

트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람을 위한 건강관리 실무표준 제 8 판

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



© 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 [↗](#)

트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람을 위한 건강관리실무표준 제 8 판

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. Bras-sard^{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, gent, Belgium; ²⁷transgender Infopunt, ghent university Hospital, gent, Belgium; ²⁸Centre for research on Culture and gender, ghent university, gent, Belgium; ²⁹department of Pediatrics, the ohio state university College of Medicine, Columbus, oH, usa; ³⁰endocrinology and Center for Biobehavioral Health, the abigail Wexner research Institute at nationwide Children's Hospital, Columbus, oH, usa; ³¹university Medical Center Hamburg-ependorf, 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, Ghent, 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, Ghent, 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; ¹⁴⁹Irantzi, 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/Kirikiri, New Zealand/Aotearoa; ¹⁶⁰Department of Psychiatry & Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; ¹⁶¹Division of General Internal Medicine, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; ¹⁶²Trans Learning Partnership at <https://spectra-london.org.uk/trans-learning-partnership>, UK; ¹⁶³College of Nursing, University of Wisconsin Milwaukee, 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.

초록

배경: 트랜스젠더 보건의료(transgender healthcare)는 급격히 발전 중인 학제간 분야이다. 지난 10년간, 트랜스젠더·성별다양성이 있는(transgender and gender diverse; TGD) 사람들이 지지를 요청하며 의학적 성별확정(gender-affirming) 치료를 받고자 하는 경우가 전례 없이 늘어났고 가시화되었으며, 더불어 이 분야의 학술 문헌도 현저하게 증가했다. 세계트랜스젠더보건의료전문가협회(World Professional Association for Transgender Health; WPATH)는 국제적이고 다학제적인 전문가 협회로 트랜스젠더 건강(transgender health) 분야에서 근거 중심 의료, 교육, 연구, 공공 정책, 존중을 증진하는 것을 사명으로 한다. WPATH의 주요 역할 중 하나는 「건강관리실무표준(SOC)」을 통해 TGD 사람들에게 대한 최고 수준의 보건의료를 제공하는 것을 장려하는 것이다. SOC는 1979년에 처음 개발되었으며 지난 판본(SOC-7)은 2012년에 출간되었다. 과학적 근거가 증가함에 따라, WPATH는 SOC의 새 판본인 SOC 제 8판(SOC-8)의 제작을 의뢰했다.

목적: SOC-8의 제반 목표는 보건의료 전문가(health care professionals; HCPs)에게 TGD 사람들이 안전하고 효과적인 방법으로 성별에 대한 자기인식에 지속적으로 편안함을 느낄 수 있도록 돕는 임상 지침을 제공함으로써 TGD 사람들의 전반적인 신체 건강과 심리적 안녕과 자아실현을 극대화하고자 하는 데 있다.

방법: SOC-8은 트랜스젠더 건강 분야에서 현재까지 나온 가장 최선의 과학적 지견과 전문가의 합의에 근거한다. 선발된 국제적 전문가와 이해관계자들이 SOC-8 위원회 위원으로 선정되었다. 권고성명은 독립적으로 실시한 체계적 문헌 검토로부터 도출한 데이터가 있는 경우 이러한 데이터를 근거로 했으며, 배경 연구 및 전문가의 의견에도 근거했다. 권고의 등급은 개입을 뒷받침하는 가용한 근거, 위험과 위해에 대한 논의, 다양한 맥락 및 국가 환경에서의 타당성과 수용 가능성에 따라 결정되었다.

결과: SOC-8은 총 18개 장으로 구성되어 있다. 각 장에는 TGD 사람들에게 건강 관리와 치료를 제공하는 보건의료 전문가에 대한 권고가 있다. 권고마다 권고 내용을 설명하는 글 및 유관한 참고 문헌이 붙어 있다. 트랜스젠더 건강에 관한 일반적인 내용은 '용어', '전 세계적 적용 가능성', '인구 추계', '교육' 장에서 다룬다. 다양한 TGD 사람들을 위해 개발한 장으로는 '성인 평가', '청소년', '아동', '논바이너리', '유너크', '인터섹스', '시설 환경에 거주하는 사람' 등이 있다. 마지막으로, 성별확정 치료는 '호르몬 치료', '수술 및 수술 후 관리', '음성 및 의사소통', '일차의료', '생식 건강', '성 건강', '정신 건강' 장에서 다룬다.

결론: SOC-8의 지침은 전 세계의 TGD 사람들의 다양한 보건의료 수요를 충족하기 위해 유연하게 만들어졌다. 본 지침은 상황에 맞춰 조정할 수 있으면서도, 성별불일치(gender incongruence)를 경험하는 사람들에게 최적의 건강 관리를 추구하고 이들에 대한 치료를 안내하는 기준을 제시한다. SOC의 모든 이전 판본과 마찬가지로, 본서에서 제시하는 성별확정 개입에 대한 기준은 임상 지침이다. 보건의료 전문가 개인 및 보건의료 프로그램은 TGD 당사자와 상의하여 이를 수정할 수 있다.

키워드:

청소년(adolescents);
평가(assessment);
아동(children);
의사소통(communication);
교육(education);
내분비학(endocrinology);
유너크(eunuch);
성별다양성이 있는(gender diverse);
보건의료 전문가(health care professional);
시설 환경(institutional settings);
인터섹스(intersex);
정신 건강(mental health);
논바이너리(nonbinary);
인구(population);
수술 후 관리(postoperative care);
일차의료(primary care);
생식 건강(reproductive health);
성 건강(sexual health); SOC8;
건강관리실무표준(Standards of Care);
수술(surgery);
용어(terminology);
트랜스젠더(transgender);
음성(voice)

목차

	페이지
서론	S5
제 1 장 용어	S12
제 2 장 전 세계적 적용 가능성	S16
제 3 장 인구 추계	S26
제 4 장 교육	S30
제 5 장 성인 평가	S34
제 6 장 청소년	S47
제 7 장 아동	S72
제 8 장 논바이너리	S86
제 9 장 유너크	S95
제 10 장 인터섹스	S101
제 11 장 시설 환경	S113
제 12 장 호르몬 치료	S119
제 13 장 수술 및 수술 후 관리	S137
제 14 장 음성 및 의사소통	S147
제 15 장 일차의료	S153
제 16 장 생식 건강	S167
제 17 장 성 건강	S175
제 18 장 정신 건강	S183
감사의 말	S189
참고문헌	S190
부록 A 방법론	S269
부록 B 용어	S275
부록 C 성별확정 호르몬 치료	S278
부록 D 성인 및 청소년의 호르몬 치료 및 수술 치료 기준 요약	S284
부록 E 성별확정 외과 시술	S286

서론

건강관리실무표준(SOC)의 목적 및 활용

세계트랜스젠더보건의료전문가협회(The World Professional Association for Transgender Health; WPATH) 「건강관리실무표준 제 8 판(Standards of Care—Eighth Edition; SOC-8)」의 제반 목표는 트랜스젠더·성별다양성이 있는(transgender and gender diverse; TGD) 사람들이 안전하고 효과적인 방법으로 성별¹에 대한 자기인식에 지속적으로 편안함을 느낄 수 있도록 돕는 임상 지침을 보건의료 전문가에게 제공함으로써 TGD 사람들의 전반적인 신체 건강, 심리적 안녕, 자아실현 수준을 최대화하고자 하는 것입니다.) 이러한 도움에는 호르몬 치료 및 수술 치료, 음성 및 의사소통 치료, 일차의료, 제모, 생식 건강 및 성 건강, 정신 건강 관리 등이 있으나 이것이 전부는 아닙니다. 보건의료 체계에서는 TGD 사람들에게 의학적으로 필요한 성별확정 보건의료 서비스(gender-affirming health care)를 제공해야 합니다. 이에 관해서는 제 2 장 “전 세계에 적용하기”의 권고성명 2.1 을 참조하십시오.

WPATH 는 국제적이고 다학제적인 전문가 협회로 트랜스젠더 보건 분야에서 근거 중심 의료, 교육, 연구, 공공 정책, 존중을 추구하는 것을 사명으로 합니다. WPATH 는 1979 년에 설립되어, 현재 3,000 명이 넘는 보건의료 전문가, 사회과학자, 법률전문가가 가입해 있으며, 모든 회원은 TGD 사람들의 삶에 영향을 미치는 임상·연구·교육·권리 옹호 활동에 참여합니다. WPATH 는 성별정체성과 성별표현에 무관하게 모두가 근거 중심 보건의료, 사회복지 서비스, 정의, 평등을 누리는 세계를 지향합니다.

WPATH 의 주요 역할 중 하나는 TGD 사람들을 위한 「건강관리실무표준(SOC)」을 통해 개개인에게 최

고 수준의 보건의료를 제공하는 데 힘쓰는 것입니다. SOC-8 은 현재까지 나온 가장 최선의 과학적 지견과 전문가의 합의에 근거합니다. SOC 는 1979 년에 처음 만들어졌으며 지난 판본은 2012 년에 출간되었습니다.

이 분야의 연구와 경험은 대부분 북아메리카 및 서유럽의 관점에서 나왔기 때문에, 지역에 따라 SOC 를 알맞게 적용할 필요가 있습니다. SOC 의 이번 판본은 문화 상대성 및 문화적 숙련도를 고려한 접근법을 제안하는 내용을 담았습니다.

WPATH 는 건강이 양질의 임상 의료뿐만이 아니라 사회적 관용, 평등 및 시민의 완전한 권리를 보장하는 사회적·정치적 환경에 따라 결정된다는 점을 인정합니다. 건강은 성별다양성에 대한 관용과 형평성을 증진하고 편견, 차별, 낙인을 철폐하는 공공 정책과 사법 개혁을 실시함으로써 추구됩니다. WPATH 는 이러한 방향으로 정책 및 법률을 바꾸도록 촉구하는 권리 옹호 활동에 앞장섭니다. 따라서 우리는 TGD 사람들의 건강을 관리하는 보건의료 전문가들에게 성별확정 보건의료(gender-affirming care)에 대한 접근성을 증진하도록 대외적으로 촉구하라고 요청하는 동시에 이들에게 개개인의 자율성을 존중해 달라고 요청합니다.

본서는 일차적으로 보건의료 전문가를 대상으로 쓰였으나, 개인 및 그 가족과 사회 시설도 SOC-8 이 다양한 사람들의 최적의 건강을 추구하는데 어떻게 도움이 될 수 있는지 이해하기 위해 SOC-8 을 활용할 수 있습니다.

SOC-8 은 총 18 개 장으로 구성되었으며 TGD 사람들을 상대하는 보건의료 전문가에 대한 권고를 담고 있습니다. 각 권고성명에는 권고 내용을 설명하는 문장과 참고 자료가 부가되어 있습니다. 성인과 청소년에게 성별확정 내과 및/또는 수술 치료(gender-

료에도 영향을 미쳤다(한국여성연구소, 2014).

이러한 맥락을 담을 수 있는 역어를 찾기 어렵기 때문에 번역하지 않고 ‘섹스’, ‘젠더’로 음차하여 사용하기도 한다. SOC-8 한국어판에서는 sex 를 ‘성’, gender 를 ‘성별’로 번역하되, WPATH 의 기초를 존중하는 범위 안에서 유동적으로 번역하였다. 또한 트랜스젠더(transgender), ‘성역할(gender role)’, ‘성중립(gender neutral)’과 같이 ‘젠더’나 ‘성’이라는 번역이 이미 통용되는 경우는 그에 따랐다.

¹ [역주] (이하 [원주] 표시가 없는 경우는 모두 역주임) 제 1 장에서도 논의하다시피 gender 라는 개념을 영어 외의 언어로 번역하는 데에는 어려움이 따르며, 한국어도 예외는 아니다. 본디 gender 는 ‘생물학적’인 sex 에 대응하여 사회문화적으로 구성된 성 구분을 가리키는 개념으로 고안되었다. 그러나 현대의 젠더/퀴어 이론은 ‘자연적’이거나 ‘본질적’이라고 여겨지던 몸이나 생물학적 접근 역시 사회문화적인 구성물이라고 보고 있으며, 성별을 바라보는 이러한 관점의 변화는 본 SOC 를 비롯해 성적 소수자의

affirming medical and/or surgical treatment; GAMST)를 개시하는 데 관한 권고성명은 해당 장에 수록되어 있습니다("성인 평가" 장과 "청소년"장 참조). GAMST 관련 권고성명 및 기준은 부록 D에 요약하여 수록하였습니다.

SOC-8에 포함된 인구 집단

태어날 때 지정된 성(sex)에 따라 사회가 부여한 성별(gender)과는 다른 성별정체성을 갖거나 다른 성별표현을 하는 사람들의 집단은 전 세계적으로 다양하게 존재하는데, 본서에서는 '트랜스젠더.성별다양성이 있는 사람들'이라는 표현을 사용함으로써 이러한 집단에 속한 사람들을 가능한 한 폭넓고 종합적으로 기술하고자 하였습니다. 'TGD'라는 개념은 문화 특이적인 및/또는 언어 특이적인 경험, 정체성 혹은 표현을 하는 사람들을 포함하는데, 이러한 경험과 정체성과 표현은 성별에 대한 서구식 개념화나 서구식 언어에 기초하거나 포함될 수도 있고 그렇지 않을 수도 있습니다.

WPATH SOC-8은 TGD라는 포괄적 용어에 포함되는 대상을 넓혔을 뿐만 아니라 형평성과 인권을 증진하기 위해 본 지침을 적용해야 하는 상황도 늘렸습니다.

세계적으로 TGD 사람들에는 다양한 성별정체성 및 성별표현이 포함되며, 전 생애에 걸친 성별확정 건강 관리(gender-affirming care)에 대한 수요도 개인의 목표와 특성, 가용한 보건의료 자원, 사회문화적 맥락 및 정치적 맥락에 따라 달라집니다.

특정 집단에 대한 건강 관리 표준이 없으면 이러한 공백을 틈타 여러 가지 치료적 접근법이 등장하는데, 이 중에는 역효과를 낳거나 해로운 접근법도 있습니다. SOC-8은 논바이너리(nonbinary), 유너크(eunuch), 인터섹스(intersex) 등 성별다양성이 있는 집단 중에서도 소홀하게 여겨지고/또는 소외되어 왔던 집단의 건강과 안녕을 추구하기 위한 권고사항을 수록했습니다.

SOC-8은 이번에도 계속하여 TGD 아동.청소년에게 적합한 건강 관리를 개괄합니다. 적응증에 해당하는

경우 사춘기억제제를 투여하거나 성별확정 호르몬을 투여하는 것도 여기에 포함됩니다.

전 세계에서 TGD 사람들은 트랜스혐오, 낙인, 무지, 보건의료 서비스 거부를 흔하게 경험하며, 이는 현저한 건강 격차가 발생하는 원인이 됩니다. TGD 사람들은 자신을 치료하는 의료인이 지식이 부족하고 충분히 훈련 받지 못했기 때문에 자신을 돌보는 법을 의료인에게 직접 가르쳐야 한다고 자주 이야기합니다. 상호교차적(intersectional)인² 형태의 차별, 사회적 소외, TGD 사람에 대한 증오 범죄는 소수자 스트레스(minority stress)를 유발합니다. 소수자 스트레스는 시스젠더에 비해 높은 비율의 우울증, 자살 경향성, 비자살성 자해 등의 형태로 전형적으로 나타나는 정신 건강 격차와 연관이 있습니다. 모든 분야의 전문가들은 많은 TGD 사람들이 특히 취약하다는 점을 점을 고려해야 합니다. WPATH는 보건의료 당국, 정책 결정자, 의학 학회가 보건의료 전문가 내부의 트랜스혐오를 억누르고 혐오에 맞서 싸울 것을 촉구하며, TGD 사람들이 성별확정 건강 관리를 제공할 만한 경험과 의지가 있는 보건의료 전문가에게 진료받을 수 있도록 최선의 노력을 다할 것을 촉구합니다.

SOC의 유연성

SOC-8의 지침은 전 세계의 TGD 사람들의 다양한 보건의료 수요를 충족하기 위해 유연하게 만들어졌습니다. 본 지침은 상황에 맞춰 조정할 수 있으면서도, 성별불일치를 경험하는 사람들에게 최적의 건강 관리를 추구하고 이들에 대한 치료를 안내하는 기준을 제시합니다. SOC의 모든 이전 판본과 마찬가지로, 본서에서 제시하는 성별확정 개입에 대한 기준은 임상 지침입니다. 보건의료 전문가 개인 및 보건의료 프로그램은 TGD 당사자와 상의하여 이를 수정할 수 있습니다. 임상은 SOC와는 달라질 수 있습니다. 환자 특유의 해부학적.사회적.심리적 사정 때문에 달라질 수도 있고, 경험이 풍부한 보건의료 전문가가 일반적인 상황을 다루는 방법을 발전시키기 때문에 달라질 수도 있고, 연구 프로토콜에 따라 달라질 수도 있고, 세계 여러 지역에서 자원이 부족해서 달라질

² 상호교차성(intersectionality)이란 성별, 계급, 인종 등 다양한 정체성이 중첩될 때 각각의 차별/억압의 덧셈으로

는 설명할 수 없는 고유의 차별/억압이 발생한다는 개념이다.

수도 있고, 특정한 피해 감소 전략을 써야 할 필요가 있기 때문에 달라질 수도 있습니다. SOC와 다르게 적용된 점은 SOC와 다르게 적용되었음을 인정하고, 어떠한 점이 달라졌는지를 환자에게 설명하며, 양질의 환자 관리와 법적 보호를 위해 이를 기록으로 남겨야 합니다. 본서는 새로운 데이터를 축적하는 데에도 중요한 역할을 하며, 이러한 데이터를 후향적으로 검토함으로써 보건의료와 SOC가 더 발전하도록 할 수 있습니다.

SOC-8은 충분한 정보에 근거한 의사결정의 역할과 피해 감소 전략의 중요성을 지지합니다. 또한 SOC의 이 판본은 심리 치료, 호르몬 치료, 또는 외과 치료가 필요하지 않은 다양한 성별표현이 있을 수 있음을 인정하고 확인합니다. 보건의료 전문가는 환자가 자신의 성별표현에 대한 임상적 필요에 따라 이용할 수 있는 의료 서비스를 전부 검토하도록 돕는 데 SOC를 사용할 수 있습니다.

다양성의 일환인가 진단의 대상인가

성별정체성을 비롯한 성별 특성을 출생 당시 지정된 성과 전형적으로 결부되지 않은 방식으로 표현하는 행위는 인류에게 흔하고 문화적으로 다양하게 나타나는 현상으로, 그 자체로 부정적이거나 병리학적인 현상으로 간주되어서는 안 됩니다. 안타깝게도, 세계 여러 사회에서는 성별비순응(gender nonconformity)³과 성별정체성의 다양성과 성별표현의 다양성에 낙인을 찍습니다. 이러한 낙인은 편견과 차별로 이어져 '소수자 스트레스'를 유발할 수 있습니다. 소수자 스트레스는 고유하고(즉, 모든 사람이 경험하는 일반적인 스트레스 요인과 별도로 추가로 발생하고), 사회적이고, 만성적이며, TGD 개개인이 불안이나 우울 등의 정신 건강 문제 발생에 더 취약해지게 합니다. 낙인은 사회 전반에서 편견 및 차별을 일으킬 뿐만 아니라 대인 관계에서도 학대와 방임이 일어나는 원인이 되고, 학대와 방임은 심리적인 괴로움으로 이어질 수 있습니다. 그러나 이러한 증상은 사회가 유

발하는 것이지 TGD라는 속성에 내재된 것은 아닙니다.

성별불쾌감을 미국 정신의학학회(American Psychiatric Association; APA)의 「정신질환 진단 및 통계 편람(DSM-5-TR)」에서는 여전히 정신 건강 증상으로 간주하지만, 성별불일치는 세계 보건 커뮤니티에서 더 이상 병적이거나 정신질환으로 여겨지지 않습니다. 성별불일치를 세계보건기구(WHO)의 「국제질병 분류 제 11판(ICD-11)」에서는 하나의 상태(condition)로 인정합니다. TGD 사람들은 역사적인 낙인과 현재의 낙인 때문에 괴로움이나 불쾌감을 겪을 수 있는데, 이는 다양한 성별확정 치료 옵션을 통해 해결할 수 있습니다. 학술적 명명법은 바뀌기도 하고 다양한 보건 기관이나 행정 기관이 새로운 용어와 분류를 채택하기도 하지만, 출생 당시 지정된 성과 성별정체성의 부조화를 경험하는 많은 사람들에게 치료와 건강 관리가 의학적으로 필요하다는 점은 명백하게 인정되고 있습니다.

모든 사회, 국가, 보건의료 시스템에서 치료를 받기 위해 반드시 진단을 요구하지는 않습니다. 그러나 몇몇 국가에서는 진단이 의학적으로 필요한 보건의료 서비스에 대한 접근성을 높일 수 있고 효과적인 치료법을 한층 더 연구하도록 이끌 수도 있습니다.

보건의료 서비스

성별확정 건강 관리의 목적은 TGD 사람들과 협력하여 이들의 사회적, 정신적, 의학적 건강과 안녕에 필요한 사항을 총체적으로 해결하는 동시에 이들의 성별정체성을 존중하며 긍정하는 데 있습니다. 성별확정 건강 관리는 TGD 사람을 생애주기 전반에 걸쳐—아동기에 처음 성별불일치의 징후를 보일 때부터 시작해 성인기와 노년기까지—지원하며, 트랜지션(transition)⁴ 이전 또는 이후 자신의 성별정체성에 우려나 불확실성을 가진 사람도 지원합니다.

트랜스젠더 보건의료 각각의 분야를 단순히 더한

³ WPATH SOC 7판에서는 특정 문화권이나 시대에서 개인에게 부여된 생물학적 성에 적합하다고 규정하는 성별정체성·성역할·성별표현이 자신의 실제 성별정체성·성역할·성별표현에 들어맞지 않는 사람들을 묘사하는 수식으로 정의한다.

⁴ SOC 제 7판 한국어판에서는 transition을 '성별 이행'이라고 번역하였으나, '트랜지션'이라는 음차표현이 국내 TGD 커뮤니티에서 이미 정착하였다고 판단하여 제 8판 한국어판에서는 '트랜지션'으로 바꾸어 표기한다. 용어의 자세한 의미는 부록 B 용어집을 참조하십시오.

것 그 이상입니다. 성별확정 개입뿐만 아니라 예방 의료와 만성 질환 관리를 지원하기 위해 내분비학, 수술, 음성 및 의사소통, 일차의료, 생식 건강, 성 건강, 정신 건강 분야에서 총체적으로 학제간·다학제적 건강 관리가 이루어지기 때문입니다. 성별확정 개입에는 사춘기 억제, 호르몬 치료, 성별확정 수술 등 여러 가지가 있습니다. 우리는 한 가지 접근법을 일괄적으로 적용할 수는 없으며 TGD 사람들은 성별을 긍정하기 위해 이러한 개입 조치를 전부 받거나 일부만 받거나 아예 받지 않을 수도 있다는 점을 강조하고자 합니다. 본 지침은 성별확정 개입을 시작할 때 환자 중심 건강 관리 모델을 사용하도록 장려하며, 기존의 여러 요건을 업데이트함으로써 건강 관리에 대한 접근을 가로막는 장벽을 낮추었습니다.

환자의 필요와 욕구에 초점을 맞춘 성별확정 개입의 결과와 시기를 최적화하고 피해를 최소화하려면 서비스 제공자들이 소통하고 건강 관리를 서로 조정하는 것이 이상적입니다. 자원이 풍부한 환경에서는 다학제적 자문과 통합적인 의료지원이 일상적으로 이루어지나, 세계 각지에는 트랜스젠더 건강 관리 전용 시설이 부족한 곳이 많습니다. 이러한 지역의 경우, 현지에서 접할 수 없는 트랜스젠더 보건의료 서비스를 원활히 제공할 수 있도록 개별 의료 제공자들이 가능하다면 네트워크를 형성할 것을 강력히 권고합니다.

전 세계에 걸쳐 때로는 가족이나 종교 공동체가 TGD 사람들에게 전환치료를 받으라고 강요하기도 합니다⁵. WPATH는 성별 교정치료나 전환치료를 실시하지 않을 것을 강력하게 권고합니다(권고성명 6.5와 18.10 참조).

보건의료 환경

SOC-8은 TGD 사람들의 기본권에 뿌리를 둔 지침으로, 개인이 처한 사회적 또는 의료적 상황과 무관하게 보건의료 서비스가 제공되는 모든 환경에서 적용됩니다. 이 지침에는 수감되었거나 기타 시설에 거

주하는 TGD 사람에게 SOC를 적용하는 방법에 대한 권고가 수록되어 있습니다.

많은 TGD 사람들은 처방 없이 호르몬 치료를 받습니다. 지식을 갖춘 서비스 제공자가 없거나, 서비스에 제때 접근하기 어렵거나, 비용 장벽이 있고/또는 과거에 보건의료 서비스에서 낙인이 찍힌 경험을 했기 때문입니다. 이러한 경우, 모니터링 없는 치료로 인해 건강상 위험이 발생합니다. 투여량이 치료 용량을 초과할 가능성도 있고 투여 시 주사바늘을 공유하면서 혈액 매개 질병에 노출될 가능성도 있기 때문입니다. 그러나 달리 치료받을 길이 막혀있는 많은 이들에게 처방 없는 호르몬 치료는 의학적으로 필요한 성별확정 치료를 받을 수 있는 유일한 방법입니다. 피해 감소라는 렌즈를 통해 비처방 호르몬 사용 문제를 다룸으로써, 개개인이 안전한 호르몬 치료 및 모니터링을 해주는 서비스 제공자와 연결되도록 보장해야 합니다.

몇몇 국가에서는 TGD의 권리를 점차 인정하는 추세이며, 건강 관리에 본보기가 될 만한 젠더 클리닉이 설립되고 있습니다. 그러나 다른 국가에서는 그러한 시설도 부족하고 건강 관리도 파편화되고 건강 관리에 필요한 자원도 불충분할 수 있습니다. 그럼에도 다양한 건강 관리 모델이 개척되고 있는데, 일차의료 내에서 성별확정 건강 관리를 분산하려는 시도와 원격의료서비스를 실시하여 장벽을 낮추고 접근성을 높이려는 시도가 여기에 해당합니다. 건강 관리를 어떤 방식으로 제공하든, SOC-8에서 서술한 성별확정 건강 관리의 원칙은 현지의 사회문화적, 정치적, 의학적 맥락에 맞게 조정되어야 합니다.

방법론

「건강관리실무표준」 이번 판본(즉 SOC-8)은 기존 판본보다도 훨씬 엄밀하고 방법론적으로 근거 중심인 접근법에 기초하였습니다. 여기서 사용한 근거는 출간된 문헌(직접 문헌 및 배경 근거)뿐만 아니라 합의에 근거한 전문가의 의견에 기초하였습니다. 근거

치료를 받은 사람 중 64.7%(44명)가 이를 의료인에게 받았다고 응답하였다. 또한 자신의 트랜스젠더 정체성을 알고 있는 가족구성원이 있는 응답자의 9.9%(37명)가 가족에 의한 전환치료 시도를 경험하였다고 답하였다.

⁵ 2020년 국가인권위원회의 「트랜스젠더 혐오차별 실태조사」에 따르면, 조사 참여자(591명, 트랜스젠더 및 논바이너리) 중 22.3%(132명)가 전환치료 목적의 상담이나 치료를 '권유'받았고, 11.5%(68명)가 이러한 상담이나 치료를 실제로 받았으며, 전환치료 목적의 상담이나

중심 지침은 철저한 문헌 검토, 이익과 위해 평가, 서비스 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 사용과 실현 가능성을 반영해 환자 건강 관리를 최적화하기 위한 권고를 포함합니다.

근거 중심 연구는 타당한 임상 지침 및 권고의 기초를 제공하지만, 이는 다양한 환경에서 건강 관리를 제공할 때의 현실 상황 및 실현 가능성과 균형을 이루어야 합니다. SOC-8을 개발하는 과정에는 미국 의학원(National Academies of Medicine)과 WHO가 제시한 임상 지침 개발에 관한 권고가 반영되었는데, 이 권고들은 투명성, 이해 상충에 대한 정책, 위원회 구성, 집단 절차 등의 문제를 다룹니다.

SOC-8 지침 위원회는 다학제적으로 구성되었으며 해당 주제의 전문가, 보건의료 전문가, 연구자, 관점과 지리적 대표성이 다양한 이해관계자들로 구성되었습니다. 지침 방법론학자 한 명이 질문 기획 및 개발과 체계적 문헌 고찰을 보조하였고, 국제적인 자문 위원회가 공개 논평 기간에 추가로 조언을 했습니다. 모든 위원은 이해 상충 신고서를 작성했습니다. SOC-8의 권고는 개입을 뒷받침하는 유효한 근거, 위험과 이익에 대한 논의뿐만 아니라 서로 다른 맥락과 국가별 환경에 따라 달라지는 실현 가능성과 수용 가능성에 기초합니다. 최종 권고에 대한 합의는 델파이 기법(Delphi process)에 따라 도출하였는데, 이 절차에는 지침 위원회의 위원 전원이 참여했으며 권고성명은 최소 75% 이상의 구성원에 의해 승인하도록 규정하였도록 규정하였습니다. SOC-8의 자세한 내용은 부록 A에 수록하였습니다.

SOC-8 장별 요약

SOC-8은 지난 판본에 비해 현저히 발전하였습니다. 이번 판본에서는 근본적으로 달라진 방법론, 현저한 문화적 변화, 임상 지식의 발전, TGD 사람들이 호르몬 치료 및 수술만이 아니라 다양한 보건의료 문제를 겪는다는 이해를 토대로 개정이 이루어졌습니다.

이번에 업데이트한 지침은 2011년에 SOC 제 7판에서 시작한 과정, 즉 “트랜스젠더리즘을 진단”하는 심리적 요건과 성별불쾌감을 완화하는 의학적 치료라는 좁은 초점으로부터 범위를 넓혀 전인적인 성별 확정 건강 관리로 이동하는 과정을 이어 나갑니다.

WPATH SOC-8은 TGD라는 포괄적 용어에 어떤 사람을 포함해야 하는지, 성별확정 건강 관리가 제공해야 하는 것과 제공하지 말아야 할 것은 무엇인지, 그리고 형평성과 인권을 증진하기 위해 이 가이드라인을 어떤 환경에서 적용해야 하는지를 명시하는 지침을 확장했습니다.

SOC-8에는 ‘성인의 평가’, ‘교육’, ‘유너크’, ‘논바이너리’ 등 몇 개 장이 새로 추가되었습니다. 뿐만 아니라, SOC 제 7판의 아동·청소년 장이 이번 판에서는 두 개의 장으로 나뉘었습니다. 전체적으로 보았을 때, SOC-8은 기존 판본에 비해 상당히 길어졌으며 보건의료 전문가에게 더 면밀하고 상세한 서론 및 권고를 제시합니다. SOC-8의 각 장을 요약한 내용과 같습니

제 1 장 용어

이 장은 이번에 신설한 장으로, SOC-8에서 사용하는 언어의 프레임워크를 마련하고 용어 사용에 대해 합의된 권고안을 제시합니다. 이 장에서는 (1)용어 및 용어의 정의와 (2)이 용어와 정의를 모범적으로 사용한 사례를 소개합니다. 별첨한 용어집(부록 B 참조)에서는 자주 쓰이는 용어와 표현을 정리함으로써 SOC-8을 이용하고 해석하는 데 필요한 틀을 제공합니다.

제 2 장 전 세계적 적용 가능성

이 장은 보건의료 서비스 개발 및 전달, 서유럽과 북아메리카 외의 지역에 사는 TGD 사람들의 폭넓은 권리 옹호 및 건강 관리 전달에 관한 핵심 문헌을 참고합니다. 또한 이 장은 SOC-8을 다양한 맥락에서 조정하고 번역하는 데 관한 권고를 제시합니다.

제 3 장 인구 추계

이 장에서는 TGD 인구 추계를 업데이트했습니다. 현존하는 근거에 따르면 TGD 인구의 비율은 포함 기준, 연령대, 지리적 위치에 따라 몇 분의 1%에서 수%까지 다양하게 나타납니다.

제 4 장 교육

이 장은 이번에 신설한 장으로, TGD 보건의료 교육에 관한 문헌을 전반적으로 검토합니다. 이 장에서는 숙련되고 배려하는 보건의료에 대한 접근성을 높이기 위해 정부, 비정부, 기관, 서비스 제공자 차원의 권고를 제시합니다. 이 장의 목적은 교육 분야의 기틀을 마련하고 교육자와 보건의료 전문가들의 더 넓고 깊은 토론을 요청하는 데 있습니다.

제 5 장 성인 평가

이 장은 이번에 신설한 장으로, 성별확정 내과 및 수술 치료(GAMSTs)를 요청하는 TGD 사람을 평가하는 지침을 제공합니다. 이 장에서는 평가 과정을 환자 중심 접근법의 일환으로 기술하고 업데이트하였으며, 보건의료 전문가가 TGD 성인에게 GAMST를 권할 때 따를 수 있는 기준을 기술하고 업데이트하였습니다.

제 6 장 청소년

이 장은 이번에 신설한 장으로, 아동 관련 장과는 별도로 TGD 청소년만을 다룹니다. SOC-8에서 이 장을 만든 이유는 (1)청소년 의뢰 비율이 기하급수적으로 증가했고 (2)청소년의 성별다양성 관련 치료만을 다루는 연구가 늘어났으며 (3)이 연령대 특유의 발달 이슈와 성별확정 치료 이슈가 있기 때문입니다. 이 장에서는 GAMST를 요하는 청소년의 평가 절차에 관한 권고뿐만 아니라 TGD 청소년 및 그 가족을 상대할 때 권고도 제시합니다.

제 7 장 아동

이 장은 이번에 신설한 장으로, 성별다양성이 있는 사춘기 이전의 아동을 다룹니다. 이 장에서는 발달상 적절한 심리사회적 실천과 치료적 접근법을 집중해서 다룹니다.

제 8 장 논바이너리

이 장은 SOC-8에 신설한 장으로, 논바이너리라는 용어 및 이 용어의 사용법을 생리심리사회적, 문화적, 상호교차적 관점에서 폭넓게 기술합니다. 이들이 성

별확정 의료 관리에 접근할 필요성, 특정한 성별확정 의료 개입, 적절한 지원 수준에 대해서도 논합니다.

제 9 장 유너크

이 장은 이번에 신설한 장으로, 유너크가 특별히 필요로 하는 것이 무엇이며 SOC를 이 집단에 어떻게 적용할 수 있는지를 기술합니다.

제 10 장 인터섹스

이 장은 인터섹스 개개인에 대한 임상 관리에 집중합니다. 이 장에서는 용어, 유병률, 개개인의 다양한 표현이 어떻게 변화했는지 다루고 이들에게 심리사회적·의료적 건강 관리를 제공하는 데 관한 권고성명을 제시하며 근거 중심으로 각각의 성명을 설명합니다.

제 11 장 시설 환경

이 장은 수감 시설과 비수감 시설 환경을 모두 포괄하도록 확장되었으며, 지난 3개 판본을 토대로 쓰였습니다. 이 장은 이러한 환경에서 사는 사람에게 SOC-8을 어떻게 적용할 수 있을지를 기술합니다.

제 12 장 호르몬 치료

이 장에서는 성별확정 호르몬 치료 개시, 권장하는 요법, 호르몬 치료 이전 및 도중 건강 문제 검진, 수술 전 호르몬 치료와 관련해 특이적으로 고려해야 할 사항을 기술합니다. 이 장은 생식샘자극호르몬방출 호르몬(GnRH)작용제를 청소년기에 투여할 때의 안전성 문제, 다양한 호르몬 요법, 치료와 관련된 건강 문제가 발생할 가능성 모니터링하기, 그리고 호르몬 치료 제공자와 외과의의 협업 안내에 대해 확장된 논의를 담았습니다.

제 13 장 수술 및 수술 후 관리

이 장은 스스로 TGD로 정체화하는 다양하고 이질적인 사람들이 받을 수 있는 다양한 성별확정수술 절차를 기술합니다. 이 장은 성별확정수술을 시술하기 위한 최적의 외과 수련, 수술 후 관리 및 추적관리, 성인 및 청소년의 수술 접근성 및 개별 맞춤형 수술에 관한 논의사항을 담았습니다.

제 14 장 음성 및 의사소통

이 장은 전문적인 음성 및 의사소통 지원 및 개입에 대해 기술합니다. 이러한 지원과 개입은 다양성의 모든 측면을 포용하고 배려하며, 더 이상 음성 여성화와 남성화에만 국한되지 않습니다. 각 권고성명은 이제 음성 및 의사소통 지원에 종사하는 전문가의 역할과 책임을 확인하는 차원에서 제시됩니다.

제 15 장 일차의료

이 장은 TGD 개개인이 받는 일차의료의 중요성에 대해 논하며, 심혈관 건강, 대사(metabolic) 건강, 암 검진, 일차의료 체계 등의 주제를 담았습니다.

제 16 장 생식 건강

이 장은 성별다양성이 있는 청소년 및 성인의 가임력에 대한 관점과 자녀 계획, 가임력 보존 기법의 발달(생식기 조직 냉동보존 포함), 임신 전 및 임신 중의 건강 관리 안내, 출산 전 상담, 가슴 수유(chest feeding)⁶ 등에 관한 최근 데이터를 제공합니다. 이 장은 TGD 개개인의 피임법 및 피임에서 고려해야 할 사항도 검토합니다.

제 17 장 성 건강

이 장은 이번에 신설한 장으로, 성 건강이 TGD 사람의 신체적, 심리적 건강에 막대한 영향을 미친다는 점을 인정합니다. 이 장에서는 TGD 관련 건강 관리에 성 기능·쾌락·만족을 포함할 것을 촉구합니다.

제 18 장 정신 건강

이 장에서는 TGD 성인의 정신 건강 상태를 관리하기 위한 치료 원칙과 정신 건강 관리와 트랜지션 관리의 연관성에 대해 논의합니다. 심리치료는 유익할 수는 있으나 성별확정 치료의 요건이 되어서는 안

되며, 전환치료를 제공해서는 안 됩니다.

⁶ 모유 수유는 영어로 breastfeeding 이라고 하나, TGD 사람 중에는 본인을 여성으로 정체화하지 않으면서도 자녀에게 몸으로 수유하고자 하는 이들이 있다. 이들을 존중하는 의미에서 본서에서는 유방(breast) 대신 가슴(chest)이라는 표현을 썼다. Breastfeeding 의 한국어 표

현인 '모유 수유' 역시 어미 모(母)자를 쓰므로 본인이 여성이 아니라고 정체화하는 TGD 부모의 정체성과 어긋날 소지가 있다. 따라서 한국어 번역판에서는 '모유 수유' 대신 '가슴 수유'라는 표현을 사용하였다.

제 1 장 용어

이 장은 「건강관리실무표준」 제 8 판(SOC-8)에서 사용하는 언어의 틀을 마련합니다. 용어 사용에 대한 권고도 제시합니다. 이 장에서는 (1) 용어 및 용어의 정의와 (2) 이 용어와 정의를 모범적으로 활용한 사례를 소개합니다. 별첨한 용어집에서는 자주 쓰이는 용어와 표현을 정리하여, 건강관리실무표준 제 8 판을 이용하고 해석하는 데 필요한 틀을 제공합니다. 용어집을 보려면 부록 B 를 참조하십시오.

용어

태어날 때 지정된 성(sex)에 따라 사회가 지정한 성별(gender)과는 다른 성별정체성(gender identity)을 갖거나 다른 성별표현(gender expression)을 하는 사람들의 집단은 전 세계에 다양하게 존재하고 있습니다. 본서에서는 '트랜스젠더·성별다양성이 있는(transgender and gender diverse; TGD)'이라는 표현을 사용하여 이러한 집단에 속한 사람들을 가능한 한 폭넓고 종합적으로 기술하고자 하였습니다. 'TGD'라는 개념은 문화 특이적인 및/또는 언어 특이적인 경험, 정체성 혹은 표현을 하는 사람들을 포함하는데, 이러한 경험과 정체성과 표현은 성별에 대한 서구식 개념화나 서구식 언어에 기초하거나 포함될 수도 있고 그렇지 않을 수도 있습니다. 편의상 '트랜스젠더·성별다양성이 있는'이라는 의미로 TGD 라는 약어를 사용하도록 하겠습니다.

'트랜스젠더·성별다양성이 있는'이라는 표현을 사용하겠다는 결정은 활발한 과정을 거쳐 내려졌으며, 그 과정에서 논란이 없지 않았습니다. 논의는 트랜스젠더라는 용어를 지나치게 강조하는 것을 피하고, 성별이분법에 속하지 않는 성별정체성과 경험을 통합하고, 성별 비순응(gender nonconforming)이라는 용어를 피하고, 현재 통용되는 언어가 몇 년 후에는 통용되지 않을 수도 있기 때문에 언어에 변화라는 속성이 있다는 것을 인정하는 문제를 중심으로 이루어졌습니다. 이에 따라 우리는 최대한 많은 사람을 포용하고 TGD 사람들의 성별정체성, 성별표현, 경험, 보건의료 수요가 다양함을 강조하기 위해 '트랜스젠더·성별다양성이 있는'이라는 용어를 선택했습니다. 델파이 기법을 사용하여 「건강관리실무표준」 제 8 판

저자들의 의견을 익명으로 수 차례 반복 조사하여 용어에 대한 합의에 도달했습니다. 「건강관리실무표준」 제 8 판은 전 세계의 TGD 사람이 자신의 성별을 어떻게 정체화하거나 표현하든 상관없이 적용 가능한 건강 관리 표준을 제시하고자 노력합니다.

맥락

이 장에서 선택한 언어 표현이 모든 문화와 지리적 지역/장소를 포괄할 수는 없을 것입니다(사실, 포괄하는 것은 아무리 해도 불가능할 것입니다). 적절한 용어가 무엇이고 특정한 전문 용어로 무엇을 써야 하는지 차이와 논쟁이 발생하는 일은 흔히 일어나며, 그 어느 용어도 논쟁 없이 쓰일 수는 없습니다. 이 장의 목적은 최대한 폭넓은 대상을 포용하는 것, TGD 사람들의 다양한 경험을 존중하고 반영하는 공통의 어휘를 제시하는 것, 그러면서도 보건의료 분야 종사자와 서비스 제공자와 일반 대중이 본서의 목적에 맞게 본서를 접할 수 있게 하는 것입니다. 궁극적으로, 트랜지션 관련 보건의료 서비스에 대한 접근은 TGD 사람이거나 그에게 서비스를 제공하는 사람이 어떤 단어로 정체성을 묘사하는지에 따라 정해지는 것이 아니라, 당사자에게 충분한 정보를 제공하고 충분한 정보에 근거한 사전 동의(informed consent)를 받았는지에 따라 정해져야 합니다. 당사자를 존중하고 문화적으로 적합한 언어 및 용어를 쓰는 것은 성별확정 건강 관리에서 가장 기본이 되며, 많은 TGD 사람이 보건의료 서비스를 받고자 할 때 경험하는 낙인과 피해를 줄이는 데에도 마찬가지로 가장 기본이 됩니다. 보건의료 제공자는 이용자가 어떤 언어 표현을 가장 편안히 느끼는지 함께 상의하고 가능한 한 그러한 언어 표현을 사용해야 합니다.

이 장에서는 왜 다른 용어 대신 현재 사용하는 용어를 쓰는지에 대해 설명합니다. 우리의 목적은 의학계나 법조계나 권리 옹호 집단 특유의 용어를 사용하 기보다는, TGD 보건 분야 및 여러 관련 분야(예컨대 역학, 법률전문가)등에서 공통의 언어를 발전시키고 이해를 증진함으로써 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 최대한 개선하는 데 있습니다.

성(sex), 성별(gender), 성별정체성(gender identity), 성별표현(gender expression)은 영어에서 모든

사람, 즉 TGD 사람이든 아닌 사람이든 관계없이 모든 사람을 기술하는 표현으로 쓰입니다. 매우 특정한 언어가 TGD 를 가장 존중하는 언어, 가장 포괄적인 언어, 또는 전 세계 TGD 커뮤니티에서 가장 많이 받아들이는 언어가 되는 이유는 매우 복합적인데, 이러한 개념을 영어 외의 다른 언어로 표현하는 단어의 존재 또는 부재, 성과 성별 사이의 구조적 관계, 지역·국가·국제 차원의 법적 지형, TGD 사람이 역사적으로 그리고 현재에도 겪고 있는 낙인으로 인한 효과 등이 그 이유입니다.

현재 TGD 보건 분야는 영어가 주로 지배하고 있기 때문에, 용어의 맥락을 설정할 때 두 가지 특정한 문제가 계속해서 일어납니다. 첫째, 영어에는 존재하는 단어가 다른 언어에는 존재하지 않는 경우입니다(예를 들어 'sex'와 'gender'는 우르두어를 비롯한 여러 언어에서 한 단어로만 나타납니다). 둘째, 영어 외의 언어에 존재하는 단어를 영어로는 직역할 수 없는 경우입니다(예를 들어, 트라베스티(travesti), 파아파피네(fa'afafine), 히즈라(hijra), 셀라타(selrata), 무세(muxe), 까터이(kathoey), 트랜스피노이(transpinoy), 와리아(waria), 마치(machi)). 이러한 사실이 실질적으로 의미하는 바는, 어떤 용어가 널리 쓰이고 있는가와 그로 인해 어떤 사람이나 정체성이 가장 잘 대표되고 있거나 인정받는지의 문제에서 영어가 막대한 영향력을 끼친다는 것입니다. SOC 과거 판본에서 WPATH 는 '트랜스젠더'만을 광범위한 의미의 포괄적 용어로 사용했지만, 제 8 판에서는 표현을 확장하여 TGD 를 본서 전체에 걸쳐 포괄적 용어로 사용합니다(제 2 장 '전 세계적 적용 가능성' 참조).

게다가 언어는 끊임없이 발전하기 마련인데, 외부 요인 및 TGD 사람들과 그들의 몸에 가해지는 사회적, 구조적, 개인적 압력과 폭력은 이러한 언어의 속성에 영향을 끼칩니다. 역사적으로 사용되어 온 각종 용어와 문구는 TGD 사람들을 특정 방식, 특정 시기, 특정한 이유로 거론하는 데 쓰이면서 망가졌고, 그로 인해 TGD 사람들 사이에서 더 이상 쓰이지 않게 되거나 뜨거운 논쟁의 대상이 되기도 하였으며, 어떤 사람이 선호하는 용어를 다른 사람은 불쾌하게 여기기

도 합니다. 혹자는 SOC 에서 TGD 사람들, TGD 정체성들, TGD 관련 보건 서비스를 기술하는 일관되고 보편적인 용어 목록을 제시하기를 바라기도 합니다. 그러나 이러한 목록은 일부 사람들을 배제하고 인종·출신 국가·원주민 여부·사회경제적 지위·종교·구사하는 언어(들)·종족 등 여러 상호교차적 속성과 관련된 구조적 억압을 강화하지 않고는 존재하지도 않고 존재할 수도 없습니다. 「건강관리실무표준」에서 사용한 용어 중 적어도 일부는 제 9 판이 나올 무렵이면 시대에 뒤떨어질 가능성이 매우 높습니다. 이러한 현실에 불만을 느낄 사람도 있을 것입니다. 그러나 이 점을 오히려 기회로 여기고 개개인과 공동체들이 자신의 어휘를 개발하고 다듬기를, 사람들이 TGD 사람들의 삶과 이들이 필요로 하는 바를—TGD 사람들의 굴하지 않는 끈기와 억압에 대한 저항도—한층 더 민감하게 이해하기를 희망합니다.

마지막으로, 법과 법률전문가의 작업 역시 「건강관리실무표준」의 영역에 포함됩니다. 그렇기에 우리는 국제법에서 가장 널리 사용하는 언어를 「건강관리실무표준」에 포함함으로써 이러한 용어들의 기능적 정의를 발전시키도록 돕고, 이 용어들이 구식이고/이거나 불쾌한 용어를 대신하여 법적 맥락에서 사용되도록 장려하고자 하였습니다. 현존하는 국제인권법 문서 중 가장 면밀한 문서에서는 “성별다양성이 있는”이라는 용어를 사용합니다.⁷

이 장에 있는 모든 권고는 철저한 근거 검토, 이익과 위해 평가, 보건의료 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 활용과 실현 가능성에 기초합니다. 우리는 근거가 충분하지 않고/또는 서비스에 접근하는 것이 불가능하거나 우리는 몇몇 경우에 근거가 충분하지 않고, 또는 서비스에 접근하는 것이 어렵거나 적합한 서비스가 아닐 수 있다는 점을 인정합니다.

⁷ [원주] A/73/152, Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based

on sexual orientation and gender identity

권고성명

- 1.1- 우리는 보건의료 전문가가 「건강관리실무표준」을 세계 각지의 다양한 환경에서 적용할 때 해당 문화에 적합한 언어 표현(트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들을 기술하는 용어도 여기에 포함됩니다)을 사용할 것을 권고합니다.
- 1.2- 우리는 보건의료 전문가가 안전, 존엄, 존중이라는 원칙을 지키는 언어를 보건의료 환경에서 사용할 것을 권고합니다.
- 1.3- 우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들과 상의하여 이들이 어떤 언어 표현이나 용어를 선호하는지 알아볼 것을 권고합니다.

권고성명 1.1

우리는 보건의료 전문가가 「건강관리실무표준」을 세계 각지의 다양한 환경에서 적용할 때 해당 문화에 적합한 언어 표현(트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들을 기술하는 용어 포함)을 사용할 것을 권고합니다.

세계 각지의 다양한 환경에서 TGD 사람을 기술할 때에는 문화에 적합한 언어 표현을 사용합니다. 예를 들어, 성(sex), 성별(gender), 성별다양성(gender diversity) 개념은 맥락에 따라 달라지며, 이러한 개념을 묘사하는 언어도 달라집니다. 그러므로 태국에서 TGD 사람의 건강을 관리할 때 사용하는 언어는 나이지리아에서 TGD 사람의 건강을 관리할 때 사용하는 언어와 같지 않을 것입니다. 「건강관리실무표준」을 전 세계적으로 적용할 때, 우리는 보건의료 전문가(health care professionals; HCPs)가 현지 언어와 용어를 사용하여 해당 문화 및/또는 지리적 장소에서 건강 관리 서비스를 전달하기를 권고합니다.

성별확정(Gender affirmation)은 TGD 사람의 성별 정체성을—사회적 측면에서든, 의료적 측면에서든, 법적 측면에서든, 행동 측면에서든, 또는 이들 중 몇 가지를 동시에—인정하거나 긍정하는 과정을 의미합니다(Reisner, Poteat et al., 2016). 성별확정을 긍정하고 트랜스젠더에 속련된 보건의료체계에서는 TGD 사람의 건강을 관리할 때 해당 문화에 특화된 언어를 사용합니다. 성별확정 건강 관리는 트랜지션 관련 건강 관리와 동의어가 아닙니다. 호르몬이나 수술을 통한 의학적 성별확정 조치 등의 트랜지션 관련 건강 관리를 제공하는 것만으로는 성별을 확정하는 건강 관리를 제공한다고 할 수 없으며, 마찬가지로 양질의 안전한 건강 관리가 이루어지고 있다고도 할 수 없습니다.

TGD 공동체에 자문을 구하고 TGD 공동체와 협력하는 것이 특정한 상황 및 환경에서 보건의료 서비스를 제공할 때 사용하는 언어의 문화적 적합성과 포용성을 보장하는 데 도움이 될 수 있습니다.

권고성명 1.2

우리는 보건의료 전문가가 안전, 존엄, 존중이라는 원칙을 지키는 언어를 보건의료 환경에서 사용할 것을 권고합니다.

안전과 존엄과 존중은 기본 인권입니다(International Commission of Jurists, 2007). 우리는 보건의료 전문가가 TGD 사람들의 건강을 관리할 때 이러한 인권을 지키는 언어와 용어를 사용할 것을 권고합니다. 많은 TGD 사람들은 보건의료 환경에서 낙인, 차별, 학대를 경험했으며, 그로 인해 최적의 건강 관리를 받지 못하고 건강 면에서 열악한 결과를 얻게 됩니다(Reisner, Poteat et al., 2016; Safer et al., 2016; Winter, Settle et al., 2016). 이러한 경험에는 성별용어를 오용(미스젠더링)하거나, 아프거나 다쳤을 때 건강 관리를 거부당하거나 서비스 제공을 거부당하는 것, 적절한 치료를 받기 위해 보건의료 전문가를 가르쳐야 하는 것도 포함됩니다(James et al., 2016). 그 결과 많은 TGD 사람들은 보건의료 서비스를 받는 것이 안전하지 못하다고 느낍니다. TGD 사람들은 보건의료 체계를 피하고 다른 방식, 예컨대 의료 처방이나 모니터링 없이 호르몬을 투여 하거나 동료 TGD에게 의지해 의학적 조언을 받는 식으로 건강 관련 수요를 충족하려고 할 수 있습니다. 게다가, 과거에 보건의료 환경에서 겪었던 부정적인 경험은 TGD 사람들이 이후에도 건강 관리를 회피하는 것과 관련이 있습니다.

권고성명 1.3

우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들과 상의하여 이들이 어떤 언어 표현이나 용어를 선호하는지 알아볼 것을 권고합니다.

TGD 사람들의 건강을 관리할 때, 우리는 보건의료 전문가가 환자가 어떤 언어나 용어로 자신을 지칭하는 것을 선호하는지 환자와 상의하여 알아볼 것을 권고합니다. TGD 사람이 어떤 이름이나 인칭대명사로 불리기를 원하는지 묻는 것, 자신의 성별을 어떻게 정체화하는지 묻는 것, 신체 부위를 기술할 때 어떤 언어 표현을 사용해야 하는지 묻는 것도 상의할 내용에 포함됩니다. TGD 를 긍정하는 언어 또는 용어를 활용하는 것은 TGD 사람을 긍정하는(TGD-affirming) 건강 관리의 핵심 요소입니다(Lightfoot et al., 2021; Vermeir et al., 2018). 더 나아가 상의와 의사소통은 라포를 형성하는 데에도, TGD 사람들이 보건의료 전문가와 보건의료 체계에서의 경험에 대해 느끼는 불신을 줄이는 데에도 도움이 될 수 있습니다. 언어와 용어에 대해 논의하고 적합한 언어와 용어를 사용하면 환자가 TGD 사람만을 대상으로 하지는 않는 건강 관리—예를 들어 일상적인 예방 검진이나 검진 후 필요한 의료적 추적 관리—에 참여하고 관리를 계속 받도록 하는 데 도움이 될 수도 있습니다. 전자의무기록은 출생 당시 지정된 성 및/또는 성별정체성만을 기준으로 사용하기보다는 장기/해부학적 구조의 목록을 기준으로 사용함으로써 임상에서 어떠한 치료가 적절한지 정보를 제공할 수 있습니다.

이러한 대화를 촉진하기 위해, 보건의료 전문가와 보건의료 환경은 인칭대명사와 이름을 포함하는 접수 양식 사용하기, (성별을 막론하고, 예컨대 시스젠더이든 TGD 이든 상관없이) 모든 직원이 자신을 소개할 때 인칭대명사를 사용하도록 요청하기, 모든 환자용 문서에 이름과 함께 인칭대명사를 기재하기, (Mr. 이나 Ms.와 같은) 성별이 함의된 존칭을 사용하지 않기 등의 표준화된 절차를 적용할 수 있습니다. 또한 보건의료 전문가 및 보건의료 환경을 대상으로 TGD 사람의 사생활과 비밀보장에 관한 권리를 보호하기 위한 정책을 시행할 수 있는데, 여기에는 TGD 사람이 언제 자신이 TGD 임을 밝히도록 하는지, 이 사실을 기록으로 남길 것인지, 기록한다면 어떻게 기

록하는 것이 적절한지도 포함됩니다. 예를 들어, 클리닉에서는 이러한 정보를 보건의료 전문가와 환자/내담자 간의 비밀유지사항(private and confidential)으로 기록하고 '필요 시에만 공개'해야 한다는 방침을 세울 수 있습니다.

제 2 장 전 세계적 적용 가능성

성과 성별에 그어진 문화적 경계를 거부하는 사람은 고대부터 전 세계 문화에 존재해 왔으며, 이러한 사람의 존재는 현지 용어로 인정되기도 하였습니다(Feinberg, 1996). 성별다양성이 질병으로 병리화된 것은 비교적 최근의 일로, 그와는 반대로 몇몇 문화에서는 전통적으로 이러한 다양성을 환영하고 축하했습니다(e.g., Nanda, 2014; Peletz, 2009). 오늘날, '트랜스젠더·성별다양성이 있는(TGD)'이라는 영어로 된 포괄적 용어(umbrella term)는 매우 다양한 성별 정체성 및 성별표현을 의미하기 때문에, 건강 관리 면에서도 경험과 수요가 다양한 인구 집단을 가리킵니다. TGD 사람 모두는 인간 다양성의 중요한 측면을 대표하며, 세계트랜스젠더보건의료전문가협회(WPATH)는 이러한 다양성을 소중히 여기고 축하할 것을 단호히 주장합니다. 제대로 인정받지 못하는 경우가 많음에도, TGD 사람들은 자신이 사는 사회에 결정적인 기여를 해오고 있습니다.

염려스럽게도 현대 사회에서는 많은 TGD 사람이 낙인, 편견, 차별, 괴롭힘, 학대, 폭력을 경험하며, 그 결과 사회적, 경제적, 법적으로 소외되고 정신 건강 및 신체 건강이 악화하거나 심지어 죽음에 이르기도 합니다. 이러한 과정을 '낙인에서 질병으로 이어지는 비탈(stigma-sickness slope)'이라고 묘사하기도 합니다(Winter, Diamond et al., 2016). 이러한 경험(및 이러한 경험을 하리라는 예상 또는 두려움)은 Meyer 가 '소수자 스트레스'라고 부른 것으로 이어지며(Meyer, 2003; TGD 사람들에게 대해 특정해 쓴 글로는 Bockting et al., 2013 도 참조), 신체 건강(e.g. Rich et al, 2020) 및 심리적 건강(e.g., Bränström et al., 2022; Scandurra et al., 2017; Shipherd et al., 2019, Tan et al., 2021)이 악화하는 결과와도 관련이 있습니다.

TGD 사람에 대한 폭력은 특히 문제입니다. 전 세계적 관점에서 보았을 때 이러한 폭력은 광범위하게 퍼져 있고 그 속성이 다양하며(정서적·성적·신체적 폭력, 예를 들어 Mujugira et al., 2021 참조) 가해자 역

시(국가 행위자를 포함해) 다양합니다. 살인은 행위의 결과가 가장 극단적인 형태의 폭력인데, 살인에 대한 통계는 충격적입니다. 2008 년 1 월부터 2021 년 9 월 사이에 전 세계에서 4,000 건이 넘는 살인 사건이 기록되었는데, 이 통계조차도 과소 보고로 인해 문제가 있는 통계로 널리 여겨집니다(TGEU, 2020).

「건강관리실무표준」 제 7 판(SOC-7)이 출간된 이래로, TGD 사람들과 이들의 건강 관리를 바라보는 관점에 극적인 변화가 있었습니다. 세계 주류 의학계는 더 이상 TGD 정체성을 정신질환으로 분류하지 않습니다. 미국 정신의학학회의 「정신질환 진단 및 통계 편람 제 5 판(DSM-5)」에서(APA, 2013) *성별불쾌감(Gender Dysphoria)* 진단은 성별정체성 자체보다는 TGD 로서 겪는 괴로움과 불편함에 초점을 맞춥니다. 2022년에는 본문 수정판(DSM-5-TR)이 출간되었습니다. 세계보건기구의 진단 매뉴얼인 「국제통계질병 분류 및 관련건강문제」 제 11 판(ICD-11)에서는(WHO, 2019b) *성별불일치* 진단을 성 건강을 다루는 장에 배치하였으며 당사자가 경험하는 정체성과 그러한 정체성에서 비롯할 수 있는 성별확정 치료의 필요성에 초점을 맞춥니다. 트랜스젠더 정체성들의 탈병리화(더 정확하게 말하자면 탈정신병리화)를 수반하는 이러한 발전은 여러 가지 이유에서 근본적으로 중요합니다. 보건의료 분야에서 이러한 발전은 환자가 일차의료 전문가의 지원을 통해 자신의 건강 관리에 대한 의사결정에 적극적으로 참여할 것을 강조하는 건강 관리 모델을 뒷받침하는 데 도움이 되었을 수 있습니다(Baleige et al., 2021). 또한 이러한 발전은 사회적으로 보다 포용적인 정책을 촉진하기도 한다고 보는 것이 합당합니다. 이러한 정책의 예로, 성별 정정(gender recognition)과 관련해 권리에 기반한 접근(rights-based approach)을 촉진하며 진단, 호르몬 치료 및/또는 수술이라는 요건을 강제하지 않는 법적 개혁을 들 수 있습니다⁸. TGD 사람은 주요 서류의 성별 표기를 변경한 후 정신 건강이 향상됩니다(e.g., Bauer et al., 2015; Scheim et al., 2020). 이 분야에서 보다 권리에 기반한 접근을 함으로써 TGD

⁸ 한국의 경우 관련 법률은 없으나 2006년 대법원이 성전환자의 성별 정정을 법적으로 허가함으로써 공문서 상 성별 표기와 법적 성별 변경이 확실하게 가능하게 되었다. 그러나 대부분의 법원이 생식기관을 제거하는 것을 포함하는 소위 성전환수술을 하

였는가 여부에 따라 판단하는 경향이 강하다. 다만, 최근 10여년간 외과수술 일부 혹은 외과수술을 하지 않은 경우에 대해서도 성별정정을 허가하는 사례가 지속적으로 늘고 있다(소은영, 2022; 한국성소수자연구회, 2019)

사람들의 전반적인 건강과 안녕에 한층 도움을 줄 수 있습니다(Aristegui et al., 2017).

SOC의 지난 판본들은 이 분야에서 기록된 임상 경험과 지식의 많은 부분이 북아메리카 및 서유럽에서 유래했음을 밝혔습니다. 지난 판본들은 고소득 국가의 성별확정 건강 관리에 초점을 맞추었는데, 이러한 국가는 보건의로 체계(훈련된 정신 건강 서비스 제공자, 내분비 전문의, 외과 의사 및 기타 전문가가 있는 체계 포함)에 자원이 상대적으로 풍부하고 보건의로 서비스를 흔히 공적 자금 또는 (적어도 일부 환자에게는) 민간 보험을 통해 제공합니다.

많은 나라에서 TGD 사람에게 건강 관리를 제공하는 것은 아직 요원한 목표에 불과합니다. 이 분야에 쓸 자원은 부족하거나 존재하지 않으며, 서비스는 부재하고 부적절하고 접하기 어렵고/또는 비용이 너무 높습니다. (일차의료 전문가든 전문의든) 보건의로 전문가는 거의 또는 없거나 아예 없기도 합니다. 성별확정 건강 관리에 대한 자금 지원이 없어서, 무슨 건강 관리를 받든 환자가 모든 비용을 부담하기도 합니다. 보건의로 서비스 제공자는 이 분야의 임상적 숙련도 및/또는 문화적 숙련도가 떨어지는 경우가 많습니다. 이러한 환자를 대하는 데 필요한 수련을 충분히 받지 못하기도 합니다(e.g., Martins et al., 2020). 이 모든 이유 때문에, 그리고 주류 '서양' 의학이 역사적으로 TGD 사람들을 정신질환자로 간주했기 때문에(이러한 관점은 최근에는 바뀌었습니다), TGD 사람들은 보건의로 소비자로서 흔히 약자(disempowered) 위치에 놓였습니다.

보건의로 서비스 제공자들이 깨달았듯이 이 분야의 관련 문헌은 대체로 북아메리카 및 유럽에서 나왔는데, 이 점 때문에 자원이 매우 부족한 보건의로 체계에서 일하는 사람들은 특히 어려움을 겪습니다. 최근 TGD 이해관계자들이 파트너로 참여하는 이니셔티브들에서 다른 지역의 모범 사례에 대한 일련의 지식을 제공함으로써 이러한 상황이 다소 변화하고 있

는데, 이러한 모범 사례에는 글로벌 북반구⁹ 바깥에 있는 저소득 및 중간 소득 국가에서 효과적이고 문화적으로 숙련된 TGD 건강 관리를 하는 법도 포함됩니다.

이 분야에서 최근 몇 년간 다양하고 귀중한 보건의로 자료가 개발되었습니다. Dahlen et al.(2021)은 국제적 임상 지침 12 개를 검토하였는데, 검토한 지침 중 절반 이상이 북아메리카(e.g., Hembree et al., 2017) 또는 유럽(e.g., T'Sjoen et al., 2020)에 설립된 전문 기관에서 유래하였습니다. 이 중 셋은 세계보건기구(WHO)에서 유래하였습니다(가장 최신 지침은 WHO, 2016). 오늘날에는 Dahlen et al.의 목록에 들어있지 않으면서 북아메리카 및 유럽 이외 지역의 전문 지식을 명시적으로 활용하는 자료들이 여럿 있습니다. 이러한 사례는 아시아-태평양 지역(APTN, 2022; Health Policy Project et al., 2015), 카리브해 지역(PAHO, 2014), 태국, 호주(Telfer et al., 2020), 아오테아로아(Aotearoa)¹⁰ 뉴질랜드 (Oliphant et al., 2018), 남아프리카공화국(Tomson et al., 2021)에서 찾을 수 있습니다(TRANSIT (UNDP et al., 2016)도 보십시오). 이러한 자료들은 일반적으로 현지 또는 국제 TGD 공동체의 이니셔티브를 통해, 또는 공동체와의 파트너십을 통해 만들어졌습니다. 이러한 파트너십 접근법은 문화적으로 안전하고 숙련된 방법으로 현지의 수요를 충족하는 데 초점을 맞추지만, 국제적으로도 폭넓은 적합성이 있을 수 있습니다. 이러한 간행물 중 몇몇은 소득 수준이 낮고 자원이 부족한 국가에서 서비스를 기획하고 조직하고 전달하려는 사람들에게 특히 유용할 수 있습니다. 영어 외의 다른 언어로 출간되었으며 우리가 그 존재를 알지 못하는 다른 자료가 있을 수도 있습니다¹¹.

⁹ 글로벌 북반구(global north)는 지리적인 북반구를 가리키는 것이 아니라 경제 및 산업이 발달하고 소득 수준이 높은 국가들을 묶어서 가리키는 용어이다.

¹⁰ 아오테아로아(Aotearoa)는 뉴질랜드 원주민 언어인 마오리어로 뉴질랜드를 부르는 이름이다.

¹¹ 트랜스젠더 의료 관련 국내 저서로는 김승섭, 박주영, 이

혜민, 이호림, 최보경(2018). *오롯한 당신*. 서울: 숨쉬는책공장, 한국성소수자의료연구회(2022). *차별 없는 병원: 진료실을 바꿀 성소수자 의료 가이드*. 서울: 휴머니스트 참고.

권고성명

- 2.1- 우리는 보건의료 체계에서 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 이들이 의학적으로 필요로 하는 성별확인 보건의료를 제공할 것을 권고합니다.
- 2.2- 우리는 보건의료 전문가 및 기타 「건강관리실무표준」 제 8 판(SOC-8) 사용자가 자신이 활동하는 국가의 현실을 이해하고 문화적인 감수성을 갖춘 건강 관리를 제공함으로써, 현지의 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 공동체의 필요에 맞게 권고들을 적용할 것을 권고합니다.
- 2.3- 우리는 사회의 태도, 법률전문가, 경제적 상황, 보건 체계가 전 세계의 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 인생 경험에 어떤 영향을 미치는지를 보건의료 서비스 제공자가 이해할 것을 권고합니다.
- 2.4- 우리는 「건강관리실무표준」 번역판이 「건강관리실무표준」 제 8 판의 토대가 되는 핵심 원칙에 확실히 합치될 수 있도록 문화간 동등성, 개념적 동등성, 문자 의미의 동등성에 초점을 맞출 것을 권고합니다.
- 2.5- 우리는 보건의료 전문가와 정책 결정자가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들과 작업할 때 항상 「건강관리실무표준」 제 8 판의 핵심 원칙을 적용하여 인권 존중 및 적절하고 숙련된 보건의료 서비스에 대한 접근성을 보장할 것을 권고합니다. 이러한 원칙에는 다음의 내용이 포함됩니다.

일반 원칙

- 임파워링과 포용을 해야 합니다. 낙인을 줄이고, 필요한 모든 사람들이 적절한 보건의료 서비스에 접근할 수 있도록 노력하십시오.
- 다양성을 존중하십시오. 모든 고객과 모든 성별정체성을 존중하십시오. 성별정체성이나 성별표현의 차이를 병리화하지 마십시오.
- 보편 인권을 존중하십시오. 보편 인권에는 신체 및 정신의 온전성에 관한 권리, 자율성 및 자기 결정권을 보장받을 권리, 차별로부터의 자유, 도달 가능한 최고 수준의 건강에 이르는 권리가 포함됩니다.

적절한 서비스 및 접근 가능한 보건의료 서비스 개발 및 시행에 관한 원칙

트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 보건의료 서비스 개발 및 시행에 참여하도록 하십시오.

트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강(및 보건의료 수요)에 영향을 미칠 수 있는 사회적, 문화적, 경제적, 법적 요인이 무엇인지 인식하고, 당사자가 서비스에 접근할 수 있는 의지와 역량이 있는지도 인식하십시오.

성별정체성과 성별표현을 확정할 수 있는 보건의료 서비스를 제공(하거나 이에 정통한 동료에게 의뢰)하십시오.

여기에는 (만약 성별불쾌감이 있다면) 성별불쾌감에 따르는 괴로움을 줄이는 보건의료 서비스도 포함됩니다.

전환(conversion)을 목표로 하거나 전환 효과가 있는 접근법을 거부하고, 이러한 접근법이나 서비스를 어떤 식으로든 직간접적으로 지원하지 않도록 하십시오.

숙련된 서비스 제공에 관한 원칙

성별확인 건강 관리의 이익과 위해를 포함해, 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 보건의료 수요를 숙지합니다(가능하다면 수련을 받습니다).

고객의 구체적인 필요, 특히 고객의 성별정체성 및 표현 관련 목표에 일치하는 치료 접근법을 택합니다.

성별불쾌감을 줄이는 데에만 집중하기보다는 건강과 안녕을 증진하는 데 초점을 맞추십시오. 성별불쾌감은 있을 수도 있고 없을 수도 있습니다.

위해 감소 접근(harm reduction approaches)을 사용하는 것이 적절할 경우 반드시 사용하십시오.

트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 충분한 정보에 근거해 자신의 건강 및 안녕에 관한 결정을 내리는 데에 전면적이고 지속적으로 참여할 수 있도록 하십시오.

보건의료 서비스 경험을 개선합니다. 행정 체계 및 건강 관리의 연속성에 관한 서비스도 여기에 포함됩니다.

더 광범위한 공동체적 접근을 통해 건강을 증진하기 위한 노력에 관한 원칙

사람들을 공동체 및 동료 지원 네트워크와 연결합니다.

가족 및 공동체(학교, 직장 및 기타 환경) 내에서 고객을 지원하고 옹호하는 것이 적절한 경우, 고객을 지지하고 옹호합니다.

세계 각지에서 TGD 정체성은 성, 성별, 섹슈얼리티를 개념화하는 다양한 틀과 연관되며 매우 다양한 문화적 (그리고 때로는 영적) 맥락과 역사 속에 존재하기도 합니다. 사회적·문화적 요소들, 법률전문가, 성별확정 보건의료에 대한 수요 및 제공 간의 복잡한 관계를 고려할 때, 「건강관리실무표준」 제 8 판은 각 보건의료 전문가 개인의 의료 업무에 적합하고 그 맥락에 부합하면서도, 「건강관리실무표준」이 강조하는 핵심 원칙에 합치하는 관점에서 해석되어야 합니다 (APTN and UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; PAHO, 2014).

이러한 맥락에서, 그리고 각국의 TGD 사람들과 보건의료 서비스 제공자의 경험을 폭넓게 참조하여, 우리는 이 장에서 「건강관리실무표준」 제 8 판의 전 세계적 적용 가능성을 숙고합니다. 우리는 이 장에서 보건의료 전문가가 핵심적으로 고려해야 할 사항을 제시하고, TGD 사람이 어디에 살든 혹은 이러한 보건의료 서비스를 제공하고자 하는 사람에게 가용한 자원이 있든 없든 현시대의 TGD 사람의 건강 관리에 근본이 되는 원칙과 실천을 권고합니다.

권고성명 2.1

우리는 보건의료 체계에서 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 이들이 의학적으로 필요로 하는 성별확정 보건의료를 제공할 것을 권고합니다.

의학적 필요성(medical necessity)은 전 세계적으로 의료 보장 및 보험 정책/약관에서 공통으로 사용하는 용어입니다. 보험업자 및 보험사에서 일반적으로 사용하는 '의학적 필요성'의 정의는 다음과 같습니다. "의사 및/또는 보건의료 전문가가 신중한 임상 판단을 거쳐 환자에게 제공하고자 하는 보건의료 서비스로, 병·부상·질병 또는 그 증상을 예방하거나 평가하거나 진단하거나 치료할 목적으로 제공한다. 이러한 보건의료 서비스는 (a)일반적으로 인정되는 의료 행위의 표준에 부합하고 (b)유형·빈도·범위·부위·지속 기간이라는 측면에서 임상적으로 적절하고, 환자의 병·부상·질병에 효과적이라고 여겨지며 (c)환자나 의사나 다른 보건의료 서비스 제공자의 편의를 주된 목적으로 하지 않고, 해당 환자의 병·부상·질병을 진단하거나 치료할 때 최소한 동등한 수준의 치료적 또는 진단적 결과를 나타낼 만한 대안적 서비스 또는

일련의 대안적 서비스에 비해 비용이 더 많이 들지 않아야 한다." 치료를 하는 보건의료 전문가는 자신이 제안하는 치료가 해당 증상을 치료하는 데 의학적으로 필요하다고 주장하고 이를 문서로 기록합니다 (American Medical Association, 2016).

일반적으로, "받아들여지는 표준 의료행위"란 신뢰할 수 있는 과학적인 근거 및 관련 임상 분야에 종사하는 의사와/또는 보건의료 전문가의 견해에 기반한 표준을 의미하는데, 이 때 과학적인 근거는 관련 의료계, 지정된 전문 의학 학회 및/또는 적법한 의과 대학의 권고에서 일반적으로 인정되며 동료 평가를 거친 의료 문헌에 게재된 것이어야 합니다.

세계 일부 지역에서는 의학적 필요성이 보건의료에 대한 비용 지불, 보조금 및/또는 환급의 핵심입니다. 치료를 하는 보건의료 전문가는 증상을 예방하거나 치료하는 데 해당 치료가 의학적으로 필요하다고 주장하고 이를 문서로 기록할 수 있습니다. 만약 보건 정책이나 관행 때문에 치료의 의학적 필요성에 이의가 제기되는 경우, 정부 기관이나 기타 기관에 독립적인 의료 검토를 신청할 기회가 있을 수 있습니다.

성별다양성은 모든 인간에게 일반적으로 존재하며 병리적이지 않다는 점을 인정하여야 합니다. 그러나 성별불일치가 임상적으로 심각한 괴로움과 장애를 유발할 경우 의학적으로 필요한 임상 개입을 할 필요가 종종 있습니다. 많은 국가에서, 치료를 하는 보건의료 전문가는 의학적으로 필요한 성별확정 건강 관리를 성별불일치(ICD-11 의 HA60; WHO, 2019b)에 대한 치료 및/또는 성별불쾌감(DSM-5-TR 의 F64.0; APA, 2022)에 대한 치료로 기록합니다.

성별확정 치료—내분비과 시술 및 외과 시술도 포함한, 「건강관리실무표준」 제 8 판에서 개괄한 바에 따라 제대로 명시되고 실시된 치료—가 이러한 치료를 필요로 하는 TGD 사람들의 삶의 질과 안녕에 유익하다는 것을 입증하는 강력한 증거가 있습니다 (e.g., Ainsworth & Spiegel, 2010; Aires et al., 2020; Aldridge et al., 2020; Almazan & Keuroghlian, 2021; Al-Tamimi et al., 2019; Balakrishnan et al., 2020; Baker et al., 2021; Buncamper et al., 2016; Cardoso da Silva et al., 2016; Eftekhari Ardebili, 2020; Javier et al., 2022; Lindqvist et al., 2017; Mullins et al.,

2021; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; Özkan et al., 2018; T'Sjoen et al., 2019; van de Grift, Elaut et al., 2018; White Hugtho & Reisner, Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Yang, Zhao et al., 2016). 성별을 확정하는 개입에는 제모/체모 이식 절차, 음성 치료/수술, 상담 및 개인의 성별정체성을 긍정하고 성별불일치 및 불쾌감을 줄이는 데 효과적인 기타 의료 절차가 포함될 수 있습니다. 신분 증명 서류상의 이름과 성/성별을 법적으로 변경하는 것 역시 유익할 수 있는데, 일부 나라에서는 성별 변경 요건으로 의료 문서를 요구하므로 환자가 의료인에게 이러한 문서를 요청하기도 합니다.

성별확정 개입은 수십 년의 임상 경험 및 연구에 기초하였으므로, 실험적 개입이나 미용적 개입이나 혹은 단순히 환자의 편의를 위한 개입으로 간주되지 않습니다. 성별확정 개입은 성별불일치와 성별불쾌감을 안전하고 효과적으로 줄입니다(e.g., 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; Eftekhar 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 Hugtho & Reisner, Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018).

따라서, WPATH 는 보건의료 체계가 의학적으로 필요한 이러한 치료를 제공할 것을 촉구하며, TGD 사람들의 건강과 안녕에 의학적으로 필요한 절차나 치료를 막는 배제 조항을 정책 문서 및 의료 지침에서 삭제할 것을 촉구합니다. 다시 말해, 정부는 TGD 사람들에게 대한 보건의료 서비스가 현존하는 보편적 의료보장 체계, 공중 보건 체계, 정부 보조금으로 지원하는 체계, 또는 정부가 규제하는 민간 체계의 구성 요소로서 확립되거나 확장되거나 향상되도록 보

장해야 합니다. 보건의료 체계는 일상적 보건의료 서비스와 특화된 보건의료 서비스 모두가 지속적으로 제공되고 모든 시민이 형평성에 근거하여 이러한 서비스를 쉽고 저렴하게 접할 수 있도록 보장해야 합니다.

「건강관리실무표준」 제 8 판은 의학적으로 필요한 성별확정 개입을 다룹니다. 이러한 개입에는 자궁절제술, +/- 양측 난소난관절제술, 흉부재건수술 또는 여성화 유방재건술, 유두 크기 조절 또는 유방 보형물 삽입, 음경형성술·메토이디오플라스티(metoidioplasty)·음낭형성술·음경 보형물 및 고환 보형물·음경절제술·고환절제술·질형성술·외음부형성술 등등의 생식기 재건수술, 성별확정 또는 수술 전 준비 절차의 일환으로 얼굴·신체·생식기 주변 제모, 성별을 확정하기 위한 안면수술 및 신체윤곽 성형, 음성 치료 및/또는 수술, 사춘기억제제 및 성별확정 호르몬, 환자에게 적절하며 환자의 개별 상황과 필요에 대한 검토에 근거한 상담 또는 심리치료 등이 포함되나, 이것이 전부는 아닙니다.

권고성명 2.2

우리는 보건의료 전문가 및 기타 「건강관리실무표준」 제 8 판(SOC-8) 사용자가 자신이 활동하는 국가의 현실을 이해하고 문화적인 감수성을 갖춘 건강 관리를 제공함으로써, 현지의 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 공동체의 필요에 맞게 권고들을 적용할 것을 권고합니다.

전 세계에서 TGD 사람들은 다양하게 자신을 정체화하며, 이러한 정체성은 문화적 맥락 속에서 존재합니다. 영어권 국가에서 TGD 사람들은 트랜스섹슈얼(transsexual)¹², 트랜스(trans), 성별비순응자(gender nonconforming), 젠더퀴어(gender queer) 또는 성별다양성이 있는 사람(gender diverse), 논바이너리(nonbinary), 또는 말 그대로 트랜스젠더 및/또는 성별다양성이 있는 사람(transgender and/or gender diverse)을 비롯해 여러 가지 정체성으로 자신을 정체화하며, (성별이분법 안에서 자신을 정체화하는 많은 이들의 경우) 남성(male) 또는 여성(female)으로

¹² 한국의 의학계나 법학계는 성전환자, 성전환증자로 해당 용어를 번역하여 사용해왔다. '성전환증자'는 병리적인

의미가 포함되어 있다는 비판을 받고 있으며, '성전환자'도 점차 사용하지 않는 추세이다.

정체화하기도 합니다(e.g., James et al., 2016; Strauss et al., 2017; Veale et al., 2019).

다른 지역에서 TGD 정체성의 예로는 트라베스티(travesti, 라틴아메리카 지역 대부분), 히즈라(hijra, 남아시아 지역 대부분), 크와자 시라(khwaja sira, 파키스탄), 아초우트(achout, 미얀마), 막냐(maknyah), 팍냐(paknyah, 이상 말레이시아), 와리아(waria, 인도네시아), 까터이(kathoey), 푸잉 캄 펫(phuying khamphet), 사오 뿌라펫 송(sao praphet song, 이상 태국), 바클라(bakla), 트랜스피나이(transpinay), 트랜스피노이(transpinoy, 이상 필리핀), 파아파피네(fa'afafine, 사모아), 마후(mahu, 프랑스령 폴리네시아와 하와이), 레이티(leiti, 통가), 파카피피네(fakafifine, 니우에), 피나피나아이네(pinapinaaine, 투발루와 키리바시), 바카살레왈레와(vakasalewalewa, 피지), 팔로파(palopa, 파푸아뉴기니), 브라더보이(brotherboy) 및 시스터걸(sistergirl, 이상 호주 원주민 및 호주령 토러스 해협 제도 사람들), 아카바이네(akava'ine, 쿡 제도) 등이 있으나 이것이 전부는 아닙니다(e.g., APTN and UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; Kerry, 2014). 또한 북아메리카 전역에는 두 영혼(two-spirit)으로 정체화하는 사람이 여럿 있습니다(예컨대 나바호족(디네) 문화의 나들리히(nadleehi)) (Sheppard & Mayo, 2013). 이러한 용어 각각이 지칭하는 정체성은 문화적으로 복잡한 경우가 많으며 영적이거나 종교적 맥락 속에서 존재하기도 합니다. 해당 문화와 정체성에 따라, 어떤 정체성은 성별이분법 너머에 존재하는 소위 '제 3의 성별'로 여겨지기도 합니다(e.g., Graham, 2010; Nanda, 2014; Peletz, 2009). 어떤 TGD 정체성은 다른 정체성에 비해 확고하게 자리잡지 못했습니다. 세계 여러 곳에서 트랜스젠더 남성과 논바이너리 트랜스마스쿨린(nonbinary transmasculine)¹³ 정체성은 비교적 최근에 가시화되었으며, 현지어로는 여기에 적용할 수 있는 전통적 용어가 거의 또는 아예 없습니다(Health Policy Project et al., 2015). 어디서 누구를 상대로 일하던 보건의료 전문가는(소수 민족, 이민자, 난민을 상대로 일하는 보건의료 전문가도 포함) 보건의료에 따르는 결과뿐만 아니라 사람들이 성장하고 생활하는 문화의 맥락을 인

지해야 합니다.

전 세계에서 보건의료의 가용 정도(availability), 접근성(accessibility), 수용 가능한 정도(acceptability), 질(quality)은 차이가 크며, 그 결과 국내 및 국가간 불평등이 발생합니다(OECD, 2019). 몇몇 국가에서는 정식 보건의료 체계가 기존에 확립된 전통·민속 보건의료 체계와 공존하며, 토착 보건 모델은 전인적인 보건의료의 중요성을 뒷받침하기도 합니다(WHO, 2019a). 보건의료 전문가는 보건의료 서비스가 주어지는 전통과 현실을 인지하고, 현지의 필요와 TGD 사람들의 정체성에 감수성을 가지고 이들을 지원하며, TGD 사람들의 건강을 문화적으로 숙련되고 안전한 방식으로 관리해야 합니다.

권고성명 2.3

우리는 사회의 태도, 법률전문가, 경제적 상황, 보건 체계가 전 세계의 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 인생 경험에 어떤 영향을 미치는지를 보건의료 서비스 제공자가 이해할 것을 권고합니다.

TGD 사람들의 인생 경험은 사회적, 문화적(영적 차원도 포함), 법적, 경제적, 지리적 요인 등 여러 요인에 따라 매우 달라집니다. TGD 사람들이 성별 및/또는 문화적 정체성을 존중받는 환경에서 생활하면 이러한 경험은 매우 긍정적일 수도 있습니다. 가족은 이런 면에서 특히 중요합니다(e.g., Pariseau et al., 2019; Yadegarfar et al., 2014; Zhou et al., 2021). 그러나 전 지구적인 관점에서 보았을 때, TGD 사람들은 어려운 상황에 처한 경우가 많습니다. TGD 사람들은 국제인권법에서 널리 인정하는 권리를 흔히 부정당합니다. 이러한 권리에는 교육받을 권리, 건강권 및 의료적 학대로부터 보호받을 권리, 노동권 및 적절한 생활 수준으로 살 권리, 주거권, 이동 및 표현의 자유, 사생활권, 안전할 권리, 생존권, 가족을 가질 권리, 자유를 자의적으로 박탈당하지 않을 자유, 공정한 재판을 받을 권리, 구금 시 인도적으로 대우받을 권리, 고문과 비인도적이거나 굴욕적인 대우나 처벌을 받지 않을 자유 등이 포함됩니다(International Commission of Jurists, 2007, 2017).

¹³ 트랜스마스쿨린(trans masculine)이란 출생 당시 성별이 남성으로 지정되지 않았으나 '남성적'인 성별정체성이

있고/있거나 성별표현을 하는 사람을 광범위하게 지칭하는 표현이다.

권리를 부정당하는 것이 성적 소수자인 사람들의 건강과 안녕에 영향을 미칠 수 있다는 점은 널리 인정받고 있습니다(e.g., OHCHR et al., 2016; WHO, 2015). 따라서 우리는 TGD 사람들의 상술한 권리가 중요함을 다시금 확인하고, WPATH가 발표한 여러 정책 문서를 비롯하여 이전의 권리 옹호 활동에 주목합니다(e.g., WPATH, 2016, 2017, 2019). 보건의로 전문가는 적절하고 저렴하며 접근성 높은 양질의 성별 확정 건강 관리를 받을 권리를 비롯한 권리 옹호 활동에 중요한 역할을 할 수 있습니다.

전 세계에서 여러 연구가 TGD 사람들이 살면서 겪는 어려움과 그러한 어려움이 건강과 안녕에 미치는 영향을 자세히 설명합니다(e.g., 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). 이러한 연구에 따르면 TGD 사람들은 차별, 괴롭힘, 학대, 폭력뿐만 아니라 낙인과 편견을 종종 경험하거나, 이러한 행위가 벌어지리라고 예상하고 두려워하며 살아갑니다. TGD 사람들에게 적대적인 사회 가치와 태도는 흔히 학교 교육 과정을 통해 청소년에게 전달되고(e.g., Olivier & Thurasukam, 2018) 가족의 거부를 통해 표현되기도 하며(e.g., Yadegarfar et al., 2014), 성별 정체성과 섹슈얼리티를 표현할 자유를 제한하고 주거·공공영역·교육·고용·서비스(보건의로 포함)에 대한 접근을 방해하는 법과 정책과 관행을 통해 존속합니다. 그 결과, TGD 사람들은 시스젠더인 사람들에게 주어지는 다양한 기회를 박탈당하고 가족의 지원도 없이 사회 주변부로 내몰립니다. 설상가상으로, 세계

여러 지역에서 TGD 사람들은 법적으로 성별을 정정할 기회가 제한되거나 아예 이러한 기회를 갖지 못합니다(e.g., ILGA World, 2020a; TGEU, 2021; UNDP and APTN, 2017). 오늘날 몇몇 국가에서는 이러한 장벽이 소위 '젠더 비판적(gender-critical) 이론가'¹⁴들의 지지를 받기도 합니다(이에 대한 비판으로는 e.g., Madrigal-Borloz, 2021; Zanghellini, 2020 이 있음).

성별정체성을 변경하려는 시도(당사자를 시스젠더로 만드는 것을 목표로 하는 성별 교정 또는 성별 전환 프로그램)가 만연한데, 이는 TGD 사람에게 해를 끼치며(e.g., APTN, 2020a, 2020b, 2020c, 2021; Bishop, 2019; GIRES et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020) (성적 지향을 겨냥한 시도와 마찬가지로) 비윤리적이라고 간주됩니다(e.g., APS, 2021; Trispiotis and Purshouse, 2021; Various, 2019, 2021). 이러한 시도는 일종의 폭력으로 볼 수 있습니다. 유엔 성적 소수자 특별보고관¹⁵은 전 세계에 대해 이러한 관행을 금지할 것을 촉구했습니다(Madrigal-Borloz, 2020). 그리고 이러한 전환치료를 불법으로 규정하거나 판단하는 나라가 늘어나고 있습니다(ILGA World, 2020b).

불평등은 여러 요인으로 인해 발생하는데, 보건의로 체계 제공을 뒷받침하는 경제적 고려와 가치관, 특히 공공 보건의로·민간 보건의로·자비 부담 보건의를 강조하는 것에 관한 경제적 고려와 가치관도 이러한 요인에 포함됩니다. 적절하고 저렴한 보건의를 접하지 못하면 비공식 지식 체계에 더 많이 의존하게 될 수 있습니다. 여기에는 호르몬 자가 투여에 대한 정보도 포함되는데, 많은 경우 자가 투여는 필요한 의료적 모니터링이나 감독 없이 이루어집니다(e.g., Do et al., 2018; Liu et al., 2020; Rashid et al., 2022; Reisner et al., 2021; Winter & Doussantousse, 2009).

¹⁴ 젠더 비판적 페미니즘(gender critical feminism)은 트랜스여성성을 여성으로 인정하지 않는 페미니즘의 한 갈래이다. 젠더 비판적 페미니스트들은 트랜스여성은 여성이 아니고 여성이 될 수 없으며, 억압으로부터 여성을 안전하게 지키는 여성 전용 공간에 침입해 여성의 안전을 위협하는 존재로 본다(Zanghellini, 2020; LGBTQ+ Glossary PFLAG, n.d.).

¹⁵ 정식 명칭은 유엔 성적 지향 및 성별정체성에 기반한 폭

력 및 차별로부터의 보호에 관한 독립 전문가(Independent Expert on sexual orientation and gender identity, IE SOGI)로, 유엔인권이사회는 이와 같이 특정 주제에 대한 인권상황을 조사하는 특별절차를 두고 있다. 한국의 경우 2015년 유엔 자유권위원회에서 성적 소수자에 대한 '전환치료'의 선전을 비롯한 차별과 폭력에 대한민국 정부가 공개적으로 대응할 것을 요구하였다(UN Doc, CCPR/C/KOR/CO/4, 2015.12.3.).

세계 일부 지역에서는 많은 수의 트랜스젠더 여성이 신체를 변형하는 수단으로 실리콘을 이용하고, 실리콘 '비자격 시술자'에게 서비스를 받고/받거나 실리콘 주입 '파티'에 참석합니다. 이러한 행위는 흔히 그들의 커뮤니티 안에서 이루어집니다. 실리콘 주입은 즉각 효과를 보이는 반면 건강 면에서 현저히 위험합니다(e.g., Aguayo-Romero et al., 2015; Bertin et al., 2019; Regmi et al., 2021). 산업용 실리콘이나 다른 주사 가능한 물질을 주입한 경우와 외과적 제거가 어려운 경우에는 특히 더욱 위험합니다.

마지막으로, TGD 사람들의 성 건강 결과는 좋지 않습니다. 트랜스젠더 여성이면서 대도시 지역의 의료 기관에 나가는 사람의 HIV 유병률은 전 세계에서 약 19%로, 일반 대중의 유병률보다 49 배 높습니다(Baral et al., 2013). 트랜스젠더 남성의 성 건강 결과 역시 문제가 있습니다(e.g., Mujugira et al., 2021).

권고성명 2.4

우리는 「건강관리실무표준」 번역판이 「건강관리실무표준」 제 8 판의 토대가 되는 핵심 원칙에 합치될 수 있도록 문화간 동등성, 개념적 동등성, 문자 의미의 동등성에 초점을 맞출 것을 권고합니다.

TGD 사람들에게 대한 연구 문헌은 대체로 고소득 국가 및 영어권 국가에서 생산됩니다. TGD 사람들에게 대한 글로벌 북반구의 관점(보건의료 수요 및 제공에 관련된 관점 포함)이 이러한 문헌을 지배합니다. 현재 저자들이 2021년 5월에 Scopus 데이터베이스를 검색한 결과, 트랜스젠더 보건의료에 관한 문헌 99%가 유럽, 북아메리카, 호주, 뉴질랜드에서 유래했습니다. 전체 문헌의 96%가 영어로 작성되었습니다. 글로벌 남반구의 TGD 사람들은 영어로 된 문헌에서 상대적으로 별다른 주목을 받지 못했으며, 이들과 상호작용하는 보건의료 전문가들의 작업은 종종 인정받지 못하고 출간되지 못하거나 영어로 번역되지 않았습니다. 글로벌 북반구에서 생산한 자료를 적용하면 현재의 지식, 문화적 프레임워크, 관행의 적합성과 누양스를 간과하고 다른 이들의 작업으로부터 배울 기회를 놓칠 위험이 있습니다.

SOC에 명시된 원칙을 번역할 때에는 언어 번역에 대한 모범 사례 지침을 따름으로써 문화적으로나 언어적으로나 현지 상황에 적합한 양질의 서면 자료가

생산될 수 있도록 할 것을 권고합니다. 번역가가 TGD 정체성과 문화에 대한 지식을 갖추는 것이 중요합니다. 그래야 문자 의미 그대로 번역한 내용이 현지의 TGD 사람에게 문화적으로 숙련되고 안전한지 확인할 수 있기 때문입니다. 또한, 확립된 절차를 따름으로써 번역의 품질을 보증하는 것도 중요합니다(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010; Sprager & Martinez, 2015).

권고성명 2.5

우리는 보건의료 전문가와 정책 결정자가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들과 작업할 때 항상 「건강관리실무표준」 제 8 판의 핵심 원칙을 적용하여 인권 존중 및 적절하고 숙련된 보건의료 서비스에 대한 접근성을 보장할 것을 권고합니다. 이러한 원칙은 다음의 내용을 포함합니다.

일반 원칙

- 임파워링과 포용을 해야 합니다. 낙인을 줄이고, 필요한 모든 사람들이 적절한 보건의료 서비스에 접근할 수 있도록 노력하십시오.
- 다양성을 존중하십시오. 모든 고객과 모든 성별정체성을 존중하십시오. 성별정체성이나 성별표현의 차이를 병리화하지 마십시오.
- 보편 인권을 존중하십시오. 보편 인권에는 신체 및 정신의 온전성에 관한 권리, 자율성 및 자기 결정권을 보장받을 권리, 차별로부터의 자유, 도달 가능한 최고 수준의 건강에 이르는 권리가 포함됩니다.

적절한 서비스 및 접근 가능한 보건의료 서비스 개발 및 시행에 관한 원칙

- 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 보건의료 서비스 개발 및 시행에 참여하도록 하십시오.
- 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강(및 보건의료 수요)에 영향을 미칠 수 있는 사회적, 문화적, 경제적, 법적 요인이 무엇인지

인식하고, 당사자가 서비스에 접근할 수 있는 의지와 역량이 있는지도 인식하십시오.

- 성별정체성과 성별표현을 확정할 수 있는 보건의료 서비스를 제공(하거나 이에 정통한 동료에게 의뢰)하십시오. 여기에는 (만약 성별불쾌감이 있다면) 성별불쾌감에 따르는 괴로움을 줄이는 보건의료 서비스도 포함됩니다.
- 전환(conversion)¹⁶ 을 목표로 하거나 전환 효과가 있는 접근법을 거부하고, 이러한 접근법이나 서비스를 어떤 식으로든 직간접적으로 지원하지 않도록 하십시오.

숙련된 서비스 제공에 관한 원칙

- 성별확정 건강 관리의 이익과 위해를 포함해, 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 보건의료 수요를 숙지합니다(가능하다면 교육·훈련을 받습니다).
- 고객의 구체적인 욕구, 특히 고객의 성별정체성 및 표현 관련 목표에 일치하는 치료 접근법을 택합니다.
- 성별불쾌감을 줄이는 데에만 집중하기보다는 건강과 안녕을 증진하는 데 초점을 맞추십시오. 성별불쾌감은 있을 수도 있고 없을 수도 있습니다.
- 위해 감소 접근(harm reduction approaches)을 사용하는 것이 적절할 경우 반드시 사용하십시오.
- 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 충분한 정보에 근거해 자신의 건강 및 안녕에 관한 결정을 내리는 데에 전면적이고 지속적으로 참여할 수 있도록 하십시오.
- 보건의료 서비스 경험을 개선합니다. 행정 체계 및 건강 관리의 연속성에 관한 서비스도 여

기에 포함됩니다.

더 광범위한 공동체적 접근을 통해 건강을 증진하기 위한 노력에 관한 원칙

- 사람들을 공동체 및 동료 지원 네트워크와 연결합니다.
- 가족 및 공동체(학교, 직장 및 기타 환경) 내에서 고객을 지원하고 옹호하는 것이 적절한 경우, 고객을 지지하고 옹호합니다.

우리는 이미 TGD 사람들이 직면할 수 있는 다양한 어려움, 즉 사회적, 경제적, 법적 걸림돌 및 보건의료 접근을 가로막는 걸림돌에 대해 자세하게 기술한 연구를 인용했습니다. (가용성, 접근성, 질적 측면에서) 전반적인 보건의료 서비스는 세계 각국에서 서로 다르지만, TGD 사람이 이용할 수 있는 서비스는 불충분한 경우가 많습니다. 전 세계 다양한 지역에서 들어온 보고에 따르면, 보건의료에 대한 긍정적인 경험을 보고하는 TGD 사람들도 있지만, 그렇지 못한 TGD 사람도 많습니다(e.g., 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). 주류 보건의료 옵션은 일반 건강 관리, 성 건강 관리, 또는 성별확정 건강 관리에 대한 TGD 사람들의 필요를 만족하지 못하는 경우가 많습니다. 클리닉과 병원의 표준 환자 관리 절차는 TGD 환자의 성별정체성(성별이분법 바깥에 있는 정체성 포함)을 제대로 인정하지 못할 때가 많습니다. 환자는 자신의 성별에 맞지 않는 병동에 배정되어 성적 괴롭힘을 당할 위험에 처하기도 합니다. 보건의료 전문가와 보조 스태프는 비협조적이거나 적대적인 태도로 TGD 환자들을 대하기도 하고 심지어 서비스를 거부하기도 합니다.¹⁷ 매우 우려스럽

¹⁶ 여기서 전환이란 '성 전환(sex change)'이 아니라 '전환 치료(conversion therapy)'의 '전환'을 의미한다. 즉, 성적 소수자의 성적 지향, 성별정체성, 성별표현을 바꾸고자 하는 시도를 가리킨다. 전환치료의 문제점에 대해서는 6 장 및 18 장 참조.

¹⁷ 한국의 경우, 2017 년 레인보우 커넥션 프로젝트에서 실시한 설문조사 결과에 따르면, 트랜스젠더(논바이너리 포함) 참여자 262 명 중 42.7%(112 명)가 스스로 의료 기관 방문을 회피하거나 연기한 적이 있으며, 5.3%(14 명)는 의료 기관에서 의료진에게 진료를 거부당한 경험이 있었다(김승섭 외, 2018). 또한, 국가인권위원회 2020 년

제도, 세계 일부 지역의 보건의료 전문가들은 이 장 앞부분에서 설명한 것과 같이 TGD 사람의 성별을 변경하려는 시도에 참여하고 있습니다.

전 세계에서 성별확정 건강 관리를 가로막는 장벽은 그 외에도 여러 가지가 있습니다. 보건의료 전문가는 종종 TGD 사람이 요청하는 서비스의 제공을 꺼리기도 합니다. 어떤 국가에서는 보건의료 전문가가 이러한 서비스를 제공하지 못하게 법률전문가이나 규정을 통해 막거나 규제하기도 합니다. 일반의 및 기타 보건의료 서비스 제공자는 자기 언어로 된 명확한 지침을 접할 수 없으면 서비스 제공을 단념하게 될 수도 있습니다. 환자는 가용한 보건의료 서비스가 있는 상황에서도 거리 문제, 게이트키퍼 관행¹⁸, 수요-공급 문제로 인한 대기자나 비용 증가 문제로 실제 서비스에 접근하기 어려워할 수 있습니다. 게다가, 시스젠더 환자에게 보험으로 보장되는 시술과 유사한 것임에도 보편적 의료보장에 포함되거나 민간 보험으로 보장되지 않는 성별확정 시술이 있기도 합니다.

이러한 모든 이유 때문에 TGD 사람들은 가능한 한 공식적인 의료 서비스를 기피합니다. 그 공백은 흔히 그들의 공동체가 매우며, 공동체는 구성원들에게 중요한 자원 노릇을 합니다. 공동체는 외부 환경이 적대적인 상황에서 종종 구성원을 사회적, 정서적으로 지원합니다. 뿐만 아니라 공동체는 어떤 보건의료 서비스를 받을 수 있는지에 관해 구성원들이 공유한 정보를 비축하는 역할을 하는데, 여기에는 주류 의료 밖에서 (그리고 주류 의료보다 더 쉽고 저렴하게) 어떤 유사한 비공식 보건의료 서비스를 받을 수 있는가 하는 것도 포함됩니다. 앞서 이 장에서 보았듯이, 신체를 변형하기 위해 실리콘 및 기타 주사 가능한 물질에 대한 정보를 공유하는 것과 필수적인 의료적 모니터링이나 감독 없이 자가 투여하는 호르몬에 대한 정보를 공유하는 것도 여기에 포함됩니다. WHO는 성별확정 호르몬을 자가 투여하는 TGD 개개인이 근거 중심적인 정보, 양질의 제품, 멸균 주사 도구를 구할 수 있게 하는 것이 도움이 될 것이라고 지적합니다 (WHO, 2021). 이러한 정보에 접근하는 것은 더 광범

위한 피해 감소 전략의 일환이 될 수 있습니다(e.g., Idrus & Hyman, 2014).

상술한 주요 핵심 원칙을 실천함으로써, 어떤 현지 상황에서도 TGD 사람들의 보건의료 경험을 개선하고 TGD 사람들이 더욱 존중받도록 할 수 있습니다. 이는 보건의료 체계의 현실(보건의료 서비스를 제공하는 문화적, 사회적, 법적, 경제적 맥락 포함), 제공 가능한 보건의료 수준, 또는 이러한 서비스를 원하는 TGD 사람과 무관하게 가능합니다.

도 「트랜스젠더 혐오차별 실태조사」에서도 설문조사 응답자(588명) 중 27.9%(164명)이 지난 12개월 동안 의료기관을 갈 필요가 있었지만 의료기관 방문을 포기했다고 응답했다(국가인권위, 2020).

¹⁸ 의료에서 게이트키퍼란 환자가 전문의의 진료를 받기 전 반드시 일반의나 지정된 주치의 등에게 먼저 진료를 받도록 강제하는 제도이다(Sripa P et al., 2019).

제 3 장 인구 추계

이전 판본인 「건강관리실무표준」 제 7 판에서 세계트랜스젠더보건의료전문가협회(WPATH)는 트랜스젠더·성별다양성이 있는(TGD) 사람들의 인구를 추산하려는 논문을 소량밖에 찾지 못했고, 당시의 학문 수준이 “출발점”에 불과하며 체계적인 연구가 추가로 필요하다고 평가하였습니다 (Coleman et al., 2012). 그 이후로 이 주제에 관한 문헌은 상당히 늘어났는데, 가용한 근거를 종합하려는 최근의 여러 검토에서도 이 점을 알 수 있습니다(Arcelus et al., 2015; Collin et al., 2016; Goodman et al., 2019; Meier & Labuski, 2013; Zhang et al., 2020).

TGD 인구에 관한 역학 데이터를 검토할 때는 발생률(incidence)이나 유병률(prevalence)이라는 용어를 피하는 것이 최선입니다. 이러한 용어 및 유사한 용어를 피함으로써 TGD 사람들을 부적절하게 병리화하는 것을 방지할 수 있습니다(Adams et al., 2017; Bouman et al., 2017). 게다가 ‘발생률’이라는 용어는 이 상황에서는 적절하지 않을 수 있습니다. 발생률이라는 용어에는 TGD 상태가 발생한 시점을 쉽게 확인할 수 있다는 가정이 깔려 있는데, 발생 시점은 발생률을 추산하는 데 필요한 전제 조건이기 때문입니다(Celentano & Szklo, 2019). 이상의 모든 이유 때문에, 우리는 TGD 인구의 절대적 규모와 상대적 규모를 나타낼 때 ‘수(number)’와 ‘비율(proportion)’이라는 용어를 사용할 것을 권고합니다.

이 문헌을 검토할 때 가장 중요하게 고려해야 할 사항은 아마도 TGD 인구에 적용하는 변수의 정의일 것입니다(Collin et al., 2016; Meier & Labuski, 2013). 클리닉 기반 연구에서 TGD 사람에 대한 데이터는 대체로 트랜스젠더 관련 진단 또는 상담을 받은 사람의 데이터나, 성별확정 치료를 요청하거나 받은 사람의 데이터에 국한되는 반면, 설문조사 기반 연구는 대체로 개인이 스스로 평가한 성별정체성을 바탕으로 하여 대상을 더욱 광범위하고 포용적으로 정의하기 때문입니다.

TGD 인구의 규모와 분포를 산정할 때 고려해야 할 방법론적 사항은 또 있습니다. 표집틀이 어떻게 구성되었는지를 이해해야 한다는 것입니다. 최근의 검토에서 언급되었듯이(Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020), 기존에 출간된 연구들, 특히 실시된 지 10

년 넘는 연구들에서는 일단 특정한 임상 센터에서 만난 환자의 수를 산정한 다음 그 수를 인구 수의 근사치로 나누었습니다. 이런 방법으로는 정확한 추정치를 계산할 가능성이 낮는데, 이 계산에서는 분자가 반드시 분모에 포함되지도 않을뿐더러 분모의 실제 크기를 알 수도 없는 경우가 많기 때문입니다.

이러한 점들을 고려했을 때, 최근(지난 10 년 이내에 출간된) 실시되고 동료 평가를 거쳤으며 타당한 방법론을 사용하여 잘 정의된 표집틀 안에서 TGD 사람을 파악한 연구에 집중하는 것이 바람직합니다. 위에 언급한 모든 이유 때문에, 이 장에서는 1)2009 년 또는 그 이후에 발간되었고 2)TGD 여부를 명확히 정의했고 3)잘 정의된 인구 분모에 근거해 TGD 사람의 비율을 계산했고 4)동료 검토를 거쳤다는 기준을 충족하는 연구에 집중합니다. 이러한 연구가 보다 정확하고 현 시점에 맞는 추계를 내놓을 수 있기 때문입니다.

우리에게 가용한 연구는 크게 세 가지로 분류할 수 있습니다. 첫째는 대규모 보건의료 체계에 등록된 사람들 중 TGD 사람의 비율을 보고한 연구, 둘째는 주로 성인이 참여한 인구 조사로부터 결과를 제시한 연구, 셋째는 학교에서 아동·청소년을 대상으로 실시한 설문조사를 토대로 한 연구입니다. 이 세 가지 범주에 속하는 연구 중에서 가장 유용하고 방법론적으로 타당한 연구들을 아래에 요약하였습니다. 이러한 연구 및 기타 유사 연구에 대한 추가적인 세부 내용은 최근에 나온 문헌 검토에서 확인할 수 있습니다(Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020).

대규모 보건의료 체계에 등록된 TGD 인구를 추산한 연구는 전부 미국에서 실시되었으며, 모든 연구는 전자의무기록에서 얻은 정보를 토대로 했습니다. 보건 체계를 토대로 한 연구 중 4 건은 진단 코드에만 근거해 TGD 인구를 확인했습니다. 2 건(Blosnich et al., 2013; Kauth et al., 2014)은 재향군인 보건부(Veterans Health Affairs) 시스템에서 얻은 데이터를 사용했는데, 이 시스템은 9 백만 명이 넘는 이들의 건강을 관리합니다. 2 건(Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019)은 메디케어(Medicare) 보험금 청구 데이터를 사용하였는데, 메디케어는 미국 연방의 건강 보험 프로그램으로 주로 65 세 이상인 사람을 대상으로 합니다. 이와 같이 진단 코드에 기반한 연구에서 보고한 TGD 인구의 비율은 약 0.02%에서 0.03%에 달했

습니다.

최근 출간된 또 다른 연구에서도 메디케어 데이터를 상업 보험 청구 데이터와 함께 사용하여 TGD 사람을 파악하고자 하였으며, 포함 기준을 확대하여 진단 코드뿐만 아니라 치료 절차 및 호르몬 치료에 대한 정보를 보완적으로 사용했습니다(Jasuja et al., 2020). 이 방법론을 사용했을 때, 의료 보험에 가입한 사람 중 TGD 사람의 비율은 0.03%였습니다. 보건 체계에 근거한 여섯 번째 연구(Quinn et al., 2017)는 조지아 주 및 캘리포니아 주에서 카이저 퍼머넌테(Kaiser Permanente) 보험을 대상으로 했는데, 이 보험은 고용주-정부 프로그램.개인 단위의 가입자를 통해 약 8 백만 명에게 건강 관리를 제공합니다. 카이저 퍼머넌테 연구에서는 진단 코드와 평문(free-text)으로 기재한 임상 기록을 모두 사용하여 모든 연령대에 걸쳐 TGD 인구를 확인했습니다. 카이저 퍼머넌테 연구에서 확인된 TGD 인구의 비율은 재향군인 보건부 연구 및 메디케어 연구에서 확인된 비율보다 높는데, 가장 최근 추정치는 약 0.04%에서 0.08%에 달합니다.

TGD 여부를 스스로 평가하는 설문조사 결과에서는 보건 시스템을 토대로 한 연구 결과에 비해 추정치가 훨씬 높게 나왔습니다. 미국 연구 2 건이 행동위험요인감시연구(Behavioral Risk Factor Surveillance Study; BRFSS)를 활용했는데, BRFSS는 미국의 50 개 주 및 미국령 영토 전역에서 매년 실시하는 전화 설문조사입니다(Conron et al., 2012; Crissman et al., 2017). 첫 번째 연구는 매사추세츠 주에서 2007~2009 년도에 실시한 BRFSS 데이터를 사용하였고, 두 번째 연구는 19 개 주 및 미국령 광에서 2014 년도에 실시한 BRFSS 데이터를 사용하였습니다. 두 연구 모두 성인(만 18 세 이상) 응답자의 약 0.5%가 "자신이 트랜스젠더라고 생각하십니까?"라는 질문에 "예"라고 응답하였다고 보고했습니다.

15~70 세인 네덜란드 인구 표본을 대상으로 실시한 인터넷 설문조사(Kuyper & Wijzen, 2014)에서는 5 점 리커트 척도를 사용하여 다음의 두 질문에 점수를 매겨 달라고 요청했습니다. "자신이 심리적으로 어느 정도까지 남성이라고 느낀다고 보십니까?" "자신이 심리적으로 어느 정도까지 여성이라고 느낀다고 보십니까?" 두 질문에 같은 점수를 매긴 응답자는 "성별이 양가적(gender ambivalent)"이라고 간주했

고, 출생 당시 지정된 성에 본인의 성별정체성보다 낮은 점수를 매긴 경우 "성별이 불일치(gender incongruent)"한다고 간주했습니다. 성별이 불일치하는 사람과 양가적인 사람의 비율은 출생 당시 지정된 성이 남성(assigned male at birth, AMAB)인 경우 각각 1.1%와 4.6%로 나타났고, 출생 당시 지정된 성이 여성(assigned female at birth, AFAB)인 경우 각각 0.8%와 3.2%로 나타났습니다.

보다 최근에 실시한 인구 기반 연구에서는 스웨덴 스톡홀름 주의 성인 주민 약 50,000 명 중 TGD 인구의 비율을 평가했습니다(Åhs et al., 2018). 분자는 참가자에게 다음과 같은 질문을 하여 정했습니다. "나는 호르몬이나 수술을 통해 성별이 다른 사람과 좀 더 비슷해지고 싶다." 성별불일치를 경험하는 사람들을 파악하기 위해 두 가지 항목을 추가했습니다. "나는 다른 성별인 것처럼 느낀다." "나는 다른 성별로 살거나 다른 성별로 대접받고 싶다." 응답자의 0.5%가 호르몬 치료 또는 성별확정 수술이 필요하다고 답했습니다. 자신이 다른 성별로 느껴진다고 응답한 사람의 비율과 자신이 다른 성별로 살거나 다른 성별로 대접받고 싶다고 응답한 사람의 비율은 각각 표본의 2.3%와 2.8%에 달했습니다.

북아메리카와 서유럽 이외 지역에서는 인구에 기반한 데이터가 더 적습니다. 최근 실시된 한 연구에서는 브라질 성인 6,000 명을 대상으로 대규모의 대표성 있는 설문조사를 실시하여 귀중한 데이터를 제공합니다(Spizzirri et al., 2021). 연구에서는 참가자의 성별정체성을 다음의 세 질문으로 평가하였습니다. 1) "다음 중 본인의 현재 느낌을 가장 잘 설명하는 선택지는 무엇입니까?" (선택지: 나는 남자라고 느낀다, 나는 여자라고 느낀다, 나는 남자도 여자도 아니라고 느낀다) 2) "본인의 출생증명서에 표기된 성은 무엇입니까?" (선택지: 남, 여, 미정) 3) "다음 중 어떠한 상황에 가장 공감합니까?" (선택지: 나는 남자로 태어났지만 어렸을 때부터 여자라고 느꼈다, 나는 여자로 태어났지만 어렸을 때부터 남자라고 느꼈다, 나는 남자로 태어났고 내 몸이 편하게 느껴진다, 나는 여자로 태어났고 내 몸이 편하게 느껴진다). 이 세 질문에 대한 응답을 바탕으로, 저자들은 설문 응답자의 1.9%가 TGD 라고 판단했습니다(0.7%는 트랜스젠더, 1.2%는 논바이너리로 정의됨).

TGD 아동·청소년(19 세 미만)의 인구 비율에 관한

문헌에는 학교에서 실시한 여러 설문조사 연구가 포함됩니다. 2012년에 뉴질랜드 전국에서 실시한 횡단 연구 설문조사에서는 고등학교 학생을 대상으로 TGD 정체성에 대한 정보를 수집했습니다(Clark et al., 2014). 8,000 명이 넘는 설문조사 참가자 중 1.2%가 스스로 TGD로 정체화했으며 2.5%가 잘 모르겠다고 답했습니다. 학생을 대상으로 한 또 다른 연구는 2016년에 미국 미네소타주에서 9~11학년(만 14~18세) 학생을 대상으로 실시한 설문조사를 토대로 했습니다(Eisenberg et al., 2017). 81,000명 가까운 응답자 중 2.7%가 자신이 TGD라고 답했습니다. 더 최근 연구(Johns et al., 2019)에서는 청소년위험행태조사(Youth Risk Behavior Survey; YRBS)를 근거로 결과를 도출하였는데, YRBS는 미국 고등학교 9~12학년(대략 만 13~19세) 학생을 지역, 주, 전국 차원에서 대표하는 표본을 대상으로 2년에 한 번씩 실시합니다. 2017년도 YRBS는 10개 주와 9개 대도시 지역에서 실시되었으며 설문 절차에 다음의 질문이 포함되었습니다. “어떤 사람은 태어날 때의 성이 스스로 느끼고 생각하는 성별과 일치하지 않을 때 자신을 트랜스젠더로 묘사합니다. 본인은 트랜스젠더입니까?” 19개 설문조사 지역에서 거의 12만 명에 달하는 참가자 중 1.8%가 “예, 나는 트랜스젠더입니다”라고 응답했으며 1.6%는 “나는 내가 트랜스젠더인지 잘 모르겠습니다”라고 답했습니다.

최근 미국에서 출간된 또 다른 학교 기반 연구에서는 2015년에 플로리다와 캘리포니아에서 실시한 설문조사 결과를 발표했는데, 이 설문조사에서는 9~12학년 학생 6,000여명이라는 표본을 대상으로 성별다양성이 있는 아동 및 청소년을 파악하고자 했습니다(Lowry et al., 2018). 자신이 매우/상당히/어느 정도 여성적이라고 응답한 AMAB 아동과 자신이 매우/상당히/어느 정도 남성적이라고 응답한 AFAB 아동은 ‘고도로 성별비순응적’이라고 정의했습니다. 이러한 정의에 따라, TGD 학생의 비율은 AMAB 학생 중에서는 13%, AFAB 학생 중에서는 4%, 전체 참가자 중에서는 8.4%로 나타났습니다.

더 어린 연령대에서 스스로를 TGD로 정의한 아동의 비율을 조사한 연구는 단 1건입니다. Shields et al.은 2011년도에 샌프란시스코 공립 중학교 22곳에서 6~8학년(만 11~13세) 학생 2,700명을 설문조사한 데이터를 분석했습니다(Shields et al., 2013).

“당신의 성별은 무엇입니까?”라는 질문에 “여, 남, 트랜스젠더” 중 하나로 답하도록 되어 있었는데, 이 질문에서 아동 33명이 스스로를 TGD로 정체화했습니다. 그 결과 트랜스젠더인 응답자의 비율은 1.3%로 나타났습니다. 그러나 이 정의는 TGD 사람 중 자신을 논바이너리로 정의하는 사람과 자신을 명확하게 트랜스젠더로 정체화하지 않는 사람을 배제합니다.

이상의 데이터를 종합하면, 진단 코드나 의료 기록상의 다른 근거를 토대로 한 보건 체계 기반 연구에서는(Blosnich et al., 2013; Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019; Kauth et al., 2014; Quinn et al., 2017) 최근 몇 년간(2011~2016) 보고된 TGD 사람의 비율이 0.02%에서 0.08%에 달했습니다. 반면, 응답자 본인의 평가를 근거로 TGD 여부를 확인했을 때, 해당 비율은 몇 자릿수나 높았을 뿐만 아니라 연구에서 사용한 정의가 유사한 경우 상당히 일관되게 나왔습니다. 설문조사에서 “트랜스젠더” 정체성을 특정해서 질문했을 때, 추정된 비율은 성인의 경우 0.3%에서 0.5%, 아동 및 청소년의 경우 1.2%에서 2.7%에 달했습니다. 정의를 확장하여 성별불일치나 성별양가성(gender ambivalence) 등 다양하게 표출되는 성별다양성을 포함했을 때에는 해당 비율이 더 높게 나타나, 성인의 경우 0.5%에서 4.5%에 달했고 아동 및 청소년의 경우에는 2.5%에서 8.4%로 나타났습니다.

다른 연구에서도 검토했듯이(Goodman et al., 2019), 또 다른 주목할 만한 현상이 있습니다. TGD 인구의 규모와 구성이 꾸준히 증가하고 있으며 보건 의료 체계, 인구 기반 설문조사, 법적 성별 인정 데이터에서 관측되는 TGD 사람의 비율이 상승하는 추세를 보이고 있다는 것입니다. 몇몇 예전 출간물에서는 TGD 인구의 규모가 과소평가되었을 가능성을 주장했는데, 근래에 나온 문헌에서 추정치가 더 높아졌다는 사실은 이 점을 뒷받침합니다(Olyslager & Conway, 2008).

일반 인구 중 TGD 사람의 보고된 비율 요약

보건의로 체계 기반 연구: 0.02~1%

설문조사 기반 연구, 성인 대상: 0.3~0.5%(트랜스젠더), 0.3~4.5%(TGD 전체)

설문조사 기반 연구, 아동 및 청소년 대상: 1.2~2.7%(트랜스젠더), 2.5~8.4%(TGD 전체)

또한 AMAB 대 AFAB의 비율의 시계열 변화 추세는 클리닉으로의 의뢰를 분석한 연구뿐만 아니라 통합 보건 체계에서 도출한 데이터에서도 보고되었습니다. 지난 수십 년간에는 AMAB의 비율이 우세했던 것과는 달리 최근 몇 년 사이에는 AFAB의 비율이 우세하며, 이러한 현상은 TGD 아동·청소년에게서 특히 두드러집니다(Aitken et al., 2015; de Graaf, Carmichael et al., 2018; de Graaf, Giovanardi et al. 2018; Steensma et al., 2018; Zhang et al., 2021). 낮은 연령대에서 TGD 사람의 비율이 높아지는 추세를 보이는 경향과 AMAB 대 AFAB 비율의 연령별 차이는 '코호트 효과'에 해당할 가능성이 있는데, 코호트 효과는 사회정치적 발전, 의뢰 패턴 변화, 덜 두드러지는 문화적 낙인, 세대 간에 다른 영향을 미치는 기타 변화를 반영합니다(Ashley 2019d; Pang et al., 2020; Zhang et al., 2020).

최근 출간된 연구의 질은 개선되었지만, 기존 연구에는 중대한 한계가 있습니다. 서유럽이나 북아메리카 이외 지역에서 동료 검토를 거쳐 출간된 연구가 상대적으로 부족하다는 것입니다. 전 세계적 수치를 추산하는 데 관한 정보 일부는 정부나 비정부기구가 제공하는 보고서에서 얻을 수 있지만(Fisher et al., 2019; Kasianczuk & Trofymenko, 2020), 이러한 보고서는 동료 검토를 거친 문헌에 등장하기 전에는 체계적으로 파악하고 평가하기 어려울 수 있습니다. 인구 통계 데이터에 충분히 접근하기 어렵고 영문 학술지가 전 세계의 문헌에서 과잉대표되는 것도 TGD 인구의 전 세계적 분포를 평가하는 데 걸림돌이 됩니다.

이러한 한계가 있기는 해도, 현재 입수 가능한 가장 양질의 데이터에 따르면 TGD 사람들은 분명히 일반 인구의 상당 부분을 차지하며 TGD 인구의 비율은 점차 증가하고 있습니다. 현재까지 입수 가능한 신뢰할 만한 근거에 따르면 이 비율은 대상 포함 기준, 연령대, 지리적 위치에 따라 1 퍼센트 미만에서 수 퍼센트까지 다양하게 나타납니다. TGD 인구의 비율·분포

구성을 정확하게 추산하고 TGD 사람들의 보건 수요를 적절히 충족하기 위해 자원이 얼마나 필요한지를 예측하려면 체계적으로 수집한 양질의 데이터에 근거해야 하는데, 이러한 데이터는 갈수록 늘어나고 있습니다. 이러한 데이터를 지속적이고 정기적으로 수집해야 변동성을 줄이고 보고된 결과를 과잉 추산하거나 과소 추산하는 것을 최대한 방지할 수 있습니다. 예를 들어, 인구 조사에서 현재 잘 검증된 방법인 2 단계 방법(two-step method)을 이용해 출생 당시 지정된 성 및 성별정체성 데이터—무성애자(asexual) 및 논바이너리 범주도 포함해—를 체계적으로 수집하고 보고하기 시작한다면, 더욱 정확하고 정밀한 추정치를 얻을 수 있게 될 것입니다.

이와 같은 인구 조사 기반 추정치는 캐나다 통계청에서 최초로 발표했습니다. 2021 년도 인구 조사 데이터에 따르면 캐나다인 3,050 만 명 중 100,815 명이 스스로 트랜스젠더 또는 논바이너리로 정체화했는데, 이는 15 세 이상 인구 중 0.33%에 해당합니다(Statistics Canada, 2022). 트랜스젠더 및 논바이너리 인 사람의 비율은 X 세대(1966~1980 년 출생, 0.19%), 베이비부머 세대(1946~1965 년 출생, 0.15%), 전간기 세대 및 가장 위대한 세대(Interwar and Greatest Generations; 1945 년 이전 출생, 0.12%)보다 Z 세대(1997~2006 년 출생, 0.79%) 및 밀레니얼(1981~1996 년 출생, 0.51%)에서 훨씬 높게 나타났는데, 이는 기존에 출간된 문헌과 일치합니다. 이 결과는 현재까지 입수 가능한 가장 양질의 데이터이지만, 캐나다에서 보고된 인구 비율을 다른 나라의 인구 비율과 비견할 수 있을지는 알 수 없습니다. TGD 인구 구성을 정의할 때 나타나는 변동성과 데이터 수집 방법의 차이는 국제 협력을 증진함으로써 줄일 수 있을 것입니다.

제 4 장 교육

이 장에서는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들(TGD) 관련 보건의료 교육에 관한 문헌을 전반적으로 검토합니다. 이 장에서는 숙련되고 TGD 사람들을 배려하는 보건의료에 대한 접근성을 높이기 위해 정부, 비정부, 기관, 서비스 제공자 차원의 권고를 제시합니다. 이러한 보건의료에 대한 접근성이 높아지면 결국 TGD 인구의 건강 결과가 개선될 것입니다. 이 장은 세계트랜스젠더보건의료전문가협회(WPATH) 「건강관리실무표준」에 신설된 장으로서, 교육 분야의 기틀을 마련하고 교육자와 보건의료 전문가들의 더 넓고 깊은 토론을 요청하는 것이 목적입니다.

트랜스젠더 건강 관리에 참여하는 보건의료 전문가의 분야는 매우 다양합니다. 보건의료 전문 교육은 국가 또는 지역마다 교육 제도, 면허 제도, 양성정책 면에서 상당히 차이를 보입니다. TGD 보건의료 교육에 대해 출간된 문헌은 주로 북아메리카, 유럽, 호주, 뉴질랜드에서 발표되었습니다. 이 장에서는 각 분야별 교육 문헌이나, 각 분야에서 구체적으로 무엇이 필요한지(이는 이 건강관리실무표준의 해당 장에서 찾을 수 있습니다), 각 국가/지역의 보건의료 교육 체계에서 구체적으로 무엇이 필요한지는 검토하지 않습니다. 전 세계의 보건의료 교육 체계 및 면허 제도와 트랜스젠더 건강이 어떻게 교차하는지 더 많이 이해하고 연구할 필요가 있습니다.

전 지구적 차원에서 보았을 때, 국제/국내 건강 격차 문제를 해결하려면 TGD 보건의료 교육은 반드시 필요합니다. TGD 공동체에 대한 문화적 숙련도는 여전히 부족합니다. 세계은행그룹(World Bank Group, 2018)은 TGD 사람에 대한 차별, 괴롭힘, 폭력, 학대가 만연하다고 보고합니다. 또한 세계은행그룹에 따르면 TGD 사람들은 폭력과 차별을 겪는 비율이 가장

높습니다(World Bank Group, 2018). 여러 고소득 국가에서 국가 차원의 차별금지법을 제정해 성별정체성을 법의 보호 대상으로 정했지만, 일터와 교육과 보건의료에서 일어나는 차별은 여전히 문제입니다(World Bank Group, 2018).

역사적으로 학문 분야를 막론하고, 모든 단계—학부, 대학원, 레지던트, 평생교육—의 교과 과정에서 TGD 문화 또는 임상 교육은 외면받아왔습니다. 미국 조인트 커미션(The Joint Commission (US))¹⁹는 보건의료 기관이 “LGBT²⁰ 공동체 특유의 요구를 충족하는 교육 프로그램과 논의의 장을 제공”하고 “LGBT 건강 문제를 다루는 교육을 받을 기회를 제공”할 것을 권고했습니다(The Joint Commission, 2011). 그러나 이는 강제되지는 않습니다.

개인 차원에서는 몇 가지 질문에 대한 답이 필요합니다. 어떤 유형의 교육을 제공해야 가장 효과적으로 트랜스혐오 문제를 다루고 장기적인 태도 변화를 이끌어낼 수 있을까요? 어떤 교육을 해야 그 결과로 이 분야 의료 제공자의 수와 건강 관리를 받는 TGD 사람들의 수가 늘어날까요? 임상 경험이 증가하면 시간이 지남에 따라 서비스 제공자의 자신감이 상승할까요? 어떤 교육을 제공해야 그 결과로 TGD 인구의 건강 결과가 향상될까요? 그리고 건강 결과가 향상된다면 이러한 교육이 언제 어떻게 향상을 이끌어냈을까요? 보건의료 직종에서 다양한 방식으로, 다양한 교육 수준에서 TGD 건강 이슈를 교육에 추가하기 시작했지만,²¹ 이러한 시도는 보건의료 직종별로 다르게 나타나며 전면적이지도 체계적이지도 않습니다(e.g., Brennan et al., 2012; Chinn, 2013; Eliason et al., 2010; Lim et al., 2015; Obedin-Maliver et al., 2011; Rondahl, 2009).

인간의 상호교차성을 완전히 인식하면서도 문화적으로 겸손해지는 것이 교육의 궁극적인 목표입니다.

¹⁹ 조인트 커미션은 미국 의료기관 및 프로그램을 인증하는 미국 기반의 비영리 조직이다. (<https://www.joint-commission.org/>)

²⁰ LGBT는 레즈비언(Lesbian)·게이(Gay)·바이섹슈얼(Bisexual)·트랜스젠더(Transgender)의 약칭으로, 국제적으로 성적 소수자를 가리키는 용어로 쓰인다. 그 외에 다양한 성적 소수자를 아우르기 위해 다양한 성적 지향과 성별정체성 집단의 두문자를 함께 약칭하거나 성적 소수

자를 통칭할 수 있는 다른 용어를 사용한다.

²¹ 한국에서는 2021년 서울대학교 의과대학이 국내 최초로 ‘성소수자 건강권과 의료’ 강의를 개설하였으며, 성소수자 의료 심화학습을 원하는 학생들을 위한 5주간의 심화선택 실습과정을 운영 중이다. 이외 서울대, 순천향대, 인하대, 한림대 의과대학의 수업 과정에 성소수자 건강권과 의료 관련 내용이 포함되어 있다(2023년 기준).

권고성명

- 4.1- 우리는 정부, 비정부, 민간 기관에서 근무하는 모든 사람이 트랜스젠더·성별다양성이 있는 개인을 존엄하게 대우하고 존중하는 데 초점을 맞춘 문화적 인식 훈련을 받을 것을 권고합니다.
- 4.2- 우리는 보건의료 인력 모두가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 개인을 존엄하게 대우하는 데 초점을 맞춘 문화적 인식 훈련을 오리엔테이션 때 받고 연례 교육 또는 평생 교육의 일환으로 받을 것을 권고합니다.
- 4.3- 우리는 보건의료 전문가를 양성하는 기관이 각 전공 분야의 역량 영역 안에 트랜스젠더·성별다양성이 있는 개인의 건강을 다룰 역량과 학습 목표를 개발할 것을 권고합니다.

다. 이 장은 교육을 실시하자는 호소의 시작으로, 세계 대부분 지역에서 문화적 인식과 문화적 숙련도가 약하거나 부재한 상황에서 이에 대한 기반을 구축하는 데 초점을 맞춥니다.

이 장의 모든 권고성명은 철저한 근거 검토, 이의과 이해, 서비스 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 사용과 실현 가능성 평가를 기반으로 만들어졌습니다. 우리는 어떤 경우에는 근거가 부족하며/또는 서비스가 접근 불가능하거나 바람직하지 않을 수 있다는 사실을 인정합니다.

권고성명 4.1

우리는 정부, 비정부, 민간 기관에서 근무하는 모든 사람이 트랜스젠더·성별다양성이 있는 개인을 존엄하게 대우하고 존중하는 데 초점을 맞춘 문화적 인식 훈련을 받을 것을 권고합니다.

세계 인권선언 제 1 조는 “모든 인간은 태어날 때부터 자유로우며 그 존엄과 권리에 있어 동등하다”²²고 선언합니다(United Nations, 1948). TGD 사람들의 권리가 인권이라는 인식이 이 기본적인 선언에 포함된 것은 최근에 불과합니다(UNOCHR, 2018). 전 세계적으로, TGD 공동체에 대한 교육·훈련은 모든 수준에서 여전히 부족합니다. 2002 년까지만 해도, 포춘 500 대 기업 중 TGD 직원에 대한 차별 방지 정책이 있는 기업은 3%에 지나지 않았으며, 성별확정보

건의료를 보험으로 지원하는 기업은 아예 없었습니다(Human Rights Campaign Foundation, 2017). 2022 년에 이르면 포춘 500 대 기업 중 91%가 미국 내 차별금지 정책에 성별정체성을 기준으로 포함하였고 66%가 TGD 에게 적용되는 보험을 제공했습니다. 그러나 레즈비언·게이·바이섹슈얼·트랜스젠더·퀴어/퀘스처닝²³(LGBTQ) 문화 관련 지식을 직원에게 어떤 식으로든 교육하는 기업은 72%에 불과합니다(Human Rights Campaign Foundation, 2022). 이러한 이해 부족은 전반적으로 차별을 조장합니다. 이를 종합하면, 이러한 불일치는 개인과 공동체의 건강에 악영향을 미치며 이들이 겪는 건강 격차와 불평등을 악화합니다. 영국에서는 TGD 노동자 중 28%만이 고위 경영진이 TGD 평등을 위해 진지하게 노력하고 있다고 여겼으며, TGD 직원 중 21%만이 일터에서 일어난 트랜스혐오적인 괴롭힘을 신고할 의향이 있다고 답했습니다(Stonewall, 2018)²⁴. 자신이 TGD 임을 공개한 사람 중 34%는 직장 동료에게 따돌림을 당했고, 35%는 고객에게 괴롭힘을 당했고, 24%는 성별정체성 때문에 승진을 거부당했고, 11%는 해고당했습니다(Stonewall, 2018). 세계은행그룹은 유럽 동남부에서 차별, 괴롭힘, 폭력, 학대가 만연하며 이 지역의 TGD 사람들은 폭력과 차별을 겪는 비율이 가장 높다고 밝혔습니다(World Bank Group, 2018). 이러한 차별은 빈번히 신고되지 않고 넘어갔는데, 60%가 신고를 해도 제대로 된 조치가 이뤄지리라는 믿음이 없어

²² 유엔인권최고대표사무소(OHCHR)(n.d.)의 한국어 번역문을 인용하였다.

²³ 퀴어(queer)는 다양한 정체성을 가진 성적 소수자를 포괄적으로 일컫는 용어이며, 퀘스처닝(questioning) 또는 퀘스처너리(questionary)는 자신의 성별정체성이나 성적 지향을 아직 확립하지 못하고 탐구하는 중이거나 확립하지 않으려는 것을 가리킨다.

²⁴ 국가인권위원회 2020 년도 「트랜스젠더 혐오차별 실태

조사」에 따르면, 임금노동자이면서 현재 직장에서 부당한 대우나 어려움을 경험했다고 답한 응답자 중 93.9%(65 명 중 61 명)가 “부당한 대우나 어려움을 참거나 묵인하였다”라고 응답하였다. 대응하지 않은 이유는 “대응을 하면 내가 트랜스젠더인 것이 밝혀지기 때문에”가 72.1%(44 명, 중복응답 가능)로 가장 빈번하게 나타났다.

서, 신고했다가 오히려 더 차별과 조롱을 받을 것이 두려워서, 그리고 아웃팅을 우려하여 신고를 하지 않았습니다(World Bank Group, 2018). 이 지역의 여러 국가에서 국가 차원의 차별금지법을 제정해 성별정체성을 법의 보호 대상으로 정하기는 했지만, 일터와 교육과 보건의료에서 일어나는 차별은 여전히 문제입니다 (World Bank Group, 2018). 차별금지법이 있는 국가에서 정부 기관, 비정부 기관, 민간 기관은 TGD 인구의 권리를 보장할 책임이 있습니다. 그러므로 이들 기관은 차별과 낙인을 줄일 방법을 찾을 의무가 있는데, 교육도 이러한 방법 중 하나입니다. TGD 에 적대적인 태도를 조장하는 현지 문화는 이러한 필수적인 교육에 걸림돌이 되곤 합니다. 문화적 숙련도 훈련의 결과는 불분명하지만, Shepherd(2019)는 현지 문화 이슈를 우선시하고 개방성, 비판단(non-judgement), 감응성(responsiveness)이라는 가치에 집중하는 문화 지식 교육·훈련을 실시함으로써 원하는 결과를 얻을 수 있다고 권고합니다. 문화 지식 교육·훈련을 실시하려면, 이러한 교육·훈련을 우선순위에 두고 초기 교육과 지속적인 교육에 시간, 돈, 인적 지원을 기꺼이 투자하고자 하는 리더십이 있어야 합니다.

권고성명 4.2

우리는 보건의료 인력 모두가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 개인을 존엄하게 대우하는 데 초점을 맞춘 문화적 인식 훈련을 오리엔테이션 때 받고 연례 교육 또는 평생 교육의 일환으로 받을 것을 권고합니다.

학문 분야를 막론하고, 역사적으로 모든 단계—학부, 대학원, 레지던트, 평생교육—의 교과 과정에서 TGD 문화 또는 임상 교육은 외면받아왔습니다. 이러한 교육을 포함하지 않는 요인으로는 교수진의 지식·경험 부족 및 해당 주제에 대한 생소함, 교수진의 편견, 이미 포화된 기존 교과 과정, 해당 주제를 교과 과정에 통합하는 방법에 대한 지침의 부재 등이 있습니다(McDowell & Bower, 2016). 이러한 교육의 부재와 필요성에 대한 연구는 TGD 의 건강 문제만 특정해서 다루지는 않습니다. 기존 문헌은 LGBTQ 에 초점을 맞춘 문화적 숙련도 및 임상 숙련도 교육 부족이라는 더 폭넓은 논의 안에서 TGD 보건의료 교육을 다룹니다. 예를 들어, 간호학 학사 학위 프로그램에는

LGBTQ 보건의료 교육이 평균 2.12 시간밖에 들어 있지 않습니다(Lim et al., 2015). TGD 에 특화된 보건의료 이슈에 할애된 시간은 이 시간의 일부에 지나지 않는다고 보아도 무방할 것입니다.

LGBTQ 숙련도라는 더 넓은 맥락에서 보았을 때, TGD 문화적 숙련도 및 임상 숙련도에 대한 훈련이 보건의료 교육에 부족하다는 점은 오래 전부터 알려진 사실입니다(Aldridge et al., 2021). 미국 보건복지부가 발표한 *Healthy People 2020*(United States Department of Health and Human Services (2013, April 10)), 미국 의학원(The Institute of Medicine, 2011), 조인트 커미션(The Joint Commission, 2011) 모두 이러한 교육 부족이 TGD 사람들을 비롯한 LGBTQ 사람들에게 부정적인 영향을 끼쳐, 그들이 적절하고 의학적으로 필요한 건강 관리를 받기 어렵게 한다는 점을 인지하고 있습니다(House of Commons Women and Equalities Committee, 2015, December 8). TGD 보건의료 교육이 부족하다는 사실은 미국(Obedin-Maliver et al., 2011), 영국(Tollemache et al., 2021), 남아프리카공화국(de Vries et al., 2020; Taylor et al., 2018; Wilson et al., 2014), 캐나다(Bauer et al., 2014), 호주(Riggs & Bartholomaeus, 2016), 스웨덴, 스페인, 세르비아, 폴란드(Burgwal et al., 2021), 파키스탄(Martins et al., 2020)을 비롯해 여러 나라에서 확인되었습니다.

Shepherd(2022)는 임상 경험과 소비자 만족도를 개선하기 위해서는 교과 과정 개발뿐 아니라 임상 요소와 조직적 요소가 모두 필요하다고 말합니다. 조직 차원에서는 실현 가능할 뿐 아니라 현지화 되고 실무 지향적이어야 합니다(Shepherd, 2022). 개인 차원에서 보건의료 전문가는 지식 교육을 받는 것뿐만 아니라 개방성, 비판단(non-judgement), 감응성이라는 가치에 중점을 둔 일반적인 특성을 적용하도록 하는 것이 좋습니다(Shepherd, 2018).

권고성명 4.3

우리는 보건의료 전문가를 양성하는 기관이 각 전공 분야의 역량 영역 안에 트랜스젠더·성별다양성이 있는 개인의 건강을 다룰 역량과 학습 목표를 개발할 것을 권고합니다.

보건의료 직종마다 자체적인 교육 기관, 행정 기관, 면허 발급 기관이 있으며, 이러한 기관들은 국가와 각 직종 내 전공 분야에 따라 다릅니다. 주요 보건의료 전문 기구, 교육 기관, 면허 발급 기관 중에 TGD 건강 교육·훈련을 필수 요건으로 하는 곳은 없는 것으로 보입니다. 이러한 조직에서 LGBTQ 및 인터섹스 건강을 포함할 것을 원하는 경우가 갈수록 늘어나기는 하지만, 해당 전공 분야에서 TGD 사람들을 대할 때 필요한 역량, 기술, 또는 학습 목표를 적시하는 경우는 거의 없습니다. 보건의료 전문가에게 TGD 건강을 교육하는 출간된 자료는 주로 간호학, 의학, 정신건강에 집중되어 있으며 대부분이 북아메리카, 유럽, 호주, 뉴질랜드에서 출간되었습니다. 전 지구적으로 트랜스젠더 건강과 보건의료 전문가 교육체계 및 기본 요건에 대한 이해를 증진할 필요가 있습니다.

TGD 사람들이 점차 가시화하고 있음에도, 지식을 갖추고 문화적으로 숙련된 보건의료 전문가에 대한 접근성은 아직도 전 세계적에서 압도적으로 낮습니다(James et al., 2016; Lerner et al., 2020; Müller, 2017). 지식을 갖춘 서비스 제공자가 부족하다는 점은 트랜스젠더인 사람들이 성별확정 건강 관리를 받기 어렵게 하는 주요한 걸림돌이자(Puckett et al., 2018; Safer et al., 2016) 건강 격차가 커지게 하는 원인입니다(Giffort & Underman, 2016; Reisman et al., 2019). TGD 건강에 대해 적절한 전문 교육이 부족한 것은 전 세계적인 문제이고(Do & Nguyen, 2020; Martins et al., 2020; Parameshwaran et al., 2017) 수련의 모든 단계에서 발생하며(Dubin et al., 2018) 모든 보건 학문 분야와(Glick et al., 2020; Gunjawate et al., 2020; Johnson & Federman, 2014) 의학 분야에서(Fung et al., 2020; Korpaisarn and Safer, 2018) 나타나는 문제입니다.

여전히 어려움은 남아 있습니다. 현재까지 실시된 연구들은 표본이 작거나, 일회적인 교육에 국한되거나, 여러 커리어의 여러 영역을 한꺼번에 포함하거나, 단기 결과에만 초점을 맞추거나, TGD 에 특화된 주제만이 아니라 LGBTQI 관련 주제 전반을 다루는데 이러한 주제는 주로 면허 취득 후에 습득하며 현재 실시하는 교육에서는 대체로 이러한 주제를 중시하지 않기 때문입니다(Dubin et al., 2018).

권고사항을 성공적으로 이행하려면, 기관은 1)각 보건의료 분야별로 전문가의 커리어 전반에 걸쳐 역

량을 개발하고 실행하는 데 관한 전면적이고 체계적인 접근법을 개발하고, 2)TGD 공동체의 의견을 반영하여 학습자에 대한 표준화된 평가 기준을 개발하고, 3)명확하고 상호 합의된 학습 목표에 따라 시간 뿐만 아니라 훈련된 교수진을 비롯한 교과 과정상의 자원을 할당할 것을 고려해야 할 것입니다(Dubin et al., 2018; Pratt-Chapman, 2020). 또한, 이러한 개입을 평가할 때는 결과에만 초점을 맞추지 말고 이러한 결과가 언제, 어떻게, 왜 발생했는지 이해하기 위해 노력해야 합니다(Allen et al., 2021).

제 5 장 성인 평가

이 장은 트랜스젠더·성별다양성이 있는(TGD) 성인이 자신의 몸과 성별정체성이 더 잘 부합하도록 의학적으로 필요한 성별확정 내과 및/또는 수술 치료(gender-affirming medical and/or surgical treatments; GAMSTs)를 요청할 때 이러한 성인을 평가하는 지침을 제공합니다(의학적 필요성에 관한 성명은 제 2 장 '전 세계적 적용 가능성'의 권고성명 2.1 참조). TGD 성인이란 자국에서 정한 성년 이상의 연령에 달한 사람으로 어떤 형태로든 성별다양성이 있는 사람입니다. '청소년' 장에 나오는, 부모/보호자 참여의 중요성을 포함한 발달 관련 요소는 연령이 성년 이상이지만 성년기 초반인 사람의 건강 관리와도 유관할 수 있습니다.

이 장은 모든 성별정체성과 모든 방식의 트랜지션을 아우르는데, 여기에는 남성, 여성, 성별다양성이 있는 사람(gender diverse), 논바이너리, 에이젠더(ager), 유너크(eunuch)가 포함되나 이들이 전부는 아닙니다. TGD 성인이라는 인구 집단은 이질적이며 임상적 필요와 생물학적·심리적·사회적 상황뿐만 아니라 의료 접근성에도 차이를 보입니다. 따라서 어떤 식으로든 GAMSTs 를 목적으로 평가를 진행하려면 당사자가 드러내는 성별정체성에 대한 과학적·임상적·당사자 커뮤니티의 지식과 현지 상황에 근거하여 평가를 조정해야 합니다. 이 장에서는 국가나 다른 주체가 보건의료 서비스를 제공할 때 개개인이 지역에 따라 다른 수준의 임상적 감독 또는 규제를 받을 수 있음을 인정합니다

개인의 성별정체성은 내면에서 이루어지는 정체화와 경험입니다. 평가자의 역할은 성별불일치가 있는지를 평가하고, 동반하는 정신 건강 문제가 있는지를 파악하고, GAMSTs 에 대한 정보를 제공하고, GAMSTs 의 효과/위험에 대해 숙고할 수 있도록 돕고, TGD 사람이 자신에게 제공되는 치료와 그 치료가 유익할지를 이해할 능력이 있는지 평가하는 것입니다. 또한 평가자는 TGD 사람이 GAMST 결과를 향상하기 위해 어떤 선택을 내릴지 숙고할 때 도움을 줄 수 있습니다. 이 장에서 기술한 GAMST 평가 접근법은 TGD 사람의 고유한 체험과 자기인식을, 그리고 평가를 진행하는 보건의료 전문가(HCP)의 임상적 지식을 인정합니다. 그러므로 이 접근법을 사용하면 GAMSTs 를 진

행하기로 하는 결정은 TGD 당사자와 평가자인 보건 의료 전문가가 공동으로 내리고, 양자 모두가 협력적 의사결정에 핵심 역할을 하게 됩니다.

어떤 체계에서는 TGD 성인이 GAMSTs 를 받고자 할 경우, 심각한 금기사항이 없는 한 당사자를 의사 결정권자로 우선시하고 보건의료 전문가가 조언자 역할을 하는 건강 관리 모델을 채택합니다. 이러한 모델들은 수술보다는 호르몬 치료를 고려할 때 쓰이며 흔히 '충분한 정보에 근거한 사전 동의' 모델로 불립니다(Deutsch, 2011, 2016a). 이런 모델 중 상당수는 주로 TGD 사람이 충분한 정보에 근거해 사전 동의를 할 수 있고 GAMSTs 에 대한 정보를 활용해 의료적 의사결정을 할 능력이 있는지에 초점을 맞추어 약식 평가를 진행합니다. 이러한 모델은 사법 관할권, 체계, 보건의료 전문가에 따라 상당히 다양하게 나타납니다(Deutsch, 2011; Morenz et al., 2020). 충분한 정보에 근거한 사전 동의 모델은 여러 현지 환경에서 호르몬을 처방하는 데 사용되어 왔습니다.

이 장에서 우리는 현지 상황에 맞게 조정이 필요한 유연한 지침을 제공하고자 합니다. 보건의료 전문가는 어떤 평가 접근법이 현지 환경의 필요에 가장 잘 부합하는지 결정을 내려야 합니다. 이러한 접근법은 TGD 사람들과 협력하여 평가하는 것이 가장 좋습니다.

TGD 사람들은 성별정체성과 성별표현이 매우 다양하며 GAMSTs 에 대한 수요도 서로 다릅니다. 그렇기 때문에 모든 사람이나 모든 상황에 맞는 단 하나의 평가 절차는 있을 수 없습니다. 어떤 TGD 사람은 GAMSTs 를 받기 위해 비교적 간단한 평가 절차만 거쳐도 됩니다. TGD 성인이 복합적인 증상을 보이거나 비교적 흔치 않은 치료를 요청하거나 연구 근거가 적은 치료를 요청하는 경우, 여러 구성원이 참여한 다학제적인 팀이 더 종합적인 평가를 진행할 필요가 있습니다. 평가는 대면해서 내릴 수도 있고 원격 진료로 내릴 수도 있습니다. 심리측정 평가 도구를 사용하는 경우도 있지만, 이는 GAMSTs 에 대한 평가를 내리는 데 필수 요건은 아닙니다. 상담이나 심리치료는 TGD 사람 본인이 요청했다면 도움이 될 수 있습니다. 그러나 TGD 정체성에만 초점을 맞춘 상담이나 심리치료는 GAMSTs 에 대한 평가를 내리거나 GAMSTs 를 시작하는 데 필수 요건이 아닙니다. 생식

권고성명

5.1- 우리는 신체적 치료를 목적으로 트랜스젠더·성별다양성이 있는 성인을 평가하는 보건의료 전문가에게 다음과 같이 권고합니다.

5.1.a- 해당하는 법정 기관에서 면허를 받고, 이 역할과 관련한 임상 분야에서 최소한 석사 학위를 소지하거나 그에 상응하는 수련을 받아야 합니다. 이러한 자격은 국가 공인 법정 기관에서 수여한 것이어야 합니다.

5.1.b- 건강 관리에 접근하는 데 진단을 요하는 국가의 경우, 해당 보건의료 전문가는 세계보건기구(WHO)의 「국제질병분류」(ICD) 최신판을 진단 목적으로 능숙하게 사용할 수 있어야 합니다. ICD 최신판을 적용하지 않은 국가에서는 다른 분류법을 사용할 수 있습니다. 현실적으로 가능한 한 빨리 ICD 최신판을 활용하도록 노력해야 합니다.

5.1.c- 동반하는 정신 건강 문제나 다른 심리사회적 문제를 파악할 수 있어야 하며, 이러한 문제를 성별불쾌감, 성별불일치, 성별다양성과 구분할 수 있어야 합니다.

5.1.d- 치료에 사전 동의할 수 있는 능력을 평가할 수 있어야 합니다.

5.1.e- 성별불쾌감, 성별불일치, 성별다양성의 임상적 측면을 평가한 경험이 있거나 평가할 자격을 갖추어야 합니다.

5.1.f- 성별불쾌감, 성별불일치, 성별다양성과 관련된 보건의료에 관해 지속적으로 교육을 받아야 합니다.

5.2- 우리는 성별확정 치료를 원하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 성인을 평가하는 보건의료 전문가가 트랜스젠더 건강에 관련된 타 분야의 전문가와 교류하여 자문을 받고 필요 시 환자를 의뢰할 것을 제안합니다.

아래 내용은 성별확정 내과 및 수술 치료 요건에 관한 권고입니다(모든 사항을 충족해야 합니다).

5.3- 우리는 성별확정 내과 및 수술 치료를 목적으로 트랜스젠더·성별다양성이 있는 성인을 평가하는 보건의료 전문가에게 다음과 같이 권고합니다.

5.3.a- TGD 사람이 요청하는 성별확정 의료는 성별불일치 경험이 뚜렷하고 지속되는 경우에만 권하도록 합니다.

5.3.b- 보건의료에 접근하기 위해 진단이 필요한 지역에서는 성별확정 치료를 개시하기 전에 진단 기준이 충족되었는지를 확인합니다.

5.3.c- 성별확정 치료를 개시하기 전에, 성별불일치로 보이는 현상에 다른 원인이 있는지를 파악하고 이를 배제합니다.

5.3.d- 치료에 관한 결정을 내리기 전에, 성별확정 의료의 결과에 부정적 영향을 끼칠 수 있는 정신 건강 문제를 평가하고 치료에 따르는 위험과 이익을 논의합니다.

5.3.e- 치료에 관한 결정을 내리기 전에, 성별확정 의료의 결과에 부정적 영향을 끼칠 수 있는 신체 건강 문제를 평가하고 치료에 따르는 위험과 이익을 논의합니다.

5.3.f- 특정한 신체적 치료를 개시하기 전에, 해당 치료에 대해 동의할 능력이 있는지를 평가합니다.

5.3.g- 성별확정 치료를 개시하기 전에, 성별다양성이 있는 성인과 트랜스젠더 성인에게 성별확정 치료가 생식에 미치는 효과를 이해할 능력이 있는지를 평가하고 당사자와 생식 관련 선택지를 탐색합니다.

5.4- 우리는 성별 관련 의료를 원하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들을 진단할 역량을 갖춘 전문가에게 성별확정 호르몬 치료 또는 수술 치료의 일환으로 당사자와 함께 사회적 트랜지션의 역할을 숙고할 것을 제안합니다.

5.5- 트랜스젠더·성별다양성이 있는 성인이 성별확정 내과 및 수술 치료 기준을 충족하는 경우, 이러한 치료를 시작하기 위해서는 성별 관련 의료를 원하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들을 진단할 역량을 갖춘 전문가 1인의 소견을 받기를 권고합니다.

5.6- 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람이 생식샘절제술을 받고자 할 경우, 우리는 이 사람을 평가하는 보건의료 전문가에게 이 TGD 사람이 비가역적인 외과 개입을 받기 전 성별 목표에 맞는 호르몬 치료를 최소 6개월 간 받게 할 것을 고려하라고 제안합니다(단, 호르몬이 의학적으로 금기인 경우는 예외임).

5.7- 성인이 디트랜지션을 하고자 하며 성별 관련 호르몬 개입, 수술적 개입, 또는 둘 다를 원하는 경우, 우리는 이 성인을 평가하는 보건의료 전문가에게 종합적이고 다학제적인 평가를 활용할 것을 권고합니다. 이러한 평가에는 트랜스젠더 건강 분야에 경험이 풍부한 보건의료 전문가의 추가적인 관점이 포함되며, 평가 과정의 일환으로 당사자와 함께 사회적 트랜지션의 역할을 숙고합니다.

기 검사는 GAMSTs 를 시작하기 위한 전제 조건이 아니며, 임상적으로 필요한 경우에만 수행해야 합니다.

GAMSTs 는 다양한 환경에서 제공될 수 있습니다. 환경은 각국에서 이용 가능한 보건의료 체계에 따라 달라지며, 국영/공공 보건의료, 민간 부문 환경, 지역 사회 보건의료 환경, 자선 단체 등을 포함할 수 있습니다. 그러므로 현지 및 지역 상황에 따라 보건의료 서비스의 이용 가능 여부는 달라질 수 있습니다. 어떤 환경에서든 TGD 사람에게는 가능한 한 가장 양질의 보건의료가 제공되어야 합니다. 세계트랜스젠더 보건의료전문가협회(WPATH)는 평가와 진료를 손쉽게 받을 권리를 옹호합니다. GAMSTs 를 원하는 TGD 사람이 평가와 진료를 접하는 것은 이러한 개입이 명백히 의학적으로 필요하고 TGD 사람에게 매우 유의하기에 극히 중요합니다(Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012). 이 장의 지침은 현지 상황 및 개인적, 임상적, 사회적 상황에 따라 조정해야 합니다.

아래의 성명은 상당량의 배경 문헌을 토대로 작성되었는데, 이러한 문헌에는 GAMSTs 를 받았을 때 긍정적인 효과가 강하게 나타남을 보여주는 문헌, 가용한 실증적 근거, 긍정적인 위험-편익비, 모범 사례에 대한 전문가 합의가 포함됩니다. TGD 성인 평가의 토대가 되는 실증적 근거는 제한적입니다. 여기에 주로 포함된 평가 접근법은 보건의료 전문가가 TGD 성인과 긴밀한 협력 하에 특정 기준에 따라 검사하는 접근법이며, 무작위 대조군 시험이나 장기 종단 연구는 없습니다(Olsen-Kennedy et al., 2016). 건강 관리를 요하는 환자를 서로 다른 평가군에 할당하는 데에는 복잡하고 윤리적인 문제가 따르며 각 평가 접근법의 장기 결과를 평가할 연구 자금 및 기타 자원이 부족하다는 점을 감안할 때, 이러한 연구가 없다는 점은 이해할 만합니다.

이 지침을 만드는 작업은 복잡했습니다. 우리는 이장에서 SOC-7 의 기준을 대폭 수정하여 요건을 줄이고 건강 관리를 가로막는 불필요한 장벽을 낮추었습니다. 향후 이 모델 및 현재 발전 중인 호르몬 치료·수술에 대한 평가 모델의 효과성에 대해 연구가 이루어져 모델이 지속적으로 개선될 수 있기를 바랍니다.

이 장의 모든 권고성명은 철저한 근거 검토, 이익 및 위해 평가, 서비스 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 사용과 실현 가능성을 토대로 만들어졌습니

다. 우리는 어떤 경우에는 근거가 부족하며/또는 서비스가 접근 불가능하거나 바람직하지 않을 수 있다는 사실을 인정합니다.

권고성명 5.1

우리는 신체적 치료를 목적으로 트랜스젠더·성별다양성이 있는 성인을 평가하는 보건의료 전문가에게 다음과 같이 권고합니다.

권고성명 5.1.a

해당하는 법정 기관에서 면허를 받고, 이 역할과 관련한 임상 분야에서 최소한 석사 학위를 소지하거나 그에 상응하는 수련을 받아야 합니다. 이러한 자격은 국가 공인 법정 기관에서 수여한 것이어야 합니다.

TGD 사람들은 보건의료 서비스를 받고자 하는 다른 모든 사람과 마찬가지로 가장 양질의 건강 관리에 접근할 수 있어야 하며, 이들이 받는 건강 관리의 질은 보건 서비스를 이용하는 모든 사람이 받는 건강 관리의 질에 상응해야 합니다(The Yogyakarta Principles, 2017). 이러한 건강 관리의 질은 세계 각지에서 다를 것이므로, GAMSTs 목적으로 평가를 완료하는 전문가의 유형도 현지 보건의료의 성격 및 면허·등록 위원회가 정한 규제 요건에 따라 달라질 수 있습니다. 중요한 점은, 유능하고 법적 규제를 받는 보건의료 전문가가 수행하는 평가가 보건의료의 일부로서 제공되어야 하며 이 전문가는 성별불일치와 성별불일치로 오인할 수 있는 상태를 식별할 능력이 있고 평가 과정 전반에 걸쳐 TGD 사람을 지원할 수 있는 사람이어야 한다는 것입니다(RCGP, 2019). 평가자는 GAMSTs 를 제공할 수 있는 면허를 가진 보건의료 전문가에게 평가 대상자를 의뢰할 수 있어야 합니다.

보건의료 전문가는 트랜스젠더 건강 관련 임상 분야에서 최소한 석사 수준의 자격을 갖추거나 이에 상응하는 추가 임상 수련을 받고 법적 규제를 받아야 합니다. 예를 들어 정신 건강 전문가(mental health professional; MHP), 일반의, 간호사, 기타 자격 있는 보건의료 전문가가 여기에 해당합니다. 어떤 환경에서는 자격 수준은 낮지만 법적 규제를 받는 보건의료 전문가가 자격 있는 보건의료 전문가의 임상 감독 하

에 진료를 할 수 있으며, 이 자격 있는 보건의료 전문가가는 완료된 GAMST 평가의 질과 정확성에 대해 최종적인 임상 책임을 집니다. 자세한 내용은 제 4 장 '교육'을 참조하십시오.

유능하고 법적 규제를 받으며 GAMST 평가에 전문성을 갖춘 보건의료 전문가를 만나는 것이 어려울 때도 있습니다. 그러므로 건강 관리의 연속성을 보장하고 접근 가능한 건강 관리의 공백이나 치료가 현저히 늦어지는 상황(예컨대 대기자가 매우 많은 상황)을 최대한 줄이려면, 법적 규제를 받지만 전문성은 없는 보건의료 전문가가 TGD 사람에게 건강 관리를 제공하고 GAMSTs 목적으로 평가를 지원해야 할 수도 있습니다. 치료가 불필요하게 늦어지는 것을 막는 것은 극히 중요합니다. 그러나 TGD 사람이 가능한 한 빨리 경험이 풍부한 보건의료 전문가에게 건강 관리를 받을 수 있도록 지원해야 합니다(RCGP, 2019).

확립된 관행에 따르면 평가자는 성별불일치를 파악하고 진단할 역량(Hembree et al., 2017; Reed et al., 2016; T'Sjoen et al., 2020)과 성별불일치로 오인될 수 있는 차이 또는 상태를 파악할 능력이 있어야 합니다(Byne et al., 2018; Dhejne et al., 2016; Hembree et al., 2017). 또한, 확립된 관행에 따르면 TGD 사람을 평가하고 건강 관리를 제공하는 데 관해 지속적으로 평생교육을 받을 필요가 있다는 점이 강력하게 강조됩니다(American Psychological Association, 2015; T'Sjoen et al., 2020). 더 많은 정보는 제 4 장 '교육'을 참조하십시오.

권고성명 5.1.b

건강 관리에 접근하는 데 진단을 요하는 국가의 경우, 해당 보건의료 전문가는 세계보건기구(WHO)의 「국제질병분류」(ICD) 최신판을 진단 목적으로 능숙하게 사용할 수 있어야 합니다. ICD 최신판을 적용하지 않은 국가에서는 다른 분류법을 사용할 수 있습니다. 현실적으로 가능한 한 빨리 ICD 최신판을 활용하도록 노력해야 합니다.

일부 국가에서는 GAMSTs 를 받으려면 성별불일치 진단이 필수입니다(아래 설명 참조). 이러한 국가에서 TGD 사람을 평가하는 보건의료 전문가는 TGD 사람이 GAMSTs 를 받는 데 필요한 최신 분류 체계를 사용하여 성별불일치를 진단할 역량을 갖추어야

합니다. ICD-11(WHO, 2019a) 분류 체계는 TGD 사람이 경험하는 정체성과 이들이 필요로 하는 GAMSTs 에 초점을 맞추며 TGD 정체성을 정신 질환으로 간주하지 않습니다.

권고성명 5.1.c

동반하는 정신 건강 문제나 다른 심리사회적 문제를 파악할 수 있어야 하며, 이러한 문제를 성별불쾌감이나 성별불일치나 성별다양성과 구분할 수 있어야 합니다.

성별다양성은 인간에게서 자연스럽게 나타나는 변이이며 본래 병리적이지 않습니다(American Psychological Association, 2015). 그러나 성별불일치로 오인될 수 있는 상태가 있는지 파악하려면 정신 건강 분야에 어느 정도 전문성을 갖춘 보건의료 전문가가 평가를 하는 것이 가장 좋습니다. 이러한 상태는 드물게 나타나며, 설사 나타나더라도 본질적으로 심리적인 경우가 많습니다(Byne et al., 2012; Byne et al., 2018; Hembree et al., 2017).

정신 건강에 대한 전문성을 갖춘 보건의료 전문가가 들어올 필요가 있다고 해서, 평가에 매번 심리학자, 정신과 의사, 또는 사회복지사가 들어올 필요가 있는 것은 아닙니다. 일반의나 간호사나 기타 자격을 갖춘 보건의료 전문가라도 충분히 전문성을 갖추어 성별불일치 여부를 파악할 수 있고 정신 건강 문제를 인식할 수 있다면, 또 이러한 정신 건강 문제를 성별불쾌감·성별불일치·성별다양성과 구분할 수 있고 TGD 사람이 GAMSTs 관련 건강 관리를 계획하고 GAMSTs 를 준비하는 것을 도울 수 있고 필요한 경우 정신 건강 전문가에게 의뢰를 할 수 있다면, 이 요건을 충족할 수 있습니다. '정신 건강' 장에서 더 깊이 논의하겠지만, 정신 건강 전문가는 TGD 사람의 건강 관리에서 중요한 역할을 합니다. 예를 들어, 일부 TGD 사람들은 편견과 차별을 경험하며(Robles et al., 2016) 이로 인해 우울증이나 불안을 겪거나 기존의 정신 건강 문제가 악화할 수 있습니다. 이러한 경우에 정신 건강 전문가는 정신 건강 문제를 진단하고 명확히 밝히고 치료할 수 있습니다. 정신 건강 전문가 및 정신 건강 분야에 전문성이 있는 보건의료 전문가는 GAMSTs 목적의 평가에 데 적합할 뿐만 아니라 TGD 사람이 트랜지션 과정에서 정신 건강 관련

의견이나 지원을 요하거나 요청할 경우 TGD 사람을 지원하는 데 적합하기도 합니다. 더 많은 정보는 제 18 장 '정신 건강'을 참조하십시오.

권고성명 5.1.d

치료에 사전 동의할 수 있는 능력을 평가할 수 있어야 합니다.

GAMSTs 를 목적으로 TGD 사람을 평가할 때에는 이 사람이 제시된 치료에 동의할 수 있는 능력이 있는지도 반드시 평가해야 합니다. 동의를 하려면 치료에 어떤 위험과 이익이 있으며 치료로 인해 어떤 부정적/긍정적 결과가 발생할 수 있는지 이해할 인지 능력이 필요합니다. 결정을 내릴 목적으로 정보를 기억할 능력(필요한 경우 보조 도구를 사용해서)과 이해한 바를 토대로 충분한 정보에 근거한 결정을 내릴 인지 능력도 필요합니다(American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007).

어떤 TGD 사람들은 평가 도중에 즉시 동의할 능력이 있을 것입니다. 어떤 TGD 사람들은 동의를 내리기까지 계속해서 상의하고 의료적 의사결정 기술을 연습하는 등 더 긴 과정이 필요할 수 있습니다. 정신 질환이나 정신 건강 증상이 TGD 사람이 요청하는 특정 치료에 동의할 능력에 영향을 미치거나 치료를 받을 능력에 영향을 미치지 않는 이상 정신 질환이나 정신 건강 증상은 GAMSTs 를 가로막는 장벽이 될 수 없습니다. 이 점이 특히 중요한 이유는 GAMSTs 가 TGD 사람의 정신 건강상 동반 증상을 완화하는 것으로 밝혀졌기 때문입니다(Aldridge et al., 2020).

어떤 사람이 직접 동의를 할 수 없더라도, 이 사람의 적절한 법적 후견인이나 규제 당국이 승인한 독립적인 의사결정권자로서 건강 관리와 치료 문제를 결정할 권한이 있는 사람이 동의를 하고 제시된 치료가 TGD 개인의 필요와 요망에 부합한다고 확인해 주면, 보건의료 체계는 이 사람이 GAMSTs 를 받게 하는 것을 고려할 수 있습니다.

권고성명 5.1.e

성별불쾌감, 성별불일치, 성별다양성의 임상적 측면을 평가한 경험이 있거나 평가할 자격을 갖추어야 합니다. 이를 뒷받침하는 글은 권고성명 5.1.f 를 참조

하십시오.

권고성명 5.1.f

성별불쾌감, 성별불일치, 성별다양성과 관련된 보건의료에 관해 지속적으로 교육을 받아야 합니다.

여타 임상 활동 분야와 마찬가지로, GAMSTs 를 시작할 목적으로 평가를 하는 보건의료 전문가는 TGD 사람의 보건의료에 대한 지식과 경험을 반드시 갖추어야 합니다. 이것이 현지 상황에서 불가능하다면, 평가를 하는 보건의료 전문가는 지식과 경험을 갖춘 다른 보건의료 전문가와 긴밀히 협력해야 합니다. 보건의료 전문가는 임상 활동의 일환으로 TGD 보건의료에 대해 꾸준히 수련을 받고, 유관한 전문 단체에 회원으로 가입하고, 유관한 전문가 회의나 워크숍이나 세미나에 참여하고, 관련 경험이 있는 보건의료 전문가에게 자문을 구하고/또는 TGD 공동체와 교류해야 합니다. TGD 보건의료에서 이 점이 특히 중요한 이유는 이 분야가 비교적 새로운 분야이고 이 분야의 지식과 용어가 끊임없이 변화하고 있기 때문입니다(American Psychological Association, 2015; Thorne, Yip et al., 2019). 그러므로 GAMSTs 목적의 평가에 참여하는 사람은 누구나 TGD 건강 분야의 최신 정보를 필히 따라가야 합니다.

권고성명 5.2

우리는 성별확정 치료를 원하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 성인을 평가하는 보건의료 전문가가 트랜스젠더 건강에 관련된 타 분야의 전문가와 교류하여 자문을 받고 필요 시 환자를 의뢰할 것을 제안합니다.

필요하고 가능하다면, GAMSTs 를 위한 평가는 다학제적 팀이 수행해야 하며(Costa, Rosa-e-Silva et al., 2018; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; T'Sjoen et al., 2020) 팀 구성원은 적시에 적절히 서로 연락할 수 있어야 합니다. 이러한 팀에는 정신 건강 전문가, 내분비 전문의/내분비 전문의, 일차의료 제공자, 외과 의사, 음성 및 의사소통 전문가, TGD 동료 지원가 등등이 포함될 수 있습니다. 다학제적 팀이 필요하지 않은 경우도 있을 수 있습니다. 그러나 다학제적 팀이 필요한 경우, 보건의료 전문가가 적시에

여러 분야의 동료에게 접근하여 GAMSTs 평가를 완료하고 TGD 사람이 필요로 하는 최선의 지원을 해주는 것은 극히 중요합니다. 또한, TGD 사람이 GAMSTs 평가에 관여한 보건의로 전문가에게 성별확정 치료 개시 이전, 도중, 이후에 후속 진찰을 통해 지원을 받는 것 역시 극히 중요합니다.

아래의 내용은 성별확정 내과 및 수술 치료 (GAMSTs) 요건에 관한 권고입니다(모든 사항을 충족해야 합니다).

권고성명 5.3

우리는 성별확정 내과 및 수술 치료를 목적으로 트랜스젠더·성별다양성이 있는 성인을 평가하는 보건의로 전문가에게 다음과 같이 권고합니다.

권고성명 5.3.a

TGD 사람이 요청하는 성별확정 의료는 성별불일치 경험이 뚜렷하고 지속되는 경우에만 권하도록 합니다.

TGD 사람이 GAMSTs 를 받으려면 성별불일치 경험이 반드시 뚜렷하고 지속되어야 합니다. 이에는 GAMSTs 가 필요하다고 느끼고 본인이 경험하는 성별인 사람으로 받아들여지고 싶다는 욕구를 느끼는 것이 포함될 수 있습니다. 따라서 성별불일치의 속성과 기간과 일관성을 고려하는 것이 중요합니다. 여기에는 이름과 신분 증명 서류를 변경하는 것, 타인에게 자신의 성별에 대해 말하는 것, 보건의로 문서, 성별표현의 변화 등도 포함될 수 있습니다. 그러나 TGD 사람이 타인에게 자신을 드러내지 않더라도 성별불일치는 뚜렷하고 지속적일 수 있습니다(Brumbaugh-Johnson & Hull, 2019; Saeed et al., 2018; Sequeira et al., 2020). 성별정체성이 급작스럽거나 피상적으로 바뀌거나 성별정체성의 지속성이 떨어진다면 성별확정 치료를 개시하기에는 부족하므로 추가 평가를 권합니다. 이러한 경우에는 성별불일치의 일관성과 지속성을 확인하기 위해 평가를 지속적으로 실시하는 것이 도움이 됩니다.

성별불일치는 뚜렷하고 지속되어야 하지만, TTGD 사람이 성별확정 치료를 받기 위해 자신의 성별정체성과 관련하여 심한 수준의 스트레스를 받고 있어야

하는 것은 아닙니다. 실제로 성별확정 치료를 받는 것은 괴로움을 예방하는 조치로 작용할 수 있습니다(Becker et al., 2018; Giovanardi et al., 2021; Nieder et al., 2021; Nobili et al., 2018; Robles et al., 2016). TGD 성인은 현저한 괴로움을 느끼지 않지만 지속적으로 성별불일치를 경험할 수 있으며, 이런 사람에게도 GAMSTs 는 유익할 수 있습니다.

확립된 임상 관행에 따라, GAMSTs 개시 여부를 고려할 때에는 성별불일치의 지속성을 검토합니다(Chen & Loshak, 2020). Jones, Brewin et al. (2017)은 임상 기록 200 건을 검토하여 건강 관리를 계획할 때 “성별정체성의 안정성”이 중요하다는 점을 확인했습니다. 성별불일치가 지속되는 TGD 사람에게 GAMSTs 를 제공하면 환자가 후회하는 비율은 낮고 환자의 만족도는 높은 것으로 나타났습니다(Becker et al., 2018; El-Hadi et al., 2018; Staples et al., 2020; Wiepjes et al., 2018). 그런데 ICD-11(WHO, 2019a)을 토대로 성별불일치 진단을 내리려면 뚜렷하고 지속되는 성별불일치가 있어야 하지만, 성인을 치료하기 위해 성별불일치가 지속되어야 하는 기간에 대해서는 구체적인 근거가 거의 없습니다. 우리는 GAMSTs 목적으로 TGD 사람을 평가하는 보건의로 전문가가 평가 대상인 성인의 인생 단계, 생애사, 현재 상황을 충분히 고려할 것을 권장합니다.

권고성명 5.3.b

보건의료에 접근하기 위해 진단이 필요한 지역에서는 성별확정 치료를 개시하기 전에 진단 기준이 충족되었는지를 확인합니다.

어떤 지역에서는 트랜지션 관련 건강 관리를 받으려면 성별불일치 진단이 필요합니다. GAMSTs 를 받기 위해 진단이 필요한 경우, GAMSTs 목적의 평가에는 진단명을 결정하고 부여하는 것이 포함됩니다. 이러한 경우에 보건의로 전문가는 「국제질병분류」(ICD) 최신판을 능숙하게 사용할 수 있어야 합니다(WHO, 2019a). 보건의료 서비스를 받기 위해 진단이 필요한 지역에서는 성별확정 개입을 하기 전에 HA60 ‘청소년기 혹은 성인기의 성별불일치’ 진단이 내려져야 합니다. 다학제적 팀이 더 종합적인 평가를 수행한 상황에서는 HA6Z ‘명시되지 않은 성별불일치’ 진단에서 파생하는 성별확정 개입을 고려할 수 있습니다

“트랜지션할 준비가 됐는지 여부”를 엄격하게 평가하는 도구를 사용하는 것이 건강 관리에 대한 접근성을 떨어뜨릴 수 있으며 TGD 사람에게 반드시 유익하게 작용하지도 않는다는 근거가 있습니다(MacKinnon et al., 2020). 그러므로 건강 관리를 받기 위해 반드시 진단명이 부여되어야 하는 경우, 평가 과정은 보건의료 전문가와 GAMSTs 를 요청하는 TGD 개인 간의 신뢰와 투명성을 바탕으로 해야 하며 TGD 개인의 필요를 염두에 두어야 합니다. 실제로, TGD 사람과 보건의료 전문가가 양질의 관계를 수립하는 것은 정서적 괴로움이 줄어들고 결과가 나아지는 것과 연관이 있습니다(Kattari et al., 2016). 많은 TGD 사람들이 보건의료 전문가가 트랜스젠더 정체성과 정신 질환을 혼동하는 오류를 범할 것을 두려워하므로(Ellis et al., 2015), 진단 평가를 세심하게 실시하여 서비스 제공자와 TGD 당사자가 최선의 관계를 수립할 수 있도록 해야 합니다.

권고성명 5.3.c

성별확정 치료를 개시하기 전에, 성별불일치로 보이는 현상에 다른 원인이 있는지를 파악하고 이를 배제합니다.

드물기는 하지만, TGD 사람에게 성별불일치로 오인될 수 있는 문제가 있을 수도 있고 TGD 사람이 성별불일치 완화 외의 이유로 치료를 원할 수도 있습니다. 이러한 경우, 그리고 성별불일치 진단을 내리기 애매한 경우, 더 상세하고 종합적인 평가를 실시하는 것이 중요합니다. 예를 들자면 급성 정신병적 삽화가 끝난 후에도 성별불일치가 지속하는지를 밝히기 위해 추가 평가가 필요할 수 있습니다. 급성 정신병적 삽화가 해결된 후에도 성별불일치가 지속될 경우, TGD 당사자가 해당 치료에 동의하고 해당 치료를 받을 능력이 있다면 GAMSTs 를 고려할 수 있습니다. 만약 성별불일치가 삽화 중에만 일어나고 지속되지 않는다면 치료를 고려해서는 안 됩니다. GAMSTs 를 개시하기 전에 이러한 상황을 파악하고 배제하는 것이 중요합니다(Byne et al., 2012, 2018; Hembree et al., 2017). 하지만 TGD 사람에게서는 성별불일치와 더불어 정신 건강 문제, 자폐 스펙트럼 장애, 또는 다른 신경다양성이 나타날 수 있다는 점을 이해하는 것이 중요합니다(Glidden et al., 2016). 실제로 불안

(Bouman et al., 2017)과 우울증(Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018)과 자해(Arcelus et al., 2016; Claes et al., 2015) 등 몇몇 정신 건강 문제는 GAMSTs 를 받지 않은 TGD 사람에게서 더 흔하게 나타납니다. 최근 실시된 종단 연구에 따르면 TGD 사람이 경험하는 정신 건강 증상은 GAMSTs 이후 개선되는 경향이 있는 것으로 보입니다 (Aldridge et al., 2020; Heylens, Verroken et al., 2014; White Hughto & Reisner, 2016). 성별불일치가 있는 TGD 사람에게 단지 정신 건강 문제나 신경 발달상의 문제가 있다는 이유만으로 GAMSTs 를 해 주지 않는 것이 유익하다는 근거는 없습니다. 더 많은 정보는 제 18 장 ‘정신 건강’을 참조하십시오.

권고성명 5.3.d

치료에 관한 결정을 내리기 전에, 성별확정 의료의 결과에 부정적 영향을 끼칠 수 있는 정신 건강 문제가 있는지를 평가하고 치료에 따르는 위험과 이익을 논의합니다.

시스젠더인 사람과 마찬가지로 TGD 사람에게도 정신 건강 문제가 있을 수 있습니다. 의학적 트랜지션이 필요한 경우, 정신 건강 문제 치료는 GAMSTs 와 함께 이루어질 수 있고 함께 이루어져야 합니다. 성별확정 건강 관리는 절대 지연되지 않아야 합니다. 예외적으로, 일부 극단적으로 드문 경우에는 자신이나 타인에게 해를 끼칠 위험이 있는 심각한 보상 기전의 상실을 예방하기 위해 성별확정 건강 관리를 지연할 필요가 있다는 강력한 근거가 있습니다. 이러한 경우에는 GAMSTs 를 늦추는 것이 TGD 사람의 정신 건강과 신체 건강에 미칠 위험을 고려하는 것도 중요합니다(Byne et al., 2018).

일반적으로 TGD 사람의 사회적 트랜지션과 의학적 트랜지션은 정신 건강 문제가 감소하는 것과 연관이 있습니다(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). 안타깝게도, GAMSTs 를 시작함에 따라 사회적 지원이 감소하고 신체적·재정적 스트레스를 받게 되면 기존의 정신 건강 문제가 악화할 수 있으며, 치료자인 보건의료 전문가가 추가로 지원을 할 필요가 있을 수 있습니다(Budge et al., 2013;

Yang, Wang et al., 2016). 정신 건강 증상을 평가하면, 특히 평가가 트랜지션 중 심리적·사회적 지원에 대한 접근성을 높이는 데 쓰인다면, 트랜지션 결과를 개선할 수 있습니다 (Byne et al., 2012). 드문 경우이긴 하지만, 예컨대 TGD 사람이 트랜지션 과정에 참여하지 못하는 경우, 또는 지원을 받는다 하더라도 수술 후 사후 관리를 제대로 받을 수 없는 경우라면 트랜지션을 늦추는 것을 고려할 수 있습니다. 최후의 수단으로 GAMSTs 를 지연할 필요가 있다고 판단하면, 보건의료 전문가는 TGD 당사자의 정신 건강을 개선하고 당사자가 가능한 한 빨리 GAMSTs 에 다시 참여할 수 있도록 자원을 제공하고 당사자를 지원해야 합니다. TGD 사람이 의학적 트랜지션을 받으면 사회적 트랜지션이 촉진되고 공공 장소에서 더 안전해진다는 점을 유념해야 합니다 (Rood et al., 2017). 이러한 이유로, TGD 사람의 외모가 성별정체성에 부합하는 정도는 의학적 트랜지션 후 삶의 질과 정신 건강 결과를 예측할 수 있는 가장 좋은 지표입니다 (Austin & Goodman, 2017). 정신 건강 문제가 있다는 이유로 GAMSTs 에 대한 접근을 늦추면 증상이 악화하고 (Owen-Smith et al., 2018) 라포가 손상될 수 있습니다. 따라서 이러한 조치는 다른 모든 수단을 써 본 다음에 비로소 취해야 합니다.

권고성명 5.3.e

치료에 관한 결정을 내리기 전에, 성별확정 의료의 결과에 부정적 영향을 끼칠 수 있는 신체 건강 문제가 있는지를 평가하고 치료에 따르는 위험과 이익을 논의합니다.

드물기는 하지만, 호르몬 개입이나 수술적 개입과 같은 GAMSTs 는 의인성인 결과를 초래하거나 기존의 신체 건강 문제를 악화시킬 수 있습니다 (Hembree et al., 2017). 이러한 경우, 성별확정 치료를 (만약 개시하는 것이 적절하다면) 개시하거나 계속하는 동안 기존의 신체 건강 문제가 관리되도록 가능한 한 주의를 기울여야 합니다. 치료 중단은 가능한 한 짧아야 하고 현실적으로 가능한 한 빨리 치료를 재개해야 합니다. 데이터가 적고 연구 결과가 일관되지 않지만, TGD 성인의 심혈관 및 대사 방면에 위험이 발생할 가능성이 호르몬 치료와 연관이 있는 것으로 보입니다 (Getahun, 2018; Iwamoto, Defreyne et al., 2019;

Iwamoto et al., 2021; Spanos et al., 2020). 장기 치료가 위험할 가능성도 있고 호르몬 치료 전 및 치료 중 취하는 예방 조치에서 기대할 수 있는 이익도 있기 때문에, 치료를 개시하기 전에 신체 건강 상태를 주의 깊게 평가하는 것이 중요합니다. 호르몬 민감성 암 병력과 같은 몇몇 특정한 건강 문제 때문에 평가와 관리가 추가로 필요할 수 있으며 그에 따라 호르몬 치료를 배제할 수도 있습니다 (Center of Excellence for Transgender Health, 2016; Hembree et al., 2017).

수술적 개입을 받고자 하는 TGD 성인에게도 비슷한 우려 사항이 있을 수 있습니다. 성별확정 수술적 개입에는 각기 특유한 위험과 불리한 결과가 발생할 가능성이 따릅니다 (Bryson & Honig, 2019; Nassiri et al., 2020; Remington et al., 2018). 그러나 특정한 신체적 문제가 있을 때 특정한 개입이 어떠한 위험과 연관이 있는지는 잘 연구되지 않았습니다. 그러므로 평가 과정에서 TGD 사람에 대해 제기되는 우려는 수술을 받고자 하는 다른 환자에 대해 제기되는 우려와 일반적으로 다르지 않습니다.

TGD 사람들이 정신·신체 건강에서 격차를 경험하고 (Brown & Jones, 2016) 보건의료에 대한 접근을 가로막는 장벽에 부딪힌다는 (Safer et al., 2016) 점을 감안하면, 보건의료 전문가는 신체 상태를 평가할 때 의료적 개입 이력에만 국한한 평가를 해서는 안 됩니다. TGD 당사자에게 신체 건강 문제가 있다면 GAMSTs 를 개시하거나 계속할 때 이러한 문제가 가능한 한 잘 관리되도록 하는 것이 중요합니다. 치료를 중단할 때에는 현실적으로 가능한 한 빨리 치료를 재개하고자 해야 합니다. 또한 TGD 당사자의 건강을 증진하고 당사자가 치료 계획을 일관되게 준수하도록 돕기 위해, 보건의료 전문가가 신체 건강을 관리하는 치료 전략을 개발하는 것도 중요합니다.

권고성명 5.3.f

특정한 신체적 치료를 개시하기 전에, 해당 치료에 대해 동의할 능력이 있는지를 평가합니다.

충분한 정보에 근거한 사전 동의라는 관행은 보건의료 서비스 제공의 핵심입니다. 충분한 정보에 근거한 사전 동의는 보건의료를 받는 사람이 어떤 보건의료를 받는지 이해하고 그에 따라 어떤 결과가 발생할

가능성이 있는지도 이해해야 한다는 윤리적 원칙으로 표현됩니다. 충분한 정보에 근거한 사전 동의의 중요성은 세계 각지에서 보건의료 전문가에게 적용되는 입법 및 규제 행위에 내재되어 있습니다(Jefford & Moore, 2008). 보건의료 치료에 잠재적으로 따르는 모든 결과를 미리 알 수는 없으므로, 많은 경우 어떠한 결과를 “합리적”으로 예상할 수 있는지를 고려하는 것이 동의의 최소 기준이 되며(Jefford & Moore, 2008; Spatz et al., 2016) 이 기준은 GAMSTs 에도 마찬가지로 적용됩니다. 보건의료 절차나 임상 개입에 동의할 능력이 있으려면 몇 가지 복잡한 인지 과정을 거쳐야 합니다. 동의를 하려면 치료에 어떤 이익과 위험이 있으며 어떤 부정적/긍정적 결과가 발생할 수 있는지를 이해할 인지 능력이 있어야 하고, 결정을 내릴 목적으로 (필요한 경우 보조 도구를 사용해서) 그 정보를 기억할 능력이 있어야 할 뿐만 아니라, 이해한 바를 토대로 충분한 정보에 근거한 결정을 내릴 인지 능력도 있어야 합니다(American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007). TGD 당사자와 평가를 실시하는 보건의료 전문가는 원하는 치료의 성격과 치료가 TGD 당사자의 생물학적, 심리적, 사회적 삶의 영역에 미칠 수 있는 긍정적 효과 및 부정적 효과를 반드시 연역적으로 고려해야 합니다.

정신 질환, 특히 인지 장애나 정신병적 장애 증상이 GAMSTs 에 동의할 수 있는 능력에 영향을 미칠 수 있음을 인식하는 것은 중요합니다(Hostiuc et al., 2018). 그러나 이러한 증상이 있다고 해서 반드시 동의 능력이 없는 것은 아닙니다. 적지 않은 사람들이 비록 심한 정신 건강 증상이 있어도 충분한 정보에 근거한 결정을 내릴 수 있을 만큼 치료의 위험과 이익을 충분히 이해할 수 있기 때문입니다(Carpenter et al., 2000). 그 대신, TGD 사람 각자에게 이 사람이 고려하는 특정 GAMST 의 성격을 이해할 능력, 치료 옵션과 치료 옵션에 따르는 위험과 이익을 고려할 능력, 결정의 잠재적 장단기 결과를 인식할 능력, 치료를 받기 위해 본인이 선택한 바를 전달할 수 있는 능력이 있는지 주의 깊게 평가를 실시하여 알아보는 것이 중요합니다(Grootens-Wiegers et al., 2017). 급성 정신병적 삽화를 겪고 있거나 장기 인지 장애가 있거나 하여 보건의료에 동의할 능력이 없는 경우도 있을

수 있습니다. 그러나 치료에 동의할 능력이 제한되어 있어도 적절한 GAMSTs 를 받지 못하게 하서는 안 됩니다. 전문 용어를 제외한 말로 오랜 시간 반복해서 설명하거나 도표를 사용함으로써 위험과 이익을 이해시켜야 할 필요도 있을 수 있습니다. 다학제적 의료팀이 종합적이고 철저한 평가를 하면 이러한 과정에 필요한 정보를 더 많이 제공할 수 있습니다. 또 어떤 경우에는 법적 후견인이나 규제 당국이 승인한 독립적인 의사결정권자와 같은 다른 결정권자를 지정해야 할 수도 있습니다. 위와 같은 상황은 당사자를 가장 긍정하고 당사자에게 가장 구속이 적은 보건의료 서비스를 제공할 목적으로 사례별로 적용해야 합니다. 제 11 장 ‘시설 환경’도 참고하시기 바랍니다.

권고성명 5.3.g

성별확정 치료를 개시하기 전에, 성별다양성이 있는 성인과 트랜스젠더 성인에게 성별확정 치료가 생식에 미치는 효과를 이해할 능력이 있는지를 평가하고 당사자와 생식 관련 선택지를 탐색합니다.

성별확정 의료 개입은 생식 능력에 영향을 미치는 경우가 많으므로, 보건의료 전문가는 치료가 생식에 미치는 영향을 TGD 당사자가 인식하고 생식세포 보존 및 보조생식술 선택지에 대해 잘 알도록 해야 합니다. 성별확정 호르몬 치료는 생식 기능과 가임력(fertility)²⁵에 영향을 미치는 것으로 나타나지만, 출생 당시 지정된 성이 무엇이든 치료의 결과는 상이하게 나타납니다(Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Taub et al., 2020). TGD 성인에게 미치는 이러한 영향에는 개인차와 변동이 있을 수 있습니다. 따라서 보건의료 전문가는 평가 과정에서, 그리고 TGD 당사자에게 GAMSTs 에 동의할 능력이 있는지 평가하면서, 치료가 당사자의 생식 가능성에 어떤 영향을 미칠 수 있는지 반드시 알려주어야 합니다. 성별확정 치료를 개시하기 전에 생식 관련 옵션을 고려하고 상의해야 합니다. 호르몬 치료 도중 임신할 가능성에 대해서는 문헌의 내용이 불분명하므로, 원치 않는 임신을 피하기 위한 피임의 필요성과 사용 가능한 다양한 피임법에 대해 정보를 제공해야 할 수 있습니다(Light et al., 2014; Schubert & Carey, 2020).

²⁵ 가임력이란 여성 및 남성을 포함한 모든 성별에서의 생

식능력을 의미하는 것으로, 여성에 한정하지 않는다.

다양한 인구 집단에서 추출한 임상 및 비임상 표본을 대상으로 한 횡단연구에서 일관되게 드러나는 바, TGD 사람들은 부모가 되고자 하는 욕구를 표현하고 가임력을 보존하고자 하며 그 비율은 연령, 성별, 성별확정 호르몬 치료를 받은 기간에 따라 서로 다르게 나타납니다(Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, Van Schuvlenbergh et al., 2020; Wierckx, Stuyver et al., 2012). 소규모 표본을 대상으로 했을 때, 가임력에 대한 정보를 제공하는 것은 가임력을 보존하고자 하는 결정에 영향을 미치는 것으로 드러났습니다(Chen et al., 2019). 가임력 관련 상담을 받은 집단과 받지 않은 집단을 비교하지는 않았지만, 트랜스젠더인 사람들은 종합적인 가임력 관련 상담을 받은 후 가임력 보존율이 높게 나타났습니다(Amir et al., 2020). 뿐만 아니라, 한 연구는 전문의와 상담하는 것이 가임력 보존 시술에 관한 결정에 대한 후회를 줄인다고 시사했습니다(Vyas et al., 2021). 더 많은 정보는 제 16 장 '생식 건강'을 참조하십시오.

권고성명 5.4

우리는 성별 관련 의료를 원하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들을 진단할 역량을 갖춘 전문가에게 트랜스젠더 성별확정 호르몬 치료 또는 수술 치료의 일환으로 당사자와 함께 사회적 트랜지션의 역할을 숙고할 것을 제안합니다.

TGD 사람이 모두 사회적 트랜지션을 할 수 있거나 사회적 트랜지션을 원하지는 않지만, 사회적 트랜지션은 많은 TGD 사람에게 매우 유익할 수 있습니다(Bränström & Pachankis, 2021; Koehler et al., 2018; Nieder, Eyssel et al., 2020). 그렇기 때문에 어떤 TGD 사람은 사회적 트랜지션 이후나 이전에 성별확정 개입을 받고자 하고, 어떤 사람은 사회적 트랜지션 없이 성별확정 개입을 받고자 합니다.

사회적 트랜지션을 하고 성별정체성을 드러냄으로써 성별확정 개입을 받고자 하는 TGD 사람의 정신건강은 사회적 트랜지션을 하고 성별정체성을 드러냄으로써 개선될 수 있습니다(Hughto et al., 2020; McDowell et al., 2019). 또한, 호르몬 치료 전에 가슴수술과 안면수술을 하면 사회적 트랜지션이 더 용이해질 수 있습니다(Altman, 2012; Davis & Colton Meier, 2014; Olson-Kennedy, Warus et al. 2018; Van

Boerum et al., 2019). 평가 과정에서 보건의료 전문가가는 TGD 당사자가 어떤 사회적 역할을 가장 편안하게 느끼는지, 사회적 트랜지션을 할 계획이 있는지, 계획이 있다면 언제 할 생각인지 의논해야 합니다(Barker & Wylie, 2008). 평가 과정에서 보건의료 전문가는 성별에 따른 사회적 역할이 매우 다양하다는 점을 반드시 존중해야 하는데, 성별에 따른 사회적 역할은 이분법적 정체성·표현뿐만 아니라 비이분법적(논바이너리) 정체성·표현을 포함하며, 문화와 지역 사회와 개인이 이해하는 바에 따라 다르게 나타납니다.

GAMSTs 를 요청하는 사람 모두가 사회적 트랜지션을 원하거나 사회적 트랜지션을 할 수 있는 것은 아닙니다. 체계적 연구가 실시되지 않았기 때문에, 의학적 치료 이전이나 도중이나 이후에 사회적 트랜지션을 하지 않는 TGD 사람에 대해서는 알려진 바가 거의 없습니다. 가족이나 친구에게 버림받는 데 대한 두려움, 경제적 손실에 대한 두려움(Bradford et al., 2013), 차별과 낙인에 대한 두려움(Langenderfer-Magruder et al., 2016; McDowell et al., 2019; White Hughto et al., 2015) 등이 사회적 트랜지션을 기피하는 가장 흔한 이유로 나타났습니다. 그러나 어떤 이들은 호르몬 치료나 수술 치료로 주관적인 느낌이 충분히 개선되어 성별불쾌감이 줄어든다고 여기기 때문에 사회적 트랜지션을 하지 않습니다.

사회적 트랜지션을 할 명확할 계획이 없거나 사회적 트랜지션을 원치 않는다면, 당사자가 요청하는 치료의 구체적 성격과 타당성을 파악하기 위해 추가 평가를 하는 것이 중요합니다. 요청하는 것이 수술 치료라면 더더욱 그러합니다. 추가 평가를 함으로써 TGD 당사자는 GAMSTs 를 받으면서도 사회적 트랜지션을 하지 않으면 어떤 영향이 발생할 수 있는지 숙고할 기회를 가질 수 있습니다. 사회적 트랜지션을 하지 않는 TGD 사람의 건강 결과에 대한 데이터가 부족하므로(Evans et al., 2021; Levine, 2009; Turban, Loo et al., 2021), 이러한 경우에는 GAMSTs 에 신중하게 접근해야 합니다.

권고성명 5.5

트랜스젠더·성별다양성이 있는 성인이 성별확정 내과 및 수술 치료 기준을 충족하는 경우, 이러한 치료를 시작하기 위해서는 성별 관련 의료를 원하는 트랜

스젠더·성별다양성이 있는 사람들을 진단할 역량을 갖춘 전문가 1 인의 소견을 받기를 권고합니다.

SOC 이전 판본의 지침에서는 자격 있는 보건의료 전문가 2 인이 TGD 개인을 GAMSTs 목적으로 평가 하라고 규정했습니다. 당시에는 독립된 2 인의 소견을 받는 것이 TGD 사람과 보건의료 전문가의 안전을 보장하는 최선의 관행이라고 여겼습니다. 예를 들자면, 비가역적인 의료 개입을 받고자 할 때 보건의료 전문가 2 인에게 진료를 받으면 TGD 사람과 이 사람을 평가하는 보건의료 전문가 양쪽 다 확신을 가질 수 있을 것이라고 추정했습니다.

이 영역에 대한 연구가 충분하지 않기는 하지만, 연구에 따르면 소견 2 건을 받는 것은 대체로 불필요하다고 밝혀졌습니다. 예컨대 Jones, Brewin et al.(2017)은 정부 지원을 받는 젠더 서비스 환경에서 근무하고 경험이 풍부한 보건의료 전문가의 사례 기록을 검토하였는데, 검토 결과 소견 2 건의 상관 관계가 압도적으로 높게 나타났습니다. 즉, 소견 둘 중 하나는 불필요하다고 볼 수 있다는 것입니다. 뿐만 아니라 Bouman et al.(2014)은 독립된 평가자 2 인이라는 요건이 보건의료 서비스의 가부장적 온정주의를 반영하며 TGD 개인의 자율성을 침해할 소지가 있다고 밝혔습니다. 저자들은 내담자가 다학제적 팀의 관리를 받아 적절히 준비를 하고 평가를 받는다면 또 다시 독립적인 평가를 할 필요는 없다고 주장했습니다.

따라서 성별확정 내과 및 수술 치료(GAMST)를 권고하기 위해 서면이나 서한이 필요한 경우, TGD 사람들은 호르몬 치료, 생식기 수술, 가슴수술, 안면수술 및 기타 성별확정 수술을 받고자 한다면 독립적으로 평가와 진단을 할 역량을 갖춘 보건의료 전문가가 쓴 소견서/서명 1 개를 받아야 합니다(Bouman et al., 2014; Yuan et al, 2021). 특정한 임상적 필요가 있다면 추가로 소견서/서명이 요구될 수 있습니다.

권고성명 5.6

트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람이 생식샘절제술을 받고자 할 경우, 우리는 이 사람을 평가하는 보건의료 전문가에게 이 TGD 사람이 비가역적인 외과 개입을 받기 전 성별 목표에 맞는 호르몬 치료를 최소 6 개월 간 받게 할 것을 고려하라고 제안합니다(단,

호르몬이 개인에게 건강 위해를 주는 상황이 아니라면).

내분비학회 임상 진료 지침(The Endocrine Society Clinical Practice Guidelines)에서는 생식기 수술 전에 호르몬 치료를 일정 기간 지속해서 시행하라고 권고합니다(Hembree et al., 2017). 이를 뒷받침하는 연구는 적지만, 이 권고를 따르면 수술이라는 비가역적 경험을 하기 전 좀 더 가역적인 경험을 할 수 있기 때문에 이 권고는 좋은 임상 관행으로 간주되었습니다. 예를 들어 고환을 제거하는 생식기 수술을 받으면 성욕에 변화가 생길 수 있습니다(Lawrence, 2005; Wierckx, Van de Peer et al., 2014). 이러한 맥락을 고려해, TGD 사람은 가역적인 테스토스테론 억제 조치를 받아 테스토스테론이 없는 상태를 일정 기간 경험해 보고 이 상태가 자신에게 적합하게 느껴지는지 결정할 수 있습니다. 난소절제술 후 에스트로겐이 감소했을 때 TGD 사람의 성욕과 성 기능에 어떤 영향이 있는지는 잘 연구되지 않았다는 점에 유의해야 합니다.

생식샘을 제거하는 수술은 비가역적인 시술로, 가임력 상실과 내인성 스테로이드 성호르몬의 효과 상실을 초래합니다. 이 두 가지 효과 모두를 평가 과정에서 논의해야 합니다. 더 많은 정보는 제 16 장 '생식 건강'을 참조하십시오. 물론 TGD 성인이 호르몬을 원하지 않거나 건강상의 이유로 호르몬이 금기라면 호르몬은 임상적으로 필요하지 않습니다. 더 많은 정보는 제 13 장 '수술 및 수술 후 관리'를 참조하십시오.

권고성명 5.7

성인이 디트랜지션을 하고자 하며 성별 관련 호르몬 개입, 수술적 개입, 또는 둘 다를 원하는 경우, 우리는 이 성인을 평가하는 보건의료 전문가에게 종합적이고 다학제적인 평가를 활용할 것을 권고합니다. 이러한 평가에는 트랜스젠더 건강 분야에 경험이 풍부한 보건의료 전문가의 추가적인 관점이 포함되며, 평가 과정의 일환으로 당사자와 함께 사회적 트랜지션의 역할을 숙고합니다.

많은 TGD 성인은 성별정체성을 탐색하고 트랜지션 선택지를 고려하는 동안 다양한 정체성과 성별표

현의 요소를 고려하곤 합니다. 그런 이유로, 어떤 성별정체성이나 성별표현을 일정 기간 유지하다가 그것이 편하지 않다는 것을 깨닫고 정체성이나 표현을 조정하기도 하고 예전의 정체성이나 표현으로 돌아가기도 합니다(Turban, King et al., 2021). 어떤 TGD 성인은 시간이 흐르면서 성별정체성 변화를 겪으며, 그에 따라 그 사람이 필요로 하는 의학적 치료도 달라지게 됩니다. 이는 가장 편안하고 조화로운 삶의 방식을 결정하기 위한 건전하고 합리적인 과정이며, 이 과정은 당사자의 성별정체성과 삶의 맥락에 영향을 받습니다. TGD 성인의 성별정체성은 과거의 트랜지션 관련 결정을 깎아내리지 않고도 바뀔 수 있기에 이러한 정체성 탐색 과정을 후회나 혼란이나 잘못된 의사결정과 동일시해서는 안 됩니다. (MacKinnon et al., 2021; Turban, Loo et al., 2021). TGD 성인은 이러한 탐색을 하거나 어떤 식으로든 정체성이 바뀔 때 도움을 받아야 합니다(Expósito-Campos, 2021). 탐색이 계속되는 동안에는, 장기 목표와 결과를 명확하게 하기 전까지는 비가역적인 성별확정 치료를 피해야 합니다.

디트랜지션을 결정하는 경우는 드문 것으로 보입니다(Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadje-Moussa et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). 연구에 서로 다른 코호트가 뒤섞였기 때문에, 정체성이 변화해서 디트랜지션을 하는 사람 수가 부족해서 추정됐을 가능성이 높습니다(Expósito-Campos, 2021). 예를 들어 디트랜지션 연구 코호트에는 정체성이 바뀌어서 디트랜지션을 하는 TGD 성인 코호트와 정체성은 변하지 않았지만 디트랜지션을 하는 TGD 성인 코호트가 함께 포함되곤 합니다. TGD 성인이 트랜지션 과정을 중단하거나 디트랜지션하기로 결정하는 것과 상관 관계가 있는 변수를 체계적으로 검토한 연구는 거의 이루어지지 않았지만, 최근 연구에 따르면 디트랜지션을 하는 TGD 성인 절대 다수는 성별정체성 변화가 아니라 낙인이나 사회적 지지 결여와 같은 외부 요인 때문에 디트랜지션을 택한 것으로 드러났습니다(Turban, King et al., 2021). 정체성 변화를 겪지 않은 TGD 성인이 트랜지션을 중단하거나 디트랜지션을 택하는 이유는 억압, 폭력, 사회적 갈등이나 인간 관계에서의 갈등, 수술 합병증, 건강 문제, 신체적 금기사항, 자원 부족, 결과에 대한 불만족 등이 있습니다(Expósito-Campos, 2021). 이러한 경우 정신 건강

전문가는 TGD 사람이 이러한 어려움에 대처하도록 돕는 역할을 하기에 적합합니다.

디트랜지션을 택하는 비율은 매우 낮지만, TGD 로 정체화하는 성인의 수가 전체적으로 증가함에 따라 트랜지션을 중단하거나 트랜지션 전으로 되돌아가려는 사람의 절대적인 수도 증가하리라고 보입니다. 그러나 절대적인 수는 증가하더라도, 신체가 영구적으로 변화하는 것을 중지하거나 변화 전으로 되돌아가려는 사람의 비율은 일정하게 낮은 수준으로 유지될 것입니다. 드물게 이러한 요청이 있다고 해서, 이를 대다수 TGD 성인이 호르몬 치료와 수술 치료를 포함해 매우 중요하고 의학적으로 필요한 건강 관리 조치를 받지 못하도록 가로막는 것을 정당화하는 근거로 이용해서는 안 됩니다.

이 부분에 대한 연구가 부족하기 때문에, 임상 지침은 주로 개별 사례 연구 및 TGD 성인과 작업하는 보건의료 전문가의 전문적 의견을 토대로 합니다(Expósito-Campos, 2021; Richards & Barrett, 2020). 따라서 TGD 성인이 영구적인 신체 변화를 경험한 후 이를 되돌리고자 한다면, 이 사람을 평가하는 보건의료 전문가는 종합적인 다학제적 평가팀의 일원이어야 합니다. 다학제적 팀을 꾸리면 트랜스젠더 건강 분야에 경험이 있는 보건의료 전문가들의 관점을 추가로 반영할 수 있습니다. 다학제적 팀은 TGD 성인 당사자와 협력하여 당사자가 원래 치료를 받고자 한 동기와 디트랜지션을 결정한 동기를 철저히 이해하기를 권합니다. 이전의 신체 변화와 관련된 모든 우려 사항을 주의 깊게 살피고, 신체를 변화 전으로 되돌리는 과정에서 비슷한 우려 사항이 다시 발생하지 않도록 특별히 노력해야 합니다.

영구적으로 변화한 신체를 변화 전으로 되돌림으로써 TGD 성인 당사자가 만족하고 편안함을 느낄 가능성을 최대한 높이려면 당사자와 다학제적 팀은 평가 과정에서, 그리고 되돌림을 준비하는 과정에서 사회적 트랜지션의 역할을 고려해야 합니다. 이러한 경우, 신체를 또 변화시키기를 권고하기 전에 당사자가 해당하는 사회적 역할에 맞게 장기간 생활하도록 해야 할 필요가 있을 가능성이 높습니다. 보건의료 전문가는 TGD 성인이 사회적 변화를 겪는 동안 당사자를 지원해야 할 뿐만 아니라 이러한 변화를 결정할 때 느끼는 실패감, 수치심, 우울, 죄책감 등을 해결하도록 지원해야 합니다. 뿐만 아니라, 디트랜지션을 결

심하게 만든 편견이나 사회적 어려움 또는 디트랜지션 결정 때문에 겪는 편견이나 사회적 어려움에 대처할 수 있도록 지원해야 합니다. 또한 이 과정에서 당사자가 보건의로 서비스를 계속 받도록 돕는 것도 중요합니다(Narayan et al., 2021).

가용한 연구 결과에 따르면 트랜지션을 택한 TGD 성인 대다수에게 일관되게 긍정적인 결과가 나타나지만(Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2012; Owen-Smith et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), 어떤 TGD 성인은 보상 기전의 상실을 겪거나 트랜지션 후 상태가 더 악화할 수 있습니다. 트랜지션 후 생물학적, 심리적, 사회적 상태가 나빠지거나 악화하는 것과 연관된 변수를 체계적으로 검토한 연구는 거의 이루어지지 않았지만(Hall et al., 2021; Littman, 2021), 이러한 사례는 드물다고 보입니다(Hall et al., 2021; Wiepjes et al., 2018). 신체적 또는 사회적 트랜지션 후 보상 기전의 상실이 일어나면서 생물학적 상태나 심리적 상태나 사회적 상태가 트랜지션 전에 비해 더 나빠지는 경우, 이 시기에 트랜지션이 도움이 되는지, 또는 이 사람에게 트랜지션이 도움이 되는지, 또는 둘 다인지를 심각하게 고민해야 합니다. 치료가 더 이상 지원되지 않는 경우, 당사자가 치료 중단 과정을 관리하고 그에 수반하는 어려움에 대처할 수 있도록 도움을 받게 안내해야 합니다(Narayan et al., 2021).

어떠한 이유로든 디트랜지션을 하는 사람은 반드시 지원을 받아야 합니다. 그러나 디트랜지션은 드물게 발생하며, 문헌에 따르면 GAMSTs 를 받은 TGD 성인을 포함해 자신이 편하게 여기는 성별로 트랜지션한 TGD 성인 절대 다수에게는 일관되게 긍정적인 결과가 나타난다는 사실을 명심해야 합니다(Byne et al., 2012; Green & Fleming, 1990; Lawrence, 2003; Motmans et al., 2012; Van de Grift, Elaut et al., 2018).

제 6 장 청소년

역사적 맥락 및 「건강관리실무표준」 지난 판본과 달라진 점

트랜스젠더 청소년에 대한 전문 보건의로 서비스는 1980 년대에 시작되었습니다. 이때 세계 각지에서 청소년 전문 젠더 클리닉이 개발되었으나 이곳에서 서비스를 받은 아동 및 청소년의 수는 비교적 적었습니다. 근래에 젠더 건강 관리를 요청하는 청소년의 수는 급증했습니다(Arnoldussen et al., 2019; Kaltiala, Bergman et al., 2020). 그 이후로 새로운 클리닉들이 설립되었으나, 여전히 여러 지역에서는 건강 관리를 받고자 하는 청소년은 급증하는 데 비해 임상 서비스가 이를 따라잡지 못하고 있습니다. 따라서 서비스를 받으려는 대기자 명단은 긴 경우가 많고, 세계 여러 트랜스젠더 청소년이 건강 관리를 받지 못하게 가로막는 장벽이 존재합니다(Tollit et al., 2018).

최근까지만 해도 청소년의 성별다양성 발생 비율에 대한 정보는 부족했습니다. 고등학생을 표본으로 한 연구에서 이 비율은 과거에 생각했던 것보다 훨씬 높게 나타났는데, 자신을 트랜스젠더로 정체화한 비율은 무려 1.2%였고(Clark et al., 2014) 자신이 성별 다양성을 경험한다고 보고한 비율은 무려 2.7% 또는 그 이상(예: 7~9%)이었습니다(Eisenberg et al., 2017; Kidd et al., 2021; Wang et al., 2020). 이러한 연구는 청소년의 성별다양성을 더 이상 드문 일로 여겨서는 안 된다는 점을 시사합니다. 또한 젠더 클리닉 방문자의 출생 당시 지정된 성의 성비는 불균형한 패턴을 보였는데, 출생 당시 여성으로 지정된(assigned female at birth, AFAB) 청소년이 건강 관리를 시작하는 빈도가 출생 당시 남성으로 지정된(assigned male at birth, AMAB) 청소년보다 2.5~7.1 배 높은 것으로 나타났습니다(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).

세계트랜스젠더보건의로전문가협회(WPATH) 「건강관리실무표준」에서 아동·청소년의 필요를 위한 특정 섹션이 1998 년 WPATH 「건강관리실무표준」 제 5 판(Levine et al., 1998)에 처음 포함되었습니다. 당시에는 16 세 이상인 청소년은 특정한 경우에 한해 성별확정 건강관리를 받을 요건에 부합한다고 간주

했습니다. 뒤이어 출간된 제 6 판(Meyer et al., 2005) 과 제 7 판(Coleman et al., 2012)에서는 청소년 대상 성별확정 치료를 세 가지 범주로 나누고 연령/사춘기 단계에 따라 치료 요건을 제시했습니다. 즉, 완전히 가역적인 처치인 사춘기억제제 투여는 사춘기가 시작하자마자 가능하고, 부분적으로 가역적인 처치인 호르몬 치료(테스토스테론, 에스트로겐)는 성년이 되면 가능하고(일부 유럽 국가에서는 성년 연령이 만 16 세임), 비가역적인 수술은 만 18 세 이상일 때 가능하게 하되 가슴을 '남성화'하는 유방 절제술은 최소한 16 세 이상일 때 가능하도록 하였습니다. 또한, 의학적 성별확정 관리를 받을 요건에는 오래 지속되는 (아동기의) 성별 '비순응'/불쾌감 이력이 사춘기가 시작될 때 나타나거나 심해질 것, 치료를 방해하는 심리적·의학적·사회적 문제가 없거나 관리될 것, 개입을 시작할 때 부모/양육자가 지원할 것, 충분한 정보에 근거한 사전 동의 등이 포함되었습니다. 「건강관리실무표준」 제 8 판에서는 '아동' 장과 별도로 트랜스젠더·성별다양성이 있는(TGD) 청소년을 다루는 장을 신설했습니다. (1)청소년 치료를 의뢰하는 비율이 기하급수적으로 증가했고 (2)청소년의 성별다양성 관련 건강 관리에 관한 특이적인 연구가 늘어났으며 (3)이 연령대 특유의 발달 이슈와 성별확정 건강관리 이슈가 있기 때문입니다.

성별 관련 건강 관리에 관한 비특이적인 용어(예: 성별확정 모델, 성별 탐색 모델)는 사용하지 않았습니다. 이러한 용어는 획일적인 진료가 아니라 다양한 환경에서 다르게 정의되는 이질적인 건강 관리 행위 (practice)를 뜻하기 때문입니다.

청소년기 개관

청소년기는 아동기와 성인기를 잇는 발달 시기로, 신체적·심리적 성숙이 비교적 급격하게 이루어지는 것이 특징입니다(Sanders, 2013). 이 시기에는 여러 가지 발달 과정이 동시에 일어나는데, 여기에는 사춘기 징후로 드러나는 변화도 포함됩니다. 인지 체계, 정서 체계, 사회성 체계가 성숙하고 사춘기와 연관된 신체 변화가 일어납니다. 이러한 모든 과정이 한 개인 안에서 동시에 시작해 동시에 끝나는 것도 아니고, 모든 사람이 같은 나이에 이러한 과정을 겪는 것도 아닙니다. 그렇기 때문에 청소년기의 하한선과 상

한선은 불분명하며 연령으로만 정의할 수는 없습니다. 예를 들어, 신체적인 사춘기 변화 (pubertal change)는 아동기 후기에 시작할 수 있고, 실행을 제어하는 신경계는 20 대 중반까지도 계속 발달합니다 (Ferguson et al., 2021). 성년(즉, 법적 의사 결정을 할 수 있는 지위; Dick et al., 2014)을 정의하는 기준도 모든 국가와 정부에서 일치하지는 않습니다. 여러 국가와 정부가 성년을 만 18 세로 정의하지만, 어떤 곳은 성년 연령을 15 세로 낮게 정의하고(예: 인도네시아와 미얀마) 어떤 곳은 21 세로 높게 정의합니다(예: 미국 미시시피주, 싱가포르).

명확성을 위해, 이 장은 사춘기가 시작한 시기부터 법적 성년(대체로 만 18 세) 사이에 있는 청소년에게 적용합니다. 그러나 이 장에서 다루는 발달 관련 요소—부모/양육자 참여의 중요성도 여기 포함됩니다—는 청소년에서 성인으로 넘어가는 연령의 젊은 성인의 건강 관리와도 유관한 경우가 많으므로, 이러한 요소를 적절히 고려해야 합니다.

청소년기의 인지 발달은 주로 추상적 사고력 향상, 복잡한 추론 능력 향상, 메타인지(타인이 자신을 어떻게 인식하는지에 따라 청소년이 자신의 감정에 대해 사고할 수 있는 능력) 향상이라는 특징을 보입니다(Sanders, 2013). 가상의 상황을 추론하는 능력이 발달하면서 청소년은 특정한 결정이 초래하는 결과를 개념화할 수 있게 됩니다. 그러나 청소년기에는 위험을 감수하는 행동이 종종 증가하기도 합니다. 청소년기에는 이처럼 눈에 띄는 변화가 발생할 뿐만 아니라, 청소년이 부모로부터 독립하고 개인의 자율성이 더 크게 발달하는 특징이 나타나기도 합니다. 이 시기에 청소년은 종종 동료관계에 매우 집중하는데, 이는 긍정적이기도 하고 해롭기도 합니다(Gardner & Steinberg, 2005).

청소년은 종종 보상에 대한 과민 반응에서 비롯하는 절박감을 경험하며, 청소년의 시간 감각은 나이 든 사람들과 다르다고 밝혀졌습니다(Van Leijenhorst et al., 2010). 보통 청소년기에는 사회-정서적 발달이 이루어지지만, 대인관계에서 그리고 개인 내면에서 의사소통 및 통찰력이 성숙하는 수준은 청소년들 사이에서도 편차가 큼니다(Grootens-Wiegers et al., 2017). TGD 청소년이 성별확정 치료에 대한 결정을 내리는 경우—이러한 결정은 평생 영향을 미칠 수 있습니다—청소년 발달의 이 모든 측면이 특정한 문화

적 맥락에서 해당 청소년의 의사 결정에 어떤 영향을 미칠 수 있는지를 이해하는 것이 중요합니다.

청소년기의 성별정체성 발달

청소년기의 성별정체성 발달에 대해 우리는 갈수록 새로운 것을 알아가고 있습니다. 성별다양성이 있는 청소년과 그 가족에게 임상에서 건강 관리를 제공할 때에는 발달 과정 중의 성별정체성에 대해 알려진 것은 무엇이고 알려지지 않은 것은 무엇인지를 아는 것이 중요합니다(Berenbaum, 2018). 치료를 고려할 때, 청소년의 가족은 청소년의 성별정체성이 어떻게 발달할 것이며 청소년이 선언한 성별이 시간이 흐른 후에도 동일하게 유지될지 의문을 가질 수 있습니다. 어떤 청소년은 아동기부터 성별다양성을 표현해 왔기에, 부모/양육자는 이 청소년이 출생 시 지정된 성 과 자신의 성별이 다르다고 선언해도 놀라지 않을 수 있습니다(Leibowitz & de Vries, 2016). 그러나 어떤 청소년은 사춘기에 따른 변화가 일어나거나 청소년기에 진입하고 상당한 시간이 지나고 나서야 비로소 자신의 성별정체성을 선언하기도 합니다(McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020).

역사적으로, 성별 발달에 관한 사회적 학습 및 인지 발달 연구는 성별정체성이나 성별표현에 다양성이 없는 청소년을 대상으로 실시되었으며 특정한 성이 곧 특정한 성별과 연관된다는 가정 하에 수행되었습니다. 그렇기 때문에 이러한 연구는 성별정체성 발달에 거의 관심을 기울이지 않았습니다. 이 연구는 (Perry & Pauletti, 2011) 성별 발달에 생물학적 요인이 영향을 미칠 뿐만 아니라 심리적 요인과 사회적 요인도 영향을 미친다는 사실을 입증했습니다. TGD 청소년의 성별정체성 발달에 대한 연구는 덜 이루어졌지만, 생물학적 요인과는 별도로 심리사회적 요인이 관여한다고 가정할 이유는 충분합니다(Steensma, Kreukels et al., 2013). 어떤 청소년의 경우 성별정체성 발달은 고정되어 있고 어린 나이부터 표현된다고 보이는 반면, 다른 청소년은 시간이 흐름에 따라 성별정체성이 발달하는 데 영향을 미치는 발달 과정을 겪을 수 있습니다.

인터섹스인 사람들에게 대한 뇌영상 연구(neuroimaging studies), 유전자 연구 및 기타 호르몬 연구에 따르면, 성별정체성이 출생 당시 지정된 성과 일

치하지 않는 일부 개개인에게는 생물학적 요인이 성별정체성 발달에 영향을 미치는 것으로 나타났습니다(Steensma, Kreukels et al., 2013). 가족이 이 문제에 대해 의문을 갖는 경우가 많기 때문에, 성별정체성이 태어날 때부터 고정된 것처럼 보이는 사람과 발달 과정 중에 성별정체성 발달이 있는 것처럼 보이는 사람을 구분하는 것은 불가능하다는 점을 언급하는 것이 중요합니다. 청소년 개인의 성별정체성 발달에 기여하는 다양한 요인의 기여도를 명확하게 설명하기는 불가능하므로, 종합적인 임상 접근은 중요하고 필수적입니다(권고성명 3 참조). 향후 다양한 코호트 집단을 대상으로 장기간 연구를 수행하면 성별정체성 발달에 대해 더 많은 사실을 밝혀낼 수 있을 것입니다. 또한 성별정체성 개념을 남성과 여성이라는 이분법으로 분류하는 대신 연속체 상에 있는 다차원적 스펙트럼(APA, 2013)으로 전환할 필요도 있습니다.

청소년기는 성별다양성이 있는 청소년의 성별정체성 발달에 극히 중요한 시기일 수 있습니다(Steensma, Kreukels et al., 2013). 네덜란드에서 아동기 성별불쾌감이 있으며 사춘기억제제나 성별확정 호르몬 또는 둘 다를 투여받은 청소년을 대상으로 종단 임상추적관리를 실시했는데, 연구에 따르면 이 청소년들은 성인이 된 후 아무도 청소년기에 내린 결정을 후회하지 않았습니다(Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2014). 이러한 연구가 시사하듯이, 종합적인 평가를 받았고 의학적 성별확정 관리 관련 결정을 내릴 수 있을 만큼 정서적으로 성숙하다고 밝혀진 청소년은 연구가 진행된 기간 동안 성별정체성이 안정되게 나타났습니다.

네덜란드의 장기 종단 코호트 연구 결과를 현재 관리를 받고자 하는 성별다양성이 있는 청소년에게 적용하려면, 시간이 흐르면서 TGD 사람들에 대해 사회가 변화했다는 점을 고려하는 것이 극히 중요합니다. TGD 정체성이 전보다 더 가시화되었다는 점을 고려해, 인식 증진이 어떻게 성별정체성의 발달에 다양한 방식으로 영향을 미칠 수 있는지를 이해하는 것이 중요합니다(Kornienko et al., 2016). 한 가지 추세가 확인되었는데, 바로 젠더 클리닉에 논바이너리 정체성을 드러내고 찾아오는 청소년이 늘어났다는 사실입니다(Twist & de Graaf, 2019). 또한, 건강 관리를 요청하는 청소년 중 아동기에 성별다양성을 경험하거나 표현하지 않은(혹은 경험하지도 표현하지도 않은)

것으로 보이는 청소년이 늘어나는 현상이 임상에서 발생하고 있습니다. 한 연구자는 늦은 나이에 나타나는 성별다양성 경험의 특정한 형태를 연구하고 기술하고자 시도했습니다(Littman, 2018). 그러나 이 연구 결과를 염두에 둘 때에는 1)이 연구는 청소년의 관점이 아니라 그 부모를 조사했다는 점, 2)조사 대상자인 부모를 모집할 때 성별불쾌감 치료를 회의적으로 바라보고 비판하는 지역 사회 환경에서 모집된 부모가 포함된 점 등 연구에 중대한 방법론적 문제가 있다는 맥락을 고려해야 합니다. 그런데 현재까지 이 연구 결과와 동일한 결과가 나온 연구는 없습니다.

일부 청소년 하위집단은 성별에 영향을 미치는 사회적 영향에 민감하므로, 이러한 차이점을 중요하게 고려해야 할 수 있습니다(Kornienko et al., 2016). 하지만 표본 모집의 편향 가능성이 있는 데이터셋에서 알아낸 정보에 의지해 이러한 현상이 어느 한 청소년에게서 지나치게 일찍 나타난다고 가정하지 않도록 주의해야 합니다(Bauer et al., 2022; WPATH, 2018). 자신을 지지하는 사람과 연결된 청소년에게 사회적 연결이 줄 수 있는 이점을 고려하는 것이 중요합니다(Tuzun et al., 2022)(권고성명 4 참조).

우리는 청소년 성별정체성 발달에 대해 점차 알아가고 있는 단계이므로, 개별화된 임상 건강 관리 접근법을 취하는 것은 윤리적일 뿐만 아니라 필수적입니다. 어느 의학 분야나 마찬가지로, 연구에는 각각 방법론적 한계가 있고, 도출된 결론을 모든 청소년에게 일괄적으로 적용할 수도 없으며 적용해서도 안 됩니다. 이 점은 부모가 흔히 묻는 질문, 즉 어느 한 청소년의 성별정체성 발달이 안정적인지 불안정한지에 대한 질문에도 적용됩니다. 향후 연구가 성별정체성 발달에 대한 과학적 이해를 증진하는 데 도움이 되기는 하겠지만, 그래도 미지로 남는 영역은 늘 존재할 것입니다. 게다가 건강 관리의 자기 결정이라는 윤리를 고려한다면, 미지의 영역이 있다고 해서 TGD 청소년이 중요하고 필수적인 건강 관리를 받지 못하게 내버려두어서는 안 될 것입니다.

트랜스젠더 청소년에 대한 성별확정 의학적 치료의 연구 근거

의학적으로 필요한 성별확정 내과/수술 치료(GAMSTs)(제 2 장 '전 세계적 적용 가능성'의 권고성

명 2.1 에서 의학적 필요성에 관한 진술 부분 참조)의 효과성을 평가하는 근거의 질은 트랜스젠더 청소년 건강관리에서 핵심 난제입니다. 의학적 치료는 평생 영향을 미치고 치료는 어린 나이에 시작되기 때문에, 청소년과 부모와 의료 제공자는 치료 근거의 이러한 특성에 대해 알아야 합니다. 내과적 치료 및 수술 치료를 진행하겠다는 결정을 신중하게 내리는 것은 합리적이라고 보입니다. 조기 의료 개입의 효과성을 뒷받침하는 근거는 점차 늘어나고 있지만, 연구 개수는 여전히 적고 청소년이 성인이 될 때까지 결과를 추적하는 연구는 드뭅니다. 따라서 청소년 치료 결과에 대한 문헌을 체계적으로 고찰하는 것은 불가능합니다. 대신 여기에서는 연구 결과를 짧게 서술하고 검토하도록 하겠습니다.

이 장을 집필할 당시, 조기(즉 청소년기) 의학적 치료에 긍정적인 결과가 나타난다고 보고한 장기 종단 코호트 추적 연구가 여러 건 있었는데, 이 연구 중 상당수는 네덜란드에 있는 한 클리닉을 통해 실시되었습니다(e.g., Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries, Steensma et al., 2011; de Vries et al., 2014; Smith et al., 2001, 2005). 연구 결과에 따르면 성별 불쾌감 해소는 심리 기능 향상 및 신체 이미지 만족도 상승과 연관이 있는 것으로 나타났습니다. 이 연구 대다수는 사전-사후 방법론적 설계를 따랐고, 기준선이 되는 심리 기능을 의학적 성별확정 치료를 제공한 후의 결과와 비교했습니다. 서로 다른 연구에서 치료 개입의 개별 측면 또는 치료 개입의 조합을 평가하였는데, 여기에는 1)성별확정 호르몬과 수술(Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001, 2005), 2)사춘기억제제(de Vries, Steensma et al., 2011), 그리고 3)사춘기억제제와 성별확정 호르몬과 수술(de Vries et al., 2014)이 포함되었습니다. 2014 년도에 발표된 장기 추적 연구는 청소년을 청소년기 초기(치료 전, 평균 연령 13.6 세)에서 성인기 초기(치료 후, 평균 연령 20.7 세)까지 추적한 유일한 연구입니다. 이 연구는 트랜스젠더 청소년이 성별확정 치료를 받음으로써 자신이 긍정적인 성별로 살면서도 연령에 적합한 발달 단계 이행을 이룰 수 있으며 성인이 되어서도 객관적·주관적으로 만족스러운 결과를 얻을 수 있다는 점을 최초로 보여주었습니다. 이 연구는 소규모의(n=55) 엄선되고 사회적 지지를 받는 표본을 대상으로 했지만 연구 결과는 설득력이

있었습니다. 이 연구 참가자들이 다학제적 접근법을 취하는 것으로 유명한 네덜란드 클리닉에 다닌다는 점은 특기할 만한데, 이러한 다학제적 접근법에는 종합적이고 지속적인 평가 및 성별불쾌감 관리를 시행하고 정서적 안녕을 목적으로 지원을 제공하는 것 등이 포함됩니다.

좀 더 최근에 발표된 여러 종단 연구는 성별확정 치료의 다양한 단계에 있는 참가자들을 추적하고 평가했습니다. 이 연구 참가자들 중 일부는 성별확정 의학적 치료를 아직 시작하지 않았고, 일부는 사춘기 억제 치료를 받았고, 일부는 성별확정 호르몬 치료를 시작하거나 심지어 성별확정 수술(gender-affirming surgery, GAS)를 받기도 했습니다(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). 치료 종류와 방법이 이질적이기 때문에, 이러한 연구 설계 방식은 결과를 해석하는 것을 어렵게 합니다. 그럼에도 데이터에 따르면, 치료 전 평가 때와 비교했을 때 참가자의 심리 기능, 신체 이미지, 치료 만족도는 치료 개시 후 3 개월에서 최대 2 년에 걸쳐 향상되거나 안정되었다는 결과가 일관되게 나타났습니다.

횡단 연구를 통해서도 성별확정 치료의 효과를 평가할 수 있습니다. 한 횡단 연구에서는 트랜스젠더 청소년의 치료 전 심리 기능과 사춘기 억제 치료를 받는 동안의 심리 기능을 서로 다른 두 시점에서 또래 시스젠더 청소년의 심리 기능과 비교했습니다. 치료 전 트랜스젠더 청소년은 시스젠더 또래에 비해 심리 기능이 저하된 것으로 나타난 반면, 사춘기 억제 치료를 받는 동안에는 또래에 비해 심리 기능이 더 나은 것으로 나타났습니다(van der Miesen et al., 2020). Grannis et al.(2021)은 테스토스테론 치료를 시작한 트랜스젠더 남성이 테스토스테론 치료를 시작하지 않은 트랜스젠더 남성에게 비해 내면화된 정신 증상(우울증 및 불안)이 적음을 입증했습니다.

그 외에도 결과 설계를 달리한 연구가 4 건 더 있습니다. Kaltiala, Heino et al.(2020)이 후향적 차트 연구에서 보고한바, 성별확정 호르몬 치료를 시작하기 전 정신 건강 문제가 거의 또는 전혀 없었던 트랜스젠더 청소년은 대체로 치료 기간 동안 잘 지냈습니다. 그러나 치료 전 시점에서 정신 건강에 어려움이 좀 더 많았던 청소년은 성별확정 의학적 치료를 받는

동안에도 이러한 정신 건강상의 어려움을 계속 겪었습니다. Nieder et al. (2021)은 건강 관리에 대한 만족도를 결과로 측정하여, 트랜스젠더 청소년은 치료를 시작한 후 치료가 진전될수록 더 만족한다는 사실을 입증했습니다. Hisle-Gorman et al.(2021)은 대규모 보건의료 데이터 세트에 있는 TGD 청소년 3,754명의 성별확정 의약품 사용 전후 보건의료 서비스 이용도를 정신 건강 상태의 심각성을 나타내는 지표로 삼아 비교했습니다. 저자들은 이들의 정신 건강이 개선될 것이라는 가설을 세웠으나, 정신 건강 관리 서비스 이용도는 유의미하게 변하지 않았으며 항정신성 약물 처방은 증가하는 등 가설과는 다소 상반된 결과가 나타났습니다. Turban et al. (2022)은 트랜스젠더로 정체화한 성인의 대규모 비확률적 표본추출 방법으로 연구한 결과 청소년기에 성별확정 호르몬을 접했다고 보고한 사람은 성인기에 성별확정 호르몬을 접한 트랜스젠더인 사람에 비해 지난 1년간 자살 경향성을 나타내는 비율이 낮았다는 사실을 발견했습니다.

보건의료 제공자는 청소년이 청소년기에 결정한 성별확정을 후회할 가능성과 청소년이 치료를 중단하고 출생 당시 지정된 성별 역할로 돌아가고자 할 가능성을 고려할 수 있습니다. 네덜란드에서 실시한 연구 2건에 따르면 사춘기 억제 치료를 중단하기로 한 청소년의 비율은 낮게(1.9% and 3.5%) 나타난다고 합니다(Brik et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). 다시 말하지만, 이들 연구는 의학적 성별확정 치료를 시작하기 전에 종합적인 평가를 하는 등의 프로토콜을 따르는 클리닉에서 실시되었습니다. 비가역적인 성별확정 치료를 시작한 후 원래 결정을 후회하거나 디트랜지션을 하는 청소년의 프로필을 보고한 임상 코호트 연구는 현재까지 없습니다. 최근 연구에 따르면 디트랜지션을 하는 청소년이 있기는 하지만, 이들은 자신이 성별 관련 건강 관리가 필요하다는 것을 이해하면서 치료를 시작했기에 치료를 개시한 것을 후회하지는 않는 것으로 나타났습니다(Turban, 2018). 그러나 이러한 관점이 디트랜지션하는 사람들의 주된 관점은 아닐 수 있습니다(Littman, 2021; Vandebussche, 2021). 자신이 취했던 조치를 후회하는 청소년도 있을 수 있습니다(Dyer, 2020). 그러므로 트랜스젠더 청소년을 지원할 때에는 가능한 모든 결과를 제시하는 것이 중요합니다. 보건의료 제공자

는 의학적 성별확정 치료를 시작하기 전에 청소년 및 부모/양육자와 협력하고 이들에게 신뢰를 주는 방식으로(즉, '미래에 잠재적으로 경험할 수 있거나 고려할 만한 일'로서) 이 주제를 논의할 수 있습니다. 또한 서비스 제공자는 디트랜지션을 하는 청소년을 지원할 준비가 되어 있어야 합니다.

편의표본추출법에 따라 스스로 디트랜지션한 사람이라고 정의한 사람 237명을 대상으로 인터넷 설문조사를 실시하였는데, 참여자의 평균 연령은 25.02세이고 90% 이상이 출생 당시 여성으로 지정된 사람이었습니다. 이들 중 25%는 18세 이전에 의학적 트랜지션을 했고 14%는 18세 이전에 디트랜지션을 했습니다(Vandebussche, 2021). 인터넷 편의 표본은 응답자 선정에 따라 달라질 수 있기는 하지만, 이 연구는 트랜스젠더 청소년에게 디트랜지션이 일어날 수 있으며 보건의료 전문가가 이 사실을 인지해야 한다는 점을 시사합니다. 이들 중 다수는 디트랜지션 과정에서 도움을 받는 데 어려움을 겪었다고 밝혔으며, 디트랜지션 중에 충분하거나 적절한 지원을 받지 못했기에 디트랜지션 과정에서 고립되는 경험을 했다고 보고하였습니다(Vandebussche, 2021).

결론은 다음과 같습니다. 기존 표본이 비교적 소수의 청소년(연구당 n=22~101)을 대상으로 했고 추적 기간이 연구마다 다르기는 했지만(6개월~7년), 새로 드러나는 근거에 따르면 트랜스젠더 청소년은 신중하게 평가를 받은 후 의학적으로 필요한 성별확정 치료를 받으면 삶이 전반적으로 개선되는 것으로 나타납니다. 뿐만 아니라, 연구 모니터링을 실시한 기간에 치료를 후회했다고 보고한 비율도 낮게 나타납니다. 전체적으로 보았을 때, 데이터에 따르면 조기 의학적 개입—평가와 치료를 광범위하게 통합한 접근법의 일환이며 성별불쾌감과 전반적인 안녕에 초점을 맞춘 개입—은 이러한 치료를 받고자 하는 여러 트랜스젠더 청소년에게 효과적이고 도움이 될 수 있습니다.

윤리적 관점 및 인권적 관점

청소년 관련 SOC 권고성명을 작성할 때에는 의료 윤리 및 인권적 관점도 고려하였습니다. 예를 들어, 성별불일치를 경험하는 청소년에게 비가역적인 사춘

기 변화가 진행되도록 방치하면 트랜스젠더 청소년에게 즉각적이고 평생에 걸쳐 해로운 영향을 미칠 수 있기에, 이러한 행위는 중립적이지 않습니다(Giordano, 2009; Giordano & Holm, 2020; Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011). 인권적 관점에서 보았을 때, 성별다양성이 인간의 폭넓고 다양한 경험의 범주 안에서 정상적이고 예측 가능한 변화라는 점을 감안하면, 청소년에게는 자신의 건강과 삶에 대해 결정을 내

권고성명

- 6.1- 우리는 성별다양성이 있는 청소년을 대상으로 하는 보건의료 전문가에게 다음과 같이 권고합니다.
- 6.1.a- 해당 법정 기관에서 면허를 받고, 이 역할과 유관한 임상 분야에서 최소한 대학원 학위를 소지하거나 그에 상응하는 학위를 소지합니다. 이러한 자격은 국가 공인 법정 기관에서 수여한 것이어야 합니다.
- 6.1.b- 이론적 수련 및 근거 중심적인 수련을 받고, 발달 스펙트럼 전반에 걸친 아동·청소년·가족 정신 건강 일반에 대한 전문성을 개발해야 합니다.
- 6.1.c- 아동 및 청소년의 성별정체성 발달과 성별다양성에 대한 수련을 받고 이에 대한 전문성을 갖추고, 승낙/동의할 능력을 평가할 줄 알고, 생애 주기에 걸쳐 나타나는 성별다양성에 대해 일반적으로 알아야 합니다.
- 6.1.d- 자폐인 청소년 또는 신경다양성이 있는 청소년을 대상으로 하는 경우, 자폐 스펙트럼 장애 및 기타 신경 발달 증상에 대해 수련을 받거나 발달 장애 전문가와 협업해야 합니다.
- 6.1.e- 성별다양성이 있는 아동·청소년 및 가족과 관련된 모든 영역에서의 전문성 개발에 지속적으로 참여합니다.
- 6.2- 우리는 성별다양성이 있는 청소년을 대상으로 하는 보건의료 전문가가 특정 정체성을 선호하지 않도록 열린 마음과 존중하는 태도를 갖추어 성별 탐색 및 표현을 장려할 것을 권고합니다.
- 6.3- 우리는 성별다양성이 있는 청소년을 대상으로 하는 보건의료 전문가가 성별정체성 관련 우려를 표현하며 내과적/수술적 트랜지션 관련 건강 관리를 받고자 하는 청소년을 대상으로 포괄적인 생물심리사회적 평가를 실시하고, 이러한 평가를 협력적이고 지지적인 태도로 실시할 것을 권고합니다.
- 6.4- 우리는 보건의료 전문가가 가족, 학교 및 기타 유관 환경과 협력하여 해당 청소년이 표현하는 성별다양성에 따른 행동과 정체성을 수용하도록 장려할 것을 권고합니다.
- 6.5- 우리는 개인의 성별 및 고유한 성별표현을 출생 당시 지정된 성과 더 잘 일치하도록 바꾸고자 시도하는 교정치료 및 전환치료를 제공하지 않을 것을 권고합니다.
- 6.6- 우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년에게 가슴 압박 및 생식기 터킹(tucking) 및 이러한 조치의 이점과 위험성에 대한 보건 교육을 실시할 것을 제안합니다.
- 6.7- 성별불일치를 경험하는 청소년이 테스토스테론 치료를 원하지 않거나 테스토스테론 치료를 원하지만 아직 시작하지 않았거나 테스토스테론 치료를 받는데 돌발출혈을 겪는다면, 우리는 보건의료 전문가가 월경 억제제를 처방할 것을 권고합니다.
- 6.8- 성별다양성이 있고 트랜스젠더인 청소년이 성인으로서 건강 관리를 받는 단계로 넘어가기 전까지, 우리는 보건의료 전문가가 해당 청소년 및 이 청소년과 관계가 있는 양육자 모두와 지속적인 관계를 유지함으로써 해당 청소년이 사춘기 억제 치료, 호르몬 치료, 성별 관련 수술에 관해 의사결정을 내릴 수 있도록 지원할 것을 권고합니다.
- 6.9- 성별다양성이 있는 청소년 및 트랜스젠더인 청소년이 성인으로서 건강 관리를 받는 단계로 넘어가기 전까지, 우리는 보건의료 전문가가 해당 청소년에게 사춘기 억제나 호르몬 치료 개시나 성별 관련 수술을 실시하는 것이 적절하고 치료 기간 내내 적응증에 해당하는지를 결정할 때 정신 건강 및 의료 전문가 등 관련 분야의 전문가와 협력할 것을 권고합니다.
- 6.10- 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년이 성별확정 내과 또는 수술 치료를 요청할 때, 우리는 이러한 청소년들을 대상으로 하는 보건의료 전문가가 치료를 개시하기 전에 치료가 생식에 미치는 영향은 무엇이며(가임력 상실 가능성 포함) 가임력을 보존하기 위해 어떤 선택이 가능한지를 해당 청소년의 사춘기 발달 단계에 맞게 알려줄 것을 권고합니다.
- 6.11- 성별확정 내과 또는 수술 치료가 청소년에게 필요한 경우, 우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년을 대상으로 하는 보건의료 전문가가 평가 및 치료 과정에 부모(들)/양육자(들)를 참여시킬 것을 권고합니다. 단, 이들의 참여가 청소년에 해가 되거나 참여가 불가능하다고 판단하는 경우는 예외입니다.

아래의 내용은 성별확정 내과 및 수술 치료 요건에 관한 권고입니다(모든 사항을 충족해야 합니다).

6.12- 우리는 트랜스젠더.성별다양성이 있는 청소년을 평가하는 보건의료 전문가가 다음과 같은 경우에만 환자가 요청하는 성별확정 내과 또는 수술 치료를 권할 것을 권고합니다.

6.12.a- 보건의료 서비스를 받기 위해 진단이 필요한 상황이라면 해당 청소년은 ICD-11 이 정한 성별불일치 진단 기준을 충족해야 합니다. ICD 최신판을 실시하지 않는 국가에서는 다른 분류법을 사용할 수 있으나, 현실적으로 가능한 한 빨리 ICD 최신판을 사용하도록 노력해야 합니다.

6.12.b- 성별다양성/불일치 경험이 뚜렷하고 오랜 기간 지속되어야 합니다.

6.12.c- 충분한 정보에 근거해 치료에 동의/승낙할 수 있을 만큼 해당 청소년의 정서 및 인지가 성숙해야 합니다.

6.12.d- 해당 청소년을 명확하게 진단하는 데 방해가 되거나 해당 청소년이 동의할 능력 및 성별확정 치료에 방해가 되는 정신 건강 문제는 (만약 있다면) 미리 해결되어야 합니다.

6.12.e- 해당 청소년에게 치료가 생식에 미치는 영향에 대한 정보를 미리 알려주어야 하는데, 여기에는 가임력을 상실할 가능성이 있다는 점과 가임력을 보존하기 위해 어떤 선택이 가능한지가 포함되며, 이러한 점은 해당 청소년의 사춘기 발달 단계에 맞게 논의해야 합니다.

6.12.f- 사춘기 역제를 개시하려면 해당 청소년이 태너 척도(Tanner stage) 2 단계에 도달해야 합니다.

6.12.g- 해당 청소년이 성별확정 시술에서 원하는 수술적 결과를 얻기 위해서는 수술 전에 성별확정 호르몬 치료를 최소 12 개월, 필요한 경우에는 더욱 길게 받아야 합니다. 이러한 수술에는 유방확대술, 고환절제술, 질형성술, 자궁절제술, 음경형성술, 메토이디오플라스티, 성별확정 치료의 일환으로 실시되는 안면수술 등이 있습니다. 단, 호르몬 치료를 원치 않거나 호르몬 치료가 의학적으로 금기인 경우에는 예외입니다.

리는 과정에 참여할 권리가 있으며 성별 건강 관리 서비스에 대한 접근도 여기에 포함됩니다(Amnesty International, 2020).

권고성명 요약 및 청소년기 특유의 이슈

이 장은 청소년기의 성별정체성 발달에 관해 무엇이 알려지고 무엇이 알려지지 않았는지, 청소년기 성별확정 건강 관리에 대한 근거는 무엇인지, 그리고 청소년기를 다른 발달 단계와 구분하는 고유의 측면은 무엇인지를 설명하기 위해 설계되었습니다.

정체성 탐색. 성별정체성을 포함해 자기 정체성의 여러 측면을 확고하게 하는 것은 청소년기에 뚜렷하게 나타나는 특징입니다. 성명 6.2 는 성별정체성 발달이라는 맥락에서 정체성 탐색을 다룹니다. 성명 6.12.b 는 성별확정 건강 관리에 관해 의미 있는 결정을 내릴 수 있기까지 청소년이 얼마나 오랫동안 성별다양성이 있는 정체성을 경험하거나 표현하거나 둘 다 해야 하는지를 설명합니다.

동의 및 의사결정. 청소년기에 동의 및 의사결정을 할 수 있게 하려면 해당 개인의 정서적, 인지적, 심리 사회적 발달 정도를 평가해야 합니다. 성명 6.12.c 는 정서적 성숙 및 인지적 성숙 문제를 직접 언급하며

의사결정 능력을 평가하는 데 사용하는 평가 과정에 어떤 요소가 필요한지를 기술합니다

양육자/부모의 참여. 대체로 청소년은 다양한 방식으로 양육자/부모의 지도를 받습니다. 청소년이 치료 선택지를 결정하는 과정을 탐색하는 과정에서도 그러합니다. 성명 6.11 은 양육자/부모 참여의 중요성을 다루고 양육자/부모가 평가 및 치료에서 행하는 역할이 무엇인지를 논의합니다. 그 어느 지침도 전 세계에서 발생하는 각각의 상황을 모두 설명할 수는 없습니다.

권고성명 6.1

우리는 성별다양성이 있는 청소년을 대상으로 하는 보건의료 전문가에게 다음과 같이 권고합니다.

- 해당 법정 기관에서 면허를 받고, 이 역할과 유관한 임상 분야에서 최소한 대학원 학위를 소지하거나 그에 상응하는 학위를 소지합니다. 이러한 자격은 국가 공인 법정 기관에서 수여한 것이어야 합니다.
- 이론적 수련 및 근거 중심적인 수련을 받고, 발달 스펙트럼 전반에 걸친 아동·청소년·가족 정신 건강 일반에 대한 전문성을 개발해야 합니다.

다.

- c. 아동 및 청소년의 성별정체성 발달과 성별다양성에 대한 수련을 받고 이에 대한 전문성을 갖추고, 승낙/동의할 능력을 평가할 줄 알고, 생애 주기에 걸쳐 나타나는 성별다양성에 대해 일반적으로 알아야 합니다.
- d. 자폐인 청소년 또는 신경다양성이 있는 청소년을 대상으로 하는 경우, 자폐 스펙트럼 장애 및 기타 신경 발달 증상에 대해 수련을 받거나 발달 장애 전문가와 협업해야 합니다.
- e. 성별다양성이 있는 아동·청소년 및 가족과 관련된 모든 영역에서의 전문성 개발에 지속적으로 참여합니다.

TGD 청소년 및 그 가족을 평가하고 지원할 때, 건강 관리 서비스 제공자/보건의로 전문가(HCPs)는 일반적인 지식과 수련뿐만 아니라 성별정체성에 특화된 지식과 수련을 받아야 합니다. 청소년과 가족을 대상으로 하도록 수련을 받은 서비스 제공자는 청소년과 가족을 돌볼 때 청소년 발달 및 가족 역동의 여러 측면을 탐색하는 데 중요한 역할을 합니다 (Adelson et al., 2012; American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017). 본 건강관리실 무표준의 다른 장에서는 성별 관련 건강 관리를 제공하는 전문가의 기준을 더 자세하게 기술합니다(제 5 장 '성인 평가', 제 7 장 '아동', 또는 제 13 장 '수술 및 수술 후 관리' 참조). 청소년을 대상으로 하는 전문가들은 청소년의 성별정체성 발달에 관해 무엇이 알려지고 무엇이 알려지지 않았으며 청소년에 관한 이러한 지식 기반과는 어떻게 다른지를 이해해야 합니다. 보건의로 전문가 중에서도 정신 건강 전문가(MHP)는 성별확정 내과적/수술적 건강 관리를 받고자 하는 청소년을 포함한 트랜스젠더 청소년을 대상으로 평가를 진행하고 치료 우선순위와 목표를 명확하게 설명하기에 가장 적합한 수련을 받았고 가장 긴 시간 동안 임상에 전념해 왔습니다. 가족 구성원은 해당 청소년의 과거력과 필요에 관해 다른 관점을 피력할 수 있는데, 많은 경우 정신 건강 전문가는 이러한 가족 구성원의 역동을 이해하고 관리하는 데 가장 적합합니다.

아동·청소년 발달 분야의 수련을 받은 전문가를 찾을 수 없는 경우, 보건의로 전문가는 가족 역동과 성별정체성 발달을 포함한 청소년 발달 분야의 수련을 받기 위해 노력해야 합니다. 마찬가지로 전 세계 젠더 클리닉에서 치료받는 청소년 중에서 자폐/신경다양성이 있는 트랜스젠더 청소년은 소수이지만 해당 청소년 집단 중에서는 소수라고 해도 상대적으로는 많을 수 있다(a substantial minority subpopulation)는 점을 고려하면, 보건의로 전문가가 자폐 분야에서 추가 수련을 받아 자폐인이면서 성별다양성이 있는 청소년의 건강 관리에 특유하게 필요한 요소가 무엇인지 이해하는 것은 중요합니다(Strang, Meagher et al., 2018). 이러한 자격 요건을 갖추지 못한다면, 자폐 및 신경다양성 분야의 전문가에게 자문을 구하고 협업할 것을 권합니다.

권고성명 6.2

우리는 성별다양성이 있는 청소년을 대상으로 하는 보건의로 전문가가 특정 정체성을 선호하지 않도록 열린 마음과 존중하는 태도를 갖추어 성별 탐색 및 표현을 장려할 것을 권고합니다.

청소년기는 개별화 및 양육자로부터 독립하기 위한 과정(transition to independence)을 특징으로 하는 신체·심리적 변화가 일어나는 발달 단계입니다 (Berenbaum et al., 2015; Steinberg, 2009). 청소년기에 청소년은 성별정체성을 비롯해 정체성의 다양한 측면을 탐색하게 됩니다.

청소년이 정체성의 측면들을 얼마만큼 탐색하고 얼마만큼 확고하게 유지하는지는 개인마다 다릅니다 (Meeus et al., 2012). 어떤 청소년은 빠른 속도로 정체성 통합을 달성하는 반면, 어떤 청소년은 좀 더 느립니다. 어떤 청소년은 신체·정서·심리 발달이 대체로 같은 시기에 일어나는 반면, 어떤 청소년에게는 이러한 발달이 시간차를 두고 이뤄질 수 있습니다. 마찬가지로, 성별정체성이 발달하는 시기에도 차이가 있습니다(Arnoldussen et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017). 어떤 청소년에게 성별정체성 발달은 아동기 초기부터 시작하는 명확한 과정인 반면, 어떤 청소년은 사춘기에 일어나는 변화를 계기로 자신을 특정한 성별로 경험하며(Steensma, Kreukels et al., 2013), 그 외에도 적지 않은 사람들은 사춘기에 일어나는 변화

가 끝난 후 시간이 지나서야 이러한 과정을 겪기 시작할 수 있습니다. 이러한 다양성을 고려할 때, 성별 확정 건강 관리를 받고자 하는 청소년 개인의 속도, 과정 및 결과가 어떠하리라고 예측하기는 불가능합니다.

따라서 청소년을 상대하는 보건의로 전문가는 청소년을 지지하는 환경을 조성해야 합니다. 이러한 환경에서는 청소년이 스스로 확정한 성별정체성을 존중하며, 청소년의 성별 관련 필요(사회적, 의학적, 신체적 성별확정 개입 포함)가 시간이 지남에 따라 변화하거나 발전한다면 청소년이 이를 공개적으로 탐색할 수 있어야 합니다.

권고성명 6.3

우리는 성별다양성이 있는 청소년을 대상으로 하는 보건의로 전문가가 성별정체성 관련 우려를 표현하며 내과적/수술적 트랜지션 관련 건강 관리를 받고자 하는 청소년을 대상으로 포괄적인 생물심리사회적 평가를 실시하고, 이러한 평가를 협력적이고 지지적인 태도로 실시할 것을 권고합니다.

청소년기에는 정체성이 다양한 방식으로 발현할 수 있으므로, 우리는 치료를 결정하는 데 도움을 주고 최적의 결과를 도출할 수 있도록 종합적인 생물심리사회적 평가를 실시할 것을 권고합니다. 이러한 평가는 해당 청소년의 강점, 취약점, 진단 프로필, 개별화된 건강관리를 필요로 하는 특유성을 이해하는 것을 목적으로 해야 합니다. 성명 6.1 에서 언급했듯이, 정신 건강 전문가가 여기에서 논의하는 정보를 획득하기에 가장 적합한 수련과 경험을 갖추고 가장 긴 시간동안 임상에 전념해 왔습니다. 평가 과정은 해당 청소년 및 양육자(들)와 협력하는 방식으로 접근해야 하며 청소년과 양육자(들)를 개별적으로 그리고 함께 평가해야 하는데, 여기에 대해서는 진술 6.11 에서 더 자세히 기술합니다. 평가는 고려 대상인 의학적으로 필요한 내과적 개입 또는 외과적 개입(예: 사춘기억제제, 성별확정 호르몬, 수술)을 하기 전에 실시해야 합니다. 의학적 필요성에 관한 진술은 제 2 장 '전 세계적 적용 가능성'의 진술 2.1 을 참조하십시오. 제 12 장 '호르몬 치료'와 제 13 장 '수술 및 수술 후 관리'도 참조하십시오.

청소년이 경험하는 성별정체성은 다양한 궤적을

그릴 수 있습니다. 성별에 대한 사회문화적 정의와 경험은 시간이 흐름에 따라 계속 진화하며, 청소년이 다양한 범주의 정체성을 표현하고 자신의 경험과 성별 관련 욕구를 다양한 방식으로 설명하는 경우는 갈수록 늘어나고 있습니다(Twist & de Graaf, 2019). 예를 들어, 어떤 청소년은 자신이 트랜스젠더이거나 좀 더 넓은 의미의 성별다양성이 있는 사람이라는 점을 깨닫고 그에 맞게 자신을 표현하기 위한 단계를 밟습니다. 어떤 청소년에게는 성별확정 내과적 치료를 받는 것이 중요한 반면 어떤 청소년에게는 이러한 절차가 필요하지 않을 수 있습니다. 예를 들어, 어떤 청소년은 시간을 들여 탐색 과정을 거친 끝에 출생 당시 지정된 성과 자신의 성별이 다르다고 스스로 긍정하거나 출생 당시 지정된 성과 다른 성별을 구체화하지 않을 수 있으며 의학적 개입을 받지 않기로 할 수도 있습니다(Arnoldussen et al., 2019).

청소년기에 성별확정 내과 및 수술 치료가 유익함을 뒷받침하는 가장 강력한 종단 근거는 자세하고 포괄적인 진단평가 과정을 오랜 기간에 걸쳐 건강 관리 프로토콜의 전달과정에 병합한 임상 환경에서 획득했습니다(de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; de Vries et al., 2014). 이 연구를 감안하면, 또한 사회에서 성별다양성 경험이 계속 진화하고 있다는 점을 감안하면, 청소년기에 포괄적이고 진단적 생물심리사회적 평가를 실시하는 것은 근거에 기반한 행위이며 의사 결정 과정의 완전성을 보전합니다. 완전한 진단 프로필이 없으면 우선 치료해야 하는 다른 정신 건강 문제를 발견하지 못할 수 있습니다. 포괄적인 평가 없이 성별 관련 내과적 치료를 받은 청소년에게 장기적으로 어떤 결과가 나타났는지에 대한 연구는 없습니다. 이러한 상황에서(즉 평가가 제한적이거나 평가를 실시하지 않은 상황에서) 실시하는 치료는 경험적 지지를 얻지 못하므로, 성별확정 의료 개입을 실시하겠다는 결정은 이 시점에서 해당 청소년에게 장기적으로 최선이 아닐 위험이 있습니다.

보건의로 서비스 전달과 전문의에 대한 접근성은 세계 각지에서 다양하게 나타나기 때문에, 기존 자원에 맞게 특정한 평가 과정을 설계할 필요가 자주 있습니다. 더 확장된 평가 절차가 유용한 경우도 있는데, 예컨대 청소년이 복잡한 증상을 보이는 경우(예: 정신 건강 합병증 이력(Leibowitz & de Vries, 2016)), 자폐 스펙트럼 장애를 동반하는 경우(Strang, Powers

et al., 2018), 그리고/또는 아동기에 성별불일치를 경험하지 않은 경우(Ristori & Steensma, 2016)가 있습니다. 서비스 제공자는 특정 인구 집단에 고유한 문화적·재정적·지리적 요인을 감안하여 유연하면서도 가능한 한 많은 청소년의 건강을 적시에 관리할 수 있도록 하는 평가 모델을 설계해야 합니다. 단, 이러한 평가를 통해 해당 청소년의 강점, 취약점, 진단 프로파일, 개인별 필요성을 효과적으로 알아낼 수 있어야 합니다. 심리측정학적으로 검증된 심리사회적 척도와 성별 척도도 추가 정보를 제공하는 데 사용될 수 있습니다.

성별확정 내과적/수술적 개입을 받고자 하는 청소년에 대한 다학제 평가에는 다음의 영역이 포함되며, 이 영역에 해당하는 관련 성명은 다음과 같습니다.

- **성별정체성 발달:** 성명 6.12.a와 6.12.b는 TGD 청소년을 평가할 때 특정 문화적 맥락에서 성별정체성 발달과 관련된 요인에 대해 자세히 설명합니다.
- **사회적 발달 및 지지, 상호교차성:** 성명 6.4와 6.11은 성별 소수자 스트레스, 가족 역동, 기타 사회적 발달 및 상호교차성에 영향을 미치는 측면을 평가하는 것이 중요하다는 점을 자세히 설명합니다.
- **정신 건강 문제 및/또는 발달 문제를 동반할 가능성을 진단 평가하기:** 성명 6.12.d는 해당 청소년에게 동반하는 정신 건강 문제 또는 발달 문제와 해당 청소년의 성별정체성/다양한 성별표현 사이에 만약 관계가 있다면 그러한 관계를 이해하는 것이 중요하다는 점을 자세히 설명합니다.
- **의사결정 능력:** 성명 6.12는 청소년이 성별확정 내과/수술 치료를 고려할 때 받는 정서적 성숙도 평가와 평가의 관련성에 대해 자세히 설명합니다.

권고성명 6.4

우리는 보건의료 전문가가 가족, 학교 및 기타 유관 환경과 협력하여 해당 청소년이 표현하는 성별다양성에 따른 행동과 정체성을 수용하도록 장려할 것을 권고합니다.

성별다양성이 있는 청소년을 모든 환경에서 수용하고 긍정하도록 장려하는 접근법을 실시하는 것이 옳다는 점은 여러 연구와 유관 전문가의 합의로 뒷받침되는데, 이러한 환경에는 가족, 학교, 보건의료 시설, 그리고 청소년이 상호작용하는 모든 조직과 공동체가 포함됩니다(e.g., Pariseau et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012). 수용과 긍정은 다양한 접근법과 행동과 정책을 통해 이루어지는데, 우리는 청소년이 존재하고 기능하는 모든 다양한 관계와 환경에서 이러한 접근법과 행동과 정책을 실시하기를 권고합니다. 청소년의 삶에 관여하는 가족 구성원과 공동체 구성원이 이러한 노력에 협력하는 것은 중요합니다. 단, 이들이 참여하는 것이 청소년에게 해롭다고 여겨질 때에는 예외입니다. Pariseau et al.(2019)을 비롯한 이들은 가족, 직원, 조직이 성별다양성, 정체성 고민, 정체성 표현을 수용하고 긍정하기 위해 실행할 수 있는 사례로 다음의 항목을 제시했습니다.

1. 젠더 확장적인(예: 성별 비순응적인) 행동 및 관심사에 참여하고자 하는 청소년을 지지하는 행동
2. 청소년이 자신의 성별 및 성별 탐색에 대한 경험을 표현할 때 이를 지지하는 의사소통
3. 청소년이 주장하는 이름/대명사 사용하기
4. 청소년이 자신의 성별을 긍정해 준다고 느끼는 의복/교복을 착용하거나 머리 모양을 하거나 아이템(예: 장신구, 화장)을 착용할 때 청소년을 지지하기
5. 청소년의 성별 및 성별 관련 고민에 대해 긍정적이고 지지적인 태도로 의사소통하기
6. 필요한 경우 청소년의 주변인(예: 가족 구성원, 보건의료 서비스 제공자, 사회적 지지망)에게 성별다양성 이슈를 교육하기. 여기에는 공동체, 학교, 보건의료 및 기타 환경에서 성별다양성이 있는 청소년의 권리를 옹호하는 것에 대한 정보도 포함됨
7. 성별다양성이 있는 청소년이 자신을 지원하는 공동체(예: LGBTQ 모임, 행사, 친구들)에 연결될 수 있도록 지원하기
8. 의학적 치료가 필요한 경우 의학적 치료의 선택지를 의논하고 고려하고 탐색할 기회를 제

공하기

9. 따돌림 방지 정책을 확실하게 실시하기
10. 일상 생활, 독서 자료 및 교육 과정에 비이분법적 경험을 포함시키기(예: 책, 보건 교육 및 성교육 수업, 이분법을 넘어서는 글쓰기 주제 지정, LGBTQ 및 엘라이 집단)
11. 청소년이 성별 다양성이 없는 또래들로부터 분리되지 않으면서 쉽게 접근할 수 있는 성별 포용적 시설(예: 화장실, 라커룸)

우리는 보건의료 전문가가 부모, 학교, 다른 조직/집단과 협력하여, 사회적 또는 의학적 개입 시행 여부와 관계없이 TGD 정체성과 표현을 수용하고 긍정하도록 장려할 것을 권고합니다. 수용과 긍정은 부정적인 정신 건강·행동 증상이 줄어들고 긍정적인 정신 건강·행동 증상이 늘어나는 것과 관계가 있기 때문입니다(Day et al., 2015; de Vries et al., 2016; Greytak et al., 2013; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Taliaferro et al., 2019; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012). Russell et al.(2018)은 수용과 긍정이 일어나는 환경(예: 집, 학교, 직장, 친구)이 늘어날수록 정신 건강이 향상된다는 사실을 밝혔습니다. 가족, 또래, 교직원에게 거부당하는 경험(예: 청소년이 정체화한 것과는 다른 이름과 대명사를 의도적으로 사용함, 따돌림, 괴롭힘, 언어적 학대 및 신체적 학대, 나쁜 인간관계, TGD 사람이라는 이유로 거부함, 집에서 쫓아냄)은 불안, 우울증, 자살 사고, 자살 기도, 약물 사용 등의 부정적인 결과와 밀접한 관계가 있는 것으로 나타났습니다(Grossman et al., 2005; Klein & Golub; 2016; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2013). 부정적인 증상은 거부 강도가 높아질수록 증가하며 성인기까지 지속된다는 점을 인식하는 것이 중요합니다(Roberts et al., 2013).

청소년의 성별다양성 및 성별 탐색에 대해 중립적이거나 무관심한 반응을 보여도(예: 자녀가 선택한 이름을 다른 사람에게 이야기하는 것은 허용하지만 실제 그 이름을 사용하지는 않음, 청소년이 가족이나 친구에게 밝히기를 원할 때 밝히지 않음, 교직원이나 또래가 청소년을 거부하는 행동을 보일 때 청소년의

권리를 옹호하지 않음, 다른 지지 메커니즘(예컨대 정신 치료자나 자조 모임 등)과 관계를 맺지 않거나 이러한 메커니즘에 참여하지 않음) 우울증 증상이 증가하는 등 부정적인 결과가 발생하는 것으로 나타났습니다(Pariseau et al., 2019). 그러므로 청소년이 자기 성별에 의문을 품는 것을 외면하지 않고 청소년이 성별 관련 건강 관리를 받을 필요가 있을 때 이를 고려하는 것을 미루지 않는 것이 중요합니다. 청소년은 성별표현, 성별정체성, 성별 구체화에 관해 오랜 시간에 걸쳐 여러 영역과 관계에 걸친 개별적인 접근과 지원이 필요하다는 점을 전문가가 인식하는 것은 특히 도움이 됩니다. 청소년은 타인이 청소년의 정체성 탐색과 변화를 받아들이거나 이에 적응하면서 발생하는 긴장에 대처하는 데 도움을 필요로 할 수 있습니다(e.g., Kuper, Lindley et al., 2019). 부모 및 다른 사람들이 자신의 우려와 감정을 처리하고 성별다양성에 대해 배우는 과정에서 전문가들이 이들과 협력하는 것이 중요합니다. 이러한 과정이 반드시 거부나 중립적 태도를 나타내는 것은 아니며, 오히려 이 과정은 수용을 촉진하는 태도를 개발하고 정보를 수집하려는 노력의 일환이 될 수 있기 때문입니다(e.g., Katz-Wise et al., 2017).

권고성명 6.5

우리는 개인의 성별 및 고유한 성별표현을 출생 당시 지정된 성과 더 잘 일치하도록 바꾸고자 시도하는 교정치료 및 전환치료를 제공하지 않을 것을 권고합니다.

몇몇 보건의료 서비스 제공자, 비종교 단체나 종교 단체, 거부하는 태도를 보이는 가족은 청소년이 성별 다양성을 표현하거나 출생 당시 지정된 성에 순응하는 성별표현과 성별 행동에서 벗어난 성별정체성을 주장할 때 이를 좌절시키려 시도하기도 합니다. 가역적인 사회적 표현이나 트랜지션을 차단하려는 이러한 시도에는 해당 청소년이 정체화한 이름과 대명사를 사용하지 않는 행위나 청소년이 의복과 머리 모양으로 자신을 표현하지 못하게 하는 행위 등이 포함됩니다(Craig et al., 2017; Green et al., 2020). 이처럼 당사자를 부정하는 행위는 보통 청소년의 성별정체성/표현이 출생 당시 지정된 성과 관련된 성별과 일치해야 하거나 출생 당시 시정된 성에 따른 기대와

부합해야 한다는 견해를 강화하는 것을 목표로 합니다. 개인의 성별정체성과 성별표현을 출생 당시 지정된 성과 좀 더 잘 일치하게 바꾸려는 활동과 접근(때로 "치료"라고도 불림)이 시도된 바 있으나, 이러한 접근법은 성별정체성이 바뀌는 결과를 초래하지 않았습니다. 이러한 시도는 효과가 없고 정신 질환 증가 및 심리적 기능 저하와 관계가 있는 것으로 밝혀졌기 때문에 (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020) 우리는 이러한 시도를 하지 않을 것을 권고합니다.

소위 '전환치료'와 '교정치료'를 평가한 연구 대부분은 성별표현(남성성 또는 여성성)을 바꾸려는 시도가 어떤 영향을 미쳤는지를 조사했으며 성적 지향과 성별정체성을 혼동했습니다(APA, 2009; Burnes et al., 2016; Craig et al., 2017). 이러한 시도 중에는 성별정체성과 성별표현 둘 다를 겨냥한 시도도 있었습니다(AACAP, 2018). 전환/교정치료는 불안, 우울증, 자살 사고, 자살 시도, 의료 서비스 기피가 증가하는 것과 관계가 있는 것으로 나타났습니다(Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020). 이러한 연구 중 일부는 방법론과 결과 면에서 비판을 받았지만(e.g., D'Angelo et al., 2020), 그렇다고 해도 개인의 정체성을 바꾸려는 시도를 근거 없이 실시하는 것은 임상적으로도 윤리적으로도 건전하지 못하다는 사실을 강조하는 것의 중요성을 깎아내려서는 안 됩니다. 우리는 모든 형태의 전환치료 내지 개인의 성별정체성을 바꾸려는 시도를 하지 말 것을 권고합니다. 1)비종교적인 시도이든 종교적인 믿음에 기반한 시도이든 성별정체성/표현을 바꾸려는 시도는 부정적인 심리 기능과 연관되고 이러한 부정적 심리 기능은 성인기까지 지속되는 것으로 나타났으며(Turban, Beckwith et al., 2020), 2)다양성이 있는 성별정체성을 존중해야 함을 역설하는 더 큰 윤리적 이유들이 있기 때문입니다.

이 점은 중요하게 언급해야 하는데, 청소년이 성별 관련 경험을 하고 자신이 성별불일치를 겪는다고 보고하게끔 유발하는 잠재적 요인들은 청소년의 자기 발견을 지원하는 맥락에서 이뤄졌다면, 그리고 특정한 성별정체성이나 성별표현을 바꾸거나 장려하려는 목표를 사전에 설정하지 않고 이뤄졌다면, 전환치료로 간주되지 않습니다(AACAP, 2018; 성명 6.2 참조). 이러한 탐색이 치료적 효과를 발휘할 수 있도록, 긍

정적으로 배려하는 태도와 청소년을 지지하는 어조를 취하여 청소년이 자신의 성별을 표현하기 위해 어떤 조치를 시도했고 고려했고 계획했는지를 의논할 것을 권고합니다. 의논할 때에는 무엇이 도움이 되거나 자신을 긍정하는 것으로 느껴졌는지, 무엇이 도움이 되지 않거나 괴롭게 느껴졌는지, 그 이유는 무엇인지 등을 주제로 이야기를 나눌 수 있습니다. 이러한 절차와 의논 과정에서는 SOC 성명 6.4 에서 명시한 것과 같이 당사자를 긍정하는 태도로 응답할 것을 권고합니다.

권고성명 6.6

우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년에게 가슴 압박 및 생식기 터킹(tucking) 및 이러한 조치의 이점과 위험성에 대한 보건 교육을 실시할 것을 제안합니다.

TGD 청소년은 가슴과 생식기의 해부학적 구조 때문에 괴로움을 느낄 수 있습니다. 가슴 압박, 가슴 패드 덧대기, 터킹(tucking), 패킹(packaging)과 같은 가역적이고 비의학적인 조치는 이러한 괴로움을 완화하는 데 도움이 될 수 있습니다(Callen-Lorde, 2020a, 2020b; Deutsch, 2016a; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Transcare BC, 2020). 신체 발달이나 해부학적 구조와 관련된 괴로움이 어느 정도인지를 평가하고, 청소년에게 이러한 고통을 해결하기 위해 어떤 비의학적 개입 방법을 쓸 수 있는지를 교육하고, 이러한 개입을 어떻게 안전하게 할 수 있는지 논의하는 것이 중요합니다.

가슴 압박은 가슴이 더 평평하게 보이게 하기 위해 유방 조직을 압박하는 것입니다. 연구에 따르면 트랜스마스쿨린(trans masculine) 환자 중 최대 87%가 가슴 압박을 한 적이 있습니다(Jones, 2015; Peitzmeier, 2017). 가슴을 압박하는 방법으로는 상품으로 파는 바인더를 착용하거나 스포츠 브라를 입거나 셔츠를 겹겹이 입거나 스포츠 브라를 겹겹이 입거나 압박붕대 또는 다른 종류의 붕대를 감는 것 등이 있습니다(Peitzmeier, 2017). 현재 청소년 대다수는 또래가 모인 온라인 공동체에서 가슴 압박에 대해 배웁니다(Julian, 2019). 보건의료 서비스 제공자는 청소년이 가슴 압박에 따를 수 있는 이점과 위험에 대해 정확하고 신뢰할 만한 정보를 제공받는 데 중요한

역할을 할 수 있습니다. 또한 서비스 제공자는 환자에게 안전한 가슴 압박 방법을 상담해 주고 건강에 부정적 영향이 발생하는지 모니터링할 수 있습니다. 가슴 압박은 신체적으로 부정적인 영향을 미칠 가능성이 있으나, 가슴을 압박하는 청소년은 더욱 편안함을 느끼고 더욱 안전해지고 미스젠더링을 덜 당하는 등 여러 이점이 있다고 보고합니다(Julian, 2019). 청소년이 가슴을 압박할 때 건강에 흔히 나타날 수 있는 부정적인 영향으로는 등/허리 통증, 호흡 곤란, 과열 등이 있습니다(Julian, 2019). 피부 감염, 호흡기 감염, 갈비뼈 골절과 같은 더 심각한 부작용은 드물게 일어나며 성인의 가슴 압박과 관련이 있는 것으로 나타났습니다(Peitzmeier, 2017). 만약 청소년이 가슴 압박을 한다면, 안전하다고 간주되는 방법—성별다양성이 있는 사람을 위해 특별히 디자인한 바인더 등—만을 사용하도록 조언하여 청소년의 건강에 심각하게 부정적인 영향이 미칠 위험을 줄여야 합니다. 안전하지 않은 것으로 간주되는 가슴 압박법으로는 덕트 테이프, ACE 압박붕대, 비닐 랩을 사용하는 방법 등이 있는데, 이러한 방법은 혈액 순환을 저해하고 피부에 손상을 입히며 호흡곤란을 유발할 수 있습니다. 만약 청소년이 가슴 압박 때문에 건강에 부정적인 영향을 받았다고 하면, 이러한 문제는 TGD 청소년을 대상으로 한 경험이 있고 성별확정 의료를 제공하는 서비스 제공자가 해결하는 것이 가장 이상적입니다.

생식기 터킹은 생식기가 겉으로 돌출되어 보이는 정도를 줄이기 위해 음경과 고환의 위치를 조정하는 행위입니다. 터킹 방법으로는 음경과 고환을 다리 사이로 밀어 넣는 방법 또는 고환을 살균 안쪽으로 밀어 넣고 음경을 다리 사이에 넣어 뒤로 당기는 방법이 있습니다. 보통 성기는 속옷이나 개프(gaff)라는 의류로 고정하는데, 개프는 직접 만들거나 구입할 수 있습니다. 성인이 터킹을 할 때의 이점과 위험에 대해서는 제한된 연구만이 있으며, 청소년을 대상으로 한 연구는 실시된 적 없습니다. 기존 연구에 따르면 딱 끼는 속옷은 정자의 농도 및 운동성 감소와 관련이 있습니다. 또한 음낭 온도 상승은 정자의 질 저하와 연관이 있으며, 생식기 터킹은 이론적으로 정자 발생과 가임력에 영향을 미칠 수 있으나(Marsh, 2019), 이러한 부정적인 결과를 확실하게 평가한 연구는 아직 없습니다. 청소년이 터킹을 할 경우 구체

적으로 어떤 이점과 위험이 있는지를 판단하려면 추가 연구가 필요합니다.

권고성명 6.7

성별불일치를 경험하는 청소년이 테스토스테론 치료를 원하지 않거나 테스토스테론 치료를 원하지만 아직 시작하지 않았거나 테스토스테론 치료를 받는데 돌발출혈을 겪는다면, 우리는 보건의로 전문가가 월경 억제제를 처방할 것을 권고합니다.

성별다양성이 있는 청소년과 월경 억제 약물이라는 선택지에 대해 의논할 때, 보건의로 서비스 제공자는 공동 의사 결정에 참여하고, 성별 포괄적(gender-inclusive) 언어를 사용하며(예: 환자에게 월경, 생식 기관, 생식기를 지칭할 때 본인이 어떤 표현을 사용하는지 물어보기), 환자의 성별을 긍정하고 세심한 태도로 신체 검사를 실시해야 합니다(Bonnington et al., 2020; Krempasky et al., 2020). 월경 억제가 성별불일치 및/또는 성별불쾌감에 어떤 영향을 미치는지는 정식으로 연구된 바 없습니다. 그러나 월경 억제라는 초기 개입을 통해 환자는 성별 관련 건강 관리 목표를 한층 더 탐색하거나 다른 정신 건강 문제를 우선 해결하거나 두 가지를 다 할 수 있습니다(성명 6.12.d 참조; Mehringer & Dowshen, 2019). 테스토스테론을 사용하지 않는다면 프로게스틴을 이용해 월경을 억제할 수 있습니다. 월경 관련 기저질환을 배제하려면 월경 억제 치료법을 실시하기 전에 자세한 월경 이력을 알아내고 평가를 받아 두어야 합니다(Carswell & Roberts, 2017). 월경억제제에 대해 의논할 때, 피임의 필요성과 월경억제제가 피임법으로서 갖는 효과에 대해서도 다뤄야 합니다(Bonnington et al., 2020). 치료의 가용성, 비용, 보험 적용 여부, 금기 및 부작용을 제대로 고려하면서 개별화된 치료를 계획하려면, 에스트로겐-프로게스틴 복합제, 경구 프로게스틴, 데포 프로게스틴 및 피하 프로게스틴, 자궁내 장치(IUDs) 등 다양한 월경억제법을 선택지로 제시하여야 합니다(Kanj et al., 2019).

프로게스틴 단일 호르몬 약물 역시 선택지가 될 수 있는데, 특히 에스트로겐을 함유한 약물 치료에 관심이 없는 트랜스매스쿨린 또는 논바이너리 청소년은 물론이고 혈전색전증 위험이 있거나 다른 이유로 에스트로겐 치료법이 금기인 사람이 이를 선택할 수 있

습니다(Carswell & Roberts, 2017). 프로게스틴 단일 호르몬 약물에는 경구 프로게스틴, 데포-메드록시프로게스테론(depo-medroxyprogesterone) 주사, 에토노게스트렐(etonogestrel) 임플란트, 레보노르게스트렐(levonorgestrel) 자궁내 장치등이 있습니다. 프로게스틴 단일 호르몬은 종류별로 월경 억제 효과가 다양하게 나타나며 복합 경구 피임약에 비해 무월경에 이를 가능성이 낮습니다(Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). 관련 임상 연구에 대한 자세한 설명은 제 12 장 '호르몬 치료'에 있습니다. 보건의로 전문가는 개인이 어떠한 약물 투여법을 선호할지 숙단해서는 안 됩니다. 트랜스매스쿨린 청소년 중에서도 질 링이나 자궁내 장치를 선호하는 사람이 있기 때문입니다(Akgul et al., 2019). 호르몬 약물은 기분 불안정, 우울 효과 또는 둘 다를 유발할 가능성이 있으므로 모니터링을 요하지만, 성별불쾌감이 있는 상황에서 월경억제치료를 하지 않는 것의 이점과 위험은 개별적으로 평가해야 합니다. 어떤 환자는 다양한 용량의 에티닐에스트라디올(ethinyl estradiol)과 다양한 세대의 프로게스틴을 다양하게 조합한 복합 경구 피임약을 택할 수도 있습니다. 복합 경구 피임약의 저용량 에티닐에스트라디올 성분은 자궁 돌발출혈 증가와 관련이 있습니다. 월경을 지속적으로 억제하기 위해 복합 경구 피임약을 지속해서 투여할 수 있으며, 경피로 투여하거나 질 링 형태로 투여할 수도 있습니다.

생식샘자극호르몬방출호르몬(GnRH)유사체를 사용해도 월경을 억제할 수 있습니다. 그러나 오로지 이 목적으로만 이 약물을 투여할 것을 고려한다면, 투여 전에 성별다양성이 있는 청소년이 (성명 6.12에 명시한) 자격 기준을 충족할 것을 권합니다(Carswell & Roberts, 2017; Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). 마지막으로, 월경 억제제는 외인성 테스토스테론을 투여하는 동안 발생할 수 있는 자궁 돌발출혈을 치료하는 보조 치료법으로서, 또는 테스토스테론 치료로 월경 억제가 시작되기를 기다리는 동안 가교 역할을 하는 약물로서 필요할 수 있습니다. 외인성 테스토스테론을 성별확정 호르몬으로 사용하면 대체로 치료 개시 6 개월 이내에 월경이 억제됩니다(Ahmad & Leinung, 2017). 그러나 무월경 상태에서도 배란과 임신이 일어날 수 있으므로, 청소년이 반드시 이 문제에 대해 상담을 받는 것이 중요합니다(Gomez et al.,

2020; Kanj et al., 2019).

권고성명 6.8

성별다양성이 있고 트랜스젠더인 청소년이 성인으로서 건강 관리를 받는 단계로 넘어가기 전까지, 우리는 보건의로 전문가가 해당 청소년 및 이 청소년과 관계가 있는 양육자 모두와 지속적인 관계를 유지함으로써 해당 청소년이 사춘기 억제 치료, 호르몬 치료, 성별 관련 수술에 관해 의사결정을 내릴 수 있도록 지원할 것을 권고합니다.

성명 6.1에서 설명한 바와 같이 아동 및 청소년 발달에 전문성을 갖춘 보건의로 전문가는 청소년이 성별 관련 치료를 필요로 하는 동안 청소년이 지속적으로 건강 관리를 받도록 하는 데 중요한 역할을 합니다. 청소년과 그 가족을 지원하려면 발달적 관점을 통해 건강 관리에 접근해야 하는데, 이러한 관점을 통하면 시간이 흐름에 따라 변화하는 청소년의 정서적 성숙도와 건강 관리 필요를 이해하게 됩니다. 성별확정 치료 경로는 TGD 청소년 개인의 필요와 경험에 따라 달라지므로, 이러한 치료(사춘기 억제, 에스트로겐/안드로겐, 성별확정 수술) 결정은 몇 년에 걸쳐 서로 다른 시점에서 이뤄질 수 있습니다. 사춘기 억제 및 성별확정 호르몬 치료(gender-affirming hormone treatment, GAHT)의 이점을 입증하는 종단 연구는 청소년/가족과 다학제적 팀이 임상 관계를 지속적으로 유지한 환경에서 실시되었습니다(de Vries et al., 2014).

임상에서 진료 시간을 길게 할애하면 청소년과 양육자가 정서적 안녕에 중요한 심리사회적 측면(예: 가족 역동, 학교, 로맨틱한 경험 및 성적 경험)을 이야기할 수 있는 여유가 생기는데, 이 장의 다른 부분에서 설명했다시피 이러한 측면들은 개별화된 성별확정 치료 수요와 결정에 연관되어 있습니다. 임상 관계는 다학제적 팀 안이나 서로 다른 장소에 있지만 협업하는 보건의로 제공자 사이 등 여러 환경에서 지속될 수 있습니다. 젠더 건강 관리 전문 센터에 대한 접근성에는 매우 큰 차이가 있으며 소외된 집단은 특히 접근성 격차를 경험하므로, 보건의로 전문가는 주어진 상황에서 임상 관계를 어떻게 지속할 수 있을지를 결정할 때 유연성을 유지하면서도 건강 관리를 가로막는 장벽이 있는지를 인지하는 것이 중요합니다.

청소년의 회복탄력성을 높이고 치료가 필요할 수 있는 부모/양육자를 지원하는 임상관계를 지속하면 부모의 수용성(이 만약 필요하다면)이 높아지는데, 이는 청소년 정신 건강 결과가 개선되는 것과 관련됩니다.

권고성명 6.9

성별다양성이 있는 청소년 및 트랜스젠더인 청소년이 성인으로서 건강 관리를 받는 단계로 넘어가기 전까지, 우리는 보건의료 전문가가 해당 청소년에게 사춘기 억제나 호르몬 치료 개시나 성별 관련 수술을 실시하는 것이 적절하고 치료 기간 내내 적응증에 해당하는지를 결정할 때 정신 건강 및 의료 전문가 등 관련 분야의 전문가와 협력할 것을 권고합니다.

다양한 전공 분야의 보건의료 전문가가 참여하는 것은 성별불쾌감/성별불일치가 있으며 성별확정 내과 및 수술 치료를 받고자 하는 TGD 청소년에게 유익합니다. TGD 청소년의 건강을 관리할 때에는 1) 가능하고 필요할 때마다 성별 전문 보건의료 전문가(성명 6.1 에서 정의함)가 실시하여 내린 진단에 따른 고려 사항(성명 6.3, 6.12.a, 6.12.b 참조)과 2)성별확정 내과 및 수술 치료에 필요한 약물을 처방하고 관리하고 모니터링할 때의 치료 관련 고려 사항—여기에 관해 관련 내과/외과 전문가는 수련을 받아야 합니다—를 해결해야 합니다. 유관한 핵심 전공 분야로는 청소년 의학/일차 진료, 내분비학, 심리학, 정신의학, 말/언어병리학, 사회복지, 지원 인력, 수술 팀 등이 있으나 여기에 국한되는 것만은 아닙니다.

트랜스젠더 청소년이 다학제적 젠더 클리닉에서 성별확정 치료를 받을 때 임상적 이점이 있다는 증거는 계속해서 나오고 있습니다(de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Tollit et al., 2019). 마지막으로, 다학제적 클리닉에 성별확정 치료를 받으러 오는 청소년은 상당히 복잡한 증상을 나타내기 때문에 정신 건강 전문의, 내과 전문의 및/또는 외과 전문가들의 긴밀한 협력이 필요합니다(McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020; Tishelman et al., 2015).

모든 환자와 가족이 다학제적 건강 관리를 받을 수 있는 여건이 되거나 받을 수 있는 장소에 있지는 않으므로, 특정 전공 분야의 진료를 받을 수 없다고 해서 청소년이 필요한 진료를 적시에 받지 못하게 해서

는 안 됩니다. 전공 분야의 진료를 받을 수 있다면, 특히 다학제적 팀이나 진료과나 둘 다를 갖춘 센터에서 받을 수 있다면, 성별 건강 관련 치료 팀을 구성할 때 유관 보건의료 제공자를 포함하도록 노력하기를 권합니다. 그렇다고 해서 특정 청소년과 그 가족에게 건강 관리를 제공할 때 모든 전공 분야가 다 필요하다는 것은 아닙니다.

청소년에게 성별확정 내과 및 수술 치료(GAMST)를 권고하기 위해 서면 문서나 서한이 있어야 하는 경우, 다학제적 팀 구성원 한 명만이 평가서를 제출하면 됩니다. 이 평가서에는 내과 보건의료 전문가와 정신 건강 전문가가 모두 포함된 팀의 평가와 의견이 반영되어야 합니다(American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017; Telfer et al., 2018). 임상적으로 특수한 필요성이 있거나 팀원들이 서로 다른 장소에 있거나 팀원 각자가 요약서를 쓰기로 한다면, 추가 평가 결과와 서면 의견서가 요청될 수 있습니다. 자세한 내용은 제 5 장 '성인 평가' 성명 5.5 를 참조하십시오.

권고성명 6.10

트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년이 성별확정 내과 또는 수술 치료를 요청할 때, 우리는 이러한 청소년들을 대상으로 하는 보건의료 전문가가 치료를 개시하기 전에 치료가 생식에 미치는 영향은 무엇이며(가임력 상실 가능성 포함) 가임력을 보존하기 위해 어떤 선택이 가능한지를 해당 청소년의 사춘기 발달 단계에 맞게 알려줄 것을 권고합니다.

성별확정 내과 또는 수술 치료를 받고자 하는 청소년을 평가할 때, 보건의료 전문가는 해야 하는 치료가 생식 능력에 어떠한 영향을 미칠 수 있는지를 구체적으로 논의해야 합니다. 가임력 문제와 구체적인 가임력 보존법 선택지에 대해서는 제 12 장 '호르몬 치료'와 제 16 장 '생식 건강'에서 더 자세하게 다룹니다.

가임력을 보존하기 위해 어떤 방법을 선택할 수 있는지를 보건의료 전문가가 이해하는 것은 중요합니다. 그래야 그 정보를 청소년에게 전달할 수 있기 때문입니다. 부모가 이 과정에 참여하는 것이 좋으며, 부모 역시 여러 선택지의 장단점을 이해해야 합니다.

보건의로 전문가는 가임력에 대해 청소년과 부모의 견해가 다를 수 있으며 이들이 서로 다른 결정을 내릴 수 있음을 인식해야 하는데(Quain et al., 2020), 바로 이러한 이유로 보건의로 전문가는 이 과정에서 청소년과 부모를 안내하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 보건의로 전문가는 가임력 보존 문제의 발달·심리적 측면과 청소년 개인의 의사결정 능력에 특히 주의를 기울여야 합니다. 청소년은 자신의 생식 능력 문제에 대해 이미 마음을 굳혔다고 생각할 수 있지만, 시간이 지나면 생물학적 자녀를 갖고 싶은지에 대해 생각이 바뀔 수 있습니다. 그러므로 충분한 경험이 있고 청소년 발달에 대한 지식을 갖췄으며 부모를 대상으로 한 경험이 있는 보건의로 전문가와 함께 청소년의 생각이 바뀔 가능성을 논의해야 합니다.

성별확정 내과적 치료가 가임력에 장기적으로 미치는 영향을 다루고 트랜스젠더 청소년이 가임력 보존법 선택지나 입양에 대해 현실적인 기대를 하도록 해야 하는데, 이 문제는 일회성 논의로 해결할 수 없으며 지속적인 대화를 통해 풀어나가야 합니다. 이러한 대화는 의료 개입(사춘기 억제, 호르몬 또는 수술)을 개시할 때마다 해야 할 뿐만 아니라 추가 치료 및 트랜지션 중에도 이루어져야 합니다.

내과적 성별확정 치료로 인해 가임 능력에 발생하는 결과에 대해, 현재는 트랜스젠더 성인과 이들이 어렸을 때 내린 결정을 평가하는 후향적 연구에서 도출한 예비연구 결과만이 있습니다. 청소년이 성인으로서 장래 무엇을 목표로 할지 속단하지 않는 것이 중요합니다. 소아암 생존자를 대상으로 한 연구에서, 가임력 보존 기회를 놓쳤다는 것을 인식한 참여자들은 불임 가능성에 대해 괴로움과 후회를 느낀다고 보고했습니다(Armuand et al., 2014; Ellis et al., 2016; Lehmann et al., 2017). 뿐만 아니라 암 환자 중 치료 전에 생물학적 자녀를 갖는 것을 우선시하지 않았던 사람들은 암에서 생존하면서 “마음이 바뀌었다”고 보고하기도 했습니다(Armuand et al., 2014).

가임력 보존 선택지 각각은 복잡하고 보건의로 전문가는 청소년 및 가족과 가임력에 대해서 의논할 때 어려움을 겪을 수 있으므로, 내과적 성별확정 치료를 받고자 하는 트랜스젠더 청소년 모두에게 가임력 관련 상담을 하는 것을 중요하게 고려해야 합니다. 단 현지 상황 때문에 가임력 관련 상담이 보험이나 공공 의료보험으로 처리되지 않거나, 현지에서 이러한 상

담을 받을 수 없거나, 개인의 상황 때문에 이러한 상담이 바람직하지 않은 경우는 예외입니다.

권고성명 6.11

성별확정 내과 또는 수술 치료가 청소년에게 필요한 경우, 우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년을 대상으로 하는 보건의로 전문가가 평가 및 치료 과정에 부모(들)/양육자(들)를 참여시킬 것을 권고합니다. 단, 이들의 참여가 청소년에 해가 되거나 참여가 불가능하다고 판단하는 경우는 예외입니다.

청소년이 성별확정 내과 또는 수술 치료를 받는 것이 유익하다고 보이는 적응증이 있다면, 거의 모든 경우 우리는 평가 과정에 부모(들)나 주 양육자(들)가 참여하도록 하는 것을 권장합니다(Edwards-Leeper & Spack, 2012; Rafferty et al., 2018). 예외는 있는데, 청소년이 위탁 가정에 살거나 아동 보호 서비스의 보호를 받거나 또는 둘 다에 해당하여 양육권자와 부모가 참여하는 것이 불가능하거나 부적절하거나 청소년에게 해로운 경우도 여기에 해당할 수 있습니다. TGD 청소년에 대한 부모와 가족의 지지는 청소년의 안녕을 예측하는 주요 지표이며 TGD 청소년의 정신 건강을 보호합니다(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). 따라서 평가 과정에 부모(들)/양육자(들)를 참여시켜 부모가 청소년을 더 원활하게 이해하고 지지하도록 장려하는 것은 특히 유용할 수 있습니다.

부모(들)/양육자(들)는 임상 팀에 중요한 정보를 제공할 수 있는데, 이러한 정보에는 청소년의 성별과 전반적인 발달 이력, 병력, 정신 건강 이력은 물론이고 청소년이 현재 받는 지지 수준과 일반적인 기능과 안녕에 대한 통찰 등이 있습니다. 청소년과 부모(들)/양육자(들)가 보고한 내용은 일치할 수도 있고 불일치할 수도 있는데, 이는 평가 팀에게 중요한 정보가 될 수 있으며 개별화된 청소년 및 가족 지원 계획을 설계하고 형성하는 데 도움이 될 수 있습니다. 회복 탄력성 요인과 어려운 상황 등 가족이 처한 상황을 알면 보건의로 서비스 제공자들이 의학적 치료 과정의 어떤 부분에서 특별한 지원을 해야 할지 파악하는데 도움이 될 수 있습니다. 다양한 치료 접근법, 지속

되는 후속 관리 및 건강 관리 필요성, 치료로 인해 발생할 수 있는 합병증에 대해 가족을 교육하는 데에도 부모(들)/양육자(들)의 참여는 중요합니다. 임상적 성별 관련 건강 관리 선택지에 대해 심리교육을 받고 평가 과정에 참여함으로써—이러한 교육과 과정은 오랜 시간에 걸쳐 이뤄질 수 있습니다—부모(들)/양육자(들)는 청소년 자녀의 성별 관련 경험과 욕구를 더 잘 이해할 수 있습니다(Andrzejewski et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017). 부모(들)/양육자(들)는 청소년의 성별 욕구가 시간이 지나도 안정적으로 유지될 것인지와 다양한 성별확정 개입이 미치는 영향에 관하여 흔히 우려하거나 의문을 갖는데, 이를 무시해서는 안 됩니다. 부모(들)/양육자(들)가 이러한 질문을 하는 것은 적절하며, 부모(들)/양육자(들)의 질문이나 우려가 치료 결정과 계획에 도움이 되는 정보를 제공하기도 합니다. 예를 들어 청소년이 아주 최근에 또는 갑작스럽게 성별다양성을 자각하고 그에 맞는 성별 관련 치료를 요구한 경우, 또는 청소년의 현재 자기 성별 개념에 또래 집단과 소셜 미디어가 과다하게 영향을 미쳤을 가능성이 우려되는 경우, 부모/양육자의 보고는 상황을 파악하는 데 매우 중요한 정보를 제공할 수 있습니다. 부모/양육자의 보고의 맥락을 파악하는 것 역시 매우 중요합니다. 부모/양육자가 이야기하는 청소년의 성별 관련 이력은 청소년 본인이 이야기하는 성별 관련 이력과 일치할 수도 있고 일치하지 않을 수도 있기 때문입니다. 중요한 점은 부모(들)/양육자(들)가 청소년의 성별 이력을 모를 수 있다는 점입니다. 성별은 청소년의 내면 경험이며 청소년이 드러내 놓고 이야기하지 않는 한 남들은 알지 못할 수 있기 때문입니다. 그러므로 평가 과정에는 청소년 본인이 이야기하는 성별 이력과 경험이 핵심이 됩니다.

어떤 부모는 TGD 정체성이나 임상적 성별 건강 관리, 또는 둘 다를 지지하지 않거나 반대하는 생각을 드러낼 수 있습니다(Clark et al., 2020). 이처럼 지지적이지 않은 관점은 가족 치료에서 중요하게 다뤄야 할 목표입니다. 반발하는 부모의 관점은 완고해 보일

때도 있지만, 보건의료 제공자들은 부모가 반드시 완고하리라고 가정해서는 안 됩니다. 부모(들)/양육자(들)가 지원과 심리교육을 받으면서 시간이 지날수록 TGD 자녀의 성별다양성과 건강 관리 필요성을 받아들여지게 된 사례는 많이 있습니다.

청소년과 부모(들)/양육자(들)가 성별 관련 건강 관리 결정을 함께 내리도록 돕는 것은 주된 목표 중 하나입니다. 그러나 어떤 경우에는 부모(들)/양육자(들)가 청소년 자녀와 자녀의 성별 관련 욕구를 극심하게 거부하는 나머지 이들이 임상 평가 과정에 참여할 수 없을 때도 있습니다. 이러한 상황에서 청소년이 필요로 하는 지원과 건강 관리를 받으려면 더 큰 권리 옹호 및 지원 체계가 이 과정에 참여해야 할 수도 있습니다(Dubin et al., 2020).

권고성명 6.12

우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년을 평가하는 보건의료 전문가가 다음과 같은 경우에만 환자가 요청하는 성별확정 내과 또는 수술 치료를 권할 것을 권고합니다.

권고성명 6.12.a

보건의료 서비스를 받기 위해 진단이 필요한 상황이라면 해당 청소년은 ICD-11²⁶이 정한 성별불일치 진단 기준을 충족해야 합니다. ICD 최신판을 실시하지 않는 국가에서는 다른 분류법을 사용할 수 있으나, 현실적으로 가능한 한 빨리 ICD 최신판을 사용하도록 노력해야 합니다.

TGD 청소년을 대상으로 할 때, 보건의료 전문가는 TGD 인 사람이 분류체계로 인해 건강 관리에 접근할 수 있는 반면 트랜스젠더 정체성을 병리화하는 것을 낙인으로 경험할 수도 있다는 점을 인식해야 합니다(Beek et al., 2016). 성별 건강²⁷ 및 성별다양성에 관련된 평가는 비판을 받아왔으며 진단 체계에 대해서도 논란이 존재합니다(Drescher, 2016).

보건의료 전문가는 청소년의 전반적인 성별 관련

²⁶ 한국에서 사용하고 있는 제 8 차 한국표준질병·사인분류(KCD-8)는 ICD-10 을 기반으로 개정되었으며, 2026 년 경에 9 차 개정이 예정되어 있다.

²⁷ 성별 건강(Gender health)이란 자신이 실재하고 편안하다고 느끼는 성별로 살아가며, 자신의 성별을 자유롭게 표현하는 상태를 말한다(Provincial Health Services Authority, n.d.).

이력과 성별 건강에 관련된 욕구를 평가해야 합니다. 트랜스젠더 관련 건강 관리를 받기 위해 진단이 필요한 경우, 보건의로 전문가는 이러한 평가 과정을 거쳐 진단을 내릴 수 있습니다.

세계보건기구(WHO) 국제질병분류(ICD)와 미국 정신의학학회(APA)의 정신질환 진단 및 통계 편람(DSM)은 각자 '성별불일치'와 '성별불쾌감'이라는 진단 용어를 사용합니다. 이 두 가지 분류 체계는 널리 사용되는데, DSM은 정신의학적 분류만을 목적으로 하며 ICD는 정신 건강뿐만 아니라 신체 건강에 관련된 모든 질병과 상태를 다룹니다. 두 진단 체계의 가장 최신판은 DSM 제 5 판(DSM-5)과 ICD 제 11 판(ICD-11)인데, 이 두 체계는 성별 관련 진단을 재개념화하고 탈정신병리화해온 오랜 역사를 반영하였습니다(American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019a). 예전 판본과 비교하면, DSM-5는 '성주체성장애' 대신 '성별불쾌감'을 채택함으로써 자신이 경험하는 성별정체성과 출생 당시 지정된 성 사이의 불일치로 인해 일부 사람들이 겪는 괴로움을 인정했습니다. 가장 최신 판본인 DSM-5-TR에서는 성별 불쾌감의 진단 기준을 변경하지는 않았으나, 현재 가장 적절한 언어로 관련 용어를 변경하였습니다(예: 출생 시 성별(natal-gender)대신 출생 시 지정성별(birth-assigned gender), 성별 재지정(gender reassignment) 대신 성별확정 치료(gender-affirming treatment) 등)(American Psychiatric Association, 2022). ICD 제 10 판과 비교했을 때, ICD-11에서는 성별불일치를 '정신 건강' 장에서 '성 건강 관련 상태' 장으로 옮겨 분류하였습니다. DSM-5의 '성별불쾌감'과 비교하면, ICD-11에서 괴로움은 '성별불일치' 분류의 필수 지표가 아닌 것으로 재개념화되었다는 점이 중요합니다(WHO, 2019a). 괴로움과 손상은 모든 정신 건강 문제의 본질인데, 이러한 기준은 지지와 수용을 받는 환경에서 자란 사람에게는 적용될 수 없을 것이기 때문입니다(Drescher, 2012). 따라서 ICD-11의 성별불일치 기준은 전체적인 성별다양성 경험 및 성별 관련 임상적 필요를 더 완전하게 포착할 수 있습니다.

ICD-11의 청소년기 또는 성인기의 성별불일치 분류 기준에 따르면 개인이 경험하는 성별과 지정된 성 사이의 불일치가 현저하게 오랜 기간 지속되어야 하는데, 이러한 불일치로 인해 본인이 경험하는 성별의 사람으로 생활하고 받아들여지기 위한 '트랜지션'이 필요하게 되는 경우가 종종 발생합니다. 어떤 이들에게 트랜지션은 필요한 만큼, 그리고 가능한 한 최대한, 자신의 신체가 자신이 경험하는 성별과 일치하도록 하는 호르몬 치료나 수술이나 다른 보건의로 서비스를 포함합니다. "사춘기 시작 전까지"는 분류를 지정할 수 없다는 지표가 있는데, 이 지표는 청소년 관련 지표입니다. 마지막으로, ICD가 언급했다시피 "성별이형(gender variant)²⁸ 행동과 선호만을 토대로 이 분류를 지정할 수는 없습니다(WHO, ICD-11, 2019a).

DSM-5와 DSM-5-TR의 청소년기 및 성인기의 성별불쾌감 분류 기준은 "본인이 경험/표현하는 성별과 지정된 성별의 현저한 불일치가 적어도 6개월간 지속되는 경우"입니다(기준 A, 6개의 하위 기준 중 2개가 나타날 때 충족됨; DSM-5, APA, 2013; DSM-5-TR, APA, 2022).

성별 관련 분류는 의학적 성별확정 건강 관리를 받는 데 필요한 요건 중 하나이기는 하지만, 한 사람이 단지 이렇게 분류되었다는 이유만으로 이 사람에게 반드시 성별확정 건강 관리가 필요한 것은 아니라는 점에 주의해야 합니다. 청소년의 성별불일치 경험은 다양하기 때문에, 전문가는 개인의 필요에 따라 다양한 치료나 개입을 해야 합니다. 상담, 성별 탐색, 정신 건강 평가, 그리고 필요시 성별 발달 분야의 수련을 받은 정신 건강 전문가의 치료를 받는 것은 의학적 성별확정 건강 관리를 실시하든 실시하지 않든 모두 필요할 수 있습니다.

권고성명 6.12.b

성별다양성/불일치 경험이 뚜렷하고 오랜 기간 지속되어야 합니다.

많은 청소년이 정체성 탐색과 강화를 경험합니다(Klimstra et al., 2010; Topolewska-Siedzik & Cie-

²⁸ gender variant(gender variance)는 문화적으로 요구되어 온 전형적인 남성성이나 여성성을 벗어난 것을 의미하는 것으로, 한때 트랜스젠더 또는 성별비순응을 대신

하여 사용되기도 하였다. 자세한 내용은 부록 B 용어 각주 44 참조.

ciuch, 2018). 청소년기에 일어나는 정체성 탐색에는 자신의 성별 및 성별정체성에 관한 자기 발견 과정이 포함될 수 있습니다(Steensma, Kreukels et al., 2013). 청소년기 성별정체성 강화의 기저에 있는 과정(예: 특정 정체성으로 자신을 규정하는 과정)이 시간의 경과에 따른 청소년의 경험이나 필요에 어떤 영향을 미치는지는 거의 알려져 있지 않습니다.

따라서 치료를 개시할 때에는 청소년의 성별불일치 경험이 얼마나 지속되었는지와 더불어 성별확정의학적 개입의 가역성 정도를 고려해야 합니다. 청소년기에 성별 관련 경험과 욕구는 바뀔 가능성이 있기 때문에, 호르몬이나 수술처럼 가역성이 낮은 치료를 개시하기 전에 청소년이 몇 년 동안 지속적으로 성별 다양성/불일치를 경험했는지를 확인하는 것이 중요합니다. 사춘기 억제 치료는 어린 청소년이 의사 결정 능력을 발휘할 시간을 더 많이 벌여 주지만, 이 치료에도 중요하게 고려할 사항이 있으며(성명 6.12f 및 제 12 장 '호르몬 치료' 참조) 이러한 고려 사항에 따르면 이 치료를 개시하기 전에 성별불일치/다양성을 지속적으로 경험하는 것이 중요합니다. 그러나 몇 년이라는 기간은 이 어린 연령대의 청소년들에게는 실용적이지도 않고 필요하지도 않습니다. 비가역적인 사춘기 변화로 인한 괴로움을 피하면서 시간을 벌자는 것이 이 치료의 전제이기 때문입니다. 성별불일치 기간이 상대적으로 짧은 청소년의 경우, 사회적 트랜지션 관련 지원 및/또는 기타 의료적 지원(예: 월경 억제, 안드로겐 차단)이 괴로움을 다소 줄여줄 수 있을 뿐만 아니라 청소년의 광범위한 성별 건강 관리 필요성에 대해 임상 팀에 추가 정보를 제공할 수도 있습니다(성명 6.4, 6.6, 6.7 참조).

성별다양성/불일치가 지속한다는 증거를 확립하려면 일반적으로 오랜 기간에 걸쳐 청소년을 주의 깊게 평가해야 할 필요가 있습니다(성명 6.3 참조). 가능하고 적절하다면, 평가 및 식별 과정에는 부모(들)/양육자(들)이 참여해야 합니다(성명 6.11 참조). 성별 다양성/불일치가 오랜 기간 지속되었다는 증거가 의료 기록에 기록되어 있지 않다면, 이 정보는 청소년 본인과 부모/양육자로부터 직접 얻은 이력을 통해 확보할 수 있습니다.

의학적 성별확정 건강관리에 대한 욕구와 요청이 계속되는지 중단되는지에 대한 연구 문헌은 복잡하며 해석하기 다소 어렵습니다. 지난 수십 년간 실시

된 일련의 연구—방법론적 문제가 있는 연구(방법론적 문제는 Temple New hook et al., 2018 이 언급함; Winters et al., 2018)도 포함합니다—는 청소년기에 접어드는 아동의 성별불일치 경험이 모든 아동에게서 일관되게 나타나지 않음을 시사합니다. 예컨대 사춘기 이전에 성별불일치를 경험했거나 사회적으로 트랜지션한 청소년 중 일부는 시간이 지나면서 성별 불일치가 감소하거나 심지어 완전히 사라질 수 있습니다(de Vries et al., 2010; Olson et al., 2022; Ristori & Steensma, 2016; Singh et al., 2021; Wagner et al., 2021). 그러나 사춘기 및 청소년기 인구에서 성별불일치 및 성별 관련 요구가 계속되거나 중단되는 비율에 초점을 맞춘 연구는 적었습니다 사춘기/청소년 코호트—(암스테르담 젠더 클리닉에) 성별 관련 의뢰된, 광범위하고 선별되지 않은 코호트—를 대상으로 한 데이터에 따르면, 시간이 경과하면서 연장 평가를 실시한 결과 성별불일치가 있으며 성별 건강 관리를 받고자 찾아온 청소년 중 일부는 의학적 성별확정 관리를 받지 않기로 선택한 것으로 나타났습니다(Arnoldussen et al., 2019; de Vries, Steensma et al., 2011). 중요한 사실은, 성별불일치를 느끼는 사춘기/청소년 코호트를 대상으로 한 연구 결과 일정 기간에 걸쳐 종합적인 성별 평가를 받고 성별불일치와 성별 관련 욕구를 지속적으로 보였으며 의학적 성별 건강 관리를 위해 의뢰되었던 참여자들은 성별 관련 의학적 관리에 대해 내린 결정을 잘 후회하지 않는다는 점입니다(de Vries et al., 2014; Wiepjes et al., 2018). 매우 중요한 점은, 후회가 적게 나타난다는 이러한 결과는 현재로서는 성별불일치와 성별 관련 욕구를 시간이 지나도 지속적으로 나타냈으며 이 사실이 포괄적이고 반복적인 평가를 통해 확인된 청소년에게만 적용할 수 있다는 것입니다(성명 6.3 참조).

권고성명 6.12.c

충분한 정보에 근거해 치료에 동의/승낙할 수 있을 만큼 해당 청소년의 정서 및 인지가 성숙해야 합니다.

충분한 정보에 근거한 사전 동의 과정에는 앞으로 시행할 가능성이 있는 개입에 대해 환자가 이해하고 있는지, 또한 환자가 그러한 개입을 결국 받기로 결정할지에 대한 환자와 서비스 제공자 간의 의사소통

이 포함됩니다. 대부분의 환경에서 미성년자의 경우에는 법적 보호자가 충분한 정보에 근거한 사전 동의 절차에 필수적인 역할을 합니다. 치료를 실시하려면 법적 보호자(대체로 부모(들)/양육자(들)임)가 치료에 사전 동의를 합니다. 대부분의 환경에서 승낙은 이와 병행해서 일어나는 과정으로, 이 과정에서 미성년자와 서비스 제공자는 개입에 대해 소통하고 서비스 제공자는 미성년자의 이해 수준과 의도를 평가합니다.

성별확정 의료를 고려할 때, 청소년의 정서·인지적 성숙도를 평가하도록 수련받고 자격을 갖춘 보건의료 전문가와 신중하게 의논하는 것은 충분한 정보에 근거한 사전 동의/승낙 과정에 반드시 필요한 단계입니다. 치료의 가역적인 효과와 비가역적인 효과는 무엇인지, (해당하는 경우) 가임력을 보존하기 위해 선택할 수 있는 방법은 무엇인지, 개입으로 인해 발생할 수 있는 잠재적 위험과 이점은 무엇인지는 이러한 의논에서 중요하게 다뤄야 할 요소입니다. 충분한 정보에 근거한 사전 동의/승낙을 받아낼 때에는 이러한 의논을 반드시 거쳐야 합니다. 정서·인지적 성숙도를 평가하는 것은 건강 관리 팀이 청소년이 정보를 제공받을 능력을 이해하는 데 도움이 되므로 중요합니다.

의학적 개입이나 치료에 승낙/동의를 하는 데 필요한 기술에는 1)치료의 본질을 이해하고 2)치료의 위험성과 이점을 포함해 치료 선택지를 합리적으로 따져 보고 3)결정이 장기적으로 미칠 영향을 포함해 결정의 성격을 제대로 이해하고 4)자신이 내린 선택을 전달하는 능력이 포함됩니다(Grootens-Wiegers et al., 2017). 성별확정 의학적 치료를 할 경우, 청소년은 치료가 달성할 수 있는 것과 달성할 수 없는 것은 무엇인지, 시간 경과에 따라 변화가 어떻게 전형적으로 일어나는지(예: 성별확정 호르몬 사용으로), 치료를 중단할 경우 어떤 영향이 발생할지에 대해 충분히 정보를 제공받아야 합니다. 성별다양성이 있는 청소년은 치료의 가역적인 측면, 부분적으로 가역적인 측면, 비가역적인 측면이 무엇인지를 완전히 이해해야 하며, 특정 치료의 알려진 단점(예: 사춘기 억제가 뇌 발달에 미치는 영향(Chen and Loshak, 2020))에 대해서도 완전히 이해해야 합니다. 또한, 비록 성별확정 의료를 받기 시작한 성별다양성이 있는 청소년 중 많은 이들이 장기적으로 성별확정 의료가 자신에게 잘 맞다고 여기기는 하지만, 이러한 의료가 자신에게

잘 맞지 않는다고 여기는 사람도 있다는 사실 역시 이해해야 합니다(Wiepjes et al., 2018). 청소년은 이러한 변화가 성별 관련 욕구가 시간에 따라 변화하는 것과 관련이 있으며 어떤 경우에는 성별정체성 자체가 변화하기도 한다는 점과 관련이 있음을 알아야 합니다. 이러한 정보가 주어진 후, 성별다양성이 있는 청소년은 당면한 선택이 미칠 영향을 고려하여 치료 선택지를 신중하게 따져 볼 수 있어야 합니다. 뿐만 아니라, 성별다양성이 있는 청소년 본인은 자신의 선택을 전달하여 승낙의 토대를 마련할 수 있어야 합니다.

승낙/동시에 필요한 작업을 수행하는 데 필요한 기술은 특정한 연령이 되었다고 해서 생겨나지 않을 수 있습니다(Grootens-Wiegers et al., 2017). 이러한 능력은 발달상의 차이 및 정신 건강 상태에 따라 달라질 수 있으며(Shumer & Tishelman, 2015) 청소년이 이러한 기술을 연마할 수 있는 기회가 있느냐에 따라서도 달라질 수 있습니다(Alderson, 2007). 또한, 정서·인지적 성숙도 평가는 매번 성별 관련 치료 결정을 내릴 때마다 별도로 실시해야 합니다(Vrouenraets et al., 2021).

청소년이 특정한 성별확정 치료에 승낙하거나 동의할 수 있을 만큼 정서·인지적으로 준비되었는지를 평가할 때에는 다음의 질문이 도움이 될 수 있습니다.

- 이 청소년은 미래에 대해 신중히 생각할 수 있으며 부분적으로 비가역적이거나 완전히 비가역적인 개입의 영향을 고려할 수 있습니까?
- 이 청소년은 성별 관련 욕구와 우선순위가 시간에 따라 발전할 수 있고 특정 시점에서 성별 관련 우선순위가 변화할 수 있다는 가능성을 고려하기에 충분한 자기 성찰 능력을 갖추었습니까?
- 이 청소년은 앞으로 본인의 성별 관련 우선순위가 변화한다면 자신이 할 일이 어떤 영향을 미칠지 어느 정도 숙고해 보았습니까?
- 이 청소년은 특정한 의학적 치료의 일상적인 단기 및 장기 측면(예: 약물 이행, 투약, 필요한 의학적 후속 조치)이 무엇인지를 이해하고 관리할 수 있습니까?

정서·인지적 성숙도 평가는 건강 관리 팀이 청소년

과 치료 선택지에 대해 계속 대화를 나누고 청소년에게 미래에 대해 생각하고 선택과 선택에 따른 영향을 유연하게 고려하는 연습을 할 기회를 주면서 일정 기간에 걸쳐 이뤄질 수 있습니다. 신경발달상의 차이 혹은 정신 건강에 어떤 유형의 차이가 있는 청소년의 경우, 미래에 대해 생각하고 계획을 세우고 큰 그림을 그리고 자기를 성찰하는 기술이 덜 발달할 수 있습니다(Dubbelink & Geurts, 2017). 이러한 상황에서는 동의와 승낙에 좀 더 신중하게 접근할 필요가 있으며, 이러한 신중한 접근에는 청소년에게 더 많이 시간을 주고 청소년이 의학적 의사결정을 내리는 데 필요한 기술을 연습할 수 있도록 구조화된 기회를 주는 것이 포함될 수 있습니다(Strang, Powers et al., 2018).

미성년 청소년이 부모의 허락 없이 본인의 치료에 동의하는 특수한 상황(성명 6.11 참조)에서는 청소년이 충분한 정보에 근거해 의사결정을 내릴 수 있도록 더욱 주의를 기울여야 합니다. 대체로 이를 위해서는 해당 청소년을 상대하는 보건의료 전문가들이 더 많이 교류하고 협업할 필요가 있습니다. 해당 청소년이 선택지를 고려하고 이점과 잠재적 어려움/비용을 비교하며 치료와 관련해 필요한(그리고 지속적으로 필요할 수도 있는) 지원을 받기 위한 계획을 수립할 수 있도록 해당 청소년에게 적절한 정서·인지적 지원을 해 주기 위해서입니다.

권고성명 6.12.d

해당 청소년을 명확하게 진단하는 데 방해가 되거나 해당 청소년이 동의할 능력 및 성별확정 치료에 방해가 되는 정신 건강 문제는 (만약 있다면) 미리 해결되어야 합니다.

증거에 따르면 TGD 청소년은 정신 건강 문제를 겪을 위험이 높는데, 이러한 어려움은 가족/양육자의 거부, TGD 청소년을 긍정하지 않는 공동체 환경, 신경 다양성 관련 요인 등과 관련이 있습니다(e.g., de Vries et al., 2016; Pariseau et al., 2019; Ryan et al., 2010; Weinhardt et al., 2017). 청소년에게 정신 건강 문제가 있으면 본인의 성별 발달 이력 및 성별정체성 관련 욕구를 개념화하는 데 영향을 미칠 수 있고, 청소년 본인의 동의 능력과 청소년 본인이 의학적 치료에 참여하거나 치료를 받을 능력에도 영향을 미칠 수

있습니다. 또한, 시스젠더인 청소년과 마찬가지로 TGD 청소년 역시 성별불쾌감이나 성별불일치 여부와 무관한 정신 건강 문제가 있을 수 있습니다. 특히 우울증과 자해가 우려될 수 있는데, 여러 연구에서 이들의 우울증 점수 및 정서·행동 문제는 정신 건강 클리닉에 의뢰된 집단에서 보고된 것과 비슷한 수준으로 나타났습니다(Leibowitz & de Vries, 2016). 자살 사고, 자살 시도, 자해 비율도 더 높다고 보고되었습니다(de Graaf et al., 2020). 또한 클리닉에 의뢰되지 않은 집단에서는 섭식 장애가 예상되는 것보다도 더 빈번하게 발생합니다(Khatchadourian et al., 2013; Ristori et al., 2019; Spack et al., 2012). 중요한 점은 TGD 청소년이 높은 비율로 자폐 스펙트럼 장애/특성을 보인다는 것입니다(Øien et al., 2018; van der Miesen et al., 2016; 진술 6.1d 도 참조). 다른 신경 발달 증상 및/또는 정신 건강 문제도 있을 수 있습니다(예: ADHD, 지적 장애, 정신병적 장애(de Vries, Doreleijers et al., 2011; Meijer et al., 2018; Parkes & Hall, 2006)).

주의해야 할 점은, 많은 트랜스젠더 청소년은 잘 기능하고 있으며 정신 건강 문제는 극소수만이 경험한다는 것입니다. 예를 들어, 사회적으로 트랜지션했으며 전문 젠더 클리닉에서 의학적인 성별확정 치료를 받는 사춘기 청소년은 시스젠더인 또래와 정신 건강 결과가 동등할 수 있습니다(e.g., de Vries et al., 2014; van der Miesen et al., 2020). 서비스 제공자의 주요 임무는 정신 건강 문제와 청소년이 스스로 이해하는 성별 건강 관리 욕구 사이에 존재하는 관계성을 평가한 다음 그에 맞게 우선순위를 정하는 것입니다.

정신 건강 문제는 TGD 청소년의 성별 관련 욕구의 평가와 치료를 다양한 방식으로 어렵게 할 수 있습니다.

1. 첫째, TGD 청소년이 급성 자살 충동, 자해, 섭식 장애 및 신체 건강을 위협하는 기타 정신 건강 위기를 겪고 있다면, 안전을 가장 우선시해야 합니다. 현지 상황과 기존 지침에 따라 적절한 돌봄을 제공함으로써 위협과 위기를 완화하여, 주의 깊게 성별 관련 평가를 실시하고 의사결정을 내릴 수 있는 시간과 안정성을 충분히 확보해야 합니다. 예를 들어, 적극적으로 자살을 기도하는 청소년은 정서적으로 성별확정 내과/수술 치료에 대해 충분한 정보에 근거한

- 의사결정을 할 능력이 없을 수 있습니다. 필요한 경우, 안전을 확보하기 위한 개입 때문에 성별확정 건강 관리를 시작하는 것을 막아서는 안 됩니다.
- 둘째, 정신 건강 때문에 성별 발달 및 성별정체성 관련 욕구 평가가 복잡해질 수 있습니다. 예를 들어, 성별불일치를 강박 사고 및 강박 행위, 자폐증에 따른 특수한 관심사, 경직된 사고, 광범위한 정체성 문제, 부모-자녀간 상호작용의 어려움, 심각한 발달상의 불안(예: 성별정체성과 무관하게 성장과 사춘기 변화를 두려워함), 트라우마, 또는 정신병적 사고 등 다른 정신 건강 증상과 구분하는 것은 매우 중요합니다. 정체성 발달과 성별 관련 의사결정을 명확히 하는 데 방해가 되는 정신 건강 문제는 우선 해결되어야 합니다.
 - 셋째, 평생 영향을 미치는 의학적 성별확정 치료 결정을 내리려면 청소년은 사려 깊고 미래 지향적인 사고를 할 수 있어야 하며, 명시한 바와 같이(성명 6.11 참조) 부모/양육자의 지원을 받아야 합니다. 이처럼 충분한 정보에 근거한 결정을 내릴 수 있으려면, 청소년은 관련 이슈를 이해할 수 있어야 하고, 자신의 선택을 표현할 수 있어야 하고, 의학적인 성별확정 치료를 받고자 하는 소망을 제대로 이해하고 그 소망에 대해 신중히 생각할 수 있어야 합니다(성명 6.12.c 참조). 자폐적 특성이나 자폐 스펙트럼 장애 등 신경 발달상의 차이(성명 6.1.d 참조; 예컨대 의사소통의 차이, 구체적이거나 경직된 사고 선호, 자기 인식의 차이, 미래에 대한 사고 및 계획의 차이)로 인해 평가 및 의사결정 과정에 어려움이 생길 수 있습니다. 신경다양성이 있는 청소년은 평가 과정에 더 많은 지원, 구조화, 심리교육, 시간이 필요할 수 있습니다(Strang, Powers et al., 2018). 다른 정신 건강 증상으로 인해 의사소통 및 자기 권리 옹호 능력이 저하되고 평가에 참여하기 어려워지고 기억과 집중이 어려워지고 절망감이 느껴지고 미래 지향적 사고를 하기 어려워지기도 하는데, 이러한 증상도 평가와 의사소통 과정을 복잡하게 할 수 있습니다. 이러한 상황에서는 의학적인 성별확정 치료에 관한 결정을 내리기까

지 시간이 더 많이 필요한 경우가 많습니다.

- 마지막으로, 의학적 치료 과정에서 정신 건강 문제를 해결하는 것이 중요하기는 하지만 이는 모든 정신 건강 문제가 완전히 해결될 수 있거나 해결되어야 한다는 의미는 아닙니다. 그러나 의학적 성별확정 치료를 최적으로 제공할 수 있도록(예: 약물 이행, 후속 진료 참여, 자기 돌봄—특히 수술 후 경과 중에) 정신 건강 문제를 충분히 해결하는 것은 중요합니다.

권고성명 6.12.e

해당 청소년에게 치료가 생식에 미치는 영향에 대한 정보를 미리 알려주어야 하는데, 여기에는 가임력을 상실할 가능성이 있다는 점과 가임력을 보존하기 위해 어떤 선택이 가능한지가 포함되며, 이러한 점은 해당 청소년의 사춘기 발달 단계에 맞게 논의해야 합니다.

임상적 접근 방식, 과학적 배경 및 논리적 근거에 관한 지침은 제 12 장 '호르몬 치료'와 제 16 장 '생식 건강'을 참조하십시오.

권고성명 6.12.f

사춘기 억제를 개시하려면 해당 청소년이 태너 척도(Tanner stage) 2 단계에 도달해야 합니다.

성별다양성이 있는 여러 청소년에게 사춘기의 시작은 핵심적인 시기입니다. 어떤 청소년은 사춘기가 시작하면서 성별불일치가 심화하고, 어떤 청소년은 사춘기가 시작하면서 성별 유동성(예: 이분법적 성별 정체성에서 논바이너리 성별정체성으로 넘어감)을 겪거나 과거에 긍정했던 성별정체성이 약화될 수 있습니다(Drummond et al., 2008; Steensma et al., 2011; Steensma, Kreukels et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). 일부 TGD 청소년에게는 신체적 사춘기를 경험하는 것이 향후 성별정체성 발달에 매우 중요할 수 있기 때문에, 아동이 최소한 태너 2 단계 사춘기에 도달하기 전까지는 GnRH 작용제와 같은 사춘기 억제 약물 사용을 권장하지 않습니다(Steensma et al., 2011). 따라서 사춘기 이전의 성별다양성이 있는 청소년에게는 사춘기억제제를 써서는 안 됩니다(Waal & Cohen-Kettenis, 2006). 어떤 청소년

년에게는 GnRH 작용제가 사춘기 후기 단계나 사춘기 이후 시기(예: 태너 4~5 단계)에 적절하게 쓰일 수 있는데, 이는 고도로 개별화된 조치여야 합니다. GnRH 작용제 사용을 더 종합적으로 검토한 내용은 제 12 장 '호르몬 치료'를 참조하십시오.

사춘기가 시작하는 시기는 여러 가지 요인(예: 출생 당시 지정된 성, 유전, 영양 등등)에 따라 달라집니다. 태너 척도는 사춘기 전(태너 1 단계)부터 사춘기 후 성인으로서 성적으로 성숙하는 단계(태너 5 단계)에 이르는 사춘기 발달의 다섯 단계를 가리킵니다 (Marshall & Tanner, 1969, 1970). 사춘기 시작(예: 생식샘기능개시)은 출생 당시 여성으로 지정된 사람의 경우 유방이 발육하는 것(태너 2 단계)으로 정의되며, 출생 당시 남성으로 지정된 사람의 경우에는 고환의 용적이 4mL 이상에 도달하는 것으로 정의됩니다 (Roberts & Kaiser, 2020). 부신에서 생산하는 스테로이드 성호르몬으로 인해 음모가 자라거나 땀샘체취가 발생하는 것(예: 성증발현)과 같은 신체 변화를 사춘기 시작과 구분하려면 경험이 풍부한 의료 서비스 제공자의 도움이 필요한데, 성증발현은 사춘기 억제 약물을 사용할 사유가 되지 못하기 때문입니다 (Roberts & Kaiser, 2020). 부모와 가족에게 성증발현과 생식샘기능개시의 차이를 가르치면, 가족이 어느 시기에 다학제적 팀과 공동으로 의학적 성별확정 치료에 관한 결정을 내려야 할지를 이해하는 데 도움이 됩니다.

사춘기 억제의 다른 위험과 이점—이론상으로 존재하든 실제로 존재하든—을 다루는 것이 중요하다는 점은 아무리 강조해도 지나치지 않습니다. 트랜스젠더 여아가 사춘기 억제를 진행할 경우 수술에 영향을 미친다는 사실을 뒷받침하는 근거가 있습니다 (van de Grift et al., 2020). 사춘기 억제, 호르몬 치료 및 수술을 받은 청소년의 로맨틱 만족도와 성적 만족도가 개선되었음을 입증하는 종단 연구 데이터가 있습니다 (Bungener et al., 2020). 트랜스젠더 여성의 장을 이용한 복강경 질형성술(사춘기억제제 사용 후 생식기 조직이 부족하여 시행함)의 수술 결과에 대한 연구에 따르면 대다수가 수술 후 오르가즘을 경험했지만(84%), 이 연구는 성적 쾌감 결과와 사춘기 억제를 시작한 시기의 상관 관계를 구체적으로 논의하지는 않았으며, 이 연구 결과는 다른 수술 절차를 선호하는 사람에게는 적용할 수 없습니다. 따라서 수술

결과 및 성 건강 결과에 관해 앞으로 미지수가 발생할 수 있음을 가족과 상의하는 것은 특히 중요합니다.

권고성명 6.12.g

해당 청소년이 성별확정 시술에서 원하는 수술적 결과를 얻기 위해서는 수술 전에 성별확정 호르몬 치료를 최소 12 개월, 필요한 경우에는 더욱 길게 받아야 합니다. 이러한 수술에는 유방확대술, 고환절제술, 질형성술, 자궁절제술, 음경형성술, 메토이디오플라스티, 성별확정 치료의 일환으로 실시되는 안면수술 등이 있습니다. 단, 호르몬 치료를 원치 않거나 호르몬 치료가 의학적으로 금기인 경우에는 예외입니다.

GAHT는 해부학적, 생리적, 심리적 변화를 초래합니다. 해부학적 효과(예: 음핵 성장, 유방 성장, 질 점막 위축)는 치료를 개시한 지 얼마 지나지 않아 발생하기 시작할 수 있으며 최대 효과는 1~2 년만에 나타날 것으로 예상됩니다(T'Sjoen et al., 2019). 청소년이 중요한 발달 시기에 심리적으로 신체변화에 적응할 시간을 충분히 확보하기 위해 호르몬 치료는 12 개월 동안 할 것을 권장합니다. 필요로 하는 수술 결과에 따라 호르몬 치료 기간은 더 길어질 수 있습니다(예: 메토이디오플라스티/음경형성술 전 음핵의 충분한 남성화, 유방확대술 전 유방 성장 및 피부 확장, 얼굴 GAS 전 피부 연화 및 얼굴 지방 분포 변화)(de Blok et al., 2021).

수술적 개입 전에 호르몬을 투여하지 않는 사람의 경우, 제안된 수술에 호르몬이 미치는 영향을 외과의가 검토하는 것이 중요합니다. 또한 호르몬을 투여하지 않고 생식샘 절제술을 받는 사람의 경우, 약을 처방하는 전문가와 수술 전에 호르몬 대체 계획을 세울 수 있습니다.

청소년에 대한 성별확정 내과 및 수술 치료 연령 고려

연령은 인지 발달 및 심리사회적 발달과 불완전하지만 강력한 상관 관계가 있으며, 잠재적 개입 시기를 결정할 때 유용한 객관적 지표가 될 수 있습니다 (Ferguson et al., 2021). 비가역성이 높거나 복잡도가 높거나 두 가지가 다 높은 치료를 하려면 연령이 더 높을(즉 나이가 더 많을) 필요가 있을 수 있습니다. 이

러한 접근 방식을 취함으로써 청소년의 인지/정서는 갈수록 복잡해지는 치료에 대해 충분히 숙고하고 치료에 동의하는 데 필요한 만큼 성숙해 나갈 수 있습니다(성명 6.12.c 참조).

성별다양성이 있으며 기준을 충족하는 청소년에게 성별확정 치료를 함으로써 긍정적인 결과를 얻을 수 있다는 근거가 점점 늘어나고 있습니다(Achille et al., 2020; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020). 그러나 성별확정 개입을 실시할 최적의 시기가 언제이고 청소년의 신체, 심리, 신경 발달에 장기적으로 어떤 결과가 발생하는지에 대해서는 데이터가 부족합니다(Chen et al., 2020; Chew et al., 2018; Olson-Kennedy et al., 2016). 성별다양성이 있는 청소년 및 성인에게 발생한 결과를 평가한 현존하는 유일한 종단 연구는 특정 모델(즉 네덜란드식 접근법), 즉 종합적인 초기 평가와 추적관찰을 실시하는 접근법을 토대로 합니다. 이 접근법에서는 사춘기 억제를 12 세에, GAHT 를 16 세에, 수술적 개입을 18 세 이후에 고려했는데 일부 예외는 있었습니다. 이 접근법에서 벗어날 경우 결과가 동일할지 달라질지는 알 수 없습니다. 청소년에 대한 성별확정 치료의 결과와 안전성과 효과를 더 잘 정의하기 위해 현재 종단 연구가 진행 중입니다(Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2019). 청소년기에 시작하는 성별확정 치료의 장기 효과가 완전히 알려지지 않는 않지만, 치료를 지연할 경우 부정적인 건강 결과가 발생할 가능성도 고려해야 합니다(de Vries et al., 2021). 청소년에 대한 성별확정 개입의 결과에 관한 증거가 계속 쌓여 가고 있으므로, 이러한 개입을 실시하는 시기와 준비 상태에 대한 권고 사항은 앞으로 갱신될 수 있습니다.

청소년의 성별확정 치료에 관한 예전 지침에서는 부분적으로 가역적인 GAHT 를 대략 16 세에 개시할 수 있다고 권고했습니다(Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009). 더 근래에 나온 지침에서는 GAHT 를 16 세 이전에 실시할 설득력 있는 이유를 제시하나, 14 세 이전에 호르몬을 시작한 청소년에 대한 연구는 부족합니다(Hembree et al., 2017). 예를 들어, 장기적인 사춘기 억제를 피하고자 하는 것은 GAHT 를 좀 더 일찍 시작할 설득력 있는 이유가 될 수 있습니다. 제 12 장 '호르몬 치료'에서 자세히 설명하시피, 사춘기를 지연함으로써 뼈 건강 문제가 생길

수 있고 심리사회적 영향도 발생할 수 있기 때문입니다(Klink, Caris et al., 2015; Schagen et al., 2020; Vlot et al., 2017; Zhu & Chan, 2017). 사춘기는 두뇌와 인지가 현저히 발달하는 시기입니다. 성별다양성이 있는 청소년의 사춘기를 장기간 억제할 경우 신경 발달에 어떠한 영향이 발생하는가 하는 문제는 특히 지속적인 연구가 필요한 영역으로 밝혀졌습니다(Chen et al., 2020). GnRH 유사체는 성조숙증을 안전하게 치료할 수 있는 것으로 나타났지만, 뼈 무기질 침착이 절정에 이르는 시기에 (내인성 또는 외인성) 성 호르몬에 대한 노출을 늦추면 뼈 무기질 밀도가 감소할 수 있다는 우려가 있습니다. 뼈 무기질 밀도가 감소할 가능성과 이러한 감소가 임상에서 갖는 중요성에 대해서는 앞으로 계속 연구가 필요합니다(Klink, Caris et al., 2015; Lee, Finlayson et al., 2020; Schagen et al., 2020). 또래와 함께 사춘기를 시작하지 않을 경우 부정적인 심리사회적 영향이 발생할 수 있으며, 이는 성별다양성이 있는 청소년에게 추가로 스트레스를 줄 수 있으나 이러한 스트레스가 명시적으로 연구된 적은 없습니다. 성별확정 호르몬을 시작하는 시기를 고려할 때, 서비스 제공자는 치료를 시작하는데 따를 수 있는 신체·심리적 이점 및 위험과 치료를 늦추는 데 따를 수 있는 이점과 위험을 비교해야 합니다. 이러한 과정은 개별화된 접근의 필요성을 설득력 있게 나타내는 요인을 파악하는 데에도 유용할 수 있습니다.

트랜스매스쿨린 청소년을 대상으로 실시한 연구에 따르면 가슴 부위의 불편감은 불안, 우울, 괴로움을 느끼는 비율이 높아지는 것과 관련이 있으며 운동이나 목욕을 피하는 등 기능을 제한하는 결과를 초래할 수 있습니다(Mehring et al., 2021; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Sood et al., 2021). 안타깝게도 테스토스테론은 이러한 괴로움을 완화하는 데 거의 도움이 되지 않으나, 몇몇 사람에게는 남성화 가슴수술이 장기적으로 이러한 괴로움을 해결하는 선택지가 될 수 있습니다. 가슴 부위의 불편감을 완화하기 위해 남성화 가슴수술을 받은 청소년을 대상으로 연구를 실시한 결과, 연구 모니터링 기간 동안 수술 결과는 좋았고 청소년은 결과에 대해 만족하며 후회는 거의 하지 않는 것으로 나타났습니다(Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018). 청소년 발달 및 성별 발달에 경

힘이 풍부한 다학제적 팀이 임상 및 발달 면에서 적절하다고 판단하는 경우 청소년에게 남성화 가슴수술을 실시하는 것을 고려할 수 있습니다(이 장의 관련 성명 참조). 별다른 사유가 없는 한, 테스토스테론 치료 기간이나 현재 테스토스테론을 복용한다는 사실 때문에 수술을 받지 못하게 해서는 안 됩니다. 어떤 TGD 청소년은 남성화 가슴수술만으로 욕구가 충족될 수 있습니다. 트랜스페미닌 청소년은 유방확대술을 필요로 할 수 있으나 청소년의 유방확대술에 대한 데이터는 상대적으로 적는데, 이는 아마 유방확대술을 요청하는 청소년이 상대적으로 적기 때문일 것입니다(Boskey et al., 2019; James, 2016). GAHT, 특히 에스트로겐은 유방 조직 발달에 도움이 될 수 있으며, 청소년이 유방확대술을 받기 전 최소 12개월간 호르몬 치료를 받거나 수술적으로 필요하다면 더 오래 받을 것을 권장합니다. 단, 호르몬 치료가 임상적으로 필요하지 않거나 의학적으로 금기인 경우에는 예외입니다.

청소년에게 다른 종류의 성별확정 수술 치료를 시작할 최적의 시기가 언제인지에 대해서는 데이터가 부족합니다. 그 이유는 부분적으로 이러한 치료에 대한 접근성이 제한되어 있고 지리적 위치에 따라 접근성이 크게 달라지기 때문입니다(Mahfouda et al., 2019). 데이터에 따르면 성별확정 수술이 2000년 이후 증가했으며, 질형성술을 받고자 하는 TGD 청소년도 늘어났습니다(Mahfouda et al., 2019; Milrod & Karasic, 2017). 2017년에 WPATH 소속인 미국 외과의 20명을 대상으로 한 연구에 따르면, 이들 중 절반보다 약간 많은 사람이 청소년에게 질형성술을 시술했다고 보고했습니다(Milrod & Karasic, 2017). 질형성술을 받은 청소년의 결과에 대한 연구는 제한적입니다. 소규모 연구들에 따르면 질형성술을 받은 청소년의 심리사회적 기능이 개선되고 성별불쾌감은 감소한 것으로 나타났습니다(Becker et al., 2018; Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001). 표본 규모가 작기는 하지만, 이러한 연구는 일부 청소년이 18세 이전에 이러한 시술을 받는 것이 유익하다는 점을 시사합니다. 18세 미만인 청소년이 이러한 시술을 받고자 하는 것을 지지하는 요인으로는 가족 구성원에게 받을 수 있는 지원 증가, 초기 성인기의 과제(예: 대학 입학, 취업)를 시작하기 전에 수술 후 관리를 하는 것이 더 용이하다는 점, 공공

장소에서의 안전성 문제(예: 트랜스혐오적 폭력 감소) 등이 있습니다(Boskey et al., 2018; Boskey et al., 2019; Mahfouda et al., 2019). 이러한 시술은 복잡하고 비가역적이므로, 청소년이 수술 후 건강 관리 권고 사항을 준수할 능력과 이러한 시술이 생식 기능 및 성 기능에 장기적으로 어떤 영향을 미치는지를 이해할 능력을 평가하는 것은 매우 중요합니다(Boskey et al., 2019). 음경형성술은 복잡하고 다른 성별확정 수술 치료에 비해 현재 합병증 발생률이 높게 나타나므로, 이 시점에서는 18세 미만의 청소년에게 이 수술을 고려하지 않을 것을 권고합니다(제 13장 '수술 및 수술 후 관리' 참조).

청소년 및 가족과 개입 시기를 논의할 때 추가적으로 고려해야 할 핵심 요소는 성명 6.12.a~f에 자세히 설명했습니다. 청소년에게 의학적으로 필요한 성별확정 의학적 치료 기준/권고 사항은 부록 D에 요약한 내용을 참고하시기 바랍니다.

제 7 장 아동

본 「건강관리실무표준」은 성별다양성이 있는 사춘기 전 아동에 대한 내용으로, 연구와 윤리적 원칙과 축적된 전문 지식을 토대로 합니다. 본 실무표준의 기반이 되는 원칙에는 다음의 사항이 포함됩니다. 1) 아동기의 성별다양성은 인간의 일반적 발달 과정에 나타날 수 있는 예상 가능한 양상입니다 (Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018). 2) 아동기의 성별다양성은 병리도 정신질환도 아닙니다 (Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society, 2020; Oliphant et al., 2018; Telfer et al., 2018). 3) 아동의 다양성 있는 성별 표현이 반드시 트랜스젠더 정체성이나 성별불일치를 의미한다고 전제해서는 안 됩니다 (Ehrensaft, 2016; Ehrensaft, 2018; Rael et al., 2019). 4) 아동의 성별 건강 관리에 전문성을 갖춘 정신 건강 전문가(MHPs)의 안내는 긍정적인 적응을 지원하는 데 도움이 될 뿐만 아니라 성별 관련 요구를 오랜 기간에 걸쳐 파악하는 데에도 도움이 됩니다 (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer et al., 2018). 5) 아동의 성별다양성에 대한 전환치료 (즉, 성별다양성이 있는 아동이 출생 당시 지정된 성과 결부된 성별로 정체화하거나 그러한 성별에 따라 행동하도록 말, 행동, 혹은 두가지 모두 강요하는 모든 소위 '치료적' 시도)는 해로우며, 우리는 이러한 치료를 실시하는 것을 거부합니다 (APA, 2021; Ashley, 2019b, Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Telfer et al., 2018; UN Human Rights Council, 2020).

본문 전체에 걸쳐 '보건의료 전문가(HCP)'라는 용어는 성별다양성이 있는 아동을 대상으로 하는 전문가를 폭넓게 지칭하는 데 쓰입니다. 사춘기 청소년과 성인과는 달리 사춘기 전 아동은 의학적 개입을 받을 자격이 없기 때문에 (Pediatric Endocrine Society, 2020), 심리사회적 지원과 성별 발달을 전문으로 하는 보건의료 전문가에게 전문가 조언을 구할 가능성이 가장 높습니다. 따라서 이 장에서는 발달 면에서 적합한 심리사회적 실천에만 초점을 맞춥니다. 소아 청소년과 의사나 가정의학과 의사 같은 다른 보건의료 전문가도 성별다양성이 있는 아동 및 그 가족을 대상으로 전문 업무를 수행할 때 본 실무표준을 유용하게 활용할 수 있습니다.

이 장에서는 사춘기 전 아동의 성별이 그리는 궤

적이 예측 불가능하며 시간이 지남에 따라 변화할 수 있다는 점을 고려해 '성별다양성이 있는'이라는 용어를 사용합니다 (Steensma, Kreukels et al., 2013). 그러면서도 이 장에서는 일부 아동이 출생 시 지정된 성과 불일치하는 성별정체성을 생애 초기에 일찍 표현하고 그 정체성을 유지할 수 있음을 인정합니다 (Olson et al., 2022). '성별다양성이 있는'이라는 용어는 이분법적 트랜스젠더 아동과 논바이너리인 아동을 포함하며, 성별다양성이 있으면서 결국에는 트랜스젠더로 정체화하지 않을 아동 역시 포함합니다. 용어는 본질적으로 문화와 결합되어 있으며 시간이 지남에 따라 진화합니다. 따라서 여기에서 사용한 용어는 나중에 시대에 뒤떨어질 수 있고 우리는 더 나은 용어를 찾을 수도 있습니다.

이 장에서는 아동의 안녕과 성별 관련 요구를 증진하기 위해 의학적으로 필요한 건강 관리의 측면에 대해 기술합니다 (의학적 필요성에 관한 진술은 '전 세계적 적용 가능성' 장의 성명 2.1 참조). 이 장에서는 모든 사람이 여기에 명시한 기준을 최대한 적용할 것을 주장합니다. 권장하는 자원을 완전하게 제공하는 것이 상황이나 장소에 따라서는 불가능할 수도 있을 것입니다. 자원이 부족한 보건의료 전문가/팀은 여기에 명시한 기준을 최대한 충족하기 위해 노력해야 합니다. 그러나 피할 수 없는 제약으로 인해 권장 사항의 일부 요소를 충족할 수 없다고 해도, 현재 가용한 최선의 서비스를 제공하는 데 지장이 있어서는 안 됩니다. 권장되는 서비스가 전부가 아닌 일부만 제공되는 지역에서 잠재적으로 유익할 수 있는 관리 서비스마저 실시하지 않으면 아동에게 해를 끼칠 해를 끼칠 수 있습니다 (Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018; Riggs et al., 2020). 결국, 아동의 최선의 이익을 우선시하는 것이 중요합니다.

방대한 실증적인 심리학 문헌에 따르면, 초기 아동기의 경험은 평생 이어지는 위험 및/또는 회복탄력성의 패턴이 형성되는 발판을 마련하고 안녕과 긍정적인 삶의 질에 어느 정도 도움이 되는 발달 궤적을 형성하는데 기여하는 것으로 나타났습니다 (Anda et al., 2010; Masten & Cicchetti, 2010; Shonkoff & Garner, 2012). 가용한 연구에 따르면, 일반적으로 성별다양성이 있는 아동·청소년은 성별다양성과 관련된 거부와 가혹하고 수용적이지 않은 상호작용에서 비롯된 트라우마와 학대 등의 파괴적인 경험을 하기

때문에 동일한 연령의 시스젠더 또래보다 심리적 어려움을 겪을 위험이 더 높습니다(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). 또한 문헌에 따르면, 성별다양성이 있는 사춘기 전 아동은 자신의 정체성이 잘 받아들여지면 일반적으로 잘 적응하는 것으로 나타났습니다(Malpas et al., 2018; Olson et al., 2016). 아동 평가 및 치료에서는 일반적으로 *생태학적* 접근을 강조하며, 아동은 아동이 자주 생활하는 각각의 환경에서 안전하고 보살핌을 받아야 한다는 점을 인정합니다(Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1979; Kaufman & Tishelman, 2018; Lynch & Cicchetti, 1998; Tishelman et al., 2010; Zielinski & Bradshaw, 2006). 따라서 이 장이 취하는 관점은 기본적인 심리학 문헌과 성별다양성이 있는 아동이 고유하게 처한 위험을 기반으로 하며, 아동의 요구를 이해하고 긍정적인 정신 건강을 촉진하기 위한 생태학적 접근법을 모든 성별 건강 관리에 통합해야 한다고 강조합니다. 이러한 관점은 아동의 발달 전반에 걸쳐 아동의 안녕과 삶의 질을 증진하는 것을 우선시합니다. 또한 이 장에서는 위에 인용한 수많은 심리학적 연구를 토대로, 사춘기 전 아동에게 심리사회적인 성별확인 건강 관리(Hidalgo et al., 2013)를 제공함으로써 아동의 안녕이 증진되어 아동이 장기간 견딜 수 있고 청소년으로 성장하는 과정에서 견뎌 나갈 수 있는 기회가 생긴다는 관점을 받아들입니다. 이러한 접근법은 문헌에 자주 기술된 바와 같이 트랜스젠더·성별다양성이 있는(TGD) 10 대가 흔히 겪을 수 있는 정신 건강 위험을 다소 완화할 수 있습니다(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).

발달에 대한 기존 연구는 사춘기 이전 아동의 일반 인구를 대상으로 아동기 초기의 성별 발달의 다양한 측면을 이해하는 데 초점을 맞췄습니다. 이러한 연구에서는 전형적으로 연구에 참여한 아동이 시스젠더라고 가정하고(Olezeski et al., 2020) 일반적인 아동의 성별정체성은 취학 전에 고정되어 확고해진다고 보고했는데, 이 아동 대다수는 성별다양성이 없

을 가능성이 높습니다(Kohlberg, 1966; Steensma, Kreukels et al., 2013). 최근 발달 연구에서는 성별다양성이 사춘기 이전의 어린 아동에게서 관찰되고 확인될 수 있다는 것을 보여주었습니다(Fast & Olson, 2018; Olson & Gülgöz, 2018; Robles et al., 2016). 그럼에도 이 분야의 실증적 연구는 부족하며, 현재로서는 자신의 성별 및/또는 성별과 관련한 요구와 선호에 대한 사춘기 전 아동의 자기 이해를 신뢰성 있고/있거나 완전히 확인할 수 있으며 심리측정 면에서도 타당한 평가 수단은 없습니다(Bloom et al., 2021). 따라서 이 장에서는 성별 평가에 섬세하고 개별화된 임상적 접근을 하는 것이 중요하며 이러한 접근은 다양한 지침과 문헌에서 권고한 바와 일치해야 한다는 점을 강조합니다(Berg & Edwards-Leeper, 2018; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Ehrensaft, 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019). 연구와 임상 경험에 따르면 사춘기 전 아동 일부의 성별다양성은 유동적일 수 있습니다. 아동 개인의 성별이 어떻게 변화할지 예측할 수 있는 신뢰할 수 있는 수단은 없으며(Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013), 아동 개인의 성별 관련 요구는 아동기가 진행함에 따라 달라질 수 있습니다.

'평가(assessment)'라는 용어의 의미를 이해하는 것이 중요합니다('assessment'는 때로 'evaluation'과 동의어로 사용되기도 함). 평가는 다양한 맥락에서 실시되는데(Krishnamurthy et al., 2004), 여기에는 당면한 위기 상황에서 이뤄지는 신속한 평가도 있고(예: 아동이 자살할 가능성이 있는 경우 안전성 평가) 가족이 비교적 국한된 질문을 제기할 때 실시하는 집중적인 평가(대개 비교적 짧은 상담의 맥락)도 포함됩니다(Berg & Edwards-Leeper, 2018). 평가라는 용어는 "인테이크(intake)"라고도 불릴 수 있는 '진단 평가(diagnostic assessment)'와 관련하여 종종 사용되며, 이는 진단 가능한 문제 및/또는 치료 과정에서 이익을 얻을 수 있는 문제가 있는지 여부를 결정하기 위한 목적으로 사용됩니다. 이 장에서는 아동과 가족의 요구와 목표를 이해하는데 유용한 포괄적인 평가에 초점을 맞춥니다(APA, 2015; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Srinath et al., 2019; Steensma & Wensing-Kruger, 2019). 이러한 유형의 심리사회적 평가는 성별다양성이 있는 모든 아동에게 필요하지는 않

지만 여러가지 이유로 요청될 수 있습니다. 가족 역동에 성별다양성의 수용과 가족이 요청한 양육 지침이 포함될 때 성별다양성이 있는 아동에게 이익이 된다는 이해가 동반되면, 평가는 성별다양성이 있는 아동과 그 가족에 대한 지원 과정을 시작할 수 있는 유용한 기회를 제공할 수 있습니다. 포괄적인 평가는 성별다양성의 맥락에서 가족이 아동의 성별과 정신건강에 대한 완전한 이해를 요청할 때 시행하는 것이

적절합니다.

이러한 상황에서는 성별다양성이 있는 아동에게 영향을 미치는 가족 구성원의 정신 건강 문제, 가족 역동, 사회적·문화적 맥락을 모두 고려해야 합니다 (Barrow & Apostle, 2018; Brown & Mar, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Ristori & Steensma,

권고성명

- 7.1- 우리는 성별다양성이 있는 아동을 대상으로 하는 보건의료 전문가가 아동의 성별 발달 및 성별다양성에 대해 수련을 받고 전문성을 갖추며, 생애 주기에 걸쳐 나타나는 성별다양성에 대한 일반적인 지식을 보유할 것을 권고합니다.
- 7.2- 우리는 성별다양성이 있는 아동을 대상으로 하는 보건의료 전문가가 이론적이고 근거 중심적인 수련을 받고 발달 스펙트럼 전반에 걸쳐 아동 및 가족의 정신 건강 일반에 대해 전문성을 개발할 것을 권고합니다.
- 7.3- 우리는 성별다양성이 있는 아동을 대상으로 하는 보건의료 전문가가 자폐 스펙트럼 장애/신경다양성이 있으면서 성별다양성이 있는 아동을 대상으로 할 때 자폐 및 기타 신경다양성에 대해 수련을 받거나 관련 분야에 전문성이 있는 전문가와 협업할 것을 권고합니다.
- 7.4- 우리는 성별다양성이 있는 아동을 대상으로 하는 보건의료 전문가가 성별다양성이 있는 아동 및 가족과 관련된 지속적인 교육에 참여할 것을 권고합니다.
- 7.5- 우리는 성별다양성이 있는 아동을 평가하는 보건의료 전문가가 평가를 실시할 때 다양한 출처에서 정보를 얻고 그 정보를 통합할 것을 권고합니다.
- 7.6- 우리는 성별다양성이 있는 아동을 평가하는 보건의료 전문가가 관련 발달 요인, 신경인지 기능 및 언어 능력을 고려할 것을 권고합니다.
- 7.7- 우리는 성별다양성이 있는 아동을 평가하는 보건의료 전문가가 아동 및/또는 가족이나 양육자(들)가 성별정체성/성별표현을 정확하게 보고하는 것을 저해할 수 있는 요인을 고려할 것을 권고합니다.
- 7.8- 우리는 가족 및 보건의료 전문가가 아동과 가족/양육자에 대한 상담이나 심리치료 또는 두 가지 모두가 아동 및/또는 가족의 복지와 발달에 도움이 될 것이라고 생각하는 경우, 보건의료 전문가가 성별다양성이 있는 아동과 가족/양육자에 대해 이를 실시할 것을 고려하라고 권고합니다.
- 7.9- 우리는 성별다양성이 있는 아동과 가족/양육자에게 상담, 심리치료 또는 두 가지 모두를 제공하는 보건의료 전문가가 아동의 회복탄력성과 정서적 안녕을 증진하는 데 중요한 기타 환경 및 사람들과 협력할 것을 권고합니다.
- 7.10- 우리는 성별다양성이 있는 아동과 가족/양육자들에게 상담, 심리치료 또는 두 가지 모두를 제공하는 보건의료 전문가가 양쪽 당사자 모두에게 성별 발달에 대한 연령에 맞는 심리교육을 시행할 것을 권고합니다.
- 7.11- 성별다양성이 있는 아동이 사춘기에 가까워지면 우리는 보건의료 전문가가 성별다양성이 있는 아동과 가족/양육자에게 아동이 받을 수 있을 만한 성별확정 의학적 개입, 이러한 치료가 향후 가임력에 미치는 영향 및 가임력 보존법의 선택지에 대한 정보를 제공할 것을 권고합니다.
- 7.12- 우리는 부모/양육자와 보건의료 전문가가 자신이 내적으로 느끼는 성별정체성과 일치하는 성별로 인정받기를 원하는 아동을 지지하는 태도로 대하기를 권고합니다.
- 7.13- 사회적 트랜지션 여부와 관계없이, 우리는 보건의료 전문가와 부모/양육자들이 아동이 사춘기 전 시기에 계속해서 자기 성별을 탐색하도록 지원할 것을 권고합니다.
- 7.14- 가족이 사회적 트랜지션을 고려할 경우, 우리는 보건의료 전문가가 사회적 트랜지션의 잠재적인 이익과 위험을 가족과 논의할 것을 권고합니다.
- 7.15- 우리는 보건의료 전문가들이 성별다양성이 있는 아동의 안녕을 증진하고 아동이 겪을 수 있는 역경을 최소화하기 위해 다른 전문가 및 단체와 협력할 것을 권고합니다.

2016; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). 이에 관해서는 아래 본문에서 더 자세히 설명합니다.

성별다양성이 있는 아동과 일하는 보건의료 전문가는 인종, 민족, 이민자/난민 신분, 종교, 지리적 위치, 사회경제적 위치 등 아동과 가족의 다양한 정체성과 경험을 이해하기 위해 노력해야 하며, 임상에서 소통할 때 문화적 맥락을 존중하고 배려하기 위해 노력해야 합니다(Telfer et al., 2018). 여러 요인이 문화 및 성별과 관련이 있을 수 있는데, 종교적 믿음, 성별 관련 기대, 성별다양성을 수용하는 정도 등도 여기에 포함됩니다(Oliphant et al., 2018). 성별다양성과 사회문화적 다양성과 소수자 신분이 상호교차하는 지점은 힘의 원천이 될 수도 있고 사회적 스트레스의 원천이 될 수도 있고 둘 다 될 수도 있습니다(Brown & Mar, 2018; Oliphant et al., 2018; Riggs & Treharne, 2016).

각각의 아동, 가족 구성원 및 가족 역동은 고유하며 이들에게는 다양한 문화 및 신념 패턴이 있을 수 있습니다. 그러므로 전공 분야를 막론하고 보건의료 전문가는 부정확하거나 편향될 수 있는 선입견에 기초한 고정관념(예: 성별다양성을 인정하는 것을 반대하는 종교 단체에 속한 가족은 절대로 자녀의 성별다양성을 지지하지 않을 것이라는 생각)을 피해야 합니다(Brown & Mar, 2018). 대신, 반드시 열린 마음을 갖고 각 가족에게 다가가야 하며 가족 구성원 각각과 가족의 형태는 고유하다고 이해해야 합니다.

이 장에 있는 모든 권고성명은 철저한 근거 검토, 이익과 위해 평가, 서비스 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 활용과 타당성에 대한 가능성에 기초합니다. 우리는 몇몇 경우에 근거가 충분하지 않고, 또는 서비스에 접근하는 것이 어렵거나 적합한 서비스가 아닐 수 있다는 점을 인정합니다.

권고성명 7.1

우리는 성별다양성이 있는 아동을 대상으로 하는 보건의료 전문가가 아동의 성별 발달 및 성별다양성에 대해 수련을 받고 전문성을 갖추며, 생애 주기에 걸쳐 나타나는 성별다양성에 대한 일반적인 지식을 보유할 것을 권고합니다.

성별다양성이 있는 아동을 대상으로 하는 보건의

료 전문가는 전문가로서의 역할 범위와 관련된 필요한 수련과 자격을 받고 유지해야 합니다. 여기에는 국가 및/또는 지역 단위의 적합한 인증 기관이 발급한 면허나 자격증 또는 둘 다가 포함됩니다. 우리는 전문가의 자격 요건과 규제의 구체적인 내용이 세계적으로 서로 다르다는 사실을 인정합니다. 중요한 것은, 보건의료 전문가가 적절한 관리를 제공하기 위해서는 아동의 성별 발달과 성별다양성에 대한 심층적인 수련과 슈퍼비전을 거쳐야 하기 때문에, 기본적인 면허나 자격증 또는 둘 다를 갖고 있다고 하더라도 그것만으로는 성별다양성이 있는 아동을 대상으로 작업할 수 있다는 역량이 있음을 보장할 수 없다는 것입니다.

권고성명 7.2

우리는 성별다양성이 있는 아동을 대상으로 하는 보건의료 전문가가 이론적이고 근거 중심적인 수련을 받고 발달 스펙트럼 전반에 걸쳐 아동 및 가족의 정신 건강 일반에 대해 전문성을 개발할 것을 권고합니다.

보건의료 전문가는 근거에 중심적인 평가 및 개입법을 포함하여, 유아기부터 청소년기까지 발달 스펙트럼 전반에 걸친 일반적인 아동 및 가족 정신 건강에 대해 수련과 전문적인 슈퍼비전을 받아야 합니다. 성별다양성은 정신 질환이 아닙니다. 그러나 위에서 언급한 바와 같이, 성별다양성이 있는 아동을 정신 건강에 부정적인 영향(예: 성별소수자 스트레스)을 받을 수 있으며(Hendricks & Testa, 2012), 이에 대한 탐색과 지원을 통해 도움을 받을 수 있으므로 정신건강에 대한 전문성을 갖추는 것을 적극 권고합니다. 아동을 대상으로 일하는 데에는 다양한 연령대 아동의 발달적 필요에 대한 이해, 가족 안팎에서 아동의 안녕에 영향을 미치는 요인을 이해하는 능력(Kaufman & Tishelman, 2018), 성별과 관련이 있든 없든 아동이 불행하거나 심각한 정신건강 문제를 겪고 있는지를 충분히 평가할 수 있는 능력 등 복잡한 노력이 필요합니다. 연구에 따르면 성별다양성이 있는 아동 집단은 거부당하고 심지어 쉽게 학대를 당하는 등 높은 수준의 부정적인 경험과 트라우마를 경험하는 것으로 나타났습니다(APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Reisner, Greytak et al.,

2015; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). 보건의로 전문가는 부정적인 경험의 가능성을 인지하고 피해를 예방하고 긍정적인 안녕을 증진하기 위해 효과적인 개입을 시작할 수 있어야 합니다.

권고성명 7.3

우리는 성별다양성이 있는 아동을 대상으로 하는 보건의로 전문가가 자폐 스펙트럼 장애/신경다양성이 있으면서 성별다양성이 있는 아동을 대상으로 할 때 자폐 및 기타 신경다양성에 대해 수련을 받거나 관련 분야에 전문성이 있는 전문가와 협업할 것을 권고합니다.

자폐 스펙트럼 장애 및 다른 신경다양성이 있는 아동이 성별다양성을 경험하면 임상이 더 복잡해질 수 있습니다(de Vries et al., 2010; Strang, Meagher et al., 2018). 예를 들어, 자폐 스펙트럼 장애 아동은 자신의 성별 관련 욕구를 스스로 주장하기 어려워할 수 있고 매우 개성 있는 방식으로 의사를 표현할 수도 있습니다(Kuvalanka et al., 2018; Strang, Powers et al., 2018). 의사소통 및 사고 방식에서 흔히 나타나는 차이점을 고려할 때, 이들은 성별과 관련된 경험을 다양하게 해석할 수 있습니다. 성별다양성과 신경다양성이 함께 있는 아동은 필요로 하는 바가 독특하기 때문에 남에게 오해를 받을(예: 의사 표현이 잘못 해석될) 위험이 높습니다. 그러므로 이러한 아동을 지원하는 전문가들은 자폐 스펙트럼 장애 및 이와 관련된 신경발달적 특징에 대한 수련을 받고 전문성을 개발하고/또는 자폐 스펙트럼 장애 전문가와 협업함으로써 아동에게 최상의 서비스를 제공할 수 있습니다. 일반 인구에 비해 성별다양성이 있는 아동·청소년에게서 자폐 스펙트럼 장애의 비율이 더 높다는 연구결과가 있기 때문에 이러한 교육은 특히 중요합니다(de Vries et al., 2010; Hisle-Gorman et al., 2019; Shumer et al., 2015).

권고성명 7.4

우리는 성별다양성이 있는 아동을 대상으로 하는 보건의로 전문가가 성별다양성이 있는 아동 및 가족과 관련된 지속적인 교육에 참여할 것을 권고합니다.

성별다양성이 있는 아동과 그 가족과 관련하여 지

속적인 전문성 개발은 자료 읽기(학술지 논문, 서적, 젠더 지식이 풍부한 단체와 관련 있는 웹사이트), 온라인 또는 대면 수련 참석, 동료 슈퍼비전/자문 그룹 가입 등 다양한 방법을 통해 얻을 수 있습니다(Bartholomaeus et al., 2021). 지속적인 교육에는 1) 사춘기 전 아동의 성별 발달과 성별다양성 및 생애 주기에 걸쳐 나타나는 성별다양성에 관련되고 가용한 연구에 대한 최신 지식 유지, 2)성별다양성이 있는 아동과 그 가족에 대한 평가, 지원 및 치료 접근법에 관한 모범 사례에 대한 최신 지식 유지가 포함됩니다. 이는 비교적 새로운 진료 영역이며, 보건의로 전문가는 연구 및 기타 경로를 통해 새로운 정보가 등장함에 따라 이에 적응해야 합니다 (Bartholomaeus et al., 2021).

권고성명 7.5

우리는 성별다양성이 있는 아동을 평가하는 보건의로 전문가가 평가를 실시할 때 다양한 출처에서 정보를 얻고 그 정보를 통합할 것을 권고합니다.

가족 및/또는 보건의로 전문가의 요청에 따라 실시한 종합 평가는 필요에 따라 아동과 다른 가족 구성원의 안녕에 도움이 되는 개입 권장 사항을 개발하는데 유용할 수 있습니다. 이러한 평가는 아동 및/또는 아동의 가족/보호자가 서비스 제공자와 협력하여 모종의 개입이 도움이 될 것이라고 생각하는 다양한 상황에서 유익할 수 있습니다. 평가나 개입을 아동의 다양한 성별표현이나 성별정체성을 은밀하게 또는 공공연하게 억제하기 위한 수단으로 사용해서는 안 됩니다. 반대로, 적절하게 수련받은 서비스 제공자가 평가를 한다면 평가는 특정한 성별정체성이나 성별표현에 특권을 부여하지 않고 아동과 그 가족을 지원하는 방법을 더 잘 이해하는 효과적인 수단이 될 수 있습니다. 평가는 아동의 성별 건강, 안녕, 자아 실현을 증진하기 위해 협력함으로써 일부 아동과 그 가족에게 특히 중요할 수 있습니다.

종합적인 평가는 성별다양성이 있는 사춘기 전 아동과 가족 구성원을 지원하기 위한 개별화된 계획을 세우는 데 도움이 될 수 있습니다(de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Malpas et al., 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019; Telfer et al., 2018; Tishelman & Kaufman, 2018). 이러한 평가를 실시할 때 다양한

출처에서 얻은 정보를 통합하는 것은 1)아동의 성별 관련 요구를 최대한 이해하고 권고를 제시하며 2)아동, 가족/양육자, 지역사회, 강점 및 아동의 성별 상태와 성별 발달에 무엇이 지원되는지, 또한 아동과 가족/양육자와 주위 환경에 어떤 위험성과 우려 사항이 있는지를 파악하는 데 중요합니다. 평가 및 지원/개입 계획 수립을 위한 정보의 제공자에게는 아동, 부모/양육자, 확대가족 구성원, 형제자매, 학교 교직원, 보건의로 전문가, 지역사회, 광범위한 문화적·법적 맥락 및 기타 명시된 출처가 포함될 수 있습니다. 다양한 사람들이 평가 및 지원/개입 계획 목적으로 정보를 제공할 수 있는데, 정보의 출처에는 아동 본인, 부모/양육자, 확대가족 구성원, 형제자매, 학교 교직원, 보건의로 전문가, 지역사회, 광범위한 문화적·법적 맥락 및 기타 필요한 출처가 포함될 수 있습니다(Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019).

성별다양성이 있는 아동을 평가하는 보건의로 전문가는 성별 관련 이슈를 탐구해야 하지만, 아동의 복지에 영향을 미치는 요인과 성별 관련 지원 및 위험 영역을 완전히 이해하기 위해 위에서 설명한 생태학적 모델(Bronfenbrenner, 1979)에 따라 아동과 환경에 대한 폭넓은 관점을 취해야 합니다(Berg & Edwards-Leeper, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). 여기에는 아동/가족이 경험하고 환경에 존재하는 강점과 어려움을 이해하는 것이 포함됩니다. 우리는 성별다양성이 있는 아동을 평가하는 보건의로 전문가가 아동과 가족의 필요와 상황에 따라 여러 평가 영역을 포함시킬 것을 고려하기를 권고합니다. 뒤에 나열한 영역 중 일부는 아동의 성별을 직접적으로 다루지는 않습니다(아래의 제 7~12 항 참조). 그러나 성별 건강을 포함해 아동의 안녕에 영향을 미치는 복잡하게 얽힌 요소들을 모범사례에 부합하는 방향으로(APA, 2015; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Malpas et al., 2018) 통합적으로 이해하고 필요할 때 다각적인 개입 방법을 개발하기 위해서는 임상적인 판단에 따라 이를 성별 평가에 포함해야 합니다. 관련 연구 및 임상 전문 지식을 요약하면, 평가에 포함되는 영역은 주로 다음과 같습니다. 1)아동이 현재 그리고 과거부터 주장해 온 성별정체성 및 성별표현, 2)성별불쾌감이나 성별불일치 또는 두 가지 모두가 존재한다는 근거, 3)성별다양성에 대한 아동, 가족,

또래 및 타인의 신념과 태도, 아동에 대한 수용 및 지원과 관련된 강점 및 어려움, 4)아동과 가족이 경험한 성별 소수자 스트레스 및 아동의 성별다양성으로 인해 겪은 거부, 적대감, 혹은 두 가지 다, 5)사회적 맥락에서 성별다양성과 관련해 받는 지원의 정도(예: 학교, 신앙 공동체, 확대가족), 6)아동의 성별을 둘러싼 갈등 및/또는 아동의 성별다양성에 관해 부모/양육자/형제자매가 보이는 우려스러운 행동 평가, 7)아동의 정신 건강, 의사소통 및/또는 인지적 강점 및 어려움, 신경다양성, 그리고/또는 중대한 기능 장애를 유발하는 행동 문제, 8)유관한 병력 및 발달 이력, 9)위험이 발생할 만한 영역(예: 가정폭력 및/또는 지역사회에서의 폭력, 어떤 형태로든 발생하는 아동 학대, 트라우마 이력, 또래와 있을 때 또는 기타 환경에서의 안전 및/또는 피해, 자살 경향성), 10)만성 또는 말기 질환, 노숙, 빈곤과 같은 심각한 가족 스트레스 요인 11)중대한 기능 장애를 유발하는 부모/양육자 및/또는 형제자매의 정신 건강 문제 및/또는 행동 문제, 12)아동과 가족에게 있는 강점과 어려움.

다양한 형태의 정보를 수집하고 통합해 실시한 철저한 평가는 여러 가지 환경(예: 집/학교)에서 특정 아동과 가족이 필요로 하는 사항, 강점, 이들을 보호하는 요인 및 위험을 파악하는 데 도움이 됩니다. 정보 수집 방법에는 주로 1)아동, 가족 구성원 및 다른 사람(예: 교사)과 구조화된 면담이나 비구조화된 면담을 실시하는 방법과 2)양육자와 아동이 성별, 아동의 일반적인 안녕, 아동의 인지 능력·의사소통 능력·발달 질환/장애, 부모/양육자·형제자매·확대가족·또래의 지지와 수용, 부모의 스트레스, 아동기에 겪은 불행한 경험 및/또는 기타 적절한 이슈에 대해 표준화된 측정을 완료하는 방법이 있습니다(APA, 2020; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Kaufman & Tishelman, 2018; Srinath, 2019).

가족의 특성이나 아동의 발달 프로파일이나 둘 다에 따라, 정보 수집 방법에 다음의 방법을 포함하는 것이 유용할 수 있습니다. 1)아동 및/또는 가족을 구조화된 방법과 비구조화된 방법으로 관찰하기, 2)구조화되고 시각적으로 지원되는 평가 기법(워크시트, 자화상, 가족 그리기 등등)(Berg & Edwards-Leeper, 2018).

권고성명 7.6

우리는 성별다양성이 있는 아동을 평가하는 보건의료 전문가가 관련 발달 요인, 신경인지 기능 및 언어 능력을 고려할 것을 권고합니다.

어린 아동은 성인과 달리 여러 영역(인지, 사회성, 정서, 신체)에 걸쳐 발달하고 있기 때문에 평가가 복잡합니다. 따라서 아동의 발달 상태를 고려하고 평가 방식과 상호 작용을 아동 개인의 능력에 맞게 조율하는 것이 중요합니다. 아동의 편안함, 언어 능력, 자기 표현 수단을 우선시하는 언어와 평가 접근법을 취하는 등 아동의 발달 단계와 능력(미취학 아동, 취학 아동, 청소년기 이전의 초기 사춘기)에 맞게 평가를 조정하는 것도 여기에 포함됩니다(Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019). 예를 들어, 평가를 실시할 때에는 신경인지적 차이(예: 자폐 스펙트럼 장애)와 같은 평가와 관련된 발달적 요인과 수용언어·표현언어 능력을 고려해야 합니다. 보건의료 전문가 본인에게 전문성이 없는 경우에는 전문가에게 자문을 구해야 할 수도 있습니다(Strang et al., 2021).

권고성명 7.7

우리는 성별다양성이 있는 아동을 평가하는 보건의료 전문가가 아동 및/또는 가족이나 양육자(들)가 성별정체성/성별표현을 정확하게 보고하는 것을 저해할 수 있는 요인을 고려할 것을 권고합니다.

성별다양성이 있는 아동과 가족을 평가하는 보건의료 전문가는 아동, 양육자, 형제자매 또는 타인의 보고를 저해하거나 이들의 성별과 관련된 신념 체계에 영향을 미칠 수 있는 발달, 정서 및 환경적 요인을 고려해야 합니다(Riggs & Bartholomaeus, 2018). 모든 아동 심리 평가가 그렇듯이 환경 및 가족/양육자의 반응(예: 처벌) 및/또는 인지적, 사회적 요인은 아동이 편안함을 느끼는 정도에 영향을 미치거나 아동이 성별정체성 및 관련 이슈 등 특정 요인을 직접 거론할 수 있는지 여부에 영향을 미칠 수 있습니다. 마찬가지로 가족 구성원은 가족 갈등, 가족 역동 및/또는 다른 영향(예: 문화적/종교적 영향력, 확대가족의 압력)으로 인해 자신이 우려하거나 생각하는 바를 자유롭게 표현하기 어렵다고 느낄 수 있습니다(Riggs & Bartholomaeus, 2018).

권고성명 7.8

우리는 가족 및 보건의료 전문가가 아동과 가족/양육자에 대한 상담이나 심리치료 또는 두 가지 모두가 아동 및/또는 가족의 복지와 발달에 도움이 될 것이라고 생각하는 경우, 보건의료 전문가가 성별다양성이 있는 아동과 가족/양육자에 대해 이를 실시할 것을 고려하라고 권고합니다.

심리치료는 절대로 아동의 성별정체성을 은밀하게든 공공연하게든 수정하는 것을 목표로 해서는 안 됩니다(APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAM-HSA, 2015; UN Human Rights Council, 2020). 성별다양성은 정신 질환이 아니므로 모든 성별다양성이 있는 아동 또는 그 가족에게 정신 건강 전문가의 의견이 필요하지는 않습니다(Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018). 그럼에도 괴로움을 느끼는 사람이 있거나 부모가 우려를 표할 때는 심리사회적 건강을 개선하고 고통이 깊어지는 것을 예방하기 위해 심리치료를 받는 것이 적절하고 도움이 되는 경우가 많습니다(APA, 2015). 성별다양성이 있는 아동과 가족을 위해 심리치료를 고려하는 일반적인 이유는 다음과 같습니다. 1)아동이 자신의 성별정체성에 대해 심각한 갈등, 혼란, 스트레스, 괴로움을 나타내거나 자신의 성별을 탐색하기 위한 안전한 공간을 필요로 합니다(Ehrensaft, 2018; Spivey and Edwards-Leeper, 2019). 2)아동이 자신의 자기 인식, 욕망, 신념과 상충하는 방식으로 자신의 성별을 표현한다는 외부 압력을 받고 있습니다(APA, 2015). 3)아동이 자신의 성별과 관련되거나 성별과 무관한 정신 건강 문제 때문에 힘겨워합니다(Barrow & Apostle, 2018). 4)아동이 자신의 성별정체성이나 성별표현에 대한 주위 환경의 부정적인 반응에 직면했을 때 회복탄력성을 강화하는 것이 아동에게 유익합니다(Craig & Auston, 2018; Malpas et al., 2018). 5)아동이 성별 일치 또는 불일치로 잘못 해석될 수 있는 가족 체계 문제를 비롯하여 정신 건강 및/또는 환경 문제를 겪고 있을 수 있습니다(Berg & Edwards-Leeper, 2018). 6)아동이 성별 관련 지원을 받고자 정신 건강 전문가를 만나고 싶다는 의사를 표현합니다. 이러한 상황에서 심리치료는 아동을 지원하는 데 초점을 맞추면서, 아동의 부모/양육자 및 다른 가족 구성원도 필요한 경우 치료에 포함될 수 있다는 점을 전제합니다(APA, 2015; Ehrensaft, 2018; McLaughlin & Sharp, 2018).

가족 요인은 아동의 안녕에 핵심이 되는 경우가 많으므로, 특별한 금기사항이 없는 한 부모/양육자가 사춘기 전 아동의 심리치료 과정에 어떤 식으로든 참여하는 것은 매우 도움이 됩니다. 성별다양성이 있는 아동에 관한 연구에서 상대적으로 많이 다루지지는 않았지만, 형제자매와 성별다양성이 있는 아동 간의 관계에 주의를 기울이는 것은 중요할 수 있습니다 (Pariseau et al., 2019; Parker & Davis-McCabe, 2021).

보건의료 전문가는 아동의 개별적인 필요에 맞춘 개입을 해야 하며, 이러한 개입의 목적은 1)아동이 성별정체성, 성별표현 또는 둘 다에 대한 부정적인 반응을 겪을 때 회복탄력성을 키워 주고 아동을 보호할 사회적·정서적 대처 기술을 양성하는 것(Craig & Austin, 2016; Malpas et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021), 2)사회에서 겪는 문제를 공동으로 해결하여 성별 소수자 스트레스를 줄이는 것, 3)아동 및/또는 직계 가족과 확대가족 구성원에 대해 환경적 지원을 강화하는 것(Kaufman & Tishelman, 2018), 그리고 4)아동에게 내면의 성별 경험을 한층 더 이해할 기회를 제공하는 것이어야 합니다(APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). 필요에 따라, 보건의료 전문가가 성별다양성이 있는 아동 및 가족과 시간이 지나도 지속될 수 있는 관계를 발전시키는 것은 도움이 됩니다. 그럼으로써 아동/가족은 아동기 내내 장기적인 신뢰 관계를 구축할 수 있고, 아동이 성숙해 가고 아동/가족이 다른 어려움을 겪거나 필요한 바가 생길 때 보건의료 전문가가 지원과 안내를 해 줄 수 있습니다(Spencer, Berg et al., 2021; Murchison et al., 2016). 위의 내용에 덧붙여, 가용한 자원의 한계 내에서 아동에게 신경다양성이 있다면 신경 발달적 차이와 성별을 모두 다룰 역량을 갖춘 보건의료 전문가가 가장 적합합니다(Strang et al., 2021).

문헌에서 설명된 바와 같이, 사춘기 전 아동의 부모/양육자, 형제자매, 확대가족 구성원이 심리치료를 받는 것이 유용한 이유는 여러 가지가 있습니다 (Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). 아래에 요약했다시피, 이러한 치료를 받고자 하는 계기는 일반적으로 가족 구성원 한 사람 또는 둘 이상이 1)성별 발달에 대해 교육을 받고 싶

어하거나(Spivey & Edwards-Leeper, 2019), 2)아동의 성별정체성이나 성별표현 또는 두 가지 모두에 대해 심한 혼란이나 스트레스를 겪고 있거나(Ashley, 2019c; Ehrensaft, 2018), 3)성별다양성이 있는 아동의 정서 문제 및 행동 문제에 대해 안내를 받을 필요가 있거나(Barrow & Apostle, 2018); 4)집 밖(예: 학교, 스포츠, 캠프)에서 긍정적인 환경을 조성하는 데 지원이 필요하거나(Kaufman & Tishelman, 2018), 5)사회적 트랜지션—아동의 성별 발달과 건강에 가장 적합한 방식으로 사회적 트랜지션을 하는 방법도 포함—에 대해 충분한 정보에 근거한 결정을 내리기 위해 도움을 받고자 하거나(Lev & Wolf-Gould, 2018), 6)성별다양성이 있는 아동을 지지할 때 타인—정치 단체 및 관련 법률전문가 포함—의 비난에 대처하기 위해 안내를 받고자 하거나(아동을 긍정하기로 결정하면 사회 환경이 때로 부모/양육자를 향해 거부 및/또는 괴롭힘/학대와 같은 부정적인 반응을 보일 수 있음)(Hidalgo & Chen, 2019), 7)아동의 성별정체성에 대한 본인의 정서적 반응과 필요—아동의 성별다양성에 대한 슬픔 및/또는 아동의 현재 또는 미래의 안녕에 관해 느낄 수 있는 두려움이나 불안 포함—를 처리하고자 하거나, 8)아동의 성별다양성 때문에 정서적으로 괴로워하거나 가족 구성원과 갈등을 겪고 있는 경우에 생겨납니다(필요에 따라 보건의료 전문가는 부모/양육자, 형제자매, 확대가족 구성원에 대해 별도의 세션으로 지원, 안내 및/또는 심리교육을 할 수 있습니다)(McLaughlin & Sharp, 2018; Pullen Sansfaçon et al., 2019; Spivey & Edwards-Leeper, 2019).

권고성명 7.9

우리는 성별다양성이 있는 아동과 가족/양육자에게 상담, 심리치료 또는 두 가지 모두를 제공하는 보건의료 전문가가 아동의 회복탄력성과 정서적 안녕을 증진하는 데 중요한 기타 환경 및 사람들과 협력할 것을 권고합니다.

위에서 설명한 생태학적 모델에 따라, 그리고 개인/가족 상황에 따라 적절하게, 보건의료 전문가가 아동의 삶에서 중요한 타인(예: 교사, 코치, 종교 지도자)과의 협력을 우선시하여 여러 환경(예: 학교 환경, 스포츠 및 다른 여가 활동, 종교 관련 활동)에서 정서

적 및 신체적 안전을 증진하는 것이 매우 도움이 될 수 있습니다(Kaufman & Tishelman, 2018). 치료 모임 및/또는 자조 모임은 종종 가족/양육자 및/또는 성별다양성이 있는 아동 스스로에게 유용한 자원으로 권장됩니다(Coolhart, 2018; Horton et al., 2021; Malpas et al., 2018; Murchison et al., 2016).

권고성명 7.10

우리는 성별다양성이 있는 아동과 가족/양육자들에게 상담, 심리치료 또는 두 가지 모두를 제공하는 보건의료 전문가가 양쪽 당사자 모두에게 성별 발달에 대한 연령에 맞는 심리교육을 시행할 것을 권고합니다.

가족/양육자와 성별다양성이 있는 아동은 가족/양육자가 아동의 회복탄력성, 자기 인식 및 기능을 극대화하기 위해 아동을 가장 잘 지원할 수 있는 방법에 관한 지식을 쌓을 기회가 있어야 합니다(APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Malpas, 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). 아동의 궁극적인 성별정체성을 확실하게 예측하는 것은 가능하지도 않고 보건의료 전문가의 역할도 아닙니다. 대신, 보건의료 전문가가 할 일은 특정한 성별 관련 발달 궤적을 우선시하려는 시도를 하지 않으면서 아동의 정체성이 시간이 지남에 따라 발달하고 변화할 수 있도록 안전한 공간을 제공하는 것입니다(APA, 2015; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). 성별다양성이 있는 아동 및 초기 청소년의 요구 및 경험은 나이든 청소년과 사회적·생리적으로 다르며, 이러한 차이는 보건의료 전문가가 각 아동/가족에게 제공하는 개별화된 접근 방식에 반영되어야 합니다(Keo-Meir & Ehrensaft, 2018; Spencer, Berg et al., 2021).

또한 부모/양육자와 아동은 연령에 맞는 심리교육을 통해 성별 발달과 성별 문해력(gender literacy)에 관한 지식을 쌓을 기회가 있어야 합니다(Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). 성별 문해력에는 출생 당시 지정된 성, 성별정체성, 성별표현의 차이를 이해하고 이 세 요인이 한 아동 안에서 어떻게 고유하게 결합하는지를 이해하는 것이 포함됩니다(Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). 아동은 성별 문해력을 갖

추게 되면서 신체 부위가 반드시 자신의 성별정체성 및/또는 성별표현을 정의하는 것은 아니라는 것을 이해하기 시작합니다(Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). 성별 문해력에는 사회 안에서 성별에 관련된 메시지와 경험을 식별하는 법을 배우는 것도 포함됩니다. 아동이 성별 문해력을 키우면 자신의 발달 중인 성별 정체성과 성별표현을 더 긍정적으로 바라볼 수 있으며, 회복탄력성과 자존감이 자라고, 환경의 부정적인 메시지를 직면했을 때 수치심을 느낄 위험이 줄어들게 됩니다. 심리교육을 통해 성별 문해력을 익히는 것은 형제자매 및/또는 아동에게 영향력이 큰 확대 가족 구성원에게도 중요할 수 있습니다(Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021).

권고성명 7.11

성별다양성이 있는 아동이 사춘기에 가까워지면 우리는 보건의료 전문가가 성별다양성이 있는 아동과 가족/양육자에게 아동이 받을 수 있을 만한 성별확정 의학적 개입, 이러한 치료가 향후 가임력에 미치는 영향 및 가임력보존법의 선택지에 대한 정보를 제공할 것을 권고합니다.

아동이 성숙하여 사춘기가 다가오에 따라 보건의료 전문가는 아동 및 부모/양육자와 협력하여 사춘기에 대한 심리교육을 포함시키고, 가능성이 있는 의학적 성별확정 개입에 대해 공동의사결정에 참여하고, 의학적 치료가 가임력과 기타 생식 건강에 미칠 수 있는 영향에 대해 논의하는 것을 우선시해야 합니다(Nahata, Quinn et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021). 이러한 개입을 평가한 실증적 연구는 부족하지만, 일반적으로 전문가의 합의와 발달심리학 문헌은 성별을 긍정하고 수용하는 태도로 아동과 신체에 대해 열린 의사소통을 하고 사춘기의 생리적 변화에 대해 대비하게 하면 아동이 사춘기에 접어들 때 회복탄력성을 증대하고 긍정적인 섹슈얼리티를 형성하는데 도움이 된다는 개념을 지지합니다(Spencer, Berg et al., 2019). 신경다양성이 있는 아동이 참여할 수 있도록 이 모든 논의를 확장(예: 더 일찍 시작)할 수 있습니다. 그러므로써 아동은 숙고하고 이해할 시간을 필요한만큼 확보할 수 있으며, 특히 향후에 의학적 성별확정 건강 관리(gender-affirming medical care)

를 선택해야 할 때 충분한 시간을 확보할 수 있습니다(Strang, Jarin et al., 2018). 이러한 논의에는 다음과 같은 주제가 포함될 수 있습니다.

- 신체 부위와 각 부위의 서로 다른 기능 검토하기
- 의학적 개입 유무에 따라 아동의 몸이 변하게 될 방식
- 의학적 개입이 향후에 성 기능과 가임력에 미치는 영향
- 사춘기 억제가 나중에 받을지 모를 의학적 개입에 미치는 영향
- 사춘기 억제의 영향과 관련된 특정 영역에서는 현재 임상 데이터가 부족하다는 점 인정하기
- 사춘기 이전 적절한 성교육의 중요성

이러한 논의는 발달상 적합한 언어와 교수법을 사용해야 하며, 각 아동의 특정 요구에 맞춰 진행되어야 합니다(Spencer, Berg et al., 2021).

권고성명 7.12

우리는 부모/양육자와 보건의료 전문가가 자신이 내적으로 느끼는 성별정체성과 일치하는 성별로 인정받기를 원하는 아동을 지지하는 태도로 대하기를 권고합니다.

사회적 성별 트랜지션이란 아동 스스로가 긍정하 는 성별정체성을 타인에게 인정받고 그 정체성으로 공개적으로—모든 상황에서든 특정 상황에서든—생활할 수 있는 기회를 갖는 것을 가리키며, 여기에는 단일한 규칙이나 행동은 없습니다(Ehrensaft et al., 2018).

과거에는 사회적 성별 트랜지션을 이분법적 개념, 즉 여아는 남아로 이행하고 남아는 여아로 이행하는 것으로 여겼습니다. 이제는 트랜지션 개념이 확장되어 아동이 비이분법적(논바이너리) 정체성으로 이행하거나 개인이 각자 형성한 성별정체성으로 이행하는 것도 트랜지션에 포함됩니다(Chew et al., 2020; Clark et al., 2018). 최근 연구에 따르면 사회적 트랜지션은 일부 사춘기 전 아동을 보호하는 기능을 하며

긍정적 정신 건강과 안녕을 증진하는 역할하는 데 도움이 될 수 있습니다(Durwood et al., 2017; Gibson et al., 2021; Olson et al., 2016). 그러므로 아동의 성별이 유동적이고 시간에 따라 발달한다는 점을 인정해도(Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013) 이는 사춘기 전 아동의 사회적 트랜지션이 유익할 때 이를 부정하거나 가로막는 것을 정당화하는 근거가 되지 못합니다. 성별정체성은 사회적 트랜지션 과정이 일부 또는 완전히 끝난 다음에도 계속 변화할 수 있습니다(Ashley, 2019e; Edwards-Leeper et al., 2018; Ehrensaft, 2020; Ehrensaft et al., 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). 실증적 근거는 아직 부족하지만, 기존 연구에 따르면 자신의 성별다양성을 가장 적극적으로 주장하는 아동은 시간이 지나도 성별정체성의 다양성을 유지할 가능성이 극히 높은데, 사춘기 이전에 사회적 트랜지션을 하는 아동도 여기에 포함됩니다(Olson et al., 2022; Rae et al., 2019; Steensma, McGuire et al., 2013). 그러므로 사회적 트랜지션을 고려할 때, 우리는 부모/양육자와 보건의료 전문가가 출생 당시 지정된 성과 일치하지 않는 성별정체성을 일관되고 종종 고집스럽게 표현하는 아동에게 특히 주의를 기울일 것을 권장합니다. 여기에는 본인이 표현하는 성별 정체성과 더 잘 일치하는 성별을 사회가 인정하기를 요청하거나 원하는 아동 및/또는 아동이 알고 있는 성별이 출생 당시 지정된 성별과 일치하지 않는 경험을 할 때 괴로움을 표현하는 아동이 포함됩니다(Rae et al., 2019; Steensma, Kreukels et al., 2013).

사회적 트랜지션 과정과 관련된 모범 사례에 관한 실증적 문헌은 부족하지만, 임상 문헌과 전문 지식은 아동의 최선의 이익을 우선시하는 다음과 같은 지침을 제공합니다(Ashley, 2019e; Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018; Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018). 1) 사회적 트랜지션은 아동으로부터 비롯하여야 하며, 사회적 트랜지션을 시작하기로 결정하는 과정에 아동의 의사가 반영되어야 합니다. 2) 보건의료 전문가가 사회적 트랜지션의 장점/이익과 잠재적 어려움을 탐색하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 3) 모든 맥락/상황에서 사회적 트랜지션을 유지하는 것이 최선일 수도 있고, 특정한 맥락/상황에서만(예: 학교, 집) 적용하는 것이 최선일 수도 있습니다. 4) 아동은 자신이 사회적 트랜지션을 했다는 것을 타인에게

공개하거나 공개하지 않을 수도 있으며, 일반적으로 부모/양육자의 도움을 받아 정보를 공유할 특정 상대를 지정할 수도 있습니다.

요약하자면, 사회적 트랜지션은 각 아동에 대해 신중하고 개별적으로 실행할 때 아동의 안녕에 가장 도움이 될 가능성이 높습니다. 아동의 사회적 트랜지션은 (그리고 성별도) 시간이 지남에 따라 변화할 수 있으며 반드시 고정된 것은 아니지만, 아동이 현재 자신의 성별정체성에 대해 확립한 자기 인식과 그 정체성을 표현하기 위해 하는 행동의 단면을 가장 잘 반영합니다(Ehrensaft et al., 2018).

사회적 트랜지션 과정에는 아동이 긍정하는 성별과 부합하는 행동 중 하나 이상이 포함될 수 있으며 (Ehrensaft et al., 2018), 여기에는 다음과 같은 사항이 포함됩니다.

- 이름 변경
- 인칭대명사 변경
- 성/성별 표시 변경(예: 출생증명서, 신분증, 여권, 학교 서류 및 의료 문서 등)
- 성별 구분이 있는 프로그램 참가(예: 스포츠 팀, 레크리에이션 클럽 및 캠프, 학교 등)
- 화장실 및 라커룸 사용
- 자기 표현 (예: 머리 모양, 옷차림 선택 등)
- 자신이 긍정적인 성별을 타인에게 알리는 행위 (예: 소셜 미디어, 교실 또는 학교에서 공지, 학대가족 또는 지인에게 편지 보내기 등등)

권고성명 7.13

사회적 트랜지션 여부와 관계없이, 우리는 보건 의료 전문가와 부모/양육자들이 아이가 사춘기 전 시기에 계속해서 자기 성별을 탐색하도록 지원할 것을 권고합니다.

사회적 트랜지션을 하는 아동도 다른 아동과 마찬가지로 아동기 내내 성별의 의미와 표현을 계속 숙고할 수 있도록 하는 것이 중요합니다(Ashley 2019e; Spencer, Berg et al., 2021). 몇몇 연구에 따르면 처음에 사회적 트랜지션을 했던 아동이 나중에 성별 유

동성을 경험하거나 심지어 디트랜지션을 할 수도 있습니다. 생애 주기의 어느 시점에서 이런 디트랜지션이 일어날 가능성이 가장 높은지, 또는 성별 유동성 및/또는 디트랜지션 욕구를 경험하는—디트랜지션을 원하는 이유는 성별이 변화했기 때문일 수도 있고 다른 이유(예: 안전 문제, 성별 소수자 스트레스) 때문일 수도 있습니다—아동·청소년의 비율에 대한 연구 결과는 확실하지 않습니다. 최근 연구 결과에 따르면 미국에서 이분법적인 사회적 트랜지션을 하고 5년이 지난 이후 디트랜지션을 하는 아동·청소년의 비율은 낮게 나타났습니다(Olson et al., 2022). 이러한 아동·청소년에 대한 추가 추적 조사가 도움이 될 것입니다. 이 연구는 미국에서 자발적으로 참여한 제한된 참가자를 대상으로 수행되었으므로, 모든 성별 다양성이 있는 아동에게 적용되지 않을 수도 있습니다. 그렇기 때문에 다른 연구에서도 동일한 결과가 나타나는지가 중요합니다. 요컨대, 아동의 성별정체성과 표현이 시간이 흐름에 따라 어떻게 변화할지, 일부 아동에게 디트랜지션이 일어날지, 일어난다면 어떤 이유로 일어날지를 미리 알기는 어렵습니다. 게다가 모든 성별 다양성이 있는 아동이 자신의 성별을 탐색하기를 원하는 것도 아닙니다(Telfer et al., 2018). 시스젠더 아동에게는 이러한 탐색을 하라고 기대하지 않기 때문에, 꼭 필요하거나 환영받지 못하는데도 성별 다양성이 있는 아동에게 이를 강요하고자 시도한다면 아동은 병리화되거나 자신이 침해당한다고 여기거나 그리고/또는 이러한 시도가 시스규범적(cisnormative)²⁹이라고 여길 수 있습니다(Ansara & Hegarty, 2012; Bartholomaeus et al., 2021; Oliphant et al., 2018).

권고성명 7.14

가족이 사회적 트랜지션을 고려할 경우, 우리는 보건 의료 전문가가 사회적 트랜지션의 잠재적인 이익과 위험을 가족과 논의할 것을 권고합니다.

사춘기 전 아동의 사회적 트랜지션은 다양한 선택지로 구성되고, 시간이 지남에 따라 진행할 수 있는 과정이고, 아동의 희망과 기타 심리사회적 사항을 고려하여 개별화되며(Ehrensaft, 2018), 가능한 이익과

²⁹ 시스규범성(cisnormativity)이란 인간은 기본적으로 시스젠더(성별이 출생 당시 지정된 성과 일치하는 사람)이며

시스젠더인 상태가 정상이고 다른 상태보다 우월하다는 믿음을 가리킨다.

어려움을 따져 보고 논의해야 하는 결정입니다.

사회적 트랜지션은 임상 문헌에서 설명하고(e.g., Ehrensaft et al., 2018) 연구가 뒷받침하다시피 (Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019) 유익할 수 있습니다. 사회적 트랜지션의 이익으로는 성별 불쾌감을 줄이고 심리사회적 적응을 돕고 안녕을 증진하면서 성별 일치로 촉진하는 것 등이 있습니다(Ehrensaft et al., 2018). 연구에 따르면 성별다양성이 있으며 사회적 트랜지션을 한 아동은 연령이 일치하는 시스젠더 형제자매 및 또래와 정신 건강상의 특징이 대체로 동일한 것으로 나타났습니다(Durwood et al., 2017). 이러한 연구 결과는 선행 연구에서 성별다양성이 있는 아동과 청소년이 정신 건강 문제를 겪는다고 일관되게 나타난 것과는 현저히 다르며(Barrow & Apostle, 2018) 사회적 트랜지션이 긍정적인 영향을 미칠 수 있음을 시사합니다. 또한 일반적으로 아동의 사회적 트랜지션은 부모/양육자의 지원과 수용이 있어야만 이루어질 수 있으며, 이러한 지원과 수용은 성별다양성이 있는 아동의 안녕을 증진하는 것으로 나타났지만(Durwood et al., 2021; Malpas et al., 2018; Pariseau et al., 2019) 학교의 지원과 같은 다른 형태의 지원 역시 중요한 것으로 확인되었습니다(Durwood et al., 2021; Turban, King et al., 2021). 다음과 같은 상황에서 보건의료 전문가는 사회적 트랜지션을 할 경우 누릴 수 있는 이익에 관해 아동 및 가족과 의논해야 합니다. 1)아동이 출생 당시 지정된 성과 일치하지 않는 성별정체성을 일관되고 안정적으로 표현합니다(Fast & Olson, 2018). 이는 성별다양성이 있는 표현/행동/관심사(예: 장난감 갖고 놀기, 의복이나 외모를 택하여 자신을 표현하기, 그리고/또는 이분법적 성별 모델에서 사회가 이성에게 어울린다고 규정하고 일반적으로 이성과 결부하는 활동에 참여하기)(Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018). 2)아동이 자신의 진정한 성별이라고 명확하게 표현한 성별로 트랜지션하고자 하는 강한 욕구 또는 필요를 보입니다(Ehrensaft et al., 2018; Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019). 3)아동은 트랜지션 중에도 트랜지션 이후에도 정서적이고 신체적으로 안전할 것입니다(Brown & Mar, 2018). 특히 성별다양성을 잘 받아들이지 못하거나 받아들이는 것이 금지된 지역에서는 편견과 차별을 고려해야 합니다 (Brown & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Turban, King et al.,

2021). 또한, 사회적 트랜지션을 하지 않았으면서 성별다양성이 있는 아동에게는 1)공동체가 규정한 성별 역할 및.또는 사회적으로 기대되는 행동 패턴에 부합하지 않는 것으로 인식되어 배척당하거나 괴롭힘을 당할 위험과 2)자신이 알고 있는 성별이 세상에 드러내야 하는 성별과 일치하지 않는다는 내적 스트레스나 괴로움을 겪을 수 있는 위험이 따를 수 있습니다.

성별 건강을 증진하기 위해 보건의료 전문가는 사회적 트랜지션에 따를 수 있는 어려움에 대해 논의해야 합니다. 종종 제기되는 우려는 아동이 성숙함에 따라 성별정체성이 변화할 수 있다는 가능성을 고려하지 않거나, 사회적 트랜지션이 더 이상 아동 자신의 현재 성별정체성과 일치하지 않는다고 느끼더라도 새로 사회적 트랜지션을 시작하기를 꺼릴 것이라는 두려움과 관련이 있습니다(Edwards-Leeper et al., 2016; Ristori & Steensma, 2016). 제한적이기는 하지만, 최근 연구에 따르면 사회적 트랜지션을 한 아동의 부모/양육자 중 일부는 자녀와 새로운 성별을(예컨대 과거에 표현했던 성별을) 택하는 선택지에 대해 의논할 의향이 있으며 이러한 가능성을 편안하게 받아들이는 것으로 나타났습니다(Olson et al., 2019). 아동이 출생 당시 지정된 성과 일치하는 예전의 성별정체성으로 돌아갈 경우 부정적인 후유증을 겪을 수 있다는 우려도 사회적 트랜지션에 관해 자주 등장합니다(Chen et al., 2018; Edwards-Leeper et al., 2019; Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). 이러한 관점에서 부모/양육자는 사회적 트랜지션이 아동에게 미칠 수 있는 잠재적인 발달적 영향을 인지해야 합니다.

사회적 트랜지션 여부를 고려하거나 진행할 때, 보건의료 전문가는 다음과 같이 부모/양육자를 안내하고 아동을 지원해야 합니다. 1)부모/양육자가 자문, 평가, 성별 지원을 필요로 하고 요청한다면 이를 제공합니다. 2)필요 시 가족 구성원이 아동의 사회적 트랜지션 욕구를 이해하도록 돕고 아동이 표현하는 욕구에 대한 가족 구성원 본인의 감정도 이해하도록 돕습니다. 3)부모/양육자가 사회적 트랜지션이 현재 및 아동의 지속적인 발달에 도움이 될 것이라고 믿는지 여부와 만약 유익하다고 생각한다면 어떤 방식으로 유익할 것이라고 생각하는지를 부모/양육자와 함께 탐색합니다. 4)사회적 트랜지션에 대해 부모/양육자

의 의견이 일치하지 않을 때 지침을 제공하고 아동의 성별 상태와 요구를 일관성 있게 이해하기 위해 함께 할 기회를 만들어 줍니다. 5)아동이 사회적으로 트랜지션한 사실을 타인에게 알리고 아동이 다양한 사회적 환경(예: 학교, 확대가족)에서 더 용이하게 트랜지션할 수 있게 돕는 안전하고 지지적인 방법을 안내합니다. 6)아동이 원하는 경우, 성별 트랜지션 및 사회적 트랜지션에 대해 또래와 소통하도록 돕고 또래와 긍정적인 관계를 강화하도록 돕습니다. 7)사회적 트랜지션이 사회에서 받아들여지지 않거나 안전하지 않은 상황—모든 상황에서 안전하지 않을 수도 있고 특정 상황에서만 안전하지 않을 수도 있습니다—일 때, 또는 아동이 트랜지션을 하고 싶어하는데도 시작하기를 망설이는 경우 아동을 안내합니다. 아동이 망설이는 이유는 두려움과 불안을 비롯해 여러 가지가 있을 수 있습니다. 8)가족 구성원 및 정신 건강 전문가와 협력하여 아동의 지속되는 성별 발달, 전반적인 안녕, 신체적·정서적 안정에 가장 적합한 방식으로 사회적 트랜지션을 촉진합니다. 그리고 9)아동의 성별이 시간이 지남에 따라 보일 수 있는 다양한 궤적에 대한 심리교육을 제공하고, 이때 아동의 성별이 앞으로 택할 수 있는 길을 열어 두고, 개별 아동의 미래의 성별정체성을 예측할 필요가 없음을 강조합니다. (Malpas et al., 2018).

이 모든 작업이 이뤄지는 과정에서 아동과 가족 구성원 간의 의사소통의 질을 향상하고 관련된 모든 가족 구성원이 아동의 의견을 듣고 경청할 수 있도록 해야 합니다. 이러한 관계적 과정은 부모/양육자가 자녀의 사회적 트랜지션의 타당성 및/또는 한도에 대해 충분한 정보에 근거한 결정을 성공적으로 내리는데 도움이 됩니다(Malpas et al., 2018).

아동과 부모/양육자가 사회적 트랜지션을 진행하고자 하나 사회적 환경에서 이러한 선택이 받아들여지지 않으리라는 결론을 내렸을 때, 이들에게 다음과 같이 안내와 지원을 해 주는 것도 보건의료 전문가의 역할입니다. 1)부모/양육자가 아동의 진정한 성별을

자유롭게 표현할 수 있는 안전한 공간을 규정하고 확장하도록 돕습니다. 2)사회적 환경을 지지적으로 바꾸는 것이 현실적으로 가능한 목표라면, 그 가능성을 높이기 위한 권리 옹호 방법을 부모/양육자와 함께 논의합니다. 3)아동의 진정한 성별정체성을 계속 억누르고 비밀을 유지하는 데 괴로움 및/또는 수치심이 따를 때 아동/가족을 돕기 위해 필요 시 개입합니다. 그리고 4)아동과 가족 모두의 회복탄력성을 구축하며, 사회 환경이 아동의 사회적 트랜지션을 쉽사리 받아들이지 못한다면 이는 아동의 결함 때문이 아니라 사회 환경에 성별 문해력이 부족하기 때문임을 이해하도록 합니다(Ehrensaft et al., 2018).

권고성명 7.15

우리는 보건의료 전문가들이 성별다양성이 있는 아동의 안녕을 증진하고 아동이 겪을 수 있는 역경을 최소화하기 위해 다른 전문가 및 단체와 협력할 것을 권고합니다.

모든 아동은 자신의 성별정체성을 지지받고 존중받을 권리가 있습니다(Human Rights Campaign, 2018; Paré, 2020; SAMHSA, 2015). 위에서 언급한 바와 같이 성별다양성이 있는 아동은 특히 취약한 집단입니다(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). 보건의료 전문가가 권리 옹호자로서 지는 책무에는 건강의 사회적 요인이 소외된 소수자에게 매우 중요하다는 점을 인정하는 것도 포함됩니다(Barrow & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012). 모든 보건의료 전문가는 아동과 가족을 지원하는 형태로 권리를 옹호합니다(APA, 2015; Malpas et al., 2018). 어떤 보건의료 전문가는 개별 진료실이나 프로그램의 범위를 넘어 더 큰 지역사회에서 부모/양육자, 엘라이³⁰, 아동·청소년

³⁰ 엘라이(ally)란 차별을 받는 당사자는 아니지만 당사자에 대한 차별을 반대하며 당사자와 연대하는 사람을 일컫는다. 한국에서는 비온뒤무지개재단에서 2016년부터 <엘라이 ALLY 캠페인>(http://iamally.kr/)을 진행하면서 알려지게 되었으며, 엘라이의 의미를 확장하여 비성소수

자가 성소수자를 지지하는 것뿐만 아니라 성소수자가 성소수자를 지지하는 것도 포함하여 사용하고 있다. 예를 들어 이성애자 트랜스젠더가 동성애자의 엘라이가 될 수 있다.

등의 이해관계자와 파트너로서 협력하여 성별다양성이 있는 아동의 권리를 옹호해 달라는 요청을 받을 수 있습니다(Kaufman & Tishelman, 2018; Lopez et al., 2017; Vanderburgh, 2009). 이러한 노력은 아동의 성별 건강을 향상하고 아동의 시민권을 증진하는데 중요할 수 있습니다(Lopez et al., 2017).

보건의료 전문가의 목소리는 학교, 의회, 법정, 미디어에서 필수적인 역할을 할 수 있습니다(Kuvallanka et al., 2019; Lopez et al., 2017; Whyatt-Sames, 2017; Vanderburgh, 2009). 뿐만 아니라 보건의료 전문가는 성별다양성이 있는 아동의 경험이 의도적으로 또는 비의도적으로 자주 부정당하며 성인이나 또래나 미디어를 통해 이러한 경험 부정이 전파되거나 표현된다는 사실을 인정하고 이 문제를 다룸으로써 더 일반적인 권리 옹호 역할을 수행할 수 있습니다(Rafferty et al., 2018). 적합한 역량을 갖추고 적절한 상황에 처한 전문가는 성별다양성이 있는 아동의 필요와 권리에 대해, 또한 차별적이고 트랜스혐오적인 규칙·법률·규범이 끼치는 피해에 대해, 명확하고 탈병리화하는 진술을 할 수 있습니다(Rafferty et al., 2018).

제 8 장 논바이너리

논바이너리(nonbinary)라는 포괄적 용어는 성별 이분법(binary)에 들어맞지 않는 성별을 경험하는 사람들을 지칭하는 데 쓰입니다. 논바이너리라는 용어는 글로벌 북반구와 주로 연관되어 사용되지만 전적으로 글로벌 북반구에서만 쓰이는 것은 아니며, 원주민 고유의 성별이나 비서구권의 성별을 묘사할 때에 쓰이기도 합니다. 논바이너리라는 용어에는 둘 이상의 성별정체성이 동시에 또는 서로 다른 시점에 존재하는 사람(예: 바이젠더 bigender), 성별정체성이 없거나 성별정체성이 독립적인 사람(예: 에이젠더 agender, 뉴트로이스 neutrois), 다른 젠더의 요소를 아우르거나 혼합하는 성별정체성이 있는 사람(예: 폴리젠더 polygender, 데미보이 demiboy, 데미걸 demigirl) 및/또는 성별이 시간이 지남에 따라 바뀌는 사람(예: 젠더플루이드 genderfluid)가 포함됩니다. 논바이너리인 사람들은 정도의 차이는 있지만 이분법적인 성별로 정체화할 수도 있고(예: 논바이너리 남성/여성), 다양한 성별 용어로 자신을 정체화할 수도 있습니다(예: 논바이너리이면서 젠더플루이드)(James et al., 2016; Kuper et al., 2012). 논바이너리는 그 자체로 독자적인 성별정체성이 되기도 합니다(Vincent, 2020). 이 용어 목록은 완전하지 않고 같은 정체성이라도 사람에 따라 의미가 달라질 수 있으며 용어는 시간과 장소에 따라 다르게 쓰일 수 있다는 것을 인지하는 것이 중요합니다.

1990 년대에 쓰이기 시작한 젠더퀴어(genderqueer)라는 정체성 범주는 2000 년대 후반경에 등장한 논바이너리보다 조금 더 오래되었습니다(Nestle et al., 2002; Wilchins, 1995). 젠더퀴어는 논바이너리와 같은 뜻으로 쓰이기도 하지만 의식적으로 정치화된 젠더의 특정 차원을 표현하기도 합니다. 여러 문화권에서 트랜스젠더를 논바이너리인 사람들을 포함하는 포괄적 용어로 사용하지만 모든 논바이너리인 사람이 자신을 트랜스젠더로 여기지는 않습니다. 그 이유는 다양한데, 어떤 사람은 트랜스젠더가 되는 것이 전적으로 젠더 이분법에 해당한다고 여기고 어떤 사람은 자신이 트랜스젠더라고 하기에는 “충분히 트랜스답지 않다”고 느끼기도 합니다(Garrison, 2018). 어떤 논바이너리인 사람은 자신을 트랜스젠더라고 칭해야 할지 확신하지 못하거나 양가적인 태도를 취

합니다(Darwin, 2020; Vincent, 2019).

영어를 사용하는 경우, 논바이너리인 사람들은 they/them/theirs 라는 [성별중립적] 인칭대명사를 사용하거나 e/em/eir, ze/zir/hir, er/ers/erself 등 신중 인칭대명사를 사용하기도 합니다(Moser & Deveureux, 2019; Vincent, 2018). 어떤 논바이너리인 사람은 여러 가지 인칭대명사를 사용하거나(일부러 섞어서 사용하기도 하고, 자유롭게 인칭대명사를 사용할 선택권을 주기도 하고, 사회적 맥락에 따라 다른 인칭대명사를 사용하기도 함) 젠더화된 인칭대명사를 아예 사용하지 않고 자신의 이름을 대신 사용하기도 합니다. 또한, 어떤 논바이너리인 사람은 가끔 또는 늘 [성별이 구분된 인칭대명사인] she/her/hers 나 he/him/his 를 사용하는 반면, 세계 일부 지역에서는 논바이너리인 사람을 묘사하는 용어가 아예 존재하지 않습니다. 영어 외의 언어에서는 언어가 문화마다 특정하고 다양하게 조정되고 진화한 양상이 나타납니다(Attig, 2022; Kirey-Sitnikova, 2021; Zimman, 2020). 주목할 만한 점은, 어떤 언어에서는 성이나 성별과 무관한 대명사 한 가지만을 사용하는 반면 어떤 언어에서는 모든 명사에 젠더가 붙는다는 점입니다. 언어에서 나타나는 이러한 차이는 논바이너리인 사람이 성별을 경험하는 방식 및 타인과 상호작용하는 방식에 영향을 미칠 가능성이 있습니다. 최근 연구에 따르면 논바이너리인 사람은 넓은 의미의 트랜스젠더 인구의 약 25%에서 50% 이상을 차지하며, 청소년 표본에서 논바이너리인 사람의 비율이 가장 높게 나타났습니다(Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020). 최근 트랜스젠더 성인을 대상으로 한 연구에 따르면 논바이너리인 사람은 트랜스젠더 남성 및 트랜스젠더 여성보다 젊은 편이며, 청소년과 성인을 대상으로 한 연구에 따르면 논바이너리인 사람은 출생 당시 여성으로 지정(assigned female at birth, AFAB)되었을 가능성이 더 높습니다. 그러나 여러 가지 복잡한 사회문화적 요인이 데이터의 질, 대표성, 정확성에 영향을 미쳤을 가능성이 있으므로 이런 연구 결과는 신중하게 해석해야 합니다(Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020; Wilson & Meyer, 2021)(제 3 장 ‘인구 추계’도 참조).

성별정체성과 성별표현을 비선형 스펙트럼으로 이해하기

이분법적이지 않은 성별들은 역사적으로 여러 문화권에서 오랫동안 인정받아 왔습니다(Herdt, 1994; McNabb, 2017; Vincent & Manzano, 2017). 문화적으로 고유하기 때문에 맥락과 분리하여 번역하기 어려운 성별정체성 범주가 많습니다. 언어 면에서도 번역하기 어렵고, 서구의 성별 패러다임에 맞게 번역하기도 어렵습니다. 역사적으로 정착자들이 비서구적 성별이 있는 원주민을 접하면서 일어난 식민지적 상호작용은 지금도 여전히 중요한 의미를 갖는데, 문화 말살 및 인종주의와 시스규범성의 상호교차가 성별 다양성이 있는 원주민의 건강의 사회적 결정 요인에 해로운 영향을 미칠 수 있기 때문입니다. 1950년대 이래로 성별은 현대 서구에서 남성/남자/남성성-여성/여자/여성성이라는 이분법적 모델 하에 사회적으로 구성된 행동, 활동, 외모 등등의 범주를 지칭하는데 사용되었습니다. 그러나 이제 성별의 의미는 더 넓어졌으며 성별은 서로 관련이 있으면서도 구분 가능한 개념들을 포괄하게 되었는데, 이러한 개념에는 성별화된 생물 작용(즉 성), 성역할, 성별표현, 성별정체성 등등이 있습니다(Vincent, 2020). 논바이너리이든 아니든 성별정체성과 관계없이 누구나 문화에서 전통적으로 '남성적' '여성적' '중성적'이라고 인식된 성별표현을 정당하게 할 수 있습니다. 예를 들어, 논바이너리인 사람이 여성적인 방식으로 자신을 표현한다고 해서 이 사람이 나중에 반드시 여성으로 정체화한다거나 트랜스젠더 여성과 결부된 질형성술 같은 개입을 받을 것이라고 받아들여서는 안 됩니다. 문화적 기대에 따른 성별에 비순응한다고 해서 이를 우려할 만한 사항으로 간주하거나 임상적 복잡성을 나타내는 것이라고 간주해서도 안 됩니다(예: 출생 당시 남성으로 지정된(assigned male at birth, AMAB) 논바이너리인 사람이 소위 여성적 코드를 나타내는 옷을 입고 she/her 이라는 인칭대명사를 쓰지만 남성적 코드를 나타내는 이름을 유지하는 경우).

성별을 스펙트럼 모델로 표현하면 이분법 모델보다 훨씬 섬세하게 표현할 수 있습니다. 그러나 선형(線形) 스펙트럼 모델에는 중대한 한계가 있어서 성별을 무비판적으로 일반화하게 될 가능성이 있습니다. 예컨대 연속체의 양 끝에 '이분법적 선택지'(남성, 여성)를 배치하면 직관적으로 이해되기는하지만, 그

렇게 하면 마치 남성성이 여성성과 반대인 것처럼 설정되기 때문에 성별 중립성, 남성성과 여성성의 동시 발현, 젠더퀴어, 비서구적 성별 개념을 포괄할 수 없습니다. 보건의료 전문가가 논바이너리 성별을 트랜스젠더 남성성(논바이너리이면서 AFAB 인 경우) 또는 트랜스젠더 여성성(논바이너리이면서 AMAB 인 경우)을 '부분적'으로 표현한 것이라고 간주하지 않는 것은 매우 중요합니다. 논바이너리 성별을 '남성성/여성성 스펙트럼 사이 어딘가에 있는 것'으로 간주하지 않는 것 역시 매우 중요한데, 논바이너리인 사람 일부는 자신이 남성/여성 이분법에서 완전히 벗어나 있다고 여기기 때문입니다. *비선형 스펙트럼*은 내담자를 선형 스펙트럼에 따라 늘어놓을 목적으로 내담자의 성별표현, 성별정체성, 성별확정 관련 욕구의 차이를 비교해서는 안 된다는 점을 보여 줍니다. 덧붙이자면 성별표현은 주관적이면서도 문화적으로 규정된 방식으로 해석되기에, 누군가에게는 매우 여성적인 것으로 경험되거나 간주되는 성별표현이 다른 누군가에게는 그렇게 여겨지지 않을 수 있습니다(Vincent, 2020). 내담자가 자신의 성별을 어떻게 개념화하는지 속단하지 않고 내담자가 자신의 성별정체성, 성별표현, 건강 관리를 받을 필요와 관련해 자기 성별을 개인적으로 어떻게 이해하는지를 따라갈 준비를 하는 것이 보건의료 전문가에게 도움이 됩니다.

트랜스젠더.성별다양성이 있는(TGD) 사람들이 경험하는 성별 발달 과정에는 이들이 성별 이분법과 어떤 관계를 맺는지와 무관하게 비슷한 테마(예: 인식, 탐색, 의미 부여, 통합)가 나타나는 것으로 보이지만, 이러한 과정 각각이 나타나는 시기, 진행 양상, 개인적 경험은 트랜스젠더 및 논바이너리인 사람들의 집단 안에서도 서로 다르게 나타나고 집단 간에도 차이가 있습니다(Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Lindley et al., 2019; Tatum et al., 2020). 사회문화적이고 상호교차적 관점을 취하면 개인의 경험이 사회적 맥락과 문화적 맥락에 따라 어떻게 형성되는지, 그리고 그것이 정체성 및 개인 경험의 다른 영역과 어떻게 상호작용하는지 등을 비롯해 성별 발달과 사회적 트랜지션의 맥락을 파악하는 데 도움이 될 수 있습니다.

성별확정 건강 관리에 대한 접근에 대한 요구

어떤 논바이너리인 사람들은 의학적으로 필요한 개입을 통해 성별불쾌감이나 불일치를 완화하고 신체 만족도를 높이기 위해 성별확정 건강 관리를 받고자 합니다(의학적 필요성에 관한 진술은 제 2 장 '전 세계적 적용 가능성'의 권고성명 2.1 참조). 어떤 논바이너리인 사람은 자신에게 특정한 치료가 필요하다고 느끼는 반면(제 5 장 '성인 평가'도 참조)(Beek et al., 2015; Jones et al., 2019; Köhler et al., 2018) 어떤 사람은 그렇게 느끼지 않으며(Burgwal & Motmans, 2021; Nieder, Eyssel et al., 2020), 논바이너리인 사람 중 성별확정 건강 관리를 받고자 하는 사람의 비율과 이들이 건강 관리를 받고자 하는 구체적인 목적은 아직 확실히 밝혀지지 않았습니다. 보건의료 전문가의 역할은 어떠한 치료 선택지가 개개인에게 가장 적합할지 숙단하지 않으면서도 성별불일치나 불일치를 완화하고 신체 만족도를 높이는 데 도움이 될 만한 의료 선택지가 무엇이 있는지(그리고 그러한 선택지가 가용한지)에 대한 정보를 알려주는 것입니다. 호르몬 치료, 수술, 또는 두 가지 다를 포함해 성별을 확정하는 의학적 개입을 받는 (또는 받지 않는) 동기는 서로 다르며 아마도 복잡할 수 있으므로(Burgwal & Motmans, 2021; Vincent, 2019, 2020), 신체적 개입 여부에 대한 결정을 내리기 전에 이러한 동기를 함께 탐색해야 합니다. 한 개인이 성별을 확정하는 의학적 조치를 받을 필요가 있는지는 성역할, 성별표현, 또는 성별정체성으로 예측할 수 없습니다. 예를 들어 트랜스여성 중에는 질형성술이 필요하지 않은 사람이 있는 반면, AMAB 논바이너리인 사람 중에는 질형성술을 필요로 하고 질형성술이 도움이 될 사람이 있습니다. 또한, 논바이너리인 사람이 출생 당시 지정된 성/성별에서 다른 이분법적으로 인식되는 범주로 이행하는 경로와 밀접하게 연관된 성별확정 건강 관리(예: AMAB 인 사람이 에스트로겐 치료와 질형성술을 받음)를 받는다고 해서 이 사람의 논바이너리 정체성이 타당하지 않게 되는 것은 아닙니다. 트랜스젠더인 사람들이 건강 관리를 받지 못하게 가로막는 장벽은 널리 퍼져 있지만, 논바이너리인 사람들은 정신 건강 및 의학적 성별확정 관리를 받는 데 특히 높은 비율로 어려움을 겪는다고 보입니다(Clark et al., 2018; James, 2016). 많은 논바이너리인 사람이 보건의료 전문가가 자신의 논바이너리 성별을 공

정하지 않는 경험을 했다고 보고하는데, 여기에는 보건의료 전문가가 논바이너리인 사람의 성별이 타당하지 않다는 생각을 전달하거나 이들의 건강을 관리하기가 기본적으로 더 어렵다는 생각을 전달하는 것도 포함됩니다. 논바이너리인 사람은 자신에게 성별확정 치료가 필요하지 않거나 자신이 성별확정 치료를 원하지 않을 것이라고 의료진이 숙단하는 경험을 하기도 하며(Kcomt et al., 2020; Vincent, 2020), 치료를 받기 위해서 (성별 이분법의 틀 안에 있는) 트랜스젠더 남성이나 트랜스젠더 여성으로 자신을 포장해야 한다는 압력을 느낀 적이 있다고 설명했습니다(Bradford et al., 2019; Taylor et al., 2019). 서비스 제공자가 주로 환자를 통해 배우는 것이 부적절함에도, 때로 논바이너리인 사람은 자신이 서비스를 받으러 찾아간 제공자를 가르치는 상황에 놓입니다(Kcomt et al., 2020). Burgwal and Motmans(2021)가 밝힌 바에 따르면 논바이너리인 사람은 트랜스젠더 남성 및 트랜스젠더 여성에 비해 보건의료 서비스 제공자의 편견을 더 두려워하고 제공되는 서비스를 덜 신뢰하며 건강 관리를 받기 위해 어디로 찾아가야 할지 알아내는 데 더 큰 어려움을 겪습니다. 유럽과 미국에서 실시한 연구에 따르면 논바이너리인 사람은 성별이분법적인 트랜스젠더 남성이나 트랜스젠더 여성에 비해 치료를 더 자주 미루는 경향이 있는데, 그 이유는 무신경하거나 무능한 치료에 대한 두려움이 가장 많이 언급되었습니다(Burgwal & Motmans, 2021; Grant et al., 2011). 또한 논바이너리인 사람은 다른 트랜스젠더인 사람에 비해 보건의료 서비스 제공자에게 자신의 성별정체성을 잘 공개하지 않는다고 보입니다(Kcomt et al., 2020).

적절한 수준의 지원에 대한 요구

논바이너리인 사람에게 성별확정 건강 관리를 제공하는 것은 호르몬 요법이나 수술 등 특정한 성별확정 개입을 하는 것뿐만이 아니라 논바이너리인 사람의 건강과 발달 전반을 지원하는 것까지 아우릅니다. 소수자 스트레스 모델은 트랜스젠더인 사람들이 경험하는 성별 관련 스트레스 요인이 신체 건강 격차 및 정신 건강 격차와 어떤 관련이 있는지를 개념화하기 위해 응용된 바 있습니다(Delozier et al., 2020; Testa et al., 2017). 논바이너리인 사람이 경험하는 소

수자 스트레스 요인에는 트랜스젠더 남성 및 트랜스젠더 여성이 경험하는 것과 유사한 요인도 있고 특유한 요인도 있다고 보입니다. Johnson(2020)은 논바이너리인 사람이 자신을 부정당하는 경험(예: 논바이너리 정체성은 '진짜'가 아니라거나 '유행' 또는 '지나가는 한때'라는 생각을 전달하는 말이나 행동)을 특히 많이 겪으며, 트랜스젠더 남성이나 트랜스젠더 여성에 비해 타인이 올바른 인칭대명사를 써 줄 가능성이 낮다고 보고했습니다. 마찬가지로, 논바이너리인 사람들은 자신이 남에게 "보이지 않는" 것 같다는 느낌을 받는다고 설명했으며(Conlin, 2019; Taylor, 2018), 한 연구에 따르면 논바이너리 청소년의 자존감은 트랜스젠더 남녀 청소년에 비해 낮게 나타났습니다(Thorne, Witcomb et al., 2019). 많은 TGD 사람들은 차별, 피해, 인간관계에서의 거절을 경험하며(James, 2016) 여기에는 청소년 표본 내에서 발생하는 괴롭힘도 포함됩니다(Human Rights Campaign, 2018; Witcomb et al., 2019). 그러나 이러한 경험이 발생하는 비율은 집단마다 다르게 나타날 수 있으며 상호교차하는 추가적 특성에 따라 달라지는 것으로 보입니다. 예를 들어, Newcomb(2020)이 밝힌 바에 따르면 트랜스젠더 여성 및 AMAB 논바이너리 청소년은 트랜스젠더 남성 및 AFAB 논바이너리 청소년보다 피해를 더 많이 당하며, AMAB 논바이너리 청소년은 가장 높은 수준의 외상성 스트레스를 나타냈습니다. 또 다른 연구에서 Poquiz(2021)는 트랜스젠더 남성과 트랜스젠더 여성이 논바이너리인 사람보다 더 높은 수준으로 차별을 당한다고 밝혔습니다. 어떤 연구에서는 논바이너리인 사람이 신체 건강 및 정신 건강 문제를 더 많이 겪는다고 하는 반면 어떤 연구에서는 더 적게 겪는다고 하고 어떤 연구에서는 집단 간 차이가 없다고 하는데, 이러한 상호교차적인 복잡성도 논바이너리와 트랜스젠더 남성과 트랜스젠더 여성의 신체 건강과 정신 건강을 비교하는 연구 결과가 서로 다르게 나타나는 데 일조한다고 보입니다(Scandurra, 2019).

논바이너리 정체성 서사는 이분법 지향적인 정체성 서사보다 접하기 어렵기 때문에, 논바이너리인 사람은 자신의 성별에 관련된 자아를 탐색하고 표현하는 데 쓸 수 있는 자원이 더 적을 수 있습니다. 이러한 자원의 예로는 논바이너리 정체성을 탐색할 수 있는 공동체 공간 및 대인관계에 대한 접근성이나 논바이너리

이너리 경험을 더 섬세하게 고려할 수 있는 언어와 개념에 대한 접근성을 들 수 있습니다(Bradford et al., 2018; Fiani & Han, 2019; Galupo et al., 2019). 의료 서비스 제공자가 논바이너리인 사람 고유의 경험에 맞게 성별을 확정하는 치료적 건강 관리를 조정하는 것을 돕기 위해 현재 임상 지침이 개발되고 있습니다(Matsuno, 2019; Rider, Vencill et al., 2019).

논바이너리인 사람을 위한 성별확정 의학적 개입

특정한 의학적 개입에 확실한 선례가 없는 경우, 개입을 고려하기 전에 현재 알려진 정보에 한계가 있다는 사실을 비롯해 가용한 정보 전반을 당사자에게 제공하는 것이 중요합니다. 이 사람이 어떠한 신체 변화를 필요로 하며 이러한 신체 변화를 달성하는 데에는 어떤 한계가 있을 수 있는지를, 또한 특정 개입을 한 결과 개인이 자기 성별을 표현할 능력이 향상되거나 향상되지 못할 수 있다는 점을 종합적으로 의논하고 기록하는 것도 마찬가지로 중요합니다.

AMAB 논바이너리인 사람에게 에스트로겐 요법을 하는 경우, 유방이 발달할 가능성을 피할 수 없다는 점을 언급하는 것이 중요합니다(Seal, 2017). 유방이 발달하는 정도는 개인차가 매우 크지만, 논바이너리인 사람이 에스트로겐 요법에 따르는 다른 변화(예: 피부 연화, 얼굴 털 감소)를 원하지만 유방 발달을 원하지 않거나 유방 발달에 양가감정을 느낀다면 이 사실을 반드시 확실하게 알려야 합니다. 마찬가지로 AFAB 논바이너리인 사람이 테스토스테론 치료를 통해 특정한 변화만을 추구하고 다른 변화는 추구하고 싶지 않다면, 얼굴 털이 자라면서 생식기도 불가피하게 커진다는 사실을 알려야 합니다(Seal, 2017). 테스토스테론을 일정 기간 복용해야 하다 보니, 개인차가 있기는 하지만 이러한 변화가 일어남에 따라 목소리 높이도 돌이킬 수 없이 낮아지게 됩니다(Vincent, 2019; Ziegler et al., 2018). 체모가 발달하게 하지 않으면서 목소리 높이를 낮추는 것 역시 어려운 문제입니다. 체모를 없애는 것은 어떤 논바이너리인 사람들이 자기 성별을 긍정하는 데 매우 중요합니다(Cocchetti, Ristori, Romani et al., 2020).

생식샘을 보존한 채 호르몬 치료를 중단한다면, 생식샘 호르몬이 다시 작용함에 따라 신체에 일어났던 여러 가지 변화가 멈추고 다시 호르몬 치료 이전 상

권고성명

- 8.1- 우리는 보건의료 전문가가 논바이너리인 사람의 성별 경험을 긍정하는 개별화된 평가 및 치료를 제공할 것을 권고합니다.
- 8.2- 우리는 보건의료 전문가가 '사회적 성별 트랜지션'을 하지 않는 논바이너리인 사람에게 의학적인 성별확정 개입(호르몬 치료 또는 수술)을 고려할 것을 권고합니다.
- 8.3- 우리는 보건의료 전문가가 호르몬 치료 없이도 성별을 확정하는 수술적 개입을 고려할 것을 권고합니다. 단, 원하는 수술 결과를 얻는 데 호르몬 치료가 필요한 경우는 예외입니다.
- 8.4- 우리는 보건의료 전문가가 호르몬 치료나 수술을 실시하기 전에 논바이너리인 사람에게 호르몬 치료/수술이 앞으로 가임력에 미칠 영향에 대해 정보를 제공하고 가임력을 보존하기 위한 선택지를 논의할 것을 권고합니다.

태로 돌아갑니다. 예를 들어 AFAB 논바이너리인 사람은 무월경과 체모 발달이 멈춰 예전으로 돌아가고, AMAB 논바이너리인 사람은 근육 발달 감소와 발기 부전이 멈춰 예전으로 돌아갑니다. 평생 유지되는 변화도 있습니다. AFAB 논바이너리인 사람의 경우 '남성형' 대머리증, 생식기 성장, 얼굴 털 자람 등이 여기에 해당하고, AMAB 논바이너리인 사람의 경우 유방 발달이 여기에 해당합니다(Hembree et al., 2017). 이러한 변화를 되돌리려면 전기분해요법이나 유방절제술 같은 추가 개입이 필요하기 때문에 이러한 변화는 "부분적으로 가역적"이라고 묘사되기도 합니다(Coleman et al., 2012). 이러한 환자 집단에게 저용량 호르몬 치료를 실시하는 데 따르는 결과는 기록된 바 없으므로, 저용량 호르몬 치료를 실시한다면 심혈관 질환 위험 및 뼈 건강 모니터링을 고려하는 것이 중요합니다. 더 자세한 내용은 제 12 장 '호르몬 치료'를 참조하십시오.

만약 테스토스테론 발현도 에스트로겐 발현도 필요하지 않다면 에스트로겐 및/또는 테스토스테론 생성을 억제할 수 있습니다. 이러한 처치가 심혈관 질환 위험 증가, 뼈 무기질침착 감소, 우울증 위험에 어떤 영향을 미치는지 논의하고 위험을 줄이기 위해 조치를 취해야 합니다(Brett et al., 2007; Vale et al., 2010; Wassersug & Johnson, 2007). 더 자세한 내용은 제 9 장 '유너크'와 제 12 장 '호르몬 치료'를 참조하십시오. 트랜스젠더 남성이든 트랜스젠더 여성이든 논바이너리인 사람이든 모든 사람은 의료적 및/또는 사회적 트랜지션을 각자 별개의 선택지로서 탐색할 수 있어야 하며 호르몬, 수술, 또는 두 가지를 각자 별개의 선택지로서 탐색할 수 있어야 합니다.

이 장에 있는 모든 권고성명은 철저한 근거 검토,

이익과 위해 평가, 보건의료 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 활용과 실현 가능성에 기초합니다. 우리는 몇몇 경우에 근거가 충분하지 않고, 또는 서비스에 접근하는 것이 어렵거나 적합한 서비스가 아닐 수 있다는 점을 인정합니다.

권고성명 8.1

우리는 보건의료 전문가가 논바이너리인 사람의 성별 경험을 긍정하는 개별화된 평가 및 치료를 제공할 것을 권고합니다.

논바이너리인 사람에 대한 개별화된 평가는 이 사람이 자신의 성별을 어떻게 경험하며 그 경험이 자신이 받고자 하는 치료 목표에 어떠한 영향을 미치는지를 이해하는 데에서 출발합니다. 개개인이 자신의 성별 관련 경험을 개념화하는 방식은 집단 및 문화에 따라 다를 수 있으며, 정체성에 상호교차하는 다른 측면(예: 연령, 섹슈얼리티, 인종, 민족, 사회경제적 지위, 장애 여부)과 관련된 경험을 포함할 수 있습니다(Kuper et al., 2014; Subramanian et al., 2016).

보건의료 전문가는 내담자의 성별정체성, 성별표현, 치료 욕구가 어떠한 것이라고 추측성으로 가정하지 않아야 합니다. 또한 내담자의 논바이너리 성별 경험이 평가 및 치료 관련 목표와 관련이 있을 수도 있지 않을 수도 있다는 점을 염두에 두어야 합니다. 내담자의 성별을 얼마나 탐색할지는 내담자의 성별이 치료 목표와 어느 정도나 관계가 있는가에 따라 결정해야 합니다. 예를 들어 내담자가 성별과 전혀 무관한 문제로 건강 관리를 받으러 왔다면 이름과 인칭대명사를 정확히 확인하는 것만으로도 충분할 수 있습니다(Knutson et al., 2019). 다루는 문제가 현재나 과거의 호르몬 치료 여부 또는 수술 여부와 유관

하다면, 설사 이 문제가 성별과 특별히 관련이 있지 않다고 해도 더 자세한 내용을 알아야 할 필요가 있을 수 있습니다.

문화적으로 숙련된 임상 환경을 갖추려면, 임상 환경은 찾아오는 사람들을 환대하고 성별다양성을 반영하며 논바이너리인 사람들의 성별 경험을 긍정해야 합니다. 클리닉과 보건의로 제공자의 정보(예: 웹사이트), 서류 양식(예: 기초정보조사지) 및 기타 자료가 논바이너리 정체성과 경험을 확실하게 포용하도록 함으로써 논바이너리인 사람들을 환영하고 인정한다는 점을 전할 수 있습니다(Hagen & Galupo, 2014). 성별정체성 및 인칭대명사를 응답 목록에서 선택하게 하기보다는 자유롭게 기입하도록 하는 것이 더 포용적입니다. 접수 데스크에서 사생활을 보장하고, 디지털 데이터베이스에 법적 성명을 기입하는 대신 다른 방법을 마련하고, 성중립 화장실을 설치하고, 대기실에서 법적 성명을 부르는 대신 다른 방법을 마련하는 것도 트랜스젠더·성별다양성이 있는(TGD) 사람들에 대한 문화적 숙련도를 보여주는 사례입니다(Burgwal et al., 2021). 건강 관리를 실시하는 환경에서는 어떠한 이름과 인칭대명사와 기타 성별 관련 용어를 선호하는지 물어보고 사용하는 것이 중요합니다. 이러한 선호는 시간과 상황에 따라 바뀔 수 있으므로, 처음에도 물어보아야 할 뿐만 아니라 정기적으로도 물어보고 사용해야 합니다.

우리는 보건의로 전문가가(내담자의) 강점과 회복탄력성에 초점을 맞춘 접근법을 택할 것을 권합니다. 보건의로 전문가가 성별에 관련된 괴로움에 지나치게 초점을 맞추는 데 대한 비판이 점점 늘어나고 있는데, 자신을 긍정하고 건강 관리를 받으면서 더 편안해지고 기뻐지고 자아가 더 잘 실현되는 경험을 고려하는 것도 중요하기 때문입니다(Ashley, 2019a; Benestad, 2010). 우리는 건강 관리에 대한 접근을 촉진하기 위해 보건의로 전문가가 필요할 때/필요한 곳에서 진단을 활용할 뿐만 아니라 내담자와 협력하여 이와 같이 폭넓은 성별 관련 경험을 탐색하고 이러한 경험이 치료 선택지와 어떻게 들어맞는지를 알아볼 것을 권합니다(Motmans et al., 2019). 모든 TGD 사람들의 회복탄력성 요인, 예컨대 자신을 지지해 주는 관계, 자신과 비슷한 사람들이 있는 공동체 참여, 정체성에 대한 자긍심 등을 반드시 고려해야 합니다. 이러한 요인들은 여러 긍정적인 건강 결과와 연관이

있기 때문입니다(Bowling et al., 2019; Budge, 2015; Johns et al., 2018).

보건의로 제공자가 트랜스젠더인 사람의 불쾌감 경험을 평가하기 위해 과거부터 사용해 온 도구에 한계가 있다는 사실을 인식하는 것은 중요합니다. 이러한 한계는 여러 논바이너리인 사람에게 특히 두드러지게 나타날 수 있기 때문입니다. 대다수 성별 관련 측정 도구는 내담자가 성별을 이분법적으로 경험한다고 가정하는 등의 문제가 있습니다(예: 성별정체성 회상 척도(Recalled Gender Identity Scale), 위트레흐트 성별불쾌감 척도(Utrecht Gender Dysphoria Scale)). 논바이너리인 사람들의 경험을 더 잘 포착하기 위해 몇 가지 척도가 새로 개발되기는 했지만(McGuire et al., 2018; McGuire et al., 2020), 개방형 토론을 함으로써 개개인에게 고유한 불쾌감 경험과 그에 관련된 건강 관리 욕구를 더 심도 있고 정확하게 이해할 수 있을 것입니다. 마찬가지로, 최근에 등장한 진단 범주들(즉 DSM-5의 '성별불쾌감'과 ICD-11의 '성별불일치')은 논바이너리 성별을 경험하는 사람들을 포용할 의도로 만들어졌지만, 이 범주들은 성별과 관련된 괴로움이 특히 논바이너리인 사람들에게 얼마나 다양하고 폭넓게 나타나는지를 완전히 포착하지 못할 수 있습니다. 괴로움은 신체 및 외모 특징(외모에 존재하거나 부재하는 특징 포함)과 관련해 생겨날 수 있을 뿐만 아니라, 개인이 자신의 성별을 경험하는 방식, 사회적 상황에서 자신의 성별이 인식되는 방식, 자신의 성별과 관련된 소수자 스트레스 경험 때문에 생겨날 수도 있습니다(Winters & Ehrbar, 2010). 논바이너리인 사람들이 이 각각의 영역에서 겪는 경험은 트랜스젠더 남성이나 트랜스젠더 여성의 경험과 비슷할 수도 있고 비슷하지 않을 수도 있습니다.

개인 중심으로 성별확정 관리에 접근하는 방법에는 다양한 개입이 내담자가 성별 경험에서 느끼는 편안함을 변화시킬 수 있는지, 그리고 타인이 내담자의 성별을 어떻게 인식하는지에 대한 구체적 논의가 포함됩니다. 논바이너리인 사람들은 가용한 의료의 한계에 개인의 정체성을 맞추는 데 어려움을 겪을 수 있으며, 사회는 이들이 자신의 성별을 표현하는 방식에 혼란과 불관용을 표할 수 있습니다(Taylor et al., 2019). 최근 연구 결과에 따르면 논바이너리인 사람들이 필요로 하는 의료는 특히 다양합니다. 트랜스젠

더 남녀의 트랜지션 과정과 전형적으로 결부된 치료가 필요하다고 보고하는 사람도 있고, 대안적인 접근법(예: 저용량 호르몬 치료, 호르몬 치료 없는 수술)이 필요하다고 보고하는 사람도 있고, 의료에 관심을 보이지 않는 사람도 있고, 자신이 무엇을 필요로 하는지 확실히 알지 못하는 사람도 있습니다(Burgwal & Motmans, 2021; James et al., 2016). 성별 관련 경험과 그에 따른 필요는 생애 주기에 걸쳐 변화할 수 있기에, 평가를 진행 중인 과정으로 개념화하는 것이 특히 중요합니다. 특히 논바이너리인 사람들에 대한 치료 선택지는 발전하고 있고 치료 효과에 대한 지식도 발달하고 있기에, 보건의로 제공자가 지식을 정기적으로 업데이트하고 최신 정보를 내담자에게 제공하면 내담자에게 도움이 될 것입니다.

권고성명 8.2

우리는 보건의로 전문가가 '사회적 성별 트랜지션'을 하지 않는 논바이너리인 사람에게 의학적인 성별확정 개입(호르몬 치료 또는 수술)을 고려할 것을 권고합니다.

과거에는 호르몬 치료와 수술을 받기 전에 "성별 정체성에 부합하는 성역할로 생활"³¹이라는 요건이 있었지만, 이러한 요건은 TGD 사람들의 실제 인생 경험을 반영하지 않습니다(Coleman et al., 2012). 대다수 현대 서구 문화권에는 성별이분법이 견고하게 자리잡고 있기 때문에, 대부분의 환경에서 사람은 타인에게 남성 아니면 여성이라고만 여겨집니다(Butler, 1993). 그러므로 이분법을 벗어난 체현과 표현은 잘 보이지도 않고 잘 이해 받지도 못합니다. 성별을 나타내는 단서가 거의 언제나 성별 이분법과 연관되어 이해되기 때문입니다(Butler, 1993). 현재로서는 논바이너리인 사람의 성별표현과 관련된 시각적 단서(예: 의복, 머리 모양)를 통해 외부인이 논바이너리인 사람의 성별을 정확히 인식하게 하기란 쉽지 않습니다. 그러나 전통적으로 남성성 또는 여성성과 결부된 문화적 표지를 혼용하거나 조합함으로써 중성성(androgyne)이나 성별비순응 상태를 드러낼 수는 있습니다. 대부분의 현대 서구 및 글로벌 북반구 문화

의 맥락에서 일반적으로 인정되는 '논바이너리 범주'는 없기 때문에, 논바이너리임을 가시적으로 드러내려면 종종 자신의 성별을 타인에게 명시적으로 드러내거나 성별비순응(반드시 논바이너리인 것은 아님)으로 간주되는 단서를 활용해야 합니다.

이러한 이유로, "사회적 성별 트랜지션"을 경험하는 사람이 "자신의 성별정체성에 부합하는 성역할로 생활"한다는 맥락에서 의학적인 건강 관리에 대한 접근 틀을 짜는 것은 여러 TGD 사람이 자기 자신과 자신의 트랜지션 과정을 이해하는 방식에 들어맞지 않습니다. 어떤 사람은 "자신의 성별정체성에 부합하는 성역할로 생활"하기 위해 이름이나 인칭대명사나 성별표현을 굳이 바꾸지 않지만 의학적인 개입을 필요로 하기도 합니다. 설사 어떤 사람이 자신의 성별정체성과 부합하는 방식으로 생활할 수 있다 하더라도, 당사자가 이런 면에서 자신의 경험을 어떻게 이해하는지를 직접 알아내지 않는 한 외부 관찰자가 당사자의 생활을 평가하기는 어려울 수 있습니다. '사회적 성별 트랜지션'을 기대하는 것은 호르몬이나 수술과 같은 성별확정 건강 관리를 받을 요건을 고려할 때 유용하지 않을 수 있으며, '사회적 성역할 트랜지션'이 '어떤 방식이어야 한다'는 경직된 기대는 논바이너리인 사람이 건강 관리를 받는 데 걸림돌이 될 수 있습니다. 법적으로 개명하거나 신분증의 성별 표기를 변경하거나 특정한 의류를 입거나 입지 않아야만 성별확정 의료 개입을 할 수 있다는 요건에는 논리적 근거가 없습니다. 논바이너리인 사람은 공식 서류로 자신의 성별을 인정받는 데 어려움을 겪을 수 있으며, 그 때문에 정신 건강과 안녕에 부정적인 영향을 받을 수 있습니다(Goetz & Arcomano, 2021). TGD 사람이 선호하는 특정 성별 표기를 얻어내는(또는 유지하는) 것을 구체적으로 돕는 것이 이들에게 유익할 수 있습니다. 의학적인 건강 관리를 받으려면 삶의 모든 영역(가족, 직장, 학교 등)에서 자신의 성별정체성을 공개하라고 규정하는 것은 당사자의 목표와 일치하지 않을 수 있으며, 정체성을 공개하는 것이 안전하지 않은 상황에서 이 사람을 위험에 빠뜨릴 수도 있습니다.

³¹ real-life test (RLT) 또는 real-life experience (RTE)로 불리었으며, 일상생활에서 전환하고자 하는 성별에 맞는 성역할과 표현을 수행하고 있는지 의료인이 판단하는 것

을 의미한다. 이러한 요건은 법적 판단에도 영향을 미쳐서 법적 성별 변경을 허용하는 기준으로 사용되기도 하였다.

권고성명 8.3

우리는 보건의료 전문가가 호르몬 치료 없이도 성별을 확정하는 수술적 개입을 고려할 것을 권고합니다. 단, 원하는 수술 결과를 얻는 데 호르몬 치료가 필요한 경우는 예외입니다.

‘수술 전 호르몬’을 받는 경로를 거치는 것은 여러 수술적 개입에서 택할 수 있는 선택지입니다. 어떤 논바이너리인 사람은 성별불일치를 완화하고 신체 만족도를 높이기 위해 수술 치료를 받고자 하지만 (Beek et al., 2015; Burgwal & Motmans, 2021; Jones et al., 2019; Koehler et al., 2018) 호르몬 치료를 원치 않거나 다른 의학적 이유로 호르몬 치료를 받지 못합니다(Nieder, Eyssel et al., 2020). 현재 이러한 선택을 한 논바이너리 인구의 비율은 알 수 없습니다. (트랜스젠더 남성이나 일부 시스템더 여성보다는) 논바이너리인 사람과 어느 정도 특정한 연관성이 있는 수술은 아마도 AFAB 논바이너리이면서 테스토스테론을 복용하지 않은 사람이 받는 유방절제술일 것이고(단, 이러한 수술에서 테스토스테론이 필수 요건인 것은 아닙니다), 유방축소술을 필요로 하는 AFAB 논바이너리인 사람도 있을 수 있습니다(McTernan et al., 2020). 최소 일정 기간 호르몬 치료가 필요한 수술의 예로는 메토이드오플라스티를 들 수 있는데, 이 수술은 테스토스테론 치료를 받아 커진 음핵을 확대하는 수술입니다. 다양한 수술에 호르몬 치료가 필요한지에 관해 더 자세한 내용은 제 13 장 ‘수술 및 수술 후 관리’를 참조하십시오. 내부 생식기 계통을 다루는 시술로는 자궁절제술, 편측 또는 양측 난소난관절제술, 질절제술 등이 있습니다. 이 시술 중 그 어느 것도 호르몬 치료를 요하지 않지만, 전체 생식샘절제술을 받은 사람은 심혈관계 및 근골격계에 미치는 부작용을 예방하기 위해 호르몬 대체요법(에스트로겐이나 테스토스테론, 또는 두 가지 다)을 받을 것을 권장합니다(Hembree et al., 2017; Seal, 2017). 음경형성술 자체에는 테스토스테론 치료 최소 기간을 규정하는 수술 요건이 없지만, 음핵과 소음순의 남성화(virilization) 여부는 수술 기법을 택하는 데 영향을 미치고 어떤 수술을 선택할 수 있는지에도 영향을 줄 수 있습니다. 더 자세한 내용은 제 13 장 ‘수술 및 수술 후 관리’를 참조하십시오.

AMAB 논바이너리인 내담자에게는 과거 에스트로겐 치료 이력 없이 수술을 받은 후에 에스트로겐 치

료를 받을 경우 수술 결과에 (아마도 부정적일) 영향이 갈 수 있다는 사실을 알려야 합니다(Kanhai, Hage, Asscheman et al., 1999; Kanhai, Hage, Karim et al., 1999). AMAB 논바이너리인 사람이 양측고환절제술을 요청하는 경우, 수술 결과를 개선하기 위해 에스트로겐 치료를 받을 필요는 없습니다(Hembree et al., 2017). 이러한 상황에서는 내담자에게 심혈관계 및 근골격계에 미치는 부작용을 예방하기 위한 호르몬 대체요법(에스트로겐, 테스토스테론, 또는 둘 다)의 위험과 이익이 무엇인지를 알리고 대안적인 치료법, 예컨대 골다공증을 예방하기 위한 칼슘 및 비타민 D 보충제 복용과 같은 선택지에 대해서도 알리는 것이 좋습니다(Hembree et al., 2017; Seal, 2017; Weaver et al., 2016). 호르몬 대체요법을 받지 않기로 한 사람에 대해서는 제 9 장 ‘유너크’의 내용도 참조하십시오. 질형성술의 경우, 테스토스테론 억제요법을 실시하지 않은 채로 체모가 있는 피부이식편과 피판을 사용하면 수술 후 질에 체모가 자랄 수 있음을 알려야 합니다(Giltay & Gooren, 2000).

그 외에도 AMAB 논바이너리인 사람이 요청할 수 있는 수술로는 음경 보존 질형성술, 고환(들)을 보존하는 질형성술, 외부 일차 성징을 없애는 시술(음경절제술, 음낭절제술, 고환절제술 등) 등이 있습니다. 우리는 외과의와 치료를 받고자 하는 당사자가 서로 의논하여 당사자의 목표 및 기대를 이해하고, 실시하고자 하는 (또는 요청한) 시술의 이익과 한계를 이해하고, 당사자 개개인에 맞게 결정을 내리고, 관련된 다른 보건의료 제공자(가 만약 있다면)와 협력하기를 권합니다.

권고성명 8.4

우리는 보건의료 전문가가 호르몬 치료나 수술을 실시하기 전에 논바이너리인 사람에게 호르몬 치료/수술이 앞으로 가임력에 미칠 영향에 대해 정보를 제공하고 가임력을 보존하기 위한 선택지를 논의할 것을 권고합니다.

성별확정 호르몬 치료를 받고자 하는 모든 논바이너리인 개개인에게 가임력 관련 선택지에 대한 정보를 주고 이들을 안내해야 합니다(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). 호르몬 치료를 개시하기 전에 치료가 가임력에 미칠 수 있는 영향에 대해 의논하는 것이 중요합니다. 이러한 의논에는 가임력을 보존할 수 있는 선택지는 무엇인지, 호르몬 치료를 중지할 경우 가임력을 얼마나 회복할 수 있는지 또는 가임력이 얼마나 회복되지 않을지, 그리고 호르몬 치료 자체가 피임법은 아니라는 사실이 포함되어야 합니다. 더 자세한 정보는 제 16 장 '생식 건강'을 참조하십시오.

최근 연구에 따르면 논바이너리인 사람들은 건강 관리를 받을 가능성이 낮고 자신이 어떤 개입을 필요로 하는지 밝힐 가능성도 낮습니다(Beek et al., 2015; Taylor et al., 2019). 그러므로 모든 성별다양성이 있는 사람에게 가임력을 보존할 수 있는 최신 선택지와 기술에 대한 정보를 마땅히 제공해야 합니다. 정보 제공은 호르몬 치료를 시작하기 전에 하는 것이 이상적인데, 호르몬에 노출되면 정자나 난자의 질이 영향을 받을 수 있기 때문입니다(Hamada et al., 2015; Payer et al., 1979). 그러나 그런 이유로 이들이 시간이 지난 후에 문의를 하고 더 많은 정보를 찾지 못하게 해서는 결코 안 됩니다. 에스트로겐과 테스토스테론을 투여해도 여전히 생식이 가능하다는 근거가 있기 때문입니다(Light et al., 2014). 논바이너리나 성별다양성이 있는 사람이 가임력보존이나 상담이 필요하지 않다고 결정했다 해도 그 이유로 호르몬 치료를 받지 못하게 하거나 치료를 늦춰서는 안 됩니다.

제 9 장 유너크

성별확정 의료가 도움이 되는 수많은 사람 중에서도 유너크(eunuch)³²로 정체화하는 사람은 특히 잘 드러나지 않습니다. 「건강관리실무표준(SOC)」 제 8 판에 유너크인 사람들에 대한 논의를 포함한 이유는 이들이 고유한 양상을 보이며 이들에게 성별확정 건강 관리가 의학적으로 필요하기 때문입니다(제 2 장 '전 세계적 적용 가능성'의 권고성명 2.1 참조). 유너크인 사람이란 출생 당시 남성으로 지정(assigned male at birth, AMAB)된 사람으로서 남성적인 신체 특징, 남성 생식기, 또는 생식기 기능을 제거하고자 하는 사람을 가리킵니다. 고환을 수술로 제거했거나 고환이 화학적·물리적 수단으로 기능을 상실했으면서 유너크 정체성이 있는 사람도 유너크에 포함됩니다. 정체성을 토대로 유너크라는 용어를 받아들이는 사람을 정의하면 그렇지 않은 사람, 예컨대 전립선암이 진행되어 치료를 받았는데 유너크라고 불리는 것을 거부하는 사람은 이 정의에 포함되지 않습니다. 여기에서 우리는 성별다양성이라는 포괄적 개념의 일부로서 자신을 유너크라고 정체화하는 사람들에게 초점을 맞춥니다.

다른 성별다양성이 있는 사람들이 그러하듯이, 유너크 역시 성별정체성에 자신의 신체를 더 잘 맞추기 위해 거세를 택할 수 있습니다. 따라서 성별비순응하는 사람으로서 유너크는 의학적으로 필요한 성별확정 건강 관리를 필요로 합니다(Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). 유너크는 다양한 방식으로 자신의 성별정체성을 규정합니다. 유너크 중 많은 이들이 유너크라는 상태 자체를 다른 성별이나 트랜스젠더와 무관하게 고유한 성별정체성으로 간주합니다. 이 장에서는 자신을 유너크라고 정체화하는 사람에 대한 치료와 관리에 초점을 맞춥니다. 보건의료 전문가는 유너크가 되기 위해 호르몬 개입, 거세, 또는 두 가지 다를 요청하는 유너크들을 만나게 됩니다. 실제 거세 여부와 상관 없이, 유너크 정체성이 있다면 유너크 공동체를 찾아가는 것도 이

러한 사람들에게 도움이 될 수 있습니다.

유너크의 역사는 4,000 년에 이르지만, 현대에 유너크로 정체화하는 사람들에 대해 가장 풍부한 정보를 얻을 수 있는 곳은 유너크 아카이브(Eunuch Archive, www.eunuch.org)와 같은 웹사이트에 결집하는 대규모 온라인 동료 지원 커뮤니티입니다. 유너크 아카이브는 1998 년에 설립되었으며, 이 사이트의 운영자들은 토론 게시판에서 의학적·역사적 정확성을 유지하려고 노력합니다. 단, 이 사이트에는 잘못된 정보도 분명 존재합니다. 이 웹사이트에 따르면 2022 년 1 월 현재 세계 각지에서 사이트에 등록된 회원은 130,000 명이 넘으며, 사이트를 열람하는 사람의 90% 이상이 회원이 아니라 '게스트'일 때가 많습니다. 이 웹사이트에 올라온 스레드³³는 23,000 개 이상, 게시글은 약 220,000 개입니다. 예를 들어, 각기 다른 독소를 고환에 직접 주사하여 자기 손으로 거세하는 법을 설명한 스레드 2 개에는 각각 약 2,500 건의 게시글이 달렸고, 각 스레드는 1 백만 회 이상 읽혔습니다. 2001 년 이래로 유너크 아카이브 공동체의 연례 국제 모임이 미니애폴리스에서 20 회 열렸으며, 다른 지역에서도 지역 모임이 여러 차례 열렸습니다. 토론에 참여하는 사람 대다수는 거세라는 주제에 관심을 갖지만, 회원 중 실제로 진지하게 거세를 하고자 하거나 거세를 한 사람은 소수입니다. 유너크 아카이브의 예전 회원 중 많은 사람이 자기 목적을 달성한 후 더 이상 참여하지 않습니다.

역사적 유너크(환관)에 대해 오해와 편견이 존재하고 현대 유너크의 존재가 드러나지 않으며 사회가 찍는 낙인이 모든 성적 소수자에게 영향을 미치기 때문에, 자신이 유너크라고 공개적으로 커밍아웃하는 사람은 거의 없고, 대다수는 누구에게도 말하지 않으며 온라인 커뮤니티에서 자신과 비슷한 사람에게만 정체성을 밝히거나 가까운 가족과 친구에게만 정체성을 밝힙니다(Wassersug & Lieberman, 2010). 유너크에 대한 고정관념은 매우 부정적인 경우가 많으며(Lieberman 2018), 유너크는 다른 낙인 찍힌 집단과

³² Eunuch 는 한국어로 '환관, 내시, 고자, 거세된/거세한 사람' 등으로 번역하나, 현재 통용되는 그 어떤 번역어도 성별정체성을 나타내는 eunuch 의 의미를 정확히 포착하지 못한다. 따라서 SOC-8 에서는 부득이하게 이 단어를 '유너크'로 음역하였다.

³³ 한국에서는 잘 쓰이지 않으나 해외에서는 자주 쓰이는 인터넷 게시물 형식. 게시판의 주제에 맞는 토론 주제글이 올라오면 거기에 댓글 형식의 관련 게시글이 줄줄이 달리는 형식으로 토론이 이루어지는 모습이 마치 실트래(thread) 같다고 하여 '스레드'라고 불린다.

권고성명

- 9.1- 우리는 보건의료 전문가 및 기타 「건강관리실무표준」 제 8 판 이용자들이 유너크인 사람 개개인의 필요에 맞게 권고를 적용할 것을 권합니다.
- 9.2- 유너크인 사람에게 치료를 보류했을 때 그 사람이 자가 수술을 하거나 무허가 의료인에게 수술을 받거나 호르몬에 영향을 미치는 약물을 감독받지 않고 사용하여 위해가 발생할 위험이 높다면, 우리는 보건의료 전문가가 내과적 개입이나 외과적 개입 또는 두 가지 모두를 실시할 것을 고려하기를 권고합니다.
- 9.3- 우리는 유너크인 사람을 치료 목적으로 평가하는 보건의료 전문가가 이들을 평가할 역량을 입증하기를 권고합니다.
- 9.4- 우리는 유너크인 사람의 건강을 관리하는 보건의료 전문가가 섹슈얼리티 교육 및 상담을 포함할 것을 제안합니다

동일하게 소수자 스트레스를 겪을 수 있습니다 (Wassersug & Lieberman, 2010). 그러므로 성별다양성이 있는 사람에게 영향을 미치는 소수자 스트레스를 연구할 때에는 유너크도 연구에 포함해야 합니다.

현재 제시하는 권고성명은 유너크라고 정체화하면서 의학적으로 필요한 성별확정 내과 및/또는 수술 치료(GAMSTs)를 요청하는 사람들을 상대하는 전문가들을 대상으로 합니다(Johnson & Wassersug, 2016; Vale et al., 2010). 유너크는 ICD 나 DSM 에 있는 특정 진단 범주는 아니지만, 유너크라는 개념은 유너크 경험을 구체적으로 설명하면서도 더 광범위한 의미의 성별불일치 경험과 연결되기 때문에 유용합니다. 유너크인 사람들은 임상적으로 다양한 양상을 보입니다. 이들은 자신의 유너크 정체성과 부합하는 몸, 즉 완전히 기능하는 남성 생식기가 없는 몸을 원합니다. 어떤 유너크는 남성 생식기를 심하게 불편하게 느끼며 남성 생식기를 제거해야 비로소 자기 몸을 편안하게 느낍니다(Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). 어떤 유너크는 남성 생식기가 물리적으로 존재하기만 할 뿐 안드로겐을 생성하고 남성 이차 성징을 만들어내는 기능을 하지 않는다면 남성 외부생식기가 있어도 상관없다고 여깁니다(Brett et al., 2007). 호르몬을 이용해 안드로겐 생성을 억제할 수 있지만, 생식기 기능을 원하지 않는 사람에게는 고환 절제술이 영구적인 해결책이 됩니다(Wibowo et al., 2016). 어떤 유너크인 사람은 고환절제술로 테스토스테론 수치를 낮추기를 원하지만, 유너크 중 많은 이들이 생식샘기능저하증에 따르는 부작용을 예방하기 위해 어떤 형태로든 호르몬 대체요법을 택합니다. 호르몬 요법을 택하는 사람 대다수는 테스토스테론을 전부 또는 부분 대체 용량으로 선택합니다. 소수의

사람은 에스트로겐을 택합니다.

이 장에 있는 모든 권고성명은 철저한 근거 검토, 이익과 위해 평가, 보건의료 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 활용과 실현 가능성에 기초합니다. 우리는 몇몇 경우에 근거가 충분하지 않고, 또는 서비스에 접근하는 것이 어렵거나 적합한 서비스가 아닐 수 있다는 점을 인정합니다.

권고성명 9.1

우리는 보건의료 전문가 및 기타 「건강관리실무표준」 제 8 판 이용자들이 유너크인 사람 개개인의 필요에 맞게 권고를 적용할 것을 권고합니다.

성별다양성이 있는 사람의 일부로서, 유너크인 사람들은 성별불일치를 경험하고 성별확정 건강 관리를 받고자 할 수도 있습니다. 다른 트랜스젠더·성별다양성이 있는(TGD) 사람들과 마찬가지로, 유너크 역시 자기 자신의 성별을 편안하게 느끼기 위해 성별을 확정하는 건강 관리를 접할 필요가 있습니다. SOC 의 각 장은 다양한 개인들의 필요를 다루는데, 유너크 역시 그러한 집단에 포함할 수 있습니다. 이들은 사회적 트랜지션을 원하지 않을 수 있고 이들에게 있어서 호르몬 치료는 사회적 트랜지션을 할 때의 호르몬 치료와 다른 역할을 할 수 있으므로, 이런 면에서 이들은 일부논바이너리인 사람과 공통점이 있을 수 있습니다(Wassersug & Lieberman, 2010).

다른 성별다양성이 있는 사람과 마찬가지로, 유너크인 사람도 아동기나 청소년기에 정체성을 자각할 수 있습니다. 유너크로 정체화할지도 모르는 아동의 치료에 대한 연구는 없기 때문에, 우리는 구체적인

제안을 삼가겠습니다.

유너크인 사람들은 내과적/외과적 관리(호르몬 억제, 고환절제술, 어떤 경우에는 음경절제술)를 받아 신체적, 심리적, 또는 성적 변화를 달성하고자 할 수 있습니다(Wassersug & Johnson, 2007). 중요한 점은 유너크와 거세를 원하는 사람들을 포함해 모든 환자가 신뢰와 상호 이해를 바탕으로 보건의료 전문가와 관계를 맺고 유지해야 한다는 것입니다. 의료계에 유너크에 대한 인식이 대체로 부족하고 거세를 받고자 하는 사람 중 많은 이들이 거절을 두려워하기 때문에, 많은 이들이 적절한 일차 건강 관리와 검진을 받지 못합니다(Jaggi et al., 2018). 의료 제공자의 인식을 제고하고 이들을 교육하면, 성별다양성 논의에 유너크를 포함시켜야 할 필요가 있다는 점을 의료 제공자가 알 필요가 있다는 문제를 해결하는 데 도움이 될 것입니다(Deutsch, 2016a). 두말할 필요도 없이, 유너크도 일반인과 동일하게 일차 건강 관리 서비스를 받아야 하고 받을 자격이 있습니다. 전립선암과 유방암 같은 암 검진은 중요하게 논의해야 할 주제입니다. 남성으로 지정되었지만 테스토스테론 및 에스트로겐 수치가 남성의 범위에 속하지 않는다면 호르몬 관련 암에 걸릴 위험성도 달라질 수 있기 때문입니다. 유너크 인구 집단에서 호르몬 관련 암의 유병률과 발생률을 조사한 연구가 없기 때문에, 전립선 검사나 전립선특이항원(PSA) 측정이나 유방촬영술 등을 통해 호르몬 관련 암을 얼마나 자주 검진해야 하는지 지침을 내릴 근거가 없습니다.

내과적 또는 외과적으로 거세된 전립선암 환자에 관한 방대한 문헌에서 사춘기 후에 실시한 거세가 어떤 영향을 미치는지(골다공증에 걸릴 가능성, 우울증 또는 대사증후군 등) 어느 정도 정보를 얻을 수 있기는 하지만, 자발적인 유너크는 의학적 이유로 거세된 사람과는 매우 다른 방식으로 이러한 결과를 해석할 수 있습니다. 전립선암에 걸린 시스젠더 남성에게 화학적 또는 외과적 거세는 괴로움을 일으키겠지만, 동일한 치료가 유너크인 사람에게서는 자신을 긍정하는 것으로 여겨지고 편안함을 느끼게끔 할 수 있습니다. 마찬가지로, 트랜스매스쿨린인 사람이 자신의 신체를 편안하게 느끼기 위해서 유방절제술을 받는다면 이들은 유방암을 치료하기 위해 유방절제술을 받은 시스젠더 여성과는 다른 방식으로 이 수술을 경험할 것입니다(Koçan & Gürsoy, 2016; van de Grift et al.,

2016). Wassersug et al.(2021)에 전립선암에 관한 이러한 정보가 잘 요약되어 있으며 이 주제에 대한 방대한 문헌을 탐색할 참고 문헌이 달려 있습니다. 거세가 미치는 효과에 관한 이러한 정보는 거세를 받고자 하는 사람들에게 제공되어야 합니다.

SOC-8 에 따라 평가를 실시한 후, 환자가 요청한 의료 선택지가 만약 적절하다면 이를 고려하고 처방할 수 있습니다. 이러한 선택지를 개인에게 맞게 조정함으로써 개인의 특정한 필요와 선호를 반영하는 계획을 수립할 수 있습니다. 실시할 개입의 수와 종류 및 개입이 이뤄지는 순서는 사람마다 달라질 수 있습니다. 이러한 선택지는 SOC-8 의 평가 장 및 수술 장의 내용과 부합합니다. 유너크에게 고려할 수 있는 치료 선택지에는 다음이 포함됩니다.

- 무성애적(asexual)이거나 성적이지 않거나(nonsexual) 중성적/양성적인(androgynous) 사람이 되고 싶어하는 유너크인 사람에게 호르몬 억제를 실시함으로써 이들이 안드로겐 결핍의 영향을 탐색하도록 함
- 고환절제술을 실시하여 고환에서 테스토스테론 생성을 중단하게 함
- 음경절제술과 함께, 또는 음경절제술 없이 고환절제술을 실시하여 유너크인 사람의 자아상에 맞게 신체를 변형함
- 고환절제술 후 테스토스테론이나 에스트로겐으로 호르몬 대체요법을 실시함

제 5 장 '성인 평가의 권고성명 5.6 에 따라, 생식샘절제술을 받고자 하는 유너크인 사람은 비가역적인 수술 개입을 받기 전에 TGD 당사자의 성별 목표에 맞는 호르몬 치료를 최소 6 개월 받을 것을 고려해야 합니다(단, 호르몬이 임상에서 적응증에 해당하지 않는 경우는 예외임).

권고성명 9.2

유너크인 사람에게 치료를 보류했을 때 그 사람이 자가 수술을 하거나 무허가 의료인에게 수술을 받거나 호르몬에 영향을 미치는 약물을 감독받지 않고 사용하여 위해가 발생할 위험이 높다면, 우리는 보건의료 전문가가 내과적 개입이나 외과적 개입 또는 두 가지

모두를 실시할 것을 고려하기를 권고합니다.

SOC-8 에서 권고한 것과 동일한 평가 과정이 유너크에게도 적용되어야 합니다(제 5 장 '성인 평가' 참조). 유너크 아카이브에는 거세 수술을 해 줄 의료 제공자를 찾기 매우 어렵다는 게시글이 많이 올라와 있습니다. 유너크인 사람 중에는 자가 수술을 하거나 자격증이 있는 의료 제공자가 아닌 사람에게 수술을 받은 사람이 많습니다(Johnson & Irwig, 2014). 유너크인 사람들이 자가 거세했다는 임상 보고도 있고 의료 제공자를 속여 거세를 받으려고 한 환자들의 사례도 있습니다(Hermann & Thorstenson, 2015; Mukhopadhyay & Chowdhury, 2009). 유너크에 해당하는 사람이 양질의 의료를 받지 못하면 이들은 본인에게 큰 위해, 예컨대 입원이 필요할 정도의 출혈과 감염을 초래할 행동을 취할 것이 분명합니다(Hay, 2021; Jackowich et al., 2014; Johnson & Irwig, 2014). 자가 수술을 하거나 무면허 의사에게 수술을 받거나 호르몬에 영향을 미치는 약물을 감독받지 않고 사용하면 심각한 문제와 위해가 발생하므로, 치료를 접하지 못하거나 치료를 보류할 때 생기는 문제를 피하려면 보건 의료 제공자가 이들을 환대하는 환경을 조성하고 신중한 평가를 실시한 후 다양한 치료 선택지를 고려하는 것이 중요합니다.

원하는 경우 화학적 또는 외과적으로 거세를 할 수 있습니다. 어떤 사람들에게 화학적 거세는 생식샘 기능이 저하했을 때 어떤 느낌이 들지를 외과적 거세 전에 확인하기 위해 시도할 수 있는 적절한 수단입니다(Vale et al., 2010). 화학적 거세는 대체로 투여를 중단하면 되돌릴 수 있습니다(Wassersug et al., 2021). 테스토스테론 수치를 낮추는 데 가장 흔히 사용하는 약물은 항안드로겐과 에스트로겐입니다. 가장 흔하게 사용하는 항안드로겐은 시프로테론 아세테이트(cyproterone acetate)와 스피로노락톤(spiro-nolactone)이며, 이 둘은 경구용입니다. 에스트로겐은 시상하부와 뇌하수체에서 음성 되먹임을 통해 혈청 테스토스테론 수치를 낮출 목적으로 때로 전립선암 환자에게 처방됩니다. 에스트로겐과 항안드로겐은 테스토스테론 수치를 여성 범위나 거세한 사람의 범위에 이를 정도로 완전히 억제하지 못할 수 있으며, 경구 에스트로겐은 정맥 혈전색전증에 걸릴 위험을 높입니다. 비용 때문에 자주 쓰이지는 않지만, 생식샘자극호르몬방출호르몬(GnRH)작용제는 스테로

이드 성호르몬 생성과 가임력을 억제하는 데 매우 효과적인 방법입니다(Hembree et al., 2017). 약물을 선택할 때에는 과학적인 동료 검토를 거친 연구가 거의 또는 전혀 되지 않은 약물(예: 비칼루타미드(bicalutamide), 프로게스테론 좌약)보다는 여러 트랜스젠더 집단 대상으로 연구를 거친 약물(예: 에스트로겐, 시프로테론 아세테이트, GnRH 작용제)를 사용할 것을 권합니다(Angus et al., 2021; Butler et al., 2017; Efstathiou et al., 2019; Tosun et al., 2019). 유너크인 사람 중 많은 이들이 거세 후 호르몬 대체요법을 받습니다. 호르몬 수치를 완전히 억제하는 것을 바라지도 않고 골다공증 위험 증가 등 거세에 뒤따르는 문제를 겪고 싶어하지도 않기 때문입니다. 스테로이드 성호르몬을 대체할 수 있는 주요 선택지 두 가지로는 테스토스테론과 에스트로겐이 있으며, 이들은 전부 또는 부분 대체 용량으로 사용할 수 있습니다. 대다수는 테스토스테론을 택하는데, 이들은 자신을 남성으로 드러내며 여성화에는 관심이 없기 때문입니다. 에스트로겐을 택하는 사람은 소수로, 이들은 골다공증을 충분히 예방할 수 있을 정도로는 높지만 여성화를 대부분 피할 수 있을 정도로는 낮은 수치로 에스트로겐을 복용합니다. 이들은 논바이너리나 에이젠더(agender)나 다른 정체성으로 정체화할 가능성이 있습니다 (Johnson et al., 2007; Johnson & Wassersug, 2016).

유너크의 호르몬 대체요법에 대한 연구는 없지만, 전립선암 치료를 받은 시스젠더 남성에 대한 연구 결과는 호르몬 치료의 영향에 대한 정보를 알아보는 데 유용할 수 있습니다. 국소 진행성 또는 전이성 전립선암으로 치료받은 시스젠더 남성 1,694 명을 대상으로 한 무작위 대조군 시험에서 한 집단은 GnRH 작용제를, 다른 집단은 경피 에스트로겐을 투여받았습니다(Langley et al., 2021). GnRH 작용제를 투여받은 시스젠더 남성은 안드로겐 및 에스트로겐 결핍 징후와 증상을 보였지만, 에스트로겐 패치를 투여받은 남성은 안드로겐 결핍 증상만을 보였습니다. 두 집단 모두 성 관련 부작용 발생률이 높았으며(91%) 체중 증가도 비슷하게 나타났습니다. 에스트로겐 패치로 치료받은 시스젠더 남성은 GnRH 작용제를 투여받은 시스젠더 남성에 비해 삶의 질이 더 높다고 보고했고, 안면홍조는 더 낮게 나타났으며(35% 대 86%), 여성형유방증 비율은 더 높았습니다(86% 대 38%). 에스

트로겐 패치를 투여받은 시스젠더 남성은 평균 공복 혈당, 공복 총 콜레스테롤, 수축기 혈압과 확장기 혈압이 모두 낮아지는 등 대사 면에서 긍정적인 변화를 보였습니다. GnRH 작용제를 투여받은 남성은 이와는 정반대의 효과를 경험했습니다. 이 연구에 따르면 유너크는 안면홍조, 피로, 대사에 대한 영향, 뼈 무기질 밀도 감소 등 에스트로겐 결핍에 따르는 부작용을 피하기 위해 저용량 경피 에스트로겐 치료를 고려할 수 있습니다(Hembree et al., 2017; Langley et al., 2021). 자세한 내용은 제 12 장 '호르몬 치료'를 참조하십시오.

권고성명 9.3

우리는 유너크인 사람을 치료 목적으로 평가하는 보건의료 전문가가 이들을 평가할 역량을 입증하기를 권고합니다.

유너크 아카이브의 토론 게시판에는 유너크가 필요로 하는 바를 이해하는 의료인을 찾기 어렵다는 주제가 자주 올라옵니다. 유너크 및 거세를 원하는 사람들은 다른 성적 소수자에 비해 일반적으로 잘 드러나지 않습니다(Wassersug & Lieberman, 2010). 이들은 낙인 때문에, 그리고 의료계에 거부당하리라는 두려움 때문에, 자신의 정체성은 무엇이고 자신이 무엇을 원하는지를 의료 제공자나 정신 건강 전문가에게 자발적으로 밝히지 않을 수 있습니다. 어떤 환경에서는 의료 제공자가 유너크의 존재를 인식하지 못하고 자신이 유너크로 정체화한 사람을 치료했다는 사실조차 모를 수 있습니다.

SOC 에서 평가를 다룬 섹션은 유너크인 사람에게 적용 가능합니다. 다른 성별다양성이 있는 사람들과 마찬가지로, 거세를 받고자 하는 사람도 충분한 정보에 근거한 사전 동의 과정에 참여할 수 있습니다. 이 과정에서, 자격을 갖춘 의료 제공자는 당사자가 의료 개입을 받기 전에 충분한 정보에 근거한 사전 동의를 할 능력이 있는지, 정신 건강 문제가 원인이 되어 이러한 욕구가 일어난 것은 아닌지를 확인하기 위해 평가를 실시합니다. 유너크를 상대로 작업할 때는 이들이 다른 성적 소수자와 마찬가지로 다양하며 이들 각자는 자기 나름의 방식으로 유너크로 존재한다는 점을 이해해야 합니다(Johnson et al., 2007). 전문적인 역량과 전문 지식을 갖춘 전문가가 수용적인 태도를

보이고 열린 질문을 하고 판단을 유예하고 기대를 유연하게 조정하는 것이 서비스를 받고자 하는 사람에게 도움이 됩니다.

적절한 치료를 제공하려면, 보건의료 제공자는 유너크로 정체화하는 사람을 포용하는 환경을 조성하여 신뢰와 존중을 쌓아야 합니다. 접수 양식에 출생 당시 지정된 성과 본인이 정체화한 성별을 묻는 항목이 있고 '유너크'와 '기타'를 비롯해 다양한 성별 선택지가 제시된다면 유너크로 정체화한 사람에게는 이상적일 것입니다. 어떤 사람은 자신이 둘 이상의 정체성 선택지에 해당한다고 여길 수 있으므로, 두 가지 이상을 선택할 수 있도록 해야 합니다.

보건의료 전문가는 평가, 심리치료(만약 당사자가 원한다면), 내과적/외과적 성별확정 개입 준비 및 후속 관리에 참여할 수 있습니다. 보건의료 전문가는 배우자와 가족을 지원할 수도 있습니다. 유너크로 정체화한 사람이 자격 있는 정신 건강 전문가에게 지원을 받고자 한다면 제 4 장 '교육'에 명시한 경력과 기준을 충족하는 치료자가 도움이 될 것입니다.

거세를 받고자 하거나 거세를 고려하는 사람 중 일부는 정서적 지지를 받거나 의사결정에 도움을 받고 싶어서 상담이나 치료를 받으러 오지만, 많은 이들은 특정한 의료 개입을 준비하고자 평가를 받기 위해 의료 제공자를 찾습니다 (Vale et al., 2010).

권고성명 9.4

우리는 유너크인 사람의 건강을 관리하는 보건의료 전문가가 섹슈얼리티 교육 및 상담을 포함할 것을 제안합니다.

몇 건의 연구가 현대에 유너크로 정체화하는 사람에 대한 우리의 지식에 기여하고 이들의 인구학적 특성과 섹슈얼리티를 탐구했습니다(Handy et al., 2015; Vale et al., 2013; Wibowo et al., 2012, 2016). 의료 전문가 및 정신건강 전문가는 유너크인 사람이 달리아 이야기하지 않는 한 이들이 성적인 사람이며 성적 활동, 쾌락, 관계 맺기가 가능한 사람이라고 전제해야 합니다. 연구에 따르면 유너크인 사람이 느끼는 욕망의 정도, 선호하는 신체적 또는 성적 접촉, 선호하는 관계의 성격은 매우 다양한 것으로 나타났습니다(Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). 어떤 사람은 낭만적 관계를 맺든 맺지 않

든 활발한 성생활을 즐기는 반면, 어떤 사람은 무성애자(asexual) 또는 에이로맨틱(aromantic)으로 정체화하며 외과적 또는 화학적 거세를 통해 리비도를 상실함으로써 안도감을 느낍니다(Brett et al., 2007). 모든 사람은 각자 다르며, 생식기의 상태는 성적 끌림이나 낭만적 끌림을 느끼는지 여부를 결정하지 않습니다(Walton et al., 2016; Yule et al., 2015).

이들은 어떤 유형의 화학적 억제술이나 수술을 받았든 성적 쾌락을 느끼고 성적 행위를 할 수 있습니다. 많은 사람이 생각하는 것과는 달리, 유너크라고 해서 반드시 무성애자이거나 성적 행위를 하지 않는(nonsexual) 것은 아닙니다(Aucoin & Wassersug, 2006). 체액 교환이 있을 수 있는 성적 행위를 하는 사람은 모두 안전한 성에 대해 교육을 받아야 합니다. 다양한 성별·섹슈얼리티의 사람에 대한 성교육 및 이들의 안전한 성을 위한 선택지에 대한 정보는 제 17 장 '성 건강'을 참조하십시오. 또한, 미래에 부모가 될 가능성에 영향을 미칠 의학적 개입을 고려할 때는 가임력 보존 문제를 의논해야 합니다. 더 고려해야 할 사항은 제 16 장 '생식 건강'을 참조하십시오.

제 10 장 인터섹스

「건강관리실무표준」 제 7 판에는 신체적 인터섹스성(intersexuality)이 있으면서 성별불쾌감을 느끼고/느끼거나 성별을 바꾸는 사람들에게 실무표준을 적용하는 데 관한 장이 포함되었습니다. 이러한 사람들의 현상학적 발현, 인생 경로, 유병률, 병인, 낙인 위험은 인터섹스성이 없는 트랜스젠더와 다르기 때문입니다. 본 장에서는 지난 판의 내용을 업데이트하고 인터섹스성이 있는 사람 일반을 관리하기 위해 의학적으로 필요한 임상 접근에 대한 권고성명을 추가합니다(의학적 필요성에 관한 권고성명은 제 2 장 '전세계적 적용 가능성' 권고성명 2.1 참조). 비정형적인 성 분화를 나타내는 신생아에게는 이미 임상에서 어려움이 있을 수 있습니다. 이러한 어려움에는 가족이 일찍부터 교육 및 지원을 필요로 한다는 점, 성별 지정에 관한 의사결정, 성별 관련 임상관리(이 구성 요소, 특히 생식기 수술은 논란의 여지가 있음), 나중에 성별불쾌감이 발생하고 성별을 바꿀 위험이 눈에 띄게 증가하는 것 등이 있습니다(Sandberg & Gardner, 2022).

용어

'인터섹스'(Intersex, 라틴어에서 유래했으며 직역하면 '성 사이'를 뜻함)³⁴라는 용어는 포유류(인간 포함) 생식의 근간이 되는 이분법적 성 체계를 토대로 합니다. 의학에서 이 용어는 생식기관에 현저하게 비정형적이고 선천적인 변이가 있는 사람을 가리킬 때 일상적으로 쓰입니다. 어떤 변이는 '모호생식기'로 분류되곤 하는데, 이러한 변이가 발생하면 신체의 성을 남성이나 여성으로 단순하게 구분할 수 없게 되며, 자원이 풍부한 사회에서는 당사자에게 성/성별을 '지정'하기 전에 종합적인 신체 검사, 내분비 검사, 유전자 검사를 실시하도록 요구하기도 합니다. 최근에는 일부 인터섹스 상태가 있는 사람들과 (인터섹스는 아니지만) 논바이너리 성별정체성이 있는 사람 일부가 '인터섹스'를 자기 정체성을 나타내는 표지로 채택하기도 합니다(Tamar-Mattis et al., 2018). 2005 년에 인터섹스 관리를 위한 국제 컨센서스 회의에서는 인터섹스 상태를 새로운 표준 의학 용어인 '성발달 장

애(Disorders of Sex Development, DSD)'에 포함시켰는데, DSD 는 "염색체의 성, 생식샘의 성, 또는 해부학적 성의 발달이 비정형적으로 나타나는 선천적 상태"로 정의되었습니다(Hughes et al., 2006). DSD 는 인터섹스성에 전통적으로 포함되는 상태보다 훨씬 다양한 상태를 포함하며, 터너증후군과 클라인펠터증후군 등 유병률이 더 높은 상태도 포함합니다. 덧붙이자면, 여기에 해당하는 사람들 중 많은 이들이 '장애'라는 용어가 그 자체로 낙인이 된다고 여겨서 이 용어를 싫어합니다(Carpenter, 2018; Griffiths, 2018; Johnson et al., 2017; Lin-Su, et al., 2015; Lundberg et al., 2018; Tiryaki et al., 2018). 보건 의료 전문가들이 이 용어를 수용하는 정도도 서로 다릅니다(Miller et al., 2018). DSD 를 '성발달 차이(Differences in Sex Development)'로 다르게 읽는 경우도 많은데, 이러한 표현은 DSD 를 덜 병리화하는 하지만 남녀의 정형화된 생식기 차이를 비정형적 성 분화와 구분하지 않기 때문에 의미상 부족합니다. 최근 "생식 발달에 영향을 미치는 상태(Conditions Affecting Reproductive Development(CARD); Delimata et al., 2018)" 또는 "성징 변이(Variations of/in Sex Characteristics(VSC); Crocetti, et al., 2021) 등 덜 노골적으로 낙인을 찍는 용어를 개발하려는 시도가 있기는 했지만, 이러한 용어들 역시 인터섹스성을 구체적으로 가리키지는 않습니다.

이러한 용어 정의 문제를 고려하여, 이 장에서 우리는 '인터섹스성' (또는 '인터섹스')라는 용어를 선천적인 신체 증상을 가리키는 데에만 한정해서 사용합니다. 이는 설명의 명확성과 역사적 연속성을 고려해서 내린 결정입니다. 이러한 결정은 성/성별 개념이 양극단 체계를 나타내는지 연속체를 나타내는지에 (이 개념은 맥락과 유용성을 고려하여 그때마다 달라질 수 있습니다) 관한 계속되는 논쟁에서 우리가 어느 한 편을 들겠다는 것을 뜻하지 않습니다(Meyer-Bahlburg, 2019). 21 세기 사회에서 성과 성별 개념은 진화하고 있습니다.

³⁴ 한국어로는 간성(間性; 間=inter, 性=sex)으로 번역하기

도 한다.

발생 비율

인터섹스 상태의 발생 비율은 어떤 정의를 택하는가에 따라 달라집니다. 명백한 생식기 비정형(‘모호한 생식기’)이 발생하는 빈도는 대략 2000~4500 명 중 1 명으로 추정됩니다(Hughes et al., 2007). DSD 를 가장 폭넓게 해석하면 발생 비율은 최대 1.7%로 추정됩니다(Blackless et al., 2000). 이러한 수치는 합산하면 높지만, 인터섹스 변이와 관련된 각각의 상태는 훨씬 드물게 발생합니다. 예를 들어 안드로겐무감각증후군(AIS)은 46,XY 출생자 약 100,000 명 중 1 명 꼴로 발생하며(Mendoza & Motos, 2013) 전형적인 선천부신과다형성증(CAH)은 46,XX 출생자 약 15,000 명 중 1 명 꼴로 발생합니다(Therrell, 2001). 각 증후군의 발생 비율 수치는 국가와 인종 집단에 따라 크게 달라질 수 있습니다.

발현

인터섹스 특징이 있는 사람들의 발현 양상은 매우 다양합니다. 인터섹스성은 산전 초음파 검사에서 밝혀지기도 있지만, 대부분의 경우 출생 시 생식기 검사에서 인터섹스성을 확인합니다. 자원이 풍부한 국가에서 이러한 아동은 출생 직후 몇 주간 광범위한 의학 진단 절차를 거치게 됩니다. 구체적인 의학적 진단과 신체 및 호르몬에서 나타난 결과와 성별 결과에 대한 장기 추적 연구에서 얻은 정보를 고려하여, 의료진과 부모는 공동으로 의사결정을 내려 신생아의 성/성별을 일반적으로 남성 또는 여성으로 지정합니다. 인터섹스성이 있는 사람들 중 일부는 사춘기 연령 무렵에 비로소 전문가에게 보여지게 됩니다. 여성으로 키워진 청소년이 일차무월경 때문에 검사를 받게 되는 상황을 예로 들 수 있겠습니다.

인터섹스성과 성별 불확실성을 모두 갖춘 사람들을 돕는 보건의료 전문가는 이들이 인터섹스가 아닌 TGD 사람들과 일반적으로 매우 다른 의학적 맥락에서 성장했다는 사실을 인지해야 합니다. 인터섹스성 증후군은 매우 다양하며, 증후군마다 심각성은 다를 수 있습니다. 그러므로 호르몬 및 외과 치료 접근법도 그에 따라 달라집니다.

신체에 발현한 인터섹스성 중 일부, 예를 들어 요로폐쇄나 CAH의 부신위기 등은 조기에 긴급한 개입을 요할 수 있습니다. 인터섹스성이 있는 사람들에게

나타나는 신체 변이는 대체로 (적어도 인생 초기에는) 기능 손상을 일으키지 않으며 당사자의 안전을 위협하지도 않습니다. 그러나 비정형인 생식기의 모양과 관련된 심리사회적 낙인 때문에 당사자는 종종 사전 동의 연령에 달하기 훨씬 전에 조기 생식기 수술(흔히 ‘교정’ 수술 또는 ‘정상화’ 수술이라고 불림)을 받는 처지가 됩니다. 이러한 접근법은 개인의 자율성을 지지하는 윤리 원칙과 상충하기 때문에 매우 논란이 됩니다(Carpenter, 2021; Kon, 2015; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). 또한, 위급한 문제를 일으키지는 않는 표현형을 가진 사람 중 일부는 나이가 들면 기능과 외모를 최적화하기 위해 다양한 의학적 개입을 택하기도 합니다. 의학적 치료의 구체적인 내용이 무엇인지는 이 장에서 다룰 수 있는 범위를 훨씬 벗어나므로, 여기에 관심이 있는 독자는 관련 내분비학 및 외과 문헌을 참조해야 합니다.

몇 가지 인터섹스 상태는 다른 상태에 비해 장기적으로 성별정체성이 더 다양하게 나타나는 것과 관련이 있습니다. (Dessens et al., 2005). 예를 들어, CAH가 있으면서 여성으로 지정된 46,XX인 사람 중 시스젠더가 아닌 성별정체성의 발생률은 5~10%에 달합니다(Furtado et al., 2012). 성별정체성의 근간에 있는 실질적인 생물학적 요소는 인터섹스 상태가 있는 사람들에게 심리사회적·의학적·외과적 개입을 할 때 반드시 고려해야 할 중대한 요인입니다.

또한 인터섹스성이 있는 사람들과 그 가족은 심리사회적 괴로움을 겪을 수 있다는 근거가 충분히 있습니다(de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020; Wolfe-Christensen et al., 2017) 이러한 괴로움은 심리사회적인 낙인과 일부 관련이 있습니다(Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Reyes-Portillo et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018).

정신의학 명명법에서의 인터섹스성

1980년 이래로 미국 정신의학 명명법에서는 인터섹스성이 있으면서 성별정체성 이형(異形) 기준을 충족하는 사람들의 존재를 인정했지만, 이들을 진단하

권고성명

- 10.1- 우리는 인터섹스성뿐만 아니라 성별정체성·성별표현 다양성에 대해 잘 아는 다학제적 팀이 인터섹스성이 있는 사람들과 그 가족에게 건강 관리를 제공할 것을 제안합니다.
- 10.2- 우리는 트랜스젠더 아동·청소년 및 성인의 건강을 관리하는 보건의료 전문가가 본인의 전문 분야와 관련한 인터섹스 관리 방면의 훈련과 교육을 받을 것을 권고합니다.
- 10.3- 우리는 보건의료 전문가가 인터섹스성이 있는 아동이 진단받은 시점부터 이 아동이 해당하는 인터섹스 상태 및 이 상태가 미치는 심리사회적 영향에 대해 아동의 가족을 교육하고 상담할 것을 제안합니다.
- 10.4- 우리는 보건의료 제공자와 부모 모두가 인터섹스성이 있는 아동/사람과 함께 당사자의 인터섹스 상태 및 이 상태가 미치는 심리사회적 영향에 대해 발달 단계에 맞는 의사소통을 지속적으로 할 것을 제안합니다.
- 10.5- 우리는 보건의료 전문가와 부모가 인터섹스성이 있는 아동/사람이 생애에 걸쳐 자기 성별을 탐색하는 것을 지지하자고 제안합니다
- 10.6- 우리는 보건의료 전문가가 의학적 및 의학적 바깥의 개개인/단체들과 협력함으로써 안녕을 증진하고 인터섹스 상태에 따를 수 있는 낙인을 최소화할 것을 제안합니다.
- 10.7- 우리는 보건의료 전문가가 필요 시 인터섹스성이 있는 아동/사람과 가족을 정신 건강전문가에게 의뢰하고 동료 지원, 기타 심리사회적 지원에 연계할 것을 제안합니다.
- 10.8- 우리는 보건의료 전문가가 인터섹스성이 있는 사람의 성별정체성, 연령, 고유한 의학적 상황에 맞게 당사자 및 그 가족과 사춘기 억제 및/또는 호르몬 치료 선택지에 관해 상담할 것을 권고합니다.
- 10.9- 우리는 보건의료 전문가가 부모 및 인터섹스성이 있는 아동(이 아동이 인지 면에서 충분히 발달한 경우)과 상담하여 성별확정 생식기 수술, 생식샘 수술, 또는 두 가지 모두를 연기함으로써 아동의 자기결정권과 충분한 정보에 근거한 사전동의에 근거하여 결정에 참여할 능력을 최적화할 것을 제안합니다.
- 10.10- 우리는 인터섹스 생식기 수술 또는 생식샘 수술에 경험이 있는 의사만이 인터섹스성이 있는 사람을 수술할 것을 제안합니다.
- 10.11- 우리는 호르몬 치료/수술을 처방하거나 의뢰하는 보건의료 전문가가 a)호르몬 치료/수술이 향후 가임력에 미칠 수 있다고 알려진 영향, b)치료가 미칠 수 있는 영향 중 잘 연구되지 않았고 가역성 여부가 불투명한 영향, c)가임력 보존 선택지, d)불임증이 미치는 심리사회적 영향에 관해 생식 가능성이 있고 인터섹스성이 있는 사람들 및 그 가족과 상담할 것을 권고합니다.
- 10.12- 우리는 인터섹스성이 있고 선천적으로 불임인 사람들을 관리하는 보건의료 전문가에게 당사자가 부모가 될 수 있는 다양한 대안을 당사자 및 가족에게 일찍부터 점차 알릴 것을 제안합니다.

는 범주는 DSM 판본마다 달라졌습니다. 예를 들어 DSM-III(American Psychiatric Association, 1980)에서는 이러한 성인에게 축 I 의 '성전환증(transsexualism)'이라는 범주를 적용하지 못하도록 했지만, 이러한 아동은 '아동기의 성별정체성 장애'로 분류되었으며 이들의 의학적 인터섹스 상태는 축 III에 명시하도록 하였습니다. DSM-IV-TR(American Psychiatric Association, 2000)에서 인터섹스성이 있는 사람들은 연령과 무관하게 축 I 의 '성별정체성 장애'에서 제외되었고, 대신 다른 상태와 더불어 '달리 분류되지 않는 성주체성장애'로 분류되었습니다. DSM-5(American Psychiatric Association, 2013)은 다축체계에서 벗어나 '성별정체성 장애'를 '성별불쾌감'으로 재정의하고 이를 연령과 인터섹스 여부에 무관하게 적용하였으나, 인터섹스성이 있는 사람에게는 추가로 '성발

달 장애'라는 명시자(specifier)가 붙었습니다(Zucker et al., 2013). 최근 출간된 DSM-5-TR(American Psychiatric Association, 2022)에서는 성별불쾌감이라는 용어를 유지했습니다. 그러나 최근 개정된 국제통계질병분류 및 관련 건강문제(ICD-11; World Health Organization, 2019a)에서는 '성별불일치'를 '정신, 행동, 또는 신경발달 장애' 장에서 '성 건강 관련 상태'라는 새로운 장으로 옮겼다는 데 주목하기 바랍니다.

이 장애에 있는 모든 권고성명은 철저한 근거 검토, 이익과 위해 평가, 보건의료 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 활용과 실현 가능성에 기초합니다. 우리는 몇몇 경우에 근거가 충분하지 않고, 또는 서비스에 접근하는 것이 어렵거나 적합한 서비스가 아닐 수 있다는 점을 인정합니다.

권고성명 10.1

우리는 인터섹스성뿐만 아니라 성별정체성·성별표현 다양성에 대해 잘 아는 다학제적 팀이 인터섹스성이 있는 사람들과 그 가족에게 건강 관리를 제공할 것을 제안합니다.

DSD의 하위 범주인 인터섹스성은 복잡한 선천적 상태로, 다양한 의학 및 행동학 분야의 전문가의 참여를 요합니다(Hughes et al., 2006). 팀 구성 및 기능은 팀이 위치한 지역, 현지의 자원, 진단, 인터섹스성이 있는 당사자 및 그 가족이 필요로 하는 바에 따라 달라질 수 있습니다. 팀에는 내분비학, 외과 및/또는 비뇨기과, 심리학/정신건강의학과, 부인과, 유전학을 세부전문으로 한 소아과 의사가 참여하고, 만약 가능하다면 사회복지, 간호학, 의료윤리학 훈련을 받은 인력도 참여하는 것이 이상적입니다(Lee et al., 2006). 팀 구조는 1)전통적인 다학제 의학 모델(multidisciplinary medical model), 2)전문직간 모델(interprofessional model) 또는 3)초학제적 모델(transdisciplinary model)을 따를 수 있습니다. 이 구조들은 일견 비슷해 보이지만 사실 매우 다르며 팀의 기능에 다양하게 영향을 미칠 수 있습니다(Sandberg & Mazur, 2014). 2006년도 컨센서스 성명서(Consensus Statement)에서는 다학제 모델, 학제간 모델, 초학제 모델 중 어떤 모델이 가장 좋은지 판단을 내리지 않았고 단지 각 모델이 "서로 다른 수준의 협업과 전문적 자율성을 의미"한다고만 설명했습니다(Lee, Nordenström et al., 2016). 2006년 컨센서스 성명서가 출간된 이후 이와 같은 팀들이 유럽과 미국 모두에서 꾸려졌습니다. 미국 내 팀의 목록은 DSD 중개 네트워크(DSD-Translational Network; DSD-TRN) 웹사이트에 게재되어 있습니다. 여러 유럽 국가에도 이러한 팀이 있습니다(Thyen et al., 2018). Sandberg and Mazur(2014)이 언급했듯이 이러한 팀을 구성하는 것을 가로막는 장벽이 있기는 하지만, 다학제 팀은 인터섹스 진단을 받은 사람들과 그 가족을 성공적으로 돌보는 데 방해가 되는 각종 문제, 예컨대 여기저기 흩어진 서비스, 전문가 간 의사소통의 제한 또는 부재, 그로 인해 당사자들이 파악된 설명밖에 들을 수 없어서 의문을 명확하게 해소하기는커녕 오히려 혼란을 겪는 문제를 해결하는데 도움이 됩니다.

인터섹스성을 타고난 사람들은 대체로 출생 당시 또는 그 직후에 인터섹스성이 밝혀지지만, 어떤 사람

은 생애 주기가 더 지난 후, 예컨대 사춘기 때 인터섹스성이 밝혀집니다(Brain et al., 2010, Table 1 참조). 이러한 경우 팀의 접근 방식은 진단명 및 당사자의 연령에 따라 수정됩니다. 어떤 경우에는 팀의 구성을 확장하여 다른 필요한 전문가를 포함할 수 있습니다.

보고에 따르면, 다학제 팀에게 진료받은 아동은 보건의료 제공자 한 명에게만 서비스를 받은 아동에 비해 전반적인 진료를 거의 다 받을 가능성이 현저히 높습니다(Crerand et al., 2019). 이러한 관리를 받은 부모는 심리사회적 서비스와 팀 접근법을 긍정적으로 지지했으며, 이러한 팀과 상호작용하지 않은 부모에 비해 더 많은 정보를 제공받았다고 보고했습니다(Crerand et al., 2019).

권고성명 10.2

우리는 트랜스젠더 아동·청소년 및 성인의 건강을 관리하는 보건의료 전문가가 본인의 전문 분야와 관련한 인터섹스 관리 방면의 훈련과 교육을 받을 것을 권고합니다.

의학도를 대상으로 한 인터뷰(Liang et al., 2017; Zelin et al., 2018) 및 구조화된 자가설문지와 설문조사(DeVita et al., 2018; Khalili et al., 2015) 결과에 따르면, 의학 교육 프로그램은 의료인에게 성별불쾌감 및 인터섹스성을 보이는 사람들을 숙련되게 관리할 수 있는 법을 제대로 가르치지 못하는 것으로 보입니다. 인터섹스 관련 행사에 참가한 전문가 및 이해관계자들은 교육과 협력이 전문가 개발에 중요하고 필요하다고 지적했습니다(Bertalan et al., 2018; Mazur et al., 2007). 이 점은 특히 성인의 건강을 관리하는 의료제공자에게 해당하는데, 이러한 제공자들은 소아과 치료에서 성인 치료로 넘어가는 사람들을 돌볼 때 받을 수 있는 임상 지침이나 지원이 적을 수 있기 때문입니다(Crouch & Creighton, 2014).

그러나 이러한 주제를 다루는 실무자의 역량을 교육하거나 평가할 지침은 거의 없습니다. 일차의료 지침(National LGBTQIA + Health Education Center, 2020) 1건을 제외하면, 가용한 지침은 주로 정신 건강 전문가를 대상으로 합니다(Hollenbach et al., 2014).

보건의료 전문가가 자기 역량을 향상하고자 하는데 달리 정식 교육을 받거나 실증적 지침을 얻을 수

없다면 전문가에게 자문을 구하는 것도 선택지가 될 수 있습니다. 다학제 전문가 팀이 인터섹스성 치료에 비교적 널리 도입되고 있으므로(Pasterski et al., 2010), 이러한 팀에서 일하는 사람들은 적절한 수련을 받지 못한 다른 의료진에게 자문을 해 주고 이들을 교육하기에 적합합니다(Hughes et al., 2006). 따라서 우리는 다른 전문가를 교육하는 것을 팀 개발의 핵심 요소로 삼을 것을 권고하며, 다학제 팀의 팀원이 전문가 간 학습 참여 전략을 비롯해 팀 기반 업무에 특화된 훈련을 받을 것을 권고합니다(Bisbey, et al., 2019; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

권고성명 10.3

우리는 보건의료 전문가가 인터섹스성이 있는 아동이 진단받은 시점부터 이 아동이 해당하는 인터섹스 상태 및 이 상태가 미치는 심리사회적 영향에 대해 아동의 가족을 교육하고 상담할 것을 제안합니다.

진단 당시부터, 그리고 국제적으로 합의된 여러 지침에 부합하는 방식으로, 인터섹스 상태가 있는 아동의 가족에게 교육과 상담을 통해 의학적 정보를 완전히 공개해야 합니다. 신생아에게 인터섹스성이 있을 경우, 특히 눈에 띄게 모호한 생식기를 보이는 경우에는 성 지정, 그리고 부모의 입장에서 보자면 아이를 어떤 성별로 키울 것인가 하는 문제가 특히 해결하기 어렵습니다(Fisher, Ristori et al., 2016). 이러한 상황은 부모에게 큰 스트레스가 되므로, 성/성별에 관한 결정은 철저한 진단 평가가 가능한 범위 내에서 최대한 빨리 내리는 것을 일반적으로 권장합니다(Houk & Lee, 2010). 그러나 성/성별을 결정하는 기준은 시간이 지남에 따라 변화해 왔습니다. 20세기 후반에는 성을 여성으로 지정하는 경향이 있었는데, 성기 여성화 수술이 남성화 수술보다 쉽고 부작용이 적다고 여겼기 때문이었습니다. 그러나 46,XY 5 α -RD-2 결핍증과 같은 특정 인터섹스 상태의 경우, 성/성별성별을 여성으로 지정하는 것은 나중에 성별불쾌감을 겪고 성별을 바꾸는 비율이 높아지는 것과 관련이 있다는 사실이 밝혀졌습니다(Yang et al., 2010). 따라서 2005년 국제 인터섹스 관리 컨센서스 회의(International Consensus Conference on Intersex Management) 이후, 성/성별을 지정할 때에는 다양

한 인터섹스 상태가 장기적으로 어떤 성별 결과로 이어지는지에 관해 점차 축적되는 데이터를 고려하게 되었습니다.

정보공개 목적은 더 충분한 정보를 바탕으로 건강 관리에 관한 의사결정을 할 수 있도록 하는 데 있습니다. 한편 인터섹스성에 대한 수치심과 낙인은 부정적인 심리사회적 결과와 관련이 있지만, 이러한 위험을 줄이기 위해 건강 관련 정보를 열린 태도로 선제적으로 전달하는 전략이 제시되었습니다(de Vries et al., 2019). 인터섹스는 발달 단계에서 언제 진단되는지, 어떤 진단명인지에 따라 당사자에게(그리고 그들의 의학적 요구에) 각기 다른 영향을 미칠 수 있습니다. 따라서 인터섹스 건강 관련 의사소통은 개개인에 맞는 방식으로 지속적으로 이뤄져야 합니다. 인터섹스 건강 관리 관련 의사결정에 대한 연구에 따르면, 가족은 임상 팀의 의사소통 방식에 영향을 받는 것으로 보입니다(Timmermans et al., 2018). 우리는 보건의료 제공자들이 교육 및 상담 전반에 걸쳐 SOC에 알맞게 인터섹스성을 정상화하고 긍정화하는 언어와 태도를 택할 것을 권장합니다. 예를 들어, 비정형 생식기를 '변이'나 '차이'라고 묘사하는 것은 '선천적 결함'이나 '이상'이라는 용어를 쓰는 것보다 긍정적입니다.

한 개인의 건강 관리에 참여하는 모든 보건의료 전문가는 가족에게 필수인 교육과 정보를 제공할 수 있습니다. 다학제 팀에서는 보건의료 전문가의 전문 분야에 맞게 이러한 교육을 실시할 수 있습니다. 예를 들어 외과 의사는 당사자에게 본인의 해부 구조에 대해 가르쳐 줄 수 있고, 내분비 전문의는 호르몬 발달에 대해 구체적으로 알려줄 수 있고, 정신 건강 전문가는 성별정체성 및 성정체성의 다양한 스펙트럼에 대해 알려줄 수 있습니다. 종합적인 교육을 하려면 다른 보건의료 전문가가 필요할 수도 있습니다. 당사자의 인터섹스 변이가 무엇인지 밝혀졌다면 가족은 그 변이에 관해 적절한 정보를 제공받아야 합니다. 모든 보건의료 전문가는 이러한 정보를 자조 모임에서 제공하는 환자 중심의 자료로 보완할 수 있습니다. 인터섹스성이 있는 사람을 팀원으로 고용하여 이들이 자기 인생 경험을 바탕으로 교육을 실시하도록 한 경우도 있습니다.

또한 합의된 지침에서는 가족에게 동료 및 전문가를 통해 심리사회적 지원을 지속적으로 할 것을 권고

하는데(Hughes et al., 2006), 여기에는 문제 해결 및 사전 안내에 초점을 맞춘 상담도 포함될 수 있습니다(Hughes et al., 2006). 예를 들어 가족은 당사자의 인터섹스 상태에 대해 어떻게 형제자매, 확대가족, 양육자 등 다른 사람을 교육해야 할지에 대해 안내를 받고자 할 수 있습니다. 또 어떤 가족은 인터섹스 치료에 따르는 스트레스를 관리하기 위해 지원이나 정신 건강 관리가 필요할 수 있습니다. 청소년에게는 또래에게 정보를 공개하는 방법을 안내하고 데이트 및 성관계 문제를 다룰 때 지원을 하는 것이 도움이 될 수 있습니다. 가족 및 모든 연령대의 당사자가 내과적 또는 외과적 건강 관리에 관해 함께 의사결정을 하도록 안내하는 것도 상담에 포함될 수 있습니다. 보건 의료 제공자는 이 과정을 뒷받침하기 위해 의사결정 보조도구를 사용할 수 있습니다(Sandberg et al., 2019; Weidler et al., 2019).

권고성명 10.4

우리는 보건의료 제공자와 부모 모두가 인터섹스성이 있는 아동/사람과 함께 당사자의 인터섹스 상태 및 이 상태가 미치는 심리사회적 영향에 대해 발달 단계에 맞는 의사소통을 지속적으로 할 것을 제안합니다.

건강 정보 소통은 의료 제공자에게서 환자로, 부모에게서 환자로, 환자에게서 다시 의료 제공자로 정보가 전해지는 등 다방향으로 일어나는 절차입니다(Weidler & Peterson, 2019). 진단 및 수술 치료 의사결정 문제를 중심으로 부모와 의사소통하는 문제가 주로 강조되기는 했지만, DSD가 있는 청소년은 보건의료 제공자와 교류하는 데 장벽이 있다고 보고했으며 이들이 항상 부모에게 지지를 요청하는 것은 아닙니다(Callens et al., 2021). 당사자들이 치료에 온전히 참여하고 자율성을 발휘하도록 하려면 보건의료 제공자와 부모 모두가 아동/당사자와 지속적으로 소통하는 것이 극히 중요합니다.

보건의료 제공자는 모든 당사자가 지속적이고 개방적인 의사소통을 할 수 있도록 기대치를 최대한 빨리 설정해야 하는데, 특히 부모는 DSD에 따르는 불확실성 때문에 괴로워서 해결책을 급조하려고 할 수 있기 때문입니다(Crissman et al., 2011; Roberts et al., 2020). 보건의료 전문가와 가족/당사자 간 지속적

인 의사소통을 지원하는 공동의사결정 모델 및 관련 의사결정 도구가 개발된 바 있습니다(Karkazis et al., 2010; Sandberg et al., 2019; Siminoff & Sandberg, 2015; Weidler et al., 2019). 의료 제공자는 대화 기대치를 설정할 수 있을 뿐만 아니라 의사소통의 분위기도 설정할 수 있습니다. 의료 제공자는 부모와 당사자가 진단의 불확실성을 받아들일 수 있도록 돕는 동시에 해부학적 변이에 대해 이들을 교육하고 성별 정체성 및 성적 정체성에 대한 열린 태도의 귀감을 보이며 아동/당사자의 질문을 환영할 수 있습니다. 아동/당사자는 나이가 들어감에 따라 성, 월경, 가임력, (부신/성) 호르몬 치료 필요성, 뼈 건강, 암에 걸릴 위험성 문제에 대해 질문이 생기거나 연령에 맞는 정보를 필요로 할 수 있습니다.

부모는 아동을 교육하는 데 중요한 역할을 하며, 아동에게 건강 정보를 처음으로 밝히는 사람이 되기도 합니다(Callens et al., 2021). 의사소통 기대치 설정의 일환으로, 보건의료 제공자들은 부모가 아동의 인터섹스 진단 및 치료 이력에 관해 아동과 지원 체계의 구성원을 교육할 수 있도록 준비시켜야 합니다. 어떤 부모는 자기 자녀뿐만 아니라 타인에게 얼마나 많이 정보를 공개해야 하는지 판단하기 어렵다고 보고합니다(Crissman et al., 2011; Danon & Kramer, 2017). 부모가 인터섹스성의 자녀의 진단을 가급적 공개하지 않거나 논의하지 않는 태도를 취하면, 자녀를 양육하면서 겪는 스트레스는 증가합니다(Crissman et al., 2011). 스트레스 정도는 발달 단계에 따라서도 달라지는데, 청소년의 부모는 스트레스를 더 많이 겪는다고 보고합니다(Hullman et al., 2011). 따라서 보건의료 전문가는 부모가 아동의 발달 단계에 알맞으며 부모의 심리사회적 또는 문화적 우려와 가치관에 맞는 전략을 개발하도록 도와야 합니다(Danon & Kramer, 2017; Weidler & Peterson, 2019). 마지막으로, 섹슈얼리티와 성별이형(gender variance)를 더 광범위하게 다룬 연구에 따르면—수치심/낙인이 부정적인 건강 결과와 연관되는 것과는 정반대로—당사자를 지지하는 가족의 행동(아동의 정체성에 대해 아동과 이야기를 나누고 아동을 동료집단과 연결하는 것 포함)은 향후 당사자의 자존감 증진과 건강 결과의 개선을 예측할 수 있는 지표가 된다고 나타났습니다(Ryan et al., 2010).

권고성명 10.5

우리는 보건의료 전문가와 부모가 인터섹스성이 있는 아동/사람이 생애에 걸쳐 자기 성별을 탐색하는 것을 지지하자고 제안합니다.

심리·사회·문화적 구성물은 모두 생물학적 요인과 상호교차하면서 개인의 성별정체성을 형성합니다. 인터섹스성이 있는 집단은 아동기에 성별비순응 행동, 성별에 대한 의문 제기, 성별을 바꾸고자 하는 희망을 나타내는 비율이 더 높는데, 이 비율은 태아의 뇌가 분화하는 태아 시기의 성호르몬 환경과 출생 당시 지정된 성의 불일치와도 일부 관련이 있습니다(Callens et al., 2016; Hines, et al., 2015; Meyer-Bahlburg et al., 2016; Pasterski et al., 2015). 성별정체성 문제는 다양한 인터섹스 상태가 있는 사람에게서 다양한 비율로 관찰됩니다(de Vries et al., 2007). 최근 기록에 따르면 몇몇 사람은 적어도 남모르게 논바이너리 정체성을 형성합니다(Kreukels et al., 2018). 인터섹스성이 있는 사람 대다수는 성별불쾌감을 경험하거나 성별 트랜지션을 원하지 않음에도, 자기 성별에 불확실성을 느낄 수 있고 자기 성별에 대해 갖는 의문에 답을 얻지 못할 수 있습니다(Kreukels et al., 2018). 성별정체성에 관한 의문은 생식기의 모습과 사춘기 발달과 같은 요인 때문에, 그리고 의학적 상태를 진단하는 용어나 생식샘의 상태나 성염색체의 상태나 생식기 수술 이력을 알게 되면서 생겨날 수 있습니다. 그러므로 내담자에 대한 보건의료 전문가의 접근성을 높여 내담자가 이러한 의문과 느낌에 대해 상의하고 성별다양성에 대해 열린 태도로 대화하며 성별에 대해 덜 이분법적으로 접근할 수 있도록 하여야 합니다. 보건의료 전문가도 부모가 아동이 성별을 탐색하는 것을 지원하도록 부모를 안내하는 것이 좋습니다.

뿐만 아니라, 이러한 지원은 아동기에만 해 주어서는 안 됩니다. 오히려 당사자들이 평생에 걸쳐 자신의 성별정체성을 탐색할 기회를 주어야 합니다. 매 시기마다(예컨대 사춘기/청소년기, 가임기) 성별에 관해 새로운 의문이 생겨날 수 있기 때문입니다. 일반적으로 아동은 성숙하고 성장하는 과정 중 중요한 시점에 자신의 성별정체성에 관한 의문이 생길 수 있습니다. 생식기 모호성, 생식기 검사 및 시술, 문화적 편견 및 문화적 영향의 상호교차성 등 추가 스트레스 요인이 생기면 인터섹스성이 있는 사람들은 지원을

받아야 할 수 있으며, 필요하다면 이들이 전문가의 조력과 안내를 받도록 장려해야 합니다. 또한 보건의료 전문가는 인터섹스성이 있는 내담자가 이러한 지원을 필요로 하는지 정기적으로 문의해야 합니다. 성별 불일치를 겪는 사람에게는 성별확정 개입을 고려할 수 있습니다. 이러한 개입에 해당하는 시술은 다른 장에서 설명합니다.

권고성명 10.6

우리는 보건의료 전문가가 의학적 및 의학적 바깥의 개개인/단체들과 협력함으로써 안녕을 증진하고 인터섹스 상태에 따를 수 있는 낙인을 최소화할 것을 제안합니다.

인터섹스성이 있는 사람들은 낙인, 수치심, 죄책감, 분노, 슬픔, 우울을 겪는다고 알려져 있습니다(Carroll et al., 2020; Joseph et al., 2017; Schützmann et al., 2009). 심리적 문제는 이 집단에서 일반 인구보다 더 높은 수준으로 관찰됩니다(Liao & Simmonds, 2014; de Vries et al., 2019). 뿐만 아니라 임상 팀은 낙인에 대한 부모의 두려움과 부모가 자녀의 진단에 적응하는 데 관한 문제를 간과하면 안 됩니다. 부모를 지지하는 상담은 임상 의사결정을 관리하는 데 도움이 되고(Fleming et al., 2017; Rolston et al., 2015; Timmermans et al., 2019) 임상 결정이 자녀에 대한 부모 본인의 관점에 어떤 영향을 미치는지를 이해하는데에도 도움이 될 수 있습니다(Crissman et al., 2011; Fedele et al., 2010).

Thyen et al.(2005)이 밝힌 바에 따르면, 생식기 검사를 반복하는 것은 수치심, 두려움, 고통과 상관관계가 있는 것으로 보이며 나중에 외상 후 스트레스 장애(PTSD)가 생길 가능성을 높일 수 있습니다(Alexander et al., 1997; Money & Lamacz, 1987). 반복되는 생식기 검사에 노출되고, 의료 개입에 두려움을 느끼고, 인터섹스인 것을 부모와 의사가 숨기면 결국 인터섹스성이 있는 사람의 자기 임파워먼트와 자존감은 약화합니다(Meyer-Bahlburg et al., 2018; Thyen et al., 2005; Tishelman et al., 2017; van de Grift, Cohen-Kettenis et al., 2018). 유해한 심리적 부작용을 최소화하면서 생식기 검사를 실시하는 방법에 대한 권고는 Tishelman et al.(2017)을 참조하십시오.

인터섹스 공동체 내에서는 인터섹스인 사람을 의학적으로 비정상인 존재나 호기심의 대상으로 보는 대신 낙인을 완화하고 인터섹스인 사람의 인권과 존엄을 되찾고자 하는 운동이 활발히 일어나고 있습니다(Yogyakarta Principles, 2007, 2017). Chase(2003)는 인터섹스 권리 옹호 운동의 주요 근거를 요약하고, 무지와 비밀을 유지해야 한다는 인식이 어떻게 낙인과 정서적 트라우마로 이어지는지 설명합니다. 인터섹스 상태에 대해 대중의 인식 수준은 매우 낮으며, 인터섹스성이 있는 사람들의 이미지와 역사는 여전히 '자연이 낳은 기형'으로만 제시됩니다. 그러므로 우리는 보건의로 전문가가 동료와 인터섹스성이 있는 개개인 및 그 가족과 지역사회를 적극적으로 교육하고 대중의 인식을 제고하며 인터섹스성에 대한 지식을 증진할 것을 권합니다. 인터섹스성에 대해 사회가 인식하고 알게 되면 차별과 낙인을 줄이는 데 도움이 될 수 있습니다. 또한 도구 및 교육/정보 자료는 인터섹스성이 있는 사람이 원하는 경우 자신의 상태를 공개하는 데 도움이 될 수 있습니다(Ernst et al., 2016).

보건의로 전문가는 내담자가 겪는 낙인을 인식하고 거기에 대처할 수 있어야 하며(Meyer-Bahlburg et al., 2018) 다양한 연령대의 인터섹스성이 있는 사람들이 자조 모임을 통해 서로 연결되도록 장려해야 합니다. 내담자가 인터섹스 관련 낙인에 대처하도록 돕는 구체적인 기술/방법을 개발할 필요가 있습니다.

권고성명 10.7

우리는 보건의로 전문가가 필요 시 인터섹스성이 있는 아동/사람과 가족을 정신 건강 전문가에게 의뢰하고 동료 지원, 기타 심리사회적 지원에 연계할 것을 제안합니다.

부모는 인터섹스성이 있는 아이의 탄생을 거의 예상하지 못하며, 이러한 아이가 탄생하면 대다수가 충격을 받습니다. 어디서나 받는 질문인 "아이가 아들인가요 딸인가요?"라는 질문에 즉각 대답하지 못하고 아이의 상태에 대한 지식은 없고 아이의 미래는 불투명하고 인터섹스에 대한 낙인은 만연하다 보니 부모는 괴로움을 겪을 가능성이 높는데, 이러한 괴로움은 PTSD 수준에 이를 수 있으며 불안과 우울증이 장기화될 수 있습니다(Pasterski et al., 2014; Roberts

et al., 2020; Wisniewski & Sandberg, 2015). 이러한 상황은 인터섹스성이 있는 아동에 대한 부모의 보살핌과 이 아동의 장기 건강 결과에 영향을 미칠 수 있습니다(Schweizer et al., 2017). 이러한 아동은 성장하면서 삶의 모든 영역에서 인터섹스에 대한 낙인을 세 가지 주요 형태(실제 발생하는 낙인, 발생할 것이라고 예상하는 낙인, 내면화된 낙인)로 경험할 위험에 처하며(Meyer-Bahlburg et al., 2018), 신체 이미지 문제, 성별 비정형 행동, 성별정체성에 대한 의문 등 다른 문제도 겪을 수 있습니다. 자신에게 지정된 성별이 핵형, 생식샘, 과거 및/또는 현재의 성호르몬 환경, 생식기관 구성 등 생물학적 특징과 일치하지 않는다는 사실을 인식함에 따라 추가로 어려움을 겪는 이들도 많습니다. 이러한 상황은 당사자의 정신 건강에도 유해한 영향을 미칠 수 있습니다(Godfrey, 2021; Meyer-Bahlburg, 2022). 최근 대규모 LGBTQ 청소년 표본을 대상으로 실시한 온라인 연구에 따르면, 자신의 신체에 인터섹스 변이가 있다고 분류한 청소년은 인터섹스성이 없는 LGBTQ 청소년에 비해 정신 건강 문제가 있는 비율이 더 높게 나타났습니다(Trevor Project, 2021). 인터섹스 상태는 드물게 발생하기 때문에, 이러한 아동의 부모도 훗날 당사자 본인도 자신의 상황이 독특하며 남들이 이해하기 매우 어려울 것이라고 느낄 수 있습니다. 따라서 인터섹스 건강 관리에 경험이 있는 보건의로 전문가들이 임상 경험에 근거해 합의한 바에 따르면 사회적 지원은 인터섹스 건강 관리에서 핵심적인 요소이며, 정신 건강 전문가의 전문적인 지원(Pasterski et al., 2010)뿐만 아니라 인터섹스 상태가 있는 사람들의 자조 모임을 통한 지원이 중요합니다(Baratz et al., 2014; Cull & Simmonds, 2010; Hughes et al., 2006; Lampalzer et al., 2021). Lee, Nordenström et al.(2016)은 세계의 DSD 및 인터섹스 동료 자조 모임 및 권리 옹호 단체와 웹사이트의 목록을 자세히 나열했습니다. 인터섹스 상태와 치료 요법은 다양하기 때문에, 인터섹스성이 있는 사람은 본인과 같거나 비슷한 상태가 있는 사람이 구성원으로 있는 자조 모임에 참여하는 것이 가장 도움이 될 것입니다. 인터섹스 건강 관리를 전문으로 하는 보건의로 전문가가 이러한 자조 모임과 긴밀하게 협력하는 것은 중요합니다. 때로 건강 관리의 특정 측면에 대해 의견 차이가 생길 경우 자세한 논의를 통해 의견 차이를 해소할 수 있기 때문입니

다. 또한 보건의로 전문가와 자조 모임이 긴밀하게 접촉하면 공동체 기반 참여연구가 활성화되어 양쪽 모두에게 도움이 될 수 있습니다.

권고성명 10.8

우리는 보건의로 전문가가 인터섹스성이 있는 사람의 성별정체성, 연령, 고유한 의학적 상황에 맞게 당사자 및 그 가족과 사춘기 억제 및/또는 호르몬 치료 선택지에 관해 상담할 것을 권고합니다.

인터섹스성이 있는 사람 중 많은 이들은 성별정체성이 본인의 XX 또는 XY 핵형에 부합하지만, 이들 내부의 이질성도 충분히 크기 때문에 보건의로 전문가는 맞춤형 접근법을 취할 수 있어야 합니다. 예를 들어, 남성화 CAH가 있고 XX인 사람 중에는 성별정체성이 남성인 사람이 소수이기는 해도 예상보다는 많습니다(Dessens et al., 2005). 불완전 안드로겐무감각증후군이 있고 XY인 사람들의 성별정체성은 상당히 다양하게 나타날 수 있습니다(Babu & Shah, 2021). 뿐만 아니라, XY이면서 5알파환원효소 2형 결핍증(5 α -RD-2 deficiency)이 있거나 17 베타하이드록시스테로이드 탈수소효소 3형 결핍증(17-beta-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency)이 있으면서 출생 당시 여성으로 지정된 사람 중 상당수는(전자는 56~63%, 후자는 39~64%) 나이가 들면서 전형적인 여성에서 전형적인 남성으로 성역할을 바꿉니다(Cohen-Kettenis, 2005).

인터섹스성이 있는 사람은 본인의 성별정체성 및 성별정체성과 해부학적 구조의 일치 정도에 따라 다양한 의학적 선택지를 택할 수 있습니다. 이러한 선택지에는 사춘기억제제와 호르몬 치료와 수술이 포함되며, 이 모두는 당사자의 고유한 상황에 맞게 조정됩니다(Weinand & Safer, 2015; Safer & Tangpricha, 2019)(더 자세한 내용은 제 6장 '청소년'과 제 12장 '호르몬 치료' 참조). 구체적으로 말하자면, 몸에 기능하는 생식샘이 있는 경우 생식샘자극호르몬방출호르몬(GnRH)유사체를 사용해 사춘기를 일시적으로 중단할 수 있습니다. 이러한 개입을 통해 당사자가 성별정체성을 탐색하고 자신의 성 결정에 적극 참여하는데 필요한 시간을 확보할 수 있는데, 성역할 변화가 자주 발생하는 인터섹스 상태가 있는 사람에게는 특히 이러한 시간이 필요합니다(예: 5 α -RD-2 결

핍증이 있으며 여성으로 양육된 사람들; Cocchetti, Ristori, Mazzoli et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016).

보건의로 전문가에게 충분한 전문성이 있고 전문성을 활용해 당사자에게 적합한 치료 과정과 선택한 치료를 실시하는 데 따르는 세부 계획을 결정할 수 있다면, 보건의로 전문가는 당사자와 그 가족을 직접 상담할 수 있습니다.

권고성명 10.9

우리는 보건의로 전문가가 부모 및 인터섹스성이 있는 아동(이 아동이 인지 면에서 충분히 발달한 경우)과 상담하여 성별확정 생식기 수술, 생식샘 수술, 또는 두 가지 모두를 연기함으로써 아동의 자기결정권과 충분한 정보에 근거한 사전동의에 근거하여 결정에 참여할 능력을 최적화할 것을 제안합니다.

국제 인권 단체는 아동이 유의미하게 의사결정에 참여할 수 있게 되기 전에 수술을 실시하면 아동이 자율성과 자결권과 열린 미래를 누릴 인권을 위협할 수 있다고 우려를 표해 왔습니다(예: Human Rights Watch, 2017). 수많은 의료 단체와 인터섹스 권리 옹호 단체 및 여러 국가도 이러한 국제 인권 단체와 뜻을 모아 의학적으로 가능한 경우 수술을 연기하라고 권고합니다(Dalke et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). 그러나 요로 폐쇄나 골반장기 노출 등 몇몇 해부학적 변이는 신체 건강에 즉시 위험한 영향을 미칠 수 있다는 점에 유의하는 것이 중요합니다(Mouriquand et al., 2016). 월경(출구) 폐쇄, 미하강고환으로 인한 장기적인 악성 종양 위험 등 다른 변이도 결국 신체에 영향을 미칩니다. 또 다른 유형의 변이로는 외부 생식기 모양의 변이나 질 깊이의 변이 등이 있는데, 이러한 변이는 신체에 즉시 또는 장기적으로 위험한 영향을 미치지 않습니다. 위의 권고성명은 치료하지 않아도 신체에 즉각 유해한 영향을 미치지 않으며 수술 치료를 늦춰도 신체 건강에 위험한 영향을 미치지 않는 해부학적 변이에만 해당합니다.

이러한 변이가 있는 사람들에게 대해 긴급하지 않은 외과 치료를 하는 것은 복잡하고 종종 논란이 되는 문제입니다. 당사자가 영아나 어린 아동이어서 의사 결정 과정에 참여하지 못하는 경우에는 특히 그렇습

니다. 인터섹스성이 있는 사람들은 나이가 든 후 우울증, 불안, 성적 낙인과 사회적 낙인 등 심리사회적 문제와 성 건강 문제를 겪었다고 보고한 바 있습니다 (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020). 몇몇 연구에서는 특정한 변이가 있는 사람들(예: 46,XX CAH)이 청소년기 이전에 수술을 하는 데 찬성한다고 나타났습니다(Bennecke et al., 2021). 최근 연구에서는 일부 청소년과 성인이 아동기에 수술한 생식기의 모양과 기능에 만족한다고 나타났습니다(Rapp et al., 2021). 아이의 생식기가 남과 다르다는 사실 때문에 부모는 스트레스를 받을 수 있으며, 이 불법적인 생식기를 만드는 수술이 부모의 스트레스를 조금 줄이는 것과 상관관계가 있다는 연구도 있습니다(Wolfe-Christensen et al., 2017). 단, 소수이기는 해도 결정을 후회하는 부모도 있습니다(Ellens et al., 2017). 그렇기 때문에 어떤 단체에서는 아주 어린 아동에게 수술을 권유하기도 합니다(American Urological Association, 2019; Pediatric Endocrine Society, 2020).

여기에서 보시다시피, 조기 생식기 수술 지침에 관해서는 의학계 내부에 대립이 있습니다. 이 장의 저자들도 완전한 합의를 달성하지 못했습니다. 어떤 인터섹스 전문의들은 즉시 의학적 위험을 초래하지 않는 생식기 변이에 대한 조기 생식기 수술을 일괄적으로 연기하라고 주장하는 것이 해로울 수 있다고 여깁니다. 이러한 견해를 뒷받침하는 이유는 다음과 같습니다. 1) 인터섹스 상태의 유형, 중증도, 관련 생식샘 구조, 기능, 악성 종양 위험은 각자 상당히 다릅니다. 2) 성별 규범과 인터섹스에게 찍힐 수 있는 낙인은 사회와 가족에 따라 매우 달라집니다. 3) 조기 수술은 기술적으로 유리한 점이 있을 수 있습니다. 4) 인터섹스성이 있는 사람들(대다수가 이미 생식기 수술을 받았음)에 대한 설문조사를 검토한 결과 이들 대다수가 사전 동의 연령 이전에 수술을 실시하는 데 찬성하는데, 46,XX CAH 인 사람들이 특히 강력하게 찬성하며 XY 인터섹스 상태가 있는 사람은 상대적으로 덜 찬성합니다(Meyer-Bahlburg, 2022). 이러한 견해를 지지하는 전문가들은 생식기 수술 및 수술 시기를 결정할 때 개별화된 접근을 해야 한다고 주장합니다. 인터섹스 전문의의 비율이 높은 의학 학회들(Bangalore Krishna et al., 2021; Pediatric Endocrine Society, 2020; Speiser et al., 2018; Stark et al., 2019)

과 특정 지원 단체들(CARES Foundation; Krege et al., 2019)이 이러한 접근법을 채택했습니다.

그러나 장기 결과 연구는 부족하며, 긍정적인 결과를 보고한 연구 대부분에는 수술을 받지 않은 대조군이 없습니다(Dalke, et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). 또한 수술이 인터섹스 상태가 있는 아동을 낙인으로부터 보호한다는 근거도 없습니다(Roen, 2019). 인터섹스성이 있는 성인은 실제로 자신의 생식기와 관련해 낙인, 우울, 불안을 겪지만, 수술 여부와 무관하게 낙인을 겪을 수도 있습니다(Ediati et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018). 수술이 미용적·비뇨기계 관련 성적 합병증을 일으키고 합병증이 성인기까지 이어진다는 근거도 있습니다(Gong & Cheng, 2017; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). 최근 연구에 따르면 몇몇 집단은 생식샘절제술을 특히 부정적으로 경험할 수 있다고 보이지만, 이러한 위험은 생식샘에 악성 종양이 발생할 위험과 비교해 따져야 합니다(Duranteau et al., 2020; Rapp et al., 2021). 인터섹스 상태가 있는 사람들은 일반 인구에 비해 트랜스젠더이거나 성별다양성이 있거나 성별불쾌감이 있을 가능성이 훨씬 더 높습니다(Almasri et al., 2018; Pasterski et al., 2015). 그러므로 어린 아동의 생식기를 수술하면 당사자의 미래에 부합하지 않는 이분법적 성 지정을 돌이킬 수 없이 강화하게 될 수도 있습니다. 이러한 연구 결과와 인권 관점은 당사자가 스스로 결정을 내릴 수 있을 때까지 수술을 연기해야 한다는 주장을 뒷받침합니다.

성별정체성, 정신 건강 및 전반적인 삶의 질과 관련하여, 인터섹스 상태는 같지만 서로 다른 연령에 수술을 받은 사람들 또는 수술을 받지 않은 사람들을 비교하는 체계적인 장기 추적 연구를 실시하는 것이 시급합니다.

권고성명 10.10

우리는 인터섹스 생식기 수술 또는 생식샘 수술에 경험이 있는 의사만이 인터섹스성이 있는 사람을 수술할 것을 제안합니다.

인터섹스 상태는 드물게 발생하며 인터섹스인 생식기 및 생식샘의 해부 구조는 서로 다릅니다. 수술

은 상당한 장기 합병증 위험과 관련이 있으며(예: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020) 외과 수련 프로그램 중 수련생이 이러한 전문적인 술기를 할 수 있도록 가르치는 프로그램은 거의 없습니다(Grimstad, Kremen et al., 2021). 전문가 및 국제적 합의에 의해 만들어진 표준에서는 생애주기에 걸친 관리의 복잡성을 고려하여 다학제 전문가 팀이 이러한 건강 관리를 제공하라고 권고합니다(Krege et al., 2019; Lee, Nordenström et al., 2016; Pediatric Endocrine Society, 2020). 따라서 우리는 인터섹스에 특화되고 다학제적이며 인터섹스 건강 관리 경험이 있는 외과의가 있는 환경에서만 조치를 할 것을 권합니다.

권고성명 10.11

우리는 호르몬 치료/수술을 처방하거나 의뢰하는 보건의료 전문가가 a)호르몬 치료/수술이 향후 가임력에 미칠 수 있다고 알려진 영향, b)치료가 미칠 수 있는 영향 중 잘 연구되지 않았고 가역성 여부가 불투명한 영향, c)가임력 보존 선택지, d)불임증이 미치는 심리사회적 영향에 관해 생식 가능성이 있고 인터섹스성이 있는 사람들 및 그 가족과 상담할 것을 권고합니다.

특정 인터섹스 상태가 있는 사람들은 생식기에 생식 기능이 있지만 생식샘이 비정상 발달해서 가임력이 없습니다. 어떤 사람들은 생식샘이 기능하고 생존 가능 생식세포가 있지만 내부생식기 또는 외부생식기 불일치로 인해 자연적으로 생식할 수 없습니다(van Batavia & Kolon, 2016). 사춘기 억제, 스테로이드 성호르몬을 이용한 호르몬 치료, 성별확정 수술은 모두 미래의 가임력을 저해하는 방향으로 영향을 미칠 수 있습니다. 그러므로 치료에 따를 수 있는 결과와 가임력을 보존할 수 있는 선택지가 무엇인지를 검토하고 의논해야 합니다.

고환이 기능하는 사람에게는 에스트로겐 치료와 테스토스테론 억제치료에 대해 설명해야 합니다. 인터섹스성이 없는 TGD 사람들을 대상으로 한 연구에 따르면 이러한 치료는 고환 위축과 정자 수 감소를 초래할 수 있기 때문입니다(Mattawanon et al., 2018). 이와 같은 성별확정 호르몬 치료를 중단하면 정자의 질은 좋아질지도 모르지만, 정액 손상을 완전히 되돌

릴 수 있을지는 보장할 수 없습니다(Sermondade et al., 2021). 고환이 기능하는 사람의 가임력을 보존하는 데 주로 쓰이는 선택지는 자위나 진동 자극을 통해 채취한 정자를 냉동보존하는 것입니다(de Roo et al., 2016). 인간을 대상으로 성공한 데이터는 아직 없지만, 첫 사정 전의 청소년에게서 고환을 직접 절제하여 미성숙 고환 조직을 냉동보존하는 방법도 제안된 바 있습니다(Mattawanon et al., 2018).

난소가 기능하는 사람에게는 테스토스테론 치료가 월경과 배란을 모두 몇 달 이내로 멈추게 한다고 알려주어야 합니다. 테스토스테론이 난자에 어떠한 영향을 미칠 수 있으며 그에 따라 가임력에는 어떤 영향이 미칠 수 있는지에 대해서는 아직 알려지지 않은 점이 많습니다. 트랜스젠더인 사람들을 대상으로 한 연구에 따르면 테스토스테론 치료는 다낭성난소 형태 발달과 관련이 있을 수 있습니다(Grynberg et al., 2010). 그러나 또 다른 연구자들은 성별확정 호르몬 치료를 받는 트랜스젠더 남성에게 다낭성난소증후군(PCOS)이 있다는 증거를 대사 지표(Chan et al., 2018)나 조직학적 지표(de Roo et al., 2017)에 근거하여 찾지는 못했습니다. 자궁이 온전하고 난소가 기능하는 사람은 테스토스테론 치료를 중단한다면 가임력을 회복할 수도 있습니다.

인터섹스성이 있고 난소가 기능하는 사람이 사춘기 이후에 가임력을 보존하려면 호르몬 자극을 이용해 성숙한 난자를 냉동보존하거나 난소 조직을 냉동보존하는 방법을 선택할 수 있습니다. 한편 테스토스테론 치료를 계속 받는 중인 트랜스젠더 남성의 배란을 유도하여 난자를 추출한 사례도 보고되었습니다(Greenwald, 2021). 이와 유사하게, GnRHa 치료를 받는 트랜스젠더 소년의 배란을 유도하여 난자를 냉동보존한 사례가 보고되었습니다(Rothenberg et al., 2019). 배란 유도, GnRHa 치료나 테스토스테론 치료 또는 두 가지 모두를 일시중지하는 것, 부인과 시술 모두가 당사자로 하여금 심리적으로 괴로움을 느끼게 할 수 있으며, 스트레스 반응은 정신 건강, 성별정체성 및 다른 의료 경험의 영향을 받는다는 점에 유의해야 합니다. 특정한 개입을 실시할 수 있는지 여부는 배우자가 될 수 있는 사람을 포함해 당사자의 사회적 네트워크에 속한 사람의 지지에 따라 달라질 수 있습니다.

권고성명 10.12

우리는 인터섹스성이 있고 선천적으로 난임인 사람들을 관리하는 보건의료 전문가에게 당사자가 부모가 될 수 있는 다양한 대안을 당사자 및 가족에게 일찍부터 점차 알릴 것을 제안합니다.

인터섹스 특성이 있는 사람은 임신을 시도하지 않아도 유아기나 아동기나 청소년기나 성인기에 난임 가능성을 인지할 수 있습니다. 많은 이들은 인터섹스 진단을 받음과 동시에 난임 진단을 받습니다(Jones, 2019). 어떤 사람들은 보조 이종 수정(예: 난자 또는 정자 기증)을 선택할 수도 있습니다. 입양할 수 있는 방법도 다양합니다. 어떤 방법은 당사자가 매우 노력하고 시간을 많이 투자해야 할 수 있습니다. 앞에서 설명한 방법으로 가임력을 보존하려 노력하는 데 관심이 없는 사람이나 생식이 불가능한 사람에게는 입양 및 다른 방법으로 부모가 될 수 있는 선택지를 일찍 접하는 것이 도움이 될 수 있습니다. 뮐러관무발생인 사람을 대상으로 한 자궁 이식이 예비 단계에서 성공하기는 했지만(Richards et al., 2021), 이식거부 반응을 피하기 위해 사용되는 면역억제제가 발달 중인 태아에게 노출될 때 발생하는 위험을 피하기 위한 프로토콜은 현재까지 없습니다.

제 11 장 시설 환경

이 장은 시설에 거주하는 트랜스젠더.성별다양성이 있는(TGD) 사람의 건강 관리를 다룹니다. 정의에 따르면 시설이란 사람들이 집단 또는 대규모 그룹 환경에서 생활하고 관리를 받는 기관 또는 설립물로, 이곳에서 생활하는 사람들은 이동의 자유나 개인으로서 동의할 권리나 행위성을 누릴 수도 있고 누리지 못할 수도 있습니다. 수감 시설(교정 시설, 이민자 수용소, 구치소, 소년원)과 비수감 시설(장기 요양 시설, 정신건강의학과 입원 시설, 상이군인 요양 시설, 호스피스/완화치료, 생활 지원 시설) 등의 거주 시설에서는 트랜스젠더인 사람에게 보건의료를 제공할 수 있습니다. TGD 사람에 대한 적절한 건강 관리를 뒷받침하는 근거는 대부분 수감 시설에서 나왔습니다. 그러나 여기에서 제시하는 권고성명은 수감 시설이든 비수감 시설이든 TGD 사람이 거주하는 모든 시설에 적용됩니다(Porter et al., 2016). 「건강관리실무표준」의 모든 권고성명은 이 두 가지 시설에 거주하는 사람에게 동등하게 적용됩니다. 모든 사람은 시설 내 거주 상황에 관계 없이 의학적으로 필요한 치료를 받을 수 있어야 합니다(Brown, 2009). 시설에 수용된 사람의 건강을 관리할 때에는 이 사람이 시설에 수용되지 않은 사람과 달리 스스로 치료에 대한 접근성을 확보할 수 없다는 점을 고려해야 합니다. 그러므로 시설에 수용된 사람들이 세계트랜스젠더보건의료전문가협회(WPATH)가 제정한 「건강관리실무표준」을 적용받을 수 있도록 지원해야 합니다.

수감 시설에 거주하는 TGD 사람들은 의학적으로 필요한 트랜스젠더 전문 보건의료(제 2 장 '전 세계적 적용 가능성' 권고성명 2.1 참조)에 접근할 수 없다는 점을 수감 시 가장 우려하는 사항으로 꼽았습니다(Brown, 2014; Emmer et al., 2011). 여러 수감 환경에 인종 불평등이 체계적으로 내재한다는 점(Sawyer, 2020), 건강 결과에 인종간 격차가 있다는 점(Nowotny et al., 2017), 일부 수감 시설에 유색인인 TGD 사람들이 과대 대표된다는 점(Reisner et al., 2014)에서 여실히 드러나듯이, 시설 관리 지도층은 전환기 의료(transitional care)³⁵ 접근성 이슈에 신경

을 쓸 필요가 있습니다. 통제된 연구에 따르면, 트랜스젠더이면서 사법 문제에 연루된 사람들을 수감/투옥되지 않은 트랜스젠더 집단 사이에는 임상적으로 유의미한 건강 격차 및 정신 건강 격차가 발생하는 것으로 나타났습니다(Brown and Jones, 2015). 건강 관리를 제공하는 기관과 구조와 인력에는 성별다양성이 있는 사람들을 관리하는 데 필요한 지식, 훈련, 역량이 부족한 경우가 많습니다(Clark et al., 2017). 호스피스를 포함한 완화치료 환경에서는 TGD 입소자에 대한 차별이 흔히 일어나며, 이러한 환경에서 TGD 환자나 그 대리인의 필요는 무시되어 왔습니다(Stein et al., 2020). 이러한 이유로 요양원에 들어가기 전에는 공개적으로 레즈비언.게이.바이섹슈얼.트랜스젠더(LGBT)로 정체화하여 생활하였던 환자들도 요양원에 들어갈 때에는 자신의 성적 정체성 및/또는 성별정체성을 숨기기로 결정하기도 합니다(Carroll, 2017; Serafin et al., 2013).

이 장에 있는 모든 권고성명은 철저한 근거 검토, 이익과 위해 평가, 보건의료 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 활용과 실현 가능성에 기초합니다. 우리는 몇몇 경우에 근거가 충분하지 않고, 또는 서비스에 접근하는 것이 어렵거나 적합한 서비스가 아닐 수 있다는 점을 인정합니다. 시설에 관해 이용 가능한 문헌 대다수는 구치소, 교도소, 또는 기타 수감 환경에 수감된 사람들에 초점을 맞춥니다. 다른 시설 유형에 대한 문헌도 이용 가능한 경우 고려하고 참조하였습니다. 앞으로 조사를 통해 비수감 시설에 관한 데이터가 상대적으로 부족한 문제가 해결되기를 바랍니다. 위에 요약한 권고성명은 거주 기간이 장기라는 점, 행위성을 상실하거나 행위성이 제한된다는 점, 생활에 필요한 것들을 시설 직원에게 일부 또는 전부 의존한다는 점 등의 공통점이 있는 다양한 시설 환경에 일반적으로 적용할 수 있습니다.

³⁵ 환자가 서로 다른 장소 혹은 서비스 사이를 이동할 때, 보건의료의 연속성 확보를 위해 필요한 일련의 서비스를 전환기 의료(transitional care)라고 한다(백상숙,

2018). 전환기 의료는 성별정체성, 성별표현 또는 성적 지향을 강제로 교정하려고 하는 전환치료(conversion therapy)와는 전혀 다른 개념이므로 주의해야 한다.

권고성명

- 11.1- 우리는 시설에 거주하는(또는 시설이나 기관에 관련된) 사람들에게 성별확정 건강 관리를 제공할 책임이 있는 보건의로 전문가가 SOC-8 에서 나열한 권고성명 모두가 시설 입소자에게도 동등하게 적용된다는 점을 인식하기를 권고합니다.
- 11.2- 우리는 시설이 모든 직원에게 성별다양성에 대한 교육을 할 것을 제안합니다.
- 11.3- 시설에 거주하는 TGD 사람에게 성별확정 호르몬 치료가 필요할 경우, 우리는 이러한 사람에게 호르몬을 처방하고 모니터링할 책임이 있는 의학 전문가가 불필요한 지체 없이 SOC-8 에 부합하는 방식으로 이를 실시할 것을 권고합니다.
- 11.4- 시설에 거주하는 TGD 사람이 성별확정 수술 치료를 받고자 할 경우, 우리는 이 사람에게 보건의로 제공을 담당하는 직원과 전문가가 SOC-8 에 부합하는 성별확정 수술 치료를 불필요한 지체 없이 권고하고 지원할 것을 권고합니다.
- 11.5- TGD 사람이 적절한 의복 및 몸단장 용품을 요청할 경우, 우리는 행정 관리자, 보건의로 전문가 및 TGD 사람에 대한 돌봄을 담당하는 기관 직원 모두가 이 사람이 자기 성별표현에 부합하는 용품을 구할 수 있도록 허용할 것을 권고합니다.
- 11.6- 우리는 모든 기관 직원이 TGD 사람을 항상 TGD 사람 본인이 선택한 이름과 인칭대명사로 호칭할 것을 권고합니다.
- 11.7- 우리는 기관 행정 관리자, 보건의로 전문가 및 TGD 입소자의 주거에 관한 결정을 담당하는 모든 관계자가 당사자의 해부 구조나 출생 당시 지정된 성만을 고려하는 대신 당사자가 선호하는 주거, 성별정체성 및 성별표현, 안전 문제를 고려할 것을 권고합니다.
- 11.8- 우리는 시설 직원이 TGD 입소자를 분리하거나 격리하지 않으면서 이들의 안전을 보장하는 주거 정책을 수립할 것을 권고합니다.
- 11.9- TGD 입소자가 요청할 경우, 우리는 이들이 샤워실과 화장실 시설을 혼자 사용할 수 있도록 시설 직원이 허용할 것을 권고합니다.

권고성명 11.1

우리는 시설에 거주하는(또는 시설이나 기관에 관련된) 사람들에게 성별확정 건강 관리를 하는 보건의로 전문가가 SOC-8 에서 나열한 권고성명 모두가 시설 입소자에게도 동등하게 적용된다는 점을 인식하기를 권고합니다.

시설에서 생활하는 사람이 일반적인 영역 및 특수 영역에서 정신 건강 및 의학적 건강 관리를 필요로 하고 이를 받을 자격이 있듯이, 우리는 TGD 사람들이 이러한 시설에 거주하며 TGD 사람들의 문제에 특화된 건강 관리가 필요하다는 점을 인정합니다. 우리는 시설에서 생활하는 사람에게 「건강관리실무표준」(SOC)를 건강 관리 및 윤리의 기본 원칙으로서 적용하기를 권고합니다(Beauchamp & Childress, 2019; Pope & Vasquez, 2016). 또한, 여러 법원에서는 WPATH SOC 에 기반하고 TGD 관련 관련 정보를 갖춘 건강 관리를 제공해야 한다는 점을 오래 전부터 확인했습니다(판례: Koselik v. Massachusetts, 2002; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020).

장기 재가 서비스를 제공하는 직원을 배치하는 기관도 「건강관리실무표준」의 적용 가능성을 인지해야 합니다.

권고성명 11.2

우리는 시설이 모든 직원에게 성별다양성에 대한 교육을 할 것을 제안합니다.

TGD 사람들에 대한 건강 관리는 소수 인구에 적용되므로, 본 SOC 제 8 판에서 설명한 바와 같이 전문적인 훈련이 필요합니다. 훈련 수준은 시설 환경에서 직원이 어떤 역할을 하는가에 따라 달라지지만, 모든 직원은 입소자를 적절하게 대하는 방법을 교육 받아야 합니다. 한편 어떤 임상 직원은 더 집중적인 훈련 및/또는 자문을 받아야 할 수도 있습니다. 훈련에 관한 이와 같은 권고는 장기 재가 돌봄을 위해 직원을 파견하는 기관에도 적용됩니다. 시설 입소자에게 잘못된 성별용어를 사용(미스젠더링)하고 성별에 적합한 의복, 샤워 시설, 주거를 허용하지 않고 당사자가 선택한 이름을 사용하지 않는 행위는 TGD 입소

자를 존중하지 않는다는 것을 나타내며, 이러한 수모를 반복해서 겪으면 TGD 입소자에게는 정서적 트라우마, 우울, 불안이 생길 수 있습니다. 이러한 위하는 모든 시설 직원에게 성별다양성 및 트랜스젠더 건강 관리 이슈에 관한 기본 역량을 교육함으로써 예방할 수 있습니다(Hafford-Letchfield et al., 2017). 설문조사에 따르면 수감된 사람들을 상대하는 직원뿐만 아니라 완화치료 등 비수감 환경에서 일하는 직원도 관련 지식이 상당히 부족한 것으로 나타났습니다(Stein et al., 2020; White et al., 2016). Hafford-Letchfield et al.(2017)은 장기 거주 시설의 직원을 교육할 때 "LGBT 이슈를 인식"하고 이러한 이슈가 요양 시설에도 존재한다고 인식하는 데에서 출발하는 것이 도움이 됨을 보여주었습니다. 담당자로 지정된 보건 의료 제공자에게 자신이 담당하는 사람 중 성별다양성이 있는 사람들을 평가하고/하거나 치료할 전문성이 없다면, 성별확정 건강 관리 제공에 전문성이 있는 전문가에게 외부 자문을 구해야 합니다(Brömdal et al., 2019; Sevelius and Jenness, 2017).

권고성명 11.3

시설에 거주하는 TGD 사람에게 성별확정 호르몬 치료가 필요할 경우, 우리는 이러한 사람에게 호르몬을 처방하고 모니터링할 책임이 있는 의학 전문가가 지체없이 SOC-8에 부합하는 방식으로 호르몬을 처방하고 모니터링할 것을 권고합니다

TGD 사람은 성별확정 호르몬 치료를 위한 평가가 필요한 상태에서 시설에 입소할 수도 있고, 시설 환경에서 다양한 기간 동안 거주한 후에 이러한 평가를 받을 필요가 생길 수도 있습니다. TGD 사람이 자신에게 이러한 필요가 있다고 알린 지 수 개월이나 수 년이 지난 후에도 호르몬 치료를 받지 못하는 경우는 드물지 않고, 치료를 충분히 받지 못하고 모니터링도 제대로 받지 못한 결과 안전성과 효능을 보장하는 데 필요한 만큼 약물을 조절하는 것이 지연되는 경우도 드물지 않습니다(Keohane, 2018; Kosilek v. Massachusetts, 2002; Monroe v. Baldwin et al., 2019). 이

로 인해 우울증, 불안, 자살 경향성, 자가 수술 위험성 등 정신 건강에 현저하게 부정적인 결과가 일어날 수 있습니다(Brown, 2010). 의학적으로 필요한 모든 보건 의료 서비스와 마찬가지로, 수감 환경에서든 비수감 환경에서든 TGD 입소자는 필요한 경우 적시에 성별확정 호르몬 치료를 받을 수 있어야 합니다. 의학 전문가는 혈액 검사 결과와 임상 결과에 근거해 호르몬을 적절하게 조절하여 치료 결과가 내분비학계에서 권고하는 표준의 범위 내에 있도록 해야 합니다. 이러한 혈액 검사는 적절한 약물 조절을 늦추지 않는 빈도로 실시해야 합니다.

장기 요양 시설에 거주하는 TGD 노인에게는 고유한 필요 사항이 있습니다(Boyd, 2019; Carroll, 2017; Porter, 2016). 노인이 호르몬 치료를 요청할 때 의사는 기저질환을 평가해야 하지만, 이러한 기저질환 때문에 호르몬 투여가 노인 집단에서 절대 금기가 되는 경우는 거의 없습니다(Ettner, 2013). 시설에서 생활 하면서 성별불일치가 있는 사람에게는 동반하는 정신 건강 문제가 있을 수 있습니다(Brown and Jones, 2015; Cole et al., 1997). 전반적인 평가를 실시하면서 이러한 문제도 적절히 평가하고 치료해야 합니다. 호르몬을 투여받는 사람은 약물상호작용이나 다중약물요법 가능성을 피하기 위해 면밀한 모니터링을 받아야 합니다(Hembree et al., 2017).

적절한 성별확정 호르몬 요법을 받는 도중 시설에 입소하는 TGD 사람은 동일하거나 유사한 요법을 계속 받아야 하며 SOC-8에 따라 모니터링을 받아야 합니다. '시점 동결(freeze-frame)³⁶ 접근법은 부적절하고 위험합니다(Kosilek v. Massachusetts, 2002). 구시대적 관행인 '시점 동결' 접근법에 따르면 이미 호르몬 치료를 시작하지 않은 사람은 호르몬 치료를 받을 수 없고, TGD 사람은 입소 당시 투여받던 호르몬이 치료 시작용량(저용량)이어도 시설 거주 기간 내내 같은 용량의 호르몬을 투여받게 됩니다. TGD 사람이 새롭게 성별확정 호르몬 치료를 받는 것이 적절하다고 판단되면 이 사람은 시설 밖에 있을 때와 마찬가지로 이러한 치료를 받기 시작해야 합니다(Adams v.

³⁶ 시점 동결 정책(freeze-frame policy)이란 TGD 사람이 받는 성별확정 건강 관리의 수준을 이 사람이 입소한 시점의 상태로 '동결'하는 정책으로, 주로 수감 시설에서 실시한다. 이 정책에 따르면, 수감 전 성별확정 치료를 받

지 못했거나 자신이 이러한 치료를 받았다는 것을 증명하지 못하는 사람은 치료를 받지 못한다. (참조: GLAD, 2011; Lambda Legal, n.d.)

Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown 2009). 호르몬을 갑작스럽게 중단하거나 의학적으로 필요한 호르몬 치료를 시작하지 않으면 자가 거세를 이용한 외과적 자가 치료, 우울한 기분, 성별불쾌감 증가 및/또는 자살 경향성 등 (Brown, 2010; Maruri, 2011) 부정적인 결과가 발생할 가능성이 현저히 높아집니다(Brown, 2010; Sundstrom and Fields v. Frank, 2011).

시설에서 생활하는 사람이 성별확정 호르몬 치료 및/또는 수술을 받는다면, 성별 분리 주거 시설에서는 TGD 당사자의 안전과 안녕을 위해 이 사람을 수용하는 것에 관한 결정을 재평가해야 할 수도 있습니다(Ministry of Justice [UK], 2016).

권고성명 11.4

시설에 거주하는 TGD 사람이 성별확정 수술 치료를 받고자 할 경우, 우리는 이 사람에게 보건의로 제공을 담당하는 직원과 전문가가 SOC-8에 부합하는 성별확정 수술 치료를 불필요한 지체 없이 권하고 지원할 것을 권고합니다.

성별불쾌감이 있는 TGD 사람들에게는 의학적으로 필요한 외과 치료를 받을 수 있는 적절한 치료 계획이 있어야 하며, 이러한 외과 치료에는 시설 외부에서 사는 사람이 받는 치료와 유사한 요소가 포함되어야 합니다(Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown 2009; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). 시설 외부에서 이러한 치료를 받을 수 없는 시설 입소자에게 성별확정 수술이 허가되지 않거나 입소자가 이러한 수술에 접근할 수 없다면, 성별불쾌감 증상의 상당한 악화, 우울, 불안, 자살 경향성, 외과적 자가 치료(예: 자가 거세 또는 자가 음경 절제) 가능성 등 심각한 결과를 초래할 수 있습니다(Brown, 2010; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Maruri, 2011). 의학적으로 필요한 상황에서도 시설 입소자에게 성별확정 외과 치료뿐만 아니라 외과 치료를 위한 평가를 받는 것조차 허가하지 않는 일은 드물지 않습니다(Kosilek v. Massachusetts/Dennehy, 2012; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). 성별확정 외과 치료를 받는 데 의학적으로 필요한 평가, 성별확정 외과 치료, 치료에 필요한 사후 관리 제

공을 거부하는 것은 부적절하며 본 「건강관리실무표준」에도 부합하지 않습니다.

권고성명 11.5

TGD 사람이 적절한 의복 및 몸단장 용품을 요청할 경우, 우리는 행정 관리자, 보건의로 전문가 및 TGD 사람에게 대한 돌봄을 담당하는 기관 직원 모두가 이 사람이 자기 성별표현에 부합하는 용품을 구할 수 있도록 허용할 것을 권고합니다.

성별표현이란 사람들이 자기 문화권 및/또는 공동체 안에서 자신의 성별정체성과 연관된 머리 모양, 몸단장 제품, 의복, 이름, 인칭대명사를 착용/사용하는 것을 가리킵니다(American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017). 대부분의 사람은 일반적으로 문화권 또는 공동체 안에서 성별표현을 합니다. 사회적 트랜지션이란 TGD 사람들이 자신의 성별정체성을 진정성 있고 사회가 인식 가능한 방식으로 표현하기 시작하고 지속적으로 표현하는 과정입니다. 사회적 트랜지션을 하면 종종 출생 당시 특정한 법적 성별 표기를 지정받은 사람에게 흔히 기대하는 행동 및 공개적 외양과는 다른 행동 및 외양을 취하게 됩니다. 성별 표기란 일반적으로 출생 당시 공문서에 지정되거나 부여된 성을 가리키는 법적 라벨입니다(American Psychological Association, 2015). 성별 표기는 흔히 남성 또는 여성으로 표기되지만, 어떤 국가와 관할권에서는 인터섹스나 "X" 표기를 사용하기도 합니다. TGD 사람들은 시설 환경 안에서 생활하는 시스젠더인 사람들이 누리는 성별표현 권리를 똑같이 보장받아야 합니다. 또한, 직원이 사회적 트랜지션을 받아들이면 TGD 사람들을 존중하고 긍정하는 분위기가 형성되면서 시설에 거주하는 다른 사람들도 TGD 사람들을 더욱 존중하고 긍정하게 되고, 그에 따라 안전이 증진되고 성별불일치의 일부 측면이 감소할 수 있습니다.

연구에 따르면 사회적 트랜지션 및 성별정체성과 일치하는 성별표현은 TGD 사람들의 정신건강에 현저하게 유익한 영향을 미칩니다(Bockting & Coleman, 2007; Boedecker, 2018; Devor, 2004; Glynn et al., 2016; Russell et al., 2018). 성별정체성을 표현할 수 있도록 하기 위해, 이 장의 권고성명에는 성별과 일치하는 의복을 착용하고 머리 모양을 하도록 허용

하는 것, 성별에 적합한 위생용품 및 몸단장 제품을 입수하고 사용하도록 허용하는 것, 당사자가 선택한 이름이나 법적 성으로 불리도록 허용하는 것(주어진 이름을 아직 법적으로 개명하지 못했다 하더라도), 당사자의 정체성과 부합하는 인칭대명사로 불리도록 허용하는 것을 포함했습니다. 성별표현과 사회적 트랜지션의 이러한 요소들은 당사자의 필요에 따라 각각 또는 함께 성별불쾌감/불일치를 완화하고 우울, 불안, 자해 사고 및 자해 행동, 자살 사고 및 자살 시도를 줄입니다(Russell et al., 2018). 뿐만 아니라, 이와 같은 성별표현 요소가 성별정체성과 일치하면 안녕이 증진되고 기능이 향상됩니다(Glynn et al., 2016).

권고성명 11.6

우리는 모든 기관 직원이 TGD 사람을 항상 TGD 사람 본인이 선택한 이름과 인칭대명사로 호칭할 것을 권고합니다.

성별다양성이 있는 사람으로 공개적으로 정체화하는 사람의 비율이 높아지고 있으므로, 이러한 사람이 어디에서 생활하든 이들의 필요를 충족하는 관행과 정책을 개발하고 시행할 필요가 있습니다(McCauley et al., 2017). 예를 들어 시설에서는 입소자에 대한 의료·행정 기록 시스템을 활용하여 출생 당시 지정된 성만이 아니라 성별정체성과 일치하는 성별 표기를 기록해야 합니다. 이 장의 권고성명을 개발하는 과정에서 우리는 성별확장성이 TGD 사람들이 생활하는 일부 시설의 규범에 도전할 수 있다는 인식했습니다. 그러나 모든 시설은 시설에서 생활하는 모든 사람의 안전과 안녕을 보장해야 할 책임이 있습니다(Australia, 2015; Corrective Services New South Wales, 2015; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Kosilek v. Massachusetts, 2002; NCCHC, 2015). Sevelius 와 동료 연구자들(2020)은 올바른 인칭대명사를 사용하는 것이 트랜스젠더 여성의 성별을 긍정하는 효과가 있으며, 긍정적인 정신 건강 결과 및 긍정적인 HIV 관련 건강 결과와 상관관계가 있다는 사실을 입증했습니다. 만약 시설 입소자가 법적으로 개명했다면, 시설 기록을 수정하여 개명한 사실을 반영해야 합니다.

권고성명 11.7

우리는 기관 행정 관리자, 보건의료 전문가 및 TGD 입소자의 주거에 관한 결정을 담당하는 모든 관계자가 당사자의 해부 구조나 출생 당시 지정된 성만을 고려하는 대신 당사자가 선호하는 주거, 성별정체성 및 성별표현, 안전 문제를 고려할 것을 권고합니다.

거의 모든 시설 환경에서는 사람들을 출생 당시 지정된 성에 따라 분리하는 정책을 실시하는데(Brown and McDuffie, 2009; Routh et al., 2017), 이러한 정책은 그 자체로 위험한 환경을 조성할 수 있습니다(Ledesma & Ford, 2020). 성별다양성이 있는 사람들은 낙인, 피해, 방임, 폭력, 성적 학대에 극히 취약합니다(Banbury, 2004; Beck, 2014; Jenness and Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2018; Oparah, 2012; Stein et al., 2020). 경직된 성 분리 시스템은 종종 TGD 사람의 안전을 보장하지 못할 뿐만 아니라 성별확정 건강 관리에 대한 접근성을 떨어뜨리기도 합니다(Stohr, 2015). 그러므로 시설은 TGD 입소자의 주거 필요와 선호를 정기적으로 평가하는 절차를 따라야 합니다(예: Federal Bureau of Prisons, 2016). 미국 교도소강간근절법(Prison Rape Elimination Act)에서도 TGD 사람들을 취약 집단이라고 명시하며, 미국 전국 교도소에서 이러한 수감자의 주거 선호를 고려하라고 지시합니다(Bureau of Justice Assistance, 2017).

권고성명 11.8

우리는 시설 직원이 TGD 입소자를 분리하거나 격리하지 않으면서 이들의 안전을 보장하는 주거 정책을 수립할 것을 권고합니다.

TGD 입소자를 생식기 해부 구조나 출생 당시 지정된 성만을 근거로 배치하는 것은 잘못이며, 이렇게 하면 사람들이 신체적 및/또는 심리적 피해를 당할 위험이 발생합니다(Scott, 2013; Simopoulos & Khin, 2014; Yona & Katri, 2020). 수감 환경에서 트랜스젠더인 사람들은 다른 수감자에 비해 성적 괴롭힘이나 성폭행 또는 두 가지 모두를 당할 가능성이 훨씬 높다는 사실은 이미 확고하게 증명되었습니다(James et al., 2016; Jenness & Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2019). 입소자 배치를 결정할 때에는 보안 문제를 고려해야 하지만, 개별 사안에 따라 때로

는 당사자의 의견을 반영하여 공동의사결정을 내려야 합니다(Federal Bureau of Prisons, 2016; Jenness and Smyth, 2011). 어떤 트랜스젠더 여성은 남성 시설에 거주하는 것을 선호하는 반면, 어떤 트랜스젠더 여성은 여성 시설에서 더 안전하다고 느낍니다. 성별 정체성, 성별표현, 트랜지션 여부는 성별다양성이 있는 사람들 사이에도 서로 매우 다르므로, 입소자를 안전하게 보호하려면 유연한 의사결정 과정이 필요합니다(Yona & Katri, 2020). 장기 요양 시설에서 생활하는 LGBT 노인이 두려워하는 것 중 하나는 룸메이트에게 부당한 대우를 당하는 것입니다. 따라서 요양원과 생활보조시설에서는 출생 당시 지정된 성이나 수술 이력과 무관하게, 또한 TGD 환자와 협력하여, 이들이 스스로 정체화한 성별을 근거로 방을 배정하는 것을 고려해야 합니다.

독방 감금은 수감 시설에서 때로 격리 수용(administrative segregation)이라고도 불리며, 이는 개인이 매일 약 23 시간 동안 감방에 갇혀 물리적으로 격리되는 것을 가리킵니다. 일부 수감 시설에서는 격리를 자해·타해 위험이 있거나 다른 수감자에게 성폭행을 당할 위험이 있는 수감자를 보호하기 위한 수단으로 사용하기도 하지만 징계 조치로 사용하기도 합니다. 그러나 격리는 심각한 심리적 위해와 중대한 기능 장애를 초래할 수 있으므로, 안전 문제를 이유로 수감자를 반드시 격리해야 한다면 격리 기간은 짧아야 합니다(Ahalt et al., 2017; Scharff Smith, 2006). 교도소 표준을 제정하는 국가 기관과 유엔은 15 일 이상의 격리를 고문으로 간주합니다(NCCHC, 2016; United Nations, 2015).

권고성명 11.9

TGD 입소자가 요청할 경우, 우리는 이들이 샤워실과 화장실 시설을 혼자 사용할 수 있도록 시설 직원이 허용할 것을 권고합니다.

프라이버시는 성별정체성과 무관하게 보편적으로 필요하고 중요합니다. TGD 사람들은 공중 화장실 사용을 피하며 먹고 마시는 양을 제한하면서까지 공공 시설을 쓰지 않으려고 하는데, 그러다가 종종 요로 감염에 걸리거나 신장 관련 문제가 생기곤 합니다(James et al., 2016). 시설에서 생활하는 TGD 사람들은 화장실과 샤워실을 사용할 때 프라이버시를 빼앗

기는 경우가 많은데, 이로 인해 심리적 위해 및/또는 신체적·성적 학대가 발생할 수 있습니다(Bartels and Lynch, 2017; Brown, 2014; Cook-Daniels, 2016; Mann, 2006). 마찬가지로, 수감 환경에서 옷 위로 하는 몸 수색, 알몸 수색, 체내 수색을 실시할 때는 동성인 직원이 수색을 실시해야 하는데, 이는 극단적인 응급상황에서는 불가능할 수 있다는 점이 양해되어야 합니다. 다른 직원이 우연히 몸 수색을 보게 되는 상황은 피해야 합니다(Bureau of Justice Assistance, 2017). 미국 연방법인 교도소강간근절법 등 몇몇 법률은 트랜스젠더 수감자가 혼자서 샤워 시설과 화장실 시설을 쓰게 하도록 규정하기도 합니다.

시설에서 서비스를 받아야 하는 고령/노인 TGD 인구가 증가하고 있습니다(Carroll, 2017; Witten & Eyster, 2016). 여러 장기 요양 시설 및 고령자의 필요에 응하는 기타 시설은 시스젠더가 아닌 입소자의 필요를 고려해야 합니다(Ettner, 2016; Ettner & Wiley, 2016). 호스피스 및 완화치료 환경과 기타 장기 요양 시설에서 노인을 상대하는 보건의로 전문가에게 설문조사를 한 결과, 보건의로 전문가들은 TGD 사람으로 정체화한 환자들의 기본 욕구가 충족되지 않는 경우가 많거나 이들이 의료 접근성 면에서 차별을 받거나 신체적 및/또는 정서적 학대를 받는다고 보고했습니다(Stein et al., 2020). 호주에서 은퇴자 돌봄 제공자와 재택 돌봄 제공자를 대상으로 한 설문조사에 따르면, 이들은 TGD 인구 집단이 겪는 이슈에 대해 경험이나 이해가 거의 없는 것으로 나타났습니다. 실제로 많은 TGD 노인 입소자들은 무신경한 처우나 노골적인 차별에 대한 두려움 때문에 성별정체성을 숨긴다고 인정했습니다(Cartwright et al., 2012; Cook-Daniels, 2016; Grant et al., 2012; Horner et al., 2012; Orel & Fruhauf, 2015).

제 12 장 호르몬 치료

트랜스젠더.성별다양성이 있는(TGD) 사람들은 본인이 체현하고자 하는 목표나 성별정체성 또는 둘 다에 부합하는 변화를 달성하기 위해 성별확정 호르몬 치료(gender-affirming hormone therapy; GAHT)를 의학적으로 필요로 할 수 있습니다(의학적 필요성에 대한 권고성명은 제 2 장 '전 세계적 적용 가능성' 권고성명 2.1 참조). 이 장에서는 TGD 성인 및 청소년에 대한 호르몬 치료 권고 사항을 기술합니다. 성인과 청소년의 호르몬 치료 개시와 관련한 평가 기준은 제 5 장 '성인 평가' 및 제 6 장 '청소년'을 각각 참조하십시오. 권고성명 및 평가 기준을 요약한 내용은 부록 D에 있습니다.

세계트랜스젠더보건의료전문가협회(WPATH)가 1979년에 「건강관리실무표준」을 처음 출간하고 그 이후 SOC 제 7 판을 포함해 개정판을 펴낸 이래로 GAHT는 의학적 필요성을 인정받았습니다(Coleman et al., 2012). WPATH는 2009년 및 2017년에 TGD 사람들의 GAHT에 대한 내분비학회(Endocrine Society)의 지침을 승인했습니다(Hembree et al., 2009; Hembree et al., 2017). 유럽성의학회(European Society for Sexual Medicine)도 TGD 성인 및 청소년의 호르몬 관리에 대한 입장문을 발표했습니다(T'Sjoen et al., 2020). 의학적 감독 하에 성인에게 진행되는 GAHT는 안전합니다(Tangpricha & den Heijer, 2017; Safer & Tangpricha, 2019). 그러나 장기적으로 몇 가지 위험이 발생할 수 있기 때문에, 부작용을 줄이려면 신중한 모니터링과 검진이 필수입니다(Hembree et al., 2017; Rosenthal, 2021).

일반적으로는 스테로이드 성호르몬의 혈청 수치를 당사자의 성별정체성에 해당하는 수준으로 맞추는 것을 목표로 하지만, 최적의 목표 범위는 아직 확립되지 않았습니다(Hembree et al., 2017). 대부분의 성호르몬 치료는 보건의료 전문가가 혈청 테스토스테론 및/또는 에스트라디올 수치를 이용해 모니터링할 수 있습니다. 그러나 결합형 에스트로겐(conjugated estrogen)이나 합성 에스트로겐을 사용

한 경우에는 모니터링할 수 없습니다. 최근 실시한 코호트 연구는 에스트론/에스트라디올(estrone/ estradiol) 비율을 모니터링해야 한다는 가정을 뒷받침하지 않았는데, 성인 트랜스젠더 여성 212명으로 구성된 유럽 코호트의 호르몬 치료를 1년간 추적 연구한 결과 에스트론 농도는 체지방 변화나 유방 발달과 관계가 없다고 밝혀졌기 때문입니다(Tebbens et al., 2021). 이 연구는 에스트론 농도가 높거나 에스트론/에스트라디올 비율이 높은 것이 여성화(지방 비율 및 유방 발달)에 대한 길항효과와 관련이 없음을 입증했습니다(Tebbens et al., 2021). 따라서 현재 발표된 증거는 에스트론 대 에스트라디올 비율을 모니터링해야 한다는 것을 지지하지 않습니다. 과거에는 결합형 에스트로겐이 사용되었지만, 생동일성 에스트로겐이 사용되면서 이제 결합형 에스트로겐은 쓰이지 않습니다. 몇몇 연구에서 폐경(menopause)³⁷ 후 여성에게 경구 에스트라디올을 사용할 때에 비해 경구 결합형 에스트로겐을 사용할 때 혈전색전성 합병증 및 심혈관 합병증 위험이 현저히 증가한다고 나타나기는 했지만, 무작위 대조군 시험은 폐경 후 여성을 대상으로도, 에스트로겐 치료를 받는 트랜스젠더인 사람을 대상으로도 실시된 바 없습니다 (Smith et al., 2014).

GAHT에 대한 접근법은 서로 다르며, 호르몬 치료 시작 당시 당사자의 발달 단계 및 당사자의 치료 목표에 따라 달라집니다. 사춘기가 시작하지 않은 아동에게는 호르몬 치료를 권고하지 않습니다. 치료 요건에 부합하는 청소년(제 6 장 '청소년'에 근거하여) 중 사춘기 초기 단계에 도달한 청소년의 경우, 대체로 GAHT를 도입할 수 있는 적절한 시기가 될 때까지 생식샘자극호르몬방출호르몬작용제(gonadotropin releasing hormone agonists; GnRHa)로 사춘기 진행을 연기하는 데 초점을 맞춥니다. 이러한 경우 사춘기 억제는 의학적으로 필요하다고 간주됩니다. 치료 요건에 부합하는 성인은 제 5 장 '성인 평가'의 조건을 충족한다면 GAHT를 개시할 수 있습니다. 또한, 보건의료 제공자는 GAHT를 개시하기 전에 생식 목

³⁷ menopause는 한 달을 뜻하는 mois와 멈춤을 뜻하는 pause의 합성어로, 한국에서는 폐경(閉經)이라는 단어가 주는 닫힘의 의미, 동음이의어인 버릴 폐(廢)자가 주는 부정적 어감 때문에 대체어로 완료, 완성의 의미를 담

은 완경(完經)이라는 용어를 쓰자는 의견이 늘어나고 있다. 다만 본저에서는 의학계에서의 통용성을 고려해 폐경을 역어로 채택하였다.

표와 가임력 보존 시술에 대해 논의해야 합니다. 제 16 장 '생식 건강'을 참조하십시오.

여성형 체현을 목표로 하는 GAHT 는 일반적으로 에스트로겐과 안드로겐 저하제로 구성됩니다 (Hembree et al., 2017). 유방 발달과 기분 관리를 위해 프로게스테론을 사용했다는 일화적 보고가 있기는 하지만, 프로게스테론 투여의 잠재적 이익이 잠재적 위험을 능가한다는 근거는 충분하지 않습니다 (Iwamoto, T'Sjoen et al., 2019). 남성화 GAHT 는 일반적으로 테스토스테론으로 구성됩니다. WPATH 도, 내분비학회도 성호르몬 수치를 모니터링할 것을 권고합니다. GAHT 는 TGD 사람 개인의 필요에 맞춰 조정되지만, 대체로 호르몬 수치는 뼈를 건강하게 유지 하기에 충분하면서 생리적 범위를 초과하지 않는 농도로 유지됩니다(Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019).

대부분의 경우 GAHT 는 평생 유지됩니다. TGD 노인에게 GAHT 용량을 줄여야 하는지는 알려져 있지 않습니다. 호르몬 치료를 중단하면 TGD 사람에게 뼈 손실이 발생할 수 있으며, 생식샘을 제거한 사람에게 는 확실히 뼈 손실이 발생합니다(Wiepjes et al., 2020). 일차의료 정기 진찰도 시행해야 합니다(제 15 장 '일차의료' 참조). 역학 연구에 따르면 에스트로겐 을 투여받는 TGD 사람들에게 심혈관 질환 및 정맥혈 전색전증(VTE) 발생률이 증가했는데, 발생률은 노인에게서 특히 높았으며 다양한 GAHT 제제에서 이러한 결과가 나왔습니다(Irwig, 2018; Maraka et al., 2017). 테스토스테론 치료를 받은 TGD 사람들은 심근경색, 고혈압, 고밀도지단백질(HDL) 콜레스테롤 감소, 과체중 등 심혈관 위험 및 합병증이 증가할 수 있습니다(Alzahrani et al., 2019; Irwig, 2018; Kyinn et

권고성명

- 12.1- 우리는 보건의료 전문가가 치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년이 사춘기에 따른 신체 변화를 처음 보인 후(태너 2 단계) 사춘기 호르몬 억제를 시작할 것을 권고합니다.
- 12.2- 치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람에게 사춘기 억제가 필요한 경우, 우리는 보건의료 전문가가 생식샘자극호르몬방출호르몬(GnRH)작용제를 사용해 내인성 성호르몬을 억제할 것을 권고합니다.
- 12.3- GnRH 작용제를 구할 수 없거나 비용이 너무 높다면, 우리는 보건의료 전문가가 치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람에게 (경구 또는 데포 주사제) 프로게스틴을 처방할 것을 제안합니다.
- 12.4- 치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년이 성호르몬 억제를 받고자 하며 사춘기 발달이 한창 진행 중이거나 사춘기 발달이 끝났지만(태너 3 단계를 이미 지남) 이 청소년에게 성호르몬 치료를 받겠다는 확신이 없거나 받고 싶은 마음이 없다면, 우리는 보건의료 전문가가 성호르몬 대체를 병용하지 않고 GnRH 작용제를 처방하여 성호르몬을 억제할 것을 제안합니다.
- 12.5- 우리는 치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년으로서 적어도 태너 2 단계에 있는 청소년에게 보건의료 전문가가 성별확정 치료의 일환으로 성호르몬 치료를 처방할 것을 권고하며, 부모/보호자 참여가 해당 청소년에게 유해하거나 불필요하다고 판단하지 않는 한 부모/보호자가 참여하게 할 것을 권고합니다.
- 12.6- 우리는 보건의료 전문가가 성별확정 치료 중 호르몬 수치를 측정하여 내인성 성호르몬이 억제되었는지, 그리고 투여한 성호르몬 수치가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람의 태너 단계에 맞게 치료 목표에 적합한 수준으로 유지되는지 확인할 것을 권고합니다.
- 12.7- 성별확정 테스토스테론 사용이 아직 적합하지 않은 경우, 우리는 치료 요건에 부합하는* 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년으로서 자궁이 있는 청소년의 월경 주기에 따른 불편감을 줄이기 위해 보건의료 전문가가 황체호르몬물질이나 GnRH 작용제를 처방할 것을 권고합니다.
- 12.8- 우리는 보건의료 제공자가 트랜스젠더 건강 및 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년 건강 관리에 전문성이 있는 여러 전공 분야의 전문가들을 참여시킬 것을 권고합니다.
- 12.9- 우리는 보건의료 전문가가 정기 임상 평가를 실시하여 신체적 변화 및 성호르몬으로 인한 잠재적인 부작용을 평가할 것을 권고합니다. 호르몬 치료 실시 후 첫 1 년간 또는 용량을 변경하면서 안정적인 성인 용량을 달성할 때까지 3 개월에 1 번씩 성호르몬을 혈액 검사로 모니터링하는 것, 그리고 성인 유지용량에 도달하면 연 1~2 회 임상 및 혈액 검사를 실시하는 것이 여기에 포함됩니다.

12.10- 사춘기 억제를 개시하기 전과 호르몬 치료를 시작하기 전, 우리는 보건의료 전문가가 성별확정 의료를 받고자 하는 모든 사람들에게 가임력을 보존하기 위해 사용할 수 있는 선택지에 대한 정보를 제공하고 이들을 상담할 것을 권고합니다.

12.11- 우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 대한 치료를 시작하기 전, 내인성 성호르몬 농도 저하 및 외인성 성호르몬 치료로 인해 악화될 수 있는 의학적 상태가 있는지를 평가하고 이에 대처할 것을 권고합니다.

12.12- 우리는 보건의료 전문가가 성별확정 치료를 받는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 성호르몬 치료에 따른 신체 변화가 언제 시작하며 시간이 경과함에 따라 어떻게 일어날 것인지 교육할 것을 권고합니다.

12.13- 우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 성별확정 호르몬 치료의 일환으로 에티닐에스트라디올(ethinyl estradiol)을 처방하지 않을 것을 권고합니다.

12.14- 성별확정 에스트로겐 치료가 권고될 때, 치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람이 연령 45 세를 초과하거나 과거 정맥혈전색전증 병력이 있어서 정맥혈전색전증이 생길 위험이 높아진다면, 우리는 보건의료 전문가가 경피 에스트로겐을 처방할 것을 제안합니다.

12.15- 성별확정 호르몬 치료의 구성 요소로 에스트라디올이 가용하다면, 우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람에게 결합형 에스트로겐을 처방하지 않을 것을 제안합니다.

12.16- 치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람으로서 고환이 있는 사람이 호르몬 치료 계획에 따라 에스트로겐을 투여하며 시스젠더 여성의 혈중 성호르몬 농도에 근접하는 것을 목표로 한다면, 우리는 보건의료 전문가가 테스토스테론 억제제(시프로테론(cyproterone acetate), 스피로노락톤(spironolactone), 또는 GnRH 작용제)을 처방할 것을 권고합니다.

12.17- 우리는 보건의료 전문가가 테스토스테론 치료를 받은 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 적혈구용적률(또는 헤모글로빈)을 모니터링할 것을 권고합니다.

12.18- 우리는 보건의료 전문가가 성별확정 수술 전후 호르몬 사용에 관해 외과의와 협력할 것을 제안합니다.

12.19- 수술이 필요하지 않거나 의학적으로 금기가 아닌 한, 우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 다양한 성별확정 수술 선택지에 관해 상담해줄 것을 제안합니다.

12.20- 치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 성별확정 호르몬 치료를 받음으로써 심리사회적 기능과 삶의 질이 개선된다는 점이 입증되어 이들이 이러한 치료를 요할 때, 우리는 보건의료 전문가가 이들에게 성별확정 호르몬 치료를 개시하고 지속할 것을 권고합니다.

12.21- 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람의 정신 건강이 악화한다면, 금기 사항이 없는 한 우리는 보건의료 전문가가 기존 호르몬 치료를 유지하고 정신 건강이 악화된 이유를 평가할 것을 권고합니다.

* 청소년과 성인의 치료 요건 기준에 대해서는 제 5 장 '성인 평가'와 제 6 장 '청소년'과 부록 D 를 참조하십시오

al., 2021). 보건의료 전문가는 생활 습관 및 약물 치료에 관해 심혈관 질환 발병 위험이 가장 높은 환자와 상담해야 합니다(제 15 장 '일차의료' 참조). 적혈구증가증도 테스토스테론을 투여하는 TGD 사람들에게 발생할 수 있습니다(Antun et al., 2020). 따라서 GAHT 때문에 악화될 수 있는 질환의 발생 여부를 평생 지속적으로 모니터링하는 것이 중요합니다(Hembree et al., 2017).

이 장에 있는 모든 권고성명은 철저한 근거 검토, 이익과 위해 평가, 보건의료 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 활용과 실현 가능성에 기초합니다. 우리는 몇몇 경우에 근거가 충분하지 않고, 또는 서비

스에 접근하는 것이 어렵거나 적합한 서비스가 아닐 수 있다는 점을 인정합니다.

청소년의 성별확정 호르몬 치료

이어지는 섹션에서는 TGD 청소년의 호르몬 치료에 대해 논의합니다. 이 호르몬 치료는 청소년의 발달 단계에 따라 일반적으로 두 단계, 즉 사춘기 억제와 GAHT 추가로 구성됩니다. 첫 번째 단계에서는 사춘기 진행을 중단함으로써 청소년이 자기 성별정체성과 체현하고자 하는 목표를 탐색하게끔 하여 다음 단계를 준비하도록 하는데, 다음 단계에는 GAHT가 포함될 수 있습니다. 이 섹션에서는 생식샘자극호르

몬방출호르몬작용제(GnRHa) 사용에 관한 권고와 사춘기를 억제하는 다른 접근법을 논한 후 GAHT 에 관한 권고를 설명하겠습니다. 청소년과 성인에게 적용되는 섹션들은 다음 섹션에서 이어집니다.

권고성명 12.1

우리는 보건의료 전문가가 치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년이 사춘기에 따른 신체 변화를 처음 보인 후(태너 2 단계) 사춘기 호르몬 억제를 시작할 것을 권고합니다.

일반적으로 TGD 청소년에게 GnRHa 를 투여하는 목표는 출생 당시 지정된 성에 부합하는 이차 성징이 더 발달하는 것을 예방하는 것입니다. 이 치료는 완전히 가역적이므로 청소년이 이른 사회적 트랜지션을 통해 자기 성별정체성을 탐색할 시간을 연장하는 것으로 간주됩니다(Ashley, 2019e). GnRHa 치료는 사춘기가 시작할 때 나타나는 신체 변화로 인한 괴로움을 크게 낮추는 경우가 많기 때문에 치료 면에서도 유익합니다(Rosenthal, 2014; Turban, King et al., 2020).

아직 사춘기에 이르지 않았으나 자신의 성별정체성을 고집스럽게 주장하는 TGD 아동에게 영구적인 이차 성징이 조금이라도 발달한다면 이 아동은 상당한 괴로움을 느낄 수 있습니다. 아직 태너 1 단계에 있는 이러한 아동에게 사춘기 시작을 예방하기 위해 GnRHa 를 사용하는 것을 고려할 수도 있지만, 이런 식으로 GnRHa 를 사용하는 것은 권고하지 않습니다(Hembree et al., 2017). 아동이 일반적으로 사춘기 발달을 시작하는 연령(난소가 있는 아동은 대체로 7~8 세에서 13 세, 고환이 있는 아동은 대체로 9 세에서 14 세)에 도달하면 이 아동을 좀 더 자주, 예컨대 4 개월 간격으로 검진하여 사춘기 발달 징후가 있는지(유방 발육 또는 고환 용적>4cc) 살피는 것이 적절할 것입니다. 사춘기 발달의 일반적인 속도(완료까지 3.5~4 년)를 고려하면, 사춘기에 접어든 지 4 개월 이내인 사람에게 영구적인 사춘기 변화가 나타날 가능성은 매우 낮습니다. 그러므로 추적 관찰을 자주 실시하면 비가역적인 신체 변화가 일어나기 전에 사춘기가 시작되었는지 쉽게 감지할 수 있으며, 그 시점에서 GnRHa 를 실시하면 크게 효과를 볼 수 있습니다. 주목할 점은 GnRHa 를 시작하면 일반적으로

태너 단계가 한 단계 회귀한다는 것입니다. 즉, 유방이 태너 2 단계 수준으로만 발달했다면 일반적으로 유방은 사춘기 전 단계인 태너 1 단계로 완전히 회귀합니다. 태너 2 단계에 해당하는 고환도 일반적으로 이와 같습니다(환자 본인도 식별할 수 없는 경우가 많으며 이차 성징 발달과는 관계가 없음).

투여된 GnRHa 는 GnRH 수용체 탈민감화를 통해 작용하므로, 뇌하수체의 내인성 GnRH 자극이 증가하지(즉, 사춘기의 첫 번째 생화학적 징후가 나타나지) 않았다면 GnRH 수용체를 탈민감화할 필요가 없습니다. 또한 (상기하였다시피) 사춘기가 시작하는 시점은 사람마다 매우 다르기 때문에, 생리적 이익이 없다면 사춘기 시작 전에 미지의 위험성이 있을 수 있는 GnRHa 를 사용하는 것을 정당화하기는 어렵습니다. 태너 1 단계에 있는 아동에게 GnRHa 를 사용하는 것은 성장과 사춘기가 체질적으로 지연되는 경우에만 필요하며, 이 경우에는 GAHT 를 같이 시작할 가능성이 높습니다.

그러나 성장과 사춘기가 체질적으로 지연되어 아직 태너 1 단계이지만 GAHT 를 시작하는 아동에게는 GnRHa 사용을 고려할 수 있습니다. GAHT 를 개시하면 처음에는 시상하부-뇌하수체-생식샘축이 활성화될 수 있지만, 활성화가 신체에 미치는 영향이 가려질 수도 있습니다. 당사자의 성별불일치를 악화할 가능성이 있는 신체 변화를 피하기 위해, GAHT 를 개시한 직후 GnRHa 를 GAHT 의 보조요법으로 실시하여 당사자가 정체화한 표현형으로 사춘기 발달이 이뤄지도록 할 수 있습니다.

성호르몬 치료를 사춘기 초기나 중기에 시작하는 것은 사춘기가 완료된 이후에 시작하는 것보다 이차 성징 발달을 억제하는 데 더 효과적입니다(Bangalore-Krishna et al., 2019). 따라서 사춘기를 이미 완료했는데 GAHT 를 고려 중인 청소년에게는 GnRHa 를 사용하여 월경이나 발기와 같은 신체 기능을 억제할 수 있고, 청소년과 (만약 청소년이 독자적으로 동의할 수 없는 상황이라면) 보호자(들)와 치료 팀이 결정을 내릴 때까지 GnRHa 가 가교적 역할을 할 수 있습니다(Bangalore-Krishna et al., 2019; Rosenthal, 2021).

사춘기는 시상하부-뇌하수체-생식샘축이 재활성화됨으로써 시작합니다. 이러한 재활성화를 반영하

는 신체 특징을 근거로 사춘기 단계에 대한 임상 평가가 이뤄집니다. 난소가 기능하는 사람의 태너 2 단계 특징은 유선이 발달하기 시작하는 것입니다. 유선은 난소에서 생성하는 에스트로겐에 노출되면서 발달합니다. 고환이 기능하는 사람의 태너 2 단계 특징은 고환 용적이 증가하는 것(대체로 4cc 를 넘음)입니다. 고환 성장은 생식샘자극호르몬인 황체형성호르몬(LH)과 난포자극호르몬(FSH)을 매개로 이뤄집니다. 후기 단계에 이르면 고환은 신체 남성화를 유도하기에 충분한 테스토스테론을 생성합니다.

권고성명 12.2

치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람에게 사춘기 억제가 필요한 경우, 우리는 보건의료 전문가가 생식샘자극호르몬방출호르몬(GnRH)작용제를 사용해 내인성 성호르몬을 억제할 것을 권고합니다. 이를 뒷받침하는 글은 권고성명 12.4 를 참조하십시오.

권고성명 12.3

GnRH 작용제를 구할 수 없거나 비용이 너무 높다면, 우리는 보건의료 전문가가 치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람에게 (경구 또는 데포 주사제)프로게스틴을 처방할 것을 제안합니다. 이를 뒷받침하는 글은 권고성명 12.4 를 참조하십시오.

권고성명 12.4

치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년이 스테로이드 성호르몬 억제를 받고자 하며 사춘기 발달이 한창 진행 중이거나 사춘기 발달이 끝났지만(태너 3 단계를 이미 지남) 이 청소년에게 성호르몬 치료를 받겠다는 확신이 없거나 받고 싶은 마음이 없다면, 우리는 보건의료 전문가가 성호르몬 대체를 병용하지 않고 GnRH 작용제를 처방하여 성호르몬을 억제할 것을 제안합니다.

GnRHa 는 TGD 청소년의 생식샘자극호르몬과 성호르몬 농도를 감소시켜 이차 성징이 추가로 발달하는 것을 막습니다(Schagen et al., 2016). GnRHa 는 일반적으로 안전하며, 문헌에 보고된 유일한 단기 유해사례는 고혈압 발생 뿐입니다(Delemarre-van de

Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Klink, Bokenkamp et al., 2015). GnRHa 는 뇌하수체가 LH 와 FSH 를 분비하는 것을 방지합니다(Gava et al., 2020). 생식샘자극호르몬이 감소하면 생식샘은 더 이상 성호르몬(에스트로겐 또는 안드로겐)을 생성하도록 자극을 받지 않으며 혈중 성호르몬 수치는 사춘기 이전 수치로 감소합니다. GnRHa 치료를 실시하면 이미 발달한 초기 이차 성징은 부분적으로 퇴행합니다(Bangalore et al., 2019). 난소가 있는 TGD 청소년은 유방 조직 성장이 감소하며, 태너 2 단계 때 치료를 시작하면 유방 조직은 완전히 사라질 수도 있습니다(Shumer et al., 2016). 자궁이 있는 청소년에게 GnRHa 를 투여하면 초경을 예방하거나 중단할 수 있습니다. 고환이 있는 TGD 청소년의 고환 용적은 더 작아지게 됩니다.

사춘기 발달 후기 단계에 있는 청소년에게 GnRHa 치료를 시작하면 사춘기 발달에 따른 일부 신체 변화—난소가 기능하는 TGD 청소년의 경우에는 진행된 유방 발달, 고환이 기능하는 TGD 청소년의 경우에는 낮은 목소리와 얼굴 털 자람—은 완전히 예전 상태로 회귀하지는 않지만 더 이상의 변화는 멈춥니다(Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006). GnRHa 는 1981 년부터 중추성 성조숙증을 치료하는데 사용되었으며(Comite et al., 1981; Laron et al., 1981) 이 치료의 이익은 확실하게 밝혀졌습니다(제 6 장 '청소년'의 권고성명도 참조 바람). 중추성 성조숙증이 있는 사람들에게 GnRHa 를 사용하는 것은 안전하고 효과적이라고 간주되며 장기적으로 부작용도 없다고 알려져 있습니다(Carel et al., 2009). 그러나 TGD 청소년에게 GnRHa 를 사용하는 것은 오프라벨로 간주됩니다. GnRHa 가 원래 이 목적으로 개발되지 않았기 때문입니다. 그럼에도 유사한 용량과 유사한 방식으로 GnRHa 를 처방받은 청소년의 데이터는 GnRHa 가 사춘기 시작을 지연하는 데 효과가 있음을 입증하지만, GnRHa 가 뼈 질량에 미치는 장기 영향은 아직 확실히 밝혀지지 않았습니다(Klink, Caris et al., 2015). 성조숙증이 있는 청소년에 비해 TGD 청소년에 대한 장기 데이터는 부족하지만, 이 집단만을 대상으로 한 데이터 수집은 진행 중입니다(Klaver et al., 2020; Lee, Finlayson et al., 2020; Millington et al., 2020; Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019).

우리는 GnRHa 가 의학적으로 필요한 치료이지만, 일부 국가에서 건강보험으로 GnRHa 를 지원하지 않

거나 비용이 너무 부담스럽기 때문에 이 치료가 치료 요건에 부합하는 청소년에게 가용하지 않을 수 있음을 인정합니다. 그러므로 이러한 경우에는 경구 프로게스틴 제제나 주사형 프로게스틴 제제 등 다른 접근법을 고려해야 합니다. 또한 14 세 이상인 청소년의 경우, 골격 건강에 현저한 위험을 초래하지 않으면서 GnRHa 를 단일요법으로 실시할 수 있는지를 (그리고 얼마나 오래 실시할 수 있는지를) 보건의로 전문가가 알 수 있는 데이터는 현재 없습니다. 골격이 적절한 수치의 성호르몬에 전혀 노출되지 않을 것이기 때문입니다(Rosenthal, 2021).

고생식샘자극호르몬생식샘저하증(hypergonadotropic hypogonadism)과 같은 의학적 상태 때문이든, GnRHa 단일요법과 같은 의인성 원인 때문이든, 조건부 성장·발달 지연과 같은 생리적 상태 때문이든, 청소년기에 장기간 생식샘 저하 상태에 놓이는 것은 훗날 뼈 건강이 악화할 위험이 증가하는 것과 종종 관련이 있습니다(Bertelloni et al., 1998; Finkelstein et al., 1996). 그러나 뼈 질량 축적은 내분비, 유전, 생활습관 요인이 복잡하게 상호작용하여 발생하는 다요인 과정입니다(Anai et al., 2001). GnRHa 단일요법 실시 기간을 결정할 때는 치료 전의 뼈 질량, 뼈 나이, 내분비 관점에서 본 사춘기 단계, 키 증가 같은 요인뿐만 아니라 정신적 성숙도 및 당사자의 청소년 코호트와 비교했을 때의 발달 단계 같은 심리사회적 요인과 해당 청소년 개인의 치료 목표 등 모든 관련 요인을 고려해야 합니다(Rosenthal, 2021). 이러한 이유로, GnRHa 치료를 개시할 때에는 다학제적 팀을 유지하고 청소년 및 가족과 임상 관계를 지속적으로 유지하여야 합니다(제 6 장 '청소년'의 권고성명 6.8, 6.9, 6.12 참조). 치료의 임상 경로(예: GnRHa 치료 중 뼈 질량 발달 및 치료에 대한 청소년의 반응)는 GnRHa 단일요법 기간을 결정하는 데 도움이 될 수 있습니다.

권고성명 12.5

우리는 치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년으로서 적어도 태너 2 단계에 있는 청소년에게 보건의로 전문가가 성별확정 치료의 일환으로 성호르몬 치료를 처방할 것을 권고하며, 부모/보호자 참여가 해당 청소년에게 유해하거나 불필요하다고 판단하지 않는 한 부모/보호자가 참여하게 할

것을 권고합니다. 이를 뒷받침하는 글은 권고성명 12.6 을 참조하십시오.

권고성명 12.6

우리는 보건의로 전문가가 성별확정 치료 중 호르몬 수치를 측정하여 내인성 성호르몬이 억제되었는지, 그리고 투여한 성호르몬 수치가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람의 태너 단계에 맞게 치료 목표에 적합한 수준으로 유지되는지 확인할 것을 권고합니다.

성호르몬 치료는 일반적으로 GnRHa 치료 시기에 따라 두 가지 요법으로 구성됩니다. 사춘기 발달 초기 단계에서 GnRHa 치료를 시작할 때, 생식샘 저하증이 있는 사춘기 무렵 청소년에게 투여하는 것과 비슷한 용량으로 성호르몬을 투여하면 성별정체성 또는 체현 목표와 부합하는 사춘기가 유도됩니다. 이러한 상황에서, 성호르몬 용량이 성인 용량에 도달하는 데에는 약 2 년이 걸립니다(Chantrapanichkul et al., 2021). 트랜스젠더 청소년이 GnRHa 치료를 사춘기 후기나 사춘기 이후에 시작했다면 성호르몬 시작용량을 더 높게 하고 유지용량에 도달할 때까지 용량을 더 빨리 늘려도 되는데, 이는 트랜스젠더 성인에게 실시하는 치료 프로토콜과 유사합니다(Hembree et al., 2017). GnRHa 치료의 또 다른 장점은 GnRHa 치료를 하지 않을 때와는 달리, 내인성 성호르몬 생성을 억제하기 위해 성호르몬을 생리적 범위를 초과하여 투여할 필요가 없다는 것입니다(Safer & Tangpricha, 2019). 고환이 기능하는 TGD 사람의 경우, 이 TGD 청소년/청년이 생식샘절제술을 의학적으로 필요한 성별확정 건강 관리로서 받고자 한다면 생식샘절제술을 받을 시기가 될 때까지 GnRHa(또는 기타 테스토스테론 차단제) 치료를 계속해야 합니다. 난소가 기능하고 처음에 GnRHa 로 차단 치료를 받은 TGD 사람의 테스토스테론 수치가 성인 수준에 도달하면 대체로 생리학적 용량의 테스토스테론만으로도 난소 에스트로겐 분비를 충분히 낮출 수 있으며, GnRHa 는 아래에서 설명하듯이 중단할 수 있습니다(Hembree et al., 2017). 난소가 기능하고 치료를 처음 받는 TGD 청소년에게는 GnRHa 를 병용투여할 필요 없이 생리학적 용량의 테스토스테론만으로도 GAHT 를 완수할 수 있습니다(Hembree et al., 2017).

성별확정 성호르몬 치료는 해당 성별정체성에 맞는 이차 성징 발달을 유도합니다. 또한 GnRHa 치료 기간에 감소한 뼈 무기질침착 비율도 급격히 회복됩니다(Klink, Caris et al., 2015). 사춘기 초기 TGD 청소년에게 GnRHa 치료를 하는 동안 골단판은 아직 유합되지 않은 상태입니다(Kvist et al., 2020; Schagen et al., 2020). 성호르몬 치료를 개시하면서 급격한 성장이 일어날 수 있으며 뼈 성숙이 계속 이루어집니다(Vlot et al., 2017). 사춘기가 지난 TGD 청소년은 골단판이 유합되고 뼈 성숙이 완료되었기 때문에 성호르몬 치료는 키에 영향을 미치지 못합니다(Vlot et al., 2017).

고환이 기능하는 TGD 청소년에게는 혈전 형성 위험이 더 높은 에티닐에스트라디올(ethinyl estradiol)과 같은 합성 에스트로겐보다는 17 베타에스트라디올(17- β -estradiol)을 사용하는 것이 좋습니다(부록 D 참조; Asscheman et al., 2015). 내인성 테스토스테론 생성을 억제하기 위해 GnRHa 치료를 계속하거나 내인성 테스토스테론 생성을 억제하는 다른 약물로 바꿔야 할 필요는 여전히 있습니다(Rosenthal et al., 2016). 유방 발달과 여성에게 정형적으로 나타나는 지방 분포는 에스트로겐 치료에 반응해 발생하는 신체 변화 중 일부입니다. 부록 C의 표 1을 참조하시기 바랍니다.

남성화 치료를 원하는 TGD 청소년은 안드로겐을 주사제, 경피제, 피하 이식제로 제공받을 수 있습니다. 전문가 대다수는 비용, 가용성, 경험을 고려해 주로 테스토스테론(testosterone ester) 주사를 사춘기를 유도할 목적으로 추천합니다(Shumer et al., 2016). 적어도 테스토스테론이 유지용량에 달할 때까지는 GnRHa를 계속 사용할 것을 권합니다. 신체가 안드로겐 치료에 반응함에 따라 목소리가 낮아지고, 근육이 특히 상체에서 발달하고, 얼굴과 몸에 털이 자라고, 클리토리스가 커지는 등 신체 남성화가 일어납니다(Rosenthal et al., 2016). 부록 C의 표 1을 참조하시기 바랍니다.

부모/양육자의 동의는 거의 모든 상황에서 받아야 합니다. 이 권고에는 예외가 있는데, 특히 양육자나 부모의 참여가 청소년에게 유해하다고 판단되는 경우가 여기에 해당합니다. 제 6 장 '청소년'(권고성명 6.11 참조)에서는 이러한 예외를 더 자세히 설명하는 한편 부모/양육자를 동의 절차에 참여시켜야 하는 근

거에 대해서도 설명합니다.

권고성명 12.7

성별확정 테스토스테론 사용이 아직 적합하지 않은 경우, 우리는 치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별 다양성이 있는 청소년으로서 자궁이 있는 청소년의 월경 주기에 따른 불편감을 줄이기 위해 보건의료 전문가가 황체호르몬물질이나 GnRH 작용제를 처방할 것을 권고합니다.

월경 억제는 TGD 사람들이 월경에 관련한 괴로움을 겪거나 다가올 초경 때문에 괴로움을 겪을 때 흔히 필요로 하는 치료 선택지입니다. 제 6 장 '청소년'의 권고성명 6.7에서 이 내용을 더 자세히 서술합니다. 테스토스테론 치료를 개시하기 전에 월경만 단독으로 억제하거나 테스토스테론 치료와 동시에 월경을 억제하여 무월경을 달성할 수 있습니다(Carswell & Roberts, 2017). 테스토스테론 치료를 받을 준비가 아직 되지 않았거나 테스토스테론 치료를 받기 적절한 사춘기/발달 단계에 아직 도달하지 않은 청소년에게는 무월경을 유도하는 것이 도움이 될 수 있습니다(Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018). 사춘기 시작과 관련해 불편감이 악화하는 청소년은 GnRHa 치료를 받아 사춘기를 억제하기를 선택할 수도 있습니다('청소년' 장도 참조).

황체호르몬물질은 월경 억제만을 목표로 하는 청소년에게 효과적일 수 있습니다. 프로게스틴 단일 경구 알약(피임용 약 및 비피임용 약 포함), 메드록시프로게스테론(medroxyprogesterone) 주사, 레보노르게스트렐(levonorgestrel) 자궁내 장치를 지속해서 투여함으로써 무월경을 유도할 수 있습니다(Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). 난소가 기능하는 TGD 사람이 테스토스테론 치료를 받기 시작하면 무월경 상태가 되기 전까지 월경 주기를 1~5 회 겪을 수 있습니다(Taub et al., 2020). 일단 무월경 상태에 도달하면, 난소가 기능하는 일부 TGD 사람들은 본인의 성적 행위에 필요한 경우 피임용 프로게스틴 치료도 계속 받기로 결정하기도 합니다.

난소와 자궁이 기능하는 TGD 사람들은 월경 억제를 시작한 후 처음 몇 달 동안 돌발 월경 출혈이 발생할 가능성에 대해 상담을 받아야 합니다. GnRHa 치료를 받으면 돌발출혈은 약물 복용 시작 후 2~3 주 이내에 발생할 수 있습니다. 피임하고자 하거나 프로

게스틴 치료를 받는데도 월경 출혈을 계속한다면 무월경을 유지하기 위해 에스트로겐과 프로게스틴을 병용하게끔 하는 것을 고려할 수는 있지만, 이 경우 유방이 발달할 가능성에 대해 당사자와 상담해야 합니다(Schwartz et al., 2019).

권고성명 12.8

우리는 보건의료 제공자가 트랜스젠더 건강 및 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년 건강 관리에 전문성이 있는 여러 전공 분야의 전문가들을 참여시킬 것을 권고합니다.

청소년의 건강을 관리할 때와 마찬가지로, 우리는 가능하다면 의학 전문가 및 정신 건강 전문가로 구성된 다학제 팀을 조직해 이러한 치료를 관리할 것을 제안합니다. 청소년이 GAHT 를 받고자 하는 경우 (GAHT 가 부분적으로 가역적인 치료라는 점을 감안해), 의학 전문가 및 정신 건강 전문가로 구성된 다학제 팀이 성별불쾌감/성별불일치의 지속성을 확인하고 당사자가 충분한 정보에 근거해 사전 동의를 할 정신적 능력이 있음을 판명한 후, 치료를 시작하고 치료 일정에 따라 용량을 점차 늘려갈 것을 제안합니다(Hembree et al., 2017). 청소년 평가 및 청소년 양육자와 다학제 팀의 참여에 관한 구체적인 내용은 제 6 장 '청소년'에서 자세히 설명합니다.

가능하다면 TGD 청소년은 일차의료, 내분비학, 가임력, 정신 건강, 음성, 사회복지, 영적 지원, 외과 등 다양한 전공 분야의 소아 트랜스젠더 건강 전문가를 접할 수 있어야 합니다(Chen, Hidalgo et al., 2016; Eisenberg et al., 2020; Keo-Meier & Ehrensaft, 2018). 필요 시 청소년 개인과 그 가족을 용이하게 의뢰할 수 있도록, 개별 보건의료 제공자가 다른 전공 분야의 제공자와 협력 관계를 형성하기를 권합니다(Tishelman et al., 2015). 그러나 가용한 전문가와 자원이 부족하다고 해서 그것이 건강 관리를 가로막는 장벽이 되어서는 안 됩니다(Rider, McMorris et al., 2019). 청소년이 성별정체성과 성적 정체성, 트랜지션 선택지, 가족의 지지가 미치는 영향, 청소년과 가족 구성원을 위한 온라인 및 대면 자조 모임을 통해 자신과 비슷한 경험을 한 사람들 및 TGD 성인들과 가까워지는 것에 관해 정확하고 해당 문화권에 적절한 정보에 접근하도록 지원하는 것도 청소년에게 도

움이 됩니다(Rider, McMorris et al., 2019).

TGD 청소년 중 많은 이들이 건강 격차를 경험한다는 사실이 밝혀졌으며, 적응증이 있다면 초기 정신 건강 검진(예: PHQ-2, GAD)을 활용할 수 있습니다(Rider, McMorris et al., 2019). 제공자들은 트랜스젠더이거나 자기 성별에 의문을 갖는 것이 병리나 장애가 아니라는 사실을 명심해야 합니다. 따라서 단지 트랜스젠더 정체성이 있다는 이유만으로 정신건강의학과 치료를 의뢰해서는 안 됩니다. 이러한 청소년을 치료하고 의뢰하는 보건의료 전문가와 정신 건강 전문가는 적어도 트라우마와 성별불쾌감과 성별 소수자 스트레스가 섭식장애, 자살 사고, 사회적 불안과 같은 정신 건강 동반증상에 미칠 수 있는 영향에 대해 잘 알아야 합니다. 또한 이들 보건의료 전문가들은 해당 지역의 정신 건강 입원 서비스가 TGD 청소년에 대한 숙련도가 있고 성별을 확정하는 건강 관리를 해 줄 준비가 얼마나 되어 있는지를 잘 파악해야 합니다 (Barrow & Apostle, 2018; Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Mathews et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). 제 6 장 '청소년'의 권고성명 6.3, 6.4, 6.12d 에서 이에 대해 더 자세히 설명합니다. 이러한 청소년의 부모는 아이가 TGD 사람이라는 것을 알고 난 직후 흔히 높은 수준의 불안을 경험하며 아이에 대한 부모의 반응은 아이의 장기 신체·정신 건강 결과를 예측하는 지표가 되기 때문에, 부모의 정신 건강을 지원하기 위해 적절한 의뢰를 하는 것은 매우 유용할 수 있습니다 (Coolhart et al., 2017; Pullen Sansfaçon et al., 2015; Taliaferro et al., 2019).

권고성명 12.9

우리는 보건의료 전문가가 정기 임상 평가를 실시하여 신체적 변화 및 성호르몬으로 인한 잠재적인 부작용을 평가할 것을 권고합니다. 호르몬 치료 실시 후 첫 1 년간 또는 용량을 변경하면서 안정적인 성인 용량을 달성할 때까지 3 개월에 1 번씩 성호르몬을 혈액 검사로 모니터링하는 것, 그리고 성인 유지용량에 도달하면 연 1~2 회 임상 및 혈액 검사를 실시하는 것이 여기에 포함됩니다.

성호르몬 치료는 매우 다양한 신체 변화 및 심리 변화와 관계가 있습니다(Irwig, 2017; Tangpricha & den Heijer, 2017)(부록 C 표 1 참조). 보건의료 전문

가는 성호르몬 치료를 개시한 후 치료의 진도와 치료에 대한 당사자의 반응을 정기적으로 평가해야 합니다(제 6 장 '청소년'도 참조). 이 평가에서는 신체 변화 유무뿐만 아니라 (만약 성별불쾌감이 있다면) 치료가 성별불쾌감과 심리적 안녕에 미치는 영향을 평가해야 합니다(부록 C 표 1 참조). 임상 진료는 보건의료 전문가가 환자에게 신체 변화가 나타나는 데 일반적으로 시간이 얼마나 걸리는지를 교육하고 환자가 현실적인 기대를 갖도록 장려할 수 있는 중요한 기회입니다. 호르몬 치료 첫 해에는 성호르몬 용량을 증량하는 경우가 많습니다. 용량을 결정하는 주요 요인은 해당 성호르몬의 혈청 수치입니다. 일반적으로는 성호르몬의 혈청 수치를 당사자의 성별정체성에 해당하는 수준으로 맞추는 것이 목표이지만, 최적의 목표 범위는 아직 확립된 바 없습니다(Hembree et al., 2017).

보건의료 전문가는 성호르몬 치료에 따르는 긍정적인 변화를 평가해야 할 뿐만 아니라 치료로 인해 부작용이 발생했는지도 정기적으로 평가해야 합니다(부록 C 표 2 참조). 유해한 징후 및 증상으로는 안드로겐성 여드름이나 성가신 성기능장애 등을 예로 들 수 있습니다 (Braun et al., 2021; Kerckhof et al., 2019). 또한 GAHT 는 몇몇 혈액 검사 결과에 악영향을 미칠 가능성이 있습니다. 예를 들어 스피로노락톤은 고칼륨혈증을 일으킬 수 있지만, 고칼륨혈증은 드물게 일어나며 일시적인 현상입니다(Millington et al., 2019). 테스토스테론은 적혈구 수치(적혈구용적률)를 높여 이따금 적혈구증가를 일으킬 수 있습니다(Antun et al., 2020)(권고성명 12.17 참조). 에스트로겐과 테스토스테론은 모두 고밀도지단백질(HDL) 콜레스테롤과 중성지방 등 지질 수치를 변화시킬 수 있습니다(Maraka et al., 2017). 부록 C 표 3 과 표 4 를 참조하십시오.

임상 평가의 빈도는 치료에 대한 당사자의 반응에 따라 맞춤형으로 결정하여야 합니다. 환자의 상태가 안정되고 환자가 심각한 부작용을 겪지 않는다면(부록 C 표 5), 우리는 호르몬 치료 첫 해에 임상 평가를 대략 3 개월에 1 번 정도 실시할 것을 제안합니다. 특정한 간격으로 검사를 실시해야 한다는 것을 뒷받

하는 강력한 근거나 출간된 연구에서 제시하는 근거가 없으므로, 검사 시점을 어느 정도 유연하게 조정할 수 있도록 우리는 첫 해에 3 개월에 1 번 검사를 하라고 권고가 아닌 제안을 합니다. 당사자가 부작용을 경험한다면, 많은 경우 혈액 검사 및/또는 임상 방문 빈도를 늘려야 합니다. 성호르몬 수치가 인간의 일반적인 범위를 초과하면 위해가 발생할 수 있으므로, 우리는 TGD 사람들에게 GAHT 를 개시할 때 정기 검사를 실시하는 것을 표준 관행으로 할 것을 강력히 권고합니다. 당사자의 성호르몬 용량이 안정적인 성인 용량에 도달하고 심각한 부작용이 없다면 임상 진료 빈도는 1 년에 1~2 회로 줄일 수 있습니다(Hembree et al., 2017).

권고성명 12.10

사춘기 억제를 개시하기 전과 호르몬 치료를 시작하기 전, 우리는 보건의료 전문가가 성별확정 의료를 받고자 하는 모든 사람들에게 가임력을 보존하기 위해 사용할 수 있는 선택지에 대한 정보를 제공하고 이들을 상담할 것을 권고합니다.

사춘기 억제 및 성호르몬 치료는 향후 가임력에 부작용을 미칠 수 있습니다(Cheng et al., 2019)(제 6 장 '청소년'과 제 16 장 '생식 건강'도 참조). 어떤 TGD 사람은 의학적 치료를 시작하기 위해 처음 평가를 받을 당시에는 미래의 생식 가능성을 그다지 고려하지 않을 수 있으나, 호르몬 처방자는 치료를 받고자 하는 사람과 함께 치료가 잠재적으로 미칠 영향 및 가임력 보존 선택지를 검토하고 상의해야 합니다(Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine et al., 2015; De Roo et al., 2016).

고환이 있는 사람에게는 에스트로겐 치료를 장기간 받으면 흔히 고환 위축이 일어나며 정자 수 및 다른 정액 관련 지표가 감소한다고 주의를 주어야 합니다(Adeleye et al., 2018). 하지만 아직 이에 관련해서는 알려지지 않은 바가 많으며, 에스트로겐과 항안드로겐을 복용하는 트랜스페미닌(trans feminine)³⁸ 사람들의 가임력에 대한 연구 결과에는 일관성이 없습니다(Cheng et al., 2019). 한 연구에서는 환자들이 고

³⁸ 트랜스페미닌(trans feminine)이란 출생 당시 성별이 여성으로 지정되지 않았으나 '여성적'인 성별정체성이 있

고/있거나 성별표현을 하는 사람을 광범위하게 지칭하는 표현이다.

환절제술 이전에 치료를 중단했든 계속했든 상관없이 고환 조직에서 이질성이 분명하게 드러났습니다(Schneider et al., 2015). 예를 들어, 6 주간 에스트로겐과 항안드로겐을 중단한 결과 환자 45%는 완전히 정자 발생을 회복한 반면, 나머지 환자에게는 감수분열 중단 또는 정자발생 중단이 나타났습니다(Schneider et al., 2015). 그러나 혈청 테스토스테론 수치가 여성 범위 안에 있는 것으로 확인되면 대부분의 트랜스젠더 여성은 정자발생이 완전히 억제됩니다(Vereecke et al., 2020). 고환이 기능하는 환자가 주로 택하는 가임력 보존법은 정자 냉동보존, 일명 정자은행법입니다(Mattawanon et al., 2018). 사춘기 이전인 환자의 사춘기를 GnRHa 로 억제하면 정자 성숙이 일시 중지됩니다(Finlayson et al., 2016).

난소가 기능하는 사람에게는 테스토스테론 치료 시작 후 대체로 몇 개월 이내에 월경 및 배란이 중단된다고 주의를 주어야 합니다(Taub et al., 2020). 테스토스테론이 난자에 어떠한 영향을 미칠 수 있는지, 그에 따라 TGD 환자의 가임력에 어떠한 영향을 미칠 수 있는지에 대해서도 아직 알려지지 않은 바가 많습니다(Eisenberg et al., 2020; Stuyver et al., 2020). 한 연구에 따르면 테스토스테론 치료는 다낭성난소와 관련이 있을 수 있다고 나타난 반면, 다른 연구에서는 테스토스테론 치료 후 다낭성난소증후군(PCOS)이 발생한다는 대사적(Chan et al., 2018) 근거나 조직학적(De Roo et al., 2017; Grynberg et al., 2010) 근거가 없다고 보고했으며, 몇몇 연구에서는 난소가 있는 트랜스젠더 환자에서 PCOS 기저질환 유병률이 더 높게 나타났습니다(Baba, 2007; Gezer et al., 2021). 자궁과 난소가 온전한 TGD 환자들은 테스토스테론 치료를 중단하면 종종 생식 능력을 회복합니다(Light et al., 2014). 실제로, 테스토스테론 치료를 중단하지 않은 TGD 사람에게서 호르몬 자극법으로 난자를 채취한 후 보조생식기술을 이용해 신생아를 출산한 사례가 보고된 바 있습니다(Greenwald et al., 2021; Safer and Tangpricha, 2019). 난소가 있는 TGD 환자가 택할 수 있는 다른 가임력보존법으로는 난자 냉동보존 및 파트너나 기증자에게 기증받은 정자를 이용한 수정란 냉동보존이 있습니다. 이러한 방법을 택하려면 호르몬 자극을 이용해 난자를 채취해야 하며 보조생식기술을 사용해야 합니다.

사춘기 초기인 트랜스젠더 청소년의 사춘기를

GnRHa 로 억제하면 생식세포 성숙이 일시 중지됩니다. 단, 최근 한 연구에서는 사춘기 초기에 GnRHa 치료를 받은(그리고 배란유도 기간에도 계속 이 치료를 받은) 한 TGD 청소년에게 배란을 유도한 결과 소량의 성숙한 난자를 추출하여 냉동보존했다고 보고했습니다(Rothenberg et al., 2019). 고환이 기능하는 TGD 청소년을 사춘기 초기에 GnRHa 로 치료하면 생식세포 성숙이 일시 중단될 뿐만 아니라 음경의 크기가 사춘기 이전 크기로 유지됩니다. 이는 수술을 고려할 때 영향을 미칠 수 있는데, 이 사람이 나중에 음경 피부를 이용한 질형성술을 받게 된다면 수술에 쓸 음경 조직이 줄어들기 때문입니다. 이러한 경우, 질형성술을 실시할 때 장을 이용한 질형성술 등 더 복잡한 외과 시술을 해야 할 가능성이 높아집니다(Dy et al., 2021; van de Griff et al., 2020). 고환이 기능하는 사춘기 초기 청소년에게 사춘기 차단제 사용을 고려할 경우, 환자 및 가족과 상의할 때 이러한 사항을 반드시 언급해야 합니다.

권고성명 12.11

우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 대한 치료를 시작하기 전, 내인성 성호르몬 농도 저하 및 외인성 성호르몬 치료로 인해 악화될 수 있는 의학적 상태가 있는지를 평가하고 이에 대처할 것을 권고합니다.

남성화를 원하는 TGD 사람에게 테스토스테론 치료의 가능성, 결과, 한계, 위험성에 대한 정보를 제공해야 합니다. 테스토스테론 치료는 태아에게 영향을 미칠 수 있으므로 임신 중이거나 임신을 시도하는 기간에는 금기입니다. 테스토스테론 치료의 상대적 금기로는 중증 고혈압, 수면무호흡증, 적혈구증가증 등이 있는데, 테스토스테론이 이러한 상태를 악화시킬 수 있기 때문입니다. 혈압과 지질은 테스토스테론 치료 전후에 모니터링해야 합니다. 혈압 상승은 대체로 테스토스테론 치료 개시 2~4 개월 이내에 발생합니다(Banks et al., 2021). 환자에게 이상지질혈증이 발생하면 식이 조절, 약물, 혹은 두 가지 모두를 이용해 치료가 필요할 수 있습니다.

여성화 치료를 받고자 하는 TGD 사람에게 심부정맥혈전증과 폐색전증 등 혈전색전증 병력이 있다면, 이 사람은 호르몬 치료를 개시하기 전에 평가 및 치

료를 받아야 합니다. 에스트로겐 치료는 생명을 위협할 수도 있는 합병증인 혈전색전증 위험이 증가하는 것과 밀접한 관련이 있기 때문입니다. 뿐만 아니라 흡연, 비만, 움직임이 적은 생활 습관 등 혈전색전증 위험을 높이는 위험 요인도 수정해야 합니다. 환자에게 혈전성향 이력, 혈전증 병력, 강력한 혈전색전증 가족력 등 수정할 수 없는 위험 요인이 있다면 경피 에스트로겐과 항응고제 병용 치료가 혈전색전증 위험을 줄일 수 있습니다. 그러나 치료를 결정하는 데 길잡이가 될 데이터는 부족합니다. 호르몬 민감성 암, 관상동맥질환, 뇌혈관질환, 고프로락틴혈증, 고중성 지방혈증, 담석증 등 기저질환의 상대적 위험은 외인성 호르몬 치료에 따라 변할 수 있으므로, 이러한 기저질환 존재 여부는 성별확정 호르몬 치료를 개시하기 전에 평가해야 합니다(Hembree et al., 2017).

권고성명 12.12

우리는 보건의료 전문가가 성별확정 치료를 받는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 성호르몬 치료에 따른 신체 변화가 언제 시작하며 시간이 경과함에 따라 어떻게 일어날 것인지 교육할 것을 권고합니다.

테스토스테론 치료의 효과는 신체 및 얼굴 털 증가, 남성형 탈모, 근육량 및 근력 증가, 지방량 감소, 목소리 낮아짐, 월경 중단(월경이 아직 있는 경우), 여드름 유병률 및 중증도 증가, 클리토리스 비대, 성욕 증가를 비롯해 다양합니다(Defreyne, Elaut et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016; Giltay & Gooren, 2000; T'Sjoen et al., 2019; Yeung et al., 2020). 테스토스테론과 관련된 다른 변화로는 제지방량 증가와 피부 유분 증가가 있습니다 (de Blok et al., 2020; Hembree et al., 2017; Kuper, Mathews et al., 2019; Taliaferro et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018)(부록 C 표 1 참조).

에스트로겐 치료는 유방 발달을 유도합니다. 그러나 치료 2년 후 유방이 태너 4~5 단계에 달하는 사람의 비율은 20% 미만입니다. 그 외에도 고환 용적 감소, 제지방량 감소, 피부 유분 감소, 성욕 감소, 자연 발기 감소, 얼굴 털 및 신체 털 감소, 피하지방 증가를 비롯한 변화가 발생합니다(부록 C 표 1 참조). 성인 환자의 경우, 에스트로겐은 목소리나 키를 변화

시키지 않습니다(Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Wiepjes et al., 2019).

신체 변화가 일어나는 시기와 정도에는 개인차가 있으며 이는 유전, 치료 시 연령, 전반적인 건강 상태 등의 요인과 관련이 있습니다(Deutsch, Bhakri et al., 2015; van Dijk et al., 2019). 성호르몬으로 인한 변화의 정도와 시기를 알면 (만약 알 수 있다면) 불필요하게 치료법을 변경하거나 용량을 증량하거나 지나치게 일찍 외과 수술을 함으로써 생길 수 있는 위해와 비용 발생을 예방할 수 있습니다(Dekker et al., 2016).

권고성명 12.13

우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 성별확정 호르몬 치료의 일환으로 에티닐에스트라디올(ethinyl estradiol)을 처방하지 않을 것을 권고합니다. 이를 뒷받침하는 글은 권고성명 12.15를 참조하십시오.

권고성명 12.14

성별확정 에스트로겐 치료가 권고될 때, 치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람이 연령 45세를 초과하거나 과거 정맥혈전색전증 병력이 있어서 정맥혈전색전증이 생길 위험이 높아진다면, 우리는 보건의료 전문가가 경피 에스트로겐을 처방할 것을 제안합니다. 이를 뒷받침하는 글은 권고성명 12.15를 참조하십시오.

권고성명 12.15

성별확정 호르몬 치료의 구성 요소로 에스트라디올이 가용하다면, 우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람에게 결합형 에스트로겐을 처방하지 않을 것을 제안합니다.

TGD 사람들에게 가장 안전하고 효과적인 에스트로겐 화합물과 투여 경로를 정하는 것은 중요한 주제입니다. 권고하는 에스트로겐 기반 요법은 부록 C 표 4에 제시되어 있습니다. 암스테르담 메디컬 센터(Amsterdam Medical Center; AMC)에서 처음으로 트랜스젠더 여성 816명에게 정맥혈전색전증(VTE)이 45건 발생했다고 보고했는데, 이는 기준 집단에서 예상되는 VTE 발생률보다 20배나 높은 수치입니다

(van Kesteren et al., 1997). 이 보고가 나온 이후 AMC 클리닉은 40 세가 넘는 트랜스젠더 여성에게 경피 에스트라디올을 사용하도록 권장했으며, 이에 따라 VTE 발생률은 낮아졌습니다(Nota et al., 2019; Toorians et al., 2003). 다른 연구에서 시사한 바에 따르면 에티닐에스트라디올은 혈액 응고 위험이 높아지는 것과 관련이 있는데, 활성 C 단백질(APC)의 항응고 효과에 대한 저항성이 높아지고 응고 인자인 C 단백질과 S 단백질의 농도가 상승하기 때문입니다(Toorians et al., 2013). 지난 15 년간 다른 클리닉들에서 출간한 여타 연구에서는 에티닐에스트라디올을 복용한 트랜스젠더 여성보다 다른 형태의 에스트로겐을 복용한 트랜스젠더 여성의 VTE 발생률이 낮다고 보고했습니다(Asscheman et al., 2013). 뿐만 아니라 2019 년에 실시한 체계적 문헌 고찰에서는 에티닐에스트라디올 투여가 트랜스젠더 여성의 VTE 위험을 가장 높인다고 결론을 내렸으며, 프로게스테론 사용도 VTE 와 연관이 있음을 확인했습니다(Goldstein et al., 2019).

2017 년 내분비학회 지침에서는 결합형 마(馬)에스트로겐(conjugated equine estrogens; CEE)을 치료 선택지로 권고하지 않았습니다. 트랜스젠더 여성의 결합형 에스트로겐 혈중 수치를 측정할 수 없으므로 에스트로겐을 생리적 용량을 초과하여 투여하는 것을 예방하기 어려우며, 그에 따라 VTE 발생 위험도 증가하기 때문입니다(Hembree et al., 2017). 영국에서 실시한 한 후향적 연구에서 경구 CEE, 경구 에스트라디올발레레이트(estradiol valerate), 경구 에티닐에스트라디올의 위험성을 비교했는데, 연구 결과 경구 CEE 그룹에서 VTE 가 생긴 트랜스젠더 여성의 비율이 다른 형태의 에스트로겐을 복용한 그룹의 최대 7 배에 이르렀습니다(Seal et al., 2012). 한 코호트내 환자대조군연구에서 VTE 가 생긴 40~79 세 트랜스젠더 여성 8 만 명 이상을 VTE 가 없는 트랜스젠더 여성 약 39 만명과 대조한 결과, 경구 에스트라디올을 사용하는 것이 결합형 에스트로겐을 사용하는 것보다 VTE 발생 위험이 낮았으며, 경피 에스트로겐은 VTE 위험 증가와 관련이 없는 것으로 나타났습니다(Vinogradova et al., 2019).

한 체계적 문헌 고찰에서는 여러 에스트로겐 제제를 비교하였고, 다양한 제형에 관련된 위험을 직접 비교한 후향적 연구 1 건과 횡단 연구 1 건이 있음을

확인했습니다(Wierckx, Mueller et al., 2012; Wierckx et al., 2013). 다양한 에스트로겐 제형의 위험을 평가한 확인된 연구 중 전향적 중재 설계를 한 연구는 없었습니다. 이 후향적 연구에서는 경피 에스트라디올(17 베타에스트라디올 젤 1.5mg/d 또는 에스트라디올 패치 50mcg/d)을 복용하거나 경구 에스트라디올(에스트라디올 2mg/d, 에스트리올 2mg/d, 에티닐에스트라디올 50mcg/day, 또는 경구 피임약에 있는 에티닐에스트라디올 30~50mcg)을 매일 복용하는 트랜스젠더 여성 214 명을 조사했습니다(Wierckx et al., 2013). 관찰 기간 10 년 동안 코호트의 5%에 VTE 가 생겼고, 1.4%(214 명 중 3 명)은 심근경색증(MI)을 경험했고, 2.3%(214 명 중 5 명)은 일과성허혈발작 또는 뇌졸중(TIA/CVA)을 경험했습니다. VTE, MI, TIA/CVA 유병률은 에스트로겐 치료를 시작한 후 증가했습니다. 그러나 저자들은 이러한 평가지표와 관련해 에스트로겐 요법 사이에 차이가 있다고 보고하지 않았습니다.

상기 연구팀은 경구 에스트로겐(에스트라디올발레레이트 2mg/d, 에스트리올 2mg/d, 또는 에티닐에스트라디올 50~120mcg/day)을 복용하거나 경피 에스트로겐(17 베타에스트라디올 1.5mg/day 또는 에스트라디올 50mcg/day)을 사용하는 트랜스젠더 여성 50 명(평균 연령 43±10)을 9.2 년간 관찰한 횡단 연구를 실시하였습니다(Wierckx, Mueller et al., 2012). 12 퍼센트(n=6)에게 VTE, MI, 또는 TIA/CVA 가 발생했습니다. 참여자 중 2 명은 결합형 에스트로겐을 0.625mg/d 복용하고 있었고(1 명은 시프로테론과 함께 복용함), 2 명은 에티닐에스트라디올을 20~50mcg/d 복용하고 있었고, 1 명은 시프로테론을 50mg/d 복용하고 있었고, 나머지 1 명은 어떤 에스트로겐 요법을 받는지 밝혀지지 않았습니다. 경구 에스트라디올이나 경피 에스트라디올을 복용한 연구 대상자 중 VTE, MI, 또는 TIA/CVA 가 발생한 사람은 없었습니다.

한 전향적 연구에서는 유럽 전역에서 다기관 연구를 실시하여 트랜스젠더 여성 53 명의 에스트로겐 투여 경로를 조사했습니다. 45 세 미만인 트랜스젠더 여성(n=40)은 에스트라디올발레레이트 4mg/d 와 시프로테론(cyproterone acetate; CPA) 50mg/d 를 투여받았으며, 45 세가 넘는 트랜스젠더 여성(n=13)은 경피 17 베타에스트라디올을 역시 CPA 와 함께 투여

받았습니다. 1년간 추적 관찰한 결과, 경구 그룹에서도 경피 그룹에서도 VTE, MI, 또는 TIA/CVA가 보고되지 않았습니다. 빈에서 실시한 또 다른 후향적 연구에서 경피 에스트라디올을 사용한 트랜스젠더 여성 162명을 평균 5년간 추적한 결과 이들 중 VTE가 발생한 사람은 없었습니다(Ott et al., 2010).

에티닐에스트라디올 사용을 중단한 후 VTE 발생률이 감소했음을 입증한 암스테르담 클리닉의 과거 데이터와 에티닐에스트라디올을 복용한 트랜스젠더 여성에게 VTE가 생길 위험이 증가함을 입증한 최근의 체계적 문헌 고찰(Weinand & Safer, 2015)을 바탕으로, 우리는 에티닐에스트라디올을 사용하지 않을 것을 강하게 권고합니다. CEE를 복용한 트랜스젠더 여성에게 VTE가 생길 위험이 다른 에스트로겐 제제를 복용한 사람보다 높다는 Seal et al.의 2012년 연구와 호르몬 대체요법을 받는 시스젠더 여성의 데이터(Canonico et al., 2007; Seal et al., 2012)를 바탕으로, 우리는 CEE를 사용하지 않을 것을 강하게 권고합니다. 트랜스젠더 여성을 대상으로 한 전향적 연구 및 후향적 연구에 따르면 CEE나 에티닐에스트라디올을 복용한 사람들에게만 VTE/MI/CVA가 나타났습니다. 에스트라디올은 저렴하고 더 손쉽게 구할 수 있으며 한정된 연구에 따르면 CEE보다 안전하다고 보이므로, 본 위원회는 치료 선택지로서 에스트라디올이 가용하다면 CEE를 사용하지 않을 것을 권고합니다. 연구의 질은 전향적 연구, 코호트 연구 또는 횡단 연구 설계로 국한되어 있지만, 트랜스젠더 여성이 에티닐에스트라디올 또는 CEE를 사용하는 것이 VTE/MI/CVA 위험 증가와 관련 있다는 점이 근거를 통해 일관성 있게 나타나므로 권고의 강도를 높였습니다.

또한 우리는 나이 든 트랜스젠더 여성(연령>45세) 또는 과거 VTE 병력이 있는 사람에게 경피 에스트로겐 제제를 투여할 것을 강하게 권고합니다. 이러한 권고는 암스테르담 클리닉에서 보고했듯이 트랜스젠더 여성이 40세 이후에 사용하는 약을 경피 제제로 바꿨을 때 VTE 발생률이 낮아졌다는 사실을 근거로 합니다(van Kesteren et al., 1997). 뿐만 아니라 전향적 다기관 코호트 연구인 ENIGI에 따르면 45세 이후 정해진 대로 경피 에스트로겐으로 약을 바꾼 트랜스젠더 여성에게는 VTE/MI/CVA가 발생하지 않았습니다(Dekker et al., 2016). 또한 Ott et al.의 연구에서

는 에스트라디올 패치로 치료받은 트랜스젠더 여성 162명에게서 VTE가 발생하지 않았습니다(Ott et al., 2010).

시프로테론(간독성 가능성이 있으므로 미국에서는 승인되지 않았다는 점에 주의)을 제외하면, 호르몬 치료 요법에 프로게스틴을 사용하는 것은 아직도 논란이 되고 있습니다. 지금까지 트랜스젠더 환자의 호르몬 치료에 프로게스테론이 하는 역할을 평가한 양질의 연구는 없습니다.

우리는 일부 의사들이 유방 및/또는 유륜 발달 개선, 기분 개선, 리비도 개선, 전반적인 형태 개선 및 아직 입증되지 않은 여타 이익이 있으리라고 믿고 미분화 프로게스테론(micronized progesterone)을 비롯한 프로게스틴을 처방한다는 것을 압니다(Deutsch, 2016a; Wierckx, van Caenegem et al., 2014). 그러나 이러한 개선 효과는 아직 일화 수준에 불과하며, 이러한 프로게스틴 사용을 뒷받침하는 양질의 데이터는 없습니다. 이번 SOC 판본을 작성하기 위해 우리는 체계적 문헌 고찰을 의뢰했지만, 프로게스틴 사용을 권고할 만한 데이터를 충분히 밝혀내지는 못했습니다. 하지만 기존 데이터에 따르면 프로게스틴에 장기간 노출되는 것은 해로울 수 있다고 보입니다(Safer, 2021). 자궁이 있는 시스젠더 여성은 에스트로겐 단독 투여와 관련된 자궁내막암 위험을 피하기 위해 프로게스틴과 에스트로겐을 병용해야 합니다. 자궁이 없는 시스젠더 여성에게는 프로게스틴을 사용하지 않습니다. 프로게스틴 사용과 관련한 우려에 대한 가장 좋은 데이터는 위의 두 시스젠더 집단 간 비교에서 나왔는데, 우리는 이 데이터를 트랜스젠더 집단에 일반화하여 적용할 수 없을지도 모른다는 점을 인정합니다. 모든 프로게스틴 제제의 계열효과(class effect)가 명확하게 밝혀진 것은 아니지만, 메드록시프로게스테론을 CEE에 추가하는 것은 유방암 및 심장병 위험이 증가하는 것과 관계가 있습니다(Chlebowski 2020; Manson, 2013). 여성 건강 이니셔티브(Women's Health Initiative; WHI)의 연구 데이터는 트랜스젠더 집단에 일반화하지 못할 수도 있다는 점에 유의해야 합니다. 호르몬 치료를 받고자 하는 트랜스젠더 집단은 이 연구의 대상인 시스젠더 여성에 비해 젊은 편이고 CEE를 사용하지 않으며, 트랜스젠더 집단이 받는 호르몬 치료는 단지 위험을 예방하는 치료가 아니라 현재의 정신 건강과 삶의 질을

다루는 치료입니다(Deutsch, 2016a).

프로게스틴의 잠재적 부작용으로는 체중 증가, 우울증, 지질 변화 등이 있습니다. 미분화 프로게스테론은 메드록시프로게스테론보다 거부반응이 적고 지질 구성에 더 양호한 영향을 미칠 수 있습니다(Fitzpatrick et al., 2000). 트랜스젠더 여성이 프로게스틴인 시프로테론을 에스트로겐과 병용하는 것은 프로락틴 수치 상승, HDL 콜레스테롤 감소, 드물게 발생하는 수막종과 관련이 있는데, 이러한 현상은 에스트로겐을 GnRH 작용제나 스피로노락톤과 병용할 때는 나타나지 않습니다(Bisson, 2018; Borghei-Razavi, 2014; Defreyne, Nota et al., 2017; Sofer et al., 2020).

따라서, 현재까지 나온 데이터에는 트랜스젠더 여성에게 프로게스틴 치료가 이익이 됨을 뒷받침하는 양질의 증거가 없습니다. 문헌에 따르면 어떤 프로게스틴은, 적어도 다년간 노출되는 세팅에서는 위험할 수 있다고 합니다. 프로게스테론 치료의 위험과 이익에 대해 의논한 후 실험적으로 프로게스테론 치료를하기로 공동 결정을 내렸다면, 호르몬 처방자는 환자를 1년 이내에 평가하여 환자가 치료에 어떻게 반응하는지 검토해야 합니다.

권고성명 12.16

치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람으로서 고환이 있는 사람이 호르몬 치료 계획에 따라 에스트로겐을 복용하며 시스젠더 여성의 성호르몬 농도에 근접하는 것을 목표로 한다면, 우리는 보건의료 전문가가 테스토스테론 억제제(시프로테론(cyproterone acetate), 스피로노락톤(spironolactone), 또는 GnRH 작용제)를 처방할 것을 권고합니다.

미국과 유럽의 젠더 클리닉은 대체로 에스트로겐을 테스토스테론 억제제와 함께 처방합니다(Mamoojee et al., 2017)(부록 C 표 5 참조). 미국에서는 스피로노락톤이 테스토스테론 억제제로 가장 흔히 처방되는 반면, 영국에서는 GnRH가 흔히 쓰이며 유럽 나머지 지역에서는 시프로테론이 가장 자주 처방됩니다(Angus et al., 2021; Kuijpers et al.,

2021). 테스토스테론 억제제를 추가하는 이유는 두 가지로, 1)테스토스테론 수치를 시스젠더 여성의 기준 범위 이내로 낮추고 2)적절한 신체적 효과를 얻는데 필요한 에스트로겐의 양을 줄이는 것입니다. 테스토스테론 억제제마다 부작용은 다릅니다. 스피로노락톤은 항고혈압제이자 칼륨보전이뇨제이기 때문에 고칼륨혈증, 배뇨 빈도 증가, 혈압 저하를 일으킬 수 있습니다(Lin et al., 2021). 시프로테론은 수막종 및 고프로락틴혈증 발생과 연관이 있습니다(Nota et al., 2018). GnRHa는 테스토스테론 수치를 낮추는 데 매우 효과가 있지만, 동시에 투여하는 에스트로겐 용량이 충분하지 않으면 골다공증을 초래할 수 있습니다(Klink, Caris et al., 2015).

한 체계적 문헌 고찰에서 파악한 바에 따르면, 테스토스테론 억제제인 시프로테론과 류프롤리드(leuprolide)³⁹를 직접 비교한 결과를 보고한 연구가 1건 있습니다(Gava et al., 2016). 에스트로겐과 테스토스테론 억제제를 함께 복용한 트랜스젠더 여성 집단과 에스트로겐만 투여받은 집단을 비교한 연구는 2건 있습니다. 이 체계적 문헌 고찰에서는 세 가지 테스토스테론 억제제 중 어느 한 약물이 뼈 건강 결과 개선, 테스토스테론 수치, 칼륨 수치, 또는 고프로락틴혈증이나 수막증 발생률 등의 측면에서 더 나은 안전성 프로필을 나타낸다는 근거를 충분히 제시하지 못했습니다(Wilson et al., 2020). 따라서 어떠한 권고도 할 수 없습니다. 이 문헌 고찰에서는 스피로노락톤 기반 요법이 프로락틴 수치가 45% 증가한 것과 관련이 있는 반면 시프로테론 기반 요법은 프로락틴 수치를 100% 이상 증가시켰다고 보고했습니다. 그러나 프로락틴샘종 비율이 스피로노락톤 치료를 받은 집단에서도 CPA 치료를 받은 집단에서도 유의미하게 상승하지 않았으므로, 프로락틴 수치가 상승한 것이 임상적으로 어떠한 중요성이 있는지는 확실하지 않습니다(Wilson et al., 2020). 미국의 한 센터에서 실시한 후향적 코호트 연구 1건에 따르면 에스트로겐과 스피로노락톤을 병용하여 치료받은 트랜스젠더 여성 100명의 프로락틴 수치는 임상적으로 유의미하게 상승하지 않았습니다(Bisson et al., 2018). 네덜란드에서는 CPA를 주로 복용하면서 다양한 에스트로겐 제제를 함께 복용하는 트랜스젠더 여성 2,555

³⁹ GnRHa인 류프롤리드(leuprolide)를 의미한다.

명을 대상으로 후향적 연구를 실시했는데, 이 연구에서는 생식샘 절제 후 다년간 시프로테론을 사용한 환자의 수막종 표준화발생률이 일반 네덜란드인 집단에 비해 높아졌다고 보고했습니다(Nota et al., 2018). 또한 벨기에에서 실시한 더 짧은 연구에 따르면, 트랜스젠더 여성 107 명의 프로락틴 수치가 시프로테론 치료 후 일시적으로 상승했다가 치료를 중단하자 정상 수치로 돌아왔습니다(Defreyne, Nota et al., 2017). 체계적 문헌 고찰에는 포함되지 않았지만 최근 발표된 연구에서는 스피로노락톤, GnRHa 또는 시프로테론을 투여하는 트랜스젠더 여성 126 명을 조사하여 시프로테론이 스피로노락톤이나 GnRHa 에 비해 프로락틴 수치가 더 높아지고 지질 구성이 더 나빠지는 것과 관련이 있다는 결론을 내렸습니다(Sofer et al., 2020). 프로락틴 수치 측정의 비용 및 접근성과 프로락틴 수치 상승의 임상적 중요성을 비교 검토한 결과, 현재 시점에서는 프로락틴 수치 모니터링을 권고하지도 반대하지도 않기로 결정했습니다. 그러므로 보건의로 전문가는 호르몬 요법의 유형 및/또는 고프로락틴혈증이나 뇌하수체 종양 증상(예: 젖분비과다, 시야 변화) 유무에 따라 프로락틴 수치를 측정할 필요가 있는지를 임상에서 각 개인에 맞게 결정해야 합니다.

시프로테론은 수막종과도 관련이 있습니다. 시프로테론을 주로 복용하는 트랜스젠더 여성에게서 수막종 사례 9 건이 문헌에 보고된 바 있습니다(Mancini et al., 2018). 이러한 위험은 시스젠더 집단에서도 증가하는 것으로 파악되었습니다. 2020 년에 유럽 의약품청은 수막종 발병 위험 때문에 일일 용량이 10mg 이상인 시프로테론 제품을 제한하라고 권고하는 보고서를 발표했습니다(European Medicines Agency, 2020). 이러한 상관관계는 시프로테론에만 나타나며 다른 테스토스테론 억제제까지 포함해서 추정하는 것은 아닐 가능성이 높습니다. 시프로테론을 사용할 수 없는 미국의 경우, 북미중앙암등록본부연합(North American Association of Central Cancer Registries; NAACCRs) 데이터베이스에서는 트랜스젠더 여성의 뇌종양(수막종에 국한하지 않음) 위험이 증가한다고 밝혀지지 않았습니다(Nash et al., 2018). 또한, 트랜스젠더 여성 2,791 명으로 구성된 카이저 코호트를 시스젠더 대조군과 비교했을 때 뇌종양 위험비는 증가하지 않았습니다(Silverberg et al., 2017). GnRHa

를 투여받은 트랜스젠더 여성의 수막종 및 프로락틴 샘종 위험에 관해 보고한 장기 연구는 없습니다.

전 세계에서 이러한 약물을 에스트로겐 치료와 함께 사용하는 관행이 있는데다 이러한 치료와 관련된 위험이 상대적으로 적다는 점을 근거로, 우리는 고환이 있는 트랜스젠더인 사람들의 호르몬 요법의 일환으로 테스토스테론 억제제를 사용할 것을 강력히 권고합니다. 그러나 현재 시점에서 우리는 특정 테스토스테론 억제제가 다른 억제제보다 낫다는 권고를 할 수는 없습니다. 현재까지 출간된 데이터에 따르면 시프로테론을 장기간(>2 년) 고용량(>일일 10mg)으로 투여하면 수막종 위험이 높아질 우려가 다소 있습니다(Nota et al., 2018; Ter Wengel et al., 2016; Weill et al., 2021).

비칼루타미드(bicalutamide)는 전립선암 치료에 사용하는 항안드로겐제입니다. 비칼루타미드는 안드로겐 수용체에 경쟁적으로 결합하여 안드로겐 결합을 차단합니다. 트랜스페미닌 인구 집단의 비칼루타미드 사용에 대한 데이터는 매우 적으며 안전성 데이터도 부족합니다. 한 소규모 연구는 GnRHa 치료를 받지 못한 트랜스페미닌 청소년 23 명이 사춘기 차단제로서 비칼루타미드를 일일 50mg 복용한 사례를 연구했습니다(Neyman et al., 2019). 모든 청소년이 유방 발달을 겪었는데, 이는 비칼루타미드 치료를 받은 전립선암 남성 환자에게서도 흔히 나타나는 현상입니다. 드물기는 하지만, 비칼루타미드로 인해 전격 간독성이 발생해 사망에 이른 사례도 보고된 바 있습니다(O'Bryant et al., 2008). 비칼루타미드는 트랜스페미닌 인구 집단에서 충분히 연구되지 않았으므로 우리는 비칼루타미드를 일상적으로 사용할 것을 권고하지 않습니다.

5 알파환원효소억제제(5 α -reductase inhibitor)를 투여하면 테스토스테론이 더 강력한 안드로겐인 디하이드로테스토스테론(dihydrotestosterone)으로 변환되는 것이 차단됩니다. 미국 식품의약국(FDA)이 피나스테리드(finasteride) 투여를 승인한 적응증에는 양성전립샘비대와 안드로겐성 탈모가 포함됩니다. 트랜스페미닌 인구의 5 알파환원효소억제제 사용에 관한 데이터는 매우 드뭅니다(Irwig, 2021). 이러한 부류의 약물이 이미 에스트로겐과 항안드로겐제로 테스토스테론 및 디하이드로테스토스테론 수치를 낮춘 트랜스페미닌 사람들에게 임상적 이익이 있는지는

불분명합니다. 따라서 우리는 트랜스페미닌 집단에 이러한 약물을 일상적으로 투여하는 것을 권고하지 않습니다. 트랜스매스쿨린 사람들이 높은 디하이드로테스토스테론 수치 때문에 성가신 탈모를 겪는다면 피나스테리드는 이들에게 적절한 치료 선택지가 될 수 있습니다. 그렇지만 5 알파환원효소억제제 치료는 트랜스매스쿨린 사람의 클리토리스 성장과 얼굴 및 신체 털 성장을 저해할 수 있습니다. 트랜스젠더 인구 집단에서 5 알파환원효소억제제가 효과 있고 안전한지를 평가하는 연구가 필요합니다.

권고성명 12.17

우리는 보건의료 전문가가 테스토스테론 치료를 받은 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 적혈구 용적률(또는 헤모글로빈)을 모니터링할 것을 권고합니다.

테스토스테론 치료를 받은 TGD 사람들의 적혈구 용적률(또는 헤모글로빈)이 증가한다는 양질의 데이터가 있습니다(Defreyne et al., 2018). 이 체계적 문헌 고찰에서 검토한 테스토스테론 요법에는 매주 25~250mg SC/IM 에 해당하는 테스토스테론에스테르(testosterone ester), 12 주마다 투여하는 운데카노산테스토스테론(testosterone undecanoate), 매일 피부에 바르는 테스토스테론 젤 50mg 등이 포함되었습니다(Defreyne et al., 2018; Gava et al., 2018; Giltay et al., 2000; Meriggiola et al., 2008; Pelusi et al., 2014; T'Sjoen et al., 2005; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Wierckx, van de Peer et al., 2014). 예상되는 수치 상승은 시스젠더 남성의 기준 범위에 부합해야 합니다.

권고성명 12.18

우리는 보건의료 전문가가 성별확정 수술 전후 호르몬 사용에 관해 외과의와 협력할 것을 제안합니다. 이를 뒷받침하는 글은 권고성명 12.19 를 참조하십시오.

권고성명 12.19

수술이 필요하지 않거나 의학적으로 금기가 아닌 한, 우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이

있는 사람들에게 다양한 성별확정 수술 선택지에 관해 상담해줄 것을 제안합니다.

근거는 없지만 성별확정 수술의 수술 전후 임상 기준에 따르면 수술 전 및 수술 후 1~4 주간 호르몬 치료를 중지하도록 되어 있으며, 이러한 기준은 생식기 수술에서 가장 흔합니다(Hembree et al., 2009). 이러한 관행은 외인성 에스트로겐 투여로 인한 VTE 발생 위험을 완화하는 것이 목적입니다(Hembree et al., 2009). 수술 후에 에스트로겐과 테스토스테론 치료를 재개할 수 있습니다.

신중하게 조사한 결과, 연구자들은 성호르몬 치료를 계속 받으면서 수술을 받은 트랜스젠더인 사람들의 수술 전후 VTE 비율이 성호르몬 치료를 수술 전에 중지한 사람들에 비해 증가하지 않았다는 사실을 밝혔습니다(Gaither et al., 2018; Hembree et al., 2009; Kozato et al., 2021; Prince & Safer, 2020). 성호르몬 치료는 생식샘절제술 이후 생식샘기능저하 후유증과 골다공증이 발생할 위험을 피하고 정신 건강과 삶의 질을 유지하는 데 특히 중요합니다 (Fisher, Castellini et al., 2016; Rosen et al., 2019). 따라서 호르몬 제공자와 외과의는 생식샘 절제 후에도 외인성 호르몬 치료를 계속해야 할 필요가 있다는 점을 환자에게 교육해야 합니다.

환자를 교육하고 임상 권리 옹호자 역할을 할 수 있으려면, 보건의료 전문가는 성별확정 수술의 위험과 이익을 숙지해야 하며 자신이 환자를 의뢰할 외과의의 성과 지표 및 수술 결과에 대해서도 알아야 합니다(Beek, Kreukels et al., 2015; Colebunders et al., 2017; Wiepjes et al., 2018). 의학적으로 필요한 수술은 일반적으로 얼굴, 가슴/유방, 생식기(외부 및 내부)라는 세 부위와 관련된 수술로 볼 수 있습니다. 그 외에도 의학적으로 필요한 시술에는 신체윤곽 성형시술과 음성 수술이 포함됩니다. 의학적 필요성에 관한 권고성명은 제 2 장 '전 세계적 적용 가능성'의 권고성명 2.1 을 참조하십시오.

성별확정 안면수술은 갑상연골축소술, 코성형술, 유택·아래턱·이마 윤곽 성형 또는 확대, 안면거상술, 머리카락 제거 및 머리카락 이식 등이 있으나 이것이 전부는 아닙니다(제 13 장 '수술 및 수술 후 관리' 참조). 가슴/유방에 하는 시술로는 유방확대, 유두 이식을 동반한 양측 유방절제술, 유륜 주위 유방절제술,

지방흡입술 등이 있습니다. 내인성으로 유방이 발달한 TGD 사람에게 가장 흔히 시술하는 성별확정 수술은 남성화 가슴수술(유방절제술)입니다(Horbach et al., 2015; Kailas et al., 2017).

내부생식기 수술로는 고환절제술, 자궁절제술, 난소난관절제술, 질형성술, 질절제술 등이 있으나 이것이 전부는 아닙니다(Horbach et al., 2015; Jiang et al., 2018). 질형성술을 할 때는 일반적으로 음경 피부, 피부이식편, 음경 피부 및 피부이식편 조합, 또는 장의 일부를 사용해 내벽을 성형합니다. 자궁/난소 제거는 따로 할 수도 있고 함께 할 수도 있습니다(자궁절제술, 난소난관절제술, 질절제술). 질절제술을 실시하면 자궁절제술도 함께 실시해야 합니다. 환자가 요청하면 난소는 그대로 둘 수 있습니다. 한쪽 또는 양쪽 난소를 남기면 가임력을 보존할 수 있다는 이익이 있지만, 암을 비롯한 난소 질환이 생길 가능성이 있다는 단점도 있습니다(De Roo et al., 2017).

외부생식기 수술로는 외음부형성술, 메토이디오플라스티, 음경형성술 등이 있으나 이것이 전부는 아닙니다(Djordjevic et al., 2008; Frey et al., 2016). 외부생식기 시술을 하기 전에는 대체로 제모가 필수입니다(Marks et al., 2019). 외음부형성술에는 치구, 음순, 클리토리스, 요도 입구를 만드는 것이 포함될 수 있습니다. 메토이디오플라스티와 음경형성술을 실시할 때는 요도를 연장하기를 선택할 수 있지만, 요도 연장은 합병증 발생률이 크게 증가하는 것과 관련이 있습니다(Schechter & Safa, 2018). 음경형성술의 도너 부위에 생긴 상처를 관리하려면 상처 관리와 물리치료가 필요합니다(van Caenegem, Verhaeghe et al., 2013). 골반 물리치료는 수술 후 배뇨와 성 기능을 관리하는 데 중요한 보조 개입이 될 수 있습니다(Jiang et al., 2019). 대화와 상호 이해와 공통의 언어로 된 명확한 의사소통을 거치면 환자와 보건의료 전문가와 외과의는 가용한 외과 시술에 대해 신중한 결정을 내릴 수 있게 됩니다.

권고성명 12.20

치료 요건에 부합하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 성별확정 호르몬 치료를 받음으로써 심리사회적 기능과 삶의 질이 개선된다는 점이 입증되어 이들이 이러한 치료를 요할 때, 우리는 보건의료

전문가가 이들에게 성별확정 호르몬 치료를 개시하고 지속할 것을 권고합니다. 이를 뒷받침하는 글은 권고성명 12.21 을 참조하십시오.

권고성명 12.21

트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람의 정신 건강이 악화한다면, 금기 사항이 없는 한 우리는 보건의료 전문가가 기존 호르몬 치료를 유지하고 정신 건강이 악화된 이유를 평가할 것을 권고합니다.

트랜스젠더 인구 집단은 우울증, 자살 경향성, 불안, 자존감 감소, 외상 후 스트레스 장애 등 여러 가지 정신 건강 불평등을 겪고 있다는 사실이 입증된 바 있습니다(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). 성별 소수자 스트레스 모델은 이러한 격차에 여러 중개 변수와 조절변수가 있다는 근거를 제시합니다. 트랜스젠더인 사람들 특유의 정신 건강 불평등의 중개변수 및 조절변수로는 차별, 피해, 성별용어 오용(미스젠더링), 가족의 거부, 내면화된 트랜스혐오 경험 등이 있습니다(Hendricks & Testa, 2012). 정신 건강에 긍정적인 영향을 미치는 요인으로는 가족의 수용, 당사자를 지지하는 사회적 관계 및 낭만적 관계, 트랜스젠더 공동체와의 연결, 당사자를 긍정하고 포용하는 정책 및 그러한 정책으로부터 받는 보호, 신분증 서류상 성명/성별 표시의 법적 정정, 개인마다 다른 체현 목표에 따른 신체적 트랜지션 달성 등이 있습니다(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).

호르몬 치료는 치료를 시작한 TGD 청소년 및 성인의 정신 건강과 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 밝혀졌습니다(Aldridge et al., 2020; Allen et al., 2019; Bauer et al., 2015; Nobili et al., 2018; Russell et al., 2018; Ryan, 2009). 많은 경우 호르몬 치료는 당사자의 목숨을 구하는 개입으로 간주됩니다(Allen et al., 2019; Grossman & D'Augelli, 2006; Moody et al., 2015). 여러 연구에서 청소년 및 성인

에게 호르몬 치료를 개시하는 것이 정신 건강 향상과 관련이 있다고 나타났는데(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), 여기에는 삶의 질 향상(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), 불안 및 우울 감소(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), 스트레스 감소, 편집장애 감소(Keo-Meier & Fitzgerald, 2017)도 포함됩니다. 미네소타 다면적 인성검사-2(MMPI-2)를 이용한 전향적 대조군 연구를 통해, 트랜스젠더 남성들이 테스토스테론 치료를 받은 지 불과 3개월만에 다양한 영역에서 심리적 기능이 현저히 향상되었다는 사실이 입증되었습니다(Keo-Meier et al., 2015). 자폐증 비율이 트랜스젠더 집단에서 더 높게 나타나기는 하지만, 이러한 증상은 호르몬 치료를 개시한 후 증가하지는 않는 것으로 밝혀졌습니다(Nobili et al., 2020).

우울증 증상 감소는 자살 위험성 감소와 상관관계가 있을 수 있으므로, 우울증이나 자살 경향성이 있다는 이유로 호르몬 치료를 보류하면 위해를 끼칠 수 있습니다(Keo-Meier et al., 2015; Levy et al., 2003). Turban, King et al.(2020)은 사춘기 억제를 필요로 하고 이러한 치료를 받을 수 있었던 청소년의 경우의 경우, 사춘기 억제를 원하지만 이러한 치료를 받을 수 없었던 청소년에 비해 평생 자살 사고 확률이 낮다는 사실을 밝혔습니다(Turban, King et al., 2020). 최근의 한 체계적 문헌 고찰에 따르면 TGD 청소년의 사춘기를 억제하는 것은 사회생활 개선, 성인기 자살 경향성 감소, 심리 기능 향상 및 삶의 질 향상과 관련이 있습니다(Rew et al., 2020). 호르몬 치료가 우울증 및 불안 증상 감소와 직접 관련이 있다는 근거가 있으므로, 이러한 증상을 전통적인 정신의학으로 치료할 때까지 호르몬 치료를 보류하면 의인성 영향이 발생할 것이라고 보입니다(Keo-Meier et al., 2015). 만약 정신의학 치료가 필요하다면, 호르몬 치료를 중단하지 않고 정신의학 치료를 동시에 시작하거나 조정하면 됩니다.

* 청소년과 성인의 치료 요건 기준에 대해서는 제 5 장 '성인 평가'와 제 6 장 '청소년'과 부록 D 를 참조하십시오.

제 13 장 수술 및 수술 후 관리

의학적으로 필요한 성별확정 수술(gender-affirmation surgery; GAS)은 한 사람의 신체를 본인의 성별정체성에 일치하도록 하기 위해 설계한 일단의 절차를 가리킵니다(의학적 필요성에 관해서는 제 2 장 '전 세계적 적용 가능성' 권고성명 2.1 참조). 이 장에서는 TGD 성인 및 청소년의 수술 및 수술 후 관리에 권고하는 사항을 기술합니다. 성인과 청소년 수술에 관한 평가 기준은 제 5 장 '성인 평가'와 제 6 장 '청소년'을 각각 참조하십시오. 권고성명 및 평가 기준을 요약한 내용은 부록 D에서 볼 수 있습니다.

트랜스젠더.성별다양성이 있는(TGD) 사람으로 정체화하는 사람들의 공동체가 매우 다양하고 이질적이라는 점을 인정하면서, 우리는 다양한 성별확정 외과 개입을 출생 당시 남성으로 지정된(AMAB) 사람을 대상으로 하는 시술과 출생 당시 여성으로 지정된(AFAB) 사람을 대상으로 하는 시술로 분류할 수 있습니다.

현존하는 문헌은 적절하게 선택된 TGD 사람에게 GAS가 유익하다는 것을 뒷받침합니다. GAS로 인해 합병증이 발생하기도 하지만, 이 중 많은 합병증들은 경미하거나 현지에서 외래 방문으로 치료할 수 있습니다(Canner et al., 2018; Gaither et al., 2018; Morrison et al., 2016). 또한 합병증 발생률은 다른 진단으로 시행한 유사 시술(즉 성별확정 시술이 아닌 시술)의 합병증 발생률과 일치합니다.

AFAB 사람의 성별확정 가슴수술, 통칭 '탑(top)수술' (즉 '피하유방절제술')에 대해서는 전향적 연구(Agarwal et al., 2018; Frederick et al., 2017; Top & Balta, 2017; van de Grift, Elaut et al., 2017; van de Grift et al., 2016), 후향적 연구(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), 그리고 횡단 코호트 연구(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)가 실시되었습니다. 탑수술의 긍정적 효과는 이미 여러 영역에서 입증되었는데, 건강 관련 삶의 질이 일관성 있고 직접적으로 증가하는 효과, 성별불쾌감이 현저히 감소하는 효과, 신체 및 외모 만족도가 일관되게

증가하는 효과가 여기에 포함됩니다. 뿐만 아니라 수술을 후회하는 비율은 0~4%로 매우 낮게 나타납니다. 탑수술은 우울증, 불안, 성기능 등 여타 결과에도 유익한 영향을 미치는 것으로 나타났지만 확정적인 결론을 내리기에는 연구가 불충분했습니다. 더 확고한 결론을 도출하려면 추가 조사가 필요하지만, 근거에 따르면 탑수술은 안전하고 효과적인 개입입니다.

AMAB 사람의 성별확정 유방수술('유방확대술')에 관해 출간된 연구는 상대적으로 적으며, 전향적 연구 2건(Weigert et al., 2013; Zavlin et al., 2018), 후향적 코호트 연구 1건(Fakin et al., 2019), 단면 코호트 연구 3건(Kanhai et al., 2000; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018)이 있습니다. 모든 연구에서 전반적인 만족도, 신체이미지 만족도, 수술 후의 신체이미지 등 환자의 만족도가 일관되고 직접적으로 증가했다고 보고했습니다. Owen-Smith et al.(2018)은 성별확정 개입의 수위가 높아질수록 우울증 점수와 불안 점수가 모두 개선되는 긍정적인 경향이 나타남을 입증했습니다. 그러나 탑수술을 받은 사람들과 다른 집단 사이의 통계적 비교는 없었습니다.

성별확정 질형성술은 특히 자주 보고되는 성별확정 외과 개입으로, 전향적 연구 8건 (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), 후향적 코호트 연구 15건 (Bouman, van der Sluis et al., 2016; Buncamper et al., 2015; Hess et al., 2016; Jiang et al., 2018; LeBreton et al., 2017; Manrique et al., 2018; Massie et al., 2018; Morrison et al., 2015; Papadopulos, Lelle et al., 2017; Raigosa et al., 2015; Salgado et al., 2018; Seyed-Foroortan et al., 2018; Sigurjonsson et al., 2017; Simonsen et al., 2016; Thalaivirithan et al., 2018), 단면 코호트 연구 3건이 최근에 보고된 바 있습니다 (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018).

각 연구에서 사용한 평가 척도는 서로 다르지만, 모든 연구에서 환자의 만족도(78~100%)와 성기능 만족도(75~100%)가 모두 일관되게 높게 보고되었습니다. 이러한 점은 최신 수술 기법을 사용했을 때 특히 뚜렷하게 나타났습니다. 성별확정 질형성술도 합

병증 발생률과 후회하는 비율(0~8%)이 낮게 나타났습니다.

메토이디오플라스티(metoidioplasty)와 음경형성술의 위험과 이익을 검토한 전향적 코호트 연구 3 건(Garaffa et al., 2010; Stojanovic et al., 2017; Vukadinovic et al., 2014), 후향적 코호트 연구 6 건(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), 횡단 연구 4 건(Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wierckx, Van Caenegem et al., 2011)에서 볼 수 있듯이, 임상에서 메토이디오플라스티와 음경형성술에 대한 관심이 높아진 것을 최근 문헌을 통해 알 수 있습니다.

배뇨 기능 면에서, 연구 참여자의 75~100%가 서서 배뇨할 수 있었습니다. 성 기능 면에서는 연구 참여자 77~95%가 자신의 성 기능에 만족을 표했습니다. 대부분의 연구에서 전반적인 수술 후 만족도는 높게 나타났으며(범위: 83~100%), 새로운 수술 기법을 포함한 연구에서 만족도가 더 높게 나타났습니다. 전향적 코호트 연구 2 건과 후향적 코호트 연구 2 건에서 수술 후 후회 문제를 구체적으로 평가한 결과, 트랜스젠더 남성 중 누구도 후회를 느끼지 않은 것으로 나타났습니다. 연구의 일부 한계점들이 확인되기는 하였지만, 보고된 결과는 일관성이 있고 직접적이었습니다.

최근 몇 년 사이에 성별확정 안면수술(FGAS)에 대한 관심이 높아졌는데, 최근의 연구들은 이 수술에 이익이 있음을 뒷받침합니다. 최근 출간된 연구는 8 건으로, 전향적 코호트 연구는 1 건 (Morrison et al., 2020), 후향적 코호트 연구는 5 건(Bellinga et al., 2017; Capitán et al., 2014; Noureai et al., 2007; Raffaini et al., 2016; Simon et al., 2022), 횡단 연구는 2 건입니다(Ainsworth & Spiegel, 2010; van de Grift, Elaut et al., 2018). 연구 8 건 모두 당사자들이 수술 결과에 매우 만족하는 것으로 나타났습니다(당사자의 72~100%). 또한 이들은 수술을 받지 않은 사람들에 비해 자신의 얼굴 외형에 현저히 더 만족하는 것으로 나타났습니다. 한 국제적 다기관 전향적 코호트 연구에 따르면 성별확정 안면수술은 중기 및 장기 삶의 질을 현저히 개선하는 것으로 나타났습니다(Morrison et al., 2020). 연구 결과는 직접적이고 일

관성이 있었으나, 연구에 특정한 한계가 있어서 다소 부정확한 면이 있었습니다. AFAB 사람들을 대상으로 한 성별확정 안면수술이라는 분야가 새롭게 부상하고 있는데, 현재 데이터는 제한되어 있지만 데이터에 따르면 소수의 환자가 위와 동등한 이익을 누리는 것으로 보입니다. 앞으로 추가 연구를 권장합니다.

수술 전 절차로 (안면 및/또는 생식기 수술 전) 제모와 같은 추가 시술 및/또는 개입이 필요할 수 있습니다. 제 15 장 '일차의료'를 참조하십시오. 또한 수술 전 및 수술 후에 골반저(pelvic floor) 물리치료사와 상담하는 것이 중요할 (또는 필요할) 수 있습니다.

대표적인 외과 개입은 다음과 같습니다(전체 목록은 부록 E 및 이 장의 마지막 부분을 참조하십시오).

AMAB: 안면여성화수술(갑상연골축소술/성대수술 포함), 성별확정 유방수술, 신체윤곽 성형시술, 고환절제술, 질/외음부형성술(깊이는 있거나 없을 수 있음), 미용 시술, 수술을 준비하기 위한 시술(예: 제모).

AFAB: 안면남성화수술, 성별확정 가슴수술, 자궁/난소절제술, 메토이디오플라스티(고환 보형물 삽입 포함), 음경형성술(고환/음경 보형물 삽입 포함), 신체윤곽 성형시술, 미용 시술, 수술을 준비하기 위한 시술(예: 제모).

외과의가 GAS의 적응증과 적절한 시기를 이해하는 것이 중요합니다. 이는 청소년을 관리할 때 특히 중요합니다(제 6 장 '청소년' 참조).

외과의와 환자가 1)다학제적 접근, 2)환자의 목표와 기대 이해, 3)외과적 선택지 및 그에 따르는 위험과 이익에 대한 논의, 4)충분한 정보에 입각한 수술 후 관리 계획을 비롯한 공동의사결정에 참여하는 것은 중요합니다(제 5 장 '성인 평가') 참조. 여기에 있는 권고성명은 개별화된 건강 관리를 용이하게 하도록 설계하였습니다.

적절한 사후 관리는 최적의 결과를 얻는 데 필수이며(Buncamper et al., 2015; Lawrence, 2003), 수술 후 필요한 사항(국소 상처 관리, 활동 제한, 직장 휴가 또는 학교 결석 등)에 대해 환자에게 알리는 것은 중요합니다. 또한 필요한 경우 외과의가 환자에게 수술 후 관리를 제공하고 촉진하거나, 전문 서비스에 환자를 의뢰하거나, 이 두 가지를 다 할 수 있어야 합니다. 지속적인 지원(양육자뿐만 아니라 일차의료 제

권고성명

- 13.1- 우리는 성별확정 외과 시술을 실시하는 외과의가 다음과 같은 자격을 갖추 것을 권고합니다.
- 13.1.a- 성별확정 시술에 대한 수련 및 문서화된 수퍼비전
 - 13.1.b- 성별확정 외과 시술을 활발하게 실시하는 상태를 유지함
 - 13.1.c- 다양성이 있는 성별정체성 및 성별표현에 대한 지식
 - 13.1.d- 성별확정 수술 분야에서 지속적인 교육을 받음
 - 13.1.e- 수술 결과 추적
- 13.2- 우리는 외과의가 유방확대술이나 유방절제술을 실시하기 전에 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람의 유방암과 관련된 위험 요인을 평가할 것을 권고합니다.
- 13.3- 우리는 외과의가 성별확정 수술을 받는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람에게 사후 관리에 필요한 사항, 이동 및 숙박, 수술 후 추적관리의 중요성에 대해 수술 이전 과정에서 알릴 것을 권고합니다.
- 13.4- 우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람에게 생식샘절제술을 실시하기 전에 이들이 재생산 선택지에 대해 논의를 거친 적이 있는지 외과의가 확인할 것을 권고합니다.
- 13.5- 치료 요건에 부합하는* 트랜스젠더·성별다양성이 있는 성인이 최소 6 개월간 호르몬 치료를 받았다는 증거가 있다면(호르몬 대체요법이나 생식샘 억제제가 임상적으로 필요하지 않거나 이러한 시술이 환자의 욕망, 목표, 또는 개인의 성별정체성 표현에 부합하지 않는 경우에는 예외), 우리는 외과의가 생식샘절제술을 실시할 것을 고려하라고 제안합니다.
- 13.6- 치료 요건에 부합하는* 트랜스젠더·성별다양성이 있는 성인이 성별확정 생식기 시술을 원하며 현재의 치료 요법(여기에는 최소 6 개월간의 호르몬 치료 또는 원하는 수술 결과를 얻는 데 필요한 더 긴 기간의 호르몬 치료가 포함될 수 있으며, 호르몬 치료를 환자가 원하지 않거나 호르몬 치료가 의학적으로 금기인 경우는 예외임)을 안정적으로 유지했다는 증거가 있다면, 우리는 보건의로 전문가가 이 사람에 대한 성별확정 생식기 시술을 고려할 것을 제안합니다.
- 13.7- 의사결정 과정에 정신 건강 전문가 및 의학 전문가를 포함하는 다학제적 접근이 있었다는 증거가 있다면, 우리는 외과의가 치료 요건에 부합하는* 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년에게 성별확정 외과 개입을 고려할 것을 권고합니다.
- 13.8- 치료 요건에 부합하는* 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람이 성별확정 외과 개입의 일환으로 개인에게 맞춤화된(과거에는 '비표준적'이라고 불림) 수술을 요청한다면, 우리는 외과의가 종합적이고 다학제적인 트랜스젠더 건강 분야 전문가 팀에게 자문을 구할 것을 권고합니다.
- 13.9- 우리는 메토이드오플라스티/음경형성술을 받은 트랜스젠더 남성 및 성별다양성이 있는 사람을 관리하는 외과의가 이들이 평생 비뇨기와 추적 검사를 받도록 장려할 것을 제안합니다.
- 13.10- 우리는 질형성술을 받은 트랜스젠더 여성 및 성별다양성이 있는 사람을 관리하는 외과의가 이들이 외과 주치의, 내과 주치의, 또는 부인과 의사에게 추적 검사를 받도록 장려할 것을 권고합니다.
- 13.11- 우리는 성별 관련 외과 개입을 받은 것을 후회하는 환자가 다학제 전문가 팀에게 관리를 받을 것을 권고합니다.

* 청소년과 성인의 치료 요건 기준에 대해서는 제 5 장 '성인 평가'와 제 6 장 '청소년'과 부록 D 를 참조하십시오.

공자 및/또는 정신 건강 전문가)의 필요성과 정기적인 일차의료(예: 유방/가슴 암 검진, 비뇨기과/부인과 건강 관리 등)의 필요성도 여기에 포함됩니다.

대중의 관심이 높아지고 성별확정 외과 시술의 가짓수가 증가함에 따라(Canner et al., 2018; Ross, 2017; Shen et al., 2019), 외과의는 추가로 수련을 받고 결과를 추적하고 지속적인 의학 교육을 받아야 할 필요가 있습니다 (Schechter et al., 2017).

이 장에 있는 모든 권고성명은 철저한 근거 검토, 이익과 위해 평가, 보건의로 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 활용과 실현 가능성에 기초합니다. 우리는 몇몇 경우에 근거가 충분하지 않고, 또는 서비스에 접근하는 것이 어렵거나 적합한 서비스가 아닐 수 있다는 점을 인정합니다.

권고성명 13.1

우리는 **성별확정 외과 시술을 실시하는 외과의가 다음과 같은 자격을 갖추 것을 권고합니다.**

- a. **성별확정 시술에 대한 교육·훈련 및 문서화된 수퍼비전**
- b. **성별확정 외과 시술을 활발하게 실시하는 상태를 유지함**
- c. **성별다양성이 있는 성별정체성 및 성별표현에 대한 지식**
- d. **성별확정 수술 분야에서 지속적인 교육을 받음**
- e. **수술 결과 추적**

GAS 를 실시하는 외과의가 받은 외과 전공 수련과 배경은 다양할 수 있습니다. 가장 일반적인 외과 전공으로는 성형외과, 비뇨의학과, 부인과, 이비인후과, 구강악안면외과 등이 있습니다. 다른 외과 분야와 마찬가지로, 우리는 각국 국가 전문가 위원회에서 전문의 인증을 받았거나 인증 받을 자격이 있는 외과의만이 GAS 를 실시할 것을 권고합니다. 또한 TGD 사람들을 관리하는 외과의는 성별확정 시술 및 성별확정 건강 관리 원칙을 교육받은 기록이 있어야 합니다. 이러한 원칙에는 다양성이 있는 성별정체성과 성별표현에 대한 지식 및 이러한 성별정체성과 표현이 환자의 목표와 기대와 결과에 어떻게 영향을 미치는지에 대한 지식을 갖추어야 한다는 원칙이 포함됩니다. GAS 를 실시하는 외과의가 가용한 시술을 숙지하고 충분한 정보에 근거한 사전 동의를 받을 수 있는 것은 중요합니다. 환자가 요청한 시술을 외과의가 제공하지 않는 경우, 외과의는 다른 의사의 소견을 받기 위해 환자를 의뢰할 수 있습니다. GAS 를 실시하는 외과의는 최신 지견을 유지하기 위해 GAS 분야의 지속적인 교육 활동(예: 회의, 컨퍼런스, 세미나 등)에 참여해야 합니다. 또한 우리는 충분한 정보에 근거한 사전 동의 절차의 일환으로서 수술 결과를 추적하고 환자에게 전달할 것을 권고합니다(Schechter et al., 2017).

뿐만 아니라 병원, 시설, GAS 를 실시하는 의사 진료실은 문화적 숙련도(예: 언어, 용어 등)를 갖추어야 합니다. 이를 갖추려면 직원을 지속적으로 정기적으로 교육할 필요가 있을 수 있습니다.

권고성명 13.2

우리는 **외과의가 유방확대술이나 유방절제술을 실시하기 전에 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람의 유방암과 관련된 위험 요인을 평가할 것을 권고합니다.**

유방확대술이나 유방절제술을 실시하기 전에 당사자에게 유방암 위험 요인에 대해 알리고 이러한 요인이 있는지를 평가해야 하는데, 이러한 요인에는 유전자 돌연변이(예: BRCA1, BRCA2), 가족력, 연령, 방사선, 에스트로겐 노출, 수술 후 남을 것으로 예상되는 유방 조직의 양 등이 있습니다(Brown, Lourenco et al., 2021; Brown & Jones, 2015; Colebunders et al., 2014; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010). 유방암 검진은 적절한 영상, 검사, 시술을 선택하여 암 여부를 파악하는 것입니다. TGD 사람을 대상으로 한 근거 중심 검진 지침은 현재 존재하지 않지만(Salibian et al., 2021) 최근 미국 방사선의학회(American College of Radiology)에서 지침을 제안한 바 있습니다(Brown, Lourenco et al., 2021). 성별확정 유방확대술이나 유방절제술을 받고자 하는 사람의 암 발생 위험은 (호르몬을 사용하는 상황에서도) 일반 인구의 암 발생 위험과 유사하므로, 기존 암 검진 지침을 준수해야 합니다(Brown & Jones, 2015; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010). 이러한 지침은 변경될 수 있으므로 전문가는 업데이트된 내용을 숙지해야 합니다. 가슴에 성별확정 수술을 받는 사람은 주치의의 감독 하에 지속적으로 유방암 추적검사를 받아야 합니다.

권고성명 13.3

우리는 **외과의가 성별확정 수술을 받는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람에게 사후 관리에 필요한 사항, 이동 및 숙박, 수술 후 추적관리의 중요성에 대해 수술 이전 과정에서 알릴 것을 권고합니다.**

환자가 적절한 계획을 세울 수 있도록 수술 전에 환자에게 수술 시기, 수술 방법, 수술 후 필요한 사후 관리 지속 기간에 대해 자세한 정보를 공유합니다. 예상되는 단계적 수술의 횟수 그리고 그에 따른 이동 필요성에 관한 논의도 여기에 포함됩니다. GAS 전문 외과의의 수가 적기 때문에, 환자가 수술을 받기 위해 이동하는 일은 흔히 있습니다. 외과의는 수술 전

에 환자에게 수술 후 추적 관리 일정을 제공해야 합니다. 외과의는 환자의 이동 날짜와 이동 기간, 예상되는 입원 기간 및 외래 진료 기간, 이동 계획을 유연하게 조정해야 할 가능성(특히 합병증이 발생하는 경우)에 대해 환자와 상의해야 합니다. 이동과 숙박은 복잡하고 비용이 들기 때문에, 치료 계획이 변경된다면 환자에게 최대한 빨리 알려야 합니다. 외과의는 환자가 집에 돌아간 후 현지 의료 제공자에게 지속적으로 용이하게 치료를 받을 수 있도록 해야 합니다.

사후 관리와 수술 후 추적 관찰은 중요합니다. 성별확정 외과 개입 사후 관리에는 종종 특수하게 필요한 사항이 있는데, 이러한 사항으로는 수술 후 자원(안정되고 안전한 주거, 이동 및 추적 관리에 필요한 자원), 건강에 이로운 생활 습관 지침(예: 개인 위생, 건강한 생활, 요로감염(UTIs) 및 성매개감염(STIs) 예방(Wierckx, Van Caenegem et al., 2011)), 수술 후 예방 조치 또는 일상 활동 제한 조치(예: 목욕, 신체 활동, 운동, 영양 지도, 성 활동 재개(Capitán et al., 2020)), 수술 후 약물 복용 재개(예: 항응고제, 호르몬 등), 수술 후 자기 관리 활동에 대한 자세한 안내(예: 질형성술 이후 확장(dilation) 및 질 세정(douching) 요법, 음경 보형물 사용 시작, 음경형성술 이후 적절한 배뇨 방법, 모발 이식 후 관리 (Capitán et al., 2017; Falcone et al., 2018; Garcia, 2018; Hoebeke et al., 2005) 등이 있습니다. 수술 후 자기 관리법 중 일부는 수술 전에 안내하고 수술 후에 더 강조할 수도 있습니다(Falcone et al., 2018). 상처 파열(상처 이개), 질 확장 곤란, 요로감염증 등의 문제가 발생할 수 있기에(Dy et al., 2019), 추적 관리 기간은 합병증에 개입하고 합병증을 완화·예방할 기회를 제공해 줍니다(Buncamper et al., 2016; Garcia, 2021).

권고성명 13.4

우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람에게 생식샘절제술을 실시하기 전에 이들이 재생산 선택지에 대해 논의를 거친 적이 있는지 외과의가 확인할 것을 권고합니다.

난임은 성별확정 호르몬 치료(일시적)와 GAS(영구적)의 결과로 종종 발생하며, 가임력보존 문제는 내과 개입이나 외과 개입이나 또는 두 가지 모두를 하

기에 앞서서 논의합니다(Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Jahromi et al., 2021; Jones et al., 2021). 생식기관의 해부 구조나 기능을 바꾸는 외과 개입은 향후 선택할 수 있는 생식 방법을 다양한 정도로 제약할 수 있습니다(Nahata et al., 2019). 그러므로 이러한 개입을 개시하기 전에, 그리고 이후에도 지속적으로, 트랜스젠더 당사자 및 그 가족을 상대로 난임 위험과 가임력보존(fertility preservation; FP) 선택지에 대해 의논하는 것이 매우 중요합니다(Hembree et al., 2017).

재생산 선택지에 관한 구체적인 권고는 제 16 장 '생식 건강'을 참조하십시오.

권고성명 13.5

치료 요건에 부합하는* 트랜스젠더·성별다양성이 있는 성인이 최소 6 개월간 호르몬 치료를 받았다는 증거가 있다면(호르몬 대체요법이나 생식샘 억제제가 임상적으로 필요하지 않거나 이러한 시술이 환자의 욕망, 목표, 또는 개인의 성별정체성 표현에 부합하지 않는 경우에는 예외), 우리는 외과의가 생식샘절제술을 실시할 것을 고려하라고 제안합니다. 이를 뒷받침하는 글은 권고성명 13.6 을 참조하십시오.

권고성명 13.6

치료 요건에 부합하는* 트랜스젠더·성별다양성이 있는 성인이 성별확정 생식기 시술을 원하며 현재의 치료 요법(여기에는 최소 6 개월간의 호르몬 치료 또는 원하는 수술 결과를 얻는 데 필요한 더 긴 기간의 호르몬 치료가 포함될 수 있으며, 호르몬 치료를 환자가 원하지 않거나 호르몬 치료가 의학적으로 금기인 경우는 예외임)을 안정적으로 유지했다는 증거가 있다면, 우리는 보건의료 전문가가 이 사람에 대한 성별확정 생식기 시술을 고려할 것을 제안합니다.

GAHT 는 해부학적, 생리학적, 심리적 변화를 일으킵니다. 해부학적 효과(예: 클리토리스 비대, 질 점막 위축)은 치료를 시작한 지 얼마 지나지 않아 일어나기 시작할 수 있으며 1~2 년 후에 최고조에 달할 것으로 예상됩니다(T'Sjoen et al., 2019). 어떤 수술 결과를 필요로 하는가에 따라 일정 기간 호르몬 치료를 할 필요가 있을 수도 있고(예: 메토이디오플라스티/음경형성술 실시 전 클리토리스가 충분히 남성화되

어야 함), 심리적 이유나 해부학적 이유 또는 둘 다 때문에 일정 기간 호르몬 치료를 하는 것이 나올 수도 있습니다(유방확대술 실시 전 유방 성장 및 피부 확장, 얼굴 GAS 실시 전 피부 연화 및 얼굴 지방 분포 변화)(de Blok et al., 2021).

외과 개입 전 호르몬을 투여하지 않는 경우, 제안된 수술에 이러한 점이 어떤 영향을 미치는지를 외과의가 검토하는 것이 중요합니다.

호르몬을 복용하지 않고 생식샘절제술을 받는 경우, 수술 전 호르몬 처방 전문의와 함께 호르몬 대체요법 계획을 세울 수 있습니다.

권고성명 13.7

의사결정 과정에 정신 건강 전문가 및 의학 전문가를 포함하는 다학제적 접근이 있었다는 증거가 있다면, 우리는 외과의가 치료 요건에 부합하는* 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년에게 성별확정 외과 개입을 고려할 것을 권고합니다.

상당량의 근거(예: 관찰 연구(Monstrey et al., 2001; Stojanovic et al., 2017), 문헌 검토 및 전문가 의견(Esteva de Antonio et al., 2013; Frey et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Pan & Honig, 2018), 확립된 지침(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)과 주제별 내용 분석 1 건(Gerritse et al., 2018))은 트랜스젠더 건강 관리에 다학제적(의학적, 정신건강의학적, 외과적) 접근이 중요하다는 점을 뒷받침합니다. 다학제적 접근은 특히 GAS 를 받는 TGD 사람이 겪는 정신 건강 문제를 관리하는 데 중요합니다(de Freitas et al., 2020; Dhejne et al., 2016; van der Miesen et al., 2016). 뿐만 아니라, 일차의료 제공자와 전문의는 수술 시기, 수술 결과 및 기대치, 수술 전후 호르몬 관리, 의학적 상태의 최적 관리에 관련하여 결정을 내리는 데 도움을 줄 수 있습니다(Elamin et al., 2010; Hembree et al., 2017).

청소년의 수술 전 평가에 관한 구체적인 권고성명은 제 6 장 '청소년'을 참조하십시오.

권고성명 13.8

치료 요건에 부합하는* 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람이 성별확정 외과 개입의 일환으로 개인에게 맞춤형(과거에는 '비표준적'이라고 불림) 수술을 요청한다면, 우리는 외과의가 종합적이고 다학제적인 트랜스젠더 건강 분야 전문가 팀에게 자문을 구할 것을 권고합니다.

성별정체성은 스펙트럼에 걸쳐 다양하게 나타나며, 정체성 표현은 개인에 따라 매우 달라질 수 있습니다(Beek et al., 2015; Koehler et al., 2018). 특정 시술은 전반적으로 대체로 성별불쾌감을 줄이거나(van de Grift, Elaut et al., 2017) 성별 일치룰 이루는 것을 목표로 하지만, 성별은 다양하게 나타나므로 개인은 자신에게 맞춤형 외과 시술을 요청할 수 있는데 이러한 시술 중 일부는 '비표준적'이라고 간주될 수 있습니다(Beek et al., 2015; Bizic et al., 2018). 개인에게 맞춤형 수술 요청이란 1)이분법적인 성별 중 다른 성별을 표현하는 것을 반드시 목표로 하지는 않으면서도 개인의 성별표현을 바꾸는 시술이거나 2)이미 확립된 시술을 '비표준적'인 방식으로 조합한 것 또는 3)두 가지 모두라고 정의할 수 있습니다.

이는 환자를 상담하고 환자에게 정보를 제공하는 데 도움을 줄 뿐만 아니라 환자의 목표를 확실히 달성하기 위해 고안된 것입니다. 환자와 외과의는 환자의 기대치가 현실적이고 달성 가능하며 환자가 제안한 개입이 안전하고 기술적으로 실현 가능한지 확인하기 위해 함께 노력해야 합니다. 환자와 수술팀은 공동의사결정 과정에 참여해야 합니다(Cavanaugh et al., 2016). 이와 같은 충분한 정보에 근거한 사전동의 절차 과정에서는 일부 시술에 비가역성이 있다는 점, 일부 시술은 비교적 최근에 등장했다는 점, 일부 시술은 장기 결과에 관한 정보가 충분히 알려지지 않았다는 점을 다루어야 합니다.

권고성명 13.9

우리는 메토이디오플라스티/음경형성술을 받은 트랜스젠더 남성 및 성별다양성이 있는 사람을 관리하는 외과의가 이들이 평생 비뇨기과 추적 검사를 받도록 장려할 것을 제안합니다.

메토이디오플라스티/음경형성술 수술 후 합병증에는 요로 및 성 기능 합병증이 있습니다(Kang et al.,

2019; Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019). 보고된 요도 합병증(요도 연장 관련)으로는 요도협착 35~58%, 요도누공(fistula) 15~70%(Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019), 잔류 질조직으로 인한 점액 종, 신생요도(neourethra) 내 체모 성장 등이 있습니다(Berli et al., 2021; Veerman et al., 2020). 성 기능에 관련된 합병증에는 촉감 및/또는 성감 부재, 오르가즘 곤란, 음경 보형물 관련 합병증 등이 있습니다(Kang et al., 2019; Santucci, 2018). 음경 보형물 관련 합병증에는 감염(발생률 8~12%), 보형물 오작동, 요도미란, 보형물 돌출, 보형물이 뼈에 고정된 위치에서 이탈하는 것 등이 있습니다(Falcone et al., 2018; Kang et al., 2019; Morrison et al., 2016). 요도 및 보형물 합병증은 대부분 수술 직후 및 수술 후 경과 초기에 발생하지만, 합병증은 어느 시기에도 발생할 수 있습니다. 초기에 발견하면 이환율을 줄일 수 있습니다(예: 요도협착이 요도누공으로 진행함, 음경 보형물로 인한 미란이 감염과 보형물 제거가 필요한 상황으로 진행함(Blecher et al., 2019)).

요도협착(또는 다른 비뇨기 문제)이 있다는 근거를 초기에 평가하기 위한 정기적인 추적 관리 조치에는 방광 초음파로 배뇨 후 잔뇨량을 측정하는 것(신생요도 협착의 정도 검사) 및 방광요도내시경술(신생요도의 협착, 누공, 게실 확인 및 그 정도 파악)로 요도와 방광을 검사하는 것 등이 있습니다. TGD 남성에게는 성별 트랜지션과 관련이 없는 일상적인 비뇨기 문제(요로결석, 혈뇨, 비뇨생식기 악성종양, 가임력보존)가 있을 수도 있습니다(Sterling & Garcia, 2020a, 2020b).

권고성명 13.10

우리는 질형성술을 받은 트랜스젠더 여성 및 성별다양성이 있는 사람을 관리하는 외과의가 이들이 외과 주치의, 내과 주치의, 또는 부인과 의사에게 추적 검사를 받도록 장려할 것을 권고합니다.

질형성술은 안전한 시술입니다(Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021). 합병증이 있을 수는 있지만, 합병증은 대체로 자연치유되거나 간단한 개입으로 치료할 수 있습니다(Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021). 경미한 합병증으로는

육아조직 형성, 질 내 체모 성장, 상처 치유 지연 또는 상처 파열(창상 열개) 또는 두 가지 모두, 미관상 문제, 질입구협착 등이 있습니다(Ferrando, 2020; Kloer et al., 2021). 이러한 합병증은 대체로 자연치유되지만 수술 후 환자의 안녕에 영향을 미칠 수 있습니다. 뿐만 아니라, 환자가 트랜스젠더 건강 분야의 전문성을 갖춘 전문가에게 관리를 받을 수 없으면 이러한 문제는 진단되지 못하거나 오진될 수 있습니다. 우리는 환자가 외과 주치의에게 직접 정기적으로—예컨대 수술 2 주 후, 3 개월 후, 6 개월 후, 그리고 1 년 후—추적 관리를 받을 것을 권장하지만, 어떤 사람은 추적 관리가 더 많이 필요할 수도 있습니다.

추가 부인과적 관리는 TGD 당사자의 평생에 걸쳐 이뤄지며 다양한 환경에서 실시될 수 있습니다. 육아조직, 체모, 병변을 확인하기 위한 질경검사는 일차 의료 제공자나 부인과 의사나 GAS 외과의가 실시할 수 있으며, 수술 직후가 아닌 시기에도 필요할 수 있습니다(Grimstad, McLaren et al., 2021; Suchak et al., 2015; van der Sluis et al., 2020). 진단 검사를 거쳐 UTIs, STIs, 기타 질 내 미생물군집의 변동이 확인되면, 이는 시스젠더 집단을 대상으로 설계한 관련 지침에 따라 치료할 수 있습니다(Hooton, 2012; Sherrard et al., 2018). 전립선 수치검사는 시스젠더 집단을 대상으로 설계한 관련 지침에 따라 실시하되 질을 통해 실시하는데, 이는 전립선이 질 앞벽에 위치하기 때문입니다(Carter et al., 2013).

그 외의 합병증으로는 신생질(neovagina)협착, 직장질누공, 염증(장을 이용한 질형성술의 경우) 등의 문제가 있습니다(Bustos et al., 2021). 이러한 문제는 비외과적 치료와 외과적 치료를 병행하여 치료해야 하며, 필요한 경우 외과 주치의 및 다른 외과의(예: 대장항문외과의)에게 자문을 구하거나 외과 주치의에게 재의뢰를 해야 할 수도 있습니다. 또한 골반저 기능 장애는 질형성술 전후에 환자의 30~40%에 영향을 미칠 수 있으므로, 환자가 골반저 물리치료사에게 치료받을 수 있는지는 수술 후 기간에 중요하게 고려해야 할 보조 사항입니다(Jiang et al., 2019).

권고성명 13.11

우리는 성별 관련 외과 개입을 받은 것을 후회하는 환자가 다학제 전문가 팀에게 관리를 받을 것을 권고

합니다.

GAS 를 받은 것을 후회하는 당사자의 비율은 매우 낮습니다(0.3~3.8%)(De Cuypere & Vercruyssen, 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). 후회 발생률은 수술 기법이 덜 정교하고 다학제 건강 관리의 역할이 충분히 확립되지 않았으며 「건강관리실무표준」이 존재하지 않거나 널리 알려지지 않았던 시기에 가장 높았던 것으로 나타났습니다(Landén et al., 1998). 후회는 일시적일 수도 있고 영구적일 수도 있는데, 후회는 사회적 후회(가족 생활, 종교 생활, 사회 생활, 직업 생활에서 겪는 어려움 때문에 발생함), 의학적 후회(의학적 합병증이 장기화하거나 수술 결과에 실망하거나 수술 전 의사결정이 부적절했기 때문에 발생함), 진정한 성별 관련 후회(주로 환자의 오판, 성별정체성 탐색 불충분, 또는 두 가지 모두로 인해 발생함)로 분류할 수

있습니다(Narayan et al., 2021). 이러한 분류는 기존에 논의한 긍정적·부정적 예측 요인에 부합합니다(De Cuypere & Vercruyssen, 2009; Gils & Brewaeys, 2007; Pfäfflin & Junge, 1998).

다학제 팀은 후회하는 원인을 파악할 뿐만 아니라 수술 욕구가 유지될지 파악하는 데에도 도움을 줄 수 있습니다(Narayan et al., 2021). 이러한 평가를 거친 후 개인의 상황을 고려하여, 트랜지션을 계속 진행할 목적의 내과 및/또는 외과 개입이 필요하게 될 수도 있고, 당사자의 해부 구조를 출생 당시 지정된 성의 해부 구조로 되돌리는 외과 시술을 실시할 목적의 내과 및/또는 외과 개입이 필요하게 될 수도 있습니다. 자세한 내용은 제 5 장 '성인 평가'를 참조하십시오.

* 청소년과 성인의 치료 요건 기준에 대해서는 제 5 장 '성인 평가'와 제 6 장 '청소년'과 부록 D 를 참조하십시오.

성별확정 외과 기술

이 분야에서 성별불일치의 다양한 측면에 대한 지식이 확대되고 있으며 기술이 발전하여 추가로 치료가 가능해지고 있으므로, 아래의 목록이 완전한 목록

이 아님을 반드시 이해해야 합니다. SOC 를 업데이트하는 데 소요되는 기간이 긴 경우가 많고 그 기간 동안 지식과 치료 방식이 발전할 수 있다는 점을 고려할 때 이 사실은 특히 중요합니다.

안면수술	
이마	<ul style="list-style-type: none"> • 눈썹뼈 축소술 • 눈썹뼈 확대술 • 눈썹거상술
헤어라인 교정술 및/또는 모발 이식	
안면거상술/중안면거상술 (골격 성형 후)	
얼굴주름 성형술/중안면거상술 (골격 성형 후)	• 목주름 성형술
눈꺼풀 성형술	• 지방이식
코성형술(+/-필러)	
뺨	<ul style="list-style-type: none"> • 보형물 삽입 • 지방 이식
입술	<ul style="list-style-type: none"> • 인중축소수술 • 입술확대술(자가조직 또는 기타 필러)
하악	<ul style="list-style-type: none"> • 사각턱 축소술 • 사각턱 확대술
턱 모양 수정	<ul style="list-style-type: none"> • 자가골이식 • 동종골이식 (임플란트 기반)
갑상연골축소술	• 성대 수술 ('음성' 장 참조)
유방/가슴수술	
유방절제술	<ul style="list-style-type: none"> • 유두-유륜 보존/재건을 동반한 유방절제술 (해당 환자에게 의학적으로 필요하다고 판단될 경우) • 유두-유륜 보존/재건 없는 유방절제술 (해당 환자에게 의학적으로 필요하다고 판단될 경우)
지방흡입	
유방재건술 (확대술)	<ul style="list-style-type: none"> • 보형물 및/또는 조직확장기 • 자가 조직 (피판 및 지방 이식)

 생식기 수술

음경형성술

(음낭형성술을 수반하거나 수반하지 않음)

- 요도 연장을 수반하거나 수반하지 않음
- (음경 및/또는 고환) 보형물 삽입을 수반하거나 수반하지 않음
- 질절제술/질폐쇄를 수반하거나 수반하지 않음

메토이디오플라스티

(음낭형성술을 수반하거나 수반하지 않음)

- 요도 연장을 수반하거나 수반하지 않음
- (음경 및/또는 고환) 보형물 삽입을 수반하거나 수반하지 않음
- 질절제술/질폐쇄를 수반하거나 수반하지 않음

질형성술 (피부 반전, 복막 이용, 장 이용)

- 음경 및/또는 고환을 보존할 수 있음

외음부형성술

- “플랫 프론트(flat front)”⁴⁰로 알려진 기술을 포함할 수 있음
-

생식샘절제술

고환절제술

자궁절제술 및/또는 난소난관절제술

신체윤곽 성형시술

지방흡입

지방이식

보형물

- 가슴, 엉덩이, 둔부, 종아리

치구성형술(monsplasty)/치구축소술(mons re-
duction)

추가 시술

제모: 성별확정을 목적으로, 또는 수술 준비 과정
의 일환으로 얼굴, 신체, 생식기 부위의 털을
제거하는 것 (제모에 관해서는 권고성명 15.14
참조)

- 전기 분해
- 레이저 제모

문신(유두-유륜)

자궁이식

음경이식

⁴⁰ gender nullification surgery. 내부/외부생식기를 모두 제거하고 배뇨의 기능을 하는 요도의 입구만 남겨놓고 외음부를 평평하게 재건하는 수술이다.

제 14 장 음성 및 의사소통

인간은 외부 세계에 대한 생각을 교환할 뿐만 아니라 자신을 사회문화적 존재로 드러내기 위해서, 또한 자신이 안전하고 존중받는다 느끼게끔 하는 호칭법과 대우받는 방식을 협상하기 위해 의사소통이라는 관행에 참여합니다(Azul et al., 2022). 인간의 음성은 흔히 성별을 인간 다양성의 한 측면으로서 전달하는 핵심 방식 중 하나로 간주됩니다. 그러나 의사소통의 기타 양상과 다른 방식들(예: 조음(調音), 단어 선택, 몸짓, 손짓, 청자의 인식 및 속성)도 고려해야 합니다(Azul, 2015; Azul & Hancock, 2020). 이 장을 통틀어 '음성 및 의사소통'은 사회적 만남에 참여하는 사람 각자가 자신의 필요, 희망, 정체성과 능력에 따라 의미를 만들어내는 행위를 아울러 일컫는 문구로 쓰입니다.

이 분야의 연구 문헌에는 성별에 대한 이분법적인 이해가 만연하지만, 이 장에서는 성별정체성을 폭넓게 포괄하는 관점을 취하고(예: 트랜스페미닌, 트랜스매스쿨린, 젠더플루이드, 논바이너리, 젠더퀴어, 에이젠더) 성별은 외따로 존재하는 것이 아니라 인간 다양성의 다른 측면(예: 원주민 신분, 민족/인종, 섹슈얼리티, 장애 여부, 신앙/종교/영성)과 상호교차한다는 사실을 이해하는 접근법을 권장합니다. 이 장에서 제시하는 권고성명은 음성 및 의사소통에 전문적인 도움을 받고자 하는 모든 트랜스젠더·성별다양성이 있는(TGD) 사람에게 적용됩니다. 여기에는 아동, 청소년, 청장년·중노년 성인, 트랜지션 또는 디트랜지션을 원하는 사람이 모두 포함되며, 이들이 어떤 조치를 택했는지는 관계 없습니다.

모든 TGD 사람이 음성 및 의사소통에 어려움을 겪거나 전문적인 도움을 받고자 하지는 않지만, 어려움을 겪거나 도움을 받고자 하는 사람은 종종 접근성 장벽에 부딪칩니다. 통계 수치는 나라마다 다르고 TGD 하위집단마다 다르지만, 통계에서 나타나듯이 TGD 사람들은 우려스럽게도 음성 및 의사소통 서비스를 원하는 때에 원하는 방식으로 받지 못합니다(Eyssel et al., 2017; James et al., 2016; Oğuz et al., 2021; Södersten et al., 2015; Veale et al., 2019). 이러한 연구에 따르면, 음성 및 의사소통 훈련이나 음성 수술을 받고 싶어 하는 사람의 비율은 실제로 이러한 개입을 받은 사람의 비율보다 대체로 높습니다.

음성 훈련에 대한 접근성은 음성 수술에 대한 접근성보다 거의 예외 없이 높습니다. 자기가 속한 사회에서 특히 소외되는 TGD 사람들, 예컨대 소외되는 인종/민족에 속한 TGD 사람들은 훨씬 더 높은 비율로 차별을 경험하고 치료에 대한 접근성도 훨씬 더 떨어집니다(James et al., 2016; Xavier et al., 2005).

연구 참여자들은 비용, 서비스를 어디서 접해야 할지 모른다는 점, 서비스가 가용하지 않다는 점을 가장 흔히 부딪히는 장벽으로 꼽았습니다. 미국(Hancock & Downs, 2021; Kennedy & Thibeault, 2020), 터키(Oğuz et al., 2021), 아오테아로아/뉴질랜드(Veale et al., 2019)에서 실시한 연구에 따르면, TGD 사람들이 택할 수 있는 음성 및 의사소통 서비스에 대한 정확한 정보가 부족하다는 점은 건강 관리에서 중요하고도 보편적인 장벽으로 나타났습니다. 주목할 만한 사실은, 스웨덴에서 모든 TGD 사람은 성별불일치 진단을 받으면 음성 및 의사소통 관련 지원을 받는다는 점입니다(Södersten et al., 2015). 게다가 서비스 제공자의 문화적 감응성이 개선되는 속도는 너무 느립니다. Hancock and Downs(2021)는 음성 및 의사소통 서비스를 받지 못하게 가로막는 장벽이 무엇인지를 구체적으로 파악하고 장벽을 제거하는 효과적인 방법을 개발하기 위해 사전 작업을 수행했습니다.

이 장은 TGD 사람이 자신의 음성 및 의사소통에 관해, 또한/또는 타인이 보이는 반응과 타인이 부여하는 속성과 관련해 어려움 또는 괴로움을 겪을 때 보건의료 전문가가 이들 모두를 지원하고 이들의 안녕을 증진할 수 있도록 안내하는 것을 목적으로 합니다(Azul et al., 2022).

TGD 사람이 음성 및 의사소통 방식을 수정할 수 있는 방법은 여러 가지이며, 이 방법들은 따로 또는 함께 사용할 수 있습니다. 이러한 방법으로는 자기 주도 변화(TGD 사람의 음성 사용법과 의사소통 관행을 안내하는 자료의 도움을 받을 수 있음), 음성 및 의사소통 전문가의 도움을 받아 이루는 행동 변화(이하 '음성 및 의사소통 훈련'으로 칭함), 안드로겐 호르몬 치료 및/또는 후두 수술의 결과로 발생하는 변화가 있습니다. 현존하는 연구 근거는 자기 주도 변화를 다루지 않으며, 나머지 세 가지 접근법에 초점을 맞춥니다.

'음성 및 의사소통 전문가'란 화자와 청자의 지식적이고 역동적인 행위성, 행동학·호르몬·외과 등 유관한 전문적 개입, 그리고 생리학(biophysiology)적·사회문화적 의미 형성 및 외부 물리력에 관련된 유관 과정에 대한 지식을 갖춘 사람입니다(Azul & Hancock, 2020). 이러한 전문가는 적절한 평가를 수행함으로써 TGD 사람이 선택을 내릴 수 있게 정보를 제공하고 문화적 감응성을 가지고 사람 중심적인 접근법으로 TGD 사람을 안내하며, 그럼으로써 TGD 사람이 목표와 개입 선택지를 탐색하도록 지원할 능력이 있습니다. 이러한 전문가는 행동학적 음성 및 의사소통 개입법에 대한 지식과 기술을 갖추었습니다.

행동 변화를 통해 쉽게 바꿀 수 있는 행위로는 말할 때와 노래할 때의 음성, 마음챙김, 이완, 호흡, 음높이 및 음역, 음성의 특색, 공명/음색, 소리 크기, 발성, 얼굴 표정, 몸짓·손짓, 자세, 움직임, 자신을 타인에게 소개하기, 자신의 정체성을 설명하고 타인에게 문화적 감수성을 갖춰 자신을 대우하고 호칭하라고 요청하기, 타인이 잘못된 속성을 부여했을 때 단호하고 탄력적으로 대응하기, 다양한 사람과 다양한 일상 환경에서 음성을 사용하고 의사소통을 실천하는 연습을 하기 등이 있습니다(예: Hancock & Siegfriedt, 2020; Mills & Stoneham, 2017).

음성 및 의사소통 서비스는 건강에 대한 완전하고 조직화된 접근법(의학적·심리적·사회적 욕구에 대한 지원을 포함한 접근법)의 일환으로 제공됩니다(Södersten et al., 2015). 그러나 이 서비스를 받는 데에는 어떠한 전제 조건(호르몬 사용, 수술 계획 여부, 또는 특정 성역할로 일정 기간 생활하기)도 없습니다. TGD 사람에 대한 음성 및 의사소통 지원의 전반적인 목표는 다음과 같습니다.

- 기능하는 음성 및 의사소통 행위와 화자가 자기 정체성을 전달하는 데 영향을 미치는 요인(화자, 청자, 직업 활동, 외부 물리적·생리적(biophysiological)·사회문화적 외부 요인)에 대해 내담자를 교육합니다.
- 내담자가 일상생활 속 만남에서 자신의 사회문화적 소속감(예: 성별 측면)을 자신이 원하는 자기 모습과 일치하는 방식으로 전달할 수 있도록 하고, 내담자가 자신의 목표에 부합하면서도 발성 메커니즘에 해를 입히지 않는 방식으로 음성과

음성의 특색과 의사소통 행위를 개발하고 유지하고 습관화하도록 합니다.

- 발성 기능에 제약이 있는(예: 발성 메커니즘을 과도하게 확대한 결과로 제약이 생긴) 내담자가 기능적으로 잘 발성을 할 수 있도록 훈련합니다.
- 내담자가 타인에게 원하는 호칭(예: 이름, 인칭대명사, 직함)으로 불리도록 적극적으로 협상할 능력과 잘못된 속성을 부여당했을 때 능숙하게 대처함으로써 자신의 안녕을 증진하고 유지할 수 있는 능력을 개발할 수 있도록 지원합니다.
- 정신 건강 의료 제공자와 협력하여 내담자가 불안, 스트레스, 성별불쾌감을 관리하는 문제 해결 능력을 개발하도록 지원합니다. 또한 내담자가 선호하는 음성 및 의사소통을 연습하거나 현실 생활에서 사용하지 못하게 가로막는 장벽을 헤치고 나갈 수 있게 지원합니다.
- 내담자가 음성 및 의사소통 기술과 음성에 대한 인식을 개발하고 안녕을 증진하는 데 도움을 주는 자원을 제공하거나 소개합니다.
- 정신 건강 전문가, 후두 전문 이비인후과 의사, 내분비 전문의 등 내담자의 구체적인 필요를 충족하기에 더 적절한 기타 전문가에게 내담자를 의뢰하거나 이들 전문가와 협력합니다. 이는 내담자가 건강과 안녕을 저해하는 여러 가지 장벽에 부딪쳐 특수한 어려움을 겪거나 내담자가 후두 수술 또는 호르몬 치료를 받고자 할 때 특히 중요합니다.

TGD 사람들과 연관된 후두 수술은 두 가지, 즉 음높이를 올리는 수술(예: 전유합후진 성문성형술(glottoplasty with retrodisplacement of the anterior commissure), 윤상갑상접근술(cricothyroid approximation; CTA), 여성화 후두성형술, 레이저를 이용한 음성적응술(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; Mastronikolis et al., 2013; Matai, 2003;

Meister, 2017; Mora, 2018; Neumann, 2004; Nuyen et al., 2022; Orloff, 2006; Pickuth, 2000; Remacle, 2011; Thomas & MacMillan, 2013; Tschan, 2016; Van Borsel, 2008; Wagner, 2003; Wendler, 1990; Yang, 2002)과 음높이를 낮추는 수술(예: 3형 갑상연골성형술(thyroplasty type III), 성대내 주입 확대술(vocal fold injection augmentation))(Bultynck et al., 2020; Isshiki et al., 1983; Kojima, et al. 2008; Webb et al., 2021)입니다. 음높이를 올리는 수술은 음향학적으로 음높이(평균 기본 주파수(average f_0)) 상승과 최소 기본 주파수 (Min f_0 , 생리적인 음역에서 가장 낮은 주파수) 상승 등의 이익이 있다고 보고되었습니다. TGD 사람들의 자체 평가에 따르면 이들은 수술 후 자기 음성에 대체로 만족하는 것으로 나타났지만, 자신의 음성 표현을 보다 종합적으로 변화시키고자 하는 사람일수록 후두 수술뿐만 아니라 음성 및 의사소통 전문가에게 추가적인 행동학적 치료를 더 많이 받을 가능성이 있습니다. (Brown, Chang et al. 2021; Kelly et al., 2018; Nuyen et al., 2022). 음성 및 의사소통 전문가는 음성 훈련을 통해 음높이를 올리는 수술에 따를 수 있는 위험을 평가하고 이를 교정할 수 있습니다. 음높이를 올리는 수술에 따르는 합병증으로는 발성장애, 힘없는 목소리, 말하는 소리의 음역이 특히 위쪽 음역에서 제한되는 것(생리적 음역에서 최대 f_0 가 낮아짐), 쉼 목소리, 불안정한 목소리, 시간이 지날수록 주파수가 점점 떨어지는 것 등이 보고되었으나(Kelly et al., 2018; Song & Jiang, 2017), 이러한 결과가 나타나는 비율에는 일관성이 없습니다. 음

높이를 낮추는 수술에 관한 연구는 부족합니다. 그러나 호르몬 치료에 계속 불만족을 느낀 나머지 3형 갑상성형술을 받기로 한 TGD 사람 8명(Bultynck et al., 2020)과 테스토스테론 치료 및 음성 훈련 후 성대 주입확대술을 받은 사람 1명(Webb et al., 2020)을 대상으로 한 연구에 따르면, 사람이 음높이로 인식하는 기본 주파수(f_0)는 통계적으로 유의미하게 낮아졌습니다.

TGD 사람에 대한 에스트로겐 치료는 측정할 만한 음성 변화가 일어나는 것과 관련이 없다고 밝혀진 반면(Mészáros et al., 2005), TGD 사람에 대한 테스토스테론 치료는 발성의 성별 및 기능 측면에서 당사자가 원하는 변화와 원치 않는 변화를 일으킨다고 밝혀졌습니다(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). 테스토스테론 치료와 관련해 당사자가 원하는 변화로는 낮아진 음높이, 음성이 남성 음성으로 여겨지는 경우가 늘어남, 음성에 대한 만족도 증가 등이 있습니다. 테스토스테론 치료에 대해 보고된 불만 사항으로는 음높이가 낮아지지 않거나 충분히 낮아지지 않음, 발성장애, 힘없는 목소리, 노래하는 소리의 음역 제한, 음성 불안정성 등이 있습니다. 이러한 영역은 음성 및 의사소통 전문가가 음성 훈련을 통해 평가하고 대처할 수 있습니다.

권고성명

14.1- 우리는 음성 및 의사소통 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 현재 음성 및 의사소통 기능과 이들이 원하는 음성 및 의사소통 기능을 평가하고, 자신의 음성 및 의사소통에 만족하지 못하는 사람을 위해 적절한 개입 계획을 수립할 것을 권고합니다.

14.2- 우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들을 대하는 음성 및 의사소통 전문가가 특화된 교육을 받아 이 집단의 음성 기능, 의사소통 및 안녕을 증진하는 데 필요한 전문성을 개발할 것을 권고합니다.

14.3- 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 본인의 음성이나 의사소통에 불만족하는 경우, 우리는 트랜스젠더 건강 분야에서 이들을 대하는 보건의료 전문가가 이들을 음성 및 의사소통 전문가에게 의뢰하여 이들이 음성 관련 지원, 평가, 훈련을 받을 수 있게 할 것을 권고합니다.

14.4- 우리는 음성 수술을 고려하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들을 대하는 보건의료 전문가가 이들을 수술 전 및/또는 수술 후 지원할 수 있는 음성 및 의사소통 전문가에게 이들을 의뢰할 것을 고려하라고 권고합니다.

14.5- 우리는 트랜스젠더 건강 분야의 보건의료 전문가가 테스토스테론 치료를 시작하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 이 치료가 음성 및 의사소통에 여러 가지로 다른 영향을 미칠 수 있으며 그 영향이 무엇인지를 알릴 것을 권고합니다.

이 장에 있는 모든 권고성명은 철저한 근거 검토, 이익과 위해 평가, 보건의로 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 활용과 실현 가능성에 기초합니다. 우리는 몇몇 경우에 근거가 충분하지 않고, 또는 서비스에 접근하는 것이 어렵거나 적합한 서비스가 아닐 수 있다는 점을 인정합니다.

권고성명 14.1

우리는 음성 및 의사소통 전문가가 트랜스젠더·성별 다양성이 있는 사람들의 현재 음성 및 의사소통 기능과 이들이 원하는 음성 및 의사소통 기능을 평가하고, 자신의 음성 및 의사소통에 만족하지 못하는 사람을 위해 적절한 개입 계획을 수립할 것을 권고합니다.

음성 및 의사소통 전문가는 의사소통이 이뤄지는 만남에서 성별 및 기타 상호교차하는 정체성을 비롯해 자신의 사회문화적 위치가 어떻게 드러나는지에 대해 내담자가 얼마나 만족하는지 평가할 수 있습니다. 평가를 실시할 때에는 다른 사람이 내담자에게 부여한 속성, 이러한 속성과 당사자의 정체성·희망·안녕의 관계, 음성 및 발화가 자연스러운 정도, 발성 요구도와 관련된 음성 및 의사소통 기능과 같은 사항이 시간이 지남에 따라 불변할 수도 있고 그렇지 않을 수도 있다는 점을 감안하도록 합니다. 평가의 성격(예: 내담자가 보고하는 결과 측정, 지각 평가, 음향 평가, 공기역학 평가, 내시경 평가)은 목적에 따라 달라질 수 있습니다(Davies et al., 2015; Leyns et al., 2021; Oates & Dacakis, 1983). 예를 들어, 어떤 사람에게 동반하는 음성 문제(예: 근긴장성 발성장애)가 있거나(Palmer et al., 2011) 음성 관련 어려움을 경험하고 있는 경우(안드로겐 치료나 후두 수술 등 의학 적 성별확정 개입에 따라 발생할 수도 있고 아닐 수도 있음)(Azul et al., 2017)에는 후두를 시각적으로 살펴줍니다.

음성 및 의사소통 전문가는 자신의 음성 및 의사소통에 만족하지 못하고 개입을 받고자 하는 TGD 사람들에게 이들이 어떤 가용한 개입을 통해 자신의 음성 및 의사소통을 개선하고 안녕을 증진할 수 있는지 알려줍니다. TGD 사람에게 각 선택지의 특성은 무엇이고 선택에 따라 어떤 결과가 발생할 수 있으며 그 결과가 영구적으로 지속될 수 있는지를 객관적으로

제시하여, 당사자가 존중을 받고 자율성을 발휘해 의사결정을 내릴 수 있도록 합니다. 적절한 개입 계획은 개별화되고 실현 가능하여야 하며 가용한 전문 서비스를 모두 포함해야 합니다. TGD 당사자가 음성 및 의사소통의 변화를 모색하고 달성한 변화를 평가하고 목표를 다듬음에 따라, 이들의 목표는 도움을 받는 기간 동안 변할 수 있습니다.

권고성명 14.2

우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들을 대하는 음성 및 의사소통 전문가가 특화된 교육을 받아 이 집단의 음성 기능, 의사소통 및 안녕을 증진하는데 필요한 전문성을 개발할 것을 권고합니다.

음성 및 의사소통 전문가(예: 언어병리학자, 언어 치료사, 노래 지도 강사, 음성 코치)의 학력 및 면허 자격은 지역마다 다르지만, 대체로 특정 집단과 작업하는 데 필요한 기준을 자격에 명시하지는 않습니다. 많은 경우 이러한 직군을 대상으로 한 정규 교육의 표준 교육 과정은 TGD 집단을 대하는 데 특화되거나 적절한 수련을 포함하지 않습니다(Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020). TGD 사람에 대한 문화적 감응성을 갖추고 사람 중심 건강 관리를 효과적이고 효율적이고 포용적이고 접근성 있는 방식으로 제공하려면, 발성 메커니즘 및 대인 의사소통에 관한 일반 지식 및 기술을 기본적으로 갖추기는 해야 하지만 그것만으로는 충분하지 않습니다(Hancock, 2017; Russell & Abrams, 2019).

내담자의 성별다양성 및 정체성의 여러 측면을—성별다양성 및 각종 정체성은 여러 가지 형태로 나타날 수 있으며, 이로 인해 내담자가 필요로 하는 지원도 다양해질 수 있습니다— 존중하고 배려할 수 있도록, 이 분야의 전문가는 자기 인식, 문화적 겸손함, 문화적 감응성을 개발하게끔 하는 종합적인 교육을 받아야 합니다(Azul, 2015; Azul et al., 2022). 내담자와 소통할 때와 내담자에 관해 소통할 때(의무기록, 보고서, 이메일 포함) 반드시 내담자가 선호하는 이름, 정식 경칭, 기입한 성별, 인칭대명사를 존중해야 합니다. 교육 공간이나 클리닉 및 행정 업무 시설을 설치할 때, TGD 사람들이 이 공간에서 환대를 받는다고 느끼고 이들이 음성 및 의사소통 지원팀에 우려나 문제를 제기할 때 자신이 안전하고 존중받는다고 느

끼게끔 공간을 설계하려면 이러한 교육 내용을 반영해야 합니다.

TGD 사람을 대하는 음성 및 의사소통 전문가는 적용 가능한 개입 원칙과 메커니즘과 효과성에 관해 실무 지식이 있어야 하고, 음성 및 의사소통 수정 기술을 가르치고 모델링할 역량을 갖춰야 하며, 호르몬 치료·수술 치료 및 트랜스젠더 특유의 심리사회적 이슈를 포함해 트랜스젠더 건강 문제를 기본적으로 이해해야 합니다. 교육에는 TGD 공동체 내에서 개발하고 효과성이 입증된 방법론과 실습이 포함되어야 하며, 이러한 것들은 음성 및 의사소통 지원을 실제로 경험한 TGD 사람들이 직접 가르치거나 이러한 사람들과 함께 가르치는 것이 이상적입니다.

권고성명 14.3

트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 본인의 음성이나 의사소통에 불만족하는 경우, 우리는 트랜스젠더 건강 분야에서 이들을 대하는 보건의료 전문가가 이들을 음성 및 의사소통 전문가에게 의뢰하여 이들이 음성 관련 지원, 평가, 훈련을 받을 수 있게 할 것을 권고합니다.

음성 및 의사소통 전문가를 접할 수 있는 경우, 이들은 자신의 음성이나 의사소통에 불만을 표하는 TGD 사람에게 정보를 제공하고 안내하는 데 적합합니다. 내담자가 음성 및 의사소통에 만족할 수 있도록 음성 및 의사소통 전문가가 도움을 줌으로써 성별 불쾌감이 줄어들고 의사소통에 관련된 삶의 질이 높아진다는 근거가 있습니다(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).

TGD AMAB 사람들이 목표로 하는 음성 변화를 달성하는 데 행동학적 음성 지원이 효과적이라는 경험적 근거가 있습니다(Oates, 2019). 2020 년 이전에 발표된 연구 7 건이 음성 훈련의 효과성을 뒷받침하는 경험적 근거를 제공하지만 이 근거들은 다소 약합니다(Carew et al., 2007; Dacakis, 2000; Gelfer & Tice, 2013; Hancock et al., 2011; Hancock & Garabedian, 2013; McNeill et al., 2008; Mészáros et al., 2005). 7

건의 연구에 등장한 음성 훈련법은 서로 비슷했으며, 음성 훈련이 평균 기본 주파수(평균 음높이), 기본 주파수 범위(음역), 음성에 대한 만족도, 화자 본인과 청자가 음성이 여성적이라고 인식하는 정도 및 음성 관련 삶의 질을 높이고 사회 참여와 직업 활동을 증진하는 데 효과적임을 보여주었습니다. 연구의 확인된 약점으로는 음성 훈련을 평가하는 무작위 대조군 연구가 없다는 점, 표본 크기가 작다는 점, 장기 추적 관찰이 불충분하다는 점, 혼란을 야기할 변수가 통제되지 않았다는 점 등이 있습니다. 2021 년에 AMAB 사람에 대한 행동학적 언어 훈련의 효과를 검토한 체계적 문헌 고찰에서도 비슷한 결론을 내렸습니다(Leyns et al., 2021).

최근까지만 해도 TGD AFAB 사람들에게 대한 음성 훈련의 효과성을 조사한 연구는 거의 없었습니다. 다만 사례 연구 1 건(Buckley et al., 2020)과 집단 음성 훈련에 관한 무대조군 전향적 연구 1 건(Mills et al., 2019)에서 효과성을 입증하는 능력은 약하지만 유망한 근거가 일부 도출되었습니다

권고성명 14.4

우리는 음성 수술을 고려하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들을 대하는 보건의료 전문가가 이들을 수술 전 및/또는 수술 후 지원할 수 있는 음성 및 의사소통 전문가에게 이들을 의뢰할 것을 고려하라고 권고합니다.

이 권고성명의 의도는 TGD 사람들이 수술 전에 음성 훈련을 받아야 한다고 규정하는 데 있지 않습니다. 더 정확히 말해, 우리는 사람 중심 건강 관리에 매우 중요한 개별화된 정보 상담을 할 수 있도록 TGD 사람에게 가용한 모든 도움을 줄 것을 권고합니다. 이 권고성명의 목적은 TGD 사람이 개별화된 정보 상담을 받아 숙고에 필요한 정보를 받을 수 있게 하는 데 있으며, 이러한 정보 상담은 음성 및 의사소통 전문가가 실시한 음성 평가와 시험적인 음성 훈련, 그리고 기대하는 음성 결과 및 수술 위험에 관한 논의에 기반해야 합니다.

대부분의 후두 수술에서는 발성 메커니즘이 수술에 대비할 수 있도록 수술 전 음성 훈련을 받기를 권고하고, 다시 기능적인 발성을 할 수 있도록 수술 후 음성 훈련을 받기를 권고합니다(Branski et al., 2006;

Park et al., 2021). 특히 음높이를 올리는 수술의 경우 시험적으로 음성 훈련을 받기를 권장하는데, 어떤 척도는 훈련을 받으면 개선되지만 음높이를 올리는 수술로는 개선되지 않기 때문입니다(예: 말할 때 음역의 최대 f_0 등 억양 및 자연스러움과 관련된 요소; Kelly et al., 2018).

음높이를 낮추는 수술을 평가하는 연구의 양과 질은 현재 충분하지 않으며, 특히 다른 개입(즉 테스토스테론) 유무와 관련해 수술 결과를 비교하는 연구는 부족합니다(Bultynck et al., 2020). 음높이를 올리는 수술 기법에 관한 연구는 좀 더 많지만 근거의 질은 아직 낮습니다. 음높이를 올리는 수술을 받은 결과를 수술을 받지 않았을 때의 결과와 비교한 연구(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), 다른 수술 기법과 비교한 연구(Mora, 2018), 음성 훈련만 받은 경우와 비교한 연구(Kanagalingam, 2005; Mastronikolis, 2013; Wagner, 2003), 수술과 음성 훈련을 함께 받은 경우와 비교한 연구(Casado, 2017; Kelly et al., 2018)가 있습니다. 연구 참여자가 음높이를 올리는 수술 전 음성 훈련을 받았는지 여부를 보고한 연구 11 건에서 참여자 대다수는 수술 전 음성 훈련을 받았지만 자기 음성에 만족하지 못해서 외과 개입을 받기로 했습니다. 따라서 수술 결과에 대한 연구 대부분은 음성 훈련과 외과 개입의 효과를 복합적으로 반영합니다. 어떤 내담자가 훈련 후 수술을 받고자 하는지를 예측할 수 있는 요인이 무엇인지는 알려진 바 없습니다.

권고성명 14.5

우리는 트랜스젠더 건강 분야의 보건의료 전문가가 테스토스테론 치료를 시작하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 이 치료가 음성 및 의사소통에 여러 가지로 다른 영향을 미칠 수 있으며 그 영향이 무엇인지를 알릴 것을 권고합니다.

안드로겐 치료가 TGD 사람의 음성 및 의사소통에

미치는 영향에 대한 연구는 이러한 영향이 내담자 각각에게 다양하고 예측 불가능한 방식으로 나타난다는 것을 보여줍니다. 여러 연구에서 치료가 TGD 사람들의 기대와 희망에 부합하는 방향으로 음성에 영향을 미쳤다고 나타나기는 했지만, 모든 TGD 사람이 테스토스테론 치료가 음성에 미치는 영향에 늘 만족하지는 않으며, 양질의 근거에 따르면 많은 이들이 음높이가 충분히 낮아지지 않는 문제와 음성의 특색·크기·지속력·음역·유연성이 나빠지는 문제 등으로 어려움을 겪습니다(Azul, 2015, 2016, 2017, 2018; Co-syns et al., 2014; Nygren et al., 2016; Ziegler et al., 2018). 최소 1 년간 테스토스테론 치료를 실시했을 때의 영향을 분석한 연구 19 건에 대한 메타분석이 최근에 실시되었는데, 이에 따르면 참여자 21%가 시스젠더 남성의 정상 주파수에 도달하지 못했고, 참여자 21%는 음성과 성별이 완전히 일치하지 않으며 음성 문제를 겪는다고 보고했고, 16%는 자기 음성에 완전히 만족하지 못하는 것으로 나타났습니다(Ziegler, 2018).

안드로겐 치료를 받고자 하는 사람들은 치료를 시작하기 전에 정확한 정보 상담을 받음으로써 호르몬 치료가 음성 및 의사소통에 미치는 영구적인 영향에 대해 실망하지 않도록 현실적인 기대치를 설정할 수 있을 것입니다. 또한 테스토스테론을 구할 수 없거나 테스토스테론 치료를 원하지 않지만 음성을 바꾸고 싶어 하는 사람과 테스토스테론 치료 결과에 만족하지 못하는 사람은 음성 및 의사소통 전문가로부터 어떤 대안이 있고 어떤 도움을 추가로 받을 수 있는지(예: 행동학적 음성 및 의사소통 훈련, 음높이를 낮추는 수술) 조언을 받을 수 있습니다.

제 15 장 일차의료

일차의료는 보건의료 전공 중에서도 가장 광범위한 분야로, “개인의 보건의료 필요 대부분을 해결하고 환자들과 지속적인 파트너십을 구축하며 가족 및 지역사회 환경에서 진료할 책임이 있는 보건의료 전문가가 통합적이고 접근 가능한 보건의료 서비스를 제공하는 것”이라고 정의됩니다(Institute of Medicine, 1996).

일차의료 제공자(primary care providers; PCPs)는 이러한 건강 관리를 실시하는 다양한 보건의료 전문가를 아우르는데, 여기에는 일반의, 가정의학과 의사, 진료간호사, 전문간호사, 준의사/의사보조, 내과의 등이 포함됩니다. 일차의료 제공자의 교육 배경, 수련, 전공은 다양합니다. 일차의료 제공자의 학위의 유형과 전공의 성격에 따라 진료의 범위는 달라지며, 모든 제공자가 정신 건강, 생식기/골반 건강 관리, 수술 후 관리 등 트랜스젠더 건강 관리 서비스를 전부 직접 제공할 수 있는 수련을 받았거나 자격을 갖춘 것은 아닙니다. 의사 및 기타 의료 제공자는 수련 과정에서 트랜스젠더·성별다양성이 있는(TGD) 사람들의 건강에 대한 교육을 거의 받지 못하므로(Dubin et al., 2018), 현재 대부분의 기술을 실무에서 비공식적으로 습득하거나 단기간의 지속적인 교육 기회를 통해 습득합니다. 제 4 장 ‘교육’도 참조하기 바랍니다. 그러나 의료 제공자에게 시스젠더 환자에게 유사한 건강 관리를 제공할 역량이 있다면, 이들은 TGD 환자의 건강을 관리할 역량도 개발해야 합니다. 아래에 설명한 역량은 모두 의료 제공자의 면허 및 진료 범위 내에 있는 것으로 이해해야 합니다. 그러나 일차의료 제공자 본인이 직접 TGD 환자들의 건강을 관리하든 다른 적절한 보건의료 전문가(기타 전문의 포함)에게 평가와 치료를 의뢰하든, 모든 일차의료 제공자는 TGD 환자들의 건강을 종합적으로 관리할 수 있어야 합니다. 공식 절차나 자격 인증 절차를 거쳐야만 TGD 환자를 돌볼 역량을 갖추 수 있다는 근거는 없습니다. 그러나 권장 역량을 명시하면 어떤 환경에서든 일차의료 제공자와 TGD 사람들은 TGD 사람의 건강을 관리하는 데 필요한 지식, 기술, 문화적 숙련도에 대해 표준화된 기대치를 공유할 수 있습니다.

TGD 사람들은 독특한 내과적·외과적·사회적 조건에 처해 있기 때문에, TGD 사람의 건강을 관리하는

일차의료 제공자에게는 민족·인종·성적 소수자 등 다양한 사람으로 구성된 집단의 건강을 관리하는 모든 일차의료 제공자에게 기대되는 것과는 별개의 역량이 필요합니다. 다양한 일반 의학 분야의 전문 기관에서 TGD 사람들의 건강 관리에 관한 입장문과 지침을 발표했습니다(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). Wylie et al.(2016)은 다음과 같이 밝혔습니다. “대부분의 경우 트랜스젠더인 사람들의 일반적인 건강 및 안녕은 일차의료 환경에서 다루어야 하며, 신체·심리·성 건강 문제에 관해 시스젠더인(즉 트랜스젠더가 아닌) 사람들에게 제공되는 서비스와 구별되지 않아야 한다. 일차의료에서도 젠더 트랜지션에 관한 구체적인 건강 관리가 가능하다.” 캐나다 토론토와 밴쿠버, 미국 뉴욕과 보스턴, 호주 시드니 등 여러 도시에서 이러한 서비스가 전문 기관이 아닌 곳에서 안전하고 효과적으로 제공되는 사례가 많이 있습니다(Radix & Einfeld, 2014; Reisner, Radix et al., 2016; Spanos et al., 2021).

호르몬 치료

TGD 환자가 의학적으로 필요한 성별확정 호르몬 치료(GAHT)를 전문의(예: 내분비 전문의)에게 받을지 일차의료 제공자에게 받을지는 지식을 갖추고 TGD 환자를 환대하는 의료 제공자의 유무와 보건의료 규정 및 의료 서비스 재정 지원 등 국가 단위의 요인에 따라 달라질 수 있습니다(의학적 필요성에 관한 권고 성명은 제 2 장 ‘전 세계적 적용 가능성’의 권고성명 2.1 참조). 세계 대부분 지역에서 TGD 사람을 위한 전문 서비스는 일부 또는 아예 부재하기 때문에, 더욱 모든 의료 제공자가 성별확정 건강 관리에 대한 수련을 받아야 할 필요가 있습니다. 어떤 국가에서는 일차의료 제공자가 TGD 환자를 전문 서비스 기관(예: 성별정체성 클리닉)에 의뢰하도록 강제하는데, 그로 인해 GAHT 에 접근하는 것이 납득하기 어려울 정도로 늦어지기도 합니다(Royal College of General Practitioners, 2019).

호르몬 관련 치료에는 사춘기 억제, 호르몬 시작 또는 호르몬 유지 등 다양한 개입이 포함됩니다. 일차의료 제공자 대다수는 수련을 받으면 성별확인 호르몬 치료를 할 수 있습니다. 본인이 일차 호르몬 처방자이든 아니든, 모든 일차의료 제공자는 GAHT 의 약물, 권장하는 모니터링, 관련된 부작용을 숙지해야 합니다(제 12 장 '호르몬 치료' 참조). 일차의료 제공자는 본인이 제공하지 않는 모든 트랜지션 관련 서비스를 환자가 받을 수 있도록 적절한 제공자에게 환자를 적절하게 의뢰할 수 있어야 합니다.

이 장은 일차의료 제공자나 기타 비전문의가 GAHT 를 처방할 수 있다는 주장을 지지합니다. "보건의로 접근을 가로막는 장벽이 존재하고 이 집단에 GAHT 가 중요하다는 점을 고려할 때, 일차의료 제공자는 반드시 TGD 환자에게 GAHT 를 제공할 수 있고 제공하고자 하여야"(Shires, 2017) 하기 때문입니다.

일차의료 제공자는 매우 다양한 상태와 필요를 관리하라는 요구를 흔히 받는데, 이 중에는 이들이 다뤄 본 경험이 부족하거나 아예 다뤄 본 적이 없는 상태와 필요도 있습니다. 이런 경우 이들은 전문 학회 지침이나 온라인 지식 베이스 구독 등 흔히 이용되고 쉽게 구할 수 있는 참고 자료를 종종 이용합니다. 일차의료 제공자가 기본적인 GAHT 를 제공하라는 요청을 받았을 때에, 우리는 일차의료 제공자가 이와 유사한 방식을 취하여 「건강관리실무표준」 및 기타 손쉽게 이용할 수 있는 자료(Cheung et al., 2019; Hembree et al., 2017; Oliphant et al., 2018; T'Sjoen et al., 2020)를 사용할 것을 권합니다. 성별확인 요법에서 흔히 사용하는 약물 대부분은 일차의료 현장에서 친숙하게 사용하고 있다는 점에 주목하기 바랍니다. 이러한 약물로는 테스토스테론, 에스트라디올, 프로게스테론 및 기타 프로게스타겐, 스피로노락톤 등이 있으나 이것이 전부는 아닙니다.

정신 건강

일차의료 제공자는 TGD 사람들이 성별불쾌감을 완화하고 성별표현을 할 수 있도록 TGD 사람들을 평가하고 정신 건강 면에서 지원을 제공하며 GAHT 를 제공할 능력과 의지가 있어야 합니다. 적어도 이들은 TGD 사람에게 이러한 필요가 있다는 점을 인식하고 필요시 다른 전문가에게 자문을 구해야 합니다.

예방 의료

일반의는 일상적인 일차의료의 일부로서 포괄적인 일차 및 이차 암 예방 서비스를 제공하는 것을 숙달합니다. 근거 중심 암 예방 지침은 세계 각지에서 서로 다른데, 국가별 지침도 다르고 검진법에 대한 접근성에도 지역마다 차이가 있기 때문입니다. 현재까지 GAHT 가 암 위험에 장기적으로 미치는 영향에 대한 연구는 부족합니다(Blondeel et al., 2016; Braun et al., 2017). TGD 집단의 유방암 또는 생식기관 암 유병률을 추정할 수 있는 근거는 충분하지 않습니다(Joint et al., 2018). 그러나 일반적으로 암 검진은 현지 지침에 따라 실시해야 합니다. 호르몬 사용 유형 및 기간, 외과 개입, 또는 둘 다에 따라 수정해야 할 사항 몇 가지를 아래에서 자세히 논의합니다. 트랜스젠더 환자를 관리하는 일차의료 제공자는 TGD 환자에게 어떤 신체 기관이 남아 있는지를 기록하고 업데이트하여 이들이 적절한 정기 검진을 받을 수 있도록 해야 합니다.

이러한 신체 기관 기록은 수술 이력 또는 성별확인 호르몬을 투여한 결과 발생한 모든 변화에 근거해 업데이트되어야 합니다. 모든 일차의료 제공자가 평생 건강 관리를 해 주지는 않습니다. 그러나 의료 제공자가 시스젠더인 아동, 청소년, 노인을 일상적으로 관리한다면, 이들은 해당 연령층에 적용할 수 있는 트랜스젠더 건강 관리 역량을 개발해야 합니다. 만약 그렇게 하지 못한다면, 일차의료 제공자는 이러한 집단을 관리하는 다른 보건의로 전문가에게 적절하게 의뢰를 할 수 있어야 합니다.

이 장에 있는 모든 권고성명은 철저한 근거 검토, 이익과 위해 평가, 보건의로 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 활용과 실현 가능성에 기초합니다. 우리는 몇몇 경우에 근거가 충분하지 않고, 또는 서비스에 접근하는 것이 어렵거나 적합한 서비스가 아닐 수 있다는 점을 인정합니다.

권고성명

- 15.1- 우리는 보건의료 전문가가 현지에서 확립되어 사용되는 지침에 따라 정기적인 심혈관 위험 평가를 실시할 목적으로 전통적인 심혈관질환 및 뇌혈관질환 위험 요인만이 아니라 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 과거 및 현재 호르몬 사용, 생식샘 수술을 포함해 상세한 병력을 입수할 것을 권고합니다.
- 15.2- 우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람 개개인에게 맞춤형 위험 요인 평가와 심혈관/뇌혈관 관리 방법을 사용해 이들의 심혈관 건강을 평가하고 관리할 것을 권고합니다.
- 15.3- 우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 호르몬 사용 기간, 용량, 혈청 호르몬 농도, 현재 연령, 호르몬 치료를 시작한 연령을 고려하여, 성에 근거해 의학적 상태를 평가하는 위험 요인 계산법을 이들의 필요에 맞게 수정할 것을 권고합니다.
- 15.4- 우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 흡연에 대해 상담을 하고 성별확정 수술 전 담배/니코틴 사용을 중단하도록 조언할 것을 권고합니다.
- 15.5- 우리는 보건의료 전문가가 나이듦에 관한 심리적·의료적·사회적 우려를 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들과 의논하고 이에 대처하기를 권고합니다.
- 15.6- 에스트로겐을 투여받은 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리할 때, 우리는 보건의료 전문가가 이들의 호르몬 사용 기간, 용량, 혈청 호르몬 농도, 현재 연령, 호르몬 치료를 시작한 연령을 고려하여 현지에서 시스젠더 여성을 대상으로 개발한 유방암 검진 지침을 따를 것을 권고합니다.
- 15.7- 출생 시 성에 따른 사춘기(natal puberty) 때 유방이 생겼으며 성별확정 가슴수술을 받지 않은 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리할 때, 우리는 보건의료 전문가가 시스젠더 여성을 대상으로 현지에서 개발한 유방암 검진 지침을 따를 것을 권고합니다.
- 15.8- 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람으로서 시스젠더 여성과 난소암 또는 자궁내막암 위험이 동일한 사람들의 건강을 관리할 때, 우리는 보건의료 전문가가 난소암 또는 자궁내막암 발병 위험이 평균 수준이거나 높은 시스젠더 여성을 대상으로 현지에서 개발한 검진 지침(검진을 실시하지 말라는 권고 포함)을 이들에게 동일하게 적용할 것을 권고합니다.
- 15.9- 테스토스테론 치료를 받는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에서 암의 발생 위험이 평균 수준인 경우, 우리는 난소암 또는 자궁암을 예방할 목적으로 일상적인 난소절제술 또는 자궁절제술을 실시할 것을 권하지 않습니다.
- 15.10- 우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람으로서 현재 자궁경부가 있거나 이전에 자궁경부가 있던 사람들에게 시스젠더 여성을 대상으로 한 현지 지침을 따라 자궁경부암 검진을 실시할 것을 권고합니다.
- 15.11- 우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 항레트로바이러스제 사용이 성별확정 호르몬 치료에 대한 금기사항이 되지 않는다고 조언할 것을 권고합니다.
- 15.12- 우리는 보건의료 전문가가 골다공증 검진의 적절한 연령과 필요성을 평가할 목적으로 전통적인 골다공증 위험 요인만이 아니라 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 과거 및 현재 호르몬 사용, 생식샘 수술을 포함해 상세한 병력을 입수할 것을 권고합니다.
- 15.13- 우리는 보건의료 전문가가 활동적인 체중부하운동, 건강한 식단, 칼슘 및 비타민 D 보충제의 필요성을 비롯한 뼈 건강 문제를 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들과 의논할 것을 권고합니다.
- 15.14- 우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 성별확정 또는 수술 전 준비 과정의 일환으로 얼굴, 몸, 생식기 부위 제모를 받을 수 있도록 적절하게 의뢰할 것을 권고합니다.

권고성명 15.1

우리는 보건의료 전문가가 현지에서 확립되어 사용되는 지침에 따라 정기적인 심혈관 위험 평가를 실시할 목적으로 전통적인 심혈관질환 및 뇌혈관질환 위험 요인만이 아니라 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 과거 및 현재 호르몬 사용, 생식샘 수술을 포함해 상세한 병력을 입수할 것을 권고합니다. 이를 뒷받침하는 글은 권고성명 15.3 을 참조하십시오.

권고성명 15.2

우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람 개개인에게 맞춤형 위험 요인 평가와 심혈관/뇌혈관 관리 방법을 사용해 이들의 심혈관 건강을 평가하고 관리할 것을 권고합니다. 이를 뒷받침하는 글은 권고성명 15.3 을 참조하십시오.

권고성명 15.3

우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 호르몬 사용 기간, 용량, 혈청 호르몬 농도, 현재 연령, 호르몬 치료를 시작한 연령을 고려하여, 성에 근거해 의학적 상태를 평가하는 위험 요인 계산법을 이들의 필요에 맞게 수정할 것을 권고합니다.

심혈관질환(CVD)과 뇌졸중은 전 세계에서 주요 사망 원인으로 꼽힙니다(World Health Organization, 2018). 다양한 환경에 처한 인종·민족·성적 소수자에 대한 방대한 데이터에 따르면 CVD 유병률과 발병 위험 요인뿐만 아니라 의료적 개입의 결과에도 현저한 불평등이 존재합니다. 건강 관리에 대한 접근성, 사회경제적 지위, 소수자 스트레스와 연관된 알로스타틱 부하(allostatic load)와 같은 구조적 요인들이 이러한 불평등에 기여합니다. (Flentje et al., 2020; Havranek et al., 2015; Streed et al., 2021). TGD 사람들은 심혈관 위험의 가능성이 높다고 알려진 다른 소수자 집단과 유사한 사회적, 경제적, 차별적 조건에 자주 처합니다(Carpenter et al., 2020; James et al., 2016; Reisner, Radix et al., 2016). 인종·민족·성 소수자인 TGD 사람은 상호교차적 스트레스와 관련한 영향을 더 크게 경험하는 것으로 나타났습니다. 반면 GAHT 를 비롯한 성별확정 건강 관리를 받으면 삶의 질이 개선되고 성별불쾌감과 성별불일치가 감소하여 CVD 위험이 상승하는 것을 상쇄할 수 있습니다(Carpenter et al., 2020; James et al., 2016; Reisner, Radix et al., 2016). 일차의료 제공자는 CVD 와 관련 위험 조건들—흡연, 당뇨병, 고혈압, 이상지혈증, 비만 등—을 선별하고 예방함으로써 TGD 사람들의 건강을 현저히 향상시킬 수 있습니다.

TGD 사람들에서 CVD 및 뇌졸중 유병률, 또는 CVD 위험을 GAHT 와 독립적으로 평가한 연구는 매우 적으며 주로 미국에서 실시되었는데, 이 연구에 따르면

시스젠더 집단과 비교했을 때 TGD 사람은 CVD 위험 요인에 대한 진단과 치료를 받지 못한 비율이 높고 CVD 예방도 충분치 못하여 CVD 위험이 높은 것으로 나타났습니다(Denby et al., 2021; Malhotra et al., 2022; Nokoff et al., 2018). 한 인구 기반 연구에 따르면 TGD 사람들은 차별과 심리적 괴로움, 부정적인 아동기 경험을 겪을 확률이 더 높았는데, 이는 심혈관 질환이 발병할 확률이 증가하는 것과 관련이 있었습니다(Poteat et al., 2021).

행동위험요인감시시스템(Behavioral Risk Factor Surveillance System; BRFS) 데이터에 기반한 미국 연구에 따르면, 트랜스젠더 남성과 트랜스젠더 여성은 심근경색증(MI), 뇌졸중 및 모든 CVD 의 유병률이 시스젠더 남성, 시스젠더 여성 및 시스젠더 남녀에 비해 높게 나타났습니다. 연구 결과는 인종, 소득, 또는 심혈관 위험 요인 등 추가 변수에 대해 데이터를 조정함에 따라 달라집니다(Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018). 비이분법적인 성별인(논바이너리) 사람들도 CVD 에 걸릴 확률이 높습니다(Downing & Przedworski, 2018). 이 연구들은 호르몬 사용에 대한 데이터를 수집하지 않았으며 참여자가 자체 보고한 건강 이력을 사용했다는 한계가 있습니다. 미국에서는 GAHT 를 받으려 내원하는 TGD 사람에게 진단 및 치료받지 않은 CVD 위험 요인이 있을 비율이 시스젠더 인구에 비해 더 높을 수 있으나(Denby et al., 2021), 이 사실이 전 세계에 적용되지는 않을 수 있습니다.

2018 년에 미국의 여러 센터에서 1:10 의 비율로 트랜스젠더와 시스젠더 연구집단을 구성하여 실시한 대규모 환자-대조군 연구에서는 트랜스젠더 여성과 시스젠더 남성 사이에는 MI 나 뇌졸중 비율에 통계적으로 유의미한 차이가 없었으며 트랜스젠더 남성과 시스젠더 남성 및 시스젠더 여성 사이에 MI, 뇌졸중, 정맥혈전색전성질환(VTE) 비율 차이도 없었습니다. 트랜스젠더 여성은 시스젠더 남성에 비해 통계적으로 유의미한 VTE 위험비가 1.9 로 나타났습니다. 6 년간의 연구 기간 도중에 GAHT 를 개시한 트랜스젠더 여성의 하위 코호트에서는 뇌졸중 위험이 (연구 기간 이전에 GAHT 를 시작한 하위 코호트와 비교했을 때) 증가한 것으로 나타났습니다. 전체 트랜스젠더 여성 코호트에서 VTE 비율이 증가했고 연구 기간 도중 GAHT 를 개시한 트랜스젠더 여성 하위 코호트

에서 뇌졸중 비율이 증가했는데, 71~123 명을 치료할 때 한 명에게서 뇌졸중의 위해가 나타나는 것으로 계산되었습니다(numbers needed to harm, NNH)(논문에서는 제시하지 않음)(Getahun et al., 2018). 다른 연구에는 테스토스테론 치료를 받는 트랜스젠더 남성에게 심혈관 질환이나 뇌졸중이 증가하지 않는다고 나타났지만, 이 연구들은 표본 크기가 작고 추적 기간이 비교적 짧으며 표본 인구의 연령이 비교적 낮다는 한계가 있습니다(Martinez et al., 2020; Nota et al., 2019).

여성화 GAHT 를 받은 트랜스젠더 여성을 조사한 유럽과 미국 연구에 따르면 이들은 시스젠더 여성에 비해 CVD, 뇌졸중, 혹은 두 가지 모두가 발생할 위험이 더 높으며, 어떤 연구에 따르면 시스젠더 남성보다도 발병 위험이 높습니다(Getahun et al., 2018; Nota et al., 2019; Wierckx et al., 2013). 이러한 연구 중 다수는 심혈관 관련 위험 요인에 맞춰 서로 다른 조정을 가하거나 표본 크기가 작거나(특히 나이든 트랜스젠더 여성의 경우) GAHT 기간과 유형이 서로 다른 등 현저한 한계가 있었습니다(Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019, Martinez et al., 2020). 뿐만 아니라, 위험이 증가한 정도는 전반적으로 낮았습니다. 상당수 연구에서 심장 질환이나 뇌졸중을 겪은 트랜스젠더 여성 대다수는 50 세가 넘었고 CVD 위험 요인이 한 가지 이상 있었으며 에티닐에스트라디올을 포함해 다양한 호르몬 요법을 받고 있었는데, 합성 에스트로겐인 에티닐에스트라디올은 혈전증 위험을 현저하게 높이기 때문에 여성화 요법에 사용하는 것을 권고하지 않습니다(Gooren et al., 2014; Martinez et al., 2020). 현재 제한된 근거에 따르면 에스트로겐 기반 GAHT 는 심근경색증과 뇌졸중 위험 증가와 관련이 있는 것으로 보이지만, 이러한 위험은 적은 데다 이 위험이 GAHT 의 결과인지 아니면 기존의 심혈관 위험 때문에 발생한 효과인지는 불분명합니다. 논바이너리인 사람, 생리학적 용량보다 저용량으로 성별확정 호르몬을 투여하는 사람, 사춘기 억제 치료를 받은 적이 있는 성인의 CVD 및 관련 상태를 특정하여 다른 연구는 알려진 바 없습니다.

일차의료 제공자는 TGD 사람의 CVD 를 평가하고 당뇨병, 고혈압, 고지혈증, 비만, 흡연 등 조정 가능한 CVD 위험 요인을 평가하며 소수자 스트레스가 심혈관 위험에 미치는 영향에 대처함으로써 GAHT 기간

의 CVD 위험에 가장 잘 대처할 수 있습니다(Streed et al., 2021). 또한 일차의료 제공자는 위험 상태를 적시에 진단하고 치료하며 성별확정 개입을 지속적으로 지원하는 방향으로 맞춤형 관리를 제공함으로써 트랜스젠더인 사람들의 심혈관 건강 불평등을 완화할 수 있습니다.

위험 평가 지침은 국내 및 국제 상황과 지침 개발자들의 학술적 소속에 따라 달라집니다. 또한 CVD 예방 지침이 다른 면에서 건강한 40 세 미만의 성인을 대상으로 하는 경우, 위험 평가의 성격 및 빈도가 지침마다 달라지기도 합니다(Arnett et al., 2019; Piepoli et al., 2020; Précoma et al., 2019; Streed et al., 2021; WHO, 2007). 40 세가 넘어 심혈관 위험이 증가하면, 지침에서는 대규모 인구 표본에서 도출한 위험 예측 방정식을 기반으로 10 년간의 총 CVD 위험을 계산하여 정기적으로 위험을 평가할 것을 명확하게 권고합니다. 이러한 위험 계산법의 예로는 SCORE(유럽 CVD 예방 지침(European Guidelines on CVD Prevention)에서 권고함), 통합 코호트 연구 방정식(Pooled Cohort Studies Equations; 2013 AHA ACC Guideline on the Assessment of CVD risk), 프레이밍햄 위험 점수(Framingham Risk scores), 세계보건기구(WHO) 위험 예측 차트(Risk Prediction Charts)가 있습니다. WHO 차트는 WHO 의 각 하위 지역 국가들의 정보를 근거로 개발되었습니다. 자원이 부족한 환경에서는 콜레스테롤이나 혈당을 측정할 시설이 없는 경우가 많으므로, 이러한 측정치 없이 예측 차트를 대신 사용할 수 있습니다.

현재 모든 심혈관 위험 계산법은 성별화되어 있고 성을 유의미한 위험 변수로 사용한다는 점에 주의해야 합니다. 평생에 걸친 심혈관 위험 관련 개입에 관한 예측 방정식을 내과적·외과적 치료를 받는 TGD 사람들에게 맞게 조정하는 자료는 현재 충분하지 않습니다. 그렇지만 출생 당시 지정된 성도 의학적 트랜지션도 심혈관 위험을 계산하는 데 사용하는 매개변수에 분명히 영향을 미칠 수 있습니다(Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020). 의료 제공자는 다양한 방법으로 TGD 사람에게 심혈관 위험 계산법을 적용할 수 있는데, 이러한 방법으로는 출생 당시 지정된 성을 기준으로 한 위험 계산법 사용, 당사자가 긍정적인 젠더를 기준으로 한 위험 계산법 사용, 또는 생애 중

GAHT에 노출된 총 기간을 고려해 이 둘을 가중평균하는 방법이 있습니다. 데이터는 부족하지만, 사춘기 연령 때 GAHT를 개시한 이력이 있는 트랜스젠더 성인에게는 이들이 긍정적인 성별을 사용하는 것이 가장 적절할 가능성이 높습니다. 연령이 대략 50세 이전이며 최대 용량 이하로 GAHT를 받은 이력이 있거나 생식샘절제술을 받은 후 장기간 호르몬 대체요법을 받지 않은 환자에 대한 접근법은 좀 더 세심하게 조절할 필요가 있을 수 있습니다. 의료 제공자는 현재 사용하는 위험 계산법의 특징과 한계를 인지해야 하며, 이러한 구체적인 고려 사항과 관련해 환자와 공동으로 의사결정을 내려야 합니다.

호르몬 사용이라는 변수를 통제하면서 트랜스젠더 표본과 시스젠더 표본의 이상지질혈증 유병률을 비교한 연구는 현재 없습니다. 앞에서 언급했듯이, 다른 집단의 데이터에 따르면 아동기와 늦은 성인기에 심리사회적 스트레스를 받으면 지방과다(adiposity)와 비정상적인 지질 대사가 생기기 쉽습니다. 테스토스테론 기반 GAHT와 에스트로겐 기반 GAHT는 모두 지질 대사에 영향을 미치지만, 호르몬 요법의 종류와 추가 변수가 다양하기 때문에 그 근거에는 한계가 있습니다(Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Deutsch, Glidden et al., 2015; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020). 전체적으로 보았을 때 에스트로겐은 고밀도지단백질(HDL) 콜레스테롤과 중성지방을 높이고 저밀도지단백질(LDL) 콜레스테롤에는 일정하지 않은 효과를 미치는 반면, 테스토스테론은 중성지방에 일정하지 않은 효과를 미치고 HDL 콜레스테롤은 낮추며 LDL 콜레스테롤은 높입니다. 투여법도 이러한 패턴에 영향을 미칠 수 있는데, 특히 경구 에스트로겐과 경피 에스트로겐이 중성지방에 미치는 영향이 서로 달라질 수 있습니다(Maraka et al., 2017). 일반적으로 이러한 차이에 따른 효과의 크기는 미미하며, 심혈관 및 뇌혈관 결과에 전체적으로 어떠한 효과를 미치는지는 불확실합니다. 기저질환으로 이상지질혈증이 있으면서 50세가 넘어서 호르몬을 사용하기 시작한 TGD 사람에게 호르몬이 어떠한 효과를 미치는지, 또는 2~5년 넘게 치료한 이후에 어떠한 효과가 발생하는지 조사한 연구는 없습니다.

호르몬 사용 변수를 통제하여 TGD 표본과 시스젠더 표본의 고혈압 유병률을 비교한 연구는 없습니다.

다른 집단의 데이터에 따르면 차별 경험을 비롯한 만성 및 급성 심리사회적 스트레스가 고혈압에 영향을 미칠 수 있습니다(Din-Dzietham et al., 2004; Spruill, 2010). 미국의 대규모 건강 설문조사인 행동위험요인 감시시스템에 기반한 연구에 따르면 트랜스젠더 남성이나 여성이 보고한 고혈압 비율은 시스젠더 표본과 차이가 없었습니다(Alzahrani et al., 2019; Nokoff et al., 2018).

테스토스테론 및 에스트로겐 기반 GAHT에 대한 연구에 따르면 치료가 수축기 및 이완기 혈압에 미치는 영향은 일정하지 않습니다. 에스트로겐 및 테스토스테론 기반 GAHT 요법이 혈압에 미치는 영향을 조사한 후향적 연구에서는 에스트로겐 기반 요법을 시작하면 수축기 혈압이 약간 낮아지는 것으로 나타났습니다. 한편 테스토스테론 기반 요법을 장기 추적 관찰한 결과 평균 수축기 혈압은 약간 상승(4mm Hg)하는 것으로 나타났지만, 이러한 차이는 통계적으로 유의미한 결과에 미치지 못하며 임상적으로 중요도가 떨어집니다(Banks et al., 2021). 한 체계적 문헌 고찰에서는 연구들의 질적 한계로 인해 성별확정 호르몬 치료가 혈압에 미치는 효과에 대해 결론을 내리기에 데이터가 충분치 않다고 결론 내렸습니다(Connelly et al., 2021). 여성화 GAHT에서 안드로겐 차단제로 자주 쓰이는 스피로노락톤은 칼륨 보존 이뇨제로, ACE 억제제나 안지오텐신수용체차단제 및 소금 대체제와 함께 사용 시 칼륨을 높일 수 있습니다. 기저질환으로 고혈압이 있으면서 50세가 넘어서 호르몬을 사용하기 시작한 TGD 사람에게 호르몬이 어떠한 효과를 미치는지, 또는 2~5년 넘게 치료한 이후에 어떠한 효과가 발생하는지 조사한 연구는 없습니다. GAHT를 받는 트랜스젠더인 사람은 GAHT에 대한 WPATH 지침이 명시한 바에 따라 추가로 혈압 검진이나 모니터링을 받아야 합니다.

TGD 표본과 시스젠더 표본의 당뇨병 유병률을 호르몬 사용과 독립적으로 비교한 데이터는 부족합니다. 최근 STRONG 코호트 연구 데이터에 따르면 (Islam et al., 2021) 트랜스페미닌 코호트에서 2형당뇨병의 유병률과 발생률은 시스젠더 여성보다 높게 나타났지만 시스젠더 남성 대조군보다 높게 나타나지는 않았습니다. 호르몬 치료를 시작한 후 트랜스매스쿨린 코호트와 TGD 사람 전체에서는 2형당뇨병 유병률과 발생률에 유의미한 차이가 관찰되지 않았

습니다. 하지만 각 코호트를 추적 관찰한 평균 기간은 각각 2.8 년과 3.1 년이었습니다(Islam et al., 2021). 성 소수자를 비롯한 다른 집단에 대한 데이터에 따르면 만성 및 급성 심리사회적 스트레스는 2 형당뇨병 발생 및 통제에 영향을 미칠 수 있습니다(Beach et al., 2018; Kelly & Mubarak, 2015).

행동위험요인감시시스템에 기반한 미국 연구에 따르면 트랜스젠더 남성, 트랜스젠더 여성, 논바이너리인 사람이 보고한 당뇨병 비율은 시스젠더인 사람과 차이가 없었습니다(Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018). 몇몇 소규모 연구에서는 트랜스젠더 남성의 다낭성난소증후군이나 고안드로겐혈증의 유병률이 예상보다 높게 나타났는데(Feldman et al., 2016), 이러한 증상은 인슐린저항성 및 당뇨병 위험과 관계가 있습니다. 테스토스테론 및 에스트로겐 기반 GAHT 에 대한 연구에 따르면 치료가 체중/체지방, 포도당 대사, 인슐린저항성에 미치는 영향은 다양하지만(Defreyne et al., 2019), 대다수 연구에서는 당뇨병전단계나 당뇨병이 증가했다고 나타나지 않았습니다(Chan et al., 2018; Connelly et al., 2019). 기저질환으로 당뇨병이 있으면서 50 세가 넘어서 호르몬을 사용하기 시작한 TGD 사람에게 호르몬이 어떠한 효과를 미치는지, 또는 2~5 년 넘게 치료한 이후에 어떠한 효과가 발생하는지 조사한 연구는 없습니다. 사춘기 억제 치료를 받은 적이 있는 성인의 당뇨 문제를 특정하여 다룬 연구는 현재 없습니다.

GAHT 가 혈압과 지질에 미치는 효과를 다룬 중간 결과 연구는 가설을 생성하고 병인을 연구하는 데 도움이 되지만, 향후 연구는 관심 대상인 심혈관 결과에 초점을 맞춰야 하며, 특히 연령, 호르몬 사용 경로 및 용량, 생애 중 GAHT 에 노출된 총 기간 등 개별 예측 지표에 초점을 맞춰야 합니다. 데이터를 해석할 때에는 시스젠더 대조군과 출생 시 지정된 성이 같은지 아니면 정체화한 성별이 같은지를 늘 고려해야 합니다.

권고성명 15.4

우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 흡연에 대해 상담을 하고 성별확정 수술 전 담배/니코틴 사용을 중단하도록 조언할 것

을 권고합니다.

흡연은 전 세계에서 심혈관질환, 폐질환, 암 발생의 주요 원인입니다(World Health Organization, 2020). TGD 사람들은 시스젠더인 사람들에 비해 흡연률이 더 높는데, 이것은 성별 스펙트럼에 따라 다르게 나타납니다(Azagba et al., 2019; Buchting et al., 2017). 이러한 패턴은 소수자 스트레스를 겪는 다른 집단과 일치합니다(Gordon et al., 2021). 일차의료 제공자는 흡연을 막는 보호 요인을 강화할 수 있는데, 여기에는 개인적 또는 구조적 차별에 대한 노출을 줄이는 것, 자신의 성별을 긍정하는 신분 증서를 갖게 하는 것, 건강보험을 갖게 하는 것이 있습니다(Kidd et al., 2018; Shires & Jafee, 2016).

흡연은 TGD 사람들의 건강에 불균등하게 위험을 초래하는데, 가장 큰 이유는 이들이 문화적으로 숙련되고 저렴한 흡연 관련 질병 검진 및 치료에 접근하기가 더 어렵기 때문입니다(Shires & Jafee, 2016). 흡연은 여성화 GAHT 를 받는 TGD 사람의 심혈관 위험과 VTE 위험을 한층 더 높일 수 있습니다(Hontscharuk, Alba, Manno et al., 2021). 또한 흡연을 하면 수술 부위 상처 치유, 흉터, 감염 등 일반적인 수술 합병증 위험이 2~3 배 높아지므로(Yoong et al., 2020) 성별확정 수술을 받는 사람에게도 이러한 위험이 높아집니다. 시스젠더 집단에 대한 데이터에 따르면 수술 전 금연하고 수술 후 6 주간 금연 상태를 유지했을 때 합병증이 현저히 감소합니다(Yoong et al., 2020).

TGD 사람에게 특별히 초점을 맞춘 금연 프로그램에 대한 연구는 현재 거의 없습니다(Berger & Mooney-Somers, 2017). 근거가 충분하지는 않지만, 일차의료 제공자는 소수자 스트레스의 영향을 다루고(Gamarel et al., 2015) GAHT 를 비롯한 성별확정 개입을 함으로써(Myers & Safer, 2016) 환자의 금연 노력에 도움을 줄 수 있습니다.

보건의료 전문가는 니코틴을 습관적으로 사용하는 사람들이 금연을 시도할 때 상당히 큰 장벽에 부딪힌다는 점을 고려해야 합니다. 이들이 니코틴 대체요법 및/또는 기타 금연 보조요법을 받을 수 있게 해야 하는데, 이때 개인의 선호와 니코틴 사용을 지속하게 하는 기저의 행동학적 건강 요인을 파악하는 것을 중시해야 합니다. GAHT 나 수술 접근법과 관련

해 의사결정을 내릴 때에는 환자 개인의 현실적인 능력 및 필요와 더불어 “무엇보다 환자에게 위해를 가지 말라”는 의료 실천의 원칙을 고려해야 합니다.

권고성명 15.5

우리는 보건의료 전문가가 나이들에 관한 심리적·의료적·사회적 우려를 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들과 의논하고 이에 대처하기를 권고합니다.

나이들은 TGD 사람들에게 있어서 특정한 사회적, 신체적, 정신적 건강의 어려움을 초래합니다. 나이들과 트랜스젠더 노년층에 대한 문헌은 부족하지만, 나이든 TGD 사람 중 많은 이들은 평생 낙인과 차별을 겪고 자신이 정체화한 성별을 억눌러 왔습니다 (Fabre & Gaveras, 2020; Witten, 2017). 이러한 경험은 TGD 노년층과 보건의료 체계의 상호작용에 영향을 미칩니다 (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Kattari & Hasche, 2016; Walker et al., 2017). 트랜스젠더 노인은 시스젠더 레즈비언·게이·바이섹슈얼(LGB) 또래에 비해 신체 건강이 좋지 않을 가능성이 높으며, 이 사실은 사회인구적 요인을 통제했을 때에도 마찬가지입니다 (Fredriksen-Goldsen 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2014). 이들은 문화적으로 숙련된 건강 관리에 접근하기 어렵고 소수자 스트레스의 후유증을 겪은 결과 건강 관리를 받는 것이 종종 늦어지기 때문에, 노화에 따라 흔히 발생하는 만성 질환이 악화될 수 있습니다 (Bakko & Kattari, 2021; Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

TGD 노인에 대한 성별확정 의학적 개입을 다룬 연구는 거의 없지만, 근거에 따르면 나이든 성인들은 내과적 트랜지션을 하면 젊은 TGD 성인보다도 삶의 질이 현저히 높아진다고 보입니다 (Cai et al., 2019). 연령 자체가 성별확정 내과적 또는 수술적 개입에 대한 절대적 금기이거나 개입을 제한하는 사유는 아니지만, TGD 노인은 현재 자신의 필요를 충족할 수 있는 사회적·내과적·외과적 선택지들에 대하여 모를 수 있습니다 (Hardacker et al., 2019; Houlberg, 2019).

TGD 노인의 정신 건강에 대한 연구는 부족하지만, 50세가 넘는 이들은 나이든 시스젠더 LGB 및 이성애자에 비해 우울 증상 및 스스로 느끼는 스트레스 비율이 현저히 높습니다 (Fredriksen-Goldsen 2011, Fredriksen-Goldsen et al., 2014). TGD 노인 고유의

위험 요인으로서는 성별 및 연령 관련 차별, 일반적인 스트레스, 정체성 은폐, 피해자화, 내면화된 낙인 등이 있으며, 사회적 지원과 공동체 소속은 보호 요인인 것으로 보입니다 (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; White Hughto & Reisner, 2018). 일차의료 제공자는 영성, 자기 수용, 자기 권리 옹호, 활동적이고 건강한 생활 방식을 장려함으로써 환자에게 도움을 줄 수 있는데, 이러한 것들은 모두 회복탄력성 및 성공적인 나이들과 관계가 있습니다 (McFadden et al., 2013; Witten, 2014). TGD 노인은 사회로부터 고립되고 지원 체계를 상실하고 가까운 친구 및 자녀와 관계가 끊기는 경우가 많습니다 (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2017). 나이들에 관해 TGD 사람들이 가장 우려하는 것은 자신을 돌볼 능력을 상실하는 것이고, 그 다음은 요양원이나 생활보조시설에 가야 하는 것입니다 (Henry et al., 2020). 장기 요양 시설은 필요한 도움을 제공하지만, 그곳에서 신체적 또는 정서적 학대를 받거나 GAHT 및 정기적 건강 관리를 받지 못하게 되거나 '아웃팅'을 당하게 되거나 자신이 긍정적인 성별에 따라 생활하고 옷을 입지 못하게 될 가능성도 있습니다 (Auldridge et al., 2012; Pang et al., 2019; Porter et al., 2016). TGD 노인들은 가장 필요한 서비스로 노년층 주거, 교통, 사교 활동, 자조 모임을 꼽았습니다 (Auldridge et al., 2012; Witten, 2014).

여러 가지 걸림돌이 있음에도, TGD 사람 대다수는 자기 수용, 아끼고 보살피는 관계, 권리 옹호에 힘입어 성공적으로 나이들어 갑니다 (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2014). 일차의료 제공자는 정신 건강, 성별확정 의학적 개입, 사회적 지지, 생애 말기/장기 건강 관리 등 TGD 노인이 직면한 핵심 건강 문제에 대처해야 합니다.

노년에 소수자 스트레스와 건강의 사회적 결정 요인(SDOH)과 같은 요소가 독립적으로 미치는 영향 외에, 트랜스젠더인 사람 중 생애 후기에 GAHT를 받은 이들이나 더 어린 나이에 GAHT를 시작한 이들이나 60대·70대·80대 혹은 그 이후에 GAHT를 계속하거나 시작하고자 하는 이들이 고유하게 겪는 건강 문제에 대한 데이터는 부족합니다. 트랜스젠더인 사람 중 사춘기 때 GAHT를 시작하는 사람을 포함하여 어린 나이에 GAHT를 시작하는 이들의 비율이 늘어나고 있으므로, 이러한 치료를 수십 년간 받는 것이 장

기 건강에 어떠한 영향을 미치는지를 연구하는 것이 더더욱 중요합니다.

권고성명 15.6

에스트로겐을 투여받은 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리할 때, 우리는 보건의료 전문가가 이들의 호르몬 사용 기간, 용량, 혈청 호르몬 농도, 현재 연령, 호르몬 치료를 시작한 연령을 고려하여 현지에서 시스젠더 여성을 대상으로 개발한 유방암 검진 지침을 따를 것을 권고합니다.

에스트로겐 기반 GAHT 를 받는 TGD 사람들은 유방이 발달하므로 유방암 검진을 받는 것을 고려할 필요가 있습니다. 외인성 에스트로겐은 시스젠더인 사람의 유방암 위험에 영향을 미치는 여러 요인 중 하나일 수 있습니다. 네덜란드(Gooren et al., 2013)와 미국(Brown & Jones, 2015)에서 트랜스젠더 여성의 유방암 유병률을 평가한 코호트 연구 2 건이 출간되었습니다. 둘 다 임상 표본에 대한 후향적 코호트 연구로, 유방암 진단을 관심 대상인 결과로 정하고 시스젠더 대조군을 비교 그룹으로 했습니다. 두 연구 모두 유방암에 대한 전향적 검사를 포함하지 않았으며 방법론 면에서 현저한 한계가 있었습니다. 발표된 여러 지침(Deutsch, 2016a)에서 “연령과 에스트로겐 노출 기간”을 조합하여 이를 검진 시작 필요성을 결정할 지표로 사용하도록 권고했는데, 이러한 권고는 전문가 합의에만 기초했으며 근거 면에서는 약합니다.

BRCA1 및 2 돌연변이는 유방암 위험을 높이지만, 성호르몬 노출이 이처럼 높아진 위험에 영향을 미치는지, 미친다면 어떤 영향을 미치는지는 확실하지 않습니다(Rebbeck et al., 2005). 성별확정 에스트로겐 치료가 위험을 높이는지, 높인다면 어느 정도 높이는지는 알려지지 않았습니다. GAHT 에 여러 가지 이익이 있다는 점을 인정하면서도 의료 제공자는 BRCA1 돌연변이가 있다고 확인된 환자에게 이와 같은 미지수에 관해 상담해야 하며, 환자와 의료 제공자는 충분한 정보에 근거한 사전 동의를 거쳐 공동으로 결정을 내려야 합니다.

트랜스젠더 여성에게 유방암 검진을 실시할 때는 트랜스젠더 여성의 유방이 유방촬영 시 더 치밀하게 나올 수 있다는 점을 고려해야 합니다. 치밀유방, 유

방에 실리콘과 같은 충전재를 주사한 이력, 유방 보형물 때문에 유방촬영 결과를 해석하기가 더 어려워질 수 있습니다(Sonnenblick et al., 2018). 그러므로 그에 맞게 특수한 기법을 사용해야 합니다. 유방을 확대하기 위해 실리콘이나 다른 충전재 등을 주사한 경우 경화지방육아종과 같은 합병증이 발생할 수 있어서 유방촬영이나 초음파 검사 시 정상 조직을 가릴 수 있습니다.

권고성명 15.7

출생 시 성에 따른 사춘기(natal puberty) 때 유방이 생겼으며 성별확정 가슴수술을 받지 않은 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리할 때, 우리는 보건의료 전문가가 시스젠더 여성을 대상으로 현지에서 개발한 유방암 검진 지침을 따를 것을 권고합니다.

출생 시 여성으로 지정되었으며 출생 시 성에 따른 사춘기를 거쳐 유방이 발달한 TGD 사람들은 직접적으로 테스토스테론에 노출되고 테스토스테론에서 방향화된 에스트로겐(aromatized estrogen)에 노출되기 때문에, 이러한 노출이 이론적으로 유방암을 일으키는 위험 요인이 될지에 관한 우려가 있습니다. 후향적 데이터는 부족한데, 이 데이터에 따르면 트랜스젠더 남성의 유방암 위험은 증가하지 않았지만(Gooren et al., 2013; Grynberg et al., 2010) 전향적 데이터와 비교 데이터는 없습니다. 이 집단에 속하는 사람 대다수는 유방 조직이 일부 남아 있으므로, 이들이 유방암에 걸릴 위험이 없지 않음을 의료 제공자가 인지하는 것은 중요합니다. 가슴수술을 받은 트랜스젠더 남성의 유방 검진 시기와 접근법은 현재 확립되어 있지 않으므로, 유의미한 가족력이 있거나 BRCA 유전자 돌연변이가 있는 시스젠더 남성과 마찬가지로 MRI 나 초음파를 이용해 검진하는 것이 적절할 것입니다. 이러한 접근법의 유용성과 성과가 연구되지 않았고, 가슴/유방 자가 진단 및 보건의료 전문가에 의한 진단은 위양성과 과검출(개입할 필요 없이 저절로 퇴행할 암을 검출함)이라는 위해 때문에 시스젠더 여성에게 권장하지 않으므로, 트랜스젠더 남성 집단을 검진할 때에는 환자와 의료 제공자가 이러한 접근법의 잠재적 위해, 이익, 알려지지 않은 것에 관해 공동으로 의사결정을 내려야 합니다.

권고성명 15.8

트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람으로서 시스젠더 여성과 난소암 또는 자궁내막암 위험이 동일한 사람들의 건강을 관리할 때, 우리는 보건의료 전문가가 난소암 또는 자궁내막암 발병 위험이 평균 수준이거나 높은 시스젠더 여성을 대상으로 현지에서 개발한 검진 지침(검진을 실시하지 말라는 권고 포함)을 이들에게 동일하게 적용할 것을 권고합니다.

현재 합의된 지침에서는 시스젠더 여성이 정기적으로 난소암 검진을 받을 것을 권고하지 않습니다. 트랜스젠더 남성에게서 난소암이 발생한 사례들이 보고된 바 있습니다(Dizon et al., 2006; Hage et al., 2000). 장기적인 전향적 연구는 없지만, 현재 테스토스테론 치료가 난소암 위험을 높인다는 근거는 없습니다(Joint et al., 2018).

권고성명 15.9

테스토스테론 치료를 받는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에서 암의 발생 위험이 평균 수준인 경우, 우리는 난소암 또는 자궁암을 예방할 목적만으로 일상적인 난소절제술 또는 자궁절제술을 실시할 것을 권하지 않습니다.

난소가 있으며 테스토스테론 기반 GAHT 를 받는 TGD 사람은 종종 희소배란 혹은 무배란 상태가 되거나 황체기 기능 및 프로게스테론 생성에 변동을 겪습니다. 이러한 증상과 더불어 외인성 테스토스테론의 방향화(aromatization)로 인해 에스트로겐 노출이 증가하게 되면, 자궁내막이 에스트로겐에 과도하게 노출되거나 에스트로겐 단독(unopposed estrogen)으로 노출될 우려가 있습니다. 단, 이러한 노출의 임상적 중요성은 알려지지 않았습니다. 테스토스테론을 복용하는 TGD 사람들의 자궁내막을 조직학적으로 연구한 결과 자궁내막 증식보다 위축이 발견되었습니다(Grimstad et al., 2018; Grynberg et al., 2010; Perrone et al., 2009). 난소절제술을 동반한 자궁절제술을 받은 대규모 트랜스매스쿨린 코호트에서는 모든 사례(n=85)에서 난소에 양성 조직병리가 나타났습니다(Grimstad et al., 2020). 전향적 결과 데이터는 없지만, 현재는 트랜스젠더 남성이 단지 자궁내막암이나 난소암을 예방할 목적으로 일상적인 자궁절제술이나 난소절제술을 받도록 권고할 근거가 부족합

니다. 물론 설명할 수 없는 자궁내막암이나 난소암 징후/증상이 있다면 적절한 평가를 실시해야 합니다.

권고성명 15.10

우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람으로서 현재 자궁경부가 있거나 이전에 자궁경부가 있던 사람들에게 시스젠더 여성을 대상으로 한 현지 지침을 따라 자궁경부암 검진을 실시할 것을 권고합니다.

자궁경부가 있는 사람은 연령에 기반한 지역 관행 및 지침에 따라 정기적으로 자궁암 검진 및 예방을 해야 합니다. 여기에는 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 현지 지침에 따른 검진도 포함되며, 가능한 경우 세포학적 검사와 고위험 HPV 검사를 동시에 시행합니다. 보건의료 전문가가 트랜스매스쿨린인 사람에게 질경검사를 시행할 때에는 이들의 통증과 불편함을 최소화하는 방식을 취하도록 유의하는 것이 중요합니다.

자궁경부가 있는 TGD 사람은 통상적인 자궁경부암 검진을 받았을 가능성이 더 낮는데, 검사가 성별 불쾌감을 악화할 수도 있고/있거나 일반의와 환자가 이러한 검진의 필요성에 대해 잘못 알고 있기 때문입니다(Agenor et al., 2016; Potter et al., 2015). 또한 테스토스테론 치료는 생식기에 위축성 변화를 초래할 수 있으며, 테스토스테론 사용 기간은 자궁경부세포검사서 부적합한 샘플이 나올 가능성이 높아지는 것과 관계가 있습니다(Peitzmeier et al., 2014). 질경검사와 자궁경부세포검사를 대신하는 방법으로 의료 제공자 또는 환자 스스로 채취하는 고위험 HPV 면봉 검사(swab test)가 있는데, 이러한 방법은 자궁경부가 있는 사람을 검진할 때 특히 유용할 수 있습니다. 미국에서는 트랜스젠더 남성 집단에 자가 채취한 고위험 HPV 검사를 사용하는 방법에 대해 조사하는 연구가 진행 중입니다. 연구에서 트랜스젠더 남성의 고위험 HPV 검사는 민감도가 71.4%(음성예측도 94.7%)이고 특이도가 98.2%로 매우 유용한 것으로 나타났습니다(Reisner et al., 2018). 침습적 검진 및 질확대경검사와 관련된 잠재적 위해가 증가할 가능성이란 측면에서, 트랜스젠더 남성에게 대한 HPV 일차 선별검사의 위해를 평가하는 추가 연구가 필요합니다.

권고성명 15.11

우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 항레트로바이러스제 사용이 성별확정 호르몬 치료에 대한 금기사항이 되지 않는다고 조언할 것을 권고합니다.

사람면역결핍바이러스(HIV) 유병률은 TGD 인구 집단에서 불균형하게 높습니다. 최근 발표된 대규모 메타분석에서는 전 세계에서 HIV 감염 오즈비(odds ratio)가 트랜스페미닌인 사람의 경우 66, 트랜스마스쿨린인 사람의 경우 6.8로 나타났습니다(Stutterheim et al., 2021). 특히 TGD 사람들의 HIV 의 위험부담을 줄인다는 면에서, 일차의료 제공자에게는 중요한 교육을 제공하고 예방 전략을 시행할 특별한 기회가 있습니다. TGD 사람이 과거에 차별과 트랜스혐오를 경험하여 보건의료 제공자를 불신하면 HIV 예방에 영향을 미치고 건강 관리 노력과의 연계에 지장이 생깁니다(Sevelius et al., 2016). 낙인, 적절한 수련 부족, 의료계에 내재한 권력 위계, 이 모두로 인해 보건의료 전문가는 TGD 사람들의 건강을 관리할 때 양가감정과 불확실함을 느끼게 됩니다(Poteat et al., 2013). 마지막으로, 보건의료 환경에 포용성과 성별을 긍정하는 실천이 없다면 TGD 사람들은 HIV 진단이나 두려움으로 인한 건강 관리 회피와 같은 민감한 문제를 이야기하는 것이 안전하지 못하다고 여길 수 있습니다(Bauer et al., 2014; Gibson et al., 2016; Seelman et al., 2017).

보건의료 전문가는 TGD 사람 중 다수가 성별확정 호르몬 치료나 HIV 노출 전 예방요법/치료(PrEP) 또는 두 가지 모두를 받으려 올 때 이들이 이렇게 광범위한 맥락에 처해 있다는 점을 인지해야 합니다. 성별확정 호르몬을 HIV 예방화학요법이나 치료 목적의 항레트로바이러스제와 동시에 투여하는 것이 안전한지에 대해 여러 가지 오해가 있을 수 있습니다.

항레트로바이러스 치료/성별확정 호르몬 치료(ART/GAHT)의 상호작용을 직접 조사한 연구는 부족합니다. 여러 국가에서 실시한 iPrEx 임상시험에서 트

랜스젠더 여성 및 트랜스페미닌인 사람들을 대상으로 하위분석을 실시한 결과, 배정기준분석(intention-to-treat analysis, ITT)시에는 PrEP 이 이 집단에서 효과성이 낮은 것으로 드러났습니다. 단, 처방받은 약물을 투여한 트랜스젠더 참가자들의 효과성은 트랜스젠더 게이 남성과 유사했는데, 이는 PrEP 투여 및 이행이 이 집단에서 여전히 어려운 문제로 남아 있음을 시사합니다. GAHT 가 테노포비르이인산염(tenofovir diphosphate)에 미치는 효과에 대한 연구(Grant et al., 2021)와 테노포비르이인산염 및 엠트리시타빈(emtricitabine)에 미치는 효과에 대한 연구(Shieh et al., 2019) 등 2 건의 연구에 따르면, ART 약물 농도는 현저하게 낮아지지만 임상적 의미는 크지 않은 것으로 나타났습니다. 전체적으로 보았을 때, 호르몬 피임제와 항레트로바이러스제의 상호작용에 관한 데이터를 보면 호르몬이 ART 에 미치는 영향에 대해서는 안심할 수 있습니다(Nanda et al., 2017). 에스트라디올은 사이토크롬 P450(CYP) 3A4 와 1A2 효소에 의해 부분적으로 대사되기 때문에, 비뉴클레오사이드 역전사효소억제제(NNRTIs, 예: 에파비렌즈(efavirenz; EFV), 네비라핀(nevirapine; NVP))와 같이 이러한 경로를 유도하거나 억제하는 다른 약물과 약물상호작용이 일어날 수 있습니다. 그러나 대다수 국가에서 선호하는 일차 ART 요법은 통합효소 억제제(integrase inhibitors)로서, 성별확정 호르몬과의 약물상호작용이 미미하거나 전혀 없으므로 안전하게 사용할 수 있습니다(Badowski, 2021; Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2021). 만약 약물상호작용이 일어날 가능성을 우려한다면, 보건의료 전문가는 필요에 따라 혈중 호르몬 농도를 모니터링해야 합니다. 따라서 HIV 와 더불어 살아가며⁴¹ 항레트로바이러스 약물을 복용하는 TGD 사람들에게 항레트로바이러스제를 GAHT 와 병용하는 것은 안전하다고 조언해 주어야 합니다.

⁴¹ 한국과 달리 국제사회에서는 'HIV 감염인'보다는 'HIV 와 더불어 살아가는 사람(people living with HIV; 약칭 PL)'이라는 표현이 일반적으로 쓰인다. PL 은 적절한 건강 관리를 받아 다른 만성질환자와 마찬가지로 건강하고 활동적인 삶을 살 수 있으며, 꾸준히 약을 복용하면 혈액에

서 바이러스가 미검출되고 타인에게 바이러스를 전파하지 않을 정도로 바이러스를 억제할 수 있다(이러한 억제 상태를 undetectable=untransmittable 이라고 한다). HIV 에 관해 정확한 사실을 알리고 낙인을 없애기 위해서 사용하는 표현이 바로 'HIV 와 더불어 살아가는'이다.

권고성명 15.12

우리는 보건의료 전문가가 골다공증 검진의 적절한 연령과 필요성을 평가할 목적으로 전통적인 골다공증 위험 요인만이 아니라 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 과거 및 현재 호르몬 사용, 생식샘 수술을 포함해 상세한 병력을 입수할 것을 권고합니다. 이를 뒷받침하는 글은 권고성명 15.13 을 참조하십시오.

권고성명 15.13

우리는 보건의료 전문가가 활동적인 체중부하운동, 건강한 식단, 칼슘 및 비타민 D 보충제의 필요성을 비롯한 뼈 건강 문제를 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들과 의논할 것을 권고합니다.

에스트로겐과 테스토스테론은 모두 뼈의 형성 및 교체를 돕습니다. 성호르몬 농도 저하는 나이든 후 골다공증 위험이 증가하는 것과 연관이 있습니다 (Almeida et al., 2017). 성호르몬 치료, 안드로겐 차단, 생식샘절제술 등 TGD 사람이 받는 내과적 및/또는 외과적 개입은 뼈 건강에 영향을 미칠 가능성이 있습니다. 그러므로 골다공증 검진이 필요한지 결정 결정하려면 과거 및 현재의 호르몬 사용과 생식샘 수술 등을 포함한 상세한 병력이 필요합니다.

여러 관찰 연구에서 TGD 성인이 성별확정 호르몬 치료를 받기 전과 받은 후의 골밀도(BMD)를 비교하고, TGD 사람들의 골밀도와 출생 당시 성이 일치하는 시스젠더 대조군의 골밀도도 비교하였습니다.

골밀도는 호르몬 치료를 개시하기 전부터 이미 낮았을 수 있습니다. 한 연구에서 보고한 바에 따르면, 트랜스젠더 여성은 같은 연령의 시스젠더 남성 대조군에 비해 대퇴골경부와 고관절 전체와 척추의 평균 골밀도가 낮았습니다 (Van Caenegem, Taes et al., 2013). 또 다른 연구에서는 사춘기억제제 치료를 시작하기 전인 TGD 청소년에서 낮은 골밀도 점수가 많이 발견되는 것으로 나타났습니다 (Lee, Finlayson et al., 2020). 두 연구의 저자들은 모두 신체 활동이 적은 것이 이러한 결과를 초래한 중요한 요인이라고 결론을 내렸습니다.

생식샘 절제 후 호르몬을 중단하거나 호르몬 수치가 적정 수준 이하이면 뼈 손실이 가속화될 수 있습니다. 한 연구에 따르면 생식샘절제술을 받은 트랜스

젠더 여성 30%의 뼈 질량이 낮았는데, 이는 낮은 17 베타에스트라디올 농도 및 GAHT 약물 이행과 상관 관계가 있었습니다 (Motta et al., 2020).

GAHT 가 골밀도에 미치는 영향을 조사한 결과 에스트로겐 치료를 받는 TGD 여성의 골밀도는 개선되는 것으로 나타났습니다. 성호르몬이 트랜스젠더인 사람의 뼈 건강에 미치는 영향에 관한 체계적 문헌 고찰과 메타분석은 2008 년에서 2015 년 사이에 출간된, 트랜스젠더 여성(n=392)에 대한 연구 9 건과 트랜스젠더 남성(n=247)에 대한 연구 8 건을 대상으로 하였습니다. 메타분석에 따르면 트랜스젠더 여성의 요추 골밀도는 기준선에서 측정된 수치에 비해 통계적으로 유의미하게 증가한 것으로 나타났습니다 (단 대퇴골경부 골밀도는 유의미하게 증가하지 않았음). 트랜스젠더 남성의 경우, 테스토스테론 치료를 시작한 지 12 개월 후와 24 개월 후 요추, 대퇴골경부, 고관절 전체 골밀도는 기준선에서 측정된 수치에 비해 통계적으로 유의미하게 변화하지 않았습니다 (Singh-Ospina et al., 2017). 이 연구가 출간된 후, 전향적 다기관(벨기에, 노르웨이, 이탈리아, 네덜란드) 관찰 연구인 유럽 성별불일치 조사 네트워크 (European Network for Investigation of Gender Incongruence; ENIGI) 연구에서는 트랜스젠더 여성 231 명과 트랜스젠더 남성 199 명이 성별확정 호르몬 투여를 시작한 지 1 년 후의 골밀도 결과를 발표했습니다. 트랜스젠더 여성은 요추, 고관절 전체, 대퇴골경부에서 골밀도가 증가했으며, 트랜스젠더 남성은 고관절 전체에서 골밀도가 증가했습니다. 한 연구에서는 트랜스젠더 남성 53 명과 트랜스젠더 여성 53 명에게 호르몬투여를 시작한 지 12 개월 후에 골절이 나타나지 않았다고 보고했습니다 (Wierckx, van Caenegem et al., 2014). GAHT 가 강화된 골다공증 검진의 적응증임을 보여주는 연구는 없습니다. 그보다는 생식샘절제술을 받은 사람에서 GAHT 의 차이가 이러한 검진에 대해 고려해야 할 사항이 될 것입니다.

임상 진료 지침에는 TGD 사람들의 골다공증 검진에 관한 권고도 있습니다 (Deutsch, 2016a; Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019). 세계임상골밀도학회(International Society for Clinical Densitometry; ISCD)와 내분비학회(Endocrine Society)는 모두 TGD 사람이 호르몬 치료를 개시하기 전에 기준선에서 골

밀도 검진을 할 것을 제안합니다. 골밀도 검진에 대한 추가 권고는 출생 당시 보고된 성, 연령, 전통적인 골밀도 위험 요인 유무를 바탕으로 하며, 이러한 전통적인 골밀도 위험 요인으로는 과거에 발생한 골절, 고위험 약물 사용, 뼈 손실과 관련 있는 상태, 저체중 등이 있습니다(Rosen et al., 2019). 특히 ISCD 지침에서는 TGD 사람이 GAHT 를 시작하기 전에 생식샘 절제술을 받았거나 내인성 생식샘 스테로이드 농도를 낮추는 치료를 받은 이력이 있는 경우, 생식샘 기능저하증이 있으면서 GAHT 를 받을 계획이 없는 경우, 그 외 알려진 골밀도 검사의 적응증이 있다면 골밀도 검사를 받도록 권고하고 있습니다(Rosen et al., 2019). 그러나 이러한 권고를 뒷받침하는 근거의 토대는 약합니다.

골다공증 선별검사로 권고하는 방법은 요추, 고관절 전체, 대퇴골경부에 대한 이중에너지방사선흡수 측정법(DXA)입니다(Kanis, 1994). 그러나 여러 저소득 및 중위소득 국가에서는 DXA 를 이용해 골밀도를 측정하는 검사가 사용 가능하지 않으며, DXA 기반 검진을 정기적으로 실시하는 국가는 미국을 제외하면 거의 없습니다.

일차의료 제공자는 뼈 건강을 최적화하는 방법을 TGD 사람들과 논의해야 합니다. 또한 일차의료 제공자는 뼈 건강을 유지하는 데 영양과 운동이 중요하다는 정보를 제공해야 합니다. 골다공증이 있는 (또는 골다공증에 걸릴 위험이 있는) TGD 사람에게서는 뼈 손실을 막는 데 체중부하운동과 근력운동 및 저항운동이 유익하다는 정보를 제공해야 합니다(Benedetti et al., 2018). 영양은 뼈 건강에 필수입니다. 칼슘 섭취 부족이나 비타민 D 부족 등 영양 결핍이 발생하면 뼈 무기질침착이 감소할 수 있습니다. 비타민 D 와 칼슘 보충제는 고관절 및 전체 골절 발생률을 줄이는 것으로 나타났습니다(Weaver et al., 2016). 이 논의는 모든 인구 집단에 해당하지만, 비타민 D 결핍증 유병률이 높은 것으로 나타나는 TGD 집단에도 해당합니다(Motta et al., 2020; Van Caenegem, Taes et al., 2013).

권고성명 15.14

우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 성별확정 또는 수술 전 준비 과정의

일환으로 얼굴, 몸, 생식기 부위 제모를 받을 수 있도록 적절하게 의뢰할 것을 권고합니다.

제모는 얼굴 털을 제거하는 데에도 필요하고 (Marks et al., 2019) 질형성술, 음경형성술, 메토이디 오플라스티 등 특정한 성별확정 수술(GAS)을 준비할 때에도 필요합니다(Zhang et al., 2016). 소변과 접촉하게 될 피부 부위(예: 신생요도를 구성하는 데 쓰이는 피부)나 신체 내 부분적으로 닫힌 공간의 안쪽으로 옮겨지게 될 피부 부위(예: 신생질을 만드는 데 쓰이는 피부)는 모두 영구적으로 제모해야 합니다(Zhang et al., 2016). 성별확정 건강 관리에서 사용하는 제모 기법은 전기분해 제모(EHR)와 레이저 제모(LHR)입니다. 미국 식품의약국(FDA)에서 승인한 영구 제모 기법은 전기분해 제모뿐이며, 레이저 제모는 영구 체모 감소 기법으로 승인되었습니다(Thoreson et al., 2020).

전기분해 제모는 개별 모낭에 아주 세밀한 프로브(probe)를 차례차례 삽입해 전류를 사용하여 수동으로 제거하는 방법입니다(Martin et al., 2018). 이 방법은 털로 가는 혈액 공급을 직접 기계적으로 파괴하기 때문에 털의 색 및 피부 유형에 상관 없이 사용할 수 있습니다(Martin et al., 2018). 전기분해 제모는 모낭을 하나하나 처리해야 하기 때문에 시간과 비용이 많이 들지만 영구적인 제모에 효과적입니다. 생식기 제모 방법은 얼굴 및 다른 신체 부위의 제모 방법과 다르기 때문에, GAS 실시 전 생식기 부위를 영구 제모하려면 생식기 체모 제거에 숙련된 시술자가 제모를 실시해야 합니다. 전기분해 제모는 레이저 제모보다 아프며 홍반, 딱지, 부기 등 부작용이 있을 수 있습니다(Harris et al., 2014). 피부색이 어두운 사람은 염증 후 과다색소침착이 생길 위험이 있습니다(Richards & Meharg, 1995). 통증은 국소마취제와 쿨링으로 조절할 수 있고, 많은 사람들이 전기분해 제모에 대한 내성이 어느 정도 생기면서 더 긴 시술 시간을 견딜 수 있게 되기도 합니다(Richards & Meharg, 1995).

레이저 제모는 레이저 에너지를 사용하여 모낭에 표적 시술하며, 더 넓은 표면적에 사용하기 좋습니다. 레이저 제모의 원리는 광선열용해(photo-thermolysis)로, 레이저에서 나오는 빛이 모간에 있는 멜라닌을 선택적으로 겨냥합니다(Gao et al., 2018). 이 에너지가 열로 변하면서 피부 안에서 털을 생성하

는 모낭을 손상시켜 체모 성장을 파괴합니다. 최상의 결과를 얻으려면 추가 치료가 필요하며, 모발 순환을 위해서 보통 6 주 간격을 두게 됩니다(Zhang et al., 2016). 레이저 제모는 멜라닌을 표적으로 하기 때문에 털이 회색, 금색, 붉은색인 사람은 충분한 결과를 얻지 못할 수 있습니다.

피부색이 어두운 사람(피츠패트릭 피부 유형 IV~VI)에게 레이저 제모를 실시할 때 특별히 고려해야 할 사항이 있습니다(Fayne et al., 2018). 표피의 멜라닌 함량이 높으면 빛이나 레이저의 표적이 되는 발색단(chromophore), 즉 모낭의 모간에 있는 멜라닌과 경쟁이 일어날 수 있습니다. 선택적 열용해(thermolysis)가 일어나려면 열이 모간에서 모낭의 줄기세포까지 확산되어 손상을 일으켜야 합니다. 어두운 피부색 유형에서는 빛이 목표로 하는 모간에 있는 멜라닌까지 도달하지 못하고 표피에서 흡수되어 열로 전환됩니다. 이로 인해 임상 결과가 나빠지고, 색소침착저하 또는 과다색소침착, 물집, 딱지 형성 등 열로 인한 부작용이 발생하는 비율이 높아질 수 있습니다(Fayne et al., 2018). 레이저 파장 선택은 이러한 위험을 줄이는 데 매우 중요하며, 피부가 어두운 환자에게는 표피의 멜라닌이 빛을 흡수하는 것을 최소한으로 줄여 효과를 극대화하고 부작용을 최소화하기 위해 더 긴 파장을 사용할 것을 권장합니다(Fayne et al., 2018). 레이저 제모의 부작용으로는 치료 후 햇볕에 탄 듯한 느낌을 비롯해 염증, 발적, 과다색소침착, 부기 등이 있습니다. 번쩍이는 빛은 예민한 환자에게 발작을 일으킬 수 있으므로 환자에게 이러한 위험이 있는지 미리 검사해야 합니다. 시술 도중 겪는 통증과 불편함도 상당한 걸림돌이 될 수 있으며, 일차의료 제공자는 국소마취연고제(eutectic mixture of local anesthetics; EMLA)나 저용량의 전신 아편유사제 등 국소 또는 전신 진통제를 처방할 준비를 해야 합니다. 생식기 GAS의 경우, 일부에서는 털이 다시 자라지 않는다는 것을 확인하기 위해 마지막 제모 치료 후 3 개월을 기다린 다음 수술을 진행할 것을 권하기도 합니다(Zhang et al., 2016).

제 16 장 생식 건강⁴²

트랜스젠더인 사람들을 포함해 모든 인간에게는 자녀를 가질지 아닐지를 결정할 수 있는 재생산 권리가 있습니다(United Nations Population Fund, 2014). 의학적으로 필요한 성별확정 호르몬 치료(GAHTs)와 외과적 개입(의학적 필요성에 관한 권고성명은 제 2 장 '전 세계적 적용 가능성'의 권고성명 2.1 참조) 중 생식 기관의 해부 구조나 기능을 바꾸는 치료/개입은 각각 다른 정도로 미래의 생식 선택지를 제약할 수 있습니다(Hembree et al., 2017; Nahata et al., 2019). 따라서 이러한 치료를 시작하기 전에 트랜스젠더인 사람 및 그 가족과 불임 위험 및 가임력보존(fertility preservation; FP)에 대해 상의하고 그 후에도 이러한 대화를 계속 이어나가는 것이 매우 중요합니다(Hembree et al., 2017). 사춘기가 지난 트랜스젠더인 사람에게는 배아·난자·정자 냉동보존 등 확립된 FP 방법을 실시할 수 있는 가능성이 있습니다(Nahata et al., 2019). 난소조직 및 고환조직 냉동보존에 관한 연구 프로토콜도 개발되고 연구되었습니다(Borgström et al., 2020; Nahata et al., 2019; Rodriguez-Wallberg, et al., 2019). 배아, 성숙난자, 정자는 임상 치료에서 사용할 때 모두 효과성이 입증되었습니다. 그러나 냉동보존한 생식샘 조직을 사용하는 경우에는 이후 생식세포가 완전하게 기능하도록 조직을 재이식하거나 실험실에서 배양하는 방법을 적용해야 하는데, 이러한 방법은 기초 과학 연구 환경에서 아직 개발하는 중입니다. 최근 미국 생식의학회(American Society for Reproductive Medicine) 지침에서 난소조직 냉동보존을 더 이상 실험적인 방법으로 분류하지 않는다는 점은 주목할 만하지만, 사춘기 전 아동에 대한 근거는 여전히 부족합니다(Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019).

각 개인이 목표로 하는 자녀 계획에 따라 개별화한 건강 관리를 제공해야 합니다. 몇몇 연구에 따라

면 트랜스젠더·성별다양성이 있는(TGD) 사람들은 시스젠더 또래에 비해 자신과 유전적 관계가 있는 아이를 원할 가능성도, 아이 자체를 원할 가능성도 낮은 것으로 보입니다(Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Russell et al., 2016; von Doussa et al., 2015). 그러나 다른 여러 연구에 따르면 TGD 사람 중 많은 이들이 1)자신과 유전적 관계가 있는 아이를 원하고 2)FP 를 할 기회를 놓친 것을 후회하며 3)가임력을 보존하고/하거나 임신하기 위해 호르몬 치료를 늦추거나 일시 중단할 의사가 있습니다(Armuand, Dhejne et al., 2017; Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Tornello & Bos, 2017).

FP 를 가로막는 장벽 여러 가지가 보고되었는데, 이러한 장벽으로는 비용(보험 적용이 되지 않으면 부담이 더 심해짐), 다급하게 치료를 시작하려는 마음, 미래지향적인 결정을 내리지 못하는 것, 의료 제공자의 지식이 불충분하거나 제공자에게 편견이 있어서 FP 제공에 영향을 미치는 것, FP 에 접근하는 데 따르는 어려움 등이 있습니다(Baram et al., 2019; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020). 뿐만 아니라, FP 과정에는 출생 당시 지정된 성과 불가분의 관계에 있는 다양한 절차가 있기 때문에 이 과정에서 트랜스젠더인 사람의 성별불쾌감이 악화할 수 있습니다(Armuand, Dhejne, et al., 2017; Baram et al., 2019). 가능하다면 다학제 팀 접근 방식, 즉 의료 제공자와 정신 건강 제공자가 TGD 사람의 성별을 긍정하는 TGD 사람의 성별을 긍정하는 TGD 사람의 성별을 긍정하는가임력 전문가와 협력하는 방식이 이러한 장벽을 일부 극복하는 데 도움을 줄 수 있습니다(Tishelman et al., 2019). TGD 사람들에게 가임력(본인의 생식세포/생식 기관 조직을 이용하는 것)과 임신을 구분하도록 교육해야 합니다. 가임력에 대한 고려 이외에도, 어떤 형태로 가족 계획을 하거나 가족을 구성하든 재생산 연속체 전체에 걸쳐 공평하고 양질의 건강 관리를 제공하려는 노력을 계속 유지해야

⁴² Reproductive/reproduction 은 한국에서 보통 '생식' 또는 '재생산'으로 번역하나, '생식'과 '재생산'이 갖는 함의는 다르다. 의학 및 보건 분야에서는 '생식'을 주로 사용하나, 여성학 및 사회과학에서는 reproduction 이 단순히 개인에게 일어나는 생물학적 사건이 아니라 사회적 존재가 경험하는 사건이며 여기에 사회적 규범과 정치

적 역동관계가 작동한다는 점을 강조하기 위해 '재생산'이라는 번역을 선호한다(하정옥, 2014). SOC-8 한국어판에서는 본문의 주요 독자층이 보건의료인이라는 점을 감안하여 생물학적 함의와 사회적 함의에 따라 두 가지 번역어를 맥락에 따라 혼용하였다.

권고성명

16.1- 우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들을 치료하고 환자에게 호르몬 치료/수술을 처방하거나 환자가 호르몬 치료/수술을 받도록 의뢰하는 보건의료 전문가가 환자에게 다음의 사항에 대해 조언할 것을 권고합니다.

16.1.a- 호르몬 치료/수술이 향후 가임력에 미친다고 알려진 영향

16.1.b- 치료로 인해 발생할 가능성이 있으나 제대로 연구되지 않았고 가역성 여부가 알려지지 않은 영향

16.1.c- 가임력보존(FP) 선택지 (확립된 선택지와 실험적 선택지 모두)

16.1.d- 불임의 심리사회적 영향

16.2- 우리는 보건의료 전문가가 가임력보존에 관심이 있는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람이 추가 상담을 받을 수 있도록 이들을 가임력보존에 전문성이 있는 의료 제공자에게 의뢰할 것을 권고합니다.

16.3- 우리는 트랜스젠더 건강 관리 팀이 가임력에 영향을 미칠 수 있는 내과적 개입과 외과적 개입을 실시하기 전에 현지 가임력 전문가 및 시설과 협력하여 구체적이고 시기적절한 정보와 가임력보존 서비스를 제공할 것을 권고합니다.

16.4- 우리는 보건의료 전문가가 사춘기 전 또는 사춘기 초기의 성별확정 치료를 받고자 하는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 청소년과 그 가족에게 현재 근거를 중심으로 하거나 확립된 가임력보존 선택지는 제한적이라는 점을 조언할 것을 권고합니다.

16.5- 자궁이 있는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람이 임신하고자 한다면, 우리는 이 사람이 현지의 건강 관리 표준에 따라 성별을 확정하는 방식으로 임신 전 관리, 성별확정 호르몬 사용 및 중지에 관한 산전 상담, 임신 중 관리, 진통 및 분만, 가슴/유방 수유 지원 서비스, 산후 지원을 받을 것을 권고합니다.

16.6- 우리는 의료 제공자가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람으로서 임신을 초래할 수 있는 성적 활동을 하는 사람과 피임법에 대해 의논할 것을 권고합니다.

16.7- 우리는 임신중지 서비스를 제공하는 의료 제공자가 반드시 성별확정적 시술법을 사용하며 트랜스젠더인 사람과 성별다양성이 있는 사람에게 서비스를 지원할 것을 권고합니다.

합니다. 여기에는 주산기 관리, 임신, 분만, 산후 관리 등 등 출산에 대한 선택지뿐만 아니라 원치 않는 임신을 예방하기 위한 가족 계획 및 피임에 대한 선택지, 그리고 위법이 아닌 임신중지도 포함됩니다 (Bonnington et al., 2020; Cipres et al., 2017; Krem-pasky et al., 2020; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020). 임신하고자 하는 TGD 사람은 표준적인 임신 전 관리와 산전 상담을 받아야 하며, 다양한 성별정체성과 경험이 있는 사람들을 지지하는 환경에서 유방/가슴 수유에 관해 상담을 받아야 합니다 (MacDonald et al., 2016; Obedin-Maliver & Makadon, 2016).

이 장에 있는 모든 권고성명은 철저한 근거 검토, 이익과 위해 평가, 보건의료 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 활용과 실현 가능성에 기초합니다. 우리는 몇몇 경우에 근거가 충분하지 않고, 또는 서비스에 접근하는 것이 어렵거나 적합한 서비스가 아닐 수 있다는 점을 인정합니다.

권고성명 16.1

우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들을 치료하고 환자에게 호르몬 치료/수술을 처방하거나 환자가 호르몬 치료/수술을 받도록 의뢰하는 보건의료 전문가가 환자에게 다음의 사항에 대해 조언할 것을 권고합니다.

- a. 호르몬 치료/수술이 향후 가임력에 미친다고 알려진 영향
- b. 치료로 인해 발생할 가능성이 있으나 제대로 연구되지 않았고 가역성 여부가 알려지지 않은 영향
- c. 가임력보존(FP) 선택지 (확립된 선택지와 실험적 선택지 모두)
- d. 불임의 심리사회적 영향

출생 당시 여성으로 지정된 TGD 사람들

GAHT 는 미래의 생식 능력에 부정적인 영향을 미칠 수 있습니다(Hembree et al., 2017). 트랜스젠더

남성 및 출생 당시 여성으로 지정된(AFAB) 성별다양성이 있는 사람들에 대한 근거에 따르면, 다음과 같은 위험이 발생합니다.

청소년이 남성화 치료를 받을 준비가 될 때까지 사춘기 억제를 위해 생식샘자극호르몬방출호르몬작용제(GnRHAs)를 사용하여 사춘기가 진행되는 것을 막을 수 있습니다. GnRHAs는 월경 중단에도 사용할 수 있습니다. GnRHAs는 생식세포 성숙에 영향을 미치지 않지만 생식샘 기능에 영구적인 손상을 입히지는 않습니다. 그러므로 GnRHAs를 중단하면 남자 성숙이 다시 일어날 것으로 예상됩니다.

테스토스테론 치료가 트랜스젠더 남성의 생식 기능에 미치는 영향을 자세히 기술한 연구는 거의 없습니다(Moravek et al., 2020). 테스토스테론을 중지한 후 남자 성숙으로 난소 기능이 정상적으로 회복되는 것이 자연 임신에 성공한 트랜스젠더 남성에게서 입증되었습니다. 남자 냉동보존에 관한 후향적 연구에서 트랜스젠더 남성들을 BMI 및 연령이 같은 시스템더 여성들과 비교한 결과, 이들에게서 채취한 총 난자 개수나 성숙난자의 개수에는 차이가 없었습니다(Adeleye et al., 2018, 2019). 트랜스젠더 남성에서의 과배란유도 후 생아출생률을 시스템더 여성과 비교해서 평가한 첫 번째 연구 결과가 최근 출간되었습니다(Leung et al., 2019). 배란유도를 시행하기 전에 테스토스테론은 중단했습니다. 테스토스테론이 생식 기관 및 그 기능에 미치는 영향에 대해서는 전반적으로 안심할 수 있는 것으로 보이는 결과가 나왔습니다. 그러나 장기간 투여한(즉 청소년기에 시작한) 호르몬 치료가 가임력에 미치는 효과나 사춘기 초기에 GnRHAs 치료를 받은 후 테스토스테론 치료를 받은 사람들의 가임력에 발생한 효과를 평가한 전향적 연구는 아직까지 없습니다. 남자 냉동보존에 필요한 약물과 시술(내진, 질초음파 모니터링, 남자 채취) 때문에 트랜스젠더 남성의 성별불쾌감이 높아질 수 있다는 점을 고려하는 것이 중요합니다(Armuand, Dhejne et al., 2017).

트랜스젠더 남성에게 외과적 개입을 실시하면 생식 능력에 명백히 영향이 발생합니다. 환자가 자궁절제술을 받고자 한다면, 유전적 관계가 있는 아이를 가질 가능성을 유지하기 위해 난소를 보존하는 선택지를 제시해야 합니다. 한편 난소를 자궁과 별도로 또는 동시에 절제한다면, 수술 전에 남자 냉동을 제

안해야 하고/하거나 난소절제술을 실시할 때 난소조직 냉동보존을 실시할 수 있습니다. 이 시술은 더 이상 실험적인 시술로 간주되지 않지만, 트랜스젠더 남성 중 많은 이들은 아직 연구 단계에 있는 시술인 원시난포 체외 성숙을 원할 수 있습니다. 남자 기능을 평가한 연구에 따르면, 난소절제술 당시 테스토스테론에 노출된 트랜스젠더 남성에게서 채취한 난자를 체외에서 성숙시켰을 때 정상적인 제 2 감수분열 중기의 방추(spindle) 구조가 형성되는 것으로 나타났습니다(De Roo et al., 2017; Lierman et al., 2017).

출생 당시 남성으로 지정된 TGD 사람들

트랜스젠더 여성 및 출생 당시 남성으로 지정된(AMAB) 성별다양성이 있는 사람들에 대한 근거에 따르면 내과적 치료의 영향은 다음과 같이 나타납니다.

GnRHAs는 정자발생을 억제합니다. 데이터에 따르면 치료를 중단하면 정자발생이 다시 시작되지만, 그러려면 최소한 3개월이 걸리며 그보다 더 오래 걸릴 가능성도 있습니다(Bertelloni et al., 2000). 또한 테스토스테론에 다시 노출된다는 심리적 부담도 고려해야 합니다.

항안드로겐제와 에스트로겐은 정자 생성을 저해합니다(de Nie et al., 2020; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018). 장기간 항안드로겐제 및 에스트로겐 치료를 했다가 중단하면 정자발생이 다시 시작할 수도 있지만, 이에 관한 데이터는 부족합니다(Adeleye et al., 2019; Alford et al., 2020; Schneider et al., 2017). 고환 용적은 성별확정 호르몬 치료의 영향을 받아 감소합니다(Matoso et al., 2018). 또한 트랜스젠더 여성의 정액의 질은 특정한 생활 습관 요인, 예컨대 낮은 자위 빈도나 생식기를 몸에 붙여 옷을 입는 것(예: 팍 끼는 속옷을 이용한 터킹(tucking)) 등에 의해 부정적인 영향을 받을 수 있습니다(Jung & Schuppe, 2007; Mieusset et al., 1985, 1987; Rodriguez-Wallberg, Häljestig et al., 2021).

권고성명 16.2

우리는 보건의로 전문가가 가임력보존에 관심이 있는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람이 추가 상담을 받을 수 있도록 이들을 가임력보존에 전문성이 있는 의료 제공자에게 의뢰할 것을 권고합니다.

연구에 따르면 많은 트랜스젠더 성인이 생물학적 자녀를 원합니다(De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Wierckx, Van Caenegem et al., 2012). 그러나 FP 비율에는 여전히 큰 차이가 있으며 특히 청소년의 경우 그러합니다 (<5%–40%)(Brik et al., 2019; Chen et al., 2017; Chiniara et al., 2019; Nahata et al., 2017; Segev-Becker et al., 2020). 최근 한 설문조사에서는 많은 청소년이 생물학적 자녀를 갖는 것에 대한 생각이 앞으로 바뀔 수도 있다고 인정했습니다(Strang, Jarin et al., 2018). 선택하지 않았음에도 불임으로 만드는 것은 인권 침해이며(Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2015; Equality and Human Rights Commission, 2021; Meyer III et al., 2001), 사회적 태도와 난임 의학 그리고 성별확정 트랜스젠더 보건의료의 진전으로 트랜스젠더인 사람들은 트랜지션 중 생물학적 부모가 될 기회를 얻도록 지원을 받아야 합니다. 임상적 의견은 트랜스젠더이거나 논바이너리인 사람들의 FP 및 양육 결정에 영향을 미치므로, 보건의료 제공자는 위탁, 입양, 공동 양육(coparenting) 및 기타 양육의 대안들과 함께 FP 선택지를 탐색해야 합니다(Bartholomaeus & Riggs, 2019). 트랜스젠더 환자 중 이러한 논의를 할 기회가 주어지고 FP 시술을 받을 선택권이 주어진 이들은 이러한 경험이 전반적으로 긍정적이었다고 보고했습니다(Armuand, Dhejne et al., 2017; De Sutter et al., 2002; James-Abra et al., 2015).

다른 환자 집단에서는 난임 치료 의뢰와 정식 난임 치료 프로그램을 통해 FP 비율이 높아지고 환자의 만족도가 개선된 것으로 나타났습니다(Kelvin et al., 2016; Klosky, Anderson et al., 2017; Klosky, Wang et al., 2017; Shnorhavorian et al., 2012). 의사의 태도를 조사한 결과, 최근 연구에서는 의사들이 가임력 관련 정보를 아동과 그 가족에게 제공해야 한다는 인식과 제공하고자 하는 욕구가 있는 것으로 나타났습니다(Armuand et al., 2020). 그러나 지식 부족, 불편함, 자원 부족 등의 장벽도 있는 것으로 밝혀졌습니다(Armuand, Nilsson et al., 2017; Frederick et al., 2018). 따라서 보건의료 제공자가 적절한 수련을 받아야 하고, 이러한 수련은 난임 위험에 처한 모든 사람에게 편견 없는 방식으로 가임력 상담을 실시하고 FP 선택지를 제시해야 한다는 점에 초점을 맞춰

야 한다는 점이 강조되었습니다(Armuand, Nilsson et al., 2017). 부모의 권고도 암에 걸린 남성 청소년 및 청년의 FP 비율에 상당히 영향을 미치는 것으로 나타났습니다(Klosky, Flynn et al., 2017). 이 집단은 TGD 집단과는 임상적으로 명백히 차이가 있지만, 이러한 연구 결과는 트랜스젠더인 사람들의 가임력 상담 및 FP 의뢰의 모범사례를 만드는 데 참고할 수 있습니다.

권고성명 16.3

우리는 트랜스젠더 건강 관리 팀이 가임력에 영향을 미칠 수 있는 내과적 개입과 외과적 개입을 실시하기 전에 현지 가임력 전문가 및 시설과 협력하여 구체적이고 시기적절한 정보와 가임력보존 서비스를 제공할 것을 권고합니다.

정자 및 난자 냉동보존은 확립된 FP 기술로 사춘기, 사춘기 후기, 성인기에 출생 당시 남성으로 지정된 사람(AMAB)과 출생 당시 여성으로 지정된 사람(AFAB)에게 각각 실시할 수 있으며, 가능하면 GAHT 시작 전에 실시하는 것이 좋습니다(Hembree et al., 2017; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019). 배아 냉동보존은 자녀를 원하며 파트너가 되어 줄 사람이 있는 성인(사춘기 이후) TGD 사람들에게 실시할 수 있습니다. 향후 냉동보존한 생식세포를 사용할지 여부는 미래 파트너의 생식세포와 생식 기관에 따라서도 달라집니다(Fischer, 2021; Maxwell et al., 2017).

성별확정 호르몬(GAH) 투여를 시작한 후 FP를 실시하면 정액지표(semen parameters)는 나빠지는 것으로 밝혀졌지만(Adeleye et al., 2019), 한 소규모 연구에 따르면 치료를 중단했을 때의 정액지표는 GAH 치료를 받은 적이 없는 TGD 환자의 지표와 유사했습니다. 배란유도, 유리화냉동법(vitrification)으로 냉각하고 이어서 그 난자를 사용하는 체외수정(IVF) 과정을 고려하면, 의학적 치료를 실시하기 전에 생식세포를 미리 저장했을 때 TGD 환자에게 보조생식기술(ART)을 적용한 결과가 시스젠더 환자와 다르다고 예상할 이유는 (가임 및 난임에 관련된 개별적인 교란 요인을 제외하면) 없습니다(Adeleye et al., 2019). 난자를 사용한 ART 치료에서, TGD 환자는 짝지은 시스젠더 대조군과 비슷하게 성공적인 성과를 거두었습

니다(Adeleye et al., 2019; Leung et al., 2019; Maxwell et al., 2017).

이러한 선택지가 이미 확립되었음에도 사춘기나 사춘기 후기 또는 성인기에 FP를 받는 TGD 사람은 거의 없으며(Nahata et al., 2017), 많은 이들이 FP 개입을 받는 데 어려움을 겪습니다. 접근성과 비용이(특히 보험 적용이 되지 않는 지역에서) 장벽으로 작용할 뿐만 아니라, 이러한 기술은 신체적·정서적으로 거북하고, 많은 이들이 트랜지션 과정을 시술 때문에 늦추는 데에도 우려를 표합니다(Chen et al., 2017; De Sutter et al., 2002; Nahata et al., 2017; Wierckx, Stuyver et al., 2012). 특히 출생 당시 여성으로 지정된 사람의 경우, 배란유도 및 난자 채취 시술 후 추적 관리로서 실시하는 질초음파의 침습성(및 그에 따른 심리적 괴로움)이 장벽으로 꼽혔습니다(Armuand, Dhejne et al., 2017; Chen et al., 2017). 또한 트랜지션 중인 청년은 양육에 대해 명확한 비전이 없으므로 그 시기에 FP를 할 기회를 거절할 수도 있다는 우려가 있는데, 나중에 성인이 되면 이들은 부모되기에 대한 생각이 바뀔 수도 있습니다(Cauffman & Steinberg, 2000). 트랜지션 과정에서 성별불쾌감이 감소함에 따라 FP 관련 의사결정 절차에도 영향이 발생할 수 있습니다(Nahata et al., 2017). 연구에 따르면 가임력에 대한 TGD 청소년의 관점은 시간에 따라 바뀔 수 있으므로, 이에 근거하여 청소년과 FP 선택지에 대해 지속적으로 의논해야 합니다.

권고성명 16.4

우리는 보건 의료 전문가가 사춘기 전 또는 사춘기 초기의 성별확정 치료를 받고자 하는 트랜스젠더·성별 다양성이 있는 청소년과 그 가족에게 현재 근거를 중심으로 하거나 확립된 가임력 보존 선택지는 제한적이라는 점을 조언할 것을 권고합니다.

사춘기 이전 및 사춘기 초기인 아동이 선택할 수 있는 FP로는 생식샘 조직을 저장하는 방법이 있습니다. 이 선택지는 사춘기 이전 및 사춘기 초기의 시스젠더 암 환자와 마찬가지로 TGD 아동에게도 사용할 수 있지만, 트랜스젠더 인구 집단에서 이러한 방법으로 접근한 사례에 대해 기술한 문헌은 없습니다. 시스젠더 여성이 난소조직 자가이식을 통해 살아있는 아기를 출산한 사례는 130 건이 넘습니다. 이러한 환

자는 대부분 ART 없이 자연임신했고(Donnez & Dolmans, 2015; Jadoul et al., 2017), 대다수는 성인기나 사춘기 때 난소 조직을 보관했습니다. 미국 생식의학회 최근 지침은 더 이상 난소조직 냉동보존을 실험적 시술로 간주하지 않지만(Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019), 사춘기 이전에 냉동보존한 난소 조직을 이식하여 임신에 성공한 여성의 증례는 거의 보고되지 않았습니다. Demeestere et al.(2015) 과 Rodriguez-Wallberg, Milenkovic et al.(2021)은 14 세에 채취한 조직을 이식한 후 임신에 성공한 사례들을 기술했습니다. 또한 최근에 Matthews et al.(2018)은 지중해빈혈(thalassemia)로 진단받은 여아의 사례를 기술했는데, 이 여아는 9 세에 난소 조직을 보관했다가 14 년 뒤에 이식했고, 이후 IVF를 통해 임신하여 건강한 아기를 출산했습니다.

난소 조직을 저장했다가 이후 임상에서 활용할 수 있는 방법은 현재 자가이식밖에 없는데, 자가이식은 트랜스젠더 남성에게는 바람직하지 않을 수 있습니다(에스트로겐이 바람직하지 않은 영향을 미칠 가능성이 있으므로). 체외에서 난소 조직으로부터 난자를 성숙시킬 수 있는 실험실 시술이 있다면 이는 트랜스젠더인 사람이 저장한 난소 조직을 미래에 활용할 수 있는 이상적인 방법이 되겠지만, 이 기법은 현재 기초 과학 연구 환경에서만 연구되고 최적화되어 있습니다(Ladanyi et al., 2017; Oktay et al., 2010).

사춘기 전에 고환 조직을 채취하는 기술은 위험이 낮다고 문헌에 기록되어 있습니다(Borgström et al., 2020; Ming et al., 2018). 몇몇 저자는 이 접근법을 이론적으로는 트랜스젠더인 사람들에게도 적용할 수 있다고 설명하기도 했습니다(De Roo et al., 2016; Martinez et al., 2017; Nahata, Curci et al., 2018). 그러나 TGD 환자를 대상으로 이 FP 선택지를 임상 또는 연구에서 사용한 사례는 문헌에서 보고되지 않았습니다. 뿐만 아니라, 인간을 대상으로 고환조직 자가이식을 임상에서 적용하는 것이 가능한지는 아직 알려지지 않았으며 체외 성숙 기법은 아직 기초 과학 연구의 영역에 머물러 있습니다. 그러므로 현재 전문가들은 이 기술이 실험적이라고 간주합니다(Picton et al., 2015). 불임을 초래할 수 있는 생식기 수술을 시행하기 전에는 반드시 생식샘 조직의 보존 가능성에 대해 논의해야 합니다. 단, 이 조직을 사용할 수 있

는 가능성에 대해서도 명확하게 설명해야 합니다.

권고성명 16.5

자궁이 있는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람이 임신하고자 한다면, 우리는 이 사람이 현지의 건강 관리 표준에 따라 성별을 확정하는 방식으로 임신 전 관리, 성별확정 호르몬 사용 및 중지, 산전 상담, 임신 중 관리, 진통 및 분만, 가슴/유방 수유 지원 서비스, 산후 지원을 받을 것을 권고합니다.

트랜스젠더 남성 및 성별다양성이 있는(AFAB) 사람 대다수는 자궁과 난소를 유지하므로, 장기간 테스토스테론을 사용한 후에도 임신하고 이를 유지할 수 있습니다(Light et al., 2014). 많은 트랜스젠더 남성이 자녀를 원하며(Light et al., 2018; Wierckx, van Caenegem et al., 2012) 임신할 의향이 있습니다(Moseson, Fix, Hastings et al., 2021; Moseson, Fix, Ragosta et al., 2021). ART 덕에 여러 트랜스젠더 남성이 임신하여 자신이 바라는 가족 계획을 실현할 기회가 확대되었습니다(De Roo et al., 2017; Ellis et al., 2015; Maxwell et al., 2017). 일부 트랜스젠더 남성은 심리적 고립, 임신한 자궁 및 가슴 변화와 관련된 불편감, 그리고 우울을 느낀다고 보고합니다(Charter, 2018; Ellis et al., 2015; Hoffkling et al., 2017; Obedin-Maliver & Makadon, 2016). 반면 임신 기간에 긍정적인 경험이 있었다고 보고한 연구도 있습니다(Fischer, 2021; Light et al., 2014). 정신 건강 의료 제공자가 참여해 이들을 지원해야 하며, 이들이 성별확정 호르몬을 언제 중단하고 언제 재개해야 할지, 분만 방법과 가슴/유방 수유 방법으로 어떠한 선택이 가능한지에 관해 상담을 받을 수 있도록 해야 합니다(Hoffkling et al., 2017). 마지막으로, 모든 이들이 사람 중심 생식 건강 관리(person-centered reproductive health care)를 보장받을 수 있도록 시스템 및 대인관계 차원에서 개입이 시행되어야 합니다(Hahn et al., 2019; Hoffkling et al., 2017; Moseson, Zazanis et al., 2020; Snowden et al., 2018).

테스토스테론은 배아의 발달에 해로운 영향을 미치므로, 임신 전 및 임신 기간 내내 테스토스테론 또는 남성화 호르몬 치료를 중단하는 것을 권장합니다. 그러나 임신 전 언제 테스토스테론을 중단하고 임신이 끝난 후 언제 다시 테스토스테론을 재개하는 것이

가장 좋은지는 아직 모릅니다. 성별확정 호르몬을 중단하면 트랜스젠더 남성이 괴로움을 느끼고 성별불쾌감이 악화할 수 있으므로, 호르몬 치료를 언제 어떻게 중단할지를 산전 상담 때 논의해야 합니다(Hahn et al., 2019). 테스토스테론 노출 기간과 기형 유발성에 관한 정보가 없기 때문에, 임신을 시도하기 전과 피임을 중단하기 전에는 테스토스테론 사용을 중단해야 합니다. 또한 트랜스젠더 남성에게서 태어난 영아의 건강 결과에 관한 정보는 부족합니다. 이 문제에 대해 평가를 내리고자 한 소규모 사례군연구에 따르면, 트랜스젠더 남성에게서 태어난 영아와 일반인 집단에게서 태어난 영아 사이에는 유해한 신체적·심리사회적 차이가 나타나지 않았습니다(Chiland et al., 2013).

가슴/유방 수유

젖 분비 및 가슴/유방 수유에 대한 연구는 부족하지만, 이러한 연구에 따르면 가슴/유방 수유를 선택한 트랜스젠더 남성 및 AFAB TGD 사람들 대다수가 출산 후 수유에 성공한 것으로 나타났으며, 임신 전 수유에 대한 상담을 받고 숙련된 간호 지원을 받는 것이 수유를 유도하는 데에 일부 효과가 있다고 보입니다(MacDonald et al., 2016; Wolfe-Roubatis & Spatz, 2015). 테스토스테론을 사용하는 트랜스젠더 남성 및 TGD 사람들에게는 구체적으로 다음의 사항을 알려야 합니다. 1)소량이기라도 테스토스테론은 수유를 통해 전달될 수 있고, 2)테스토스테론이 신생아/아동의 발달에 미치는 영향은 알려져 있지 않으므로 수유 중에는 성별확정 테스토스테론 사용을 권고하지 않지만, 가슴/유방 수유를 마치면 호르몬을 재개해도 됩니다(Glaser et al., 2009). 어떤 환자는 가슴 재건술을 받았는데도 임신 중에 원치 않는 가슴 성장 및/또는 젖 분비를 경험할 수 있으므로 젖 분비를 억제하기를 바란다면 도움을 받아야 한다는 점을 트랜스젠더 남성 및 기타 AFAB TGD 사람들에게 알려야 합니다 (MacDonald et al., 2016).

트랜스젠더 여성 및 다른 AMAB TGD 사람들의 수유에 대한 정보는 제한되어 있지만, 많은 이들이 가슴/유방 수유를 하고 싶다는 욕구를 드러냅니다. 트랜스젠더 여성이 에스트로겐, 프로게스테론, 돔페리돈 그리고 유축까지 함께 해서 호르몬에 영향을 준

결과 성공적으로 젖이 분비되어 가슴/유방 수유한 사례가 한 건 보고되었지만, 이러한 조건 하에서 분비된 젖의 영양·면역학적 프로파일은 연구된 바 없습니다. 따라서 환자에게 이러한 수유법의 위험과 이익에 대해 알려야 합니다(Reisman & Goldstein, 2018).

권고성명 16.6

우리는 의료 제공자가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람으로서 임신을 초래할 수 있는 성적 활동을 하는 사람과 피임법에 대해 의논할 것을 권고합니다.

많은 TGD 사람이 생식 능력을 유지하며, TGD 사람(자궁, 난소, 난관이 남아 있는 경우) 또는 이들의 성관계 파트너(정자를 생성하는 사람들의 경우)는 계획하지 않은 임신을 할 수 있습니다 (James et al., 2016; Light et al., 2014; Moseson, Fix et al., 2020). 따라서 가족 계획에 관한 상담이 필요하며, 여기에는 성별 확장적인 방식으로 수행되는 피임 및 임신중지도 포함됩니다 (Klein, Berry-Bibee et al., 2018; Obedin-Maliver, 2015; Stroumsa & Wu, 2018). AFAB TGD 사람들은 테스토스테론이 확실한 피임법이라고 잘못 생각한 나머지 피임을 하지 않기도 합니다 (Abern & Maguire, 2018; Ingraham et al., 2018; Jones, Wood et al., 2017; Potter et al., 2015). 그러나 현재 알려진 바에 따르면, 테스토스테론은 시상하부-뇌하수체-생식샘축을 완전히 억제하지 못하므로 확실한 피임법이 되지 못합니다(Krempasky et al., 2020). 뿐만 아니라, 테스토스테론 투여로 인한 무월경 상태에서도 임신이 된 경우들이 보고되었는데, 이 경우에 무월경 기간은 테스토스테론을 실제로 투여한 기간보다 길 수 있습니다(Light et al., 2014). TGD 사람이 장기간(최소한 10 년까지) 테스토스테론을 사용한 후에도 임신이 일어날 수 있으나, 난자 및 기존 가임력에 미치는 영향은 아직 알려지지 않았습니다(Light et al., 2014).

AFAB TGD 사람들은 다양한 피임법을 쓸 수 있습니다(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). 이러한 방법은 명확하게 임신 예방, 월경 중단, 비정상 출혈, 또는 다른 부인과적 필요를 위해서 사용할 수 있습니다

(Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Krempasky et al., 2020; Schwartz et al., 2019). 이 집단의 피임에 관한 연구는 심각하게 미흡합니다. 외인성 안드로겐(예: 테스토스테론)을 사용함으로써 호르몬 피임법(예: 에스트로겐 및 프로게스틴 복합 호르몬 피임약, 프로게스틴 단일 기반 피임약)이나 비호르몬 피임법 및 차단피임법(예: 내부형 및 외부형 콘돔, 비호르몬 자궁내 장치, 피임격막(diaphragms), 피임 스펀지 등)의 효과성 또는 안전성 프로파일은 어떻게 바뀔지 조사한 연구는 없습니다.

성별다양성이 있는 사람으로서 현재 음경과 고환이 있는 사람은 성별과 무관하게 자궁, 난소, 난관이 있는 사람과 성적 활동을 할 수 있습니다. 성별다양성이 있는 사람으로서 음경과 고환이 있는 사람은 성별확정 호르몬(예: 에스트로겐)을 복용하는 중에도 정자를 생성할 수 있으며, 과거 성별확정 호르몬을 사용했거나 현재 사용하는 사람은 정액지표가 감소하지만 완전히 무정자증이 되지는 않으며 정자의 활동도 완전히 억제되지 않습니다(Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018). 따라서 자궁·난소·난관이 있는 사람과 음경·고환이 있는 사람이 음경삽입이 있는 질식 성교를 할 때 임신을 예방하고자 한다면, 두 파트너 중 어느 쪽이 성별확정 호르몬을 사용하든 상관없이 피임을 고려해야 합니다. 현재 정자를 생성하는 파트너가 쓸 수 있는 피임법은 주로 물리적 차단법(예: 외부형 콘돔, 내부형 콘돔), 영구 불임시술(예: 정관절제술), 성별확정 수술(예: 불임도 초래하는 고환절제술)입니다. 파트너가 정자를 생성하는지, 난자를 생성하는지, 그리고 임신 중(해당하는 경우)인지를 고려하여 피임 상담을 권고합니다.

권고성명 16.7

우리는 임신중지 서비스를 제공하는 의료 제공자가 반드시 성별확정적 시술법을 사용하며 트랜스젠더인 사람과 성별다양성이 있는 사람에게 서비스를 지원할 것을 권고합니다.

자궁이 있는 TGD 사람들이 계획되지 않은 임신 및 임신중지를 하는 사례들이 보고되었으며(Abern & Maguire, 2018; Light et al., 2014; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020) 이 사례들은 임신중지 서비스를 제공하는 시설들을 대상으로 한 설문조사를

통해 기록되었습니다(Jones et al., 2020). 그러나 임신중지 서비스 제공에 대한 인구 기반 역학 및 임신중지를 받는 AFAB TGD 사람들의 경험과 선호에 관한 연구에는 여전히 중대한 공백이 있습니다 (Fix et al., 2020; Moseson, Fix et al., 2020; Moseson, Lunn et al., 2020). 그럼에도 불구하고, TGD 사람 중 많은 이들이 임신할 수 있고 임신이 항상 계획되거나 바라는 것은 아닐 수 있으므로, 이들이 안전하고 합법적이며 성별을 긍정하는 방식으로 내·외과적 임신중지 서비스에 접근할 수 있게 할 필요가 있습니다.

제 17 장 성 건강

개개인의 성, 성별, 성적 지향을 막론하고 성 건강은 신체적·심리적 안녕에 지대한 영향을 미칩니다. 그러나 성, 성별, 성적 지향에 대한 낙인은 어떤 사람이 살면서 자기 섹슈얼리티를 실현하고 적절한 성 건강 관리를 받을 기회에 영향을 미칩니다. 구체적으로 말해, 대부분의 사회에서는 시스규범성(cisnormativity)과 이성애규범성(heteronormativity)⁴³ 때문에 모든 인간은 시스젠더이고 이성애자로 여겨지며(Bauer et al., 2009) 시스젠더-이성애자라는 조합이 다른 어떤 성별과 성적 지향보다도 우월하다고 여겨집니다(Nieder, Güldenring et al., 2020; Rider, Vencill et al., 2019). 이성애-시스규범성은 성별과 성적 지향과 섹슈얼리티의 복잡성을 부정하고 다양성과 유동성을 무시합니다. 이 점이 특히 중요한 이유는 트랜스젠더·성별다양성이 있는(TGD) 사람들의 성적 정체성과 지향과 실천은 굉장히 다양하다는 특징이 있기 때문입니다(Galupo et al., 2016; Jessen et al., 2021; Thurston & Allan, 2018; T'Sjoen et al., 2020). 마찬가지로, 여러 문화권에서 유성애규범성(allonormativity)—모든 인간은 성적 끌림이나 성적 활동에 대한 관심을 경험한다고 가정하는 것—경향이 강력하게 나타나는데, 유성애규범성 역시 TGD 사람들, 특히 자기 자신을 에이섹슈얼(무성애) 스펙트럼에 위치시키는 사람들의 경험을 부정합니다(McInroy et al., 2021; Mollet, 2021; Rothblum et al., 2020).

세계보건기구(WHO, 2010)는 성 건강이 모든 인간의 성적 권리를 존중하는 데에서 비롯하며, 성적 권리에는 다양한 섹슈얼리티를 표현할 권리와 존중받고 안전하고 차별 및 폭력으로부터 자유로운 대우를 받을 권리가 포함되어 있다는 점을 강조합니다. 성 건강 담론은 동의, 성적 쾌락, 성적 만족, 파트너십, 가족 등을 비롯해 주체성과 신체 자율권에 초점을 맞춰 왔습니다(Cornwall & Jolly, 2006; Lindley et al., 2021). 이러한 점을 고려하여, WHO는 성 건강을 “섹슈얼리티 면에서 신체적·정서적·정신적·사회적으로 안녕한 상태이며, 단순히 질병이나 기능장애나 쇠약

함이 없는 상태를 가리키는 것이 아니다. 성 건강에는 섹슈얼리티와 성적 관계를 긍정하고 존중하는 접근 방식과 강압·차별·폭력 없이 즐겁고 안전한 성 경험을 할 가능성이 필요하다. 성 건강을 달성하고 유지하려면 모든 사람의 성적 권리가 존중받고 보호받고 충족되어야 한다.”(WHO, 2006, p. 5)라고 정의하였습니다. 에이섹슈얼 스펙트럼에 속하는 사람들 역시 여기에 포함됩니다. 이들은 타인에 대한 성적 끌림을 느끼지 못하지만 때로는 (예컨대 자기 자극을 통해) 성적 행위를 하기로 결정하기도 하고/하거나 연애 관계를 맺고 발전시키는 데 관심을 가질 수도 있습니다(de Oliveira et al., 2021).

근래 들어 과학은 TGD 사람들의 성적 경험 및 행동에 더욱 주목하고 있습니다(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). 문헌에서 이러한 관심이 확장된 것은 성 긍정 프레임워크(sex-positive framework)(Harden, 2014)가 반영된 결과인데, 성 긍정 프레임워크는 성적 쾌락 등 섹슈얼리티의 긍정적 측면(Laan et al., 2021)과 섹슈얼리티에 관련된 위험(Goldhammer et al., 2022; Mujugira et al., 2021)을 모두 인정합니다. 그러나 TGD 사람들의 섹슈얼리티에 대한 연구에는 검증된 측정법이나 적절한 대조군이나 전향적인 연구 설계가 빠진 경우가 많습니다(Holmberg et al., 2019). 또한 대부분의 연구는 성적 기능에만 초점을 맞춘 나머지(Kennis et al., 2022) 성적 만족이나 성적 기능을 넘어선 성적 쾌락을 조작적으로 정의하는 작업을 등한시합니다. TGD 사람들에게 대한 현재의 의학적 치료가 섹슈얼리티에 미치는 영향은 각자 다르며(Özer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020), TGD 청소년의 섹슈얼리티에 대한 연구는 거의 없습니다(Bungener et al., 2017; Maheux et al., 2021; Ristori et al., 2021; Stübler & Becker-Hebly, 2019; Warwick et al., 2022). TGD 사람들이 겪는 성적 어려움을 상담하고 치료할 때 성 긍정 접근법이 제안된 바 있으나(Fielding, 2021; Jacobson et al., 2019; Richards, 2021), 이러한 개입

⁴³ 시스규범성(cisnormativity)/이성애규범성(heteronormativity)이란 인간은 기본적으로 시스젠더/이성애자이고 시스젠더/이성애자여야 마땅하며 시스젠더/이성애

자가 아닌 성별정체성/성적 지향은 열등하거나 비정상이라는 전제 하에 생성된 담론을 가리킨다(참조: LGBTQ+ Primary Hub, n.d.).

의 효과성에 대한 연구는 아직까지 불충분합니다. 성 건강 증진에 초점을 맞추는 세계성건강협회(World Association for Sexual Health; WAS)는 성적 쾌락의 중요성을 강조하며 자기결정권, 동의, 안전, 프라이버시, 자신감, 성적 관계를 맺을 때 의사소통과 협상을 할 능력을 주요한 촉진 인자로 간주합니다(Kismödi et al., 2017). WAS는 성적 쾌락이 성적 권리와 인권에 필수라고 주장합니다(Kismödi et al., 2017). TGD 사람들의 성 건강에 기여하려면 보건의료 전문가들은 트랜스젠더 관련 전문성과 민감성을 모두 갖추어야 합니다(Nieder, Güldenring et al., 2020). TGD 사람들의 성 건강 관리를 윤리적으로 탄탄하고 근거 중심적이고 양질의 수준으로 끌어올리기 위해, 보건의료 전문가는 TGD 사람에게 보건의료 서비스를 제공할 때 반드시 트랜스젠더인 사람을 대할 때와 동일하게 주의 깊은(즉 트랜스젠더 관련 전문성을 갖춘) 태도와 존중하는(즉 트랜스젠더 관련 민감성을 갖춘) 태도를 보여야 하며, 성적 쾌락과 성적 만족을 증진하는 데 힘써야 합니다.

비순응적인 성별표현은 여러 사회에서 강한(정서적) 반응을 불러일으킬 수 있으며, 보건의료 전문가도 예외는 아닙니다. 그러므로 건강 관련 접촉을 시작하거나 치료 관계를 구축할 때, 보건의료 전문가는

상대방에 대한 자신의 정서적·인지적 반응과 상호작용을 성찰함으로써 상대를 판단하지 않고 열린 태도로 환대할 수 있습니다(Nieder, Güldenring et al., 2020). 또한, 트랜스젠더 관련 전문성이란 TGD 당사자의 상호교차하는 정체성들과 소외 및 낙인 경험이 이 사람의 자아 전체에 미친 영향을 파악하는 것을 가리킵니다(Rider, Vencill et al., 2019). TGD 사람들의 구체적인 신체적·심리적·사회적 상태에 적절히 대처하려면, 보건의료 전문가는 이성애-시스규범성, 지식 부족, 기술 부족으로 인해 이러한 상태가 대체로 간과된다는 점을 인지해야 합니다(Rees et al., 2021). 섹슈얼리티에 관한 문화적 규범을 고려하는 것도 중요합니다. 예를 들어, 몇몇 아프리카 문화권에서는 성을 금기시하는 관념이 있기 때문에 성 이력(sexual history)을 청취할 때 써도 되는 용어의 수가 제한됩니다(Netshandama et al., 2017). 문화를 존중하는 언어를 사용하면 당사자가 자신의 성 이력에 대해 더 쉽게 이야기를 꺼낼 수 있고 모호한 말이나 수치심을 줄일 수 있습니다(Duby et al., 2016). 또한 보건의료 전문가는 성별정체성과 성적 지향을 게이트키퍼 수 단으로 이용(오용)하여 트랜스젠더를 성별확정 건강 관리에서 배제해 온 역사에 민감해야 합니다(Nieder & Richter-Appelt, 2011; Richards et al., 2014). 다음

권고성명

- 17.1- 우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리하는 보건의료 전문가가 성 건강 이슈를 대하는 데 필요한(본인이 제공하는 건강 관리와 관련 있는) 지식과 기술을 습득할 것을 권고합니다.
- 17.2- 우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리하는 보건의료 전문가가 성별확정 치료가 성 기능, 쾌락, 만족도에 미치는 영향에 대해 논의할 것을 권고합니다.
- 17.3- 우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리하는 보건의료 전문가가 적절한 경우 섹슈얼리티 관련 건강 관리에 당사자의 파트너(들)이 참여할 수 있는 가능성을 제시할 것을 권고합니다.
- 17.4- 우리는 보건의료 전문가가 낙인과 트라우마가 성적으로 위험한 행동, 성 회피, 성 기능에 미치는 영향에 대해 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 조언할 것을 권고합니다.
- 17.5- 우리는 성 건강에 영향을 미칠 수 있는 건강 관리를 하는 모든 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 당사자에게 정보를 제공하고, 이 사람이 어떤 기대를 품고 있는지 질문하며, 어떠한 변화가 가능한지에 관해 이 사람이 얼마나 이해하는지를 평가하기를 권고합니다.
- 17.6- 우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리하는 보건의료 전문가가 성매개감염 예방에 관해 청소년과 성인에게 조언할 것을 권고합니다.
- 17.7- 우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리하는 보건의료 전문가가 사람면역결핍바이러스/성매개감염(HIV/STIs) 검진·예방·치료에 관한 현지 지침 및 세계보건기구(WHO) 지침을 따를 것을 권고합니다.
- 17.8- 우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리하는 보건의료 전문가가 항레트로바이러스제와 호르몬 사이에 있을 수 있는 상호작용에 대한 우려에 대처할 것을 권고합니다.

의 권고는 TGD 사람들의 성 건강 관리를 개선하는 것을 목적으로 합니다.

이 장에 있는 모든 권고성명은 철저한 근거 검토, 이익과 위해 평가, 보건의료 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 활용과 실현 가능성에 기초합니다. 우리는 몇몇 경우에 근거가 충분하지 않고, 또는 서비스에 접근하는 것이 어렵거나 적합한 서비스가 아닐 수 있다는 점을 인정합니다.

권고성명 17.1

우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리하는 보건의료 전문가가 성 건강 이슈를 대하는 데 필요한 (본인이 제공하는 건강 관리와 관련 있는) 지식과 기술을 습득할 것을 권고합니다.

TGD 사람들의 성 건강을 다루는 보건의료 전문가가 흔히 쓰이는 용어(제 1 장 '용어' 참조)를 숙지하고 본인이 잘 알지 못하는 용어가 있다면 치료를 받으려 온 사람에게 설명을 요청하는 것이 중요합니다. 또한 이러한 맥락에서, 보건의료 전문가가 성 이력을 청취하고 (또는 청취할 준비를 하고) 성별을 긍정하는 방식과 성 긍정 접근법에 따라 치료를 (자신의 전문 역량에 맞게) 제공하는 것 역시 중요합니다(Centers for Disease Control, 2020; Tomson et al., 2021). 그러나 보건의료 전문가는 전통적으로 통용되거나 사용되는 의학 용어보다 TGD 사람 본인이 자기 몸을 가리킬 때 쓰는 용어를 더 중요시해야 합니다(Wesp, 2016). 성적 실천에 관해 이야기할 때는 신체 부위(예: "섹스를 음경이 있는 사람과 하시나요? 질이 있는 사람과 하시나요? 아니면 둘 다인가요?"; ACON, 2022)와 그 부위가 당사자의 섹슈얼리티에서 하는 역할(예: "섹스하면서 당신의 어떤 신체 일부가 상대방의 몸 안에 (성기나 항문, 입 등) 들어가나요?"; ACON, 2022)에 초점을 맞추는 것이 좋습니다.

권고성명 17.2

우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리하는 보건의료 전문가가 성별확정 치료가 성 기능, 쾌락, 만족도에 미치는 영향에 대해 논의할 것을 권고합니다.

성별확정 건강 관리를 달성하려면, 트랜지션에 관

련된 의학적 개입을 하는 보건의료 전문가가 개입이 성 기능, 쾌락, 만족에 미칠 수 있는 영향을 충분히 숙지하는 것이 매우 중요합니다(T'Sjoen et al., 2020). 이 점이 특히 중요한 이유는 임상 데이터에 따르면 TGD 사람들은 시스젠더인 사람들에 비해 성적 쾌락 점수가 현저히 낮기 때문입니다(Gieles et al., 2022). 보건의료 전문가가 치료가 성 기능, 쾌락, 만족도에 미치는 영향에 대해 정보를 제공하지 못한다면, 적어도 정보를 제공할 자격을 갖춘 사람에게 당사자를 의뢰해야 합니다. 치료가 섹슈얼리티에 미치는 영향이 알려지지 않았다면, 보건의료 전문가는 환자에게 그러한 사실을 고지해야 합니다. 위에서 소개했다시피 TGD 사람들의 섹슈얼리티는 이성애규범적 관점에 도전하곤 합니다. 그럼에도, 성별다양성이 있는 사람(예: 논바이너리, 에이젠더, 젠더퀴어)의 섹슈얼리티 뿐만 아니라 남성과 여성의 섹슈얼리티에 대한 기대(시스젠더도 트랜스젠더도 아닌)에 들어맞지 않는 섹슈얼리티도 스펙트럼의 특성이 있음을 강조하는 수많은 문헌이 있습니다(e.g., Bauer, 2018; Laube et al., 2020; Hamm & Nieder, 2021; Stephenson et al., 2017). 그러므로 보건의료 전문가는 이러한 특성을 신중하게 고려해야 합니다. 시스규범성, 이성애규범성, 트랜지션 관련 의학적 개입은 모두 성 건강에 강력한 영향을 미치기 때문입니다.

성적 쾌락이 성·정신·신체 건강 결과를 개선하는 요인이라는 점은 잘 알려져 있습니다(Anderson, 2013). 성 건강 관리를 제공하는 보건의료 전문가는 성 기능 뿐만 아니라 성적 쾌락과 만족도를 성 건강의 핵심 요소로 다루어야 합니다. 역사적으로 성 건강 관리는 질병에 초점을 맞춰 왔는데, TGD 환자에 대한 연구와 임상 진료에서 특히 그러했습니다. HIV와 성매개 감염(STIs)에 관련하여 숙련된 성 건강 관리가 필요하지만, TGD 환자의 성적 쾌락을 존중하는 것도 성 건강 관리의 일부로 통합되어야 합니다. 성적 쾌락을 STI 예방 교육 및 개입의 초점으로 통합해야 한다는 주장이 있는데, 이는 쾌락이 행동의 동기라는 이해를 근거로 합니다(Philpott et al., 2006). TGD 사람들은 자신의 성적 쾌락에 대해 우려하며, 성적 실천의 다양성 및 해부학적 기능—TGD 건강 관리에서 특유하게 다루는—TGD 건강 관리에서 특유하게 다루는—에 대해 지식을 갖춘 보건의료 전문가를 필요로 합니다.

권고성명 17.3

우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리하는 보건의료 전문가가 적절한 경우 섹슈얼리티 관련 건강 관리에 당사자의 파트너(들)이 참여할 수 있는 가능성을 제시할 것을 권고합니다.

적절하고 임상적 우려와 관련이 있는 경우, 성 건강 관리 의사결정 과정에 성관계 파트너(들) 및/또는 연애 파트너(들)가 참여하도록 하면 TGD 환자의 안녕을 증진하고 만족도를 높일 수 있습니다(Kleinplatz, 2012). TGD 사람들은 다양한 트랜지션 관련 의학적 개입을 택할 수 있으며, 이들이 택한 개입으로 인해 해부학적 불쾌감은 다양하게 변할 수 있습니다(Bauer & Hammond, 2015). 의학적 개입이 성 기능, 쾌락, 만족도에 미치는 영향에 대해 의논할 때, 파트너(들)가 참여하면 어떠한 변화가 일어날 수 있는지 더 잘 알게 되고 파트너간 의사소통이 촉진될 수 있습니다(Dierckx et al., 2019). 많은 경우 트랜지션 과정은 혼자만의 힘으로 헤쳐 나가는 과정이 아니기 때문에, 트랜지션 관련 건강 관리에 성관계 파트너 및/또는 연애 파트너가 참여하도록 하면 “공동 트랜지션” 과정이 더 원활해질 수 있고(Lindley et al., 2020; Siboni et al., 2022; Theron & Collier, 2013), 당사자와 관계 모두 성적으로 성장하고 적응하도록 도울 수 있습니다. 성별불쾌감 경험, 낙인, 성적 역할 모델 및 관계 맺기의 역할 모델 부재, 기술 부족 등 성 기능과 성적 쾌락을 방해하는 사회적, 심리적 장벽은 성 건강 전반에 부정적인 영향을 미칠 수 있습니다(Kerckhof et al., 2019). 파트너들이 서로를 지지하고 성별을 긍정하는 성적 의사소통을 하면 TGD 사람의 성적 만족도가 향상됩니다(Stephenson et al., 2017; Wierckx, Elaut et al., 2011).

성관계 파트너 및/또는 연애 파트너가 참여하면 현실적인 기대치를 설정하고, 유용하고 정확한 정보를 전달하며, 성 건강에 관해 성별을 긍정하는 긍정적 의사소통을 촉진할 기회가 더 생깁니다. 그러나 결국 성 건강 및 트랜지션에 관해 하나하나 선택을 내리는 사람은 환자 본인이지 파트너는 아니라는 점을 인식하는 것이 중요합니다. 파트너가 성 건강 관련 건강 관리에 참여하는 것이 적절하고 환자가 참여를 원할 때에만 참여가 이뤄지는 것이 중요합니다. 파트너가 참여하면 안 되는 금기사항으로는 학대나 폭력이 일어나는 역동을 들 수 있는데, 이러한 경우에는

환자의 안전이 파트너의 참여보다 우선합니다. 마지막으로, 보건의료 전문가가 성관계 파트너와 연애 파트너를 비롯해 모든 사람을 긍정하고 포용하는 방식으로 대하는 것이 중요합니다. 예컨대, 이는 환자의 파트너(들)의 성별이나 성적 지향 또는 환자가 맺는 관계의 구조에 대한 추측과 발생할 수 있는 편견을 모니터링하고 해결해야 한다는 것을 의미합니다.

권고성명 17.4

우리는 보건의료 전문가가 낙인과 트라우마가 성적으로 위험한 행동, 성 회피, 성 기능에 미치는 영향에 대해 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들에게 조언할 것을 권고합니다.

TGD 공동체는 낙인, 차별, 폭력의 영향을 특히 심하게 받습니다(de Vries et al., 2020; European Union Agency for Fundamental Rights, 2020; McLachlan, 2019). 이러한 경험은 트라우마를 일으키곤 하며(Burnes et al., 2016; Mizock & Lewis, 2008) 성 건강, 기능, 쾌락에 걸림돌이 될 수 있습니다(Bauer & Hammond, 2015). 예를 들어, 트랜스젠더 섹슈얼리티에 낙인을 찍는 묘사는 성별불쾌감과 성적수치심을 높임으로써 안전과 쾌락을 극대화하는 데 필요한 성적 의사소통을 회피할 가능성을 높입니다(Stephenson et al., 2017). 연구에 따르면 낙인, 성폭력 경험, 신체이미지 문제는 성적 자존감과 주체성—예컨대 자신이 쾌락을 느낄 수 있는 방식을 요구하거나 콘돔 사용을 협상할 능력—에 부정적인 영향을 미칠 수 있습니다(Clements-Nolle et al., 2008; Dharma et al., 2019). 또한 성별불쾌감은 과거의 트라우마 경험과 현재 지속되는 트라우마 관련 증상으로 인해 악화할 수 있습니다(Giovanardi et al., 2018). 어떤 TGD 사람들은 날 때부터 있었던 생식기로 성적 행위를 하는 것에 어려움을 느낀 나머지 이러한 자극을 완전히 회피하기로 할 수 있으며, 그로 인해 성적 흥분 및/또는 오르가즘 과정에 지장이 생기거나(Anzani et al., 2021; Bauer & Hammond, 2015; Iantaffi & Bockting, 2011) 오르가즘에 대해 복잡한 감정을 품게 될 수 있습니다(Chadwick et al., 2019). 성별확정 상담과 개입을 실시하는 보건의료 전문가는 스펙트럼처럼 다양한 성적 지향 및 정체성(에이섹슈얼 정체성 및 실천 포함)에 대해 잘 알아야 이성애

규범성·시스규범성·유성애규범성에 따른 행동 방식이나 만족을 느끼는 방식에 근거해 속단을 내리지 않고 낙인과 트라우마가 성 건강과 쾌락에 미칠 수 있는 영향을 확인할 수 있습니다(Nieder, Güldenring et al., 2020). 때로는 환자에게 분리나 해리가 어느 정도 나타날 수 있는데, 특히 급성 트라우마 증상이 있는 경우 그럴 수 있습니다(Colizzi et al., 2015). 이와 같이 성 건강, 기능, 쾌락, 만족도에 발생할 수 있는 영향을 보건의로 전문가가 인식하는 것은 중요한데, 그 때야 필요한 경우 환자를 트라우마에 대해 잘 아는 성 상담사, 정신 건강 의료 제공자 또는 둘 다에게 의뢰할 수 있기 때문입니다. 이러한 상담사나 의료 제공자는 추가로 도움을 줄 수 있으며, 치유와 성적 쾌락에 달하기 위해 다양한 경로를 탐색하는 TGD 환자들을 정상화하고 인정할 수 있습니다.

권고성명 17.5

우리는 성 건강에 영향을 미칠 수 있는 건강 관리를 하는 모든 보건의로 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 당사자에게 정보를 제공하고, 이 사람이 어떤 기대를 품고 있는지 질문하며, 어떠한 변화가 가능한지에 관해 이 사람이 얼마나 이해하는지를 평가하기를 권고합니다.

트랜지션 관련 의료는 성 기능, 쾌락, 만족도에 긍정적인 영향과 부정적인 영향을 모두 미칠 수 있습니다(Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019; Thurston & Allan, 2018; Tirapegui et al., 2020). 긍정적인 면을 보면, 성별확정 건강 관리는 TGD 사람들의 성 기능을 향상시키고 이들의 성적 쾌락과 만족도를 높일 수 있습니다(Kloer et al., 2021; Özer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020). 그러나 부정적인 면을 보면, 호르몬 치료 및 외과 치료로 인해 성 건강 결과에 문제가 생긴다는 데이터도 있습니다(Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019; Stephenson et al., 2017; Weyers et al., 2009). 트랜지션 관련 호르몬은 기분, 성욕, 발기 및 사정 능력, 생식기 조직 건강에 영향을 미칠 수 있으며, 이에 따라 성 기능, 쾌락 및 성적인 자기 표현도 영향을 받을 수 있습니다(Defreyne, Elaut et al., 2020; Garcia & Zaliznyak, 2020; Kerckhof et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Wierckx, Elaut et al., 2014). 자신의 원래 해부학적 생식기를 사용해

삽입성교를 사용하고자 하는 TGD 사람들은 호르몬 치료의 부작용을 해결하는 약물의 도움을 받을 수 있습니다. 에스트로겐이나 항안드로겐을 투여하는 TGD 사람의 경우 발기부전치료제, 테스토스테론 치료 때문에 질이 위축되거나 건조한 TGD 사람의 경우 국소 에스트로겐 및/또는 보습제 등이 이에 해당합니다..

항정신성 약물을 사용해도 성욕, 성적 흥분, 성 기능에 영향을 미칠 수 있습니다(Montejo et al., 2015). 어떤 TGD 사람들은 우울증(Heylens, Elaut et al., 2014), 불안(Millet et al., 2017) 또는 다른 정신 건강 문제(Dhejne et al., 2016)를 치료하는 약물을 처방받으므로, 이러한 약물이 성 건강에 미칠 수 있는 부작용을 고려해야 합니다.

여러 성별확정 수술은 성 기능과 쾌락뿐만 아니라 성감, 성욕, 성적 흥분에 상당한 영향을 미칠 수 있습니다. 이러한 변화가 환자에게 미치는 영향은 엇갈릴 수 있습니다(Holmberg et al., 2018). 예를 들어 가슴 수술(유방축소술, 유방절제술, 유방확대술)과 신체윤곽 성형시술을 받으면 몸 형태와 외형이 원하는 대로 바뀌어 성 기능을 저해하는 심리적 괴로움은 줄어드는 반면 성감에는 악영향이 발생할 수 있습니다(Bekeny et al., 2020; Claes et al., 2018; Rochlin et al., 2020). 특히 생식기 수술은 성 기능과 쾌락에 악영향을 미칠 수 있으나, 환자의 신체가 본인의 성별과 더 잘 부합하게 되면서 성적 쾌락과 만족을 새롭게 추구할 수 있는 길이 열릴 수도 있기에 환자는 오히려 수술을 긍정적으로 경험할 수도 있습니다(Hess et al., 2018; Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019).

현존하는 문헌에는 이에 관해 수많은 예시가 있습니다.

- 수술 전의 해부 구조와 비교했을 때, 수술 후 성감대 자극 및/또는 느껴지는 감각이 감소하거나 완전히 없어지거나 오히려 증가할 수도 있습니다(Garcia, 2018; Sigurjónsson et al., 2017).
- 특정한 수술 선택지는 성 기능에 특정한 제약이 생기는 것과 관련이 있을 수 있으며 이러한 제약은 수술 직후에 생기거나 시간이 지난 후 생기거나 두 시점 모두에 생길 수 있습니다. 다

양한 수술 선택지를 고려할 때, 환자는 최종 선택을 내리기 전에 이러한 제약을 고려해야 합니다(Frey et al., 2016; Garcia, 2018; Isaacson et al., 2017).

- 수술 후 합병증은 성 기능의 질을 떨어뜨리거나(예: 성적 행위를 할 때 불편함이나 아픔을 느낌) 만족스러운 성관계를 맺지 못하게 함으로써 성 기능에 악영향을 미칠 수 있습니다(Kerckhof et al., 2019; Schardein et al., 2019).

대체로 어떤 의학적 치료이든 치료에 대한 만족도는 환자의 기대에 크게 좌우됩니다(Padilla et al., 2019). 뿐만 아니라 환자가 치료 전에 비현실적인 기대를 품으면 치료 결과, 자신이 받은 관리, 자신을 담당할 보건의료 전문가에게 불만족할 가능성이 훨씬 높습니다(Padilla et al., 2019). 따라서 환자에게 환자가 선택할 수 있는 치료에 관해 적절한 정보를 제공하고 환자가 치료 결과에서 어떤 면을 중요시하는지를 이해하고 고려하는 것이 중요합니다(Garcia, 2021). 마지막으로, 환자가 충분한 정보에 근거하여 결정을 내릴 수 있도록 하려면 보건의료 전문가는 치료로 인해 성 기능 및 쾌락에 어떠한 부작용이 발생할 수 있는지를 환자가 확실히 이해하도록 해야 합니다. 이는 충분한 정보에 근거한 사전 동의 기준을 충족(즉 토론과 이해)하는 것과 관계가 있고, 환자에게—그리고 환자가 원한다면 파트너에게도—추가로 명확한 설명을 할 기회를 제공하는 것과도 관계가 있습니다(Glaser et al., 2020).

권고성명 17.6

우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리하는 보건의료 전문가가 성매개감염 예방에 관해 청소년과 성인에게 조언할 것을 권고합니다.

WHO(2015)는 보건의료 전문가가 일차의료를 통해 모든 청소년과 성인에게 간단한 섹슈얼리티 관련 소통을 실시할 것을 권고합니다. 그러므로 섹슈얼리티 관련 소통을 하거나, HIV/STI 예방 상담을 하는 것은 성적 활동을 하고 있거나 하려고 생각하는 TGD 사람들에게 도움이 될 수 있습니다. 이러한 대화를 나누는 것이 특히 중요한 이유는 TGD 사람들이 시스젠더인 사람들에 비해 사람면역결핍바이러스(HIV)

및 기타 성매개감염(STIs)의 영향을 불균형하게 크게 받기 때문입니다(Baral et al., 2013; Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2016). 그러나 HIV 이외의 성매개감염—클라미디아, 임질, 매독, 간염 바이러스, 단순포진바이러스—에 대한 데이터는 거의 없습니다.(Tomson et al., 2021). 유엔에이즈계획(UNAIDS)은 트랜스젠더 여성이 HIV와 더불어 살아갈 확률이 다른 성인보다 12 배 높다고 추산합니다(UNAIDS, 2019). 한 메타분석에서는 남성과 성관계를 갖는 전 세계 트랜스젠더 여성의 HIV 유병률을 19%로 추정했습니다(Baral et al., 2013). HIV/STI 위험은 여러 가지 생물학적 취약성, 심리학적 취약성, 대인관계에서의 취약성, 구조적 취약성이 복합적으로 작용하는 TGD 하위집단에 집중되어 있습니다. 특히 트랜스페미닌인 사람 중 시스젠더 남성과 성관계를 갖는 사람, 소수 인종/민족 집단에 속한 사람, 빈곤한 사람, 생존을 위해 성노동에 종사하는 사람은 HIV/STI 위험이 더 높습니다. 트랜스젠더 남성이나 성별다양성이 있는 AFAB 사람의 HIV/STI 위험에 대해서는 알려진 바가 상대적으로 적습니다. 고소득 국가에서 실시한 소규모 연구에 따르면, 트랜스매스쿨린인 사람의 혈청학적 HIV 유병률은 0~4%로 나타났습니다(Becasen et al., 2018; Reisner & Murchison, 2016). HIV 유병률이 높은 국가에서 시스젠더 남성과 성관계를 갖는 트랜스매스쿨린인 사람들에 대한 연구는 거의 이뤄지지 않았습니다. 역학 데이터는 부족하지만, 시스젠더 남성과 성관계를 갖는 트랜스매스쿨린인 사람들은 질 및/또는 항문 성교에서 삽입을 받는 것과 관련한 HIV/STI 위험이 있다고 자주 보고되며(Golub et al., 2019; Reisner et al., 2019; Scheim et al., 2017), 호르몬으로 인한 질 위축 때문에 이들은(폐경 전인) 시스젠더 여성에 비해 질 성교를 통한 HIV 감염에 더 취약할 수 있습니다.

보건의료 전문가는 TGD 사람들과 성 건강 이슈를 논의할 때 필요한 지식과 기술—예컨대 성별을 긍정하는 언어 사용—을 개발하여 일반적인 지침을 보완해야 합니다(이 장의 권고성명 17.1 참조). 보건의료 전문가는 환자의 성별정체성이나 해부 구조에만 근거해 HIV/STI 위험을 추측하지 않아야 합니다. 예를 들어, 트랜스젠더인 사람 중 많은 이들이 성적 활동을 하지 않으며, TGD 사람들은 보형물이나 섹스토이를 사용할 수도 있습니다. 보건의료 전문가는 적절한

예방 상담을 하기 위해 TGD 사람들이 구체적으로 어떤 성적 활동을 하는지, 그러한 활동을 할 때 어떤 신체 부위(또는 보형물)를 쓰는지 질문해야 합니다 (ACON, 2022). 충분히 준비된 보건의로 제공자(정신 건강 의료 제공자도 포함하나 이에 국한하지 않음)은 HIV/STI 위험을 근본적으로 추동하는 요인을 해결하기 위해 환자와 심층 상담을 진행할 수도 있습니다 (이 장의 권고성명 17.3 참조).

어떤 경우에도 보건의로 전문가는 TGD 사람들이 집단 및 개인 차원에서 경험한 역사(예: 트랜스젠더 섹슈얼리티와 성별불쾌감에 대한 고정관념 및 낙인)에 민감해야 하며, 섹슈얼리티 관련 질문을 하는 이유를 환자에게 설명하고, 환자는 이러한 질문에 스스로 원할 때만 대답하면 된다는 점을 설명해야 합니다. HIV/STI 예방에 대해 의논할 때, 보건의로 전문가는 물리적 차단법, 노출 후 예방요법, 노출 전 예방요법, 향후 HIV 전파를 방지하기 위한 HIV 치료 등 모든 예방법을 다루어야 합니다(WHO, 2021). 트랜스젠더인 사람의 노출 전 예방요법에 관하여 특별히 고려해야 할 사항은 권고성명 17.8 에서 다룹니다.

권고성명 17.7

우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리하는 보건의로 전문가가 사람면역결핍바이러스/성매개감염(HIV/STIs) 검진·예방·치료에 관한 현지 지침 및 세계보건기구(WHO) 지침을 따를 것을 권고합니다.

시스젠더 환자와 마찬가지로 TGD 청소년 및 성인도 HIV/STI 검진을 받아야 합니다. 검진은 기존 지침에 부합해야 하고 개개인이 HIV/STIs 에 감염될 위험에 근거해야 하며, 성별정체성만을 고려하는 대신 해부 구조와 행동을 모두 고려해야 합니다. 현지 지침이나 국가 지침이 없는 경우, WHO(2019a)는 전 세계적 권고 지침을 제시합니다. 시스젠더 남성과 성관계를 갖는 트랜스젠더인 사람들은 HIV 의 영향을 받는 주요 집단이므로 더 자주 검진을 받을 것을 권고합니다.

최신의 미국 CDC 가이드라인에서 이야기하는 바와 같이, 성별확정 생식기 수술과 수술 기법은 STI 위험 및 검진 필요성에 영향을 미칩니다 (Workowski et al., 2021). 예를 들어, 트랜스페미닌인 사람 중 음경

과 음낭 피부만을 사용해 질 내벽을 만드는 음경반전 질형성술을 받은 사람은 비뇨생식기 클라미디아 트라코마티스(*C. trachomatis*)와 임균(*N. gonorrhoeae*)에 걸릴 위험이 낮지만, 볼점막이나 요도점막이나 복막 피판 등을 사용하는 새로운 수술 기법을 사용하면 이론상으로는 음경/음낭 피부만을 사용한 기법을 사용할 때에 비해 세균성 STIs 에 더 취약해질 수 있습니다(Van Gerwen et al., 2021). 질형성술을 받은 모든 트랜스페미닌인 사람은 (만약 신생질이 노출되었다면) 정기적으로 신생질에 STI 검진을 받을 것을 권고합니다(Workowski et al., 2021). 트랜스마스쿨린인 사람이 요도 연장을 수반한 메토이디오플라스티를 받았지만 질절제술은 받지 않은 경우, 박테리아성 비뇨생식기 STIs 를 검사할 때에는 소변에서 균이 검출되지 않을 수 있으므로 자궁경부 면봉채취도 실시해야 합니다(Workowski et al., 2021).

또한 트랜스젠더 환자의 STIs 는 생식기 이외의 부위에 자주 발생하므로, 보건의로 전문가가 여러 해부학적 부위를 검사하는 것이 중요합니다(Hiransuthikul et al., 2019; Pitasi et al., 2019). WHO(2020)의 권고에 따라 STI 검사 시 환자가 검체를 자가 채취할 수 있는 선택권을 주어야 합니다. 특히 환자가 성별불쾌감이나 트라우마 이력이나 둘 다로 인해 의료 제공자에게 검체 채취를 받는 것을 불편하게 여기거나 원하지 않을 경우 이러한 선택권을 주어야 합니다. 해당하는 경우, 호르몬 치료를 모니터링하기 위해 실시하는 정기 혈청검사에 HIV/STI 검사를 포함하면 건강 관리에 대한 접근성을 높이는 데 도움이 될 수 있습니다(Reisner, Radix et al., 2016; Scheim & Travers, 2017).

권고성명 17.8

우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 건강을 관리하는 보건의로 전문가가 항레트로바이러스제와 호르몬 사이에 있을 수 있는 상호작용에 대한 우려에 대처할 것을 권고합니다.

HIV 감염 위험이 상당히 높은(HIV 음성인데 HIV 양성인 파트너와의 관계를 지속하는 것 또는 HIV 음성인 파트너와의 상호배타적인 일대일 관계 이외에 콘돔 없는 성관계를 갖는 것으로 정의함; WHO, 2017) TGD 청소년 및 성인에게 노출 전 예방요법(PrEP)은

HIV를 예방할 수 있는 중요한 선택지입니다(Golub et al., 2019; Sevelius et al., 2016; WHO, 2021). PrEP 투약을 장려하기 위해, 2021년에 미국 질병통제예방센터(US Centers for Disease Control; CDC)는 성적 활동을 하는 모든 청소년과 성인에게 PrEP에 관한 정보를 제공하고 이들이 요청하는 경우 PrEP을 제공할 것을 권고했습니다(CDC, 2021). HIV와 더불어 살아가는 사람의 치료에 관해 트랜스젠더인 사람에 특화된 가이드라인이 있는 경우도 있습니다. (예: Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019).

HIV 예방 및 치료를 할 때, TGD 사람에게는 특히 항레트로바이러스제 용량 및 투여에 관해 고려해야 할 사항이 있습니다. 경구 PrEP의 경우, 엠트리시타빈/테노포비르디소프록실푸마르산염(tenofovir disoproxil fumarate; TDF)을 이용한 온디맨드 PrEP(on-demand PreP, event-driven PrEP)의 효과성을 입증한 연구는 시스젠더 남성만을 대상으로 실시되었으므로, 현재 TGD 사람에게는 매일 복용법 PrEP만을 권고합니다(WHO, 2019c). 또한 엠트리시타빈/테노포비르알라페나미드(tenofovir alafenamide; TAF)이라는 새 경구 PrEP 선택지가 등장하기는 했지만, 근거가 불충분하기 때문에 삽입을 받는 질식 성교를 통해 HIV에 감염될 위험이 있는 사람에게는 2022년 초 현재 이 약을 권고하지 않습니다(CDC, 2021). 마지막으로, 장기간 작용하는 PrEP 주사제 및 HIV 치료 주사제(예: PrEP 용 카보테그라비르(cabotegravir))가 갈수록 보급되고 있습니다. 이러한 약은 주사제라는 선택지가 도움이 되는 모든 환자에게 권장되지만, 연부조직 필러를 사용한 적이 있는 사람에게는 지정된 주사 부위(즉 둔부 근육)가 적합하지 않을 수 있습니다(Rael et al., 2020).

성별확정 호르몬과 PrEP 약물 사이에 약물간 상호작용이 발생한다는 것을 뒷받침하는 연구는 거의 없습니다. PrEP 사용에 관해 자가 보고한 내용에 주로 의존한 소수의 소규모 연구에 따르면, 호르몬 치료를 받는 트랜스젠더 여성의 PrEP 약물 농도는 감소했지만 보호 범위 내의 농도를 유지한 것으로 나타났습니다(Yager & Anderson, 2020). 그 후 실시한 약물간 상호작용 연구에서는 PrEP 요법을 직접 관찰한 내용을 사용했는데, 이 연구에서는 트랜스젠더 여성에 대한 호르몬 치료가 PrEP 약물 농도에 영향을 미친다고

밝혀지지 않았으며 연구에 따르면 호르몬 치료를 받는 트랜스젠더 여성 및 남성은 HIV 감염으로부터 높은 수준으로 보호되는 것으로 나타났습니다(Grant et al., 2020). 무엇보다도 중요한 점은 많은 TGD 사람들에게서 PrEP이 호르몬 농도에 미치는 영향이 발견되지 않았다는 사실입니다. HIV 치료의 경우 특정 항레트로바이러스제가 호르몬 농도에 영향을 미칠 수는 있으나, 호르몬 농도는 다른 약제를 선택하거나 호르몬 용량을 모니터링하고 조정하거나 두 가지를 다 함으로써 관리할 수 있으며(Cirrincone et al., 2020), 이에 관해서는 미국 보건복지부 지침에서 자세히 설명합니다(Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019). 그럼에도 약물간 상호작용에 대한 우려, 특히 호르몬 농도를 저하시킬 수 있는 상호작용에 대한 우려는 HIV 예방 또는 치료에 필요한 항레트로바이러스 치료를 실시하고 충실하게 이행하는 것을 가로막습니다(Radix et al., 2020; Sevelius et al., 2016). 그러므로 보건의로 전문가는 PrEP이나 HIV 치료를 받을 가능성이 있는 사람을 대할 때 이러한 우려에 선제적으로 대처하는 것이 좋습니다. PrEP이나 HIV 치료를 호르몬 치료에 통합하면 치료 실시 및 충실한 이행을 가로막는 장벽을 한층 낮출 수 있습니다(Reisner, Radix et al., 2016). 치료 통합은 두 가지 치료를 같은 장소에서 실시하는 방식으로 할 수도 있고, 주치의가 필요한 전문성을 갖추지 못했다면 HIV 전문의와 협조하는 방식으로 할 수도 있습니다. 어떤 TGD 사람들에게는 프라이버시와 유연성을 한층 더 보장하는 PrEP 단독 서비스나 성 건강 단독서비스가 도움이 될 수 있으므로, 서비스 전달 모델을 차별화할 필요가 있습니다(Wilson et al., 2021).

제 18 장 정신 건강

이 장의 목적은 트랜스젠더·성별다양성이 있는 (TGD) 성인의 정신 건강을 관리하는 보건의료 전문가(HCPs)와 정신 건강 전문가(MHPs)를 안내하는 것입니다. 이 장은 호르몬 개입 또는 외과 개입을 목적으로 하는 평가에 관한 장들을 대체할 수 없습니다. TGD 사람 중 많은 이들이 트랜지션 과정에서 심리치료나 다른 형태의 정신 건강 관리를 요하지 않지만, 일부는 정신 건강 서비스 제공자 및 체계의 지원을 받는 것이 유익할 수 있습니다(Dhejne et al., 2016).

몇몇 연구에서는 일반인 집단보다 TGD 사람들에게 우울증(Witcomb et al., 2018), 불안(Bouman et al., 2017) 및 자살 경향성(Arcelus et al., 2016; Bränström & Pachankis, 2022; Davey et al., 2016; Dhejne, 2011; Herman et al., 2019)의 유병률이 더 높게 나타났는데(Jones et al., 2019; Thorne, Witcomb et al., 2019), 유병률은 의학적으로 필요한 의료적 성별확정 치료를 요하는 사람들에게서 특히 더 높게 나타났습니다

(의학적 필요성에 관한 성명은 제 2 장 '전 세계적 적용 가능성'의 권고성명 2.1 참조). 그러나 트랜스젠더 정체성은 정신질환이 아니며, 이러한 높은 유병률은 복합 트라우마, 사회적 낙인, 폭력, 차별과 관련이 있습니다(Nuttbrock et al., 2014; Peterson et al., 2021). 뿐만 아니라, 적절한 성별확정 내과적 및 수술적 건강 관리를 받고(Aldridge et al., 2020; Almazan and Keuroghlian; 2021; Bauer et al., 2015; Grannis et al., 2021) 차별과 소수자 스트레스를 줄이는 개입(Bauer et al., 2015; Heylens, Verroken et al., 2014; McDowell et al., 2020)을 받으면 정신과적 증상은 줄어듭니다.

정신 건강 치료를 실시하는 직원과 치료를 실행하는 데 이용하는 체계는 환자의 자율성을 존중하고 성별다양성을 인정해야 합니다. 트랜스젠더인 사람들을 대하는 정신 건강 전문가는 이들의 말을 적극적으로 경청함으로써 자신의 성별정체성을 확신하지 못하는 사람들이 탐색을 하도록 장려해야 합니다. 정신

권고성명

- 18.1- 성별확정 치료를 시작하기 전에, 우리는 정신 건강 전문가가 당사자가 성별확정 치료에 동의할 능력을 저해하는 정신 건강 증상에 대처할 것을 권고합니다.
- 18.2- 성별확정 수술을 실시하기 전에, 우리는 정신 건강 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들을 관리하고 지원함으로써 이들이 필수적인 수술 전후 관리를 받는 것을 저해하는 정신 건강 증상에 대처할 것을 권고합니다.
- 18.3- 심각한 정신 건강 증상 또는 물질 남용이 있는 경우, 우리는 정신 건강 전문가가 해당 성별확정 외과 시술의 특성에 근거해 정신 건강 증상이 시술 결과에 미칠 수 있는 잠재적인 부정적 영향을 평가할 것을 권고합니다.
- 18.4- 우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 성별확정 수술 전후 기간에 심리사회적·실질적 지원을 받을 필요가 있는지 평가할 것을 권고합니다.
- 18.5- 우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 성별확정 수술 전에 담배/니코틴을 끊을 수 있도록 보건의료 전문가가 이들을 상담하고 지원할 것을 권고합니다.
- 18.6- 우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람이 정신과 병동 또는 의료 병동에 입원해야 하는 경우, 금기사항이 아닌 한 보건의료 전문가가 기존의 호르몬 치료를 유지할 것을 권고합니다.
- 18.7- 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람이 입원하거나 시설에 입소하여 정신 건강 관련, 물질 남용 관련 또는 의학적 건강 관리를 받아야 하는 경우, 우리는 모든 직원이 (환자가 알려준) 올바른 이름과 인칭대명사를 사용하며 당사자의 성별정체성에 부합하도록 화장실을 이용할 수 있게 하고 잘 곳을 배정할 것을 권고합니다.
- 18.8- 우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 동료 집단, 친구, 가족 등 사회적 지지 체계를 개발하고 유지할 수 있도록 정신 건강 전문가가 이들을 격려하고 지원하고 임파워링할 것을 권고합니다.
- 18.9- 우리는 보건의료 전문가가 일부 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람에게는 심리치료가 도움이 될 수 있다는 점을 인정하면서도 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 성별확정 치료를 받기 전에 반드시 심리치료를 받도록 의무화하지는 않을 것을 권고합니다.
- 18.10- 우리는 소위 '교정'치료와 '전환'치료, 즉 어떤 사람의 성별정체성과 생활 속 성별표현을 출생 당시 지정된 성과 더 잘 일치하도록 바꾸려고 하는 치료를 실시해서는 안 된다고 권고합니다.

건강 전문가는 자신의 서사나 선입견을 강요하는 대신 내담자가 스스로 나아갈 길을 결정하도록 도와야 합니다. 트랜스젠더인 사람 중 많은 이들이 내과적/외과적 개입을 요하거나 정신 건강 관리를 받고자 하지만, 그렇지 않은 사람들도 있습니다(Margulies et al., 2021). 그러므로 임상 집단을 대상으로 실시한 연구 결과를 트랜스젠더 집단 전체에 확장하여 적용해서는 안 됩니다.

정신질환과 물질사용장애를 해결하는 것은 중요하지만, 그 때문에 트랜지션 관련 건강 관리를 가로막아서는 안 됩니다. 오히려 정신 건강 및 물질사용장애에 대처하기 위해 개입함으로써 성공적인 트랜지션 관련 건강 관리를 촉진하여 삶의 질을 향상시킬 수 있습니다(Nobili et al., 2018).

이 장에 있는 모든 권고성명은 철저한 근거 검토, 이익과 위해 평가, 보건의료 제공자와 환자의 가치관 및 선호, 자원 활용과 실현 가능성에 기초합니다. 우리는 몇몇 경우에 근거가 충분하지 않고, 또는 서비스에 접근하는 것이 어렵거나 적합한 서비스가 아닐 수 있다는 점을 인정합니다.

권고성명 18.1

성별확정 치료를 시작하기 전에, 우리는 정신 건강 전문가가 당사자가 성별확정 치료에 동의할 능력을 저해하는 정신 건강 증상에 대처할 것을 권고합니다.

일반적으로 환자는 건강 관리에 동의할 능력이 있는 것으로 간주되므로 인지장애, 정신병적 장애 또는 기타 정신질환 때문에 충분한 정보에 근거해 사전 동의를 할 능력이 손상되었는지는 개별적으로 검토해야 합니다(Applebaum, 2007). 충분한 정보에 근거한 사전 동의는 보건의료 서비스 제공의 핵심입니다. 보건의료 제공자는 제공하는 건강 관리의 위험, 이익, 대안이 무엇인지를 환자에게 알려서 환자가 충분한 정보에 근거해 자발적인 선택을 내릴 수 있도록 해야 합니다(Berg et al., 2001). 호르몬을 처방하는 일차의료 제공자나 내분비 전문의 및 수술을 실시하는 외과의는 모두 반드시 충분한 정보에 근거한 사전 동의를 받아야 합니다. 마찬가지로 정신 건강 전문가도 정신 건강 치료에 대해 충분한 정보에 근거한 사전 동의를 받으며, 의심스러운 경우 환자의 사전 동의 능력에 대해 상담할 수 있습니다. 정신질환과 물질사용장애,

특히 인지장애와 정신병적 장애는 치료의 위험과 이익을 이해할 능력을 손상시킬 수 있습니다(Hostiuc et al., 2018). 반면 심각한 정신질환이 있지만 특정 치료의 위험과 이익을 이해할 수 있는 환자도 있을 수도 있습니다(Carpenter et al., 2000). 어려운 사례에서는 다학제간 의사소통이 중요하며, 필요한 경우 전문가 자문을 활용해야 합니다(Karasic & Fraser, 2018). 많은 경우, 시간을 들여 주의 깊게 설명하면 환자들이 특정 치료의 위험과 이익을 이해하기 어려워하는 문제를 극복할 수 있습니다. 어떤 환자들은 충분한 정보에 근거해 사전 동의를 할 능력을 저해하는 기저질환을 치료하면(예컨대 기저에 있는 정신병적 장애를 치료하면) 필요한 치료에 동의할 능력을 회복할 수 있습니다. 그러나 의학적 성별확정 치료가 특히 정신 건강 증상을 감소시키는 것으로 밝혀졌기 때문에, 동의 능력에 영향을 미치지 않는 불안 또는 우울 증상과 같은 정신 건강 증상이 이러한 치료를 받는데 있어서 장애가 되어서는 안 됩니다 (Aldridge et al., 2020).

권고성명 18.2

성별확정 수술을 실시하기 전에, 우리는 정신 건강 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들을 관리하고 지원함으로써 이들이 필수적인 수술 전후 관리를 받는 것을 저해하는 정신 건강 증상에 대처할 것을 권고합니다.

정신질환이나 물질 사용 때문에 수술 전후 관리에 적절히 참여하지 못하는 것을 필요한 트랜지션 건강 관리를 받지 못할 이유로 간주해서는 안 되며, 정신 건강 관리 및 사회적 지원이 필요하다는 징후로 보아야 합니다(Karasic, 2020). 정신질환과 물질사용장애는 환자가 수술 전후 관리에 참여할 능력을 손상시킬 수 있습니다(Barnhill, 2014). 좋은 결과를 위해서는 보건의료 제공자에게 진찰을 받고 상처 치료와 기타 사후관리 시술(예: 질형성술 후 질 확장)을 받아야 할 수 있습니다. 물질사용장애가 있는 환자는 일차의료 제공자 및 외과의에게 받아야 하는 진료 에게 받아야 하는 진료 약속을 지키는 데 어려움을 겪을 수 있습니다. 정신병적 장애나 심한 우울증이 있는 환자는 상처를 방치하거나 감염 또는 벌어짐 징후가 나타나도 주의를 기울이지 않을 수 있습니다(Lee, Marsh et

al., 2016). 활성화한 정신질환은 첫 수술 이후 추가로 급성 내과·외과 관리를 할 필요성이 커지는 것과 관련이 있습니다(Wimalawansa et al., 2014).

이러한 경우, 정신질환이나 약물사용장애를 치료하면 성공적인 결과를 얻는 데 도움이 될 수 있습니다. 가족과 친구 또는 재택 의료 종사자가 환자를 더 많이 지원하도록 안내하면 환자가 수술 전후 관리에 충분히 참여하여 수술을 진행하는 데 도움이 될 수 있습니다. 정신 건강 치료가 수술을 지연시킬 수 있다면 정신 건강 치료의 이익과 수술 지연으로 인한 위험을 비교해야 하며, 성별불쾌감을 해결하는 데 수술 지연이 환자의 정신 건강에 어떠한 영향을 미칠지도 평가해야 합니다.

권고성명 18.3

심각한 정신 건강 증상 또는 물질 남용이 있는 경우, 우리는 정신 건강 전문가가 해당 성별확정 외과 시술의 특성에 근거해 정신 건강 증상이 시술 결과에 미칠 수 있는 잠재적인 부정적 영향을 평가할 것을 권고합니다.

성별확정 외과 시술은 환자에게 각기 다른 영향을 미칩니다. 일부 시술의 경우, 최상의 결과를 얻기 위해 환자가 수술 전 계획을 더 철저히 준수하고 수술 전 관리와 수술 후 관리에 더 잘 참여할 수 있어야 합니다(Tollinche et al., 2018). 정신 건강 증상은 외과 시술에 필요한 계획 수립 및 수술 전후 관리에 참여할 환자의 능력에 영향을 미칠 수 있습니다(Paredes et al., 2020). 정신 건강 평가는 정신 건강 증상이 시술 결과에 미칠 수 있는 잠재적인 부정적 영향을 해결하고, 환자가 계획 수립 및 관리에 참여할 수 있도록 지원을 계획하기 위한 전략을 개발할 수 있는 기회를 제공할 수 있습니다. 성별확정 외과 시술은 성별불쾌감 증상을 완화하고 정신 건강을 개선시키는 것으로 나타났습니다 (Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2017). 환자와 의료 제공자는 치료 진행 여부를 결정할 때 이러한 이익을 각 시술의 위험과 비교 검토합니다. 보건의료 전문가는 TGD 사람들이 각 외과 시술의 사전 계획을 수립하고 시술 전후 관리를 검토하는 것을 도울 수 있습니다(Karasic, 2020). 의료 제공자와 환자는 환자가 수술 전후 관리를 위한 약속을 지키고, 필요한 물품을 구하고, 재정

문제에 대처하고, 기타 수술 전 조정·계획해야 할 사항을 처리하는데 필요한 지원이나 자원을 협력하여 결정할 수 있습니다. 또한 외모와 기능에 대한 기대에 관한 문제—여기에는 이러한 다양한 요인이 성별 불쾌감에 미치는 영향도 포함됩니다—도 살필 수 있습니다.

권고성명 18.4

우리는 보건의료 전문가가 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 성별확정 수술 전후 기간에 심리사회적·실질적 지원을 받을 필요가 있는지 평가할 것을 권고합니다.

전공을 막론하고 모든 보건의료 전문가는 환자가 의학적으로 필요한 건강 관리에 접근할 수 있도록 지원할 책임이 있습니다. 보건의료 전문가는 성별확정 외과 시술을 준비하는 TGD 사람들을 대할 때, 이들에게 필요한 심리사회적 및 실질적 지원의 수준을 평가해야 합니다(Deutsch, 2016b). 평가는 추가 지원이 필요한 부분을 인식하고 당사자와 협력하여 수술 전, 수술 전후, 그리고 수술 후 기간을 성공적으로 헤쳐 나갈 수 있는 능력을 향상시키는 첫 단계입니다(Tollinche et al., 2018). 수술 전후 기간에는 환자의 기능을 최적화하고, 가능한 경우 안정적인 주거를 확보하고, 환자의 고유한 상황을 평가하여 사회 및 가족의 지원을 구축하고, 의료적 합병증에 대응할 방법을 계획하고, 일 또는 소득에 미칠 수 있는 영향에 대처하고, 일부 환자가 추가로 겪을 수 있는 어려움을 극복하도록(예컨대 전기분해제모 및 금연에 대처할 수 있도록) 돕는 것이 중요합니다(Berli et al., 2017). 복잡한 의료 체계에서 모든 환자가 건강 관리를 받는데 필요한 절차를 혼자 힘으로 처리할 수 있는 것은 아니며, 보건의료 전문가와 동료 안내자는 이러한 과정에서 환자를 도울 수 있습니다(Deutsch, 2016a).

권고성명 18.5

우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 성별확정 수술 전에 담배/니코틴을 끊을 수 있도록 보건의료 전문가가 이들을 상담하고 지원할 것을 권고합니다.

트랜스젠더 집단은 담배 및 니코틴 사용률이 더 높습니다(Kidd et al., 2018). 그러나 흡연과 관련된 건

강상의 위험은 잘 기록되어 있음에도 많은 이들이 이러한 위험을 모릅니다(Bryant et al., 2014). 성별확정 호르몬 치료, 특히 에스트로겐 치료를 받는 사람이 담배를 피우면 건강 문제(예: 혈전증)가 생길 위험이 높아집니다(Chipkin & Kim, 2017).

흡연은 전반적인 합병증, 조직 괴사, 수정 수술의 필요성 등 성형수술 결과가 나빠지는 것과 관련이 있는 것으로 나타났습니다(Coon et al., 2013). 또한 흡연을 하면 수술 후 감염 위험도 증가합니다(Kaoutzanis et al., 2019). 흡연은 성별 관련 수술(예: 가슴 재건수술, 생식기수술)뿐만 아니라 모든 수술 후 치유 과정에 영향을 미치는 것으로 나타났습니다(Pluvy, Garrido et al., 2015). 흡연자는 저산소증과 조직 허혈로 인한 피부 괴사, 상처 치유 지연, 흉터 장애의 위험이 더 높습니다(Pluvy, Panouilleres et al., 2015). 이러한 점을 고려하여, 외과의들은 성별확정 수술 전에 담배/니코틴 사용을 중단하고 수술 후 상처가 완전히 아물 때까지 최대 몇 주간 금연할 것을 권고합니다(Matei & Danino, 2015). 이러한 위험에도 불구하고 금연은 어려울 수 있습니다. 흡연과 니코틴 사용은 중독성이 있으며 대응기제로 쓰이기도 하기 때문입니다(Matei et al., 2015). 정신 건강 의료 제공자와 일차의료 제공자를 비롯해 수술 전 환자를 지속적으로 진료하는 보건의료 전문가가 자신이 관리하는 사람들의 담배/니코틴 사용 문제에 대처해야 하며, TGD 사람들이 금연 프로그램에 참여하도록 지원하거나 직접 금연 치료(예: 바레니클린(varenicline) 또는 부프로피온(bupropion))을 제공해야 합니다.

권고성명 18.6

우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람이 정신과 병동 또는 의료 병동에 입원해야 하는 경우, 금기 사항이 아닌 한 보건의료 전문가가 기존의 호르몬 치료를 유지할 것을 권고합니다.

TGD 사람은 정신과 병동, 약물사용 치료 시설, 또는 의료 병동에 입원해도 현재 받는 호르몬 요법을 유지해야 합니다. 의학적 또는 정신과적 이유로 입원하기 전에 호르몬을 일상적으로 중단해야 한다는 것을 뒷받침하는 근거는 없습니다. 드물지만 새로 입원한 환자가 급성 정맥혈전색전성질환과 같이 호르몬 치료를 중지해야 하는 의학적 합병증을 진단받을 수

있습니다(Deutsch, 2016a). 수술 전에 호르몬 치료를 중단해야 한다는 강력한 근거는 없으며, 호르몬 치료를 중단하기 전에 환자 개개인에게 미치는 위험과 이익을 평가해야 합니다(Boskey et al., 2018).

호르몬 치료는 삶의 질을 개선하고 우울증과 불안을 감소시키는 것으로 나타났습니다(Aldridge et al., 2020; Nguyen et al., 2018; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018, Rowniak et al., 2019). 의학적 성별확정 치료를 받는 것은 자살 시도 위험이 현저히 감소하는 것과 관계가 있습니다(Bauer et al., 2015). 환자가 정기적으로 처방받는 호르몬을 중단하면 환자는 이러한 유익한 효과를 누리지 못하게 되므로 입원 목적에 오히려 어긋날 수 있습니다.

어떤 의료 제공자들은 입원 환경에서 트랜지션 관련 치료를 계속할 경우 위해가 발생할 위험은 낮고 이익이 발생할 가능성은 높다는 사실을 모를 수 있습니다. 미국과 캐나다 의과대학을 대상으로 한 연구에 따르면 학생들은 총 4년의 교육 기간 동안 평균 5시간의 LGBT 관련한 수업을 받은 것으로 밝혀졌습니다. 응급의학과 의사는 환자가 입원할 때 종종 약물 투여에 대해 신속한 결정을 내리는데, 이들을 대상으로 설문조사를 한 결과 응답자 중 88%가 트랜스젠더 환자를 돌본 경험이 있었지만, 트랜스젠더 인구 집단에 대해 정식 수련을 받은 비율은 17.5%에 불과했습니다. 트랜스젠더 주제에 대한 교육이 늘어남에 따라 더 많은 의료 제공자가 트랜스젠더 환자의 입원 중 호르몬 요법 유지의 중요성을 인식하게 될 것입니다.

권고성명 18.7

트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람이 입원하거나 시설에 입소하여 정신 건강 관련, 물질 남용 관련 또는 의학적 건강 관리를 받아야 하는 경우, 우리는 모든 직원이 (환자가 알려준) 올바른 이름과 인칭대명사를 사용하며 당사자의 성별정체성에 부합하도록 화장실을 이용할 수 있게 하고 잘 곳을 배정할 것을 권고합니다.

많은 TGD 사람들이 병원, 정신 건강 치료 환경, 마약 치료 프로그램 등 다양한 의료 환경에서 차별을 경험합니다(Grant et al., 2011). 보건의료 체계가 TGD 사람들을 받아들이지 못하면 많은 TGD 사람이 오래도록 겪은 사회적 배제가 강화됩니다. 의료 환경에서

의 차별 경험은 앞으로 예상되는 차별로 인해 필요한 건강 관리를 받는 것을 기피하게 만듭니다(Kcomt et al., 2020). TGD 사람들의 차별 경험은 자살 사고를 예측하는 지표입니다(Rood et al., 2015; Williams et al., 2021). 거부당하고 성별을 긍정받지 못하는 것과 관련된 성별 관련 소수자 스트레스도 자살 경향성과 관련이 있는 것으로 나타났습니다(Testa et al., 2017). 자기 성별에 맞는 화장실 이용을 거부당하는 것이 자살 경향성 증가와 관련이 있는 것으로 나타났습니다(Seelman, 2016). 반면 TGD 사람이 스스로 선택한 이름을 사용하는 것은 우울증 및 자살 경향성 감소와 관련이 있는 것으로 나타났습니다(Russell et al., 2018). TGD 사람들의 자살 시도 발생률을 줄이려면 내면화된 트랜스혐오뿐만 아니라 구조적인 트랜스혐오에도 대처해야 합니다(Brumer et al., 2015). 건강 관리를 성공적으로 제공하기 위해 의료 환경에서는 TGD 정체성을 존중하고 수용함으로써 트랜스혐오가 환자에게 미치는 위해를 최소한으로 줄여야 합니다.

권고성명 18.8

우리는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 동료 집단, 친구, 가족 등 사회적 지지 체계를 개발하고 유지할 수 있도록 정신 건강 전문가가 이들을 격려하고 지원하고 임파워링할 것을 권고합니다.

소수자 스트레스와 사회적 차별의 직접적인 영향은 TGD 사람들의 정신 건강에 해로울 수 있지만, 강력한 사회적 지원은 이러한 위해를 줄이는 데 도움이 될 수 있습니다(Trujillo et al., 2017). TGD 아동은 종종 가족과 또래로부터의 거부뿐만 아니라 자신을 둘러싼 트랜스혐오를 내면화합니다(Amodeo et al., 2015). 또한 트랜스혐오적 학대에 대한 노출은 일생에 걸쳐 영향을 미칠 수 있으며 그 영향은 특히 청소년기에 심각할 수 있습니다(Nuttbrock et al., 2010).

TGD 사람을 긍정하는 사회적 지지가 발달하면 정신 건강을 보호하는 작용을 합니다. 사회적 지지는 폭력, 낙인, 차별이 정신 건강에 미치는 악영향에 대한 완충 역할을 할 수 있고(Bockting et al., 2013) 보건 의료 체계를 탐색하는 데 도움이 되며(Jackson Levin et al., 2020) TGD 사람의 심리적 회복탄력성 증진에 기여할 수 있습니다(Bariola et al., 2015; Başar and Öz, 2016). 다양한 사회적 지원의 원천, 특히

LGBTQ+ 동료와 가족의 지지는 정신 건강 결과, 안녕과 삶의 질이 개선되는 것과 관련이 있는 것으로 밝혀졌습니다(Bariola et al., 2015; Başar et al., 2016; Kuper, Adams et al., 2018; Puckett et al., 2019). 사회적 지원은 트랜지션 과정 전반에 걸쳐 대응기제를 개발하도록 촉진하고 긍정적인 정서적 경험을 이끌어내기 위해 제안되었습니다(Budge et al., 2013).

보건 의료 전문가는 환자가 자신의 진정한 정체성을 인정하고 받아들일 수 있도록 사회적 지지 체계를 개발하고 성별불쾌감 증상에 대처하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 대인관계 문제와 사회적 지지의 부족은 TGD 사람들의 정신 건강 문제 발생률이 증가하는 것과 관계가 있으며(Bouman, Davey et al., 2016; Davey et al., 2015) 의학적 성별확정 치료의 결과를 예측하는 지표가 되는 것으로 밝혀졌습니다(Aldridge et al., 2020). 그러므로 보건 의료 전문가는 TGD 사람들이 사회적 지지 체계를 개발하고 유지할 수 있도록 격려하고 지원하고 임파워링해야 합니다. 이러한 경험은 대인관계 기술을 개발하고 사회적 차별에 대처하는 데 도움을 주어 잠재적으로 자살 경향성을 낮추고 정신 건강을 개선할 수 있습니다(Pflum et al., 2015).

권고성명 18.9

우리는 보건 의료 전문가가 일부 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람에게는 심리치료가 도움이 될 수 있다는 점을 인정하면서도 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들이 성별확정 치료를 받기 전에 반드시 심리치료를 받도록 의무화하지는 않을 것을 권고합니다.

심리치료는 임상에서 TGD 사람에게 오랫동안 사용되어 온 역사가 있습니다(Fraser, 2009b). 심리치료의 목적, 요건, 방법 및 원칙은 「건강관리실무표준」의 구성 요소로, 초기 판본에서 판을 거듭할수록 변화해 왔습니다(Fraser, 2009a). 현재 TGD 성인은 성별불쾌감 대처와 관련해 흔히 나타나는 심리적 문제를 해결하기 위해 심리치료적 지원 및 상담을 받을 수 있으며, 어떤 사람들은 커밍아웃 과정에서 도움을 받기도 합니다(Hunt, 2014). 심리치료를 포함한 심리적 개입은 성별정체성과 성별정체성 표현 탐색, 자기 수용과 희망 증진, 적대적이고 TGD 사람을 무력하게 하는 환경에서 회복탄력성 증진 등 당사자에게 효과

적인 도구를 제공하고 맥락을 만들어 줍니다. 심리치료는 초기 평가 중 또는 추후 성별확정 의학적 개입을 위한 후속 관리 과정에 드러날 수 있는 정신 건강 증상을 해결하기 위해 확립된 대안적 치료법입니다. 최근 연구에 따르면 의학적 성별확정 치료 후 정신 건강 증상은 감소하지만 불안은 여전히 높은 수준으로 나타나는데(Aldridge et al., 2020), 이는 심리치료가 성별확정 치료 후 불안 증상으로 고통받는 사람을 돕는 역할을 할 수 있음을 시사합니다.

최근 몇년간 특정 심리치료 양식의 사용과 잠재적 이익이 보고되었습니다(Austin et al., 2017; Budge, 2013; Budge et al., 2021; Embaye, 2006; Fraser, 2009b; Heck et al., 2015). 트랜스젠더 및 논바이너리 성인을 위해 구체적인 심리치료 모델들이 제시되었습니다(Matsuno & Israel, 2018). 그러나 다양한 심리치료 모델의 상대적인 이익에 관해 더 많은 경험적 데이터가 필요합니다(Catelan et al., 2017). 심리치료는 트랜스젠더인 사람에게 유익한 경험일 수도 있고 두려운 경험일 수도 있으며(Applegarth & Nuttall, 2016), 심리치료가 의료적 개입 게이트키퍼와 연관되면 치료자가 어려움을 겪고 협력 관계를 형성하는 데에도 어려움이 생길 수 있습니다(Budge, 2015).

경험에 따르면, 많은 트랜스젠더 및 논바이너리인 사람들은 심리치료를 거의 또는 전혀 받지 않고 의학적 성별확정 치료를 받기로 결정하는 것으로 보입니다(Spanos et al., 2021). 다양한 방식의 심리치료는 의학적 성별확정 치료 전, 치료 중, 치료 후에 여러 가지 이유로 유익할 수 있고, 트랜지션 단계에 따라 심리치료를 받고자 하는 욕구는 다양하게 나타난다고 보고되었습니다(Mayer et al., 2019). 그렇지만 성별확정 의료 시술 전에 반드시 심리치료를 받도록 하는 것은 유익하다고 입증되지 않았으며, 심리치료를 필요로 하지 않거나 심리치료에 접근할 수 없는 사람에게서는 오히려 건강 관리에 해로운 장벽이 될 수 있습니다.

권고성명 18.10

우리는 소위 '교정'치료 또는 '전환'치료, 즉 어떤 사람의 성별정체성과 생활 속 성별표현을 출생 당시 지정된 성과 더 잘 일치하도록 바꾸려고 하는 치료를 실시해서는 안 된다고 권고합니다.

세계정신의학회(World Psychiatric Association), 범미보건기구(Pan American Health Organization), 미국정신의학회(American Psychiatric Association), 미국심리학회(American Psychological Association), 영국왕립정신의학회(Royal College of Psychiatrists), 영국심리학회(British Psychological Society) 등 세계 각지의 주요 의학 단체와 정신 건강 단체는 소위 '교정'치료나 '전환'치료 또는 성별정체성 '변경' 시도를 하는 데 반대합니다. 미국의 많은 주에서는 미성년자를 대상으로 한 전환치료를 금지하는 법을 제정했습니다. 성별정체성 변경 시도란 정신 건강 전문가 또는 다른 사람이 성별정체성이나 성별표현을 출생 당시 지정된 성과 일반적으로 결부된 성별정체성·성별표현과 더 일치하도록 바꾸려는 개입을 의미합니다(American Psychological Association, 2021).

소위 '전환치료'를 옹호하는 사람들은 이러한 치료를 받은 사람이 사회에 더 잘 적응할 수 있다고 주장합니다. 또한 이들은 일부 내담자들이 자신의 성별정체성이나 성별표현을 바꾸고 싶다고 명시적으로 도움을 요청하므로 치료자가 내담자를 도와 목적을 달성할 수 있게 허락해야 한다고 지적합니다. 그러나 '전환치료'의 효과는 입증되지 않았습니다(APA, 2009; Przeworski et al., 2020). 뿐만 아니라 '전환치료'는 여러 가지 위해를 일으킬 수 있습니다. 후향적 연구에 따르면, 전환치료를 받은 이력은 우울증, 물질 남용, 자살 사고, 자살 시도가 증가하는 것과 관련이 있을 뿐만 아니라 낮은 교육 수준, 주간 소득 감소와도 관련이 있습니다(Ryan et al., 2020; Salway et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020). 2021년 미국심리학회는 "과학적 증거와 임상 경험에 따르면 GICEs[gender identity change efforts=성별정체성 변경 시도]는 사람에게 위해를 미칠 현저한 위험을 초래한다"(APA, 2021)는 결의문을 발표하였습니다.

성별정체성 '변경' 시도를 종식하는 데 장벽이 있기는 하지만, 이러한 관행에 이익이 없고 잠재적인 위해가 있다는 사실을 교육하면 '전환치료'를 하는 의료 제공자가 줄어들고 개인과 가족이 이러한 선택을 하는 경우도 감소할 수 있습니다.

감사의 말

모든 체계적 문헌 고찰을 수행하고 SOC-8의 토대가 된 권고를 개발하는 데 도움을 주신 Karen A. Robinson(존스 홉킨스대학교 의과 교수 겸 존스홉킨스대학교 근거중심의료센터(Evidence-based Practice Center) 센터장)와 그 직원들께 감사드립니다.

윤리적 고려: Carol Bayley, Simona Giordano, Sharon Sytsma. 법적 관점: Jennifer Levi, Phil Duran. 참조 문헌 검사: Taymy Caso, Oscar Dimant, Zil Goldstein, Ali Harris, Nat Thorne. 편집자: Margueritte White, Jun Xia. 행정 지원: Blaine Vella, Taylor O'Sullivan, Jamie Hicks.

마지막으로 공개 논평 기간에 논평을 해 주신 모든 참여자에게 감사드리고, SOC-8 초고에 유익하고 건설적인 피드백을 주신 GATE(Global Action for Transgender Equality; 트랜스젠더 평등을 위한 세계 행동), 아시아-태평양 트랜스젠더 네트워크(Asia Pacific Transgender Network; APTN), 국제성소수자협회(International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; ILGA), 트랜스젠더 유럽(Transgender Europe; TGEU)에 감사드립니다.

이해 상충

이해 상충은 위원회 구성원을 선정하는 과정 및 출판 전 최종 단계에서 검토하였습니다. 심각하거나 중대하다고 간주된 이해 상충은 없었습니다.

윤리적 승인

이 원고는 저자가 수행한 인간 참여자 대상의 연구를 전혀 포함하지 않습니다.

재정 지원

타와니 재단(Tawani Foundation)에서 받은 보조금으로 이 프로젝트의 자금을 일부 조달했습니다. 대부분의 비용은 존스홉킨스대학교 근거기반의료센터의 작업에 대한 보수를 지불하는 데 쓰였습니다. 편집자와 참조 문헌 검사자들에게는 소액의 작업료를 지불했습니다. 위원회 구성원에게는 기여에 대한 보수가 지급되지 않았습니다. 위원회 의장의 출장 경비 일부는 세계트랜스젠더보건의료전문가협회(WPATH)가 부담했습니다. WPATH 직원 및 기타 내부 지출은 협회의 예산으로 충당했습니다.

참고문헌

- Abern, L., & Maguire, K. (2018). Contraception knowledge in transgender individuals: Are we doing enough? [9F]. *Obstetrics & Gynecology*, 131, 655. <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>
- Aguiar-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., Speeg, 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 Haseth, K. B., Djordjevic, M. L., Salgado, C. J., Belanger, M., Suominen, S., Kolehmainen, M., Santucci, R. A., Crane, C. N., Claes, K. E. Y., & Bouman, M. B. (2019). The surgical techniques and outcomes of secondary phalloplasty after metoidioplasty in transgender men: An international, multi-center case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1849-1859. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.027>
- Altman, K. (2012). Facial feminization surgery: Current state of the art. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 41(8), 885-894. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2012.04.024>
- Alzahrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R., & Reiner, J. (2019). Cardiovascular disease risk factors and myocardial infarction in the transgender population. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(4), e005597 <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Sexual Orientation and Gender Identity Issues Committee. (2018). Conversion Therapy Policy Statement. https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2018/Conversion_Therapy.aspx
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Health Care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstetrics and Gynecology*, 137, e75. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004294>
- American Medical Association. (2016). Definitions of "Screening" and "Medical Necessity" H-320.953. Council on Medical Service. <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/H-320.953>
- American Medical Association. (2021). Ethics: Informed consent. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.97808904257>
- American Psychological Association, Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. (2009). Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. <http://www.apa.org/pi/lgbcp/publications/therapeutic-resp.html>
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for professional practice with transgender and gender non-conforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- American Psychological Association. (2021). APA guidelines for psychological assessment and evaluation. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>
- American Psychological Association. (2021). APA Resolution on

- Gender Identity Change Efforts. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>
- American Urological Association (AUA) Board of Directors. (2019). Pediatric Decision Making and Differences of Sex Development: A Societies for Pediatric Urology and American Urological Association Joint Position Statement - American Urological Association. (n.d.). <https://www.auanet.org/guidelines/guidelines/joint-statement-on-dsd>
- Amir, H., Yaish, I., Oren, A., Groutz, A., Greenman, Y., & Azem, F. (2020). Fertility preservation rates among transgender women compared with transgender men receiving comprehensive fertility counselling. *Reproductive Biomedicine Online*, 41(3), p. 546-554. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.05.003>.
- Amnesty International. (2020). Amnesty International UK and Liberty joint statement on puberty blockers. <https://www.amnesty.org.uk/press-releases/amnesty-international-uk-and-liberty-joint-statement-puberty-blockers>
- Amodeo, A. L., Vitelli, R., Scandurra, C., Picariello, S., & Valerio, P. (2015). Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications and suggestions for further research. *International Journal of Transgenderism*, 16(1), 49-61. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1022680>
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015>
- Anderson, J. (2007). Endoscopic laryngeal web formation for pitch elevation. *The Journal of Otolaryngology*. 36(1), 6-12. <https://doi.org/10.2310/7070.2006.0153>
- Anderson, J. A. (2014). Pitch elevation in transgendered patients: Anterior glottic web formation assisted by temporary injection augmentation. *Journal of Voice*, 28(6), 816-821. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.05.002>
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(2), 208-214. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>
- Andrzejewski, J., Pampati, S., Steiner, R. J., Boyce, L., & Johns, M. M. (2020). Perspectives of transgender youth on parental support: Qualitative findings from the resilience and transgender youth study. *Health Education & Behavior*, 109019812096550. <https://doi.org/10.1177/1090198120965504>
- Angus, L. M., Nolan, B. J., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). A systematic review of antiandrogens and feminization in transgender women. *Clinical Endocrinology*, 94(5), 743-752. <https://doi.org/10.1111/cen.14329>
- Ansara, Y.G., Hegarty, P., (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3, 137-160. <https://doi.org/10.1080/19419899.2011.576696>
- Antun, A., Zhang, Q., Bhasin, S., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Longitudinal changes in hematologic parameters among transgender people receiving hormone therapy. *Journal of the Endocrine Society*, 4(11), 1-11. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa119>
- Anzani, A., Lindley, L., Prunas, A., & Galupo, P. (2021). "I Use All the Parts I'm Given": A qualitative investigation of trans masculine and nonbinary individuals' use of body during sex. *International Journal of Sexual Health*, 33(1), 58-75. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1853300>
- Applebaum, P. S. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834-1840. <https://doi.org/10.1056/NEJMc074045>
- 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 re-

- view 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>
- Armuaud, 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>
- Armuaud, 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>
- Armuaud, 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>
- Armuaud, G. M., Wettergren, L., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Lampic, C. (2014). Desire for children, difficulties achieving a pregnancy, and infertility distress 3 to 7 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer*, 22(10), 2805-2812. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2279-z>
- Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr., Virani, S. S., Williams, K. A., Sr., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140(11), e596-e646. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.0000000000000678>
- Arnoldussen, M., Steensma, T. D., Popma, A., van der Miesen, A. I. R., Twisk, J. W. R., & de Vries, A. L. C. (2020). Re-evaluation of the Dutch approach: Are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01691-5>
- Ashley, F. (2019a). Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*, 45(7), 480-482. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105293>
- Ashley, F. (2019b). Homophobia, conversion therapy, and care models for trans youth: Defending the gender-affirmative approach. *Journal of LGBT Youth*, 17(4), 361-383. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1665610>
- Ashley, F. (2019c). Puberty blockers are necessary, but they don't prevent homelessness: Caring for transgender youth by supporting unsupportive Parents/guardians. *The American Journal of Bioethics*, 19, 87-89. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1557277>
- Ashley, F. (2019d). Shifts in assigned sex ratios at gender identity clinics likely reflect changes in referral patterns. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(6), 948-949. <https://doi.org/pii/S1743609519307301>
- Ashley, F. (2019e). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 24(2), 223-236. <https://doi.org/10.1177/1359104519836462>
- Asscheman, H., T'Sjoen, G., Lemaire, A., Mas, M., Meriggiola, M. C., Mueller, A., Kuhn, A., Dhejne, C., Morel-Journel, N., & Gooren, L. J. (2014). Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: A review. *Andrologia*, 46(7), 791-795. <https://doi.org/10.1111/and.12150>
- Attig, R. (2022). A call for community-informed translation: Respecting Queer self-determination across linguistic lines. *Translation and Interpreting Studies*. Advance online publication. <https://doi.org/https://doi.org/10.1075/tis.21001.att>
- Auchus, R. J., Witchel, S. F., Leight, K. R., Aisenberg, J., Azziz, R., Bachega, T. A., Baker, L. A., Baratz, A. B., Baskin, L. S., Berenbaum, S. A., Breault, D. T., Cerame, B. I., Conway, G. S., Eugster, E. A., Fracassa, S., Gearhart, J. P., Geffner, M. E., Harris, K. B., Hurwitz, R. S., & Katz, A. L. (2010). Guidelines for the development of comprehensive care centers for congenital adrenal hyperplasia: Guidance from the CARES foundation initiative. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010. <https://doi.org/10.1155/2010/275213>
- Aucoin, M. W., & Wassersug, R. J. (2006). The sexuality and social performance of androgen-deprived (castrated) men throughout history: Implications for modern day cancer patients. *Social Science & Medicine*, 63(12), 3162-3173. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.007>
- Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G. K., Beckmann, M. W., & Hildebrandt, T. (2018). Desire to have children among transgender people in Germany: A cross-sectional multi-center study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), p. 757-767. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>
- Auldrige, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E., & Tobin, H. J. (2012). Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice national center for

- transgender equality; services and advocacy for GLBT elders. <https://www.sageusa.org/resource-posts/improving-the-lives-of-transgender-older-adults/> accessed 3/14/2022
- Aurat Foundation. (2016). Silent no more: transgender community in Pakistan: research study. <https://www.aidsdata-hub.org/sites/default/files/resource/transgender-community-pakistan-2016.pdf>
- Austin, A., & Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. *Journal of Homosexuality*, 64(6), 825-841. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587>.
- Austin, A., Craig, S. L., & Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 141-156. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003>
- Austin, A., Craig, S. L., & McInroy, L. B. (2016). Toward transgender affirmative social work education. *Journal of Social Work Education*, 52(3), 297-310. <https://doi.org/10.1080/10437797.2016.1174637>
- Australian Psychological Society. (2021). Use of psychological practices that attempt to change or suppress a person's sexual orientation or gender. Australian Psychological Society position statement. https://psychology.org.au/get-media/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 mammaplasty in transwomen. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 53(1), 42-050. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709427>

- Baleige, A., de la Chenelie, M., Dassonneville, C., & Martin, M. J. (2021). Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: Leads from field experimentations in Lille, France. *Transgender Health, 7*(1), 1-6. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143>
- Banbury, S. (2004). Coercive sexual behaviour in British prisons as reported by adult ex-prisoners. *The Howard Journal of Criminal Justice, 43*(2), 113-130. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2004.00316.x>
- Bangalore Krishna, K., Fuqua, John S., Rogol, Alan D., Klein, Karen O., Popovic, J., Houk, Christopher P., Charmandari, E., & Lee, Peter A. (2019). Use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children: Update by an international consortium. *Hormone Research in Paediatrics, 91*(6), 357-372. <https://doi.org/10.1159/000501336>
- Bangalore Krishna, K., Kogan, B. A., Mazur, T., Hoebeke, P., Bogaert, G., & Lee, P. A. (2021). Individualized care for patients with intersex (differences of sex development): part 4/5. Considering the ifs, Whens, and Whats regarding sexual-reproductive system surgery. *Journal of Pediatric Urology, 17*(3), 338-345. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2021.02.011>
- Banal, 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.ctv1chrww9>
- 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 lesbi-trans-queer BDSM communities. *Sexualities, 21*(1-2), 139-155. <https://doi.org/10.1177/1363460716676987>
- Bauer, G. R., & Hammond, R. (2015). Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 24*(1), 1-11. <https://doi.org/10.3138/cjhs.24.1-CO1>
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of Association in Nurses in AIDS Care, 20*(5), 348-361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>
- Bauer, G. R., Lawson, M. L., & Metzger, D. L. (2022). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of "Rapid-Onset Gender Dysphoria"? *The Journal of Pediatrics, 243*, 224-227. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020>
- Bauer, G., Pacaud, D., Couch, R., Metzger, D., Gale, L., Gotovac, S., Mokashi, A., Feder, S., Raiche, J., Speechley, K. N., Temple Newhook, J., Ghosh, S., Sansfaçon, A., Susset, F., & Lawson, M. & Trans Youth CAN! Research Team. (2021). Transgender

- youth referred to clinics for gender-affirming medical care in Canada. *Pediatrics*, 148(5), e2020047266. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-047266>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6), 713-720. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 15, 525. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>
- Beach, L. B., Elasy, T. A., & Gonzales, G. (2018). Prevalence of self-reported diabetes by sexual orientation: Results from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *LGBT Health*, 5(2), 121-130. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0091>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Bio-medical Ethics* (8th Ed.). Oxford University Press.
- Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H., & Sipe, T. A. (2018). Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: A systematic review and meta-analysis, 2006–2017. *American Journal of Public Health*, 109(1), e1-e8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727>
- Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5), e20173845. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>
- Beck, A. J. (2014). Sexual Victimization in Prisons and Jails Reported by Inmates, 2011-12. PREA Data Collection Activities
- Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T., & Richter-Appelt, H. (2018). A cross-sectional multicenter study of multidimensional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical interventions. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2335-2347. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1278-4>
- Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Barkmann, C. (2021). Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: A descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(11), 1755-1767. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01640-2>
- Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry* 28(1), 5–12. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1091293>
- Beek, T. F., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Steensma, T. D. (2015). Partial treatment requests and underlying motives of applicants for gender affirming interventions. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2201-2205. <https://doi.org/doi:10.1111/jsm.13033>
- Bekeny, J. C., Zolper, E. G., Fan, K. L., & Del Corral, G. (2020). Breast augmentation for transfeminine patients: Methods, complications, and outcomes. *Gland Surgery*, 9(3), 788-796. <https://doi.org/10.21037/gs.2020.03.18>
- Bellinga, R. J., Capitán, L., Simon, D., & Tenorio, T. (2017). Technical and clinical considerations for facial feminization surgery with rhinoplasty and related procedures. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 19(3), 175-181. <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2016.1572>
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413>
- Benedetti, M. G., Furlini, G., Zati, A., & Letizia Mauro, G. (2018). The effectiveness of physical exercise on bone density in osteoporotic patients. *Biomed Research International*, 2018, 4840531. <https://doi.org/10.1155/2018/4840531>
- Benestad, E. E. P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies*, 19(4), 225-231. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.09.003>
- Bennecke, E., Bernstein, S., Lee, P., van de Grift, T. C., Norden-skjöld, A., Rapp, M., Simmonds, M., Streuli, J. C., Thyen, U., & Wiesemann, C. (2021). Early genital surgery in disorders/differences of sex development: Patients' perspectives. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-01953-6>
- Bentsianov, S., Gordon, L., Goldman, A., Jacobs, A., & Steever, J. (2018). Use of copper intrauterine device in transgender male adolescents. *Contraception*, 98(1), 74-75. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.02.010>
- Berenbaum, S. A. (2018). Evidence needed to understand gender identity: Commentary on Turban & Ehrensaft (2018). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(12), 1244-1247. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12997>
- Berenbaum, S., Beltz, A., & Corley, R. (2015). The importance of puberty for adolescent development: Conceptualization and measurement. *Advances in Child Development and Behavior*, 48, 53-92. <http://dx.doi.org/10.1016/bs.acdb.2014.11.002>
- Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Parker, L. (2001). *Informed consent: Legal theory and clinical practice* (2nd ed.) Oxford University Press.

- Berg, D & Edwards-Leeper, L. (2018). Child and family assessment. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp.101-124). American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Berger, I., & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking cessation programs for lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex people: A content-based systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(12), 1408-1417. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw216>
- Berli, J. U., Knudson, G., Fraser, L., Tangpricha, V., Ettner, R., Ettner, F. M., Safer, J. D., Graham, J., Monstrey, S., & Schechter, L. (2017). What surgeons need to know about gender confirmation surgery when providing care for transgender individuals: A review. *JAMA Surgery*, 152(4), 394-400. <https://doi.org/jamasurg.2016.5549>
- Berli, J. U., Monstrey, S., Safa, B., & Chen, M. (2021). Neourethra creation in gender phalloplasty: Differences in techniques and staging. *Plastic Reconstructive Surgery*, 147(5), 801e-811e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007898>
- Bertalan, R., Lucas-Herald, A., Kolesinska, Z., Berra, M., Cools, M., Balsamo, A., & Hiort, O. (2018). Evaluation of DSD training schools organized by cost action BM1303 "DSDnet." *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13023-018-0967-3>
- Bertelloni, S., & Mul, D. (2008). Treatment of central precocious puberty by GnRH analogs: Long-term outcome in men. *Asian Journal of Andrology*, 10(4), 525-534. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7262.2008.00409.x>
- Bertelloni, S., Baroncelli, G. I., Ferdeghini, M., Menchini-Fabris, F., & Saggese, G. (2000). Final height, gonadal function and bone mineral density of adolescent males with central precocious puberty after therapy with gonadotropin-releasing hormone analogues. *European Journal of Pediatrics*, 159(5), 369-374. <https://doi.org/10.1007/s004310051289>
- Bertin, C., Abbas, R., Andrieu, V., Michard, F., Rioux, C., Descamps, V., & Bouscarat, F. (2019). Illicit massive silicone injections always induce chronic and definitive silicone blood diffusion with dermatologic complications. *Medicine*, 98(4), e14143. <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000014143>
- Bertrand, B., Perchenet, A. S., Colson, T. R., 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/ExecSumm_SinglePagesRandL.pdf
- Biskey, E. R., Johnson, J. A., Harrison, C., Marron, J. M., Abecassis, L., Scobie-Carroll, A., Willard, J., Diamond, D. A., Taghinia, A. H., & Ganor, O. (2019). Ethical issues considered when establishing a pediatrics gender surgery center. *Pediatrics*, 143(6), e20183053. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3053>
- Bisson, J. R., Chan, K. J., & Safer, J. D. (2018). Prolactin levels do not rise among transgender women treated with estradiol and spironolactone. *Endocrine Practice*, 24(7), 646-651. <https://doi.org/10.4158/EP-2018-0101>
- Bizic, M. R., Jevtovic, 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., Derryck, 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/10.1002/\(sici\)1520-6300\(200003/04\)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co;2-6](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6300(200003/04)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co;2-6)
- Blecher, G. A., Christopher, N., & Ralph, D. J. (2019). Prosthetic placement after phalloplasty. *Urologic Clinics of North America*, 46(4), 591-603. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.013>
- Block, C. (2017). Making a case for transmasculine voice and communication training. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(3), 33-41. <https://doi.org/10.1044/persp2.SIG3.33>
- Blondeel, K., de Vasconcelos, S., García-Moreno, C., Stephenson, R., Temmerman, M., & Toskin, I. (2018). Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(1), 29-41L. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.197251>
- Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z.,

- Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C., & Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: A systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(21\)00098-5](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(21)00098-5)
- Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. *American Journal of Public Health*, 103(10), e27-e32. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507>
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943-951. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>
- Bockting, W., & Coleman, E. (2016). Developmental stages of the transgender coming-out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 137-158). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Boedecker, A. L. (2011). *The transgender guidebook : keys to a successful transition*. Boedecker.
- Bonnington, A., Dianat, S., Kerns, J., Hastings, J., Hawkins, M., De Haan, G., & Obedin-Maliver, J. (2020). Society of family planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. *Contraception*, 102(2), 70-82. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.001>
- Borgström, B., Fridström, M., Gustafsson, B., Ljungman, P., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). A prospective study on the long-term outcome of prepubertal and pubertal boys undergoing testicular biopsy for fertility preservation prior to hematologic stem cell transplantation. *Pediatric Blood Cancer*, 67(9), e28507. <https://doi.org/10.1002/pbc.28507>
- Boskey, E. R., 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/epi-REV/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.bu-falo.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.bu-falo.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.bu-falo.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.0000000000003108>
- 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., Mascaró, 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., Martínez-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://gender-rights.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., & Desses, 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.106.642280>
- Capitán, L., Gutierrez Santamaria, J., Simon, D., Coon, D., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2020). Facial gender confirmation surgery: A protocol for diagnosis, surgical planning, and postoperative management. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(4), 818e-828e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006686>
- Capitán, L., Simon, D., Kaye, K., & Tenorio, T. (2014). Facial feminization surgery: The forehead. *Surgical techniques and*

- analysis of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134(4), 609–619. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000545>
- Capitán, L., Simon, D., Meyer, T., Alcaide, A., Wells, A., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2017). Facial feminization surgery: Simultaneous hair transplant during forehead reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 573–584. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003149>
- Cardoso da Silva, D. C., Schwarz, K., Fontanari, A. M., Costa, A. B., Massuda, R., Henriques, A. A., Salvador, J., Silveira, E., Rosito, T. E., & 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.caresfoudation.org/treatment/surgery.pdf>
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591–603. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.05.005>
- Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One*, 16(2), e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>
- Carpenter, M. (2018). Intersex variations, human rights, and the International Classification of Diseases. *Health and Human Rights Journal*, 20(2), 205–214.
- Carpenter, M. (2021). Intersex human rights, sexual orientation, gender identity, sex characteristics and the Yogyakarta Principles plus 10. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 516–532. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1781262>
- Carpenter, C. S., Eppink, S. T., & Gonzales, G. (2020). Transgender status, gender identity, and socioeconomic outcomes in the United States. *ILR Review*, 73(3), 573–599. <https://doi.org/10.1177/0019793920902776>
- Carpenter, W. T., Gold, J. M., Lahti, A.C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., Kovnik, J., & Applebaum, P. S. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives of General Psychiatry*, 57(6), 533–538. <https://doi.org/10-1001/pubs.Arch Gen Psychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156>
- Carroll, L., Graff, C., Wicks, M., & Diaz Thomas, A. (2020). Living with an invisible illness: A qualitative study exploring the lived experiences of female children with congenital adrenal hyperplasia. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 29(3), 673–681. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02350-2>
- Carswell, J. M., & Roberts, A. L. (2017). Induction and maintenance of amenorrhea in transmasculine and nonbinary adolescents. *Transgender Health*, 2, 195–201. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0021>
- Carter, H. B., Albertsen, P. C., Barry, M. J., Etzioni, R., Freedland, S. J., Greene, K. L., Holmberg, L., Kantoff, P., Konety, B. R., Murad, M. H., Penson, D. F., & Zietman, A. L. (2013). Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *Journal of Urology*, 190(2), 419–426. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2013.04.119>
- Cartwright, C., Hughes, M., & Lienert, T. (2012). End-of-life care for gay, lesbian, bisexual and transgender people. *Culture, Health & Sexuality*, 14(5), 537–548. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1080/13691058.2012.673639>
- Casado, J. C., Rodríguez-Parra, M. J., & Adrián, J. A. (2017). Voice feminization in male-to-female transgendered clients after Wendler's glottoplasty with vs. without voice therapy support. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 274(4), 2049–2058. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4420-8>
- Castellano, E., Crespi, C., Dell'Aquila, C., Rosato, R., Catalano, C., Mineccia, V., Motta, G., Botto, E., & Manieri, C. (2015). Quality of life and hormones after sex reassignment surgery. *Journal of Endocrinological Investigation*, 38(12), 1373–1381. <https://doi.org/10.1007/s40618-015-0398-0>
- Catelan, R. F., Costa, A. B., & Lisboa, C. S. M. (2017). Psychological interventions for transgender persons: A scoping review. *International Journal of Sexual Health*, 29(4), 325–337. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1360432>
- Cauffman, E., & Steinberg, L. (2000). (Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(6), 741–760. <https://doi.org/10.1002/bsl.416>
- Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1147–1155. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611>
- Celentano, D. D., & Szklo, M. (2019). *Gordis Epidemiology*. Elsevier, Inc.
- Census Organization of India. (2015). Population Census 2011. <https://www.census2011.co.in>
- Center of Excellence for Transgender Health. (2016). Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People, 2nd edition. Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. <https://trans-care.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>
- Cirincione, L. R., Senneker, T., Scarsi, K. K., & Tseng, A. (2020). Drug interactions with gender-affirming hormone therapy: Focus on antiretrovirals and direct acting antivirals. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 16(7), 565–581. <https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1777278>
- Claes, K. E. Y., D'Arpa, S., & Monstrey, S. J. (2018). Chest surgery for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 369–380. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.010>
- Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., & Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in transsexualism: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning and perceived social support. *Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 168–79. <https://doi.org/10.1111/jsm.12711>
- Clark, B. A., Marshall, S. K., & Saewyc, E. M. (2020). Hormone therapy decision-making processes: Transgender youth and parents. *Journal of Adolescence*, 79, 136–147. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.016>
- Clark, B.A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohard-Dourlent, H., & Saewyc, E. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 158–169. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1394954>
- Clark, K. A., White Hughto, J. M., & Pachankis, J. E. (2017). "What's the right thing to do?" Correctional healthcare providers' knowledge, attitudes and experiences caring for transgender inmates. *Social Science & Medicine* (1982), 193, 80–89. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1016/j.socscimed.2017.09.052>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Clements-Nolle, K., Guzman, R., & Harris, S. G. (2008). Sex trade in a male-to-female transgender population: Psychosocial correlates of inconsistent condom use. *Sexual Health*, 5(1), 49–54. <https://doi.org/10.1071/SH07045>
- Cocchetti, C., Ristori, J., Mazzoli, F., Prunas, A., Bertelloni, S., Magini, A., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). 5 α -Reductase-2 deficiency: Is gender assignment recommended in infancy? Two case-reports and review of the literature. *Journal of Endocrinological Investigation*, 43(8), 1131–1136. <https://doi.org/10.1007/s40618-020-01193-w>
- Cocchetti, C., Ristori, J., Romani, A., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). Hormonal treatment strategies tailored to non-binary transgender individuals. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6),

1609. <https://doi.org/10.3390/jcm9061609>
- Cohanzad, S. (2016). Extensive metoidioplasty as a technique capable of creating a compatible analogue to a natural penis in female transsexuals. *Aesthetics in Plastic Surgery*, 40(1), 130-138. <https://doi.org/10.1007/s00266-015-0607-4>
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399-410. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4>
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41-53. <https://doi.org/10.1023/a:1021769215342>
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2009). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499-513. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9562-y>
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263-271. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017>
- Colebunders, B., Brondeel, S., D'Arpa, S., Hoebeke, P., & Monstrey, S. (2017). An update on the surgical treatment for transgender patients. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.08.001>
- Colebunders, B., T'Sjoen, G., Weyers, S., & Monstrey, S. (2014). Hormonal and surgical treatment in trans-women with BRCA1 mutations: A controversial topic. *Journal of Sexual Medicine*, 11(10), 2496-2499. <https://doi.org/10.1111/jsm.12628>
- Coleman, E., Allen, M. P., & Ford, J. V. (2018). Gender variance and sexual orientation among male spirit mediums in Myanmar. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 987-998. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1172-0>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfäfflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Colizzi, M., Costa, R., Pace, V., & Todarello, O. (2013). Hormonal treatment reduces psychobiological distress in gender identity disorder, independently of the attachment style. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3049-3058. <https://doi.org/10.1111/jsm.12155>
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.029>
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real? *Psychiatry Research*, 226(1), 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.045>
- Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the "case" definition: A systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 613-626. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001>
- Colton Meier, S. L., Fitzgerald, K. M., Pardo, S. T., & Babcock, J. (2011). The effects of hormonal gender affirmation treatment on mental health in female-to-male transsexuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(3), 281-299. <https://doi.org/10.1080/19359705.2011.581195>
- Colvin, C. J., Fairall, L., Lewin, S., Georgeu, D., Zwarenstein, M., Bachmann, M., Uebel, K. E., & Bateman, E. D. (2010). Expanding access to ART in South Africa: The role of nurse-initiated treatment Lessons from the STRETCH trial in the Free State. *South African Medical Journal*, 100(4), 210. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-75>
- Comite, F., Cutler, G. B., Jr., Rivier, J., Vale, W. W., Loriaux, D. L., & Crowley, W. F., Jr. (1981). Short-term treatment of idiopathic precocious puberty with a long-acting analogue of luteinizing hormone-releasing hormone. A preliminary report. *New England Journal of Medicine*, 305(26), 1546-1550. <https://doi.org/10.1056/nejm198112243052602>
- Comparison of State Correctional Policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(4), 393-407. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9>
- Conlin, S. E., Douglass, R. P., Larson-Konar, D. M., Gluck, M. S., Fiume, C., & Heesacker, M. (2019). Exploring nonbinary gender identities: A qualitative content analysis. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 13(2), 114-133. <https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1597818>
- Connelly, P. J., Clark, A., Touyz, R. M., & Delles, C. (2021). Transgender adults, gender-affirming hormone therapy and blood pressure: A systematic review. *Journal of Hypertension*, 39(2), 223-230. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1097/HJH.0000000000002632>
- Connelly, P. J., Marie Freel, E., Perry, C., Ewan, J., Touyz, R. M., Currie, G., & Delles, C. (2019). Gender-affirming hormone therapy, vascular health and cardiovascular disease in transgender adults. *Hypertension*, 74(6), 1266-1274.

<https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.13080>

- Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health, 102*(1), 118-122. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315>
- Cook-Daniels, L. (2016). Understanding Transgender Elders. In D.A. Harley, & P.B. Tester, *Handbook of LGBT Elders* (pp. 285-308). Springer.
- Coolhart, D. (2018). Helping families move from distress to resilience. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Coolhart, D., Ritenour, K., & Grodzinski, A. (2017). Experiences of ambiguous loss for parents of transgender male youth: A phenomenological exploration. *Contemporary Family Therapy, 40* (1), 28-41. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9426-x>
- Coon, D., Tuffaha, S., Christensen, J., & Bonawitz, S. C. (2013). Plastic surgery and smoking: A prospective analysis of incidence, compliance, and complications. *Plastic and Reconstructive Surgery, 131*(2), 385-391. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318277886a>
- Cornwall, A., & Jolly, S. (2006). Introduction: Sexuality matters. *IDS Bulletin, 37*(5), 1-11. <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2006.tb00295.x>
- Corrective Services New South Wales. (2015). "Section 7.23 Management of transgender and intersex inmates", *Operations Procedures Manual*, Sydney, NSW
- Costa, A. B., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., Cardoso, D., Soll, B., Schwarz, K., Schneider, M. A., Gagliotti, D. A. M., Saadeh, A., Lobato, M. I. R., Nard, H. C., & Koller, S. H. (2018). Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health, 20*(1), 115-123. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7>
- Costa, L. B. F., Rosa-e-Silva, A. C. J. D. S., Medeiros, S. F. D., Nacul, A. P., Carvalho, B. R. D., Benetti-Pinto, C. L., Ylea, D. A., Maciel, Soares, J. M., & Maranhão, T. M. D. O. (2018). Recommendations for the use of testosterone in male transgender. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 40*, 275-280. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657788>
- Costa, R., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2016). To treat or not to treat: Puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. *Nature Reviews. Urology, 13*(8), 456-462. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2016.128>
- Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(11), 2206-2214. <https://doi.org/10.1111/jsm.13034>
- Cosyns, M., Van Borsel, J., Wierckx, K., Dedecker, 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/doi:10.1111/jsm.12681>
- Davey, A., Bouman, W. P., Meyer, C., & Arcelus, J. (2015). Interpersonal functioning among individuals with gender dysphoria. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1173-1185. <https://doi.org/10.1002/jclp.22209>
- Davies, S., Papp, V. G., & Antoni, C. (2015). Voice and communication change for gender nonconforming individuals: Giving voice to the person inside. *International Journal of Transgenderism*, 16(3), 117-159. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075931>
- Davis, S. A., & Colton Meier, S. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health*, 26(2), 113-128. <https://doi.org/10.1080/19317611.2013.833152>
- Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth's school experiences and perceptions of school climate. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(8), 1731-1742. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0866-x>
- de Blok, C. J. M., Dijkman, B. A. M., Wiepjes, C. M., Staphorsius, A. S., Timmermans, F. W., Smit, J. M., Dreijerink, K. M. A., & den Heijer, M. (2021). Sustained breast development and breast anthropometric changes in 3 years of gender-affirming hormone treatment. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(2), e782-e790. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa841>
- de Blok, C. J. M., Klaver, M., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2018). Breast development in transwomen after 1 year of cross-sex hormone therapy: Results of a prospective multicenter study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(2), 532-538. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01927>
- de Blok, C. J. M., Staphorsius, A. S., Wiepjes, C. M., Smit, J. M., Nanayakkara, P. W. B., & den Heijer, M. (2020). Frequency, determinants, and satisfaction of breast augmentation in trans women receiving hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(2), 342-348. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.021>
- De Cuypere, G., & Vercruyssen, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194-205. <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., Kosteljik, E. H., Soufan, A. T., Voorn-de Warem, I. A. C., den Heijer, M., Huirne, J., & van Mello, N. M. (2020). Impaired semen quality in trans women: Prevalence and determinants. *Human Reproduction*, 35(7), 1529-1536. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa133>
- de Oliveira, L., Carvalho, J., Sarikaya, S., Urkmez, A., Salonia, A., Russo, G. I., & the, E. A. U. Y. A. U. M. s. H. W. g. (2021). Patterns of sexual behavior and psychological processes in asexual persons: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(6), 641-651. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0336-3>
- de Roo, C., Lierman, S., Tilleman, K., Peynshaert, K., Braeckmans, K., Caanen, M., Lambalk, C. B., Weyers, S., T'Sjoen, G., Cornelissen, R., & De Sutter, P. (2017). Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: Insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment. *Reproductive Biomedicine Online*, 34(6), 557-566. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.03.008>
- de Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 112-119. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275>
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), 3-97. <https://doi.org/2003-08360-002>
- de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301-320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Disorders of sex development and gender identity outcome in adolescence and adulthood: Understanding gender identity development and its clinical implications. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 4(4), 343-351.
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1195-1202. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696-704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism Spectrum Disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930-936. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
- de Vries, A. L. C., Richards, C., Tishelman, A. C., Motmans, J., Hannema, S. E., Green, J., & Rosenthal, S. M. (2021). Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 1-8. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1904330>
- de Vries, A. L. C., Roehle, R., Marshall, L., Frisé, L., van de Griff, 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.urolgy.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-Montaña, 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>
- Deleamarre-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., Tséplidís, 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 LGBTQI health competency and implementing reform. *Medical Education Online*, 23(1), 1510703. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1510703>
- Dharma, C., Scheim, A. I., & Bauer, G. R. (2019). Exploratory factor analysis of two sexual health scales for transgender people: Trans-specific condom/barrier negotiation self-efficacy (T-barrier) and trans-specific sexual body image worries (T-worries). *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1563-1572. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1383-4>
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS One*, 6(2), e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44-57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>
- Dick, B., & Ferguson, B. J. (2015). Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 3-6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260>
- Dierckx, M., Mortelmans, D., & Motmans, J. (2019). Role ambiguity and role conflict among partners of trans people. *Journal of Family Issues*, 40(1), 85-110. <https://doi.org/10.1177/0192513x18800362>
- Din-Dzietham, R., Nembhard, W. N., Collins, R., & Davis, S. K. (2004). Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans. The metro Atlanta heart disease study, 1999-2001. *Social Science & Medicine*, 58(3), 449-461. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00211-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00211-9)
- Dizon, D. S., Tejada-Berges, T., Koelliker, S., Steinhoff, M., & Granai, C. O. (2006). Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 62(4), 226-228. <https://doi.org/10.1159/000094097>
- Djordjevic, M. L., Majstorovic, M., Stanojevic, D., Bizic, M., Ducic, S., Kojovic, V., & Perovic, S. (2008). One-stage repair of severe hypospadias using combined buccal mucosa graft and longitudinal dorsal skin flap. *European Journal of Pediatric Surgery*, 18(6), 427-430. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1038929>
- Do, T. T., Nguyen, T. V. A., Vu, X. T., & Nguyen, T. P. T. (2018). Seeking healthcare as a transgender woman in Vietnam: Access barriers and the situation of hormone use. *Regional Journal of Southeast Asian Studies*, 3,2,30-58. <http://www.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: im-

- proving 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/me-dethics-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 Griff, 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.jpjag.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 multi-disciplinary 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.eu>

- ropa.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/sources/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.0000000000000231>
- 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., Emler, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., & Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 54(3), 488-500. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt021>
- Frey, J. D., Poudrier, G., Thomson, J. E., & Hazen, A. (2017). A historical review of gender-affirming medicine: Focus on genital reconstruction surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 14(8), 991-1002. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.06.007>
- Fung, R., Gallibois, C., Coutin, A., & Wright, S. (2020). Learning by chance: Investigating gaps in transgender care education amongst family medicine, endocrinology, psychiatry and urology residents. *Canadian Medical Education Journal*, 11(4), e19-e28. <https://doi.org/10.36834/cmej.53009>
- Furtado, P. S., Moraes, F., Lago, R., Barros, L. O., Toralles, M. B., & Barroso, U. (2012). Gender dysphoria associated with disorders of sex development. *Nature Reviews Urology*, 9(11), 620–627. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2012.182>
- Gaither, T. W., Awad, M. A., Osterberg, E. C., Murphy, G. P., Romero, A., Bowers, M. L., & Breyer, B. N. (2018). Postoperative complications following primary penile inversion vaginoplasty among 330 male-to-female transgender patients. *Journal of Urology*, 199(3), 760-765. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.10.013>
- Galupo, M. P., Henise, S. B., & Mercer, N. L. (2016). "The labels don't work very well": Transgender individuals' conceptualizations of sexual orientation and sexual identity. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 93-104. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1189373>
- Galupo, M. P., Pulice-Farrow, L., Clements, Z.A., & Morris, E.R. (2019). "I love you as both and I love you as neither": Romantic partners' affirmations of nonbinary trans individuals. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 315-327. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1496867>
- Gamarel, K. E., Mereish, E. H., Manning, D., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2015). Minority stress, smoking patterns, and cessation attempts: Findings from a community-sample of transgender women in the San Francisco Bay area. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(3), 306-313. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv066>
- Gao, Y., Maurer, T., & Mirmirani, P. (2018). Understanding and

- addressing hair disorders in transgender individuals. *American Journal of Clinical Dermatology*, 19(4), 517-527. <https://doi.org/10.1007/s40257-018-0343-z>
- Garaffa, G., Ralph, D. J., & Christopher, N. (2010). Total urethral construction with the radial artery-based forearm free flap in the transsexual. *BJU International*, 106(8), 1206-1210. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09247.x>
- Garcia, M. M. (2018). Sexual function after shallow and full-depth vaginoplasty: Challenges, clinical findings, and treatment strategies - urologic perspectives. *Clinical Plastic Surgery*, 45(3), 437-446. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.04.002>
- Garcia, M. M. (2021). Decision-making in masculinizing surgery and feminizing surgery. In D. Nikolavsky & S. A. Blakely (Eds.), *Urological Care for the Transgender Patient: A Comprehensive Guide*, pp. 7-21. Springer International Publishing.
- Garcia, M. M., & Zaliznyak, M. (2020). Effects of feminizing hormone therapy on sexual function of transgender women. *Journal of Urology*, 203(Suppl. 4), e672-e672. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000900.020>
- Garcia, M. M., Christopher, N. A., De Luca, F., Spilotros, M., & Ralph, D. J. (2014). Overall satisfaction, sexual function, and the durability of neophallus dimensions following staged female to male genital gender confirming surgery: The Institute of Urology, London U.K. experience. *Translational Andrology and Urology*, 3(2), 156-162. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.04.10>
- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625-635. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625>
- Garrison, S. (2018). On the limits of "trans enough": Authenticating trans identity narratives. *Gender & Society*, 32(5), 613-637. <https://doi.org/10.1177/0891243218780299>
- Gava, G., Cerpolini, S., Martelli, V., Battista, G., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2016). Cyproterone acetate vs leuprolide acetate in combination with transdermal oestradiol in transwomen: A comparison of safety and effectiveness. *Clinical Endocrinology*, 85(2), 239-246. <https://doi.org/10.1111/cen.13050>
- Gava, G., Mancini, I., Alvisi, S., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2020). A comparison of 5-year administration of cyproterone acetate or leuprolide acetate in combination with estradiol in transwomen. *European Journal of Endocrinology*, 183(6), 561-569. <https://doi.org/10.1530/EJE-20-0370>
- Gava, G., Mancini, I., Cerpolini, S., Baldassarre, M., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2018). Testosterone undecanoate and testosterone enanthate injections are both effective and safe in transmen over 5 years of administration. *Clinical Endocrinology*, 89(6), 878-886. <https://doi.org/10.1111/cen.13821>
- Gebreab, S. Z., Vandeleur, C. L., Rudaz, D., Strippoli, M.-P. F., Gholam-Rezaee, M., Castelao, E., Lasserre, A. M., Glaus, J., Pistis, G., Kuehner, C., von Känel, R., Marques-Vidal, P., Volkenweider, P., & Preisig, M. (2018). Psychosocial stress over the lifespan, psychological factors, and cardiometabolic risk in the community. *Psychosomatic Medicine*, 80(7), 628-639. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000621>
- Gelfer, M. P., & Tice, R. M. (2013). Perceptual and acoustic outcomes of voice therapy for male-to-female transgender individuals immediately after therapy and 15 months later. *Journal of Voice*, 27(3), 335-347. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.07.009>
- Geneid, A., Rihkanen, H., & Kinnari, T. J. (2015). Long-term outcome of endoscopic shortening and stiffening of the vocal folds to raise the pitch. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 272(12), 3751-3756. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3721-7>
- Georgeu, D., Colvin, C. J., Lewin, S., Fairall, L., Bachmann, M. O., Uebel, K., Zwarenstein, M., Draper, B., & Bateman, E. D. (2012). Implementing nurse-initiated and managed antiretroviral treatment (NIMART) in South Africa: A qualitative process evaluation of the STRETCH trial. *Implementation Science*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-66>
- Gerritse, K., Hartman, L., Antonides, M. F., Wensing-Kruger, A., de Vries, A. L. C., & Molewijk, B. C. (2018). Moral challenges in transgender care: A thematic analysis based on a focused ethnography. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2319-2333. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1287-3>
- Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Safer, J., Slovis, J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 169(4), 205-213. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.7326/M17-2785>
- Gibson, D.J., Glazier, J.J., Olson, K.R. (2021). Evaluation of anxiety and depression in a community sample of transgender youth. *JAMA Network Open* 4, e214739-e214739. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4739>
- Gieles, N. C., van de Grift, T. C., Elaut, E., Heylens, G., Becker-Hebly, I., Nieder, T. O., Laan, E. T. M., & Kreukels, B. P. C. (2022). Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study. *International Journal of Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2028693>
- 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>
- GIRES, 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., Psihopaidas, D., Chavis, N. S., Massaquoi, M., Cahill, S., Rebchook, G., Reisner, S., Mayer, K. A., Cohen, S. M., & Keuroghlian, A. S. (2022). HIV care continuum interventions for transgender women: A topical review. *Public Health Reports, Advance online publication*. <https://doi.org/10.1177/00333549211065517>
- Goldstein, Z., Khan, M., Reisman, T., & Safer, J. D. (2019). Managing the risk of venous thromboembolism in transgender adults undergoing hormone therapy. *Journal of Blood Medicine*, 10, 209-216. <https://doi.org/10.2147/JBM.S166780>
- Golub, S. A., Fikslin, R. A., Starbuck, L., & Klein, A. (2019). High rates of PrEP eligibility but low rates of PrEP access among a national sample of transmasculine individuals. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 82(1), e1-e7. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002116>
- Gomez, A. M., Đđ, 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.ecl.2019.01.001>
- Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3129-3134. <https://doi.org/10.1111/jsm.12319>
- Gooren, L. J., Wierckx, K., & Giltay, E. J. (2014). Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: Reversal of the traditional sex difference in cardiovascular disease pattern. *European Journal of Endocrinology*, 170(6), 809-819. <https://doi-org.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://openscholar->

ship.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., Lypustina, 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 non-binary persons on testosterone. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(2), 217. <https://doi.org/10.1016/j.jpjag.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 non-conforming 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. <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/sm2.81>
- Hess, J., Henkel, A., Bohr, J., Rehme, C., Panic, A., Panic, L., Rossi Neto, R., Hadaschik, B., & Hess, Y. (2018). Sexuality after male-to-female gender affirmation surgery. *BioMed Research International*, 2018, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2018/9037979>
- Hess, J., Hess-Busch, Y., Kronier, J., Rubben, H., & Rossi Neto, R. (2016). Modified preparation of the neurovascular bundle in male to female transgender patients. *Urology International*, 96(3), 354–359. <https://doi.org/10.1159/000443281>
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. R., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 151–156. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954>
- Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., T'Sjoen, G., & De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: A prospective study of persons with a gender identity disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 119–126. <https://doi.org/10.1111/jsm.12363>
- Hidalgo, M. A., & Chen, D. (2019). Experiences of gender minority stress in cisgender parents of transgender/gender-expansive prepubertal children: A qualitative study. *Journal of Family Issues*, 40(7), 865–886. <https://doi.org/10.1177/0192513x19829502>

- Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P., & Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56(5), 285–290. <https://doi.org/10.1159/000355235>
- Hines, M., Constantinescu, M., & Spencer, D. (2015). Early androgen exposure and human gender development. *Biology of Sex Differences*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s13293-015-0022-1>
- Hiransuthikul, A., Himmad, L., Kerr, S. J., Janamnuaysook, 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., Janamnuaysook, 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>
- Hoebcke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuyper, 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/NEJMc1104429>
- 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 non-conforming 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/ad.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/Im_Scared_to_Be_a_Woman/index.htm
- Human Rights Watch. (2017). "I want to be like nature made me": Medically unnecessary surgeries on intersex children in the U.S. https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/lgbtintersex0717_web_0.pdf
- Hunt, J. (2014). An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(4), 288-296. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.838597>
- Hunt, J., Bristowe, K., Chidyamatara, 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>
- lantaffi, 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://10.1080/13691058.2010.537770>
- Idrus, N. I., & Hymans, T. D. (2014). Balancing benefits and harm: Chemical use and bodily transformation among Indonesia's transgender waria. *International Journal of Drug Policy*, 25(4), 789-797.
- ILGA World. (2020a). Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Trans_Legal_Mapping_Report_2019_EN.pdf
- ILGA World. (2020b). Curbing deception: a world survey on legal regulation of so-called "conversion therapies". https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Curbing_Deception_world_survey_legal_restrictions_conversion_therapy.pdf
- Ingraham, N., Wingo, E., & Roberts, S. C. M. (2018). Inclusion of LGBTQ persons in research related to pregnancy risk: A cognitive interview study. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2018-200097>
- International Commission of Jurists (2007). Yogyakarta Principles - Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity. www.yogyakartaprinciples.org
- International Commission of Jurists. (2017). The Yogyakarta Principles Plus 10 - Additional Principles and State Obligation on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation, Gender Expression and Sex Characteristics to Complement the Yogyakarta Principles. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Report of an Expert Panel. Interprofessional Education Collaborative.
- Irwig, M. S. (2017). Testosterone therapy for transgender men. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5, 301-311. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(16\)00036-x](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(16)00036-x)
- Irwig, M. S. (2018). Cardiovascular health in transgender people. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 19(3), 243-251. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9454-3>
- Irwig, M. S., Childs, K., & Hancock, A. B. (2017). Effects of testosterone on the transgender male voice. *Andrology*, 5(1), 107-112. <https://doi.org/10.1111/andr.12278>
- Irwig, M.S. (2021). Is there a role for 5 α -reductase inhibitors in transgender individuals? *Andrology*, 9(6), 1729-1731. <https://doi.org/10.1111/andr.12881>

- Isaacson, D., Aghili, R., Wongwittava, N., & Garcia, M. (2017). How big is too big? The girth of bestselling insertive sex toys to guide maximal neophallus dimensions. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(11), 1455-1461. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.012>
- Islam, N., Nash, R., Zhang, Q., Panagiotakopoulos, L., Daley, T., Bhasin, S., Getahun, D., Sonya Haw, J., McCracken, C., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Is there a link between hormone use and diabetes incidence in transgender people? Data from the STRONG cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(4), e1549-e1557. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab832>
- Isshiki, N., Taira, T., & Tanabe, M. (1983). Surgical alteration of the vocal pitch. *The Journal of Otolaryngology*, 12(5), 335-340. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6644864/>
- Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Rothman, M. S., Van Schuylenbergh, J., Van de Bruaene, L., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2019). Health considerations for transgender women and remaining unknowns: A narrative review. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 10, 204201881987116. <https://doi.org/10.1177/2042018819871166>
- Iwamoto, S. J., Grimstad, F., Irwig, M. S., & Rothman, M. S. (2021). Routine screening for transgender and gender diverse adults taking gender-affirming hormone therapy: A narrative review. *Journal of General Internal Medicine*, 36(5), 1380-1389. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06634-7>
- Iwamoto, S. J., T'Sjoen, G., Safer, J. D., Davidge-Pitts, C. J., Wierman, M. E., Glodowski, M. B., & Rothman, M. S. (2019). Letter to the editor: "Progesterone is important for transgender women's therapy - applying evidence for the benefits of progesterone in ciswomen". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 104(8), 3127-3128. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-00249>
- Jablonski, R. A., Vance, D. E., & Beattie, E. (2013). The invisible elderly: Lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 46-52. <https://doi.org/10.3928/00989134-20130916-0>
- Jackowich, R. A., Vale, R., Vale, K., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2014). Voluntary genital ablations: Contrasting the cutters and their clients. *Sexual Medicine*, 2(3), 121-132. <https://doi.org/10.1002/sm.2.33>
- Jackson Levin, N., Kattari, S. K., Piellusch, E. K., & Watson, E. (2020). "We just take care of each other": Navigating 'chosen family' in the context of health, illness, and the mutual provision of care amongst queer and transgender young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7346. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197346>
- Jacobson, G. J., Niemira, J. C., & Violeta, K. J. (Eds.). (2019). *Sex, Sexuality, and Trans Identities: Clinical Guidance for Psychotherapists and Counselors*. Jessica Kingsley Publishers.
- Jadoul, P., Guilmain, A., Squifflet, J., Luyckx, M., Votino, R., Wyns, C., & Dolmans, M. M. (2017). Efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: Lessons learned from 545 cases. *Human Reproduction*, 32(5), 1046-1054. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex040>
- Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nuñez, D. (2018). Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. *BioMed Research International*, 2018, 8639263. <https://doi.org/10.1155/2018/8639263>
- Jahromi, A. H., Horen, S. R., Dorafshar, A. H., Seu, M. L., Radix, A., Anderson, E., Green, J., Fraser, L., Johannesson, L., Testa, G., Schechter, L. S. M., & Schechter, L. (2021). Uterine transplantation and donation in transgender individuals; Proof of concept. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 349-359. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915635>
- Jakomin, J. R., Ziegler, A., Rio, C., & Suddarth, R. (2020). Opportunities to learn transgender voice and communication therapy in graduate speech-language pathology education: Preliminary e-survey findings. *Perspectives*, 5(4), 876-883. https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00047
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). The report of the 2015 U.S. Transgender Survey. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-AIAN-Report-Dec17.pdf>
- James-Abra, S., Tarasoff, L., Green, D., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L. S., Ross, L. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. *Human Reproduction*, 30(6), 1365-1374. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev087>
- Jarrett, B. A., Corbet, A. L., Gardner, I. H., Weinand, J. D., & Peitzmeier, S. M. (2018). Chest binding and care seeking among transmasculine adults: A cross-sectional study. *Transgender Health*, 3(1), 170-178. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0017>
- Jasuja, G. K., de Groot, A., Quinn, E. K., Ameli, O., Hughto, J. M., Dunbar, M., Deutsch, M., Streed, C. G., Paasche-Orlos, M., Wolfe, H. L., & Rose, A. J. (2020). Beyond gender identity disorder diagnosis codes: An examination of additional methods to identify transgender individuals in administrative databases. *Medical Care*, 58(10), 903. <https://doi.org/uk/10.1097/MLR.0000000000001362>
- Javier, C., Crimston, C. R., & Barlow, F. K. (2022). Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health*, 23(3), 255-273. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2038334>
- Jazayeri, H. E., Lopez, J., Sluiter, E. C., O'Brien-Coon, D., Bluebond-Langner, R., Kuzon, W. M., Jr., Berli, J. U., Monstrey, S. J., Deschamps-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 Brown-miller: 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-Maghami, 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 sublaxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611-618. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33>
- Kang, A., Aizen, J. M., Cohen, A. J., Bales, G. T., & 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>
- 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., Blosnich, 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). Sistergirls/brotherboys: The status of indigenous transgender Australians. *International Journal of Transgender Health*, 15(3-4), 173-186. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995262>
- Khalili, J., Leung, L. B., & Diamant, A. L. (2015). Finding the perfect doctor: Identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender-competent physicians. *American Journal of Public Health*, 105(6), 1114–1119. <https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302448>
- Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *The Journal of Pediatrics*, 164(4), 906–911. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068>
- Kidd, J. D., Dolezal, C., & Bockting, W. O. (2018). The relationship between tobacco use and legal document gender-marker change, hormone use, and gender-affirming surgery in a United States sample of trans-feminine and trans-masculine individuals: Implications for cardiovascular health. *LGBT Health*, 5(7), 401-411. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0103>
- Kidd, K. M., Sequeira, G. M., Douglas, C., Paglisotti, T., Inwards-Breland, D. J., Miller, E., & Coulter, R. (2021). Prevalence of gender-diverse youth in an urban school district. *Pediatrics*, 147(6), e2020049823. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049823>
- Kim, H.T. (2020) Vocal feminization for transgender women: Current strategies and patient perspectives. *International Journal of General Medicine*, 13, 43-52. <http://doi.org/doi:10.2147/IJGM.S205102>
- Kim, E. Y. (2015). Long-term effects of gonadotropin-releasing hormone analogs in girls with central precocious puberty. *Korean Journal of Pediatrics*, 58(1), 1–7. <https://doi.org/10.3345/kjp.2015.58.1.1>
- Kim, H. T. (2017). A new conceptual approach for voice feminization: 12 years of experience. *The Laryngoscope*, 127(5), 1102–1108. <https://doi.org/10.1002/lary.26127>
- Kirey-Sitnikova, Y. (2021). Prospects and challenges of gender neutralization in Russian. *Russian Linguistics*, 45(2), 143-158. <https://doi.org/10.1007/s11185-021-09241-6>
- Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2017). Sexual Rights as Human Rights: A guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. *International Journal of Sexual Health*, 29(suppl.1), 1-92. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1353865>
- Klaver, M., de Mutsert, R., van der Loos, M., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., & Klink, D. T. (2020). Hormonal treatment and cardiovascular risk profile in transgender adolescents. *Pediatrics*, 145(3), e20190741. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0741>
- Klaver, M., de Mutsert, R., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., Rotteveel, J., & Klink, D. T. (2018). Early hormonal treatment affects body composition and body shape in young transgender adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(2), 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.12.009>
- Klein, A., & Golub, S.A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*. 3(3), 193-199. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111>
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review. *Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922-2939. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01370>
- Klein, D. A., Berry-Bibee, E. N., Baker, K. K., Malcolm, N. M., Rollison, J. M., & Frederiksen, B. N. (2018). Providing quality family planning services to LGBTQIA individuals: A systematic review. *Contraception*, 97(5) <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.12.016>
- Klein, D. A., Paradise, S. L., & Goodwin, E. T. (2018). Caring for transgender and gender-diverse persons: What clinicians should know. *AFP Journal*, 98(11), 645-653. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30485050>
- Kleinplatz, P. J. (Ed.). (2012). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives (second edition)*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Klimstra, T. A., Hale, W. W. III., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2009). Identity formation in adolescence: Change or stability? *Journal of Youth and Adolescence*, 39(2), 150–162. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9401-4>
- Klink, D., Bokenkamp, A., Dekker, C., & Rotteveel, J. (2015). Arterial hypertension as a complication of triptorelin treatment

- in adolescents with gender dysphoria. *Endocrinology and Metabolism International Journal*, 2(1), 36-38. <https://doi.org/10.15406/emij.2015.02.00008>
- Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(2), E270-E275. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439>
- Kloer, C., Parker, A., Blasdel, G., Kaplan, S., Zhao, L., & Bluebond-Langner, R. (2021). Sexual health after vaginoplasty: A systematic review. *Andrology*, 9(6), 1744-1764. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/andr.13022>
- Klosky, J. L., Anderson, L. E., Russell, K. M., Huang, L., Zhang, H., Schover, L. R., Simmons, J. L., & Kutteh, W. H. (2017). Provider influences on sperm banking outcomes among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Journal of Adolescent Health*, 60(3), 277-283. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.020>
- Klosky, J. L., Flynn, J. S., Lehmann, V., Russell, K. M., Wang, F., Hardin, R. N., Eddinger, J. R., Zhang, H., Schenck, L. A., & Schover, L. R. (2017). Parental influences on sperm banking attempts among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Fertility and Sterility*, 108(6), 1043-1049. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.08.039>
- Klosky, J. L., Wang, F., Russell, K. M., Zhang, H., Flynn, J. S., Huang, L., Wasilewski-Masker, K., Landier, W., Leonard, M., Albritton, K. H., Gupta, A. A., Casilas, J., Colte, O., Kutteh, W. H., & Schover, L. R. (2017). Prevalence and predictors of sperm banking in adolescents newly diagnosed with cancer: Examination of adolescent, parent, and provider factors influencing fertility preservation outcomes. *Journal of Clinical Oncology*, 35(34), 3830-3865. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.4767>
- Knutson, D., Koch, J. M., & Goldbach, C. (2019). Recommended terminology, pronouns, and documentation for work with transgender and non-binary populations. *Practice Innovations*, 4(4), 214-224. <https://doi.org/10.1037/pri0000098>
- Koçak, I., Akpınar, M. E., Cakır, Z. A., Doğan, M., Bengisu, S., & Celikoyar, M. M. (2010). Laser reduction glottoplasty for managing androphonia after failed cricothyroid approximation surgery. *Journal of Voice*, 24(6), 758-764. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.06.004>
- Kocan, S., & Gursoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *Journal of Breast Health*, 12(4), 145-150. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>
- Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2018). Genders and individual treatment progress in (non-)binary trans individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(1), 102-113. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.007>
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex*. Tavistock Publications.
- Kojima, T., Shoji, K., Isshiki, N., & Nakamura, K. (2008). Thyroplasty type III for treatment of voice problem in GID of female-to-male type. *Practica Oto-Rhino-Laryngologica*, 101(1), 39-43. <https://doi.org/10.5631/jibirin.101.39>
- Kon, A. (2015). Ethical issues in decision-making for infants with disorders of sex development. *Hormone and Metabolic Research*, 47(05), 340-343. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1547269>
- Kornienko, O., Santos, C., Martin, C., & Granger, K. (2016). Peer influence on gender identity development in adolescence. *Developmental Psychology*, 52(10), 1578-1592. <https://doi.org/10.1037/dev0000200>
- Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2018). Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 271-275. <https://doi-org.nottingham.idm.oclc.org/10.1007/s11154-018-9452-5>
- Kosilek v. Mass. Department of Corrections/ Kathleen Dennehy; Kosilek v. Spencer, 889 F.Supp.2d 190 (D. Mass. Sept. 4, 2012); "Kosilek II."
- Kosilek v. Massachusetts, 221 F. Supp. 2d 156 (D Mass 2002).
- Kozato, A., Fox, G. C., Yong, P. C., Shin, S. J., 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., Wiepjes, C. M., Conemans, E. B., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2021). Toward a lowest effective dose of cyproterone acetate in trans women: Results from the ENIGI study. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 106(10), e3936–e3945. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1210/clinem/dgab427>
- Kuvalanka, K. A., Bellis, C., Goldberg, A. E., & McGuire, J. K. (2019). An exploratory study of custody challenges experienced by affirming mothers of transgender and gender-nonconforming children. *Family Court Review*, 57(1), 54–71. <https://doi.org/10.1111/fcre.12387>
- Kuvalanka, K. A., Mahan, D. J., McGuire, J. K., & Hoffman, T. K. (2017). Perspectives of mothers of transgender and gender-nonconforming children with autism spectrum disorder. *Journal of Homosexuality*, 65(9), 1167–1189. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1406221>
- Kuyper, L., & 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>
- 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-Magruder, L., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Kattari, S. K., & Ramos, D. (2014). Experiences of intimate partner violence and subsequent police reporting among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer adults in Colorado. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(5), 855–871. <https://doi.org/10.1177/0886260514556767>
- Langley, R. E., Gilbert, D. C., Duong, T., Clarke, N. W., Nankivell, M., Rosen, S. D., Mangar, S., Macnair, A., Sundaram, S. K., Laniado, M. E., Dixit, S., Madaan, S., Manetta, C., Pope, A., Scrase, C. D., McKay, S., Muazzam, I. A., Collins, G. N., 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., Journal, N. M., Beaulieu-Prevost, D., Belanger, M., Ruffion, A., & Terrier, J. E. (2017). Genital sensory detection thresholds and patient satisfaction with vaginoplasty in male-to-female transgender women. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.005>
- Ledesma, E., & Ford, C. L. (2020). Health implications of housing assignments for incarcerated transgender women. *American Journal of Public Health*, 110(5), 650–654. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305565>
- Lee, D. S., Marsh, L., Garcia-Altieri, M. A., Chiu, L. W., & Awad, S. S. (2016). Active mental illnesses adversely affect surgical outcomes. *The American Surgeon*, 82(12), 1238–1243. <https://doi.org/10.1177/000313481608201233>
- Lee, H., Operario, D., van den Berg, J. J., Yi, H., Choo, S., & Kim, S. S. (2020). Health disparities among transgender adults in South Korea. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 32(2-3), 103–110. <https://doi.org/10.1177%2F1010539520912594>
- Lee, H., Park, J., Choi, B., Yi, H., & Kim, S. S. (2018). Experiences of and barriers to transition-related healthcare among Korean transgender adults: Focus on gender identity disorder diagnosis, hormone therapy, and sex reassignment surgery. *Epidemiology and Health*, 40, 1–13. <https://doi.org/10.4178/epih.e2018005>
- Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y. M., Glidden, D. V., & Rosenthal, S. M. (2020). Low bone mineral density in early pubertal transgender/gender diverse youth: Findings from the Trans Youth Care Study. *Journal of Endocrine Society*, 4(9), bvaa065. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065>
- Lee, P. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., & Hughes, I. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *International Consensus Conference on Intersex. Pediatrics*, 118(2):e488–500. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0738>
- Lee, P. A., Nordenström, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L.M., Lin-Su, K., Looijenga, L. H. J.3rd, Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Mouriquand, P., Quigley, C. A., Sandberg, D. E., Vilain, E., & Witchel, S. (2016). Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(3), 158–180. <https://doi.org/10.1159/000442975>
- Lefevor, G. T., Sprague, B. M., Boyd-Rogers, C. C., & Smack, A. C. P. (2018). How well do various types of support buffer psychological distress among transgender and gender nonconforming students? *International Journal of Transgenderism*, 20(1), 39–48. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452172>
- Lehmann, V., Keim, M. C., Nahata, L., Shultz, E. L., Klosky, J. L., Tuinman, M. A., & Gerhardt, C. A. (2017). Fertility-related knowledge and reproductive goals in childhood cancer survivors: short communication. *Human Reproduction*, 32(11), 2250–2253. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex297>
- Leibowitz, S., & de Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria in adolescence. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 21–35. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844>
- Lerner, J. E., Martin, J. I., & Gorsky, G. S. (2020). More than an apple a day: Factors associated with avoidance of doctor visits among transgender, gender nonconforming, and nonbinary people in the USA. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(2), 409–426. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00469-3>
- Leung, A., Sakkas, D., Pang, S., Thornton, K., & Resetkova, N. (2019). Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cisgender patients: A new frontier in reproductive medicine. *Fertility and Sterility*, 112(5), 858–865. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.07.014>

- Lev, A.I. & Wolf-Gould, C. (2018). Collaborative treatment across disciplines. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Levine, S. B. (2009). Real-Life Test Experience: Recommendations for revisions to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 186–193. <https://doi.org/10.1080/15532730903383773>
- Levine, S. B., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P. T., Hage, J., Van Maasdam, J., Petersen, M., Pfafflin, F., & Schaefer, L. C. (1998). *The Standards of Care for Gender Identity Disorders Fifth Edition*. *International Journal of Transgenderism* 2,2, <http://www.symposion.com/ijt/jtc0405.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.000000000000271>
- 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., & Meriggola, 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-Senosiain, O., Labanca, T., & Gómez-Gil, E. (2018). Aesthetic refinement in the creation of the clitoris, its preputial hood, and labia minora in male-to-female transsexual patients. *Annals of Plastic Surgery*, 81(4), 393-397. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001532>
- Mann, R. (2006). The treatment of transgender prisoners, not just an American problem - Comparative analysis of American, Australian, and Canadian prison policies concerning the treatment of transgender prisoners and a "universal" recommendation to improve treatment. *Law & Sexuality: A Review Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Legal Issues*, 15, 92-133.
- Manrique, O. J., Sabbagh, M. D., Ciudad, P., Martinez-Jorge, J., Kiranantawat, K., Sitpahul, N., Nippoldt, T. B., Charafeddine, A., & Chen, H. C. (2018). Gender-confirmation surgery using the pedicle transverse colon flap for vaginal reconstruction: A clinical outcome and sexual function evaluation study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(3), 767-771. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004122>
- Manson, J. E., Chlebowski, R. T., Stefanick, M. L., Aragaki, A. K., Rossouw, J. E., Prentice, R. L., Anderson, G., Howard, B.V., Thomson, C.A., LaCroix, A.Z., Wactawski-Wende, J., Jackson, R.D., Limacher, M., Margolis, K.L., Wassertheil-Smoller, S., Beresford, S.A., Cauley, J.A., Eaton, C.B., Gass, M., ...& Wallace, R. B. (2013). Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *The Journal of the American Medical Association*, 310(13), 1353-1368.
- Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C. J., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3914-3923. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1210/jc.2017-01643>
- Margulies, I. G., Chuang, C., Travieso, R., Zhu, V., Persing, J. A., Steinbacher, D. M., & Zellner, E. G. (2021). Preferences of transgender and gender-nonconforming persons in gender-confirming surgical care: A cross-sectional study. *Annals of Plastic Surgery*, 86(1), 82-88. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002351>
- Marinkovic, M., & Newfield, R. S. (2017). Chest reconstructive surgeries in transmasculine youth: Experience from one pediatric center. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 376-381. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1349706>
- Marks, D. H., Peebles, J. K., & Dommasch, E. (2019). Hair reduction for transgender persons: What dermatologists should know and how they can help. *JAMA Dermatology*, 155(5), 525-526. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.0149>
- Marsh, C., McCracken, M., Gray, M., Nangia, A., Gay, J., & Roby, K. F. (2019). Low total motile sperm in transgender women seeking hormone therapy. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(8), 1639-1648. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01504-y>
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, 44(235), 291-303.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491-495. <https://doi.org/10.1017/s0954579410000222>
- Martin, K. A., Chang, R. J., Ehrmann, D. A., Ibanez, L., Lobo, R. A., Rosenfield, R. L., Shapiro, J., Montori, V. M., & Swiglo, B. A. (2008). Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(4), 1105-1120. <https://doi.org/10.1210/jc.2007-2437>
- Martinez, C., Rikhi, R., Haque, T., Fazal, A., Kolber, M., Hurwitz, B. E., Schneiderman, N., & Brown, T. T. (2020). Gender identity, hormone therapy, and cardiovascular disease risk. *Current Problems in Cardiology*, 45(5), 100396. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1016/j.cpcardi.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., Remale, 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 orchietomy 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/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>
- 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, TransBare-All, 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 trans-masculine patients. *Annals of Plastic Surgery*, 84(5S Suppl. 4), S323-S328. <https://doi.org/10.1097/sap.0000000000002254>
- Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., & Branje, S. (2011). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(8), 1008-1021. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9730-y>
- Mehring, J., & Dowshen, N. L. (2019). Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(9), 100684. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100684>
- Mehring, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A., & Dowshen, N. L. (2021). Experience of chest dysphoria and masculinizing chest surgery in transmasculine youth. *Pediatrics*, 147(3), e2020013300. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-013300>
- Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). The Demographics of the Transgender Population. In A.K. Baumle (Ed.). *International Handbook on the Demography of Sexuality* (pp. 289-327). Springer.
- Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to-male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism*, 14(2), 75-85. <https://doi.org/10.1080/15532739.2013.791651>
- Meijer, J. H., 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., Kalhorn, T., & Pelusi, G. (2008). Effects of testosterone undecanoate administered alone or in combination with letrozole or dutasteride in female to male transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(10), 2442-2453. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00909.x>
- Mészáros, K., Vitéz, L. C., Szabolcs, I., Góth, M., Kovács, L., Görömbei, Z., & Hacki, T. (2005). Efficacy of conservative voice treatment in male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 57(2), 111-118. <https://doi.org/10.1159/000083572>
- Meyer, W. III., Bockting W., Cohen-Kettenis P., Coleman E., DiCeglie D., Devor H., Gooren L., Hage J., Kirk S., Kuiper B., Laub D., Lawrence A., Menard Y., Patton J., Schaefer L., Webb A., Wheeler C.. (2001). The standards of care for gender identity disorders - Sixth Version. *International Journal of Transgenderism*, 5(1). http://www.symposium.com/ijt/soc_01/index.htm
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2014). Psychoendocrinology of Congenital Adrenal Hyperplasia. *Genetic Steroid Disorders*, 285-300. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-416006-4.00023-5>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2019). "Diagnosing" gender? Categorizing gender-identity variants in the Anthropocene. *Archives of Sexual Behavior* 48(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., Afox, 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., Montejó, 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/yc0.000000000000198>
- 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., Gorduz, 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., Morroni, C., Muparamoto, N., Muula, A. S., Odira, V., & Zimba, M. (2021). Experience of and factors associated with violence against sexual and gender minorities in nine African countries: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 357. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10314-w>
- Mullins, E. S., Geer, R., Metcalf, M., Piccola, J., Lane, A., Conard, L. A. E., & Kowalczyk Mullins, T. L. (2021). Thrombosis risk in transgender adolescents receiving gender-affirming hormone therapy. *Paediatrics*, 147(4), e2020023549. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-023549>
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214-231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>
- Murchison, G., Adkins, D., Conard, L.A., Ph, R., Ehrensaft, D., Elliott, T., Hawkins, L.A., Lopez, X., Newby, H., Ng, H., Veters, R., Wolf-Gould, C., Brown, J., Hanneman, T., Kahn, E. (2016). Supporting & Caring for Transgender Children. Human Rights Campaign.
- Myers, S. C., & Safer, J. D. (2017). Increased rates of smoking cessation observed among transgender women receiving hormone treatment. *Endocrine Practice*, 23(1), 32-36. <https://doi.org/10.4158/EP161438.OR>
- Nahata, L., Chen, D., Moravek, M. B., Quinn, G. P., Sutter, M. E., Taylor, J., Tishelman, A. C., & Gomez-Lobo, V. (2019). Understudied and under-reported: Fertility issues in transgender youth - A narrative review. *Journal of Paediatrics*, 205, 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.009>
- Nahata, L., Cohen, L. E., & Yu, R. N. (2012). Barriers to fertility preservation in male adolescents with cancer: it's time for a multidisciplinary approach that includes urologists. *Urology*, 79(6), 1206-1209. <https://doi.org/10.1016/j.urol.2012.02.035>
- Nahata, L., Curci, M. B., & Quinn, G. P. (2018). Exploring fertility preservation intentions among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 123-125. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.288>
- Nahata, L., Quinn, G. P., & Tishelman, A. C. (2018). Counseling in pediatric populations at risk for infertility and/or sexual function concerns. *Pediatrics*, 142(2), e20181435. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1435>
- Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., & Quinn, G. P. (2017). Low fertility preservation utilization among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 61(1), 40-44. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.012>

- Nanda, K., Stuart, G. S., Robinson, J., Gray, A. L., Tepper, N. K., & Gaffield, M. E. (2017). Drug interactions between hormonal contraceptives and antiretrovirals. *AIDS*, 31(7), 917–952. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001392>
- Nanda, S. (2014). *Gender diversity: cross cultural variations*. Second edition. Waveland Press.
- Narayan, S. K., Hontscharuk, R., Danker, S., Guerriero, J., Carter, A., Blasdel, G., Bluebond-Langner, R., Ettner, R., Radix, A., Schechter, L., & Berli, J. U. (2021). Guiding the conversation—types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. *Annals of Translational Medicine*, 9(7), 605. <https://doi.org/10.21037/atm-20-6204>
- Nash, R., Ward, K. C., Jemal, A., Sandberg, D. E., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Frequency and distribution of primary site among gender minority cancer patients: An analysis of U.S. national surveillance data. *Cancer Epidemiology*, 54, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.02.008>
- Nassiri, N., Maas, M., Basin, M., Cacciamani, G. E., & Doumanian, L. R. (2021). Urethral complications after gender reassignment surgery: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(8), 793–800. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0304-y>
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health and Human Services.
- National Commission on Correctional Health Care. (2016). *Solitary Confinement (Isolation)*. <https://www.ncchc.org/solitary-confinement>.
- National LGBTQIA+ Health Education Center. (2020). *Affirming Primary Care for Intersex People*. <https://www.lgbtqihealtheducation.org/publication/affirming-primary-care-for-intersex-people-2020/>
- Nestle, J., Howell, C., & Wilchins, R. (Eds.). (2002). *Genderqueer. Voices from behind the sexual binary*. Alyson Books.
- Netshandama, V. O., Mavhandu-Mudzusi, A. H., & Matshideze, P. (2017). Deconstructing matula (taboo), a multi-stakeholder narrative about LGBTI. *South African Journal of Higher Education*, 31(4). <https://doi.org/10.20853/31-4-1328>
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of the voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(03\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(03)00084-5)
- Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 645–659. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9>
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0002-3>
- Nguyen, H. B., Chavez, A. M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., Davies, R. D., & Epperson, C. N. (2018). Gender-affirming hormone use in transgender individuals: Impact on behavioral health and cognition. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0973-0>
- Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur—either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology and Sexuality*, 2(3), 224–243. <https://doi.org/10.1080/19419899.2010.545955>
- Nieder, T. O., Eyssel, J., & Köhler, A. (2020). Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interventions. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2661–2672. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01559-z>
- Nieder, T. O., 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>
- Oates, J. (2019). Evidence-based practice in voice training for transwomen. In R.K. Adler, S. Hirsch, & J. Pickering (Eds.). *Voice and communication therapy for the transgender/Gender Diverse client: A comprehensive clinical guide* (pp. 87-103). Plural Publishing.
- Oates, J. M. & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism - A review. *British Journal of Disorders of Communication*. 18(3), 139-151. <https://doi.org/10.3109/13682828309012237>
- Obedin-Maliver, J. (2015). Time for OBGYNs to care for people of all genders. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 24(2), 109-111. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.1518>
- Obedin-Maliver, J., & Makadon, H. (2016). Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine*, 9(1), 4-8. <https://doi.org/10.1177/1753495X15612658>
- Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., & Lunn, M. R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *The Journal of the American Medical Association*, 306(9), 971-977. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1255>
- OECD. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Oğuz, Ö., Ayran, B., & Yelken, K. (2020). Clinical considerations in speech and language therapy in Turkish transgender population. *Journal of Voice*, 35(4), 662.e9-662.e13. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.12.011>
- OHCHR, ILO, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNAIDS. (2016). *Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people*. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_ENG.PDF
- Øien, R. A., Cicchetti, D. V., & Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 4028-4037. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3686-7>
- Oktay, K., Buyuk, E., Rodriguez-Wallberg, K.A., & Sahin, G. (2010). In vitro maturation improves oocyte or embryo cryopreservation outcome in breast cancer patients undergoing ovarian stimulation for fertility preservation. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(5), 634-638. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2010.01.012>
- Olde Dubbelink, L. M. E., & Geurts, H. M. (2017). Planning skills in autism spectrum disorder across the lifespan: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(4), 1148-1165. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-3013-0>
- Olezeski, C. L., Pariseau, E. M., Bamatter, W. P., & Tishelman, A. C. (2020). Assessing gender in young children: Constructs and considerations. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 7(3), 293-303. <https://doi.org/10.1037/sgd0000381>
- Oliphant, J., Veale, J., Macdonald, J., Carroll, R., Johnson, R., Harte, M., Stephenson, C., & Bullock, J. (2018). *Guidelines for gender affirming healthcare for gender diverse and transgender children, young people and adults in Aotearoa, New Zealand*. Transgender Health Research Lab. <https://patha.nz/Guidelines>
- Olivier, S., & Thurasukam, O. (2018). *Lesbian, gay, transgender, bisexual, intersex and queer (LGBTIQ+) youth in Thailand*. Save the Children Fund. https://resourcecentre.savethechildren.net/node/13480/pdf/lgbtiqyouth_in_thailand_save_the_children_2018.pdf

- Olson, K.R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D., Durwood, L., 2019. Family discussions of early childhood social transitions. *Clinical Practice in Pediatric Psychology* 7, 229–240. <https://doi.org/10.1037/cpp0000289>
- Olson, K.R., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin, K.A., 2016. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137, e20153223. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Olson, K.R., Gülgöz, S., 2018. Early findings from the TransYouth Project: Gender development in transgender children. *Child Development Perspectives*, 12, 93–97. <https://doi.org/10.1111/cdep.12268>
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y. M., Rosenthal, S., Hidalgo, M. A., Chen, D., Clark, L., & Garofalo, R. (2019). Creating the Trans Youth Research Network: A collaborative research endeavor. *Transgender Health*, 4(1), 304–312. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0024>
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Spack, N., Chen, D., Clark, L., Ehrensaft, D., Hidalgo, M., Tishelman, A., & Rosenthal, S. (2019). Impact of early medical treatment for transgender youth: Protocol for the longitudinal, observational Trans Youth Care Study. *JMIR Research Protocols*, 8(7), e14434. <https://doi.org/10.2196/14434>
- Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Garofalo, R., Meyer, W., & Rosenthal, S. M. (2016). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 172–179. <https://doi.org/10.1097/med.0000000000000236>
- Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., Hastings, J., & Wesp, L. (2018). Health considerations for gender non-conforming children and transgender adolescents. Guidelines for the primary care of transgender and gender nonbinary people. <http://transhealth.ucsf.edu/guidelines/youth>
- Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M., & Clark, L. F. (2018). Chest reconstruction and chest dysphoria in transmasculine minors and young adults: Comparisons of non-surgical and postsurgical cohorts. *JAMA Paediatrics*, 172(5), 431–436. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5440>
- Olyslager, F., & Conway, L. (2008). Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt. Een nieuwe kijk op de prevalentie van transseksualiteit in Nederland en België. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 11(2), 39–51.
- Oparah, J. (2012). Feminism and the (trans)gender entrapment of gender nonconforming prisoners. *UCLA Women's Law Journal*, 18(2), 239–271. <http://dx.doi.org/10.5070/L3182017822> Retrieved from <https://escholarship.org/uc/item/3sp664r9>.
- Orel, N. A., & Fruhauf, C. A. (2015). The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience (p. 256). American Psychological Association.
- Orloff, L. A., Mann, A. P., Damrose, J. F., & Goldman, S. N. (2006). Laser-assisted voice adjustment (LAVA) in transsexuals. *The Laryngoscope*, 116(4), 655–660. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000205198.65797.59>
- Ott, J., Kaufmann, U., Bentz, E. K., Huber, J. C., & Tempfer, C. B. (2010). Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone therapy. *Fertility & Sterility*, 93(4), 1267–1272. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.017>
- Owen, K., & Hancock, A. B. (2010). The role of self- and listener perceptions of femininity in voice therapy. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 272–284. <https://doi.org/10.1080/15532739.2010.550767>
- Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., Song, Y., & Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 591–600. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017>
- Özer, M., Toulabi, S. P., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., Buncamper, M. E., Monstrey, S., Bizic, M. R., Djordjevic, M., Falcone, M., Christopher, N. A., Simon, D., Capitán, L., & Motmans, J. (2022). ESSM position statement "Sexual Wellbeing After Gender Affirming Surgery." *Sexual Medicine*, 10(1), 100471. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100471>
- Özkan, Ö., Çınolat, A., Doğ̃an, N. U., Bektas , G., Dolay, K., Gu̇rkan, A., Arıcı, C., & Doğ̃an, S. (2018). Vaginal reconstruction with the modified rectosigmoid colon: Surgical technique, long-term results and sexual outcomes. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 52(4), 210–216. <https://doi.org/10.1080/20006512486X.2018.1444616>
- Pachankis, J. E., & Bränström, R. (2018). Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(5), 403. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>.
- Padilla, J. A., Feng, J. E., Anoushiravani, A. A., Hozack, W. J., Schwarzkopf, R., & Macaulay, W. B. (2019). Modifying patient expectations can enhance total hip arthroplasty postoperative satisfaction. *Journal of Arthroplasty*, 34(7s), S209–s214. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.12.038>
- PAHO. (2014). Blueprint for the provision of comprehensive

- care for trans persons and their communities in the Caribbean and other anglophone countries. *John Snow, Inc.* <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31360>
- Palmer, D., Dietsch, A., & Searl, J. (2011). Endoscopic and stroboscopic presentation of the larynx in male-to-female transsexual persons. *Journal of Voice*, 26(1), 117–126. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.10.014>
- Palmert, M. R., Chan, Y. M., & Dunkel, L. (2021). Puberty and its disorders in the male. In M.A. Sperling, M.R.K. Majzoub, & C.A. Stratakis (Eds.), *Sperling Pediatric Endocrinology*. Fifth edition. Elsevier.
- Palmert, M. R., & Dunkel, L. (2012). Delayed puberty. *New England Journal of Medicine*, 366(5), 443–453. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1109290>
- Pan, S., & Honig, S. C. (2018). Gender-affirming surgery: Current concepts. *Current Urology Reports*, 19(8), 62. <https://doi.org/10.1007/s11934-018-0809-9>
- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV: Transgender people with HIV. Department of Health and Human Services: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>.
- Pang, C., Gutman, G., & de Vries, B. (2019). Later life care planning and concerns of transgender older adults in Canada. *The International Journal of Aging and Human Development*, 89(1), 39–56. <https://doi.org/10.1177/0091415019843520>
- Pang, K. C., de Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P., & Steensma, T. D. (2020). Association of media coverage of transgender and gender diverse issues with rates of referral of transgender children and adolescents to specialist gender clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open*, 3(7), e2011161–e2011161. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161>
- Papadopoulos, N. A., Lelle, J. D., Zavlin, D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Kluger, A. K., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Quality of life and patient satisfaction following male-to-female sex reassignment surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), 721–730. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.022>
- Papadopoulos, N. A., Zavlin, D., Lelle, J. D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined technique leads to increased quality of life in a prospective study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 140(2), 286–294. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003529>
- Parameshwaran, V., Cockbain, B. C., Hillyard, M., & Price, J. R. (2017). Is the lack of specific lesbian, gay, bisexual, transgender and queer/questioning (LGBTQ) health care education in medical school a cause for concern? Evidence from a survey of knowledge and practice among UK medical students. *Journal of Homosexuality*, 64(3), 367–381. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1190218>
- Paré, F. (2020). Outlawing trans reparative therapy. *EScholarship@McGill*. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/wh246x33v>
- Paredes, A. Z., Hyer, J. M., Diaz, A., Tsilimigras, D. I., & Pawlik, T. M. (2020). The impact of mental illness on postoperative outcomes among Medicare beneficiaries: a missed opportunity to help surgical patients? *Annals of Surgery*, 272(3), 419–425. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004118>
- Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. C. (2019). The relationship between family acceptance-rejection and transgender youth psychosocial functioning. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 267. <https://doi.org/10.1037/cpp0000291>
- Park, C., Brown, S., & Courey, M. (2021). Trans woman voice questionnaire scores highlight specific benefits of adjunctive glottoplasty with voice therapy in treating voice feminization. *Journal of Voice*. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.07.017>
- Park, J. A., Carter, E. E., & Larson, A. R. (2019). Risk factors for acne development in the first 2 years after initiating masculinizing testosterone therapy among transgender men. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(2), 617–618. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.040>
- Parkes, G., & Hall, I. (2006). Gender dysphoria and cross-dressing in people with intellectual disability: A literature review. *Mental Retardation*, 44(4), 260–271. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2006\)44\[260:GDACIP\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44[260:GDACIP]2.0.CO;2)
- Parker, E., & Davis-McCabe, C. (2021). The sibling experience: Growing up with a trans sibling. *Australian Journal of Psychology*, 73(2), 188–199.
- Pasricha, N., Dacakis, G., & Oates, J. (2008). Communicative satisfaction of male-to-female transsexuals. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 33(1), 25–34. <https://doi.org/10.1080/14015430701514500>
- Pasterski, V., Mastroyannopoulou, K., Wright, D., Zucker, K. J., & Hughes, I. A. (2014). Predictors of posttraumatic stress in parents of children diagnosed with a disorder of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 369–375. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0196-8>
- Pasterski, V., Prentice, P., & Hughes, I. A. (2010). Consequences of the Chicago consensus on disorders of sex development (DSD): Current practices in Europe. *Archives of Disease in Childhood*, 95(8):618. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.163840>
- Pasterski, V., Zucker, K. J., Hindmarsh, P. C., Hughes, I. A., Acerini, C., Spencer, D., Neufeld, S., & Hines, M. (2015). Increased cross-gender identification independent of gender role behavior in girls with congenital adrenal hyperplasia: Results from a standardized assessment of 4- to 11-year-old

- children. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1363–1375. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0385-0>
- Patterson, C. J., Sepúlveda, M.-J., & White, J. (Eds.). (2020). *Understanding the Well-Being of LGBTQI+ Populations*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25877>
- Payer, A. F., Meyer, W. J., 3rd, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human Leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423–436. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x>
- Payne, J. G., & Erbenius, T. (2018). Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family planning in Sweden: From reproductive rights to concrete practices. *Anthropology & Medicine*, 25(3), 329–343. <https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1507485>
- Pediatric Endocrine Society (PES). (2020). Position Statement on Genital Surgery in Individuals with Differences of Sex Development (DSD)/Intersex Traits. <https://pedsendo.org/clinical-resource/position-statement-on-genital-surgery-in-individuals-with-differences-of-sex-development-dsd-intersex-traits/>.
- Peitzmeier, S., Gardner, I., Weinand, J., Corbet, A., & Acevedo, K. (2016). Health impact of chest binding among transgender adults: A community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality*, 19(1), 64–75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1191675>
- Peitzmeier, S. M., Reisner, S. L., Harigopal, P., & Potter, J. (2014). Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: Implications for cervical cancer screening. *Journal of General Internal Medicine*, 29(5), 778–784. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2753-1>
- Peletz, M. (2009). *Gender pluralism: southeast Asia since early modern times*. Routledge.
- Pelusi, C., Costantino, A., Martelli, V., Lambertini, M., Bazzocchi, A., Ponti, F., & Meriggiola, M. C. (2014). Effects of three different testosterone formulations in female-to-male transsexual persons. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 3002–3011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12698>
- Peng, K., Zhu, X., Gillespie, A., Wang, Y., Gao, Y., Xin, Y., Qi, J., Ou, J., Zhong, S., Zhao, L., Liu, J., Wang, C., & Chen, R. (2019). Self-reported rates of abuse, neglect, and bullying experienced by transgender and gender-nonbinary adolescents in China. *JAMA Network Open*, 2(9), e1911058. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11058>
- Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E., & Bockting, W. (2015). Individual-and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behavioral Medicine*, 41(3), 164–171. <https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1028322>
- Perrone, A. M., Cerpolini, S., Maria Salfi, N. C., Ceccarelli, C., De Giorgi, L. B., Formelli, G., & Meriggiola, M. C. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 3193–3200. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01380.x>
- Perry, D., & Pauletti, R. (2011). Gender and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 61–74. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00715.x>
- Persson Tholin, J., & Broström, L. (2018). Transgender and gender diverse people's experience of non-transition-related health care in Sweden. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 424–435. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1465876>
- Peterson, A. L., Bender, A. M., Sullivan, B., & Karver, M. S. (2021). Ambient discrimination, victimization, and suicidality in a non-probability US sample of LGBTQ adults. *Archives of Sexual Behavior*, 50(3), 1003–1014. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01888-4>
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment: thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review, 1961–1991. (Translated from German into American English by Roberta B. Jacobson and Alf B. Meier). Symposium Publishing <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposium.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 281–286. <https://doi.org/10.1037/sgd0000122>
- Philpott, A., Knerr, W., & Boydell, V. (2006). Pleasure and prevention: When good sex is safer sex. *Reproductive Health Matters*, 14(28), 23–31. [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(06\)28254-5](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(06)28254-5)
- Pickuth, D., Brandt, S., Neumann, K., Berghaus, A., Spielmann, R. P., & Heywang-Köbrunner, S. H. (2000). Value of spiral CT in patients with cricothyroid approximation. *The British Journal of Radiology*, 73(872), 840–842. <https://doi.org/10.1259/bjr.73.872.11026858>
- Picton, H. M., Wyns, C., Anderson, R. A., Goossens, E., Jahnukainen, K., Kliesch, S., Mitchell, R. T., Pennings, G., Rives, N., Tournaye, H., van Pelt, A. M. M., & Schlatt, S. (2015). A European perspective on testicular tissue cryopreservation for fertility preservation in prepubertal and adolescent boys. *Human Reproduction*, 30(11), 2463–2475. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev190>
- Piepoli, M. F., Abreu, A., Albus, C., Ambrosetti, M., Brotons, C., Catapano, A. L., Corra, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hoes, A., Lochen, M., Matrone, B., Redon, J., Sattar, Y., & Tiberi, M. (2020). Update on cardiovascular prevention in

- clinical practice: A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(2), 181-205. <https://doi.org/10.1177/2047487319893035>
- Pitasi, M. A., Kerani, R. P., Kohn, R., Murphy, R. D., Pathela, P., Schumacher, C. M., Tabidze, I., & Llata, E. (2019). Chlamydia, Gonorrhea, and Human Immunodeficiency Virus infection among transgender women and transgender men attending clinics that provide sexually transmitted disease services in six US cities. *Sexually Transmitted Diseases*, 46(2), 112-117. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000917>
- Pluvy, I., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part I. Pathophysiological aspects: Update and proposed recommendations, *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* 60(1), e3-e13. <https://doi.org/doi:10.1016/j.anplas.2014.06.011>
- Pluvy, I., Panouillères, M., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part II. Clinical implications: A systematic review with meta-analysis. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 60(1), e15-e49. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.011>
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2016). *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide*. John Wiley & Sons, Inc.
- Poquiz, J. L., Coyne, C. A., Garofalo, R., & Chen, D. (2021). Comparison of gender minority stress and resilience among transmasculine, transfeminine, and nonbinary adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 68(3), 615-618. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.014>
- Porter, K. E., Brennan-Ing, M., Chang, S. C., Dickey, L. M., Singh, A. A., Bower, K. L., & Witten, T. M. (2016). Providing competent and affirming services for transgender and gender nonconforming older adults. *Clinical Gerontologist*, 39(5), 366-388. <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1203383>
- Poteat, T. C., Divsalar, S., Streed, C. G., Feldman, J. L., Bockting, W. O., & Meyer, I. H. (2021). Cardiovascular disease in a population-based sample of transgender and cisgender adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 61(6), 804-811. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.05.019>
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22-29.
- Poteat, T., Scheim, A., Xavier, J., Reisner, S., & Baral, S. (2016). Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S210-S219. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001087>
- Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., & Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet*, 385(9964), 274-286. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60833-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3)
- Potter, J., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I., Reisner, S. L., Alizaga, N. M., Agénor, M., & Pardee, D. J. (2015). Cervical cancer screening for patients on the female-to-male spectrum: A narrative review and guide for clinicians. *Journal of General Internal Medicine*, 30(12), 1857-1864. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3462-8>
- Poudrier, G., Nolan, I. T., Cook, T. E., Saia, W., Motosko, C. C., Stranix, J. T., Thomson, J. E., Gothard, M. D., & Hazen, A. (2019). Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top surgery: A mixed-methods descriptive survey study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 272-279. <https://doi.org/10.1097/PRS.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.jpjag.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., Gülgöz, 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 Griff, 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.ashx?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). *Gender-queer 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. *JBI 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.semped-surg.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.0000000000005477>
- 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-Forooteh, K., Karimi, H., & Seyed-Forooteh, N. S. (2018). Autologous fibroblast-seeded amnion for reconstruction of neo-vagina in male-to-female reassignment surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(2), 491–497. <https://doi.org/10.1007/s00266-018-1088-z>
- Shen, J. K., Seebacher, N. A., & Morrison, S. D. (2019). Global interest in gender affirmation surgery: A Google trends analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 254e–256e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000005160>
- Shepherd, S. M. (2018). Cultural Awareness training for health professionals may have unintended consequences. *The British Medical Journal Opinion*. <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/01/22/stephane-m-shepherd-cultural-awareness-training->
- Shepherd, S. M. (2019). Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Medical Education*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1450-5>
- Shepherd, S. M. (2022). Introducing an integrated model of cross-cultural assessment. *Australasian Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/10398562211068373>
- Sheppard, M., & Mayo, J. B. Jr. (2013). The social construction of gender and sexuality: Learning from two spirit traditions. *The Social Studies*, 104(6), 259–270. <https://doi.org/10.1080/00377996.2013.788472>
- Sherrard, J., Wilson, J., Donders, G., Mendling, W., & Jensen, J. S. (2018). 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. *International Journal of STD and AIDS*, 29(13), 1258–1272. <https://doi.org/10.1177/0956462418785451>
- Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 248–250. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>
- Shpherd, J. C., Berke, D., & Livingston, N. A. (2019). Trauma recovery in the transgender and gender diverse community:

- extensions of the minority stress model for treatment planning. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 629–646. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.06.001>
- Shires, D. A., & Jaffee, K. D. (2016). Structural discrimination is associated with smoking status among a national sample of transgender individuals. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(6), 1502–1508. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv221>
- Shires, D. A., Stroumsa, D., Jaffee, K. D., & Woodford, M. R. (2017). Primary care providers' willingness to continue gender-affirming hormone therapy for transgender patients. *Family Practice*, 35(5), 576–581. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz119>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2011). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Shnorhavorian, M., Kroon, L., Jeffries, H., & Johnson, R. (2012). Creating a standardized process to offer the standard of care: continuous process improvement methodology is associated with increased rates of sperm cryopreservation among adolescent and young adult males with cancer. *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://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075929>
- Shumer, D. E., Nokoff, N. J., & Spack, N. P. (2016). Advances in the care of transgender children and adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63(1), 79–102. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018>
- Siboni, L., Rucco, D., Prunas, A., & Anzani, A. (2022). "We faced every change together": Couple's intimacy and sexuality experiences from the perspectives of transgender and non-binary individuals' partners. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 48(1), 23–46. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2021.1957733>
- Sigurjonsson, H., Mollermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., & Lundgren, T. K. (2017). Long-term sensitivity and patient-reported functionality of the neoclitoris after gender reassignment surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 269–273. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.003>
- Silverberg, M. J., Nash, R., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Getahun, D., Hunkeler, E., & Goodman, M. (2017). Cohort study of cancer risk among insured transgender people. *Annals of Epidemiology*, 27(8), 499–501. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.07.007>
- Siminoff, L., & Sandberg, D. (2015). Promoting shared decision making in disorders of sex development (DSD): Decision aids and support tools. *Hormone and Metabolic Research*, 47(05), 335–339. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1545302>
- Simon, D., Capitán, L., Bailón, C., Bellinga, R. J., Gutiérrez-Santamaría, J., Tenório, T., Sánchez-García, A., & Capitán-Cañadas, F. (2022). Facial gender confirmation surgery: The lower jaw. Description of surgical techniques and presentation of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 149(4), 755e–766e. <https://doi.org/10.1097/prs.00000000000008969>
- Simons, L., Schragger, 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 of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3904–3913. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01642>
- Smith, A. J., Hallum-Montes, R., Nevin, K., Zenker, R., Sutherland, B., Reagor, S., & Brennan, J. M. (2018). Determinants of transgender individuals' well-being, mental health, and suicidality in a rural state. *Journal of Rural Mental Health*, 42(2), 116. <https://doi.org/10.1037/rmh0000089>
- Smith, P. (2006). The effects of solitary confinement on prison inmates: A brief history and review of the literature. *Crime and Justice*, 34(1), 441–528. <https://doi.org/10.1086/500626>
- Smith, N.L., Blondon, M., Wiggins, K.L., Harrington, L.B., van Hylckama Vlieg, A., Floyd, J.S., Hwang, M., Bis, J.C., McKnight, B., Rice, K.M., Lumley, T., Rosendaal, F.R., Heckbert, S.R., & Psaty, B.M. (2014). Lower risk of cardiovascular events in postmenopausal women taking oral estradiol compared with oral conjugated equine estrogens. *JAMA Internal Medicine*, 174(1), 25–31. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.11074.
- Smith, Y. L., van Goozen, S. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472–481. <https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00017>
- Smith, Y. L., Van Goozen, S. H., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis,

- P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002776>
- Snowden, J. M., Guise, J., & Kzhimannil, K. B. (2018). Promoting inclusive and person-centered care: Starting with birth. *Birth*(45), 232-235. <https://doi.org/10.1111/birt.12351>
- Söderpalm, E., Larsson, A., & Almquist, S. A. (2004). Evaluation of a consecutive group of transsexual individuals referred for vocal intervention in the west of Sweden. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 29(1), 18-30. <https://doi.org/10.1080/14015430310021618>
- Södersten, M., Nygren, U., Hertegård, S., & Dhejne, C. (2015). Interdisciplinary program in Sweden related to transgender voice. *Perspectives on Voice and Voice Disorders*, 25(2), 87–97. <https://doi.org/10.1044/vvd25.2.87>
- Sofer, Y., Yaish, I., Yaron, M., Bach, M. Y., Stern, N., & Greenman, Y. (2020). Differential endocrine and metabolic effects of testosterone suppressive agents in transgender women. *Endocrine Practice*, 26(8), 883-890. <https://doi.org/10.4158/EP-2020-0032>
- Song, T. E., & Jiang, N. (2017). Transgender phonosurgery: A systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Head and Neck Surgery*, 156(5), 803-808. <https://doi.org/10.1177/0194599817697050>.
- Sonja, J., Ellis, L. B., & McNeil, J. (2015). Trans people's experiences of mental health and gender identity services: A UK study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19(1), 4-20. <https://doi.org/10.1080/19359705.2014.960990>
- Sonnenblick, E. B., Shah, A. D., Goldstein, Z., & Reisman, T. (2018). Breast imaging of transgender individuals: A review. *Current Radiology Reports*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s40134-018-0260-1>
- Sood, R., Chen, D., Muldoon, A. L., Chen, L., Kwasny, M. J., Simons, L. K., Gangopadhyay, N., Corcoran, J. F., & Jordan, S. W. (2021). Association of chest dysphoria with anxiety and depression in transmasculine and nonbinary adolescents seeking gender-affirming care. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1135-1141. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.024>
- Sorbara, J. C., Chiniara, L. N., Thompson, S., & Palmert, M. R. (2020). Mental Health and Timing of Gender-Affirming Care. *Pediatrics*, 146(4), e20193600. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3600>
- Sorbara, J. C., Ngo, H. L., & Palmert, M. R. (2021). Factors associated with age of presentation to gender-affirming medical care. *Pediatrics*, 147(4), e2020026674. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-026674>
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418–425. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0907>
- Spanos, C., Bretherton, I., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. *World Journal of Diabetes*, 11(3), 66–77. <https://doi.org/10.4239/wjd.v11.i3.66>
- Spanos, C., Grace, J. A., Leemaqz, S. Y., Brownhill, A., Cundill, P., Locke, P., Wong, P., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2021). The informed consent model of care for accessing gender-affirming hormone therapy is associated with high patient satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*, 18(1), 201-208. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.20.020>
- Spatz, E. S., Krumholz, H. M., & Moulton, B. W. (2016). The new era of informed consent: Getting to a reasonable-patient standard through shared decision making. *The Journal of the American Medical Association*, 315(19), 2063–2064. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.3070>
- Speiser, P. W., Arlt, W., Auchus, R. J., Baskin, L. S., Conway, G. S., Merke, D. P., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Miller, W. L., Murad, M. H., Oberfield, S. E., & White, P. C. (2018). Congenital Adrenal Hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(11), 4043–4088. <https://doi.org/10.1210/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_580_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/0.1089/jayao.2014.0007>
- Stein, G. L. (2020) Experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients and families in hospice and palliative care: Perspectives of the palliative care team. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6), 817-824. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1089/jpm.2019.0542>
- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 51-58. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.005>
- Steinberg, L. (2009). Should the science of adolescent brain development inform public policy? *American Psychologist*, 64 (8), 739-750. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.64.8.739>
- Stephenson, R., Riley, E., Rogers, E., Suarez, N., Metheny, N., Senda, J., Saylor, K. M., & Bauermeister, J. A. (2017). The sexual health of transgender men: A scoping review. *The Journal of Sex Research*, 54(4-5), 424-445. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1271863>
- Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020a). Cancer screening in the transgender population: A review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. *Translational Andrological Urology*, 9(6), 2771-2785. <https://doi.org/10.21037/tau-20-954>
- Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020b). Fertility preservation options for transgender individuals. *Translational Andrological Urology*, 9(Suppl. 2), S215-S226. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.09.28>
- Stevenson, M. O., Wixon, N., & Safer, J. D. (2016). Scalp hair regrowth in hormone-treated transgender woman. *Transgender Health*, 1(1), 202-204. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0022>
- Stoffers, I. E., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Physical changes, laboratory parameters, and bone mineral density during testosterone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(9), 1459-1468. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.06.014>
- Stohr, M. K. (2015). The Hundred Years' war: The etiology and status of assaults on transgender women in men's prisons. *Women & Criminal Justice*, 25(1-2), 120-129. <https://doi.org/10.1080/08974454.2015.1026154>
- Stojanovic, B., Bizic, M., Bencic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., Jeftovic, M., Stanojevic, D., & Djordjevic, M. L. (2017). One-stage gender-confirmation surgery as a viable surgical procedure for female-to-male transsexuals. *Translational Andrological Urology*, 14(5), 741-746. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.256>
- Stonewall. (2018). LGBT in Britain: Work report. Retrieved from

- https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_work_report.pdf
- Strang, J. F., Jarin, J., Call, D., Clark, B., Wallace, G. L., Anthony, L. G., Kenworthy, L., & Gomez-Lobo, V. (2018). Transgender Youth Fertility Attitudes Questionnaire: Measure development in nonautistic and autistic transgender youth and their parents. *Journal of Adolescent Health, 62*(2), 128-135. <https://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). Post-operative trans women in sexual health clinics: Managing common problems after vaginoplasty. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 41*(4), 245-247. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101091>
- Suen, Y. T., Chan, R. C. H., & 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 popu-

- lation-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 non-binary (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., & Peerdemans, 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/>
- Thalavirithan, 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/LGBT-FieldGuide_WEB_LINKED_VER.pdf
- The Yogyakarta Principles. (2017). The Yogyakarta Principles Plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression, and

- sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
- Therell, B. L. (2001). Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 30(1), 15-30. [https://doi.org/10.1016/s0889-8529\(08\)70017-3](https://doi.org/10.1016/s0889-8529(08)70017-3)
- Theron, L., & Collier, K. L. (2013). Experiences of female partners of masculine-identifying trans persons. *Culture, Health & Sexuality*, 15, 62-75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2013.788214>
- Thomas, J. P., & Macmillan, C. (2013). Feminization laryngoplasty: Assessment of surgical pitch elevation. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 270(10), 2695-2700. <https://doi.org/10.1007/s00405-013-2511-3>
- Thoreson, N., Marks, D. H., Peebles, J. K., King, D. S., & Dommasch, E. (2020) Health insurance coverage of permanent hair removal in transgender and gender-minority patients. *JAMA Dermatology*, 2156(5), 561-565. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.0480>
- Thorne, N., Witcomb, G. L., Nieder, T., Nixon, E., Yip, A., & Arcelus, J. (2019). A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 241-250. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452660>
- Thorne, N., Yip, A. K.-T., Bouman, W. P., Marshall, E., & Arcelus, J. (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary – A systematic review. *The International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 138-154. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640654>
- Thurston, M. D., & Allan, S. (2018). Sexuality and sexual experiences during gender transition: A thematic synthesis. *Clinical Psychological Review*, 66, 39-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.008>
- Thyen, U., Ittermann, T., Flessa, S., Muehlan, H., Birnbaum, W., Rapp, M., Marshall, L., Szarras-Capnik, M., Bouvattier, C., Kreukels, B. P. C., Nordenstroem, A., Roehle, R., & Koehler, B. (2018). Quality of health care in adolescents and adults with disorders/differences of sex development (DSD) in six European countries (dsd-LIFE). *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3342-0>
- Thyen, U., Richter-Appelt, H., Wiesemann, C., Holterhus, P.-M., & Hiort, O. (2005). Deciding on gender in children with intersex conditions. *Treatments in Endocrinology*, 4(1), 1-8. <https://doi.org/10.2165/00024677-200504010-00001>
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2018). Does patient-centered care change genital surgery decisions? The strategic use of clinical uncertainty in disorders of sex development clinics. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(4), 520-535. <https://doi.org/10.1177/0022146518802460>
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2019). Gender destinies: assigning gender in disorders of sex development - intersex clinics. *Sociology of Health & Illness*, 41(8), 1520-1534. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12974>
- Tirapegui, F. I., Acar, Ö., & Kocjancic, E. (2020). Sexual function after gender-affirming genital reconstruction. *Current Sexual Health Reports*, 12(4), 411-420. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00294-0>
- Tiryaki, S., Tekin, A., Yagmur, İ., Özen, S., Özbaran, B., Gökşen, D., ... Avanoğlu, A. (2018). Parental perception of terminology of disorders of sex development in Western Turkey. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 10(3), 216-222. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.0007>
- Tishelman, A. C., Shumer, D. E., Nahata, L. (2017). Disorders of sex development: pediatric psychology and the genital exam. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 530-543. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw015>
- Tishelman, A. C., Haney, P., Greenwald O'Brien, J., & Blaustein, M. E. (2010). A framework for school-based psychological evaluations: Utilizing a "trauma lens." *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3(4), 279-302. <https://doi.org/10.1080/19361521.2010.523062>
- Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. E., & Spack, N. P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 37-45. <https://doi.org/10.1037/a0037490>
- Tishelman, A. C., Sutter, M. E., Chen, D., Sampson, A., Nahata, L., Kolbuck, V. D., & Quinn, G. P. (2019). Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: qualitative responses to an international survey. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(3), 579-588. <https://doi.org/10.1007/s10815-018-1395-y>
- Tishelman, A., & Neumann-Mascis, A. (2018). Gender-related Trauma. In *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. (pp. 85-100). American Psychological Association.
- Tollemache, N., Shrewsbury, D., & Llewellyn, C. (2021). Que (e) rying undergraduate medical curricula: A cross-sectional online survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer content inclusion in UK undergraduate medical education. *BMC Medical Education*, 21(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02532-y>
- Tollinche, L. E., Walters, C. B., Radix, A., Long, M., Galante, L., Goldstein, Z. G., Kapinos, Y., & Yeoh, C. (2018). The periop-

- erative 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/csnsw-home/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., Blosnich, J. R., & Lehavot, K. (2018). Hormone therapy, gender affirmation surgery, and their association with recent suicidal ideation and depression symptoms in transgender veterans. *Psychological Medicine*, 48(14), 2329–2336. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003853>
- Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 68–76. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285>
- Turban, J. L., Carswell, J., & Keuroghlian, A. S. (2018). Understanding pediatric patients who discontinue gender-affirming hormonal interventions. *JAMA Pediatrics*, 172(10), 903–904. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1817>
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, e20191725. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>
- Turban, J. L., King, D., Kobe, J., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2022). Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. *PloS One*, 17(1), e0261039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039>
- Turban, J.L., King, D., Reisner, S.L., Keuroghlian, A.S. (2019). Psychological attempts to change a person's gender identity from transgender to cisgender: Estimated prevalence across US States, 2015. *American Journal of Public Health* 109, 1452–1454. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305237>
- Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of social transition for transgender and gender diverse youth, K-12 harassment, and adult mental health outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 69(6), 991–998. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.001>
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, 8(4), 273–280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- Turo, R., Jallad, S., Prescott, S., & Cross, W. R. (2013). Metastatic prostate cancer in transsexual diagnosed after three decades of estrogen therapy. *Canadian Urological Association Journal*, 7(7-8), E544. <https://doi.org/10.5489/cuaj.175>
- Tuzun, Z., Başar, K., & Akgul, S. (2022). Social connectedness matters: Depression and anxiety in transgender youth during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Sexual Medicine*, S1743-6095(22)00558-6. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.01.522>
- Twist, J., & de Graaf, N. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's national Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 277–290. <https://doi.org/10.1177/1359104518804311>
- Uebel, K. E., Lombard, C., Joubert, G., Fairall, L. R., Bachmann, M. O., Mollentze, W. F., van Rensburg, D., & Wouters, E. (2013). Integration of HIV care into primary care in South Africa. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(3), e94–e100. <https://doi.org/10.1097/qai.0b013e318291cd08>
- UN General Assembly. (2015). Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development. 21 October 2015. A/RES/70/1. <https://undocs.org/A/RES/70/1>
- UN Human Rights Council, (2020). Practices of so-called “conversion therapy”: Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity. https://doi.org/10.1163/2210-7975_HRD-9970-2016149
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights. (2018). Statement on the occasion of International Transgender Day of Visibility, the IACHR and a UN expert urge States to guarantee the full exercise of the human rights of transgender persons. <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22906&LangID=E>
- UNDP & APTN. (2017). Legal gender recognition: a multi-country legal and policy review in Asia. Asia-Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/legal-gender-recognition-a-multi-country-legal-and-policy-review-in-asia/>
- UNDP, IRGT. (2016). Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. United Nations Development Programme. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/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., Zmierzak, H. G., Hoebeke, P., Monstrey, S., & T'Sjoen, G. (2013). Long-term evaluation of donor-site morbidity after radial forearm flap phalloplasty for transsexual men. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(6), 1644–1651. <https://doi.org/10.1111/jsm.12121>
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1281–1287. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6>
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Taes, Y., Schreiner, T., Vandewalle, S., Toye, K., Lapauw, B., Lapauw, J. M., & T'Sjoen, G. (2015). Body composition, bone turnover, and bone mass in trans men during testosterone treatment: 1-year follow-up data from a prospective case-controlled study (ENIGI). *European Journal of Endocrinology*, 172(2), 163–171. <https://doi.org/10.1530/eje-14-0586>
- Van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., & Kreukels, B. P. C.; on behalf of dsd-LIFE. (2018). Body image and self-esteem in disorders of sex development: A European multicenter study. *Health Psychology*, 37(4), 334–343. <https://doi.org/10.1037/hea0000600>
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., & Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of medical interventions on gender dysphoria and body image: A follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 79(7), 815–823. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000465>
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. C. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: A follow-up study. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 44(2), 138–148. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1326190>
- Van de Grift, T. C., Elfering, L., Greijdanus, M., Smit, J. M., Bouman, M. B., Klassen, A. F., & Mullender, M. G. (2018). Subcutaneous mastectomy improves satisfaction with body and psychosocial function in trans men: Findings of a cross-sectional study using the BODY-Q chest module. *Plastic Reconstructive Surgery*, 142(5), 1125–1132. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004827>
- Van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Elfering, L., Özer, M., Bouman, M.-B., Buncamper, M. E., Smit, J. M., & Mullender, M. G. (2016). Body image in transmen: Multidimensional measurement and the effects of mastectomy. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1778–1786. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.003>
- Van de Grift, T. C., Pigot, G. L. S., Boudhan, S., Elfering, L., Kreukels, B. P. C., Gijs, L., Buncamper, M. E., Ozer, M., van der Sluis, W., Meuleman, E. J. H., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). A longitudinal study of motivations before and psychosexual outcomes after genital gender-confirming surgery in transmen. *Journal of Sexual Medicine*, 14(12), 1621–1628. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.064>
- Van de Grift, T., Van Gelder, Z., Mullender, M., Steensma, T., de Vries, ALC., & Bouman, M. (2020). Timing of puberty suppression and surgical options for transgender youth. *Pediatrics*, 146(5), e20193653. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3653>
- Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 70–80.

- <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199>
- Van der Miesen, A., Steensma, T. D., de Vries, A., Bos, H., & Popma, A. (2020). Psychological functioning in transgender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. *The Journal of Adolescent Health, 66*(6), 699–704. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018>
- Van der Sluis, W. B., de Haseth, K. B., Elfering, L., Özer, M., Smit, J. M., Budding, A. E., van Bodegraven, A. A., Buncamper, M. E., de Boer, N. K. H., Mullender, M. G., & 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.jpjag.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 mucosa free graft combined with posterior scrotal flap transfer for vaginoplasty in male-to-female transsexuals: A pilot study. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 188-196. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0977-x>
- Weidler, E. M., Baratz, A., Muscarella, M., Hernandez, S. J., & van Leeuwen, K. (2019). A shared decision-making tool for individuals living with complete androgen insensitivity syndrome. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150844. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150844>
- Weidler, E. M., & Peterson, K. E. (2019). The impact of culture on disclosure in differences of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150840. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150840>
- Weigert, R., Frison, E., Sessieq, Q., Al Mutairi, K., & Casoli, V. (2013). Patient satisfaction with breasts and psychosocial, sexual, and physical well-being after breast augmentation in male-to-female transsexuals. *Plastic Reconstructive Surgery*, 132(6), 1421-1429. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000434415.70711.49>
- Weill, A., Nguyen, P., Labidi, M., Cadier, B., Passeri, T., Duranteau, L., Bernat, A. L., Yoldjian, I., Fontanel, S., Froelich, S., & Coste, J. (2021). Use of high dose cyproterone acetate and risk of intracranial meningioma in women: Cohort study. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 372, n37. <https://doi.org/10.1136/bmj.n37>
- Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical and Translational Endocrinology*, 2(2):55-60. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.02.003>
- Weinhardt, L. S., Stevens, P., Xie, H., Wesp, L. M., John, S. A., Apchemengich, I., Kioko, D., Chavez-Korell, S., Cochran, K. M., Watjen, J. M., & Lambrou, N. H. (2017). Transgender and gender nonconforming youths' public facilities use and psychological well-being: A mixed-method study. *Transgender Health*, 2(1), 140-150. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0020>
- Weissler, J. M., Chang, B. L., Carney, M. J., Rengifo, D., Messa, C. A. t., Sarwer, D. B., & Percec, I. (2018). Gender-affirming surgery in persons with gender dysphoria. *Plastic Reconstructive Surgery*, 141(3), 388e-396e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004123>
- Wendler, J. (1990). Vocal pitch elevation after transsexualism male to female. In: *Proceedings of the Union of the European Phoniaticians, Salsomaggiore*.
- Wesp, L. (2016). Transgender patients and the physical examination, gender affirming health program, UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/physical-examination>
- Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'Sjoen, G., Heylens, G., De Cuyper, 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. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27(2), 483-487. <https://doi.org/10.1093/hum-rep/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 well-being 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.000000000000097>
- 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 cis-gender 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>

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. (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. (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/fact-sheets/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.magiccapp.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%202011.15.17.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 Phoniatics*, 56(3), 250–256. <https://doi.org/10.5112/jjlp.56.250>
- Yang, C. Y., Palmer, A. D., Murray, K. D., Meltzer, T. R., & 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.urolgy.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>
- 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 non-binary 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>

부록 A 방법론

1. 서론

「건강관리실무표준」 이번 판본(즉 SOC-8)은 기존 판본보다도 훨씬 엄밀하고 방법론적으로 근거 중심인 접근법에 기초하였다. 여기서 사용한 근거는 출간된 문헌(직접 문헌 및 배경 근거)뿐만 아니라 합의에 근거한 전문가의 의견에 기초하였다. 근거 중심 지침은 환자관리를 최적하기 위한 권고를 포함하며, 체계적 문헌고찰과 대안 옵션들에 대한 이익 및 위해 평가를 바탕으로 한다. 근거 중심 연구는 타당한 임상 지침 및 권고를 뒷받침하지만, 다양한 환경에서 건강 관리를 제공할 때의 현실 상황 및 실행 가능성과 균형을 이루어야 한다. SOC-8 을 개발하는 과정에는 미국 의학원(National Academies of Medicine)과 세계보건기구(WHO)가 제시한 임상 지침 개발에 관한 권고가 반영되었는데, 이 권고는 투명성, 이해 상충에 대한 정책, 위원회 구성, 집단 절차 등의 문제를 다루었다(Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice, 2011; World Health Organization, 2014).

SOC-8 지침 위원회는 다학제적으로 구성되었으며 해당 주제의 전문가, 보건의료 전문가, 연구자, 관점과 지리적 대표성이 다양한 이해관계자들로 구성되었다.* 모든 위원은 이해 상충 신고서를 작성했다.

지침 방법론학자 한 명이 질문 기획 및 개발과 체계적 문헌 고찰을 보조하였고, 독립적인 팀이 체계적 문헌 고찰을 수행하였으며 그 내용은 일부 권고성명에 반영되었다. 국제적인 자문위원회, 법률전문가, 공개 논평 기간에 받은 피드백이 이 지침에 추가로 의견을 제공하였다. SOC-8 의 권고는 개입을 뒷받침하는 가용한 근거, 위험 및 위해에 대한 논의뿐만 아니라 맥락과 국가별 환경에 따라 달라지는 실행 가능성과 수용 가능성에 기초한다. 최종 권고에 대한 합의는 델파이 기법(Delphi process)에 따라 도출하였는데, 이 절차에는 지침 위원회의 위원 전원이 참여했으며 권고성명은 구성원의 75% 이상이 승인하도록 하였다. 성명의 근거를 지지하고 설명하는 글은 각 장의 구성원이 작성했다. 각 장의 초안은 SOC 개정위원회 의장과 공동의장이 검토하여 형식이 일관되고 근거가 적절하게 제공되었으며 권고들이 각 장에 걸쳐 일관성이 있는지 확인하였다. 독립적인 팀이 SOC-8 에 사용한 참고 문헌을 확인한 다음, 전문가 1 인이 지침 전체를 편집하였다. SOC-8 에서 사용한 방법론은 아래와 같이 자세히 기술하였다.

2. SOC-8 과 과거 판본의 방법론 차이

SOC-8 의 방법론과 SOC 의 다른 판본의 주요한 차이는

다음과 같다.

- 세계 각지에서 전문가들이 더 큰 규모로 참가함
- 투명한 선정 과정을 통해 지침 운영위원회를 구성하고 각 장의 지휘자와 구성원을 선정함
- SOC-8 개발에 다양한 이해관계자를 포함함
- 이해 상충 문제를 관리함
- 델파이 기법을 사용하여 SOC-8 위원회 구성원들이 권고에 대한 합의에 도달하도록 함
- 신뢰할 만한 대학의 독립적인 기관이 참여하여 방법론 개발을 돕고 가능한 경우 독립적으로 체계적 문헌 고찰을 수행함
- 권고 수준에 따라 “권고한다” 또는 “제안한다”로 등급을 매김
- 독립적인 임상 학자 집단이 참여하여 인용을 검토함
- 트랜스젠더·성별다양성이 있는(TGD) 사람들의 공동체와 함께하는 국제 조직, WPATH 회원 및 기타 전문 조직 구성원뿐만 아니라 일반 대중도 공개 논평 기간에 SOC-8 전반에 대해 피드백을 제공함

3. SOC-8 개발 과정 개관

「건강관리실무표준」의 업데이트 단계를 요약하면 다음과 같다.

1. 의장과 공동의장을 포함한 지침 운영위원회를 구성함(2017년 7월 19일)
2. 각 장(지침의 범위)을 결정함
3. 전문 분야를 바탕으로 각 장의 구성원을 선정함
4. 근거검토팀 선정: 존스홉킨스대학교(2018년 5월)
5. SOC-8 이 다루는 주제와 체계적 문헌 고찰을 위한 검토 질문을 구체화함
6. 체계적 문헌 고찰을 실시함(2019년 3월)
7. 권고성명 초안을 작성함
8. 델파이 기법을 통해 권고성명에 투표함(2019년 9월~2022년 2월)
9. 권고성명의 등급을 매김
10. 성명을 뒷받침하는 글을 작성함
11. 뒷받침하는 글에 포함된 참고 문헌을 독립적으로 검증함
12. SOC-8 초안을 완성함(2021년 12월 1일)
13. 국제 자문위원회가 성명에 대해 피드백을 제공함
14. 공개 논평 기간에 SOC-8 초안 전체에 대해 피드백

을 받음(2021년 11월~2022년 1월)

15. 논평을 바탕으로 최종안을 개정함(2022년 1월~2022년 5월)
16. 의장 및 공동의장이 최종안을 승인함(2022년 6월 10일)
17. WPATH 이사회가 승인함
18. SOC-8을 출간함
19. SOC-8을 배포하고 번역함

3.1 지침 운영 위원회 설립

WPATH 지침 운영위원회는 「건강관리실무표준」 모든 장에 대한 지침을 개발하는 과정을 감독했다. 의장(일라이 콜먼(Eli Coleman))은 SOC 과거 판본과의 연속성을 유지하기 위해 WPATH 이사회가 임명했지만, 지침 운영위원회의 기타 구성원은 WPATH 회원 중 해당 직책에 지원한 사람 중에서 WPATH 이사회가 선정했다. 공동의장(Co-Chair), 장 지휘자(Chapter Lead), 장 구성원(Chapter Member), 이해관계자(Stakeholder) 직책에 대한 직무기술서가 개발되었다. WPATH 회원은 지원서를 작성하고 이력서를 제출함으로써 해당 직책에 지원할 자격이 주어졌다. WPATH 이사회는 투표로 공동의장을 선정했다(이사 중 한 명은 이해 상충 문제 때문에 투표에 불참함). 의장과 공동의장은 지원서와 이력서를 바탕으로 장 지휘자와 장 구성원(뿐만 아니라 이해관계자)을 선정했다.

「건강관리실무표준」 제 8 판 지침 운영위원회 구성원은 다음과 같다.

- Eli Coleman, PhD (의장) 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 (공동의장) Senior Director, Research and Education Callen-Lorde Community Health Center Clinical Associate Professor of Medicine New York University, USA
- Jon Arcelus, MD, PhD (공동의장) Professor of Mental Health and Well-being Honorary Consultant in Transgender Health University of Nottingham, UK
- Karen A. Robinson, PhD (근거검토팀 팀장) Professor of Medicine, Epidemiology and Health Policy & Management Johns Hopkins University, USA

3.2 장별 주제 결정

지침 운영위원회는 문헌과 SOC 과거 판본을 검토하여 「건강관리실무표준」에 어떤 장이 들어갈지를 결정했다. 「건강관리실무표준」 제 8 판의 각 장은 다음과 같다.

1. 용어
2. 전 세계적 적용 가능성
3. 인구 추계
4. 교육*
5. 성인 평가
6. 청소년
7. 아동
8. 논바이너리
9. 유너크
10. 인터섹스
11. 시설 환경
12. 호르몬 치료
13. 수술 및 수술 후 관리
14. 음성 및 의사소통
15. 일차의료
16. 생식 건강
17. 성 건강
18. 정신 건강

* '교육' 장에서는 원래 교육과 윤리를 둘 다 다루고자 했다. 윤리에 대한 장을 작성하기 위한 위원회를 별도로 만들기로 결정이 내려졌다. 이 장을 집필하는 과정에서, 윤리라는 주제는 SOC-8 과 별도로 배치하는 것이 최선이며 트랜스젠더 건강에 관한 윤리적 고려 사항에 대해서는 더 깊이 있게 검토할 필요가 있다는 결정이 내려졌다.

3.3 장 구성원 선정

SOC-8 검토 위원회(장 지휘자 또는 구성원) 참여자를 모집하는 안내문을 WPATH 회원 일동에게 발송했다. 지침 운영위원회 의장단은 각 장의 구성원을 임명하면서 다양한 분야와 관점이 대표될 수 있도록 했다.

장 지휘자와 장 구성원은 반드시 WPATH 정회원으로 결격 사유가 없는 사람이며 적어도 한 장의 주제를 포함한 트랜스젠더 건강 콘텐츠 전문가여야 했다. 장 지휘자는 지침 운영위원회의 지시를 받았으며 장 구성원의 참여를 조정하는 역할을 담당했다. 장 구성원은 장 지휘자에게 직접 지시를 받았다.

또한, 각 장마다 이해관계자가 참여하여 트랜스젠더 건강 권리 옹호나 트랜스젠더 공동체에서 작업하는 사람으로서, 또는 트랜스젠더 자녀, 형제자매, 반려자, 부모 등을 둔 가족 구성원으로서 자기 관점을 제시하였다. 이해관계자는 반드시 WPATH 정회원일 필요는 없었다.

장 구성원에게 주어진 임무는 다음과 같았다.

- 검토 질문을 개발하고 구체화하는 데 참여하기
- 근거 검토팀에서 나온 자료를 모두 읽고 논평하기
- 근거 보고서 초안을 포함한 초안 문서들을 검토하기
- 근거와 권고성명 초안들을 검토하고 평가하기
- 델파이 합의 도출 과정에 참여하기
- 권고성명을 뒷받침하는 글 작성하기
- 권고의 수준을 기술하기 위해 각 문항에 등급 매기기
- 전 과정에 걸쳐, 의장단의 논평을 검토하고 응답하기
- 각 장의 내용을 개발하기
- 공개 논평으로 받은 논평을 검토하여 지침 수정안 개발을 돕기
- 의견을 제시하고 지침 배포에 참여하기

장 지휘자 및 구성원에게는 필요한 교육과 오리엔테이션이 이루어졌다. 교육 내용에는 질문 형성 및 구체화(즉 PICO 사용법), 근거 검토, 권고성명 개발, 근거와 권고에 등급 매기기, 지침 개발 프로그램 및 과정에 대한 정보가 포함되었다.

장 지휘자는 총 26 명이 임명되었으며(일부 장은 공동 지휘자가 있어야 했음), 장 구성원은 77 명, 이해관계자는 16 명이 임명되었다. 총 127 명이 선정되었다. SOC 작업 과정에서 8 명이 개인 사정 또는 업무상 사정 때문에 중도에 탈퇴하여, SOC-8 의 최종 저자는 총 119 명이 되었다.

3.4 근거 검토팀 선정

WPATH 이사회는 근거 검토팀 지원자 요청서를 발송했다. 「건강관리실무표준」 제 8 판을 작업하기 위해 WPATH 이사회는 캐런 로빈슨(Karen Robinson)이 지휘하는 존스 홉킨스대학교 근거검토팀과 협력했다.

- Karen A. Robinson, PhD (Lead, Evidence Review Team) Professor of Medicine, Epidemiology and Health Policy & Management Johns Hopkins University, USA

또한, 로빈슨 박사는 PICO 질문, 권고성명 및 델파이 기법 개발에 관한 조언과 교육을 해 주었을 뿐만 아니라 직접 근거가 있는 경우 매우 엄밀하게 체계적 문헌 고찰을 수행함으로써 운영위원회가 SOC-8 을 개발하도록 이끌었다.

이해 상충

지침 운영위원회 구성원, 장 지휘자 및 장 구성원, 근거 검토팀 팀원들에게 이해 상충이 발생한 경우 이를 모두 공개하도록 요구했다. 이들은 잠재적인 금전적 이해관계나 상충하는 이해관계뿐만 아니라 의장, 공동의장, 또는 WPATH 이사와 개인적이거나 직속 상하 관계가 있는지, 또는 WPATH 이사회에서 직책을 맡고 있는지를 보고했다.

3.5 주제 다듬기 및 질문 검토

근거 검토팀은 「건강관리실무표준」의 지난 판본에서 권고성명을 추출했다. 지침 운영위원회와 장 지휘자들은 근거 검토팀의 의견을 바탕으로 다음의 사항을 결정했다.

- 업데이트할 필요가 있는 권고성명
- 권고성명을 만들 필요가 있는 새 분야

3.6 체계적 문헌 고찰 수행

장 구성원들은 권고성명 개발을 돕기 위해 질문을 만들었다. 체계적 문헌 고찰 대상이 되는 질문의 경우, 근거검토팀은 검토 질문을 작성하면서 대상 집단(Population), 개입(Interventions), 비교 개입(Comparisons), 결과(Outcomes)(이상 PICO 요소)를 명시했다. 체계적 문헌 고찰은 근거 검토팀이 실시하였다. 근거검토팀은 근거 표 및 체계적 문헌 고찰의 기타 결과를 해당 장의 구성원에게 제시하고 피드백을 받았다.

프로토콜

각 검토 질문 또는 주제에 대해, 별도로 상세한 체계적 문헌 고찰 프로토콜이 그에 적합하게 개발되었다. 각 프로토콜은 PROSPERO 에 등록하였다.

문헌 검색

근거검토팀은 각 연구 질문에 적합한 검색 전략을 개발하였는데, 여기에는 MEDLINE®, Embase™, 그리고 Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)

도 포함되었다. 근거검토팀은 각 연구 질문에 적절하다고 판단하는 경우 다른 데이터베이스를 추가로 검색하였다. 검색 전략에는 MeSH와 텍스트 용어가 포함되었으며, 출간물의 언어나 출간 날짜에는 제한을 두지 않았다.

근거검토팀은 포함된 모든 논문의 참고문헌 목록과 최근 실시된 유관한 체계적 문헌 고찰을 직접 검색했다. 근거검토팀은 유관한 연구가 추가로 있는지 알아보기 위해 ClinicalTrials.gov를 검색했다.

검색은 동료 평가 과정에서 업데이트되었다.

체계적 문헌 고찰에 포함된 문헌은 대부분 유럽, 미국, 또는 호주에서 실시한 양적 연구를 기반으로 하였다. 우리는 우리의 관점이 글로벌 북반구에 편향되었다는 것을 인정한다. 이러한 관점은 전 세계 트랜스젠더·성별다양성이 있는(TGD) 사람들의 공동체 내부의 다양한 인생 경험과 관점에 충분히 주목하지 못한다. 문헌에 나타난 이러한 불균형한 가시성은 연구와 실무에 공백이 있음을 드러내며, 앞으로 연구자와 보건 의료 실무자는 이러한 공백을 해결함으로써 모든 TGD 사람이 성별정체성과 무관하게 제대로 지원받을 수 있도록 해야 할 것이다.

연구 선정

근거 검토팀은 각 장 실무 그룹 지휘자의 의견을 수렴하여 각 연구 질문의 적격성 기준을 선형적으로 정의했다.

근거 검토팀의 검토자 2인이 각자 독립적으로 제목과 초록과 논문 내용 전체의 적격성을 심사했다. 연구를 배제하려면, 해당 연구가 적어도 한 가지 배제 기준에 해당한다는 데에 2인 모두가 동의해야 했다. 검토자들이 적격성에 대해 이견이 있을 때는 토론을 통해 이견을 해결하였다.

데이터 추출

근거 검토팀은 표준화된 양식을 사용하여 연구의 일반적 특성, 참가자 특성, 개입, 측정된 결과에 대한 데이터를 추출했다. 검토자 1인이 데이터를 추출하였고, 또 다른 검토자 1인이 추출된 데이터를 확인했다.

편향 위험 평가

근거검토팀의 검토자 2인이 본서에 포함된 연구 각각의 편향 위험을 각각 독자적으로 평가하였다. 무작위 대조군 시험에는 Cochrane Risk of Bias Tool을 사용했다. 관찰 연구에는 Risk of Bias in Non-Randomized Studies – of Interventions (ROBINS-I) 도구를 사용했다. 적절하다고 판단한 경우 최근의 기존 체계적 문헌고찰 논문은 ROBIS

를 사용하여 평가했다.

데이터 종합 및 분석

근거검토팀은 포함된 연구에서 추출한 데이터를 자세히 설명하는 근거 표를 작성했다. 장 실무 그룹 구성원들은 근거 표를 검토하고 이에 대해 논평했다.

근거 등급 매기기

근거검토팀은 GRADE 방법론을 사용해 근거에 등급을 부여했다. 근거의 수준은 각 질문에 대해 사전에 정의한 중요 결과를 사용하고 개별 연구의 질의 한계/편향 위험, 일관성, 직접성, 정확성, 보고 편향을 평가하여 책정했다.

3.7 권고성명 초안 작성

장 지휘자들과 구성원들은 권고성명 초안을 작성했다. 성명은 실현 가능하고 실행에 옮길 수 있으며 측정 가능하도록 작성되었다.

근거 중심 권고성명은 체계적인 문헌 고찰, 배경 문헌 검토와 합의에 기반한 전문가 의견을 바탕으로 하였다.

의장, 공동의장, 장 지휘자들은 모든 권고성명의 표현이 명확하고 일관되었는지 검토하고 승인하였다. 이 검토 과정 및 작업 과정 전반에 걸쳐, 각 장에 중복되는 내용이 있으면 그것도 해결하였다.

권고의 일관성을 유지하기 위해 많은 장이 긴밀히 협력해야 했다. 예를 들어, 이번 판에는 아동 장과 청소년 장이 분리되었기 때문에, 두 장의 일관성을 유지하기 위해 몇몇 저자가 두 장 모두에 참여하였다. 비슷한 이유로, 각 장의 실무 그룹은 필요한 경우 다른 장의 실무 그룹과 협업하여 각 장에서 공동으로 등장하는 주제를 다루었다(예: 아동 평가, 성인 평가, 호르몬 치료, 수술, 생식 건강).

3.8 델파이 기법을 이용한 권고성명 승인

모든 성명에 대한 공식 합의는 델파이 기법(3회에 걸쳐 전문가의 판단을 구조적으로 구하는 방법)을 사용해 도출하였다. 권고성명은 투표자 중 적어도 75%가 동의해야 승인되었다. 각 권고성명마다 SOC-8 구성원 중 적어도 65%가 델파이에 참여해야 한다. 성명에 동의하지 않은 사람은 동의하지 않는 이유에 대한 정보를 제공해야 했다. 그래야 이러한 피드백을 근거로 성명을 수정(하거나 삭제)할 수 있었기 때문이다. 수정을 거친 성명은 다시 델파이 기법을 거쳤다. 3회 후에도 성명이 승인을 받지 못하면 이 성명은 SOC에서 삭제되었다. SOC 구성원 전원이 각 성명에

대해 투표했다. 각 성명의 응답률은 74.79%에서 94.96%로 나타났다.

3.9 권고성명 등급 매김 기준

성명이 델파이 기법을 통과하고 나면, 장 구성원들은 GRADE(Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) 프레임워크를 개조한 절차를 사용해 각 성명에 등급을 매겼다. 이 프레임워크는 근거를 요약하고 제시하기 위한 투명성 있는 프레임워크로, 임상 실천 권고안을 만드는 데 체계적인 접근법을 제공한다 (Guyatt et al., 2011). 권고성명의 등급은 다음과 같은 요소에 따라 매겨졌다.

- 이익 및 위해의 균형
- 상기한 균형 또는 근거의 질에 대한 확신
- 서비스 제공자와 환자의 가치관 및 선호
- 자원 사용과 실현 가능성

성명은 다음과 같이 분류하였다.

- 강한 권고("우리는 ~ 권고합니다")는 다음과 같은 개입/치료/전략에 적용하였다.
 - 양질의 근거를 갖추었음
 - 개입/치료/전략의 효과 추정치(즉, 실제 적용 시 효과를 얻을 수 있다는 확실성이 상당히 높음)
 - 치료/개입/전략의 단점이 거의 없음
 - 서비스 제공자와 환자 또는 권고가 적용되는 사람이 권고를 높은 정도로 수용함
- 약한 권고("우리는 ~ 제안합니다")는 다음과 같은 개입/치료/전략에 적용하였다.
 - 토대가 되는 근거에 약점이 있음
 - 실제 적용 시 기대할 수 있는 효과에 어느 정도 불확실성이 있음
 - 개입/치료/전략의 잠재적인 장단점의 균형을 잡을 필요가 있음
 - 서비스 제공자와 환자 또는 권고가 적용되는 사람이 권고를 수용하는 정도가 다를 수 있음

3.10 권고성명을 뒷받침하는 글 작성

권고성명의 등급을 매긴 후, 장 실무 그룹은 권고 사항의 논거나 합당한 이유를 제시하는 글문안을 작성하였다. 가용한 입수 가능한 근거를 제시하고, 잠재적 이익이점 및

위해를해악을 자세히 설명하고, 불확실성을 기술하고, 권고를 실행에 옮길 때 예상되는 걸림돌이나 어려움을 포함해 권고를 실행하는 것에 대한 정보를 기술하는 것도 여기에 포함되었다. 참고 문헌은 APA-7 스타일을 사용하여 글에 포함된 정보를 뒷받침한다. 자료에 대한 링크도 필요 시 제공한다. 이 글은 권고가 강한 권고인지 약한 권고인지도 설명하며, 의장과 공동의장이 검토하고 승인하였다.

3.11 권고성명을 뒷받침하는 참고 문헌 검증

트랜스젠더 건강 분야에서 일하는 독립적인 임상 학자 집단이 각 장에서 사용한 참고 문헌을 검토하여 참고 문헌이 글을 뒷받침하는 데 적절히 쓰였는지를 검증했다. 참고 문헌에 관한 모든 질의 사항은 각 장으로 다시 보내져 검토되었다.

3.12 SOC-8 초안 완성

SOC-8 초안이 완성되어, 논평을 받기 위해 공개되었다.

3.13 국제 자문위원회에 검토용으로 「건강관리실무표준」 배부

「건강관리실무표준」 제 8 판에 수록한 권고성명은 「건강관리실무표준」 개정위원회와 WPATH 국제 자문위원회에 배부되었다. WPATH 국제 자문위원회에는 아시아-태평양 트랜스젠더 네트워크(Asia Pacific Transgender Network, APTN), 트랜스젠더 평등을 위한 세계 행동(Global Action for Transgender Equality, GATE), 국제 성소수자협회(International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, ILGA), 트랜스젠더 유럽(Transgender Europe, TGEU)이 포함되었다.

3.14 공개 논평 기간

「건강관리실무표준」 수정 초안은 WPATH 웹사이트에 온라인으로 게시하여 WPATH 회원을 비롯한 대중에게 공개 논평을 받았다. 공개 논평 기간은 총 6 주였다. 수정 초안에 총 1,279 명이 총 2,688 건의 논평을 했다.

3.15 논평에 근거한 최종안 수정

장 지휘자들과 지침 운영위원회는 피드백을 검토하고 필요한 경우 내용을 수정하였다. 모든 공개 논평을 읽고 필요 시 배경 글에 통합했다.

이 과정의 일환으로 델파이 성명 3 건이 새로 개발되었고 2 건은 SOC-8 위원회에서 새로 투표해야 할 정도로 수정되었다. 이는 2022년 1월에 새 델파이 기법이 개시되었음을 의미한다. 각 장에서 이 델파이 기법의 결과를 수용하였고, 이에 따라 새로운 성명이 추가되거나 수정되었다. 성명을 뒷받침하는 새 글도 추가되었다.

의장과 공동의장은 새로 고친 장들을 모두 다시 검토하고 변경하거나 수정할 사항을 제안했다. 최종적으로 의장단과 장 구성원들이 초안에 만족하면 각 장이 확정되었다.

새로 추가한 참고 문헌은 독립된 인원이 재차 확인했다.

3.16 의장 및 공동의장이 최종안 승인

의장단은 수정한 내용을 확인하고 인정하였다.

3.17 WPATH 이사회가 최종안 승인

최종안을 승인받기 위해 WPATH 이사회에 제출하였고, 최종안은 2022년 6월 20일에 승인되었다.

3.18 SOC-8 출판 및 「건강관리실무표준」 배포

「건강관리실무표준」은 여러 장소에서 다양한 형식으로 배포되었으며, (WPATH의 공식 학회지인) *International Journal of Transgender Health*에도 게재되었다.

4. 업데이트 계획

SOC 새 판본(SOC-9)은 향후 새로운 근거가 등장하고/하거나 이 분야에 중대한 변화가 일어나 새 판본이 필요하게 되면 개발될 것이다.

*SOC-8은 코로나 19가 발생하고 세계 곳곳이 정치적으로 불안정한 시기에 복잡한 과정을 거쳐 개발되었다. SOC-8 구성원들은 평소 업무에 더해 SOC-8 작업을 했으며, 회의는 대부분 이들의 근무 시간외 시간과 주말에 줌(Zoom)으로 개최되었다. 직접 대면해서 회의한 적은 없고, 회의 대다수는 WPATH, USPATH, 또는 EPATH 회의와 연계되었다. SOC-8 위원들은 이 과정에서 보수를 받지 않았다.

부록 B 용어

시스젠더 CISGENDER: 본인의 현재 성별정체성이 출생 시 지정성별 일치하는 사람을 의미한다.

디트랜지션 DETRANSITION: 한 사람이 출생 시 지정성별과 전형적으로 결부된 성별로 재트랜지션하는 것을 가리키는 용어로 사용되기도 한다.

유너크 EUNUCH: 출생 당시 남성으로 지정된 사람으로, 고환이 외과적으로 제거되었거나 기능이 상실되었으며 스스로 '유너크(eunuch)'로 정체화하는 사람을 의미한다. 유너크로 정체화하지 않는 사람은 포함하지 않으므로, 일반적인 의학적 정의와는 다르다.

유너크로 정체화한 EUNUCH-IDENTIFIED: 자신의 진정한 자아가 유너크라는 용어로 가장 잘 표현된다고 느끼는 사람. 유너크로 정체화한 사람은 대체로 생식기를 외과적으로 제거하거나 기능을 상실시키기를 바란다.

성별 GENDER: 맥락에 따라 성별은 성별정체성, 성별표현 및/또는 사회가 정한 성역할(gender role)을 가리킬 수 있는데, 여기에는 출생 당시 남성(male) 또는 여성(female)으로 지정된 사람에 대한 문화적 해석 및 기대도 포함된다. 남성(men)과 여성(women) 외의 성별정체성으로는 (남성/여성은 시스젠더일 수도 트랜스젠더일 수도 있음) 트랜스젠더, 논바이너리, 젠더퀴어 genderqueer, 젠더 뉴트럴 gender neutral, 에이젠더 agender, "제 3 의" 성별 등이 있다.⁴⁴ 이외에도 다른 여러 가지 성별이 세계 곳곳에서 인정받고 있다.

성별확정/긍정 GENDER-AFFIRMATION⁴⁵: 한 사람의 성별정체성을 확고하게 하거나 수용하는 것을 가리킨다. 이 개념은 대체로 사회적, 심리적, 의학적, 법적 측면을 가진다고 본다. 성별확정/긍정(gender-affirming)은 트랜지션을 대신하는 용어로 쓰이기도 하고(예를 들어, 의학적 성별확정 medical gender-affirmation) 형용사로 쓰이기도 한다(예를 들어, 성별확정 건강 관리 gender-affirming care).

성별확정수술 GENDER-AFFIRMATION SURGERY(GAS): 한 사람의 성별정체성을 긍정하기 위해 일차 및/또는 이차 성징을 변경하는 수술을 가리킨다.

성별이분법 GENDER BINARY: 세상에는 남성과 여성이라

는 두 가지 성별만이 있다는 관념으로, 모든 사람은 둘 중 어느 한 성별에 속하며 모든 남성 men 은 수컷 male 이고 모든 여성 women 은 암컷 female 이라고 보는 것을 의미한다.

성별다양성이 있는 사람 GENDER DIVERSE: 이 용어는 출생 당시 지정된 성과 사회·문화적으로 결부된 성별정체성 및/또는 성별표현과 다른 성별정체성이 있고/있거나 다른 성별표현을 하는 사람을 가리킨다. 여기에는 논바이너리, 성별확장적인 사람, 성별비순응자, 시스젠더로 자신을 정체화하지 않는 다른 사람들, 기타 문화적으로 다양한 여러 정체성이 포함될 수 있다.

성별불쾌감 GENDER DYSPHORIA: 성별정체성이 출생 시 지정성별에 따라 신체적 및/또는 사회적으로 부여된 성별정체성과 다르기 때문에 겪을 수 있는 괴로움이나 불편함을 일컫는다. 성별불쾌감은 DSM-5 에서 출생 시 지정성별과 본인이 체험하는 성별 간의 불일치와 이에 따르는 괴로움을 가리키는 진단 용어이기도 하다. 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람이 모두 성별불쾌감을 겪지는 않는다.

성별확장적 GENDER EXPANSIVE: 이 형용사는 특정한 성과 관련해 사회·문화가 규정한 행동이나 신념을 확장하는 방식으로 자신을 정체화하거나 표현하는 사람을 묘사할 때 종종 쓰인다. 성별창의적(gender creative)이라고 쓰기도 한다. 과거에는 성별이형(gender variant)⁴⁶이라는 표현도 쓰였으나, 부정적인 의미를 함축하고 있기 때문에 이제 전문 용어로서는 사용되지 않는 추세이다.

성별표현 GENDER EXPRESSION: 한 사람이 자신의 성별을 일상 생활에서, 그리고 자신의 문화와 사회라는 맥락 속에서, 보여주거나 표현하는 것을 가리킨다. 겉모습을 통한 성별표현으로는 의상, 머리 모양, 장신구, 화장, 호르몬 및 외과적 개입과 더불어 버릇, 말투, 행동 패턴, 이름 등이 있다. 성별표현은 성별정체성과 일치할 수도 있고 일치하지 않을 수도 있다.

성별정체성 GENDER IDENTITY: 한 사람이 자신의 성별에 대해 내면 깊은 곳에서 느끼는 본질적인 감각을 가리킨다.

성별불일치 GENDER INCONGRUENCE: ICD-11 에서 사용하는 진단 용어로, 한 사람의 성별정체성과 출생 시 지정 성별에 따라 기대되는 성별이 현저하고 지속적으로 불일치하는 경험을 나타낸다.⁴⁷

44 Holleb, M. L. E. (2019). The A-Z of gender and sexuality: From ace to ze. Jessica Kingsley Publishers.; 성소수자 부모모임. (2018). 성소수자 자녀를 둔 부모 가이드북. <https://www.pflagkorea.org/성소수자-자녀를-둔-부모를-위한-가이드북>.

45 gender-affirming 의 번역어에 대한 논의는 '한국어판 번역팀' 참고.

46 성별이형은 사회적인 성역할 규범과 일치하지 않는 성별표현이나 행동 전반을 의미한다. 성별규범이 시기, 문화권마다 다른 것과 마찬가지로 성별이형 또한 달

라진다. 예를 들어 이성애를 포함한 개인의 성적지향은 시기와 문화권에 따라 이형이기도, 이형이 아니기도 한다. 한 때 트랜스젠더라는 용어를 대신하여 사용하거나 '성별비순응' 아동청소년을 지칭할 때 사용하기도 하였다. Holleb, M. L. E. (2019). The A-Z of gender and sexuality: From ace to ze. Jessica Kingsley Publishers.

47 한국은 ICD-10 을 기반으로 제작한 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD-8)을

인터섹스 INTERSEX: 여성 female 또는 남성 male 이라는 이분법적 정의에 들어맞지 않는 성징 또는 생식적 특징을 가지고 태어난 사람을 가리킨다.

성별용어 오용 (미스젠더링) MISGENDER/MIS-GENDERING: 한 사람의 성별정체성을 올바르게 나타내지 않는 언어를 사용하는 경우를 가리킨다. 이러한 언어는 3 인칭대명사(그 he/him/his, 그녀 she/her/hers, 그들이 they/them/theirs)일 수도 있고 호칭(sir, Mr.)일 수도 있다.⁴⁸

논바이너리 NONBINARY⁴⁹: 성별이분법(binary)에 해당하지 않는 성별정체성을 가진 사람을 가리킨다. 성별정체성이 논바이너리인 사람들은 자신이 일부 남성이고 일부 여성이라고 정체화하거나 때로는 남성이고 때로는 여성이라고 정체화하기도 하고, 남성도 여성도 아닌 다른 성별로 정체화하기도 하고, 성별이 전혀 없다고 정체화하기도 한다. 어떤 논바이너리는 자신이 트랜스젠더 또는 트랜스라고 여기지만, 어떤 논바이너리는 트랜스젠더가 성별이분법 범주 안에 있다고 여겨서 자신을 트랜스젠더로 정체화하지 않는다. 때로는 NB 또는 '엔비 enby'라는 약칭이 쓰이기도 한다. 논바이너리 성별정체성의 예로는 젠더퀴어(genderqueer), 성별다양성이 있는 사람(gender diverse), 젠더플루이드(genderfluid), 데미젠더(demigender), 바이젠더(bigender), 에이젠더(agender) 등이 있다.

재트랜지션 RETRANSITION: 사회적, 의료적, 또는 법적 수단을 통해 또 다시 성별 트랜지션을 하거나 이전의 트랜지션에 이어서 트랜지션을 하는 것을 가리킨다. 이분법적이거나 논바이너리인 성별이었다가 다른 이분법적 또는 논바이너리인 성별로 트랜지션을 재개할 수 있다. 재트랜

지션은 한 번 이상 일어날 수도 있다. 재트랜지션은 성별 정체성이 변화하거나, 건강상 문제가 생기거나, 가족/사회 측면의 문제가 생기거나, 금전적 문제가 생기는 등 여러 가지 이유로 일어날 수 있다.

출생 시 지정성별 SEX ASSIGNED AT BIRTH: 신체적 특징을 근거로 한 사람에게 남성(male), 여성(female), 또는 인터섹스라는 지위를 부여하는 것. 성은 대체로 외부 생식기의 생김새에 따라 출생 당시 지정된다. AFAB는 '출생 당시 여성으로 지정됨(assigned female at birth)', AMAB는 '출생 당시 남성으로 지정됨(assigned male at birth)'의 약자이다.

성적 지향 SEXUAL ORIENTATION: 한 사람이 자신과 상대방의 성별(들) 또는 성 특징(sex characteristics)⁵⁰에 근거하여 갖는 성적 정체성(sexual identity), 이끌림, 타인에 대한 성적 행동을 나타낸다. 성적 지향과 성별정체성은 별개의 용어이다.⁵¹

트랜스젠더 TRANSGENDER: 트랜스(trans)라고도 한다. 성별정체성 및/또는 성별표현이 출생 시 지정성별에 따라 일반적으로 기대되는 것과는 다른 사람을 포괄적으로 가리키는 용어이다. 트랜스젠더 또는 트랜스는 반드시 형용사로 쓰여야 하며(예: '트랜스인 사람들 trans people') 절대로 명사(예: '트랜스젠더들 transgenders') 또는 동사(예: '트랜스젠더된 transgendered')로 써서는 안 된다.⁵²

트랜스젠더 남성 TRANSGENDER MEN/트랜스 남성 TRANS MEN/트랜스 경험을 하는 남성 MEN OF TRANS EXPERIENCE: 성별정체성이 남성이면서 출생 당시 여성으로 지정된 사람. 트랜지션은 했을 수도 있고 하지 않았을 수도 있다. FTM(Female-to-Male)이라는 용어는 오래된 용

사용하기 때문에 성주체성장애(Gender Identity disorder)라는 진단 용어를 사용한다.

48 이 외에도 집단 행동을 할 때 성별정체성과 다른 그룹에 소속할 것을 강요하는 등 개인의 성별정체성을 존중하지 않는 행위도 미스젠더링이라 부른다. 한국은 근대 이전까지 3 인칭 대명사에 성별을 함의하는 표현이 없었으며 현재에도 인칭 대명사에 성별을 함의하는 경우는 적다. 그러나 친족호칭이나 통칭적 호칭어에는 성별을 함의하는 용어가 많아 성별용어 오용이 발생하고 있다.

49 nonbinary는 단어 그대로 풀이하면 '이분법(binary)이 아닌(non)'이라는 뜻이다. '논바이너리'라는 음차 표현이 국내 성적 소수자 공동체 안에서 이미 통용되고 보아 번역하지 않았다. 국내 SNS에서는 '논바'라는 줄임말이 쓰이기도 한다.

50 sex characteristic은 통상 '성징'으로 번역이 되지만, 국제사회에서 성적 지향, 성별정체성, 성별표현과 함께 인터섹스에 대한 차별과 폭력의 사유로 사용되고 있기도 하다(SOGIESC: sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics). 이러한 용례를 살려서 국내에서는 '성 특징', '성적 특징'으로 부르기도 한다.

51 성적지향(sexual orientation)을 성적 취향(sexual preference)과 혼용하여 사용하

면 안 된다. 성적 취향이라는 개념은 실제 성적 소수자가 경험하는 끌림과 정체화 과정을 온전히 설명하지 못하고 성적인 끌림이 단지 개인의 선택이라고 전제한다. 따라서 '성적 취향'은 동성애자 등의 정체성을 동성간 성행위를 하는 자로 축소시키거나 치료해서 바뀌어야 한다는 주장과 궤를 같이 하여 사용되는 경우가 많다. 간혹 Sexual preference의 번역인 성적취향을 Sexual orientation의 번역어로 오용하는 경우가 있고, 그로 인해 기계번역 소프트웨어에서도 이와 같이 번역할 때가 있음에 주의해야 한다.

52 영어에서 명사형 transgender에는 모욕적인 함의가 있다(American Heritage Dictionary of English Language, n.d.). 반면 한국어에서는 트랜스젠더라는 용어가 수입되는 과정에서 해당 단어가 모욕적 함의 없이 명사로 정착한 것으로 추정된다(우리말샘, n.d.).

한편 국내 트랜스젠더 커뮤니티에서는 트랜스젠더를 '젠더', '티지(TG)', 'ftm', 'mtf' 등으로 부르기도 한다. '트젠'이라는 표현이 간혹 커뮤니티 내에서 쓰이기도 하나 자조적으로 사용되는 경향도 있으며, 특히 트랜스젠더에 적대적인 사람들에게 의해 비하나 성적 대상화 과정에서 자주 사용된다는 점에 유의해야 한다('젠더'도 간혹 마찬가지로 방식으로 사용된다).

어로 요즘은 잘 쓰이지 않는다.

트랜스젠더 여성 TRANSGENDER WOMEN/트랜스 여성 TRANS WOMEN/트랜스 경험을 하는 여성 WOMEN OF TRANS EXPERIENCE: 성별정체성이 여성이면서 출생 당시 남성으로 지정된 사람. 트랜지션은 했을 수도 있고 하지 않았을 수도 있다. MTF(Male-to-Female)이라는 용어는 오래된 용어로 요즘은 잘 쓰이지 않는다.

트랜지션 TRANSITION: 사람들이 출생 당시 지정성별과 결부된 성별표현을 자신의 성별정체성에 더 잘 맞는 성별표현으로 변경하는 과정을 가리킨다. 이름, 자신을 가리키는 인칭대명사, 의복, 머리 모양 및/또는 동작과 말투를 바꿔서 사회적 트랜지션을 할 수도 있다. 트랜지션에는 신체를 바꾸는 호르몬 및/또는 수술이 포함될 수도 있고 포함되지 않을 수도 있다. 트랜지션은 성별표현을 어떤 성별에서 다른 성별로 바꾸는 과정을 가리키기도 한다. 트랜지션은 일생에 한 번 이상 일어나기도 한다.

트랜스혐오 TRANSPHOBIA: 트랜스젠더.성별다양성이 있는 사람 집단에 대한 부정적 태도, 신념, 행동을 가리킨다. 트랜스혐오는 구조적인 수준에서 차별적인 정책과 관행을 통해 일어나기도 하고 매우 구체적이며 사적인 방식으로 일어나기도 한다. 트랜스젠더.성별다양성이 있는 사람들이 자신이나 트랜스젠더.성별다양성이 있는 타인에 대한 이러한 편견을 수용하고 반영할 때 트랜스혐오는 내면화되기도 한다. 트랜스혐오는 직접적인 적대감이 아니라 의도하지 않은 무지에서 비롯할 수도 있으나, 트랜스혐오가 미치는 영향은 결코 가볍지 않다. 어떤 사람들은 트랜스혐오 대신 '트랜스젠더에 대한 편견(anti-transgender bias)'라는 표현을 쓰기도 한다.

부록 C 성별확정 호르몬 치료

표 1. 성별확정 호르몬 치료에 따른 신체 변화 예상 기간

테스토스테론 기반 요법			에스트로겐 및 테스토스테론 저하제 기반 요법		
효과	시작	최대	효과	시작	최대
피부 유분 증가/여드름	1~6 개월	1~2 년	지방 재배치	3~6 개월	2~5 년
얼굴/신체 털 자람	6~12 개월	> 5 년	근육량/근력 감소	3~6 개월	1~2 년
머리카락 탈모	6~12 개월	> 5 년	피부 연화/유분 감소	3~6 개월	알 수 없음
근육량/근력 증가	6~12 개월	2~5 년	성욕 감소	1~3 개월	알 수 없음
지방 재배치	1~6 개월	2~5 년	자발적인 발기 감소	1~3 개월	3~6 개월
월경 중단	1~6 개월	1~2 년	정자 생성 감소	알 수 없음	2 년
클리토리스 확대	1~6 개월	1~2 년	유방 성장	3~6 개월	2~5 년
질 위축	1~6 개월	1~2 년	고환 용적 감소	3~6 개월	가변적
목소리 낮아짐	1~6 개월	1~2 년	성숙 모발 성장 둔화	6~12 개월	> 3 년
			머리카락 증가	가변적	가변적
			목소리 변화	없음	

-Hembree et al., 2017 을 토대로 작성함

표 2. 성별확정 호르몬 치료와 관련된 위험
(굵은 글씨는 임상적으로 유의미함) (SOC-7 에서 업데이트함)

위험도	에스트로겐 기반 요법	테스토스테론 기반 요법
위험이 증가할 가능성이 높음	정맥 혈전색전성질환(VTE) 불임/난임 고칼륨혈증 ^s 고중성지방혈증 체중 증가	적혈구증가증 불임/난임 여드름 안드로겐성 탈모 고혈압 수면무호흡증 체중 증가 HDL 콜레스테롤 감소 및 LDL 콜레스테롤 증가
추가 위험 요인이 있을 때 위험이 증가할 가능성이 높음	심혈관질환 뇌혈관질환 수막종 ^c 다뇨/탈수 ^s 담석증	심혈관질환 고중성지방혈증
위험이 증가할 가능성이 있음	고혈압 발기장애	
추가 위험 요인이 있을 때 위험이 증가할 가능성이 있음	2 형당뇨병 골감소증/골다공증 고프로락틴혈증	2 형당뇨병 심혈관질환
위험이 증가할 가능성이 없거나 위험도가 불확실함	유방암 및 전립선암	골감소증/골다공증 유방암, 자궁경부암, 난소암, 자궁암

^C 시프로테론 기반 요법, ^S 스피로노락톤 기반 요법

표 3 트랜스젠더·다양한 젠더의 청소년에 대한 성별확정 호르몬 요법 (내분비학회 지침[Endocrine Society Guidelines] 및 Hembree et al., 2017 을 토대로 작성함)

경구 17 베타에스트라디올로 여성 사춘기 유도 (에스트로겐 기반 요법)

5 μ g/kg/d 에서 시작해서, 에스트라디올 수치에 따라 6 개월마다 5 μ g/kg/d~20 μ g/kg/d 씩 증량

성인 용량 = 일일 2~6mg

사춘기가 지난 TGD 청소년에게는 17 베타에스트라디올을 더 빠른 속도로 증량할 수 있음

: 6 개월간 1mg/d 실시한 후, 에스트라디올 수치에 따라 2mg/d 및 그 이상

경피 17 베타에스트라디올로 여성 사춘기 유도 (에스트로겐 기반 요법)

최초 용량 6.25~12.5 μ g/24hour (24g 패치를 ¼로 잘랐다가 ½로 자름)

에스트라디올 수치에 따라 6 개월마다 12.5 μ g/24hour 씩 투여량을 늘림

성인 용량 = 50~200 μ g/24hour

대안: 일단 성인 용량을 달성하면 표 4 참조

테스토스테론으로 남성 사춘기 유도 (테스토스테론 기반 요법)

2 주 간격으로 25mg/m² (대안: 이 용량의 절반을 매주 투여)

성인 용량과 테스토스테론 목표 수치를 달성할 때까지 6 개월마다 25mg/m²/2 주씩 증량

대안: 표 4 참조

표 4 트랜스젠더·다양한 젠더의 성인*에 대한 호르몬 요법

에스트로겐 기반 요법 (트랜스페미닌)

에스트로겐

경구 또는 설하

에스트라디올⁵³ 일일 2.0~6.0mg

경피

에스트라디올 경피 패치⁵⁴ 일일 0.025-0.2mg

각종 에스트라디올 젤⁵⁵ † 매일 피부에 바름

비경구

에스트라디올발레레이트 또는 사이피오네이트⁵⁶ 격주 5-30mg IM
매주 2-10 IM

항에스트로겐

스피로노락톤⁵⁷ 일일 100~300mg

시프로테론⁵⁸ 일일 10mg/day**

GnRH 작용제⁵⁹ 매월 3.75~7.50mg SQ/IM

GnRH 작용제 데포(depot) 제제 3/6 개월마다 11.25/22.5mg SQ/IM

† 양은 제제와 강도에 따라 다름

테스토스테론 기반 요법 (트랜스매스큘린)

53 프르기노바 : Estradiol valerate 1~2mg, 프레다 : Estradiol hemihydrate 1~2mg

54 국내 수입/유통되는 제품이 없음

55 디비겔 : Estradiol hemihydrate 1mg, 에스트레바겔 : Estradiol hemihydrate (유통 난항)

56 에스트라디올-데포주 : Estradiol valerate 10mg

57 스피락톤, 알닥톤 : Spironolactone 25~50mg

58 안드로콜 : Cyproterone 50mg

59 루프린, 로렐린, 루피어 : Leuprorelin, 디페렐린, 데카렙틸 : Triptorelin

테스토스테론

비경구

테스토스테론에난테이트/사이피오네이트⁶⁰ 매주 50~100 IM/SQ 또는 격주 100~200 IM

운데카노산테스토스테론⁶¹ 12 주마다 1000mg IM 또는 10 주마다 750mg IM

경피 테스토스테론

테스토스테론 젤⁶² 일일 50~100mg

테스토스테론 경피 패치⁶³ 일일 2.5~7.5mg

* 용량 조절은 스테로이드 성호르몬 수치가 치료 범위에 들어올 때까지 올리거나 내릴 수 있음. 위의 호르몬 요법은 세계 각지의 약국에서 구할 수 있는 모든 제제를 망라하지 않음. 현지 약국에서 어떤 약물을 구할 수 있는가에 따라 호르몬 요법을 조절해야 할 수 있음.

**Kuijpers et al (2021)

60 에나스테론 : Testosterone enanthate 250mg

61 네비도 : Testosterone undecanoate 1000mg

62 토스트렉스겔 2%, 약세론 2% (유통 난항)

63 국내 수입/유통되는 제품이 없음

표 5. 성별확인 호르몬 치료를 받는 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람들의 호르몬 모니터링 (내분비학회 지침을 토대로 작성함)

트랜스젠더 남성 또는 트랜스매스쿨린(성별 다양성이 있는/논바이너리 포함) 사람들

1. 첫 해에는 약 3 개월마다 환자를 평가하고(투여 용량도 변경한다) 그 이후에는 1 년에 1~2 회 평가하여, 환자가 테스토스테론에 반응해 적절한 신체 변화를 보이는지를 모니터링한다.
2. 목표 수치에 도달할 때까지 3 개월마다 혈청 총 테스토스테론을 측정한다(투여 용량도 변경한다).
 - a. 비경구 테스토스테론의 경우, 혈청 총 테스토스테론은 주사를 맞은 후와 다음 번 주사를 맞기 전의 중간 시점에 측정하여야 한다. 목표 수치는 400~700ng/dL 이다. 또는 최고점과 최저점을 측정하여 수치가 남성 기준치 범위 안에 있는지를 확인한다.
 - b. 비경구 운데카노산테스토스테론의 경우, 테스토스테론은 주사 직전에 측정하여야 한다. 수치가 400 ng/dL 미만이라면 투여 간격을 조정한다.
 - c. 경피 테스토스테론의 경우, 테스토스테론 수치는 최소한 1 주간 매일 제품을 바른 후(제품을 바른 지 적어도 2 시간 후)에야 측정할 수 있다.
3. 첫 해에는 헤마토크릿과 헤모글로빈을 약 3 개월마다 측정하며(투여 용량도 변경한다), 그 후로는 1 년에 1~2 회 측정한다.

트랜스젠더 여성 또는 트랜스페미닌(성별 다양성이 있는/논바이너리 포함) 사람들

1. 첫 해에는 약 3 개월마다 환자를 평가하고(투여 용량도 변경한다) 그 이후에는 1 년에 1~2 회 평가하여, 환자가 에스트로겐에 반응해 적절한 신체 변화를 보이는지를 모니터링한다.
 - a. 혈청 테스토스테론 수치는 50 ng/dL 미만이어야 한다.
 - b. 혈청 에스트라디올은 100~200 pg/mL 범위 이내여야 한다.
2. 스피로노락톤을 투여받는 사람의 경우 혈청 전해질, 특히 칼륨과 신장 기능, 특히 크레아티닌을 모니터링해야 한다.
3. 일차 의료 관련 장의 내용에 따라 일차 의료 검진을 실시한다.

부록 D 성인 및 청소년의 호르몬 치료 및 수술 치료 기준 요약

SOC-8의 지침은 전 세계에서 TGD 사람들의 다양한 보건의료 수요를 충족하기 위해 유연하게 적용할 수 있도록 고안되었다. 이 지침은 조정 가능하면서도, 최적의 보건의료를 장려하고 성별불일치를 경험하는 사람들의 치료를 이끌기 위해 가용한 최선의 과학적 근거에서 도출하였으며 합의에 기반한 표준을 제공한다. SOC의 모든 이전 판본과 마찬가지로, 본서에서 제시하는 성별확정 개입의 기준은 임상 지침이다. 보건의료 전문가 개인 및 보건의료 프로그램은 TGD 당사자와 상의하여 이 지침을 수정할 수 있다. 임상은 SOC와는 달라질 수 있다. 환자 특유의 해부학적·사회적·심리적 사정 때문에 달라질 수도 있고, 경험이 풍부한 보건의료 전문가가 일반적인 상황을 다루는 방법을 발전시켰기 때문에 달라질 수도 있고, 연구 프로토콜에 따라 달라질 수도 있고, 세계 여러 지역에서 자원이 부족해서 달라질 수도 있고, 특정한 위해 감소 전략을 써야 할 필요가 있기 때문에 달라질 수도 있다. SOC와 다르게 적용된 점은 SOC와 다르게 적용되었음을 인정하고, 이 사실을 TGD 당사자와 논의하고, 달라진 점을 기록으로 남겨야 한다. 본서는 새로운 데이터를 축적하는 데에도 중요한 작용을 하는데, 이러한 데이터는 보건의료뿐만 아니라 SOC를 발전시키기 위해 사후에 검토할 수 있다. 여기서 요약한 기준은 관련 장(‘성인 평가’와 ‘청소년’ 장 참조)과 함께 읽어야 한다.

성인에 대한 기준 요약

평가 절차 관련

- 트랜스젠더·성별다양성이 있는 성인이 성별확정 치료를 받고자 할 때, 그 사람을 평가하는 보건의료 전문가는 필요한 경우 트랜스젠더 건강 분야 내의 다양한 전공 분야 전문가와 연락하여 자문을 구하거나 의뢰를 해야 한다.*
- 성별확정 내과 및 수술 치료(GAMST)를 권고하기 위해 서면 문서나 서한이 필요한 경우, 트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람을 평가할 역량이 있는 보건의료 전문가의 평가서는 1 건만 있으면 된다.

호르몬 치료 기준

- a. 성별불일치 경험이 뚜렷하고 지속된다.
- b. 보건의료에 접근하기 위해 진단이 필요한 지역에서는 성별확정 호르몬 치료를 개시하기 전에 진단 기준을 충족한다.

- c. 특정한 성별확정 호르몬 치료에 동의할 수 있는 능력을 나타낸다.
- d. 성별불일치로 보이는 현상에 다른 원인이 있는지가 파악되고 배제되었다.
- e. 성별확정 치료의 결과에 부정적 영향을 끼칠 수 있는 정신 건강 문제 및 신체 건강 문제가 있는지가 평가되었고 치료의 위험과 이익이 논의되었다.
- f. 성별확정 호르몬 치료가 생식에 미치는 효과를 이해하고 생식 관련 선택지를 탐색하였다.

수술 치료 기준

- a. 성별불일치 경험이 뚜렷하고 지속된다.
- b. 보건의료에 접근하기 위해 진단이 필요한 지역에서는 성별확정 수술 치료를 개시하기 전에 진단 기준을 충족한다.
- c. 특정한 성별확정 수술적 개입에 동의할 수 있는 능력을 나타낸다.
- d. 성별확정 수술적 개입이 생식에 미치는 효과를 이해하고 생식 관련 선택지를 탐색하였다.
- e. 성별불일치로 보이는 현상에 다른 원인이 있는지가 파악되고 배제되었다.
- f. 성별확정 수술적 개입의 결과에 부정적 영향을 끼칠 수 있는 정신 건강 문제 및 신체 건강 문제가 있는지가 평가되었고 개입의 위험과 이익이 논의되었다.
- g. 성별확정 호르몬 치료 요법(최소 6개월 이상의 호르몬 치료 또는 원하는 수술 결과를 얻기 위해 필요한 경우 더 긴 기간의 호르몬 치료를 포함할 수 있으며, 호르몬 치료를 원하지 않거나 호르몬 치료가 의학적으로 금기인 경우에는 예외임)을 안정적으로 유지하고 있다.*

* 해당 기준은 제안 사항임

청소년에 대한 기준 요약

평가 절차 관련

- 관련 정신 건강 전문가 및 의료 전문가가 참여하는 종합적인 생물심리사회적 평가
- 평가 과정에 부모(들)/보호자(들) 참여. 단 이들의 참여가 청소년에게 해를 미치거나 불가능하다고 판단되는 경우는 예외이다.

- 성별확정 내과 및 수술 치료(GAMST)를 권고하기 위해 서면 문서나 서한이 필요한 경우, 다학제적 팀원의 평가서 1 건만 있으면 된다. 이 평가서에는 의료 전문가와 정신 건강 전문가가 모두 포함된 팀의 평가와 의견이 반영되어야 한다.

사춘기 차단제

- a. 성별 다양성/불일치가 뚜렷하고 오랜 기간 지속된다.
- b. 보건의료에 접근하기 위해 진단이 필요한 상황에서 성별 불일치 진단 기준을 충족한다.
- c. 충분한 정보에 근거해 치료에 동의/승낙할 수 있는 정서적·인지적 성숙도를 나타낸다.
- d. 해당 청소년을 명확하게 진단하는 데 방해가 되거나 해당 청소년이 동의할 능력 및 성별확정 의학적 치료에 방해가 되는 정신 건강 문제는 (만약 있다면) 미리 해결되어야 하며, 성별확정 의학적 치료를 최적으로 제공할 수 있을 정도로 충분히 해결되어야 한다.
- e. 생식력 상실 가능성 및 생식력 보존을 위해 택할 수 있는 선택지에 대한 정보를 포함해 치료가 생식에 미치는 영향에 대한 정보를 제공받았다.
- f. 태너 척도 2 기에 도달했다.

호르몬 치료

- a. 성별 다양성/불일치가 뚜렷하고 오랜 기간 지속된다.
- b. 보건의료에 접근하기 위해 진단이 필요한 상황에서 성별불일치 진단 기준을 충족한다.
- c. 충분한 정보에 근거해 치료에 동의/승낙할 수 있는 정서적·인지적 성숙도를 나타낸다.
- d. 해당 청소년을 명확하게 진단하는 데 방해가 되거나 해당 청소년이 동의할 능력 및 성별확정 의학적 치료에 방해가 되는 정신 건강 문제는 (만

약 있다면) 미리 해결되어야 하며, 성별확정 의학적 치료를 최적으로 제공할 수 있을 정도로 충분히 해결되어야 한다.

- e. 생식력 상실 가능성 및 생식력 보존을 위해 택할 수 있는 선택지에 대한 정보를 포함해 치료가 생식에 미치는 영향에 대한 정보를 제공받았다.
- f. 태너 척도 2 기에 도달했다.

수술

- a. 성별 다양성/불일치가 뚜렷하고 오랜 기간 지속된다.
- b. 보건의료에 접근하기 위해 진단이 필요한 상황에서 성별불일치 진단 기준을 충족한다.
- c. 충분한 정보에 근거해 치료에 동의/승낙할 수 있는 정서적·인지적 성숙도를 나타낸다.
- d. 해당 청소년을 명확하게 진단하는 데 방해가 되거나 해당 청소년이 동의할 능력 및 성별확정 의학적 치료에 방해가 되는 정신 건강 문제는 (만약 있다면) 미리 해결되어야 하며, 성별확정 의학적 치료를 최적으로 제공할 수 있을 정도로 충분히 해결되어야 한다.
- e. 생식력 상실 가능성 및 생식력 보존을 위해 택할 수 있는 선택지에 대한 정보를 포함해 치료가 생식에 미치는 영향에 대한 정보를 제공받았다.
- f. 최소 12개월간 호르몬 치료를 받거나 성별확정 과정에서 원하는 수술 결과를 얻기 위해 필요한 경우 더 긴 기간 호르몬 치료를 받았다. 이러한 시술에는 유방확대술, 고환절제술, 질형성술, 자궁절제술, 음경형성술, 메토이디오플라스티, 성별확정 치료의 일환으로 실시하는 안면수술이 포함된다. 단, 호르몬 치료를 원하지 않거나 호르몬 치료가 의료적으로 금기인 경우에는 예외이다.

부록 E 성별확정 외과 시술

이 분야에서 성별불일치의 다양한 측면에 대한 지식이 확대되고 있으며 기술이 발전하여 추가로 치료가 가능해지고 있으므로, 아래의 목록이 완전한 목록이 아님

을 반드시 이해해야 합니다. SOC를 업데이트하는 데 소요되는 기간이 긴 경우가 많고 그 기간 동안 지식과 치료 방식이 발전할 수 있다는 점을 고려할 때 이 사실은 특히 중요합니다.

안면수술	
이마	<ul style="list-style-type: none"> • 눈썹뼈 축소술 • 눈썹뼈 확대술 • 눈썹거상술
헤어라인 교정술 및/또는 모발 이식	
안면거상술/중안면거상술 (골격 성형 후)	
얼굴주름 성형술/중안면거상술 (골격 성형 후)	<ul style="list-style-type: none"> • 목주름 성형술
눈꺼풀 성형술	<ul style="list-style-type: none"> • 지방이식
코성형술(+/- 필러)	
뺨	<ul style="list-style-type: none"> • 보형물 삽입 • 지방 이식
입술	<ul style="list-style-type: none"> • 인중 축소수술 • 입술확대술(자가조직 또는 기타 필러)
하악	<ul style="list-style-type: none"> • 사각턱 축소술 • 사각턱 확대술
턱 모양 수정	<ul style="list-style-type: none"> • 자가골이식 • 동종골이식 (임플란트 기반)
갑상연골 축소술	<ul style="list-style-type: none"> • 성대 수술 ('음성' 장 참조)
유방/가슴수술	
유방절제술	<ul style="list-style-type: none"> • 유두-유륜 보존/재건을 동반한 유방절제술 (해당 환자에게 의학적으로 필요하다고 판단될 경우) • 유두-유륜 보존/재건 없는 유방절제술 (해당 환자에게 의학적으로 필요하다고 판단될 경우)
지방흡입	
유방재건술 (확대술)	<ul style="list-style-type: none"> • 보형물 및/또는 조직확장기 • 자가 조직 (피판 및 지방 이식)

생식기 수술	
음경형성술 (음낭형성술을 수반하거나 수반하지 않음)	<ul style="list-style-type: none"> • 요도 연장을 수반하거나 수반하지 않음 • (음경 및/또는 고환) 보형물 삽입을 수반하거나 수반하지 않음 • 질절제술/질폐쇄를 수반하거나 수반하지 않음
메토이디오플라스티 (음낭형성술을 수반하거나 수반하지 않음)	<ul style="list-style-type: none"> • 요도 연장을 수반하거나 수반하지 않음 • (음경 및/또는 고환) 보형물 삽입을 수반하거나 수반하지 않음 • 질절제술/질폐쇄를 수반하거나 수반하지 않음
질형성술 (피부 반전, 복막 이용, 장 이용)	<ul style="list-style-type: none"> • 음경 및/또는 고환을 보존할 수 있음
외음부형성술	<ul style="list-style-type: none"> • “플랫 프론트(flat front)” 로 알려진 기술을 포함할 수 있음
생식샘절제술	
고환절제술	
자궁절제술 및/또는 난소난관절제술	
신체윤곽 성형기술	
지방흡입	
지방이식	
보형물	<ul style="list-style-type: none"> • 가슴, 엉덩이, 둔부, 종아리
치구성형술(monsplasty)/치구축소술(mons reduction)	
추가 기술	
제모: 성별확정을 목적으로, 또는 수술 준비 과정의 일환으로 얼굴, 신체, 생식기 부위의 털을 제거하는 것 (제모에 관해서는 권고성명 15.14 참조)	<ul style="list-style-type: none"> • 전기 분해 • 레이저 제모
문신(유두-유륜)	
자궁이식	
음경이식	

한국어판 번역팀

참여자(가나다순)

번역: 한정연(번역가)

프로젝트 매니저: 이승현(비온뒤무지개재단 이사장), 이은실(순천향대학교 서울병원 젠더클리닉, 산부인과 교수)

전문가 감수: 김결희(강동성심병원 LGBTQ+ 센터, 성형외과 전문의), 김종명(서울온정신건강의학과의원, 정신건강의학과 전문의), 윤여울(순천향대학교 서울병원 젠더클리닉, 산부인과 교수), 윤정원(국립중앙의료원, 산부인과 전문의), 윤현배(서울대학교 의과대학 휴먼시스템의학과, 교수), 이선영(서울대학교병원 공공진료센터, 교수), 이승현(연세대학교 법학전문대학원, 객원교수), 이은실(순천향대학교 서울병원 젠더클리닉, 산부인과 교수), 이준우(University of Wisconsin-Madison, 상담심리학과 박사과정), 최예훈(색다른 의원, 산부인과 전문의), 추혜인(살림의료복지사회적협동조합 살림의원, 가정의학과 전문의), 황나현(고려대학교 안암병원 젠더클리닉, 성형외과 교수)

TGD 커뮤니티 감수: 김준우(트랜스젠더인권단체 조각보 활동가), 노희정(트랜스젠더인권단체 조각보 활동가), 유들(트랜스젠더인권단체 조각보 활동가),

편집: 노희정(트랜스젠더인권단체 조각보 활동가)

도움주신 분: 박민우(강동성심병원 LGBTQ+ 센터, 이비인후과 전문의), 성별이분법에 저항하는 사람들의 모임 여행자, 트랜스젠더인권단체 조각보, 트랜스해방전선, 한국성소수자문화인권센터

작업 과정

본서는 「트랜스젠더·성별다양성이 있는 사람을 위한 건강관리실무표준」(SOC) 제 8 판의 공식 한국어판으로, WPATH의 요청에 보건 의료인을 중심으로 한 전문가 감수팀과 트랜스젠더인권활동가를 중심으로 한 TGD 커뮤니티 감수팀을 꾸리고 2023년 2월부터 5개월에 걸쳐 작업하였습니다. 번역가의 번역 작업과 병행하여 9차례의 전문가 감수, 3차례의 커뮤니티 감수를 거치고 용어와 관련하여 트랜스젠더인권 관련 시민단체들의 의견을 구했습니다.

한국어판은 본서 제 1장과 제 2장에서 요청한 바에 따라, SOC 제 8 판의 원문과 핵심 원칙에 부합하면서도 TGD 사람들의 경험을 반영하고 보건 의료인과 일반 대중이 접하기 용이한 공통의 어휘를 사용하기 위해 노력하였습니다.

용어에 대한 논의

용어와 관련하여 특히 gender-affirming/affirmation 번역에 대한 집중 논의가 이루어졌습니다. SOC 제 8 판은 수술을 포함하여 트랜스젠더 의료 전반을 가리키는 용어로서 'gender-affirming/affirmation' care, treatment, hormone, surgery 등을 사용하고 있으며, 이는 기존 제 7 판에서 sex reassignment surgery를 대체한다는 취지가 있습니다. 따라서 주요 핵심 용어로 판단하고, 용어를 변경한 취지를 살릴 수 있는 번역어를 채택하는 것이 중요하다고 보았습니다. 그러나 해당 표현은 한국어로 정확하게 1대 1 대응하는 용어가 없습니다. affirm의 사전적 의미가 '어떤 것이 사실이라고 말하는 것 혹은 어떤 생각이나 의견을 지지한다고 말하는 것'(to state something is true, or to state your support for an idea, opinion (Cambridge English Dictionary))이라는 점을 고려하여 긍정, 확정, 적합, 확인, 확립, 맞춤, 합치, 수용 등이 제안되었습니다.

이에 대해 수 차례의 논의가 오갔는데, '성별확정수술' 채택 의견이 전문가 감수팀에서 상대적 다수를 차

지하는 가운데 커뮤니티 감수팀에서 제시한 '성별긍정수술'에 대한 전문가 및 커뮤니티 검토가 이어졌습니다. 쉽게 결론이 내려지지 않는 가운데, 새롭게 '성별지지수술', '성별인정수술'도 대안으로서 논의되었습니다. 다만, 최종적으로는 투표를 통해 '성별확정'으로 결정되었습니다.

이하에서는 주요한 논의 내용을 정리해둡니다.

○ 성별확정수술

- 현재 젠더클리닉 등에서 성전환수술을 대체하여 사용 중인 단어로, 지속적으로 알리고 확산시키고 있는 친숙한 단어이다.
- '확정'이 당사자가 결정한 의료적 조치에 따라 의료인도 이를 확인한다는 의미로 사용한다고 본다면 당사자 주체성을 강조한 SOC 제 8 판의 취지에 어긋나는 표현은 아니다.
- SOC 제 7 판에서는 sex reassignment surgery 를 성별재지정수술 혹은 성별적합수술로 번역하지 않고 성전환수술로 번역하였는데, 이는 당시 의료계에서 주로 사용하던 용어를 반영하기로 한 것이며, 제 7 판에서 한 차례 병기 되었던 gender affirmation surgery 를 '성별확정수술'로 번역하였다. 다만, 당시에는 용어의 배경과 취지를 검토하는 등의 구체적인 논의를 거쳐서 해당 번역을 채택한 것은 아니었다.
- 한편, '확정'은 수술이 의료적 조치의 완료나 목표라는 어감이 있어서 SOC 제 8 판의 취지에 부합하지 않는다는 점, SOC 제 8 판이 트랜스젠더 의료의 패러다임을 변화시키고자 한 취지를 잘 살리기 위해서는 기존에 사용하지 않던 새로운 용어를 제시하는 것이 의미가 있다는 점이 지적되었다.

○ 성별긍정수술

- gender-affirming 은 의료인이 당사자가 주장하는 성별정체성이 진실한 것임을 수용하여 해당 의료 조치를 한다는 의미로서, 당사자 주체성을 강조하는 취지를 가진다. SOC 제 8 판에서 기존의 의사에 의한 의료 조치의 수순을 폐기하고 retransition 개념을 도입하는 등 당사자가 자신에게 필요한 의료 조치를 결정하는 주체라는 점을 실질화시키고 있다는 점도 이를 반증한다.
- SOC 제 8 판은 이전 판에 비해 인문사회 용어나 개념을 풍부하게 사용하는 등 의료계를 중심으로 논의가 집중되는 것을 탈피하려는 경향이 있다. 따라서 의료계에서 수용하기 생소한 용어라는 이유로 채택하지 않을 이유는 없다. ("트랜스젠더리즘을 진단"하는 심리학적 요건과 성별위화감 완화를 위한 의학적 치료라는 좁은 초점으로부터 범위를 넓혀 한 인간 전체에 대한 gender-affirming care 로 이동하는 과정'(SOC8 서론 참조))
- 한편, '성별긍정'의 어감이 가볍고 쉽게 바뀔 것 같은 인상을 주어 의료적 필요성이 약하게 느껴진다는 점, 그로 인해 이후 의료보험적용이나 보호자를 설득할 때도 불리하게 작용할 것 같다는 점, 현재 성전환수술 대신 성확정수술, 성별확정수술의 사용을 확산시키고 있는 단계인 한국에서 다시 새로운 용어의 등장은 수용도가 떨어지고 오히려 이해도에 대한 장벽으로 작용할 것이라는 점이 지적되었다.

○ 기타 논의

- 성별확정수술과 성별긍정호르몬(성별지지호르몬)/성별긍정건강관리(성별지지건강관리)를 혼용해서 사용하는 안도 논의되었으나, 통일성을 위하여 일관되게 사용하기로 하였다.
- '성별적합수술'의 경우는 사전적 의미와 거리가 멀 뿐만 아니라 당사자 주체성을 강조하는 SOC 제 8 판의 핵심 취지가 반영되지 않는다는 점, 그리고 한자문화권 중 일본은 기존의 gender reassignment surgery

를 성별적합수술로 번역하여 사용해오고 있기 때문에 제 8 판에서는 이 용어를 폐기할 예정이라는 점에서 번역어 후보에서 삭제되었다.

- gender-affirming 은 trans-affirming policy 등 본디 의학계 외에서 사용하던 표현으로, 국내에서는 트랜스젠더인권단체 조각보가 이를 '사회적 소수자의 목소리를 고의적으로, 그리고 장기적으로 더욱 확실함으로서 이들의 정체성을 확립시키고 소수자가 가진 사회적 위치를 체계적으로 더욱 굳세게 만든다는 개념'으로서 '포용'이라고 의역(<http://www.transgender.or.kr/>)하고 있다. 그러나 수술 등 의료조치와 결합하면 어감이 부자연스러워진다고 보고 논의 후보에 올리지 않았다.

역주에서 인용한 참고문헌

- 김승섭, 박주영, 이해민, 이호림, 최보경(2018). *오롯한 당신*. 서울: 숨쉬는책공장.
- 백상숙(2018). *한국 고령 환자 전환기 의료 관리체계 개선 방안* (국내박사학위논문). 연세대학교 대학원, 서울.
- 소은영(2022). *성별정체성과 성별정정에 관한 헌법적 연구*. 헌법이론과 실무.2022-A-4. 헌법재판연구원 참조.
- 하정옥(2014). '임신과 출산을 여성의 건강으로 조망하기'. *한국모자보건학회지* 18:1.24-34.
- 한국여성연구소 엮음(2014). *젠더와 사회: 15 개의 시선으로 읽는 여성과 남성*. 서울: 동녘.
- 한국성소수자연구회(2019). *무지개는 더 많은 빛깔을 원한다: 성소수자 혐오를 넘어 인권의 확장으로*. 서울: 창비
- 한국성소수자의료연구회(2022). *차별 없는 병원: 진료실을 바꿀 성소수자 의료 가이드*. 서울: 휴머니스트.
- 홍성수, 강민형, 김승섭, 박한희, 이승현, 이해민, 이호림, 전수윤(2020). *트랜스젠더 혐오차별 실태조사*. 국가인권위원회 연구용역보고서.서울.
- Sripa, P, Hayhoe, B, Garg, P, Majeed, A, & Greenfield, G. (2019). Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 69(682), e294–e303. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702209>
- LGBTQ+ Glossary PFLAG. (n.d.). Pflag. <https://pflag.org/glossary/#term-gender-critical-feminism>
- FAQ: Answers to Common Questions about Mistreatment of TGNC Incarcerated People. (n.d.). Lambda Legal. <https://legacy.lambdalegal.org/know-your-rights/article/trans-in-prison-faq>
- Adams v. Bureau of Prisons - GLAD. (2011, September 11). GLAD. <https://www.glad.org/cases/adams-v-bureau-of-prisons/>
- Heteronormativity & Cisnormativity. (nd). Lgbtq+ Primary Hub. <https://www.lgbtqprimaryhub.com/heteronormativity-cisnormativity>
- American Heritage Dictionary Entry: Transgender. (n.d.). American Heritage Dictionary of English Language. <https://ahdictionary.com/word/search.html?q=TRANSGENDER>
- Gender Health. (n.d.). Provincial Health Services Authority. <http://www.phsa.ca/transcarebc/child-youth/exploring-gender/gender-health>