตัดเด็กที่มีภาวะ DSD รายงานว่าตนเองไม่สามารถมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ในขณะที่ในบางครั้งก็ไม่สามารถขอการสนับสนุนจากผู้ปกครองได้ (Callens et al., 2021) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ปกครองต้องมีการสื่อสารกับเด็กหรือบุคคล intersex อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พวกเขามีส่วนร่วมในการดูแลและเคารพการตัดสินใจในการรักษาของเขา

บุคลากรทางการแพทย์ต้องตั้งเป้าหมายถึงการพูดคุยอย่างเปิดเผยและอย่างต่อเนื่องระหว่างทุก ๆ คนโดยเร็วที่สุด เนื่องจากผู้ปกครองอาจอยู่ภายใต้ความเครียด อันเนื่องมาจากความไม่แน่ใจในประเด็นเกี่ยวกับ DSD และความต้องการที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว (Crissman et al., 2011; Roberts et al., 2020) รูปแบบของการตัดสินใจร่วมกัน รวมไปถึงเครื่องมือต่าง ๆ ที่ช่วยในการตัดสินใจได้ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อให้การสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และบุคคล intersex เกิดขึ้น (Karkazis et al., 2010; Sandberg et al., 2019; Siminoff & Sandberg, 2015; Weidler et al., 2019) นอกจากนี้ เพื่อเป็นการตั้งเป้าหมายจากการพูดคุย บุคลากรสามารถสร้างบรรยากาศของการสื่อสารได้ บุคลากรสามารถช่วยให้ผู้ปกครองและบุคคล intersex เข้าใจถึงความไม่แน่นอนในการวินิจฉัย ในขณะที่ให้ความรู้เกี่ยวกับความหลากหลายทางกายวิภาคไปพร้อมกัน พร้อมอธิบายให้เปิดกว้างต่อความหลากหลายทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศ และยินดีตอบคำถามจากเด็กหรือบุคคล intersex ในอนาคตเมื่อพวกเขาโตขึ้น เด็กที่มีภาวะ intersex อาจมีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่สัมพันธ์กับช่วงอายุนั้น ๆ เกี่ยวกับเรื่องเพศ การมีประจำเดือน การเจริญพันธุ์ หรือความต้องการของการใช้ฮอร์โมน ไม่ว่าจะ เป็นฮอร์โมนเพศหรือฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต สุขภาพกระดูก และความเสี่ยงในการเกิดมะเร็ง

ผู้ปกครองนับว่ามีบทบาทที่สำคัญมากในการให้ความรู้แก่ลูกของตนเอง และอาจเป็นคนแรกที่เปิดเผยถึงข้อมูลทางสุขภาพของพวกเขา (Callens et al., 2021) ส่วนหนึ่งของการตั้งเป้าหมายจากการสื่อสารนั้น บุคลากรควรเตรียมการให้ผู้ปกครองสามารถให้ความรู้แก่ลูกของพวกเขาได้ และรวมถึงคนอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแล ถึงเรื่องการวินิจฉัยภาวะ intersex และการดูแล ผู้ปกครองบางรายรายงานว่า เป็นการยากที่จะทราบว่ามีข้อมูลมากน้อยเพียงใด จึงจะเหมาะสมต่อลูกของตนหรือคนอื่นที่เกี่ยวข้อง (Crissman et al., 2011; Danon & Kramer, 2017) ความเครียดที่ผู้ปกครองต้องพบเจอในขณะที่เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะ

intersex นั้น พบว่าเพิ่มขึ้นหากผู้ปกครองมีจำกัดการพูดคุยหรือจำกัดการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย (Crissman et al., 2011) ระดับของความเครียดนั้นยังขึ้นกับระยะของพัฒนาการอีกด้วย โดยมีความเครียดที่สูงกว่าในผู้ปกครองของเด็กวัยรุ่น (Hullman et al., 2011) ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรช่วยเหลือผู้ปกครองในการแนะนำแนวทางที่เหมาะสมกับระยะการพัฒนาการของเด็กให้ครอบคลุมด้านจิตใจและสังคม และคุณค่าทางวัฒนธรรมของพวกเขา (Danon & Kramer, 2017; Weidler & Peterson, 2019) การศึกษาส่วนใหญ่เกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศพบว่า เพื่อเป็นการลดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีที่เกิดจากความรู้สึกอายหรือการถูกตีตรา นั้น พฤติกรรมของครอบครัวที่ให้การสนับสนุนต่อเด็ก ซึ่งรวมถึงการพูดคุยกับเด็กในเรื่องของอัตลักษณ์ และมีการทำงานร่วมกับเพื่อนของพวกเขา สามารถเพิ่มความมั่นใจในตัวเองของเด็กและทำให้เกิดผลดีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Ryan et al., 2010)

คำแนะนำ 10.5

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ปกครอง สนับสนุนให้เด็กหรือบุคคลที่มีภาวะ intersex ค้นหอัตลักษณ์ทางเพศของพวกเขาตลอดระยะเวลาของชีวิต

โครงสร้างทางสังคม จิตใจ และวัฒนธรรมนั้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวภาพในการสร้างอัตลักษณ์ทางเพศ พบว่าบุคคลที่มีภาวะ intersex มีอัตราของพฤติกรรมที่เพศไม่สอดคล้องกับเพศกำเนิดมากขึ้น มีการตั้งคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศมากขึ้น และพบความต้องการในการเปลี่ยนเพศในเด็กมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นกับความไม่สอดคล้องกันระหว่างเพศที่ถูกกำหนดเมื่อแรกเกิดและระดับของฮอร์โมนเพศก่อนคลอด ซึ่งส่งผลให้สมองของทารกมีการพัฒนา (Callens et al., 2016; Hines, et al., 2015; Meyer-Bahlburg et al., 2016; Pasterski et al., 2015) พบว่าการเกิดประเด็นเรื่องอัตลักษณ์ทางเพศนั้นมีอัตราแตกต่างกันไปในแต่ละชนิดภาวะ intersex (de Vries et al., 2007) ในบางคนมีรายงานถึงการพัฒนาของอัตลักษณ์ nonbinary (Kreukels et al., 2018) ถึงแม้บุคคล intersex ส่วนใหญ่นั้น ไม่มีประเด็นเรื่องความทุกข์ใจในเพศสภาพหรือไม่ต้องการการยืนยันเพศสภาพแต่พวกเขาอาจมีความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนหรือมีคำถามที่ยังไม่ได้คำตอบเกี่ยวกับเรื่องเพศของพวกเขา (Kreukels et al., 2018) คำถามเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศ อาจเกิดขึ้นจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ลักษณะภายนอกของอวัยวะเพศ การพัฒนาเข้าสู่วัยรุ่นหรือความรู้ที่เกิดขึ้นในคำวินิจฉัยทางการแพทย์ เช่น ระยะการพัฒนาของต่อมเพศ โครโมโซมเพศ หรือประวัติการผ่าตัดอวัยวะเพศที่ได้รับ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรพูดคุยกับผู้รับบริการเกี่ยวกับคำถามเหล่านั้นและเปิดใจในความหลากหลายทางเพศ รวมถึงนำกรอบที่ไม่ใช่สองเพศมาใช้ในการพูดคุย บุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำผู้ปกครองให้สนับสนุนลูกของพวกเขาในการค้นหาอัตลักษณ์ทางเพศ

นอกจากนั้น การช่วยเหลือในเรื่องดังกล่าวไม่ควรถูกจำกัดอยู่แค่นอกจากนั้น การช่วยเหลือในเรื่องดังกล่าวไม่ควรถูกจำกัดอยู่แค่เพียงในวัยเด็กเท่านั้น แต่บุคคล intersex ควรได้รับโอกาสในการค้นหาอัตลักษณ์ทางเพศของพวกเขาตลอดระยะเวลาของการใช้ชีวิต เนื่องจาก

ในช่วงชีวิตที่แตกต่างกันไป อาจมีคำถามใหม่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเพศ เช่น ในช่วงวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาว หรือช่วงวัยที่สามารถมีบุตรได้ เด็กโดยทั่วไปมักมีคำถามเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศของพวกเขาในช่วงที่มีเหตุการณ์สำคัญของชีวิต ในขณะที่มีการพัฒนาการและเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เมื่อพวกเขาต้องพบกับแรงกดดันขึ้น ยกตัวอย่างเช่น การมีอวัยวะเพศที่ไม่ชัดเจน การถูกตรวจอวัยวะเพศหรือทำหัตถการเกี่ยวกับอวัยวะเพศ หรือต้องพบเจอกับอคติที่เกิดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม บุคคล intersex อาจต้องการการสนับสนุนและควรได้รับการช่วยเหลือให้สามารถปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อขอคำแนะนำได้เมื่อพวกเขาต้องการ นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ควรสอบถามพวกเขาอย่างสม่ำเสมอว่าพวกเขาต้องการความช่วยเหลือแบบใด หากเกิดความไม่สอดคล้องทางเพศขึ้น ควรพิจารณาการยืนยันเพศสภาพ ขั้นตอนหรือหัตถการที่ควรได้รับเกี่ยวกับการยืนยันเพศสภาพนั้นได้ถูกกล่าวไว้ในบทอื่น

คำแนะนำ 10.6

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ส่งเสริมให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดีและลดความเสี่ยงของการถูกตีตราจากการมีภาวะ intersex โดยการทำงานร่วมกันกับบุคลากรหรือองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับทางแพทย์และไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์

มีรายงานของการถูกตีตรา ความรู้สึกอาย การรู้สึกผิด ความโกรธ ความเศร้า และซึมเศร้าในบุคคลที่มีภาวะ intersex (Carroll et al., 2020; Joseph et al., 2017; Schützmann et al., 2009) อีกทั้งยังพบปัญหาทางสุขภาพจิตที่มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป (Liao & Simmonds, 2014; de Vries et al., 2019) บุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรมองข้ามความกลัวที่เกิดขึ้นจากการถูกตีตราในผู้ปกครองและปัญหาในการปรับตัวของผู้ปกครองกับการวินิจฉัยนับว่าเป็นประโยชน์ที่ผู้ปกครองควรได้รับคำปรึกษาเพื่อช่วยให้พวกเขาสามารถตัดสินใจในการวางแผนการรักษาได้ (Fleming et al., 2017; Rolston et al., 2015; Timmermans et al., 2019) นอกจากนี้ ความเข้าใจเหล่านี้ ยังส่งผลต่อการตัดสินใจทางการแพทย์ในมุมมองต่อลูกของพวกเขาด้วย (Crissman et al., 2011; Fedele et al., 2010)

Thyen และคณะ (2005) พบว่าการตรวจร่างกายอวัยวะเพศบ่อยครั้งมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกอาย ความกลัว และความเจ็บปวด ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรง (post-traumatic stress disorder, PTSD) เมื่อพวกเขาโตขึ้น (Alexander et al., 1997; Money & Lamacz, 1987) การที่ต้องถูกตรวจร่างกายอวัยวะเพศบ่อยครั้ง ความกลัวในการได้รับการรักษาทางการแพทย์ และการปกปิดข้อมูลโดยผู้ปกครองหรือแพทย์เกี่ยวกับความเป็น intersex ล้วนเป็นปัจจัยที่บ่อนทำลายความมั่นใจในตัวเองหรือความสามารถในการสร้างกำลังใจให้ตนเองของบุคคล intersex (Meyer-Bahlburg et al., 2018; Thyen et al., 2005; Tishelman et al., 2017; van de Griff, Cohen-Kettenis et al., 2018) คำแนะนำของ Tishelman และคณะ (2017) สำหรับวิธีการตรวจร่างกายอวัยวะเพศเพื่อลดผลข้างเคียงทางด้านจิตใจ

มีการเคลื่อนไหวภายในชุมชนคน intersex เพื่อลดการถูกตีตรา และเพื่อทวงสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ รวมถึงศักดิ์ศรีของบุคคล intersex มากกว่าที่จะมองว่าพวกเขาเหล่านั้น เป็นความผิดปกติหรือความประหลาดทางการแพทย์ (Yogyakarta Principles, 2007, 2017) Chase (2003) ได้สรุปถึงเหตุผลสำคัญสำหรับการเคลื่อนไหวเพื่อสนับสนุนบุคคล intersex และชี้ให้เห็นถึงบาดแผล รวมถึงผลทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการถูกเพิกเฉยและการเข้าใจว่าภาวะ intersex ควรต้องถูกปกปิดเป็นความลับ ความตระหนักของสาธารณะเกี่ยวกับความเป็น intersex ยังถือว่ามึนน้อย และภาพจำหรือเรื่องราวในอดีตของบุคคล intersex ยังถูกนำเสนอออกมาว่าเป็น “ความผิดปกติของธรรมชาติ” ดังนั้นพวกเราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์มีการเรียนการสอนแก่บุคลากรด้วยกันเอง แก่บุคคล intersex และครอบครัวของพวกเขา และชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักของสาธารณะชนและเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับความเป็น intersex ความตระหนักจากสังคม รวมถึงความรู้เกี่ยวกับ intersex สามารถช่วยลดการถูกแบ่งแยกและการถูกตีตราได้ เครื่องมือต่าง ๆ หรืออุปกรณ์สำหรับการเรียนการสอน สามารถช่วยให้บุคคล intersex เปิดเผยเรื่องของตัวเองได้ หากพวกเขาต้องการ (Ernst et al., 2016)

บุคลากรทางการแพทย์ควรสามารถจำแนกและพูดคุยถึงการถูกตีตราที่เกิดขึ้นได้ในผู้รับบริการ (Meyer-Bahlburg et al., 2018) และควรสนับสนุนให้บุคคล intersex เชื่อมโยงกับกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือ ไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดก็ตาม และเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรมีการพัฒนาถึงวิธีการหรือเทคนิคต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับการถูกตีตราที่เกิดขึ้นได้

คำแนะนำ 10.7

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ส่งเด็กหรือบุคคล intersex และครอบครัวไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต รวมไปถึงกลุ่มให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจและสังคม อาจเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงกับความ เป็น intersex หรือกลุ่มอื่น ๆ หากมีข้อบ่งชี้

ในผู้ปกครองเกือบทุกคน การที่ลูกของตนเกิดมาเป็นบุคคล intersex เป็นสิ่งที่ไม่เคยคาดการณ่มาก่อน และทำให้รู้สึกตกใจ พวกเขายังไม่พร้อมจะตอบคำถามมากมาย เช่น ลูกของคุณเป็นเด็กผู้ชายหรือเด็กผู้หญิง? ปัจจัยต่าง ๆ เช่น การขาดซึ่งความรู้เกี่ยวกับภาวะ intersex ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคตของลูกของตน รวมไปถึงการถูกตีตราในบุคคล intersex ที่เกิดขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดความเครียด หรือในบางครั้งส่งผลให้เกิดภาวะป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรง (PTSD) และทำให้เกิดโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าได้ในระยะยาว (Pasterski et al., 2014; Roberts et al., 2020; Wisniewski & Sandberg, 2015) เหตุการณ์นี้ อาจส่งผลต่อความสามารถในการเลี้ยงดูลูก รวมไปถึงผลลัพธ์ระยะยาวของเด็กที่เป็น intersex (Schweizer et al., 2017) เมื่อเด็กเหล่านี้เติบโตขึ้นพวกเขามีความเสี่ยงในการถูกตีตราจากความเป็น intersex ได้ในสามรูปแบบหลัก (ด้านกฎหมาย, ด้านความคาดหวัง และด้านทัศนคติ) ในทุก ๆ มิติของชีวิต (Meyer-Bahlburg et al., 2018) ตลอดจนมีอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านรูปร่าง ด้านพฤติกรรมที่

เกี่ยวกับเพศ หรือคำถามที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศ บุคคล intersex หลายท่านพบเจอกับความท้าทายมากมายที่เกิดขึ้นเนื่องจากความไม่สอดคล้องระหว่างเพศที่ถูกกำหนด และเพศทางชีวภาพ เช่น เพศทางโครโมโซม เพศของต่อมเพศ ระดับฮอร์โมนเพศ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน และการพัฒนาของระบบสืบพันธุ์ สิ่งเหล่านี้ อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตของบุคคล intersex (Godfrey, 2021; Meyer-Bahlburg, 2022) มีการสำรวจทางออนไลน์เมื่อไม่นานมานี้ โดยสำรวจในวัยรุ่น LGBTQ จำนวนมากพบว่า วัยรุ่น LGBTQ ที่จัดตัวเองว่ามีความเป็น intersex ทางกายภาพมีอัตราการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่เป็น intersex (Trevor Project, 2021) ในขณะที่ภาวะ intersex พบได้น้อย ผู้ปกครองของเด็กเหล่านี้รวมถึงบุคคล intersex เอง อาจพบว่าประสบการณ์ของตัวเองเป็นเรื่องที่เฉพาะตัวและยากที่จะให้ผู้อื่นมาเข้าใจ ดังนั้นจึงเป็นข้อสรุปจากบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคล intersex ว่าจากประสบการณ์ของพวกเขา การมีกลุ่มทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลบุคคล intersex โดยเฉพาะจากผู้มีประสบการณ์ตรงจากบุคคล intersex เอง (Baratz et al., 2014; Cull & Simmonds, 2010; Hughes et al., 2006; Lampalzer et al., 2021) นอกเหนือไปจากการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (Pasterski et al., 2010) รายละเอียดของกลุ่มสนับสนุนจากผู้มีประสบการณ์ตรงทั้ง DSD และ intersex ในระดับนานาชาติ รวมไปถึงกลุ่มทางสังคมอื่น ๆ ที่ช่วยสนับสนุน พร้อมเว็บไซต์ของพวกเขา มีการรวบรวมโดย Lee, Nordenström และคณะ (2016) เนื่องจากภาวะ intersex มีความหลากหลายมาก รวมไปถึงความหลากหลายของการดูแลรักษาด้วย บุคคล intersex อาจพบว่ากลุ่มสนับสนุนเหล่านี้มีประโยชน์อย่างมากที่จะช่วยให้พบกับสมาชิกที่มีภาวะแบบเดียวกันหรือคล้ายกัน นับเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลบุคคล intersex ควรมีส่วนร่วมกับกลุ่มสนับสนุนเหล่านี้อย่างใกล้ชิด เนื่องจากหากมีความเห็นที่ไม่ตรงกันในบางแง่มุมที่จำเพาะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้ความช่วยเหลือได้ผ่านการพูดคุยและอภิปราย การมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มช่วยเหลือจะช่วยให้การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในระดับชุมชนนั้นมีประโยชน์มากขึ้นกับทั้งสองฝ่าย

คำแนะนำ 10.8

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษาบุคคล intersex และครอบครัวเกี่ยวกับการระงับการเจริญพันธุ์ และ/หรือ ตัวเลือกในการใช้ฮอร์โมนที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางเพศ อายุ และบริบททางการแพทย์

ในขณะที่บุคคล intersex หลายท่าน มีอัตลักษณ์ทางเพศตรงกับโครโมโซมเพศของตนเอง XX หรือ XY อย่างไรก็ตาม ยังมีความหลากหลายเกิดขึ้น และบุคลากรทางการแพทย์ควรสามารถให้การดูแลที่เฉพาะกับแต่ละคน ยกตัวอย่างเช่น บุคคลที่มีโครโมโซมเพศ XX แต่มีภาวะ CAH ทำให้เกิดความเป็นชายมากขึ้น มีจำนวนไม่น้อยที่มีอัตลักษณ์ทางเพศเป็นเพศชาย (Dessens et al., 2005) หรือ ใน

บุคคลที่มีโครโมโซมเพศ XY และมีภาวะร่างกายไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนเพศชายบางส่วน (partial androgen insensitivity syndrome) อาจมีอัตลักษณ์ทางเพศที่หลากหลายมาก (Babu & Shah, 2021) นอกจากนั้นบุคคลที่มีโครโมโซมเพศ XY และมีภาวะพร่องเอนไซม์ 5 α -reductase-2 (5 α -RD-2) หรือ ภาวะพร่องเอนไซม์ 17-beta-hydroxysteroid dehydrogenase-3 ซึ่งพวกเขาจะถูกกำหนดให้เป็นเพศหญิงเมื่อแรกเกิด แต่ในเวลาต่อมาพบสัดส่วนเป็นจำนวนมาก (56–63% ในภาวะแรก และ 39–64% ในภาวะหลัง) ที่มีการเปลี่ยนแปลงจากบทบาททางเพศหญิงเป็นบทบาททางเพศชายเมื่อพวกเขาโตขึ้น (Cohen-Kettenis, 2005)

บุคคล intersex มีทางเลือกในการรักษาทางการแพทย์ที่กว้างมากสำหรับพวกเขา ขึ้นอยู่กับอัตลักษณ์ทางเพศและความสอดคล้องกับร่างกายหรือไม่ ตัวเลือกเหล่านี้ เช่น การใช้ยาระงับการเจริญพันธุ์ การใช้ฮอร์โมนหรือการผ่าตัด โดยสามารถเลือกให้เหมาะกับบุคคล intersex แต่ละคน (Weinand & Safer, 2015; Safer & Tangpricha, 2019) (ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่บทที่ 6 – วัยรุ่น และบทที่ 12 – การใช้ฮอร์โมน) โดยเฉพาะหากยังมีต่อมเพศที่ทำงานอยู่ สามารถเลื่อนการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ได้โดยการใช้ยากกลุ่ม gonadotropin-releasing hormone (GnRH) analogues ขึ้นต้นนี้สามารถช่วยให้บุคคล intersex มีเวลาในการค้นหาอัตลักษณ์ทางเพศของตนเองและสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดเพศของตัวเองได้ โดยเฉพาะในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางเพศบ่อยครั้ง (เช่น บุคคลที่ถูกเลี้ยงดูมาเป็นเพศหญิงและมีภาวะพร่องเอนไซม์ 5 α -RD-2; Cocchetti, Ristori, Mazzoli et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016)

บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำปรึกษาบุคคล intersex และครอบครัวโดยตรงหากบุคลากรท่านนั้นมีความเชี่ยวชาญมากพอ และประเมินได้ว่าขั้นตอนทางการแพทย์เหล่านั้นเหมาะสมกับบุคคล intersex หรือไม่ รวมไปถึงขั้นตอนที่เกี่ยวข้องเพื่อทำการรักษาที่เลือกนั้นควรเป็นอย่างไร

คำแนะนำ 10.9

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษาผู้ปกครองและเด็กที่มีภาวะ intersex (เมื่อเติบโตมากพอที่จะรับรู้) ในการเลื่อนการผ่าตัดเพื่อยืนยันอวัยวะเพศ การผ่าตัดต่อมเพศ หรือทั้งสองอย่าง เพื่อให้เด็กสามารถเป็นคนระบุด้วยตนเอง และเพื่อให้เด็กมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการยินยอมเพื่อการรักษาโดยการบอกกล่าว

องค์กรเพื่อสิทธิมนุษยชนระดับนานาชาติได้แสดงออกถึงความกังวลมากขึ้น เกี่ยวกับการผ่าตัดที่ทำก่อนที่เด็กจะสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างเข้าใจอย่างแท้จริง ว่าอาจขัดต่อสิทธิพื้นฐานของเด็กในการตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง รวมถึงการระบุความต้องการของตนเองและอนาคตของตนเอง (เช่น Human Rights Watch, 2017) องค์กรผู้ให้การสนับสนุนบุคคล intersex และองค์กรทางการแพทย์มากมาย รวมถึงประเทศต่าง ๆ ได้เข้าร่วมในกลุ่มสิทธิมนุษยชนระดับนานาชาติ เพื่อออกคำแนะนำให้มีการเลื่อนการผ่าตัดหากสามารถทำได้ (Dalke et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020) อย่างไรก็ตาม นับเป็นสิ่งสำคัญ

ที่ควรทราบว่า ความหลากหลายทางกายวิภาคบางอย่าง เช่น การอุดตันของท่อทางเดินปัสสาวะ หรือการมีอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนออกมา อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงร้ายแรงต่อสุขภาพได้ (Mouriquand et al., 2016) ภาวะอื่น ๆ เช่น การอุดตันของประจำเดือนหรือความเสี่ยงระยะยาวต่อมะเร็งในภาวะอั้นทะไม่เลื่อนลงมาในอุ้งอั้นทะ อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพระยะยาวได้เช่นกัน ในขณะที่ความหลากหลายทางกายภาพอีกกลุ่ม เช่น ความหลากหลายของอวัยวะเพศภายนอกหรือความลึกของช่องคลอดนั้น ไม่ส่งผลเสียทางกายภาพ ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาว คำแนะนำข้างต้น กล่าวรวมถึงความหลากหลายทางกายวิภาคที่หากปล่อยไว้ไม่รักษา จะไม่มีผลข้างเคียงทางกายภาพในระยะเฉียบพลัน หรือหากเลื่อนการผ่าตัดไป จะไม่ส่งผลต่อสุขภาพทางกายในอนาคต

การผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนสำหรับบุคคล intersex นั้นเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและมักเป็นที่ถกเถียงกัน โดยเฉพาะในขณะที่บุคคล intersex เป็นทารกหรือเด็กเล็ก ซึ่งไม่สามารถมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจได้ มีการรายงานถึงบุคคล intersex ที่เป็นผู้ใหญ่ว่ามีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและสังคม และสุขภาพเพศ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และการถูกตีตราทางสังคมและทางเพศ (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020) มีบางการศึกษารายงานว่าบุคคล intersex ที่มีภาวะบางอย่าง (เช่น บุคคล CAH ที่มีโครโมโซมเพศเป็น 46,XX) เห็นด้วยกับการที่ควรมีการผ่าตัดก่อนเข้าสู่วัยรุ่น (Bennecke et al., 2021) การศึกษาเมื่อไม่นานมานี้พบว่า วัยรุ่นและผู้ใหญ่บางคนมีความพึงพอใจในรูปลักษณ์ รวมถึงการทำงานของอวัยวะเพศจากการผ่าตัดที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก (Rapp et al., 2021) ความหลากหลายของอวัยวะเพศของเด็กนั้นสามารถก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ปกครองได้ และมีบางการศึกษาวิจัยถึงความสัมพันธ์ระหว่างการผ่าตัดอวัยวะเพศในรูปแบบของสองเพศ ที่สามารถบรรเทาความทุกข์ใจของผู้ปกครองได้ถึงแม้จะไม่มากก็ตาม (Wolfe-Christensen et al., 2017) อย่างไรก็ตามมีผู้ปกครองบางคนซึ่งเป็นส่วนน้อย รายงานถึงความรู้สึกผิดที่ตัดสินใจให้ทำการผ่าตัดนั้น (Ellens et al., 2017) ด้วยเหตุนี้ จึงมีบางองค์กรแนะนำให้ทำการผ่าตัดในเด็กที่อายุน้อยมาก ๆ (American Urological Association, 2019; Pediatric Endocrine Society, 2020)

ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ในทางการแพทย์ยังเป็นที่ถกเถียงอยู่ถึงแนวทางในการผ่าตัดอวัยวะเพศในวัยเด็ก ผู้แต่งบทนี้เองยังคงไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดสมบูรณ์ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับ intersex บางคนให้ความเห็นว่า แนวทางปฏิบัติในการเลื่อนการผ่าตัดอวัยวะเพศในวัยเด็กที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียเฉียบพลันในเด็กทุกคน เป็นสิ่งที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เหตุผลที่มาสสนับสนุนแนวคิดนี้คือ 1) ภาวะ intersex มีความหลากหลายมากทั้งในแง่ ชนิดและความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับ อวัยวะสืบพันธุ์ การทำงานของระบบสืบพันธุ์ และความเสี่ยงในการเกิดมะเร็ง; 2) สังคมและครอบครัวยังคงมีความเห็นที่หลากหลายมากในแง่ของเพศและอาจเกิดการถูกตีตราจากความเป็น intersex; 3) การผ่าตัดบางอย่าง หากทำได้เร็วอาจทำให้มีประโยชน์มากขึ้นในทางเทคนิค และ 4) ในการทบทวนแบบสอบถามในบุคคล intersex (ซึ่งโดยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะเพศมาก่อน) พบว่าโดยส่วนใหญ่

เลือกที่จะทำการผ่าตัดก่อนถึงอายุที่สามารถให้การยินยอมในการรักษาได้ โดยเฉพาะในกรณีของบุคคล CAH ที่มีโครโมโซมเพศเป็น 46,XX แต่ข้อมูลนี้ไม่ชัดเจนในบุคคล intersex ที่มีโครโมโซมเพศ XY (Meyer-Bahlburg, 2022) ผู้เชี่ยวชาญที่สนับสนุนแนวคิดนี้แนะนำให้ตัดสินใจเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับการผ่าตัดอวัยวะเพศและเวลาที่เหมาะสมที่ควรทำการผ่าตัด แนวทางนี้ได้ถูกนำไปใช้โดยองค์กรทางการแพทย์ที่มีผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับภาวะ intersex อยู่ (Bangalore Krishna et al., 2021; Pediatric Endocrine Society, 2020; Speiser et al., 2018; Stark et al., 2019) รวมไปถึงในบางองค์กรที่เป็นกลุ่มสนับสนุนด้วย (CARES Foundation; Krege et al., 2019)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาถึงผลลัพธ์ระยะยาวยังมีอยู่อย่างจำกัด และการศึกษาโดยส่วนใหญ่ นั้น เป็นการศึกษาที่รายงานถึงผลลัพธ์ที่ดี โดยไม่มีกลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัดเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ (Dalke, et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020) และยังไม่มีความรู้ที่สรุปว่าการผ่าตัดสามารถป้องกันเด็ก intersex จากการถูกตีตราได้ (Roen, 2019) บุคคล intersex ที่เป็นผู้ใหญ่มีประสบการณ์ของการถูกตีตรา โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ซึ่งเกี่ยวข้องกับอวัยวะเพศของตนเอง และสามารถมีความรู้สึกล้นไม่ว่าจะทำการผ่าตัดแล้วหรือไม่ก็ตาม (Ediati et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburget al., 2018) อีกทั้งยังมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางด้านความสวยงาม ระบบทางเดินปัสสาวะ หรือทางเพศในวัยผู้ใหญ่ได้ (Gong & Cheng, 2017; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020) การศึกษาเมื่อไม่นานมานี้ ชี้ให้เห็นว่ามีบุคคล intersex บางกลุ่มมีประสบการณ์ในแง่ลบกับการผ่าตัดต่อมเพศออก อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องชั่งน้ำหนักกับความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งในต่อมเพศนั้นด้วย (Duranteau et al., 2020; Rapp et al., 2021) บุคคล intersex มีโอกาสเป็นบุคคลข้ามเพศ บุคคลเพศหลากหลาย หรือบุคคลที่มีความทุกข์ใจในเพศสภาพมากกว่าประชากรทั่วไป (Almasri et al., 2018; Pasterski et al., 2015) การผ่าตัดอวัยวะเพศในวัยเด็กนั้น อาจเป็นการยืนยันเพศในกรอบของสองเพศซึ่งไม่สามารถแก้ไขย้อนกลับได้ และในอนาคตเพศนี้อาจไม่สอดคล้องกับเพศที่เขาเป็น จากข้อมูลเหล่านี้ รวมไปถึงหลักการสิทธิมนุษยชน ล้วนสนับสนุนให้มีการเรียกร้องในการเลื่อนการตัดสินใจทำการผ่าตัด จนกว่าบุคคล intersex จะสามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง

การศึกษาระยะยาวที่มีการวางแผนอย่างเป็นระบบนั้น เป็นสิ่งที่ต้องการอย่างมาก เพื่อเปรียบเทียบบุคคล intersex ที่มีภาวะ intersex ในแบบเดียวกัน ถึงผลจากการผ่าตัดในอายุที่แตกต่างกันไป หรืออาจไม่ได้รับการผ่าตัดเลยก็ตาม ว่าส่งผลอย่างไรต่ออัตลักษณ์ทางเพศ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตในอนาคต

คำแนะนำ 10.10

เราเสนอให้ศัลยแพทย์ผู้มีประสบการณ์ในการผ่าตัดอวัยวะเพศในบุคคล intersex หรือมีประสบการณ์ในการผ่าตัดต่อมเพศ เป็นผู้ทำการผ่าตัดในบุคคล intersex เท่านั้น

ภาวะ intersex นั้นพบได้น้อยและอวัยวะเพศของบุคคล intersex รวมถึงกายวิภาคของต่อมเพศมีความหลากหลายมาก การผ่าตัดอาจส่งผลถึงความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้มาก (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020) ระบบการฝึกอบรมการผ่าตัดโดยส่วนใหญ่ ไม่มีการเตรียมพร้อมผู้ฝึกอบรมในการทำการผ่าตัดที่จำเพาะเช่นนี้ (Grimstad, Kremen et al., 2021) ด้วยเหตุผลของความซับซ้อนในการดูแลเกี่ยวกับการผ่าตัดตลอดช่วงชีวิตของบุคคล intersex ทำให้มาตรฐานการดูแลที่แนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญและข้อตกลงระดับนานาชาติ แนะนำให้การดูแลชนิดนี้ควรทำเฉพาะในทีมสหวิชาชีพของผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น (Krege et al., 2019; Lee, Nordenström et al., 2016; Pediatric Endocrine Society, 2020) ดังนั้นเราแนะนำให้ การดูแลเกี่ยวกับการผ่าตัดควรทำในบริบทที่มีทีมสหวิชาชีพเกี่ยวข้องและเป็นผู้เชี่ยวชาญในภาวะ intersex รวมไปถึงโดยศัลยแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคล intersex

คำแนะนำ 10.11

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้สั่งจ่ายการใช้ฮอร์โมนหรือการผ่าตัด หรือผู้ทำการส่งต่อเพื่อการใช้ฮอร์โมนหรือการผ่าตัด ให้คำปรึกษาบุคคล intersex และครอบครัว เกี่ยวกับความสามารถในการเจริญพันธุ์ ถึงประเด็น ก) ผลที่เกิดจากการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัดต่อการเจริญพันธุ์ในอนาคต; ข) ผลที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษาที่ยังไม่มีผลการศึกษาระดับ และไม่ทราบได้ว่าจะสามารถย้อนกลับได้หรือไม่; ค) ตัวเลือกเพื่อการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์; และ ง) ผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมจากภาวะไม่เจริญพันธุ์

บุคคล intersex ที่มีภาวะ intersex บางชนิดอาจยังมีอวัยวะเพศที่สามารถทำงานและมีบุตรได้ แต่อาจประสบปัญหาที่มีบุตรยากเนื่องจากมีพัฒนาการของอวัยวะเพศที่ผิดจากปกติ ได้บางคน อาจยังมีต่อมเพศที่ยังทำงานได้อยู่และมีเซลล์สืบพันธุ์ที่ใช้การได้ แต่ไม่สามารถมีบุตรได้ด้วยวิธีธรรมชาติ เนื่องจากเกิดความไม่สอดคล้องกันระหว่างอวัยวะเพศภายนอกและอวัยวะเพศภายใน (van Batavia & Kolon, 2016) ขั้นตอนทางการแพทย์ต่าง ๆ เช่น การระงับการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การใช้ฮอร์โมนเพศ และการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศ อาจส่งผลต่อความสามารถในการเจริญพันธุ์ในอนาคต ดังนั้นควรมีการพูดคุยถึงผลที่จะตามมา รวมไปถึงตัวเลือกเพื่อการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์

บุคคล intersex ที่มีอวัยวะที่ยังทำงานอยู่ ควรได้รับคำแนะนำว่า การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในระยะยาว และการกดฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน อาจก่อให้เกิดการฝ่อของอวัยวะและลดจำนวนของอสุจิได้ เช่นเดียวกับบุคคลเพศหลากหลายที่ไม่มีภาวะ intersex (Mattawanon et al., 2018) โดยยังไม่เป็นที่แน่นอนว่า การหยุดการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนนั้น สามารถเพิ่มคุณภาพของอสุจิและสามารถทำให้ความบกพร่องของน้ำอสุจินั้นย้อนกลับเป็นปกติได้ (Sermondade et al., 2021) หลักการของตัวเลือกในการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์สำหรับบุคคล intersex ที่มีอวัยวะที่ยังทำงานอยู่นั้นก็คือการแช่แข็งสเปิร์ม เก็บโดยการช่วยตัวเองหรือการกระตุ้นด้วยอุปกรณ์สั่นสะเทือน (de Roo et al., 2016) อีกแนวคิดหนึ่งคือ การ

เก็บเนื้อเยื่อของอวัยวะโดยตรง และแข่งขันเนื้อเยื่ออวัยวะที่ยังไม่พัฒนาไว้ โดยเก็บช่วงวัยรุ่นซึ่งยังไม่มีพัฒนาการของสเปิร์ม อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้ยังไม่มีรายงานถึงความสำเร็จในมนุษย์ (Mattawanon et al., 2018)

บุคคล intersex ที่มีรังไข่ที่ยังทำงานอยู่ ควรได้รับคำแนะนำว่าการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน มักส่งผลให้ประจำเดือนหยุดและหยุดการตกไข่ ภายในระยะเวลาไม่กี่เดือนหลังจากเริ่ม ยังคงมีช่องว่างของความรู้เกี่ยวกับผลที่อาจเกิดขึ้นได้จากฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนต่อเซลล์ไข่หรือการเจริญพันธุ์ในอนาคต มีการศึกษาหนึ่งในบุคคลข้ามเพศรายงานว่าการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนอาจสัมพันธ์กับการพัฒนาของลักษณะรังไข่แบบถุงน้ำในรังไข่หลายใบ (Grynberg et al., 2010) อย่างไรก็ตาม การศึกษาอื่น ๆ ไม่พบหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับภาวะถุงน้ำในรังไข่หลายใบ (polycystic ovarian syndrome, PCOS) ในชายข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศ เมื่อพิจารณาในด้านเมแทบอลิซึม (Chan et al., 2018) และตัวชี้วัดต่าง ๆ ในอดีต (de Roo et al., 2017) บุคคล intersex ที่มีมดลูกสมบูรณ์และรังไข่ที่ยังทำงานได้ อาจสามารถฟื้นฟูการเจริญพันธุ์กลับมาได้ หากหยุดการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน

ตัวเลือกในการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ในบุคคล intersex ที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์แล้วและมีรังไข่ที่ยังทำงานได้อยู่ คือ การใช้ฮอร์โมนกระตุ้นและแข่งขันเซลล์ไข่ที่เจริญเติบโตแล้ว หรือการแข่งขันเนื้อเยื่อรังไข่ นอกจากนี้ ยังมีรายงานถึงการเก็บเซลล์ไข่ที่ผ่านการกระตุ้นในชายข้ามเพศที่ยังใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนอยู่ (Greenwald, 2021) เช่นเดียวกัน ยังมีกรรการรายงานการแข่งขันเซลล์ไข่หลังจากการกระตุ้นรังไข่ในเด็กชายข้ามเพศที่ได้รับการรักษาด้วย GnRHa (Rothenberg et al., 2019) อย่างไรก็ตาม เป็นสิ่งที่ควรทราบไว้ว่า การกระตุ้นรังไข่การหยุดยา GnRHa ชั่วคราวหรือหยุดฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน หรือหยุดทั้งสองอย่าง รวมไปถึงการทำหัตถการทางนรีเวช อาจส่งผลต่อจิตใจของบุคคล intersex ได้ โดยการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้น อาจได้รับอิทธิพลจาก สุขภาพจิต อัตลักษณ์ทางเพศ และประสบการณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ การนำแนวทางการรักษาใดการรักษานึ่งไปปฏิบัติใช้ ขึ้นอยู่กับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในเครือข่ายของบุคคล intersex รวมไปถึงคูชีวิตด้วย

คำแนะนำ 10.12

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลบุคคล intersex ที่มีภาวะไม่เจริญพันธุ์ตั้งแต่กำเนิด ให้คำแนะนำแก่บุคคล intersex และครอบครัว ในช่วงเริ่มแรกของการดูแลและให้ข้อมูลอย่างค่อยเป็นค่อยไป ถึงตัวเลือกต่าง ๆ ในการมีบุตร

สำหรับโอกาสที่จะเป็นหมันในบุคคล intersex นั้น อาจสามารถประเมินได้ตั้งแต่ในช่วงทารก วัยเด็ก วัยรุ่นหรือในวัยผู้ใหญ่ โดยไม่จำเป็นต้องมีความพยายามในการมีบุตรมาก่อนเลย ในหลายคน การวินิจฉัยถึงภาวะไม่เจริญพันธุ์หรือการเป็นหมันนั้นมาพร้อมกับการวินิจฉัย intersex (Jones, 2019) ในบางราย การช่วยเหลือเพื่อการปฏิสนธิ (เช่น การรับบริจาคเซลล์ไข่หรือสเปิร์ม) อาจเป็นทางเลือกหนึ่ง หรือการรับเลี้ยงบุตรก็มีแนวทางที่ทำได้หลายแบบ บางแนวทาง

อาจใช้ความตั้งใจหรือใช้เวลาอย่างมาก สำหรับบุคคล intersex ที่ไม่สนใจในความพยายามที่จะมีภาวะการเจริญพันธุ์ หรือในคนที่การเจริญพันธุ์ของพวกเขาเป็นสิ่งที่ไปไม่ได้ คนเหล่านี้อาจได้รับประโยชน์จากการได้รับความรู้ถึงตัวเลือกในการรับเลี้ยงบุตรหรือทางเลือกอื่น ๆ ของการมีบุตร ตั้งแต่ในช่วงเริ่มแรกของการดูแลรักษา ในขณะที่การปลูกถ่ายมดลูก อาจมีข้อมูลเบื้องต้นถึงความสำเร็จในบุคคลที่มีภาวะอวัยวะภายในเพศหญิงฝ่อ (mullerian agenesis) (Richards et al., 2021) ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางที่จะทำให้ทารกในครรภ์มีพัฒนาการโดยไม่เสี่ยงกับยาที่ใช้ระหว่างการปลูกถ่ายอวัยวะ

บทที่ 11 บรรยากาศสถาบัน

บทนี้กล่าวถึงการดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender diverse, บุคคล TGD) ที่อยู่ในสถาบัน ตามคำนิยามแล้วสถาบันหมายถึง สถานที่หรือสถานประกอบการที่ผู้คนอาศัยอยู่และรับการดูแลเป็นกลุ่มซึ่งบุคคลอาจมีหรือไม่มี เสรีภาพในการเคลื่อนไหวและความยินยอมส่วนบุคคลก็ได้ สถาบันแบ่งได้เป็น ทัณฑสถาน (คุก สถานกักกันคนเข้าเมือง เรือนจำ สถานกักขังเด็กและเยาวชน) และสถาบันที่เฒ่า (สถานดูแลระยะยาว วอร์ดผู้ป่วยในจิตเวช บ้านพักพิง บ้านพักคนชรา/การดูแลแบบประคับประคอง) เป็นสถาบันที่อยู่อาศัยที่การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนข้ามเพศ หลักฐานส่วนใหญ่ที่สนับสนุนการดูแลที่เหมาะสมของบุคคล TGD นั้นมักมาจากทัณฑสถาน อย่างไรก็ตาม คำแนะนำในที่นี้ใช้กับทุกสถาบันที่มีบุคคล TGD ทั้งที่เป็นทัณฑสถานและไม่ใช่ทัณฑสถาน (Porter et al., 2016) คำแนะนำทั้งหมดของ Standards of Care ใช้กับผู้ที่อาศัยอยู่ในสถาบันทั้งสองประเภทอย่างเท่าเทียมกัน ทุกคนควรสามารถเข้าถึงการดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์เหล่านี้ได้โดยไม่คำนึงถึงที่อยู่อาศัยภายในสถาบัน (Brown, 2009) การดูแลบุคคลในสถาบันต้องพิจารณาถึงการที่พวกเขาไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เช่นเดียวกับคนที่ไม่ได้อยู่ในสถาบัน ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในสถาบันจะต้องได้รับการสนับสนุนเพื่อให้สามารถรับมาตรฐานการดูแลที่กำหนดโดยสมาคมวิชาชีพด้านสุขภาพคนข้ามเพศโลก (WPATH)

บุคคล TGD ที่อยู่ในทัณฑสถาน รายงานว่าขาดการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่จำเป็นต่อบุคคลข้ามเพศที่จำเป็นทางการแพทย์ (ดูบทที่ 2- การประยุกต์ใช้ทั่วโลก, คำแนะนำ 2.1) ซึ่งเป็นความกังวลอันดับหนึ่งขณะถูกจองจำ (Brown, 2014; Emmer et al., 2011) ความไม่เท่าเทียมกันทางเชื้อชาติมีอยู่ในสภาพแวดล้อมของทัณฑสถาน (Sawyer, 2020) ความไม่เท่าเทียมกันที่เกิดจากการเหยียดเชื้อชาติซึ่งส่งผลลึกลับต่อสุขภาพ (Nowotny et al., 2017) และ การที่มีสัดส่วนของบุคคล TGD ผิวดำเป็นจำนวนมากในทัณฑสถานบางแห่ง (Reisner et al., 2014) เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการที่ ผู้นำของสถาบันควรต้องเข้ามาดูแลประเด็นเรื่องการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของพวกเขา การศึกษาที่มีการควบคุมตัวแปรได้แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสุขภาพจิตที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกสำหรับคนข้ามเพศที่ติดคุกเปรียบเทียบกับกลุ่มคนข้ามเพศซึ่งไม่เคยถูกจองจำหรือติดคุก (Brown and Jones, 2015) บ่อยครั้งที่ หน่วยงานโครงสร้าง และบุคลากรที่ให้บริการยังขาดความรู้ การฝึกอบรม และความสามารถในการดูแลผู้มีความหลากหลายทางเพศ (Clark et al., 2017) การเลือกปฏิบัติต่อผู้อุอาศัยที่เป็นบุคคล TGD และความต้องการของบุคคล TGD หรือตัวแทนของพวกเขา ถูกละเลยได้บ่อยในสถานดูแลแบบประคับประคองรวมถึงบ้านพักคนชรา (Stein et al., 2020) นี่เป็นเหตุผลหนึ่งว่าทำไมผู้ป่วยที่เป็นเลสเบียน เกย์ ไบเซ็กชวล และคนข้ามเพศ (LGBT) อาจเลือกที่จะปกปิดเรื่องเพศและ/หรืออัตลักษณ์ทางเพศเมื่อพวกเขาเข้าไปในบ้านพักคนชรา ทั้ง ๆ ที่ก่อนหน้านี้พวกเขาอาศัยอยู่อย่างเปิดเผยในฐานะบุคคลที่ระบุตัวตนว่าเป็น LGBT (Carroll, 2017; Serafin et al., 2013)

คำแนะนำทุกคำแนะนำในบทนี้ ถูกร่างขึ้นบนพื้นฐานของการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและประเมินถึงประโยชน์และอันตราย อีกทั้งการประเมินและความนิยมจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้ เราตระหนักดีว่าในบางกรณี หลักฐานทางวิชาการนั้นมียกจำกัดและการบริการบางอย่าง ไม่สามารถเข้าถึงได้หรือไม่สามารถทำได้ หลักฐานที่มีอยู่ส่วนใหญ่เกี่ยวกับสถาบันมุ่งเน้นไปที่ผู้ที่ถูกจองจำในคุก เรือนจำ หรือสภาพแวดล้อมที่คุมขังอื่น ๆ เราหวังว่าหลักฐานในสถานพยาบาลจะมีมากขึ้นในอนาคต คำแนะนำโดยสรุปข้างต้นสามารถประยุกต์ใช้ได้กับสถาบันที่หลากหลายโดยมีลักษณะร่วมกัน ได้แก่ ระยะเวลาพำนักที่นาน จำนวนบุคลากรที่จำกัด และสิ่งจำเป็นพื้นฐานของชีวิตบางส่วนหรือทั้งหมดที่ต้องพึ่งพิงเจ้าหน้าที่สถาบัน

คำแนะนำ 11.1

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบในการดูแลบุคคลที่อยู่ในสถาบัน (หรือเกี่ยวข้องกับสถาบันหรือหน่วยงาน) ในเรื่องการยืนยันเพศสภาพ ทราบถึงคำแนะนำทั้งหมดของ SOC-8 โดยประยุกต์ใช้อย่างเท่าเทียมกันในบุคคล TGD ทุกคนที่อยู่ในสถาบัน

บุคคล TGD สมควรได้รับการบริการทางการแพทย์ทั้งการดูแลด้านสุขภาพจิตและการแพทย์ทั่วไปและเฉพาะทางเช่นเดียวกับที่บุคคลอื่นที่อยู่ในสถาบันต้องการ นอกจากนี้บุคคล TGD ยังมีความต้องการการดูแลจำเพาะกับปัญหาของบุคคล TGD อีกด้วย เราแนะนำให้ใช้มาตรฐานการดูแล (SOC) กับคนอยู่ในสถาบันเป็นหลักการขั้นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพและหลักจริยธรรม (Beauchamp & Childress, 2019; Pope & Vasquez, 2016) นอกจากนี้ ศาลหลายแห่งได้ยึดถือหลักการในการให้การดูแลบุคคล TGD ตาม SOC โดย WPATH ให้แก่บุคคลที่อยู่ในสถาบันด้วย (e.g., Koselik v. Massachusetts, 2002; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020) หน่วยงานที่มีบริการพำนักระยะยาวสำหรับบริการที่บ้าน ควรตระหนักถึงการบังคับใช้ของมาตรฐานการดูแลนี้ด้วย

คำแนะนำ 11.2

เราเสนอให้ให้สถาบันต่าง ๆ จัดให้มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศแก่พนักงานทุกคน

เนื่องจากบุคคล TGD เป็นประชากรกลุ่มน้อย ดังนั้นบุคลากรที่ดูแลบุคคล TGD ควรเข้ารับการฝึกอบรมเฉพาะทางตามที่ระบุไว้ใน SOC เวอร์ชัน 8 นี้ ในขณะที่ระดับการฝึกอบรมจะแตกต่างกันไปตามหน้าที่ของบุคลากร บุคลากรทุกคนควรได้รับการฝึกอบรมในการติดต่อกับผู้รับบริการอย่างเหมาะสมในขณะที่บุคลากรทางคลินิกที่ต้องติดต่อกับผู้รับบริการโดยตรงอาจต้องการการฝึกอบรมและ/หรือการให้คำปรึกษาที่เข้มข้นขึ้น คำแนะนำของการฝึกอบรมเหล่านี้ใช้กับหน่วยงานที่เป็นที่พักพิงที่มีการดูแลระยะยาวด้วย การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่อนุญาตให้สวมใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสมทางเพศ การจัดห้องอาบน้ำ หรือที่อยู่อาศัย และไม่ใช้ชื่อที่เลือก สื่อถึงการขาดความเคารพต่อบุคคล TGD ที่ถูกปฏิบัติแล้วซ้ำอีกและเป็นต้นเหตุของบาดแผลทางอารมณ์และวิตกกังวลได้ การป้องกันเหตุการณ์เหล่านี้

คำแนะนำ

- 11.1 – เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบในการดูแลบุคคลที่อยู่ในสถาบัน (หรือเกี่ยวข้องกับสถาบันหรือหน่วยงาน) ในเรื่องการยืนยันเพศสภาพ ทราบถึงคำแนะนำทั้งหมดของ SOC-8 โดยประยุกต์ใช้อย่างเท่าเทียมกันในบุคคล TGD ทุกคนที่อยู่ในสถาบัน
- 11.2 – เราเสนอให้ให้สถาบันต่าง ๆ จัดให้มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศแก่พนักงานทุกคน
- 11.3 – เราแนะนำผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ที่รับผิดชอบในการส่งจ่ายยาและติดตามฮอร์โมนสำหรับบุคคล TGD ที่อาศัยอยู่ในสถาบันและต้องการการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน สามารถทำได้โดยไม่ล่าช้าและเป็นไปตาม SOC-8
- 11.4 – เราแนะนำเจ้าหน้าที่และผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพแก่บุคคล TGD ให้คำแนะนำและสนับสนุนการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพตาม SOC-8 เมื่อบุคคล TGD ร้องขอโดยไม่ล่าช้า
- 11.5 – เราแนะนำให้ผู้บริหาร บุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรอื่น ๆ ทั้งหมดที่ทำงานในสถาบันที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลบุคคล TGD อนุญาตให้บุคคลสวมใส่เสื้อผ้าและเครื่องแต่งกายที่เหมาะสมสอดคล้องกับการแสดงออกทางเพศของตน
- 11.6 – เราแนะนำให้เจ้าหน้าที่ของสถาบันทุกคนเรียกบุคคล TGD ด้วยชื่อและสรรพนามที่ประสงค์ตลอดเวลา
- 11.7 – เราแนะนำให้ผู้บริหารสถาบัน บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่รับผิดชอบในการจัดหาสถานที่อยู่อาศัยสำหรับบุคคล TGD ใช้เกณฑ์การตัดสินใจโดยพิจารณาจากความต้องการที่อยู่อาศัยของแต่ละคน อัตลักษณ์และการแสดงออกทางเพศ และการพิจารณาด้านความปลอดภัยมากกว่าเพียงพิจารณาจากลักษณะทางกายวิภาคหรือเพศกำเนิด
- 11.8 – เราแนะนำให้บุคลากรของสถาบันจัดทำนโยบายเลือกที่อยู่อาศัยเพื่อความปลอดภัยบุคคล TGD โดยไม่แยกสถานที่หรือเลือกปฏิบัติแก่บุคคลเหล่านี้
- 11.9 – เราแนะนำให้บุคลากรของสถาบันอนุญาตให้บุคคล TGD ที่อยู่อาศัยสามารถใช้ห้องอาบน้ำและห้องสุขาแบบส่วนตัวได้เมื่อมีการร้องขอ

ทำได้โดยการจัดการอบรมความหลากหลายทางเพศและความสามารถพื้นฐานในการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคนข้ามเพศเหล่านี้ให้แก่เจ้าหน้าที่ภายในสถาบันทุกคน (Hafford-Letchfield et al., 2017) จากการศึกษาโดยการสำรวจพบว่า ยังมีช่องว่างทางความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทั้งในบุคลากรในทันตสถานและสถานบริการทางการแพทย์

เช่น การดูแลแบบประคับประคอง (Stein et al., 2020; White et al., 2016) Hafford-Letchfield และคณะ (2017) แสดงให้เห็นประโยชน์ในการฝึกอบรมบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยระยะยาวเมื่อเริ่มการฝึกอบรมดังกล่าว ด้วย “การตระหนักถึงปัญหา LGBT” และมีอยู่ใน “บ้านพักคนชรา” หากผู้ให้บริการด้านสุขภาพขาดความเชี่ยวชาญในการประเมินและ/หรือปฏิบัติต่อผู้รับบริการที่เป็นบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ควรขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกสถาบันที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลเพื่อยืนยันเพศสภาพ (Brömdal et al., 2019; Sevelius and Jenness, 2017)

คำแนะนำ 11.3

เราแนะนำผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ที่รับผิดชอบในการส่งจ่ายยาและติดตามฮอร์โมนสำหรับบุคคล TGD ที่อาศัยอยู่ในสถาบันและต้องการการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน สามารถทำได้โดยไม่ล่าช้าและเป็นไปตาม SOC-8

บุคคล TGD อาจถูกรับเข้าในสถาบันเพื่อการประเมินสำหรับการใช้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพหรืออาจเกิดความจำเป็นต้องหลังจากที่พวกเขาย้ายมาอยู่ในสถาบันในระยะเวลาที่ต่างกันได้ ไม่ใช่เรื่องแปลกที่บุคคล TGD จะถูกปฏิเสธไม่ให้ใช้ฮอร์โมนเป็นเวลาหลายเดือนหรือหลายปีหลังจากแจ้งความประสงค์ดังกล่าว หรือไม่ได้รับการดูแลและติดตามที่ดี หรือปรับยาเพื่อความปลอดภัยและให้ได้ประสิทธิภาพ (Keohane, 2018; Kosilek v. Massachusetts, 2002; Monroe v. Baldwin et al., 2019) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น ภาวะ

ซึมเศร้า วิดกกังวล ฆ่าตัวตาย และความเสี่ยงที่พวกเขาจะไปรับการผ่าตัดด้วยตนเอง (Brown, 2010) การเข้าถึงการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนของบุคคล TGD เพื่อส่งเสริมเพศภาวะควรได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที่เช่นเดียวกับการดูแลสุขภาพที่จำเป็นทางการแพทย์อื่น ๆ ทั้งในสถานบริการทางการแพทย์และทันตสถาน ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ควรปรับฮอร์โมนอย่างเหมาะสมตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลทางคลินิก เพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์อยู่ในช่วงของมาตรฐานที่แนะนำในสาขาต่อมไร้ท่อ การเจาะเลือดระดับฮอร์โมนควรจะต้องดำเนินการที่ความถี่ที่เหมาะสมเพื่อที่จะไม่ทำให้การปรับยาล่าช้า

ผู้สูงอายุ TGD ที่อยู่ในบ้านพักคนชรา มักมีความต้องการที่จำเพาะ (Boyd, 2019; Carroll, 2017; Porter, 2016) เมื่อผู้สูงอายุมีความประสงค์ขอใช้ฮอร์โมน แพทย์ควรประเมินสภาวะหรือโรคที่เป็นอยู่ก่อนหน้า ซึ่งมีส่วนน้อยมากที่โรคบางอย่างอาจเป็นข้อห้ามของการให้ฮอร์โมนโดยเด็ดขาด (Ettner, 2013) ผู้ที่มีเพศสภาพไม่ตรงกำเนิดในสถาบันอาจมีภาวะสุขภาพจิตร่วมด้วย (Brown and Jones, 2015; Cole et al., 1997) ภาวะสุขภาพจิตเหล่านี้ควรได้รับการประเมินและปฏิบัติอย่างเหมาะสมโดยเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินโดยรวม ผู้ที่ได้รับฮอร์โมนต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างใกล้ชิดเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและการใช้ยาหลายขนาน (Hembree et al., 2017)

บุคคล TGD ผู้ซึ่งใช้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพอยู่เดิมในขณะที่เข้ามาในระบบสถาบัน ควรได้ใช้ฮอร์โมนอย่างต่อเนื่องและได้รับการตรวจติดตามตามคำแนะนำใน SOC ฉบับที่ 8 นี้ วิธีการ "freeze frame" นั้นไม่เหมาะสมและเป็นอันตราย (Kosilek v. Massachusetts, 2002) ซึ่งการ "freeze frame" เป็นการปฏิบัติที่ล่าสมัยในการปฏิเสธฮอร์โมนให้กับผู้ที่ยังไม่ได้รับฮอร์โมนเหล่านี้ หรือให้บุคคล TGD ใช้ฮอร์โมนในขนาดเดิมเหมือนกับตอนที่เข้ามาสู่ระบบสถาบัน ถึงแม้ว่าปริมาณฮอร์โมนดังกล่าวจะเป็นขนาดต่ำหรือขนาดยาเริ่มต้นก็ตาม บุคคล

TGD ที่สมควรได้รับฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพนั้น สมควรได้เริ่มใช้ฮอร์โมนเช่นเดียวกับกรณีที่พวกเขาใช้ชีวิตอยู่นอกสถาบัน (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown 2009) การหยุดฮอร์โมนอย่างกะทันหันหรือไม่เริ่มใช้ฮอร์โมนเมื่อมีความจำเป็นทางการแพทย์ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (Brown, 2010; Sundstrom and Fields v. Frank, 2011) เช่น การนำไปสู่การตัดตอนอวัยวะเพศด้วยตัวเอง อารมณ์ซึมเศร้า ความทุกข์ใจในเพศสภาพที่เพิ่มขึ้น และ/หรือการฆ่าตัวตาย (Brown, 2010; Maruri, 2011)

หากบุคคล TGD ในสถานพยาบาลได้รับฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพและ/หรือการผ่าตัด ควรมีการพิจารณาเกี่ยวกับสถานที่พักในสถาบันที่แยกเพศ ให้ได้รับการประเมินใหม่เพื่อความปลอดภัยและความปลอดภัยที่ดีของบุคคล TGD (Ministry of Justice [UK], 2016)

คำแนะนำ 11.4

เราแนะนำเจ้าหน้าที่และผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพแก่บุคคล TGD ให้คำแนะนำและสนับสนุนการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพตาม SOC-8 เมื่อบุคคล TGD ร้องขอโดยไม่ล่าช้า

บุคคล TGD ที่อยู่ในสถาบันควรมีแผนการดูแลที่เหมาะสมทั้งการใช้ยาและการผ่าตัดที่จำเป็นทางการแพทย์ไม่ต่างกับบุคคลที่อาศัยอยู่นอกสถาบัน (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown 2009; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020) ผลที่ตามมาของการถูกปฏิเสธการดูแลหรือไม่สามารถเข้าถึงการทำศัลยกรรมเพื่อยืนยันเพศสภาพสำหรับผู้อยู่อาศัยในสถาบันที่ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลดังกล่าวนอกสถาบันนั้น อาจส่งผลกระทบต่อที่ร้ายแรง เช่น การแย่งอย่างมาของการทุกข์ใจในเพศสภาพ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การฆ่าตัวตาย และความเป็นไปได้ของการผ่าตัดด้วยตนเอง (เช่น ทำหมันด้วยตนเอง หรือ ตัดองคชาติด้วยตนเอง; Brown, 2010; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Maruri, 2011) ไม่ใช่เรื่องแปลกที่ผู้อยู่อาศัยในสถาบันต่าง ๆ จะถูกปฏิเสธไม่ให้เข้ารับการประเมินการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ ตลอดจนการปฏิเสธการดูแลทางการแพทย์ แม้ว่าจะมีความจำเป็นทางการแพทย์ก็ตาม (Kosilek v. Massachusetts/ Dennehy, 2012; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020) การปฏิเสธการประเมินที่จำเป็นทางการแพทย์และการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ รวมถึงการดูแลหลังเริ่มขั้นตอนที่จำเป็น นั้นเป็นสิ่งไม่เหมาะสมและไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน SOC ฉบับนี้

คำแนะนำ 11.5

เราแนะนำให้ผู้บริหาร บุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรอื่น ๆ ทั้งหมดที่ทำงานในสถาบันที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลบุคคล TGD อนุญาตให้บุคคลสวมใส่เสื้อผ้าและเครื่องแต่งกายที่เหมาะสมสอดคล้องกับการแสดงออกทางเพศของตน

การแสดงออกทางเพศ หมายถึง ทรงผม ผลิตภัณฑ์ดูแลเส้นผม เสื้อผ้า ชื่อ และคำสรรพนามที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ทางเพศใน

วัฒนธรรมและ/หรือชุมชนของตน (American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017) การแสดงออกทางเพศเป็นบรรทัดฐานในหมู่คนส่วนใหญ่ในวัฒนธรรมหรือชุมชน การเปลี่ยนผ่านทางสังคมเป็นกระบวนการที่บุคคล TGD ต้องเผชิญตั้งแต่การเริ่มต้นและดำเนินการต่อไปในการแสดงอัตลักษณ์ทางเพศของตนในรูปแบบที่เป็นจริงและเป็นที่ยอมรับของสังคม บ่อยครั้งการเปลี่ยนผ่านทางสังคมเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการนำเสนอต่อสาธารณะ ซึ่งแตกต่างจากที่คาดไว้สำหรับบุคคลทั่วไปที่ได้รับภาวะบุพเพตามกฎหมายตั้งแต่แรกเกิด การระบุเพศเป็นขั้นตอนทางกฎหมายในเรื่องเพศของบุคคลซึ่งโดยปกติแล้วจะมีการระบุในเอกสารทางการตั้งแต่การเกิด (American Psychological Association, 2015) โดยมักถูกบันทึกว่าเป็นเพศชายหรือเพศหญิง ในบางประเทศและเขตอำนาจศาล ใช้คำว่า intersex หรือ "X" บุคคล TGD ต้องการสิทธิแบบเดียวกันในการแสดงออกทางเพศที่บุคคลตรงเพศที่อาศัยอยู่ทั้งภายนอกและภายในสถาบัน การยอมรับของบุคคลากรต่อการเปลี่ยนผ่านทางสังคมของบุคคล TGD ยังเป็นการสร้างความเคารพและการยืนยันกับผู้อื่นในสถาบัน ซึ่งช่วยเพิ่มความปลอดภัยและลดปัญหาของความไม่สอดคล้องทางเพศ

การวิจัยบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านทางสังคมและการแสดงออกทางเพศที่สอดคล้องกับเพศสภาพมีผลดีต่อสุขภาพจิตของบุคคล TGD (Bockting & Coleman, 2007; Boedeker, 2018; Devor, 2004; Glynn et al., 2016; Russell et al., 2018) คำแนะนำเพื่อให้แสดงอัตลักษณ์ทางเพศได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการอนุญาตให้สวมเสื้อผ้าและทรงผมที่สอดคล้องกับเพศสภาพ ได้รับและใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อการตกแต่งหรือผลิตภัณฑ์เพื่อสุขอนามัยที่เหมาะสมกับเพศสภาพ และการเรียกด้วยชื่อหรือนามสกุลตามกฎหมายที่เลือก (แม้ว่าจะไม่สามารถเปลี่ยนชื่อที่กำหนดได้ตามกฎหมาย) และจำหน่ายด้วยสรรพนามที่สอดคล้องกับตัวตน องค์กรประกอบเหล่านี้ของการแสดงออกทางเพศและการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกทางเพศและการเปลี่ยนผ่านทางสังคมตามความต้องการของแต่ละคนจะช่วยลดความทุกข์ใจในเพศสภาพ/ความไม่สอดคล้องทางเพศ ซึมเศร้า, วิตกกังวล, ความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง, ความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย (Russell et al., 2018) นอกจากนี้ องค์กรประกอบของการแสดงออกทางเพศที่สอดคล้องกันเหล่านี้จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นและการทำงานดีขึ้น (Glynn et al., 2016)

คำแนะนำ 11.6

เราแนะนำให้เจ้าหน้าที่ของสถาบันทุกคนเรียกบุคคล TGD ด้วยชื่อและสรรพนามที่ประสงค์ตลอดเวลา

เนื่องจากมีผู้คนจำนวนมากขึ้นที่ระบุว่ามีความหลากหลายทางเพศอย่างเปิดเผย จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาและดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติและนโยบายที่ตอบสนองความต้องการของคนเหล่านี้โดยไม่คำนึงว่าพวกเขาจะอาศัยอยู่ที่ไหน (McCauley et al., 2017) ตัวอย่างเช่น สถาบันต่าง ๆ ควรใช้ระบบบันทึกทางการแพทย์และการบริหารสำหรับผู้อยู่อาศัยโดยใช้คำระบุเพศสภาพที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางเพศ และไม่ใช้ตามเพศกำเนิด ในขณะที่การพัฒนา

คำแนะนำเหล่านี้ เป็นที่ทราบกันดีว่าความกว้างขวางทางเพศทำให้เกิดความท้าทายในสถาบันบางแห่งที่ผู้คนบุคคล TGD อยู่ อย่างไรก็ตามทุกสถาบันมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนที่อาศัยอยู่ในนั้น (Australia, 2015; Corrective Services New South Wales, 2015; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Kosilek v. Massachusetts, 2002; NCCHC, 2015) Sevelius และคณะ (2020) แสดงให้เห็นว่าการใช้คำสรรพนามที่ถูกต้องเป็นการยืนยันเพศสภาพสำหรับผู้หญิงข้ามเพศและสัมพันธ์กับสุขภาพจิตเชิงบวกและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี หากผู้ทำงานในสถาบันได้เปลี่ยนชื่อตามกฎหมายแล้วควรเปลี่ยนชื่อในทะเบียนของสถาบันเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น

คำแนะนำ 11.7

เราแนะนำให้ผู้บริหารสถาบัน บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่รับผิดชอบในการจัดหาสถานที่อยู่อาศัยสำหรับบุคคล TGD ใช้เกณฑ์การตัดสินใจโดยพิจารณาจากความต้องการที่อยู่อาศัยของแต่ละคน อัตลักษณ์และการแสดงออกทางเพศ และการพิจารณาด้านความปลอดภัยมากกว่าเพียงพิจารณาจากลักษณะทางกายวิภาคหรือเพศกำเนิด

การแบ่งแยกผู้คนตามเพศกำเนิดเป็นนโยบายที่นิยมใช้ในสถาบันทั่วยุโรป (Brown and McDuffie, 2009; Routh et al., 2017) สามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่อันตรายได้ (Ledesma & Ford, 2020) ผู้คนที่มีความหลากหลายทางเพศมีความเสี่ยงอย่างมากต่อการถูกตีตรา การตกเป็นเหยื่อ การถูกทอดทิ้ง ความรุนแรง และการล่วงละเมิดทางเพศ (Banbury, 2004; Beck, 2014; Jenness and Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2018; Oparah, 2012; Stein et al., 2020) การแบ่งแยกเพศแบบชายหญิงเป็นระบบนี้มักจะทำให้การดูแลความปลอดภัยของบุคคล TGD นั้นล้มเหลว และอาจขัดขวางการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับเพศภาวะ (Stohr, 2015) ดังนั้นสถาบันควรปฏิบัติตามขั้นตอนที่ประเมินความต้องการและความชอบด้านที่อยู่อาศัยของบุคคล TGD (e.g., Federal Bureau of Prisons, 2016) ในทำนองเดียวกัน กฎหมายกำจัดการข่มขืนในเรือนจำระบุเจาะจงว่าบุคคล TGD เป็นประชากรที่เปราะบางและสั่งให้เรือนจำทั่วประเทศในสหรัฐอเมริกาพิจารณาความต้องการที่อยู่อาศัยของผู้ต้องขังเหล่านี้ (Bureau of Justice Assistance, 2017)

คำแนะนำ 11.8

เราแนะนำให้บุคลากรของสถาบันจัดทำนโยบายเลือกที่อยู่อาศัยเพื่อความปลอดภัยบุคคล TGD โดยไม่แยกสถานที่หรือเลือกปฏิบัติแก่บุคคลเหล่านี้

การกำหนดตำแหน่งที่อยู่ในบุคคล TGD โดยพิจารณาจากลักษณะทางกายวิภาคของอวัยวะสืบพันธุ์หรือเพศกำเนิดเท่านั้นถือเป็นความเข้าใจผิด และทำให้ผู้คนมีความเสี่ยงต่ออันตรายทางร่างกายและ/หรือจิตใจ (Scott, 2013; Simopoulos & Khin, 2014; Yona & Katri, 2020) เป็นที่ยอมรับกันอย่างดีในทัณฑสถานว่าบุคคลข้ามเพศมีโอกาส

ถูกคุกคามทางเพศหรือถูกทำร้ายหรือทั้งสองอย่างมากกว่าผู้ต้องขังรายอื่น (James et al., 2016; Jenness & Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2019) แม้ว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับตำแหน่งที่อยู่จำเป็นต้องจัดการกับปัญหาด้านความปลอดภัย แต่การตัดสินใจร่วมกันซึ่งรวมถึงข้อมูลของแต่ละบุคคลควรพิจารณาเป็นกรณีไป (Federal Bureau of Prisons, 2016; Jenness and Smyth, 2011) ผู้หญิงข้ามเพศบางคนชอบที่จะอยู่ในทัณฑสถานชาย ในขณะที่บางคนรู้สึกปลอดภัยกว่าในทัณฑสถานหญิง เนื่องจากความหลากหลายของอัตลักษณ์ทางเพศ การแสดงออกและสถานะการเปลี่ยนแปลงมีความหลากหลายมากในผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ดังนั้นการรักษาความปลอดภัยของผู้อยู่อาศัยจึงต้องอาศัยกระบวนการตัดสินใจที่ยืดหยุ่น (Yona & Katri, 2020) ความกลัวอย่างหนึ่งที่บุคคล LGBT ที่มีอายุมากเมื่อต้องอยู่ในการดูแลระยะยาว คือการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมโดยเพื่อนร่วมห้อง (Jablonski et al., 2013) ดังนั้นที่อยู่อาศัยในบ้านพักคนชราและสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการยังชีพควรพิจารณากำหนดห้องให้กับผู้สูงอายุตามเพศที่ตนเองระบุ โดยไม่คำนึงถึงเพศกำเนิดหรือประวัติการผ่าตัด และตัดสินใจร่วมกับผู้ช่วยบุคคล TGD

การขังเดี่ยว บางครั้งเรียกว่า การแบ่งแยกการบริหารในทัณฑสถาน หมายถึง การแยกกักขังทางร่างกายของบุคคลในระหว่างที่พวกเขาถูกคุมขังในห้องขังเป็นเวลาประมาณยี่สิบสามชั่วโมงในแต่ละวัน การขังเดี่ยวถูกนำมาใช้ในทัณฑสถานบางแห่งเพื่อเป็นมาตรการทางวินัย ตลอดจนวิธีการปกป้องผู้ต้องขังที่ถือว่ามีความเสี่ยงต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือผู้ที่เสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้ต้องขังรายอื่น อย่างไรก็ตาม การแยกขังเดี่ยวเพื่อความปลอดภัย หากจำเป็นควรทำแค่ระยะสั้น ๆ เนื่องจากการแยกตัวอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อจิตใจและการรบกวนการทำงานอย่างร้ายแรง (Ahalt et al., 2017; Scharff Smith, 2006) องค์การมาตรฐานเรือนจำแห่งชาติและสหประชาชาติถือว่าการกักขังเดี่ยวยาวนานกว่า 15 วันถือเป็นการทรมาน (NCCHC, 2016; United Nations, 2015)

คำแนะนำ 11.9

เราแนะนำให้บุคลากรของสถาบันอนุญาตให้บุคคล TGD ที่อยู่อาศัยสามารถใช้ห้องอาบน้ำและห้องสุขาแบบส่วนตัวได้เมื่อมีการร้องขอ

ความจำเป็นและความสำคัญของความเป็นส่วนตัวนั้นเป็นสากล โดยไม่คำนึงถึงอัตลักษณ์ทางเพศ บุคคล TGD รายงานว่าพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ห้องน้ำสาธารณะ จำกัดปริมาณการกินและดื่มเพื่อจะไม่ต้องใช้สถานที่สาธารณะส่งผลให้เกิดการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะและปัญหาเกี่ยวกับไตเพิ่มขึ้น (James et al., 2016) บุคคล TGD ในสถาบันมักถูกลดทอนความเป็นส่วนตัวในการใช้ห้องน้ำและห้องอาบน้ำซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อจิตใจและ/หรือการล่วงละเมิดทางร่างกายและทางเพศ (Bartels and Lynch, 2017; Brown, 2014; Cook-Daniels, 2016; Mann, 2006) ในทำนองเดียวกัน ในสภาพแวดล้อมในทัณฑสถานถูกตรวจค้น และการค้นตามร่างกายควรดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ที่เป็นเพศเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามไม่สามารถทำได้ในกรณีฉุกเฉินที่รุนแรง ควรหลีกเลี่ยงการตรวจค้นหาโดยไม่ได้ตั้งใจของเจ้าหน้าที่คนอื่น (Bureau of Justice Assistance, 2017)

กฎหมายบางฉบับกำหนดให้ใช้ห้องอาบน้ำและห้องสุขาส่วนตัวสำหรับคนข้ามเพศที่ถูกคุมขัง เช่น กฎหมายกำจัดการข่มขืนในเรือนจำของรัฐบาลกลางสหรัฐในสหรัฐอเมริกา

จำนวนประชากรสูงอายุ/สูงอายุบุคคล TGD ที่ต้องได้รับการจากสถาบันมีมากขึ้น (Carroll, 2017; Witten & Eyler, 2016) บ้านพักคนชราและสถานบริการการดูแลระยะยาวและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ที่จัดไว้ให้ ควรจะคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงวัยที่อยู่อาศัยที่ไม่ใช่เพศเดียวกัน (Ettner, 2016; Ettner & Wiley, 2016) การสำรวจของ HCPs ที่ทำงานร่วมกับผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา และการดูแลแบบประคับประคองรวมถึงสถานดูแลระยะยาวอื่น ๆ รายงานว่าผู้ป่วยที่ระบุว่าเป็นบุคคล TGD มักไม่ได้รับความต้องการขั้นพื้นฐาน ถูกเลือกปฏิบัติในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล หรือมีร่างกายและ/หรือถูกทำร้ายจิตใจ (Stein et al., 2020) การสำรวจผู้ให้บริการดูแลผู้เกษียณอายุและที่อยู่อาศัยในออสเตรเลียพบว่ามีประสบการณ์น้อยหรือความเข้าใจปัญหาเพียงเล็กน้อยในการดูแลประชากรกลุ่มนี้ อันที่จริงบุคคล TGD สูงอายุจำนวนมากยอมรับว่าปกปิดอัตลักษณ์ทางเพศของตนเพราะกลัวการเลือกปฏิบัติหรือการรังเกียจอย่างเปิดเผย (Cartwright et al., 2012; Cook-Daniels, 2016; Grant et al., 2012; Horner et al., 2012; Orel & Fruhauf, 2015)

บทที่ 12 การใช้ฮอร์โมน

บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender diverse, TGD) อาจมีความจำเป็นต้องได้รับการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน (gender-affirming hormone therapy, GAHT) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องกับร่างกายที่ต้องการและอัตลักษณ์ทางเพศ หรือทั้งสองอย่าง (ดูคำแนะนำเกี่ยวกับความจำเป็นทางการแพทย์ในบทที่ 2 – การประยุกต์ใช้ทั่วโลก, คำแนะนำที่ 2.1) ในบทนี้อธิบายถึงคำแนะนำในการใช้ฮอร์โมนสำหรับ TGD ผู้ใหญ่และวัยรุ่น โปรดดูบทที่ 5 – การประเมินในผู้ใหญ่ และบทที่ 6 – วัยรุ่น สำหรับเกณฑ์ในการประเมินเพื่อเริ่มการใช้ฮอร์โมนในผู้ใหญ่และวัยรุ่นตามลำดับ ข้อสรุปของคำแนะนำและเกณฑ์การประเมินสามารถดูได้ที่ **ภาคผนวก D**

นับตั้งแต่มาตรฐานการดูแลฉบับแรกโดย World Professional Association for Transgender Health (WPATH) ได้ถูกตีพิมพ์เมื่อ ค.ศ. 1979 และมีการปรับปรุงมาตรฐานการดูแลเรื่อยมาถึงมาตรฐานการดูแลฉบับที่ 7 การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนถือเป็นที่ยอมรับและมีความจำเป็นทางการแพทย์ (Coleman et al., 2012) WPATH รับรองแนวทางการดูแลออกโดย the Endocrine Society สำหรับการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนเพื่อบุคคล TGD ใน ค.ศ. 2009 และ 2017 (Hembree et al., 2009; Hembree et al., 2017) อีกทั้งสมาคมเวชศาสตร์ทางเพศแห่งทวีปยุโรปได้ออกคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ฮอร์โมนในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ TGD (T’Sjoen et al., 2020) การใช้ฮอร์โมนนั้นปลอดภัยหากอยู่ภายใต้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (Tangpricha & den Heijer, 2017; Safer & Tangpricha, 2019) อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความเสี่ยงในระยะยาวที่อาจเป็นไปได้และจำเป็นต้องได้รับการตรวจติดตามและคัดกรองอย่างระมัดระวังเพื่อลดผลข้างเคียงนั้น (Hembree et al., 2017; Rosenthal, 2021)

โดยทั่วไปแล้ว เป้าหมายคือการทำให้ระดับฮอร์โมนเพศอยู่ในระดับที่ตรงกับอัตลักษณ์ทางเพศของผู้รับบริการ ถึงแม้ยังไม่มีกำหนดถึงระดับฮอร์โมนเพศที่เหมาะสมที่สุด (Hembree et al., 2017) บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน และ/หรือระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในการตรวจติดตามการใช้ฮอร์โมนเพศโดยทั่วไป อย่างไรก็ตาม ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด conjugated estrogens หรือชนิดสังเคราะห์ (synthetic estrogen) ไม่สามารถตรวจวัดได้ มีข้อสันนิษฐานถึงการใช้อัตราส่วนระหว่างระดับ estrone/estradiol เพื่อนำมาใช้ในการตรวจติดตาม อย่างไรก็ตาม ข้อสันนิษฐานนี้ยังไม่ได้รับการสนับสนุนที่ชัดเจนจากการศึกษา เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลที่บอกถึงความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงระดับ estrone และการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อไขมันของร่างกายหรือการพัฒนาของเต้านม โดยอ้างอิงจากการศึกษาในประเทศแถบยุโรปในสตรีข้ามเพศผู้ใหญ่จำนวน 212 คน และได้รับการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปีหลังจากใช้ฮอร์โมน (Tebbens et al., 2021) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าระดับ estrone ที่สูงขึ้นหรือการมีอัตราส่วนระหว่าง estrone/estradiol ที่สูงนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับผลการยับยั้งการเปลี่ยนแปลงร่างกายในลักษณะเพศหญิง (สัดส่วนของไขมันและการ

พัฒนาของเต้านม) (Tebbens et al., 2021) ดังนั้นการตรวจอัตราส่วนระหว่าง estrone ต่อ estradiol ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบัน การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด conjugated estrogens ที่เคยใช้ในอดีตนั้นมีความนิยมน้อยลง เนื่องจากปัจจุบันนิยมให้ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนเสมือนธรรมชาติ (bioidentical estrogens) ถึงแม้มีการศึกษามากมายแสดงให้เห็นว่า การใช้ฮอร์โมน conjugated estrogens ชนิดกินเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันและโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ฮอร์โมน estradiol ชนิดกินในหญิงวัยหมดประจำเดือน อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials) ที่พิสูจน์ผลลัพธ์นี้ ทั้งในหญิงวัยหมดประจำเดือนหรือในบุคคลข้ามเพศที่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Smith et al., 2014)

แนวทางการใช้ฮอร์มนั้น แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับระยะของพัฒนาการของแต่ละคน เวลาที่เริ่มการใช้ฮอร์โมนรวมถึงเป้าหมายของแต่ละคนด้วย การใช้ฮอร์โมนไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กที่ยังไม่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ทางต่อมไร้ท่อ (วัยเจริญพันธุ์ทางฮอร์โมน) ในเด็กที่เข้าเกณฑ์ในการเริ่มขั้นตอน (ดูรายละเอียดในบทที่ 6 – วัยรุ่น) ซึ่งเป็นคนที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ในระยะแรกแล้ว เป้าหมายส่วนใหญ่คือ การชะลอการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ด้วยยา gonadotropin releasing hormone agonists (GnRHAs) จนกว่าจะถึงเวลาที่เหมาะสมที่สามารถเริ่มการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนได้ ในกรณีนี้การระงับการเจริญพันธุ์ถือว่ามีผลจำเป็นทางการแพทย์ ผู้ใหญ่ที่เข้าเกณฑ์ในการเริ่มขั้นตอน สามารถเริ่มการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน หากเขาเหล่านั้นมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งระบุไว้ในบทที่ 5 – การประเมินในผู้ใหญ่ นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ควรพูดคุยถึงเป้าหมายของการเจริญพันธุ์ (การมีบุตร) และขั้นตอนของการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ก่อนเริ่มการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน ดูบทที่ 16 – สุขภาพการเจริญพันธุ์

การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนที่มีเป้าหมายเพื่อให้ร่างกายมีลักษณะเพศหญิงนั้นมักประกอบด้วย การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนและยากดฮอร์โมนเพศชาย (Hembree et al., 2017) ถึงแม้มีบางรายงานกล่าวถึงการใช้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone) เพื่อจุดประสงค์ของการพัฒนาเต้านมและหวังผลด้านอารมณ์ ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่เพียงพอที่บอกถึงผลของการใช้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนว่ามีข้อดีมากกว่าความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Iwamoto, T’Sjoen et al., 2019) การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนเพื่อลักษณะเพศชายมักประกอบด้วยฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน คำแนะนำจากทั้ง WPATH และ the Endocrine Society แนะนำให้ตรวจติดตามระดับฮอร์โมนเพศ ในขณะที่การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์มนั้นจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้ตรงกับความต้องการของบุคคล TGD โดยทั่วไปแล้วระดับฮอร์โมนเพศจะถูกคงไว้ให้อยู่ในระดับที่เพียงพอสำหรับการรักษาสุขภาพกระดูกและไม่ให้สูงจนเกินไป (Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019)

คำแนะนำ

- 12.1 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์เริ่มการรับฮอร์โมนในช่วงเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (วัยแรกเริ่ม) ในวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศ หลังจากที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแสดงถึงการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์แล้วเท่านั้น (ระยะ Tanner 2)
- 12.2 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ยา gonadotropin releasing hormone (GnRH) agonists เพื่อลดระดับฮอร์โมนเพศที่สร้างขึ้นภายในร่างกายในบุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* ตามข้อบ่งชี้ของการยับยั้งการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์
- 12.3 - เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์จ่ายฮอร์โมนโปรเจสติน (progestins) (ชนิดกินหรือชนิดฉีด) เพื่อระงับการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ในเด็กข้ามเพศและเด็กผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* หากไม่สามารถใช้ยา GnRH agonists ได้ หรือมีข้อจำกัดทางด้านราคา
- 12.4 - เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์จ่ายยา GnRH agonists เพื่อลดระดับฮอร์โมนเพศ โดยไม่จำเป็นต้องให้ฮอร์โมนเพศทดแทนในวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* และต้องการขั้นตอนนี้ หากเขาเหล่านั้นได้เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์หรือได้เสร็จสิ้นการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์แล้ว (หลังจากระยะ Tanner 3) แต่ยังไม่แน่ใจหรือไม่ต้องการเริ่มใช้ฮอร์โมนเพศ
- 12.5 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์จ่ายฮอร์โมนเพศโดยเป็นส่วนหนึ่งของการยืนยันเพศสภาพในวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* หากพวกเขามีการเจริญเติบโตอย่างน้อยที่ระยะ Tanner 2 โดยมีผู้ปกครองหรือผู้อนุบาลร่วมตัดสินใจด้วย เว้นแต่การมีผู้ปกครองหรือผู้อนุบาลมาเกี่ยวข้องนั้นก่อให้เกิดอันตรายหรือไม่มีความจำเป็นต่อวัยรุ่น
- 12.6 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ตรวจวัดระดับฮอร์โมนในระหว่างการยืนยันเพศสภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าระดับฮอร์โมนเพศที่สร้างขึ้นเองจากร่างกายนั้นลดลง และฮอร์โมนเพศที่อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับเป้าหมายของการดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศโดยสอดคล้องกับระยะ Tanner
- 12.7 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ฮอร์โมนโปรเจสตินหรือยา GnRH agonist ในวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่มีมดลูกและเข้าเกณฑ์* เพื่อลดความทุกข์ใจอันมีสาเหตุมาจากการมีประจำเดือน ในกรณีที่ยังไม่มีข้อบ่งชี้ของการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน
- 12.8 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์นำผู้เชี่ยวชาญจากสาขาต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วม โดยเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในสุขภาพบุคคลข้ามเพศและในการจัดการการดูแลวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศ
- 12.9 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์วางแผนการตรวจประเมินทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้ฮอร์โมนเพศ รวมไปถึงตรวจระดับฮอร์โมนเพศทางห้องปฏิบัติการทุก 3 เดือนในช่วง 1 ปีแรกหลังจากเริ่มฮอร์โมน หรือหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงขนาดฮอร์โมนจนกว่าขนาดฮอร์โมนที่ใช้จะคงที่ในขนาดผู้ใหญ่ เมื่อขนาดฮอร์โมนที่ใช้คงที่ในขนาดผู้ใหญ่แล้วให้ตรวจติดตามทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการ 1 หรือ 2 ครั้งต่อปี
- 12.10 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาแก่ทุกคนที่ต้องการการยืนยันเพศสภาพด้วยยา เกี่ยวกับตัวเลือกเพื่อการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ ก่อนเริ่มการรับฮอร์โมนเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์และก่อนเริ่มฮอร์โมน
- 12.11 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ประเมินและพูดคุยถึงโรคประจำตัว ซึ่งสามารถลดลงได้จากการลดระดับฮอร์โมนเพศที่ร่างกายสร้างและการใช้ฮอร์โมนเพศจากภายนอกก่อนเริ่มขั้นตอนนี้ในบุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ
- 12.12 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้แก่บุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่ได้รับการยืนยันเพศสภาพเกี่ยวกับเวลาที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่ดำเนินไปในแต่ละช่วงเวลาจากการใช้ฮอร์โมนเพศ
- 12.13 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ ไม่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด ethinyl estradiol ในบุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศเป็นส่วนหนึ่งของการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน
- 12.14 - เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิดซิมผ่านผิวหนัง สำหรับบุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* และมีความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ กล่าวคือ อายุ >45 ปี หรือมีประวัติภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำในอดีต เมื่อพิจารณาให้การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจน
- 12.15 - เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ ไม่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด conjugated estrogens ในบุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ หากสามารถให้ฮอร์โมน estradiol ในการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนได้
- 12.16 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ยาลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (อาจเป็น cyproterone acetate, spironolactone หรือ GnRH agonists ก็ได้) ในบุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* และมีอันดรูส ผู้ซึ่งใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ฮอร์โมน โดยมีเป้าหมายให้ระดับฮอร์โมนเพศในเลือดมีระดับเทียบเท่ากับหญิงตรงเพศ
- 12.17 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ตรวจติดตามระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (hematocrit หรือ hemoglobin) ในบุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่ใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน
- 12.18 - เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ทำงานร่วมกับศิษย์แพทย์เกี่ยวกับการใช้ฮอร์โมนก่อนและหลังการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ
- 12.19 - เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษาแก่บุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศเกี่ยวกับตัวเลือกต่าง ๆ ของการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ เว้นเสียแต่ว่าการผ่าตัดนั้นไม่มีข้อบ่งชี้หรือเป็นข้อห้าม

- 12.20 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์เริ่มการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนและใช้อย่างต่อเนื่องในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* และมีความประสงค์ในขั้นตอนนี้ เนื่องจากทำให้สุขภาพจิตและสังคมดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- 12.21 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์คงการใช้ฮอร์โมนที่ผู้รับบริการใช้อยู่ หากบุคคลข้ามเพศหรือผู้มีความหลากหลายทางเพศมีสุขภาพจิตที่แย่ง และทำการประเมินหาสาเหตุของสุขภาพจิตที่แย่ง เว้นเสียแต่ว่ามีข้อห้ามในการใช้ฮอร์โมน

*สำหรับเกณฑ์คุณสมบัติในวัยรุ่นและผู้ใหญ่นั้น โปรดดูที่บทที่ 5 - การประเมินในผู้ใหญ่ และบทที่ 6 - วัยรุ่น และภาคผนวก D

โดยส่วนใหญ่แล้วจะให้การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนติดต่อไปตลอดชีวิต ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่า จำเป็นต้องลดขนาดฮอร์โมนในผู้สูงอายุหรือไม่ การหยุดฮอร์โมนอาจส่งผลให้เกิดการสูญเสียกระดูกในบุคคล TGD โดยเฉพาะคนที่ผ่านการผ่าตัดต่อมเพศออกแล้ว (Wiepjes et al., 2020) ดังนั้นการตรวจติดตามกับแพทย์ประจำตัวระดับปฐมภูมิจึงเป็นสิ่งที่ควรทำ (ดูบทที่ 15 - การดูแลปฐมภูมิ) การศึกษาระบาดวิทยาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำสูงขึ้น ในบุคคล TGD ที่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและเกิดกับฮอร์โมนหลายรูปแบบ (Irwig, 2018; Maraka et al., 2017) บุคคล TGD ที่ใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน อาจมีความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ เช่น อาจเพิ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความดันเลือดสูง ระดับคอเลสเตอรอลชนิด HDL ต่ำลง และมีน้ำหนักขึ้น (Alzahrani et al., 2019; Irwig, 2018; Kyinn et al., 2021) บุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ชีวิตหรือการรักษาด้วยยา สำหรับผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง (ดูบทที่ 15 - ดูแลปฐมภูมิ) โรคเลือดข้น (polycythemia) เป็นอีกหนึ่งภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ในบุคคล TGD ที่ใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Antun et al., 2020) ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรมีการตรวจติดตามถึงภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาที่ใช้การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน (Hembree et al., 2017)

คำแนะนำทุกคำแนะนำในบทนี้ ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและประเมินถึงประโยชน์และอันตราย อีกทั้งการประเมินและความนิยมจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้ เราตระหนักดีว่าในบางกรณี หลักฐานทางวิชาการนั้นมียกเว้นจำกัดและการบริการบางอย่าง ไม่สามารถเข้าถึงได้หรือไม่สามารถทำได้

การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนในเด็ก

ลำดับต่อไปจะพูดถึงการใช้ฮอร์โมนในเด็ก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะพัฒนาการของเด็ก การใช้ฮอร์โมนโดยส่วนใหญ่ประกอบไปด้วย 2 ระยะคือ การระงับการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ตามด้วยการเริ่มการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน ในระยะแรกนั้นการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์หรือวัยแรกรุ่นจะถูกระงับ เพื่อให้เด็กได้มีโอกาสค้นหาถึงอัตลักษณ์ทางเพศของตนเอง รวมถึงเป้าหมายในรูปร่างที่ต้องการและเพื่อเตรียมตัวสำหรับขั้นตอนในระยะต่อไป คือ การเริ่มฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ ในส่วนนี้จะพูดถึงคำแนะนำสำหรับการให้ยา gonadotropin releasing hormone agonists (GnRHAs) รวมไปถึงขั้นตอนอื่น ๆ

เพื่อการระงับการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ตามด้วยคำแนะนำสำหรับการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ โดยจะกล่าวถึงการประยุกต์ใช้ในเด็กก่อนและตามด้วยการไปประยุกต์ใช้ในผู้ใหญ่ในลำดับถัดไป

คำแนะนำ 12.1

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์เริ่มการระงับฮอร์โมนในช่วงเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (วัยแรกรุ่น) ในวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นผู้มีความหลากหลายทางเพศ หลังจากที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแสดงถึงการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์แล้วเท่านั้น (ระยะ Tanner 2)

โดยทั่วไป เป้าหมายของการให้ยา GnRHa ในวัยรุ่น TGD คือ การป้องกันไม่ให้มีพัฒนาการของลักษณะทางเพศขั้นที่ 2 ที่สอดคล้องกับเพศกำเนิด เนื่องจากขั้นตอนนี้สามารถย้อนกลับได้ จึงเป็นเหมือนการให้เวลาให้ค้นหาถึงอัตลักษณ์ทางเพศของตัวเองมากขึ้นและยังสามารถทดลองการข้ามเพศทางสังคมในช่วงเริ่มแรกได้ (Ashley, 2019e) การให้ยา GnRHa ยังมีประโยชน์ทางการแพทย์เพราะสามารถลดความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้มาก ซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วงการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (Rosenthal, 2014; Turban, King et al., 2020)

สำหรับเด็กที่ยังไม่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ แต่มีความมั่นคงในอัตลักษณ์ทางเพศของตนเองนั้น การมีพัฒนาการของลักษณะทางเพศขั้นที่ 2 เกิดขึ้นอย่างถาวรแม้เพียงเล็กน้อยอาจส่งผลให้เกิดความทุกข์ใจอย่างมาก ในขณะที่มีแนวคิดในการพิจารณาให้ยา GnRHa สำหรับการป้องกันไม่ให้เริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เลยในบุคคล TGD ที่ยังอยู่ในระยะ Tanner 1 อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัตินี้ยังไม่เป็นที่แนะนำ (Hembree et al., 2017) เมื่อเด็กมีอายุถึงช่วงที่จะเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์หรือวัยแรกรุ่น (ซึ่งโดยปกติแล้วอยู่ประมาณ 7-8 ถึง 13 ปีสำหรับรังไข่และช่วง 9 ถึง 14 ปีสำหรับอวัยวะ) ช่วงเวลานี้อาจเหมาะสมในการคัดกรองให้บ่อยมากขึ้น เช่น ทุก 4 เดือน เพื่อมองหาสัญญาณของการเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (การมีตุ่มเต้านมหรือปริมาตรของอวัยวะ > 4 ซีซี) โดยปกติระยะเวลาของพัฒนาการในวัยแรกรุ่นเสร็จสมบูรณ์ที่ประมาณ 3.5-4 ปี ดังนั้นจึงเป็นไปได้ไม่น้อยมากที่การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างถาวรจะเกิดขึ้นหากเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ในระยะเวลาสั้นกว่า 4 เดือน ดังนั้นการตรวจติดตามอย่างใกล้ชิดถึงการเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์สามารถทำได้ง่าย ก่อนจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ไม่สามารถย้อนกลับได้ และพิจารณาเริ่มยา GnRHa ณ เวลานั้นเพื่อผลดี นอกจากนั้นหลังจากเริ่มยา GnRHa ไปแล้ว โดยส่วนใหญ่ระยะ Tanner จะมีการถอยกลับ กล่าวคือ หากตอนเริ่มยาที่ระยะ Tanner 2 ของพัฒนาการเต้านม โดยส่วนใหญ่เต้านมจะพัฒนาถอยกลับไปที่ลักษณะเหมือนช่วงก่อนเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์หรือระยะ Tanner 1 และ

เกิดขึ้นเช่นเดียวกันกับระยะ Tanner 2 ของอวัยวะ (ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วผู้รับบริการไม่สามารถสังเกตเห็นได้และไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของลักษณะทางเพศขั้นที่สอง)

GnRHa ออกฤทธิ์โดยการทำให้ตัวรับ GnRH (GnRH receptor) ตอบสนองน้อยลง ดังนั้นหากไม่มีการเริ่มการทำงานภายในต่อมใต้สมองที่เกิดจากการกระตุ้นโดย GnRH (ซึ่งเป็นสัญญาณทางชีวเคมีตัวแรกของการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์) จึงไม่มีความจำเป็นที่ต้องทำให้ตัวรับ GnRH ตอบสนองน้อยลง นอกจากนี้เนื่องจากเวลาของการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์นั้นมีความหลากหลายมากดังที่กล่าวไปแล้ว จึงเป็นการยากที่จะตัดสินใจว่าควรเริ่มยา GnRHa เมื่อไหร่ เนื่องจากไม่มีประโยชน์ชัดเจนของการให้ยา GnRHa ในช่วงก่อนการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์และอาจเกิดความเสียหายที่ยังไม่ทราบแน่ชัดเกิดขึ้นได้ การใช้ยา GnRHa ในเด็กระยะ Tanner 1 นั้นมีข้อบ่งชี้ในกรณีเดียวคือในภาวะโตช้าแบบม้ามืด (constitutional delay in growth and puberty) และมักใช้ไปพร้อมกับการเริ่มการยับยั้งเพศสภาพด้วยฮอร์โมน

ถึงแม้การใช้ยา GnRHa อาจพิจารณาใช้ในเด็กที่มีภาวะโตช้าแบบม้ามืดและเริ่มการใช้ฮอร์โมนในขณะที่อยู่ในระยะ Tanner 1 การเริ่มการยับยั้งเพศสภาพด้วยฮอร์โมนนั้นอาจกระตุ้นระบบ ไฮโปทาลามัส – ต่อมใต้สมอง – ต่อมเพศในช่วงแรก (ในลักษณะของเพศกำเนิด) และในขณะเดียวกันผลของฮอร์โมนอาจขัดขวางผลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการกระตุ้นนี้ได้เช่นกัน ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากการกระตุ้นดังกล่าว (ในลักษณะของเพศกำเนิด) ซึ่งสามารถทำให้มีความไม่สอดคล้องทางเพศมากขึ้น อาจพิจารณาใช้ยา GnRHa เป็นยาเสริมเพิ่มจากการใช้ฮอร์โมนหลังเริ่มใช้ฮอร์โมนได้ไม่นาน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดพัฒนาการการเข้าสู่วัยแรกเริ่มในแบบที่ต้องการ

การระงับการพัฒนาของลักษณะทางเพศขั้นที่ 2 นั้นจะมีประสิทธิภาพมากที่สุด เมื่อเริ่มการใช้ฮอร์โมนเพศในช่วงระยะแรกถึงระยะกลางของวัยแรกเริ่ม เมื่อเปรียบเทียบกับเริ่มการใช้ฮอร์โมนหลังจากที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เรียบร้อยแล้ว (Bangalore-Krishna et al., 2019) ดังนั้นวัยรุ่นที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เรียบร้อยแล้วและต้องการเริ่มการยับยั้งเพศสภาพด้วยฮอร์โมน อาจพิจารณาใช้ยา GnRHa เพื่อลดการทำงานของร่างกายของร่างกาย เช่น การมีประจำเดือน หรือการมีอวัยวะเพศแข็งตัว และอาจใช้ในช่วงที่รอคำสรุปถึงแนวทางการดูแลระหว่างวัยรุ่น ผู้อนุบาล (ในกรณีที่วัยรุ่นไม่สามารถให้การยินยอมเพื่อการรักษาได้ด้วยตนเอง) และทีมผู้ให้การดูแล (Bangalore-Krishna et al., 2019; Rosenthal, 2021)

จุดเริ่มต้นของการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์นั้นเกิดขึ้นจากการกระตุ้นของระบบไฮโปทาลามัส – ต่อมใต้สมอง – ต่อมเพศ การประเมินทางคลินิกถึงระยะของการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ อ้างอิงจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายซึ่งเป็นผลจากการกระตุ้นของระบบดังกล่าว ในบุคคลที่มีรังไข่ซึ่งสามารถทำงานได้ ระยะ Tanner 2 คือการมีตุ่มเต้านมเกิดขึ้น พัฒนาการของเต้านมเกิดขึ้นจากการมีฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งผลิตจากรังไข่ ในบุคคลที่มีอัณฑะซึ่งสามารถทำงานได้ ระยะ Tanner 2 คือการขยายตัวของปริมาณอัณฑะ (โดยส่วนใหญ่แล้วมีปริมาณมากกว่า 4 มิลลิลิตร) การเจริญของอัณฑะนั้นถูกกระตุ้นผ่าน gonadotropins

luteinizing hormone (LH) และ follicle stimulating hormone (FSH) ซึ่งในระยะหลัง อัณฑะสามารถสร้างฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนได้เพียงพอในการทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเพศชาย

คำแนะนำ 12.2

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ยา gonadotropin releasing hormone (GnRH) agonists เพื่อลดระดับฮอร์โมนเพศที่สร้างขึ้นภายในร่างกายในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* ตามข้อบ่งชี้ของการยับยั้งการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ดูเหตุผลสนับสนุนที่คำแนะนำ 12.4

คำแนะนำ 12.3

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์จ่ายฮอร์โมนโปรเจสติน (progestins) (ชนิดกินหรือชนิดฉีด) เพื่อระงับการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ในเด็กข้ามเพศและเด็กผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* หากไม่สามารถใช้ยา GnRH agonists ได้ หรือมีข้อจำกัดทางด้านราคา ดูเหตุผลสนับสนุนที่คำแนะนำ 12.4

คำแนะนำ 12.4

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์จ่ายยา GnRH agonists เพื่อลดระดับฮอร์โมนเพศ โดยไม่จำเป็นต้องให้ฮอร์โมนเพศทดแทนในวัยรุ่นข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* และต้องการขั้นตอนนี้ หากเขาเหล่านั้นได้เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์หรือได้เสร็จสิ้นการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์แล้ว (หลังจากระยะ Tanner 3) แต่ยังไม่แน่ใจหรือไม่ต้องการเริ่มใช้ฮอร์โมนเพศ

GnRHAs ออกฤทธิ์โดยลดฮอร์โมน gonadotrophin (LH และ FSH) และลดระดับฮอร์โมนเพศในวัยรุ่น TGD ดังนั้นจะหยุดไม่ให้มีการพัฒนาของลักษณะทางเพศขั้นที่ 2 ต่อไป (Schagen et al., 2016) ยากลุ่มนี้มีความปลอดภัย โดยมีการรายงานถึงผลข้างเคียงระยะสั้นที่พบความดันเลือดสูงได้ (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Klink, Bokenkamp et al., 2015) GnRHAs ยับยั้งไม่ให้ต่อมใต้สมองหลั่งฮอร์โมน LH และ FSH (Gava et al., 2020) เมื่อระดับฮอร์โมน gonadotrophin ลดลง ต่อมเพศจะไม่ถูกกระตุ้นและส่งผลให้ไม่มีการสร้างฮอร์โมนเพศ (ฮอร์โมนเพศหญิงหรือฮอร์โมนเพศชาย) และทำให้ระดับฮอร์โมนเพศมีค่าเท่ากับช่วงก่อนเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การใช้ GnRHAs ส่งผลให้มีการย้อนกลับของลักษณะทางเพศขั้นที่ 2 ที่ได้มีการพัฒนามาแล้วหากยังคงอยู่ในระยะแรก ๆ (Bangalore et al., 2019) วัยรุ่น TGD ที่มึรังไข่ซึ่งสามารถทำงานได้ จะพบว่ามีการพัฒนาของเนื้อเยื่อเต้านมที่น้อยลงและหากขั้นตอนนี้เริ่มที่ระยะ Tanner 2 แล้วนั้น เนื้อเยื่อเต้านมอาจฝ่อหายไปทั้งหมด (Shumer et al., 2016) การป้องกันไม่ให้มีประจำเดือนครั้งแรกหรือให้หยุดประจำเดือน สามารถเกิดขึ้นได้หลังจากการให้ยา GnRHAs ในวัยรุ่นที่มีมดลูก ในวัยรุ่น TGD ที่มีอัณฑะซึ่งสามารถทำงานได้ ปริมาตรของอัณฑะจะน้อยลง

หากการใช้ GnRHAs ถูกเริ่มขึ้นในวัยรุ่นที่มีพัฒนาการของการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์อยู่ในช่วงหลังแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายบางอย่าง

อาจไม่หายไปทั้งหมด เช่น พัฒนาการของเต้านมในระยะท้ายของวัยรุ่น TGD ที่มีรังไข่ซึ่งสามารถทำงานได้ และเสียงที่ทุ้มต่ำ หรือขนบริเวณใบหน้าของวัยรุ่น TGD ที่มีอัณฑะซึ่งสามารถทำงานได้ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะไม่มีพัฒนาการต่อไป (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006) GnRHs ได้ถูกใช้มาตั้งแต่ ค.ศ. 1981 สำหรับการรักษาภาวะเป็นหนุ่มสาวก่อนวัยที่เกิดจากสมอง (central precocious puberty) (Comite et al., 1981; Laron et al., 1981) และมีหลักฐานบอกถึงประโยชน์มากมาย (ดูที่คำแนะนำในบทที่ 6 – วัยรุ่น) การใช้ยา GnRHs ในบุคคลที่มีภาวะเป็นหนุ่มสาวก่อนวัยที่เกิดจากสมองนั้น มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพโดยไม่มีผลข้างเคียงระยะยาว (Carel et al., 2009) อย่างไรก็ตาม การใช้ยา GnRHs ในวัยรุ่น TGD ยังถือว่าการใช้ยานอกข้อบ่งใช้ เนื่องจากยาดังกล่าว ไม่ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อจุดประสงค์นี้ตั้งแต่แรก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในวัยรุ่นที่ได้รับ GnRHs ในขนาดยาที่เท่ากันและรูปแบบการให้ที่เหมือนกัน พบว่ามีประสิทธิภาพในการชะลอเวลาการเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ถึงแม้ผลข้างเคียงระยะยาวต่อมวลกระดูกยังไม่เป็นที่แน่ชัด (Klink, Caris et al., 2015) ถึงแม้ข้อมูลระยะยาวยังมีอย่างจำกัดในวัยรุ่น TGD และมีน้อยกว่าวัยรุ่นที่มีภาวะเป็นหนุ่มสาวก่อนวัย ในปัจจุบันยังอยู่ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลในวัยรุ่น TGD (Klaver et al., 2020; Lee, Finlayson et al., 2020; Millington et al., 2020; Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019)

เราตระหนักดีว่า ถึงแม้การใช้ GnRHs นั้นมีความจำเป็นทางการแพทย์ แต่อาจไม่สามารถนำไปใช้ได้กับวัยรุ่นที่เข้าเกณฑ์ทุกคน เนื่องจากยาไม่ถูกบรรจุอยู่ในระบบประกันสุขภาพในบางประเทศหรืออาจมีข้อจำกัดทางด้านราคา ในกรณีนี้อาจพิจารณาขั้นตอนอื่น ๆ เช่น การใช้ฮอร์โมนโปรเจสทินแบบกินหรือแบบฉีด นอกจากนี้ยังไม่มีข้อมูลในวัยรุ่นอายุมากกว่า 14 ปี ว่าสามารถใช้ GnRHs เป็นยาเพียงตัวเดียวได้หรือไม่ (หรือต้องใช้ไปนานเท่าใด) โดยไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพกระดูกจนเกินไป ทั้งนี้เนื่องจากกระดูกจะไม่ถูกกระตุ้นโดยฮอร์โมนเพศที่เหมาะสม (Rosenthal, 2021)

การที่วัยรุ่นอยู่ในภาวะพร่องฮอร์โมนเพศเป็นระยะเวลานาน ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลทางการแพทย์ เช่น ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศที่เกิดจากต่อมใต้สมองไม่สั่งการ หรือเกิดจากการใช้ยา เช่น การใช้ยา GnRH เพียงตัวเดียว หรืออาจเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะโตช้าแบบมาตีเนปลาซ ล้วนสัมพันธ์กับความเสียหายของสุขภาพกระดูกที่ไม่ดีเมื่อพวกเขาโตขึ้น (Bertelloni et al., 1998; Finkelstein et al., 1996) อย่างไรก็ตาม กระบวนการพัฒนามวลกระดูกนั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันระหว่างปัจจัยทางฮอร์โมน ปัจจัยทางพันธุกรรม และกิจกรรมประจำวัน โดยทุกปัจจัยส่งผลซึ่งกันและกัน (Anai et al., 2001) ในการตัดสินใจว่าจะต้องใช้ยา GnRH เพียงตัวเดียวไปนานเท่าใด ควรนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาพิจารณา ตัวอย่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น มวลกระดูกก่อนเริ่มการรักษา อายุกระดูก และระยะของการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ในด้านต่อมไร้ท่อ ส่วนสูงที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคม เช่น การเจริญเติบโตทางจิตใจ ระยะของพัฒนาการทางจิตใจเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กวัยเดียวกัน และเป้าหมายของแต่ละคน (Rosenthal, 2021) ด้วยเหตุนี้ ควรมี ทีมสหวิชาชีพและควรมี

ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันกับวัยรุ่นและครอบครัวเมื่อเริ่ม GnRH (ดูคำแนะนำที่ 6.8, 6.9 และ 6.12 ในบทที่ 6 – วัยรุ่น) การเปลี่ยนแปลง เช่น พัฒนาการของมวลกระดูกในขณะที่ได้ GnRH และการตอบสนองของวัยรุ่น สามารถนำมาช่วยในการกำหนดระยะเวลาของการใช้ GnRH เพียงตัวเดียวได้

คำแนะนำ 12.5

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์จ่ายฮอร์โมนเพศโดยเป็นส่วนหนึ่งของการยืนยันเพศสภาพในวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* หากพวกเขามีการเจริญเติบโตอย่างน้อยที่ระยะ Tanner 2 โดยมีผู้ปกครองหรือผู้อนุญาตร่วมตัดสินใจด้วย เว้นแต่กรณีผู้ปกครองหรือผู้อนุญาตมาเกี่ยวข้องนั้นก่อให้เกิดอันตรายหรือไม่มีความจำเป็นต่อวัยรุ่น ดูเหตุผลสนับสนุนที่คำแนะนำ 12.6

คำแนะนำ 12.6

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ตรวจวัดระดับฮอร์โมนในระหว่างการยืนยันเพศสภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าระดับฮอร์โมนเพศที่สร้างขึ้นเองจากร่างกายนั้นลดลงและฮอร์โมนเพศที่ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับเป้าหมายของการดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศโดยสอดคล้องกับระยะ Tanner

การใช้ฮอร์โมนเพศโดยส่วนใหญ่แล้วประกอบไปด้วยสองแบบ ขึ้นอยู่กับเวลาที่เริ่มให้ยา GnRH เมื่อเริ่มใช้ GnRH ในระยะแรกของการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์โดยธรรมชาติ การทำให้เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ในเพศที่ตรงกับอัตลักษณ์ทางเพศหรือตรงกลับเป้าหมายทางร่างกายที่ต้องการนั้น จะใช้ขนาดของฮอร์โมนเพศคล้ายกับระดับฮอร์โมนในวัยรุ่นช่วงระหว่างการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ซึ่งฮอร์โมนเพศยังคงค่อนข้างต่ำ อยู่ในบริบทนี้ฮอร์โมนเพศจะถูกปรับเข้าสู่ขนาดยาในผู้ใหญ่ในช่วงเวลาประมาณประมาณ 2 ปีโดยทั่วไป (Chantrapanichkul et al., 2021) แต่หากวัยรุ่นข้ามเพศเริ่ม GnRH ในระยะท้ายหรือหลังการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ไปแล้ว สามารถเริ่มฮอร์โมนเพศในขนาดที่สูงได้ และเพิ่มขนาดยาในอัตราที่เร็ว จนกระทั่งถึงขนาดยาเป้าหมายเช่นเดียวกับในผู้ใหญ่ข้ามเพศ (Hembree et al., 2017) อีกหนึ่งข้อดีของการใช้ GnRH คือไม่จำเป็นต้องใช้ฮอร์โมนเพศในขนาดที่สูงเกินค่าปกติ เพื่อหวังผลในการลดการสร้างฮอร์โมนภายในร่างกาย (Safer & Tangpricha, 2019) สำหรับบุคคล TGD ที่มีอัณฑะซึ่งสามารถทำงานได้ ควรให้ GnRH (หรือยาด้านฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนตัวอื่น ๆ) อย่างต่อเนื่องจนกว่าวัยรุ่น TGD หรือผู้ใหญ่ TGD ในวัยเริ่มต้นนั้นจะได้รับการผ่าตัดต่อมเพศออก หากพวกเขาเห็นว่าการผ่าตัดมีความจำเป็นทางการแพทย์และเป็นส่วนหนึ่งของการยืนยันเพศสภาพที่พวกเขาต้องการ เมื่อระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนอยู่ในระดับของผู้ใหญ่ในบุคคล TGD ที่มีรังไข่ซึ่งสามารถทำงานได้ โดยบุคคลนั้นได้เริ่ม GnRH มาก่อนแล้ว ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนเพียงตัวเดียว ด้วยขนาดเทียบเท่ากับที่ร่างกายสร้างโดยปกตินั้น เพียงพอสำหรับการลดฮอร์โมนเอสโตรเจนที่สร้างจากรังไข่และสามารถหยุด GnRH ได้ ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป (Hembree et al., 2017) สำหรับวัยรุ่น TGD ที่มีรัง

ไซซึ่งสามารถทำงานได้และไม่เคยได้รับยาใดมาก่อน การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนสามารถทำได้ด้วยฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ในขนาดเทียบเท่ากับที่ร่างกายสร้างโดยปกติเพียงตัวเดียว โดยไม่จำเป็นต้องใช้ GnRHa ร่วมด้วย (Hembree et al., 2017)

การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนนั้นทำให้เกิดการพัฒนาของลักษณะทางเพศขั้นที่ 2 ซึ่งตรงกบข้อสังเกตทางเพศ ในขณะที่เดียวกัน อัตราของการสร้างกระดูกซึ่งลดลงในช่วงของการใช้ยา GnRHa นั้น จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Klink, Caris et al., 2015) ในช่วงของการใช้ GnRHa ในระยะเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น TGD เนื้อเยื่อบริเวณก่อนถึงปลายกระดูกหรือเอพิไฟเซียลเพลท (epiphyseal plates) ยังไม่ปิด (Kvist et al., 2020; Schagen et al., 2020) ดังนั้นเมื่อให้การใช้ฮอร์โมนเพศอาจเกิดการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและทำให้มีการเจริญเติบโตของกระดูกมากขึ้น (Vlot et al., 2017) ในวัยรุ่น TGD ที่ผ่านการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เรียบร้อยแล้ว การใช้ฮอร์โมนเพศจะไม่ส่งผลต่อส่วนสูงแต่อย่างใด เนื่องจากเอพิไฟเซียลเพลทได้ปิดเรียบร้อยแล้ว และกระดูกได้เจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์แล้ว (Vlot et al., 2017)

ในวัยรุ่น TGD ที่มีอวัยวะซึ่งสามารถทำงานได้ การใช้ฮอร์โมน 17-β-estradiol สำหรับการเหนี่ยวนำเพื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์นั้นเป็นตัวเลือกที่ดีกว่าการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนสังเคราะห์ เช่น ethinyl estradiol ซึ่งมีฤทธิ์ในการกระตุ้นลิ้มเลือดมากกว่า (ดูภาคผนวก D) (Asscheman et al., 2015) และยังคงจำเป็นต้องใช้ยา GnRHa อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการสร้างฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในร่างกายหรืออาจเปลี่ยนไปใช้อื่น ๆ ที่สามารถลดการสร้างฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในร่างกายได้ (Rosenthal et al., 2016) การพัฒนาของเต้านมและการกระจายตัวของไขมันในลักษณะเพศหญิงนั้น เป็นการเปลี่ยนแปลงหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน ดูภาคผนวก C – ตารางที่ 1

สำหรับวัยรุ่น TGD ที่ต้องการร่างกายเปลี่ยนแปลงในลักษณะเพศชาย จะใช้ฮอร์โมนเพศชายซึ่งมีในรูปแบบยาฉีด ยาซึมผ่านผิวหนัง และยาฝังที่ขึ้นใต้ผิวหนัง สำหรับการเหนี่ยวนำให้เข้าสู่การเจริญพันธุ์ ผู้เชี่ยวชาญโดยส่วนใหญ่แนะนำให้ใช้การฉีดเอสโตรเจนของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน เนื่องจากมีราคาถูก สามารถหาใช้ได้ง่าย และมีประสบการณ์การใช้ที่มาก (Shumer et al., 2016) โดยแนะนำที่ให้ใช้ยา GnRHa ต่อเนื่องอย่างน้อยจนกระทั่งสามารถทำให้ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนอยู่ในระดับเป้าหมาย สำหรับผลของการใช้ฮอร์โมนเพศชายนั้น ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของความเป็นชาย กล่าวคือ เสียงทุ้มต่ำ มีกล้ามเนื้อพัฒนาใหญ่ขึ้นโดยเฉพาะบริเวณส่วนบนของลำตัว มีขนขึ้นบริเวณใบหน้าและลำตัว และคลิตอริสขยายขนาดใหญ่ขึ้น (Rosenthal et al., 2016) ดูภาคผนวก C – ตารางที่ 1

ในเกือบทุกบริบท ควรได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเสียก่อน เว้นเสียแต่ในกรณีที่มีการมีผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเข้ามาเกี่ยวข้องจะส่งผลเสียต่อวัยรุ่น ดังที่ได้กล่าวในรายละเอียดในบทที่ 6 – วัยรุ่น (ดูคำแนะนำ 6.11) โดยในบทที่ 6 นั้นได้พูดถึงถึงแนวทางในการนำผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการให้ยินยอมก่อนเริ่มขั้นตอน

คำแนะนำ 12.7

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ฮอร์โมนโปรเจสโตเจนหรือยา GnRH agonist ในวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศที่มีมดลูกและเข้าเกณฑ์* เพื่อลดความทุกข์ใจอันมีสาเหตุมาจากการมีประจำเดือน ในกรณีที่ยังไม่มีข้อบ่งชี้ของการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน

การหยุดประจำเดือนเป็นตัวเลือกที่พบบ่อยในบุคคล TGD ที่มีความทุกข์สัมพันธ์กับรอบเดือนหรือการเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก คำแนะนำ 6.7 ในบทที่ 6 – วัยรุ่นนั้นอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับประเด็นนี้ การหยุดประจำเดือนเพียงอย่างเดียวสามารถทำได้ก่อนการเริ่มฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน หรือสามารถทำไปพร้อมกับการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนได้เช่นกัน (Carswell & Roberts, 2017) ในเด็กบางคนที่ยังไม่พร้อมสำหรับการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน หรือยังไม่ถึงระยะพัฒนาการของการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมต่อการเริ่มการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนนั้น จะได้รับประโยชน์จากการหยุดประจำเดือน (Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018) วัยรุ่นที่มีความทุกข์ใจมากขึ้นสัมพันธ์กับการเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ อาจเลือกการใช้ GnRHs เพื่อลดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (ดูบทวัยรุ่น)

โปรเจสโตเจนอาจใช้ได้ผลในวัยรุ่นที่มีเป้าหมายเพียงแค่ต้องการหยุดประจำเดือนเพียงอย่างเดียว อาจใช้เป็นยาที่มีฮอร์โมนโปรเจสตีดินเพียงอย่างเดียว (progestin-only oral pills) โดยกินอย่างต่อเนื่อง (อาจเป็นยาคุมกำเนิดหรือยาฮอร์โมนที่ไม่ใช่เพื่อคุมกำเนิดก็ได้) ยาฉีด medroxyprogesterone หรือห่วงอนามัยแบบชนิด levonorgestrel (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019) บุคคล TGD ที่มีรังไข่ซึ่งสามารถทำงานได้ที่เริ่มการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนแล้ว อาจยังมีประจำเดือน 1-5 ครั้งก่อนที่ประจำเดือนจะหยุด (Taub et al., 2020) เมื่อประจำเดือนหยุดแล้ว บุคคล TGD บางคนที่มีรังไข่ซึ่งสามารถทำงานได้ อาจเลือกใช้การใช้ฮอร์โมนโปรเจสตีดินต่อ เพื่อจุดประสงค์ในการคุมกำเนิด หากสอดคล้องกับลักษณะของกิจกรรมทางเพศ

บุคคล TGD ที่ยังมีรังไข่ซึ่งสามารถทำงานได้และมีมดลูก ควรได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับโอกาสที่จะมีประจำเดือนกะปริดกะปรอยในช่วงไม่กี่เดือนแรกหลังจากเริ่มขั้นตอนการหยุดประจำเดือน การใช้ยา GnRH อาจมีเลือดออกกระปริดกระปรอยเกิดขึ้นประมาณ 2-3 สัปดาห์หลังจากการเริ่มยา สำหรับบางคนที่ต้องการการคุมกำเนิดด้วยหรือบางคนที่ยังมีประจำเดือนมาขณะที่ใช้ฮอร์โมนโปรเจสตีดิน อาจพิจารณาใช้การผสมระหว่างฮอร์โมนเอสโตรเจนและฮอร์โมนโปรเจสตีดิน เพื่อจุดประสงค์ในการคงให้ไม่มีประจำเดือน อย่างไรก็ตามควรให้คำปรึกษาถึงผลข้างเคียงที่อาจมีการพัฒนาของเต้านมได้ (Schwartz et al., 2019)

คำแนะนำ 12.8

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์นำผู้เชี่ยวชาญจากสาขาต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วม โดยเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในสุขภาพบุคคลข้ามเพศและในการจัดการการดูแลวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศ

ในการดูแลวัยรุ่นหากเป็นไปได้ เราแนะนำให้มามีทีมผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพทั้งทางการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตร่วมกัน

ในการดูแล ในวัยรุ่นที่ต้องการการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน (เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ย้อนกลับได้เพียงบางส่วน) หลังจากที่ทีมสหวิชาชีพทั้งทางการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตได้ยืนยันถึงการมีความทุกข์ใจในเพศสภาพหรือความไม่สอดคล้องทางเพศที่คงตัว และวัยรุ่นมีสติสัมปชัญญะเพียงพอในการให้การยินยอมก่อนการรักษาด้วยการบอกกล่าว เราแนะนำให้เริ่มการใช้ฮอร์โมนโดยวางแผนเพิ่มขนาดฮอร์โมนอย่างค่อยเป็นค่อยไป (Hembree et al., 2017) ข้อควรระวังที่จำเพาะในการประเมินวัยรุ่นและการมีผู้ปกครอง รวมถึงทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมนั้น ได้ถูกอธิบายในรายละเอียดในบทที่ 6 -- วัยรุ่น

หากเป็นไปได้ วัยรุ่น TGD ควรสามารถเข้าถึงกุมารแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในสุขภาพบุคคลข้ามเพศจากสาขาต่าง ๆ เช่น สาขาการบริการสุขภาพปฐมภูมิ สาขาต่อมไร้ท่อ สาขาการเจริญพันธุ์ สาขาสุขภาพจิต สาขาเสียง นักสังคมสงเคราะห์ ผู้สนับสนุนด้านจิตวิญญาณ และสาขาการผ่าตัด (Chen, Hidalgo et al., 2016; Eisenberg et al., 2020; Keo-Meier & Ehrensaft, 2018) ผู้ให้บริการแต่ละท่านควรมีการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการในสาขาอื่น ๆ เพื่อให้ระบบการส่งต่อสะดวกขึ้น หากมีความจำเป็นต่อเด็กและครอบครัว (Tishelman et al., 2015) อย่างไรก็ตาม การไม่มีผู้เชี่ยวชาญหรือขาดซึ่งทรัพยากรนั้น ไม่ควรเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ (Rider, McMorris et al., 2019) ตัวช่วยอื่น ๆ สำหรับวัยรุ่นนั้นประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการและเหมาะสมกับวัฒนธรรมนั้น ๆ ในแง่มุมของเพศและอัตลักษณ์ทางเพศ การมีตัวเลือกสำหรับการยืนยันเพศสภาพ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์ตรงเหมือนกัน หรือกับผู้ใหญ่ TGD ผ่านทางออนไลน์ หรือกลุ่มสนับสนุนที่มีการนัดพบกันสำหรับวัยรุ่น TGD และครอบครัว (Rider, McMorris et al., 2019)

วัยรุ่น TGD หลายคนมีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิต การประเมินสุขภาพจิตนั้น (เช่น PHQ-2, GAD) สามารถพิจารณาทำได้หากมีข้อบ่งชี้ (Rider, McMorris et al., 2019) ผู้ให้บริการควรตระหนักว่าการเป็นบุคคลข้ามเพศหรือการมีคำถามเกี่ยวกับเพศของตนเองนั้น ไม่ใช่สิ่งผิดปกติหรือพยาธิสภาพ ดังนั้นบุคคลเหล่านี้ไม่ควรได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาสุขภาพจิตเพียงเพราะการมีอัตลักษณ์ของบุคคลข้ามเพศ บุคลากรทางการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตผู้ให้การดูแลหรือพิจารณาส่งต่อเด็กเหล่านี้ ควรทราบถึงผลกระทบจากปัจจัยต่าง ๆ ต่ออาการทางสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ผลจากความชอกช้ำทางจิตใจ ความทุกข์ใจในเพศสภาพ หรือความเครียดที่เป็นบุคคลส่วนน้อยที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการกินผิดปกติ ความคิดฆ่าตัวตาย หรือความกังวลต่อสังคม บุคลากรทางการแพทย์ควรทราบถึงระดับความพร้อมของการให้บริการด้านสุขภาพจิตในแผนกผู้ป่วยในในพื้นที่ของตนเอง เพื่อที่จะสามารถให้บริการการยืนยันเพศสภาพได้อย่างเต็มความสามารถสำหรับเด็ก TGD (Barrow & Apostle, 2018; Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Mathews et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018) คำแนะนำ 6.3, 6.4 และ 6.12d ในบทที่ 6 - วัยรุ่นนั้น กล่าวถึงประเด็นนี้โดยละเอียด เนื่องจากผู้ปกครองของเด็กเหล่านี้ส่วนใหญ่แล้วมีความวิตกกังวลมาก หลังจากทราบว่าลูกของตนเองเป็นบุคคล TGD และปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อเด็ก สามารถ

ทำนายถึงสุขภาพกายและสุขภาพจิตของเด็กในระยะยาวได้ ซึ่งสามารถพิจารณาส่งผู้ปกครองไปรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตได้ (Coolhart et al., 2017; Pullen Sansfaçon et al., 2015; Taliaferro et al., 2019)

คำแนะนำ 12.9

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์วางแผนการตรวจประเมินทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้ฮอร์โมนเพศ รวมถึงถึงตรวจระดับฮอร์โมนเพศทางห้องปฏิบัติการทุก 3 เดือนในช่วง 1 ปีแรก หลังจากเริ่มฮอร์โมน หรือหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงขนาดฮอร์โมนจนกว่าขนาดฮอร์โมนที่ใช้จะคงที่ในขนาดผู้ใหญ่ เมื่อขนาดฮอร์โมนที่ใช้คงที่ในขนาดผู้ใหญ่แล้วให้ตรวจติดตามทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการ 1 หรือ 2 ครั้งต่อปี

การใช้ฮอร์โมนเพศนั้นมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่หลากหลาย (Irwig, 2017; Tangpricha & den Heijer, 2017) (ดูภาคผนวก C - ตารางที่ 1) หลังจากเริ่มการใช้ฮอร์โมนเพศ บุคลากรทางการแพทย์ควรประเมินถึงความเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองอย่างต่อเนื่อง (ดูบทที่ 6 - วัยรุ่น) การประเมินนั้นควรประเมินการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและผลต่อความทุกข์ใจในเพศสภาพ (ถ้ามี) รวมไปถึงความเป็นอยู่ดีทางด้านจิตใจ (ดูภาคผนวก C - ตารางที่ 1) การตรวจติดตามนั้น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับการคาดการณ์ว่าร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ในระยะเวลาเท่าใด และทำให้ผู้รับบริการมีความคาดหวังที่เหมาะสมกับความเป็นจริง ในช่วงปีแรกของการใช้ฮอร์โมนเพศขนาดของฮอร์โมนเพศจะถูกปรับสูงขึ้น โดยปัจจัยหลักที่ชี้ให้มีการปรับขนาดของฮอร์โมนนั้นคือ ระดับฮอร์โมนเพศในเลือด โดยทั่วไปเป้าหมายของระดับฮอร์โมนเพศจะเท่ากับระดับฮอร์โมนเพศที่ตรงกับค่าปกติตามอัตลักษณ์ทางเพศของบุคคลนั้น อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีระดับฮอร์โมนเพศที่เหมาะสมที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วกัน (Hembree et al., 2017)

นอกจากการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นซึ่งเกิดจากการใช้ฮอร์โมนเพศแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ควรประเมินถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างสม่ำเสมอ (ดูภาคผนวก C - ตารางที่ 2) ตัวอย่างของอาการและอาการแสดงข้างเคียง เช่น สิวขึ้นที่เกิดจากฮอร์โมนเพศชาย หรือความผิดปกติของสุขภาพเพศ (Braun et al., 2021; Kerckhof et al., 2019) การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนนั้น อาจส่งผลกระทบต่ออาการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลายอย่าง เช่น ยา spironolactone ก่อให้เกิดภาวะโพแทสเซียมสูงในเลือด (hyperkalemia) ถึงแม้ภาวะแทรกซ้อนนี้พบไม่บ่อยและเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว (Millington et al., 2019) ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนมีฤทธิ์เพิ่มจำนวนเม็ดเลือดแดง (ความเข้มข้นของเลือดหรือ hematocrit) ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเลือดข้นได้ (Antun et al., 2020) (ดูคำแนะนำ 12.17) (Hembree et al., 2017) ทั้งฮอร์โมนเอสโตรเจนและฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนสามารถส่งผลกระทบต่อไขมันในเลือด เช่น คอเลสเตอรอลชนิดเอชดีแอล (HDL) และไตรกลีเซอไรด์ (Maraka et

al., 2017) ดูภาคผนวก C – ตารางที่ 3 และ 4

ความถี่ในการตรวจประเมินทางคลินิกนั้น ควรปรับให้เข้ากับแต่ละคนและขึ้นอยู่กับคำตอบของแต่ละคนด้วย เราแนะนำให้มีการประเมินทางคลินิกทุก 3 เดือนโดยประมาณในช่วงปีแรกของการใช้ฮอร์โมนในผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะผิดปกติและไม่พบผลข้างเคียงที่รุนแรง (ดูภาคผนวก C – ตารางที่ 5) เราเสนอให้มีการตรวจทุก 3 เดือนในช่วงปีแรก โดยอาจมีการปรับเปลี่ยนความถี่ของการตรวจได้เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่หนักแน่นพอหรือการศึกษาที่ได้รับการตีพิมพ์ที่บอกถึงความถี่ในการตรวจติดตามที่เหมาะสม หากเกิดผลข้างเคียงขึ้น มักจำเป็นต้องตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจทางคลินิกให้ถี่มากขึ้น หากมีระดับฮอร์โมนเพศที่สูงเกินค่าปกติของมนุษย์แล้วอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ ด้วยเหตุนี้เราแนะนำอย่างหนักแน่นให้มีการตรวจระดับฮอร์โมนอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งควรเป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐานเมื่อเริ่มการใช้ฮอร์โมนในบุคคล TGD เมื่อผู้รับบริการใช้ฮอร์โมนเพศในขนาดที่คงที่สำหรับผู้ใหญ่โดยไม่มีผลข้างเคียงเกิดขึ้นอย่างชัดเจน ความถี่ในการตรวจติดตามอาจลดลงเป็น 1 ถึง 2 ครั้งต่อปี (Hembree et al., 2017)

คำแนะนำ 12.10

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาแก่ทุกคนที่ต้องการการยืนยันเพศสภาพด้วยยา เกี่ยวกับตัวเลือกเพื่อการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ ก่อนเริ่มการระงับการเข้าสู่ยเจริญพันธุ์และก่อนเริ่มฮอร์โมน

การระงับการเข้าสู่ยเจริญพันธุ์และการใช้ฮอร์โมนเพศนั้น อาจส่งผลข้างเคียงต่อความสามารถในการเจริญพันธุ์ในอนาคต (Cheng et al., 2019) (ดูบทที่ 6 – วัยรุ่นและบทที่ 16 – สุขภาพการเจริญพันธุ์) ถึงแม้บุคคล TGD บางคนอาจไม่คิดถึงความสามารถในการมีบุตรในอนาคต ณ เวลาที่เริ่มการประเมินเพื่อการยืนยันเพศสภาพ อย่างไรก็ตาม ควรมีการพูดคุยถึงผลที่อาจเกิดขึ้นต่อการเจริญพันธุ์และตัวเลือกเพื่อการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ระหว่างบุคลากรผู้ส่งจ่ายฮอร์โมนและผู้รับบริการด้วย (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine et al., 2015; De Roo et al., 2016)

บุคคลที่มีอัตราควรได้รับคำแนะนำว่า การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในระยะยาวมักทำให้อัฒตะฝ่อและลดปริมาณของสเปิร์ม รวมถึงคุณสมบัติอื่น ๆ ของน้ำอสุจิด้วย (Adeleye et al., 2018) อย่างไรก็ตามยังคงขาดข้อมูลความรู้ในประเด็นนี้เป็นอย่างมากและผลการศึกษาที่ยังออกมาไม่แน่นอนเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ในหญิงข้ามเพศที่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนและยากดฮอร์โมนเพศชาย (Cheng et al., 2019) มีการศึกษาหนึ่งแสดงผลการตรวจเนื้อเยื่ออัฒตะที่มีลักษณะได้หลากหลายมาก ทั้งในผู้รับบริการที่หยุดฮอร์โมนมาแล้วก่อนทำการผ่าตัดอัฒตะหรือยังคงใช้ฮอร์โมนอยู่ ขณะผ่าตัดอัฒตะก็ตาม (Schneider et al., 2015) ยกตัวอย่างเช่น พบการสร้างสเปิร์มแบบสมบูรณ์ใน 45% ของบุคคลที่หยุดฮอร์โมนเอสโตรเจนและยากดฮอร์โมนเพศชายมาเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ในขณะที่คนที่เหลือพบการสร้างสเปิร์มที่ไม่สมบูรณ์ กล่าวคือ มีการหยุดอยู่ในระยะ meiotic และระยะ spermatogonial ของการสร้างสเปิร์ม (Schneider et al.,

2015) อย่างไรก็ตาม การมีระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในเลือดในระดับปกติของเพศหญิง ส่งผลให้การสร้างสเปิร์มอย่างสมบูรณ์ในหญิงข้ามเพศโดยส่วนใหญ่ (Verecke et al., 2020) หลักการในการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ในผู้รับบริการที่มีอัฒตะซึ่งสามารถทำงานได้คือ การแช่แข็งสเปิร์ม หรือที่รู้จักกันในชื่อ การทำธนาคารสเปิร์ม (sperm banking) (Mattawanon et al., 2018) สำหรับผู้รับบริการที่ยังไม่เข้าสู่ยเจริญพันธุ์ การระงับการเข้าสู่ยเจริญพันธุ์ด้วยยา GnRHs นั้น ส่งผลให้หยุดการเจริญเติบโตของสเปิร์ม (Finlayson et al., 2016)

บุคคลที่มีรังไข่ซึ่งสามารถทำงานได้ควรได้รับคำแนะนำว่า การใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนนั้น มักทำให้ประจำเดือนหยุดและหยุดการตกไข่ โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงไม่กี่เดือนแรกหลังเริ่มฮอร์โมน (Taub et al., 2020) อย่างไรก็ตาม ยังคงขาดข้อมูลความรู้อีกมากเกี่ยวกับผลที่อาจเกิดขึ้นได้จากฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนต่อเซลล์ไข่และการเจริญพันธุ์ในอนาคตในบุคคล TGD (Eisenberg et al., 2020; Stuyver et al., 2020) มีการศึกษาหนึ่งพบว่าการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนอาจสัมพันธ์กับลักษณะรังไข่ที่มีถุงน้ำหลายใบ (Chan et al., 2018) หรือมีลักษณะของเนื้อเยื่อรังไข่ทางพยาธิวิทยา (De Roo et al., 2017; Grynberg et al., 2010) เหมือนกับภาวะถุงน้ำในรังไข่หลายใบ (polycystic ovary syndrome, PCOS) หลังจากได้รับการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน นอกจากนั้นยังมีบางการศึกษาพบว่าบุคคลข้ามเพศที่มีรังไข่มีความชุกของภาวะถุงน้ำในรังไข่หลายใบที่สูงขึ้น (Baba, 2007; Gezer et al., 2021) บุคคล TGD ที่มีมดลูกและรังไข่สมบูรณ์มักสามารถฟื้นฟูความสามารถในการมีบุตรได้หากหยุดการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Light et al., 2014) นอกจากนั้น มีรายงานความสำเร็จถึงเด็กที่เกิดมารอดชีวิต โดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์หลังจากการกระตุ้นรังไข่ด้วยฮอร์โมนในบุคคล TGD ที่ไม่ได้หยุดฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนด้วย (Greenwald et al., 2021; Safer and Tangpricha, 2019) ตัวเลือกอื่นในการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ในบุคคล TGD ที่มีรังไข่ เช่น การแช่แข็งเซลล์ไข่ หรือการแช่แข็งตัวอ่อนโดยใช้สเปิร์มจากคูครองหรือรับบริจาคมา ตัวเลือกเหล่านี้ต้องผ่านการเก็บไข่หลังกระตุ้นรังไข่ด้วยฮอร์โมนและใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

สำหรับเด็กข้ามเพศที่เริ่มเข้าสู่ยเจริญพันธุ์ การระงับการเข้าสู่ยเจริญพันธุ์ด้วยยา GnRHa นั้นจะหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์สืบพันธุ์ อย่างไรก็ตาม มีการรายงานเมื่อไม่นานมานี้ถึงการกระตุ้นรังไข่ในวัยรุ่นที่ได้รับยา GnRHa ในช่วงเริ่มเข้าสู่ยเจริญพันธุ์ (และได้ใช้ GnRHa อย่างต่อเนื่องในขณะที่ทำการกระตุ้นรังไข่) ผลการกระตุ้นรังไข่ได้ผลเป็นไข่ที่เจริญเต็มตัวจำนวนเล็กน้อยและได้ส่งไปทำการแช่แข็งเก็บไว้ (Rothenberg et al., 2019) การดูแลวัยรุ่น TGD ที่มีอัฒตะซึ่งสามารถทำงานได้ในช่วงเริ่มเข้าสู่ยเจริญพันธุ์ด้วยยา GnRHa นั้น ไม่เพียงแต่หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์สืบพันธุ์ แต่ยังทำให้ขนาดขององคชาติยังคงมีขนาดเหมือนช่วงก่อนเข้าสู่ยเจริญพันธุ์ด้วย ผลลัพธ์นี้ส่งผลกระทบต่อการพิจารณาทำการผ่าตัดซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต เนื่องจากการทำช่องคลอดด้วยวิธีการใช้เนื้อองคชาตินั้น (penile-inversion vaginoplasty) จะทำให้มีเนื้อเยื่อองคชาติน้อยลงสำหรับการทำการผ่าตัด ซึ่งส่งผลให้ต้องทำการผ่าตัดช่องคลอดด้วยขั้นตอนที่

ซับซ้อนมากขึ้น เช่น การทำช่องคลอดด้วยผนังลำไส้ (Dy et al., 2021; van de Grift et al., 2020) ข้อพิจารณาเหล่านี้ควรอยู่ในการพูดคุยกับผู้รับบริการและครอบครัว ในขณะที่พิจารณาเริ่มยากดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ในช่วงเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นที่มีอัมพาตซึ่งสามารถทำงานได้

คำแนะนำ 12.11

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ประเมินและพูดคุยถึงโรคประจำตัว ซึ่งสามารถหลุดลงได้จากการลดระดับฮอร์โมนเพศที่ร่างกายสร้างและการใช้ฮอร์โมนเพศจากภายนอกก่อนเริ่มขั้นตอนนี้ในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ

บุคคล TGD ที่ต้องการลักษณะความเป็นชายจำเป็นต้องทราบถึงสิ่งที่เป็นไปได้ สิ่งที่จะตามมา ข้อจำกัด และความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการใช้ฮอร์โมนเทสโตสเตอโรน ข้อห้ามของการใช้ฮอร์โมนเทสโตสเตอโรน คือ การตั้งครรภ์และคนที่พยายามจะตั้งครรภ์ เนื่องจากสามารถทำให้ทารกมีพัฒนาการผิดปกติได้ ภาวะที่ไม่ควรใช้ฮอร์โมนเทสโตสเตอโรน คือ ความดันเลือดสูงอย่างรุนแรง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ และภาวะเลือดข้น เนื่องจากภาวะเหล่านี้อาจแย่ลงได้ด้วยฮอร์โมนเทสโตสเตอโรน ควรตรวจติดตามความดันเลือดและค่าไขมันในเลือดทั้งก่อนและหลังการเริ่มใช้ฮอร์โมนเทสโตสเตอโรน ความดันเลือดสามารถขึ้นสูงได้ภายใน 2 ถึง 4 เดือน หลังจากเริ่มการใช้ฮอร์โมนเทสโตสเตอโรน (Banks et al., 2021) ผู้รับบริการที่มีภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูงหรือไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง อาจต้องการการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนอาหาร ยาลดไขมัน หรือทั้งสองอย่าง

บุคคล TGD ที่ต้องการลักษณะความเป็นหญิงและมีประวัติของภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เช่น

โรคหลอดเลือดดำอุดตันส่วนลึก โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด ควรได้รับการประเมินและรับการรักษาก่อนเริ่มการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน เนื่องจากการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันอย่างมาก ซึ่งอาจส่งผลอันตรายถึงชีวิต นอกจากนั้นควรปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เช่น การสูบบุหรี่ โรคอ้วน หรือการมีวิถีชีวิตแบบนั่งนอนมาก บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงซึ่งไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น มีประวัติของภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (thrombophilia) มีประวัติโรคลิ่มเลือดในอดีต หรือมีประวัติโรคลิ่มเลือดอุดตันในครอบครัวอย่างชัดเจน การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิดซึมผ่านผิวหนังร่วมกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดอาจลดความเสี่ยงในการเกิดโรคลิ่มเลือดอุดตันได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษาอย่างจำกัด การตรวจพบโรคต่าง ๆ ก่อนเริ่มขั้นตอน เช่น มะเร็งที่ตอบสนองต่อฮอร์โมน โรคเส้นเลือดหัวใจอุดตัน โรคเส้นเลือดสมอง ภาวะฮอร์โมนโปรแลคตินสูง ภาวะไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง และนิ่วในถุงน้ำดี ควรได้รับการประเมินก่อนเริ่มการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน เนื่องจากการใช้ฮอร์โมนอาจมีความสัมพันธ์กับโรคเหล่านี้ (Hembree et al., 2017)

คำแนะนำ 12.12

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้แก่บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ได้รับการยืนยันเพศสภาพเกี่ยวกับเวลาที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่ดำเนินไปในแต่ละช่วงเวลาจากการใช้ฮอร์โมนเพศ

ผลของการใช้ฮอร์โมนเทสโตสเตอโรนมีหลากหลายและอาจครอบคลุมถึงการมีขนที่ลำตัวและใบหน้ามากขึ้น มีศีรษะล้านแบบเพศชาย มีกล้ามเนื้อขยายใหญ่และแข็งแรงมากขึ้น มีมวลไขมันน้อยลง มีเสียงทุ้มต่ำ หยุดประจำเดือน (หากยังมีประจำเดือนอยู่) มีผิวมากขึ้น และรุนแรงมากขึ้น คลิตอริสขยายใหญ่ขึ้น และมีความต้องการทางเพศมากขึ้น (Defreyne, Elaut et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016; Giltay & Gooren, 2000; T'Sjoen et al., 2019; Yeung et al., 2020) การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับฮอร์โมนเทสโตสเตอโรนคือ มีมวลกล้ามเนื้อมากขึ้นและมีไขมัน (de Blok et al., 2020; Hembree et al., 2017; Kuper, Mathews et al., 2019; Taliaferro et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018) (ดูภาคผนวก C – ตารางที่ 1)

การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้มีพัฒนาการของเต้านม อย่างไรก็ตามไม่ถึง 20% ที่สามารถมีพัฒนาการไปถึงระยะ Tanner 4-5 หลังจากใช้ฮอร์โมนไปแล้วมากกว่า 2 ปี (de Blok et al., 2021) การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ เช่น มีการลดลงของปริมาตรของอวัยวะเพศ มวลกล้ามเนื้อ ความมันของผิว ความต้องการทางเพศ การแข็งตัวของอวัยวะเพศ ขนที่หน้าและลำตัว และมีการเพิ่มขึ้นของมวลไขมัน (ดูภาคผนวก C – ตารางที่ 1) ในผู้ใหญ่ฮอร์โมนเอสโตรเจนไม่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเสียงหรือส่วนสูง (Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Wiepjes et al., 2019)

ระยะเวลาและระดับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายนั้น มีความแตกต่างกันในแต่ละคน และสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น พันธุกรรม อายุที่เริ่มใช้ฮอร์โมน รวมถึงสุขภาพโดยรวม (Deutsch, Bhakri et al., 2015; van Dijk et al., 2019) การรู้ถึงช่วงเวลาและระดับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่เกิดจากฮอร์โมนเพศนั้น อาจช่วยป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายหรือเสียค่าใช้จ่ายจากการปรับเปลี่ยนขั้นตอนทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น และช่วยป้องกันการเพิ่มขนาดยาหรือการผ่าตัดก่อนเวลาอันควรด้วย (Dekker et al., 2016)

คำแนะนำ 12.13

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ ไม่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด ethinyl estradiol ในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศเป็นส่วนหนึ่งของการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน ดูเหตุผลสนับสนุนที่คำแนะนำ 12.15

คำแนะนำ 12.14

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิดซึมผ่านผิวหนัง สำหรับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์*และมีความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ กล่าวคือ อายุ >45 ปี หรือมีประวัติภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด

เลือดดำในอดีต เมื่อพิจารณาให้การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจน ดูเหตุผลสนับสนุนที่คำแนะนำ 12.15

คำแนะนำ 12.15

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ ไม่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด conjugated estrogens ในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ หากสามารถใช้ฮอร์โมน estradiol ในการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนได้

การตอบคำถามว่าสารประกอบเอสโตรเจนชนิดใดและวิธีการบริหารยาแบบใด มีความปลอดภัยที่สุดและมีประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับบุคคล TGD นั้นเป็นประเด็นที่สำคัญ สูตรการใช้ฮอร์โมนที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นพื้นฐานที่แนะนำ ได้ถูกแสดงอยู่ในภาคผนวก C – ตารางที่ 4 The Amsterdam Medical Center (AMC) รายงานการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ 45 เหตุการณ์จากหญิงข้ามเพศจำนวน 816 คน ซึ่งจำนวนนี้เป็นอุบัติการณ์ที่สูงกว่าการรายงานภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำในประชากรอ้างอิงถึง 20 เท่า (van Kesteren et al., 1997) และด้วยการรายงานนี้ AMC จึงแนะนำให้ใช้ฮอร์โมน estradiol ชนิดซึมผ่านผิวหนัง สำหรับหญิงข้ามเพศผู้มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป เนื่องจากมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำต่ำกว่า (Nota et al., 2019; Toorians et al., 2003) มีการศึกษาอื่น ๆ ที่แสดงถึงความเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดที่มากขึ้นซึ่งสัมพันธ์กับฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด ethinyl estradiol เนื่องจากมีแรงต้านต่อ activated protein C (APC) มากขึ้น ซึ่ง APC มีผลต้านการแข็งตัวของเลือด นอกจากนั้นยังมีระดับ protein C และ protein S สูงขึ้นซึ่งเป็นองค์ประกอบในการแข็งตัวของเลือด (Toorians et al., 2013) มีอีกหลายการศึกษาซึ่งได้รับการตีพิมพ์ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมาจากสถานพยาบาลอื่น ๆ รายงานว่า หญิงข้ามเพศที่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในรูปแบบอื่น มีอัตราการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำที่ต่ำลง เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงข้ามเพศที่ใช้ ethinyl estradiol (Asscheman et al., 2013) นอกจากนั้นการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ใน ค.ศ. 2019 สรุปว่า การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด ethinyl estradiol นั้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำที่สูงที่สุดในหญิงข้ามเพศ ในขณะที่เดียวกัน ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ฮอร์โมนโปรเจสโตโรนและภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำเช่นกัน (Goldstein et al., 2019)

แนวทางปฏิบัติออกโดย The Endocrine Society ใน ค.ศ. 2017 ไม่แนะนำให้ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด conjugated equine estrogens (CEEs) เนื่องจากไม่สามารถวัดระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในหญิงข้ามเพศได้ ทำให้เป็นการยากที่จะป้องกันไม่ให้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนสูงเกินค่าปกติไป และส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำมากขึ้น (Hembree et al., 2017) การศึกษาย้อนหลังจากสหราชอาณาจักรเปรียบเทียบการใช้ฮอร์โมน CEE ชนิดกินกับฮอร์โมน estradiol valerate ชนิดกินและฮอร์โมน ethinyl estradiol ชนิดกิน พบว่าหญิงข้ามเพศที่ใช้ฮอร์โมน CEE ชนิดกินมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะลิ่มเลือด สูงขึ้นกว่า 7 เท่าเมื่อ

เปรียบเทียบกับหญิงข้ามเพศที่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิดอื่น (Seal et al., 2012) การศึกษาแบบ nested case-control ในหญิงตรงเพศกว่า 80,000 คน อายุ 40-79 ปีที่มีประวัติเป็นลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ นำมาเปรียบเทียบกับหญิงตรงเพศกว่า 390,000 คนที่ไม่มีประวัติลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ พบว่าการใช้ฮอร์โมน estradiol ชนิดกินมีอัตราเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับฮอร์โมน conjugated estrogens ชนิดกิน และการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิดซึมผ่านผิวหนังนั้น ไม่สัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Vinogradova et al., 2019)

มีการทบทวนอย่างเป็นระบบประเมินถึงฮอร์โมนเอสโตรเจนในรูปแบบต่าง ๆ และยังมีการศึกษาแบบย้อนหลังและการศึกษาแบบตัดขวางที่เปรียบเทียบความเสี่ยงแบบตัวต่อตัวระหว่างการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในรูปแบบที่แตกต่างกัน (Wierckx, Mueller et al., 2012; Wierckx et al., 2013) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาในรูปแบบตามไปข้างหน้าที่ประเมินถึงอย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาในรูปแบบตามไปข้างหน้าที่ประเมินถึงความเสี่ยงของการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในรูปแบบที่แตกต่างกันไป การศึกษาย้อนหลังทำในหญิงข้ามเพศ 214 คนที่ใช้ฮอร์โมน estradiol แบบซึมผ่านผิวหนัง (ฮอร์โมน 17 β -estradiol ชนิดเจล ขนาด 1.5 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ ฮอร์โมน estradiol ชนิดแผ่นแปะ ขนาด 50 ไมโครกรัมต่อวัน) หรือใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิดกินทุกวัน (ฮอร์โมน estradiol ขนาด 2 มิลลิกรัมต่อวัน, ฮอร์โมน estriol ขนาด 2 มิลลิกรัมต่อวัน, ฮอร์โมน ethinyl estradiol ขนาด 50 ไมโครกรัมต่อวัน หรือ ฮอร์โมน ethinyl estradiol ขนาด 30-50 ไมโครกรัมในยาเม็ดคุมกำเนิด) (Wierckx et al., 2013) ในช่วงระยะเวลา 10 ปีของการศึกษาพบว่า มี 5% จากทั้งหมดเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำขึ้น 1.4% (3 ใน 214 คน) เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และ 2.3% (5 ใน 214 คน) มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวหรือโรคหลอดเลือดสมอง ความชุกของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว หรือโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นหลังจากเริ่มการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน อย่างไรก็ตามผู้เขียนไม่ได้รายงานถึงความแตกต่างระหว่างชนิดของฮอร์โมนเอสโตรเจนแต่ละแบบ

ผู้วิจัยกลุ่มเดียวกันนี้ได้ทำการศึกษาแบบตัดขวาง โดยสำรวจหญิงข้ามเพศจำนวน 50 คน (อายุเฉลี่ย 43±10 ปี) ที่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิดกิน (estradiol valerate 2 มิลลิกรัม/วัน, estriol 2 มิลลิกรัม/วัน หรือ ethinyl estradiol 50-120 ไมโครกรัม/วัน) หรือใช้ฮอร์โมน estradiol ชนิดซึมผ่านผิวหนัง (17 β -estradiol 1.5 มิลลิกรัม/วัน หรือ estradiol 50 ไมโครกรัม/วัน) ในระยะเวลาตรวจติดตาม 9.2 ปี (Wierckx, Mueller et al., 2012) ผลการศึกษาพบว่า 12% ของทั้งหมด (6 คน) เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวหรือโรคหลอดเลือดสมองขึ้น โดย 2 คนในกลุ่มนี้ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด conjugated estrogen ขนาด 0.625 มิลลิกรัม/วัน (1 คนใช้ร่วมกับยา cyproterone acetate) อีก 2 คนใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด ethinyl estradiol ขนาด 20-50 ไมโครกรัม/วัน อีก 1 คนใช้ยา cyproterone

acetate ขนาด 50 มิลลิกรัม/วัน ในขณะที่ไม่มีการระบุถึงฮอร์โมน เอสโตรเจนที่ใช้ในหญิงข้ามเพศอีกคน ในการศึกษาที่ไม่มีหญิงข้ามเพศ คนไหนที่ใช้ฮอร์โมน estradiol ชนิดกินหรือฮอร์โมน estradiol ชนิด ซึมผ่านผิวหนังเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ โรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวหรือโรคหลอดเลือดสมอง เลย

มีการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าการศึกษาหนึ่ง ที่สำรวจถึง รูปแบบการบริหารยาของฮอร์โมนเอสโตรเจนในหญิงข้ามเพศจำนวน 53 คน โดยเป็นการศึกษาที่ทำในหลายแห่งร่วมกันในทวีปยุโรป พบว่า หญิงข้ามเพศที่อายุน้อยกว่า 45 ปี (จำนวน 40 คน) ได้รับฮอร์โมน เอสโตรเจนชนิด estradiol valerate ขนาด 4 มิลลิกรัม/วันร่วมกับยา cyproterone acetate (CPA) ขนาด 50 มิลลิกรัมต่อวัน และหญิงข้ามเพศอายุมากกว่า 45 ปี (จำนวน 13 คน) ได้รับฮอร์โมน 17 β -estradiol ชนิดซึมผ่านผิวหนังร่วมกับยา CPA ในการศึกษาที่ไม่มี การรายงานถึงภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวหรือโรคหลอดเลือดในสมอง เลย หลังจากติดตามไปเป็นระยะเวลา 1 ปี ไม่ว่าจะเป็กลุ่มที่ใช้ ฮอร์โมนเอสโตรเจนแบบกินหรือชนิดซึมผ่านผิวหนังก็ตาม อีก การศึกษาหนึ่งในกรุงเวียนนา ซึ่งเป็นการศึกษาย้อนหลังพบว่า ไม่พบ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำในหญิงข้ามเพศจำนวน 162 คน ที่ใช้ฮอร์โมน estradiol ชนิดซึมผ่านผิวหนังเลย โดยมีการตรวจติดตาม เป็นระยะเวลาเฉลี่ยถึง 5 ปี (Ott et al., 2010)

เรามีความมั่นใจในคำแนะนำเป็นอย่างมากที่ไม่แนะนำให้ใช้ ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด ethinyl estradiol โดยอ้างอิงจากข้อมูลใน อดีตจาก Amsterdam clinic ที่พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะลิ่ม เลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลดลง หลังจากที่ใช้ฮอร์โมนเอสโตร เจนชนิด ethinyl estradiol นอกจากนั้น การทบทวนอย่างเป็นระบบ เมื่อไม่นานมานี้ ยังพบว่าความเสี่ยงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำมากขึ้นในหญิงข้ามเพศที่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด ethinyl estradiol (Weinand & Safer, 2015) เรามั่นใจในคำแนะนำที่ไม่ให้ใช้ ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด CEE โดยอ้างอิงจากข้อมูลของ Seal และ คณะในปี ค.ศ. 2012 ที่พบความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำมากขึ้นในหญิงข้ามเพศที่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด CEE เมื่อ เปรียบเทียบกับฮอร์โมนเอสโตรเจนในรูปแบบอื่น ๆ นอกจากนั้นยัง อ้างอิงถึงข้อมูลในหญิงตรงเพศที่ได้การใช้ฮอร์โมนทดแทน (Canonic o et al., 2007; Seal et al., 2012) การศึกษาทั้งแบบติดตามไปข้างหน้า และแบบย้อนหลังในหญิงข้ามเพศพบว่า การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ในหลอดเลือดดำ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือโรคหลอดเลือดใน สมองนั้นเกิดขึ้นกับหญิงข้ามเพศที่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด CEE หรือ ethinyl estradiol เท่านั้น เนื่องจากฮอร์โมน เอสโตรเจนชนิด estradiol มีราคาไม่แพง สามารถหาใช้ได้โดยทั่วไป และมีความ ปลอดภัยสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด CEE จาก การศึกษาที่มีอยู่ คณะกรรมการแนะนำให้ไม่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน ชนิด CEE เมื่อสามารถหาฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด estradiol มาใช้ได้ คุณภาพของการศึกษาที่น่าอ้างอิงอาจจำกัดแค่เพียงการศึกษาแบบ ติดตามคนกลุ่มหนึ่งไปข้างหน้า (prospective cohort) หรือการศึกษา

แบบตัดขวาง อย่างไรก็ตามการให้คำแนะนำที่หนักแน่นนี้ อยู่บน พื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการที่มีความสอดคล้องกันและสนับสนุน ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด ethinyl estradiol และ CEE กับความเสี่ยงที่มากขึ้นในการเกิดภาวะลิ่มเลือด อุดตันในหลอดเลือดดำ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือด ในสมองในหญิงข้ามเพศ

เรามีความมั่นใจในคำแนะนำที่ให้ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิดซึม ผ่านผิวหนังในหญิงข้ามเพศอายุมาก (อายุมากกว่า 45 ปี) หรือหญิงข้ามเพศที่มีประวัติของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำมาก่อน ความมั่นใจในคำแนะนำของเราขึ้นอยู่กับพื้นฐานของข้อมูลจาก Amsterdam clinic ที่พบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ในหลอดเลือดดำที่น้อยลง หลังจากที่ใช้หญิงข้ามเพศเปลี่ยนมาใช้เป็น ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิดซึมผ่านผิวหนังเมื่ออายุมากกว่า 40 ปี (van Kesteren et al., 1997) นอกจากนั้นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า ซึ่งทำในกลุ่มคนจากหลากหลายแห่ง (ENIGI) พบว่าไม่มีอุบัติการณ์การ เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือโรคหลอดเลือดในสมองเลย ในหญิงข้ามเพศที่ถูกเปลี่ยนมาใช้ ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิดซึมผ่านผิวหนังที่อายุ 45 ปี (Dekker et al., 2016) นอกจากนั้น การศึกษาโดย Ott และคณะ ยังแสดงให้เห็นว่า ไม่มีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะโรคลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำเลย ในหญิงข้ามเพศจำนวน 162 คนซึ่งใช้ฮอร์โมน estradiol ชนิดแผ่นแปะ (Ott et al., 2010)

การใช้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนนั้นยังเป็นที่ถกเถียงกันและยังไม่มีข้อสรุป ยกเว้นแต่การใช้ยา cyproterone acetate (ยาชนิดนี้ไม่ถูกยอมรับให้ ใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกาเนื่องจากมีความกังวลถึงความเสี่ยงต่อความ เป็นพิษต่อตับ) ณ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่มีคุณภาพที่ประเมินถึง บทบาทของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนในการใช้ฮอร์โมนสำหรับบุคคล ข้ามเพศ

เราตระหนักดีว่าบุคลากรบางท่านเลือกใช้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ซึ่ง รวมถึงชนิด micronized progesterone ด้วยจุดประสงค์เพื่อการ พัฒนาการของเต้านมและบริเวณรอบหัวนมที่ดีที่สุด รวมไปถึงหวังผล ด้านอารมณ์ อารมณ์ทางเพศ และสัดส่วนโดยทั่วไปสำหรับหญิงข้าม เพศที่ต้องการใช้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและอาจมีผลประโยชน์อื่น ๆ ที่ยังไม่ แสดงให้เห็นได้ ชัด ด้วย (Deutsch, 2016a; Wierckx, van Caenegem et al., 2014) อย่างไรก็ตาม ข้อดีเหล่านี้เป็นหลักฐานจาก การเล่าของผู้ใช้ และยังไม่มืข้อมูลที่มีคุณภาพมาสนับสนุนถึงการ ใช้ ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน มีความพยายามทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อร่างมาตรฐานการดูแลฉบับนี้ แต่ไม่พบข้อมูลที่เพียงพอ เพื่อนำมา ประกอบการให้คำแนะนำถึงการสนับสนุนการใช้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน เลย ในทางตรงกันข้าม มีข้อมูลในปัจจุบันที่แสดงถึงอันตรายที่อาจเกิด จากการใช้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Safer, 2021)

สำหรับหญิงตรงเพศที่มีมดลูก การใช้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนร่วมกับ ฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งเยื่อบุ โพรงมดลูกที่สัมพันธ์กับการให้เอสโตรเจนเพียงอย่างเดียว สำหรับหญิง ตรงเพศที่ไม่มีมดลูก ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ข้อมูล ที่ดีที่สุดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนนั้น มาจากการศึกษาที่

เปรียบเทียบระหว่างหญิงตรงเพศทั้งสองกลุ่มข้างต้น ซึ่งเราทราบดีว่า อาจไม่สามารถนำมาประยุกต์ กับทุกประชากรได้ ถึงแม้ว่าไม่ใช่ฮอร์โมนโปรเจสทินทุกตัวจะมีฤทธิ์เหมือนกัน การใช้ฮอร์โมนโปรเจสทินชนิด medroxyprogesterone ร่วมกับฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด combined equine estrogens นั้นมีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านมและความเสี่ยงต่อโรคหัวใจที่มากขึ้น (Chlebowski 2020; Manson, 2013) เป็นสิ่งสำคัญที่ควรทราบข้อมูลจากการศึกษา Women's Health Initiative (WHI) ว่า อาจไม่สามารถนำมาใช้กับบุคคลข้ามเพศได้เช่นเดียว หากเปรียบเทียบระหว่างบุคคลข้ามเพศและหญิงตรงเพศ ในการศึกษาดังกล่าว บุคคลข้ามเพศที่ต้องการรับฮอร์โมนนั้นมีแนวโน้มของอายุน้อยกว่า ไม่ใช่ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิด equine estrogen และการใช้ฮอร์โมนในบุคคลข้ามเพศนั้นมีความสามารถช่วยสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตได้ ไม่เพียงแต่ให้เพียงแค่การป้องกันความเสี่ยงเท่านั้น (Deutsch, 2016a)

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากฮอร์โมนโปรเจสทินนั้นคือ น้ำหนักขึ้น ซึมเศร้า และการเปลี่ยนแปลงของไขมันในเลือด ฮอร์โมนโปรเจสทินชนิด micronized progesterone อาจใช้ได้ง่ายกว่าและอาจมีผลกระทบต่อไขมันในเลือดที่ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับฮอร์โมนโปรเจสทินชนิด medroxyprogesterone (Fitzpatrick et al., 2000) เมื่อใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนร่วมกับฮอร์โมนโปรเจสทินชนิด cyproterone acetate ในหญิงข้ามเพศนั้น มีความสัมพันธ์กับ การมีฮอร์โมนโปรแลคตินสูงขึ้น ระดับคอเลสเตอรอลชนิดเอชดีแอลต่ำลง และเนื้องอกในสมองชนิด meningiomas ซึ่งพบน้อยมาก ผลกระทบเหล่านี้ไม่พบในการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนร่วมกับ GnRH agonists หรือ spironolactone (Bisson, 2018; Borghei-Razavi, 2014; Defreyne, Nota et al., 2017; Sofer et al., 2020)

ข้อมูลในปัจจุบันนั้นยังไม่มีข้อมูลที่มีคุณภาพที่สนับสนุนถึงประโยชน์ในการใช้ฮอร์โมนโปรเจสทินในหญิงข้ามเพศ อย่างไรก็ตามมีข้อมูลที่พูดถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ฮอร์โมนโปรเจสทินบางประเภทในบริบทที่ใช้เป็นระยะเวลาหลายปี หลังจากการวิเคราะห์ถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้และประโยชน์ที่จะได้รับจากการใช้ฮอร์โมนโปรเจสเทอโรนแล้วนั้น จึงมีการตัดสินใจให้เริ่มทำการศึกษาก็เกี่ยวกับการใช้ฮอร์โมนโปรเจสเทอโรน ผู้ให้การใช้ฮอร์โมนโปรเจสทินควรติดตามผู้รับบริการภายใน 1 ปีเพื่อประเมินถึงการตอบสนอง

คำแนะนำ 12.16

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ยาลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (อาจเป็น cyproterone acetate, spironolactone หรือ GnRH agonists ก็ได้) ในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* และมีอัตรา ผู้ซึ่งใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ฮอร์โมน โดยมีเป้าหมายให้ระดับฮอร์โมนเพศในเลือดมีระดับเทียบเท่ากับหญิงตรงเพศ

คลินิกทางเพศในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในแถบทวีปยุโรปส่วนใหญ่ จ่ายฮอร์โมนเอสโตรเจนร่วมกับยาลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (ดูภาคผนวก C – ตารางที่ 5) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ยาลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนที่ใช้บ่อยที่สุดคือ spironolactone

ในขณะที่ในสหราชอาณาจักรมักใช้ GnRHs และ cyproterone acetate ถูกใช้บ่อยที่สุดในประเทศอื่น ๆ ในทวีปยุโรป (Angus et al., 2021; Kuijpers et al., 2021) หลักการของการใช้ยาลดฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนนั้นมี 2 ข้อคือ 1) เพื่อลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนให้อยู่ในค่ามาตรฐานของหญิงตรงเพศและ 2) เพื่อลดขนาดของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ต้องใช้ในการทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลง ยาลดฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนแต่ละตัวมีผลข้างเคียงที่แตกต่างกันไป spironolactone เป็นยาลดความดันเลือดและยาขับปัสสาวะแบบไม่ทำให้หัวใจโพแทสเซียมต่ำ ดังนั้นอาจส่งผลให้เกิดภาวะโพแทสเซียมสูงในเลือด ปัสสาวะบ่อย และลดความดันเลือดได้ (Lin et al., 2021) cyproterone acetate มีความสัมพันธ์กับการเกิดเนื้องอกในสมองชนิด meningioma และภาวะฮอร์โมนโปรแลคตินสูงในเลือด ในขณะที่ GnRHs มีประสิทธิภาพมากในการลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน แต่อาจส่งผลให้เกิดภาวะกระดูกพรุนได้ หากใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนไม่เพียงพอ (Klink, Caris et al., 2015)

มีการทบทวนวรรณกรรมหนึ่ง พบการศึกษา 1 การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใช้ยาลดฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน cyproterone acetate และ leuprolide (Gava et al., 2016) มี 2 การศึกษาที่เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหญิงข้ามเพศที่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนและยาลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนกับกลุ่มที่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนเพียงอย่างเดียว จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบว่ามีหลักฐานทางวิชาการเพียงพอในการเสนอแนะว่า ยาลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนตัวใดในสามตัวที่มีใช้ มีความปลอดภัยมากกว่ากันในแง่ของผลลัพธ์ต่อสุขภาพกระดูก ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ค่าโพแทสเซียมในเลือด อุบัติการณ์การเกิดภาวะฮอร์โมนโปรแลคตินสูงหรือเนื้องอกในสมองชนิด meningiomas (Wilson et al., 2020) ดังนั้นจึงไม่มีคำแนะนำในประเด็นนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบรายงานว่าการใช้สูตรฮอร์โมนที่มี spironolactone เป็นส่วนประกอบนั้นสัมพันธ์กับระดับโปรแลคตินที่สูงขึ้นกว่า 45% ในขณะที่การใช้สูตรฮอร์โมนที่มี cyproterone เป็นส่วนประกอบสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับฮอร์โมนโปรแลคตินมากกว่า 100% อย่างไรก็ตาม ความสำคัญทางคลินิกเกี่ยวกับระดับฮอร์โมนโปรแลคตินที่สูงขึ้นนี้ยังไม่ชัดเจนเนื่องจากอัตราการเกิดเนื้องอกต่อมใต้สมองที่ผลิตฮอร์โมนโปรแลคตินนั้นไม่สูงชัน ไม่ว่าจะอยู่ในกลุ่มที่ใช้ spironolactone หรือใช้ CPA ก็ตาม (Wilson et al., 2020) การศึกษาแบบย้อนหลังในคนกลุ่มหนึ่ง (retrospective cohort) จากสถาบันเดียวในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ไม่มีการเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญของระดับฮอร์โมนโปรแลคตินในหญิงข้ามเพศจำนวน 100 คนที่ได้รับการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนและ spironolactone (Bisson et al., 2018) การศึกษาแบบย้อนหลังจากประเทศเนเธอร์แลนด์ในหญิงข้ามเพศจำนวน 2555 คนที่ใช้ CPA ร่วมกับฮอร์โมนเอสโตรเจนในรูปแบบต่าง ๆ พบว่ามีอัตราส่วนมาตรฐานของอุบัติการณ์ (standardized incidence ratio) การเกิดเนื้องอกในสมองชนิด meningiomas ในคนที่ใช้ cyproterone acetate หลังจากผ่าตัดต่อมเพศออกมาเป็นระยะเวลาหลายปี เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรชาวเนเธอร์แลนด์โดยทั่วไป (Nota et al., 2018) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาระยะสั้นในประเทศเบลเยียมในหญิง

ข้ามเพศจำนวน 107 คน ที่พบการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนโปรแลคตินแบบชั่วคราวหลังจากการรักษาด้วย cyproterone acetate และระดับฮอร์โมนโปรแลคตินลดลงหลังจากหยุด cyproterone acetate (Defreyne, Nota et al., 2017) มีงานตีพิมพ์เมื่อไม่นานมานี้ ซึ่งไม่ได้รวมอยู่ในการทบทวนวรรณกรรม พบว่าหญิงข้ามเพศจำนวน 126 คน ซึ่งใช้ spironolactone, GnRHs หรือ cyproterone โดยในกลุ่มที่ใช้ cyproterone มีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนโปรแลคตินที่สูงขึ้นและการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดที่เปลี่ยนแปลง เมื่อเปรียบเทียบกับ spironolactone หรือ GnRHs (Sofer et al., 2020) หลังจากการชั่งน้ำหนักระหว่างค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้กับความสามารถในการตรวจระดับฮอร์โมนโปรแลคติน ประกอบกับความสำคัญทางคลินิกของการมีระดับฮอร์โมนโปรแลคตินที่สูงขึ้นนั้น คณะกรรมการจึงตัดสินใจไม่เสนอคำแนะนำให้ตรวจหรือไม่ให้ตรวจระดับฮอร์โมนโปรแลคตินบุคลากรทางการแพทย์ควรตัดสินใจเป็นรายบุคคล ถึงความจำเป็นในการตรวจวัดระดับฮอร์โมนโปรแลคติน บนพื้นฐานของชนิดของฮอร์โมนที่ใช้ และ/หรือ อาการแสดงของภาวะฮอร์โมนโปรแลคตินในเลือดสูงหรือเนื้องอกต่อมใต้สมองที่ผลิตฮอร์โมนโปรแลคติน (เช่น มีน้ำนมไหล การเปลี่ยนแปลงของลานสายตา)

Cyproterone นั้นมีความเชื่อมโยงกับเนื้องอกสมองชนิด meningiomas มีการรายงานผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด meningiomas 9 รายในหญิงข้ามเพศที่ใช้ cyproterone acetate เป็นหลัก (Mancini et al., 2018) ความเสี่ยงที่สูงขึ้นนี้ยังพบในบุคคลตรงเพศด้วย ใน ค.ศ. 2020 European Medicines Agency ได้ตีพิมพ์คำแนะนำว่าไม่ควรใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี cyproterone ขนาดมากกว่า 10 มิลลิกรัมต่อวัน เนื่องจากมีความเสี่ยงในการเกิดเนื้องอกสมองชนิด meningioma (European Medicines Agency, 2020) ความสัมพันธ์นี้มีความจำเพาะกับผลจาก cyproterone acetate เพียงเท่านั้น และไม่รวมถึงการใช้ยาลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนตัวอื่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งไม่สามารถทำให้ cyproterone acetate ได้ มีข้อมูลจาก North American Association of Central Cancer Registries (NAACCRs) ที่ไม่พบการเพิ่มความถี่ของเนื้องอกสมอง (ไม่จำกัดแต่เพียงเนื้องอกสมองชนิด meningiomas เท่านั้น) ในหญิงข้ามเพศ (Nash et al., 2018) นอกจากนี้ ยังไม่พบการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงการเกิดเนื้องอกสมองในการศึกษา Kaiser ซึ่งทำในหญิงข้ามเพศจำนวน 2,791 คนเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เป็นบุคคลตรงเพศ (Silverberg et al., 2017) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาระยะยาว รายงานถึงความถี่ของการเกิดเนื้องอกสมองชนิด meningiomas และเนื้องอกต่อมใต้สมองที่หลังฮอร์โมนโปรแลคตินในหญิงข้ามเพศที่ใช้ GnRHs

คำแนะนำของเราที่หนักแน่นถึงการให้ใช้ยาลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ฮอร์โมนในบุคคลข้ามเพศที่มีอัตราส่วนนั้น อ้างอิงจากแนวทางปฏิบัติทั่วโลกซึ่งใช้ยาลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน นอกเหนือไปจากการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน ประกอบกับความเสี่ยงมีค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตาม ในขณะที่เราไม่สามารถให้คำแนะนำว่าควรใช้ยาลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนตัวไหนมากกว่าอีกตัว ข้อมูลในปัจจุบันแสดงถึงความกังวลของการใช้ cyproterone

acetate เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดเนื้องอกสมองชนิด meningiomas หากใช้เป็นระยะเวลาสั้น (มากกว่า 2 ปี) หรือในขนาดที่สูง (มากกว่า 10 มิลลิกรัมต่อวัน) (Nota et al., 2018; Ter Wengel et al., 2016; Weill et al., 2021)

ยา Bicalutamide เป็นยาต้านฮอร์โมนเพศชายซึ่งมีใช้ในการรักษา มะเร็งต่อมลูกหมาก ยาตัวนี้ออกฤทธิ์โดยแย่งจับกับตัวรับสัญญาณฮอร์โมนเพศชาย ทำให้ฮอร์โมนเพศชายในเลือดไม่สามารถจับกับตัวรับเพื่อทำงานได้ ข้อมูลของการใช้ในหญิงข้ามเพศนั้นมีน้อยมากและยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยออกมา มีการศึกษาเล็ก ๆ การศึกษาหนึ่งที่สำรวจการใช้ bicalutamide ขนาด 50 มิลลิกรัมต่อวันเป็นยา รับประทานเข้าสู่ยารักษาในวัยรุ่นหญิงข้ามเพศจำนวน 23 คน ซึ่งไม่สามารถใช้ GnRH analogue ได้ (Neyman et al., 2019) พบว่าวัยรุ่นทุกคนในการศึกษานี้มีพัฒนาการของเต้านม ซึ่งพบได้บ่อยในชายที่ได้รับการรักษาด้วย bicalutamide เพื่อรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก อย่างไรก็ตาม มีการรายงานถึงภาวะเป็นพิษต่อตับรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตจากการใช้ยา bicalutamide ถึงแม้ว่าจะพบได้น้อยมาก (O'Bryant et al., 2008) เราไม่แนะนำให้ใช้ยาชนิดนี้เป็นอย่างเป็นกิจวัตร เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาที่เพียงพอในการใช้ยา bicalutamide ในหญิงข้ามเพศ

การใช้ยากลุ่ม 5 α -reductase inhibitors จะป้องกันการเปลี่ยนของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนไปเป็นฮอร์โมนเพศชายที่แรงกว่าคือ dihydrotestosterone องค์การอาหารและยา (The Food & Drug Administration FDA) รับรองการใช้ยา finasteride สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโตและโรคผมร่วงหรือผมบางแบบพันธุกรรม ข้อมูลของการใช้ยากลุ่ม 5 α -reductase inhibitors ในหญิงข้ามเพศนั้นมีน้อยมาก (Irwig, 2021) โดยยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่ายากลุ่มนี้มีประโยชน์ทางคลินิกในกลุ่มหญิงข้ามเพศหรือไม่ เพราะระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนและ dihydrotestosterone มีระดับที่ต่ำแล้วจากการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนร่วมกับยาต้านฮอร์โมนเพศชาย ด้วยเหตุนี้ เราไม่แนะนำให้ใช้ยาชนิดนี้เป็นอย่างเป็นกิจวัตรในหญิงข้ามเพศ ยา finasteride อาจมีความเหมาะสมให้ใช้ในชายข้ามเพศที่มีประวัติผมร่วงอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นผลจากระดับ dihydrotestosterone ที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยากลุ่ม 5 α -reductase inhibitor อาจรบกวนการขยายตัวของคลิตอริสและรบกวนการพัฒนาของขนที่ใบหน้าและลำตัว ในชายข้ามเพศ การศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ยากลุ่ม 5 α -reductase inhibitors ในบุคคลข้ามเพศนั้นยังเป็นที่ต้องการ

คำแนะนำ 12.17

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ตรวจติดตามระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (hematocrit หรือ hemoglobin) ในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน

มีข้อมูลที่มีคุณภาพตีพิมพ์การเพิ่มขึ้นของค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง hematocrit (หรือ hemoglobin) ซึ่งสัมพันธ์กับบุคคล TGD ที่ได้รับการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Defreyne et al., 2018) สูตรของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในการทบทวนวรรณกรรมนั้น รวมไปถึง

สารเอสโตรของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนขนาดระหว่าง 25-250 มิลลิกรัม ฉีดในชั้นใต้ผิวหนังหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละครั้ง, testosterone undecanoate ขนาด 1000 มิลลิกรัม ทุก 12 สัปดาห์ หรือฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนชนิดเจล ขนาด 50 มิลลิกรัม ทาวันละครั้ง ที่ผิวหนัง (Defreyne et al., 2018; Gava et al., 2018; Giltay et al., 2000; Meriggola et al., 2008; Pelusi et al., 2014; T'Sjoen et al., 2005; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Wierckx, van de Peer et al., 2014)) ค่าความเข้มข้นของเลือดที่เพิ่มขึ้นนั้น ควรอยู่ในระดับมาตรฐานของชายตรงเพศ

คำแนะนำ 12.18

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ทำงานร่วมกับศัลยแพทย์เกี่ยวกับการใช้ฮอร์โมนก่อนและหลังการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ ดูเหตุผลสนับสนุนที่คำแนะนำ 12.19

คำแนะนำ 12.19

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษาแก่บุคคลข้ามเพศ และผู้มีความหลากหลายทางเพศเกี่ยวกับตัวเลือกต่าง ๆ ของการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ เว้นเสียแต่ว่าการผ่าตัดนั้นไม่มีข้อบ่งชี้หรือเป็นข้อห้าม

ถึงแม้จะยังไม่มีข้อมูลมาพิสูจน์ แนวทางปฏิบัติในช่วงระหว่างการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพนั้น จะหยุดการใช้ฮอร์โมนประมาณ 1-4 สัปดาห์ ก่อนและหลังการผ่าตัด โดยส่วนใหญ่แล้วเป็นการผ่าตัดอวัยวะเพศ (Hembree et al., 2009) การปฏิบัติดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Hembree et al., 2009) และควรกลับมาเริ่มใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนและฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในช่วงหลังการผ่าตัด

หลังจากได้มีการสำรวจอย่างระมัดระวังแล้ว ผู้ทำวิจัยพบว่าไม่มีการเพิ่มของอัตราการเกิดโรคลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำในช่วงระหว่างการผ่าตัดในบุคคลข้ามเพศที่รับการผ่าตัด ในขณะที่ยังคงใช้ฮอร์โมนเพศตลอดระยะเวลาการผ่าตัด เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลข้ามเพศที่หยุดฮอร์โมนเพศก่อนการผ่าตัด (Gaither et al., 2018; Hembree et al., 2009; Kozato et al., 2021; Prince & Safer, 2020) การใช้ฮอร์โมนเพศนั้นเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะหลังจากการผ่าตัดต่อมเพศ เพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน และเพื่อคงให้มีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดี (Fisher, Castellini et al., 2016; Rosen et al., 2019) ดังนั้นผู้จ่ายฮอร์โมนและศัลยแพทย์ควรให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับความจำเป็นในการใช้ฮอร์โมนเพศหลังจากการผ่าตัดต่อมเพศออก

และเพื่อสามารถให้ความรู้กับผู้รับบริการและทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนที่ดี บุคลากรทางการแพทย์ควรมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ และควรทราบข้อมูลว่าศัลยแพทย์ที่จะส่งตัวผู้รับบริการไปนั้น มีความสามารถหรือมีผลการผ่าตัดเป็นอย่างไร (Beek, Kreukels et al.,

2015; Colebunders et al., 2017; Wiepjes et al., 2018) โดยทั่วไปแล้ว การผ่าตัดที่มีความจำเป็นทางการแพทย์นั้นอาจเกี่ยวข้องกับ 3 บริเวณของร่างกายคือ ใบหน้า หน้าอก/เต้านม และอวัยวะเพศ (ทั้งภายในและภายนอก) หัตถการที่มีความจำเป็นทางการแพทย์อื่น ๆ อาจรวมไปถึงการปรับรูปร่างและการผ่าตัดกล่องเสียง ดูคำแนะนำเกี่ยวกับความจำเป็นทางการแพทย์ในบทที่ 2 – การประยุกต์ใช้ทั่วโลก คำแนะนำ 2.1

มีหัตถการบริเวณใบหน้าหลายอย่างที่สามารทำได้เพื่อการยืนยันเพศสภาพ เช่น การผ่าตัดลดขนาดกระดูกอ่อนบริเวณกล่องเสียง (chondrolaryngoplasty) การเสริมจมูก (rhinoplasty) การปรับรูปร่างหรือระดับของกราม คาง แบนหน้าผาก การยกกระชับหน้า การกำจัดขนและการปลูกผม หรืออาจมีหัตถการนอกเหนือจากนี้ได้เช่นกัน (ดูบทที่ 13 – การผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด) หัตถการที่สามารถทำได้บริเวณหน้าอก/เต้านม เช่น การเสริมหน้าอก การตัดหน้าอกและปลูกถ่ายเต้านม การตัดหน้าอกโดยเปิดแผลบริเวณรอบรอบฐานเต้านม และการดูดไขมัน การผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพที่ทำบ่อยที่สุดในบุคคล TGD ที่มีเต้านมนั้นคือ การผ่าตัดหน้าอกออก (mastectomy) (Horbach et al., 2015; Kailas et al., 2017)

การผ่าตัดอวัยวะเพศภายในรวมถึง การผ่าตัดอวัยวะเพศออก การผ่าตัดมดลูกออก การผ่าตัดปีกมดลูกและรังไข่ออก การทำช่องคลอด การเย็บปิดช่องคลอดและการตัดช่องคลอดออก หรืออาจมีหัตถการอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ได้ (Horbach et al., 2015; Jiang et al., 2018) เยื่อผนังช่องคลอดนั้นโดยส่วนใหญ่แล้ว จะนำผิวหนังขององคชาติ หรือนำผิวหนังบริเวณอื่นมาปลูกถ่าย หรืออาจนำทั้งสองส่วนมาใช้ หรืออาจนำหนังลำไส้มาใช้ก็ได้ การผ่าตัดมดลูกและรังไข่ อาจทำแยกกัน หรือทำในครั้งเดียวกันเลยก็ได้ (การผ่าตัดมดลูกออก การผ่าตัดปีกมดลูกและรังไข่ออก และ การเย็บปิดช่องคลอด) หากต้องการจะทำการเย็บปิดช่องคลอดนั้น จำเป็นต้องทำการผ่าตัดมดลูกออกด้วยเสมอ รังไข่สามารถเก็บไว้ในช่องท้องหากผู้รับบริการต้องการ การเก็บรังไข่ไว้หนึ่งข้างหรือเก็บไว้ทั้งสองข้าง อาจมีประโยชน์ในแง่ของการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ ในขณะที่ความเสี่ยงของการเก็บรังไข่เอาไว้คือคือ การเกิดโรคเกี่ยวกับรังไข่ เช่น มะเร็งรังไข่ (De Roo et al., 2017)

การผ่าตัดอวัยวะเพศภายนอก รวมถึง การตกแต่งอวัยวะเพศหญิง ภายนอก การผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบเมตตอยด์ (metoidioplasty) และการผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบฟาลโล (phalloplasty) หรืออาจเป็นหัตถการอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ได้ (Djordjevic et al., 2008; Frey et al., 2016) โดยทั่วไปแล้วการกำจัดขนนั้นเป็นสิ่งจำเป็นก่อนทำหัตถการบริเวณอวัยวะเพศภายนอก (Marks et al., 2019) การผ่าตัดตกแต่งอวัยวะเพศหญิงภายนอกทำโดยการตกแต่งให้เกิดหัวหน้าว แคม คลิตอริส และรูเปิดของท่อปัสสาวะ การยึดท่อปัสสาวะนั้นเป็นตัวเลือกหนึ่งของการผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบเมตตอยด์และการผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบฟาลโล แต่อาจสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่สูงขึ้นมาก (Schechter & Safa, 2018) การดูแลแผลผ่าตัดและการทำกายภาพบำบัดนั้น เป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลแผลผ่าตัดที่ทำการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อมาสำหรับการผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบฟาลโล (van Caenegem, Verhaeghe

et al., 2013) การทำกายภาพบำบัดบริเวณอุ้งเชิงกรานนั้น มีความสำคัญ โดยเป็นตัวช่วยเสริมหลังจากผ่าตัด เพื่อให้มีการประสานและการทำงานเกี่ยวกับเพศได้ดีขึ้น (Jiang et al., 2019) การพูดคุยด้วยความเข้าใจและการสื่อสารที่ชัดเจนด้วยภาษาที่ใช้ทั่วไป ระหว่างผู้รับบริการ บุคลากรทางการแพทย์ และศิษย์แพทย์นั้น เป็นตัวช่วยเสริมให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัดสมบูรณ์มากขึ้น

คำแนะนำ 12.20

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์เริ่มการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนและใช้อย่างต่อเนื่องในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์*และมีความประสงค์ในขั้นตอนนี้ เนื่องจากทำให้สุขภาพจิตและสังคมดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดูเหตุผลสนับสนุนที่คำแนะนำ 12.21

คำแนะนำ 12.21

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์คงการใช้ฮอร์โมนที่ผู้รับบริการใช้อยู่ หากบุคคลข้ามเพศหรือผู้มีความหลากหลายทางเพศมีสุขภาพจิตที่แย่ง และทำการประเมินหาสาเหตุของสุขภาพจิตที่แย่ง เว้นเสียแต่ว่ามีข้อห้ามในการใช้ฮอร์โมน

มีปัญหาทางสุขภาพจิตหลายชนิดที่รายงานในกลุ่มบุคคลข้ามเพศ เช่น โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ความวิตกกังวล การไม่มั่นใจในตัวเอง และภาวะป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรง (Arcelus et al., 2016; Becerra-Culqui et al., 2018; Bouman et al., 2017; Eisenberg et al., 2017; Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018) รูปแบบการอธิบายความเครียดที่เกิดจากการเป็นเพศกลุ่มน้อยนั้น แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่เป็นตัวกลางหรือตัวควบคุมที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางสุขภาพจิตเหล่านี้ (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003) ตัวกลางหรือตัวควบคุมทางสุขภาพจิตที่จำเพาะต่อบุคคลข้ามเพศนั้น คือ ประสบการณ์การถูกแบ่งแยก การตกเป็นเหยื่อ การถูกระบุในเพศที่ไม่ใช่ตัวเอง การถูกปฏิเสธจากครอบครัว และความรู้สึกภายในที่กลัวบุคคลข้ามเพศ (Hendricks & Testa, 2012) ปัจจัยที่ส่งผลดีต่อสุขภาพจิตคือ การยอมรับจากครอบครัว การมีสังคมที่สนับสนุน การมีความสัมพันธ์แบบโรแมนติก การเชื่อมต่อกับชุมชนของบุคคลข้ามเพศ การมีนโยบายที่เอื้อต่อบุคคลข้ามเพศและครอบคลุมทุกคน การได้รับการปกป้องสิทธิจากนโยบายเหล่านั้น สิทธิในการเปลี่ยนชื่อทางกฎหมาย การเปลี่ยนเพศบนเอกสารสำคัญ การที่ได้เปลี่ยนแปลงร่างกายเป็นลักษณะของเพศที่ตนเองต้องการ ตามเป้าหมาย (Bauer et al., 2015; Bockting et al., 2013; Bouman et al., 2016; Davey et al., 2014; de Vries et al., 2014; Du Bois et al., 2018; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Hendricks & Testa, 2012; Keo-Meier et al., 2015; Meier et al., 2013; Pflum et al., 2015; Ryan et al., 2010; Smith et al., 2018)

การใช้ฮอร์โมนนั้น พบว่าส่งผลดีต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของบุคคล TGD ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่เริ่มใช้การรักษา (Aldridge et al., 2020; Allen et al., 2019; Bauer et al., 2015; Nobili et al., 2018; Russell et al., 2018; Ryan, 2009) และในหลายกรณี การใช้ฮอร์โมน

นั้นเป็นขั้นตอนที่ช่วยชีวิต (Allen et al., 2019; Grossman & D'Augelli, 2006; Moody et al., 2015) มีการศึกษาหลายการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างการเริ่มการใช้ฮอร์โมนและสุขภาพจิตที่ดีขึ้นทั้งในวัยเด็กและผู้ใหญ่ (Aldridge et al., 2020; Costa et al., 2016; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Nguyen et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016) รวมถึงทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Gorin-Lazard et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2013; Murad et al., 2010; Newfield et al., 2006; Nobili et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016) ช่วยบรรเทาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Aldridge et al., 2020; Colizzi et al., 2014; Davis & Meier, 2014; de Vries, Steensma et al., 2011; Gómez-Gil et al., 2012; Rowniak et al., 2019) ลดความเครียดและลดความหวาดระแวง (Keo-Meier & Fitzgerald, 2017) การศึกษาแบบควบคุมติดตามไปข้างหน้าโดยใช้เครื่องมือ Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) พบว่ามีการพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของมิติต่างทางจิตใจในชายข้ามเพศ หลังจากใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนไปแล้วเพียง 3 เดือนเท่านั้น (Keo-Meier et al., 2015) ถึงแม้พบอัตราการเกิดอาการออทิสซึมในบุคคลข้ามเพศมากขึ้น การใช้ฮอร์โมนนั้นไม่ทำให้อาการเหล่านี้เป็นมากขึ้น (Nobili et al., 2020)

ในขณะที่การบรรเทาอาการซึมเศร้า อาจสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายน้อยลง การหยุดการใช้ฮอร์โมนเพียงเพราะมีภาวะซึมเศร้าหรือการฆ่าตัวตายนั้น อาจส่งผลเสียมากกว่า (Keo-Meier et al., 2015; Levy et al., 2003) Turban, King และคณะ (2020) พบการลดลงของความคิดฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตของวัยรุ่นที่ต้องการการระงับการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์และเริ่มการรักษา นั่นเมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นที่ต้องการการรักษาเช่นกัน แต่ไม่สามารถเริ่มการรักษาได้ (Turban, King et al., 2020) การทบทวนอย่างเป็นระบบเมื่อไม่นานมานี้พบว่า การระงับการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับชีวิตสังคมที่ดีขึ้น การฆ่าตัวตายน้อยลงในวัยผู้ใหญ่ และมีการสุขภาพจิตโดยรวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Rew et al., 2020) เนื่องจากหลักฐานทางวิชาการพบว่า การใช้ฮอร์โมนมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับอาการของโรคซึมเศร้าและความวิตกกังวลที่น้อยลง การหยุดการใช้ฮอร์โมนจนกว่าอาการเหล่านี้จะได้รับการรักษาทางจิตเวชนั้น ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา (Keo-Meier et al., 2015) หากมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางจิตเวช สามารถเริ่มหรือทำไปพร้อมกันโดยไม่จำเป็นต้องหยุดการใช้ฮอร์โมน

*สำหรับเกณฑ์คุณสมบัติในวัยรุ่นและผู้ใหญ่นั้น โปรดดูที่บทที่ 5 – การประเมินในผู้ใหญ่และบทที่ 6 – วัยรุ่น และภาคผนวก D

บทที่ 13 การผ่าตัดและการดูแลหลังการผ่าตัด

การผ่าตัดปรับเพศสภาพ หรือ การยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด (gender-affirmation surgery, GAS) หมายถึงกลุ่มของกระบวนการที่ออกแบบมาเพื่อให้ร่างกายของบุคคลสอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางเพศ (ดูบทที่ 2 – การประยุกต์ใช้ทั่วโลกสำหรับความจำเป็นทางการแพทย์, คำแนะนำ 2.1) บทนี้จะอธิบายเกี่ยวกับการผ่าตัดและคำแนะนำในการดูแลหลังการผ่าตัดสำหรับผู้ใหญ่และวัยรุ่นที่เป็นบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender diverse; TGD) ดูบทที่ 5 – การประเมินในผู้ใหญ่และบทที่ 6 – วัยรุ่น สำหรับเกณฑ์การประเมินที่เกี่ยวกับการผ่าตัดสำหรับผู้ใหญ่และวัยรุ่น ตามลำดับ) ข้อสรุปของคำแนะนำและเกณฑ์การประเมินสามารถดูใน **ภาคผนวก D**

การตระหนักถึงชุมชนที่หลากหลายและแตกต่างกันของบุคคล TGD การผ่าตัดปรับเพศสภาพ หรือ การยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด (GAS) อาจแบ่งตามขั้นตอนของสเปกตรัมสำหรับบุคคลที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชาย (assigned male at birth, AMAB) และบุคคลที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิง (assigned female at birth, AFAB)

ในบุคคล TGD ที่ผ่านการผ่าตัดอย่างเหมาะสม เอกสารงานวิจัยในปัจจุบันสนับสนุนประโยชน์ของการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด (GAS) แม้อาจมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด แต่ส่วนมากมักไม่รุนแรงหรือสามารถรักษาได้ด้วยวิธีการดูแลแบบผู้ป่วยนอก (Canner et al., 2018; Gaither et al., 2018; Morrison et al., 2016) นอกจากนั้นภาวะแทรกซ้อนยังมีอัตราพอ ๆ กับการผ่าตัดที่ทำการวินิจฉัยอื่น (เช่น ไม่ใช่การผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ)

ในกลุ่มบุคคลที่บุคคลที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิง (AFAB) การผ่าตัดหน้าอกเพื่อยืนยันเพศสภาพ หรือ การศัลยกรรมตัดหน้าอก ได้มีการศึกษาทั้งแบบไปข้างหน้า (Agarwal et al., 2018; Frederick et al., 2017; Top & Balta, 2017; van de Grift, Elaut et al., 2017; van de Grift et al., 2016) และการศึกษาแบบย้อนหลัง (Bertrand et al., 2017; Claes et al., 2018; Esmonde et al., 2019; Lo Russo et al., 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Poudrier et al., 2019; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018) และการศึกษาภาคตัดขวางแบบสำรวจกลุ่มประชากร (Cross-sectional study) (Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; van de Grift, Elfering et al., 2018) เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการศัลยกรรมตัดหน้าอกและได้มีการแสดงให้เห็นในหลายด้าน รวมถึงในด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เพิ่มขึ้น มีความทุกข์ใจในเพศสภาพที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และความพึงพอใจต่อร่างกายและรูปลักษณ์ที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้อัตราต่อความเสียหายหลังผ่าตัดยังคงต่ำมาก โดยประมาณ 0 ถึง 4 % แม้ว่าผลของการศัลยกรรมตัดหน้าอกอาจทำให้เกิดผลกระทบเพิ่มเติม เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการทำงานของสมรรถภาพเพศ แต่ในการศึกษาก็ยังไม่เพียงพอต่อการสรุปผลที่ชัดเจน แม้ว่าจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนยิ่งขึ้น แต่หลักฐานแสดงให้เห็นว่าการศัลยกรรมตัดหน้าอกเป็นการเปลี่ยนแปลงจากธรรมชาติที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

ในส่วนของกลุ่มบุคคลที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชาย (AMAB) ยังคงมีการเผยแพร่การศึกษาค้นคว้าที่มีจำนวนน้อยกว่าเกี่ยวกับการผ่าตัดเสริมหน้าอก หรือ การศัลยกรรมเสริมหน้าอก โดยมีการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า 2 เรื่อง (Weigert et al., 2013; Zavlin et al., 2018) และการศึกษาย้อนหลัง 1 เรื่อง (Fakin et al., 2019) และการศึกษาภาคตัดขวางแบบสำรวจกลุ่มประชากร 3 เรื่อง (Kanhai et al., 2000; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018) การศึกษาทั้งหมดได้รายงานว่าการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยอิงจากความพึงพอใจของผู้รับบริการ รวมถึงไปความพึงพอใจทั่วไป ความพึงพอใจต่อภาพลักษณ์ของร่างกาย และภาพลักษณ์ของร่างกายหลังการผ่าตัด Owen-Smith และคณะ (2018) แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในแนวโน้มเชิงบวกที่มีระดับดีขึ้นจากการเสริมหน้าอก อย่างไรก็ตามยังไม่มี การเปรียบเทียบทางสถิติระหว่างผู้ที่เข้ารับการศัลยกรรมตัดหน้าอกกับกลุ่มอื่น ๆ

การผ่าตัดสร้างช่องคลอดเป็นหนึ่งในวิธีการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพที่มีรายงานบ่อยที่สุด โดยมีการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าจำนวน 8 การศึกษา (Buncamper et al., 2017; Cardoso da Silva et al., 2016; Kanhai, 2016; Manero Vazquez et al., 2018; Papadopulos, Zavlin et al., 2017; Tavakkoli Tabassi et al., 2015; Wei et al., 2018; Zavlin et al., 2018) การศึกษาย้อนหลัง 15 การศึกษา (Bouman, van der Sluis et al., 2016; Buncamper et al., 2015; Hess et al., 2016; Jiang et al., 2018; LeBreton et al., 2017; Manrique et al., 2018; Massie et al., 2018; Morrison et al., 2015; Papadopulos, Lelle et al., 2017; Raigosa et al., 2015; Salgado et al., 2018; Seyed-Frootan et al., 2018; Sigurjonsson et al., 2017; Simonsen et al., 2016; Thalavirithan et al., 2018) และการศึกษาภาคตัดขวางแบบสำรวจกลุ่มประชากร 3 การศึกษาในไม่นานมานี้ (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018)

แม้ว่าจะใช้การวัดผลการประเมินที่แตกต่างกัน แต่ผลลัพธ์จากการศึกษาทั้งหมดรายงานถึงความพึงพอใจในระดับสูง (78–100%) และรวมถึงความพึงพอใจในการใช้งานทางเพศ (75–100%) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้เทคนิคการผ่าตัดล่าสุดของการผ่าตัดสร้างช่องคลอดที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำและอัตราการเสียใจหลังผ่าตัดต่ำ (0–8%)

ผลรายงานในปัจจุบันสะท้อนให้เห็นถึงความสนใจที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับเทคนิคการผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบเมตตอยด์ (metoidioplasty) และการผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบฟาโลโล (phalloplasty) โดยสะท้อนจากการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า 3 ครั้ง (Garaffa et al., 2010; Stojanovic et al., 2017; Vukadinovic et al., 2014) การศึกษาย้อนหลัง 6 ครั้ง (Cohanzad, 2016; Garcia et al., 2014; Simonsen et al., 2016; van de Grift, Pigot et al., 2017; van der Sluis et al., 2017; Zhang et al., 2015) และการศึกษาภาคตัดขวางแบบสำรวจกลุ่มประชากร 4 ครั้ง (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wierckx, Van Caenegem et al., 2011) ซึ่งแสดงให้เห็น

คำแนะนำ

- 13.1 – เราแนะนำให้ศัลยแพทย์ที่ทำการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้:
- 13.1.a – ได้รับการฝึกอบรมและรับการกำกับดูแลโดยมีเอกสารยืนยันเกี่ยวกับการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด
- 13.1.b – ทำการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพอย่างต่อเนื่อง
- 13.1.c – มีความรู้เกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกทางเพศที่หลากหลาย
- 13.1.d – มีการศึกษาต่อเนื่องในด้านการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ
- 13.1.e – มีการติดตามผลการผ่าตัด
- 13.2 – เราแนะนำให้ศัลยแพทย์ประเมินบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัดเสริมหน้าอกหรือการตัดหน้าอกออก
- 13.3 – เราแนะนำให้ศัลยแพทย์แจ้งบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ ที่เข้ารับการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัดเกี่ยวกับข้อปฏิบัติหลังการผ่าตัด การเดินทาง ที่พัก และความสำคัญของการติดตามหลังการผ่าตัด ในระหว่างขั้นตอนการประเมินก่อนการผ่าตัด
- 13.4 – เราแนะนำให้ศัลยแพทย์หรือถึงทางเลือกเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์แก่บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศก่อนการผ่าตัดต่อมเพศออก
- 13.5 – เราเสนอให้ศัลยแพทย์พิจารณาเสนอการผ่าตัดต่อมเพศออกกับผู้ใหญ่ข้ามเพศและผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* เมื่อมีหลักฐานว่าพวกเขาใช้ฮอร์โมนอย่างน้อย 6 เดือน (เว้นแต่ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ฮอร์โมนหรือการกวดการทำงานของต่อมเพศ หรือขั้นตอนนี้ไม่สอดคล้องกับความต้องการ เป้าหมาย หรือการแสดงออกตามอัตลักษณ์ทางเพศของผู้รับบริการ)
- 13.6 – เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์พิจารณาการผ่าตัดอวัยวะเพศเพื่อการยืนยันเพศสภาพในผู้ใหญ่ข้ามเพศและผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* ที่ต้องการหัตถการเหล่านี้ เมื่อมีหลักฐานว่าพวกเขามีความถี่ของการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ที่ได้รับในปัจจุบัน (ซึ่งอาจรวมถึงการใช้ฮอร์โมนอย่างน้อย 6 เดือนหรือนานกว่า หากขั้นตอนนี้มีความจำเป็นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของการผ่าตัดที่ต้องการ เว้นแต่ว่า ไม่ต้องการใช้ฮอร์โมนหรือเป็นข้อห้ามทางการแพทย์)
- 13.7 – เราแนะนำให้ศัลยแพทย์พิจารณาการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัดในวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* เมื่อมีหลักฐานว่าได้รับการประเมินโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เกี่ยวข้องในขั้นตอนการตัดสินใจ
- 13.8 – เราแนะนำให้ศัลยแพทย์ปรึกษาทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาสุขภาพบุคคลข้ามเพศอย่างครอบคลุม ในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* หากมีความต้องการการทำศัลยกรรมที่เฉพาะบุคคล (ก่อนหน้านี้เรียกว่า “ไม่เป็นมาตรฐาน”) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด
- 13.9 – เราเสนอให้ศัลยแพทย์ผู้ให้การดูแลชายข้ามเพศหรือผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ทำการผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบเมตอไดออสตี (metoidioplasty) และการผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบฟาโล (phalloplasty) สนับสนุนให้มีการตรวจติดตามเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะไปตลอดชีพ
- 13.10 – เราแนะนำให้ศัลยแพทย์ผู้ดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ ผู้ได้รับการผ่าตัดสร้างช่องคลอด สนับสนุนให้มีการตรวจติดตามกับศัลยแพทย์แพทย์ระดับปฐมภูมิ และสูตินรีแพทย์
- 13.11 – เราแนะนำให้ผู้รับบริการที่รู้สึกเสียใจกับการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัดนั้น ได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ

*สำหรับเกณฑ์คุณสมบัติในวัยรุ่นและผู้ใหญ่นั้น โปรดดูที่บท การประเมินในผู้ใหญ่และบทวัยรุ่น และภาคผนวก D

ถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของขั้นตอนเหล่านี้

ในแง่ของการทำงานของระบบปัสสาวะผู้เข้าร่วมการศึกษาระหว่าง 75 ถึง 100% สามารถทำได้ในขณะที่อยู่ในขณะที่การใช้งานทางเพศ พบว่ามีความพึงพอใจใน 77 ถึง 95% ของผู้เข้าร่วมการศึกษาศึกษาส่วนใหญ่รายงานถึงระดับความพึงพอใจโดยรวมหลังการผ่าตัดอยู่ในระดับสูง (ช่วง 83–100%) โดยมีอัตราความพึงพอใจสูงกว่าในการศึกษาเกี่ยวกับเทคนิคการผ่าตัดรูปแบบใหม่ จากการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า 2 ครั้งและการศึกษาย้อนหลัง 2 ครั้ง โดยประเมินจากความเสียใจหลังการผ่าตัดพบว่าชายข้ามเพศไม่มีความรู้สึกเสียใจหลังผ่าตัดเลย แม้ว่าจะมีภาระบุงอุงจำกัดในการศึกษา แต่ผลลัพธ์ที่รายงานนั้นมีความสอดคล้องและตรงไปตรงมา

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา การผ่าตัดใบหน้าเพื่อยืนยันเพศสภาพได้รับความสนใจมากขึ้นในปัจจุบัน และมีรายงานสนับสนุนประโยชน์ของการผ่าตัด 8 ฉบับ ดังนี้ การการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า 1 ครั้ง (Morrison et al., 2020) การศึกษาย้อนหลัง 5 ครั้ง (Bellinga et al., 2017; Capitán et al., 2014; Noureai et al., 2007; Raffaini et al.,

2016; Simon et al., 2022) และการศึกษาภาคขวางแบบสำรวจกลุ่มประชากร 2 ครั้ง (Ainsworth & Spiegel, 2010; van de Griff, Elaut et al., 2018) จากการศึกษาทั้ง 8 ครั้ง แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าผู้ได้รับการผ่าตัดมีความพึงพอใจอย่างมากกับผลการผ่าตัดของตน (ระหว่าง 72% ถึง 100% ของผู้เข้าร่วมการศึกษา) นอกจากนี้ผู้ได้รับการผ่าตัดมีความพึงพอใจกับลักษณะใบหน้าของตนเองมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาแบบไปข้างหน้าระหว่างประเทศในหลายสถานพยาบาลพบว่า การผ่าตัดบนใบหน้าเพื่อยืนยันเพศสภาพช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตทั้งในระยะกลางและระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ (Morrison et al., 2020) ผลลัพธ์นั้นตรงและสอดคล้องกัน แต่ค่อนข้างคลุมเครือเนื่องจากข้อจำกัดในการศึกษาบางประการ แม้ว่าการทำศัลยกรรมใบหน้าเพื่อยืนยันเพศสภาพสำหรับบุคคล AFAB จะเป็นสาขาใหม่แต่ข้อมูลที่จำกัดในปัจจุบันชี้ให้เห็นถึงผลประโยชน์ที่ในผู้ที่เลือกทำและยังควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

หัตถการอื่น ๆ เช่น การกำจัดขน (ก่อนการผ่าตัดใบหน้าและ/หรืออวัยวะเพศ) อาจจำเป็นต้องใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการก่อนการ

ผ่าตัด ควบคู่กัน 15 – การดูแลปฐมภูมิ นอกจากนี้การปรึกษาหารือกับการทำกายภาพบำบัดบริเวณอุ้งเชิงกรานอาจมีความสำคัญทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

การผ่าตัดรวมไปถึง (สำหรับรายการทั้งหมดดูภาคผนวก E และตอนท้ายของบทนี้)

AMAB: ศัลยกรรมปรับรูปหน้าให้มีลักษณะเป็นผู้หญิง (รวมถึง การผ่าตัดลดขนาดกระดูกอ่อนบริเวณต่อมไทรอยด์ หรือ การผ่าตัดเส้นเสียง, chondrolaryngoplasty/vocal cord) ศัลยกรรมเสริมหน้าอก การปรับรูปร่าง การตัดอัมตะ การสร้างช่องคลอด (vaginoplasty)/ ศัลยกรรมตกแต่งอวัยวะเพศ (vulvoplasty) การทำศัลยกรรมความงามอื่น ๆ (เช่น การกำจัดขน)

AFAB: ศัลยกรรมปรับรูปหน้าให้มีลักษณะเป็นผู้ชาย ศัลยกรรมตัดหน้าอก การผ่าตัดมดลูก/รังไข่ การผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบเมตตอยด์ (metoidioplasty) (รวมถึงการจัดวางอัมตะเทียม) การผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบฟาโล (Phalloplasty) (รวมถึงการจัดวางอัมตะ/องคชาตเทียม) กระบวนการปรับรูปร่าง กระบวนการเสริมความงามอื่น ๆ และขั้นตอนที่ออกแบบมาเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัด (เช่น การกำจัดขน)

ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ศัลยแพทย์ต้องเข้าใจข้อบ่งชี้และระยะเวลาสำหรับการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น (ดูบทที่ 6 – วัยรุ่น)

สิ่งสำคัญคือศัลยแพทย์และผู้รับบริการต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งรวมถึง

1) การดูแลสหสาขาวิชาชีพ 2) ความเข้าใจในเป้าหมายและความคาดหวังของผู้รับบริการ 3) การอภิปรายเกี่ยวกับตัวเลือกของการผ่าตัดและความเสี่ยงและประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง 4) แผนการดูแลหลังผ่าตัด (ดูบทที่ 5 – การประเมินในผู้ใหญ่) คำแนะนำเหล่านี้ควรออกแบบมาเพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลเป็นรายบุคคล

การดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผลลัพธ์ (Buncamper et al., 2015; Lawrence, 2003) และเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้รับบริการควรได้รับแจ้งเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด (รวมถึงการดูแลบาดแผลเฉพาะที่ การจำกัดกิจกรรม การหยุดพักจากที่ทำงาน หรือโรงเรียน ฯลฯ) นอกจากนี้ สิ่งสำคัญคือศัลยแพทย์ต้องพร้อมให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการดูแลหลังการผ่าตัด หรือมีการส่งต่อไปสถานบริการเฉพาะทางหรือทั้งสองเมื่อความจำเป็น ซึ่งรวมถึงความต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง (เช่น ทั้งจากผู้ดูแลและแพทย์ปฐมภูมิ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (MHPs) หรือทั้งสองอย่าง) รวมถึงการดูแลเบื้องต้นตามปกติ (เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม การดูแลระบบทางเดินปัสสาวะ/สูตินรีเวช ฯลฯ)

เนื่องจากการเพิ่มขึ้นทั้งในด้านความสนใจจากสาธารณะและในจำนวนของขั้นตอนการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ (Canner et al., 2018; Ross, 2017; Shen et al., 2019) ศัลยแพทย์จึงมีความจำเป็นต่อการฝึกอบรมเพิ่มเติม พร้อมติดตามผลลัพธ์ รวมถึงการศึกษาอย่างต่อเนื่องทางการแพทย์ (Schechter et al., 2017)

คำแนะนำทุกคำแนะนำในบทนี้ ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการ

ทบทวนหลักฐานทางวิชาการและประเมินถึงประโยชน์และอันตราย อีกทั้งการประเมินและความนิยมจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้ เราตระหนักดีว่าในบางกรณี หลักฐานทางวิชาการนั้นมียังจำกัดและการบริการบางอย่าง ไม่สามารถเข้าถึงได้หรือไม่สามารถทำได้

คำแนะนำ 13.1

เราแนะนำให้ศัลยแพทย์ที่ทำการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้:

- ได้รับการฝึกอบรมและรับการกำกับดูแลโดยมีเอกสารยืนยันเกี่ยวกับการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด
- ทำการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพอย่างต่อเนื่อง
- มีความรู้เกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกทางเพศที่หลากหลาย
- มีการศึกษาต่อเนื่องในด้านการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ
- มีการติดตามผลการผ่าตัด

ศัลยแพทย์ที่ให้บริการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด อาจมีการฝึกอบรมและภูมิหลังเฉพาะทางในการผ่าตัดที่หลากหลาย โดยการผ่าตัดเฉพาะทางที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ศัลยกรรมตกแต่ง ระบบทางเดินปัสสาวะ นรีเวชวิทยา โสต คอ นาสิกวิทยา และศัลยกรรมใบหน้าและขากรรไกร (Jazayeri et al., 2021)) โดยจะแนะนำให้เฉพาะศัลยแพทย์ที่ได้รับการรับรองหรือมีสิทธิ์ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพระดับชาติของตนเท่านั้นที่เป็นผู้ดูแลการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด นอกจากนี้ แนะนำให้ศัลยแพทย์ที่ให้การดูแลบุคคล TGD ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับขั้นตอนการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัดและหลักการดูแลการยืนยันเพศ (Schechter et al., 2017; Schechter & Schechter, 2019) ซึ่งรวมถึงความรู้เกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกทางเพศที่หลากหลาย และผลกระทบต่อเป้าหมายในการรักษา ความคาดหวังและผลลัพธ์ของการรักษาด้วยนับเป็นสิ่งสำคัญที่ศัลยแพทย์ที่เสนอการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัดควรมีความคุ้นเคยกับหัตถการและสามารถให้คำแนะนำเพื่อขอการยินยอมในการรักษาด้วยการบอกกล่าวได้ หากศัลยแพทย์ไม่ทำหัตถการที่ผู้รับบริการต้องการให้ได้ อาจพิจารณาส่งต่อเพื่อความเห็นเพิ่มเติม ศัลยแพทย์ที่ทำการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ในสาขาการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด (เช่น การประชุม การสัมมนา การสัมมนา ฯลฯ) เพื่อให้มีความรู้ที่ทันสมัย เราแนะนำให้ศัลยแพทย์ติดตามผลการผ่าตัดและการสื่อสารกับผู้รับบริการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว ซึ่งได้ทำไว้ก่อนการผ่าตัด (Schechter et al., 2017)

นอกจากนี้ โรงพยาบาล สถาบัน และสำนักงานแพทย์ที่ให้บริการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับ วัฒนธรรม (เช่น ภาษา คำศัพท์ ฯลฯ) สิ่งนี้อาจต้องให้พนักงานมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

คำแนะนำ 13.2

เราแนะนำให้ศัลยแพทย์ประเมินบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัดเสริมหน้าอกหรือการตัดหน้าอกออก

ก่อนการเสริมหน้าอกหรือการตัดหน้าอก ผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับข้อมูลและมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม รวมถึงการกลายพันธุ์ทางพันธุกรรม (เช่น BRCA1, BRCA2) ประวัติครอบครัวอายุ การฉายรังสี การได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน และปริมาณของเนื้อเยื่อเต้านมที่คาดว่าจะยังคงอยู่หลังการผ่าตัด (Brown, Lourenco et al., 2021; Brown & Jones, 2015; Colebunders et al., 2014; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจำเป็นต้องพิจารณาส่งตรวจทางรังสีวิทยา ตรวจเพิ่มเติมหรือทำหัตถการอื่น ๆ ที่เหมาะสม โดยในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการคัดกรองตามที่เฉพาะเจาะจงสำหรับบุคคลข้ามเพศ (Salibian et al., 2021) แต่อย่างไรก็ตามมีแนวทางล่าสุดที่เสนอโดย American College of Radiology (Brown, Lourenco et al., 2021) ความเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านมในบุคคลที่ต้องการเสริมหน้าอกหรือตัดเต้านมเพื่อการยืนยันเพศสภาพมีความคล้ายคลึงกับประชาชนทั่วไป (แม้จะมีการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพด้วย) จึงควรปฏิบัติตามแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งตามแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ (Brown & Jones, 2015; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010) บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับแนวทางปฏิบัติเหล่านี้ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ บุคคลที่ได้รับการผ่าตัดหน้าอกเพื่อการยืนยันเพศสภาพ ควรมีการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมอย่างต่อเนื่องซึ่งควรได้รับการดูแลโดยแพทย์ปฐมภูมิ

คำแนะนำ 13.3

เราแนะนำให้ศัลยแพทย์แจ้งบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ ที่เข้ารับการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัดเกี่ยวกับข้อปฏิบัติหลังการผ่าตัด การเดินทาง ที่พัก และความสำคัญของการติดตามหลังการผ่าตัด ในระหว่างขั้นตอนการประเมินก่อนการผ่าตัด

รายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลา เทคนิค และระยะเวลาการดูแลหลังการผ่าตัด ควรมีการแจ้งกับผู้รับบริการในช่วงก่อนการผ่าตัด เพื่อให้มีการวางแผนอย่างเหมาะสม ซึ่งรวมถึงการอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดที่คาดการณ์ไว้ (และข้อกำหนดการเดินทางที่เกี่ยวข้อง) เนื่องจากจำนวนศัลยแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดยืนยันเพศสภาพยังมีจำนวนน้อย จึงเป็นเรื่องปกติที่ผู้รับบริการจะเดินทางเพื่อมาทำหัตถการ ศัลยแพทย์ควรจัดตารางการติดตามผลหลังการผ่าตัดให้กับผู้รับบริการตั้งแต่ออกก่อนการผ่าตัด ศัลยแพทย์ควรหารือเกี่ยวกับระยะเวลาของวันเดินทาง การเข้าพักทั้งแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก และความเป็นไปได้ที่อาจมีการคลาดเคลื่อนในการเดินทาง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเกิดภาวะแทรกซ้อน) เนื่องจากความซับซ้อนและค่าใช้จ่ายในการเดินทางและที่พัก ควรแจ้งให้ผู้รับบริการทราบโดยเร็วที่สุดหากมีการเปลี่ยนแปลงแผนการดูแล ศัลยแพทย์ควรอำนวยความสะดวกในการดูแลต่อเนื่อง โดยประสานงานกับแพทย์ท้องถิ่นเมื่อผู้รับบริการกลับไปถึงบ้าน

การดูแลและติดตามผลหลังการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญ การผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพนั้นมักมีการดูแลหลังผ่าตัดที่เจาะจง เช่น สิ่งที่เป็นผลหลังการผ่าตัด (การมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยและอยู่ตัวการมีทรัพยากรสำหรับการเดินทางและการตรวจติดตาม) คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมเชิงบวกต่อสุขภาพ (เช่น สุขอนามัยส่วนบุคคล การใช้ชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ การป้องกันภาวะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (Wierckx, Van Caenegem et al., 2011) ข้อควรระวังหลังการผ่าตัดหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (เช่น การอาบน้ำ กิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย คำแนะนำด้านโภชนาการ การเริ่มกิจกรรมทางเพศ) (Capitán et al., 2020) การกลับมาใช้ยาหลังการผ่าตัด (เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ฮอร์โมน ฯลฯ) และกิจกรรมการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดอย่างละเอียด (เช่น การขยายช่องคลอดหลังการผ่าตัดและการสวนล้าง การใช้งานอวัยวะเพศชายใหม่ การเพิ่มประสิทธิภาพในการปัสสาวะหลังการผ่าตัด คำแนะนำสำหรับการดูแลหลังปลูกผม) (Capitán et al., 2017; Falcone et al., 2018; Garcia, 2018; Hoebeke et al., 2005) บางแง่มุมของการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด อาจถูกนำมาอธิบายก่อนการผ่าตัดและพูดเสริมอีกครั้งหลังการผ่าตัด (Falcone et al., 2018) ปัญหาต่าง ๆ เช่น การปริชของบาดแผล การขยายช่องคลอดยาก และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อาจเกิดขึ้นได้ (Dy et al., 2019) การตรวจติดตามจึงเป็นโอกาสในการตรวจสอบและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ (Buncamper et al., 2016; Garcia, 2021)

คำแนะนำ 13.4

เราแนะนำให้ศัลยแพทย์หารือถึงทางเลือกเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์แก่บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศก่อนการผ่าตัดต่อมเพศออก

ภาวะมีบุตรยากมักเป็นผลมาจากการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน (ชั่วคราว) และการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ (ถาวร) และการรักษาภาวะเจริญพันธุ์ควรได้รับการหารือก่อนการใช้ยาหรือการผ่าตัดหรือทั้งสองอย่าง (Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Jahromi et al., 2021; Jones et al., 2021) การผ่าตัดที่เปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายวิภาคหรือการทำงานของระบบสืบพันธุ์ อาจจำกัดทางเลือกในการสืบพันธุ์ในอนาคตในระดับที่แตกต่างกันไป (Nahata et al., 2019)) ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องหารือเกี่ยวกับความเสี่ยงในการมีบุตรยากและตัวเลือกการรักษาภาวะมีบุตรยากกับบุคคลข้ามเพศและครอบครัวของพวกเขา ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการใด ๆ (Hembree et al., 2017)

สำหรับคำแนะนำเฉพาะเกี่ยวกับทางเลือกในการเจริญพันธุ์ ดูบทที่ 16 – สุขภาพการเจริญพันธุ์

คำแนะนำ 13.5

เราเสนอให้ศัลยแพทย์พิจารณาเสนอการผ่าตัดต่อมเพศออกกับผู้ป่วยข้ามเพศและผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* เมื่อมีหลักฐานว่าพวกเขาใช้ฮอร์โมนอย่างน้อย 6 เดือน (เว้นแต่ไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ฮอร์โมนหรือการกักการทำงานของต่อมเพศหรือขั้นตอนนี้ไม่สอดคล้องกับความต้องการ เป้าหมาย หรือการแสดงออกตามอัตลักษณ์ทางเพศของผู้รับบริการ) ดูเหตุผลสนับสนุนที่คำแนะนำ 13.6

คำแนะนำ 13.6

เราเสนอให้บุคลากรทางการแพทย์พิจารณารักษาการผ่าตัดอวัยวะเพศเพื่อการยืนยันเพศสภาพในผู้ป่วยข้ามเพศและผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* ที่ต้องการหัตถการเหล่านี้ เมื่อมีหลักฐานว่าพวกเขามีความคงที่ของการดูแลทางการแพทย์ที่ได้รับในปัจจุบัน (ซึ่งอาจรวมถึงการใช้ฮอร์โมนอย่างน้อย 6 เดือนหรือนานกว่า หากขั้นตอนนี้มีความจำเป็นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของการผ่าตัดที่ต้องการ เว้นแต่ว่า ไม่ต้องการใช้ฮอร์โมนหรือเป็นข้อห้ามทางการแพทย์)

การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค สรีรวิทยาและจิตใจ การเริ่มต้นของผลทางกายวิภาค (เช่น การเจริญเติบโตของคลิตอริส การฝ่อของผนังช่องคลอด) อาจเริ่มเปลี่ยนแปลงไม่นานหลังเริ่มฮอร์โมนและคาดว่าจะมีผลสูงสุดใน 1-2 ปี (T'Sjoen et al., 2019) ขึ้นอยู่กับผลการผ่าตัดที่ต้องการ อาจจำเป็นต้องได้การใช้ฮอร์โมนมาระยะเวลาหนึ่ง (เช่น การทำให้คลิตอริสใหญ่ และมีเส้นเลือดมาหล่อเลี้ยง ยิ่งเพียงพอก่อนทำ metoidioplasty/phalloplasty) หรือเป็นประโยชน์ด้วยเหตุผลทางจิตวิทยา เหตุผลทางกายวิภาค หรือทั้งสองอย่าง (การเจริญเติบโตของเต้านมและการขยายตัวของผิวหนังก่อนการเสริมหน้าอก การทำผิวหนังอ่อนนุ่มลงและการกระจายของไขมันบนใบหน้าที่เปลี่ยนไปก่อนการศัลยกรรมใบหน้า) (de Bloket et al., 2021)

สำหรับผู้ที่ไม่ได้รับฮอร์โมนมาก่อนการผ่าตัด ศัลยแพทย์จำเป็นต้องทบทวนว่าควรรับฮอร์โมนก่อนการผ่าตัดหรือไม่

สำหรับบุคคลที่ได้รับการผ่าตัดต่อมเพศออกและไม่ได้รับการใช้ฮอร์โมนมาก่อน การวางแผนเพื่อให้ฮอร์โมนทดแทนนั้นสามารถทำได้โดยบุคลากรทางการแพทย์ผู้สั่งจ่ายฮอร์โมนก่อนทำการผ่าตัด

คำแนะนำ 13.7

เราแนะนำให้ศัลยแพทย์พิจารณารักษาการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัดในวัยรุ่นข้ามเพศและวัยรุ่นผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* เมื่อมีหลักฐานว่าได้รับการประเมินโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เกี่ยวข้องในขั้นตอนการตัดสินใจ

มีหลักฐานเชิงประจักษ์มากมาย (ทั้งจากการศึกษาแบบสังเกตการณ์ (Monstrey et al., 2001; Stojanovic et al., 2017) การทบทวนวรรณกรรมและความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Esteva de Antonio et al., 2013; Frey et al., 2017; Hadj-Moussa et al.,

2019; Pan & Honig, 2018) แนวทางเวชปฏิบัติที่มีอยู่ (Byne et al., 2018; Chen, Fuqua et al., 2016; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; Klein, Paradise et al., 2018; Weissler et al., 2018) รวมไปถึงการวิเคราะห์ข้อมูลในเรื่องเดียวกัน (Gerritse et al., 2018) ที่สนับสนุนความสำคัญของทีมสหวิชาชีพ (ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และศัลยแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของทีม) ในการให้การดูแลสุขภาพบุคคลข้ามเพศ

การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่งในแง่ของการจัดการสุขภาพจิตซึ่งอาจเกิดขึ้นในบุคคล TGD ที่ได้รับการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด (de Freitas et al., 2020; Dhejne et al., 2016; van der Miesen et al., 2016) นอกจากนั้นแพทย์ระดับปฐมภูมิและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์อื่น ๆ สามารถช่วยสนับสนุนในการตัดสินใจเกี่ยวกับเวลาของการผ่าตัด ผลลัพธ์ของการผ่าตัดและความคาดหวังจากการผ่าตัด รวมไปถึงการใช้ฮอร์โมนในช่วงระหว่างการผ่าตัด และการดูแลโรคประจำตัวต่าง ๆ ให้สงบ พร้อมกันไปด้วย (Elamin et al., 2010; Hembree et al., 2017)

สำหรับคำแนะนำที่จำเพาะเกี่ยวกับการประเมินวัยรุ่นช่วงก่อนผ่าตัด ดูบทที่ 6 -- วัยรุ่น

คำแนะนำ 13.8

เราแนะนำให้ศัลยแพทย์ปรึกษาทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาสุขภาพบุคคลข้ามเพศอย่างครอบคลุม ในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าเกณฑ์* หากมีความต้องการการทำศัลยกรรมที่เฉพาะบุคคล (ก่อนหน้านี้เรียกว่า “ไม่เป็นมาตรฐาน”) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด

อัตลักษณ์ทางเพศอาจแสดงออกมาในสเปกตรัมและการแสดงออกของอัตลักษณ์ของบุคคลอาจแตกต่างกันค่อนข้างมากในแต่ละบุคคล (Beek et al., 2015; Koehler et al., 2018) ในขณะที่ เป้าหมายโดยรวมของขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง มักมุ่งเน้นไปที่การลดความทุกข์ใจในเพศสภาพ (van de Grift, Elaut et al., 2017) หรือการบรรลุความสอดคล้องทางเพศ ความหลากหลายทางเพศนี้อาจนำไปสู่การร้องขอการผ่าตัดเฉพาะบุคคล ซึ่งบางคนอาจมองว่า “ไม่เป็นมาตรฐาน” (Beek et al., 2015; Bizic et al., 2018) คำขอศัลยกรรมที่ปรับแต่งเฉพาะบุคคลอาจแบ่งเป็น 1) ขั้นตอนที่เปลี่ยนแปลงการแสดงออกทางเพศของบุคคล โดยไม่ได้ระบุว่าเป็นเพศใดในกรอบสองเพศ 2) การผสมผสานที่ “ไม่เป็นมาตรฐาน” ของขั้นตอนที่เป็นที่ยอมรับ และ 3) ทั้งสองอย่าง

สิ่งนี้ออกแบบมาเพื่อช่วยให้คำปรึกษาและแจ้งให้ผู้รับบริการทราบตลอดจนเพื่อให้แน่ใจว่าเป้าหมายของพวกเขาสามารถบรรลุได้ ผู้รับบริการและศัลยแพทย์จึงจำเป็นต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้แน่ใจว่าความคาดหวังของผู้รับบริการนั้นอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงและสามารถบรรลุผลได้ และขั้นตอนที่เสนอนั้นปลอดภัยและเป็นไปได้ในทางเทคนิค ผู้รับบริการและทีมศัลยกรรมจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน (Cavanaugh et al., 2016) กระบวนการขอความยินยอมในการรักษาเมื่อได้รับการบอกกล่าว จำเป็นต้องระบุถึงผลที่ไม่สามารถย้อนกลับได้ ลักษณะใหม่ของขั้นตอนบางอย่าง และ

ข้อมูลที่มีอยู่อย่างจำกัดเกี่ยวกับผลลัพธ์ระยะยาว

คำแนะนำ 13.9

เราเสนอให้ศัลยแพทย์ผู้ให้การดูแลชายข้ามเพศหรือผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ทำการผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบเมตตอยด์ (metoidioplasty) และการผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบฟาโล (phalloplasty) สนับสนุนให้มีการตรวจติดตามเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะไปตลอดชีพ

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหลังการผ่าตัด metoidioplasty/phalloplasty ประกอบด้วย ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะและการทำงานทางเพศ (Kang et al., 2019; Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019) รายงานภาวะแทรกซ้อนของท่อปัสสาวะ (ที่เกี่ยวข้องกับการทำให้ท่อปัสสาวะยาวขึ้น) ได้แก่ ท่อปัสสาวะตีบ 35–58% ท่อปัสสาวะรั่ว 15–70% (Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019) การเปิดกระเปาะในท่อปัสสาวะหรือการเกิด ถุงน้ำเมือกที่เกิดจากช่องคลอดที่เหลืออยู่และการมีขนขึ้นภายในท่อปัสสาวะใหม่ (Berli et al., 2021; Veerman et al., 2020) ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานทางเพศ รวมถึง การสูญเสียประสาทสัมผัสหรือการกระตุ้นจากสิ่งเร้า ปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการถึงสุดยอด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากองคชาตเทียม (Kang et al., 2019; Santucci, 2018) ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับองคชาตเทียมนั้น อาจเกิดการติดเชื้อ (อุบัติการณ์ประมาณ 8 - 12%) การไม่สามารถทำงานได้ การมีแผลบริเวณท่อปัสสาวะ มีการติ่งรังของผิวหนังหรือมีการเลื่อนในตำแหน่งที่ยึดติดกับกระดูก (Falcone et al., 2018; Kang et al., 2019; Morrison et al., 2016) ถึงแม้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับท่อปัสสาวะหรืออวัยวะเทียมนั้น มักเกิดขึ้นทันทีหรือเกิดขึ้นในช่วงหลังผ่าตัดไม่นาน ภาวะแทรกซ้อนนี้อาจเกิดขึ้นได้เมื่อไหร่ก็ได้ การตรวจพบในระยะเริ่มแรกสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและผลเสีย (เช่น ท่อปัสสาวะตีบ ท่อปัสสาวะรั่ว การฉีกขาดขององคชาตเทียม) ซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อและต้องทำการผ่าตัดออก) (Blecher et al., 2019)

การตรวจติดตามโดยทั่วไปเพื่อประเมินถึงการเกิดท่อปัสสาวะตีบในระยะเริ่มแรก (หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปัสสาวะ) อาจรวมไปถึง การทำอัลตราซาวด์กระเพาะปัสสาวะเพื่อวัดปริมาตรของกระเพาะปัสสาวะหลังปัสสาวะเสร็จ (เพื่อคัดกรองและประเมินระยะของภาวะท่อปัสสาวะตีบ) การทำการตรวจด้วยการส่องกล้องเพื่อตรวจดูท่อปัสสาวะ (เพื่อมองหาหรือประเมินระยะของภาวะท่อปัสสาวะตีบ ร้าวหรือเป็นกระเปาะ) การส่องกล้องดูกระเพาะปัสสาวะเพื่อประเมินท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะโดยรวม ชายข้ามเพศหรือผู้มีความหลากหลายทางเพศ อาจมีประเด็นทางสุขภาพเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะทั่วไปซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการยืนยันเพศเลย (เช่น นิ้วในทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นเลือด หรือมะเร็งทางเดินปัสสาวะหรือการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์) (Sterling & Garcia, 2020a, 2020b)

คำแนะนำ 13.10

เราแนะนำให้ศัลยแพทย์ผู้ดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ ผู้ได้รับการผ่าตัดสร้างช่องคลอด สนับสนุนให้มีการตรวจติดตามกับศัลยแพทย์ แพทย์ระดับปฐมภูมิ และสูตินรีแพทย์

การผ่าตัดสร้างช่องคลอดนั้นเป็นขั้นตอนที่ปลอดภัย ในขณะที่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยส่วนใหญ่ สามารถหายได้เองหรือสามารถรักษาได้ด้วยหัตถการขนาดเล็ก (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021) ภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อย อาจรวมไปถึง การมีเนื้อเยื่อแกรนูเลชันเกิดขึ้น มีขนขึ้นในช่องคลอด แผลหายช้าหรือแผลผ่าตัดเกิดการติดเชื้อและแผลไม่ติดเกิดการแยก มีความกังวลด้านความสวยงามหรือการตีบตันของช่องคลอด (Ferrando, 2020; Kloer et al., 2021) แม้ว่าภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มักหายได้เองแต่อาจส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการหลังการผ่าตัด นอกจากนี้ปัญหาเหล่านี้ อาจไม่ได้รับการวินิจฉัยหรืออาจได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด หากผู้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพบุคคลข้ามเพศ เราแนะนำให้ผู้รับบริการเข้าตรวจกับศัลยแพทย์หลักด้วยตนเองเป็นระยะ ๆ เช่น ในสองสัปดาห์ สามเดือน หกเดือน และหนึ่งปีหลังการผ่าตัด แม้ว่าในบางคนอาจต้องการการตรวจติดตามที่มากกว่านี้

การดูแลทางนรีเวชเพิ่มเติมจะต้องดำเนินการตลอดอายุขัยของบุคคลข้ามเพศและสามารถจัดการได้หลายรูปแบบ เช่น การตรวจเช็คช่องคลอดเพื่อหาเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน เส้นขนและรอยโรค ซึ่งสามารถทำได้โดยผู้ให้การดูแลในเบื้องต้น สูตินรีแพทย์หรือศัลยแพทย์เฉพาะทางด้านการยืนยันเพศสภาพและอาจมีความจำเป็นในช่วงหลังการผ่าตัดไประยะหนึ่งแล้ว (Grimstad, McLaren et al., 2021; Suchak et al., 2015; van der Sluis et al., 2020) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือการเปลี่ยนแปลงของแบคทีเรียในช่องคลอด อาจรักษาโดยใช้แนวทางปฏิบัติตามบุคคลตรงเพศได้ หลังจากได้รับการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการแล้ว (Hooton, 2012; Sherrard et al., 2018) การตรวจต่อมลูกหมากด้วยนิ้วสามารถทำได้โดยอ้างอิงจากแนวทางปฏิบัติที่แนะนำในบุคคลตรงเพศ โดยตรวจผ่านทางช่องคลอดใหม่ ซึ่งต่อมลูกหมากจะอยู่บริเวณผนังส่วนหน้าของช่องคลอด (Carter et al., 2013)

ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การตีบตันของผนังช่องคลอด การเกิดรูเชื่อมระหว่างลำไส้ใหญ่และช่องคลอดและการอักเสบ (ในช่องคลอดที่สร้างจากผนังลำไส้) (Bustos et al., 2021) การรักษาภาวะเหล่านี้ต้องใช้การรักษาแบบผสมผสานระหว่างการรักษาแบบไม่ผ่าตัดและการผ่าตัด โดยมีการปรึกษาและส่งตัวกลับไปยังศัลยแพทย์หลักร่วมกับที่ปรึกษาด้านศัลยกรรมอื่น ๆ (เช่น ศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก) นอกจากนี้ เนื่องจากความผิดปกติของอู้งิงกรานสามารถพบได้ถึง 30-40% ของผู้รับบริการทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดช่องคลอด นักกายภาพบำบัดเกี่ยวกับอู้งิงกรานจึงเป็นตัวช่วยเสริมที่สำคัญในช่วงหลังการผ่าตัด (Jiang et al., 2019)

คำแนะนำ 13.11

เราแนะนำให้ผู้รับบริการที่รู้สึกเสียใจกับการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัดนั้น ได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ สัดส่วนของบุคคลที่เสียใจกับการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพนั้นต่ำมาก (โดยอยู่ระหว่าง 0.3% ถึง 3.8%) (De Cuypere & Vercaeyse, 2009; Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Hadj Moussa, Agarwal et al., 2018; Hadj-Moussa, Ohl et al., 2018; Landén et al., 1998; Narayan et al., 2021; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wiepjes et al., 2018) มีรายงานการเกิดความเสียใจสูงสุดในช่วงเวลาที่เทคนิคการผ่าตัดยังไม่ละเอียด บทบาทของการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพมีน้อย และไม่มีมาตรฐานการดูแลหรือไม่เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง (Landén et al., 1998) ความเสียใจสามารถเกิดขึ้นได้ชั่วคราวหรือถาวร และอาจจัดเป็นประเภทได้ดังนี้ (Narayan et al., 2021) ความเสียใจทางสังคม (เกิดจากความยากลำบากในชีวิตครอบครัว ศาสนา สังคม หรืออาชีพ) ความเสียใจทางการแพทย์ (เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ในระยะยาว ความผิดหวังในผลการผ่าตัดหรือในการตัดสินใจก่อนการผ่าตัด) ความเสียใจที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพอย่างแท้จริง (ส่วนใหญ่มาจากการวินิจฉัยผู้รับบริการที่ผิดพลาด การสำรวจอัตลักษณ์ทางเพศไม่เพียงพอ หรือทั้งสองอย่าง) การแบ่งประเภทแบบนี้ขึ้นเป็นไปตามปัจจัยที่ส่งเสริมทั้งทางบวกและทางลบซึ่งได้พูดถึงไปก่อนหน้านี้ (De Cuypere & Vercaeyse, 2009; Gils & Brewaeys, 2007; Pfäfflin & Junge, 1998)

ทีมสหวิชาชีพสามารถช่วยระบุและหาสาเหตุของการเสียใจ ประกอบกับการติดตามถึงความต้องการจากการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง (Narayan et al., 2021) หลังจากที่ได้รับการประเมินถึงสถานการณ์ของแต่ละบุคคลแล้วนั้น ขั้นตอนทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นยาหรือการผ่าตัด เพื่อมีเป้าหมายให้สามารถดำเนินการยืนยันเพศสภาพต่อเนื้อได้ หรือเพื่อที่จะแก้ไขลักษณะทางกายภาพย้อนกลับเป็นลักษณะของเพศกำเนิดนั้น สามารถทำได้ ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่บทที่ 5 – การประเมินในผู้ใหญ่

**สำหรับเกณฑ์คุณสมบัติในวัยรุ่นและผู้ใหญ่นั้น โปรดดูที่บท การประเมินในผู้ใหญ่และบทวัยรุ่นและภาคผนวก D*

บทที่ 14 เสียงและการสื่อสาร

มนุษย์ใช้การสื่อสารไม่เพียงเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับโลกภายนอกเท่านั้น แต่ยังรวมถึงเพื่อการแสดงตนในฐานะสิ่งมีชีวิตที่เป็นสัตว์สังคมและการแสดง การกล่าวถึง และการได้รับการปฏิบัติโดยผู้อื่นอีกด้วย (Azul et al., 2022) เสียงของมนุษย์ ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญ ที่มีส่วนช่วยบ่งบอกถึงเพศสภาพ ซึ่งเป็นมิติหนึ่งในความหลากหลายของมนุษย์ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยแง่มุมอื่น ๆ และวิธีการสื่อสาร (เช่น การเปล่งเสียง การเลือกใช้คำ ท่าทางขณะพูด การรับรู้ และความเชื่อของผู้ฟัง) ก็จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาด้วย (Azul, 2015; Azul & Hancock, 2020) ตลอดบทนี้วลี “เสียงและการสื่อสาร” นี้ จะถูกใช้ โดยมีความหมายครอบคลุมถึงการกระทำใด ๆ ก็ตาม ที่เกิดขึ้นเพื่อสร้างและสื่อความหมาย โดยผู้ปฏิบัติแต่ละคนในสังคมนั้นมีส่วนร่วมตามความต้องการ ความปรารถนา การระบุตัวตน และความสามารถตามที่พึงมี

ในขณะที่การศึกษาและงานวิจัยส่วนใหญ่เกี่ยวกับสาขานี้ มักสื่อถึงสถานะทางเพศสภาพเพียงสองแง่มุมเท่านั้น แนวทางการดูแลที่แนะนำในบทนี้จะหมายรวมครอบคลุมถึงมุมมองของการระบุอัตลักษณ์ทางเพศ (เช่น หญิงข้ามเพศ, ชายข้ามเพศ, เพศลื่นไหล, นอน-ไบนารี, เควีย์, ไร้เพศ) และความเข้าใจว่าสถานะเพศสภาพนั้น ไม่ใช่ปัจจัยที่ถูกกำหนดแยกออกมาจากปัจจัยอื่น แต่มีส่วนที่ซ้อนทับกับแง่มุมอื่น ๆ ในเรื่องความหลากหลายของมนุษย์ด้วย (เช่น สถานะชาติเดิม ชาติพันธุ์/เชื้อชาติ เพศวิถี ความพิการ/ความสามารถ ความศรัทธา/ศาสนา/จิตวิญญาณ) คำแนะนำในบทนี้ ใช้กับบุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ (Transgender and gender diverse; TGD) ทุกคน ที่ต้องการการสนับสนุนด้านเสียงและการสื่อสารอย่างมีอาชีพ รวมถึงเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนกลับโดยไม่คำนึงถึงทางเลือกในการปรับเปลี่ยนธรรมชาติเดิมของพวกเขา

ไม่ว่าว่าคุณคือใครที่มีความหลากหลายทางเพศทุกคนจะประสบกับความท้าทาย หรือต้องการความช่วยเหลืออย่างมีอาชีพในด้านเสียงและการสื่อสาร แต่ผู้ที่ต้องการมักประสบกับอุปสรรคในการเข้าถึงการดูแล ตัวเลขทางสถิติจากการศึกษาบางชิ้นถึงปริมาณกลุ่ม TGD ที่ไม่สามารถเข้าถึงการบริการด้านเสียงและการสื่อสารได้ตามช่วงเวลาและลักษณะที่ตนเองต้องการ แม้ว่าร้อยละตัวเลขทางสถิติจะแตกต่างกันไปตามประเทศและจำนวนประชากร TGD ก็ตาม (Eyssel et al., 2017; James et al., 2016; Oğuz et al., 2021; Södersten et al., 2015; Veale et al., 2019) ในการศึกษาเหล่านี้ จำนวนกลุ่มบุคคล TGD ที่มีความต้องการที่จะได้รับการฝึกด้านเสียงและการสื่อสารมีร้อยละสูงกว่ากลุ่มที่ได้เข้ารับการฝึกจริง และด้วยข้อยกเว้นบางประการ การเข้าถึงการบริการด้านการฝึกเสียงก็มีจำนวนมากกว่าการเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับเสียงด้วย มากไปกว่านั้น กลุ่มบุคคล TGD บางกลุ่มที่ถูกกีดกันทางสังคมมากกว่ากลุ่มอื่น เช่น การถูกกีดกันจากเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ ก็ประสบกับการแบ่งแยกเหยียดกลุ่ม และข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการการดูแลในอัตราที่สูงมากขึ้นกว่าด้วย (James et al., 2016; Xavier et al., 2005)

ปัญหาค่าใช้จ่าย การไม่ทราบถึงหนทางการเข้าถึงบริการ และ

ความไม่พร้อมในการให้บริการ เป็นอุปสรรคที่พบได้บ่อยที่สุดที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอ้างถึง จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา (Hancock & Downs, 2021; Kennedy & Thibeault, 2020), ตุรกี (Oğuz et al., 2021) และนิวซีแลนด์ (Veale et al., 2019) พบว่าการขาดข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับทางเลือกด้านการบริการเรื่องเสียงและการสื่อสารในกลุ่ม TGD เป็นอุปสรรคหลักที่พบได้บ่อยของการดูแลกลุ่ม TGD นี้ ในสวีเดนนั้น บุคคล TGD จะได้รับคำแนะนำเรื่องเสียงและการสื่อสารทุกคนเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่ามีความไม่สอดคล้องทางเสียงและเพศสภาพเกิดขึ้น (Södersten et al., 2015). นอกจากนี้ การตอบสนองทางวัฒนธรรมของผู้ให้บริการก็ดีขึ้นเพียงช้า ๆ เท่านั้น (Hancock & Haskin, 2015; Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020; Sawyers et al., 2014) Hancock & Downs (2021) กำลังมีการศึกษาเบื้องต้นถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านเสียงและการสื่อสาร เพื่อพัฒนาวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการกำจัดอุปสรรคเหล่านั้น

เนื้อหาในบทนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (Health Care Professional; HCP) ในการสนับสนุนและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล TGD ทุกคน ที่กำลังประสบกับความท้าทาย หรือความทุกข์ใจเกี่ยวกับเสียงและการสื่อสารของตนเอง และ/หรือการตอบสนองที่พวกเขาได้รับจากผู้อื่น (Azul et al., 2022)

วิธีการที่ชาว TGD สามารถใช้เพื่อปรับเปลี่ยนเสียงและการสื่อสารของตนเองนั้นมีอยู่หลายวิธี ซึ่งอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงวิธีเดียวหรือใช้หลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงที่ริเริ่มโดยตนเอง จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่ชาว TGD ใช้บอกต่อกันมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสาร (ต่อไปนี้จะเรียกว่า "การฝึกอบรมด้านเสียงและการสื่อสาร") และการเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลมาจากการใช้ฮอร์โมนแอนโดรเจน และ/หรือ การผ่าตัดดัดเสียง หลักฐานการวิจัยที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้น จะหมายรวมถึงแนวทางปฏิบัติสามประการหลังโดยไม่ครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงที่ริเริ่มโดยตนเอง

“ผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสาร” หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ในเรื่องของแนวปฏิบัติที่มีความต่อเนื่องและลื่นไหลของการพูดและการฟัง วิธีการปรับเปลี่ยนธรรมชาติตามหลักวิชาชีพ ทั้งทางพฤติกรรม การใช้ฮอร์โมน และการผ่าตัด และกระบวนการที่เกี่ยวข้องในเชิงชีวสรีรวิทยา การสร้างความหมายทางสังคมวัฒนธรรม และพลังผลักดันจากภายนอก (Azul & Hancock, 2020) ผู้เชี่ยวชาญนี้ เป็นผู้ที่มีความสามารถที่จะทำการประเมินเพื่อให้ข้อมูลที่เหมาะสมและตรงกับทางเลือกของบุคคล TGD รวมถึงให้ความสนับสนุน สำรอง และค้นหาเป้าหมายต่าง ๆ และทางเลือกในการดูแล โดยสามารถให้คำแนะนำในแนวทางที่สอดคล้องต่อวัฒนธรรมสังคม และมีความจำเพาะต่อบุคคลนั้น ๆ เป็นราย ๆ ได้ ผู้เชี่ยวชาญนี้ ต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับแนวทางการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการใช้เสียงและการสื่อสารอย่างหลากหลาย

การปฏิบัติที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านเสียงและการสื่อสารนั้นครอบคลุมถึง เสียงที่ใช้ในการพูดและการร้องเพลง การฝึกสติ การผ่อนคลาย การหายใจ ความสูงต่ำและความกว้างของเสียง คุณภาพเสียง ความกำทอน ความดัง การออกแบบเสียง การแสดงออก

ทางสีหน้าและท่าทาง การวางท่า การเคลื่อนไหว การแนะนำตนเองกับผู้อื่น การอธิบายลักษณะประจำตัวและการร้องขอการปฏิบัติที่เหมาะสมจากผู้อื่น การตอบสนองอย่างชัดเจนและเหมาะสมต่อการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง และการฝึกการใช้เสียงและสื่อสารกับผู้อื่นที่แตกต่างกันและในสภาพแวดล้อมประจำวันที่แตกต่างกัน (Hancock & Siegfriedt, 2020; Mills & Stoneham, 2017)

การบริการด้านเสียงและการสื่อสาร เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการดูแลแบบองค์รวม เพื่อความสมบูรณ์ครบวงจรด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ จิตวิทยา และความต้องการทางสังคม (Södersten et al., 2015) แต่อย่างไรก็ตาม ลำดับในการวางแผนดูแลก็ยังไม่มีการกำหนดตายตัวใด ๆ เป็นที่แน่ชัด (เช่น การใช้ฮอร์โมน การวางแผนการผ่าตัด หรือระยะเวลาที่ใช้ชีวิตในบทบาททางเพศนั้น ๆ) วัตถุประสงค์โดยรวมของการสนับสนุนด้านเสียงและการสื่อสารสำหรับกลุ่มบุคคล TGD คือ:

- เพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเสียงและการสื่อสารที่ใช้ได้จริงตามหลักปฏิบัติ และการสื่อสารเกี่ยวกับตัวตนของผู้พูด (ปัจจัยของผู้พูด ปัจจัยของผู้ฟัง แนวปฏิบัติทางวิชาชีพ ปัจจัยภายนอก ปัจจัยทางชีวสรีรวิทยา และปัจจัยด้านวัฒนธรรมทางสังคม)
- เพื่อช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถสื่อสารถึงความรู้สึกของการมีตัวตนทางสังคมของพวกเขา (เช่น ในแง่ของเพศ) ในชีวิตประจำวัน ด้วยวิธีที่ตรงกับความต้องการของตนเอง และเพื่อพัฒนา รักษา และสร้างความเคยชินกับเสียง ลักษณะเสียง และวิธีการสื่อสาร ที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ด้วยวิธีที่จะไม่เป็นอันตรายต่อกลไกการผลิตเสียง
- เพื่อให้การฝึกอบรมเกี่ยวกับการออกเสียงและการใช้เสียงเชิงปฏิบัติ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาในการใช้เสียง (เช่น ผลอันเกิดจากการใช้เสียงมากเกินไป)
- เพื่อสนับสนุนกลุ่มเป้าหมาย ในเรื่องการพัฒนาขีดความสามารถในแสดงเจตจำนงของตน ถึงคำศัพท์ที่ใช้อ้างหรือกล่าวถึงตนเองจากบุคคลอื่นอย่างชัดเจน (เช่น ชื่อ สรรพนาม คำนำหน้า) และการตอบโต้อย่างเชี่ยวชาญต่อการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการเพิ่มและรักษาความเป็นอยู่ที่ดีของตัวกลุ่มเป้าหมายเอง
- เพื่อสนับสนุนกลุ่มเป้าหมาย ในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาที่จำเป็นสำหรับการจัดการความวิตกกังวล ความเครียด และความผิดปกติร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต และเพื่อจัดอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติ หรือการใช้เสียงและการสื่อสารในชีวิตจริงตามแบบที่ตนเองต้องการ
- เพื่อแนะนำ หรือส่งต่อกลุ่มเป้าหมายไปยัง สถานที่ให้การบริการและสนับสนุนการพัฒนาทักษะด้านเสียงและการสื่อสาร การรับรู้ความสำคัญของการใช้เสียง และความเป็นอยู่ที่ดี
- เพื่อส่งต่อกลุ่มเป้าหมายไปยัง หรือทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น ๆ เช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต โสตศอนาสิกแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกล่องเสียง และอายุรแพทย์

ต่อมไร้ท่อ ซึ่งอาจมีความพร้อมในการตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะรายบุคคลมากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีในกลุ่มผู้รับบริการเป็นผู้ที่กำลังเผชิญกับความท้าทายจำเพาะบางอย่าง อันเนื่องมาจากอุปสรรคหลายประการที่ส่งผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการนั้น หรือเมื่อกลุ่มเป้าหมายมีความต้องการผ่าตัดกล่องเสียง หรือบำบัดด้วยฮอร์โมน

การผ่าตัดกล่องเสียงสำหรับกลุ่มประชากร TGD นั้น แบ่งเป็นสองประเภท คือ การผ่าตัดเพื่อทำให้เสียงสูงขึ้น (เช่น การย้ายตำแหน่งจุดเกาะสายเสียง, การปรับตำแหน่งกระดูกอ่อนกล่องเสียง (cricothyroid approximation; CTA), การปรับแต่งกล่องเสียงให้ใกล้เคียงสตรีเพศ (feminization laryngoplasty), การปรับเสียงด้วยเลเซอร์ (laser-assisted voice adjustment; LAVA)) (Anderson, 2007; Anderson, 2014; Brown, 2000; Casado, 2017; Geneid, 2015; Gross, 1999; Kelly et al., 2018; Kanagalingam, 2005; Kim, 2017; Kim, 2020; Kocak, 2010; Kunachak, 2000; Mastronikolis, 2013; Matai, 2003; Meister, 2017; Mora, 2018; Neumann, 2004; Nuyen et al., 2022; Orloff, 2006; Pickuth, 2000; Remacle, 2011; Thomas & MacMillan, 2013; Tschan, 2016; Van Borsel, 2008; Wagner, 2003; Wendler, 1990; Yang, 2002) และการผ่าตัดเพื่อทำให้เสียงทุ้มลง (เช่น การปรับแต่งกระดูกอ่อนกล่องเสียงชนิดที่สาม (Thyroplasty type III), การฉีดยาคลายกล้ามเนื้อ) (Bultynck et al., 2020; Isshiki et al., 1983; Kojima et al., 2008; Webb et al., 2021) ผลการศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ทางเสียงของการผ่าตัดเพื่อทำให้เสียงสูงขึ้น ได้แก่ เสียงมีความถี่สูงขึ้น (ค่าเฉลี่ยความถี่มูลฐาน (f0)) และค่าที่ต่ำที่สุดของความถี่มูลฐานสูงขึ้น (ความถี่ที่ต่ำที่สุดในช่วงเสียงตามหลักสรีรวิทยา, min f0) กลุ่ม TGD ที่ได้รับการผ่าตัดเรื่องเสียง ได้ให้คะแนนที่แสดงถึงการมีความพึงพอใจโดยรวมต่อเสียงของตนเองภายหลังการผ่าตัด ถึงอย่างนั้น บางรายที่สนใจจะเปลี่ยนเสียงของตนเองมากขึ้นกว่าเดิม ก็ยังคงต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรมการออกเสียงโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสารเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากการผ่าตัดกล่องเสียงเพียงอย่างเดียว (Brown, Chang et al., 2021; Kelly et al., 2018; Nuyen et al., 2022) ในขณะที่ฝึกการใช้เสียงอยู่นั้น ผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสารสามารถสังเกตเห็น และประเมินอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดเพื่อทำให้เสียงสูงขึ้นได้ มีการรายงานถึงปัญหาด้านเสียงที่เกิดจากการผ่าตัดเพื่อทำให้เสียงสูงขึ้นหลายปัญหา เช่น เสียงผิดปกติ, เสียงอ่อนแรง, ความกว้างของเสียงจำกัด โดยเฉพาะช่วงเสียงสูง (ค่าความถี่มูลฐานสูงสุดต่ำลง ในช่วงสรีรวิทยาของเสียง), เสียงแหบ, เสียงไม่เสถียร และค่าความถี่ของเสียงที่ต่ำลงเมื่อเวลาผ่านไป (Kelly et al., 2018; Song & Jiang, 2017) แม้ว่าอัตราการเกิดอันตรายเหล่านี้ จะไม่เป็นไปทางเดียวกันในทุก ๆ การศึกษาก็ตาม

การศึกษาเกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อทำให้เสียงทุ้มลงนั้นยังมีข้อมูลจำกัด อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในคน TGD 8 คนที่ได้รับเลือกให้เข้า

คำแนะนำ

- 14.1 – เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสาร ประเมินการทำงานและลักษณะของเสียงและการสื่อสารที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและที่ต้องการเปลี่ยน ในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ และพัฒนาแผนการปรับเปลี่ยนที่เหมาะสมในกลุ่มคนที่มีความไม่พึงพอใจต่อเสียงและการสื่อสารของตนเอง
- 14.2 – เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสาร ที่ทำงานกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ ได้รับความรู้เฉพาะทางเพื่อพัฒนาความเชี่ยวชาญในด้านการทำงานของเสียง การสื่อสาร และความเป็นอยู่ที่ดีของกลุ่มประชากรนี้
- 14.3 – เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ในสาขาสุขภาพบุคคลข้ามเพศ ที่ทำงานกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่มีความไม่พึงพอใจต่อเสียงและการสื่อสารของตัวเอง พิจารณาการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสาร เพื่อการสนับสนุน การประเมิน และการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับเสียง
- 14.4 – เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ทำงานกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ ที่กำลังพิจารณาเข้ารับการรักษาผ่าตัดเกี่ยวกับเสียง ให้คำแนะนำในเรื่องการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสาร ที่สามารถมอบการดูแลให้ได้ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด
- 14.5 – เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ในสาขาสุขภาพบุคคลข้ามเพศ แจ้งให้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่กำลังจะเริ่มการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ทราบถึงผลข้างเคียงที่หลากหลายที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อเสียงและการสื่อสาร

รับการผ่าตัดปรับแต่งกระดูกอ่อนกล่องเสียง เนื่องจากยังคงมีความไม่พึงพอใจต่อเสียงของตนเองหลังจากได้รับการใช้ฮอร์โมน (Bultynck et al., 2020) และ 1 คนที่ได้รับการฉีดหนูนสายเสียงเพิ่มเติม หลังการใช้ฮอร์โมนเพศชายและการฝึกเสียง (Webb et al., 2020) ก็แสดงถึงการลดลงของความถี่มูลฐานของเสียง ซึ่งเป็นตัวบ่งถึงความสูงต่ำของเสียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในกลุ่ม TGD นั้น ไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเสียง (Mészáros et al., 2005) ในขณะที่การใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในกลุ่ม TGD พบว่าส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเสียง ทั้งในแง่ของการแยกเพศและการรับรู้กลไกการทำงานของการผลิตเสียง โดยมีทั้งผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจและไม่น่าพึงพอใจ (Azul, 2015; Azul et al., 2017, 2018, 2020; Azul & Neuschaefer-Rube, 2019; Cosyns et al., 2014; Damrose, 2008; Deuster, Di Vincenzo et al., 2016; Deuster, Matulat et al., 2016; Hancock et al., 2017; Irwig et al., 2017; Nygren et al., 2016; Van Borsel et al., 2000; Yanagi et al., 2015; Ziegler et al., 2018) การเปลี่ยนแปลงด้านเสียงที่ถูกคาดหวังให้เป็นผลจากการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ได้แก่ เสียงทุ้มลง เสียงมีลักษณะใกล้เคียงเสียงผู้ชายมากขึ้น และมีความพึงพอใจในเสียงตนเองมากขึ้น ความไม่พึงพอใจเกี่ยวกับเสียงหลังการได้รับการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนที่มีรายงาน ได้แก่ เสียงไม่ทุ้มลงหรือทุ้มลงไม่มากพอ, เสียงเปลี่ยน, เสียงอ่อนแรงลง, ช่วงความกว้างของเสียงแคบลง และเสียงมีความไม่เสถียรโดยภาวะเหล่านี้สามารถถูกประเมินและแก้ไขได้โดยการฝึกอบรมด้านเสียงและการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสารโดยเฉพาะ

คำแนะนำทุกคำแนะนำในบทนี้ ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและประเมินถึงประโยชน์และอันตราย อีกทั้งการประเมินและความนิยมจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้ เราตระหนักดีว่าในบางกรณี หลักฐานทางวิชาการนั้นมียกเว้นจำกัดและการบริการบางอย่าง ไม่สามารถเข้าถึงได้หรือไม่สามารถทำได้

คำแนะนำ 14.1

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสาร ประเมินการทำงานและลักษณะของเสียงและการสื่อสารที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและที่ต้องการเปลี่ยน ในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ และพัฒนาแผนการปรับเปลี่ยนที่เหมาะสมในกลุ่มคนที่มีความไม่พึงพอใจต่อเสียงและการสื่อสารของตนเอง

ผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสารอาจประเมินถึงความพึงพอใจในด้านการมีตัวตนทางสังคมวัฒนธรรมในแง่ของการรับรู้จากการสื่อสาร เช่น การรับรู้ถึงเพศสภาพ และตัวตนด้านอื่น ๆ ที่มีความซ้อนทับกัน โดยคำนึงว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่คงที่เสมอไปและเปลี่ยนแปลงไปได้ตามกาลเวลา, การได้รับวิธีปฏิบัติต่อตนเองจากผู้อื่น และความจริงที่ว่าปัจจัยนี้ส่งผลต่อการแสดงออกถึงตัวตน ความหวัง และความเป็นอยู่ของคนคนนั้นอย่างไร, การให้คะแนนความเป็นธรรมชาติของเสียงและการพูด และการทำงานของเสียงและการสื่อสารในแง่ของความต้องการใช้เสียง การประเมินนั้นอาจมีรูปแบบที่แตกต่างกันไปตามจุดประสงค์ของการประเมิน (เช่น ผลลัพธ์ที่กลุ่มเป้าหมายรายงาน การรับรู้ การวัดเสียง ค่าอากาศพลศาสตร์ การส่องกล้อง) (Davies et al., 2015; Leyns et al., 2021; Oates & Dacakis, 1983) ยกตัวอย่าง เช่น การประเมินโดยการส่องกล้องดูกล่องเสียงจะใช้เมื่อบุคคลนั้นมีเสียงที่ผิดปกติร่วมด้วย (เช่น กล้ามเนื้อกล่องเสียงเกร็งตัว) (Palmer et al., 2011) หรือมีความลำบากในการออกเสียง ซึ่งอาจเป็นผลจากการใช้ฮอร์โมนแอนโดรเจนหรือผลการผ่าตัดกล่องเสียง หรือไม่เป็นก็ได้ (Azul et al., 2017)

ผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสารแนะนำกลุ่ม TGD ที่มีความไม่พึงพอใจต่อเสียงและการสื่อสารของตนเองและกำลังมองหาวิธีการปรับเปลี่ยน ถึงทางเลือกในการดูแลที่มีอยู่ในปัจจุบัน ที่สามารถรองรับความต้องการด้านเสียง การสื่อสาร และความเป็นอยู่ของพวกเขา การแจ้งถึงข้อมูลลักษณะของแต่ละตัวเลือก รวมถึงผลลัพธ์ที่เป็นไปได้และความคงทนของทางเลือกนั้น ๆ ควรกระทำอย่างเป็นกลาง เพื่อให้ความเคารพและอิสระในการตัดสินใจแก่พวกเขา แผนการดูแลที่เหมาะสมต่อรายบุคคลนั้น ๆ และมีความเป็นไปได้จริง โดยครอบคลุมทุกสาขา ความเชี่ยวชาญที่มีอยู่ เป้าหมายในการดูแลอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ในขณะที่กำลังอยู่ในกระบวนการดูแล ทั้งนี้เป็นเพราะ เมื่อบุคคล TGD เหล่านี้ได้รับสำรวจและสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในเสียงและวิธีการ

สื่อสารของตนเอง และได้ประเมินความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่บรรลุผลแล้วนั้น จึงเกิดการเปลี่ยนเป้าหมายที่มีอยู่เดิมใหม่

คำแนะนำ 14.2

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสาร ที่ทำงานกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ ได้รับความรู้เฉพาะทางเพื่อพัฒนาความเชี่ยวชาญในด้านการทำงานของเสียง การสื่อสาร และความเป็นอยู่ที่ดีของกลุ่มประชากรนี้

ผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสารที่ทำงานด้านวิชาการและมีใบอนุญาตรับรองความเชี่ยวชาญ (เช่น นักแก้ไขการพูด นักบำบัดการพูด ครูสอนร้องเพลง โค้ชด้านเสียง) มีความแตกต่างกันไปตามแต่สถานที่ แต่โดยทั่วไปไม่ได้จำกัดการทำงานเฉพาะกับกลุ่มประชากรใดประชากรหนึ่ง หลักสูตรมาตรฐานในการเรียนการสอนสำหรับอาชีพเหล่านี้ มักไม่มีการฝึกอบรมที่จำเพาะเจาะจงหรือเพียงพอสำหรับการทำงานกับประชากรกลุ่ม TGD (Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020) ความรู้และทักษะทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับกลไกการเปล่งเสียงและการสื่อสารระหว่างบุคคลนั้น ถือเป็นความรู้พื้นฐานในการดูแลและให้การสนับสนุนประชากรกลุ่ม TGD แต่ก็ยังมีไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนการดูแลในรูปแบบที่ตอบสนองทางวัฒนธรรมสังคมและเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางได้อย่างครบถ้วน ทั้งในด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ความครอบคลุม และการเข้าถึงได้ (Hancock, 2017; Russell & Abrams, 2019)

ผู้เชี่ยวชาญในสาขานี้ควรได้รับความรู้ที่ครอบคลุม ที่จะนำพาให้พวกเขาสามารถพัฒนาความตระหนักในตนเอง ความอ่อนน้อมถ่อมตนตามวัฒนธรรม และการตอบสนองทางวัฒนธรรมสังคม เพื่อให้มีความเคารพและเอาใจใส่ต่อความหลากหลายทางเพศ รวมถึงแง่มุมอื่นของตัวตนของกลุ่ม TGD ที่อาจปรากฏขึ้นหลากหลายรูปแบบ สื่อถึงความต้องการการสนับสนุนที่หลากหลายเช่นกัน (Azul, 2015; Azul et al., 2022) ชื่อที่ใช้เรียกบุคคล TGD สรรพนามที่ใช้เรียกทางการ กระบุเพศ และคำสรรพนามอื่น ต้องได้รับความเคารพในการสื่อสารทุกรูปแบบที่มีกับ หรือกล่าวถึงบุคคลนั้น ๆ (รวมถึงเวชระเบียน รายงาน อีเมล) การเรียนการสอนนั้น ยังจำเป็นต้องรวมถึงการจัดตั้งพื้นที่ฝึกอบรมหรือคลินิก และการบริหารที่ออกแบบมาเพื่อแสดงถึงความยินดีในการต้อนรับบุคลากร TGD ช่วยให้บุคลากร TGD รู้สึกปลอดภัยและได้รับความเคารพ เมื่อแจ้งถึงข้อกังวลหรือปัญหาของตนเองกับทีมผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสาร

ผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสารที่ทำงานร่วมกับบุคลากร TGD จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับหลักการ กลไก และประสิทธิภาพของขั้นตอนทางแพทย์ในแต่ละทางเลือก ความสามารถด้านการสอนและทักษะด้านการจำลองการปรับเปลี่ยนเสียงและการสื่อสาร และความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของคนข้ามเพศ ซึ่งหมายรวมถึงการใช้ฮอร์โมน และการผ่าตัด และปัญหาทางจิตสังคมที่พบได้เฉพาะเจาะจงในกลุ่มคนข้ามเพศ ความรู้นั้นจำเป็นต้องครอบคลุมถึงวิธีการและแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในกลุ่มคน TGD โดย/ด้วยความร่วมมือกับบุคลากร TGD ที่มีประสบการณ์จริงในด้านการได้รับการสนับสนุนด้านเสียงและการสื่อสาร

คำแนะนำ 14.3

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ในสาขาสุขภาพบุคคลข้ามเพศ ที่ทำงานกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่มีความไม่พอใจต่อเสียงและการสื่อสารของตัวเอง พิจารณาการส่งตัวต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสาร เพื่อการสนับสนุน การประเมิน และการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับเสียง

ผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสาร เป็นผู้ที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่บุคคล TGD ที่แสดงความไม่พอใจต่อเสียงหรือการสื่อสารของพวกเขา หลักฐานจากการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสารนั้นสามารถให้การสนับสนุนในลักษณะที่ทำให้บุคคล TGD บรรลุความพึงพอใจในเสียงและการสื่อสารของตนเองได้ ซึ่งช่วยลดภาวะไม่มีความสุขจากเพศสภาพที่ตัวเองเป็น และเพิ่มคุณภาพ ชีวิตในด้านที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารด้วย (Azul, 2016; Block, 2017; Deuster, Di Vincenzo et al., 2016; Hancock, 2017; Hancock et al., 2011; Hardy et al., 2013; Kelly et al., 2018; McNamara, 2007; McNeill et al., 2008; Owen & Hancock, 2010; Pasricha et al., 2008; Söderpalm et al., 2004; Watt et al., 2018)

หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การให้การสนับสนุนด้านเสียงเชิงพฤติกรรมต่อกลุ่มคน TGD ที่มีเพศกำเนิดเป็นชาย (Assigned male at birth; AMAB) นั้น มีประสิทธิภาพ ในด้านการบรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงเสียงให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ (Oates, 2019) มีการศึกษา 7 เรื่องที่ได้ทำขึ้นก่อนปี 2020 แม้ระดับคุณภาพการศึกษานั้นจะค่อนข้างอ่อน แต่ก็แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการฝึกใช้เสียง (Carew et al., 2007; Dacakis, 2000; Gelfer & Tice, 2013; Hancock et al., 2011; Hancock & Garabedian, 2013; McNeill et al., 2008; Mészáros et al., 2005) วิธีที่ใช้ในการฝึกใช้เสียงในการศึกษาทั้ง 7 เรื่องนั้นมีความคล้ายคลึงกัน และบ่งชี้ว่าการฝึกใช้เสียงนั้น มีประสิทธิภาพในด้านการเพิ่มค่าเฉลี่ยความถี่พื้นฐาน (ค่าเฉลี่ยความสูงต่ำของเสียง) ช่วงความถี่พื้นฐาน (ช่วงความสูงต่ำของเสียง) ความพึงพอใจต่อเสียง การรับรู้ถึงความเป็นเสียงผู้หญิงทั้งจากตนเองและผู้ฟัง คุณภาพชีวิตในด้านที่มีความสัมพันธ์กับเสียง และการมีส่วนร่วมทางสังคมและอาชีพ จุดอ่อนของการศึกษาที่กล่าวถึงนั้น ได้แก่ ขาดการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินการฝึกใช้เสียง ประชากรที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนน้อย การติดตามผลระยะยาวไม่เพียงพอ และขาดการควบคุมตัวแปรกวน อย่างไรก็ตาม ในปี 2021 ได้มีการศึกษาแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบอีกครั้งเกี่ยวกับผลของการฝึกใช้เสียงเชิงพฤติกรรมกับกลุ่มประชากรที่มีเพศกำเนิดเป็นชาย ก็ได้ข้อสรุปที่คล้ายคลึงกันกับการศึกษาทั้งหมดก่อนหน้านี้ (Leyns et al., 2021)

จากอดีตถึงปัจจุบัน แทบไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการฝึกใช้เสียงกับกลุ่ม TGD ที่มีเพศกำเนิดเป็นหญิง (Assigned female at birth; AFABP) เลย อย่างไรก็ตาม มีรายงานผู้ป่วยกรณีศึกษา 1 รายที่ แสดงถึงแนวโน้มว่าการฝึกใช้เสียงจะมีประสิทธิภาพกับประชากรกลุ่มนี้ด้วย แม้ว่าระดับคุณภาพของการศึกษาจะอ่อนแอ (Buckley et al., 2020) และยังมีการศึกษาหนึ่ง

ที่ศึกษาถึงเรื่องผลของการฝึกใช้เสียงแบบกลุ่มอีกด้วย (Mills et al., 2019)

คำแนะนำ 14.4

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ทำงานกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่กำลังพิจารณาเข้ารับการผ่าตัดเกี่ยวกับเสียง ให้คำแนะนำในเรื่องการส่งตัวต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสาร ที่สามารถมอบการดูแลให้ได้ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

คำแนะนำนี้ไม่ได้มีความหมายว่ากลุ่มประชากร TGD ต้องได้รับการฝึกอบรมเรื่องการฝึกใช้เสียงก่อนเข้ารับการผ่าตัดเสมอ แต่แนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญนั้น เสนอการสนับสนุนที่มีอยู่ทั้งหมดให้แก่กลุ่มประชากร TGD เพื่อเป็นการตอบสนองการให้คำปรึกษาแบบจำเพาะกับบุคคลนั้น ๆ ซึ่งมีมีความสำคัญต่อการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง คำแนะนำนี้มีไว้เพื่อให้บุคคล TGD ได้พิจารณาตามความจำเป็นเชิงข้อมูลที่ได้รับในด้าน การประเมินเสียง การทดลองฝึกการใช้เสียง และได้พูดคุยปรึกษาถึงผลลัพธ์ทางเสียงที่ควรคาดหวัง และความเสียงของการผ่าตัดกับผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสาร

สำหรับการผ่าตัดกล่องเสียงส่วนใหญ่ การฝึกใช้เสียงเป็นการปฏิบัติที่ถูกแนะนำให้ได้รับทั้งก่อนการผ่าตัด เพื่อให้แน่ใจว่ามีการเตรียมพร้อมของกลไกการเปล่งเสียง และหลังการผ่าตัด เพื่อให้แน่ใจว่ากล่องเสียงจะกลับมาทำงานได้ตามเดิม (Branski et al., 2006; Park et al., 2021) โดยเฉพาะการผ่าตัดเพื่อทำให้เสียงสูงขึ้น ผู้เข้ารับการผ่าตัดควรได้รับการฝึกใช้เสียงด้วยเหตุผลอีกประการว่า มีการศึกษาที่มีข้อบ่งชี้ว่าตัววัดทางเสียงบางอย่างดีขึ้นจากการฝึก แต่ไม่ใช่จากการผ่าตัด (เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับน้ำเสียงและความเป็นธรรมชาติของเสียง ได้แก่ ค่าความถี่พื้นฐานสูงสุดในช่วงความถี่ของคำพูด; Kelly et al., 2018)

ปัจจุบันจำนวนและคุณภาพของการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินการผ่าตัดเพื่อทำให้เสียงทุ้มลงนั้น ยังมีไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของกลุ่มที่ได้รับการรักษากับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา (เช่น การได้รับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน) (Bultynck et al., 2020) ส่วนการผ่าตัดเพื่อทำให้เสียงสูงขึ้นนั้น มีเทคนิคและจำนวนการศึกษาวินิจฉัยที่มากกว่าก็จริง แต่คุณภาพของการศึกษาวินิจฉัยนั้นก็ยังคงอยู่ มีการศึกษาถึงผลลัพธ์จากการผ่าตัดแบบเพื่อทำให้เสียงสูงขึ้นเปรียบเทียบกับวิธีต่าง ๆ ดังนี้ การไม่ผ่าตัด (Anderson, 2007, 2014; Brown et al., 2000; Geneid et al., 2015; Gross, 1999; Kim, 2017; Kocak et al., 2010; Kunachak et al., 2000; Matai et al., 2003; Meister et al., 2017; Neumann & Welzel, 2004; Orloff et al., 2006; Pickuth et al., 2000; Remacle et al., 2011; Thomas & Macmillan, 2013; Tschan et al., 2016; Van Borsel et al., 2008; Yang et al., 2002) การผ่าตัดด้วยเทคนิคที่ต่างกัน (Mora, 2018) การฝึกใช้เสียงเพียงอย่างเดียว (Kanagalingam, 2005; Mastronikolis, 2013; Wagner, 2003) และการผ่าตัดรวมกับการฝึกใช้เสียง (Casado, 2017; Kelly et al., 2018)

ผลการศึกษาจาก 11 งานวิจัยรายงานถึงเรื่องการฝึกใช้เสียงก่อน

เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนเสียง พบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่ได้รับการฝึกใช้เสียงก่อนการผ่าตัด แต่ถึงกระนั้นก็ยังมีความไม่พึงพอใจต่อเสียงของตนเอง และต้องการเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนเสียงต่อไป ดังนั้น การศึกษาส่วนใหญ่ที่เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการผ่าตัดเปลี่ยนเสียงจึงสะท้อนถึงผลรวมของการฝึกใช้เสียงและการผ่าตัดเข้าด้วยกันอยู่แล้ว ทั้งนี้ ในปัจจุบันยังไม่สามารถระบุปัจจัยที่จะเป็นตัวทำนายว่าบุคคลใด จะเข้ารับการผ่าตัดหลังจากการฝึกใช้เสียงได้อย่างแน่ชัด

คำแนะนำ 14.5

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ในสาขาสุขภาพบุคคลข้ามเพศแจ้งให้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่กำลังจะเริ่มการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ทราบถึงผลข้างเคียงที่หลากหลายที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อเสียงและการสื่อสาร

การวิจัยเกี่ยวกับผลของการใช้แอนโดรเจนต่อเสียงและการสื่อสารของกลุ่มคน TGD นั้น ชี้ให้เห็นถึงผลที่หลากหลายและคาดเดาไม่ได้ต่อบุคคลแต่ละราย แม้ว่าการศึกษาจำนวนหนึ่งได้แสดงถึงผลลัพธ์ของเสียงที่ตรงกับความคาดหวังและความปรารถนาของกลุ่มคน TGD แต่ก็มีการศึกษาที่มีคุณภาพสูงที่แสดงถึงกลุ่ม TGD ที่ไม่พึงพอใจกับเสียงของตนจากการบำบัดด้วยฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนเช่นกัน โดยรายงานถึงปัญหาทางเสียงหลายประการ เช่น เสียงยังทุ้มไม่เพียงพอ การลดลงของคุณภาพเสียง ความดังของเสียง ความคงทนของเสียง ช่วงความสูงต่ำของเสียง และความยืดหยุ่นของเสียง (Azul, 2015, 2016, 2017, 2018; Cosyns et al., 2014; Nygren et al., 2016; Ziegler et al., 2018) การวิเคราะห์ทอิกมานของการศึกษา 19 เรื่อง ถึงผลของการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนอย่างน้อย 1 ปี พบว่า ร้อยละ 21 ของผู้เข้าร่วมการศึกษามีค่าความถี่ของเสียงไม่ถึงค่าปกติของความถี่ที่รับรู้ได้ว่าเป็นเสียงเพศชาย ร้อยละ 21 ของผู้เข้าร่วมการศึกษา รายงานถึงความไม่สอดคล้องกันของเสียงและเพศสภาพ และยังมีปัญหาด้านเสียง และร้อยละ 16 ยังคงมีความไม่พึงพอใจกับเสียงของตน (Ziegler, 2018)

สำหรับผู้ที่ต้องการรับฮอร์โมนแอนโดรเจน การให้คำปรึกษาด้วยข้อมูลที่ถูกต้องก่อนเริ่ม จะมีส่วนช่วยให้เกิดความคาดหวังที่เหมาะสมบนรากฐานของความเป็นจริงได้ เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวังจากผลของการใช้ฮอร์โมนต่อเสียงและการสื่อสารที่จะเกิดขึ้นอย่างถาวร นอกจากนี้ บุคคล TGD ที่ไม่สามารถเข้าถึงหรือไม่ต้องการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน แต่ต้องการเปลี่ยนเสียงของพวกเขา และผู้ที่ไม่พอใจกับผลลัพธ์ของเสียงจากการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ก็สามารถรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านเสียงและการสื่อสารถึงทางเลือกอื่นและการสนับสนุนเพิ่มเติมได้ (เช่น การฝึกใช้เสียงและการสื่อสารเชิงพฤติกรรม การผ่าตัดเพื่อทำให้เสียงทุ้ม เป็นต้น

บทที่ 15 การดูแลระดับปฐมภูมิ

การดูแลระดับปฐมภูมิ เป็นการดูแลแบบองค์รวมและถือเป็นการให้บริการทางสุขภาพแบบบูรณาการโดยบุคลากรทางการแพทย์ให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย และตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ มีบทบาทในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการและบุคลากรทางการแพทย์ ในระดับครอบครัวและชุมชนอย่างยั่งยืน (Institute of Medicine, 1996)

ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ (Primary care providers, PCPs) เป็นการดูแลโดยสหวิชาชีพ (health care professionals, HCPs) ประกอบไปด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติขั้นสูง ผู้ช่วยแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล และแพทย์เพิ่มพูนทักษะซึ่งมีความหลากหลายทางการศึกษา การฝึกอบรม และความเชี่ยวชาญพิเศษที่แตกต่างกันไป โดยการรวมบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันไปในแต่ละด้าน ทำให้สามารถดูแลบุคคลข้ามเพศได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพจิต การดูแลภาวะเพศและอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลหลังการผ่าตัด การให้ฮอร์โมนและการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ แพทย์และบุคลากรได้เรียนรู้การดูแลกลุ่มบุคคลข้ามเพศและมีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender-diverse, TGD) ซึ่งปกติในหลักสูตรการฝึกอบรมของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในระหว่างการฝึกอบรมเนื้อหาในการดูแลสุขภาพบุคคลข้ามเพศมีค่อนข้างจำกัด (Dubin et al., 2018) ทักษะในการดูแลกลุ่มบุคคลข้ามเพศ มักจะได้รับโดยตรงระหว่างปฏิบัติงานและจากการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงในการดูแลสุขภาพของบุคคลข้ามเพศ (ดูบทที่ 4 – การศึกษา) อย่างไรก็ตามแพทย์ควรพัฒนาศักยภาพในการดูแลกลุ่มบุคคลข้ามเพศให้ดีเทียบเท่ากับการดูแลกลุ่มประชากรชายหรือหญิงตรงเพศ โดยศักยภาพดังกล่าวอยู่ในขอบเขตของเวชปฏิบัติทั่วไปของแพทย์ผู้ให้การดูแล อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการปฐมภูมิควรให้การบริการกลุ่มบุคคลข้ามเพศได้อย่างเหมาะสมตามขอบเขตความสามารถ รวมถึงส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อทำการดูแลต่อได้อย่างเหมาะสมเช่นกัน ไม่มีหลักฐานที่ระบุว่า การดูแลบุคคล TGD ให้ได้ตามมาตรฐานจำเป็นต้องกระทำโดยผู้ผ่านการอบรมและได้รับการรับรองเท่านั้น และเพื่อประสิทธิภาพในการดูแลบุคคล TGD ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่ควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการดูแล ทักษะและวัฒนธรรม รวมถึงหลักการประพฤติปฏิบัติและมารยาทของผู้ประกอบวิชาชีพต่อผู้รับบริการสุขภาพ

เนื่องจากบุคคล TGD ที่เข้ารับบริการ อาจมีปัญหาสุขภาพที่มีความจำเพาะ เช่น ปัญหาทางสุขภาพจิต การรับฮอร์โมน การผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ และปัญหาทางสังคม เป็นต้น ทำให้ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิจำเป็นต้องใช้ความสามารถเฉพาะในการดูแล นอกเหนือไปจากความสามารถในการดูแลบุคคล TGD ที่ผู้ให้บริการทั่วไปควรมีแล้ว ผู้ให้บริการควรยอมรับและเข้าใจความแตกต่างทางเชื้อชาติ สัญชาติ และความหลากหลายทางเพศ ดังนั้น องค์กรสหวิชาชีพได้ออกคำชี้แจงเพื่อแสดงแนวทางปฏิบัติที่จำเพาะสำหรับการดูแล ได้แก่ American College of Obstetricians and Gynecology, 2021; Italian Society of Gender, Identity and Health (SIGIS);

the Italian Society of Andrology and Sexual Medicine (SIAMS); the Italian Society of Endocrinology (SIE), 2021; Polish Sexological Society, 2021; the Southern African HIV Clinicians' Society, 2021 และในปี Wylie et al., (2016) ว่า “การดูแลสุขภาพโดยทั่วไปและสุขภาพของบุคคลข้ามเพศควรเข้าถึงได้ตั้งแต่ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิไม่แตกต่างจากชายและหญิงตรงเพศครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจและสุขภาพเพศ รวมถึงการดูแลที่จำเพาะต่อการข้ามเพศ” ปัจจุบันมีต้นแบบของการดูแลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในหลายรัฐ เช่น รัฐโตรอนโตและแวนคูเวอร์ในประเทศแคนาดา, รัฐนิวยอร์กและบอสตันในประเทศสหรัฐอเมริกา และ รัฐซิดนีย์ประเทศ ออสเตรเลีย (Radix & Eisfeld, 2014; Reisner, Radix et al., 2016; Spanos et al., 2021)

การใช้ฮอร์โมน

บุคคล TGD อาจได้การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน (gender-affirming hormone therapy; GAHT) จากแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่ อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ หรือแพทย์ที่หน่วยให้บริการระดับปฐมภูมิขึ้นอยู่กับบริบทในแต่ละประเทศ ซึ่งประกอบไปด้วยกฎระเบียบและระบบสิทธิการรักษา (ดูคำแนะนำถึงความจำเป็นทางการแพทย์ที่บทที่ 2 – การประยุกต์ใช้ทั่วโลก, คำแนะนำ 2.1) ในหลายพื้นที่การดูแลเฉพาะทางของบุคคล TGD ยังมีอย่างจำกัดหรือไม่มีเลย จึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์ฝึกอบรมและเพิ่มพูนทักษะในการดูแลเรื่องการยืนยันเพศสภาพให้มากขึ้น ในบางประเทศผู้ให้บริการทางการแพทย์อาจจำเป็นต้องส่งต่อบุคคล TGD ให้กับแพทย์เฉพาะทาง เช่น คลินิกอรรถลักษณะทางเพศ ทำให้การเข้าถึงการได้รับการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนช้ากว่าที่ควร (Royal College of General Practitioners, 2019)

การใช้ฮอร์โมนครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย เช่น ชะลอการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การเริ่มฮอร์โมน และการรับฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพอย่างต่อเนื่อง การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนสามารถทำได้โดยผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิทุกคนที่ผ่านการอบรม ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิทุกคนควรมีความคุ้นเคยและรู้จักการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน สามารถติดตามอาการและผลข้างเคียงจากการให้ฮอร์โมนได้อย่างเหมาะสม (ดูบทที่ 12 – การใช้ฮอร์โมน) ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ ควรสามารถตัดสินใจส่งต่อกลุ่มบุคคลข้ามเพศได้อย่างเหมาะสมเพื่อรับบริการอื่น ๆ ที่ไม่มีในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของตน

เนื้อหาในบทนี้สนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยให้บริการระดับปฐมภูมิ รวมทั้งผู้ที่ไม่ใช่แพทย์เฉพาะทาง ทุกฝ่ายสามารถจ่ายการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “เมื่อคำนึงถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และความสำคัญของฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิควรมีความสามารถในการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนแก่กลุ่มบุคคลข้ามเพศได้” (Shires, 2017)

ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิมีความจำเป็นต้องดูแลภาวะทางสุขภาพและตอบสนองความต้องการที่หลากหลาย โดยอาจพบกับหลายภาวะที่

บุคลากรไม่ได้มีประสบการณ์มาก่อน จึงต้องอาศัยการสืบค้นแหล่งข้อมูลแนวทางเวชปฏิบัติ หรือติดตามแหล่งความรู้ทางออนไลน์ที่น่าเชื่อถือ ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิได้รับคำแนะนำให้ใช้วิธีเดียวกันนี้กับการให้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพโดยสืบค้นแนวทางเวชปฏิบัติที่มีอยู่และเข้าถึงได้ง่าย (Cheung et al., 2019; Hembree et al., 2017; Oliphant et al., 2018; T'Sjoen et al., 2020) การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนในปัจจุบันเป็นยาที่บุคลากรมีความคุ้นเคย เช่น เทสโทสเทอโรน เอสตราไดโอด โพรเจสเทอโรน และอนุพันธ์อื่น ๆ ของฮอร์โมนโปรเจสเทอโรน และยาสไปโรโนแลคโตน เป็นต้น

สุขภาพจิต

ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิควรมีความตั้งใจและมีความสามารถในการดูแลสุขภาพจิตของบุคคล TGD และผู้ที่ใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพหรือบรรเทาความทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria) เพื่อให้เกิดอัตลักษณ์ทางเพศตามแต่ละปัจเจกบุคคลต้องการ โดยอย่างน้อยที่สุด บุคลากรควรตระหนักถึงความต้องการของผู้รับบริการและทำการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหากมีความจำเป็น

การดูแลและป้องกัน

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีความรอบรู้เรื่องการป้องกันและคัดกรองมะเร็ง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการระดับปฐมภูมิ แนวทางเวชปฏิบัติของการป้องกันและคัดกรองมะเร็งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ โดยขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในแต่ละพื้นที่ ในปัจจุบันงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบในระยะยาวของการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพยังมีอย่างจำกัด (Blondeel et al., 2016; Braun et al., 2017) ข้อมูลการเกิดโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งในกระเพาะอาหารของบุคคล TGD ยังมีอยู่อย่างจำกัด (Joint et al., 2018) ดังนั้นจึงแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเป็นประจำตามแนวทางเวชปฏิบัติที่แนะนำและมาตรฐานไม่แตกต่างจากประชากรทั่วไป โดยมีคำแนะนำที่จำเพาะบางประการต่อบุคคลข้ามเพศในการคัดกรองมะเร็ง โดยจะกล่าวในลำดับถัดไป ส่วนใหญ่ในการคัดกรองมะเร็งในบุคคลข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนจะพิจารณาจากชนิดและระยะเวลาของการใช้ฮอร์โมน ชนิดของการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ และอวัยวะในร่างกายที่บุคคลข้ามเพศยังคงมีอยู่

การดูแลกลุ่มบุคคลข้ามเพศผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิควรบันทึกความเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอวัยวะอย่างต่อเนื่อง ควรมีการบันทึกและติดตามประวัติการผ่าตัดในแต่ละราย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังการได้รับฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพอย่างครบถ้วน บุคลากรส่วนใหญ่อาจไม่ได้มีประสบการณ์ในการดูแลกลุ่มบุคคลข้ามเพศทุกช่วงอายุ ทำให้ขาดความชำนาญในการดูแลบุคคลข้ามเพศในบางกลุ่ม แต่หากบุคลากรได้ดูแลบุคคลข้ามเพศทั้งเด็ก วัยรุ่นและผู้สูงอายุเป็นประจำสม่ำเสมอจะทำให้สามารถดูแลกลุ่มบุคคลข้ามเพศได้ทุกช่วงอายุได้อย่างเชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตามหากบุคลากรไม่สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม แนะนำควรส่งต่อพบ

ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน

คำแนะนำทุกคำแนะนำในบทนี้ ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและประเมินถึงประโยชน์และอันตราย อีกทั้งการประเมินและความนิยมจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้ เราตระหนักดีว่าในบางกรณี หลักฐานทางวิชาการนั้นมีความจำกัดและการบริการบางอย่าง ไม่สามารถเข้าถึงได้หรือไม่สามารถทำได้

คำแนะนำ 15.1

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ซักประวัติบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศอย่างละเอียด ได้แก่ ประวัติทั้งในอดีตและปัจจุบันของการใช้ฮอร์โมน การผ่าตัดต่อมเพศ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อทำการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง ตามคำแนะนำเวชปฏิบัติในแต่ละท้องถิ่น ดูเหตุผลสนับสนุนที่คำแนะนำ 15.3

คำแนะนำ 15.2

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ประเมินและให้การดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศด้วยเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงที่เฉพาะตามแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม ดูเหตุผลสนับสนุนที่คำแนะนำ 15.3

คำแนะนำ 15.3

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ปรับใช้การประเมินความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับเพศ ให้เหมาะสมกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศแต่ละราย โดยคำนึงถึงระยะเวลาในการได้รับฮอร์โมน ขนาดยา ระดับฮอร์โมนในเลือด อายุของผู้รับบริการและอายุที่เริ่มใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ

โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2018) ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค รวมถึงผลลัพธ์จากการรักษาโรคมะเร็งมีความแตกต่างกันไปตามสัญชาติ เชื้อชาติ และเพศของผู้ป่วย โดยมีปัจจัยจากโครงสร้างทางสังคม ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการปรับตัวต่อความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความแตกต่างดังกล่าว (Flentje et al., 2020; Havranek et al., 2015; Streed et al., 2021) บุคคล TGD มักได้รับความเครียดจากความกดดันทางสังคม เศรษฐกิจและการถูกแบ่งแยก ทำให้มีความเครียดในระดับใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ (Carpenter et al., 2020; James et al., 2016; Reisner, Radix et al., 2016) นอกจากนั้นบุคคล TGD มีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบจากความเครียดมากกว่า ไม่ว่าจะเป็นเรื่องศาสนา เชื้อชาติและการเป็นคนกลุ่มน้อย ในทางตรงข้ามการเข้าถึงการรับบริการยืนยันเพศสภาพ รวมถึงการได้รับฮอร์โมนจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตและลดความขัดแย้งและความทุกข์ใจในเพศสภาพ มีส่วนช่วยชะลอการเพิ่มของความเสี่ยง

คำแนะนำ

- 15.1 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ซักประวัติบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศอย่างละเอียด ได้แก่ ประวัติทั้งในอดีตและปัจจุบันของการใช้ฮอร์โมน การผ่าตัดต่อมเพศ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อทำการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง ตามคำแนะนำเวชปฏิบัติในแต่ละท้องถิ่น
- 15.2 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ประเมินและให้การดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศด้วยเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงที่เฉพาะตามแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม
- 15.3 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ปรับใช้การประเมินความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับเพศ ให้เหมาะสมกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศแต่ละราย โดยคำนึงถึงระยะเวลาในการได้รับฮอร์โมน ขนาดยา ระดับฮอร์โมนในเลือด อายุของผู้รับบริการและอายุที่เริ่มใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ
- 15.4 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และแนะนำให้หยุดบุหรี่และการใช้สารนิโคตินก่อนรับการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ
- 15.5 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลและอภิปรายกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ เกี่ยวกับข้อกังวลที่เกิดขึ้นตามวัยทั้งด้านร่างกาย จิตและสังคม
- 15.6 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของท้องถิ่นสำหรับหญิงตรงเพศ โดยนำมาใช้กับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน โดยคำนึงถึงระยะเวลาที่ได้รับฮอร์โมน ขนาดยา อายุของผู้รับบริการและอายุที่เริ่มรับฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ
- 15.7 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของท้องถิ่นสำหรับหญิงตรงเพศ โดยนำมาใช้กับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่มีเต้านมจากการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ตามธรรมชาติและยังไม่ได้รับการผ่าตัดหน้าอกเพื่อการยืนยันเพศสภาพ
- 15.8 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติในการคัดกรองมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกและมะเร็งรังไข่ของท้องถิ่นสำหรับหญิงตรงเพศผู้มีความเสี่ยงปกติและผู้มีความเสี่ยงสูง (รวมถึงการที่ไม่ให้คัดกรองด้วย) โดยนำมาใช้กับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศผู้ซึ่งความเสี่ยงเท่ากัน
- 15.9 - เราไม่แนะนำให้การตัดรังไข่และตัดมดลูกเป็นหัตถการที่ทำโดยทั่วไป เพียงเพื่อป้องกันมะเร็งรังไข่และมะเร็งมดลูก ในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ได้รับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนและมีความเสี่ยงปกติต่อมะเร็งรังไข่และมะเร็งมดลูก
- 15.10 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์เสนอการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ยังมีปากมดลูกในปัจจุบันหรือเคยมีมาก่อนในอดีต โดยปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติในการคัดกรองของท้องถิ่นสำหรับหญิงตรงเพศ
- 15.11 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศเรื่องการได้รับยาต้านเชื้อเอชไอวีนั้น ไม่เป็นข้อห้ามในการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ
- 15.12 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ซักประวัติบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศอย่างละเอียด ได้แก่ ประวัติทั้งในอดีตและปัจจุบันของการใช้ฮอร์โมน การผ่าตัดต่อมเพศ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคกระดูกพรุน เพื่อทำการประเมินการคัดกรองโรคกระดูกพรุนอย่างเหมาะสมตามอายุ
- 15.13 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลและอภิปรายเกี่ยวกับสุขภาพกระดูกกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งประกอบด้วย การออกกำลังกายที่มีการลงน้ำหนัก อาหารที่ดีต่อสุขภาพ การให้แคลเซียมและวิตามินดีเสริม
- 15.14 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์เสนอการส่งต่อบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อรับการกำจัดขนบริเวณใบหน้า ร่างกายและบริเวณอวัยวะเพศเพื่อการยืนยันเพศสภาพหรือเพื่อเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด

ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (Defreyne et al., 2019; Martinez et al., 2018) แพทย์ระดับปฐมภูมิมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคล TGD ด้วยการตรวจคัดกรองและป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง และลดปัจจัยเสี่ยงของโรค เช่น การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ความดัน ไขมันสูงและโรคอ้วน เป็นต้น

รายงานผลการศึกษานี้จำนวนหนึ่งจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่ศึกษาในบุคคล TGD โดยไม่คำนึงถึงการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพพบว่า ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจ เส้นเลือดสมองตีบ และความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น โดยมีอัตราการของความเสียหายต่อโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือไม่ได้รับการรักษา รวมถึงการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่เพียงพอเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลตรงเพศ (Denby et al., 2021; Malhotra et al., 2022; Nokoff et al., 2018) ข้อมูลจากหนึ่งการศึกษาในระดับประชากรพบว่า ความเครียดจากการถูกแบ่งแยก

ความทุกข์ทางจิตใจ และประสบการณ์ที่เลวร้ายในวัยเด็กซึ่งพบมากในบุคคล TGD มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นกว่าประชากรทั่วไป (Poteat et al., 2021)

การศึกษาข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจ, เส้นเลือดสมองตีบ หรือโรคทางหลอดเลือดอื่น ๆ ในชายข้ามเพศและหญิงข้ามเพศสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับชายตรงเพศ หญิงตรงเพศหรือทั้งคู่ โดยผลลัพธ์มีความแตกต่างกันเนื่องจากเชื้อชาติ ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและรายได้ (Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018) นอกจากนี้กลุ่ม nonbinary มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับที่สูงขึ้นเช่นกัน (Downing & Przedworski, 2018) อย่างไรก็ตามข้อมูลการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพในการศึกษานี้มีค่อนข้างจำกัดเนื่องจากรูปแบบของ

การเก็บข้อมูลเป็นการรายงานโดยผู้รับบริการเอง มีรายงานในสหรัฐอเมริกาพบบุคคลข้ามเพศที่รับฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพมีอัตราการไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือไม่ได้รับการรักษาปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าบุคคลตรงเพศ (Denby et al., 2021) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลนี้อาจไม่สามารถประยุกต์ใช้กับทุกกลุ่มประชากรในพื้นที่อื่นของโลก

จากการศึกษาชนิด case control ในปี 2018 ขนาดใหญ่ที่รวบรวมบุคคลข้ามเพศ จับคู่กับชายตรงเพศและหญิงตรงเพศ ในสัดส่วน 10:1 ในหลายสถานพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2018 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดหรือเส้นเลือดสมองระหว่างหญิงข้ามเพศและชายตรงเพศ และไม่พบความแตกต่างของอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคเส้นเลือดสมองหรือภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (venous thromboembolism, VTE) ระหว่างชายข้ามเพศและทั้งชายตรงเพศและหญิงตรงเพศนอกจากนี้พบว่าหญิงข้ามเพศมีความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำสูงกว่าชายตรงเพศ 1.9 เท่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มย่อยของหญิงข้ามเพศที่ได้เริ่มฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพในช่วง 6 ปี ที่เก็บข้อมูลวิจัย (เปรียบเทียบกับคนที่ได้รับฮอร์โมนอยู่เดิมแล้ว) พบความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มากขึ้น โดยจากการคำนวณพบว่าจำนวนของหญิงข้ามเพศที่ต้องใช้ฮอร์โมนเพื่อจะก่อให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ 1 ราย (ในหญิงข้ามเพศทั้งหมดที่ใช้ฮอร์โมน) และ เพื่อจะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 ราย (ในหญิงข้ามเพศที่เริ่มฮอร์โมน) (numbers-needed-to-harm) คือระหว่าง 71-123 คน (ตัวเลขนี้ไม่ถูกรายงานในฉบับตีพิมพ์) (Getahun et al., 2018) การศึกษาอื่น ๆ ไม่พบว่าความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจและเส้นเลือดสมองนั้นเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มชายข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวมีข้อจำกัด คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวนน้อย การติดตามอาการเป็นระยะเวลาไม่นานเพียงพอ และอายุเฉลี่ยของกลุ่มประชากรส่วนใหญ่นั้นค่อนข้างน้อย (Martinez et al., 2020; Nota et al., 2019)

จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาและยุโรปพบว่าหญิงข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ เส้นเลือดสมอง หรือทั้งสองโรคเพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับหญิงตรงเพศและเพศในบางการศึกษา สูงกว่าชายตรงเพศ (Getahun et al., 2018; Nota et al., 2019; Wierckx et al., 2013) การศึกษาส่วนมากมีข้อจำกัด เช่น ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยเฉพาะหญิงข้ามเพศที่สูงอายุ และความแตกต่างของชนิดและระยะเวลาที่ใช้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Martinez et al., 2020) แต่อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมพบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จากหลายการศึกษาหญิงข้ามเพศที่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมองมีอายุมากกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดอย่างน้อย 1 ข้อและได้รับฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพที่หลากหลาย เช่น เอธินิลเอสตราไดออล (ethinyl estradiol) ฮอร์โมนเอสโตรเจนสังเคราะห์ ซึ่งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดดำ จึงไม่แนะนำให้ใช้ฮอร์โมนกลุ่มนี้เพื่อเพิ่มลักษณะความเป็นเพศหญิง

(Gooren et al., 2014; Martinez et al., 2020) ในปัจจุบันสันนิษฐานว่า การใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นหลัก มีความสัมพันธ์ความเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือดและเส้นเลือดสมองที่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลที่มีอยู่จำกัดไม่สามารถสรุปได้ว่า ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นนี้เกิดจากฮอร์โมนเอสโตรเจนหรือเกิดจากความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมองของแต่ละบุคคลที่อยู่ก่อนแล้ว นอกจากนี้ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่จำเพาะและชัดเจนกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่ม nonbinary ในผู้ที่รับฮอร์โมนในขนาดต่ำและผู้ที่เคยใช้ฮอร์โมนเพื่อยับยั้งการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์มาก่อน

บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิสามารถประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและเส้นเลือดสมองในบุคคล TGD ระหว่างการได้รับฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพ โดยตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง ไขมันสูง โรคอ้วน การสูบบุหรี่ รวมถึงประเมินระดับความเครียดจากการเป็นคนกลุ่มน้อยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและเส้นเลือดสมอง (Streed et al., 2021) ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์สามารถลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและเส้นเลือดสมองที่สูงขึ้นในกลุ่มบุคคลข้ามเพศด้วยการให้การวินิจฉัยและลดความเสี่ยงดังกล่าวอย่างทันที่ และปรับการดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งคอยสนับสนุนการยืนยันเพศสภาพในแต่ละรายบุคคล

แนวทางเวชปฏิบัติในการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและเส้นเลือดสมองมีความแตกต่างไปตามบริบทของแต่ละประเทศ นอกจากนี้แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและเส้นเลือดสมองมีความแตกต่างในแง่ความถี่และลักษณะการประเมินความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี (Arnett et al., 2019; Piepoli et al., 2020; Précoma et al., 2019; Streed et al., 2021; WHO, 2007) สำหรับคนอายุมากกว่า 40 ปีจะมีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและเส้นเลือดสมองเพิ่มขึ้น แนวทางเวชปฏิบัติมาตรฐานจึงแนะนำให้คำนวณความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองในระยะ 10 ปีด้วยสมการที่ได้จากการคำนวณในประชากรกลุ่มใหญ่ เช่น SCORE (the European Guidelines on CVD Prevention), Pooled Cohort Studies Equations (2013 AHA ACC Guideline on the Assessment of CVD risk), Framingham Risk scores และ the World Health Organization (WHO) Risk Prediction Charts เป็นต้น ซึ่ง WHO charts ถูกพัฒนาขึ้นจากข้อมูลเบื้องต้นการอนามัยโลกเก็บรวบรวมจากข้อมูลในพื้นที่ย่อยตามที่ WHO แบ่ง ในขณะที่ในหลายพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัดและไม่สามารถตรวจวัดระดับคอเลสเตอรอล หรือระดับน้ำตาลได้นั้น ก็สามารถนำเครื่องมือทางเลือกอื่น ๆ มาใช้ประเมินได้โดยไม่ต้องตรวจเลือดหาค่าเหล่านี้

ในปัจจุบัน เพศเป็นตัวแปรสำคัญในเครื่องมือการประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองทุกเครื่อง นอกจากนั้นยังมีข้อมูลไม่เพียงพอว่าในแต่ละช่วงอายุของบุคคล TGD ที่ผ่านขั้นตอนทางการแพทย์ทั้งด้วยยาและผ่าตัดมาแล้วนั้น ควรได้รับการดูแลเพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างไร และจะเอามาปรับใช้ในสมการของเครื่องมือการประเมินอย่างไร อย่างไรก็ตาม เพศกำเนิดและการรับฮอร์โมนนั้นส่งผลต่อปัจจัยที่ใช้ประเมินความเสี่ยง

โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020) บุคลากรทางการแพทย์อาจเลือกประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองในบุคคลข้ามเพศได้หลายแนวทาง อาจเลือกใช้เพศโดยกำเนิด หรือเพศที่ได้รับการยืนยัน หรือเฉลี่ยจากทั้งสองเพศ โดยประเมินตามระยะเวลาในช่วงชีวิตที่ได้รับฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ จากข้อมูลที่ยังมีอย่างจำกัด การเลือกประเมินความเสี่ยงตามเพศที่ได้รับการยืนยันในผู้ใหญ่ข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพตั้งแต่เข้าวัยเจริญพันธุ์ถือว่ามีความเหมาะสม คนที่ได้รับฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพในขนาดต่ำกว่าระดับสูงสุดหรือไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทนเป็นระยะเวลาสั้นหลังผ่าตัดต่อมเพศก่อนอายุ 50 ปีจำเป็นต้องได้รับการประเมินอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ควรเข้าใจถึงลักษณะและข้อจำกัดของเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง และควรให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่าง ๆ

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบความชุกของโรคไขมันในเลือดสูงในกลุ่มบุคคลข้ามเพศกับบุคคลตรงเพศ โดยควบคุมปัจจัยเรื่องฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ จากที่กล่าวไว้ข้างต้น มีข้อมูลในกลุ่มประชากรอื่นแสดงให้เห็นว่า การมีประวัติความเครียดทางจิตสังคมในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ในอดีต มีแนวโน้มที่จะมีภาวะอ้วนและไขมันในเลือดสูง สำหรับการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนที่ประกอบด้วยเทสโทสเตอโรนและเอสโตรเจนนั้น ส่งผลต่อกระบวนการเผาผลาญ (metabolism) ไขมัน แต่ข้อมูลดังกล่าวยังไม่ชัดเจนเนื่องจากสูตรของยาฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพที่มีความหลากหลายและปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลร่วมในการศึกษา (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Deutsch, Glidden et al., 2015; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020) ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีแนวโน้มเพิ่มระดับไขมัน high-density lipoprotein (HDL) และไตรกลีเซอไรด์ ส่วนผลต่อระดับไขมัน low density lipoprotein (LDL) ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา แต่ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน มีแนวโน้มลดระดับไขมัน high-density lipoprotein (HDL) เพิ่มระดับไขมัน low density lipoprotein (LDL) แต่ผลต่อระดับไตรกลีเซอไรด์ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา โดยรูปแบบฮอร์โมนที่ได้รับมีผลต่อรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมัน โดยเฉพาะผลของฮอร์โมนเอสโตรเจนรูปแบบกินและแบบทาบนผิวหนังต่อระดับไตรกลีเซอไรด์ (Maraka et al., 2017) อย่างไรก็ตาม รายละเอียดของการใช้ฮอร์โมนดังกล่าวส่งผลต่อระดับไขมันค่อนข้างน้อยและผลต่อความเสี่ยงโดยรวมของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคเส้นเลือดสมองยังไม่ชัดเจน ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาผลของการใช้ฮอร์โมนในบุคคลข้ามเพศอายุมากกว่า 50 ปีที่มีโรคไขมันสูงอยู่ก่อน หรือการศึกษาผลของฮอร์โมนในบุคคลข้ามเพศหลังจากใช้ฮอร์โมนเป็นเวลามากกว่า 2-5 ปี

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มบุคคลข้ามเพศกับบุคคลตรงเพศ โดยควบคุมปัจจัยเรื่องฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ จากข้อมูลในประชากรบางกลุ่มพบว่า ความเครียดทางจิตใจและสังคมทั้งระยะสั้นและระยะยาว ความเครียดจากประสบการณ์การถูกแบ่งแยกทางสังคมเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคความ

ดันโลหิตสูง (Din-Dzietham et al., 2004; Spruill, 2010) นอกจากนี้จากการศึกษาข้อมูลในระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมซึ่งเป็น การเก็บข้อมูลการสอบถามขนาดใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มบุคคลข้ามเพศไม่แตกต่างจากบุคคลตรงเพศ (Alzahrani et al., 2019; Nokoff et al., 2018)

จากการศึกษาการใช้ฮอร์โมนเพื่อยืนยันเพศสภาพที่มีเทสโทสเตอโรนและเอสโตรเจนเป็นหลัก พบว่าผลต่อความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่ชัดเจน จากการศึกษา retrospective study พบว่า ในช่วงเริ่มต้นการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลลดความดันโลหิตซิสโตลิกเล็กน้อย ในขณะที่บุคคลข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนมีความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยสูงขึ้นเล็กน้อย (4 มิลลิเมตรปรอท) เมื่อติดตามอาการต่อเนื่อง โดยการเปลี่ยนแปลงนี้มีค่าสำคัญทางสถิติที่คาบเกี่ยวและมีความสัมพันธ์ต่ออาการแสดงทางคลินิกค่อนข้างน้อย (Banks et al., 2021) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมหนึ่งซึ่งมีข้อจำกัดด้านคุณภาพหลักฐาน สรุปได้ว่าขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับผลของการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนต่อความดันโลหิต (Connelly et al., 2021) สปิโรโนแลคโตน (spironolactone) ที่ใช้ในการยับยั้งฮอร์โมนแอนโดรเจนในกลุ่มหญิงข้ามเพศ เป็นยาขับปัสสาวะชนิดไม่สูญเสียโพแทสเซียม อาจมีผลเพิ่มระดับโพแทสเซียมในเลือดได้หากใช้ร่วมกับ ACE inhibitor หรือ angiotensin receptor blocker หรือเกลือแร่ทดแทนอื่น ๆ ขณะนี้ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของโรคความดันสูงกับการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพในบุคคลข้ามเพศที่อายุมากกว่า 50 ปี หรือใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพเป็นเวลามากกว่า 2-5 ปี บุคคลข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนควรตรวจความดันโลหิตเป็นประจำ หรือตรวจคัดกรองตามแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมวิชาชีพเพื่อสุขภาพบุคคลข้ามเพศโลก (WPATH guidelines)

ข้อมูลความชุกของโรคเบาหวานโดยไม่คำนึงถึงการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพยังมีอย่างจำกัดในบุคคลข้ามเพศเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลตรงเพศ โดยข้อมูลจาก STRONG cohort study (Islam et al., 2021) พบว่าความชุกและอุบัติการณ์เกิดโรคเบาหวานในหญิงข้ามเพศสูงกว่าหญิงตรงเพศแต่ไม่แตกต่างจากชายตรงเพศ และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของความชุกหรืออุบัติการณ์เกิดโรคเบาหวานในกลุ่มชายข้ามเพศและกลุ่มบุคคล TGD ทั้งหมดที่เริ่มฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ อย่างไรก็ตามระยะเวลาในการติดตามทั้งสองกลุ่มดังกล่าวใช้เวลา 2.8 และ 3.1 ปีตามลำดับ (Islam et al., 2021) ข้อมูลจากอีกกลุ่มประชากรซึ่งมีกลุ่มเพศหลากหลายรวมอยู่ พบว่าความเครียดมีผลต่อการเกิดและการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Beach et al., 2018; Kelly & Mubarak, 2015)

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของสหรัฐอเมริกาไม่พบความแตกต่างของโรคเบาหวานในชายข้ามเพศหญิงข้ามเพศและบุคคล nonbinary เปรียบเทียบกับบุคคลตรงเพศ (Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018) การศึกษาขนาดเล็กหลายการศึกษาพบโรคกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่หลายใบ (PCOS) และภาวะฮอร์โมนแอนโดรเจนสูง (hyperandrogenemia) ในชายข้ามเพศมีสัดส่วนสูงกว่าที่คาดการณ์

ไว้ (Feldman et al., 2016) ภาวะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการดื้ออินซูลินและความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน ในขณะที่การศึกษาการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพที่มีเอสโตรเจนหรือเทสโทสเตอโรนเป็นองค์ประกอบ พบผลที่ไม่ชัดเจนของฮอร์โมนเหล่านี้ต่อน้ำหนักตัว การเผาผลาญน้ำตาลและภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Defreyne et al., 2019) โดยส่วนมากพบว่าไม่เพิ่มความเสี่ยงของโรคเบาหวานหรือภาวะก่อนเบาหวาน (Chan et al., 2018; Connelly et al., 2019) ยังไม่มีการศึกษาผลของการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพในคนอายุมากกว่า 50 ปีหรือใช้ฮอร์โมนต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 2-5 ปี ในบุคคลข้ามเพศที่มีโรคเบาหวานอยู่เดิม นอกจากนี้ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงความเสี่ยงโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ข้ามเพศที่เคยได้รับยาฮอร์โมนที่ยับยั้งการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์มาก่อน

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงถึงผลลัพธ์ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพต่อโรคไขมันในเลือดและความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นประโยชน์ในการสร้างทฤษฎีและการศึกษาเพื่อหาสาเหตุ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในอนาคตควรมุ่งไปที่ผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเก็บข้อมูลปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อโรค เช่น อายุ รูปแบบและขนาดฮอร์โมนที่ใช้ ระยะเวลาที่ได้รับฮอร์โมน เป็นต้น และการแปลผลการศึกษาควรพิจารณาว่ากลุ่มบุคคลตรงเพศที่นำมาเป็นกลุ่มควบคุม นั้น เป็นเพศกำเนิดเดียวกันหรืออัตลักษณ์ทางเพศเดียวกัน

คำแนะนำ 15.4

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และแนะนำให้หยุดบุหรี่และการใช้สารนิโคตินก่อนรับการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ

บุหรี่เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดและโรคมะเร็งในผู้ป่วยทั่วโลก (World Health Organization, 2020) บุคคล TGD มีสัดส่วนผู้ที่สูบบุหรี่สูงกว่าบุคคลตรงเพศ โดยมีความแตกต่างกันไปตามความหลากหลายทางเพศ (Azagba et al., 2019; Buchting et al., 2017) ซึ่งมีลักษณะสัมพันธ์กับความเครียดเหมือนกับที่พบในประชากรอื่น ๆ (Gordon et al., 2021) บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนช่วยส่งเสริมการเลิกบุหรี่ สนับสนุนให้มีความเท่าเทียมทางเพศ ส่งเสริมการยืนยันเพศสภาพ ส่งเสริมการทำประกันสุขภาพ (Kidd et al., 2018; Shires & Jafee, 2016)

ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากการสูบบุหรี่ในบุคคล TGD ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ส่งผลหลายประการโดยสาเหตุหลักมาจากการถูกแบ่งแยกความสามารถในการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง และการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (Shires & Jafee, 2016) การสูบบุหรี่อาจเพิ่มความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคเส้นเลือดสมอง รวมทั้งภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำในบุคคลข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนโดยเฉพาะในหญิงข้ามเพศ (Hontscharuk, Alba, Manno et al., 2021) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดทั่วไป เช่น การสมานแผล การเกิดแผลเป็นและการติดเชื้อมากถึง 2-3 เท่า (Yoong et al., 2020) และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เพิ่มขึ้น หากมีการสูบบุหรี่ก่อนการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ

จากข้อมูลในประชากรบุคคลตรงเพศพบว่า การเลิกบุหรี่ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดไปจนถึง 6 สัปดาห์หลังผ่าตัดสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ (Yoong et al., 2020)

ปัจจุบันมีการศึกษาบางจำนวนเกี่ยวกับโครงการเลิกบุหรี่ในบุคคล TGD (Berger & Mooney-Somers, 2017) หลักฐานจำนวนหนึ่งระบุว่า การที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยลดการสูบบุหรี่ได้ โดยแก้ปัญหาความเครียดจากความหลากหลายทางเพศ (Gamarel et al., 2015) และให้การดูแลเพื่อยืนยันเพศสภาพ เช่น การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน (Myers & Safer, 2016)

ผู้ให้บริการทางการแพทย์ควรคำนึงถึงอุปสรรคการเลิกบุหรี่จากการติดสารนิโคติน และให้การรักษาด้วยสารทดแทนนิโคตินหรือยาทดแทนอื่น ๆ โดยเลือกตามความเหมาะสมในบุคคลแต่ละราย รวมทั้งคำนึงถึงพฤติกรรมทางสุขภาพที่ทำให้ติดสารนิโคตินเป็นหลัก ฉะนั้น การเลิกใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพหรือการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ ควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ประกอบกับศักยภาพและความต้องการในแต่ละราย

คำแนะนำ 15.5

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลและอภิปรายกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ เกี่ยวกับข้อกังวลที่เกิดขึ้นตามวัยทั้งด้านร่างกาย จิตและสังคม

อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้บุคคล TGD ต้องเผชิญความท้าทายทางด้านสังคม ร่างกายและสุขภาพจิต โดยที่องค์ความรู้เกี่ยวกับความชราในบุคคลข้ามเพศยังมีอย่างจำกัด ผู้สูงวัยข้ามเพศหลายรายประสบความรู้สึกมีปมในใจ ถูกแบ่งแยก และความรู้สึกรัดแสบกับเพศโดยกำเนิด (Fabbre & Gaveras, 2020; Witten, 2017) ประสบการณ์เหล่านี้ส่งผลต่อมุมมองของผู้สูงอายุ TGD ต่อระบบบริการสุขภาพ (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Kattari & Hasche, 2016; Walker et al., 2017) ผู้สูงอายุข้ามเพศมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพทางกายที่ไม่ดีเมื่อเทียบกับบุคคลตรงเพศหรือกลุ่ม LGBT ที่มีปัจจัยทางสังคมใกล้เคียงกัน (Fredriksen-Goldsen 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2014) ความต้องการเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมเฉพาะ และผลของความเครียดจากความหลากหลายทางเพศทำให้ผู้สูงอายุข้ามเพศได้รับการดูแลล่าช้ากว่าที่ควร และทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคตามวัยในผู้สูงอายุ (Bakko & Kattari, 2021; Fredriksen-Goldsen et al., 2014)

จากการศึกษาจำนวนหนึ่งเกี่ยวกับการยืนยันเพศสภาพด้วยยาในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุข้ามเพศกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคล TGD ที่อายุน้อยกว่า (Cai et al., 2019) อย่างไรก็ตามอายุไม่ใช่ข้อห้ามหรือข้อจำกัดในการเข้ารับการยืนยันเพศสภาพด้วยยาหรือผ่าตัด ทั้งนี้ผู้สูงอายุข้ามเพศอาจไม่ทราบถึงทางเลือกทั้งหมดในปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม การใช้ยาหรือการผ่าตัด ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของพวกเขาได้ (Hardacker et al., 2019; Houlberg, 2019)

การศึกษาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ TGD ยังมีอย่างจำกัด โดยพบว่าบุคคลข้ามเพศที่อายุมากกว่า 50 ปีมีภาวะซึมเศร้าและเผชิญกับ

ความเครียดมากกว่าผู้ที่มีเพศสภาพสอดคล้องกับเพศโดยกำเนิด LGB หรือผู้ที่ชอบเพศตรงข้าม (Fredriksen-Goldsen 2011, Fredriksen Goldsen et al., 2014) ความเสี่ยงที่จำเพาะต่อผู้สูงอายุ TGD ได้แก่ การถูกแบ่งแยกทางเพศและวัย ความเครียดทั่วไป ความกดดันจากการปกปิดตัวตน การตกเป็นจำเลยสังคมและความรู้สึกมีปมด้อย ในขณะที่ การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนช่วยลด ความเสี่ยงดังกล่าวได้ (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; White Hughto & Reisner, 2018) แพทย์ระดับปฐมภูมิสามารถช่วยคนกลุ่มนี้ได้ด้วยการส่งเสริมด้านจิต วิทยา การยอมรับและสนับสนุนตนเอง และการมีวิถีชีวิตที่ดีต่อ สุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมให้บุคคลข้ามเพศเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมี คุณภาพ (McFadden et al., 2013; Witten, 2014)

ผู้สูงอายุ TGD มักเผชิญกับความโดดเดี่ยวทางสังคม ขาดระบบ สนับสนุน และขาดการติดต่อจากคนใกล้ชิด และบุตรหลาน (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2017) ปัญหาสำคัญที่สุดของผู้ สูงวัย TGD คือการสูญเสียความสามารถในการดูแลตัวเอง และต้องอยู่ ภายใต้อาการดูแลของบ้านพักคนชราหรือต้องรับความช่วยเหลือในการ ดำรงชีวิต (Henry et al., 2020) แม้ว่าการดูแลในระยะยาวจะให้การ อำนวยความสะดวกและความช่วยเหลือที่จำเป็น คนกลุ่มนี้ยังเสี่ยงต่อ การถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ เช่น ถูกปฏิเสธที่จะให้การยืนยันเพศ สภาพด้วยฮอร์โมนต่อเนื่องหรือการดูแลทั่วไป ความรู้สึกแปลกแยก และถูกกีดกันจากการใช้ชีวิตหรือแต่งตัวตามอัตลักษณ์ทางเพศ (Auldrige et al., 2012; Pang et al., 2019; Porter et al., 2016) โดยสรุป บ้านพักคนชราสำหรับบุคคลข้ามเพศ การคมนาคมที่สะดวก กิจกรรมทางสังคมและระบบสนับสนุนเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ สูงอายุ TGD (Auldrige et al., 2012; Witten, 2014)

ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดมากมาย ผู้สูงอายุ TGD ส่วนมากสามารถเข้า สู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพได้ด้วยการยอมรับตัวเอง การมีความสัมพันธ์ ที่ห่วงใย และได้รับการสนับสนุน (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2014) แพทย์ระดับปฐมภูมิควรแก้ไขปัญหาลึกที่ผู้สูงอายุ ข้ามเพศต้องเผชิญ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิต การดูแลเพื่อเปลี่ยนเพศ การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลในระยะยาวรวมถึงในระยะสุดท้าย

นอกเหนือจากผลกระทบที่จากปัจจัยที่กล่าวมา เช่น ความเครียด จากความหลากหลายทางเพศและปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพใน แต่ละปีที่อยู่เพิ่มขึ้น ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ที่ได้รับฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ ผู้ที่ได้รับฮอร์โมนตั้งแต่อายุ น้อยหรือผู้ที่ได้รับฮอร์โมนในช่วงวัย 60-80 ปีหรือหลังจากนั้น แต่ด้วย สัดส่วนบุคคลข้ามเพศที่เพิ่มขึ้น การเริ่มฮอร์โมนตั้งแต่อายุน้อยรวมถึงผู้ ที่เริ่มตั้งแต่วัยเจริญพันธุ์ จำเป็นต้องมีการศึกษาผลกระทบระยะยาว หลังการรักษาซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

คำแนะนำ 15.6

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ ในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของท้องถิ่นสำหรับหญิงตรงเพศ โดย นำมาใช้กับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ได้รับ ฮอร์โมนเอสโตรเจน โดยคำนึงถึงระยะเวลาที่ได้รับฮอร์โมน ขนาดยา อายุของผู้รับบริการและอายุที่เริ่มรับฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศ สภาพ

บุคคล TGD ที่ได้รับฮอร์โมนที่มีเอสโตรเจนเป็นองค์ประกอบจะมี การพัฒนาของหน้าอก จึงต้องคำนึงถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ได้รับอาจเป็นหนึ่งในปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยง โรคมะเร็งเต้านมในกลุ่มประชากรทั่วไป แต่จาก 2 การศึกษาในกลุ่ม ประชากรย่อยรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมหญิงข้ามเพศใน ประเทศเนเธอร์แลนด์ (Gooren et al., 2013) และสหรัฐอเมริกา (Brown & Jones, 2015) ทั้งสองการศึกษาเป็นการศึกษาย้อนหลังทาง คลินิกนำร่อง ที่ศึกษาการเกิดมะเร็งเต้านมในบุคคลข้ามเพศ เปรียบเทียบกับบุคคลตรงเพศ ทั้งสองการศึกษาไม่ได้ติดตามการเกิด มะเร็งเต้านมแบบไปข้างหน้า ทำให้มีข้อจำกัดทางรูปแบบการศึกษา สำหรับแนวทางเวชปฏิบัติจำนวนมากที่ถูกตีพิมพ์ออกมา (Deutsch, 2016a) แนะนำให้พิจารณาอายุร่วมกับระยะเวลาที่ได้รับฮอร์โมน เอสโตรเจนในการตรวจคัดกรอง โดยคำแนะนำนี้เป็นคำแนะนำโดย ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น

การกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA2 เพิ่มความเสี่ยงของ โรคมะเร็งเต้านม อย่างไรก็ตาม การที่เชื่อว่าการได้รับฮอร์โมนเพศ ส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมนั้นยังไม่ทราบว่าเป็นจริงหรือไม่ และ หากมี ยังไม่ทราบค่าความเสี่ยงที่ชัดเจน (Rebeck et al., 2005) โดย หากพิจารณาว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นและยังไม่ทราบค่าความเสี่ยงที่ เพิ่มขึ้นจากการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนที่แน่นอน คนที่มีการกลายพันธุ์ ของ BRCA1 ควรได้รับคำแนะนำและตัดสินใจร่วมกับแพทย์ ในขั้นตอน การขอคำยินยอมก่อนเริ่มขั้นตอนทางการแพทย์ และชั่งกับประโยชน์ที่ มีมากมายจากการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ

ในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมแพทย์ควรคำนึงถึงผลการตรวจ mammogram ในหญิงข้ามเพศที่จะพบลักษณะเต้านมที่หนาแน่นขึ้น และหากได้รับการฉีดสารเติมเต็ม หรือซิลิโคนจากการเสริมเต้านมจะ ทำให้การแปลผล mammogram ยากขึ้น (Sonnenblick et al., 2018) ดังนั้น ควรใช้เทคนิคพิเศษในการตรวจ ผู้ป่วยที่ฉีดสารเติมเต็ม หรือซิลิโคน อาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น sclerosing lipogranulomas ทำให้บดบังเนื้อเยื่อปกติของเต้านมในการตรวจ mammogram หรือ ultrasound

คำแนะนำ 15.7

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ ในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของท้องถิ่นสำหรับหญิงตรงเพศ โดย นำมาใช้กับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่มีเต้าน มจากการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ตามธรรมชาติและยังไม่ได้รับการ ผ่าตัดหน้าอกเพื่อการยืนยันเพศสภาพ

ในผู้ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิงและมีการพัฒนาของเต้านมในช่วง

ที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ มีข้อกังวลทางทฤษฎีถึงการที่ร่างกายได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนและ aromatized estrogen (เอสโตรเจนที่ถูกเปลี่ยนมาจากการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน) เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการเกิดมะเร็งเต้านมหรือไม่ ข้อมูลจากการศึกษาชนิดย้อนหลังซึ่งยังมีอย่างจำกัด ไม่พบว่าชายข้ามเพศมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น (Gooren et al., 2013; Grynberg et al., 2010) อย่างไรก็ตามยังขาดการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ชายข้ามเพศส่วนใหญ่จะยังมีเนื้อเยื่อเต้านมหลงเหลืออยู่แม้ว่าตัดเต้านมไปแล้ว ดังนั้นแพทย์จึงต้องระวังอยู่เสมอว่าความเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านมในประชากรกลุ่มนี้ไม่ได้เป็นศูนย์ ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการคัดกรองมะเร็งเต้านมในชายข้ามเพศที่ได้รับการผ่าตัดหน้าอก เช่นเดียวกับชายตรงเพศที่มีประวัติของยีน BRCA การตรวจคัดกรองด้วยเครื่อง MRI หรือ ultrasound อาจเป็นหนึ่งในทางเลือกที่เหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากการใช้งานและประสิทธิภาพของแนวทางการคัดกรองนี้ยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างชัดเจน นอกเหนือจากนั้นไม่แนะนำให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองเนื่องจากอาจตรวจพบก้อนซึ่งเป็นผลบวกปลอม หรือตรวจพบก้อนที่เต้านมทั้ง ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง (บางครั้งอาจตรวจเจอก้อนที่สามารถยุบไปได้อีกโดยไม่จำเป็นต้องทำการรักษาเพิ่มเติม) การตรวจคัดกรองในชายข้ามเพศควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และบุคคลข้ามเพศโดยคำนึงถึงข้อดี ข้อเสียที่อาจเกิดขึ้น ประโยชน์ที่ได้รับ เนื่องจากแนวทางการตรวจที่ยังไม่ได้รับรู้อย่างชัดเจน

คำแนะนำ 15.8

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติในการคัดกรองมะเร็งเย็บุโพรงมดลูกและมะเร็งรังไข่ของท้องถิ่นสำหรับหญิงตรงเพศที่มีความเสี่ยงปกติและผู้มีความเสี่ยงสูง (รวมถึงการที่ไม่ให้คัดกรองด้วย) โดยนำมาใช้กับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศผู้ซึ่งความเสี่ยงเท่ากัน

แนวทางเวชปฏิบัติในปัจจุบันยังไม่แนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งรังไข่ในประชากรหญิงตรงเพศทุกรายและมีการรายงานถึงมะเร็งรังไข่ในชายข้ามเพศเกิด (Dizon et al., 2006; Hage et al., 2000) แต่ยังไม่มีความชัดเจนแน่ชัดว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนที่เพิ่มความเสี่ยงของโรคมะเร็งรังไข่ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาติดตามชนิดไปข้างหน้าในบุคคลข้ามเพศที่เพียงพอ (Joint et al., 2018)

คำแนะนำ 15.9

เราไม่แนะนำให้การตัดรังไข่และตัดมดลูกเป็นหัตถการที่ทำโดยทั่วไปเพียงเพื่อป้องกันมะเร็งรังไข่และมะเร็งมดลูก ในบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ได้รับการฮอร์โมนเอสโตรเจนและมีความเสี่ยงปกติต่อมะเร็งรังไข่และมะเร็งมดลูก

บุคคล TGD ที่มีรังไข่และได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนมักมีไข่ตกน้อยหรือไม่มีเลย หรืออาจเกิดการเปลี่ยนแปลงใน luteal phase และการสร้างฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ภาวะดังกล่าวร่วมกับได้รับ estrogen ที่เพิ่มขึ้นจากการ aromatization จากฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้เกิดความกังวลว่าเย็บุโพรงมดลูกถูกกระตุ้นจากเอสโตรเจนมากเกินไป อย่างไรก็ตามยังไม่ทราบข้อเท็จจริงของข้อมูลนี้ในทาง

คลินิก ในปัจจุบันการศึกษาทางพยาธิวิทยาของเย็บุโพรงมดลูกในกลุ่มบุคคลข้ามเพศที่ได้รับเอสโตรเจนพบลักษณะ atrophy (ฝ่อ) มากกว่า hyperplasia (หนาตัว) (Grimstad et al., 2018; Grynberg et al., 2010; Perrone et al., 2009) จากการศึกษาในกลุ่มชายข้ามเพศขนาดใหญ่ที่ได้รับการตัดรังไข่และมดลูกออกแล้ว ผลตรวจทางพยาธิวิทยาของชายข้ามเพศทุกรายไม่พบความผิดปกติว่าเป็นมะเร็ง (n=85) (Grimstad et al., 2020) ในขณะนี้ยังขาดการศึกษาชนิดติดตามไปข้างหน้า จึงยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนเพียงพอที่จะแนะนำให้ตัดมดลูกและรังไข่ในชายข้ามเพศ เพื่อป้องกันมะเร็งเย็บุโพรงมดลูกและมะเร็งรังไข่ อย่างไรก็ตามหากมีอาการแสดงที่อาจบ่งบอกถึงการเกิดมะเร็งเย็บุโพรงมดลูกหรือมะเร็งรังไข่ควรได้รับการตรวจอย่างเหมาะสม

คำแนะนำ 15.10

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์เสนอการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ยังมีปากมดลูกในปัจจุบันหรือเคยมีมาก่อนในอดีต โดยปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติในการคัดกรองของท้องถิ่นสำหรับหญิงตรงเพศ

ใครก็ตามที่มีปากมดลูกควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และได้รับการป้องกันที่เหมาะสมตามอายุตามแนวทางเวชปฏิบัติทั่วไป รวมถึงควรได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก และตรวจคัดกรองเชื้อ HPV ด้วยวิธีทางเซลล์วิทยา และการตรวจ high-HPV ร่วมด้วย หากสามารถทำได้ ตามแนวทางเวชปฏิบัติในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้ให้บริการทางการแพทย์ควรระมัดระวังการตรวจภายในไม่ให้เกิดความไม่สบายใจต่อกลุ่มชายข้ามเพศ

บุคคล TGD ที่ยังมีปากมดลูกมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อย เนื่องจากการตรวจภายในอาจทำให้ความทุกข์ใจในเพศสภาพแย่ลง หรือทั้งแพทย์และบุคคลข้ามเพศขาดความรู้เกี่ยวกับความจำเป็นในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Agenor et al., 2016; Potter et al., 2015) นอกจากนี้การได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนอาจทำให้เกิดการฝ่อของปากมดลูก และระยะเวลาที่ได้รับฮอร์โมนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของสิ่งส่งตรวจ อาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกไม่เพียงพอสำหรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Peitzmeier et al., 2014) ทางเลือกอื่นในการตรวจคัดกรอง เช่น ตรวจเชื้อ HPV โดยบุคลากรทางการแพทย์หรือโดยตนเอง อาจมีประโยชน์ต่อบุคคลข้ามเพศ ในขณะนี้มีการวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาที่กำลังดำเนินการวิจัยอยู่เกี่ยวกับการเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตนเองเพื่อตรวจหาเชื้อ HPV ที่มีความเสี่ยงสูง การตรวจคัดกรองเชื้อ HPV เป็นที่ยอมรับในกลุ่มชายข้ามเพศและได้ผลที่มีความไวถึง 71.4% (ค่าทำนายการไม่เป็นโรค 94.7%) และมีความจำเพาะ 98.2% (Reisner et al., 2018) ปัจจุบันยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมถึงข้อเสียในการตรวจคัดกรอง HPV ในชายข้ามเพศ ในแง่ของตรวจบริเวณช่องคลอด

คำแนะนำ 15.11

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศเรื่องการได้รับยาต้านเชื้อเอชไอวีนั้น ไม่เป็นข้อห้ามในการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ

บุคคล TGD มีความชุกของโรคติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าประชากรอื่นจากการศึกษาชนิด meta-analysis ขนาดใหญ่พบว่าความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงข้ามเพศสูงเป็น 66 เท่าและในชายข้ามเพศสูงเป็น 6.8 เท่า (Stutterheim et al., 2021) แพทย์ระดับปฐมภูมิมีโอกาสที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีป้องกันตัวเพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มบุคคล TGD ความไม่เข้าใจต่อบุคลากรทางการแพทย์จากการที่บุคคลข้ามเพศรู้สึกถูกแบ่งแยกและถูกรังเกียจส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและและขัดขวางความต่อเนื่องในการรักษา (Sevelius et al., 2016) การที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้รับการฝึกฝนที่เพียงพอ ทำให้ดูแลและวางตัวต่อบุคคลข้ามเพศได้อย่างไม่เหมาะสม (Poteat et al., 2013) นอกจากนี้การอบรมเกี่ยวกับการดูแลเพื่อการยืนยันเพศสภาพที่ไม่เพียงพอ ยังทำให้บุคคลข้ามเพศรู้สึกไม่สบายใจที่จะขอรับคำปรึกษาในประเด็นที่มีความอ่อนไหว เช่น การติดเชื้อเอชไอวี และหลีกเลี่ยงการพบแพทย์เพราะความกลัว (Bauer et al., 2014; Gibson et al., 2016; Seelman et al., 2017)

ผู้ให้บริการทางการแพทย์ควรตระหนักถึงบริบทที่ครอบคลุมในการดูแลบุคคล TGD ทั้งการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ, การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังสัมผัสเชื้อ (PrEP) หรือทั้งสองประเด็น ปัจจุบันยังมีความเข้าใจผิดหลายประการเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อหรือเพื่อการรักษาร่วมกับการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีร่วมกับฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพยังมีอย่างจำกัด การวิเคราะห์ย่อยในกลุ่มหญิงข้ามเพศจากการศึกษาร่วมกันหลายประเทศที่ชื่อ iPrEx trial พบประสิทธิภาพที่ลดลงในกลุ่มหญิงข้ามเพศหากทำการวิเคราะห์แบบ intention-to-treat อย่างไรก็ตาม พบว่าระหว่างบุคคลข้ามเพศและชายตรงเพศที่เป็นเกย์นั้นมีประสิทธิภาพที่เหมือนกันหากกินยา PrEP สม่าเสมอ ผลการศึกษานี้บ่งบอกว่าการกินยา PrEP อย่างสม่ำเสมอยังเป็นจุดที่ทำหายในประชากรกลุ่มนี้ จากสองการศึกษาพบว่าการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพร่วมกับ tenofovir diphosphate (Grant et al., 2021) และฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพร่วมกับ tenofovir diphosphate และ emtricitabine (Shieh et al., 2019) พบว่าระดับยาต้านไวรัสต่ำลงแต่ไม่มีนัยสำคัญความสำคัญในทางคลินิก จากข้อมูลการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนร่วมกับยาต้านไวรัสเอชไอวีช่วยยืนยันผลของฮอร์โมนต่อยาต้านไวรัส (Nanda et al., 2017) estradiol บางส่วนจะถูก metabolized ด้วยเอนไซม์ cytochrome P450 (CYP) 3A4 และ 1A2 ดังนั้นอาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยาเมื่อใช้ร่วมกับยาที่มีผลกระตุ้นหรือยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ดังกล่าว เช่น non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs, e.g., efavirenz (EFV) และ nevirapine (NVP) (Badowski et al., 2021) อย่างไรก็ตามยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรหลักที่ใช้ในประเทศส่วนใหญ่มียากกลุ่ม integrase inhibitor เป็นองค์ประกอบหลัก

ซึ่งมีปฏิกิริยาต่อยาฮอร์โมนน้อยและสามารถใช้ร่วมกันได้อย่างปลอดภัย (Badowski, 2021; Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2021) หากมีความกังวลเกี่ยวกับปฏิกิริยาระหว่างกันของยา ผู้ให้บริการทางการแพทย์ควรเจาะติดตามระดับฮอร์โมนเป็นระยะ และให้คำแนะนำถึงการใช้อย่างเหมาะสมร่วมกับฮอร์โมนว่าเป็นการรักษาที่ปลอดภัย

คำแนะนำ 15.12

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ซักประวัติบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศอย่างละเอียด ได้แก่ ประวัติทั้งในอดีตและปัจจุบันของการใช้ฮอร์โมน การผ่าตัดต่อมเพศ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคระดุกพรุน เพื่อทำการประเมินการคัดกรองโรคระดุกพรุนอย่างเหมาะสมตามอายุ ดูเหตุผลสนับสนุนที่คำแนะนำ 15.13

คำแนะนำ 15.13

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลและอภิปรายเกี่ยวกับสุขภาพกระดูกกับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศซึ่งประกอบด้วย การออกกำลังกายที่มีการลงน้ำหนัก อาหารที่ดีต่อสุขภาพ การให้แคลเซียมและวิตามินดีเสริม

ฮอร์โมนเอสโตรเจนและเทสโทสเตอโรนช่วยกระตุ้นการสร้างและการผลิตเปลี่ยนของกระดูก ระดับฮอร์โมนเพศที่ลดลงสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคระดุกพรุนในวัยที่มากขึ้น (Almeida et al., 2017) บุคคล TGD มีแนวโน้มที่จะได้ขั้นตอนทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นยาฮอร์โมนหรือการผ่าตัดที่ส่งผลต่อมวลกระดูก เช่น ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ การใช้ยาที่ยับยั้งฮอร์โมนแอนโดรเจน และการตัดต่อมเพศ ดังนั้นการซักประวัติอย่างครอบคลุมถึงการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพทั้งในอดีตและปัจจุบัน รวมทั้งประวัติการผ่าตัดจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการประเมินความเสี่ยงเพื่อเลือกการตรวจคัดกรองโรคระดุกพรุน

มีการศึกษาเชิงสังเกตหลายการศึกษาเปรียบเทียบความหนาแน่นกระดูกในบุคคลข้ามเพศก่อนและหลังรับการดูแลเพื่อการยืนยันเพศสภาพโดยจับคู่เปรียบเทียบกับกลุ่มตรงเพศโดยกำเนิด

ภาวะมวลกระดูกต่ำอาจเกิดขึ้นก่อนได้รับฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ จากการศึกษาหนึ่งแสดงให้เห็นว่าความหนาแน่นกระดูกบริเวณกระดูกต้นขาส่วนคอ (femoral neck) กระดูกสะโพก (total hip) และกระดูกสันหลัง (spine) ในหญิงข้ามเพศมีค่าต่ำกว่าประชากรชายตรงเพศที่อายุเท่ากัน (Van Caenegem, Taes et al., 2013) และอีกหนึ่งการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มบุคคล TGD อายุน้อยมีความชุกของภาวะมวลกระดูกต่ำสูงตั้งแต่ก่อนเริ่มยาเพื่อยับยั้งวัยเจริญพันธุ์ (Lee, Finlayson et al., 2020) ทั้งสองการศึกษาสรุปว่าการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยเป็นปัจจัยสำคัญของมวลกระดูกต่ำ

การผ่าตัดต่อมเพศทำให้อัตราการสูญเสียมวลกระดูกเร็วขึ้น หากบุคคลข้ามเพศไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทนหรือได้รับในปริมาณที่น้อยกว่าที่เหมาะสม จากการศึกษาหนึ่งพบว่าร้อยละ 30 ของหญิงข้ามเพศที่ผ่าตัดต่อมเพศมีมวลกระดูกต่ำและภาวะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมน 17- β estradiol ที่ต่ำลงและความสม่ำเสมอในการใช้

ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ (Motta et al., 2020)

พบว่าหญิงข้ามเพศที่ใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพมีความหนาแน่นกระดูกสูงขึ้น จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและ meta-analysis เรื่องผลของฮอร์โมนเพศต่อความหนาแน่นกระดูกในกลุ่มบุคคลข้ามเพศที่รวบรวม 9 การศึกษาในหญิงข้ามเพศ จำนวน 392 ราย และ 8 การศึกษาในชายข้ามเพศ จำนวน 247 ราย ระหว่างปี 2008-2015 พบว่าในหญิงข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนมีความหนาแน่นมวลกระดูกสันหลังช่วงเอวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (โดยไม่เพิ่มขึ้นในกระดูกต้นขาส่วนคอ) เปรียบเทียบกับก่อนการใช้ฮอร์โมน นอกจากนี้ในกลุ่มชายข้ามเพศ ไม่พบการเปลี่ยนแปลงมวลกระดูกสันหลังช่วงเอว กระดูกต้นขาส่วนคอและกระดูกสะโพกที่ระยะ 12 และ 24 เดือนหลังเริ่มการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Singh-Ospina et al., 2017) หลังจากการศึกษานี้ตีพิมพ์ the European Network for Investigation of Gender Incongruence (ENIGI) ได้ตีพิมพ์ การศึกษาเชิงสังเกตไปข้างหน้าที่ทำในหลายประเทศ (เบลเยียม นอร์เวย์ อิตาลี และเนเธอร์แลนด์) รวบรวมหญิงข้ามเพศ 231 รายและชายข้ามเพศ 199 รายหลังได้รับฮอร์โมนเป็นเวลา 1 ปี (Wiepjes et al., 2017) พบว่าหญิงข้ามเพศมีความหนาแน่นมวลกระดูกสันหลังช่วงเอว กระดูกต้นขาส่วนคอและกระดูกสะโพกเพิ่มขึ้น และชายข้ามเพศมีความหนาแน่นมวลกระดูกสะโพกเพิ่มขึ้นเช่นกัน การศึกษาหนึ่ง รายงานว่าไม่มีรายงานกระดูกหักในหญิงข้ามเพศจำนวน 53 รายและชายข้ามเพศจำนวน 53 รายที่ได้รับฮอร์โมนข้ามเพศหลังติดตามเป็นระยะเวลา 12 เดือน (Wierckx, van Caenegem et al., 2014) ไม่มี การศึกษาที่สนับสนุนว่าบุคคลข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคกระดูกพรุนเมื่อใด ในทางตรงข้ามผู้ที่ได้รับฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพข้าหลังจากผ่าตัดต่อมเพศควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคกระดูกพรุน

แนวทางเวชปฏิบัติแนะนำให้ตรวจคัดกรองโรคกระดูกพรุนในกลุ่มบุคคล TGD (Deutsch, 2016a; Hembree et al., 2017 ; Rosen et al., 2019) สมาคมอายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อและความหนาแน่นมวลกระดูกสากล (International Society for Clinical Densitometry and the Endocrine Society; ISCD) เสนอให้พิจารณาตรวจคัดกรองภาวะกระดูกพรุนบุคคลข้ามเพศก่อนเริ่มฮอร์โมน คำแนะนำอื่นสำหรับการคัดกรองโรคกระดูกพรุนในบุคคลข้ามเพศขึ้นอยู่กับเพศกำเนิด อายุ และปัจจัยเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุนอื่น ๆ เช่น ประวัติกระดูกหัก การใช้ยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุน ภาวะที่เพิ่มการสูญเสียมวลกระดูกและน้ำหนักตัวน้อย (Rosen et al., 2019) ISCD แนะนำให้ตรวจคัดกรองโรคกระดูกพรุนในบุคคลข้ามเพศที่รับการผ่าตัดต่อมเพศหรือได้รับขั้นตอนที่ลดระดับฮอร์โมนเพศในร่างกายก่อนเริ่มฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ หรือคนที่มีความพร่องฮอร์โมนเพศและไม่มีการวางแผนที่จะเริ่มฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ หรือใครก็ตามที่มีข้อบ่งชี้ในการตรวจคัดกรองมวลกระดูก (Rosen et al., 2019) อย่างไรก็ตามหลักฐานสนับสนุนข้อแนะนำดังกล่าวยังไม่ชัดเจน

การตรวจความหนาแน่นมวลกระดูกที่แนะนำ ได้แก่ dual energy x-ray absorptiometry (DXA) บริเวณกระดูกสันหลังช่วงเอว สะโพก

และกระดูกต้นขาส่วนคอ (Kanis, 1994) อย่างไรก็ตามไม่สามารถใช้ DXA เป็นการตรวจคัดกรองมาตรฐานในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยมีเพียงบางประเทศที่ใช้ DXA เป็นประจำในการตรวจคัดกรอง

แพทย์ระดับปฐมภูมิควรปรึกษานานวาทกร่วมกับบุคคล TGD ในการดูแลมวลกระดูก และควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ช่วยคงสภาพมวลกระดูก และบุคคล TGD ที่มีความเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุนควรทราบถึงผลประโยชน์ของการออกกำลังกายเพื่อคงมวลกระดูกและการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อเพื่อยับยั้งการสูญเสียของมวลกระดูก (Benedetti et al., 2018) อาหารมีส่วนสำคัญต่อสุขภาพของมวลกระดูก การขาดสารอาหารและการรับประทานแคลเซียมที่ไม่เพียงพอร่วมกับภาวะวิตามินดีต่ำส่งผลให้การสร้างกระดูกลดน้อยลง การได้รับวิตามินดีและแคลเซียมเสริมช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดกระดูกหักที่สะโพกรวมถึงกระดูกอื่น ๆ ด้วย (Weaver et al., 2016) การดูแลมวลกระดูกในบุคคลข้ามเพศไม่แตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่น แต่เนื่องจากความชุกที่สูงของภาวะขาดวิตามินดีในกลุ่มบุคคล TGD ทำให้มีข้อพิจารณาในการดูแลเป็นพิเศษ (Motta et al., 2020; Van Caenegem, Taes et al., 2013)

คำแนะนำ 15.14

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์เสนอการส่งต่อบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อรับการกำจัดขนบริเวณใบหน้า ร่างกายและบริเวณอวัยวะเพศเพื่อการยืนยันเพศสภาพหรือเพื่อเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด

การกำจัดขนมีความจำเป็นทั้งบริเวณใบหน้า (Marks et al., 2019) และเพื่อเตรียมตัวสำหรับการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ เช่น การผ่าตัดสร้างช่องคลอด (vaginoplasty) การผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายด้วยวิธี phalloplasty และ metoidioplasty (Zhang et al., 2016) ควรกำจัดขนบริเวณผิวหนังที่จะทำการผ่าตัดเปลี่ยนแปลงที่ต้องสัมผัสกับปัสสาวะ (เช่น ผิวหนังที่ใช้ในการสร้างท่อปัสสาวะ) หรือผิวหนังบริเวณที่จะถูกแปลงไปอยู่ในบริเวณพื้นที่ปิดของอวัยวะส่วนในร่างกาย (เช่น ผิวหนังที่จะเปลี่ยนแปลงไปเป็นช่องคลอด) (Zhang et al., 2016) เทคนิคการกำจัดขนที่เลือกใช้ก่อนการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพเป็นการกำจัดขนด้วยกระแสไฟฟ้า (electrolysis hair removal; EHR) และเลเซอร์กำจัดขน (laser hair removal; LHR) (Fernandez et al., 2013) การกำจัดขนด้วยกระแสไฟฟ้าเป็นขั้นตอนเพื่อกำจัดขนถาวรวิธีเดียวที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาประเทศสหรัฐอเมริกา ในขณะที่เลเซอร์กำจัดขนได้รับการรับรองในการลดจำนวนขนอย่างถาวร (Thoreson et al., 2020)

การกำจัดขนด้วยไฟฟ้าเป็นการใช้หัวเครื่องมือขนาดเล็กปล่อยกระแสไฟฟ้าทำลายบริเวณรากขนที่ละตำแหน่ง (Martin et al., 2018) เนื่องจากวิธีนี้เป็นการกำจัดขนโดยทำลายเส้นเลือดที่หล่อเลี้ยงขนโดยตรง ทำให้สามารถใช้ได้กับทุกสภาพผิว (Martin et al., 2018) การกำจัดขนด้วยไฟฟ้าเป็นหัตถการที่ใช้เวลานานและมีค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากการจี้แต่ละครั้งทำลายได้ที่ละหนึ่งรากขน อย่างไรก็ตามเป็น



วิธีที่มีประสิทธิภาพดีในการกำจัดขนถาวรในผู้ที่เข้ารับการรักษาเพื่อ การยับยั้งเพศสภาพ ฉะนั้นหัตถการนี้ควรทำโดยผู้เชี่ยวชาญเนื่องจากการกำจัดขนในบริเวณนี้มีความจำเพาะ การกำจัดขนด้วยไฟฟ้าเจ็บมากกว่าเลเซอร์กำจัดขน และอาจเกิดผลข้างเคียง ได้แก่ อาการแดง ตกสะเก็ดและบวม (Harris et al., 2014) ผู้ที่มีผิวสีเข้มมีความเสี่ยงที่จะเกิดรอยดำภายหลังการอักเสบ (Richards & Meharg, 1995) แพทย์อาจใช้ยาชาเฉพาะที่และการเป่าเย็นเพื่อลดอาการเจ็บและช่วยให้ทนต่อหัตถการนี้ได้ยาวนานขึ้นในบางราย (Richards & Meharg, 1995)

เลเซอร์กำจัดขนใช้พลังงานแสงที่จำเพาะต่อการทำลายรากขน โดยสามารถทำได้ในบริเวณกว้าง การทำงานของเลเซอร์กำจัดขนจะอาศัยกลไก selective thermolysis ทำให้แสงจับกับเม็ดสีเมลานินที่รากขนเกิดความร้อนในรากขนและทำลายเซลล์ต้นกำเนิดรากขน (Gao et al., 2018) พลังงานแสงจะเปลี่ยนเป็นความร้อนและทำลายรากขนทำให้เส้นขนไม่ขึ้นใหม่ เพื่อให้ได้ผลดีจำเป็นต้องทำซ้ำโดยเว้นช่วงประมาณ 6 สัปดาห์ตามวัฏจักรขน (Zhang et al., 2016) เนื่องจากเลเซอร์กำจัดขนมุ่งเป้าที่เม็ดสีเมลานินทำให้หัตถการนี้ได้ผลไม่ดีในคนที่ไม่มีเม็ดสีเมลานินในขนน้อย เช่น ขนสีเทา บลอนด์หรือสีแดง

ข้อควรระวังของเลเซอร์กำจัดขนใช้พลังงานแสงคือคนผิวสีเข้ม (Fitzpatrick skin types IV to VI) (Fayne et al., 2018) เพราะเม็ดสีเมลานินในผิวหนังชั้นนอกจะดูดกลืนแสงเลเซอร์แข่งกับเม็ดสีเมลานินในรากขน ทำให้เกิดความร้อนที่ผิวหนังมากเกินไปและอาจเกิดผลข้างเคียง เช่น ผิวสีเข้มขึ้น เม็ดสีถูกทำลายเกิดรอยขาว เกิดตุ่มน้ำพอง หรือเป็นสะเก็ด เป็นต้น (Fayne et al., 2018) การเลือกความยาวคลื่นมีส่วนสำคัญในการลดผลข้างเคียง โดยความยาวคลื่นที่มากช่วยลดการดูดกลืนแสงของเม็ดสีเมลานินบริเวณผิวหนัง ทำให้การกำจัดขนได้ประสิทธิภาพสูงและเกิดผลข้างเคียงน้อยลงในคนผิวสีเข้ม (Zhang et al., 2016) ผลข้างเคียงจากการเลเซอร์ ได้แก่ ความรู้สึกแสบร้อนหลังทำหัตถการ รวมทั้งการอักเสบ แดง ผิวสีเข้มและอาการบวม นอกจากนี้แสงจากเลเซอร์อาจกระตุ้นอาการชักได้ในคนที่เป็ นลมชักที่ไวต่อแสง ดังนั้นจึงควรคัดกรองความเสี่ยงดังกล่าวก่อนเลเซอร์ อาการเจ็บระหว่างทำหัตถการเป็นอุปสรรคสำคัญ และบุคลากรทางการแพทย์ควรเตรียมจ่ายยาชาเฉพาะที่เช่น eutectic mixture of local anesthetics (EMLA) หรือยาที่ส่งผลทั่วร่างกายเพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น ยากลุ่ม opioid ขนาดต่ำ ก่อนทำหัตถการ แนะนำให้กำจัดขน 3 เดือนก่อนการผ่าตัดเพื่อการยับยั้งเพศสภาพบริเวณอวัยวะเพศเพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่มีขนขึ้นใหม่บริเวณดังกล่าว (Zhang et al., 2016)

บทที่ 16 สุขภาพการเจริญพันธุ์

มนุษย์ทุกคน รวมถึงบุคคลข้ามเพศ มีสิทธิในการเจริญพันธุ์ที่จะตัดสินใจว่าจะมีลูกหรือไม่ (United Nations Population Fund, 2014) ความจำเป็นทางการแพทย์ในการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน (Gender affirming hormonal treatments, GAHTs) และการผ่าตัด (ดูคำแนะนำเกี่ยวกับความจำเป็นทางการแพทย์ในบทที่ 2 – การประยุกต์ใช้ทั่วโลก คำแนะนำ 2.1) เพื่อเปลี่ยนรูปร่างและการทำงานของอวัยวะสืบพันธุ์ในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้มีผลต่อการมีบุตรในอนาคต (Hembree et al., 2017; Nahata et al., 2019) ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องให้คำปรึกษาก่อนที่จะเริ่มขั้นตอนใด ๆ กับบุคคลข้ามเพศและครอบครัวของพวกเขาเกี่ยวกับความเสี่ยงของการมีบุตรยากหลังการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัด และวิธีต่างๆ ในการเก็บรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ (Fertility preservation, FP) และยังคงให้คำปรึกษาเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง (Hembree et al., 2017) วิธีการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ที่มีการศึกษามากและใช้เป็นประจำแล้วเช่น การเก็บเอ็มบริโอ (embryo, ตัวอ่อนหลังปฏิสนธิจากการทำเด็กหลอดแก้ว) โอโอไซต์ (oocyte, เซลล์ไข่) และการเก็บสเปิร์ม (sperm, อสุจิ) ด้วยความเย็น อาจใช้ได้กับบุคคลข้ามเพศหลังวัยแรกรุ่น (Nahata et al., 2019) ซึ่งการใช้เอ็มบริโอ โอโอไซต์ที่เจริญเติบโตเต็มที่ และสเปิร์มได้รับการพิสูจน์แล้วว่าประสิทธิภาพในการรักษาทางคลินิก ส่วนวิธีการแช่แข็งเนื้อเยื่อรังไข่และเนื้อเยื่ออัมตะก็ได้รับการพัฒนาและศึกษาเช่นกัน (Borgström et al., 2020; Nahata et al., 2019; Rodriguez-Wallberg, et al., 2019) แต่เนื้อเยื่ออวัยวะสืบพันธุ์ดังกล่าวที่เก็บรักษาด้วยความเย็นจะต้องมีการปลูกถ่ายใหม่และกระตุ้นให้โตต่อในอนาคตเพื่อให้ได้เซลล์สืบพันธุ์ที่ทำงานได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งยังอยู่ในขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาเพื่อนำมาใช้ทั่วไปทางคลินิก โดยแนวทางล่าสุดของ American Society for Reproductive Medicine ไม่ถือว่าการเก็บรักษาเนื้อเยื่อรังไข่ด้วยความเย็นเป็นการทดลองเพราะมีผลการศึกษาจากหลายสถาบันว่าได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแล้ว แต่ยังคงมีหลักฐานจำกัดในเด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์ (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019)

แพทย์ควรให้การดูแลเป็นรายบุคคลในเรื่องเป้าหมายในการเป็นพ่อแม่ของแต่ละคน บางงานวิจัยพบว่าบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (TGD) มีแนวโน้มความต้องการที่จะมีลูกที่มีพันธุกรรมของตนเองหรือการรับเด็กเป็นลูก น้อยกว่าเมื่อเทียบกับคนที่มีเพศตรงกับเพศกำเนิด (Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Russell et al., 2016; von Doussa et al., 2015) อย่างไรก็ตาม การศึกษาอื่น ๆ อีกหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าบุคคล TGD จำนวนมาก 1. ต้องการบุตรที่มีพันธุกรรมของตนเอง 2. เสียใจที่พลาดโอกาสสำหรับ FP; และ 3. เต็มใจที่จะชะลอหรือยุติการใช้ฮอร์โมนเพื่อรักษาภาวะเจริญพันธุ์และเพื่อการตั้งครรรภ์ (Armuaud, Dhejne et al., 2017; Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Tornello & Bos, 2017)

มีรายงานถึงอุปสรรคหลายประการต่อ FP เช่น ค่าใช้จ่าย

(เนื่องจากประกันไม่ครอบคลุม) ความเร่งด่วนในการเริ่มการรักษา การไม่สามารถตัดสินใจล่วงหน้า ความรู้ของผู้ให้บริการไม่เพียงพอหรือผู้ให้บริการมีอคติที่ส่งผลต่อการเสนอ FP อีกทั้งความยากลำบากในการเข้าถึง FP (Baram et al., 2019; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020) นอกจากนี้ บุคคลข้ามเพศอาจมีความรู้สึกลำบากใจมากขึ้นเนื่องจากขั้นตอนต่าง ๆ ในกระบวนการ FP ที่เกี่ยวข้องกับเพศกำเนิด (Armuaud, Dhejne, et al., 2017; Baram et al., 2019) ควรมีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีทั้งผู้ให้บริการด้านการแพทย์ทั่วไป ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการเจริญพันธุ์ในการยืนยันเพศสภาพ จึงจะสามารถเอาชนะอุปสรรคเหล่านี้ได้ (Tishelman et al., 2019) บุคคล TGD ควรได้รับความรู้เกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างภาวะเจริญพันธุ์ (การใช้เซลล์สืบพันธุ์หรือเนื้อเยื่อสืบพันธุ์ของตนเอง) และการตั้งครรรภ์ บุคลากรทางการแพทย์ควรพยายามให้การดูแลกับคน TGD อย่างมีคุณภาพสูงและเท่าเทียมกันทั้งในด้านการวางแผนครอบครัวและการดูแลต่อเนื่อง เช่น การดูแลการตั้งครรรภ์ การคลอดบุตร และดูแลหลังคลอด รวมถึงการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรรภ์ที่ไม่ได้วางแผน และการยุติการตั้งครรรภ์ (Bonnington et al., 2020; Cipres et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020) บุคคล TGD ที่ต้องการตั้งครรรภ์ควรได้รับมาตรฐานการดูแลก่อนตั้งครรรภ์และการให้คำปรึกษาก่อนคลอด และควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการให้นมจากเต้านมในสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนคน TGD และจากผู้ที่มิประสบกรรม (MacDonald et al., 2016; Obedin-Maliver & Makadon, 2016)

คำแนะนำทุกคำแนะนำในบทนี้ ถูกร่างขึ้นบนพื้นฐานของการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและประเมินถึงประโยชน์และอันตราย อีกทั้งการประเมินและค่านิยมจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้ เราตระหนักดีว่าในบางกรณี หลักฐานทางวิชาการนั้นมียกจำกัดและการบริการบางอย่างไม่สามารถเข้าถึงได้หรือไม่สามารถทำได้

คำแนะนำ 16.1

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในการสั่งยาหรือส่งต่อผู้รับบริการสำหรับการใช้ฮอร์โมน/การผ่าตัด โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับ:

- ผลที่ทราบกันดีของการใช้ฮอร์โมน การผ่าตัด ต่อภาวะเจริญพันธุ์ในอนาคต
- ผลกระทบที่เป็นไปได้ที่ยังไม่ได้รับการศึกษาเป็นอย่างดีและไม่ทราบแน่ชัดว่าสามารถย้อนกลับได้หรือไม่
- การรักษาภาวะการเจริญพันธุ์วิธีต่าง ๆ ทั้งวิธีที่ใช้เป็นมาตรฐานแล้วและวิธีที่ยังอยู่ในช่วงทดลอง
- ผลกระทบทางจิตสังคมของภาวะมีบุตรยาก

คำแนะนำ

- 16.1 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในการสั่งยาหรือส่งต่อผู้รับบริการสำหรับการใช้ฮอร์โมน/การผ่าตัด โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับ:
- 16.1.a - ผลที่ทราบกันดีของการใช้ฮอร์โมน การผ่าตัด ต่อภาวะเจริญพันธุ์ในอนาคต
- 16.1.b - ผลกระทบที่เป็นไปได้ที่ยังไม่ได้ได้รับการศึกษาเป็นอย่างดีและไม่ทราบแน่ชัดว่าสามารถย้อนกลับได้หรือไม่
- 16.1.c - การรักษาภาวะการเจริญพันธุ์วิธีต่าง ๆ ทั้งวิธีที่ใช้เป็นมาตรฐานแล้วและวิธีที่ยังอยู่ในช่วงทดลอง
- 16.1.d - ผลกระทบทางจิตสังคมของภาวะมีบุตรยาก
- 16.2 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ส่งต่อบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่สนใจการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์เพื่อทำการปรึกษาเพิ่มเติม
- 16.3 - เราแนะนำให้ทีมดูแลบุคคลข้ามเพศทำงานร่วมกับกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการเจริญพันธุ์ในพื้นที่และหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ข้อมูลที่ละเอียดและทันสมัยตลอดจนรับบริการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ก่อนที่จะเสนอวิธีการทางการแพทย์ด้วยยาและการผ่าตัดที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์
- 16.4 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์แนะนำเยาวชนข้ามเพศและเยาวชนผู้มีความหลากหลายทางเพศ ช่วงก่อนเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์หรือช่วงระยะแรกของการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ผู้ที่ต้องการการดูแลเพื่อยืนยันเพศสภาพ รวมไปถึงครอบครัวของพวกเขาว่า วิธีการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ตามหลักฐานที่มีในปัจจุบันนั้นยังมีข้อจำกัด
- 16.5 - เราแนะนำให้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่มีมดลูกที่ต้องการตั้งครรภ์ ควรได้รับการดูแลก่อนปฏิสนธิ ได้รับความปรึกษาถึงการใช้และการยุติฮอร์โมนเพศก่อนคลอด รับการดูแลขณะตั้งครรภ์และการคลอด การให้นมบุตร และการดูแลหลังคลอด โดยให้การสนับสนุนตามมาตรฐานการดูแลในท้องถิ่นในแนวทางที่เหมาะสมกับการยืนยันเพศสภาพ
- 16.6 - เราแนะนำให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์ให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดกับบุคคลข้ามเพศและบุคคลหลากหลายทางเพศที่ยังมีโอกาสตั้งครรภ์ได้เอง
- 16.7 - เราแนะนำให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์ผู้ให้บริการการยุติการตั้งครรภ์ ให้บริการบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศโดยขั้นตอนต่าง ๆ สอดคล้องกับกระบวนการยืนยันเพศสภาพ

บุคคล TGD ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิง (TGD individuals assigned female at birth, AFAB)

GAHT อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการสืบพันธุ์ในอนาคต (Hembree et al., 2017) จากหลักฐานปัจจุบันพบว่าในชายข้ามเพศและบุคคลหลากหลายทางเพศที่มีเพศหญิงตั้งแต่แรกเกิด โดยความเสี่ยงมีดังนี้:

Gonadotropin-releasing hormone agonists (GnRHAs) อาจใช้สำหรับวัยรุ่นเพื่อลดการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์และไม่ให้การเจริญพันธุ์ดำเนินต่อไป จนกว่าวัยรุ่นจะพร้อมสำหรับขั้นตอนการทำให้มีลักษณะเป็น GnRHAs อาจนำมาใช้เพื่อไม่ให้มีประจำเดือน อย่างไรก็ตาม แม้ GnRHAs จะส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของโอโอไซต์หรือเซลล์สืบพันธุ์ในรังไข่ แต่ไม่ได้ทำให้รังไข่หยุดทำงานอย่างถาวร เมื่อหยุดใช้ GnRHAs โอโอไซต์ก็จะกลับมาทำงานต่อ

ด้านงานวิจัยที่เกี่ยวกับผลของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนต่อการทำงานของระบบสืบพันธุ์ในชายข้ามเพศนั้นมีไม่มาก (Moravek et al., 2020) พบว่าหลังการหยุดใช้ฮอร์โมนเพศ รังไข่ก็กลับมาทำงานตามปกติ โดยพบเซลล์ไข่ที่เจริญต่อเต็มที่และมีการปฏิสนธิตามธรรมชาติ และมีการศึกษาย้อนหลังเปรียบเทียบระหว่างชายข้ามเพศกับผู้หญิงตรงกับเพศกำเนิด ซึ่งมีอายุและค่าดัชนีมวลกายเท่า ๆ กัน โดยทำการแช่แข็งโอโอไซต์แล้วนำมาเลี้ยงต่อ พบว่าไม่มีความแตกต่างทั้งในจำนวนโอโอไซต์ทั้งหมดที่ได้รับหรือจำนวนโอโอไซต์ที่โตเต็มที่ (Adeleye et al., 2018, 2019) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่เพิ่งได้รับการตีพิมพ์เมื่อเร็ว ๆ นี้ ซึ่งประเมินอัตราการเกิดมีชีพของทารกหลังการกระตุ้นรังไข่ในผู้ชายข้ามเพศ เปรียบเทียบกับผู้หญิงตรงกับเพศกำเนิด (Leung et al., 2019) โดยหยุดเทสโทสเตอโรนก่อนที่จะมีการกระตุ้น

รังไข่ อย่างไรก็ตามฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนมีผลต่อการทำงานของอวัยวะสืบพันธุ์ และยังไม่มีการศึกษาของผลของการใช้ฮอร์โมนในระยะยาวต่อภาวะเจริญพันธุ์หากเริ่มตั้งแต่วัยรุ่นหรือในผู้ใช้ GnRHAs ในวัยแรกรุ่นแล้วตามด้วยการใช้ฮอร์โมนเพศชาย อย่างไรก็ตามควรต้องคำนึงไว้ว่ายาหรือขั้นตอนต่าง ๆ ที่ใช้ในการเก็บโอโอไซต์ด้วยความเย็น (เช่น การตรวจภายใน การตรวจติดตามด้วยอัลตราซาวด์ผ่านทางช่องคลอด หรือการเก็บโอโอไซต์) อาจส่งผลให้เพิ่มความทุกข์ใจในเพศสภาพของชายข้ามเพศมากขึ้น (Armund, Dhejne et al., 2017)

สำหรับการผ่าตัดในผู้ชายข้ามเพศจะมีผลกระทบต่อความสามารถในการเจริญพันธุ์อย่างชัดเจน หากต้องการตัดมดลูก ควรเสนอทางเลือกให้เก็บรักษารังไข่ไว้เพื่อใช้ในการมีบุตรที่มีพันธุกรรม หรือหากนำรังไข่ออกทั้งแบบตัดรังไข่อย่างเดียวหรือตัดพร้อมกันกับการตัดมดลูก ควรเสนอการแช่แข็งเซลล์หรือเนื้อเยื่อรังไข่โดยทำก่อนการผ่าตัดหรือทำพร้อมกับการตัดรังไข่ แม้ว่าขั้นตอนนี้จะไม่ถือว่าเป็นการทดลองอีกต่อไป ชายข้ามเพศหลายคนอาจต้องการให้ใช้เทคนิคการเลี้ยงเซลล์ไข่อ่อนให้เจริญเต็มที่ในหลอดทดลองซึ่งขั้นตอนนี้อยู่ในระหว่างการศึกษาวิจัยอยู่ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาประเมินการทำงานของโอโอไซต์แสดงให้เห็นว่าโอโอไซต์ที่แยกได้จากชายข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในเวลาทำการผ่าตัดรังไข่ สามารถเจริญเต็มที่ในหลอดทดลอง โดยสามารถเจริญเป็น metaphase II และมี meiotic spindle structure ที่ปกติ (De Roo et al., 2017; Lierman et al., 2017)

บุคคล TGD ที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชาย (TGD individuals assigned male at birth, AMAB)

จากหลักฐานปัจจุบันในสตรีข้ามเพศและบุคคลหลากหลายทางเพศที่มีเพศกำเนิดเป็นชาย (AMAB) ผลกระทบของขั้นตอนทางการแพทย์มีดังนี้:

GnRHs ยับยั้งการสร้างสเปิร์ม ข้อมูลบ่งชี้ว่าเมื่อหยุดให้ GnRHs จะทำให้เกิดการเริ่มต้นสร้างสเปิร์มอีกครั้ง โดยใช้เวลาน้อยกว่า 3 เดือนหรือนานกว่านั้น (Bertelloni et al., 2000) อย่างไรก็ตามควรระวังความทุกข์ด้านจิตใจ เมื่ออณูของสตรีข้ามเพศเองกลับมาสร้างฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนอีกครั้ง

สำหรับการเข้าด้านฮอร์โมนเพศชายและการใช้เอสโตรเจนทำให้การสร้างสเปิร์มลดลง (de Nie et al., 2020; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018) การสร้างสเปิร์มอาจกลับมาทำงานอีกครั้งหลังจากหยุดการยาต้านฮอร์โมนเพศชายและเอสโตรเจนเป็นเวลานาน แต่ข้อมูลยังมีจำกัด (Adeleye et al., 2019; Alford et al., 2020; Schneider et al., 2017) ขนาดอณูที่เล็กลงเป็นผลจากการใช้ฮอร์โมน (Matoso et al., 2018) ส่วนคุณภาพของน้ำเชื้อในสตรีข้ามเพศอาจลดลงจากการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การช่วยตัวเองไม่บ่อย การสวมชุดชั้นในรัดรูปเพื่อปกปิดอวัยวะเพศให้แนบชิดและทำให้เกิดการกดรัดแล้วมีผลต่อการสร้างสเปิร์ม (Jung & Schuppe, 2007; Mieuisset et al., 1985, 1987; Rodriguez-Wallberg, Häljestic et al., 2021)

คำแนะนำ 16.2

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ส่งต่อบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่สนใจการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์เพื่อทำการปรึกษาเพิ่มเติม

มีงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าคนข้ามเพศที่เป็นผู้ใหญ่จำนวนมากต้องการบุตรที่เกิดจากพันธุกรรมของตน (De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Wierckx, Van Caenegem et al., 2012) แต่อัตรา FP มีความแตกต่างอย่างมาก โดยเฉพาะในเยาวชน (< 5%–40%) (Brik et al., 2019; Chen et al., 2017; Chiniara et al., 2019; Nahata et al., 2017; Segev-Becker et al., 2020) ในการสำรวจเมื่อเร็ว ๆ นี้ เยาวชนจำนวนมากยอมรับว่าความรู้สึกของพวกเขาเกี่ยวกับการมีลูกโดยกำเนิดอาจเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคต (Strang, Jarin et al., 2018) ส่วนการทำหมันโดยไม่ยินยอมถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2015; Equality and Human Rights Commission, 2021; Meyer III et al., 2001) และเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติของสังคม การพัฒนาของการแพทย์และการรักษาภาวะมีบุตรยาก รวมถึงการพัฒนาการดูแลสุขภาพของคนข้ามเพศ ที่มีการพิสูจน์แล้วว่ามีโอกาสในการเป็นพ่อแม่วางชีวภาพ ดังนั้นจึงควรได้รับการสนับสนุน อย่างไรก็ตามควรเสนอทางเลือกอื่นสำหรับ FP ของคนข้ามเพศหรือคนที่ไม่ใช่ในบารี เช่น การเลี้ยงดูเด็กกำพร้า การรับเลี้ยงบุตรบุญธรรม การเป็นผู้เลี้ยงดูเด็ก

ร่วมกัน หรือทางเลือกอื่นในการเลี้ยงดูบุตร (Bartholomaeus & Riggs, 2019) มีรายงานว่าคนข้ามเพศที่ได้รับคำปรึกษาทางด้านนี้และสามารถเลือกขั้นตอนสำหรับ FP จะมีประสบการณ์เป็นไปในทางบวก (Armuand, Dhejne et al., 2017; De Sutter et al., 2002; James-Abra et al., 2015)

การศึกษาในประชากรกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ TGD พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมรักษากภาวะมีบุตรยากหรือการส่งต่อให้พ่อผู้เชี่ยวชาญนั้นเพิ่มอัตราการ FP และเพิ่มความพึงพอใจได้ (Kelvin et al., 2016; Klosky, Anderson et al., 2017; Klosky, Wang et al., 2017; Shnorhavorian et al., 2012) มีการสำรวจทัศนคติของแพทย์ และจากการศึกษาล่าสุดชี้ว่าแพทย์ยินดีที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์แก่เด็กและครอบครัว (Armuand et al., 2020) อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีอุปสรรคบางอย่าง เช่น ข้อมูลความรู้ที่แพทย์ทั่วไปจะแจ้งให้ผู้รับบริการนั้นมีจำกัด สถานที่ให้บริการไม่เพียงพอหรือไม่ค่อยสะดวกที่จะให้ไปพบ (Armuand, Nilsson et al., 2017; Frederick et al., 2018) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะฝึกอบรมผู้ให้บริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเน้นที่การให้คำปรึกษาด้านการเจริญพันธุ์และเสนอทางเลือก FP ให้กับบุคคลที่มีความเสี่ยงทุกคนด้วยวิธีที่เป็นกลาง (Armuand, Nilsson et al., 2017) คำคิดเห็นของผู้ปกครองมีอิทธิพลอย่างมากต่ออัตรา FP ในวัยรุ่นและชายที่เป็นมะเร็ง (Klosky, Flynn et al., 2017) แม้ว่าจะมีความแตกต่างทางคลินิกที่ชัดเจนในกลุ่มเหล่านี้ แต่ผลการศึกษานี้ก็เป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีสำหรับการให้คำปรึกษาด้านการเจริญพันธุ์และการอ้างอิง FP สำหรับบุคคลข้ามเพศ

คำแนะนำ 16.3

เราแนะนำให้ทีมดูแลบุคคลข้ามเพศทำงานร่วมกับกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการเจริญพันธุ์ในพื้นที่และหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ข้อมูลที่ละเอียดและทันสมัย ตลอดจนรับบริการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ก่อนที่จะเสนอวิธีการทางการแพทย์ด้วยยาและการผ่าตัดที่อาจส่งผลต่อภาวะเจริญพันธุ์

การเก็บรักษาสเปิร์มและโอโอไซต์ด้วยการแช่แข็งเป็นเทคนิคมาตรฐานทาง FP และสามารถเสนอให้กับผู้ที่เป็ นวัยรุ่น วัยแรกรุ่นตอนปลาย ผู้ใหญ่ที่มีเพศตรงกับเพศกำหนดทั้งหญิงและชาย รวมถึงบุคคล TGD ก่อนที่จะเริ่มใช้ GAHT (Hembree et al., 2017; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019) การเก็บรักษาตัวอ่อนด้วยความเย็นหรือการแช่แข็งตัวอ่อนเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถเสนอให้กับคน TGD ที่เป็นผู้ใหญ่หรือหลังวัยแรกรุ่นที่ต้องการมีบุตรและมีคู่ครอง การใช้เซลล์สืบพันธุ์ที่ผ่านการแช่แข็งในอนาคตนั้นขึ้นอยู่กับเซลล์สืบพันธุ์และอวัยวะสืบพันธุ์ของคู่ครองในอนาคตด้วย (Fischer, 2021; Maxwell et al., 2017)

แม้ว่าหลังจากเริ่มใช้ยาเพื่อการยืนยันเพศสภาพ ค่าต่าง ๆ ที่บอกถึงคุณภาพของน้ำอสุจิจะมีผลที่ลดลงเมื่อทำ FP (Adeleye et al., 2019) แต่การศึกษานี้ขนาดเล็กขึ้นหนึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อหยุดใช้ฮอร์โมน ค่าต่าง ๆ ของน้ำอสุจินั้นกลับมาเทียบได้กับในบุคคล TGD ที่ไม่เคยผ่านการใช้ฮอร์โมน ส่วนการกระตุ้นรังไข่ การแช่แข็งไข่ และการ

ใช้ไอโอไอซีในการปฏิสนธินอกร่างกายในภายหลัง (In vitro fertilization, IVF) เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีเพศตรงเพศกำเนิดที่ติดปัจจัยรบกวนอื่นออกแล้ว เทียบกับบุคคล TGD ที่ฝากเซลล์สืบพันธุ์ไว้ก่อนขั้นตอนทางการแพทย์ใด ๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างในผลการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted reproductive technology, ART) (Adeleye et al., 2019) นอกจากนี้การใช้ไอโอไอซีใน ART ของบุคคล TGD ให้ผลสำเร็จใกล้เคียงกับคนที่เพศตรงกับเพศกำเนิดเมื่อทำงานวิเคราะห์โดยจับคู่ปัจจัยควบคุม (Adeleye et al., 2019; Leung et al., 2019; Maxwell et al., 2017)

แม้ว่าสิ่งเหล่านี้จะเป็นทางเลือกที่มีอยู่แล้ว แต่บุคคล TGD ในวัยแรกรุ่น วัยแรกรุ่นตอนปลาย หรือผู้ใหญ่ เพียงไม่กี่รายจะได้รับ FP (Nahata et al., 2017) เพราะมีอุปสรรคมากมาย เช่น ความลำบากในการเข้าถึง ค่าใช้จ่ายของการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่การรักษาไม่อยู่ในประกันสุขภาพ และขั้นตอนเหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ หลายคนมีความกังวลเกี่ยวกับการเลื่อนเวลาของขั้นตอนการยืนยันเพศสภาพ (Chen et al., 2017; De Sutter et al., 2002; Nahata et al., 2017; Wierckx, Stuyver et al., 2012) โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่เพศกำเนิดเดิมเป็นหญิง การที่ต้องถูกตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอดเพื่อวินิจฉัยเบื้องต้น การตรวจเพื่อติดตามการเจริญเติบโตของฟองไข่ รวมถึงความเจ็บในขั้นตอนของการเก็บไข่และความทุกข์ทางจิตใจที่เกี่ยวข้องจึงเป็นอุปสรรคในการรักษา (Armund, Dhejne et al., 2017; Chen et al., 2017) นอกจากนี้ยังมีความกังวลว่าคนหนุ่มสาวที่กำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านอาจไม่มีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเป็นพ่อแม่ ดังนั้นจึงมีแนวโน้มที่จะปฏิเสธโอกาสที่จะใช้ FP ในเวลานั้น ในขณะที่เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่แล้วอาจมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นพ่อแม่ที่ต่างจากเดิม (Cauffman & Steinberg, 2000) การลดลงของความทุกข์ใจในทางเพศสภาพระหว่างทำการเปลี่ยนแปลงก็อาจมีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจในการเลือกทำ FP เช่นกัน (Nahata et al., 2017) โดยมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่ามุมมองภาวะเจริญพันธุ์ของเยาวชน TGD อาจเปลี่ยนไปเมื่อเวลาผ่านไป (Nahata et al., 2019; Strang, Jarin et al., 2018) ดังนั้นจึงควรมีการหารือเกี่ยวกับเรื่อง FP อย่างต่อเนื่อง

คำแนะนำ 16.4

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์แนะนำเยาวชนข้ามเพศและเยาวชนผู้มีความหลากหลายทางเพศ ช่วงก่อนเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ หรือช่วงระยะแรกของการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ผู้ที่ต้องการการดูแลเพื่อยืนยันเพศสภาพ รวมไปถึงครอบครัวของพวกเขาว่า วิธีการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์ตามหลักฐานที่มีในปัจจุบันนั้นยังมีข้อจำกัด

สำหรับเด็กวัยก่อนเจริญพันธุ์และเด็กวัยแรกรุ่น ทางเลือกของ FP จะจำกัดเฉพาะการเก็บเนื้อเยื่ออวัยวะสืบพันธุ์ แม้ว่าตัวเลือกนี้มิให้สำหรับเด็ก TGD ในลักษณะเดียวกับที่มีให้สำหรับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในวัยเด็กและวัยรุ่นตอนต้นของบุคคลตรงเพศ แต่ไม่มีเอกสารใดที่อธิบายถึงการใช้นี้ในประชากรข้ามเพศ ปัจจุบันมีงานวิจัยใช้การนำ

เนื้อเยื่อรังไข่ของตนเองที่เคยถูกแช่แข็งมาปลูกถ่ายคืนและกระตุ้นให้เจริญต่อมาร่างกายหลัง เป็นผลให้มีการคลอดบุตรที่เกิดมีชีพมากกว่า 130 ครั้งในผู้ป่วยหญิงที่มีเพศตรงกับเพศกำเนิด และผู้ป่วยส่วนใหญ่เหล่านี้ตั้งครรรค์ตามธรรมชาติโดยไม่ต้องทำ ART (Donnez & Dolmans, 2015; Jadoul et al., 2017) และส่วนใหญ่จะได้รับการเก็บเนื้อเยื่อรังไข่ไว้ในวัยผู้ใหญ่หรือวัยแรกรุ่น แม้ว่าแนวปฏิบัติล่าสุดของ American Society for Reproductive Medicine จะยกเลิกกว่าขั้นตอนการเก็บรักษาเนื้อเยื่อรังไข่ด้วยความเย็นว่าเป็นเพียงการทดลองเพราะสามารถทำได้จริงแล้ว (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019) แต่ก็มีรายงานน้อยมากที่รายงานผลการตั้งครรรค์ที่ประสบความสำเร็จในสตรีหลังการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อรังไข่แช่แข็งก่อนวัยแรกรุ่น โดย Demeestere et al (2015) และ Rodriguez-Wallberg, Milenkovic et al (2021) รายงานผลการตั้งครรรค์ที่ประสบความสำเร็จหลังการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อเมื่ออายุ 14 ปี และล่าสุด Matthews et al. (2018) รายงานกรณีของเด็กหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอัสติซีเมียซึ่งมีการเก็บเนื้อเยื่อรังไข่ตั้งแต่อายุ 9 ขวบและปลูกหลังจากนั้น 14 ปี ต่อมาเธอดังท้องด้วยการทำเด็กหลอดแก้วและให้กำเนิดทารกที่แข็งแรง

ปัจจุบันการประยุกต์ใช้ทางคลินิกสำหรับการเก็บเนื้อเยื่อรังไข่แช่แข็งค่อนข้างกลับมาปลูกถ่ายในร่างกายตนเองเพียงแบบเดียว ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ในชายข้ามเพศ เนื่องจากผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากฮอร์โมนเอสโตรเจนที่เนื้อเยื่อที่ปลูกถ่ายหลังออกมาในร่างกายส่วนการเลี้ยงให้ไอโอไอซีเซลล์อ่อนจากเนื้อเยื่อรังไข่มาโตเต็มที่ในหลอดทดลองจะเป็นการใช้เนื้อเยื่อรังไข่ที่เก็บไว้ นั่นถือเป็นขั้นตอนในอุดมคติสำหรับบุคคลข้ามเพศ แต่ปัจจุบันเทคนิคนี้ยังอยู่ระหว่างการทดลองและปรับให้เหมาะสมในการวิจัยพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น (Ladanyi et al., 2017; Oktay et al., 2010)

ส่วนการจัดหาเนื้อเยื่ออวัยวะก่อนวัยเจริญพันธุ์นั้นถือว่าเป็นขั้นตอนที่มีความเสี่ยงต่ำ (Borgström et al., 2020; Ming et al., 2018) อย่างไรก็ตาม วิธีการนี้เป็นทางเลือกทางทฤษฎีสำหรับบุคคลข้ามเพศแต่ยังไม่มีรายงานการใช้ในทางคลินิก (De Roo et al., 2016; Martinez et al., 2017; Nahata, Curci et al., 2018) นอกจากนี้ยังไม่มีการรายงานการนำเนื้อเยื่อจากอวัยวะแช่แข็งมาปลูกถ่ายจริงและการเลี้ยงเซลล์อ่อนของอสุจิให้เจริญเติบโตเต็มที่ในหลอดทดลองก็ยังคงอยู่ในขั้นตอนของการทำวิจัย (Picton et al., 2015) อย่างไรก็ตาม ควรให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการเก็บเนื้อเยื่ออวัยวะสืบพันธุ์ก่อนการผ่าตัดอวัยวะเพศที่อาจส่งผลต่อการมีบุตรในอนาคต รวมถึงอธิบายโอกาสความเป็นไปได้และโอกาสสำเร็จในการนำเนื้อเยื่อชนิดต่าง ๆ กลับมาใช้

คำแนะนำ 16.5

เราแนะนำให้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่มีมดลูกที่ต้องการตั้งครรรค์ ควรได้รับการดูแลก่อนปฏิสนธิ ได้รับการคำปรึกษาถึงการใช้และการยุติฮอร์โมนเพศก่อนคลอด รับการดูแลขณะตั้งครรรค์และการคลอด การให้นมบุตร และการดูแลหลังคลอด โดยให้การสนับสนุนตามมาตรฐานการดูแลในท้องถิ่นในแนวทางที่

เหมาะกับการยืนยันเพศสภาพ

ผู้ชายข้ามเพศและคนหลากหลายทางเพศที่มีเพศกำเนิดเป็นหญิงส่วนใหญ่ยังคงมีมดลูกและรังไข่อยู่ ดังนั้นจึงสามารถตั้งครรภ์ได้แม้ว่าจะใช้ฮอร์โมนเพศชายในระยะยาว (Light et al., 2014) ผู้ชายข้ามเพศหลายคนต้องการมีบุตร (Light et al., 2018; Wierckx, van Caenegem et al., 2012) และเต็มใจที่จะตั้งครรภ์ (Moseson, Fix, Hastings et al., 2021; Moseson, Fix, Ragosta et al., 2021) การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์หรือการรักษาภาวะมีบุตรยากได้ขยายโอกาสให้ชายข้ามเพศจำนวนมากสามารถตั้งครรภ์และเติมเต็มความต้องการในการวางแผนครอบครัว (De Roo et al., 2017; Ellis et al., 2015; Maxwell et al., 2017) พบว่าผู้ชายข้ามเพศที่ตั้งครรภ์บางคนมีอาการปวดเตี๋ยทางจิตใจ ความทุกข์ใจที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของมดลูกและทรวงอก และภาวะซึมเศร้า (Charter, 2018; Ellis et al., 2015; Hoffkling et al., 2017; Obedin-Maliver & Makadon, 2016) ในทางกลับกัน การศึกษาอื่น ๆ ได้รายงานถึงประสบการณ์เชิงบวกบางอย่างในระหว่างตั้งครรภ์เช่นกัน (Fischer, 2021; Light et al., 2014) ควรเชิญผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตมามีส่วนร่วมเพื่อให้การสนับสนุนและให้คำปรึกษาแก่ชายข้ามเพศที่ต้องการตั้งครรภ์เหล่านี้นอกจากนี้ผู้ให้บริการทางสุขภาพต้องให้คำปรึกษาว่าเมื่อใดควรหยุดและเมื่อใดที่จะกลับมาใช้ฮอร์โมนเพศชาย มีวิธีใดบ้างสำหรับการคลอดและการให้นมบุตร (Hoffkling et al., 2017) รวมทั้งควรมีการดำเนินในเรื่องการจัดระบบและการส่งต่อระหว่างผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้านเพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลสุขภาพการเจริญพันธุ์ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสำหรับทุกคน (Hahn et al., 2019; Hoffkling et al., 2017; Moseson, Zazanis et al., 2020; Snowden et al., 2018)

เนื่องจากผลกระทบที่อาจเป็นอันตรายของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนต่อตัวอ่อนในครรภ์ที่กำลังพัฒนา จึงแนะนำให้หยุดฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนหรือฮอร์โมนเพศชายก่อนการตั้งครรภ์และตลอดการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม เวลาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการหยุดฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนก่อนตั้งครรภ์และการเริ่มต้นใหม่หลังการตั้งครรภ์นั้นยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด เนื่องจากการหยุดใช้ฮอร์โมนเพศชายอาจก่อให้เกิดความทุกข์และอาการแฉ่งในชายข้ามเพศ จึงควรปรึกษาหารือเกี่ยวกับเวลาและวิธีที่จะหยุดการบำบัดนี้ในระหว่างการให้คำปรึกษาก่อนคลอด (Hahn et al., 2019) เนื่องจากยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ได้รับฮอร์โมนเพศชายและความเสี่ยงของการก่อมะเร็งในร่างกาย จึงควรหยุดใช้ฮอร์โมนเพศชายก่อนที่จะพยายามตั้งครรภ์และก่อนที่จะหยุดการคุมกำเนิด นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่จำกัดเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกที่เกิดจากชายข้ามเพศ มีกรณีศึกษาขนาดเล็กที่พยายามประเมินคำถามนี้ว่าไม่พบความแตกต่างทางร่างกายหรือจิตใจที่ไม่พึงประสงค์ระหว่างทารกที่เกิดจากชายข้ามเพศและทารกในประชากรทั่วไป (Chiland et al., 2013)

การให้นมบุตรจากเต้า

มีงานวิจัยไม่มากนักที่ศึกษาการให้นมบุตรจากเต้า ผู้ชายข้ามเพศและบุคคล TGD ที่มีเพศกำเนิดเป็นหญิง ส่วนใหญ่จะประสบความสำเร็จใน

การให้นมจากเต้า โดยมีข้อมูลชี้ให้เห็นว่าการกระตุ้นการให้นมส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับทำให้คำปรึกษา ก่อนปฏิสนธิและการสนับสนุนทางการพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการให้นมบุตร (MacDonald et al., 2016; Wolfe-Roubatis & Spatz, 2015) โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรแจ้งให้ผู้ชายข้ามเพศและบุคคล TGD ที่ใช้ฮอร์โมนเพศชายให้ทราบว่า 1) แม้ว่าปริมาณจะน้อย แต่ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนสามารถผ่านทางน้ำนมแม่ และ 2) ไม่ทราบผลกระทบต่อทารกแรกเกิดที่กำลังเจริญเติบโต ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้ใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในระหว่างการให้นมบุตร แต่อาจกลับมาใช้ใหม่หลังจากหยุดการให้นม (Glaser et al., 2009) ผู้ชายข้ามเพศและบุคคล TGD ที่มีเพศกำเนิดเป็นหญิงควรทราบว่าจะตั้งครรภ์และการให้นมบุตรจากเต้าจะมีการขยายขนาดของเต้านมซึ่งอาจไม่พึงประสงค์ แม้ว่าจะมีการผ่าตัดหน้าอกไปแล้วก็ตาม ดังนั้นจึงควรได้รับการสนับสนุนหากพวกเขาต้องการระงับการให้นมบุตร (MacDonald et al., 2016)

ปัจจุบันยังมีข้อมูลไม่มากเกี่ยวกับการให้นมบุตรในสตรีข้ามเพศและบุคคล TGD ที่มีเพศกำเนิดเป็นชาย แต่หลายคนก็แสดงความต้องการที่จะให้นมจากเต้านมเช่นกัน มีรายงานหญิงข้ามเพศที่ประสบความสำเร็จในการให้นมบุตรจากเต้านมโดยใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน โพรเจสเตอโรน ยา domperidone (ยาแก้เวียนศีรษะแต่มีผลข้างเคียงให้น้ำนมหลัง) และการปั๊มนมร่วมกัน (Reisman & Goldstein, 2018) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาข้อมูลทางโภชนาการและภูมิคุ้มกันวิทยาเกี่ยวกับน้ำนมแม่ภายใต้เงื่อนไขเหล่านี้ ดังนั้นจำเป็นต้องรับทราบเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของวิธีการให้นมบุตรด้วยวิธีนี้ (Reisman & Goldstein, 2018)

คำแนะนำ 16.6

เราแนะนำให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์ให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดกับบุคคลข้ามเพศและบุคคลหลากหลายทางเพศที่ยังมีโอกาสตั้งครรภ์ได้เอง

บุคคล TGD จำนวนมากยังมีความสามารถในการสืบพันธุ์ และหากพวกเขายังคงมีมดลูก รังไข่ และท่อนำไข่ หรือคู่นอนที่ยังมีสุจิ อาจประสบกับการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน (James et al., 2016; Light et al., 2014; Moseson, Fix et al., 2020) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวรวมถึงการคุมกำเนิดและการยุติการตั้งครรภ์ (Klein, Berry-Bibee et al., 2018; Obedin-Maliver, 2015; Stroumsa & Wu, 2018) บุคคล TGD ที่มีเพศกำเนิดเป็นหญิงอาจไม่ใช้การคุมกำเนิดเนื่องจากความเข้าใจผิดว่าฮอร์โมนเพศชายเป็นการคุมกำเนิดที่เชื่อถือได้ (Abern & Maguire, 2018; Ingraham et al., 2018; Jones, Wood et al., 2017; Potter et al., 2015) ซึ่งปัจจุบันยังถือว่าการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนไม่ใช่การคุมกำเนิดที่เชื่อถือได้ เนื่องจากไม่สามารถการยับยั้งการทำงานของไฮโปทาลามิก-ต่อมใต้สมอง-รังไข่ได้อย่างสมบูรณ์ ทำให้เกิดการตกไข่และตั้งครรภ์ได้ (Krempasky et al., 2020) นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ยังเกิดขึ้นได้ขณะที่ขาดประจำเดือนจากการใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน เพราะผลของการขาดประจำเดือนจะนานกว่าแม้จะได้รับฮอร์โมนครั้งสุดท้ายผ่านไปแล้ว (Light et al., 2014) การตั้งครรภ์ยังสามารถเกิดขึ้น

ได้ในคน TGD ที่ใช้ฮอร์โมนเพศชายระยะยาว แม้จะใช้นานเกิน 10 ปี ซึ่งปัจจุบันยังไม่ทราบผลกระทบต่อโอเอสโตรเจนและภาวะเจริญพันธุ์พื้นฐานหลังการใช้ฮอร์โมนระยะยาว (Light et al., 2014)

บุคคล TGD ที่มีเพศกำเนิดเป็นหญิงอาจใช้วิธีการคุมกำเนิดได้หลายวิธี (Abern & Maguire, 2018; Bentsianov et al., 2018; Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Cipres et al., 2017; Jones, Wood et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018) ซึ่งวิธีการเหล่านี้ปกติใช้สำหรับการป้องกันการตั้งครรภ์ การหยุดประจำเดือน การรักษาเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด หรือการรักษาโรคทางนรีเวชอื่น ๆ (Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Krempasky et al., 2020; Schwartz et al., 2019) อย่างไรก็ตาม ไม่มีการศึกษาใดที่ทดสอบว่าการใช้การใช้ฮอร์โมนเพศชายเช่น เทสโทสเตอโรนที่คน TGD ใช้อยู่ หากใช้ร่วมกับการคุมกำเนิดแบบฮอร์โมนชนิดอื่น เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมที่มีเอสโตรเจนและโปรเจสติน หรือการใช้ยาคุมกำเนิดแบบฮอร์โมนโปรเจสตินเพียงอย่างเดียว รวมถึงวิธีที่ไม่ใช่ฮอร์โมน เช่น การใช้ถุงยางอนามัยภายในและภายนอก ห่วงคุมกำเนิด ไดอะแฟรม ฟองน้ำ เมื่อใช้การรักษาทั้งสองวิธีคือฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนและวิธีคุมกำเนิดใด ๆ ร่วมกันจะทำให้ประสิทธิภาพหรือความปลอดภัยในการใช้เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่

บุคคลหลากหลายทางเพศที่ยังมีองคชาติและลูกอัณฑะอาจมีกิจกรรมทางเพศกับบุคคลที่มีเพศใดก็ได้ที่มีมดลูก รังไข่ และท่อ นำไข่ คนหลากหลายทางเพศที่มีองคชาติและลูกอัณฑะซึ่งสามารถผลิตอสุจิได้แม้ในขณะที่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน แม้ว่าคุณภาพของน้ำอสุจิจะลดลง แต่การผลิตอสุจิไม่ได้ถูกระงับโดยสิ้นเชิง (Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องคุมกำเนิดหากต้องการหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์โดยไม่คำนึงถึงการใช้ฮอร์โมนของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ปัจจุบันวิธีการคุมกำเนิดหลักสำหรับผู้ที่มียอสุจิก็คือการใช้ถุงยางอนามัยที่สวมองคชาติหรือถุงยางอนามัยที่ใส่ในช่องคลอด การทำหมัน และการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ เช่น การตัดอัณฑะ จึงควรให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดในคู่ที่ยังมีการผลิตอสุจิ การผลิตไข่ และคู่ที่สามารถตั้งครรภ์ได้

คำแนะนำ 16.7

เราแนะนำให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์ผู้ให้บริการการยุติการตั้งครรภ์ ให้บริการบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยขั้นตอนต่าง ๆ สอดคล้องกับกระบวนการยืนยันเพศสภาพ

มีรายงานการตั้งครรภ์และการทำแท้งโดยไม่ได้วางแผนในกลุ่มบุคคล TGD ที่มีมดลูก (Abern & Maguire, 2018; Light et al., 2014; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020) ผ่านการสำรวจการยุติการตั้งครรภ์และการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก (Jones et al., 2020) อย่างไรก็ตาม ทางระบาดวิทยาตามประชากรของการยุติการตั้งครรภ์ ประสบการณ์และความชอบของบุคคล TGD ที่มีเพศกำเนิดเป็นหญิงที่เข้ารับการยุติการตั้งครรภ์ยังคงเป็นช่องว่างที่สำคัญในการวิจัย (Fix et al., 2020; Moseson, Fix et al., 2020; Moseson,

Lunn et al., 2020) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความสามารถในการตั้งครรภ์ยังมีอยู่ในหมู่คน TGD จำนวนมาก และอาจเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการหรือไม่ได้วางแผน การเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ที่ปลอดภัย ถูกกฎหมาย และยืนยันเพศสภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น

บทที่ 17 สุขภาพเพศ

สุขภาพเพศ มีผลอย่างมากกับความเป็นอยู่ทางกายและจิตใจ ไม่ว่าจะคนนั้นจะมีเพศกำเนิด เพศสภาพ หรือมีรสนิยมทางเพศแบบใด อย่างไรก็ตาม การกีดกันตีตราเกี่ยวกับเพศกำเนิด เพศสภาพ หรือมีรสนิยมทางเพศมีผลกับโอกาสของแต่ละคนในการอยู่กับเพศของตนเองและการได้รับการดูแลสุขภาพเพศอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในสังคมส่วนใหญ่ที่ถือว่าความปกติก็คือมีเพศตามเพศกำเนิด (Bauer et al., 2009) และการผสมผสานกันนี้ก็เหนือกว่าเพศสภาพหรือการมีรสนิยมทางเพศในลักษณะอื่น ๆ (Nieder, Güldenring et al., 2020; Rider, Vencill et al., 2019) สังคมที่ถือว่าความปกติก็คือมีเพศตามเพศกำเนิดและต้องชอบเพศตรงข้ามนั้น ทำให้เกิดผลเสียต่อความซับซ้อนทางเพศสภาพ รสนิยมทางเพศ และการมีเพศสัมพันธ์ และเป็นการลดความหลากหลายและการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปมาได้อย่างอิสระ (fluidity) สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญมากขึ้นไปอีกเพราะเรื่องอัตลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ และการปฏิบัติของบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender diverse, TGD) ได้มีการกำหนดไว้หลากหลายมาก ในขณะที่เดียวกันแนวคิดที่เกิดขึ้นในวัฒนธรรมส่วนมาก ซึ่งเชื่อว่าทุกคนต้องรู้สึกดึงดูดทางเพศหรือสนใจในกิจกรรมทางเพศ ความเชื่อนี้มีผลกระทบในทางลบเกี่ยวกับประสบการณ์ที่หลากหลายของกลุ่มบุคคลเพศหลากหลาย โดยเฉพาะในคนที่นิยามตนเองว่า asexual (McInroy et al., 2021; Mollet, 2021; Rothblum et al., 2020)

องค์การอนามัยโลก หรือ The World Health Organization (WHO, 2010) ได้เน้นย้ำเรื่องสุขภาพเพศ ให้สัมพันธ์กับความเคารพในสิทธิทางเพศของประชาชนทุกคน รวมทั้งสิทธิในการแสดงออกด้านเพศที่หลากหลาย ให้มีการเคารพ ปลอดภัย และอิสระจากการถูกตีตรา และความรุนแรง การพูดคุยเรื่องสุขภาพเพศจะเน้นย้ำเรื่องความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะแสดงออกและการมีอิสระทางร่างกาย (agency and body autonomy) ซึ่งรวมถึง การให้ความยินยอม ความสุขทางเพศ (sexual pleasure) ความพอใจทางเพศ (sexual satisfaction) คู่ครอง (partnerships) และการอยู่เป็นครอบครัว (family life) (Cornwall & Jolly, 2006; Lindley et al., 2021) ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงนิยามสุขภาพเพศว่า เป็นสภาวะทางกาย อารมณ์ จิต และสังคมที่สัมพันธ์กับเพศ โดยที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการไม่มีโรค การทำงานที่ผิดปกติ หรือการเจ็บป่วย สุขภาพเพศต้องการวิธีการที่แสดงออกเชิงบวกและได้รับการเคารพต่อเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ ไปพร้อมกับโอกาสในการที่จะได้มีประสบการณ์ทางเพศที่ปลอดภัยและมีความสุข ปราศจากการบังคับ (free of coercion) การกีดกันตีตรา และความรุนแรง เพื่อให้สุขภาพเพศนั้นสามารถคงอยู่ได้และดำเนินต่อไปในระยะยาว สิทธิทางเพศของทุกคนควรได้รับการเคารพ ปกป้อง และเติมเต็ม (WHO, 2006, p. 5) โดยรวมถึงแต่ละบุคคลในกลุ่ม asexual ด้วย ซึ่งอาจจะไม่ได้มีประสบการณ์ที่มีความดึงดูดทางเพศกับผู้อื่น แต่อาจเลือกที่จะมีเพศสัมพันธ์เป็นบางครั้ง รวมทั้ง การช่วยตนเอง หรือไม่ได้ต้องการเริ่มก่อนหรือสร้างความสัมพันธ์รัก (de Oliveira et al., 2021)

ความสนใจด้านวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสบการณ์ทางเพศและพฤติกรรมของบุคคลเพศหลากหลายมีมากขึ้นในช่วงปีหลัง ๆ นี้ (Gieles et al., 2022; Holmberg et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Kloer et al., 2021; Mattawanon et al., 2021; Stephenson et al., 2017; Tirapegui et al., 2020; Thurston & Allan, 2018) การขยายตัวของวรรณกรรมต่าง ๆ ทำให้บ่งบอกถึงระบบการทำงานที่เป็นบวกเชิงเพศ (Harden, 2014) ซึ่งระบบงานนี้จะมองเห็นทั้งเชิงบวก เช่น ความสุขทางเพศ (Laan et al., 2021) และความเสียหายที่เป็นไปได้เกี่ยวกับเพศ (Goldhammer et al., 2022; Mujugira et al., 2021) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเรื่องเพศของบุคคลเพศหลากหลายมักขาดวิธีการที่สามารถวัดผลได้ การมีกลุ่มอ้างอิงเทียบที่เหมาะสม (an appropriate control group) หรือการออกแบบการศึกษาแบบไปข้างหน้า (a prospective design) (Holmberg et al., 2019) นอกเหนือจากนั้น ส่วนใหญ่มักจะเน้นย้ำเรื่องการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางเพศ (sexual functioning) (Kennis et al., 2022) ดังนั้นจึงเกิดการละเลยเรื่องความพอใจทางเพศและเรื่องความสุขทางเพศเนื่องจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางเพศ ผลกระทบจากการรักษาบุคคลเพศหลากหลายในปัจจุบันมีความแตกต่างกัน (Özer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020) และมีความวิจัยเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับเรื่องเพศของวัยรุ่นข้ามเพศ (Bungener et al., 2017; Maheux et al., 2021; Ristori et al., 2021; Stübler & Becker-Hebly, 2019; Warwick et al., 2022) ในขณะที่วิธีการในเชิงบวกเรื่องเพศที่จะให้คำปรึกษาและรักษาเกี่ยวกับความยากลำบากทางเพศที่พบเจอในบุคคลข้ามเพศในปัจจุบันยังมีงานวิจัยไม่เพียงพอเกี่ยวกับประสิทธิภาพของแต่ละวิธีการ (Fielding, 2021; Jacobson et al., 2019; Richards, 2021) เพื่อเน้นย้ำในเรื่องของสุขภาพทางเพศ the World Association for Sexual Health (WAS) ได้เพิ่มความสำคัญเกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพเพศ และให้พิจารณาความตั้งใจของตนเอง การให้ความยินยอม ความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัว การรักษาความลับ ความมั่นใจ และความสามารถในการสื่อสาร และต่อรองเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศ ให้เป็นประเด็นหลัก (Kismödi et al., 2017) WAS ยังเพิ่มความสุขทางเพศให้เป็นส่วนเชื่อมโยงด้านสิทธิทางเพศและสิทธิมนุษยชนอีกด้วย (Kismödi et al., 2017) ในการให้ดูแลเรื่องสุขภาพเพศของบุคคลข้ามเพศ บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความชำนาญเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลข้ามเพศ และมีการเข้าใจความรู้สึกที่อ่อนไหว (sensitivity) (Nieder, Güldenring et al., 2020) เพื่อให้ถึงเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพเพศของบุคคลเพศหลากหลายให้เกิดระดับคุณภาพที่สูง มีหลักฐานและมีจริยธรรมอันดี บุคลากรทางการแพทย์ควรให้การดูแลสุขภาพ เช่นเดียวกับบุคคลตรงเพศ การให้ความเคารพ และใช้ทรัพยากรในการดูแลเรื่องความสุขและความพอใจทางเพศ เช่นเดียวกับการให้การดูแลผู้ที่มีเพศสภาพตรงกับเพศกำเนิด (Holmberg et al., 2019)

การแสดงออกทางเพศที่ไม่ตรงกับบรรทัดฐานของสังคม (nonconforming gender expression) สามารถก่อนให้เกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่รุนแรง รวมทั้งในหมู่บุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นเมื่อเริ่มมีการติดต่อหรือสร้างความสัมพันธ์ในเชิงสุขภาพและการรักษา การ

คำแนะนำ

- 17.1 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศแสวงหาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการกล่าวถึงสุขภาพเพศ (ที่สัมพันธ์กับการดูแลบุคคลกลุ่มนี้)
- 17.2 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ หรือเกี่ยวกับผลกระทบจากการยืนยันเพศสภาพต่อการใช้งาน สุขภาพและความพึงพอใจทางเพศ
- 17.3 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศเสนอความเป็นไปได้ในการให้คูครองมีส่วนร่วมในเรื่องการดูแลที่เกี่ยวข้องกับเพศ หากเหมาะสม
- 17.4 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเป็นไปได้ในเรื่องของการถูกตีตราหรือประสบการณ์ทางลบของพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยง การหลีกเลี่ยงในเรื่องเพศ และการใช้งานที่เกี่ยวข้องกับเพศ
- 17.5 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ใดก็ตามที่ให้การดูแลที่อาจกระทบต่อสุขภาพเพศ ให้ข้อมูลหรือสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ และประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเป็นไปได้
- 17.6 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศให้คำปรึกษาวัยรุ่นและผู้ใหญ่เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 17.7 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติท้องถิ่นและจากองค์การอนามัยโรคเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งทางด้านการคัดกรอง การป้องกัน และการรักษา
- 17.8 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อกังวลในเรื่องปฏิกิริยาที่อาจเป็นไปได้ ระหว่างการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีกับฮอโมน

แสดงออกถึงการไม่ตัดสิน เปิดเผย และการยินดีให้การดูแลนั้น ทำให้เกิดความมั่นใจว่าบุคลากรทางการแพทย์ผู้นั้นจะมีการสะท้อนอารมณ์ ความคิด และปฏิกิริยาตอบกลับของผู้รับบริการได้ (Nieder, Güldenring et al., 2020) นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบุคคลข้ามเพศควรพิจารณาถึงผลกระทบของการมีอัตลักษณ์ที่หลากหลายของบุคคล TGD และประสบการณ์ที่โดนทำให้กลายเป็นบุคคลชายขอบหรือการตีตรา ที่ส่งผลต่อความเข้าใจในตัวตนอย่างเป็นองค์รวม (Rider, Vencill et al., 2019) เพื่อที่จะให้การดูแลเรื่องนี้ อย่างเหมาะสม ทั้งด้านกาย ใจ และสังคมของบุคคลข้ามเพศ บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักว่า ประเด็นเหล่านี้มักถูกมองข้าม เนื่องจากบรรทัดฐานที่ว่าความเป็นบุคคลตรงเพศและชอบเพศตรงข้ามก็สิ่งปกติ รวมถึงการขาดความรู้ และทักษะด้วย (Rees et al., 2021) การพิจารณาเรื่องวัฒนธรรมที่มองว่าเรื่องเกี่ยวข้องกับทางเพศแบบใดแบบหนึ่งเป็นเรื่องปกตินั้นก็มีความสำคัญ ตัวอย่างเช่น ในสังคมอาฟริกันบางแห่ง ความคิดเรื่องเพศถือว่าเป็น ข้อห้าม ส่งผลให้มีการจำกัดคำต่าง ๆ ที่มีใช้ไม่มากในการชักประวัติทางเพศ (Netshandama et al., 2017) การใช้ภาษาที่เป็นที่เคารพในแต่ละวัฒนธรรม เป็นการส่งเสริมให้เกิดการสนทนาอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับประวัติทางเพศและลดความคลุมเคลือหรือความอับอายได้ (Duby et al., 2016) นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ต้องรับรู้อย่างมีการใช้ (หรือใช้ในทางที่ผิด) อัตลักษณ์ในเรื่องเพศ รสนิยมทางเพศ เป็นจุดตัดสินใจว่าคนคนนั้นไม่ควรได้รับการดูแลเพื่อการยืนยันเพศสภาพ (Nieder & Richter-Appelt, 2011; Richards et al., 2014)

คำแนะนำทุกคำแนะนำในบทนี้ ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและประเมินถึงประโยชน์และอันตราย อีกทั้งการประเมินและความนิยมจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้ เราตระหนักดีว่าในบางกรณี หลักฐานทางวิชาการนั้นมีความจำกัดและการบริการบางอย่าง ไม่

สามารถเข้าถึงได้หรือไม่สามารถทำได้

คำแนะนำ 17.1

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศแสวงหาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการกล่าวถึงสุขภาพเพศ (ที่สัมพันธ์กับการดูแลบุคคลกลุ่มนี้)

มีความสำคัญมากที่บุคลากรทางการแพทย์มีการกล่าวถึงสุขภาพเพศของบุคคล TGD ให้มีความคุ้นเคยกับคำศัพท์ที่ใช้บ่อย (ดูบทที่ 1 – คำศัพท์) และเชิญชวนให้บุคคลเหล่านั้นที่มารับการดูแลอธิบายออกมา

ในศัพท์ที่บุคลากรอาจยังไม่คุ้นเคย โดยในตอนนี้ มีความสำคัญว่า บุคลากรทางการแพทย์มีการเตรียมตัวที่จะถามเกี่ยวกับประวัติทางเพศ และเสนอการรักษา ตามศักยภาพของตน ในวิธีการที่ให้การยืนยันเพศสภาพและเป็นไปในเชิงบวก บวก (Centers for Disease Control, 2020; Tomson et al., 2021) อย่างไรก็ตามควรเน้นให้ใช้ศัพท์ที่บุคคลข้ามเพศใช้มากกว่าที่เป็นคำศัพท์ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางหรือศัพท์แพทย์ (Wesp, 2016) เมื่อกล่าวถึงเรื่องการปฏิบัติเกี่ยวกับเพศ แนะนำให้เน้นในเรื่องที่เกี่ยวกับส่วนของร่างกาย เช่น คุณมีเพศสัมพันธ์กับคนที่มีองคชาติ หรือช่องคลอด หรือทั้งสอง (ACON, 2022) และคุณมีบทบาทใดทางเพศ เช่น ระหว่างที่มีเพศสัมพันธ์หรือใช้ส่วนใดของร่างกายเข้าถึงร่างกายของผู้ที่เพศสัมพันธ์ด้วย เช่น อวัยวะเพศ ทางทวารหนัก หรือทางปาก (ACON, 2022)

คำแนะนำ 17.2

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ หรือเกี่ยวกับผลกระทบจากการยืนยันเพศสภาพต่อการใช้งาน สุขภาพและความพึงพอใจทางเพศ เพื่อให้การยืนยันเพศสภาพบรรลุเป้าหมาย บุคลากรทางการแพทย์

ควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงนี้อาจมีผลกระทบต่อร่างกาย สุขภาพ และความพอใจทางเพศ (T'Sjoen et al., 2020) เนื่องจากมีข้อมูลทางคลินิกบ่งชี้ว่า บุคคล TGD มีการให้คะแนนความพอใจเรื่องความสุขทางเพศต่ำกว่าผู้ที่มีอัตลักษณ์ทางเพศตรงตามเพศกำเนิด (Gieles et al., 2022) หากบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบการใช้งานทางเพศ สุขภาพ และความพอใจทางเพศได้ อย่างน้อยควรส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ หากไม่รู้แน่ชัดว่าจะเกิดอะไรขึ้น ให้บอกตามตรง ตามที่กล่าวข้างต้นเรื่องทางเพศของบุคคลข้ามเพศเป็นความท้าทายอย่างหนึ่งในมุมมองของผู้ที่ชอบเพศตรงข้าม อย่างไรก็ตาม ยังมีวรรณกรรมมากมายที่ตอกย้ำลักษณะที่หลายหลายทางด้านเพศที่ไม่ได้อยู่ในความคาดหวังของกรอบเพศชายและเพศหญิง (ที่ไม่ใช่ทั้ง cis และ trans) (Bauer, 2018; Laube et al., 2020; Hamm & Nieder, 2021; Stephenson et al., 2017) หรือแม้แต่ในกลุ่มเพศหลากหลาย เช่น non-binary, agender, genderqueer ดังนั้น ควรมีการพิจารณาในส่วนนี้อย่างรอบคอบ โดยเฉพาะในสังคมที่ยอมรับผู้ที่มีอัตลักษณ์ทางเพศตรงตามเพศกำเนิดเป็นบรรทัดฐาน และผู้ที่กำลังอยู่ในระหว่างการข้ามเพศ เพราะมีผลกระทบต่อสุขภาพเพศอย่างสูง

ความสุขทางเพศมีการกล่าวถึงว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดผลที่ดีทางด้านเพศ ด้านจิตใจ และด้านร่างกาย (Anderson, 2013) นอกจากทางกายภาพ บุคลากรทางการแพทย์ควรให้การดูแลสุขภาพเพศ ซึ่งย้ำเรื่องความสุขและความพอใจเป็นสิ่งสำคัญ ในประวัติศาสตร์เรามักเน้นเรื่องโรค เช่นเดียวกันกับการศึกษาวิจัยหรือเวชปฏิบัติทางคลินิก อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพเพศที่เหมาะสมเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted diseases; STIs) มีความสำคัญควบคู่ไปกับการให้ค่าของความสุขทางเพศ การเรียกร้องให้ประสานเรื่องความสุขทางเพศ เป็นประเด็นหนึ่งในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และให้เข้าใจว่าความสุขทางเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรม (Philpott et al., 2006) บุคคล TGD กังวลเรื่องความสุขทางเพศ และต้องการบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้เกี่ยวกับความหลากหลายในการมีเพศสัมพันธ์และการทำงานทางกายภาพในการดูแลสุขภาพของบุคคล TGD

คำแนะนำ 17.3

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศเสนอความเป็นไปได้ในการให้คู่ครองมีส่วนร่วมในเรื่องการดูแลที่เกี่ยวข้องกับเพศ หากเหมาะสม

เมื่อมีความกังวลทางคลินิกที่เหมาะสมและเกี่ยวข้อง การให้คู่นอนหรือคู่รักมาร่วมตัดสินใจร่วมกันเรื่องสุขภาพเพศมีความสำคัญที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจและทางสุขภาพเพศที่ดี (Kleinplatz, 2012) บุคคล TGD อาจเลือกวิธีการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการข้ามเพศหลากหลาย และอาจทำให้เกิดผลที่ต่างกันและเกิดประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคที่แตกต่างกัน (Bauer & Hammond, 2015) เมื่อถกเรื่องผลกระทบของวิธีการทางการแพทย์ต่อเรื่องกายภาพ สุขภาพ และ ความพึงพอใจทางเพศ การให้คู่มามี

เกี่ยวข้องจะเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และก่อให้เกิดการสื่อสารมากขึ้นระหว่างคู่ (Dierckx et al., 2019) เพราะขั้นตอนการข้ามเพศมักไม่ได้เป็นความต้องการของฝ่ายเดียว การให้คู่มมีส่วนร่วมทำ (co-transitioning) (Lindley et al., 2020, Siboni et al., 2022; Theron & Collier, 2013) และทำให้เกิดการสนับสนุนการเติบโตและปรับตัวทางเพศไปด้วยกันในความสัมพันธ์ อุปสรรคทางสังคมและทางจิตวิทยาต่อการใช้งานทางเพศและความพอใจทางเพศ เช่น ประสบการณ์ของความทุกข์ใจในเพศสภาพ การโดนตีตรา การขาดผู้ที่เป็นแบบอย่างด้านเพศและความสัมพันธ์ การขาดทักษะต่าง ๆ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดผลทางลบกับสุขภาพเพศ (Kerckhof et al., 2019) การสื่อสารเรื่องเพศในกระบวนการยืนยันเพศสภาพที่สนับสนุนกันกันจากคู่จะทำให้เกิดความสุขทางเพศและเกิดผลที่ดีกับบุคคล TGD (Stephenson et al., 2017; Wierckx, Elaut et al., 2011)

การมีส่วนร่วมของคู่ทำให้เกิดโอกาสในการสร้างความคาดหวังที่สอดคล้องกับความเป็นจริง ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และถูกต้อง และเพิ่มการสื่อสารเชิงบวกในการยืนยันเพศสภาพ สุดท้ายการตัดสินใจจะเป็นของบุคคลข้ามเพศเองไม่ใช่จากคู่ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของคู่อาจขึ้นกับการตัดสินใจของบุคคลข้ามเพศเอง ข้อห้ามในประเด็นนี้อาจเกี่ยวกับเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งมีการทำร้ายร่างกายหรือการใช้ความรุนแรง ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยสำคัญเหนือการมีส่วนร่วมของคู่ สุดท้ายนี้เป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลทุกคนด้วยการยืนยันและครอบคลุมอย่างไม่ตัดสิน รวมไปถึงคู่นอนและคู่รักของเขาด้วย ตัวอย่างเช่น การต้องสำรวจและให้การดูแลประเด็นต่าง ๆ ครอบคลุมถึงอดีตที่อาจเกิดขึ้นได้จากรสนิยมทางเพศของคู่อัตลักษณ์การมีความสัมพันธ์ของผู้รับบริการ

คำแนะนำ 17.4

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเป็นไปได้ในเรื่องของการถูกตีตราหรือประสบการณ์ทางลบของพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยง การหลีกเลี่ยงในเรื่องเพศ และการใช้งานที่เกี่ยวข้องกับเพศ

สังคมบุคคล TGD มีผลกระทบอย่างมากด้านการกีดกันตีตรา และความรุนแรง (de Vries et al., 2020; European Union Agency for Fundamental Rights, 2020; McLachlan, 2019) ประสบการณ์เหล่านี้มักจะเป็นบาดแผล (Burnes et al., 2016; Mizock & Lewis, 2008) และทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพเพศ ทางกายภาพ และความพึงพอใจ (Bauer & Hammond, 2015) ตัวอย่างเช่น การถูกตีตราว่าเป็นบุคคลข้ามเพศจะเพิ่มความทุกข์ใจเพศสภาพและความอับอายทางเพศ เพิ่มการหลีกเลี่ยงการสื่อสารเรื่องเพศซึ่งมีส่วนสำคัญต่อความปลอดภัยและระดับความพอใจทางเพศ (Stephenson et al., 2017) งานวิจัยชี้ถึงการตีตรา ความรุนแรงทางเพศ และการกีดกันในรูปลักษณะของตนเกี่ยวข้องกับผลลบเรื่องความมั่นใจด้านเพศ เช่น ความสามารถใจตกลงว่ากิจกรรมใดเป็นกิจกรรมที่ตัวเองพึงพอใจหรือการต่อเรื่องการใส่ถุงยางอนามัย (Clements-Nolle et al., 2008; Dharma et al., 2019) นอกจากนี้ความทุกข์ใจเพศสภาพอาจแย่งได้จากประสบการณ์ทางลบในอดีตหรืออาการที่ยังคงมีอยู่ที่เกิดจากประสบการณ์ทางลบใน

อดีต (Giovannardi et al., 2018) เป็นสิ่งที่ยากของบุคคล TGD บางรายที่ต้องใช้อวัยวะเพศที่มีมาแต่แรกเกิดในการมีกิจกรรมทางเพศ และเลือกที่จะหลีกเลี่ยงการกระตุ้นและเหตุผลนี้ยังส่งผลต่อการถึงจุดสุดยอด (Anzani et al., 2021; Bauer & Hammond, 2015; Iantaffi & Bocking, 2011) หรือทำให้เกิดความรู้สึกปะปนกันไปในการถึงจุดสุดยอด (Chadwick et al., 2019) บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การปรึกษาเรื่องการยืนยันเพศสภาพต้องมีความรู้เรื่องรสนิยมทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศ (รวมถึงกลุ่ม asexual ด้วย) เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงการคิดเองตามบรรทัดฐานว่าความปกติคือต้องเป็นบุคคลตรงเพศและชอบเพศตรงข้ามเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันต้องตระหนักถึงผลกระทบของการถูกตีตราหรือการมีประสบการณ์ทางลบต่อสุขภาพเพศและความสุขทางเพศ (Nieder, Guldénring et al., 2020) ในกรณีที่ผู้รับบริการมีประสบการณ์ทางลบมาไม่นาน อาจเกิดการไม่เชื่อในการดูแลขั้นได้ (Colizzi et al., 2015) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ต่อสุขภาพเพศ การใช้งานทางเพศ ความสุขทางเพศ และความพึงพอใจทางเพศและพิจารณาส่งต่อการรักษาไปให้นักบำบัดเกี่ยวกับประสบการณ์ทางลบทางเพศ หรือบุคลากรด้านสุขภาพจิต หรือทั้งคู่ บุคลากรเหล่านี้อาจช่วยดูแลต่อและทำให้บุคคล TGD ค้นหามหาหนทางในการเยียวยาจิตใจและมีสุขภาพเพศที่ดีขึ้นได้

คำแนะนำ 17.5

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ใดก็ตามที่ให้การดูแลที่อาจกระทบต่อสุขภาพเพศ ให้ข้อมูลหรือสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ และประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเป็นไปได้

การดูแลเรื่องการข้ามเพศอาจมีผลกับกายภาพ สุขและ ความพอใจทั้งด้านบวกและลบ (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019; Thurston & Allan, 2018; Tirapegui et al., 2020) ในด้านบวก การยืนยันเพศสภาพทำให้กายภาพดีขึ้น เพิ่มความสุขและความพอใจ (Kloer et al., 2021; Özer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020) ด้านลบ คือปัญหาด้านสุขภาพเพศจากฮอร์โมนหรือการผ่าตัด (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019; Stephenson et al., 2017; Weyers et al., 2009) ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพอาจมีผลกับอารมณ์ ความต้องการทางเพศ ความสามารถในการแข็งตัว และการหลัง ซึ่งส่งผลกับการทำงานทางกายภาพ สุขและและการแสดงออกทางด้านเพศ (Defreyne, Elaut et al., 2020; Garcia & Zaliznyak, 2020; Kerckhof et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Wierckx, Elaut et al., 2014) บุคคล TGD ที่อยากใช้อวัยวะตามกายภาพเดิมสำหรับการสอดใส่อวัยวะเพศ อาจใช้ยาที่เกี่ยวข้องในการลดผลข้างเคียงของฮอร์โมน เช่น ยารักษาอวัยวะเพศไม่แข็งตัวในบุคคล TGD ที่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนหรือยากดฮอร์โมนเพศชาย หรือในบุคคล TGD ที่ใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน อาจใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิดทาหรือสารหล่อลื่นเพื่อบรรเทาภาวะช่องคลอดแห้ง เป็นต้น

ความต้องการทางเพศ การปลุกเร้า และการมีเพศสัมพันธ์ อาจโดน

กระทบจากยาทางจิตเวชบางตัว (Montejo et al., 2015) เพราะบางรายอาจมียารักษาโรคซึมเศร้า (Heylens, Elaut et al., 2014) โรควิตกกังวล (Millet et al., 2017) หรือความกังวลด้านจิตเวชอื่น ๆ (Dhejne et al., 2016) ผลข้างเคียงเหล่านี้ควรได้รับการพิจารณาเพื่อสุขภาพเพศด้วย

การผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพสามารถมีผลอย่างมากต่อ การรู้สึกสัมผัสให้เกิดอารมณ์ ความต้องการทางเพศ และอารมณ์เร้า เช่นเดียวกับ กายภาพและความพอใจ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจมีความหลากหลาย (Holmberg et al., 2018) การผ่าตัดที่หน้าอก (เช่น การลดขนาดหน้าอก การตัดเต้านม หรือการเสริมหน้าอก)หรือการปรับรูปร่างของร่างกาย อาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่ต้องการและมีลักษณะลักษณะที่สามารถลดความทุกข์ใจ ได้อย่างไรก็ตามก็สามารถส่งผลกระทบต่อการใช้งานทางเพศหรืออาจส่งผลทางด้านลบต่อการกระตุ้นได้ (Bekeny et al., 2020; Claes et al., 2018; Rochlin et al., 2020) การผ่าตัดอวัยวะเพศสามารถส่งผลกระทบต่อการใช้งานทางเพศและความสุขทางเพศในแง่ลบได้เช่นกัน ถึงแม้ว่าโดยส่วนใหญ่แล้วผลจะเป็นไปทางบวก เนื่องจากลักษณะทางกายภาพนั้นสอดคล้องกับเพศสภาพและสามารถทำให้มีความสุขทางเพศหรือความพึงพอใจทางเพศในรูปแบบที่ต้องการได้ (Hess et al., 2018; Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019)

มีตัวอย่างมากมายในประเด็นนี้จากวรรณกรรมที่มีอยู่:

- การผ่าตัดอาจส่งผลให้มีการลดลงหรือหายไป หรือมีการเพิ่มขึ้นของการกระตุ้นทางเพศ หรืออาจมีการรับรู้จากการกระตุ้นเปลี่ยนแปลงไปจากช่วงก่อนผ่าตัด (Garcia, 2018; Sigurjónsson et al., 2017)
- การผ่าตัดบางอย่างอาจมีความสัมพันธ์กับข้อจำกัดที่จำเพาะต่อการใช้งานทางเพศ ซึ่งอาจส่งผลทันทีหรือ อาจส่งผลได้ในอนาคต หรือเป็นไปได้ทั้งสองอย่าง ซึ่งผู้รับบริการควรพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ก่อนตัดสินใจว่าจะเลือกการผ่าตัดแบบใด (Frey et al., 2016; Garcia, 2018; Isaacson et al., 2017)
- ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด อาจส่งผลในแง่ลบต่อการใช้งานทางเพศ ไม่ว่าจะเป็นการลดลงของคุณภาพเวลาใช้งาน (เช่น ความรู้สึกไม่สบายตัวหรือเจ็บขณะมีกิจกรรมทางเพศ) หรือทำให้ความพึงพอใจในกิจกรรมทางเพศน้อยลง (Kerckhof et al., 2019; Schardein et al., 2019)

โดยทั่วไปแล้วความพึงพอใจในขั้นตอนทางการแพทย์ใดก็ตาม จะขึ้นอยู่กับความคาดหวังของผู้รับบริการ (Padilla et al., 2019) นอกจากนั้น หากผู้รับบริการมีความคาดหวังที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงก่อนเริ่มการรักษา พวกเขาอาจรู้สึกไม่พึงพอใจยิ่งขึ้นไปอีกในผลลัพธ์หรือในขั้นตอนการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ (Padilla et al., 2019) ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรจะให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ถึงขั้นตอนการดูแล ตัวเลือกต่าง ๆ และทำให้พวกเขาเข้าใจ โดยพิจารณาว่าผลลัพธ์ใดเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญต่อผู้รับบริการ (Garcia, 2021) ท้ายที่สุดแล้วเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องมั่นใจว่า ผู้รับบริการเข้าใจถึงผลข้างเคียงที่อาจ

เกิดขึ้นได้ต่อสุขภาพเพศและความสุขทางเพศ เพื่อให้พวกเขาจะได้รับรู้และนำไปประกอบการตัดสินใจก่อนเริ่มการดูแล กระบวนการเหล่านี้สอดคล้องกับมาตรฐานการให้ข้อมูลเพื่อขอความยินยอมก่อนการรักษา (เช่น การอภิปรายและการทำความเข้าใจ) รวมไปถึงการเสนอโอกาสให้ซักถาม ไขข้อข้องใจจากทั้งผู้รับบริการและคู่ครองของเขา (Glaser et al., 2020)

คำแนะนำ 17.6

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศให้คำปรึกษาวัยรุ่นและผู้ใหญ่เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

องค์การอนามัยโลก (WHO 2015) แนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้การสื่อสารสั้น ๆ เกี่ยวกับเรื่องเพศในการดูแลระดับปฐมภูมิในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ทำให้มีการเพิ่มการแนะนำเรื่องการป้องกันโรคติดต่อเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจได้รับคำแนะนำน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ (Baral et al., 2013; Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2016) ข้อมูลในกลุ่มนี้ยังไม่มากโดยเฉพาะ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในคนที่ 'ไม่ได้' ติดเชื้อเอชไอวี เช่น chlamydia, gonorrhea, syphilis, viral hepatitis, and herpes simplex virus (Tomson et al., 2021) The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS ประมาณว่าหญิงข้ามเพศมีโอกาสมากกว่าคนทั่วไปถึง 12 เท่าที่จะติดเชื้อเอชไอวี (UNAIDS, 2019) ข้อมูลวิเคราะห์แบบ meta-analysis ประมาณความชุกทั่วโลกของหญิงข้ามเพศที่มีความสัมพันธ์กับชายว่ามีเชื้อเอชไอวีถึงร้อยละ 19 (Baral et al., 2013) ความเสี่ยง HIV/STI มีอยู่ในบุคคล TGD หลายระดับ โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องของหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยทางชีวภาพที่หลากหลาย ปัจจัยทางจิตสังคม ปัจจัยในแง่ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน และโครงสร้างที่อาจเป็นบุคคลที่ถูกกระทำได้ง่าย โดยเฉพาะในหญิงข้ามเพศที่มีความสัมพันธ์กับชายตรงเพศ หรือเป็นกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มน้อยหรือยากจนและต้องทำงานบริการ (Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2015; Poteat et al., 2016) ข้อมูลเกี่ยวกับ HIV/STI ในชายข้ามเพศหรือบุคคลที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิงยังมีน้อย มีการศึกษาหนึ่งในประเทศที่มีรายได้สูงพบความชุกของการติดเชื้อ HIV ที่ได้รับการยืนยันจากห้องปฏิบัติการอยู่ที่ร้อยละ 0-4 ในชายข้ามเพศ (Becasen et al., 2018; Reisner & Murchison, 2016) โดยไม่มีการศึกษาเลยในประเทศที่ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมาก ถึงแม้จะมีข้อจำกัดทางข้อมูลของระบาดวิทยาก็ตาม ชายข้ามเพศผู้มีความสัมพันธ์กับชายตรงเพศนั้นมักรายงานถึงความเสี่ยง HIV/STI จากการเป็นฝ่ายรับทางช่องคลอดหรือทวารหนัก (Golub et al., 2019; Reisner et al., 2019; Scheim et al., 2017) และอาจทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้นเทียบกับการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดของหญิงตรงเพศ (วัยก่อนหมดประจำเดือน) เนื่องจากผลกระทบที่ทำให้ช่องคลอดฝ่อจากการใช้ฮอร์โมน

บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องประยุกต์แนวทางเวชปฏิบัติโดยพัฒนาองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพ

เพศกับบุคคล TGD เช่น การใช้ภาษาที่สอดคล้องกับกระบวนการยืนยันเพศสภาพ (ดูคำแนะนำ 17.1 ในบทนี้) นับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องหลีกเลี่ยงการด่วนสรุปเกี่ยวกับ HIV/STI เพียงแค่เหตุผลทางอัตลักษณ์ทางเพศหรือกายภาพของผู้รับบริการ ยกตัวอย่างเช่น บุคคลข้ามเพศหลายคนไม่มีกิจกรรมทางเพศเลย และบุคคล TGD อาจใช้ของเล่นในกิจกรรมทางเพศหรืออุปกรณ์เสริมทั้งนี้เพื่อสามารถให้คำแนะนำในการป้องกันอย่างเหมาะสม บุคลากรทางการแพทย์ควรสอบถามถึงกิจกรรมทางเพศที่จำเพาะในแต่ละบุคคล TGD รวมถึงส่วนของร่างกายที่ใช้ (หรืออุปกรณ์เสริมที่ใช้) ในกิจกรรมนั้น ๆ (ACON, 2022) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการเตรียมพร้อม (รวมถึงผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพจิตหรือบุคลากรด้านอื่น ๆ) อาจให้คำแนะนำอย่างลงลึกกับผู้รับบริการเกี่ยวกับปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของ HIV/STI ด้วย (ดูคำแนะนำ 17.3 ในบทนี้)

ในทุก ๆ คน บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญในการเก็บข้อมูลหรือประวัติส่วนตัวของบุคคล TGD (เช่น การถูกตีตราจากการเป็นบุคคลข้ามเพศหรือการมีความทุกข์ใจในเพศสภาพ เป็นต้น) และบุคลากรทางการแพทย์ควรอธิบายให้ผู้รับบริการทราบถึงเหตุผลในการซักประวัติที่เกี่ยวกับเพศเหล่านี้ รวมไปถึงประวัติที่จำเป็น ในการพูดคุยถึงการป้องกัน HIV/STI บุคลากรทางการแพทย์ควรนำเสนอตัวเลือกในการป้องกันให้ครบถ้วนอย่างกว้างขวาง รวมถึง วิธีการใช้ถุงยางอนามัย การใช้ยาป้องกันหลังได้รับเชื้อ การใช้ยาป้องกันก่อนได้รับเชื้อ และการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (WHO, 2021) ข้อควรระวังที่จำเพาะต่อบุคคลข้ามเพศการใช้ยาป้องกันการติดเชื้อก่อนได้รับเชื่อนั้นได้ถูกพูดถึงในคำแนะนำที่ 17.8

คำแนะนำ 17.7

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติท้องถิ่นและจากองค์การอนามัยโรคเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งทางด้านการคัดกรอง การป้องกัน และการรักษา

เช่นเดียวกับบุคคลตรงเพศ วัยรุ่น TGD และผู้ใหญ่ TGD ควรได้รับการแนะนำให้ทำการคัดกรอง HIV/STI ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่มีอยู่บนพื้นฐานของความเสี่ยงต่อ HIV/STI ในแต่ละบุคคล โดยพิจารณาถึงกายวิภาคและพฤติกรรมมากกว่าอัตลักษณ์ทางเพศเพียงอย่างเดียว ในที่ที่ไม่มี แนวทางเวชปฏิบัติท้องถิ่นหรือแนวทางเวชปฏิบัติระดับชาติ องค์การอนามัยโลก (2019a) ได้เสนอคำแนะนำที่สามารถใช้ได้ทั่วโลก ซึ่งส่วนใหญ่แนะนำให้ทำการคัดกรองบุคคลข้ามเพศที่มีเพศสัมพันธ์กับชายตรงเพศ เนื่องจากเป็นประชากรที่มีความเสี่ยงต่อ HIV

การผ่าตัดอวัยวะเพศเพื่อการยืนยันเพศสภาพและเทคนิคทางการแพทย์ผ่าตัดได้คำนึงถึงความเสี่ยงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และความจำเป็นในการคัดกรองด้วย ดังที่ได้พูดถึงในแนวทางเวชปฏิบัติเมื่อนานมานี้จาก the US Centers for Disease Control (Workowski et al., 2021) เพียงผิวหนังบริเวณองคชาตและถุงอัณฑะไปสร้างเป็นผนังของช่องคลอดเท่านั้น จึงทำให้มีความเสี่ยงต่ำในการติดเชื้อของ

ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะชนิด *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) และ *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) สำหรับเทคนิคการผ่าตัดแบบใหม่ ซึ่งใช้เยื่อบุกระพุ้งแก้ม หรือ เยื่อบุท่อปัสสาวะ หรือ เยื่อบุผนังช่องท้องมาใช้ในการผ่าตัดนั้น ในทางทฤษฎีแล้วอาจเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อแบคทีเรีย STI มากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ผิวหนังจากองคชาติและถุงอัมตะเพียงอย่างเดียว (Van Gerwen et al., 2021) แนวทางการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับช่องคลอดใหม่นั้น แนะนำให้ทำในหญิงข้ามเพศทุกคนที่ผ่านการทำช่องคลอดใหม่ (Workowski et al., 2021) สำหรับชายข้ามเพศที่ทำการผ่าตัดแบบเม็ดตอยด้วยวิธีการยึดท่อปัสสาวะโดยไม่ได้ตัดช่องคลอดออก การตรวจแบคทีเรียที่ก่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะนั้น ควรทำร่วมกับการเก็บส่งตรวจจากปากมดลูก เนื่องจากการติดเชื้ออาจตรวจไม่พบจากการตรวจปัสสาวะเพียงอย่างเดียว (Workowski et al., 2021)

นอกจากนั้นถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ควรเสนอการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ตำแหน่งของร่างกายต่าง ๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในบุคคลข้ามเพศและพบได้นอกเหนือจากอวัยวะเพศ (Hiransuthikul et al., 2019; Pitasi et al., 2019) คำแนะนำนี้สอดคล้องกับคำแนะนำจากองค์การอนามัยโลก (2020) ซึ่งกล่าวว่าอาจเสนอให้เก็บส่งตรวจเพื่อตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยตัวเอง โดยเป็นทางเลือกในคนที่ไม่สะดวกใจหรือไม่ต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้เก็บส่งตรวจ ด้วยเหตุผลของความทุกขใจในเพศสภาพหรือการมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในอดีตมาก่อน และในบริบทที่เหมาะสม การตรวจเอช HIV/STI ไปพร้อมๆ กับการตรวจติดตามการใช้ฮอร์โมนนั้นอาจทำให้การเข้าถึงบริการนั้นดีขึ้น (Reisner, Radix et al., 2016; Scheim & Travers, 2017)

คำแนะนำ 17.8

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ให้การดูแลบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อกังวลในเรื่องปฏิกิริยาที่อาจเป็นไปได้ระหว่างการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีกับฮอโมน

สำหรับวัยรุ่น TGD และผู้ใหญ่ TGD ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV (โดยทั่วไปแล้วหมายถึง การมีผลตรวจเอชไอวีไม่สอดคล้องกับคูครอง หรือ คนที่ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับคูครองที่มีผล HIV เป็นลบเพียงคนเดียวร่วมกับการไม่ใช้ถุงยางอนามัย; WHO, 2017) การให้การป้องกันก่อนการรับเชื้อ หรือ pre-exposure prophylaxis (PrEP) เป็นตัวเลือกสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อ HIV (Golub et al., 2019; Sevelius et al., 2016; WHO, 2021) สำหรับการสนับสนุนในการใช้ PrEP นั้น ในปี 2021 US Centers for Disease Control แนะนำให้วัยรุ่นและผู้ใหญ่ทุกคนที่มีกิจกรรมทางเพศควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ PrEP และเสนอให้ใช้หากมีความต้องการ (CDC, 2021) สำหรับการรักษาในบุคคลที่มีเชื้อ HIV นั้นมีแนวทางเวชปฏิบัติที่จำเพาะต่อบุคคลข้ามเพศอยู่ในบางบริบทด้วย (เช่น Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019)

สำหรับการป้องกันและการรักษา HIV นั้นมีข้อพิจารณาเกี่ยวกับ

ขนาดยาต้านเชื้อไวรัส HIV และวิธีการบริหารยาที่จำเพาะต่อบุคคล TGD สำหรับยา PrEP ชนิดกิน การกินยาแบบวันละครั้งนับเป็นแบบเดียวที่แนะนำให้ใช้ในบุคคล TGD เนื่องจากการศึกษา แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของยา PrEP ชนิด emtricitabine/ tenofovir disoproxil fumarate (TDF) ซึ่งถูกจำกัดอยู่เพียงชายตรงเพศ(WHO, 2019c) นอกจากนี้ ในขณะที่ emtricitabine/tenofovir alafenamide (TAF) เป็นยาชนิดกินแบบใหม่ ในช่วงต้นปี 2022 ยาชนิดนี้ไม่แนะนำให้ใช้ในบุคคลที่มีความเสี่ยงของการรับเชื้อ HIV ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดและเป็นฝ่ายรับเนื่องจากยังขาดเหตุผลทางวิชาการรองรับ (CDC, 2021) ท้ายที่สุดแล้ว ยา PrEP และยารักษาเชื้อ HIV แบบฉีดที่ ออกฤทธิ์ ยาวามีการนำมาใช้มากขึ้น (เช่น cabotegravir สำหรับ PrEP) ในขณะที่ยาฉีดชนิดนี้ถูกแนะนำสำหรับผู้ป่วยทุกคนที่อาจได้รับประโยชน์จากการฉีดยา วิธีการฉีดยาที่ตำแหน่งกล้ามเนื้อ อาจเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสมสำหรับคนที่ผ่านการฉีดยาเพิ่มเติมที่บริเวณนั้นมาก่อน (Rael et al., 2020)

นับว่ายังมีข้อมูลเพียงเล็กน้อยที่สนับสนุนถึงการเกิดปฏิกิริยาระหว่างฮอโมนที่ใช้ในการยืนยันเพศสภาพและยา PrEP มีการศึกษาขนาดเล็กไม่มีการศึกษาซึ่งใช้ผลจากการรายงานจากผู้เข้าร่วมวิจัยเอง ถึงการใช้ยา PrEP แสดงให้เห็นว่าระดับความเข้มข้นของยา PrEP ลดลงในหญิงข้ามเพศที่ใช้ฮอโมน อย่างไรก็ตาม ระดับยานั้นยังอยู่ในระดับที่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ (Yager & Anderson, 2020) อีกการศึกษาหนึ่งที่ศึกษาถึงปฏิกิริยาระหว่างยาโดยการสังเกตการใช้ยา PrEP ไม่พบผลกระทบจากการใช้ฮอโมนต่อระดับ PrEP ในหญิงข้ามเพศ นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงข้ามเพศและชายข้ามเพศที่ใช้ฮอโมนอาจมีระดับการป้องกันการติดเชื้อ HIV ที่สูงขึ้นด้วย (Grant et al., 2020) สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ สำหรับบุคคล TGD หลายคน ไม่พบว่าการใช้ยา PrEP ส่งผลต่อระดับฮอโมนแต่อย่างใด สำหรับการรักษาเชื้อ HIV ยาต้านไวรัส HIV บางตัวอาจส่งผลต่อระดับฮอโมนได้ อย่างไรก็ตามปัญหาที่สามารถถูกจัดการได้โดยโดยการเลือกใช้อินทแทนหรือการตรวจติดตามและปรับขนาดฮอโมนหรือทำสองอย่างไปด้วยกัน (Cirincione et al., 2020) ตามรายละเอียดรายละเอียดที่อยู่ในแนวทางเวชปฏิบัติจาก the US Department of Health and Human Services (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019) อย่างไรก็ตาม ข้อกังวลเกี่ยวกับการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยานั้น โดยเฉพาะปฏิกิริยาที่อาจส่งผลต่อระดับฮอโมน นับว่าเป็นอุปสรรคหนึ่งในการส่งเสริมให้ใช้ยาต้านไวรัส HIV ทั้งในการป้องกันและการรักษาและยังส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาด้วย (Radix et al., 2020; Sevelius et al., 2016) ดังนั้นจึงแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ควรที่จะให้ข้อมูลอย่างเชิงรุกเกี่ยวกับข้อกังวลนี้ ในผู้ที่สมควรได้รับยา PrEP หรือยารักษาเชื้อ HIV การดูแลในเรื่องของยา PrEP และการรักษา HIV ไปพร้อมๆ กับการใช้ฮอโมนนั้น สามารถช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงและความสม่ำเสมอในการใช้ยาได้ (Reisner, Radix et al., 2016) วิธีการดูแลสองสิ่งนี้ร่วมกันสามารถทำได้โดยการทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อ HIV ในกรณีที่แพทย์ระดับปฐมภูมิไม่มีความเชี่ยวชาญในด้านนี้ ในบุคคล TGD บางคนอาจได้รับประโยชน์



จากการใช้ยา PrEP เพียงอย่างเดียวหรือบริการเกี่ยวกับสุขภาพเพศ เพื่อมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้นและมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ดังนั้นวิธีการให้บริการที่แตกต่างกันไปจึงเป็นสิ่งที่ต้องการ (Wilson et al., 2021)

บทที่ 18 สุขภาพจิต

บทนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คำแนะนำให้กับบุคลากรทางการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ที่ให้การดูแลสุขภาพจิตแก่บุคคลข้ามเพศ และผู้มีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender diverse; TGD) ที่เป็นผู้ใหญ่ โดยไม่ได้มีจุดประสงค์ให้แทนที่บทที่เกี่ยวกับการประเมินบุคคลสำหรับการใช้ฮอร์โมนหรือการผ่าตัด กลุ่ม TGD จำนวนมากอาจไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือการดูแลสุขภาพจิตอื่น ๆ เป็นส่วนหนึ่งของการยืนยันเพศสภาพของพวกเขา ในขณะที่บางคนอาจได้รับประโยชน์จากการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพจิตและระบบบริการ (Dhejne et al., 2016)

มีการศึกษาบางรายงานที่แสดงให้เห็นถึงความชุกของการเป็นโรคซึมเศร้า (Witcomb et al., 2018) โรควิตกกังวล (Bouman et al., 2017) และการฆ่าตัวตาย (Arcelus et al., 2016; Bränström & Pachankis, 2022; Davey et al., 2016; Dhejne, 2011; Herman et al., 2019) ในกลุ่ม TGD (Jones et al., 2019; Thome, Witcomb et al., 2019) มากกว่าในประชากรทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ต้องการการยืนยันเพศสภาพ (gender-affirming treatment) ที่จำเป็นทางการแพทย์ (ดูคำแนะนำเกี่ยวกับความจำเป็นทางการแพทย์

ในบทที่ 2 – การประนีประนอมทั่วโลก คำแนะนำที่ 2.1) อย่างไรก็ตาม การมีอัตลักษณ์เป็นบุคคลข้ามเพศไม่ใช่ความเจ็บป่วยทางจิต และการพบในอัตราที่เพิ่มขึ้นนี้ถูกเชื่อมโยงกับการกระทบกระเทือนทางใจที่ซับซ้อน การเป็นตราบาปทางสังคม ความรุนแรง และการกีดกัน (Nuttbrock et al., 2014; Peterson et al., 2021) นอกจากนี้อาการทางจิตเวชจะลดลงเมื่อได้รับการยืนยันเพศสภาพด้วยยาหรือการผ่าตัด (Aldridge et al., 2020; Almazan and Keuroghlian, 2021; Bauer et al., 2015; Grannis et al., 2021) และด้วยขั้นตอน

ที่ช่วยแก้ไขปัญหาเรื่องการกีดกันและความเครียดในคนกลุ่มน้อย (minority stress) (Bauer et al., 2015; Heylens, Verroken et al., 2014; McDowell et al., 2020)

การรักษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตจำเป็นต้องให้บริการโดยเจ้าหน้าที่และดำเนินการผ่านระบบที่เคารพความเป็นอิสระ (autonomy) ของผู้เข้ารับคำปรึกษาและคำนึงถึงความหลากหลายทางเพศ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตที่ให้บริการกับบุคคลข้ามเพศควรใช้การฟังอย่างตั้งใจ (active listening) เพื่อเป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการสำรวจตัวเองสำหรับบุคคลที่ไม่แน่ใจเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศของตนเอง ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตควรช่วยเหลือผู้เข้ารับคำปรึกษาในการกำหนดทางเดินของตนเองแทนที่จะกำหนดเรื่องราวให้หรือใช้อคติของตนเองตัดสิน ในขณะที่มีบุคคลข้ามเพศจำนวนมากที่ต้องการช่วยเหลือทางการแพทย์หรือการผ่าตัด หรือแสวงหาการดูแลทางสุขภาพจิต แต่ก็อาจมีผู้ที่ไม่ต้องการเช่นกัน (Margulies et al., 2021) ดังนั้นผลจากการวิจัยกลุ่มประชากรทางคลินิกจึงไม่ควรถูกนำมาใช้กับกลุ่มบุคคลข้ามเพศทั้งหมด

แม้การจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิตและปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นสิ่งสำคัญแต่ไม่ควรเป็นอุปสรรคต่อการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการยืนยันเพศสภาพ การจัดการปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด

เหล่านี้จะช่วยสนับสนุนการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการยืนยันเพศสภาพให้ประสบความสำเร็จและนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้มากกว่า (Nobili et al., 2018)

คำแนะนำทุกคำแนะนำในบทนี้ ถูกวางขึ้นบนพื้นฐานของการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและประเมินถึงประโยชน์และอันตราย อีกทั้งการประเมินและความนิยมจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคำนึงถึงทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้ เราตระหนักดีว่าในบางกรณี หลักฐานทางวิชาการนั้นมียกจำกัดและการบริการบางอย่าง ไม่สามารถเข้าถึงได้หรือไม่สามารถทำได้

คำแนะนำ 18.1

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตให้การรักษาอาการทางสุขภาพจิตที่รบกวนความสามารถของบุคคลในการให้ความยินยอมต่อการยืนยันเพศสภาพ ก่อนเริ่มต้นการยืนยันเพศสภาพ

เนื่องจากโดยทั่วไปมักถือว่าผู้รับคำปรึกษามีความสามารถในการให้ความยินยอมเพื่อการดูแลรักษา การที่มีการบกพร่องของการรู้คิด (cognitive impairment) อาการจิตเภท (psychosis) หรือโรคจิตเวชอื่น ๆ ที่อาจส่งผลให้เกิดความบกพร่องของความสามารถในการให้ความยินยอมหลังได้รับข้อมูลหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการประเมินแต่ละบุคคลตามกรณี (Applebaum, 2007) การให้ความยินยอมหลังได้รับข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลด้านสุขภาพ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพต้องให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือกของการดูแลที่เสนอให้ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจด้วยตนเองหลังได้รับข้อมูล (Berg et al., 2001) ทั้งผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรืออายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อและศัลยแพทย์ที่ให้การผ่าตัด ก็ต้องได้รับการยินยอมหลังให้ข้อมูลก่อน เช่นเดียวกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตก็ต้องได้รับความยินยอมหลังให้ข้อมูลก่อน ดำเนินการรักษาด้านสุขภาพจิต และอาจส่งปรึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการให้ความยินยอมหลังได้รับข้อมูลของผู้รับบริการเมื่อเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับความสามารถ โรคจิตเวชและปัญหาการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีความบกพร่องของการรู้คิดและอาการทางจิตเภท อาจเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของบุคคลในการเข้าใจถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษา (Hostiuc et al., 2018) ในทางกลับกันผู้รับบริการอาจมีความเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญแต่ก็ยังสามารถเข้าใจถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษาในแต่ละกรณีได้ (Carpenter et al., 2000) การสื่อสารระหว่างทีมมีความสำคัญในผู้รับบริการที่มีความซับซ้อน และควรมีการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญตามความจำเป็น (Karasic & Fraser, 2018) ความยากลำบากในการเข้าใจถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษาของผู้รับบริการจำนวนมากจะสามารถก้าวผ่านไปได้ด้วยการให้เวลาและให้การอธิบายอย่างละเอียด สำหรับผู้รับบริการบางคนนั้น การรักษาโรคประจำตัวที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้ความยินยอมหลังได้รับข้อมูล เช่น การรักษาอาการจิตเภทเดิม จะทำให้ผู้รับบริการกลับมามีความสามารถในการให้ความยินยอมกับการรักษาที่จำเป็นได้อย่างไรก็ตามอาการทางสุขภาพจิต เช่น อาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าที่ไม่มีผลต่อความสามารถในการให้ความยินยอม ไม่ควรเป็นอุปสรรค

คำแนะนำ

- 18.1 - เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตให้การรักษาอาการทางสุขภาพจิตที่รบกวนความสามารถของบุคคลในการให้ความยินยอมต่อการยืนยันเพศสภาพ ก่อนเริ่มต้นการยืนยันเพศสภาพ
- 18.2 - เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเสนอการดูแลและสนับสนุนบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในการรักษาอาการทางสุขภาพจิตที่รบกวนความสามารถของบุคคลในการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วงระหว่างการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ ก่อนเริ่มต้นการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ
- 18.3 - เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตประเมินผลกระทบทางลบของอาการสุขภาพจิตที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ตามมาของการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ เมื่อมีอาการทางสุขภาพจิตหรือการใช้สารเสพติดที่สำคัญ
- 18.4 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ประเมินความต้องการการสนับสนุนด้านจิตสังคมและการสนับสนุนที่นำไปใช้ได้จริงของบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในระหว่างการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ
- 18.5 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในการหยุดใช้ยาสูบหรือบุหรี่ก่อนการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ
- 18.6 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์แจ้งการให้ฮอร์โมนเดิมในกรณีบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทางจิตเวชหรือแผนกผู้ป่วยในใด ๆ ยกเว้นว่ามีข้อห้ามในการใช้
- 18.7 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ยืนยันให้แน่ใจว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนเรียกด้วยชื่อและสรรพนามที่ถูกต้อง (ตามที่ผู้รับบริการระบุ) และจัดการเข้าถึงห้องน้ำและที่นอนที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางเพศของบุคคล หากบุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือหน่วยพักฟื้นทางสุขภาพจิต หน่วยพักฟื้นผู้ใช้สารเสพติดหรือเจ็บป่วยทางการแพทย์
- 18.8 - เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตส่งเสริม สนับสนุน และเสริมพลังให้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในการพัฒนาและรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนทั่วไป และครอบครัว
- 18.9 - เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรกำหนดให้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศต้องได้รับการบำบัดบำบัดก่อนเริ่มการยืนยันเพศสภาพ แม้จะตระหนักว่าการบำบัดบำบัดอาจจะมีประโยชน์กับบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศบางคน
- 18.10 - เราแนะนำให้ไม่ควรให้การบำบัดเพื่อ "ซ่อมแซม" และ "เปลี่ยนกลับ" ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อพยายามเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกตามเพศของบุคคลเพื่อให้สอดคล้องกับเพศที่ถูกกำหนดเมื่อแรกเกิด

สำหรับการยืนยันเพศสภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อขึ้นตอนดังกล่าว พบว่าช่วยลดอาการทางสุขภาพจิตได้ (Aldridge et al., 2020)

คำแนะนำ 18.2

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเสนอการดูแลและสนับสนุนบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในการรักษาอาการทางสุขภาพจิตที่รบกวนความสามารถของบุคคลในการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วงระหว่างการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ ก่อนเริ่มต้นการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ

การไม่สามารถที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลในช่วงการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิตหรือมีปัญหาค่าการใช้สารเสพติดไม่ควรถูกมองว่าเป็นอุปสรรคสำหรับการยืนยันเพศสภาพที่จำเป็น แต่ควรถูกมองว่าเป็นสัญญาณที่จะให้การดูแลด้านสุขภาพจิตและการสนับสนุนสังคมแก่เขา (Karasic, 2020) ความเจ็บป่วยทางจิตและมีปัญหาค่าการใช้สารเสพติดอาจเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของผู้รับบริการในการมีส่วนร่วมในการดูแลในช่วงการผ่าตัด (Barnhill, 2014) การเข้าพบผู้ให้บริการด้านสุขภาพ การดูแลแผล และขั้นตอนดูแลหลังผ่าตัดอื่น ๆ (เช่น การขยายช่องคลอดหลังการผ่าตัดช่องคลอด) อาจจำเป็นต่อผลลัพธ์ที่ดี ผู้รับบริการที่มีปัญหาค่าการใช้สารเสพติดอาจมีความยากลำบากในการติดตามนัดพบแพทย์ผู้ให้การดูแลขั้นพื้นฐานและศัลยแพทย์ ผู้รับบริการที่มีอาการจิตเภทหรือซึมเศร้ารุนแรงอาจจะเลยผลหรือไม่สนใจต่อการติดต่อหรืออาการแสดงว่ามีอาการของแผล (Lee, Marsh et al., 2016) การมีความเจ็บป่วยทาง

จิตที่กำลังดำเนินอยู่มีความสัมพันธ์กับความต้องการในการดูแลทางการแพทย์ และการดูแลหลังการผ่าตัดในเบื้องต้นที่มากขึ้น (Wimalawansa et al., 2014)

ในกรณีเหล่านี้การรักษาความเจ็บป่วยทางจิตหรือปัญหาการใช้สารเสพติดอาจช่วยให้การรักษาประสบความสำเร็จได้ การจัดการการสนับสนุนเพิ่มเติมจากครอบครัวและเพื่อน หรือผู้ให้การดูแลสุขภาพตามบ้านแก่ผู้รับบริการ อาจช่วยให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลในช่วงการผ่าตัดได้อย่างเพียงพอ ควรพิจารณาประโยชน์ของการรักษาทางสุขภาพจิตที่อาจทำให้ต้องเลื่อนการผ่าตัด เทียบกับความเสี่ยงจากการเลื่อนการผ่าตัด และควรรวมถึงการประเมินผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพจิตของผู้รับบริการที่ถูกเลื่อนอาจก่อให้เกิดความทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria) (Byne et al., 2018)

คำแนะนำ 18.3

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตประเมินผลกระทบทางลบของอาการสุขภาพจิตที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ตามมาของการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ เมื่อมีอาการทางสุขภาพจิตหรือการใช้สารเสพติดที่สำคัญ

การผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพแต่ละประเภทมีผลกระทบแตกต่างกันไป การผ่าตัดบางประเภทต้องการความสามารถในการติดตามแผนก่อนผ่าตัด และการมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งในช่วงการผ่าตัดและหลังผ่าตัดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด (Tollinche et al., 2018) อาการทางสุขภาพจิตสามารถส่งผลต่อความสามารถของ

ผู้รับบริการในการมีส่วนร่วมในการวางแผนผ่าตัด และการดูแลในช่วงการผ่าตัดที่จำเป็นสำหรับหัตถการการผ่าตัดใด ๆ (Paredes et al., 2020) การประเมินสุขภาพจิตสามารถให้โอกาสในการวางแผนรับมือเพื่อแก้ไขผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการสุขภาพจิตที่อาจมีต่อผลลัพธ์การผ่าตัด และเพื่อวางแผนสนับสนุนความสามารถในการมีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลตนเอง การผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพพบว่าสามารถที่จะช่วยบรรเทาอาการความทุกข์ใจในเพศสภาพและช่วยให้มีสุขภาพจิตดีขึ้นได้ (Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2017) ควรชี้แจงให้ชัดเจนว่าประโยชน์จากการผ่าตัดนี้กับความเสี่ยงของแต่ละกระบวนการเมื่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการตัดสินใจว่าจะดำเนินการหรือไม่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสามารถช่วยเหลือกลุ่ม TGD ในการทบทวนคำแนะนำการดูแลก่อนผ่าตัดและในช่วงการผ่าตัดสำหรับแต่ละหัตถการ (Karasic, 2020) ผู้ให้การดูแลและผู้รับบริการสามารถร่วมกันกำหนดว่าจะต้องการการสนับสนุนหรือทรัพยากรเพิ่มเติมใดเพื่อช่วยในการติดตามนัดหมายสำหรับการดูแลในช่วงการผ่าตัด เตรียมสิ่งที่จำเป็น การจัดการเรื่องการเงิน และการจัดการการประสานงานและการวางแผนในสิ่งต่าง ๆ ก่อนการผ่าตัด นอกจากนี้ยังสามารถสำรวจปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การปรับเปลี่ยนรูปลักษณ์หลังผ่าตัดและความคาดหวังเกี่ยวกับผลการผ่าตัด รวมถึงผลกระทบของปัจจัยต่าง ๆ ต่อความทุกข์ใจในเพศสภาพได้เช่นกัน

คำแนะนำ 18.4

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ประเมินความต้องการการสนับสนุนด้านจิตสังคมและการสนับสนุนที่นำไปใช้ได้จริงของบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในระหว่างการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ

ไม่ว่าจะเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสาขาใดก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทุกคนมีหน้าที่ในการสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น เมื่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพต้องดูแลกลุ่ม TGD ที่กำลังเตรียมตัวเข้ารับการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ พวกเขาควรได้รับการประเมินระดับการสนับสนุนทางด้านจิตสังคมและการสนับสนุนในทางปฏิบัติที่จำเป็น (Deutsch, 2016b) การประเมินเป็นขั้นแรกในการตระหนักถึงความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือเพิ่มเติมและเสริมความสามารถเขาในการทำงานร่วมกันเพื่อช่วยให้ผ่านทั้งช่วงก่อนการผ่าตัด ในช่วงการผ่าตัด และช่วงหลังผ่าตัดไปได้ (Tollinche et al., 2018) ในช่วงผ่าตัดจึงมีความสำคัญที่จะช่วยปรับตัวในการทำหน้าที่ต่าง ๆ มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง สร้างการสนับสนุนจากสังคมและครอบครัวโดยการประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคล วางแผนการจัดการผลแทรกซ้อนจากการรักษาทางการแพทย์ ช่วยในการจัดการผลกระทบต่อการทำงาน/รายได้ และช่วยให้ก้าวผ่านอุปสรรคที่ผู้ป่วยบางคนอาจต้องเผชิญ เช่น การจัดการเรื่องการขับถ่าย และการเลิกสูบบุหรี่ (Berli et al., 2017) ในระบบการแพทย์ที่ซับซ้อนไม่ใช่ผู้ป่วยทุกคนที่จะสามารถข้ามผ่านหัตถการที่ต้องอาศัยการดูแลตนเองได้โดยลำพัง ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเพื่อนผู้นำทางที่สามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยข้ามผ่านกระบวนการนี้ไปได้ (Deutsch, 2016a)

คำแนะนำ 18.5

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในการหยุดใช้ยาสูบหรือบุหรี่ก่อนการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพ

กลุ่มบุคคลข้ามเพศมักมีอัตราการสูบบุหรี่และนิโคตินที่สูง (Kidd et al., 2018) อย่างไรก็ตามคนจำนวนมากมักไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ที่พบในการศึกษามากมาย (Bryant et al., 2014) การบริโภคยาสูบเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ (เช่น ปัญหาลิ้นเลือดอุดตัน) ในผู้ที่ได้รับการใช้ฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งฮอร์โมนเอสโตรเจน (Chipkin & Kim, 2017)

การสูบบุหรี่พบว่ามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการศัลยกรรมตกแต่งที่ไม่ดี รวมถึงการเกิดผลแทรกซ้อน การตายของเนื้อเยื่อ (tissue necrosis) และความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัดซ้ำ (Coon et al., 2013) การสูบบุหรี่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด (Kaoutzanis et al., 2019) การสูบบุหรี่ยังส่งผลต่อกระบวนการหายของแผลหลังการผ่าตัด รวมถึงการผ่าตัดที่เกี่ยวกับทางเพศ (เช่น การผ่าตัดหน้าอก การผ่าตัดอวัยวะเพศ) (Pluvy, Garrido et al., 2015) ผู้ใช้ยาสูบมีความเสี่ยงสูงในการเกิดการตายของผิวหนัง (cutaneous necrosis) การหายของแผลล่าช้า และโรคเกี่ยวกับแผลเป็นเนื่องจากการขาดออกซิเจน และการขาดเลือดของเนื้อเยื่อ (Pluvy, Panouilleres et al., 2015) ด้วยเหตุนี้ศัลแพทย์จึงแนะนำให้เลิกใช้ยาสูบ/นิโคตินก่อนการผ่าตัดเพื่อการยืนยันเพศสภาพและงดการสูบบุหรี่เป็นเวลาหลายสัปดาห์หลังการผ่าตัดจนกว่าแผลจะหายดี (Matei & Danino, 2015) แม้จะมีความเสี่ยงดังกล่าวแต่การเลิกสูบบุหรี่อาจเป็นสิ่งที่ยาก การสูบบุหรี่และนิโคตินทำให้ติดได้และยังถูกใช้เป็นกลไกจัดการปัญหา (coping mechanism) (Matei et al., 2015) ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ดูแลมาเป็นเวลานานก่อนการผ่าตัด รวมถึงผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพจิตและผู้ดูแลขั้นต้นควรสอบถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่/นิโคติน และช่วยกลุ่ม TGD ทั้งโดยการเข้าถึงโปรแกรมเลิกบุหรี่หรือให้การรักษาโดยตรง (เช่น varenicline หรือ bupropion)

คำแนะนำ 18.6

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์คงการให้ฮอร์โมนเดิมในกรณีที่บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทางจิตเวชหรือแผนกผู้ป่วยในใด ๆ ยกเว้นว่ามีข้อห้ามในการใช้

กลุ่ม TGD ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในทางจิตเวช หน่วยบำบัดสารเสพติด หรือหน่วยทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลควรคงการใช้ฮอร์โมนของพวกเขาที่กำลังใช้อยู่ ยังไม่มีหลักฐานที่สนับสนุนการหยุดฮอร์โมนก่อนเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในทางการแพทย์หรือทางจิตเวช เว้นแต่บางกรณีผู้ป่วยใหม่ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในอาจได้รับการวินิจฉัยว่ามีผลแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องหยุดการใช้ฮอร์โมน เช่น การมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำอย่างฉับพลัน (acute venous thromboembolism) (Deutsch, 2016a)) ยังไม่มีหลักฐานที่แน่ชัดสำหรับการหยุดยาฮอร์โมนทุกครั้งก่อนการผ่าตัด ควรประเมินถึงโทษและประโยชน์ของการหยุดยาฮอร์โมนของผู้ป่วยแต่ละ

คนก่อน (Boskey et al., 2018)

พบว่าการใช้ฮอร์โมนช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และช่วยลดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล (Aldridge et al., 2020; Nguyen et al., 2018; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018, Rowiak et al., 2019) การเข้าถึงการดูแลทางการแพทย์เพื่อการยืนยันเพศสภาพมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย (Bauer et al., 2015) การหยุดฮอร์โมนที่ใช้เป็นประจำทำให้ผู้รับบริการขาดผลดีจากการใช้ฮอร์โมนเหล่านี้และอาจเป็นการขัดแย้งกับเป้าหมายของการนอนโรงพยาบาล

ผู้ให้บริการอาจไม่รู้ว่าการคงชั้นตอนเกี่ยวกับการยืนยันเพศสภาพมีความเสี่ยงต่ำและมีประโยชน์มากกับผู้รับบริการที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล การศึกษาหนึ่งของโรงเรียนแพทย์ในสหรัฐอเมริกาและแคนาดาแสดงให้เห็นว่านักเรียนได้รับการสอนเนื้อหาในหลักสูตรเกี่ยวกับ LGBT โดยเฉลี่ย 5 ชั่วโมงตลอด 4 ปีของการศึกษา (Obedin-Maliver et al., 2011) จากการสำรวจในแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่มักจะต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ยาอย่างรวดเร็วเมื่อผู้รับบริการกำลังจะเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในขณะที่มีแพทย์ถึงร้อยละ 88 ที่เคยต้องดูแลผู้รับบริการที่เป็นบุคคลข้ามเพศ แต่มีผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลคนกลุ่มนี้เพียงร้อยละ 17.5 เท่านั้น (Chisolm-Straker et al., 2018) ยังมีการให้ความรู้หัวข้อเกี่ยวกับบุคคลข้ามเพศเพิ่มขึ้น ก็จะมีผู้ให้บริการที่ตระหนักถึงความสำคัญของการคงการใช้ฮอร์โมนของบุคคลข้ามเพศระหว่างนอนโรงพยาบาลมากขึ้น

คำแนะนำ 18.7

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ยืนยันให้แน่ใจว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนเรียกด้วยชื่อและสรรพนามที่ต้องการ (ตามกับผู้รับบริการระบุ) และจัดการเข้าถึงห้องน้ำและที่นอนที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางเพศของบุคคล หากบุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือหน่วยพักฟื้นทางสุขภาพจิต หน่วยพักฟื้นผู้ใช้สารเสพติดหรือเจ็บป่วยทางการแพทย์

กลุ่ม TGD จำนวนมากต้องเผชิญกับการกีดกันในบริบททางสุขภาพต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล บริบทการรักษาทางจิตเวช และโปรแกรมการบำบัดสารเสพติด (Grant et al., 2011) เมื่อระบบสุขภาพล้มเหลวในการอำนวยความสะดวกให้กับบุคคล TGD จะยังเป็นการเสริมความเชื่อเกี่ยวกับการกีดกันทางสังคมที่มีมาอย่างยาวนานที่กลุ่ม TGD จำนวนมากเคยพบ (Karasic, 2016) ประสบการณ์การถูกกีดกันในบริบทการดูแลทางสุขภาพจะนำไปสู่การหลีกเลี่ยงการดูแลทางสุขภาพที่จำเป็นเนื่องจากความกลัวว่าจะถูกกีดกัน (Kcomt et al., 2020)

ประสบการณ์การถูกกีดกันที่เกิดขึ้นกับบุคคล TGD เป็นปัจจัยทำนายการมีความคิดฆ่าตัวตาย (Rood et al., 2015; Williams et al., 2021) พบว่าความเครียดจากการเป็นคนกลุ่มน้อยทางเพศ (gender minority stress) ในด้านการถูกปฏิเสธและการไม่ยอมรับการยืนยันเพศสภาพ (nonaffirmation) มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย (Testa et al., 2017) การถูกปฏิเสธการเข้าถึงห้องน้ำที่เหมาะสมตามเพศก็พบมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น (Seelman,

2016) อย่างไรก็ตามการเรียกด้วยชื่อที่บุคคลที่เป็น TGD ได้เลือกไว้พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายที่ต่ำลง (Russell et al., 2018) การเกลียดกลัวผู้ที่ข้ามเพศทั้งในเชิงโครงสร้าง (structural transphobia) และความเกลียดกลัวจากภายใน (internalized transphobia) เป็นสิ่งที่ควรได้รับการจัดการเพื่อลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่ม TGD (Brumer et al., 2015) บริบทในการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องลดการกระทำอันเนื่องมาจากความเกลียดกลัวบุคคลข้ามเพศซึ่งเป็นอันตรายกับผู้ป่วยด้วยการเคารพและจัดการสิ่งต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับอัตลักษณ์ของกลุ่ม TGD เพื่อให้การดูแลสุขภาพเกิดผลสำเร็จ

คำแนะนำ 18.8

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตส่งเสริม สนับสนุน และเสริมพลังให้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในการพัฒนาและรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนทั่วไป และครอบครัว

ในขณะที่ความเครียดในคนกลุ่มน้อยและผลโดยตรงจากสังคมที่กีดกันสามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพจิตของกลุ่ม TGD การสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งจะสามารถช่วยบรรเทาภัยอันตรายนี้ได้ (Trujillo et al., 2017) เด็กที่เป็น TGD มักที่จะรับการปฏิเสธจากครอบครัวและเพื่อนรวมถึงความเกลียดกลัวบุคคลข้ามเพศที่อยู่รอบตัว เขาเข้ามาเก็บไว้ในตนเอง (Amodeo et al., 2015) ยิ่งไปกว่านั้นการเผชิญกับการถูกทารุณกรรมเนื่องจากความเกลียดกลัวบุคคลข้ามเพศอาจจะส่งผลกระทบต่อตลอดชีวิตของคนคนหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวัยรุ่น (Nuttbrock et al., 2010)

การพัฒนาการสนับสนุนทางสังคมที่ยอมรับการยืนยันเพศสภาพเป็นปัจจัยป้องกันสำหรับสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำหน้าที่เป็นกันชนจากความรุนแรง การเป็นตราบาป และการกีดกันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต (Bockting et al., 2013) สามารถช่วยในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ (Jackson Levin et al., 2020) และสามารถนำไปสู่ความสามารถในการฟื้นกลับทางจิตใจหลังเผชิญปัญหา (psychological resilience) ในกลุ่ม TGD (Bariola et al., 2015; Başar and Öz, 2016) แหล่งสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเพื่อน LGBTQ+ และครอบครัวพบที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพจิต สุขภาวะ (well-being) และคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (Bariola et al., 2015; Başar et al., 2016; Kuper, Adams et al., 2018; Puckett et al., 2019) การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยในการพัฒนากลไกการจัดการ (coping mechanism) และนำไปสู่การมีประสบการณ์เชิงบวกทางอารมณ์ตลอดกระบวนการยืนยันเพศสภาพ (Budge et al., 2013)

ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสามารถสนับสนุนผู้รับบริการในการพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้พวกเขาได้รับการยอมรับและตระหนักถึงอัตลักษณ์ที่แท้จริงของพวกเขา และช่วยเขาในการจัดการกับอาการของความทุกข์ใจในเพศสภาพ การมีปัญหาคือความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการขาดการสนับสนุนทางสังคมพบที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของปัญหาทางสุขภาพจิตที่สูงขึ้นในกลุ่ม TGD (Bouman,

Davey et al., 2016; Davey et al., 2015) และพบว่า เป็นปัจจัยทำนายผลลัพธ์ของการรักษาทางการแพทย์เพื่อการยืนยันเพศสภาพ (Aldridge et al., 2020) ดังนั้นผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพควรส่งเสริมสนับสนุน และเสริมพลังกลุ่ม TGD เพื่อพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคมและรักษาให้ยั่งยืน ประสบการณ์เหล่านี้จะช่วยให้พวกเขาพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นและช่วยในการจัดการกับการกีดกันทางสังคม ซึ่งอาจลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายและพัฒนาสุขภาพจิตของพวกเขาได้ (Pflum et al., 2015)

คำแนะนำ 18.9

เราแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรกำหนดให้บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศต้องได้รับการทำจิตบำบัดก่อนเริ่มการยืนยันเพศสภาพ แม้จะตระหนักว่าการทำจิตบำบัดอาจจะมีประโยชน์กับบุคคลข้ามเพศหรือผู้มีความหลากหลายทางเพศบางคน

การทำจิตบำบัดถูกนำมาใช้กับการดูแลทางคลินิกกับกลุ่ม TGD มาอย่างยาวนาน (Fraser, 2009b) วัตถุประสงค์ ความต้องการ วิธีการ และหลักการของการทำจิตบำบัดเป็นส่วนที่มีการปรับปรุงมาตลอดตั้งแต่เวอร์ชันแรกของมาตรฐานการดูแลสุขภาพของบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (Fraser, 2009a) ในปัจจุบันการช่วยเหลือโดยการบำบัดและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ใหญ่ที่เป็น TGD อาจถูกนำมาใช้เพื่อจัดการกับความกังวลทางจิตใจเกี่ยวกับการจัดการกับความขัดแย้งอันเนื่องมาจากความทุกข์ใจในเพศสภาพ และอาจช่วยเกี่ยวกับกระบวนการเปิดเผยตัวตนในบางคน (Hunt, 2014) การช่วยเหลือทางด้านจิตใจรวมถึง การทำจิตบำบัด การให้เครื่องมือและปรับบริบทสำหรับแต่ละบุคคล เช่น ช่วยในการสำรวจอัตลักษณ์และการแสดงออกทางเพศ ส่งเสริมการยอมรับตนเองและให้ความหวังและเสริมการฟื้นฟูจิตใจหลังเผชิญปัญหาความรุนแรงและสภาพสังคมที่ไม่เป็นมิตร (Matsuno and Israel, 2018) การทำจิตบำบัดเป็นทางเลือกในการรักษาที่ได้รับการยอมรับในการจัดการอาการทางสุขภาพจิตที่อาจพบระหว่างการประเมินตอนต้นหรือภายหลังจากการติดตามการรักษาทางการแพทย์เพื่อเปลี่ยนเพศ งานวิจัยเร็ว ๆ นี้แสดงให้เห็นว่าแม้อาการทางสุขภาพจิตจะลดลงหลังจากการได้รับการยืนยันเพศสภาพแต่ระดับความกังวลก็มักยังสูงอยู่ ดังนั้นการทำจิตบำบัดสามารถมีบทบาทในการช่วยพวกเขาที่ทุกข์ทรมานจากอาการวิตกกังวลหลังการยืนยันเพศสภาพได้

เมื่อไม่นานมานี้ได้มีรายงานเกี่ยวกับประโยชน์จากการทำจิตบำบัดบางรูปแบบ (Austin et al., 2017; Budge, 2013; Budge et al., 2021; Embaye, 2006; Fraser, 2009b; Heck et al., 2015) รูปแบบการทำจิตบำบัดที่จำเพาะได้ถูกนำมาใช้กับบุคคลข้ามเพศที่เป็นผู้ใหญ่และผู้ที่ไม่ระบุตนเองในระบบสองเพศ (nonbinary individuals) (Matsuno & Israel, 2018) อย่างไรก็ตามยังจำเป็นต้องมีข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบประโยชน์ของการทำจิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ (Catelan et al., 2017) การทำจิตบำบัดอาจสร้างประสบการณ์ที่น่ากลัวแก่บุคคลข้ามเพศได้เช่นเดียวกับประสบการณ์ที่ดี (Applegarth & Nuttall, 2016) และเป็นได้ทั้งสิ่งทำลายและเครื่องมือในการสร้างสัมพันธภาพสำหรับผู้ให้การบำบัดถ้าหากการทำจิตบำบัด

นั้นเป็นประตูเปิดทางเข้าสู่การขั้นตอนทางการแพทย์ (Budge, 2015)

จากประสบการณ์ที่ผ่านมาพบว่าบุคคลข้ามเพศและผู้ที่ไม่ระบุตนเองในระบบสองเพศจำนวนมากมักตัดสินใจเข้ารับขั้นตอนทางการแพทย์เพื่อการยืนยันเพศสภาพโดยไม่ต้องใช้การทำจิตบำบัดหรือใช้เพียงเล็กน้อย (Spanos et al., 2021) แม้ว่ารูปแบบการทำจิตบำบัดต่าง ๆ อาจมีประโยชน์แตกต่างกันไปทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการยืนยันเพศสภาพและมีรายงานพบว่าในแต่ละช่วงของการยืนยันเพศสภาพจะมีความต้องการในการทำจิตบำบัดแตกต่างกันไป (Mayer et al., 2019) แต่ไม่เคยพบรายงานถึงประโยชน์ของการทำจิตบำบัดว่าเป็นสิ่งจำเป็นก่อนที่จะเริ่มการยืนยันเพศสภาพ และอาจเป็นอุปสรรคที่อันตรายต่อการดูแลผู้ที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้หรือไม่สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยวิธีนี้ได้

คำแนะนำ 18.10

เราแนะนำให้ไม่ควรถูกบังคับให้ "ซ่อมแซม" และ "เปลี่ยนกลับ" ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อพยายามเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกตามเพศของบุคคลเพื่อให้สอดคล้องกับเพศที่ถูกกำหนดเมื่อแรกเกิด

การบำบัดเพื่อ "ซ่อมแซม" หรือ "เปลี่ยนกลับ" หรือ ความพยายามในการ "เปลี่ยน" อัตลักษณ์ทางเพศถูกต่อต้านโดยองค์กรทางการแพทย์และสุขภาพจิตจำนวนมากทั่วโลก รวมถึง สมาคมจิตแพทย์โลก (World Psychiatric Association; WPA) องค์การอนามัยแพนอเมริกัน (Pan American Health Organization; PAHO) สมาคมจิตแพทย์และสมาคมจิตวิทยาสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric and American Psychological Associations) ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ (Royal College of Psychiatrists) และสมาคมจิตวิทยาแห่งอังกฤษ (British Psychological Society; BPS) หลาย ๆ รัฐในสหรัฐอเมริกาได้ห้ามการฝึกรูปแบบการบำบัดเพื่อการเปลี่ยนกลับกับเยาวชน ความพยายามในการเปลี่ยนอัตลักษณ์ทางเพศ (gender identity change efforts) หมายถึงการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตหรือคนอื่น ๆ ที่พยายามเปลี่ยนอัตลักษณ์หรือการแสดงออกทางเพศให้สอดคล้องกับเพศที่ถูกกำหนดเมื่อแรกเกิดของบุคคล (American Psychological Association, 2021)

ผู้ที่สนับสนุน "การบำบัดเพื่อเปลี่ยนกลับ" (conversion therapy) ให้ความเห็นว่ามันอาจช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมโลกได้มากกว่า เขายังชี้ให้เห็นว่ามีผู้เข้ารับคำปรึกษาบางรายที่ขอความช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์หรือการแสดงออกทางเพศของพวกเขาและผู้บำบัดควรได้รับอนุญาตให้ช่วยผู้ที่มาขอคำปรึกษาให้บรรลุเป้าหมายของพวกเขา อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของ "การบำบัดเพื่อเปลี่ยนกลับ" (APA, 2009; Przeworski et al., 2020) นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงหลายอย่างที่อาจเกิดขึ้นได้ ในการศึกษาย้อนหลังพบว่าผู้ที่เคยได้รับการบำบัดเพื่อเปลี่ยนกลับมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติด ความคิดฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายสูงขึ้น รวมถึงมีระดับการศึกษาต่ำ และรายได้ต่อสัปดาห์น้อยกว่า (Ryan et al., 2020; Salway et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020) ใน



ค.ศ. 2021 สมาคมจิตวิทยาแห่งอเมริกาได้ให้ความเห็นว่า "หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และประสบการณ์ทางคลินิกแสดงให้เห็นว่าการพยายามในการเปลี่ยนกลับอัตลักษณ์ทางเพศเป็นการทำให้บุคคลหนึ่งเสี่ยงที่จะได้รับอันตราย" (APA, 2021)

ในขณะที่ยังมีอุปสรรคในการยุติความพยายามในการเปลี่ยนอัตลักษณ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับความไร้ประโยชน์และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นของการบำบัดนี้อาจนำไปสู่ผู้ให้การดูแลที่ใช้ "การบำบัดเพื่อเปลี่ยนกลับ" มีจำนวนน้อยลง และมีบุคคลรวมทั้งครอบครัวที่เลือกการบำบัดนี้น้อยลง

กิตติกรรมประกาศ

Karen A. Robinson ศาสตราจารย์ สาขาแพทยศาสตร์จากมหาวิทยาลัย Johns Hopkins และ ผู้อำนวยการแห่ง the School's Evidence-based Practice Center ตลอดจนผู้ร่วมงานในกลุ่มของเธอสำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและความช่วยเหลือในการพัฒนาคำแนะนำในมาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 ฉบับนี้

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม: Carol Bayley, Simona Giordano และ Sharon Sytsma ความเห็นเกี่ยวกับกฎหมาย: Jennifer Levi และ Phil Duran ผู้ตรวจทานเอกสารอ้างอิง: Taymy Caso, Oscar Dimant, Zil Goldstein, Ali Harris, Nat Thorne บรรณาธิการ: Margueritte White, Jun Xia ฝ่ายธุรการ: Blaine Vella, Taylor O'Sullivan และ Jamie Hicks และท้ายสุดนี้เราขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมทุกคนที่ให้ข้อเสนอแนะในช่วงการเปิดประชาพิจารณ์ และ GATE (Global Action for Trans Equality), the Asia Pacific Transgender Network Foundation (APTAN), The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA), และ Transgender Europe (TGEU) สำหรับความช่วยเหลือและคำแนะนำของฉบับร่างมาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ทับซ้อนหรือการขัดกันของผลประโยชน์นี้ได้ถูกทบทวนในกระบวนการเลือกสมาชิกในคณะกรรมการและอยู่ในกระบวนการสุดท้ายก่อนการตีพิมพ์ โดยไม่พบการขัดกันของผลประโยชน์ที่สำคัญ

การอนุมัติทางจริยธรรม

เอกสารฉบับนี้ไม่มีการทำวิจัยในมนุษย์เกิดขึ้น ไม่ว่าจากผู้ประพันธ์ใดก็ตาม

แหล่งทุน

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจาก Tawani Foundation ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะจ่ายให้ the Evidence-based Practice Center of Johns Hopkins University สำหรับงานของพวกเขา บรรณาธิการและผู้ตรวจทานเอกสารอ้างอิงได้รับค่าธรรมเนียมตามสมควร ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของประธานคณะกรรมการนั้นได้รับการสนับสนุนโดย the World Professional Association for Transgender Health (WPATH) เจ้าหน้าที่ของ WPATH และค่าใช้จ่ายภายในอื่น ๆ นั้นได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเช่นกัน



กิตติกรรมประกาศ (สำหรับฉบับแปลภาษาไทย)

ขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์คลินิกเพศหลากหลาย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่าน อันประกอบด้วย รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณัฐดา ตังธนาธิกุล และ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอรวิ ฉินทกานันท์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สิระ กอไพศาล, แพทย์หญิงรพีพรรณ รัตนวงศ์นรา มอร์ด, นายแพทย์ธีรพงษ์ รัตนนุกรม และ แพทย์หญิงกษมา เตชะพีระ ภาควิชาอายุรศาสตร์, แพทย์หญิงนิลเนตร มัทธนารักษ์ ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา, แพทย์หญิงงามเฉิด สิตกาหุล ภาควิชาศัลยศาสตร์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิราภรณ์ อรุณา กูร และ แพทย์หญิงนภาไพลิน กมล ภาควิชากุมารเวชศาสตร์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับการมีส่วนร่วมในการแปลมาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 ภาษาไทยฉบับนี้ ขอขอบพระคุณ คุณณชเล บุญญาภิสมภาร, คุณเอกรินทร์ เกิดสูง และ คุณเคธี สุหงษา สำหรับคำแนะนำต่าง ๆ ในขั้นตอนการแปล ขอขอบพระคุณ คุณจิตตรัตน์ เดชดี, คุณเกวลิณ ชัยสุขสมบัติ, คุณอนุศรา เตียงตระกูลทอง และคุณณัฐภรณ์ ยุคุณธร สำหรับการประสานงานต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาการทำงาน

ผลประโยชน์ทับซ้อน (สำหรับฉบับแปลภาษาไทย)

ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ทับซ้อนหรือการขัดกันของผลประโยชน์ได้ถูกทบทวน โดยไม่พบการขัดกันของผลประโยชน์ที่สำคัญ

การอนุมัติทางจริยธรรม (สำหรับฉบับแปลภาษาไทย)

เอกสารฉบับนี้ไม่มีการทำวิจัยในมนุษย์เกิดขึ้น

แหล่งทุน (สำหรับฉบับแปลภาษาไทย)

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) (Health Systems Research Institute) ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้ มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

The Thai Translation Team

Consulting Leader:

Sira Korpaisarn, M.D. (Assistant Professor, Division of Endocrinology and Metabolism, Department of Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

Translators and Content specialists:

1. Jiraporn Arunakul, M.D. (Assistant Professor, Division of Ambulatory Pediatrics and Adolescent Medicine, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)
2. Kasama Tejapira, M.D. (Research fellow, Division of Dermatology, Department of Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)
3. Komsan Kiatrungrit, M.D. (Assistant Professor, Division of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)
4. Napapailin Kamol, M.D. (Clinical Instructor, Ramathibodi Medical School, Chakri Naruebodindra Medical Institute, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)
5. Ngamcherd Sitpahul, M.D. (Clinical Instructor, Division of Plastic and Maxillofacial Surgery, Department of Surgery, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)
6. Nilnetre Mahathanaruk, M.D. (Clinical Instructor, Division of Laryngology, Department of Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)
7. Orawee Chinthakanan, M.D., M.P.H. (Associate Professor, Division of Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery, Department of Obstetrics & Gynaecology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)
8. Rapeephan R. Maude, MD, MSc, DTM&H. (Clinical Instr

uctor, Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

9. Sira Korpaisarn, M.D. (Assistant Professor, Division of Endocrinology and Metabolism, Department of Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)
10. Teerapong Rattananukrom, M.D., M.Sc. (Clinical Instructor, Division of Dermatology, Department of Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)
11. Yada Tingthanatikul, M.D. (Associate Professor, Gynecologic Endoscopy Unit, Division of Reproductive Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

Editors:

1. Sira Korpaisarn, M.D. (Assistant Professor, Division of Endocrinology and Metabolism, Department of Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)
2. Jiraporn Arunakul, M.D. (Assistant Professor, Division of Ambulatory Pediatrics and Adolescent Medicine, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

Community members and community associations:

1. Nachale Boonyapisompan, The Foundation of Transgender Alliance for Human Rights & Sisters Foundation
2. Akekrin Kerdsoong, The Foundation of Transgender Alliance for Human Rights
3. Prasit Suhongsa, The Foundation of Transgender Alliance for Human Rights

เอกสารอ้างอิง

- Abern, L., & Maguire, K. (2018). Contraception knowledge in transgender individuals: Are we doing enough? [9F]. *Obstetrics & Gynecology*, 131, 65S. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000533319.47797.7e>
- Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2020(1). <https://doi.org/10.1186/s13633-020-00078-2>
- ACON. (2022). *Sexual Health - Parts and Practices*. <https://www.transhub.org.au/clinicians/sexual-health>
- Adams, N., Pearce, R., Veale, J., Radix, A., Castro, D., Sarkar, A., & Thom, K. C. (2017). Guidance and ethical considerations for undertaking transgender health research and institutional review boards adjudicating this research. *Transgender Health*, 2(1), 165-175. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0012>
- Adeleye, A. J., Cedars, M. I., Smith, J., & Mok-Lin, E. (2019). Ovarian stimulation for fertility preservation or family building in a cohort of transgender men. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(10), 2155-2161. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01558-y>
- Adeleye, A. J., Reid, G., Kao, C. N., Mok-Lin, E., & Smith, J. F. (2018). Semen parameters among transgender women with a history of hormonal treatment. *Urology*, 124, 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.10.005>
- Adelson, S. L., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI) (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(9), 957-974. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004>
- Agarwal, C. A., Scheefer, M. F., Wright, L. N., Walzer, N. K., & Rivera, A. (2018). Quality of life improvement after chest wall masculinization in female-to-male transgender patients: A prospective study using the BREAST-Q and Body Uneasiness Test. *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 71(5), 651-657. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.01.003>
- Agenor, M., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I. M., McDowell, M., Alizaga, N. M., Reisner, S. L., Pardee, D. J., & Potter, J. (2016). Perceptions of cervical cancer risk and screening among transmasculine individuals: Patient and provider perspectives. *Culture, Health and Sexuality*, 18(10), 1192-1206. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1177203>
- Aguayo-Romero, R. A., Reisen, C. A., Zea, M. C., Bianchi, F. T., & Poppen, P. J. (2015). Gender affirmation and body modification among transgender persons in Colombia. *International Journal of Transgenderism*, 16(2), 103-115. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075930>
- Ahalt, C., Haney, C., Rios, S., Fox, M. P., Farabee, D., & Williams, B. (2017). Reducing the use and impact of solitary confinement in corrections. *International Journal of Prisoner Health*, 13(1), 41-48. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1108/IJPH-08-2016-0040>
- Ahmad, S., & Leinung, M. (2017). The response of the menstrual cycle to initiation of hormonal therapy in transgender men. *Transgender Health*, 2(1), 176-179. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0023>
- Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLoS One*, 13(10), e0204606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606>
- Ainsworth, T. A., & Spiegel, J. H. (2010). Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research*, 19(7), 1019-1024. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9668-7>
- Aires, M. M., de Vasconcelos, D., & Moraes, B. T. D. (2020). Chondrolaryngoplasty in transgender women: Prospective analysis of voice and aesthetic satisfaction. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 394-402. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1848690>
- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L., Kreukels, B. P., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756-763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>
- Akgul, S., Bonny, A. E., Ford, N., Holland-Hall, C., & Chelvakumar, G. (2019). Experiences of gender minority

- youth with the intrauterine system. *The Journal of Adolescent Health*, 65(1), 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.010>
- Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2272–2283. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.005>
- Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Bouman, W. P., Witcomb, G., & Arcelus, J. (2020). Long term effect of gender affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study. *Andrology*, 00; 1-9. <https://doi.org/10.1111/andr.12884>
- Aldridge, Z., Thorne, N., Marshall, E., English, C., Yip, A. K. T., Nixon, E., Witcomb, G. L., Bouman, W. P., & Arcelus, J. (2022). Understanding factors that affect well-being in trans people “later” in transition: A qualitative study. *Quality of Life Research*, <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03134-x>
- Alexander, T. (1997). *The Medical Management of Intersexed Children: An Analogue for Childhood Sexual Abuse*. Intersex Society of North America. <https://isna.org/articles/analogue/>
- Alford, A. V., Theisen, K. M., Kim, N., Bodie, J. A., & Pariser, J. J. (2020). Successful ejaculatory sperm cryopreservation after cessation of long-term estrogen therapy in a transgender female. *Urology*, 136, e48–e50. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.08.021>
- Allen, L. M., Hay, M., & Palermo, C. (2021). Evaluation in health professions education - is measuring outcomes enough? *Medical Education*, 56(1), 127-136. <https://doi.org/10.1111/medu.14654>
- Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M., & Moser, C. N. (2019). Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 302-311. <https://doi.org.uk/10.1037/cpp0000288>
- Almasri, J., Zaiem, F., Rodriguez-Gutierrez, R., Tamhane, S. U., Iqbal, A. M., Prokop, L. J., Speiser, P. W., Baskin, L. S., Bancos, I., & Murad, M. H. (2018). Genital reconstructive surgery in females with congenital adrenal hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(11), 4089–4096. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01863>
- Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. *JAMA Surgery*, 156(7), 611–618. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0952>
- Almeida, M., Laurent, M. R., Dubois, V., Claessens, F., O'Brien, C. A., Bouillon, R., Vanderschueren, D., & Manolagas, S. C. (2017). Estrogens and androgens in skeletal physiology and pathophysiology. *Physiology Reviews*, 97(1), 135-187. <https://doi.org/10.1152/physrev.00033.2015>
- Al-Tamimi, M., Pigot, G. L., van der Sluis, W. B., van de Grift, T. C., van Moorselaar, R. J. A., Mullender, M. G., Weigert, R., Buncamper, M. E., Ozer, M., de Haset, K. B., Djordjevic, M. L., Salgado, C. J., Belanger, M., Suominen, S., Kolehmainen, M., Santucci, R. A., Crane, C. N., Claes, K. E. Y., & Bouman, M. B. (2019). The surgical techniques and outcomes of secondary phalloplasty after metoidioplasty in transgender men: An international, multi-center case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1849–1859. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.027>
- Altman, K. (2012). Facial feminization surgery: Current state of the art. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 41(8), 885-894. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2012.04.024>
- Alzahrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R., & Reiner, J. (2019). Cardiovascular disease risk factors and myocardial infarction in the transgender population. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(4), e005597 <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Sexual Orientation and Gender Identity Issues Committee. (2018). *Conversion Therapy Policy Statement*. https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2018/Conversion_Therapy.aspx
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Health Care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstetrics and Gynecology*, 137, e75. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004294>
- American Medical Association. (2016). *Definitions of “Screening” and “Medical Necessity” H-320.953*. Council on Medical Service. <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/H-320.953>

- American Medical Association. (2021). Ethics: Informed consent. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent>.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.97808904257>
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for professional practice with transgender and gender non-conforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- American Psychological Association. (2021). *APA guidelines for psychological assessment and evaluation*. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>
- American Psychological Association. (2021). *APA Resolution on Gender Identity Change Efforts*. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>
- American Urological Association (AUA) Board of Directors. (2019). *Pediatric Decision Making and Differences of Sex Development: A Societies for Pediatric Urology and American Urological Association Joint Position Statement - American Urological Association*. (n.d.). <https://www.auanet.org/guidelines/guidelines/joint-statement-on-dsd>
- Amir, H., Yaish, I., Oren, A., Groutz, A., Greenman, Y., & Azem, F. (2020). Fertility preservation rates among transgender women compared with transgender men receiving comprehensive fertility counselling. *Reproductive Biomedicine Online*, 41(3), p. 546-554. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.05.003>.
- Amnesty International. (2020). *Amnesty International UK and Liberty joint statement on puberty blockers*. <https://www.amnesty.org.uk/press-releases/amnesty-international-uk-and-liberty-joint-statement-puberty-blockers>
- Amodeo, A. L., Vitelli, R., Scandurra, C., Picariello, S., & Valerio, P. (2015). Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications and suggestions for further research. *International Journal of Transgenderism*, 16(1), 49-61. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1022680>
- Anai, T., Miyazaki, F., Tomiyasu, T., Matsuo, T. (2001). Risk of irregular menstrual cycles and low peak bone mass during early adulthood associated with age at menarche. *Pediatrics International*, 43(5), 483-488. <https://doi.org/10.1046/j.1442-200x.2001.01442.x>.
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015>
- Anderson, J. (2007). Endoscopic laryngeal web formation for pitch elevation. *The Journal of Otolaryngology*. 36(1), 6-12. <https://doi.org/10.2310/7070.2006.0153>
- Anderson, J. A. (2014). Pitch elevation in transgendered patients: Anterior glottic web formation assisted by temporary injection augmentation. *Journal of Voice*, 28(6), 816-821. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.05.002>
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(2), 208-214. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>
- Andrzejewski, J., Pampati, S., Steiner, R. J., Boyce, L., & Johns, M. M. (2020). Perspectives of transgender youth on parental support: Qualitative findings from the resilience and transgender youth study. *Health Education & Behavior*, 109019812096550. <https://doi.org/10.1177/1090198120965504>
- Angus, L. M., Nolan, B. J., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). A systematic review of antiandrogens and feminization in transgender women. *Clinical Endocrinology*, 94(5), 743-752. <https://doi.org/10.1111/cen.14329>
- Ansara, Y.G., Hegarty, P., (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3, 137-160. <https://doi.org/10.1080/19419899.2011.576696>
- Antun, A., Zhang, Q., Bhasin, S., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Longitudinal changes in hematologic parameters among transgender people receiving hormone therapy. *Journal of the Endocrine Society*, 4(11), 1-11. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa119>

- Anzani, A., Lindley, L., Prunas, A., & Galupo, P. (2021). "I Use All the Parts I'm Given": A qualitative investigation of trans masculine and nonbinary individuals' use of body during sex. *International Journal of Sexual Health*, 33(1), 58-75. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1853300>
- Applebaum, P. S. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834-1840. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045>
- Applegarth, G., & Nuttall, J. (2016). The lived experience of transgender people of talking therapies. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 66-72. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149540>
- APTIN & UNDP. (2012). *Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/lost-in-transition-transgender-people-rights-and-hiv-vulnerability-in-the-asia-pacific-region/>
- APTIN. (2020a). *Conversion therapy practices*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Indonesia_28Dec.pdf
- APTIN. (2020b). *Conversion therapy practices: Malaysia*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Malaysia_29Dec.pdf
- APTIN. (2020c). *Conversion therapy practices: Sri Lanka*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-SriLanka_28Dec.pdf
- APTIN. (2021). *Conversion therapy practices: India*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/06/Conversion-Therapy-India_CountrySnapshot_FinalMay2021-2.pdf
- APTIN. (2022). *Towards Transformative Healthcare: Asia Pacific Trans Health and Rights Module*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/towards-transformative-healthcare-asia-pacific-trans-health-and-rights-module/>
- Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*, 30(6), 807-815. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>
- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., & Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 402-412. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003>
- Aristegui, I., Radusky, P., Zalazar, V., Romero, M., Schwartz, J., & Sued, O. (2017). Impact of the gender identity law in Argentinean transgender women. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 446-456. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2017.1314796>
- Armuan, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2017). Transgender men's experiences of fertility preservation: A qualitative study. *Human Reproduction*, 32(2), 383-390. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew323>
- Armuan, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., Stefenson, M., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). Attitudes and experiences of health care professionals when caring for transgender men undergoing fertility preservation by egg freezing: A qualitative study. *Therapeutic Advances in Reproductive Health*, 14, 1-12. <https://doi.org/10.1177/2633494120911036>
- Armuan, G. M., Nilsson, J., Rodriguez-Wallberg, K. A., Malmros, J., Arvidson, J., Lampic, C., & Wettergren, L. (2017). Physicians' self-reported practice behaviour regarding fertility-related discussions in paediatric oncology in Sweden. *Psychooncology*, 26(10), 1684-1690. <https://doi.org/10.1002/pon.4507>
- Armuan, G. M., Wettergren, L., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Lampic, C. (2014). Desire for children, difficulties achieving a pregnancy, and infertility distress 3 to 7 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer*, 22(10), 2805-2812. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2279-z>
- Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr., Virani, S. S., Williams, K. A., Sr., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*,

- 140(11), e596–e646. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.0000000000000678>
- Arnoldussen, M., Steensma, T. D., Popma, A., van der Miesen, A. I. R., Twisk, J. W. R., & de Vries, A. L. C. (2020). Re-evaluation of the Dutch approach: Are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01691-5>
- Ashley, F. (2019a). Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*, 45(7), 480–482. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105293>
- Ashley, F. (2019b). Homophobia, conversion therapy, and care models for trans youth: Defending the gender-affirmative approach. *Journal of LGBT Youth*, 17(4), 361–383. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1665610>
- Ashley, F. (2019c). Puberty blockers are necessary, but they don't prevent homelessness: Caring for transgender youth by supporting unsupportive Parents/guardians. *The American Journal of Bioethics*, 19, 87–89. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1557277>
- Ashley, F. (2019d). Shifts in assigned sex ratios at gender identity clinics likely reflect changes in referral patterns. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(6), 948–949. <https://doi.org/pii/S1743609519307301>
- Ashley, F. (2019e). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 24(2), 223–236. <https://doi.org/10.1177/1359104519836462>
- Asscheman, H., T'Sjoen, G., Lemaire, A., Mas, M., Meriggiola, M. C., Mueller, A., Kuhn, A., Dhejne, C., Morel-Journel, N., & Gooren, L. J. (2014). Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: A review. *Andrologia*, 46(7), 791–795. <https://doi.org/10.1111/and.12150>
- Attig, R. (2022). A call for community-informed translation: Respecting Queer self-determination across linguistic lines. *Translation and Interpreting Studies*. Advance online publication. <https://doi.org/https://doi.org/10.1075/tis.21001.att>
- Auchus, R. J., Witchel, S. F., Leight, K. R., Aisenberg, J., Azziz, R., Bachega, T. A., Baker, L. A., Baratz, A. B., Baskin, L. S., Berenbaum, S. A., Breault, D. T., Cerame, B. I., Conway, G. S., Eugster, E. A., Fracassa, S., Gearhart, J. P., Geffner, M. E., Harris, K. B., Hurwitz, R. S., & Katz, A. L. (2010). Guidelines for the development of comprehensive care centers for congenital adrenal hyperplasia: Guidance from the CARES foundation initiative. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010. <https://doi.org/10.1155/2010/275213>
- Aucoin, M. W., & Wassersug, R. J. (2006). The sexuality and social performance of androgen-deprived (castrated) men throughout history: Implications for modern day cancer patients. *Social Science & Medicine*, 63(12), 3162–3173. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.007>
- Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G. K., Beckmann, M. W., & Hildebrandt, T. (2018). Desire to have children among transgender people in Germany: A cross-sectional multi-center study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), p. 757–767. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>
- Auldridge, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E., & Tobin, H. J. (2012). Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice national center for transgender equality; services and advocacy for GLBT elders. <https://www.sageusa.org/resource-posts/improving-the-lives-of-transgender-older-adults/> accessed 3/14/2022
- Aurat Foundation. (2016). *Silent no more: transgender community in Pakistan: research study*. <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/transgender-community-pakistan-2016.pdf>
- Austin, A., & Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. *Journal of Homosexuality*, 64(6), 825–841. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587>
- Austin, A., Craig, S. L., & Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 141–156. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003>
- Austin, A., Craig, S. L., & McNroy, L. B. (2016). Toward transgender affirmative social work education. *Journal of Social Work Education*, 52(3), 297–310. <https://doi.org/10.1080/10437797.2016.1174637>
- Australian Psychological Society. (2021). *Use of psychological practices that attempt to change or suppress a person's sexual*

- orientation or gender. Australian Psychological Society position statement. https://psychology.org.au/getmedia/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updated_aps_position_statement_conversion_practices.pdf
- Avila, J. T., Golden, N. H., & Aye, T. (2019). Eating disorder screening in transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 65*(6), 815-817. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.06.011>
- Azagba, S., Latham, K., & Shan, L. (2019). Cigarette, smokeless tobacco, and alcohol use among transgender adults in the United States. *International Journal of Drug Policy, 73*, 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.024>
- Azul, D. (2015). Transmasculine people's vocal situations: A critical review of gender-related discourses and empirical data. *International Journal of Language & Communication Disorders, 50*(1), 31-47. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12121>
- Azul, D. (2016). Gender-related aspects of transmasculine people's vocal situations: Insights from a qualitative content analysis of interview transcripts. *International Journal of Language & Communication Disorders, 51*(6), 672-684. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12239>
- Azul, D., Arnold, A., & Neuschaefer-Rube, C. (2018). Do transmasculine speakers present with gender-related voice problems? Insights from a participant-centered mixed-methods study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 61*(1), 25-39. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0410
- Azul, D., & Hancock, A. B. (2020). Who or what has the capacity to influence voice production? Development of a transdisciplinary theoretical approach to clinical practice addressing voice and the communication of speaker socio-cultural positioning. *International Journal of Speech-Language Pathology, 22*(5), 559-570. <https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1709544>
- Azul, D., Hancock, A. B., Lundberg, T., Nygren, U., & Dhejne, C. (2022). Supporting well-being in gender diverse people: A tutorial for implementing conceptual and practical shifts towards culturally-responsive, person-centered care in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, Advance online publication. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00322
- Azul, D., & Neuschaefer-Rube, C. (2019). Voice function in gender-diverse people assigned female at birth: Results from a participant-centered mixed-methods study and implications for clinical practice. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 62*(9), 3320-3338. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-19-0063
- Azul, D., Nygren, U., Södersten, M., & Neuschaefer-Rube, C. (2017). Transmasculine people's voice function: A review of the currently available evidence. *Journal of Voice, 31*(2), 261.e9-261.e23. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.05.005>
- Babu, R., & Shah, U. (2021). Gender identity disorder (GID) in adolescents and adults with differences of sex development (DSD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Urology, 17*(1), 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.11.017>
- Badowski, M. E., Britt, N., Huesgen, E. C., Lewis, M. M., Miller, M. M., Nowak, K., & Smith, R. O. (2021). Pharmacotherapy considerations in transgender individuals living with human immunodeficiency virus. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy, 41*(3), 299-314. <https://doi.org/10.1002/phar.2499>
- Baker, K. (2013). Transforming health: International rights-based advocacy for trans health. New York. Retrieved from <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/transforming-health>
- Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *Journal of the Endocrine Society, 5*(4), bvab011, <https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011>
- Bakko, M., & Kattari, S. K. (2021). Differential access to transgender inclusive insurance and healthcare in the United States: challenges to health across the life course. *Journal of Aging & Social Policy, 33*(1), 67-81. <https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1632681>
- Balakrishnan, T. M., Nagarajan, S., & Jaganmohan, J. (2020). Retrospective study of prosthetic augmentation mammo- plasty in transwomen. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India, 53*(1), 42-050. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709427>
- Baleige, A., de la Chenelie, M., Dassonneville, C., & Martin,

- M. J. (2021). Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: Leads from field experimentations in Lille, France. *Transgender Health*, 7(1), 1-6. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143>
- Banbury, S. (2004). Coercive sexual behaviour in British prisons as reported by adult ex-prisoners. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 43(2), 113–130. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2004.00316.x>
- Banks, K., Kyinn, M., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E., Goldstein, D., & Irwig, M.S. (2021). Blood pressure effects of gender-affirming hormone therapy in transgender and gender-diverse adults. *Hypertension*, 77(6), 2066–2074. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16839>
- Bangalore Krishna, K., Fuqua, John S., Rogol, Alan D., Klein, Karen O., Popovic, J., Houk, Christopher P., Charmandari, E., & Lee, Peter A. (2019). Use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children: Update by an international consortium. *Hormone Research in Paediatrics*, 91(6), 357–372. <https://doi.org/10.1159/000501336>
- Bangalore Krishna, K., Kogan, B. A., Mazur, T., Hoebeke, P., Bogaert, G., & Lee, P. A. (2021). Individualized care for patients with intersex (differences of sex development): part 4/5. Considering the Ifs, Whens, and Whats regarding sexual-reproductive system surgery. *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 338–345. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2021.02.011>
- Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(3), 214–222. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8)
- Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 25(6), 694–716. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz026>
- Baratz, A. B., Sharp, M. K., & Sandberg, D. E. (2014). Disorders of sex development peer support. *Understanding Differences and Disorders of Sex Development (DSD)*, 27, 99–112. <https://doi.org/10.1159/000363634>
- Barker, H., & Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P., & Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *American Journal of Public Health*, 105(10), 2108–2116. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302763>
- Wylie, K. (2008). Are the criteria for the ‘real-life experience’ (RLE) stage of assessment for GID useful to patients and clinicians? *International Journal of Transgenderism*, 10(3–4), 121–131. <https://doi.org/10.1080/15532730802297314>
- Barnhill, J. W. (2014). Perioperative Care of the Patient with Psychiatric Disease. In C.R. MacKenzie, C.N. Cornell, & D.G. Memtsoudis (Eds.), *Perioperative Care of the Orthopedic Patient* (pp. 197–205). Springer.
- Barrow, K., & Apostle, D. (2018). Addressing mental health conditions often experienced by transgender and gender expansive children. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Bartels, L., & Lynch, S. (2017). Transgender prisoners in Australia: An examination of the issues, law and policy. *Flinders Law Journal*, 19(2), 185–231. <http://classic.austlii.edu.au/au/journals/FlinLawJl/2017/8.pdf>
- Bartholomaeus, C., & Riggs, D. W. (2019). Transgender and non-binary Australians’ experiences with healthcare professionals in relation to fertility preservation. *Culture, Health and Sexuality*, 22(2), 129–145. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1580388>
- Bartholomaeus, C., Riggs, D. W., & Sansfaçon, A. P. (2020). Expanding and improving trans affirming care in Australia: experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. *Health Sociology Review*, 30(1), 58–71. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1845223>
- Başar, K., & Öz, G. (2016). Resilience in individuals with gender dysphoria: Association with perceived social support and discrimination. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(4), 225–234.
- Başar, K., Öz, G., & Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1133–1141. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.04.071>
- Bauer, R. (2018). Bois and grrrls meet their daddies and mommies on gender playgrounds: Gendered age play

- in the les-bi-trans-queer BDSM communities. *Sexualities*, 21(1-2), 139-155. <https://doi.org/10.1177/1363460716676987>
- Bauer, G. R., & Hammond, R. (2015). Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.3138/cjhs.24.1-CO1>
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of Association in Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348-361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>
- Bauer, G. R., Lawson, M. L., & Metzger, D. L. (2022). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of "Rapid-Onset Gender Dysphoria"? *The Journal of Pediatrics*, 243, 224-227. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020>
- Bauer, G., Pacaud, D., Couch, R., Metzger, D., Gale, L., Gotovac, S., Mokashi, A., Feder, S., Raiche, J., Speechley, K. N., Temple Newhook, J., Ghosh, S., Sansfacon, A., Susset, F., & Lawson, M. & Trans Youth CAN! Research Team. (2021). Transgender youth referred to clinics for gender-affirming medical care in Canada. *Pediatrics*, 148(5), e2020047266. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-047266>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6), 713-720. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 15, 525. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>
- Beach, L. B., Elasy, T. A., & Gonzales, G. (2018). Prevalence of self-reported diabetes by sexual orientation: Results from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *LGBT Health*, 5(2), 121-130. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0091>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics (8th Ed.)*. Oxford University Press.
- Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H., & Sipe, T. A. (2018). Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: A systematic review and meta-analysis, 2006–2017. *American Journal of Public Health*, 109(1), e1-e8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727>
- Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5), e20173845. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>
- Beck, A. J. (2014). *Sexual Victimization in Prisons and Jails Reported by Inmates, 2011-12*. PREA Data Collection Activities
- Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T., & Richter-Appelt, H. (2018). A cross-sectional multicenter study of multidimensional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical interventions. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2335-2347. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1278-4>
- Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Barkmann, C. (2021). Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: A descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(11), 1755-1767. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01640-2>
- Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry* 28(1), 5–12. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1091293>
- Beek, T. F., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Steensma, T. D. (2015). Partial treatment requests and underlying motives of applicants for gender affirming interventions. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2201-2205. <https://doi.org/doi:10.1111/jsm.13033>
- Bekeny, J. C., Zolper, E. G., Fan, K. L., & Del Corral, G. (2020). Breast augmentation for transfeminine patients: Methods, complications, and outcomes. *Gland Surgery*, 9(3), 788-796. <https://doi.org/10.21037/g.s.2020.03.18>

- Bellinga, R. J., Capitán, L., Simon, D., & Tenorio, T. (2017). Technical and clinical considerations for facial feminization surgery with rhinoplasty and related procedures. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 19(3), 175-181. <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2016.1572>
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413>
- Benedetti, M. G., Furlini, G., Zati, A., & Letizia Mauro, G. (2018). The effectiveness of physical exercise on bone density in osteoporotic patients. *Biomed Research International*, 2018, 4840531. <https://doi.org/10.1155/2018/4840531>
- Benestad, E. E. P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies*, 19(4), 225-231. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.09.003>
- Bennecke, E., Bernstein, S., Lee, P., van de Grift, T. C., Nordenskjöld, A., Rapp, M., Simmonds, M., Streuli, J. C., Thyen, U., & Wiesemann, C. (2021). Early genital surgery in disorders/differences of sex development: Patients' perspectives. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-01953-6>
- Bentsianov, S., Gordon, L., Goldman, A., Jacobs, A., & Steever, J. (2018). Use of copper intrauterine device in transgender male adolescents. *Contraception*, 98(1), 74-75. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.02.010>
- Berenbaum, S. A. (2018). Evidence needed to understand gender identity: Commentary on Turban & Ehrensaft (2018). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(12), 1244-1247. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12997>
- Berenbaum, S., Beltz, A., & Corley, R. (2015). The importance of puberty for adolescent development: Conceptualization and measurement. *Advances in Child Development and Behavior*, 48, 53-92. <http://dx.doi.org/10.1016/bs.acdb.2014.11.002>
- Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Parker, L. (2001). *Informed consent: Legal theory and clinical practice (2nd ed.)* Oxford University Press.
- Berg, D & Edwards-Leeper, L. (2018). Child and family assessment. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp.101-124). American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Berger, I., & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking cessation programs for lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex people: A content-based systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(12), 1408-1417. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw216>
- Berli, J. U., Knudson, G., Fraser, L., Tangpricha, V., Ettner, R., Ettner, F. M., Safer, J. D., Graham, J., Monstrey, S., & Schechter, L. (2017). What surgeons need to know about gender confirmation surgery when providing care for transgender individuals: A review. *JAMA Surgery*, 152(4), 394-400. <https://doi.org/jamasurg.2016.5549>
- Berli, J. U., Monstrey, S., Safa, B., & Chen, M. (2021). Neourethra creation in gender phalloplasty: Differences in techniques and staging. *Plastic Reconstructive Surgery*, 147(5), 801e-811e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000007898>
- Bertalan, R., Lucas-Herald, A., Kolesinska, Z., Berra, M., Cools, M., Balsamo, A., & Hiort, O. (2018). Evaluation of DSD training schools organized by cost action BM1303 "DSDnet." *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13023-018-0967-3>
- Bertelloni, S., & Mul, D. (2008). Treatment of central precocious puberty by GnRH analogs: Long-term outcome in men. *Asian Journal of Andrology*, 10(4), 525-534. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7262.2008.00409.x>
- Bertelloni, S., Baroncelli, G. I., Ferdeghini, M., Menchini-Fabris, F., & Saggese, G. (2000). Final height, gonadal function and bone mineral density of adolescent males with central precocious puberty after therapy with gonadotropin-releasing hormone analogues. *European Journal of Pediatrics*, 159(5), 369-374. <https://doi.org/10.1007/s004310051289>
- Bertin, C., Abbas, R., Andrieu, V., Michard, F., Rioux, C., Descamps, V., & Bouscarat, F. (2019). Illicit massive silicone injections always induce chronic and definitive silicone blood diffusion with dermatologic complications. *Medicine*, 98(4), e14143. <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000014143>
- Bertrand, B., Perchenet, A. S., Colson, T. R., Drai, D., & Casanova, D. (2017). Female-to-male transgender chest reconstruction: A retrospective study of patient satisfaction. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 62(4), 303-307. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2017.05.005>
- Bhattacharya, S., & Ghosh, D. (2020). Studying physical

- and mental health status among hijra, kothi and transgender community in Kolkata, India. *Social Science and Medicine*, 265, 113412. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113412>
- Biedermann, S. V., Asmuth, J., Schröder, J., Briken, P., Auer, M. K., & Fuss, J. (2021). Childhood adversities are common among trans people and associated with adult depression and suicidality. *Journal of Psychiatric Research*, 141, 318-324. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.016>
- Bienz, M., & Saad, F. (2015). Androgen-deprivation therapy and bone loss in prostate cancer patients: A clinical review. *BoneKey Reports*, 4, 716. <https://doi.org/10.1038/bonekey.2015.85>
- Bisbey, T. M., Reyes, D. L., Traylor, A. M., & Salas, E. (2019). Teams of psychologists helping teams: The evolution of the science of team training. *American Psychologist*, 74(3), 278-289. <https://doi.org/10.1037/amp0000419>
- Bishop, A. (2019). *Harmful treatment: the global reach of so-called conversion therapy*. Outright Action International. https://outrightinternational.org/sites/default/files/Exec_Summ_SinglePagesRandL.pdf
- Biskey, E. R., Johnson, J. A., Harrison, C., Marron, J. M., Abecassis, L., Scobie-Carroll, A., Willard, J., Diamond, D. A., Taghinia, A. H., & Ganor, O. (2019). Ethical issues considered when establishing a pediatrics gender surgery center. *Pediatrics*, 143(6), e20183053. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3053>
- Bisson, J. R., Chan, K. J., & Safer, J. D. (2018). Prolactin levels do not rise among transgender women treated with estradiol and spironolactone. *Endocrine Practice*, 24(7), 646-651. <https://doi.org/10.4158/EP-2018-0101>
- Bizic, M. R., Jeftovic, M., Pusica, S., Stojanovic, B., Duisin, D., Vujovic, S., Rakic, V., & Djordjevic, M. L. (2018). Gender Dysphoria: Bioethical aspects of medical treatment. *Biomed Research International*, 2018, 9652305. <https://doi.org/10.1155/2018/9652305>
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derryc, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2), 151. [https://doi.org/3.3.co;2-6">10.1002/\(sici\)1520-6300\(200003/04\)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co;2-6](https://doi.org/3.3.co;2-6)
- Blecher, G. A., Christopher, N., & Ralph, D. J. (2019). Prosthetic placement after phalloplasty. *Urologic Clinics of North America*, 46(4), 591-603. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.013>
- Block, C. (2017). Making a case for transmasculine voice and communication training. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(3), 33-41. <https://doi.org/10.1044/persp2.SIG3.33>
- Blondeel, K., de Vasconcelos, S., García-Moreno, C., Stephenson, R., Temmerman, M., & Toskin, I. (2018). Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(1), 29-41L. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.197251>
- Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z., Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C., & Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: A systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(21\)00098-5](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(21)00098-5)
- Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. *American Journal of Public Health*, 103(10), e27-e32. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507>
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943-951. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>
- Bockting, W., & Coleman, E. (2016). *Developmental stages of the transgender coming-out process: Toward an integrated identity*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 137-158). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Boedecker, A. L. (2011). *The transgender guidebook : keys to a successful transition*. Boedecker.
- Bonnington, A., Dianat, S., Kerns, J., Hastings, J., Hawkins, M., De Haan, G., & Obedin-Maliver, J. (2020). Society of family planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. *Contraception*, 102(2), 70-82. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.001>
- Borgström, B., Fridström, M., Gustafsson, B., Ljungman, P.,

- & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). A prospective study on the long-term outcome of prepubertal and pubertal boys undergoing testicular biopsy for fertility preservation prior to hematologic stem cell transplantation. *Pediatric Blood Cancer*, 67(9), e28507. <https://doi.org/10.1002/pbc.28507>
- Borghesi-Razavi, H., Fragoza-Padilla, V., Hargus, G., Bakhti, S., & Schick, U. (2014). Meningioma: The unusual growth in a transsexual patient after estrogen-progesterone therapy. *SOJ Neurology*, 1(1), 1–3. <https://doi.org/10.15226/2374-6858/1/2/00109>
- Boskey, E. R., Taghnia, A. H., & Ganor, O. (2019). Association of surgical risk with exogenous hormone use in transgender patients: A systematic review. *JAMA Surgery* 154(2), 159-169. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.4598>
- Boskey, E., Taghnia, A., & Ganor, O. (2018). Public accommodation laws and gender panic in clinical settings. *AMA Journal of Ethics*, 20(11), 1067–1074. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2018.1067>
- Bouman, M. B., van der Sluis, W. B., van Woudenberg Hamstra, L. E., Buncamper, M. E., Kreukels, B. P. C., Meijerink, W., & Mullender, M. G. (2016). Patient-reported esthetic and functional outcomes of primary total laparoscopic intestinal vaginoplasty in transgender women with penoscrotal hypoplasia. *Journal of Sexual Medicine*, 13(9), 1438-1444. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.06.009>
- Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 16-26. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352>
- Bouman, W. P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(3), 359-375. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1184754>
- Bouman, W. P., Richards, C., Addinall, R. M., Arango de Montis, I., Duisin, D., Estiva, I., Fisher, A., Harte, F., Khoury, B., Lu, Z., Marais, A., Mattila, A., Nayarana, R. D., Nieder, T.O., Robles-Garcia, R., Roque Guerra, A., Tereshkevich, D., T'Sjoen, G., & Wilson, D. (2014). Yes and yes again: Are standards of care which require two signatures for genital reconstructive surgery ethical? *Sex and Relationship Therapy*, 29 (4), 377-389. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.954993>
- Bouman, W. P., Schwend, A. S., Motmans, J., Smiley, A., Safer, J. D., Deutsch, M. B., Adams, N. J., & Winter, S. (2017). Language and trans health. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1262127>
- Bowling, J., Baldwin, A., & Schnarrs, P. W. (2019). Influences of health care access on resilience building among transgender and gender non-binary individuals. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 205-217. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1595807>
- Boyd, J. (2019). Aging in place, caregiving, and long-term care for transgender adults. In C. Hardacker, K. Ducheny, & M. Houlber (Eds), *Transgender and Gender Nonconforming Health and Aging* (pp. 175-190). Springer
- Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, 103 (10), 1820-1829. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796>
- Bradford, N. J., Rider, G. N., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Berg, D. R., Spencer, K. G., & McGuire, J. K. (2018). Creating gender: A thematic analysis of genderqueer narratives. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 155-168. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1474516>
- Brain, C. E., Creighton, S. M., Mushtaq, I., Carmichael, P. A., Barnicoat, A., Honour, J. W., Larcher, V., & Achermann, J. C. (2010). Holistic management of DSD. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 335-354. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2010.01.006>
- Brandt, J. S., Patel, A. J., Marshall, I., & Bachmann, G. A. (2019). Transgender men, pregnancy, and the "new" advanced paternal age: A review of the literature. *Maturitas*, 128, 17-21. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.07.004>
- Branski, R. C., Verdolini, K., Sandulache, V., Rosen, C. A., & Hebda, P. A. (2006). Vocal fold wound healing: A review for clinicians. *Journal of Voice*, 20(3), 432-442. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2005.08.005>
- Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2021). Country-level structural stigma, identity concealment, and day-to-day discrimination as determinants of transgender people's life satisfaction. *Social Psychiatry and Psychiatric*

- Epidemiology*, 56(9), 1537-1545. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>.
- Bränström, R., Stormbom, I., Bergendal, M., & Pachanakis, J. (2022). Transgender-based disparities in suicidality: A population-based study of key predictions from four theoretical models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52, 401-412. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sltb.12830>
- Braun, H., Nash, R., Tangpricha, V., Brockman, J., Ward, K., & Goodman, M. (2017). Cancer in transgender people: Evidence and methodological considerations. *Epidemiologic Reviews*, 39(1), 93-107. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxw003>
- Braun, H., Zhang, Q., Getahun, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Goodman, M., & Yeung, H. (2021). Moderate-to-severe acne and mental health symptoms in transmasculine persons who have received testosterone. *JAMA Dermatology*, 157(3), 344-346. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.5353>
- Brennan, A. M., Barnsteiner, J., Siantz, M. L., Cotter, V. T., & Everett, J. (2012). Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. *Journal of Professional Nursing*, 28(2), 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.004>
- Brett, M. A., Roberts, L. F., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Expectations, consequences, and adjustments to castration (Part II). *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 946-955. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00522.x>
- Brik, T., Vrouenraets, L., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2020). Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2611-2618. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>
- Brik, T., Vrouenraets, L., Schagen, S. E. E., Meissner, A., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Use of fertility preservation among a cohort of transgirls in the Netherlands. *Journal of Adolescent Health*, 64(5), 589-593. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.008>
- Brömdal, A., Clark, K. A., Hughto, J., Debattista, J., Phillips, T. M., Mullens, A. B., Gow, J., & Daken, K. (2019). Whole-incarceration-setting approaches to supporting and upholding the rights and health of incarcerated transgender people. *The International Journal of Transgenderism*, 20(4), 341-350. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1080/15532739.2019.1651684>
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, 34(10), 844-850. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.34.10.844>
- Brown, A., Lourenco, A. P., Niell, B. L., Cronin, B., Dibble, E. H., DiNome, M. L., Goel, M. S., Hansen, J., Heller, S. L., Jochelson, M. S., Karrington, B., Klein, K. A., Mehta, T. S., Newell, M. S., Schechter, L., Stuckey, A. R., Swain, M. E., Tseng, J., Tuscano, D. S., & Moy, L. (2021). ACR appropriateness criteria® transgender breast cancer screening. *Journal of the American College of Radiology*, 18(11s), S502-s515. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2021.09.005>
- Brown, E. & Mar, K. (2018). Culturally responsive practice with children of color. In: *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*. Keo-Meier, C. and Ehrensaft, D., (Eds). American Psychological Association
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 133-139. <https://doi.org/10.1080/15532730903008073>
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and Autopenectomy as Surgical Self-Treatment in Incarcerated Persons with Gender Identity Disorder. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 31-39. <https://doi.org/10.1080/15532731003688970>
- Brown, G. R. (2014). Qualitative analysis of transgender inmates' correspondence: Implications for departments of correction. *Journal of Correctional Health Care*, 20(4), 334-342. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1177/1078345814541533>
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Incidence of breast cancer in a cohort of 5,135 transgender veterans. *Breast Cancer Research and Treatment*, 149(1), 191-198. <https://doi.org/10.1007/s10549-014-3213-2>
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2015). Health correlates of criminal justice involvement in 4,793 transgender veterans. *LGBT Health*, 2(4), 297-305. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1089/lgbt.2015.0052>
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2016). Mental health and

- medical health disparities in 5135 transgender veterans receiving healthcare in the veterans health administration: A case-control study. *LGBT Health*, 3(2), p. 122-131. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0058>.
- Brown, G. R., & McDuffie, E. (2009). Health care policies addressing transgender inmates in prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care*, 15(4), 280-291. <https://doi.org/10.1177/1078345809340423>
- Brown, M., Perry, A., Cheesman, A. D., & Pring, T. (2000). Notes and discussion. Pitch change in male-to-female-transsexuals: Has phonosurgery a role to play? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(1), 129-136. <https://doi.org/10.1080/136828200247296>
- Brown, S. K., Chang, J., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Addition of Wendler glottoplasty to voice therapy improves trans female voice outcomes. *Laryngoscope*, 131(7), 1588-1593. <https://doi.org/10.1002/lary.29050>
- Brumbaugh-Johnson, S. M., & Hull, K. E. (2019). Coming out as transgender: Navigating the social implications of a transgender identity. *Journal of Homosexuality*, 66(8), p. 1148-1177. <https://doi.org/1080/00918369.2018.1493253>.
- Bryant, L., Damarin, A. K., & Marshall, Z. (2014). Tobacco control recommendations identified by LGBT Atlantans in a community-based research project. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 8(3), 259-260. <https://doi.org/10.1353/cpr.2014.0041>
- Bryson, C., & Honig, S. C. (2019). Genitourinary complications of gender-affirming surgery. *Current Urology Reports*, 20(6). <https://doi.org/10.1007/s11934-019-0894-4>.
- Buchting, F. O., Emory, K. T., Kim, Y., Fagan, P., Vera, L. E., & Emery, S. (2017). Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(1), e1-e7. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.11.022>
- Buckley, D. P., Dahl, K. L., Cler, G. J., & Stepp, C. E. (2020). Transmasculine voice modification: A case study. *Journal of Voice*, 34(6), 903-910. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.05.003>
- Budge, S. L. (2013). Interpersonal psychotherapy with transgender clients. *Psychotherapy*, 50(3), 356-359. <https://doi.org/10.1037/a0032194>
- Budge, S. L. (2015). Psychotherapists as gatekeepers: An evidence-based case study highlighting the role and process of letter writing for transgender clients. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 52(3), 287-297 <https://doi.org/10.1037/pst0000034>
- Budge, S.L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 81(3), 545-557. <https://doi.org/10.1037/a0031774>.
- Budge, S. L., Katz-Wise, S. L., Tebbe, E. N., Howard, K. A. S., Schneider, C. L., & Rodriguez, A. (2012). Transgender emotional and coping processes: Facilitative and avoidant coping throughout gender transitioning. *The Counseling Psychologist*, 41(4), 601-647. <https://doi.org/10.1177/0011000011432753>
- Budge, S. L., Sinnard, M. T., & Hoyt, W. T. (2021). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy (Chic.)*, 58(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/pst0000310>
- Bultynck, C., Cosyns, M., T'Sjoen, G., Van Borsel, J., & Bonte, K. (2020). Thyroplasty type III to lower the vocal pitch in trans men. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 164(1), 157-159. <https://doi.org/10.1177/0194599820937675>
- Bultynck, C., Pas, C., Defreyne, J., Cosyns, M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Self perception of voice in transgender persons during cross-sex hormone therapy. *The Laryngoscope*, 127(12), 2796-2804. <https://doi.org/10.1002/lary.26716>
- Buncamper, M. E., Honselaar, J. S., Bouman, M. B., Özer, M., Kreukels, B. P., & Mullender, M. G. (2015). Aesthetic and functional outcomes of neovaginoplasty using penile skin in male-to-female transsexuals. *Journal of Sexual Medicine*, 12(7), 1626-1634. <https://doi.org/10.1111/jsm.12914>
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., de Vries, M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). Penile inversion vaginoplasty with or without additional full-thickness skin graft: To graft or not to graft? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 649e-656e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000003108>
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., van der Pas, R. S. D., Özer, M., Smit, J. M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2016). Surgical outcome after penile inversion vaginoplasty: A retrospective study of 475

- transgender women. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138(5), 999-1007. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002684>
- Bungener, S. L., de Vries, A. L. C., Popma, A., & Steensma, T. D. (2020). Sexual experiences of young transgender persons during and after gender-affirmative treatment. *Pediatrics*, 146(6), e20191411. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1411>
- Bureau of Justice Assistance, United States. (2017). *Prison Rape Elimination Act of 2003*. U.S. G.P.O.. <https://www.prearesourcecenter.org/about/prison-rape-elimination-act>.
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2019). Health disparities between binary and non-binary trans people: a community-driven survey. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3). <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1629370>
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2021). The impact of training in transgender care on healthcare providers competence and confidence: A cross-sectional survey. *Healthcare*, 9(8), 967. <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/8/967>
- Burgwal, A., & Motmans, J. (2021). Trans and gender diverse people's experiences and evaluations with general and trans-specific healthcare services: A cross-sectional survey. *International Journal of Impotence Research*, 33, 679-686. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00432-9>
- Burnes, T. R., Dexter, M. M., Richmond, K., Singh, A. A., & Cherrington, A. (2016). The experiences of transgender survivors of trauma who undergo social and medical transition. *Traumatology*, 22(1), 75-84. <https://doi.org/10.1037/trm0000064>
- Bustos, S. S., Bustos, V. P., Mascaro, A., Ciudad, P., Forte, A. J., Del Corral, G., & Manrique, O. J. (2021). Complications and patient-reported outcomes in transfemale vaginoplasty: An updated systematic review and meta-analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 9(3), e3510. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003510>
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter. On the discursive limits of "sex"*. Routledge.
- Butler, J., Anstrom, K. J., Felker, G. M., Givertz, M. M., Kalogeropoulos, A. P., Konstam, M. A., Mann, D. L., Margulies, K. B., McNulty, S. E., Mentz, R. J., Redfield, M. M., Tang, W. H. W., Whellan, D. J., Shah, M., Desvigne-Nickens, P., Hernandez, A. F., & Braunwald, E. (2017). Efficacy and safety of spironolactone in acute heart failure. *JAMA Cardiology*, 2(9), 950. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2017.2198>
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, F. L., Pleak, R. R., & Tompkins, D. A. (2012). Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 759-796. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>
- Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, E., Eyler, A. E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., & Pula, J. (2018). Gender dysphoria in adults: An overview and primer for psychiatrists. *Transgender Health*, 3(1), 57-70. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0053>
- Caceres, B. A., Streed, C. G Jr., Corliss, H. L., Lloyd-Jones, D. M., Matthews, P. A., Mukherjee, M., Poteat, T., Rosendale, N., Ross, L. M., & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Hypertension; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Peripheral Vascular Disease; and Stroke Council (2020). Assessing and addressing cardiovascular health in LGBTQ adults: A scientific statement *The American Heart Association. Circulation*, 142(19), e321–e332. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.0000000000000914>
- Cai, X., Hughto, J. M., Reisner, S. L., Pachankis, J. E., & Levy, B. R. (2019). Benefit of gender-affirming medical treatment for transgender elders: Later-life alignment of mind and body. *LGBT Health*, 6(1), 34-39. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0262>
- Calcedo-Barba, A., Fructuoso, A., Martinez-Raga, J., Paz, S., Sánchez de Carmona, M., & Vicens, E. (2020). A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. *BMC Psychiatry*, 20(1), 339. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02756-0>
- Callander, D., Wiggins, J., Rosenberg, S., Cornelisse, V. J., Duck-Chong, E., Holt, M., Pony, M., Vlahakis, E., MacGibbon, J., & Cook, T. (2019). *The 2018 Australian trans and gender diverse sexual health survey: report of findings*. The Kirby Institute, University of New South Wales. <https://genderrights.org.au/wp->

- [content/uploads/2020/03/ATGDSexualHealthSurveyReport_v7.pdf](#)
- Callen-Lorde. (2014). Protocols for the Provision of Hormone Therapy. <http://callen-lorde.org/graphics/2018/05/Callen-Lorde-TGNC-Hormone-Therapy-Protocols-2018.pdf>
- Callen Lorde. (2020a). *Safer Binding* http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/Safer-Binding_2018_FINAL.pdf.
- Callen Lorde. (2020b). *Safer Tucking*: http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/HOTT-Safer-Tucking_Final.pdf.
- Callens, N., Kreukels, B. P. C., & van de Grift, T. C. (2021). Young voices: Sexual health and transition care needs in adolescents with intersex/differences of sex development - A pilot study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(2), 176-189.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpjag.2020.11.001>
- Callens, N., Van Kuyk, M., van Kuppenveld, J. H., Drop, S. L. S., Cohen-Kettenis, P. T., & Dessens, A. B. (2016). Recalled and current gender role behavior, gender identity and sexual orientation in adults with disorders/differences of sex development. *Hormones and Behavior*, 86, 8–20. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2016.08.008>
- Campbell-Hall, V., Peterson, I., Bhana, A., Mjadu, S., Hosegood, V., & Flisher, A. J. (2010). Collaboration between traditional practitioners and primary health care staff in South Africa: Developing a workable partnership for community mental health services. *Transcultural Psychiatry*, 47(4), 610–628. <https://doi.org/10.1177/1363461510383459>
- Canner, J. K., Harfouch, O., Kodadek, L. M., Pelaez, D., Coon, D., Offodile, A. C., 2nd, Haider, A. H., & Lau, B. D. (2018). Temporal trends in gender-affirming surgery among transgender patients in the United States. *JAMA Surgery*, 153(7), 609-616. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.6231>
- Canonico, M., Oger, E., Plu-Bureau, G., Conard, J., Meyer, G., Lévesque, H., & Scarabin, P. Y. (2007). Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: Impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation*, 115(7), 840-845. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.64228>
- Capitán, L., Gutierrez Santamaria, J., Simon, D., Coon, D., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2020). Facial gender confirmation surgery: A protocol for diagnosis, surgical planning, and postoperative management. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(4), 818e-828e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006686>
- Capitán, L., Simon, D., Kaye, K., & Tenorio, T. (2014). Facial feminization surgery: The forehead. Surgical techniques and analysis of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134(4), 609-619. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000545>
- Capitán, L., Simon, D., Meyer, T., Alcaide, A., Wells, A., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2017). Facial feminization surgery: Simultaneous hair transplant during forehead reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 573-584. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000003149>
- Cardoso da Silva, D. C., Schwarz, K., Fontanari, A. M., Costa, A. B., Massuda, R., Henriques, A. A., Salvador, J., Silveira, E., Rosito, T. E., & Rodrigues Lobato, M. I. (2016). WHOQOL-100 before and after sex reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexual individuals. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 988–993. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.37>
- Carel, J. C., Eugster, E. A., Rogol, A., Ghizzoni, L., & Palmert, M. R. (2009). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*, 123(4), e752-e762. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1783>
- CARES Foundation. (2020). Statement on Surgery. <https://www.caresfoundation.org/treatment/surgery.pdf>
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591-603. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.05.005>
- Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One*, 16(2), e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>
- Carpenter, M. (2018). Intersex variations, human rights, and the International Classification of Diseases. *Health*

- and *Human Rights Journal*, 20(2), 205-214.
- Carpenter, M. (2021). Intersex human rights, sexual orientation, gender identity, sex characteristics and the Yogyakarta Principles plus 10. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 516-532. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1781262>
- Carpenter, C. S., Eppink, S. T., & Gonzales, G. (2020). Transgender status, gender identity, and socioeconomic outcomes in the United States. *ILR Review*, 73(3), 573-599. <https://doi.org/10.1177/0019793920902776>
- Carpenter, W. T., Gold, J. M., Lahti, A.C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., Kovnik, J., & Applebaum, P. S. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives of General Psychiatry*, 57(6), 533-538. <https://doi.org/10-1001/pubs.Arch Gen Psychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156>.
- Carroll, L. (2017). Therapeutic issues with transgender elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 127-140. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.psc.2016.10.004>.
- Carroll, L., Graff, C., Wicks, M., & Diaz Thomas, A. (2020). Living with an invisible illness: A qualitative study exploring the lived experiences of female children with congenital adrenal hyperplasia. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 29(3), 673-681. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02350-2>
- Carswell, J. M., & Roberts, A. L. (2017). Induction and maintenance of amenorrhea in transmasculine and nonbinary adolescents. *Transgender Health*, 2, 195-201. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0021>
- Carter, H. B., Albertsen, P. C., Barry, M. J., Etzioni, R., Freedland, S. J., Greene, K. L., Holmberg, L., Kantoff, P., Konety, B. R., Murad, M. H., Penson, D. F., & Zietman, A. L. (2013). Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *Journal of Urology*, 190(2), 419-426. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2013.04.119>
- Cartwright, C., Hughes, M., & Lienert, T. (2012). End-of-life care for gay, lesbian, bisexual and transgender people. *Culture, Health & Sexuality*, 14(5), 537-548. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1080/13691058.2012.673639>
- Casado, J. C., Rodríguez-Parra, M. J., & Adrián, J. A. (2017). Voice feminization in male-to-female transgendered clients after Wendler's glottoplasty with vs. without voice therapy support. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 274(4), 2049-2058. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4420-8>
- Castellano, E., Crespi, C., Dell'Aquila, C., Rosato, R., Catalano, C., Mineccia, V., Motta, G., Botto, E., & Manieri, C. (2015). Quality of life and hormones after sex reassignment surgery. *Journal of Endocrinological Investigation*, 38(12), 1373-1381. <https://doi.org/10.1007/s40618-015-0398-0>
- Catelan, R. F., Costa, A. B., & Lisboa, C. S. M. (2017). Psychological interventions for transgender persons: A scoping review. *International Journal of Sexual Health*, 29(4), 325-337. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1360432>
- Cauuffman, E., & Steinberg, L. (2000). (Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(6), 741-760. <https://doi.org/10.1002/bsl.416>
- Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1147-1155. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611>
- Celentano, D. D., & Szklo, M. (2019). *Gordis Epidemiology*. Elsevier, Inc.
- Census Organization of India. (2015). Population Census 2011. <https://www.census2011.co.in>
- Center of Excellence for Transgender Health. (2016). *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People, 2nd edition*. Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>.
- Centers for Disease Control. (2020). Transforming Health: Patient-Centered HIV Prevention and Care: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/sexual-history.html>.
- Centers for Disease Control. (2021). Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States – 2021 Update Clinical Practice Guideline. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2021.pdf>
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2010). *Toolkit Part 11: Guidelines for Translation*. <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/ToolkitPart11>
- Chadwick, S. B., Francisco, M., van Anders, S. M., (2019).

- When orgasms do not equal pleasure: Accounts of "bad" orgasm experiences during consensual sexual encounters. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 2435–2459. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01527-7>
- Chan, K. J., Liang J. J., Jolly, D., Weinand, J. D., & Safer J. D. (2018). Exogenous testosterone does not induce or exacerbate the metabolic features associated with PCOS among transgender men. *Endocrine Practice* 24(6), 565-572. <https://doi.org/10.4158/EP-2017-0247>.
- Chang, J., Brown, S. K., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Effect of Wendler glottoplasty on acoustic measures of voice. *Laryngoscope*. 131(3), 583-586. <https://doi.org/10.1002/lary.28764>
- Chantrapanichkul, P., Stevenson, M. O., Suppakitjanusant, P., Goodman, M., & Tangpricha, V. (2021). Serum hormone concentrations in transgender individuals receiving gender-affirming hormone therapy: A longitudinal retrospective cohort Study. *Endocrine Practice*, 27(1), 27-33. <https://doi.org/10.4158/EP-2020-0414>
- Charter, R. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 64-77. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1399496>
- Chase, C. (2003). What is the agenda of the intersex patient advocacy movement? *The Endocrinologist*, 13(3), 240–242. <https://doi.org/10.1097/01.ten.0000081687.21823.d4>
- Chen, D., Abrams, M., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., & Hidalgo, M. A. (2021). Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical treatment: Baseline findings from the trans youth care study. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1104-1111. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.033>
- Chen, D., Hidalgo, M. A., Leibowitz, S., Leininger, J., Simons, L., Finlayson, C., & Garofalo, R. (2016). Multidisciplinary care for gender-diverse youth: A narrative review and unique model of gender-affirming care. *Transgender Health*, 1(1), 117-123. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0009>
- Chen, D., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Finlayson, C. A., & Woodruff, T. K. (2019). Factors affecting fertility decision-making among transgender adolescents and young adults. *LGBT Health*, 6(3), 107–115. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0250>
- Chen, D., Matson, M., Macapagal, K., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Fisher, C. B., & Mustanski, B. (2018). Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 63(1), 62-68. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.306>
- Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A., & Finlayson, C. (2017). Fertility preservation for transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health* 61(1), 120-123 <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.022>
- Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen, K., Waber, D. P., Steinberg, L., Sisk, C. L., Ross, J., Paus, T., Mueller, S. C., McCarthy, M. M., Micevych, P. E., Martin, C. L., Kreukels, B. P. C., Kenworthy, L., Herting, M. M., Herlitz, A., Haraldsen, I. R. J. H., & Dahl, R. (2020). Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in transgender youth. *Transgender Health*, 5(4), 246–257. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0006>
- Chen, M., Fuqua, J., & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *Journal of Adolescent Health*, 58(3), 369–371. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.010>
- Chen, S., & Loshak, H. (2020). *Primary Care Initiated Gender-Affirming Therapy for Gender Dysphoria: A Review of Evidence Based Guidelines: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563451/>.
- Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A., & Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 209-218. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.09>
- Cheung, A.S., Wynne, K., Erasmus, J., Murray, S., & Zajac, J.D. (2019). Position statement on the hormonal management of adult transgender and gender diverse individuals. *Medical Journal of Australia*. 211(3):127–33. <https://doi.org/10.5694/mja2.50259>
- Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., & Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: A systematic review. *Pediatrics*, 141(4), e20173742. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742>
- Chew, D., Tollit, M.A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung,

- A.S., & Pang, K.C. (2020). Youths with a non-binary gender identity: A review of their sociodemographic and clinical profile. *Lancet Child Adolescent Health* 4, 322–330. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30403-1)
- Chiland, C., Clouet, A. M., Golsé, B., Guinot, M., & Wolf, J. P. (2013). A new type of family: Transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow-up exploratory study of their children. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(6), 365–370. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.07.001>
- Chiniara, L. N., Viner, C., Palmert, M., & Bonifacio, H. (2019). Perspectives on fertility preservation and parenthood among transgender youth and their parents. *Archives of Disease in Childhood*, 104(8), 739–744. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2018-316080>
- Chinn, P. (2013). Commentary lesbian, gay, bisexual and transgender health: Disparities we can change. *Nurse Educator*, 38(3), 94–95. <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e31828dc235>
- Chipkin, S. R., & Kim, F. (2017). Ten most important things to know about caring for transgender patients. *American Journal of Medicine*, 130(11), 1238–1245. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.06.019>
- Chisolm-Straker, M., Willging, C., Daul, A. D., McNamara, S., Sante, S. C., Shattuck, D. G., & Crandall, C. S. (2018). Transgender and gender-nonconforming patients in the emergency department: What physicians know, think, and do. *Annals of Emergency Medicine*, 71(2), 183–188. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.09.042>
- Chlebowski, R. T., Anderson, G. L., Aragaki, A. K., Manson, J. E., Stefanick, M. L., Pan, K., Barrington, W., Kuller, L. H., Simon, M. S., Lane, D., Johnson, K. C., Rohan, T. E., Gass, M., Cauley, J. A., Paskett, E. D., Sattari, M., & Prentice, R. L. (2020). Association of Menopausal Hormone Therapy With Breast Cancer Incidence and Mortality During Long-term Follow-up of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. *JAMA*, 324(4), 369–380. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9482>
- Chrisler, J. C., Gorman, J. A., Manion, J., Murgo, M., Barney, A., Adams-Clark, A., Newton, J. R., & McGrath, M. (2016). Queer periods: Attitudes toward and experiences with menstruation in the masculine of centre and transgender community. *Culture, Health & Sexuality*, 18(11), 1238–1250. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1182645>
- Chumakov, E. M., Ashenbrenner, Y. V., Petrova, N. N., Zastrozhin, M. S., Azarova, L. A., & Limankin, O. V. (2021). Anxiety and depression among transgender people: Findings from a cross-sectional online survey in Russia. *LGBT Health*, 8(6), 412–419. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0464>
- Cipres, D., Seidman, D., Cloniger, C., 3rd, Nova, C., O'Shea, A., & Obedin-Maliver, J. (2017). Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception*, 95(2), 186–189. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.005>
- Cirrincione, L. R., Senneker, T., Scarsi, K. K., & Tseng, A. (2020). Drug interactions with gender-affirming hormone therapy: Focus on antiretrovirals and direct acting antivirals. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 16(7), 565–581. <https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1777278>
- Claes, K. E. Y., D'Arpa, S., & Monstrey, S. J. (2018). Chest surgery for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 369–380. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.010>
- Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., & Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in transsexualism: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning and perceived social support. *Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 168–79. <https://doi.org/10.1111/jsm.12711>
- Clark, B. A., Marshall, S. K., & Saewyc, E. M. (2020). Hormone therapy decision-making processes: Transgender youth and parents. *Journal of Adolescence*, 79, 136–147. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.016>
- Clark, B.A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohard-Dourlent, H., & Saewyc, E. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 158–169. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1394954>
- Clark, K. A., White Hughto, J. M., & Pachankis, J. E. (2017). "What's the right thing to do?" Correctional healthcare providers' knowledge, attitudes and experiences caring for transgender inmates. *Social Science & Medicine* (1982), 193, 80–89. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1016/j.socscimed.2017.09.052>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014).

- The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Clements-Nolle, K., Guzman, R., & Harris, S. G. (2008). Sex trade in a male-to-female transgender population: Psychosocial correlates of inconsistent condom use. *Sexual Health*, 5(1), 49-54. <https://doi.org/10.1071/SH07045>
- Cocchetti, C., Ristori, J., Mazzoli, F., Prunas, A., Bertelloni, S., Magini, A., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). 5 α -Reductase-2 deficiency: Is gender assignment recommended in infancy? Two case-reports and review of the literature. *Journal of Endocrinological Investigation*, 43(8), 1131-1136. <https://doi.org/10.1007/s40618-020-01193-w>
- Cocchetti, C., Ristori, J., Romani, A., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). Hormonal treatment strategies tailored to non-binary transgender individuals. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1609. <https://doi.org/10.3390/jcm9061609>
- Cohanzad, S. (2016). Extensive metoidioplasty as a technique capable of creating a compatible analogue to a natural penis in female transsexuals. *Aesthetics in Plastic Surgery*, 40(1), 130-138. <https://doi.org/10.1007/s00266-015-0607-4>
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399-410. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4>
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41-53. <https://doi.org/10.1023/a:1021769215342>
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2009). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499-513. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9562-y>
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263-271. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017>
- Colebunders, B., Brondeel, S., D'Arpa, S., Hoebeke, P., & Monstrey, S. (2017). An update on the surgical treatment for transgender patients. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.08.001>
- Colebunders, B., T'Sjoen, G., Weyers, S., & Monstrey, S. (2014). Hormonal and surgical treatment in transwomen with BRCA1 mutations: A controversial topic. *Journal of Sexual Medicine*, 11(10), 2496-2499. <https://doi.org/10.1111/jsm.12628>
- Coleman, E., Allen, M. P., & Ford, J. V. (2018). Gender variance and sexual orientation among male spirit mediums in Myanmar. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 987-998. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1172-0>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyster, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Colizzi, M., Costa, R., Pace, V., & Todarello, O. (2013). Hormonal treatment reduces psychobiological distress in gender identity disorder, independently of the attachment style. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3049-3058. <https://doi.org/10.1111/jsm.12155>
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.029>
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real? *Psychiatry Research*, 226(1), 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.045>
- Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the "case" definition: A systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 613-626. <https://doi.org/10.1016/j.jsexm.2016.02.001>

- Colton Meier, S. L., Fitzgerald, K. M., Pardo, S. T., & Babcock, J. (2011). The effects of hormonal gender affirmation treatment on mental health in female-to-male transsexuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(3), 281-299. <https://doi.org/10.1080/19359705.2011.581195>
- Colvin, C. J., Fairall, L., Lewin, S., Georgeu, D., Zwarenstein, M., Bachmann, M., Uebel, K. E., & Bateman, E. D. (2010). Expanding access to ART in South Africa: The role of nurse-initiated treatment Lessons from the STRETCH trial in the Free State. *South African Medical Journal*, 100(4), 210. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-75>.
- Comite, F., Cutler, G. B., Jr., Rivier, J., Vale, W. W., Loriaux, D. L., & Crowley, W. F., Jr. (1981). Short-term treatment of idiopathic precocious puberty with a long-acting analogue of luteinizing hormone-releasing hormone. A preliminary report. *New England Journal of Medicine*, 305(26), 1546-1550. <https://doi.org/10.1056/nejm198112243052602>
- Comparison of State Correctional Policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(4), 393-407. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9>
- Conlin, S. E., Douglass, R. P., Larson-Konar, D. M., Gluck, M. S., Fiume, C., & Heesacker, M. (2019). Exploring nonbinary gender identities: A qualitative content analysis. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 13(2), 114-133. <https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1597818>
- Connelly, P. J., Clark, A., Touyz, R. M., & Delles, C. (2021). Transgender adults, gender-affirming hormone therapy and blood pressure: A systematic review. *Journal of Hypertension*, 39(2), 223-230. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1097/HJH.00000000000002632>
- Connelly, P. J., Marie Freel, E., Perry, C., Ewan, J., Touyz, R. M., Currie, G., & Delles, C. (2019). Gender-affirming hormone therapy, vascular health and cardiovascular disease in transgender adults. *Hypertension*, 74(6), 1266-1274. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.13080>
- Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health*, 102(1), 118-122. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315>
- Cook-Daniels, L. (2016). *Understanding Transgender Elders*. In D.A. Harley, & P.B. Tester, *Handbook of LGBT Elders* (pp. 285-308). Springer.
- Coolhart, D. (2018). Helping families move from distress to resilience. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Coolhart, D., Ritenour, K., & Grodzinski, A. (2017). Experiences of ambiguous loss for parents of transgender male youth: A phenomenological exploration. *Contemporary Family Therapy*, 40 (1), 28-41. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9426-x>
- Coon, D., Tuffaha, S., Christensen, J., & Bonawitz, S. C. (2013). Plastic surgery and smoking: A prospective analysis of incidence, compliance, and complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 131(2), 385-391. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318277886a>
- Cornwall, A., & Jolly, S. (2006). Introduction: Sexuality matters. *IDS Bulletin*, 37(5), 1-11. <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2006.tb00295.x>
- Corrective Services New South Wales. (2015). "Section 7.23 Management of transgender and intersex inmates", Operations Procedures Manual, Sydney, NSW
- Costa, A. B., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., Cardoso, D., Soll, B., Schwarz, K., Schneider, M. A., Gagliotti, D. A. M., Saadeh, A., Lobato, M. I. R., Nard, H. C., & Koller, S. H. (2018). Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(1), 115-123. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7>
- Costa, L. B. F., Rosa-e-Silva, A. C. J. D. S., Medeiros, S. F. D., Nacul, A. P., Carvalho, B. R. D., Benetti-Pinto, C. L., Ylea, D. A., Maciel, Soares, J. M., & Maranhão, T. M. D. O. (2018). Recommendations for the use of testosterone in male transgender. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 275-280. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657788>.
- Costa, R., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2016). To treat or not to treat: Puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. *Nature Reviews. Urology*, 13(8), 456-462. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2016.128>
- Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological

- support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2206–2214. <https://doi.org/10.1111/jsm.13034>
- Cosyns, M., Van Borsel, J., Wierckx, K., Dedeker, D., Van de Peer, F., Daelman, T., Laenen, S., & T'Sjoen, G. (2014). Voice in female-to-male transsexual persons after long-term androgen therapy. *The Laryngoscope*, 124(6), 1409–1414. <https://doi.org/10.1002/lary.24480>
- Craig, S.L., Austin, A., (2016). The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Children and Youth Services Review* (64), 136–144. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.022>
- Craig, S. L., Austin, A., Rashidi, M., & Adams, M. (2017). Fighting for survival: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students in religious colleges and universities. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 29(1), 1–24. <https://doi.org/10.1080/10538720.2016.1260512>
- Crerand, C. E., Kapa, H. M., Litteral, J. L., Nahata, L., Combs, B., Indyk, J. A., Jayanthi, V. R., Chan, Y. M. ., Tishelman, A. C., & Hansen-Moore, J. (2019). Parent perceptions of psychosocial care for children with differences of sex development. *Journal of Pediatric Urology*, 15(5), 522.e1–522.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2019.06.024>
- Crissman, H. P., Berger, M. B., Graham, L. F., & Dalton, V. K. (2017). Transgender demographics: A household probability sample of US adults, 2014. *American Journal of Public Health*, 107(2), 213–215. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571>
- Crissman, H. P., Warner, L., Gardner, M., Carr, M., Schast, A., Quittner, A. L., Kogan, B., & Sandberg, D. E. (2011). Children with disorders of sex development: A qualitative study of early parental experience. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-10>
- Crocetti, D., Monro, S., Vecchietti, V., & Yeadon-Lee, T. (2020). Towards an agency-based model of intersex, variations of sex characteristics (VSC) and DSD/dsd health. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 500–515. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1825815>
- Crouch, N. S., & Creighton, S. M. (2014). Transition of care for adolescents with disorders of sex development. *Nature Reviews Endocrinology*, 10(7), 436–442. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2014.62>
- Cull, M. L., & Simmonds, M. (2010). Importance of support groups for intersex (disorders of sex development) patients, families and the medical profession. *Sexual Development*, 4(4-5), 310–312. <https://doi.org/10.1159/000313889>
- D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T., & Clarke, P. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 50(1), 7–16. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549–556. [https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(00\)80010-7](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(00)80010-7)
- Dahlen, S., Connolly, D., Arif, I., Junejo, M. H., Bewley, S., & Meads, C. (2021). International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: Systematic review and quality assessment. *BMJ Open*, 11(4), e048943. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048943>
- Dalke, K. B., Baratz, A. B., & Greenberg, J. A. (2020). Protecting children with intersex traits: Legal, ethical, and human rights considerations. *The Plasticity of Sex*, 207–224. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815968-2.00010-4>
- Damrose, E. J. (2008). Quantifying the impact of androgen therapy on the female larynx. *Auris, Nasus, Larynx*, 36(1), 110–112. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2008.03.002>
- Danon, L. M., & Krämer, A. (2017). Between concealing and revealing intersexed bodies: Parental strategies. *Qualitative Health Research*, 27(10), 1562–1574. <https://doi.org/10.1177/1049732317697100>
- Darwin, H. (2020). Challenging the cisgender/transgender binary: Nonbinary people and the transgender label. *Gender & Society*, 34(3), 357–380. <https://doi.org/10.1177/0891243220912256>
- Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C., & Bouman, W. P. (2016). Self-injury among trans individuals and matched controls: Prevalence and associated factors. *Health & Social Care in the Community*, 24(4), 485–494. <https://doi.org/10.1111/hsc.12239>
- Davey, A., Bouman, W.P., Arcelus, J., Meyer, C. (2014). Social support and psychological wellbeing: A comparison of patients with gender dysphoria and matched controls. *Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2976–2985. <https://doi.org/10.1111/jsm.12681>

- Davey, A., Bouman, W. P., Meyer, C., & Arcelus, J. (2015). Interpersonal functioning among individuals with gender dysphoria. *Journal of Clinical Psychology, 71*(12), 1173-1185. <https://doi.org/10.1002/jclp.22209>
- Davies, S., Papp, V. G., & Antoni, C. (2015). Voice and communication change for gender nonconforming individuals: Giving voice to the person inside. *International Journal of Transgenderism, 16*(3), 117-159. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075931>
- Davis, S. A., & Colton Meier, S. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health, 26*(2), 113-128. <https://doi.org/10.1080/19317611.2013.833152>
- Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth's school experiences and perceptions of school climate. *Journal of Youth and Adolescence, 47*(8), 1731-1742. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0866-x>
- de Blok, C. J. M., Dijkman, B. A. M., Wiepjes, C. M., Staphorsius, A. S., Timmermans, F. W., Smit, J. M., Dreijerink, K. M. A., & den Heijer, M. (2021). Sustained breast development and breast anthropometric changes in 3 years of gender-affirming hormone treatment. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 106*(2), e782-e790. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa841>
- de Blok, C. J. M., Klaver, M., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2018). Breast development in transwomen after 1 year of cross-sex hormone therapy: Results of a prospective multicenter study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 103*(2), 532-538. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01927>
- de Blok, C. J. M., Staphorsius, A. S., Wiepjes, C. M., Smit, J. M., Nanayakkara, P. W. B., & den Heijer, M. (2020). Frequency, determinants, and satisfaction of breast augmentation in trans women receiving hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine, 17*(2), 342-348. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.021>
- De Cuypere, G., & Vercruyse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism, 11*(3), 194-205. <https://doi.org/10.1080/15532730903383781>
- de Freitas, L. D., Leda-Rego, G., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, A. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry Clinical Neuroscience, 74*(2), 99-104. <https://doi.org/10.1111/pcn.12947>
- de Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the Gender Identity Development Service in London (2000-2017). *The Journal of Sexual Medicine, 15*(10), 1381-1383. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.002>
- de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009-2016). *Archives of Sexual Behavior, 47*(5), 1301-1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>
- de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., Wasserman, L., Wood, H., & Zucker, K. J. (2020). Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9*
- De Los Reyes, A., Ohannessian, C. M., & Racz, S. J. (2019). Discrepancies between adolescent and parent reports about family relationships. *Child Development Perspectives, 13*(1), 53-58. <https://doi.org/10.1111/cdep.12306>
- de Nie, I., Meißner, A., Kostelijk, E. H., Soufan, A. T., Voorn-de Warem, I. A. C., den Heijer, M., Huirne, J., & van Mello, N. M. (2020). Impaired semen quality in trans women: Prevalence and determinants. *Human Reproduction, 35*(7), 1529-1536. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa133>
- de Oliveira, L., Carvalho, J., Sarikaya, S., Urkmez, A., Salonia, A., Russo, G. I., & the, E. A. U. Y. A. U. M. s. H. W. g. (2021). Patterns of sexual behavior and psychological processes in asexual persons: A systematic review. *International Journal of Impotence Research, 33*(6), 641-651. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0336-3>
- de Roo, C., Lierman, S., Tillemans, K., Peynshaert, K., Braeckmans, K., Caanen, M., Lambalk, C. B., Weyers, S., T'Sjoen, G., Cornelissen, R., & De Sutter, P. (2017). Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: Insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment.

- Reproductive Biomedicine Online*, 34(6), 557–566.
<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.03.008>
- de Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 112–119.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275>
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), 3–97. <https://doi.org/2003-08360-002>
- de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301–320.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Disorders of sex development and gender identity outcome in adolescence and adulthood: Understanding gender identity development and its clinical implications. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 4(4), 343–351.
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1195–1202.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696–704.
<https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism Spectrum Disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936.
<https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
- de Vries, A. L. C., Richards, C., Tishelman, A. C., Motmans, J., Hannema, S. E., Green, J., & Rosenthal, S. M. (2021). Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 1–8.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1904330>
- de Vries, A. L. C., Roehle, R., Marshall, L., Frisén, L., van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Bouvattier, C., Köhler, B., Thyen, U., Nordenström, A., Rapp, M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2019). Mental health of a large group of adults with disorders of sex development in six European countries. *Psychosomatic Medicine*, 81(7), 629–640.
<https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000718>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2015). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0764-7>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276–2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- de Vries, E., Kathard, H., & Müller, A. (2020). Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? *BMC Medical Education*, 20(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1963-6>
- Deebel, N. A., Morin, J. P., Autorino, R., Vince, R., Grob, B., & Hampton, L. J. (2017). Prostate cancer in transgender women: Incidence, etiopathogenesis, and management challenges. *Urology*, 110, 166–171.
<https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.08.032>
- Defreyne, J., Elaut, E., Kreukels, B., Fisher, A. D., Castellini, G., Staphorsius, A., & T'Sjoen, G. (2020). Sexual desire changes in transgender individuals upon initiation of hormone treatment: Results from the longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 812–825. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.020>
- Defreyne, J., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2017). Healthcare costs and quality of life outcomes following gender affirming surgery in trans men: A review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 17(6), 543–556.
<https://doi.org/10.1080/14737167.2017.1388164>
- Defreyne, J., Nota, N., Pereira, C., Schreiner, T., Fisher, A. D., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Transient elevated serum prolactin in trans women is caused by Cyproterone Acetate treatment. *LGBT Health*, 4(5), 328–

336. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0190>
- Defreyne, J., Van de Bruaene, L. D., Rietzschel, E., Van Schuylenbergh, J., & T'Sjoen, G. G. (2019). Effects of gender-affirming hormones on lipid, metabolic, and cardiac surrogate blood markers in transgender persons. *Clinical Chemistry*, 65(1), 119-134. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2018.288241>.
- Defreyne, J., Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K. L., & T'Sjoen, G. G. (2020). Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertility and Sterility* 113(1), 149-157. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.002>
- Defreyne, J., Vantomme, B., Van Caenegem, E., Wierckx, K., De Blok, C. J. M., Klaver, M., & T'Sjoen, G. (2018). Prospective evaluation of hematocrit in gender-affirming hormone treatment: Results from European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *Andrology*, 6(3), 446-454. <https://doi.org/10.1111/andr.12485>
- Dekker, M. J., Wierckx, K., Van Caenegem, E., Klaver, M., Kreukels, B. P., Elaut, E., & T'Sjoen, G. (2016). A European Network for the Investigation of Gender Incongruence: Endocrine part. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 994-999. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.371>
- del Río-González, A. M., Zea, M. C., Flórez-Donado, J., Torres-Salazar, P., Abello-Luque, D., García-Montaño, E. A., Garcia-Roncillo, P. A., & Meyer, I. H. (2021). Sexual orientation and gender identity change efforts and suicide morbidity among sexual and gender minority adults in Colombia. *LGBT health*, 8(7), 463-472. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0490>
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(suppl. 1), S131-S137. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>
- Delimata, N., Simmonds, M., O'Brien, M., Davis, G., Auchus, R., & Lin-Su, K. (2018). Evaluating the term 'disorders of sex development': A multidisciplinary debate. *Social Medicine*, 12(1):98-107.
- Delozier, A. M., Kamody, R. C., Rodgers, S., & Chen, D. (2020). Health disparities in transgender and gender expansive adolescents: A topical review from a minority stress framework. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(8), 842-847. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa040>
- Demeestere, I., Simon, P., Dedeken, L., Moffa, F., Tsépélidis, S., Brachet, C., Delbaery, A., Devreker, A. F., & Ferster, A. (2015). Live birth after autograft of ovarian tissue cryopreserved during childhood. *Human Reproduction*, 30(9), 2107-2109. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev128>
- Denby, K. J., Cho, L., Toljan, K., Patil, M., & Ferrando, C. A. (2021). Assessment of cardiovascular risk in transgender patients presenting for gender-affirming care. *The American Journal of Medicine*, 134(8), 1002-1008. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.02.031>
- Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019) *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. Transgender People and HIV.* <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389-397. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4338-5>
- Deuster, D., Di Vincenzo, K., Szukaj, M., Am Zehnhoff-Dinnesen, A., & Dobel, C. (2016). Change of speech fundamental frequency explains the satisfaction with voice in response to testosterone therapy in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(8), 2127-2131. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4043-0>
- Deuster, D., Matulat, P., Knief, A., Zitzmann, M., Rosslau, K., Szukaj, M., Dinnesen, A., & Schmidt, C. M. (2016). Voice deepening under testosterone treatment in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(4), 959-965. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3846-8>
- Deutsch, M. B. (2011). Use of the informed consent model in the provision of cross-sex hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. *International Journal of Transgenderism*, 13, 140-146. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.675233>
- Deutsch, M. B. (2016a). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people* (2nd ed.). San Francisco, CA: University of California, San Francisco, Department of Family and Community

- Medicine Center of Excellence for Transgender Health. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>
- Deutsch, M. B. (2016b). Gender-affirming surgeries in the era of insurance coverage: developing a framework for psychosocial support and care navigation in the perioperative period. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 27(2), 386-391. <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0092>.
- Deutsch, M. B., Bhakri, K., & Kubicek, K. (2015). Effects of cross-sex hormone treatment on transgender women and men. *Obstetric Gynecology*, 125(3), 605-610. <https://doi.org/10.1097>
- Deutsch, M. B., Glidden, D. V., Sevelius, J., Keatley, J., McMahan, V., & Guanira, J., (2015). HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: A subgroup analysis of the iPrEx trial. *The Lancet HIV*, 2(12), e512-e9. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(15\)00206-4](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00206-4)
- Devor, A. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 8(1), 41-67. <https://doi.org/10.1080/19359705.2004.9962366>
- DeVita, T., Bishop, C., & Plankey, M. (2018). Queering medical education: systematically assessing LGBTIQ health competency and implementing reform. *Medical Education Online*, 23(1), 1510703. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1510703>
- Dharma, C., Scheim, A. I., & Bauer, G. R. (2019). Exploratory factor analysis of two sexual health scales for transgender people: Trans-specific condom/barrier negotiation self-efficacy (T-barrier) and trans-specific sexual body image worries (T-worries). *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1563-1572. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1383-4>
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS One*, 6(2), e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44-57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>.
- Dick, B., & Ferguson, B. J. (2015). Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 3-6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260>
- Dierckx, M., Mortelmans, D., & Motmans, J. (2019). Role ambiguity and role conflict among partners of trans people. *Journal of Family Issues*, 40(1), 85-110. <https://doi.org/10.1177/0192513x18800362>
- Din-Dzietham, R., Nembhard, W. N., Collins, R., & Davis, S. K. (2004). Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans. The metro Atlanta heart disease study, 1999-2001. *Social Science & Medicine*, 58(3), 449-461. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00211-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00211-9)
- Dizon, D. S., Tejada-Berges, T., Koelliker, S., Steinhoff, M., & Granai, C. O. (2006). Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 62(4), 226-228. <https://doi.org/10.1159/000094097>
- Djordjevic, M. L., Majstorovic, M., Stanojevic, D., Bizic, M., Ducic, S., Kojovic, V., & Perovic, S. (2008). One-stage repair of severe hypospadias using combined buccal mucosa graft and longitudinal dorsal skin flap. *European Journal of Pediatric Surgery*, 18(6), 427-430. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1038929>
- Do, T. T., Nguyen, T. V. A., Vu, X. T., & Nguyen, T. P. T. (2018). Seeking healthcare as a transgender woman in Vietnam: Access barriers and the situation of hormone use. *Regional Journal of Southeast Asian Studies*, 3,2,30-58. <http://www.rjseas.org/journalview/5>
- Do, T. T., & Van Nguyen, A. T. (2020). 'They know better than we doctors do': providers' preparedness for transgender healthcare in Vietnam. *Health Sociology Review*, 29(1), 92-107. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1715814>
- Donaldson, M. S., Yordy, K. D., Lohr, K. N., & Vanselow, N.A. (1996). *Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care; Primary care: America's health in a new era*. National Academies Press (US).
- Donnez, J., & Dolmans, M. M. (2015). Ovarian cortex transplantation: 60 reported live births brings the success and worldwide expansion of the technique towards routine clinical practice. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 32(8), 1167-1170. <https://doi.org/10.1007/s10815-015-0544-9>
- Downing, J. M., & Przedworski, J. M. (2018). Health of transgender adults in the U.S., 2014-2016. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(3), 336-344. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1016/j.amepre.2018.04>

.045

- Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare beneficiaries and chronic conditions: Exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health, 4*(6), 404-411. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208>
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *The Lancet. Psychiatry, 3*(3), 297-304. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6)
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry, 24*(6), 568-577. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.741575>
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology, 44*(1), 34-45. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>
- DSD-TRN – Differences or Disorders of Sex Development Translational Research Network. (n.d.). <http://dsdtrn.org/>.
- Du Bois, S. N., Yoder, W., Guy, A. A., Manser, K., & Ramos, S. (2018). Examining associations between state-level transgender policies and transgender health. *Transgender Health, 3*(1), 220-224. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0031>
- Dubin, S. N., Nolan, I. T., Streed, C. G. Jr., Greene, R. E., Radix, A. E., & Morrison, S. D. (2018). Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness. *Advances in Medical Education and Practice, 9*, 377-91. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S147183>
- Dubin, S., Lane, M., Morrison, S., Radix, A., Belkind, U., Vercler, C., & Inwards-Breland, D. (2020). Medically assisted gender affirmation: When children and parents disagree. *Journal of Medical Ethics, 46*(5), 295-299. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105567>
- Duby, Z., Hartmann, M., Mahaka, I., Munaiwa, O., Nabukeera, J., Vilakazi, N., Mthembu, F., Colvin, C. J., Mensch, B., & van der Straten, A. (2015). Lost in Translation: Language, terminology, and understanding of penile-anal intercourse in an HIV prevention trial in South Africa, Uganda, and Zimbabwe. *The Journal of Sex Research, 53*(9), 1096-1106. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1069784>
- Duranteau, L., Rapp, M., van de Grift, T. C., Hirschberg, A. L., & Nordenskjöld, A. (2021). Participant- and clinician-reported long-term outcomes after surgery in individuals with complete androgen insensitivity syndrome. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 34*(2), 168-175. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.11.012>
- Durwood, L., Eisner, L., Fladeboe, K., Ji, C. G., Barney, S., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2021). Social support and internalizing psychopathology in transgender youth. *Journal of Youth and Adolescence, 50*(5), 841-854. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01391-y>
- Durwood, L., Kuvalanka, K.A., Kahn-Samuels, S., Jordan, A.E., Rubin, J.D., Schnelzer, P., Devor, A.H., & Olson, K.R. (2022). Retransitioning: The experiences of youth who socially transition genders more than once. *International Journal of Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2085224>
- Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(2), 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016>
- Dy, G. W., Granieri, M. A., Fu, B. C., Vanni, A. J., Voelzke, B., Rourke, K. F., Elliott, S. P., Nikolavsky, D., & Zhao, L. C. (2019). Presenting complications to a reconstructive urologist after masculinizing genital reconstructive surgery. *Urology, 132*, 202-206. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.04.051>
- Dyer, C. (2020). Children are "highly unlikely" to be able to consent to taking puberty blockers, rules High Court. *BMJ, m4699*. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4699>
- Eckstrand, K. L., Potter, J., McCauley, E., & Brinkley-Rubinstein, L. (2017). *Institutionalization and Incarceration of LGBT Individuals*. In K.L. Eckstrand, & J. Potter (Eds.). *Trauma, Resilience, and Health Promotion in LGBT Patients What Every Healthcare Provider Should Know* (pp. 149-165). Springer International Publishing.
- Ediati A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Dessens, A. (2017). Ediati, A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Faradz, S. M. H., & Dessens, A. (2017). Social stigmatisation in late identified patients with disorders of sex development in Indonesia. *BMJ Paediatrics Open, 1*(1), e000130. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2017-000130>
- Edmiston, E. K., Donald, C. A., Sattler, A. R., Peebles, J. K., Ehrenfeld, J. M., & Eckstrand, K. L. (2016). Opportunities

- and gaps in primary care preventative health services for transgender patients: a systematic review. *Transgender Health*, 1(1), 216-230. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0019>
- Edmo v. Idaho Department of Corrections, Corizon, Inc. et al.; case number 1:17-cv-151-BLW, 2020.
- Edwards-Leeper, L., Feldman, H.A., Lash, B.R., Shumer, D.E., & Tishelman, A.C. (2017). Psychological profile of the first sample of transgender youth presenting for medical intervention in a U.S. pediatric gender center. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 374-382.
- Edwards-Leeper, L., Leibowitz, S., & Sangganjanavanich, V. F. (2016). Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2), 165-172. <https://doi.org/10.1037/sgd0000167>
- Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 321-336. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653302>
- Efstathiou, E., Davis, J. W., Pisters, L., Li, W., Wen, S., McMullin, R. P., Gormley, M., Ricci, D., Titus, M., Hoang, A., Zurita, A. J., Tran, N., Peng, W., Kheoh, T., Molina, A., Troncoso, P., & Logothetis, C. J. (2019). Clinical and biological characterisation of localised high-risk prostate cancer: Results of a randomised preoperative study of a luteinising hormone-releasing hormone agonist with or without abiraterone acetate plus prednisone. *European Urology*, 76(4), 418-424. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.05.010>
- Eftekhari Ardebili, M., Janani, L., Khazaei, Z., Moradi, Y., & Baradaran, H. R. (2020). Quality of life in people with transsexuality after surgery: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 264. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01510-0>
- Ehrensaft, D. (2016). *The Gender Creative Child: Pathways for Nurturing and Supporting Children who Live Outside Gender Boxes*. The Experiment
- Ehrensaft, D. (2018). Exploring gender expansive expressions. In Keo-Meier, C. and Ehrensaft, D. (Eds). *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*. American Psychological Association.
- Ehrensaft, D., Giammattei, S. V., Storck, K., Tishelman, A. C., & Keo-Meier, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn - A view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 251-268. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1414649>
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), 521-526. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014>
- Eisenberg, M. E., McMorris, B. J., Rider, G. N., Gower, A. L., & Coleman, E. (2020). "It's kind of hard to go to the doctor's office if you're hated there." A call for gender-affirming care from transgender and gender diverse adolescents in the United States. *Health & Social Care in the Community*, 28(3), 1082-1089. <https://doi.org/10.1111/hsc.12941>
- Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Murad, M. H., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: A systematic review and meta-analyses. *Clinical Endocrinology*, 72(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x>
- El-Hadi, H., Stone, J., Temple-Oberle, C., & Harrop, A. R. (2018). Gender-affirming surgery for transgender individuals: Perceived satisfaction and barriers to care. *Plastic Surgery*, 26(4), 263-268. <https://doi.org/10.1177/2292550318767437>
- Eliason, M. J., Dibble, S., & DeJoseph, J. (2010). Nursing's silence on lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: The need for emancipatory efforts. *Advances in Nursing Science*, 33(3), 206-218. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181e63e49>
- Ellens, R. E. H., Bakula, D. M., Mullins, A. J., Scott Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E. Y., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Mullins, L. L., & Nokoff, N. J. (2017). Psychological adjustment of parents of children born with atypical genitalia 1 Year after genitoplasty. *Journal of Urology*, 198(4), 914-920. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.05.035>
- Ellis, S. A., Wojnar, D. M., & Pettinato, M. (2015). Conception, pregnancy, and birth experiences of male

- and gender variant gestational parents: It's how we could have a family. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 60(1), 62-69. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12213>
- Ellis, S. J., Wakefield, C. E., McLoone, J. K., Robertson, E. G., & Cohn, R. J. (2016). Fertility concerns among child and adolescent cancer survivors and their parents: A qualitative analysis. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(5), 347-362. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1196806>
- Embaye, N. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual transgender people. *Journal of Bisexuality*, 6(1-2), 51-63. https://doi.org/10.1300/J159v06n01_04
- Emmer, P., Lowe, A., & Marshall, R. B. (2011). *This is a Prison, Glitter is Not Allowed : Experiences of Trans and Gender Variant People in Pennsylvania's Prison Systems : A Report by The Hearts on a Wire Collective*. Hearts On A Wire Collective.
- Endocrine Society, Pediatric Endocrine Society (2020). *Position Statement: Transgender Health*. Endocrine Society.
- Ernst, M. E., Sandberg, D. E., Keegan, C., Quint, E. H., Lossie, A. C., & Yashar, B. M. (2016). The lived experience of MRKH: Sharing health information with peers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 154-158. <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2015.09.009>
- Equality and Human Rights Commission. (2021) Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights. (2021). *Right to respect for private and family life, home and correspondence*. <https://www.equalityhumanrights.com/en/human-rights-act/article-8-respect-your-private-and-family-life>
- Esmonde, N., Heston, A., Jedrzejewski, B., Ramly, E., Annen, A., Guerriero, J., Hansen, J., & Berli, J. (2019). What is "nonbinary" and what do I need to know? A primer for surgeons providing chest surgery for transgender patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(5), NP106-NP112. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy166>
- Esteva de Antonio, I., Gómez-Gil, E., & GIDSEEN Group (2013). Coordination of healthcare for transsexual persons: A multidisciplinary approach. *Current Opinions Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 585-591. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436182.42966.31>
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). Access to fertility services by transgender persons: an Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility*, 104(5), 1111-1115. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.08.021>
- Ettner, R. (2013). Care of the elderly transgender patient. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 580-584. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436183.34931.a5>
- Ettner, R., & Wylie, K. (2013). Psychological and social adjustment in older transsexual people. *Maturitas*, 74(3), 226-229. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.011>
- Ettner, R., Monstrey, S., & Coleman, E. (2016). *Theories of the Etiology of Transgender Identity*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.). *Principles of Transgender Medicine and Surgery* (pp. 17-29). Routledge.
- European Medicines Agency. (2020). *Restrictions in use of cyproterone due to meningioma risk*. https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/cyproterone-article-31-referral-restrictions-use-cyproterone-due-meningioma-risk_en-0.pdf
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *EU-LGBTI II: A long way to go for LGBTI equality*. Publications Office of the European Union.
- Evans, S., Crawley, J., Kane, D., & Edmunds, K. (2021). The process of transitioning for the transgender individual and the nursing imperative: A narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4646-4660. <https://doi.org/10.1111/jan.14943>
- Ewald, E. R., Guerino, P., Dragon, C., Laffan, A. M., Goldstein, Z., & Streed, C. (2019). Identifying Medicare beneficiaries accessing transgender-related care in the era of ICD-10. *LGBT Health*, 6(4), 166-173. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0175>
- Expósito-Campos, P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(3), 270-280. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126>
- Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PloS One*, 12(8), e0183014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014>
- Fabbre, V. D., & Gaveras, E. (2020). The manifestation of multilevel stigma in the lived experiences of transgender and gender nonconforming older adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(3), 350. <https://doi.org/10.1037/ort0000440>
- Fakin, R. M., Zimmermann, S., Kaye, K., Lunger, L., Weinforth, G., & Giovanoli, P. (2019). Long-term outcomes in breast augmentation in trans-women: A 20-

- year experience. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(4), 381-390. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy143>
- Falcone, M., Garaffa, G., Gillo, A., Dente, D., Christopher, A. N., & Ralph, D. J. (2018). Outcomes of inflatable penile prosthesis insertion in 247 patients completing female to male gender reassignment surgery. *BJU International*, 121(1), 139-144. <https://doi.org/10.1111/bju.14027>
- Fast, A. A., & Olson, K. R. (2017). Gender development in transgender preschool children. *Child Development*, 89(2), 620-637. <https://doi.org/10.1111/cdev.12758>
- Fayne, R. A., Perper, M., Eber, A. E., Aldahan, A. S., & Nouri, K. (2018). Laser and light treatments for hair reduction in Fitzpatrick skin types IV-VI: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Clinical Dermatology*, 19(2), 237-252. <https://doi.org/10.1007/s40257-017-0316-7>
- Fedele, D. A., Kirk, K., Wolfe-Christensen, C., Phillips, T. M., Mazur, T., Mullins, L. L., Chernausk, S. D., & Wisniewski, A. B. (2010). Primary caregivers of children affected by disorders of sex development: Mental health and caregiver characteristics in the context of genital ambiguity and genitoplasty. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2010/690674>
- Federal Bureau of Prisons. (2016). *Transgender Clinical Care*. https://www.bop.gov/resources/pdfs/trans_guide_dec_2016.pdf
- Feinberg, L. (1996). *Transgender Warriors; Making History from Joan of Arc to Marsha P. Johnson and Beyond*. Beacon Press.
- Feldman, J., Brown, G. R., Deutsch, M. B., Hembree, W., Meyer, W., Meyer-Bahlburg, H. F., Tangpricha, V., T'Sjoen, G., & Safer, J. D. (2016). Priorities for transgender medical and healthcare research. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, 23(2), 180-187. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1097/MED.00000000000000231>
- Ferguson, H. J., Brunson, V. E. A. & Bradford, E. E. F. (2021). The developmental trajectories of executive function from adolescence to old age. *Science Reports*, 11, 1382. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-80866-1>
- Fernandez, A. A., França, K., Chacon, A. H., & Nouri, K. (2013). From flint razors to lasers: A timeline of hair removal methods. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 12(2), 153-162. <https://doi.org/10.1111/jocd.12021>
- Ferrando, C. A. (2020). Adverse events associated with gender affirming vaginoplasty surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 267.e1-267.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.033>
- Fiani, C. N., & Han, H. J. (2019). Navigating identity: Experiences of binary and non-binary transgender and gender non-conforming (TGNC) adults. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 181-194. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1426074>
- Fielding, L. (Ed.). (2021). *Trans Sex: Clinical Approaches to Trans Sexualities and Erotic Embodiments* (Vol. 1). Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780429318290>
- Finlayson, C., Johnson, E. K., Chen, D., Dabrowski, E., Gosiengfiao, Y., Campo-Engelstein, L., & Woodruff, T. K. (2016). Proceedings of the working group session on fertility preservation for individuals with gender and sex diversity. *Transgender Health*, 1(1), 99-107. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0008>
- Fischer, O. J. (2021). Non-binary reproduction: Stories of conception, pregnancy, and birth. *International Journal of Transgender Health*, 22 (1-2), 77-88. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1838392>
- Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Cassioli, E., Sensi, C., & Maggi, M. (2016). Cross-sex hormone treatment and psychobiological changes in transsexual persons: Two-year follow-up data. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(11), 4260-4269. <https://doi.org/10.1210/jc.2016-1276>
- Fisher, A. D., Ristori, J., Fanni, E., Castellini, G., Forti, G., & Maggi, M. (2016). Gender identity, gender assignment and reassignment in individuals with disorders of sex development: A major of dilemma. *Journal of Endocrinological Investigation*, 39(11), 1207-1224. <https://doi.org/10.1007/s40618-016-0482-0>
- Fisher, C. M., Waling, A., Kerr, L., Bellamy, R., Ezer, P., & Mikolajczak, G. (2019). *6th National Survey of Australian Secondary Students and Sexual Health 2018*, (ARCSHS Monograph Series No. 113). Australian Research Centre in Sex, Health & Society.
- Fitzpatrick, L.A., Pace, C., Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine*. 9(4), 381-387. <https://doi.org/10.1089/15246090050020691>

- Fix, L., Durden, M., Obedin-Maliver, J., Moseson, H., Hastings, J., Stoeffler, A., & Baum, S. E. (2020). Stakeholder perceptions and experiences regarding access to contraception and abortion for transgender, non-binary, and gender-expansive individuals assigned female at birth in the U.S. *Archives of Sexual Behaviour*, 49(7), 2683-2702. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01707-w>
- Fleming, L., Knafl, K., & Van Riper, M. (2017). How the child's gender matters for families having a child with congenital adrenal hyperplasia. *Journal of Family Nursing*, 23(4), 516-533. <https://doi.org/10.1177/1074840717735499>
- Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(5), 673-694. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1007/s10865-019-00120-6>
- Francis, A., Jasani, S., & Bachmann, G. (2018). Contraceptive challenges and the transgender individual. *Women's Midlife Health*, 4, 12. <https://doi.org/10.1186/s40695-018-0042-1>
- Fraser, L. (2009a). Psychotherapy in the world professional association for transgender health's standards of care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110-126. <https://doi.org/10.1080/15532730903008057>
- Fraser, L. (2009b). Depth psychotherapy with transgender people. *Sex and Relationship Therapy*, 24(2), 126-142. <https://doi.org/10.1080/14681990903003878>
- Frederick, M. J., Berhanu, A. E., & Bartlett, R. (2017). Chest surgery in female to male transgender individuals. *Annals of Plastic Surgery*, 78(3), 249-253. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000882>
- Frederick, N. N., Campbell, K., Kenney, L. B., Moss, K., Speckhart, A., & Bober, S. L. (2018). Barriers and facilitators to sexual and reproductive health communication between pediatric oncology clinicians and adolescent and young adult patients: The clinician perspective. *Pediatric Blood and Cancer*, 65(8), e27087. <https://doi.org/10.1002/pbc.27087>
- Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *The Public Policy and Aging Report*, 21(3), 3. <https://doi.org/10.1093/ppar/21.3.3>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., & Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 54(3), 488-500. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt021>
- Frey, J. D., Poudrier, G., Thomson, J. E., & Hazen, A. (2017). A historical review of gender-affirming medicine: Focus on genital reconstruction surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 14(8), 991-1002. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.06.007>
- Fung, R., Gallibois, C., Coutin, A., & Wright, S. (2020). Learning by chance: Investigating gaps in transgender care education amongst family medicine, endocrinology, psychiatry and urology residents. *Canadian Medical Education Journal*, 11(4), e19-e28. <https://doi.org/10.36834/cmiej.53009>
- Furtado, P. S., Moraes, F., Lago, R., Barros, L. O., Toralles, M. B., & Barroso, U. (2012). Gender dysphoria associated with disorders of sex development. *Nature Reviews Urology*, 9(11), 620-627. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2012.182>
- Gaither, T. W., Awad, M. A., Osterberg, E. C., Murphy, G. P., Romero, A., Bowers, M. L., & Breyer, B. N. (2018). Postoperative complications following primary penile inversion vaginoplasty among 330 male-to-female transgender patients. *Journal of Urology*, 199(3), 760-765. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.10.013>
- Galupo, M. P., Henise, S. B., & Mercer, N. L. (2016). "The labels don't work very well": Transgender individuals' conceptualizations of sexual orientation and sexual identity. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 93-104. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1189373>
- Galupo, M. P., Pulice-Farrow, L., Clements, Z.A., & Morris, E.R. (2019). "I love you as both and I love you as neither": Romantic partners' affirmations of nonbinary trans individuals. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 315-327. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1496867>
- Gamarel, K. E., Mereish, E. H., Manning, D., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2015). Minority stress, smoking patterns, and cessation attempts: Findings from a community-sample of transgender women in the San Francisco Bay area. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(3), 306-313. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv066>
- Gao, Y., Maurer, T., & Mirmirani, P. (2018). Understanding

- and addressing hair disorders in transgender individuals. *American Journal of Clinical Dermatology*, 19(4), 517-527. <https://doi.org/10.1007/s40257-018-0343-z>
- Garaffa, G., Ralph, D. J., & Christopher, N. (2010). Total urethral construction with the radial artery-based forearm free flap in the transsexual. *BJU International*, 106(8), 1206-1210. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09247.x>
- Garcia, M. M. (2018). Sexual function after shallow and full-depth vaginoplasty: Challenges, clinical findings, and treatment strategies - urologic perspectives. *Clinical Plastic Surgery*, 45(3), 437-446. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.04.002>
- Garcia, M. M. (2021). Decision-making in masculinizing surgery and feminizing surgery. In D. Nikolavsky & S. A. Blakely (Eds.), *Urological Care for the Transgender Patient: A Comprehensive Guide*, pp. 7-21. Springer International Publishing.
- Garcia, M. M., & Zaliznyak, M. (2020). Effects of feminizing hormone therapy on sexual function of transgender women. *Journal of Urology*, 203(Suppl. 4), e672-e672. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000900.020>
- Garcia, M. M., Christopher, N. A., De Luca, F., Spilotros, M., & Ralph, D. J. (2014). Overall satisfaction, sexual function, and the durability of neophallus dimensions following staged female to male genital gender confirming surgery: The Institute of Urology, London U.K. experience. *Translational Andrology and Urology*, 3(2), 156-162. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.04.10>
- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625-635. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625>
- Garrison, S. (2018). On the limits of "trans enough": Authenticating trans identity narratives. *Gender & Society*, 32(5), 613-637. <https://doi.org/10.1177/0891243218780299>
- Gava, G., Cerpolini, S., Martelli, V., Battista, G., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2016). Cyproterone acetate vs leuprolide acetate in combination with transdermal oestradiol in transwomen: A comparison of safety and effectiveness. *Clinical Endocrinology*, 85(2), 239-246. <https://doi.org/10.1111/cen.13050>
- Gava, G., Mancini, I., Alvisi, S., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2020). A comparison of 5-year administration of cyproterone acetate or leuprolide acetate in combination with estradiol in transwomen. *European Journal of Endocrinology*, 183(6), 561-569. <https://doi.org/10.1530/EJE-20-0370>
- Gava, G., Mancini, I., Cerpolini, S., Baldassarre, M., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2018). Testosterone undecanoate and testosterone enanthate injections are both effective and safe in transmen over 5 years of administration. *Clinical Endocrinology*, 89(6), 878-886. <https://doi.org/10.1111/cen.13821>
- Gebreab, S. Z., Vandeleur, C. L., Rudaz, D., Strippoli, M.-P. F., Gholam-Rezaee, M., Castelao, E., Lasserre, A. M., Glaus, J., Pistis, G., Kuehner, C., von Känel, R., Marques-Vidal, P., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2018). Psychosocial stress over the lifespan, psychological factors, and cardiometabolic risk in the community. *Psychosomatic Medicine*, 80(7), 628-639. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000621>
- Gelfer, M. P., & Tice, R. M. (2013). Perceptual and acoustic outcomes of voice therapy for male-to-female transgender individuals immediately after therapy and 15 months later. *Journal of Voice*, 27(3), 335-347. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.07.009>
- Geneid, A., Rihkanen, H., & Kinnari, T. J. (2015). Long-term outcome of endoscopic shortening and stiffening of the vocal folds to raise the pitch. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 272(12), 3751-3756. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3721-7>
- Georgeu, D., Colvin, C. J., Lewin, S., Fairall, L., Bachmann, M. O., Uebel, K., Zwarenstein, M., Draper, B., & Bateman, E. D. (2012). Implementing nurse-initiated and managed antiretroviral treatment (NIMART) in South Africa: A qualitative process evaluation of the STRETCH trial. *Implementation Science*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-66>
- Gerritse, K., Hartman, L., Antonides, M. F., Wensing-Kruger, A., de Vries, A. L. C., & Molewijk, B. C. (2018). Moral challenges in transgender care: A thematic analysis based on a focused ethnography. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2319-2333. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1287-3>
- Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Safer, J., Slovis, J., Tangpricha, V., &

- Goodman, M. (2018). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 169(4), 205–213. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.7326/M17-2785>
- Gezer, E., Piro, B., Cantürk, Z., Çetinarslan, B., Sözen, M., Selek, A., Işık, A. P., & Seal, L. J. (2021). The comparison of gender dysphoria, body image satisfaction and quality of life between treatment-naive transgender males with and without polycystic ovary syndrome. *Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0061>
- Gibson, D.J., Glazier, J.J., Olson, K.R. (2021). Evaluation of anxiety and depression in a community sample of transgender youth. *JAMA Network Open* 4, e214739–e214739. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4739>
- Gieles, N. C., van de Grift, T. C., Elaut, E., Heylens, G., Becker-Hebly, I., Nieder, T. O., Laan, E. T. M., & Kreukels, B. P. C. (2022). Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study. *International Journal of Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2028693>
- Giffort, D. M., & Underman, K. (2016). The relationship between medical education and trans health disparities: A call to research. *Sociology Compass*, 10(11), 999-1013. <https://doi-org.nottingham.idm.oclc.org/10.1111/soc4.12432>
- Gils, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178-184.
- Giltay, E. J., & Gooren, L. J. (2000). Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin sebum production in transsexual males and females. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85(8), 2913-2921. <https://doi.org/10.1210/jcem.85.8.6710>
- Giltay, E. J., Gooren, L. J. G., Emeis, J. J., Kooistra, T., & Stehouwer, C. D. A. (2000). Oral, but not transdermal, administration of estrogens lowers tissue-type plasminogen activator levels in humans without affecting endothelial synthesis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 20(5), 1396-1403. <https://doi.org/10.1161/01.ATV.20.5.1396>
- Giordano, S. (2008). Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder? *Journal of Medical Ethics*, 34(8), 580–584. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.021097>
- Giordano, S. (2012). Sliding doors: Should treatment of gender identity disorder and other body modifications be privately funded? *Medicine, Health Care Philosophy*, 15(1), 31-40. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9303-y>
- Giordano, S., & Holm, S. (2020). Is puberty delaying treatment 'experimental treatment'?. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 113–121. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1747768>
- Giovanardi, G., Mirabella, M., Di Giuseppe, M., Lombardo, F., Speranza, A. M., & Lingiardi, V. (2021). Defensive functioning of individuals diagnosed with gender dysphoria at the beginning of their hormonal treatment. *Frontiers in Psychology*, 12, 665547. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.665547>
- Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment Patterns and Complex Trauma in a Sample of Adults Diagnosed with Gender Dysphoria. *Frontiers in Psychology*, 9, 60. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00060>
- GIRE, LGBT Foundation, Mermaids, Ozanne Foundation, and Stonewall. (2020). *Conversion therapy and gender identity survey*. Stonewall https://www.stonewall.org.uk/system/files/2020_conversion_therapy_and_gender_identity_survey.pdf
- Glaser, R. L. M. F., Newman, M. M., Parsons, M. M., Zava, D. P., & Glaser-Garbrick, D. (2009). Safety of maternal testosterone therapy during breast feeding. *International Journal of Pharmaceutical Compounding*, 13(4), 314-317.
- Glaser, J., Nouri, S., Fernandez, A., Sudore, R. L., Schillinger, D., Klein-Fedyshin, M., & Schenker, Y. (2020). Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: An updated systematic review. *Medical Decision Making*, 40(2), 119-143. <https://doi.org/10.1177/0272989x19896348>
- Glick, J. C., Leamy, C., Molsberry, A. H., & Kerfeld, C. I. (2020). Moving toward equitable health care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer patients: Education and training in physical therapy education. *Journal of Physical Therapy Education*, 34(3), 192-197. <https://doi.org/10.1097/JTE.000000000000140>
- Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B., & Arcelus, J. (2016).

- Autistic spectrum disorders and gender dysphoria: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*, 4(1), 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.003>
- Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(3), 336. <https://doi.org/10.1037/sgd0000171>.
- Godfrey, L. M. (2021). Mental health outcomes among individuals with 46,XY disorders of sex development: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 26(1), 40-59. <https://doi.org/10.1177/1359105320909863>
- Goetz, T. G., & Arcomano, A. C. (2022). "X" marks the transgressive gender: A qualitative exploration of legal gender-affirmation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/19359705.2021.2008572>
- Goldblum, P., Testa, R. J., Pflum, S., Hendricks, M. L., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). The relationship between gender-based victimization and suicide attempts in transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 468. <https://doi.org/10.1037/a0029605>
- Goldhammer, H., Marc, L. G., Psihopoulos, D., Chavis, N. S., Massaquoi, M., Cahill, S., Rebchook, G., Reisner, S., Mayer, K. A., Cohen, S. M., & Keuroghlian, A. S. (2022). HIV care continuum interventions for transgender women: A topical review. *Public Health Reports*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00333549211065517>
- Goldstein, Z., Khan, M., Reisman, T., & Safer, J. D. (2019). Managing the risk of venous thromboembolism in transgender adults undergoing hormone therapy. *Journal of Blood Medicine*, 10, 209-216. <https://doi.org/10.2147/JBM.S166780>
- Golub, S. A., Fikslin, R. A., Starbuck, L., & Klein, A. (2019). High rates of PrEP eligibility but low rates of PrEP access among a national sample of transmasculine individuals. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 82(1), e1-e7. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002116>
- Gomez, A. M., Đỗ, L., Ratliff, G. A., Crego, P. I., & Hastings, J. (2020). Contraceptive beliefs, needs, and care experiences among transgender and nonbinary young adults. *The Journal of Adolescent Health*, 67(4), 597-602. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.003>
- Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godás, T., Cruz Almaraz, M., & Salamero, M. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*, 37(5), 662-670. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.08.010>
- Gong, E. M., & Cheng, E. Y. (2017). Current challenges with proximal hypospadias: We have a long way to go. *Journal of Pediatric Urology*, 13(5), 457-467. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2017.03.024>
- Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: A narrative review. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 48(2), 303-321. <https://doi.org/10.1016/j.ecd.2019.01.001>
- Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3129-3134. <https://doi.org/10.1111/jsm.12319>
- Gooren, L. J., Wierckx, K., & Giltay, E. J. (2014). Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: Reversal of the traditional sex difference in cardiovascular disease pattern. *European Journal of Endocrinology*, 170(6), 809-819. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1530/EJE-14-0011>
- Gordon, A. R., Fish, J. N., Kiekens, W. J., Lightfoot, M., Frost, D. M., & Russell, S. T. (2021). Cigarette smoking and minority stress across age cohorts in a national sample of sexual minorities: Results from the Generations Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(6), 530-542. <https://doi.org/10.1093/abm/kaa079>
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Gebleux, S., Penochet, J., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Loundou, A., Berbis, J., Auquier, P., Lançon, C., & Bonierbale, M. (2012). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(2), 531-541. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02564.x>
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J. C., Pringuey, D., & Auquier, P. (2013). Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(11), 996-1000. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000046>
- Gourab, G., Khan, M. N. M., Hasan, A. M. R., Sarwar, G.,

- Irfan, S. D., & Reza, M. M. (2019). The willingness to receive sexually transmitted infection services from public healthcare facilities among key populations at risk for human immunodeficiency virus infection in Bangladesh: Qualitative study. *PLOS One*, *14*(9), e0221637. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221637>
- Gower, A. L., Rider, G. N., Brown, C., McMorris, B. J., Coleman, E., Taliaferro, L. A., & Eisenberg, M. E. (2018). Supporting transgender and gender diverse youth: Protection against emotional distress and substance use. *American Journal of Preventive Medicine*, *55*(6), 787–794. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.030>
- Gower, A. L., Rider, G. N., Coleman, E., Brown, C., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Perceived gender presentation among transgender and gender diverse youth: Approaches to analysis and associations with bullying victimization and emotional distress. *LGBT Health*, *5*(5), 312–319. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0176>
- Grabski, B., Rachoń, D., Czernikiewicz, W., Dulko, S., Jakima, S., Muldenr-Nieckowski, Ł., Trofimiuk-Muldner, M., Baran, D., Dora, M., Iniewicz, G., Mijas, M., Stankiewicz, S., Adamczewska-Stachura, M., & Mazurczak, A. (2021). Recommendations of the Polish Sexological Society on medical care in transgender adults – position statement of the expert panel. *Psychiatria Polska*, *55*(3), 701–708. <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/125785>
- Graham, S. (2010). *Gender diversity in Indonesia: sexuality, Islam and queer selves*. Routledge.
- Grannis, C., Leibowitz, S. F., Gahn, S., Nahata, L., Morningstar, M., Mattson, W. I., Chen, D., Strang, J. F., & Nelson, E. E. (2021). Testosterone treatment, internalizing symptoms, and body image dissatisfaction in transgender boys. *Psychoneuroendocrinology*, *132*, 105358. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105358>
- Grant, J., Lisa, A., Mottet, J., Tanis, D., With, J., Harrison, J., Herman, M., & Keisling, M. H. (2011). *Injustice at Every Turn A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2016). Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey. 2011. *Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force*. https://thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/Ntds_full.pdf
- Grant, R. M., Pellegrini, M., Defechereux, P. A., Anderson, P. L., Yu, M., Glidden, D. V., O'Neal, J., Yager, J., Bhasin, S., Sevelius, J., & Deutsch, M. B. (2020). Sex hormone therapy and tenofovir diphosphate concentration in dried blood spots: Primary results of the interactions between antiretrovirals and transgender hormones study. *Clinical Infectious Diseases*, *73*(7), e2117–e2123. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1160>
- Grassian, S. (2006). Psychiatric effects of solitary confinement part of the law enforcement and corrections commons recommended citation. *Washington University Journal of Law & Policy*, *22*(1), 325–383. https://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1362&context=law_journal_law_policy
- Green, A. E., Price-Feeney, M., Dorison, S. H., & Pick, C. J. (2020). Self-reported conversion efforts and suicidality among US LGBTQ youths and young adults, 2018. *American Journal of Public Health*, *110*(8), 1221–1227. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305701>
- Green, R., & Fleming, D. T. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, *1*(1), 163–174. <https://doi.org/10.1080/10532528.1990.10559859>
- Greenwald, P., Dubois, B., Lekovich, J., Pang, J. H., & Safer, J. D. (2021). Successful in vitro fertilization in a cisgender female carrier using oocytes retrieved from a transgender man maintained on testosterone. *AACE Clinical Case Reports*, *8*(1), 19–21. <https://doi.org/10.1016/j.aace.2021.06.007>
- Greytak, E. A., Kosciw, J. G., & Boesen, M. J. (2013). Putting the “T” in “Resource”: The benefits of LGBT-related school resources for transgender youth. *Journal of LGBT Youth*, *10* (1–2), 45–63. <https://doi.org/10.1080/19361653.2012.718522>
- Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel-Bristow, A., Woodward, J., Dundon, K., Schaff, R., McCarty, C., Ahrens, K., & Breland, D. J. (2016). Youth and caregiver perspectives on barriers to gender-affirming health care for transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, *59*(3), 254–261. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.017>
- Griffiths, D. A. (2018). Shifting syndromes: Sex chromosome variations and intersex classifications.

- Social Studies of Science*, 48(1), 125-148. <https://doi.org/10.1177/0306312718757081>
- Grimstad, F. W., Fowler, K. G., New, E. P., Ferrando, C. A., Pollard, R. R., Chapman, G., Gray, M., & Lobo, V. G. (2020). Ovarian histopathology in transmasculine persons on testosterone: A multicenter case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(9), 1807-1818. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.029>
- Grimstad, F., Fowler, K., New, E., Unger, C., Pollard, R., Chapman, G., Hochberg, L., Gomez-Lobo, V., Gray, M. (2018). Evaluation of uterine pathology in transgender men and gender nonbinary persons on testosterone. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(2), 217. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.02.009>
- Grimstad, F., Kremen, J., Streed, C. G., & Dalke, K. B. (2021). The health care of adults with differences in sex development or intersex traits is changing: Time to prepare clinicians and health systems. *LGBT Health*, 8(7), 439-443. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0018>
- Grimstad, F., McLaren, H., & Gray, M. (2021). The gynecologic examination of the transfeminine person after penile inversion vaginoplasty. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(3), 266-273. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.002>
- Grootens-Wiegers, P., Hein, I. M., van den Broek, J. M., & de Vries, M. C. (2017). Medical decision-making in children and adolescents: Developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatrics*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0869-x>
- Gross, M. (1999). Pitch-raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 13(2), 246-250. [https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(99\)80028-9](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(99)80028-9)
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 111-128. https://doi.org/10.1300/J082v51n01_06
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527-537. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527>
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2005). Parent' reactions to transgender youth' gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3-16. https://doi.org/10.1300/j041v18n01_02
- Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A., & Russell, S. T. (2019). Parental responses to transgender and gender nonconforming youth: Associations with parent support, parental abuse, and youths' psychological adjustment. *Journal of Homosexuality*, 68(8), 1-18. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1696103>
- Grynberg, M., Fanchin, R., Dubost, G., Colau, J. C., Bremont-Weil, C., Frydman, R., & Ayoubi, J. M. (2010). Histology of genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsexual population. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(4), 553-558. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2009.12.021>
- Gunjawate, D. R., B. Kumar, R., Ravi, R., & Kunnath, L. S. (2020). Knowledge and attitudes toward transgender community among speech-language pathologists in India: A questionnaire-based exploration. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 455-462. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753135>
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., & deBeer, H. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383-394. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., & Brown, G. K. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10-51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>
- Hadj-Moussa, M., Agarwal, S., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M. (2018). Masculinizing genital gender confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 7(1), 141-155. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.06.004>
- Hadj-Moussa, M., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M., Jr. (2018). Feminizing genital gender-confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 6(3), 457-468 e452. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.11.005>
- Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B., & Almack, K. (2018). Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the Care Home Challenge action research project. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), e312-e320. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1111/hsc.12521>

- Hage, J. J., Dekker, J., Karim, R. B., Verheijen, R. H. M., & Bloemena, E. (2000). Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: Report of two cases. *Gynecologic Oncology*, 76(3), 413-415. <https://doi.org/10.1006/gyno.1999.5720>
- Hagen, D. B., & Galupo, M. P. (2014). Trans* individuals' experiences of gendered language with health care providers: Recommendations for practitioners. *International Journal of Transgenderism*, 15(1), 16-34. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.890560>
- Hahn, M., Sheran, N., Weber, S., Cohan, D., & Obedin-Maliver, J. (2019). Providing patient-centered perinatal care for transgender men and gender-diverse individuals: A collaborative multidisciplinary team approach. *Obstetrics & Gynecology*, 135(5), 959-963. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003506>
- Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJPsych Open*, 7(6). <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>
- Hamada, A., Kingsberg, S., Wierckx, K., T'Sjoen, G., De Sutter, P., Knudson, G., & Agarwal, A. (2015). Semen characteristics of transwomen referred for sperm banking before sex transition: A case series. *Andrologia*, 47(7), 832-838. <https://doi.org/10.1111/and.12330>
- Hamilton, J. B., & Mestler, G. E. (1969). Mortality and survival: Comparison of Eunuchs with intact men and women in a mentally retarded population. *Journal of Gerontology*, 24(4), 395-411. <https://doi.org/10.1093/geronj/24.4.395>
- Hamm, J. A., & Nieder, T. O. (2021). Trans*-sexualität neu denken: Eine partizipative interviewstudie zu gelingender sexualität ohne genitalangleichung. *Zeitschrift Für Sexualforschung*, 34(02), 69-78. <https://doi.org/10.1055/a-1477-0412>
- Hancock, A. B. (2017). An ICF perspective on voice-related quality of life of American transgender women. *Journal of Voice*, 31(1), 115.e1-115.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.03.013>
- Hancock, A. B., Childs, K. D., & Irwig, M. S. (2017). Trans male voice in the first year of testosterone therapy: Make no assumptions. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(9), 2472-2482. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0320
- Hancock, A. B., & Downs, S. C. (2021). Listening to gender-diverse people of color: Barriers to accessing voice and communication care. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00262
- Hancock, A. B., & Garabedian, L. M. (2013). Transgender voice and communication treatment: A retrospective chart review of 25 cases. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(1), 54-65. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00185.x>
- Hancock, A., & Haskin, G. (2015). Speech-language pathologists' knowledge and attitudes regarding lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) populations. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(2), 206-221. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0095
- Hancock, A. B., Krissing, J., & Owen, K. (2011). Voice perceptions and quality of life for transgender people. *Journal of Voice*, 25(5), 553-558. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.07.013>
- Hancock, A. B., & Pool, S. F. (2017). Influence of listener characteristics on perceptions of sex and gender. *Journal of Language and Social Psychology*, 36(5), 599-610. <https://doi.org/10.1177/0261927X17704460>
- Hancock, A. B., & Siegfriedt, L. L. (2020). *Transforming voice and communication with transgender and gender-diverse people: An evidence-based process*. Plural Publishing.
- Handy, A. B., Wassersug, R. J., Ketter, J. T. J., & Johnson, T. W. (2015). The sexual side of castration narratives: Fiction written by and for eunuchs and eunuch "wannabes." *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 151-159. <https://doi.org/10.3138/cjhs.242-a4>
- Hardacker, C. T., Chyten-Brennan, J., & Komar, A. (2019). Transgender physiology, anatomy, and aging: A provider's guide to gender-affirming surgeries. In *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 37-60). Springer.
- Harden, K. P. (2014). A sex-positive framework for research on adolescent sexuality. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 455-469. <https://doi.org/10.1177/1745691614535934>
- Hardy, T. L. D., Rieger, J. M., Wells, K., & Boliek, C. A. (2021). Associations between voice and gestural characteristics of transgender women and self-rated femininity, satisfaction, and quality of life. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(2), 663-672. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00118
- Harper, A., Finnerty, P., Martinez, M., Brace, A., Crethar, H. C., Loos, B., Harper, B., Graham, S., Singh, A., Kocet,

- M., Travis, L., Lambert, S., Burnes, T., Dickey, L. M., & Hammer, T. R. (2013). Association for lesbian, gay, bisexual, and transgender issues in counseling competencies for counseling with lesbian, gay, bisexual, queer, questioning, intersex, and ally individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 7(1), 2–43. <https://doi.org/10.1080/15538605.2013.755444>
- Harris, K., Ferguson, J., & Hills, S. (2014). A comparative study of hair removal at an NHS hospital: Luminette intense pulsed light versus electrolysis. *Journal of Dermatological Treatment*, 25(2), 169–173. <https://doi.org/10.3109/09546634.2012.715239>
- Havranek, E. P., Mujahid, M. S., Barr, D. A., Blair, I. V., Cohen, M. S., Cruz-Flores, S., Davey-Smith, G., Dennison-Himmelfarb, C. R., Lauer, M. S., Lockwood, D. W., Rosal, M., & Yancy, C. W. (2015). American Heart Association Council on Quality of Care and Outcomes Research, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health, and Stroke Council. *Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association*. *Circulation*, 132(9), 873–898. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.0000000000000228>
- Hay, M. (2021, February 20). Meet the men who risk it all to have their balls cut off. *The Daily Beast*. <https://www.thedailybeast.com/inside-the-dangerous-global-network-of-backstreet-castrators-cutters-and-eunuch-makers>
- Health Policy Project, Asia-Pacific Transgender Network and United Nations Development Program. (2015). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans people and trans communities*. <https://weareaptn.org/2017/06/01/blueprint-for-the-provision-of-comprehensive-care-for-trans-people/>
- Heck, N. C., Croot, L. C., & Robohm, J. S. (2015). Piloting a psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 30–36. <https://doi.org/10.1037/a0033134>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V., & Montori, V. M. (2009). Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132–3154. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Hassan Murad, M., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1210/jc.2017-01658>
- Hempel, J. (2016, September 1). *My Brother's Pregnancy and the Making of a New American Family*. TIME.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Henry, R. S., Perrin, P. B., Coston, B. M., & Witten, T. M. (2020). Transgender and gender non-conforming adult preparedness for aging: Concerns for aging, and familiarity with and engagement in planning behaviors. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 58–69. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1690612>
- Herd, G. (1994). *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. The MIT Press.
- Herman, J. L., Brown, T. N. T., & Haas, A. P. (2019). *Suicide thoughts and attempts among transgender adults. Findings from the 2015 US Transgender Survey*. Williams Institute UCLA School of Law. <https://escholarship.org/content/qt1812g3hm/qt1812g3hm.pdf>
- Hermann, M., & Thorstenson, A. (2015). A rare case of male-to-eunuch gender dysphoria. *Sexual Medicine*, 3(4), 331–333. <https://doi.org/10.1002/sm.2.81>
- Hess, J., Henkel, A., Bohr, J., Rehme, C., Panic, A., Panic, L., Rossi Neto, R., Hadaschik, B., & Hess, Y. (2018). Sexuality after male-to-female gender affirmation surgery. *BioMed Research International*, 2018, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2018/9037979>
- Hess, J., Hess-Busch, Y., Kronier, J., Rubben, H., & Rossi Neto, R. (2016). Modified preparation of the neurovascular bundle in male to female transgender patients. *Urology International*, 96(3), 354–359.

- <https://doi.org/10.1159/000443281>
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. R., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 151–156. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954>
- Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., T'Sjoen, G., & De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: A prospective study of persons with a gender identity disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 119–126. <https://doi.org/10.1111/jsm.12363>
- Hidalgo, M. A., & Chen, D. (2019). Experiences of gender minority stress in cisgender parents of transgender/gender-expansive prepubertal children: A qualitative study. *Journal of Family Issues*, 40(7), 865–886. <https://doi.org/10.1177/0192513x19829502>
- Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P., & Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56(5), 285–290. <https://doi.org/10.1159/000355235>
- Hines, M., Constantinescu, M., & Spencer, D. (2015). Early androgen exposure and human gender development. *Biology of Sex Differences*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s13293-015-0022-1>
- Hiransuthikul, A., Himmad, L., Kerr, S. J., Janamnuysook, R., Dalodom, T., & Phanjaroen, K. (2020). Drug-drug interactions among Thai HIV-positive transgender women undergoing feminizing hormone therapy and antiretroviral therapy: The iFACT study. *Clinical Infectious Diseases* 72(3), 396–402. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa038>
- Hiransuthikul, A., Janamnuysook, R., Sungsing, T., Jantarapakde, J., Trachunthong, D., Mills, S., & Phanuphak, N. (2019). High burden of chlamydia and gonorrhoea in pharyngeal, rectal and urethral sites among Thai transgender women: Implications for anatomical site selection for the screening of STI. *Sexually Transmitted Infections*, 95(7), 534. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053835>
- Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N. A., Gorman, G. H., Nylund, C. M., & Klein, D. A. (2019). Gender dysphoria in children with Autism Spectrum Disorder. *LGBT Health*, 6(3), 95–100. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0252>
- Hisle-Gorman, E., Schvey, N. A., Adirim, T. A., Rayne, A. K., Susi, A., Roberts, T. A., & Klein, D. A. (2021). Mental healthcare utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(8), 1444–1454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.014>
- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Weyers, S., Decaestecker, K., & Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.008>
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(Suppl. 2), 332. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5>
- Hollenbach, A., Eckstrand, K., Dreger, A., & AAMC Advisory Committee on Sexual Orientation, Gender Identity, and Sex Development (2014). *Implementing Curricular and Institutional Climate Changes to Improve Health Care for Individuals Who Are LGBT, Gender Nonconforming, or Born with DSD: A Resource for Medical Educators*. Association of American Medical Colleges.
- Holmberg, M., Arver, S., & Dhejne, C. (2019). Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nature Reviews Urology*, 16(2), 121–139. <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0108-8>
- Hontscharuk, R., Alba, B., Hamidian Jahromi, A., & Schechter, L. (2021). Penile inversion vaginoplasty outcomes: Complications and satisfaction. *Andrology*, 9(6), 1732–1743. <https://doi.org/10.1111/andr.13030>
- Hontscharuk, R., Alba, B., Manno, C., Pine, E., Deutsch, M. B., Coon, D., & Schechter, L. (2021). Perioperative transgender hormone management: Avoiding venous thromboembolism and other complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 147(4), 1008–1017. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007786>
- Hooton, T. M. (2012). Clinical practice. Uncomplicated urinary tract infection. *New England Journal of Medicine*, 366(11), 1028–1037. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1104429>
- NEJMcp1104429. Uncomplicated urinary tract infection. *New England Journal of Medicine*, 366(11), 1028–1037. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1104429>

- Horbach, S. E., Bouman, M. B., Smit, J. M., Ozer, M., Buncamper, M. E., & Mullender, M. G. (2015). Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: A systematic review of surgical techniques. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1499-1512. <https://doi.org/10.1111/jsm.12868>
- Horner, B., McManus, A., Comfort, J., Freijah, R., Lovelock, G., Hunter, M., & Tavener, M. (2012). How prepared is the retirement and residential aged care sector in Western Australia for older non-heterosexual people?. *Quality in Primary Care*, 20(4), 263-274.
- Hostiuc, S., Rusu, M. C., Negoii, I., & Drima, E. (2018). Testing decision-making competency of schizophrenia participants in clinical trials. A meta-analysis and meta-regression. *BMC Psychiatry*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1580-z>
- Horton, C. (2021). Parent advocacy groups for trans children. In A. Goldberg, & G. Beemyn (Eds.). *The SAGE Encyclopedia of Trans Studies*. SAGE Publications Inc.
- Houk, C. P., & Lee, P. A. (2010). Approach to assigning gender in 46,XX Congenital Adrenal Hyperplasia with male external genitalia: Replacing dogmatism with pragmatism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(10), 4501-4508. <https://doi.org/10.1210/jc.2010-0714>
- Houlberg, M. (2019). Endocrinology, hormone replacement therapy (HRT), and aging. In *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 21-35). Springer
- House of Commons Women and Equalities Committee. (2015, December 8). *Transgender Equality: First report of session 2015-2016*. Retrieved from <https://publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmselect/cmwomeq/390/390.pdf>
- Hoy-Ellis, C. P., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Depression among transgender older adults: General and minority stress. *American Journal of Community Psychology*, 59(3-4), 295-305. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12138>
- Hudson, J., Nahata, L., Dietz, E., & Quinn, G. P. (2018). Fertility counseling for transgender AYAs. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 6(1), 84-92. <https://doi.org/10.1037/cpp0000180>
- Hughes, I. A. (2005). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554-563. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.098319>
- Hughes, I. A., Nihoul-Fékété, C., Thomas, B., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21:351-365. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2007.06.003>
- Hughto, J. M. W., Gunn, H. A., Rood, B. A., & Pantalone, D. W. (2020). Social and medical gender affirmation experiences are inversely associated with mental health problems in a U.S. non-probability sample of transgender adults. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01655-5>
- Hullmann, S. E., Fedele, D. A., Wolfe-Christensen, C., Mullins, L. L., & Wisniewski, A. B. (2011). Differences in adjustment by child developmental stage among caregivers of children with disorders of sex development. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1). <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-16>
- Human Rights Campaign. (2018a). *Gender Expansive Youth Report*. Human Rights Campaign, US.
- Human Rights Campaign. (2018b). *LGBTQ Youth Report*. https://www.hrc.org/resources/2018_lgbtq-youth-report
- Human Rights Campaign Foundation. (2017). *Corporate Equality Index 2018: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality*. <https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/CEI-2018-FullReport.pdf>
- Human Rights Campaign Foundation. (2022). *Corporate Equality Index 2022: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality*. <https://www.hrc.org/resources/corporate-equality-index>
- Human Rights Watch. (2014). "I'm scared to be a woman": human rights abuses against transgender people in Malaysia. https://features.hrw.org/features/HRW_reports_2014/I_m_Scared_to_Be_a_Woman/index.htm
- Human Rights Watch. (2017). "I want to be like nature made me": Medically unnecessary surgeries on intersex children in the U.S. https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/lgbt_intersex0717_web_0.pdf;
- Hunt, J. (2014). An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Counselling and Psychotherapy*

- Research, 14(4), 288-296. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.838597>
- Hunt, J., Bristowe, K., Chidyamatare, S., & Harding, R. (2017). 'They will be afraid to touch you': LGBTI people and sex workers' experiences of accessing healthcare in Zimbabwe - an in-depth qualitative study. *BMJ Global Health*, 2(2), e000168. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000168>
- Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture Health & Sexuality*, 13(3), 355-370. <https://doi.org/10.1080/13691058.2010.537770>
- Idrus, N. I., & Hymans, T. D. (2014). Balancing benefits and harm: Chemical use and bodily transformation among Indonesia's transgender waria. *International Journal of Drug Policy*, 25(4), 789-797.
- ILGA World. (2020a). *Trans legal mapping report 2019: recognition before the law*. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Trans_Legal_Mapping_Report_2019_EN.pdf
- ILGA World. (2020b). *Curbing deception: a world survey on legal regulation of so-called "conversion therapies"*. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Curbing_Deception_world_survey_legal_restrictions_conversion_therapy.pdf
- Ingraham, N., Wingo, E., & Roberts, S. C. M. (2018). Inclusion of LGBTQ persons in research related to pregnancy risk: A cognitive interview study. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2018-200097>
- International Commission of Jurists (2007). *Yogyakarta Principles - Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*. www.yogyakartaprinciples.org
- International Commission of Jurists. (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10 - Additional Principles and State Obligation on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation, Gender Expression and Sex Characteristics to Complement the Yogyakarta Principles*. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Report of an Expert Panel*. Interprofessional Education Collaborative.
- Irwig, M. S. (2017). Testosterone therapy for transgender men. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5, 301-311. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(16\)00036-x](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(16)00036-x)
- Irwig, M. S. (2018). Cardiovascular health in transgender people. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 19(3), 243-251. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9454-3>
- Irwig, M. S., Childs, K., & Hancock, A. B. (2017). Effects of testosterone on the transgender male voice. *Andrology*, 5(1), 107-112. <https://doi.org/10.1111/andr.12278>
- Irwig, M.S. (2021). Is there a role for 5 α -reductase inhibitors in transgender individuals? *Andrology*, 9(6), 1729-1731. <https://doi.org/10.1111/andr.12881>
- Isaacson, D., Aghili, R., Wongwittava, N., & Garcia, M. (2017). How big is too big? The girth of bestselling insertive sex toys to guide maximal neophallus dimensions. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(11), 1455-1461. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.012>
- Islam, N., Nash, R., Zhang, Q., Panagiotakopoulos, L., Daley, T., Bhasin, S., Getahun, D., Sonya Haw, J., McCracken, C., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Is there a link between hormone use and diabetes incidence in transgender people? Data from the STRONG cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(4), e1549-e1557. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab832>
- Isshiki, N., Taira, T., & Tanabe, M. (1983). Surgical alteration of the vocal pitch. *The Journal of Otolaryngology*, 12(5), 335-340. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6644864/>
- Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Rothman, M. S., Van Schuylenbergh, J., Van de Bruaene, L., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2019). Health considerations for transgender women and remaining unknowns: A narrative review. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 10, 204201881987116. <https://doi.org/10.1177/2042018819871166>
- Iwamoto, S. J., Grimstad, F., Irwig, M. S., & Rothman, M. S. (2021). Routine screening for transgender and gender diverse adults taking gender-affirming hormone therapy: A narrative review. *Journal of General Internal Medicine*, 36(5), 1380-1389. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06634-7>
- Iwamoto, S. J., T'Sjoen, G., Safer, J. D., Davidge-Pitts, C. J., Wierman, M. E., Glodowski, M. B., & Rothman, M. S. (2019). Letter to the editor: "Progesterone is important

- for transgender women's therapy - applying evidence for the benefits of progesterone in ciswomen". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 104(8), 3127-3128. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-00249>
- Jablonski, R. A., Vance, D. E., & Beattie, E. (2013). The invisible elderly: Lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 46-52. <https://doi.org/10.3928/00989134-20130916-0>
- Jackowich, R. A., Vale, R., Vale, K., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2014). Voluntary genital ablations: Contrasting the cutters and their clients. *Sexual Medicine*, 2(3), 121-132. <https://doi.org/10.1002/sm2.33>
- Jackson Levin, N., Kattari, S. K., Piellusch, E. K., & Watson, E. (2020). "We just take care of each other": Navigating 'chosen family' in the context of health, illness, and the mutual provision of care amongst queer and transgender young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7346. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197346>
- Jacobson, G. J., Niemira, J. C., & Violeta, K. J. (Eds.). (2019). *Sex, Sexuality, and Trans Identities: Clinical Guidance for Psychotherapists and Counselors*. Jessica Kingsley Publishers.
- Jadoul, P., Guilmain, A., Squifflet, J., Luyckx, M., Votino, R., Wyns, C., & Dolmans, M. M. (2017). Efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: Lessons learned from 545 cases. *Human Reproduction*, 32(5), 1046-1054. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex040>
- Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nuñez, D. (2018). Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. *BioMed Research International*, 2018, 8639263. <https://doi.org/10.1155/2018/8639263>
- Jahromi, A. H., Horen, S. R., Dorafshar, A. H., Seu, M. L., Radix, A., Anderson, E., Green, J., Fraser, L., Johannesson, L., Testa, G., Schechter, L. S. M., & Schechter, L. (2021). Uterine transplantation and donation in transgender individuals; Proof of concept. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 349-359. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915635>
- Jakomin, J. R., Ziegler, A., Rio, C., & Suddarth, R. (2020). Opportunities to learn transgender voice and communication therapy in graduate speech-language pathology education: Preliminary e-survey findings. *Perspectives*, 5(4), 876-883. https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00047
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/US-TS-AIAN-Report-Dec17.pdf>
- James-Abra, S., Tarasoff, L., Green, D., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L. S., Ross, L. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. *Human Reproduction*, 30(6), 1365-1374. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev087>
- Jarrett, B. A., Corbet, A. L., Gardner, I. H., Weinand, J. D., & Peitzmeier, S. M. (2018). Chest binding and care seeking among transmasculine adults: A cross-sectional study. *Transgender Health*, 3(1), 170-178. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0017>
- Jasuja, G. K., de Groot, A., Quinn, E. K., Ameli, O., Hughto, J. M., Dunbar, M., Deutsch, M., Streed, C. G., Paasche-Orlos, M., Wolfe, H. L., & Rose, A. J. (2020). Beyond gender identity disorder diagnosis codes: An examination of additional methods to identify transgender individuals in administrative databases. *Medical Care*, 58(10), 903. <https://doi.org.uk/10.1097/MLR.0000000000001362>
- Javier, C., Crimston, C. R., & Barlow, F. K. (2022). Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health*, 23(3), 255-273. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2038334>
- Jazayeri, H. E., Lopez, J., Sluiter, E. C., O'Brien-Coon, D., Bluebond-Langner, R., Kuzon, W. M., Jr., Berli, J. U., Monstrey, S. J., Deschamps-Braly, J. C., Dorafshar, A. H., & Schechter, L. S. (2021). Discussion: Promoting centers for transgender care. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 79(1), 3-4. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2020.09.027>
- Jefford, M., & Moore, R. (2008). Improvement of informed consent and the quality of consent documents. *The Lancet. Oncology*, 9(5), 485-493. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(08\)70128-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70128-1)
- Jenness, V., & Smyth, M. (2011). The passage and implementation of the Prison Rape Elimination Act: Legal endogeneity and the uncertain road from symbolic law to instrumental effects. *Stanford Law &*

- Policy Review*, 22, 489. <https://doi.org/doi:10.1177/0891243215611856>
- Jenness, V., & Fenstermaker, S. (2016). Forty years after Brownmiller: Prisons for men, transgender inmates, and the rape of the feminine. *Gender & Society*, 30(1), 14–29. <https://doi.org/doi:10.1177/0891243215611856>
- Jessen, R. S., Wæhre, A., David, L., & Stänicke, E. (2021). Negotiating gender in everyday life: Toward a conceptual model of gender dysphoria in adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3489–3503. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02024-6>
- Jiang, D. D., Gallagher, S., Burchill, L., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2019). Implementation of a pelvic floor physical therapy program for transgender women undergoing gender-affirming vaginoplasty. *Obstetrics and Gynecology*, 133(5), 1003–1011. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003236>
- Jiang, D., Witten, J., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2018). Does depth matter? Factors affecting choice of vulvoplasty over vaginoplasty as gender-affirming genital surgery for transgender women. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(6), 902–906. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.085>
- Jindarak, S., Nilprapha, K., Atikankul, T., Angspatt, A., Pungrasmi, P., Iamphongsai, S., Promniyom, P., Suwajo, P., Scvaggi, G., & Tiewtranon, P. (2018). Spermatogenesis abnormalities following hormonal therapy in transwomen. *Biomed Research International*, 2018, 7919481. <https://doi.org/10.1155/2018/7919481>
- Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The Journal of Primary Prevention*, 39(3), 263–301. <https://doi.org/10.1007/s10935-018-0508-9>
- Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students - 19 states and large urban school districts, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(3), 67. <https://doi.org.uk/10.15585/mmwr.mm6803a3>
- Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Chen, D., Yerkes, E. B., Madonna, M. B., Holl, J. L., Baratz, A. B., Davis, G., & Cheng, E. Y. (2017). Attitudes towards “disorders of sex development” nomenclature among affected individuals. *Journal of Pediatric Urology*, 13(6), 608.e1–608.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2017.03.035>
- Johnson, K. C., LeBlanc, A. J., Deardorff, J., Bockting, W.O. (2020). Invalidation experiences among non-binary adolescents. *Journal of Sex Research*, 57(2), 222–233. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1608422>
- Johnson, L., & Federman, E. J. (2014). Training, experience, and attitudes of VA psychologists regarding LGBT issues: Relation to practice and competence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(1). <https://doi.org/10.1037/sgd0000019>
- Johnson, T. W., & Irwig, M. S. (2014). The hidden world of self-castration and testicular self-injury. *Nature Reviews Urology*, 11(5), 297–300. <https://doi:10.1038/nrurol.2014.84>
- Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2010). Gender identity disorder outside the binary: When gender identity disorder-not otherwise specified is not good enough. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 597–598. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9608-1>
- Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2016). Recognition of gender variants outside the binary in WPATH Standards of Care, Version 7.0. *International Journal of Transgenderism*, 17(1), 1–3. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1114442>
- Johnson, T. W., Brett, M. A., Roberts, L. F., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Characterizing men who are voluntarily castrated (Part I). *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 930–945. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00521.x>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2019). UNAIDS Data 2019. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf
- Joint, R., Chen, Z. E., & Cameron, S. (2018). Breast and reproductive cancers in the transgender population: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(12), 1505–1512. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15258>
- Jones, C. (2019). Intersex, infertility and the future: Early diagnoses and the imagined life course. *Sociology of Health & Illness*, 42(1), 143–156. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12990>
- Jones, T., de Bolger, T., Dune, A., Lykins, A., & G. Hawkes. (2015). *Female-to-Male (FtM) transgender people’s experiences in Australia: A national study*. Springer

- International Publishing.
- Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Gender congruence and body satisfaction in nonbinary transgender people: A case control study. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 263-274. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1538840>
- Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Mental health and quality of life in non-binary transgender adults: A case control study. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 251-262. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1630346>
- Jones, B. A., Brewin, N., Richards, C., Van Eijk, M., Stephenson-Allen, A., & Arcelus, J. (2017). Investigating the outcome of the initial assessment at a national transgender health service: Time to review the process?. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 427-432. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1372838>
- Jones, B. P., Rajamanoharan, A., Vali, S., Williams, N. J., Saso, S., Thum, M. Y., Ghaem-Maghani, S., Quiroga, I., Diaz-Garcia, C., Thomas, P., Wilkinson, S., Yazbek, J., & Smith, J. R. (2021). Perceptions and motivations for uterus transplant in transgender women. *JAMA Network Open*, 4(1), e2034561. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.34561>
- Jones, R. K., Witwer, E., & Jerman, J. (2020). Transgender abortion patients and the provision of transgender-specific care at non-hospital facilities that provide abortions. *Contraception: X*, 2, 100019. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100019>
- Jones, K., Wood, M., & Stephens, L. (2017). Contraception choices for transgender males. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 43(3), 239-240. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2017-101809>
- Joseph, A. A., Kulshreshtha, B., Shabir, I., Marumudi, E., George, T. S., Sagar, R., Mehta, M., & Ammini, A. C. (2016). Gender issues and related social stigma affecting patients with a disorder of sex development in India. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 361-367. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0841-0>
- Julian, J. M., Salvetti, B., Held, J. I., Murray, P. M., Lara-Rojas, L., & Olson-Kennedy, J. (2021). The impact of chest binding in transgender and gender diverse youth and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1129-1134. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.029>
- Jung, A., & Schuppe, H. C. (2007). Influence of genital heat stress on semen quality in humans. *Andrologia*, 39(6), 203-215. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.2007.00794.x>
- Kailas, M., Lu, H. M. S., Rothman, E. F., & Safer, J. D. (2017). Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. *Endocrine Practice*, 23(7), 780-786. <https://doi.org/10.4158/EP161727.OR>
- Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisén, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L., & Waehre, A. (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: A study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 40-44. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429>
- Kaltiala, R., Heino, E., Työlajärvi, M., & Suomalainen, L. (2020). Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 213-219. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260>
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työlajärvi, M., & Frisen, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 31-41. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s135432>
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työlajärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611-618. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33>
- Kang, A., Aizen, J. M., Cohen, A. J., Bales, G. T., & Pariser, J. J. (2019). Techniques and considerations of prosthetic surgery after phalloplasty in the transgender male. *Translational Andrological Urology*, 8(3), 273-282. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.02>
- Kanhai, R. C. (2016). Sensate vagina pedicled-spot for male-to-female transsexuals: The experience in the first 50 patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 40(2), 284-287. <https://doi.org/10.1007/s00266-016-0620-2>
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Asscheman, H., & Mulder, J. W. (1999). Augmentation mammoplasty in male-to-female

- transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104(2), 542-549; discussion 550-541. <https://doi.org/10.1097/00006534-199908000-00039>
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476-483. <https://doi.org/10.1097/00006637-199911000-00003>
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., & Mulder, J. W. (2000). Long-term outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals: A questionnaire survey of 107 patients. *British Journal of Plastic Surgery*, 53(3), 209-211. <https://doi.org/10.1054/bjps.1999.3298>
- Kanis, J. A. (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: Synopsis of a WHO report. *Osteoporosis International*, 4(6), 368-381. <https://doi.org/10.1007/BF01622200>
- Kanj, R. V., Conard, L. A. E., Corathers, S. D., & Trotman, G. E. (2019). Hormonal contraceptive choices in a clinic-based series of transgender adolescents and young adults. *The International Journal of Transgenderism*, 20(4), 413-420. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1631929>
- Karasic, D. H. (2016). Protecting transgender rights promotes transgender health. *LGBT Health*, 3(4), 245-247. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0072>
- Kaoutzanis, C., Winocour, J., Gupta, V., Yeslev, M., Ganesh Kumar, N., Wormer, B., Grotting, J. C., & Higdon, K. K. (2019). The effect of smoking in the cosmetic surgery population: Analysis of 129,007 patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(1), 109-119. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy088>
- Karasic, D. H. (2019). Mental health care for the adult transgender patient. In C.A. Ferrando, C. A (Ed.). *Comprehensive Care of the Transgender Patient* (pp. 8-11). Elsevier Health Sciences.
- Karasic, D. H., & Fraser, L. (2018). Multidisciplinary care and the standards of care for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 295-299. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.016>
- Karkazis, K., Tamar-Mattis, A., & Kon, A. A. (2010). Genital surgery for disorders of sex development: Implementing a shared decision-making approach. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 23(8), 789-805. <https://doi.org/10.1515/jpem.2010.129>
- Kasianczuk, M., & Trofymenko, O. (2020). Size estimation for transgender people in Ukraine/SE "Center of Social Expertises named fter Yu. Saenko" of the Institute of So-ciology of the National Academy of Sciences of Ukraine.-Kyiv, 2020. https://www.researchgate.net/publication/348325593_POPULATION_SIZE_ESTIMATION_FOR_TRANSGENDER_PEOPLE_IN_UKRAINE
- Kattari, S. K., & Hasche, L. (2016). Differences across age groups in transgender and gender non-conforming people's experiences of health care discrimination, harassment, and victimization. *Journal of Aging and Health*, 28(2), 285-306. <https://doi.org/10.1177/0898264315590228>
- Kattari, S. K., Walls, N. E., Speer, S. R., & Kattari, L. (2016). Exploring the relationship between transgender-inclusive providers and mental health outcomes among transgender/gender variant people. *Social Work in Health Care*, 55(8), 635-650. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1193099>
- Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A., & Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism*, 18(3), 243-263. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1304312>
- Kaufman, R. & Tishelman, A.C. (2018). Creating a network of professionals. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Kauth, M. R., Shipherd, J. C., & Boedecker, A. L. (2018). Adjunctive interventions: Supportive services for gender role transitions. In M.R. Kauth, & J.C. Shipherd (Eds.). *Adult Transgender Care: An Interdisciplinary Approach for Training Mental Health Professionals* (pp.161-174). Routledge.
- Kauth, M. R., Shipherd, J. C., Lindsay, J., Blossnich, J. R., Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Access to care for transgender veterans in the Veterans Health Administration: 2006-2013. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S532-S534. <https://doi.org.uk/10.2105/AJPH.2014.302086>
- Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated

- discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *Elsevier*, 11, 100608. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608>
- Kelly, S. J., & Ismail, M. (2015). Stress and type 2 diabetes: A review of how stress contributes to the development of type 2 diabetes. *Annual Review of Public Health* 36, 441-462. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122921>
- Kelly, V., Hertegård, S., Eriksson, J., Nygren, U., & Södersten, M. (2018). Effects of gender-confirming pitch-raising surgery in transgender women a long-term follow-up study of acoustic and patient-reported data. *Journal of Voice*, 33(5), 781–791. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.03.005>
- Kelvin, J. F., Thom, B., Benedict, C., Carter, J., Corcoran, S., Dickler, M. N., Goodman, K. A., Margolies, A., Matasar, M. J., Noy, A & Goldfarb, S. B. (2016). Cancer and fertility program improves patient satisfaction with information received. *Journal of Clinical Oncology*, 34(15), 1780-1786. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.64.5168>
- Kennedy, E., & Thibeault, S. L. (2020). Voice-gender incongruence and voice health information-seeking behaviors in the transgender community. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(3), 1563–1573. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00188
- Kennis, M., Duecker, F., T'Sjoen, G., Sack, A. T., & Dewitte, M. (2022). Sexual self-concept discrepancies mediate the relation between gender dysphoria sexual esteem and sexual attitudes in binary transgender individuals. *The Journal of Sex Research*, 59(4), 524-536. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1951643>
- Kent, M. A., Winoker, J. S., & Grotas, A. B. (2018). Effects of feminizing hormones on sperm production and malignant changes: Microscopic examination of post orchiectomy specimens in transwomen. *Urology*, 121, 93-96. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.07.023>
- Keohane v. Jones (Florida Department of Corrections), Case No.4:16-cv-511-MW-CAS, N. D. Fla, 2018.
- Keo-Meier, C. L., & Ehrensaft, D. (2018). Introduction to the gender affirmative model. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Ed), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. (pp. 3-19). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Keo-Meier, C. L., & Fitzgerald, K. M. (2017). Affirmative psychological testing and neurocognitive assessment with transgender adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 51-64. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.011>
- Keo-Meier, C. L., Herman, L. I., Reisner, S. L., Pardo, S. T., Sharp, C., & Babcock, J. C. (2015). Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: A prospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 143–156. <https://doi.org/10.1037/a0037599>
- Kerckhof, M. E., Kreukels, B. P. C., Nieder, T. O., Becker-Héblly, I., van de Grift, T. C., Staphorsius, A. S., Elaut, E. (2019). Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: Results from the ENIGI follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(12), 2018-2029. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.003>
- Kerry, S. (2014). Sisters/brotherboys: The status of indigenous transgender Australians. *International Journal of Transgender Health*, 15(3-4), 173-186. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995262>
- Khalili, J., Leung, L. B., & Diamant, A. L. (2015). Finding the perfect doctor: Identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender-competent physicians. *American Journal of Public Health*, 105(6), 1114–1119. <https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302448>
- Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *The Journal of Pediatrics*, 164(4), 906–911. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068>
- Kidd, J. D., Dolezal, C., & Bockting, W. O. (2018). The relationship between tobacco use and legal document gender-marker change, hormone use, and gender-affirming surgery in a United States sample of trans-feminine and trans-masculine individuals: Implications for cardiovascular health. *LGBT Health*, 5(7), 401-411. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0103>
- Kidd, K. M., Sequeira, G. M., Douglas, C., Paglisotti, T., Inwards-Breland, D. J., Miller, E., & Coulter, R. (2021). Prevalence of gender-diverse youth in an urban school district. *Pediatrics*, 147(6), e2020049823. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049823>
- Kim, H.T. (2020) Vocal feminization for transgender women: Current strategies and patient perspectives. *International Journal of General Medicine*, 13, 43-52. <http://doi.org/doi:10.2147/IJGM.S205102>
- Kim, E. Y. (2015). Long-term effects of gonadotropin-releasing hormone analogs in girls with central

- precocious puberty. *Korean Journal of Pediatrics*, 58(1), 1–7. <https://doi.org/10.3345/kjp.2015.58.1.1>
- Kim, H. T. (2017). A new conceptual approach for voice feminization: 12 years of experience. *The Laryngoscope*, 127(5), 1102–1108. <https://doi.org/10.1002/lary.26127>
- Kirey-Sitnikova, Y. (2021). Prospects and challenges of gender neutralization in Russian. *Russian Linguistics*, 45(2), 143-158. <https://doi.org/10.1007/s11185-021-09241-6>
- Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Auriales, E., & Coleman, E. (2017). Sexual Rights as Human Rights: A guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. *International Journal of Sexual Health*, 29(suppl.1), 1-92. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1353865>
- Klaver, M., de Mutsert, R., van der Loos, M., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., & Klink, D. T. (2020). Hormonal treatment and cardiovascular risk profile in transgender adolescents. *Pediatrics*, 145(3), e20190741. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0741>
- Klaver, M., de Mutsert, R., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., Rotteveel, J., & Klink, D. T. (2018). Early hormonal treatment affects body composition and body shape in young transgender adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(2), 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.12.009>
- Klein, A., & Golub, S.A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*, 3(3), 193-199. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111>
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review. *Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922-2939. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01370>
- Klein, D. A., Berry-Bibee, E. N., Baker, K. K., Malcolm, N. M., Rollison, J. M., & Frederiksen, B. N. (2018). Providing quality family planning services to LGBTQIA individuals: A systematic review. *Contraception*, 97(5) <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.12.016>
- Klein, D. A., Paradise, S. L., & Goodwin, E. T. (2018). Caring for transgender and gender-diverse persons: What clinicians should know. *AFP Journal*, 98(11), 645-653. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30485050>
- Kleinplatz, P. J. (Ed.). (2012). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (second edition). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Klimstra, T. A., Hale, W. W. III., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2009). Identity formation in adolescence: Change or stability? *Journal of Youth and Adolescence*, 39(2), 150–162. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9401-4>
- Klink, D., Bokenkamp, A., Dekker, C., & Rotteveel, J. (2015). Arterial hypertension as a complication of triptorelin treatment in adolescents with gender dysphoria. *Endocrinology and Metabolism International Journal*, 2(1), 36-38. <https://doi.org/10.15406/emij.2015.02.00008>
- Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(2), E270-E275. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439>
- Kloer, C., Parker, A., Blasdel, G., Kaplan, S., Zhao, L., & Bluebond-Langner, R. (2021). Sexual health after vaginoplasty: A systematic review. *Andrology*, 9(6), 1744-1764. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/andr.13022>
- Klosky, J. L., Anderson, L. E., Russell, K. M., Huang, L., Zhang, H., Schover, L. R., Simmons, J. L., & Kutteh, W. H. (2017). Provider influences on sperm banking outcomes among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Journal of Adolescent Health*, 60(3), 277-283. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.020>
- Klosky, J. L., Flynn, J. S., Lehmann, V., Russell, K. M., Wang, F., Hardin, R. N., Eddinger, J. R., Zhang, H., Schenck, L. A., & Schover, L. R. (2017). Parental influences on sperm banking attempts among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Fertility and Sterility*, 108(6), 1043-1049. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.08.039>
- Klosky, J. L., Wang, F., Russell, K. M., Zhang, H., Flynn, J. S., Huang, L., Wasilewski-Masker, K., Landier, W., Leonard, M., Albritton, K. H., Gupta, A. A., Casilas, J., Colte, O., Kutteh, W. H., & Schover, L. R. (2017). Prevalence and predictors of sperm banking in adolescents newly diagnosed with cancer: Examination of adolescent, parent, and provider factors influencing fertility preservation outcomes. *Journal of Clinical Oncology*, 35(34), 3830-3865. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.4767>

- Knutson, D., Koch, J. M., & Goldbach, C. (2019). Recommended terminology, pronouns, and documentation for work with transgender and non-binary populations. *Practice Innovations*, 4(4), 214-224. <https://doi.org/10.1037/pri0000098>
- Koçak, I., Akpınar, M. E., Cakır, Z. A., Doğan, M., Bengisu, S., & Celikoyar, M. M. (2010). Laser reduction glottoplasty for managing androphonia after failed cricothyroid approximation surgery. *Journal of Voice*, 24(6), 758-764. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.06.004>
- Kocan, S., & Gursoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *Journal of Breast Health*, 12(4), 145-150. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>
- Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2018). Genders and individual treatment progress in (non-)binary trans individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(1), 102-113. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.007>
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex*. Tavistock Publications.
- Kojima, T., Shoji, K., Isshiki, N., & Nakamura, K. (2008). Thyroplasty type III for treatment of voice problem in GID of female-to-male type. *Practica Oto-Rhino-Laryngologica*, 101(1), 39-43. <https://doi.org/10.5631/jibirin.101.39>
- Kon, A. (2015). Ethical issues in decision-making for infants with disorders of sex development. *Hormone and Metabolic Research*, 47(05), 340-343. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1547269>
- Kornienko, O., Santos, C., Martin, C., & Granger, K. (2016). Peer influence on gender identity development in adolescence. *Developmental Psychology*, 52(10), 1578-1592. <https://doi.org/10.1037/dev0000200>
- Korpaisam, S., & Safer, J. D. (2018). Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 271-275. <https://doi-org.nottingham.idm.oclc.org/10.1007/s11154-018-9452-5>
- Kosilek v. Mass. Department of Corrections/ Kathleen Dennehy; Kosilek v. Spencer, 889 F.Supp.2d 190 (D. Mass. Sept. 4, 2012); "Kosilek II."
- Kosilek v. Massachusetts, 221 F. Supp. 2d 156 (D Mass 2002).
- Kozato, A., Fox, G. C., Yong, P. C., Shin, S. J., Avanesian, B. K., Ting, J., Yiwei, L., Subha, K., Safer, J.D., & Pang, J. H. (2021). No venous thromboembolism increase among transgender female patients remaining on estrogen for gender-affirming surgery. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(4), e1586-e1590. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa966>
- Krege, S., Eckoldt, F., Richter-Unruh, A., Köhler, B., Leuschner, I., Mentzel, H. J., Moss, A., Schweizer, K., Stein, R., Werner-Rosen, K., Wieacker, P., Wiesemann, C., Wünsch, L., & Richter-Appelt, H. (2019). Variations of sex development: The first German interdisciplinary consensus paper. *Journal of Pediatric Urology*, 15(2), 114-123. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.10.008>
- Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., & Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043>
- Kreukels, B. P. C., Köhler, B., Nordenström, A., Roehle, R., Thyen, U., Bouvattier, C., de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., Köhler, B., Cohen-Kettenis, P., de Vries, A., Arlt, W., Wiesemann, C., Slowikowska-Hilczler, J., de la Perriere, A. B., Sultan, C., Paris, F., Bouvattier, C., Thyen, U., & Reisch, N. (2018). Gender dysphoria and gender change in disorders of sex development/intersex conditions: Results From the dsd-LIFE study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 777-785. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.021>
- Kreukels, B. P., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nature Reviews Endocrinology*, 7(8), 466-472. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.78>
- Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N. J., Tazeau, Y. N., Miville, M. L., Kerns, R., Stegman, R., Suzuki, L., & Benton, S. A. (2004). Achieving competency in psychological assessment: Directions for education and training. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 725-739. <https://doi.org/10.1002/jclp.20010>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., & Malata, A. (2018). High-quality health systems in the sustainable development goals era: Time for a revolution. *The Lancet*

- Global Health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30386-3)
- Kunachak, S., Prakunhungsit, S., & Sujjalak, K. (2000). Thyroid cartilage and vocal fold reduction: A new phonosurgical method for male-to-female transsexuals. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*, 109(11), 1082–1086. <https://doi.org/10.1177/000348940010901116>
- Kuper, L. E., Adams, N., & Mustanski, B. S. (2018). Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender nonconforming youth and young adults. *LGBT Health*, 5(7), 391–400. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0259>.
- Kuper, L. E., Lindley, L., & Lopez, X. (2019). Exploring the gender development histories of children and adolescents presenting for gender affirming medical care. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 217–228. <https://doi.org/10.1037/cpp0000290>
- Kuper, L. E., Mathews, S., & Lau, M. (2019). Baseline mental health and psychosocial functioning of transgender adolescents seeking gender-affirming hormone therapy. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 40(8), 589–596. <https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000697>
- Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 244–254. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.596954>
- Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., & Lopez, X. (2020). Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics*, 145(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3006>
- Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2014). Stud identity among female-born youth of color: Joint conceptualizations of gender variance and same-sex sexuality. *Journal of Homosexuality*, 61(5), 714–731. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870443>
- Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2018). Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional approach. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 436–455. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1443869>
- Kuijpers, S., Wierpjes, C. M., Conemans, E. B., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2021). Toward a lowest effective dose of cyproterone acetate in trans women: Results from the ENIGI study. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 106(10), e3936–e3945. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1210/clinem/dgab427>
- Kuvalanka, K. A., Bellis, C., Goldberg, A. E., & McGuire, J. K. (2019). An exploratory study of custody challenges experienced by affirming mothers of transgender and gender-nonconforming children. *Family Court Review*, 57(1), 54–71. <https://doi.org/10.1111/fcre.12387>
- Kuvalanka, K. A., Mahan, D. J., McGuire, J. K., & Hoffman, T. K. (2017). Perspectives of mothers of transgender and gender-nonconforming children with autism spectrum disorder. *Journal of Homosexuality*, 65(9), 1167–1189. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1406221>
- Kuyper, L., & Wijzen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 377–385. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>
- Kvist, O., Luiza Dallora, A., Nilsson, O., Anderberg, P., Sanmartin Berglund, J., Flodmark, C. E., & Diaz, S. (2021). A cross-sectional magnetic resonance imaging study of factors influencing growth plate closure in adolescents and young adults. *Acta Paediatrica*, 110(4), 1249–1256. <https://doi.org/10.1111/apa.15617>
- Kyinn, M., Banks, K., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E., Goldstein, D., & Irwig, M. S. (2021). Weight gain and obesity rates in transgender and gender-diverse adults before and during hormone therapy. *International Journal of Obesity*, 45(12), 2562–2569. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00935-x>.
- Laan, E. T. M., Klein, V., Werner, M. A., van Lunsen, R. H. W., & Janssen, E. (2021). In pursuit of pleasure: A biopsychosocial perspective on sexual pleasure and gender. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 516–536. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1965689>
- Ladanyi, C., Mor, A., Christianson, M. S., Dhillon, N., & Segars, J. H. (2017). Recent advances in the field of ovarian tissue cryopreservation and opportunities for research. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(6), 709–722. <https://doi.org/10.1007/s10815-017-0899-1>
- Lampalzer, U., Briken, P., & Schweizer, K. (2021). Psychosocial care and support in the field of intersex/diverse sex development (dsd): Counseling experiences, localization and needed improvements. *International Journal of Impotence Research*, 33(2), 228–242.
- Landén, M., Wälinder, J., Hambert, G., & Lundstrom, B.

- (1998). Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(4), 284-289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10001.x>
- Langenderfer-Magrunder, L., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Kattari, S. K., & Ramos, D. (2014). Experiences of intimate partner violence and subsequent police reporting among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer adults in Colorado. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(5), 855-871. <https://doi.org/10.1177/0886260514556767>
- Langley, R. E., Gilbert, D. C., Duong, T., Clarke, N. W., Nankivell, M., Rosen, S. D., Mangar, S., Macnair, A., Sundaram, S. K., Laniado, M. E., Dixit, S., Madaan, S., Manetta, C., Pope, A., Scrase, C. D., Mckay, S., Muazzam, I. A., Collins, G. N., Worlding, J., & Williams, S. T. (2021). Transdermal oestradiol for androgen suppression in prostate cancer: Long-term cardiovascular outcomes from the randomised Prostate Adenocarcinoma Transcutaneous Hormone (PATCH) trial programme. *The Lancet*, 397(10274), 581-591. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00100-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00100-8)
- Laron, Z., Zeev, Z., Kauli, R., Comaru-Schally, A., & Schally, A. (1981). D-Trp6-analogue of luteinising hormone releasing hormone in combination with cyproterone acetate to treat precocious puberty. *The Lancet*, 318(8253), 955-956. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(81\)91155-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(81)91155-7)
- Laube, J. S., Auer, M. K., Biedermann, S. V., Schröder, J., Hildebrandt, T., Nieder, T. O., Briken, P., & Fuss, J. (2020). Sexual behavior, desire, and psychosexual experience in gynephilic and androphilic trans women: A cross-sectional multicenter study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(6), 1182-1194. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.030>
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 32(4), 299-315. <https://doi.org/10.1023/a:1024086814364>
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 34(2), 147-166. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-1793-y>
- LeBreton, M., Courtois, F., Journel, N. M., Beaulieu-Prevost, D., Belanger, M., Ruffion, A., & Terrier, J. E. (2017). Genital sensory detection thresholds and patient satisfaction with vaginoplasty in male-to-female transgender women. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 274-281. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.005>
- Ledesma, E., & Ford, C. L. (2020). Health implications of housing assignments for incarcerated transgender women. *American Journal of Public Health*, 110(5), 650-654. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305565>
- Lee, D. S., Marsh, L., Garcia-Altieri, M. A., Chiu, L. W., & Awad, S. S. (2016). Active mental illnesses adversely affect surgical outcomes. *The American Surgeon*, 82(12), 1238-1243. <https://doi.org/10.1177/000313481608201233>
- Lee, H., Operario, D., van den Berg, J. J., Yi, H., Choo, S., & Kim, S. S. (2020). Health disparities among transgender adults in South Korea. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 32(2-3), 103-110. <https://doi.org/10.1177%2F1010539520912594>
- Lee, H., Park, J., Choi, B., Yi, H., & Kim, S. S. (2018). Experiences of and barriers to transition-related healthcare among Korean transgender adults: Focus on gender identity disorder diagnosis, hormone therapy, and sex reassignment surgery. *Epidemiology and Health*, 40, 1-13. <https://doi.org/10.4178/epih.e2018005>
- Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y. M., Glidden, D. V., & Rosenthal, S. M. (2020). Low bone mineral density in early pubertal transgender/gender diverse youth: Findings from the Trans Youth Care Study. *Journal of Endocrine Society*, 4(9), bvaa065. <https://doi.org/10.1210/jeendo/bvaa065>
- Lee, P. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., & Hughes, I. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. International Consensus Conference on Intersex. *Pediatrics*, 118(2):e488-500. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0738>
- Lee, P. A., Nordenström, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L.M., Lin-Su, K., Looijenga, L. H. J.3rd, Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Mouriquand, P., Quigley, C. A., Sandberg, D. E., Vilain, E., & Witchel, S. (2016). Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(3), 158-180. <https://doi.org/10.1159/000442975>
- Lefevor, G. T., Sprague, B. M., Boyd-Rogers, C. C., & Smack, A. C. P. (2018). How well do various types of support buffer psychological distress among transgender and gender nonconforming students? *International Journal of Transgenderism*, 20(1), 39-48. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452172>

- Lehmann, V., Keim, M. C., Nahata, L., Shultz, E. L., Klosky, J. L., Tuinman, M. A., & Gerhardt, C. A. (2017). Fertility-related knowledge and reproductive goals in childhood cancer survivors: short communication. *Human Reproduction*, 32(11), 2250-2253. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex297>
- Leibowitz, S., & de Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria in adolescence. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 21-35. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844>
- Lerner, J. E., Martin, J. I., & Gorsky, G. S. (2020). More than an apple a day: Factors associated with avoidance of doctor visits among transgender, gender nonconforming, and nonbinary people in the USA. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(2), 409-426. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00469-3>
- Leung, A., Sakkas, D., Pang, S., Thornton, K., & Resetkova, N. (2019). Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cisgender patients: A new frontier in reproductive medicine. *Fertility and Sterility*, 112(5), 858-865. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.07.014>
- Lev, A.I. & Wolf-Gould, C. (2018). Collaborative treatment across disciplines. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Levine, S. B. (2009). Real-Life Test Experience: Recommendations for revisions to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 186-193. <https://doi.org/10.1080/15532730903383773>
- Levine, S. B., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P. T., Hage, J., Van Maasdam, J., Petersen, M., Pfafflin, F., & Schaefer, L. C. (1998). The Standards of Care for Gender Identity Disorders Fifth Edition. *International Journal of Transgenderism* 2,2, <http://www.symposion.com/ijtc/ijtc0405.htm>
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409-418. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x>
- Leyns, C., Papeleu, T., Tomassen, P., T'Sjoen, G., & D'haeseleer, E. (2021). Effects of speech therapy for transgender women: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 360-380. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915224>
- Liang, J. J., Gardner, I. H., Walker, J. A., & Safer, J. D. (2017). Observed deficiencies in medical student knowledge of transgender and intersex health. *Endocrine Practice*, 23(8), 897-906. <https://doi.org/10.4158/EP171758.O>
- Liao, L., & Simmonds M. (2014). A values-driven and evidence-based health care psychology for diverse sex development. *Psychology & Sexuality*, 5(1), 83-101. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.831217>
- Lieberman, T. (2018). *Painting Dragons: What Storytellers Need to Know About Writing Eunuch Villains*. Bogotá, Glyph Torrent.
- Lierman, S., Tilleman, K., Braeckmans, K., Peynshaert, K., Weyers, S., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2017). Fertility preservation for trans men: Frozen-thawed in vitro matured oocytes collected at the time of ovarian tissue processing exhibit normal meiotic spindles. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(11), 1449-1456. <https://doi.org/10.1007/s10815-017-0976-5>
- Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M., & Kerns, J. L. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics and Gynecology*, 124(6), 1120-1127. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000000540>
- Light, A., Wang, L. F., Zeymo, A., & Gomez-Lobo, V. (2018). Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*, 98(4), 266-269. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.06.006>
- Lightfoot, S., Kia, H., Vincent, A., Wright, D. K., & Vandyk, A. (2021). Trans-affirming care: An integrative review and concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 123, 104047. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104047>
- Lim, F., Johnson, M., & Eliason, M. (2015). A national survey of faculty knowledge, experience, and readiness for teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in baccalaureate nursing programs. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 144-152. <https://doi.org/10.5480/14-1355>
- Lindley, L., Anzani, A., Prunas, A., & Galupo, M. P. (2021). Sexual satisfaction in trans masculine and nonbinary

- individuals: A qualitative investigation. *The Journal of Sex Research*, 58(2), 222-234. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1799317>
- Lindqvist, E. K., Sigurjonsson, H., Möllermark, C., Tinder, J., Farnebo, F., & Kalle Lundgren, T. (2017). Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *European Journal of Plastic Surgery*, 40, 223–226. <https://doi.org/10.1007/s00238-016-1252-0>
- Lin-Su, K., Lekarev, O., Poppas, D., & Vogiatzi, M. G. (2015). Congenital adrenal hyperplasia patient perception of 'disorders sex development' nomenclature. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2015(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13633-015-0004-4>
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS One*, 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353–3369. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>
- Liu, S., Liu, Q., Cheng, X., Luo, Y., & Wen, Y. (2016). Effects and safety of combination therapy with gonadotropin-releasing hormone analogue and growth hormone in girls with idiopathic central precocious puberty: A meta-analysis. *Journal of Endocrinological Investigation*, 39(10), 1167–1178. <https://doi.org/10.1007/s40618-016-0486-9>
- Liu, Y., Xin, Y., Qi, J., Wang, H., Hong, T., Yang, X., Li, B., Change, X., Knudson, G., Zhao, Z., & Pan, B. (2020). The desire and status of gender-affirming hormone therapy and surgery in transgender men and women in China: A national population study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(11), 2291-2298. <https://doi.org/10.1177/1010539520912594>
- Lopez, X., Marinkovic, M., Eimicke, T., Rosenthal, S. M., & Olshan, J. S. (2017). Statement on gender-affirmative approach to care from the pediatric endocrine society special interest group on transgender health. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(4), 475–480. <https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000516>
- Lo Russo, G., Tanini, S., & Innocenti, M. (2017). Masculine chest-wall contouring in FtM transgender: a personal approach. *Aesthetic Plastic Surgery*, 41(2), 369-374. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0796-0>
- Lowry, R., Johns, M. M., Gordon, A. R., Austin, S. B., Robin, L. E., & Kann, L. K. (2018). Nonconforming gender expression and associated mental distress and substance use among high school students. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1020-1028. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2140>
- Lundberg, T., Hegarty, P., & Roen, K. (2018). Making sense of 'Intersex' and 'DSD': How laypeople understand and use terminology. *Psychology & Sexuality*, 9(2), 161-173. <https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1453862>
- Luz, P. M., Jalil, E. M., Castilho, J., Velasque, L., Ramos, M., Ferreira, A. C. G., Wilson, E. C., Valdilea, G., Veloso, B. D., Moodie, E. E. M., & Grinsztejn, B. (2022). Association of discrimination, violence, and resilience with depressive symptoms among transgender women in Rio de Janeiro, Brazil: A cross-sectional analysis. *Transgender Health*, 7(1), 101-106. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0171>
- Lynch, M., & Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology*, 10(2), 235–257. <https://doi.org/10.1017/s095457949800159x>
- MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A., & Myler, E. (2016). Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 106-110. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0907-y>
- Machtiger, E. L., Cuca, Y. P., Khanna, N., Rose, C. D., & Kimberg, L. S. (2015). From treatment to healing: The promise of trauma-informed primary care. *Women's Health Issues*, 25(3), 193-197. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.03.008>
- MacKinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y., & Ross, L. E. (2021). Preventing transition "regret": An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Social Science & Medicine*, 291, 114477. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114477>
- MacKinnon, K. R., Ng, S. L., Grace, D., Sicchia, S. R., & Ross, L. E. (2019). Protocols as curriculum? Learning health advocacy skills by working with transgender patients in the context of gender-affirming medicine. *Advances in Health Sciences Education*, 25(1), 7–18.

<https://doi.org/10.1007/s10459-019-09899-0>

- Madrigal-Borloz, V. (2021). *Report on gender: the law of inclusion and practices of exclusion. Report of the UN - Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, submitted to the 47th UN Human Rights Council and 76th UN General Assembly.* https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Reports_on_Gender_Final_Summary.pdf
- Madrigal-Borloz, V. (2020). *Practices of so-called "conversion therapy" - Report of the UN independent expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, submitted to the 44th session of the UN Human Rights Council.* Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. <https://undocs.org/A/HRC/44/53>
- Maheux, A. J., Zhou, Y., Thoma, B. C., Salk, R. H., & Choukas-Bradley, S. (2021). Examining sexual behavior among U.S. transgender adolescents. *The Journal of Sex Research*, 58(8), 1050-1060. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1855408>
- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinology*, 7(6), 484-498. [http://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30305-X](http://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30305-X)
- Malhotra, A., Kort, S., Lauther, T., Mann, N., Skopicki, H. A., & Parikh, P. B. (2022). Prevalence and predictors of cardiovascular disease and risk factors in transgender persons in the United States. *Critical Pathways in Cardiology*, 21(1), 42-46. <https://doi.org/10.1097/HPC.0000000000000271>.
- Malkin, M. L., & DeJong, C. (2018). Protections for transgender inmates under PREA: A comparison of state correctional policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(4), 393-407. <https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9>
- Malpas, J., Glaeser, E., & Giammattei, S. V. (2018). Building resilience in transgender and gender expansive children, families, and communities: A multidimensional family approach. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 141-156). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000095-009>
- Mamoojee, Y., Seal, L. J., & Quinton, R. (2017). Transgender hormone therapy: Understanding international variation in practice. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 243-246. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(17\)30068-2](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(17)30068-2)
- Mancini, I., Rotilio, A., Coati, I., Seracchioli, R., Martelli, V., & Meriggiola, M. C. (2017). Presentation of a meningioma in a transwoman after nine years of cyproterone acetate and estradiol intake: Case report and literature review. *Gynecological Endocrinology*, 34(6), 456-459. <https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1395839>
- Manero Vazquez, I., Garcia-Senosaiain, O., Labanca, T., & Gómez-Gil, E. (2018). Aesthetic refinement in the creation of the clitoris, its preputial hood, and labia minora in male-to-female transsexual patients. *Annals of Plastic Surgery*, 81(4), 393-397. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001532>
- Mann, R. (2006). The treatment of transgender prisoners, not just an American problem - Comparative analysis of American, Australian, and Canadian prison policies concerning the treatment of transgender prisoners and a "universal" recommendation to improve treatment. *Law & Sexuality: A Review Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Legal Issues*, 15, 92-133.
- Manrique, O. J., Sabbagh, M. D., Ciudad, P., Martinez-Jorge, J., Kiranantawat, K., Sitpahul, N., Nippoldt, T. B., Charafeddine, A., & Chen, H. C. (2018). Gender-confirmation surgery using the pedicle transverse colon flap for vaginal reconstruction: A clinical outcome and sexual function evaluation study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(3), 767-771. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004122>
- Manson, J. E., Chlebowski, R. T., Stefanick, M. L., Aragaki, A. K., Rossouw, J. E., Prentice, R. L., Anderson, G., Howard, B.V., Thomson, C.A., LaCroix, A.Z., Wactawski-Wende, J., Jackson, R.D., Limacher, M., Margolis, K.L., Wassertheil-Smoller, S., Beresford, S.A., Cauley, J.A., Eaton, C.B., Gass, M., ...& Wallace, R. B. (2013). Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *The Journal of the American Medical Association*, 310(13), 1353-1368.
- Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C. J., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Sex steroids and cardiovascular

- outcomes in transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3914–3923. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1210/jc.2017-01643>
- Margulies, I. G., Chuang, C., Travieso, R., Zhu, V., Persing, J. A., Steinbacher, D. M., & Zellner, E. G. (2021). Preferences of transgender and gender-nonconforming persons in gender-confirming surgical care: A cross-sectional study. *Annals of Plastic Surgery*, 86(1), 82–88. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002351>
- Marinkovic, M., & Newfield, R. S. (2017). Chest reconstructive surgeries in transmasculine youth: Experience from one pediatric center. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 376–381. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1349706>
- Marks, D. H., Peebles, J. K., & Dommasch, E. (2019). Hair reduction for transgender persons: What dermatologists should know and how they can help. *JAMA Dermatology*, 155(5), 525–526. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.0149>
- Marsh, C., McCracken, M., Gray, M., Nangia, A., Gay, J., & Roby, K. F. (2019). Low total motile sperm in transgender women seeking hormone therapy. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(8), 1639–1648. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01504-y>
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, 44(235), 291–303.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491–495. <https://doi.org/10.1017/s0954579410000222>
- Martin, K. A., Chang, R. J., Ehrmann, D. A., Ibanez, L., Lobo, R. A., Rosenfield, R. L., Shapiro, J., Montori, V. M., & Swiglo, B. A. (2008). Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(4), 1105–1120. <https://doi.org/10.1210/jc.2007-2437>
- Martinez, C., Rikhi, R., Haque, T., Fazal, A., Kolber, M., Hurwitz, B. E., Schneiderman, N., & Brown, T. T. (2020). Gender identity, hormone therapy, and cardiovascular disease risk. *Current Problems in Cardiology*, 45(5), 100396. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1016/j.cpcardiol.2018.09.003>
- Martinez, F., & International Society for Fertility Preservation–ESHRE–ASRM Expert Working Group. (2017). Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation–ESHRE–ASRM 2015 expert meeting: Indications, results and future perspectives. *Fertility and Sterility*, 108(3), 407–415.e11. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.05.024>
- Martins, R. S., Saleh, R., Kamal, H., Gillani, M., Merchant, A. A., Munir, M. M., Ifikar, H. K., Shah, Z., Hussain, M. H. Z., Azhar, M., Qadri, F., & Saleem, S. (2020). The need for transgender healthcare medical education in a developing country. *Advances in Medical Education and Practice*, 11, 405. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S255483>
- Maruri, S. (2011). Hormone therapy for inmates: A metonym for transgender rights. *Cornell Journal of Law and Public Policy*, 20(3), 10.
- Massie, J. P., Morrison, S. D., Van Maasdam, J., & Satterwhite, T. (2018). Predictors of patient satisfaction and postoperative complications in penile inversion vaginoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(6), 911e–921e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004427>
- Mastronikolis, N. S., Remacle, M., Biagini, M., Kiagiadaki, D., & Lawson, G. (2013). Wendler glottoplasty: An effective pitch raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 27(4), 516–522. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.04.004>
- Matai, V., Cheesman, A. D., & Clarke, P. M. (2003). Cricothyroid approximation and thyroid chondroplasty: A patient survey. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 128(6), 841–847. [https://doi.org/10.1016/s0194-5998\(03\)00462-5](https://doi.org/10.1016/s0194-5998(03)00462-5)
- Matei, S., & Danino, M. A. (2015). Smoking and plastic surgery: A Montreal perspective. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique*, 60 (1), e71–e72. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.012>
- Matoso, A., Khandakar, B., Yuan, S., Wu, T., Wang, L. J., Lombardo, K. A., & Yakirevich, E. (2018). Spectrum of findings in orchiectomy specimens of persons undergoing gender confirmation surgery. *Human Pathology*, 76, 91–99. <https://doi.org/10.1016/j.humpath.2018.03.007>
- Matsuno, E. (2019). Nonbinary-affirming psychological interventions. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 617–628. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.09.003>
- Matsuno, E., & Israel, T. (2018). Psychological interventions

- promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). *The Counseling Psychologist*, 46(5), 632-655. <https://doi.org/10.1177/0011000018787261>
- Mattawanon, N., Charoenkwan, K., & Tangpricha, V. (2021). Sexual dysfunction in transgender people: A systematic review. *Urology Clinics of North America*, 48(4), 437-460. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2021.06.004>
- Mattawanon, N., Spencer, J. B., Schirmer, D. A., & Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people: A review. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 19(3), 231-242. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9462-3>
- Matthews, J. J., Olszewski, A., & Petereit, J. (2020). Knowledge, training, and attitudes of students and speech-language pathologists about providing communication services to individuals who are transgender. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 597-610. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00148
- Matthews, S. J., Picton, H., Ernst, E., & Andersen, C. Y. (2018). Successful pregnancy in a woman previously suffering from β -thalassemia following transplantation of ovarian tissue cryopreserved before puberty. *Minerva Obstetrics and Gynecology*, 70(4), 432-435. <https://doi.org/10.23736/s0026-4784.18.04240-5>
- Maxwell, S., Noyes, N., Keefe, D., Berkeley, A. S., & Goldman, K. N. (2017). Pregnancy outcomes after fertility preservation in transgender men. *Obstetrics and Gynecology*, 129(6), 1031-1034. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002036>
- Mayer, T. K., Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2019). How gender identity and treatment progress impact decision-making, psychotherapy and aftercare desires of trans persons. *Journal of Clinical Medicine*, 8(5), 749. <https://doi.org/10.3390/jcm8050749>
- Mazur, T., Cohen-Kettenis, P. T., Meyer, W. J., Meyer-Bahlburg, H. F., & Zucker, K. J. (2007). Survey of HBGDA membership on treatment of disorders of sex development (DSD). *International Journal of Transgenderism*, 10(2), 99-108. <https://doi.org/10.1080/1553273080218227>
- McCallion, S., Smith, S., Kyle, H., Shaikh, M. G., Wilkinson, G., & Kyriakou, A. (2021). An appraisal of current service delivery and future models of care for young people with gender dysphoria. *European Journal of Pediatrics*, 180(9), 2969-2976. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04075-2>
- McCauley, E., Eckstrand, K., Desta, B., Bouvier, B., Brockmann, B., & Brinkley-Rubenstein, L. (2017). Exploring healthcare experiences for incarcerated individuals who identify as transgender in a southern jail. *Transgender Health*, 3(1), 34-41. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0046>
- McConnell, E. A., Birkett, M. A., & Mustanski, B. (2015). Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth. *LGBT Health*, 2(1), 55-61. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0051>
- McDowell, A., & Bower, K. M. (2016). Transgender health care for nurses: An innovative approach to diversifying nursing curricula to address health inequities. *Journal of Nursing Education*, 55(8). <https://doi.org/476-479.doi:10.3928/01484834-20160715-11>.
- McDowell, A., Raifman, J., Progovac, A. M., & Rose, S. (2020). Association of nondiscrimination policies with mental health among gender minority individuals. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 952-958. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0770>
- McDowell, M. J., Hughto, J. M. W., & Reisner, S. L. (2019). Risk and protective factors for mental health morbidity in a community sample of female-to-male trans-masculine adults. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-2008-0>
- McFadden, S. H., Frankowski, S., Flick, H., & Witten, T. M. (2013). Resilience and multiple stigmatized identities: Lessons from transgender persons' reflections on aging. In J. D. Sinnott (Ed.) *Positive Psychology: Advances in Understanding Adult Motivation* (pp. 247-267). Springer Science + Business Media
- McGuire, J. K., Beek, T. F., Catalpa, J. M., & Steensma, T. D. (2018). The Genderqueer Identity (GQI) Scale: Measurement and validation of four distinct subscales with trans and LGBQ clinical and community samples in two countries. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 289-304. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1460735>
- McGuire, J. K., Berg, D., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Fish, J. N., Nic Rider, G., Steensma, T., Cohen-Kettenis, P. T., & Spencer, K. (2020). Utrecht Gender Dysphoria Scale - Gender Spectrum (UGDS-GS): Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBQ samples. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 194-208.

- <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1723460>
- McInroy, L. B., Beaujolais, B., Craig, S. L., & Eaton, A. D. (2021). The Self-identification, LGBTQ+ identity development, and attraction and behavior of asexual youth: Potential implications for sexual health and internet-based service provision. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3853-3863. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02064-y>
- McLachlan, C. (2019). Que(e)ring trans and gender diversity. *South African Journal of Psychology*, 49(1), 10-13. *Urology Clinics North America* <https://doi.org/10.1177/0081246318780774>
- McLaughlin, R. J., & Sharp, R. N. (2018). Working with parents/guardians and caregivers when conflicts arise. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An Interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 157-172). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000095-009>
- McNabb, C. (2017). *Nonbinary gender identities: History, culture, resources*. Rowman & Littlefield.
- McNamara, C. (2007). Re-inhabiting an uninhabitable body: Interventions in voice production with transsexual men. *Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre and Performance*, 12(2), 195-206. <https://doi.org/10.1080/13569780701321070>
- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., & Regan, M. (2013). *Speaking from the margins: trans mental health and wellbeing in Ireland*. Transgender Equality Network Ireland (TENI). <https://www.atlanticphilanthropies.org/wp-content/uploads/2015/09/teni-speaking-from-the-margins-report.pdf>
- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J., & Regan, M. (2012). *UK Trans Mental Health Study 2012*. Scottish Transgender Alliance, Trans Resource and Empowerment Centre, TransBareAll, Traverse Research, Sheffield Hallam University. Scottish Trans Alliance https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans_mh_study.pdf
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727-733. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.12.010>
- McTernan, M., Yokoo, K., & Tong, W. (2020). A comparison of gender-affirming chest surgery in nonbinary versus transmasculine patients. *Annals of Plastic Surgery*, 84(5S Suppl. 4), S323-S328. <https://doi.org/10.1097/sap.0000000000002254>
- Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., & Branje, S. (2011). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(8), 1008-1021. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9730-y>
- Mehringer, J., & Dowshen, N. L. (2019). Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(9), 100684. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100684>
- Mehringer, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A., & Dowshen, N. L. (2021). Experience of chest dysphoria and masculinizing chest surgery in transmasculine youth. *Pediatrics*, 147(3), e2020013300. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-013300>
- Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). *The Demographics of the Transgender Population*. In A.K. Baumle (Ed.). *International Handbook on the Demography of Sexuality* (pp. 289-327). Springer.
- Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to-male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism*, 14(2), 75-85. <https://doi.org/10.1080/15532739.2013.791651>
- Meijer, J. H., Eeckhout, G. M., van Vlerken, R. H., & de Vries, A. L. (2017). Gender dysphoria and co-existing psychosis: Review and four case examples of successful gender affirmative treatment. *LGBT Health*, 4(2), 106-114. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0133>
- Meister, J., Hagen, R., Shehata-Dieler, W., Kühn, H., Kraus, F., & Kleinsasser, N. (2016). Pitch elevation in male-to-female transgender persons - The Würzburg approach. *Journal of Voice*, 31(2), 244.e7-244.e15. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.07.018>
- Mendoza, N., & Motos, M. A. (2013). Androgen insensitivity syndrome. *Gynecological Endocrinology*, 29(1), 1-5. <https://doi.org/10.3109/09513590.2012.705378>
- Meriggiola, M. C., Armillotta, F., Costantino, A., Altieri, P., Saad, F., Kalthorn, T., & Pelusi, G. (2008). Effects of testosterone undecanoate administered alone or in combination with letrozole or dutasteride in female to male transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(10), 2442-2453. <https://doi.org/10.1111/j.17436109.2008.00909>

- Mészáros, K., Vitéz, L. C., Szabolcs, I., Góth, M., Kovács, L., Görömbei, Z., & Hacki, T. (2005). Efficacy of conservative voice treatment in male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 57(2), 111–118. <https://doi.org/10.1159/000083572>
- Meyer, W. III., Bockting W., Cohen-Kettenis P., Coleman E., DiCeglie D., Devor H., Gooren L., Hage J., Kirk S., Kuiper B., Laub D., Lawrence A., Menard Y., Patton J., Schaefer L., Webb A., Wheeler C.. (2001). The standards of care for gender identity disorders - Sixth Version. *International Journal of Transgenderism*, 5(1). http://www.symposium.com/ijt/soc_01/index.htm
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2014). Psychoendocrinology of Congenital Adrenal Hyperplasia. *Genetic Steroid Disorders*, 285–300. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-416006-4.00023-5>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2019). “Diagnosing” gender? Categorizing gender-identity variants in the Anthropocene. *Archives of Sexual Behavior* 48(7), 2027–2035. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1349-6>.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2022). The timing of genital surgery in somatic intersexuality: Surveys of patients’ preferences. *Hormone Research in Paediatrics*, 95, 12–20. <https://doi.org/10.1159/000521958>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baratz Dalke, K., Berenbaum, S. A., Cohen-Kettenis, P. T., Hines, M., & Schober, J. M. (2016). Gender assignment, reassignment and outcome in disorders of sex development: Update of the 2005 Consensus Conference. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(2), 112–118. <https://doi.org/10.1159/000442386>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., & New, M. I. (2017). Stigma in medical settings as reported retrospectively by women with congenital adrenal hyperplasia (CAH) for their childhood and adolescence. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 496–503. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw034>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2018). Stigma associated with classical congenital adrenal hyperplasia in women’s sexual lives. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 943–951. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1003-8>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Reyes-Portillo, J. A., Khuri, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2017). Syndrome-related stigma in the general social environment as reported by women with classical congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 341–351. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0862-8>
- Mieusset, R., Bujan, L., Mansat, A., Pontonnier, F., & Grandjean, H. (1987). Effects of artificial cryptorchidism on sperm morphology. *Fertility and Sterility*, 47(1), 150–155. <https://doi.org/10.1016/s0015-02821649951-6>
- Mieusset, R., Grandjean, H., Mansat, A., & Pontonnier, F. (1985). Inhibiting effect of artificial cryptorchidism on spermatogenesis. *Fertility and Sterility*, 43(4), 589–594. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)48502-x](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)48502-x)
- Miksad, R. A., Bublely, G., Church, P., Sanda, M., Rofsky, N., Kaplan, I., & Cooper, A. (2006). Prostate cancer in a transgender woman 41 years after initiation of feminization. *The Journal of the American Medical Association*, 296(19), 2312–2317. <https://doi.org/10.1001/jama.296.19.2316>
- Miller, L., Leeth, E. A., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Chen, D., Aufox, S. A., & Finlayson, C. (2018). Attitudes towards ‘disorders of sex development’ nomenclature among physicians, genetic counselors, and mental health clinicians. *Journal of Pediatric Urology*, 14(5), 418.e1–418.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.08.009>
- Millet, N., Longworth, J., & Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 27–38. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258353>
- Millington, K., Liu, E., & Chan, Y. M. (2019). The utility of potassium monitoring in gender-diverse adolescents taking spironolactone. *Journal of the Endocrine Society*, 3(5), 1031–1038. <https://doi.org/10.1210/js.2019-00030>
- Millington, K., Schulmeister, C., Finlayson, C., Grabert, R., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., & Chan, Y. M. (2020). Physiological and metabolic characteristics of a cohort of transgender and gender-diverse youth in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 67(3), 376–383. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.028>
- Mills, M., & Stoneham, G. (2017). *The voice book for trans and non-binary people*. Jessica Kingsley Publishers.
- Mills, M., Stoneham, G., & Davies, S. (2019). Toward a

- protocol for transmasculine voice: A service evaluation of the voice and communication therapy group program, including long-term follow-up for trans men at the London Gender Identity Clinic. *Transgender Health*, 4(1), 143–151.
<https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0011>
- Milrod, C., & Karasic, D. H. (2017). Age is just a number: WPATH-affiliated surgeons' experiences and attitudes toward vaginoplasty in transgender females under 18 years of age in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(4), 624–634.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.02.007>
- Min, K.-J., Lee, C.-K., & Park, H.-N. (2012). The lifespan of Korean eunuchs. *Current Biology*, 22(18), R792–R793.
<https://doi.org/10.1016/j.cub.2012.06.036>
- Ming, J. M., Chua, M. E., Lopes, R. I., Maloney, A. M., Gupta, A. A., & Lorenzo, A. J. (2018). Cryopreservation of testicular tissue in pre-pubertal and adolescent boys at risk for infertility: A low risk procedure. *Journal of Pediatric Urology*, 14(3), 274.e271–274.e275.
<https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.02.016>
- Ministry of Justice. (2016.) *Care and management of transgender offenders*. (n.d.). GOV.UK. Retrieved May 31, 2022, from <https://www.gov.uk/government/publications/care-and-management-of-transgender-offenders>
- Mizock, L., & Lewis, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. *Journal of Emotional Abuse*, 8(3), 335–354.
<https://doi.org/10.1080/10926790802262523>
- Mollet, A. L. (2021). “It’s easier just to say I’m queer”: Asexual college students’ strategic identity management. *Journal of Diversity in Higher Education*. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1037/dhe0000210>
- Money, J., & Lamacz, M. (1987). Genital examination and exposure experienced as nosocomial sexual abuse in childhood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12), 713–721. <https://doi.org/10.1097/00005053-198712000-00002>
- Monroe (aka Patterson) v. Baldwin, Illinois Department of Corrections et al, Case No. 1:19-cv-01060, 2019.
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Dhont, M., De Cuypere, G., Rubens, R., Moerman, M., Hamdi, M., Van Landuyt, K., & Blondeel, P. (2001). Surgical therapy in transsexual patients: A multi-disciplinary approach. *Acta Chirurgica Belgica*, 101(5), 200–209.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11758101>
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., Hamdi, M., Roche, N., Weyers, S., & De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510–518.
<https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aeeb06>
- Montejo, A. L., Montejo, L., & Navarro-Cremades, F. (2015). Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 418–423.
<https://doi.org/10.1097/yco.000000000000198>
- Moody, C., Fuks, N., Peláez, S., & Smith, N. G. (2015). “Without this, I would for sure already be dead”: A qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 266.
<https://doi.org/10.1037/sgd0000130>
- Mora, E., Cobeta, I., Becerra, A., & Lucio, M. J. (2018). Comparison of cricothyroid approximation and glottoplasty for surgical voice feminization in male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 128(9), 2101–2109.
<https://doi.org/10.1002/lary.27172>
- Moravek, M. B., Kinnear, H. M., George, J., Batchelor, J., Shikanov, A., Padmanabhan, V., & Randolph, J. F. (2020). Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men. *Endocrinology*, 161(3), bqaa014. <https://doi.org/10.1210/endo/bqaa014>
- Morenz, A. M., Goldhammer, H., Lambert, C. A., Hopwood, R., & Keuroghlian, A. S. (2020). A blueprint for planning and implementing a transgender health program. *Annals of Family Medicine*, 18(1), 73–79.
<https://doi.org/10.1370/afm.2473>
- Morrison, S. D., Capitán-Canadas, F., Sanchez-Garcia, A., Ludwig, D. C., Massie, J. P., Nolan, I. T., Swanson, M., Rodriguez-Conesa, M., Friedrich, J. B., Cederna, P. S., Bellinga, R. J., Simon, D., Capitán, L., & Satterwhite, T. (2020). Prospective quality-of-life outcomes after facial feminization surgery: An international multicenter study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(6), 1499–1509. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006837>
- Morrison, S. D., Satterwhite, T., Grant, D. W., Kirby, J., Laub, D. R., Sr., & VanMaasdam, J. (2015). Long-term outcomes of rectosigmoid neocolporrhaphy in male-to-

- female gender reassignment surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 136(2), 386-394. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001459>
- Morrison, S. D., Shakir, A., Vyas, K. S., Kirby, J., Crane, C. N., & Lee, G. K. (2016). Phalloplasty: A review of techniques and outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138(3), 594-615. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002518>
- Moser, C., & Devereux, M. (2019). Gender neutral pronouns: A modest proposal. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 331-332. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1217446>
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., & Obedin-Maliver, J. (2020). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), 30-41. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M.R., Flentje, A., Lubensky, M.E., Capriotti, M.R., Ragosta, S., Forsberg, H., & Obedin-Maliver, J. (2021). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), 30-41, <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>
- Moseson, H., Fix, L., Ragosta, S., Forsberg, H., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2021). Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(4), 376. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.035>
- Moseson, H., Lunn, M. R., Katz, A., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., Flentje, A., Capprotti, M., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2020). Development of an affirming and customizable electronic survey of sexual and reproductive health experiences for transgender and gender nonbinary people. *PLOS One*, 15(5), e0232154. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232154>
- Moseson, H., Zazanis, N., Goldberg, E., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., & Obedin-Maliver, J. (2020). The imperative for transgender and gender nonbinary inclusion: Beyond women's health. *Obstetrics and Gynecology*, 135(5), 1059-1068. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003816>
- Motmans, J., Meier, P., Ponnet, K., & T'Sjoen, G. (2012). Female and male transgender quality of life: Socioeconomic and medical differences. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 743-750. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02569.x>
- Motmans, J., Nieder, T. O., & Bouman, W. P. (2019). Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 119-125. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640514>
- Motmans, J., Wyverkens, E., & Defreyne, J. (2017). *Being transgender in Belgium: Ten years later*. Institute for the Equality of Women and Men. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/118_-_being_transgender_in_belgium.pdf
- Motta, G., Marinelli, L., Barale, M., Brustio, P. R., Manieri, C., Ghigo, E., Procopio, M., & Lanfranco, F. (2020). Fracture risk assessment in an Italian group of transgender women after gender-confirming surgery. *Journal of Bone Mineral Metabolism*, 38(6), 885-893. <https://doi.org/10.1007/s00774-020-01127-9>
- Mouriquand, P. D. E., Gorduza, D. B., Gay, C.-L., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baker, L., Baskin, L. S., Bouvattier, C., Braga, L. H., Caldamone, A. C., Duranteau, L., El Ghoneimi, A., Hensle, T. W., Hoebeke, P., Kaefer, M., Kalfa, N., Kolon, T. F., Manzoni, G., Mure, P.-Y., Nordenskjöld, A., & Pippi Salle, J. L. (2016). Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: If (why), when, and how? *Journal of Pediatric Urology*, 12(3), 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.04.001>
- Movement Advancement Project. Conversion "Therapy" Bans. (2021). https://www.lgbtmap.org/equality-maps/conversion_therapy
- Mujugira, A., Kasiita, V., Bagaya, M., Nakyanzi, A., Bambia, F., Nampewo, O., Kamusiime, B., Mugisha, J., Nalumansi, A., Twesigye, C. C., Muwonge, T. R., Baeten, J. M., Wyatt, M. A., Tsai, A. C., Ware, N. C., & Haberer, J. E. (2021). "You are not a man": A multi-method study of trans stigma and risk of HIV and sexually transmitted

- infections among trans men in Uganda. *Journal of the International AIDS Society*, 24(12), e25860. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jia2.25860>
- Mukhopadhyay, A., & Chowdhury, R. (2009). The eunuch patient. *Tropical Doctor*, 39(1), 63–64. <https://doi.org/10.1258/td.2008.080016>
- Müller, A. (2013). Teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in a South African health sciences faculty: Addressing the gap. *BMC Medical Education*, 13(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-174>
- Müller, A. (2015). Strategies to include sexual orientation and gender identity in health professions education. *African Journal of Health Professions Education*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.7196/AJHPE.359>
- Müller, A. (2017). Scrambling for access: availability , accessibility , acceptability and quality of healthcare for lesbian , gay , bisexual and transgender people in South Africa. *BMC International Health and Human Rights*, 17(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12914-017-0124-4>
- Müller, A., & Daskilewicz, K., & The Southern and East African Research Collective on Health (2019). 'Are we doing alright? Realities of violence, mental health, and access to healthcare related to sexual orientation and gender identity and expression in eSwatini: Research report based on a community-led study in nine countries'. COC Netherlands. https://eswatiniminorities.org/wp-content/uploads/2019/07/SOGIE-and-wellbeing_02_eSwatini.pdf
- Müller, A., Daskilewicz, K., Kabwe, M. L., Mmolai-Chalmers, A., Morrioni, C., Muparamoto, N., Muula, A. S., Odira, V., & Zimba, M. (2021). Experience of and factors associated with violence against sexual and gender minorities in nine African countries: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 357. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10314-w>
- Mullins, E. S., Geer, R., Metcalf, M., Piccola, J., Lane, A., Conard, L. A. E., & Kowalczyk Mullins, T. L. (2021). Thrombosis risk in transgender adolescents receiving gender-affirming hormone therapy. *Paediatrics*, 147(4), e2020023549. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-023549>
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214-231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>
- Murchison, G., Adkins, D., Conard, L.A., Ph, R., Ehrensaft, D., Elliott, T., Hawkins, L.A., Lopez, X., Newby, H., Ng, H., Veters, R., Wolf-Gould, C., Brown, J., Hanneman, T., Kahn, E. (2016). *Supporting & Caring for Transgender Children*. Human Rights Campaign.
- Myers, S. C., & Safer, J. D. (2017). Increased rates of smoking cessation observed among transgender women receiving hormone treatment. *Endocrine Practice*, 23(1), 32-36. <https://doi.org/10.4158/EP161438.OR>
- Nahata, L., Chen, D., Moravek, M. B., Quinn, G. P., Sutter, M. E., Taylor, J., Tishelman, A. C., & Gomez-Lobo, V. (2019). Understudied and under-reported: Fertility issues in transgender youth - A narrative review. *Journal of Paediatrics*, 205, 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.009>
- Nahata, L., Cohen, L. E., & Yu, R. N. (2012). Barriers to fertility preservation in male adolescents with cancer: it's time for a multidisciplinary approach that includes urologists. *Urology*, 79(6), 1206-1209. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2012.02.035>
- Nahata, L., Curci, M. B., & Quinn, G. P. (2018). Exploring fertility preservation intentions among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 123-125. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.288>
- Nahata, L., Quinn, G. P., & Tishelman, A. C. (2018). Counseling in pediatric populations at risk for infertility and/or sexual function concerns. *Pediatrics*, 142(2), e20181435. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1435>
- Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., & Quinn, G. P. (2017). Low fertility preservation utilization among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 61(1), 40-44. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.012>
- Nanda, K., Stuart, G. S., Robinson, J., Gray, A. L., Tepper, N. K., & Gaffield, M. E. (2017). Drug interactions between hormonal contraceptives and antiretrovirals. *AIDS*, 31(7), 917–952. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001392>
- Nanda, S. (2014). *Gender diversity: cross cultural variations*. Second edition. Waveland Press.
- Narayan, S. K., Hontscharuk, R., Danker, S., Guerriero, J., Carter, A., Blasdel, G., Bluebond-Langner, R., Ettner, R., Radix, A., Schechter, L., & Berli, J. U. (2021). Guiding the conversation-types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. *Annals of Translational Medicine*, 9(7), 605. <https://doi.org/10.21037/atm-20-6204>

- Nash, R., Ward, K. C., Jemal, A., Sandberg, D. E., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Frequency and distribution of primary site among gender minority cancer patients: An analysis of U.S. national surveillance data. *Cancer Epidemiology*, 54, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.02.008>
- Nassiri, N., Maas, M., Basin, M., Cacciamani, G. E., & Doumanian, L. R. (2021). Urethral complications after gender reassignment surgery: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(8), 793–800. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0304-y>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Understanding the well-being of LGBTIQI + populations*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25877>
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health and Human Services.
- National Commission on Correctional Health Care. (2016). *Solitary Confinement (Isolation)*. <https://www.ncchc.org/solitary-confinement>.
- National LGBTQIA+ Health Education Center. (2020). *Affirming Primary Care for Intersex People*. <https://www.lgbtqiahealtheducation.org/publication/affirming-primary-care-for-intersex-people-2020/>
- Nestle, J., Howell, C., & Wilchins, R. (Eds.). (2002). *Genderqueer. Voices from behind the sexual binary*. Alyson Books.
- Netshandama, V. O., Mavhandu-Mudzusi, A. H., & Matshideze, P. (2017). Deconstructing matula (taboo), a multi-stakeholder narrative about LGBTI. *South African Journal of Higher Education*, 31(4). <https://doi.org/10.20853/31-4-1328>
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of the voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(03\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(03)00084-5)
- Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 645–659. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9>
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0002-3>
- Neyman, A., Fuqua, J. S., & Eugster, E. A. (2019). Bicalutamide as an androgen blocker with secondary effect of promoting feminization in male-to-female transgender adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 64(4), 544–546. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.296>
- Nguyen, H. B., Chavez, A. M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., Davies, R. D., & Epperson, C. N. (2018). Gender-affirming hormone use in transgender individuals: Impact on behavioral health and cognition. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0973-0>
- Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur— either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology and Sexuality*, 2(3), 224–243. <https://doi.org/10.1080/19419899.2010.545955>
- Nieder, T. O., Eyssel, J., & Köhler, A. (2020). Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interventions. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2661–2672. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01559-z>
- Nieder, T. O., Güldenring, A., Woellert, K., Briken, P., Mahler, L., & Mundle, G. (2020). Ethical aspects of mental health care for lesbian, gay, bi-, pan-, asexual, and transgender people: A case-based approach. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 93(4), 593–602. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7513438/>
- Nieder, T. O., Mayer, T. K., Hinz, S., Fahrenkrug, S., Herrmann, L., & Becker-Hebly, I. (2021). Individual treatment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: A prospective clinical cohort study. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(3), 632–645. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.12.010>
- Nilsson, J., Jervaeus, A., Lampic, C., Eriksson, L. E., Widmark, C., Armuand, G. M., Malmors, M., Heyman, M., & Wettergren, L. (2014). 'Will I be able to have a baby?' Results from online focus group discussions with

- childhood cancer survivors in Sweden. *Human Reproduction*, 29(12), 2704-2711. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu280>
- Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 199-220. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y>
- Nobili, A., Glazebrook, C., Bouman, W. P., Baron-Cohen, S., & Arcelus, J. (2020). The stability of autistic traits in transgender adults following cross-sex hormone treatment. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 431-439. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1783738>
- Nokoff, N. J., Scarbro, S., Juarez-Colunga, E., Morea, K. L., & Kempe, A. (2018). Health and cardiometabolic disease in transgender adults in the United States: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015. *Journal of the Endocrine Society*, 2(4), 349-360. <https://doi.org/10.1210/js.2017-00465>
- Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2019). Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy. *Circulation*, 139(11), 1461-1462. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.118.038584>
- Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Peerdeman, S. M., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The occurrence of benign brain tumours in transgender individuals during cross-sex hormone treatment. *Brain*, 141(7), 2047-2054. <https://doi.org/10.1093/brain/awy108>
- Noureai, S. A., Randhawa, P., Andrews, P. J., & Saleh, H. A. (2007). The role of nasal feminization rhinoplasty in male-to-female gender reassignment. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 9(5), 318-320. <https://doi.org/10.1001/archfaci.9.5.318>
- Nowotny, K.M., Rogers, R.G., & Boardman, J.D. (2017). Racial disparities in health conditions among prisoners compared with the general population. *SSM - Population Health*, 3, 487-496. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.011>
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2014). Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among transgender women: A 3-year prospective study. *American Journal of Public Health*, 104(11), 2199-2206. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302106>
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12-23. <https://doi.org/10.1080/00224490903062258>
- Nuyen, B. A., Qian, Z. J., Campbell R. D., Erickson-DiRenzo E., Thomas J., & Sung C. K. (2022) Feminization laryngoplasty: 17-year review on long-term outcomes, safety, and technique. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 167(1), 112-117. <https://doi.org/10.1177/01945998211036870>
- Nygren, U., Nordenskjöld, A., Arver, S., & Södersten, M. (2016). Effects on voice fundamental frequency and satisfaction with voice in trans men during testosterone treatment - A longitudinal study. *Journal of Voice*, 30(6), 766.e23-766.e34. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.10.016>
- O'Bryant, C. L., Flaig, T. W., & Utz, K. J. (2008). Bicalutamide-associated fulminant hepatotoxicity. *Pharmacotherapy*, 28(8), 1071-1075. <https://doi.org/10.1592/phco.28.8.1071>
- Oates, J. (2019). *Evidence-based practice in voice training for transwomen*. In R.K. Adler, S. Hirsch, & J. Pickering (Eds.). *Voice and communication therapy for the transgender/Gender Diverse client: A comprehensive clinical guide* (pp. 87-103). Plural Publishing.
- Oates, J. M. & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism - A review. *British Journal of Disorders of Communication*. 18(3), 139-151. <https://doi.org/10.3109/13682828309012237>
- Obedin-Maliver, J. (2015). Time for OBGYNs to care for people of all genders. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 24(2), 109-111. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.1518>
- Obedin-Maliver, J., & Makadon, H. (2016). Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine*, 9(1), 4-8. <https://doi.org/10.1177/1753495X15612658>
- Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., & Lunn, M. R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *The Journal of the American Medical Association*, 306(9), 971-977.

- <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1255>
- OECD. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Oğuz, Ö., Ayran, B., & Yelken, K. (2020). Clinical considerations in speech and language therapy in Turkish transgender population. *Journal of Voice*, 35(4), 662.e9–662.e13. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.12.011>
- OHCHR, ILO, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNAIDS. (2016). Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_ENG.PDF
- Øien, R. A., Cicchetti, D. V., & Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 4028–4037. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3686-7>
- Oktay, K., Buyuk, E., Rodriguez-Wallberg, K.A., & Sahin, G. (2010). In vitro maturation improves oocyte or embryo cryopreservation outcome in breast cancer patients undergoing ovarian stimulation for fertility preservation. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(5), 634–638. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2010.01.012>
- Olde Dubbelink, L. M. E., & Geurts, H. M. (2017). Planning skills in autism spectrum disorder across the lifespan: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(4), 1148–1165. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-3013-0>
- Olezski, C. L., Pariseau, E. M., Bamatter, W. P., & Tishelman, A. C. (2020). Assessing gender in young children: Constructs and considerations. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(3), 293–303. <https://doi.org/10.1037/sgd0000381>
- Oliphant, J., Veale, J., Macdonald, J., Carroll, R., Johnson, R., Harte, M., Stephenson, C., & Bullock, J. (2018). *Guidelines for gender affirming healthcare for gender diverse and transgender children, young people and adults in Aotearoa, New Zealand*. Transgender Health Research Lab. <https://patha.nz/Guidelines>
- Olivier, S., & Thurasukam, O. (2018). *Lesbian, gay, transgender, bisexual, intersex and queer (LGBTIQ+) youth in Thailand*. Save the Children Fund. https://resourcecentre.savethechildren.net/node/13480/pdf/lgbtiqyouth_in_thailand_save_the_children_2018.pdf
- df
- Olson, K.R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D., Durwood, L., (2019). Family discussions of early childhood social transitions. *Clinical Practice in Pediatric Psychology* 7, 229–240. <https://doi.org/10.1037/cpp0000289>
- Olson, K.R., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin, K.A., (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137, e20153223. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Olson, K.R., Gülgöz, S., (2018). Early findings from the TransYouth Project: Gender development in transgender children. *Child Development Perspectives*, 12, 93–97. <https://doi.org/10.1111/cdep.12268>
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y. M., Rosenthal, S., Hidalgo, M. A., Chen, D., Clark, L., & Garofalo, R. (2019). Creating the Trans Youth Research Network: A collaborative research endeavor. *Transgender Health*, 4(1), 304–312. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0024>
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Spack, N., Chen, D., Clark, L., Ehrensaft, D., Hidalgo, M., Tishelman, A., & Rosenthal, S. (2019). Impact of early medical treatment for transgender youth: Protocol for the longitudinal, observational Trans Youth Care Study. *JMIR Research Protocols*, 8(7), e14434. <https://doi.org/10.2196/14434>
- Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Garofalo, R., Meyer, W., & Rosenthal, S. M. (2016). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 172–179. <https://doi.org/10.1097/med.0000000000000236>
- Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., Hastings, J., & Wesp, L. (2018). *Health considerations for gender non-conforming children and transgender adolescents. Guidelines for the primary care of transgender and gender nonbinary people*. <http://transhealth.ucsf.edu/guidelines/youth>
- Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M., & Clark, L. F. (2018). Chest reconstruction and chest dysphoria in transmasculine minors and young adults: Comparisons of nonsurgical and postsurgical cohorts. *JAMA Paediatrics*, 172(5), 431–436.

- <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5440>
- Olyslager, F., & Conway, L. (2008). Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt. Een nieuwe kijk op de prevalentie van transseksualiteit in Nederland en België. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 11(2), 39-51.
- Oparah, J. (2012). Feminism and the (trans)gender entrapment of gender nonconforming prisoners. *UCLA Women's Law Journal*, 18(2), 239-271. <http://dx.doi.org/10.5070/L3182017822> Retrieved from <https://escholarship.org/uc/item/3sp664r9>.
- Orel, N. A., & Fruhauf, C. A. (2015). *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (p. 256). American Psychological Association.
- Orloff, L. A., Mann, A. P., Damrose, J. F., & Goldman, S. N. (2006). Laser-assisted voice adjustment (LAVA) in transsexuals. *The Laryngoscope*, 116(4), 655-660. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000205198.65797.59>
- Ott, J., Kaufmann, U., Bentz, E. K., Huber, J. C., & Tempfer, C. B. (2010). Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone therapy. *Fertility & Sterility*, 93(4), 1267-1272. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.017>
- Owen, K., & Hancock, A. B. (2010). The role of self- and listener perceptions of femininity in voice therapy. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 272-284. <https://doi.org/10.1080/15532739.2010.550767>
- Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., Song, Y., & Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 591-600. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017>
- Özer, M., Toulabi, S. P., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., Buncamper, M. E., Monstrey, S., Bizic, M. R., Djordjevic, M., Falcone, M., Christopher, N. A., Simon, D., Capitán, L., & Motmans, J. (2022). ESSM position statement "Sexual Wellbeing After Gender Affirming Surgery." *Sexual Medicine*, 10(1), 100471. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100471>
- Ozkan, O., Çinpolat, A., Doğan, N. U., Bektas, G., Dolay, K., Gürkan, A., Arıcı, C., & Doğan, S. (2018). Vaginal reconstruction with the modified rectosigmoid colon: Surgical technique, long-term results and sexual outcomes. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 52(4), 210-216. <https://doi.org/10.1080/20006512486X.2018.1444616>
- Pachankis, J. E., & Bränström, R. (2018). Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(5), 403. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>.
- Padilla, J. A., Feng, J. E., Anoushiravani, A. A., Hozack, W. J., Schwarzkopf, R., & Macaulay, W. B. (2019). Modifying patient expectations can enhance total hip arthroplasty postoperative satisfaction. *Journal of Arthroplasty*, 34(7s), S209-s214. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.12.038>
- PAHO. (2014). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans persons and their communities in the Caribbean and other anglophone countries*. John Snow, Inc. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31360>
- Palmer, D., Dietsch, A., & Searl, J. (2011). Endoscopic and stroboscopic presentation of the larynx in male-to-female transsexual persons. *Journal of Voice*, 26(1), 117-126. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.10.014>
- Palmert, M. R., Chan, Y. M., & Dunkel, L. (2021). *Puberty and its disorders in the male*. In M.A. Sperling, M.R.K. Majzoub, & C.A. Stratakis (Eds.), *Sperling Pediatric Endocrinology*. Fifth edition. Elsevier.
- Palmert, M. R., & Dunkel, L. (2012). Delayed puberty. *New England Journal of Medicine*, 366(5), 443-453. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1109290>
- Pan, S., & Honig, S. C. (2018). Gender-affirming surgery: Current concepts. *Current Urology Reports*, 19(8), 62. <https://doi.org/10.1007/s11934-018-0809-9>
- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019). *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV: Transgender people with HIV*. Department of Health and Human Services: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>.
- Pang, C., Gutman, G., & de Vries, B. (2019). Later life care planning and concerns of transgender older adults in Canada. *The International Journal of Aging and Human Development*, 89(1), 39-56. <https://doi.org/10.1177/0091415019843520>
- Pang, K. C., de Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D.

- R., Carmichael, P., & Steensma, T. D. (2020). Association of media coverage of transgender and gender diverse issues with rates of referral of transgender children and adolescents to specialist gender clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open*, 3(7), e2011161-e2011161. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161>
- Papadopoulos, N. A., Lelle, J. D., Zavlin, D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Kluger, A. K., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Quality of life and patient satisfaction following male-to-female sex reassignment surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), 721-730. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.022>
- Papadopoulos, N. A., Zavlin, D., Lelle, J. D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined technique leads to increased quality of life in a prospective study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 140(2), 286-294. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003529>
- Parameshwaran, V., Cockbain, B. C., Hillyard, M., & Price, J. R. (2017). Is the lack of specific lesbian, gay, bisexual, transgender and queer/questioning (LGBTQ) health care education in medical school a cause for concern? Evidence from a survey of knowledge and practice among UK medical students. *Journal of Homosexuality*, 64(3), 367-381. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1190218>
- Paré, F. (2020). Outlawing trans reparative therapy. EScholarship@McGill. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/wh246x33v>
- Paredes, A. Z., Hyer, J. M., Diaz, A., Tsilimigras, D. I., & Pawlik, T. M. (2020). The impact of mental illness on postoperative outcomes among Medicare beneficiaries: a missed opportunity to help surgical patients? *Annals of Surgery*, 272(3), 419-425. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004118>
- Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. C. (2019). The relationship between family acceptance-rejection and transgender youth psychosocial functioning. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 267. <https://doi.org/10.1037/cpp0000291>
- Park, C., Brown, S., & Courey, M. (2021). Trans woman voice questionnaire scores highlight specific benefits of adjunctive glottoplasty with voice therapy in treating voice feminization. *Journal of Voice*. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.07.017>
- Park, J. A., Carter, E. E., & Larson, A. R. (2019). Risk factors for acne development in the first 2 years after initiating masculinizing testosterone therapy among transgender men. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(2), 617-618. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.040>
- Parkes, G., & Hall, I. (2006). Gender dysphoria and cross-dressing in people with intellectual disability: A literature review. *Mental Retardation*, 44(4), 260-271. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2006\)44\[260:GDACIP\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44[260:GDACIP]2.0.CO;2)
- Parker, E., & Davis-McCabe, C. (2021). The sibling experience: Growing up with a trans sibling. *Australian Journal of Psychology*, 73(2), 188-199.
- Pasricha, N., Dacakis, G., & Oates, J. (2008). Communicative satisfaction of male-to-female transsexuals. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 33(1), 25-34. <https://doi.org/10.1080/14015430701514500>
- Pasterski, V., Mastroyannopoulou, K., Wright, D., Zucker, K. J., & Hughes, I. A. (2014). Predictors of posttraumatic stress in parents of children diagnosed with a disorder of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 369-375. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0196-8>
- Pasterski, V., Prentice, P., & Hughes, I. A. (2010). Consequences of the Chicago consensus on disorders of sex development (DSD): Current practices in Europe. *Archives of Disease in Childhood*, 95(8):618. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.163840>
- Pasterski, V., Zucker, K. J., Hindmarsh, P. C., Hughes, I. A., Acerini, C., Spencer, D., Neufeld, S., & Hines, M. (2015). Increased cross-gender identification independent of gender role behavior in girls with congenital adrenal hyperplasia: Results from a standardized assessment of 4- to 11-year-old children. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1363-1375. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0385-0>
- Patterson, C. J., Sepúlveda, M.-J., & White, J. (Eds.). (2020). *Understanding the Well-Being of LGBTQI+ Populations*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25877>
- Payer, A. F., Meyer, W. J., 3rd, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human Leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423-436. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x>

- Payne, J. G., & Erbenius, T. (2018). Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family planning in Sweden: From reproductive rights to concrete practices. *Anthropology & Medicine*, 25(3), 329-343. <https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1507485>
- Pediatric Endocrine Society (PES). (2020). *Position Statement on Genital Surgery in Individuals with Differences of Sex Development (DSD)/Intersex Traits*. <https://pedsendo.org/clinical-resource/position-statement-on-genital-surgery-in-individuals-with-differences-of-sex-development-dsd-intersex-traits/>.
- Peitzmeier, S., Gardner, I., Weinand, J., Corbet, A., & Acevedo, K. (2016). Health impact of chest binding among transgender adults: A community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality*, 19(1), 64-75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1191675>
- Peitzmeier, S. M., Reisner, S. L., Harigopal, P., & Potter, J. (2014). Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: Implications for cervical cancer screening. *Journal of General Internal Medicine*, 29(5), 778-784. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2753-1>
- Peletz, M. (2009). *Gender pluralism: southeast Asia since early modern times*. Routledge.
- Pelusi, C., Costantino, A., Martelli, V., Lambertini, M., Bazzocchi, A., Ponti, F., & Meriggiola, M. C. (2014). Effects of three different testosterone formulations in female-to-male transsexual persons. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 3002-3011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12698>
- Peng, K., Zhu, X., Gillespie, A., Wang, Y., Gao, Y., Xin, Y., Qi, J., Ou, J., Zhong, S., Zhao, L., Liu, J., Wang, C., & Chen, R. (2019). Self-reported rates of abuse, neglect, and bullying experienced by transgender and gender-nonbinary adolescents in China. *JAMA Network Open*, 2(9), e1911058. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11058>
- Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E., & Bockting, W. (2015). Individual-and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behavioral Medicine*, 41(3), 164-171. <https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1028322>.
- Perrone, A. M., Cerpolini, S., Maria Salfi, N. C., Ceccarelli, C., De Giorgi, L. B., Formelli, G., & Meriggiola, M. C. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 3193-3200. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01380.x>
- Perry, D., & Pauletti, R. (2011). Gender and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 61-74. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00715.x>
- Persson Tholin, J., & Broström, L. (2018). Transgender and gender diverse people's experience of non-transition-related health care in Sweden. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 424-435. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1465876>
- Peterson, A. L., Bender, A. M., Sullivan, B., & Karver, M. S. (2021). Ambient discrimination, victimization, and suicidality in a non-probability US sample of LGBTQ adults. *Archives of Sexual Behavior*, 50(3), 1003-1014. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01888-4>.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). *Sex reassignment: thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review, 1961-1991. (Translated from German into American English by Roberta B. Jacobson and Alf B. Meier)*. Symposion Publishing <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 281-286. <https://doi.org/10.1037/sgd0000122>
- Philpott, A., Knerr, W., & Boydell, V. (2006). Pleasure and prevention: When good sex is safer sex. *Reproductive Health Matters*, 14(28), 23-31. [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(06\)28254-5](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(06)28254-5)
- Pickuth, D., Brandt, S., Neumann, K., Berghaus, A., Spielmann, R. P., & Heywang-Köbrunner, S. H. (2000). Value of spiral CT in patients with cricothyroid approximation. *The British Journal of Radiology*, 73(872), 840-842. <https://doi.org/10.1259/bjr.73.872.11026858>
- Picton, H. M., Wyns, C., Anderson, R. A., Goossens, E., Jahnukainen, K., Kliesch, S., Mitchell, R. T., Pennings, G., Rives, N., Tournaye, H., van Pelt, A. M. M., & Schlatt, S. (2015). A European perspective on testicular tissue cryopreservation for fertility preservation in prepubertal and adolescent boys. *Human Reproduction*, 30(11), 2463-2475. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev190>
- Piepoli, M. F., Abreu, A., Albus, C., Ambrosetti, M., Brotons, C., Catapano, A. L., Corra, U., Cosyns, B.,

- Deatong, C., Graham, I., Hoes, A., Lochen, M., Matrone, B., Redon, J., Sattar, Y., & Tiberi, M. (2020). Update on cardiovascular prevention in clinical practice: A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(2), 181-205. <https://doi.org/10.1177/2047487319893035>
- Pitasi, M. A., Kerani, R. P., Kohn, R., Murphy, R. D., Pathela, P., Schumacher, C. M., Tabidze, I., & Llata, E. (2019). Chlamydia, Gonorrhea, and Human Immunodeficiency Virus infection among transgender women and transgender men attending clinics that provide sexually transmitted disease services in six US cities. *Sexually Transmitted Diseases*, 46(2), 112-117. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000917>
- Pluvy, I., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part I. Pathophysiological aspects: Update and proposed recommendations. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* 60(1), e3-e13. <https://doi.org/doi:10.1016/j.anplas.2014.06.011>
- Pluvy, I., Panouillères, M., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part II. Clinical implications: A systematic review with meta-analysis. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 60(1), e15-e49. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.011>
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2016). *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide*. John Wiley & Sons, Inc.
- Poquiz, J. L., Coyne, C. A., Garofalo, R., & Chen, D. (2021). Comparison of gender minority stress and resilience among transmasculine, transfeminine, and nonbinary adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 68(3), 615-618. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.014>
- Porter, K. E., Brennan-Ing, M., Chang, S. C., Dickey, L. M., Singh, A. A., Bower, K. L., & Witten, T. M. (2016). Providing competent and affirming services for transgender and gender nonconforming older adults. *Clinical Gerontologist*, 39(5), 366-388. <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1203383>
- Poteat, T. C., Divsalar, S., Streed, C. G., Feldman, J. L., Bockting, W. O., & Meyer, I. H. (2021). Cardiovascular disease in a population-based sample of transgender and cisgender adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 61(6), 804-811. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.05.019>
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22-29.
- Poteat, T., Scheim, A., Xavier, J., Reisner, S., & Baral, S. (2016). Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S210-S219. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001087>
- Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., & Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet*, 385(9964), 274-286. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60833-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3)
- Potter, J., Peitzmeier, S. M., Bernstein, L., Reisner, S. L., Alizaga, N. M., Agénor, M., & Pardee, D. J. (2015). Cervical cancer screening for patients on the female-to-male spectrum: A narrative review and guide for clinicians. *Journal of General Internal Medicine*, 30(12), 1857-1864. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3462-8>
- Poudrier, G., Nolan, I. T., Cook, T. E., Saia, W., Motosko, C. C., Stranix, J. T., Thomson, J. E., Gothard, M. D., & Hazen, A. (2019). Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top surgery: A mixed-methods descriptive survey study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 272-279. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005113>
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2019). Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 112(6), 1022-1033. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.012>
- Pradhan, S., & Gomez-Lobo, V. (2019). Hormonal contraceptives, intrauterine devices, gonadotropin-releasing hormone analogues and testosterone: Menstrual suppression in special adolescent populations. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(5S), S23-S29. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.04.007>
- Pratt-Chapman, M. L. (2020). Implementation of sexual and gender minority health curricula in health care professional schools: a qualitative study. *BMC Medical Education*, 20, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12909-020->

02045-0

- Précoma, D. B., Oliveira, G., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M., Póvoa, R., Giuliano, I., Alencar Filho, A. C., Machado, C. A., Scherr, C., Fonseca, F., Santos Filho, R., Carvalho, T., Avezum, Á., Jr., Esporcatte, R., Nascimento, B. R., Brasil, D. P., Soares, G. P., Villela, P. B., ... Mourilhe-Rocha, R. (2019). Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113(4), 787–891. <https://doi.org/ezproxy.cul.columbia.edu/10.5935/abc.20190204>
- Prince, J. C. J., & Safer, J. D. (2020). Endocrine treatment of transgender individuals: Current guidelines and strategies. *Expert Review of Endocrinology & Metabolism*, 15(6), 395-403. <https://doi.org/10.1080/17446651.2020.1825075>
- Prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care: The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 15(4), 280–291. <https://doi.org/gate.lib.buffalo.edu/10.1177/1078345809340423-hi>
- Przeworski, A., Peterson, E., & Piedra, A. (2021). A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation change efforts. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(1), 81-100. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12377>
- Psychological Society of South Africa. (2017). *Practice Guidelines For Psychology Professionals Working With Sexually And Gender-Diverse People*. (C. J. Victor & J. A. Nel, Eds.) (1st ed.). Johannesburg: Psychological Society of South Africa. Retrieved from <https://www.psyssa.com>
- Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(1), 48-59. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8>
- Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *Journal of Family Psychology*, 33(8), 954. <https://doi.org/10.1037/fam0000561>
- Pullen Sansfaçon, A., Kirichenko, V., Holmes, C., Feder, S., Lawson, M.L., Ghosh, S., Ducharme, J., Temple Newhook, J., Suerich-Gulick, F. (2019). Parents/guardians' journeys to acceptance and support of gender-diverse and trans children and youth. *Journal of Family Issues*, 41(8), 1214-1236. <https://doi.org/10.1177/0192513X19888779>
- Pullen Sansfaçon, A., Robichaud, M.-J., & Dumais-Michaud, A.-A. (2015). The experience of parents who support their children's gender variance. *Journal of LGBT Youth*, 12, 39-63. <https://doi.org/10.1080/19361653.2014.935555>
- Putney, J.M., Keary, S., Hebert, N., Krinsky, L., & Halmo, R. (2018). Anticipated needs of LGBT older adults in long-term care. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(8), 887–907. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1508109>
- Quain, K. M., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gruschow, S., Finlayson, C., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Persky, R., Dowshen, N., & Chen, D. (2021). Timing and delivery of fertility preservation information to transgender adolescents, young adults, and their parents. *The Journal of Adolescent Health*, 68(3), 619–622. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.044>
- Quinn, G. P., Tishelman, A. C., Chen, D., & Nahata, L. (2021). Reproductive health risks and clinician practices with gender diverse adolescents and young adults. *Andrology*, 9(6), 1689-1697. <https://doi.org/10.1111/andr.13026>
- Quinn, V. P., Nash, R., Hunkeler, E., Contreras, R., Cromwell, L., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Lash, T. L., Millman, A., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tangpricha, V., Tolsma, D., Valentine, C., Wads, K., Winter, S., & Goodman, M. (2017). Cohort profile: Study of Transition, Outcomes and Gender (STRONG) to assess health status of transgender people. *BMJ Open*, 7(12), e018121. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018121>
- Rachlin, K., Dhejne, C., & Brown, G. R. (2010). The future of GID NOS in the DSM-5: Report of the GID NOS working group of a consensus process conducted by the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 86–93. <https://doi.org/10.1080/15532739.2010.509209>
- Radix, A. E., Harris, A. B., & Goldstein, Z. G. (2020). How can we improve uptake of oral HIV pre-exposure prophylaxis for transgender individuals? *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 18(9), 835-838. <https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1759418>
- Radix, A., & Eisfeld, J. (2014). Informierte zustimmung in der trans*-gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27(01), 31-43. <https://doi.org/10.1055/s->

0034-1366129

- Rae, J. R., Gülğöz, S., Durwood, L., DeMeules, M., Lowe, R., Lindquist, G., & Olson, K. R. (2019). Predicting early-childhood gender transitions. *Psychological Science*, 30(5), 669–681. <https://doi.org/10.1177/0956797619830649>
- Rael, C. T., Martinez, M., Giguere, R., Bockting, W., MacCrate, C., Mellman, W., Valente, P., Greene, G. J., Sherman, S. G., Footer, K. H. A., D'Aquila, R. T., Carballo-Diéguez, A., & Hope, T. J. (2019). Transgender women's concerns and preferences on potential future long-acting biomedical HIV prevention strategies: The case of injections and implanted medication delivery devices (IMDDs). *AIDS and Behavior*, 24(5), 1452–1462. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02703-5>
- Raffaini, M., Magri, A. S., & Agostini, T. (2016). Full facial feminization surgery: Patient satisfaction assessment based on 180 procedures involving 33 consecutive patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 137(2), 438–448. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000475754.71333.f6>
- Rafferty, J., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*, 142(4), e20182162. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>
- Raigosa, M., Avvedimento, S., Yoon, T. S., Cruz-Gimeno, J., Rodriguez, G., & Fontdevila, J. (2015). Male-to-female genital reassignment surgery: A retrospective review of surgical technique and complications in 60 patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1837–1845. <https://doi.org/10.1111/jsm.12936>
- Rapp, M., Duranteau, L., van de Grift, T. C., Schober, J., Hirschberg, A. L., Krege, S., & DSD- Life group. (2021). Self- and proxy-reported outcomes after surgery in people with disorders/differences of sex development (DSD) in Europe (dsd-LIFE). *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 353–365. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.12.007>
- Rashid, A., Afiqah, S. N., & Iguchi, Y. (2022). Use of hormones among trans women in the west coast of peninsular Malaysia: A mixed methods study. *Transgender Health*, 7(3), 242–249. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0119>
- RCGP. (2019). *The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP Position Statement.* <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/2019/RCGP-position-statement-providing-care-for-gender-transgender-patients-june-2019.aspx?la=en>
- Rebbeck, T. R., Friebel, T., Wagner, T., Lynch, H. T., Garber, J. E., Daly, M. B., Isaacs, C., Olopade, O. I., Neuhausen, S. L., van 't Veer, L., Eeles, R., Evans, D. G., Tomlinson, G., Matloff, E., Narod, S. A., Eisen, A., Domchek, S., Armstrong, K., & Weber, B. L. (2005). Effect of short-term hormone replacement therapy on breast cancer risk reduction after bilateral prophylactic oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: The PROSE study group. *Journal of Clinical Oncology*, 23(31), 7804–7810. <https://doi.org/10.1200/jco.2004.00.8151>
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, I., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 15(3), 205–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20354>
- Rees, S. N., Crowe, M., & Harris, S. (2021). The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services: An integrative review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 578–589. <https://doi.org/10.1111/jpm.12720>
- Regmi, P. R., van Teijlingen, E., & Neupane, S. R. (2021). Silicone use among Nepali transgender women: The hazards of beauty. *Journal of Health Research*, 35(2) 160–171. <https://doi.org/10.1108/JHR-08-2019-0192>
- Reisman, T., Dacarett-Galeano, D., & Goldstein, Z. (2019). Transgender care and medical education. In L. Poretsky & W. C. Hembree (Eds.). *Transgender Medicine* (pp. 283–292). Humana Press, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-05683-4_14
- Reisman, T., & Goldstein, Z. (2018). Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgender Health*, 3(1), 24–26. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0044>
- Reisner, S. L., & Murchison, G. R. (2016). A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-to-male transgender adults. *Global Public Health*, 11(7-8), 866–887. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134613>
- Reisner, S. L., Bradford, J., Hopwood, R., Gonzalez, A., Makadon, H., Todisco, D., Cavanaugh, T., VanDerwarker, R., Grasso, C., Zaslow, S., Boswell, S. L.,

- & Mayer, K. (2015). Comprehensive transgender healthcare: The gender affirming clinical and public health model of Fenway Health. *Journal of Urban Health*, 92(3), 584–592. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-9947-2>
- Reisner, S. L., Deutsch, M. B., Peitzmeier, S. M., White Hughto, J. M., Cavanaugh, T. P., Pardee, D. J., McLean, S. A., Panther, L.A., Gelman, M., Mirmiaga, M. J., & Potter, J. E. (2018). Test performance and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients. *PLoS One*, 13(3), e0190172. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190172>
- Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., & Ybarra, M. L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *Journal of Sex Research*, 52(3), 243–256. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.886321>
- Reisner, S. L., Moore, C. S., Asquith, A., Pardee, D. J., Sarvet, A., Mayer, G., & Mayer, K. H. (2019). High risk and low uptake of pre-exposure prophylaxis to prevent HIV acquisition in a national online sample of transgender men who have sex with men in the United States. *Journal of the International AIDS Society*, 22(9), e25391. <https://doi.org/10.1002/jia2.25391>
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: A review. *Lancet* 388(10042), 412-436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- Reisner, S. L., Radix, A., & Deutsch, M. B. (2016). Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S235-S242. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001088>
- Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *The Journal of Adolescent Health*, 56(3), 274–279. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>
- Reisner, S. L., Silva-Santisteban, A., Salazar, X., Vilela, J., D'Amico, L., & Perez-Brumer, A. (2021). “Existimos”: Health and social needs of transgender men in Lima, Peru. *PLoS One*, 16(8), e0254494. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254494>
- Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyck, I., & Lawson, G. (2011). Glottoplasty for male-to-female transsexualism: Voice results. *Journal of Voice*, 25(1), 120–123. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.07.004>
- Remington, A. C., Morrison, S. D., Massie, J. P., Crowe, C. S., Shakir, A., Wilson, S. C., Vyas, K. S., Lee, G. K., & Friedrich, J. B. (2018). Outcomes after phalloplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(2), 220e-229e. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000004061>
- Rew, L., Young, C. C., Monge, M., & Bogucka, R. (2021). Puberty blockers for transgender and gender diverse youth - A critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 3-14. <https://doi.org/10.1111/camh.12437>
- Rich, A., Scheim, A., Koehoorn, M., & Poteat, T. (2020). Non-HIV chronic disease burden among transgender populations globally: A systematic review and narrative synthesis. *Preventive Medicine Reports*, 20, 101259. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101259>
- Richards, C. (2021). *Trans and sexuality: An existentially-informed inquiry with implications for counselling psychology*. Routledge.
- Richards, C., & Barrett, J. (2020). *Trans and non-binary gender healthcare for psychiatrists, psychologists, and other mental health professionals*. Royal College of Psychiatrists/Cambridge University Press.
- Richards, C., Barker, M. J., Lenihan, P., & Iantaffi, A. (2014). Who watches the watchmen? A critical perspective on the theorization of trans people and clinicians. *Feminism & Psychology*, 4, 248-258. <https://doi.org/10.1177/0959353514526220>
- Richards, C., Bouman, W. P., & Barker, M.-J. (2017). *Genderqueer and Non-Binary Genders*. Palgrave MacMillan. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-51053-2>
- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 95-102. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>
- Richards, E. G., Farrell, R. M., Ricci, S., Perni, U., Quintini, C., Tzakis, A., & Falcone, T. (2021). Uterus transplantation: State of the art in 2021. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 38(9), 2251–2259. <https://doi.org/10.1007/s10815-021-02245-7>
- Richards, R. N., & Meharg, G. E. (1995). Electrolysis: Observations from 13 years and 140,000 hours of experience. *Journal of the American Academy of*

- Dermatology*, 33(4), 662-666. [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(95\)91290-8](https://doi.org/10.1016/0190-9622(95)91290-8)
- Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., Brown, C., & Eisenberg, M. E. (2019). Perspectives from nurses and physicians on training needs and comfort working with transgender and gender-diverse youth. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(4), 379-385. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.003>
- Rider, G. N., Vencill, J. A., Berg, D. R., Becker-Warner, R., Candelario-Pérez, L., & Spencer, K. G. (2019). The gender affirmative lifespan approach (GALA): A framework for competent clinical care with nonbinary clients. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 275-288. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1485069>
- Riggs, D. W., & Treharne, G. J. (2016). Decompensation: A novel approach to accounting for stress arising from the effects of ideology and social norms. *Journal of Homosexuality*, 64(5), 592-605. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1194116>
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2016). Australian mental health nurses and transgender clients: Attitudes and knowledge. *Journal of Research in Nursing*, 21(3), 212-222. <https://doi.org/10.1177/1744987115624483>
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018a). Fertility preservation decision making amongst Australian transgender and non-binary adults. *Reproductive Health*, 15(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0627-z>
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018b). Gaslighting in the context of clinical interactions with parents of transgender children. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(4), 382-394. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1444274>
- Riggs, D. W., Bartholomaeus, C., & Sansfaçon, A. P. (2019). "If they didn't support me, I most likely wouldn't be here": Transgender young people and their parents negotiating medical treatment in Australia. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 3-15. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1692751>
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13-20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Ristori, J., Fisher, A. D., Castellini, G., Sensi, C., Cipriani, A., Ricca, V., & Maggi, M. (2019). Gender dysphoria and anorexia nervosa symptoms in two adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1625-1631. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1396-7>
- Ristori, J., Rossi, E., Cocchetti, C., Mazzoli, F., Castellini, G., Vignozzi, L., Ricca, V., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2021). Sexual habits among Italian transgender adolescents: A cross-sectional study. *International Journal of Impotence Research*, 33(7), 687-693. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00427-6>
- Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C., & Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, 129(3), 410-417. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1804>
- Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P., & Austin, S. B. (2014). Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: An 11-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), 143-152. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.11.006>
- Roberts, C. M., Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Perez, M. N., Delozier, A. J., Austin, P. F., Baskin, L. S., Chan, Y.-M., Cheng, E. Y., Diamond, D. A., Fried, A. J., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S. Z., Meyer, T., Nokoff, N. J., Palmer, B. W., Paradis, A., Reyes, K. J. S., & Tishelman, A. (2020). Illness uncertainty longitudinally predicts distress among caregivers of children born with DSD. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(9), 1053-1062. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa069>
- Roberts, L. F., Brett, M. A., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2008). A passion for castration: Characterizing men who are fascinated with castration, but have not been castrated. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1669-1680. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00636.x>
- Roberts, S. A., & Kaiser, U. B. (2020). Genetics in endocrinology: Genetic etiologies of central precocious puberty and the role of imprinted genes. *European Journal of Endocrinology*, 183(4), R107-R117. <https://doi.org/10.1530/EJE-20-0103>
- Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., & Reed, G. M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 850-859. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30165-1)
- Rochlin, D. H., Brazio, P., Wapnir, I., & Nguyen, D. (2020). Immediate targeted nipple-areolar complex reinnervation: Improving outcomes in gender-affirming

- mastectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery. Global Open*, 8(3), e2719. <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002719>.
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Häljestig, J., Arver, S., Johansson, A. L. V., & Lundberg, F. E. (2021). Sperm quality in transgender women before or after gender affirming hormone therapy - A prospective cohort study. *Andrology*, 9(6), 1773-1780. <https://doi.org/10.1111/andr.12999>
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Marklund, A., Lundberg, F., Wikander, I., Milenkovic, M., Anastacio, A., Seryounitis, F., Wanggren, K., Ekengren, T. L., Lind, T., & Borgström, B. (2019). A prospective study of women and girls undergoing fertility preservation due to oncologic and non-oncologic indications in Sweden—Trends in patients' choices and benefit of the chosen methods after long-term follow up. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(5), 604-615. <https://doi.org/10.1111/aogs.13559>
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Milenkovic, M., Papaikononou, K., Keros, V., Gustafsson, B., Sergouniotis, F., Wikander, I., Perot, R., Borgström, B., Ljungman, P., & Barbany, G. (2021). Successful pregnancies after transplantation of ovarian tissue retrieved and cryopreserved at time of childhood acute lymphoblastic leukemia – A case report. *Haematologica*, 106(10), 2783–2787. <https://doi.org/10.3324/haematol.2021.278828>
- Roen, K. (2019). Intersex or diverse sex development: Critical review of psychosocial health care research and indications for practice. *Journal of Sex Research*, 56(4-5), 511-528. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1578331>
- Rolston, A. M., Gardner, M., Vilain, E., & Sandberg, D. E. (2015). Parental reports of stigma associated with child's disorder of sex development. *International Journal of Endocrinology*, 2015, 980121. <https://doi.org/10.1155/2015/980121>
- Rondahl, G. (2009). Students' inadequate knowledge about lesbian, gay, bisexual and transgender persons. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 11. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1718>
- Rood, B. A., Puckett, J. A., Pantalone, D. W., & Bradford, J. B. (2015). Predictors of suicidal ideation in a statewide sample of transgender individuals. *LGBT Health*, 2(3), 270-275. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0048>
- Rood, B. A., Reisner, S. L., Puckett, J. A., Surace, F. I., Berman, A. K., & Pantalone, D. W. (2017). Internalized transphobia: Exploring perceptions of social messages in transgender and gender-nonconforming adults. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 411–426. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1329048>
- Rosen, H. N., Hamnvik, O. R., Jaisamrarn, U., Malabanan, A. O., Safer, J. D., Tangpricha, V., Wattanachanya, L., & Yeap, S. S. (2019). Bone densitometry in transgender and gender non-conforming (TGNC) individuals: 2019 ISCD official position. *Journal of Clinical Densitometry*, 22(4), 544-553. <https://doi.org/10.1016/j.jocd.2019.07.004>
- Rosenthal, S. M. (2014). Approach to the patient: transgender youth: endocrine considerations. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 99(12), 4379-4389. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-1919>
- Rosenthal, S. M. (2016). Transgender youth: Current concepts. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 21(4), 185–192. <https://doi.org/10.6065/apem.2016.21.4.185>
- Rosenthal, S.M. (2021). Challenges in the care of transgender youth: An endocrinologist's view. *Nature Reviews Endocrinology*, 17(10), 581-591
- Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke, K. B., Ittelson, A., Zieselman, K., & Flatt, J. D. (2020). A national study on the physical and mental health of intersex adults in the U.S. *PloS One*, 15(10), e0240088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240088>
- Ross, A. (2017). *Gender Confirmation Surgeries Rise 20% in First Ever Report*. American Society of Plastic Surgeons, Press Releases.
- Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R., & Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 757-767. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01485-0>
- Rothenberg, S. S., Witchel, S. F., & Menke, M. N. (2019). Oocyte cryopreservation in a transgender male adolescent. *New England Journal of Medicine*, 380(9), 886-887. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1813275>
- Rotondi, N. K., Bauer, G. R., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R., & Travers, A. (2013). Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: “do-it-yourself” transitions in transgender communities in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1830-1836. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301348>
- Routh, D., Abess, G., Makin, D., Stohr, M. K., Hemmens,

- C., & Yoo, J. (2015). Transgender inmates in prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(6), 645–666. <https://doi.org/10.1177/0306624x15603745>
- Rowniak, S., Bolt, L., & Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: A quantitative systematic review. *JBIS Evidence Synthesis*, 17(9), 1826–1854. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003869>
- Royal College of General Practitioners. (2019). *The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP position statement*. <https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/transgender-care.aspx>
- Russell, A. M., Galvin, K. M., Harper, M. M., & Clayman, M. L. (2016). A comparison of heterosexual and LGBTQ cancer survivors' outlooks on relationships, family building, possible infertility, and patient-doctor fertility risk communication. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(5), 935–942. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0524-9>
- Russell, M. R., & Abrams, M. (2019). Transgender and nonbinary adolescents: The role of voice and communication therapy. *Perspectives of the ASHA Special Interests Groups*, 4(6), 1298–1305. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00034
- Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G., & Grossman, A. H. (2018). Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 63(4), 503–505. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003>
- Ryan, C. (2009). *Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender (LGBT) children*. <http://familyproject.sfsu.edu>
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346–352. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524>
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205–213. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>
- Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M., & Russell, S. T. (2020). Parent-initiated sexual orientation change efforts with LGBT adolescents: Implications for young adult mental health and adjustment. *Journal of Homosexuality*, 67(2), 159–173. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1538407>
- Saeed, A., Mughal, U., & Farooq, S. (2017). It's complicated: Sociocultural factors and the disclosure decision of transgender individuals in Pakistan. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1051–1070. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368766>
- Safer, J.D. (2021). Research gaps in medical treatment of transgender/nonbinary people. *The Journal of Clinical Investigation*, 131(4), e142029. <https://doi.org/10.1172/JCI142029>
- Safer, J. D., & Tangpricha, V. (2019). Care of the Transgender Patient. *Annals of Internal Medicine*, 171(1), ITC1–ITC16. <https://doi.org/10.7326/aitc201907020>
- Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 168–171. <https://doi.org/10.1097/med.0000000000000227>
- Salgado, C. J., Nugent, A., Kuhn, J., Janette, M., & Bahna, H. (2018). Primary sigmoid vaginoplasty in transwomen: Technique and outcomes. *Biomed Research International*, 2018, 4907208. <https://doi.org/10.1155/2018/4907208>
- Salibian, A. A., Axelrod, D. M., Smith, J. A., Fischer, B. A., Agarwal, C., & Bluebond-Langner, R. (2021). Oncologic considerations for safe gender-affirming mastectomy: Preoperative imaging, pathologic evaluation, counseling, and long-term screening. *Plastic and Reconstructing Surgery*, 147(2), 213e–221e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007589>
- Salway, T., Ferlatte, O., Gesink, D., & Lachowsky, N. J. (2020). Prevalence of exposure to sexual orientation change efforts and associated sociodemographic characteristics and psychosocial health outcomes among Canadian sexual minority men. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(7), 502–509. <https://doi.org/10.1177/0706743720902629>
- Sanchez, N. F., Sanchez, J. P., & Danoff, A. (2009). Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health*, 99 (4), 713–719. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.132035>
- Sandberg, D. E., & Gardner, M. (2022). Differences/disorders of sex development: Medical

- conditions at the intersection of sex and gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18, 201-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-101412>.
- Sandberg, D. E., & Mazur, T. (2014). A noncategorical approach to the psychosocial care of persons with DSD and their families. In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma, & A. L. C. de Vries (Eds.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development: Progress in Care and Knowledge* (pp. 93-114). Springer Science + Business Media https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_5
- Sandberg, D. E., Gardner, M., Kopec, K., Urbanski, M., Callens, N., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Timmermans, S., & Siminoff, L. A. (2019). Development of a decision support tool in pediatric differences/disorders of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150838. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150838>
- Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review*, 34(8), 354-359. <https://doi.org/10.1542/pir.34-8-354>
- Santucci, R. A. (2018). Urethral complications after transgender phalloplasty: Strategies to treat them and minimize their occurrence. *Journal of Clinical Anatomy*, 31(2), 187-190. <https://doi.org/10.1002/ca.23021>
- Sawyer, J., Perry, J. L., & Dobbins-Scaramelli, A. (2014). A survey of the awareness of speech services among transgender and transsexual individuals and speech-language pathologists. *International Journal of Transgenderism*, 15(3-4), 146-163. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995260>
- Sawyer, W. (2020). *Visualizing the racial disparities in mass incarceration*. Prison Policy Initiative.
- Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V., & Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues*, 73(3), 563-585. <https://doi.org/10.1111/josi.12232>
- Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N. M., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P., & Vitelli, R. (2019). Health of non-binary and genderqueer people: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, 1453.
- Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020). Bone development in transgender adolescents treated with GnRH analogues and subsequent gender-affirming hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(12). <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>
- Schagen, S. E., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., & Hannema, S. E. (2016). Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 13 (7), 1125-1132. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.004>
- Schardein, J. N., Zhao, L. C., & Nikolavsky, D. (2019). Management of vaginoplasty and phalloplasty complications. *Urology Clinics of North America*, 46(4), 605-618. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.012>
- Schechter, L. S., & Safa, B. (2018). Introduction to phalloplasty. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 387-389. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.014>
- Schechter, L. S., & Schechter, R. B. (2019). Training surgeons in gender confirmation surgery. *Journal of Craniofacial Surgery*, 30(5), 1380-1382. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000005477>
- Schechter, L. S., D'Arpa, S., Cohen, M. N., Kocjancic, E., Claes, K. E. Y., & Monstrey, S. (2017). Gender confirmation surgery: Guiding principles. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(6), 852-856. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.001>
- Schein, A. I., & Travers, R. (2017). Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. *AIDS Care*, 29(8), 990-995. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1271937>
- Schein, A. I., Bauer, G. R., & Travers, R. (2017). HIV-related sexual risk among transgender men who are gay, bisexual, or have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 74(4), e89-e96. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001222>
- Schein, A. I., Perez-Brumer, A. G., & Bauer, G. R. (2020). Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: A cross-sectional study. *The Lancet Public Health*, 5(4), e196-e203. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30032-3)
- Schneider, F., Kliesch, S., Schlatt, S., & Neuhaus, N. (2017). Andrology of male-to-female transsexuals: Influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. *Andrology*, 5(5), 873-880. <https://doi.org/10.1111/andr.12405>
- Schneider, F., Neuhaus, N., Wistuba, J., Zitzmann, M., Heß, J., Mahler, D., & Kliesch, S. (2015). Testicular functions

- and clinical characterization of patients with gender dysphoria (GD) undergoing sex reassignment surgery (SRS). *Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2190-2200. <https://doi.org/10.1111/jsm.13022>
- Schönauer, L. M., Dellino, M., Loverro, M., Carriero, C., Capursi, T., Leoni, C., & Di Naro, E. (2020). Hormone therapy in female-to-male transgender patients: Searching for a lifelong balance. *Hormones*, 20(1), 151-159. <https://doi.org/10.1007/s42000-020-00238-2>
- Schubert, F. D., & Carey, J. M. (2020). Data unclear on pregnancy risk in transmasculine individuals on testosterone. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 393-394. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.014>
- Schützmann, K., Brinkmann, L., Schacht, M., & Richter-Appelt, H. (2007). Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in adults with disorders of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 16-33. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9241-9>
- Schwartz, A. R., Russell, K., & Gray, B. A. (2019). Approaches to vaginal bleeding and contraceptive counseling in transgender and gender nonbinary patients. *Obstetrics and Gynecology*, 134(1), 81-90. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003308>
- Schweizer, K., Brunner, F., Gedrose, B., Handford, C., & Richter-Appelt, H. (2016). Coping with diverse sex development: Treatment experiences and psychosocial support during childhood and adolescence and adult well-being. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 504-519. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw058>
- Scoias, M. E., Marshall, B. D. L., Aristegi, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T., & Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *International Journal for Equity in Health*, 13(81), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0081-7>
- Scott, S. (2013). "One is not born, but becomes a woman": A fourteenth amendment argument in support of housing male-to-female transgender inmates in female facilities. *University of Pennsylvania Journal of Constitutional Law*, 15(4), 1259-1297. <https://scholarship.law.upenn.edu/jcl/vol15/iss4/6>
- Seal, L. (2017). Adult endocrinology. In C. Richards, W. P. Bouman, & M.-J. Barker (Eds.), *Genderqueer and non-binary genders* (pp. 183-223). Palgrave MacMillan.
- Seal, L. J., Franklin, S., Richards, C., Shishkareva, A., Sinclair, C., & Barrett, J. (2012). Predictive markers for mammoplasty and a comparison of side effect profiles in transwomen taking various hormonal regimens. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(12), 4422-4428. <https://doi.org/10.1210/jc.2012-2030>
- Seelman, K. L. (2016). Transgender adults' access to college bathrooms and housing and the relationship to suicidality. *Journal of Homosexuality*, 63(10), 1378-1399. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1157998>
- Seelman, K. L., Colón-Díaz, M. J., LeCroix, R. H., Xavier-Brier, M., & Kattari, L. (2017). Transgender noninclusive healthcare and delaying care because of fear: Connections to general health and mental health among transgender adults. *Transgender Health*, 2(1), 17-28. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0024>
- Segev-Becker, A., Israeli, G., Elkon-Tamir, E., Perl, L., Sekler, O., Amir, H., Interator, H., Dayan, S. C., Chorna, E., Weintrob, N., & Oren, A. (2020). Children and adolescents with gender dysphoria in Israel: Increasing referral and fertility preservation rates. *Endocrine Practice*, 26(4), 423-428. <https://doi.org/10.4158/EP-2019-0418>
- Sequeira, G. M., Ray, K. N., Miller, E., & Coulter, R. W. S. (2020). Transgender youth's disclosure of gender identity to providers outside of specialized gender centers. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 691-698. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.010>
- Serafin, J., Smith, G. B., & Keltz, T. (2013). Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) elders in nursing homes: It's time to clean out the closet. *Geriatric Nursing*, 34(1), 81-83.
- Sermondade, N., Benaloun, E., Berthaut, I., Moreau, E., Prades, M., Béranger, A., Chabbert-Buffet, N., Johnson, N., Lévy, R., & Dupont, C. (2021). Reproductive functions and fertility preservation in transgender women: A French case series. *Reproductive BioMedicine Online*, 43(2), 339-345. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.04.016>
- Sevelius, J., & Jenness, V. (2017). Challenges and opportunities for gender-affirming healthcare for transgender women in prison. *International Journal of Prisoner Health*, 13(1), 32-40. <https://doi.org/10.1108/ijph-08-2016-0046>
- Sevelius, J. (2009). "There's no pamphlet for the kind of sex I have": HIV-related risk factors and protective behaviors among transgender men who have sex with non-transgender men. *Journal of Associate Nurses in AIDS*

- Care, 20(5), 398-410.
<https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.06.001>
- Sevelius, J. M., Chakravarty, D., Dilworth, S. E., Rebchook, G., & Neilands, T. B. (2020). Gender affirmation through correct pronoun usage: Development and validation of the transgender women's importance of pronouns (TW-IP) scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9525.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17249525>
- Sevelius, J. M., Deutsch, M. B., & Grant, R. (2016). The future of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research and clinical practices. *Journal of the International AIDS Society*, 19(7S6), 21105. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21105>
- Seyed-Forootan, K., Karimi, H., & Seyed-Forootan, N. S. (2018). Autologous fibroblast-seeded amnion for reconstruction of neo-vagina in male-to-female reassignment surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(2), 491-497. <https://doi.org/10.1007/s00266-018-1088-z>
- Shen, J. K., Seebacher, N. A., & Morrison, S. D. (2019). Global interest in gender affirmation surgery: A Google trends analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 254e-256e.
<https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005160>
- Shepherd, S. M. (2018). Cultural Awareness training for health professionals may have unintended consequences. *The British Medical Journal Opinion*.
<https://blogs.bmj.com/bmj/2018/01/22/stephane-m-shepherd-cultural-awarenesstraining->
- Shepherd, S. M. (2019). Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Medical Education*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1450-5>
- Shepherd, S. M. (2022). Introducing an integrated model of cross-cultural assessment. *Australasian Psychiatry*, <https://doi.org/10.1177/10398562211068373>
- Sheppard, M., & Mayo, J. B. Jr. (2013). The social construction of gender and sexuality: Learning from two spirit traditions. *The Social Studies*, 104(6), 259-270.
<https://doi.org/10.1080/00377996.2013.788472>
- Sherrard, J., Wilson, J., Donders, G., Mendling, W., & Jensen, J. S. (2018). 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. *International Journal of STD and AIDS*, 29(13), 1258-1272.
<https://doi.org/10.1177/0956462418785451>
- Shieh, E., Marzinke, M. A., Fuchs, E. J., Hamlin, A., Bakshi, R., Aung, W., Breakey, J., Poteat, T., Brown, T., Bumpus, N. N., & Hendrix, C. W. (2019). Transgender women on oral HIV pre-exposure prophylaxis have significantly lower tenofovir and emtricitabine concentrations when also taking oestrogen when compared to cisgender men. *Journal of the International AIDS Society*, 22:e25405. <https://doi.org/10.1002/jia2.25405>
- Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 248-250.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>
- Shipherd, J. C., Berke, D., & Livingston, N. A. (2019). Trauma recovery in the transgender and gender diverse community: extensions of the minority stress model for treatment planning. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 629-646.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.06.001>
- Shires, D. A., & Jaffee, K. D. (2016). Structural discrimination is associated with smoking status among a national sample of transgender individuals. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(6), 1502-1508.
<https://doi.org/10.1093/ntr/ntv221>
- Shires, D. A., Stroumsa, D., Jaffee, K. D., & Woodford, M. R. (2017). Primary care providers' willingness to continue gender-affirming hormone therapy for transgender patients. *Family Practice*, 35(5), 576-581.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmx119>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2011). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Shnorhavorian, M., Kroon, L., Jeffries, H., & Johnson, R. (2012). Creating a standardized process to offer the standard of care: continuous process improvement methodology is associated with increased rates of sperm cryopreservation among adolescent and young adult males with cancer. *Journal of Pediatric and Hematology/Oncology*, 34(8), e315-319.
<https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3182678e3a>
- Shumer, D. E., & Tishelman, A. C. (2015). The role of assent

- in the treatment of transgender adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 16(2), 97-102. <https://10.1080/15532739.2015.1075929>
- Shumer, D. E., Nokoff, N. J., & Spack, N. P. (2016). Advances in the care of transgender children and adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63(1), 79-102. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018>
- Siboni, L., Rucco, D., Prunas, A., & Anzani, A. (2022). "We faced every change together". Couple's intimacy and sexuality experiences from the perspectives of transgender and non-binary individuals' partners. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 48(1), 23-46. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2021.1957733>
- Sigurjonsson, H., Mollermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., & Lundgren, T. K. (2017). Long-term sensitivity and patient-reported functionality of the neoclitoris after gender reassignment surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 269-273. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.003>
- Silverberg, M. J., Nash, R., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Getahun, D., Hunkeler, E., & Goodman, M. (2017). Cohort study of cancer risk among insured transgender people. *Annals of Epidemiology*, 27(8), 499-501. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.07.007>
- Siminoff, L., & Sandberg, D. (2015). Promoting shared decision making in disorders of sex development (DSD): Decision aids and support tools. *Hormone and Metabolic Research*, 47(05), 335-339. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1545302>
- Simon, D., Capitán, L., Bailón, C., Bellinga, R. J., Gutiérrez Santamaría, J., Tenório, T., Sánchez-García, A., & Capitán-Cañadas, F. (2022). Facial gender confirmation surgery: The lower jaw. Description of surgical techniques and presentation of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 149(4), 755e-766e. <https://doi.org/10.1097/prs.00000000000008969>
- Simons, L., Schrage, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(6), 791-793. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.019>
- Simonsen, R. K., Giraldi, A., Kristensen, E., & Hald, G. M. (2016). Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mortality. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(4), 241-247. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1081405>
- Simopoulos, E. F., & Khin Khin, E. (2014). Fundamental principles inherent in the comprehensive care of transgender inmates. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(1), 26-36. <http://jaapl.org/content/42/1/26>
- Singh, D., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2021). A follow-up study of boys with gender identity disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 632784. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.632784>
- Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Effect of sex steroids on the bone health of transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Journal Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3904-3913. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01642>
- Smith, A. J., Hallum-Montes, R., Nevin, K., Zenker, R., Sutherland, B., Reager, S., & Brennan, J. M. (2018). Determinants of transgender individuals' well-being, mental health, and suicidality in a rural state. *Journal of Rural Mental Health*, 42(2), 116. <https://doi.org/10.1037/rmh0000089>
- Smith, P. (2006). The effects of solitary confinement on prison inmates: A brief history and review of the literature. *Crime and Justice*, 34(1), 441-528. <https://doi.org/10.1086/500626>
- Smith, N.L., Blondon, M., Wiggins, K.L., Harrington, L.B., van Hylckama Vlieg, A., Floyd, J.S., Hwang, M., Bis, J.C., McKnight, B., Rice, K.M., Lumley, T., Rosendaal, F.R., Heckbert, S.R., & Psaty, B.M. (2014). Lower risk of cardiovascular events in postmenopausal women taking oral estradiol compared with oral conjugated equine estrogens. *JAMA Internal Medicine*, 174(1), 25-31. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.11074.
- Smith, Y. L., van Goozen, S. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472-481. <https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00017>
- Smith, Y. L., Van Goozen, S. H., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89-99. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002776>
- Snowden, J. M., Guise, J., & Kzhimannil, K. B. (2018). Promoting inclusive and person-centered care: Starting

- with birth. *Birth*(45), 232-235.
<https://doi.org/10.1111/birt.12351>
- Söderpalm, E., Larsson, A., & Almquist, S. A. (2004). Evaluation of a consecutive group of transsexual individuals referred for vocal intervention in the west of Sweden. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 29(1), 18-30.
<https://doi.org/10.1080/14015430310021618>
- Södersten, M., Nygren, U., Hertegård, S., & Dhejne, C. (2015). Interdisciplinary program in Sweden related to transgender voice. *Perspectives on Voice and Voice Disorders*, 25(2), 87-97.
<https://doi.org/10.1044/vvd25.2.87>
- Sofer, Y., Yaish, I., Yaron, M., Bach, M. Y., Stern, N., & Greenman, Y. (2020). Differential endocrine and metabolic effects of testosterone suppressive agents in transgender women. *Endocrine Practice*, 26(8), 883-890.
<https://doi.org/10.4158/EP-2020-0032>
- Song, T. E., & Jiang, N. (2017). Transgender phonosurgery: A systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Head and Neck Surgery*, 156(5), 803-808.
<https://doi.org/10.1177/0194599817697050>
- Sonja, J., Ellis, L. B., & McNeil, J. (2015). Trans people's experiences of mental health and gender identity services: A UK study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19(1), 4-20.
<https://doi.org/10.1080/19359705.2014.960990>
- Sonnenblick, E. B., Shah, A. D., Goldstein, Z., & Reisman, T. (2018). Breast imaging of transgender individuals: A review. *Current Radiology Reports*, 6(1), 1.
<https://doi.org/10.1007/s40134-018-0260-1>
- Sood, R., Chen, D., Muldoon, A. L., Chen, L., Kwasny, M. J., Simons, L. K., Gangopadhyay, N., Corcoran, J. F., & Jordan, S. W. (2021). Association of chest dysphoria with anxiety and depression in transmasculine and nonbinary adolescents seeking gender-affirming care. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1135-1141.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.024>
- Sorbara, J. C., Chiniara, L. N., Thompson, S., & Palmert, M. R. (2020). Mental Health and Timing of Gender-Affirming Care. *Pediatrics*, 146(4), e20193600.
<https://doi.org/10.1542/peds.2019-3600>
- Sorbara, J. C., Ngo, H. L., & Palmert, M. R. (2021). Factors associated with age of presentation to gender-affirming medical care. *Pediatrics*, 147(4), e2020026674.
<https://doi.org/10.1542/peds.2020-026674>
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418-425.
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-0907>
- Spanos, C., Bretherton, I., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. *World Journal of Diabetes*, 11(3), 66-77.
<https://doi.org/10.4239/wjd.v11.i3.66>
- Spanos, C., Grace, J. A., Leemaqz, S. Y., Brownhill, A., Cundill, P., Locke, P., Wong, P., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2021). The informed consent model of care for accessing gender-affirming hormone therapy is associated with high patient satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*, 18(1), 201-208.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.20.020>
- Spatz, E. S., Krumholz, H. M., & Moulton, B. W. (2016). The new era of informed consent: Getting to a reasonable-patient standard through shared decision making. *The Journal of the American Medical Association*, 315(19), 2063-2064.
<https://doi.org/10.1001/jama.2016.3070>
- Speiser, P. W., Arlt, W., Auchus, R. J., Baskin, L. S., Conway, G. S., Merke, D. P., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Miller, W. L., Murad, M. H., Oberfield, S. E., & White, P. C. (2018). Congenital Adrenal Hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(11), 4043-4088.
<https://doi.org/10.1210/jc.2018-01865>
- Spencer, K. G., Berg, D. R., Bradford, N. J., Vencill, J. A., Tellawi, G., & Rider, G. N. (2021). The gender-affirmative life span approach: A developmental model for clinical work with transgender and gender-diverse children, adolescents, and adults. *Psychotherapy*, 58(1), 37-49. <https://doi.org/10.1037/pst0000363>
- Spivey, L.A., Edwards-Leeper, L. (2019). Future directions in affirmative psychological interventions with transgender children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48, 343-356.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1534207>
- Spizzirri, G., Eufrásio, R., Lima, M. C. P., de Carvalho Nunes, H. R., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., & Abdo, C. H. N. (2021). Proportion of people identified as

- transgender and non-binary gender in Brazil. *Scientific Reports*, 11(1), 2240. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>
- Sprager, L. O. N., & Martinez, Jr. (2015). Beyond translation: Promoting a new national standard for equity in health materials translated from English. *NAM Perspectives*. <https://doi.org/10.31478/201509b>
- Spruill, T. M. (2010). Chronic psychosocial stress and hypertension. *Current Hypertension Reports*, 12(1), 10-16. <https://doi.org/10.1007/s11906-009-0084-8>.
- Srinath, S., Jacob, P., Sharma, E., & Gautam, A. (2019). Clinical practice guidelines for assessment of children and adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl. 2), 158-175. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_58_0_18.
- Staples, J. M., Bird, E. R., Gregg, J. J., & George, W. (2020). Improving the gender-affirmation process for transgender and gender-nonconforming individuals: Associations among time since transition began, body satisfaction, and sexual distress. *The Journal of Sex Research*, 57(3), 375-383. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1617829>
- Stark, T., Shoag, J. E., & Poppas, D. P. (2019). Eliminating early surgery for disorders of sex development: Risking adverse outcomes in 46, XX CAH. *Journal of Urology*, 201(5), 871-873. <https://doi.org/10.1097/ju.0000000000000023>
- Statistics Canada. (2022). *Census of Population Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm>
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649-650. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9752-2>
- Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: data from the center of expertise on gender dysphoria in Amsterdam (1988-2016). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(7), 713-715. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580>
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64, 288-297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582-590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
- Steensma, T.D., & Wensing-Kruger, S.A. (2019). Gender Dysphoria. In T.H. Ollendick, S.W. White, & B.A. White (Eds). *The Oxford Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Oxford Library of Psychology
- Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P. C., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Behavioral and emotional problems on the teacher's report form: A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(4), 635-647. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9804-2>
- Stein, D. M., Victorson, D. E., Choy, J. T., Waimey, K. E., Pearman, T. P., Smith, K., Dreyfuss, J., Kinahan, K., Sandwani, D., Woodruff, T. K., & Brannigan, R. E. (2014). Fertility preservation preferences and perspectives among adult male survivors of pediatric cancer and their parents. *Journal Adolescent and Young Adult Oncology*, 3(2), 75-82. <https://doi.org/10.1089/jayao.2014.0007>
- Stein, G. L. (2020) Experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients and families in hospice and palliative care: Perspectives of the palliative care team. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6), 817-824. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1089/jpm.2019.0542>
- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 51-58. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.005>
- Steinberg, L. (2009). Should the science of adolescent brain development inform public policy? *American Psychologist*, 64 (8), 739-750. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.64.8.739>
- Stephenson, R., Riley, E., Rogers, E., Suarez, N., Metheny, N., Senda, J., Saylor, K. M., & Bauermeister, J. A. (2017). The sexual health of transgender men: A scoping review. *The Journal of Sex Research*, 54(4-5), 424-445.

- <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1271863>
- Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020a). Cancer screening in the transgender population: A review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. *Translational Andrological Urology*, 9(6), 2771-2785. <https://doi.org/10.21037/tau-20-954>
- Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020b). Fertility preservation options for transgender individuals. *Translational Andrological Urology*, 9(Suppl. 2), S215-S226. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.09.28>
- Stevenson, M. O., Wixon, N., & Safer, J. D. (2016). Scalp hair regrowth in hormone-treated transgender woman. *Transgender Health*, 1(1), 202-204. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0022>
- Stoffers, I. E., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Physical changes, laboratory parameters, and bone mineral density during testosterone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(9), 1459-1468. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.06.014>
- Stohr, M. K. (2015). The Hundred Years' war: The etiology and status of assaults on transgender women in men's prisons. *Women & Criminal Justice*, 25(1-2), 120-129. <https://doi.org/10.1080/08974454.2015.1026154>
- Stojanovic, B., Bizic, M., Bencic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., Jevtovic, M., Stanojevic, D., & Djordjevic, M. L. (2017). One-stage gender-confirmation surgery as a viable surgical procedure for female-to-male transsexuals. *Translational Andrological Urology*, 14(5), 741-746. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.256>
- Stonewall. (2018). *LGBT in Britain: Work report*. Retrieved from https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_work_report.pdf
- Strang, J. F., Jarin, J., Call, D., Clark, B., Wallace, G. L., Anthony, L. G., Kenworthy, L., & Gomez-Lobo, V. (2018). Transgender Youth Fertility Attitudes Questionnaire: Measure development in nonautistic and autistic transgender youth and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 128-135. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.022>
- Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L., Menvielle, E., Leibowitz, S., Janssen, A., Cohen-Kettenis, P., Shumer, D., Edwards-Leeper, L., Pleak, R., Spack, N., Karasic, D., Schreier, H., Balleur, A., Tishelman, A., Ehrensaft, D., Rodnan, L., Kuschner, E., ... Caretto, A., Lewis, H., & Anthony, L. (2018). Initial clinical guidelines for co-occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 105-115. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462>
- Strang, J. F., Powers, M. D., Knauss, M., Sibarium, E., Leibowitz, S. F., Kenworthy, L., Sadikova, E., Wyss, S., Willing, L., Caplan, R., Pervez, N., Nowak, J., Gohari, D., Gomez-Lobo, V., Call, D., & Anthony, L. G. (2018). "They thought it was an obsession": Trajectories and perspectives of autistic transgender and gender-diverse adolescents. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 48(12), 4039-4055. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3723-6>
- Strang, J. F., Knauss, M., van der Miesen, A., McGuire, J. K., Kenworthy, L., Caplan, R., Freeman, A., Sadikova, E., Zaks, Z., Pervez, N., Balleur, A., Rowlands, D. W., Sibarium, E., Willing, L., McCool, M. A., Ehrbar, R. D., Wyss, S. E., Wimms, H., Tobing, J., & Thomas, J. (2021). A clinical program for transgender and gender-diverse neurodiverse/autistic adolescents developed through community-based participatory design. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(6), 730-745. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1731817>
- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2017). *Trans Pathways: the mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results*. Telethon Kids Institute <https://www.telethonkids.org.au/globalassets/media/documents/brain-behaviour/trans-pathwayreport-web.pdf>
- Streed, C. G., Beach, L. B., Caceres, B. A., Dowshen, N. L., Moreau, K. L., Mukherjee, M., Poteat, T., Radix, A., Reisner, S. L., & Singh, V. (2021). Assessing and addressing cardiovascular health in people who are transgender and gender diverse: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 144(6). <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001003>
- Stroumsa, D., & Wu, J. P. (2018). Welcoming transgender and nonbinary patients: Expanding the language of "women's health". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(6), 585.e581-585.e585. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.018>
- Stroumsa, D., Roberts, E. F. S., Kinnear, H., & Harris, L. H. (2019). The power and limits of classification - A 32-year-

- old man with abdominal pain. *New England Journal of Medicine*, 380(20), 1885-1888.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp1811491>
- Stübler, M. L., & Becker-Hebly, I. (2019). [Sexual experiences and sexual orientation among transgender adolescents]. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32(01), 5-16.
<https://doi.org/10.1055/a-0838-8965>
- Stutterheim, S. E., van Dijk, M., Wang, H., & Jonas, K. J. (2021). The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 16(12): e0260063.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260063>
- Subramanian, T., Chakrapani, V., Selvaraj, V., Noronha, E., Narang, A., & Mehendale, S. (2016). Mapping and size estimation of hijras and other trans-women in 17 states of India: First level findings. *International Journal of Health Sciences and Research*, 6(4), 345-353.
https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.6_Issue.4_April2016/48.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Ending conversion therapy: Supporting and affirming LGBTQ youth*. HHS Publications.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*. <https://www.samhsa.gov/sbirt>
- Suchak, T., Hussey, J., Takhar, M., & Bellringer, J. (2015). Postoperative trans women in sexual health clinics: Managing common problems after vaginoplasty. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41(4), 245-247. <https://doi.org/10.1136/fjprhc-2014-101091>
- Suen, Y. T., Chan, R. C. H., & Wong, E. M. Y. (2018). Mental health of transgender people in Hong Kong: A community-driven, large-scale quantitative study documenting demographics and correlates of quality of life and suicidality. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1093-1113. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368772>
- Sugrue, V. J., Zoller, J. A., Narayan, P., Lu, A. T., Ortega-Recalde, O. J., Grant, M. J., Bawden, C. S., Rudiger, S. R., Haghani, A., Bond, D. M., Hore, R. R., Garratt, M., Sears, K. E., Wang, N., Yang, X. W., Snell, R. G., Hore, T. A., & Horvath, S. (2021). Castration delays epigenetic aging and feminizes DNA methylation at androgen-regulated loci. *ELife*, 10.
<https://doi.org/10.7554/elife.64932>
- Sundstrom and Fields v. Frank USDC D WI, Case No. 06-C-112, 2011.
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Eisenberg, M. E. (2019). Risk and protective factors for self-harm in a population-based sample of transgender youth. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 203-221.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639>
- Tamar-Mattis, S., Gamarel, K. E., Kantor, A., Baratz, A., Tamar-Mattis, A., & Operario, D. (2018). Identifying and counting individuals with differences of sex development conditions in population health research. *LGBT Health*, 5(5), 320-324.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0180>
- Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2021). Enacted stigma experiences and protective factors are strongly associated with mental health outcomes of transgender people in Aotearoa/New Zealand. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 269-280.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819504>
- Tangpricha, V., & den Heijer, M. (2017). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 291-300.
[https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(16\)30319-9](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(16)30319-9)
- Tatum, A. K., Catalpa, J., Bradford, N. J., Kovic, A., & Berg, D. R. (2020). Examining identity development and transition differences among binary transgender and genderqueer nonbinary (GQNB) individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(4), 379-385.
<https://doi.org/10.1037/sgd0000377>
- Taub, R. L., Ellis, S. A., Neal-Perry, G., Magaret, A. S., Prager, S. W., & Micks, E. A. (2020). The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 229-e1.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.059>
- Tavakkoli Tabassi, K., Djavan, B., Hosseini, J., Ghoreifi, A., Ershadi, M., & Hosseini, E. (2015). Fold-back perineoscrotal flap plus penile inversion vaginoplasty for male-to-female gender reassignment surgery in circumcised subjects. *European Journal of Plastic Surgery*, 38(1), 43-48. <https://doi.org/10.1007/s00238-014-1038-1>
- Taylor, A. K., Condry, H., and Cahill, D. (2018). Implementation of teaching on LGBT health care. *Clinical Teacher*, 15(2), 141-144.
<https://doi.org/10.1111/tct.12647>
- Taylor, J., Zalewska, A., Gates, J. J., & Millon, G. (2019). An

- exploration of the lived experiences of non-binary individuals who have presented at a gender identity clinic in the United Kingdom. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 195-204. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1445056>
- Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 209(3), 132–136. <https://doi.org/10.5694/mja17.01044>
- Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2020). *Australian standards of care and treatment guidelines for trans and gender diverse children and adolescents. Version 1.3.* The Royal Children's Hospital. <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf>
- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212–224. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>
- Ter Wengel, P. V., Martin, E., Gooren, L., Den Heijer, M., & Peerdeman, S. M. (2016). Meningiomas in three male-to-female transgender subjects using oestrogens/progestogens and review of the literature. *Andrologia*, 48(10), 1130–1137. <https://doi.org/10.1111/and.12550>
- Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 125–136. <https://doi.org/10.1037/abn0000234>
- Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 452. <https://doi.org/10.1037/a0029604>
- TGEU. (2017). *Overdiagnosed but underserved. Trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: trans health survey.* Transgender Europe. <https://tgeu.org/healthcare/>
- TGEU. (2021). *Trans rights map 2021.* Transgender Europe. <https://transrightsmap.tgeu.org/home/>
- Thalaivirithan, B. M., Sethu, M., Ramachandran, D. K., Kandasamy, M., & Janardhanam, J. (2018). Application of embryonic equivalents in male-to-female sex reassignment surgery. *India Journal of Plastic Surgery*, 51(2), 155-166. https://doi.org/10.4103/ijps.IJPS_62_18
- The Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding.* Retrieved from <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx>
- The Joint Commission. (2011). *Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care for the lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) community* [Field Guide]. Retrieved from https://www.jointcommission.org/assets/1/18/LGBTFieldGuide_WEB_LINKED_VER.pdf
- The Yogyakarta Principles. (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression, and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles.* http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
- Therell, B. L. (2001). Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 30(1), 15-30. [https://doi.org/10.1016/s0889-8529\(08\)70017-3](https://doi.org/10.1016/s0889-8529(08)70017-3)
- Theron, L., & Collier, K. L. (2013). Experiences of female partners of masculine-identifying trans persons. *Culture, Health & Sexuality*, 15, 62-75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2013.788214>
- Thomas, J. P., & Macmillan, C. (2013). Feminization laryngoplasty: Assessment of surgical pitch elevation. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 270(10), 2695–2700. <https://doi.org/10.1007/s00405-013-2511-3>
- Thoreson, N., Marks, D. H., Peebles, J. K., King, D. S., & Dommasch, E. (2020) Health insurance coverage of permanent hair removal in transgender and gender-minority patients. *JAMA Dermatology*. 2156(5), 561–565. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.0480>
- Thorne, N., Witcomb, G. L., Nieder, T., Nixon, E., Yip, A., & Arcelus, J. (2019). A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify

- as binary and non-binary *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 241-250.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452660>
- Thorne, N., Yip, A. K.-T., Bouman, W. P., Marshall, E., & Arcelus, J. (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary – A systematic review. *The International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 138–154.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640654>
- Thurston, M. D., & Allan, S. (2018). Sexuality and sexual experiences during gender transition: A thematic synthesis. *Clinical Psychological Review*, 66, 39-50.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.008>
- Thyen, U., Ittermann, T., Flessa, S., Muehlan, H., Birnbaum, W., Rapp, M., Marshall, L., Szarras-Capnik, M., Bouvattier, C., Kreukels, B. P. C., Nordenstroem, A., Roehle, R., & Koehler, B. (2018). Quality of health care in adolescents and adults with disorders/differences of sex development (DSD) in six European countries (dSD-LIFE). *BMC Health Services Research*, 18(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3342-0>
- Thyen, U., Richter-Appelt, H., Wiesemann, C., Holterhus, P.-M., & Hiort, O. (2005). Deciding on gender in children with intersex conditions. *Treatments in Endocrinology*, 4(1), 1–8.
<https://doi.org/10.2165/00024677-200504010-00001>
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2018). Does patient-centered care change genital surgery decisions? The strategic use of clinical uncertainty in disorders of sex development clinics. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(4), 520–535.
<https://doi.org/10.1177/0022146518802460>
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2019). Gender destinies: assigning gender in disorders of sex development - intersex clinics. *Sociology of Health & Illness*, 41(8), 1520–1534. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12974>
- Tirapegui, F. I., Acar, Ö., & Kocjancic, E. (2020). Sexual function after gender-affirming genital reconstruction. *Current Sexual Health Reports*, 12(4), 411-420.
<https://doi.org/10.1007/s11930-020-00294-0>
- Tiryaki, S., Tekin, A., Yagmur, İ., Özen, S., Özbaran, B., Gökşen, D., ... Avanoğlu, A. (2018). Parental perception of terminology of disorders of sex development in Western Turkey. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 10(3), 216-222.
<https://doi.org/10.4274/jcrpe.0007>
- Tishelman, A. C., Shumer, D. E., Nahata, L. (2017). Disorders of sex development: pediatric psychology and the genital exam. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 530-543. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw015>
- Tishelman, A. C., Haney, P., Greenwald O'Brien, J., & Blaustein, M. E. (2010). A framework for school-based psychological evaluations: Utilizing a “trauma lens.” *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3(4), 279–302.
<https://doi.org/10.1080/19361521.2010.523062>
- Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. E., & Spack, N. P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 37–45. <https://doi.org/10.1037/a0037490>
- Tishelman, A. C., Sutter, M. E., Chen, D., Sampson, A., Nahata, L., Kollbuck, V. D., & Quinn, G. P. (2019). Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: qualitative responses to an international survey. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(3), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s10815-018-1395-y>
- Tishelman, A., & Neumann-Mascis, A. (2018). *Gender-related Trauma*. In *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. (pp. 85-100). American Psychological Association.
- Tollemache, N., Shrewsbury, D., & Llewellyn, C. (2021). Que (e) rying undergraduate medical curricula: A cross-sectional online survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer content inclusion in UK undergraduate medical education. *BMC Medical Education*, 21(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02532-y>
- Tollinche, L. E., Walters, C. B., Radix, A., Long, M., Galante, L., Goldstein, Z. G., Kapinos, Y., & Yeoh, C. (2018). The perioperative care of the transgender patient. *Anesthesia and Analgesia*, 127(2), 359-366.
<https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003371>
- Tollit, M. A., Feldman, D., McKie, G., & Telfer, M. M. (2018). Patient and parent experiences of care at a pediatric gender service. *Transgender Health*, 3(1), 251–

256. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0016>
- Tollit, M. A., Pace, C. C., Telfer, M., Hoq, M., Bryson, J., Fulkoski, N., Cooper, C., & Pang, K. C. (2019). What are the health outcomes of trans and gender diverse young people in Australia? Study protocol for the Trans20 longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 9(11), e032151. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032151>
- Tomson, A., McLachlan, C., Watrus, C., Adams, K., Addinall, R., Bothma, R., Jankelowitz, L., Kotze, E., Luvuno, Z., Madlala, N., Matyila, S., Padavatan, A., Pillay, M., Rakumakoe, M. D., Tomson-Myburgh, M., Venter, W. D. F., & De Vries, E. (2021). Southern African HIV clinicians society gender-affirming healthcare guideline for South Africa. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.4102/sajhivmed.v22i1.1299>
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580–1589. <https://doi.org/10.1037/a0020705>
- Toorians, A. W. F. T., Thomassen, M. C. L. G. D., Zweegman, S., Magdeleyns, E. J. P., Tans, G., Gooren, L. J. G., & Rosing, J. (2003). Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(12), 5723–5729. <https://doi.org/10.1210/jc.2003-030520>
- Top, H., & Balta, S. (2017). Transsexual mastectomy: Selection of appropriate technique according to breast characteristics. *Balkan Medical Journal*, 34(2), 147–155. <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2016.0093>
- Topolewska-Siedzik, E., & Ciecuch, J. (2018). Trajectories of identity formation modes and their personality context in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(4), 775–792. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0824-7>
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Network Open*, 5(2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>
- Tornello, S. L., & Bos, H. (2017). Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT Health*, 4(2), 115–120. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0153>
- Tosun, N. L., Fieberg, A. M., Eberly, L. E., Harrison, K. A., Tipp, A. R., Allen, A. M., & Allen, S. S. (2019). Exogenous progesterone for smoking cessation in men and women: A pilot double-blind, placebo-controlled randomized clinical trial. *Addiction*, 114(10), 1800–1813. <https://doi.org/10.1111/add.14645>
- TransCare. (2020). *Bind, Pack and Tuck*. <http://www.phsa.ca/transcarebc/care-support/transitioning/bind-pack-tuck-pad>
- Transgender and Intersex Inmates. Corrective Services NSW Home. (2015). <https://correctiveservices.dcj.nsw.gov.au/csnswhome/resources/policies-and-publications/policis.html>
- Transgender, Transsexual, and Gender Nonconforming Health Care in Correctional Settings. (2015). <https://www.ncchc.org/transgender-health-care-in-correctional-settings-1>
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012). *Impacts of Strong Parental Support for Trans Youth: A Report Prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Trans Pulse Project. <https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>
- Trevor Project. (2021). *The Mental Health and Well-being of LGBTQ Youth who are Intersex*. <https://www.thetrevorproject.org/wp-content/uploads/2021/12/Intersex-Youth-Mental-Health-Report.pdf>
- Trispiotis, I., & Purshouse, C. (2022). 'Conversion Therapy' as degrading treatment. *Oxford Journal of Legal Studies*, 42(1), 104–132. <https://doi.org/10.1093/ojls/gqab024>
- Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A., & Benotsch, E. G. (2017). The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 39–52. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405>
- Tschan, S., Honegger, F., & Storck, C. (2016). Cricothyroid joint anatomy as a predicting factor for success of cricoid-thyroid approximation in transwomen. *The Laryngoscope*, 126(6), 1380–1384. <https://doi.org/10.1002/lary.25518>
- T'Sjoen, G., Arcelus, G., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender

- medicine. *Endocrine Reviews*, 40(1), 97–117. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00011>
- T'Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine position statement “Assessment and hormonal management in adolescent and adult trans people, with attention for sexual function and satisfaction.” *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 570–584. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012>
- T'Sjoen, G. G., Beguin, Y., Feyen, E., Rubens, R., Kaufman, J. M., & Gooren, L. (2005). Influence of exogenous oestrogen or (anti-) androgen administration on soluble transferrin receptor in human plasma. *Journal of Endocrinology*, 186(1), 61–67. <https://doi.org/10.1677/joe.1.06112>
- Tucker, R. P., Testa, R. J., Simpson, T. L., Shipherd, J. C., Blossnich, J. R., & Lehavot, K. (2018). Hormone therapy, gender affirmation surgery, and their association with recent suicidal ideation and depression symptoms in transgender veterans. *Psychological Medicine*, 48(14), 2329–2336. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003853>
- Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 68–76. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285>
- Turban, J. L., Carswell, J., & Keuroghlian, A. S. (2018). Understanding pediatric patients who discontinue gender-affirming hormonal interventions. *JAMA Pediatrics*, 172(10), 903–904. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1817>
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, e20191725. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>
- Turban, J. L., King, D., Kobe, J., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2022). Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. *PloS One*, 17(1), e0261039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039>
- Turban, J.L., King, D., Reisner, S.L., Keuroghlian, A.S. (2019). Psychological attempts to change a person's gender identity from transgender to cisgender: Estimated prevalence across US States, 2015. *American Journal of Public Health* 109, 1452–1454. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305237>
- Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of social transition for transgender and gender diverse youth, K-12 harassment, and adult mental health outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 69(6), 991–998. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.001>
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, 8(4), 273–280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- Turo, R., Jallad, S., Prescott, S., & Cross, W. R. (2013). Metastatic prostate cancer in transsexual diagnosed after three decades of estrogen therapy. *Canadian Urological Association Journal*, 7(7-8), E544. <https://doi.org/10.5489/cuaj.175>
- Tuzun, Z., Başar, K., & Akgul, S. (2022). Social connectedness matters: Depression and anxiety in transgender youth during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Sexual Medicine*, S1743-6095(22)00558-6. <https://doi.org/10.1016/j.sxm.2022.01.522>
- Twist, J., & de Graaf, N. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's national Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 277–290. <https://doi.org/10.1177/1359104518804311>
- Uebel, K. E., Lombard, C., Joubert, G., Fairall, L. R., Bachmann, M. O., Mollentze, W. F., van Rensburg, D., & Wouters, E. (2013). Integration of HIV care into primary care in South Africa. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(3), e94–e100. <https://doi.org/10.1097/qai.0b013e318291cd08>
- UN General Assembly. (2015). *Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development*. 21 October 2015. A/RES/70/1. <https://undocs.org/A/RES/70/1>
- UN Human Rights Council, (2020). *Practices of so-called “conversion therapy”: Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity*. https://doi.org/10.1163/2210-7975_HRD-9970-2016149
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights. (2018). *Statement on the occasion of International Transgender Day of Visibility, the IACHR and a UN expert urge States to guarantee the full exercise of the human rights*

- of transgender persons.
<https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22906&LangID=E>
- UNDP & APTN. (2017). *Legal gender recognition: a multi-country legal and policy review in Asia*. Asia-Pacific Transgender Network.
<https://weareaptn.org/resource/legal-gender-recognition-a-multi-country-legal-and-policy-review-in-asia/>
- UNDP, IRGT. (2016). *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions*. United Nations Development Programme.
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf
- Unger, C. A. (2015). Care of the transgender patient: a survey of gynecologists' current knowledge and practice. *Journal of Womens' Health (Larchmt)*, 24(2), 114–118. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4918>
- United Nations Population Fund. (2014). *Reproductive rights are human rights: a handbook for national human rights institutions*. <https://www.ohchr.org/documents/publications/nhrihandbook.pdf>
- United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights. Retrieved from
<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- United Nations. (2015). *The United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners*. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf
- United States Department of Health and Human Services. (2013). *Lesbian, gay, bisexual and transgender health*. Retrieved from
<https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>
- Valashany, B. T., & Janghorbani, M. (2018). Quality of life of men and women with gender identity disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0995-7>
- Vale, K., Siemens, I., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2013). Religiosity, childhood abuse, and other risk factors correlated with voluntary genital ablation. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 45(3), 230–237. <https://doi.org/10.1037/a0031122>
- Valentine, V. (2016). *Non-binary people's experiences of using UK gender identity clinics*. S. T. E. Network. <https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2016/11/Non-binary-GIC-mini-report.pdf>
- Van Batavia, J. P., & Kolon, T. F. (2016). Fertility in disorders of sex development: A review. *Journal of Pediatric Urology*, 12(6):418–425. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.09.015>
- Van Boerum, M. S., Salibian, A. A., Bluebond-Langner, R., & Agarwal, C. (2019). Chest and facial surgery for the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 219–227. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.18>
- Van Borsel, J., De Cuypere, G., Rubens, R., & Destaecke, B. (2000). Voice problems in female-to-male transsexuals. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(3), 427–442. <https://doi.org/10.1080/136828200410672>
- Van Borsel, J., Van Eynde, E., De Cuypere, G., & Bonte, K. (2008). Feminine after cricothyroid approximation? *Journal of Voice*, 22(3), 379–384. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.11.001>
- Van Caenegem, E., Taes, Y., Wierckx, K., Vandewalle, S., Toye, K., Kaufman, J. M., Schreiner, T., Haraldsen, I., & T'Sjoen, G. (2013). Low bone mass is prevalent in male-to-female transsexual persons before the start of cross-sex hormonal therapy and gonadectomy. *Bone*, 54(1), 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2013.01.039>
- Van Caenegem, E., Verhaeghe, E., Taes, Y., Wierckx, K., Toye, K., Goemaere, S., Zmierczak, H. G., Hoebeke, P., Monstrey, S., & T'Sjoen, G. (2013). Long-term evaluation of donor-site morbidity after radial forearm flap phalloplasty for transsexual men. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(6), 1644–1651. <https://doi.org/10.1111/jsm.12121>
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1281–1287. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6>
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Taes, Y., Schreiner, T., Vandewalle, S., Toye, K., Lapauw, B., Lapauw, J. M., & T'Sjoen, G. (2015). Body composition, bone turnover, and bone mass in trans men during testosterone

- treatment: 1-year follow-up data from a prospective case-controlled study (ENIGI). *European Journal of Endocrinology*, 172(2), 163-171.
<https://doi.org/10.1530/eje-14-0586>
- Van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., & Kreukels, B. P. C.; on behalf of dsd-LIFE. (2018). Body image and self-esteem in disorders of sex development: A European multicenter study. *Health Psychology*, 37(4), 334-343. <https://doi.org/10.1037/hea0000600>
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., & Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of medical interventions on gender dysphoria and body image: A follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 79(7), 815-823. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000465>
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. C. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: A follow-up study. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 44(2), 138-148. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1326190>
- Van de Grift, T. C., Elfering, L., Greijdanus, M., Smit, J. M., Bouman, M. B., Klassen, A. F., & Mullender, M. G. (2018). Subcutaneous mastectomy improves satisfaction with body and psychosocial function in trans men: Findings of a cross-sectional study using the BODY-Q chest module. *Plastic Reconstructive Surgery*, 142(5), 1125-1132. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004827>
- Van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Elfering, L., Özer, M., Bouman, M.-B., Buncamper, M. E., Smit, J. M., & Mullender, M. G. (2016). Body image in transmen: Multidimensional measurement and the effects of mastectomy. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1778-1786. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.003>
- Van de Grift, T. C., Pigot, G. L. S., Boudhan, S., Elfering, L., Kreukels, B. P. C., Gijs, L., Buncamper, M. E., Ozer, M., van der Sluis, W., Meuleman, E. J. H., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). A longitudinal study of motivations before and psychosexual outcomes after genital gender-confirming surgery in transmen. *Journal of Sexual Medicine*, 14(12), 1621-1628. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.064>
- Van de Grift, T., Van Gelder, Z., Mullender, M., Steensma, T., de Vries, A. L. C., & Bouman, M. (2020). Timing of puberty suppression and surgical options for transgender youth. *Pediatrics*, 146(5), e20193653. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3653>
- Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 70-80. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199>
- Van der Miesen, A., Steensma, T. D., de Vries, A., Bos, H., & Popma, A. (2020). Psychological functioning in transgender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. *The Journal of Adolescent Health*, 66(6), 699-704. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018>
- Van der Sluis, W. B., de Haset, K. B., Elfering, L., Özer, M., Smit, J. M., Budding, A. E., van Bodegraven, A. A., Buncamper, M. E., de Boer, N. K. H., Mullender, M. G., & Bouman, M. B. (2020). Neovaginal discharge in transgender women after vaginoplasty: A diagnostic and treatment algorithm. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 367-372. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1725710>
- Van der Sluis, W. B., Smit, J. M., Pigot, G. L. S., Buncamper, M. E., Winters, H. A. H., Mullender, M. G., & Bouman, M. B. (2017). Double flap phalloplasty in transgender men: Surgical technique and outcome of pedicled anterolateral thigh flap phalloplasty combined with radial forearm free flap urethral reconstruction. *Microsurgery*, 37(8), 917-923. <https://doi.org/10.1002/micr.30190>
- Van Dijk, D., Dekker, M., Conemans, E. B., Wiepjes, C. M., de Goeij, E. G. M., Overbeek, K. A., & T'Sjoen, G. (2019). Explorative prospective evaluation of short-term subjective effects of hormonal treatment in trans people - Results from the European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(8), 1297-1309. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.009>
- Van Gerwen, O. T., Aryanpour, Z., Selph, J. P., & Muzny, C. A. (2021). Anatomical and sexual health considerations among transfeminine individuals who have undergone vaginoplasty: A review. *International Journal of STD & AIDS*, 33(2), 106-113. <https://doi.org/10.1177/09564624211046997>
- Van Kesteren, P. J., Asscheman, H., Megens, J. A., & Gooren, L. J. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337-342.

- <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x>
- Van Leijenhorst, L., Zanolie, K., Van Meel, C. S., Westenberg, P. M., Rombouts, S. A. R. B., & Crone, E. A. (2009). What motivates the adolescent? Brain regions mediating reward sensitivity across adolescence. *Cerebral Cortex*, 20(1), 61–69. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhp078>
- Vandenbussche, E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, 69(9), 1602–1620. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child Adolescent Social Work Journal*, 26, 135–154. <https://doi.org/10.1007/s10560-008-0158-5>
- Vanderschueren, D., Vandenput, L., Boonen, S., Lindberg, M. K., Bouillon, R., & Ohlsson, C. (2004). Androgens and bone. *Endocrine Reviews*, 25(3), 389–425. <https://doi.org/10.1210/er.2003-0003>
- Various. (2019). *Memorandum of understanding on conversion therapy in the UK. Version 2, Revision A*. British Association of Counselling and Psychotherapy. <https://www.bacp.co.uk/events-and-resources/ethics-and-standards/mou/>
- Various. (2021). *U. S. joint statement on ending conversion therapy*. <https://usjs.org/usjs-current-draft/>
- Veale, J., Byrne, J., Tan, K., Guy, S., Yee, A., Nopera, T., & Bentham, R. (2019). *Counting ourselves: The health and wellbeing of trans and non-binary people in Aotearoa, New Zealand*. https://countingourselves.nz/wp-content/uploads/2020/01/Counting-Ourselves_Report-Dec-19-Online.pdf
- Veerman, H., de Rooij, F. P. W., Al-Tamimi, M., Ronkes, B. L., Mullender, M. G., M. B. B., van der Sluis, W. B., & Pigot, G. L. S. (2020). Functional outcomes and urological complications after genital gender affirming surgery with urethral lengthening in transgender men. *Journal of Urology*, 204(1), 104–109. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000795>
- Vereecke, G., Defreyne, J., Van Saen, D., Collect, S., Van Dorpe, J., T'Sjoen, G., & Gooseens, E. I. (2021). Characterisation of testicular function and spermatogenesis in transgender women. *Human Reproduction*, 36(1), 5–15. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa254>
- Vermeir, E., Jackson, L. A., & Marshall, E. G. (2018). Improving healthcare providers' interactions with trans patients: Recommendations to promote cultural competence. *Healthcare Policy*, 14(1), 11–18. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25552>
- Victor, C. J., & Nel, J. A. (2017). Developing an affirmative position statement on sexual and gender diversity for psychology professionals in South Africa. *Psychology in Russia: State of the Art*, 10(2), 87–102. <https://doi.org/10.11621/pir.2017.0206>
- Vincent, B. (2018). *Transgender Health: A Practitioner's Guide to Binary and Non-Binary Trans Patient Care*. Jessica Kingsley Publishers.
- Vincent, B. (2019). Breaking down barriers and binaries in trans healthcare: the validation of non-binary people. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 132–137. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1534075>
- Vincent, B. (2020). *Non-Binary Genders: Navigating Communities, Identities, and Healthcare*. Policy Press.
- Vincent, B., & Manzano, A. (2017). History and Cultural Diversity. In C. Richards, W. P. Bouman, & M. J. Barker (Eds.), *Genderqueer and Non-Binary Genders*. Palgrave Macmillan.
- Vinogradova, Y., Coupland, C., & Hippisley-Cox, J. (2019). Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *British Medical Journal*, 364, k4810. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4810>
- Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J., & Heijboer, A. C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, 95, 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008>
- Von Doussa, H., Power, J., & Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: the possibilities and experiences of parenthood among transgender people. *Culture Health & Sexuality*, 17(9), 1119–1131. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1042919>
- Vrouenraets, L. J. J., de Vries, A. L. C., de Vries, M. C., van der Miesen, A. I. R., & Hein, I. M. (2021). Assessing medical decision-making competence in transgender youth. *Pediatrics*, 148(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049643>
- Vukadinovic, V., Stojanovic, B., Majstorovic, M., & Milosevic, A. (2014). The role of clitoral anatomy in

- female to male sex reassignment surgery. *Scientific World Journal*, 2014, 437378.
<https://doi.org/10.1155/2014/437378>
- Vyas, N., Douglas, C. R., Mann, C., Weimer, A. K., & Quinn, M. M. (2021). Access, barriers, and decisional regret in pursuit of fertility preservation among transgender and gender-diverse individuals. *Fertility and Sterility*, 115(4), 1029-1034.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.09.007>
- Waal, H. A. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(1), S131–S137.
<https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>
- Wagner, I., Fugain, C., Monneron-Girard, L., Cordier, B., & Chabolle, F. (2003). Pitch-raising surgery in fourteen male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 113(7), 1157–1165. <https://doi.org/10.1097/00005537-200307000-00011>
- Wagner, S., Panagiotakopoulos, L., Nash, R., Bradlyn, A., Getahun, D., Lash, T. L., Roblin, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Progression of gender dysphoria in children and adolescents: A longitudinal study. *Pediatrics*, 148(1), e2020027722. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-027722>
- Walker, R. V., Powers, S. M., & Witten, T. M. (2017). Impact of anticipated bias from healthcare professionals on perceived successful aging among transgender and gender nonconforming older adults. *LGBT Health*, 4(6), 427-433. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0165>
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423.
<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Walton, M. T., Lykins, A. D., & Bhullar, N. (2016). Beyond heterosexual, bisexual, and homosexual: A diversity in sexual identity expression. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1591–1597. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0778-3>
- Wang, Y., Yu, H., Yang, Y., Drescher, J., Li, R., Yin, W., Yu, R., Wang, S., Deng, W., Jia, Q., Zucker, K. J., & Chen, R. (2020). Mental health status of cisgender and gender-diverse secondary school students in China. *JAMA Network Open*, 3(10), e2022796.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.22796>
- Warwick, R. M., Araya, A. C., Shumer, D. E., & Selkie, E. M. (2022). Transgender youths' sexual health and education: A qualitative analysis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 35(2), 138-146.
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2021.09.011>
- Washington, D.C. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2020) *Healthy People*.
<https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>.
- Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2007). Modern-day Eunuchs: Motivations for and consequences of contemporary castration. *Perspectives in Biology and Medicine*, 50(4), 544-556.
<https://doi.org/10.1353/pbm.2007.0058>
- Wassersug, R. J., & Lieberman, T. (2010). Contemporary castration: why the modern day eunuch remains invisible. *BMJ*, 341(2), c4509–c4509.
<https://doi.org/10.1136/bmj.c4509>
- Wassersug, R. J., Walker, L. M., & Robinson, J. W. (2018). *Androgen deprivation therapy : an essential guide for prostate cancer patients and their loved ones*. Demos Health.
- Watson, R. J., Wheldon, C. W., & Puhl, R. M. (2020). Evidence of diverse identities in a large national sample of sexual and gender minority adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 30(S2), 431-442.
<https://doi.org/10.1111/jora.12488>
- Watt, S. O., Tskhay, K. O., & Rule, N. O. (2018). Masculine voices predict well-being in female-to-male transgender individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 963–972.
<https://doi.org/10.1007/s10508-017-1095-1>
- Weaver, C. M., Alexander, D. D., Boushey, C. J., Dawson-Hughes, B., Lappe, J. M., LeBoff, M. S., Liu, S., Looker, A. C., Wallace, T. C., & Wang, D. D. (2016). Calcium plus vitamin D supplementation and risk of fractures: An updated meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. *Osteoporosis International*, 27(1), 367-376.
<https://doi.org/10.1007/s00198-015-3386-5>
- Webb, H., Free, N., Oates, J., & Paddle, P. (2020). The use of vocal fold injection augmentation in a transmasculine patient unsatisfied with voice following testosterone therapy and voice training. *Journal of Voice*, S0892-1997(20)30298-8.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.08.011>

- Wei, S. Y., Li, F. Y., Li, Q., Li, S. K., Zhou, C. D., Zhou, Y., Cao, Y. J., Zhang, S. Y., & Zhao, Y. (2018). Autologous buccal micro-mucosa free graft combined with posterior scrotal flap transfer for vaginoplasty in male-to-female transsexuals: A pilot study. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 188-196. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0977-x>
- Weidler, E. M., Baratz, A., Muscarella, M., Hernandez, S. J., & van Leeuwen, K. (2019). A shared decision-making tool for individuals living with complete androgen insensitivity syndrome. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150844. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150844>
- Weidler, E. M., & Peterson, K. E. (2019). The impact of culture on disclosure in differences of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150840. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150840>
- Weigert, R., Frison, E., Sessieq, Q., Al Mutairi, K., & Casoli, V. (2013). Patient satisfaction with breasts and psychosocial, sexual, and physical well-being after breast augmentation in male-to-female transsexuals. *Plastic Reconstructive Surgery*, 132(6), 1421-1429. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000434415.70711.49>
- Weill, A., Nguyen, P., Labidi, M., Cadier, B., Passeri, T., Duranteau, L., Bernat, A. L., Yoldjian, I., Fontanel, S., Froelich, S., & Coste, J. (2021). Use of high dose cyproterone acetate and risk of intracranial meningioma in women: Cohort study. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 372, n37. <https://doi.org/10.1136/bmj.n37>
- Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical and Translational Endocrinology*, 2(2):55-60. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.02.003>
- Weinhardt, L. S., Stevens, P., Xie, H., Wesp, L. M., John, S. A., Apchemengich, I., Kioko, D., Chavez-Korell, S., Cochran, K. M., Watjen, J. M., & Lambrou, N. H. (2017). Transgender and gender nonconforming youths' public facilities use and psychological well-being: A mixed-method study. *Transgender Health*, 2(1), 140-150. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0020>
- Weissler, J. M., Chang, B. L., Carney, M. J., Rengifo, D., Messa, C. A. t., Sarwer, D. B., & Percec, I. (2018). Gender-affirming surgery in persons with gender dysphoria. *Plastic Reconstructive Surgery*, 141(3), 388e-396e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004123>
- Wendler, J. (1990). *Vocal pitch elevation after transsexualism male to female*. In: *Proceedings of the Union of the European Phoniaticians*, Salsomaggiore.
- Wesp, L. (2016). Transgender patients and the physical examination, gender affirming health program, UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/physical-examination>
- Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'Sjoen, G., Heylens, G., De Cuypere, G., & Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(3), 752-760. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01082.x>
- Weyers, S., Villeirs, G., Vanherreweghe, E., Verstraelen, H., Monstrey, S., Van den Broecke, R., & Gerris, J. (2010). Mammography and breast sonography in transsexual women. *European Journal of Radiology*, 74(3), 508-513. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2009.03.018>
- White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2016). A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 21-31. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0008>
- White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2018). Social context of depressive distress in aging transgender adults. *Journal of Applied Gerontology*, 37(12), 1517-1539. <https://doi.org/10.1177/0733464816675819>
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222-231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
- Whyatt-Sames, J. (2017). Being brave: Negotiating the path of social transition with a transgender child in foster care. *Journal of GLBT Family Studies*, 13(4), 309-332. DOI: 10.1080/1550428X.2016.1241167
- Wibowo, E., Johnson, T., & Wassersug, R. (2016). Infertility, impotence, and emasculation - psychosocial contexts for abandoning reproduction. *Asian Journal of Andrology*, 18(3), 403. <https://doi.org/10.4103/1008-682x.173937>
- Wibowo, E., Wassersug, R., Warkentin, K., Walker, L., Robinson, J., Brotto, L., & Johnson, T. (2012). Impact of androgen deprivation therapy on sexual function: A response. *Asian Journal of Andrology*, 14(5), 793-794. <https://doi.org/10.1038/aja.2012.60>

- Wibowo, E., Wong, S. T. S., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2021). Sexual function after voluntary castration. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3889–3899. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02094-6>
- Wiepjes, C. M., de Blok, C. J., Staphorsius, A. S., Nota, N. M., Vlot, M. C., de Jongh, R. T., & den Heijer, M. (2020). Fracture Risk in Trans Women and Trans Men Using Long-Term Gender-Affirming Hormonal Treatment: A Nationwide Cohort Study. *Journal of bone and mineral research. Journal of the American Society for Bone and Mineral Research*, 35(1), 64–70. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3862>
- Wiepjes, C. M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. G. (2019). Bone health in adult trans persons: An update of the literature. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 26(6), 296–300. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000502>
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M. B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of Gender Dysphoria study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>
- Wiepjes, C. M., Vlot, M. C., Klaver, M., Nota, N. M., de Blok, C. J., de Jongh, R. T., Lips, P., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2017). Bone mineral density increases in trans persons after 1 year of hormonal treatment: A multicenter prospective observational study. *Journal of Bone Mineral Research*, 32(6), 1252–1260. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3102>
- Wierckx, K., Elaut, E., Declercq, E., Heylens, G., De Cuypere, G., Taes, Y., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2013). Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: A case-control study. *European Journal of Endocrinology*, 169(4), 471–478. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1530/EJE-13-0493>
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedeker, D., Van Houdenhove, E., & T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: Exploration of the role of testosterone administration. *European Journal of Endocrinology*, 165(2), 331–337. <https://doi.org/10.1530/Eje-11-0250>
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Hoorde, B., Heylens, G., De Cuypere, G., Monstrey, S., Weyers, S., Hoebeke, P., & T'Sjoen, G. (2014). Sexual desire in trans persons: Associations with sex reassignment treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 107–118. <https://doi.org/10.1111/jsm.12365>
- Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E., Roef, G., Heylens, G., & T'Sjoen, G. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2641–2651. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02876.x>
- Wierckx, K., Stuyver, I., Weyers, S., Hamada, A., Agarwal, A., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Sperm freezing in transsexual women. *Archives of Sexual Behaviour*, 41(5), 1069–1071. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0012-x>
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Toye, K., T'Sjoen, G. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3379–3388. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x>
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2014). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27(2), 483–487. <https://doi.org/10.1093/humrep/der406>
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Schreiner, T., Haraldsen, I., Fisher, A. D., Toye, K., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2014). Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: Results from the European network for the investigation of gender incongruence. *Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1999–2011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12571>
- Wierckx, K., Van de Peer, F., Verhaeghe, E., Dedeker, D., Van Caenegem, E., Toye, K., & T'Sjoen, G. (2014). Short- and long-term clinical skin effects of testosterone treatment in trans men. *Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 222–229. <https://doi.org/10.1111/jsm.12366>
- Wilchins, R. A. (1995). A Note from your Editrix. *In Your Face: Political Activism against Gender Oppression*, 1(1), 4.
- Williams, A. J., Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou, A., & Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ+ young people with experiences of self-harm and suicide. *PloS One*, 16(1), 1–26 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245268>

- Wilson, B. D., & Meyer, I. H. (2021). *Nonbinary LGBTQ Adults in the United States*. UCLA School of Law Williams Institute.
- Wilson, D., Marais, A., de Villiers, A., Addinall, R., & Campbell, M. M. (2014). Transgender issues in South Africa, with particular reference to the Groote Schuur Hospital Transgender Unit. *South African Medical Journal*, 104(6), 449. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.8392>
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans* female youth and the protective effect of parental support. *AIDS Behavior*, 20(10), 2203-2211. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1409-7>
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Wenzel, C., & Raymond, H. F. (2015). Connecting the dots: Examining transgender women's utilization of transition-related medical care and associations with mental health, substance use, and HIV. *Journal of Urban Health*, 92(1), 182-192. <https://doi.org/10.1007/s11524-014-9921-4>
- Wilson, E. C., Turner, C. M., Sanz-Rodriguez, C., Arayasirikul, S., Gagliano, J., Woods, T., Palafox, E., Halfin, J., Martinez, L., Makoni, B., Eskman, Z. (2021). Expanding the pie—differentiated PrEP delivery models to improve PrEP uptake in the San Francisco Bay area. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 88(1), S39-S48. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002809>
- Wilson, L. M., Baker, K. E., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2020). Effects of antiandrogens on prolactin levels among transgender women on estrogen therapy: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 391-402. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819505>
- Wimalawansa, S. M., Fox, J. P., & Johnson, R. M. (2014). The measurable cost of complications for outpatient cosmetic surgery in patients with mental health diagnoses. *Aesthetic Surgery Journal*, 34(2), 306-316. <https://doi.org/10.1177/1090820X13519100>
- Wingo, E., Ingraham, N., & Roberts, S. C. M. (2018). Reproductive health care priorities and barriers to effective care for LGBTQ people assigned female at birth: A qualitative study. *Womens' Health Issues*, 28(4), 350-357. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.002>
- Winter, S., & Doussantousse, S. (2009). Trans people, hormones, and health risks in Southeast Asia: A Lao study. *International Journal of Sexual Health*, 21(1), 35-48. <https://doi.org/10.1080/19317610802554141>
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: Health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390-400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)
- Winter, S., Settle, E., Wylie, K., Reisner, S., Cabral, M., Knudson, G., & Baral, S. (2016). Synergies in health and human rights: A call to action to improve transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 318-321. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30653-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30653-5)
- Winters, K., & Ehrbar, R. D. (2010). Beyond conundrum: Strategies for diagnostic harm reduction. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(2), 130-138. <https://doi.org/10.1080/19359701003609922>
- Winters, K., Temple Newhook, J., Pyne, J., Feder, S., Jamieson, A., Holmes, C., Sinnott, M.-L., Pickett, S., & Tosh, J. (2018). Learning to listen to trans and gender diverse children: A Response to Zucker (2018) and Steensma and Cohen-Kettenis (2018). *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 246-250. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1471767>
- Wisniewski, A. B., & Sandberg, D. E. (2015). Parenting children with disorders of sex development (DSD): A developmental perspective beyond gender. *Hormone and Metabolic Research*, 47(5):375-379. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398561>
- Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J., & Arcelus, J. (2018). Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders*, 235, 308-315. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.051>
- Witcomb, G. L., Claes, L., Bouman, W. P., Nixon, E., Motmans, J., & Arcelus, J. (2019). Experiences and psychological wellbeing outcomes associated with bullying in treatment-seeking transgender and gender-diverse youth. *LGBT Health*, 6(5), 216-226. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0179>
- Witten, T. M., & Eyler, E. (2016). *Care of aging transgender and Gender Nonconforming Patients*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds). *Principles of Transgender Medicine and Surgery* (Second edition, pp. 344-378). Routledge.
- Witten, T. M. (2014). It's not all darkness: Robustness, resilience, and successful transgender aging. *LGBT Health*, 1(1), 24-33. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0017>

- Witten, T. M. (2017). Health and well-being of transgender elders. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 37(1), 27-41. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.37.27>
- Wolfe-Christensen, C., Wisniewski, A. B., Mullins, A. J., Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Nokoff, N. J., & Palmer, B. (2017). Changes in levels of parental distress after their child with atypical genitalia undergoes genitoplasty. *Journal of Pediatric Urology*, 13(1), 32.e1–32.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.10.024>
- Wolfe-Roubatis, E., & Spatz, D. L. (2015). Transgender men and lactation: What nurses need to know. *MCN American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(1), 32-38. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000097>
- Wolter, A., Diedrichson, J., Scholz, T., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2015). Sexual reassignment surgery in female-to-male transsexuals: an algorithm for subcutaneous mastectomy. *Journal of Plastic and Reconstructive Aesthetic Surgery*, 68(2), 184-191. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2014.10.016>
- Wolter, A., Scholz, T., Pluto, N., Diedrichson, J., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2018). Subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals: Optimizing perioperative and operative management in 8 years clinical experience. *Journal of Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*, 71(3), 344-352. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2017.09.003>
- Wong, W. I., van der Miesen, A. I. R., Li, T. G. F., MacMullin, L. N., & VanderLaan, D. P. (2019). Childhood social gender transition and psychosocial well-being: A comparison to cisgender gender variant children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 241–253. <https://doi.org/10.1037/cpp0000295>
- Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., Reno, H., Zenilman, J. M., & Bolan, G. A. (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports*, 70(4).
- World Bank Group. (2018). Life on the margins: Survey results of the experiences of LGBTI people in Southeastern Europe. Retrieved from [http://documents.worldbank.org/curated/en/123651538514203449/pdf/130420-REPLACEMENT-PUBLIC-FINAL-WEB-Life-on-the-Margins-Survey-Results-of-](http://documents.worldbank.org/curated/en/123651538514203449/pdf/130420-REPLACEMENT-PUBLIC-FINAL-WEB-Life-on-the-Margins-Survey-Results-of-the-Experiences-of-LGBTI-People-in-Southeastern-Europe.pdf)
- [the-Experiences-of-LGBTI-People-in-Southeastern-Europe.pdf](http://documents.worldbank.org/curated/en/123651538514203449/pdf/130420-REPLACEMENT-PUBLIC-FINAL-WEB-Life-on-the-Margins-Survey-Results-of-the-Experiences-of-LGBTI-People-in-Southeastern-Europe.pdf)
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (10th Revision)*. World Health organization.
- World Health Organization. (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. World Health Organization. https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/
- World Health Organization. (2004). *WHO scientific group on the assessment of osteoporosis at primary health care level*. In *Summary meeting report (Vol. 5, pp. 5-7)*. World health Organization. <https://www.who.int/chp/topics/Osteoporosis.pdf>
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. World Health Organization
- World Health Organization. (2007). *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action*. World Health Organization. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/
- World Health Organization. (2015a). *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach* World Health Organisation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf.
- World Health Organisation. (2015b). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organisation. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/
- World Health Organisation. (2016). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: 2016 update*. World Health Organisation. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>
- World Health Organization. (2017a). WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255889/WHO-HIV-2017.17-eng.pdf>.

- World Health Organization. (2017b). WHO Model List of Essential Medicines, 20th List (March 2017)(Amended August 2017). <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>
- World Health Organization. (2018). *ICD-11—Mortality and morbidity statistics*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization. (2018a). Declaration of Astana. <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>
- World Health Organization. (2018b). *ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics*. World health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization. (2019a). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th ed.* World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286>
- World Health Organization. (2019b). *Consolidated guidelines on HIV testing services*, <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1>
- World Health Organization. (2019c). *What's the 2+1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: Update to WHO's recommendation on oral PrEP*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2019d). *WHO global report on traditional and complementary medicine*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>.
- World Health Organization. (2020). Tobacco. http://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1
- World Health Organization. (2020a). *WHO recommendations on self-care interventions*. World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332335/WHO-SRH-20.10-eng.pdf.\[WHO\]](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332335/WHO-SRH-20.10-eng.pdf.[WHO])
- World Health Organization. Tobacco. (2020b) http://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1
- World Health Organization. (2020c). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization. (2021a). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
- World health Organization. (2021b). *Consolidated guideline on self-care interventions for health and wellbeing. Version 2.3*. World Health Organization. <https://app.magicapp.org/#/guideline/Lr21gL>
- WPATH. (2016). *Position Statement on Medical Necessity of Treatment, Sex Reassignment, and Insurance Coverage in the U.S.A.* <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH-Position-on-Medical-Necessity-12-21-2016.pdf>
- WPATH. (2017). *WPATH Identity Recognition Statement*. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH%20Identity%20Recognition%20Statement%2011.15.17.pdf>
- WPATH. (2019). *WPATH Statement on Yogyakarta Principles Plus 10 and healthcare delivery*. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2019/WPATH%20Statement%20on%20Yogyakarta%20Principles%20Plus%2010.pdf>
- WPATH Position Statement. (2018). *WPATH Position on "Rapid Onset Gender Dysphoria (ROGD)"* https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2018/9_Sept/WPATH%20Position%20on%20Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria_9-4-2018.pdf
- Wu, L. J., Qi, J., Cai, Y., Liu, S. Y., Zhu, M., Zhong, P. P., Xin, Y., & Feng, S. Q. (2017). *Chinese transgender population general survey report*. LGBT Center and Department of Sociology, Peking University. <https://chinadevelopmentbrief.cn/wp-content/uploads/2020/04/2017-Chinese-Transgender-Population-General-Survey-Report.pdf>
- Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonierbale, M., Watanyusakul, S., & Baral, S. (2016). Serving transgender people: Clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 401–411.
- Xavier, J. M., Robbin, M., Singer, B., & Budd, E. (2005). A needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. In W. O. Bockting, & E. Avery (Eds.), *Transgender health and HIV prevention: Needs*

- assessment studies from transgender communities across the United States (pp. 31–47). The Haworth Medical Press. https://doi.org/10.1300/J485v08n02_04
- Yadegarfar, M., Meinhold-Bergmann, M. E., & Ho, R. (2014). Family rejection, social isolation, and loneliness as predictors of negative health outcomes (depression, suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female transgender adolescents. *Journal of LGBT youth, 11*(4), 347-363. <https://doi.org/10.1080/19361653.2014.910483>
- Yager, J. L., & Anderson, P. L. (2020). Pharmacology and drug interactions with HIV PrEP in transgender persons receiving gender affirming hormone therapy. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology, 16*(6), 463-474. <https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1752662>
- Yanagi, Y., Ishikawa, Y., Nakamura, K., Komazawa, D., & Watanabe, Y. (2015). Voice changes over time in a female-to-male transsexual receiving hormone therapy. *The Japan Journal of Logopedics and Phoniatrics, 56*(3), 250-256. <https://doi.org/10.5112/jjlp.56.250>
- Yang, C. Y., Palmer, A. D., Murray, K. D., Meltzer, T. R., & Cohen, J. I. (2002). Cricothyroid approximation to elevate vocal pitch in male-to-female transsexuals: Results of surgery. *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology, 111*(6), 477-485. <https://doi.org/10.1177/000348940211100602>
- Yang, J. H., Baskin, L. S., & DiSandro, M. (2010) Gender identity in disorders of sex development: review article. *Urology, 75*(1):153–159. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.07.1286>
- Yang, X., Wang, L., Gu, Y., Song, W., Hao, C., Zhou, J., Zhang, Q., & Zhao, Q. (2016). A cross-sectional study of associations between casual partner, friend discrimination, social support and anxiety symptoms among Chinese transgender women. *Journal of Affective Disorders, 203*, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.051>
- Yang, X., Zhao, L., Wang, L., Hao, C., Gu, Y., Song, W., Zhao, Q., & Wang, X. (2016). Quality of life of transgender women from China and associated factors: A cross-sectional study. *Journal of Sexual Medicine, 13*(6), 977–987. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.369>
- Yeung, H., Ragmanauskaite, L., Zhang, Q., Kim, J., Tangpricha, V., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Prevalence of moderate to severe acne in transgender adults: A cross-sectional survey. *Journal of the American Academy of Dermatology, 83*(5), 1450-1452. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.053>
- Yona, L., & Katri, I. (2020). The limits of transgender incarceration reform. *Yale Journal of Law and Feminism, 31*(2), 201–246. <http://hdl.handle.net/20.500.13051/7128>
- Yogyakarta Principles.org. (2007). *Yogyakarta Principles*. <https://yogyakarta.org>
- Yoong, S. L., Tursan d'Espaignet, E., Wiggers, J., St Claire, S., Mellin-Olsen, J., & Grady A et al. (2020). Tobacco and postsurgical outcomes: WHO tobacco knowledge summaries. World Health Organization
- Yuan, N., Chung, T., Ray, E. C., Sioni, C., Jimenez-Eichelberger, A., & Garcia, M. M. (2021). Requirement of mental health referral letters for staged and revision genital gender-affirming surgeries: An unsanctioned barrier to care. *Andrology, 9*(6), 1765–1772. <https://doi.org/10.1111/andr.13028>
- Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. *Psychological Assessment, 27*(1), 148–160. <https://doi.org/10.1037/a0038196>
- Zanghellini, A. (2020). Philosophical problems with the gender-critical feminist argument against trans inclusion. *Sage Open, 10*(2), 2158244020927029. <https://doi.org/10.1177/2158244020927029>
- Zavlin, D., Schaff, J., Lelle, J. D., Jubbal, K. T., Herschbach, P., Henrich, G., Ehrenberger, B., Kovacs, L., Machens, H. G., & Papadopulos, N. A. (2018). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined vaginoplasty technique: Satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. *Aesthetic Plastic Surgery, 42*(1), 178-187. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-1003-z>
- Zelin, N. S., Hastings, C., Beaulieu-Jones, B. R., Scott, C., Rodriguez-Villa, A., Duarte, C., Calahan, C., & Adami, A. J. (2018). Sexual and gender minority health in medical curricula in new England: A pilot study of medical student comfort, competence and perception of curricula. *Medical Education Online, 23*(1), 1461513. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1461513>
- Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006). Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: A review of the literature. *Child Maltreatment, 11*(1), 49–62. <https://doi.org/10.1177/1077559505283591>
- Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi,

- L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health, 21*(2), 125-137.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136>
- Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulous, L., Roblin, D., Sandberg, D., Silverberg, M., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Changes in size and demographic composition of transgender and gender nonbinary population receiving care at integrated health systems. *Endocrine Practice, 27*(5), 390-395.
<https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016>
- Zhang, W. R., Garrett, G. L., Arron, S. T., & Garcia, M. M. (2016). Laser hair removal for genital gender affirming surgery. *Translational Andrology and Urology, 5*(3), 381-387. <https://doi.org.uk/10.21037/tau.2016.03.27>
- Zhang, Y. F., Liu, C. Y., Qu, C. Y., Lu, L. X., Liu, A. T., Zhu, L., Wang, H., Lin, Z. H., Zhao, Y. Z., Zhu, X. H., & Hua, J. (2015). Is vaginal mucosal graft the excellent substitute material for urethral reconstruction in female-to-male transsexuals? *World Journal of Urology, 33*(12), 2115-2123.
<https://doi.org/10.1007/s00345-015-1562-z>
- Zhou, Y., Furutani, M., Athurupana, R., & Nakatsuka, M. (2021). Relation between identity disclosure to family members and mental health in Japanese transgender people. *Acta Medica Okayama, 75*(5), 611-623.
<https://doi.org/10.18926/AMO/62227>
- Zhu, J., & Chan, Y. M. (2017). Adult consequences of self-limited delayed puberty. *Pediatrics, 139*(6).
<https://doi.org/10.1542/peds.2016-3177>
- Ziegler, A., Henke, T., Wiedrick, J., & Helou, L. B. (2018). Effectiveness of testosterone therapy for masculinizing voice in transgender patients: A meta-analytic review. *International Journal of Transgenderism, 19*(1), 25-45.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1411857>
- Zimman, L. (2020). Transgender language, transgender moment: Toward a trans linguistics. In K. Hall, & R. Barrett, (Eds). *The Oxford Handbook of Language and Sexuality*, 1-23. Oxford University Press.
<http://alzimman.org/PDFs/Zimman2020TransLanguageTransMoment.pdf>
- Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Womack, W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior, 42*(5), 901-914. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0139-4>

ภาคผนวก A ระเบียบวิธี

1. บทนำ

มาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 นี้ (SOC-8) ถูกสร้างขึ้นโดยการทบทวนหลักฐานทางวิชาการอย่างมีระเบียบวิธีและอย่างเข้มงวดมากกว่าฉบับก่อนหน้า หลักฐานที่นำมาใช้ไม่เพียงแต่อ้างอิงจากรรณกรรมที่ตีพิมพ์ (ไม่ว่าจะเป็นหลักฐานโดยตรงหรือหลักฐานโดยพื้นฐานก็ตาม) แต่ยังนำข้อเสนอแนะที่เป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาด้วย แนวทางการปฏิบัติที่อ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการนั้นให้คำแนะนำที่มีจุดประสงค์เพื่อการดูแลเป็นไปอย่างเหมาะสมและถูกสร้างขึ้นจากการทบทวนหลักฐานอย่างเป็นระบบ ประเมินถึงผลประโยชน์และผลเสีย ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษาวิธีต่าง ๆ การศึกษาวิจัยที่เป็นหลักฐานทางวิชาการนั้นให้ข้อมูลที่เป็นพื้นฐานต่อแนวทางในเวชปฏิบัติและคำแนะนำ แต่จำเป็นต้องมีการชั่งน้ำหนักระหว่างความเป็นจริงและเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทที่หลากหลาย ขั้นตอนของการพัฒนา SOC-8 นี้ได้นำเอาคำแนะนำจากแนวทางในเวชปฏิบัติจาก National Academies of Medicine และ The World Health Organization ที่พิจารณาถึงความโปร่งใส ผลประโยชน์ทับซ้อน องค์ประกอบของคณะกรรมการ และขั้นตอนการพิจารณา (Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice, 2011; World Health Organization, 2019a).

คณะกรรมการร่าง SOC-8 ฉบับนี้ เป็นทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขา บุคลากรทางการแพทย์ นักวิจัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแง่มุมต่าง ๆ รวมไปถึงตัวแทนจากภูมิภาคต่าง ๆ ด้วย สมาชิกในคณะกรรมการทุกคนได้แจกแจงถึงประเด็นผลประโยชน์ทับซ้อนแล้ว*

ผู้ดูแลระเบียบวิธีการสร้างแนวทางปฏิบัติเป็นผู้ช่วยในการวางแผนและพัฒนาคำถาม อีกทั้งยังมีทีมทำการทบทวนวรรณกรรมแยกต่างหาก โดยเป็นทีมที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับร่างคำแนะนำ ข้อมูลอื่น ๆ ที่ได้มาสำหรับการร่างแนวทางปฏิบัติฉบับนี้ ได้รับจากคณะกรรมการผู้ให้คำปรึกษาระดับนานาชาติ ผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมาย และเสียงตอบรับจากภาคประชาสังคม คำแนะนำในฉบับนี้อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการที่มีในปัจจุบัน ซึ่งสนับสนุนการรักษา มีการวิเคราะห์ถึงความเสี่ยงและอันตราย รวมไปถึงความเป็นไปได้และความยอมรับได้ของการดูแลรักษานั้น ในบริบทที่แตกต่างกันไปหรือในประเทศที่แตกต่างกันไป ข้อตกลงของคำแนะนำที่อยู่ในฉบับนี้ ได้ถูกสร้างขึ้นโดยใช้กระบวนการ Delphi ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนในคณะกรรมการการร่างมาตรฐานการดูแลและต้องได้รับการรับรองในคำแนะนำนั้นอย่างน้อย 75% ของสมาชิกทั้งหมด ข้อมูลสนับสนุนหรือคำอธิบายถึงหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนคำแนะนำนั้นถูกเขียนขึ้นโดยสมาชิกผู้รับผิดชอบบทนั้น ๆ บทร่างของแต่ละบทถูกทบทวนโดยประธานและประธานร่วมของคณะกรรมการ เพื่อให้มั่นใจว่ารูปแบบนั้นสอดคล้องกัน รวมไปถึงมีหลักฐานทางวิชาการ

สนับสนุนเพียงพอ และคำแนะนำมีความสอดคล้องกันในทุก ๆ บท นอกจากนั้นยังมีทีมตรวจสอบเอกสารอ้างอิงที่ใช้ใน SOC-8 ฉบับนี้แยกต่างหาก ก่อนที่จะถูกแก้ไขครั้งสุดท้ายโดยผู้เชี่ยวชาญเพียงท่านเดียว รายละเอียดของระเบียบวิธีการจัดทำ SOC-8 จะกล่าวในลำดับต่อไป

2. ข้อแตกต่างระหว่างระเบียบวิธีของ SOC-8 และฉบับก่อนหน้า

ข้อแตกต่างสำคัญของวิธีในเมื่อเปรียบเทียบกับฉบับก่อนหน้าคือ

- มีส่วนร่วมจากผู้เชี่ยวชาญจากทั่วโลกจำนวนมากขึ้น
- มีขั้นตอนที่โปร่งใสในการเลือกคณะกรรมการสำหรับพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนการเลือกผู้นำที่รับผิดชอบและสมาชิกที่รับผิดชอบในแต่ละบท
- มีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลายในการพัฒนา SOC-8 นี้
- มีการจัดการในประเด็นของผลประโยชน์ทับซ้อน
- ใช้กระบวนการ Delphi ในการหาข้อตกลงเกี่ยวกับคำแนะนำระหว่างสมาชิกในคณะกรรมการพัฒนา SOC-8
- มีส่วนร่วมจากกลุ่มคนที่ไม่ขึ้นต่อใครจากมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียง เข้ามาช่วยพัฒนาระเบียบวิธีและหากเป็นไปได้ ทำการทบทวนวรรณกรรมโดยไม่ขึ้นต่อใคร
- คำแนะนำนั้นถูกแบ่งระดับเป็น “แนะนำ” หรือ “เสนอ” ขึ้นอยู่กับความหนักแน่นของคำแนะนำ
- มีส่วนร่วมจากทีมที่ไม่ขึ้นต่อใครจากวงการการศึกษาทางคลินิกในการทบทวนเอกสารอ้างอิง
- มีส่วนร่วมจากองค์กรระดับนานาชาติที่ทำงานร่วมกับชุมชน บุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (TGD) สมาชิก WPATH และองค์กรของผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ ตลอดจนประชาชนทั่วไปเพื่อรับข้อเสนอแนะผ่านทางช่วงเวลาที่เปิดโอกาสให้สาธารณชนเสนอแนะเกี่ยวกับ SOC-8

3. ขั้นตอนการพัฒนา SOC-8 โดยรวม

ขั้นตอนในการร่างมาตรฐานการดูแลมีดังต่อไปนี้

1. คัดเลือกคณะกรรมการในการร่างแนวทางปฏิบัติรวมถึงประธานและประธานร่วม (19 กรกฎาคม ค.ศ. 2017)
2. กำหนดบท (ความครอบคลุมของแนวทางปฏิบัติ)
3. เลือกสมาชิกผู้รับผิดชอบแต่ละบทโดยพิจารณาถึงความเชี่ยวชาญ (มีนาคม ค.ศ. 2018)
4. เลือกทีมในการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ: จากมหาวิทยาลัย John Hopkins (พฤษภาคม ค.ศ. 2018)
5. ปรับหัวข้อใน SOC-8 และทบทวนคำถามเพื่อทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ
6. ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (มีนาคม ค.ศ. 2019)
7. ร่างคำแนะนำ
8. ลงคะแนนเสียงเลือกคำแนะนำ โดยใช้กระบวนการ Delphi

(กันยายน ค.ศ. 2019 – กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2022)

9. แบ่งระดับของคำแนะนำ
10. เขียนรายละเอียดสนับสนุนคำแนะนำ
11. ตรวจสอบเอกสารอ้างอิงที่ใช้ในรายละเอียดโดยทีมที่ไม่ขึ้นกับใคร
12. สรุปรบร่าง SOC-8 (1 ธันวาคม ค.ศ. 2021)
13. รับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคำแนะนำ โดยคณะกรรมการที่ปรึกษาระดับนานาชาติ
14. รับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบทร่างของ SOC-8 จากสาธารณชน (พฤศจิกายน ค.ศ. 2021-มกราคม ค.ศ. 2022)
15. ปรับบทร่างขั้นสุดท้ายจากคำแนะนำที่ได้ (มกราคม ค.ศ. 2022-พฤษภาคม ค.ศ. 2022)
16. รับรองบทร่างขั้นสุดท้ายโดยประธานและประธานร่วม (10 มิถุนายน พ.ศ. 2022)
17. รับรองโดยคณะกรรมการ WPATH
18. ตีพิมพ์ SOC-8 เผยแพร่และแปล SOC-8
19. เผยแพร่และแปล SOC-8

3.1. คัดเลือกคณะกรรมการร่างแนวทางปฏิบัติ

คณะกรรมการการจัดทำแนวทางปฏิบัติของ WPATH ดูแลขั้นตอนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในทุกบทของมาตรฐานการดูแล สมาชิกในคณะกรรมการการร่างแนวทางปฏิบัตินี้ถูกเลือกโดยคณะกรรมการ WPATH จากสมาชิก WPATH ที่สมัครมาทำงานนี้ ยกเว้น ประธาน (Eli Coleman) ซึ่งได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ WPATH ให้ดำรงตำแหน่ง เพื่อให้มีความต่อเนื่องจากมาตรฐานการดูแลฉบับก่อน ภาระงานถูกร่างขึ้นสำหรับตำแหน่งประธานร่วม ผู้รับผิดชอบหลักของแต่ละบท สมาชิกในแต่ละบทและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สมาชิก WPATH มีสิทธิ์สมัครโดยการกรอกใบสมัครและส่งประวัติย่อมา คณะกรรมการ WPATH ได้ลงคะแนนเสียงเพื่อเลือกตำแหน่งประธานร่วม (มีคณะกรรมการ 1 คน ไม่ได้ร่วมลงเสียง เนื่องจากมีผลประโยชน์ทับซ้อน) ประธานและประธานร่วมเลือกผู้รับผิดชอบหลักของแต่ละบท และสมาชิกในแต่ละบท รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยพิจารณาจากใบสมัครและประวัติย่อ

คณะกรรมการในการร่างมาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 นี้ประกอบด้วย

- Eli Coleman, PhD (ประธาน) Professor, Director and Academic Chair, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School (USA)
- Asa Radix, MD, PhD, MPH (ประธานร่วม) Senior Director, Research and Education Callen-Lorde Community Health Center Clinical Associate Professor of Medicine New York University, USA
- Jon Arcelus, MD, PhD (ประธานร่วม) Professor of Mental Health and Well-being Honorary Consultant in Transgender Health University of Nottingham, UK

- Karen A. Robinson, PhD (หัวหน้าทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการ) Professor of Medicine, Epidemiology and Health Policy & Management Johns Hopkins University, USA

3.2. การกำหนดหัวข้อสำหรับแต่ละบท

คณะกรรมการร่างแนวทางปฏิบัติได้กำหนดบทในมาตรฐานการดูแลโดยทบทวนวรรณกรรมและทบทวนมาตรฐานการดูแลฉบับก่อนหน้า บทในมาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 นี้ประกอบด้วย

1. คำศัพท์ (Terminology)
2. การประยุกต์ใช้ทั่วโลก (Global Applicability)
3. การประมาณประชากร (Population Estimates)
4. การศึกษา (Education)*
5. การประเมินในผู้ใหญ่ (Assessment of Adults)
6. วัยรุ่น (Adolescent)
7. เด็ก (Children)
8. นอนไบนารี (Nonbinary)
9. ยูนุค (Eunuch)
10. อินเตอร์เซ็กซ์ (Intersex)
11. บรรยากาศสถาบัน (Institutional environments)
12. การใช้ฮอร์โมน (Hormone Therapy)
13. การผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด (Surgery and Postoperative Care)
14. เสียงและการสื่อสาร (Voice and communicate)
15. การดูแลปฐมภูมิ (Primary care)
16. สุขภาพการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health)
17. สุขภาพเพศ (Sexual Health)
18. สุขภาพจิต (Mental Health)

* บทการศึกษามีจุดประสงค์ตั้งต้นเพื่อให้ครอบคลุมทั้งการศึกษาและหลักจริยธรรม ในเวลาต่อมาได้มีการตัดสินใจแยกคณะกรรมการเพื่อเขียนบทเกี่ยวกับหลักจริยธรรม ในขณะที่ทำการเขียนบทนี้ ได้มีข้อสรุปว่า จะเป็นการดีที่สุดที่หัวข้อเกี่ยวกับจริยธรรมควรเขียนแยกอยู่นอก SOC-8 ซึ่งต้องการการตรวจสอบเชิงลึกถึงข้อพิจารณาทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพบุคคลข้ามเพศ

3.3. การเลือกสมาชิกประจำบท

การประกาศรับสมัครเพื่อเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการการทบทวน SOC-8 (ทั้งหัวหน้าประจำบทหรือสมาชิก) นั้นถูกส่งไปยังสมาชิกของ WPATH ประธานคณะกรรมการการร่างแนวทางปฏิบัติเลือกสมาชิกสำหรับแต่ละบทโดยพิจารณาว่า สมาชิกที่ถูกเลือกเป็นตัวแทนจากหลายสาขาวิชาและหลากหลายแง่มุม

หัวหน้าประจำบทและสมาชิกประจำบทนั้นต้องเป็นสมาชิก WPATH แบบเต็มตัว โดยมีการปฏิบัติที่ดีและมีความเชี่ยวชาญใน

สุขภาพบุคคลข้ามเพศ อย่างน้อยในหนึ่งหัวข้อ หัวหน้าประจำบทเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานงานการทำงานระหว่างสมาชิก และสมาชิกประจำทำงานโดยตรงต่อหัวหน้าประจำบท

ในแต่ละบทมีการนำผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาเป็นสมาชิกด้วยเพื่อให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสนับสนุนสุขภาพบุคคลข้ามเพศหรือการทำงานร่วมกับชุมชน หรืออาจเป็นสมาชิกจากครอบครัวที่มีเด็กข้ามเพศ ญาติพี่น้อง คู่ครอง ผู้ปกครอง หรืออื่น ๆ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นั้นไม่จำเป็นจะต้องเป็นสมาชิกของแบบเต็มตัว

สมาชิกประจำบทมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

- มีส่วนร่วมในขั้นตอนการพัฒนาปรับปรุงของคำถาม
- อ่านและเสนอข้อแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลทุกอย่างจากทีม ทบทวนหลักฐานทางวิชาการ
- ทบทวนเอกสารร่างอย่างละเอียด รวมไปถึงร่างรายงานของหลักฐานทางวิชาการ
- ทบทวนและประเมินหลักฐานทางวิชาการและร่างของคำแนะนำ
- มีส่วนร่วมในกระบวนการ Delphi
- ร่างข้อความสนับสนุนคำแนะนำ
- จัดระดับคำแนะนำเพื่ออธิบายความหนักแน่นของข้อแนะนำ
- ทบทวนและนำข้อเสนอแนะจากประธานมาใช้ ตลอดขั้นตอน
- พัฒนาเนื้อหาในบท
- ทบทวนข้อเสนอแนะจากสาธารณะชนและมีส่วนช่วยในการแก้ไขแนวทางปฏิบัติ
- มีส่วนร่วมในขั้นตอนการเผยแพร่แนวทางปฏิบัติ

การฝึกอบรมและการกำหนดเป้าหมายสำหรับหัวหน้าบทและสมาชิกบทนั้น จัดทำขึ้นหากมีความจำเป็น

เนื้อหาในการฝึกอบรมรวมถึงการสร้างและการปรับคำถาม (เช่น การใช้ PICO) การทบทวนหลักฐานทางวิชาการ และการร่างข้อแนะนำ การจัดระดับหลักฐานทางวิชาการและคำแนะนำ รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

รวมแล้วมีหัวหน้าบทจำนวน 26 คนที่ได้รับแต่งตั้ง (ในบางบทมีหัวหน้าร่วม) สมาชิกบทจำนวน 77 คนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 16 คน รวมทั้งสิ้น 127 คนที่ได้รับเลือก ในขั้นตอนการพัฒนา SOC นั้น มี 8 คนที่ออกจากขั้นตอน เนื่องจากประเด็นส่วนตัวหรือประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงาน ดังนั้นใน SOC-8 นี้มีผู้ประพันธ์สุทธิจำนวนทั้งสิ้น 119 คน

3.4. การเลือกทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการ

คณะกรรมการ WPATH ประกาศรับสมัครทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการ สำหรับมาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 นี้ คณะกรรมการ WPATH เลือกทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการจากมหาวิทยาลัย Johns Hopkins โดยมี Karen Robinson เป็นหัวหน้าทีม

- Karen A. Robinson, PhD (หัวหน้าทีมทบทวนหลักฐาน

ทางวิชาการ) Professor of Medicine, Epidemiology and Health Policy & Management Johns Hopkins University, USA

คุณ Robinson ยังได้แนะนำคณะกรรมการในการพัฒนา SOC-8 นี้ โดยให้คำแนะนำรวมไปถึงฝึกอบรม

ในการสร้างคำถามในรูปแบบ PICO การสร้างคำแนะนำและกระบวนการ Delphi ตลอดจนทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างละเอียด เพื่อให้มีหลักฐานทางวิชาการมาสนับสนุนโดยตรง

ผลประโยชน์ทับซ้อน

สมาชิกในคณะกรรมการการร่างแนวปฏิบัติ หัวหน้าแต่ละบทและสมาชิกในแต่ละบท รวมไปถึงสมาชิกในทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการต้องชี้แจงถึงผลประโยชน์ทับซ้อน นอกจากนั้นทุกคนต้องชี้แจงผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่อาจเป็นไปได้ ผลประโยชน์เกี่ยวกับคู่แข่งที่อาจเป็นไปได้ รวมถึงความสัมพันธ์ส่วนตัวหรือการทำงานที่ขึ้นต่อประธาน ประธานร่วม สมาชิกกรรมการ WPATH หรือบุคคลที่มีตำแหน่งบริหารของ WPATH ด้วย

3.5. การปรับหัวข้อและทบทวนคำถาม

ทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการทำการร่างคำแนะนำจากมาตรฐานการดูแลในฉบับก่อนหน้า และด้วยข้อมูลจากทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการนั้น กรรมการการร่างแนวปฏิบัติ รวมไปถึงหัวหน้าประจำบท จะกำหนด

- ค่าแถลงคำแนะนำที่ต้องการปรับปรุงให้ทันสมัย
- ประเด็นใหม่ที่ต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม

3.6. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

สมาชิกประจำบทร่างคำถามเพื่อช่วยในการพัฒนาคำแนะนำ สำหรับคำถามที่สามารถทำการทบทวนวรรณกรรมได้ ทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการทำการร่างรายละเอียดเกี่ยวกับคำถาม โดยระบุประชากรหรือกลุ่มทดลอง การรักษา การเปรียบเทียบและผลลัพธ์ (รูปแบบ PICO) หลังจากนั้นทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ และนำเสนอตารางของหลักฐานทางวิชาการ รวมไปถึงผลลัพธ์จากการทบทวนอย่างเป็นระบบให้แก่สมาชิกของแต่ละบทเพื่อรับข้อเสนอแนะต่อไป

ระเบียบการ

รายละเอียดเกี่ยวกับระเบียบการการทบทวนอย่างเป็นระบบนั้นถูกพัฒนาขึ้นสำหรับแต่ละคำถามหรือแต่ละหัวข้อ ตามความเหมาะสม โดยมีการลงทะเบียนชี้แจงระเบียบการที่ PROSPERO

การค้นหาวรรณกรรม

ทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการร่างขั้นตอนการค้นหาคำถามให้เหมาะสมกับแต่ละคำถามวิจัย โดยค้นหาค้นหาบน MEDLINE®, Embase™ และ the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) ทีม

ทบทวนหลักฐานทางวิชาการอาจค้นหาจากฐานข้อมูลอื่นเพิ่มเติม หากมีความจำเป็นและเหมาะสมต่อคำถามวิจัยนั้น ขั้นตอนการค้นหาขั้นนี้ใช้ศัพท์บังคับจัดทำโดยหอสมุดแพทย์แห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (MeSH) และข้อความ โดยไม่มีข้อจำกัดภาษาที่ตีพิมพ์หรือเวลาที่ตีพิมพ์

ทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการทำการค้นหาเอกสารอ้างอิง ซึ่งรวมทั้งงานตีพิมพ์และงานทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการยังค้นหาเพิ่มเติมจาก ClinicalTrials หากมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องด้วย

ผลการค้นหาถูกนำเสนอในขั้นตอนการทบทวนในกลุ่มสมาชิก

วรรณกรรมที่นำมาทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณซึ่งทำในทวีปยุโรป ประเทศสหรัฐอเมริกา หรือออสเตรเลีย เราตระหนักดีว่าประเด็นนี้ก่อให้เกิดอคติ เนื่องจากเป็นแง่มุมจากประเทศซีกโลกเหนือและอาจไม่ครอบคลุมถึงความหลากหลายของประสบการณ์และมุมมองจากบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศจากบริเวณอื่นของโลก การมีวรรณกรรมที่มีความไม่เท่าเทียมกันเช่นนี้ ซึ่งให้เห็นถึงช่องว่างทางงานวิจัยและการปฏิบัติ ว่าควรได้รับความสนใจจากผู้ทำวิจัยหรือผู้ทำการรักษาในอนาคต เพื่อสามารถสนับสนุนความต้องการของบุคคล TGD ไม่ว่าจะ เป็นอัตลักษณ์ทางเพศใดก็ตามอย่างเท่าเทียม

การคัดเลือกการศึกษา

ทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการนำข้อเสนอจากหัวหน้าประจำบทที่ได้มากำหนดถึงเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้เลือกการศึกษาสำหรับคำถามวิจัย

โดยมีสมาชิกสองท่านจากทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการทำการคัดกรอง ชื่อการศึกษาและบทคัดย่อ รวมถึงรายงานการศึกษาดั้งเดิมว่าเข้าเกณฑ์การคัดเลือกหรือไม่ โดยสมาชิกสองท่านนี้ทำการทบทวนโดยไม่ขึ้นต่อกัน ในการคัดการศึกษาออกนั้น สมาชิกทั้งสองท่านต้องเห็นตรงกันว่าการศึกษาดังกล่าวไม่เข้าเกณฑ์อย่างน้อยหนึ่งข้อ หากมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน สมาชิกทั้งสองท่านจะพูดคุยอภิปรายและหาข้อสรุปร่วมกัน

การดึงข้อมูล

ทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการใช้แบบฟอร์มตามมาตรฐานในการดึงข้อมูลเกี่ยวกับ ลักษณะการศึกษาทั่วไป ลักษณะผู้เข้าร่วมวิจัย การรักษาที่ให้ รวมถึงผลลัพธ์ที่ได้ โดยมีสมาชิกหนึ่งคนในทีมเป็นคนดึงข้อมูลและสมาชิกอีกคนยืนยันว่าข้อมูลที่ได้มานั้นถูกต้อง

การประเมินอคติ

สมาชิกสองท่านในทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการทำการประเมินอคติของแต่ละการศึกษาอย่างไม่ขึ้นต่อกัน สำหรับการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกับนั้น ใช้เครื่องมือ Cochrane Risk of Bias ในการประเมิน สำหรับการศึกษาแบบสังเกตการณ์ ใช้เครื่องมือ Risk of Bias in Non-Randomized Studies—of Interventions (ROBINS-I) ในการประเมิน และการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ อาจนำมาพิจารณาใช้และถูกประเมินด้วยเครื่องมือ ROBIS ตามความเหมาะสม

การสังเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูล

ทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการสร้างตารางรายละเอียดของข้อมูลที่ดึงออกมาจากแต่ละการศึกษา หลังจากนั้น สมาชิกประจำบททำการทบทวนและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับตารางนั้น

การจัดลำดับของหลักฐาน

ทีมทบทวนหลักฐานทางวิชาการ ทำการจัดลำดับของหลักฐานที่ได้โดยใช้ระเบียบวิธี GRADE ความหนักแน่นของหลักฐานนั้นถูกประเมินโดยผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ก่อนหน้าสำหรับแต่ละคำถามวิจัย และโดยการประเมินถึงข้อจำกัดของแต่ละการศึกษา คุณภาพ/อคติ ความสอดคล้อง ความตรงไปตรงมา ความเที่ยงตรง และอคติจากการรายงาน

3.7. การร่างคำแนะนำ

หัวหน้าประจำบทและสมาชิกประจำบทร่างคำแนะนำขึ้น โดยคำแนะนำถูกร่างบนพื้นฐานของความเป็นไปได้ สามารถทำได้และวัดผลได้

คำแนะนำที่มีพื้นฐานจากหลักฐานทางวิชาการนั้นอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นระบบ รวมไปถึงข้อตกลงจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

ประธาน ประธานร่วมและหัวหน้าบททำการทบทวนและรับรองในทุกคำแนะนำในด้านความชัดเจนและความสอดคล้องของคำศัพท์ ในกระบวนการการทบทวนนี้และตลอดขั้นตอนของการร่างแนวทางการปฏิบัติ เนื้อหาถูกจัดการไม่เกิดความซ้ำซ้อนกันระหว่างบท

มีหลายบทจำเป็นต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้มั่นใจว่ามีความสอดคล้องกันของคำแนะนำ ยกตัวอย่างเช่น บทสำหรับเด็กและวัยรุ่น ซึ่งได้ถูกแยกออกจากกัน แต่เราจัดการให้มีความสอดคล้องกันระหว่างสองบทนี้ ผู้ประพันธ์บางท่านมีส่วนร่วมในทั้งสองบท และเหตุผลในการทำงานเดียวกัน สมาชิกที่ทำงานอยู่ในบทหนึ่งอาจมีส่วนร่วมในอีกบทหนึ่งได้ หากเป็นไปได้ ยกตัวอย่าง เช่น การประเมินในเด็ก การประเมินในผู้ใหญ่ การใช้ฮอร์โมนการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด และสุขภาพการเจริญพันธุ์

3.8. การรับรองคำแนะนำโดยใช้กระบวนการ Delphi

ข้อตกลงร่วมกันอย่างเป็นทางการในทุกคำแนะนำนั้น ถูกสร้างขึ้นโดยใช้กระบวนการ Delphi (การเชิญให้ผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นเป็นแบ่งสามรอบ) คำแนะนำจะได้รับการรับรองนั้น ต้องมีผู้ลงคะแนนอย่างน้อย 75% ที่รับรองคำแนะนำดังกล่าว และจำนวนสมาชิกต้องมีอย่างน้อย 65% ของสมาชิกทั้งหมดมีส่วนร่วมในกระบวนการ Delphi สำหรับแต่ละคำแนะนำนั้น หากสมาชิกท่านใดไม่รับรองคำแนะนำ สมาชิกท่านนั้นจำเป็นต้องให้ข้อมูลถึงเหตุผลที่ไม่รับรอง หลังจากนั้นคำแนะนำจะถูกปรับปรุง (หรือถูกถอนออก) โดยปรับจากข้อเสนอแนะ หลังจากที่ได้ถูกปรับปรุงแล้ว คำแนะนำจะถูกเข้าสู่กระบวนการ Delphi อีกครั้งหากผ่านไปครบสามรอบ คำแนะนำนั้นยังไม่ถูกรับรอง คำแนะนำดังกล่าวจะถูกถอดออกจาก SOC-8 สมาชิกทุกท่านในได้ลงคะแนนในแต่ละคำแนะนำ โดยมีอัตราการใช้ร่วมระหว่าง

(74.79% และ 94.96%) สำหรับคำแนะนำทั้งหมด

3.9. การจัดลำดับคำแนะนำ

หลังจากที่คำแนะนำได้ผ่านกระบวนการ Delphi แล้ว สมาชิกในแต่ละบททำการจัดลำดับแต่ละคำแนะนำโดยใช้กระบวนการที่ดัดแปลงมาจากกรอบ Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations (GRADE) กรอบนี้ เป็นกรอบที่โปร่งใสในการพัฒนาและนำเสนอข้อสรุปของหลักฐานทางวิชาการ และให้การพิจารณาอย่างเป็นระบบสำหรับการร่างคำแนะนำทางเวชปฏิบัติ คำแนะนำจะถูกจัดลำดับโดยคำนึงถึงปัจจัยต่อไปนี้:

- ความสมดุลระหว่างประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้น
- ความมั่นใจในความสมดุลหรือคุณภาพของหลักฐาน
- คุณค่าหรือความนิยมจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
- ทรัพยากรที่ใช้และความเป็นไปได้

คำแนะนำจะถูกจัดลำดับเป็น

- คำแนะนำที่หนักแน่น (“เราแนะนำให้”) สำหรับขั้นตอนหรือกลยุทธ์ที่มี
 - หลักฐานทางวิชาการมีคุณภาพสูง
 - ประเมินถึงผลของการรักษาและกลยุทธ์(เช่น มีแนวโน้มสูงที่ประสิทธิผลจะเกิดขึ้นในการใช้ในทางปฏิบัติ)
 - ข้อเสียน้อยในการรักษาหรือกลยุทธ์นั้น
 - การยอมรับที่สูงจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการหรือใครก็ตามที่สามารถนำคำแนะนำไปใช้ได้
- คำแนะนำที่เบา (“เราเสนอให้”) สำหรับขั้นตอนหรือกลยุทธ์ที่มี
 - หลักฐานสนับสนุนเป็นหลักฐานที่เบา
 - ความสงสัยในประสิทธิผลที่คาดหวังจากการรักษา
 - ความจำเป็นต้องชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาหรือกลยุทธ์นั้น
 - การยอมรับที่ความหลากหลายจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการหรือใครก็ตามที่สามารถนำคำแนะนำไปใช้ได้

3.10. การเขียนข้อความสนับสนุนคำแนะนำ

หลังจากที่มีการจัดลำดับของคำแนะนำแล้ว คณะกรรมการประจำบทจึงเขียนข้อความที่บรรยายถึงหลักการและเหตุผลสำหรับคำแนะนำนั้น ข้อความเหล่านี้ให้ข้อมูลถึงหลักฐานที่อ้างอิง ให้รายละเอียดเกี่ยวกับประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้น บรรยายถึงความไม่แน่นอน และข้อมูลในการนำคำแนะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ รวมไปถึงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นหรือความท้าทายที่อาจเจอได้ เอกสารอ้างอิงใช้รูปแบบ APA-7 ในการให้ข้อมูลในข้อความ มีการจัดทำลิงค์ขึ้นเพื่อเชื่อมถึงเอกสารอ้างอิง ข้อความรวมถึงคำแนะนำถูกบรรยายว่าเป็นอย่างไรหนักแน่นหรืออย่างไรเบา ล้วนได้รับการทบทวนและรับรองจากประธานและประธานร่วมแล้ว

3.11. การตรวจสอบเอกสารอ้างอิงที่ใช้สนับสนุนคำแนะนำ

ทีมภายนอกกลุ่มที่ทำงานเกี่ยวกับการศึกษาทางคลินิกในสาขาสุขภาพบุคคลข้ามเพศ ทำการทบทวนเอกสารอ้างอิงที่ใช้ในทุกบท เพื่อตรวจสอบความถูกต้องว่าเอกสารอ้างอิงนั้นได้ถูกนำมาใช้อย่างเหมาะสมในการสนับสนุนข้อความหรือไม่ กลุ่มนี้ทำงานโดยไม่ขึ้นต่อใคร คำถามที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับเอกสารอ้างอิงถูกส่งกลับไปที่คณะกรรมการประจำบทเพื่อทบทวน

3.12. การร่าง SOC-8 ให้เสร็จสมบูรณ์

ร่าง SOC-8 ฉบับสมบูรณ์จัดทำขึ้นเพื่อรับข้อเสนอแนะ

3.13. การเผยแพร่มาตรฐานการดูแลเพื่อทบทวนโดยที่ปรึกษาในระดับนานาชาติ

คำแถลงของคำแนะนำในมาตรฐานการดูแลฉบับที่ 8 นี้ถูกเผยแพร่ไปยังคณะกรรมการปรับปรุงมาตรฐานการดูแลและกลุ่มที่ปรึกษาของ WPATH ระดับนานาชาติซึ่งรวมถึง the Asia Pacific Transgender Network (APTNet), the Global Action for Transgender Equality (GATE), the International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex Association (ILGA), และ Transgender Europe (TGEU)

3.14. การรับคำแนะนำจากสาธารณะชน

มาตรฐานการดูแลฉบับร่างที่ได้รับการปรับปรุง ได้ถูกเผยแพร่ทางออนไลน์สำหรับรับข้อเสนอแนะจากสาธารณะชน รวมไปถึงสมาชิกของ WPATH บนเว็บไซต์ WPATH โดยเปิดรับข้อเสนอเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีจำนวนทั้งหมด 1,279 คนให้ข้อเสนอแนะและมีข้อเสนอแนะรวมทั้งสิ้น 2,688 ข้อเสนอสำหรับร่างฉบับนี้

3.15. การปรับฉบับร่างสุดท้ายโดยพิจารณาจากข้อเสนอแนะ

หัวหน้าประจำบทและคณะกรรมการร่างแนวปฏิบัติรับพิจารณาข้อเสนอแนะและหากมีความจำเป็นแล้ว จึงทำการปรับปรุงข้อเสนอแนะจากสาธารณะชนทุกข้อเสนอแนะได้ถูกอ่านและหากมีความเหมาะสมแล้ว ข้อเสนอแนะนั้นได้ถูกนำมาเข้ามาเป็นข้อความด้วยในขั้นตอนนี้มีคำแนะนำ 3 คำแนะนำถูกร่างขึ้นใหม่ผ่านกระบวนการ Delphi และมี 2 คำแนะนำได้รับการปรับปรุงมากพอที่ต้องได้รับการลงคะแนนเสียงจากคณะกรรมการ SOC-8 กระบวนการ Delphi รอบใหม่นี้ได้เริ่มขึ้นในเดือนมกราคม ค.ศ. 2022 ผลของกระบวนการ Delphi ได้ถูกรับรองโดยสมาชิกแต่ละบท คำแนะนำใหม่จึงถูกเพิ่มและปรับปรุงตามสมควร หลังจากนั้นข้อความสนับสนุนจึงถูกเขียนขึ้น

ทุกบทที่ได้รับการปรับปรุงใหม่นี้ถูกทบทวนอีกครั้งโดยประธานและประธานร่วมพร้อมกับแนะนำให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงตามความเหมาะสม เมื่อประธานและสมาชิกของแต่ละบทเห็นตรงกันในร่าง บทนั้นจึงสมบูรณ์ในที่สุด

เอกสารอ้างอิงใหม่ได้ถูกตรวจสอบอีกครั้งโดยสมาชิกซึ่งไม่ขึ้นต่อใคร

3.16. การรับรองฉบับร่างสุดท้ายโดยประธานและประธานร่วม

การปรับปรุงได้ถูกทบทวนโดยประธานและประธานร่วม และถูกรับรองโดยพวกเขา

3.17. การรับรองโดยคณะกรรมการบริหาร WPATH

เอกสารฉบับสุดท้ายถูกนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหาร WPATH สำหรับการรับรองและได้ถูกรับรองในวันที่ 20 มิถุนายน ค.ศ. 2022

3.18. การตีพิมพ์ SOC-8 และการเผยแพร่มาตรฐานการดูแล

มาตรฐานการดูแลถูกเผยแพร่ในหลายที่และหลายรูปแบบ เช่น การตีพิมพ์ในวารสาร the International Journal of Transgender Health (ซึ่งเป็นวารสารอย่างเป็นทางการของ WPATH)

4. แผนการปรับปรุงให้ทันสมัย

มาตรฐานการดูแลฉบับพิมพ์ใหม่ (SOC-9) จะถูกพัฒนาขึ้นในอนาคตเมื่อมีหลักฐานใหม่หรือและหรือมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในสาขา จนจำเป็นต้องมีการพัฒนาฉบับใหม่ขึ้น

*ในการพัฒนา SOC-8 นี้เป็นขั้นตอนที่มีความซับซ้อนในช่วงของโควิด-19 และความไม่แน่นอนทางการเมืองในหลายพื้นที่ทั่วโลก สมาชิกที่ร่วมทำงานใน SOC-8 ล้วนมีภารกิจส่วนตัวมากมายและส่วนใหญ่เข้าร่วมประชุมนอกเวลางานหรือช่วงสุดสัปดาห์ผ่านทางซูม มีการประชุมแบบพบเจอกันน้อยมาก ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นการประชุมของ WPATH, USPATH หรือ EPATH คณะกรรมการที่เป็นสมาชิกของ SOC-8 นี้ไม่ได้รับค่าตอบแทนของการเป็นส่วนหนึ่งในขั้นตอนดังกล่าว

ภาคผนวก B อภิธานศัพท์

Cisgender (บุคคลตรงเพศ) หมายถึง บุคคลที่มีอัตลักษณ์ทางเพศตรงกับเพศกำเนิด

Detransition (การเปลี่ยนเพศกลับ) หมายถึง บุคคลที่เข้ารับการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางเพศกลับไปให้สัมพันธ์กับเพศกำเนิด

Eunuch (ยูนุก) หมายถึง บุคคลที่เป็นมีเพศกำเนิดเป็นเพศชายและได้รับการผ่าตัดอวัยวะออกหรือทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งมีความแตกต่างจากความหมายทางการแพทย์ โดยไม่รวมบุคคลที่ไม่ต้องการระบุตนเองว่าเป็น eunuch

Eunuch-identified (ระบุว่ายูนุก) หมายถึง บุคคลที่รู้สึกว่าคุณค่า eunuch นั้นแสดงถึงตัวตนที่แท้จริงของเขาเหล่านั้นได้ดีที่สุด โดยส่วนใหญ่แล้วบุคคลที่ระบุตนเองว่า eunuch มีความต้องการการตัดอวัยวะสืบพันธุ์ หรือทำให้อวัยวะสืบพันธุ์ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

Gender (เพศสภาพ) ความหมายขึ้นอยู่กับบริบท อาจหมายถึง อัตลักษณ์ทางเพศ การแสดงออกทางเพศ หรือบทบาททางเพศ ซึ่งคนส่วนใหญ่มีความเข้าใจหรือความคาดหวังทางสังคมต่อบุคคลที่มีเพศกำเนิดชายหรือหญิงต้องมีบทบาทในลักษณะที่จำเพาะกับเพศกำเนิด แต่สำหรับอัตลักษณ์ทางเพศอื่น ๆ นอกเหนือจากชายหรือหญิง (ซึ่งอาจเป็นบุคคลตรงเพศหรือบุคคลข้ามเพศก็ได้) เช่น บุคคลข้ามเพศ nonbinary ซึ่งอาจหมายถึงรวมถึงบุคคลที่ไม่ปิดกั้นทางเพศ คือไม่ต้องการกำหนดว่าตนเองเป็นเพศใดหรือรักเพศใด (genderqueer) บุคคลที่ไม่ระบุเพศ (agender) หรือบุคคลที่มีความสับสนไหลของอัตลักษณ์ทางเพศที่สามารถเปลี่ยนไปมาได้ (gender fluid) หรือบุคคลเพศที่สาม ซึ่งความหลากหลายทางเพศในปัจจุบันถูกได้รับการยอมรับทั่วโลก

Gender affirmation (การยืนยันเพศสภาพ) หมายถึง การได้รับการยืนยันตัวตนหรือเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพให้ตรงตามอัตลักษณ์ทางเพศ ซึ่งมีผลต่อบุคคลทั้งในแง่ทางสังคม จิตใจ ทาง การแพทย์ และกฎหมาย ดังนั้น gender affirmation อาจใช้ในแง่การเปลี่ยนแปลงเพื่อการยืนยันเพศสภาพเช่น เดียวกับการใช้ในทางการแพทย์ หรืออาจใช้เป็นคำคุณศัพท์ เช่น gender-affirming care เพื่อขยายความการดูแลสุขภาพของการเปลี่ยนเพศ

Gender-affirmation surgery (GAS) (การผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ) ใช้อธิบายการผ่าตัดเพื่อยืนยันเพศสภาพ เป็นเปลี่ยนแปลงลักษณะทางเพศทั้งปฐมภูมิและ/หรือทุติยภูมิ (primary and/or secondary sex characteristics) ให้ตรงตามอัตลักษณ์ทางเพศ

Gender binary (แนวคิดสองเพศ) หมายถึง ความคิดที่จำกัดว่าเพศมีเพียง 2 เพศเท่านั้น คือ เพศชายและเพศหญิง หรือความคาดหวังว่าทุกคนต้องเป็นเพศใดเพศหนึ่ง ไม่เพศชายก็เพศหญิง หรือแนวคิดที่ว่าผู้ชายทุกคนเป็นเพศชาย และ ผู้หญิงทุกคนเป็นเพศหญิง

Gender diverse (ความหลากหลายทางเพศ) หมายถึง บุคคลที่มีอัตลักษณ์ทางเพศ หรือการแสดงออกทางเพศต่างจากเพศกำเนิดตามความคาดหวังที่ทางสังคมและวัฒนธรรมตั้งไว้ อาจรวมถึงอัตลักษณ์ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม กลุ่ม nonbinary gender nonconforming หรือบุคคลที่ไม่ระบุตัวตนว่าเป็นบุคคลตรงเพศ

Gender dysphoria (ความทุกข์ใจในเพศสภาพ) หมายถึง ภาวะ

ความทุกข์และความไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้นจากความไม่สอดคล้องของอัตลักษณ์ทางเพศที่ตนรับรู้กับเพศสภาพโดยกำเนิด gender dysphoria เป็นคำที่ใช้ในการวินิจฉัยอ้างอิงตาม DSM-5 หมายถึง ความไม่สอดคล้องระหว่างเพศโดยกำเนิดกับเพศสภาพที่ตนรับรู้ และได้รับความทุกข์ที่เกิดจากประสบการณ์ทางเพศนั้น โดยผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศไม่จำเป็นต้องมีภาวะความทุกข์ใจในเพศสภาพทุกราย

Gender expansive เป็นคำคุณศัพท์อธิบายบุคคลที่มีการแสดงออกหรือมีลักษณะอัตลักษณ์ทางเพศแตกต่างจากที่สังคมและวัฒนธรรมระบุว่า เป็นพฤติกรรมหรือความเชื่อที่หมายถึงเพศใดเพศหนึ่ง บางครั้งอาจใช้คำว่า gender creative แทนได้ แต่คำว่า gender variant ที่เคยถูกใช้ในอดีต ในปัจจุบันไม่นิยมใช้แล้ว เนื่องจากมีความหมายในทางลบ

Gender expression (การแสดงออกทางเพศ) หมายถึง ลักษณะทางเพศที่บุคคลนั้นแสดงออกในชีวิตประจำวันตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม อาจหมายถึงการแต่งตัว ทรงผม การใส่เครื่องประดับ การแต่งหน้า การรับฮอร์โมนเพื่อการข้ามเพศหรือการผ่าตัดข้ามเพศ รวมไปถึงพฤติกรรม การพูด มารยาททางสังคม คำเรียกแทนชื่อตนเอง ซึ่งการแสดงออกทางเพศไม่จำเป็นต้องบ่งบอกถึงอัตลักษณ์ทางเพศ

Gender identity (อัตลักษณ์ทางเพศ) หมายถึง ความรู้สึกส่วนลึกภายใน เป็นการรับรู้ว่าคุณค่าของเพศสภาพของตนเป็นอย่างไร

Gender incongruence (ความไม่สอดคล้องทางเพศ) เป็นคำที่ใช้ในการวินิจฉัยอ้างอิงตาม ICD-11 อธิบายถึงประสบการณ์ความขัดแย้งหรือความไม่สอดคล้องอย่างต่อเนื่องระหว่างเพศกำเนิดและอัตลักษณ์ทางเพศ

Intersex (อินเตอร์เซ็กซ์) หมายถึง คนที่มีเมื่อแรกเกิดมีเพศหรือโครงสร้างระบบสืบพันธุ์ ที่ไม่สามารถระบุเป็นเพศหญิงหรือเพศชายได้ตามเพศกำเนิด (ในกรอบแนวคิดสองเพศ)

Misgender/misgendering (การระบุเพศผิด) การใช้คำระบุเพศไม่เหมาะสม อาจเป็นสรรพนาม หรือคำนำหน้าชื่อ ไม่ถูกต้องกับอัตลักษณ์ทางเพศของตัวปัจเจกบุคคล

Nonbinary (นอนไบนารี) หมายถึง บุคคลที่มีอัตลักษณ์ทางเพศ นอกเหนือจากกรอบสองเพศ (เพศชายและเพศหญิง) อาจหมายถึงเป็นชายหรือหญิงเพียงบางส่วน หรือเป็นชายหรือหญิงชั่วคราว หรือไม่ใช่ทั้งชายและหญิง หรืออาจไม่มีเพศที่ต้องการระบุ บุคคล nonbinary อาจใช้สรรพนามที่ไม่ระบุเพศ และบุคคล nonbinary บางส่วนอาจมองตนเองเป็นบุคคลข้ามเพศ (transgender) แต่บุคคล nonbinary บางส่วนก็คิดต่างกันอาจมองบุคคลข้ามเพศเป็นส่วนหนึ่งของ gender binary หรือบางครั้ง บุคคล nonbinary อาจใช้คำย่อ NB หรือ “enby” แทนได้ นอกจากนี้ยังมีคำที่มีการใช้ระบุบุคคล nonbinary เช่น บุคคลที่ไม่ปิดกั้นทางเพศ คือไม่ต้องการกำหนดว่าตนเองเป็นเพศใดหรือรักเพศใด (genderqueer) บุคคลคนหลากหลายทางเพศ (gender diverse) บุคคลที่มีความสับสนไหลของอัตลักษณ์ทางเพศที่สามารถเปลี่ยนไปมาได้ (gender fluid) บุคคลที่ไม่ระบุเพศ (agender) เป็นต้น

Retransition หมายถึง การข้ามเพศจากเพศใดเพศหนึ่ง ไม่ว่าจะ

เพศชาย เพศหญิง หรือ nonbinary ไปเป็นอีกเพศหนึ่งที่ตนเองรับรู้ให้ตรงตามอัตลักษณ์ทางเพศ บางคนอาจมี retransition มากกว่า 1 ครั้ง โดยมีสาเหตุหลากหลาย เช่น อัตลักษณ์ทางเพศที่เปลี่ยนแปลง ความกังวลทางเพศ ความกดดันจากครอบครัวหรือสังคม สาเหตุทางการเงิน เป็นต้น

Sex assigned at birth (เพศกำเนิด) หมายถึง เพศกำเนิด เช่น เพศชาย เพศหญิง หรือ intersex เป็นต้น ขึ้นอยู่กับลักษณะทางกายภาพ แต่โดยส่วนใหญ่เพศกำเนิดมักจะอ้างอิงตามลักษณะของอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น AFAB ย่อมาจาก assigned female at birth หมายถึงบุคคลที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิง และ AMAB ย่อมาจาก assigned male at birth หมายถึงบุคคลที่มีเพศกำเนิดเป็นเพศชาย

Sexual orientation (รสนิยมทางเพศ) หมายถึง ความรู้สึกดึงดูดที่ทำให้ต้องการมีเพศสัมพันธ์ หรือความรู้สึกดึงดูดทางจิตใจ พฤติกรรมความชอบในความสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ ขึ้นกับลักษณะทางเพศของตนและคู่ ฉะนั้นคำว่า รสนิยมทางเพศ (sexual orientation) จึงมีความหมายแตกต่างจาก อัตลักษณ์ทางเพศ (gender identity)

Transgender หรือ trans (บุคคลข้ามเพศ) หมายถึง เป็นคำกว้างๆ ที่ใช้อธิบายบุคคลที่มีอัตลักษณ์ทางเพศ และ/หรือการแสดงออกทางเพศ ไม่เป็นไปตามเพศกำเนิด คำนี้ใช้เป็นคำคุณศัพท์ แต่ไม่สามารถใช้เป็นคำนามหรือกริยาได้

Transgender men หรือ trans men หรือ men of trans experience (ชายข้ามเพศ) หมายถึง บุคคลที่มีอัตลักษณ์ทางเพศหรือการรับรู้ทางเพศจากภายในเป็นชาย แต่มีเพศกำเนิดเป็นหญิง ซึ่งอาจได้รับหรือไม่ได้รับการเปลี่ยนเพศก็ตาม โดยมีศัพท์บัญญัติเดิม คือ FTM หรือ female to male

Transgender women หรือ trans women หรือ women of trans experience (หญิงข้ามเพศ) หมายถึง บุคคลที่มีอัตลักษณ์ทางเพศหรือการรับรู้ทางเพศจากภายในเป็นหญิง แต่มีเพศกำเนิดเป็นชาย ซึ่งอาจได้รับหรือไม่ได้รับการเปลี่ยนเพศก็ตาม โดยมีศัพท์บัญญัติเดิม คือ MTF หรือ male to female

Transition (การเปลี่ยนผ่าน) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงจากการแสดงออกตามเพศกำเนิดไปสู่เพศตามอัตลักษณ์ทางเพศ โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมโดยการเปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนสรรพนาม การแต่งตัว ทรงผม หรือบุคลิกหรือการพูดคุย อาจมีหรือไม่มีการให้ฮอร์โมนหรือการผ่าตัดเพื่อข้ามเพศ อาจใช้บรรยายกระบวนการเปลี่ยนการแสดงออกทางเพศจากเพศใดก็ตามไปเป็นอีกเพศ โดยการเปลี่ยนแปลงอาจเกิดได้มากกว่า 1 ครั้ง

Transphobia (การเกลียดชังหรือความกลัวที่มีต่อบุคคลข้ามเพศ) หมายถึง มุมมอง ความเชื่อและการแสดงออกเชิงลบ ในทางแบ่งแยกต่อผู้มีความหลากหลายทางเพศ transphobia อาจหมายรวมถึงกฎหมายที่มีความแบ่งแยกหรือแนวทางปฏิบัติในแง่โครงสร้างจนถึงระดับปัจเจกบุคคล transphobia อาจเป็นความรู้สึกภายในโดยกลุ่มข้ามเพศที่รู้สึกยอมรับและสะท้อนการถูกตัดสินออกมา หรืออาจเกิดจากการถูกละเลยโดยไม่ตั้งใจและก่อให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว บางคนอาจใช้ คำว่า anti-transgender bias แทน transphobia

ภาคผนวก C การยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน

ตารางที่ 1. ช่วงเวลาที่คาดการณ์การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพอันเป็นผลมาจากการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน

สูตรที่มีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนเป็นพื้นฐาน		
ผล	ระยะเวลาที่เริ่มเห็นผล	ระยะเวลาที่เห็นผลมากที่สุด
ผิวหนังกมัน/มีสิ่ว	1-6 เดือน	1-2 ปี
ขนขึ้นที่ใบหน้า/ลำตัว	6-12 เดือน	>5 ปี
ผมร่วงที่ศีรษะ	6-12 เดือน	>5 ปี
มวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากขึ้น	6-12 เดือน	2-5 ปี
การเปลี่ยนแปลงของไขมัน	1-6 เดือน	2-5 ปี
ประจำเดือนหยุด	1-6 เดือน	1-2 ปี
คลิตอริสขยายขนาด	1-6 เดือน	1-2 ปี
ช่องคลอดแห้ง	1-6 เดือน	1-2 ปี
เสียงทุ้มต่ำ	1-6 เดือน	1-2 ปี
สูตรที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนและยาลดฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนเป็นพื้นฐาน		
ผล	ระยะเวลาที่เริ่มเห็นผล	ระยะเวลาที่เห็นผลมากที่สุด
การเปลี่ยนแปลงของไขมันที่ลำตัว	3-6 เดือน	2-5 ปี
มวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อน้อยลง	3-6 เดือน	1-2 ปี
ผิวหนังกมัน/มีความมันน้อยลง	3-6 เดือน	ไม่ทราบ
ความต้องการทางเพศน้อยลง	1-3 เดือน	ไม่ทราบ
อวัยวะเพศแข็งตัวโดยไม่กระตุ้นน้อยลง	1-3 เดือน	3-6 เดือน
สร้างสเปิร์มน้อยลง	ไม่ทราบ	2 ปี
การเจริญเติบโตของเต้านม	3-6 เดือน	2-5 ปี
ปริมาณอณูพันธุศาสตร์น้อยลง	3-6 เดือน	หลากหลาย
ขนขึ้นน้อยลง	6-12 เดือน	>3 ปี
ผมที่ศีรษะมากขึ้น	หลากหลาย	หลากหลาย
การเปลี่ยนของเสียง	ไม่มี	

ดัดแปลงจาก Hembree et al., 2017

ตารางที่ 2. ความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน (ภาวะในสีเข้มคือมีความสำคัญทางคลินิก) (ปรับปรุงให้ทันสมัยจาก SOC-7)

ระดับความเสี่ยง	สูตรที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นพื้นฐาน	สูตรที่มีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนเป็นพื้นฐาน
ความเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น	ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ภาวะมีบุตรยาก โพแทสเซียมในเลือดสูง ^S ไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น	ภาวะเลือดข้น ลิ่ว ภาวะผมบางจากพันธุกรรม ความดันเลือดสูง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น คอเลสเตอรอลชนิด HDL ต่ำลง และชนิด LDL สูงขึ้น
ความเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย	โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง เนื้องอกในสมองชนิด meningioma ^C ปัสสาวะบ่อย/ภาวะขาดน้ำ ^S โรคนิ้วของน้ำดี	โรคหัวใจและหลอดเลือด ไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง
มีความเป็นไปได้ที่ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	ความดันเลือดสูง อวัยวะเพศไม่แข็งตัว	
มีความเป็นไปได้ที่ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น หากมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย	เบาหวานชนิดที่ 2 กระดูกบาง/กระดูกพรุน ฮอร์โมน prolactin ในเลือดสูง	เบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด
ไม่เพิ่มความเสี่ยง หรือ ยังสรุปไม่ได้	มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก	กระดูกบาง/กระดูกพรุน มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งมดลูก

^Cสูตรที่มี cyproterone เป็นพื้นฐาน^Sสูตรที่มี spironolactone เป็นพื้นฐาน

ตารางที่ 3. สูตรการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนในเด็กข้ามเพศและเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศ
(ดัดแปลงจากแนวทางปฏิบัติจาก the Endocrine Society; Hembree et al., 2017)

<p>การทำให้เข้าสู่ภาวะเจริญพันธุ์ของเพศหญิง (สูตรที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นพื้นฐาน) โดยฮอร์โมน 17β-estradiol ชนิดกิน</p> <p>เริ่มด้วยขนาด 5 ไมโครกรัม/กิโลกรัม/วัน และเพิ่มขนาดทุก ๆ 6 เดือน ครั้งละ 5 ไมโครกรัม/กิโลกรัม/วัน ถึง 20 ไมโครกรัม/กิโลกรัม/วัน โดยปรับตามระดับฮอร์โมน estradiol ในเลือดขนาดยาในผู้ใหญ่คือ 2-6 มิลลิกรัม/วัน</p> <p>ในวัยรุ่น TGD ที่ผ่านการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์มาแล้ว ขนาดของฮอร์โมน 17β-estradiol สามารถเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่านี้ได้: 1 มิลลิกรัม/วัน เป็นเวลา 6 เดือน ตามด้วย 2 มิลลิกรัม/วัน และปรับเพิ่มขึ้นตามระดับฮอร์โมน estradiol ในเลือด</p>
<p>การทำให้เข้าสู่ภาวะเจริญพันธุ์ของเพศหญิง (สูตรที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นพื้นฐาน) โดยฮอร์โมน 17β-estradiol ชนิดซึมผ่านผิวหนัง</p> <p>เริ่มด้วยขนาด 6.25-12.5 ไมโครกรัม/24 ชั่วโมง (ตัดแผ่นแปะขนาด 24 กรัมเป็น ¼ ถึง ½)</p> <p>เพิ่มขนาดทุก ๆ 6 เดือน ครั้งละ 12.5 ไมโครกรัม/24 ชั่วโมง โดยปรับตามระดับฮอร์โมน estradiol ในเลือด</p> <p>ขนาดยาในผู้ใหญ่คือ 50-200 ไมโครกรัม/24 ชั่วโมง</p> <p>สามารถใช้ทางเลือกอื่น เมื่อใช้ถึงขนาดผู้ใหญ่แล้ว (ตารางที่ 4)</p>
<p>การทำให้เข้าสู่ภาวะเจริญพันธุ์ของเพศชาย (สูตรที่มีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนเป็นพื้นฐาน) โดยสารเอสเตอร์ของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน</p> <p>ขนาด 25 มิลลิกรัม/ตารางเมตร/2 สัปดาห์ (หรือลดขนาดลงครึ่งหนึ่งและฉีดทุก ๆ 1 สัปดาห์)</p> <p>เพิ่มครั้งละ 25 มิลลิกรัม/ตารางเมตร/2 สัปดาห์ ทุก ๆ 6 เดือน จนถึงขนาดยาในผู้ใหญ่และได้ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในเลือดตามที่ต้องการ</p> <p>ดูทางเลือกอื่นของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนที่ตารางที่ 4</p>

ตารางที่ 4. สูตรฮอร์โมนในผู้ใหญ่ข้ามเพศและผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศ*

สูตรที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นพื้นฐาน (หญิงข้ามเพศ)	
ฮอร์โมนเอสโตรเจน	
ชนิดกิน หรือ อดได้ลิ้น	
Estradiol	2.0-6.0 มิลลิกรัม/วัน
ชนิดซึมผ่านผิวหนัง	
Estradiol ชนิดแผ่นแปะซึมผ่านผิวหนัง	0.025-0.2 มิลลิกรัม/วัน
Estradiol ชนิดเจลทา	± ทาวันละครั้งที่ผิวหนัง
ชนิดฉีด	
Estradiol valerate หรือ cypionate	5-30 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก ๆ 2 สัปดาห์
	2-10 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก ๆ 1 สัปดาห์
ยาด้านฮอร์โมนเพศชาย	
Spirolactone	100-300 มิลลิกรัม/วัน
Cyproterone acetate	10 มิลลิกรัม/วัน**
GnRH agonist	3.75-7.5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง/ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เดือนละครั้ง
GnRH agonist แบบมีการปล่อยยาช้า ๆ	11.25/22.5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง/ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก ๆ 3/6 เดือน
±ขนาดยาที่ใช้แตกต่างกันไปตามสูตรและความแรงของยา	
สูตรที่มีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนเป็นพื้นฐาน (ชายข้ามเพศ)	
ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน	
ชนิดฉีด	
Testosterone enanthate/cypionate	50-100 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ/ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ทุก ๆ 1 สัปดาห์ หรือ 100-200 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก ๆ 2 สัปดาห์
Testosterone undecanoate	1000 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก ๆ 12 สัปดาห์ หรือ 750 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก ๆ 10 สัปดาห์
ชนิดซึมผ่านผิวหนัง	
Testosterone ชนิดเจลทา	50-100 มิลลิกรัม/วัน
Testosterone ชนิดแผ่นแปะซึมผ่านผิวหนัง	2.5-7.5 มิลลิกรัม/วัน
*ปรับขนาดยาขึ้นหรือลงจนกระทั่งระดับฮอร์โมนเพศในเลือดอยู่ในระดับที่ต้องการเพื่อการรักษา สูตรของฮอร์โมนไม่บ่งบอกถึงสูตรที่ใช้ในทุกที่ทั่วโลก สูตรของฮอร์โมนอาจถูกปรับเปลี่ยนตามชนิดยาที่มี	
**Kuijpers et al (2021)	

ตารางที่ 5. การตรวจติดตามฮอร์โมนในบุคคลข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่ได้รับการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน (ดัดแปลงจากแนวทางปฏิบัติจาก the Endocrine Society)

<p>ชายข้ามเพศ หรือ บุคคลการข้ามให้มีลักษณะความเป็นชาย (ครอบคลุมถึงผู้มีความหลากหลายทางเพศ/nonbinary)</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินผู้รับบริการทุก 3 เดือนโดยประมาณ (ที่มีการเปลี่ยนขนาดยา) ในช่วง 1 ปีแรก หลังจากนั้นตรวจ 1 ถึง 2 ครั้งต่อปี เพื่อตรวจติดตามการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพอันเป็นผลจากฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ตรวจระดับเทสโทสเตอโรนทั้งหมด (total testosterone) ในเลือดทุก 3 เดือน (ที่มีการเปลี่ยนขนาดยา) จนกว่าระดับจะอยู่ที่เป้าหมาย <ol style="list-style-type: none"> สำหรับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนชนิดฉีด ระดับเทสโทสเตอโรนทั้งหมดในเลือดควรถูกวัดที่กึ่งกลางระหว่างการฉีดยา ระดับฮอร์โมนเป้าหมายคือ 400-700 ng/dL หรืออีกทางเลือกหนึ่งคือ วัดที่ระดับสูงสุดหรือระดับต่ำที่สุด เพื่อให้แน่ใจว่าระดับฮอร์โมนอยู่ในช่วงปกติของเพศชาย สำหรับฮอร์โมน testosterone undecanoate ชนิดฉีด ควรวัดระดับเทสโทสเตอโรนในเลือดก่อนการฉีดยา หากระดับ <400 ng/dL ให้ปรับช่วงความห่างของการฉีดยาให้ถี่ขึ้น สำหรับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนชนิดซึมผ่านผิวหนัง ควรวัดระดับเทสโทสเตอโรนหลังจากทาทุกวันไปแล้ว 1 สัปดาห์ (อย่างน้อย 2 ชั่วโมงหลังทา) ตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด (hematocrit หรือ hemoglobin) ก่อนเริ่มฮอร์โมนและประมาณทุก 3 เดือน (ที่มีการเปลี่ยนแปลงขนาดยา) เป็นเวลา 1 ปี หลังจากนั้นตรวจ 1 ถึง 2 ครั้งต่อปี
<p>หญิงข้ามเพศ หรือ บุคคลการข้ามให้มีลักษณะความเป็นหญิง (ครอบคลุมถึงผู้มีความหลากหลายทางเพศ/nonbinary)</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินผู้รับบริการทุก 3 เดือนโดยประมาณ (ที่มีการเปลี่ยนขนาดยา) ในช่วง 1 ปีแรก หลังจากนั้นตรวจ 1 ถึง 2 ครั้งต่อปี เพื่อตรวจติดตามการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพอันเป็นผลจากฮอร์โมนเอสโตรเจน <ol style="list-style-type: none"> ระดับเทสโทสเตอโรนในเลือดควรน้อยกว่า 50 ng/dL ระดับ estradiol ในเลือดควรอยู่ในช่วง 100-200 pg/mL สำหรับคนที่ได้รับ spironolactone ควรตรวจระดับเกลือแร่ในเลือด โดยเฉพาะค่าโพแทสเซียม และค่าการทำงานของไตโดยเฉพาะค่า creatinine ตรวจคัดกรองสำหรับการดูแลปฐมภูมิ ตามคำแนะนำในบทการดูแลปฐมภูมิ

ภาคผนวก D ข้อสรุปเกณฑ์สำหรับการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัดสำหรับผู้ใหญ่และวัยรุ่น

แนวทางปฏิบัติ SOC-8 นี้เป่าหมายให้มีความยืดหยุ่นสำหรับการนำไปใช้กับบริการทางสุขภาพที่หลากหลายที่เป็นที่ต้องการของบุคคล TGD ทั่วโลก ในขณะที่คำแนะนำสามารถปรับเปลี่ยนได้นั้น มาตรฐานการดูแลที่ให้เป็นคำแนะนำที่ได้มาจากข้อตกลงของคณะกรรมการพิจารณาจากหลักฐานทางวิชาการที่ดีที่สุดในปัจจุบัน เพื่อการส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นแนวทางในการให้การรักษาสําหรับบุคคล TGD ที่มีความไม่สอดคล้องทางเพศ เช่นเดียวกับใน SOC ฉบับก่อน เกณฑ์ที่เสนอไว้สำหรับการยืนยันเพศสภาพในเอกสารนี้เป็นแนวทางการปฏิบัติทางคลินิก อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์หรือหน่วยงานที่ให้บริการแต่ละที่ สามารถปรับเปลี่ยนได้พร้อมกับการปรึกษาร่วมกันกับบุคคล TGD การปฏิบัติที่แตกต่างไปจากฉบับนี้ อาจเกิดขึ้นเนื่องจากความจำเพาะทางกายวิภาคของบุคคล TGD สังคมหรือสถานการณ์ทางสุขภาพจิต ประสบการณ์ของบุคลากรทางการแพทย์ในการรับมือกับสถานการณ์ที่พบได้บ่อย แนวทางการทําวินิจฉัย การขาดซึ่งทรัพยากรในที่ต่างๆ ของโลก หรือความต้องการแนวทางเพื่อลดความเสี่ยงที่จำเพาะบางอย่าง การปฏิบัติที่แตกต่างเหล่านี้ ควรพูดคุยกับบุคคล TGD เป็นอย่างดีและเขียนเป็นหลักฐานไว้ให้เป็นลายลักษณ์อักษร หลักฐานเหล่านี้ยังมีค่าสำหรับการรวบรวมข้อมูลใหม่อีกด้วย ซึ่งสามารถกลับมาย้อนดูเพื่อให้การบริการสุขภาพและ SOC มีพัฒนาการขึ้นไปอีก ข้อสรุปเกณฑ์ที่รวบรวมไว้ ณ ที่นี้จำเป็นต้องอ่านควบคู่ไปกับบทที่สอดคล้อง (ดูบทการประเมินในผู้ใหญ่และการประเมินในวัยรุ่น)

ข้อสรุปเกณฑ์สำหรับผู้ใหญ่

เกี่ยวกับขั้นตอนการประเมิน

- บุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ต้องการการยืนยันเพศสภาพ ควรประสานงานระหว่างบุคลากรในสาขาที่แตกต่างกันในการการดูแลบุคคลข้ามเพศ เพื่อการปรึกษาและการส่งต่อ หากต้องการ*
- หากจำเป็นต้องใช้เอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรหรือจดหมายในการแนะนำให้บริการยืนยันเพศสภาพด้วยยาหรือการผ่าตัด (gender affirming medical and surgical treatment, GAMST) สามารถใช้เพียง 1 จดหมายเท่านั้น ที่ยืนยันการประเมินจากบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีความสามารถในการประเมินบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ

เกณฑ์สำหรับฮอร์โมน

- ความไม่สอดคล้องทางเพศชัดเจนและเป็นมาระยะเวลานาน
- เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยความไม่สอดคล้องทางเพศก่อนได้รับการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมน ในที่ที่การวินิจฉัยเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่บุคคล TGD จะสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้
- สามารถให้ความยินยอมในการรักษาโดยได้รับการบอกกล่าว

เพื่อการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนโดยเฉพาะได้

- ระบุและแยกสาเหตุอื่น ๆ ของความไม่สอดคล้องทางเพศก่อนเริ่มขั้นตอน
- ประเมินสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่อาจส่งผลเสียต่อผลพร้อมอภิปรายถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้น
- เข้าใจถึงผลการยืนยันเพศสภาพด้วยฮอร์โมนต่อการเจริญพันธุ์และทราบถึงตัวเลือกเพื่อการเจริญพันธุ์

เกณฑ์สำหรับการผ่าตัด

- ความไม่สอดคล้องทางเพศชัดเจนและเป็นมาระยะเวลานาน
- เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยความไม่สอดคล้องทางเพศก่อนได้รับการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด ในที่ที่การวินิจฉัยเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่บุคคล TGD จะสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้
- สามารถให้ความยินยอมในการรักษาโดยได้รับการบอกกล่าวเพื่อการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัดโดยเฉพาะได้
- เข้าใจถึงผลการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัดต่อการเจริญพันธุ์และทราบถึงตัวเลือกเพื่อการเจริญพันธุ์
- ระบุและแยกสาเหตุอื่น ๆ ของความไม่สอดคล้องทางเพศก่อนเริ่มขั้นตอน
- ประเมินสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่อาจส่งผลเสียต่อผลของการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด พร้อมอภิปรายถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้น
- ได้รับการใช้ฮอร์โมนด้วยสูตรที่คงที่แล้ว (อาจหมายถึงผ่านการใช้ฮอร์โมนอย่างน้อย 6 เดือนหรือมากกว่า หากการใช้ฮอร์โมนนั้นเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อผลการผ่าตัดที่ดีขึ้น เว้นเสียแต่ว่าไม่ต้องการใช้ฮอร์โมนหรือเป็นข้อห้ามทางการแพทย์)*

* ถูกจัดระดับให้เป็นเกณฑ์ที่เรา “เสนอ” ให้ทำ

ข้อสรุปเกณฑ์สำหรับวัยรุ่น

เกี่ยวกับขั้นตอนการประเมิน

- ทําการประเมินทางกาย จิตและสังคมอย่างครอบคลุม โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม
- นำผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์ เข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมิน เว้นเสียแต่ว่าการมีบุคคลเหล่านี้เข้ามามีส่วนร่วมจะก่อให้เกิดอันตรายต่อวัยรุ่นหรือไม่สามารถทำได้
- หากจำเป็นต้องใช้เอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรหรือจดหมายในการแนะนำให้บริการยืนยันเพศสภาพด้วยยาหรือการผ่าตัด (gender affirming medical and surgical treatment, GAMST) สามารถใช้เพียง 1 จดหมายเท่านั้น ที่ยืนยันการประเมินจากสมาชิกในทีมสหวิชาชีพ จดหมายนี้ควรบอกถึงการประเมินและความเห็นจากทีมที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ร่วมในการประเมินด้วย

ยาระงับการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์

- ความหลากหลายทางเพศ/ความไม่สอดคล้องทางเพศชัดเจน และเป็นมาระยะเวลานาน
- เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยความไม่สอดคล้องทางเพศ ในที่ที่การวินิจฉัยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเข้ารับบริการทางการแพทย์
- แสดงให้เห็นถึงการมีภาวะทางอารมณ์และทางการรับรู้มากพอในการให้ความยินยอมในการรักษาโดยได้รับการบอกกล่าว
- ได้รับการจัดการข้อกังวลทางสุขภาพจิต (หากมี) ที่สามารถส่งผลต่อความชัดเจนของการวินิจฉัย ความสามารถในการให้ความยินยอมในการรักษา และการยืนยันเพศสภาพด้วยยา เพียงพอที่จะเริ่มการยืนยันเพศสภาพด้วยยาอย่างเหมาะสมได้
- รับทราบถึงผลกระทบต่อการเจริญพันธุ์ รวมไปถึงความเสี่ยงที่อาจไม่สามารถมีบุตรได้และตัวเลือกที่มี สำหรับการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์
- เข้าสู่ระยะ Tanner 2 แล้ว

การใช้ฮอร์โมน

- ความหลากหลายทางเพศ/ความไม่สอดคล้องทางเพศชัดเจน และเป็นมาระยะเวลานาน
- เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยความไม่สอดคล้องทางเพศ ในที่ที่การวินิจฉัยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเข้ารับบริการทางการแพทย์
- แสดงให้เห็นถึงการมีภาวะทางอารมณ์และทางการรับรู้มากพอในการให้ความยินยอมในการรักษาโดยได้รับการบอกกล่าว
- ได้รับการจัดการข้อกังวลทางสุขภาพจิต (หากมี) ที่สามารถส่งผลต่อความชัดเจนของการวินิจฉัย ความสามารถในการให้ความยินยอม และการยืนยันเพศสภาพด้วยยา เพียงพอที่จะเริ่มการยืนยันเพศสภาพด้วยยาอย่างเหมาะสมได้
- รับทราบถึงผลกระทบต่อการเจริญพันธุ์ รวมไปถึงความเสี่ยงที่อาจไม่สามารถมีบุตรได้และตัวเลือกที่มี สำหรับการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์
- เข้าสู่ระยะ Tanner 2 แล้ว

การผ่าตัด

- ความหลากหลายทางเพศ/ความไม่สอดคล้องทางเพศชัดเจน และเป็นมาระยะเวลานาน
- เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยความไม่สอดคล้องทางเพศ ในที่ที่การวินิจฉัยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเข้ารับบริการทางการแพทย์
- แสดงให้เห็นถึงการมีภาวะทางอารมณ์และทางการรับรู้มากพอในการให้ความยินยอมในการรักษาโดยได้รับการบอกกล่าว
- ได้รับการจัดการข้อกังวลทางสุขภาพจิต (หากมี) ที่สามารถส่งผลต่อความชัดเจนของการวินิจฉัย ความสามารถในการให้ความยินยอมในการรักษา และการยืนยันเพศสภาพด้วยยา เพียงพอที่จะเริ่มการยืนยันเพศสภาพด้วยยาอย่างเหมาะสมได้
- รับทราบถึงผลกระทบต่อการเจริญพันธุ์ รวมไปถึงความเสี่ยงที่อาจไม่สามารถมีบุตรได้และตัวเลือกที่มี สำหรับการรักษาภาวะการเจริญพันธุ์
- ได้รับการใช้ฮอร์โมนอย่างน้อย 12 เดือนหรือมากกว่า (หากต้องการ) เพื่อให้ผลของการยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัดเป็นไปตามที่ต้องการ กล่าวคือ การเสริมหน้าอก การตัดอวัยวะออก การทำช่องคลอด การตัดมดลูก การผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบฟาโลโล (phalloplasty) การผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบเมตตอยด์ (metoidioplasty) และการผ่าตัดใบหน้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการยืนยันเพศสภาพ เว้นเสียแต่ว่า ไม่ต้องการการใช้ฮอร์โมนหรือเป็นข้อห้ามทางการแพทย์

ภาคผนวก E การยืนยันเพศสภาพด้วยการผ่าตัด

จากความเข้าใจในเรื่องที่เกี่ยวกับแง่มุมต่าง ๆ ของความไม่สอดคล้องทางเพศมีมากขึ้น ในขณะที่เทคโนโลยีมีการพัฒนาขึ้นตลอดเวลา จึงขอชี้แจงก่อนว่า สิ่งที่น่าเสนอนี้อาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากช่วงเวลาระหว่างการปรับปรุงมาตรฐานการดูแล (Standard of care, SOC) มักใช้เวลานาน ซึ่งในระหว่างนั้นวิวัฒนาการอาจมีความเข้าใจและรูปแบบใหม่ ๆ เกิดขึ้น

ศัลยกรรมใบหน้า	
คิ้ว	<ul style="list-style-type: none"> กำจัดขนคิ้ว เสริมคิ้ว ยกกระชับคิ้ว
การปลูกผม	
การดึงหน้า/ช่วงกลางของใบหน้า (หลังจากการเปลี่ยนแปลงของโครงกระดูกใบหน้า)	<ul style="list-style-type: none"> การยกกระชับหนังส่วนเกินที่หย่อนยานบริเวณลำคอ
การผ่าตัดตกแต่งเปลือกตา	<ul style="list-style-type: none"> การฉีดไขมันเข้าไปในบริเวณชั้นใต้ผิวหนังที่ต้องการทำให้รู้สึกเต็มมากยิ่งขึ้น
การเสริมจมูกโดยใช้ / ไม่ใช้สารเติมเต็ม	
แก้ม	<ul style="list-style-type: none"> เสริมแก้มเทียม การฉีดไขมันเข้าไปในบริเวณชั้นใต้ผิวหนังที่ต้องการทำให้รู้สึกเต็มมากยิ่งขึ้น
ริมฝีปาก	<ul style="list-style-type: none"> การผ่าตัดลดระยะห่างระหว่างริมฝีปากบนกับจมูก การเสริมริมฝีปากให้อวบอัมขึ้น เช่น การฉีดไขมันตนเองหรือฉีดสารเติมเต็ม
กรามล่าง	<ul style="list-style-type: none"> การผ่าตัดลดความกว้างของกราม ทำให้ใบหน้าเรียวขึ้น การเสริมกราม
การปรับเปลี่ยนรูปร่างของคาง	<ul style="list-style-type: none"> การตกแต่งกระดูกบริเวณคาง การใช้วัสดุสังเคราะห์เสริมคาง
การผ่าตัดตกแต่งลูกกระเดือก	<ul style="list-style-type: none"> การผ่าตัดเส้นเสียง (อ่านเพิ่มในบท เสียง)
การผ่าตัดทรวงอก/หน้าอก	
การผ่าตัดเต้านมออก	<ul style="list-style-type: none"> การผ่าตัดเต้านมออกโดยรักษาหัวนมและลานนมเดิมไว้/จัดโครงสร้างใหม่ตามความเหมาะสมทางการแพทย์ของผู้ป่วยแต่ละคน การผ่าตัดเต้านมออกโดยไม่เก็บรักษาหัวนมและลานนมเดิมไว้ / จัดโครงสร้างใหม่ตามความเหมาะสมทางการแพทย์ของผู้ป่วยแต่ละคน
การใช้เครื่องมือดูดเพื่อลดไขมันส่วนเกินเฉพาะจุด	
การเสริมเต้านม	<ul style="list-style-type: none"> การใช้ไขมันเทียม และ/หรือ อุปกรณ์ขยายเนื้อเยื่อ การใช้เนื้อส่วนอื่นของร่างกายผู้ป่วยเอง / การใช้ไขมันของผู้ป่วยเองฉีด
การผ่าตัดอวัยวะเพศ	
การผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบฟาโลโล (ร่วม / ไม่รวมกับการทำถุงอัณฑะ)	<ul style="list-style-type: none"> ร่วม / ไม่รวมกับการยึดท่อปัสสาวะให้ยาวขึ้น ร่วม / ไม่รวมกับการใช้ ไขมันขาตเทียม อัณฑะเทียม ร่วม / ไม่รวมกับการการตัดช่องคลอดหรือทำลายเยื่อบุผิวช่องคลอดแล้วเย็บปิดช่องคลอดให้ตัน
การผ่าตัดสร้างอวัยวะเพศชายแบบเมตตอยด์ (ร่วม / ไม่รวมกับการทำถุงอัณฑะ)	<ul style="list-style-type: none"> ร่วม / ไม่รวมกับการยึดท่อปัสสาวะให้ยาวขึ้น ร่วม / ไม่รวมกับการใช้ ไขมันขาตเทียม อัณฑะเทียม ร่วม / ไม่รวมกับการการตัดช่องคลอดหรือทำลายเยื่อบุผิวช่องคลอดแล้วเย็บปิดช่องคลอดให้ตัน
การผ่าตัดสร้างช่องคลอด (จากผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ, จากเยื่อหูช่องท้อง, จากลำไส้)	<ul style="list-style-type: none"> อาจร่วมกับเก็บรักษาของขาต และ / หรือ อัณฑะไว้
การผ่าตัดสร้างแคมของอวัยวะเพศหญิง	<ul style="list-style-type: none"> อาจร่วมกับการทำหัตถการที่เรียกว่า flat front

การผ่าตัดเพื่อตัดต่อมเพศออก	
การตัดเอาอัณฑะออก	
การตัดมดลูกและปากมดลูก ร่วม / ไม่รวมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่	
การผ่าตัดเพื่อปรับโครงสร้างของรูปร่าง	
การใช้เครื่องมือดูดเพื่อลดไขมันส่วนเกินเฉพาะจุด	
การฉีดไขมันเข้าไปใบบริเวณชั้นใต้ผิวหนังที่ต้องการเสริม เช่น ก้น สะโพก	
การปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ	<ul style="list-style-type: none"> • ทรวงอก, สะโพก, ก้น, น่อง
การผ่าตัดเพื่อเพิ่ม / ลดปริมาณไขมันบริเวณหัวหน้า	
หัตถการเพิ่มเติม	
การกำจัดขน: การกำจัดขนออกจากใบหน้า ร่างกาย และบริเวณอวัยวะเพศเพื่อปรับเพศสภาพ หรือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเตรียมการก่อนการผ่าตัด (ดูคำแนะนำ 15.14 เกี่ยวกับการกำจัดขน)	<ul style="list-style-type: none"> • การกำจัดขนด้วยกระแสไฟฟ้า • การกำจัดขนด้วยเลเซอร์
การสักรีด เช่น สักรีดทำห้วนม ลานนม	
การปลูกถ่ายมดลูก	
การปลูกถ่ายองคชาติ	