



## ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य के अंतर्राष्ट्रीय जर्नल



आईएसएसएन: (प्रिंट) (ऑनलाइन) जर्नल मुखपृष्ठ: <https://www.tandfonline.com/loi/wijt21>

## ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के स्वास्थ्य के देखभाल के मानक, 8वां संस्करण

ई. कोलमैन, ए. ई. रेडिक्स, डब्ल्यू. पी. बौमन, जी. आर. ब्राउन, ए. एल. सी. डे व्रीस, एम. बी. डॉयच, आर. एटनर, एल. फ्रेजर, एम. गुडमैन, जे. ग्रीन, ए. बी. हैनकॉक, टी. डब्ल्यू. जॉनसन, डी. एच. करासिक, जी. ए. नुडसन, एस. एफ. लीबोविट्ज, एच. एफ. एल. मेयर-बहलबर्ग, एस. जे. मॉस्ट्रे, जे. मोटमैन्स, एल. नाहटा, टी. ओ. नीडर, एस. एल. रीसनर, सी. रिचर्ड्स, एल. एस. शेचर, वी. तांगप्रिचा, ए. सी. टिशेलमैन, एम. ए. ए. वैन ट्रॉटसेनबर्ग, एस. विंटर, के. डचेनी, एन. जे. एडम्स, टी. एम. एड्रियन, एल. आर. एलन, डी. अजुल, एच. बग्गा, के. बासर, डी. एस. बाथोरी, जे. जे. बेलिंकी, डी. आर. बर्ग, जे. यू. बर्ली, आर. ओ. ब्लूबॉन्ड-लैंगनर, एम.बी. बोवर्स, पी. जे. ब्रासार्ड, जे. बायरन, एल. कैपिटन, सी. जे. कारगिल, जे. एम. कार्सवेल, एस. सी. चांग, जी. चेलवाकुमार, टी. कॉर्नील, के. बी. डालके, जी. डी. क्यूयपेरे, ई. डी. व्रीस, एम. डेन हेइजर, ए. एच. डेवोर, सी. धेजन, ए. डी. मार्को, ई. के. एडमिस्टन, एल. एडवर्ड्स-लीपर, आर. एहरबार, डी. एहरेनसाफ्ट, जे. ईसफेल्ड, ई. एलाउट, एल. एरिक्सन-श्रोथ, जे. एल. फेल्डमैन, ए. डी. फिशर, एम. एम. गार्सिया, एल. गिज, एस. ई. ग्रीन, बी. पी. हॉल, टी. एल. डी. हार्डी, एम. एस. इरविग, एल. ए. जैकब्स, ए. सी. जानसेन, के. जॉनसन, डी. टी. क्लिंक, बी. पी. सी. क्रुकेल्स, एल. ई. कुपर, ई. जे. एस. डी. मॉरिसन, एस. डब्ल्यू. मोसर, पी. एम. नीरा, यू. निग्रेन, जे. एम. ओट्स, जे. ओबेदिन-मालिवर, जी. पगकालोस, जे. पैटन, एन. फानुफाक, के. राचलीन, टी. रीड, जी. एन. राइडर, जे. रिस्टोरी, एस. रॉबिंस-चेरी, एस. ए. रॉबर्ट्स, के. रोड्रिगज-वॉलबर्ग, एस. एम. रोसंथल, के. साबिर, जे. डी. सेफर, ए. आई. स्कीम, एल. जे. सील, टी. जे. सेहूल, के. स्पेंसर, सी. सेंट अमांड, टी. डी. स्टेनेस्मा, जे. एफ. स्ट्रैंग, जी. बी. टेलर, के. टिलेमैन, जी. जी. टी. शोएन, एल. एन. एमए वेस्ट और जे आर्सेलस

इस लेख के प्रमाण हेतु: ई. कोलमैन, ए. ई. रेडिक्स, डब्ल्यू. पी. बौमन, जी. आर. ब्राउन, ए. एल. सी. डॉयच, आर. एटनर, एल. फ्रेजर, एम. गुडमैन, जे. ग्रीन, ए. बी. हैनकॉक, टी. डब्ल्यू. जॉनसन, डी. एच. करासिक, जी. ए. नुडसन, एस. एफ. लीबोविट्ज, एच. एफ. एल. मेयर-बहलबर्ग, एस. जे. मॉस्ट्रे, जे. मोटमैन्स, एल. नाहटा, टी. ओ. नीडर, एस. एल. रीसनर, सी. रिचर्ड्स, एल. एस. एम.ए.ए. वैन ट्रॉटसेनबर्ग, एस. विंटर, के. डचेनी, एन. जे. एडम्स, टी. एम. एड्रियन, एल. आर. एलन, डी. अजुल, एच. बग्गा, के. बासर, डी. एस. बाथोरी, जे. जे. बेलिंकी, डी. आर. बर्ग, जे. यू. बर्ली, आर. ओ. ब्लूबॉन्ड-लैंगनर, एम.बी. बोमन, एम. एल. बोवर्स, पी. जे. ब्रासार्ड, जे. बायरन, एल. कैपिटन, सी. जे. कारगिल, जे. एम. कार्सवेल, एस. सी. चांग, जी. चेलवाकुमार, टी. कॉर्नील, के. बी. डालके, जी. डी. क्यूयपेरे, ई. डी. व्रीस, एम. डेन हेइजर, ए. एच. डेवोर, सी. धेजन, ए. डी. मार्को, ई. के. एडमिस्टन, एल. एडवर्ड्स-लीपर, आर. एहरबार, डी. एहरेनसाफ्ट, ईसफेल्ड, ई. एलाउट, एल. एरिक्सन-श्रोथ, जे. एल. फेल्डमैन, ए. डी. फिशर, एम. एम. गार्सिया, एल. गिज, एस. ई. ग्रीन, बी. पी. हॉल, टी. एल. डी. हार्डी, एम. एस. इरविग, एल. ए. जैकब्स, ए. सी. जानसेन, के. जॉनसन, डी. टी. बी.पी.सी. क्रुकेल्स, एल.ई. कुपर, ई. जे. कवाच, एम. ए. मालौफ, आर. मैसी, टी. माजुर, सी. मैकलाचलान, एस. मॉरिसन, एस. डब्ल्यू. मोसर, पी. एम. नीरा, यू. निग्रेन, जे. एम. ओट्स, जे. ओबेदिन-मालिवर, जी. पगकालोस, जे. पैटन, एन. फानुफाक, के. राचलीन, टी. रीड, जी. एन. राइडर, जे. रिस्टोरी, एस. रॉबिंस-चेरी, एस. ए. रॉबर्ट्स, के. ए. रोड्रिगज-वॉलबर्ग, एस. एम. रोसंथल, के. साबिर, जे. डी. सेफर, ए. आई. शेइम, एल. जे. सील, टी. जे. सेहूल, के. स्पेंसर, सी. एस. एस. एल. एन. वाला, एन. एम. वान

मेलो, जे. एफ. वीले, जे. ए. वेंसिल, बी. विंसेंट, एल. एम. वेस्ट एंड जे आर्सेलस (2022) ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के स्वास्थ्य के लिए देखभाल के मानक, 8 वां, ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य के अंतर्राष्ट्रीय जर्नल, 23: sup1, S1-S259, DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644

इस लेख के लिंक: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>



© 2022 लेखक (ओं)। टेलर एंड फ्रांसिस ग्रुप, एलएलसी द्वारा लाइसेंस के साथ प्रकाशित।



ऑनलाइन प्रकाशित: 06 सितम्बर 2022.



<https://www.tandfonline.com/action/authorSubmission?journalCode=wijt21&show=instructions> इस पत्रिका में

अपना लेख सबमिट करें



आलेख दृश्य: 77931



संबंधित लेख देखें



क्रॉसमार्क डेटा देखें



एक्सेस और उपयोग के पूर्ण नियम और शर्तें



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

REPORT

## ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के स्वास्थ्य के लिए देखभाल के मानक, 8वां संस्करण

ई. कोलमैन<sup>1</sup>, ए. ई. मूलांक<sup>2,3</sup>, डब्ल्यू. पी. बौमन<sup>4,5</sup>, जी. आर. ब्राउन<sup>5,7</sup>, ए. एल. सी. डी व्रीस<sup>8,9</sup>, एम. बी. डॉयच<sup>10,11</sup>, आर एटनर<sup>12,13</sup>, एल फ्रेजर<sup>14</sup>, एम गुडमैन<sup>15</sup>, जे ग्रीन<sup>16</sup>, एबी हैनकोक<sup>17</sup>, टी डब्ल्यू जॉनसन<sup>18</sup>, डी एच कर्रासिक<sup>19,20</sup>, जी. ए. नुडसन<sup>21,22</sup>, एस. एफ. लीबोविट्ज<sup>23</sup>, एच. एफ. एल. मेयर-बहलबर्ग<sup>24,25</sup>, एस. जे. मॉस्ट्रे<sup>26</sup>, जे. मोटमैस<sup>27,28</sup>, एल. नाहटा<sup>29,30</sup>, टी. ओ. नीडर<sup>31</sup>, एस. एल. रीसनर<sup>32,33</sup>, सी. रिचर्ड्स<sup>34,35</sup>, एल. एस. शेचर<sup>36</sup>, वी. तांगप्रिचा<sup>37,38</sup>, ए. सी. टिशेलमैन<sup>39</sup>, एम. ए. ए. वैन ट्रॉटसेनबर्ग<sup>40,41</sup>, एस. विटर<sup>42</sup>, के. डचेनी<sup>43</sup>, एन. जे. एडम्स<sup>44,45</sup>, टी. एम. एड्रियन<sup>46,47</sup>, एल. आर. एलन<sup>48</sup>, डी. अजुल<sup>49</sup>, एच. बग्गा<sup>50,51</sup>, के. बासर<sup>52</sup>, डी. एस. बाथोरी<sup>53</sup>, जे. जे. बेलिकी<sup>54</sup>, डी. आर. बर्ग<sup>55</sup>, जे. यू. बर्ली<sup>56</sup>, आर. ओ. ब्लूबॉन्ड-लैंगनर<sup>57,58</sup>, एम.बी. बोमन<sup>9,59</sup>, एमएल बोवर्स<sup>60,61</sup>, पी जे ब्रासार्ड<sup>62,63</sup>, जे बायर्न<sup>64</sup>, एल कैपिटन<sup>65</sup>, सी जे कारगिल<sup>66</sup>, जे एम कार्सवेल<sup>67,68</sup>, एस सी चांग<sup>68</sup>, जी चेलवकुमार<sup>69,70</sup>, टी. कॉर्नील<sup>71</sup>, के. बी. डालके<sup>72,73</sup>, जी. डी. क्यूइपेरे<sup>74</sup>, ई. डी. व्रीस<sup>75,76</sup>, एम. डेन हेइजर<sup>77</sup>, ए. एच. डेवोर<sup>78</sup>, सी. धुजने<sup>79,80</sup>, ए. डी'मार्को<sup>81,82</sup>, ई. के. एडमिस्टन<sup>83</sup>, एल. एडवर्ड्स-लीपर<sup>84,85</sup>, आर. एहरबार<sup>86,87</sup>, डी. एहरेनसाफ्ट<sup>19</sup>, जे. यिसफेल्ड<sup>88</sup>, एलाउत<sup>84,89</sup>, एल एरिकसन-श्रोथ<sup>90,91</sup>, जे एल फेल्डमैन<sup>92</sup>, एडी फिशर<sup>93</sup>, एमएम गार्सिया<sup>94,95</sup>, एल. गिज<sup>96</sup>, एस. ई. ग्रीन<sup>97</sup>, बी. पी. हॉल<sup>98,99</sup>, टी. एल. डी. हार्डी<sup>100,101</sup>, एम. एस. इरविग<sup>32,102</sup>, एल. ए. जैकब्स<sup>103</sup>, ए. सी. जानसेन<sup>23,104</sup>, के. जॉनसन<sup>105,106</sup>, डी. टी. क्लिंक<sup>107,108</sup>, बी. पी. सी. कुकेल्स<sup>9,109</sup>, एल. ई. कुपर<sup>110,111</sup>, ई. जे. क्वाच<sup>112,113</sup>, एम. ए. मालौफ<sup>114</sup>, आर. मैसी<sup>115,116</sup>, टी. माजुर<sup>117,118</sup>, सी. मैकलाचलान<sup>119,120</sup>, एस. डी. मॉरिसन<sup>121,122</sup>, एस. डब्ल्यू. मोसर<sup>123,124</sup>, पी. एम. नीरा<sup>125,126</sup>, यू. नियेन<sup>127,128</sup>, जे. एम. ओट्स<sup>129,130</sup>, जे. ओबेदिन-मालिवर<sup>131,132</sup>, जी. पगकालोस<sup>133,134</sup>, जे. पैटन<sup>135,136</sup>, एन. फानुफाक<sup>137</sup>, के. राचलीन<sup>103</sup>, टी. रीड<sup>138</sup>, जी. एन. राइडर<sup>35</sup>, जे. रिस्टोरी<sup>93</sup>, एस. रॉबिस-चेरी<sup>4</sup>, एस. ए. रॉबर्ट्स<sup>32,139</sup>, के. ए. रोड्रिगज-वॉलबर्ग<sup>140,141</sup>, एसएम रोसथल<sup>142,143</sup>, के साबिर<sup>144</sup>, जेडी सेफर<sup>50,145</sup>, ए. आई. शेइम<sup>146,147</sup>, एल. जे. सील<sup>35,148</sup>, टी. जे. सेहूल<sup>149</sup>, के. स्पेंसर<sup>55</sup>, सी. सेंट अमांड<sup>150,151</sup>, टी. डी. जी. बी. टेलर<sup>154</sup>, के. टिलेमैन<sup>155</sup>, जी. जी. टी. शोएन<sup>74,156</sup>, एल. एन. वाला<sup>157</sup>, एन. एम. वान मेलो<sup>9,158</sup>, जे. एफ. वील<sup>159</sup>, जे. ए. वेंसिल<sup>160,161</sup>, बी. विन्सेंट<sup>162</sup>, एल. एम. वेस्प<sup>163,164</sup>, एम. ए. वेस्ट<sup>165,166</sup> और जे. आर्केलस<sup>5,167</sup>

<sup>1</sup>यौन एवं जेंडर वर्ग स्वास्थ्य संस्थान, परिवार चिकित्सा और सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग, मिनेसोटा मेडिकल स्कूल विश्वविद्यालय, मिनियापोलिस, एमएन, यूएसए; <sup>2</sup>केलेन-लॉर्ड सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र, न्यूयॉर्क, एनवाई, यूएसए; <sup>3</sup>चिकित्सा विभाग, एनवाईयू ग्रॉसमैन स्कूल ऑफ मेडिसिन, न्यूयॉर्क, एनवाई, यूएसए; <sup>4</sup>नॉटिंगहम सेंटर फॉर ट्रांसजेंडर हेल्थ, नॉटिंगहम, यूके; <sup>5</sup>स्कूल ऑफ मेडिसिन, नॉटिंगहम विश्वविद्यालय, नॉटिंगहम, यूके; <sup>6</sup>जेम्स क्विलेन कॉलेज ऑफ मेडिसिन, ईस्ट टेनेसी स्टेट यूनिवर्सिटी, जॉनसन सिटी, टीएन, यूएसए; <sup>7</sup>जेम्स क्विलेन वीएएमसी, जॉनसन सिटी, टीएन, यूएसए; <sup>8</sup>बाल एवं किशोर मनोचिकित्सा विभाग, एम्स्टर्डम यूएमसी स्थान वृजे यूनीवरसिटीट एम्स्टर्डम, एम्स्टर्डम, नीदरलैंड; <sup>9</sup>जेंडर डिस्फोरिया पर विशेषज्ञता का केंद्र, एम्स्टर्डम यूएमसी केंद्र वृजे यूनीवरसिटीट एम्स्टर्डम, एम्स्टर्डम, नीदरलैंड; <sup>10</sup>परिवार और सामुदायिक चिकित्सा विभाग, कैलिफोर्निया विश्वविद्यालय-सैन फ्रांसिस्को, सैन फ्रांसिस्को, सीए, यूएसए; <sup>11</sup>यूसीएसएफ जेंडर अफर्मिंग स्वास्थ्य कार्यक्रम, सैन फ्रांसिस्को, सीए, यूएसए; <sup>12</sup>न्यू हेल्थ फाउंडेशन वर्ल्डवाइड, इवांसटन, आईएल, यूएसए; <sup>13</sup>वीस मेमोरियल अस्पताल, शिकागो, आईएल, यूएसए; <sup>14</sup>स्वतंत्र अभ्यास, सैन फ्रांसिस्को, सीए, यूएसए; <sup>15</sup>एमोरी यूनिवर्सिटी रोलिंग्स स्कूल ऑफ पब्लिक हेल्थ, अटलांटा, जीए, यूएसए; <sup>16</sup>स्वतंत्र स्कॉलर, वैंकूवर, डब्ल्यूए, यूएसए; <sup>17</sup>जॉर्ज वाशिंगटन विश्वविद्यालय, वाशिंगटन, डीसी, यूएसए; <sup>18</sup>नृविज्ञान विभाग, कैलिफोर्निया स्टेट यूनिवर्सिटी, चिको, सीए, यूएसए; <sup>19</sup>कैलिफोर्निया विश्वविद्यालय सैन फ्रांसिस्को, सैन फ्रांसिस्को, सीए, यूएसए; <sup>20</sup>dankarasic.com में स्वतंत्र अभ्यास; <sup>21</sup>ब्रिटिश कोलंबिया विश्वविद्यालय, वैंकूवर, कनाडा; <sup>22</sup>वैंकू

<sup>48</sup>नेवादा विश्वविद्यालय, लास वेगास, एनवी, यूएसए; <sup>49</sup>ला ट्रोब ग्रामीण स्वास्थ्य स्कूल, ला ट्रोब विश्वविद्यालय, बैडिंगो, ऑस्ट्रेलिया; <sup>50</sup>मोनाश हेल्थ जेंडर क्लिनिक, मेलबोर्न, विक्टोरिया, ऑस्ट्रेलिया; <sup>51</sup>मोनाश विश्वविद्यालय, मेलबोर्न, विक्टोरिया, ऑस्ट्रेलिया; <sup>52</sup>मनोचिकित्सा विभाग, हेकेटेप विश्वविद्यालय, अंकारा, तुर्की; <sup>53</sup>बाथरी इंटरनेशनल पीएलएलसी, विंस्टन-सलेम, एनसी, यूएसए में स्वतंत्र अभ्यास; <sup>54</sup>इरंड अस्पताल, गुएम्स क्लिनिक और यूरोलॉजिकल सेंटर, ब्यूनस आयर्स, अर्जेंटीना; <sup>55</sup>नेशनल सेंटर फॉर जेंडर स्पेक्ट्रम हेल्थ, इंस्टीट्यूट फॉर सेक्सुअल एंड जेंडर हेल्थ, डिपार्टमेंट ऑफ फेमिली मेडिसिन एंड कम्युनिटी हेल्थ, मिनेसोटा मेडिकल स्कूल विश्वविद्यालय, मिनेयापोलिस, एमएन, यूएसए; <sup>56</sup>ओरेगन हेल्थ एंड साइंस यूनिवर्सिटी, पोर्टलैंड, ओआर, यूएसए; <sup>57</sup>एनवाईयू लैंगोन हेल्थ, न्यूयॉर्क, एनवाई, यूएसए; <sup>58</sup>हंसजोर्ग वायस डिपार्टमेंट ऑफ प्लास्टिक शल्य चिकित्सा, न्यूयॉर्क, एनवाई, यूएसए; <sup>59</sup>प्लास्टिक शल्य चिकित्सा विभाग, एम्स्टर्डम यूएमसी स्थान वृजे यूनीवर्सिटीट एम्स्टर्डम, एम्स्टर्डम, नीदरलैंड; <sup>60</sup>माउंट सिनाई, न्यूयॉर्क, एनवाई, यूएसए में इकान स्कूल ऑफ मेडिसिन; <sup>61</sup>मिल्स-पेनिनसुला मेडिकल सेंटर, बर्लिनगेम, सीए, यूएसए; <sup>62</sup>जीआरएस मॉन्ट्रियल, कॉम्प्लेक्स सीएमसी, मॉन्ट्रियल, क्यूबेक, कनाडा; <sup>63</sup>मॉन्ट्रियल, क्यूबेक, कनाडा विश्वविद्यालय; <sup>64</sup>वाइकाटो विश्वविद्यालय/ते व्हारे वानंगा ओ वाइकाटो, हैमिल्टन / किरिकिरोआ, न्यूजीलैंड / <sup>65</sup>फेशियलटीम थुप, मारबेला इंटरनेशनल हॉस्पिटल, मारबेला, स्पेन; <sup>66</sup>स्वतंत्र स्कॉलर; <sup>67</sup>बोस्टन के बच्चों के अस्पताल, बोस्टन, एमए, यूएसए; <sup>68</sup>स्वतंत्र अभ्यास, ओकलैंड, सीए, यूएसए; <sup>69</sup>राष्ट्रव्यापी बच्चों का अस्पताल, कोलंबस, ओएच, यूएसए; <sup>70</sup>ओहियो स्टेट यूनिवर्सिटी, कॉलेज ऑफ मेडिसिन, कोलंबस, ओएच, यूएसए; <sup>71</sup>स्कूल ऑफ पॉपुलेशन एंड पब्लिक हेल्थ, ब्रिटिश कोलंबिया विश्वविद्यालय, वैंकूवर, बीसी, कनाडा; <sup>72</sup>पेन स्टेट हेल्थ, पीए, यूएसए; <sup>73</sup>पेन स्टेट कॉलेज ऑफ मेडिसिन, हर्ष, पीए, यूएसए; <sup>74</sup>सेंटर फॉर सेक्सोलॉजी एंड जेंडर, गेन्ट यूनिवर्सिटी हॉस्पिटल, जेंट, बेल्जियम; <sup>75</sup>नेल्सन मंडेला विश्वविद्यालय, ग्केबेहरा, दक्षिण अफ्रीका; <sup>76</sup>केप टाउन विश्वविद्यालय, केप टाउन, दक्षिण अफ्रीका; <sup>77</sup>अंतःसाविकी विभाग, एम्स्टर्डम यूएमसी स्थान वृजे यूनीवर्सिटीट एम्स्टर्डम, एम्स्टर्डम, नीदरलैंड; <sup>78</sup>विक्टोरिया विश्वविद्यालय, विक्टोरिया, बीसी, कनाडा; <sup>79</sup>अनोवा, कारोलिंस्का विश्वविद्यालय अस्पताल, स्टॉकहोम, स्वीडन; <sup>80</sup>मेडिसिन विभाग हुददीन, कारोलिंस्का इंस्टीट्यूट, स्टॉकहोम, स्वीडन; <sup>81</sup>यूसीटांस - युनाइटेड कैरेबियन ट्रांस नेटवर्क, नासाऊ, बहामास; <sup>82</sup>डी एम ए आर सी ओ संगठन, नासाऊ, बहामास; <sup>83</sup>पिट्सबर्ग स्कूल ऑफ मेडिसिन विश्वविद्यालय, पिट्सबर्ग, पीए, यूएसए; <sup>84</sup>पैसिफिक यूनिवर्सिटी, हिल्सबोरो, ओआर, यूएसए; <sup>85</sup>स्वतंत्र अभ्यास, बीवर्टन, ओआर, यूएसए; <sup>86</sup>व्हिटमैन वॉकर हेल्थ, वाशिंगटन, डीसी, यूएसए; <sup>87</sup>स्वतंत्र प्रैक्टिस, मैरीलैंड, यूएसए; <sup>88</sup>ट्रांसविसी, यूट्रेक्ट, नीदरलैंड; <sup>89</sup>नैदानिक प्रायोगिक और स्वास्थ्य मनोविज्ञान विभाग, गेंट विश्वविद्यालय, जेंट, बेल्जियम; <sup>90</sup>द जेड फाउंडेशन, न्यूयॉर्क, एनवाई, यूएसए; <sup>91</sup>हेट्रिक-मार्टिन इंस्टीट्यूट, न्यूयॉर्क, एनवाई, यूएसए; <sup>92</sup>यौन और लिंग स्वास्थ्य संस्थान, यौन और जेंडर वर्ग स्वास्थ्य संस्थान, परिवार चिकित्सा और सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग, मिनेसोटा मेडिकल स्कूल विश्वविद्यालय, मिनेयापोलिस, एमएन, यूएसए; <sup>93</sup>एड्रोलॉजी, महिला अंतःसाविकी और जेंडर इनकांयुएंस, कैरेगी यूनिवर्सिटी अस्पताल, फ्लोरिस, इटली; <sup>94</sup>यूरोलॉजी विभाग, सीडर-सिनाई मेडिकल सेंटर, लॉस एंजिल्स, सीए, यूएसए; <sup>95</sup> यूरोलॉजी और एनाटॉमी के विभाग, कैलिफोर्निया विश्वविद्यालय सैन फ्रांसिस्को, सैन फ्रांसिस्को, सीए, यूएसए; <sup>96</sup>परिवार और कामुकता अध्ययन संस्थान, तंत्रिका विज्ञान विभाग, केयू लिउवेन, ल्यूवेन, बेल्जियम; <sup>97</sup>मरमेड्स, लंदन / लीड्स, यूके; <sup>98</sup>इयूक यूनिवर्सिटी मेडिकल सेंटर, डरहम, एनसी, यूएसए; <sup>99</sup>इयूक वयस्क लिंग चिकित्सा क्लिनिक, डरहम, एनसी, यूएसए; <sup>100</sup>अल्बर्टा स्वास्थ्य सेवाएं, एडमोंटन, अल्बर्टा, कनाडा; <sup>101</sup>मैकएवान विश्वविद्यालय, एडमोंटन, अल्बर्टा, कनाडा; <sup>102</sup>बेथ इज़राइल कोनेस मेडिकल सेंटर, बोस्टन, एमए, यूएसए; <sup>103</sup>इडिपेंडेंट प्रैक्टिस, न्यूयॉर्क, एनवाई, यूएसए; <sup>104</sup>नॉर्थवेस्टर्न फीनबर्ग स्कूल ऑफ मेडिसिन, शिकागो, आईएल, यूएसए; <sup>105</sup>आरएमआईटी विश्वविद्यालय, मेलबोर्न, ऑस्ट्रेलिया; <sup>106</sup>ब्राइटन विश्वविद्यालय, ब्राइटन, यूके; <sup>107</sup>बाल रोग विभाग, बाल चिकित्सा अंतःसाविकी विभाग, गेंट यूनिवर्सिटी अस्पताल, जेंट, बेल्जियम; <sup>108</sup>बाल चिकित्सा अंतःसाविकी और मधुमेह के डिवीजन, जेडएनए क्वीन पाओला चिल्ड्रन हॉस्पिटल, एंटवर्प, बेल्जियम; <sup>109</sup>चिकित्सा मनोविज्ञान विभाग, एम्स्टर्डम यूएमसी स्थान, एम्स्टर्डम, नीदरलैंड; <sup>110</sup>मनोचिकित्सा विभाग, साउथवेस्टर्न मेडिकल सेंटर, टेक्सास विश्वविद्यालय, डलास, टेक्सास, यूएसए; <sup>111</sup>अंतःसाविकी विभाग, बच्चों के स्वास्थ्य, डलास, टेक्सास, यूएसए; <sup>112</sup>डेनवर हेल्थ, डेनवर, सीओ, यूएसए; <sup>113</sup>कोलोराडो स्कूल ऑफ मेडिसिन विश्वविद्यालय, अरोरा, सीओ, यूएसए; <sup>114</sup>मालोफ परामर्श, बाल्टीमोर, एमडी, यूएसए; <sup>115</sup>डब्ल्यूपीएटीएच वैश्विक शिक्षा संस्थान; <sup>116</sup>मनोचिकित्सा और व्यवहार विज्ञान विभाग, एमोरी यूनिवर्सिटी स्कूल ऑफ मेडिसिन, अटलांटा, जीए, यूएसए; <sup>117</sup>जैकब्स स्कूल ऑफ मेडिसिन एंड बायोमेडिकल साइंसेज, बफेलो विश्वविद्यालय, बफेलो, एनवाई, यूएसए; <sup>118</sup>ओइशी चिल्ड्रन हॉस्पिटल, बफेलो, एनवाई, यूएसए; <sup>119</sup>ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य के लिए व्यावसायिक एसोसिएशन, दक्षिण अफ्रीका; <sup>120</sup>जेंडर डायनामीक्स, केप टाउन, दक्षिण अफ्रीका; <sup>121</sup>प्लास्टिक शल्य चिकित्सा के डिवीजन, सिएटल चिल्ड्रन हॉस्पिटल, सिएटल, डब्ल्यूए, यूएसए; <sup>122</sup>प्लास्टिक शल्य चिकित्सा के डिवीजन, शल्य चिकित्सा विभाग, वाशिंगटन मेडिकल सेंटर विश्वविद्यालय, सिएटल, डब्ल्यूए, यूएसए; <sup>123</sup>जेंडर वर्ग पुष्टिकरण केंद्र, सैन फ्रांसिस्को, सीए, यूएसए; <sup>124</sup>सेंट फ्रांसिस मेमोरियल अस्पताल, सैन फ्रांसिस्को, सीए, यूएसए; <sup>125</sup>जॉन्स हॉपकिंस सेंटर फॉर ट्रांसजेंडर हेल्थ, बाल्टीमोर, एमडी, यूएसए; <sup>126</sup>जॉन्स हॉपकिंस मेडिसिन ऑफिस ऑफ ड्राइवर्सिटी, इन्क्लूजिव एंड हेल्थ इक्विटी, बाल्टीमोर, एमडी, यूएसए; <sup>127</sup>आवाज और भाषा पैथोलॉजी के डिवीजन, नैदानिक विज्ञान, हस्तक्षेप और प्रौद्योगिकी विभाग, कारोलिंस्का संस्थान, स्टॉकहोम, स्वीडन; <sup>128</sup>आवाज और भाषा पैथोलॉजी, मेडिकल यूनिट, कारोलिंस्का यूनिवर्सिटी अस्पताल, स्टॉकहोम, स्वीडन; <sup>129</sup>ला ट्रोब विश्वविद्यालय, मेलबोर्न, ऑस्ट्रेलिया; <sup>130</sup>मेलबोर्न वॉयस एनालिसिस सेंटर, ईस्ट मेलबोर्न, ऑस्ट्रेलिया; <sup>131</sup>स्टैनफोर्ड यूनिवर्सिटी स्कूल ऑफ मेडिसिन, प्रसूति और स्त्री रोग विभाग, पालो अल्तो, सीए, यूएसए; <sup>132</sup>महामारी विज्ञान और जनसंख्या स्वास्थ्य विभाग, स्टैनफोर्ड, सीए, यूएसए; <sup>133</sup>स्वतंत्र अभ्यास थेसालोनिकी, ग्रीस; <sup>134</sup>सैन्य सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य केंद्र, जनरल मिलिट्री ट्रेनिंग हॉस्पिटल, थेसालोनिकी, ग्रीस; <sup>135</sup>टॉकस्पेस, न्यूयॉर्क, एनवाई, यूएसए; <sup>136</sup>साइटिसाइकोलॉजिकल एलएलसी, सैन डिएगो, सीए, यूएसए; <sup>137</sup>एचआईवी अनुसंधान और नवाचार संस्थान, बैंकॉक, थाईलैंड; <sup>138</sup>जेंडर आइडेंटिटी रिसर्च एंड एजुकेशन सोसाइटी, लेदरहेड, यूके; <sup>139</sup>अंतःसाविकी के डिवीजन, बोस्टन के बच्चों के अस्पताल, बोस्टन, एमए, यूएसए; <sup>140</sup>प्रजनन चिकित्सा विभाग, कारोलिंस्का विश्वविद्यालय अस्पताल, स्टॉकहोम, स्वीडन; <sup>141</sup>ऑन्कोलॉजी-पैथोलॉजी विभाग, कारोलिंस्का संस्थान, स्टॉकहोम, स्वीडन; <sup>142</sup>बाल चिकित्सा अंतःसाविकी के डिवीजन, यूसीएसएफ, सैन फ्रांसिस्को, सीए, यूएसए; <sup>143</sup>यूसीएसएफ बाल और किशोर जेंडर वर्ग केंद्र; <sup>144</sup>एफटीएम फीनिक्स समूह, क्रास्नोडार क्राय, रूस; <sup>145</sup>माउंट सिनाई सेंटर फॉर ट्रांसजेंडर मेडिसिन एंड शल्य चिकित्सा, न्यूयॉर्क, एनवाई, यूएसए; <sup>146</sup>महामारी विज्ञान और बायोस्टैटिस्टिक्स, डॉर्नसिफ स्कूल ऑफ पब्लिक हेल्थ, ड्रेकसेल विश्वविद्यालय, फिलाडेल्फिया, पीए, यूएसए; <sup>147</sup>महामारी विज्ञान और बायोस्टैटिस्टिक्स, शुलिच स्कूल ऑफ मेडिसिन एंड डेंटिस्ट्री, वेस्टर्न यूनिवर्सिटी, ओंटारियो, कनाडा; <sup>148</sup>सेंट जॉर्ज यूनिवर्सिटी हॉस्पिटल एनएचएस फाउंडेशन ट्रस्ट, लंदन, यूके; <sup>149</sup>ईरानी, जोहान्सबर्ग, दक्षिण अफ्रीका; <sup>150</sup>ह्यूस्टन विश्वविद्यालय, ह्यूस्टन, टेक्सास, यूएसए; <sup>151</sup>मेयो क्लिनिक, रोचेस्टर, एमएन, यूएसए; <sup>152</sup>बच्चों के राष्ट्रीय अस्पताल, वाशिंगटन, डीसी, यूएसए; <sup>153</sup>जॉर्ज वाशिंगटन यूनिवर्सिटी स्कूल ऑफ मेडिसिन, वाशिंगटन, डीसी, यूएसए; <sup>154</sup>एट्रियम स्वास्थ्य प्रसूति और स्त्री रोग विभाग, महिला श्रोणि चिकित्सा और पुनर्निर्माण शल्य चिकित्सा विभाग, शार्लोट, एनसी, यूएसए; <sup>155</sup>प्रजनन चिकित्सा विभाग, गेंट यूनिवर्सिटी अस्पताल, जेंट, बेल्जियम; <sup>156</sup>अंतःसाविकी विभाग, गेन्ट यूनिवर्सिटी अस्पताल, जेंट, बेल्जियम; <sup>157</sup>स्वतंत्र अभ्यास, कैंबेले, सीए, यूएसए; प्रसूति और स्त्री रोग विभाग, एम्स्टर्डम <sup>158</sup>यूएमसी स्थान वृजे यूनीवर्सिटीट एम्स्टर्डम, एम्स्टर्डम, नीदरलैंड; <sup>159</sup>स्कूल ऑफ साइकोलॉजी, वाइकाटो विश्वविद्यालय / ते व्हारे वानंगा ओ वाइकाटो, हैमिल्टन / किरिकिरोआ, न्यूजीलैंड; <sup>160</sup>मनोचिकित्सा और मनोविज्ञान विभाग, मेयो क्लिनिक, रोचेस्टर, एमएन, यूएसए; <sup>161</sup>जनरल इंटरनल मेडिसिन के डिवीजन, मेयो क्लिनिक, रोचेस्टर, एमएन, यूएसए; <sup>162</sup><https://spectra-london.org.uk/trans-learning-partnership>, यूके में ट्रांस लर्निंग पार्टनरशिप; <sup>163</sup>कॉलेज ऑफ नर्सिंग, विस्कॉन्सिन मिल्वौकी मिल्वौकी विश्वविद्यालय, डब्ल्यूआई, यूएसए; <sup>164</sup>स्वास्थ्य कनेक्शन इंक, ग्लेनडेल, डब्ल्यूआई, यूएसए; <sup>165</sup>नॉर्थ मेमोरियल हेल्थ हॉस्पिटल, रॉबिन्सडेल, एमएन, यूएसए; <sup>166</sup>मिनेसोटा विश्वविद्यालय, मिनेयापोलिस, एमएन, यूएसए; <sup>167</sup>बेलविट्ज बायोमेडिकल रिसर्च इंस्टीट्यूट (आईडीआईबेला), एल हॉस्पिटल डे लोब्रेगे, बार्सिलोना, स्पेन।

**सारांश**

**पृष्ठभूमि:** ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य देखभाल एक तेजी से विकसित अंतःविषय क्षेत्र है। पिछले दशक में, ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स (टीजीडी) लोगों की संख्या और दृश्यता में अभूतपूर्व वृद्धि हुई है, जो समर्थन और जेंडर-अफर्मिंग चिकित्सा उपचार प्राप्त कर रहे हैं, साथ ही इस क्षेत्र में वैज्ञानिक साहित्य में भी महत्वपूर्ण वृद्धि हुई है। वर्ल्ड प्रोफेशनल एसोसिएशन फॉर ट्रांसजेंडर हेल्थ (डब्ल्यूपीएटीएच) एक अंतरराष्ट्रीय, बहुआयामी, पेशेवर संघ है जिसका मिशन ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य में साक्ष्य-आधारित देखभाल, शिक्षा, अनुसंधान, सार्वजनिक नीति और सम्मान को बढ़ावा देना है। डब्ल्यूपीएटीएच के मुख्य कार्यों में से एक देखभाल के मानकों (एसओसी) के माध्यम से टीजीडी लोगों के लिए स्वास्थ्य देखभाल के उच्चतम मानकों को बढ़ावा देना है। एसओसी शुरू में 1979 में विकसित किया गया था और अंतिम संस्करण (एसओसी -7) 2012 में प्रकाशित हुआ था। बढ़ते वैज्ञानिक प्रमाणों को देखते हुए, डब्ल्यूपीएटीएच ने देखभाल के मानकों का एक नया संस्करण, एसओसी-8 शुरू किया।

**उद्देश्य:** एसओसी -8 का समय लक्ष्य नैदानिक के साथ स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों (एचसीपी) प्रदान करना है, टीजीडी लोगों को उनके समय शारीरिक स्वास्थ्य, मनोवैज्ञानिक कल्याण और आत्म-पूर्ति को अनुकूलित करने के उद्देश्य से अपने जेंडर आत्म के साथ स्थायी व्यक्तिगत आराम प्राप्त करने के लिए सुरक्षित और प्रभावी मार्गों तक पहुंचने में सहायता करने के लिए मार्गदर्शन प्रदान करता है।

**विधियाँ:** एसओसी -8 ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य में सर्वोत्तम उपलब्ध विज्ञान और विशेषज्ञ पेशेवर सहमति पर आधारित है। एसओसी -8 समिति में सेवा करने के लिए अंतरराष्ट्रीय पेशेवरों और हितधारकों का चयन किया गया था। सिफारिश बयान स्वतंत्र व्यवस्थित साहित्य समीक्षाओं से प्राप्त आंकड़ों के आधार पर विकसित किए गए थे, जहां उपलब्ध हैं, पृष्ठभूमि समीक्षा और विशेषज्ञ राय। सिफारिशों की ग्रेडिंग हस्तक्षेपों का समर्थन करने वाले उपलब्ध साक्ष्य, जोखिमों और हानियों की चर्चा, साथ ही विभिन्न संदर्भों और देश की सेटिंग्स में इसकी व्यावहारिकता और स्वीकार्यता पर आधारित थी।

**परिणाम:** एसओसी -8 के हिस्से के रूप में कुल 18 अध्याय विकसित किए गए थे। इनमें स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों के लिए सिफारिशें हैं जो टीजीडी लोगों के लिए देखभाल और उपचार प्रदान करते हैं। प्रत्येक सिफारिश के बाद प्रासंगिक संदर्भों के साथ व्याख्यात्मक पाठ होता है। ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य से संबंधित सामान्य क्षेत्रों को अध्याय शब्दावली, वैश्विक प्रयोज्यता, जनसंख्या अनुमान और शिक्षा में शामिल किया गया है। टीजीडी लोगों की विविध आबादी के लिए विकसित अध्यायों में वयस्कों, किशोरों, बच्चों, नॉनबाइनरी, यूनिक, और इंटरसेक्स व्यक्तियों और संस्थागत वातावरण में रहने वाले लोगों का आकलन शामिल है। अंत में, जेंडर अफर्मिंग उपचार से संबंधित अध्याय हार्मोन थेरेपी, शल्य चिकित्सा और पोस्टऑपरेटिव केयर, आवाज और संचार, प्राथमिक देखभाल, प्रजनन स्वास्थ्य, यौन स्वास्थ्य और मानसिक स्वास्थ्य हैं।

**निष्कर्ष:** एसओसी -8 दिशानिर्देशों का उद्देश्य विश्व स्तर पर टीजीडी लोगों की विविध स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए लचीला होना है। अनुकूलनीय होने पर वे इष्टतम स्वास्थ्य देखभाल को बढ़ावा देने और जेंडर इनकांयुएस का अनुभव करने वाले लोगों के उपचार के लिए मार्गदर्शन प्रदान करते हैं। एसओसी के सभी पिछले संस्करणों की तरह, जेंडर-अफर्मिंग चिकित्सा हस्तक्षेप के लिए इस दस्तावेज़ में निर्धारित मानदंड नैदानिक दिशानिर्देश हैं, व्यक्तिगत स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर और कार्यक्रम टीजीडी व्यक्ति के परामर्श से इन्हें संशोधित कर सकते हैं।

**मुख्य शब्द**

किशोर; मूल्यांकन; बच्चे; सूचना; अध्ययन; अंतःसाविकी; किन्नर; जेंडर वर्ग विविध; स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर; संस्थागत वातावरण; इंटरसेक्स; मानसिक स्वास्थ्य; नॉन-बाइनरी; आबादी; पोस्टऑपरेटिव देखभाल; प्राथमिक देखभाल; प्रजनन स्वास्थ्य; यौन स्वास्थ्य; एसओसी-8; देखभाल के मानक; शल्यचिकित्सा; पारिभाषिक शब्दावली; ट्रांसजेंडर; आवाज

|            | विषय-सूची   | पृष्ठ सं. |
|------------|---|-----------|
|            | परिचय   | एस 5      |
| अध्याय 1.  | पारिभाषिक शब्दावली  | एस 12     |
| अध्याय 2.  | वैश्विक प्रयोज्यता  | एस 16     |
| अध्याय 3.  | जनसंख्या का अनुमान  | एस 25     |
| अध्याय 4.  | शिक्षा  | एस 30     |
| अध्याय 5.  | वयस्कों का आकलन   | एस 34     |
| अध्याय 6.  | किशोर   | एस 47     |
| अध्याय 7.  | बच्चे   | एस 83     |
| अध्याय 8.  | नॉन-बाइनरी  | एस 88     |
| अध्याय 9.  | यूनक  | एस 97     |
| अध्याय 10. | इंटरसेक्स   | एस 103    |
| अध्याय 11. | संस्थागत वातावरण  | एस 115    |
| अध्याय 12. | हार्मोन थेरेपी  | एस 121    |
| अध्याय 13. | शल्य चिकित्सा और पोस्टऑपरेटिव देखभाल  | एस 140    |
| अध्याय 14. | आवाज और संचार   | एस 149    |
| अध्याय 15. | प्राथमिक देखभाल   | एस 155    |
| अध्याय 16. | प्रजनन स्वास्थ्य  | एस 169    |
| अध्याय 17. | यौन स्वास्थ्य   | एस 177    |
| अध्याय 18. | मानसिक स्वास्थ्य  | एस 185    |
|            | अभिस्वीकृति   | एस 192    |
|            | संदर्भ  | एस 193    |
|            | परिशिष्ट ए: कार्यप्रणाली  | एस 262    |
|            | परिशिष्ट बी: शब्दावली   | एस 269    |
|            | परिशिष्ट सी: जेंडर अफर्मिंग हार्मोनल उपचार  | एस 272    |
|            | परिशिष्ट डी: वयस्कों और किशोरों के लिए हार्मोनल और सर्जिकल उपचार के लिए सारांश मानदंड | एस 274    |
|            | परिशिष्ट ई: जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल प्रक्रियाएं  | एस 277    |

## परिचय

### देखभाल के मानकों का उद्देश्य एवं उपयोग

वर्ल्ड प्रोफेशनल एसोसिएशन फॉर ट्रांसजेंडर हेल्थ (डब्ल्यूपीएटीएच) की देखभाल के मानकों के आठवें संस्करण (एसओसी-8) का समग्र लक्ष्य - स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल को नैदानिक मार्गदर्शन प्रदान करना है ताकि ट्रांसजेंडर एवं जेंडर डाइवर्स (टीजीडी) लोगों को उनके समग्र शारीरिक स्वास्थ्य, मनोवैज्ञानिक कल्याण, और आत्म-पूर्ति को अनुकूलित करने के उद्देश्य से उनके जेंडर वर्गों के अनुसार स्थायी व्यक्तिगत सुविधा प्राप्त करने के लिए सुरक्षित और प्रभावी मार्गों तक पहुंचने में सहायता मिल सके। इस में हार्मोनल और सर्जिकल उपचार, आवाज एवं संचार चिकित्सा, प्राथमिक देखभाल, बाल हटाने, प्रजनन और यौन स्वास्थ्य और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल शामिल हो सकते हैं और यह केवल यहीं तक सीमित नहीं है। अध्याय 2- वैश्विक प्रयोज्यता, कथन 2.1 देखें।

डब्ल्यूपीएटीएच एक अंतरराष्ट्रीय, बहु-विषयक, प्रोफेशनल संघ है जिसका मिशन ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य में साक्ष्य-आधारित देखभाल, शिक्षा, अनुसंधान, सार्वजनिक नीति और सम्मान को बढ़ावा देना है। 1979 में स्थापित, संगठन में वर्तमान में 3,000 से अधिक स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल, सामाजिक वैज्ञानिक और कानूनी प्रोफेशनल हैं, जिनमें से सभी नैदानिक अभ्यास, अनुसंधान, शिक्षा और उन विषयों के समर्थन में लगे हुए हैं जो टीजीडी लोगों के जीवन को प्रभावित करते हैं। डब्ल्यूपीएटीएच एक ऐसी दुनिया की कल्पना करता है जिसमें सभी लै जेंडर वर्ग की पहचान और जेंडर अभिव्यक्ति के लोगों की साक्ष्य-आधारित स्वास्थ्य देखभाल, सामाजिक सेवाओं, न्याय और समानता तक पहुंच हो।

डब्ल्यूपीएटीएच के मुख्य कार्यों में से एक टीजीडी लोगों के स्वास्थ्य के लिए देखभाल के मानकों (एसओसी) के माध्यम से व्यक्तियों के लिए स्वास्थ्य देखभाल के उच्चतम मानकों को बढ़ावा देना है। एसओसी -8 सर्वोत्तम उपलब्ध विज्ञान और विशेषज्ञ प्रोफेशनल सहमति पर आधारित है। एसओसी को शुरू में 1979 में विकसित किया गया था, और अंतिम संस्करण 2012 में प्रकाशित हुआ था।

इस क्षेत्र में अधिकांश शोध और अनुभव उत्तरी अमेरिकी और पश्चिमी यूरोपीय परिप्रेक्ष्य से आता है; इस प्रकार, दुनिया के अन्य हिस्सों में एसओसी -8 के अनुकूलन आवश्यक हैं। सांस्कृतिक सापेक्षता और सांस्कृतिक क्षमता के दृष्टिकोण के

लिए सुझाव एसओसी के इस संस्करण में शामिल हैं।

डब्ल्यूपीएटीएच का मानना है कि स्वास्थ्य न केवल उच्च गुणवत्ता वाली नैदानिक देखभाल पर निर्भर है, बल्कि सामाजिक और राजनीतिक वातावरण पर भी निर्भर करता है जो सामाजिक सहिष्णुता, समानता और नागरिकता के पूर्ण अधिकारों को सुनिश्चित करता है। स्वास्थ्य को सार्वजनिक नीतियों और कानूनी सुधारों के माध्यम से बढ़ावा दिया जाता है जो जेंडर डाइवर्स के लिए सहिष्णुता और समानता को आगे बढ़ाते हैं और पूर्वाग्रह, भेदभाव और स्टिग्मा को खत्म करते हैं। डब्ल्यूपीएटीएच इन राजनीतिक और कानूनी परिवर्तनों के लिए वकालत करने के लिए प्रतिबद्ध है। इस प्रकार, टीजीडी लोगों को देखभाल प्रदान करने वाले स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल को व्यक्तियों की स्वायत्तता का सम्मान करते हुए सुरक्षित और लाइसेंस प्राप्त जेंडर अफर्मिंग देखभाल तक बेहतर पहुंच के समर्थन करने के लिए बुलाया जाता है।

हालांकि यह मुख्य रूप से स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल के लिए एक दस्तावेज है, उक्त व्यक्ति, उन के परिवार तथा सामाजिक संस्थान एसओसी-8 का उपयोग यह समझने के लिए भी कर सकते हैं कि यह इस विविध आबादी के सदस्यों के लिए उच्चतम स्वास्थ्य को बढ़ावा देने में कैसे सहायता की जा सकती है।

एसओसी -8 में 18 अध्याय हैं जिनमें टीजीडी लोगों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल के लिए सिफारिशें हैं। प्रत्येक सिफारिश के बाद प्रासंगिक संदर्भों के साथ व्याख्यात्मक अध्याय है। वयस्कों और किशोरों के लिए जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और / या सर्जिकल उपचार (जीएएमएसटी) की शुरुआत के लिए सिफारिशें उनके संबंधित अध्यायों में निहित हैं (वयस्कों और किशोर अध्यायों के लिए मूल्यांकन देखें)। जीएएमएसटी के लिए सिफारिशों और मानदंडों का सारांश परिशिष्ट डी में पाया जा सकता है।

### एसओसी-8 में शामिल आबादी

इस दस्तावेज में, हम जितना संभव हो सके कई विविध समुदायों के सदस्यों का वर्णन करने के लिए ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स (टीजीडी) शब्द का उपयोग करते हैं जिनके जेंडर आइडेंटिटी या एक्सप्रेसन उस जेंडर से अलग हैं जो उन्हें जन्म के समय सौंपे गए सेक्स से सामाजिक रूप से जोड़ा गया है। इसमें वे लोग भी शामिल हैं जिनके पास सांस्कृतिक रूप से विशिष्ट और/या भाषा-विशिष्ट अनुभव, पहचान या एक्सप्रेसन हैं, जो पश्चिमी जेंडर की अवधारणाओं या इसे वर्णित करने के



लिए उपयोग की जाने वाली भाषा पर आधारित हो सकते हैं या नहीं भी हो सकते हैं।

डब्ल्यूएटीएच एसओसी-8 यह विस्तृत करता है कि टीजीडी के तहत कौन शामिल है, एवं किन परिस्थितियों में इन दिशानिर्देशों को समानता एवं मानवाधिकारों को बढ़ावा देने के लिए लागू किया जाना चाहिए।

विश्व स्तर पर, टीजीडी व्यक्ति जेंडर आइडेंटिटी और एक्सप्रेसन की विविधता को शामिल करते हैं। उनके जीवनकाल में जेंडर अफर्मिंग देखभाल के लिए अलग-अलग आवश्यकताएं होती हैं जो व्यक्तिगत लक्ष्यों और विशेषताओं, उपलब्ध स्वास्थ्य देखभाल संसाधनों और सामाजिक-सांस्कृतिक और राजनीतिक संदर्भों से संबंधित होती हैं। जब कुछ समूहों के लिए देखभाल के मानक अनुपस्थित होते हैं, तो इस कमी के परिणामस्वरूप चिकित्सीय दृष्टिकोणों की भिन्नता हो सकती है, जिसमें वे भी शामिल हैं जो अनुत्पादक या हानिकारक हो सकते हैं। एसओसी-8 में उन जेंडर डाइवर्स समूहों के लिए स्वास्थ्य और कल्याण को बढ़ावा देने के लिए सिफारिशें शामिल हैं, जिन्हें अक्सर उपेक्षित और / या हाशिए पर रखा गया है, जिसमें नॉन-बाइनरी व्यक्ति, किन्नर और इंटरसेक्स व्यक्ति शामिल हैं।

एसओसी-8 युवाओं की उचित देखभाल की रूपरेखा जारी रखता है, जिसमें इंगित किये जाने पर, जेंडर अफर्मिंग करने वाले हार्मोन का उपयोग शामिल है। विश्व भर में, टीजीडी व्यक्ति आमतौर पर स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की मांग करते समय ट्रांसफोबिया, अपमान, अज्ञानता और देखभाल से इनकार का अनुभव करते हैं, जो महत्वपूर्ण स्वास्थ्य असमानताओं में योगदान देता है। टीजीडी व्यक्ति अक्सर अपने चिकित्सा प्रदाताओं को सिखाने की रिपोर्ट करते हैं कि बाद में अपर्याप्त ज्ञान और प्रशिक्षण के कारण उनकी देखभाल कैसे करें। टीजीडी लोगों के खिलाफ भेदभाव, सामाजिक हाशिए पर रखना और घृणा अपराधों के अंतः क्रियात्मक रूप अल्पसंख्यक तनाव को जन्म देते हैं। अल्पसंख्यक तनाव मानसिक स्वास्थ्य असमानताओं से जुड़ा हुआ है, जो सिजेंडर आबादी की दरों की तुलना में अवसाद, आत्महत्या और गैर-आत्मघाती आत्म-चोटों की बढ़ी हुई दरों के उदाहरण व्याप्त हैं। प्रत्येक विषय के प्रोफेशनल को कई टीजीडी लोगों की चिह्नित संवेदनशीलता पर विचार करना चाहिए। डब्ल्यूएटीएच स्वास्थ्य देखभाल अधिकारियों, नीति निर्माताओं और चिकित्सा समाजों से स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल के बीच ट्रांसफोबिया को

हतोत्साहित करने और मुकाबला करने का आग्रह करता है और यह सुनिश्चित करता है कि टीजीडी लोगों को जेंडर अफर्मिंग देखभाल प्रदान करने के लिए अनुभव और इच्छा वाले प्रोफेशनल को संदर्भित करने के लिए प्रत्येक संभव प्रयास किया जाए।

### **एसओसी में सुनम्यता**

एसओसी -8 दिशानिर्देशों का उद्देश्य विश्व स्तर पर टीजीडी लोगों की विविध स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए सुनम्य होना है। अनुकूलनीय होने पर, वे उच्चतम स्वास्थ्य देखभाल को बढ़ावा देने और जेंडर इनकांग्रुएंस का अनुभव करने वाले लोगों के उपचार का मार्गदर्शन करने के लिए मानक प्रदान करते हैं। एसओसी के पिछले सभी संस्करणों की तरह, जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेप के लिए इस दस्तावेज़ में रखे गए मानदंड नैदानिक मार्ग दर्शक हैं; व्यक्तिगत स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल और कार्यक्रम टीजीडी व्यक्ति के परामर्श से उन्हें संशोधित कर सकते हैं। एसओसी से नैदानिक प्रस्थान एक रोगी की अद्वितीय शारीरिक, सामाजिक या मनोवैज्ञानिक स्थिति के कारण आ सकता है; एक सामान्य स्थिति को संभालने की एक अनुभवी स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल की विकसित विधि; एक शोध प्रोटोकॉल; विश्व के विभिन्न हिस्सों में संसाधनों की कमी; या विशिष्ट नुकसान-कमी रणनीतियों की आवश्यकता है। इस झुकाव को पहचाना जाना चाहिए, रोगी को समझाया जाना चाहिए, और देखभाल और कानूनी सुरक्षा के लिए प्रलेखित किया जाना चाहिए। यह प्रलेखन नए डेटा के संचय के लिए भी मूल्यवान है, जिसे पूर्वव्यापी रूप से स्वास्थ्य देखभाल और एसओसी को विकसित करने की अनुमति देने के लिए जांच की जा सकती है।

एसओसी -8 सूचित निर्णय लेने की भूमिका और नुकसान में कमी के दृष्टिकोण के मूल्य का समर्थन करता है। इसके अलावा, एसओसी का यह संस्करण जेंडर के विभिन्न एक्सप्रेसन को पहचानता है और मान्य करता है कि कुछ लोगों को मनोवैज्ञानिक, हार्मोनल या सर्जिकल उपचार की आवश्यकता नहीं भी हो सकती है। स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल एसओसी का उपयोग रोगियों को जेंडर एक्सप्रेसन के लिए उनकी नैदानिक आवश्यकताओं के अनुसार उनके लिए खुली स्वास्थ्य सेवाओं की पूरी श्रृंखला पर विचार करने में मदद करने के लिए कर सकते हैं।

## विविधता बनाम निदान

पहचान सहित जेंडर विशेषताओं की अभिव्यक्ति, जो जन्म के समय सौंपे गए किसी के जेंडर वर्ग से रूढ़िवादी रूप से जुड़ी नहीं है, एक सामान्य और सांस्कृतिक रूप से विविध मानवीय घटना है जिसे स्वाभाविक रूप से नकारात्मक या पैथोलॉजिकल के रूप में नहीं देखा जाना चाहिए। भाग्य से, जेंडर नॉनकन्फॉर्मिटी और जेंडर आइडेंटिटी और एक्सप्रेसन में विविधता को दुनिया भर के कई समाजों में स्टिग्माइज़्ड किया जाता है। इस तरह स्टिग्मा पूर्वाग्रह और भेदभाव को जन्म दे सकते हैं, जिसके परिणामस्वरूप "अल्पसंख्यक तनाव" हो सकता है। अल्पसंख्यक तनाव अद्वितीय है (सभी लोगों द्वारा अनुभव किए गए सामान्य तनावों के लिए योजक), सामाजिक रूप से आधारित चिरकालीन, चिंता और अवसाद जैसी मानसिक स्वास्थ्य चिंता, टीजीडी व्यक्तियों को विकास के लिए अधिक संवेदनशील बना सकता है। बड़े पैमाने पर समाज में पूर्वाग्रह और भेदभाव के अलावा, स्टिग्मा किसी के पारस्परिक संबंधों में दुरुपयोग और उपेक्षा में योगदान कर सकता है, जो बदले में मनोवैज्ञानिक संकट का कारण बन सकता है। हालांकि, ये लक्षण सामाजिक रूप से प्रेरित हैं और टीजीडी होने के लिए अंतर्निहित नहीं हैं।

जबकि जेंडर डिस्फोरिया (जीडी) को अभी भी अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन के मानसिक विकारों के नैदानिक और सांख्यिकीय मैनुअल (डीएसएम -5-टीआर) में मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति माना जाता है। जेंडर इनकांग्रुएंस को अब विश्व स्वास्थ्य समुदाय में पैथोलॉजिकल या मानसिक विकार के रूप में नहीं देखा जाता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (आईसीडी -11) के 11 वें संस्करण, रोगों और संबंधित स्वास्थ्य समस्याओं के अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण में जेंडर इनकांग्रुएंस को एक शर्त के रूप में मान्यता दी गई है। ऐतिहासिक और वर्तमान अपमान के कारण, टीजीडी व्यक्ति संकट या डिस्फोरिया का अनुभव कर सकते हैं जिन्हें विभिन्न जेंडर अफर्मिंग उपचार विकल्पों के साथ संबोधित किया जा सकता है। जैसे नामकरण में परिवर्तन किया जा सकता है और विभिन्न स्वास्थ्य संगठनों या प्रशासनिक निकायों द्वारा नई शब्दावली और वर्गीकरण को अपनाया जा सकता है, उपचार और देखभाल की चिकित्सा आवश्यकता को कई लोगों के लिए स्पष्ट रूप से मान्यता प्राप्त है जो जन्म के समय सौंपे गए जेंडर वर्ग और उनकी जेंडर आइडेंटिटी के बीच असंगति का अनुभव करते हैं।

सभी समाजों, देशों या स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों को उपचार

के लिए निदान की आवश्यकता नहीं होती है। हालांकि, कुछ देशों में ये निदान चिकित्सकीय रूप से आवश्यक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच की सुविधा प्रदान कर सकते हैं और प्रभावी उपचार में आगे के शोध का मार्गदर्शन कर सकते हैं।

## स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं

जेंडर अफर्मिंग देखभाल का लक्ष्य टीजीडी लोगों के साथ साझेदारी करना है ताकि उनकी सामाजिक, मानसिक और चिकित्सा स्वास्थ्य आवश्यकताओं और कल्याण को समग्र रूप से संबोधित किया जा सके, जबकि सम्मानपूर्वक उनकी जेंडर आइडेंटिटी की पुष्टि की जा सके। जेंडर अफर्मिंग देखभाल बचपन में जेंडर इनकांग्रुएंस के पहले संकेतों से लेकर वयस्कता और वृद्धावस्था तक, और साथ ही उन लोगों के लिए भी समर्थन करता है जो ट्रांजिशन से पहले या बाद में उनकी जेंडर आइडेंटिटी के बारे में चिंता और अनिश्चितता का अनुभव करते हैं।

ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य देखभाल इसके विभिन्न घटकों से अधिक है, जिसमें जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेपों के साथ-साथ निवारक देखभाल और पुरानी बीमारी प्रबंधन का समर्थन करने के लिए एंडोक्रिनोलॉजी, सर्जरी, आवाज और संचार, प्राथमिक देखभाल, प्रजनन स्वास्थ्य, यौन स्वास्थ्य और मानसिक स्वास्थ्य अनुशासन के बीच समग्र अंतःविषय और बहुविषयक देखभाल शामिल होती है। जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेपों में यौवन को दबाना, हार्मोन थेरेपी, और जेंडर अफर्मेशन सर्जरी जैसे अन्य शामिल हैं। इस बात पर जोर दिया जाना चाहिए कि कोई 'वन-साइज़-फिट्स-ऑल' दृष्टिकोण नहीं है और टीजीडी लोगों को उनकी जेंडर अफर्मेशन को समर्थन देने के लिए इनमें से सभी, कुछ, या कोई भी हस्तक्षेप की आवश्यकता हो सकती है। ये दिशानिर्देश जेंडर-अफर्मिंग हस्तक्षेपों की शुरुआत के लिए रोगी-केंद्रित देखभाल मॉडल के उपयोग को प्रोत्साहित करते हैं और देखभाल में बाधाओं को कम करने के लिए कई पूर्व आवश्यकताओं को अद्यतन करते हैं।

आदर्श रूप से, प्रदाताओं के बीच देखभाल का संचार और समन्वय होना चाहिए ताकि रोगी की जरूरतों और इच्छाओं पर केंद्रित जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेप का समय और नुकसान को कम किया जा सके। एक अच्छी संसाधन सेटिंग्स में, बहु-विषयक परामर्श और देखभाल समन्वय अक्सर नियमित होता है, लेकिन विश्व भर के कई क्षेत्रों में ही ट्रांसजेंडर देखभाल के लिए समर्पित सुविधाओं की कमी है। इन क्षेत्रों के लिए, यदि संभव हो,

तो यह दृढ़ता से अनुशांसा की जाती है कि ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य देखभाल की सुविधा के लिए एक उन सब सुविधाओं का नेटवर्क बनाएं जो स्थानीय रूप से उपलब्ध नहीं है।

विश्व भर में, टीजीडी लोगों को कभी-कभी परिवार के सदस्यों या धार्मिक समुदायों द्वारा रूपांतरण चिकित्सा से गुजरने के लिए मजबूर किया जाता है। डब्ल्यूपीएटीएच दृढ़ता से उपचारात्मक या रूपांतरण चिकित्सा के किसी भी उपयोग के खिलाफ सिफारिश करता है (कथन 6.5 और 18.10 देखें)।।

### **स्वास्थ्य देखभाल परिस्थिति**

एसओसी -8 टीजीडी लोगों के मौलिक अधिकारों में निहित दिशानिर्देश हैं जो उन सभी परिस्थितियों पर लागू होते हैं जिनमें किसी व्यक्ति की सामाजिक या चिकित्सा परिस्थितियों की परवाह किए बिना स्वास्थ्य देखभाल प्रदान की जाती है। इसमें टीजीडी लोगों के लिए देखभाल के मानकों को लागू करने की सिफारिश शामिल है जो कारागार में हैं या अन्य संस्थागत स्थान में रह रहे हैं।

ज्ञानवान प्रदाताओं की कमी, समय पर पहुंच की अनुपलब्धता, लागत बाधाएं और/या पूर्व के कलंकित स्वास्थ्य देखभाल अनुभवों के कारण, कई टीजीडी व्यक्ति गैर-निर्धारित हार्मोन थेरेपी लेते हैं। यह संभावित रूप से सुप्राथेराप्यूटिक खुराक में अनियंत्रित चिकित्सा के उपयोग से जुड़े स्वास्थ्य जोखिम पैदा करता है और यदि सुइयों को साझा किया जाता है तो रक्त जनित बीमारियों के संभावित जोखिम होते हैं। हालांकि, कई व्यक्तियों के लिए, यह चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर-अफर्मिंग उपचार प्राप्त करने का एकमात्र साधन है जो अन्यथा दुर्गम है। गैर-निर्धारित हार्मोन उपयोग को नुकसान-कम करने वाली संस्थाओं के साथ संपर्क किया जाना चाहिए ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि व्यक्ति उन प्रदाताओं से जुड़े हैं जो सुरक्षित और निगरानी हार्मोन थेरेपी लिख सकते हैं।

कुछ देशों में, टीजीडी के अधिकारों को तेजी से मान्यता दी जा रही है, और जेंडर क्लिनिक स्थापित किए जा रहे हैं जो देखभाल के लिए टेम्पलेट के रूप में काम कर सकते हैं। हालांकि, अन्य देशों में, ऐसी सुविधाओं की कमी है और देखभाल खंडित और कम संसाधन वाली हो सकती है। बहरहाल, देखभाल के विभिन्न मॉडलों का नेतृत्व किया जा रहा है, जिसमें प्राथमिक देखभाल परिस्थिति के भीतर जेंडर अफर्मिंग देखभाल को विकेंद्रीकृत करने और बाधाओं को कम करने और पहुंच में सुधार के लिए टेलीहेल्थ सेवाओं को स्थापित करने के प्रयास शामिल हैं।

देखभाल वितरण की विधि के बावजूद, एसओसी -8 में उल्लिखित जेंडर अफर्मिंग देखभाल के सिद्धांतों को स्थानीय सामाजिक-सांस्कृतिक, राजनीतिक और चिकित्सा संदर्भों के साथ संरेखित करने के लिए अनुकूलित किया जाना चाहिए।

### **कार्यप्रणाली**

देखभाल के मानकों (एसओसी -8) का यह संस्करण पिछले संस्करणों की तुलना में अधिक कठोर और पद्धतिगत साक्ष्य-आधारित दृष्टिकोण पर आधारित है। यह साक्ष्य न केवल प्रकाशित साहित्य (प्रत्यक्ष और पृष्ठभूमि साक्ष्य) पर आधारित है, बल्कि आम सहमति-आधारित विशेषज्ञ राय पर भी आधारित है। साक्ष्य-आधारित दिशानिर्देशों में व्यक्ति की देखभाल को अनुकूलित करने के उद्देश्य से सिफारिशें शामिल हैं जिन्हें साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और व्यक्तियों के लाभों और नुकसान, मूल्यों और वरीयताओं और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता का आकलन करके सूचित किया जाता है।

साक्ष्य-आधारित अनुसंधान नैदानिक अभ्यास दिशानिर्देशों और सिफारिशों के लिए आधार प्रदान करता है, इसे विभिन्न परिस्थिति में देखभाल प्रदान करने की वास्तविकताओं और व्यवहार्यता से संतुलित किया जाना चाहिए। एसओसी-8 के विकास की प्रक्रिया में नेशनल एकेडमी ऑफ मेडिसिन और विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा निर्धारित नैदानिक अभ्यास दिशानिर्देश विकास पर सिफारिशों को शामिल किया गया था, जिसने पारदर्शिता, ही संघर्ष, प्रतिबद्ध-संरचना और सामूहिक प्रक्रिया को संबोधित किया था।

एसओसी-8 दिशानिर्देश समिति बहु-विषयक थी और इसमें विषय विशेषज्ञ, स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल, शोधकर्ता और विविध दृष्टिकोण और भौगोलिक प्रतिनिधित्व वाले हितधारक शामिल थे। एक दिशानिर्देश मेथोडोलॉजिस्ट ने एक अंतरराष्ट्रीय सलाहकार समिति द्वारा और सार्वजनिक टिप्पणी अवधि के दौरान प्रदान किए गए अतिरिक्त निवेश के साथ प्रश्नों और व्यवस्थित समीक्षाओं की योजना और विकास के साथ सहायता की। समिति के सभी सदस्यों ने हितों के टकराव की घोषणा पूरी की।

एसओसी -8 में सिफारिशें उपलब्ध सबूतों पर आधारित हैं जो हस्तक्षेप का समर्थन करते हैं, जोखिम और हानि की चर्चा करते हैं, साथ ही विभिन्न संदर्भों और देश के परिस्थितियों के भीतर व्यवहार्यता और स्वीकार्यता भी हैं। अंतिम सिफारिशों पर आम सहमति डेल्फी प्रक्रिया का उपयोग करके प्राप्त की गई थी

जिसमें दिशानिर्देश समिति के सभी सदस्य शामिल थे और आवश्यक था कि सिफारिश बयानों को कम से कम 75% सदस्यों द्वारा अनुमोदित किया जाए। एसओसी -8 पद्धति का एक विस्तृत अवलोकन [परिशिष्ट ए](#) में शामिल है।

### **एसओसी-8 अध्याय सारांश**

एसओसी -8 पिछले संस्करणों से एक महत्वपूर्ण प्रगति का प्रतिनिधित्व करता है। इस संस्करण में परिवर्तन मौलिक रूप से अलग पद्धति, महत्वपूर्ण सांस्कृतिक बदलाव, नैदानिक ज्ञान में प्रगति और हार्मोन थेरेपी और शल्य चिकित्सा से परे टीजीडी लोगों के लिए उत्पन्न होने वाले कई स्वास्थ्य देखभाल मुद्दों की सराहना पर आधारित हैं।

ये अद्यतन दिशानिर्देश 2011 में एसओसी -7 के साथ शुरू की गई प्रक्रिया को जारी रखते हैं ताकि दायरे को व्यापक बनाया जा सके और "ट्रांसजेंडरवाद के निदान" के लिए मनोवैज्ञानिक आवश्यकताओं से दूर जाया जा सके और जेंडर डिस्फोरिया के उन्मूलन के लिए चिकित्सा उपचार से पूरे व्यक्ति के लिए जेंडर अफर्मिंग देखभाल तक बढ़ सके। डब्ल्यूएटीएच एसओसी-8 दिशानिर्देशों का विस्तार करता है कि टीजीडी के तहत कौन शामिल है, जेंडर अफर्मिंग देखभाल के साथ क्या पेश किया जाना चाहिए और क्या नहीं, और जिन परिस्थितियों में इन दिशानिर्देशों को हिस्सेदारी और मानवाधिकारों को बढ़ावा देने के लिए लागू किया जाना चाहिए।

एसओसी -8 में कई नए अध्याय हैं जैसे वयस्कों का आकलन, शिक्षा, किन्नर, और एक नॉनबाइनरी अध्याय। इसके अलावा, एसओसी-7 के बच्चों और किशोरों के लिए अध्याय को दो अलग-अलग अध्यायों में विभाजित किया गया है। कुल मिलाकर, एसओसी -8 पिछले संस्करणों की तुलना में काफी बड़ा है और स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल के लिए अधिक गहन परिचय और सिफारिशें प्रदान करता है। एसओसी -8 के प्रत्येक अध्याय का सारांश नीचे पाया जा सकता है:

### **अध्याय 1- शब्दावली**

यह नया अध्याय एसओसी -8 में उपयोग की जाने वाली भाषा के लिए रूपरेखा प्रस्तुत करता है और शब्दावली के उपयोग के लिए सहमति से सहमत सिफारिशों को प्रस्तुत करता है। अध्याय (1) नियम और परिभाषाएं प्रदान करता है, और (2) उनका उपयोग करने के लिए सर्वोत्तम प्रथाएं प्रदान करता है। इस दस्तावेज़ के साथ सामान्य शब्दों और भाषा की एक

शब्दावली (परिशिष्ट बी देखें) है ताकि एसओसी -8 के उपयोग और व्याख्या के लिए एक रूपरेखा प्रदान की जा सके।

### **अध्याय 2 - वैश्विक प्रयोज्यता**

यह अध्याय स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के विकास और वितरण से संबंधित प्रमुख साहित्य का संदर्भ देता है, पश्चिमी यूरोप और उत्तरी अमेरिका से परे टीजीडी लोगों के लिए व्यापक देखभाल और एसओसी -8 को विभिन्न संदर्भों में अनुकूलित करने और अनुवाद करने के लिए सिफारिशें प्रदान करता है।

### **अध्याय 3 - जनसंख्या अनुमान**

यह अध्याय समाज में टीजीडी लोगों की जनसंख्या के अनुमानों को अपडेट करता है। वर्तमान साक्ष्य के आधार पर, यह अनुपात समावेश मानदंड, आयु वर्ग और भौगोलिक स्थान के आधार पर एक प्रतिशत के अंश से लेकर कई प्रतिशत अंक तक हो सकता है।

### **अध्याय 4 - शिक्षा**

यह नया अध्याय टीजीडी स्वास्थ्य देखभाल में शिक्षा से संबंधित साहित्य की एक सामान्य समीक्षा प्रदान करता है। यह सक्षम, दयालु स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच बढ़ाने के लिए सरकारी, गैर-सरकारी, संस्थागत और प्रदाता स्तरों पर सिफारिशें प्रदान करता है। इरादा शिक्षा क्षेत्र में आधार तैयार करना और शिक्षकों और स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल के बीच बहुत व्यापक और गहरी चर्चा को आमंत्रित करना है।

### **अध्याय 5 - वयस्कों का आकलन**

यह नया अध्याय टीजीडी वयस्कों के मूल्यांकन पर मार्गदर्शन प्रदान करता है जो जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार (जीएएमएसटी) का अनुरोध कर रहे हैं। यह एक रोगी-केंद्रित दृष्टिकोण के हिस्से के रूप में मूल्यांकन प्रक्रिया का वर्णन और अद्यतन करता है और उन मानदंडों का वर्णन करता है जो स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल टीजीडी वयस्कों को जीएएमएसटी की सिफारिश करने के लिए पालन कर सकते हैं।

### **अध्याय 6 - किशोर**

यह नया अध्याय टीजीडी किशोरों को समर्पित है, जो कि बाल

अध्याय से अलग है, और देखभाल के मानकों के इस 8 वें संस्करण के लिए ही बनाया गया है इस का मूल कारण (1) किशोर परामर्श दरों में वृद्धि; (2) किशोर जेंडर डाइवर्सिटी से संबंधित देखभाल के लिए विशिष्ट अध्ययनों में वृद्धि; और (3) इस आयु वर्ग के अद्वितीय विकास और जेंडर अफर्मिंग देखभाल मुद्दे। यह अध्याय जीएएमएसटी की आवश्यकता वाले किशोरों की मूल्यांकन प्रक्रिया के साथ-साथ टीजीडी युवाओं और उनके परिवारों के साथ काम करते समय सिफारिशें प्रदान करता है।

### **अध्याय 7 - बच्चे**

यह नया अध्याय जेंडर डाइवर्स बच्चों से संबंधित है और उचित रूप से उपयुक्त मनोसामाजिक प्रथाओं और चिकित्सीय दृष्टिकोणों पर केंद्रित है।

### **अध्याय 8- नॉनबाइनरी**

एसओसी-8 में इस नए अध्याय में नॉनबाइनरी शब्द का व्यापक विवरण और बायोसाइकोसोशल, सांस्कृतिक और अंतर-अनुभागीय परिप्रेक्ष्य से इसका उपयोग शामिल है। जेंडर अफर्मिंग देखभाल, विशिष्ट जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा हस्तक्षेप, साथ ही साथ समर्थन के उचित स्तर तक पहुंच की आवश्यकता पर चर्चा की जाती है।

### **अध्याय 9 - यूनक**

यह नया अध्याय यूनक की अनूठी जरूरतों का वर्णन करता है, और किस तरह इस आबादी पर एसओसी को लागू किया जा सकता है, इस का चिंतन करता है

### **अध्याय 10- इंटरसेक्स**

यह अध्याय इंटरसेक्स व्यक्तियों की नैदानिक देखभाल पर केंद्रित है। यह ऐसे व्यक्तियों की विकसित शब्दावली, व्यापकता और विविध प्रस्तुतियों को संबोधित करता है और उनके साक्ष्य-आधारित स्पष्टीकरण के साथ मनोसामाजिक और चिकित्सा देखभाल प्रदान करने के लिए सिफारिशें प्रदान करता है।

### **अध्याय 11- संस्थागत वातावरण**

इस अध्याय को कारावासी और गैर- कारावासी परिस्थितियां दोनों को शामिल करने के लिए विस्तारित किया गया है और एसओसी के अंतिम 3 संस्करणों पर बनाया गया है। यह अध्याय वर्णन करता है कि इन परिस्थिति में रहने वाले व्यक्तियों पर एसओसी-8 कैसे लागू किया जा सकता है।

### **अध्याय 12- हार्मोन थेरेपी**

यह अध्याय जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी की शुरुआत, अनुशंसित आहार, हार्मोन थेरेपी से पहले और दौरान स्वास्थ्य संबंधित प्रश्नों के लिए, जांच, और शल्य चिकित्सा से पहले हार्मोन थेरेपी के बारे में विशिष्ट विचारों का वर्णन करता है। इसमें युवाओं में गोनाडोट्रोपिन रिलीजिंग हार्मोन (जीएनआरएच) एगोनिस्ट की सुरक्षा के बारे में विस्तारित चर्चा, विभिन्न हार्मोन आहार, संभावित चिकित्सा से संबंधित स्वास्थ्य चिंताओं के विकास को शामिल करने के लिए निगरानी और हार्मोन प्रदाताओं को सर्जनों के साथ सहयोग करने के तरीके पर मार्गदर्शन शामिल है।

### **अध्याय 13 - शल्य चिकित्सा और ऑपरेशन के पश्चात देखभाल**

यह अध्याय टीजीडी के रूप में पहचान करने वाले व्यक्तियों के विविध और विषम समुदाय के लिए जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं के एक स्पेक्ट्रम का वर्णन करता है। यह जीएएस प्रक्रियाओं में इष्टतम सर्जिकल प्रशिक्षण, पोस्ट-सर्जिकल आफ्टरकेयर और फॉलो-अप, वयस्कों और किशोरों द्वारा शल्य चिकित्सा तक पहुंच और व्यक्तिगत रूप से अनुकूलित शल्य चिकित्सा के बारे में चर्चा प्रदान करता है।

### **अध्याय 14 – आवाज एवं व्यवहार**

यह अध्याय पेशेवर आवाज और व्यवहार का वर्णन करता है जो विविधता के सभी पहलुओं को शामिल और चौकस करते हैं और अब केवल आवाज महिलाकरण और पौरुष्य तक सीमित नहीं हैं। अनुशंसा अब आवाज और व्यवहार समर्थन में शामिल प्रोफेशनल की भूमिकाओं और जिम्मेदारियों की पुष्टि के रूप में तैयार की जाती हैं।

### **अध्याय 15 - प्राथमिक देखभाल**

यह अध्याय टीजीडी व्यक्तियों के लिए प्राथमिक देखभाल के

महत्व पर चर्चा करता है, जिसमें हृदय और चयापचय स्वास्थ्य, कैंसर स्क्रीनिंग और प्राथमिक देखभाल प्रणालियों के विषय शामिल हैं।

### **अध्याय 16 - प्रजनन स्वास्थ्य**

यह अध्याय जेंडर डाइवर्स युवाओं और वयस्कों में प्रजनन दृष्टिकोण और पितृत्व लक्ष्यों, प्रजनन संरक्षण विधियों (ऊतक क्रायोप्रीजर्वेशन सहित) में प्रगति, पूर्व गर्भाधान और गर्भावस्था देखभाल, प्रसवपूर्व परामर्श और स्तनपान के बारे में मार्गदर्शन पर हालिया आंकड़े प्रदान करता है। टीजीडी व्यक्तियों के लिए गर्भनिरोधक विधियों और विचारों की भी समीक्षा की जाती है।

### **अध्याय 17 - यौन स्वास्थ्य**

यह नया अध्याय टीजीडी लोगों के लिए शारीरिक और मनोवैज्ञानिक कल्याण पर यौन स्वास्थ्य के गहन प्रभाव को स्वीकार करता है। अध्याय टीजीडी से संबंधित देखभाल में शामिल किए जाने के लिए यौन कामकाज, खुशी और संतुष्टि की वकालत करता है।

### **अध्याय 18 - मानसिक स्वास्थ्य**

यह अध्याय टीजीडी वयस्कों में होने वाली मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों पर विचार करता है। इस के साथ ही परिवर्तन के समय की मानसिक स्वास्थ्य देखभाल के सिद्धांतों पर चर्चा करता है। मनोचिकित्सा फायदेमंद हो सकता है लेकिन जेंडर अफर्मिंग उपचार के लिए एक आवश्यकता नहीं होनी चाहिए, और रूपांतरण की क्रिया उपचार की तरह पेशकश नहीं की जानी चाहिए।

## अध्याय 1 शब्दावली

यह अध्याय एसओसी-8 में उपयोग की जाने वाली भाषा के लिए रूपरेखा तैयार करेगा। यह शब्दावली के उपयोग के लिए अनुशंसा करता है। यह (1) शब्द और परिभाषाएँ प्रदान करता है, और (2) उनका उपयोग करने के लिए सर्वोत्तम प्रथाएं प्रदान करता है। इस दस्तावेज़ के साथ सामान्य शब्दों और भाषा की शब्दावली है जो एसओसी-8 के उपयोग और व्याख्या के लिए एक रूपरेखा प्रदान करती है। शब्दावली के लिए [परिशिष्ट बी](#) देखें।

### शब्दावली

इस दस्तावेज़ में, हम जितना संभव हो सके, ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स वाक्यांश का उपयोग करते हैं, ताकि उन लोगों के समुदायों का वर्णन किया जा सके जिनकी जेंडर आइडेंटिटी या एक्सप्रेसन उस जेंडर से अलग है जो उन्हें जन्म के समय सेक्स असाइंड एट बर्थ के आधार पर सामाजिक रूप से सौंपा गया था। इसमें ऐसे लोग शामिल हैं जिनके पास विशेष रूप से सांस्कृतिक और/या भाषा-विशिष्ट अनुभव, पहचान या अभिव्यक्तियाँ हैं, और/या जो पश्चिमी जेंडर की अवधारणाओं पर आधारित नहीं हैं या इसका वर्णन करने के लिए उपयोग की जाने वाली भाषा के भीतर नहीं आती हैं। टीजीडी का उपयोग ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स के लिए संक्षिप्त के रूप में सुविधा के लिए किया जाता है।

ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स का उपयोग करने का निर्णय एक सक्रिय प्रक्रिया से उत्पन्न हुआ और विवाद के बिना नहीं था। चर्चा ट्रांसजेंडर शब्द पर अधिक जोर देने से बचने, नॉनबाइनरी पहचान और अनुभवों को एकीकृत करने, जेंडर की कम स्थिति में वैश्विक भिन्नताओं को पहचानने, जेंडर नॉनकनफॉर्मिंग शब्द से बचने और भाषा की बदलती प्रकृति को पहचानने पर केंद्रित थी क्योंकि जो वर्तमान में वर्तमान है वह आने वाले वर्षों में ऐसा नहीं हो सकता है। इस प्रकार, ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स शब्द को सबसे समावेशी होने और टीजीडी लोगों की कई विविध जेंडर आइडेंटिटी, अभिव्यक्ति, अनुभव और स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं को उजागर करने के इरादे से चुना गया था। एक डेल्फी प्रक्रिया का उपयोग किया गया था जिसमें एसओसी -8 अध्याय लेखकों को शर्तों पर आम सहमति प्राप्त करने के लिए कई राउंड में गुमनाम रूप से और पुनरावृत्ति रूप से सर्वेक्षण किया गया था। एसओसी -8 देखभाल के मानकों को प्रस्तुत करता है जो टीजीडी लोगों पर लागू होने का प्रयास करता

है, इससे कोई फर्क नहीं पड़ता कि कोई व्यक्ति अपने जेंडर वर्ग को कैसे पहचानता है या व्यक्त करता है।

### संदर्भ

इस अध्याय में चयनित भाषा हर संस्कृति और भौगोलिक क्षेत्र/स्थान के लिए व्यापक नहीं हो सकती है (और न ही हो सकती है)। उपयुक्त शब्दों और विशिष्ट शब्दावलियों पर भिन्नताएं और बहसें सामान्य हैं, और कोई भी एकल शब्द विवाद के बिना उपयोग नहीं किया जा सकता है। इस अध्याय का उद्देश्य जितना संभव हो सके समावेशी होना और टीजीडी लोगों के विविध अनुभवों का सम्मानजनक और प्रतिबिंबित शब्दावली प्रदान करना है, जबकि स्वास्थ्य चिकित्सकों और प्रदाताओं, और जनता के लिए इस दस्तावेज़ के उद्देश्यों के लिए इसे सुलभ बनाना है। अंततः, ट्रांजिशन-से संबंधित स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच पर्याप्त जानकारी प्रदान करने और व्यक्ति से सूचित सहमति प्राप्त करने पर आधारित होनी चाहिए, और इस बात पर नहीं कि टीजीडी लोग या उनके सेवा प्रदाता अपनी पहचान को कैसे परिभाषित करते हैं। सम्मानजनक और सांस्कृतिक रूप से उत्तरदायी भाषा और शब्दावली का उपयोग पुष्टि करने वाली देखभाल प्रदान करने की एक बुनियादी नींव है, जैसा कि टीजीडी लोगों के स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करने के दौरान उनके द्वारा अनुभव किए गए कलंक और नुकसान को कम करना है। सेवा प्रदाताओं के लिए यह महत्वपूर्ण है कि वे सेवा उपयोगकर्ताओं के साथ चर्चा करें कि उनके लिए कौन सी भाषा सबसे अधिक आरामदायक है और जहां भी संभव हो, उस भाषा का उपयोग करें।

इस अध्याय में बताया गया है कि वर्तमान शब्दों का उपयोग अन्य शब्दों के बजाय क्यों किया जा रहा है। चिकित्सा, कानूनी और वकालत समूहों के लिए विशिष्ट शब्दों का उपयोग करने के बजाय, उद्देश्य टीजीडी स्वास्थ्य और संबंधित कई क्षेत्रों (जैसे, महामारी विज्ञान, कानून) के क्षेत्र में एक साझा भाषा और समझ को बढ़ावा देना है ताकि ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों के स्वास्थ्य को अनुकूलित किया जा सके। सेक्स, जेंडर, जेंडर आइडेंटिटी और जेंडर एक्सप्रेसन का उपयोग अंग्रेजी भाषा में ऐसे वर्णनकर्ताओं के रूप में किया जाता है जो सभी लोगों पर लागू हो सकते हैं—वे जो टीजीडी हैं, और वे जो

**सिफारिशों के कथन**

- 1.1- हम विभिन्न वैश्विक परिस्थितियों में देखभाल के मानकों को लागू करते समय स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल को सांस्कृतिक रूप से प्रासंगिक भाषा (ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों का वर्णन करने के लिए शब्दों सहित) का उपयोग करने की सलाह देते हैं।
- 1.2- हम स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल को स्वास्थ्य देखभाल परिस्थिति में भाषा का उपयोग करने की सलाह देते हैं जो सुरक्षा, गरिमा और सम्मान के सिद्धांतों को बनाए रखता है।
- 1.3- हम स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल को ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों के साथ चर्चा करने की सलाह देते हैं कि वे किस भाषा या शब्दावली को पसंद करते हैं।

नहीं हैं। इसके सम्मानजनक, सबसे समावेशी या वैश्विक TGD समुदायों द्वारा सबसे स्वीकृत भाषा होने के जटिल कारण हैं, जिसमें इन अवधारणाओं का वर्णन करने के लिए अंग्रेजी के अलावा अन्य भाषाओं में शब्दों की उपस्थिति या अनुपस्थिति; सेक्स और जेंडर के बीच का संरचनात्मक संबंध; स्थानीय, राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय स्तरों पर कानूनी परिदृश्य; और टीजीडी लोग जिनका सामना करते हैं, उनके ऐतिहासिक और वर्तमान कलंक के परिणाम शामिल हैं।

क्योंकि वर्तमान में, टीजीडी स्वास्थ्य के क्षेत्र में अंग्रेजी भाषा का भारी प्रभुत्व है, दो विशिष्ट समस्याएं हैं जो शब्दावली के लिए संदर्भ निर्धारित करने में लगातार उत्पन्न होती हैं। पहली समस्या यह है कि अंग्रेजी में ऐसे शब्द मौजूद हैं जो अन्य भाषाओं में मौजूद नहीं हैं (उदाहरण के लिए, "सेक्स" और "जेन्डर" कई भाषाओं में एक ही शब्द द्वारा दर्शाया जाता है)। दूसरी समस्या यह है कि ऐसे शब्द हैं जो अंग्रेजी के बाहर मौजूद हैं जिनका अंग्रेजी में सीधा अनुवाद नहीं है (उदाहरण के लिए, ट्रेव्स्टी, फाफाफिन, हिजरा, सेलराटा, मुक्से, कैथोय, ट्रांसपिनॉय, वारिया, माची)। व्यावहारिक रूप से, इसका मतलब है कि इस क्षेत्र में अंग्रेजी का भारी प्रभाव दोनों को प्रभावित करता है कि कौन से शब्द व्यापक रूप से उपयोग किए जाते हैं और किन लोगों या पहचानों को उन शब्दों द्वारा सबसे अधिक प्रतिनिधित्व या मान्य किया जाता है। उपयोग किए गए शब्द उन कथाओं को भी आकार देते हैं जो विश्वासों और धारणाओं में योगदान करते हैं। जबकि देखभाल के मानकों के पिछले संस्करणों में, वर्ल्ड प्रोफेशनल एसोसिएशन फॉर ट्रांसजेंडर हेल्थ (डब्ल्यूपीएटीएच) ने व्यापक रूप से परिभाषित छत्र शब्द के रूप में केवल ट्रांसजेंडर का उपयोग किया है, संस्करण 8 इस भाषा को पूरे दस्तावेज़ में छत्र शब्द के रूप में टीजीडी का उपयोग करने के लिए विस्तृत करता है (अध्याय 2 देखें- वैश्विक प्रयोज्यता)। अलावा, भाषा की निरंतर विकसित प्रकृति बाहरी कारकों और टीजीडी लोगों और उनके शरीर पर लागू सामाजिक, संरचनात्मक और व्यक्तिगत दबावों और हिंसा से प्रभावित

होती है। ऐतिहासिक रूप से उपयोग किए जाने वाले कई शब्द और वाक्यांश इस बात से प्रभावित हुए हैं कि कैसे, कब और क्यों उनका उपयोग टीजीडी लोगों पर चर्चा करने के लिए किया गया था, और इस प्रकार टीजीडी लोगों के बीच उपयोग से बाहर हो गए हैं या गर्म रूप से प्रतिस्पर्धा कर रहे हैं, कुछ व्यक्ति दूसरों को अपमानजनक शब्दों को पसंद करते हैं। कुछ व्यक्ति चाहते हैं कि देखभाल के ये मानक टीजीडी लोगों, पहचान और संबंधित स्वास्थ्य सेवाओं का वर्णन करने के लिए सार्वभौमिक रूप से स्वीकृत शर्तों का एक सुसंगत सेट प्रदान कर सकते हैं। हालांकि, इस तरह की सूची में कुछ लोगों के छूट जाने का और नाराज़ होने का भी संयोग हो सकता है, मगर यह सब, नस्ल, राष्ट्रीय मूल, स्वदेशी स्थिति, सामाजिक आर्थिक स्थिति, धर्म, बोली जाने वाली भाषा और जातीयता के संबंध में संरचनात्मक बातचीत को मजबूत किए बिना संभव नहीं है। यह बहुत बड़ी संभावना है कि एसओसी -8 में उपयोग की जाने वाली कुछ शब्दावली संस्करण 9 विकसित होने तक पुरानी हो जाएगी। कुछ व्यक्ति इस वास्तविकता से निराश होंगे, लेकिन यह आशा की जाती है कि इसे व्यक्तियों और समुदायों के लिए अपने स्वयं के लेक्सिकॉन को विकसित करने ना की परिष्कृत करने के अवसर के रूप में देखा जाएगा और लोगों के लिए टीजीडी लोगों के जीवन और जरूरतों की अभी भी अधिक सूक्ष्म समझ विकसित करने के लिए, जिसमें टीजीडी लोगों का क्षमता और प्रतिरोध शामिल है।

अंत में, कानून और कानूनी प्रोफेशनल का काम देखभाल के इन मानकों के दायरे में हैं। जैसे, अंतर्राष्ट्रीय कानून में सबसे व्यापक रूप से उपयोग की जाने वाली भाषा को इन शब्दों की कार्यात्मक परिभाषाओं के विकास में मदद करने और अधिक पुरातन और / या आक्रामक शब्दों के बदले कानूनी संदर्भों में उनके उपयोग को प्रोत्साहित करने के लिए यहां शामिल किया गया है। अंतर्राष्ट्रीय मानवाधिकार कानून में वर्तमान में सबसे गहन दस्तावेज़ "जेंडर डाइवर्स" शब्द का उपयोग करता है। 1-इस अध्याय के सभी कथनों की सिफारिश साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और रोगियों के लाभों और हानि, मूल्यों और



वरीयताओं और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता के मूल्यांकन के आधार पर की गई है। कुछ मामलों में, हम मानते हैं कि साक्ष्य सीमित हैं और / या सेवाएं सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं।

#### कथन 1.1

**हम विभिन्न वैश्विक परिस्थितियों में देखभाल के मानकों को लागू करते समय स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल को सांस्कृतिक रूप से प्रासंगिक भाषा (ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों का वर्णन करने के लिए शब्दों सहित) का उपयोग करने की सलाह देते हैं।**

सांस्कृतिक रूप से प्रासंगिक भाषा का उपयोग विभिन्न वैश्विक परिस्थितियों में टीजीडी लोगों का वर्णन करने के लिए किया जाता है। उदाहरण के लिए, सेक्स, जेंडर वर्ग और जेंडर डाइवर्स की अवधारणाएं संदर्भों में भिन्न होती हैं, जैसा कि उनका वर्णन करने के लिए उपयोग की जाने वाली भाषा है। इस प्रकार, थाईलैंड में टीजीडी लोगों की देखभाल करते समय इस्तेमाल की जाने वाली भाषा नाइजीरिया में टीजीडी देखभाल के लिए उपयोग की जाने वाली भाषा नहीं होने जा रही है। विश्व स्तर पर देखभाल के मानकों को लागू करते समय, हम स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल (एचसीपी) को अपने विशिष्ट सांस्कृतिक और / या भौगोलिक स्थान में देखभाल देने के लिए स्थानीय भाषा और शर्तों का उपयोग करने की सलाह देते हैं।

जेंडर अफर्मिंग टीजीडी लोगों को उनकी जेंडर आइडेंटिटी में पहचानने या पुष्टि करने की प्रक्रिया को संदर्भित करती है- चाहे सामाजिक, चिकित्सकीय, कानूनी रूप से, व्यवहारिक रूप से, या इनमें से कुछ संयोजन (रीसनर, पोटेट एट अल., 2016)। स्वास्थ्य देखभाल जो जेंडर अफर्मिंग या ट्रांस-सक्षम है, टीजीडी लोगों की देखभाल में सांस्कृतिक रूप से विशिष्ट भाषा का उपयोग करती है। जेंडर अफर्मिंग देखभाल संक्रमण से संबंधित देखभाल का पर्याय नहीं है। संक्रमण से संबंधित देखभाल का प्रावधान, जैसे हार्मोन या शल्य चिकित्सा के माध्यम से चिकित्सा जेंडर अफर्मिंग, अकेले जेंडर अफर्मिंग देखभाल के प्रावधान को सुनिश्चित नहीं करता है, न ही यह प्रदान की गई स्वास्थ्य देखभाल की गुणवत्ता या सुरक्षा का संकेत देता है।

टीजीडी समितियों के साथ परामर्श और साझेदारी एक विशेष संदर्भ और परिस्थिति में स्थानीय रूप से स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने में उपयोग की जाने वाली भाषा की प्रासंगिकता और समावेशिता सुनिश्चित करने में मदद कर सकती है।

#### कथन 1.2

**हम स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल को स्वास्थ्य देखभाल परिस्थिति में भाषा का उपयोग करने की सलाह देते हैं जो सुरक्षा, गरिमा और सम्मान के सिद्धांतों को बनाए रखता है।**

सुरक्षा, गरिमा और सम्मान बुनियादी मानवाधिकार हैं (इंटरनेशनल कमीशन ऑफ ज्यूरिस्ट्स, 2007)। हम एचसीपी को टीजीडी लोगों की देखभाल प्रदान करते समय इन मानवाधिकारों को बनाए रखने वाली भाषा और शब्दावली का उपयोग करने की सलाह देते हैं। कई टीजीडी लोगों ने स्वास्थ्य देखभाल सेटिंग्स में स्टिग्मा, भेदभाव और दुर्व्यवहार का अनुभव किया है, जिसका परिणाम घटिया देखभाल और खराब स्वास्थ्य परिणाम हैं (रीसनर, पोटेट एट अल। सुरक्षित और अन्य, 2016; विंटर, सेटल एट अल। इस तरह के अनुभवों में गलत नाम या जेंडर से बुलाया जाना, बीमार या घायल होने पर देखभाल से इनकार किया जाना या सेवाओं से वंचित किया जाना और पर्याप्त देखभाल प्राप्त करने में सक्षम होने के लिए एचसीपी को शिक्षित करना भी शामिल हैं (जेम्स एट अल। नतीजतन, कई टीजीडी व्यक्ति स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंचने में असुरक्षित महसूस करते हैं। वे स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों से बचना चाहते हैं और स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों को पूरा करने के अन्य साधनों की तलाश कर सकते हैं, जैसे कि चिकित्सा नुस्खे या निगरानी के बिना हार्मोन लेना और चिकित्सा सलाह के लिए साथियों पर भरोसा करना। इसके अलावा, स्वास्थ्य देखभाल परिस्थिति में पुराने नकारात्मक अनुभव टीजीडी लोगों के बीच देखभाल के भविष्य के परिहार से जुड़े हैं।

कई टीजीडी लोगों के साथ अन्यायपूर्ण, पक्षपात के साथ, और एचसीपी द्वारा गरिमा या सम्मान के बिना व्यवहार किया गया है। विश्वास की कमी अक्सर देखभाल के लिए एक बाधा है। स्वास्थ्य देखभाल परिस्थिति में सुरक्षा, गरिमा और सम्मान के सिद्धांतों पर आधारित भाषा का उपयोग करना विश्व स्तर पर टीजीडी लोगों के स्वास्थ्य, कल्याण और अधिकारों को सुनिश्चित करने के लिए सर्वोपरि है। भाषा जेंडर अफर्मिंग देखभाल का एक महत्वपूर्ण घटक है, लेकिन अकेले भाषा व्यवस्थित उस दुरुपयोग और अन्याय को समाधान या कम नहीं करती है जो टीजीडी लोगों को देखभाल सेटिंग्स में विश्व स्तर पर सामना करना पड़ता है। भाषा टीजीडी लोगों के बीच रोगी / ग्राहक केंद्रित और न्यायसंगत स्वास्थ्य देखभाल की

दिशा में एक महत्वपूर्ण कदम है। एचसीपी द्वारा उठाए जाने वाले अन्य ठोस कार्यों में सूचित सहमति प्राप्त करना और उनके जेंडर या टीजीडी स्थिति के आधार पर व्यक्ति की जरूरतों के बारे में धारणा बनाने से बचना शामिल है।

### कथन 1.3

**हम स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल को ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों के साथ चर्चा करने की सलाह देते हैं कि वे किस भाषा या शब्दावली को पसंद करते हैं।**

टीजीडी लोगों को स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने में, हम एचसीपी को अपने रोगियों के साथ चर्चा करने की सलाह देते हैं कि वे उन्हें संदर्भित करते समय किस भाषा या शब्दावली का उपयोग करना पसंद करते हैं। इस चर्चा में टीजीडी लोगों से पूछना शामिल है कि वे नाम और सर्वनाम के संदर्भ में कैसे संबोधित होना चाहते हैं, वे अपने जेंडर वर्ग की पहचान कैसे करते हैं, और उस भाषा के बारे में जिसका उपयोग उनके अंगों का वर्णन करने के लिए किया जाना चाहिए। भाषा या शब्दावली की पुष्टि करना टीजीडी-पुष्टि देखभाल का एक प्रमुख घटक है (लाइटफुट एट अल। वर्मीर एट अल। इसके अलावा, ये चर्चाएं और व्यवहार तालमेल बनाने और स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों के भीतर एचसीपी और अनुभव के प्रति कई टीजीडी लोगों के अविश्वास को कम करने के लिए काम कर सकते हैं। भाषा या शब्दावली की चर्चा और उपयोग भी देखभाल में जुड़ाव और प्रतिधारण की सुविधा प्रदान कर सकता है जो विशेष रूप से टीजीडी से संबंधित नहीं है, जैसे कि नियमित निवारक स्क्रीनिंग और निष्कर्षों के किसी भी आवश्यक चिकित्सा फॉलो-अप के लिए। इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड में, अंग / शारीरिक सूची का उपयोग उचित नैदानिक देखभाल को सूचित करने के लिए मानक रूप से किया जा सकता है, बजाय जन्म के समय असाइन किए गए जेंडर वर्ग और / या जेंडर आइडेंटिटी पदनामों पर निर्भर होने के।

एचसीपी और स्वास्थ्य देखभाल परिस्थिति इन संयोजनों को सुविधाजनक बनाने के लिए मानकीकृत प्रक्रियाओं को लागू कर सकती हैं जैसे: सेवन रूपों का उपयोग करना जिसमें चुने हुए सर्वनाम और नाम शामिल हैं, सभी कर्मचारियों (जेंडर वर्ग की परवाह किए बिना, यानी, सिजेंडर, टीजीडी) को परिचय में सर्वनाम का उपयोग करने के लिए आमंत्रित करना, सभी रोगियों के लिए एक दस्तावेज पर नामों के साथ सर्वनाम रखना,

और जेंडर वर्ग का सम्मान का उपयोग नहीं करना (उदाहरण के लिए, सुश्री, श्रीमान)। एचसीपी और स्वास्थ्य देखभाल सेटिंग्स के लिए नीतियां टीजीडी व्यक्ति की गोपनीयता और गोपनीयता के अधिकार को सुनिश्चित करने के लिए रखी जा सकती हैं, जिसमें वे टीजीडी व्यक्ति होने का खुलासा करते हैं, और यदि / उदाहरण के लिए, एक क्लिनिक नीति इस जानकारी को एचसीपी और रोगियों / ग्राहकों के बीच निजी और गोपनीय में रिकॉर्ड करने के लिए हो सकती है, और यह कि इसे केवल "जानने की आवश्यकता" के आधार पर प्रकट किया जाना चाहिए।

### नोट

1. ए/73/152, यौन अभिविन्यास और जेंडर आइडेंटिटी के आधार पर हिंसा और भेदभाव के खिलाफ सुरक्षा पर स्वतंत्र विशेषज्ञ की रिपोर्ट।

## अध्याय 2 वैश्विक प्रयोज्यता

सेक्स और जेंडर वर्ग की सांस्कृतिक सीमाओं की अवहेलना करने वाले व्यक्ति वे प्राचीन काल से दुनिया भर की संस्कृतियों में मौजूद हैं, हालाँकि ऐसे लोग कभी-कभी स्थानीय भाषा के शब्दों में स्वीकार किए जाते हैं (फीनबर्ग, 1996)। हालिया प्रवृत्ति के विपरीत, एक बीमारी के रूप में जेंडर डाइवर्स को देखने के बजाय कुछ संस्कृतियों ने पारंपरिक रूप से इस विविधता का जश्न मनाया और स्वागत किया (उदाहरण के लिए, नंदा, 2014; पेलेट्ज़, 2009)। आज, अंग्रेजी भाषा की छत्री शब्द ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स (टीजीडी) जेंडर आइडेंटिटी और एक्सप्रेसन की एक विशाल विविधता का वर्णन करती है, और इसलिए विविध स्वास्थ्य देखभाल अनुभवों और जरूरतों वाली आबादी। साथ में, टीजीडी व्यक्ति मानव विविधता के महत्वपूर्ण पहलुओं का प्रतिनिधित्व करते हैं, वर्ल्ड प्रोफेशनल एसोसिएशन फॉर ट्रांसजेंडर हेल्थ (डब्ल्यूपीएच) का दावा है कि इसे महत्व दिया जाना चाहिए और उत्साहपूर्वक मनाया जाना चाहिए। टीजीडी व्यक्ति उन समाजों में महत्वपूर्ण योगदान देना जारी रखते हैं जिनमें वे रहते हैं, हालाँकि अक्सर ये मान्यता प्राप्त नहीं होते हैं। परेशान करने वाली बात यह है कि आधुनिक विश्व में कई टीजीडी व्यक्ति अपमान, पक्षपात, भेदभाव, उत्पीड़न, दुर्व्यवहार और हिंसा का अनुभव करते हैं, जिसके परिणामस्वरूप सामाजिक, आर्थिक और कानूनी हाशिए, खराब मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य और यहां तक कि मृत्यु भी होती है - एक प्रक्रिया जिसे अपमान-बीमारी ढलान के रूप में वर्णित किया गया है (विंटर, डायमंड एट अल। इस तरह के अनुभव (और इस तरह के अनुभवों का सामना करने का डर) मेयर ने अल्पसंख्यक तनाव के रूप में वर्णित किया है (मेयर, 2003; बॉकिंग एट अल, 2013 को विशेष रूप से टीजीडी लोगों के बारे में लिखा हुआ भी देखें), और खराब शारीरिक (जैसे रिच एट अल, 2020) और मनोवैज्ञानिक (जैसे, ब्रैनस्ट्रॉम एट अल। स्कैंडुरा एट अल, 2017; शिफर्ड एट अल, 2019, टैन एट अल, 2021) स्वास्थ्य परिणाम हो सकते हैं।

टीजीडी लोगों के खिलाफ हिंसा एक विशेष समस्या है। वैश्विक परिप्रेक्ष्य से देखा जाए, तो यह प्रकृति में व्यापक, विविध है (भावनात्मक, यौन और शारीरिक, उदाहरण के लिए, मुजुगिरा एट अल, 2021 देखें), और इसमें अपराधियों की एक श्रृंखला (सरकार के अंग सहित) शामिल हैं। हत्या के आंकड़े, हिंसा का रूप जो इसके परिणामों में सबसे चरम है, खतरनाक हैं। विश्व

भर में, जनवरी 2008 और सितंबर 2021 के बीच 4,000 से अधिक प्रलेखित हत्याएं हुईं; एक आंकड़ा व्यापक रूप से रिपोर्ट न किए जाने के कारण (टीजीईयू, 2020) त्रुटिपूर्ण माना जाता है।

देखभाल संस्करण 7 (एसओसी -7) के मानकों के प्रकाशन के बाद से, टीजीडी लोगों और उनकी स्वास्थ्य देखभाल पर दृष्टिकोण में नाटकीय परिवर्तन हुए हैं। मुख्यधारा की वैश्विक चिकित्सा अब टीजीडी पहचान को मानसिक विकार के रूप में वर्गीकृत नहीं करती है। अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन (एपीए, 2013) से नैदानिक और सांख्यिकीय मैनुअल संस्करण 5 (डीएसएम-5) में, जेंडर डिस्फोरिया का निदान किसी भी संकट और असुविधा पर केंद्रित है जो जेंडर आइडेंटिटी के बजाय टीजीडी होने के साथ होता है। एक पाठ संशोधन (डीएसएम-5-टीआर) 2022 में प्रकाशित किया गया था। विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ, 2019 बी) के नैदानिक मैनुअल, संस्करण 11 (आईसीडी-11) में, जेंडर इनकांग्रुएंस निदान को यौन स्वास्थ्य पर एक अध्याय में रखा गया है और व्यक्ति की अनुभवी पहचान और जेंडर अफर्मिंग उपचार की किसी भी आवश्यकता पर केंद्रित है जो उस पहचान से उपजी हो सकती है। इस तरह के विकास, जिसमें ट्रांसजेंडर पहचानों का एक विकृतिकरण (या अधिक सटीक रूप से एक डी-साइकोपैथोलॉजाइजेशन) शामिल है, कई आधारों पर मौलिक रूप से महत्वपूर्ण हैं। स्वास्थ्य देखभाल के क्षेत्र में, उन्होंने एक देखभाल मॉडल का समर्थन करने में मदद की होगी जो प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल (एचसीपी) (बैलेज एट अल., 2021) द्वारा समर्थित अपने स्वयं के स्वास्थ्य देखभाल के बारे में निर्णय लेने में रोगियों की सक्रिय भागीदारी पर जोर देता है। यह मानना उचित है कि ये विकास जेंडर मान्यता के संबंध में विधायी सुधार जैसे अधिक सामाजिक रूप से समावेशी नीतियों को भी बढ़ावा दे सकते हैं जो निदान, हार्मोन थेरेपी और / या शल्य चिकित्सा के लिए आवश्यकताओं को लागू किए बिना अधिकार-आधारित दृष्टिकोण की सुविधा प्रदान करता है। टीजीडी व्यक्ति जिन्होंने प्रमुख दस्तावेजों पर जेंडर मार्करों को बदल दिया है, वे बेहतर मानसिक स्वास्थ्य का आनंद लेते हैं (उदाहरण के लिए, बाउर एट अल। स्किम एट अल, 2020)। इस क्षेत्र में एक अधिक अधिकार-आधारित दृष्टिकोण टीजीडी लोगों के समग्र स्वास्थ्य और कल्याण में बहुत योगदान दे सकता है (अरिस्तेगुई एट अल)

एसओसी के पिछले संस्करणों से पता चला है कि इस क्षेत्र में दर्ज

नैदानिक अनुभव और ज्ञान उत्तरी अमेरिकी और पश्चिमी यूरोपीय स्रोतों से लिया गया है। उन्होंने उच्च आय वाले देशों में जेंडर अफर्मिंग स्वास्थ्य देखभाल पर ध्यान केंद्रित किया है जो अपेक्षाकृत अच्छी तरह से संसाधन वाले स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों (प्रशिक्षित मानसिक स्वास्थ्य प्रदाताओं, एंडोक्रिनोलॉजिस्ट, सर्जन और अन्य विशेषज्ञों सहित) का आनंद लेते हैं और जहां सेवाओं को अक्सर सार्वजनिक रूप से या (कम से कम कुछ रोगियों के लिए) निजी बीमा के माध्यम से वित्त पोषित किया जाता है।

कई देशों के लिए, टीजीडी लोगों के लिए स्वास्थ्य देखभाल प्रावधान आकांक्षी है; इस क्षेत्र में रिसोर्सिंग सीमित या अस्तित्वहीन होने के कारण, और सेवाएं अक्सर अनुपलब्ध, अनुचित, पहुंचने में मुश्किल और / या अवहनीय होती हैं। कुछ ही यदि कोई एचसीपी (प्राथमिक या विशेषज्ञ) मौजूद हो सकता है। जेंडर अफर्मिंग स्वास्थ्य देखभाल के लिए धन नहीं हो सकता है, रोगी अक्सर जो भी स्वास्थ्य देखभाल का उपयोग करते हैं, उसकी पूरी लागत वहन करते हैं। स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं में अक्सर इस क्षेत्र में नैदानिक और / या सांस्कृतिक क्षमता की कमी होती है। इन रोगियों के साथ काम करने के लिए प्रशिक्षण सीमित हो सकता है (उदाहरण के लिए, मार्टिस एट अल। इन सभी कारणों से और टीजीडी लोगों को मानसिक रूप से अव्यवस्थित (एक परिप्रेक्ष्य जो हाल ही में बदल गया है) के रूप में मुख्यधारा के "पश्चिमी" चिकित्सा के ऐतिहासिक दृष्टिकोण के कारण, टीजीडी लोगों ने आमतौर पर खुद को स्वास्थ्य देखभाल उपभोक्ताओं के रूप में वंचित पाया है।

स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं ने पाया है कि प्रासंगिक साहित्य काफी हद तक उत्तरी अमेरिकी और यूरोपीय है, जो स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों में काम करने वाले व्यक्तियों के लिए विशेष चुनौतियां पेश करते हैं जो विशेष रूप से खराब संसाधन हैं। आजकल के उपक्रम में अक्सर भागीदारों के रूप में टीजीडी हितधारक शामिल होते हैं, अन्य क्षेत्रों में भी अच्छे अभ्यास के बारे में ज्ञान का एक निकाय प्रदान करके इस स्थिति को कुछ हद तक बदल रहे हैं, जिसमें वैश्विक उत्तर के बाहर कम और मध्यम आय वाले देशों में प्रभावी, सांस्कृतिक रूप से सक्षम टीजीडी स्वास्थ्य देखभाल कैसे प्रदान की जाए। क्षेत्र के भीतर, हाल के वर्षों में मूल्यवान स्वास्थ्य देखभाल संसाधनों की एक विस्तृत श्रृंखला विकसित की गई है। डाहलेन एट अल (2021) बारह अंतरराष्ट्रीय नैदानिक अभ्यास दिशानिर्देशों की समीक्षा; समीक्षा किए गए आधे से अधिक उत्तरी अमेरिका (जैसे, हेमब्री

एट अल, 2017) या यूरोप (जैसे, टी'शोएन एट अल, 2020) में स्थित प्रोफेशनल निकायों से उत्पन्न होते हैं। तीन डब्ल्यूएचओ से हैं (सबसे हालिया डब्ल्यूएचओ, 2016 है)। आजकल, कई अन्य संसाधन हैं, जो डाहलेन एट अल की सूची में नहीं हैं, जो स्पष्ट रूप से उत्तरी अमेरिका और यूरोप के बाहर के क्षेत्रों से विशेषज्ञता पर आकर्षित करते हैं। उदाहरण एशिया पसिफिक रीजन में पाए जा सकते हैं (एपीटीएन, 2022; स्वास्थ्य नीति परियोजना और अन्य, 2015), कैरेबियन (पीएचओ, 2014), थाईलैंड, ऑस्ट्रेलिया (टेलफर एट अल, 2020), ओटरोआ न्यूजीलैंड (ओलिपेंट एट अल, 2018), और दक्षिण अफ्रीका (टॉमसन एट अल। ये संसाधन आमतौर पर स्थानीय या अंतरराष्ट्रीय स्तर पर टीजीडी समुदायों की पहल के माध्यम से या उनके साथ साझेदारी में बनाए गए हैं। सांस्कृतिक रूप से सुरक्षित और सक्षम तरीकों से स्थानीय जरूरतों को पूरा करने पर केंद्रित यह साझेदारी दृष्टिकोण व्यापक अंतर-राष्ट्रीय प्रासंगिकता भी हो सकती है। इनमें से कुछ प्रकाशन कम आय वाले, कम संसाधन वाले देशों में सेवाओं की योजना बनाने, व्यवस्थित करने और वितरित करने वालों के लिए विशेष मूल्य के हो सकते हैं। अंग्रेजी के अलावा अन्य भाषाओं में प्रकाशित अन्य संसाधन होने की संभावना है, जिनके बारे में हम अनजान हैं।

विश्व स्तर पर, टीजीडी पहचान सेक्स, जेंडर वर्ग और कामुकता के विभिन्न वैचारिक ढांचे से जुड़ी हो सकती है और व्यापक रूप से विविध सांस्कृतिक (और कभी-कभी आध्यात्मिक) संदर्भों और इतिहास में मौजूद हो सकती है। सामाजिक और सांस्कृतिक कारकों, कानून और जेंडर अफर्मिंग स्वास्थ्य देखभाल की मांग और प्रावधानों के बीच जटिल संबंधों को ध्यान में रखते हुए, एसओसी -8 की व्याख्या बड़े बारीकी से की जानी चाहिए जो प्रत्येक एचसीपी के व्यक्तिगत अभ्यास के संदर्भ में उपयुक्त है, जबकि इसे रेखांकित करने वाले मुख्य सिद्धांतों के संरेखण को बनाए रखता है (एपीटीएन और यूएनडीपी, 2012; स्वास्थ्य नीति परियोजना और अन्य, 2015; पीएचओ, 2014)।

यह इस संदर्भ में है और अंतरराष्ट्रीय स्तर पर टीजीडी लोगों और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के अनुभवों पर व्यापक रूप से आकर्षित करके हम इस अध्याय के भीतर एसओसी -8 की वैश्विक प्रयोज्यता पर विचार करते हैं। हम एचसीपी के लिए प्रमुख विचार निर्धारित करते हैं और टीजीडी लोगों के लिए समकालीन स्वास्थ्य देखभाल के लिए मौलिक मूल सिद्धांतों

**सिफारिशों के कथन**

2.1- हम अनुशंसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों को ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों के लिए चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर अफर्मिंग स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करनी चाहिए।

2.2- हम स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल और देखभाल के मानकों के अन्य उपयोगकर्ताओं की सलाह देते हैं, संस्करण 8 (एसओसी -8) उन तरीकों से सिफारिशों को लागू करते हैं जो स्थानीय ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स समुदायों की जरूरतों को पूरा करते हैं, सांस्कृतिक रूप से संवेदनशील देखभाल प्रदान करके जो उन देशों की वास्तविकताओं को पहचानते हैं जिनमें वे अभ्यास कर रहे हैं।

2.3- हम स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को दुनिया भर में ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों के जीवित अनुभवों पर सामाजिक दृष्टिकोण, कानूनों, आर्थिक परिस्थितियों और स्वास्थ्य प्रणालियों के प्रभाव को समझने की सलाह देते हैं।

2.4- हम एसओसी के अनुवादों को बहु-सांस्कृतिक, वैचारिक और शाब्दिक तुल्यता पर ध्यान केंद्रित करने की सलाह देते हैं ताकि एसओसी -8 को रेखांकित करने वाले मुख्य सिद्धांतों के साथ संरेखण सुनिश्चित किया जा सके।

2.5- हम स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल और नीति निर्माताओं को सलाह देते हैं कि वे हमेशा ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों के साथ अपने काम के लिए एसओसी-8 के मुख्य सिद्धांतों को लागू करते हैं ताकि मानवाधिकारों के लिए सम्मान और उचित और सक्षम स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच सुनिश्चित की जा सके, जिनमें शामिल हैं:

**सामान्य सिद्धांत**

- सशक्त और समावेशी बनें। स्टिग्मा को कम करने और उन सभी के लिए उचित स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच की सुविधा प्रदान करने के लिए काम करें जो इसे चाहते हैं;
- विविधता का सम्मान करें। सभी ग्राहकों और सभी जेंडर आइडेंटिटी का सम्मान करें। जेंडर आइडेंटिटी या अभिव्यक्ति में अंतर को विकृत न करें;
- शारीरिक और मानसिक अखंडता, स्वायत्तता और आत्मनिर्णय के अधिकार सहित सार्वभौमिक मानवाधिकारों का सम्मान करें; भेदभाव से मुक्ति, और स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक का अधिकार।

**उपयुक्त सेवाओं और सुलभ स्वास्थ्य देखभाल के विकास और कार्यान्वयन के आसपास सिद्धांत**

- सेवाओं के विकास और कार्यान्वयन में ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों को शामिल करना;
- सामाजिक, सांस्कृतिक, आर्थिक और कानूनी कारकों से अवगत रहें जो ट्रांसजेंडर और जेंडर रूप से विविध लोगों के स्वास्थ्य (और स्वास्थ्य देखभाल की जरूरतों) को प्रभावित कर सकते हैं, साथ ही सेवाओं तक पहुंचने के लिए व्यक्ति की इच्छा और क्षमता;
- स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करें (या जानकार सहयोगियों को संदर्भित करें) जो जेंडर आइडेंटिटी और एक्सप्रेसन की पुष्टि करता है, जिसमें स्वास्थ्य देखभाल भी शामिल है जो जेंडर डिस्फोरिया से जुड़े संकट को कम करती है (यदि यह मौजूद है);
- उन दृष्टिकोणों को अस्वीकार करें जिनके पास रूपांतरण का लक्ष्य या प्रभाव है और ऐसे दृष्टिकोण या सेवाओं के लिए कोई प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष सहायता प्रदान करने से बचें।

**सक्षम सेवाएं प्रदान करने के आसपास के सिद्धांत**

- ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों की स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं के बारे में जानकार बनें (जहां संभव हो प्रशिक्षण प्राप्त करें), जिसमें जेंडर अफर्मिंग देखभाल के लाभ और जोखिम शामिल हैं;
- ग्राहकों की विशिष्ट आवश्यकताओं के लिए उपचार दृष्टिकोण का मिलान करें, विशेष रूप से जेंडर पहचान और अभिव्यक्ति के लिए उनके लक्ष्य;
- सिर्फ जेंडर डिस्फोरिया पर ही नहीं बल्कि सम्पूर्ण स्वास्थ्य और कल्याण को बढ़ावा देने पर ध्यान केंद्रित करें;;
- जहां उचित हो, नुकसान कम करने के दृष्टिकोण के लिए प्रतिबद्ध रहें;
- अपने स्वास्थ्य और कल्याण के बारे में निर्णय लेने में ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों की पूर्ण और निरंतर सूचित भागीदारी को सक्षम करें
- प्रशासनिक प्रणालियों और देखभाल की निरंतरता से संबंधित स्वास्थ्य सेवाओं के अनुभवों में सुधार।

**व्यापक सामुदायिक दृष्टिकोण के माध्यम से बेहतर स्वास्थ्य की दिशा में काम करने के सिद्धांत**

- लोगों को समुदायों और सहकर्मी सहायता नेटवर्क के संपर्क में रखें;
- अपने परिवारों और समुदायों (स्कूलों, कार्यस्थलों और अन्य स्थानों) के भीतर ग्राहकों के लिए समर्थन और वकालत करें, (यह जहां भी उपयुक्त हो।)

और प्रथाओं की सिफारिश करके निष्कर्ष निकालते हैं, भले ही वे कहां रहते हैं या उन लोगों के लिए संसाधन उपलब्ध हैं जो ऐसी स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करना चाहते हैं।

**कथन 2.1**

हम अनुशंसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों को ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों के लिए चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर-अफर्मिंग स्वास्थ्य देखभाल के माध्यम से प्रोत्साहित करना चाहिए।

चिकित्सा की आवश्यकता विश्व स्तर पर स्वास्थ्य व्याप्ति और

बीमा पॉलिसियों के लिए एक आम शब्द है। बीमा कंपनियों या बीमा कंपनियों द्वारा उपयोग की जाने वाली चिकित्सा आवश्यकता की एक सामान्य परिभाषा "स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं हैं जो एक चिकित्सक और / या स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल, विवेकपूर्ण नैदानिक निर्णय का प्रयोग करते हुए, किसी बीमारी, चोट, बीमारी या इसके लक्षणों को रोकने, मूल्यांकन, निदान या उपचार के उद्देश्य से एक रोगी को प्रदान करेंगे, और जो हैं: (ए) चिकित्सा अभ्यास के आम तौर पर स्वीकृत मानकों के अनुसार; (बी) चिकित्सकीय रूप से

उपयुक्त, प्रकार, आवृत्ति, सीमा, साइट और अवधि के संदर्भ में, और रोगी की बीमारी, चोट या बीमारी के लिए प्रभावी माना जाता है; और उपयुक्त, प्रकार, आवृत्ति, सीमा, साइट और अवधि के संदर्भ में, और रोगी की बीमारी, चोट या बीमारी के लिए प्रभावी माना जाता है; और (सी) मुख्य रूप से रोगी, चिकित्सक या अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता की सुविधा के लिए नहीं, और वैकल्पिक सेवा या सेवाओं के अनुक्रम से अधिक महंगा नहीं है, कम से कम उस रोगी की बीमारी, चोट या बीमारी के निदान या उपचार के रूप में समान चिकित्सीय या नैदानिक परिणाम उत्पन्न करने की संभावना है। इलाज करने वाले एचसीपी का दावा है और दस्तावेज यह कहता है कि स्थिति के उपचार के लिए एक प्रस्तावित उपचार चिकित्सकीय रूप से आवश्यक है (अमेरिकन मेडिकल एसोसिएशन, 2016)।

आम तौर पर, "चिकित्सा पद्धति के स्वीकृत मानकों" का अर्थ उन मानकों से है जो सहकर्मी-समीक्षा किए गए चिकित्सा साहित्य में प्रकाशित विश्वसनीय वैज्ञानिक साक्ष्य पर आधारित होते हैं जो आम तौर पर प्रासंगिक चिकित्सा समुदाय, नामित मेडिकल स्पेशियलिटी सोसाइटी और / या वैध मेडिकल कॉलेजों की सिफारिशों और प्रासंगिक नैदानिक क्षेत्रों में अभ्यास करने वाले चिकित्सकों और / या एचसीपी के विचारों द्वारा मान्यता प्राप्त होते हैं।

चिकित्सा आवश्यकता विश्वके कुछ हिस्सों में स्वास्थ्य देखभाल के लिए भुगतान, सब्सिडी और / या प्रतिपूर्ति के लिए महत्वपूर्ण है। उपचार करने वाला एचसीपी दावा कर सकता है और दस्तावेज कर सकता है कि किसी दिए गए उपचार को स्थिति की रोकथाम या उपचार के लिए चिकित्सकीय रूप से आवश्यक है। यदि स्वास्थ्य नीतियां और प्रथाएं उपचार की चिकित्सा आवश्यकता को चुनौती देती हैं, तो एक स्वतंत्र चिकित्सा समीक्षा के लिए एक सरकारी-मानसिक एजेंसी या अन्य इकाई से अपील करने का अवसर हो सकता है।

यह माना जाना चाहिए कि जेंडर डाइवर्स सभी मनुष्यों के लिए आम है और पैथोलॉजिकल नहीं है। हालांकि, जेंडर वर्ग असंगति जो नैदानिक रूप से महत्वपूर्ण संकट और हानि का कारण बनती है, को अक्सर चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नैदानिक हस्तक्षेप की आवश्यकता होती है। कई देशों में, चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर अफर्मिंग देखभाल को उपचार स्वास्थ्य पेशेवर द्वारा जेंडर वर्ग असंगति के उपचार के रूप में प्रलेखित किया जाता है (आईसीडी -11 में एचए 60; डब्ल्यूएचओ, 2019 बी) और / या जेंडर डिस्फोरिया (डीएसएम -5-टीआर में एफ

64.0) के उपचार के रूप में; एपीए, 2022)।

जीवन की गुणवत्ता और जेंडर अफर्मिंग उपचारों की अच्छाई के लाभों का प्रदर्शन करने वाले सशक्त सबूत हैं, जिसमें अंतःस्रावी और शल्य चिकित्सा प्रक्रियाएं शामिल हैं, जो टीजीडी लोगों में देखभाल के मानकों (संस्करण 8) द्वारा उल्लिखित के रूप में ठीक से इंगित और निष्पादित की जाती हैं, जिन्हें इन उपचारों की आवश्यकता होती है (उदाहरण के लिए, आइंसवर्थ एंड स्पीगल, 2010; आयर्स एट अल, 2020; एल्ड्रिज एट अल, 2020; अल्माज़ान और केरोघलियन, 2021; अल-तमीमी एट अल, 2019; बालाकृष्णन और अन्य, 2020; बेकर एट अल, 2021; बुंकाम्पर एट अल, 2016; कार्डोसो दा सिल्वा एट अल, 2016; एफटेखार अर्देबिली, 2020; जेवियर एट अल, 2022; लिंडक्विस्ट एट अल, 2017; मुल्लिंस एट अल, 2021; नोबिली एट अल, 2018; ओवेन-स्मिथ एट अल, 2018; ओज़कन एट अल, 2018; टी'स्जोएन एट अल, 2019; वैन डी ग्रिफ्ट, एलौट एट अल। व्हाइट ह्यूगटो और रीसनर, पोटेट एट अल। विर्कक्स, वैन केनेगेम एट अल। यांग, झाओ एट अल। जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेपों में बाल हटाने / प्रत्यारोपण प्रक्रिया, आवाज चिकित्सा / शल्य चिकित्सा, परामर्श और अन्य चिकित्सा प्रक्रियाएं भी शामिल हो सकती हैं जो किसी व्यक्ति की जेंडर आइडेंटिटी को प्रभावी ढंग से पुष्टि करने और जेंडर इनकांगुएंस और डिस्फोरिया को कम करने के लिए आवश्यक हैं। इसके अतिरिक्त, पहचान दस्तावेजों पर कानूनी नाम और सेक्स या जेंडर परिवर्तन भी फायदेमंद हो सकता है और, कुछ न्यायिक शब्दकोशों में, चिकित्सा प्रलेखन पर निर्भर हैं जो रोगी चिकित्सकों को प्रस्तुत करने के लिए बुला सकते हैं।

जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेप दशकों के नैदानिक अनुभव और अनुसंधान पर आधारित हैं; उदाहरण के लिए, उन्हें प्रयोगात्मक, कॉस्मेटिक या केवल एक रोगी की सुविधा के लिए नहीं माना जाता है। वे जेंडर इनकांगुएंस और जेंडर डिस्फोरिया को कम करने में सुरक्षित और प्रभावी हैं (उदाहरण के लिए, आयर्स एट अल। एल्ड्रिज एट अल, 2020; अल-तमीमी एट अल, 2019; बालाकृष्णन और अन्य, 2020; बेकर एट अल, 2021; बर्ट्रेड एट अल, 2017; बुंकाम्पर एट अल, 2016; क्लेस एट अल, 2018; एफटेखार अर्देबिली, 2020; एस्मंडे एट अल, 2019; जेवियर एट अल, 2022; लिंडक्विस्ट एट अल, 2017; लो रूसो एट अल, 2017; मारिनकोविक एंड न्यूफील्ड, 2017; मुल्लिंस एट अल, 2021; नोबिली एट अल, 2018; ओल्सन-कैनेडी, रोसेथल एट अल। ओज़कन एट अल, 2018; पौडियर एट अल, 2019;

टी'स्जोएन एट अल, 2019; वैन डी ग्रिफ्ट, एलौट एट अल, 2018; व्हाइट ह्यूगटो और रीसनर, पोटेट एट अल, 2016; विर्कक्स, वैन केनेगेम एट अल 2014; वोल्टर एट अल, 2015; वोल्टर एट अल, 2018)।

नतीजतन, डब्ल्यूपीएटीएच स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों से इन चिकित्सकीय रूप से आवश्यक उपचारों को प्रदान करने और उनके नीति दस्तावेजों और चिकित्सा दिशानिर्देशों से किसी भी बहिष्करण को समाप्त करने का आग्रह करता है जो टीजीडी व्यक्तियों के स्वास्थ्य और कल्याण के लिए किसी भी चिकित्सकीय रूप से आवश्यक प्रक्रियाओं या उपचारों के लिए कवरेज को रोकते हैं। दूसरे शब्दों में, सरकारों को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि टीजीडी लोगों के लिए स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं किसी भी सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल, सार्वजनिक स्वास्थ्य, सरकारी-सब्सिडी वाली प्रणालियों, या सरकार-विनियमित निजी प्रणालियों में तत्वों के रूप में स्थापित, विस्तारित या उपयुक्त रूप में बढ़ी हुई हों। स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि चल रही स्वास्थ्य देखभाल, नियमित और विशिष्ट दोनों, समान आधार पर सभी नागरिकों के लिए आसानी से सुलभ और सस्ती हो।

एसओसी-8 में चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडरवर्ग-पुष्टि हस्तक्षेपों पर चर्चा की गई है। इनमें हिस्टेरेक्टॉमी +/- द्विपक्षीय सल्पिंगो-ओफोरेक्टोमी शामिल हैं लेकिन ये सीमित नहीं हैं; द्विपक्षीय स्तन का हटना, स्तन पुनर्निर्माण या मैमोप्लास्टी, स्तन कृत्रिम अंग का आकार बदलना या प्लेसमेंट; जननांग पुनर्निर्माण, उदाहरण के लिए, फैलोप्लास्टी और मेटोइडियोप्लास्टी, स्क्रोटोप्लास्टी, और पेनाइल और टेस्टिकुलर प्रोस्थेसिस, पेनेक्टोमी, ऑर्किक्टॉमी, वेजिना प्लास्टी और वल्वोप्लास्टी; जेंडर वर्ग -पुष्टि के लिए या प्रीऑपरेटिव तैयारी प्रक्रिया के हिस्से के रूप में चेहरे, शरीर और जननांग क्षेत्रों से बालों को हटाना; जेंडर अफर्मिंग चेहरे की शल्य चिकित्सा और शरीर की रूपरेखा बदलना; आवाज चिकित्सा और / या शल्य चिकित्सा; साथ ही दवा और जेंडर अफर्मिंग हार्मोन को उपलब्ध कराना; रोगी के लिए उपयुक्त परामर्श या मनोचिकित्सा उपचार और रोगी की व्यक्तिगत परिस्थितियों और जरूरतों की समीक्षा पर आधारित है।

## कथन 2.2

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों और देखभाल के मानकों के अन्य उपयोगकर्ताओं की सलाह देते हैं, संस्करण 8 (एसओसी-8) उन तरीकों से सिफारिशों को लागू करते हैं जो स्थानीय ट्रांसजेंडर**

**और जेंडर डाइवर्स समुदायों की जरूरतों को पूरा करते हैं, सांस्कृतिक रूप से संवेदनशील देखभाल प्रदान करके जो उन देशों की वास्तविकताओं को पहचानते हैं जिनमें वे अभ्यास कर रहे हैं।**

टीजीडी लोग विश्वभर में कई अलग-अलग तरीकों से पहचानते हैं, और वे पहचान एक सांस्कृतिक संदर्भ के भीतर मौजूद हैं। अंग्रेजी बोलने वाले देशों में, टीजीडी लोग विभिन्न रूप से ट्रांससेक्सुअल, ट्रांस, जेंडर नॉन-कॉन्फॉर्मिंग, जेंडर क्वीर या विविध, गैर-बाइनरी, या वास्तव में ट्रांसजेंडर और / या जेंडर डाइवर्स, साथ ही साथ अन्य पहचानों के रूप में पहचानते हैं; जिसमें (जेंडर बाइनरी के अंदर कई पहचान करने के लिए) पुरुष या महिला शामिल हैं। (उदाहरण के लिए, जेम्स एट अल। स्ट्रॉस एट अल, 2017; वीले एट अल, 2019)।

अन्य जगहों पर, पहचानों में ट्रैवेस्टी (लैटिन अमेरिका के अधिकांश हिस्सों में), हिजरा (दक्षिण एशिया के अधिकांश हिस्सों में), ख्वाजा सिरा (पाकिस्तान में), अचौत (म्यांमार में), मकन्याह, पाक-न्याह (मलेशिया में), वारिया (इंडोनेशिया) कठोए, फुयिंग खाम फेट, साओ प्रफेत गीत (थाईलैंड), बाकला, ट्रांसपिनेय, ट्रांसपिनाय (फिलीपींस), फाफाफिन (समोआ), माहू (फ्रेंच पोलिनेशिया, हवाई) शामिल हैं। पिनापिनाइन (तुवालु और किरिबाती), वकासालेवालेवा (फिजी), पालोपा (पापुआ न्यूगिनी), भाई लड़के और बहन लड़कियां (ऑस्ट्रेलिया में आदिवासी और टोरेस स्ट्रेट आइलैंडर लोग), और अकावा'इन (कुक आइलैंड्स) (जैसे, एपीटीएन और यूएनडीपी, 2012; स्वास्थ्य नीति परियोजना और अन्य, 2015; केरी, 2014)। उत्तरी अमेरिका में बड़ी संख्या में दो स्पिरिट पहचान भी हैं (उदाहरण के लिए, नवाजो (डाइन) संस्कृति में नाडलीही) (शेपर्ड एंड मेयो, 2013)। जिन पहचानों को इनमें से प्रत्येक शब्द संदर्भित करता है, वे अक्सर सांस्कृतिक रूप से जटिल होते हैं और आध्यात्मिक या धार्मिक संदर्भ में मौजूद हो सकते हैं। संस्कृतियों और संबंधित पहचानों के आधार पर, कुछ को जेंडर बाइनरी से परे तथाकथित "तृतीय जेंडर" के रूप में माना जा सकता है (उदाहरण के लिए, ग्राहम, 2010; नंदा, 2014; पेलेट्ज़, 2009)। कुछ टीजीडी पहचान दूसरों की तुलना में कम मजबूती से स्थापित हैं। विश्व भर में कई स्थानों पर, ट्रांसजेंडर पुरुषों और नॉनबाइनरीट्रांस मर्दाना पहचानों की दृश्यता अपेक्षाकृत हाल ही में है, जिसमें स्थानीय भाषाओं में कुछ या कोई लागू पारंपरिक शब्द नहीं हैं (हेल्थ पॉलिसी प्रोजेक्ट एट अल। भले ही एचसीपी कहां या किसके साथ काम करते हैं (जातीय अल्पसंख्यक

व्यक्तियों, प्रवासियों और शरणार्थियों के साथ काम करने वालों सहित), उन्हें सांस्कृतिक संदर्भ से अवगत होना चाहिए जिसमें लोग बड़े हुए हैं और रहते हैं और साथ ही स्वास्थ्य देखभाल के परिणाम भी हैं।

विश्वभर में स्वास्थ्य देखभाल की उपलब्धता, पहुंच, स्वीकार्यता और गुणवत्ता बहुत भिन्न होती है, जिसके परिणामस्वरूप देशों के भीतर और बाहर असमानताएं होती हैं (ओईसीडी, 2019)। कुछ देशों में, औपचारिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली स्थापित पारंपरिक और लोक स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों के साथ मौजूद है, जिसमें समग्र स्वास्थ्य देखभाल (डब्ल्यूएचओ, 2019 ए) के महत्व को रेखांकित करने वाले स्वास्थ्य के स्वदेशी मॉडल हैं।

एचसीपी को उन परंपराओं और वास्तविकताओं के बारे में पता होना चाहिए जिनके भीतर स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध है और टीजीडी लोगों की स्थानीय जरूरतों और पहचान के प्रति संवेदनशील सहायता प्रदान करें और उन्हें सांस्कृतिक रूप से सक्षम और सुरक्षित देखभाल प्रदान करें।

### कथन 2.3

**हम स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को विश्वभर में ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों के जीवित अनुभवों पर सामाजिक दृष्टिकोण, कानूनों, पर्यावरण-आर्थिक परिस्थितियों और स्वास्थ्य प्रणालियों के प्रभाव को कम करने की सलाह देते हैं।**

टीजीडी लोगों के जीवित अनुभव सामाजिक, सांस्कृतिक (आध्यात्मिक सहित), कानूनी, आर्थिक और भौगोलिक सहित कई कारकों के आधार पर बहुत भिन्न होते हैं। जब टीजीडी लोग ऐसे वातावरण में रहते हैं जो उनके जेंडर वर्ग और / या सांस्कृतिक पहचान की पुष्टि करते हैं, तो ये अनुभव बहुत सकारात्मक हो सकते हैं। परिवार इस संबंध में विशेष रूप से महत्वपूर्ण हैं (उदाहरण के लिए, पेरिसो एट अल। यादेगरफर्ड एट अल, 2014; झोउ एट अल, 2021)। हालांकि, जब वैश्विक परिप्रेक्ष्य से देखा जाता है, तो टीजीडी लोग जिस परिस्थिति में रहते हैं, वे अक्सर चुनौतीपूर्ण होते हैं। उन्हें आमतौर पर अंतरराष्ट्रीय मानवाधिकार कानून में व्यापक रूप से स्वीकृत अधिकारों से वंचित किया जाता है। इनमें शिक्षा, स्वास्थ्य और चिकित्सा दुर्व्यवहार, काम और पर्याप्त जीवन स्तर से सुरक्षा, आवास, आवाजाही और अभिव्यक्ति की स्वतंत्रता, गोपनीयता, सुरक्षा, जीवन, परिवार, स्वतंत्रता के मनमाने ढंग से वंचित होने से स्वतंत्रता, निष्पक्ष परीक्षण, हिरासत में मानवता के साथ

व्यवहार, और यातना से मुक्ति, अमानवीय या न्यायिक दंड से स्वतंत्रता (इंटरनेशनल कमीशन ऑफ ज्यूरिस्ट, 2007, 2017) शामिल हैं।

यह व्यापक रूप से स्वीकार किया जाता है कि अधिकारों से इनकार सेक्सुअल एंड जेंडर माइनॉरिटी स्वास्थ्य और कल्याण को प्रभावित कर सकता है (उदाहरण के लिए, ओएचसीएचआर एट अल। डब्ल्यूएचओ, 2015)। इसलिए हम यहां टीजीडी लोगों के लिए ऊपर सूचीबद्ध अधिकारों के महत्व की पुष्टि करते हैं और डब्ल्यूपीएटीएच के पिछले अधिकारों की वकालत पर ध्यान देते हैं, जिसमें कई नीति दस्तावेज (जैसे, डब्ल्यूपीएटीएच, 2016, 2017, 2019) शामिल हैं। एचसीपी अधिकारों की वकालत में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं, जिसमें गुणवत्ता जेंडर अफर्मिंग स्वास्थ्य देखभाल का अधिकार शामिल है जो उचित, सस्ती और सुलभ है।

विश्वभर में, बड़ी संख्या में अध्ययन टीजीडी लोगों को अपने जीवन में आने वाली चुनौतियों का विस्तार करते हैं, और उनके स्वास्थ्य और कल्याण पर प्रभाव (जैसे, ऑरट फाउंडेशन, 2016; भट्टाचार्य और घोष, 2020; चुमाकोव एट अल, 2021; कोलमैन एट अल, 2018; हेलेस, एलौट एट अल। ह्यूमन राइट्स वॉच, 2014; जेम्स एट अल, 2016; ली, ओपेरारियो एट अल। लुज एट अल, 2022; मैकनील एट अल, 2012, 2013; मोटमैन्स एट अल, 2017; मुलर एट अल, 2019; स्कैंडुरा एट अल, 2017; स्ट्रॉस एट अल, 2019; सुएन एट अल, 2017; वलाशानी और जंगोरबानी, 2019; वीले एट अल, 2019; वू एट अल, 2017)। शोध से पता चलता है कि टीजीडी लोग अक्सर स्टिग्मा और पूर्वाग्रह के साथ-साथ अपमान और उत्पीड़न, दुर्व्यवहार और हिंसा का अनुभव करते हैं, या वे इस तरह के कार्यों की प्रत्याशा और भय में रहते हैं। टीजीडी लोगों के प्रति शत्रुतापूर्ण सामाजिक मूल्य और दृष्टिकोण, जो अक्सर स्कूल पाठ्यक्रम (जैसे, ओलिवियर और थुरासुकम, 2018) में युवा लोगों को सूचित किए जाते हैं, परिवार की अस्वीकृति में भी व्यक्त किए जाते हैं (उदाहरण के लिए, यादेगरफर्ड एट अल, 2014), और कानूनों, नीतियों और प्रथाओं में बनाए रखा जाता है जो किसी की जेंडर आइडेंटिटी और जेंडर-समानता को व्यक्त करने की स्वतंत्रता को सीमित करते हैं और आवास, सार्वजनिक स्थानों तक पहुंच में बाधा डालते हैं। शिक्षा, रोजगार और सेवाएं (स्वास्थ्य देखभाल सहित)। अंतिम परिणाम यह है कि टीजीडी लोग आमतौर पर अपने सिजेंडर समकक्षों के लिए उपलब्ध अवसरों की एक विस्तृत श्रृंखला से वंचित होते हैं और परिवार के समर्थन के बिना समाज के बाहर



धकेल दिए जाते हैं। मामलों को बदतर बनाने के लिए, विश्वके अधिकांश हिस्सों में टीजीडी लोगों की कानूनी जेंडर आइडेंटिटी तक पहुंच प्रतिबंधित या अस्तित्वहीन है (उदाहरण के लिए, आईएलजीए वर्ल्ड, 2020 ए; टीजीईयू, 2021; यूएनडीपी और एपीटीएन, 2017)। कुछ देशों में, इस तरह की बाधाएं आजकल "जेंडर वर्ग-महत्वपूर्ण सिद्धांतकारों" से समर्थन प्राप्त करती हैं (जैसा कि माद्रिगल-बोरलोज़, 2021 द्वारा आलोचना की गई है; ज़ांघेलिनी, 2020)।

जेंडर वर्ग पहचान परिवर्तन के प्रयास (व्यक्ति को सिजेंडर बनाने के उद्देश्य से जेंडर उपचारात्मक या जेंडर रूपांतरण कार्यक्रम) व्यापक हैं, टीजीडी लोगों को नुकसान पहुंचाते हैं (उदाहरण के लिए, एपीटीएन, 2020 ए, 2020 बी, 2020 सी, 2021; बिशप, 2019; जीआईआईएस और अन्य, 2020; टर्बन, बेकविथ एट अल, 2020, और (जैसे यौन अभिविन्यास को लक्षित करने वाले प्रयासों) को अनैतिक माना जाता है (उदाहरण के लिए, एपीएस, 2021; ट्राइस्पियोटिस और पर्सहाउस, 2021; विभिन्न, 2019, 2021)। इन प्रयासों को हिंसा के एक रूप के रूप में देखा जा सकता है। यौन अभिविन्यास और जेंडर आइडेंटिटी के आधार पर हिंसा और भेदभाव के खिलाफ सुरक्षा पर संयुक्त राष्ट्र के स्वतंत्र विशेषज्ञ ने ऐसी प्रथाओं (मैड्रिगल-बोरलोज़, 2020) पर वैश्विक प्रतिबंध लगाने का आह्वान किया है। न्यायालयों की बढ़ती संख्या इस तरह के काम को गैरकानूनी घोषित कर रही है (आईएलजीए वर्ल्ड, 2020 बी)।

असमानताएं कई कारकों से उत्पन्न होती हैं, जिनमें स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों के प्रावधान को रेखांकित करने वाले आर्थिक विचार और मूल्य शामिल हैं, विशेष रूप से स्वास्थ्य देखभाल के सार्वजनिक, निजी और स्व-वित्त पोषण पर जोर देने के संबंध में। उचित और सस्ती स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच की कमी अनौपचारिक ज्ञान प्रणालियों पर अधिक निर्भरता पैदा कर सकती है। इसमें हार्मोन के स्व-प्रशासन के बारे में जानकारी शामिल है, जो कई मामलों में, आवश्यक चिकित्सा निगरानी या पर्यवेक्षण के बिना की जाती है (उदाहरण के लिए, डू एट अल। लियू एट अल, 2020; राशिद और अन्य, 2022; रीसनर और अन्य, 2021; विंटर एंड डूसेंटोस, 2009)।

विश्वके कुछ हिस्सों में, बड़ी संख्या में ट्रांसजेंडर महिलाएं सिलिकॉन को अपने शरीर को संशोधित करने के साधन के रूप में नियोजित करती हैं, सिलिकॉन "पंपर्स" की सेवाओं को आकर्षित करती हैं और / या अक्सर अपने समुदायों के भीतर पंपिंग "पार्टियों" में भाग लेती हैं, । सिलिकॉन पंपिंग के तत्काल

परिणाम महत्वपूर्ण डाउनस्ट्रीम स्वास्थ्य जोखिमों के विपरीत हैं (उदाहरण के लिए, अगुआयो-रोमेरो एट अल। बर्टिन एट अल, 2019; रेग्मी एट अल, 2021), विशेष रूप से जहां औद्योगिक सिलिकॉन या अन्य इंजेक्शन पदार्थों का उपयोग किया गया है और जहां सर्जिकल हटाने में मुश्किल हो सकती है। अंत में, टीजीडी लोगों के लिए यौन स्वास्थ्य परिणाम खराब हैं। महानगरीय क्षेत्रों में नैदानिक संगठनों को रिपोर्ट करने वाली ट्रांसजेंडर महिलाओं के लिए एचआईवी प्रसार विश्वभर में लगभग 19% है, जो सामान्य आबादी में पृष्ठभूमि प्रसार दर से 49 गुना अधिक है (बराल एट अल।

ट्रांसजेंडर पुरुषों के लिए यौन स्वास्थ्य परिणाम भी समस्याग्रस्त हैं (उदाहरण के लिए, मुजुगिरा एट अल 2021)।

#### कथन 2.4

**हम एसओसी -8 को रेखांकित करने वाले मुख्य सिद्धांतों के साथ संरेखण सुनिश्चित करने के लिए क्रॉस-सांस्कृतिक, वैचारिक और शाब्दिक तुल्यता पर एसओसी फोकस के अनुवाद की सिफारिश करते हैं।**

टीजीडी लोगों पर अधिकांश शोध साहित्य उच्च आय और अंग्रेजी बोलने वाले देशों में उत्पादित किया जाता है। टीजीडी लोगों के बारे में वैश्विक उत्तरी दृष्टिकोण (स्वास्थ्य देखभाल की जरूरतों और प्रावधान से संबंधित लोगों सहित) इस साहित्य पर हावी हैं। वर्तमान लेखकों द्वारा ली गई मई 2021 स्कोपस डेटाबेस खोज से पता चलता है कि ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य देखभाल पर 99% साहित्य यूरोप, उत्तरी अमेरिका, ऑस्ट्रेलिया या न्यूजीलैंड से आता है। कुल मिलाकर, 96% साहित्य अंग्रेजी भाषा में है। विश्व के दक्षिणी हिस्से के टीजीडी लोगों को अंग्रेजी भाषा के साहित्य में अपेक्षाकृत कम ध्यान दिया गया है, और उन एचसीपी का काम जो उनके साथ बातचीत करते हैं, अक्सर मान्यता प्राप्त और अप्रकाशित हो गए हैं या अंग्रेजी में अनुवाद नहीं किया गया है। विश्व के उत्तरी हिस्से में उत्पादित संसाधनों को लागू करने से स्थानीय ज्ञान, सांस्कृतिक ढांचे और प्रथाओं की प्रासंगिकता और बारीकियों को अनदेखा करने का जोखिम होता है, और दूसरों के काम से सीखने के अवसर छूट जाते हैं। एसओसी में निर्धारित सिद्धांतों का अनुवाद करते समय, हम भाषा अनुवाद के लिए सर्वोत्तम अभ्यास दिशानिर्देशों का पालन करने की सलाह देते हैं ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि उच्च गुणवत्ता वाले लिखित संसाधनों का उत्पादन किया जाता है जो स्थानीय स्थिति के लिए सांस्कृतिक और भाषाई रूप से उपयुक्त हैं। यह महत्वपूर्ण है कि अनुवादकों को टीजीडी पहचान

और संस्कृतियों के बारे में ज्ञान हो ताकि यह जांचा जा सके कि शाब्दिक अनुवाद स्थानीय टीजीडी लोगों के लिए सांस्कृतिक रूप से सक्षम और सुरक्षित हैं। यह भी महत्वपूर्ण है कि गुणवत्ता आश्वासन के लिए स्थापित प्रक्रियाओं का पालन करना चाहिए (सेंटर फॉर मेडिकेयर एंड मेडिकेड सर्विसेज, 2010; स्प्रागर एंड मार्टिनेज, 2015)

### कथन 2.5

हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों और नीति निर्माताओं को हमेशा ट्रांसजेंडर और पीढ़ी-विविध लोगों के साथ अपने काम के लिए एसओसी -8 के मुख्य सिद्धांतों को लागू करने की सलाह देते हैं ताकि मानवाधिकारों के लिए सम्मान और उचित और सक्षम स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच सुनिश्चित की जा सके, जिनमें शामिल हैं:

#### सामान्य सिद्धांत

- सशक्त और समावेशी बनें। स्टिग्मा को कम और उन सभी के लिए उचित स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच की सुविधा प्रदान करने के लिए काम करें जो इसे चाहते हैं;
- विविधता का सम्मान करें। सभी ग्राहकों और सभी जेंडर आइडेंटिटी का सम्मान करें। जेंडर आइडेंटिटी या अभिव्यक्ति में अंतर को विकृत न करें;
- सार्वभौमिक मानवाधिकारों का सम्मान करें, जिसमें शारीरिक और मानसिक अखंडता, स्वायत्तता और आत्मनिर्णय का अधिकार शामिल है; भेदभाव से मुक्ति और स्वास्थ्य के उच्चतम प्राप्य मानक का अधिकार।

उपयुक्त सेवाओं और सुलभ स्वास्थ्य देखभाल के विकास और कार्यान्वयन के आसपास सिद्धांत

- सेवाओं के विकास और कार्यान्वयन में टीजीडी लोगों को शामिल करें;
- सामाजिक, सांस्कृतिक, आर्थिक और कानूनी कारकों से अवगत रहें जो ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों के स्वास्थ्य (और स्वास्थ्य देखभाल की जरूरतों) को प्रभावित कर सकते हैं, साथ ही सेवाओं तक पहुंचने के लिए व्यक्ति की इच्छा और क्षमता;
- स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करें (या ज्ञान-योग्य सहयोगियों को संदर्भित करें) जो जेंडर आइडेंटिटी और एक्सप्रेसन की पुष्टि करता है, जिसमें स्वास्थ्य

देखभाल भी शामिल है जो जेंडर वर्ग डिस्फोरिया से जुड़े संकट को कम करती है (यदि यह मौजूद है);

- उन दृष्टिकोणों को अस्वीकार करें जिनके पास रूपांतरण का लक्ष्य या प्रभाव है, और ऐसे दृष्टिकोणों या सेवाओं के लिए कोई प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष समर्थन प्रदान करने से बचें

सक्षम सेवाएं प्रदान करने के सिद्धांत

- ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों की स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं के बारे में जानकार बनें (जहां संभव हो प्रशिक्षण प्राप्त करें), जिसमें जेंडर अफर्मिंग देखभाल के लाभ और जोखिम शामिल हैं;
- ग्राहकों की विशिष्ट आवश्यकताओं के लिए उपचार दृष्टिकोण का मिलान करें, विशेष रूप से जेंडर आइडेंटिटी और अभिव्यक्ति के लिए उनके लक्ष्य;
- केवल जेंडर वर्ग डिस्फोरिया (जो मौजूद हो भी सकता है और नहीं भी हो सकता है) की कमी के बजाय स्वास्थ्य और कल्याण को बढ़ावा देने पर ध्यान केंद्रित करें, जहां उचित हो, नुकसान कम करने के दृष्टिकोण के लिए प्रतिबद्ध;
- अपने स्वास्थ्य और कल्याण के बारे में निर्णय लेने में ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों की पूर्ण और निरंतर सूचित भागीदारी को सक्षम करना;
- स्वास्थ्य सेवाओं के अनुभवों में सुधार, जिसमें प्रशासनिक प्रणालियों और देखभाल की निरंतरता से जुड़े लोग शामिल हैं।

व्यापक सामुदायिक दृष्टिकोण के माध्यम से बेहतर स्वास्थ्य की दिशा में काम करने के सिद्धांत

- लोगों को समुदायों और सहकर्मी सहायता नेटवर्क के संपर्क में रखें;
- अपने परिवारों और समुदायों (स्कूलों, कार्यस्थलों और अन्य स्थानों) के भीतर ग्राहकों के लिए समर्थन और वकालत करें, यह जहां भी उपयुक्त हो।

हमने पहले ही टीजीडी लोगों के सामने आने वाली चुनौतियों की विस्तृत श्रृंखला का विवरण देने वाले शोध का हवाला दिया है; सामाजिक आर्थिक और कानूनी बाधाएं, साथ ही स्वास्थ्य देखभाल पहुंच से संबंधित। जबकि समग्र स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली विश्वभर में विविध हैं (लाभ-क्षमता, पहुंच और गुणवत्ता

के संदर्भ में), टीजीडी लोगों के लिए उपलब्ध वे सेवाएं अक्सर अपर्याप्त होती हैं। विश्वभर में विभिन्न क्षेत्रों से कई रिपोर्टें दिखाती हैं, जबकि टीजीडी लोग सकारात्मक स्वास्थ्य देखभाल अनुभवों की रिपोर्ट कर सकते हैं, कई अन्य नहीं करते हैं (उदाहरण के लिए, कैलंडर एट अल। कोस्टा, डा रोजा फिल्हो एट अल। डू एट अल, 2018; गौरब और अन्य, 2019; स्वास्थ्य नीति परियोजना और अन्य, 2015; लियू एट अल, 2020; मोटमैन्स एट अल, 2017; मुलर एट अल, 2019; पीएएचओ, 2014; रीसनर और अन्य, 2021; स्ट्रॉस एट अल, 2017; टीजीईयू, 2017)। मुख्यधारा के स्वास्थ्य देखभाल विकल्प अक्सर सामान्य, यौन या जेंडर अफर्मिंग स्वास्थ्य देखभाल के लिए उनकी आवश्यकताओं को पूरा नहीं करते हैं। क्लीनिक और अस्पतालों में मानक रोगी प्रबंधन प्रक्रियाएं अक्सर अपने टीजीडी रोगियों की जेंडर आइडेंटिटी को पहचानने में विफल रहती हैं (जिसमें बाइनरी के बाहर उनके रोगी पहचानते हैं)। मरीजों को उन वार्डों में रखा जा सकता है जो उनके लिए जेंडर अनुचित हैं, जिससे उन्हें यौन उत्पीड़न का खतरा होता है। टीजीडी रोगियों को अक्सर एचसीपी और सहायक कर्मचारियों से असहयोगी या बेरुख दृष्टिकोण का सामना करना पड़ता है और यहां तक कि सेवा से इनकार भी किया जा सकता है। बड़ी चिंता की बात यह है कि विश्व के कुछ हिस्सों में एचसीपी इस अध्याय में पहले वर्णित जेंडर वर्ग पहचान परिवर्तन के प्रयासों में शामिल हैं।

विश्व भर में, जेंडर अफर्मिंग स्वास्थ्य देखभाल के प्रावधान के लिए कई अन्य बाधाएं हैं। स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर अक्सर टीजीडी लोगों की सेवाओं को प्रदान करने के लिए तैयार नहीं हो सकते हैं। कुछ देशों में, ऐसे कानून या विनियम हो सकते हैं जो उन्हें ऐसा करने से रोकते हैं या रोकते हैं। जब सामान्य चिकित्सकों और अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के पास अपनी भाषा में स्पष्ट दिशानिर्देशों तक पहुंच नहीं होती है, तो उन्हें सेवाएं प्रदान करने से रोका जा सकता है। यहां तक कि उन स्थितियों में जहां स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध है, रोगियों को दूरी, गेटकीपिंग प्रथाओं, आपूर्ति और मांग के मुद्दों के कारण पहुंचना मुश्किल हो सकता है, जिसके परिणामस्वरूप लंबी प्रतीक्षा सूची या लागत में वृद्धि होती है। दरअसल, जेंडर अफर्मिंग प्रक्रियाओं को सार्वभौमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रावधान में शामिल नहीं किया जा सकता है या निजी बीमा द्वारा कवर किया जा सकता है, भले ही इसी तरह की प्रक्रियाओं को सिजेंडर रोगियों के लिए कवर किया जा सकता है।

इन सभी कारणों से, कई टीजीडी लोग औपचारिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं से बचते हैं जब भी वे कर सकते हैं। उनके अपने समुदाय आमतौर पर रिक्तता को भरते हैं, अपने सदस्यों के लिए महत्वपूर्ण संसाधनों के रूप में कार्य करते हैं। वे अक्सर अन्यथा असहयोगी वातावरण में सामाजिक और भावनात्मक समर्थन प्रदान करते हैं। इसके अलावा, वे अक्सर स्वास्थ्य देखभाल के लिए उपलब्ध विकल्पों के बारे में साझा जानकारी के भंडार के रूप में कार्य करते हैं, जिसमें मुख्यधारा की चिकित्सा के बाहर समानांतर और अनौपचारिक स्वास्थ्य देखभाल विकल्प (और अधिक सुलभ और सस्ती) शामिल हैं। जैसा कि हमने इस अध्याय में पहले देखा था, इसमें अक्सर शारीरिक परिवर्तन के लिए सिलिकॉन और अन्य इंजेक्शन पदार्थों के बारे में जानकारी साझा करना और हार्मोन के बारे में जानकारी साझा करना शामिल होता है जो आवश्यक चिकित्सा निगरानी या पर्यवेक्षण के बिना स्व-प्रशासित होते हैं। डब्ल्यूएचओ यह बताता है कि टीजीडी व्यक्ति जो जेंडर अफर्मिंग हार्मोन का स्व-प्रशासन करते हैं, उन्हें साक्ष्य-आधारित जानकारी, गुणवत्ता उत्पादों और बाँझ इंजेक्शन उपकरण (डब्ल्यूएचओ, 2021) तक पहुंच से लाभ होगा। ऐसी जानकारी तक पहुंच एक व्यापक नुकसान में कमी के दृष्टिकोण का हिस्सा बन सकती है (उदाहरण के लिए, इदरस एंड हाइमन, 2014)।

ऊपर उल्लिखित महत्वपूर्ण मुख्य सिद्धांतों को अभ्यास में लाने से स्वास्थ्य देखभाल के अनुभवों में सुधार हो सकता है और सभी स्थानीय संदर्भों में टीजीडी लोगों के लिए सम्मान को बढ़ावा मिल सकता है। यह एक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली (सांस्कृतिक, सामाजिक, कानूनी, आर्थिक संदर्भ सहित जिसमें स्वास्थ्य देखभाल प्रदान की जाती है), उपलब्ध प्रो-विजन का स्तर, या ऐसी सेवाओं की मांग करने वाले टीजीडी लोगों की वास्तविकताओं की परवाह किए बिना हो सकता है।

### अध्याय 3 जनसंख्या अनुमान

अपने मानकों की देखभाल के पिछले संस्करण, संस्करण 7 में, वर्ल्ड प्रोफेशनल एसोसिएशन फॉर ट्रांसजेंडर हेल्थ (डब्ल्यूपीएटीएच) ने ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स (टीजीडी) आबादी के आकार का अनुमान लगाने का प्रयास करने वाले लेखों की केवल एक छोटी संख्या की पहचान की और राज्य-विज्ञान को "एक प्रारंभिक बिंदु" के रूप में चित्रित किया, जिसमें आगे व्यवस्थित अध्ययन की आवश्यकता थी (कोलमैन एट अल। तब से, इस विषय पर साहित्य का काफी विस्तार हुआ है जैसा कि हाल की कई समीक्षाओं से पता चलता है जिन्होंने उपलब्ध साक्ष्य को संश्लेषित करने की मांग की है (आर्कलस एट अल। कोलिन एट अल, 2016; गुडमैन एट अल, 2019; मेयर एंड लाबुस्की, 2013; झांग एट अल, 2020)।

टीजीडी आबादी से संबंधित महामारी विज्ञान के आंकड़ों की समीक्षा करने में, "घटना" और "प्रसार" शब्दों से बचना सबसे अच्छा हो सकता है। इन और इसी तरह के शब्दों से बचना टीजीडी लोगों के अनुचित विकृति को रोक सकता है (एडम्स एट अल। बौमन एट अल, 2017)। इसके अलावा, "घटना" शब्द इस स्थिति में लागू नहीं हो सकता है क्योंकि यह मानता है कि टीजीडी स्थिति में शुरुआत का आसानी से पहचान जाने वाला समय है, जो घटना अनुमानों की गणना के लिए एक शर्त है (सेल्लैटानो एंड स्ज़क्लो, 2019)। उपरोक्त सभी कारणों के लिए, हम टीजीडी आबादी के पूर्ण और सापेक्ष आकार को इंगित करने के लिए "संख्या" और "अनुपात" शब्दों का उपयोग करने की सलाह देते हैं।

शायद इस साहित्य की समीक्षा में सबसे महत्वपूर्ण विचार टीजीडी आबादी पर लागू परिवर्तनीय परिभाषा है (कोलिन एट अल। मेयर एंड लाबुस्की, 2013)। क्लिनिक-आधारित अध्ययनों में, टीजीडी लोगों पर डेटा आमतौर पर उन व्यक्तियों तक सीमित होता है जिन्हें ट्रांसजेंडर से संबंधित निदान या परामर्श प्राप्त होता है या जिन्होंने जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा का अनुरोध किया या किया, जबकि सर्वेक्षण-आधारित शोध आमतौर पर स्व-रिपोर्ट की गई जेंडर वर्ग-पहचान के आधार पर एक व्यापक, अधिक समावेशी परिभाषा पर निर्भर करता है।

टीजीडी आबादी के आकार और वितरण का आकलन करने में एक और पद्धतिगत विचार यह समझने की आवश्यकता है कि नमूना फ्रेम का गठन क्या है। जैसा कि हाल की समीक्षाओं में उल्लेख किया गया है (गुडमैन एट अल। झांग एट अल, 2020), कई प्रकाशित अध्ययन, विशेष रूप से एक दशक से अधिक

समय पहले किए गए, ने पहले एक विशेष नैदानिक केंद्र में देखे गए रोगियों की संख्या का आकलन किया और फिर उस संख्या को अनुमानित जनसंख्या आकार से विभाजित किया। यह एक सटीक अनुमान का उत्पादन करने की संभावना नहीं थी क्योंकि गणना में प्रगणक को आवश्यक रूप से भाजक में शामिल नहीं किया जाता है, और भाजक का सही आकार अक्सर अज्ञात रहता है। इन विचारों को ध्यान में रखते हुए, (पिछले दशक के भीतर प्रकाशित) सहकर्मि-समीक्षा अध्ययनों पर ध्यान केंद्रित करना उचित है जो एक अच्छी तरह से परिभाषित नमूना फ्रेम के भीतर टीजीडी लोगों की पहचान करने में ध्वनि पद्धति का उपयोग करते हैं। उपरोक्त सभी कारणों से, वर्तमान अध्याय उन अध्ययनों पर केंद्रित है जो निम्नलिखित समावेश मानदंडों को पूरा करते हैं 1) 2009 या बाद में प्रेस में प्रकाशित; 2) टीजीडी स्थिति की स्पष्ट परिभाषा का उपयोग किया; 3) एक अच्छी तरह से परिभाषित जनसंख्या भाजक के आधार पर टीजीडी लोगों के अनुपात की गणना; और 4) सहकर्मि-समीक्षा की गई। इस प्रकार के अध्ययन अधिक सटीक समकालीन अनुमान प्रदान कर सकते हैं।

उपलब्ध अध्ययनों को तीन समूहों में सौंपा जा सकता है 1) जिन्होंने बड़े स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों में नामांकित व्यक्तियों के बीच टीजीडी लोगों के अनुपात की सूचना दी; 2) जो मुख्य रूप से वयस्क प्रतिभागियों के जनसंख्या सर्वेक्षण से परिणाम प्रस्तुत करते हैं; और 3) जो स्कूलों में आयोजित युवाओं के सर्वेक्षण पर आधारित थे। इन तीन श्रेणियों में से, सबसे अधिक सूचनात्मक और पद्धतिगत रूप से ध्वनि अध्ययन नीचे संक्षेप में दिए गए हैं। इन और अन्य समान अध्ययनों के बारे में अतिरिक्त विवरण हाल के साहित्य समीक्षाओं में पाया जा सकता है (गुडमैन एट अल। झांग एट अल, 2020)।

बड़े स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों में नामांकित टीजीडी आबादी के आकार का अनुमान लगाने वाले अध्ययनों में, सभी अमेरिका में आयोजित किए गए थे, और सभी इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड से प्राप्त जानकारी पर निर्भर थे। उन स्वास्थ्य प्रणाली-आधारित अध्ययनों में से चार विशेष रूप से टीजीडी आबादी का पता लगाने के लिए नैदानिक कोड पर निर्भर थे; दो अध्ययन (ब्लोस्निच एट अल। कौथ एट अल, 2014) ने वेटरन्स हेल्थ अफेयर्स सिस्टम से डेटा का उपयोग किया, जो 9 मिलियन से अधिक लोगों को देखभाल प्रदान करता है, और दो अध्ययन (ड्रैगन एट अल। ईवाल्ड एट अल, 2019) ने मेडिकेयर, संघीय

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम से दावों के डेटा का उपयोग किया जो मुख्य रूप से 65 वर्ष या उससे अधिक उम्र के लोगों को कवर करता है। इन नैदानिक कोड-आधारित अध्ययनों में रिपोर्ट किए गए टीजीडी लोगों का अनुपात लगभग 0.02% से 0.03% तक था। एक और हालिया प्रकाशन ने टीजीडी लोगों की पहचान करने के लिए वाणिज्यिक बीमा दावों के साथ मेडिकेयर डेटा का भी उपयोग किया और प्रक्रियाओं और हार्मोन थेरेपी (जसुजा एट अल, 2020) पर जानकारी के साथ नैदानिक कोड को पूरक करने के लिए विस्तारित समावेश मानदंड लागू किए। इस पद्धति का उपयोग करते हुए, भाग लेने वाली स्वास्थ्य योजनाओं में नामांकित सभी व्यक्तियों के बीच टीजीडी लोगों का अनुपात 0.03% था। छठा स्वास्थ्य प्रणाली-आधारित अध्ययन (क्विन एट अल, 2017) जॉर्जिया और कैलिफोर्निया राज्यों में कैसर परमानेंट योजनाओं में आयोजित किया गया था; ये योजनाएं नियोक्ताओं, सरकारी कार्यक्रमों या व्यक्तिगत रूप से नामांकित लगभग 8 मिलियन सदस्यों की देखभाल करती हैं। कैसर परमानेंट अध्ययन में टीजीडी आबादी को नैदानिक कोड और फ्री-टेक्स्ट क्लिनिकल नोट्स दोनों का उपयोग करके सभी आयु समूहों में पता लगाया गया था। कैसर परमानेंट में पहचाने गए टीजीडी लोगों का अनुपात वेटरन्स हेल्थ अफेयर्स और मेडिकेयर अध्ययनों में रिपोर्ट किए गए इसी अनुपात से अधिक था, जिसमें सबसे हालिया अनुमान 0.04 से 0.08% तक थे।

स्वास्थ्य प्रणाली-आधारित अध्ययनों के परिणामों के विपरीत, सर्वेक्षणों के निष्कर्ष जो स्व-रिपोर्ट किए गए टीजीडी स्थिति पर निर्भर थे, ने बहुत अधिक अनुमान लगाए। दो अमेरिकी अध्ययनों ने व्यवहार जोखिम कारक निगरानी अध्ययन (बीआरएफएसएस) का लाभ उठाया, जो सभी 50 राज्यों और अमेरिकी क्षेत्रों में आयोजित एक वार्षिक टेलीफोन सर्वेक्षण है (कॉनरॉन एट अल। क्रिसमैन एट अल। पहले अध्ययन में मैसाचुसेट्स राज्य में 2007-2009 बीआरएफएसएस चक्रों के डेटा का उपयोग किया गया था, और दूसरे अध्ययन में 19 राज्यों और गुआम के क्षेत्र से 2014 बीआरएफएसएस डेटा का उपयोग किया गया था। दोनों अध्ययनों ने बताया कि लगभग 0.5% वयस्क प्रतिभागियों (कम से कम 18 वर्ष की आयु) ने इस सवाल के लिए "हां" का जवाब दिया "क्या आप खुद को ट्रांसजेंडर मानते हैं?"

15-70 वर्ष की उम्र की डच आबादी के नमूने को प्रशासित एक इंटरनेट-आधारित सर्वेक्षण (क्युपर एंड विजसेन, 2014) ने प्रतिभागियों को 5-पॉइंट लिकट स्केल का उपयोग करके

निम्नलिखित दो प्रश्नों को स्कोर करने के लिए कहा: "क्या आप इंगित कर सकते हैं कि आप किस हद तक मनोवैज्ञानिक रूप से खुद को एक पुरुष के रूप में अनुभव करते हैं?" और "क्या आप इंगित कर सकते हैं कि आप मनोवैज्ञानिक रूप से एक महिला के रूप में खुद को किस हद तक अनुभव करते हैं?" उत्तरदाताओं को "जेंडर वर्ग महत्वाकांक्षी" माना जाता था यदि वे दोनों बयानों को समान स्कोर देते थे और "जेंडर वर्ग असंगत" थे जब उन्होंने अपनी जेंडर आइडेंटिटी की तुलना में जन्म के समय सौंपे गए अपने सेक्स के लिए कम स्कोर की सूचना दी थी। असंगत और महत्वाकांक्षी जेंडर आइडेंटिटी की रिपोर्ट करने वाले प्रतिभागियों के समर्थक भाग क्रमशः 1.1% और 4.6% थे, उन व्यक्तियों के लिए जिन्हें जन्म के समय पुरुष (एएमएबी) सौंपा गया था, और जन्म के समय महिला (एएफएबी) को सौंपे गए व्यक्तियों के लिए क्रमशः 0.8% और 3.2%।

इसी तरह के एक डिज़ाइन किए गए अध्ययन ने देश के राष्ट्रीय रजिस्टर (वान केनेगेम, विर्कक्स एट अल, 2015) से लिए गए नमूने का उपयोग करके बेल्जियम के फ्लैंडर्स क्षेत्र में टीजीडी निवासियों के समर्थक हिस्से का अनुमान लगाया। प्रतिभागियों को निम्नलिखित कथनों को स्कोर करने के लिए कहा गया था: "मैं एक महिला की तरह महसूस करता हूँ" और "मैं एक पुरुष की तरह महसूस करता हूँ" 5-पॉइंट लिकट स्केल पर। डच अध्ययन (क्युपर एंड विजसेन, 2014) में लागू समान परिभाषाओं का उपयोग करते हुए, जेन-डेर असंगत व्यक्तियों का अनुपात एएमएबी लोगों के लिए 0.7% और एएफएबी लोगों के लिए 0.6% था। एएमएबी और एएफएबी लोगों के बीच जेंडर द्विपक्षीयता के लिए संबंधित अनुमान क्रमशः 2.2% और 1.9% थे।

एक और हालिया जनसंख्या-आधारित अध्ययन ने स्टॉकहोम काउंटी, स्वीडन के लगभग 50,000 वयस्क निवासियों के बीच टीजीडी लोगों के अनुपात का मूल्यांकन किया (आह एट अल। प्रगणक को प्रतिभागियों से निम्नलिखित प्रश्न पूछकर निर्धारित किया गया था: "मैं चाहता हूँ कि हार्मोन या शल्य चिकित्सा एक अलग सेक्स के किसी व्यक्ति की तरह हो। जेंडर वर्ग असंगति का अनुभव करने वाले व्यक्तियों की पहचान करने के लिए दो अतिरिक्त आइटम डिज़ाइन किए गए थे: "मुझे एक अलग जेंडर वर्ग के किसी व्यक्ति की तरह लगता है" और "मैं एक अलग सेक्स के किसी व्यक्ति के रूप में जीना या व्यवहार करना चाहता हूँ। 0.5% प्रतिभागियों द्वारा हार्मोन थेरेपी या जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा की आवश्यकता की सूचना दी गई थी। जिन व्यक्तियों ने एक अलग सेक्स के किसी व्यक्ति

की तरह महसूस किया और जो लोग किसी अन्य सेक्स के व्यक्ति के रूप में रहना चाहते थे या उनके साथ व्यवहार किया जाना चाहते थे, वे क्रमशः कुल नमूने का 2.3% और 2.8% थे।

उत्तरी अमेरिका और पश्चिमी यूरोप के बाहर जनसंख्या-आधारित डेटा कम आम हैं। एक हालिया अध्ययन ब्राजील में 6,000 वयस्कों के एक बड़े प्रतिनिधि सर्वेक्षण से मूल्यवान डेटा प्रदान करता है (स्पिज़िरी एट अल। प्रतिभागियों की जेंडर वर्ग पहचान का मूल्यांकन निम्नलिखित तीन प्रश्नों के आधार पर किया गया था) "निम्नलिखित विकल्पों में से कौन सा सबसे अच्छा वर्णन करता है कि आप वर्तमान में कैसा महसूस करते हैं? (विकल्प: मुझे लगता है कि मैं एक पुरुष हूँ, मुझे लगता है कि मैं एक महिला हूँ, और मुझे लगता है कि मैं न तो पुरुष हूँ और न ही एक महिला); 2) "आपके जन्म प्रमाण पत्र पर सेक्स क्या है? (विकल्प: पुरुष, महिला और अनिर्धारित); और 3) "आप इनमें से किस स्थिति से सबसे अधिक निकटता से संबंधित हैं? (विकल्प: मैं पुरुष पैदा हुआ था, लेकिन मैंने बचपन से महिला महसूस की है; मैं महिला पैदा हुई थी, लेकिन मैं बचपन से पुरुष महसूस करती रही हूँ; मैं पुरुष पैदा हुआ था, और मैं अपने शरीर के साथ सहज महसूस करता हूँ; मैं महिला पैदा हुई थी, और मैं अपने शरीर के साथ सहज महसूस करती हूँ)। इन तीन सवालों के जवाबों के आधार पर, लेखकों ने निर्धारित किया कि सर्वेक्षण उत्तरदाताओं में से 1.9% टीजीडी थे (0.7% को ट्रांसजेंडर के रूप में परिभाषित किया गया था, और 1.2% को नॉनबाइनरी के रूप में परिभाषित किया गया था)।

टीजीडी युवाओं (19 वर्ष से कम आयु के व्यक्तियों) की जनसंख्या अनुपात पर साहित्य में स्कूलों में किए गए कई सर्वेक्षण अध्ययन शामिल हैं। न्यूजीलैंड में 2012 के एक राष्ट्रीय क्रॉस-सेक्शनल सर्वेक्षण ने हाई स्कूल के छात्रों के बीच टीजीडी पहचान पर जानकारी एकत्र की (क्लार्क एट अल। 8,000 से अधिक सर्वेक्षण प्रतिभागियों में से, 1.2% ने टीजीडी के रूप में स्वयं की पहचान की और 2.5% ने बताया कि वे निश्चित नहीं थे। स्कूली बच्चों का एक अन्य अध्ययन अमेरिकी राज्य मिनेसोटा (ईसेनबर्ग एट अल, 2017) में 9 वीं और 11 वीं कक्षा के छात्रों (उम्र 14-18 वर्ष) के 2016 के सर्वेक्षण पर आधारित था। लगभग 81,000 सर्वेक्षण उत्तरदाताओं में से, 2.7% ने टीजीडी होने की सूचना दी। एक और हालिया अध्ययन (जॉन्स एट अल, 2019) ने युवा जोखिम व्यवहार सर्वेक्षण (वाईआरबीएस) के परिणाम प्रस्तुत किए, जो ग्रेड 9-12 (अनुमानित आयु सीमा 13-19 वर्ष) में अमेरिकी हाई स्कूल के छात्रों के स्थानीय, राज्य और

राष्ट्रीय स्तर पर प्रतिनिधि नमूनों के बीच द्विवार्षिक रूप से आयोजित किया जाता है। 2017 वाईआरबीएस चक्र 10 राज्यों और 9 बड़े शहरी क्षेत्रों में किया गया था और इसमें निम्नलिखित अनुक्रम शामिल था: "कुछ लोग खुद को ट्रांसजेंडर के रूप में वर्णित करते हैं जब जन्म के समय उनका सेक्स उनके जेंडर वर्ग के बारे में सोचने या महसूस करने के तरीके से मेल नहीं खाता है। क्या आप ट्रांसजेंडर हैं? 19 साइटों पर लगभग 120,000 प्रतिभागियों में से, 1.8% ने जवाब दिया "हां, मैं ट्रांसजेंडर हूँ," और 1.6% ने जवाब दिया "मुझे यकीन नहीं है कि मैं ट्रांसजेंडर हूँ।

अमेरिका में हाल ही में प्रकाशित एक अन्य स्कूल-आधारित अध्ययन ने फ्लोरिडा और कैलिफोर्निया में आयोजित 2015 के सर्वेक्षण के परिणाम प्रस्तुत किए, जिसका उद्देश्य ग्रेड 9-12 (लोरी एट अल, 2018) में 6,000 से अधिक छात्रों के नमूने में जेंडर डाइवर्स बच्चों और किशोरों की पहचान करना था। "उच्च जेंडर वर्ग-गैर-अनुरूपता" का उपयोग एएमएबी बच्चों को परिभाषित करने के लिए किया गया था, जिन्होंने बहुत / ज्यादातर / कुछ हद तक स्त्री या एएफएबी बच्चों की सूचना दी थी, जिन्होंने बहुत / ज्यादातर / कुछ हद तक मर्दाना होने की सूचना दी थी। इन परिभाषाओं के आधार पर, टीजीडी प्रतिभागियों का अनुपात एएमएबी छात्रों के बीच 13%, एएफएबी छात्रों के बीच 4% और कुल मिलाकर 8.4% बताया गया था।

केवल एक अध्ययन ने कम आयु वर्ग में स्व-पहचान वाले टीजीडी बच्चों के अनुपात की जांच की। शील्ड्स एट अल ने 22 सैन फ्रांसिस्को पब्लिक मिडिल स्कूलों (शील्ड्स एट अल, 2013) में ग्रेड 6-8 (आयु सीमा 11-13 वर्ष) में 2,700 छात्रों के 2011 के सर्वेक्षण के आंकड़ों का विश्लेषण किया। "आपका जेंडर वर्ग क्या है?" प्रश्न के आधार पर तैंतीस बच्चों को टीजीडी के रूप में पहचाना गया, जहां संभावित प्रतिक्रियाएं "महिला, पुरुष या ट्रांसजेंडर" थीं। ट्रांसजेंडर सर्वेक्षण उत्तरदाताओं का परिणामी अनुपात 1.3% था। हालांकि, इस परिभाषा में टीजीडी व्यक्तियों को नॉनबाइनरी के रूप में स्वयं की पहचान करने और ट्रांसजेंडर के रूप में स्पष्ट रूप से पहचान नहीं करने वालों को शामिल नहीं किया जाएगा।

ये डेटा स्वास्थ्य प्रणाली-आधारित अध्ययनों के बीच इंगित करते हैं जो नैदानिक कोड या चिकित्सा रिकॉर्ड में प्रलेखित अन्य सबूतों पर निर्भर थे (ब्लोस्निच एट अल। ड्रैगन एट अल, 2017; एवालड एट अल, 2019; कौथ एट अल, 2014; क्विन एट अल,

2017), हाल के वर्षों (2011-2016) में रिपोर्ट किए गए टीजीडी लोगों का अनुपात 0.02% से 0.08% तक था। इसके विपरीत, जब स्व-रिपोर्ट के आधार पर टीजीडी स्थिति का पता लगाया गया था, तो संबंधित अनुपात उच्च और यथोचित सुसंगत परिमाण के आदेश थे, अगर अध्ययनों ने समान परिभाषाओं का उपयोग किया था। जब सर्वेक्षणों ने विशेष रूप से "ट्रांसजेंडर" पहचान के बारे में पूछताछ की, तो अनुमान वयस्कों के बीच 0.3% से 0.5% और बच्चों और किशोरों में 1.2% से 2.7% तक था। जब जेंडर डाइवर्सता की व्यापक एक्सप्लोरेशन को शामिल करने के लिए परिभाषा का विस्तार किया गया था, जैसे कि जेंडर वर्ग असंगतता या जेंडर द्विपक्षीयता, तो संबंधित अनुपात अधिक थे: वयस्कों के बीच 0.5% से 4.5% और बच्चों और किशोरों के बीच 2.5% से 8.4%।

जैसा कि कहीं और समीक्षा की गई है (गुडमैन एट अल, 2019), एक और उल्लेखनीय अवलोकन जनसंख्या-आधारित सर्वेक्षणों के साथ-साथ कानूनी जेंडर आइडेंटिटी पर डेटा के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों में देखे गए टीजीडी लोगों के अनुपात में ऊपर की ओर रुझान के साथ टीजीडी आबादी के आकार और संरचना दोनों में निरंतर वृद्धि है। हाल के साहित्य में देखे गए उच्च अनुमान पिछले कुछ प्रकाशनों का समर्थन करते हैं जो टीजीडी आबादी के आकार को पहले के अध्ययनों (ओलिस्लेगर एंड कॉनवे, 2008) में कम करके आंका गया था।

एएमएबी से एएफएबी अनुपात में अस्थायी रुझानों को क्लीनिकों के रेफरल के साथ-साथ एकीकृत स्वास्थ्य प्रणालियों के डेटा का विश्लेषण करने वाले अध्ययनों में भी बताया गया है; यह अनुपात पिछले दशकों में पूर्व-प्रमुख रूप से एएमएबी से हाल के वर्षों में पूर्व-प्रमुख रूप से एएफएबी में बदल गया है, विशेष रूप से टीजीडी युवाओं के बीच (एटकेन एट अल। स्टेन्स्मा और अन्य, 2018; झांग एट अल, 2021)। युवा आयु समूहों में टीजीडी लोगों के अधिक अनुपात की ओर प्रवृत्ति और एएमएबी से एएफएबी अनुपात में उम्र से संबंधित अंतर संभवतः "कोहोर्ट प्रभाव" का प्रतिनिधित्व करते हैं, जो सामाजिक-राजनीतिक प्रगति, रेफरल पैटर्न में परिवर्तन, स्वास्थ्य देखभाल और चिकित्सा जानकारी तक पहुंच में वृद्धि, कम स्पष्ट सांस्कृतिक स्टिग्मा, और अन्य परिवर्तनों को दर्शाता है जो पीढ़ियों में अंतर

प्रभाव डालते हैं (एशले 2019 डी; पांग एट अल, 2020; झांग एट अल, 2020)।

प्रकाशित अध्ययनों की गुणवत्ता में हालिया सुधार के बावजूद, मौजूदा साहित्य की एक महत्वपूर्ण सीमा पश्चिमी यूरोप या उत्तरी अमेरिका के बाहर के क्षेत्रों से सहकर्मी-समीक्षा प्रकाशनों की सापेक्ष कमी है। वैश्विक अनुमानों पर कुछ प्रासंगिक जानकारी सरकारों या गैर-सरकारी संगठनों द्वारा समर्थित रिपोर्टों से प्राप्त की जा सकती है (फिशर एट अल। कैसियानजुक और ट्रौफीमेंको, 2020), लेकिन इन रिपोर्टों को व्यवस्थित रूप से पहचानना और मूल्यांकन करना मुश्किल हो सकता है जब तक कि वे सहकर्मी-समीक्षा साहित्य में दिखाई न दें। टीजीडी आबादी के वैश्विक वितरण का मूल्यांकन करने के लिए अन्य बाधाओं में जनसांख्यिकीय डेटा तक अपर्याप्त पहुंच और विश्व साहित्य में अंग्रेजी भाषा की पत्रिकाओं का अधिक प्रतिनिधित्व शामिल है।

इन सीमाओं के बावजूद, उपलब्ध उच्चतम गुणवत्ता वाले डेटा स्पष्ट रूप से इंगित करते हैं कि टीजीडी लोग सामान्य आबादी के एक बड़े और बढ़ते अनुपात का प्रतिनिधित्व करते हैं। आज तक उपलब्ध विश्वसनीय साक्ष्य के आधार पर, यह अनुपात समावेश मानदंड, आयु वर्ग और भौगोलिक स्थान के आधार पर एक प्रतिशत के अंश से लेकर कई प्रतिशत अंक तक हो सकता है। टीजीडी आबादी के अनुपात, वितरण और सह-स्थिति के सटीक अनुमानों के साथ-साथ टीजीडी लोगों की स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पर्याप्त रूप से समर्थन देने के लिए आवश्यक संसाधनों के प्रक्षेपण को व्यवस्थित रूप से एकत्र किए गए उच्च गुणवत्ता वाले डेटा पर भरोसा करना चाहिए, जो अब तेजी से उपलब्ध हैं। परिवर्तनशीलता को कम करने और रिपोर्ट किए गए परिणामों के अधिक और कम आकलन को कम करने के लिए इन आंकड़ों के निरंतर और नियमित संग्रह की आवश्यकता है। उदाहरण के लिए, कहीं अधिक सटीक और सटीक अनुमान उपलब्ध होने चाहिए जब जनसंख्या जनगणना अब अच्छी तरह से मान्य दो-चरण विधि का उपयोग करके, अजेंडर और नॉनबाइनरीश्रेणियों सहित जन्म और जेंडर आइडेंटिटी पर असाइन किए गए सेक्स पर व्यवस्थित रूप से डेटा एकत्र करना और रिपोर्ट करना शुरू करती है। इस तरह का

#### सामान्य आबादी में टीजीडी लोगों के रिपोर्ट किए गए अनुपात का सारांश

स्वास्थ्य प्रणाली-आधारित अध्ययन: 0.02-0.1%

वयस्कों के सर्वेक्षण-आधारित अध्ययन: 0.3-0.5% (ट्रांसजेंडर), 0.3-4.5% (सभी टीजीडी)

बच्चों और किशोरों के सर्वेक्षण-आधारित अध्ययन: 1.2-2.7% (ट्रांसजेंडर), 2.5-8.4% (सभी टीजीडी)

पहला जनगणना-आधारित अनुमान कनाडा के राष्ट्रीय सांख्यिकीय कार्यालय द्वारा जारी किया गया था। 2021 की जनगणना के आंकड़ों के आधार पर, 30.5 मिलियन कनाडाई लोगों में से 100,815 ने ट्रांस-जेंडर या नॉनबाइनरी के रूप में स्वयं की पहचान की; यह 15 वर्ष या उससे अधिक उम्र की आबादी का 0.33% था (सांख्यिकी कनाडा, 2022)। प्रकाशित साहित्य के अनुरूप, पीढ़ी एक्स (1966 और 1980 के बीच पैदा हुए, 0.19%), बेबी बूमर्स (1946 और 1965 के बीच पैदा हुए, 0.19%), बेबी बूमर्स (1946 और 1965 के बीच पैदा हुए, 0.15%) की तुलना में पीढ़ी जेड (1997 और 2006 के बीच पैदा हुए, 0.79%) और मिलेनियल्स (1981 और 1996 के बीच पैदा हुए, 0.51%) के लिए ट्रांसजेंडर और नॉनबाइनरी लोगों का अनुपात बहुत अधिक था। (0.12%)। हालांकि ये परिणाम आज तक उपलब्ध उच्चतम गुणवत्ता वाले डेटा का प्रतिनिधित्व करते हैं, यह स्पष्ट नहीं है कि कनाडा में रिपोर्ट किए गए जनसंख्या अनुपात की तुलना अन्य देशों के साथ कैसे की जा सकती है। टीजीडी आबादी का गठन करने की परिभाषाओं में परिवर्तनशीलता और डेटा संग्रह विधियों में अंतर को अंतरराष्ट्रीय सहयोग में सुधार करके और कम किया जा सकता है।



## अध्याय 4 शिक्षा

यह अध्याय ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स (टीजीडी) स्वास्थ्य देखभाल में शिक्षा से संबंधित साहित्य की एक सामान्य समीक्षा प्रदान करेगा। सक्षम, दयालु स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच बढ़ाने के लक्ष्य के साथ सरकारी, गैर-सरकारी, संस्थागत और प्रदाता स्तरों पर सिफारिशें पेश की जाती हैं। बदले में, इस बड़ी हुई पहुंच को टीजीडी आबादी में स्वास्थ्य परिणामों में सुधार करना चाहिए। चूंकि यह वर्ल्ड प्रोफेशनल एसोसिएशन फॉर ट्रांसजेंडर हेल्थ (डब्ल्यूपीएटीएच) मानकों की देखभाल में एक नया अध्याय है, इरादा शिक्षा क्षेत्र के लिए आधार तैयार करना और शिक्षकों और स्वास्थ्य पेशेवरों के बीच व्यापक और गहरी चर्चा को आमंत्रित करना है।

ट्रांसजेंडर देखभाल में शामिल स्वास्थ्य पेशेवरों में विषयों की एक विस्तृत श्रृंखला शामिल है। स्वास्थ्य पेशेवर शिक्षा संरचना, लाइसेंस और नीति के संदर्भ में देश या क्षेत्र के अनुसार काफी भिन्न होती है। टीजीडी स्वास्थ्य देखभाल में शिक्षा पर प्रकाशित साहित्य मुख्य रूप से उत्तरी अमेरिका, यूरोप, ऑस्ट्रेलिया और न्यूजीलैंड से है। यह अध्याय प्रत्येक अनुशासन के लिए शिक्षा साहित्य की समीक्षा प्रदान नहीं करता है, प्रत्येक अनुशासन के लिए विशिष्ट आवश्यकताएं (जो प्रासंगिक अध्यायों में पाई जा सकती हैं), या प्रत्येक देश / क्षेत्र की स्वास्थ्य शिक्षा प्रणाली के लिए विशिष्ट आवश्यकताएं। विश्वभर में स्वास्थ्य शिक्षा प्रणालियों, लाइसेंस और ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य के चौराहे पर अधिक समझ और अनुसंधान की आवश्यकता है।

वैश्विक स्तर पर, टीजीडी स्वास्थ्य शिक्षा अनिवार्य है यदि राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय स्वास्थ्य असमानताओं को संबोधित किया जाना है। टीजीडी समुदायों से संबंधित सांस्कृतिक योग्यता की कमी बनी हुई है। विश्व बैंक समूह (2018) टीजीडी लोगों को प्रभावित करने वाले व्यापक भेदभाव, उत्पीड़न, हिंसा और दुर्व्यवहार की रिपोर्ट करता है। वे यह भी रिपोर्ट करते हैं कि टीजीडी लोगों को हिंसा और भेदभाव की उच्चतम दर का सामना

करना पड़ता है (विश्व बैंक समूह, 2018)। यद्यपि कई उच्च आय वाले देशों में एक संरक्षित विशेषता के रूप में जेंडर वर्ग पहचान के साथ राष्ट्रीय भेदभाव विरोधी कानून हैं, कार्यस्थल में, शिक्षा में और स्वास्थ्य देखभाल में भेदभाव समस्याग्रस्त बना हुआ है (विश्व बैंक समूह, 2018)।

विषयों में, सभी स्तरों पर पाठ्यक्रम –(स्नातक, स्नातक निवास, या सतत शिक्षा)– ऐतिहासिक रूप से टीजीडी सांस्कृतिक या नैदानिक शिक्षा को नजरअंदाज कर दिया है। संयुक्त आयोग (यूएस) ने स्वास्थ्य देखभाल संगठनों को "शैक्षिक कार्यक्रम और मंच प्रदान करने की सिफारिश की है जो एलजीबीटी समुदाय की अनूठी जरूरतों का समर्थन करते हैं" और "एलजीबीटी स्वास्थ्य मुद्दों को संबोधित करने वाले शैक्षिक अवसर प्रदान करते हैं" (संयुक्त आयोग, 2011)। हालांकि, अभी तक यह लागू नहीं किया गया है।

व्यक्तिगत स्तर पर, कई सवालों के जवाब की आवश्यकता होती है। किस प्रकार के शिक्षा हस्तक्षेप सबसे प्रभावी ढंग से ट्रांसफोबिया को संबोधित कर सकते हैं और दृष्टिकोण में लंबे समय से बदलाव ला सकते हैं? इस क्षेत्र में देखभाल प्रदाताओं की संख्या के साथ-साथ देखभाल प्राप्त करने वाले टीजीडी लोगों की संख्या बढ़ाने में क्या हस्तक्षेप होता है? क्या नैदानिक जोखिम समय के साथ प्रदाताओं के आत्मविश्वास को बढ़ाता है? टीजीडी आबादी में किन शैक्षिक हस्तक्षेपों से स्वास्थ्य परिणामों में सुधार होता है और यदि हां, तो इन हस्तक्षेपों ने इसे कब और कैसे पूरा किया? यद्यपि स्वास्थ्य व्यवसायों ने विभिन्न प्रकार के तौर-तरीकों का उपयोग करके और प्रशिक्षण के विभिन्न स्तरों पर शिक्षा में टीजीडी स्वास्थ्य को शामिल करना शुरू कर दिया है, प्रयास स्वास्थ्य पेशे से भिन्न होते हैं और प्रकृति में न तो प्रणालीगत और न ही व्यवस्थित होते हैं (उदाहरण के लिए, ब्रेनन एट अल। चिन, 2013; एलियासन एट अल, 2010; लिम एट अल, 2015; ओबेडिन मालिवर एट अल, 2011; रॉंडाहल, 2009)।

मानवता की अंतःक्रिया की पूर्ण सराहना के साथ सांस्कृतिक

### सिफारिशों के कथन

- 4.1- हम अनुशंसा करते हैं कि सरकारी, गैर-सरकारी और निजी एजेंसियों में काम करने वाले सभी कर्मियों को सांस्कृतिक-जागरूकता प्रशिक्षण प्राप्त हो जो ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स व्यक्तियों के साथ गरिमा और सम्मान के साथ व्यवहार करने पर केंद्रित है।
- 4.2- हम अनुशंसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल कार्यबल के सभी सदस्यों को अभिविन्यास के दौरान और वार्षिक या सतत शिक्षा के हिस्से के रूप में ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स व्यक्तियों के साथ सम्मान के साथ व्यवहार करने पर केंद्रित सांस्कृतिक-जागरूकता प्रशिक्षण प्राप्त हो।
- 4.3- हम स्वास्थ्य पेशेवरों के प्रशिक्षण में शामिल संस्थानों को उनकी विशेषता के लिए प्रत्येक योग्यता क्षेत्रों के भीतर ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स स्वास्थ्य के लिए दक्षताओं और सीखने के उद्देश्यों को विकसित करने की सलाह देते हैं।

विनम्रता प्राप्त करना एक अंतिम शैक्षिक लक्ष्य है। उस ने कहा, शिक्षा के लिए यह प्रारंभिक आह्वान सांस्कृतिक जागरूकता और सांस्कृतिक योग्यता में नींव बनाने पर केंद्रित है जो वर्तमान में विश्वके अधिकांश हिस्सों में कमजोर या अस्तित्वहीन है।

इस अध्याय के सभी कथनों की सिफारिश साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और रोगियों के लाभ और हानि, मूल्यों और वरीयताओं के मूल्यांकन और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता के आधार पर की गई है। कुछ मामलों में, हम मानते हैं कि साक्ष्य सीमित हैं और / या सेवाएं सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं।

#### सिफारिश 4.1

**हम अनुशांसा करते हैं कि सरकारी, गैर-सरकारी और निजी एजेंसियों में काम करने वाले सभी कर्मियों को सांस्कृतिक-ज्ञान प्रशिक्षण प्राप्त हो जो ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स व्यक्तियों के साथ गरिमा और सम्मान के साथ व्यवहार करने पर केंद्रित है।** मानवाधिकारों की संयुक्त राष्ट्र सार्वभौमिक घोषणा के अनुच्छेद 1 में कहा गया है, "सभी मनुष्य स्वतंत्र और गरिमा और अधिकारों में समान पैदा होते हैं" (संयुक्त राष्ट्र, 1948)। केवल हाल ही में इस मौलिक बयान में यह मान्यता शामिल है कि टीजीडी अधिकार मानवाधिकार हैं (यूएनओसीआर, 2018)। विश्व स्तर पर, टीजीडी समुदायों के बारे में सभी स्तरों पर प्रशिक्षण की कमी बनी हुई है। हाल ही में 2002 तक, फॉर्च्यून 500 कंपनियों में से केवल 3% के पास टीजीडी कर्मचारियों के लिए भेदभाव विरोधी सुरक्षा थी, और किसी ने भी जेंडर अफर्मिंग स्वास्थ्य देखभाल के लिए बीमा कवरेज की पेशकश नहीं की थी। (मानवाधिकार अभियान फाउंडेशन, 2017)। 2022 तक, फॉर्च्यून 500 कंपनियों में से 91% ने अमेरिकी गैर-भेदभाव नीतियों में जेंडर वर्ग पहचान को शामिल किया, और 66% ने टीजीडी-समावेशी बीमा कवरेज की पेशकश की। हालांकि, केवल 72% अपने कार्यबल (ह्यूमन राइट्स कैंपेन फाउंडेशन, 2022) के लिए समजेंडर, समजेंडर, उभयलिंगी, ट्रांसजेंडर और क्वीर / पूछताछ (एलजीबीटीक्यू) सांस्कृतिक ज्ञान प्रशिक्षण के किसी भी रूप प्रदान करते हैं। समझ की यह कमी पूरे बोर्ड में भेदभाव को बढ़ावा देती है। एक साथ लिया गया, ये विसंगतियां व्यक्तियों और समुदायों के स्वास्थ्य को नकारात्मक रूप से प्रभावित करती हैं और उनके सामने आने वाली स्वास्थ्य असमानताओं और असामंजस्य को बढ़ाती हैं। ब्रिटेन में, केवल 28% टीजीडी श्रमिकों ने महसूस किया कि वरिष्ठ नेतृत्व टीजीडी समानता के लिए प्रतिबद्ध थे; टीजीडी कर्मचारियों के केवल 21% कार्यस्थल में ट्रांसफोबिक उत्पीड़न की रिपोर्ट करने पर

विचार करेंगे (स्टोनवॉल, 2018)। उन लोगों के लिए जो खुले तौर पर टीजीडी हैं, 34% को उनके सहकर्मियों द्वारा बाहर रखा गया था, 35% को ग्राहकों द्वारा दुर्व्यवहार किया गया था, 24% को उनकी जेंडर आइडेंटिटी के कारण पदोन्नति से वंचित कर दिया गया था, और 11% को निकाल दिया गया था (स्टोनवॉल, 2018)। दक्षिण-पूर्वी यूरोप में, विश्व बैंक ने कहा कि व्यापक भेदभाव, उत्पीड़न, हिंसा और दुरुपयोग है, और उस क्षेत्र में टीजीडी लोगों को हिंसा और भेदभाव की उच्चतम दर का सामना करना पड़ा (विश्व बैंक समूह, 2018)। अक्सर भेदभाव की सूचना नहीं दी गई क्योंकि 60% लोगों ने रिपोर्ट दर्ज नहीं की क्योंकि विश्वास की कमी के कारण शिकायत की जाएगी, आगे के अपमान या उपहास का डर, और बाहर निकलने की अनिच्छा (विश्व बैंक समूह, 2018)। यद्यपि इस क्षेत्र के कई देशों में एक संरक्षित विशेषता के रूप में जेंडर आइडेंटिटी के साथ राष्ट्रीय भेदभाव विरोधी कानून हैं, कार्यस्थल में, शिक्षा में और स्वास्थ्य देखभाल में भेदभाव समस्याग्रस्त बना हुआ है (विश्व बैंक समूह, 2018)। टीजीडी आबादी के अधिकारों को सुनिश्चित करने के लिए भेदभाव विरोधी कानूनों के साथ इन देशों में सरकारी, गैर-सरकारी और निजी एजेंसियों की जिम्मेदारी है। इसलिए, वे उन तरीकों को खोजने के लिए बाध्य हैं जिनमें भेदभाव और स्टिग्मा को कम किया जा सकता है। इनमें से एक शिक्षा के माध्यम से है। स्थानीय संस्कृतियां जो टीजीडी विरोधी दृष्टिकोण को बढ़ावा देती हैं, अक्सर इस आवश्यक शिक्षा के लिए एक बाधा होती हैं। यद्यपि सांस्कृतिक योग्यता प्रशिक्षण ने अस्पष्ट परिणामों को जन्म दिया है, शेफर्ड (2019) सिफारिश करता है कि सांस्कृतिक ज्ञान प्रशिक्षण प्रदान करना जो स्थानीय सांस्कृतिक मुद्दों को प्राथमिकता देता है और खुलेपन, गैर-निर्णय और जवाबदेही के मूल्यों पर केंद्रित है, वांछित परिणाम दे सकता है। सांस्कृतिक ज्ञान प्रशिक्षण को लागू करने के लिए एक नेतृत्व की आवश्यकता होती है जो प्रशिक्षण को प्राथमिकता देने और प्रारंभिक और चल रहे प्रशिक्षण देने के लिए समय, धन और मानव पूंजी समर्पित करने के लिए तैयार हो।

#### सिफारिश 4.2

**हम अनुशांसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल कार्यबल के सभी सदस्यों को सांस्कृतिक-ज्ञान प्रशिक्षण प्राप्त हो, जो अभिविन्यास के दौरान और वार्षिक या सतत शिक्षा के हिस्से के रूप में ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स व्यक्तियों के साथ गरिमा के साथ व्यवहार करने पर केंद्रित है।**

विषयों में, सभी स्तरों पर पाठ्यक्रम - स्नातक, स्नातक,

निवास, या सतत शिक्षा - ऐतिहासिक रूप से टीजीडी सांस्कृतिक या नैदानिक शिक्षा को नजरअंदाज कर दिया है। समावेश की इस कमी में योगदान देने वाले कारकों में संकाय ज्ञान की कमी, अनुभव, विषय वस्तु के साथ आराम, संकाय पूर्वाग्रह, मौजूदा पाठ्यक्रम के भीतर सीमित स्थान और विषयों को एकीकृत करने के तरीके पर मार्गदर्शन की कमी शामिल है (मैकडॉवेल एंड बोवर, 2016)। इस तरह की शिक्षा की कमी और आवश्यकता में अनुसंधान विशेष रूप से टीजीडी स्वास्थ्य चिंताओं को संबोधित नहीं करता है। इसके बजाय, मौजूदा साहित्य एलजीबीटीक्यू-केंद्रित सांस्कृतिक और नैदानिक-योग्यता प्रशिक्षण की कमी की व्यापक चर्चा के भीतर टीजीडी स्वास्थ्य शिक्षा को शामिल करता है। एक उदाहरण के रूप में, नर्सिंग बैकलॉरिएट कार्यक्रमों में एलजीबीटीक्यू स्वास्थ्य (लिम एट अल, 2015) पर केवल 2.12 घंटे के निर्देश शामिल थे। एक उचित धारणा यह है कि टीजीडी-विशिष्ट स्वास्थ्य मुद्दों के लिए समर्पित समय की मात्रा इस समय का केवल एक अंश है।

एलजीबीटीक्यू योग्यता के व्यापक संदर्भ के भीतर, टीजीडी सांस्कृतिक और नैदानिक-योग्यता प्रशिक्षण की कमी स्वास्थ्य देखभाल शिक्षा (एल्ड्रिज एट अल। अमेरिका में, स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग के स्वस्थ लोग 2020, (संयुक्त राज्य अमेरिका के स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (2013, 10 अप्रैल)), नेशनल एकेडमी ऑफ मेडिसिन (द इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिसिन, 2011), और संयुक्त आयोग (संयुक्त आयोग, 2011) सभी ने शिक्षा की कमी को टीजीडी व्यक्तियों सहित एलजीबीटीक्यू लोगों की क्षमता पर नकारात्मक प्रभाव डाला। उचित, चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल प्राप्त करने के लिए। यूके की हाउस ऑफ कॉमन्स महिला और असमानता समिति ने पाया कि शिक्षा की कमी ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य सेवा (हाउस ऑफ कॉमन्स महिला और असमानता समिति, 2015, 8 दिसंबर) में टीजीडी स्वास्थ्य असमानताओं में योगदान दिया। टीजीडी स्वास्थ्य देखभाल शिक्षा की कमी की पहचान अमेरिका (ओबेडिन-मालिवर एट अल, 2011), यूके (टोल्लेमाचे एट अल, 2021), दक्षिण अफ्रीका (डी व्रीस एट अल। टेलर एट अल, 2018; विल्सन एट अल, 2014), कनाडा (बाउर एट अल, 2014), ऑस्ट्रेलिया (रिग्स एंड बार्थोलोमियस, 2016), स्वीडन, स्पेन, सर्बिया, पोलैंड (बर्गवाल एट अल, 2021), और पाकिस्तान (मार्टिन्स एट अल।

पाठ्यक्रम विकसित करने के अलावा, शेफर्ड (2022) का कहना है कि नैदानिक मुठभेड़ों और उपभोक्ता संतुष्टि में सुधार के लिए

नैदानिक और संगठनात्मक दोनों घटक आवश्यक हैं। एक संगठनात्मक स्तर पर, यह संभव होने के साथ-साथ स्थानीय और व्यावहारिक रूप से उन्मुख होना चाहिए (शेफर्ड, 2022)। व्यक्तिगत स्तर पर, ज्ञान प्रशिक्षण के अलावा, स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सामान्य लक्षणों को नियोजित करके बेहतर सेवा दी जाती है जो खुलेपन, गैर-निर्णय और जवाबदेही के मूल्यों पर ध्यान केंद्रित करते हैं (शेफर्ड, 2018)।

### सिफारिश 4.3.

**हम स्वास्थ्य पेशेवरों के प्रशिक्षण में शामिल संस्थानों को उनकी विशेषता के लिए प्रत्येक योग्यता क्षेत्रों के भीतर ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स स्वास्थ्य के लिए दक्षताओं और सीखने के उद्देश्यों को विकसित करने की सलाह देते हैं।**

प्रत्येक स्वास्थ्य पेशे के अपने शैक्षिक संस्थान, प्रशासनिक और लाइसेंसिंग निकाय होते हैं, जो पेशे के भीतर देश और विशेषज्ञता के अनुसार भिन्न होते हैं। किसी भी प्रमुख स्वास्थ्य पेशेवर संगठनों, शैक्षणिक संस्थानों, या लाइसेंसिंग निकायों को टीजीडी स्वास्थ्य में प्रशिक्षण की आवश्यकता नहीं होती है। जबकि ये संगठन एलजीबीटीक्यू इंटरसेक्स स्वास्थ्य को शामिल करने की सिफारिश करते हैं, शायद ही कभी वे अपनी विशेषता के भीतर टीजीडी लोगों के साथ काम करने के लिए दक्षताओं, कौशल या सीखने के उद्देश्यों को निर्दिष्ट करते हैं। टीजीडी स्वास्थ्य में स्वास्थ्य पेशेवर शिक्षा पर प्रकाशित सामग्री मुख्य रूप से नर्सिंग, चिकित्सा और मानसिक स्वास्थ्य पर केंद्रित है और मुख्य रूप से उत्तरी अमेरिका, यूरोप, ऑस्ट्रेलिया और न्यूजीलैंड से है। विश्व स्तर पर ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य और चिकित्सा / स्वास्थ्य पेशेवर शिक्षा प्रणालियों और आवश्यकताओं की बढ़ती समझ आवश्यक है।

टीजीडी लोगों की बढ़ती दृश्यता के बावजूद, जानकार और सांस्कृतिक रूप से सक्षम स्वास्थ्य पेशेवरों तक पहुंच विश्वभर में एक भारी आवश्यकता बनी हुई है (जेम्स एट अल। लर्नर एट अल, 2020; मुलर, 2017)। जानकार प्रदाताओं की कमी ट्रांसजेंडर व्यक्तियों के लिए जेंडर अफर्मिंग देखभाल के लिए एक प्रमुख बाधा है (पुकेट एट अल। सेफर एट अल, 2016) और बड़ी स्वास्थ्य असमानताओं में योगदान देता है (गिफोर्ट एंड अंडरमैन, 2016; रीसमैन एट अल, 2019)। टीजीडी स्वास्थ्य में पर्याप्त व्यावसायिक शिक्षा की कमी एक वैश्विक समस्या है (डू एंड गुयेन, 2020; मार्टिस एट अल, 2020; परमेश्वरन एट अल, 2017) जो प्रशिक्षण के सभी स्तरों पर होता है (डुबिन एट अल, 2018) और स्वास्थ्य विषयों को पूर्ण रूप से समझना (ग्लिक एट

अल। गुंजावते और अन्य, 2020; जॉनसन एंड फेडरमैन, 2014) और चिकित्सा विशिष्टताएं (फंग एट अल। कोरपैसर्न और सुरक्षित, 2018)।

अभी भी चुनौतियां बनी हुई हैं क्योंकि आज तक के अध्ययनों में छोटे नमूना आकार होते हैं, इन में कुछ प्रशिक्षण को शामिल किया जाता है, आजीविका स्तरों पर कई विषयों को शामिल किया जाता है, अल्पकालिक परिणामों पर ध्यान केंद्रित किया जाता है, और अक्सर टीजीडी-विशिष्ट विषयों के बजाय सभी एलजीबीटीक्यूआई विषयों को कवर किया जाता है जो आमतौर पर लाइसेंस के बाद प्राप्त किए जाते हैं और वर्तमान में अध्ययन किए गए शैक्षिक हस्तक्षेपों का ध्यान केंद्रित नहीं करते हैं (डुबिन एट अल।

सिफारिशों को सफलतापूर्वक लागू करने के लिए, संस्थानों को विकसित करने पर विचार करने की आवश्यकता हो सकती है 1) पेशेवर जीवनकाल में प्रत्येक स्वास्थ्य अनुशासन के लिए दक्षताओं को विकसित करने और कार्यान्वित करने के लिए प्रणालीगत और व्यवस्थित दृष्टिकोण; 2) टीजीडी समुदाय से इनपुट के साथ शिक्षार्थियों के लिए मानकीकृत मूल्यांकन; और 3) पाठ्यचर्या संसाधनों का आवंटन, जिसमें प्रशिक्षित संकाय शामिल हैं, साथ ही स्पष्ट, सहमति से सीखने के उद्देश्यों के अनुसार समय (डुबिन एट अल। प्रैट-चैपमैन, 2020)। इसके अलावा, इन हस्तक्षेपों के मूल्यांकन को न केवल परिणामों पर ध्यान केंद्रित करना चाहिए, बल्कि यह समझने का भी प्रयास करना चाहिए कि ये परिणाम कैसे, कब और क्यों होते हैं- रिंग (एलन एट अल।

## अध्याय 5 वयस्कों का आकलन

यह अध्याय ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स (टीजीडी) वयस्कों के मूल्यांकन के लिए मार्गदर्शन प्रदान करता है, जो आपके शरीर को आपकी जेंडर वर्ग की पहचान के साथ बेहतर ढंग से संरेखित करने के लिए आवश्यक जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और / या सर्जिकल उपचार (जीएएमएसटी) की तलाश करते हैं (अध्याय 2- वैश्विक प्रयोज्यता, कथन 2.1 में चिकित्सकीय रूप से आवश्यक कथन देखें)। टीजीडी वयस्क अपने देश में वयस्कता की उम्र में या उससे अधिक उम्र के लोग हैं, जिनके पास जेंडर डाइवर्सता का कुछ रूप है। किशोर अध्याय के विकासात्मक तत्व, जिसमें माता-पिता / देखभाल करने वाले की भागीदारी का महत्व शामिल है, युवा वयस्कों की देखभाल के लिए भी प्रासंगिक हो सकता है, भले ही वे वयस्कता की उम्र से ऊपर हों। इस अध्याय में जेंडर वर्ग पहचान और संक्रमण के सभी रूप शामिल हैं, जिनमें पुरुष, महिला, जेंडर डाइवर्स, गैर-बाइनरी, एजेंडर और किन्नर शामिल हैं, लेकिन यहीं तक सीमित नहीं हैं। टीजीडी वयस्कों की आबादी विषम है और उनकी नैदानिक आवश्यकता, जैविक, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक स्थितियों के साथ-साथ स्वास्थ्य देखभाल तक उनकी पहुंच के अनुसार भिन्न होगी। इस प्रकार, जीएएमएसटी के लिए किसी भी मूल्यांकन को प्रस्तुत जेंडर आइडेंटिटी के साथ-साथ स्थानीय परिस्थितियों के वैज्ञानिक, नैदानिक और सामुदायिक ज्ञान आधार के लिए अनुकूलित करने की आवश्यकता होगी। यह अध्याय मानता है कि जब राज्य या अन्य लोग स्वास्थ्य देखभाल प्रदान कर रहे हैं तो व्यक्ति नैदानिक या नियामक निरीक्षण के विभिन्न स्थानीय स्तरों का अनुभव कर सकते हैं। एक व्यक्ति की जेंडर वर्ग पहचान एक आंतरिक पहचान और अनुभव है। मूल्यांकनकर्ता की भूमिका जेंडर वर्ग असंगति की उपस्थिति का आकलन करना और किसी भी सह-मौजूदा मानसिक स्वास्थ्य चिंताओं की पहचान करना, जीएएमएसटी के बारे में जानकारी प्रदान करना, जीएएमएसटी के प्रभावों / जोखिमों पर विचार करने में टीजीडी व्यक्ति का समर्थन करना और यह आकलन करना है कि क्या टीजीडी व्यक्ति के पास पेश किए जा रहे उपचार को समझने की क्षमता है और यदि उपचार लाभ की संभावना है। मूल्यांकनकर्ता एक टीजीडी व्यक्ति को उन विकल्पों पर विचार करने में भी सहायता कर सकता है जो उनके जीएएमएसटी परिणामों में सुधार कर सकते हैं। इस अध्याय में वर्णित जीएएमएसटी मूल्यांकन दृष्टिकोण टीजीडी व्यक्ति के जीवित अनुभव और आत्म-ज्ञान और मूल्यांकन

स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर (एचसीपी) के नैदानिक ज्ञान को पहचानता है। नतीजतन, इस दृष्टिकोण के साथ, जीएएमएसटी के साथ आगे बढ़ने का निर्णय टीजीडी व्यक्ति और मूल्यांकन एचसीपी के बीच साझा किया जाता है, जिसमें दोनों सहयोगी निर्णय लेने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं।

कुछ प्रणालियां जीएएमएसटी की मांग करने वाले टीजीडी वयस्कों के लिए देखभाल के एक मॉडल का उपयोग करती हैं जो गंभीर मतभेदों को छोड़कर एचसीपी के सलाहकार के रूप में कार्य करने के साथ निर्णय निर्माता के रूप में टीजीडी वयस्क को प्राथमिकता देती हैं। इन मॉडलों का उपयोग शल्य चिकित्सा के बजाय हार्मोन थेरेपी पर विचार करते समय किया जाता है और अक्सर "सूचित सहमति" मॉडल (डॉयच, 2011, 2016 ए) कहा जाता है। ऐसे कई मॉडल एक संक्षिप्त मूल्यांकन का उपयोग करते हैं जो मुख्य रूप से टीजीडी व्यक्ति की सूचित सहमति देने और अपने चिकित्सा निर्णय लेने को सूचित करने के लिए जीएएमएसटी के बारे में जानकारी का उपयोग करने की क्षमता पर केंद्रित है। न्यायालयों, प्रणालियों और एचसीपी में ऐसे मॉडलों में महत्वपूर्ण परिवर्तनशीलता है (डॉयच, 2011; मोरेंज एट अल, 2020)। कई स्थानीय स्थानों में हार्मोन पर्चे के लिए कुछ समय के लिए सूचित सहमति मॉडल का उपयोग किया गया है।

इस अध्याय का उद्देश्य लचीला वैश्विक मार्गदर्शन प्रदान करना है जिसे स्थानीय परिस्थिति के अनुकूल बनाया जाना चाहिए। एचसीपी को यह निर्धारित करने की आवश्यकता होगी कि कौन से मूल्यांकन दृष्टिकोण उनकी स्थानीय सेटिंग्स में जरूरतों को पूरा करते हैं। इन दृष्टिकोणों का मूल्यांकन टीजीडी लोगों के सहयोग से किया जाता है।

चूंकि टीजीडी लोग जेंडर आइडेंटिटी और एक्सप्रेसन की एक विविध सरणी का प्रतिनिधित्व करते हैं और जीएएमएसटी के लिए अलग-अलग आवश्यकताएं हैं, इसलिए कोई भी मूल्यांकन प्रक्रिया हर व्यक्ति या हर स्थिति में फिट नहीं होगी। कुछ टीजीडी लोगों को जीएएमएसटी के लिए तुलनात्मक रूप से संक्षिप्त मूल्यांकन प्रक्रिया की आवश्यकता हो सकती है। एक जटिल प्रस्तुति वाले टीजीडी वयस्कों के लिए या उन लोगों के लिए जो सीमित शोध साक्ष्य के साथ कम सामान्य उपचार या उपचार का अनुरोध कर रहे हैं, एक बहु-विषयक टीम के विभिन्न सदस्यों के साथ अधिक व्यापक आकलन की आवश्यकता होगी। आकलन व्यक्तिगत रूप से या टेली-हेल्थ के माध्यम से हो सकता है। जबकि साइकोमेट्रिक मूल्यांकन उपकरण का

उपयोग कुछ उदाहरणों में किया गया है, वे जीएएमएसटी के लिए मूल्यांकन का आवश्यक हिस्सा नहीं हैं। टीजीडी व्यक्ति द्वारा अनुरोध किए जाने पर परामर्श या मनोचिकित्सा

सहायक हो सकता है। हालांकि, विशेष रूप से उनकी टीजीडी पहचान पर केंद्रित परामर्श या मनोचिकित्सा जीएएमएसटी के मूल्यांकन या दीक्षा के लिए एक आवश्यकता नहीं है। जीएटीटी

#### सिफारिश कथन

- 5.1- हम शारीरिक उपचार के लिए ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स वयस्कों का आकलन करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं:
- 5.1.ए- अपने वैधानिक निकाय द्वारा लाइसेंस प्राप्त हैं और इस भूमिका के लिए प्रासंगिक नैदानिक क्षेत्र में कम से कम, मास्टर डिग्री या समकक्ष प्रशिक्षण रखते हैं और राष्ट्रीय स्तर पर मान्यता प्राप्त वैधानिक संस्थान द्वारा प्रदान किए जाते हैं।
- 5.1.बी- देखभाल तक पहुंच के लिए निदान की आवश्यकता वाले देशों के लिए, स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर को निदान के लिए विश्व स्वास्थ्य संगठन के रोगों के अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण (आईसीडी) के नवीनतम संस्करण का उपयोग करके सक्षम होना चाहिए। उन देशों में जिन्होंने नवीनतम आईसीडी को लागू नहीं किया है, अन्य वर्गीकरण का उपयोग किया जा सकता है; नवीनतम आईसीडी का यथाशीघ्र उपयोग करने के प्रयास किए जाने चाहिए।
- 5.1.सी- सह-मौजूदा मानसिक स्वास्थ्य या अन्य मनोसामाजिक चिंताओं की पहचान करने और इन्हें जेंडर डिस्फोरिया, असंगति और विविधता से अलग करने में सक्षम हैं।
- 5.1.डी- उपचार के लिए सहमति देने की क्षमता का आकलन करने में सक्षम हैं।
- 5.1.ई- जेंडर डिस्फोरिया, असंगतता और विविधता के नैदानिक पहलुओं का आकलन करने के लिए अनुभव होना या योग्य होना।
- 5.1.एफ- जेंडर डिस्फोरिया, असंगतता और विविधता से संबंधित स्वास्थ्य देखभाल में निरंतर शिक्षा से गुजरें।
- 5.2- हम सुझाव देते हैं कि जेंडर अफर्मिंग उपचार की मांग करने वाले ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स वयस्कों का आकलन करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर परामर्श और रेफरल के लिए ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य के क्षेत्र में विभिन्न विषयों के पेशेवरों के साथ संपर्क करें, यदि आवश्यक हो। जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार के लिए आवश्यकताओं के बारे में निम्नलिखित सिफारिशों की जाती हैं (सभी को पूरा किया जाना चाहिए):
- 5.3- हम जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार के लिए ट्रांसजेंडर और जेंडर रूप से विविध वयस्कों का आकलन करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं:
- 5.3.ए- केवल टीजीडी व्यक्ति द्वारा अनुरोधित जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार की सिफारिश करें जब जेंडर वर्ग असंगति का अनुभव चिह्नित और निरंतर हो।
- 5.3.बी- उन क्षेत्रों में जेंडर अफर्मिंग उपचार शुरू करने से पहले नैदानिक मानदंडों की पूर्ति सुनिश्चित करें जहां स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंचने के लिए निदान आवश्यक है।
- 5.3.सी- जेंडर अफर्मिंग उपचार की शुरुआत से पहले स्पष्ट जेंडर वर्ग असंगति के अन्य संभावित कारणों की पहचान करें और उन्हें बाहर करें।
- 5.3.डी- सुनिश्चित करें कि कोई भी मानसिक स्वास्थ्य स्थितियां जो जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार के परिणाम को नकारात्मक रूप से प्रभावित कर सकती हैं, उपचार के संबंध में निर्णय लेने से पहले जोखिमों और लाभों पर चर्चा के साथ मूल्यांकन किया जाता है।
- 5.3.ई- सुनिश्चित करें कि कोई भी शारीरिक स्वास्थ्य स्थितियां जो जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार के परिणाम को नकारात्मक रूप से प्रभावित कर सकती हैं, उपचार के संबंध में निर्णय लेने से पहले जोखिमों और लाभों पर चर्चा के साथ मूल्यांकन किया जाता है।
- 5.3.एफ- इस उपचार की शुरुआत से पहले विशिष्ट शारीरिक उपचार के लिए सहमति देने की क्षमता का आकलन करें।
- 5.3.जी- प्रजनन पर जेंडर अफर्मिंग उपचार के प्रभाव को समझने के लिए जेंडर डाइवर्स और ट्रांसजेंडर वयस्क की क्षमता का आकलन करें और जेंडर अफर्मिंग उपचार की शुरुआत से पहले व्यक्ति के साथ प्रजनन विकल्पों का पता लगाएं।
- 5.4- हम सुझाव देते हैं, जेंडर अफर्मिंग हार्मोनल या सर्जिकल उपचार के मूल्यांकन के हिस्से के रूप में, जिन पेशेवरों के पास ट्रांसजेंडर और जेंडर

की शुरुआत के लिए जननांग परीक्षा एक शर्त नहीं है और नैदानिक रूप से इंगित होने पर ही किया जाना चाहिए। जीएएमएसटी को विभिन्न स्थानों में वितरित किया जा सकता है। स्थान प्रत्येक देश के भीतर उपलब्ध स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों पर निर्भर करेगी और इसमें राष्ट्रीयकृत / सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल, निजी क्षेत्र की सेटिंग्स, सामुदायिक स्वास्थ्य देखभाल सेटिंग्स और धर्मार्थ संस्थान शामिल हो सकते हैं। इसलिए स्थानीय और क्षेत्रीय परिस्थितियां स्वास्थ्य देखभाल की उपलब्धता को प्रभावित कर सकती हैं। स्थान के बावजूद, टीजीडी लोगों को दी जाने वाली स्वास्थ्य देखभाल उच्चतम संभव गुणवत्ता की होनी चाहिए। ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य के लिए विश्व व्यावसायिक संगठन (डब्ल्यूपीएटीएच) मूल्यांकन और उपचार आसानी से उपलब्ध होने की वकालत करता है। जीएएमएसटी की मांग करने वाले टीजीडी लोगों के लिए मूल्यांकन और उपचार तक पहुंच इन हस्तक्षेपों की स्पष्ट चिकित्सा आवश्यकता और टीजीडी लोगों को प्रदान किए जाने वाले गहन लाभों को देखते हुए महत्वपूर्ण है (एल्लिज एट अल। बायने एट अल, 2012)। इस अध्याय में मार्गदर्शन को स्थानीय, साथ ही व्यक्तिगत, नैदानिक और सामाजिक परिस्थितियों के अनुसार अनुकूलित करने की आवश्यकता होगी। नीचे दिए गए कथन महत्वपूर्ण पृष्ठभूमि साहित्य पर आधारित हैं, जिसमें जीएएमएसटी तक पहुंच के मजबूत सकारात्मक प्रभाव का प्रदर्शन करने वाला साहित्य शामिल है; उपलब्ध अनुभवजन्य साक्ष्य; एक अनुकूल जोखिम-लाभ अनुपात; और पेशेवर सर्वोत्तम अभ्यास की आम सहमति। टीजीडी वयस्कों के मूल्यांकन के लिए अनुभवजन्य साक्ष्य आधार सीमित है। इसमें मुख्य रूप से एक मूल्यांकन दृष्टिकोण शामिल है जो विशिष्ट मानदंडों का उपयोग करता है जो टीजीडी वयस्क के साथ निकट सहयोग में एचसीपी द्वारा जांच की जाती है और इसमें यादृच्छिक नियंत्रित परीक्षण या दीर्घकालिक अनुदैर्ध्य अनुसंधान शामिल नहीं है (ओल्सन-कैनेडी एट अल। यह विभिन्न मूल्यांकन समूहों को देखभाल की आवश्यकता वाले रोगियों को आवंटित करने की जटिलता और नैतिक विचारों और मूल्यांकन दृष्टिकोणों के दीर्घकालिक परिणामों का आकलन करने के लिए अनुसंधान और अन्य संसाधनों के लिए धन की कमी को देखते हुए समझ में आता है। इस मार्गदर्शन का निर्माण एक जटिल उपक्रम रहा है। इस अध्याय के मानदंडों को एसओसी -7 से काफी संशोधित किया गया है ताकि देखभाल के लिए आवश्यकताओं और अनावश्यक

बाधाओं को कम किया जा सके। यह आशा की जाती है कि भविष्य के शोध इस मॉडल की प्रभावशीलता के साथ-साथ हार्मोन थेरेपी और शल्य चिकित्सा के लिए मूल्यांकन मॉडल विकसित करेंगे जो निरंतर सुधार करने की अनुमति देंगे। इस अध्याय के सभी कथनों की सिफारिश साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और रोगियों के लाभ और हानि, मूल्यों और वरीयताओं के मूल्यांकन और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता के आधार पर की गई है। कुछ मामलों में, हम मानते हैं कि साक्ष्य सीमित हैं और / या सेवाएं सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं।

#### कथन 5.1.

**हम जेंडर अफर्मिंग उपचार के लिए ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स वयस्कों का आकलन करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर की सलाह देते हैं:**

#### कथन 5.1.ए

**अपने वैधानिक निकाय द्वारा लाइसेंस प्राप्त हैं और इस भूमिका के लिए प्रासंगिक नैदानिक क्षेत्र में कम से कम, एक मास्टर डिग्री या समकक्ष प्रशिक्षण रखते हैं और राष्ट्रीय स्तर पर मान्यता प्राप्त वैधानिक संस्थान द्वारा प्रदान किए जाते हैं।**

टीजीडी लोगों, स्वास्थ्य देखभाल की मांग करने वाले अन्य सभी लोगों के साथ, देखभाल की उच्चतम गुणवत्ता सुलभ होनी चाहिए जो स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग करने वाले सभी लोगों को प्रदान की जाने वाली देखभाल की गुणवत्ता के अनुरूप है (योग्यकर्ता सिद्धांत, 2017)। चूंकि यह विश्वभर में अलग-अलग होगा, जीएएमएसटी के लिए मूल्यांकन पूरा करने वाले पेशेवर की प्रकृति स्थानीय स्थानों में स्वास्थ्य देखभाल की प्रकृति के साथ-साथ लाइसेंसिंग और पंजीकरण बोर्डों द्वारा निर्धारित नियामक आवश्यकताओं के अनुसार भिन्न होगी। यह महत्वपूर्ण है कि प्रदान की गई स्वास्थ्य देखभाल में एक सक्षम, वैधानिक रूप से विनियमित एचसीपी द्वारा किया गया मूल्यांकन शामिल है, जिसके पास जेंडर वर्ग असंगति और स्थितियों की पहचान करने की क्षमता है जिन्हें जेंडर वर्ग असंगति के लिए गलत माना जा सकता है और जो मूल्यांकन प्रक्रिया (आरसीजीपी, 2019) के दौरान टीजीडी व्यक्ति का समर्थन कर सकता है। मूल्यांकनकर्ताओं को जीएएमएसटी प्रदान करने के लिए लाइसेंस प्राप्त एचसीपी को संदर्भित करने में सक्षम होना चाहिए।

एचसीपी के पास ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य से संबंधित नैदानिक क्षेत्र में कम से कम परास्नातक स्तर की योग्यता होनी चाहिए या समकक्ष आगे नैदानिक प्रशिक्षण होना चाहिए और वैधानिक रूप से विनियमित होना चाहिए; उदाहरणों में एक मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर (एमएचपी), सामान्य चिकित्सा व्यवसायी, नर्स या अन्य योग्य एचसीपी शामिल हैं। कुछ स्थानों में, योग्यता के निम्न स्तर के साथ वैधानिक रूप से विनियमित एचसीपी एक योग्य एचसीपी की नैदानिक देखरेख में अभ्यास कर सकते हैं जो पूर्ण जीएएमएसटी मूल्यांकन की गुणवत्ता और सटीकता के लिए अंतिम नैदानिक जिम्मेदारी लेता है। अतिरिक्त जानकारी के लिए अध्याय 4- शिक्षा देखें।

जीएएमएसटी मूल्यांकन में विशेषज्ञता के साथ एक सक्षम, वैधानिक रूप से विनियमित, एचसीपी तक पहुंचना कभी-कभी मुश्किल हो सकता है। नतीजतन, देखभाल की निरंतरता सुनिश्चित करने और सुलभ देखभाल या काफी विलंबित देखभाल (जैसे, एक लंबी प्रतीक्षा सूची) में अंतराल को कम करने के लिए आवश्यक हो सकता है कि विशेषज्ञता के बिना एक वैधानिक रूप से विनियमित एचसीपी जीएएमएसटी के लिए टीजीडी व्यक्ति के मूल्यांकन की देखभाल और समर्थन प्रदान करे। देखभाल में अनावश्यक देरी से बचना गंभीर रूप से महत्वपूर्ण है। टीजीडी लोगों को जल्द से जल्द एक अनुभवी एचसीपी (आरसीजीपी, 2019) के साथ देखभाल तक पहुंचने के लिए समर्थन दिया जाना चाहिए।

स्थापित अभ्यास के लिए जेंडर वर्ग असंगतता की पहचान और निदान करने की क्षमता की आवश्यकता होती है (हेमब्री एट अल। रीड एट अल, 2016; टी'स्जोएन एट अल, 2020) और अंतर या स्थितियों की पहचान करने की क्षमता जिन्हें जेंडर वर्ग असंगतता के रूप में गलत माना जा सकता है (बायन एट अल। डेजने और अन्य, 2016; हेमब्री एट अल, 2017)। स्थापित अभ्यास भी टीजीडी लोगों की देखभाल के मूल्यांकन और प्रावधान में चल रही निरंतर शिक्षा की आवश्यकता पर जोर देता है (अमेरिकन साइकोलॉजिकल एसोसिएशन, 2015; टी'स्जोएन एट अल, 2020)। अधिक जानकारी के लिए अध्याय 4- शिक्षा देखें।

#### कथन 5.1.बी

**देखभाल तक पहुंच के लिए निदान की आवश्यकता वाले देशों के लिए, स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर को विश्व स्वास्थ्य के नवीनतम संस्करण का उपयोग करके तैयार होना चाहिए निदान के लिए संगठन के रोगों का अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण (आईसीडी)**

उन देशों में जिन्होंने नवीनतम आईसीडी को लागू नहीं किया है, अन्य वर्गीकरण का उपयोग किया जा सकता है; और नवीनतम आईसीडी का यथाशीघ्र उपयोग करने के लिए प्रयास किए जाने चाहिए। कुछ देशों में, जीएएमएसटी (जैसा कि नीचे वर्णित है) तक पहुंचने के लिए जेंडर वर्ग असंगतता का निदान आवश्यक हो सकता है। उन देशों में टीजीडी लोगों का आकलन करने वाले एचसीपी को टीजीडी लोगों के लिए जीएएमएसटी तक पहुंचने के लिए आवश्यक सबसे वर्तमान वर्गीकरण प्रणाली का उपयोग करके जेंडर वर्ग असंगतता का निदान करने के लिए सक्षम होना चाहिए। आईसीडी -11 (डब्ल्यूएचओ, 2019 ए) एक वर्गीकरण प्रणाली है जो टीजीडी व्यक्ति की अनुभवी पहचान और जीएएमएसटी की किसी भी आवश्यकता पर केंद्रित है और टीजीडी पहचान को मानसिक बीमारी नहीं मानती है।

#### कथन 5.1.सी

**सह-मौजूदा मानसिक स्वास्थ्य या अन्य मनोसामाजिक चिंताओं की पहचान करने और इन्हें जेंडर डिस्फोरिया, असंगति और विविधता से अलग करने में सक्षम हैं।**

जेंडर डाइवर्स लोगों में एक प्राकृतिक भिन्नता है और स्वाभाविक रूप से बीमारी नहीं है (अमेरिकन साइकोलॉजिकल एसोसिएशन, 2015)। हालांकि, मूल्यांकन एक एचसीपी द्वारा प्रदान किया जाता है, जिसके पास मानसिक स्वास्थ्य में कुछ विशेषज्ञता है ताकि उन स्थितियों की पहचान की जा सके जिन्हें जेंडर वर्ग असंगति के लिए गलत माना जा सकता है। ऐसी स्थितियां दुर्लभ हैं और, जब मौजूद होती हैं, तो अक्सर प्रकृति में मनोवैज्ञानिक होती हैं (बायन एट अल। बायन एट अल, 2018; हेमब्री एट अल, 2017)।

मानसिक स्वास्थ्य में कुछ विशेषज्ञता के साथ एक एचसीपी को शामिल करने की आवश्यकता प्रत्येक मूल्यांकन में मनोवैज्ञानिक, मनोचिकित्सक या सामाजिक कार्यकर्ता को शामिल करने की आवश्यकता नहीं है। इसके बजाय, एक सामान्य चिकित्सा व्यवसायी, नर्स, या अन्य योग्य एचसीपी भी इस आवश्यकता को पूरा कर सकते हैं यदि उनके पास जेंडर वर्ग असंगति की पहचान करने, मानसिक स्वास्थ्य परेशानियों को पहचानने, इन चिंताओं और जेंडर डिस्फोरिया, असंगति और विविधता के बीच अंतर करने, जीएएमएसटी के लिए देखभाल योजना और तैयारी में टीजीडी व्यक्ति की सहायता करने और मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर (एमएचपी) को संदर्भित करने के लिए पर्याप्त विशेषज्ञता है, यदि आवश्यक हो। जैसा कि मानसिक स्वास्थ्य अध्याय में अधिक गहराई से चर्चा की गई



है, टीजीडी लोगों की देखभाल में एमएचपी की महत्वपूर्ण भूमिका है। उदाहरण के लिए, कुछ टीजीडी लोगों (रॉबल्स एट अल, 2016) द्वारा अनुभव किए गए पूर्वाग्रह और भेदभाव से अवसाद, चिंता या अन्य मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों के बिगड़ने का कारण बन सकता है। ऐसे मामलों में, एक एमएचपी मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों का निदान, स्पष्टीकरण और उपचार कर सकता है। मानसिक स्वास्थ्य में विशेषज्ञता वाले एमएचपी और एचसीपी जीएएमएसटी के लिए आकलन करने के लिए अच्छी तरह से रखे गए हैं, साथ ही टीजीडी लोगों का सहायता करने के लिए जो अपने संक्रमण के दौरान मानसिक स्वास्थ्य इनपुट या समर्थन की आवश्यकता या अनुरोध करते हैं। अतिरिक्त जानकारी के लिए अध्याय 18 देखें- मानसिक स्वास्थ्य।

#### कथन 5.1.डी

**उपचार के लिए सहमति देने की क्षमता का आकलन करने में सक्षम हैं।**

जीएएमएसटी के लिए एक मूल्यांकन में प्रस्तावित उपचार के लिए सहमति देने के लिए टीजीडी व्यक्ति की क्षमता की परीक्षा शामिल होनी चाहिए। सहमति के लिए उपचार के जोखिमों और लाभों और संभावित नकारात्मक और सकारात्मक परिणामों को समझने के लिए संज्ञानात्मक क्षमता की आवश्यकता होती है। इसके लिए निर्णय लेने के प्रयोजनों के लिए उस जानकारी को बनाए रखने की क्षमता (आवश्यक रूप से सहायता का उपयोग करना) के साथ-साथ एक सूचित निर्णय लेने के लिए उस समझ का उपयोग करने की संज्ञानात्मक क्षमता की भी आवश्यकता होती है (अमेरिकन मेडिकल एसोसिएशन, 2021; एप्पलबाम, 2007)।

कुछ टीजीडी व्यक्तियों के पास मूल्यांकन के दौरान तुरंत सहमति देने की क्षमता होगी। कुछ टीजीडी व्यक्तियों को चल रही चर्चा और चिकित्सा निर्णय लेने के कौशल के अभ्यास के माध्यम से सहमति देने में सक्षम होने के लिए एक लंबी प्रक्रिया की आवश्यकता हो सकती है। मनोवैज्ञानिक बीमारी या मानसिक स्वास्थ्य लक्षणों की उपस्थिति जीएएमएसटी के लिए बाधा पैदा नहीं करती है जब तक कि मनोवैज्ञानिक बीमारी या मानसिक स्वास्थ्य लक्षण टीजीडी व्यक्ति की विशिष्ट उपचार के लिए सहमति देने की क्षमता को प्रभावित नहीं करते हैं या उपचार प्राप्त करने की उनकी क्षमता को प्रभावित करते हैं। यह विशेष रूप से महत्वपूर्ण है क्योंकि जीएएमएसटी को टीजीडी लोगों के लिए मानसिक स्वास्थ्य रोगसूचकता को कम

करने के लिए पाया गया है (एल्ड्रिज एट अल।

स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली उन व्यक्तियों के लिए जीएएमएसटी पर विचार कर सकती है जो सीधे सहयोग करने मंल सक्षम नहीं हो सकते हैं यदि स्वास्थ्य देखभाल उपचार निर्धारित करने की शक्ति के साथ एक उपयुक्त कानूनी अभिभावक या नियामक-अनुमोदित स्वतंत्र निर्णय निर्माता सहमति प्रदान करता है और पुष्टि करता है कि प्रस्तावित उपचार टीजीडी व्यक्ति की जरूरतों और इच्छाओं के अनुरूप है।

#### कथन 5.1.ई

**जेंडर डिस्फोरिया, असंगतता और विविधता के नैदानिक पहलुओं का आकलन करने के लिए अनुभव या योग्य होना चाहिए। इसका का समर्थन करने के लिए, कथन 5.1.एफ देखें।**

#### कथन 5.1.एफ

**जेंडर डिस्फोरिया, असंगतता और विविधता से संबंधित स्वास्थ्य देखभाल में निरंतर शिक्षा से लेना ज़रूरी है**

नैदानिक अभ्यास के किसी भी अन्य क्षेत्र की तरह, यह महत्वपूर्ण है कि एचसीपी जो जीएएमएसटी की शुरुआत के लिए मूल्यांकन प्रदान कर रहे हैं, टीजीडी लोगों की स्वास्थ्य देखभाल में जानकार और अनुभवी हैं। यदि यह स्थानीय संदर्भ में संभव नहीं है, तो मूल्यांकन प्रदान करने वाले एचसीपी को एक एचसीपी के साथ मिलकर काम करना चाहिए जो जानकार और अनुभवी है। अपने नैदानिक अभ्यास के हिस्से के रूप में, एचसीपी को टीजीडी स्वास्थ्य देखभाल में चल रहे प्रशिक्षण के लिए प्रतिबद्ध होना चाहिए, प्रासंगिक पेशेवर निकायों का सदस्य बनना चाहिए, प्रासंगिक पेशेवर बैठकों, कार्यशालाओं या सेमिनारों में भाग लेना चाहिए, प्रासंगिक अनुभव के साथ एचसीपी के साथ परामर्श करना चाहिए, और / या टीजीडी समुदाय के साथ जुड़ना चाहिए। यह टीजीडी स्वास्थ्य देखभाल में विशेष रूप से महत्वपूर्ण है क्योंकि यह एक अपेक्षाकृत नया क्षेत्र है, और ज्ञान और शब्दावली लगातार बदल रही है (अमेरिकन साइकोलॉजिकल एसोसिएशन, 2015; थॉर्न, यिप एट अल। नतीजतन, टीजीडी स्वास्थ्य के क्षेत्रों में अद्यतित रखना जीएएमएसटी के मूल्यांकन में शामिल किसी भी व्यक्ति के लिए महत्वपूर्ण है।

#### कथन 5.2

**हम सुझाव देते हैं कि जेंडर अफर्मिंग उपचार की मांग करने वाले ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स वयस्कों का आकलन करने वाले**

**स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर परामर्श और रेफरल के लिए ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य के क्षेत्र में विभिन्न विषयों के पेशेवरों के साथ संपर्क करें, यदि आवश्यक हो।**

यदि आवश्यक हो और यदि संभव हो, तो जीएएमएसटी के लिए मूल्यांकन एक बहु-विषयक टीम (कोस्टा, रोजा-ए-सिल्वा एट अल। हेमब्री एट अल, 2017; करासिक एंड फ्रेजर, 2018; टी'स्जोएन एट अल, 2020) टीम के सदस्यों के साथ जिनके पास एक दूसरे के साथ समय पर और पर्याप्त संपर्क है। इसमें एक एमएचपी, एक एंडोक्रिनोलॉजिस्ट, एक प्राथमिक देखभाल प्रदाता, एक सर्जन, एक आवाज और संचार विशेषज्ञ, टीजीडी सहकर्मी नेविगेटर और अन्य शामिल हो सकते हैं। कुछ मामलों में, एक बहु-अनुशासनात्मक टीम की आवश्यकता नहीं हो सकती है; हालांकि, अगर एक बहु-विषयक टीम की आवश्यकता होती है, तो यह महत्वपूर्ण है कि एचसीपी जीएएमएसटी मूल्यांकन को पूरा करने और टीजीडी व्यक्ति की जरूरतों का सर्वोत्तम समर्थन करने के लिए समय पर विभिन्न विषयों के सहयोगियों तक पहुंचने में सक्षम हों। यह भी महत्वपूर्ण है कि टीजीडी लोगों को किसी भी एचसीपी के साथ अनुवर्ती नियुक्तियों के साथ समर्थन दिया जाए जो जेंडर अफर्मिंग उपचार की शुरुआत से पहले, दौरान और बाद में जीएएमएसटी के मूल्यांकन के दौरान शामिल था।

**जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार के लिए आवश्यकताओं के बारे में निम्नलिखित सिफारिशें की जाती हैं (सभी को पूरा किया जाना चाहिए):**

### कथन 5.3

**हम जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार के लिए ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स वयस्कों का आकलन करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं:**

#### कथन 5.3.ए

**केवल एक टीजीडी व्यक्ति द्वारा अनुरोधित जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार की सिफारिश करें जब जेंडर वर्ग असंगति का अनुभव चिह्नित और निरंतर हो।**

जीएएमएसटी तक पहुंचने के लिए, एक टीजीडी व्यक्ति की जेंडर वर्ग असंगति को चिह्नित और बनाए रखा जाना चाहिए। इसमें जीएएमएसटी की आवश्यकता और अनुभवी जेंडर के व्यक्ति के रूप में स्वीकार किए जाने की इच्छा शामिल हो सकती है। नतीजतन, जेंडर वर्ग असंगतता की प्रकृति, लंबाई और स्थिरता पर विचार करना महत्वपूर्ण है। इसमें नाम और

पहचान दस्तावेजों में बदलाव, दूसरों को किसी के जेंडर, स्वास्थ्य देखभाल प्रलेखन या जेंडर एक्सप्रेसशन में परिवर्तन के बारे में बताने जैसे कारक शामिल हो सकते हैं। हालांकि, टीजीडी व्यक्ति द्वारा दूसरों को प्रकटीकरण की अनुपस्थिति में चिह्नित और निरंतर जेंडर वर्ग असंगतता मौजूद हो सकती है (ब्रुम्बो-जॉनसन एंड हल, 2019; सईद एट अल, 2018; सेकेरा एट अल, 2020)। जेंडर वर्ग पहचान में अचानक या सतही परिवर्तन या दृढ़ता की कमी जेंडर अफर्मिंग उपचार शुरू करने के लिए अपर्याप्त है, और आगे के मूल्यांकन की सिफारिश की जाती है। ऐसी परिस्थितियों में, चल रहा मूल्यांकन जीएएमएसटी शुरू करने से पहले जेंडर वर्ग असंगति की स्थिरता और दृढ़ता सुनिश्चित करने में सहायक है।

जबकि चिह्नित और निरंतर जेंडर वर्ग असंगति मौजूद होनी चाहिए, टीजीडी लोगों के लिए यह आवश्यक नहीं है कि वे गंभीर स्तर के संकट का अनुभव करें -जेंडर अफर्मिंग उपचार तक पहुंचने के लिए अपनी जेंडर आइडेंटिटी। वास्तव में, जेंडर अफर्मिंग उपचार तक पहुंच संकट को रोकने के लिए एक रोगनिरोधी उपाय के रूप में कार्य कर सकती है (बेकर एट अल। जियोवनाडी एट अल, 2021; नीडर और अन्य, 2021; नोबिली एट अल, 2018; रॉबल्स एट अल, 2016)। एक टीजीडी वयस्क महत्वपूर्ण संकट के बिना जेंडर वर्ग असंगति को बनाए रख सकता है और अभी भी जीएएमएसटी से लाभान्वित हो सकता है।

स्थापित नैदानिक अभ्यास जीएएमएसटी (चेन एंड लोशाक, 2020) की शुरुआत पर विचार करते समय जेंडर वर्ग असंगतता की दृढ़ता की जांच करता है। 200 नैदानिक नोटों की समीक्षा में, जोन्स, ब्रूडन एट अल (2017) ने देखभाल की योजना बनाते समय "जेंडर आइडेंटिटी की स्थिरता" के महत्व की पहचान की। लगातार जेंडर वर्ग असंगति वाले टीजीडी लोगों को जीएएमएसटी प्रदान करना रोगी खेद की कम दर और रोगी संतुष्टि की उच्च दर से जुड़ा हुआ है (बेकर एट अल। एल-हादी एट अल, 2018; स्टेपल्स एट अल, 2020; वीपजेस एट अल, 2018)। हालांकि, जबकि आईसीडी 11 (डब्ल्यूएचओ, 2019 ए) को जेंडर वर्ग असंगति के निदान के लिए चिह्नित और लगातार जेंडर वर्ग असंगति की उपस्थिति की आवश्यकता होती है, वयस्कों में उपचार के लिए आवश्यक दृढ़ता की लंबाई के बारे में बहुत कम विशिष्ट सबूत हैं। जीएएमएसटी के लिए टीजीडी व्यक्ति के मूल्यांकन में शामिल एचसीपी को मूल्यांकन किए जा रहे वयस्क के जीवन स्तर, इतिहास और वर्तमान

परिस्थितियों पर उचित विचार करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है।

### कथन 5.3.बी

**उन क्षेत्रों में जेंडर अफर्मिंग उपचार शुरू करने से पहले नैदानिक मानदंडों की पूर्ति सुनिश्चित करें जहां स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंचने के लिए निदान आवश्यक है।**

संक्रमण से संबंधित देखभाल तक पहुंचने के लिए कुछ क्षेत्रों में जेंडर वर्ग असंगतता का निदान आवश्यक हो सकता है। जब जीएएमएसटी तक पहुंचने के लिए निदान आवश्यक होता है, तो जीएएमएसटी के मूल्यांकन में निदान निर्धारित करना और असाइन करना शामिल होगा। इन उदाहरणों में, एचसीपी को नवीनतम अंतर्राष्ट्रीय रोगों और संबंधित स्वास्थ्य समस्याओं (आईसीडी) (डब्ल्यूएचओ, 2019 ए) का उपयोग करके क्षमता होनी चाहिए। उन क्षेत्रों में जहां स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंचने के लिए निदान आवश्यक है, किशोरावस्था या वयस्कता के एचए 60 जेंडर वर्ग असंगतता का निदान जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेप से पहले निर्धारित किया जाना चाहिए। एचए 6 जेंडर वर्ग असंगतता के निदान के लिए द्वितीयक जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेप, अनिर्दिष्ट को बहु-विषयक टीम द्वारा अधिक व्यापक मूल्यांकन के संदर्भ में माना जा सकता है।

इस बात के सबूत हैं कि "संक्रमण तत्परता" के लिए कठोर मूल्यांकन उपकरणों का उपयोग देखभाल तक पहुंच को कम कर सकता है और हमेशा टीजीडी व्यक्ति (मैककिन्नॉन एट अल। इसलिए, ऐसी स्थितियों में जहां देखभाल तक पहुंचने के लिए निदान का असाइनमेंट अनिवार्य है, टीजीडी व्यक्ति की जरूरतों को ध्यान में रखते हुए जीएएमएसटी का अनुरोध करने वाले एचसीपी और टीजीडी व्यक्ति के बीच विश्वास और पारदर्शिता के साथ प्रक्रिया से संपर्क किया जाना चाहिए। दरअसल, टीजीडी लोगों और उनके एचसीपी के बीच उच्च गुणवत्ता वाले संबंध कम भावनात्मक संकट और बेहतर परिणामों से जुड़े हैं (कट्टारी एट अल। क्योंकि कई टीजीडी लोगों को डर है कि एचसीपी गलती से मानसिक बीमारी (एलिस एट अल, 2015) के साथ ट्रांसजेंडर पहचान को जोड़ देगा, प्रदाता और टीजीडी व्यक्ति के बीच सर्वोत्तम संबंध को सुविधाजनक बनाने के लिए संवेदनशीलता के साथ एक नैदानिक मूल्यांकन किया जाना चाहिए।

### कथन 5.3.सी

**जेंडर अफर्मिंग उपचार की शुरुआत से पहले स्पष्ट जेंडर वर्ग असंगतता के अन्य संभावित कारणों को पहचानें और सामने**

### लायें।

दुर्लभ मामलों में, टीजीडी व्यक्तियों में एक ऐसी स्थिति हो सकती है जिसे जेंडर वर्ग असंगति के रूप में गलत माना जा सकता है या जेंडर वर्ग असंगति के उन्मूलन से अलग उपचार की मांग करने का एक और कारण हो सकता है। इन मामलों में, और जब जेंडर वर्ग असंगतता के निदान के बारे में अस्पष्टता होती है, तो अधिक विस्तृत और व्यापक मूल्यांकन महत्वपूर्ण होता है। उदाहरण के लिए, यह निर्धारित करने के लिए आगे के मूल्यांकन की आवश्यकता हो सकती है कि क्या जेंडर वर्ग असंगति एक तीव्र मनोवैज्ञानिक प्रकरण के बाहर बनी रहती है। यदि एक तीव्र मनोवैज्ञानिक प्रकरण के हल होने के बाद जेंडर वर्ग असंगति बनी रहती है, तो जीएएमएसटी को तब तक माना जा सकता है जब तक कि टीजीडी व्यक्ति के पास विशिष्ट उपचार के लिए सहमति देने और उससे गुजरने की क्षमता हो। यदि जेंडर वर्ग असंगति बनी नहीं रहती है और केवल ऐसे एपिसोड के दौरान होती है, तो उपचार पर विचार नहीं किया जाना चाहिए। यह महत्वपूर्ण है कि ऐसी परिस्थितियों को जीएएमएसटी की शुरुआत से पहले पहचाना और बाहर रखा जाए (बायन एट अल। हेमब्री एट अल, 2017)। यह समझना महत्वपूर्ण है, हालांकि, टीजीडी लोग जेंडर वर्ग असंगतता और मानसिक स्वास्थ्य स्थिति, ऑटिस्टिक स्पेक्ट्रम विकार, या अन्य न्यूरोडाइवर्सिटी (ग्लीडेन एट अल। दरअसल, कुछ मानसिक स्वास्थ्य स्थितियां, जैसे कि चिंता (बोमन एट अल, 2017), अवसाद (हेलेंस, एलौट एट अल। वितकॉम्ब एट अल, 2018), और आत्म-हानि (आर्कलस एट अल। क्लेज़ एट अल , 2015) टीजीडी लोगों में अधिक प्रचलित हैं जिन्होंने जीएएमएसटी तक नहीं पहुंचा है। हाल के अनुदैर्ध्य अध्ययनों से पता चलता है कि टीजीडी लोगों द्वारा अनुभव किए गए मानसिक स्वास्थ्य लक्षण जीएएमएसटी के बाद सुधार करते हैं (एल्ड्रिज एट अल। हेइलेंस, वेरोकेन एट अल।

व्हाइट ह्यूगटो और रीसनर, 2016)। टीजीडी लोगों से जीएएमएसटी को रोकने के लाभ का सुझाव देने के लिए कोई सबूत नहीं है, जिनके पास केवल इस आधार पर जेंडर वर्ग असंगतता है कि उनके पास मानसिक स्वास्थ्य या न्यूरोडेवलपमेंटल स्थिति है। अधिक जानकारी के लिए अध्याय 18 देखें- मानसिक स्वास्थ्य।

### कथन 5.3.डी

**सुनिश्चित करें कि किसी भी मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों को सुनिश्चित करें जो जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार के परिणाम**

**को नकारात्मक रूप से प्रभावित कर सकती हैं, उपचार के बारे में निर्णय लेने से पहले जोखिम और लाभों पर चर्चा की जाती है।**

उनके सिजेंडर समकक्षों की तरह, टीजीडी लोगों को मानसिक स्वास्थ्य समस्याएं हो सकती हैं। मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के लिए उपचार जीएएमएसटी के साथ मिलकर हो सकता है और होना चाहिए जब चिकित्सा संक्रमण की आवश्यकता होती है। यह महत्वपूर्ण है कि जेंडर अफर्मिंग देखभाल को तब तक बाधित नहीं किया जाता है जब तक कि, कुछ अत्यंत दुर्लभ मामलों में, मजबूत सबूत नहीं हैं कि ऐसा करना स्वयं या दूसरों को नुकसान पहुंचाने के जोखिम के साथ महत्वपूर्ण क्षतिपूर्ति को रोकने के लिए आवश्यक है। उन मामलों में, टीजीडी व्यक्ति के मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य के लिए जीएएमएसटी में देरी के जोखिमों पर विचार करना भी महत्वपूर्ण है (बायन एट अल।

सामान्य तौर पर, टीजीडी लोगों के सामाजिक और चिकित्सा संक्रमण दोनों मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं में कमी से जुड़े होते हैं (एल्ड्रिज एट अल। बोमन एट अल, 2017; डरवुड एट अल, 2017; ग्लिन एट अल, 2016; ह्यूगटो और रीसनर, 2016; विल्सन एट अल, 2015; विटकॉम्ब एट अल, 2018)। दुर्भाग्य से, सामाजिक समर्थन की हानि और शारीरिक और वित्तीय तनाव जो जीएएमएसटी की शुरुआत के साथ जुड़ा हो सकता है, पहले से मौजूद मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं को बढ़ा सकता है और इलाज करने वाले एचसीपी से अतिरिक्त सहायता की आवश्यकता हो सकती है (बज एट अल। यांग, वांग एट अल। मानसिक स्वास्थ्य लक्षणों का मूल्यांकन संक्रमण के परिणामों में सुधार कर सकता है, खासकर जब मूल्यांकन का उपयोग संक्रमण के दौरान मनोवैज्ञानिक और सामाजिक समर्थन तक पहुंच की सुविधा के लिए किया जाता है (बायन एट अल। दुर्लभ परिस्थितियों में संक्रमण की देरी पर विचार किया जा सकता है, उदाहरण के लिए, टीजीडी व्यक्ति संक्रमण की प्रक्रिया से जुड़ने में असमर्थ है या शल्य चिकित्सा के बाद देखभाल का प्रबंधन करने में असमर्थ होगा, यहां तक कि समर्थन के साथ भी। जहां अंतिम उपाय के रूप में जीएएमएसटी में देरी आवश्यक पाई गई है, एचसीपी को मानसिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए संसाधनों और समर्थन की पेशकश करनी चाहिए और जितनी जल्दी हो सके जीएएमएसटी प्रक्रिया के साथ फिर से जुड़ने की सुविधा प्रदान करनी चाहिए। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि टीजीडी लोगों के लिए चिकित्सा संक्रमण तक पहुंच सामाजिक संक्रमण की सुविधा प्रदान करती है और सार्वजनिक रूप से सुरक्षा में

सुधार करती है (रूड एट अल। बदले में, जिस डिग्री तक टीजीडी लोगों की उपस्थिति उनकी जेंडर आइडेंटिटी के अनुरूप होती है, वह चिकित्सा संक्रमण (ऑस्टिन एंड गुडमैन, 2017) के बाद जीवन की गुणवत्ता और मानसिक स्वास्थ्य परिणामों का सबसे अच्छा भविष्यवक्ता है। मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं की उपस्थिति के कारण जीएएमएसटी तक पहुंच में देरी से लक्षण बढ़ सकते हैं (ओवेन-स्मिथ एट अल। नतीजतन, यह केवल तभी किया जाना चाहिए जब अन्य सभी रास्ते समाप्त हो गए हों।

### कथन 5.3.ई

**सुनिश्चित करें कि किसी भी शारीरिक स्वास्थ्य स्थितियों को सुनिश्चित करें जो जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार के परिणाम को नकारात्मक रूप से प्रभावित कर सकती हैं, उपचार के बारे में निर्णय लेने से पहले जोखिम और लाभों पर चर्चा की जाती है।**

दुर्लभ मामलों में, जीएएमएसटी, जैसे हार्मोनल और सर्जिकल हस्तक्षेप, में आयट्रोजेनिक परिणाम हो सकते हैं या पहले से मौजूद शारीरिक स्वास्थ्य स्थितियों को बढ़ा सकते हैं (हेमब्री एट अल। इन उदाहरणों में, जब भी संभव हो, पहले से मौजूद शारीरिक स्वास्थ्य स्थितियों को प्रबंधित करने के लिए देखभाल की जानी चाहिए, जबकि (यदि उचित हो) या जेंडर अफर्मिंग उपचार जारी रखें। उपचार में कोई भी रुकावट यथासंभव संक्षिप्त होनी चाहिए और जितनी जल्दी हो सके उपचार फिर से शुरू किया जाना चाहिए। सीमित डेटा और असंगत निष्कर्ष टीजीडी वयस्कों में कार्डियोवैस्कुलर और चयापचय जोखिमों और हार्मोन थेरेपी के बीच एक संबंध का सुझाव देते हैं (गेटहुन, 2018; इवामोतो, डेफ्रेने एट अल। इवामोतो एट अल, 2021; स्पैनोस एट अल। दीर्घकालिक उपचार से संबंधित संभावित नुकसान और हार्मोन उपचार से पहले और दौरान लागू निवारक उपायों से अपेक्षित संभावित लाभों के कारण, उपचार शुरू करने से पहले शारीरिक स्वास्थ्य स्थितियों का सावधानीपूर्वक मूल्यांकन महत्वपूर्ण है। कुछ विशिष्ट स्थितियों, जैसे हार्मोन-संवेदनशील कैंसर का इतिहास, को आगे के मूल्यांकन और प्रबंधन की आवश्यकता हो सकती है जो हार्मोन उपचार को रोक सकती है (ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य के लिए उत्कृष्टता केंद्र, 2016; हेमब्री एट अल, 2017)।

इसी तरह की चिंताएं टीजीडी वयस्कों के लिए मौजूद हो सकती हैं जो सर्जिकल हस्तक्षेप तक पहुंचना चाहते हैं। प्रत्येक जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल हस्तक्षेप में विशिष्ट जोखिम और संभावित प्रतिकूल परिणाम होते हैं (ब्रायसन एंड होनिंग, 2019; नासिरी और अन्य, 2020; रेमिंगटन एट अल। हालांकि, विशिष्ट

शारीरिक स्थितियों की उपस्थिति से जुड़े हस्तक्षेप-विशिष्ट जोखिमों पर अच्छी तरह से शोध नहीं किया गया है। इस प्रकार, मूल्यांकन के दौरान टीजीडी लोगों द्वारा उठाए गए चिकित्सा चिंताओं के प्रकार आमतौर पर किसी भी अन्य सर्जिकल उम्मीदवार से अलग नहीं होते हैं।

टीजीडी लोगों द्वारा अनुभव की जाने वाली मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य असमानताओं (ब्राउन एंड जोन्स, 2016) और स्वास्थ्य देखभाल के लिए बाधाओं (सेफर एट अल, 2016) को ध्यान में रखते हुए, एचसीपी द्वारा शारीरिक स्थितियों का आकलन चिकित्सा हस्तक्षेप के इतिहास तक सीमित नहीं होना चाहिए। यदि टीजीडी व्यक्ति की शारीरिक स्वास्थ्य स्थितियां हैं, तो यह महत्वपूर्ण है कि जब भी संभव हो जीएएमएसटी शुरू करने या जारी रखते समय इन स्थितियों का प्रबंधन किया जाए। उपचार में किसी भी रुकावट को जल्द से जल्द उपचार को फिर से शुरू करने की दृष्टि से किया जाना चाहिए। यह भी महत्वपूर्ण है कि एचसीपी शारीरिक स्थितियों के प्रबंधन के लिए एक उपचार रणनीति विकसित करें जो स्वास्थ्य की सुविधा प्रदान करता है और उपचार योजना के लगातार पालन की सुविधा प्रदान करता है।

### कथन 5.3.एफ

#### **इस उपचार की शुरुआत से पहले विशिष्ट जेंडर अफर्मिंग उपचार के लिए सहमति देने की क्षमता का आकलन करें।**

उपचार के लिए सूचित सहमति का अभ्यास स्वास्थ्य देखभाल के प्रावधान के लिए प्रमुख है। सूचित सहमति नैतिक सिद्धांत में निहित है कि स्वास्थ्य देखभाल के प्राप्तकर्ताओं को उनके द्वारा प्राप्त स्वास्थ्य देखभाल और किसी भी संभावित संयोजन को समझना चाहिए जो परिणाम दे सकता है। सूचित सहमति का महत्व कई विधायी और नियामक प्रथाओं में अंतर्निहित है जो विश्वभर में एचसीपी का मार्गदर्शन करते हैं (जेफर्ड एंड मूर, 2008)। स्वास्थ्य देखभाल उपचार के सभी संभावित परिणामों को जानना संभव नहीं है; इसके बजाय, यह विचार करना कि क्या उम्मीद करना "उचित" होगा, अक्सर सहमति के लिए न्यूनतम मानदंड के रूप में उपयोग किया जाता है (जेफर्ड एंड मूर, 2008; जेफर्ड एंड मूर, 2008) स्पैट्रज एट अल, 2016) और जीएएमएसटी के साथ मामला बना हुआ है। स्वास्थ्य देखभाल प्रक्रिया या नैदानिक हस्तक्षेप के लिए सहमति देने में सक्षम होने के लिए कई जटिल संज्ञानात्मक प्रक्रियाओं की आवश्यकता होती है।

सहमति के लिए संज्ञानात्मक क्षमता की आवश्यकता होती है

कि वह निर्णय लेने के प्रयोजनों के लिए उस जानकारी को बनाए रखने की क्षमता (आवश्यक रूप से सहायता का उपयोग करके) और एक सूचित निर्णय लेने के लिए उस समझ का उपयोग करने की संज्ञानात्मक क्षमता के अलावा उपचार के जोखिमों और लाभों और संभावित नकारात्मक और सकारात्मक परिणामों को कम कर सके (अमेरिकन मेडिकल एसोसिएशन, 2021; एप्पलबाम, 2007)। यह महत्वपूर्ण है कि टीजीडी व्यक्ति और मूल्यांकन एचसीपी मांगे गए उपचार की प्रकृति और टीजीडी व्यक्ति के जीवन के जैविक, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक डोमेन पर संभावित सकारात्मक और नकारात्मक प्रभावों पर प्राथमिकता दें।

मानसिक बीमारी को पहचानना महत्वपूर्ण है, विशेष रूप से संज्ञानात्मक हानि या मनोविकृति के लक्षण, जीएएमएसटी के लिए सहमति देने की किसी व्यक्ति की क्षमता को प्रभावित कर सकते हैं (होस्टियुक एट अल। हालांकि, ऐसे लक्षणों की उपस्थिति आवश्यक रूप से असहमति देने में असमर्थता के बराबर नहीं है क्योंकि महत्वपूर्ण मानसिक स्वास्थ्य लक्षणों वाले कई लोग एक सूचित निर्णय लेने के लिए पर्याप्त उपचार के जोखिम और लाभों को समझने में सक्षम हैं (कारपेंटर एट अल। इसके बजाय, यह महत्वपूर्ण है कि एक सावधानीपूर्वक मूल्यांकन किया जाए जो प्रत्येक टीजीडी व्यक्ति की विशिष्ट जीएएमएसटी की प्रकृति को समझने की क्षमता की जांच करता है, जोखिम और लाभ सहित उपचार विकल्पों पर विचार करता है, निर्णय के संभावित अल्पकालिक और दीर्घकालिक परिणामों की सराहना करता है, और उपचार प्राप्त करने के लिए अपनी पसंद का संचार करता है (ग्रोटेंस-वीगर्स एट अल। 2017)।

ऐसे उदाहरण हो सकते हैं जिनमें किसी व्यक्ति में स्वास्थ्य देखभाल के लिए सहमति देने की क्षमता का अभाव होता है, जैसे कि मनोविकृति के तीव्र प्रकरण के दौरान या उन स्थितियों में जहां किसी व्यक्ति को दीर्घकालिक संज्ञानात्मक हानि होती है। हालांकि, उपचार के लिए सहमति देने की क्षमता की सीमा को व्यक्तियों को उचित जीएएमएसटी प्राप्त करने से नहीं रोकना चाहिए। कुछ लोगों के लिए, जोखिमों और लाभों को समझने के लिए समय के साथ शब्दजाल-मुक्त भाषा में बार-बार स्पष्टीकरण के उपयोग या स्पष्टीकरण और सहायता समझ की सुविधा के लिए आरेखों के उपयोग की आवश्यकता हो सकती है। बहु-विषयक स्वास्थ्य देखभाल टीम द्वारा किया गया एक व्यापक और गहन मूल्यांकन इस प्रक्रिया को और सूचित कर सकता है। दूसरों के लिए, एक वैकल्पिक निर्णय निर्माता, जैसे

कि कानूनी अभिभावक या नियामक-अनुमोदित, स्वतंत्र निर्णय निर्माता को नियुक्त करने की आवश्यकता हो सकती है। इन स्थितियों को मामला-दर-मामला आधार पर विचार करने की आवश्यकता है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि व्यक्ति को सबसे सकारात्मक और कम से कम प्रतिबंधात्मक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान की जाए। अध्याय 11- संस्थागत वातावरण भी देखें।

### कथन 5.3.जी

**प्रजनन पर जेंडर अफर्मिंग उपचार के प्रभाव को समझने के लिए जेंडर डाइवर्स और ट्रांसजेंडर वयस्क की क्षमता का आकलन करें और जेंडर अफर्मिंग उपचार की शुरुआत से पहले व्यक्ति के साथ प्रजनन विकल्पों का पता लगाएं।**

चूंकि जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा हस्तक्षेप अक्सर प्रजनन क्षमता को प्रभावित करते हैं, एचसीपी को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि एक टीजीडी व्यक्ति उपचार के प्रजनन के निहितार्थ से अवगत है और युग्मक भंडारण और सहायक प्रजनन विकल्पों से परिचित है। जेंडर अफर्मिंग हार्मोन उपचार को प्रजनन कार्यों और प्रजनन क्षमता को प्रभावित करने के लिए दिखाया गया है, हालांकि परिणाम सभी जन्म- के समय असाइन किए गए जेंडर वर्गों के लोगों के लिए विषम हैं (एडेले एट अल। जिंदारक और अन्य, 2018; तौब और अन्य, 2020)। टीजीडी वयस्कों पर इन प्रभावों में व्यक्तिगत अंतर और उतार-चढ़ाव हो सकते हैं। इसलिए यह आवश्यक है कि एचसीपी मूल्यांकन के दौरान और जीएएमएसटी के लिए सहमति देने की व्यक्ति की क्षमता के मूल्यांकन के हिस्से के रूप में उनकी प्रजनन क्षमता पर उपचार के संभावित प्रभाव के बारे में टीजीडी व्यक्ति को सूचित करें। जेंडर अफर्मिंग उपचार की शुरुआत से पहले प्रजनन विकल्पों पर विचार और चर्चा की जानी चाहिए। क्योंकि हार्मोन थेरेपी पर गर्भाधान की संभावना के बारे में साहित्य अस्पष्ट है, अवांछित गर्भावस्था से बचने के लिए गर्भनिरोधक का उपयोग करने की आवश्यकता और उपलब्ध गर्भनिरोधक के विभिन्न तरीकों के बारे में जानकारी प्रदान करने की आवश्यकता हो सकती है (लाइट एट अल। शूबर्ट एंड कैरी, 2020)।

विभिन्न आबादी से नैदानिक और गैर-नैदानिक नमूनों में क्रॉस-अनुभागीय अध्ययन लगातार रिपोर्ट करते हैं कि टीजीडी वयस्क माता-पिता की इच्छा व्यक्त करते हैं और अलग-अलग दरों के साथ प्रजनन संरक्षण को आगे बढ़ाने की इच्छा रखते हैं जो उम्र, जेंडर, और जेंडर अफर्मिंग हार्मोन उपचार की अवधि से संबंधित हैं (ऑएर एट अल। डी सटर एट अल, 2002; डेफ्रेने, वान

शुवलेनबर्ग एट अल। विर्कक्स, स्टुडवर एट अल। एक छोटे से नमूने में, प्रजनन जानकारी के प्रावधान को प्रजनन संरक्षण के उपयोग से संबंधित निर्णय लेने पर प्रभाव पाया गया (चेन एट अल। यद्यपि उन समूहों के बीच कोई तुलना नहीं की गई थी जिन्होंने प्रजनन परामर्श प्राप्त किया था और प्राप्त नहीं किया था, ट्रांसजेंडर व्यक्तियों के बीच व्यापक प्रजनन परामर्श के बाद उच्च प्रजनन संरक्षण दर हुई (आमिर एट अल। इसके अलावा, एक अध्ययन ने प्रजनन संरक्षण प्रक्रियाओं को आगे बढ़ाने के बारे में निर्णय से संबंधित एक विशेषज्ञ के साथ परामर्श का सुझाव दिया (व्यास एट अल। अधिक जानकारी के लिए अध्याय 16 देखें- प्रजनन स्वास्थ्य।

### कथन 5.4

**हम सुझाव देते हैं, जेंडर अफर्मिंग हार्मोनल या सर्जिकल उपचार के मूल्यांकन के हिस्से के रूप में, जिन पेशेवरों के पास ट्रांसजेंडर और जेंडर से संबंधित चिकित्सा उपचार की इच्छा रखने वाले जेंडर डाइवर्स लोगों के मूल्यांकन में दक्षताएं हैं, वे व्यक्ति के साथ मिलकर सामाजिक संक्रमण की भूमिका पर विचार करते हैं।**

सामाजिक रूपांतरण कई टीजीडी लोगों के लिए बेहद फायदेमंद हो सकता है, हालांकि सभी टीजीडी लोग सामाजिक रूप से बदलने में सक्षम नहीं हैं या सामाजिक रूप से बदलने की इच्छा रखते हैं (ब्रैनस्ट्रॉम एंड पचनकिस, 2021; कोहलर और अन्य, 2018; नीडर, इस्सेल एट अल। नतीजतन, कुछ टीजीडी लोग सामाजिक रूपांतरण के बाद जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेप की तलाश करते हैं, कुछ पहले, कुछ दौरान, और कुछ सामाजिक रूपांतरण की अनुपस्थिति में।

सामाजिक रूपांतरण और जेंडर आइडेंटिटी प्रकटीकरण जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेप की मांग करने वाले टीजीडी व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य में सुधार कर सकता है (ह्यूगटो एट अल। मैकडॉवेल एट अल। इसके अलावा, हार्मोन थेरेपी से पहले छाती और चेहरे की शल्य चिकित्सा सामाजिक रूपांतरण की सुविधा प्रदान कर सकती है (अल्टमैन, 2012; डेविस और कोल्टन मीयर, 2014; ओल्सन-कैनेडी, वारस एट अल। वैन बोएरम एट अल। मूल्यांकन प्रक्रिया के हिस्से के रूप में, एचसीपी को इस बात पर चर्चा करनी चाहिए कि टीजीडी व्यक्ति के लिए कौन सी सामाजिक भूमिका सबसे अधिक आरामदायक है, अगर सामाजिक रूपांतरण की योजना बनाई जाती है, और किसी भी नियोजित सामाजिक संक्रमण का समय (बार्कर एंड वाइली, 2008)। मूल्यांकन प्रक्रिया के दौरान यह अनिवार्य है, एचसीपी

नॉनबाइनरीके साथ-साथ द्विआधारी पहचान और प्रस्तुतियों सहित जेंडर सामाजिक भूमिकाओं की व्यापक विविधता का सम्मान करते हैं, जो सांस्कृतिक, स्थानीय समुदाय और व्यक्तिगत समझ के अनुसार भिन्न होते हैं।

जीएएमएसटी का अनुरोध करने वाला हर कोई सामाजिक रूपांतरण रूप से करना चाहता है या सक्षम नहीं होगा। टीजीडी लोगों के बारे में बहुत कम जाना जाता है जो चिकित्सा उपचार से पहले, दौरान या बाद में सामाजिक रूप से रूपांतरण नहीं करते हैं, क्योंकि इसका व्यवस्थित रूप से अध्ययन नहीं किया गया है। सामाजिक रूपांतरण से बचने के लिए पहचाने जाने वाले सबसे लगातार कारण परिवार या दोस्तों द्वारा छोड़ दिए जाने का डर है, आर्थिक नुकसान का डर (ब्रैडफोर्ड एट अल। मैकडॉवेल एट अल, 2019; व्हाइट ह्यूगटो एट अल। हालांकि, कुछ लोग सामाजिक रूपांतरण का पीछा नहीं करते हैं क्योंकि उन्हें लगता है कि हार्मोनल या सर्जिकल उपचार जेंडर डिस्फोरिया को कम करने के लिए पर्याप्त व्यक्तिपरक सुधार प्रदान करते हैं।

यदि सामाजिक रूपांतरण के लिए कोई स्पष्ट योजना नहीं है या यदि सामाजिक रूपांतरण अवांछित है, तो उपचार अनुरोध की विशिष्ट प्रकृति और सलाह निर्धारित करने के लिए अतिरिक्त मूल्यांकन महत्वपूर्ण है, खासकर यदि शल्य चिकित्सा उपचार का अनुरोध किया जाता है। अतिरिक्त मूल्यांकन टीजीडी व्यक्ति को जीएएमएसटी प्राप्त करते समय सामाजिक रूप से रूपांतरण नहीं होने के संभावित प्रभावों पर विचार करने का अवसर प्रदान कर सकता है। स्वास्थ्य पर डेटा की कमी को देखते हुए- टीजीडी लोगों के लिए आता है जो सामाजिक रूप से रूपांतरण नहीं करते हैं (इवांस एट अल। लेविन, 2009; टर्बन, लू एट अल, 2021), ऐसी परिस्थितियों में जीएएमएसटी से सावधानीपूर्वक संपर्क किया जाना चाहिए।

#### कथन 5.5

हम ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स वयस्कों की सिफारिश करते हैं जो जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार के मानदंडों को पूरा करते हैं, उन्हें एक पेशेवर से इस उपचार की शुरुआत के लिए एक राय की आवश्यकता होती है, जिसके पास जेंडर से संबंधित चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार की इच्छा रखने वाले ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों के मूल्यांकन में दक्षताएं हैं।

एसओसी दिशानिर्देशों के पिछले संस्करणों में टीजीडी व्यक्तियों को दो योग्य एचसीपी द्वारा जीएएमएसटी के लिए मूल्यांकन करने की आवश्यकता है। यह माना जाता था कि दो

स्वतंत्र राय होना सबसे अच्छा अभ्यास था क्योंकि यह टीजीडी लोगों और एचसीपी दोनों के लिए सुरक्षा सुनिश्चित करता था। उदाहरण के लिए, यह माना गया था कि दो एचसीपी को देखने से टीजीडी लोगों और अपरिवर्तनीय चिकित्सा हस्तक्षेपों का पीछा करते समय एचसीपी का आकलन करने वाले दोनों के लिए आश्वासन की पेशकश की गई थी।

हालांकि, क्षेत्र में सीमित शोध इंगित करता है कि दो राय काफी हद तक अनावश्यक हैं। उदाहरण के लिए, जोन्स, ब्रूइन एट अल (2017) ने राज्य-वित्त पोषित जेंडर सेवा के भीतर काम करने वाले अनुभवी एचसीपी के केस नोट्स की समीक्षा की और पाया कि दोनों राय के बीच एक भारी सहसंबंध था- यकीनन उनमें से एक को निरर्थक बना दिया। इसके अलावा, बोमन एट अल (2014) ने दो स्वतंत्र मूल्यांकनकर्ताओं की आवश्यकता निर्धारित की जो स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में पैतृकता को दर्शाते हैं और टीजीडी व्यक्तियों की स्वायत्तता के संभावित उल्लंघन को उठाते हैं। लेखकों ने कहा कि जब ग्राहकों को एक बहु-विषयक टीम की देखभाल के तहत पर्याप्त रूप से तैयार और मूल्यांकन किया जाता है, तो दूसरा स्वतंत्र मूल्यांकन अनावश्यक है।

नतीजतन, यदि जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार (जीएएमएसटी) की सिफारिश करने के लिए लिखित दस्तावेज या एक पत्र की आवश्यकता होती है, तो टीजीडी लोगों को हार्मोन, और जननांग, छाती, चेहरे और अन्य जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा सहित उपचार की मांग करने वाले एचसीपी से एकल लिखित राय / हस्ताक्षर की आवश्यकता होती है जो स्वतंत्र रूप से आकलन और निदान करने में सक्षम है (बोमन एट अल। युआन एट अल, 2021)। जहां एक विशिष्ट नैदानिक आवश्यकता है, वहां आगे लिखित राय / हस्ताक्षर का अनुरोध किया जा सकता है।

#### कथन 5.6

हम सुझाव देते हैं कि गोनैडेक्टॉमी की मांग करने वाले ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स लोगों का आकलन करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर टीजीडी व्यक्ति के जेंडर लक्ष्यों के लिए उपयुक्त कम से कम 6 महीने की हार्मोन थेरेपी पर विचार करते हैं, इससे पहले कि टीजीडी व्यक्ति अपरिवर्तनीय शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप से गुजरे (जब तक कि हार्मोन व्यक्ति के लिए चिकित्सकीय रूप से संकेत नहीं दिया जाता है)।

एंडोक्राइन सोसाइटी क्लिनिकल प्रैक्टिस दिशानिर्देश जननांग

शल्य चिकित्सा से पहले लगातार हार्मोन उपचार की अवधि की सलाह देते हैं (हेमब्री एट अल। जबकि सीमित सहायक अनुसंधान था, इस सिफारिश को अच्छा नैदानिक अभ्यास माना जाता था क्योंकि यह शल्य चिकित्सा के अपरिवर्तनीय अनुभव से पहले अधिक प्रतिवर्ती अनुभव की अनुमति देता है। उदाहरण के लिए, जननांग शल्य चिकित्सा के बाद यौन इच्छा में परिवर्तन हो सकता है जो अंडकोष को हटा देता है (लॉरेस, 2005; लॉरेस, 2005) विर्कक्स, वान डी पीयर एट अल। इस संदर्भ में, रिवर्सिबल टेस्टोस्टेरोन दमन एक टीजीडी व्यक्ति को टेस्टोस्टेरोन की अनुपस्थिति का अनुभव करने और यह तय करने के लिए समय की अवधि प्रदान कर सकता है कि क्या यह उनके लिए सही लगता है। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि ओफोरेक्टोमी के बाद टीजीडी व्यक्ति की यौन इच्छा और कामकाज पर कम एस्ट्रोजन के प्रभाव कम अच्छी तरह से प्रलेखित हैं।

शल्य चिकित्सा जो गोनाड को हटाती है, एक अपरिवर्तनीय प्रक्रिया है जो प्रजनन क्षमता के नुकसान और अंतर्जात सेक्स स्टेरॉयड के प्रभावों के नुकसान की ओर ले जाती है। मूल्यांकन प्रक्रिया के एक घटक के रूप में दोनों प्रभावों पर चर्चा की जानी चाहिए। अतिरिक्त जानकारी के लिए अध्याय 16 देखें- प्रजनन स्वास्थ्य। बेशक, टीजीडी वयस्कों के लिए हार्मोन चिकित्सकीय रूप से इंगित नहीं किए जाते हैं जो उन्हें नहीं चाहते हैं या उन मामलों में जहां स्वास्थ्य कारणों से उनका उल्लंघन किया जाता है। अधिक जानकारी के लिए अध्याय 13 देखें- शल्य चिकित्सा और पोस्टऑपरेटिव केयर।

#### कथन 5.7

**हम उन वयस्कों का आकलन करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो जेंडर वर्ग से संबंधित हार्मोन हस्तक्षेप, सर्जिकल हस्तक्षेप, या दोनों को डीट्रांजिशन और तलाशना चाहते हैं, एक व्यापक बहु-विषयक मूल्यांकन का उपयोग करते हैं जिसमें ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य में अनुभवी स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों से अतिरिक्त दृष्टिकोण शामिल होंगे और जो व्यक्ति के साथ, मूल्यांकन प्रक्रिया के हिस्से के रूप में सामाजिक परिवर्तन की भूमिका पर विचार करता है।**

कई टीजीडी वयस्क अपनी जेंडर रूप पहचान की खोज करते समय जेंडर प्रस्तुति के कई पहचान और तत्वों पर विचार कर सकते हैं और संक्रमण विकल्पों पर विचार कर रहे हैं। तदनुसार, लोग जेंडर वर्ग पहचान या प्रस्तुति में कुछ समय बिता सकते हैं, इससे पहले कि उन्हें पता चले कि यह सहज महसूस नहीं करता

है और बाद में इसे अनुकूलित करता है या पहले की पहचान या प्रस्तुति (टर्बन, किंग एट अल। कुछ टीजीडी वयस्कों को समय के साथ जेंडर रूप पहचान में बदलाव का भी अनुभव हो सकता है ताकि चिकित्सा उपचार के लिए उनकी आवश्यकताएं विकसित हों। यह जीवन जीने के सबसे आरामदायक और संगत तरीके को रोकने के लिए एक स्वस्थ और उचित प्रक्रिया है, जिसे व्यक्ति की सामान्य पहचान और उनके जीवन के संदर्भ द्वारा सूचित किया जाता है। पहचान की खोज की इस प्रक्रिया को अफसोस, भ्रम या खराब निर्णय लेने के साथ समान नहीं किया जाना चाहिए क्योंकि टीजीडी वयस्क की जेंडर रूप पहचान पिछले निर्णयों का अवमूल्यन किए बिना बदल सकती है (मैककिन्नॉन एट अल। टर्बन, लू एट अल। टीजीडी वयस्कों को इस अन्वेषण और उनकी पहचान में किसी भी अन्य परिवर्तन में सहायता की जानी चाहिए (एक्सपोसिटो-कैम्पोस, 2021)। जबकि अन्वेषण जारी है, जेंडर अफर्मिंग उपचार जो अपरिवर्तनीय हैं, से बचा जाना चाहिए जब तक कि दीर्घकालिक लक्ष्यों और परिणामों के बारे में स्पष्टता प्राप्त नहीं हो जाती है। रूपांतरण को हटाने का निर्णय दुर्लभ प्रतीत होता है (डेफ्रेन, मोटमैन्स एट अल। हडजे-मूसा एट अल, 2019; वीपजेस एट अल, 2018)। पहचान में बदलाव के कारण परिवर्तन कम करने वाले लोगों की संख्या का अनुमान विभिन्न समूहों (एक्सपोसिटो-कैम्पोस, 2021) के अनुसंधान मिश्रण के कारण अधिक बढ़ने की संभावना है। उदाहरण के लिए, डीट्रांजिशन रिसर्च समूहों में अक्सर टीजीडी वयस्क शामिल होते हैं, जिन्होंने अपनी पहचान में बदलाव के साथ-साथ टीजीडी वयस्कों के कारण डीट्रांजिशन करना चुना, जिन्होंने पहचान में बदलाव के बिना डीट्रांजिशन करना चुना। हालांकि उन चरों की व्यवस्थित रूप से जांच करने के लिए बहुत कम शोध किया गया है जो एक परिवर्तन प्रक्रिया को रोकने या परिवर्तन को रोकने के टीजीडी वयस्क के फैसले से संबंधित हैं, हाल के एक अध्ययन में पाया गया कि टीजीडी लोगों के विशाल बहुमत ने बाहरी कारकों के कारण ऐसा किया, जैसे कि स्टिग्मा और सामाजिक समर्थन की कमी और जेंडर रूप पहचान में बदलाव के कारण नहीं (टर्बन, किंग एट अल, 2021)। टीजीडी वयस्क जिन्होंने पहचान में बदलाव का अनुभव नहीं किया है, वे उत्पीड़न, हिंसा और सामाजिक / संबंधपरक संघर्ष, शल्य चिकित्सा जटिलताओं, स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं, शारीरिक मतभेदों, संसाधनों की कमी, या परिणामों के साथ असंतोष के कारण परिवर्तन को रोकने या परिवर्तन को रोकने का विकल्प चुन



सकते हैं (एक्सपोसिटो-कैम्पोस, 2021)। ऐसे मामलों में, एमएचपी इन चुनौतियों के साथ टीजीडी व्यक्ति की सहायता के लिए अच्छी तरह से तैनात हैं।

जबकि डिट्रांजिशन का विकल्प अनुपात-सहयोगी दुर्लभ है, यह उम्मीद की जाती है कि टीजीडी के रूप में पहचान करने वाले वयस्कों की संख्या में समग्र वृद्धि के परिणामस्वरूप संक्रमण को रोकने या उलटने की मांग करने वाले लोगों की पूर्ण संख्या में वृद्धि होगी। हालांकि, जबकि पूर्ण संख्या बढ़ सकती है, स्थायी भौतिक परिवर्तनों को रोकने या उलटने की मांग करने वाले लोगों का प्रतिशत स्थिर और कम रहना चाहिए। इन दुर्लभ अनुरोधों के अस्तित्व का उपयोग टीजीडी वयस्कों के विशाल बहुमत के लिए हार्मोन और सर्जिकल उपचार सहित महत्वपूर्ण, चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल को बाधित करने के औचित्य के रूप में नहीं किया जाना चाहिए।

इस क्षेत्र में सीमित शोध के कारण, नैदानिक मार्गदर्शन मुख्य रूप से व्यक्तिगत मामले के अध्ययन और टीजीडी वयस्कों के साथ काम करने वाले एचसीपी की विशेषज्ञ राय पर आधारित है (एक्सपोसिटो-कैम्पोस, 2021; रिचर्ड्स एंड बैरेट, 2020)। तदनुसार, यदि एक टीजीडी वयस्क स्थायी शारीरिक परिवर्तनों से गुजरा है और उन्हें पूर्ववत करना चाहता है, तो मूल्यांकन एचसीपी को एक व्यापक बहु-विषयक मूल्यांकन टीम का सदस्य होना चाहिए। एक बहु-विषयक टीम ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य में अनुभवी एचसीपी से अतिरिक्त दृष्टिकोण के योगदान की अनुमति देती है। टीजीडी वयस्क के सहयोग से, बहु-विषयक टीम को मूल उपचार के लिए प्रेरणाओं को पूरी तरह से समझने और डिट्रांजिशन के निर्णय के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। पिछले भौतिक परिवर्तनों के साथ किसी भी चिंता का सावधानीपूर्वक पता लगाया जाना चाहिए और यह सुनिश्चित करने के लिए एक महत्वपूर्ण प्रयास किया जाना चाहिए कि इसी तरह की चिंताओं विपरीत प्रक्रिया द्वारा दोहराया नहीं जाता है। स्थायी शारीरिक परिवर्तनों के विपरीत होने के साथ संतुष्टि और आराम की सबसे बड़ी संभावना सुनिश्चित करने के लिए, टीजीडी वयस्क और बहु-विषयक टीम को मूल्यांकन में और विपरीत होने के लिए तैयारी में सामाजिक परिवर्तन की भूमिका का पता लगाना चाहिए। ऐसे उदाहरणों में, यह अत्यधिक संभावना है कि आगे के शारीरिक परिवर्तनों की सिफारिश करने से पहले भूमिका में रहने की एक लंबी अवधि आवश्यक होगी। एचसीपी को किसी भी सामाजिक परिवर्तन के साथ-साथ इस तरह के बदलाव का निर्णय लेने में विफलता, शर्म, अवसाद या

अपराध की किसी भी भावना के माध्यम से टीजीडी वयस्क का समर्थन करना चाहिए। इसके अलावा, लोगों को किसी भी पूर्वाग्रह या सामाजिक कठिनाइयों का सामना करने में समर्थन दिया जाना चाहिए जो उन्होंने अनुभव किया हो सकता है जो परिवर्तन को कम करने का निर्णय ले सकता है या जो इस तरह के निर्णय के परिणामस्वरूप हो सकता है। पूरी प्रक्रिया के दौरान व्यक्ति को स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े रहने में मदद करना भी महत्वपूर्ण है (नारायण एट अल।)

जबकि उपलब्ध शोध टीजीडी वयस्कों के बहुमत के लिए लगातार सकारात्मक परिणाम दिखाता है जो परिवर्तन का विकल्प चुनते हैं (एल्ड्रिज एट अल। बायने एट अल, 2012; गोरिन-लाजार्ड एट अल, 2012; ओवेन-स्मिथ एट अल, 2018; व्हाइट ह्यूगटो एंड रीसनर, 2016), कुछ टीजीडी वयस्क एक खराब स्थिति के परिवर्तन को कम कर सकते हैं या अनुभव कर सकते हैं। रूपांतरण के बाद खराब या खराब जैविक, मनोवैज्ञानिक या सामाजिक स्थितियों के साथ सहसंबंधित चर की व्यवस्थित रूप से जांच करने के लिए थोड़ा शोध किया गया है (हॉल एट अल। लिटमैन, 2021); हालांकि, यह घटना दुर्लभ प्रतीत होती है (हॉल एट अल। वीपजेस एट अल, 2018)। ऐसे मामलों में जहां लोग शारीरिक या सामाजिक परिवर्तन के बाद क्षतिपूर्ति करते हैं और फिर परिवर्तन से पहले की तुलना में खराब जैविक, मनोवैज्ञानिक या सामाजिक स्थिति में रहते हैं, इस पर गंभीरता से विचार किया जाना चाहिए कि क्या परिवर्तन इस समय सहायक है, इस व्यक्ति के लिए, या दोनों। ऐसे मामलों में जहां उपचार अब समर्थित नहीं है, उपचार को रोकने की प्रक्रिया का प्रबंधन करने और किसी भी सहवर्ती कठिनाइयों का प्रबंधन करने के लिए व्यक्ति का समर्थन करने के लिए सहायता की व्यवस्था की जानी चाहिए (नारायण एट अल., 2021। )

यह महत्वपूर्ण है कि जो लोग किसी भी कारण से डिट्रांजिशन / निरोध करते हैं, उनका समर्थन किया जाए। यह याद रखा जाना चाहिए; हालांकि, यह एक दुर्लभ घटना है और साहित्य से पता चलता है कि टीजीडी वयस्कों के विशाल बहुमत के लिए लगातार सकारात्मक परिणाम आते हैं जो एक ऐसे जेंडर वर्ग में परिवर्तन करते हैं जो उनके लिए आरामदायक है, जिनमें वे भी शामिल हैं जो जीएएमएसटी प्राप्त करते हैं (बायने एट अल। ग्रीन एंड फ्लेमिंग, 1990; लॉरेस, 2003; मोटमैन्स एट अल, 2012; वैन डी ग्रिफ्ट, एलौट एट अल., 2018) ।

## अध्याय 6 किशोर

देखभाल के पिछले मानकों के बाद से पुराना रिकॉर्ड का संदर्भ और परिवर्तन ट्रांसजेंडर किशोरों के लिए विशेष स्वास्थ्य देखभाल 1980 के दशक में शुरू हुई जब विश्व भर में युवाओं के लिए कुछ विशेष जेंडर क्लिनिक विकसित किए गए जो अपेक्षाकृत कम संख्या में बच्चों और किशोरों की सेवा करते थे। हाल के वर्षों में, जेंडर देखभाल का अनुरोध करने वाले किशोरों की संख्या में तेज वृद्धि हुई है (अर्नोल्डसेन एट अल।) कल्टियाला, बर्गमैन एट अल। तब से, नए क्लिनिक स्थापित किए गए हैं, लेकिन कई स्थानों पर नैदानिक सेवाओं ने देखभाल की मांग करने वाले युवाओं की बढ़ती संख्या के साथ तालमेल नहीं रखा है। इसलिए, सेवाओं के लिए अक्सर लंबी प्रतीक्षा सूची होती है, और दुनिया भर के कई ट्रांसजेंडर युवाओं के लिए देखभाल के लिए बाधाएं मौजूद हैं (टोलिट एट अल।)

कुछ समय पहले तक, किशोरों के बीच जेंडर डाइवर्सता की व्यापकता के बारे में सीमित जानकारी थी। हाई स्कूल के नमूनों के अध्ययन से पहले की तुलना में बहुत अधिक दर का संकेत मिलता है, जिसमें 1.2% प्रतिभागियों की ट्रांसजेंडर (क्लार्क एट अल, 2014) के रूप में पहचान की गई है और 2.7% या उससे अधिक (जैसे, 7-9%) तक स्व-रिपोर्ट की गई जेंडर डाइवर्सता के कुछ स्तर का अनुभव कर रहे हैं (ईसेनबर्ग एट अल। किड एट अल, 2021; वांग एट अल, 2020)। इन अध्ययनों से पता चलता है कि युवाओं में जेंडर रूप से विविधता को अब दुर्लभ के रूप में नहीं देखा जाना चाहिए। इसके अतिरिक्त, जेंडर वर्ग प्रारूपण क्लिनिकों में असाइन किए गए सेक्स द्वारा असमान अनुपात का एक पैटर्न रिपोर्ट किया गया है, जिसमें किशोरों को जन्म के समय महिला (एएफएबी) सौंपा गया है, जो उन किशोरों की तुलना में 2.5-7.1 गुना अधिक बार देखभाल शुरू करते हैं जिन्हें जन्म के समय पुरुष (एएमएबी) सौंपा जाता है (एटकेन एट अल। अर्नोल्डसेन एट अल, 2019; बाउर एट अल, 2021; डी ग्रेफ, कारमाइकल एट अल., 2018; कल्टियाला और अन्य, 2015; कल्टियाला, बर्गमैन एट अल।)

विशिष्ट वर्ल्ड प्रोफेशनल एसोसिएशन फॉर ट्रांसजेंडर हेल्थ (डब्ल्यूपीएटीएच) बच्चों और किशोरों की जरूरतों के लिए समर्पित देखभाल अनुभाग के मानकों को पहली बार 1998 के डब्ल्यूपीएटीएच मानकों की देखभाल, 5वें संस्करण (लेविन एट अल., 1998) में शामिल किया गया था। 16 वर्ष या उससे अधिक उम्र के युवाओं को जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा देखभाल के लिए केवल चुनिंदा मामलों में संभावित रूप से योग्य माना जाता था,

लेकिन बाद के 6 वें (मेयर एट अल, 2005) और 7 वें (कोलमैन एट अल, 2012) संस्करणों ने किशोरों के लिए चिकित्सा-पुष्टि उपचार को तीन श्रेणियों में विभाजित किया और आयु / यौवन चरण के बारे में पात्रता मानदंड प्रस्तुत किए -अर्थात् पूरी तरह से प्रतिवर्ती प्यूबर्टी ब्लॉकर्स जैसे ही यौवन शुरू हुआ; वयस्कता की उम्र में किशोरों के लिए आंशिक रूप से प्रतिवर्ती हार्मोन थेरेपी (टेस्टोस्टेरोन, एस्ट्रोजेन), जो कुछ यूरोपीय देशों में 16 वर्ष की आयु थी; और 18 वर्ष या उससे अधिक उम्र में अपरिवर्तनीय शल्य चिकित्सा, मास्टेक्टॉमी, जिसकी आयु न्यूनतम 16 वर्ष थी।

जेंडर से संबंधित चिकित्सा देखभाल के लिए अतिरिक्त पात्रता मानदंडों में जेंडर " नॉन-कॉर्मिंग" / डिस्फोरिया का लगातार, (बचपन का) रिकॉर्ड शामिल था, जो युवावस्था की शुरुआत में उभर रहा था या तेज हो रहा था; मनोवैज्ञानिक, चिकित्सा, या सामाजिक समस्याओं की अनुपस्थिति या प्रबंधन जो उपचार में हस्तक्षेप करते हैं; माता-पिता / देखभाल करने वालों द्वारा हस्तक्षेप शुरू करने के लिए समर्थन का प्रावधान; और सूचित सहमति का प्रावधान है। ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स (टीजीडी) किशोरों को समर्पित एक अध्याय, जो बाल अध्याय से अलग है, देखभाल के मानकों के इस 8 वें संस्करण के लिए बनाया गया है

- 1) किशोर रेफरल दरों में घातीय वृद्धि;
  - 2) किशोर जेंडर वर्ग विविधता से संबंधित देखभाल के लिए विशिष्ट अध्ययनों की बढ़ती संख्या; और 3) इस आयु वर्ग के अद्वितीय विकास और जेंडर अफर्मिंग देखभाल मुद्दे।
- जेंडर वर्ग से संबंधित देखभाल के लिए गैर-विशिष्ट शर्तों से बचा जाता है (उदाहरण के लिए, जेंडर अफर्मिंग मॉडल, जेंडर वर्ग खोजपूर्ण मॉडल) क्योंकि ये शब्द एकीकृत प्रथाओं का प्रतिनिधित्व नहीं करते हैं, बल्कि इसके बजाय हेटरोजेनस देखभाल प्रथाओं को विभिन्न प्रसंगों में अलग-अलग परिभाषित किया जाता है।

### किशोरावस्था का अवलोकन

किशोरावस्था एक विकासात्मक अवधि है जो अपेक्षाकृत तेजी से शारीरिक और मनोवैज्ञानिक परिपक्वता, बचपन और वयस्कता को पाटने की विशेषता है (सेंडर्स, 2013)। कई विकासात्मक प्रक्रियाएं एक साथ होती हैं, जिनमें प्यूबर्टल-सिग्नल वाले परिवर्तन शामिल हैं। संज्ञानात्मक, भावनात्मक और सामाजिक प्रणालियां परिपक्व होती हैं, और यौवन प्रगति से जुड़े शारीरिक परिवर्तन। ये प्रक्रिया किसी दिए गए व्यक्ति के

लिए एक ही समय में शुरू और समाप्त नहीं होते हैं, न ही वे सभी व्यक्तियों के लिए एक ही उम्र में होते हैं। इसलिए, किशोरावस्था की निचली और ऊपरी सीमाएं गलत हैं और विशेष रूप से उम्र से परिभाषित नहीं की जा सकती हैं। उदाहरण के लिए, शारीरिक यौवन परिवर्तन बचपन के अंत में शुरू हो सकते हैं और कार्यकारी नियंत्रण तंत्रिका तंत्र 20 के दशक के मध्य में अच्छी तरह से विकसित होते रहते हैं (फर्ग्यूसन एट अल। देशों और सरकारों के बहुमत की उम्र को परिभाषित करने में एकरूपता की कमी है (यानी, कानूनी निर्णय लेने की स्थिति; डिक एट अल, 2014)। जबकि कई लोग 18 वर्ष की आयु के रूप में वयस्कता की आयु निर्दिष्ट करते हैं, कुछ देशों में यह 15 वर्ष (जैसे, इंडोनेशिया और म्यांमार) जितना युवा है, और दूसरों में 21 वर्ष (जैसे, अमेरिकी राज्य मिसिसिपी और सिंगापुर) जितना अधिक है।

**स्पष्टता के लिए, यह अध्याय युवावस्था की शुरुआत से वयस्कता की कानूनी आयु (ज्यादातर मामलों में 18 वर्ष) तक किशोरों पर लागू होता है, हालांकि इस अध्याय के विकासात्मक तत्व हैं, जिनमें माता-पिता / देखभाल करने वाले की भागीदारी का महत्व शामिल है, जो अक्सर परिवर्तनशील आयु वर्ग के युवा वयस्कों की देखभाल के लिए प्रासंगिक होते हैं और उन्हें उचित रूप से माना जाना चाहिए।**

किशोरावस्था में संज्ञानात्मक विकास अक्सर अमूर्त सोच, जटिल तर्क और मेटाकॉग्निशन (यानी, एक युवा व्यक्ति की अपनी भावनाओं के बारे में सोचने की क्षमता) में लाभ की विशेषता होती है कि दूसरे उन्हें कैसे समझते हैं; सैंडर्स, 2013)। काल्पनिक स्थितियों का कारण बनने की क्षमता एक युवा व्यक्ति को किसी विशेष निर्णय के बारे में निहितार्थ की अवधारणा करने में सक्षम बनाती है। हालांकि, किशोरावस्था भी अक्सर जोखिम लेने वाले व्यवहार में वृद्धि के साथ जुड़ी होती है। इन उल्लेखनीय परिवर्तनों के साथ, किशोरावस्था को अक्सर माता-पिता से विभाजन और बड़ी हुई व्यक्तिगत स्वायत्तता के विकास की विशेषता होती है। अक्सर सहकर्मी संबंधों पर एक अच्छा ध्यान केंद्रित किया जाता है, जो सकारात्मक और हानिकारक दोनों हो सकता है (गार्डनर एंड स्टीनबर्ग, 2005)। किशोरों को अक्सर तात्कालिकता की भावना का अनुभव होता है जो परिणाम के प्रति अतिसंवेदनशीलता से उपजा है, और उनके समय की भावना को पुराने व्यक्तियों (वान लीजेनहॉस्ट एट अल, 2010) से अलग दिखाया गया है। सामाजिक-भावनात्मक विकास आम तौर पर किशोरावस्था के दौरान आगे

बढ़ता है, हालांकि अंतर-और अंतर-व्यक्तिगत संचार और अंतर्दृष्टि (ग्रोटेंस-वीगर्स एट अल। टीजीडी किशोरों के लिए जेंडर अफर्मिंग उपचार के बारे में निर्णय लेने के लिए - निर्णय जिनके आजीवन परिणाम हो सकते हैं - यह समझना महत्वपूर्ण है कि विकास के ये सभी पहलू अपने विशिष्ट सांस्कृतिक संदर्भ के भीतर किसी दिए गए युवा व्यक्ति के लिए निर्णय लेने को कैसे प्रभावित कर सकते हैं।

### **किशोरावस्था में जेंडर वर्ग पहचान की उत्पत्ति**

किशोरावस्था में जेंडर रूप पहचान विकास की हमारी समझ लगातार विकसित हो रही है। जेंडर डाइवर्स युवा लोगों और उनके परिवारों को नैदानिक देखभाल प्रदान करते समय, यह जानना महत्वपूर्ण है कि विकास के दौरान जेंडर वर्ग पहचान के बारे में क्या जाना जाता है और क्या नहीं है (बेरेनबाम, 2018)। उपचार पर विचार करते समय, परिवारों के पास अपने किशोरों की जेंडर रूप पहचान के विकास के बारे में प्रश्न हो सकते हैं, और क्या उनके किशोर का घोषित जेंडर वर्ग समय के साथ समान रहेगा या नहीं। कुछ किशोरों के लिए, घोषित जेंडर वर्ग पहचान जो जन्म के समय दिए गए जेंडर वर्ग से भिन्न होती है, उनके माता-पिता / अभिभावकों के लिए कोई आश्चर्य की बात नहीं है क्योंकि उनकी विविध अभिव्यक्ति का इतिहास बचपन से है (लीबोविट्ज़ एंड डी ग्रीस, 2016)। दूसरों के लिए, घोषणा तब तक नहीं होती है जब तक कि प्यूबर्टल परिवर्तनों का उद्भव या किशोरावस्था में भी अच्छी तरह से नहीं होता है (मैककैलियन एट अल। सोरबारा एट अल।

ऐतिहासिक रूप से, जेंडर विकास पर सामाजिक शिक्षा और संज्ञानात्मक विकास अनुसंधान मुख्य रूप से उन युवाओं के साथ आयोजित किया गया था जो पहचान या अभिव्यक्ति में जेंडर डाइवर्स नहीं थे और इस धारणा के तहत किए गए थे कि सेक्स एक विशिष्ट जेंडर वर्ग के साथ सहसंबद्ध है; इसलिए, जेंडर वर्ग की पहचान विकास पर बहुत कम ध्यान दिया गया था। जेंडर विकास को प्रभावित करने वाले जैविक कारकों के अलावा, इस शोध ने दिखाया कि मनोवैज्ञानिक और सामाजिक कारक भी एक भूमिका निभाते हैं (पेरी एंड पाउलेटी, 2011)। जबकि टीजीडी युवाओं में जेंडर रूप पहचान के विकास पर कम ध्यान दिया गया है, यह मानने के लिए पर्याप्त कारण हैं, जैविक कारकों के अलावा, मनोसामाजिक कारक भी शामिल हैं (स्टेन्स्मा, क्रेकेल्स एट अल। कुछ युवाओं के लिए, जेंडर रूप पहचान विकास निश्चित दिखाई देता है और अक्सर कम उम्र से व्यक्त किया जाता है, जबकि दूसरों के लिए एक विकास

प्रक्रिया हो सकती है जो समय के साथ जेंडर रूप पहचान विकास में योगदान देती है।

इंटरसेक्स व्यक्तियों में न्यूरोइमेजिंग अध्ययन, आनुवंशिक अध्ययन और अन्य हार्मोन अध्ययन कुछ व्यक्तियों के लिए जेंडर रूप पहचान के विकास में जैविक योगदान प्रदर्शित करते हैं जिनकी जेंडर रूप पहचान जन्म के समय उनके असाइन किए गए जेंडर से मेल नहीं खाती है (स्टेन्समा, क्रेकेल्स एट अल। जैसा कि परिवारों के पास अक्सर इस मुद्दे के बारे में प्रश्न होते हैं, यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि उन लोगों के बीच अंतर करना संभव नहीं है जिनके लिए जेंडर रूप पहचान जन्म से तय हो सकती है और जिनके लिए जेंडर रूप पहचान विकास एक विकास प्रक्रिया प्रतीत होती है। चूंकि किसी भी युवा व्यक्ति के लिए जेंडर रूप पहचान विकास में योगदान देने वाले विभिन्न कारकों के योगदान को निश्चित रूप से चित्रित करना असंभव है, इसलिए एक व्यापक नैदानिक दृष्टिकोण महत्वपूर्ण और आवश्यक है (विवरण 3 देखें)। भविष्य के शोध जेंडर रूप पहचान विकास पर अधिक प्रकाश डालेंगे यदि विभिन्न समूह समूहों के साथ लंबे समय तक आयोजित किया जाता है। पुरुष और महिला के द्विगुणित (जैसे, द्विआधारी) वर्गीकरण से एक निरंतरता (एपीए, 2013) के साथ एक आयामी जेंडर स्पेक्ट्रम में स्थानांतरित करके जेंडर रूप पहचान की अवधारणा भी आवश्यक होगी।

किशोरावस्था जेंडर डाइवर्स युवा लोगों के लिए जेंडर रूप पहचान के विकास के लिए एक महत्वपूर्ण अवधि हो सकती है (स्टेन्समा, क्रेकेल्स एट अल। बचपन के जेंडर डिस्फोरिया वाले किशोरों के डच अनुदैर्घ्य नैदानिक अनुवर्ती अध्ययन, जिन्होंने यौवन दमन, जेंडर अफर्मिंग हार्मोन, या दोनों प्राप्त किए, ने पाया कि वयस्कता में किसी भी युवा ने किशोरावस्था में लिए गए निर्णयों पर पछतावा नहीं किया (कोहेन-केटेनिस और वैन गूजेन, 1997; डी व्रीज़ एट अल। ये निष्कर्ष बताते हैं कि किशोरों का व्यापक रूप से मूल्यांकन किया गया था और भावनात्मक रूप से परिपक्व निर्धारित किया गया था ताकि वे जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा देखभाल के बारे में उपचार निर्णय ले सकें, जो अध्ययन किए जाने की अवधि में जेंडर रूप पहचान की स्थिरता के साथ प्रस्तुत किए गए थे।

देखभाल की मांग करने वाले वर्तमान जेंडर डाइवर्स किशोरों के लिए दीर्घकालिक अनुदैर्घ्य डच कोहोर्ट अध्ययनों के निष्कर्षों का विश्लेषण करते समय, टीजीडी लोगों के संबंध में समय के साथ होने वाले सामाजिक परिवर्तनों पर विचार करना

महत्वपूर्ण है। टीजीडी पहचानों की दृश्यता में वृद्धि को देखते हुए, यह समझना महत्वपूर्ण है कि बढ़ी हुई जागरूकता विभिन्न तरीकों से जेंडर विकास को कैसे प्रभावित कर सकती है (कोर्निएन्को एट अल। एक प्रवृत्ति की पहचान की गई है कि अधिक युवा नॉनबाइनरी पहचान (ट्विस्ट एंड डी ग्राफ, 2019) के साथ जेंडर क्लीनिकों में पेश कर रहे हैं। नैदानिक अभ्यास में होने वाली एक और घटना देखभाल की मांग करने वाले किशोरों की बढ़ती संख्या है, जिन्होंने अपने बचपन के वर्षों के दौरान जेंडर डाइवर्स ता का अनुभव, व्यक्त (या अनुभव और व्यक्त) नहीं किया है। एक शोधकर्ता ने बाद में प्रस्तुत जेंडर डाइवर्स ता अनुभव (लिटमैन, 2018) के एक विशिष्ट रूप का अध्ययन और वर्णन करने का प्रयास किया। हालांकि, अध्ययन के निष्कर्षों को महत्वपूर्ण पद्धतिगत चुनौतियों के संदर्भ में माना जाना चाहिए, जिनमें शामिल हैं

1) अध्ययन ने माता-पिता का सर्वेक्षण किया और युवा दृष्टिकोण नहीं; और 2) भर्ती में सामुदायिक स्थान से माता-पिता शामिल थे जिसमें जेंडर डिस्फोरिया के उपचार को संदेह के साथ देखा जाता है और आलोचना की जाती है। हालांकि, इन निष्कर्षों को दोहराया नहीं गया है। युवा लोगों के एक चुनिंदा उपसमूह के लिए, जेंडर वर्ग को प्रभावित करने वाले सामाजिक प्रभाव की संवेदनशीलता विचार करने के लिए एक महत्वपूर्ण अंतर हो सकती है (कोर्निएन्को एट अल। हालांकि, यह मानने से बचने के लिए सावधानी बरतनी चाहिए कि ये घटनाएं एक व्यक्तिगत किशोर में समय से पहले होती हैं, जबकि डेटासेट से जानकारी पर भरोसा करते हुए जो संभावित नमूना पूर्वाग्रह के साथ पता लगाया जा सकता है (बाउर एट अल। डब्ल्यूपीएटीएच, 2018)। उन लाभों पर विचार करना महत्वपूर्ण है जो सामाजिक जुड़ाव उन युवाओं के लिए हो सकते हैं जो सहायक लोगों से जुड़े हैं (तुजुन एट अल।

किशोर जेंडर रूप पहचान विकास के बारे में ज्ञान की उभरती प्रकृति को देखते हुए, नैदानिक देखभाल के लिए एक व्यक्तिगत दृष्टिकोण को नैतिक और आवश्यक दोनों माना जाता है। जैसा कि चिकित्सा के सभी क्षेत्रों में होता है, प्रत्येक अध्ययन में पद्धतिगत सीमाएं होती हैं, और अनुसंधान से निकाले गए निष्कर्ष सभी किशोरों पर सार्वभौमिक रूप से लागू नहीं किए जा सकते हैं और नहीं किए जाने चाहिए। यह भी सच है जब किसी विशेष युवा व्यक्ति की जेंडर रूप पहचान के विकास की स्थिरता बनाम अस्थिरता के बारे में आम माता-पिता के सवालों से जूझना पड़ता है। जबकि भविष्य के शोध जेंडर रूप पहचान

विकास की वैज्ञानिक समझ को आगे बढ़ाने में मदद करेंगे, हमेशा कुछ अंतराल हो सकते हैं। इसके अलावा, देखभाल में आत्मनिर्णय की नैतिकता को देखते हुए, इन अंतरालों को टीजीडी किशोर को महत्वपूर्ण और आवश्यक देखभाल के बिना नहीं छोड़ना चाहिए।

### **ट्रांसजेंडर किशोरों के लिए जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार के अनुसंधान साक्ष्य**

किशोर ट्रांसजेंडर देखभाल में एक महत्वपूर्ण चुनौती समय के साथ चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार (जीएएमएसटी) की प्रभावशीलता का मूल्यांकन करने वाले साक्ष्य की गुणवत्ता है (वैश्विक अध्याय, कथन 2.1 में चिकित्सकीय रूप से आवश्यक कथन देखें)। चिकित्सा उपचार के आजीवन प्रभावों और कम उम्र में उपचार शुरू करने की उम्र को देखते हुए, किशोरों, उनके माता-पिता और देखभाल प्रदाताओं को साक्ष्य आधार की प्रकृति के बारे में सूचित किया जाना चाहिए। यह उचित लगता है कि चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार के साथ आगे बढ़ने के निर्णय सावधानीपूर्वक किए जाने चाहिए। प्रारंभिक चिकित्सा हस्तक्षेप की प्रभावशीलता का समर्थन करने वाले सबूतों के धीरे-धीरे बढ़ते शरीर के बावजूद, अध्ययनों की संख्या अभी भी कम है, और कुछ परिणाम अध्ययन हैं जो वयस्कता में युवाओं का पालन करते हैं। इसलिए, किशोरों में उपचार के परिणामों के बारे में एक व्यवस्थित समीक्षा संभव नहीं है। इसके बजाय एक छोटी कहानी समीक्षा प्रदान की जाती है।

इस अध्याय के लेखन के समय, प्रारंभिक (यानी, किशोर) चिकित्सा उपचार के सकारात्मक परिणामों की रिपोर्ट करने वाले कई दीर्घकालिक अनुदैर्ध्य कोहोर्ट अनुवर्ती अध्ययन थे; एक महत्वपूर्ण अवधि के लिए, इनमें से कई अध्ययनों को एक डच क्लिनिक (जैसे, कोहेन-केटेनिस और वैन गूजेन, 1997; डी व्रीस, स्टेन्स्मा एट अल, 2011; डी व्रीस एट अल, 2014) के माध्यम से शामिल किया गया था; स्मिथ एट अल, 2001, 2005)। निष्कर्षों से पता चला है कि जेंडर डिस्फोरिया का समाधान बेहतर मनोवैज्ञानिक कामकाज और शरीर की छवि संतुष्टि से जुड़ा हुआ है। इनमें से अधिकांश अध्ययनों ने एक पूर्व-पश्चात पद्धतिगत डिजाइन का पालन किया और चिकित्सा जेंडर अफर्मिंग उपचार के प्रावधान के बाद परिणामों के साथ आधारभूत मनोवैज्ञानिक कामकाज की तुलना की। विभिन्न अध्ययनों ने व्यक्तिगत पहलुओं या उपचार हस्तक्षेपों

के संयोजन का मूल्यांकन किया और 1) जेंडर अफर्मिंग हार्मोन और शल्य चिकित्सा (कोहेन-केटेनिस और वैन गूजेन, 1997; स्मिथ एट अल, 2001, 2005); 2) यौवन दमन (डी व्रीस, स्टेन्स्मा एट अल। और 3) युवावस्था की गति, हार्मोन की पुष्टि, और शल्य चिकित्सा (डी व्रीस एट अल। 2014 का दीर्घकालिक अनुवर्ती अध्ययन एकमात्र अध्ययन है जो प्रारंभिक किशोरावस्था (पूर्व-उपचार, 13.6 की औसत आयु) से युवा वयस्कता (पोस्टट्रीटमेंट, 20.7 की औसत आयु) तक युवा रहने का पालन करता है। यह पहला अध्ययन था जो दिखाता है कि जेंडर अफर्मिंग उपचार ने ट्रांसजेंडर किशोरों को वयस्कता में संतोषजनक उद्देश्य और व्यक्तिपरक परिणामों के साथ अपने पुष्टि किए गए जेंडर वर्ग के रूप में रहते हुए उम्र-उपयुक्त विकासात्मक संक्रमण करने में सक्षम बनाया (डी व्रीस एट अल। जबकि अध्ययन ने एक छोटे (एन = 55), चयन और सामाजिक रूप से समर्थित नमूने को नियोजित किया, परिणाम विश्वसनीय थे। ध्यान दें, प्रतिभागी डच क्लिनिक का हिस्सा थे, जो एक बहु-विषयक दृष्टिकोण को नियोजित करने के लिए जाना जाता था, जिसमें जेंडर डिस्फोरिया के व्यापक, चल रहे मूल्यांकन और प्रबंधन की समर्थक दृष्टि और भावनात्मक कल्याण के उद्देश्य से समर्थन शामिल था।

हाल ही में प्रकाशित कई अनुदैर्ध्य अध्ययनों ने अपने जेंडर अफर्मिंग उपचार के विभिन्न चरणों में प्रतिभागियों का पालन और मूल्यांकन किया। इन अध्ययनों में, कुछ प्रतिभागियों ने जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार शुरू नहीं किया था, कुछ को युवावस्था के साथ इलाज किया गया था, जबकि अभी भी अन्य ने जेंडर अफर्मिंग हार्मोन शुरू कर दिए थे या यहां तक कि जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा (जीएएस) भी हो गई थी (एचिल एट अल। एलन एट अल, 2019; बेकर-हेबली एट अल, 2021; कारमाइकल एट अल, 2021; कोस्टा एट अल, 2015; कुपर एट अल, 2020, टॉरडॉफ एट अल। उपचार और विधियों की विविधता को देखते हुए, इस प्रकार का डिजाइन व्याख्या परिणामों को अधिक चुनौतीपूर्ण बनाता है। बहरहाल, जब बेसलाइन आकलन के साथ तुलना की जाती है, तो डेटा लगातार बेहतर या स्थिर मनोवैज्ञानिक कामकाज, शरीर की छवि और उपचार की संतुष्टि को प्रदर्शित करता है जो उपचार की शुरुआत से तीन महीने से दो वर्ष तक भिन्न होता है।

क्रॉस-अनुभागीय अध्ययन जेंडर अफर्मिंग उपचार के प्रभावों का मूल्यांकन करने के लिए एक और डिजाइन प्रदान करते हैं। इस तरह के एक अध्ययन ने बेसलाइन पर ट्रांसजेंडर किशोरों में

मनोवैज्ञानिक स्थिति की तुलना की और यह पाया कि वह दो अलग-अलग समय बिंदुओं पर सिजेंडर हाई स्कूल के साथियों के साथ प्यूबर्टी से गुजर रहे थे। बेसलाइन पर, ट्रांस-जेंडर युवाओं ने सिजेंडर साथियों की तुलना में कम मनोवैज्ञानिक उत्पीड़न का प्रदर्शन किया, जबकि प्यूबर्टी ब्लॉकर्स लेने वालों, ने अपने साथियों की तुलना में बेहतर कामकाज का प्रदर्शन किया (वैन डेर मिसेन एट अल। (2021) ने टेस्टोस्टेरोन शुरू करने वाले ट्रांसजेंडर पुरुषों का निरीक्षण किया और यह पाया कि टेस्टोस्टेरोन उपचार शुरू नहीं करने वालों की तुलना में उन में मानसिक स्वास्थ्य लक्षण (अवसाद और चिंता) कम थे।

चार अतिरिक्त अध्ययनों ने अलग-अलग परिणाम डिजाइनों का पालन किया। एक पूर्वव्यापी चार्ट अध्ययन में, कलटियाला, हेइनो एट अल (2020) ने ट्रांसजेंडर किशोरों को जेंडर अफर्मिंग हार्मोन शुरू करने से पहले कुछ या बिना किसी मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियों के साथ उपचार के दौरान आम तौर पर अच्छा प्रदर्शन किया। हालांकि, बेसलाइन पर अधिक मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियों वाले किशोरों ने जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार के दौरान उन मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियों की एक्सप्रेसन का अनुभव करना जारी रखा। 2021 में एक परिणाम उपाय के रूप में देखभाल के साथ संतुष्टि का अध्ययन किया गया और प्रदर्शित किया कि ट्रांसजेंडर किशोर शुरू में शुरू किए गए उपचारों के साथ आगे बढ़ने पर अधिक संतुष्ट थे। 2021 में एक बड़े स्वास्थ्य देखभाल डेटा सेट में 3,754 टीजीडी किशोरों के बीच मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों की गंभीरता के संकेतक के रूप में जेंडर अफर्मिंग फार्मास्यूटिकल्स की शुरुआत से पहले और बाद में स्वास्थ्य देखभाल उपयोग की तुलना की। बेहतर मानसिक स्वास्थ्य की लेखकों की परिकल्पना के विपरीत, मानसिक स्वास्थ्य देखभाल का उपयोग काफी नहीं बदला, और साइकोट्रोपिक दवा नुस्खे में वृद्धि हुई। ट्रांसजेंडर-पहचाने गए वयस्कों के एक बड़े गैर-संभाव्यता नमूने में, टर्बन एट अल (2022) ने पाया कि जिन लोगों ने किशोरावस्था में जेंडर अफर्मिंग हार्मोन तक पहुंच की सूचना दी थी, उनमें वयस्कता में जेंडर अफर्मिंग हार्मोन तक पहुंचने वाले ट्रांसजेंडर लोगों की तुलना में पिछले वर्ष आत्महत्या की संभावना कम थी।

प्रदाता इस संभावना पर विचार कर सकते हैं कि एक किशोर किशोरावस्था के दौरान किए गए जेंडर अफर्मिंग निर्णयों पर पछतावा कर सकता है, और एक युवा व्यक्ति उपचार को रोकना चाहता है और भविष्य में जन्म-असाइन किए गए जेंडर भूमिका में रहने के लिए लौटना चाहता है। दो डच अध्ययनों ने किशोरों

की कम दर (1.9% और 3.5%) की रिपोर्ट की, जो युवावस्था दमन को रोकने के लिए चुनते हैं (ब्रिक एट अल। वीपजेस एट अल, 2018)। फिर, ये अध्ययन क्लिनिकों में आयोजित किए गए थे जो एक प्रोटोकॉल का पालन करते हैं जिसमें जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार शुरू होने से पहले एक व्यापक मूल्यांकन शामिल है। वर्तमान में, किशोरों के प्रोफाइल पर कोई नैदानिक

**सिफारिश कथन**

- 6.1- हम जेंडर डाइवर्स किशोरों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं:
- 6.1.ए- अपने वैधानिक निकाय द्वारा लाइसेंस प्राप्त हैं और राष्ट्रीय स्तर पर मान्यता प्राप्त वैधानिक संस्थान द्वारा दी गई इस भूमिका के लिए प्रासंगिक नैदानिक क्षेत्र में स्नातकोत्तर डिग्री या इसके समकक्ष हैं।
- 6.1.बी- सैद्धांतिक और प्रमाणित-आधारित प्रशिक्षण प्राप्त करें और विकासतात्मक स्पेक्ट्रम में सामान्य बच्चे, किशोर और पारिवारिक मानसिक स्वास्थ्य में विशेषज्ञता विकसित करें।
- 6.1.सी- प्रशिक्षण प्राप्त करें और जेंडर रूप पहचान विकास, बच्चों और किशोरों में जेंडर डाइवर्स ता में विशेषज्ञता प्राप्त करें, सहमति / सहमति की क्षमता का आकलन करने की क्षमता रखते हैं, और जीवन काल में जेंडर डाइवर्स ता का सामान्य ज्ञान रखते हैं।
- 6.1.डी- ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकारों और अन्य न्यूरोडेवलपमेंटल प्रस्तुतियों में प्रशिक्षण प्राप्त करें और विशेषज्ञता विकसित करें या ऑटिस्टिक / न्यूरोडाइवर्जेंट जेंडर डाइवर्स किशोरों के साथ काम करते समय एक विकासतात्मक विकलांगता विशेषज्ञ के साथ सहयोग करें।
- 6.1.ई- जेंडर डाइवर्स बच्चों, किशोरों और परिवारों के लिए प्रासंगिक सभी क्षेत्रों में व्यावसायिक विकास में संलग्न होना जारी रखें।
- 6.2- हम जेंडर डाइवर्स किशोरों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को खुले तौर पर और सम्मानपूर्वक जेंडर वर्ग की खोज और अभिव्यक्ति की सुविधा प्रदान करते हैं ताकि कोई विशेष पहचान पसंद न हो।
- 6.3- हम जेंडर डाइवर्स किशोरों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को किशोरों के व्यापक बायोसाइकोसोशल मूल्यांकन करने की सलाह देते हैं जो जेंडर रूप पहचान से संबंधित चिंताओं के साथ उपस्थित होते हैं और चिकित्सा / सर्जिकल संक्रमण से संबंधित देखभाल की तलाश करते हैं, और यह एक सहयोगी और सहायक तरीके से पूरा किया जाना चाहिए।
- 6.4- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को परिवारों, स्कूलों और अन्य प्रासंगिक स्थान के साथ काम करने की सलाह देते हैं ताकि किशोरों के व्यवहार और पहचान के जेंडर डाइवर्स एक्सप्रेसशन की स्वीकृति को बढ़ावा दिया जा सके।
- 6.5- हम किसी व्यक्ति के लिंग और जीवित जेंडर एक्सप्रेसशन को बदलने की कोशिश करने के उद्देश्य से उपचारात्मक और रूपांतरण चिकित्सा की पेशकश के खिलाफ सलाह देते हैं ताकि जन्म के समय सौंपे गए लिंग के साथ अधिक संगत हो सकें।
- 6.6- हमारा सुझाव है कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स किशोरों को चेस्ट बाइंडिंग और जननांग टकिंग पर स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान करते हैं, जिसमें लाभ और जोखिमों की समीक्षा भी शामिल है।
- 6.7- हम अनुशंसा करते हैं कि प्रदाता जेंडर वर्ग असंगति का अनुभव करने वाले किशोरों के लिए मासिक धर्म या ब्रेकथू रक्तस्राव के लिए बंद करने वाली दवा टेस्टोस्टेरोन थेरेपी के साथ संयोजन में निर्धारित करने पर विचार करें जो टेस्टोस्टेरोन थेरेपी की इच्छा नहीं कर सकते हैं, या जो अभी तक टेस्टोस्टेरोन थेरेपी शुरू नहीं कर चुके हैं।
- 6.8- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि वे जेंडर डाइवर्स और ट्रांसजेंडर किशोरों और किसी भी प्रासंगिक देखभाल करने वालों के साथ एक निरंतर संबंध बनाए रखें ताकि युवावस्था दमन उपचार, हार्मोनल उपचार और लिंग से संबंधित सर्जरी की अवधि के दौरान किशोरों को उनके निर्णय लेने में समर्थन मिल सके जब तक कि वयस्क देखभाल के लिए रूपांतरण नहीं किया जाता है।
- 6.9- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को मानसिक स्वास्थ्य और चिकित्सा पेशेवरों सहित प्रासंगिक विषयों को शामिल करने की सलाह देते हैं, इस बारे में निर्णय लेने के लिए कि क्या जेंडर डाइवर्स और ट्रांसजेंडर किशोरों के लिए यौवन दमन, हार्मोन दीक्षा, या लिंग से संबंधित सर्जरी उपयुक्त है और उपचार के दौरान संकेत दिया जाता है जब तक कि वयस्क देखभाल में नहीं किया जाता है।
- 6.10- हम ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स किशोरों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं, जो जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा या शल्य चिकित्सा उपचार का अनुरोध करते हैं, उपचार शुरू करने से पहले, प्रजनन प्रभावों के बारे में उन्हें सूचित करते हैं, जिसमें प्रजनन क्षमता के संभावित नुकसान और युवाओं के यौवन विकास के चरण के संदर्भ में प्रजनन क्षमता को संरक्षित करने के लिए उपलब्ध विकल्प शामिल हैं।
- 6.11- हम अनुशंसा करते हैं कि जब किशोरों के लिए जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा या शल्य चिकित्सा उपचार का संकेत दिया जाता है, तो ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स किशोरों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर मूल्यांकन और उपचार प्रक्रिया में माता-पिता /अभिभावक (ओं) को शामिल करते हैं, जब तक कि उनकी भागीदारी किशोरों के लिए हानिकारक या व्यवहार्य नहीं है।
- जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार के लिए आवश्यकताओं के बारे में निम्नलिखित सिफारिशों की जाती हैं (उन सभी को पूरा किया जाना चाहिए):
- 6.12- हम ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स किशोरों का आकलन करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो केवल रोगी द्वारा अनुरोधित जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा या शल्य चिकित्सा उपचार की सलाह देते हैं जब:
- 6.12.ए- किशोर उन स्थितियों में आईसीडी -11 के अनुसार जेंडर इनकांयुएस के नैदानिक मानदंडों को पूरा करता है जहां स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंचने के लिए निदान आवश्यक है। जिन देशों ने नवीनतम आईसीडी को लागू नहीं किया है, उनमें अन्य वर्गीकरणों का उपयोग किया जा सकता है, हालांकि जितनी जल्दी हो सके नवीनतम आईसीडी का उपयोग करने के प्रयास किए जाने चाहिए।
- 6.12.बी- जेंडर डाइवर्स/असंगतता का अनुभव समय के साथ चिह्नित और निरंतर रहता है।
- 6.12.सी- किशोर उपचार के लिए सूचित सहमति / सहमति प्रदान करने के लिए आवश्यक भावनात्मक और संज्ञानात्मक परिपक्वता को प्रदर्शित करता है।
- 6.12.डी- किशोर की मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं (यदि कोई हो) जो नैदानिक स्पष्टता, सहमति की क्षमता और जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार में हस्तक्षेप कर सकती है, को संबोधित किया गया है।
- 6.12.ई- किशोर को प्रजनन प्रभावों के बारे में सूचित किया गया है, जिसमें प्रजनन क्षमता के संभावित नुकसान और प्रजनन क्षमता को संरक्षित करने के लिए उपलब्ध विकल्प शामिल हैं, और इन पर किशोरावस्था के यौवन विकास के चरण के संदर्भ में चर्चा की गई है।
- 6.12.एफ- किशोर प्यूबर्टी ब्लॉकर्स शुरू करने के लिए यौवन के टान्जर स्टेज 2 तक पहुंच गया है।
- 6.12.जी- किशोर के पास जेंडर अफर्मिंग उपचार के हिस्से के रूप में स्तन वृद्धि, ऑकिक्टॉमी, वेजिनोप्लास्टी, हिस्टेरेक्टॉमी, फैलोप्लास्टी, मेटोइडियोप्लास्टी और चेहरे की सर्जरी सहित जेंडर अफर्मिंग प्रक्रियाओं के लिए वांछित सर्जिकल परिणाम प्राप्त करने के लिए कम से कम 12 महीने या उससे अधिक समय तक जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी थी, जब तक कि हार्मोन थेरेपी या तो वांछित नहीं है या चिकित्सकीय रूप से उल्लंघन नहीं किया गया है।

समूह अध्ययन नहीं किया गया है, जो अपरिवर्तनीय पुष्टि उपचार के बाद अपने प्रारंभिक निर्णय या परिवर्तन पर पछतावा करते हैं। हाल के शोध से संकेत मिलता है कि ऐसे किशोर हैं जो संक्रमण को कम करते हैं, लेकिन उपचार शुरू करने पर पछतावा नहीं करते हैं क्योंकि उन्होंने अपने जेंडर से संबंधित देखभाल

आवश्यकताओं को समझने के हिस्से के रूप में उपचार की शुरुआत का अनुभव किया (टर्बन, 2018)। हालांकि, यह उन लोगों का प्रमुख परिप्रेक्ष्य नहीं हो सकता है जो संक्रमण को कम करते हैं (लिटमैन, 2021; वेंडेनबुशे, 2021)। कुछ किशोरों को उनके द्वारा उठाए गए कदमों पर पछतावा हो सकता है (डायर,

2020)। इसलिए, ट्रांसजेंडर किशोरों की सहायता करते समय संभावित परिणामों की पूरी श्रृंखला प्रस्तुत करना महत्वपूर्ण है। प्रदाता जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार शुरू करने से पहले किशोर और उनके माता-पिता / देखभाल करने वालों के साथ एक सहयोगी और भरोसेमंद तरीके से (यानी, "संभावित भविष्य के अनुभव और विचार" के रूप में) इस विषय पर चर्चा कर सकते हैं। इसके अलावा, प्रदाताओं को उन किशोरों का समर्थन करने के लिए तैयार रहना चाहिए जो संक्रमण को कम करते हैं। 25.02 वर्ष की औसत आयु के साथ 237 स्व-पहचाने गए डिट्रांजिशन के एक इंटरनेट सुविधा नमूना सर्वेक्षण में, जिसमें 90% से अधिक जन्म देने वाली महिलाएं शामिल थीं, 25% ने 18 वर्ष की आयु से पहले चिकित्सकीय रूप से परिवर्तन किया था और 14% ने 18 वर्ष की आयु से पहले परिवर्तन किया था (वेंडेनबुशे, 2021)। यद्यपि अब तक एक इंटरनेट सुविधा नमूना उत्तरदाताओं के चयन के अधीन है, इस अध्ययन से पता चलता है कि युवा ट्रांसजेंडर किशोरों में डीट्रांजिशन हो सकता है और स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को इसके बारे में पता होना चाहिए। उनमें से कई ने अपनी डीट्रांजिशन प्रक्रिया के दौरान मदद खोजने में कठिनाइयों को व्यक्त किया और बताया कि उनका डिट्रांजिशन एक अलग अनुभव था, जिसके दौरान उन्हें पर्याप्त या उचित समर्थन नहीं मिला (वेंडेनबुशे, 2021)।

निष्कर्ष निकालने के लिए, हालांकि युवाओं के अपेक्षाकृत छोटे समूहों (जैसे, एन = 22-101 प्रति अध्ययन) पर रिपोर्ट किए गए मौजूदा नमूने और अनुवर्ती का समय अध्ययनों (6 महीने-7 वर्ष) में भिन्न है, यह उभरता हुआ साक्ष्य आधार ट्रांसजेंडर किशोरों के जीवन में एक सामान्य सुधार को इंगित करता है, जो सावधानीपूर्वक मूल्यांकन के बाद, चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार प्राप्त करते हैं। इसके अलावा, अध्ययन निगरानी अवधि के दौरान रिपोर्ट किए गए खेद प्रकट करने की दर कम है। कुल मिलाकर, डेटा जेंडर डिस्फोरिया और सामान्य कल्याण पर केंद्रित व्यापक संयुक्त मूल्यांकन और उपचार दृष्टिकोण के हिस्से के रूप में प्रारंभिक चिकित्सा हस्तक्षेप दिखाता है जो इन उपचारों की मांग करने वाले कई ट्रांसजेंडर किशोरों के लिए प्रभावी और सहायक हो सकता है।

### **नैतिक और मानव अधिकारों के दृष्टिकोण**

किशोर एसओसी कथनों को तैयार करते समय चिकित्सा नैतिकता और मानवाधिकार दृष्टिकोण पर भी विचार किया

गया था। उदाहरण के लिए, जेंडर इनकांग्रुएंस का अनुभव करने वाले किशोरों में अपरिवर्तनीय यौवन को प्रगति करने की अनुमति देना एक तटस्थ कार्य नहीं है, यह देखते हुए कि ट्रांसजेंडर युवा व्यक्ति के लिए इसका तत्काल और आजीवन हानिकारक प्रभाव हो सकता है (जियोर्डानो, 2009; जियोर्डानो और होल्म, 2020; क्रेकेल्स और कोहेन-केटेनिस, 2011)। मानवाधिकारों के दृष्टिकोण से, जेंडर डाइवर्सता को मानव अनुभव की व्यापक विविधता के भीतर एक सामान्य और अपेक्षित भिन्नता के रूप में मानते हुए, यह एक किशोर का अधिकार है कि वह अपने स्वास्थ्य और जीवन के बारे में अपने स्वयं के निर्णय लेने की प्रक्रिया में भाग ले, जिसमें जेंडर स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच भी शामिल है (एमनेस्टी इंटरनेशनल, 2020)।

### **किशोरावस्था में बयानों और अद्वितीय मुद्दों का संक्षिप्त सारांश**

इन दिशानिर्देशों को किशोरावस्था में जेंडर रूप पहचान के विकास के बारे में क्या जाना जाता है और क्या नहीं जाना जाता है, किशोरावस्था में जेंडर अफर्मिंग देखभाल के सबूत, और अद्वितीय पहलुओं के लिए डिज़ाइन किया गया है जो किशोरावस्था को अन्य विकास चरणों से अलग करते हैं।

**पहचान अन्वेषण:** किशोरावस्था की एक परिभाषित विशेषता पहचान के पहलुओं को ठोस बनाना है, जिसमें जेंडर वर्ग पहचान भी शामिल है। कथन 6.2 जेंडर रूप पहचान विकास के संदर्भ में पहचान अन्वेषण को संबोधित करता है। कथन 6.12.बी एक युवा व्यक्ति के लिए जेंडर डाइवर्स पहचान का अनुभव करने, जेंडर डाइवर्स पहचान व्यक्त करने, या दोनों के लिए आवश्यक देरी के लिए जिम्मेदार है, ताकि जेंडर अफर्मिंग देखभाल के बारे में सार्थक निर्णय लिया जा सके।

**सहमति और निर्णय लेना:** किशोरावस्था में, सहमति और निर्णय लेने के लिए व्यक्ति के भावनात्मक, संज्ञानात्मक और मनोसामाजिक विकास के मूल्यांकन की आवश्यकता होती है। कथन 6.12.सी सीधे भावनात्मक और संज्ञानात्मक परिपक्वता को संबोधित करता है और निर्णय लेने की क्षमता का आकलन करने के लिए उपयोग की जाने वाली मूल्यांकन प्रक्रिया के आवश्यक घटकों का वर्णन करता है।  
माता-पिता की भागीदारी: किशोर आमतौर पर कई तरीकों से मार्गदर्शन के लिए अपने अभिभावक / माता-पिता पर



निर्भर होते हैं। यह भी सच है क्योंकि युवा व्यक्ति उपचार विकल्पों के बारे में निर्णय लेने की प्रक्रिया के माध्यम से गुजरता है। कथन 6.11 अभिभावक / माता-पिता को शामिल करने के महत्व को संबोधित करता है और मूल्यांकन और उपचार में उनकी भूमिका पर चर्चा करता है। दिशानिर्देशों का कोई भी सेट वैश्विक स्तर पर व्यक्तिगत परिस्थितियों के हर सेट के लिए जिम्मेदार नहीं हो सकता है।

#### कथन 6.1

**हम जेंडर डाइवर्स किशोरों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं:**

ए. अपने वैधानिक निकाय द्वारा लाइसेंस प्राप्त हैं और राष्ट्रीय स्तर पर मान्यता प्राप्त वैधानिक संस्थान द्वारा दी गई इस भूमिका के लिए प्रासंगिक नैदानिक क्षेत्र में स्नातकोत्तर डिग्री या इसके समकक्ष हैं।

बी. सैद्धांतिक और प्रमाणित-आधारित प्रशिक्षण प्राप्त करें और विकासतात्मक स्पेक्ट्रम में सामान्य बच्चे, किशोर और पारिवारिक मानसिक स्वास्थ्य में विशेषज्ञता विकसित करें।

सी. प्रशिक्षण प्राप्त करें और जेंडर रूप पहचान विकास, बच्चों और किशोरों में जेंडर डाइवर्स ता में विशेषज्ञता प्राप्त करें, सहमति / सहमति की क्षमता का आकलन करने की क्षमता रखते हैं, और जीवन काल में जेंडर डाइवर्स ता का सामान्य ज्ञान रखते हैं।

डी. ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकारों और अन्य न्यूरोडेवलपमेंटल प्रस्तुतियों में प्रशिक्षण प्राप्त करें और विशेषज्ञता विकसित करें या ऑटिस्टिक / न्यूरोडाइवर्जेंट जेंडर डाइवर्स किशोरों के साथ काम करते समय एक विकासात्मक विकलांगता विशेषज्ञ के साथ सहयोग करें।

ई. जेंडर डाइवर्स बच्चों, किशोरों और परिवारों के लिए प्रासंगिक सभी क्षेत्रों में व्यावसायिक विकास में संलग्न होना जारी रखें।

टीजीडी किशोरों और उनके परिवारों का आकलन और समर्थन करते समय, देखभाल प्रदाताओं / स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों (एचसीपी) को सामान्य और जेंडर-विशिष्ट ज्ञान और प्रशिक्षण दोनों की आवश्यकता होती है। प्रदाता जिन्हें किशोरों और परिवारों के साथ काम करने के लिए प्रशिक्षित किया जाता है, वे युवाओं और परिवार की देखभाल करते समय किशोर विकास और परिवार की गतिशीलता के पहलुओं को नेविगेट करने में

महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं (एडेलसन एट अल। अमेरिकन साइकोलॉजिकल एसोसिएशन, 2015; हेमब्री एट अल, 2017)। देखभाल के इन मानकों में अन्य अध्याय उन पेशेवरों के लिए इन मानदंडों का वर्णन करते हैं जो जेंडर देखभाल अधिक विस्तार से प्रदान करते हैं (देखें अध्याय 5-वयस्कों के लिए मूल्यांकन; अध्याय 7- बच्चे; या अध्याय 13 - शल्य चिकित्सा और पोस्टऑपरेटिव केयर)।

किशोरों के साथ काम करने वाले पेशेवरों को समझना चाहिए कि किशोर जेंडर रूप पहचान विकास के बारे में क्या जाना जाता है और क्या नहीं, और यह ज्ञान आधार वयस्कों और बच्चों पर लागू होने वाली बातों से कैसे भिन्न होता है। एचसीपी के बीच, मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर (एमएचपी) के पास ट्रांसजेंडर युवाओं के साथ काम करते समय मूल्यांकन करने और उपचार प्राथमिकताओं और लक्ष्यों को स्पष्ट करने के लिए सबसे उपयुक्त प्रशिक्षण और समर्पित नैदानिक समय है, जिसमें जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा / शल्य चिकित्सा देखभाल की मांग करने वाले लोग भी शामिल हैं। परिवार के सदस्यों की गतिशीलता को समझना और प्रबंधित करना जो युवा व्यक्ति के इतिहास और जरूरतों के बारे में अलग-अलग दृष्टिकोण साझा कर सकते हैं, एक महत्वपूर्ण योग्यता है जिसे एमएचपी अक्सर संबोधित करने के लिए सबसे अधिक तैयार होते हैं।

जब बाल और किशोर विकास में प्रशिक्षित पेशेवरों तक पहुंच संभव नहीं है, तो एचसीपी को जेंडर रूप पहचान विकास सहित परिवार की गतिशीलता और किशोर विकास के क्षेत्रों में प्रशिक्षण प्राप्त करने के लिए प्रतिबद्धता करनी चाहिए। इसी तरह, ऑटिस्टिक / न्यूरोडाइवर्जेंट ट्रांसजेंडर युवा विश्व स्तर पर जेंडर क्लीनिकों में सेवा करने वाले युवाओं की पर्याप्त अल्पसंख्यक उप-आबादी का प्रतिनिधित्व करते हैं, यह महत्वपूर्ण है कि एचसीपी ऑटिज्म के क्षेत्र में अतिरिक्त प्रशिक्षण चाहते हैं और देखभाल के अद्वितीय तत्वों को समझते हैं जो ऑटिस्टिक जेंडर डाइवर्स युवाओं की आवश्यकता हो सकती है (स्ट्रैंग, मीगर एट अल। यदि ये योग्यताएं संभव नहीं हैं, तो ऑटिज्म और न्यूरोडाइवर्सिटी में माहिर प्रदाता के साथ परामर्श और सहयोग की सलाह दी जाती है।

#### कथन 6.2

**हम जेंडर डाइवर्स किशोरों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो खुले तौर पर और सम्मानपूर्वक जेंडर की खोज और एक्सप्रेसन की सुविधा प्रदान करते हैं ताकि कोई विशेष पहचान पसंद न हो।**

किशोरावस्था एक विकासात्मक अवधि है जिसमें शारीरिक और मनोवैज्ञानिक परिवर्तन शामिल हैं जो अविभाज्यता और देखभाल करने वालों से स्वतंत्रता के लिए संक्रमण की विशेषता है (बेरेनबाम एट अल। स्टीनबर्ग, 2009)। यह एक ऐसी अवधि है जिसके दौरान युवा लॉज जेंडर रूप पहचान सहित पहचान के विभिन्न पहलुओं का पता लगा सकते हैं।

किशोर उस समय के बारे में भिन्न होते हैं जिस पर वे अपनी पहचान के पहलुओं का पता लगाते हैं और प्रतिबद्ध होते हैं (मीयस एट अल। कुछ किशोरों के लिए, पहचान के समेकन को प्राप्त करने की गति तेज है, जबकि दूसरों के लिए यह धीमी है। कुछ किशोरों के लिए, शारीरिक, भावनात्मक और मनोवैज्ञानिक विकास एक ही सामान्य समयरेखा पर होता है, जबकि दूसरों के लिए, विकास के इन पहलुओं के बीच कुछ अंतराल होते हैं। इसी तरह, जेंडर रूप पहचान विकास के लिए समयरेखा में भिन्नता है (अर्नोल्डसेन एट अल। काटज़-वाइज एट अल। कुछ युवा लोगों के लिए, जेंडर रूप पहचान विकास एक स्पष्ट प्रक्रिया है जो बचपन में शुरू होती है, जबकि दूसरों के लिए प्यूबर्टल परिवर्तन एक व्यक्ति के अनुभव को एक विशेष लिंग (स्टेन्स्मा, क्रेकेल्स एट अल, 2013) के रूप में योगदान करते हैं, और कई अन्य लोगों के लिए प्यूबर्टल परिवर्तन पूरा होने के बाद एक प्रक्रिया अच्छी तरह से शुरू हो सकती है। इन विविधताओं को देखते हुए, जेंडर अफर्मिंग देखभाल की मांग करने वाले व्यक्तिगत किशोर के लिए कोई विशेष गति, प्रक्रिया या परिणाम की भविष्यवाणी नहीं की जा सकती है।

इसलिए, किशोरों के साथ काम करने वाले एचसीपी को सहायक वातावरण को बढ़ावा देना चाहिए जो एक साथ किशोर की पुष्टि की गई जेंडर रूप पहचान का सम्मान करते हैं और किशोरों को सामाजिक, चिकित्सा और शारीरिक जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेप सहित लिंग आवश्यकताओं का खुले तौर पर पता लगाने की अनुमति देते हैं, अगर वे समय के साथ बदलते हैं या विकसित होते हैं।

### कथन 6.3

**हम जेंडर डाइवर्स किशोरों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को किशोरों का एक व्यापक बायोसाइकोसोशल मूल्यांकन करने की सलाह देते हैं जो जेंडर रूप पहचान से संबंधित चिंताओं के साथ उपस्थित होते हैं और चिकित्सा / सर्जिकल संक्रमण से संबंधित देखभाल की तलाश करते हैं, और यह एक सहयोगी और सहायक तरीके से पूरा किया जाना चाहिए।**

किशोरावस्था के दौरान पहचान के कई तरीकों को देखते हुए, हम उपचार निर्णयों का मार्गदर्शन करने और परिणामों को अनुकूलित करने के लिए एक विस्तृत बायोसाइकोसोशल मूल्यांकन का उपयोग करने की सलाह देते हैं। इस मूल्यांकन का उद्देश्य किशोरों की ताकत, कमजोरियों, नैदानिक प्रोफाइल और उनकी देखभाल को व्यक्तिगत बनाने की अनूठी जरूरतों को समझना होना चाहिए। जैसा कि कथन 6.1 में उल्लेख किया गया है, एमएचपी के पास यहां चर्चा की गई जानकारी प्राप्त करने के लिए आवश्यक सबसे उपयुक्त प्रशिक्षण, अनुभव और समर्पित नैदानिक समय है। मूल्यांकन प्रक्रिया को किशोर और उनके देखभाल करने वाले (ओं) के साथ अलग-अलग और एक साथ सहयोगात्मक रूप से संपर्क किया जाना चाहिए, जैसा कि विवरण में अधिक विस्तार से वर्णित है।

6.11. विचाराधीन किसी भी चिकित्सकीय रूप से आवश्यक चिकित्सा या शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप से पहले एक मूल्यांकन होना चाहिए (उदाहरण के लिए, यौवन अवरुद्ध दवा, जेंडर अफर्मिंग हार्मोन, शल्य चिकित्सा)। अध्याय 2 में चिकित्सकीय रूप से आवश्यक कथन देखें- वैश्विक प्रयोज्यता, कथन 2.1; यह भी देखें अध्याय 12- हार्मोन थेरेपी और अध्याय 13- शल्य चिकित्सा और पोस्टऑपरेटिव केयर।

युवा कई अलग-अलग जेंडर रूप पहचान प्रक्षेपवक्रों का अनुभव कर सकते हैं। सामाजिक-सांस्कृतिक परिभाषाएं और जेंडर वर्ग के अनुभव समय के साथ विकसित होते रहते हैं, और युवा तेजी से पहचान की एक श्रृंखला और अपने अनुभवों और लिंग से संबंधित जरूरतों का वर्णन करने के तरीकों के साथ प्रस्तुत होते हैं (ट्विस्ट एंड डी ग्राफ, 2019)। उदाहरण के लिए, कुछ युवाओं को एहसास होगा कि वे ट्रांसजेंडर हैं या अधिक व्यापक रूप से जेंडर डाइवर्स हैं और तदनुसार प्रस्तुत करने के लिए कदम उठाते हैं। कुछ युवाओं के लिए, जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार प्राप्त करना महत्वपूर्ण है जबकि दूसरों के लिए ये कदम आवश्यक नहीं हो सकते हैं। उदाहरण के लिए, समय के साथ अन्वेषण की एक प्रक्रिया के परिणामस्वरूप युवा व्यक्ति जन्म के समय अपने असाइन किए गए लिंग के संबंध में एक अलग लिंग की आत्म-पुष्टि या मूर्त रूप नहीं ले सकता है और इसमें चिकित्सा हस्तक्षेप का उपयोग शामिल नहीं होगा (अर्नोल्डसेन एट अल।

किशोरावस्था में जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार के लाभों का समर्थन करने वाले सबसे मजबूत अनुदैर्ध्य साक्ष्य एक नैदानिक परिवेश में प्राप्त किए गए थे, जिसमें

देखभाल प्रोटोकॉल (डी व्रीस एंड कोहेन-केटेनिस, 2012; डी व्रीस एट अल। इस शोध और समाज में जेंडर डाइवर्स अनुभवों के चल रहे विकास को देखते हुए, किशोरावस्था के दौरान एक व्यापक नैदानिक बायोसाइकोसोशल मूल्यांकन साक्ष्य-आधारित है और निर्णय लेने की प्रक्रिया की अखंडता को संरक्षित करता है। पूर्ण नैदानिक प्रोफाइल की अनुपस्थिति में, अन्य मानसिक स्वास्थ्य संस्थाओं जिन्हें प्राथमिकता और उपचार की आवश्यकता होती है, का पता नहीं लगाया जा सकता है। उन युवाओं के लिए लिंग से संबंधित चिकित्सा उपचार के दीर्घकालिक परिणामों का कोई अध्ययन नहीं है, जिनका व्यापक मूल्यांकन नहीं किया गया है। इस संदर्भ में उपचार (उदाहरण के लिए, सीमित या बिना मूल्यांकन के) का कोई अनुभवजन्य समर्थन नहीं है और इसलिए जोखिम होता है कि जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा हस्तक्षेप शुरू करने का निर्णय उस समय युवा व्यक्ति के दीर्घकालिक सर्वोत्तम हित में नहीं हो सकता है।

चूंकि स्वास्थ्य देखभाल की डिलीवरी और विशेषज्ञों तक पहुंच विश्व स्तर पर भिन्न होती है, मौजूदा संसाधनों को अनुकूलित करने के लिए एक विशेष मूल्यांकन प्रक्रिया को डिजाइन करना अक्सर आवश्यक होता है। कुछ मामलों में, एक अधिक विस्तारित मूल्यांकन प्रक्रिया उपयोगी हो सकती है, जैसे कि अधिक जटिल प्रस्तुतियों वाले युवाओं के लिए (उदाहरण के लिए, मानसिक स्वास्थ्य इतिहास (लीबोविट्ज़ एंड डी व्रीस, 2016)), साथ-साथ होने वाली ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विशेषताओं (स्ट्रेंग, पॉवर्स एट अल, 2018), और / या अनुभवी बचपन के जेंडर इनकांग्रुएंस की अनुपस्थिति (रिस्टोरी और स्टेन्स्मा, 2016)। विशिष्ट आबादी के लिए मौजूद अद्वितीय सांस्कृतिक, वित्तीय और भौगोलिक कारकों को देखते हुए, प्रदाताओं को मूल्यांकन मॉडल तैयार करना चाहिए जो लचीले हैं और जितना संभव हो उतने युवा लोगों के लिए उचित समय पर देखभाल की अनुमति देते हैं, जब तक कि मूल्यांकन प्रभावी रूप से किशोरों की ताकत, कमजोरियों, नैदानिक प्रोफाइल और व्यक्तिगत जरूरतों के बारे में जानकारी प्राप्त करता है। अतिरिक्त जानकारी प्रदान करने के लिए साइकोमेट्रिक रूप से मान्य मनोसामाजिक और लिंग उपायों का भी उपयोग किया जा सकता है।

सर्जिकल हस्तक्षेप की मांग करने वाले युवाओं के लिए बहु-विषयक मूल्यांकन में निम्नलिखित डोमेन शामिल हैं जो प्रासंगिक बयानों के अनुरूप हैं:

- **जेंडर वर्ग पहचान विकास:** कथन 6.12.ए और 6.12.बी टीजीडी किशोरों का आकलन करते समय विशिष्ट सांस्कृतिक संदर्भ के भीतर जेंडर रूप पहचान विकास से जुड़े कारकों पर विस्तार से बताते हैं।
- **सामाजिक विकास और सहायता; अंतःक्रिया:** कथन 6.4 और 6.11 लिंग अल्पसंख्यक तनाव, परिवार की गतिशीलता और सामाजिक विकास और अंतःक्रिया में योगदान देने वाले अन्य पहलुओं का आकलन करने के महत्व पर विस्तार से बताते हैं।
- **संभावित साथ-साथ होने वाले मानसिक स्वास्थ्य और / या विकास संबंधी चिंताओं का नैदानिक मूल्यांकन:** कथन 6.12.डी किसी भी साथ-साथ होने वाले मानसिक स्वास्थ्य या विकास संबंधी चिंताओं और युवा व्यक्ति की सामान्य पहचान / जेंडर डाइवर्स अभिव्यक्ति के बीच मौजूद संबंधों को समझने के महत्व पर विस्तार से बताता है।
- **निर्णय लेने की क्षमता:** कथन 6.12.सी एक युवा व्यक्ति की भावनात्मक परिपक्वता के आकलन और प्रासंगिकता पर विस्तार से बताता है जब एक किशोर जेंडर अफर्मिंग-चिकित्सा / शल्य चिकित्सा उपचार पर विचार कर रहा है।

#### कथन 6.4

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को परिवारों, स्कूलों और अन्य प्रासंगिक परिवेश के साथ काम करने की सलाह देते हैं ताकि किशोरों के व्यवहार और पहचान के जेंडर डाइवर्स एक्सप्रेसन की स्वीकृति को बढ़ावा दिया जा सके।**

कई अध्ययन और संबंधित विशेषज्ञ आम सहमति उन दृष्टिकोणों के कार्यान्वयन का समर्थन करते हैं जो परिवारों, स्कूलों, स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं और अन्य सभी संगठनों और समुदायों सहित सभी परिवेश में जेंडर डाइवर्स युवाओं की स्वीकृति और पुष्टि को बढ़ावा देते हैं, जिनके साथ वे बातचीत करते हैं (उदाहरण के लिए, पेरिसो एट अल। रसेल एट अल, 2018; सिमंस एट अल, 2013; टूमी एट अल, 2010; ट्रेवर्स एट अल, 2012)। स्वीकृति और पुष्टि कई दृष्टिकोणों, कार्यों और नीतियों के माध्यम से पूरी की जाती है, जिन्हें हम विभिन्न रिश्तों और परिवेश में लागू करने की सलाह देते हैं जिसमें एक युवा व्यक्ति मौजूद है और कार्य करता है। किशोर के जीवन में शामिल परिवार के सदस्यों और समुदाय के सदस्यों के लिए इन प्रयासों में सहयोगी रूप से काम करना महत्वपूर्ण है जब तक कि उनकी भागीदारी को किशोरों के लिए हानिकारक नहीं माना जाता है। पेरिसो एट अल (2019) और परिवार, कर्मचारियों और संगठनों द्वारा लागू की जा सकने वाली जेंडर डाइवर्स और

चिंतन और पहचान की अभिव्यक्ति की स्वीकृति और पुष्टि के अन्य उदाहरणों में शामिल हैं:

1. ऐसे कार्य जो जेंडर वर्ग-विस्तार (जैसे, गैर-अनुरूप) गतिविधियों और हितों में संलग्न होने के लिए तैयार युवाओं के लिए सहायक हैं;
2. संचार जो सहायक होते हैं जब युवा अपने जेंडर वर्ग और जेंडर वर्ग अन्वेषण के बारे में अपने अनुभव व्यक्त करते हैं;
3. युवाओं के नाम/सर्वनाम का प्रयोग; वर्दी, हेयर स्टाइल और आइटम (जैसे, आभूषण, मेकअप) पहनने वाले युवाओं के लिए समर्थन वे अपने लिंग की पुष्टि करते हैं;
5. अपने लिंग और लिंग संबंधी चिंताओं के बारे में युवाओं के साथ सकारात्मक और सहायक संचार;
6. युवा व्यक्ति के जीवन में लोगों के लिए जेंडर डाइवर्स ता के मुद्दों के बारे में शिक्षा (जैसे, परिवार के सदस्य, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता, सामाजिक सहायता नेटवर्क), आवश्यकतानुसार, जिसमें समुदाय, स्कूल, स्वास्थ्य देखभाल और अन्य सेटिंग्स में विविध युवाओं के लिए वकालत करने के तरीके के बारे में जानकारी शामिल है;
7. समर्थन के समुदायों (जैसे, एलजीबीटीक्यू समूहों, घटनाओं, दोस्तों) से जुड़ने के लिए जेंडर डाइवर्स युवाओं के लिए समर्थन;
8. संकेत दिए जाने पर चिकित्सा उपचार विकल्पों पर चर्चा, विचार और पता लगाने के अवसरों का प्रावधान;
9. एंटीबुलिंग नीतियां जो लागू की जाती हैं;
10. दैनिक जीवन, पढ़ने की सामग्री और पाठ्यक्रम (जैसे, किताबें, स्वास्थ्य और यौन शिक्षा कक्षाएं, असाइन किए गए निबंध विषय जो बाइनरी, एलजीबीटीक्यू और सहयोगी समूहों से परे जाते हैं) में नॉनबाइनरी अनुभवों को शामिल करना;
11. लिंग समावेशी सुविधाएं जो युवा गैर-जेंडर डाइवर्स साथियों (जैसे, बाथरूम, लॉकर रूम) से अलगाव के बिना आसानी से प्राप्त कर सकते हैं।

हम अनुशंसा करते हैं कि एचसीपी माता-पिता, स्कूलों और अन्य संगठनों / समूहों के साथ टीजीडी पहचान और एक्सप्रेसन की स्वीकृति और पुष्टि के लिए काम करें, चाहे सामाजिक या चिकित्सा हस्तक्षेप लागू किए गए हों या नहीं क्योंकि स्वीकृति और पुष्टि कम नकारात्मक मानसिक स्वास्थ्य और व्यवहार संबंधी लक्षणों और अधिक सकारात्मक मानसिक स्वास्थ्य और व्यवहार संबंधी कामकाज से जुड़ी है (डे एट अल। 2015; डी व्रीस एट अल, 2016; ग्रेटक एट अल, 2013; पेरिसो एट अल,

2019; पेंग एट अल, 2019; रसेल एट अल, 2018; सिमंस एट अल, 2013; टैलिफेरो एट अल, 2019; टूमी एट अल, 2010; ट्रेवर्स एट अल, 2012)। रसेल एट अल (2018) ने पाया कि मानसिक स्वास्थ्य में सुधार अधिक स्थानों (जैसे, घर, स्कूल, काम और दोस्तों) में अधिक स्वीकृति और पुष्टि के साथ बढ़ता है। परिवार, साथियों और स्कूल के कर्मचारियों द्वारा अस्वीकृति (उदाहरण के लिए, जानबूझकर नाम और सर्वनाम का उपयोग करना, युवा पहचान नहीं करता है, पुष्टि की गई जेंडर रूप पहचान, बदमाशी, उत्पीड़न, मौखिक और शारीरिक शोषण, खराब रिश्ते, टीजीडी होने के लिए अस्वीकृति, निष्कासन) नकारात्मक परिणामों से दृढ़ता से जुड़ा हुआ था, जैसे कि चिंता, अवसाद, आत्मघाती विचारधारा, आत्महत्या के प्रयास और मादक द्रव्यों का उपयोग (ग्रॉसमैन एट अल। 2005; क्लेन और गोलब; 2016; पेरिसो एट अल, 2019; पेंग एट अल, 2019; रीसनर, ग्रेटक एट अल। रॉबर्ट्स एट अल। यह जानना महत्वपूर्ण है कि नकारात्मक लक्षण अस्वीकृति के बढ़े हुए स्तर के साथ बढ़ते हैं और वयस्कता में जारी रहते हैं (रॉबर्ट्स एट अल। एक युवा की जेंडर डाइवर्सता और अन्वेषण के लिए तटस्थ या उदासीन प्रतिक्रियाएं (उदाहरण के लिए, एक बच्चे को अपना चुना हुआ नाम बताने दें लेकिन नाम का उपयोग न करें, परिवार या दोस्तों को न बताएं जब युवा उन्हें खुलासा करना चाहते हैं, स्कूल के कर्मचारियों या साथियों से व्यवहार को अस्वीकार करने के बारे में बच्चे की वकालत नहीं करना, अन्य समर्थन तंत्रों में संलग्न या भाग नहीं लेना (उदाहरण के लिए, मनोचिकित्सकों और सहायता समूहों के साथ) के नकारात्मक परिणाम भी पाए गए हैं, जैसे कि अवसादग्रस्तता के लक्षणों में वृद्धि (पेरिसो एट अल। इन कारणों से, यह महत्वपूर्ण है कि किसी युवा के लिंग प्रश्न को अनदेखा न करें या युवाओं की लिंग-संबंधी देखभाल आवश्यकताओं पर विचार करने में देरी न करें। युवाओं को पहचानने वाले पेशेवरों में विशेष मूल्य है कि समय के साथ और डोमेन और रिश्तों में जेंडर एक्सप्रेसन, पहचान और अवतार के आसपास व्यक्तिगत दृष्टिकोण, समर्थन और आवश्यकताओं पर विचार करना आवश्यक है। युवाओं को दूसरों के प्रसंस्करण / किशोरों की पहचान की खोज और परिवर्तनों को सहन करने के तनाव से निपटने में मदद की आवश्यकता हो सकती है (उदाहरण के लिए, कुपर, लिंडले एट अल। यह महत्वपूर्ण है कि पेशेवर माता-पिता और दूसरों के साथ सहयोग करते हैं क्योंकि वे अपनी चिंताओं और भावनाओं को संसाधित करते हैं और जेंडर डाइवर्स ता के बारे में खुद को शिक्षित करते हैं

क्योंकि ऐसी प्रक्रियाएं आवश्यक रूप से अस्वीकृति या तटस्थता को प्रतिबिंबित नहीं कर सकती हैं, बल्कि दृष्टिकोण विकसित करने और स्वीकृति को बढ़ावा देने वाली जानकारी इकट्ठा करने के प्रयासों का प्रतिनिधित्व कर सकती हैं (उदाहरण के लिए, काटज़-वाइज एट अल।

#### कथन 6.5

**हम किसी व्यक्ति के जेंडर वर्ग को बदलने की कोशिश करने के उद्देश्य से उपचारात्मक और रूपांतरण चिकित्सा की पेशकश के खिलाफ सलाह देते हैं और जन्म के समय सौंपे गए जेंडर वर्ग के साथ अधिक संगत होने के लिए जेंडर एक्सप्रेसन होते हैं।**

कुछ स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता, धर्मनिरपेक्ष या धार्मिक संगठन, और अस्वीकार करने वाले परिवार जन्म के समय सौंपे गए लिंग के अनुरूप अभिव्यक्ति और व्यवहार के अलावा जेंडर डाइवर्स ता या जेंडर रूप पहचान के दावे की किशोर की अभिव्यक्ति को विफल करने के प्रयास कर सकते हैं। प्रतिवर्ती सामाजिक अभिव्यक्ति या संक्रमण को अवरुद्ध करने के ऐसे प्रयासों में युवाओं के पहचाने गए नाम और समर्थक संज्ञाओं का उपयोग नहीं करना या कपड़ों और हेयर स्टाइल में आत्म-अभिव्यक्ति को प्रतिबंधित करना शामिल हो सकता है (क्रेग एट अल। ग्रीन एट अल, 2020)। इन अपमानजनक व्यवहारों का उद्देश्य आम तौर पर इस विचार को मजबूत करना होता है कि एक युवा व्यक्ति की जेंडर रूप पहचान / अभिव्यक्ति को जन्म के समय सौंपे गए लिंग या जन्म के समय सौंपे गए लिंग के आधार पर अपेक्षाओं से जुड़े सामान्य ज्ञान से मेल खाना चाहिए। गतिविधियों और दृष्टिकोणों (कभी-कभी "उपचार" के रूप में संदर्भित) का उद्देश्य किसी व्यक्ति की जेंडर रूप पहचान और अभिव्यक्ति को जन्म के समय सौंपे गए लिंग के साथ अधिक संगत बनने की कोशिश करना है, लेकिन इन दृष्टिकोणों के परिणामस्वरूप जेंडर वर्ग पहचान में बदलाव नहीं हुआ है (क्रेग एट अल। ग्रीन एट अल, 2020)। हम ऐसे प्रयासों के खिलाफ सलाह देते हैं क्योंकि वे अप्रभावी पाए गए हैं और मानसिक अस्वस्थता और खराब मनोवैज्ञानिक कामकाज में वृद्धि से जुड़े हैं (क्रेग एट अल। ग्रीन एट अल, 2020; टर्बन, बेकविथ एट अल।

"रूपांतरण चिकित्सा" और "उपचारात्मक चिकित्सा" का मूल्यांकन करने वाले अधिकांश शोध ने जेंडर एक्सप्रेसन (मर्दानगी या स्त्रीत्व) को बदलने के प्रयासों के प्रभाव की जांच की है और जेंडर रूप पहचान (एपीए, 2009) के साथ यौन अभिविन्यास को जोड़ा है। बर्नेस एट अल, 2016; क्रेग एट अल,

2017)। इनमें से कुछ प्रयासों ने जेंडर रूप पहचान और अभिव्यक्ति (एएसीएपी, 2018) दोनों को लक्षित किया है। उपचारात्मक चिकित्सा को चिंता, अवसाद, आत्मघाती विचारधारा, आत्महत्या के प्रयासों और स्वास्थ्य देखभाल से बचने में वृद्धि से जोड़ा गया है (क्रेग एट अल। ग्रीन एट अल, 2020; टर्बन, बेकविथ एट अल। यद्यपि इनमें से कुछ अध्ययनों की उनकी पद्धतियों और निष्कर्षों (जैसे, डी'एंजेलो एट अल, 2020) के लिए आलोचना की गई है, लेकिन इससे किसी व्यक्ति की पहचान को बदलने के लिए प्राथमिकता पर जोर देने के महत्व को कम नहीं किया जाना चाहिए। हम किसी भी प्रकार के रूपांतरण या किसी व्यक्ति की जेंडर रूप पहचान को बदलने के प्रयासों के खिलाफ अनुशंसा करते हैं क्योंकि 1) जेंडर रूप पहचान/अभिव्यक्ति को बदलने के लिए धर्मनिरपेक्ष और धर्म-आधारित दोनों प्रयास नकारात्मक मनोवैज्ञानिक कामकाज से जुड़े हुए हैं जो वयस्कता में बने रहते हैं (टर्बन, बेकविथ एट अल। और 2) बड़े नैतिक कारण मौजूद हैं जिन्हें जेंडर डाइवर्स पहचानों के लिए सम्मान को रेखांकित करना चाहिए।

एक युवा व्यक्ति के लिंग-संबंधी अनुभव और जेंडर इनकांग्रुएंस की रिपोर्ट को चलाने वाले संभावित कारकों को ध्यान में रखना महत्वपूर्ण है, जब आत्म-खोज के साथ एक किशोर का समर्थन करने के संदर्भ में किया जाता है, तो इसे उपचारात्मक चिकित्सा नहीं माना जाता है जब तक कि एक विशेष जेंडर रूप पहचान या अभिव्यक्ति को बदलने या बढ़ावा देने के लिए कोई प्राथमिक लक्ष्य नहीं है (एएकेप, 2018; कथन 6.2 देखें)। यह सुनिश्चित करने के लिए कि ये अन्वेषण चिकित्सीय हैं, हम युवाओं की जेंडर एक्सप्रेसन के लिए किन कदमों की कोशिश, विचार और योजना बनाई गई है, इस पर चर्चा करने में सकारात्मक विचार और सहायक स्वर को नियोजित करने की सलाह देते हैं। इन चर्चा विषयों में शामिल हो सकते हैं कि क्या सहायक या पुष्टि महसूस हुई, क्या अनुपयोगी या परेशान महसूस हुआ और क्यों। हम इन चरणों और चर्चाओं के लिए सकारात्मक प्रतिक्रियाओं को नियोजित करने की सलाह देते हैं, जैसे कि एसओसी -8 कथन 6.4 में पहचाने गए।

#### कथन 6.6

**हमारा सुझाव है कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स किशोरों को चेस्ट बाइंडिंग और जननांग टकिंग पर स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान करते हैं, जिसमें लाभ और जोखिमों की समीक्षा शामिल है।**

टीजीडी युवाओं को छाती और जननांग शरीर रचना विज्ञान से

संबंधित संकट का अनुभव हो सकता है। छाती का बाइंडिंग, छाती को दबाना, जननांग टकिंग और जननांग पैकिंग जैसी प्रथाएं प्रतिवर्ती, गैर-चिकित्सा हस्तक्षेप हैं जो इस संकट को कम करने में मदद कर सकती हैं (कैलेन-लॉर्ड, 2020 ए, 2020 बी; डॉयच, 2016 ए; ओल्सन-कैनेडी, रोसैथल एट अल। ट्रांसकेयर बीसी, 2020)। शारीरिक विकास या शरीर रचना विज्ञान से संबंधित संकट की सीमा का आकलन करना, इस संकट को संबोधित करने के लिए संभावित गैर-चिकित्सा हस्तक्षेपों के बारे में युवाओं को शिक्षित करना और इन हस्तक्षेपों के सुरक्षित उपयोग पर चर्चा करना महत्वपूर्ण है।

चेस्ट बाइंडिंग में छाती का फ्लैट होने के लिए स्तन ऊतक का संपीड़न शामिल है। अध्ययनों से पता चलता है कि 87% तक ट्रांस मर्दाना रोगी बंधन के इतिहास की रिपोर्ट करते हैं (जोन्स, 2015; पीटज़मीयर, 2017)। बाध्यकारी तरीकों में वाणिज्यिक बाइंडर, स्पोर्ट्स ब्रा, शर्ट की लेयरिंग, स्पोर्ट्स ब्रा की लेयरिंग, या इलास्टिक या अन्य पट्टियों का उपयोग शामिल हो सकता है (पीटज़मीयर, 2017)। वर्तमान में, अधिकांश युवा साथियों (जूलियन, 2019) से बने ऑनलाइन समुदायों से बाध्यकारी प्रथाओं के बारे में सीखने की रिपोर्ट करते हैं। प्रदाता यह सुनिश्चित करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं कि युवाओं को चेस्ट बाइंडिंग के संभावित लाभों और जोखिमों के बारे में सटीक और विश्वसनीय जानकारी प्राप्त हो। इसके अतिरिक्त, प्रदाता रोगियों को सुरक्षित बाध्यकारी प्रथाओं के बारे में सलाह दे सकते हैं और संभावित नकारात्मक स्वास्थ्य प्रभावों की निगरानी कर सकते हैं। जबकि बंधन के संभावित नकारात्मक शारीरिक प्रभाव हैं, जो युवा बाइंडिंग करते हैं, वे कई लाभों की रिपोर्ट करते हैं, जिनमें आराम में वृद्धि, बेहतर सुरक्षा और गलत जेंडर वर्ग की कम दर (जूलियन, 2019) शामिल हैं। युवाओं में छाती के बाइंडिंग के सामान्य नकारात्मक स्वास्थ्य प्रभावों में पीठ / छाती में दर्द, सांस की तकलीफ और ओवरहीटिंग (जूलियन, 2019) शामिल हैं। त्वचा संक्रमण, श्वसन संक्रमण और पसली के फ्रैक्चर जैसे अधिक गंभीर नकारात्मक स्वास्थ्य प्रभाव असामान्य हैं और वयस्कों में छाती के बंधन से जुड़े हैं (पीटज़मीयर, 2017)। यदि बाइंडिंग को नियोजित किया जाता है, तो युवाओं को केवल उन तरीकों का उपयोग करने की सलाह दी जानी चाहिए जिन्हें बाइंडिंग के लिए सुरक्षित माना जाता है - जैसे कि विशेष रूप से जेंडर डाइवर्स आबादी के लिए डिज़ाइन किए गए बाइंडर्स - गंभीर नकारात्मक स्वास्थ्य प्रभावों के जोखिम को कम करने के लिए। बंधन के

लिए असुरक्षित माने जाने वाले तरीकों में डक्ट टेप, ऐस रैप और प्लास्टिक रैप का उपयोग शामिल है क्योंकि ये रक्त प्रवाह को प्रतिबंधित कर सकते हैं, त्वचा को नुकसान पहुंचा सकते हैं और सांस लेने को प्रतिबंधित कर सकते हैं। यदि युवा चेस्ट बाइंडिंग से नकारात्मक स्वास्थ्य प्रभावों की रिपोर्ट करते हैं, तो इन्हें आदर्श रूप से टीजीडी युवाओं के साथ काम करने के अनुभव के साथ जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा प्रदाता द्वारा संबोधित किया जाना चाहिए। जननांग झुकाव एक जननांग उभार की बाहरी उपस्थिति को कम करने के लिए लिंग और वृषण को स्थिति देने का अभ्यास है। टकने के तरीकों में लिंग और वृषण को पैरों के बीच में लपेटना या अंडकोष को इंगुइनल नहर के अंदर डालना और लिंग को पैरों के बीच वापस खींचना शामिल है। आमतौर पर, जननांगों को अंडरवियर या गैफ द्वारा जगह पर रखा जाता है, एक परिधान जिसे बनाया या खरीदा जा सकता है। वयस्कों में टकिंग के विशिष्ट जोखिमों और लाभों पर सीमित अध्ययन उपलब्ध हैं, और युवाओं में कोई भी नहीं किया गया है। पिछले अध्ययनों ने बताया है कि तंग अंडरगारमेंट्स शुक्राणु एकाग्रता और गतिशीलता में कमी के साथ जुड़े हुए हैं। इसके अलावा, ऊंचा अंडकोश तापमान खराब शुक्राणु विशेषताओं से जुड़ा हो सकता है, और जननांग टकिंग सैद्धांतिक रूप से शुक्राणुजनन और प्रजनन क्षमता (मार्श, 2019) को प्रभावित कर सकती है, हालांकि इन प्रतिकूल परिणामों का मूल्यांकन करने वाले कोई निश्चित अध्ययन नहीं हैं। युवाओं में टकिंग के विशिष्ट लाभों और जोखिमों को निर्धारित करने के लिए आगे के शोध की आवश्यकता है।

#### कथन 6.7

**हम अनुशांसा करते हैं कि प्रदाता जेंडर वर्ग असंगति का अनुभव करने वाले किशोरों के लिए मासिक धर्म दमन एजेंटों को निर्धारित करने पर विचार करें जो टेस्टोस्टेरोन थेरेपी की इच्छा नहीं रखते हैं, जो इच्छा रखते हैं लेकिन अभी तक टेस्टोस्टेरोन थेरेपी शुरू नहीं की है, या ब्रेकथ्रू रक्तस्राव के लिए टेस्टोस्टेरोन थेरेपी के साथ संयोजन में।**

जेंडर डाइवर्स युवाओं के साथ मासिक धर्म-दबाने वाली दवाओं के उपलब्ध विकल्पों पर चर्चा करते समय, प्रदाताओं को साझा निर्णय लेने में संलग्न होना चाहिए, जेंडर वर्ग-समावेशी भाषा का उपयोग करना चाहिए (उदाहरण के लिए, रोगियों से पूछना कि वे अपने मासिक धर्म, प्रजनन अंगों और जननांगों को संदर्भित करने के लिए किन शब्दों का उपयोग करते हैं) और संवेदनशील, जेंडर वर्ग-सकारात्मक तरीके से शारीरिक परीक्षाएं

करें (बॉनिंगटन एट अल। क्रैम्पास्की एट अल। मासिक धर्म दमन जेंडर इनकांग्रुएंस और / या डिस्फोरिया को कैसे प्रभावित कर सकता है, इसका मूल्यांकन करने वाला कोई औपचारिक शोध नहीं है। हालांकि, मासिक धर्म दमन का उपयोग एक प्रारंभिक हस्तक्षेप हो सकता है जो देखभाल के लिंग से संबंधित लक्ष्यों, अन्य मानसिक स्वास्थ्य देखभाल की प्राथमिकता, या दोनों की आगे की खोज की अनुमति देता है, खासकर उन लोगों के लिए जो अवांछित गर्भाशय रक्तस्राव से जेंडर डिस्फोरिया के बिगड़ने का अनुभव करते हैं (कथन 6.12 देखें डी; मेहरिंगर और डोशेन, 2019)। जब टेस्टोस्टेरोन का उपयोग नहीं किया जाता है, तो मासिक धर्म दमन को प्रोजेस्टिन के माध्यम से प्राप्त किया जा सकता है। किसी भी अंतर्निहित मासिक धर्म विकारों को बाहर करने के लिए, मासिक धर्म-दबाने वाली चिकित्सा (कार्सवेल एंड रॉबर्ट्स, 2017) को लागू करने से पहले एक विस्तृत मासिक धर्म इतिहास और मूल्यांकन प्राप्त करना महत्वपूर्ण है। मासिक धर्म-दबाने वाली दवाओं के बारे में चर्चा के हिस्से के रूप में, गर्भनिरोधक की आवश्यकता और गर्भनिरोधक के तरीकों के रूप में मासिक धर्म को दबाने वाली दवाओं की प्रभावशीलता के बारे में जानकारी को भी संबोधित करने की आवश्यकता है (बॉनिंगटन एट अल। विभिन्न प्रकार के मासिक धर्म दमन विकल्प, जैसे कि संयुक्त एस्ट्रोजन-प्रोजेस्टिन दवाएं, मौखिक प्रोजेस्टिन, डिपो और सबडर्मल प्रोजेस्टिन, और अंतर्गर्भाशयी उपकरण (आईयूडी), उपलब्धता, लागत और बीमा कवरेज, साथ ही मतभेदों और दुष्प्रभावों पर ठीक से विचार करते हुए व्यक्तिगत उपचार योजनाओं की अनुमति देने के लिए पेश किए जाने चाहिए (कंज एट अल। प्रोजेस्टिन केवल हार्मोनल दवा विकल्प हैं, विशेष रूप से ट्रांस मर्दाना या नॉनबाइनरी युवाओं में जो एस्ट्रोजन युक्त चिकित्सा उपचारों में रुचि नहीं रखते हैं और साथ ही थ्रोम्बोम्बोलिक घटनाओं के जोखिम में हैं या जिनके पास एस्ट्रोजेन थेरेपी (कार्सवेल एंड रॉबर्ट्स, 2017) के लिए अन्य मतभेद हैं। प्रोजेस्टिन-केवल हार्मोनल दवाओं में मौखिक प्रोजेस्टिन, डेपो-मेड्रोक्सीप्रोजेस्टेरोन इंजेक्शन, एटोनोजेस्ट्रल प्रत्यारोपण और लेवोनोर्गेस्ट्रल आईयूडी (श्वार्ट्ज एट अल। प्रोजेस्टिन-केवल हार्मोनल विकल्प मासिक धर्म दमन को प्राप्त करने में प्रभावकारिता के मामले में भिन्न होते हैं और संयुक्त मौखिक गर्भनिरोधक (प्रधान और गोमेज़-लोबो, 2019) की तुलना में एमेनोरिया प्राप्त करने की कम दर होती है। प्रासंगिक नैदानिक अध्ययनों का अधिक विस्तृत विवरण अध्याय 12-हार्मोन

थेरेपी में प्रस्तुत किया गया है। एचसीपी को व्यक्ति के प्रशासन के पसंदीदा तरीके के बारे में धारणा नहीं बनानी चाहिए क्योंकि कुछ ट्रांस मर्दाना युवा योनि के छल्ले या आईयूडी प्रत्यारोपण पसंद कर सकते हैं (अक्गुल एट अल। यद्यपि हार्मोनल दवाओं को संभावित मनोदशा, अवसादग्रस्तता प्रभाव, या दोनों के लिए निगरानी की आवश्यकता होती है, जेंडर डिस्फोरिया की स्थापना में अनुपचारित मासिक धर्म दमन के लाभों और जोखिमों का मूल्यांकन व्यक्तिगत आधार पर किया जाना चाहिए। कुछ रोगी संयुक्त मौखिक गर्भनिरोधक का विकल्प चुन सकते हैं जिसमें एथिनिल एस्ट्राडियोल के विभिन्न संयोजन शामिल हैं, जिसमें व्यापक खुराक के साथ, और प्रोजेस्टिन की विभिन्न पीढ़ियां (प्रधान और गोमेज़-लोबो, 2019) शामिल हैं। संयुक्त मौखिक गर्भनिरोधक गोलीयों के कम खुराक एथिनिल एस्ट्राडियोल घटक गर्भाशय रक्तस्राव में वृद्धि के साथ जुड़े हुए हैं। निरंतर संयुक्त मौखिक गर्भ निरोधकों का उपयोग निरंतर मासिक धर्म दमन की अनुमति देने के लिए किया जा सकता है और इसे ट्रांसडर्मल या योनि के छल्ले के रूप में वितरित किया जा सकता है।

गोनाडोट्रोपिन रिलीजिंग हार्मोन (जीएनआरएच) एनालॉग्स के उपयोग से मासिक धर्म दमन भी हो सकता है। हालांकि, यह अनुशंसा की जाती है कि जेंडर डाइवर्स युवा पात्रता मानदंडों को पूरा करते हैं (जैसा कि कथन 6.12 में बताया गया है) इससे पहले कि इस दवा को पूरी तरह से इस उद्देश्य के लिए माना जाए (कार्सवेल एंड रॉबर्ट्स, 2017; कार्सवेल एंड रॉबर्ट्स, 2017) प्रधान और गोमेज़-लोबो, 2019)। अंत में, मासिक धर्म-दमन दवाओं को गर्भाशय के रक्तस्राव के माध्यम से ब्रेकथ्रू के लिए एक सहायक चिकित्सा के रूप में इंगित किया जा सकता है जो बहिर्जात टेस्टोस्टेरोन पर या टेस्टोस्टेरोन थेरेपी के साथ मासिक धर्म दमन की प्रतीक्षा करते समय ब्रिजिंग दवा के रूप में हो सकता है। जब बहिर्जात टेस्टोस्टेरोन को जेंडर अफर्मिंग हार्मोन के रूप में नियोजित किया जाता है, तो मासिक धर्म दमन आमतौर पर चिकित्सा के पहले छह महीनों (अहमद और लीनुंग, 2017) में प्राप्त किया जाता है। हालांकि, यह महत्वपूर्ण है कि किशोरों को ओव्यूलेशन की सलाह दी जाए और गर्भावस्था अभी भी एमेनोरिया की स्थापना में हो सकती है (गोमेज़ एट अल। कंज और अन्य, 2019)।

#### कथन 6.8

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को जेंडर डाइवर्स और ट्रांसजेंडर किशोरों और किसी भी प्रासंगिक देखभाल करने वालों के साथ**

एक सतत संबंध बनाए रखने की सलाह देते हैं ताकि युवावस्था दमन उपचार, हार्मोनल उपचार और लिंग से संबंधित शल्य चिकित्सा की अवधि के दौरान किशोरों को उनके निर्णय लेने में समर्थन मिल सके जब तक कि वयस्क देखभाल के लिए संक्रमण नहीं किया जाता है।

बाल और किशोर विकास में विशेषज्ञता वाले एचसीपी, जैसा कि कथन 6.1 में वर्णित है, जेंडर वर्ग से संबंधित उपचार आवश्यकताओं के दौरान युवा लोगों की देखभाल की निरंतरता में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। किशोरों और उनके परिवारों का समर्थन करने के लिए एक विकासात्मक लेंस का उपयोग करके देखभाल करने की आवश्यकता होती है जिसके माध्यम से एक युवा व्यक्ति की विकसित भावनात्मक परिपक्वता और देखभाल की जरूरतों को समझना समय के साथ हो सकता है। चूंकि जेंडर अफर्मिंग उपचार तरीके व्यक्तिगत टीजीडी किशोरों की जरूरतों और अनुभवों के आधार पर भिन्न होते हैं, इसलिए इन उपचारों के लिए निर्णय लेना (यौवन दमन, एस्ट्रो-जेन्स / एण्ड्रोजन, जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा) कई वर्षों की अवधि के भीतर समय के विभिन्न बिंदुओं पर हो सकते हैं। प्यूबर्टल दमन और जेंडर अफर्मिंग हार्मोन उपचार (जीएचटी) के लाभों का प्रदर्शन करने वाले अनुदैर्ध्य अनुसंधान को एक सेटिंग में किया गया था जहां किशोरों / परिवारों और बहु-विषयक टीम के बीच चल रहे नैदानिक संबंध को बनाए रखा गया था (डी व्रीस एट अल।

नैदानिक सेटिंग्स जो लंबे समय तक नियुक्ति समय प्रदान करती हैं, किशोरों और देखभाल करने वालों को भावनात्मक कल्याण (जैसे, पारिवारिक गतिशीलता, स्कूल, रोमांटिक और यौन अनुभव) के महत्वपूर्ण मनोसामाजिक पहलुओं को साझा करने के लिए जगह प्रदान करती हैं जो व्यक्तिगत जेंडर अफर्मिंग उपचार आवश्यकताओं और निर्णयों को प्रासंगिक बनाती हैं जैसा कि अध्याय में कहीं और वर्णित है। एक चल रहे नैदानिक संबंध सेटिंग्स में हो सकते हैं, चाहे वह एक बहु-विषयक टीम के भीतर हो या विभिन्न स्थानों में प्रदाताओं के साथ जो एक दूसरे के साथ सहयोग करते हैं। विशेष लिंग देखभाल केंद्रों तक पहुंच प्राप्त करने की क्षमता में व्यापक परिवर्तनशीलता को देखते हुए, विशेष रूप से हाशिए के समूहों के लिए जो पहुंच के साथ असमानताओं का अनुभव करते हैं, एचसीपी के लिए लचीलापन बनाए रखते हुए देखभाल के लिए किसी भी बाधा के अस्तित्व की सराहना करना महत्वपूर्ण है जब यह परिभाषित किया जाता है कि उस विशिष्ट संदर्भ में चल रहे

नैदानिक संबंध कैसे हो सकते हैं।

एक चल रहा नैदानिक संबंध जो युवाओं में लचीलापन बढ़ाता है और माता-पिता / देखभाल करने वालों को सहायता प्रदान करता है जिनके पास अपनी उपचार की आवश्यकताएं हो सकती हैं, अंततः माता-पिता की स्वीकृति में वृद्धि हो सकती है - जब आवश्यक हो - जो युवाओं में बेहतर मानसिक स्वास्थ्य परिणामों से जुड़ा हुआ है (रयान, ह्यूबनर एट अल।

#### कथन 6.9

**हम अनुशंसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों में मानसिक स्वास्थ्य और चिकित्सा पेशेवरों सहित प्रासंगिक विषयों को शामिल किया जाए, इस बारे में निर्णय लेने के लिए कि क्या जेंडर डाइवर्स और ट्रांसजेंडर किशोरों के लिए यौवन दमन, हार्मोन दीक्षा, या लिंग से संबंधित शल्य चिकित्सा उपयुक्त हैं और उपचार के दौरान संकेत दिया जाता है जब तक कि संक्रमण वयस्क देखभाल में नहीं किया जाता है।**

#### जेंडर डिस्फोरिया /

जेंडर इनकांग्रुएस वाले टीजीडी किशोर जो जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार चाहते हैं, उन्हें विभिन्न विषयों से स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों (एचसीपी) की भागीदारी से लाभ होता है। टीजीडी किशोरों को देखभाल प्रदान करने में 1) नैदानिक विचारों को संबोधित करना शामिल है (कथन 6.3, 6.12 ए, और 6.12 बी देखें) जब भी संभव और आवश्यक हो, एक विशेष लिंग एचसीपी (जैसा कि कथन 6.1 में परिभाषित किया गया है) द्वारा आयोजित; और 2) जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा देखभाल के लिए दवाओं को निर्धारित करते समय उपचार के विचार, संबंधित चिकित्सा / शल्य चिकित्सा पेशेवर के प्रशिक्षण की आवश्यकता होती है। प्रमुख विषयों की सूची में किशोर चिकित्सा / प्राथमिक देखभाल, अंतःसाविकी, मनोविज्ञान, मनोचिकित्सा, भाषण / भाषा विकृति, सामाजिक कार्य, सहायक कर्मचारी और सर्जिकल टीम तक सीमित नहीं है। विकसित सबूतों ने ट्रांसजेंडर युवाओं के लिए एक नैदानिक लाभ दिखाया है जो बहु-विषयक लिंग क्लिनिकों में अपने जेंडर अफर्मिंग उपचार प्राप्त करते हैं (डी व्रीस एट अल। कुपर एट अल, 2020; टोलिट एट अल, 2019)। अंत में, बहु-विषयक क्लिनिकों में जेंडर अफर्मिंग देखभाल की मांग करने वाले किशोरों को मानसिक स्वास्थ्य, चिकित्सा और / या सर्जिकल पेशेवरों के बीच घनिष्ठ सहयोग की आवश्यकता होती है (मैककैलियन एट अल। सोरबारा एट अल, 2020; टिशेलमैन एट अल।

चूंकि सभी रोगी और परिवार बहु-विषयक देखभाल तक पहुंचने



की स्थिति में या स्थान पर नहीं हैं, इसलिए उपलब्ध विषयों की कमी एक युवा व्यक्ति को समय पर आवश्यक देखभाल तक पहुंचने से नहीं रोकनी चाहिए। जब विषय उपलब्ध होते हैं, विशेष रूप से मौजूदा बहु-विषयक टीमों, विषयों, या दोनों वाले केंद्रों में, यह अनुशंसा की जाती है कि लिंग देखभाल टीम विकसित करते समय प्रासंगिक प्रदाताओं को शामिल करने के प्रयास किए जाएं। हालांकि, इसका मतलब यह नहीं है कि किसी विशेष युवा और परिवार को देखभाल प्रदान करने के लिए सभी विषय आवश्यक हैं।

यदि एक किशोर के लिए जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार (जीएएमएसटी) की सिफारिश करने के लिए लिखित दस्तावेज या एक पत्र की आवश्यकता होती है, तो बहु-विषयक टीम के सदस्य से मूल्यांकन के केवल एक पत्र की आवश्यकता होती है। इस पत्र को टीम से मूल्यांकन और राय को प्रतिबिंबित करने की आवश्यकता है जिसमें मेडिकल एचसीपी और एमएचपी दोनों शामिल हैं (अमेरिकन साइकोलॉजिकल एसोसिएशन, 2015; हेमब्री एट अल, 2017; टेलफर एट अल, 2018)। आगे के मूल्यांकन परिणामों और लिखित राय का अनुरोध किया जा सकता है जब एक विशिष्ट नैदानिक आवश्यकता होती है या जब टीम के सदस्य अलग-अलग स्थानों पर होते हैं या अपने स्वयं के सारांश लिखना चुनते हैं। अधिक जानकारी के लिए अध्याय 5- वयस्कों के लिए मूल्यांकन, कथन 5.5 देखें।

#### कथन 6.10

**हम ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स किशोरों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं, जो जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा या शल्य चिकित्सा उपचार का अनुरोध करते हैं, उपचार की शुरुआत से पहले, प्रजनन प्रभावों के बारे में उन्हें सूचित करते हैं, जिसमें प्रजनन क्षमता के संभावित नुकसान और युवाओं के प्यूबर्टल विकास के चरण के संदर्भ में प्रजनन क्षमता को संरक्षित करने के लिए उपलब्ध विकल्प शामिल हैं।**

जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा या शल्य चिकित्सा उपचार की मांग करने वाले किशोरों का आकलन करते समय, एचसीपी को उन विशिष्ट तरीकों पर चर्चा करनी चाहिए जिनमें आवश्यक उपचार प्रजनन क्षमता को प्रभावित कर सकता है। प्रजनन संबंधी मुद्दों और विशिष्ट संरक्षण विकल्पों पर अध्याय 12-हार्मोन थेरेपी और अध्याय 16- प्रजनन स्वास्थ्य में अधिक अच्छी तरह से चर्चा की गई है।

यह महत्वपूर्ण है कि एचसीपी समझते हैं कि प्रजनन संरक्षण विकल्प क्या मौजूद हैं ताकि वे किशोरों को जानकारी रिले कर सकें। माता-पिता को इस प्रक्रिया में शामिल होने की सलाह दी जाती है और विभिन्न विकल्पों के पेशेवरों और विपक्षों को भी समझना चाहिए। एचसीपी को स्वीकार करना चाहिए कि किशोरों और माता-पिता के प्रजनन क्षमता के बारे में अलग-अलग विचार हो सकते हैं और इसलिए अलग-अलग निर्णय ले सकते हैं (क्वाइन एट अल। एचसीपी को विशेष रूप से व्यक्तिगत किशोरों के लिए प्रजनन संरक्षण और निर्णय लेने की योग्यता के विकास और मनोवैज्ञानिक पहलुओं पर ध्यान देना चाहिए। जबकि किशोर सोच सकते हैं कि उन्होंने अपनी प्रजनन क्षमता के बारे में अपना मन बना लिया है, भविष्य में जैविक रूप से संबंधित बच्चे होने के बारे में उनकी राय समय के साथ बदल सकती है, एक एचसीपी के साथ चर्चा करने की आवश्यकता है, जिसके पास पर्याप्त अनुभव है, किशोर विकास के बारे में जानकार है, और माता-पिता के साथ काम करने का अनुभव है।

जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार की प्रजनन क्षमता पर दीर्घकालिक परिणामों को संबोधित करना और यह सुनिश्चित करना कि ट्रांसजेंडर किशोरों को प्रजनन संरक्षण विकल्पों या गोद लेने से संबंधित यथार्थवादी अपेक्षाएं हैं, को एक बार की चर्चा के साथ संबोधित नहीं किया जा सकता है, लेकिन चल रही बातचीत का हिस्सा होना चाहिए। यह बातचीत न केवल किसी भी चिकित्सा हस्तक्षेप (यौवन दमन, हार्मोन, या शल्य चिकित्सा) शुरू करने से पहले होनी चाहिए, बल्कि आगे के उपचार के दौरान और संक्रमण के दौरान भी होनी चाहिए।

वर्तमान में, ट्रांसजेंडर वयस्कों का मूल्यांकन करने वाले पूर्वव्यापी अध्ययनों से केवल प्रारंभिक परिणाम हैं और प्रजनन क्षमता पर चिकित्सा-पुष्टि उपचार के परिणामों के बारे में जब वे युवा थे तो उनके द्वारा किए गए निर्णय। यह महत्वपूर्ण है कि इस बारे में धारणाएं न बनाएं कि एक किशोर के भविष्य के वयस्क लक्ष्य क्या हो सकते हैं। बचपन के कैंसर से बचे लोगों में शोध में पाया गया कि जिन प्रतिभागियों ने प्रजनन संरक्षण के अवसरों को याद किया, उन्होंने संभावित बांझपन के लिए संकट और अफसोस के बारे में बताया (आर्मूड एट अल। एलिस एट अल, 2016; लेहमैन एट अल, 2017)। इसके अलावा, कैंसर वाले व्यक्ति जिन्होंने उपचार से पहले जैविक बच्चे होने को प्राथमिकता नहीं दी थी, उन्होंने उत्तरजीविता में "सोचने के तरीकों में बदलाव" की सूचना दी है (आर्मूड एट अल।

विभिन्न प्रजनन संरक्षण विकल्पों की जटिलताओं और एचसीपी को एडोलोलेसेंट और परिवार (टिशेलमैन एट अल, 2019) के साथ प्रजनन क्षमता पर चर्चा करने का अनुभव हो सकता है, प्रजनन परामर्श प्रत्येक ट्रांसजेंडर किशोर के लिए एक महत्वपूर्ण संयोजन है जो चिकित्सा-पुष्टि उपचार करता है जब तक कि स्थानीय स्थिति ऐसी न हो कि प्रजनन परामर्श बीमा या सार्वजनिक स्वास्थ्य देखभाल योजनाओं द्वारा कवर नहीं किया जाता है। स्थानीय रूप से उपलब्ध नहीं है, या व्यक्तिगत परिस्थितियां इसे पसंद नहीं करती हैं।

#### कथन 6.11

हम अनुशांसा करते हैं कि जब किशोरों के लिए जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा या शल्य चिकित्सा उपचार का संकेत दिया जाता है, तो ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स किशोरों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर मूल्यांकन और उपचार प्रक्रिया में माता-पिता /अभिभावक (ओं) को शामिल करते हैं, जब तक कि उनकी भागीदारी किशोरों के लिए हानिकारक या संभव नहीं है। जब कोई संकेत होता है कि एक किशोर जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा या शल्य चिकित्सा उपचार से लाभान्वित हो सकता है, तो मूल्यांकन प्रक्रिया में माता-पिता (ओं) या प्राथमिक देखभाल करने वाले (ओं) को शामिल करने की सिफारिश लगभग सभी स्थितियों में की जाती है (एडवर्ड्स-लीपर एंड स्पैक, 2012; रैफर्टी एट अल, 2018)। इसके अपवादों में ऐसी स्थितियां शामिल हो सकती हैं जिनमें एक किशोर पालक देखभाल, बाल सुरक्षात्मक सेवाओं, या दोनों में है, और हिरासत और माता-पिता की भागीदारी असंभव, अनुचित या हानिकारक होगी। टीजीडी युवाओं के माता-पिता और परिवार का समर्थन युवा कल्याण का एक प्राथमिक भविष्यवक्ता है और टीजीडी युवाओं के मानसिक स्वास्थ्य के लिए सुरक्षात्मक है (गोवर, राइडर, कोलमैन एट अल। ग्रॉसमैन एट अल, 2019; लेफेवर एट अल, 2019; मैककोनेल एट अल, 2015; पेरिसो एट अल, 2019; रयान, 2009; रयान एट अल, 2010; सिमंस एट अल, 2013; विल्सन एट अल, 2016)। इसलिए, किशोरों की माता-पिता की समझ और समर्थन को प्रोत्साहित करने और सुविधाजनक बनाने के लिए मूल्यांकन प्रक्रिया में माता-पिता /देखभाल करने वाले (ओं) को शामिल करना उपलब्ध सबसे उपयोगी प्रथाओं में से एक हो सकता है।

देखभाल करने वाले नैदानिक टीम के लिए महत्वपूर्ण जानकारी प्रदान कर सकते हैं, जैसे कि युवा व्यक्ति का लिंग और समग्र विकास, चिकित्सा और मानसिक स्वास्थ्य इतिहास के साथ-

साथ युवा व्यक्ति के वर्तमान समर्थन, सामान्य कामकाज और कल्याण के स्तर में अंतर्दृष्टि। किशोर और उनके माता-पिता /देखभाल करने वाले (ओं) द्वारा दी गई रिपोर्टों की सहमति या विचलन मूल्यांकन टीम के लिए महत्वपूर्ण जानकारी हो सकती है और व्यक्तिगत युवाओं और परिवार के समर्थन को डिजाइन और आकार देने में सहायता कर सकती है (डी लॉस रेयेस एट अल। काटज़-वाइज एट अल। लचीलापन कारकों और चुनौतियों सहित परिवार के संदर्भ का ज्ञान, प्रदाताओं को यह जानने में मदद कर सकता है कि चिकित्सा उपचार प्रक्रिया के दौरान विशेष समर्थन की आवश्यकता कहाँ होगी। माता-पिता /देखभाल करने वाले (ओं) की भागीदारी परिवारों को विभिन्न उपचार दृष्टिकोणों, चल रही अनुवर्ती और देखभाल की जरूरतों और संभावित उपचार जटिलताओं के बारे में शिक्षित करने के लिए भी महत्वपूर्ण है। नैदानिक लिंग देखभाल विकल्पों और मूल्यांकन प्रक्रिया में भागीदारी के बारे में मनोचिकित्सा के माध्यम से, जो समय के साथ सामने आ सकता है, माता-पिता / देखभाल करने वाले (ओं) अपने किशोर बच्चे के लिंग से संबंधित अनुभव और जरूरतों को बेहतर ढंग से समझ सकते हैं (एंड्रजेवस्की एट अल। काटज़-वाइज एट अल। माता-पिता / देखभाल करने वाले की चिंताएं या समय के साथ लिंग से संबंधित जरूरतों की स्थिरता और विभिन्न जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेपों के निहितार्थ के बारे में प्रश्न आम हैं और उन्हें खारिज नहीं किया जाना चाहिए। माता-पिता /देखभाल करने वाले (ओं) के लिए ये प्रश्न पूछना उचित है, और ऐसे मामले हैं जिनमें माता-पिता /देखभाल करने वाले (ओं) के प्रश्न या चिंताएं उपचार के निर्णयों और योजनाओं को सूचित करने में विशेष रूप से सहायक होती हैं। उदाहरण के लिए, माता-पिता / देखभाल करने वाले की रिपोर्ट उन स्थितियों में महत्वपूर्ण संदर्भ प्रदान कर सकती है जिनमें एक युवा व्यक्ति जेंडर डाइवर्स ता और संबंधित लिंग उपचार अनुरोध के बारे में बहुत हाल ही में या अचानक आत्म-जागरूकता का अनुभव करता है, या जब किसी युवा व्यक्ति की वर्तमान आत्म-लिंग अवधारणा पर संभावित अत्यधिक सहकर्मों और सोशल मीडिया प्रभाव की चिंता होती है। माता-पिता / देखभाल करने वाले की रिपोर्ट का संदर्भ भी महत्वपूर्ण है, क्योंकि माता-पिता /देखभाल करने वाले (ओं) द्वारा प्रदान की गई एक युवा व्यक्ति के लिंग इतिहास की रिपोर्ट युवा व्यक्ति की आत्म-रिपोर्ट के साथ संरेखित हो सकती है या नहीं भी हो सकती है। महत्वपूर्ण रूप से, लिंग इतिहास माता-पिता /देखभाल करने वाले (ओं) के लिए अज्ञात हो सकता

है क्योंकि लिंग युवाओं के लिए आंतरिक अनुभव हो सकता है, जब तक कि इस पर चर्चा न की जाए। इस कारण से, उनके लिंग इतिहास और अनुभव की एक किशोर की रिपोर्ट मूल्यांकन प्रक्रिया के लिए केंद्रीय है।

कुछ माता-पिता टीजीडी पहचान, नैदानिक लिंग देखभाल, या दोनों (क्लार्क एट अल। इस तरह के असंबद्ध दृष्टिकोण परिवारों के लिए एक महत्वपूर्ण चिकित्सीय लक्ष्य हैं। हालांकि चुनौतीपूर्ण माता-पिता के दृष्टिकोण कुछ मामलों में कठोर लग सकते हैं, प्रदाताओं को यह नहीं मानना चाहिए कि यह मामला है। माता-पिता/देखभाल करने वाले (ओं) के कई उदाहरण हैं, जो समय के साथ समर्थन और मनोचिकित्सा के साथ, अपने टीजीडी बच्चे की जेंडर डाइवर्सता और देखभाल की जरूरतों को तेजी से स्वीकार कर रहे हैं।

महत्वपूर्ण लिंग देखभाल निर्णयों पर युवाओं और माता-पिता / देखभाल करने वालों को एक साथ काम करने में मदद करना एक प्राथमिक लक्ष्य है। हालांकि, कुछ मामलों में, माता-पिता / देखभाल करने वाले (ओं) अपने किशोर बच्चे को बहुत अस्वीकार कर सकते हैं और उनके बच्चे के लिंग को नैदानिक मूल्यांकन प्रक्रिया का हिस्सा होना चाहिए। इन स्थितियों में, युवाओं को आवश्यक समर्थन और देखभाल के साथ आगे बढ़ने के लिए वकालत और सहायता की आवश्यकता हो सकती है (डबिन एट अल।

#### कथन 6.12

**हम ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स किशोरों का आकलन करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो केवल रोगी द्वारा अनुरोधित जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा या शल्य चिकित्सा उपचार की सलाह देते हैं जब:**

#### कथन 6.12.ए

**किशोर उन स्थितियों में आईसीडी -11 के अनुसार जेंडर इनकांग्रुएंस के नैदानिक मानदंडों को पूरा करता है जहां स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंचने के लिए निदान आवश्यक है। जिन देशों ने नवीनतम आईसीडी को लागू नहीं किया है, उनमें अन्य वर्गीकरणों का उपयोग किया जा सकता है, हालांकि जितनी जल्दी हो सके नवीनतम आईसीडी का उपयोग करने के प्रयास किए जाने चाहिए।**

टीजीडी किशोरों के साथ काम करते समय, एचसीपी को यह महसूस करना चाहिए कि जबकि एक वर्गीकरण देखभाल तक पहुंच प्रदान कर सकता है, ट्रांसजेंडर पहचान को कलंकित करने के रूप में अनुभव किया जा सकता है (बीक एट अल। लिंग

स्वास्थ्य और जेंडर डाइवर्स ता से संबंधित आकलन की आलोचना की गई है, और नैदानिक प्रणालियों (ड्रेसर, 2016) के आसपास विवाद मौजूद हैं।

एचसीपी को समग्र लिंग-संबंधित इतिहास और युवाओं की लिंग देखभाल से संबंधित जरूरतों का आकलन करना चाहिए। इस मूल्यांकन प्रक्रिया के माध्यम से, एचसीपी एक निदान प्रदान कर सकते हैं जब ट्रांसजेंडर से संबंधित देखभाल तक पहुंच प्राप्त करने की आवश्यकता होती है।

जेंडर इनकांग्रुएंस और जेंडर डिस्फोरिया क्रमशः विश्व स्वास्थ्य संगठन के रोगों के अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण (आईसीडी) और अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन के मानसिक विकारों के नैदानिक और सांख्यिकीय मैनुअल (डीएसएम) में उपयोग किए जाने वाले दो नैदानिक शब्द हैं। इन दो व्यापक रूप से उपयोग किए जाने वाले वर्गीकरण प्रणालियों में से, डीएसएम केवल मनोवैज्ञानिक वर्गीकरण के लिए है और आईसीडी में शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित सभी बीमारियां और स्थितियां शामिल हैं। इन दो प्रणालियों के सबसे हालिया संस्करण, डीएसएम-5 और आईसीडी-11, जेंडर वर्ग से संबंधित निदान (अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन, 2013) को फिर से परिभाषित करने और डी-साइकोपैथोलॉजी के एक लंबे इतिहास को दर्शाते हैं। विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2019 ए)। पहले संस्करण की तुलना में, डीएसएम-5 ने जेंडर रूप पहचान विकार को जेंडर वर्ग डिस्फोरिया के साथ बदल दिया, जो कुछ लोगों द्वारा अनुभव किए गए संकट को स्वीकार करता है जो अनुभवी जेंडर रूप पहचान और जन्म के समय सौंपे गए लिंग के बीच असंगतता से उत्पन्न होता है। सबसे हालिया संशोधन, डीएसएम-5-टीआर में, जेंडर डिस्फोरिया के लिए नैदानिक मानदंडों में कोई बदलाव नहीं किया गया है। हालांकि, शब्दावली को सबसे उपयुक्त वर्तमान भाषा मंक अनुकूलित किया गया था (उदाहरण के लिए, लिंग परिवर्तन के बजाय जन्म-लिंग और जेंडर अफर्मिंग उपचार के बजाय जन्म-असाइन किए गए लिंग (अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन, 2022)। आईसीडी 10 वें संस्करण की तुलना में, जेंडर वर्ग असंगतता वर्गीकरण को मानसिक स्वास्थ्य अध्याय से आईसीडी -11 में यौन स्वास्थ्य अध्याय से संबंधित शर्तों में स्थानांतरित कर दिया गया था। जब जेंडर वर्ग डिस्फोरिया के डीएसएम-5 वर्गीकरण के साथ तुलना की जाती है, तो एक महत्वपूर्ण अवधारणा यह है कि संकट जेंडर इनकांग्रुएंस (डब्ल्यूएचओ, 2019 ए) के आईसीडी -11 वर्गीकरण का एक आवश्यक संकेतक नहीं है। आखिरकार,

जब एक सहायक और स्वीकार करने वाले वातावरण में बड़े होते हैं, तो संकट और हानि मानदंड, हर मानसिक स्वास्थ्य मसाला का एक अंतर्निहित हिस्सा, लागू नहीं हो सकता है (ड्रेसर, 2012)। इस प्रकार, जेंडर इनकांग्रुएंस का आईसीडी -11 वर्गीकरण जेंडर डाइवर्स ता अनुभवों और संबंधित नैदानिक लिंग आवश्यकताओं की पूर्णता को बेहतर ढंग से पकड़ सकता है।

किशोरावस्था या वयस्कता के आईसीडी -11 वर्गीकरण जेंडर इनकांग्रुएंस के लिए मानदंडों के लिए किसी व्यक्ति के अनुभवी लिंग और असाइन किए गए लिंग के बीच एक चिह्नित और लगातार असंगति की आवश्यकता होती है, जो अक्सर जीने के लिए "संक्रमण" की आवश्यकता की ओर जाता है और अनुभवी जेंडर वर्ग के व्यक्ति के रूप में स्वीकार किया जाता है। कुछ के लिए, इसमें हार्मोनल उपचार, शल्य चिकित्सा, या अन्य स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं शामिल हैं ताकि व्यक्ति के शरीर को व्यक्ति के अनुभवी लिंग के साथ जितना संभव हो उतना संरेखित किया जा सके। किशोरों के लिए प्रासंगिक यह संकेतक है कि एक वर्गीकरण को "यौवन की शुरुआत से पहले" नहीं सौंपा जा सकता है। अंत में, यह ध्यान दिया जाता है कि "जेंडर वर्ग संस्करण व्यवहार और प्राथमिकताएं अकेले वर्गीकरण को निर्दिष्ट करने का आधार नहीं हैं" (डब्ल्यूएचओ, आईसीडी -11, 2019 ए)।

किशोरावस्था और वयस्कता में जेंडर वर्ग डिस्फोरिया के डीएसएम -5 और डीएसएम -5-टीआर वर्गीकरण के लिए मानदंड "कम से कम 6 महीने की अवधि के अनुभवी / व्यक्ति लिंग और असाइन किए गए लिंग के बीच एक चिह्नित असंगतता" को दर्शाता है (मानदंड ए, 6 उप-मानदंडों में से 2 प्रकट होने पर पूरा होता है; डीएसएम -5, एपीए, 2013; डीएसएम 5-टीआर, एपीए, 2022)। ध्यान दें, हालांकि एक जेंडर वर्ग-संबंधी वर्गीकरण चिकित्सा जेंडर अफर्मिंग देखभाल प्राप्त करने के लिए आवश्यकताओं में से एक है, अकेले इस तरह के वर्गीकरण से संकेत नहीं मिलता है कि किसी व्यक्ति को चिकित्सा-पुष्टि देखभाल की आवश्यकता है। जेंडर इनकांग्रुएंस के युवा अनुभवों की सीमा के लिए पेशेवरों को व्यक्ति की आवश्यकताओं के आधार पर उपचार या हस्तक्षेप की एक श्रृंखला प्रदान करने की आवश्यकता होती है। परामर्श, जेंडर वर्ग अन्वेषण, मानसिक स्वास्थ्य मूल्यांकन और, जब आवश्यक हो, जेंडर वर्ग विकास में प्रशिक्षित एमएचपी के साथ उपचार सभी को चिकित्सा-पुष्टि देखभाल के कार्यान्वयन के साथ या उसके बिना इंगित किया जा सकता है।

### कथन 6.12.बी

#### जेंडर डाइवर्स/असंगति का अनुभव समय के साथ चिह्नित और निरंतर रहता है।

पहचान अन्वेषण और समेकन कई किशोरों द्वारा अनुभव किया जाता है (क्लिम्स्ट्रा एट अल। टोपोलेवस्का-सिएडज़िक और सिसिच, 2018)। किशोरावस्था के दौरान पहचान की खोज में जेंडर वर्ग और जेंडर रूप पहचान के आसपास आत्म-खोज की प्रक्रिया शामिल हो सकती है (स्टेन्स्मा, क्रेकेल्स एट अल। किशोरावस्था के दौरान जेंडर रूप पहचान के समेकन को रेखांकित करने वाली प्रक्रियाएं (उदाहरण के लिए, विशिष्ट पहचानों के प्रति प्रतिबद्धता की प्रक्रिया) समय के साथ एक युवा व्यक्ति के अनुभव (ओं) या जरूरतों को कैसे प्रभावित कर सकती हैं, इसके बारे में बहुत कम जानकारी है।

इसलिए, उपचार शुरू करते समय एक युवा व्यक्ति के जेंडर वर्ग असंगतता के अनुभव की निरंतर अवधि के साथ-साथ जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा हस्तक्षेप के रिवर्सबिलिटी के स्तर पर विचार किया जाना चाहिए। किशोरावस्था के दौरान लिंग से संबंधित अनुभवों और जरूरतों में संभावित बदलाव को देखते हुए, यह स्थापित करना महत्वपूर्ण है कि युवा व्यक्ति ने जेंडर अफर्मिंग हार्मोन या शल्य चिकित्सा जैसे कम प्रतिवर्ती उपचार शुरू करने से पहले कई वर्षों तक लगातार जेंडर डाइवर्सता / असंगतता का अनुभव किया है। युवावस्था दमन उपचार, जो युवा किशोरों को उनकी निर्णय लेने की क्षमताओं को संलग्न करने के लिए अधिक समय प्रदान करता है, महत्वपूर्ण विचार भी उठाता है (देखें कथन 6.12 एफ और अध्याय 12-हार्मोन थेरेपी) दीक्षा से पहले जेंडर वर्ग असंगतता / विविधता के निरंतर अनुभव के महत्व का सुझाव देता है। हालांकि, युवा किशोरों के इस आयु वर्ग में, अपरिवर्तनीय प्यूबर्टल परिवर्तनों से संकट से बचते हुए समय खरीदने के साधन के रूप में उपचार के आधार को देखते हुए कई साल हमेशा व्यावहारिक नहीं होते हैं और न ही आवश्यक होते हैं। जिन युवाओं ने जेंडर इनकांग्रुएंस की कम अवधि का अनुभव किया है, उनके लिए सामाजिक संक्रमण से संबंधित और / या अन्य चिकित्सा सहायता (जैसे, मासिक धर्म दमन / एंड्रोजन ब्लॉकिंग) कुछ राहत प्रदान कर सकती है और साथ ही एक युवा व्यक्ति की व्यापक लिंग देखभाल आवश्यकताओं के बारे में नैदानिक टीम को अतिरिक्त जानकारी प्रस्तुत कर सकती है (कथन 6.4, 6.6, और 6.7 देखें)। लगातार जेंडर डाइवर्सता/असंगतता के साक्ष्य स्थापित करने के लिए आमतौर पर समय के साथ युवा व्यक्ति के साथ

सावधानीपूर्वक मूल्यांकन की आवश्यकता होती है (कथन 6.3 देखें)। जब भी संभव हो और जब उचित हो, मूल्यांकन और विवेक प्रक्रिया में माता-पिता /देखभाल करने वाले (ओं) को भी शामिल किया जाना चाहिए (कथन 6.11 देखें)। समय के साथ बनाए रखने वाले जेंडर डाइवर्सता / असंगतता का प्रदर्शन करने वाले साक्ष्य किशोरों और माता-पिता / देखभाल करने वालों से सीधे प्राप्त इतिहास के माध्यम से प्रदान किए जा सकते हैं जब यह जानकारी मेडिकल रिकॉर्ड में प्रलेखित नहीं होती है।

जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा देखभाल आवश्यकताओं / अनुरोधों की निरंतरता बनाम अलगाव पर शोध साहित्य जटिल है और व्याख्या करना कुछ हद तक मुश्किल है। पिछले कई दशकों में किए गए अध्ययनों की एक श्रृंखला, जिसमें कुछ पद्धतिगत चुनौतियां शामिल हैं (जैसा कि टेम्पल न्यूहुक एट अल। विंटेर्स एट अल, 2018) का सुझाव है कि जेंडर इनकांगुएंस का अनुभव सभी बच्चों के लिए सुसंगत नहीं है क्योंकि वे किशोरावस्था की ओर बढ़ते हैं। उदाहरण के लिए, युवाओं का एक उप-समूह जिन्होंने जेंडर इनकांगुएंस का अनुभव किया या जो समय के साथ यौवन से पहले सामाजिक रूप से संक्रमण करते थे, जेंडर वर्ग असंगतता में कमी या यहां तक कि पूर्ण रूप से बंद हो सकते हैं (डी व्रीस एट अल। ओल्सन एट अल, 2022; रिस्टोरी और स्टेन्स्मा, 2016; सिंह और अन्य, 2021; वैगनर और अन्य, 2021)। हालांकि, प्यूबर्टल और किशोर आबादी में जेंडर वर्ग असंगतता और जेंडर वर्ग से संबंधित जरूरतों की निरंतरता और अलगाव की दरों पर केंद्रित कम शोध किया गया है। किशोर समूहों (एम्स्टर्डम ट्रांसजेंडर क्लिनिक से) के बारे में उपलब्ध आंकड़ों से पता चलता है कि, समय के साथ विस्तारित आकलन के बाद, लिंग देखभाल के लिए पेश किए गए जेंडर इनकांगुएंस वाले किशोरों का एक उप-समूह जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा देखभाल (अर्नाल्डुसेन एट अल, 2019; डी व्रीस, स्टेन्स्मा एट अल, 2011) को आगे नहीं बढ़ाने का विकल्प चुनता है। महत्वपूर्ण रूप से, लिंग असंगत प्यूबर्टल / किशोर समूहों के अध्ययनों के निष्कर्ष, जिसमें प्रतिभागियों ने समय के साथ व्यापक लिंग मूल्यांकन किया है, ने लगातार जेंडर वर्ग असंगतता और जेंडर वर्ग से संबंधित आवश्यकता दिखाई है और चिकित्सा लिंग देखभाल के लिए रेफरल प्राप्त किया है, लिंग से संबंधित चिकित्सा देखभाल निर्णयों के बारे में खेद के निम्न स्तर का सुझाव देते हैं (डी व्रीस एट अल। वीपजेस एट अल, 2018)। गंभीर रूप से, कम अफसोस के इन निष्कर्षों को वर्तमान में केवल उन युवाओं पर लागू किया जा सकता है जिन्होंने समय

के साथ निरंतर जेंडर वर्ग असंगतता और जेंडर वर्ग से संबंधित आवश्यकताओं का प्रदर्शन किया है जैसा कि व्यापक और पुनरावृत्ति मूल्यांकन के माध्यम से स्थापित किया गया है (कथन 6.3 देखें)।

#### कथन 6.12.सी

**किशोर उपचार के लिए सूचित सहमति / सहमति प्रदान करने के लिए आवश्यक भावनात्मक और संज्ञानात्मक परिपक्वता को प्रदर्शित करता है।**

सूचित सहमति की प्रक्रिया में संभावित हस्तक्षेप के बारे में रोगी की समझ के साथ-साथ अंततः, रोगी के निर्णय के बारे में रोगी और उनके प्रदाता के बीच संचार शामिल है कि हस्तक्षेप प्राप्त करना है या नहीं। अधिकांश सेटिंग्स में, नाबालिगों के लिए, कानूनी अभिभावक सूचित सहमति प्रक्रिया का अभिन्न अंग है: यदि उपचार दिया जाना है, तो कानूनी अभिभावक (अक्सर माता-पिता / देखभाल करने वाले) ऐसा करने के लिए सूचित सहमति प्रदान करते हैं। अधिकांश सेटिंग्स में, सहमति कुछ हद तक समानांतर प्रक्रिया है जिसमें नाबालिग और प्रदाता हस्तक्षेप के बारे में संवाद करते हैं और प्रदाता समझ और इरादे के स्तर का आकलन करता है।

जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा देखभाल पर विचार करने के लिए सूचित सहमति / सहमति प्रक्रिया में एक आवश्यक कदम किशोरों की भावनात्मक और संज्ञानात्मक परिपक्वता का आकलन करने के लिए प्रशिक्षित योग्य एचसीपी के साथ सावधानीपूर्वक चर्चा है। उपचार के प्रतिवर्ती और अपरिवर्तनीय प्रभाव, साथ ही प्रजनन संरक्षण विकल्प (जब लागू हो), और हस्तक्षेप के सभी संभावित जोखिम और लाभ चर्चा के महत्वपूर्ण घटक हैं। सूचित सहमति /सहमति प्राप्त करते समय इन चर्चाओं की आवश्यकता होती है। संज्ञानात्मक और भावनात्मक परिपक्वता का आकलन महत्वपूर्ण है क्योंकि यह देखभाल टीम को किशोर की सूचित होने की क्षमता को समझने में मदद करता है।

किसी भी चिकित्सा हस्तक्षेप या उपचार के लिए सहमति / सहमति के लिए आवश्यक कौशल में 1) उपचार की प्रकृति को समझने की क्षमता शामिल है; 2) जोखिम और लाभ सहित उपचार विकल्पों के बारे में कारण; 3) निर्णय की प्रकृति की सराहना करें, जिसमें दीर्घकालिक विपक्ष अनुक्रम शामिल हैं; और 4) चुनाव का संचार करें (ग्रोटेंस-वीगर्स एट अल। जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार के मामले में, एक युवा व्यक्ति को अच्छी तरह से सूचित किया जाना चाहिए कि उपचार क्या कर

सकता है और क्या पूरा नहीं कर सकता है, परिवर्तनों के प्रकट होने के लिए विशिष्ट समय सीमा (जैसे, जेंडर अफर्मिंग हार्मोन के साथ), और उपचार को रोकने के किसी भी निहितार्थ। लिंग-विविध युवाओं को उपचार के प्रतिवर्ती, आंशिक रूप से प्रतिवर्ती और अपरिवर्तनीय पहलुओं को पूरी तरह से समझना चाहिए, साथ ही साथ कुछ उपचारों के बारे में क्या जाना जाता है (उदाहरण के लिए, मस्तिष्क के विकास पर प्यूबर्टल दमन का प्रभाव (चेन और लोशाक, 2020))। लिंग-विविध युवाओं को भी समझना चाहिए, हालांकि कई लिंग-विविध युवा जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा देखभाल शुरू करते हैं और अनुभव करते हैं कि देखभाल उनके लिए दीर्घकालिक रूप से एक अच्छा फिट है, ऐसे व्यक्तियों का एक उप-समूह है जो समय के साथ पाते हैं कि यह देखभाल उनके लिए उपयुक्त नहीं है (वीपजेस एट अल।) युवाओं को पता होना चाहिए कि इस तरह के बदलाव कभी-कभी समय के साथ लिंग की जरूरतों में बदलाव से जुड़े होते हैं, और कुछ मामलों में, जेंडर रूप पहचान में बदलाव होता है। इस जानकारी को देखते हुए, जेंडर डाइवर्स युवाओं को उपचार विकल्पों के बारे में सोच-समझकर तर्क करने में सक्षम होना चाहिए, हाथ में विकल्पों के निहितार्थ पर विचार करना चाहिए। इसके अलावा, सहमति प्रदान करने के लिए एक नींव के रूप में, जेंडर डाइवर्स युवा व्यक्ति को अपनी पसंद को संप्रेषित करने में सक्षम होना चाहिए।

सहमति के लिए आवश्यक कार्यों को पूरा करने के लिए आवश्यक कौशल विशिष्ट उम्र में उभर नहीं सकते हैं (ग्रोटेंस-वीगर्स एट अल।) विकासात्मक मतभेदों और मानसिक स्वास्थ्य प्रस्तुतियों (शुमर एंड टिशेलमैन, 2015) से संबंधित इन क्षमताओं में परिवर्तनशीलता हो सकती है और उन अवसरों पर निर्भर हो सकती है जो एक युवा व्यक्ति को इन कौशलों का अभ्यास करने के लिए मिले हैं (एल्डरसन, 2007)। इसके अलावा, भावनात्मक और संज्ञानात्मक परिपक्वता का मूल्यांकन प्रत्येक लिंग-संबंधी उपचार निर्णय के लिए अलग से आयोजित किया जाना चाहिए (ब्रौएनरेट्स एट अल।)

एक विशिष्ट जेंडर अफर्मिंग उपचार के लिए सहमति या सहमति के लिए एक युवा व्यक्ति की भावनात्मक और संज्ञानात्मक तत्परता का आकलन करने में निम्नलिखित प्रश्न उपयोगी हो सकते हैं:

- क्या युवा व्यक्ति भविष्य में सावधानी से सोच सकता है और आंशिक रूप से या पूरी तरह से अपरिवर्तनीय हस्तक्षेप के निहितार्थ पर विचार कर सकता है?

- क्या युवा व्यक्ति के पास इस संभावना पर विचार करने के लिए पर्याप्त आत्म-चिंतनशील क्षमता है कि लिंग से संबंधित आवश्यकताएं और प्राथमिकताएं समय के साथ विकसित हो सकती हैं, और एक निश्चित समय पर लिंग से संबंधित प्राथमिकताएं बदल सकती हैं?
- क्या युवा व्यक्ति ने कुछ हद तक इस बात के निहितार्थ के माध्यम से सोचा है कि यदि भविष्य में लिंग के आसपास उनकी प्राथमिकताएं बदलती हैं तो वे क्या कर सकते हैं?
- क्या युवा व्यक्ति एक विशिष्ट चिकित्सा उपचार (जैसे, दवा पालन, प्रशासन और आवश्यक चिकित्सा अनुवर्ती) के दिन-प्रतिदिन के लघु और दीर्घकालिक पहलुओं को समझने और प्रबंधित करने में सक्षम है?

भावनात्मक और संज्ञानात्मक परिपक्वता का आकलन समय के साथ पूरा किया जा सकता है क्योंकि देखभाल टीम उपचार विकल्पों के बारे में बातचीत में संलग्न होती है और युवा व्यक्ति को भविष्य में सोचने का अभ्यास करने और विकल्पों और निहितार्थों पर लचीले ढंग से विचार करने का अवसर प्रदान करती है। या कुछ प्रकार के मानसिक स्वास्थ्य मतभेदों वाले युवाओं के लिए, भविष्य की सोच, योजना, बड़ी तस्वीर सोच और आत्म-प्रतिबिंब के लिए कौशल अच्छी तरह से विकसित नहीं हो सकते हैं (डबल्लिंक एंड ग्यूर्ट्स, 2017)। इन मामलों में, सहमति और सहमति के लिए अधिक सावधानीपूर्वक दृष्टिकोण की आवश्यकता हो सकती है, और इसमें युवा व्यक्ति के लिए चिकित्सा निर्णय लेने के लिए आवश्यक कौशल का अभ्यास करने के लिए अतिरिक्त समय और संरचित अवसर शामिल हो सकते हैं (स्ट्रेंग, पॉवर्स एट अल।)

उन अनूठी स्थितियों के लिए जिनमें एक किशोर नाबालिग माता-पिता की अनुमति के बिना अपने स्वयं के उपचार के लिए सहमति दे रहा है (कथन 6.11 देखें), किशोर के सूचित निर्णय लेने का समर्थन करने के लिए अतिरिक्त देखभाल की जानी चाहिए। इसके लिए आम तौर पर किशोरों के साथ काम करने वाले एचसीपी के बीच जुड़ाव और सहयोग के अधिक स्तर की आवश्यकता होगी ताकि युवा व्यक्ति को विकल्पों पर विचार करने, लाभों और संभावित चुनौतियों / लागतों का वजन करने और उपचार से जुड़े किसी भी आवश्यक (और संभावित रूप से चल रहे) समर्थन के लिए एक योजना विकसित करने के लिए उपयुक्त संज्ञानात्मक और भावनात्मक सहायता प्रदान की जा सके।

### कथन 6.12.डी

**किशोर की मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं (यदि कोई हो) जो नैदानिक स्पष्टता, सहमति की क्षमता और / या जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार में हस्तक्षेप कर सकती है, को संबोधित किया गया है।**

साक्ष्य इंगित करते हैं कि टीजीडी किशोरों को मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियों का खतरा बढ़ जाता है, जो अक्सर परिवार / देखभाल करने वाले अस्वीकृति, गैर-पुष्टि सामुदायिक वातावरण और न्यूरोडाइवर्सिटी से संबंधित कारकों से संबंधित होते हैं (उदाहरण के लिए, डी व्रीस एट अल। पेरिसो एट अल, 2019; रयान एट अल, 2010; वेनहार्ट एट अल, 2017)। एक युवा व्यक्ति की मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियां उनके सामान्य विकास इतिहास और जेंडर रूप पहचान से संबंधित जरूरतों, किशोर की सहमति की क्षमता और चिकित्सा उपचार में संलग्न होने या प्राप्त करने की युवा व्यक्ति की क्षमता की उनकी अवधारणा को प्रभावित कर सकती हैं। इसके अतिरिक्त, सिजेंडर युवाओं की तरह, टीजीडी युवाओं को जेंडर डिस्फोरिया या जेंडर इनकांग्रुएंस की उपस्थिति के बावजूद मानसिक स्वास्थ्य चिंताओं का अनुभव हो सकता है। विशेष रूप से, अवसाद और आत्म-हानि विशिष्ट चिंता का विषय हो सकता है; कई अध्ययनों से अवसाद स्कोर और भावनात्मक और व्यवहार संबंधी समस्याओं का पता चलता है जो मानसिक स्वास्थ्य क्लिनिक (लीबोविट्ज़ एंड डी व्रीस, 2016) को संदर्भित आबादी में रिपोर्ट की गई हैं। आत्मघाती विचारधारा, आत्महत्या के प्रयासों और आत्म-नुकसान की उच्च दर भी रिपोर्ट की गई है (डी ग्रैफ एट अल। इसके अलावा, खाने के विकार गैर-संदर्भित आबादी में अपेक्षा से अधिक बार होते हैं (खटचाडोरियन एट अल। रिस्टोरी और अन्य, 2019; स्पैक एट अल, 2012)। महत्वपूर्ण रूप से, टीजीडी किशोर ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार / विशेषताओं की उच्च दर दिखाते हैं (ओएन एट अल, 2018; वैन डेर मिसेन एट अल। अन्य न्यूरोडेवलपमेंटल स्थिति और / या मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियां भी मौजूद हो सकती हैं, (उदाहरण के लिए, एडीएचडी, बौद्धिक विकलांगता, और मनोवैज्ञानिक विकार (डी व्रीस, डोरेलेइजर्स एट अल। मेइजर एट अल, 2018; पार्क्स एंड हॉल, 2006)। ध्यान दें, कई ट्रांसजेंडर किशोर अच्छी तरह से काम कर रहे हैं और किसी भी मानसिक स्वास्थ्य चिंताओं का अनुभव करते हैं। उदाहरण के लिए, सामाजिक रूप से संक्रमणित प्यूबर्टल किशोर जो विशेष लिंग क्लिनिकों में चिकित्सा जेंडर अफर्मिंग उपचार प्राप्त करते हैं, वे अपने

सिजेंडर साथियों के बराबर मानसिक स्वास्थ्य परिणामों का अनुभव कर सकते हैं (उदाहरण के लिए, डी व्रीस एट अल। एक प्रदाता का मुख्य कार्य किसी भी मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियों और लिंग देखभाल की जरूरतों के बारे में युवा व्यक्ति की आत्म-समझ के बीच मौजूद संबंधों की दिशा का आकलन करना है और फिर तदनुसार प्राथमिकता देना है।

मानसिक स्वास्थ्य कठिनाइयाँ विभिन्न तरीकों से टीजीडी किशोरों की लिंग-संबंधी आवश्यकताओं के मूल्यांकन और उपचार को चुनौती दे सकती हैं:

1. सबसे पहले, जब एक टीजीडी किशोर तीव्र आत्महत्या, आत्म-हानि, खाने के विकार, या अन्य मानसिक स्वास्थ्य संकटों का सामना कर रहा है जो शारीरिक स्वास्थ्य को खतरे में डालते हैं, तो सुरक्षा को प्राथमिकता दी जानी चाहिए। स्थानीय संदर्भ और मौजूदा दिशानिर्देशों के अनुसार, उचित देखभाल को खतरे या संकट को कम करने की कोशिश करनी चाहिए ताकि विचारशील लिंग-संबंधी मूल्यांकन और निर्णय लेने के लिए पर्याप्त समय और स्थिरीकरण हो। उदाहरण के लिए, एक सक्रिय रूप से आत्मघाती किशोर भावनात्मक रूप से जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा / शल्य चिकित्सा उपचार के बारे में एक सूचित निर्णय लेने में सक्षम नहीं हो सकता है। यदि संकेत दिया जाता है, तो सुरक्षा से संबंधित हस्तक्षेपों को जेंडर अफर्मिंग देखभाल शुरू करने से नहीं रोकना चाहिए।
2. दूसरा, मानसिक स्वास्थ्य लिंग विकास और जेंडर रूप पहचान से संबंधित जरूरतों के आकलन को भी जटिल कर सकता है। उदाहरण के लिए, विशिष्ट मानसिक स्वास्थ्य प्रस्तुतियों से जेंडर इनकांग्रुएंस को अलग करना महत्वपूर्ण है, जैसे कि जुनून और मजबूरियां, ऑटिज़्म, कठोर सोच, व्यापक पहचान की समस्याएं, माता-पिता / बच्चे की बातचीत की कठिनाइयां, गंभीर विकास संबंधी चिंताएं (जैसे, बड़े होने का डर और जेंडर रूप पहचान से असंबंधित प्यूबर्टल परिवर्तन), आघात, या मनोवैज्ञानिक विचार। मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियां जो पहचान के विकास और लिंग से संबंधित निर्णय लेने की स्पष्टता में हस्तक्षेप करती हैं, उन्हें प्राथमिकता दी जानी चाहिए और संबोधित किया जाना चाहिए।
3. तीसरा, जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचारों के बारे में निर्णय लेने के लिए, जिनके जीवन भर परिणाम होते हैं, किशोरों द्वारा विचारशील, भविष्य-उन्मुख सोच की आवश्यकता होती है, माता-पिता / देखभाल करने वालों के समर्थन के साथ, जैसा कि संकेत दिया गया है (कथन 6.11 देखें)। इस तरह के एक सूचित

निर्णय लेने में सक्षम होने के लिए, एक किशोर को मुद्दों को समझने, एक विकल्प व्यक्त करने, चिकित्सा-पुष्टि उपचार की इच्छा के बारे में सावधानीपूर्वक विचार करने में सक्षम होना चाहिए (कथन 6.12 सी देखें)। न्यूरोडेवलपमेंटल अंतर, जैसे ऑटिस्टिक विशेषताएं या ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकार (देखें कथन 6.1 डी, उदाहरण के लिए, संचार अंतर; ठोस या कठोर सोच के लिए प्राथमिकता; आत्म-जागरूकता, भविष्य की सोच और योजना में अंतर), मूल्यांकन और निर्णय लेने की प्रक्रिया को चुनौती दे सकता है; न्यूरोडाइवर्जेंट युवाओं को मूल्यांकन प्रक्रिया में निर्मित अतिरिक्त समर्थन, संरचना, मनोचिकित्सा और समय की आवश्यकता हो सकती है (स्ट्रेंग, पॉवर्स एट अल। अन्य मानसिक स्वास्थ्य प्रस्तुतियां जिनमें कम संचार और आत्म-वकालत, मूल्यांकन में संलग्न होने में कठिनाई, स्मृति और एकाग्रता की कठिनाइयां, निराशा और भविष्य-उन्मुख सोच में संलग्न होने में कठिनाई शामिल है, मूल्यांकन और निर्णय लेने को जटिल कर सकती हैं। ऐसे मामलों में, चिकित्सा-पुष्टि उपचार के बारे में कोई भी निर्णय लेने से पहले विस्तारित समय अक्सर आवश्यक होता है।

अंत में, चिकित्सा उपचार के दौरान मानसिक स्वास्थ्य चिंताओं को संबोधित करना महत्वपूर्ण है, इसका मतलब यह नहीं है कि सभी मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियों को पूरी तरह से हल किया जा सकता है या किया जाना चाहिए। हालांकि, यह महत्वपूर्ण है कि किसी भी मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंताओं को पर्याप्त रूप से संबोधित किया जाए ताकि जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार को बेहतर ढंग से प्रदान किया जा सके (उदाहरण के लिए, दवा का पालन, अनुवर्ती चिकित्सा नियुक्तियों में भाग लेना, और आत्म-देखभाल, विशेष रूप से पोस्टऑपरेटिव कोर्स के दौरान)।

#### कथन 6.12.ई

**किशोर को प्रजनन प्रभावों के बारे में सूचित किया गया है, जिसमें प्रजनन क्षमता के संभावित नुकसान और प्रजनन क्षमता को संरक्षित करने के लिए उपलब्ध विकल्प शामिल हैं, और इन पर किशोरावस्था के यौवन विकास के चरण के संदर्भ में चर्चा की गई है।**

नैदानिक दृष्टिकोण, वैज्ञानिक पृष्ठभूमि और तर्क के बारे में दिशानिर्देशों के लिए, अध्याय 12-हार्मोन थेरेपी और अध्याय 16- प्रजनन स्वास्थ्य देखें।

#### कथन 6.12.एफ

**किशोर यौवन दमन शुरू करने के लिए युवावस्था के टैनर चरण**

**2 तक पहुंच गया है।** युवावस्था की शुरुआत कई जेंडर डाइवर्स युवाओं के लिए एक महत्वपूर्ण बिंदु है। कुछ लोगों के लिए, यह उनके जेंडर वर्ग असंगतता की तीव्रता पैदा करता है, और दूसरों के लिए, प्यूबर्टल शुरुआत से लिंग तरलता (जैसे, बाइनरी से नॉनबाइनरीजेंडर रूप पहचान में संक्रमण) या यहां तक कि पहले से पुष्टि की गई जेंडर रूप पहचान का क्षीणन भी हो सकता है (ड्रमंड एट अल। स्टेन्स्मा एट अल, 2011, स्टेन्स्मा, क्रुकेल्स एट अल। वालेन और कोहेन-केटेनिस, 2008)। युवावस्था-अवरुद्ध दवाओं के उपयोग की सिफारिश नहीं की जाती है, जैसे कि जीएनआरएच एनालॉग्स, तब तक अनुशंसित नहीं किया जाता है जब तक कि बच्चों ने युवावस्था के न्यूनतम टैनर चरण 2 को प्राप्त नहीं किया है क्योंकि शारीरिक यौवन का अनुभव कुछ टीजीडी किशोरों के लिए आगे जेंडर रूप पहचान के विकास के लिए महत्वपूर्ण हो सकता है (स्टेन्स्मा एट अल। इसलिए, प्यूबर्टी ब्लॉकर्स को प्रीप्यूबर्टल जेंडर डाइवर्स युवाओं (वाल और कोहेन-केटेनिस, 2006) में लागू नहीं किया जाना चाहिए। कुछ युवाओं के लिए, जीएनआरएच एगोनिस्ट देर से चरणों में या पोस्ट-प्यूबर्टल अवधि (जैसे, टैनर चरण 4 या 5) में उपयुक्त हो सकते हैं, और यह अत्यधिक व्यक्तिगत होना चाहिए। जीएनआरएच एगोनिस्ट के उपयोग की अधिक व्यापक समीक्षा के लिए अध्याय 12-हार्मोन थेरेपी देखें। प्यूबर्टल की शुरुआत के समय में भिन्नता कई कारकों (जैसे, जन्म के समय असाइन किए गए लिंग, आनुवंशिकी, पोषण, आदि) के कारण होती है। टैनर स्टेजिंग प्यूबर्टल (टैनर स्टेज 1) से लेकर पोस्ट-प्यूबर्टल और वयस्क यौन परिपक्वता (टैनर चरण 5) (मार्शल एंड टैनर, 1969, 1970) तक प्यूबर्टल विकास के पांच चरणों को संदर्भित करता है। जन्म के समय असाइन की गई महिलाओं के लिए, प्यूबर्टल शुरुआत (जैसे, गोनाडारचे) को स्तन नवोदित (टैनर चरण 2) की घटना से परिभाषित किया जाता है, और जन्म-असाइन किए गए पुरुषों के लिए, 4 एमएल से अधिक या उसके बराबर वृषण मात्रा की उपलब्धि (रॉबर्ट्स एंड कैसर, 2020)। एक अनुभवी चिकित्सा प्रदाता पर एंड्रोनल ग्रंथि (जैसे, एंड्रोनारचे) द्वारा उत्पादित सेक्स स्टेरॉयड के कारण जघन बाल और एपोक्राइन शरीर की गंध जैसे शारीरिक परिवर्तनों से यौवन की शुरुआत को अलग करने के लिए भरोसा किया जाना चाहिए क्योंकि एंड्रोनारचे यौवन-अवरुद्ध दवाओं (रॉबर्ट्स एंड कैसर, 2020) के उपयोग का वारंट नहीं करता है। माता-पिता और परिवारों को एंड्रोनारचे और गोनाडारचे के बीच अंतर के बारे में शिक्षित करने से परिवारों को उस समय को समझने में मदद



मिलती है जिसके दौरान जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचारों के बारे में साझा निर्णय लेने को उनकी बहु-विषयक टीम के साथ किया जाना चाहिए।

काल्पनिक और वास्तविक दोनों तरह के अन्य जोखिमों और प्यूबर्टल दमन के लाभों को संबोधित करने के महत्व को अतिरंजित नहीं किया जा सकता है। साक्ष्य ट्रांसजेंडर लड़कियों के लिए सर्जिकल निहितार्थ के अस्तित्व का समर्थन करते हैं जो प्यूबर्टल दमन के साथ आगे बढ़ते हैं (वैन डी ग्रिफ्ट एट अल। अनुदैर्घ्य डेटा यौवन दमन, हार्मोन उपचार और शल्य चिकित्सा प्राप्त करने वाले किशोरों के लिए रोमांटिक और यौन संतुष्टि में सुधार प्रदर्शित करने के लिए मौजूद है (बंगेनर एट अल। ट्रांसपीपुल लिंग महिलाओं में लैप्रोस्कोपिक आंतों के योनिनोप्लास्टी (यौवन ब्लॉकर्स के उपयोग के बाद सीमित जननांग ऊतक के कारण प्रदर्शन) के सर्जिकल परिणामों पर एक अध्ययन से पता चला है कि अधिकांश ने शल्य चिकित्सा के बाद संभोग सुख का अनुभव किया (84%), हालांकि यौन आनंद के बीच एक विशिष्ट सहसंबंध आता है और प्यूबर्टल दमन दीक्षा के समय पर अध्ययन में चर्चा नहीं की गई थी (बौमन, वैन डेर स्लुइस एट अल, 2016), न ही अध्ययन उन लोगों पर लागू होता है जो एक अलग शल्य चिकित्सा प्रक्रिया पसंद करेंगे। यह सर्जिकल और यौन स्वास्थ्य परिणामों से संबंधित भविष्य के अज्ञात के बारे में परिवारों के साथ चर्चा में शामिल होने के महत्व को रेखांकित करता है।

#### कथन 6.12.जी

किशोर को जेंडर अफर्मिंग उपचार के हिस्से के रूप में स्तन वृद्धि, ऑर्किक्टॉमी, वेजीनोप्लास्टी, हिस्टेरेक्टॉमी, फैलोप्लास्टी, मेटोइडियोप्लास्टी और चेहरे की शल्य चिकित्सा सहित जेंडर अफर्मिंग प्रक्रियाओं के लिए वांछित सर्जिकल परिणाम प्राप्त करने के लिए कम से कम 12 महीने या उससे अधिक समय तक जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी या उससे अधिक समय तक चला, बशर्ते हार्मोन थेरेपी या तो वांछित नहीं है या चिकित्सकीय रूप से उल्लंघन नहीं किया गया है।

जीएएचटी शारीरिक, शारीरिक और मनोवैज्ञानिक परिवर्तनों की ओर जाता है। शारीरिक प्रभावों की शुरुआत (जैसे, क्लिटोरल विकास, स्तन विकास, योनि श्लैष्मिक शोष) चिकित्सा की शुरुआत के बाद जल्दी शुरू हो सकती है, और चरम प्रभाव 1-2 वर्ष में अपेक्षित है (टी'सोएन एट अल। किशोरों के लिए एक महत्वपूर्ण विकास समय के दौरान शारीरिक परिवर्तन के लिए मनोवैज्ञानिक अनुकूलन के लिए पर्याप्त समय सुनिश्चित

करने के लिए, 12 महीने के हार्मोन उपचार का सुझाव दिया जाता है। आवश्यक सर्जिकल परिणाम के आधार पर, हार्मोन उपचार की अवधि लंबी होने की आवश्यकता हो सकती है (उदाहरण के लिए, मेटोइडियोप्लास्टी / फैलोप्लास्टी से पहले पर्याप्त क्लिटोरल वायरलाइजेशन, स्तन वृद्धि से पहले स्तन विकास और त्वचा का विस्तार, त्वचा का नरम होना और चेहरे के रूपांतरण से पहले चेहरे की वसा वितरण में परिवर्तन) होना. (डी ब्लोक एट अल।

उन व्यक्तियों के लिए जो सर्जिकल हस्तक्षेप से पहले हार्मोन नहीं ले रहे हैं, यह महत्वपूर्ण है कि सर्जन प्रस्तावित शल्य चिकित्सा पर हार्मोन थेरेपी के प्रभाव की समीक्षा करें। इसके अलावा, गोनाडोक्टॉमी से गुजरने वाले व्यक्तियों के लिए जो हार्मोन नहीं ले रहे हैं, शल्य चिकित्सा से पहले उनके निर्धारित पेशेवर के साथ हार्मोन प्रतिस्थापन की एक योजना विकसित की जा सकती है।

#### किशोरों के लिए जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार के लिए उम्र पर विचार

उम्र का संज्ञानात्मक और मनोसामाजिक विकास के साथ एक मजबूत, यद्यपि अपूर्ण, सहसंबंध है और हस्तक्षेप के संभावित समय को निर्धारित करने के लिए एक उपयोगी उद्देश्य मार्कर हो सकता है (फर्ग्यूसन एट अल., 2021) अधिक अपरिवर्तनीयता, जटिलता, या दोनों के साथ उपचार के लिए उच्च (यानी, अधिक उन्नत) उम्र की आवश्यकता हो सकती है। यह दृष्टिकोण निरंतर संज्ञानात्मक / भावनात्मक परिपक्वता की अनुमति देता है जो किशोरों को तेजी से जटिल उपचारों पर पूरी तरह से विचार करने और सहमति देने के लिए आवश्यक हो सकता है (कथन 6.12 सी देखें)।

साक्ष्य का एक बढ़ता हुआ निकाय जेंडर डाइवर्स युवाओं के लिए जेंडर अफर्मिंग उपचार प्रदान करने का संकेत देता है जो मानदंडों को पूरा करते हैं, सकारात्मक परिणामों की ओर जाता है (एचिल एट अल। कुपर एट अल, 2020)। हालांकि, जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेप के इष्टतम समय के साथ-साथ युवाओं में दीर्घकालिक शारीरिक, मनोवैज्ञानिक और न्यूरोडेवलपमेंटल परिणामों पर सीमित डेटा है (चेन एट अल। च्यू एट अल, 2018; ओल्सन-कैनेडी एट अल। वर्तमान में, जेंडर डाइवर्स युवाओं और वयस्क परिणामों का मूल्यांकन करने वाले एकमात्र मौजूदा अनुदैर्घ्य अध्ययन एक विशिष्ट मॉडल (यानी, डच दृष्टिकोण) पर आधारित हैं जिसमें फॉलो-अप के साथ एक व्यापक प्रारंभिक मूल्यांकन शामिल है। इस दृष्टिकोण में, कुछ मामलों में

अपवादों के साथ 12 साल की उम्र में प्यूबर्टल दमन, 16 साल की उम्र में जीएचटी और 18 साल की उम्र के बाद सर्जिकल हस्तक्षेप पर विचार किया गया था। यह स्पष्ट नहीं है कि इस दृष्टिकोण से विचलन समान या अलग-अलग परिणामों को जन्म देगा। वर्तमान में परिणामों को बेहतर ढंग से परिभाषित करने के साथ-साथ युवाओं में जेंडर अफर्मिंग उपचार की सुरक्षा और प्रभावकारिता को बेहतर ढंग से परिभाषित करने के लिए अनुदैर्घ्य अध्ययन चल रहे हैं (ओल्सन-कैनेडी, गारोफालो एट अल। ओल्सन-कैनेडी, रोसेंथल एट अल। जबकि किशोरावस्था में शुरू किए गए जेंडर अफर्मिंग उपचारों के दीर्घकालिक प्रभाव पूरी तरह से ज्ञात नहीं हैं, उपचार में देरी के संभावित नकारात्मक स्वास्थ्य परिणामों पर भी विचार किया जाना चाहिए (डी व्रीस एट अल। चूंकि युवाओं में जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेप के परिणामों के बारे में साक्ष्य आधार बढ़ता जा रहा है, इसलिए इन हस्तक्षेपों के लिए समय और तत्परता पर सिफारिशों को अपडेट किया जा सकता है।

आंशिक रूप से प्रतिवर्ती जीएचटी की सिफारिश करने वाले किशोरों के जेंडर अफर्मिंग उपचार के बारे में पिछले दिशानिर्देश लगभग 16 वर्ष की आयु में शुरू किए जा सकते हैं (कोलमैन एट अल। हेमब्री एट अल, 2009)। हाल के दिशानिर्देशों से पता चलता है कि 16 साल की उम्र से पहले जीएचटी शुरू करने के लिए सम्मोहक कारण हो सकते हैं, हालांकि उन युवाओं पर सीमित अध्ययन हैं जिन्होंने 14 साल की उम्र से पहले हार्मोन शुरू किए हैं (हेमब्री एट अल। उदाहरण के लिए, जीएचटी की पहले शुरुआत का एक सम्मोहक कारण, संभावित हड्डी स्वास्थ्य चिंताओं और यौवन में देरी के मनोसामाजिक प्रभावों को देखते हुए लंबे समय तक प्यूबर्टल दमन से बचना हो सकता है, जैसा कि अध्याय 12 में अधिक विस्तार से वर्णित है- हार्मोन थेरेपी (क्लिक, कैरिस एट अल। शेगेन एट अल, 2020; व्लॉट एट अल, 2017; झू एंड चान, 2017)। यौवन महत्वपूर्ण मस्तिष्क और संज्ञानात्मक विकास का समय है। जेंडर डाइवर्स युवाओं में विस्तारित प्यूबर्टल दमन के संभावित न्यूरोडेवलपमेंटल प्रभाव को विशेष रूप से निरंतर अध्ययन की आवश्यकता वाले क्षेत्र के रूप में पहचाना गया है (चेन एट अल। जबकि जीएनआरएच एनालॉग्स को सुरक्षित दिखाया गया है जब प्रारंभिक यौवन के उपचार के लिए उपयोग किया जाता है, चरम हड्डी खनिजीकरण के समय सेक्स हार्मोन (अंतर्जात या बहिर्जात) के संपर्क में देरी से हड्डी खनिज घनत्व में कमी हो सकती है। अस्थि खनिज घनत्व में संभावित कमी के साथ-साथ किसी भी

कमी के नैदानिक महत्व को निरंतर अध्ययन की आवश्यकता होती है (क्लिक, कैरिस एट अल। ली, फिनलेसन एट अल। शेगेन एट अल, 2020)। साथियों के साथ यौवन शुरू नहीं करने के संभावित नकारात्मक मनोवैज्ञानिक प्रभाव जेंडर डाइवर्स युवाओं पर अतिरिक्त तनाव डाल सकते हैं, हालांकि इसका स्पष्ट रूप से अध्ययन नहीं किया गया है। जेंडर अफर्मिंग हार्मोन की शुरुआत के समय पर विचार करते समय, प्रदाताओं को उपचार शुरू करने के संभावित शारीरिक और मनोवैज्ञानिक लाभों और जोखिमों की तुलना उपचार में देरी के संभावित जोखिमों और लाभों के साथ करनी चाहिए। यह प्रक्रिया सम्मोहक कारकों की पहचान करने में भी मदद कर सकती है जो एक व्यक्तिगत दृष्टिकोण का वारंट कर सकते हैं।

ट्रांस मर्दाना युवाओं के साथ किए गए अध्ययनों से पता चला है कि चेस्ट डिस्फोरिया चिंता, अवसाद और संकट की उच्च दर से जुड़ा हुआ है और कार्यात्मक सीमाओं को जन्म दे सकता है, जैसे व्यायाम या स्नान से बचना (मेहरिंगर एट अल। ओल्सन-कैनेडी, वारस एट अल। सूद और अन्य, 2021)। टेस्टोस्टेरोन दुर्भाग्य से इस संकट को कम करने के लिए बहुत कम करता है, हालांकि छाती का मर्दानगी कुछ व्यक्तियों के लिए इस संकट को दीर्घकालिक रूप से संबोधित करने का एक विकल्प है। चेस्ट डिस्फोरिया को कम करने के लिए छाती के मैस्क्यूलिनाइजेशन शल्य चिकित्सा की मांग करने वाले युवाओं के साथ अध्ययन ने अध्ययन निगरानी अवधि के दौरान अच्छे शल्य चिकित्सा परिणामों, परिणामों के साथ संतुष्टि और न्यूनतम अफसोस का प्रदर्शन किया (मारिनकोविक एंड न्यूफील्ड, 2017; ओल्सन-कैनेडी, वारस एट अल। किशोर और जेंडर वर्ग विकास में अनुभवी एक बहु-विषयक टीम द्वारा निर्धारित चिकित्सकीय और विकासात्मक रूप से उपयुक्त होने पर नाबालिगों में छाती की मर्दानगी शल्य चिकित्सा पर विचार किया जा सकता है (इस अध्याय में प्रासंगिक कथन देखें)। टेस्टोस्टेरोन थेरेपी की अवधि या वर्तमान उपयोग शल्य चिकित्सा को रोकना नहीं चाहिए यदि अन्यथा संकेत दिया जाता है। कुछ टीजीडी युवाओं की जरूरतों को अकेले छाती के मैस्क्यूलिनाइजेशन शल्य चिकित्सा से पूरा किया जा सकता है। ट्रांस फेमिनिन युवाओं द्वारा स्तन वृद्धि की आवश्यकता हो सकती है, हालांकि युवाओं में इस प्रक्रिया के बारे में कम डेटा है, संभवतः इस प्रक्रिया का अनुरोध करने वाले कम व्यक्तियों के कारण (बोस्की एट अल। जेम्स, 2016)। जीएचटी, विशेष रूप से एस्ट्रोजन, स्तन ऊतक के विकास में मदद कर सकता है, और यह अनुशंसा की जाती है कि युवाओं

को स्तन वृद्धि से पहले कम से कम 12 महीने की हार्मोन थेरेपी हो, या उससे अधिक समय तक जैसा कि शल्य चिकित्सा से संकेत दिया जाता है, जब तक कि हार्मोन थेरेपी चिकित्सकीय रूप से इंगित नहीं की जाती है या चिकित्सकीय रूप से उल्लंघन नहीं किया जाता है।

किशोरों में अन्य जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल उपचार शुरू करने के लिए इष्टतम समय पर डेटा सीमित है। यह आंशिक रूप से इन उपचारों तक सीमित पहुंच के कारण है, जो विभिन्न भौगोलिक स्थानों (महफूदा एट अल। डेटा इंगित करता है कि 2000 के बाद से जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा की दर में वृद्धि हुई है, और योनिनोप्लास्टी की मांग करने वाले टीजीडी युवाओं की संख्या में वृद्धि हुई है (महफूदा एट अल। मिलरोड एंड करसिक, 2017)। अमेरिका में 20 डब्ल्यूपीएटीएच-संबद्ध सर्जनों के 2017 के एक अध्ययन ने बताया कि आधे से अधिक ने नाबालिगों (मिलरोड एंड करसिक, 2017) में योनिनोप्लास्टी की थी। योनिनोप्लास्टी से गुजरने वाले युवाओं के परिणामों पर सीमित डेटा उपलब्ध हैं। छोटे अध्ययनों ने किशोरों में मनोसामाजिक कामकाज में सुधार और जेंडर डिस्फोरिया में कमी की सूचना आई है जो योनिनोप्लास्टी से गुजर चुके हैं (बेकर एट अल।) कोहेन-केटेनिस और वैन गूजेन, 1997; स्मिथ एट अल, 2001)। जबकि नमूना आकार छोटे हैं, इन अध्ययनों से पता चलता है कि कुछ किशोरों के लिए 18 वर्ष की उम्र से पहले इन प्रक्रियाओं को करने का लाभ हो सकता है। 18 वर्ष से कम उम्र के युवाओं के लिए इन प्रक्रियाओं को आगे बढ़ाने में सहायता करने वाले कारकों में परिवार के सदस्यों से समर्थन की बढ़ती उपलब्धता, प्रारंभिक वयस्कता (जैसे, विश्वविद्यालय या कार्यबल में प्रवेश) के कार्यों में संक्रमण से पहले पोस्टऑपरेटिव देखभाल के प्रबंधन में अधिक आसानी, और सार्वजनिक स्थानों में सुरक्षा चिंताएं (यानी, ट्रांसफोबिक हिंसा को कम करने के लिए) शामिल हैं (बोस्की एट अल।) 2018; बोस्की एट अल, 2019; महफूदा एट अल। इन प्रक्रियाओं की जटिलता और अपरिवर्तनीयता को देखते हुए, पोस्टसर्जिकल देखभाल सिफारिशों का पालन करने और प्रजनन और यौन कार्य पर इन प्रक्रियाओं के दीर्घकालिक प्रभावों को समझने के लिए किशोर की क्षमता का आकलन महत्वपूर्ण है (बोस्की एट अल।) फैलोप्लास्टी की जटिलता को देखते हुए, और अन्य जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल उपचारों की तुलना में जटिलताओं की वर्तमान उच्च दर को देखते हुए, यह अनुशंसा नहीं की जाती है कि इस समय 18 वर्ष से कम उम्र के युवाओं में इस शल्य चिकित्सा पर विचार किया जाए (अध्याय

13- शल्य चिकित्सा और पोस्टऑपरेटिव केयर देखें)।

युवाओं और परिवारों के साथ हस्तक्षेप के समय पर चर्चा करते समय जिन अतिरिक्त प्रमुख कारकों को ध्यान में रखा जाना चाहिए, उन्हें कथन 6.12 ए-एफ में विस्तार से संबोधित किया गया है। किशोरों में चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार के लिए मानदंडों / सिफारिशों के सारांश के लिए, परिशिष्ट डी देखें।

## अध्याय 7 बच्चे

देखभाल के ये मानक जेंडर डाइवर्स बच्चों से संबंधित हैं और अनुसंधान, नैतिक सिद्धांतों और संचित विशेषज्ञ ज्ञान पर आधारित हैं। इन मानकों के अंतर्निहित सिद्धांतों में निम्नलिखित शामिल हैं 1) बचपन की जेंडर डाइवर्स ता सामान्य मानव विकास का एक अपेक्षित पहलू है (एंडोक्राइन सोसाइटी और बाल चिकित्सा एंडोक्राइन सोसाइटी, 2020; टेलफर एट अल, 2018); 2) बचपन की जेंडर डाइवर्सता एक विकृति या मानसिक स्वास्थ्य विकार नहीं है (एंडोक्राइन सोसाइटी और बाल चिकित्सा एंडोक्राइन सोसाइटी, 2020; ओलिंपट एट अल, 2018; टेलफर एट अल, 2018); 3) बच्चों में विविध लिंग एक्सप्रेसन को हमेशा ट्रांसजेंडर पहचान या जेंडर इनकांग्रुएंस को प्रतिबिंबित करने के लिए नहीं माना जा सकता है (एहरेनसफ्ट, 2016; एहरेनसफ्ट, 2018; राएल एट अल, 2019); 4) बच्चों के लिए लिंग देखभाल में विशेषज्ञता के साथ मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों (एमएचपी) से मार्गदर्शन सकारात्मक अनुकूलन के साथ-साथ समय के साथ लिंग से संबंधित जरूरतों की समझ का समर्थन करने में सहायक हो सकता है (एपीए, 2015; एहरेनसफ्ट, 2018; टेलफर एट अल, 2018); 5) बच्चों में जेंडर डाइवर्सता के लिए रूपांतरण उपचार (यानी, शब्दों, कार्यों, या दोनों के माध्यम से जेंडर डाइवर्स बच्चे को जन्म के समय सौंपे गए लिंग से जुड़े लिंग के साथ पहचानने या व्यवहार करने के लिए मजबूर करने का कोई भी "चिकित्सीय" प्रयास हानिकारक है और हम उनके उपयोग को अस्वीकार करते हैं (एपीए, 2021; एशले, 2019 बी, पेरे, 2020; एसएएमएचएसए, 2015; टेलफर एट अल, 2018; संयुक्त राष्ट्र मानवाधिकार परिषद, 2020)।

पूरे अध्याय के दौरान, "स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर" (एचसीपी) शब्द का उपयोग मोटे तौर पर जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ काम करने वाले पेशेवरों को संदर्भित करने के लिए किया जाता है। युवाओं और वयस्कों के विपरीत, किशोर जेंडर डाइवर्स बच्चे चिकित्सा हस्तक्षेप (बाल चिकित्सा एंडोक्राइन सोसाइटी, 2020) तक पहुंचने के लिए पात्र नहीं हैं; इसलिए, जब पेशेवर इनपुट मांगा जाता है, तो यह मनोसामाजिक समर्थन और लिंग विकास में विशिष्ट एचसीपी से होने की सबसे अधिक संभावना है। इस प्रकार, यह अध्याय विशिष्ट रूप से विकासात्मक रूप से उपयुक्त मनोसामाजिक प्रथाओं पर केंद्रित है, हालांकि अन्य एचसीपी, जैसे बाल रोग विशेषज्ञ और पारिवारिक अभ्यास एचसीपी भी इन मानकों को उपयोगी पा सकते हैं क्योंकि वे जेंडर

डाइवर्स बच्चों और उनके परिवारों के साथ पेशेवर काम में संलग्न हैं।

यह अध्याय "जेंडर डाइवर्स" शब्द का उपयोग करता है, यह देखते हुए कि किशोर होने से पहले वालों बच्चों में लिंग प्रक्षेपवक्र की भविष्यवाणी नहीं की जा सकती है और समय के साथ विकसित हो सकता है (स्टेन्स्मा, क्रेकेल्स एट अल। साथ ही, यह अध्याय मानता है कि कुछ बच्चे एक जेंडर वर्ग पहचान में स्थिर रहेंगे जो वे जीवन की शुरुआत में स्पष्ट करते हैं जो जन्म के समय सौंपे गए लिंग से अलग है (ओल्सन एट अल। शब्द, "जेंडर डाइवर्स" में ट्रांसजेंडर बाइनरी और नॉनबाइनरी बच्चे शामिल हैं, साथ ही जेंडर डाइवर्स बच्चे भी शामिल हैं जो अंततः जीवन में बाद में ट्रांसजेंडर के रूप में पहचान नहीं करेंगे। शब्दावली स्वाभाविक रूप से सांस्कृतिक रूप से बंधी हुई है और समय के साथ विकसित होती है। इस प्रकार, यह संभव है कि यहां उपयोग किए जाने वाले शब्द पुराने हो सकते हैं और आशा है की हमें बेहतर वर्णनकर्ता मिलेंगे।

यह अध्याय बच्चों की भलाई और जेंडर वर्ग-संबंधी जरूरतों को बढ़ावा देने के उद्देश्य से चिकित्सा आवश्यक देखभाल के पहलुओं का वर्णन करता है (वैश्विक प्रयोज्यता अध्याय, कथन 2.1 में चिकित्सकीय रूप से आवश्यक कथन देखें)। यह अध्याय हर किसी को इन मानकों को यथासंभव नियोजित करने की वकालत करता है। ऐसी परिस्थितियाँ या स्थान हो सकते हैं जिनमें अनुशंसित संसाधन पूरी तरह से उपलब्ध नहीं हैं. संसाधनों की कमी वाले एचसीपी /टीमों को इन मानकों को पूरा करने की दिशा में काम करने की आवश्यकता है। हालांकि, यदि अपरिहार्य सीमाएं इन सिफारिशों के घटकों को रोकती हैं, तो यह वर्तमान में उपलब्ध सर्वोत्तम सेवाएं प्रदान करने में बाधा नहीं डालनी चाहिए। उन स्थानों में जहां कुछ लेकिन सभी अनुशंसित सेवाएं मौजूद नहीं हैं, संभावित लाभकारी देखभाल सेवाओं को लागू नहीं करने का विकल्प एक बच्चे को नुकसान पहुंचाता है (मुर्चिसन एट अल। टेलफर एट अल, 2018; रिग्स एट अल, 2020)। कुल मिलाकर, एक बच्चे के सर्वोत्तम हितों को प्राथमिकता देना अनिवार्य है।

एक विशाल अनुभवजन्य मनोवैज्ञानिक साहित्य इंगित करता है कि बचपन के अनुभव अक्सर जोखिम और / या लचीलापन के आजीवन पैटर्न के लिए मंच निर्धारित करते हैं और कल्याण और जीवन की सकारात्मक गुणवत्ता के लिए कम या ज्यादा अनुकूल विकास के प्रक्षेपवक्र में योगदान करते हैं (अंडा एट अल।) मैस्टेन और सिचेट्टी, 2010; शोनकॉफ और गार्नर,

2012)। उपलब्ध शोध से संकेत मिलता है, सामान्य तौर पर, जेंडर डाइवर्स युवाओं को विनाशकारी अनुभवों का सामना करने के परिणामस्वरूप उम्र के सिजेंडर साथियों की तुलना में मनोवैज्ञानिक कठिनाइयों (रिस्टोरी और स्टेन्स्मा, 2016) का सामना करने के लिए अधिक जोखिम होता है, जिसमें जेंडर डाइवर्सता से संबंधित अस्वीकृति और अन्य कठोर, गैर-स्वीकार्य बातचीत से उत्पन्न आघात और दुर्व्यवहार शामिल हैं (बैरो एंड एपोस्टल, 2018; जियोवनाडी एट अल, 2018; गोवर, राइडर, ब्राउन एट अल। ग्रॉसमैन एंड डी'ऑगेली, 2006; हेंड्रिक्स एंड टेस्टा, 2012; रीसनर, ग्रेटक एट अल। रॉबर्ट्स एट अल, 2014; टिशेलमैन और न्यूमैन-मैसिस, 2018)। इसके अलावा,

साहित्य इंगित करता है कि प्रीप्यूसेंट बच्चे जो अपने जेंडर डाइवर्स पहचानों में अच्छी तरह से स्वीकार किए जाते हैं, वे आम तौर पर अच्छी तरह से समायोजित होते हैं (माल्पास एट अल। ओल्सन एट अल, 2016)। बच्चों का मूल्यांकन और उपचार आम तौर पर एक पारिस्थितिक दृष्टिकोण पर जोर देता है, यह पहचानते हुए कि बच्चों को प्रत्येक स्थान में सुरक्षित और पोषित होने की आवश्यकता होती है (बेल्स्की, 1993; 1993)। ब्रॉफेनब्रेनर, 1979; कॉफमैन और टिशेलमैन, 2018; लिंच और सिचेटी, 1998; टिशेलमैन एट अल, 2010; ज़िलिंस्की और ब्रैडशॉ, 2006)। इस प्रकार, इस अध्याय का परिप्रेक्ष्य बुनियादी मनोवैज्ञानिक साहित्य और जेंडर डाइवर्स बच्चों के लिए

### सिफारिश कथन

- 7.1- हम अनुशंसा करते हैं कि जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को प्रशिक्षण प्राप्त हो और बच्चों में जेंडर वर्ग विकास और जेंडर डाइवर्सता में विशेषज्ञता हो और जीवन काल में जेंडर डाइवर्सता का सामान्य ज्ञान हो।
- 7.2- हम जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सैद्धांतिक और प्रमाणित-आधारित प्रशिक्षण प्राप्त करने और विकास त्मक स्पेक्ट्रम में सामान्य बाल और पारिवारिक मानसिक स्वास्थ्य में विशेषज्ञता विकसित करने की सलाह देते हैं।
- 7.3- हम जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को प्रशिक्षण प्राप्त करने और ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकारों और अन्य न्यूरोडाइवर्सिटी में विशेषज्ञता विकसित करने या ऑटिस्टिक / न्यूरोडाइवर्जेंट, जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ काम करते समय प्रासंगिक विशेषज्ञता के साथ एक विशेषज्ञ के साथ सहयोग करने की सलाह देते हैं।
- 7.4- हम जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को जेंडर डाइवर्स बच्चों और परिवारों से संबंधित निरंतर शिक्षा में संलग्न होने की सलाह देते हैं।
- 7.5- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ मूल्यांकन करने और मूल्यांकन के हिस्से के रूप में कई स्रोतों से जानकारी को एकीकृत करने की सलाह देते हैं।
- 7.6- हम जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ मूल्यांकन करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को प्रासंगिक विकास कारकों, न्यूरोकॉग्निटिव कामकाज और भाषा कौशल पर विचार करने की सलाह देते हैं।
- 7.7- हम जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ मूल्यांकन करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को उन कारकों पर विचार करने की सलाह देते हैं जो बच्चे और / या परिवार / देखभाल करने वाले (ओं) द्वारा जेंडर वर्ग पहचान / जेंडर एक्सप्रेसन की सटीक रिपोर्टिंग को बाधित कर सकते हैं।
- 7.8- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि जेंडर डाइवर्स बच्चे और परिवार / देखभाल करने वालों के लिए परामर्श, मनोचिकित्सा, या दोनों पर विचार करें जब परिवारों और स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों का मानना है कि इससे बच्चे और / या परिवार की भलाई और विकास को लाभ होगा।
- 7.9- हम जेंडर डाइवर्स बच्चों और परिवारों / देखभाल करने वालों को परामर्श, मनोचिकित्सा, या दोनों की पेशकश करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो बच्चे के लचीलेपन और भावनात्मक कल्याण को बढ़ावा देने के लिए बच्चे के लिए महत्वपूर्ण अन्य स्थानों और व्यक्तियों के साथ काम करते हैं।
- 7.10- हम जेंडर डाइवर्स बच्चों और परिवारों / देखभाल करने वालों को परामर्श, मनोचिकित्सा, या दोनों की पेशकश करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो दोनों पक्षों को जेंडर वर्ग विकास के बारे में उम्र-उपयुक्त मनोवैज्ञानिक शिक्षा प्रदान करते हैं।
- 7.11- हम अनुशंसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर जेंडर डाइवर्स बच्चों और उनके परिवारों / देखभाल करने वालों को जानकारी प्रदान करते हैं क्योंकि बच्चा संभावित जेंडर वर्ग पुष्टि चिकित्सा हस्तक्षेप, भविष्य की प्रजनन क्षमता पर इन उपचारों के प्रभाव और प्रजनन संरक्षण के विकल्पों के बारे में युवावस्था तक पहुंचता है।  
देखभाल करने वालों और स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि वे उन बच्चों के लिए सहायक रूप से प्रतिक्रिया दें जो लिंग के रूप में स्वीकार किए जाने की इच्छा रखते हैं जो जेंडर वर्ग पहचान की उनकी आंतरिक भावना से मेल खाते हैं।
- 7.13- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों और माता-पिता / देखभाल करने वालों को सलाह देते हैं कि वे सामाजिक परिवर्तन की परवाह किए बिना, बच्चों को पूर्व-यौवन वर्षों में अपने लिंग का पता लगाना जारी रखने के लिए सहायता करते हैं।
- 7.14- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को उन परिवारों के साथ सामाजिक परिवर्तन के संभावित लाभों और जोखिमों पर चर्चा करने की सलाह देते हैं जो इस पर विचार कर रहे हैं।
- 7.15- हम सुझाव देते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर जेंडर डाइवर्स बच्चों की भलाई को बढ़ावा देने और उनके सामने आने वाली प्रतिकूलताओं को कम करने के लिए अन्य पेशेवरों और संगठनों के साथ मिलकर काम करने पर विचार करें।

अद्वितीय जोखिमों के ज्ञान पर आधारित है और उनकी जरूरतों को समझने और सभी लिंग देखभाल में सकारात्मक मानसिक स्वास्थ्य को सुविधाजनक बनाने के लिए एक पारिस्थितिक दृष्टिकोण के एकीकरण पर जोर देता है। यह परिप्रेक्ष्य अपने विकास के दौरान एक बच्चे के लिए कल्याण और जीवन की गुणवत्ता को बढ़ावा देने को प्राथमिकता देता है। इसके अतिरिक्त, यह अध्याय ऊपर उद्धृत पर्याप्त मनोवैज्ञानिक अनुसंधान द्वारा समर्थित दृष्टिकोण को भी गले लगाता है, कि प्रीप्यूसेंट बच्चों के लिए मनोसामाजिक जेंडर अफर्मिंग देखभाल (हिडाल्गो एट अल, 2013) कल्याण के प्रक्षेपवक्र को बढ़ावा देने का एक अवसर प्रदान करता है जो उन्हें समय के साथ और किशोरावस्था में परिवर्तन के दौरान बनाए रखेगा। यह दृष्टिकोण संभावित रूप से ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स (टीजीडी) किशोरों द्वारा सामना किए जाने वाले कुछ सामान्य मानसिक स्वास्थ्य जोखिमों को कम कर सकता है, जैसा कि अक्सर साहित्य में वर्णित है (चेन एट अल। एडवर्ड्स-लीपर एट अल, 2017; हास एट अल, 2011; लीबोविट्ज़ और डी व्रीस, 2016; रीसनर, ब्रैडफोर्ड एट अल। रीसनर, ग्रेटक एट अल। विकासात्मक अनुसंधान ने बचपन के शुरुआती वर्षों में जेंडर वर्ग विकास के विभिन्न पहलुओं को कम करने पर ध्यान केंद्रित किया है, जो बच्चों की सामान्य आबादी पर आधारित है। इस शोध ने आम तौर पर इस धारणा पर भरोसा किया है कि बाल अनुसंधान प्रतिभागी सिजेंडर हैं (ओलेज़ेस्की एट अल। स्टेन्स्मा, क्रेकेल्स एट अल। हाल ही में, विकासात्मक अनुसंधान ने दिखाया है कि जेंडर डाइवर्सता को युवा बच्चों में देखा और पहचाना जा सकता है (फास्ट एंड ओल्सन, 2018; ओल्सन और गुलगोज़, 2018; रॉबल्स एट अल, 2016)। बहरहाल, इस क्षेत्र में अनुभवजन्य अध्ययन सीमित है, और इस समय कोई साइकोमेट्रिक रूप से ध्वनि मूल्यांकन उपाय नहीं हैं जो विश्वसनीय रूप से और / या पूरी तरह से अपने स्वयं के जेंडर वर्ग और / या जेंडर वर्ग से संबंधित जरूरतों और वरीयताओं के बारे में किशोरावस्था पूर्व बच्चे की आत्म-समझ का पता लगाने में सक्षम हैं (ब्लूम एट अल। इसलिए, यह अध्याय लिंग मूल्यांकन के लिए एक सूक्ष्म और व्यक्तिगत नैदानिक दृष्टिकोण के महत्व पर जोर देता है, जो विभिन्न दिशानिर्देशों और साहित्य की सिफारिशों के अनुरूप है (बर्ग एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2018; डी व्रीस एंड कोहेन-केटेनिस, 2012; एहरेनसफ्ट, 2018; स्टेन्स्मा और वेनसिंग-क्रूगर, 2019)। अनुसंधान और नैदानिक अनुभव ने संकेत दिया है कि बच्चों में जेंडर डाइवर्सता,

कुछ के लिए, अलग-अलग हो सकती है; बच्चे के जेंडर वर्ग की भविष्यवाणी करने का कोई विश्वसनीय साधन नहीं है (एडवर्ड्स-लीपर एट अल। एहरेनसफ्ट, 2018; स्टेन्स्मा, क्रेकेल्स एट अल, 2013), और विशेष बच्चे के लिए जेंडर वर्ग से संबंधित आवश्यकताएं उनके बचपन के दौरान भिन्न हो सकती हैं।

शब्द "मूल्यांकन" के अर्थ को समझना महत्वपूर्ण है (कभी-कभी "मूल्यांकन" शब्द के साथ समानार्थक रूप से उपयोग किया जाता है)। मूल्यांकन के लिए कई संदर्भ हैं (कृष्णमूर्ति और अन्य, 2004) जिसमें तत्काल संकट के दौरान होने वाले तेजी से आकलन शामिल हैं (उदाहरण के लिए, सुरक्षा मूल्यांकन जब एक बच्चा आत्महत्या कर सकता है) और केंद्रित मूल्यांकन जब एक परिवार के पास एक सीमित प्रश्न हो सकता है, अक्सर अपेक्षाकृत संक्षिप्त परामर्श (बर्ग एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2018) के संदर्भ में। मूल्यांकन शब्द का उपयोग अक्सर "नैदानिक मूल्यांकन" के संदर्भ में भी किया जाता है, जिसे "सेवन करना" भी कहा जा सकता है और यह निर्धारित करने के उद्देश्य से है कि क्या कोई समस्या है जो निदान योग्य है और / या चिकित्सीय प्रक्रिया से लाभ उठा सकती है। यह अध्याय व्यापक आकलन पर ध्यान केंद्रित करता है, जो एक बच्चे और परिवार की जरूरतों और लक्ष्यों को समझने के लिए उपयोगी है (एपीए, 2015; डी व्रीस एंड कोहेन-केटेनिस, 2012; श्रीनाथ और अन्य, 2019; स्टेन्स्मा और वेनसिंग-क्रूगर, 2019)। इस प्रकार का मनोसामाजिक मूल्यांकन सभी जेंडर डाइवर्स बच्चों के लिए आवश्यक नहीं है, लेकिन कई कारणों से अनुरोध किया जा सकता है। आकलन एक जेंडर डाइवर्स बच्चे और उनके परिवार के लिए समर्थन की प्रक्रिया शुरू करने का एक उपयोगी अवसर प्रस्तुत कर सकता है, इस समझ के साथ कि जेंडर डाइवर्स बच्चों को लाभ होता है जब उनकी पारिवारिक गतिशीलता में अनुरोध किए जाने पर उनकी जेंडर डाइवर्सता और पेरेंटिंग मार्गदर्शन की स्वीकृति शामिल होती है। जेंडर डाइवर्सता के संदर्भ में बच्चे के जेंडर वर्ग और मानसिक स्वास्थ्य आवश्यकताओं की पूरी समझ का अनुरोध करने वाले परिवार द्वारा अनुरोध किए जाने पर व्यापक मूल्यांकन उपयुक्त होते हैं।

इन परिस्थितियों में, परिवार के सदस्य मानसिक स्वास्थ्य के मुद्दों, परिवार की गतिशीलता, और सामाजिक और सांस्कृतिक संदर्भों, जिनमें से सभी एक जेंडर डाइवर्स बच्चे को प्रभावित करते हैं, को ध्यान में रखा जाना चाहिए (बैरो एंड एपोस्टल, 2018; ब्राउन एंड मार, 2018; कोहेन-केटेनिस एट

अल, 2003; हैंड्रिक्स एंड टेस्टा, 2012; कॉफमैन और टिशेलमैन, 2018; रिस्टोरी और स्टेन्स्मा, 2016; टिशेलमैन और न्यूमैन-मैसिस, 2018)। यह नीचे दिए गए पैराग्राफ में आगे विस्तार से बताया गया है।

यह महत्वपूर्ण है कि जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ काम करने वाले एचसीपी बच्चे और परिवार की पहचान और अनुभव के विभिन्न पहलुओं को समझने का प्रयास करते हैं: नस्लीय, जातीय, आप्रवासी / शरणार्थी स्थिति, धार्मिक, भौगोलिक और सामाजिक-आर्थिक, उदाहरण के लिए, और नैदानिक बातचीत में सांस्कृतिक संदर्भ के प्रति सम्मानजनक और संवेदनशील होना (टेलफर एट अल। कई कारक संस्कृति और जेंडर वर्ग के लिए प्रासंगिक हो सकते हैं, जिनमें धार्मिक विश्वास, लिंग से संबंधित अपेक्षाएं और जेंडर डाइवर्सता को स्वीकार करने की डिग्री शामिल है (ओलिपंट एट अल। जेंडर डाइवर्सता, सामाजिक-सांस्कृतिक विविधता और अल्पसंख्यक स्थिति के बीच प्रतिच्छेदन, सामाजिक तनाव, या दोनों के स्रोत हो सकते हैं (ब्राउन एंड मार, 2018; ब्राउन एंड मार, 2018) ओलिपंट एट अल, 2018; रिग्स एंड ट्रेहरने, 2016)।

प्रत्येक बच्चा, परिवार के सदस्य और परिवार की गतिशीलता अद्वितीय है और संभावित रूप से कई संस्कृतियों और विश्वास पैटर्न को शामिल करती है। इस प्रकार, सभी विषयों के एचसीपी को पूर्वनिर्धारित विचारों के आधार पर रूढ़िवादिता से बचना चाहिए जो गलत या पक्षपाती हो सकते हैं (उदाहरण के लिए, एक परिवार जो एक धार्मिक संगठन से संबंधित है जो जेंडर डाइवर्सता की सराहना करने का विरोध करता है, आवश्यक रूप से अपने बच्चे की जेंडर डाइवर्सता का समर्थन नहीं करेगा) (ब्राउन एंड मार, 2018)। इसके बजाय, प्रत्येक परिवार से खुले तौर पर संपर्क करना और प्रत्येक परिवार के सदस्य और परिवार के पैटर्न को अलग-अलग समझना आवश्यक है।

इस अध्याय के सभी कथनों की सिफारिश साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और रोगियों के लाभ और हानि, मूल्यों और वरीयताओं के मूल्यांकन और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता के आधार पर की गई है। कुछ मामलों में, हम मानते हैं कि साक्ष्य सीमित हैं और / या सेवाएं सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं।

प्रत्येक बच्चा, परिवार का सदस्य और परिवार गतिशील अद्वितीय है और संभावित रूप से अनेक को समाहित करता है संस्कृतियाँ और विश्वास पैटर्न। इस प्रकार, सभी के एच.सी.पी विषयों के आधार पर रूढ़िवादिता से बचना चाहिए पूर्वकल्पित विचार जो गलत हो सकते हैं या पक्षपातपूर्ण (उदाहरण के लिए,

वह परिवार जो किसी धार्मिक व्यक्ति से संबंध रखता हो वह संगठन जो सराहना करने का विरोध करता है जेंडर डाइवर्स आवश्यक रूप से असमर्थनीय होगी उनके बच्चे की जेंडर डाइवर्सता के बारे में) (ब्राउन और मार्च, 2018). इसके बजाय, प्रत्येक से संपर्क करना आवश्यक है परिवार खुले तौर पर और परिवार के प्रत्येक सदस्य को समझें और परिवार का पैटर्न अलग है।

इस अध्याय में सभी कथन दिये गये हैं की गहन समीक्षा के आधार पर अनुशांसा की गई साक्ष्य, लाभ का आकलन और प्रदाताओं के नुकसान, मूल्य और प्राथमिकताएँ और मरीज़, और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता। कुछ में मामलों में, हम मानते हैं कि सबूत सीमित हैं और/या सेवाएँ सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं।

### कथन 7.1

**हम अनुशांसा करते हैं कि जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को प्रशिक्षण प्राप्त हो और बच्चों में जेंडर वर्ग विकास और जेंडर डाइवर्सता में विशेषज्ञता हो और जीवन काल में जेंडर डाइवर्सता का सामान्य ज्ञान हो।**

जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ काम करने वाले एचसीपी को पेशेवरों के रूप में उनकी भूमिका के दायरे के लिए प्रासंगिक आवश्यक प्रशिक्षण और साख प्राप्त करनी चाहिए और बनाए रखना चाहिए। इसमें उपयुक्त राष्ट्रीय और / या क्षेत्रीय मान्यता प्राप्त निकायों द्वारा लाइसेंस, प्रमाणन या दोनों शामिल हैं। हम पेशेवरों के प्रमाण पत्र और विनियमन की बारीकियों को विश्व स्तर पर भिन्न मानते हैं। महत्वपूर्ण रूप से, बुनियादी लाइसेंस, प्रमाणन, या दोनों जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ काम करने की योग्यता सुनिश्चित करने के लिए अपने आप में अपर्याप्त हो सकते हैं, क्योंकि एचसीपी को विशेष रूप से उचित देखभाल प्रदान करने के लिए बचपन के जेंडर वर्ग विकास और जेंडर डाइवर्सता में गहन प्रशिक्षण और पर्यवेक्षित अनुभव की आवश्यकता होती है।

### कथन 7.2

**हम जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सैद्धांतिक और प्रमाणित-आधारित प्रशिक्षण प्राप्त करने और विकासतामक स्पेक्ट्रम में सामान्य बच्चे और परिवार के मानसिक स्वास्थ्य में विशेषज्ञता विकसित करने की सलाह देते हैं।**

एचसीपी को बचपन से किशोरावस्था तक विकासतात्मक स्पेक्ट्रम में सामान्य बच्चे और परिवार के मानसिक स्वास्थ्य में प्रशिक्षण और पर्यवेक्षित विशेषज्ञता प्राप्त करनी चाहिए, जिसमें साक्ष्य-आधारित मूल्यांकन और हस्तक्षेप दृष्टिकोण शामिल हैं। जेंडर डाइवर्सता एक मानसिक स्वास्थ्य विकार नहीं है; हालांकि, जैसा कि ऊपर उद्धृत किया गया है, हम जानते हैं कि जेंडर डाइवर्स बच्चों (जैसे, लिंग अल्पसंख्यक तनाव के माध्यम से) (हेंड्रिक्स एंड टेस्टा, 2012) के लिए मानसिक स्वास्थ्य पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ सकता है जो अन्वेषण और समर्थन से लाभान्वित हो सकते हैं; इसलिए, मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञता अत्यधिक अनुशंसित है। बच्चों के साथ काम करना एक जटिल प्रयास है, जिसमें शामिल हैं

विभिन्न उम्र में एक बच्चे की विकासात्मक आवश्यकताओं की समझ, परिवार के अंदर और बाहर दोनों में बच्चे की भलाई को प्रभावित करने वाली ताकतों को समझने की क्षमता (कॉफमैन एंड टिशेलमैन, 2018), और पूरी तरह से आकलन करने की क्षमता जब कोई बच्चा दुखी है या जेंडर वर्ग से संबंधित या असंबंधित महत्वपूर्ण मानसिक स्वास्थ्य कठिनाइयों का सामना कर रहा है। अनुसंधान ने बच्चों के जेंडर डाइवर्स समुदाय में प्रतिकूल अनुभवों और आघात के उच्च स्तर का संकेत दिया है, जिसमें अस्वीकृति या यहां तक कि दुर्व्यवहार की संवेदनशीलता भी शामिल है (एपीए, 2015; बैरो और प्रेरित, 2018; जियोवनाडी एट अल, 2018; रीसनर, ग्रेटक एट अल। रॉबर्ट्स एट अल, 2012; टिशेलमैन और न्यूमैन-मैसिस, 2018)। एचसीपी को प्रतिकूल अनुभवों की क्षमता से अवगत होना चाहिए और नुकसान को रोकने और सकारात्मक कल्याण को बढ़ावा देने के लिए प्रभावी हस्तक्षेप शुरू करने में सक्षम होना चाहिए।

### कथन 7.3

**हम जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को प्रशिक्षण प्राप्त करने और ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम विकारों और अन्य न्यूरोडाइवर्सिटी में विशेषज्ञता विकसित करने या ऑटिस्टिक / न्यूरोडाइवर्जेंट, जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ काम करते समय प्रासंगिक विशेषज्ञता के साथ एक विशेषज्ञ के साथ सहयोग करने की सलाह देते हैं।**

ऑटिस्टिक बच्चों के साथ-साथ न्यूरोडिवर्जेंस के अन्य रूपों वाले बच्चों में जेंडर डाइवर्सता का अनुभव अतिरिक्त नैदानिक जटिलताओं को पेश कर सकता है (डी व्रीस एट अल। स्ट्रैंग, मेघेर

एट अल। उदाहरण के लिए, ऑटिस्टिक बच्चों को अपनी लिंग से संबंधित जरूरतों के लिए आत्म-वकालत करना मुश्किल हो सकता है और अत्यधिक व्यक्तिवादी तरीकों से संवाद कर सकते हैं (कुवलंका एट अल। स्ट्रैंग, पावर्स एट अल। संचार और सोच शैली में सामान्य अंतर को देखते हुए उनके पास लिंग से संबंधित अनुभवों की विभिन्न व्याख्याएं हो सकती हैं। जेंडर डाइवर्स न्यूरोडाइवर्जेंट बच्चों की अनूठी जरूरतों के कारण, उन्हें गलत समझा जाने के लिए उच्च जोखिम हो सकता है (यानी, उनके संचार की गलत व्याख्या की जा सकती है)। इसलिए, इन बच्चों को सहायता प्रदान करने वाले पेशेवर ऑटिज़्म और संबंधित न्यूरोडेवलपमेंटल प्रस्तुतियों में प्रशिक्षण प्राप्त करके और विशेषज्ञता विकसित करके और / या ऑटिज़्म विशेषज्ञों (स्ट्रैंग, मीगेर एट अल। इस तरह का प्रशिक्षण विशेष रूप से प्रासंगिक है क्योंकि अनुसंधान ने सामान्य आबादी की तुलना में जेंडर डाइवर्स युवाओं के बीच ऑटिज़्म की उच्च दर का दस्तावेजीकरण किया है (डी व्रीस एट अल। हिस्ले-गोर्मन एट अल, 2019; शुमर एट अल, 2015)।

### कथन 7.4

**हम जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ काम करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को जेंडर डाइवर्स बच्चों और परिवारों से संबंधित निरंतर शिक्षा में संलग्न होने की सलाह देते हैं।**

जेंडर डाइवर्स बच्चों और परिवारों के बारे में निरंतर व्यावसायिक विकास विभिन्न माध्यमों से प्राप्त किया जा सकता है, जिसमें रीडिंग (जर्नल लेख, किताबें, जेंडर वर्ग जानकार संगठनों से जुड़ी वेबसाइटें), ऑनलाइन और व्यक्तिगत प्रशिक्षण में भाग लेना और सहकर्मी पर्यवेक्षण / परामर्श समूहों में शामिल होना शामिल है (बार्थोलोमियस एट अल।

सतत शिक्षा में 1 शामिल है) जीवन काल में पूर्व-किशोर बच्चों में लिंग विकास और जेंडर डाइवर्सता और जेंडर डाइवर्सता पर उपलब्ध और प्रासंगिक अनुसंधान के अद्यतित ज्ञान को बनाए रखना; 2) जेंडर डाइवर्स बच्चों और परिवारों के साथ मूल्यांकन, सहायता और उपचार दृष्टिकोण के लिए सर्वोत्तम प्रथाओं के बारे में वर्तमान ज्ञान बनाए रखना। यह अभ्यास का एक अपेक्षाकृत नया क्षेत्र है और स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को अनुकूलन करने की आवश्यकता है क्योंकि अनुसंधान और अन्य रास्तों के माध्यम से नई जानकारी उभरती है (बार्थोलोमियस एट अल।

### कथन 7.5

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को जेंडर डाइवर्स बच्चों की पहुंच**



के साथ मूल्यांकन करने और मूल्यांकन के हिस्से के रूप में कई स्रोतों से जानकारी एकीकृत करने की सलाह देते हैं।

एक व्यापक मूल्यांकन, जब एक परिवार और / या एचसीपी द्वारा अनुरोध किया जाता है, तो बच्चे और परिवार के अन्य सदस्यों की भलाई को लाभ पहुंचाने के लिए आवश्यकतानुसार हस्तक्षेप सिफारिशों को विकसित करने के लिए उपयोगी हो सकता है। इस तरह का मूल्यांकन विभिन्न स्थितियों में फायदेमंद हो सकता है जब एक बच्चा और / या उनके परिवार / अभिभावक, प्रदाताओं के साथ समन्वय में, महसूस करते हैं कि किसी प्रकार का हस्तक्षेप सहायक होगा। न तो आकलन और न ही हस्तक्षेप को कभी भी किसी बच्चे के जेंडर डाइवर्स एक्सप्लोरेशन या पहचान को गुप्त रूप से या खुले तौर पर हतोत्साहित करने के साधन के रूप में इस्तेमाल किया जाना चाहिए। इसके बजाय, उचित रूप से प्रशिक्षित प्रदाताओं के साथ, मूल्यांकन बेहतर ढंग से समझने का एक प्रभावी साधन हो सकता है कि किसी विशेष जेंडर वर्ग पहचान या अभिव्यक्ति के निजीकरण के बिना बच्चे और उनके परिवार का समर्थन कैसे किया जाए। एक बच्चे के लिंग स्वास्थ्य, कल्याण और आत्म-पूर्ति को बढ़ावा देने के लिए सहयोग करके कुछ बच्चों और उनके परिवारों के लिए एक मूल्यांकन विशेष रूप से महत्वपूर्ण हो सकता है। एक व्यापक मूल्यांकन जेंडर डाइवर्स बच्चों और परिवार के सदस्यों की सहायता के लिए एक व्यक्तिगत योजना के गठन की सुविधा प्रदान कर सकता है (डी व्रीस एंड कोहेन-केटेनिस, 2012; माल्पास एट अल, 2018; स्टेन्समा और वेनसिंग-क्रूगर, 2019; टेलफर एट अल, 2018; टिशेलमैन और कॉफमैन, 2018)। इस तरह के मूल्यांकन में, कई स्रोतों से जानकारी को एकीकृत करना महत्वपूर्ण है 1) बच्चे की जेंडर वर्ग आवश्यकताओं को सबसे अच्छी तरह से समझें और सिफारिशें करें; देखभाल करने वाले, और सामुदायिक शक्तियों के क्षेत्रों की पहचान करें और बच्चे की लिंग स्थिति और विकास के साथ-साथ बच्चे, उनके परिवार / देखभाल करने वालों और पर्यावरण के लिए जोखिम और चिंताओं के लिए विशिष्ट समर्थन करें। हस्तक्षेप योजना उद्देश्यों दोनों के लिए कई सदस्यों में बच्चे, माता-पिता / देखभाल करने वाले, विस्तारित परिवार के सदस्य, भाई-बहन, स्कूल कर्मी, एचसीपी, समुदाय, व्यापक सांस्कृतिक और कानूनी संदर्भ और अन्य स्रोत शामिल हो सकते हैं (बर्ग एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2018; श्रीनाथ, 2019)।

जेंडर डाइवर्स बच्चों का मूल्यांकन करने वाले एचसीपी को लिंग से संबंधित मुद्दों का पता लगाने की आवश्यकता होती है,

लेकिन बच्चे की भलाई और लिंग समर्थन और जोखिम के क्षेत्रों को प्रभावित करने वाले कारकों को पूरी तरह से समझने के लिए ऊपर वर्णित पारिस्थितिक मॉडल (ब्रॉफेनब्रेनर, 1979) के अनुरूप बच्चे और पर्यावरण का व्यापक दृष्टिकोण भी लेना चाहिए (बर्ग एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2018; हैंड्रिक्स एंड टेस्टा, 2012; कॉफमैन और टिशेलमैन, 2018; टिशेलमैन और न्यूमैन-मैसिस, 2018)। इसमें बच्चे / परिवार द्वारा अनुभव की जाने वाली ताकत और चुनौतियों को समझना शामिल है और जो पर्यावरण में मौजूद हैं। हम एचसीपी को सलाह देते हैं कि वे जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ मूल्यांकन कर रहे हैं कि वे बच्चे और परिवार की जरूरतों और परिस्थितियों के आधार पर कई मूल्यांकन डोमेन को शामिल करने पर विचार करें। यद्यपि नीचे दिए गए कुछ बाद के सूचीबद्ध डोमेन सीधे बच्चे के लिंग को संबोधित नहीं करते हैं (नीचे आइटम 7-12 देखें), उन्हें लिंग मूल्यांकन में शामिल करने की आवश्यकता है, जैसा कि नैदानिक निर्णय द्वारा इंगित किया गया है, उन कारकों के जटिल वेब को समझने के लिए जो लिंग स्वास्थ्य सहित एक एकीकृत तरीके से बच्चे की भलाई को प्रभावित कर सकते हैं। मूल्यांकन सर्वोत्तम प्रथाओं के अनुरूप (एपीए, 2015; बर्ग एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2018; माल्पास एट अल, 2018) और जरूरत पड़ने पर एक बहु-आयामी हस्तक्षेप विकसित करें।

प्रासंगिक अनुसंधान और नैदानिक विशेषज्ञता से सारांशित करते हुए, मूल्यांकन डोमेन में अक्सर 1) एक बच्चे की जेंडर वर्ग पहचान और जेंडर वर्ग अभिव्यक्ति, वर्तमान और ऐतिहासिक रूप से शामिल होती है; 2) डिस्फोरिया, जेंडर वर्ग असंगति, या दोनों के सबूत; 3) जेंडर डाइवर्सता, स्वीकृति और बच्चे के लिए समर्थन के बारे में बच्चे, परिवार, सहकर्मी और अन्य लोगों के विश्वासों और दृष्टिकोण से संबंधित ताकत और चुनौतियां; 4) बच्चे की जेंडर डाइवर्सता के कारण लिंग अल्पसंख्यक तनाव और अस्वीकृति, शत्रुता, या दोनों के बच्चे और परिवार के अनुभव; 5) सामाजिक संदर्भों में जेंडर डाइवर्सता से संबंधित समर्थन का स्तर (जैसे, स्कूल, विश्वास समुदाय, विस्तारित परिवार); 6) बच्चे के लिंग और / या माता-पिता / देखभाल करने वाले / भाई-बहन के बारे में संघर्ष का मूल्यांकन बच्चे की जेंडर डाइवर्सता से संबंधित व्यवहार से संबंधित; 7) बाल मानसिक स्वास्थ्य, संचार और / या संज्ञानात्मक ताकत और चुनौतियां, न्यूरोडिवर्जेंस, और / या व्यवहार संबंधी चुनौतियां महत्वपूर्ण कार्यात्मक कठिनाई पैदा करती हैं; 8) प्रासंगिक चिकित्सा और विकास त्मक इतिहास; 9) ऐसे क्षेत्र जो जोखिम पैदा कर सकते

हैं (उदाहरण के लिए, घरेलू और / या सामुदायिक हिंसा के संपर्क में, बाल दुर्व्यवहार का कोई भी रूप; आघात का इतिहास; साथियों के साथ सुरक्षा और / या उत्पीड़न या किसी अन्य परिवेश में; आत्महत्या); 10) साथ-साथ होने वाले महत्वपूर्ण पारिवारिक तनाव, जैसे पुरानी या टर्मिनल बीमारी, बेघर होना या गरीबी; 11) माता-पिता / देखभाल करने वाले और / या भाई-बहन का मानसिक स्वास्थ्य और / या व्यवहार संबंधी चुनौतियां महत्वपूर्ण कार्यात्मक कठिनाई पैदा करती हैं; और 12) बच्चे और परिवार की ताकत और चुनौतियां। सूचना एकत्र करने के कई रूपों को शामिल करने वाला एक गहन मूल्यांकन वातावरण (जैसे, घर / स्कूल) में एक विशिष्ट बच्चे और परिवार के लिए जरूरतों, ताकत, सुरक्षात्मक कारकों और जोखिमों को समझने के लिए सहायक है। जानकारी एकत्र करने के तरीकों में अक्सर 1) बच्चे, परिवार के सदस्यों और अन्य लोगों (जैसे, शिक्षकों), संरचित और असंरचित के साथ साक्षात्कार शामिल होते हैं; 2) देखभाल करने वाले और बच्चे ने जेंडर वर्ग से संबंधित मानकीकृत उपायों को पूरा किया; सामान्य बाल कल्याण; बाल संज्ञानात्मक और संचार कौशल और विकास संबंधी विकार / देखभाल करने वाले, भाई-बहन, विस्तारित परिवार और साथियों द्वारा समर्थन और स्वीकृति; माता-पिता का तनाव; बचपन की प्रतिकूलताओं का इतिहास; और/या अन्य मुद्दे जैसे एपरो-प्रिेंट (एपीए, 2020; बर्ग एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2018; कॉफमैन और टिशेलमैन, 2018; श्रीनाथ, 2019)।

पारिवारिक विशेषताओं के आधार पर, बच्चे की विकासात्मक प्रोफाइल, या दोनों, जानकारी एकत्र करने के विधि में भी निम्नलिखित को शामिल करने से लाभ हो सकता है 1) बच्चे और / या परिवार के अवलोकन, संरचित और असंरचित; और 2) संरचित और नेत्रहीन समर्थित मूल्यांकन तकनीक (वर्कशीट; स्व-चित्र; पारिवारिक चित्र, आदि) (बर्ग एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2018)।

#### कथन 7.6

**हम अनुशांसा करते हैं कि जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ मूल्यांकन करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर प्रासंगिक विकास कारकों, न्यूरोकॉग्निटिव कामकाज और भाषा कौशल पर विचार करें।**

छोटे बच्चों का आकलन करने की जटिलताओं को देखते हुए, जो वयस्कों के विपरीत, डोमेन (संज्ञानात्मक, सामाजिक, भावनात्मक, शारीरिक) की एक श्रृंखला में विकास की प्रक्रिया में हैं, एक बच्चे की विकासात्मक स्थिति और विस्तृत मूल्यांकन के तौर-तरीकों और बच्चे की व्यक्तिगत क्षमताओं के लिए

बातचीत पर विचार करना महत्वपूर्ण है। इसमें बच्चे के विकास चरण और क्षमताओं (प्री-स्कूलर्स, स्कूल जाने की उम्र, किशोरावस्था से पहले प्रारंभिक यौवन) के मूल्यांकन को तैयार करना शामिल है, जिसमें भाषा और मूल्यांकन दृष्टिकोण का उपयोग करना शामिल है जो बच्चे के आराम, भाषा कौशल और आत्म-अभिव्यक्ति के साधनों को प्राथमिकता देते हैं (बर्ग एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2018; श्रीनाथ, 2019)। उदाहरण के लिए, प्रासंगिक विकास कारक, जैसे न्यूरोकॉग्निटिव अंतर (जैसे, ऑटिज़्म स्पेक्ट्रम की स्थिति), और मूल्यांकन करने में ग्रहणशील और अभिव्यंजक भाषा कौशल पर विचार किया जाना चाहिए। स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को उन मामलों में मार्गदर्शन के लिए विशेषज्ञों से परामर्श करने की आवश्यकता हो सकती है जिनमें उनके पास विशेष कौशल नहीं हैं- (स्ट्रैंग एट अल., 2021)

#### कथन 7.7

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को जेंडर डाइवर्स बच्चों के साथ एक मूल्यांकन करने की सलाह देते हैं, जो उन कारकों पर विचार करते हैं जो बच्चे और / या परिवार / देखभाल करने वाले (ओं) द्वारा जेंडर वर्ग पहचान / जेंडर एक्सप्रेसन की सटीक रिपोर्टिंग को बाधित कर सकते हैं।**

जेंडर डाइवर्स बच्चों और परिवारों के साथ मूल्यांकन करने वाले एचसीपी को विकासात्मक, भावनात्मक और पर्यावरणीय कारकों को ध्यान में रखना चाहिए जो एक बच्चे, देखभाल करने वाले, भाई-बहन या अन्य की रिपोर्ट को बाधित कर सकते हैं या जेंडर वर्ग से संबंधित उनके विश्वास प्रणालियों को प्रभावित कर सकते हैं (रिग्स एंड बार्थोलोमियस, 2018)। सभी बाल मनोवैज्ञानिक आकलनों के साथ, पर्यावरण और परिवार / देखभाल करने वाली प्रतिक्रियाएं (जैसे, सजा), और / या संज्ञानात्मक और सामाजिक कारक एक बच्चे के आराम और / या जेंडर वर्ग पहचान और संबंधित मुद्दों सहित कुछ कारकों पर सीधे चर्चा करने की क्षमता को प्रभावित कर सकते हैं (श्रीनाथ, 2019)। इसी तरह, परिवार के सदस्य पारिवारिक संघर्षों या गतिशीलता और / या अन्य प्रभावों (जैसे, सांस्कृतिक / धार्मिक; विस्तारित पारिवारिक दबाव) के आधार पर अपनी चिंताओं और विचारों को स्वतंत्र रूप से व्यक्त करने में विवश महसूस कर सकते हैं (रिग्स एंड बार्थोलोमियस, 2018)।

#### कथन 7.8

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को एक जेंडर डाइवर्स बच्चे और**

**परिवार / देखभाल करने वालों के लिए परामर्श, मनोचिकित्सा, या दोनों पर विचार करने की सलाह देते हैं जब परिवारों और स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों का मानना है कि इससे बच्चे और / या परिवार की भलाई और विकास में लाभ होगा।**

मनोचिकित्सा का लक्ष्य कभी भी बच्चे की जेंडर वर्ग पहचान को संशोधित करने के उद्देश्य से नहीं होना चाहिए (एपीए, 2021; एशले, 2019 बी; पेरे, 2020; एसएएमएचएसए, 2015; अन संयुक्त राष्ट्र मानवाधिकार परिषद, 2020), या तो गुप्त रूप से या खुले तौर पर। सभी जेंडर डाइवर्स बच्चों या उनके परिवारों को एमएचपी से इनपुट की आवश्यकता नहीं होती है क्योंकि जेंडर डाइवर्सता एक मानसिक स्वास्थ्य विकार नहीं है (बाल चिकित्सा एंडोक्राइन सोसाइटी, 2020; टेलफर एट अल, 2018)। फिर भी, मनोचिकित्सा की तलाश करना अक्सर उचित और सहायक होता है जब मनोवैज्ञानिक स्वास्थ्य में सुधार और आगे के संकट को रोकने के लिए माता-पिता द्वारा संकट या चिंता व्यक्त की जाती है (एपीए, 2015)। जेंडर डाइवर्स बच्चे और परिवार के लिए मनोचिकित्सा पर विचार करने के कुछ सामान्य कारणों में निम्नलिखित शामिल हैं 1) एक बच्चा अपनी जेंडर वर्ग पहचान के बारे में महत्वपूर्ण संघर्ष, संलयन, तनाव या संकट का प्रदर्शन कर रहा है या अपने जेंडर वर्ग का पता लगाने के लिए एक संरक्षित स्थान की आवश्यकता है (एहरेनसाफ्ट, 2018; स्पीवी और एडवर्ड्स-लीपर, 2019);

2) एक बच्चा अपने जेंडर आइडेंटिटी को इस तरह से व्यक्त करने के लिए बाहरी दबाव का सामना कर रहा है जो उनके आत्म-ज्ञान, इच्छाओं और विश्वासों (एपीए, 2015) के साथ संघर्ष करता है; 3) एक बच्चा मानसिक स्वास्थ्य चिंताओं से जूझ रहा है, जो उनके लिंग से संबंधित या स्वतंत्र है (बैरो एंड एपोस्टल, 2018); 4) एक बच्चे को अपनी जेंडर वर्ग पहचान या प्रस्तुति के लिए नकारात्मक पर्यावरणीय प्रतिक्रियाओं के सामने अपने लचीलेपन को मजबूत करने से लाभ होगा (क्रेग एंड ऑस्टिन, 2018; माल्पास एट अल, 2018); 5) एक बच्चा मानसिक स्वास्थ्य और / या पर्यावरणीय चिंताओं का सामना कर सकता है, जिसमें परिवार प्रणाली की समस्याएं शामिल हैं जिन्हें जेंडर वर्ग अनुरूपता या असंगतता के रूप में गलत व्याख्या की जा सकती है (बर्ग एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2018); और 6) एक बच्चा जेंडर वर्ग से संबंधित समर्थन प्राप्त करने के लिए एमएचपी से मिलने की इच्छा व्यक्त करता है। इन स्थितियों में, मनोचिकित्सा इस समझ के साथ बच्चे का समर्थन करने पर ध्यान केंद्रित करेगी कि बच्चे के माता-पिता (ओं) / देखभाल

करने वाले (ओं) और संभावित रूप से परिवार के अन्य सदस्यों को आवश्यक रूप से शामिल किया जाएगा (एपीए, 2015; एहरेनसाफ्ट, 2018; मैकलॉघलिन एंड शार्प, 2018)। जब तक कि विरोधाभास का संकेत न दिया जाए, माता-पिता / अभिभावकों के लिए मनोचिकित्सा प्रक्रिया में कुछ क्षमता में भाग लेना बेहद उपयोगी है, जिसमें प्रीप्यूबेसेंट बच्चे शामिल हैं क्योंकि पारिवारिक कारक अक्सर बच्चे की भलाई के लिए केंद्रीय होते हैं। यद्यपि जेंडर डाइवर्स बच्चों से जुड़े शोध में अपेक्षाकृत अस्पष्टीकृत है, भाई-बहनों और जेंडर डाइवर्स बच्चे के बीच संबंधों में भाग लेना महत्वपूर्ण हो सकता है (पेरिसो एट अल। पार्कर और डेविस-मैककेब, 2021)।

एचसीपी को बच्चे की व्यक्तिगत आवश्यकताओं के अनुरूप किए गए हस्तक्षेपों को नियोजित करना चाहिए जो 1) बच्चे की जेंडर वर्ग पहचान, अभिव्यक्ति, या दोनों के लिए संभावित नकारात्मक प्रतिक्रियाओं के सामने लचीलापन को बढ़ावा देने के लिए सुरक्षात्मक सामाजिक और भावनात्मक मुकाबला कौशल को बढ़ावा देने के लिए डिज़ाइन किए गए हैं (क्रेग एंड ऑस्टिन, 2016; माल्पास एट अल, 2018; स्पेंसर, बर्ग एट अल। 2) जेंडर वर्ग अल्पसंख्यक तनाव को कम करने के लिए सहयोगी रूप से समस्या-समाधान सामाजिक चुनौतियों (बैरो एंड एपोस्टल, 2018; टिशेलमैन और न्यूमैन-मैसिस, 2018); 3) बच्चे और / या तत्काल और विस्तारित परिवार के सदस्यों के लिए पर्यावरण-मानसिक समर्थन को मजबूत करना (कॉफमैन और टिशेलमैन, 2018); और 4) बच्चे को अपने आंतरिक जेंडर वर्ग अनुभवों को समझने का अवसर प्रदान करें (एपीए, 2015; बैरो और प्रेरित, 2018; एहरेनसाफ्ट, 2018; माल्पास एट अल, 2018; मैकलॉघलिन एंड शार्प, 2018)। एचसीपी के लिए जेंडर डाइवर्स बच्चे और परिवार के साथ संबंध विकसित करना सहायक है जो आवश्यकतानुसार समय के साथ सहन कर सकता है। यह बच्चे / परिवार को बचपन में दीर्घकालिक भरोसेमंद संबंध स्थापित करने में सक्षम बनाता है, जिससे एचसीपी बच्चे के परिपक्व होने पर समर्थन और मार्गदर्शन प्रदान कर सकता है और बच्चे / परिवार के लिए संभावित रूप से विभिन्न चुनौतियों या जरूरतों को उभरता है (स्पेंसर, बर्ग एट अल। मुर्चिसन एट अल। उपरोक्त के अलावा और उपलब्ध संसाधनों की सीमाओं के भीतर, जब एक बच्चा न्यूरोडाइवर्जेंट होता है, तो एक एचसीपी जिसके पास न्यूरोडेवलपमेंटल मतभेदों और लिंग दोनों को संबोधित करने के लिए कौशल संग्रह होता है, सबसे उपयुक्त होता है (स्ट्रैंग एट अल। जैसा कि

साहित्य में उल्लिखित है, ऐसे कई कारण हैं जिनके कारण माता-पिता / देखभाल करने वाले, भाई-बहन, और एक किशोरावस्था पूर्व बच्चे के विस्तारित परिवार के सदस्यों को अपने लिए मनोचिकित्सा की तलाश करना उपयोगी लग सकता है (एहरेनसफ्ट, 2018; माल्पास एट अल, 2018; मैकलॉघलिन एंड शार्प, 2018)। जैसा कि नीचे संक्षेप में बताया गया है, इस तरह के उपचार की मांग के लिए इनमें से कुछ सामान्य उत्प्रेरक तब होते हैं जब एक या एक से अधिक परिवार के सदस्य 1) जेंडर वर्ग विकास के आसपास शिक्षा की इच्छा रखते हैं (स्पीवी एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2019);

2) बच्चे की जेंडर वर्ग पहचान, अभिव्यक्ति, या दोनों के बारे में महत्वपूर्ण भ्रम या तनाव का अनुभव कर रहे हैं (एशले, 2019 सी; एहरेनसफ्ट, 2018); 3) जेंडर डाइवर्स बच्चे के बारे में भावनात्मक और व्यवहारिक चिंताओं से संबंधित मार्गदर्शन की आवश्यकता है (बैरो और प्रेरित, 2018; 4) घर के बाहर के वातावरण (जैसे, स्कूल, खेल, शिविर) को बढ़ावा देने के लिए समर्थन की आवश्यकता है (कॉफमैन और टिशेलमैन, 2018); 5) सामाजिक परिवर्तन के बारे में सूचित निर्णय लेने के लिए सहायता मांग रहे हैं, जिसमें बच्चे के लिंग विकास और स्वास्थ्य के लिए इष्टतम तरीके से ऐसा कैसे करना है (लेव एंड वुल्फ-गोल्ड, 2018); 6) अपने जेंडर डाइवर्स बच्चे के लिए उनके समर्थन के संबंध में राजनीतिक संस्थाओं और साथ के कानून सहित दूसरों से निंदा से निपटने के लिए मार्गदर्शन मांग रहे हैं (माता-पिता / देखभाल करने वालों के प्रति निर्देशित नकारात्मक प्रतिक्रियाओं में कभी-कभी निर्णयों की पुष्टि से उत्पन्न सामाजिक वातावरण से अस्वीकृति और / या उत्पीड़न / दुरुपयोग शामिल हो सकता है (हिडाल्गो और चैन, 2019); 7) अपने बच्चे की जेंडर वर्ग पहचान के बारे में अपनी भावनात्मक प्रतिक्रियाओं और जरूरतों को संसाधित करने की मांग कर रहे हैं। अपने बच्चे की जेंडर डाइवर्सता और / या उनके बच्चे की वर्तमान और भविष्य की भलाई के लिए संभावित भय या चिंताओं के बारे में दुःख शामिल है (पुलेन सैन्सफाकॉन एट अल। और 8) बच्चे की जेंडर डाइवर्सता के बारे में भावनात्मक रूप से व्यथित हैं और / या परिवार के अन्य सदस्यों के साथ संघर्ष में हैं (आवश्यकतानुसार, एचसीपी माता-पिता / देखभाल करने वालों, भाई-बहनों और विस्तारित परिवार के सदस्यों के लिए अलग-अलग सत्र प्रदान कर सकते हैं। पुलेन सैन्सफाकॉन एट अल, 2019; स्पीवी एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2019)।

#### कथन 7.9

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं- विभिन्न बच्चों और परिवारों / देखभाल करने वालों को बच्चे के लचीलेपन और भावनात्मक कल्याण को बढ़ावा देने के लिए बच्चे के लिए महत्वपूर्ण अन्य स्थानों और व्यक्तियों के साथ काम करने के लिए परामर्श, मनोचिकित्सा, या दोनों।**

ऊपर वर्णित पारिस्थितिक मॉडल के अनुरूप और, व्यक्तिगत / पारिवारिक परिस्थितियों के आधार पर, एचसीपी के लिए बच्चों के जीवन में भावनात्मक और शारीरिक सुरक्षा को बढ़ावा देने के लिए दूसरों (जैसे, शिक्षकों, कोचों, धार्मिक नेताओं) के साथ समन्वय को प्राथमिकता देना बेहद मददगार हो सकता है (उदाहरण के लिए, स्कूल परिवेश, खेल और अन्य मनोरंजक गतिविधियां, विश्वास-आधारित भागीदारी) (कॉफमैन और टिशेलमैन, चिकित्सीय और / या सहायता समूहों को अक्सर परिवारों / देखभाल करने वालों और / या जेंडर डाइवर्स बच्चों के लिए एक मूल्यवान संसाधन के रूप में अनुशंसित किया जाता है (कूलहार्ट, 2018; हॉर्टन एट अल, 2021; माल्पास एट अल, 2018; मुर्चिसन एट अल।

#### कथन 7.10

**हम जेंडर डाइवर्स बच्चों और परिवारों / देखभाल करने वालों को परामर्श, मनोचिकित्सा, या दोनों प्रदान करने वाले एचसीपी की सिफारिश करते हैं जो लिंग विकास के बारे में उम्र के साथ उचित मनोवैज्ञानिक शिक्षा प्रदान करते हैं।**

देखभाल करने वालों और उनके जेंडर डाइवर्स बच्चों को उन तरीकों के बारे में ज्ञान विकसित करने का अवसर होना चाहिए जिनमें परिवार / देखभाल करने वाले अपने बच्चे को लचीलापन, आत्म-जागरूकता और कामकाज को अधिकतम करने के लिए सर्वोत्तम समर्थन कर सकते हैं (एपीए, 2015; एहरेनसफ्ट, 2018; माल्पास, 2018; स्पीवी एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2019)। यह न तो संभव है और न ही एचसीपी की भूमिका निश्चितता के साथ बच्चे की अंतिम जेंडर वर्ग पहचान की भविष्यवाणी करने के लिए है; इसके बजाय, एचसीपी का कार्य लिंग के संबंध में किसी विशेष विकास प्रक्षेपवक्र को प्राथमिकता देने के प्रयासों के बिना समय के साथ बच्चे की पहचान को विकसित करने और विकसित करने के लिए एक सुरक्षित स्थान प्रदान करना है (एपीए, 2015; एपीए, 2015) स्पीवी एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2019)। जेंडर डाइवर्स बच्चों और शुरुआती किशोरों की सामाजिक और शारीरिक रूप से पुराने किशोरों की तुलना में अलग-अलग आवश्यकताएं और अनुभव होते हैं, और उन मतभेदों को प्रत्येक बच्चे / परिवार को प्रदान किए जाने वाले

व्यक्तिगत दृष्टिकोण में परिलक्षित किया जाना चाहिए (केओ-मीर एंड एहरेनसाफ्ट, 2018; स्पेंसर, बर्ग एट अल।)

देखभाल करने वालों और उनके बच्चों को उम्र-उपयुक्त मनोचिकित्सा के माध्यम से लिंग विकास और लिंग साक्षरता के बारे में ज्ञान विकसित करने का अवसर भी होना चाहिए (बर्ग एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2018;) राइडर, वेनसिल एट अल, 2019; स्पेंसर, बर्ग एट अल। जेंडर वर्ग साक्षरता में जन्म के समय नामित लिंग, जेंडर वर्ग पहचान और जेंडर एक्सप्रेसनके बीच अंतर को समझना शामिल है, जिसमें वे तरीके भी शामिल हैं जिनमें ये तीन कारक विशिष्ट रूप से एक बच्चे के लिए एक साथ आते हैं (बर्ग एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2018; 2018) राइडर, वेनसिल एट अल, 2019; स्पेंसर, बर्ग एट अल। जैसे ही एक बच्चा जेंडर वर्ग साक्षरता प्राप्त करता है, वे यह समझना शुरू करते हैं कि उनके शरीर के अंग आवश्यक रूप से उनकी जेंडर वर्ग पहचान और / या उनकी जेंडर एक्सप्रेसन को परिभाषित नहीं करते हैं (बर्ग एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2018; 2018)। राइडर, वेनसिल एट अल, 2019; स्पेंसर, बर्ग एट अल। जेंडर वर्ग साक्षरता में समाज के भीतर जेंडर वर्ग से संबंधित संदेशों और अनुभवों की पहचान करना सीखना भी शामिल है। जैसा कि एक बच्चा जेंडर वर्ग साक्षरता प्राप्त करता है, वे अपनी विकासशील जेंडर वर्ग पहचान और जेंडर एक्सप्रेसन को अधिक सकारात्मक रूप से देख सकते हैं, लचीलापन और आत्मसम्मान को बढ़ावा दे सकते हैं, और पर्यावरण से नकारात्मक संदेशों के सामने शर्म के जोखिम को कम कर सकते हैं। मनोवैज्ञानिक शिक्षा के माध्यम से जेंडर वर्ग साक्षरता प्राप्त करना भाई-बहनों और / या विस्तारित परिवार के सदस्यों के लिए भी महत्वपूर्ण हो सकता है जो बच्चे के लिए आयात-विरोधी हैं (राइडर, वेनसिल एट अल। स्पेंसर, बर्ग एट अल।)

#### कथन 7.11

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को जेंडर डाइवर्स बच्चों और उनके परिवारों / देखभाल करने वालों को जानकारी प्रदान करने की सलाह देते हैं क्योंकि बच्चा संभावित जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा हस्तक्षेप, भविष्य की प्रजनन क्षमता पर इन उपचारों के प्रभाव और प्रजनन संरक्षण के विकल्पों के बारे में युवावस्था तक पहुंचता है।**

जैसे-जैसे एक बच्चा परिपक्व होता है और युवावस्था के करीब पहुंचता है, एचसीपी को युवावस्था के बारे में मनो-शिक्षा को एकीकृत करने के लिए बच्चों और उनके माता-पिता / देखभाल करने वालों के साथ काम करने को प्राथमिकता देनी चाहिए,

संभावित जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा हस्तक्षेपों के बारे में साझा निर्णय लेने में संलग्न होना चाहिए, और चिकित्सा उपचार के प्रजनन संबंधी और अन्य प्रजनन स्वास्थ्य निहितार्थों पर चर्चा करनी चाहिए (नाहटा, क्विन एट अल। स्पेंसर, बर्ग एट अल।) यद्यपि इस तरह के हस्तक्षेपों का मूल्यांकन करने के लिए केवल सीमित अनुभवजन्य अनुसंधान मौजूद है, विशेषज्ञ आम सहमति और विकासात्मक मनोवैज्ञानिक साहित्य आम तौर पर इस धारणा का समर्थन करते हैं कि उनके शरीर के बारे में बच्चों के साथ खुला संचार और यौवन के शारीरिक परिवर्तनों की तैयारी, जेंडर अफर्मिंग स्वीकृति के साथ मिलकर, लचीलापन को बढ़ावा देगा और सकारात्मक कामुकता को बढ़ावा देने में मदद करेगा क्योंकि एक बच्चा किशोरावस्था में परिपक्व होता है (स्पेंसर, बर्ग एट अल।) इन सभी चर्चाओं को न्यूरोडाइवर्जेंट बच्चों को शामिल करने के लिए विस्तारित किया जा सकता है (उदाहरण के लिए, पहले से शुरू करना), यह सुनिश्चित करने के लिए कि प्रतिबिंब और समझने के लिए पर्याप्त समय है, खासकर जब भविष्य के जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा देखभाल के बारे में विकल्प संभावित रूप से उत्पन्न होते हैं (स्ट्रैंग, जारिन एट अल। इन चर्चाओं में निम्नलिखित विषय शामिल हो सकते हैं:

- शरीर के अंगों और उनके विभिन्न कार्यों की समीक्षा;
- जिन तरीकों से एक बच्चे का शरीर चिकित्सा हस्तक्षेप के साथ और बिना समय के साथ बदल सकता है;
- बाद में यौन कामकाज और प्रजनन क्षमता पर चिकित्सा हस्तक्षेप का प्रभाव;
- बाद में संभावित चिकित्सा हस्तक्षेपों पर यौवन दमन का प्रभाव;
- युवावस्था दमन के प्रभावों से संबंधित कुछ क्षेत्रों में नैदानिक डेटा की वर्तमान कमी की स्वीकृति;
- यौवन से पहले उचित यौन शिक्षा का महत्व।

इन चर्चाओं को विकासात्मक रूप से उपयुक्त भाषा और शिक्षण शैलियों को नियोजित करना चाहिए, और प्रत्येक व्यक्तिगत बच्चे की विशिष्ट आवश्यकताओं के लिए तैयार किया जाना चाहिए (स्पेंसर, बर्ग एट अल।)

#### कथन 7.12

**हम माता-पिता / देखभाल करने वालों और स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को उन बच्चों के लिए सहायक रूप से प्रतिक्रिया करने की सलाह देते हैं जो लिंग के रूप में स्वीकार किए जाने की इच्छा रखते हैं जो उनकी आंतरिक भावना से मेल खाता है।**

जेंडर वर्ग सामाजिक परिवर्तन एक ऐसी प्रक्रिया को संदर्भित करता है जिसके द्वारा एक बच्चे को दूसरों द्वारा स्वीकार किया जाता है और उसे सार्वजनिक रूप से जीने का अवसर मिलता है, या तो सभी स्थितियों में या कुछ स्थितियों में, जेंडर वर्ग पहचान में वे पुष्टि करते हैं और मापदंडों या कार्यों का कोई विलक्षण सेट नहीं होता है (एहरेनसफ्ट एट अल।)

जेंडर वर्ग सामाजिक परिवर्तन को अक्सर अतीत में बाइनरी के रूप में कल्पना की गई है- एक लड़की एक लड़के में बदल जाती है, एक लड़का एक लड़की में बदल जाता है। अवधारणा का विस्तार उन बच्चों को शामिल करने के लिए किया गया है जो जेंडर वर्ग पहचान के एक नॉनबाइनरीया व्यक्तिगत रूप से आकार के पुनरावृत्ति में स्थानांतरित होते हैं (च्यू एट अल। क्लार्क एट अल, 2018)। नए शोध से संकेत मिलता है कि सामाजिक परिवर्तन प्रक्रिया कुछ पूर्व-किशोर बच्चों के लिए एक सुरक्षात्मक कार्य कर सकती है और सकारात्मक मानसिक स्वास्थ्य और कल्याण को बढ़ावा देने के लिए काम कर सकती है (डरवुड एट अल। गिब्सन एट अल, 2021; ओल्सन एट अल, 2016)। इस प्रकार, मान्यता है कि एक बच्चे का लिंग अलग-अलग हो सकता है और समय के साथ विकसित हो सकता है (एडवर्ड्स-लीपर एट अल। एहरेनसफ्ट, 2018; स्टेन्स्मा, क्रुकेल्स एट अल, 2013) एक किशोरावस्था पूर्व बच्चे के लिए सामाजिक परिवर्तन को नकारने या रोकने के लिए पर्याप्त औचित्य नहीं है जब यह फायदेमंद होगा। आंशिक या पूर्ण सामाजिक परिवर्तन प्रक्रिया होने के बाद भी जेंडर वर्ग पहचान विकास जारी रह सकता है (एशले, 2019 ई; एडवर्ड्स-लीपर एट अल, 2018; एहरेनसफ्ट, 2020; एहरेनसफ्ट एट अल, 2018; स्पीवी एंड एडवर्ड्स-लीपर, 2019)। हालांकि अनुभवजन्य डेटा सीमित रहता है, मौजूदा शोध ने संकेत दिया है कि जो बच्चे अपनी जेंडर डाइवर्सता के बारे में सबसे मुखर हैं, वे समय के साथ एक विविध जेंडर वर्ग पहचान में बने रहने की सबसे अधिक संभावना रखते हैं, जिसमें वे बच्चे भी शामिल हैं जो यौवन से पहले सामाजिक रूप से परिवर्तन करते हैं (ओल्सन एट अल।) राय एट अल, 2019; स्टेन्स्मा, मैकगुडरे एट अल। इस प्रकार, सामाजिक परिवर्तन पर विचार करते समय, हम सुझाव देते हैं कि माता-पिता / देखभाल करने वाले और एचसीपी उन बच्चों पर विशेष ध्यान दें जो लगातार और अक्सर एक जेंडर वर्ग पहचान को स्पष्ट करते हैं जो जन्म के समय निर्दिष्ट लिंग से मेल नहीं खाता है। इसमें वे बच्चे शामिल हैं जो स्पष्ट रूप से लिंग की सामाजिक स्वीकृति का अनुरोध या इच्छा कर सकते

हैं जो बच्चे की व्यक्ति जेंडर वर्ग पहचान से बेहतर मेल खाता है और / या बच्चे जो संकट का प्रदर्शन करते हैं जब उनका लिंग जैसा कि वे जानते हैं कि यह जन्म के समय निर्दिष्ट लिंग के साथ असंगत रूप से अनुभव किया जाता है (राय एट अल। स्टेन्स्मा, क्रुकेल्स एट अल।)

यद्यपि सामाजिक परिवर्तन प्रक्रिया से संबंधित सर्वोत्तम प्रथाओं के बारे में अनुभवजन्य साहित्य की कमी है, नैदानिक साहित्य और विशेषज्ञता निम्नलिखित मार्गदर्शन प्रदान करती है जो एक बच्चे के सर्वोत्तम हितों को प्राथमिकता देती है (एशले, 2019 ई; एहरेनसफ्ट, 2018; एहरेनसफ्ट एट अल, 2018; मुर्चिसन एट अल, 2016; टेलफर एट अल, 2018): 1) सामाजिक परिवर्तन बच्चे से उत्पन्न होना चाहिए और सामाजिक परिवर्तन प्रक्रिया शुरू करने का निर्णय लेने की प्रक्रिया में बच्चे की इच्छाओं को प्रतिबिंबित करना चाहिए; 2) एक एचसीपी सामाजिक परिवर्तन के फायदे / लाभ, साथ ही संभावित चुनौतियों की खोज में सहायता कर सकता है;

3) सामाजिक परिवर्तन सभी या केवल विशिष्ट संदर्भों / सेटिंग्स (जैसे, स्कूल, घर) में सबसे अच्छा हो सकता है; और 4) एक बच्चा दूसरों को यह खुलासा करने का विकल्प चुन सकता है या नहीं भी कर सकता है कि उन्होंने सामाजिक रूप से परिवर्तन किया है, या आमतौर पर अपने माता-पिता / देखभाल करने वालों की मदद से, उन लोगों के एक चुनिंदा समूह को नामित कर सकता है जिनके साथ वे जानकारी साझा करते हैं।

संक्षेप में, सामाजिक परिवर्तन, जब यह होता है, तो एक बच्चे की भलाई की सबसे अच्छी सेवा करने की संभावना है जब यह प्रत्येक बच्चे के लिए सोच-समझकर और व्यक्तिगत रूप से होता है। एक बच्चे का सामाजिक परिवर्तन (और लिंग भी) समय के साथ विकसित हो सकता है और जरूरी नहीं कि स्थिर हो, लेकिन उस पहचान को व्यक्त करने के लिए वांछित कार्यों और उनकी वर्तमान जेंडर वर्ग पहचान के बच्चे के स्थापित आत्म-ज्ञान के क्रॉस-सेक्शन को सबसे अच्छा दर्शाता है (एहरेनसफ्ट एट अल।)

एक सामाजिक परिवर्तन प्रक्रिया में एक बच्चे के पुष्टि किए गए लिंग (एहरेनसफ्ट एट अल, 2018) के अनुरूप कई अलग-अलग कार्यों में से एक या अधिक शामिल हो सकते हैं, जिनमें शामिल हैं:

- नाम बदलना;
- सर्वनाम परिवर्तन;
- जेंडर वर्ग सूचकों में परिवर्तन (जैसे, जन्म प्रमाण पत्र;

पहचान कार्ड; पासपोर्ट; स्कूल और चिकित्सा प्रलेखन; आदि);

- जेंडर वर्ग-पृथक कार्यक्रमों में भागीदारी (जैसे, खेल टीम; मनोरंजक क्लब और शिविर; स्कूल; आदि);
- बाथरूम और लॉकर रूम का उपयोग;
- व्यक्तिगत अभिव्यक्ति (जैसे, बाल शैली; कपड़ों की पसंद; आदि);
- दूसरों के लिए पुष्टि किए गए जेंडर वर्ग का संचार (उदाहरण के लिए, सोशल मीडिया; कक्षा या स्कूल की घोषणाएं; विस्तारित परिवारों या सामाजिक संपर्कों को पत्र; आदि)।

#### कथन 7.13

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों और माता-पिता / देखभाल करने वालों की सलाह देते हैं कि सामाजिक परिवर्तन की परवाह किए बिना, बच्चों को पूर्व-किशोर वर्षों में अपने लिंग का पता लगाना जारी रखने के लिए समर्थन करें।**

यह महत्वपूर्ण है कि जो बच्चे सामाजिक परिवर्तन में लगे हुए हैं, उन्हें अपने बचपन के वर्षों में लिंग के अर्थ और अभिव्यक्ति पर विचार जारी रखने के लिए अन्य बच्चों के समान अवसर प्रदान किए जाएं (एशले 2019 ई; एशले 2019 ई) स्पेंसर, बर्ग एट अल। कुछ शोधों में पाया गया है कि प्रारंभिक सामाजिक परिवर्तन के बाद बच्चों को लिंग तरलता या यहां तक कि परिवर्तन का अनुभव हो सकता है। अनुसंधान इस बारे में निर्णायक नहीं है कि जीवन काल में इस तरह के परिवर्तन कब होने की सबसे अधिक संभावना है, या कितने प्रतिशत युवा अंततः जेंडर वर्ग तरलता और / या परिवर्तन को कम करने की इच्छा का अनुभव करेंगे – जेंडर वर्ग विकास, या संभावित अन्य कारणों (जैसे, सुरक्षा चिंताओं; लिंग अल्पसंख्यक तनाव) के कारण (ओल्सन एट अल।) स्टेन्स्मा, क्रेकेल्स एट अल। एक हालिया शोध रिपोर्ट से संकेत मिलता है कि अमेरिका में, द्विआधारी सामाजिक परिवर्तन (ओल्सन एट अल, 2022) के पांच वर्ष बाद कम युवाओं के साथ डिट्रांज़िशन होता है; इन युवाओं का आगे का फॉलो-अप मददगार होगा। इन निष्कर्षों की प्रतिकृति भी महत्वपूर्ण है क्योंकि यह अध्ययन अमेरिका में एक सीमित और स्व-चयनित प्रतिभागी पूल के साथ आयोजित किया गया था और इस प्रकार सभी जेंडर डाइवर्स बच्चों पर लागू नहीं हो सकता है। सारांश में, हमारे पास पहले से जानने की सीमित क्षमता है कि समय के साथ एक बच्चे की जेंडर वर्ग पहचान और अभिव्यक्ति या कैसे विकसित हो सकती हैं और क्या या क्यों कुछ के लिए परिवर्तन हो सकता है। इसके अलावा,

सभी जेंडर डाइवर्स बच्चे अपने लिंग का पता लगाने की इच्छा नहीं रखते हैं (टेलफर एट अल।) सिजेंडर बच्चों से इस खोज को करने की उम्मीद नहीं की जाती है, और जेंडर डाइवर्स बच्चे के साथ इसे मजबूर करने के प्रयास, यदि संकेत या स्वागत नहीं किया जाता है, तो इसे पैथोलॉजिकल, अंतर्वेधी और / या सिस्नॉर्मेटिव के रूप में अनुभव किया जा सकता है (अंसारा और हेगर्टी, 2012; बार्थोलोमियस एट अल, 2021; ओलिंपट एट अल।)

#### कथन 7.14

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को उन परिवारों के साथ सामाजिक परिवर्तन के संभावित लाभों और जोखिमों को समझने की सलाह देते हैं जो इस पर विचार कर रहे हैं।**

विभिन्न प्रकार के विकल्पों के साथ-साथ बच्चों में सामाजिक परिवर्तन, समय के साथ एक समर्थक उपकरण के रूप में हो सकता है, एक बच्चे की इच्छाओं और अन्य मनोसामाजिक विचारों (एहरेनसफ्ट, 2018) दोनों के आधार पर व्यक्तिगत है, और यह एक ऐसा निर्णय है जिसके लिए संभावित लाभों और चुनौतियों को भारित और चर्चा की जानी चाहिए।

एक सामाजिक परिवर्तन के संभावित लाभ हो सकते हैं जैसा कि नैदानिक साहित्य में उल्लिखित है (उदाहरण के लिए, एहरेनसफ्ट एट अल। राय एट अल, 2019)। इनमें जेंडर वर्ग डिस्फोरिया को कम करते हुए जेंडर वर्ग अनुरूपता को सुविधाजनक बनाना और मनोसामाजिक समायोजन और कल्याण को बढ़ाना शामिल है (एहरेनसफ्ट एट अल। अध्ययनों ने संकेत दिया है कि सामाजिक रूप से संक्रमणित पीढ़ी-दर विविध बच्चे काफी हद तक सिजेंडर भाई-बहनों और साथियों (डरवुड एट अल, 2017) से मेल खाने वाली उम्र की मानसिक स्वास्थ्य विशेषताओं को प्रतिबिंबित करते हैं। ये निष्कर्ष जेंडर डाइवर्स बच्चों और किशोरों (बैरो एंड एपोस्टल, 2018) के साथ पूर्व शोध में लगातार नोट की गई मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियों से स्पष्ट रूप से भिन्न हैं और सुझाव देते हैं कि सामाजिक परिवर्तन का प्रभाव सकारात्मक हो सकता है। इसके अतिरिक्त, बच्चों के लिए सामाजिक परिवर्तन आमतौर पर केवल माता-पिता / देखभाल करने वालों के समर्थन और स्वीकृति के साथ हो सकता है, जिसे जेंडर डाइवर्स बच्चों में कल्याण की सुविधा के लिए भी प्रदर्शित किया गया है (डरवुड एट अल। माल्पास एट अल, 2018; पेरिसो एट अल, 2019), हालांकि समर्थन के अन्य रूपों, जैसे कि स्कूल-आधारित समर्थन, को भी महत्वपूर्ण के रूप में पहचाना गया है (डरवुड एट

अल। टर्बन, किंग एट अल। एचसीपी को उन स्थितियों में बच्चों और परिवारों के साथ सामाजिक परिवर्तन के संभावित लाभों पर चर्चा करनी चाहिए, जिसमें 1) जेंडर वर्ग पहचान की एक सुसंगत, स्थिर अभिव्यक्ति है जो जन्म के समय सौंपे गए लिंग के साथ असंगत है (फास्ट एंड ओल्सन, 2018)। इसे जेंडर डाइवर्स एक्सप्लोरेशन / व्यवहारों / रुचियों से अलग किया जाना चाहिए (उदाहरण के लिए, खिलौनों के साथ खेलना, कपड़ों या उपस्थिति विकल्पों के माध्यम से खुद को व्यक्त करना, और / या सामाजिक रूप से परिभाषित गतिविधियों में संलग्न होना और आमतौर पर लिंग के द्विआधारी मॉडल में अन्य लिंग के साथ जुड़ा हुआ है) (एहरेनसफ्ट, 2018; एहरेनसफ्ट एट अल, 2018); 2) बच्चा उस लिंग में परिवर्तन करने की एक मजबूत इच्छा या आवश्यकता व्यक्त कर रहा है जिसे उन्होंने अपने प्रामाणिक लिंग के रूप में व्यक्त किया है (एहरेनसफ्ट एट अल। फास्ट एंड ओल्सन, 2018; राय एट अल, 2019); और 3) परिवर्तन के दौरान और बाद में बच्चा भावनात्मक और शारीरिक रूप से सुरक्षित होगा (ब्राउन एंड मार, 2018)। पूर्वाग्रह और भेदभाव पर विचार किया जाना चाहिए, खासकर उन इलाकों में जहां जेंडर डाइवर्सता की स्वीकृति सीमित या निषिद्ध है (ब्राउन एंड मार, 2018; ब्राउन एंड मार, 2018) हैंड्रिक्स एंड टेस्टा, 2012; टर्बन, किंग एट अल। ध्यान दें, जेंडर डाइवर्स बच्चे के लिए संभावित जोखिम भी हो सकते हैं जो सामाजिक रूप से परिवर्तन नहीं करता है, जिसमें शामिल हैं 1) निर्धारित सामुदायिक लिंग भूमिकाओं और / या व्यवहार के सामाजिक रूप से अपेक्षित पैटर्न के अनुरूप नहीं माना जाने के लिए बहिष्कृत या धमकाया जाना; और 2) आंतरिक तनाव या संकट के साथ रहना जो वे खुद को जानते हैं वह उस जेंडर वर्ग के साथ असंगत है जिसे उन्हें दुनिया के सामने पेश करने के लिए कहा जा रहा है।

जेंडर स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए, एचसीपी को सामाजिक परिवर्तन की संभावित चुनौतियों को दूर करना चाहिए। एक चिंता अक्सर इस डर से संबंधित होती है कि एक बच्चा अपनी जेंडर वर्ग पहचान के संभावित विकास पर विचार करने से रोक देगा क्योंकि वे परिपक्व होते हैं या एक और जेंडर वर्ग परिवर्तन शुरू करने के लिए अनिच्छुक होते हैं, भले ही उन्हें अब नहीं लगता कि उनका सामाजिक परिवर्तन उनकी वर्तमान जेंडर वर्ग पहचान से मेल खाता है (एडवर्ड्स-लीपर एट अल। रिस्टोरी और स्टेन्स्मा, 2016)। हालांकि सीमित, हाल के शोध में पाया गया है कि सामाजिक रूप से परिवर्तन करने वाले बच्चों के कुछ माता-

पिता / देखभाल करने वाले अपने बच्चों के साथ नए जेंडर वर्ग पुनरावृत्तियों के विकल्प पर चर्चा कर सकते हैं (उदाहरण के लिए, लिंग की पूर्व अभिव्यक्ति पर वापस आना) और इस संभावना के बारे में सहज हैं (ओल्सन एट अल।) एक और अक्सर पहचाने जाने वाले सामाजिक परिवर्तन की चिंता यह है कि एक बच्चे को नकारात्मक सीक्वेल का सामना करना पड़ सकता है यदि वे पूर्व जेंडर वर्ग पहचान पर वापस आते हैं जो जन्म के समय नामित उनके लिंग से मेल खाता है (चेन एट अल। एडवर्ड्स-लीपर एट अल, 2019; स्टेन्स्मा और कोहेन-केटेनिस, 2011)। इस दृष्टिकोण से, माता-पिता / देखभाल करने वालों को एक बच्चे पर सामाजिक परिवर्तन के संभावित विकास त्मक प्रभाव के बारे में पता होना चाहिए।

एचसीपी को माता-पिता / देखभाल करने वालों को मार्गदर्शन प्रदान करना चाहिए और एक बच्चे को समर्थन प्रदान करना चाहिए जब एक सामाजिक जन-परिवर्तन पर विचार किया जा रहा है या हो रहा है 1) माता-पिता / देखभाल करने वालों द्वारा आवश्यकता और मांग किए जाने पर परामर्श, मूल्यांकन और सामान्य समर्थन प्रदान करना; 2) परिवार के सदस्यों की सहायता करना, आवश्यकतानुसार, सामाजिक परिवर्तन के लिए बच्चे की इच्छाओं और बच्चे की व्यक्त इच्छाओं के बारे में परिवार के सदस्यों की अपनी भावनाओं को समझने के लिए; देखभाल करने वालों के साथ खोज करना और उनसे सीखना कि क्या और कैसे वे मानते हैं कि एक सामाजिक परिवर्तन उनके बच्चे को अब और उनके चल रहे विकास दोनों में लाभान्वित करेगा; 4) मार्गदर्शन प्रदान करना जब माता-पिता / देखभाल करने वाले सामाजिक परिवर्तन के बारे में सहमत नहीं हैं और अपने बच्चे की लिंग स्थिति और जरूरतों के लगातार अंडर-स्टैंडिंग की दिशा में एक साथ काम करने का अवसर प्रदान करते हैं;

5) अपने बच्चे के सामाजिक परिवर्तन को दूसरों के सामने प्रकट करने के लिए सुरक्षित और सहायक तरीकों के बारे में मार्गदर्शन प्रदान करना और अपने बच्चे को अपने विभिन्न सामाजिक वातावरण (जैसे, स्कूल, विस्तारित परिवार) में परिवर्तन की सुविधा प्रदान करना; 6) जेंडर वर्ग और सामाजिक परिवर्तन के साथ-साथ सकारात्मक सहकर्मी संबंधों को मजबूत करने के बारे में साथियों के साथ बच्चे द्वारा वांछित होने पर संचार की सुविधा प्रदान करना; 7) मार्गदर्शन प्रदान करना जब सामाजिक परिवर्तन सामाजिक रूप से स्वीकार या सुरक्षित नहीं हो सकता है, या तो हर जगह या विशिष्ट स्थितियों में, या जब एक बच्चे



को ऐसा करने की इच्छा के बावजूद परिवर्तन शुरू करने के बारे में आपत्ति है; अनाम रहने के कई कारण हो सकते हैं, जिनमें भय और चिंताएं शामिल हैं; 8) परिवार के सदस्यों और एमएचपी के साथ मिलकर काम करना ताकि एक सामाजिक परिवर्तन को इस तरह से सुविधाजनक बनाया जा सके जो बच्चे के जेंडर वर्ग विकास, समग्र कल्याण और शारीरिक और भावनात्मक सुरक्षा के लिए इष्टतम हो; और 9) कई अलग-अलग प्रक्षेपवक्रों के बारे में मनोवैज्ञानिक शिक्षा प्रदान करना जो बच्चे के जेंडर वर्ग को समय के साथ ले सकते हैं, जिससे बच्चे के लिए पीढ़ी के भविष्य के पुनरावृत्तियों के लिए रास्ते खुले रह जाते हैं, और इस बात पर जोर दिया जाता है कि भविष्य में किसी व्यक्तिगत बच्चे की जेंडर वर्ग पहचान की भविष्यवाणी करने की कोई आवश्यकता नहीं है (माल्पास एट अल।)

इन सभी कार्यों में बच्चे और परिवार के सदस्यों के बीच संचार की गुणवत्ता को बढ़ाना और बच्चे को परिवार के सभी सदस्यों द्वारा सुनने और सुनने का अवसर प्रदान करना शामिल है। ये संबंधपरक समर्थक बदले में माता-पिता / देखभाल करने वालों को अपने बच्चे के लिए सामाजिक परिवर्तन की सलाह और / या मापदंडों के बारे में सूचित निर्णय लेने में सफलता की सुविधा प्रदान करते हैं (माल्पास एट अल।)

एचसीपी की एक भूमिका उन स्थितियों में मार्गदर्शन और समर्थन प्रदान करना है जिनमें बच्चे और माता-पिता / देखभाल करने वाले सामाजिक परिवर्तन के साथ आगे बढ़ना चाहते हैं, लेकिन निष्कर्ष निकालते हैं कि सामाजिक वातावरण उन विकल्पों को स्वीकार नहीं करेगा, 1) माता-पिता / देखभाल करने वालों को सुरक्षित स्थानों को परिभाषित करने और विस्तारित करने में मदद करना जिसमें बच्चा अपने प्रामाणिक लिंग को स्वतंत्र रूप से व्यक्त कर सकता है; 2) माता-पिता / देखभाल करने वालों के साथ चर्चा करना कि भविष्य में सामाजिक वातावरण के सहायक होने की संभावना बढ़ जाती है, अगर यह एक यथार्थवादी लक्ष्य है; 3) प्रामाणिक जेंडर वर्ग पहचान के निरंतर दमन और गोपनीयता की आवश्यकता से उत्पन्न किसी भी संबंधित संकट और / या शर्म के साथ बच्चे / परिवार की मदद करने के लिए आवश्यकतानुसार हस्तक्षेप करना; और 4) बच्चे और परिवार दोनों के लचीलेपन का निर्माण करना, यह समझ पैदा करना कि यदि सामाजिक वातावरण को बच्चे के सामाजिक परिवर्तन को स्वीकार करने और जेंडर वर्ग पहचान की पुष्टि करने में कठिनाई हो रही है, तो यह बच्चे में कुछ कमी के कारण नहीं है, बल्कि सामाजिक वातावरण में

अपर्याप्त लिंग साक्षरता के कारण है (एहरेनसफ्ट एट अल।)

#### कथन 7.15

**हम सुझाव देते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर जेंडर डाइवर्स बच्चों की भलाई को बढ़ावा देने और उनके सामने आने वाली प्रतिकूलताओं को कम करने के लिए अन्य पेशेवरों और संगठनों के साथ मिलकर काम करने पर विचार करें।**

सभी बच्चों को अपनी जेंडर वर्ग पहचान में समर्थन और सम्मानित होने का अधिकार है (मानवाधिकार अभियान, 2018; पेरे, 2020; एसएएमएचएसए, 2015)। जैसा कि ऊपर उल्लेख किया गया है, जेंडर डाइवर्स बच्चे एक विशेष रूप से कमजोर समूह हैं (बैरो एंड एपोस्टल, 2018; कोहेन-केटेनिस एट अल, 2003; जियोवनाडी एट अल, 2018; गोवर, राइडर, कोलमैन एट अल। ग्रॉसमैन एंड डी'ऑगेली, 2007; हेंड्रिक्स एंड टेस्टा, 2012; रीसनर, ग्रेटक एट अल। रिस्टोरी और स्टेन्स्मा, 2016; रॉबर्ट्स एट अल, 2012; टिशेलमैन और न्यूमैन-मैसिस, 2018)। अधिवक्ताओं के रूप में एचसीपी की जिम्मेदारियों में स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों को स्वीकार करना शामिल है जो हाशिए के अल्पसंख्यकों के लिए महत्वपूर्ण हैं (बैरो एंड मार, 2018; बैरो एंड मार, 2018) हेंड्रिक्स एंड टेस्टा, 2012)। इसकी वकालत सभी एचसीपी द्वारा बच्चे और परिवार के समर्थन के रूप में की जाती है (एपीए, 2015; माल्पास एट अल, 2018)।

कुछ एचसीपी को बड़े समुदाय में जेंडर डाइवर्स बच्चों की वकालत करने के लिए अपने व्यक्तिगत कार्यालयों या कार्यक्रमों से परे जाने के लिए बुलाया जा सकता है, अक्सर हितधारकों के साथ साझेदारी में, जिसमें माता-पिता / देखभाल करने वाले, सहयोगी और युवा शामिल हैं (कॉफमैन और टिशेलमैन, 2018; लोपेज़ एट अल, 2017; वेंडरबर्ग, 2009)। ये प्रयास बच्चों के लिंग स्वास्थ्य को बढ़ाने और उनके नागरिक अधिकारों को बढ़ावा देने में सहायक हो सकते हैं (लोपेज़ एट अल।) एचसीपी की आवाज स्कूलों में, संसदीय निकायों में, कानून की अदालतों में और मीडिया में आवश्यक हो सकती है (कुवलंका एट अल।) लोपेज़ एट अल, 2017; व्हाईट-सेम्स, 2017; वेंडरबर्ग, 2009)। इसके अलावा, एचसीपी की जेंडर डाइवर्स बच्चों के अनुभव के लगातार जानबूझकर या अनजाने में नकारने और संबोधित करने में अधिक सामान्यीकृत वकालत की भूमिका हो सकती है, जिसे वयस्कों, साथियों और मीडिया में प्रेषित या संप्रेषित किया जा सकता है (रैफर्टी एट अल।) पेशेवर जिनके पास कौशल सेट हैं और खुद को उपयुक्त

परिस्थितियों में पाते हैं, वे जेंडर डाइवर्स बच्चों की जरूरतों और अधिकारों और भेदभावपूर्ण और ट्रांसफोबिक नियमों, कानूनों और मानदंडों के कारण होने वाले नुकसान पर स्पष्ट डी-पैथोलॉजिक बयान प्रदान कर सकते हैं (रैफर्टी एट अल, 2018)।

## अध्याय 8 नॉनबाइनरी

नॉनबाइनरी का उपयोग उन व्यक्तियों को संदर्भित करने वाले एक शब्द के रूप में किया जाता है जो जेंडर वर्ग बाइनरी के बाहर अपने जेंडर वर्ग का अनुभव करते हैं। नॉनबाइनरी शब्द मुख्य रूप से लेकिन विशेष रूप से वैश्विक उत्तर संदर्भों से जुड़ा नहीं है और कभी-कभी स्वदेशी और गैर-पश्चिमी जेंडर वर्गों का वर्णन करने के लिए इस्तेमाल किया जा सकता है। नॉनबाइनरी शब्द में वे लोग शामिल हैं जिनके लिंग एक साथ या अलग-अलग समय पर एक से अधिक जेंडर वर्ग पहचान से युक्त होते हैं (उदाहरण के लिए, बाईजेंडर), जिनके पास जेंडर वर्ग पहचान नहीं है या तटस्थ जेंडर वर्ग पहचान है (जैसे, एगेन्डर या न्यूट्रोइस), जेंडर वर्ग पहचान है जो अन्य लिंगों (जैसे, पॉलीजेंडर, डेमीबॉय, डेमीगर्ल) के तत्वों को शामिल या मिश्रित करती है, और / या जिनके पास एक लिंग है जो समय के साथ बदलता है (उदाहरण- अलग अलग जेंडर वर्ग) (कुपर एट अल। रिचर्ड्स एट अल, 2016; रिचर्ड्स एट अल, 2017; विन्सेंट, 2019)। नॉनबाइनरी व्यक्ति नॉनबाइनरी-संबद्ध जेंडर वर्गों के साथ अलग-अलग स्तर तक पहचान कर सकते हैं, उदाहरण के लिए, नॉनबाइनरी पुरुष / महिला, या कई जेंडर वर्ग शब्दों के साथ, उदाहरण के लिए, नॉनबाइनरी और जेंडरफ्लुइड (जेम्स एट अल। कुपर एट अल, 2012)। नॉनबाइनरी अपने आप में एक जेंडर वर्ग पहचान के रूप में भी कार्य करता है (विन्सेंट, 2020)। यह स्वीकार करना महत्वपूर्ण है कि यह एक संपूर्ण सूची नहीं है, एक ही पहचान के अलग-अलग लोगों के लिए अलग-अलग अर्थ हो सकते हैं, और शब्दों का उपयोग समय के साथ और स्थान के अनुसार भिन्न हो सकता है।

जेंडरक्वीर, जिसे पहली बार 1990 के दशक में इस्तेमाल किया गया था, एक पहचान श्रेणी है जो नॉनबाइनरी की तुलना में कुछ पुरानी है - जो पहली बार लगभग 2000 के दशक के अंत में उभरी थी (नेस्ले एट अल। विल्चिंस, 1995)। जेंडरक्वीर का उपयोग कभी-कभी नॉनबाइनरीके पर्याय के रूप में किया जा सकता है या किसी व्यक्ति के लिंग के लिए एक विशिष्ट जानबूझकर राजनीतिक आयाम का संचार कर सकता है। जबकि ट्रांसजेंडर का उपयोग कई सांस्कृतिक संदर्भों में नॉनबाइनरीलोगों को शामिल करने वाले एक शब्द के रूप में किया जाता है, सभी नॉनबाइनरी लोग खुद को कई कारणों से ट्रांसजेंडर नहीं मानते हैं, जिसमें वे ट्रांसजेंडर होने को विशेष रूप से जेंडर वर्ग बाइनरी के भीतर मानते हैं या क्योंकि वे उन्हें ट्रांसजेंडर के रूप में वर्णित करने के लिए "पर्याप्त रूप से ट्रांस" महसूस नहीं करते हैं

(गैरीसन, 2011)। कुछ गैर-द्विआधारी लोग इस बारे में अनिश्चित या महत्वाकांक्षी हैं कि क्या वे खुद को ट्रांसजेंडर के रूप में वर्णित करेंगे (डार्विन, 2020; डार्विन, 2020) विन्सेंट, 2019)।

अंग्रेजी भाषा के संदर्भ में, नॉनबाइनरी व्यक्ति उन सर्वनामों का उपयोग कर सकते हैं जैसे दे / देम / देयर्स, या नियोप्रोनॉन्स का उपयोग कर सकते हैं, जिनमें ई / एम / ईआईआर, जे / ज़िर / हिर, ईआर / ईआर / एर्स / एर्सल्फ शामिल हैं (मोजर एंड डेवरेक्स, 2019; विन्सेंट, 2018)। कुछ नॉनबाइनरी व्यक्ति सर्वनाम के संयोजन का उपयोग करते हैं (या तो जानबूझकर उपयोग को मिश्रण करना, मुक्त विकल्प की अनुमति देना, या सामाजिक संदर्भ के साथ बदलना), या उनके नाम का उपयोग करने के बजाय पूरी तरह से जेंडर वर्ग सर्वनाम से बचना पसंद करते हैं। इसके अतिरिक्त, कुछ नॉनबाइनरी लोग कभी-कभी या विशेष रूप से उसका उपयोग करते हैं, जबकि दुनिया के कुछ क्षेत्रों में नॉनबाइनरी लोगों के लिए वर्णनात्मक भाषा मौजूद नहीं है (अभी तक)। अंग्रेजी के बाहर संदर्भों में, सांस्कृतिक रूप से विशिष्ट भाषाई अनुकूलन और विकास की एक विस्तृत श्रृंखला देखी जा सकती है (एटिंग, 2022; एटिंग, 2022) किरी-सिटनिकोवा, 2021; ज़िम्मन, 2020)। इसके अलावा, कुछ भाषाएं एक सर्वनाम का उपयोग करती हैं जो सेक्स या जेंडर वर्ग से जुड़ी नहीं है जबकि अन्य सभी संज्ञाओं को जेंडर वर्ग प्रदान करती हैं। भाषा में ये भिन्नताएं गैर-लोगों के लिंग के अनुभव को प्रभावित करने की संभावना है और वे दूसरों के साथ कैसे बातचीत करते हैं। हाल के अध्ययनों से पता चलता है कि नॉनबाइनरी लोग बड़ी ट्रांसजेंडर आबादी के लगभग 25% से 50% से अधिक हैं, युवाओं के नमूने नॉनबाइनरी लोगों के उच्चतम प्रतिशत की रिपोर्ट करते हैं (बर्गवाल एट अल। जेम्स एट अल, 2016; वाटसन, 2020)। ट्रांसजेंडर वयस्कों के हालिया अध्ययनों में, नॉनबाइनरी लोग ट्रांसजेंडर पुरुषों और ट्रांसजेंडर महिलाओं की तुलना में छोटे होते हैं और युवाओं और वयस्कों दोनों के अध्ययन में, नॉनबाइनरी व्यक्तियों को जन्म के समय महिला (एएफएबी) सौंपे जाने की अधिक संभावना होती है। हालांकि, इन निष्कर्षों को सावधानी के साथ व्याख्या की जानी चाहिए क्योंकि इस डेटा की गुणवत्ता, प्रतिनिधित्व और सटीकता को प्रभावित करने वाले कई जटिल, समाजशास्त्रीय कारक हैं (बर्गवाल एट अल। जेम्स एट अल, 2016; वाटसन, 2020; विल्सन एंड मेयर, 2021) (अध्याय 3-जनसंख्या अनुमान भी देखें)।

## गैर-रैखिक विस्तार के रूप में जेंडर वर्ग पहचान और जेंडर वर्ग एक्सप्रेसशन को समझना

नॉनबाइनरीजेंडर वर्गों को लंबे समय से ऐतिहासिक और विभिन्न सांस्कृतिक रूप से मान्यता दी गई है (हर्ड्ट, 1994; हेर्ट, 1994)। मैकनेब, 2017; विन्सेंट और मंज़ानो, 2017)। कई जेंडर वर्ग पहचान श्रेणियां सांस्कृतिक रूप से विशिष्ट हैं और आसानी से उनके संयोजन में नहीं बदला जा सकता है, या तो भाषाई रूप से या जेंडर वर्ग के पश्चिमी प्रतिमान के संबंध में। गैर-पश्चिमी जेंडर वर्गों वाले स्वदेशी लोगों के साथ ऐतिहासिक बसने वाले औपनिवेशिक पारस्परिक प्रभाव अत्यधिक प्रासंगिक बने हुए हैं क्योंकि सांस्कृतिक युग और नस्लवाद और अलगाववाद के चौराहे स्वदेशी जन-विविध लोगों के स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों को हानिकारक रूप से सूचित कर सकते हैं। 1950 के दशक से, जेंडर वर्ग का उपयोग व्यवहार, गतिविधियों, उपस्थिति आदि के सामाजिक रूप से निर्मित वर्गीकरण को संदर्भित करने के लिए किया गया था। अस्थायी पश्चिमी संदर्भों के भीतर पुरुष / आदमी / पौरुष्य, और महिला / औरत / स्त्री के द्विआधारी मॉडल के संबंध में। हालांकि, जेंडर वर्ग के पास अब संभावित अर्थों की एक विस्तृत श्रृंखला है, जो जेंडर वर्ग जीव विज्ञान (सेक्स), जेंडर वर्ग भूमिकाओं, जेंडर एक्सप्रेसशन और जेंडर वर्ग पहचान (विन्सेंट, 2020) सहित परस्पर संबंधित लेकिन अलग-अलग अवधारणाओं की सराहना करता है। जेंडर एक्सप्रेसशन के पहलू जिन्हें पारंपरिक रूप से सांस्कृतिक रूप से "पौरुष्य", "स्त्रीत्व" या "उभयलिंगी वर्ग" के रूप में समझा जा सकता है, किसी भी और सभी जेंडर वर्ग पहचानों के लोगों के बीच वैध रूप से व्यक्त किया जा सकता है, चाहे नॉनबाइनरी हो या नहीं। उदाहरण के लिए, स्त्री के रूप में प्रस्तुत एक नॉनबाइनरीव्यक्ति को यह नहीं माना जा सकता है कि वे बाद में एक महिला के रूप में पहचान करेंगे या ट्रांसजेंडर महिलाओं से जुड़े हस्तक्षेपों तक पहुंचेंगे, जैसे कि योनिनोप्लास्टी। सांस्कृतिक अपेक्षाओं के संबंध में किसी व्यक्ति के जेंडर वर्ग गैर-अनुरूपता को न तो चिंता के कारण के रूप में देखा जाना चाहिए और न ही नैदानिक जटिलता का संकेत माना जाना चाहिए - उदाहरण के लिए, जन्म के समय पुरुष (एएमएबी) को नॉनबाइनरीव्यक्ति की पहचान सौपने से के बाद स्त्री-कोडित कपड़े पहने, उसके सर्वनाम का उपयोग किया, लेकिन पौरुष्य-कोडित पहला नाम रखा।

विस्तार के रूप में जेंडर वर्ग एक द्विआधारी मॉडल की तुलना में अधिक बारीकियां प्रदान करता है। हालांकि, एक रैखिक

विस्तार मॉडल में महत्वपूर्ण सीमाएं बनी हुई हैं जो जेंडर वर्ग के बारे में आलोचनात्मक सामान्यीकरण का कारण बन सकती हैं। उदाहरण के लिए, जबकि इस तरह की निरंतरता के दोनों छोर पर "द्विआधारी विकल्प" (पुरुष / पुरुष, महिला / महिला) को रखना सहज है, ऐसा करने से पौरुष्य को स्त्रीत्व के विरोध के रूप में माना जाता है, जेंडर वर्ग तटस्थता को समायोजित करने में विफल रहना, पौरुष्य और स्त्रीत्व की अभिव्यक्ति एक साथ, और जेंडर वर्ग की जेंडर क्वीर या गैर-पश्चिमी अवधारणाएं। यह आवश्यक है कि एचसीपी नॉनबाइनरीजेंडर वर्गों को ट्रांसजेंडर पौरुष्य (नॉनबाइनरीलोगों में एएफएबी) या ट्रांसजेंडर नारीत्व (नॉनबाइनरीलोगों में एएमएबी) की "आंशिक" अभिव्यक्ति के रूप में नहीं देखते हैं, या निश्चित रूप से "पौरुष्य / स्त्रीत्व के विस्तार के साथ" के रूप में देखते हैं; कुछ नॉनबाइनरीव्यक्ति खुद को पूरी तरह से पुरुष / महिला विभाजन के बाहर मानते हैं। एक गैर-रैखिक विस्तार इंगित करता है कि ग्राहकों के बीच जेंडर वर्ग पुष्टि के आसपास जेंडर वर्ग अभिव्यक्ति, पहचान या जरूरतों के अंतर की तुलना रैखिक विस्तार के साथ उन्हें व्यवस्थित करने के उद्देश्यों के लिए नहीं की जानी चाहिए। इसके अतिरिक्त, जेंडर एक्सप्रेसशन की व्याख्या व्यक्तिपरक और सांस्कृतिक रूप से परिभाषित है, और एक व्यक्ति द्वारा जो अनुभव किया जा सकता है या अत्यधिक स्त्री के रूप में देखा जा सकता है, उसे दूसरे द्वारा इस तरह से नहीं देखा जा सकता है (विन्सेंट, 2020)। एचसीपी को इस बारे में धारणाओं से बचने से लाभ होता है कि प्रत्येक ग्राहक अपने जेंडर वर्ग की अवधारणा कैसे करता है और जेंडर वर्ग के बारे में ग्राहक की व्यक्तिगत समझ के नेतृत्व में तैयार होने के लिए तैयार होता है क्योंकि यह ग्राहक की जेंडर वर्ग पहचान, अभिव्यक्ति और चिकित्सा देखभाल की किसी भी आवश्यकता से संबंधित है।

जेंडर वर्ग द्विआधारी के साथ उनके संबंधों की परवाह किए बिना सभी ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध (टीजीडी) लोगों द्वारा अनुभव की जाने वाली जेंडर वर्ग विकास प्रक्रिया समान विषयों (जैसे, जागरूकता, अन्वेषण, अर्थ निर्माण, एकीकरण) को साझा करती है, लेकिन इन प्रक्रियाओं में से प्रत्येक से जुड़े समय, प्रगति और व्यक्तिगत अनुभव ट्रांसजेंडर और नॉनबाइनरीलोगों के समूहों के भीतर और बाहर दोनों में भिन्न होते हैं (कुपर, राइट एट अल, 2018; कुपर, लिंडले एट अल। टैटम एट अल, 2020)। सामाजिक-सांस्कृतिक और अंतःक्रियात्मक दृष्टिकोण जेंडर वर्ग विकास और सामाजिक रूपांतरण को संदर्भित करने में सहायक हो सकते हैं, जिसमें

सामाजिक और सांस्कृतिक संदर्भ द्वारा व्यक्तिगत अनुभवों को कैसे आकार दिया जाता है और वे पहचान और व्यक्तिगत अनुभव के अतिरिक्त डोमेन के साथ कैसे बातचीत करते हैं।

### **जेंडर अफर्मिंग देखभाल तक पहुंच की आवश्यकता**

कुछ नॉनबाइनरीलोग जेंडर वर्ग डिस्फोरिया या असंगतता को कम करने और चिकित्सकीय रूप से आवश्यक हस्तक्षेपों के माध्यम से शरीर की संतुष्टि बढ़ाने के लिए जेंडर अफर्मिंग देखभाल चाहते हैं (अध्याय 2-वैश्विक प्रयोज्यता, कथन 2.1 में चिकित्सकीय रूप से आवश्यक कथन देखें)। कुछ नॉनबाइनरीलोग महसूस कर सकते हैं कि उनके लिए एक निश्चित उपचार आवश्यक है- अध्याय 5 भी देखें- वयस्कों का आकलन (बीक एट अल। जोन्स एट अल, 2019; कोहलर एट अल, 2018), जबकि अन्य नहीं करते हैं (बर्गवाल एंड मोटमैन्स, 2021; नीडर, ईसेल एट अल, 2020), और नॉनबाइनरीलोगों का अनुपात जो जेंडर अफर्मिंग देखभाल और उस देखभाल के विशिष्ट लक्ष्यों की तलाश करते हैं, स्पष्ट नहीं है। यह मौजूदा चिकित्सा विकल्पों (और उनकी उपलब्धता- क्षमता) के बारे में जानकारी प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर की भूमिका है जो जेंडर वर्ग डिस्फोरिया या असंगतता को कम करने में मदद कर सकता है और इस बारे में धारणा बनाए बिना शरीर की संतुष्टि बढ़ा सकता है कि कौन से उपचार विकल्प प्रत्येक व्यक्ति को सबसे अच्छा फिट कर सकते हैं। हार्मोन उपचार, शल्य चिकित्सा, या दोनों सहित जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा हस्तक्षेपों तक पहुंचने (या नहीं पहुंचने) के लिए प्रेरणा विषम और संभावित रूप से जटिल हैं (बर्गवाल एंड मोटमैन्स, 2021; विन्सेंट, 2019, 2020) और शारीरिक हस्तक्षेप के बारे में निर्णय लेने से पहले सहयोगी रूप से पता लगाया जाना चाहिए। जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा प्रक्रियाओं तक पहुंचने के लिए किसी व्यक्ति की आवश्यकता को उनकी जेंडर वर्ग भूमिका, अभिव्यक्ति या पहचान से भविष्यवाणी नहीं की जा सकती है। उदाहरण के लिए, कुछ ट्रांसजेंडर महिलाओं को योनिनोप्लास्टी की कोई आवश्यकता नहीं है, जबकि कुछ नॉनबाइनरीव्यक्तियों एएमएबी को उसी हस्तक्षेप की आवश्यकता और लाभ हो सकता है। इसके अलावा, जेंडर अफर्मिंग देखभाल की मांग करने वाले नॉनबाइनरीलोग अपने असाइन किए गए जेंडर वर्ग / जेंडर वर्ग से अन्य बाइनरी-मान्यता प्राप्त श्रेणी (यानी, एस्ट्रोजेन थेरेपी और किसी एएमएबी के लिए योनिनोप्लास्टी) में रूपांतरण मार्ग के साथ निकटता से जुड़े हैं, उनकी नॉनबाइनरीपहचान की

वैधता को कम नहीं करते हैं। जबकि देखभाल के लिए बाधाएं कई ट्रांसजेंडर लोगों के लिए व्यापक बनी हुई हैं, नॉनबाइनरीलोग मानसिक स्वास्थ्य और जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा देखभाल दोनों तक पहुंचने में कठिनाई की उच्च दर का अनुभव करते हैं (क्लार्क एट अल। जेम्स, 2016)। कई नॉनबाइनरीलोग स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों के साथ अनुभव होने की रिपोर्ट करते हैं जो अपने नॉनबाइनरीजेंडर वर्ग की पुष्टि नहीं कर रहे थे, जिसमें ऐसे अनुभव शामिल हैं जहां स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर विश्वास व्यक्त करते हैं कि उनका जेंडर वर्ग मान्य नहीं है, या वे मौलिक रूप से देखभाल प्रदान करने के लिए अधिक कठिन हैं (वेलेंटाइन, 2016; 2016) विन्सेंट, 2020)। नॉनबाइनरीलोगों को प्रदाता मान्यताओं का सामना करना पड़ सकता है कि उन्हें जेंडर अफर्मिंग उपचार की आवश्यकता नहीं है या चाहते हैं (केसीओमटी एट अल विन्सेंट, 2020) और उपचार तक पहुंचने के लिए खुद को ट्रांसजेंडर पुरुषों या ट्रांसजेंडर महिलाओं (जेंडर वर्ग के द्विआधारी ढांचे के भीतर) के रूप में पेश करने के दबाव का अनुभव करने का वर्णन किया है (ब्रैडफोर्ड एट अल। टेलर एट अल, 2019)। कभी-कभी, नॉनबाइनरीलोग खुद को उस प्रदाता को शिक्षित करते हैं जिससे वे शिक्षा के लिए मुख्य रूप से अपने व्यक्तियों पर भरोसा करने वाले प्रदाताओं की अनुचितता के बावजूद सेवाओं की मांग कर रहे हैं (केसीओमटी एट अल, 2020)। ट्रांसजेंडर पुरुषों और ट्रांसजेंडर महिलाओं की तुलना में, बर्गवाल और मोटमैन्स (2021) ने पाया कि नॉनबाइनरीलोगों ने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं से पूर्वाग्रह के अधिक डर का अनुभव किया, प्रदान की गई सेवाओं में कम आत्मविश्वास, और यह जानने में अधिक कठिनाई हुई कि देखभाल के लिए कहां जाना है। यूरोप और अमेरिका दोनों में अध्ययनों से पता चला है कि नॉनबाइनरीव्यक्ति बाइनरी ट्रांसजेंडर पुरुषों या ट्रांसजेंडर महिलाओं की तुलना में अधिक बार देखभाल में देरी करते हैं, असंवेदनशील या अक्षम उपचार के डर के साथ सबसे अधिक उद्धृत कारण है (बर्गवाल एंड मोटमैन्स, 2021; ग्रांट एट अल, 2011)। नॉनबाइनरीलोग अन्य ट्रांसजेंडर लोगों की तुलना में अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को अपनी जेंडर वर्ग पहचान का खुलासा करने की संभावना कम दिखाई देते हैं (केसीओमटी एट अल, 2020)।

### **उचित स्तर के सहायता की आवश्यकता**

नॉनबाइनरीलोगों को जेंडर अफर्मिंग देखभाल प्रदान करना

**सिफारिशों के कथन**

- 8.1- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को व्यक्तिगत मूल्यांकन और उपचार के साथ नॉनबाइनरी लोगों को प्रदान करने की सलाह देते हैं जो जेंडर वर्ग के उनके अनुभव की पुष्टि करता है।
- 8.2- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को "सामाजिक जेंडर वर्ग रूपांतरण" की अनुपस्थिति में नॉनबाइनरी लोगों के लिए जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा हस्तक्षेप (हार्मोनल उपचार या सर्जरी) पर विचार करने की सलाह देते हैं।
- 8.3- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को हार्मोनल उपचार की अनुपस्थिति में जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल हस्तक्षेप पर विचार करने की सलाह देते हैं, जब तक कि वांछित सर्जिकल परिणाम प्राप्त करने के लिए हार्मोन थेरेपी की आवश्यकता न हो।
- 8.4- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को भविष्य की प्रजनन क्षमता पर हार्मोनल उपचार / सर्जरी के प्रभावों के बारे में नॉनबाइनरी लोगों को जानकारी प्रदान करने की सलाह देते हैं और हार्मोनल उपचार शुरू करने या सर्जरी से गुजरने से पहले प्रजनन संरक्षण के विकल्पों पर चर्चा करते हैं।

हार्मोन थेरेपी या शल्य चिकित्सा जैसे विशिष्ट जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेपों के प्रावधान से परे है और इसमें नॉनबाइनरी लोगों के समग्र स्वास्थ्य और विकास का समर्थन करना शामिल है। अल्पसंख्यक तनाव मॉडल को यह अवधारणा करने के लिए अनुकूलित किया गया है कि ट्रांसजेंडर लोगों द्वारा अनुभव किए गए जेंडर वर्ग से संबंधित तनाव शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य असमानताओं से कैसे जुड़े हैं (डेलोजियर एट अल। टेस्टा एट अल, 2017)। नॉनबाइनरी लोग अल्पसंख्यक तनावों का अनुभव करते हैं जो ट्रांसजेंडर पुरुषों और ट्रांसजेंडर महिलाओं द्वारा अनुभव किए गए लोगों के समान और अद्वितीय दोनों हैं। जॉनसन (2020) ने बताया कि अमान्यता के अनुभव विशेष रूप से नॉनबाइनरी लोगों के बीच अधिक हैं, उदाहरण के लिए, बयान या कार्य जो इस विश्वास को व्यक्त करते हैं कि नॉनबाइनरी पहचान "वास्तविक" नहीं हैं या "सनक" या "चरण" का परिणाम हैं, और नॉनबाइनरी लोगों को ट्रांसजेंडर पुरुषों और ट्रांसजेंडर महिलाओं की तुलना में दूसरों द्वारा उपयोग की जाने वाली उनकी सही समर्थक संज्ञा होने की संभावना कम दिखाई देती है। इसी तरह, नॉनबाइनरी लोगों ने दूसरों के लिए "अदृश्य" महसूस करने का वर्णन किया है (कॉनलिन, 2019; टेलर, 2018) और एक अध्ययन में पाया गया कि नॉनबाइनरी युवाओं ने युवा ट्रांसजेंडर पुरुषों और ट्रांसजेंडर महिलाओं (थॉर्न, विटकॉम्ब एट अल, 2019) की तुलना में आत्मसम्मान के निम्न स्तर को प्राप्त किया।

जबकि कई टीजीडी लोग भेदभाव, उत्पीड़न और पारस्परिक अस्वीकृति (जेम्स, 2016) के अनुभवों की रिपोर्ट करते हैं, जिसमें युवाओं के साथ हुई बदमाशी शामिल है (मानवाधिकार अभियान, 2018; विटकॉम्ब एट अल, 2019), इन अनुभवों की व्यापकता समूहों में भिन्न हो सकती है और अतिरिक्त प्रतिच्छेदन विशेषताओं से प्रभावित होती है। उदाहरण के लिए, न्यूकॉम्ब (2020) ने पाया कि ट्रांसजेंडर महिलाओं और नॉनबाइनरी युवा एएमएबी ने ट्रांसजेंडर पुरुषों और

नॉनबाइनरी युवा एएमएबी की तुलना में उत्पीड़न के उच्च स्तर का अनुभव किया, जिसमें गैर-युवा एएमएबी ने दर्दनाक तनाव के उच्चतम स्तर की सूचना दी। एक दूसरे अध्ययन में, पोक्विज़ (2021) ने पाया कि ट्रांसजेंडर पुरुषों और ट्रांसजेंडर महिलाओं ने नॉनबाइनरी लोगों की तुलना में भेदभाव के उच्च स्तर का अनुभव किया। यह अंतर-अनुभागीय जटिलता नॉनबाइनरी और ट्रांसजेंडर पुरुषों और ट्रांसजेंडर महिलाओं के शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य की तुलना करने वाले अध्ययनों के निष्कर्षों में परिवर्तनशीलता में भी योगदान दे रही है, कुछ अध्ययन नॉनबाइनरी लोगों के बीच अधिक शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य चिंताओं का संकेत देते हैं, कुछ कम चिंताओं की रिपोर्ट करते हैं, और कुछ समूहों के बीच कोई अंतर नहीं बताते हैं (स्केंडुरा, 2019)।

यह देखते हुए कि नॉनबाइनरी पहचान कथाएं अधिक द्विआधारी-उन्मुख पहचान कथाओं की तुलना में कम व्यापक रूप से उपलब्ध हो सकती हैं, नॉनबाइनरी लोगों के पास स्वयं की जेंडर वर्ग-संबंधी भावना का पता लगाने और स्पष्ट करने के लिए कम संसाधन उपलब्ध हो सकते हैं। उदाहरण के लिए, इसमें सामुदायिक स्थानों और पारस्परिक संबंधों तक पहुंच शामिल हो सकती है जहां नॉनबाइनरी पहचान का पता लगाया जा सकता है, या भाषा और अवधारणाओं तक पहुंच जो नॉनबाइनरी अनुभवों के अधिक सूक्ष्म विचार की अनुमति देती है (ब्रैडफोर्ड एट अल। फियानी और हान, 2019; गैलुपो एट अल। नैदानिक मार्गदर्शन अब नॉनबाइनरी लोगों के इन अद्वितीय अनुभवों को पूरा करने के लिए जेंडर अफर्मिंग चिकित्सीय देखभाल को अपनाने में प्रदाताओं की सहायता के लिए विकसित हो रहा है (मात्सुनो, 2019; राइडर, वेनसिल एट अल।

**नॉनबाइनरी लोगों के लिए जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा हस्तक्षेप**

उन संदर्भों में जहां किसी विशेष चिकित्सा हस्तक्षेप ने मिसाल स्थापित नहीं की है, यह महत्वपूर्ण है कि हस्तक्षेप पर विचार

करने से पहले, व्यक्ति को उपलब्ध जानकारी का अवलोकन प्रदान किया जाता है, जिसमें संभावित ज्ञान सीमाओं की मान्यता भी शामिल है। आवश्यक भौतिक परिवर्तनों और उन विशेषताओं को प्राप्त करने में संभावित सीमाओं के बारे में व्यापक चर्चा करना और दस्तावेज करना भी उतना ही महत्वपूर्ण है, साथ ही यह निहितार्थ भी है कि कोई भी हस्तक्षेप किसी व्यक्ति की अपने जेंडर वर्ग को व्यक्त करने की क्षमता को बढ़ा सकता है या नहीं भी कर सकता है।

नॉनबाइनरी लोगों के लिए एस्ट्रोजेन थेरेपी के संबंध में एएमएबी, यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि स्तन विकास की संभावना से बचा नहीं जा सकता है (सील, 2017)। यद्यपि विकास की सीमा अत्यधिक परिवर्तनशील है, यह स्पष्ट किया जाना चाहिए कि क्या एक नॉनबाइनरी व्यक्ति एस्ट्रोजेन थेरेपी से जुड़े कुछ अन्य परिवर्तनों की तलाश करता है (जैसे त्वचा को नरम करना और चेहरे के बालों के विकास में कमी) लेकिन स्तन विकास के बारे में महत्वाकांक्षी नहीं है या नहीं चाहते हैं। इसी तरह, नॉनबाइनरी लोगों के लिए एएफएबी जो कुछ बदलाव प्राप्त करने के लिए टेस्टोस्टेरोन का उपयोग करना चाहते हैं, लेकिन दूसरों को नहीं, यह पहचाना जाना चाहिए कि यदि चेहरे के बालों के विकास की आवश्यकता है, तो जननांग विकास अपरिहार्य है (सील, 2017)। टेस्टोस्टेरोन लेने की समय सीमा का मतलब है कि इन परिवर्तनों को एक अपरिवर्तनीय मुखर पिच ड्रॉप के साथ भी होने की संभावना है, हालांकि प्रत्येक की सीमा व्यक्तिगत है (विन्सेंट, 2019; विन्सेंट, 2019) ज़िगलर एट अल। शरीर के बालों के विकास के बिना एक मुखर पिच ड्रॉप एक और ऐसी चुनौती है। कुछ नॉनबाइनरी लोगों के लिए, बालों को हटाना उनके जेंडर वर्ग पुष्टि का एक बहुत ही महत्वपूर्ण हिस्सा है (कोचेट्टी, रिस्टोरी, रोमानी एट अल।

यदि हार्मोनल थेरेपी बंद कर दी जाती है और गोनेड्स को बरकरार रखा जाता है, तो कई शारीरिक परिवर्तन पूर्व-हार्मोन थेरेपी की स्थिति में वापस आ जाएंगे क्योंकि गोनाडल हार्मोन एक बार फिर प्रभावी हो जाते हैं, जिसमें नॉनबाइनरी लोगों में एमेनोरिया और शरीर के बालों के विकास को उलटना और नॉनबाइनरी लोगों में मांसपेशियों की परिभाषा और स्तंभन दोष में कमी शामिल है। अन्य परिवर्तन स्थायी होंगे जैसे कि "पुरुष-पैटर्न" गंजापन, जननांग विकास, और नॉनबाइनरी लोगों में चेहरे के बालों का विकास एएफएबी या नॉनबाइनरी लोगों में स्तन विकास (हेमब्री एट अल। इन्हें उलटने के लिए और हस्तक्षेप की आवश्यकता होगी, जैसे इलेक्ट्रोलिसिस या

मास्टेक्टॉमी और कभी-कभी "आंशिक रूप से प्रतिवर्ती" के रूप में वर्णित किया जाता है (कोलमैन एट अल। चूंकि इस व्यक्ति आबादी में कम खुराक हार्मोन थेरेपी का उपयोग करने के निहितार्थ प्रलेखित नहीं हैं, इसलिए कम खुराक हार्मोन थेरेपी का उपयोग किए जाने पर कार्डियोवैस्कुलर जोखिम और हड्डी के स्वास्थ्य के लिए निगरानी पर विचार करना महत्वपूर्ण है। अधिक विस्तृत जानकारी के लिए अध्याय 12-हार्मोन थेरेपी देखें। यदि न तो टेस्टोस्टेरोन और न ही एस्ट्रोजेन अभिव्यक्ति की आवश्यकता है, तो एस्ट्रोजेन और / या टेस्टोस्टेरोन उत्पादन का निषेध संभव है। कार्डियोवैस्कुलर जोखिम में वृद्धि, हड्डी खनिजकरण में कमी, और अवसाद के जोखिम के संबंध में इसके निहितार्थ पर चर्चा की जानी चाहिए और जोखिम को कम करने के उपाय किए जाने चाहिए (ब्रेट एट अल। वेले एट अल, 2010; वासरसुग एंड जॉनसन, 2007)। अधिक जानकारी के लिए अध्याय 9-किन्नर और अध्याय 12-हार्मोन थेरेपी भी देखें। एक-दूसरे से स्वतंत्र रूप से चिकित्सा और / या सामाजिक रूपांतरण की खोज और हार्मोन, शल्य चिकित्सा, या दोनों को एक-दूसरे से स्वतंत्र रूप से खोजने के विकल्प सभी के लिए उपलब्ध होने चाहिए, चाहे वह व्यक्ति एक ट्रांसजेंडर पुरुष, ट्रांस-जेंडर महिला, या एक नॉनबाइनरी व्यक्ति हो।

इस अध्याय के सभी कथनों की सिफारिश साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और व्यक्तियों के लाभ और हानि, मूल्यों और वरीयताओं के मूल्यांकन और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता के आधार पर की गई है। कुछ मामलों में, हम मानते हैं कि साक्ष्य सीमित हैं और / या सेवाएं सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं।

### कथन 8.1

**हम व्यक्तिगत मूल्यांकन और उपचार के साथ नॉनबाइनरी लोगों के साथ स्वास्थ्य देखभाल पेशवरों की सलाह देते हैं जो जेंडर वर्ग के उनके नॉनबाइनरी अनुभवों की पुष्टि करते हैं।**

एक नॉनबाइनरी व्यक्ति के साथ एक व्यक्तिगत मूल्यांकन इस समझ के साथ शुरू होता है कि वे अपने स्वयं के जेंडर वर्ग का अनुभव कैसे करते हैं और यह उनके द्वारा मांगी जा रही देखभाल के लिए उनके लक्ष्यों को कैसे प्रभावित करता है। व्यक्ति अपने जेंडर वर्ग से संबंधित अनुभवों की अवधारणा कैसे करते हैं, वे समूहों और संस्कृतियों में भिन्न होने की संभावना रखते हैं और पहचान के अन्य प्रतिच्छेदित पहलुओं (जैसे, आयु, कामुकता, जाति, जातीयता, सामाजिक आर्थिक स्थिति,

विकलांगता की स्थिति) से जुड़े अनुभवों को शामिल कर सकते हैं (कुपर एट अल। सुब्रमण्यम और अन्य, 2016)।

एचसीपी को किसी भी ग्राहक की जेंडर वर्ग पहचान, अभिव्यक्ति या देखभाल की जरूरतों के बारे में प्राथमिक धारणा बनाने से बचना चाहिए। उन्हें यह भी ध्यान रखना चाहिए कि जेंडर वर्ग के ग्राहक का गैर-द्विआधारी अनुभव मूल्यांकन और उपचार से संबंधित लक्ष्यों के लिए प्रासंगिक हो सकता है या नहीं भी हो सकता है। जिस हद तक ग्राहक का जेंडर वर्ग उनके उपचार लक्ष्यों के लिए प्रासंगिक है, उसे विस्तार के स्तर को निर्धारित करना चाहिए जिस पर उनकी जेंडर वर्ग पहचान का पता लगाया जाता है। उदाहरण के लिए, जेंडर वर्ग से पूरी तरह से असंबंधित एक प्रस्तुत चिंता की देखभाल करते समय, बस सही नाम और सर्वनाम निर्धारित करना पर्याप्त हो सकता है (नुटसन एट अल., 2019)। एक चिंता को संबोधित करते समय जिसके लिए वर्तमान या पिछले हार्मोनल या सर्जिकल स्थिति प्रासंगिक है, अधिक विवरण की आवश्यकता हो सकती है, भले ही चिंता विशेष रूप से जेंडर वर्ग से संबंधित न हो।

नैदानिक सेटिंग्स को स्वागत करने, जेंडर वर्गों की विविधता को प्रतिबिंबित करने और सांस्कृतिक रूप से सक्षम होने के लिए नॉनबाइनरी लोगों के जेंडर वर्ग के अनुभवों की पुष्टि करने की आवश्यकता है। क्लिनिक और प्रदाता की जानकारी (जैसे, वेबसाइट), फॉर्म (जैसे, सेवन सर्वेक्षण), और अन्य सामग्री नॉनबाइनरी पहचान और अनुभवों को शामिल करते हुए सुनिश्चित करना बताता है कि नॉनबाइनरी लोगों का स्वागत और मान्यता प्राप्त है (हेगन एंड गैलुपो, 2014)। जेंडर वर्ग पहचान और सर्वनाम के लिए मुफ्त टेक्स्ट फ़ील्ड का उपयोग करना प्रतिक्रिया विकल्पों की सूची का उपयोग करने की तुलना में अधिक समावेशी है। रिसेप्शन डेस्क पर गोपनीयता सुनिश्चित करना, डिजिटल डेटाबेस में कानूनी नामों को सूचीबद्ध करने के लिए विकल्प स्थापित करना (सांस्कृतिक संदर्भों में जहां यह आवश्यक है), जेंडर वर्ग-तटस्थ शौचालय स्थापित करना, और प्रतीक्षा कक्ष में कानूनी नाम पुकारने के विकल्प स्थापित करना ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध (टीजीडी) सांस्कृतिक योग्यता (बर्गवाल एट अल। देखभाल सेट-टिंग्स में, नाम, समर्थक संज्ञा, और अन्य जेंडर वर्ग संबंधी शब्दों के लिए यह महत्वपूर्ण प्राथमिकताएं हैं और शुरू में और नियमित आधार पर उपयोग की जाती हैं क्योंकि वे समय और परिस्थिति के साथ भिन्न हो सकते हैं।

एचसीपी को एक दृष्टिकोण अपनाने के लिए प्रोत्साहित किया

जाता है जो ताकत और लचीलापन पर केंद्रित है।

तेजी से, एचसीपी के बारे में आलोचनाएं जेंडर वर्ग से संबंधित संकट पर अधिक ध्यान केंद्रित करने के बारे में उभर रही हैं क्योंकि बढ़ते आराम, आनंद और आत्म-पूर्ति के अनुभवों पर विचार करना भी महत्वपूर्ण है जो आत्म-पुष्टि और देखभाल तक पहुंच के परिणामस्वरूप हो सकते हैं (एशले, 2019 ए; बेनस्टैड, 2010)। देखभाल तक पहुंच की सुविधा के लिए आवश्यक निदान का उपयोग करने के अलावा, एचसीपी को ग्राहकों के साथ संभावित जेंडर वर्ग संबंधी अनुभवों की इस विस्तृत श्रृंखला का पता लगाने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है और वे उपचार विकल्पों के साथ कैसे फिट हो सकते हैं (मोटमैन्स एट अल। सभी टीजीडी लोगों के लिए, लचीलापन कारक जैसे कि सहायक रिश्ते, समुदायों में भागीदारी जिसमें समान अन्य शामिल हैं, और पहचान गर्व पर विचार करना आवश्यक है क्योंकि वे सकारात्मक स्वास्थ्य परिणामों की एक श्रृंखला से जुड़े हैं (बॉजेंडर वर्ग एट अल। बज, 2015; जॉन्स एट अल, 2018)।

डिस्फोरिया के ट्रांसजेंडर लोगों के अनुभव का आकलन करने के लिए ऐतिहासिक रूप से उपयोग किए जाने वाले उपकरण प्रदाताओं में मौजूद सीमाओं के बारे में जागरूकता महत्वपूर्ण है क्योंकि वे विशेष रूप से कई नॉनबाइनरी लोगों के लिए स्पष्ट हो सकते हैं। अधिकांश जेंडर वर्ग संबंधी उपाय मानते हैं कि ग्राहक अन्य चिंताओं के बीच अपने जेंडर वर्ग को द्विआधारी तरीके से अनुभव करते हैं (उदाहरण के लिए, रिकॉर्ड जेंडर आइडेंटिटी स्केल, यूट्रेक्ट जेंडर डिस्फोरिया स्केल)। जबकि नॉनबाइनरी लोगों के अनुभवों को बेहतर ढंग से पकड़ने के प्रयास में कई नए उपाय विकसित किए गए हैं (मैकगुडर एट अल। मैकगुडर एट अल, 2020), खुला चर्चा प्रत्येक व्यक्ति के डिस्फोरिया के अद्वितीय अनुभवों और उनकी संबंधित देखभाल आवश्यकताओं की गहरी और अधिक सटीक समझ प्रदान करने की संभावना है। इसी तरह, जबकि नैदानिक श्रेणियों के हाल के पुनरावृत्तियों (यानी, डीएसएम 5 में "जेंडर वर्ग डिस्फोरिया" और आईसीडी -11 में "जेंडर वर्ग असंगति") का उद्देश्य जेंडर वर्ग के गैर-द्विआधारी अनुभवों वाले लोगों को शामिल करना था, वे जेंडर वर्ग से संबंधित संकट के अनुभवों की पूर्ण विविधता और दायरे को पर्याप्त रूप से कैप्चर नहीं कर सकते हैं, खासकर नॉनबाइनरी लोगों के लिए। किसी के भौतिक शरीर और प्रस्तुति के पहलुओं (मौजूदा या अनुपस्थित विशेषताओं सहित) से जुड़े संकट के अलावा, संकट इस बात से



उत्पन्न हो सकता है कि कोई अपने स्वयं के जेंडर वर्ग का अनुभव कैसे करता है, सामाजिक स्थितियों के भीतर किसी के जेंडर वर्ग को कैसे माना जाता है, और किसी के जेंडर वर्ग से जुड़े अल्पसंख्यक तनाव के अनुभवों से (विंटर्स एंड एहरबार, 2010)। इनमें से प्रत्येक क्षेत्र में नॉनबाइनरी लोगों के अनुभव ट्रांसजेंडर पुरुषों या महिलाओं के समान हो सकते हैं या नहीं भी हो सकते हैं।

देखभाल की पुष्टि के लिए एक व्यक्ति-केंद्रित दृष्टिकोण में विशिष्ट चर्चा शामिल है कि कैसे विभिन्न हस्तक्षेप जेंडर वर्ग के अपने अनुभव के साथ ग्राहक के आराम को बदल सकते हैं या नहीं कर सकते हैं, और उनके जेंडर वर्ग को दूसरों द्वारा कैसे माना जाता है। नॉनबाइनरी लोग उपलब्ध चिकित्सा उपचारों की सीमाओं के साथ अपनी व्यक्तिगत पहचान को सुलझाने में चुनौतियों का सामना कर सकते हैं और अपने जेंडर वर्ग प्रस्तुतियों के बारे में समाज से भ्रम और असहिष्णुता का भी सामना कर सकते हैं (टेलर एट अल। उभरते शोध से पता चलता है कि नॉनबाइनरी लोगों की चिकित्सा उपचार की आवश्यकताएं विशेष रूप से विविध हैं, कुछ उपचारों के लिए रिपोर्टिंग आवश्यकताएं जो आमतौर पर ट्रांसजेंडर पुरुषों और महिलाओं के साथ ऐतिहासिक रूप से जुड़े रूपांतरण प्रक्षेपवक्रों से जुड़ी होती हैं और कुछ वैकल्पिक दृष्टिकोणों (जैसे, कम खुराक हार्मोन थेरेपी, हार्मोन थेरेपी के बिना शल्य चिकित्सा) की रिपोर्ट करती हैं, कुछ चिकित्सा उपचार में रुचि की कमी की रिपोर्ट करते हैं। और कुछ रिपोर्टिंग अपनी जरूरतों के बारे में अनिश्चित महसूस कर रहे हैं (बर्गवाल एंड मोटमैन्स, 2021; जेम्स एट अल, 2016)। जेंडर वर्ग से संबंधित अनुभवों को देखते हुए एक सतत प्रक्रिया के रूप में मूल्यांकन की अवधारणा विशेष रूप से महत्वपूर्ण है और संबंधित आवश्यकताएं पूरे जीवनकाल में बदल सकती हैं। उपचार विकल्पों और उपचार प्रभावों के ज्ञान में चल रहे विकास को देखते हुए, विशेष रूप से नॉनबाइनरी लोगों के लिए, ग्राहकों को उन प्रदाताओं से लाभ होगा जो नियमित रूप से अद्यतित ज्ञान की तलाश करते हैं और इन अपडेट को अपने ग्राहकों तक पहुंचाते हैं।

### कथन 8.2

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को "सामाजिक जेंडर वर्ग रूपांतरण" की अनुपस्थिति में नॉनबाइनरी लोगों के लिए चिकित्सा हस्तक्षेप (हार्मोनल उपचार या शल्य चिकित्सा) पर विचार करने की सलाह देते हैं।**

हार्मोनल उपचार और शल्य चिकित्सा तक पहुंचने के लिए

पिछली आवश्यकताएं, जैसे कि "जेंडर वर्ग भूमिका में रहना जो किसी की जेंडर वर्ग पहचान के अनुरूप है," कई टीजीडी लोगों के जीवित अनुभवों को प्रतिबिंबित नहीं करता है (कोलमैन एट अल। अधिकांश समकालीन पश्चिमी संस्कृतियों में जेंडर वर्ग द्विआधारी की निहित प्रकृति के कारण, कोई भी आमतौर पर अधिकांश सेटिंग्स (बटलर, 1993) के भीतर एक पुरुष या महिला के रूप में दूसरों द्वारा कम खड़ा हो सकता है। इसलिए, गैर-द्विआधारी अवतारों और एक्सप्रेसन की दृश्यता और समझ सीमित है। यह जेंडर वर्ग द्विआधारी (बटलर, 1993) के संदर्भ में लगभग हमेशा समझे जाने वाले जेंडर संकेतों के कारण है। वर्तमान में, नॉनबाइनरी लोगों के लिए उनके जेंडर एक्सप्रेसन (जैसे, कपड़े, बाल) से जुड़े दृश्य संकेतों के माध्यम से उनके जेंडर वर्ग के रूप में विश्वसनीय रूप से पहचाना जाना मुश्किल हो सकता है। हालांकि, एंड्रोगनी या जेंडर वर्ग गैर-अनुरूपता को पारंपरिक रूप से पौरुष्य या स्त्री अर्थों के साथ सांस्कृतिक चिन्ह के मिश्रण या संयोजन द्वारा संप्रेषित किया जा सकता है। क्योंकि अधिकांश समकालीन पश्चिमी, वैश्विक उत्तर सांस्कृतिक संदर्भों के भीतर कोई आमतौर पर मान्यता प्राप्त "गैरबाइनरी श्रेणी" नहीं है, नॉनबाइनरी दृश्यता अक्सर दूसरों के साथ किसी के जेंडर वर्ग के स्पष्ट साझाकरण या संकेतों के उपयोग की आवश्यकता होती है जिन्हें जेंडर वर्ग गैर-अनुरूपता (लेकिन जरूरी नहीं कि गैर-बाइनरी) के रूप में व्याख्या की जा सकती है।

इन कारणों से, "सामाजिक जेंडर वर्ग रूपांतरण" का अनुभव करने वाले किसी व्यक्ति के संदर्भ में चिकित्सा देखभाल तक पहुंच तैयार करना, जहां वे "एक जेंडर वर्ग भूमिका में रह रहे हैं जो किसी की सामान्य पहचान के अनुरूप है" कई टीजीडी लोग खुद को और उनकी व्यक्तिगत रूपांतरण प्रक्रिया को समझने के तरीके के अनुरूप नहीं है। कुछ लोगों के लिए, "एक जेंडर वर्ग भूमिका में रहना जो किसी की जेंडर वर्ग पहचान के अनुरूप है" में नाम, समर्थक संज्ञा, या जेंडर एक्सप्रेसन में परिवर्तन शामिल नहीं है, भले ही चिकित्सा हस्तक्षेप आवश्यक हो। यहां तक कि अगर कोई व्यक्ति उन तरीकों से रहने में सक्षम है जो उनकी जेंडर वर्ग पहचान के अनुरूप हैं, तो बाहरी पर्यवेक्षक के लिए उस व्यक्ति से सीधे सीखने के बिना इसका आकलन करना मुश्किल हो सकता है कि वे इस संबंध में अपने अनुभव को कैसे समझते हैं। हार्मोन और शल्य चिकित्सा जैसे जेंडर अफर्मिंग देखभाल के लिए पात्रता पर विचार करते समय "सामाजिक जेंडर वर्ग रूपांतरण" की अपेक्षा सहायक नहीं हो सकती है, और

"सामाजिक जेंडर वर्ग भूमिका रूपांतरण" की कठोर अपेक्षाएं "दिखनी चाहिए" नॉनबाइनरी लोगों की देखभाल के लिए एक बाधा हो सकती है। कोई तार्किक आवश्यकता नहीं है कि जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा हस्तक्षेप केवल तभी किया जा सकता है जब कोई व्यक्ति कानूनी रूप से अपना नाम बदलता है, अपने पहचान दस्तावेजों पर जेंडर वर्ग मार्कर बदलता है, या कपड़ों की विशेष वस्तुओं को पहनने से परहेज करता है। नॉनबाइनरी लोग औपचारिक दस्तावेज पर अपने जेंडर वर्ग की मान्यता तक पहुंचने के लिए संघर्ष कर सकते हैं, जो उनके मानसिक स्वास्थ्य या कल्याण को नकारात्मक रूप से प्रभावित कर सकता है (गोएट्ज़ एंड आर्कोमानो, 2021)। टीजीडी लोगों को वरीयता के अपने जेंडर वर्ग मार्कर तक पहुंचने (या बनाए रखने) में विशिष्ट समर्थन से लाभ हो सकता है। एक आवश्यकता यह है कि कोई व्यक्ति चिकित्सा देखभाल तक पहुंचने के लिए अपने जीवन के सभी मंडलों (परिवार, काम, स्कूल, आदि) में अपनी जेंडर वर्ग पहचान का खुलासा करता है, जो उनके लक्ष्यों के अनुरूप नहीं हो सकता है और यदि ऐसा करना सुरक्षित नहीं है तो उन्हें जोखिम में डाल सकता है।

### कथन 8.3

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को हार्मोनल उपचार की अनुपस्थिति में जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल हस्तक्षेप पर विचार करने की सलाह देते हैं जब तक कि वांछित सर्जिकल परिणाम प्राप्त करने के लिए हार्मोन थेरेपी की आवश्यकता न हो।**

"शल्य चिकित्सा से पहले हार्मोन" का प्रक्षेपवक्र सर्जिकल हस्तक्षेपों की एक श्रृंखला में एक विकल्प है। कुछ नॉनबाइनरी लोग जेंडर वर्ग असंगतता को कम करने और शरीर की संतुष्टि बढ़ाने के लिए जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल उपचार की तलाश करेंगे (बीक एट अल। बर्गवाल एंड मोटमैन्स, 2021; जोन्स एट अल, 2019; कोहलर एट अल, 2018), लेकिन हार्मोनल उपचार नहीं चाहते हैं या अन्य चिकित्सा कारणों से हार्मोनल थेरेपी से गुजरने में असमर्थ हैं (नीडर, ईसेल एट अल। वर्तमान में, यह अज्ञात है कि ये विकल्प नॉनबाइनरी लोगों के किस अनुपात के लिए लागू होते हैं। शायद शल्य चिकित्सा जिसका नॉनबाइनरी लोगों के साथ कुछ विशिष्ट संबंध है (ट्रांसजेंडर पुरुषों द्वारा मांगे जाने या कुछ सिजेंडर महिलाओं द्वारा किए जाने के बजाय) नॉनबाइनरी लोगों एएफएबी में मास्टेक्टॉमी है, जिन्होंने टेस्टोस्टेरोन नहीं लिया है - हालांकि टेस्टोस्टेरोन इस प्रकार की शल्य चिकित्सा के लिए एक आवश्यकता नहीं है - और कुछ नॉनबाइनरी लोगों एएफएबी को

स्तन में कमी की आवश्यकता हो सकती है (मैकटरन एट अल। एक शल्य चिकित्सा का एक उदाहरण जिसके लिए कम से कम हार्मोन थेरेपी की अवधि आवश्यक हो सकती है, मेटोइडियोप्लास्टी है जो टेस्टोस्टेरोन थेरेपी द्वारा उत्पादित बढ़े हुए क्लोटोरिस को बढ़ाता है। विभिन्न शल्य चिकित्सा के लिए हार्मोन थेरेपी आवश्यक है या नहीं, इस पर अधिक जानकारी के लिए अध्याय 13- शल्य चिकित्सा और ऑपरेशन के पश्चात देखभाल केयर देखें। आंतरिक प्रजनन प्रणाली को संबोधित करने वाली प्रक्रियाओं में हिस्टेरेक्टॉमी, एकतरफा या द्विपक्षीय सल्विंगो-ओफोरेक्टोमी और योनिक्टॉमी शामिल हैं। इनमें से किसी भी प्रक्रिया के लिए हार्मोन थेरेपी की आवश्यकता नहीं है, लेकिन हार्मोन रिप्लेसमेंट थेरेपी (या तो एस्ट्रोजेन, टेस्टोस्टेरोन, या दोनों के साथ) उन व्यक्तियों में सलाह दी जाती है जो अपने कार्डियोवैस्कुलर और मस्कुलोस्केलेटल सिस्टम पर प्रतिकूल प्रभाव को रोकने के लिए कुल गोनाडेक्टॉमी से गुजर रहे हैं (हेमब्री एट अल। सील, 2017)। फैलोप्लास्टी के लिए, जबकि टेस्टोस्टेरोन उपचार की न्यूनतम अवधि के लिए कोई सर्जिकल आवश्यकता नहीं है, क्लोटोरिस और लैबिया मिनोरा के वायरलाइजेशन (या विरिलाइजेशन की अनुपस्थिति) सर्जिकल तकनीक की पसंद को प्रभावित कर सकता है और सर्जिकल विकल्पों को प्रभावित कर सकता है। अधिक जानकारी के लिए अध्याय 13 देखें- शल्य चिकित्सा और ऑपरेशन के बाद का संचालन।

नॉनबाइनरी एएफएबी ग्राहकों को एस्ट्रोजेन थेरेपी के बाद एस्ट्रोजेन थेरेपी शुरू करने के बारे में सूचित किया जाना चाहिए, जिसमें एस्ट्रोजेन थेरेपी का कोई पूर्व इतिहास नहीं है, सर्जिकल परिणाम को प्रभावित (शायद प्रतिकूल रूप से) कर सकता है (कन्हाई, हेज, एशमैन एट अल। कन्हाई, हेग, करीम एट अल। नॉनबाइनरी लोगों को एक बिलाट-एरल ऑर्किडेक्टोमी का अनुरोध करने वाले लोगों को बेहतर परिणाम प्राप्त करने के लिए एस्ट्रोजेन थेरेपी की आवश्यकता नहीं होती है (हेमब्री एट अल। इन संदर्भों में, कार्डियोवैस्कुलर और मस्कुलोस्केलेटल सिस्टम पर प्रतिकूल प्रभावों को रोकने के साथ-साथ वैकल्पिक उपचार विकल्पों, जैसे ऑस्टियोपोरोसिस को रोकने के लिए कैल्शियम प्लस विटामिन डी पूरकता (हेमब्री एट अल। सील, 2017; वीवर एट अल, 2016)। अध्याय 9 भी देखें- उन लोगों के लिए किन्नर जो हार्मोन रिप्लेसमेंट थेरेपी को छोड़ना चुनते हैं। योनिनोप्लास्टी के मामले में, व्यक्तियों को टेस्टोस्टेरोन-ब्लॉकिंग थेरेपी की कमी की सलाह दी जानी चाहिए, जब बाल-

असर वाली त्वचा ग्राफ्ट और फ्लैप का उपयोग किया गया हो तो योनि में ऑपरेशन के पश्चात बालों के विकास का कारण बन सकता है (गिलटे एंड ग्रूने, 2000)।

नॉनबाइनरी लोगों के लिए अतिरिक्त सर्जिकल अनुरोधों में पेनाइल-संरक्षण योनिनोप्लास्टी, अंडकोष (ओं) के संरक्षण के साथ योनिनोप्लास्टी और बाहरी प्राथमिक यौन विशेषताओं (यानी, पेनेक्टोमी, स्क्रोटेक्टोमी, ऑर्किक्टॉमी, आदि) की अनुपस्थिति के परिणामस्वरूप प्रक्रियाएं शामिल हैं। उपचार की मांग करने वाले सर्जन और व्यक्ति को चर्चा में शामिल होने की सलाह दी जाती है ताकि व्यक्ति के लक्ष्यों और अपेक्षाओं के साथ-साथ इच्छित (या अनुरोधित) प्रक्रिया के लाभों और सीमाओं को समझा जा सके, व्यक्तिगत आधार पर निर्णय लिया जा सके और अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के साथ सहयोग किया जा सके जो शामिल हैं (यदि कोई हो)।

#### कथन 8.4.

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशवरों को भविष्य की प्रजनन क्षमता पर हार्मोनल उपचार / शल्य चिकित्सा के प्रभावों के बारे में नॉनबाइनरी लोगों को जानकारी प्रदान करने की सलाह देते हैं और हार्मोनल उपचार शुरू करने या शल्य चिकित्सा से गुजरने से पहले प्रजनन संरक्षण के विकल्पों पर चर्चा करते हैं।**

जेंडर अफर्मिंग हार्मोनल उपचार की तलाश करने वाले सभी नॉनबाइनरीव्यक्तियों को प्रजनन विकल्पों के बारे में जानकारी और मार्गदर्शन की पेशकश की जानी चाहिए (हेमब्री एट अल। डी रू एट अल, 2016; डेफ्रेन, एलौट एट अल। डेफ्रेने, वैन शुवेनबर्ग एट अल। नाहटा और अन्य, 2017; क्विन एट अल, 2021)। शुरुआत करने से पहले प्रजनन क्षमता पर हार्मोन थेरेपी के संभावित प्रभाव पर चर्चा करना महत्वपूर्ण है। इस चर्चा में प्रजनन संरक्षण विकल्प शामिल होने चाहिए, हार्मोन थेरेपी बंद होने पर प्रजनन क्षमता को किस हद तक पुनः प्राप्त किया जा सकता है या नहीं, और तथ्य यह है कि हार्मोन थेरेपी जन्म नियंत्रण नहीं है। अधिक जानकारी के लिए अध्याय 16 देखें- प्रजनन स्वास्थ्य।

हाल के अध्ययनों से पता चलता है कि नॉनबाइनरीव्यक्तियों को देखभाल तक पहुंचने और संभावित हस्तक्षेपों के लिए अपनी जरूरतों को सुनने की संभावना कम होती है (बीक एट अल। टेलर एट अल, 2019)। इस प्रकार, यह कारण है कि किसी भी जेंडर वर्ग विविध व्यक्ति को प्रजनन संरक्षण के लिए वर्तमान विकल्पों और तकनीकों पर जानकारी की पेशकश की जानी चाहिए, आदर्श रूप से हार्मोनल उपचार शुरू करने से पहले

क्योंकि शुक्राणु या अंडे की गुणवत्ता हार्मोन के संपर्क में आने से प्रभावित हो सकती है (हमादा एट अल। पेयर और अन्य, 1979)। हालांकि, यह किसी भी तरह से पूछताछ करने और बाद के समय में अधिक जानकारी प्राप्त करने से नहीं रोकना चाहिए, क्योंकि इस बात के सबूत हैं कि एस्ट्रोजन और टेस्टोस्टेरोन लेने वाले व्यक्तियों के लिए प्रजनन क्षमता अभी भी संभव है (लाइट एट अल। एक नॉनबाइनरीया जेंडर वर्ग विविध व्यक्ति द्वारा एक निर्णय कि प्रजनन संरक्षण या परामर्श की आवश्यकता नहीं है, हार्मोनल उपचार तक पहुंच से इनकार या देरी के आधार के रूप में उपयोग नहीं किया जाना चाहिए।

## अध्याय 9 यूनक

जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा देखभाल से लाभान्वित होने वाले लोगों में से, जो यूनक के रूप में पहचान करने वाले सबसे कम दिखाई देते हैं। देखभाल के मानक (एसओसी) के 8 वें संस्करण में उनकी अनूठी प्रस्तुति और चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर अफर्मिंग देखभाल की आवश्यकता के कारण षण्ड (यूनक) व्यक्तियों की चर्चा शामिल है (अध्याय 2- वैश्विक प्रयोज्यता, कथन 2.1 देखें)। षण्ड (यूनक) व्यक्ति वे होते हैं जिन्हें जन्म के समय पुरुष समझा जाता है लेकिन वो पौरुष्य शारीरिक विशेषताओं, पौरुष्य जननांगों या जननांग पहचान को खत्म करना चाहते हैं। इनमें वे लोग भी शामिल हैं जिनके अंडकोष को शल्य चिकित्सा द्वारा हटा दिया गया है या रासायनिक या भौतिक साधनों द्वारा गैर-कार्यात्मक प्रदान किया गया है और जो षण्ड (यूनक) के रूप में पहचान करते हैं। षण्ड (यूनक) शब्द को गले लगाने वालों के लिए यह पहचान-आधारित परिभाषा दूसरों को शामिल नहीं करती है, जैसे कि वे पुरुष जिन का उन्नत प्रोस्टेट कैंसर के लिए इलाज किया गया है, वो षण्ड (यूनक) के पदनाम को अस्वीकार करते हैं। हम यहां उन लोगों पर ध्यान केंद्रित करते हैं जो जेंडर वर्ग विविध छतरी के हिस्से के रूप में यूनक के रूप में पहचान करते हैं।

अन्य जेंडर वर्ग विविध व्यक्तियों के साथ, षण्ड (यूनक) भी अपने शरीर को अपनी जेंडर वर्ग पहचान के साथ बेहतर ढंग से संरेखित करने के लिए बधियाकरण की तलाश कर सकते हैं। जैसे, षण्ड (यूनक) व्यक्ति जेंडर वर्ग गैर-अनुरूप व्यक्ति होते हैं जिन्हें चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर अफर्मिंग देखभाल की आवश्यकता होती है (ब्रेट एट अल। जॉनसन एट अल, 2007; रॉबर्ट्स एट अल। षण्ड (यूनक) व्यक्ति विभिन्न तरीकों से अपनी जेंडर वर्ग पहचान की पहचान करते हैं। कई षण्ड (यूनक) व्यक्ति अपनी स्थिति को षण्ड (यूनक) के रूप में अपनी विशिष्ट जेंडर वर्ग पहचान के रूप में देखते हैं, जिसमें कोई अन्य जेंडर वर्ग या ट्रांसजेंडर संबद्धता नहीं है। इस अध्याय का फोकस उन लोगों के उपचार और देखभाल पर है जो षण्ड (यूनक)

के रूप में पहचान करते हैं। स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों (एचसीपी) को षण्ड (यूनक) बनने के लिए हार्मोनल इंटरवेंशन, कैंस्ट्रेशन या दोनों का अनुरोध करने वाले यूनक का सामना करना पड़ेगा। इन व्यक्तियों को के कारण एक षण्ड (यूनक) समुदाय के साथ पहचान से भी लाभ हो सकता है – चाहे वास्तविक वो बधियाकरण के साथ हो या बिना।

जबकि समाज में यूनक का 4000 साल का इतिहास है, समकालीन षण्ड (यूनक)-पहचाने गए लोगों के बारे में जानकारी का सबसे बड़ा खजाना बड़े ऑनलाइन पीयर-सपोर्ट कॉम-म्युनिटी के भीतर पाया जाता है जो षण्ड (यूनक) आर्काइव (www.eunuch.org) जैसी साइटों पर इकट्ठा होता है, जिसे 1998 में स्थापित किया गया था। इस साइट के मॉडरेटर अपने चर्चा मंचों में चिकित्सा और ऐतिहासिक सटीकता दोनों को बनाए रखने का प्रयास करते हैं, हालांकि निश्चित रूप से कुछ गलत सूचना भी हो सकती है। वेबसाइट के अनुसार, जनवरी 2022 तक, दुनिया के विभिन्न हिस्सों से 130,000 से अधिक पंजीकृत सदस्य हैं और अक्सर साइट को पढ़ने वालों में से 90% से अधिक सदस्यों के बजाय "अतिथि" होते हैं। वेबसाइट 23,000 से अधिक थ्रेड और लगभग 220,000 पोस्ट सूचीबद्ध करती है। उदाहरण के लिए, अंडकोष में सीधे विभिन्न विषाक्त पदार्थों के इंजेक्शन द्वारा स्व-बधियाकरण के लिए निर्देश देने वाले दो धागे में लगभग 2,500 पोस्ट हैं, और प्रत्येक को एक मिलियन से अधिक बार पढ़ा गया है। 2001 की शुरुआत में, मिनियापोलिस में षण्ड (यूनक) पुरालेख समुदाय के 20 वार्षिक अंतर्राष्ट्रीय समारोह हुए हैं, इसके अलावा अन्य जगहों पर कई क्षेत्रीय समारोह हुए हैं। जबकि बधियाकरण का विषय चर्चाओं में भाग लेने वाले अधिकांश लोगों के लिए रुचि का है, यह सदस्यता का एक अल्पसंख्यक है जो गंभीरता से बधियाकरण की मांग करते हैं या उनसे गुजरे हैं। कई पूर्व षण्ड (यूनक) आर्काइव सदस्यों ने अपने लक्ष्यों को प्राप्त कर लिया है और अब भाग नहीं लेते हैं।

ऐतिहासिक रूप से, यूनक के बारे में गलत धारणाओं और

### अनुमोदन के कथन

- 9.1- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों और देखभाल के मानकों के अन्य उपयोगकर्ताओं की सलाह देते हैं 8 वें दिशानिर्देशों को उन तरीकों से सिफारिशों को लागू करना चाहिए जो किन्नर व्यक्तियों की जरूरतों को पूरा करते हैं
- 9.2- हम अनुशांसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को किन्नर व्यक्तियों के लिए चिकित्सा हस्तक्षेप, शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप, या दोनों पर विचार करना चाहिए जब एक उच्च जोखिम होता है कि उपचार को रोकने से स्व-सर्जरी, अयोग्य चिकित्सकों द्वारा सर्जरी, या हार्मोन को प्रभावित करने वाली दवाओं के असुरक्षित उपयोग के माध्यम से व्यक्तियों को नुकसान होगा।
- 9.3- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो उपचार के लिए किन्नर व्यक्तियों का आकलन कर रहे हैं, उन्होंने उनका आकलन करने में योग्यता का प्रदर्शन किया है।
- 9.4- हम सुझाव देते हैं कि किन्नर व्यक्तियों को देखभाल प्रदान करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों में कामुकता शिक्षा और परामर्श शामिल हैं।

पूर्वाग्रह, समकालीन यूनक की अदृश्यता और सभी जेंडर वर्ग और यौन अल्पसंख्यकों को प्रभावित करने वाले सामाजिक स्टिग्मा के कारण, कुछ ही षण्ड (यूनक) व्यक्ति सार्वजनिक रूप से षण्ड (यूनक) के रूप में सामने आते हैं और कई किसी को नहीं बताएंगे और केवल एक ऑनलाइन समुदाय में समान विचारधारा वाले लोगों के साथ साझा करेंगे या केवल करीबी परिवार और दोस्तों के लिए जाने जाते हैं (वासरसुग और लिबरमैन, यूनक की रूढ़ियाँ अक्सर अत्यधिक नकारात्मक होती हैं (लिबरमैन 2018), और यूनक को अन्य कलंकित समूहों (वासरसुग एंड लिबरमैन, 2010) के समान अल्पसंख्यक तनाव का सामना करना पड़ सकता है। जेंडर वर्ग विविध लोगों को प्रभावित करने वाले अल्पसंख्यक तनाव में अनुसंधान इसलिए यूनक को शामिल करना चाहिए।

अनुमोदन का वर्तमान रूप उन व्यक्तियों के साथ काम करने वाले पेशवरों पर निर्देशित है जो यूनक के रूप में पहचान करते हैं (जॉनसन एंड वासरसुग, 2016; जॉनसन एंड वासरसुग, 2016) वेल एट अल, 2010) चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और / या सर्जिकल उपचार (जीएएमएसटी) का अनुरोध करता है। हालांकि आईसीडी या डीएसएम में एक विशिष्ट नैदानिक श्रेणी नहीं है, षण्ड (यूनक) एक उपयोगी निर्माण है क्योंकि यह षण्ड (यूनक) अनुभव की बारीकियों से बात करता है, जबकि इसे अधिक व्यापक रूप से जेंडर वर्ग असंगतता के अनुभव से भी जोड़ता है। षण्ड (यूनक) व्यक्ति उन्हें विभिन्न तरीकों से चिकित्सकीय रूप से पेश करेंगे। वे एक ऐसे शरीर की कामना करते हैं जो उनकी षण्ड (यूनक) पहचान के साथ संगत हो- एक ऐसा शरीर जिसमें पूरी तरह कार्यात्मक पुरुष जननांग नहीं होते हैं। कुछ अन्य षण्ड (यूनक) व्यक्ति अपने पुरुष जननांगों के साथ तीव्र असुविधा महसूस करते हैं और उन्हें अपने शरीर में सहज महसूस करने के लिए हटाने की आवश्यकता होती है (जॉनसन एट अल। रॉबर्ट्स एट अल। अन्य पुरुष बाहरी जननांग होने के प्रति उदासीन हैं जब तक कि वे केवल शारीरिक रूप से मौजूद हैं और एण्ड्रोजन और पुरुष माध्यमिक यौन विशेषताओं का उत्पादन करने के लिए कार्य नहीं करते हैं (ब्रेट एट अल। एण्ड्रोजन के उत्पादन को दबाने के लिए हार्मोनल साधनों का उपयोग किया जा सकता है, हालांकि ऑर्किक्टॉमी उन लोगों के लिए एक स्थायी समाधान प्रदान करता है जो कार्यात्मक जननांग की इच्छा नहीं रखते हैं (विबोवो एट अल। कुछ षण्ड (यूनक) व्यक्ति ऑर्किक्टॉमी के साथ प्राप्त टेस्टोस्टेरोन के स्तर को कम करना चाहते हैं, लेकिन कई

हाइपोगोनैडिज्म से जुड़े प्रतिकूल प्रभावों को रोकने के लिए हार्मोन प्रतिस्थापन के कुछ रूप का चुनाव करेंगे। हार्मोन थेरेपी का चुनाव करने वाले अधिकांश टेस्टोस्टेरोन की पूर्ण या आंशिक प्रतिस्थापन खुराक चुनते हैं। एक छोटी संख्या ही एस्ट्रोजन का चुनाव करती है।

इस अध्याय के सभी कथनों की सिफारिश साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और रोगियों के लाभ और हानि, मूल्यों और वरीयताओं के मूल्यांकन और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता के आधार पर की गई है। कुछ मामलों में, हम मानते हैं कि साक्ष्य सीमित हैं और / या सेवाएं सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं।

### कथन 9.1

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशवरों और देखभाल के मानकों के अन्य उपयोगकर्ताओं की सलाह देते हैं, संस्करण 8 दिशानिर्देशों को उन तरीकों से सिफारिशों को लागू करना चाहिए जो षण्ड (यूनक) व्यक्तियों की जरूरतों को पूरा करते हैं।**

षण्ड (यूनक) व्यक्ति जेंडर वर्ग विविध लोगों की आबादी का हिस्सा हैं जो जेंडर वर्ग असंगतता का अनुभव करते हैं और जेंडर अफर्मिंग देखभाल की भी तलाश कर सकते हैं। अन्य ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध (टीजीडी) व्यक्तियों की तरह, यूनक को अपने लिंगीय स्वयं के साथ आराम प्राप्त करने के लिए देखभाल की पुष्टि करने की आवश्यकता होती है। एसओसी का प्रत्येक खंड विविध व्यक्तियों की जरूरतों को संबोधित करता है, और यूनक को उस समूह के भीतर शामिल किया जा सकता है। उनके पास कुछ नॉनबाइनरी व्यक्तियों के साथ समानता हो सकती है जिसमें सामाजिक रूपांतरण एक वांछित विकल्प नहीं हो सकता है, और हार्मोन थेरेपी द्विआधारी के भीतर सामाजिक रूपांतरण या रूपांतरण में समान भूमिका नहीं निभा सकती है (वासरसुग एंड लिबरमैन, 2010)।

अन्य जेंडर वर्ग विविध व्यक्तियों की तरह, षण्ड (यूनक) व्यक्तियों को बचपन या किशोरावस्था में अपनी पहचान के बारे में पता हो सकता है। उन बच्चों के उपचार में शोध की कमी के कारण जो यूनक के रूप में पहचान कर सकते हैं, हम विशिष्ट सुझाव देने से बचते हैं।

षण्ड (यूनक) व्यक्ति शारीरिक, मनोवैज्ञानिक या यौन परिवर्तनों को प्राप्त करने के लिए चिकित्सा या शल्य चिकित्सा देखभाल (हार्मोन दमन, ऑर्किक्टॉमी, और, कुछ मामलों में, पेनेक्टोमी) की तलाश कर सकते हैं (वासरसुग एंड जॉनसन, 2007)। यह महत्वपूर्ण है कि सभी रोगी, जिनमें षण्ड (यूनक)

और बधियाकरण की मांग करने वाले दोनों शामिल हैं, एक एचसीपी के साथ संबंध स्थापित और बनाए रखते हैं जो विश्वास और आपसी समझ पर बनाया गया है। सामान्य चिकित्सा समुदाय के भीतर यूनक के बारे में जागरूकता की कमी और बधियाकरण की मांग करने वाले कई व्यक्तियों के बीच डर को देखते हुए, उन्हें स्वीकार नहीं किया जाएगा, कई को उचित प्राथमिक देखभाल और स्क्रीनिंग परीक्षण नहीं मिलते हैं (जगगी एट अल। चिकित्सा प्रदाताओं के बीच बढ़ती जागरूकता और शिक्षा से जेंडर वर्ग विविधता की चर्चा में यूनक को शामिल करने की आवश्यकता के बारे में सूचित करने की आवश्यकता को संबोधित करने में मदद मिलेगी (डॉयच, 2016 ए)। यह कहने की जरूरत नहीं है कि यूनक को सामान्य आबादी के समान प्राथमिक देखभाल सेवाओं की आवश्यकता होती है और वे इसके लायक होते हैं। कैंसर के लिए स्क्रीनिंग परीक्षणों का विषय, जैसे कि प्रोस-टेट और स्तन, चर्चा के लिए एक महत्वपूर्ण क्षेत्र है क्योंकि हार्मोन से संबंधित कैंसर के जोखिम पुरुष-असाइन किए गए लोगों में अलग-अलग होने की संभावना है जिनके टेस्टोस्टेरोन और एस्ट्रोजन का स्तर पुरुष सीमा में नहीं है। षण्ड (यूनक) आबादी में हार्मोन से संबंधित कैंसर की व्यापकता और घटनाओं को देखने वाले अध्ययनों की कमी के कारण, प्रोस्टेट परीक्षा, पीएसए माप, मैमोग्राम आदि के साथ हार्मोन से संबंधित कैंसर के लिए कितनी बार स्क्रीन करना है, इसका मार्गदर्शन करने के लिए कोई सबूत नहीं है।

प्रोस्टेट कैंसर के रोगियों पर बड़ा साहित्य, जिन्हें चिकित्सकीय या शल्य चिकित्सा से बधिया किया गया है, पोस्ट-प्युबर्टल कैस्ट्रेशन (जैसे संभावित ऑस्टियोपोरोसिस, अवसाद, या चयापचय सिंड्रोम) के कुछ प्रभावों के बारे में जानकारी प्रदान करता है, लेकिन स्वैच्छिक षण्ड (यूनक) चिकित्सा कारणों से बधिया किए गए परिणामों से बहुत अलग तरीके से व्याख्या कर सकते हैं। प्रोस्टेट कैंसर वाले पुरुषों के लिए रासायनिक या सर्जिकल कैस्ट्रेशन को संकट के स्रोत के रूप में अनुभव किया जा सकता है, जबकि yehi उपचार षण्ड (यूनक) व्यक्तियों के लिए पुष्टि और आराम का स्रोत हो सकता है। इसी तरह, ट्रांस पौरुष्य लोग जिनके पास अपने शरीर के साथ आराम प्राप्त करने के लिए मास्टेक्टॉमी है, वे उस शल्य चिकित्सा को उन महिलाओं से अलग अनुभव करते हैं जो स्तन कैंसर के इलाज के लिए मास्टेक्टॉमी से गुजरते हैं (कोकान एंड गुरसोय, 2016; वैन डी ग्रिफ्ट एट अल। प्रोस्टेट कैंसर की जानकारी वासरसुग एट अल (2021) द्वारा अच्छी तरह से संक्षेपित की गई है जो इस

विषय पर बड़े साहित्य का पता लगाने वाले संदर्भ प्रदान करते हैं। बधियाकरण के प्रभावों के बारे में ऐसी जानकारी उन लोगों के लिए उपलब्ध कराई जानी चाहिए जो बधियाकरण चाहते हैं। एसओसी -8 के अनुसार मूल्यांकन के बाद, रोगी द्वारा अनुरोधित चिकित्सा विकल्पों पर विचार किया जा सकता है और यदि उचित हो तो निर्धारित किया जा सकता है। इन विकल्पों को एक योजना बनाने के लिए व्यक्ति के अनुरूप बनाया जा सकता है जो उनकी विशिष्ट आवश्यकताओं और वरीयताओं को दर्शाता है। लागू हस्तक्षेपों की संख्या और प्रकार और जिस क्रम में ये होते हैं, वह व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति में भिन्न हो सकता है। ये विकल्प एसओसी -8 के मूल्यांकन और शल्य चिकित्सा अध्यायों दोनों के अनुरूप हैं। यूनक के लिए उपचार विकल्पों पर विचार करने के लिए शामिल हैं:

- अर्जेंडर, गैर-यौन या एंड्रोजिनस बनने के इच्छुक षण्ड (यूनक) व्यक्तियों के लिए एंड्रोजन की कमी के प्रभावों का पता लगाने के लिए हार्मोन दमन;
- टेस्टोस्टेरोन के वृषण उत्पादन को रोकने के लिए ऑर्किक्टॉमी;
- अपनी आत्म-छवि से मेल खाने के लिए अपने शरीर को बदलने के लिए पेनेक्टोमी के साथ या उसके बिना ऑर्किक्टॉमी;
- ऑर्किक्टॉमी के बाद टेस्टोस्टेरोन या एस्ट्रोजन के साथ हार्मोन प्रतिस्थापन होता है।

अध्याय 5 में कथन 5.6 के अनुसार- वयस्कों का आकलन, गोनाडोक्टॉमी की मांग करने वाले षण्ड (यूनक) व्यक्ति टीजीडी व्यक्ति के जेंडर वर्ग लक्ष्यों के लिए उपयुक्त कम से कम 6 महीने की हार्मोन थेरेपी मानते हैं, इससे पहले कि टीजीडी व्यक्ति अपरिवर्तनीय शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप से गुजरता है (जब तक कि हार्मोन व्यक्ति के लिए चिकित्सकीय रूप से संकेत नहीं दिया जाता है)।

### कथन 9.2

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को षण्ड (यूनक) व्यक्तियों के लिए चिकित्सा हस्तक्षेप, सर्जिकल हस्तक्षेप, या दोनों पर विचार करने की सलाह देते हैं जब एक उच्च जोखिम होता है कि उपचार को रोकने से व्यक्तियों को आत्म-शल्य चिकित्सा, अयोग्य चिकित्सकों द्वारा शल्य चिकित्सा, या हार्मोन को प्रभावित करने वाली दवाओं के असुरक्षित उपयोग के माध्यम से नुकसान होगा।**

एसओसी -8 में अनुशंसित एक ही मूल्यांकन प्रक्रिया यूनिक पर लागू होनी चाहिए (देखें अध्याय 5- वयस्कों का मूल्यांकन)। षण्ड (यूनक) आर्काइव में बड़ी संख्या में ऐसे व्यक्तियों के पोस्ट हैं जो कैस्ट्रेशन शल्य चिकित्सा करने वाले चिकित्सा प्रदाताओं की तलाश करने में बहुत कठिनाई महसूस करते हैं। बड़ी संख्या में षण्ड (यूनक) व्यक्ति हैं जिन्होंने स्व-शल्य चिकित्सा की है या उन लोगों द्वारा शल्य चिकित्सा की गई है जो प्रमाणित चिकित्सा प्रदाता नहीं हैं (जॉनसन एंड इरविग, 2014)। षण्ड (यूनक) व्यक्तियों की नैदानिक रिपोर्टें भी हैं, जिन्होंने स्वयं-बधिया किया है और उन रोगियों के खाते हैं जिन्होंने चिकित्सा प्रदाताओं को बधियाकरण प्राप्त करने के लिए गुमराह किया है (हरमन एंड थोरस्टेनसन, 2015; 2015) मुखोपाध्याय और चौधरी, 2009)। इसमें कोई संदेह नहीं है कि जब इस आबादी के सदस्यों को गुणवत्ता चिकित्सा उपचार तक पहुंच से वंचित किया जाता है, तो वे ऐसे कार्य करेंगे जो उन्हें बहुत नुकसान पहुंचा सकते हैं, जैसे रक्तस्राव और संक्रमण जिसे अस्पताल में प्रवेश की आवश्यकता हो सकती है (हे, 2021; हे, 2021) जैकोविच एट अल, 2014; जॉनसन एंड इरविग, 2014)। स्व-शल्य चिकित्सा, अयोग्य चिकित्सकों द्वारा शल्य चिकित्सा या हार्मोन को प्रभावित करने वाली दवाओं के असुरक्षित उपयोग के कारण होने वाली इन गंभीर समस्याओं और नुकसान के कारण, यह महत्वपूर्ण है कि स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता एक स्वागत योग्य वातावरण बनाएं और सावधानीपूर्वक मूल्यांकन के बाद विभिन्न उपचार विकल्पों पर विचार करें ताकि उपचार तक पहुंच की कमी और उपचार को रोकने से बचा जा सके। वांछित होने पर, कैस्ट्रेशन या तो रासायनिक या शल्य चिकित्सा द्वारा प्राप्त किया जा सकता है। कुछ लोगों के लिए, सर्जिकल कैस्ट्रेशन से गुजरने से पहले रासायनिक कैस्ट्रेशन एक उपयुक्त परीक्षण हो सकता है ताकि यह निर्धारित किया जा सके कि हाइपोगोनाडल (वेल एट अल। रासायनिक कैस्ट्रेशन आमतौर पर प्रतिवर्ती होता है यदि दवाओं को बंद कर दिया जाता है (वासरसुग एट अल। टेस्टोस्टेरोन के स्तर को कम करने के लिए उपयोग की जाने वाली सबसे आम प्रकार की दवाएं एंटीएंड्रोजेन और एस्ट्रोजेन हैं। दो सबसे अधिक इस्तेमाल किए जाने वाले एंटीएंड्रोजेन, साइप्रोटोन एसीटेट और स्पिरोनोलैक्टोन, मौखिक हैं। एस्ट्रोजेन को कभी-कभी प्रोस्टेट कैंसर के रोगियों के लिए हाइपोथैलेमस और पिट्यूटरी ग्रंथि में नकारात्मक प्रतिक्रिया के माध्यम से सीरम टेस्टोस्टेरोन के स्तर को कम करने के लिए

निर्धारित किया जाता है। एस्ट्रोजेन और एंटीएंड्रोजेन महिला या कैस्ट्रेशन स्टार में टेस्टोस्टेरोन को पूरी तरह से दबा नहीं सकते हैं, और मौखिक एस्ट्रोजेन शिरापरक थ्रोम्बोम्बोलिज्म के जोखिम को बढ़ाते हैं, इसलिए आमतौर पर उपयोग नहीं किया जाता है, गोनाडोट्रोपिन रिलीजिंग हार्मोन (जीएनआरएच) एगोनिस्ट सेक्स स्टेरॉयड और प्रजनन क्षमता के प्रोडक्टिवन को दबाने के लिए एक बहुत प्रभावी तरीका है (हेमब्री एट अल। दवा का चयन करते समय, हम उन लोगों का उपयोग करने की सलाह देते हैं जिनका अध्ययन कई ट्रांसजेंडर आबादी (यानी, एस्ट्रोजेन, साइप्रोटोन एसीटेट, जीएनआरएच एगोनिस्ट) में किया गया है, बजाय उन दवाओं के जिनमें कोई सहकर्मी-समीक्षा नहीं की गई वैज्ञानिक अध्ययन (यानी, बिकालुटामाइड, रेक्टल प्रोजेस-टेरोन, आदि) हैं। (एंगस एट अल, 2021; बटलर एट अल, 2017; एफस्टैथियो एट अल, 2019; टोसुन एट अल। कई षण्ड (यूनक) व्यक्ति कैस्ट्रेशन के बाद हार्मोन रिप्लेसमेंट थेरेपी का पीछा करते हैं क्योंकि वे हार्मोन के स्तर के पूर्ण दमन और परिणामस्वरूप समस्याओं की इच्छा नहीं करते हैं, जैसे ऑस्टियोपोरोसिस का खतरा बढ़ जाता है। सेक्स स्टेरॉयड के प्रतिस्थापन के लिए दो मुख्य विकल्प टेस्टोस्टेरोन और एस्ट्रोजेन हैं जिनका उपयोग पूर्ण या आंशिक प्रतिस्थापन खुराक में किया जा सकता है। अधिकांश टेस्टोस्टेरोन का चुनाव करते हैं क्योंकि वे पुरुष के रूप में मौजूद होते हैं और महिलाकरण में रुचि नहीं रखते हैं। एक अल्पसंख्यक ऑस्टियोपोरोसिस को रोकने के लिए उच्च खुराक पर एस्ट्रोजेन का चुनाव करता है, लेकिन अधिकांश महिलाकरण से बचने के लिए पर्याप्त कम होता है। वे नॉनबाइनेरी, एगेन्डर या अन्य के रूप में पहचान सकते हैं (जॉनसन एट अल। जॉनसन एंड वासरसुग, 2016)। यद्यपि यूनिक में हार्मोन रिप्लेसमेंट थेरेपी पर अध्ययन की कमी है, प्रोस्टेट कैंसर के लिए इलाज किए गए सिजेंडर पुरुषों के निष्कर्ष हार्मोन थेरेपी के प्रभावों के बारे में जानकारी पूर्ण हो सकते हैं। स्थानीय रूप से उन्नत या मेटास्टैटिक प्रोस्टेट कैंसर के लिए इलाज किए गए 1,694 सिजेंडर पुरुषों के यादृच्छिक नियंत्रित परीक्षण में, एक समूह को जीएनआरएच एगोनिस्ट प्राप्त हुआ और दूसरे को ट्रांसडर्मल एस्ट्रोजेन (लेंगले एट अल। जिन सिजेंडर पुरुषों को जीएनआरएच एगोनिस्ट प्राप्त हुआ, उन्होंने एण्ड्रोजेन और एस्ट्रोजेन की कमी दोनों के संकेत और लक्षण विकसित किए, जबकि एस्ट्रोजेन पैच प्राप्त करने वाले पुरुषों ने केवल एण्ड्रोजेन-क्षयकारी लक्षण विकसित किए। दोनों समूहों

में यौन दुष्प्रभावों (91%) की उच्च दर थी, और समूहों के बीच वजन बढ़ना समान था। जीएनआरएच एगोनिस्ट प्राप्त करने वाले सिजेंडर पुरुषों की तुलना में, एस्ट्रोजन पैच के साथ इलाज किए गए सिजेंडर पुरुषों में जीवन की उच्च स्वयं-रिपोर्ट की गई गुणवत्ता, गर्म फ्लश की कम दर (35% बनाम 86%), और गाइनेकोमास्टिया की उच्च दर (86% बनाम 38%) थी। मेटाबोलिक रूप से, एस्ट्रोजन पैच प्राप्त करने वाले सिजेंडर पुरुषों में कम औसत उपवास ग्लूकोज, उपवास कुल कोलेस्ट्रॉल, सिस्टोलिक और डायस्टोलिक रक्तचाप के साथ अनुकूल परिवर्तन थे। इसके विपरीत, जीएनआरएच एगोनिस्ट प्राप्त करने वाले सिजेंडर पुरुषों ने विपरीत प्रभावों का अनुभव किया। इस अध्ययन के आधार पर, षण्ड (यूनक) प्रतिकूल एस्ट्रोजन-कम करने वाले प्रभावों से बचने के लिए ट्रांसडर्मल एस्ट्रोजन थेरेपी की कम खुराक पर विचार कर सकते हैं, जिसमें गर्म चमक, थकान, चयापचय प्रभाव और अस्थि खनिज घनत्व का नुकसान शामिल है (हेमब्री एट अल। लैंगले एट अल। अधिक जानकारी के लिए अध्याय 12-हार्मोन थेरेपी देखें)।

### कथन 9.3

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो उपचार के लिए षण्ड (यूनक) व्यक्तियों का आकलन कर रहे हैं, उन्होंने उनका आकलन करने में योग्यता का प्रदर्शन किया है।**

षण्ड (यूनक) संग्रह के चर्चा बोर्डों पर एक लगातार विषय उन चिकित्सकों को खोजने में कठिनाई है जो उनकी आवश्यकताओं को समझने में सक्षम हैं। षण्ड (यूनक) और बधियाकरण की मांग करने वाले आमतौर पर अन्य जेंडर वर्ग अल्पसंख्यकों की तुलना में कम दिखाई देते हैं (वासरसुग एंड लिबरमैन, 2010)। चिकित्सा समुदाय द्वारा स्टिग्मा और अस्वीकृति के डर के कारण, वे स्वेच्छा से अपने चिकित्सा या मानसिक स्वास्थ्य प्रदाताओं को अपनी पहचान और इच्छाओं का खुलासा नहीं कर सकते हैं। कुछ वातावरणों में, चिकित्सा प्रदाताओं को पता नहीं हो सकता है कि षण्ड (यूनक) मौजूद हैं और यह भी नहीं जान सकते हैं कि उन्होंने षण्ड (यूनक)-पहचाने गए रोगियों का इलाज किया है।

मूल्यांकन पर एसओसी अनुभाग षण्ड (यूनक) व्यक्तियों पर लागू होता है। अन्य जेंडर वर्ग विविध व्यक्तियों की तरह, बधियाकरण की मांग करने वाले लोग एक सूचित सहमति प्रक्रिया में संलग्न हो सकते हैं जिसमें योग्य समर्थक यह सुनिश्चित करने के लिए मूल्यांकन करते हैं कि व्यक्ति चिकित्सा हस्तक्षेप से पहले सूचित सहमति प्रदान करने में

सक्षम हैं और यह सुनिश्चित करने के लिए कि मानसिक स्वास्थ्य समस्या इच्छा का एटियलजि नहीं है। अन्य यौन और जेंडर वर्ग अल्पसंख्यकों के साथ, यूनक के साथ काम करने के लिए एक समझ की आवश्यकता होती है कि वे एक विविध आबादी हैं, और यह कि प्रत्येक व्यक्ति अपने तरीके से षण्ड (यूनक) है (जॉनसन एट अल। सेवाओं की मांग करने वाले व्यक्ति को पेशेवर के स्वीकार्य रुख, खुली जांच, निर्णय के निलंबन और लचीली अपेक्षाओं से लाभ होता है, जो पेशेवर योग्यता और विशेषज्ञता के साथ संयुक्त होता है।

उचित उपचार प्रदान करने के लिए, प्रदाताओं को षण्ड (यूनक)-पहचाने गए लोगों के लिए एक समावेशी वातावरण बनाकर विश्वास और सम्मान स्थापित करना चाहिए। षण्ड (यूनक)-पहचाने गए व्यक्तियों के लिए, आदर्श सेवन फॉर्म असाइन किए गए जेंडर वर्ग और पहचाने गए जेंडर वर्ग से पूछेगा और "षण्ड (यूनक)" और "अन्य" सहित कई जेंडर वर्ग विकल्प प्रदान करेगा। व्यक्ति एक से अधिक विकल्पों के साथ पहचान कर सकते हैं और एक से अधिक का चयन करने में सक्षम होना चाहिए।

एचसीपी मूल्यांकन, मनोचिकित्सा (यदि वांछित हो), चिकित्सा और सर्जिकल जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेप के लिए तैयारी और अनुवर्ती में शामिल हो सकते हैं। वे भागीदारों और परिवारों के लिए भी सहायता प्रदान कर सकते हैं। षण्ड (यूनक)-पहचाने गए व्यक्ति जो एक योग्य मानसिक स्वास्थ्य प्रदाता का समर्थन चाहते हैं, उन्हें एक चिकित्सक से लाभ होगा जो अध्याय 4-शिक्षा में निर्धारित अनुभव और मानदंडों को पूरा करता है। जबकि बधियाकरण की मांग करने वाले या विचार करने वाले कुछ व्यक्ति परामर्श या चिकित्सा में आते हैं क्योंकि वे भावनात्मक समर्थन चाहते हैं या निर्णय लेने में मदद करते हैं, कई विशिष्ट चिकित्सा हस्तक्षेपों की तैयारी में मूल्यांकन के लिए प्रदाताओं के पास आते हैं (वेल एट अल।

### कथन 9.4

**हमारा सुझाव है कि षण्ड (यूनक) व्यक्तियों को देखभाल प्रदान करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों में कामुकता शिक्षा और परामर्श शामिल हैं।**

कई शोध अध्ययनों ने समकालीन षण्ड (यूनक)-पहचाने गए लोगों के हमारे ज्ञान में योगदान दिया है और जनसांख्यिकीय विशेषताओं और कामुकता का पता लगाया है (हैंडी एट अल। वेल एट अल, 2013; विबोवो एट अल, 2012, 2016)। चिकित्सा और एमएचपी को यह मानना चाहिए कि षण्ड (यूनक) यौन



गतिविधि, आनंद और रिश्तों में सक्षम यौन व्यक्ति हैं, जब तक कि वे अन्यथा रिपोर्ट नहीं करते हैं (विबोवो एट अल। अनुसंधान से पता चला है कि इच्छा के स्तर, पसंदीदा शारीरिक या यौन संपर्क के प्रकार और पसंदीदा रिश्तों की प्रकृति के बारे में यूनोक के बीच बहुत विविधता है (ब्रेट एट अल। जॉनसन एट अल, 2007; रॉबर्ट्स एट अल। जबकि कुछ रोमांटिक रिश्तों के साथ या बिना सक्रिय यौन जीवन का आनंद लेते हैं, अन्य अजेंडर या रोमांटिक के रूप में पहचान करते हैं और सर्जिकल या रासायनिक बधियाकरण (ब्रेट एट अल, 2007) के माध्यम से प्राप्त कामेच्छा के नुकसान से राहत पाते हैं। प्रत्येक व्यक्ति अलग है, और किसी की जननांग स्थिति यौन या रोमांटिक आकर्षण निर्धारित नहीं करती है (वाल्टन एट अल। यूल एट अल, 2015)।

रासायनिक दमन या शल्य चिकित्सा के प्रकार के बावजूद किसी व्यक्ति को गुजरना पड़ा है, वे यौन आनंद और यौन गतिविधि में सक्षम हो सकते हैं। लोकप्रिय धारणा के विपरीत, षण्ड (यूनोक) जरूरी अजेंडर या गैर-अजेंडर नहीं हैं (औकोइन एंड वासरसुग, 2006)। सुरक्षित यौन शिक्षा उन सभी लोगों के लिए आवश्यक है जो यौन गतिविधि में संलग्न हैं जिसमें शरीर के पदार्थों का आदान-प्रदान शामिल हो सकता है। विभिन्न जेंडर वर्गों और जेंडरताओं वाले लोगों के लिए यौन शिक्षा और सुरक्षित यौन विकल्पों के बारे में जानकारी के लिए अध्याय 17 देखें। इसके अलावा, चिकित्सा हस्तक्षेपों पर विचार करते समय प्रजनन संरक्षण पर चर्चा की जानी चाहिए जो भविष्य के पितृत्व की संभावनाओं को प्रभावित कर सकती है। अधिक विचार के लिए अध्याय 16 देखें- प्रजनन स्वास्थ्य।

## अध्याय 10 इंटरसेक्स

देखभाल के मानक, संस्करण 7 में शारीरिक अंतर जेंडरता वाले लोगों के लिए मानकों की प्रयोज्यता पर एक अध्याय शामिल था जो जेंडर-डिस्फोरिक बन जाते हैं और / या अपना जेंडर वर्ग बदलते हैं क्योंकि वे घटनात्मक प्रस्तुति, जीवन प्रक्षेपवक्र, प्रसार, एटियलजि और स्टिग्मा जोखिमों में अंतरजेंडरता के बिना ट्रांसजेंडर व्यक्तियों से भिन्न होते हैं। वर्तमान अध्याय एक अद्यतन प्रदान करता है और सामान्य रूप से अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों के प्रबंधन के लिए चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नैदानिक दृष्टिकोण पर सिफारिशें जोड़ता है (अध्याय 2 में चिकित्सा आवश्यकता कथन देखें - वैश्विक प्रयोज्यता, कथन 2.1)। चूंकि एटिपिकल यौन भेदभाव के साथ एक नवजात पहले से ही नैदानिक चुनौतियों के साथ उपस्थित हो सकता है, जिसमें शुरुआत से ही पारिवारिक शिक्षा और समर्थन की आवश्यकता शामिल है, जेंडर वर्ग असाइनमेंट पर निर्णय लेना, बाद में नैदानिक जेंडर वर्ग प्रबंधन, जिसके घटक - विशेष रूप से जननांग शल्य चिकित्सा - विवादास्पद हो सकते हैं, और जेंडर वर्ग डिस्फोरिया विकास और जेंडर वर्ग परिवर्तन का बाद का जोखिम जो स्पष्ट रूप से बढ़ जाता है (सैंडबर्ग एंड गार्डनर, 2022)।

### शब्दावली

"इंटरसेक्स" (लैटिन भाषा का शब्द, शाब्दिक अनुवाद "सेक्स वर्गों के बीच") स्तनधारी (मानव सहित) प्रजनन के अंतर्निहित सेक्स की द्विआधारी प्रणाली में आधारित एक शब्द है। चिकित्सा में, यह शब्द बोलचाल की भाषा में प्रजनन पथ में स्पष्ट रूप से असामान्य, जन्मजात भिन्नताओं वाले व्यक्तियों पर लागू होता है। कुछ विविधताएं, जिन्हें अक्सर "जननांग अस्पष्टता" कहा जाता है, पुरुष या महिला के रूप में दैहिक सेक्स की सरल पहचान को रोकती हैं और संसाधन समृद्ध समाजों में, जेंडर वर्ग / जेंडर वर्ग को "असाइन" करने से पहले एक व्यापक शारीरिक, अंतःस्त्रावी और आनुवंशिक कार्य-अप की आवश्यकता हो सकती है। हाल के वर्षों में "इंटरसेक्स" भी अंतर जेंडर स्थितियों वाले कुछ व्यक्तियों द्वारा अपनाया गया एक पहचान लेबल बन गया है और नॉनबाइनरीजेंडर वर्ग पहचान वाले (गैर-इंटरसेक्स) व्यक्तियों का एक उप-समूह (तमार-मैटिस एट अल। अंतर जेंडर प्रबंधन पर 2005 के अंतर्राष्ट्रीय आम सहमति सम्मेलन में, अंतर जेंडर स्थितियों को एक नए मानक चिकित्सा शब्द, "सेक्स डेवलपमेंट के विकार" (डीएसडी)

के तहत शामिल किया गया था, जिसे "जन्मजात स्थितियों के रूप में परिभाषित किया गया था जिसमें क्रोमोसोमल, गोनाडल या शारीरिक सेक्स का विकास असामान्य है" (ह्यूजेस एट अल। डीएसडी पारंपरिक रूप से अंतर जेंडरता के तहत शामिल स्थितियों की तुलना में स्थितियों की एक विस्तृत श्रृंखला को कवर करता है और इसमें टर्नर सिंड्रोम और क्लाइनफेल्टर सिंड्रोम जैसी स्थितियां शामिल हैं, जो बहुत अधिक प्रचलित हैं। इसके अलावा, कई प्रभावित व्यक्ति "विकार" शब्द को नापसंद करते हैं, इसे स्वाभाविक रूप से अपमानित करने के रूप में देखते हैं (कारपेंटर, 2018; 2018)। ग्रिफिथ्स, 2018; जॉनसन एट अल, 2017; लिन-सू, एट अल। लुंडबर्ग एट अल, 2018; तिरियाकी और अन्य, 2018)। स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर (एचसीपी) भी शब्द की स्वीकृति में भिन्न होते हैं (मिलर एट अल। डीएसडी के व्यापक रूप से फैले हुए वैकल्पिक पठन को "सेक्स डेवलपमेंट में अंतर" के रूप में कम पैथोलॉजिकल के रूप में देखा जा सकता है, लेकिन शब्दार्थ रूप से असंतोषजनक है क्योंकि यह शब्द पुरुषों और महिलाओं के बीच विशिष्ट जननांग अंतर को असामान्य यौन भेदभाव से अलग नहीं करता है। "प्रजनन विकास को प्रभावित करने वाली स्थितियां" (सीएआरडी; डेलीमाटा एट अल, 2018) या "सेक्स विशेषताओं में भिन्नता" (वीएससी; क्रोसेटी, एट अल. (2021) भी अंतर जेंडरता के लिए विशिष्ट नहीं हैं।

इन परिभाषात्मक मुद्दों को देखते हुए, इस अध्याय में हम केवल जन्मजात शारीरिक एक्सप्रेशन को संदर्भित करने के लिए "अंतरजेंडरता" (या "इंटर-सेक्स") शब्द का उपयोग कर रहे हैं। यह वर्णनात्मक स्पष्टता और ऐतिहासिक निरंतरता दोनों के लिए किया जाता है। यह विकल्प द्विध्रुवी प्रणाली के रूप में या निरंतरता के रूप में सेक्स / जेंडर वर्ग की अवधारणा के बारे में चल रही चर्चा में पक्ष लेने के लिए हमारी ओर से एक इरादे को इंगित करने के लिए नहीं है, जो संदर्भ और उपयोगिता (मेयर-बहलबर्ग, 2019) के विचारों के साथ भिन्न हो सकता है। 21 वीं सदी के समाजों में, सेक्स और जेंडर वर्ग की अवधारणाएं विकास की प्रक्रिया में हैं।

### व्यापकता

अंतर जेंडर स्थितियों की व्यापकता उपयोग की गई परिभाषा पर निर्भर करती है। स्पष्ट जननांग असामान्यता ("अस्पष्ट जननांग") लगभग 1: 2000- 1: 4500 लोगों (ह्यूजेस एट अल। डीएसडी की सबसे समावेशी परिभाषाएं 1.7% तक की व्यापकता

का अनुमान लगाती हैं (ब्लैकलेस एट अल। यद्यपि ये संख्याएं कुल मिलाकर अधिक हैं, अंतर जेंडर डाइवर्सिटी से जुड़ी व्यक्तिगत स्थितियां बहुत दुर्लभ होती हैं। उदाहरण के लिए, एण्ड्रोजन असंवेदनशीलता सिंड्रोम (एआईएस) 100,000 46 में से लगभग 1, एक्सवाई जन्म (मेंडोज़ा और मोटोस, 2013), और क्लासिक जन्मजात अधिवृक्क हाइपरप्लासिया (सीएच) लगभग 15,000 46,XX जन्मों (थैरेल, 2001) में से लगभग 1 में होता है। व्यक्तिगत सिंड्रोम के लिए प्रसार के आंकड़े देशों और जातीय समूहों के बीच नाटकीय रूप से भिन्न हो सकते हैं।

### प्रस्तुति

अंतर जेंडर लक्षणों वाले व्यक्तियों की प्रस्तुति व्यापक रूप से भिन्न होती है। प्रसवपूर्व अल्ट्रासाउंड इमेजिंग के दौरान अंतर जेंडरता को पहचाना जा सकता है, हालांकि अधिकांश व्यक्तियों को जन्म के समय जननांग परीक्षाओं के दौरान पहचाना जाता है। संसाधन समृद्ध समाजों में, ऐसे बच्चे जीवन के पहले हफ्तों के भीतर व्यापक चिकित्सा नैदानिक प्रक्रियाओं से गुजरेंगे। विशिष्ट चिकित्सा निदान, शारीरिक और हार्मोनल निष्कर्षों, और जेंडर वर्ग परिणाम के बारे में दीर्घकालिक अनुवर्ती अध्ययनों से जानकारी को ध्यान में रखते हुए, स्वास्थ्य देखभाल टीम और माता-पिता के बीच संयुक्त निर्णय लेने से आम तौर पर नवजात शिशु को पुरुष या महिला जेंडर वर्ग / जेंडर वर्ग को सौंपा जाता है। अंतर जेंडरता वाले कुछ व्यक्ति केवल यौवन की उम्र के आसपास विशेषज्ञों के ध्यान में आते हैं, उदाहरण के लिए, जब महिला- पहचान वाली किशोरों का मूल्यांकन प्राथमिक रजोरोध के लिए किया जाता है।

अंतर-कामुकता और जेंडर वर्ग अनिश्चितता दोनों वाले व्यक्तियों की सहायता करने वाले एचसीपी को यह पता होना चाहिए कि जिस संदर्भ में ऐसे व्यक्ति बड़े हुए हैं, वह आमतौर पर गैर-अंतर जेंडर टीजीडी लोगों से बहुत अलग है। अंतर-कामुकता के कई अलग-अलग सिंड्रोम हैं, और प्रत्येक सिंड्रोम गंभीरता की डिग्री में भिन्न हो सकता है। इस प्रकार, हार्मोनल और सर्जिकल उपचार दृष्टिकोण तदनुसार भिन्न होते हैं।

अंतर जेंडरता की कुछ शारीरिक एक्सप्रेसन को प्रारंभिक तत्काल हस्तक्षेप की आवश्यकता हो सकती है, जैसे कि मूत्र अवरोध या सीएच में अधिवृक्क संकट। अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों के बीच अधिकांश शारीरिक भिन्नताएं न तो कार्य को कम करती हैं, और न ही व्यक्ति के लिए सुरक्षा का जोखिम उठाती हैं। फिर भी, असामान्य जननांग उपस्थिति से जुड़ा

मनोसामाजिक स्टिग्मा अक्सर, इससे पहले कि व्यक्ति सहमति की उम्र तक पहुंच जाए, प्रारंभिक जननांग शल्य चिकित्सा (आमतौर पर 'सुधारात्मक' या 'सामान्यीकरण' लेबल) को प्रेरित करता है, । यह दृष्टिकोण अत्यधिक विवादास्पद है क्योंकि यह किसी व्यक्ति की स्वायत्तता का समर्थन करने वाले नैतिक सिद्धांतों के साथ संघर्ष करता है (कारपेंटर, 2021; 2011)। कोन, 2015; बायोमेडिकल और व्यवहार अनुसंधान के मानव विषयों के संरक्षण के लिए राष्ट्रीय आयोग, 1979)। इसके अलावा, तत्काल सुरक्षा चिंताओं के बिना एक्सप्रेसन के बीच, कुछ व्यक्ति, जब बड़े होते हैं, तो फ्रंक्शन और उपस्थिति को अनुकूलित करने के लिए चिकित्सा हस्तक्षेप की एक श्रृंखला का विकल्प चुन सकते हैं। चिकित्सा उपचार की बारीकियां इस अध्याय में संबोधित की जा सकने वाली चीजों के दायरे से बहुत परे हैं, और इच्छुक पाठक को संबंधित अंतःस्रावी और शल्य चिकित्सा साहित्य से परामर्श करना चाहिए।

**सिफारिशों के कथन**

- 10.1- हम एक बहु-विषयक टीम का सुझाव देते हैं, जो जेंडर वर्ग पहचान और अभिव्यक्ति की विविधता के साथ-साथ अंतर जेंडरता में जानकार हैं, अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों और उनके परिवारों को देखभाल प्रदान करता है।
- 10.2- हम ट्रांसजेंडर युवाओं और वयस्कों के लिए देखभाल प्रदान करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो अपने पेशेवर अनुशासन के लिए प्रासंगिक अंतर जेंडर देखभाल के पहलुओं में प्रशिक्षण और शिक्षा चाहते हैं।
- 10.3- हम सुझाव देते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर निदान के समय से बच्चे की विशिष्ट अंतर जेंडर स्थिति और इसके मनोसामाजिक प्रभावों के बारे में अंतर जेंडरता वाले बच्चों के परिवारों को शिक्षित और परामर्श देते हैं।
- 10.4- हमारा सुझाव है कि प्रदाता और माता-पिता दोनों अंतरजेंडरता वाले बच्चों / व्यक्तियों को उनकी अंतर जेंडर स्थिति और इसके मनोसामाजिक प्रभावों के बारे में चल रहे, विकासात्मक रूप से उपयुक्त संचार में संलग्न करें।
- 10.5- हम सुझाव देते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर और माता-पिता जीवन भर अपनी जेंडर वर्ग पहचान की खोज में अंतरजेंडरता वाले बच्चों / व्यक्तियों का समर्थन करते हैं।
- 10.6- हमारा सुझाव है कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर कल्याण को बढ़ावा देते हैं और चिकित्सा और गैर-चिकित्सा व्यक्तियों / संगठनों दोनों के साथ सहयोग करके अंतर जेंडर स्थिति होने के संभावित स्टिग्मा को कम करते हैं।
- 10.7- हमारा सुझाव है कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर अंतरजेंडरता वाले बच्चों / व्यक्तियों और उनके परिवारों को मानसिक-स्वास्थ्य प्रदाताओं के साथ-साथ सहकर्मियों और अन्य मनोसामाजिक समर्थन के लिए संदर्भित करते हैं जैसा कि संकेत दिया गया है।
- 10.8- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को व्यक्ति की जेंडर वर्ग पहचान, आयु और अद्वितीय चिकित्सा परिस्थितियों के संदर्भ में युवावस्था दमन और / या हार्मोनल उपचार विकल्पों के बारे में अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों और उनके परिवारों को परामर्श देने की सलाह देते हैं।
- 10.9- हम सुझाव देते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर माता-पिता और अंतर जेंडरता वाले बच्चों (जब संज्ञानात्मक रूप से पर्याप्त रूप से विकसित होते हैं) को जेंडर अफर्मिंग जननांग सर्जरी, गोनाडल सर्जरी, या दोनों में देरी करने के लिए सलाह देते हैं, ताकि बच्चों के आत्मनिर्णय और सूचित सहमति के आधार पर निर्णय में भाग लेने की क्षमता को अनुकूलित किया जा सके।
- 10.10- हमारा सुझाव है कि केवल अंतर जेंडर जननांग या गोनाडल सर्जरी में अनुभवी सर्जन अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों पर काम करते हैं।
- 10.11- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो हार्मोनल उपचारों / सर्जरी के लिए निर्धारित या संदर्भित कर रहे हैं, जो अंतरजेंडरता और प्रजनन क्षमता वाले व्यक्तियों और उनके परिवारों को भविष्य की प्रजनन क्षमता पर हार्मोनल उपचार / सर्जरी के ज्ञात प्रभावों के बारे में सलाह देते हैं; (बी) उपचारों के संभावित प्रभाव जो अच्छी तरह से अध्ययन नहीं किए गए हैं और अज्ञात रिवर्सिबिलिटी के हैं; (ग) प्रजनन संरक्षण विकल्प; और (घ) बांझपन के मनोसामाजिक निहितार्थ।
- 10.12- हम सुझाव देते हैं कि अंतर जेंडरता और जन्मजात बांझपन वाले व्यक्तियों की देखभाल करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर उन्हें और उनके परिवारों को, जल्दी और धीरे-धीरे, पितृत्व के विभिन्न वैकल्पिक विकल्पों से परिचित कराते हैं।

कुछ अंतर जेंडर स्थितियां दीर्घकालिक जेंडर वर्ग पहचान में अधिक परिवर्तनशीलता से जुड़ी होती हैं- दूसरों की तुलना में (डेसेंस एट अल। उदाहरण के लिए, सीएएच के साथ 46, एक्सएक्स व्यक्तियों में एक गैर-सिजेंडर जेंडर वर्ग पहचान की घटना 5-10% (फर्टाडो एट अल। जेंडर वर्ग पहचान अंतर्निहित पर्याप्त जैविक घटक एक महत्वपूर्ण कारक है जिसे अंतर जेंडर स्थितियों वाले व्यक्तियों के लिए मनोसामाजिक, चिकित्सा और शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप की पेशकश करते समय माना जाना चाहिए। इस बात के भी पर्याप्त सबूत हैं कि अंतर-कामुकता वाले लोग और उनके परिवार मनोसामाजिक संकट का अनुभव कर सकते हैं (डी व्रीस एट अल। रोसेनवोल-मैक एट अल, 2020; वॉल्फ-क्रिस्टेनसेन एट अल, 2017, मनोसामाजिक स्टिग्मा से संबंधित भाग में (मेयर-बहलबर्ग, खुरी एट अल। मेयर-बहलबर्ग, रेयेस-पोर्टिलो एट अल। मेयर-बहलबर्ग एट अल।

**मनोवैज्ञानिक नामकरण में अंतर जेंडरता**

1980 के बाद से, अमेरिकी मनोरोग नामकरण ने अंतर जेंडरता

वाले व्यक्तियों को मान्यता दी जो जेंडर वर्ग पहचान वेरिएंट के मानदंडों को पूरा करते हैं; हालांकि, उनका नैदानिक वर्गीकरण लगातार डीएसएम संस्करणों के साथ बदल गया। उदाहरण के लिए, डीएसएम -III (अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन, 1980) में, "ट्रांससेक्सुअलिज्म" की एक्सिस-1 श्रेणी को वयस्कता में ऐसे व्यक्तियों पर लागू नहीं किया जा सकता था, लेकिन ऐसे बच्चों को "बचपन का जेंडर वर्ग पहचान विकार" लेबल किया गया था, जिसमें एक्सिस III में चिकित्सा अंतर जेंडर स्थिति निर्दिष्ट की गई थी। डीएसएम-IV-टीआर (अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन, 2000) में, अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों को उम्र की परवाह किए बिना "जेंडर वर्ग पहचान विकार" की एक्सिस-1 श्रेणी से बाहर रखा गया था और इसके बजाय, "जेंडर वर्ग पहचान विकार अन्यथा निर्दिष्ट नहीं" श्रेणी के तहत अन्य स्थितियों के साथ समूहीकृत किया गया था। डीएसएम -5 (अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन, 2013) में, जो बहुअक्षीय प्रणाली से दूर चला गया, "जेंडर वर्ग पहचान विकार" को "जेंडर वर्ग डिस्फोरिया" के रूप में फिर से परिभाषित किया गया और उम्र और अंतर जेंडर स्थिति की

परवाह किए बिना लागू किया गया, लेकिन अंतर-कामुकता वाले व्यक्तियों को "यौन विकास के विकार के साथ" अतिरिक्त विनिर्देश प्राप्त हुआ (ज़कर एट अल। डीएसएम -5 (अमेरिकन साइकियाट्रिक एसोसिएशन, 2022) का हाल ही में प्रकाशित पाठ संशोधन जेंडर वर्ग डिस्फोरिया शब्द को बनाए रखता है। ध्यान दें, हालांकि, रोगों के अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण [आईसीडी -11] के हालिया संशोधन; विश्व स्वास्थ्य संगठन ने "मानसिक, व्यवहार, या न्यूरो विकास संबंधी विकार" अध्याय से "जेंडर वर्ग असंगतता" को एक नए अध्याय "यौन स्वास्थ्य से संबंधित स्थितियों" में स्थानांतरित कर दिया है।

इस अध्याय के सभी कथनों की सिफारिश साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और रोगियों के लाभ और हानि, मूल्यों और वरीयताओं के मूल्यांकन और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता के आधार पर की गई है। कुछ मामलों में, हम मानते हैं कि साक्ष्य सीमित हैं और / या सेवाएं सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं।

#### कथन 10.1

**हम एक बहु-विषयक टीम का सुझाव देते हैं, जो जेंडर वर्ग पहचान और अभिव्यक्ति की विविधता के साथ-साथ अंतर जेंडरता में जानकार है, अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों और उनके परिवारों को देखभाल प्रदान करता है।**

अंतरजेंडरता, डीएसडी की एक उपश्रेणी, एक विषम जन्मजात स्थिति है जिसके लिए विभिन्न चिकित्सा और व्यवहार विषयों (ह्यूजेस एट अल। टीम की संरचना और कार्य टीम स्थान, स्थानीय संसाधनों, निदान और अंतर जेंडरता और उसके परिवार वाले व्यक्ति की जरूरतों के आधार पर भिन्न हो सकते हैं। आदर्श टीम में अंतःस्त्राविकी, शल्य चिकित्सा और / या मूत्रविज्ञान, मनोविज्ञान / मनोचिकित्सा, स्त्री रोग, आनुवंशिकी, और, यदि उपलब्ध हो, तो सामाजिक कार्य, नर्सिंग और चिकित्सा नैतिकता में प्रशिक्षित कर्मियों में बाल चिकित्सा उप-विशेषज्ञ शामिल हैं (ली एट अल। टीम की संरचना 1) पारंपरिक बहु-विषयक चिकित्सा मॉडल के अनुरूप हो सकती है; 2) इंटरप्रोफेशनल मॉडल; या 3) ट्रांसडिसिप्लिनरी मॉडल। यद्यपि ये संरचनाएं समान दिखाई दे सकती हैं, वे वास्तव में बहुत अलग हैं और टीम के कार्यों पर अलग-अलग प्रभाव डाल सकती हैं (सैंडबर्ग एंड माज़ूर, 2014)। 2006 का आम सहमति वक्तव्य इस बारे में कोई निर्णय नहीं लेता है कि कौन सा मॉडल सबसे अच्छा है- बहु-विषयक, अंतःविषय, या ट्रांसडिसिप्लिनरी - और केवल यह बताता है कि मॉडल "सहयोग और पेशेवर स्वायत्तता की विभिन्न डिग्री का संकेत देते हैं" (ली, नॉर्डनस्ट्रॉम

एट अल। 2006 में आम सहमति वक्तव्य के प्रकाशन के बाद से, यूरोप और अमेरिका दोनों में ऐसी टीमें बनाई गई हैं। अमेरिका में टीमों की एक सूची डीएसडी-ट्रांसलेशनल नेटवर्क (डीएसडी-टीआरएन) वेबसाइट पर पाई जा सकती है। कई यूरोपीय देशों में भी टीमें हैं (थिएन एट अल। जबकि सैंडबर्ग और माज़ूर (2014) द्वारा नोट की गई टीमों के निर्माण में बाधाएं हैं, बहु-विषयक टीमें कई समस्याओं को संबोधित करने में मदद करती हैं जिन्होंने अंतर जेंडर निदान और उनके परिवारों वाले व्यक्तियों की सफल देखभाल को कम कर दिया है, जैसे कि सेवाओं की बिखरी हुई प्रकृति, पेशेवरों के बीच सीमित या अनुपस्थित संचार, और व्यक्तियों को प्राप्त स्पष्टीकरण की परिणामस्वरूप खंडित प्रकृति जो स्पष्टता की तुलना में अधिक भ्रम पैदा करती है।

अंतर जेंडरता के साथ पैदा हुए अधिकांश व्यक्तियों को जन्म के समय या उसके तुरंत बाद पहचाना जाएगा, जबकि अन्य को जीवन चक्र में बाद के समय में पहचाना जाएगा, उदाहरण के लिए युवावस्था में (देखें ब्रेन एट अल। जब ऐसा होता है तो निदान और व्यक्ति की उम्र के आधार पर टीम दृष्टिकोण को संशोधित किया जाएगा। कुछ परिस्थितियों में, टीम की संरचना को आवश्यकतानुसार अन्य विशेषज्ञों को शामिल करने के लिए विस्तारित किया जा सकता है।

यह बताया गया है कि एक बहु-विषयक टीम द्वारा देखे गए बच्चों को केवल एक प्रदाता द्वारा दी जाने वाली सेवाओं के बजाय लगभग पूरी श्रृंखला प्राप्त करने की अधिक संभावना थी (क्रैड एट अल। जिन माता-पिता ने इस तरह की देखभाल प्राप्त की, उन्होंने सकारात्मक रूप से मनोसामाजिक सेवा और टीम दृष्टिकोण का समर्थन किया और उन लोगों की तुलना में अधिक जानकारी प्राप्त करने की सूचना दी, जिन्होंने ऐसी टीम के साथ बातचीत नहीं की (क्रैड एट अल, 2011)

#### कथन 10.2

**हम ट्रांसजेंडर युवाओं और वयस्कों के लिए स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को अपने पेशेवर अनुशासन के लिए प्रासंगिक अंतर जेंडर देखभाल के पहलुओं में प्रशिक्षण और शिक्षा की तलाश करने की सलाह देते हैं।**

चिकित्सा प्रशिक्षुओं के साथ साक्षात्कार के परिणाम (लियांग एट अल। ज़ेलिन एट अल, 2018) और प्रोग्राम योग्य स्वयं से लेखा परीक्षण और सर्वेक्षण (डेविटा एट अल। खलीली एट अल, 2015) का सुझाव है कि चिकित्सा प्रशिक्षण कार्यक्रम जेंडर वर्ग डिस्फोरिया और अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों को सक्षम

देखभाल प्रदान करने के लिए चिकित्सकों को पर्याप्त रूप से तैयार नहीं कर रहे हैं। अंतर जेंडर वर्ग -विशिष्ट घटनाओं के पेशेवर और हितधारक उपस्थित लोगों ने चल रही शिक्षा और सहयोग को एक महत्वपूर्ण पेशेवर विकास आवश्यकता के रूप में पहचाना है (बर्टलान एट अल। माजूर एट अल, 2007)। यह वयस्क देखभाल प्रदाताओं के लिए विशेष रूप से सच हो सकता है जिनके पास उन व्यक्तियों की सहायता करने में कम नैदानिक मार्गदर्शन या समर्थन हो सकता है जो बाल चिकित्सा से वयस्क देखभाल में संक्रमण कर रहे हैं (क्राउच एंड क्रेटन, 2014)।

हालांकि, इन विषयों के प्रबंधन में व्यवसायी योग्यता के प्रशिक्षण या आकलन के लिए कुछ दिशानिर्देश हैं, और जो उपलब्ध हैं वे मुख्य रूप से मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों (एमएचपी) (होलेनबैक एट अल, 2014) पर लागू होते हैं, प्राथमिक देखभाल गाइड (राष्ट्रीय एलजीबीटीक्यूआईए + स्वास्थ्य शिक्षा केंद्र, 2020) के अपवाद के साथ।

अपनी योग्यता में सुधार करने के इच्छुक एचसीपी के लिए, विशेषज्ञों से परामर्श लेना एक विकल्प हो सकता है जब औपचारिक शिक्षा या अनुभवजन्य दिशानिर्देश अन्यथा अनुपलब्ध होते हैं। अंतर जेंडरता (पास्टरस्की एट अल, 2010) के उपचार में बहु-विषयक विशेषज्ञ टीमों के सापेक्ष व्यापक रूप से अपनाने को देखते हुए, इन टीमों में सेवा करने वाले व्यक्ति अन्य स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारियों के साथ परामर्श करने और शिक्षित करने के लिए अच्छी तरह से तैनात हैं, जिन्हें पर्याप्त प्रशिक्षण नहीं मिला है (ह्यूजेस एट अल। इसलिए, यह अनुशंसा की जाती है कि अन्य पेशेवरों के प्रशिक्षण को टीम विकास का एक केंद्रीय घटक होना चाहिए (औचस एट अल, 2010) और बहु-विषयक टीमों के सदस्यों को टीम-आधारित काम के लिए विशिष्ट प्रशिक्षण प्राप्त होता है, जिसमें इंटरप्रोफेशनल लर्निंग में संलग्न होने के लिए स्ट्रैटिजी शामिल हैं (बिस्बे, एट अल। इंटरप्रोफेशनल एजुकेशन कोलैबोरेटिव एक्सपर्ट पैनल, 2011)।

### कथन 10.3

**हम सुझाव देते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर निदान के समय से अंतर जेंडरता वाले बच्चों के परिवारों को बच्चे की विशिष्ट अंतर जेंडर स्थिति और इसके मनोसामाजिक प्रभावों के बारे में शिक्षित और परामर्श देते हैं।**

शिक्षा और परामर्श के माध्यम से अंतर जेंडर स्थितियों वाले बच्चों के परिवारों को चिकित्सा जानकारी का पूर्ण प्रकटीकरण निदान के समय शुरू होना चाहिए और कई अंतरराष्ट्रीय आम

सहमति गाइड-लाइनों से मार्गदर्शन के अनुरूप होना चाहिए। अंतर जेंडरता वाले नवजात शिशु द्वारा प्रस्तुत सबसे चुनौतीपूर्ण मुद्दों में से एक, विशेष रूप से जब ध्यान देने योग्य जननांग अस्पष्टता से जुड़ा होता है, सेक्स असाइनमेंट और माता-पिता के दृष्टिकोण से, पालन-पोषण का जेंडर वर्ग (फिशर, रिस्टोरी एट अल। यह देखते हुए कि यह अधिकांश माता-पिता के लिए एक बहुत ही तनावपूर्ण स्थिति है, आमतौर पर यह सिफारिश की जाती है कि सेक्स / जेंडर वर्ग के बारे में निर्णय जल्दी से किया जाना चाहिए क्योंकि पूरी तरह से नैदानिक मूल्यांकन की अनुमति है (हौक एंड ली, 2010)। हालांकि, समय के साथ जेंडर वर्ग / जेंडर वर्ग निर्णयों के मानदंड बदल गए हैं। 20 वीं शताब्दी के उत्तरार्ध में, निर्णय महिला असाइनमेंट के प्रति पक्षपाती थे, क्योंकि महिला जननांग शल्य चिकित्सा को पौरुष्य शल्य चिकित्सा की तुलना में आसान और कम साइड-इफेक्ट प्रवण के रूप में देखा गया था। फिर भी, कुछ अंतर जेंडर स्थितियों में, उदाहरण के लिए 46, एक्सवाई 5-आरडी2 की कमी, महिला जेंडर वर्ग / जेंडर वर्ग असाइनमेंट को बाद में जेंडर वर्ग डिस्फोरिया और जेंडर वर्ग परिवर्तन की उच्च दर से जुड़ा हुआ पाया गया (यांग एट अल। इसलिए, 2005 में अंतर जेंडर प्रबंधन पर अंतरराष्ट्रीय सहमति सम्मेलन के बाद से, जेंडर वर्ग / जेंडर वर्ग असाइनमेंट अंतरजेंडरता की विभिन्न स्थितियों में दीर्घकालिक जेंडर वर्ग परिणाम पर धीरे-धीरे जमा होने वाले डेटा को ध्यान में रखता है।

प्रकटीकरण का अभ्यास देखभाल के बारे में अधिक पूरी तरह से सूचित निर्णय लेने में सक्षम बनाना चाहता है। इसके अतिरिक्त, जबकि अंतर जेंडरता के आसपास शर्म, क्षति, और खराब मनोसामाजिक परिणामों से जुड़ा हुआ है, स्वास्थ्य जानकारी के खुले और सक्रिय संचार को उन जोखिमों को कम करने के लिए एक रणनीति के रूप में प्रस्तावित किया गया है (डी व्रीस एट अल। व्यक्ति के निदान और विकास के चरण के आधार पर, अंतर जेंडर स्थितियां व्यक्तियों और उनकी स्वास्थ्य देखभाल की जरूरतों को अलग-अलग प्रभावित कर सकती हैं। इंटरसेक्स-स्वास्थ्य से संबंधित संचार इसलिए निरंतर और व्यक्ति के अनुरूप होना चाहिए। अंतर जेंडर देखभाल में निर्णय लेने पर शोध से पता चलता है कि परिवार इस बात से प्रभावित होते हैं कि नैदानिक टीम कैसे संवाद करती हैं (टिम्बरमैन एट अल। एसओसी को ध्यान में रखते हुए, हम प्रदाताओं को शिक्षा और परामर्श कार्यों में भाषा और दृष्टिकोण को सामान्य बनाने, पुष्टि करने के लिए प्रोत्साहित करते हैं।

उदाहरण के लिए, जननांग एटिपिया को "भिन्नता" या "अंतर" के रूप में वर्णित करना "जन्म दोष" या "असामान्यता" शब्दों का उपयोग करने की तुलना में अधिक पुष्टि है।

किसी व्यक्ति की देखभाल में शामिल सभी एचसीपी परिवारों को आवश्यक शिक्षा और जानकारी प्रदान कर सकते हैं। बहु-विषयक टीमों में, शिक्षा का प्रकार एचसीपी की विशेषज्ञता के क्षेत्र के साथ संरेखित हो सकता है, उदाहरण के लिए, एक सर्जन व्यक्ति को उनकी शारीरिक रचना पर शिक्षित करता है, एक एंडोक्रिनोलॉजिस्ट हार्मोनल विकास की बारीकियों को सिखाता है, या एक एमएचपी जेंडर वर्ग और यौन पहचान के विस्तार को व्यक्त करता है। अन्य एचसीपी को व्यापक शिक्षा प्रदान करने की आवश्यकता हो सकती है। परिवारों को ऐसी जानकारी प्राप्त करनी चाहिए जो ज्ञात होने पर व्यक्ति के विशिष्ट अंतर जेंडर भिन्नता के लिए प्रासंगिक हो। सभी एचसीपी सहायता समूहों से उपलब्ध रोगी-केंद्रित संसाधनों के साथ इस जानकारी को पूरक कर सकते हैं। अंतर जेंडरता वाले लोगों को भी अपने जीवित अनुभव का उपयोग करके शिक्षा प्रदान करने के लिए टीम के सदस्यों के रूप में काम पर रखा गया है।

आम सहमति के दिशानिर्देश परिवारों को चल रहे सहकर्मों और पेशेवर मनोवैज्ञानिक-सामाजिक समर्थन (ह्यूजेस एट अल, 2006) की पेशकश करने की भी सलाह देते हैं जिसमें समस्या-समाधान और अग्रिम मार्गदर्शन (ह्यूजेस एट अल, 2006) पर ध्यान देने के साथ परामर्श शामिल हो सकता है। उदाहरण के लिए, परिवार किसी व्यक्ति की विशिष्ट अंतर जेंडर स्थिति के बारे में अन्य लोगों-भाई-बहनों, विस्तारित परिवार और देखभाल करने वालों को शिक्षित करने में मार्गदर्शन प्राप्त कर सकते हैं। अंतर जेंडर उपचार के तनाव का प्रबंधन करने के लिए अन्य परिवारों को समर्थन या मानसिक स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकता हो सकती है। किशोरों को साथियों को जानकारी का खुलासा करने के साथ-साथ डेटिंग और सेक्स पर नेविगेट करते समय समर्थन से मार्गदर्शन से लाभ हो सकता है। परामर्श प्रदान करने में चिकित्सा या शल्य चिकित्सा देखभाल के आसपास एक साझा निर्णय लेने की प्रक्रिया के माध्यम से सभी उम्र के परिवारों और व्यक्तियों का मार्गदर्शन करना भी शामिल हो सकता है। प्रदाता इस प्रक्रिया का समर्थन करने के लिए निर्णय सहायता का उपयोग कर सकते हैं (सैंडबर्ग एट अल। वीडलर एट अल।

#### कथन 10.4

**हमारा सुझाव है कि प्रदाता और माता-पिता दोनों अपने अंतर**

**जेंडर स्थिति और इसके मनोसामाजिक प्रभावों के बारे में चल रहे, विकासात्मक रूप से उपयुक्त संचार में अंतर जेंडरता वाले बच्चों / व्यक्तियों को संलग्न करते हैं।**

स्वास्थ्य जानकारी का संचार एक बहु-दिशात्मक प्रक्रिया है जिसमें प्रदाताओं से रोगियों तक, माता-पिता से रोगियों तक, साथ ही रोगियों से उनके प्रदाताओं (वीडलर एंड पीटरसन, 2019) तक जानकारी का हस्तांतरण शामिल है। जबकि निदान और सर्जिकल निर्णय लेने के मुद्दों के आसपास माता-पिता को संवाद करने पर बहुत जोर दिया गया है, डीएसडी वाले युवाओं ने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के साथ जुड़ने के लिए बाधाओं की सूचना दी है और हमेशा समर्थन के लिए अपने माता-पिता की ओर रुख नहीं कर सकते हैं (कैलेंस एट अल। व्यक्तियों को उनके उपचार में पूरी तरह से व्यस्त और स्वायत्त होने के लिए तैयार करने के लिए, यह महत्वपूर्ण है कि प्रदाता और माता-पिता दोनों बच्चों / व्यक्तियों के साथ लगातार संवाद करें।

प्रदाताओं को सभी पक्षों के बीच चल रहे, खुले संचार के लिए जल्द से जल्द एक उम्मीद निर्धारित करनी चाहिए, खासकर जब से माता-पिता डीएसडी से जुड़ी अनिश्चितता के कारण संकट का अनुभव कर सकते हैं और त्वरित सुधार की तलाश कर सकते हैं (क्रिसमैन एट अल। रॉबर्ट्स एट अल। एचसीपी और परिवारों / व्यक्तियों के बीच चल रहे संचार का समर्थन करने के लिए साझा निर्णय लेने के साथ-साथ संबंधित निर्णय लेने वाले उपकरणों के मॉडल विकसित किए गए हैं (कार्काज़िस एट अल। सैंडबर्ग एट अल, 2019; सिमिनाफ और सैंडबर्ग, 2015; वीडलर एट अल। संवाद के लिए एक उम्मीद स्थापित करने के अलावा, प्रदाता संचार की टोन भी सेट कर सकते हैं। प्रदाता माता-पिता और व्यक्तियों को नैदानिक अनिश्चितता को सहन करने में मदद कर सकते हैं, साथ ही साथ शारीरिक विविधताओं पर शिक्षा प्रदान कर सकते हैं, जेंडर वर्ग और यौन पहचान के लिए खुलेपन का मॉडजेंडर वर्ग कर सकते हैं, और बच्चे / व्यक्ति के सवाल का स्वागत कर सकते हैं। जैसे-जैसे उनकी उम्र बढ़ती है, बच्चों / व्यक्तियों के पास सेक्स, मासिक धर्म, प्रजनन क्षमता, हार्मोन उपचार (अधिवृक्क / सेक्स), हड्डी के स्वास्थ्य और कैंसर के जोखिम के मुद्दों पर प्रश्न या आयु-उपयुक्त जानकारी की आवश्यकता हो सकती है।

माता-पिता भी अपने बच्चों को शिक्षित करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं और अपने बच्चे को स्वास्थ्य जानकारी का खुलासा करने वाले पहले लोग हो सकते हैं (कैलेंस एट अल। संचार के आसपास अपेक्षा-सेटिंग के हिस्से के रूप में, प्रदाताओं

को माता-पिता को अपने बच्चे और उनके सहायता सिस्टम के सदस्यों को अंतर जेंडर निदान और उपचार इतिहास के बारे में शिक्षित करने के लिए तैयार करना चाहिए। कुछ माता-पिता यह जानने में कठिनाइयों की रिपोर्ट करते हैं कि दूसरों के साथ-साथ अपने बच्चों को कितना खुलासा करना है (क्रिसमैन एट अल। डैनन एंड क्रेमर, 2017)। अंतर जेंडर स्थिति वाले बच्चों की परवरिश करते समय माता-पिता का तनाव तब बढ़ जाता है जब माता-पिता एक दृष्टिकोण अपनाते हैं जो उनके बच्चे के निदान के प्रकटीकरण / चर्चा को कम करता है (क्रिसमैन एट अल। तनाव का स्तर विकास के चरण से भी भिन्न होता है, किशोरों के माता-पिता तनाव की उच्च दर की रिपोर्ट करते हैं (हलमैन एट अल। इसलिए, एचसीपी को अपने बच्चे के विकास चरण के लिए विशिष्ट रणनीतियों को विकसित करने में माता-पिता की सहायता करनी चाहिए जो उनकी मनोसामाजिक या सांस्कृतिक चिंताओं और मूल्यों को संबोधित करते हैं (डैनन एंड क्रेमर, 2017; वीडलर और पीटरसन, 2019)। अंत में, कामुकता और जेंडर वर्ग भिन्नता पर व्यापक शोध में पाया गया है - शर्म / स्टिग्मा और नकारात्मक स्वास्थ्य परिणामों के बीच संबंधों के विपरीत - सहायक पारिवारिक व्यवहार (बच्चों के साथ उनकी पहचान के बारे में बात करने और उन्हें साथियों के साथ जोड़ने सहित) ने व्यक्तियों में अधिक आत्मसम्मान और बेहतर स्वास्थ्य परिणामों की भविष्यवाणी की है (रयान एट अल., 2010)।

#### कथन 10.5

**हमारा सुझाव है कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर और माता-पिता जीवन भर अपनी जेंडर वर्ग पहचान की खोज में अंतरजेंडरता वाले बच्चों / व्यक्तियों का सहायता करते हैं।**

मनोवैज्ञानिक, सामाजिक और सांस्कृतिक संरचनाएं सभी किसी व्यक्ति की जेंडर वर्ग पहचान बनाने के लिए जैविक कारकों के साथ प्रतिच्छेद करती हैं। एक समूह के रूप में, अंतर जेंडरता वाले व्यक्ति बचपन में जेंडर वर्ग गैर-अनुरूप व्यवहार, जेंडर वर्ग-पूछताछ और विभिन्न जेंडर वर्ग इच्छाओं की बढ़ी हुई दर दिखाते हैं, जो जन्मपूर्व सेक्स-हार्मोनल परिवेश के बीच विसंगति पर निर्भर करते हैं जिसमें भ्रूण के मस्तिष्क ने विभेदित किया है और जन्म के समय असाइन किए गए जेंडर वर्ग (कैलेंस एट अल। हाइन्स, एट अल। मेयर-बहलबर्ग एट अल, 2016; पास्टरस्की एट अल, 2015)। जेंडर वर्ग पहचान की समस्याएं अलग-अलग अंतर जेंडर स्थितियों वाले व्यक्तियों में अलग-अलग दरों पर देखी जाती हैं (डी व्रीस एट अल। हाल ही में,

कुछ व्यक्तियों को कम से कम निजी तौर पर एक नॉनबाइनरीपहचान विकसित करने के लिए प्रलेखित किया गया है (क्रेकेल्स एट अल। यद्यपि अंतर जेंडरता वाले अधिकांश लोग जेंडर वर्ग डिस्फोरिया का अनुभव नहीं कर सकते हैं या जेंडर वर्ग संक्रमण की इच्छा रखते हैं, फिर भी उनके जेंडर वर्ग के बारे में अनिश्चितता और अनुत्तरित प्रश्नों की भावनाएं हो सकती हैं (क्रेकेल्स एट अल। जेंडर वर्ग पहचान के बारे में प्रश्न जननांग उपस्थिति, प्यूबर्टल विकास, और चिकित्सा स्थिति के नैदानिक शब्द, गोनाडल स्थिति, सेक्स क्रोमोसोम स्थिति और जननांग शल्य चिकित्सा के इतिहास जैसे मर्दों के ज्ञान जैसे कारकों से उत्पन्न हो सकते हैं। इसलिए, एचसीपी को ग्राहकों के लिए ऐसे सवालों और भावनाओं पर चर्चा करने, जेंडर वर्ग विविधता के बारे में खुले तौर पर बातचीत करने और जेंडर वर्ग के लिए कम द्विआधारी दृष्टिकोण अपनाने के लिए सुलभ होना चाहिए। एचसीपी को सलाह दी जाती है कि वे जेंडर वर्ग की खोज में अपने बच्चों का समर्थन करने में माता-पिता का मार्गदर्शन करें।

इसके अलावा, इस तरह के समर्थन को बचपन के वर्षों तक ही सीमित नहीं रहना चाहिए। इसके बजाय, व्यक्तियों को अपने पूरे जीवनकाल में अपनी जेंडर वर्ग पहचान का पता लगाने का अवसर दिया जाना चाहिए, क्योंकि विभिन्न चरण जेंडर वर्ग के बारे में नए प्रश्नों के साथ आ सकते हैं (उदाहरण के लिए, यौवन / किशोरावस्था, प्रसव उम्र)। सामान्य रूप से बच्चों को उनकी परिपक्वता और विकास के दौरान मुख्य बिंदुओं पर उनकी जेंडर वर्ग पहचान के बारे में प्रश्न हो सकते हैं। जब अतिरिक्त तनावों का सामना करना पड़ता है, उदाहरण के लिए, जननांग अस्पष्टता, जननांग परीक्षाएं और प्रक्रियाएं, साथ ही सांस्कृतिक पूर्वाग्रह और प्रभावों की अंतःक्रिया, अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों को समर्थन की आवश्यकता हो सकती है और आवश्यकता पड़ने पर शिक्षित पेशेवर सहायता और मार्गदर्शन लेने के लिए प्रोत्साहित किया जाना चाहिए। इसके अलावा, एचसीपी को यह निर्धारित करने के लिए नियमित रूप से पूछताछ करनी चाहिए कि क्या अंतर जेंडरता वाले उनके ग्राहकों को इस तरह के समर्थन की आवश्यकता है। जब लोग जेंडर वर्ग असंगतता का अनुभव करते हैं, तो जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेप पर विचार किया जा सकता है। इस तरह के हस्तक्षेपों में लागू की जाने वाली प्रक्रियाओं को अन्य अध्यायों में वर्णित किया गया है।

#### कथन 10.6



**हम सुझाव देते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर कल्याण को बढ़ावा देते हैं और चिकित्सा और गैर-चिकित्सा व्यक्तियों / संगठनों दोनों के साथ सहयोग करके अंतर जेंडर स्थिति होने के संभावित स्टिग्मा को कम करते हैं।**

अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों को स्टिग्मा, शर्म की भावना, अपराध, क्रोध, उदासी और अवसाद का अनुभव होने की सूचना दी जाती है (कैरोल एट अल। जोसेफ एट अल, 2017; शुटज़मैन एट अल, 2009)। सामान्य आबादी की तुलना में इस आबादी में मनोवैज्ञानिक समस्याओं के उच्च स्तर देखे जाते हैं (लियाओ एंड सिममंड्स, 2014; डी व्रीस एट अल। इसके अलावा, अपने बच्चे के निदान के लिए स्टिग्मा और समायोजन के माता-पिता के डर को नैदानिक टीम द्वारा अनदेखा नहीं किया जाना चाहिए। माता-पिता नैदानिक निर्णय लेने के प्रबंधन में उनकी सहायता करने के लिए सहायक परामर्श से लाभान्वित हो सकते हैं (फ्लेमिंग एट अल। रोल्स्टन एट अल, 2015; टिमरमन्स एट अल, 2019) के साथ-साथ अपने बच्चे के दृष्टिकोण पर नैदानिक निर्णयों के प्रभाव को समझना (क्रिसमैन एट अल। फेडेल एट अल, 2010)।

(2005) ने पाया कि बार-बार जननांग परीक्षाएं शर्म, भय और दर्द के साथ सहसंबद्ध होती हैं और जीवन में बाद में पोस्ट-ट्रॉमेटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर (पीटीएसडी) विकसित करने की संभावना बढ़ सकती हैं (अलेक्जेंडर एट अल। मनी एंड लैमज़, 1987)। बार-बार जननांग परीक्षाओं के संपर्क में आना, चिकित्सा हस्तक्षेप का डर, और अंतर जेंडर वर्ग होने के बारे में माता-पिता और चिकित्सक गोपनीयता अंततः अंतर-जेंडरता वाले व्यक्ति के आत्म-सशक्तिकरण और आत्मसम्मान को कम करती है (मेयर-बहलबर्ग एट अल। थायन एट अल, 2005; टिशेलमैन एट अल, 2017; वैन डी ग्रिफ्ट, कोहेन-केटेनिस एट अल। प्रतिकूल मनोवैज्ञानिक दुष्प्रभावों को कम करने के लिए जननांग परीक्षाओं का संचालन करने के तरीके पर सिफारिशों के लिए देखें टिशेलमैन एट अल।

अंतर जेंडर वर्ग समुदाय के भीतर स्टिग्मा को कम करने और अंतर जेंडर लोगों को चिकित्सा विसंगतियों और जिज्ञासाओं के रूप में देखने के बजाय मानवाधिकारों और गरिमा को वापस करने के लिए एक सक्रिय आंदोलन है (योग्यकार्ता सिद्धांत, 2007, 2017)। चेस (2003) अंतर जेंडर वकालत आंदोलन के लिए प्रमुख कारणों को संक्षेप में प्रस्तुत करता है और रेखांकित करता है कि स्टिग्मा और भावनात्मक आघात अज्ञानता और गोपनीयता की कथित आवश्यकता का परिणाम कैसे हैं। अंतर

जेंडर स्थितियों के बारे में सार्वजनिक जागरूकता बहुत सीमित है, और अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों की छवियों और इतिहास को अभी भी "प्रकृति की असामान्यताओं" के रूप में प्रस्तुत किया जाता है। इसलिए, हम एचसीपी को अपने सहयोगियों, अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों, उनके परिवारों और समुदायों को सक्रिय रूप से शिक्षित करने, सार्वजनिक जागरूकता बढ़ाने और अंतर जेंडरता के बारे में ज्ञान बढ़ाने की सलाह देते हैं। अंतरजेंडरता के बारे में सामाजिक जागरूकता और ज्ञान भेदभाव और स्टिग्मा को कम करने में मदद कर सकता है। उपकरण और शिक्षा / सूचना सामग्री भी अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों को उनकी स्थिति का खुलासा करने में मदद कर सकती है, यदि वांछित है (अन्स्ट एट अल।

एचसीपी को अपने ग्राहकों (मेयर-बहलबर्ग एट अल, 2018) में स्टिग्मा को पहचानने और संबोधित करने में सक्षम होना चाहिए और विभिन्न उम्र के अंतरजेंडरता वाले लोगों को सहायता समूहों के माध्यम से जुड़ने के लिए प्रोत्साहित करना चाहिए। अंतर जेंडर से संबंधित स्टिग्मा से निपटने के लिए ग्राहकों की सहायता के लिए विशिष्ट तकनीकों / तरीकों को विकसित करने की आवश्यकता है।

#### कथन 10.7

**हमारा सुझाव है कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर अंतरजेंडरता वाले बच्चों / व्यक्तियों और उनके परिवारों को मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों के साथ-साथ सहकर्मी और अन्य मनोसामाजिक समर्थन के रूप में संदर्भित करते हैं।**

लगभग सभी माता-पिता के लिए, अंतर जेंडरता वाले बच्चे का जन्म पूरी तरह से अप्रत्याशित है और एक झटके के रूप में आता है। सर्वव्यापी प्रश्न का तुरंत जवाब देने में उनकी असमर्थता, "क्या आपका बच्चा लड़का या लड़की है?", बच्चे की स्थिति के बारे में उनकी जानकारी की कमी, बच्चे के भविष्य के बारे में अनिश्चितता, और व्यापक अंतर जेंडर स्टिग्मा संकट का कारण बनने की संभावना है, कभी-कभी पीटीएसडी के स्तर तक और लंबे समय तक चिंता और अवसाद का कारण बन सकता है (पास्टरस्की एट अल। 2014; रॉबर्ट्स एट अल, 2020; विस्निवस्की और सैंडबर्ग, 2015)। यह स्थिति माता-पिता की देखभाल और अंतर जेंडरता वाले अपने बच्चे के दीर्घकालिक आउट-अप को प्रभावित कर सकती है (श्वेज़र एट अल। जैसे-जैसे ये बच्चे बड़े होते हैं, उन्हें जीवन के सभी क्षेत्रों (मेयर-बहलबर्ग एट अल, 2018) में अपने तीन प्रमुख रूपों (अधिनिमित्त, प्रत्याशित, आंतरिक) में अंतर जेंडर स्टिग्मा

का अनुभव करने का खतरा होता है, साथ ही शरीर की छवि की समस्याओं, जेंडर-असामान्य व्यवहार और जेंडर आइडेंटिटी पूछताछ जैसी अन्य संभावित कठिनाइयों के साथ। कई लोगों को उनके निर्दिष्ट जेंडर वर्ग और जैविक विशेषताओं जैसे कि यौन कैरियोटाइप, गोनेड्स, अतीत और / या वर्तमान सेक्स-हार्मोनल परिवेश, और प्रजनन पथ के संयोजन के बीच असंगतता की जागरूकता द्वारा प्रस्तुत अतिरिक्त चुनौती का सामना करना पड़ सकता है। यह स्थिति व्यक्तियों के मानसिक स्वास्थ्य पर भी प्रतिकूल प्रभाव डाल सकती है (गॉडफ्रे, 2021; मेयर-बहलबर्ग, 2022)। एलजीबीटीक्यू युवाओं के एक बहुत बड़े नमूने के हालिया ऑनलाइन अध्ययन ने संकेत दिया कि एलजीबीटीक्यू युवा जिन्होंने खुद को शारीरिक अंतर जेंडर भिन्नता के रूप में वर्गीकृत किया था, उनमें मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं की दर थी जो अंतर जेंडरता के बिना एलजीबीटीक्यू युवाओं में दर से अधिक थी (ट्रेवर प्रोजेक्ट, 2021)। चूंकि अंतर जेंडर स्थितियां दुर्लभ हैं, ऐसे बच्चों के माता-पिता और बाद में व्यक्ति स्वयं अपनी स्थिति को अद्वितीय और दूसरों के लिए बहुत मुश्किल अनुभव कर सकते हैं। इस प्रकार, नैदानिक अनुभव के आधार पर, अंतर जेंडर देखभाल में अनुभवी एचसीपी के बीच एक आम सहमति है, कि सामाजिक समर्थन अंतर जेंडर देखभाल का एक महत्वपूर्ण संयोजन है, न केवल एमएचपी (पास्टरस्की एट अल, 2010) द्वारा पेशेवर समर्थन के माध्यम से, बल्कि महत्वपूर्ण रूप से, अंतर जेंडर स्थितियों वाले व्यक्तियों के सहायता समूहों के माध्यम से (बाराट्ज़ एट अल। कुल एंड सिममंड्स, 2010; ह्यूजेस एट अल, 2006; लैम्पलज़र एट अल। डीएसडी और अंतर जेंडर सहकर्मि सहायता और वकालत समूहों की एक विस्तृत अंतरराष्ट्रीय सूची उनकी वेबसाइटों के साथ ली, नॉर्डेनस्ट्रॉम एट अल (2016) द्वारा समर्थित की गई है। अंतर जेंडर स्थितियों और उपचार आहार की विविधता को देखते हुए, अंतर जेंडरता वाले व्यक्ति को एक सहायता समूह के साथ जुड़ना सबसे उपयोगी लग सकता है जिसमें व्यक्ति के समान या समान स्थिति वाले सदस्य शामिल होते हैं। यह महत्वपूर्ण है कि अंतर जेंडर देखभाल में विशेषज्ञता रखने वाले एचसीपी भी ऐसे सहायता समूहों के साथ मिलकर सहयोग करते हैं ताकि देखभाल के विशिष्ट पहलुओं के बारे में राय में कभी-कभी मतभेदों को विस्तृत चर्चा के माध्यम से हल किया जा सके। एचसीपी और सहायता समूहों के बीच घनिष्ठ संपर्क भी समुदाय-आधारित भागीदारी अनुसंधान की सुविधा प्रदान करते हैं जो दोनों पक्षों को लाभान्वित करते हैं।

### कथन 10.8

**हम अनुमोदन करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर व्यक्ति की जेंडर वर्ग पहचान, आयु और अद्वितीय चिकित्सा परिस्थितियों के संदर्भ में युवावस्था दमन और / या हार्मोनल उपचार विकल्पों के बारे में अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों और उनके परिवारों को परामर्श देते हैं।**

जबकि अंतर जेंडरता वाले कई लोगों के पास अपने एक्सएक्स या एक्सवाई कैरियो-प्रकार के अनुरूप जेंडर वर्ग पहचान है, पर्याप्त विषमता है कि एचसीपी को अनुकूलित दृष्टिकोण प्रदान करने में सक्षम होना चाहिए। उदाहरण के लिए, सीएचएच वाले एक्सएक्स व्यक्तियों में, अपेक्षित से बड़े अल्पसंख्यक की पुरुष जेंडर वर्ग पहचान होती है (डेसेंस एट अल। आंशिक एण्ड्रोजन असंवेदनशीलता वाले एक्सवाई व्यक्तियों में, जेंडर वर्ग पहचान काफी भिन्न हो सकती है (बाबू और शाह, 2021)। इसके अलावा, एक्सवाई व्यक्तियों में 5-रिडक्टेस -2 (5 $\alpha$ -RD-2) की कमी और 17-बीटा-हाइड्रॉक्सीस्टेराडिड डिहाइड्रोजेनेज -3 की कमी के साथ, जिन्हें जन्म के समय महिला जेंडर वर्ग सौंपा जाता है, एक बड़ा अंश (क्रमशः 56-63% और 39-64%) उम्र के रूप में एक विशिष्ट महिला जेंडर वर्ग भूमिका से एक विशिष्ट पुरुष जेंडर वर्ग भूमिका में बदल जाता है (कोहेन-केटेनिस, 2005)।

अंतर जेंडरता वाले लोगों के पास उनकी जेंडर वर्ग पहचान और शरीर रचना विज्ञान के साथ इसके संरेखण के आधार पर चिकित्सा विकल्पों की एक विस्तृत श्रृंखला खुली है। इन विकल्पों में यौवन दमन दवा, हार्मोनल उपचार और शल्य चिकित्सा शामिल हैं, सभी व्यक्ति की अनूठी परिस्थितियों के लिए अनुकूलित हैं (वीनंड एंड सेफर, 2015; सुरक्षित और तांगप्रिचा, 2019) (अधिक जानकारी के लिए अध्याय 6-किशोर और अध्याय 12- हार्मोन थेरेपी देखें)। विशेष रूप से, जब कार्यात्मक गोनाड मौजूद होते हैं, तो गोनाडोट्रोपिन-रिलीजिंग हार्मोन (जीएनआरएच) एनालॉग्स का उपयोग करके युवावस्था को अस्थायी रूप से निलंबित किया जा सकता है। इस तरह का हस्तक्षेप हो सकता है

जेंडर वर्ग पहचान का पता लगाने में सक्रिय रूप से भाग लेने के लिए व्यक्ति द्वारा सही समय पर आवश्यक सूचना होने की सुविधा प्रदान करना, विशेष रूप से उन स्थितियों के लिए जिनमें जेंडर वर्ग भूमिका परिवर्तन आम है (यानी, 5-आरडी -2 की कमी वाले महिला पहचान वाले व्यक्तियों में; कोचेटी, रिस्टोरी, माज़ोली एट अल। फिशर, कैस्टेलिनी एट अल।) एचसीपी,

व्यक्तियों और उनके परिवारों को सीधे परामर्श दे सकते हैं. यदि प्रदाताओं के पास पर्याप्त विशेषज्ञता है और चुने हुए चिकित्सीय विकल्प को लागू करने में शामिल व्यक्ति और साधन दोनों के लिए उपयुक्त हैं, तो वो उपचार के पाठ्यक्रम को निर्धारित करने के लिए आवश्यक विशेषज्ञता का लाभ उठा सकते हैं।

#### कथन 10.9

**हम सुझाव देते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर माता-पिता और अंतर जेंडरता वाले बच्चों (जब संज्ञानात्मक रूप से पर्याप्त रूप से विकसित होते हैं) को जेंडर अफर्मिंग जननांग शल्य चिकित्सा, गोनाडल शल्य चिकित्सा, या दोनों में देरी करने के लिए परामर्श देते हैं, ताकि बच्चों के आत्मनिर्णय और सूचित सहमति के आधार पर निर्णय में भाग लेने की क्षमता को अनुकूलित किया जा सके।**

अंतर्राष्ट्रीय मानवाधिकार संगठनों ने तेजी से अपनी चिंताओं को व्यक्त किया है कि निर्णय लेने में सार्थक रूप से भाग लेने से पहले की गई शल्य चिकित्सा बच्चे के स्वायत्तता, आत्मनिर्णय और खुले भविष्य के मानवाधिकारों को खतरे में डाल सकती है (उदाहरण के लिए, ह्यूमन राइट्स वॉच, 2017)। कई चिकित्सा और अंतर जेंडर वकालत संगठनों के साथ-साथ कई देशों ने इन अंतरराष्ट्रीय मानवाधिकार समूहों में शामिल होकर चिकित्सकीय रूप से संभव होने पर शल्य चिकित्सा की देरी की सिफारिश की है (डाल्के एट अल। विज्ञान, इंजीनियरिंग और चिकित्सा की राष्ट्रीय अकादमियां, 2020)। हालांकि, कुछ शारीरिक भिन्नताओं पर ध्यान देना महत्वपूर्ण है, जैसे कि मूत्र प्रवाह में बाधा या श्रोणि अंगों के संपर्क में, शारीरिक स्वास्थ्य के लिए एक आसन्न जोखिम पैदा करते हैं (मॉरिक्वांड एट अल। अन्य, जैसे मासिक धर्म की रुकावट या अनचाहे वृषण में दीर्घकालिक घातक जोखिम, अंततः शारीरिक परिणाम होते हैं। विविधताओं का एक तीसरा समूह, यानी, बाहरी जननांगों की उपस्थिति या योनि की गहराई में भिन्नता, कोई तत्काल या दीर्घकालिक शारीरिक जोखिम पैदा नहीं करती है। उपरोक्त सिफारिश केवल उन शारीरिक भिन्नताओं को संबोधित करती है, जिनका इलाज नहीं किया जाता है, तो तत्काल प्रतिकूल शारीरिक परिणाम नहीं होते हैं और जहां शल्य चिकित्सा उपचार में देरी से कोई शारीरिक स्वास्थ्य जोखिम नहीं होता है।

इन विविधताओं वाले व्यक्तियों के लिए गैर-तत्काल शल्य चिकित्सा देखभाल जटिल है और अक्सर विवादित होती है, खासकर जब कोई व्यक्ति एक शिशु या छोटा बच्चा होता है और अभी तक निर्णय लेने की प्रक्रिया में भाग नहीं ले सकता है।

अंतर-कामुकता वाले वृद्ध लोगों ने मनोसामाजिक और यौन स्वास्थ्य समस्याओं की सूचना दी है, जिसमें अवसाद, चिंता और यौन और सामाजिक स्टिग्मा शामिल हैं (डी व्रीस एट अल। रोसेनवोल-मैक एट अल। कुछ अध्ययनों ने सुझाव दिया है कि एक विशिष्ट भिन्नता (जैसे, 46,एक्स एक्स सीएएच) वाले व्यक्ति किशोरावस्था से पहले की जा रही शल्य चिकित्सा से सहमत हैं (बेनेक एट अल। हाल के अध्ययनों से पता चलता है कि कुछ किशोर और वयस्क बचपन की शल्य चिकित्सा के बाद जननांगों की उपस्थिति और कार्य से संतुष्ट हैं (रैप एट अल। एक बच्चे का जननांग अंतर माता-पिता के लिए तनाव का स्रोत भी बन सकता है, और ऐसे शोध हैं जो माता-पिता के संकट में सीमित मात्रा में कमी के साथ बाइनरी जननांगों को बनाने के लिए शल्य चिकित्सा के सहसंबंध की रिपोर्ट करते हैं (वोल्फ-क्रिस्टेनसेन एट अल। नतीजतन, कुछ संगठन बहुत छोटे बच्चों को शल्य चिकित्सा की पेशकश करने की सलाह देते हैं (अमेरिकन यूरोलॉजिकल एसोसिएशन, 2019; बाल चिकित्सा एंडोक्राइन सोसाइटी, 2020)।

यह प्रारंभिक जननांग शल्य चिकित्सा के लिए अपने प्रबंधन दिशानिर्देशों के बारे में चिकित्सा क्षेत्र के भीतर विभाजन को दर्शाता है। इस अध्याय के लेखक भी पूरी सहमति तक नहीं पहुंचे। कुछ अंतर जेंडर विशेषज्ञ तत्काल चिकित्सा जोखिमों के बिना जननांग भिन्नताओं के लिए प्रारंभिक जननांग शल्य चिकित्सा के सार्वभौमिक स्थगन पर जोर देने के लिए संभावित रूप से हानिकारक मानते हैं। इस दृष्टिकोण का समर्थन करने वाले कारणों में शामिल हैं 1) अंतर जेंडर स्थितियां प्रकार और गंभीरता के साथ-साथ संबंधित गोनाडल संरचना, कार्य और घातक जोखिम के संबंध में अत्यधिक विषम हैं; 2) समाज और परिवार जेंडर वर्ग मानदंडों और अंतर जेंडर स्टिग्मा क्षमता में काफी भिन्न होते हैं; 3) प्रारंभिक शल्य चिकित्सा कुछ तकनीकी लाभ पेश कर सकती है; और 4) अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों के सर्वेक्षणों की समीक्षा (जिनमें से अधिकांश पहले जननांग शल्य चिकित्सा से गुजर चुके थे) से पता चलता है कि सहमति की उम्र से पहले अधिकांश शल्य चिकित्सा का समर्थन करते हैं, खासकर 46,एक्स एक्स सीएएच वाले व्यक्तियों के मामले में और एक्स वाई अंतर जेंडर स्थितियों वाले व्यक्तियों के लिए कम दृढ़ता से (मेयर-बहलबर्ग, 2022)। इस दृष्टिकोण का समर्थन करने वाले विशेषज्ञ जननांग शल्य चिकित्सा और इसके समय के बारे में निर्णय लेने के लिए एक व्यक्तिगत दृष्टिकोण का आह्वान करते हैं। इस दृष्टिकोण को अंतर जेंडर

विशेषज्ञों की उच्च दर वाले चिकित्सा समाजों द्वारा अपनाया गया है (बैंगलोर कृष्णा एट अल। बाल चिकित्सा एंडोक्राइन सोसाइटी, 2020; स्पीसर एट अल, 2018; स्टार्क एट अल, 2019) और कुछ सहायता संगठनों (केयर्स फाउंडेशन; क्रेगे एट अल, 2019)। बहरहाल, दीर्घकालिक परिणाम अध्ययन सीमित हैं और सकारात्मक रिपोर्ट करने वाले अधिकांश अध्ययनों में गैर-सर्जिकल तुलना समूह की कमी है (डाल्के, एट अल। विज्ञान, इंजीनियरिंग और चिकित्सा की राष्ट्रीय अकादमियां, 2020)। इस बात का भी कोई सबूत नहीं है कि शल्य चिकित्सा अंतर जेंडर स्थितियों वाले बच्चों को स्टिग्मा से बचाती है (रोएन, 2019)। अंतर जेंडरता वाले वयस्क अपने जननांग से संबंधित स्टिग्मा, अवसाद और चिंता का अनुभव करते हैं, लेकिन स्टिग्मा का अनुभव भी कर सकते हैं कि उनके पास शल्य चिकित्सा है या नहीं (एडियाती एट अल। मेयर-बहलबर्ग, खुरी एट अल। मेयर-बहलबर्ग एट अल। इस बात के भी सबूत हैं कि शल्य चिकित्सा वयस्कता में विस्तारित महत्वपूर्ण कॉस्मेटिक, मूत्र और यौन जटिलताओं का कारण बन सकती है (गॉंग एंड चेंग, 2017; विज्ञान, इंजीनियरिंग और चिकित्सा की राष्ट्रीय अकादमियां, 2020)। हाल के अध्ययनों से पता चलता है कि व्यक्तियों के कुछ समूहों को गोनाडोक्टॉमी के साथ विशेष रूप से नकारात्मक अनुभव हो सकते हैं, हालांकि इस जोखिम को गोनाडल मैलिगनेंसी के खिलाफ तौला जाना चाहिए (डुरेंटेज एट अल। रैप एट अल, 2021)। अंतर जेंडर स्थितियों वाले लोग भी सामान्य आबादी की तुलना में ट्रांसजेंडर होने, जेंडर वर्ग विविध होने, या जेंडर वर्ग डिस्फोरिया होने की अधिक संभावना रखते हैं (अल्माश्री एट अल। पास्टरस्की एट अल, 2015)। इसलिए छोटे बच्चों की जननांग शल्य चिकित्सा अपरिवर्तनीय रूप से एक द्विआधारी सेक्स असाइनमेंट को मजबूत कर सकती है जो व्यक्तियों के भविष्य के साथ संरेखित नहीं है। ये निष्कर्ष, मानवाधिकार दृष्टिकोण के साथ, शल्य चिकित्सा के निर्णय में देरी के आह्वान का समर्थन करते हैं जब तक कि व्यक्ति उसके लिए निर्णय नहीं ले सकता।

समान अंतर जेंडर वर्ग स्थितियों वाले व्यक्तियों की उन लोगों के साथ तुलना करने के लिए व्यवस्थित दीर्घकालिक अनुवर्ती अध्ययन की तत्काल आवश्यकता है जो शल्य चिकित्सा में उम्र में भिन्न होते हैं या जेंडर वर्ग पहचान, मानसिक स्वास्थ्य और जीवन की सामान्य गुणवत्ता के संबंध में कोई शल्य चिकित्सा नहीं हुई है।

#### कथन 10.10

**हमारा सुझाव है कि केवल अंतर जेंडर वर्ग जननांग या गोनाडल शल्य चिकित्सा में अनुभवी सर्जन अंतर जेंडरता वाले व्यक्तियों पर काम करते हैं।**

अंतर जेंडर स्थितियां दुर्लभ हैं, और अंतर जेंडर जननांग और गोनाडल शरीर रचना विषम हैं। शल्य चिकित्सा महत्वपूर्ण दीर्घकालिक जटिलताओं (जैसे, नेशनल एकेडमी ऑफ साइंसेज, इंजीनियरिंग और मेडिसिन, 2020) के जोखिम से जुड़ी हुई है, और अधिकांश सर्जिकल प्रशिक्षण कार्यक्रम प्रशिक्षुओं को इस विशेष देखभाल (ग्रिमस्टैड, क्रेमेन एट अल, 2021) प्रदान करने के लिए तैयार नहीं करते हैं। जीवनकाल में सर्जिकल देखभाल की जटिलता की मान्यता में, विशेषज्ञ और अंतर्राष्ट्रीय सहमति द्वारा उत्पादित मानक इस देखभाल को विशेषज्ञों की बहु-विषयक टीमों द्वारा प्रदान करने की सलाह देते हैं (क्रेगे एट अल, 2019; ली, नॉर्डेनस्ट्रॉम एट अल। बाल चिकित्सा एंडोक्राइन सोसाइटी, 2020)। इसलिए, हम सलाह देते हैं कि सर्जिकल देखभाल इंटरसेक्स-विशेष, बहु-विषयक सेटिंग्स तक सीमित हो जिसमें अंतर जेंडर देखभाल में अनुभवी सर्जन शामिल हों।

#### कथन 10.11

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो हार्मोनल उपचारों / शल्य चिकित्सा के लिए निर्धारित या संदर्भित कर रहे हैं, अंतर-कामुकता और प्रजनन क्षमता वाले व्यक्तियों और उनके परिवारों को भविष्य की प्रजनन क्षमता पर हार्मोनल उपचार / शल्य चिकित्सा के ज्ञात प्रभावों के बारे में सलाह देते हैं; बी) उपचारों के संभावित प्रभाव जो अच्छी तरह से अध्ययन नहीं किए गए हैं और अज्ञात रिवर्सिबिलिटी के हैं; सी) जैसे की प्रजनन संरक्षण विकल्प; और डी) बांझपन के मनोसामाजिक निहितार्थ।**

कुछ अंतर जेंडर स्थितियों वाले व्यक्तियों में प्रजनन रूप से कार्यात्मक जननांग भी हो सकते हैं लेकिन एटिपिकल गोनाडल विकास के कारण बांझपन का अनुभव होता है। दूसरों के पास व्यवहार्य रोगाणु कोशिकाओं के साथ काम करने वाले गोनाड हो सकते हैं, लेकिन असंगत आंतरिक या बाहरी जननांग (वैन बटाविया एंड कोलोन, 2016) के लिए द्वितीयक प्राकृतिक प्रजनन क्षमता प्राप्त करने में असमर्थता होती है। प्यूबर्टल दमन, सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन के साथ हार्मोनल उपचार, और जेंडर वर्ग पुष्टि शल्य चिकित्सा सभी भविष्य की प्रजनन क्षमता पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकते हैं। उपचार और प्रजनन संरक्षण विकल्पों के संभावित परिणामों की समीक्षा और चर्चा की जानी चाहिए।

कार्यशील वृषण वाले व्यक्तियों को एस्ट्रोजेन और टेस्टोस्टेरोन के दमन के साथ लंबे समय तक उपचार की सलाह दी जानी चाहिए, जैसा कि अंतर जेंडरता के बिना टीजीडी लोगों में अध्ययन किया गया है, वृषण शोष और शुक्राणुओं की संख्या में कमी का कारण बन सकता है (मैटवानन एट अल। यद्यपि हार्मोनल उपचार की पुष्टि करने वाले ऐसे जेंडर वर्ग की रुकावट शुक्राणु की गुणवत्ता में सुधार कर सकती है, वीर्य हानि के पूर्ण उलट की गारंटी नहीं दी जा सकती है (उपदेशदाडे एट अल। कार्यशील वृषण वाले व्यक्तियों के लिए प्रमुख प्रजनन संरक्षण विकल्प हस्तमैथुन या स्पंदन उत्तेजना (डी रु एट अल, 2016) के माध्यम से एकत्र किए गए शुक्राणु का क्रायोप्रीजर्वेशन है। यद्यपि मनुष्यों में सफलता के लिए कोई डेटा नहीं है, लेकिन किशोरों को अपरिपक्व वृषण ऊतक के प्रत्यक्ष वृषण निष्कर्षण और क्रायोप्रीजर्वेशन की पेशकश करने का प्रस्ताव है, जो अभी तक शुक्राणु से नहीं गुजरे हैं (मैटवानन एट अल।

कार्यशील अंडाशय वाले व्यक्तियों को टेस्टोस्टेरोन थेरेपी की सलाह दी जानी चाहिए, जिसके परिणामस्वरूप आमतौर पर, अक्सर चिकित्सा शुरू करने के कुछ महीनों के भीतरमासिक धर्म और ओव्यूलेशन दोनों की समाप्ति होती है। अंडाणुओं और बाद में प्रजनन क्षमता पर टेस्टोस्टेरोन के संभावित प्रभावों के बारे में ज्ञान में प्रमुख अंतराल हैं। ट्रांसजेंडर लोगों में, एक अध्ययन ने बताया कि टेस्टोस्टेरोन उपचार पॉलीसिस्टिक डिम्बग्रंथि आकृति विज्ञान (गिनबर्ग एट अल, 2010) के विकास से जुड़ा हो सकता है। हालांकि, अन्य शोधकर्ताओं को चयापचय (चान एट अल, 2018) या हिस्टोलॉजिकल मापदंडों (डी रु एट अल, 2017) के आधार पर जेंडर वर्ग पुष्टि हार्मोन थेरेपी प्राप्त करने वाले ट्रांसजेंडर पुरुषों के बीच पॉलीसिस्टिक डिम्बग्रंथि सिंड्रोम (पीसीओएस) के सबूत नहीं मिले हैं। एक बरकरार गर्भाशय और कार्यशील अंडाशय वाले व्यक्ति अपनी प्रजनन क्षमता को पुनः प्राप्त कर सकते हैं यदि टेस्टोस्टेरोन थेरेपी बंद कर दी जाती है।

अंतर जेंडरता और कामकाजी अंडाशय वाले पोस्ट-प्यूबर्टल लोगों में प्रजनन संरक्षण विकल्पों में परिपक्व अंडाणु क्रायोप्रीजर्वेशन या डिम्बग्रंथि ऊतक क्रायोप्रीजर्वेशन के लिए हार्मोनल उत्तेजना शामिल है। वैकल्पिक रूप से, टेस्टोस्टेरोन थेरेपी (ग्रीनवालड, 2021) जारी रखने वाले एक ट्रांसजेंडर व्यक्ति के लिए भी उत्तेजित अंडाणु निष्कर्षण की सूचना दी गई है। इसी तरह, डिम्बग्रंथि उत्तेजना के बाद अंडाणु क्रायोप्रीजर्वेशन को जीएनआरएचए थेरेपी प्राप्त करने वाले एक ट्रांस-जेंडर लड़के में

रिपोर्ट किया गया है (रोथेनबर्ग एट अल। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि डिम्बग्रंथि उत्तेजना, जीएनआरएचए की अस्थायी समाप्ति, टेस्टोस्टेरोन उपचार, या दोनों, साथ ही स्त्री रोग संबंधी प्रक्रियाएं, सभी व्यक्तियों के लिए मनोवैज्ञानिक रूप से परेशान हो सकती हैं, तनाव प्रतिक्रिया मानसिक स्वास्थ्य, जेंडर वर्ग पहचान और अन्य चिकित्सा अनुभव से प्रभावित हो सकती हैं। कुछ हस्तक्षेपों की प्रयोज्यता संभावित भागीदारों सहित व्यक्ति के सामाजिक नेटवर्क में अन्य लोगों के समर्थन पर निर्भर हो सकती है।

#### कथन 10.12

**हम सुझाव देते हैं कि अंतर जेंडरता और जन्मजात बंध्यता वाले व्यक्तियों के अभिभावकों को स्वास्थ्य कर्मचारी, परिवार बनाने के विभिन्न विकल्पों से परिचित कराते हैं।**

अंतर जेंडर विशेषताओं वाले लोगों के लिए, बांझपन की संभावना को बचपन, बचपन, किशोरावस्था के साथ-साथ, पहले गर्भ धारण करने के प्रयासों में संलग्न हुए बिना वयस्कता में पहचाना जा सकता है, । कई व्यक्तियों के लिए, बांझपन का निदान अंतर जेंडर निदान (जोन्स, 2019) के साथ होता है। कुछ व्यक्तियों के लिए, सहायक हेटरोलॉगस निषेचन (जैसे, अंडाणु या शुक्राणु दान) एक विकल्प हो सकता है। अनुकूलित करने के कई रास्ते मौजूद हैं। कुछ को प्रतिबद्धता और समय के काफी निवेश की आवश्यकता हो सकती है। जो व्यक्ति या तो पहले वर्णित प्रजनन क्षमता प्राप्त करने के प्रयासों में संलग्न होने में रुचि नहीं रखते हैं या जिनके लिए प्रजनन क्षमता संभव नहीं है, वे गोद लेने और वैकल्पिक पितृत्व के लिए उपलब्ध विकल्पों के शुरुआती संपर्क से लाभ उठा सकते हैं। जबकि मुलेरियन एजेनेसिस (रिचर्ड्स एट अल, 2021) वाले लोगों में गर्भाशय प्रत्यारोपण को प्रारंभिक सफलता मिली है, आज तक कोई प्रोटोकॉल नहीं है जो प्रत्यारोपण अस्वीकृति से बचने के लिए उपयोग की जाने वाली दवाओं से जुड़े जोखिमों के लिए विकासशील भ्रूण के संपर्क से बचता है।

## अध्याय 11 संस्थागत वातावरण

यह अध्याय संस्थानों में रहने वाले ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध (टीजीडी) व्यक्तियों की देखभाल को संबोधित करता है। परिभाषा के अनुसार, संस्थान ऐसी सुविधाएं या प्रतिष्ठान हैं जिनमें लोग एक सामूहिक या बड़े समूह परिवेश में रहते हैं और देखभाल प्राप्त करते हैं, जहां व्यक्तियों को गति, व्यक्तिगत सहमति या एजेंसी की स्वतंत्रता हो सकती है या नहीं भी हो सकती है। कार्सेरल सुविधाएं (सुधारात्मक सुविधाएं, आप्रवासन निरोध केंद्र, जेल, किशोर निरोध केंद्र) और कोई कार्सेरल सुविधाएं (दीर्घकालिक देखभाल सुविधाएं, रोगी मनोरोग सुविधाएं, घरेलू सुविधाएं, धर्मशाला / उपशामक देखभाल, सहायक रहने की सुविधाएं) आवासीय संस्थान हैं जहां ट्रांसजेंडर व्यक्तियों के लिए स्वास्थ्य देखभाल पहुंच प्रदान की जा सकती है। टीजीडी व्यक्तियों की उचित देखभाल के अधिकांश सबूत कार्सेरल सेटिंग्स से आते हैं। हालांकि, यहां रखी गई सिफारिशें उन सभी संस्थानों पर लागू होती हैं जिनमें टीजीडी व्यक्ति होते हैं, दोनों कार्सेरल और कार्सेरल नहीं (पोर्टर एट अल। देखभाल के मानकों की सभी सिफारिशें दोनों प्रकार के संस्थानों में रहने वाले लोगों पर समान रूप से लागू होती हैं। लोगों को एक संस्थान (ब्राउन, 2009) के भीतर उनकी आवास की स्थिति के बावजूद

इन चिकित्सकीय रूप से आवश्यक उपचारों तक पहुंच होनी चाहिए। एक संस्थागत व्यक्ति की देखभाल को यह विचार करना चाहिए कि व्यक्ति के पास वह पहुंच नहीं है जो गैर-संस्थागत व्यक्तियों को अपने दम पर देखभाल हासिल करने के लिए है। इस कारण से, संस्थागत व्यक्तियों को वर्ल्ड प्रोफेशनल एसोसिएशन फॉर ट्रांसजेंडर हेल्थ (डब्ल्यूपीएटीएच) द्वारा स्थापित देखभाल के मानकों को प्राप्त करने में सक्षम होने में समर्थित होना चाहिए।

कार्सेरल सुविधाओं में टीजीडी निवासी चिकित्सकीय रूप से आवश्यक ट्रांसजेंडर-विशिष्ट स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच की कमी की रिपोर्ट करते हैं (अध्याय 2- वैश्विक प्रयोज्यता, कथन 2.1 देखें), जिसे जेल में रहने के दौरान उनकी नंबर एक चिंता के रूप में स्थान दिया गया है (ब्राउन, 2014; ब्राउन, 2014) एमर एट अल, 2011)। कई कार्सेरल वातावरण (साँयर, 2020) में निहित प्रणालीगत नस्लीय असमानताएं, स्वास्थ्य परिणामों में नस्लीय असमानताएं (नोओटनी एट अल, 2017), और कुछ सुविधाओं में रंग के टीजीडी लोगों का अधिक प्रतिनिधित्व (रीसनर एट अल। नियंत्रित अध्ययन ट्रांसजेंडर लोगों के मिलान समूहों की तुलना में न्याय-शामिल ट्रांसजेंडर लोगों के लिए नैदानिक रूप से महत्वपूर्ण स्वास्थ्य और मानसिक स्वास्थ्य असमानताओं को दिखाते हैं, जिन्हें कैद या जेल नहीं किया गया

### अनुमोदन के कथन

- 11.1- हम संस्थानों (या संस्थानों या एजेंसियों से जुड़े) में रहने वाले व्यक्तियों को जेंडर अफर्मिंग देखभाल प्रदान करने के लिए जिम्मेदार स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सिफारिश करते हैं, जो एसओसी -8 की सिफारिशों की पूरी सूची को संस्थानों में रहने वाले लोगों पर समान रूप से लागू करते हैं।
- 11.2- हमारा सुझाव है कि संस्थान सभी कर्मचारियों को जेंडर वर्ग विविधता पर प्रशिक्षण प्रदान करते हैं।
- 11.3- हम उन चिकित्सा पेशेवरों की सलाह देते हैं जो संस्थानों में रहने वाले टीजीडी व्यक्तियों के लिए हार्मोन निर्धारित करने और निगरानी करने के लिए जिम्मेदार हैं, जिन्हें जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी की आवश्यकता होती है, वे अनुचित देरी के बिना और एसओसी -8 के अनुसार ऐसा करते हैं।
- 11.4- हम संस्थानों में रहने वाले टीजीडी व्यक्तियों को स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए जिम्मेदार कर्मचारियों और पेशेवरों की सिफारिश करते हैं और अनुचित देरी के बिना व्यक्ति द्वारा मांगे जाने पर एसओसी -8 के अनुसार जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल उपचार की सिफारिश और समर्थन करते हैं।
- 11.5- हम प्रशासकों, स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों और टीजीडी व्यक्तियों की देखभाल करने की जिम्मेदारी वाले संस्थानों में काम करने वाले अन्य सभी लोगों को उन व्यक्तियों को अनुमति देने की सलाह देते हैं जो उचित कपड़े और सौंदर्य वस्तुओं का अनुरोध करते हैं ताकि वे अपने जेंडर एक्सप्रेसनके अनुरूप ऐसी वस्तुओं को प्राप्त कर सकें।
- 11.6- हम अनुशासक करते हैं कि सभी संस्थागत कर्मचारी हर समय टीजीडी व्यक्तियों को उनके चुने हुए नामों और सर्वनामों से संबोधित करते हैं।
- 11.7- हम संस्थागत प्रशासकों, स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों और टीजीडी निवासियों के लिए आवास निर्णय लेने के लिए जिम्मेदार अन्य अधिकारियों की सिफारिश करते हैं, जो जन्म के समय केवल उनकी शारीरिक रचना या सेक्स असाइनमेंट के बजाय व्यक्ति की आवास वरीयता, जेंडर वर्ग पहचान और अभिव्यक्ति और सुरक्षा विचारों पर विचार करते हैं।
- 11.8- हम संस्थागत कर्मियों को आवास नीतियां स्थापित करने की सलाह देते हैं जो इन व्यक्तियों को अलग या अलग किए बिना टीजीडी निवासियों की सुरक्षा सुनिश्चित करते हैं।
- 11.9- हम संस्थागत कर्मियों को टीजीडी निवासियों को अनुरोध पर शॉवर और शौचालय सुविधाओं के निजी उपयोग की अनुमति देने की सिफारिश करते हैं।

है (ब्राउन और जोन्स, 2015)। अक्सर देखभाल प्रदान करने वाली एजेंसियों, संरचनाओं और कर्मियों को ज्ञान, प्रशिक्षण और जेंडर वर्ग विविध लोगों की देखभाल करने की क्षमता की कमी होती है (क्लार्क एट अल। धर्मशाला सहित उपशामक देखभाल सेटिंग्स में टीजीडी निवासियों के खिलाफ भेदभाव आम है, और टीजीडी रोगियों या उनके सरोगेट्स की जरूरतों को इन परिवेश (स्टीन एट अल। यह एक कारण है कि महिला समजेंडर, पुरुष समजेंडर, उभयलिंगी और ट्रांसजेंडर (एलजीबीटी) रोगी नर्सिंग होम में प्रवेश करते समय अपनी यौन और / या जेंडर वर्ग पहचान को छिपाने का विकल्प चुन सकते हैं, इस तथ्य के बावजूद कि सुविधा में उनके प्रवेश से पहले वे सार्वजनिक रूप से एलजीबीटी-पहचाने गए व्यक्ति के रूप में रह रहे थे (कैरोल, 2017; कैरोल, 2017) सेराफिन और अन्य, 2013)।

इस अध्याय के सभी कथनों की सिफारिश साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और रोगियों के लाभ और हानि, मूल्यों और वरीयताओं के मूल्यांकन और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता के आधार पर की गई है। कुछ मामलों में, हम मानते हैं कि साक्ष्य सीमित हैं और / या सेवाएं सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं। संस्थानों से संबंधित अधिकांश उपलब्ध साहित्य उन लोगों पर केंद्रित है जो जेलों, या अन्य वातावरण में कैद हैं। अन्य संस्थागत प्रकारों के बारे में साहित्य पर भी विचार किया गया और जहां उपलब्ध हो वहां संदर्भित किया गया। हमें उम्मीद है कि भविष्य की जांच बिना किसी संस्थान के डेटा की इस सापेक्ष कमी को संबोधित करेगी। ऊपर संक्षेप में दी गई सिफारिशें विभिन्न संस्थागत सेटिंग्स के लिए सामान्य हैं, जिनमें सामान्य विशेषताएं हैं, जिनमें रहने की विस्तारित अवधि, या सीमित एजेंसी का नुकसान, और जीवन की कुछ या सभी बुनियादी आवश्यकताओं के लिए संस्थागत कर्मचारियों पर निर्भरता शामिल है।

#### कथन 11.1

**हम संस्थानों (या संस्थानों या एजेंसियों से जुड़े) में रहने वाले व्यक्तियों को जेंडर अफर्मिंग देखभाल प्रदान करने के लिए जिम्मेदार स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सिफारिश करते हैं, एसओसी -8 की सिफारिशों की पूरी सूची को पहचानते हैं, संस्थानों में रहने वाले टीजीडी लोगों पर समान रूप से लागू होते हैं।**

जिस तरह संस्थानों में रहने वाले लोगों को सामान्य रूप से और विशेष क्षेत्रों में मानसिक और चिकित्सा स्वास्थ्य देखभाल की

आवश्यकता होती है और इसके लायक होते हैं, हम मानते हैं कि टीजीडी लोग इन संस्थानों में हैं और इस प्रकार टीजीडी चिंताओं के लिए विशिष्ट देखभाल की आवश्यकता है। हम स्वास्थ्य देखभाल और नैतिकता के बुनियादी सिद्धांतों के रूप में संस्थानों में रहने वाले लोगों के लिए देखभाल के मानकों (एसओसी) के आवेदन की सिफारिश करते हैं (ब्यूचैम्प एंड चाइल्ड्रेस, 2019; पोप और वास्केज़, 2016)। इसके अतिरिक्त, कई अदालतों ने लंबे समय से संस्थानों में रहने वाले लोगों को डब्ल्यूपीएएच एसओसी के आधार पर टीजीडी-सूचित देखभाल प्रदान करने की आवश्यकता को बरकरार रखा है (उदाहरण के लिए, कोसेलिक बनाम मैसाचुसेट्स, 2002; एडमो बनाम इडाहो डिपार्टमेंट ऑफ करेक्शन्स, 2020)। दीर्घकालिक, घरेलु सेवाओं के लिए स्टाफिंग प्रदान करने वाली एजेंसियों को देखभाल के मानकों की प्रयोज्यता के बारे में भी पता होना चाहिए।

#### कथन 11.2

**हमारा सुझाव है कि संस्थान सभी कर्मचारियों को जेंडर वर्ग विविधता पर प्रशिक्षण प्रदान करें।**

क्योंकि टीजीडी देखभाल आबादी के एक छोटे भाग को प्रभावित करती है, इसलिए इस एसओसी संस्करण 8 में उल्लिखित विशेष प्रशिक्षण की आवश्यकता होती है। जबकि संस्थागत सेटिंग के भीतर स्टाफ सदस्य की भूमिका के आधार पर प्रशिक्षण का स्तर अलग-अलग होगा, सभी कर्मचारियों को निवासियों को उचित रूप से संबोधित करने में प्रशिक्षण की आवश्यकता होगी, जबकि अन्य नैदानिक कर्मचारियों को अधिक गहन प्रशिक्षण और / या परामर्श की आवश्यकता हो सकती है। ये प्रशिक्षण सिफारिशें उन एजेंसियों पर भी लागू होती हैं जो घरेलु, दीर्घकालिक देखभाल के लिए स्टाफिंग की आपूर्ति करती हैं। संस्थागत निवासियों को गलत तरीके से पेश करना, जेंडर वर्ग उपयुक्त कपड़ों, शॉवर सुविधाओं या आवास की अनुमति नहीं देना, और चुने हुए नामों का उपयोग नहीं करना टीजीडी निवासियों के लिए सम्मान की कमी को दर्शाता है जो भावनात्मक रूप से दर्दनाक, निराशाजनक और चिंता पैदा करने वाले के रूप में बार-बार अपमान का अनुभव कर सकते हैं। ट्रांसजेंडर से संबंधित स्वास्थ्य देखभाल के मुद्दों में जेंडर वर्ग विविधता और बुनियादी क्षमता पर प्रशिक्षण के साथ सभी संस्थागत कर्मचारियों को प्रदान करके, इन नुकसानों को रोका जा सकता है (हैफोर्ड-लेचफील्ड एट अल। सर्वेक्षणों से संकेत मिलता है कि जेल में बंद व्यक्तियों के साथ-साथ उपशामक देखभाल जैसे किसी भी कार्सेरल सेटिंग्स में श्रमिकों के साथ

काम करने वाले व्यक्तियों में महत्वपूर्ण ज्ञान अंतराल हैं (स्टीन एट अल। व्हाइट एट अल, 2016)। (2017) ने आवासीय दीर्घकालिक देखभाल कर्मचारियों को प्रशिक्षित करने के लिए लाभ दिखाया जब इस तरह के प्रशिक्षण "एलबीजीटी मुद्दों को पहचानने" के साथ शुरू हुआ और "देखभाल घरों" में मौजूद था। यदि असाइन किए गए स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के पास अपने प्रभार के तहत विविध व्यक्तियों का आकलन करने और / या इलाज करने के लिए विशेषज्ञता की कमी है, तो जेंडर अफर्मिंग स्वास्थ्य देखभाल के प्रावधान में विशेषज्ञता वाले पेशेवरों से बाहरी परामर्श मांगा जाना चाहिए (ब्रोमडल एट अल। सेवेलियस और जेनेस, 2017)।

### कथन 11.3

**हम उन संस्थानों में रहने वाले टीजीडी व्यक्तियों के लिए हार्मोन निर्धारित करने और निगरानी करने वाले चिकित्सा पेशेवरों की सलाह देते हैं, जिन्हें जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी की आवश्यकता होती है, वे अनुचित देरी के बिना और एसओसी -8 के अनुसार ऐसा करते हैं।**

टीजीडी व्यक्तियों को जेंडर अफर्मिंग हार्मोनल देखभाल के लिए मूल्यांकन की आवश्यकता वाले संस्थानों में भर्ती कराया जा सकता है या अलग-अलग समय के लिए संस्थागत सेटिंग में रहने के बाद इस आवश्यकता को विकसित कर सकते हैं। टीजीडी व्यक्तियों के लिए ऐसी जरूरतों को ज्ञात करने के बाद महीनों या वर्षों तक हार्मोनल देखभाल तक पहुंच से वंचित होना असामान्य नहीं है या कम इलाज और खराब निगरानी की जाती है, जिससे सुरक्षा और प्रभावकारिता के लिए दवाओं के आवश्यक अनुमापन में देरी होती है (केओहाने, 2018; केओहाने, 2018) कोसिलेक वी। मैसाचुसेट्स, 2002; मोनरो वी। बाल्डविन एट अल। इसके परिणामस्वरूप अवसाद, चिंता, आत्महत्या और सर्जिकल आत्म-उपचार जोखिम (ब्राउन, 2010) शामिल करने के लिए महत्वपूर्ण नकारात्मक मानसिक स्वास्थ्य परिणाम हो सकते हैं। सभी चिकित्सकीय रूप से आवश्यक स्वास्थ्य देखभाल के साथ, जेंडर अफर्मिंग हार्मोन उपचारों तक पहुंच समय पर प्रदान की जानी चाहिए जब टीजीडी निवासी के लिए संकेत दिया जाता है, दोनों कार्सैरल और बिना किसी कार्सैरल संस्थागत वातावरण में। चिकित्सा पेशेवरों को प्रयोगशाला परिणामों और नैदानिक परिणामों के आधार पर हार्मोन को उचित रूप से टाइट करना होगा ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि परिणाम अंतःस्राविकी के क्षेत्र में अनुशंसित मानकों की सीमा के भीतर हैं। ऐसी प्रयोगशालाओं को एक

आवृत्ति पर लिया जाएगा ताकि उचित अनुमापन में देरी न हो। दीर्घकालिक देखभाल सुविधाओं में रहने वाले टीजीडी बुजुर्ग लोगों की अनूठी आवश्यकताएं हैं (बॉयड, 2019; कैरोल, 2017; पोर्टर, 2016)। जब बुजुर्ग व्यक्ति हार्मोनल उपचार का अनुरोध करते हैं, जबकि चिकित्सकों को पहले से मौजूद स्थितियों का आकलन करना चाहिए, शायद ही कभी ऐसी स्थितियां इस आबादी में हार्मोन के प्रशासन का बिल्कुल उल्लंघन करती हैं (एटनर, 2013)। संस्थानों में जेंडर वर्ग असंगति वाले लोगों में सह-मानसिक स्वास्थ्य स्थितियां भी हो सकती हैं (ब्राउन और जोन्स, 2015; ब्राउन एंड जोन्स, 2015) कोल एट अल, 1997)। इन स्थितियों का मूल्यांकन किया जाना चाहिए और समग्र मूल्यांकन के हिस्से के रूप में उचित रूप से व्यवहार किया जाना चाहिए। हार्मोन प्राप्त करने वाले व्यक्तियों को संभावित दवा से इंटरैक्शन और पॉलीफार्मसी (हेमब्री एट अल।

टीजीडी व्यक्ति जो जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी के उचित आहार पर एक संस्थान में प्रवेश करते हैं, उन्हें उसी या समान उपचारों पर जारी रखा जाना चाहिए और एसओसी संस्करण 8 के अनुसार निगरानी की जानी चाहिए। एक "फ्रीज फ्रेम" दृष्टिकोण अनुचित और खतरनाक है (कोसिलेक बनाम मैसाचुसेट्स, 2002)। एक "फ्रीज फ्रेम" दृष्टिकोण उन लोगों को हार्मोन से इनकार करने का आउट मोडेड अभ्यास है जो पहले से ही उन पर नहीं हैं या टीजीडी व्यक्तियों को अपने संस्थागतकरण के दौरान हार्मोन की एक ही खुराक पर रखते हैं जो वे प्रवेश पर प्राप्त कर रहे थे, भले ही वह खुराक एक दीक्षा (कम) खुराक थी। टीजीडी व्यक्तियों को जिन्हें नए जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी के लिए उपयुक्त माना जाता है, उन्हें ऐसी चिकित्सा पर शुरू किया जाना चाहिए जैसे कि वे एक संस्थान के बाहर होंगे (एडम्स बनाम फेडरल ब्यूरो ऑफ प्रिजन्स, नंबर 09-10272 [डी एमओ 7 जून, 2010]; ब्राउन 2009)। चिकित्सकीय रूप से आवश्यक होने पर हार्मोन की अचानक वापसी या हार्मोन थेरेपी की शुरुआत की कमी के परिणामों में नकारात्मक परिणामों की एक महत्वपूर्ण संभावना शामिल है (ब्राउन, 2010; ब्राउन, 2010) सुंडस्ट्रॉम और फील्ड्स वी। फ्रैंक, 2011), जैसे कि ऑटो कैस्ट्रेशन द्वारा सर्जिकल आत्म-उपचार, उदास मनोदशा, जेंडर वर्ग डिस्फोरिया में वृद्धि, और / या आत्महत्या (ब्राउन, 2010; मारुरी, 2011)।

यदि किसी संस्थान में कोई व्यक्ति जेंडर अफर्मिंग हार्मोन और / या शल्य चिकित्सा प्राप्त करता है, तो टीजीडी व्यक्ति की सुरक्षा और कल्याण के लिए सेक्स-अलग सुविधाओं में आवास



के बारे में निर्णयों का पुनर्मूल्यांकन करने की आवश्यकता हो सकती है (न्याय मंत्रालय [यूके], 2016)।

#### कथन 11.4

हम संस्थानों में रहने वाले टीजीडी व्यक्तियों को स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए जिम्मेदार कर्मचारियों और पेशेवरों की सिफारिश करते हैं और अनुचित देरी के बिना, व्यक्ति द्वारा मांगे जाने पर एसओसी -8 के अनुसार जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल उपचार की सिफारिश और समर्थन करते हैं। जेंडर वर्ग डिस्फोरिया वाले टीजीडी लोगों के पास चिकित्सकीय रूप से आवश्यक शल्य चिकित्सा उपचार प्रदान करने के लिए एक उपयुक्त उपचार योजना होनी चाहिए जिसमें संस्थानों के बाहर रहने वाले व्यक्तियों को प्रदान किए गए समान तत्व शामिल हैं (एडम्स बनाम फेडरल ब्यूरो ऑफ प्रिजन्स, नंबर 09-10272 [डी एमओ 7 जून, 2010]; ब्राउन 2009; एडमो बनाम इडाहो डिपार्टमेंट ऑफ करेक्शन्स, 2020)। संस्थानों के निवासियों के लिए जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा तक पहुंच से इनकार या कमी के परिणाम गंभीर हो सकते हैं, जो अपने संस्थानों के बाहर ऐसी देखभाल का उपयोग नहीं कर सकते हैं, जिसमें जेंडर वर्ग डिस्फोरिया के लक्षण, अवसाद, चिंता, आत्महत्या और सर्जिकल आत्म-उपचार की संभावना (जैसे, ऑटो कैस्ट्रेशन या ऑटो पेनेक्टोमी) की संभावना शामिल है; ब्राउन, 2010; एडमो बनाम इडाहो डिपार्टमेंट ऑफ करेक्शन्स, 2020; मारुरी, 2011)। संस्थानों के निवासियों के लिए जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा के लिए मूल्यांकन तक पहुंच से वंचित होना असामान्य नहीं है और साथ ही चिकित्सकीय रूप से आवश्यक होने पर भी उपचार से इनकार किया जाता है (कोसिलेक बनाम मैसाचुसेट्स / डेनेही, 2012; एडमो बनाम इडाहो डिपार्टमेंट ऑफ करेक्शन्स, 2020)। जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल उपचार और आवश्यक देखभाल के लिए चिकित्सकीय रूप से आवश्यक मूल्यांकन से इनकार करना अनुचित है और देखभाल के इन मानकों के साथ असंगत है।

#### कथन 11.5

हम प्रशासकों, स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों और टीजीडी व्यक्तियों की देखभाल करने की जिम्मेदारी वाले संस्थानों में काम करने वाले अन्य सभी लोगों को उन व्यक्तियों को अनुमति देने की सलाह देते हैं जो उचित कपड़े और सौंदर्य वस्तुओं का अनुरोध करते हैं ताकि वे अपने जेंडर एक्सप्रेसनके

#### अनुरूप ऐसी वस्तुओं को प्राप्त कर सकें।

जेंडर एक्सप्रेसनउन लोगों को संदर्भित करती है जिनके पास हेयर स्टाइल, ग्रूमिंग उत्पाद, कपड़े, नाम और सर्वनाम हैं जो उनकी संस्कृति और / या समुदाय में उनकी जेंडर वर्ग पहचान से जुड़े हैं (अमेरिकन साइकोलॉजिकल एसोसिएशन, 2015; हेमब्री एट अल, 2017)। जेंडर एक्सप्रेसनएक संस्कृति या समुदाय के भीतर अधिकांश लोगों के बीच आदर्श है। सामाजिक संक्रमण टीजीडी व्यक्तियों की प्रक्रिया है जो प्रामाणिक और सामाजिक रूप से बोधगम्य तरीकों से अपनी सामान्य पहचान व्यक्त करना शुरू करते हैं और जारी रखते हैं। अक्सर, सामाजिक संक्रमण में व्यवहार और सार्वजनिक प्रस्तुति शामिल होती है जो आमतौर पर जन्म के समय दिए गए कानूनी जेंडर वर्ग मार्कर को सौंपे गए लोगों के लिए अपेक्षित होती है। एक जेंडर वर्ग मार्कर एक व्यक्ति के जेंडर वर्ग के लिए कानूनी लेबल है जिसे आमतौर पर आधिकारिक दस्तावेजों (अमेरिकन साइकोलॉजिकल एसोसिएशन, 2015) पर जन्म के समय सौंपा या नामित किया जाता है। यह आमतौर पर पुरुष या महिला के रूप में दर्ज किया जाता है, लेकिन कुछ देशों और न्यायालयों में अंतर जेंडर या "एक्स" भी है। टीजीडी व्यक्तियों को संस्थागत सेटिंग्स के बाहर और अंदर रहने वाले सिजेंडर लोगों को जेंडर एक्सप्रेसनके समान अधिकारों की आवश्यकता होती है। सामाजिक संक्रमण की कर्मचारियों की स्वीकृति भी सम्मान और पुष्टि का स्वर निर्धारित करती है जो संस्थान में रहने वाले अन्य लोगों के साथ सम्मान और पुष्टि को बढ़ा सकती है, जिससे सुरक्षा बढ़ सकती है और जेंडर वर्ग असंगति के कुछ पहलुओं को कम किया जा सकता है।

अनुसंधान इंगित करता है कि सामाजिक परिवर्तन और संगत जेंडर एक्सप्रेसनका टीजीडी लोगों के मानसिक स्वास्थ्य पर एक महत्वपूर्ण प्रभाव पड़ता है (बॉकिंग एंड कोलमैन, 2007; बोएडेकर, 2018; डेवोर, 2004; ग्लिन एट अल, 2016; रसेल एट अल, 2018)। जेंडर वर्ग पहचान व्यक्त करने की अनुमति देने के लिए, इन सिफारिशों में जेंडर कांग्रुएंस कपड़े और हेयर स्टाइल पहनने, जेंडर -उपयुक्त स्वच्छता और सौंदर्य उत्पादों को प्राप्त करने और उपयोग करने की अनुमति शामिल है, एक चुने हुए नाम या कानूनी अंतिम नाम से संबोधित किया जाना (भले ही अभी तक कानूनी रूप से असाइन किए गए नाम को बदलने में असमर्थ हो), और किसी की पहचान के अनुरूप सर्वनाम द्वारा संबोधित किया जाना। जेंडर एक्सप्रेसनऔर सामाजिक संक्रमण के ये तत्व, व्यक्तिगत रूप से या सामूहिक

रूप से, जैसा कि व्यक्ति की जरूरतों से संकेत मिलता है, जेंडर वर्ग डिस्फोरिया / असंगतता, अवसाद, चिंता, आत्म-नुकसान विचारधारा और व्यवहार, आत्मघाती विचारधारा और प्रयासों को कम करते हैं (रसेल एट अल। इसके अलावा, संगत जीएंडर अभिव्यक्ति के ये तत्व कल्याण और कामकाज को बढ़ाते हैं (ग्लिन एट अल।

#### कथन 11.6

**हम अनुशांसा करते हैं कि सभी संस्थागत कर्मचारी हर समय टीजीडी व्यक्तियों को उनके चुने हुए नामों और सर्वनामों से संबोधित करते हैं।**

यह देखते हुए कि लोगों का बढ़ता प्रतिशत खुले तौर पर जेंडर वर्ग विविध के रूप में पहचान करता है, इन लोगों की जरूरतों को पूरा करने वाली प्रथाओं और नीतियों को विकसित करने और लागू करने की आवश्यकता है, भले ही वे कहीं भी रहते हों (मैककॉली एट अल। उदाहरण के लिए, संस्थानों को अपने निवासियों के लिए चिकित्सा और प्रशासनिक रिकॉर्ड सिस्टम का उपयोग करना चाहिए जो जेंडर वर्ग पहचान के अनुरूप जेंडर वर्ग मार्करों को ट्रैक करते हैं और जन्म के समय सौंपे गए केवल जेंडर वर्ग को नहीं। इन सिफारिशों को विकसित करने में, यह मान्यता थी कि जेंडर वर्ग विस्तार कुछ संस्थागत मानदंडों को चुनौती दे सकता है जहां टीजीडी लोग रहते हैं। हालांकि, सभी संस्थानों की जिम्मेदारी है कि वे वहां रहने वाले सभी व्यक्तियों की सुरक्षा और कल्याण प्रदान करें (ऑस्ट्रेलिया, 2015; ऑस्ट्रेलिया, 2015) सुधारात्मक सेवाएं न्यू साउथ वेल्स, 2015; एडमो बनाम इडाहो डिपार्टमेंट ऑफ करेक्शन्स, 2020; कोसिलेक वी। मैसाचुसेट्स, 2002; एनसीसीएचसी, 2015)। सेवेलियस और सहयोगियों (2020) ने ट्रांसजेंडर महिलाओं के लिए सही सर्वनाम उपयोग का प्रदर्शन किया और सकारात्मक मानसिक स्वास्थ्य और एचआईवी से संबंधित स्वास्थ्य परिणामों के साथ संबंध है। यदि किसी संस्थान के निवासी ने कानूनी रूप से नाम बदल दिए हैं, तो उन परिवर्तनों को प्रतिबिंबित करने के लिए संस्थागत रिकॉर्ड को बदल दिया जाना चाहिए।

#### कथन 11.7

**हम संस्थागत प्रशासकों, स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों और टीजीडी निवासियों के लिए आवास निर्णय लेने के लिए जिम्मेदार अन्य अधिकारियों की सिफारिश करते हैं, जन्म के समय केवल उनकी शारीरिक रचना या सेक्स असाइनमेंट के**

**बजाय व्यक्ति की आवास वरीयता, जेंडर वर्ग पहचान और अभिव्यक्ति और सुरक्षा विचारों पर विचार करते हैं।**

जन्म के समय सौंपे गए जेंडर वर्ग के आधार पर लोगों का अलगाव, संस्थागत सेटिंग्स में लगभग सार्वभौमिक रूप से लागू की गई नीति (ब्राउन और मैकडफी, 2009; रौथ एट अल, 2017), एक स्वाभाविक रूप से खतरनाक वातावरण बना सकता है (लेडेस्मा एंड फोर्ड, 2020)। जेंडर वर्ग विविध लोग स्टिग्मा, उत्पीड़न, उपेक्षा, हिंसा और यौन शोषण के लिए बेहद कमजोर हैं (बैनबरी, 2004; 2004)। बेक, 2014; जेनेस और फेंस्टरमेकर, 2016; माल्किन और डेजोंग, 2018; ओपरा, 2012; स्टीन एट अल। यह प्रणालीगत सेक्स-पृथक कठोरता अक्सर टीजीडी लोगों को सुरक्षित रखने में विफल रहती है और जेंडर अफर्मिंग स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच में बाधा डाल सकती है (स्टोहर, 2015)। नतीजतन, संस्थानों को उन प्रक्रियाओं का पालन करना चाहिए जो नियमित रूप से टीजीडी कैदियों की आवास आवश्यकताओं और वरीयताओं का मूल्यांकन करते हैं (उदाहरण के लिए, फेडरल ब्यूरो ऑफ प्रिजन्स, 2016)। इसी तरह, जेल बलात्कार उन्मूलन अधिनियम विशेष रूप से टीजीडी व्यक्तियों को एक कमजोर आबादी के रूप में उद्धृत करता है और अमेरिका में देश भर की जेलों को इन कैदियों (न्याय सहायता ब्यूरो, 2017) के आवास पर विचार करने का निर्देश देता है।

#### कथन 11.8

**हम संस्थागत कर्मियों को आवास नीतियां स्थापित करने की सलाह देते हैं जो इन व्यक्तियों को अलग या अलग किए बिना ट्रांसजेंडर वर्ग और जेंडर वर्ग विविध निवासियों की सुरक्षा सुनिश्चित करते हैं।**

टीजीडी निवासी के लिए केवल उनके जननांग शरीर रचना विज्ञान या जन्म के समय सौंपे गए जेंडर वर्ग के आधार पर प्लेसमेंट असाइन करना गलत है और लोगों को शारीरिक और / या मनोवैज्ञानिक नुकसान के लिए जोखिम में डालता है (स्कॉट, 2013; स्कॉट, 2013) सिमोपोलोस और खिन, 2014; योना और कटरी, 2020)। यह कार्सेरल सेटिंग्स के भीतर अच्छी तरह से स्थापित है, ट्रांसजेंडर व्यक्तियों को अन्य कैदियों की तुलना में यौन उत्पीड़न, हमला या दोनों होने की अधिक संभावना है (जेम्स एट अल। जेनेस एंड फेंस्टरमेकर, 2016; माल्किन और डेजोंग, 2019)। जबकि प्लेसमेंट निर्णयों को सुरक्षा चिंताओं को संबोधित करने की आवश्यकता होती है, साझा निर्णय लेने जिसमें व्यक्ति का इनपुट शामिल होता है, को मामला-दर-

मामला आधार पर किया जाना चाहिए (फेडरल ब्यूरो ऑफ प्रिजन्स, 2016; फेडरल ब्यूरो ऑफ प्रिजन्स, 2016) जेनेस और स्मिथ, 2011)। कुछ ट्रांसजेंडर महिलाएं पुरुष सुविधा में रहना पसंद करती हैं जबकि अन्य महिला सुविधा में सुरक्षित महसूस करती हैं। जेंडर वर्ग पहचान, अभिव्यक्ति और परिवर्तन की स्थिति की सीमा को देखते हुए जेंडर वर्ग विविध लोगों के बीच इतनी विषम है, निवासियों को सुरक्षित रखने के लिए लचीली निर्णय लेने की प्रक्रियाओं की आवश्यकता होती है (योना और कटरी, 2020)। लंबे समय तक देखभाल में रहने वाले पुराने एलबीजीटी व्यक्तियों में से एक डर रूमेट्स (जबलोन्स्की एट अल। नतीजतन, नर्सिंग होम और सहायक रहने वाली सुविधाओं में आवास को जन्म असाइनमेंट या सर्जिकल इतिहास के संबंध में और टीजीडी रोगी के सहयोग से उनके स्वयं-पहचाने गए जेंडर वर्ग के आधार पर बुजुर्गों को कमरे सौंपने पर विचार करना चाहिए।

एकांत कारावास, जिसे कभी-कभी प्रशासनिक अलगाव के रूप में जाना जाता है, व्यक्तियों के शारीरिक अलगाव को संदर्भित करता है जिसके दौरान वे प्रत्येक दिन लगभग तेईस घंटे के लिए अपनी कोशिकाओं में सीमित होते हैं। अलगाव का उपयोग कुछ कारावास सुविधाओं में एक अनुशासनात्मक उपाय के साथ-साथ उन कैदियों की रक्षा करने के साधन के रूप में नियोजित किया जाता है जिन्हें खुद को या दूसरों के लिए जोखिम माना जाता है या जिन्हें अन्य कैदियों द्वारा यौन हमले का खतरा होता है। हालांकि, यदि आवश्यक हो, तो सुरक्षा चिंताओं के लिए कैदियों को अलग करना संक्षिप्त होना चाहिए, क्योंकि अलगाव गंभीर मनोवैज्ञानिक नुकसान और कामकाज की सकल कठिनाई का कारण बन सकता है (अहल्ट एट अल। शार्फ स्मिथ, 2006)। राष्ट्रीय जेल मानक संगठनों के साथ-साथ संयुक्त राष्ट्र 15 दिनों से अधिक समय तक अलगाव को यातना मानता है (एनसीसीएचसी, 2016; संयुक्त राष्ट्र, 2015)।

#### कथन 11.9

**हम अनुशांसा करते हैं कि संस्थागत कर्मियों ने ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध निवासियों को अनुरोध पर शॉवर और शौचालय सुविधाओं के निजी उपयोग की अनुमति दी।**

जेंडर आइडेंटिटी के बावजूद गोपनीयता की आवश्यकता और महत्व सार्वभौमिक है। टीजीडी व्यक्ति सार्वजनिक टॉयलेट से बचने की रिपोर्ट करते हैं, उनके खाने और पीने की मात्रा को सीमित करते हैं ताकि सार्वजनिक सुविधा का उपयोग न करना पड़े, जिससे अक्सर मूत्र पथ के संक्रमण और गुर्दे से संबंधित

समस्याएं होती हैं (जेम्स एट अल। संस्थानों में टीजीडी व्यक्तियों को अक्सर बाथरूम और शॉवर के उपयोग में गोपनीयता से वंचित किया जाता है, जिसके परिणामस्वरूप मनोवैज्ञानिक नुकसान और / या शारीरिक और यौन शोषण हो सकता है (बार्टल्स और लिंच, 2017; ब्राउन, 2014; कुक-डेनियल, 2016; मान, 2006)। इसी तरह, कार्सेरल वातावरण में, पैट डाउन, स्ट्रिप सर्च और बॉडी कैविटी सर्च एक ही जेंडर वर्ग के स्टाफ सदस्यों द्वारा आयोजित किए जाने चाहिए, इस समझ के साथ कियह चरम आपात स्थिति में संभव नहीं हो सकता है। अन्य कर्मचारियों द्वारा खोजों को देखने से बचना चाहिए (न्याय सहायता ब्यूरो, 2017)। जेल में बंद ट्रांसजेंडर लोगों के लिए शॉवर और शौचालय सुविधाओं का निजी उपयोग भी कुछ कानूनों द्वारा आवश्यक है, उदाहरण के लिए अमेरिका में संयुक्त राज्य अमेरिका का संघीय जेल बलात्कार उन्मूलन अधिनियम।

वृद्ध टीजीडी व्यक्तियों की आबादी, जिन्हें संस्थानों द्वारा सेवा की आवश्यकता है, बढ़ रही है (कैरोल, 2017; कैरोल, 2017) विटेन एंड आइलर, 2016)। उम्र बढ़ने की जरूरतों को पूरा करने वाली कई दीर्घकालिक देखभाल और अन्य सुविधाओं को अपने गैर-सिजेंडर निवासियों की जरूरतों पर विचार करने की आवश्यकता है (एटनर, 2016; एटनर, 2016) एटनर एंड विली, 2016)। धर्मशाला और उपशामक देखभाल सेटिंग्स के साथ-साथ अन्य दीर्घकालिक देखभाल सुविधाओं में बुजुर्गों के साथ काम करने वाले एचसीपी के सर्वेक्षण उन रोगियों की रिपोर्ट करते हैं जो टीजीडी के रूप में पहचान करते हैं, अक्सर अपनी बुनियादी जरूरतों को पूरा नहीं करते हैं, उनकी चिकित्सा देखभाल पहुंच के खिलाफ हैं, या शारीरिक और / या भावनात्मक रूप से दुर्व्यवहार किया जाता है (स्टीन एट अल। इस आबादी के सामने आने वाले मुद्दों के साथ या समझ। दरअसल, कई बुजुर्ग टीजीडी ने असंवेदनशील उपचार या स्पष्ट भेदभाव के डर के सामने झुकते हुए अपनी जेंडर वर्ग पहचान को छिपाने की बात स्वीकार की (कार्टराइट एट अल। कुक-डेनियल, 2016; ग्रांट एट अल, 2012; हॉर्नर एट अल, 2012; ओरेल एंड फ्रुहौफ, 2015)।

## अध्याय 12 हार्मोन थेरेपी

ट्रांसजेंडर और जेंडर डाइवर्स (टीजीडी) व्यक्ति चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर-अफर्मिंग की आवश्यकता हो सकती है। परिवर्तन प्राप्त करने के लिए हार्मोन थेरेपी (जीएचटी). उनके अवतार लक्ष्यों, जेंडर आइडेंटिटी, या दोनों (चिकित्सकीय रूप से आवश्यक विवरण देखें अध्याय 2 में-वैश्विक प्रयोज्यता, कथन 2.1)। यह अध्याय हार्मोन का वर्णन करता है। टीजीडी वयस्कों के लिए चिकित्सा सिफारिशें और किशोर. कृपया अध्याय 5 देखें- वयस्कों और अध्याय 6-किशोरों का मूल्यांकन दीक्षा से संबंधित मूल्यांकन मानदंड के लिए वयस्कों और किशोरों के लिए हार्मोन थेरेपी, क्रमशः। सिफारिशों का सारांश और मूल्यांकन मानदंड यहां पाए जा सकते हैं (परिशिष्ट डी) ।

जब से 1979 में वर्ल्ड प्रोफेशनल एसोसिएशन फॉर ट्रांसजेंडर हेल्थ (डब्ल्यूपीएटीएच) मानकों की देखभाल (एसओसी) के लिए पहली बार प्रकाशित किया गया था और एसओसी संस्करण 7 सहित एसओसी के बाद के अपडेट में, जीएचटी को चिकित्सकीय रूप से आवश्यक के रूप में स्वीकार किया गया है (कोलमैन एट अल., 2012)। ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध (टीजीडी) व्यक्तियों को अपने अवतार लक्ष्यों, जेंडर वर्ग पहचान, या दोनों के अनुरूप परिवर्तन प्राप्त करने के लिए चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी (जीएचटी) की आवश्यकता हो सकती है (अध्याय 2- वैश्विक प्रयोज्यता, कथन 2.1 में चिकित्सकीय रूप से आवश्यक कथन देखें)। यह अध्याय टीजीडी वयस्कों और किशोरों के लिए हार्मोन थेरेपी सिफारिशों का वर्णन करता है। कृपया वयस्कों और किशोरों के लिए हार्मोन थेरेपी की शुरुआत से संबंधित मूल्यांकन मानदंडों के लिए क्रमशः अध्याय 5 - वयस्कों का मूल्यांकन और अध्याय 6 - किशोरों को देखें। सिफारिशों और मूल्यांकन मानदंडों का सारांश परिशिष्ट डी में पाया जा सकता है।

जब से 1979 में वर्ल्ड प्रोफेशनल एसोसिएशन फॉर ट्रांसजेंडर हेल्थ (डब्ल्यूपीएटीएच) मानकों की देखभाल (एसओसी) के लिए पहली बार प्रकाशित किया गया था और एसओसी संस्करण 7 सहित एसओसी के बाद के अपडेट में, जीएचटी को चिकित्सकीय रूप से आवश्यक के रूप में स्वीकार किया गया है (कोलमैन एट अल।

डब्ल्यूपीएटीएच ने 2009 और 2017 में टीजीडी व्यक्तियों के लिए जीएचटी के लिए एंडोक्राइन सोसाइटी के दिशानिर्देशों का समर्थन किया (हेमब्री एट अल। हेमब्री एट अल, 2017)। यौन चिकित्सा के लिए यूरोपीय सोसायटी ने किशोर और वयस्क

टीजीडी लोगों में हार्मोन प्रबंधन पर एक स्थिति बयान भी प्रकाशित किया है (टी'सोएन एट अल। जब चिकित्सा पर्यवेक्षण के तहत प्रदान किया जाता है, तो वयस्कों में जीएचटी सुरक्षित है (टैंगप्रिचा एंड डेन हेइजर, 2017; सेफर एंड टैंगप्रिचा, 2019)। हालांकि, कुछ संभावित दीर्घकालिक जोखिम हैं, और प्रतिकूल घटनाओं को कम करने के लिए सावधानीपूर्वक निगरानी और स्क्रिनिंग की आवश्यकता होती है (हेमब्री एट अल। रोसैंथल, 2021)।

सामान्य तौर पर, लक्ष्य व्यक्ति की जेंडर वर्ग पहचान से जुड़े स्तरों से मेल खाने के लिए सेक्स स्टेरॉयड के सीरम स्तरों को लक्षित करना है, हालांकि इष्टतम लक्ष्य सीमा स्थापित नहीं की गई है (हेमब्री एट अल। स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर (एचसीपी) अधिकांश सेक्स स्टेरॉयड उपचारों की निगरानी के लिए सीरम टेस्टोस्टेरोन और / या एस्ट्राडियोल स्तरों का उपयोग कर सकते हैं। हालांकि, संयुग्मित एस्ट्रोजेन या सिंथेटिक एस्ट्रोजेन उपयोग की निगरानी नहीं की जा सकती है। एस्ट्राडियोल अनुपात की निगरानी की जानी चाहिए, इस धारणा को हाल के कोहोर्ट अध्ययन में समर्थित नहीं किया गया था क्योंकि हार्मोन उपचार के 1 साल के फॉलो-अप के दौरान 212 वयस्क ट्रांसजेंडर महिलाओं के यूरोपीय समूह में एस्ट्रोन एकाग्रता और शरीर की वसा या स्तन विकास में परिवर्तन के बीच कोई संबंध नहीं था (टेब्लेस एट अल। इस अध्ययन से पता चला है कि उच्च एस्ट्रोन सांद्रता या उच्च एस्ट्रोन / एस्ट्राडियोल अनुपात महिलाकरण (वसा प्रतिशत और स्तन विकास) पर विरोधी प्रभाव से जुड़े नहीं हैं (टेब्लेस एट अल। इस प्रकार, एस्ट्रोन से एस्ट्राडियोल अनुपात की निगरानी वर्तमान प्रकाशित साक्ष्य द्वारा समर्थित नहीं है। पहले इस्तेमाल किए गए संयुग्मित एस्ट्रोजेन को जैव-संबंधी एस्ट्रोजेन के पक्ष में छोड़ दिया गया है। भले ही कई अध्ययनों ने मासिक धर्म रूक चुके महिलाओं में मौखिक एस्ट्राडियोल की तुलना में मौखिक संयुग्मित एस्ट्रोजेन के उपयोग के साथ

**सिफारिशों के कथन**

- 12.1- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि वे पहली बार यौवन के शारीरिक परिवर्तनों का प्रदर्शन करने के बाद योग्य \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध किशोरों में प्यूबर्टल हार्मोन दमन शुरू करें (टैनर चरण 2)।
- 12.2- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को योग्य \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों में अंतर्जात सेक्स हार्मोन को दबाने के लिए गोनाडोट्रोपिन रिलीजिंग हार्मोन (जीएनआरएच) एगोनिस्ट का उपयोग करने की सलाह देते हैं, जिनके लिए यौवन अवरुद्ध होने का संकेत दिया जाता है।
- 12.3- हमारा सुझाव है कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध युवाओं में प्यूबर्टल निलंबन के लिए प्रोजेस्टिन (मौखिक या इंजेक्शन डिपो) निर्धारित करते हैं जब जीएनआरएच एगोनिस्ट या तो उपलब्ध नहीं होते हैं या लागत निषेधात्मक होते हैं।
- 12.4- हमारा सुझाव है कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर इस तरह के हस्तक्षेप की मांग करने वाले योग्य \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध किशोरों में सहवर्ती सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन प्रतिस्थापन के बिना सेक्स स्टेरॉयड के दमन के लिए जीएनआरएच एगोनिस्ट निर्धारित करते हैं और जो अच्छी तरह से प्यूबर्टल विकास (टैनर चरण 3 से पहले) में हैं या पूरा कर चुके हैं, लेकिन या तो सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन थेरेपी शुरू नहीं करना चाहते हैं।
- 12.5- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध किशोरों के लिए जेंडर अफर्मिंग उपचार के हिस्से के रूप में सेक्स हार्मोन उपचार आहार निर्धारित करें, जो माता-पिता / अभिभावक की भागीदारी के साथ कम से कम टैनर चरण 2 हैं, जब तक कि उनकी भागीदारी किशोरों के लिए हानिकारक या अनावश्यक निर्धारित न हो।
- 12.6- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को जेंडर अफर्मिंग उपचार के दौरान हार्मोन के स्तर को मापने की सलाह देते हैं ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि अंतर्जात सेक्स स्टेरॉयड कम हो जाएं और प्रशासित सेक्स स्टेरॉयड को टैनर चरण के अनुसार ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के उपचार लक्ष्यों के लिए उपयुक्त स्तरों पर बनाए रखा जाए।
- 12.7- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि वे अपने मासिक धर्म चक्र के कारण होने वाले डिस्फोरिया को कम करने के लिए गर्भाशय के साथ पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध किशोरों के लिए प्रोजेस्टोजेन या जीएनआरएच एगोनिस्ट निर्धारित करें जब जेंडर अफर्मिंग टेस्टोस्टेरोन उपयोग अभी तक इंगित नहीं किया गया है।
- 12.8- हम स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को कई विषयों के पेशेवरों को शामिल करने की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य में विशेषज्ञ हैं और ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध किशोरों के लिए आवश्यक देखभाल के प्रबंधन में हैं।
- 12.9- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को शारीरिक परिवर्तनों और सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन के लिए संभावित प्रतिकूल प्रतिक्रियाओं के लिए नियमित नैदानिक मूल्यांकन स्थापित करने की सलाह देते हैं, जिसमें हार्मोन थेरेपी के पहले वर्ष के दौरान हर 3 महीने में सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन की प्रयोगशाला निगरानी या खुराक में परिवर्तन शामिल है जब तक कि स्थिर वयस्क खुराक तक नहीं पहुंच जाता है, इसके बाद वयस्क रखरखाव खुराक प्राप्त होने के बाद वर्ष में एक या दो बार नैदानिक और प्रयोगशाला परीक्षण किया जाता है।
- 12.10- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि युवावस्था दमन शुरू करने से पहले और हार्मोन थेरेपी के साथ इलाज करने से पहले प्रजनन संरक्षण के लिए उपलब्ध विकल्पों के बारे में जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार की मांग करने वाले सभी व्यक्तियों को सूचित और परामर्श दें।
- 12.11- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को चिकित्सा स्थितियों का मूल्यांकन और संबोधित करने की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के लिए उपचार शुरू करने से पहले अंतर्जात सेक्स हार्मोन सांद्रता और बहिर्जात सेक्स हार्मोन के साथ उपचार से बढ़ सकते हैं।
- 12.12- हम अनुशंसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर जेंडर वर्ग हार्मोनल उपचार द्वारा प्रेरित शारीरिक परिवर्तनों की शुरुआत और समय के बारे में जेंडर अफर्मिंग उपचार से गुजरने वाले ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को शिक्षित करें।
- 12.13- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को जेंडर अफर्मिंग हार्मोनल उपचार के हिस्से के रूप में ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के लिए एथिनिल एस्ट्राडियोल निर्धारित नहीं करने की सलाह देते हैं।
- 12.14- हम सुझाव देते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के लिए ट्रांसडर्मल एस्ट्रोजन निर्धारित करते हैं, जो 45 वर्ष की आयु या शिरापरक थ्रोम्बोम्बोलिज्म के पिछले इतिहास के आधार पर शिरापरक थ्रोम्बोम्बोलिज्म विकसित होने के उच्च जोखिम अधिक हैं, जब जेंडर अफर्मिंग एस्ट्रोजेन उपचार की सिफारिश की जाती है।
- 12.15- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों में संयुग्मित एस्ट्रोजेन निर्धारित नहीं करने का सुझाव देते हैं जब एस्ट्राडियोल जेंडर अफर्मिंग हार्मोनल उपचार के एक घटक के रूप में उपलब्ध होता है।
- 12.16- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को टेस्टोस्टेरोन कम करने वाली दवाएं (या तो साइप्रोटोन एसीटेट, स्पिरोनोलैक्टोन, या जीएनआरएच एगोनिस्ट) निर्धारित करने की सलाह देते हैं, जो वृषण के साथ योग्य \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के लिए हैं जो हार्मोनल उपचार योजना के हिस्से के रूप में एस्ट्रोजेन ले रहे हैं यदि व्यक्ति का लक्ष्य सिजेंडर महिलाओं में सेक्स हार्मोन सांद्रता को अनुमानित करना है।
- 12.17- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को टेस्टोस्टेरोन के साथ इलाज किए गए ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों में हेमटोक्रिट (या हीमोग्लोबिन) की निगरानी करने की सलाह देते हैं।
- 12.18- हम सुझाव देते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर जेंडर अफर्मिंग सर्जरी से पहले और बाद में हार्मोन के उपयोग के बारे में सर्जनों के साथ सहयोग करें।
- 12.19- हम सुझाव देते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को जेंडर अफर्मिंग सर्जरी के लिए उपलब्ध विभिन्न विकल्पों के बारे में सलाह देते हैं जब तक कि सर्जरी का संकेत नहीं दिया जाता है या चिकित्सकीय रूप से उल्लंघन नहीं किया जाता है।
- 12.20- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के लिए जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी शुरू करने और जारी रखने की सलाह देते हैं, जिन्हें मनोसामाजिक कामकाज और जीवन की गुणवत्ता में सुधार के कारण इस उपचार की आवश्यकता होती है।
- 12.21- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि यदि ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध व्यक्ति का मानसिक स्वास्थ्य बिगड़ता है और गिरावट के कारण का आकलन करता है, जब तक कि उल्लंघन न किया जाए।

\* किशोरों और वयस्कों के लिए पात्रता मानदंड के लिए, कृपया अध्याय 5- वयस्कों के लिए मूल्यांकन और अध्याय 6- किशोरों और परिशिष्ट डी को देखें।

थ्रोम्बोम्बोलिक और कार्डियोवैस्कुलर जटिलताओं का काफी अधिक जोखिम दिखाया है, लेकिन मासिक धर्म रूक चुके

महिलाओं में या एस्ट्रोजेन उपचार से गुजरने वाले ट्रांसजेंडर लोगों में कोई यादृच्छिक नियंत्रित परीक्षण नहीं हुआ है (स्मिथ एट अल।

जीएचटी के लिए दृष्टिकोण भिन्न होता है और हार्मोन थेरेपी की शुरुआत के साथ-साथ उनके उपचार लक्ष्यों के समय व्यक्ति के विकास चरण पर निर्भर करता है। हार्मोन थेरेपी उन बच्चों के लिए अनुशंसित नहीं है जिन्होंने अंतर्जात यौवन शुरू नहीं किया है। पात्र युवाओं (अध्याय 6 के अनुसार- किशोरावस्था के अनुसार) में, जो युवावस्था के शुरुआती चरणों में पहुंच गए हैं, ध्यान आमतौर पर गोनाडोट्रोपिन रिलीजिंग हार्मोन एगोनिस्ट (जीएनआरएच) के साथ आगे की प्यूबर्टल प्रगति में देरी करने के लिए होता है, जब तक कि जीएचटी पेश नहीं किया जा सकता है। इन मामलों में, प्यूबर्टल दमन को चिकित्सकीय रूप से आवश्यक माना जाता है। पात्र वयस्क जीएचटी शुरू कर सकते हैं यदि वे अध्याय 5 के अनुसार मानदंडों को पूरा करते हैं - वयस्कों के लिए मूल्यांकन। इसके अलावा, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को जीएचटी शुरू करने से पहले प्रजनन लक्ष्यों और प्रजनन संरक्षण प्रक्रियाओं पर चर्चा करनी चाहिए। अध्याय 16 देखें- प्रजनन स्वास्थ्य।

स्त्री अवतार लक्ष्यों के साथ जीएचटी में आमतौर पर एस्ट्रोजेन और एक एण्ड्रोजेन-कम करने वाली दवा (हेमब्री एट अल। यद्यपि स्तन विकास और मनोदशा प्रबंधन के लिए प्रोजेस्टेरोन के उपयोग की वास्तविक रिपोर्टें हैं, वर्तमान में प्रोजेस्टेरोन प्रशासन के संभावित लाभों के अपर्याप्त सबूत हैं- संभावित जोखिमों को तौलें (इवामोटो, टी'स्जोएन एट अल। जीएचटी में आमतौर पर टेस्टोस्टेरोन होता है। डब्लूपीएटीएच और एंडोक्राइन सोसाइटी दोनों सेक्स हार्मोन के स्तर की निगरानी की सलाह देते हैं। जबकि जीएचटी को टीजीडी व्यक्ति की व्यक्तिगत आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए अनुकूलित किया जाता है, आमतौर पर हार्मोन के स्तर को अच्छे हड्डी के स्वास्थ्य का समर्थन करने के लिए पर्याप्त एकाग्रता पर बनाए रखा जाता है और सुप्राफिजियोलॉजिकल नहीं होते हैं (हेमब्री एट अल। रोसेन एट अल, 2019)।

ज्यादातर मामलों में, जीएचटी को पूरे जीवन में बनाए रखा जाता है। यह ज्ञात नहीं है कि पुराने टीजीडी लोगों में जीएचटी की खुराक कम की जानी चाहिए या नहीं। हार्मोन थेरेपी के बंद होने से टीजीडी व्यक्तियों में हड्डियों का नुकसान हो सकता है और निश्चित रूप से उन व्यक्तियों में ऐसा होगा जिनके गोनाड को हटा दिया गया है (वीपजेस एट अल। नियमित प्राथमिक

देखभाल भी प्रति-गठित की जानी चाहिए (अध्याय 15- प्राथमिक देखभाल देखें)। महामारी विज्ञान के अध्ययनों ने एस्ट्रोजेन प्राप्त करने वाले टीजीडी लोगों में कार्डियोवैस्कुलर बीमारी और शिरापरक थ्रोम्बोम्बोलिज्म (वीटीई) की बढ़ती घटनाओं की सूचना दी है, विशेष रूप से वृद्ध लोगों में और जीएचटी की विभिन्न तैयारियों के साथ (इरविग, 2018; माराका एट अल, 2017)। टेस्टोस्टेरोन के साथ इलाज किए गए टीजीडी व्यक्तियों में प्रतिकूल कार्डियोवैस्कुलर जोखिम और घटनाओं में भी वृद्धि हो सकती है, जैसे कि मायोकार्डियल रोधगलन, रक्तचाप, एचडीएल-कोलेस्ट्रॉल में कमी, और अतिरिक्त वजन (अल्ज़ाहरानी एट अल। इरविग, 2018; किन एट अल, 2021)। स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों (एचसीपी) को उन रोगियों के साथ जीवन शैली और फार्माकोलॉजिकल थेरेपी पर चर्चा करनी चाहिए जो हृदय रोग के विकास के उच्चतम जोखिम में हैं (अध्याय 15-प्राथमिक देखभाल देखें)। पॉलीसिथेमिया एक और विकार है जो टेस्टोस्टेरोन लेने वाले टीजीडी लोगों में मौजूद हो सकता है (एंटुन एट अल। इसलिए, उन स्थितियों के विकास के लिए लगातार निगरानी करना महत्वपूर्ण है जिन्हें जीवन भर जीएचटी द्वारा बढ़ाया जा सकता है (हेमब्री एट अल।

इस अध्याय के सभी कथनों की सिफारिश साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और रोगियों के लाभ और हानि, मूल्यों और वरीयताओं के मूल्यांकन और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता के आधार पर की गई है। कुछ मामलों में, हम मानते हैं कि साक्ष्य सीमित हैं और / या सेवाएं सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं।

### **युवाओं में जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी**

निम्नलिखित अनुभाग टीजीडी युवाओं में हार्मोन चरण के आधार पर, इस हार्मोन थेरेपी में आम तौर पर दो चरण शामिल होते हैं, अर्थात् प्यूबर्टल दमन के बाद जीएचटी को जोड़ा जाता है। पहले चरण के दौरान, युवाओं को अगले चरण की तैयारी के लिए अपनी जेंडर वर्ग पहचान और अवतार लक्ष्यों का पता लगाने की अनुमति देने के लिए प्यूबर्टल विकास को रोक दिया जाता है, जिसमें जीएचटी शामिल हो सकता है। यह खंड गोनाडोट्रोपिन रिलीजिंग हार्मोन एगोनिस्ट (जीएनआरएच) के उपयोग के लिए सिफारिशों के साथ-साथ प्यूबर्टल दमन के वैकल्पिक दृष्टिकोणों पर चर्चा करेगा और इसके बाद जीएचटी के लिए सिफारिशों की जाएंगी। युवाओं और वयस्कों पर लागू होने वाले अनुभाग अगले खंड में अनुसरण करेंगे।

#### **कथन 12.1**

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि योग्य \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध किशोरों में प्यूबर्टल हार्मोन ब्लॉकर्स शुरू करें, जब वे पहली बार यौवन के शारीरिक परिवर्तनों का प्रदर्शन करते हैं (टैनर चरण 2)।**

सामान्य तौर पर, टीजीडी किशोरों में जीएनआरएचए प्रशासन का लक्ष्य जन्म के समय निर्दिष्ट जेंडर वर्ग के अनुरूप अंतर्जात माध्यमिक सेक्स विशेषताओं के आगे विकास को रोकना है। चूंकि यह उपचार पूरी तरह से प्रतिवर्ती है, इसलिए इसे किशोरों के लिए प्रारंभिक सामाजिक संक्रमण (एशले, 2019 ई) के माध्यम से अपनी जेंडर वर्ग पहचान का पता लगाने के लिए एक विस्तारित समय के रूप में माना जाता है। जीएनआरएचए के साथ उपचार का चिकित्सीय लाभ भी है क्योंकि इसके परिणामस्वरूप अक्सर शारीरिक परिवर्तनों से उत्पन्न संकट के स्तर में भारी कमी होती है जो अंतर्जात यौवन शुरू होने पर होती है (रोसेंथल, 2014; रोसेंथल, 2014) टर्बन, किंग एट अल।

उन प्रीप्यूबर्टल टीजीडी बच्चों के लिए जो अपनी जेंडर वर्ग पहचान में लगातार बने हुए हैं, माध्यमिक सेक्स विशेषताओं के स्थायी विकास की किसी भी मात्रा के परिणामस्वरूप महत्वपूर्ण मतभेद हो सकते हैं। जबकि टैनर स्टेज 1 में रहने वाले ऐसे व्यक्तियों में युवावस्था की शुरुआत को रोकने के लिए जीएनआरएचए के उपयोग पर विचार किया जा सकता है, जीएनआरएचए के इस उपयोग की सिफारिश नहीं की गई है (हेमब्री एट अल। जब एक बच्चा एक ऐसी उम्र तक पहुंच जाता है जहां प्यूबर्टल विकास सामान्य रूप से शुरू होता है (आमतौर पर अंडाशय वाले लोगों के लिए 7-8 से 13 साल तक और वृषण वाले लोगों के लिए 9 से 14 साल तक), तो बच्चे को अधिक बार, शायद 4 महीने के अंतराल पर, प्यूबर्टल विकास के संकेतों के लिए स्क्रीन करना उचित होगा (स्तन नवोदित या वृषण मात्रा 4 सीसी >)। प्यूबर्टल विकास की विशिष्ट गति (पूरा होने के लिए 3.5-4 साल) को देखते हुए, स्थायी प्यूबर्टल परिवर्तनों के विकसित होने की संभावना बहुत कम होगी यदि कोई केवल 4 महीने या उससे कम समय के लिए यौवन में है। इस प्रकार, लगातार फॉलो-अप के साथ, अपरिवर्तनीय शारीरिक परिवर्तन होने से पहले युवावस्था की शुरुआत का आसानी से पता लगाया जा सकता है, और जीएनआरएचए को उस समय बड़ी प्रभावकारिता के साथ शुरू किया जा सकता है। ध्यान दें, जीएनआरएचए की शुरुआत के बाद, आमतौर पर एक टैनर चरण का प्रतिगमन होता है। इस प्रकार, यदि केवल टैनर चरण 2 स्तन विकास होता है, तो यह आमतौर पर प्रीप्यूबर्टल टैनर

चरण 1 में पूरी तरह से वापस आ जाता है; टैनर स्टेज 2 वृषण के साथ भी यही आम तौर पर सच है (अक्सर रोगी के लिए भी समझ में नहीं आता है और माध्यमिक सेक्स विशेषताओं के विकास से जुड़ा नहीं होता है)।

जीएनआरएच रिसेप्टर डिसेन्सिटाइजेशन के माध्यम से जीएनआरएच काम को देखते हुए, यदि पिट्यूटरी (यौवन का पहला जैव-रासायनिक संकेत) के अंतर्जात जीएनआरएच उत्तेजना में कोई वृद्धि नहीं होती है, तो जीएनआरएच रिसेप्टर डिसेन्सिटाइजेशन की कोई आवश्यकता नहीं है। इसके अलावा, यौवन की शुरुआत के समय में व्यापक परिवर्तनशीलता के कारण (जैसा कि ऊपर उल्लेख किया गया है), जीएनआरएचए का उपयोग करने का औचित्य साबित करना मुश्किल है जिसमें कुछ अज्ञात जोखिम हो सकते हैं यदि प्यूबर्टल शुरुआत से पहले कोई शारीरिक लाभ नहीं है। टैनर चरण 1 में एक बच्चे के साथ जीएनआरएचए का उपयोग केवल विकास और यौवन में संवैधानिक देरी के मामलों में इंगित किया जाएगा, संभवतः जीएचटी की शुरुआत के साथ।

हालांकि, जीएनआरएचए के उपयोग पर एक बच्चे में विचार किया जा सकता है, जो विकास और यौवन में संवैधानिक देरी के कारण, टैनर स्टेज 1 में रहते हुए जीएचटी शुरू करता है। जीएचटी शुरू करने से शुरुआत में हाइपोथैलेमिक-पिट्यूटरी गोनाडल अक्ष सक्रिय हो सकता है, लेकिन इस सक्रियण के शरीर पर प्रभाव को भी छुपा सकता है। किसी व्यक्ति की जेंडर वर्ग असंगति को बढ़ाने की क्षमता के साथ शरीर में परिवर्तन से बचने के लिए, जीएनआरएचए को जीएचटी की शुरुआत के तुरंत बाद जीएचटी के लिए एक सहायक चिकित्सा के रूप में शुरू किया जा सकता है ताकि पहचाने गए फेनोटाइप के प्यूबर्टल विकास के लिए प्रदान किया जा सके।

इसके अलावा, माध्यमिक सेक्स विशेषताओं के विकास का दमन सबसे प्रभावी होता है जब यौवन पूरा होने के बाद सेक्स हार्मोनल उपचार की शुरुआत की तुलना में प्रारंभिक से मध्य यौवन में सेक्स हार्मोनल उपचार शुरू किया जाता है (बेंगलोर-कृष्णा एट अल। तदनुसार, उन किशोरों के लिए जो पहले से ही अंतर्जात यौवन पूरा कर चुके हैं और जीएचटी शुरू करने पर विचार कर रहे हैं, जीएनआरएचए का उपयोग शारीरिक कार्यों को रोकने के लिए किया जा सकता है, जैसे कि मासिक धर्म या इरेक्शन, और किशोर, अभिभावक (ओं) (यदि किशोर स्वतंत्र रूप से सहमति देने में सक्षम नहीं है), और उपचार टीम एक निर्णय तक नहीं पहुंचती है (बेंगलोर-कृष्णा एट अल। रोसेंथल,

2021)।

पीउबेटी की शुरुआत हाइपोथैलेमिक-पिट्यूटरी-गोनाडल अक्ष की प्रतिक्रिया के माध्यम से होती है।

यौवन के चरणों का नैदानिक मूल्यांकन शारीरिक विशेषताओं पर आधारित है जो उस पुनर्सक्रियन को दर्शाते हैं। कार्यशील अंडाशय वाले व्यक्तियों में, टैनर चरण 2 को स्तन ग्रंथि के उद्भव की विशेषता है। स्तन ग्रंथि का विकास अंडाशय द्वारा उत्पादित एस्ट्रोजन के संपर्क में आने से होता है। कार्यशील वृषण वाले व्यक्तियों में, टैनर चरण 2 को वृषण मात्रा (आमतौर पर 4 मिलीलीटर से अधिक) में वृद्धि की विशेषता है। वृषण की वृद्धि को गोनाडोट्रोपिन ल्यूटिनाइजिंग हार्मोन (एलएच) और कूप उत्तेजक हार्मोन (एफएसएच) के माध्यम से मध्यस्थ किया जाता है। बाद के चरणों में, वृषण शरीर के पौरुष्य को प्रेरित करने के लिए पर्याप्त टेस्टोस्टेरोन का उत्पादन करते हैं।

### कथन 12.2

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को योग्य \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों में अंतर्जात सेक्स हार्मोन को दबाने के लिए जीएनआरएच एगोनिस्ट का उपयोग करने की सलाह देते हैं, जिनके लिए यौवन अवरुद्ध होने का संकेत दिया जाता है। पाठ का समर्थन करने के लिए, कथन 12.4 देखें।**

### कथन 12.3

**हमारा सुझाव है कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर को ट्रांसजेंडर और जेंडर विविध युवाओं में, जब जीएनआरएच एगोनिस्ट उपलब्ध नहीं होते हैं या लागत निषेधात्मक होते हैं, युवावस्था निलंबन के लिए प्रोजेस्टिन (मौखिक या इंजेक्शन डिपो) शुरू किया जा सकता है, पाठ का समर्थन करने के लिए, कथन 12.4 देखें।**

### कथन 12.4

**हमारा सुझाव है कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर इस तरह के हस्तक्षेप की मांग करने वाले योग्य \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध किशोरों में सहवर्ती सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन प्रतिस्थापन के बिना सेक्स स्टेरॉयड के दमन के लिए जीएनआरएच एगोनिस्ट निर्धारित करते हैं और जो अच्छी तरह से प्यूबर्टल विकास (टैनर चरण 3 से पहले) में हैं या पूरा कर चुके हैं, लेकिन या तो सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन थेरेपी शुरू नहीं करना चाहते हैं।**

जीएनआरएच टीजीडी किशोरों में गोनाडोट्रोपिन और सेक्स स्टेरॉयड सांद्रता को कम करता है और इस प्रकार माध्यमिक सेक्स विशेषताओं के आगे के विकास को रोकता है (शेगेन एट अल। उनका उपयोग आम तौर पर के विकास के साथ सुरक्षित

है, सिर्फ उच्च रक्तचाप जो साहित्य में रिपोर्ट की गई एकमात्र अल्पकालिक प्रतिकूल घटना है (डेलेमरे-वैन डी वाल और कोहेन-केटेनिस, 2006; क्लिंक, बोकेनकैप एट अल। जीएनआरएच पिट्यूटरी ग्रंथि को एलएच और एफएसएच को स्रावित करने से रोकते हैं (गावा एट अल। जब गोनाडोट्रोपिन कम हो जाते हैं, तो गोनेड सेक्स हार्मोन (एस्ट्रो-जेन्स या एण्ड्रोजन) का उत्पादन करने के लिए उत्तेजित नहीं होता है, और रक्त में सेक्स हार्मोन का स्तर कम हो जाता है। जीएनआरएच उपचार पहले से विकसित माध्यमिक सेक्स विशेषताओं के प्रारंभिक चरणों के आंशिक प्रतिगमन की ओर जाता है (बेंगलोर एट अल। कार्यशील अंडाशय वाले टीजीडी किशोर स्तन ऊतक के कम विकास का अनुभव करेंगे, और यदि टैनर चरण 2 में उपचार शुरू किया जाता है, तो स्तन ऊतक पूरी तरह से गायब हो सकता है (शुमर एट अल। गर्भाशय वाले किशोरों में जीएनआरएच के प्रशासन के बाद मासिक धर्म को रोका या जारी रखा जा सकता है। कार्यशील वृषण वाले टीजीडी किशोरों में, वृषण की मात्रा कम मात्रा में वापस आ जाएगी।

जब प्यूबर्टल विकास के बाद के चरणों में किशोरों में जीएनआरएच उपचार शुरू किया जाता है, तो प्यूबर्टल विकास के कुछ शारीरिक परिवर्तन, जैसे कि टीजीडी किशोरों में देर से चरण के स्तन विकास, कामकाजी अंडाशय के साथ और टीजीडी किशोरों में चेहरे के बालों की कम आवाज और विकास, पूरी तरह से वापस नहीं आएंगे, हालांकि किसी भी आगे की प्रगति को रोक दिया जाएगा (डेलेमरे-वैन डी वाल और कोहेन-केटेनिस, जीएनआरएच का उपयोग 1981 से केंद्रीय अपरिपक्व यौवन के उपचार के लिए किया गया है (कॉमिट एट अल। लैरोन एट अल, 1981), और उनके लाभ अच्छी तरह से स्थापित हैं (कृपया अध्याय 6-किशोरों में बयान भी देखें)। केंद्रीय अपरिपक्व यौवन वाले व्यक्तियों में जीएनआरएच का उपयोग सुरक्षित और प्रभावी दोनों माना जाता है, जिसमें कोई ज्ञात दीर्घकालिक प्रतिकूल प्रभाव नहीं होता है (कैरेल एट अल। हालांकि, टीजीडी किशोरों में जीएनआरएच का उपयोग ऑफ-लेबल माना जाता है क्योंकि उन्हें शुरू में इस उद्देश्य के लिए विकसित नहीं किया गया था। बहरहाल, किशोरों के डेटा ने एक समान खुराक में जीएनआरएच निर्धारित किया, जो यौवन की शुरुआत में देरी करने में प्रभावशीलता प्रदर्शित करता है, हालांकि हड्डी के विकास पर दीर्घकालिक प्रभाव अच्छी तरह से स्थापित नहीं हुए हैं (क्लिंक, कैरिस एट अल। यद्यपि टीजीडी किशोरों में दीर्घकालिक डेटा प्रारंभिक यौवन वाले किशोरों की तुलना में



अधिक सीमित हैं, विशेष रूप से इस आबादी में डेटा संग्रह चल रहा है (क्लेवर एट अल। ली, फिनलेसन एट अल। मिलिंगटन एट अल, 2020; ओल्सन-कैनेडी, गारोफालो एट अल।

हम मानते हैं कि भले ही जीएनआरएच एक चिकित्सकीय रूप से आवश्यक उपचार है, लेकिन सभी इस का लाभ उठाने योग्य नहीं हो सकते हैं क्योंकि यह कुछ देशों में स्वास्थ्य बीमा योजनाओं द्वारा कवर नहीं किया गया है या लागत-निषेधात्मक हो सकता है। इसलिए, इन मामलों में अन्य दृष्टिकोणों पर विचार किया जाना चाहिए, जैसे कि मौखिक या इंजेक्शन प्रोजेस्टिन फॉर्मूलेशन। इसके अलावा, 14 वर्ष से अधिक उम्र के किशोरों के लिए, वर्तमान में एचसीपी को सूचित करने के लिए कोई डेटा नहीं है कि क्या जीएनआरएच को स्केलेटल के स्वास्थ्य के लिए महत्वपूर्ण जोखिम पैदा किए बिना मोनो-थेरेपी (और किस अवधि के लिए) के रूप में प्रशासित किया जा सकता है। ऐसा इसलिए है क्योंकि दीर्घ अवधि तक सेक्स हॉर्मोन से एक्सपसरे, कई बार हड्डियों को कमजोर कर सकता है।

किशोरावस्था में एक लंबे समय तक हाइपोगोनैडल स्थिति, चाहे हाइपर-गोनैडोट्रोपिक हाइपोगोनैडिज्म जैसी चिकित्सा स्थितियों के कारण, आइंट्रोजेनिक कारण जैसे कि जीएनआरएच मोनोथेरेपी या शारीरिक स्थितियों जैसे विकास और विकास की सशर्त देरी, अक्सर जीवन में बाद में खराब हड्डी के स्वास्थ्य के बढ़ते जोखिम से जुड़ी होती है (बर्टलोनी एट अल। फिंकेलस्टीन एट अल। हालांकि, अस्थि द्रव्यमान उपार्जन एक बहुक्रियात्मक प्रक्रिया है जिसमें अंतःस्रावी, आनुवंशिक और जीवन शैली कारकों (अनाई एट अल। जीएनआरएच मोनोथेरेपी की अवधि पर निर्णय लेते समय, सभी योगदान कारकों पर विचार किया जाना चाहिए, जिसमें अंतःस्रावी परिप्रेक्ष्य और ऊंचाई लाभ से पूर्व-उपचार हड्डी द्रव्यमान, हड्डी की आयु और प्यूबर्टल चरण जैसे कारक शामिल हैं, साथ ही मनोसामाजिक कारक जैसे मानसिक परिपक्वता और किसी के किशोर समूह और किशोर के व्यक्ति के सापेक्ष विकास चरण। उपचार लक्ष्य (रोसैथल, 2021)। इन कारणों से, जीएनआरएच उपचार शुरू करते समय एक बहु-विषयक टीम और किशोर और परिवार के साथ चल रहे नैदानिक संबंध को बनाए रखा जाना चाहिए (अध्याय 6-किशोरों में कथन 6.8, 6.9 और 6.12 देखें)। उपचार का नैदानिक पाठ्यक्रम, उदाहरण के लिए, जीएनआरएच उपचार के दौरान हड्डी द्रव्यमान का विकास और उपचार के लिए किशोर की प्रतिक्रिया, जीएनआरएच

मोनोथेरेपी की लंबाई को रोकने में मदद कर सकती है।

#### कथन 12.5

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध किशोरों में जेंडर अफर्मिंग उपचार के हिस्से के रूप में माता-पिता / अभिभावक की भागीदारी के साथ सेक्स हार्मोन उपचार को निर्धारित करें, जो कम से कम टैनर चरण 2 हैं, जब तक कि उनकी भागीदारी किशोरों के लिए हानिकारक या अनावश्यक निर्धारित न हो। पाठ का समर्थन करने के लिए, कथन 12.6 देखें।**

#### कथन 12.6

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को जेंडर अफर्मिंग उपचार के दौरान हार्मोन के स्तर को मापने की सलाह देते हैं ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि अंतर्जात सेक्स स्टेरॉयड कम हो जाएं और प्रशासित सेक्स स्टेरॉयड को टैनर चरण के अनुसार ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के उपचार लक्ष्यों के लिए उपयुक्त स्तर पर बनाए रखा जाए।**

सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन थेरेपी आम तौर पर जीएनआरएच उपचार के समय के आधार पर दो उपचार आहारों को जोड़ती है। जब अंतर्जात प्यूबर्टल विकास के शुरुआती चरणों में जीएनआरएच उपचार शुरू किया जाता है, तो जेंडर वर्ग पहचान या अवतार लक्ष्यों के अनुरूप यौवन को पेरिपुबर्टल हाइपोगोनाडल किशोरों में उपयोग किए जाने वाले सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन की खुराक के साथ प्रेरित किया जाता है। इस संदर्भ में, सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन की वयस्क खुराक आमतौर पर लगभग 2 साल की अवधि में पहुंच जाती है (चांत्रापानिचकुल एट अल। जब जीएनआरएच उपचार देर से या पोस्ट प्यूबर्टल ट्रांसजेंडर किशोरों में शुरू किया जाता है, तो सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन को उच्च शुरुआती खुराक पर दिया जा सकता है और रखरखाव की खुराक प्राप्त होने तक अधिक तेजी से बढ़ाया जा सकता है, जो ट्रांसजेंडर वयस्कों में उपयोग किए जाने वाले उपचार प्रोटोकॉल जैसा दिखता है (हेमब्री एट अल। जीएनआरएच उपचार का एक अतिरिक्त लाभ यह है कि सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन को सुप्राफिजियोलॉजिकल खुराक में प्रशासित नहीं किया जाना चाहिए, जो अन्यथा अंतर्जात सेक्स स्टेरॉयड उत्पादन (सेफर एंड टेंगप्रिचा, 2019) को दबाने की आवश्यकता होगी। कार्यशील वृषण वाले टीजीडी व्यक्तियों के लिए, जीएनआरएच उपचार (या एक अन्य टेस्टोस्टेरोन-अवरुद्ध दवा) को तब तक जारी रखा जाना चाहिए जब तक कि

टीजीडी किशोर / युवा वयस्क अंततः गोनाडोक्टॉमी से गुजरता है, अगर इस शल्य चिकित्सा प्रक्रिया को उनके जेंडर अफर्मिंग देखभाल के चिकित्सकीय रूप से आवश्यक हिस्से के रूप में पीछा किया जाता है। एक बार जब टीजीडी व्यक्तियों में टेस्टोस्टेरोन का वयस्क स्तर काम करने वाले अंडाशय तक पहुंच जाता है, जिन्हें शुरू में जीएनआरएच के साथ दबा दिया गया है, तो शारीरिक खुराक पर अकेले टेस्टोस्टेरोन आमतौर पर डिम्बग्रंथि एस्ट्रोजन स्राव को कम करने के लिए पर्याप्त होता है, और जीएनआरएच को बंद किया जा सकता है जैसा कि नीचे चर्चा की गई है (हेमब्री एट अल। कार्यशील अंडाशय वाले टीजीडी किशोरों के लिए जो देखभाल के लिए नए हैं, जीएचटी को सहवर्ती जीएनआरएच प्रशासन (हेमब्री एट अल, 2017) की आवश्यकता के बिना अकेले टेस्टोस्टेरोन की शारीरिक खुराक के साथ पूरा किया जा सकता है। जेंडर अफर्मिंग सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन थेरेपी जेंडर वर्ग पहचान की माध्यमिक सेक्स विशेषताओं के विकास को प्रेरित करती है। इसके अलावा, हड्डी खनिज की दर, जो जीएनआरएच के साथ उपचार के दौरान कम हो जाती है, तेजी से ठीक हो जाती है (क्लिक, कैरिस एट अल। प्रारंभिक-प्यूबर्टल टीजीडी किशोरों में जीएनआरएच उपचार के दौरान, हड्डी एपिफिज़ियल प्लेटें अभी भी अनफ्यूज्ड हैं (केविस्ट एट अल। शेगेन एट अल, 2020)। सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन उपचार की शुरुआत के बाद, एक वृद्धि तेजी हो सकती है, और हड्डी परिपक्वता जारी रहती है (व्लॉट एट अल। पोस्ट प्यूबर्टल टीजीडी किशोरों में, सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन उपचार ऊंचाई को प्रभावित नहीं करेगा क्योंकि एपिफिथियल प्लेटें जुड़ गई हैं, और हड्डी परिपक्वता पूरी हो गई है (व्लॉट एट अल। टीजीडी किशोरों में कार्यशील वृषण के साथ, प्यूबर्टल प्रेरण के लिए 17-बी-एस्ट्राडियोल का उपयोग सिंथेटिक एस्ट्रोजेन की तुलना में पसंद किया जाता है, जैसे कि अधिक थ्रोम्बोजेनिक एथिनिल एस्ट्राडियोल (परिशिष्ट डी (एशमैन एट अल। अंतर्जात टेस्टोस्टेरोन उत्पादन को दबाने के लिए या किसी अन्य दवा में संक्रमण जारी रखना अभी भी आवश्यक है जो अंतर्जात टेस्टोस्टेरोन उत्पादन को दबा देता है (रोसेंथल एट अल। स्तन विकास और एक महिला-विशिष्ट वसा वितरण कई शारीरिक परिवर्तनों में से हैं जो एस्ट्रोजेन उपचारके जवाब में होते हैं। परिशिष्ट सी-तालिका 1 देखें।

टीजीडी किशोरों के लिए, जो पौरुष्य उपचार चाहते हैं, एण्ड्रोजन इंजेक्शन की तैयारी, ट्रांसडर्मल फॉर्मूलेशन और उप-त्वचीय छर्छों के रूप में उपलब्ध हैं। प्यूबर्टल प्रेरण के लिए, टेस्टोस्टेरोन-

एस्टर इंजेक्शन का उपयोग आम तौर पर लागत, उपलब्धता और अनुभव के कारण शुरू में अधिकांश विशेषज्ञों द्वारा अनुशंसित किया जाता है (शुमर एट अल। यह सलाह दी जाती है कि कम से कम तब तक जीएनआरएच जारी रखें जब तक कि टेस्टोस्टेरोन का रखरखाव स्तर नहीं पहुंच जाता। एण्ड्रोजन उपचार के जवाब में, शरीर का विषाणुकरण होता है, जिसमें आवाज को कम करना, विशेष रूप से ऊपरी शरीर में अधिक मांसपेशियों का विकास, चेहरे और शरीर के बालों का विकास और क्लिटोरल वृद्धि (रोसेंथल एट अल। परिशिष्ट सी-तालिका 1 देखें।

लगभग सभी स्थितियों में, माता-पिता / देखभाल करने वाले को प्राप्त किया जाना चाहिए। इस सिफारिश के अपवाद, विशेष रूप से जब देखभाल करने वाले या माता-पिता की भागीदारी किशोरों के लिए हानिकारक निर्धारित की जाती है, अध्याय 6-किशोरों (कथन 6.11 देखें) में अधिक विस्तार से वर्णित किया गया है, जहां सहमति प्रक्रिया में माता-पिता / देखभाल करने वालों को शामिल करने के लिए तर्क भी वर्णित है।

#### कथन 12.7

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि गर्भाशय के साथ पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध किशोरों के लिए प्रोजेस्टोजेन या जीएनआरएच एगोनिस्ट निर्धारित करें ताकि उनके मासिक धर्म चक्र के कारण होने वाले डिस्फोरिया को कम किया जा सके जब जेंडर अफर्मिंग टेस्टोस्टेरोन उपयोग अभी तक इंगित नहीं किया गया है।**

मासिक धर्म दमन एक उपचार विकल्प है जो आमतौर पर टीजीडी व्यक्तियों द्वारा आवश्यक होता है जो मासिक धर्म से संबंधित संकट या मासिक धर्म की प्रत्याशा का अनुभव करते हैं। अध्याय 6 में कथन 6.7- किशोरों ने इसे और अधिक विस्तार से वर्णित किया है। एमेनोरिया को प्राप्त करने के लिए, मासिक धर्म दमन को टेस्टोस्टेरोन शुरू करने से पहले या टेस्टोस्टेरोन थेरेपी (कार्सवेल एंड रॉबर्ट्स, 2017) के साथ एकल विकल्प के रूप में शुरू किया जा सकता है। कुछ युवा, जो टेस्टोस्टेरोन थेरेपी के लिए तैयार नहीं हैं या अभी तक इस तरह के उपचार शुरू करने के लिए उचित प्यूबर्टल / विकास चरण में नहीं हैं, एमेनोरिया (ओल्सन-कैनेडी, रोसेंथल एट अल। युवावस्था की शुरुआत से संबंधित डिस्फोरिया के प्रकोप का अनुभव करने वाले किशोर प्यूबर्टल दमन के लिए जीएनआरएच के साथ इलाज करने का विकल्प चुन सकते हैं (किशोर अध्याय भी देखें)।

प्रोजेस्टोजेन किशोरों में प्रभावी हो सकता है जिनका लक्ष्य केवल

मासिक धर्म दमन है। प्रोजेस्टिन-केवल मौखिक गोलियों (गर्भनिरोधक और कोई गर्भनिरोधक विकल्प सहित), मेड्रोक्सीप्रोजेस्टेरोन इंजेक्शन, या लेवोनोर्गस्ट्रेल अंतर्गर्भाशयी उपकरण के निरंतर प्रशासन का उपयोग एमेनोरिया (प्रधान और गोमेज़-लोबो, 2019) के प्रेरण के लिए किया जा सकता है। टेस्टोस्टेरोन थेरेपी शुरू करने वाले कार्यात्मक अंडाशय वाले टीजीडी व्यक्ति एमेनोरिया प्राप्त करने से पहले 1-5 मासिक धर्म चक्र हो सकते हैं (तौब एट अल। एक बार एमेनोरिया प्राप्त हो जाने के बाद, कार्यशील अंडाशय वाले कुछ टीजीडी व्यक्ति भी अपने यौन प्रथाओं के लिए प्रासंगिक होने पर जन्म नियंत्रण के लिए प्रोजेस्टिन उपचार जारी रखने का विकल्प चुन सकते हैं।

कार्यशील अंडाशय और गर्भाशय वाले टीजीडी व्यक्तियों को मासिक धर्म दमन शुरू करने के बाद पहले कुछ महीनों में ब्रेकथ्रू वारी रक्तस्राव की संभावना के बारे में सलाह दी जानी चाहिए। जीएनआरएचए थेरेपी के साथ, दवा की शुरुआत के 2-3 सप्ताह बाद ब्रेकथ्रू रक्तस्राव हो सकता है। गर्भनिरोधक की मांग करने वाले व्यक्तियों के लिए या उन लोगों के लिए जो प्रोजेस्टिन थेरेपी पर मासिक धर्म के रक्तस्राव का अनुभव करना जारी रखते हैं, प्रोजेस्टिन के साथ एक एस्ट्रोजन संयोजन को एमेनोरिया के रखरखाव के लिए माना जा सकता है, फिर भी उन्हें स्तन विकास के संभावित दुष्प्रभाव पर परामर्श दिया जाना चाहिए (श्वार्ट्ज एट अल।

#### कथन 12.8

**हम स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को कई विषयों के पेशेवरों को शामिल करने की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य में विशेषज्ञ हैं और ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध किशोरों की देखभाल के प्रबंधन में हैं।**

किशोरों की देखभाल के साथ, हम सुझाव देते हैं कि जहां संभव हो चिकित्सा और मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों (एमएचपी) की एक बहु-विषयक विशेषज्ञ टीम को इस उपचार का प्रबंधन करने के लिए इकट्ठा किया जाए। उन किशोरों में जो जीएचटी का पीछा करते हैं (यह आंशिक रूप से अपरिवर्तनीय उपचार है), हम चिकित्सा और एमएचपी की एक बहु-विषयक टीम द्वारा जीडी / जेंडर वर्ग असंगति की दृढ़ता की पुष्टि करने के बाद धीरे-धीरे बढ़ती खुराक के कार्यक्रम का उपयोग करके उपचार शुरू करने का सुझाव देते हैं और स्थापित किया है कि व्यक्ति के पास सूचित सहमति देने की मानसिक क्षमता है (हेमब्री एट अल।

किशोरों के मूल्यांकन और उनकी देखभाल करने वालों और एक बहु-विषयक टीम की भागीदारी से संबंधित विशिष्ट पहलुओं को अध्याय 6-किशोरों में अधिक विस्तार से वर्णित किया गया है। यदि संभव हो, तो टीजीडी किशोरों को प्राथमिक देखभाल, अंतःसाविकी, प्रजनन क्षमता, मानसिक स्वास्थ्य, आवाज, सामाजिक कार्य, आध्यात्मिक सहायता और शल्य चिकित्सा सहित कई विषयों से बाल चिकित्सा ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य में विशेषज्ञों तक पहुंच होनी चाहिए (चेन, हिडाल्गो एट अल। ईसेनबर्ग एट अल, 2020; केओ-मीयर और एहरेनसफ्ट, 2018)। व्यक्तिगत प्रदाताओं को व्यक्तिगत युवाओं और उनके परिवार के लिए आवश्यकतानुसार रेफरल की सुविधा के लिए अन्य विषयों के प्रदाताओं के साथ सहयोगी कार्य संबंध बनाने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है (टिशेलमैन एट अल। हालांकि, उपलब्ध विशेषज्ञों और संसाधनों की कमी देखभाल के लिए एक बाधा का गठन नहीं करना चाहिए (राइडर, मैकमोरिस एट अल। किशोरों के लिए सहायक समर्थन में जेंडर वर्ग और यौन पहचान, संक्रमण विकल्प, परिवार के समर्थन के प्रभाव और किशोरों और उनके परिवार के सदस्यों के लिए ऑनलाइन और व्यक्तिगत सहायता समूहों के माध्यम से समान अनुभवों वाले दूसरों के साथ संबंधों से संबंधित सटीक, सांस्कृतिक रूप से सूचित जानकारी तक पहुंच शामिल है (राइडर, मैकमोरिस एट अल।

कई टीजीडी किशोरों को मानसिक स्वास्थ्य असमानताओं का अनुभव करते हुए पाया गया है और प्रारंभिक मानसिक स्वास्थ्य स्क्रीनिंग (जैसे, पीएचक्यू -2, जीएडी) को संकेत के रूप में नियोजित किया जा सकता है (राइडर, मैकमोरिस एट अल। प्रदाताओं को यह ध्यान में रखना चाहिए कि ट्रांसजेंडर होना या किसी के जेंडर वर्ग पर सवाल उठाना विकृति या विकार का गठन नहीं करता है। इसलिए, व्यक्तियों को विशेष रूप से ट्रांसजेंडर पहचान के आधार पर मानसिक स्वास्थ्य उपचार के लिए संदर्भित नहीं किया जाना चाहिए। एचसीपी और एमएचपी जो इन युवाओं का इलाज करते हैं और रेफरल करते हैं, उन्हें कम से कम, किसी भी संभावित मानसिक स्वास्थ्य लक्षणों पर आघात, जेंडर वर्ग डिस्फोरिया और जेंडर वर्ग अल्पसंख्यक तनावों के प्रभाव से परिचित होना चाहिए, जैसे कि अव्यवस्थित भोजन, आत्मघाती विचारधारा, सामाजिक चिंता। इन स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को टीजीडी युवाओं को सक्षम, जेंडर अफर्मिंग देखभाल प्रदान करने के लिए अपने क्षेत्र में रोगी मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की तत्परता के स्तर के बारे में भी

जानकार होना चाहिए (बैरो एंड एपोस्टल, 2018; कुपर, राइट एट अल, 2018; कुपर, मैथ्यूज एट अल, 2019; टिशेलमैन और न्यूमैन-मैसिस, 2018)। अध्याय 6 में कथन 6.3, 6.4, और 6.12 डी- किशोर इसे अधिक विस्तार से संबोधित करते हैं। क्योंकि इन युवाओं के माता-पिता आमतौर पर अपनी युवावस्था को सीखने के तुरंत बाद उच्च स्तर की चिंता का अनुभव करते हैं, और उनके बच्चे के प्रति उनकी प्रतिक्रिया भविष्यवाणी करती है कि बच्चे के दीर्घकालिक शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य परिणाम, माता-पिता के मानसिक स्वास्थ्य समर्थन के लिए उचित रेफरल बहुत उपयोगी हो सकते हैं (कूलहार्ट एट अल। पुलेन सैन्सफाकॉन एट अल, 2015; टैलिफेरो एट अल।

### कथन 12.9

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को शारीरिक परिवर्तनों और सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन के संभावित प्रतिकूल प्रतिक्रियाओं के लिए नियमित नैदानिक मूल्यांकन आयोजित करने की सलाह देते हैं, जिसमें हार्मोन थेरेपी के पहले वर्ष के दौरान हर 3 महीने में सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन की प्रयोगशाला निगरानी या खुराक में परिवर्तन शामिल है जब तक कि एक स्थिर वयस्क खुराक तक नहीं पहुंच जाता है, इसके बाद वयस्क रखरखाव खुराक प्राप्त होने के बाद वर्ष में एक या दो बार नैदानिक और प्रयोगशाला परीक्षण होता है।**

सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन थेरेपी शारीरिक और मनोवैज्ञानिक परिवर्तनों की एक विस्तृत सरणी से जुड़ी हुई है (इरविग, 2017; टैंगप्रिचा और डेन हेइजर, 2017) (देखें परिशिष्ट सी-तालिका 1)। सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन थेरेपी शुरू होने के बाद, एचसीपी को नियमित रूप से उपचार के लिए व्यक्ति की प्रगति और प्रतिक्रिया का आकलन करना चाहिए (अध्याय 6-किशोरों को भी देखें)। इस मूल्यांकन में किसी भी शारीरिक परिवर्तन की उपस्थिति के साथ-साथ जेंडर वर्ग डिस्फोरिया (यदि मौजूद है) और मनोवैज्ञानिक कल्याण पर उपचार के प्रभाव का आकलन करना चाहिए (देखें परिशिष्ट सी-तालिका 1)। नैदानिक दौरे एचसीपी के लिए रोगियों को यथार्थवादी अपेक्षाओं को प्रकट करने और प्रोत्साहित करने के लिए शारीरिक परिवर्तनों के लिए आवश्यक विशिष्ट समय पाठ्यक्रम के बारे में शिक्षित करने के लिए महत्वपूर्ण अवसर प्रदान करते हैं। हार्मोन थेरेपी के पहले वर्ष के दौरान, सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन की खुराक अक्सर बढ़ जाती है। खुराक का मार्गदर्शन करने वाला एक प्रमुख कारक संबंधित सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन का सीरम स्तर है। सामान्य तौर पर, लक्ष्य व्यक्ति की जेंडर वर्ग पहचान से जुड़े स्तरों से मेल

खाने के लिए सेक्स स्टेरॉयड के सीरम स्तरों को लक्षित करना है, हालांकि इष्टतम लक्ष्य सीमा स्थापित नहीं की गई है (हेमब्री एट अल।

सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन थेरेपी से जुड़े सकारात्मक परिवर्तनों का आकलन करने के अलावा, एचसीपी को नियमित रूप से यह आकलन करना चाहिए कि क्या उपचार ने कोई प्रतिकूल प्रभाव डाला है (परिशिष्ट सी-तालिका 2 देखें)। प्रतिकूल संकेतों और लक्षणों के उदाहरणों में एंड्रोजेनिक मुँहासे या परेशान यौन रोग शामिल हैं (ब्रौन एट अल। केरखोफ एट अल, 2019)। जीएएचटी में कई प्रयोगशाला परीक्षणों पर प्रतिकूल प्रभाव डालने की क्षमता भी है। उदाहरण के लिए, स्पिरोनोलैक्टोन हाइपरकेलेमिया का कारण बन सकता है, हालांकि यह एक असामान्य और क्षणिक घटना है (मिलिंगटन एट अल। टेस्टोस्टेरोन लाल रक्त कोशिका की गिनती (हेमटोक्रिट) को बढ़ाता है, जो कभी-कभी एरिथ्रोसाइटोसिस (एंटुन एट अल, 2020) का कारण बन सकता है (देखें कथन 12.17) (हेमब्री एट अल। एस्ट्रोजेन और टेस्टोस्टेरोन दोनों लिपिड मापदंडों को बदल सकते हैं, जैसे कि उच्च घनत्व वाले प्रोटीन लिपोप्रोटीन (एचडीएल) कोलेस्ट्रॉल और ट्राइग्लिसराइड्स (माराका एट अल। परिशिष्ट सी-सारणी 3 और 4 देखें)।

नैदानिक मूल्यांकन की आवृत्ति को व्यक्तिगत किया जाना चाहिए और उपचार के लिए व्यक्ति की प्रतिक्रिया द्वारा निर्देशित किया जाना चाहिए। हमारा सुझाव है कि नैदानिक मूल्यांकन उन रोगियों में हार्मोन थेरेपी के पहले वर्ष के दौरान लगभग हर 3 महीने में किया जाना चाहिए जो स्थिर हैं और महत्वपूर्ण प्रतिकूल प्रभावों का सामना नहीं कर रहे हैं (परिशिष्ट सी-तालिका 5)। हम सुझाव देते हैं कि पहले वर्ष में हर 3 महीने में परीक्षण किया जाना चाहिए ताकि इन परीक्षणों के समय पर कुछ लचीलापन मिल सके क्योंकि विशिष्ट परीक्षण अंतराल का समर्थन करने वाले प्रकाशित अध्ययनों से कोई मजबूत सबूत या सबूत नहीं है। यदि कोई व्यक्ति प्रतिकूल प्रभाव का अनुभव करता है, तो अधिक लगातार प्रयोगशाला परीक्षण और / या नैदानिक दौरे अक्सर आवश्यक होते हैं। मनुष्यों में अपेक्षित सीमाओं से अधिक सेक्स हार्मोन के स्तर से जुड़े संभावित नुकसान को देखते हुए, हम दृढ़ता से टीजीडी व्यक्तियों में जीएएचटी शुरू करते समय एक मानक अभ्यास के रूप में नियमित परीक्षण करने की सलाह देते हैं। एक बार जब कोई व्यक्ति बिना किसी महत्वपूर्ण प्रतिकूल प्रभाव के सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन की एक स्थिर वयस्क खुराक तक पहुंच जाता

है, तो क्लिनिक के दौरों की आवृत्ति प्रति वर्ष एक से दो तक कम हो सकती है (हेमब्री एट अल।)

#### कथन 12.10

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को युवावस्था दमन शुरू करने से पहले और हार्मोन थेरेपी का प्रशासन करने से पहले प्रजनन संरक्षण के विकल्पों के बारे में जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार की मांग करने वाले सभी व्यक्तियों को सूचित और परामर्श देने की सलाह देते हैं।**

सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन के साथ प्यूबर्टल दमन और हार्मोन उपचार का किसी व्यक्ति की भविष्य की प्रजनन क्षमता पर संभावित प्रतिकूल प्रभाव पड़ सकता है (चेंग एट अल, 2019) (अध्याय 6- किशोर और अध्याय 16-प्रजनन स्वास्थ्य भी देखें)। यद्यपि कुछ टीजीडी लोगों ने चिकित्सा चिकित्सा शुरू करने के लिए अपने प्रारंभिक मूल्यांकन के समय अपनी भविष्य की प्रजनन क्षमता पर ज्यादा विचार नहीं किया होगा, उपचार और प्रजनन संरक्षण विकल्पों के संभावित प्रभावों की समीक्षा हार्मोन प्रिस्क्राइबर द्वारा की जानी चाहिए और इन उपचारों की मांग करने वाले व्यक्ति के साथ चर्चा की जानी चाहिए (अमेरिकन सोसाइटी फॉर रिप्रोडक्टिव मेडिसिन एट अल की आचार समिति)। 2015; डी रू एट अल, 2016)।

वृषण वाले व्यक्तियों को एस्ट्रोजेन के साथ अधिक लम्बे उपचार की सलाह दी जानी चाहिए जो अक्सर वृषण शोष और शुक्राणुओं की संख्या और अन्य वीर्य मापदंडों में कमी का कारण बनता है (एडेले एट अल। बहरहाल, ज्ञान में प्रमुख अंतराल हैं, और एस्ट्रोजेन और एंटीएंड्रोजेन लेने वाले ट्रांस स्त्री लोगों की प्रजनन क्षमता के बारे में निष्कर्ष असंगत हैं (चेंग एट अल। एक अध्ययन में, वृषण हिस्टोलॉजी में विषमता स्पष्ट थी कि क्या रोगियों ने ऑर्किक्टोमी (शनाइडर एट अल, 2015) से पहले चिकित्सा बंद कर दी थी या जारी रखी थी। उदाहरण के लिए, छह सप्ताह के लिए एस्ट्रोजेन और एंटीएंड्रोजेन के बंद होने के परिणामस्वरूप 45% व्यक्तियों में पूर्ण शुक्राणुजनन हुआ, शेष में मियोटिक गिरफ्तारी या शुक्राणुजनन गिरफ्तारी दिखाई दी (शनाइडर एट अल। हालांकि, सीरम टेस्टोस्टेरोन का स्तर महिला संदर्भ सीमाओं के भीतर होने की पुष्टि से अधिकांश ट्रांसजेंडर महिलाओं में शुक्राणुजनन का पूर्ण दमन होता है (वेरीके एट अल। कार्यशील वृषण वाले रोगियों के लिए प्रमुख प्रजनन संरक्षण विकल्प शुक्राणु क्रायोप्रीजर्वेशन है, जिसे शुक्राणु बैंकिंग (मैटवानन एट अल। प्रीप्यूबर्टल रोगियों के लिए,

जीएनआरएच के साथ यौवन का दमन शुक्राणु की परिपक्वता को रोकता है (फिनलेसन एट अल., 2018)।

कार्यशील अंडाशय वाले व्यक्तियों को टेस्टोस्टेरोन थेरेपी की सलाह दी जानी चाहिए, जिसके परिणामस्वरूप आमतौर पर मासिक धर्म और ओव्यूलेशन की समाप्ति होती है, (टॉब एट अल। अंडाणुओं पर टेस्टोस्टेरोन के संभावित प्रभावों और टीजीडी रोगियों की प्रजनन क्षमता को कम करने वाले ज्ञान में भी प्रमुख अंतराल हैं (ईसेनबर्ग एट अल। स्टुइवर एट अल, 2020)। एक अध्ययन में पाया गया कि टेस्टोस्टेरोन उपचार पॉलीसिस्टिक डिम्बग्रंथि आकृति विज्ञान से जुड़ा हो सकता है, जबकि अन्य अध्ययनों ने कोई चयापचय (चान एट अल। 2010) टेस्टोस्टेरोन के साथ उपचार के बाद पॉलीसिस्टिक अंडाशय सिंड्रोम (पीसीओएस) के सबूत, और कुछ अध्ययनों में अंडाशय के साथ ट्रांसजेंडर रोगियों में पीसीओएस का पूर्व-मौजूदा उच्च प्रसार पाया गया है (बाबा, 2007; गेज़र एट अल, 2021)। एक बरकरार गर्भाशय और अंडाशय वाले टीजीडी रोगी अक्सर अपनी प्रजनन क्षमता हासिल करते हैं यदि टेस्टोस्टेरोन थेरेपी बंद कर दी जाती है (लाइट एट अल। दरअसल, एक टीजीडी व्यक्ति से हार्मोन-उत्तेजित अंडे की पुनर्प्राप्ति के बाद सहायक प्रजनन तकनीक के बाद एक जीवित जन्म की सूचना दी गई है, जिसने टेस्टोस्टेरोन थेरेपी को बंद नहीं किया था (ग्रीनवाल्ड एट अल। सुरक्षित और तंगप्रिचा, 2019)। अंडाशय वाले टीजीडी रोगियों के लिए अन्य प्रजनन संरक्षण विकल्प एक साथी या दाता से शुक्राणु के साथ अंडाणु क्रायोप्रीजर्वेशन और भ्रूण क्रायोप्रीजर्वेशन हैं। उपरोक्त विकल्पों को अंडे की पुनर्प्राप्ति और सहायक प्रजनन प्रौद्योगिकी के उपयोग के लिए हार्मोनल उत्तेजना की आवश्यकता होती है।

प्रारंभिक प्यूबर्टल ट्रांसजेंडर युवाओं के लिए, जीएनआरएच के साथ यौवन का दमन रोगाणु कोशिकाओं की परिपक्वता को रोकता है, हालांकि हाल ही की एक रिपोर्ट में उल्लेख किया गया है कि प्रारंभिक यौवन (और डिम्बग्रंथि उत्तेजना के दौरान जारी) में जीएनआरएच के साथ इलाज किए गए टीजीडी किशोर की डिम्बग्रंथि उत्तेजना के परिणामस्वरूप परिपक्व अंडाणुओं की एक छोटी संख्या थी जो क्रायो-संरक्षित थीं (रोथेनबर्ग एट अल। जीएनआरएच के साथ यौवन के शुरुआती चरणों में कार्यशील वृषण के साथ एक टीजीडी किशोर का इलाज करना न केवल रोगाणु कोशिकाओं की परिपक्वता को रोकता है, बल्कि जेंडर वर्ग को एक प्रारंभिक आकार में भी बनाए रखेगा। यह संभवतः शल्य चिकित्सा विचारों को प्रभावित करेगा यदि वह व्यक्ति

अंततः पेनाइल-व्युत्क्रम योनिनोप्लास्टी से गुजरता है क्योंकि काम करने के लिए कम पेनाइल ऊतक होगा। इन मामलों में, एक बढ़ी हुई संभावना है कि एक योनिनोप्लास्टी को अधिक जटिल शल्य चिकित्सा प्रक्रिया की आवश्यकता होगी, उदाहरण के लिए, आंतों के वेजिनोप्लास्टी (डीवाई एट अल। इस तरह के विचारों को रोगियों और परिवारों के साथ किसी भी चर्चा में शामिल किया जाना चाहिए, जो कामकाजी वृषण के साथ प्रारंभिक प्यूबर्टल किशोरों में प्यूबर्टल ब्लॉकर्स के उपयोग पर विचार करते हैं।

#### कथन 12.11

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को चिकित्सा स्थितियों का मूल्यांकन और संबोधित करने की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों में उपचार शुरू करने से पहले अंतर्जात सेक्स हार्मोन सांद्रता और बहिर्जात सेक्स हार्मोन के साथ उपचार से बढ़ सकते हैं।**

पौरुष्य की मांग करने वाले टीजीडी लोगों को टेस्टोस्टेरोन उपचार से जुड़ी संभावनाओं, परिणामों, सीमाओं और जोखिमों के बारे में सूचित किया जाना चाहिए। गर्भावस्था के दौरान या गर्भवती होने का प्रयास करते समय टेस्टोस्टेरोन थेरेपी का उल्लंघन किया जाता है क्योंकि भ्रूण पर इसके संभावित हानिकारक प्रभाव होते हैं। टेस्टोस्टेरोन थेरेपी के सापेक्ष मतभेदों में गंभीर उच्च रक्तचाप, स्लीप एपनिया और पॉलीसिथेमिया शामिल हैं क्योंकि इन स्थितियों को टेस्टोस्टेरोन द्वारा बढ़ाया जा सकता है। टेस्टोस्टेरोन थेरेपी की शुरुआत से पहले और बाद में रक्तचाप और लिपिड प्रोफाइल की निगरानी की जानी चाहिए। रक्तचाप में वृद्धि आमतौर पर टेस्टोस्टेरोन थेरेपी की शुरुआत के बाद 2 से 4 महीने के भीतर होती है (बैंक एट अल। जो मरीज हाइपरकोलेस्ट्रॉलेमिया और / या हाइपरट्रिग्लिसराइडिमिया विकसित करते हैं, उन्हें आहार संशोधन, दवा या दोनों के साथ उपचार की आवश्यकता हो सकती है।

टीजीडी लोग थ्रोम्बोम्बोलिक घटनाओं के इतिहास के साथ महिलाओं के उपचार की मांग करते हैं, जैसे कि गहरी नस घनास्त्रता और फुफ्फुसीय अन्तः शल्यता, हार्मोन थेरेपी की शुरुआत से पहले मूल्यांकन और उपचार से गुजरना चाहिए। ऐसा इसलिए है क्योंकि एस्ट्रोजन थेरेपी थ्रोम्बोम्बोलिज्म के बढ़ते जोखिम से दृढ़ता से जुड़ी हुई है, जो एक संभावित जीवन-धमकी देने वाली जटिलता है। इसके अलावा, जोखिम कारक जो थ्रोम्बोम्बोलिक स्थितियों के जोखिम को बढ़ा सकते हैं, जैसे

धूमपान, मोटापा और गतिहीन जीवन शैली, को संशोधित किया जाना चाहिए। गैर-परिवर्तनीय जोखिम कारकों वाले रोगियों में, जैसे थ्रोम्बोफिलिया का एक ज्ञात इतिहास, घनास्त्रता का पिछला इतिहास, या थ्रोम्बोम्बोलिज्म का एक मजबूत पारिवारिक इतिहास, एंटीकोआगुलंट्स के साथ सहवर्ती ट्रांसडर्मल एस्ट्रोजन के साथ उपचार थ्रोम्बोम्बोलिज्म के जोखिम को कम कर सकता है। हालांकि, उपचार निर्णयों का मार्गदर्शन करने के लिए सीमित डेटा हैं। हार्मोन संवेदनशील कैंसर, कोरोनरी धमनी रोग, सेरेब्रोवास्कुलर रोग, हाइपरप्रोलैक्टिनमिया, हाइपरट्रिग्लिसराइडिमिया और कोलेलिथियासिस जैसे बेसलाइन पर एक बीमारी की उपस्थिति का मूल्यांकन जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी की शुरुआत से पहले किया जाना चाहिए क्योंकि सापेक्ष जोखिमों को बहिर्जात हार्मोन उपचार (हेमब्री एट अल।

#### कथन 12.12

**हम अनुशंसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को जेंडर अफर्मिंग उपचार से गुजर रहे हैं, जो सेक्स हार्मोन उपचार से प्रेरित शारीरिक परिवर्तनों की शुरुआत और समय पाठ्यक्रम के बारे में शिक्षित करते हैं।**

टेस्टोस्टेरोन उपचार के प्रभाव कई हैं और इसमें शरीर और चेहरे के बालों में वृद्धि, पुरुष पैटर्न गंजापन, मांसपेशियों के द्रव्यमान और ताकत में वृद्धि, वसा द्रव्यमान में कमी, आवाज को गहरा करना, मासिक धर्म में रुकावट (यदि अभी भी मौजूद है), मुँहासे की व्यापकता और गंभीरता में वृद्धि, क्लिंटोरल वृद्धि, और यौन इच्छा में वृद्धि शामिल हो सकती है (डेफ्रेन, एलौट एट अल। फिशर, कैस्टेलिनी एट अल, 2016; गिलटे और गूरेन, 2000; टी-स्जोएन एट अल, 2019; येउंग एट अल, 2020)। अन्य टेस्टोस्टेरोन से जुड़े परिवर्तनों में दुबला शरीर द्रव्यमान, त्वचा तैलीयता में वृद्धि शामिल है, (डी ब्लोक एट अल। हेमब्री एट अल, 2017; कुपर, मैथ्यूज एट अल, 2019; टैलिफेरो एट अल, 2019; टिशेलमैन और न्यूमैन-मैसिस, 2018) (देखें परिशिष्ट सी-तालिका 1)।

एस्ट्रोजन उपचार स्तन विकास को प्रेरित करता है। हालांकि, 20% से कम व्यक्ति 2 साल के उपचार के बाद टैनर स्तन चरण 4-5 तक पहुंचते हैं (डी ब्लोक एट अल। अतिरिक्त परिवर्तनों में वृषण की मात्रा में कमी, दुबला शरीर द्रव्यमान, त्वचा तैलीयपन, यौन इच्छा, सहज इरेक्शन, चेहरे के बाल और शरीर के बालों के साथ-साथ चमड़े के नीचे शरीर की वसा में वृद्धि शामिल है (देखें परिशिष्ट सी-तालिका 1)। वयस्क रोगियों में, एस्ट्रोजन किसी

व्यक्ति की आवाज या ऊंचाई को नहीं बदलता है (इवामोटो, डेफ्रेन एट अल। वीपजेस एट अल, 2019)।

शारीरिक परिवर्तनों का समय पाठ्यक्रम और सीमा व्यक्तियों के बीच भिन्न होती है और आनुवंशिकी, दीक्षा की आयु और स्वास्थ्य की समग्र स्थिति जैसे कारकों से संबंधित होती है (डॉयच, भाकरी एट अल। सेक्स हार्मोन-प्रेरित परिवर्तनों की सीमा और समय का ज्ञान, यदि उपलब्ध हो, तो अनावश्यक उपचार परिवर्तनों, खुराक में वृद्धि और समय से पहले शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं के संभावित नुकसान और खर्च को रोक सकता है (डेकर एट अल।

#### कथन 12.13

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को जेंडर अफर्मिंग हार्मोनल उपचार के हिस्से के रूप में ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के लिए एथिनिल एस्ट्राडियोल निर्धारित नहीं करने की सलाह देते हैं। पाठ पोर्ट करने के लिए, कथन 12.15 देखें।**

#### कथन 12.14

**हमारा सुझाव है कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के लिए ट्रांसडर्मल एस्ट्रोजन निर्धारित करते हैं, जो >45 वर्ष की आयु या शिरापरक थ्रोम्बोम्बोलिज्म के पिछले इतिहास के आधार पर शिरापरक थ्रोम्बोम्बोलिज्म विकसित करने के उच्च जोखिम में हैं, जब जेंडर अफर्मिंग एस्ट्रोजन उपचार की सिफारिश की जाती है। पाठ का समर्थन करने के लिए, कथन 12.15 देखें।**

#### कथन 12.15

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों में संयुग्मित एस्ट्रोजन को पूर्व-निर्धारित नहीं करने का सुझाव देते हैं जब एस्ट्राडियोल जेंडर अफर्मिंग हार्मोनल उपचार के हिस्से के रूप में उपलब्ध होता है।**

टीजीडी लोगों के लिए सबसे सुरक्षित और सबसे प्रभावी एस्ट्रोजन यौगिक और प्रशासन के मार्ग का निर्धारण करना एक महत्वपूर्ण विषय है। अनुशंसित एस्ट्रोजन-आधारित आहार परिशिष्ट सी-तालिका 4 में प्रस्तुत किए गए हैं। एम्स्टर्डम मेडिकल सेंटर (एएमसी) ने पहली बार 816 ट्रांसजेंडर महिलाओं में होने वाली वीटीई की 45 घटनाओं की सूचना दी, विशेष रूप से वीटीई का अपेक्षित घटना अनुपात एक संदर्भ आबादी (वैन केस्टेरन एट अल। इस रिपोर्ट के बाद, एएमसी क्लिनिक ने 40 वर्ष से अधिक उम्र की ट्रांसजेंडर महिलाओं के लिए ट्रांसडर्मल

एस्ट्राडियोल के उपयोग की सिफारिश की, जिसने बाद में वीटीई की घटनाओं को कम कर दिया (नोटा एट अल। टूरियन और अन्य, 2003)। अन्य अध्ययनों ने सुझाव दिया कि सक्रिय प्रोटीन सी (एपीसी) के एंटीकोआगुलेटिंग प्रभावों के प्रतिरोध में वृद्धि और थक्के कारकों प्रोटीन सी और प्रोटीन एस (टूरियन्स एट अल, 2013) की उच्च सांद्रता के कारण एथिनिल एस्ट्राडियोल रक्त के थक्के के उच्च जोखिम से जुड़ा हुआ है। अन्य क्लीनिकों से पिछले 15 वर्षों के भीतर प्रकाशित अन्य अध्ययनों ने बताया कि एस्ट्रोजन के अन्य रूपों को लेने वाली ट्रांसजेंडर महिलाओं में एथिनिल एस्ट्राडियोल लेने वाली ट्रांसजेंडर महिलाओं की तुलना में वीटीई की दर कम थी (एशमैन एट अल। इसके अलावा, 2019 की एक व्यवस्थित समीक्षा ने निष्कर्ष निकाला कि एथिनिल एस्ट्राडियोल प्रशासन ट्रांसजेंडर महिलाओं में वीटीई के उच्चतम जोखिम से जुड़ा था, जबकि प्रोजेस्टर-वन उपयोग और वीटीई के बीच एक संबंध की भी पहचान की गई थी (गोल्डस्टीन एट अल।

2017 एंडोक्राइन सोसाइटी के दिशानिर्देशों ने संयुग्मित इक्वाइन एस्ट्रोजन (सीईई) को उपचार विकल्प के रूप में अनुशंसित नहीं किया क्योंकि संयुग्मित एस्ट्रोजन के रक्त स्तर को ट्रांसजेंडर महिलाओं में मापा नहीं जा सकता है, जिससे एस्ट्रोजन के सुप्राफिजियोलॉजिकल खुराक को रोकना मुश्किल हो जाता है और इस तरह वीटीई के संभावित जोखिम में वृद्धि होती है (हेमब्री एट अल। यूके के एक पूर्वव्यापी अध्ययन ने मौखिक सीईई बनाम मौखिक एस्ट्राडियोल वेलरेट बनाम मौखिक एथिनिल एस्ट्राडियोल के जोखिमों की जांच की और मौखिक सीईई समूह में ट्रांसजेंडर महिलाओं के प्रतिशत में 7 गुना वृद्धि पाई, जिन्होंने एस्ट्रोजन के अन्य रूपों का उपयोग करने वाली ट्रांसजेंडर महिलाओं की तुलना में वीटीई विकसित किया (सील एट अल। एक नेस्टेड, केस-कंट्रोल अध्ययन में, 40-79 आयु वर्ग की 80,000 से अधिक सिजेंडर महिलाएं जिन्होंने वीटीई विकसित किया था, वीटीई के बिना लगभग 390,000 सीआईएस-जेंडर वर्ग महिलाओं से मेल खाती थीं; परिणामों से पता चला कि मौखिक एस्ट्राडियोल उपयोग में संयुग्मित एस्ट्रोजन की तुलना में वीटीई का कम जोखिम था, और ट्रांसडर्मल एस्ट्रोजन वीटीई (विनोग्रादोवा एट अल।

एक व्यवस्थित समीक्षा ने एस्ट्रोजन के कई योगों का मूल्यांकन किया और एक पूर्वव्यापी और एक क्रॉस-सेक्शनल अध्ययन की पहचान की, जिसने विभिन्न योगों से जुड़े जोखिमों की हेड-टू-हेड तुलना की (विकेक्स, मुलर एट अल। विकेक्स एट अल,

2013)। एस्ट्रोजेन के विभिन्न योगों के जोखिम का मूल्यांकन करने वाले किसी भी पहचाने गए अध्ययन ने एक संभावित पारंपरिक डिजाइन को नियोजित नहीं किया। रेट्रोस्पेक्टिव अध्ययन ने ट्रांसडर्मल एस्ट्राडियोल (17-एस्ट्राडियोल जेल 1.5 मिलीग्राम / डी या एस्ट्राडियोल पैच 50 एमसीजी / डी) या मौखिक एस्ट्रोजेन (एस्ट्राडियोल 2 मिलीग्राम / डी, एस्ट्रिओल 2 मिलीग्राम / डी, एथिनिल एस्ट्राडियोल 50 एमसीजी / दिन, या मौखिक गर्भनिरोधक में एथिनिल एस्ट्राडियोल 30-50 एमसीजी) लेने वाली 214 ट्रांसजेंडर महिलाओं की जांच की। 10 साल की अवलोकन अवधि के भीतर, कोहोर्ट के 5% ने वीटीई विकसित किया, 1.4% (214 में से 3) ने मायोकार्डियल रोधगलन (एमआई) का अनुभव किया, और 2.3% (214 में से 5) एक क्षणिक इस्केमिक अटैक या सेरेब्रोवास्कुलर दुर्घटना (टीआईए / सीवीए)। एस्ट्रोजेन थेरेपी की शुरुआत के बाद वीटीई, एमआई और टीआईए / सीवीए की व्यापकता बढ़ गई थी। हालांकि, लेखकों ने इन समापन बिंदुओं के संदर्भ में एस्ट्रोजेन के आहार के बीच अंतर की रिपोर्ट नहीं की।

जांचकर्ताओं के इसी समूह ने एक क्रॉस-सेक्शनल अध्ययन किया, जिसमें 50 ट्रांसजेनडर महिलाओं (औसत आयु 43 ± 10) की जांच की गई, जो मौखिक एस्ट्रोजेन (एस्ट्राडियोल वेलरेट 2 मिलीग्राम / डी, एस्ट्रिओल 2 मिलीग्राम / डी या एथिनिल एस्ट्राडियोल 50-120 एमसीजी / दिन) या ट्रांस-त्वचीय एस्ट्राडियोल (17 डिग्नी-एस्ट्राडियोल 1.5 मिलीग्राम / दिन या एस्ट्राडियोल 50 एमसीजी / दिन) का उपयोग कर रहे थे। मुलर और अन्य, 2012)। बारह प्रतिशत (एन = 6) ने या तो वीटीई, एमआई, या टीआईए / सीवीए विकसित किया। प्रतिभागियों में से दो संयुग्मित एस्ट्रोजेन 0.625 मिलीग्राम / डी (साइप्रोटेरोन एसीटेट के साथ संयोजन में एक व्यक्ति) ले रहे थे, 2 प्रतिभागी एथिनिल एस्ट्राडियोल 20-0 एमसीजी / डी ले रहे थे, 1 साइप्रोटेरोन एसीटेट 50 मिलीग्राम / डी ले रहा था, जबकि छठे प्रतिभागी द्वारा उपयोग किए जाने वाले एस्ट्रोजेन आहार को परिभाषित नहीं किया गया था। मौखिक एस्ट्राडियोल या ट्रांसडर्मल एस्ट्राडियोल लेने वाले किसी भी व्यक्ति ने वीटीई, एमआई, या टीआईए / सीवीए विकसित नहीं किया।

एक संभावित अध्ययन ने पूरे यूरोप में किए गए एक बहुआयामी अध्ययन में 53 ट्रांसजेंडर महिलाओं में एस्ट्रोजेन प्रशासन के मार्ग की जांच की। 45 वर्ष से कम उम्र की ट्रांसजेंडर महिलाओं (एन = 40) को साइप्रोटेरोन एसीटेट (सीपीए) 50 मिलीग्राम / डी के साथ संयोजन में एस्ट्राडियोल वेलरेट 4 मिलीग्राम / डी प्राप्त

हुआ और 45 वर्ष से अधिक उम्र की ट्रांसजेंडर महिलाओं (एन = 13) को ट्रांसडर्मल 17- एस्ट्राडियोल प्राप्त हुआ, जो सीपीए के साथ भी था। मौखिक या ट्रांसडर्मल एस्ट्रोजेन समूह में 1 साल के फॉलो-अप के बाद कोई वीटीई, एमआई, या टीआईए / सीवीए की सूचना नहीं दी गई थी। वियना के एक अतिरिक्त पूर्वव्यापी अध्ययन में ट्रांसडर्मल एस्ट्राडियोल का उपयोग करने वाली 162 ट्रांसजेंडर महिलाओं के बीच वीटीई की कोई घटना नहीं पाई गई, जिनका 5 साल के लिए पालन किया गया था (ओट एट अल।

हम एम्स्टर्डम क्लिनिक के ऐतिहासिक आंकड़ों के आधार पर एथिनिल एस्ट्राडियोल के उपयोग के खिलाफ अपनी सिफारिश में दृढ़ता से आश्वस्त हैं, जो एथिनिल एस्ट्राडियोल के उपयोग को बंद करने के बाद वीटीई की घटनाओं में कमी का प्रदर्शन करते हैं और हाल ही में व्यवस्थित समीक्षा ने एथिनिल एस्ट्राडियोल लेने वाली ट्रांसजेंडर महिलाओं में वीटीई के बढ़ते जोखिम का प्रदर्शन किया है (वीनंड एंड सेफर, हम सील एट अल द्वारा 2012 के अध्ययन के आधार पर सीईई के उपयोग के खिलाफ अपनी सिफारिश में आश्वस्त हैं, जो एस्ट्रोजेन के अन्य योगों की तुलना में सीईई लेने वाली ट्रांसजेंडर महिलाओं में वीटीई के बढ़ते जोखिम का प्रदर्शन करते हैं और हार्मोन रिप्लेसमेंट थेरेपी पर सिजेंडर महिलाओं के डेटा के साथ (कैनिको एट अल। सील एट अल, 2012)। ट्रांसजेंडर महिलाओं में संभावित और पूर्वव्यापी अध्ययनों ने केवल सीईई या एथिनिल एस्ट्राडियोल लेने वालों में वीटीई / एमआई / सीवीए की घटनाओं की सूचना दी है। चूंकि एस्ट्राडियोल सस्ती है, अधिक व्यापक रूप से उपलब्ध है, और सीमित अध्ययनों में सीईई की तुलना में सुरक्षित प्रतीत होता है, इसलिए समिति सीईई का उपयोग करने के खिलाफ सिफारिश करती है जब एस्ट्राडियोल एक उपलब्ध उपचार विकल्प है। अध्ययन की गुणवत्ता संभावित, कोहोर्ट या क्रॉस-सेक्शनल अध्ययन डिजाइनों तक सीमित हो सकती है; हालांकि, सिफारिश का मजबूत स्तर एथिनिल एस्ट्राडियोल और सीईई के उपयोग और ट्रांसजेंडर महिलाओं में वीटीई / एमआई / सीवीए के अधिक जोखिम के बीच संबंध का समर्थन करने वाले लगातार सबूतों पर आधारित है।

हम वृद्ध ट्रांसजेंडर महिलाओं (45 वर्ष की आयु) या वीटीई के पिछले इतिहास वाले लोगों में एस्ट्रोजेन के ट्रांसडर्मल प्रीपैराशन > प्रशासन के लिए हमारी सिफारिश में भी आश्वस्त हैं। हमारी सिफारिश में विश्वास एम्स्टर्डम क्लिनिक से रिपोर्ट की गई वीटीई की कम घटनाओं पर आधारित है जब ट्रांस-जेंडर वर्ग



महिलाओं को 40 साल की उम्र के बाद ट्रांसडर्मल तैयारी का उपयोग करने के लिए स्विच किया जाता है (वैन केस्टरन एट अल। इसके अलावा, संभावित, बहुआयामी कोहोर्ट अध्ययन ईएनआईजीआई ने ट्रांसजेंडर महिलाओं में वीटीई / एमआई / सीवीए की कोई घटना नहीं पाई, जिन्हें नियमित रूप से 45 साल की उम्र में ट्रांसडर्मल एस्ट्रोजन में बदल दिया जाता है (डेकर एट अल। इसके अलावा, ओट एट अल के एक अध्ययन ने एस्ट्राडियोल पैच (ओट एट अल, 2010) के साथ इलाज की गई 162 ट्रांसजेंडर महिलाओं में वीटीई की कोई घटना नहीं दिखाई। साइप्रोट्रोन एसीटेट के अपवाद के साथ (ध्यान दें कि यह संभावित हेपेटोटाॅक्सिसिटी की सम्भावना के कारण अमेरिका में उपयोग के लिए अनुमोदित नहीं है), हार्मोन थेरेपी आहार में प्रोजेस्टिन का उपयोग विवादास्पद बना हुआ है। आज तक, ट्रांसजेंडर रोगियों के लिए हार्मोन थेरेपी में प्रोजेस्टेरोन की भूमिका का मूल्यांकन करने वाला कोई गुणवत्ता अध्ययन नहीं हुआ है।

हम जानते हैं कि कुछ चिकित्सक जो माइक्रोनाइज्ड प्रोजेस्टेरोन सहित प्रोजेस्टिन लिखते हैं, इस धारणा के तहत हैं कि स्तन और / या एरोलर विकास, मनोदशा, कामेच्छा और समग्र आकार में सुधार हो सकता है, साथ ही अन्य लाभों का प्रदर्शन किया जाना बाकी है (ड्यूश, 2016 ए; विर्कक्स, वैन केनेगेम एट अल। हालांकि, ये सुधार उपाख्यानात्मक बने हुए हैं, और इस तरह के प्रोजेस्टिन उपयोग को बढ़ाने के लिए कोई गुणवत्ता डेटा नहीं है। एसओसी के इस संस्करण के लिए हमने जो व्यवस्थित समीक्षा शुरू की थी, वह किसी भी प्रोजेस्टिन के पक्ष में सिफारिश करने के लिए पर्याप्त डेटा की पहचान करने में विफल रही। इसके बजाय, मौजूदा डेटा से पता चलता है कि नुकसान विस्तारित प्रोजेस्टिन एक्सपोजर (सेफर, 2021) से जुड़ा हुआ है।

सिजेंडर महिलाओं के लिए जिनके पास गर्भाशय है, एस्ट्रोजेन के साथ संयोजन में प्रोजेस्टिन निर्विरोध एस्ट्रोजेन के प्रशासन से जुड़े एंडोमेट्रियल कैंसर के जोखिम से बचने के लिए आवश्यक हैं। सिजेंडर महिलाओं के लिए जिनके पास गर्भाशय नहीं है, प्रोजेस्टिन का उपयोग नहीं किया जाता है। प्रोजेस्टिन उपयोग से संबंधित चिंताओं के लिए सबसे अच्छा डेटा उपरोक्त दो सिजेंडर आबादी के बीच तुलना से आता है, जिसे हम स्वीकार करते हैं कि इस आबादी के लिए आवश्यक रूप से सामान्य नहीं है। हालांकि सभी प्रोजेस्टिन के लिए एक वर्ग प्रभाव के बारे में निश्चित नहीं है, संयुक्त इक्वाइन एस्ट्रोजेन में जोड़ा गया मेड्रोक्सीप्रोजेस्टेरोन अधिक स्तन कैंसर और हृदय जोखिमों से

जुड़ा हुआ है (क्लेबोव्स्की 2020; मैनसन, 2013)। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि महिला स्वास्थ्य पहल (डब्ल्यूएचआई) अध्ययनों के डेटा ट्रांसजेंडर आबादी के लिए सामान्य नहीं हो सकते हैं। अध्ययनों में सिजेंडर महिलाओं की तुलना में, हार्मोन थेरेपी की मांग करने वाली ट्रांसजेंडर आबादी युवा होती है, कृत्रिम एस्ट्रोजेन का उपयोग नहीं करती है, और इन मामलों में हार्मोन थेरेपी वर्तमान मानसिक स्वास्थ्य और जीवन की गुणवत्ता को संबोधित करती है और न केवल जोखिम की रोकथाम (ड्यूश, 2016 ए)।

प्रोजेस्टिन के संभावित प्रतिकूल प्रभावों में वजन बढ़ना, अवसाद और लिपिड परिवर्तन शामिल हैं। माइक्रोनाइज्ड प्रोजेस्टेरोन को बेहतर ढंग से सहन किया जा सकता है और मेड्रोक्सीप्रोजेस्टेरोन (फिट्रिपैट्रिक एट अल। ट्रांसजेंडर महिलाओं के लिए एस्ट्रोजेन के साथ जोड़े जाने पर, प्रोजेस्टिन साइप्रोट्रोन एसीटेट उंचा प्रोलैक्टिन, एचडीएल कोलेस्ट्रॉल में कमी और दुर्लभ मेनिंगियोमा से जुड़ा होता है- जिनमें से कोई भी तब नहीं देखा जाता है जब एस्ट्रोजेन को जीएनआरएच एगोनिस्ट या स्पिरोनोलैक्टोन के साथ जोड़ा जाता है (बिस्सन, 2018; बोरगेई-रजावी, 2014; डेफ्रेन, नोटा एट अल। सोफर एट अल, 2020)।

इस प्रकार, आज तक के डेटा में ट्रांसजेंडर महिलाओं के लिए प्रोजेस्टिन थेरेपी के लाभ का समर्थन करने वाले गुणवत्ता साक्ष्य शामिल नहीं हैं। हालांकि, साहित्य कुछ प्रोजेस्टिन के संभावित नुकसान का सुझाव देता है, कम से कम बहु-वर्षीय जोखिम की सेटिंग में। यदि, प्रोजेस्टेरोन उपचार के जोखिमों और लाभों की चर्चा के बाद, प्रोजेस्टेरोन थेरेपी का परीक्षण शुरू करने का एक सहयोगी निर्णय होता है, तो निर्धारितकर्ता को इस उपचार के लिए रोगी की प्रतिक्रिया की समीक्षा करने के लिए एक वर्ष के भीतर रोगी का मूल्यांकन करना चाहिए।

#### कथन 12.16

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को टेस्टोस्टेरोन कम करने वाली दवाओं (या तो साइप्रोट्रोन एसीटेट, स्पिरोनोलैक्टोन, या जीएनआरएच एगोनिस्ट) को एक हार्मोनल उपचार योजना के हिस्से के रूप में एस्ट्रोजेन लेने वाले वृषण वाले योग्य \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के लिए पूर्व-स्क्राइब टेस्टोस्टेरोन-कम करने वाली दवाओं की सलाह देते हैं यदि उनका व्यक्तिगत लक्ष्य सिजेंडर महिलाओं में सेक्स हार्मोन के स्तर का अनुमान लगाना है।**

अमेरिका और यूरोप में अधिकांश जेंडर वर्ग क्लीनिक

टेस्टोस्टेरोन कम करने वाली दवा (मामूजी एट अल, 2017) के साथ संयुक्त एस्ट्रोजन निर्धारित करते हैं (देखें 7 परिशिष्ट सी-तालिका 5)। अमेरिका में, स्पिरोनोलैक्टोन सबसे अधिक पूर्व-वर्णित टेस्टोस्टेरोन-कम करने वाली दवा है, जबकि जीएनआरएच का उपयोग आमतौर पर यूके में किया जाता है, और साइप्रोट्रोन एसीटेट को अक्सर यूरोप के बाकी हिस्सों में निर्धारित किया जाता है (एंगस एट अल। कुइजपर्स एट अल। टेस्टोस्टेरोन कम करने वाली दवा को जोड़ने का तर्क दो गुना है 1) सिजेंडर महिलाओं की संदर्भ सीमा के भीतर टेस्टोस्टेरोन के स्तर को कम करने के लिए; और 2) पर्याप्त शारीरिक प्रभाव प्राप्त करने के लिए आवश्यक एस्ट्रोजन की मात्रा को कम करने के लिए। प्रत्येक टेस्टोस्टेरोन कम करने वाली दवा का एक अलग कुप्रभाव होता है। स्पिरोनोलैक्टोन एक रक्तचाप कम करने वाली और पोटेशियम बढ़ाने वाली दवा है, और इस प्रकार हाइपरकेलेमिया, पेशाब की आवृत्ति में वृद्धि और रक्तचाप में कमी हो सकती है (लिन एट अल। साइप्रोट्रोन एसीटेट मेनिंगियोमा और हाइपर-प्रोलैक्टिनमिया (नोटा एट अल, 2018) के विकास से जुड़ा हुआ है। जीएनआरएचए, जबकि टेस्टोस्टेरोन के स्तर को कम करने में बहुत प्रभावी है, ऑस्टियोपोरोसिस का परिणाम हो सकता है यदि समवर्ती रूप से दिए गए एस्ट्रोजन की खुराक अपर्याप्त है (क्लिंक, कैरिस एट अल।

एक व्यवस्थित समीक्षा ने एक अध्ययन की पहचान की, जिसने टेस्टोस्टेरोन-कम करने वाली दवाओं साइप्रोट्रोन एसीटेट और ल्यूप्रोलाइड (गावा एट अल। दो अध्ययनों ने एस्ट्रोजन प्लस टेस्टोस्टेरोन कम करने वाली दवाएं लेने वाली ट्रांस-जेंडर वर्ग महिलाओं के एक समूह की तुलना एक समूह के साथ की, जिन्होंने केवल एस्ट्रोजन प्राप्त किया था। व्यवस्थित समीक्षा ने यह सुझाव देने के लिए पर्याप्त सबूत प्रदान नहीं किए कि तीन टेस्टोस्टेरोन-कम करने वाली दवाओं में से किसी में भी हड्डी के स्वास्थ्य, टेस्टोस्टेरोन के स्तर, पोटेशियम के स्तर, या हाइपरप्रोलैक्टिनमिया या मेनिंगियोमा की घटनाओं में बेहतर सुरक्षा प्रोफाइल थी (विल्सन एट अल। इसलिए, कोई सिफारिश नहीं की जा सकती है। समीक्षा में बताया गया कि स्पिरोनोलैक्टोन-आधारित आहार प्रोलैक्टिन के स्तर में 45% की वृद्धि के साथ जुड़े थे, जबकि साइप्रोट्रोन-आधारित आहार ने प्रोलैक्टिन के स्तर को 100% से अधिक बढ़ा दिया। हालांकि, उंचा प्रोलैक्टिन स्तर का नैदानिक महत्व स्पष्ट नहीं है क्योंकि प्रोलैक्टिनोमा की दर स्पिरोनोलैक्टोन- या सीपीए-उपचारित

समूहों (विल्सन एट अल। अमेरिका में एक एकल केंद्र से एक पूर्वव्यापी, कोहोर्ट अध्ययन ने एस्ट्रोजन प्लस स्पिरोनोलैक्टोन (बिस्सन एट अल, 2018) के साथ इलाज की गई 100 ट्रांसजेंडर महिलाओं में प्रोलैक्टिन के स्तर में कोई नैदानिक रूप से महत्वपूर्ण वृद्धि नहीं की सूचना दी। नीदरलैंड से 2,555 ट्रांसजेंडर महिलाओं के एक पूर्वव्यापी अध्ययन में एस्ट्रोजन के विभिन्न योगों के साथ मुख्य रूप से सीपीए लेने वाले रोगियों में मेनिंगियोमा के मानकीकृत घटना अनुपात में वृद्धि हुई है, जिन्होंने सामान्य डच आबादी की तुलना में कई वर्षों तक गोनाडोक्टॉमी के बाद साइप्रोट्रोन एसीटेट का उपयोग किया था (नोटा एट अल। इसके अलावा, बेल्जियम में एक छोटे से अध्ययन में, 107 ट्रांसजेंडर महिलाओं में साइप्रोट्रोन एसीटेट के साथ उपचार के बाद प्रोलैक्टिन के स्तर में क्षणिक वृद्धि हुई थी, जो बंद होने के बाद सामान्य हो गई (डेफ्रेन, नोटा एट अल। एक हालिया प्रकाशन, जिसे व्यवस्थित समीक्षा में शामिल नहीं किया गया था, ने स्पिरोनोलैक्टोन, जीएनआरएच, या साइप्रोट्रोन लेने वाली 126 ट्रांसजेंडर महिलाओं की जांच की और निष्कर्ष निकाला कि साइप्रोट्रोन उच्च प्रोलैक्टिन स्तर और स्पिरोनोलैक्टोन या जीएनआरएच (सोफर एट अल, 2020) की तुलना में बदतर लिपिड प्रोफाइल से जुड़ा था। एक ऊंचे स्तर के नैदानिक महत्व के खिलाफ प्रोलैक्टिन लेव-एल्स को मापने की लागत और पहुंच को संतुलित करने के बाद, इस समय प्रोलैक्टिन स्तरों की निगरानी के लिए या उसके खिलाफ सिफारिश नहीं करने का निर्णय लिया गया था। इसलिए एचसीपी को हार्मोन आहार के प्रकार और / या हाइपरप्रोलैक्टिनमिया या पिट्यूटरी ट्यूमर (जैसे, गैलेक्टोरिया, दृश्य क्षेत्र परिवर्तन) के लक्षणों की उपस्थिति के आधार पर प्रोलैक्टिन के स्तर को मापने की आवश्यकता के बारे में व्यक्तिगत नैदानिक निर्णय लेना चाहिए।

साइप्रोट्रोन को मेनिंगियोमा से भी जोड़ा गया है। मुख्य रूप से साइप्रोट्रोन एसीटेट (मैनसिनी एट अल, 2018) लेने वाली ट्रांसजेंडर महिलाओं के बीच साहित्य में मेनिंगियोमा के नौ मामले सामने आए हैं। इस बड़े हुए जोखिम को सिजेंडर आबादी में भी पहचाना गया है। 2020 में, यूरोपीय मेडिसिन एजेंसी ने एक रिपोर्ट प्रकाशित की जिसमें 10 मिलीग्राम या उससे अधिक की दैनिक खुराक के साथ साइप्रोट्रोन उत्पादों को मेनिंगियोमा (यूरोपीय मेडिसिन एजेंसी, 2020) के विकास के जोखिम के कारण प्रतिबंधित किया जाना चाहिए। सबसे अधिक संभावना है कि यह संबंध साइप्रोट्रोन एसीटेट का एक विशिष्ट प्रभाव है

और अन्य टेस्टोस्टेरोन-कम करने वाली दवाओं को शामिल करने के लिए विस्तारित नहीं किया गया है। अमेरिका में, जहां साइप्रोटोन एसीटेट उपलब्ध नहीं है, नॉर्थ अमेरिकन एसोसिएशन ऑफ सेंट्रल कैंसर रजिस्ट्रीज (एनएएसीसीआरएस) डेटाबेस ने ट्रांसजेंडर महिलाओं के बीच मस्तिष्क ट्यूमर (मेनिंगियोमा के लिए विशिष्ट नहीं) के बढ़ते जोखिम की पहचान नहीं की (नैश एट अल। इसके अलावा, सिजेंडर नियंत्रण (सिल्वरबर्ग एट अल, 2017) की तुलना में 2,791 ट्रांसजेंडर महिलाओं के कैंसर कोहोर्ट में मस्तिष्क ट्यूमर के जोखिम अनुपात में वृद्धि नहीं हुई थी। जीएनआरएच लेने वाली ट्रांस-जेंडर महिलाओं में मेनिंगियोमा और प्रोलैक्टिनोमा के जोखिम पर कोई दीर्घकालिक अध्ययन नहीं किया गया है। वृषण वाले ट्रांसजेंडर व्यक्तियों के लिए एक हार्मोन आहार के हिस्से के रूप में टेस्टोस्टेरोन-कम करने वाली दवाओं के उपयोग के लिए हमारी मजबूत सिफारिश एस्ट्रोजेन थेरेपी के अलावा इन दवाओं का उपयोग करने के वैश्विक अभ्यास के साथ-साथ इन उपचारों से जुड़े अपेक्षाकृत न्यूनतम जोखिम पर आधारित है। हालांकि, हम इस समय एक टेस्टोस्टेरोन-कम करने वाली दवा को दूसरे पर अनुकूल बनाने की सिफारिश करने में सक्षम नहीं हैं। इस प्रकार प्रकाशित डेटा अब तक साइप्रोटोन एसीटेट के लंबे समय तक उपयोग (>2 वर्ष) और उच्च खुराक (>10 मिलीग्राम दैनिक) के साथ मेनिंगियोमा के जोखिम के बारे में कुछ चिंताओं को उठाता है (नोटा एट अल। टेर वेंगेल एट अल, 2016; वेइल एट अल, 2021)।

बाइकलुटामाइड एक एंटीएंड्रोजेन है जिसका उपयोग प्रोस्टेट कैंसर के उपचार में किया गया है। यह एण्ड्रोजेन के बंधन को अवरुद्ध करने के लिए एण्ड्रोजेन रिसेप्टर को प्रतिस्पर्धात्मक रूप से बांधता है। ट्रांस फेमिनिन आबादी में बाइकलुटामाइड के उपयोग पर डेटा बहुत विरल है और सुरक्षा डेटा की कमी है। एक छोटे से अध्ययन ने 23 ट्रांस स्त्री किशोरों में यौवन अवरोधक के रूप में रोजाना बाइकलुटामाइड 50 मिलीग्राम के उपयोग को देखा, जो जीएनआरएच एनालॉग (नेयमैन एट अल। सभी व्यक्तिगत अनुभवी स्तन विकास जो आमतौर पर प्रोस्टेट कैंसर वाले पुरुषों में भी देखा जाता है, जिनका इलाज बाइकलुटामाइड के साथ किया जाता है। यद्यपि दुर्लभ, फुलमिनेंट हेपेटोटांक्सिसिटी जिसके परिणामस्वरूप मृत्यु होती है, को बाइकलुटामाइड (ओ'ब्रायंट एट अल, 2008) के साथ वर्णित किया गया है। यह देखते हुए कि ट्रांस स्त्री आबादी में बाइकलुटामाइड का पर्याप्त अध्ययन नहीं किया गया है, हम

इसके नियमित उपयोग की सिफारिश नहीं करते हैं।

5-रिडक्टेस इनहिबिटर का प्रशासन टेस्टोस्टेरोन के अधिक शक्तिशाली एण्ड्रोजेन डाइहाइड्रोटेस्टोस्टेरोन में रूपांतरण को अवरुद्ध करता है। खाद्य और औषधि प्रशासन (एफडीए) ने फिनस्टेराइड प्रशासन के अनुमोदित संकेतों में सौम्य प्रोस्टेटिक हाइपरट्रॉफी और एंड्रोजेनेटिक एलोपेसिया शामिल हैं। ट्रांस फेमिनिन आबादी में 5-रिडक्टेस इनहिबिटर के उपयोग पर डेटा बहुत विरल है (इरविग, 2021)। यह स्पष्ट नहीं है कि क्या दवा के इस वर्ग का ट्रांस स्त्री व्यक्तियों में कोई नैदानिक लाभ हो सकता है जिनके टेस्टोस्टेरोन और डायहाइड्रो टेस्टोस्टेरोन का स्तर पहले से ही एस्ट्रोजेन और एंटीएंड्रोजेन के साथ कम हो गया है। इसलिए हम ट्रांस फेमिनिन आबादी में उनके नियमित उपयोग की सिफारिश नहीं करते हैं। उच्च डायहाइड्रोटेस्टोस्टेरोन के स्तर के परिणामस्वरूप परेशान खालित्य का अनुभव करने वाले ट्रांस पौरुष्य व्यक्तियों में फिनस्टेराइड एक उपयुक्त उपचार विकल्प हो सकता है। बहरहाल, 5-रिडक्टेस अवरोधक के साथ उपचार से क्लिंटोरल विकास और ट्रांस पौरुष्य व्यक्तियों में चेहरे और शरीर के बालों के विकास में बाधा आ सकती है। ट्रांसजेंडर आबादी में 5-रिडक्टेस इनहिबिटर की प्रभावकारिता और सुरक्षा का आकलन करने के लिए अध्ययन की आवश्यकता है।

#### कथन 12.17

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को टेस्टोस्टेरोन के साथ इलाज किए गए ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों में हेमटोक्रिट (या हीमोग्लोबिन) के स्तर की निगरानी करने की सलाह देते हैं।** अच्छी गुणवत्ता वाले डेटा हैं जो बताते हैं कि हेमटोक्रिट (या हीमोग्लोबिन) में वृद्धि टेस्टोस्टेरोन के साथ इलाज किए गए टीजीडी व्यक्तियों से जुड़ी है (डेफ्रेन एट अल। व्यवस्थित समीक्षा में टेस्टोस्टेरोन आहार में टेस्टोस्टेरोन एस्टर शामिल थे जो साप्ताहिक 25-250 मिलीग्राम एससी / आईएम के बराबर, टेस्टोस्टेरोन अनडेकेनेट 1000 मिलीग्राम हर 12 सप्ताह में, या टेस्टोस्टेरोन जेल 50 मिलीग्राम त्वचा पर दैनिक रूप से लागू होते हैं (डेफ्रेन एट अल। गावा एट अल, 2018; गिलटे और अन्य, 2000; मेरिगियोला एट अल, 2008; पेलुसी और अन्य, 2014; टी'शोएन एट अल, 2005; विर्कक्स, वैन केनेगेम एट अल। विर्कक्स, वैन डी पीयर एट अल। अपेक्षित वृद्धि सिजेंडर पुरुषों में रेफ-टेरेंस रेंज के अनुरूप होनी चाहिए।

#### कथन 12.18

हम सुझाव देते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा से पहले और बाद में हार्मोन के उपयोग के बारे में सर्जनों के साथ सहयोग करते हैं। लेख पोर्टिंग पाठ के लिए, कथन 12.19 देखें।

#### कथन 12.19

हम सुझाव देते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा के लिए विभिन्न विकल्पों के बारे में योग्य \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को सलाह देते हैं जब तक कि शल्य चिकित्सा का संकेत नहीं दिया जाता है या चिकित्सकीय रूप से उल्लंघन नहीं किया जाता है।

सबूत की अनुपस्थिति के बावजूद, जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा के लिए पेरीओपरेटिव नैदानिक मानकों में शल्य चिकित्सा से पहले और बाद में 1-4 सप्ताह के लिए हार्मोन थेरेपी की समाप्ति शामिल है, आमतौर पर जननांग शल्य चिकित्सा (हेमब्री एट अल। इस तरह के अभ्यास का उद्देश्य बहिर्जात एस्ट्रोजन प्रशासन (हेमब्री एट अल, 2009) से जुड़े वीटीई के जोखिम को कम करना था। एस्ट्रोजन और टेस्टोस्टेरोन को तब किसी बिंदु पर ऑपरेशन के पश्चात किसी भी रूप से फिर से शुरू किया जा सकता है।

सावधानीपूर्वक जांच के बाद, जांचकर्ताओं ने शल्य चिकित्सा से गुजरने वाले ट्रांसजेंडर व्यक्तियों के बीच वीटीई की दर में कोई ऑपरेशन से पहले वृद्धि नहीं पाई है, जबकि उन रोगियों की तुलना में सेक्स स्टेरॉयड उपचार पर बनाए रखा जा रहा है, जिनके सेक्स स्टेरॉयड उपचार को ऑपरेशन से पहले बंद कर दिया गया था (गैथर एट अल। हेमब्री एट अल, 2009; कोजाटो एट अल, 2021; प्रिंस एंड सेफर, 2020)। हाइपोगोनैडिज्म की अगली कड़ी से बचने के लिए गोनाडोक्टॉमी के बाद सेक्स स्टेरॉयड उपचार विशेष रूप से महत्वपूर्ण है, ओस्टियो-पोरोसिस के विकास का खतरा, और मानसिक स्वास्थ्य और जीवन की गुणवत्ता के रखरखाव के लिए (फिशर, कैस्टेलिनी एट अल। रोसेन एट अल, 2019)। इस प्रकार, हार्मोन प्रदाताओं और सर्जनों को गोनाडोक्टॉमी के बाद निरंतर बहिर्जात हार्मोन थेरेपी की आवश्यकता के बारे में रोगियों को शिक्षित करना चाहिए।

रोगियों को शिक्षित करने और नैदानिक अधिवक्ताओं के रूप में सेवा करने में सक्षम होने के लिए, एचसीपी को जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा के जोखिमों और लाभों के बारे में जानकार होना चाहिए और सर्जनों के प्रदर्शन उपायों और सर्जिकल परिणामों के बारे में भी पता होना चाहिए, जिनके लिए वे रोगियों को संदर्भित कर सकते हैं (बीक, क्रेकेल्स एट अल। कोलेबंदर्स एट

अल, 2017; वीपजेस एट अल, 2018)। सामान्य तौर पर, अधिकांश चिकित्सकीय रूप से आवश्यक शल्य चिकित्सा को तीन क्षेत्रों को शामिल करने के रूप में सोचा जा सकता है: चेहरा, छाती / स्तन, और जननांग (आंतरिक और बाहरी)। अतिरिक्त चिकित्सकीय रूप से आवश्यक प्रक्रियाओं में बॉडी कॉन्ट्रिंग और वॉयस शल्य चिकित्सा शामिल हैं। अध्याय 2 में चिकित्सा आवश्यकता कथन देखें- वैश्विक प्रयोज्यता, कथन 2.1)।

चेहरे के जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा के लिए कई प्रक्रियाएं उपलब्ध हैं, जिनमें नाक, जबड़े, ठोड़ी और माथे की आकृति बदलना, चेहरे को ढालना, बाल हटाने और बाल ट्रांस-प्लांटेशन शामिल हैं (अध्याय 13- शल्य चिकित्सा और ऑपरेशन के पश्चात केयर देखें)। छाती/स्तन शल्य चिकित्सा के लिए उपलब्ध प्रक्रियाओं में स्तन वृद्धि, निप्पल ग्राफ्ट के साथ डबल मास्टेक्टॉमी, पेरिएरोलर मास्टेक्टॉमी और लिपोसक्शन शामिल हैं। अंतर्जात स्तन विकास वाले टीजीडी व्यक्तियों के लिए सबसे आम जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा छाती की शल्य चिकित्सा (मास्टेक्टॉमी) (होरबैक एट अल। कैलास एट अल, 2017)।

आंतरिक जननांग शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं में ऑर्किक्टॉमी, हिस्टेरेक्टॉमी, सल्विंगो-ओफोरेक्टॉमी, वेजीनोप्लास्टी और कोल्पेक्टॉमी / योनिक्टॉमी (हॉर्बैक एट अल। जियांग एट अल, 2018)। योनिनोप्लास्टी में आंतरिक अस्तर आमतौर पर पेनाइल त्वचा, त्वचा ग्राफ्ट, दोनों के संयोजन या आंत्र खंड से निर्मित होता है। गर्भाशय / अंडाशय को एक बार में व्यक्तिगत रूप से या सभी (हिस्टेरेक्टॉमी, सल्विंगो-ओफोरेक्टॉमी और कोल्पेक्टॉमी) किया जा सकता है। यदि कोल्पेक्टॉमी की जाती है, तो हिस्टेरेक्टॉमी भी की जानी चाहिए। रोगी के अनुरोध पर अंडाशय सीटू में रह सकते हैं। एक या दोनों अंडाशय छोड़ने का एक संभावित लाभ प्रजनन संरक्षण है, जबकि नकारात्मक पक्ष डिम्बग्रंथि विकृति के विकास की क्षमता है, जिसमें कैंसर (डी रु एट अल।

बाहरी जननांग शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं में वल्वोप्लास्टी, मेटोइडियोप्लास्टी और फैलोप्लास्टी तक सीमित नहीं हैं (जोर्डजेविक एट अल। फ्रे एट अल, 2016)। बाहरी जननांग प्रक्रियाओं (मार्क्स एट अल, 2019) करने से पहले बालों को हटाना आम तौर पर आवश्यक है। वल्वोप्लास्टी में मॉन्स, लैबिया, क्लिटोरिस और मूत्रमार्ग खोलने का निर्माण शामिल हो सकता है। मूत्रमार्ग लंबा करना मेटोइडियोप्लास्टी और फैलोप्लास्टी दोनों के लिए एक विकल्प है, लेकिन यह बहुत बड़ी

हुई जटिलता दर (शेचर एंड सफा, 2018) से जुड़ा हुआ है। फालोप्लास्टी के लिए दाता साइटों से उत्पन्न घावों के प्रबंधन के लिए घाव देखभाल और भौतिक चिकित्सा आवश्यक है (वैन केनेगेम, वेरहेघे एट अल। शून्यता और यौन कार्य के प्रबंधन के लिए शल्य चिकित्सा के बाद पेल्विक भौतिक चिकित्सा भी एक महत्वपूर्ण सहायक हस्तक्षेप हो सकती है (जियांग एट अल। रोगियों, एचसीपी और सर्जनों के बीच एक आम भाषा में संवाद, आपसी समझ और स्पष्ट संचार उपलब्ध शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं के बारे में अच्छी तरह से विचारित निर्णयों में योगदान देगा।

#### कथन 12.20

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के लिए जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी शुरू करने और जारी रखने की सलाह देते हैं जो मनोसामाजिक कामकाज और जीवन की गुणवत्ता में प्रदर्शित सुधार के कारण इस उपचार की इच्छा रखते हैं। पाठ का समर्थन करने के लिए, कथन 12.21 देखें।**

#### कथन 12.21

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को मौजूदा हार्मोन थेरेपी बनाए रखने की सलाह देते हैं यदि ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध व्यक्ति का मानसिक स्वास्थ्य बिगड़ जाता है और गिरावट के कारण का आकलन करता है, जब तक कि उल्लंघन न किया जाए।**

ट्रांसजेंडर आबादी में कई मानसिक स्वास्थ्य असमानताओं का दस्तावेजीकरण किया गया है, जिसमें अवसाद, आत्महत्या, चिंता, आत्मसम्मान में कमी और पोस्ट-ट्रॉमैटिक स्ट्रेस डिसऑर्डर (आर्केलस एट अल। बेसेरा-कल्की एट अल, 2018; बोमन एट अल, 2017; ईसेनबर्ग एट अल, 2017; हेलेस, एलौट एट अल। विटकॉम्ब एट अल, 2018)। जेंडर वर्ग अल्पसंख्यक तनाव मॉडल इन असमानताओं के कई मध्यस्थों और मॉडरेटर्स का प्रमाण प्रदान करता है (हेंड्रिक्स एंड टेस्टा, 2012; हेंड्रिक्स एंड टेस्टा, 2012) मेयर, 2003)। ट्रांसजेंडर लोगों के लिए अद्वितीय मानसिक स्वास्थ्य असमानताओं के मध्यस्थों और मॉडरेटर्स में भेदभाव, उत्पीड़न, गलत जेंडर से बुलाना, पारिवारिक अस्वीकृति और आंतरिक ट्रांसफोबिया (हेंड्रिक्स एंड टेस्टा, 2012) के अनुभव शामिल हैं। मानसिक स्वास्थ्य पर सकारात्मक प्रभाव डालने वाले कारकों में परिवार की स्वीकृति, सहायक सामाजिक और रोमांटिक रिश्ते, ट्रांसजेंडर समुदाय

जुड़ाव, पुष्टि और समावेशी नीतियों द्वारा सुरक्षा, पुष्टि और समावेश की नीतियां, अद्यतन कानूनी नाम / जेंडर वर्ग प्रलेखन, और व्यक्तिगत अवतार लक्ष्यों के आधार पर शारीरिक जेंडर वर्ग संक्रमण की उपलब्धि शामिल है (बाउर एट अल। बॉकिंग एट अल, 2013; बोमन और अन्य, 2016; डेवी एट अल, 2014; डी व्रीस एट अल, 2014; डु बोइस एट अल, 2018; गोवर, राइडर, ब्राउन एट अल। हेंड्रिक्स एंड टेस्टा, 2012; केओ-मीयर एट अल, 2015; मीयर एट अल, 2013; पीएफएलयूएम एट अल, 2015; रयान एट अल, 2010; स्मिथ एट अल, 2018)।

हार्मोन थेरेपी को टीजीडी युवाओं और वयस्कों के मानसिक स्वास्थ्य और जीवन की गुणवत्ता को सकारात्मक रूप से प्रभावित करने के लिए पाया गया है जो इस उपचार को शुरू करते हैं (एल्ड्रिज एट अल। एलन एट अल, 2019; बाउर एट अल, 2015; नोबिली एट अल, 2018; रसेल एट अल, 2018; रयान, 2009)। कई मामलों में, हार्मोन थेरेपी को जीवन रक्षक हस्तक्षेप माना जाता है (एलन एट अल। ग्रॉसमैन एंड डी'ऑगेली, 2006; मूडी एट अल, 2015)। कई अध्ययनों में हार्मोन थेरेपी की शुरुआत और युवाओं और वयस्कों में बेहतर मानसिक स्वास्थ्य के बीच संबंध पाया गया है (एल्ड्रिज एट अल। कोस्टा एट अल, 2016; डी व्रीस एट अल, 2014; कुपर एट अल, 2020; गुयेन एट अल, 2018; व्हाइट ह्यूगटो एंड रीसनर, 2016), जिसमें जीवन की गुणवत्ता में सुधार शामिल है (गोरिन-लाजार्ड एट अल। गोरिन-लाजार्ड एट अल, 2013; मुराद और अन्य, 2010; न्यूफील्ड एट अल, 2006; नोबिली एट अल, 2018; व्हाइट ह्यूगटो एंड रीसनर, 2016), चिंता और अवसाद में कमी (एल्ड्रिज एट अल। कोलिज़ी एट अल, 2014; डेविस एंड मेयर, 2014; डी व्रीस, स्टेन्स्मा एट अल। गोमेज़-गिल एट अल, 2012; रोवनियाक एट अल, 2019), तनाव में कमी आई, और व्यामोह में कमी आई (केओ-मीयर एंड फिट्जगेराल्ड, 2017)। मिनेसोटा मल्टीफैसिक पर्सनैलिटी इन्वेंट्री -2 (एमएमपीआई -2) का उपयोग करके एक संभावित, नियंत्रित परीक्षण ने टेस्टोस्टेरोन उपचार के केवल 3 महीने बाद ट्रांसजेंडर पुरुषों में मनोवैज्ञानिक कामकाज के कई डोमेन

में महत्वपूर्ण सुधार का प्रदर्शन किया (केओ-मीयर एट अल। यद्यपि ट्रांस-जेंडर वर्ग आबादी में ऑटिज़्म के लक्षणों की उच्च दर है, लेकिन हार्मोन थेरेपी की शुरुआत के बाद इन लक्षणों में वृद्धि नहीं पाई गई है (नोबिली एट अल., 2020)।

चूंकि अवसादग्रस्तलक्षणों में कमी आत्महत्या के जोखिम में कमी के साथ सहसंबंधित हो सकती है, अवसाद या आत्महत्या

की उपस्थिति के आधार पर हार्मोन थेरेपी को रोकने से नुकसान हो सकता है (केओ-मीयर एट अल। लेवी एट अल, 2003)। टर्बन, किंग एट अल (2020) ने किशोरों में आजीवन आत्मघाती विचारधारा की बाधाओं में कमी पाई, जिन्हें प्यूबर्टल दमन की आवश्यकता थी और इस तरह की पहुंच के बिना समान इच्छा वाले लोगों की तुलना में इस उपचार तक पहुंच थी (टर्बन, किंग एट अल। हाल ही में एक व्यवस्थित समीक्षा में पाया गया कि टीजीडी किशोरों में प्यूबर्टल दमन एक बेहतर सामाजिक जीवन से जुड़ा था, वयस्कता में आत्महत्या में कमी आई, मनोवैज्ञानिक कामकाज और जीवन की गुणवत्ता में सुधार हुआ (रेव एट अल। क्योंकि सबूत बताते हैं कि हार्मोन थेरेपी सीधे अवसाद और चिंता के लक्षणों में कमी से जुड़ी हुई है, हार्मोन थेरेपी को रोकने का अभ्यास जब तक कि इन लक्षणों का पारंपरिक मनोचिकित्सा के साथ इलाज नहीं किया जाता है, तब तक इसे आयट्रोजेनिक प्रभाव माना जाता है (केओ-मीयर एट अल। यदि मनोवैज्ञानिक उपचार का संकेत दिया जाता है, तो इसे हार्मोन थेरेपी को बंद किए बिना समवर्ती रूप से शुरू या समायोजित किया जा सकता है।

*\* किशोरों और वयस्कों के लिए पात्रता मानदंड के लिए, कृपया अध्याय 5- वयस्कों के लिए मूल्यांकन और अध्याय 6- किशोरों के साथ-साथ परिशिष्ट डी देखें।*

### अध्याय 13 शल्य चिकित्सा और ऑपरेशन के पश्चात देखभाल देखभाल

चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा (जीएएस) किसी व्यक्ति के शरीर को उनकी जेंडर वर्ग पहचान के साथ संरेखित करने के लिए डिज़ाइन की गई प्रक्रियाओं के एक समूह को संदर्भित करता है (देखें अध्याय 2- चिकित्सा आवश्यकता के लिए वैश्विक प्रयोज्यता, कथन 2.1)। यह अध्याय टीजीडी वयस्कों और किशोरों के लिए शल्य चिकित्सा और ऑपरेशन के पश्चात देखभाल देखभाल सिफारिशों का वर्णन करता है। कृपया वयस्कों और किशोरों के लिए शल्य चिकित्सा से संबंधित मूल्यांकन मानदंडों के लिए क्रमशः अध्याय 5- वयस्कों का मूल्यांकन और अध्याय 6- किशोरों को देखें। सिफारिशों और मूल्यांकन मानदंडों का सारांश परिशिष्ट डी में पाया जा सकता है। ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध (टीजीडी) के रूप में पहचान करने वाले व्यक्तियों की विविध और विषम समानता को पहचानते हुए, जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल हस्तक्षेप को जन्म के समय पुरुष (एएमएबी) और जन्म के समय महिला (एएफएबी) सौंपे गए व्यक्तियों के लिए प्रक्रियाओं के एक विस्तार के साथ वर्गीकृत किया जा सकता है।

उचित रूप से चयनित टीजीडी व्यक्तियों में, वर्तमान साहित्य जीएएस के लाभों का समर्थन करता है। जबकि जीएएस के बाद जटिलताएं होती हैं, कई या तो मामूली होती हैं या बाह्य रोगी आधार पर स्थानीय देखभाल के साथ इलाज किया जा सकता है (कैनर एट अल। गैथर एट अल, 2018; मॉरिसन एट अल। इसके अलावा, जटिलता दर विभिन्न निदान (यानी, गैर-जेंडर अफर्मिंग प्रक्रियाओं) के लिए की गई समान प्रक्रियाओं के अनुरूप है। व्यक्तियों में एएफएबी, जेंडर अफर्मिंग छाती शल्य चिकित्सा या "टॉप शल्य चिकित्सा" (यानी मास-टेक्टोमी) का भावी अध्ययन किया गया है (अग्रवाल एट अल। फ्रेडरिक एट अल, 2017; टॉप एंड बाल्टा, 2017; वैन डी ग्रिफ्ट, एलौट एट अल। वैन डी ग्रिफ्ट एट अल, 2016, रेट्रोस्पेक्टिव (बर्ट्रेड एट अल। क्लेस एट अल, 2018; एस्मंडे एट अल, 2019; लो रूसो एट अल, 2017; मारिनकोविक एंड न्यूफील्ड, 2017; पौडियर एट अल, 2019; वोल्टर एट अल, 2015; वोल्टर एट अल, 2018), और क्रॉस-सेक्शनल कॉहोर्ट अध्ययन (ओल्सन-कैनेडी, वारस एट अल। ओवेन-स्मिथ एट अल, 2018; वैन डी ग्रिफ्ट, एलौट एट अल। वैन डी ग्रिफ्ट, एल्फेरिंग एट अल। शीर्ष शल्य चिकित्सा की प्रभावकारिता को कई डोमेन में प्रदर्शित किया गया है, जिसमें जीवन की स्वास्थ्य संबंधी गुणवत्ता में लगातार

और प्रत्यक्ष वृद्धि, जेंडर वर्ग डिस्फोरिया में उल्लेखनीय कमी और शरीर और उपस्थिति के साथ संतुष्टि में लगातार वृद्धि शामिल है। इसके अतिरिक्त, अफसोस की दर बहुत कम रहती है, जो 0 से 4% तक भिन्न होती है। जबकि अवसाद, चिंता और यौन कार्य जैसे अतिरिक्त परिणाम उपायों पर शीर्ष शल्य चिकित्सा के प्रभाव ने भी एक लाभ का प्रदर्शन किया, अध्ययन निश्चित निष्कर्ष निकालने के लिए अपर्याप्त शक्ति के थे। यद्यपि अधिक मजबूत निष्कर्ष निकालने के लिए आगे की जांच की आवश्यकता है, सबूत एक सुरक्षित और प्रभावी हस्तक्षेप के लिए शीर्ष शल्य चिकित्सा को प्रदर्शित करते हैं।

व्यक्तियों में एएमएबी, जेंडर अफर्मिंग स्तन शल्य चिकित्सा ("स्तन वृद्धि") के बारे में कम अध्ययन प्रकाशित किए गए हैं और इसमें 2 संभावित (वीगर्ट एट अल। ज़ावलिन एट अल, 2018), 1 रेट्रोस्पेक्टिव कॉहोर्ट (फाकिन एट अल, 2019), और 3 क्रॉस-सेक्शनल कॉहोर्ट अध्ययन (कन्हाई एट अल। ओवेन-स्मिथ एट अल, 2018; वैन डी ग्रिफ्ट, एलौट एट अल। सभी अध्ययनों ने रोगी की संतुष्टि में एक सुसंगत और प्रत्यक्ष सुधार की सूचना दी, जिसमें शल्य चिकित्सा के बाद सामान्य संतुष्टि, शरीर की छवि संतुष्टि और शरीर की छवि शामिल है। ओवेन-स्मिथ एट अल (2018) ने जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेप के बढ़ते स्तर के साथ अवसाद और चिंता स्कोर दोनों में सुधार की दिशा में एक सकारात्मक प्रवृत्ति का प्रदर्शन किया। हालांकि, शीर्ष शल्य चिकित्सा से गुजरने वाले व्यक्तियों और किसी अन्य समूह के बीच कोई सांख्यिकीय तुलना नहीं थी। जेंडर अफर्मिंग योनिनोप्लास्टी सबसे अधिक बार रिपोर्ट किए गए जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल हस्तक्षेपों में से एक है; 8 संभावित (बुंकाम्पर एट अल। कार्डोसो दा सिल्वा एट अल, 2016; कन्हाई, 2016; मानेरो वाज़क्वेज़ एट अल, 2018; पापाडोपुलोस, ज़ावलिन एट अल। तवाकोली तबस्सी एट अल, 2015; वेई एट अल, 2018; - ज़ेवलिन एट अल, 2018), 15 रेट्रोस्पेक्टिव कॉहोर्ट (बोमन, वैन डेर स्लुइस एट अल। बुंकाम्पर एट अल, 2015; हेस एट अल, 2016; जियांग एट अल, 2018; लेब्रेटन एट अल, 2017; मैनरिक एट अल, 2018; मैसी एट अल, 2018; मॉरिसन और अन्य, 2015; पापाडोपुलोस, लेले एट अल। रायगोसा और अन्य, 2015; साल्गाडो एट अल, 2018; सैयद-फोरुटन एट अल, 2018; सिगुरजॉनसन एट अल, 2017; सिमोनसेन और अन्य, 2016; थलाइविरिथन एट अल, 2018), और 3 क्रॉस-सेक्शनल कॉहोर्ट अध्ययन हाल ही में रिपोर्ट किए गए हैं (कैस्टेलानो एट अल। ओवेन-स्मिथ एट अल, 2018; वैन डी ग्रिफ्ट, एलौट एट अल।

यद्यपि विभिन्न मूल्यांकन मापों का उपयोग किया गया था, ओवेन-स्मिथ एट अल, 2018; वैन डी ग्रिफ्ट, एलौट एट अल।

### सिफारिशों के कथन

13.1- हम अनुशांसा करते हैं कि जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं को करने वाले सर्जनों के पास निम्नलिखित क्रेडेंशियल्स हैं:

13.1.ए- जेंडर अफर्मिंग प्रक्रियाओं में प्रशिक्षण और प्रलेखित पर्यवेक्षण;

13.1.बी- जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं में एक सक्रिय अभ्यास का रखरखाव;

13.1.सी- जेंडर वर्ग विविध पहचान और एक्सप्रेसन के बारे में ज्ञान;

13.1.डी- जेंडर अफर्मिंग सर्जरी के क्षेत्र में निरंतर शिक्षा

13.1.ई- सर्जिकल परिणामों की ट्रैकिंग।

13.2- हम अनुशांसा करते हैं कि सर्जन स्तन वृद्धि या मास्टेक्टॉमी से पहले स्तन कैंसर से जुड़े जोखिम कारकों के लिए ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों का आकलन करें।

13.3- हम अनुशांसा करते हैं कि सर्जन ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को आफ्टरकेयर आवश्यकताओं, यात्रा और आवास, और ऑपरेशन के पहले प्रक्रिया के दौरान ऑपरेशन के पश्चात देखभाल फॉलो-अप के महत्व के बारे में जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल प्रक्रियाओं से गुजर रहे हैं।

13.4- हम सर्जनों की सलाह देते हैं कि ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों में गोनाडोक्टॉमी से पहले प्रजनन विकल्पों पर चर्चा की गई है।

13.5- हम सुझाव देते हैं कि सर्जन पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध वयस्कों को गोनाडोक्टॉमी की पेशकश करने पर विचार करें जब इस बात का सबूत है कि उन्होंने हार्मोन थेरेपी के न्यूनतम 6 महीने सहन किए हैं (जब तक कि हार्मोन रिप्लेसमेंट थेरेपी या गोनाडल दमन चिकित्सकीय रूप से इंगित नहीं किया जाता है या प्रक्रिया रोगी की इच्छाओं, लक्ष्यों या व्यक्तिगत जेंडर वर्ग पहचान की अभिव्यक्ति के साथ असंगत है)।

13.6- हमारा सुझाव है कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर इन हस्तक्षेपों की मांग करने वाले पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध वयस्कों के लिए जेंडर अफर्मिंग जननांग प्रक्रियाओं पर विचार करें, जब इस बात के सबूत हैं कि व्यक्ति अपने वर्तमान उपचार व्यवस्था पर स्थिर है (जिसमें वांछित शल्य चिकित्सा परिणाम प्राप्त करने के लिए आवश्यक होने पर कम से कम 6 महीने का हार्मोन उपचार या लंबी अवधि शामिल हो सकती है, जब तक हार्मोन थेरेपी या तो वांछित नहीं है या चिकित्सकीय रूप से उल्लंघन किया जाता है)।

13.7- हम सर्जनों को पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध किशोरों के लिए जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल हस्तक्षेप पर विचार करने की सलाह देते हैं जब इस बात के सबूत होते हैं कि एक बहु-विषयक दृष्टिकोण जिसमें मानसिक स्वास्थ्य और चिकित्सा पेशेवर शामिल हैं, निर्णय लेने की प्रक्रिया में शामिल हैं।

13.8- हम सर्जनों को ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य के क्षेत्र में पेशेवरों की एक व्यापक, बहु-विषयक टीम से परामर्श करने की सलाह देते हैं जब पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोग जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल हस्तक्षेप के हिस्से के रूप में व्यक्तिगत रूप से अनुकूलित (जिसे पहले "गैर-मानक" कहा जाता था) सर्जरी का अनुरोध करते हैं।

13.9- हमारा सुझाव है कि ट्रांसजेंडर पुरुषों की देखभाल करने वाले सर्जन और मेटोइडियोप्लास्टी / फैलोप्लास्टी से गुजरने वाले जेंडर वर्ग विविध लोग आजीवन यूरोलॉजिकल फॉलो-अप को प्रोत्साहित करते हैं।

13.10- हम ट्रांसजेंडर महिलाओं की देखभाल करने वाले सर्जनों और जेंडर वर्ग विविध लोगों की सलाह देते हैं जो योनिनोप्लास्टी से गुजर चुके हैं, जो अपने प्राथमिक सर्जन, प्राथमिक देखभाल चिकित्सक या स्त्री रोग विशेषज्ञ के साथ अनुवर्ती को प्रोत्साहित करते हैं।

13.11- हम उन रोगियों की सलाह देते हैं जो अपने जेंडर वर्ग से संबंधित शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप पर पछतावा करते हैं, उन्हें एक विशेषज्ञ बहु-विषयक टीम द्वारा प्रबंधित किया जाना चाहिए।

\* किशोरों और वयस्कों के लिए पात्रता मानदंड के लिए, कृपया वयस्कों और किशोरों के लिए मूल्यांकन अध्याय और परिशिष्ट डी देखें।

सभी अध्ययनों के परिणामों ने लगातार रोगी संतुष्टि (78-100%) के उच्च स्तर के साथ-साथ यौन कार्य (75-100%) के साथ संतुष्टि दोनों की सूचना दी। यह विशेष रूप से स्पष्ट था जब हाल ही में सर्जिकल तकनीकों का उपयोग किया गया था। जेंडर अफर्मिंग योनिनोप्लास्टी भी जटिलताओं की कम दर और अफसोस की कम घटनाओं (0-8%) से जुड़ी थी।

हाल के साहित्य मेटोइडियोप्लास्टी और फैलोप्लास्टी में बढ़ी हुई नैदानिक रुचि को दर्शाते हैं जैसा कि 3 संभावित समूह (गराफा एट अल, स्टोजानोविक एट अल, 2017; - वुकाडिनोविच एट अल, 2014), 6 रेट्रोस्पेक्टिव कॉहोर्ट (कोहनज़ाद, 2016; गार्सिया एट अल, 2014; सिमोनसेन और अन्य, 2016; वैन डी ग्रिफ्ट, पिगोट एट अल। वैन डेर स्लुइस एट अल, 2017; झांग एट अल, 2015), और 4 क्रॉस-सेक्शनल अध्ययन (कैस्टेलानो एट अल।

विकक्स, वान केनेगेम एट अल, 2011), जिसने इन प्रक्रियाओं के जोखिमों और लाभों की समीक्षा की।

75 से 100% अध्ययन प्रतिभागियों के बीच खड़े हो कर, मूत्राशय को खाली करने में सक्षम थे। यौन कार्य के संदर्भ में, 77 से 95% अध्ययन प्रतिभागियों ने अपने यौन कार्य के साथ संतुष्टि की सूचना दी। इनमें से अधिकांश अध्ययन ऑपरेशन के पश्चात देखभाल संतुष्टि (सीमा 83-100%) के उच्च समग्र स्तर की रिपोर्ट करते हैं, जिसमें नई शल्य चिकित्सा तकनीकों से जुड़े अध्ययनों में संतुष्टि की उच्च दर होती है। दो संभावित और दो रेट्रोस्पेक्टिव कॉहोर्ट अध्ययनों ने विशेष रूप से शल्य चिकित्सा के बाद अफसोस का आकलन किया और पाया कि किसी भी ट्रांसजेंडर पुरुष ने अफसोस का अनुभव नहीं किया। जबकि अध्ययन सीमाओं की पहचान की गई थी, रिपोर्ट किए गए



परिणाम सुसंगत और प्रत्यक्ष थे।

हाल के वर्षों में, चेहरे के जीएएस (एफजीएएस) ने अधिक ध्यान आकर्षित किया है, और वर्तमान साहित्य इसके लाभों का समर्थन करता है। हाल के आठ प्रकाशनों में 1 संभावित समूह (मॉरिसन एट अल, 2020), 5 रेट्रोस्पेक्टिव कॉहोर्ट (बेलिंगा एट अल। कैपिटन एट अल, 2014; नौरैई और अन्य, 2007; राफैनी एट अल, 2016; साइमन एट अल, 2022), और 2 क्रॉस-सेक्शनल अध्ययन (आइंसवर्थ एंड स्पीगल, 2010; वैन डी ग्रिफ्ट, एलोट एट अल। सभी 8 अध्ययनों ने स्पष्ट रूप से प्रदर्शित किया कि व्यक्ति अपने सर्जिकल परिणामों (72% और 100% व्यक्तियों के बीच) से बहुत संतुष्ट थे। इसके अतिरिक्त, व्यक्ति उन व्यक्तियों की तुलना में अपने चेहरे की उपस्थिति से काफी अधिक संतुष्ट थे, जिन्होंने शल्य चिकित्सा नहीं कराई थी। एक संभावित, अंतरराष्ट्रीय, बहुआयामी, कोहोर्ट अध्ययन में पाया गया कि चेहरे की जीएएस जीवन की मध्य और दीर्घकालिक गुणवत्ता दोनों में काफी सुधार करती है (मॉरिसन एट अल। परिणाम प्रत्यक्ष और सुसंगत थे, लेकिन कुछ अध्ययन सीमाओं के कारण कुछ हद तक गलत थे। जबकि एएफएबी व्यक्तियों के लिए जेंडर अफर्मिंग चेहरे की शल्य चिकित्सा एक उभरता हुआ क्षेत्र है, वर्तमान सीमित डेटा चुनिंदा रोगियों में समान लाभ की ओर इशारा करता है। भविष्य के अध्ययन की सिफारिश की जाती है।

अतिरिक्त प्रक्रियाओं और / या बालों को हटाने (चेहरे और / या जननांग शल्य चिकित्सा से पहले) जैसे हस्तक्षेप पूर्व-ऑपरेटिव प्रक्रिया के हिस्से के रूप में आवश्यक हो सकते हैं। अध्याय 15 देखें- प्राथमिक देखभाल। इसके अलावा, शल्य चिकित्सा से पहले और बाद में पेल्विक फ्लोर भौतिक चिकित्सा के साथ परामर्श महत्वपूर्ण (या आवश्यक) हो सकता है।

**प्रतिनिधि शल्य चिकित्सा हस्तक्षेपों में शामिल हैं (पूरी सूची के लिए, परिशिष्ट ई और इस अध्याय का अंत देखें):**

एएमएबी: चेहरे की महिलाकरण शल्य चिकित्सा (चोंड्रोलेरिनगोप्लास्टी / वोकल कॉर्ड शल्य चिकित्सा सहित), जेंडर अफर्मिंग स्तन शल्य चिकित्सा, बॉडी कंटूरिंग प्रक्रियाएं, ऑर्किक्टॉमी, वेजीनो / वल्वोप्लास्टी (गहराई के साथ / बिना), सौंदर्य प्रक्रियाएं, और शल्य चिकित्सा के लिए व्यक्तियों को तैयार करने के लिए डिज़ाइन की गई प्रक्रियाएं (यानी, बाल हटाने)।

एएफएबी: चेहरे की पौरुष्य शल्य चिकित्सा, जेंडर अफर्मिंग छाती शल्य चिकित्सा, हिस्टेरेक्टॉमी / ओफोरेक्टॉमी,

मेटोइडियोप्लास्टी (टेस्टिकुलर प्रोस्थेसिस के प्लेसमेंट सहित), फैलोप्लास्टी (टेस्टिकुलर / पेनाइल प्रोस्थेसिस के प्लेसमेंट सहित), बॉडी कंटूरिंग प्रक्रियाएं, सौंदर्य प्रक्रियाएं, और शल्य चिकित्सा के लिए व्यक्तियों को तैयार करने के लिए डिज़ाइन की गई प्रक्रियाएं (यानी, बाल हटाने)।

यह महत्वपूर्ण है कि सर्जन संकेत (ओं) और जीएएस के समय को समझें। किशोरों की देखभाल करते समय यह विशेष रूप से महत्वपूर्ण है (अध्याय 6-किशोरों को देखें)।

यह महत्वपूर्ण है कि सर्जन और रोगी एक साझा निर्णय लेने के दृष्टिकोण में भाग लें जिसमें 1) एक बहु-विषयक दृष्टिकोण शामिल है; 2) रोगी के लक्ष्यों और अपेक्षाओं की समझ; 3) सर्जिकल विकल्पों और संबंधित जोखिमों और लाभों के बारे में चर्चा; और 4) आफ्टरकेयर के लिए एक सूचित योजना (देखें अध्याय 5- वयस्कों के लिए मूल्यांकन)। इन सिफारिशों को देखभाल के लिए एक व्यक्तिगत दृष्टिकोण की सुविधा के लिए डिज़ाइन किया गया है।

परिणामों को अनुकूलित करने के लिए उचित आफ्टरकेयर आवश्यक है (बुंकाम्पर एट अल। लॉरेंस, 2003), और यह महत्वपूर्ण है कि रोगियों को ऑपरेशन के पश्चात देखभाल जरूरतों (स्थानीय घाव देखभाल, गतिविधि प्रतिबंध, काम या स्कूल से समय आदि सहित) के बारे में सूचित किया जाता है। इसके अलावा, यह महत्वपूर्ण है कि सर्जन ऑपरेशन के पश्चात देखभाल प्रदान करने और सुविधाजनक बनाने के लिए उपलब्ध है, विशेष सेवाओं का उल्लेख करता है, या आवश्यकतानुसार दोनों। इसमें चल रहे समर्थन की आवश्यकता शामिल हो सकती है (यानी, देखभाल करने वाले के साथ-साथ प्राथमिक देखभाल प्रदाता, मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों (एमएचपी), या दोनों से), साथ ही नियमित प्राथमिक देखभाल (यानी, स्तन / छाती के कैंसर की जांच, यूरोलॉजिक / स्त्री रोग संबंधी देखभाल, आदि) की आवश्यकता।

सार्वजनिक हित और जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं की संख्या दोनों में वृद्धि के साथ (कैनर एट अल। रॉस, 2017; शेन एट अल, 2019), अतिरिक्त प्रशिक्षण, परिणामों की ट्रेकिंग, और सर्जनों के लिए निरंतर चिकित्सा शिक्षा आवश्यक है (शेचर एट अल।

इस अध्याय के सभी कथनों की सिफारिश साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और रोगियों के लाभ और हानि, मूल्यों और वरीयताओं के मूल्यांकन और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता के आधार पर की गई है। कुछ मामलों में, हम मानते हैं कि साक्ष्य

सीमित हैं और / या सेवाएं सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं।

### कथन 13.1

हम उन सर्जनों की सलाह देते हैं जो जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल प्रक्रियाओं को करते हैं, उनके पास निम्नलिखित क्रेडेंशियल्स हैं:

- ए. जेंडर अफर्मिंग प्रक्रियाओं में प्रशिक्षण और प्रलेखित पर्यवेक्षण;
- बी. जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं में एक सक्रिय अभ्यास का रखरखाव;
- सी. जेंडर वर्ग विविध पहचान और एक्सप्रेसन के बारे में ज्ञान;
- डी. जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा के क्षेत्र में निरंतर शिक्षा;
- ई. सर्जिकल परिणामों की ट्रैकिंग।

जीएएस की पेशकश करने वाले सर्जनों में विभिन्न प्रकार के सर्जिकल विशेषता प्रशिक्षण और पृष्ठभूमि हो सकती है। सबसे आम सर्जिकल विशिष्टताओं में प्लास्टिक शल्य चिकित्सा, यूरोलॉजी, स्त्री रोग, ओटोलरींगोलॉजी और ओरो-मैक्सिलोफेशियल शल्य चिकित्सा (जाजायरी एट अल। अन्य सर्जिकल डोमेन के अनुरूप, हम केवल उन सर्जनों की सलाह देते हैं जो प्रमाणित हैं या अपने संबंधित राष्ट्रीय पेशेवर बोर्डों द्वारा प्रमाणित होने के लिए पात्र हैं। इसके अलावा, यह अनुशंसित है कि टीजीडी लोगों की देखभाल की पेशकश करने वाले सर्जनों ने जेंडर अफर्मिंग प्रक्रियाओं और जेंडर अफर्मिंग देखभाल के सिद्धांतों में प्रलेखित प्रशिक्षण प्राप्त किया है (शेचर एट अल। शेचर एंड शेचर, 2019)। उत्तरार्द्ध में जेंडर वर्ग विविध पहचान और एक्सप्रेसन के बारे में ज्ञान शामिल है, लेकिन सीमित नहीं है, और वे रोगी के लक्ष्यों, अपेक्षाओं और परिणामों को कैसे प्रभावित करते हैं। यह महत्वपूर्ण है कि जीएएस की पेशकश करने वाले सर्जन उपलब्ध प्रक्रियाओं से परिचित हों और सूचित सहमति प्रदान कर सकें। यदि सर्जन अनुरोधित प्रक्रिया की पेशकश नहीं करते हैं, तो वे दूसरी राय के लिए रेफरल की पेशकश कर सकते हैं। जीएएस की पेशकश करने वाले सर्जनों से वर्तमान ज्ञान को बनाए रखने के लिए जीएएस (यानी, बैठकों, सम्मेलनों, सेमिनारों, आदि) के क्षेत्र में निरंतर शिक्षा गतिविधियों में भाग लेने की उम्मीद है। हम आगे सिफारिश करते हैं कि सर्जिकल परिणामों को सूचित सहमति के हिस्से के रूप में रोगियों को ट्रैक और सूचित किया जाए (शेचर एट अल।

इसके अलावा, जीएएस की पेशकश करने वाले अस्पतालों, संस्थानों और चिकित्सक कार्यालयों को सांस्कृतिक दक्षताओं (यानी, भाषा, शब्दावली, आदि) के बारे में जानकारी होनी

चाहिए। इसके लिए निरंतर और नियमित कर्मचारी शिक्षा की आवश्यकता हो सकती है।

### कथन 13.2

हम अनुशंसा करते हैं कि सर्जन स्तन वृद्धि या मास्टेक्टॉमी से पहले स्तन कैंसर से जुड़े जोखिम कारकों के लिए ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों का आकलन करें।

स्तन वृद्धि या मास्टेक्टॉमी से पहले, व्यक्तियों को स्तन कैंसर के जोखिम कारकों के बारे में सूचित और मूल्यांकन करने की आवश्यकता होती है, जिसमें आनुवंशिक उत्परिवर्तन (यानी, बीआरसीए 1, बीआरसीए 2), पारिवारिक इतिहास, आयु, विकिरण, एस्ट्रोजेन के संपर्क में आना और शल्य चिकित्सा के बाद रहने वाले स्तन ऊतक की मात्रा शामिल है (ब्राउन, लॉरेको एट अल। ब्राउन एंड जोन्स, 2015; कोलेबुंडर्स एट अल, 2014; गूरेन एट अल, 2013; सालिबियन एट अल, 2021; वेयर्स एट अल, 2010)। स्तन कैंसर स्क्रीनिंग उचित इमेजिंग, परीक्षण और प्रक्रियाओं के चयन के साथ कैंसर की पहचान को संतुलित करती है। वर्तमान में, टीजीडी व्यक्तियों के लिए विशिष्ट साक्ष्य-आधारित स्क्रीनिंग दिशानिर्देश मौजूद नहीं हैं (सालिबियन एट अल, 2021), हालांकि, हाल के दिशानिर्देश अमेरिकन कॉलेज ऑफ रेडियोलॉजी (ब्राउन, लॉरेको एट अल, 2021) द्वारा प्रस्तावित किए गए हैं। क्योंकि जेंडर अफर्मिंग स्तन वृद्धि या मास्टेक्टॉमी की मांग करने वाले व्यक्तियों में कैंसर का खतरा सामान्य आबादी (हार्मोन उपयोग की सेटिंग में भी) के समान है, मौजूदा कैंसर स्क्रीनिंग गाइड-लाइनों का पालन करने की आवश्यकता है (ब्राउन एंड जोन्स, 2015; ब्राउन एंड जोन्स, 2015) गूरेन एट अल, 2013; सालिबियन एट अल, 2021; वेयर्स एट अल, 2010)। पेशेवरों को इन दिशानिर्देशों के अपडेट से परिचित होने की आवश्यकता है क्योंकि वे परिवर्तन के अधीन हैं। छाती की जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा से गुजरने वाले व्यक्तियों में चल रहे स्तन कैंसर निगरानी होनी चाहिए, जिसे उनके प्राथमिक देखभाल प्रदाताओं द्वारा देखा जाना चाहिए।

### कथन 13.3

हम अनुशंसा करते हैं कि सर्जन ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को आफ्टरकेयर आवश्यकताओं, यात्रा और आवास के बारे में जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल प्रक्रियाओं से गुजर रहे हैं, और ऑपरेशन के पहले प्रक्रिया के दौरान ऑपरेशन के पश्चात देखभाल फॉलो-अप के महत्व के बारे में सूचित करते हैं।

ऑपरेशन के पहले अवधि में रोगियों के साथ समय, तकनीक और आफ्टरकेयर आवश्यकताओं की अवधि के बारे में विवरण साझा किए जाते हैं ताकि उचित योजना बनाई जा सके। इसमें सर्जिकल प्रक्रियाओं (और संबंधित यात्रा आवश्यकताओं) के प्रत्याशित मंचन के बारे में चर्चा शामिल है। जीएस में विशेषज्ञ सर्जनों की छोटी संख्या को देखते हुए, रोगियों के लिए उनकी प्रक्रियाओं के लिए यात्रा करना आम है। शल्य चिकित्सा से पहले, सर्जनों को रोगियों को ऑपरेशन के पश्चात देखभाल फॉलो-अप शेड्यूल प्रदान करना चाहिए। सर्जन को रोगी की यात्रा की तारीखों की अवधि, प्रत्याशित रोगी बनाम बाह्य रोगी रहने और यात्रा व्यवस्था में लचीलेपन की संभावित आवश्यकता (विशेष रूप से यदि जटिलताएं होती हैं) पर चर्चा करनी चाहिए। यात्रा और आवास की जटिलता और लागत को देखते हुए, देखभाल योजना में बदलाव को जल्द से जल्द रोगी के साथ साझा किया जाना चाहिए। सर्जनों को घर लौटने पर स्थानीय प्रदाता के साथ देखभाल की निरंतरता की सुविधा प्रदान करनी चाहिए।

आफ्टरकेयर और शल्य चिकित्सा के पश्चात फॉलो-अप महत्वपूर्ण हैं। जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं में अक्सर विशिष्ट आफ्टरकेयर आवश्यकताएं होती हैं, जैसे कि शल्य चिकित्सा के बाद के संसाधन (स्थिर, सुरक्षित आवास; यात्रा और अनुवर्ती देखभाल के लिए संसाधन), स्वास्थ्य-सकारात्मक आदतों में निर्देश (जैसे, व्यक्तिगत स्वच्छता, स्वस्थ जीवन, मूत्र पथ के संक्रमण (यूटीआई) और यौन-संचारित संक्रमण (एसटीआई) की रोकथाम (विकक्स, वैन केनेगेम एट अल। स्नान, शारीरिक गतिविधि, व्यायाम, पोषण संबंधी मार्गदर्शन, यौन गतिविधि को फिर से शुरू करना) (कैपिटान एट अल, 2020), दवाओं (यानी, एंटीकोआगुलंट्स, हार्मोन, आदि) की शल्य चिकित्सा के बाद की बहाली, और शल्य चिकित्सा के बाद की विस्तृत आत्म-देखभाल गतिविधियां (जैसे, पोस्टवेजिनोप्लास्टी फैलाव और डौचिंग रेजिमेन, पेनाइल प्रोस्थेसिस की सक्रियता, पोस्टफालोप्लास्टी पेशाब को अनुकूलित करने की रणनीति, बाल प्रत्यारोपण देखभाल के लिए सिफारिशें) (कैपिटान एट अल। फाल्कन एट अल, 2018; गार्सिया, 2018; होबेके एट अल, 2005)। पोस्टशल्य चिकित्सा स्व-देखभाल गतिविधियों के कुछ पहलुओं को शल्य चिकित्सा से पहले पेश किया जा सकता है और शल्य चिकित्सा के बाद प्रबलित किया जाता है (फाल्कन एट अल। चूंकि घाव में व्यवधान, फैलाव के साथ कठिनाई, और यूटीआई जैसे मुद्दे हो

सकते हैं (डीवाई एट अल, 2019), अनुवर्ती अवधि जटिलताओं में हस्तक्षेप करने, कम करने और रोकने का अवसर प्रदान करती है (बुंकाम्पर एट अल। गार्सिया, 2021)।

#### कथन 13.4

**हम सर्जनों की सिफारिश करते हैं कि ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों में गोनाडोक्टॉमी से पहले प्रजनन विकल्पों पर चर्चा की गई है।**

बांझपन अक्सर जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी (अस्थायी) और जीएस (स्थायी) दोनों का परिणाम होता है, और चिकित्सा हस्तक्षेप, सर्जिकल हस्तक्षेप, या दोनों से पहले प्रजनन संरक्षण पर चर्चा की जाती है (डेफ्रेन, वैन शुइलेनबर्ग एट अल। जाहरोमी एट अल, 2021; जोन्स एट अल, 2021)। शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप जो प्रजनन शरीर रचना विज्ञान या कार्य को बदलते हैं, भविष्य के प्रजनन विकल्पों को अलग-अलग डिग्री तक सीमित कर सकते हैं (नाहटा एट अल। इस प्रकार इनमें से किसी भी हस्तक्षेप को शुरू करने से पहले और उसके बाद निरंतर आधार पर ट्रांसजेंडर व्यक्तियों और उनके परिवारों के साथ बांझपन जोखिम और प्रजनन संरक्षण (एफपी) विकल्पों पर चर्चा करना महत्वपूर्ण है (हेमब्री एट अल।

प्रजनन विकल्पों के बारे में विशिष्ट सिफारिशों के लिए, अध्याय 16 देखें- प्रजनन स्वास्थ्य।

#### कथन 13.5

**हम सुझाव देते हैं कि सर्जन पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध वयस्कों को गोनाडोक्टॉमी की पेशकश करने पर विचार करते हैं जब इस बात के सबूत होते हैं कि उन्होंने कम से कम 6 महीने की हार्मोन थेरेपी को सहन किया है (जब तक कि हार्मोन रिप्लेसमेंट थेरेपी या गोनाडल दमन चिकित्सकीय रूप से इंगित नहीं किया जाता है या प्रक्रिया रोगी की इच्छाओं, लक्ष्यों या व्यक्तिगत जेंडर वर्ग पहचान की अभिव्यक्ति के साथ असंगत है)। पाठ का समर्थन करने के लिए, कथन 13.6 देखें।**

#### कथन 13.6

**हम सुझाव देते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध वयस्कों में जेंडर अफर्मिंग जननांग प्रक्रियाओं पर विचार करते हैं, जब इस बात के सबूत होते हैं कि व्यक्ति अपने वर्तमान उपचार व्यवस्था पर स्थिर रहा है (जिसमें वांछित शल्य चिकित्सा परिणाम प्राप्त करने के लिए**

आवश्यक होने पर कम से कम 6 महीने का हार्मोन उपचार या लंबी अवधि शामिल हो सकती है जब तक कि हार्मोन थेरेपी या तो वांछित नहीं है या चिकित्सकीय रूप से उल्लंघन नहीं किया जाता है।

जीएचटी शारीरिक, शारीरिक और मनोवैज्ञानिक परिवर्तनों की ओर जाता है। शारीरिक प्रभावों की शुरुआत (जैसे, क्लिटोरल विकास, योनि श्लैष्मिक शोष) चिकित्सा की शुरुआत के बाद जल्दी शुरू हो सकती है, और चरम प्रभाव 1-2 साल (टी'स्जोएन एट अल। आवश्यक सर्जिकल परिणाम के आधार पर, हार्मोन उपचार की अवधि की आवश्यकता हो सकती है (उदाहरण के लिए, मेटोइडियोप्लास्टी / फैलोप्लास्टी से पहले पर्याप्त क्लिटोरल वायरिलाइजेशन) या मनोवैज्ञानिक कारणों, शारीरिक कारणों, या दोनों (स्तन वृद्धि से पहले स्तन वृद्धि और त्वचा का विस्तार, त्वचा का नरम होना और चेहरे के जीएएस से पहले चेहरे की वसा वितरण में परिवर्तन) (डी ब्लोक एट अल। 2021). उन व्यक्तियों के लिए जो सर्जिकल हस्तक्षेप से पहले हार्मोन नहीं ले रहे हैं, यह महत्वपूर्ण है कि सर्जन प्रस्तावित शल्य चिकित्सा पर इसके प्रभाव की समीक्षा करें।

गोनाडोक्टॉमी से गुजरने वाले व्यक्तियों के लिए जो हार्मोन नहीं ले रहे हैं, शल्य चिकित्सा से पहले उनके निर्धारित पेशेवर के साथ हार्मोन प्रतिस्थापन की एक योजना विकसित की जा सकती है।

### कथन 13.7

**हम सर्जनों को पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध किशोरों के लिए जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल हस्तक्षेप पर विचार करने की सलाह देते हैं जब एक बहु-विषयक दृष्टिकोण होता है जिसमें मानसिक स्वास्थ्य और चिकित्सा पेशेवर शामिल होते हैं जो निर्णय लेने की प्रक्रिया में शामिल होते हैं।**

पर्याप्त सबूत (यानी, अवलोकन संबंधी अध्ययन (मॉनस्ट्रे एट अल। स्टोजानोविक एट अल, 2017), साहित्य समीक्षा और विशेषज्ञ राय (एस्टेवा डी एंटोनियो एट अल। फ्रे एट अल, 2017; हदज-मूसा एट अल, 2019; पैन एंड होनिंग, 2018, स्थापित दिशानिर्देश (बायन एट अल। चेन, फुक्वा एट अल, 2016; हेमब्री एट अल, 2017; करासिक एंड फ्रेजर, 2018; क्लेन, पैराडाइज एट अल। वीसलर एट अल, 2018), और एक विषयगत सामग्री विश्लेषण (गेरिट्स एट अल, 2018), ट्रांस-जेंडर वर्ग स्वास्थ्य देखभाल के लिए एक बहु-विषयक (यानी, चिकित्सा, मानसिक स्वास्थ्य और शल्य चिकित्सा) दृष्टिकोण के महत्व का समर्थन

करता है।

मानसिक स्वास्थ्य के मुद्दों के प्रबंधन में एक बहु-विषयक दृष्टिकोण विशेष रूप से महत्वपूर्ण है यदि ये टीजीडी व्यक्ति द्वारा जीएएस (डी फ्रीटास एट अल। डेजने और अन्य, 2016; वैन डेर मिसेन एट अल। इसके अलावा, प्राथमिक देखभाल प्रदाता और चिकित्सा विशेषज्ञ शल्य चिकित्सा के समय, शल्य चिकित्सा परिणामों और अपेक्षाओं, पेरीओपरेटिव हार्मोन प्रबंधन और चिकित्सा स्थितियों के अनुकूलन के बारे में निर्णयों का समर्थन करने में मदद कर सकते हैं (एलामिन एट अल। हेमब्री एट अल, 2017)।

किशोरों में पूर्व-शल्य चिकित्सा मूल्यांकन के बारे में विशिष्ट सिफारिशों के लिए, अध्याय 6-किशोर देखें।

### कथन 13.8

**हम सर्जनों को ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य के क्षेत्र में पेशेवरों की एक व्यापक, बहु-विषयक टीम से परामर्श करने की सलाह देते हैं जब पात्र \* ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोग जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल हस्तक्षेप के हिस्से के रूप में व्यक्तिगत रूप से अनुकूलित (जिसे पहले "गैर-मानक" कहा जाता था) शल्य चिकित्सा का अनुरोध करते हैं।**

जेंडर वर्ग पहचान एक विस्तार के साथ मौजूद हो सकती है, और किसी व्यक्ति की पहचान की अभिव्यक्ति व्यक्तियों के बीच काफी व्यापक रूप से भिन्न हो सकती है (बीक एट अल। कोहलर एट अल, 2018)। जबकि किसी विशेष प्रक्रिया के ओवर-ऑल लक्ष्य में आमतौर पर जेंडर वर्ग डिस्फोरिया (वैन डी ग्रिफ्ट, एलौट एट अल, 2017) को कम करना या जेंडर वर्ग अनुरूपता प्राप्त करना शामिल होता है, जेंडर वर्ग विविध प्रस्तुतियों से व्यक्तिगत रूप से अनुकूलित सर्जिकल अनुरोध हो सकते हैं जिन्हें कुछ "गैर-मानक" मान सकते हैं (बीक एट अल। बिज़िक एट अल, 2018)। व्यक्तिगत रूप से अनुकूलित सर्जिकल अनुरोधों को परिभाषित किया जा सकता है 1) एक प्रक्रिया जो किसी व्यक्ति की जेंडर एक्सप्रेसनको बदल देती है- आवश्यक रूप से एक वैकल्पिक, द्विआधारी जेंडर वर्ग को व्यक्त करने का लक्ष्य रखती है; 2) अच्छी तरह से स्थापित प्रक्रियाओं का "गैर-मानक" संयोजन; या 3) दोनों।

यह रोगी को परामर्श और सूचित करने में मदद करने के साथ-साथ यह सुनिश्चित करने के लिए डिज़ाइन किया गया है कि उनके लक्ष्यों को प्राप्त किया जा सकता है। रोगी और उनके सर्जन को यह सुनिश्चित करने के लिए एक साथ काम करने की आवश्यकता है कि रोगी की अपेक्षाएं यथार्थवादी और प्राप्त

करने योग्य हैं, और प्रस्तावित हस्तक्षेप सुरक्षित और तकनीकी रूप से संभव हैं। रोगी और उनकी सर्जिकल टीम को एक साझा निर्णय लेने की प्रक्रिया में संलग्न होने की आवश्यकता है (कैवनांग एट अल। इस सूचित सहमति प्रक्रिया को कुछ प्रक्रियाओं की अपरिवर्तनीयता, कुछ प्रक्रियाओं की नई प्रकृति और कुछ प्रक्रियाओं के दीर्घकालिक परिणामों के बारे में उपलब्ध सीमित जानकारी को संबोधित करने की आवश्यकता है।

### कथन 13.9

**हमारा सुझाव है कि ट्रांसजेंडर पुरुषों की देखभाल करने वाले सर्जन और जेंडर वर्ग विविध लोग जो मेटोइडियोप्लास्टी / फैलोप्लास्टी से गुजर चुके हैं, जीवन भर यूरोलॉजिकल फॉलो-अप को प्रोत्साहित करें।**

फैलोप्लास्टी के बाद ऑपरेशन के पश्चात देखभाल जटिलताओं में मूत्र पथ और यौन कार्य शामिल हैं (कांग एट अल। मॉनस्ट्रे एट अल, 2009; सैंटुची, 2018; श्राडिन एट अल। मूत्रमार्ग की जटिलताओं (मूत्रमार्ग को लंबा करने से संबंधित) में मूत्रमार्ग की सख्ती 35-58%, मूत्रमार्ग फिस्टुला 15-70% (मॉनस्ट्रे एट अल। सैंटुची, 2018; श्राडिन एट अल, 2019), डायवर्टीकुला, योनि अवशेष के कारण म्यूकोसील, और नियोयूरेथ्रा के भीतर बालों का विकास (बर्ली एट अल। वीरमन एट अल। यौन समारोह से संबंधित जटिलताओं में अनुपस्थित स्पर्श और / या इरोजेनस संवेदना तक सीमित, संभोग समारोह के साथ कठिनाइयां और पेनाइल प्रोस्थेटिक्स के साथ जटिलताएं शामिल हैं (कांग एट अल। सैंटुची, 2018)। पेनाइल प्रोस्थेटिस से संबंधित जटिलताओं में संक्रमण (घटना 8-12%), खराबी, मूत्रमार्ग क्षरण, त्वचा एकसद्गुण और इसकी हड्डी निर्धारण की अव्यवस्था शामिल होने का अनुमान है (फाल्कन एट अल। कांग एट अल, 2019; मॉरिसन एट अल। यद्यपि अधिकांश मूत्रमार्ग और प्रोस्थेटिक जटिलताएं तत्काल और अंतर-मध्यस्थता ऑपरेशन के पश्चात देखभाल अवधि में होती हैं, जटिलताएं किसी भी समय हो सकती हैं। प्रारंभिक पहचान से रुग्णता कम हो सकती है (उदाहरण के लिए, मूत्रमार्ग की सख्ती जिसके परिणामस्वरूप फिस्टुला होता है, एक पेनाइल प्रोस्थेटिक का लंबित क्षरण होता है जिससे संक्रमण होता है और कुल खोज की आवश्यकता होती है) (ब्लेचर एट अल।

मूत्रमार्ग की सख्ती (या अन्य मूत्र संबंधी मुद्दों) के शुरुआती सबूतों का आकलन करने के लिए नियमित अनुवर्ती में पोस्ट-शून्य अवशिष्ट मात्रा का मूत्राशय अल्ट्रासाउंड माप (नियो-मूत्रमार्ग की सख्ती की जांच और चरण), फ्लोरोस्कोपिक

मूत्रमार्गोग्राफी (नियोयूरेथ्रल सख्ती, फिस्टुला और डायवर्टीकुला की पहचान और चरण के लिए), और मूत्रमार्ग और मूत्राशय की जांच के लिए सिस्टोरेथ्रोस्कोपी शामिल हैं। टीजीडी पुरुषों में नियमित यूरोलॉजिक मुद्दे भी हो सकते हैं जिन्हें जेंडर वर्ग संक्रमण (मूत्र पथरी, हेमट्यूरिया, और जेनिटोरिनरी मैलिगनेंसी; प्रजनन संरक्षण) (स्टर्लिंग एंड गार्सिया, 2020 ए, 2020 बी) से संबंधित होने की आवश्यकता नहीं है।

### कथन 13.10

**हम ट्रांसजेंडर महिलाओं की देखभाल करने वाले सर्जनों और जेंडर वर्ग विविध लोगों की सलाह देते हैं जो योनिनोप्लास्टी से गुजर चुके हैं, जो अपने प्राथमिक सर्जन, प्राथमिक देखभाल चिकित्सक या स्त्री रोग विशेषज्ञ के साथ अनुवर्ती को प्रोत्साहित करते हैं।**

वागीनोप्लास्टी एक सुरक्षित प्रक्रिया है (हॉटशारुक, अल्बा, हमीदियान जहरोमी एट अल। जबकि जटिलताएं हो सकती हैं, अधिकांश आत्म-सीमित हैं या मामूली हस्तक्षेप के साथ इलाज किया जा सकता है (हॉटशारुक, अल्बा, हमीदियान जहरोमी एट अल। मामूली जटिलताओं में दानेदार ऊतक का गठन, इंद्रावेजाइनल बालों का विकास, घाव भरने में देरी या घाव व्यवधान (या दोनों), सौंदर्य संबंधी चिंताएं और इंद्रोइटल स्टेनोसिस (फेरांडो, 2020) जैसे मुद्दे शामिल हैं। क्लोर एट अल, 2021)। हालांकि ये जटिलताएं आमतौर पर आत्म-सीमित होती हैं, वे शल्य चिकित्सा के बाद रोगी की भलाई को प्रभावित कर सकती हैं। इसके अतिरिक्त, इन मुद्दों का या तो निदान नहीं किया जा सकता है या गलत निदान किया जा सकता है यदि रोगी ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य के क्षेत्र में विशेषज्ञता वाले पेशेवरों द्वारा प्रदान की गई देखभाल तक पहुंचने में सक्षम नहीं हैं। हम अनुशंसा करते हैं कि रोगियों को व्यक्तिगत रूप से और नियमित अंतराल पर उनके प्राथमिक सर्जन द्वारा पीछा किया जाए - उदाहरण के लिए शल्य चिकित्सा के बाद दो सप्ताह, तीन महीने, छह महीने और एक साल में - हालांकि कुछ व्यक्तियों के लिए अधिक अनुवर्ती संकेत दिया जा सकता है।

अतिरिक्त स्त्री रोग संबंधी देखभाल टीजीडी व्यक्ति के पूरे जीवनकाल में आयोजित की जाती है और इसे कई सेटिंग्स में प्रबंधित किया जा सकता है। दानेदार ऊतक, बाल और घावों की जांच के लिए एक स्पेकुलम परीक्षा प्राथमिक देखभाल प्रदाता, स्त्री रोग विशेषज्ञ या जीएएस सर्जन द्वारा की जा सकती है और तत्काल ऑपरेशन के पश्चात देखभाल अवधि के बाहर आवश्यक हो सकती है (ग्रिमस्टैड, मैकलारेन एट अल। सुचक

और अन्य, 2015; वैन डेर स्लुइस एट अल। प्रयोगशाला परीक्षण द्वारा पुष्टि के बाद, यूटीआई, एसटीआई, और योनि माइक्रोबायोम में अन्य उतार-चढ़ाव का इलाज सिजेंडर आबादी के लिए तैयार किए गए प्रासंगिक दिशानिर्देशों का पालन करके किया जा सकता है (हूटन, 2012; यूटीआई, 2012) शेराई एट अल, 2018)। योनि के माध्यम से सिजेंडर आबादी के लिए तैयार किए गए प्रासंगिक दिशानिर्देशों के आधार पर मैनुअल प्रोस्टेट जांच का गठन किया जाता है, क्योंकि प्रोस्टेट योनि की पूर्ववर्ती दीवार पर स्थित है (कार्टर एट अल., 2013)।

अन्य जटिलताओं में नियोजित नहर के स्टेनोसिस, रेक्टोवेजिनल फिस्टुला और सूजन (आंतों के योनिनोप्लास्टी) (बस्टोस एट अल। इन्हें परामर्श के साथ नॉनसर्जिकल और सर्जिकल उपचार के संयोजन की आवश्यकता होती है और यदि आवश्यक हो तो अन्य सर्जिकल सलाहकारों (यानी, कोलोरेक्टल सर्जन) के साथ प्राथमिक सर्जन को वापस भेजा जा सकता है। इसके अलावा, चूंकि पेल्विक फ्लोर डिसफंक्शन योनिनोप्लास्टी से पहले और बाद में 30-40% रोगियों को प्रभावित कर सकता है, पेल्विक फ्लोर भौतिक चिकित्सक की उपलब्धता ऑपरेशन के पश्चात देखभाल अवधि (जियांग एट अल।

### कथन 13.11

**हम उन रोगियों की सलाह देते हैं जो अपने जेंडर वर्ग से संबंधित सर्जिकल हस्तक्षेप पर पछतावा करते हैं, उन्हें एक विशेषज्ञ बहु-विषयक टीम द्वारा प्रबंधित किया जाना चाहिए।**

अपने जीएस पर पछतावा करने वाले व्यक्तियों का प्रतिशत बहुत कम है (0.3% और 3.8% के बीच) (डी क्यूपीरे और वर्क्युस, 2009; डेफ्रेने, मोटमैन्स एट अल। हदज-मूसा एट अल, 2019; हदज-मौसा, अग्रवाल और अन्य, 2018; हदज-मूसा, ओहल एट अल। लैंडन एट अल, 1998; नारायण और अन्य, 2021; वैन डी ग्रिफ्ट, एलौट एट अल। वीपजेस एट अल, 2018)। अफसोस की उच्चतम घटनाएं ऐसे समय में रिपोर्ट की गई थीं जब सर्जिकल तकनीक कम परिष्कृत थी, बहु-विषयक देखभाल की भूमिका कम स्थापित थी, और देखभाल के मानक मौजूद नहीं थे या व्यापक रूप से ज्ञात नहीं थे (लैंडन एट अल। अफसोस अस्थायी रूप से या स्थायी हो सकता है और इसे (नारायण एट अल, 2021) सामाजिक अफसोस (पारिवारिक, धार्मिक, सामाजिक या व्यावसायिक जीवन में कठिनाइयों के कारण), चिकित्सा खेद (दीर्घकालिक चिकित्सा जटिलताओं के कारण, शल्य चिकित्सा परिणामों में निराशा या अपर्याप्त ऑपरेशन से पहले निर्णय लेने

के कारण), और सच्चे जेंडर वर्ग संबंधी अफसोस (ज्यादातर रोगी के अनुभव पर आधारित गलत निदान, जेंडर वर्ग पहचान की अपर्याप्त खोज के आधार पर) के रूप में वर्गीकृत किया जा सकता है। या दोनों)। यह वर्गीकरण पहले चर्चा किए गए सकारात्मक और नकारात्मक पूर्वानुमान कारकों के अनुसार है (डी क्यूपीरे एंड वर्क्युस, 2009; गिल्स एंड ब्रेवियस, 2007; फाफलिन और जुंगे, 1998)।

एक बहु-विषयक टीम अफसोस के एटियलजि के साथ-साथ सर्जिकल अनुरोध की अस्थायी स्थिरता की पहचान करने में मदद कर सकती है (नारायण एट अल। इस मूल्यांकन के बाद और व्यक्ति की परिस्थितियों को ध्यान में रखते हुए, जन्म के समय सौंपे गए जेंडर वर्ग को शरीर रचना विज्ञान को वापस करने के लिए संक्रमण जारी रखने या शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं को करने के इरादे से चिकित्सा और / या शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप का संकेत दिया जा सकता है। अधिक जानकारी के लिए अध्याय 5 देखें- वयस्कों का आकलन। \* किशोरों और वयस्कों के लिए पात्रता मानदंड के लिए, कृपया वयस्कों और किशोरों के लिए मूल्यांकन अध्याय और परिशिष्ट डी देखें

## जेंडर अफर्मिंग सर्जिकल प्रक्रियाएं

जैसा कि जेंडर वर्ग असंगतता के कई पहलुओं के बारे में क्षेत्र की समझ का विस्तार होता है, और जैसे-जैसे तकनीक विकसित होती है जो अतिरिक्त उपचार की अनुमति देती है, यह समझना अनिवार्य है कि इस सूची का उद्देश्य संपूर्ण नहीं है।

### चेहरे की सर्जरी

|  |   |
|--|---|
| भौंह   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• भौंह में कमी</li> <li>• भौंहों का बढ़ना</li> <li>• भौंह उठाना</li> </ul>   |
| हेयर लाइन उन्नति और/या हेयर ट्रांसप्लान्ट<br>फेसलिफ्ट/मध्य-चेहरा लिफ्ट (अंतर्निहित कंकाल संरचनाओं में परिवर्तन के बाद)<br>ब्लेफरोप्लास्टी<br>राइनोप्लास्टी (+/- फिलर्स)<br>गाल   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• प्लेटिसमैप्लास्टी</li> <li>• लिपोफिलिंग</li> <li>• प्रत्यारोपण</li> <li>• लिपोफिलिंग</li> <li>• ऊपरी होंठ छोटा होना</li> <li>• होंठ वृद्धि (ऑटोलॉग्स और गैर-ऑटोलॉग्स शामिल हैं)</li> </ul>   |
| होंठ   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• जबड़े के कोण में कमी</li> <li>• वृद्धि</li> <li>• ऑस्टियोप्लास्टिक</li> <li>• एलोप्लास्टिक (प्रत्यारोपण-आधारित)</li> <li>• वोकल कॉर्ड सर्जरी (वॉइस चैप्टर देखें)</li> </ul>  |
| नीचला जबड़ा  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• जबड़े के कोण में कमी</li> <li>• वृद्धि</li> <li>• ऑस्टियोप्लास्टिक</li> <li>• एलोप्लास्टिक (प्रत्यारोपण-आधारित)</li> <li>• वोकल कॉर्ड सर्जरी (वॉइस चैप्टर देखें)</li> </ul>  |
| ठुड़ी का पुनः आकार बदलना   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• जबड़े के कोण में कमी</li> <li>• वृद्धि</li> <li>• ऑस्टियोप्लास्टिक</li> <li>• एलोप्लास्टिक (प्रत्यारोपण-आधारित)</li> <li>• वोकल कॉर्ड सर्जरी (वॉइस चैप्टर देखें)</li> </ul>  |
| चोंड्रोलेरिजोप्लास्टी  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• विशिष्ट रोगी के लिए चिकित्सकीय रूप से आवश्यक निर्धारित अनुसार निपल-एरिओला संरक्षण/पुनर्निर्माण के साथ मास्टेक्टॉमी</li> <li>• विशिष्ट रोगी के लिए चिकित्सकीय रूप से आवश्यक निर्धारित अनुसार निपल-एरिओला संरक्षण/पुनर्निर्माण के बिना मास्टेक्टॉमी</li> </ul>                                   |
| स्तन/छाती की सर्जरी<br>मास्टेक्टॉमी  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• विशिष्ट रोगी के लिए चिकित्सकीय रूप से आवश्यक निर्धारित अनुसार निपल-एरिओला संरक्षण/पुनर्निर्माण के साथ मास्टेक्टॉमी</li> <li>• विशिष्ट रोगी के लिए चिकित्सकीय रूप से आवश्यक निर्धारित अनुसार निपल-एरिओला संरक्षण/पुनर्निर्माण के बिना मास्टेक्टॉमी</li> </ul>                                   |
| लिपोसक्शन<br>स्तन पुनर्निर्माण (वृद्धि)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• प्रत्यारोपण और/या ऊतक विस्तारक</li> <li>• ऑटोलॉग्स (फ्लैप-आधारित और लिपोफिलिंग शामिल हैं)</li> </ul>   |
| जननांग शल्य चिकित्सा<br>फेलोप्लास्टी (स्क्रोटोप्लास्टी के साथ/बिना)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• मूत्रमार्ग लम्बाई के साथ/बिना</li> <li>• कृत्रिम अंग के साथ/बिना (लिंग और/या वृषण)</li> <li>• कोलपेक्टॉमी/कोल्पोक्लिसिस के साथ/बिना</li> </ul>   |
| मेटोइडियोप्लास्टी (स्क्रोटोप्लास्टी के साथ/बिना)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• मूत्रमार्ग लम्बाई के साथ/बिना</li> <li>• कृत्रिम अंग के साथ/बिना (लिंग और/या वृषण)</li> <li>• कोलपेक्टॉमी/कोल्पोक्लिसिस के साथ/बिना</li> </ul>   |
| वैजिनोप्लास्टी (उलटा, पेरिटोनियल, आंत्र)<br>वुल्वोप्लास्टी<br>गोनाडेक्टोमी<br>ओर्चीेक्टोमी<br>हिस्टेरेक्टॉमी और/या सैल्पिंगो-ओओफोरेक्टॉमी  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• मूत्रमार्ग लम्बाई के साथ/बिना</li> <li>• कृत्रिम अंग के साथ/बिना (लिंग और/या वृषण)</li> <li>• कोलपेक्टॉमी/कोल्पोक्लिसिस के साथ/बिना</li> <li>• इसमें लिंग और/या अंडकोष का प्रतिधारण शामिल हो सकता है</li> <li>• इसमें "फ्लैट फ्रंट" के रूप में वर्णित प्रक्रियाएं शामिल हो सकती हैं</li> </ul> |
| बॉडी कंटूरिंग<br>लिपोसक्शन<br>लिपोफिलिंग<br>प्रत्यारोपण<br>मॉन्सप्लास्टी/मॉन्स कमी   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• पेक्टरल, कूल्हा, ग्लूटल, पिंडली</li> </ul>   |
| अतिरिक्त प्रक्रियाएँ   |   |
| बाल हटाना: चेहरे, शरीर और जननांग क्षेत्रों से बाल हटाना जेंडर अफर्मिंग के लिए या ऑपरेशन-पूर्व तैयारी प्रक्रिया के भाग के रूप में। (बाल हटाने के संबंध में कथन 15.14 देखें)<br>टैटू (यानी, निपल-एरिओला)<br>गर्भाशय प्रत्यारोपण<br>शिश्न प्रत्यारोपण | <ul style="list-style-type: none"> <li>• इलेक्ट्रोलिसिस</li> <li>• लेजर एपिलेशन</li> </ul>  |

को  
तौर

उपचार के तौर-तरीकों में विकास हो सकता है।

## अध्याय 14 आवाज और संचार

मनुष्य न केवल बाहरी दुनिया के बारे में विचारों का आदान-प्रदान करने के लिए संचार प्रक्रियाओं में संलग्न होते हैं, बल्कि खुद को सामाजिक-सांस्कृतिक प्राणियों के रूप में पेश करते हैं और दूसरों द्वारा बुलाए जाने, रेफर करने और व्यवहार के रूपों पर बातचीत करते हैं जो उन्हें सुरक्षित और सम्मानित महसूस करने की अनुमति देते हैं (अजुल एट अल। मानव आवाज को व्यापक रूप से प्रमुख तौर-तरीकों में से एक माना जाता है जो मानव विविधता के आयामों में से एक के रूप में जेंडर वर्ग के संचार में योगदान देता है। हालांकि, संचार के अन्य पहलुओं और तरीकों (जैसे, अभिव्यक्ति, पसंद शब्द, इशारे, श्रोता धारणाओं और एट्रिब्यूशन) पर भी विचार करने की आवश्यकता है (अजुल, 2015; अजुल, 2015) अजुल और हैनकॉक, 2020)। इस अध्याय के दौरान "आवाज एवं संचार" का उपयोग एक वाक्यांश के रूप में किया जाता है जिसमें अर्थ बनाने की प्रथाओं को शामिल किया जाता है जिसमें सामाजिक प्रतिभागियों में से प्रत्येक अपनी आवश्यकताओं, इच्छाओं, पहचान और क्षमताओं के अनुसार संलग्न होता है।

जबकि जेंडर वर्ग की द्विआधारी समझ इस क्षेत्र में अनुसंधान साहित्य पर हावी रही है, इस अध्याय में अनुसंधान दृष्टिकोण जेंडर वर्ग पहचान (जैसे, ट्रांस महिला, ट्रांस पौरुष्य, जेंडर वर्ग द्रव, गैर-स्त्री, जेंडर वर्ग क्वियर, अजेंडर) के व्यापक रूप से समावेशी दृष्टिकोण का तात्पर्य है और यह समझना कि जेंडर वर्ग अलगाव में नहीं है, लेकिन मानव विविधता के अन्य पहलुओं के साथ प्रतिच्छेद करता है (उदाहरण के लिए, प्रथम राष्ट्र की स्थिति, जातीयता / नस्ल, कामुकता, अक्षमता / क्षमता, विश्वास / धर्म / आध्यात्मिकता)। इस अध्याय की सिफारिशें सभी ट्रांसजेंडर एवं जेंडर वर्ग विविध (टीजीडी) लोगों पर लागू होती हैं जो पेशेवर आवाज और संचार सहायता की मांग कर रहे हैं, जिनमें बच्चे, किशोर, युवा और पुराने वयस्क शामिल हैं, और ऐसे लोग जो अपने हस्तक्षेप विकल्पों के बावजूद परिवर्तन या परिवर्तन को रोकना चाहते हैं।

प्रत्येक टीजीडी व्यक्ति अपनी आवाज और संचार के लिए पेशेवर समर्थन के साथ चुनौतियों का अनुभव नहीं करता है या चाहता है, लेकिन जो लोग अक्सर देखभाल तक पहुंचने में बाधाओं का सामना करते हैं। यद्यपि प्रतिशत देश और टीजीडी उप-जनसंख्या के आधार पर भिन्न होते हैं, आंकड़े इस चिंता का समर्थन करते हैं कि टीजीडी लोग आवाज और संचार सेवाओं तक पहुंचने में सक्षम नहीं हैं जब और जैसे वे चाहते हैं (एस्सेल

एट अल। जेम्स एट अल, 2016; ओउज़ एट अल, 2021; सोडरस्टेन एट अल, 2015; वीले एट अल, 2019)। इन अध्ययनों में, आवाज और संचार प्रशिक्षण या आवाज शल्य चिकित्सा प्राप्त करने के इच्छुक टीजीडी लोगों का प्रतिशत इन हस्तक्षेपों से गुजरने वाले लोगों के प्रतिशत की तुलना में सामान्य रूप से अधिक है। कुछ अपवादों के साथ, आवाज प्रशिक्षण तक पहुंच आमतौर पर आवाज शल्य चिकित्सा तक पहुंच से अधिक होती है। टीजीडी लोगों के समूह जो अपने समाजों में और हाशिए पर हैं, जैसे कि हाशिए पर रहने वाले जाति / जातीयता के टीजीडी लोग, भेदभाव का अनुभव करते हैं और अधिक दूर पर देखभाल तक सीमित पहुंच का अनुभव करते हैं (जेम्स एट अल। जेवियर एट अल।

लागत, सेवाओं की अनुपलब्धि, या सेवा के बारे में जानकारी का न होना, अनुसंधान प्रतिभागियों द्वारा उद्धृत सबसे आम बाधाओं में से हैं। अमेरिका में अध्ययनों के अनुसार (हैनकॉक एंड डाउन्स, 2021; कैनेडी एंड थिबॉल्ट, 2020, तुर्की (ओउज़ एट अल, 2021), और एओटेरोआ / न्यूजीलैंड (वील एट अल, 2019), टीजीडी लोगों के बीच आवाज और संचार सेवाओं के विकल्पों के बारे में सटीक जानकारी की कमी देखभाल के लिए एक महत्वपूर्ण और सर्वव्यापी बाधा है। विशेष रूप से, स्वीडन में, सभी टीजीडी लोगों को उनकी आवाज और संचार के लिए समर्थन की पेशकश की जाती है जब जेंडर वर्ग असंगतता का निदान किया जाता है (सोडरस्टेन एट अल। इसके अतिरिक्त, प्रदाताओं की सांस्कृतिक प्रतिक्रिया केवल धीरे-धीरे सुधार रही है (हैनकॉक एंड हस्किन, 2015; जैकोमिन एट अल, 2020; मैथ्यूज एट अल, 2020; सॉयर एट अल, 2014)। हैनकॉक और डाउन्स (2021) ने आवाज और संचार सेवाओं के लिए विशिष्ट बाधाओं की पहचान करने और उन्हें समाप्त करने के लिए प्रभावी साधन विकसित करने के लिए प्रारंभिक कार्य किया है। इस अध्याय का उद्देश्य स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों (एचसीपी) के लिए मार्गदर्शन प्रदान करना है ताकि सभी टीजीडी लोगों में कल्याण का समर्थन और बढ़ावा दिया जा सके, जो अपनी आवाज और संचार प्रथाओं और / या दूसरों से प्राप्त प्रतिक्रियाओं और विशेषताओं के बारे में चुनौतियों या संकट का सामना कर रहे हैं (अजुल एट अल।

टीजीडी लोग अपनी आवाज और व्यवहार को संशोधित करने के लिए कई अलग-अलग दृष्टिकोणों का उपयोग कर सकते हैं, या तो व्यक्तिगत रूप से या संयोजन में स्व-शुरू किए गए परिवर्तन शामिल हैं, जो टीजीडी लोगों द्वारा अपने आवाज उपयोग और



संचार अभ्यास को निर्देशित करने के लिए उपयोग किए जाने वाले संसाधनों द्वारा समर्थित हो सकते हैं; आवाज और संचार विशेषज्ञों द्वारा समर्थित व्यवहार परिवर्तन (इसके बाद "आवाज और संचार प्रशिक्षण" के रूप में जाना जाता है); और एंड्रोजन हार्मोनल उपचार और / या लारेंजियल शल्य चिकित्सा के परिणामस्वरूप परिवर्तन। वर्तमान में मौजूद शोध साक्ष्य में स्व-शुरू किए गए परिवर्तन शामिल नहीं हैं, लेकिन बाद के तीन दृष्टिकोणों पर केंद्रित है।

एक "आवाज और व्यवहार / संचार विशेषज्ञ" वह व्यक्ति है जिसे वक्ता और श्रोता प्रथाओं की चल रही और गतिशील एजेंसी, व्यवहार, हार्मोनल और शल्य चिकित्सा सहित प्रासंगिक पेशेवर हस्तक्षेप, और बायोफिजियोलॉजी, सामाजिक-सांस्कृतिक अर्थ-निर्माण और बाहरी भौतिक बलों से संबंधित प्रासंगिक प्रक्रियाओं के बारे में ज्ञान है (अजुल और हैनकाँक, 2020)। यह विशेषज्ञ टीजीडी व्यक्ति की पसंद को सूचित करने और सांस्कृतिक रूप से उत्तरदायी, व्यक्ति-केंद्रित दृष्टिकोण में मार्गदर्शन प्रदान करके लक्ष्यों और हस्तक्षेप विकल्पों की खोज का समर्थन करने के लिए उचित आकलन करने में सक्षम है। इस विशेषज्ञ के पास व्यवहार आवाज और संचार हस्तक्षेप दृष्टिकोण में ज्ञान और कौशल है।

व्यवहार परिवर्तन के लिए उत्तरदायी प्रथाओं में शामिल हैं: बोलने और गाने की आवाज, ध्यान, विश्राम, श्वसन, पिच और पिच रेंज, आवाज की गुणवत्ता, अनुनाद / टिम्ब्रे, लाउडनेस, प्रोजेक्शन, चेहरे की अभिव्यक्ति, हावभाव, मुद्रा, गति, दूसरों को खुद का परिचय देना, पहचान का वर्णन करना और सांस्कृतिक रूप से उत्तरदायी उपचार और दूसरों द्वारा संबोधन के रूपों का अनुरोध करना, गलत व्यवहार के लिए मुखर और लचीला प्रतिक्रियाएं, आवाज के उपयोग और संचार प्रथाओं के कार्यान्वयन का अभ्यास करना। अलग-अलग लोग और अलग-अलग रोजमर्रा की सेटिंग्स में (उदाहरण के लिए, हैनकाँक और सिगफ्रीड, 2020; मिल्स एंड स्टोनहैम, 2017)।

आवाज और संचार सेवाओं को स्वास्थ्य के लिए एक पूर्ण और समन्वित दृष्टिकोण के हिस्से के रूप में पेश किया जाता है, जिसमें चिकित्सा, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक आवश्यकताओं के लिए समर्थन शामिल है (सोडरस्टेन एट अल। हालांकि, कोई शर्त नहीं है (उदाहरण के लिए, हार्मोन का उपयोग, शल्य चिकित्सा की खोज, या जेंडर वर्ग भूमिका में रहने की अवधि)। टीजीडी लोगों के लिए आवाज और संचार सहायता के समग्र उद्देश्य हैं:

- कार्यात्मक आवाज और संचार प्रथाओं और वक्ता की पहचान के संचार (वक्ता, श्रोता, पेशेवर प्रथाओं, बाहरी सामग्री, बायोफिजियोलॉजिकल और समाजशास्त्रीय कारकों) के संचार को प्रभावित करने वाले कारकों के बारे में ग्राहकों को शिक्षित करने के लिए;
- ग्राहकों को रोजमर्रा की मुठभेड़ों में सामाजिक-सांस्कृतिक संबंध (जैसे, जेंडर वर्ग के संदर्भ में) की भावना को इस तरह से संवाद करने में सक्षम बनाना जो ग्राहक की वांछित आत्म-प्रस्तुति से मेल खाता है और आवाज, मुखर गुणों और संचार प्रथाओं को विकसित, बनाए रखने और आदत डालने के लिए जो ग्राहकों के लक्ष्यों का समर्थन करते हैं जो आवाज उत्पादन तंत्र को नुकसान नहीं पहुंचाते हैं;
- उन ग्राहकों के लिए कार्यात्मक आवाज उत्पादन में प्रशिक्षण प्रदान करने के लिए जो आवाज समारोह के प्रतिबंधों के साथ उपस्थित होते हैं (उदाहरण के लिए, उनके आवाज उत्पादन तंत्र को बढ़ाने के परिणामस्वरूप);
- दूसरों से पते और रेफरल के वांछित रूपों (जैसे, नाम, सर्वनाम, शीर्षक) पर मुखर रूप से बातचीत करने की क्षमता विकसित करने के साथ ग्राहकों का समर्थन करना और कुशल तरीके से गलतफहमी का जवाब देना जो ग्राहक की भलाई को बढ़ाने और बनाए रखने में योगदान देता है;
- मानसिक स्वास्थ्य प्रदाताओं के सहयोग से चिंता, तनाव और डिस्फोरिया का प्रबंधन करने के लिए आवश्यक समस्या सुलझाने के कौशल को विकसित करने के लिए ग्राहकों का समर्थन करना; और किसी की पसंदीदा आवाज और संचार के अभ्यास या वास्तविक जीवन के उपयोग के लिए बाधाओं को नेविगेट करना।
- ग्राहकों को सहायक संसाधन प्रदान करने या संदर्भित करने के लिए जो आवाज और संचार कौशल, मुखर जागरूकता और कल्याण विकसित करने की सुविधा प्रदान करते हैं।
- ग्राहकों को संदर्भित करने के लिए, या उनके साथ सहयोग करने के लिए, मानसिक स्वास्थ्य चिकित्सकों, लारेंजियल सर्जन और एंडोक्रिनोलॉजिस्ट जैसे अन्य विशेषज्ञ, जो उस ग्राहक की विशिष्ट आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए अधिक सुसज्जित हो सकते हैं। यह उन मामलों में विशेष रूप से प्रासंगिक हो सकता है जहां ग्राहकों को अपने स्वास्थ्य और कल्याण के लिए कई बाधाओं के कारण अद्वितीय चुनौतियों का सामना करना पड़ता है या जब ग्राहक लारेंजियल शल्य चिकित्सा या हार्मोन थेरेपी को

**सिफारिशों के कथन**

- 14.1- हम अनुशंसा करते हैं कि आवाज और संचार विशेषज्ञ ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के वर्तमान और वांछित मुखर और संचार कार्य का आकलन करें और उनकी आवाज और संचार से असंतुष्ट लोगों के लिए उचित हस्तक्षेप योजना विकसित करें।
- 14.2- हम ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के साथ काम करने वाले आवाज और संचार विशेषज्ञों को इस आबादी में मुखर कामकाज, संचार और कल्याण का समर्थन करने में विशेषज्ञता विकसित करने के लिए विशिष्ट शिक्षा प्राप्त करने की सलाह देते हैं।
- 14.3- हम ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य में स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के साथ काम करते हैं जो अपनी आवाज या संचार से असंतुष्ट हैं, आवाज से संबंधित समर्थन, मूल्यांकन और प्रशिक्षण के लिए आवाज और संचार विशेषज्ञों को रेफरल प्रदान करने पर विचार करते हैं।
- 14.4- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के साथ काम करने पर विचार करने की सलाह देते हैं जो वॉयस सर्जरी से गुजरने पर विचार कर रहे हैं, एक आवाज और संचार विशेषज्ञ को रेफरल की पेशकश करने पर विचार करें जो पूर्व और / या पोस्टऑपरेटिव सहायता प्रदान कर सकता है।
- 14.5- हम ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य में स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि वे आवाज और संचार पर इस उपचार के संभावित और परिवर्तनीय प्रभावों के बारे में टेस्टोस्टेरोन थेरेपी शुरू करने वाले ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को सूचित करें।

आगे बढ़ाने की इच्छा रखता है।

टीजीडी आबादी के लिए दो प्रकार की लारेंजियल शल्य चिकित्सा प्रासंगिक हैं: आवाज उठाने के लिए (उदाहरण के लिए, पूर्वकाल अल्पविराम के रेट्रो-विस्थापन के साथ ग्लोटोप्लास्टी, क्रिकोथायराइड सन्निक्तन (सीटीए), महिलाकरण लैरींगोप्लास्टी, लेजर-असिस्टेड वॉयस एडजस्टमेंट (लावा)) (एंडरसन, 2007; एंडरसन, 2014; ब्राउन, 2000; कासाडो, 2017; जेनेड, 2015; सकल, 1999; केली एट अल, 2018; कनागलिंगम, 2005; किम, 2017; किम, 2020; कोकाक, 2010; कुनाचक, 2000; मैस्ट्रोनिकोलीस, 2013; मैस्ट्रोनिकोलीस एट अल, 2013; मताई, 2003; मिस्टर, 2017; मोरा, 2018; न्यूमैन, 2004; न्यूयेन एट अल, 2022; ओरलोफ, 2006; पिकुथ, 2000; रेमेल, 2011; थॉमस एंड मैकमिलन, 2013; त्शन, 2016; वान बोरसेल, 2008; वैगनर, 2003; वेंडलर, 1990; यांग, 2002) और आवाज पिच को कम करने के लिए (उदाहरण के लिए, थायरोप्लास्टी टाइप III, वोकल फोल्ड इंजेक्शन वृद्धि) (बुल्टिंक एट अल, 2020; इशिकी एट अल, 1983; कोजिमा, एट अल। वेब एट अल, 2021)। पिच-रेजिंग शल्य चिकित्सा के रिपोर्ट किए गए ध्वनिक लाभों में बढ़ी हुई आवाज पिच (औसत आवृत्ति (एफओ)) और बढ़ी हुई मिन फो (शारीरिक आवाज सीमा में सबसे कम आवृत्ति) शामिल हैं। टीजीडी लोगों की आत्म-रेटिंग रेटिंग वॉयस पोस्टशल्य चिकित्सा के साथ सामान्य संतुष्टि दिखाती है, हालांकि जो व्यक्ति मुखर आत्म-प्रस्तुति में अधिक व्यापक परिवर्तनों में रुचि रखते हैं, उन्हें लारेंजियल शल्य चिकित्सा के अलावा आवाज और संचार विशेषज्ञ के साथ

व्यवहार संबंधी हस्तक्षेप में संलग्न होने की आवश्यकता हो सकती है (ब्राउन, चांग एट अल। केली एट अल, 2018; न्यूयेन एट अल, 2022)। पिच-रेजिंग शल्य चिकित्सा के संभावित नुकसान का मूल्यांकन किया जा सकता है और आवाज और संचार विशेषज्ञ द्वारा आवाज प्रशिक्षण में संबोधित किया जा सकता है। पिच-रेजिंग शल्य चिकित्सा के रिपोर्ट किए गए नुकसान में डिस्फोनिया, कमजोर आवाज, प्रतिबंधित बोलने की आवाज सीमा विशेष रूप से ऊपरी सीमा (शारीरिक आवाज सीमा में कम मैक्स फो), कर्कशता, मुखर अस्थिरता और समय के साथ आवृत्ति मूल्यों को कम करना शामिल है (केली एट अल। सॉन्ग एंड जियांग, 2017), हालांकि इन परिणामों की दर असंगत है। पिच-कम करने वाली शल्य चिकित्सा पर शोध सीमित है। हालांकि, आठ टीजीडी लोगों सहित अध्ययन, जिन्होंने हार्मोनल उपचार (बुल्टिंक एट अल, 2020) के साथ निरंतर असंतोष के बाद थायरोप्लास्टी टाइप III से गुजरने के लिए चुना और एक व्यक्ति जिसने टेस्टोस्टेरोन थेरेपी और आवाज प्रशिक्षण (वेब एट अल, 2020) के बाद इंजेक्शन वृद्धि प्राप्त की, ने मौलिक आवृत्ति में सांख्यिकीय रूप से महत्वपूर्ण कमी की सूचना दी, जिसे पिच के रूप में माना जाता है।

टीजीडी लोगों में एस्ट्रोजन उपचार औसत दर्जे के आवाज परिवर्तनों (मेस्ज़ारोस एट अल, 2005) से जुड़ा नहीं है, जबकि टीजीडी लोगों में टेस्टोस्टेरोन उपचार के परिणामस्वरूप आवाज उत्पादन के जेंडर वर्ग और कार्य-संबंधी पहलुओं में वांछित और अवांछित दोनों परिवर्तन पाए गए हैं (अजुल, 2015; अजुल एट अल, 2017, 2018, 2020; अजुल और न्यूशेफर-रूबे, 2019; कोसिन्स एट अल, 2014; डैमरोज, 2008; ड्यूस्टर, डी विसेन्ज़ो एट अल, 2016; ड्यूस्टर,

माटुलत एट अल। हैनकॉक एट अल, 2017; इरविग एट अल, 2017; निग्रेन एट अल, 2016; वान बोरसेल एट अल, 2000; यानागी और अन्य, 2015; जिगलर एट अल। टेस्टोस्टेरोन उपचार से जुड़े वांछित परिवर्तनों में कम आवाज पिच, आवाज के लिए पुरुष एट्रिब्यूशन में वृद्धि और आवाज के साथ संतुष्टि में वृद्धि शामिल है। टेस्टोस्टेरोन उपचार के साथ रिपोर्ट किए गए असंतोष में आवाज पिच, डिस्फोनिया, कमजोर आवाज, प्रतिबंधित गायन पिच रेंज और मुखर अस्थिरता की कमी या अपर्याप्त कमी शामिल है। इन क्षेत्रों का मूल्यांकन किया जा सकता है और आवाज और संचार विशेषज्ञ द्वारा आवाज प्रशिक्षण में संबोधित किया जा सकता है।

इस अध्याय के सभी कथनों की सिफारिश साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और रोगियों के लाभ और हानि, मूल्यों और वरीयताओं के मूल्यांकन और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता के आधार पर की गई है। कुछ मामलों में, हम मानते हैं कि साक्ष्य सीमित हैं और / या सेवाएं सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं।

#### कथन 14.1.

**हम अनुशांसा करते हैं कि आवाज और संचार विशेषज्ञ ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के वर्तमान और वांछित मुखर और संचार कार्य का आकलन करें और उनकी आवाज और संचार से असंतुष्ट लोगों के लिए उचित हस्तक्षेप योजना विकसित करें।**

आवाज और संचार विशेषज्ञ संचार में सामाजिक-सांस्कृतिक स्थिति की प्रस्तुति के साथ संतुष्टि का आकलन कर सकते हैं, जिसमें जेंडर वर्ग और अन्य प्रतिच्छेदन पहचान शामिल हैं, यह ध्यान में रखते हुए कि ये समय के साथ स्थिर हो सकते हैं या नहीं; दूसरों से प्राप्त एट्रिब्यूशन, और ये व्यक्ति की पहचान, इच्छाओं और कल्याण से कैसे संबंधित हैं; आवाज और भाषण स्वाभाविकता की रेटिंग; और मुखर मांगों के संबंध में आवाज और संचार कार्य। मूल्यांकन प्रकृति में भिन्न हो सकते हैं (उदाहरण के लिए, ग्राहक-रिपोर्ट किए गए परिणाम उपाय, अवधारणात्मक, ध्वनिक, वायुगतिकीय, एंडोस्कोपिक) उनके उद्देश्य के अनुसार (डेविस एट अल। लेन्स एट अल, 2021; ओट्स एंड डेकाकिस, 1983)। उदाहरण के लिए, लारेंजियल विजुअलाइज़ेशन का उपयोग तब किया जाता है जब व्यक्ति एक सहवर्ती आवाज की समस्या के साथ उपस्थित होते हैं, (उदाहरण के लिए, मांसपेशियों में तनाव डिस्फोनिया) (पामर एट अल, 2011) या आवाज की कठिनाइयों का अनुभव करते हैं, जो एंड्रोजन थेरेपी या लारेंजियल शल्य चिकित्सा (अजुल एट अल, 2017) के चिकित्सा जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेप के लिए द्वितीयक हो सकता है या नहीं भी हो सकता है।

आवाज और संचार विशेषज्ञ हस्तक्षेप चाहने वाले टीजीडी लोगों को सूचित करते हैं जो उपलब्ध हस्तक्षेपों के बारे में अपनी आवाज और

संचार से असंतुष्ट हैं जो टीजीडी लोगों को उनकी आवाज, संचार और कल्याण के साथ समर्थन करते हैं। संभावित परिणामों और स्थायित्व सहित प्रत्येक विकल्प की प्रकृति को टीजीडी व्यक्ति को निर्णय लेने में सम्मान और स्वायत्तता प्रदान करने के लिए निष्पक्ष रूप से प्रस्तुत किया जाता है। उचित हस्तक्षेप योजनाएं व्यक्तिगत और व्यवहार्य हैं और उपलब्ध किसी भी पेशेवर सेवाओं को शामिल करना चाहिए। समर्थन अवधि के दौरान लक्ष्य विकसित हो सकते हैं क्योंकि टीजीडी व्यक्ति आवाज और संचार में संशोधनों की पड़ताल करता है, प्राप्त परिवर्तन के साथ उनकी संतुष्टि का आकलन करता है और अपने लक्ष्यों को परिष्कृत करता है।

#### कथन 14.2.

**हम ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के साथ काम करने वाले आवाज और संचार विशेषज्ञों को इस आबादी में मुखर कामकाज, संचार और कल्याण का समर्थन करने में विशेषज्ञता विकसित करने के लिए विशिष्ट शिक्षा प्राप्त करने की सलाह देते हैं।**

आवाज और संचार विशेषज्ञों (जैसे, भाषण-भाषा रोगविज्ञानी, भाषण चिकित्सक, गायन आवाज शिक्षक, आवाज कोच) की अकादमिक और लाइसेंसिंग साख स्थान से भिन्न होती है लेकिन आमतौर पर विशिष्ट आबादी के साथ काम करने के लिए मानदंड निर्दिष्ट नहीं करती है। इन व्यवसायों के लिए औपचारिक शिक्षा में मानक पाठ्यक्रम में अक्सर टीजीडी आबादी के साथ काम करने के लिए विशिष्ट या पर्याप्त प्रशिक्षण शामिल नहीं होता है (जैकोमिन एट अल। मैथ्यूज एट अल, 2020)। मुखर तंत्र और पारस्परिक संचार से संबंधित सामान्य ज्ञान और कौशल मूलभूत हैं लेकिन टीजीडी लोगों के लिए सांस्कृतिक रूप से उत्तरदायी, व्यक्ति-केंद्रित देखभाल करने के लिए अपर्याप्त हैं जो प्रभावी, कुशल, समावेशी और सुलभ हैं (हैनकॉक, 2017; हैनकॉक, 2017) रसेल और अब्राम्स, 2019)।

इस क्षेत्र में पेशेवरों को कम-व्यापक शिक्षा प्राप्त करनी चाहिए जो उन्हें आत्म-जागरूकता, सांस्कृतिक विनम्रता और सांस्कृतिक जवाबदेही विकसित करने के लिए आमंत्रित करती है ताकि जेंडर वर्ग विविधता और ग्राहक की पहचान के अन्य पहलुओं के प्रति सम्मान और चौकस रहें जो विभिन्न प्रकार के रूप ले सकते हैं और विभिन्न समर्थन आवश्यकताओं की एक श्रृंखला का संकेत दे सकते हैं (अजुल, 2015; अजुल, 2015) अजुल एट अल, 2022)। नाम, पते के औपचारिक रूपों, जेंडर वर्ग प्रविष्टि और सर्वनाम के उपयोग के लिए ग्राहक वरीयताओं को ग्राहक के साथ और उसके बारे में सभी संचार (मेडिकल रिकॉर्ड, रिपोर्ट, ईमेल सहित) में सम्मानित किया जाना चाहिए। शिक्षा को एक प्रशिक्षण स्थान या क्लिनिक और प्रशासनिक प्रथाओं की स्थापना को भी सूचित करने

की आवश्यकता है जो टीजीडी लोगों का स्वागत करने के लिए डिज़ाइन किए गए हैं और टीजीडी लोगों को आवाज और संचार सहायता टीम के साथ चिंताओं या मुद्दों को उठाते समय सुरक्षित और सम्मानित महसूस करने की अनुमति देते हैं।

टीजीडी लोगों के साथ काम करने वाले आवाज और संचार विशेषज्ञों को लागू हस्तक्षेप सिद्धांतों, तंत्र और प्रभावशीलता, आवाज और संचार संशोधन कौशल को पढ़ाने और मॉडर्न वर्ग में क्षमता, और हार्मोनल और सर्जिकल उपचार और ट्रांस-विशिष्ट मनोसामाजिक मुद्दों सहित ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य की बुनियादी समझ के कामकाजी ज्ञान की आवश्यकता होगी। शिक्षा में उन पद्धतियों और प्रथाओं को शामिल करने की आवश्यकता है जो टीजीडी समुदायों के भीतर विकसित किए गए हैं और प्रभावी दिखाए गए हैं और आदर्श रूप से आवाज और संचार सहायता के जीवित अनुभव वाले टीजीडी लोगों द्वारा या उनके सहयोग से प्रस्तुत किए जाने चाहिए।

#### कथन 14.3.

**हम ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के साथ काम करने वाले ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य में स्वास्थ्य देखभाल पेशवरों की सलाह देते हैं जो अपनी आवाज या संचार से असंतुष्ट हैं, आवाज से संबंधित समर्थन, मूल्यांकन और प्रशिक्षण के लिए आवाज और संचार विशेषज्ञों को रेफरल की पेशकश करने पर विचार करते हैं।**

एक आवाज और संचार विशेषज्ञ टीजीडी व्यक्ति को जानकारी और मार्गदर्शन प्रदान करने के लिए अच्छी तरह से तैनात है जो लाभ उठाने पर उनकी आवाज या संचार के साथ असंतोष व्यक्त करता है। इस बात के सबूत हैं कि आवाज और संचार विशेषज्ञ इस तरह से समर्थन प्रदान करते हैं कि आवाज और संचार के साथ ग्राहक की संतुष्टि प्राप्त की जा सकती है, जिससे जेंडर वर्ग डिस्फोरिया को कम किया जा सकता है और संचार से संबंधित जीवन की गुणवत्ता में सुधार किया जा सकता है (अजुल, 2016; ब्लॉक, 2017; ड्यूस्टर, डी विन्सेंज़ो एट अल, 2016; हैनकॉक, 2017; हैनकॉक एट अल, 2011; हार्डी एट अल, 2013; केली एट अल, 2018; मैकनामारा, 2007; मैकनील एट अल, 2008; ओवेन और हैनकॉक, 2010; पसरीचा और अन्य, 2008; सोडरपाम एट अल, 2004; वाट एट अल, 2018)।

अनुभवजन्य सबूत हैं कि टीजीडी एएमएबी लोगों के लिए व्यवहार आवाज समर्थन लक्षित आवाज परिवर्तनों को प्राप्त करने के संबंध में प्रभावी है (ओट्स, 2019)। 2020 से पहले सात अध्ययन आवाज प्रशिक्षण की प्रभावीता के लिए अनुभवजन्य साक्ष्य प्रदान करते हैं, हालांकि यह कुछ कमजोर है (कैरव एट अल। डेकाकिस, 2000; गेलफर एंड टाइस, 2013; हैनकॉक एट अल, 2011; हैनकॉक और गारबेडियन, 2013; मैकनील एट अल, 2008; मेस्ज़ारोस एट अल। इन सात अध्ययनों में आवाज प्रशिक्षण विधियां समान थीं और

संकेत दिया कि आवाज प्रशिक्षण औसत मौलिक आवृत्ति (औसत पिच), फंडा-मानसिक आवृत्ति सीमा (पिच रेंज), आवाज के साथ संतुष्टि, आत्म-धारणा और मुखर स्त्रीत्व की श्रोता धारणा, आवाज से संबंधित जीवन की गुणवत्ता और सामाजिक और व्यावसायिक भागीदारी बढ़ाने में प्रभावी हो सकता है। पहचाने गए अध्ययनों की कमजोरियों में आवाज प्रशिक्षण, छोटे नमूना आकार, अपर्याप्त दीर्घकालिक अनुवर्ती, और भ्रामक चर के नियंत्रण की कमी का मूल्यांकन करने वाले यादृच्छिक नियंत्रित परीक्षणों की कमी शामिल है। 2021 में, एएमएबी लोगों के लिए व्यवहार भाषण प्रशिक्षण के प्रभावों की एक और व्यवस्थित समीक्षा इसी तरह के निष्कर्ष पर पहुंच गई (लेन्स एट अल., 2021)।

अभी तक, टीजीडी एएमएबी लोगों के साथ आवाज प्रशिक्षण की प्रभावशीलता की खोज करने वाला लगभग कोई शोध नहीं था। हालांकि, एक केस स्टडी (बकले एट अल, 2020) और समूह आवाज प्रशिक्षण (मिल्स एट अल, 2019) के एक अनियंत्रित संभावित अध्ययन से प्रभावीता के कुछ आशाजनक सबूत हैं।

#### कथन 14.4.

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के साथ काम करने की सलाह देते हैं जो वॉयस शल्य चिकित्सा से गुजरने पर विचार कर रहे हैं, एक आवाज और संचार विशेषज्ञ को रेफरल की पेशकश करने पर विचार करें जो पूर्व और / या पोस्टऑपरेटिव सहायता प्रदान कर सकता है।**

यह कथन टीजीडी लोगों को प्रीसर्जिकल वॉयस प्रशिक्षण प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं है। इसके बजाय, यह अनुशांसा की जाती है कि व्यक्ति-केंद्रित देखभाल के लिए महत्वपूर्ण व्यक्तिगत सूचनात्मक परामर्श प्रदान करने के लिए हर उपलब्ध सहायता की पेशकश की जाए। यह सिफारिश टीजीडी व्यक्ति के विचार के लिए है, जिसे आवाज मूल्यांकन, परीक्षण आवाज प्रशिक्षण, और अपेक्षित आवाज परिणामों और आवाज और संचार विशेषज्ञ के साथ शल्य चिकित्सा के जोखिमों की चर्चा के आधार पर व्यक्तिगत सूचनात्मक परामर्श द्वारा आवश्यक रूप से सूचित किया जाना चाहिए।

अधिकांश प्रकार की लारेंजियल शल्य चिकित्सा के लिए, शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप के लिए मुखर तंत्र की तैयारी सुनिश्चित करने के लिए शल्य चिकित्सा से पहले आवाज प्रशिक्षण की सिफारिश की जाती है और कार्यात्मक आवाज उत्पादन में वापसी सुनिश्चित करने के लिए शल्य चिकित्सा के बाद (ब्रैस्की एट अल। पार्क एट अल, 2021)। विशेष रूप से पिच-रेजिंग शल्य चिकित्सा के लिए, आवाज प्रशिक्षण के परीक्षण की सिफारिश करने का एक और कारण यह है कि ऐसे संकेत हैं कि प्रशिक्षण के साथ कुछ उपायों में सुधार होता है, लेकिन पिच-रेजिंग शल्य चिकित्सा के साथ नहीं

(उदाहरण के लिए, इंटोनेशन और स्वाभाविकता से संबंधित कारक, जैसे कि आवाज़ सीमा में अधिकतम एफ 0 पिच; केली एट अल, 2018)।

पिच-कम करने वाली शल्य चिकित्सा का मूल्यांकन करने वाले शोध अध्ययनों की संख्या और गुणवत्ता वर्तमान में अपर्याप्त है, विशेष रूप से अन्य हस्तक्षेपों (यानी, टेस्टोस्टेरोन) के साथ और बिना परिणामों की तुलना करने के संबंध में (बुल्टिंक एट अल। पिच-रेजिंग शल्य चिकित्सा की अधिक तकनीकें और अध्ययन हैं, लेकिन सबूत की गुणवत्ता अभी भी कम है। पिच-रेजिंग शल्य चिकित्सा के परिणामों की तुलना बिना शल्य चिकित्सा के परिणामों से की गई है (एंडरसन, 2007, 2014; एंडरसन, 2007, 2014) ब्राउन एट अल, 2000; जेनेद एट अल, 2015; सकल, 1999; किम, 2017; कोकाक एट अल, 2010; कुनाचक और अन्य, 2000; मताई और अन्य, 2003; मिस्टर एट अल, 2017; न्यूमैन और वेल्ज़ेल, 2004; ओरलोफ एट अल, 2006; पिकुथ एट अल, 2000; रेमेल एट अल, 2011; थॉमस एंड मैकमिलन, 2013; त्शन और अन्य, 2016; वैन बोर्सेल एट अल, 2008; यांग एट अल, 2002), एक अन्य प्रकार की शल्य चिकित्सा तकनीक (मोरा, 2018), अकेले आवाज प्रशिक्षण (कनागलिंगम, 2005; मैस्ट्रोनिकोलीस, 2013; वैगनर, 2003) और आवाज प्रशिक्षण के साथ संयोजन में शल्य चिकित्सा (कैसाडो, 2017; केली एट अल, 2018)। 11 अध्ययनों में रिपोर्ट किया गया कि क्या प्रतिभागियों के पास पिच-रेजिंग शल्य चिकित्सा से पहले आवाज प्रशिक्षण था, अधिकांश प्रतिभागियों के पास पूर्व आवाज प्रशिक्षण था, लेकिन आवाज से असंतुष्ट रहे और सर्जिकल हस्तक्षेप की मांग की। इस प्रकार, सर्जिकल परिणामों के अधिकांश अध्ययन आवाज प्रशिक्षण और सर्जिकल हस्तक्षेप के संयुक्त प्रभावों को दर्शाते हैं। प्रशिक्षण के बाद कौन से ग्राहक शल्य चिकित्सा का पीछा करेंगे, इसकी भविष्यवाणी करने वाली विशेषताएं अज्ञात हैं।

#### कथन 14.5.

**हम ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य में स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि आवाज और संचार पर इस उपचार के संभावित और परिवर्तनीय प्रभावों के टेस्टोस्टेरोन थेरेपी शुरू करने वाले ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को सूचित करें।**

टीजीडी लोगों की आवाज और संचार पर एंड्रोजन उपचार के प्रभावों पर शोध व्यक्तिगत ग्राहकों पर विविध और अप्रत्याशित प्रभावों की ओर इशारा करता है। जबकि कई अध्ययनों ने आवाज पर प्रभाव का खुलासा किया है जो टीजीडी लोगों की अपेक्षाओं और इच्छाओं से मेल खाते हैं, उच्च गुणवत्ता वाले सबूत हैं कि टीजीडी लोग हमेशा टेस्टोस्टेरोन थेरेपी के मुखर परिणामों से संतुष्ट नहीं होते हैं, और कई लोग अपर्याप्त पिच कम करने, आवाज की

गुणवत्ता, मुखर जोर, मुखर धीरज, पिच रेंज और लचीलेपन जैसी कठिनाइयों का अनुभव करते हैं (अज़ुल, 2015, 2016, 2017, 2018; कोसिन्स एट अल, 2014; निग्रेन एट अल, 2016; ज़िगलर एट अल। टेस्टोस्टेरोन थेरेपी के कम से कम 1 वर्ष के प्रभावों की जांच करने वाले 19 अध्ययनों के एक हालिया मेटा-विश्लेषण में अनुमान लगाया गया है कि 21% प्रतिभागियों ने सिजेंडर पुरुष मानक आवृत्तियों को प्राप्त नहीं किया, 21% प्रतिभागियों ने अपूर्ण आवाज-जेंडर वर्ग अनुरूपता और आवाज की समस्याओं की सूचना दी, और 16% अपनी आवाज से पूरी तरह से संतुष्ट नहीं थे (ज़िगलर, 2018)।

उन लोगों के लिए जो एंड्रोजेन्स के साथ इलाज करना चाहते हैं, उपचार शुरू करने से पहले सटीक सूचनात्मक परामर्श को आवाज और संचार पर हार्मोन उपचार के स्थायी प्रभाव के बारे में निराशा से बचने के लिए यथार्थवादी अपेक्षाओं के विकास को सक्षम करना चाहिए। इसके अलावा, टीजीडी लोग जिनके पास टेस्टोस्टेरोन के साथ इलाज नहीं है या नहीं करना चाहते हैं, लेकिन अपनी आवाज बदलना चाहते हैं और जो टेस्टोस्टेरोन उपचार के परिणामों से असंतुष्ट हैं, उन्हें वैकल्पिक और अतिरिक्त समर्थन विकल्पों (जैसे, व्यवहार आवाज और संचार प्रशिक्षण; पिच-कम करने वाली शल्य चिकित्सा) के आवाज और संचार विशेषज्ञ द्वारा सलाह दी जा सकती है।

## अध्याय 15 प्राथमिक देखभाल

प्राथमिक देखभाल स्वास्थ्य देखभाल विषयों का व्यापक है और इसे "स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों द्वारा एकीकृत, सुलभ स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के प्रावधान के रूप में परिभाषित किया गया है जो व्यक्तिगत स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं के एक बड़े बहुमत को संबोधित करने, रोगियों के साथ निरंतर साझेदारी विकसित करने और परिवार और समुदाय के संदर्भ में अभ्यास करने के लिए जिम्मेदार हैं। (चिकित्सा संस्थान, 1996)।

प्राथमिक देखभाल प्रदाताओं (पीसीपी) में स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों (एचसीपी) की एक विस्तृत श्रृंखला शामिल है, जो सामान्य और पारिवारिक चिकित्सा चिकित्सकों, नर्स चिकित्सकों, उन्नत अभ्यास नर्सों, चिकित्सक सहयोगियों / सहायकों और इंटरनिस्टों सहित इस देखभाल को वितरित करते हैं। पीसीपी को विभिन्न प्रकार की शैक्षिक पृष्ठभूमि, प्रशिक्षण और विशिष्टताओं द्वारा दर्शाया जाता है। डिग्री के प्रकार और विशेषता की प्रकृति को देखते हुए, अभ्यास का दायरा भिन्न होता है, और सभी प्रदाताओं को जेंडर अफर्मिंग प्रक्रियाओं के बाद ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य देखभाल, जैसे मानसिक स्वास्थ्य, जननांग / श्रोणि देखभाल, या पोस्टऑपरेटिव देखभाल की पूरी समाधान सीधे प्रदान करने के लिए प्रशिक्षित या योग्य नहीं किया जा सकता है। चिकित्सकों और अन्य प्रदाताओं को उनके प्रशिक्षण (डब्लिन एट अल, 2018) के दौरान किसी भी समय ट्रांस-जेंडर वर्ग और जेंडर वर्ग-विविध (टीजीडी) स्वास्थ्य में बहुत कम शिक्षा प्राप्त होती है, और इस प्रकार अधिकांश कौशल वर्तमान में अभ्यास में प्राप्त किए जाते हैं, या तो अनौपचारिक रूप से या संक्षिप्त निरंतर शिक्षा के अवसरों के माध्यम से, अध्याय 4- शिक्षा भी देखें। हालांकि, यदि प्रदाता सिजेंडर रोगियों के लिए समान देखभाल देने में सक्षम हैं, तो उन्हें टीजीडी रोगियों की देखभाल में योग्यता विकसित करनी चाहिए। नीचे उल्लिखित दक्षताओं को लाइसेंस और अभ्यास के प्रदाता के दायरे में होने के रूप में समझा जाना चाहिए। हालांकि, सभी पीसीपी को मूल्यांकन और उपचार के लिए अन्य विशेषज्ञों सहित अन्य एचसीपी के लिए सीधे या उचित रेफरल द्वारा टीजीडी रोगियों के व्यापक स्वास्थ्य का प्रबंधन करने में सक्षम होना चाहिए। टीजीडी रोगियों की देखभाल में योग्यता का कोई सबूत नहीं है जो केवल औपचारिक या प्रमाणन प्रक्रिया के माध्यम से प्राप्त किया जा सकता है। हालांकि, स्पष्ट रूप से अनुशंसित दक्षताओं को बताते हुए, सभी परिवेश में पीसीपी और टीजीडी व्यक्ति टीजीडी व्यक्तियों की देखभाल के लिए आवश्यक ज्ञान, कौशल और सांस्कृतिक क्षमता की अपेक्षाओं का एक मानक सेट साझा कर सकते हैं।

टीजीडी लोगों द्वारा सामना की जाने वाली अनूठी चिकित्सा, शल्य चिकित्सा और सामाजिक स्थितियों के कारण, पीसीपी को टीजीडी

व्यक्तियों की देखभाल में अलग-अलग दक्षताओं की आवश्यकता होती है, इसके अलावा सभी पीसीपी से क्या उम्मीद की जाती है जो अन्यथा जातीय, नस्लीय या यौन अल्पसंख्यकों सहित विविध आबादी की देखभाल कर सकते हैं। सामान्यवादी विषयों की एक श्रृंखला से पेशेवर निकायों ने टीजीडी लोगों की देखभाल के लिए विशिष्ट स्थिति बयान और दिशानिर्देश जारी किए हैं (अमेरिकन कॉलेज ऑफ ओब्स्टेट्रिशियन एंड गायनेकोलॉजी, 2021; इटालियन सोसाइटी ऑफ जेंडर, आइडेंटिटी एंड हेल्थ (एसआईजीआईएस); इतालवी सोसाइटी ऑफ एंड्रोलॉजी एंड सेक्सुअल मेडिसिन (एसआईएमएस); इतालवी सोसाइटी ऑफ अंतःस्राविकी (एसआईई), 2021; पोलिश सेक्सोलॉजिकल सोसाइटी, 2021; दक्षिणी अफ्रीकी एचआईवी चिकित्सकों की सोसायटी, 2021)। (2016) कहते हैं "अधिकांश भाग के लिए, ट्रांसजेंडर लोगों के सामान्य स्वास्थ्य और कल्याण को प्राथमिक देखभाल परिवेश के भीतर देखा जाना चाहिए, शारीरिक, मनोवैज्ञानिक और यौन स्वास्थ्य मुद्दों के लिए सिजेंडर (गैर-ट्रांसजेंडर) लोगों को दी जाने वाली सेवाओं से भेदभाव के बिना। प्राथमिक देखभाल में जेंडर वर्ग परिवर्तन के लिए विशिष्ट देखभाल भी संभव है। कनाडा में टोरंटो और वैंकूवर, अमेरिका में न्यूयॉर्क और बोस्टन, और सिडनी, ऑस्ट्रेलिया में विशेषज्ञ देखभाल के बाहर इन सेवाओं को सुरक्षित और प्रभावी ढंग से प्रदान किए जाने के कई उदाहरण हैं। रीसनर, रेडिक्स एट अल। स्पैनोस एट अल।

### हार्मोन थेरेपी

क्या टीजीडी रोगियों को एक विशेषज्ञ से चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी (जीएएचटी) प्राप्त होती है, उदाहरण के लिए, एक एंडोक्रिनोलॉजिस्ट, या एक पीसीपी जानकार और स्वागत करने वाले प्रदाताओं और देश-स्तरीय कारकों की उपलब्धता पर निर्भर हो सकता है, जैसे कि स्वास्थ्य देखभाल नियम और स्वास्थ्य सेवाओं का वित्तपोषण (अध्याय 2- वैश्विक प्रयोज्यता, कथन 2.1 में चिकित्सकीय रूप से आवश्यक कथन देखें)। दुनिया के अधिकांश हिस्सों में, टीजीडी लोगों के लिए विशेष सेवाएं आंशिक रूप से या पूरी तरह से अनुपलब्ध हैं, जो सभी स्वास्थ्य प्रदाताओं के लिए जेंडर अफर्मिंग देखभाल के प्रावधान में प्रशिक्षण लेने की आवश्यकता को मजबूत करती हैं। कुछ देशों में, पीसीपी को टीजीडी रोगियों को विशेषज्ञ सेवाओं (जैसे, जेंडर वर्ग पहचान क्लीनिक) में संदर्भित करने की आवश्यकता हो सकती है, जिसके परिणामस्वरूप जीएएचटी (रॉयल कॉलेज ऑफ जनरल प्रैक्टिशनर्स, 2019) तक पहुंचने में अस्वीकार्य देरी हो सकती है। हार्मोन से संबंधित चिकित्सा में कई हस्तक्षेप शामिल हैं, जैसे कि यौवन दमन और हार्मोन दीक्षा या हार्मोन रखरखाव। प्रशिक्षण के

साथ, जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी को अधिकांश पीसीपी द्वारा प्रबंधित किया जा सकता है। भले ही वे प्राथमिक हार्मोन देने वाले के रूप में काम करते हैं, सभी पीसीपी को दवाओं, सुझाए गए निगरानी और जीएएचटी से जुड़े संभावित दुष्प्रभावों से परिचित होना चाहिए (अध्याय 12-हार्मोन थेरेपी देखें)। पीसीपी को उन सभी संक्रमण से संबंधित सेवाओं के लिए उपयुक्त प्रदाताओं को उचित रेफरल करने में सक्षम होना चाहिए जो वे स्वयं प्रदान नहीं करते हैं। यह अध्याय इस तर्क का समर्थन करता है कि जीएएचटी को पीसीपी या अन्य गैर-विशेषज्ञों द्वारा निर्धारित किया जा सकता है "स्वास्थ्यदेखभाल पहुंच में बाधाओं और इस आबादी के लिए

और इच्छुक हों। (शिस, 2017)।

पीसीपी को आमतौर पर स्थितियों और जरूरतों की एक विस्तृत श्रृंखला के लिए देखभाल प्रदान करने के लिए कहा जाता है, जिसमें वे भी शामिल हैं जिनके साथ उनके पास सीमित या कोई पूर्व अनुभव नहीं हो सकता है। अक्सर इसमें आमतौर पर उपयोग किए जाने वाले और आसानी से उपलब्ध संदर्भ स्रोतों तक पहुंचना शामिल होता है, जैसे कि पेशेवर समाज के दिशानिर्देश या ऑनलाइन ज्ञान के आधार की सदस्यता प्राप्त करना। पीसीपी को सलाह दी जाती है कि वे देखभाल के मानकों के साथ-साथ अन्य आसानी से एक्सेस किए गए संसाधनों का उपयोग करके बुनियादी

#### सिफारिशों के कथन

- 15.1- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों से एक विस्तृत चिकित्सा इतिहास प्राप्त करने की सलाह देते हैं जिसमें हार्मोन, गोनाडल सर्जरी के अतीत और वर्तमान उपयोग के साथ-साथ पारंपरिक कार्डियोवैस्कुलर और सेरेब्रोवास्कुलर जोखिम कारकों की उपस्थिति शामिल है, जिसका उद्देश्य स्थापित, स्थानीय रूप से उपयोग किए जाने वाले दिशानिर्देशों के अनुसार नियमित कार्डियोवैस्कुलर जोखिम मूल्यांकन प्रदान करना है।
- 15.2- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को एक अनुरूप जोखिम कारक मूल्यांकन और कार्डियोवैस्कुलर / सेरेब्रोवास्कुलर प्रबंधन विधियों का उपयोग करके ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों में कार्डियोवैस्कुलर स्वास्थ्य का आकलन और प्रबंधन करने की सलाह देते हैं।
- 15.3- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि हार्मोन के उपयोग की लंबाई, खुराक, सीरम हार्मोन के स्तर, वर्तमान आयु और जिस उम्र में हार्मोन थेरेपी शुरू की गई थी, उसे ध्यान में रखते हुए ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों की जरूरतों के लिए चिकित्सा स्थितियों का आकलन करने के लिए उपयोग किए जाने वाले सेक्स-आधारित जोखिम कैलकुलेटर तैयार करें।
- 15.4- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को उनके तंबाकू उपयोग के बारे में सलाह देने और जेंडर अफर्मिंग सर्जरी से पहले तंबाकू / निकोटीन संयम की सलाह देने की सलाह देते हैं।
- 15.5- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के साथ उम्र बढ़ने से संबंधित मनोवैज्ञानिक, चिकित्सा और सामाजिक चिंताओं पर चर्चा करने और संबोधित करने की सलाह देते हैं।
- 15.6- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों की देखभाल में सिजेंडर महिलाओं के लिए विकसित स्थानीय स्तन कैंसर स्क्रीनिंग दिशानिर्देशों का पालन करने की सलाह देते हैं, जिन्होंने एस्ट्रोजेन प्राप्त किया है, हार्मोन के उपयोग के समय की लंबाई, खुराक, वर्तमान आयु और जिस उम्र में हार्मोन शुरू किए गए थे।
- 15.7- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि सिजेंडर महिलाओं के लिए विकसित स्थानीय स्तन कैंसर स्क्रीनिंग दिशानिर्देशों का पालन करें, जो जन्मजात यौवन से स्तनों के साथ ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों की देखभाल में हैं, जिनके पास जेंडर अफर्मिंग छाती सर्जरी नहीं हुई है।
- 15.8- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि वे सिजेंडर महिलाओं के लिए औसत और ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों की देखभाल में डिम्बग्रंथि या एंडोमेट्रियल कैंसर के विकास के लिए उच्च जोखिम वाले समान संबंधित स्थानीय स्क्रीनिंग दिशानिर्देशों (स्क्रीन नहीं करने की सिफारिश सहित) को लागू करें।
- 15.9- हम टेस्टोस्टेरोन उपचार से गुजरने वाले ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के लिए डिम्बग्रंथि या गर्भाशय के कैंसर को रोकने के उद्देश्य से नियमित ओफोरेक्टोमी या हिस्टेरेक्टोमी के खिलाफ सलाह देते हैं और जिनके पास अन्यथा घातकता का औसत जोखिम है।
- 15.10- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को गर्भाशय ग्रीवा के कैंसर की जांच की पेशकश करने की सलाह देते हैं, जिनके पास वर्तमान में या पहले सिजेंडर महिलाओं के लिए स्थानीय दिशानिर्देशों का पालन करते हुए गर्भाशय ग्रीवा था।
- 15.11- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को सलाह देने की सलाह देते हैं कि एंटीरेट्रोवाइरल दवाओं का उपयोग जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी के लिए एक निषेध नहीं है।
- 15.12- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों से एक विस्तृत चिकित्सा इतिहास प्राप्त करने की सलाह देते हैं जिसमें हार्मोन के अतीत और वर्तमान उपयोग, गोनाडल सर्जरी के साथ-साथ ऑस्टियोपोरोसिस स्क्रीनिंग के लिए इष्टतम आयु और आवश्यकता का आकलन करने के लिए पारंपरिक ऑस्टियोपोरोसिस जोखिम कारकों की उपस्थिति शामिल है।
- 15.13- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के साथ हड्डी के स्वास्थ्य पर चर्चा करने की सलाह देते हैं, जिसमें सक्रिय वजन वहन व्यायाम, स्वस्थ आहार, कैल्शियम और विटामिन डी पूरकता की आवश्यकता शामिल है।
- 15.14- हम अनुशांसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को जेंडर अफर्मिंग के लिए या प्रीऑपरेटिव तैयारी प्रक्रिया के हिस्से के रूप में चेहरे, शरीर और जननांग क्षेत्रों से बाल हटाने के लिए रेफरल प्रदान करते हैं।

जीएएचटी के महत्व को ध्यान में रखते हुए, यह जरूरी है कि पीसीपी टीजीडी रोगियों के लिए जीएएचटी प्रदान करने में सक्षम

जीएएचटी देखभाल प्रदान करने के लिए कहे जाने पर एक समान दृष्टिकोण का उपयोग करें (चेउंग एट अल। हेमब्री एट अल, 2017;

ओलिंपट एट अल, 2018; टी'स्जोएन एट अल, 2020)। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि जेंडर अफर्मिंग आहार में आमतौर पर इस्तेमाल की जाने वाली अधिकांश दवाएं रोजमर्रा की प्राथमिक देखभाल अभ्यास से परिचित हैं, जिनमें टेस्टोस्टेरोन, एस्ट्राडियोल, प्रोजेस्टेरोन और अन्य प्रोजेस्टाजेन और स्प्रोनोलैक्टोन शामिल हैं, लेकिन सीमित नहीं हैं।

### **मानसिक स्वास्थ्य**

पीसीपी को टीजीडी लोगों और जीएएचटी के लिए मानसिक स्वास्थ्य सहायता का आकलन करने और प्रदान करने में सक्षम और तैयार होना चाहिए जो जेंडर वर्ग डिस्फोरिया को कम कर सकता है और जेंडर एक्सप्रेसनकी अनुमति दे सकता है। कम से कम, उन्हें इन जरूरतों के बारे में पता होना चाहिए और यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त विशेषता सहायता से परामर्श करना चाहिए।

### **निवारक देखभाल**

सामान्य चिकित्सक नियमित प्राथमिक देखभाल के एक हिस्से के रूप में प्राथमिक और माध्यमिक कैंसर की रोकथाम प्रदान करने के लिए निपुण हैं। राष्ट्रीय दिशानिर्देशों और स्थानीय स्तर पर स्क्रीनिंग के तौर-तरीकों तक पहुंच के स्तर में अंतर के कारण साक्ष्य-आधारित कैंसर रोकथाम दिशानिर्देश विश्व स्तर पर भिन्न होते हैं। आज तक, कैंसर के जोखिम पर जीएएचटी के दीर्घकालिक प्रभाव पर शोध सीमित है (ब्लॉन्डील एट अल। ब्रौन एट अल। हमारे पास टीजीडी आबादी के बीच स्तन या प्रजनन अंगों के कैंसर के प्रसार का अनुमान लगाने के लिए अपर्याप्त सबूत हैं (जॉइंट एट अल। हालांकि, स्थानीय दिशानिर्देशों के अनुसार, सामान्य रूप से कैंसर की जांच शुरू होनी चाहिए। हार्मोन के उपयोग, सर्जिकल हस्तक्षेप, या दोनों के प्रकार और अवधि के आधार पर नीचे कई संशोधनों पर विस्तार से चर्चा की गई है। ट्रांसजेंडर रोगियों की देखभाल में, पीसीपी को टीजीडी रोगियों में कौन से अंग मौजूद हैं, इसका एक अद्यतन रिकॉर्ड बनाए रखना चाहिए ताकि उचित, नियमित स्क्रीनिंग की पेशकश की जा सके।

इस अंग सूची को सर्जिकल इतिहास या जेंडर अफर्मिंग हार्मोन लेने के कारण होने वाले किसी भी विकास के आधार पर अपडेट किया जाना चाहिए। सभी पीसीपी जीवन भर देखभाल प्रदान नहीं करते हैं। हालांकि, यदि प्रदाता नियमित रूप से बच्चों, किशोरों या बड़े सिजेंडर व्यक्तियों की देखभाल करते हैं, तो उन्हें ट्रांसजेंडर देखभाल में योग्यता विकसित करनी चाहिए जो इन आयु समूहों पर लागू होती है। यदि वे ऐसा करने में असमर्थ हैं, तो पीसीपी को

अन्य एचसीपी के लिए उचित रेफरल करने में सक्षम होना चाहिए जो इन आबादी की देखभाल करते हैं।

इस अध्याय के सभी कथनों की सिफारिश साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और रोगियों के लाभ और हानि, मूल्यों और वरीयताओं के मूल्यांकन और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता के आधार पर की गई है। कुछ मामलों में, हम मानते हैं कि साक्ष्य सीमित हैं और / या सेवाएं सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं।

#### कथन 15.1

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों से एक विस्तृत चिकित्सा इतिहास प्राप्त करने की सलाह देते हैं, जिसमें हार्मोन, गोनाडल शल्य चिकित्सा के अतीत और वर्तमान उपयोग के साथ-साथ पारंपरिक कार्डियोवैस्कुलर और सेरेब्रोवास्कुलर जोखिम कारकों की उपस्थिति शामिल है, जिसका उद्देश्य स्थापित, स्थानीय रूप से उपयोग किए जाने वाले दिशानिर्देशों के अनुसार नियमित कार्डियोवैस्कुलर जोखिम मूल्यांकन प्रदान करना है। पाठ का समर्थन करने के लिए, कथन 15.3 देखें।**

#### कथन 15.2

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशवरों को एक अनुरूप जोखिम कारक मूल्यांकन और कार्डियोवैस्कुलर / सेरेब्रो-वैस्कुलर प्रबंधन विधियों का उपयोग करके ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों में कार्डियोवैस्कुलर स्वास्थ्य का आकलन और प्रबंधन करने की सलाह देते हैं। पाठ का समर्थन करने के लिए, कथन 15.3 देखें।**

#### कथन 15.3

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों की जरूरतों के लिए चिकित्सा स्थितियों का आकलन करने के लिए उपयोग किए जाने वाले सेक्स-आधारित जोखिम कैलकुलेटर तैयार करने की सलाह देते हैं, हार्मोन के उपयोग की लंबाई, खुराक, सीरम हार्मोन के स्तर, वर्तमान आयु और जिस उम्र में हार्मोन थेरेपी शुरू की गई थी।**

कार्डियोवैस्कुलर बीमारी (सीवीडी) और स्ट्रोक दुनिया भर में मृत्यु दर के प्रमुख कारण हैं (विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2018)। कई सेटिंग्स में नस्लीय, जातीय और यौन अल्पसंख्यकों के बीच व्यापक डेटा सीवीडी और इसके जोखिम कारकों के प्रसार के साथ-साथ चिकित्सा हस्तक्षेप के परिणामों में महत्वपूर्ण असमानताओं को प्रदर्शित करता है। संरचनात्मक कारक जैसे कि देखभाल तक पहुंच, सामाजिक-आर्थिक स्थिति, और अल्पसंख्यक तनाव से संबंधित एलोस्टैटिक लोड इन



असमानताओं में योगदान करते हैं (फ्लेंटजे एट अल। हैवरनेक एट अल, 2015; स्ट्रीड एट अल, 2021)। टीजीडी लोग अक्सर सामाजिक, आर्थिक और भेदभावपूर्ण स्थितियों का अनुभव करते हैं जो अन्य अल्पसंख्यक आबादी के समान कार्डियोवैस्कुलर जोखिम में वृद्धि के साथ होते हैं (कारपेंटर एट अल। जेम्स एट अल, 2016; रीसनर, रेडिक्स एट अल। नस्लीय, जातीय और यौन अल्पसंख्यकों के टीजीडी व्यक्तियों को अंतःक्रियात्मक तनाव से संबंधित बढ़ते प्रभाव का अनुभव करने के लिए दिखाया गया है। इसके विपरीत, जीएचटी सहित जेंडर अफर्मिंग देखभाल तक पहुंच, जीवन की गुणवत्ता में सुधार और जेंडर वर्ग डिस्फोरिया और असंगतता में कमी के कारण सीवीडी जोखिम के उन्नयन के खिलाफ बफर कर सकती है (डेफ्रेन एट अल। मार्टिनेज एट अल। पीसीपी सीवीडी और इससे संबंधित जोखिम स्थितियों की स्क्रीनिंग और रोकथाम के माध्यम से टीजीडी स्वास्थ्य में काफी सुधार कर सकते हैं- जैसे तंबाकू का उपयोग, मधुमेह, उच्च रक्तचाप, डिस्लिपिडेमिया और मोटापा।

जीएचटी से स्वतंत्र टीजीडी व्यक्तियों में दिल की बीमारी,, अधरंग,इत्यादि के जोखिम की व्यापकता का मूल्यांकन करने वाले कुछ, मुख्य रूप से यूएस आधारित अध्ययन एक उच्च सीवी जोखिम का संकेत देते हैं, जिसमें सिजेंडर आबादी की तुलना में इनाड और क्यूएट सीवी रोकथाम के साथ अनियंत्रित और अनुपचारित सीवी जोखिम कारकों की उच्च दर शामिल है (डेंबी एट अल। मल्होत्रा और अन्य, 2022; नोकॉफ एट अल, 2018)। एक जनसंख्या-आधारित अध्ययन में, टीजीडी लोगों में भेदभाव, मनोवैज्ञानिक संकट और प्रतिकूल बचपन के अनुभव की अधिक संभावनाएं थीं, और ये कार्डियोवैस्कुलर स्थिति (पोटेट एट अल।

व्यवहार जोखिम कारक निगरानी प्रणाली के आंकड़ों पर आधारित अमेरिकी अध्ययनों में, ट्रांसजेंडर पुरुषों और ट्रांसजेंडर महिलाओं दोनों में सिजेंडर पुरुषों, सिजेंडर महिलाओं या दोनों की तुलना में मायोकार्डियल रोधगलन (एमआई), स्ट्रोक, या किसी भी सीवीडी का उच्च प्रसार दिखाई देता है। परिणाम अतिरिक्त चर के लिए डेटा के समायोजन के आधार पर भिन्न होते हैं, जिसमें जाति, आय, या कार्डियोवैस्कुलर जोखिम शामिल हैं (अल्ज़ाहरानी एट अल। कैसरेस एट अल, 2020; नोकॉफ एट अल, 2018)। जेंडर वर्ग नॉनबाइनरीव्यक्तियों में सीवीडी की उच्च संभावनाएं भी होती हैं (डाउनिंग एंड प्रेज़ेडवोरस्की, 2018)। इन अध्ययनों में हार्मोन

के उपयोग पर डेटा एकत्र नहीं किया गया था, जो स्व-रिपोर्ट किए गए स्वास्थ्य इतिहास के उपयोग से भी सीमित हैं। अमेरिका में, जीएचटी के लिए उपस्थित टीजीडी व्यक्तियों में सिजेंडर आबादी (डेनबी एट अल, 2021) की तुलना में अनियंत्रित और अनुपचारित सीवीडी जोखिम कारकों की उच्च दर हो सकती है, हालांकि यह विश्व स्तर पर लागू नहीं हो सकता है।

कई अमेरिकी केंद्रों के एक बड़े 2018 केस कंट्रोल अध्ययन में 10:1 सिजेंडर मिलान नियंत्रण का उपयोग किया गया था, जिसमें ट्रांसजेंडर महिलाओं और सिजेंडर पुरुषों के बीच एमआई या स्ट्रोक की दरों में कोई सांख्यिकीय रूप से महत्वपूर्ण अंतर नहीं पाया गया, और ट्रांसजेंडर पुरुषों और सिजेंडर पुरुषों या महिलाओं के बीच एमआई, स्ट्रोक या शिरापरक थ्रोम्बोम्बोलिज्म (वीटीई) की दरों में कोई अंतर नहीं पाया गया। सिजेंडर पुरुषों की तुलना में ट्रांसजेंडर महिलाओं के बीच वीटीई के लिए 1.9 का सांख्यिकीय रूप से महत्वपूर्ण जोखिम अनुपात था। ट्रांसजेंडर महिलाओं के एक उप समूह, जिन्होंने 6 साल की अध्ययन विंडो के दौरान (बनाम पहले) जीएचटी शुरू किया था, ने स्ट्रोक के बढ़ते जोखिम को दिखाया। ट्रांसजेंडर महिलाओं के समग्र समूह में वीटीई की दरों में वृद्धि और ट्रांसजेंडर महिलाओं के दीक्षा उप-समूह में स्ट्रोक की दरों में वृद्धि ने 71-123 (गेटहुन एट अल, 2018) के बीच गणना की गई संख्या-आवश्यक-से-नुकसान (पेपर में रिपोर्ट नहीं की गई) का प्रदर्शन किया। अन्य अध्ययनों ने टेस्टोस्टेरोन थेरेपी से गुजरने वाले ट्रांसजेंडर पुरुषों के बीच सीवी घटनाओं या स्ट्रोक में कोई वृद्धि नहीं दिखाई है, हालांकि अध्ययन उनके छोटे नमूने के आकार, अपेक्षाकृत कम अनुवर्ती और नमूना आबादी की कम उम्र (मार्टिनेज एट अल। नोटा और अन्य, 2019)।

ट्रांसजेंडर महिलाओं में यूरोपीय और अमेरिकी अध्ययन जिन्होंने महिलाओं के जीएचटी तक पहुंच बनाई है, वे सिजेंडर महिलाओं की तुलना में सीवीडी, स्ट्रोक या दोनों के उच्च जोखिम का संकेत देते हैं और, कुछ अध्ययनों में, सिजेंडर पुरुषों (गेटहुन एट अल। नोटा और अन्य, 2019; विर्कक्स एट अल, 2013)। इनमें से कई अध्ययनों में महत्वपूर्ण सीमाएं थीं, जैसे सीवी से संबंधित जोखिम कारकों के लिए वैरिएबल रूप से समायोजित करना, छोटे नमूना आकार - विशेष रूप से वृद्ध ट्रांसजेंडर महिलाओं को शामिल करना - और जीएचटी की परिवर्तनीय अवधि और प्रकार (कॉनेली एट अल। डेफ्रेन एट अल, 2019, मार्टिनेज एट अल। इसके अलावा, समग्र रूप से बढ़ा हुआ जोखिम छोटा था। इनमें से कई अध्ययनों में, अधिकांश

ट्रांसजेंडर महिलाएं जो हृदय की घटनाओं या स्ट्रोक का अनुभव करती थीं, उनमें एक या अधिक सीवीडी जोखिम कारक थे, और विभिन्न प्रकार के हार्मोन आहार ले रहे थे, जिसमें एथिनिल एस्ट्राडियोल शामिल था, लेकिन सीमित नहीं था, एक सिंथेटिक एस्ट्रोजन जो थ्रोम्बोटिक जोखिम में महत्वपूर्ण वृद्धि प्रदान करता है और महिलाओं के आहार में उपयोग के लिए अनुशंसित नहीं है (गुरेन एट अल। 2014; मार्टिनेज एट अल, 2020)। वर्तमान सीमित सबूत बताते हैं कि एस्ट्रोजन-आधारित जीएएचटी मायोकार्डियल रोधगलन और स्ट्रोक के बढ़ते जोखिम से जुड़ा हुआ है, लेकिन क्या यह छोटा जोखिम जीएएचटी का परिणाम है या पहले से मौजूद सीवी जोखिम का प्रभाव स्पष्ट नहीं है। ऐसे कोई ज्ञात अध्ययन नहीं हैं जो विशेष रूप से नॉनबाइनरीव्यक्तियों में सीवीडी और संबंधित स्थितियों को संबोधित करते हैं, ऐसे व्यक्ति जो जेंडर अफर्मिंग हार्मोन की उप-शारीरिक खुराक का उपयोग करते हैं, या पहले यौवन दमन के साथ इलाज किए गए वयस्कों में।

पीसीपी सीवीडी और परिवर्तनीय सीवीडी जोखिम कारकों, जैसे मधुमेह मेलिटस, हाइपर-टेंशन, हाइपरलिपिडिमिया, मोटापा और धूम्रपान के लिए टीजीडी लोगों का आकलन करके जीएएचटी के दौरान सीवीडी जोखिम को सबसे अच्छा संबोधित कर सकते हैं, साथ ही कार्डियोवैस्कुलर जोखिम पर अल्पसंख्यक तनाव के प्रभाव को संबोधित करके (स्ट्रीड एट अल। इसके अलावा, पीसीपी जोखिम की स्थिति का समय पर निदान और उपचार प्रदान करके और उनके प्रबंधन को इस तरह से तैयार करके ट्रांसजेंडर कार्डियो-संवहनी स्वास्थ्य असमानताओं को कम कर सकते हैं जो चल रहे जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेपों का समर्थन करता है।

जोखिम मूल्यांकन दिशानिर्देश राष्ट्रीय या अंतर्राष्ट्रीय संदर्भ और दिशानिर्देश डेवलपर्स की वैज्ञानिक संबद्धता के आधार पर भिन्न होते हैं। सीवीडी रोकथाम दिशानिर्देश 40 वर्ष से कम आयु के अन्य-वार स्वस्थ वयस्कों के लिए जोखिम मूल्यांकन की प्रकृति और आवृत्ति के संदर्भ में भी भिन्न होते हैं (अर्नेट एट अल। पाईपोली एट अल, 2020; प्रेकोमा एट अल, 2019; स्ट्रीड एट अल, 2021; डब्ल्यूएचओ, 2007)। 40 वर्ष से अधिक आयु में, जब कार्डियोवैस्कुलर जोखिम बढ़ता है, तो दिशानिर्देश स्पष्ट रूप से बड़ी आबादी के नमूनों से जोखिम पूर्वानुमान समीकरणों के आधार पर दस साल के कुल सीवीडी जोखिम की गणना की भविष्यवाणी का उपयोग करके निर्धारित जोखिम आकलन की सलाह देते हैं। जोखिम कैलकुलेटर के उदाहरणों में स्कोर

(सीवीडी रोकथाम पर यूरोपीय दिशानिर्देशों द्वारा अनुशंसित), पूल किए गए कोहोर्ट स्टडीज समीकरण (सीवीडी जोखिम के आकलन पर 2013 एएचए एसीसी दिशानिर्देश), फ्रामिंघम जोखिम स्कोर और विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) जोखिम पूर्वानुमान चार्ट शामिल हैं। डब्ल्यूएचओ चार्ट प्रत्येक डब्ल्यूएचओ उपक्षेत्र के देशों से जानकारी के आधार पर विकसित किए गए थे। कई कम संसाधन सेटिंग्स में, कोलेस्ट्रॉल या सीरम ग्लूकोज को मापने के लिए सुविधाएं उपलब्ध नहीं हैं, और इन उपायों के बिना वैकल्पिक प्रीडिकेशन चार्ट उपलब्ध हैं। ध्यान दें, सभी वर्तमान कार्डियोवैस्कुलर जोखिम कैलकुलेटर लिंगीय हैं, सेक्स को एक महत्वपूर्ण जोखिम चर के रूप में उपयोग करते हैं। वर्तमान में इन पूर्वानुमानित समीकरणों को समायोजित करने के लिए चिकित्सा और शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप के साथ टीजीडी व्यक्तियों में जीवन काल में कार्डियोवैस्कुलर जोखिम हस्तक्षेप पर अपर्याप्त डेटा है। बहरहाल, यह स्पष्ट है कि जन्म के समय सौंपे गए जेंडर वर्ग और चिकित्सा संक्रमण दोनों कार्डियोवैस्कुलर जोखिम की गणना करने के लिए उपयोग किए जाने वाले मापदंडों को प्रभावित कर सकते हैं (कॉनेली एट अल। डेफ्रेन एट अल, 2019; माराका एट अल, 2017; मार्टिनेज एट अल, 2020)। प्रदाता टीजीडी व्यक्तियों में कार्डियोवैस्कुलर जोखिम कैलकुलेटर का उपयोग करने के लिए विभिन्न दृष्टिकोण ले सकते हैं, जिसमें जन्म के समय असाइन किए गए सेक्स के लिए जोखिम कैलकुलेटर, पुष्टि किए गए जेंडर, या दोनों के भारित औसत को नियोजित करना शामिल है, जो जीएएचटी के कुल जीवनकाल जोखिम को ध्यान में रखते हैं। यद्यपि डेटा की कमी है, प्यूबर्टल-एज जीएएचटी दीक्षा के इतिहास के साथ ट्रांसजेंडर वयस्कों के लिए पुष्टि किए गए जेंडर वर्ग का उपयोग करना सबसे उपयुक्त होने की संभावना है। लगभग 50 वर्ष की आयु से पहले हार्मोन प्रतिस्थापन के बिना उप-अधिकतम जीएएचटी उपयोग या लंबे समय तक पोस्टगोनैडेक्टोमी के इतिहास वाले रोगियों को और भी अधिक सूक्ष्म दृष्टिकोण की आवश्यकता हो सकती है। प्रदाताओं को उपयोग में जोखिम कैलकुलेटर की विशेषताओं और सीमाओं के बारे में पता होना चाहिए और इन विशिष्ट विचारों के बारे में साझा निर्णय लेने में रोगियों को संलग्न करना चाहिए।

हार्मोन के उपयोग को नियंत्रित करते हुए, वर्तमान में ट्रांसजेंडर और सिजेंडर नमूनों के बीच डिस्लिपिडेमिया के प्रसार की तुलना करने वाले कोई अध्ययन नहीं हैं। जैसा कि पहले उल्लेख किया

गया है, अन्य आबादी में डेटा बचपन के दौरान मनोवैज्ञानिक-सामाजिक तनाव की उपस्थिति का प्रदर्शन करता है और दूरस्थ वयस्क चिपचिपाहट और असामान्य लिपिड चयापचय का प्रदर्शन करता है। टेस्टोस्टेरोन- और एस्ट्रोजन-आधारित जीएचटी दोनों लिपिड चयापचय को प्रभावित करते हैं, हालांकि साक्ष्य हार्मोन आहार और अतिरिक्त चर की विविधता से सीमित हैं (कॉनेली एट अल। डेफ्रेन एट अल, 2019; डॉयच, ग्लीडेन एट अल। माराका एट अल, 2017; मार्टिनेज एट अल, 2020;)। संतुलन पर, एस्ट्रोजन कम घनत्व वाले लिपोप्रोटीन (एलडीएल) कोलेस्ट्रॉल पर परिवर्तनीय प्रभाव के साथ उच्च घनत्व वाले लिपोप्रोटीन (एचडीएल) कोलेस्ट्रॉल और ट्राइग्लिसराइड्स को बढ़ाता है, जबकि टेस्टोस्टेरोन वैरिबल रूप से ट्राइग्लिसराइड्स को प्रभावित करता है, एचडीएल कोलेस्ट्रॉल को कम करता है और एलडीएल कोलेस्ट्रॉल को बढ़ाता है। दवा देने की विधि भी इस पैटर्न को प्रभावित कर सकती है, विशेष रूप से मौखिक बनाम ट्रांसडर्मल एस्ट्रोजन और ट्राइ-ग्लिसराइड्स पर उनके प्रभाव के संबंध में (माराका एट अल। सामान्य तौर पर, इन अंतरों के प्रभाव आकार न्यूनतम होते हैं, और कार्डियो- और सेरेब्रोवास्कुलर परिणामों पर समग्र प्रभाव स्पष्ट नहीं होता है। 50 वर्ष से अधिक उम्र से शुरू होने वाले हार्मोन उपयोग के साथ पहले से मौजूद डिस्ट्रिबुटेडिया वाले टीजीडी लोगों में हार्मोन प्रभावों की जांच करने या चिकित्सा के 2-5 साल से परे प्रभावों की जांच करने वाले कोई अध्ययन नहीं हैं।

हार्मोन के उपयोग के लिए नियंत्रित टीजीडी और सिजेंडर नमूनों के बीच उच्च रक्तचाप की व्यापकता की तुलना करने वाले अध्ययनों की कमी है। अन्य आबादी में डेटा क्रोनिक और तीव्र मनोसामाजिक तनाव का प्रदर्शन करता है, जिसमें पक्षपात के अनुभव शामिल हैं जो उच्च रक्तचाप को मध्यस्थ कर सकते हैं (डिन-डिजीथम एट अल। स्पुइल, 2010)। अमेरिकी अध्ययनों में जो व्यवहार जोखिम कारक निगरानी प्रणाली पर आधारित थे, एक बड़े राष्ट्रीय अमेरिकी स्वास्थ्य सर्वेक्षण, सिजेंडर नमूनों की तुलना में ट्रांसजेंडर पुरुषों या महिलाओं के बीच रिपोर्ट किए गए उच्च रक्तचाप में कोई अंतर नहीं था (अलज़ाहरानी एट अल। नोकोफ एट अल, 2018)।

टेस्टोस्टेरोन-और एस्ट्रोजन-आधारित जीएचटी के अध्ययन ने सिस्टोलिक और डायस्टोलिक रक्तचाप पर असंगत प्रभाव दिखाया है। रक्तचाप पर एस्ट्रोजन- और टेस्टोस्टेरोन-आधारित जीएचटी आहार के प्रभावों के एक पूर्वव्यापी

अध्ययन में एस्ट्रोजन-आधारित आहार की शुरुआत के साथ सिस्टोलिक रक्तचाप में थोड़ी कमी पाई गई; जबकि टेस्टोस्टेरोन-आधारित आहार के दीर्घकालिक अनुवर्ती पर औसत सिस्टोलिक रक्तचाप में मामूली वृद्धि (4 मिमी एचजी) थी, यह अंतर सांख्यिकीय महत्व और सीमित नैदानिक प्रासंगिकता के मार्जिन पर था (बैंक एट अल। एक व्यवस्थित समीक्षा ने निष्कर्ष निकाला, अध्ययनों की सीमित गुणवत्ता को देखते हुए, रक्तचाप पर जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी के प्रभावों पर निष्कर्ष तक पहुंचने के लिए अपर्याप्त डेटा है (कॉनेली एट अल। स्पिरोनोलैक्टोन, जिसे अक्सर जीएचटी में एंड्रोजन ब्लॉकर के रूप में उपयोग किया जाता है, एक पोटेशियम से बचने वाला मूत्रवर्धक है और एसीई इनहिबिटर या एंजियोटेंसिन रिसेप्टर ब्लॉकर दवाओं के साथ-साथ नमक के विकल्प के साथ संयोजन में उपयोग किए जाने पर पोटेशियम में वृद्धि हो सकती है। 50 वर्ष से अधिक उम्र से शुरू होने वाले हार्मोन उपयोग के साथ पहले से मौजूद उच्च रक्तचाप वाले टीजीडी लोगों में हार्मोन प्रभावों की जांच करने या चिकित्सा के 2-5 वर्षों से परे प्रभावों की जांच करने वाले कोई अध्ययन नहीं हैं। जीएचटी प्राप्त करने वाले ट्रांसजेंडर व्यक्तियों को जीएचटी के लिए डब्ल्यूपीएच दिशानिर्देशों द्वारा इंगित किसी भी अतिरिक्त रक्तचाप स्क्रीनिंग या निगरानी से गुजरना चाहिए।

हार्मोन के उपयोग से स्वतंत्र टीजीडी और सिजेंडर नमूनों के बीच मधुमेह मेलिटस के प्रसार की तुलना करने वाले सीमित डेटा हैं। स्ट्रॉन्ग कोहोर्ट अध्ययन (इस्लाम एट अल. 2021) के हालिया आंकड़ों में पाया गया कि टाइप 2 मधुमेह की व्यापकता और घटनाएं सिजेंडर महिलाओं की तुलना में ट्रांस महिला कॉहोर्ट में अधिक आम थीं, लेकिन सिजेंडर पुरुष नियंत्रण नहीं थीं। हार्मोन थेरेपी शुरू करने के बाद ट्रांस पौरुष्य समूह और टीजीडी व्यक्तियों में टाइप 2 मधुमेह की व्यापकता या घटनाओं में कोई महत्वपूर्ण अंतर नहीं देखा गया। हालांकि, दोनों समूहों के लिए औसत अनुवर्ती क्रमशः 2.8 और 3.1 वर्ष था (इस्लाम एट अल। यौन अल्पसंख्यकों सहित अन्य आबादी में डेटा इंगित करता है कि पुरानी और तीव्र मनोसामाजिक तनाव टाइप 2 मधुमेह के विकास और नियंत्रण में मध्यस्थता कर सकता है (बीच एट अल। केली और मुबारक, 2015)।

व्यवहार जोखिम कारक निगरानी प्रणाली पर आधारित अमेरिकी अध्ययनों में ट्रांसजेंडर पुरुषों, ट्रांसजेंडर महिलाओं और नॉनबाइनरीव्यक्तियों के बीच रिपोर्ट किए गए मधुमेह में कोई अंतर नहीं पाया गया। कैसरेस एट अल, 2020; नोकोफ एट

अल, 2018)। कई छोटे अध्ययनों ने ट्रांसजेंडर पुरुषों (फेल्डमैन एट अल, 2016) के बीच पॉलीसिस्टिक ओवरी / अंडाशय सिंड्रोम या हाइपरएंड्रोजेनेमिया के अपेक्षा से अधिक प्रसार को दिखाया है, इंसुलिन प्रतिरोध और मधुमेह के जोखिम से जुड़ी स्थितियां। जबकि टेस्टोस्टेरोन- और एस्ट्रोजन-आधारित जीएएचटी दोनों के अध्ययन वजन / शरीर में वसा, ग्लूकोज चयापचय और इंसुलिन प्रतिरोध (डेफ्रेन एट अल, 2019) पर अलग-अलग प्रभाव दिखाते हैं, अधिकांश प्रीडायबिटीज या मधुमेह में किसी भी वृद्धि का प्रदर्शन नहीं करते हैं (चान एट अल। कॉनेली एट अल। पहले से मौजूद मधुमेह वाले टीजीडी लोगों में हार्मोन प्रभावों की जांच करने वाले कोई अध्ययन नहीं हैं, हार्मोन का उपयोग 50 वर्ष से अधिक उम्र से शुरू होता है, या चिकित्सा के 2-5 वर्षों से परे प्रभावों की जांच करता है। वर्तमान में युवावस्था दमन के साथ इलाज किए गए वयस्कों में मधुमेह को संबोधित करने वाले विशेष रूप से कोई अध्ययन नहीं हैं।

जबकि रक्तचाप और लिपिड पर जीएएचटी के प्रभावों के मध्यवर्ती-परिणाम अध्ययन परिकल्पना पीढ़ी और एटियलजि का अध्ययन करने के लिए सहायक हैं, भविष्य के अध्ययनों को रुचि के कार्डियोवैस्कुलर परिणामों पर ध्यान केंद्रित करना चाहिए, जिसमें व्यक्तिगत भविष्यवाणियों जैसे उम्र, मार्ग और उपयोग किए गए हार्मोन की खुराक, और जीएएचटी के कुल जीवन-अवधि के संपर्क पर विशेष ध्यान दिया जाना चाहिए। डेटा की व्याख्या को हमेशा इस बात पर विचार करना चाहिए कि क्या सिजेंडर नियंत्रण समान जन्म जेंडर वर्ग के थे या पहचाने गए जेंडर वर्ग थे।

#### कथन 15.4

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को उनके तंबाकू उपयोग के बारे में सलाह देने की सलाह देते हैं और जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा से पहले तंबाकू / निकोटीन संयम की सलाह देते हैं।**

तंबाकू का उपयोग दुनिया भर में हृदय रोग, फुफ्फुसीय रोग और कैंसर के लिए एक प्रमुख योगदानकर्ता है (विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2020)। टीजीडी व्यक्तियों में सिजेंडर व्यक्तियों की तुलना में तंबाकू के उपयोग का उच्च प्रसार होता है, जो जेंडर वर्ग स्पेक्ट्रम में भिन्न होता है (एजाग्बा एट अल। बुचिंग एट अल, 2017)। यह पैटर्न अल्पसंख्यक तनाव का सामना करने वाली अन्य आबादी के अनुरूप है (गॉर्डन एट अल। पीसीपी तंबाकू के उपयोग के खिलाफ सुरक्षात्मक कारकों को बढ़ावा दे सकते हैं, जिसमें व्यक्तिगत या संरचनात्मक भेदभाव के संपर्क को कम

करना, जेंडर अफर्मिंग पहचान करना और स्वास्थ्य बीमा करना शामिल है (किड एट अल। शिर्स एंड जाफी, 2016)। तंबाकू के उपयोग के स्वास्थ्य जोखिम टीजीडी व्यक्तियों को असमान रूप से प्रभावित करते हैं, मुख्य रूप से सांस्कृतिक रूप से सक्षम, वहन करने योग्य स्क्रिनिंग और तंबाकू से संबंधित बीमारियों के उपचार तक कम पहुंच के कारण (शिर्स एंड जाफी, 2016)। धूम्रपान टीजीडी व्यक्तियों के लिए कार्डियोवैस्कुलर और वीटीई जोखिम को और बढ़ा सकता है जो महिलाओं को जीएएचटी (हॉटशारुक, अल्बा, मैनो एट अल। धूम्रपान सामान्य शल्य चिकित्सा जटिलताओं के जोखिम को दोगुना या तिगुना कर देता है, जैसे घाव भरना, निशान और संक्रमण (यूंग एट अल। सिजेंडर आबादी में डेटा से पता चलता है कि शल्य चिकित्सा से पहले धूम्रपान छोड़ना और छह सप्ताह तक संयम बनाए रखना जटिलताओं को काफी कम करता है (यूंग एट अल। वर्तमान में धूम्रपान समाप्ति कार्यक्रमों के कुछ अध्ययन हैं जो विशेष रूप से टीजीडी व्यक्तियों (बर्जर एंड मूनी-सोमर्स, 2017) पर केंद्रित हैं। हालांकि, सीमित सबूत बताते हैं कि पीसीपी अल्पसंख्यक तनाव (गैमरेल एट अल, 2015) के प्रभावों को संबोधित करके और जेंडर अफर्मिंग हस्तक्षेपों को शामिल करके धूम्रपान बंद करने के प्रयासों को बढ़ा सकते हैं, जैसे कि जीएएचटी (मायर्स एंड सेफर, 2016)। एचसीपी को उन महत्वपूर्ण बाधाओं को ध्यान में रखना चाहिए जो निकोटीन के आदी लोगों को समाप्ति का प्रयास करते समय सामना करते हैं। निकोटीन प्रतिस्थापन चिकित्सा और / या अन्य समाप्ति सहायक उपलब्ध कराए जाने चाहिए, जिसमें व्यक्तिगत प्राथमिकताओं पर जोर दिया जाना चाहिए और अंतर्निहित व्यवहार स्वास्थ्य कारकों की मान्यता है जो निरंतर निकोटीन उपयोग में योगदान करते हैं। जीएएचटी या शल्य चिकित्सा के दृष्टिकोण के बारे में निर्णय लेने में चिकित्सा पद्धति के "पहले कोई नुकसान न करें" सिद्धांत पर विचार करना शामिल होना चाहिए, जिसमें व्यक्तिगत रोगी की क्षमताओं और जरूरतों की वास्तविकताओं के साथ शामिल होना चाहिए।

#### कथन 15.5

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के साथ उम्र बढ़ने से संबंधित मनोवैज्ञानिक, चिकित्सा और सामाजिक चिंताओं को संबोधित करने की सलाह देते हैं।**

उम्र बढ़ने टीजीडी व्यक्तियों के लिए विशिष्ट सामाजिक, शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियां प्रस्तुत करता है।

जबकि उम्र बढ़ने और ट्रांसजेंडर बुजुर्गों पर साहित्य सीमित है, कई पुराने टीजीडी वयस्कों ने पहचान किए गए जेंडर वर्ग के स्टिग्मा, भेदभाव और दमन के जीवनकाल का अनुभव किया है (फैब्रे एंड गेवरस, 2020; विटेन, 2017)। यह अनुभव स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों के साथ टीजीडी बुजुर्गों की बातचीत को प्रभावित करता है (फ्रेडरिकसन-गोल्डसेन एट अल। कट्टारी और हाशे, 2016; वॉकर एट अल, 2017)। ट्रांसजेंडर बुजुर्गों को सिजेंडर एलजीबी साथियों की तुलना में खराब शारीरिक स्वास्थ्य की रिपोर्ट करने की अधिक संभावना है, तब भी जब सामाजिक-जनसांख्यिकीय कारकों के लिए ट्रांसजेंडर वर्ग की जाती है (फ्रेडरिकसन-गोल्डसेन 2011; फ्रेड्रिक्सन-गोल्डसेन 2011) फ्रेडरिकसन-गोल्डसेन एट अल। सांस्कृतिक रूप से सक्षम देखभाल तक कम पहुंच और अल्पसंख्यक तनाव की अगली कड़ी के परिणामस्वरूप अक्सर देरी से देखभाल होती है, संभावित रूप से उम्र बढ़ने के साथ आम पुरानी स्थितियों को बढ़ा देती है (बको और कट्टारी, 2021; फ्रेडरिकसन-गोल्डसेन एट अल।

हालांकि टीजीडी बुजुर्गों के बीच जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा हस्तक्षेप पर कुछ अध्ययन हैं, सबूत बताते हैं कि पुराने वयस्कों को युवा टीजीडी वयस्कों (काई एट अल, 2019) की तुलना में भी चिकित्सा संक्रमण के साथ जीवन की काफी उच्च गुणवत्ता का अनुभव होता है। यद्यपि उम्र स्वयं जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा या शल्य चिकित्सा हस्तक्षेपों के लिए एक पूर्ण निषेध या सीमा नहीं है, टीजीडी बुजुर्गों को उपलब्ध सामाजिक, चिकित्सा या शल्य चिकित्सा विकल्पों की वर्तमान सीमा के बारे में पता नहीं हो सकता है जो उन्हें अपनी व्यक्तिगत आवश्यकताओं को पूरा करने में मदद कर सकते हैं (हार्डकर एट अल। हौलबर्ग, 2019)। जबकि टीजीडी बुजुर्गों के बीच मानसिक स्वास्थ्य पर अध्ययन सीमित हैं, पचास वर्ष से अधिक उम्र के लोग सिजेंडर एलजीबी और विषमजेंडर वृद्ध वयस्कों की तुलना में अवसादग्रस्तता के लक्षणों और कथित तनाव की काफी अधिक दर का अनुभव करते हैं (फ्रेडरिकसन-गोल्डसेन 2011, फ्रेडरिकसन- गोल्डसेन एट अल। टीजीडी बुजुर्गों के लिए विशिष्ट जोखिम कारकों में जेंडर वर्ग और उम्र से संबंधित भेदभाव, सामान्य तनाव, पहचान छिपाना, शिकार और आंतरिक स्टिग्मा शामिल हैं, जबकि सामाजिक समर्थन और समुदाय से संबंधित सुरक्षात्मक दिखाई देते हैं (फ्रेडरिकसन-गोल्डसेन एट अल। होय-एलिस और फ्रेडरिकसन-गोल्डसेन, 2017; व्हाइट ह्यूगटो और रीसनर, 2018)। पीसीपी आध्यात्मिकता, आत्म-स्वीकृति और आत्म-

वकालत, और एक सक्रिय स्वस्थ जीवन शैली को प्रोत्साहित करके रोगियों की सहायता कर सकते हैं, जिनमें से सभी लचीलापन और सफल उम्र बढ़ने से जुड़े हैं (मैकफैडेन एट अल। विटेन, 2014)। टीजीडी बुजुर्गों को अक्सर सामाजिक अलगाव, समर्थन प्रणाली के नुकसान और करीबी दोस्तों और बच्चों से वियोग का सामना करना पड़ता है (फ्रेडरिकसन-गोल्डसेन 2011; विटेन, 2017)। टीजीडी व्यक्तियों के बीच सबसे आम उम्र बढ़ने की चिंताएं खुद की देखभाल करने की क्षमता खो रही हैं, जिसके बाद नर्सिंग होम या सहायक रहने की सुविधा (हेनरी एट अल। जबकि दीर्घकालिक देखभाल सेटिंग्स सहायक आवश्यक सहायता प्रदान करती हैं, उनमें शारीरिक या भावनात्मक दुर्व्यवहार की भी संभावना होती है, जीएएचटी और नियमित देखभाल से इनकार करने के लिए, "बाहर" होने के लिए, और किसी के पुष्टि किए गए जेंडर वर्ग के अनुसार रहने और कपड़े पहनने से रोका जाता है (औल्ट्रिज एट अल। पांग एट अल, 2019; पोर्टर एट अल, 2016)। टीजीडी बुजुर्ग वरिष्ठ आवास, परिवहन, सामाजिक कार्यक्रमों, सहायता समूहों को सबसे आवश्यक सेवाओं के रूप में पहचानते हैं (औल्ट्रिज एट अल। विटेन, 2014)।

बाधाओं के बावजूद, अधिकांश टीजीडी व्यक्ति आत्म-स्वीकृति, कार-िंग संबंधों और वकालत द्वारा मजबूत सफल उम्र बढ़ने में संलग्न होते हैं (फ्रेडरिकसन-गोल्डसेन 2011; विटेन, 2014)। पीसीपी को टीजीडी बुजुर्गों का सामना करने वाले मुख्य स्वास्थ्य मुद्दों को संबोधित करना चाहिए, जिसमें मानसिक स्वास्थ्य, जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा हस्तक्षेप, सामाजिक सहायता, और जीवन / दीर्घकालिक देखभाल का अंत शामिल है।

बाद के वर्षों में अल्पसंख्यक तनाव और स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों जैसे कारकों के स्वतंत्र प्रभाव से परे, ट्रांसजेंडर लोगों का सामना करने वाले विशिष्ट स्वास्थ्य मुद्दों पर डेटा की कमी है जो जीवन में बाद में जीएएचटी का उपयोग करते हैं, ऐसे व्यक्ति जिन्होंने कम उम्र में जीएएचटी शुरू किया था, और जो अपने छठे, सातवें, आठवें या बाद के दशकों में जीएएचटी को जारी रखने या शुरू करने की मांग कर रहे थे। कम उम्र में जीएएचटी शुरू करने वाले ट्रांसजेंडर लोगों के बढ़ते अनुपात के साथ, जिनमें कुछ युवावस्था के समय शुरू होते हैं, दीर्घकालिक स्वास्थ्य पर इस तरह के उपचार के दशकों के प्रभाव की जांच करने के लिए अध्ययन कभी भी अधिक महत्वपूर्ण हैं।

#### कथन 15.6

हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों की देखभाल में सिजेंडर महिलाओं के लिए विकसित स्थानीय स्तन कैंसर स्क्रीनिंग दिशानिर्देशों का पालन करने की सलाह देते हैं, जिन्होंने एस्ट्रोजेन प्राप्त किया है, हार्मोन के उपयोग के समय की लंबाई, खुराक, वर्तमान आयु और जिस उम्र में हार्मोन शुरू किए गए थे।

एस्ट्रोजेन-आधारित जीएएचटी लेने वाले टीजीडी व्यक्ति स्तनों का विकास करेंगे, और इसलिए स्तन कैंसर की जांच के लिए विचार करने की आवश्यकता है। बहिर्जात एस्ट्रोजेन कई कारकों में से एक हो सकता है जो सिजेंडर लोगों में स्तन कैंसर के जोखिम को दर्शाता है। नीदरलैंड (गूरेन एट अल, 2013) और अमेरिका (ब्राउन एंड जोन्स, 2015) में ट्रांसजेंडर महिलाओं के बीच स्तन कैंसर के प्रसार का मूल्यांकन करने वाले दो कोहोर्ट अध्ययन प्रकाशित किए गए हैं। दोनों एक तुलनात्मक समूह के रूप में रुचि और सिजेंडर नियंत्रण के परिणाम के रूप में स्तन कैंसर के निदान का उपयोग करके नैदानिक नमूनों के पूर्वव्यापी समूह थे। न तो अध्ययन में स्तन कैंसर के लिए संभावित स्क्रीनिंग शामिल थी, और दोनों में महत्वपूर्ण पद्धतिगत सीमाएं थीं। कई दिशानिर्देश प्रकाशित किए गए हैं (डॉयच, 2016 ए) स्क्रीनिंग शुरू करने की आवश्यकता के निर्धारक के रूप में "एस्ट्रोजेन एक्सपोजर की आयु और लंबाई" के कुछ संयोजन की सिफारिश करते हैं। ये सिफारिशें केवल विशेषज्ञों की सहमति पर आधारित हैं और स्पष्ट रूप से कमजोर हैं।

बीआरसीए 1 और 2 उत्परिवर्तन स्तन कैंसर के जोखिम को बढ़ाते हैं, हालांकि इस बड़े हुए जोखिम में सेक्स हार्मोन एक्सपोजर की भूमिका, यदि कोई हो, स्पष्ट नहीं है (रेबेक एट अल। एक ज्ञात बीआरसीए 1 उत्परिवर्तन वाले रोगियों को अज्ञात के बारे में सलाह दी जानी चाहिए और जीएएचटी के कई लाभों को पहचानते हुए रोगी और प्रदाता के बीच सूचित सहमति के साथ साझा निर्णय लेना चाहिए।

ट्रांसजेंडर महिलाओं के बीच स्तन कैंसर की जांच को इस संभावना को भी ध्यान में रखना चाहिए कि मैमोग्राफी पर एक ट्रांसजेंडर महिला के स्तन सघन हो सकते हैं। घने स्तन, सिलिकॉन जैसे भराव के साथ स्तनों को इंजेक्ट करने का इतिहास, और स्तन प्रत्यारोपण मैमोग्राफी निष्कर्षों की व्याख्या को जटिल कर सकते हैं (सोनेनब्लिक एट अल। इसलिए, विशेष तकनीकों का उपयोग तदनुसार किया जाना चाहिए। जिन लोगों ने स्तन वृद्धि के लिए सिलिकॉन या अन्य फिलर्स जैसे कणों को इंजेक्ट किया है, वे जटिलताओं को भी

विकसित कर सकते हैं, जैसे कि स्क्लेरोसिंग लिपोग्रानुलोमा, जो मैमोग्राफी या अल्ट्रासाउंड पर सामान्य ऊतक को अस्पष्ट करते हैं।

#### कथन 15.7

हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि सिजेंडर महिलाओं के लिए विकसित स्थानीय स्तन कैंसर स्क्रीनिंग दिशानिर्देशों का पालन करें, जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों की देखभाल में हैं, जो जन्म के यौवन से स्तनों के साथ हैं, जिनके पास जेंडर अफर्मिंग छाती शल्य चिकित्सा नहीं हुई है। जन्म के समय महिला को सौंपे गए टीजीडी लोगों के लिए और जिन्होंने जन्मकालीन यौवन के माध्यम से स्तन विकसित किए, इस बारे में सैद्धांतिक चिंताएं हैं कि क्या टेस्टोस्टेरोन के प्रत्यक्ष संपर्क और टेस्टोस्टेरोन थेरेपी के परिणामस्वरूप एरोमेटाइज्ड एस्ट्रोजेन के संपर्क में स्तन कैंसर के विकास के लिए जोखिम कारक हैं। सीमित पूर्वव्यापी डेटा ने ट्रांसजेंडर पुरुषों के बीच स्तन कैंसर के लिए बढ़ते जोखिम का प्रदर्शन नहीं किया है (गूरेन एट अल। ग्रिनबर्ग एट अल, 2010), हालांकि संभावित और तुलनात्मक डेटा की कमी है। इस समूह के अधिकांश लोगों के पास कुछ स्तन ऊतक शेष होंगे, और इसलिए प्रदाताओं के लिए यह जानना महत्वपूर्ण है कि इस आबादी में स्तन कैंसर का खतरा शून्य नहीं है। छाती की शल्य चिकित्सा कराने वाले इस समूह में स्तन कैंसर की जांच के लिए समय और दृष्टिकोण वर्तमान में स्थापित नहीं है, और, महत्वपूर्ण पारिवारिक इतिहास या बीआरसीए जीन उत्परिवर्तन वाले सिजेंडर पुरुषों के समान, एमआरआई या अल्ट्रासाउंड के माध्यम से स्क्रीनिंग उपयुक्त हो सकती है। चूंकि इन दृष्टिकोणों की उपयोगिता और प्रदर्शन का अध्ययन नहीं किया गया है और क्योंकि गलत-सकारात्मक परिणामों और अति-पहचान (एक कैंसर का पता लगाना जो हस्तक्षेप की आवश्यकता के बिना अपने आप वापस आ गया होगा) दोनों के संभावित नुकसान के कारण सिजेंडर महिलाओं में स्व-और एचसीपी-नेतृत्व वाली छाती / स्तन स्क्रीनिंग परीक्षाओं की सिफारिश नहीं की जाती है, इसलिए इस समूह में स्क्रीनिंग के लिए कोई भी दृष्टिकोण रोगियों और प्रदाताओं के बीच क्षमता के बारे में साझा निर्णय लेने के संदर्भ में होना चाहिए। इन दृष्टिकोणों के नुकसान, लाभ और अज्ञात परिणाम।

#### कथन 15.8

हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को समान संबंधित स्थानीय

स्क्रीनिंग दिशानिर्देशों (स्क्रीन नहीं करने की सिफारिश सहित) को लागू करने की सलाह देते हैं जो औसत पर सिजेंडर महिलाओं के लिए विकसित किए गए हैं और ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों की देखभाल में डिम्बग्रंथि या एंडोमेट्रियल कैंसर के विकास के लिए ऊंचा जोखिम है, जिनके पास समान जोखिम हैं।

वर्तमान आम सहमति दिशानिर्देश सिजेंडर महिलाओं के लिए नियमित डिम्बग्रंथि के कैंसर की जांच की सिफारिश नहीं करते हैं। ट्रांसजेंडर पुरुषों के बीच डिम्बग्रंथि के कैंसर की केस रिपोर्ट की गई है (डिज़ोन एट अल। हेज एट अल, 2000)। वर्तमान में कोई सबूत नहीं है कि टेस्टोस्टेरोन थेरेपी डिम्बग्रंथि के कैंसर के बढ़ते जोखिम की ओर ले जाती है, हालांकि दीर्घकालिक संभाव्य अध्ययनों की कमी है (ज्वाइंट एट अल., 2018)।

#### कथन 15.9

**हम टेस्टोस्टेरोन उपचार से गुजरने वाले ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के लिए डिम्बग्रंथि या गर्भाशय के कैंसर को रोकने के उद्देश्य से नियमित ओफोरेक्टोमी या हिस्टेरेक्टोमी के खिलाफ सलाह देते हैं और जिनके पास घातकता का अन्यथा औसत जोखिम है।**

अंडाशय वाले टीजीडी लोग जो टेस्टोस्टेरोन-आधारित जीएएचटी ले रहे हैं, वे अक्सर एक ऑलिगो- या एनोवुलेटरी स्थिति में होते हैं, या अन्यथा ल्यूटियल चरण समारोह और प्रोजेस्टेरोन उत्पादन में बदलाव का अनुभव करते हैं। बहिर्जात टेस्टोस्टेरोन के एरोमेटाइजेशन से संभावित बढ़े हुए एस्ट्रोजन जोखिम के साथ संयुक्त यह स्थिति अत्यधिक या निर्विरोध एंडोमेट्रियल एस्ट्रोजन जोखिम के लिए चिंता बढ़ाती है, हालांकि नैदानिक महत्व अज्ञात है। टेस्टोस्टेरोन लेने वाले टीजीडी लोगों में एंडोमेट्रियल के हिस्टोलॉजिकल अध्ययन में हाइपरप्लासिया के बजाय शोष पाया गया है (ग्रिमस्टैड एट अल। ग्रिनबर्ग एट अल, 2010; पेरोन एट अल, 2009)। ट्रांस पौरुष्य लोगों के एक बड़े समूह में, जिन्होंने ओफोरेक्टोमी के साथ हिस्टेरेक्टोमी की, सौम्य डिम्बग्रंथि हिस्टोपैथोलॉजी सभी मामलों (एन = 85) (ग्रिमस्टैड एट अल। जबकि संभावित परिणाम डेटा की कमी है, इस समय ट्रांसजेंडर पुरुषों को एंडोमेट्रियल या डिम्बग्रंथि के कैंसर को रोकने के लिए नियमित हिस्टेरेक्टोमी या ओफोरेक्टोमी से गुजरने की सिफारिश का समर्थन करने के लिए अपर्याप्त सबूत हैं। निश्चित रूप से, एंडोमेट्रियल या डिम्बग्रंथि के कैंसर के अस्पष्टीकृत संकेतों / लक्षणों का उचित मूल्यांकन किया जाना चाहिए।

#### कथन 15.10

**हम अनुशंसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को गर्भाशय ग्रीवा के कैंसर की जांच की पेशकश करते हैं, जिनके पास वर्तमान में या पहले गर्भाशय ग्रीवा था, सिजेंडर महिलाओं के लिए स्थानीय गाइड-लाइनों का पालन करते हुए।**

गर्भाशय ग्रीवा वाले व्यक्तियों को आयु-आधारित क्षेत्रीय प्रथाओं और दिशानिर्देशों के अनुसार नियमित गर्भाशय ग्रीवा के कैंसर की जांच और रोकथाम से गुजरना चाहिए। इसमें मानव पेपिलोमा वायरस (एचपीवी) के खिलाफ टीकाकरण और स्थानीय दिशानिर्देशों के अनुसार स्क्रीनिंग शामिल है, जिसमें साइटोलॉजिकल, उच्च-एचपीवी सह-परीक्षण शामिल हैं। यह महत्वपूर्ण है कि एचपीवी पेल्विक स्पेकुलम परीक्षाओं को इस तरह से करने के प्रति सावधान रहें जो ट्रांसजेंडर पुरुष लोगों के लिए दर्द और संकट को कम करता है।

गर्भाशय ग्रीवा वाले टीजीडी लोगों को पारंपरिक गर्भाशय ग्रीवा के कैंसर की जांच होने की संभावना कम होती है, या तो क्योंकि परीक्षा डिस्फोरिया के बिगड़ने का कारण बन सकती है और / या क्योंकि सामान्य चिकित्सकों और रोगियों को इस स्क्रीनिंग की आवश्यकता के बारे में गलत जानकारी दी जाती है (एज्जर एट अल। पॉटर एट अल, 2015)। इसके अलावा, टेस्टोस्टेरोन थेरेपी के परिणामस्वरूप जननांग पथ के एट्रोफिक परिवर्तन हो सकते हैं, और टेस्टोस्टेरोन के उपयोग की अवधि गर्भाशय ग्रीवा के कैंसर के साइटोलॉजिकल स्क्रीनिंग के लिए अपर्याप्त नमूना प्राप्त करने की अधिक संभावना से जुड़ी हुई है (पीट्ज़मीयर एट अल। स्पेकुलम परीक्षा और गर्भाशय ग्रीवा कोशिका विज्ञान के विकल्प, जैसे प्रदाता- या स्वयं एकत्र किए गए उच्च जोखिम वाले एचपीवी स्वैब, गर्भाशय ग्रीवा वाले लोगों की जांच के लिए विशेष लाभ हो सकते हैं। अमेरिका में चल रहे शोध ट्रांसजेंडर पुरुष आबादी के बीच स्व-एकत्र योनि उच्च जोखिम वाले एचपीवी परीक्षण के उपयोग की जांच कर रहे हैं। एचपीवी स्वैब ट्रांसजेंडर पुरुषों के बीच 71.4% (94.7% का नकारात्मक पूर्वानुमान मूल्य) के उच्च जोखिम वाले एचपीवी के प्रति संवेदनशीलता और 98.2% की विशिष्टता के साथ अत्यधिक स्वीकार्य पाए गए (रीसनर एट अल। आक्रामक परीक्षाओं और कोल्पोस्कोपी से जुड़े संभावित बढ़े हुए नुकसान के संदर्भ में ट्रांसजेंडर पुरुषों में एचपीवी प्राथमिक स्क्रीनिंग के नुकसान का मूल्यांकन करने के लिए आगे के अध्ययन की आवश्यकता है।

### कथन 15.11

**हम अनुशंसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को सलाह देते हैं कि एंटीरेट्रोवाइरल दवाओं का उपयोग जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी के लिए एक निषेध नहीं है।**

मानव इम्यूनोडेफिशिएंसी वायरस (एचआईवी) प्रसार टीजीडी आबादी में असमान रूप से अधिक है। हाल ही में एक बड़े मेटाएनालिसिस में ट्रांस फेमिनिन व्यक्तियों के लिए साठ-छह और ट्रांस पुरुष व्यक्तियों के लिए 6.8 के एचआईवी संक्रमण के लिए वैश्विक बाधा अनुपात पाया गया (हकलानेहेम एट अल। पीसीपी के पास महत्वपूर्ण शिक्षा प्रदान करने और रोकथाम रणनीतियों को लागू करने के अनूठे अवसर हैं, विशेष रूप से टीजीडी लोगों के बीच एचआईवी बोझ को कम करने से संबंधित। पक्षपात और ट्रांसफोबिया के पिछले अनुभवों के कारण स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं का अविश्वास एचआईवी की रोकथाम को प्रभावित करता है और देखभाल के प्रयासों के लिंकेज को बाधित करता है (सेवेलियस एट अल। स्टिग्मा, पर्याप्त प्रशिक्षण की कमी, और चिकित्सा प्रतिष्ठानों के भीतर जन्मजात शक्ति पदानुक्रम, सभी टीजीडी लोगों की देखभाल करते समय एचसीपी के बीच महत्वाकांक्षा और अनिश्चितता में योगदान करते हैं (पोटेट एट अल। अंत में, स्वास्थ्य देखभाल सेटिंग में समावेश और जेंडर अफर्मिंग प्रथाओं की कमी से टीजीडी लोग संवेदनशील विषयों पर चर्चा करने में असुरक्षित महसूस कर सकते हैं, जैसे कि एचआईवी निदान और डर से देखभाल से बचना (बाउर एट अल। गिब्सन एट अल, 2016; सीलमैन एट अल, 2017)।

एचसीपी को इस व्यापक संदर्भ के बारे में पता होना चाहिए जिसके भीतर कई टीजीडी लोग या तो जेंडर अफर्मिंग हार्मोन, एचआईवी प्री-एक्सपोज़र केमोप्रोफिलैक्सिस / उपचार (पीआरईपी), या दोनों की देखभाल की मांग कर रहे हैं। एचआईवी केमोप्रोफिलैक्सिस या उपचार के लिए एंटीरेट्रोवाइरल थेरेपी के साथ-साथ जेंडर अफर्मिंग हार्मोन लेने की सुरक्षा के बारे में विभिन्न गलत धारणाएं हो सकती हैं।

एंटीरेट्रोवाइरल/जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी (एआरटी/जीएचटी) इंटरैक्शन का प्रत्यक्ष अध्ययन सीमित रहा है। बहुराष्ट्रीय आईपीआईएक्स परीक्षण में ट्रांसजेंडर महिलाओं और ट्रांस स्त्री व्यक्तियों के एक उप-विश्लेषण में इस समूह में इरादा-से-उपचार विश्लेषण में खराब प्रभावशीलता पाई गई, हालांकि प्रभावशीलता उन ट्रांसजेंडर प्रतिभागियों के बीच

सिजेंडर समजेंडर पुरुषों के समान थी, जिन्होंने निर्धारित दवा का पालन किया, यह सुझाव देते हुए कि इस आबादी में पीआईपी का उत्थान और पालन चुनौतीपूर्ण बना हुआ है। टेनोफोविर डाइफॉस्फेट (ग्रांट एट अल, 2021) और टेनोफोविर डाइफॉस्फेट और एम्ट्रिसिटाबिन (शीह एट अल, 2019) पर जीएचटी के प्रभावों के दो अध्ययनों में पाया गया कि एआरटी दवा के स्तर में काफी कमी नैदानिक महत्व की संभावना नहीं थी। कुल मिलाकर, हार्मोनल गर्भ निरोधकों और एंटीरेट्रोवाइरल के बीच बातचीत पर डेटा एआरटी (नंदा एट अल, 2017) पर हार्मोन के प्रभाव के संदर्भ में आश्वस्त कर रहा है। चूंकि एस्ट्राडियोल को आंशिक रूप से साइटोक्रोम पी 450 (सीवाईपी) 3 ए 4 और 1 ए 2 एंजाइमों द्वारा चयापचय किया जाता है, इसलिए अन्य दवाओं के साथ संभावित दवा इंटरैक्शन जो इन पथ-तरीकों को प्रेरित या बाधित करते हैं, जैसे कि गैर-न्यूक्लियोसाइड रिवर्स ट्रांसक्रिप्टेस इनहिबिटर (एनएनआरटीआई, उदाहरण के लिए, इफाविरेंज (ईएफवी) और नेविरापिन (एनवीपी)), मौजूद हो सकते हैं (बाडोव्स्की एट अल। हालांकि, अधिकांश देशों में पसंदीदा पहली पंक्ति के एआरटी आहार में इंटीग्रेज इनहिबिटर शामिल हैं, जिनमें जेंडर अफर्मिंग हार्मोन के साथ न्यूनतम से कोई दवा बातचीत नहीं होती है और इसका सुरक्षित रूप से उपयोग किया जा सकता है (बाडोव्स्की, 2021; 2021) स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग। वयस्कों और किशोरों के लिए एंटीरेट्रोवाइरल दिशानिर्देशों पर पैनल, 2021)। यदि संभावित बातचीत के बारे में चिंताएं मौजूद हैं, तो एचसीपी को आवश्यकतानुसार रक्त हार्मोन के स्तर की निगरानी करनी चाहिए। इसलिए, एचआईवी के साथ रहने वाले और एंटीरेट्रोवाइरल दवाएं लेने वाले टीजीडी लोगों को सलाह दी जानी चाहिए कि जीएचटी के साथ एंटीरेट्रोवाइरल लेना सुरक्षित है।

### कथन 15.12

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों से एक विस्तृत चिकित्सा इतिहास प्राप्त करने की सलाह देते हैं जिसमें हार्मोन के अतीत और वर्तमान उपयोग, गोनाडल शल्य चिकित्सा के साथ-साथ पारंपरिक ऑस्टियोपोरोसिस जोखिम कारकों की उपस्थिति शामिल है, ताकि ऑस्टियोपोरोसिस स्क्रीनिंग के लिए इष्टतम आयु और आवश्यकता का आकलन किया जा सके। पाठ के समर्थन के लिए, कथन 15.13 देखें।**

### कथन 15.13



हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के साथ हड्डियों के स्वास्थ्य की सलाह देते हैं, जिसमें सक्रिय वजन वहन व्यायाम, स्वस्थ आहार, कैल्शियम और विटामिन डी पूरकता की आवश्यकता शामिल है।

एस्ट्रोजन और टेस्टोस्टेरोन दोनों हड्डी के गठन और कारोबार का समर्थन करते हैं। सेक्स हार्मोन के स्तर में कमी बुढ़ापे में ऑस्टियोपोरोसिस के अधिक जोखिम से जुड़ी हुई है (अल्मेडा एट अल। टीजीडी व्यक्तियों को चिकित्सा और / या सर्जिकल हस्तक्षेप प्राप्त हो सकते हैं जो हड्डी के स्वास्थ्य को प्रभावित करने की क्षमता रखते हैं, जैसे कि सेक्स हार्मोन उपचार, एण्ड्रोजन नाकाबंदी और गोनाडोक्टॉमी। इसलिए, ऑस्टियोपोरोसिस स्क्रीनिंग की आवश्यकता को स्थापित करने के लिए गोनाडल शल्य चिकित्सा के साथ हार्मोन के पिछले और वर्तमान उपयोग सहित एक विस्तृत चिकित्सा इतिहास आवश्यक है।

कई अवलोकन संबंधी अध्ययनों ने जेंडर अफर्मिंग हार्मोन थेरेपी से पहले और बाद में टीजीडी वयस्कों के अस्थि खनिज घनत्व (बीएमडी) की तुलना टीजीडी व्यक्तियों के साथ-साथ जन्म के समय जेंडर वर्ग मिलान सिजेंडर नियंत्रणों के साथ की है।

हार्मोन की शुरुआत से पहले कम बीएमडी मौजूद हो सकता है। एक अध्ययन ने ट्रांसजेंडर महिलाओं में ऊरु गर्दन, कुल कूल्हे और रीढ़ की हड्डी में उम्र-मिलान वाले सीआईएस-जेंडर वर्ग पुरुष नियंत्रण (वैन केनेगेम, टेस एट अल, 2013) की तुलना में कम औसत एरियल बीएमडी दिखाया। एक अन्य अध्ययन में युवावस्था ब्लॉकर्स (ली, फिनलेसन एट अल, 2020) शुरू करने से पहले टीजीडी युवाओं के बीच कम बीएमडी स्कोर के उच्च प्रसार का पता चला। दोनों अध्ययनों के लेखकों ने निष्कर्ष निकाला कि शारीरिक गतिविधि की कम दर इन निष्कर्षों में एक महत्वपूर्ण योगदानकर्ता हो सकती है।

हड्डियों के नुकसान का त्वरण गोनाडोक्टॉमी के बाद हो सकता है यदि हार्मोन बंद हो जाते हैं या यदि हार्मोन का स्तर कुपोषित होता है। एक अध्ययन में, गोनाडोक्टॉमी से गुजरने वाली तीस प्रतिशत ट्रांसजेंडर महिलाओं में हड्डी का द्रव्यमान कम था, और यह कम 17-बी एस्ट्राडियोल स्तर और जीएचटी (मोट्टा एट अल, 2020) के पालन के साथ सहसंबद्ध था।

बीएमडी पर जीएचटी के प्रभावों की जांच से पता चला है कि एस्ट्रोजेन थेरेपी प्राप्त करने वाली टीजीडी महिलाएं बीएमडी में सुधार दिखाती हैं। ट्रांसजेंडर व्यक्तियों के हड्डी के स्वास्थ्य पर

सेक्स हार्मोन के प्रभाव पर एक व्यवस्थित समीक्षा और मेटा-विश्लेषण में ट्रांसजेंडर महिलाओं (एन = 392) में 9 योग्य अध्ययन और ट्रांसजेंडर पुरुषों (एन = 247) में 8 योग्य अध्ययन शामिल थे। मेटा-विश्लेषण से पता चला कि ट्रांसजेंडर महिलाओं ने बेसलाइन उपायों की तुलना में काठ की रीढ़ बीएमडी (लेकिन ऊरु गर्दन बीएमडी नहीं) में सांख्यिकीय रूप से महत्वपूर्ण वृद्धि दिखाई। ट्रांसजेंडर पुरुषों में, बेसलाइन उपायों की तुलना में टेस्टोस्टेरोन शुरू करने के 12 और 24 महीने बाद काठ की रीढ़, ऊरु गर्दन और कुल हिप बीएमडी में कोई सांख्यिकीय रूप से महत्वपूर्ण परिवर्तन नहीं थे (सिंह-ओस्पिना एट अल। इस अध्ययन के प्रकाशन के बाद से, यूरोपीय नेटवर्क फॉर इन्वेस्टिगेशन ऑफ जेंडर इनकांग्रुएंस (ईएनआईजीआई) अध्ययन, एक बहु-विषयक भावी अवलोकन अध्ययन (बेल्जियम, नॉर्वे, इटली और नीदरलैंड) ने जीएचटी शुरू करने के एक साल बाद 231 ट्रांसजेंडर महिलाओं और 199 ट्रांसजेंडर पुरुषों के लिए बीएमडी परिणामों पर परिणाम प्रकाशित किए (वीपजेस एट अल। ट्रांसजेंडर महिलाओं में काठ की रीढ़, कुल कूल्हे और ऊरु गर्दन के बीएमडी में वृद्धि हुई थी, और ट्रांसजेंडर पुरुषों में कुल कूल्हे के बीएमडी में वृद्धि हुई थी। एक अध्ययन में 53 ट्रांसजेंडर पुरुषों और 53 ट्रांसजेंडर महिलाओं में हार्मोन की शुरुआत के बाद 12 महीने में ट्रांसजेंडर व्यक्तियों में कोई फ्रैक्चर नहीं हुआ (विक्रक्स, वैन केनेगेम एट अल। कोई अध्ययन नहीं बताता है कि जीएचटी को ऑस्टियोपोरोसिस स्क्रीनिंग को बढ़ाने के लिए एक संकेत होना चाहिए। इसके बजाय, उन लोगों में जीएचटी में अंतराल जो पूर्व गोनाडोक्टॉमी से गुजर चुके हैं, इस तरह की स्क्रीनिंग के लिए विचार किया जाएगा।

नैदानिक अभ्यास दिशानिर्देशों में टीजीडी व्यक्तियों में ऑस्टियोपोरोसिस स्क्रीनिंग के लिए सिफारिशें शामिल हैं (डॉयच, 2016 ए; हेमब्री एट अल, 2017; रोसेन एट अल, 2019)। टीजीडी लोगों के लिए, इंटरनेशनल सोसाइटी फॉर क्लिनिकल डेंसिटोमेट्री और एंडोक्राइन सोसाइटी दोनों हार्मोन की शुरुआत से पहले बेसलाइन बीएमडी स्क्रीनिंग पर विचार करने का सुझाव देते हैं। बीएमडी स्क्रीनिंग के लिए आगे की सिफारिशें कई कारकों पर आधारित हैं, जिनमें जन्म और उम्र के साथ-साथ ऑस्टियोपोरोसिस के लिए पारंपरिक जोखिम कारकों की उपस्थिति शामिल है, जैसे कि पूर्व फ्रैक्चर, उच्च जोखिम वाली दवा का उपयोग, हड्डी के नुकसान से जुड़ी स्थितियां और कम शरीर का वजन (रोसेन एट अल। विशेष रूप से, आईएससीडी

दिशानिर्देशों में कहा गया है कि टीजीडी व्यक्तियों के लिए बीएमडी परीक्षण का संकेत दिया जाता है यदि उनके पास गोनाडोक्टॉमी या थेरेपी का इतिहास है जो जीएचटी की शुरुआत से पहले अंतर्जात गोनाडल स्टेरॉयड के स्तर को कम करता है, हाइपोगोनैडिज्म जिसमें जीएचटी लेने की कोई योजना नहीं है या बीएमडी परीक्षण के लिए ज्ञात संकेत हैं (रोसेन एट अल। हालांकि, इन सिफारिशों के लिए साक्ष्य आधार कमजोर है।

ऑस्टियोपोरोसिस के लिए अनुशंसित स्क्रीनिंग पद्धति काठ की रीड, कुल कूल्हे और ऊरु गर्दन (कानिस, 1994) की दोहरी ऊर्जा एक्स-रे एक्सोप्टोमेट्री (डीएक्सए) है। हालांकि कई कम और मध्यम आय वाले देशों में, डीएक्सए का उपयोग करके बीएमडी परीक्षण उपलब्ध नहीं हैं, और कुछ देशों में नियमित डीएक्सए-आधारित स्क्रीनिंग आयोजित की जाती है, अमेरिका एक अपवाद है।

पीसीपी को टीजीडी लोगों के साथ हड्डी के स्वास्थ्य को अनुकूलित करने के तरीकों पर चर्चा करनी चाहिए। इसके अलावा, पीसीपी को हड्डियों के स्वास्थ्य को बनाए रखने पर पोषण और व्यायाम के महत्व के बारे में जानकारी प्रदान करनी चाहिए। ऑस्टियोपोरोसिस के लिए (या जोखिम में) टीजीडी व्यक्तियों को हड्डियों के नुकसान को सीमित करने में ताकत और प्रतिरोध अभ्यास के साथ वजन वहन व्यायाम के लाभों के बारे में सूचित किया जाना चाहिए (बेनेडेटी एट अल। पोषण हड्डियों के स्वास्थ्य का अभिन्न अंग है। अपर्याप्त कैल्शियम सेवन और कम विटामिन डी सहित पोषण संबंधी कमियों के परिणामस्वरूप कम हड्डी खनिज हो सकता है। विटामिन डी और कैल्शियम पूरकता को कूल्हे के साथ-साथ कुल फ्रैक्चर की घटनाओं को कम करने के लिए दिखाया गया है (वीवर एट अल। हालांकि सभी आबादी के लिए प्रासंगिक है, यह चर्चा प्रासंगिक है क्योंकि टीजीडी आबादी में हाइपोविटामिनोसिस डी का उच्च प्रसार देखा गया है (मोट्टा एट अल। वैन केनेगेम, टेस एट अल।

#### कथन 15.14

**हम अनुशंसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को जेंडर अफर्मिंग के लिए या प्रीऑपरेटिव तैयारी प्रक्रिया के हिस्से के रूप में चेहरे, शरीर और जननांग क्षेत्रों से बाल हटाने के लिए रेफरल प्रदान करते हैं।**

चेहरे के बालों के उन्मूलन के लिए बालों को हटाना आवश्यक है (माक्स एट अल, 2019) साथ ही कुछ जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा (जीएएस) जैसे कि वेजीनोप्लास्टी, फेलोप्लास्टी और

मेटोइडियोप्लास्टी (झांग एट अल। प्रीऑपरेटिव स्थायी बाल हटाने की आवश्यकता किसी भी त्वचा क्षेत्र के लिए होती है जिसे या तो मूत्र के संपर्क में लाया जाएगा (उदाहरण के लिए, एक नव-मूत्रमार्ग बनाने के लिए उपयोग किया जाता है) या शरीर के भीतर आंशिक रूप से बंद गुहा के भीतर रहने के लिए स्थानांतरित किया जाएगा (उदाहरण के लिए, नियोजेजाइना को लाइन करने के लिए उपयोग किया जाता है) (झांग एट अल। जेंडर अफर्मिंग देखभाल में उपयोग की जाने वाली बाल हटाने की तकनीक इलेक्ट्रोलिसिस हेयर रिमूवल (ईएचआर) और लेजर हेयर रिमूवल (एलएचआर) (फर्नांडीज एट अल। ईएचआर वर्तमान में स्थायी बालों को हटाने का एकमात्र अमेरिकी खाद्य और औषधि प्रशासन-अनुमोदित तरीका है, जबकि एलएचआर को स्थायी बालों की कमी के लिए अनुमोदित किया गया है (थोरसन एट अल।

ईएचआर में एक बहुत ही बारीक जांच के साथ एक विद्युत प्रवाह का उपयोग शामिल है जिसे मैनुअल रूप से अलग-अलग बालों के रोम (मार्टिन एट अल। चूंकि यह विधि बालों को रक्त की आपूर्ति के प्रत्यक्ष यांत्रिक विनाश का उपयोग करती है, इसलिए इसका उपयोग सभी बालों के रंगों और त्वचा के प्रकारों (मार्टिन एट अल। ईएचआर समय लेने वाला और महंगा है क्योंकि इसके लिए प्रत्येक बाल कूप को व्यक्तिगत रूप से इलाज करने की आवश्यकता होती है, लेकिन स्थायी बालों को हटाने के लिए प्रभावी है। जीएएस से पहले जननांग स्थायी बाल हटाने के लिए, इस उपचार को जननांग बालों को हटाने में सक्षम चिकित्सक द्वारा किया जाना चाहिए क्योंकि यह विधि चेहरे और शरीर से भिन्न होती है। ईएचआर एलएचआर की तुलना में अधिक दर्दनाक है, जिसमें इरिथेमा, क्रस्टिंग और सूजन के संभावित दुष्प्रभाव हैं (हैरिस एट अल। पोस्ट-इंफ्लेमेटरी हाइपरपिग्मेंटेशन गहरे रंग के चमड़ी वाले व्यक्तियों (रिचर्ड्स एंड मेहरग, 1995) के लिए एक जोखिम है। दर्द को सामयिक स्थानीय एनेस्थेटिक और शीतलन तकनीकों के साथ नियंत्रित किया जा सकता है, और ईएचआर के प्रति सहिष्णुता कुछ हद तक विकसित होती है जिसमें कई व्यक्ति लंबे सत्रों को सहन करने में सक्षम होते हैं (रिचर्ड्स एंड मेहरग, 1995)।

एलएचआर बालों के रोम को लक्षित करने के लिए लेजर ऊर्जा का उपयोग करता है। यह बड़े सतह क्षेत्रों के लिए फायदेमंद है। तंत्र फोटो-थर्मोलिसिस है, जिससे लेजर से प्रकाश चुनिंदा रूप से बाल शाफ्ट में मेलेनिन को लक्षित करता है (गाओ एट अल। यह ऊर्जा गर्मी में परिवर्तित हो जाती है, जो त्वचा के भीतर रोम को

नुकसान पहुंचाती है जो बालों का उत्पादन करती है और इसके परिणामस्वरूप बालों का विकास नष्ट हो जाता है। सर्वोत्तम परिणाम प्राप्त करने के लिए आगे के उपचार की आवश्यकता होती है और आमतौर पर बालों की साइकिल करने की अनुमति देने के लिए छह सप्ताह का अंतर होता है (झांग एट अल। क्योंकि एलएचआर मेलेनिन को लक्षित करता है, परिणाम भूरे, सुनहरे या लाल बालों वाले लोगों के लिए सीमित हो सकते हैं। गहरे रंग की चमड़ी वाले व्यक्तियों में एलएचआर का उपयोग करने के लिए विशिष्ट विचार हैं (फिट्ज़पैट्रिक त्वचा प्रकार IV से VI) (फेयने एट अल। एपिडर्मिस की उच्च मेलेनिन सामग्री प्रकाश या लेजर के लक्ष्य क्रोमोफोर के साथ प्रतिस्पर्धा कर सकती है, जो बाल कूप के बाल शाफ्ट में मेलेनिन है। चयनात्मक थर्मोलिसिस होने के लिए, गर्मी बाल शाफ्ट से कूपिक स्टेम कोशिकाओं तक फैलती है ताकि कम हो सके। गहरे रंग की त्वचा के प्रकारों में, बाल शाफ्ट में लक्ष्य मेलेनिन तक पहुंचने के बजाय, प्रकाश एपिडर्मिस में अवशोषित हो जाता है जहां इसे फिर गर्मी में परिवर्तित किया जाता है। इसके परिणामस्वरूप खराब नैदानिक परिणाम और थर्मल रूप से प्रेरित प्रतिकूल प्रभावों की उच्च दर हो सकती है, जैसे हाइपो- या हाइपर-पिगमेंटेशन, ब्लिस्टरिंग और क्रस्ट गठन (फेयने एट अल। लेजर तरंग-लंबाई का चयन इस जोखिम को कम करने में महत्वपूर्ण है, जिसमें एपिडर्मल मेलेनिन में प्रकाश के अवशोषण को कम करने के लिए लंबी तरंग दैर्ध्य की सिफारिश की जाती है और इस प्रकार प्रभावकारिता को अधिकतम किया जाता है और अंधेरे त्वचा वाले रोगियों में प्रतिकूल प्रभाव को कम किया जाता है (झांग एट अल। एलएचआर के साइड इफेक्ट्स में उपचार के बाद सनबर्न की भावना, साथ ही सूजन, लालिमा, हाइपरपिगमेंटेशन और सूजन शामिल हो सकती है। चमकती रोशनी अतिसंवेदनशील रोगियों में दौरे को प्रेरित करने के लिए जानी जाती है, इसलिए रोगियों को इस जोखिम के लिए जांच की जानी चाहिए। प्रक्रिया के दौरान दर्द और असुविधा भी एक महत्वपूर्ण बाधा का प्रतिनिधित्व कर सकती है, और पीसीपी को सामयिक या प्रणालीगत एनाल्जेसिक को निर्धारित करने के लिए तैयार किया जाना चाहिए, जैसे कि स्थानीय एनेस्थेटिक्स (ईएमएलए) या कम खुराक प्रणालीगत ओपिओइड का यूटेक्टिक मिश्रण। जननांग जीएस के लिए, कुछ ने शल्य चिकित्सा के साथ आगे बढ़ने से पहले अंतिम नियोजित बाल हटाने के उपचार के बाद 3 महीने की प्रतीक्षा की सिफारिश की है ताकि यह पुष्टि की जा सके कि कोई और बाल पुनः विकास नहीं

होगा (झांग एट अल., 2016)।

## अध्याय 16 प्रजनन स्वास्थ्य

ट्रांसजेंडर व्यक्तियों सहित सभी मनुष्यों को यह तय करने का प्रजनन अधिकार है कि बच्चे पैदा करने हैं या नहीं (संयुक्त राष्ट्र जनसंख्या कोष, 2014)। चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर अफर्मिंग हार्मोनल उपचार (जीएएचटी) और सर्जिकल हस्तक्षेप (अध्याय 2 में चिकित्सकीय रूप से आवश्यक कथन देखें- वैश्विक प्रयोज्यता, कथन 2.1) जो प्रजनन शरीर रचना विज्ञान या कार्य को बदलते हैं, भविष्य के प्रजनन विकल्पों को अलग-अलग स्तर तक सीमित कर सकते हैं (हेमब्री एट अल। नाहटा और अन्य, 2019)। इस प्रकार इनमें से किसी भी उपचार को शुरू करने से पहले ट्रांसजेंडर व्यक्तियों और उनके परिवारों के साथ बांझपन जोखिम और प्रजनन संरक्षण (एफपी) विकल्पों पर चर्चा करना और उसके बाद निरंतर आधार पर इन वार्तालापों को जारी रखना महत्वपूर्ण है (हेमब्री एट अल। स्थापित एफपी विकल्प, जैसे भ्रूण, अंडाणु और शुक्राणु क्रायोप्रीजर्वेशन, पोस्टप्यूबर्टल ट्रांसजेंडर व्यक्तियों के लिए उपलब्ध हो सकते हैं (नाहटा एट अल। डिम्बग्रंथि और वृषण ऊतक क्रायोप्रीजर्वेशन के लिए अनुसंधान प्रोटोकॉल भी विकसित और अध्ययन किए गए हैं (बोर्गस्ट्रॉम एट अल। नाहटा और अन्य, 2019; रोज़िगेज-वॉलबर्ग, एट अल। जबकि भ्रूण, परिपक्व अंडाणुओं और शुक्राणु का उपयोग नैदानिक उपचार के भीतर नियोजित होने पर सभी प्रभावोत्पादक साबित हुए हैं, क्रायोप्रीजर्व्ड गोनाडल ऊतकों को पूरी तरह कार्यात्मक युग्मकों को प्राप्त करने के उद्देश्य से भविष्य में पुनः प्रत्यारोपण की आवश्यकता होगी या कल्चर के लिए प्रयोगशाला विधियों के एप्लीकेशन की आवश्यकता होगी, जो अभी भी बुनियादी विज्ञान अनुसंधान सेटिंग्स में विकास के अधीन हैं। ध्यान दें, हाल ही में अमेरिकन सोसाइटी फॉर रिप्रोडक्टिव मेडिसिन दिशानिर्देशों ने डिम्बग्रंथि के ऊतक क्रायोप्रीजर्वेशन पर प्रयोगात्मक लेबल को हटा दिया है, लेकिन प्रीप्यूबर्टल बच्चों (अमेरिकन सोसाइटी फॉर रिप्रोडक्टिव मेडिसिन, 2019 की प्रैक्टिस कमेटी) में सबूत सीमित हैं। प्रत्येक व्यक्ति के पितृत्व लक्ष्यों के संदर्भ में व्यक्तिगत देखभाल प्रदान की जानी चाहिए। कुछ शोध बताते हैं कि ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध (टीजीडी) लोगों को सिजेंडर साथियों की तुलना में आनुवंशिक रूप से संबंधित बच्चों या बच्चों की इच्छा होने की संभावना कम हो सकती है (डेफ्रेन, वैन श्वेनबर्ग एट अल। रसेल एट अल, 2016; वॉन डौसा एट अल। फिर भी, कई अन्य अध्ययनों से पता चला है कि कई टीजीडी व्यक्ति 1) आनुवंशिक रूप से संबंधित बच्चों की इच्छा रखते हैं;

2) एफपी के लिए अवसर चूकने पर खेद है; और 3) प्रजनन क्षमता और / या गर्भ धारण करने के लिए हार्मोन थेरेपी में देरी या बाधा डालने के लिए तैयार हैं (आर्मूड, धेजने एट अल। औएर एट अल., 2018; डी सटर एट अल, 2002; डेफ्रेन, वैन श्वेनबर्ग एट अल। टोरनेलो एंड बोस, 2017)।

एफपी के लिए कई बाधाओं की सूचना दी गई है, जैसे कि लागत (जो बीमा कवरेज की कमी होने पर बढ़ जाती है), उपचार शुरू करने की तात्कालिकता, भविष्य-उन्मुख निर्णय लेने में असमर्थता, अपर्याप्त प्रदाता ज्ञान / प्रदाता पूर्वाग्रह जो एफपी की पेशकश को प्रभावित करते हैं, और एफपी तक पहुंचने में कठिनाइयां (बरम एट अल। डेफ्रेन, वैन श्वेनबर्ग एट अल। इसके अतिरिक्त, ट्रांसजेंडर व्यक्तियों को एफपी प्रक्रिया में विभिन्न चरणों के कारण डिस्फोरिया बिगड़ सकता है जो जन्म के समय सौंपे गए जेंडर वर्ग के साथ अविभाज्य रूप से जुड़े हुए हैं (आर्मूड, धेजने, एट अल। बरम एट अल, 2019)। उपलब्ध होने पर, एक बहु-विषयक टीम दृष्टिकोण, जहां चिकित्सा और मानसिक स्वास्थ्य प्रदाता दोनों जेंडर अफर्मिंग प्रजनन विशेषज्ञों के साथ सहयोग करते हैं, इनमें से कुछ बाधाओं को दूर करने में मदद कर सकते हैं (टिशेलमैन एट अल। टीजीडी व्यक्तियों को प्रजनन क्षमता (अपने स्वयं के युग्मकों / प्रजनन ऊतकों का उपयोग करके) और गर्भावस्था के बीच अंतर के बारे में शिक्षित किया जाना चाहिए। प्रजनन संबंधी विचारों के अलावा, पूर्ण प्रजनन निरंतरता में परिवार नियोजन और निर्माण के सभी रूपों के लिए न्यायसंगत उच्च गुणवत्ता वाली देखभाल सुनिश्चित करने के प्रयासों को बनाए रखा जाना चाहिए। इसमें प्रसवोत्तर देखभाल, गर्भावस्था, प्रसव और प्रसवोत्तर देखभाल जैसे प्रोक्रिएटिव विकल्प शामिल हैं, साथ ही अनियोजित गर्भधारण को रोकने के लिए परिवार नियोजन और गर्भनिरोधक विकल्प, और स्वीकृत होने पर गर्भावस्था समाप्ति (बॉनिंगटन एट अल। सिप्रेस एट अल, 2017; क्रेम्पास्की एट अल, 2020; लाइट एट अल, 2018; मोसेसन, फिक्स एट अल। टीजीडी लोग जो गर्भावस्था करना चाहते हैं, उन्हें पूर्व-गर्भाधान देखभाल और प्रसवपूर्व परामर्श के मानक से गुजरना चाहिए और विभिन्न जेंडर वर्ग पहचान और अनुभवों वाले लोगों के सहायक वातावरण में स्तन / छाती के फेड के बारे में परामर्श प्राप्त करना चाहिए (मैकडोनाल्ड एट अल। ओबेडिन-मालिवर और मकाडोन, 2016)।

इस अध्याय के सभी कथनों की सिफारिश साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और रोगियों के लाभ और हानि, मूल्यों और

वरीयताओं के मूल्यांकन और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता के आधार पर की गई है। कुछ मामलों में, हम मानते हैं कि साक्ष्य सीमित हैं और / या सेवाएं सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं।

### कथन 16.1

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों का इलाज कर रहे हैं और हार्मोन थेरेपी / शल्य चिकित्सा के लिए रोगियों को निर्धारित या**

गोनाडोट्रोपिन-रिलीजिंग हार्मोन एगोनिस्ट (जीएनआरएच) का उपयोग प्यूबर्टल दमन के लिए किया जा सकता है ताकि आगे की प्यूबर्टल प्रगति को रोका जा सके जब तक कि किशोर पौरुष्य उपचार के लिए तैयार न हों। जीएनआरएच का उपयोग मासिक धर्म दमन के लिए भी किया जा सकता है। जीएनआरएच युग्मकों की परिपक्वता को प्रभावित करते हैं लेकिन गोनाडल फंक्शन को स्थायी नुकसान नहीं पहुंचाते हैं। इस प्रकार, यदि जीएनआरएच को बंद कर दिया जाता है, तो अंडाणु परिपक्वता

#### सिफारिशों के कथन

- 16.1- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों का इलाज कर रहे हैं और हार्मोन थेरेपी / सर्जरी के लिए रोगियों को निर्धारित या संदर्भित कर रहे हैं:
  - 16.1.ए- भविष्य की प्रजनन क्षमता पर हार्मोन थेरेपी / सर्जरी के ज्ञात प्रभाव;
  - 16.1.बी- उपचारों के संभावित प्रभाव जो अच्छी तरह से अध्ययन नहीं किए गए हैं और अज्ञात रिवर्सिबिलिटी के हैं;
  - 16.1.सी- प्रजनन संरक्षण (एफपी) विकल्प (स्थापित और प्रयोगात्मक दोनों);
  - 16.1.डी- बांझपन के मनोसामाजिक प्रभाव।
- 16.2- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि प्रजनन संरक्षण में रुचि रखने वाले ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को आगे की चर्चा के लिए प्रजनन संरक्षण में विशेषज्ञता वाले प्रदाताओं को संदर्भित करें।
- 16.3- हम ट्रांसजेंडर देखभाल टीमों को स्थानीय प्रजनन विशेषज्ञों और सुविधाओं के साथ भागीदारी करने की सलाह देते हैं ताकि चिकित्सा और शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप की पेशकश करने से पहले विशिष्ट और समय पर जानकारी और प्रजनन संरक्षण सेवाएं प्रदान की जा सकें जो प्रजनन क्षमता को प्रभावित कर सकती हैं।
- 16.4- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि पूर्व-या प्रारंभिक-प्यूबर्टल ट्रांसजेंडर और लिंग-विविध युवाओं को जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा की मांग करने और उनके परिवारों को सलाह दी जाती है कि वर्तमान में साक्ष्य-आधारित / स्थापित प्रजनन संरक्षण विकल्प सीमित हैं।
- 16.5- हम अनुशंसा करते हैं कि गर्भावस्था वाले ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोग जो गर्भावस्था को ले जाना चाहते हैं, वे गर्भधारण पूर्व देखभाल, जेंडर अफर्मिंग हार्मोन के उपयोग और समाप्ति के बारे में प्रसवपूर्व परामर्श, गर्भावस्था देखभाल, श्रम और प्रसव, छाती / स्तनपान सहायक सेवाएं, और जेंडर अफर्मिंग तरीके से देखभाल के स्थानीय मानकों के अनुसार प्रसवोत्तर समर्थन से गुजरते हैं।
- 16.6- हम चिकित्सा प्रदाताओं को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के साथ गर्भनिरोधक विधियों पर चर्चा करने की सलाह देते हैं जो यौन गतिविधि में संलग्न होते हैं जिसके परिणामस्वरूप गर्भावस्था हो सकती है।
- 16.7- हम अनुशंसा करते हैं कि गर्भावस्था समाप्ति सेवाओं की पेशकश करने वाले प्रदाता सुनिश्चित करें कि प्रक्रियात्मक विकल्प जेंडर अफर्मिंग कर रहे हैं और ट्रांसजेंडर लोगों और विविध लिंगों की सेवा करते हैं।

संदर्भित कर रहे हैं:

- भविष्य की प्रजनन क्षमता पर हार्मोन थेरेपी / शल्य चिकित्सा के ज्ञात प्रभाव;
- बी. उपचारों के संभावित प्रभाव जो अच्छी तरह से अध्ययन नहीं किए गए हैं और अज्ञात रिवर्सिबिलिटी के हैं;
- प्रजनन संरक्षण (एफपी) विकल्प (स्थापित और प्रयोगात्मक दोनों);
- सी. बांझपन के मनोसामाजिक निहितार्थ।

**टीजीडी व्यक्तियों को जन्म के समय महिला कहलायी गई**

जीएचटी भविष्य की प्रजनन क्षमता को नकारात्मक रूप से प्रभावित कर सकता है (हेमब्री एट अल। ट्रांसजेंडर पुरुषों और जन्म के समय महिला को सौंपे गए जेंडर वर्ग विविध लोगों में वर्तमान साक्ष्य के आधार पर, ये जोखिम निम्नानुसार हैं:

फिर से शुरू होने की उम्मीद होगी।

ट्रांसजेंडर पुरुषों में प्रजनन समारोह पर टेस्टोस्टेरोन थेरेपी के प्रभावों का विवरण देने वाले कुछ अध्ययन हैं (मोरवेक एट अल। टेस्टोस्टेरोन रुकावट के बाद अंडाणु परिपक्वता के साथ सामान्य डिम्बग्रंथि समारोह की बहाली ट्रांसजेंडर पुरुषों में प्रदर्शित की गई है जिन्होंने प्राकृतिक गर्भाधान हासिल किया है। अंडाणु क्रायोप्रिजर्वेशन पर एक पूर्वव्यापी अध्ययन ने ट्रांसजेंडर पुरुषों और उम्र- और बीएमआई-मिलान सीआईएस-जेंडर वर्ग महिलाओं के बीच प्राप्त अंडाणुओं की कुल संख्या या परिपक्व अंडाणुओं की संख्या में कोई अंतर नहीं दिखाया (एडेले एट अल, 2018, 2019)। पहले परिणाम हाल ही में सिजेंडर महिलाओं (लेउंग एट अल, 2019) की तुलना में ट्रांसजेंडर पुरुषों में नियंत्रित डिम्बग्रंथि उत्तेजना के बाद लाइव जन्म दर का मूल्यांकन करते हुए प्रकाशित किए गए हैं। डिम्बग्रंथि उत्तेजना से पहले टेस्टोस्टेरोन बंद कर दिया गया था। कुल मिलाकर, प्रजनन

अंगों और उनके कार्य पर टेस्टोस्टेरोन के प्रभाव से संबंधित परिणाम आश्वस्त प्रतीत होते हैं। हालांकि, प्रजनन क्षमता (यानी, किशोरावस्था में शुरू) या टेस्टोस्टेरोन थेरेपी के बाद शुरूआती यौवन में जीएनआरएच के साथ इलाज किए गए लोगों पर दीर्घकालिक हार्मोन थेरेपी के प्रभाव का मूल्यांकन करने वाले आज तक कोई संभावित अध्ययन नहीं हुए हैं। यह ध्यान में रखना महत्वपूर्ण है कि क्रायोप्रिजर्विंग ओसाइट्स (एक श्रोणि परीक्षा, योनि अल्ट्रासाउंड निगरानी, और अंडाणु पुनर्प्राप्ति) के लिए आवश्यक दवाएं और प्रक्रियाएं ट्रांसजेंडर पुरुषों में जेंडर वर्ग डिस्फोरिया में वृद्धि कर सकती हैं (आर्मूड, धजने एट अल।

ट्रांसजेंडर पुरुषों के बीच सर्जिकल हस्तक्षेप प्रजनन क्षमता के लिए स्पष्ट प्रभाव होगा। यदि रोगी हिस्टेरेक्टॉमी की इच्छा रखते हैं, तो आनुवंशिक रूप से संबंधित बच्चे होने की संभावना को बनाए रखने के लिए अंडाशय को संरक्षित करने का विकल्प पेश किया जाना चाहिए। वैकल्पिक रूप से, यदि अंडाशय को हिस्टेरेक्टॉमी के साथ अलग से या समवर्ती रूप से हटा दिया जाता है, तो शल्य चिकित्सा से पहले अंडे फ्रीजिंग की पेशकश की जानी चाहिए और / या डिम्बग्रंथि ऊतक क्रायोप्रिजर्वेशन ओफोरेक्टोमी के समय किया जा सकता है। यद्यपि इस प्रक्रिया को अब प्रयोगात्मक नहीं माना जाता है, कई ट्रांसजेंडर पुरुष आदिम रोम की इन विट्रो परिपक्वता की इच्छा कर सकते हैं, जो अभी भी जांच योग्य है। अंडाणु समारोह का मूल्यांकन करने वाले अध्ययनों से पता चला है कि ओफोरेक्टोमी के समय टेस्टोस्टेरोन एक्सपोजर वाले ट्रांसजेंडर पुरुषों से अलग अंडाणुओं को सामान्य मेटाफेज़ II मियोटिक स्पिंडल संरचना विकसित करने के लिए विट्रो में परिपक्व किया जा सकता है (डी रू एट अल। लियरमैन एट अल, 2017)।

टीजीडी व्यक्तियों के जन्म के समय पुरुष वर्ग

ट्रांसजेंडर महिलाओं और जन्म के समय पुरुष (एएमएबी) जेंडर वर्ग विविध लोगों में वर्तमान साक्ष्य के आधार पर, चिकित्सा उपचार का प्रभाव निम्नानुसार है:

जीएनआरएच शुक्राणुजनन को रोकते हैं। डेटा से पता चलता है कि उपचार बंद होने से शुक्राणुजनन की पुनः शुरुआत होती है, हालांकि इसमें कम से कम 3 महीने लग सकते हैं और सबसे अधिक संभावना है (बर्टलोनी एट अल। इसके अलावा, टेस्टोस्टेरोन के पुनः संपर्क के मनोवैज्ञानिक बोझ पर विचार किया जाना चाहिए।

एंटी-एण्ड्रोजन और एस्ट्रोजेन के परिणामस्वरूप एक बिगड़ा हुआ शुक्राणु उत्पादन होता है (डी नी एट अल। जिंदारक और अन्य,

2018; केंट एट अल, 2018)। एंटी-एण्ड्रोजन और एस्ट्रोजेन के साथ लंबे समय तक उपचार बंद होने के बाद शुक्राणुजनन फिर से शुरू हो सकता है, लेकिन डेटा सीमित हैं (एडले एट अल। अल्फोर्ड एट अल, 2020; शनाइडर एट अल। जेंडर अफर्मिंग हार्मोन उपचार (माटोसो एट अल, 2018) के प्रभाव में वृषण की मात्रा कम हो जाती है। ट्रांसजेंडर महिलाओं में वीर्य की गुणवत्ता विशिष्ट जीवन शैली के कारकों से भी नकारात्मक रूप से प्रभावित हो सकती है, जैसे हस्तमैथुन की कम आवृत्ति, शरीर के खिलाफ जननांगों को कसकर रखना (उदाहरण के लिए, टकिंग के लिए तंग अंडरगारमेंट्स के उपयोग के साथ) (जंग एंड शूप, 2007; मिउसेट एट अल, 1985, 1987; रोड्रिगेज-वॉलबर्ग, हेलजेस्टिंग एट अल।

### कथन 16.2

**हम अनुशांसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर प्रजनन संरक्षण में रुचि रखने वाले ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को आगे की चर्चा के लिए प्रजनन संरक्षण में विशेषज्ञता वाले प्रदाताओं को संदर्भित करें।**

अनुसंधान से पता चलता है कि कई ट्रांसजेंडर वयस्क जैविक बच्चों की इच्छा रखते हैं (डी सटर एट अल। डेफ्रेन, वैन शुइलेनबर्ग एट अल। 2012), फिर भी एफपी दरें व्यापक रूप से परिवर्तनशील बनी हुई हैं, विशेष रूप से युवाओं में (< 5% -40%) (ब्रिक एट अल। चेन एट अल, 2017; चिनियारा और अन्य, 2019; नाहटा और अन्य, 2017; सेगेव-बेकर एट अल। हाल के एक सर्वेक्षण में, कई युवाओं ने स्वीकार किया कि जैविक बच्चा होने के बारे में उनकी भावनाएं भविष्य में बदल सकती हैं (स्ट्रैंग, जारिन एट अल। गैर-वैकल्पिक नसबंदी मानव अधिकारों का उल्लंघन है (अमेरिकन सोसाइटी फॉर रिप्रोडक्टिव मेडिसिन की आचार समिति, 2015; समानता और मानवाधिकार आयोग, 2021; मेयर III एट अल, 2001) और सामाजिक दृष्टिकोण, प्रजनन चिकित्सा और सकारात्मक ट्रांसजेंडर स्वास्थ्य देखभाल में प्रगति के कारण, संक्रमण के दौरान जैविक पितृत्व के अवसरों को ट्रांसजेंडर लोगों के लिए कम किया जाना चाहिए। ट्रांसजेंडर या नॉनबाइनरी लोगों के एफपी और पेरेंटिंग निर्णयों पर नैदानिक राय के प्रभाव के कारण, एफपी विकल्पों को स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं द्वारा पालन-पोषण, गोद लेने, सह-पालन और अन्य पेरेंटिंग विकल्पों (बार्थोलोमियस एंड रिग्स, 2019) जैसे विकल्पों के साथ खोजा जाना चाहिए। ट्रांसजेंडर रोगियों को जिन्हें इस प्रकार की चर्चा की पेशकश की गई है और एफपी के लिए प्रक्रियाओं से गुजरने का विकल्प दिया

गया है, उन्होंने अनुभव को समग्र सकारात्मक बताया है (आर्मूड, डेजने एट अल। डी सटर एट अल, 2002; जेम्स-अब्रा एट अल।

अन्य रोगी आबादी में, प्रजनन रेफरल और औपचारिक प्रजनन कार्यक्रमों को एफपी दरों को बढ़ाने और रोगी संतुष्टि में सुधार करने के लिए दिखाया गया है (केल्विन एट अल। क्लोस्की, एंडरसन एट अल। क्लोस्की, वांग एट अल। शनोरहावोरियन एट अल, 2012) चिकित्सक के दृष्टिकोण की जांच की गई है, और हाल के अध्ययनों से बच्चों और उनके परिवारों को प्रजनन संबंधी जानकारी प्रदान करने के लिए जागरूकता और इच्छा दोनों का संकेत मिलता है (आर्मूड एट अल। हालांकि, बाधाओं की भी पहचान की गई है, जिसमें ज्ञान, आराम और संसाधनों की कमी शामिल है (आर्मूड, निल्सन एट अल। फ्रेडरिक एट अल। इस प्रकार, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के उचित प्रशिक्षण की आवश्यकता पर प्रकाश डाला गया है, जिसमें प्रजनन परामर्श पर जोर दिया गया है और निष्पक्ष तरीके से सभी जोखिम वाले व्यक्तियों को एफपी विकल्प प्रदान किए गए हैं (आर्मूड, निल्सन एट अल। माता-पिता की सिफारिशों को कैंसर के साथ किशोर और युवा वयस्क पुरुषों में एफपी दरों को महत्वपूर्ण रूप से प्रभावित करने के लिए भी दिखाया गया है (क्लोस्की, फ्लिन एट अल। हालांकि इन आबादी में स्पष्ट नैदानिक अंतर हैं, ये निष्कर्ष ट्रांसजेंडर व्यक्तियों के लिए प्रजनन परामर्श और एफपी रेफरल के लिए सर्वोत्तम प्रथाओं को सूचित करने में मदद कर सकते हैं।

### कथन 16.3

**हम ट्रांसजेंडर देखभाल टीमों को स्थानीय प्रजनन विशेषज्ञों और सुविधाओं के साथ भागीदारी करने की सलाह देते हैं ताकि चिकित्सा और शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप की पेशकश करने से पहले विशिष्ट और समय पर जानकारी और प्रजनन संरक्षण सेवाएं प्रदान की जा सकें जो प्रजनन क्षमता को प्रभावित कर सकती हैं।**

शुक्राणु और अंडाणुओं का क्रायोप्रीजर्वेशन स्थापित एफपी तकनीकें हैं और क्रमशः प्यूबर्टल, लेट प्यूबर्टल और वयस्क जन्म सौंपे गए पुरुषों और जन्म निर्दिष्ट महिलाओं को पेश किया जा सकता है, अधिमानतः जीएएचटी की शुरुआत से पहले (हेमब्री एट अल। अमेरिकन सोसाइटी फॉर रिप्रोडक्टिव मेडिसिन की प्रैक्टिस कमेटी, 2019)। भ्रूण के क्रायोप्रीजर्वेशन को वयस्क (पोस्ट-प्यूबर्टल) टीजीडी लोगों को पेश किया जा सकता है जो बच्चा पैदा करना चाहते हैं और उनके पास एक

उपलब्ध साथी है। क्रायोप्रीजर्व्ड युग्मकों का भविष्य का उपयोग भविष्य के साथी के युग्मकों और प्रजनन अंगों पर भी निर्भर है (फिशर, 2021; फिशर, 2021) मैक्सवेल एट अल, 2017)

हालांकि जीएएच दवा (एडेले एट अल, 2019) की शुरुआत के बाद एफपी किए जाने पर वीर्य मापदंडों से समझौता किया गया है, एक छोटे से अध्ययन से पता चला है कि जब उपचार बंद कर दिया गया था, तो वीर्य पैरामीटर टीजीडी रोगियों में उन लोगों के बराबर थे, जिन्होंने कभी जीएएच उपचार नहीं किया था। डिम्बग्रंथि उत्तेजना, अंडाणु विट्रीफिकेशन उपज और इन-विट्रो फर्टिलाइजेशन (आईवीएफ) में अंडाणुओं के बाद के उपयोग के संबंध में, टीजीडी रोगियों के लिए सहायक प्रजनन प्रौद्योगिकी (एआरटी) उपचार में एक अलग परिणाम की उम्मीद करने का कोई कारण नहीं है, जो एआरटी से गुजरने वाले सिजेंडर रोगियों में प्राप्त होता है - प्रजनन क्षमता से संबंधित व्यक्तिगत भ्रामक कारकों के अलावा - जब युग्मकों को किसी भी चिकित्सा उपचार से पहले बैंक किया जाता है (एडेले एट अल। एआरटी उपचार में अंडाणुओं के उपयोग के परिणामस्वरूप नियंत्रित, मिलान किए गए सिजेंडर रोगियों की तुलना में टीजीडी में समान रूप से सफल परिणाम सामने आए (एडेले एट अल। लेउंग एट अल, 2019; मैक्सवेल एट अल, 2017)।

यद्यपि ये स्थापित विकल्प हैं, कुछ प्यूबर्टल, लेट प्यूबर्टल या वयस्क टीजीडी लोग एफपी (नाहटा एट अल, 2017) से गुजरते हैं, और कई एफपी हस्तक्षेप से गुजरते समय चुनौतियों का अनुभव करते हैं। न केवल इन तरीकों की पहुंच और लागत एक बाधा है (विशेष रूप से बीमा कवरेज के बिना क्षेत्रों में), लेकिन ये प्रक्रियाएं अक्सर शारीरिक और भावनात्मक रूप से असहज होती हैं, और कई संक्रमण प्रक्रिया को स्थगित करने के बारे में चिंता व्यक्त करते हैं (चेन एट अल। डी सटर एट अल, 2002; नाहटा और अन्य, 2017; विर्कक्स, स्टुइवर एट अल। विशेष रूप से जन्म के समय के जेंडर वर्ग, डिम्बग्रंथि उत्तेजना और अंडाणु पुनर्प्राप्ति प्रक्रियाओं (और संबंधित साइ-चोलॉजिकल संकट) के एंडोवेजिनल अल्ट्रा-साउंड फॉलो-अप की आक्रामकता को एक बाधा के रूप में उद्धृत किया गया है (आर्मूड, धेजने एट अल। चेन एट अल, 2017)। यह भी चिंता है कि परिवर्तन से गुजरने वाले युवा वयस्कों के पास पेरेंटिंग की स्पष्ट दृष्टि नहीं हो सकती है और इसलिए उस समय एफपी का उपयोग करने के अवसर को अस्वीकार करने की संभावना है- जबकि वयस्कों के रूप में, उनके पास पितृत्व के बारे में अलग-अलग राय हो सकती है (कॉफमैन एंड स्टीनबर्ग, 2000)। परिवर्तन के दौरान जेंडर वर्ग

डिस्फोरिया की कमी एफपी के आसपास निर्णय लेने की प्रक्रिया को भी प्रभावित कर सकती है (नाहटा एट अल। शोध के आधार पर दिखाया गया है कि टीजीडी युवाओं के प्रजनन दृष्टिकोण समय के साथ बदल सकते हैं (नाहटा एट अल। स्ट्रैंग, जारिन एट अल, 2018), एफपी विकल्पों पर निरंतर आधार पर चर्चा की जानी चाहिए।

#### कथन 16.4

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं कि पूर्व-या प्रारंभिक-प्यूबर्टल ट्रांसजेंडर और जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा की मांग करने वाले जेंडर वर्ग विविध युवाओं और उनके परिवारों को सलाह दी जाती है कि वर्तमान में साक्ष्य-आधारित / स्थापित प्रजनन संरक्षण विकल्प सीमित हैं।**

प्रीप्यूबर्टल और शुरुआती-प्यूबर्टल बच्चों के लिए, एफपी विकल्प गोनाडल ऊतक के भंडारण तक सीमित हैं। यद्यपि यह विकल्प टीजीडी बच्चों के लिए उसी तरह से उपलब्ध है जैसे यह सिजेंडर प्रीप्यूबर्टल और अर्ली-प्यूबर्टल ऑन्को-लॉजिकल रोगियों के लिए उपलब्ध है, ट्रांसजेंडर आबादी में इस दृष्टिकोण के उपयोग का वर्णन करने वाला कोई साहित्य नहीं है। डिम्बग्रंथि ऊतक ऑटो-प्रत्यारोपण के परिणामस्वरूप सिजेंडर महिलाओं में 130 से अधिक जीवित जन्म हुए हैं। इनमें से अधिकांश रोगियों ने एआरटी के बिना स्वाभाविक रूप से गर्भ धारण किया (डोनेज़ एंड डोलमैन, 2015; जाडोल एट अल, 2017), और अधिकांश ने अपने डिम्बग्रंथि ऊतक को वयस्कों के रूप में या यौवन के दौरान संग्रहीत किया। यद्यपि हाल ही में अमेरिकन सोसाइटी फॉर रिप्रोडक्टिव मेडिसिन दिशानिर्देश ने डिम्बग्रंथि ऊतक क्रायोप्रीजर्वेशन (अमेरिकन सोसाइटी फॉर रिप्रोडक्टिव मेडिसिन, 2019 की प्रैक्टिस कमेटी) से प्रयोगात्मक लेबल को हटा दिया है, लेकिन युवावस्था से पहले डिम्बग्रंथि ऊतक क्रायोप्रीजर्व के प्रत्यारोपण के बाद एक महिला में सफल गर्भावस्था का वर्णन करने वाली बहुत कम केस रिपोर्ट हैं। (2015) और रोड्रिगेज-वॉलबर्ग, मिलेनकोविक एट अल (2021) ने 14 साल की उम्र में खरीदे गए ऊतक के प्रत्यारोपण के बाद सफल गर्भधारण के मामलों का वर्णन किया, और हाल ही में मैथ्यूज एट अल (2018) ने थैलेसीमिया से निदान एक लड़की के मामले का वर्णन किया, जिसमें 9 साल की उम्र में डिम्बग्रंथि ऊतक संग्रहीत था और प्रत्यारोपण 14 साल देर से हुआ था। बाद में उसने आईवीएफ के माध्यम से गर्भ धारण किया और एक स्वस्थ बच्चे को जन्म दिया।

वर्तमान में, डिम्बग्रंथि के ऊतकों के भंडारण के लिए एकमात्र

भविष्य का नैदानिक अनुप्रयोग स्व-प्रत्यारोपण है, जो एक ट्रांसजेंडर आदमी में अवांछनीय हो सकता है (एस्ट्रो-जेन के संभावित अवांछनीय प्रभावों के कारण)। एक प्रयोगशाला प्रक्रिया जो डिम्बग्रंथि के ऊतकों से शुरू होने वाले विट्रो में अंडाणुओं को परिपक्व करना संभव बनाएगी, ट्रांसजेंडर लोगों के लिए संग्रहीत डिम्बग्रंथि ऊतक का आदर्श भविष्य का अनुप्रयोग होगा, लेकिन इस तकनीक की वर्तमान में केवल बुनियादी विज्ञान अनुसंधान परिवेश में जांच और अनुकूलन किया जा रहा है (लाडन्यी एट अल। ओकटे एट अल, 2010)।

वृषण ऊतक की प्रारंभिक खरीद को कम जोखिम वाली प्रक्रिया के रूप में प्रलेखित किया गया है (बोर्गस्ट्रॉम एट अल। मिंग एट अल, 2018)। कुछ लेखकों ने ट्रांसजेंडर लोगों में इस दृष्टिकोण को एक सैद्धांतिक विकल्प के रूप में भी वर्णित किया है (डी रु एट अल। मार्टिनेज एट अल, 2017; नाहटा, कर्सी एट अल। हालांकि, टीजीडी रोगियों के लिए इस एफपी विकल्प के नैदानिक या जांच उपयोग का वर्णन करने वाले साहित्य में कोई रिपोर्ट नहीं है। इसके अलावा, वृषण ऊतक के स्व-प्रत्यारोपण के नैदानिक अनुप्रयोग की व्यवहार्यता मनुष्यों में अज्ञात है, और इन विट्रो परिपक्वता तकनीक अभी भी बुनियादी विज्ञान अनुसंधान के दायरे में हैं। इस प्रकार, विशेषज्ञ वर्तमान में इस तकनीक को प्रयोगात्मक मानते हैं (पिक्टन एट अल। गोनाडल ऊतक के भंडारण की संभावना पर किसी भी जननांग शल्य चिकित्सा से पहले चर्चा की जानी चाहिए जिसके परिणामस्वरूप नसबंदी होगी, हालांकि इस ऊतक का उपयोग करने में सक्षम होने की संभावना को स्पष्ट रूप से संबोधित किया जाना चाहिए।

#### कथन 16.5

**हम एक गर्भाशय के साथ ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों की सलाह देते हैं जो गर्भावस्था में जाना चाहते हैं, जेंडर अफर्मिंग हार्मोन, गर्भावस्था देखभाल, लेबर और प्रसव, छाती / स्तनपान सहायक सेवाओं और जेंडर अफर्मिंग तरीके से देखभाल के स्थानीय मानकों के अनुसार प्रसवोत्तर समर्थन के उपयोग और समाप्ति के बारे में गर्भधारण पूर्व देखभाल और प्रसवपूर्व परामर्श से गुजरना चाहिए।**

अधिकांश ट्रांसजेंडर पुरुष और जेंडर वर्ग विविध लोग (एएफएबी) अपने गर्भाशय और अंडाशय को बनाए रखते हैं और इस प्रकार लंबे समय तक टेस्टोस्टेरोन के उपयोग के बाद भी गर्भ धारण कर सकते हैं और गर्भावस्था कर सकते हैं (लाइट एट अल। कई ट्रांसजेंडर पुरुष बच्चों की इच्छा रखते हैं (लाइट एट



अल। विर्कक्स, वैन केनेगेम एट अल, 2012) और गर्भावस्था को ले जाने के लिए तैयार हैं (मोसेसन, फिक्स, हेस्टिंग्स एट अल। मोसेसन, फिक्स, रागोस्टा एट अल। एआरटी ने कई ट्रांसजेंडर पुरुषों के लिए गर्भ धारण करने और अपनी परिवार नियोजन इच्छाओं को पूरा करने के अवसर का विस्तार किया है (डी रू एट अल। एलिस एट अल, 2015; मैक्सवेल एट अल, 2017)। कुछ ट्रांसजेंडर वर्ग पुरुष मनोवैज्ञानिक अलगाव, ग्रेविड गर्भाशय और छाती में परिवर्तन से संबंधित डिस्फोरिया और अवसाद की रिपोर्ट करते हैं (चार्टर, 2018; एलिस एट अल, 2015; हॉफक्लिंग एट अल, 2017; ओबेडिन-मालिवर और मकाडोन, 2016)। इसके विपरीत, अन्य अध्ययनों ने गर्भावस्था के दौरान भी कुछ सकारात्मक अनुभवों की सूचना दी है (फिशर, 2021; फिशर, 2021) लाइट एट अल, 2014)। मानसिक स्वास्थ्य प्रदाताओं को सहायता प्रदान करने के लिए शामिल किया जाना चाहिए, और परामर्श प्रदान किया जाना चाहिए कि कब रोकना है और कब जेंडर अफर्मिंग हार्मोन को फिर से शुरू करना है, प्रसव के तरीके और छाती / स्तनपान के लिए क्या विकल्प उपलब्ध हैं (हॉफक्लिंग वर्ग एट अल। अंत में, सभी लोगों के लिए व्यक्ति-केंद्रित प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सुनिश्चित करने के लिए सिस्टम-स्तरीय और पारस्परिक-स्तर के हस्तक्षेप को लागू किया जाना चाहिए (हैन एट अल। हॉफक्लिंग एट अल, 2017; मोसेसन, ज़ाज़ानिस एट अल। स्नोडेन एट अल।

विकासशील भ्रूण पर टेस्टोस्टेरोन के संभावित हानिकारक प्रभावों को देखते हुए, गर्भाधान से पहले और पूरी गर्भावस्था के दौरान टेस्टोस्टेरोन को बंद करने या हार्मोन थेरेपी को बंद करने की सिफारिश की जाती है। हालांकि, गर्भावस्था से पहले टेस्टोस्टेरोन के बंद होने और गर्भावस्था के बाद इसकी बहाली दोनों के लिए इष्टतम समय अज्ञात है। चूंकि जेंडर अफर्मिंग हार्मोन को रोकने से संकट हो सकता है और ट्रांसजेंडर पुरुषों में डिस्फोरिया बढ़ सकता है, इसलिए इस थेरेपी को कब और कैसे रोकना जाए, इस पर प्रसव पूर्व परामर्श (हैन एट अल। क्योंकि टेस्टोस्टेरोन एक्सपोजर की अवधि और टेराटोजेनिकिटी के जोखिम के बारे में जानकारी की कमी है, गर्भावस्था का प्रयास करने से पहले और गर्भनिरोधक को रोकने से पहले टेस्टोस्टेरोन का उपयोग बंद कर दिया जाना चाहिए। इसके अलावा, ट्रांसजेंडर पुरुषों से पैदा हुए शिशुओं के स्वास्थ्य परिणामों के बारे में सीमित जानकारी है। इस प्रश्न का मूल्यांकन करने का प्रयास करने वाली छोटी केस श्रृंखला ने सामान्य आबादी में ट्रांसजेंडर पुरुषों और शिशुओं से पैदा हुए शिशुओं के बीच कोई प्रतिकूल

शारीरिक या मनोवैज्ञानिक अंतर नहीं दिखाया है (चिलैंड एट अल।

### छाती / स्तनपान

स्तनपान और छाती / स्तनपान का मूल्यांकन करने वाले सीमित अध्ययनों में, अधिकांश ट्रांसजेंडर पुरुष और टीजीडी व्यक्ति एएफएबी जिन्होंने प्रसवोत्तर छाती / स्तनपान कराने का विकल्प चुना था, सफल रहे, शोध से पता चलता है कि स्तनपान का प्रेरण गर्भधारण पूर्व परामर्श और अनुभवी स्तनपान नर्सिंग सहायता पर निर्भर है (मैकडोनाल्ड एट अल। वोल्फ-रूबैटिस एंड स्पैटज़, 2015)। विशेष रूप से, टेस्टोस्टेरोन का उपयोग करने वाले ट्रांसजेंडर पुरुषों और टीजीडी लोगों को सूचित किया जाना चाहिए

1) हालांकि मात्रा छोटी है, टेस्टोस्टेरोन छाती / स्तन के दूध से गुजरता है; और 2) विकासशील नवजात शिशु / बच्चे पर प्रभाव अज्ञात है, और इसलिए स्तनपान के दौरान जेंडर अफर्मिंग टेस्टोस्टेरोन के उपयोग की सिफारिश नहीं की जाती है, लेकिन छाती / स्तनपान के बंद होने के बाद फिर से शुरू किया जा सकता है (ग्लेसर एट अल। ट्रांसजेंडर पुरुषों और अन्य टीजीडी व्यक्तियों एएफएबी को जागरूक किया जाना चाहिए कि गर्भावस्था वाले कुछ रोगियों को छाती के पुनर्निर्माण के बाद भी अवांछित छाती की वृद्धि और / या स्तनपान का अनुभव हो सकता है और इसलिए यदि वे स्तनपान को दबाने की इच्छा रखते हैं तो उनका समर्थन किया जाना चाहिए (मैकडोनाल्ड एट अल।

ट्रांसजेंडर महिलाओं के साथ-साथ अन्य टीजीडी एएमएबी में स्तनपान से संबंधित सीमित जानकारी है, लेकिन कई लोग छाती / स्तनपान की इच्छा भी व्यक्त करते हैं। जबकि एस्ट्रोजेन, प्रोजेस्टेरोन, डोमपेरिडोन और स्तन पंपिंग (रीसमैन एंड गोल्डस्टीन, 2018) के संयोजन का उपयोग करके हार्मोनल समर्थन के बाद एक ट्रांसजेंडर महिला के सफलतापूर्वक स्तनपान कराने और छाती / स्तनपान कराने की एक केस रिपोर्ट है, इन स्थितियों के तहत छाती / स्तन के दूध के पोषण और प्रतिरक्षात्मक प्रोफाइल का अध्ययन नहीं किया गया है। इसलिए, रोगियों को बच्चे को फेड कराने के लिए इस दृष्टिकोण के जोखिम और लाभों के बारे में सूचित करने की आवश्यकता है (रीसमैन एंड गोल्डस्टीन, 2018)।

### कथन 16.6

हम चिकित्सा प्रदाताओं को ट्रांसजेंडर और जेंडर विविध लोगों के साथ गर्भनिरोधक विधियों पर चर्चा करने की सलाह देते हैं

**जो यौन गतिविधि में संलग्न होते हैं जिसके परिणामस्वरूप गर्भावस्था हो सकती है।**

कई टीजीडी व्यक्ति प्रजनन क्षमता को बनाए रख सकते हैं, और वे (यदि वे गर्भाशय, अंडाशय और ट्यूब बनाए रखते हैं) या उनके यौन साथी (शुक्राणु उत्पादक व्यक्तियों के लिए) अनियोजित गर्भधारण का अनुभव कर सकते हैं (जेम्स एट अल। लाइट एट अल, 2014; मोसेसन, फिक्स एट अल। इसलिए, जेंडर वर्ग-विस्तृत तरीकों से आयोजित गर्भनिरोधक और गर्भपात सहित जानबूझकर परिवार नियोजन परामर्श की आवश्यकता है (क्लेन, बेरी-बिबी एट अल। ओबेडिन-मालिवर, 2015; स्ट्रोम्सा एंड वू, 2018)। टीजीडी लोग एएफएबी एक गलत धारणा के कारण गर्भनिरोधक का उपयोग नहीं कर सकते हैं कि टेस्टोस्टेरोन गर्भनिरोधक का एक विश्वसनीय रूप है (एबर्न एंड मैगुइरे, 2018; इंग्राहम एट अल, 2018; जोन्स, वुड एट अल, 2017; पॉटर एट अल, 2015)। हालांकि, वर्तमान समझ के आधार पर, टेस्टोस्टेरोन को गर्भनिरोधक का एक विश्वसनीय रूप नहीं माना जाना चाहिए क्योंकि हाइपोथैलेमिक-पिट्यूटरी-एड्रेनल अक्ष (क्रेम्पास्की एट अल। इसके अलावा, गर्भावस्था तब हुई है जब व्यक्ति टेस्टोस्टेरोन के उपयोग के कारण एमेनोरहेडक हैं, जो प्रशासन की सक्रिय अवधि (लाइट एट अल। लंबे समय तक टेस्टोस्टेरोन के उपयोग (कम से कम 10 साल तक) के बाद टीजीडी लोगों में गर्भावस्था भी हो सकती है, हालांकि अंडाणुओं और बेसलाइन प्रजनन क्षमता पर प्रभाव अभी भी अज्ञात है (लाइट एट अल।

टीजीडी लोग एएफएबी विभिन्न प्रकार के गर्भनिरोधक तरीकों का उपयोग कर सकते हैं (एबर्न एंड मैगुइरे, 2018; बेंटसियानोव एट अल, 2018; बॉनिंगटन एट अल, 2020; क्रिसलर एट अल, 2016; सिप्रेस एट अल, 2017; जोन्स, वुड एट अल, 2017; क्रेम्पास्की एट अल, 2020; लाइट एट अल, 2018)। इन तरीकों का उपयोग गर्भावस्था की रोकथाम, मासिक धर्म दमन, असामान्य रक्तस्राव, या अन्य स्त्री रोग संबंधी जरूरतों के लिए स्पष्ट रूप से किया जा सकता है (बॉनिंगटन एट अल। क्रिसलर एट अल, 2016; क्रेम्पास्की एट अल, 2020; श्वार्ट्ज एट अल। इस आबादी के भीतर गर्भनिरोधक अनुसंधान अंतराल गहरा है। किसी भी अध्ययन ने जांच नहीं की है कि बहिर्जात एण्ड्रोजन (जैसे, टेस्टोस्टेरोन) का उपयोग हार्मोनल गर्भनिरोधक विधियों (जैसे, संयुक्त एस्ट्रोजन और प्रोजेस्टिन हार्मोनल गर्भ निरोधकों, प्रोजेस्टिन-केवल आधारित गर्भ निरोधकों) या गैर-हार्मोनल और बाधा गर्भनिरोधक विधियों (जैसे, आंतरिक और

बाहरी कंडोम, गैर-हार्मोनल अंतर्गर्भाशयी उपकरणों, डायोफ्राम, स्पंज, आदि) की प्रभावकारिता या सुरक्षा प्रोफाइल को कैसे संशोधित कर सकता है।

जेंडर वर्ग विविध व्यक्ति जिनके पास वर्तमान में जेंडर वर्ग और अंडकोष हैं, वे उन व्यक्तियों के साथ यौन गतिविधि में संलग्न हो सकते हैं जिनके पास गर्भाशय, अंडाशय और किसी भी जेंडर वर्ग के ट्यूब हैं। जेंडर वर्ग विविध लोग जिनके पास जेंडर वर्ग और अंडकोष हैं, वे जेंडर अफर्मिंग हार्मोन (यानी, एस्ट्रोजन) पर रहते हुए भी शुक्राणु का उत्पादन कर सकते हैं, और हालांकि वीर्य पैरामीटर उन लोगों के बीच कम हो जाते हैं जो वर्तमान में उपयोग कर रहे हैं या जिन्होंने पहले जेंडर अफर्मिंग हार्मोन का उपयोग किया है, एज़ोस्पर्मिया पूर्ण नहीं है और शुक्राणु गतिविधि पूरी तरह से दबी हुई नहीं है (एडेले एट अल। जिंदारक और अन्य, 2018; कैंट एट अल, 2018)। इसलिए, गर्भनिरोधक पर विचार करने की आवश्यकता है यदि गर्भाशय, अंडाशय और ट्यूब वाले व्यक्ति और लिंग वर्ग और अंडकोष वाले व्यक्ति के बीच योनि में पुरुष लिंग यौन गतिविधि में गर्भावस्था से बचना है, भले ही किसी भी साथी द्वारा जेंडर अफर्मिंग हार्मोन का उपयोग किया गया हो। वर्तमान में, शुक्राणु-उत्पादक साथी द्वारा उपयोग के लिए उपलब्ध गर्भनिरोधक विधियां मुख्य रूप से यांत्रिक बाधाएं (यानी, बाहरी कंडोम, आंतरिक कंडोम), स्थायी नसबंदी (यानी, पुरुष नसबंदी), और जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा (जैसे, ऑर्किक्टॉमी, जिसके परिणामस्वरूप नसबंदी भी होती है) हैं। गर्भनिरोधक परामर्श जो शुक्राणु उत्पादन, अंडे के उत्पादन और भागीदारों (प्रासंगिक के रूप में) पर विचार करता है, की सिफारिश की जाती है।

#### कथन 16.7

**हम उन प्रदाताओं की सिफारिश करते हैं जो गर्भावस्था समाप्ति सेवाओं की पेशकश करते हैं, यह सुनिश्चित करते हैं कि प्रक्रियात्मक दृष्टिकोण जेंडर अफर्मिंग कर रहे हैं और ट्रांसजेंडर लोगों और विविध लिंगों की सेवा करते हैं।**

गर्भाशय के साथ टीजीडी व्यक्तियों में अनियोजित गर्भधारण और गर्भपात की सूचना मिली है (एबर्न एंड मैगुइरे, 2018; लाइट एट अल, 2014; लाइट एट अल, 2018; मोसेसन, फिक्स एट अल, 2020) और गर्भपात प्रदान करने वाली सुविधाओं के सर्वेक्षण के माध्यम से प्रलेखित (जोन्स एट अल। हालांकि, गर्भपात समर्थक दृष्टि की जनसंख्या-आधारित महामारी विज्ञान और गर्भपात से गुजरने वाले टीजीडी व्यक्तियों के अनुभव और प्राथमिकताएं एएफएबी अभी भी अनुसंधान में एक

महत्वपूर्ण अंतर का प्रतिनिधित्व करती हैं (फिक्स एट अल। मोसेसन, फिक्स एट अल, 2020; मोसेसन, लुन एट अल। बहरहाल, यह देखते हुए कि कई टीजीडी लोगों के बीच गर्भावस्था की क्षमता मौजूद है और गर्भधारण हमेशा योजनाबद्ध या वांछित नहीं हो सकता है, सुरक्षित, कानूनी और जेंडर अफर्मिंग गर्भावस्था चिकित्सा और सर्जिकल समाप्ति सेवाओं तक पहुंच आवश्यक है।

## अध्याय 17 यौन स्वास्थ्य

यौन स्वास्थ्य का शारीरिक और मनोवैज्ञानिक कल्याण पर गहरा प्रभाव पड़ता है, चाहे किसी के सेक्स, जेंडर या सेक्सुअल ओरिएंटेशन की परवाह किए बिना। हालांकि, सेक्स, जेंडर वर्ग और यौन अभिविन्यास के बारे में स्टिग्मा व्यक्ति को अपनी कामुकता को जीने और उचित यौन स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करने के अवसरों को प्रभावित करता है। विशेष रूप से, अधिकांश समाजों में, सिस्नॉर्मेटिविटी और हेटरोनॉर्मेटिविटी इस धारणा को जन्म देती है कि सभी लोग सिजेंडर और विषम जेंडर हैं (बाउर एट अल। राइडर, वेनसिल एट अल। हेटरो-सिसनॉर्मेटिविटी लिंग, यौन अभिविन्यास और कामुकता की जटिलता को नकारती है और विविधता और तरलता की उपेक्षा करती है। यह और भी महत्वपूर्ण है क्योंकि ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध (टीजीडी) लोगों की यौन पहचान, झुकाव और प्रथाओं को एक विशाल विविधता की विशेषता है (गैलुपो एट अल। जेसेन एट अल, 2021; थर्स्टन एंड एलन, 2018; टी'स्जोएन एट अल, 2020)। इसी तरह, एलोनोर्मेटिविटी की ओर एक मजबूत अनेकों सांस्कृतिक प्रवृत्ति - यह धारणा कि सभी लोग यौन आकर्षण या यौन गतिविधि में रुचि का अनुभव करते हैं - टीजीडी लोगों के विविध अनुभवों को नकारता है, विशेष रूप से वे जो खुद को अजेंडर स्पेक्ट्रम पर पाते हैं (मैकइन्नरॉय एट अल। मोललेट, 2021; रोथब्लम एट अल।

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ, 2010)

यौन स्वास्थ्य सभी लोगों के यौन अधिकारों के सम्मान पर निर्भर करता है, जिसमें विविध जेंडरताओं को व्यक्त करने और

सम्मानपूर्वक, सुरक्षित रूप से और अपराध और हिंसा से स्वतंत्रता के साथ व्यवहार करने का अधिकार शामिल है। यौन स्वास्थ्य प्रवचनों ने एजेंसी और शरीर की स्वायत्तता पर ध्यान केंद्रित किया है, जिसमें सहमति, यौन सुख, यौन संतुष्टि, साझेदारी और पारिवारिक जीवन शामिल हैं (कॉर्नवाल एंड जॉली, 2006; 2006)। लिंडले एट अल। इसके प्रकाश में, डब्ल्यूएचओ यौन स्वास्थ्य को "कामुकता के संबंध में शारीरिक, भावनात्मक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति के रूप में परिभाषित करता है, न कि केवल बीमारी, शिथिलता या दुर्बलता की अनुपस्थिति। यौन स्वास्थ्य के लिए कामुकता और यौन संबंधों के लिए एक सकारात्मक और सम्मानजनक दृष्टिकोण की आवश्यकता होती है, साथ ही साथ जबरदस्ती, भेदभाव और हिंसा से मुक्त सुखद और सुरक्षित यौन अनुभव होने की संभावना होती है। यौन स्वास्थ्य प्राप्त करने और बनाए रखने के लिए, सभी व्यक्तियों के यौन अधिकारों का सम्मान, संरक्षण और पूरा किया जाना चाहिए" (डब्ल्यूएचओ, 2006, पृष्ठ 5)। इसमें अजेंडर स्पेक्ट्रम पर व्यक्ति शामिल हैं, जो दूसरों के लिए यौन आकर्षण का अनुभव नहीं कर सकते हैं, लेकिन फिर भी कई बार यौन होने का विकल्प चुन सकते हैं (उदाहरण के लिए, आत्म-उत्तेजना के माध्यम से) और / या रोमांटिक संबंध बनाने और बनाने में रुचि का अनुभव कर सकते हैं (डी ओलिवेरा एट अल।

टीजीडी लोगों के यौन अनुभवों और व्यवहारों पर वैज्ञानिक ध्यान हाल के वर्षों में बढ़ा है (गिलेस एट अल। होल्मबर्ग एट अल, 2019; क्लेन और गोर्ज़ाल्का, 2009; क्लोअर एट अल, 2021; मैटवानन और अन्य, 2021; स्टीफेंसन एट अल, 2017;

### सिफारिशों के कथन

- 17.1- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को देखभाल प्रदान करते हैं, यौन स्वास्थ्य के मुद्दों (उनकी देखभाल प्रावधान के लिए प्रासंगिक) को संबोधित करने के लिए आवश्यक ज्ञान और कौशल प्राप्त करते हैं।
- 17.2- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को देखभाल प्रदान करते हैं, यौन कार्य, आनंद और संतुष्टि पर जेंडर अफर्मिंग उपचार के प्रभाव पर चर्चा करते हैं।
- 17.3- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को देखभाल प्रदान करते हैं, यदि उचित हो तो कामुकता से संबंधित देखभाल में साथी (ओं) को शामिल करने की संभावना प्रदान करते हैं।
- 17.4- हम अनुशंसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को यौन जोखिम व्यवहार, यौन परिहार और यौन कामकाज पर स्टिग्मा और आघात के संभावित प्रभाव के बारे में परामर्श देते हैं।
- 17.5- हम किसी भी स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर की सलाह देते हैं जो यौन स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाली देखभाल प्रदान करता है, जानकारी प्रदान करता है, ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध व्यक्ति की अपेक्षाओं के बारे में पूछता है और संभावित परिवर्तनों की उनकी समझ के स्तर का आकलन करता है।
- 17.6- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को देखभाल प्रदान करते हैं जो यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम के बारे में किशोरों और वयस्कों को सलाह देते हैं।
- 17.7- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को देखभाल प्रदान करते हैं, मानव इम्यूनोडिफिशिएंसी वायरस / यौन संचारित संक्रमण (एचआईवी / एसटीआई) स्क्रीनिंग, रोकथाम और उपचार के लिए स्थानीय और विश्व स्वास्थ्य संगठन के दिशानिर्देशों का पालन करते हैं।
- 17.8- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को देखभाल प्रदान करते हैं, एंटीरेट्रोवाइरल दवाओं और हार्मोन के बीच संभावित बातचीत के बारे में चिंताओं को संबोधित करते हैं।

तिरापेगुई और अन्य, 2020; थर्स्टन एंड एलन, 2018)। साहित्य के भीतर यह विस्तार एक सेक्स-पॉजिटिव फ्रेमवर्क (हार्डन, 2014) को दर्शाता है, एक फ्रेम-वर्क जो यौन सुख (लान एट अल, 2021) और कामुकता से जुड़े संभावित जोखिमों जैसे सकारात्मक पहलुओं को पहचानता है (गोल्डहैमर एट अल। मुजुगिरा और अन्य, 2021)। हालांकि, टीजीडी लोगों की कामुकता के अध्ययन में अक्सर मान्य उपायों, एक उपयुक्त नियंत्रण समूह या एक संभावित डिजाइन की कमी होती है (होल्मबर्ग एट अल। इसके अतिरिक्त, अधिकांश विशेष रूप से यौन कामकाज (केनिस एट अल, 2022) पर ध्यान केंद्रित करते हैं, और इस प्रकार यौन संतुष्टि और कामकाज से परे यौन आनंद के व्यापक संचालन की उपेक्षा करते हैं। कामुकता पर वर्तमान टीजीडी से संबंधित चिकित्सा उपचार के प्रभाव विषम हंन (ओज़र एट अल। टी'स्जोएन एट अल, 2020), और टीजीडी किशोरों की कामुकता पर बहुत कम शोध हुआ है (बंगेनर एट अल। महेक्स एट अल, 2021; रिस्टोरी और अन्य, 2021; स्टबलर एंड बेकर-हेब्ली, 2019; वारविक एट अल। जबकि टीजीडी व्यक्तियों द्वारा अनुभव की जाने वाली यौन कठिनाइयों के लिए परामर्श और उपचार के लिए सेक्स-पॉजिटिव दृष्टिकोण प्रस्तावित किए गए हैं (फील्डिंग, 2021; जैकबसन एट अल, 2019; रिचर्ड्स, 2021), आज तक इस तरह के हस्तक्षेप की प्रभावशीलता पर अपर्याप्त शोध है। यौन स्वास्थ्य को बढ़ावा देने पर ध्यान केंद्रित करते हुए, यौन स्वास्थ्य के लिए विश्व संघ (डब्ल्यूएएस) यौन सुख के महत्व पर जोर देता है और आत्मनिर्णय, सहमति, सुरक्षा, गोपनीयता, आत्मविश्वास और यौन संबंधों को संवाद करने और बातचीत करने की क्षमता को प्रमुख सुविधाप्रदाताओं के रूप में मानता है (किस्मोडी एट अल। डब्ल्यूएएस का दावा है कि यौन आनंद यौन अधिकारों और मानवाधिकारों का अभिन्न अंग है (किस्मोडी एट अल। टीजीडी लोगों के यौन स्वास्थ्य में योगदान करने के लिए, स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों (एचसीपी) को ट्रांसजेंडर से संबंधित विशेषज्ञता और संवेदनशीलता दोनों की आवश्यकता होती है (नीडर, गुल्डेनिंग एट अल। टीजीडी लोगों के लिए यौन स्वास्थ्य देखभाल में सुधार के लक्ष्य के साथ नैतिक रूप से मजबूत, साक्ष्य-आधारित और उच्च गुणवत्ता वाले स्तर पर, एचसीपी को अपनी स्वास्थ्य सेवाओं को उसी देखभाल (यानी, ट्रांसजेंडर से संबंधित विशेषज्ञता के साथ), सम्मान (यानी, ट्रांसजेंडर से संबंधित संवेदनशीलता के साथ), और यौन आनंद और यौन संतुष्टि में निवेश प्रदान करना चाहिए जैसा कि वे सिजेंडर लोगों

के लिए प्रदान करते हैं (होल्मबर्ग एट अल। कई समाजों में, गैर-अनुरूप जेंडर वर्ग अभिव्यक्तियां एचसीपी सहित मजबूत (भावनात्मक) प्रतिक्रियाएं प्राप्त कर सकती हैं। इस प्रकार, स्वास्थ्य से संबंधित संपर्क शुरू करते समय या चिकित्सीय संबंध स्थापित करते समय, एक गैर-न्यायिक, खुला और स्वागत करने वाला तरीका सबसे अधिक सुनिश्चित किया जाता है जब एचसीपी व्यक्ति के लिए उनकी भावनात्मक, संज्ञानात्मक और अंतःक्रियात्मक प्रतिक्रियाओं को प्रतिबिंबित करते हैं (नीडर, गुल्डेनिंग एट अल। इसके अलावा, ट्रांसजेंडर से संबंधित विशेषज्ञता टीजीडी व्यक्ति की अंतःक्रियात्मक पहचान और हाशिए और स्टिग्मा के अनुभवों के प्रभाव की पहचान करने के लिए संदर्भित करती है (राइडर, वेनसिल एट अल। टीजीडी लोगों की विशिष्ट शारीरिक, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक स्थितियों को पर्याप्त रूप से संबोधित करने के लिए, एचसीपी को पता होना चाहिए कि इन स्थितियों को आम तौर पर हेटेरो-सिस-नॉर्मेटिविटी, ज्ञान की कमी और कौशल की कमी के कारण अनदेखा किया जाता है (रीस एट अल। कामुकता के संबंध में सांस्कृतिक मानदंडों पर विचार करना भी महत्वपूर्ण है। उदाहरण के लिए, कुछ अफ्रीकी संस्कृतियों में, निषेध के रूप में सेक्स का विचार यौन इतिहास लेते समय उपयोग किए जाने वाले स्वीकार्य शब्दों की संख्या को प्रतिबंधित करता है (नेल्शंडामा एट अल। सांस्कृतिक रूप से सम्मानजनक भाषा किसी के यौन इतिहास के बारे में खुलकर बात करने की सुविधा प्रदान कर सकती है और अस्पष्टता या शर्म को कम कर सकती है (डुबी एट अल। इसके अलावा, एचसीपी को जेंडर अफर्मिंग स्वास्थ्य देखभाल से ट्रांसजेंडर लोगों को बाहर करने के लिए गेटकीपिंग फंक्शन के रूप में यौन पहचान और अभिविन्यास के (गलत) उपयोग के इतिहास के प्रति संवेदनशील होना चाहिए (नीडर एंड रिक्टर-एपेल्ट, 2011; रिचर्ड्स एट अल। निम्नलिखित सिफारिशों का उद्देश्य टीजीडी लोगों के लिए यौन स्वास्थ्य देखभाल में सुधार करना है।

इस अध्याय के सभी कथनों की सिफारिश साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और रोगियों के लाभ और हानि, मूल्यों और वरीयताओं के मूल्यांकन और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता के आधार पर की गई है। कुछ मामलों में, हम मानते हैं कि साक्ष्य सीमित हैं और / या सेवाएं सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं।

#### कथन 17.1

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को देखभाल प्रदान करते हैं, यौन**

## स्वास्थ्य के मुद्दों (उनकी देखभाल प्रावधान के लिए प्रासंगिक) को संबोधित करने के लिए ज्ञान और कौशल प्राप्त करते हैं।

यह महत्वपूर्ण है कि टीजीडी लोगों के यौन स्वास्थ्य को संबोधित करने वाले एचसीपी आमतौर पर इस्तेमाल की जाने वाली शब्दावली से परिचित हों (अध्याय 1-शब्दावली देखें) और देखभाल की मांग करने वालों को उन शब्दों को समझाने के लिए आमंत्रित करें जिनके साथ प्रदाता परिचित नहीं हो सकता है। इस संदर्भ में, यह भी महत्वपूर्ण है कि एचसीपी (यौन इतिहास लेने के लिए तैयार हैं) और सेक्स-सकारात्मक दृष्टिकोण (रोग नियंत्रण केंद्र, 2020) के साथ जेंडर अफर्मिंग तरीके से उपचार (उनकी दक्षताओं के अनुसार) प्रदान करते हैं। टॉमसन एट अल। हालांकि, एचसीपी को उस शब्दावली के लिए अधिक महत्व लागू करना चाहिए जो टीजीडी व्यक्ति अपने शरीर के लिए अधिक पारंपरिक रूप से स्वीकृत या उपयोग की जाने वाली चिकित्सा शब्दावली (वेस्प, 2016) पर उपयोग करता है। यौन प्रथाओं के बारे में बात करते समय, शरीर के अंगों पर ध्यान केंद्रित करने की सलाह दी जाती है (उदाहरण के लिए, "क्या आप जेंडर वर्ग वाले लोगों के साथ यौन संबंध रखते हैं, योनि वाले लोग, या दोनों?"; एसीओएन, 2022) और वे अपनी कामुकता में क्या भूमिका निभाते हैं (उदाहरण के लिए, "सेक्स के दौरान, क्या आपके शरीर का कोई भी हिस्सा आपके साथी के शरीर में प्रवेश करता है, जैसे कि उनके जननांग, गुदा, या मुंह?"; एकॉन, 2022)।

### कथन 17.2

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को देखभाल प्रदान करते हैं, यौन कार्य, आनंद और संतुष्टि पर जेंडर अफर्मिंग उपचार के प्रभाव पर चर्चा करते हैं।**

जेंडर अफर्मिंग देखभाल प्राप्त करने के लिए, यह महत्वपूर्ण है कि संक्रमण से संबंधित चिकित्सा हस्तक्षेप प्रदान करने वाले एचसीपी को यौन कार्य, आनंद और संतुष्टि पर संभावित प्रभावों के बारे में पर्याप्त रूप से सूचित किया जाए (टी'स्जोएन एट अल। चूंकि नैदानिक डेटा से संकेत मिलता है कि टीजीडी लोग सिजेंडर व्यक्तियों की तुलना में यौन आनंद में काफी कम स्कोर करते हैं, इसलिए यह और भी महत्वपूर्ण है (गिलेस एट अल। यदि एचसीपी यौन कार्य, आनंद और संतुष्टि पर उनके उपचार के प्रभावों के बारे में जानकारी प्रदान नहीं कर सकता है, तो उन्हें कम से कम व्यक्ति को ऐसा करने के लिए योग्य किसी व्यक्ति को संदर्भित करने की उम्मीद है। यदि उनके उपचार के

कामुकता से संबंधित प्रभाव अज्ञात हैं, तो एचसीपी को अपने रोगियों को तदनुसार सूचित करना चाहिए। जैसा कि ऊपर पेश किया गया है, टीजीडी लोगों की कामुकता अक्सर विषम विचारों को चुनौती देती है। फिर भी, बड़ी मात्रा में साहित्य है (उदाहरण के लिए, बाउर, 2018; लॉब एट अल, 2020; हैम एंड नीडर, 2021; स्टीफेंसन एट अल, 2017) कामुकता के स्पेक्ट्रम चरित्र को उजागर करते हुए जो पुरुष और महिला कामुकता की अपेक्षाओं में फिट नहीं होता है (न तो सीआईएस- न ही ट्रांसजेंडर), जेंडर वर्ग विविध लोगों (जैसे, गैर-बाइनरी, एगेनर, जेंडरक्वीर) की तो बात ही छोड़ दें। इस प्रकार, इन पहलुओं को एचसीपी द्वारा सावधानीपूर्वक माना जाना चाहिए क्योंकि सिस्नॉर्मेटिविटी, हेटरोनॉर्मेटिविटी और संक्रमण से संबंधित चिकित्सा हस्तक्षेप, सभी का यौन स्वास्थ्य पर एक मजबूत प्रभाव पड़ता है।

यौन आनंद को यौन, मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य परिणामों में सुधार के कारक के रूप में अच्छी तरह से प्रलेखित किया गया है (एंडरसन, 2013)। यौन कार्य के बगल में, यौन स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने वाले एचसीपी को यौन स्वास्थ्य के भीतर एक महत्वपूर्ण कारक के रूप में यौन आनंद और संतुष्टि को संबोधित करना चाहिए। ऐतिहासिक रूप से यौन स्वास्थ्य देखभाल रोग केंद्रित रही है, और यह टीजीडी रोगियों के साथ काम करने में अनुसंधान और नैदानिक अभ्यास के लिए विशेष रूप से सच है। यद्यपि एचआईवी और एसटीआई के बारे में सक्षम यौन स्वास्थ्य देखभाल आवश्यक है, टीजीडी रोगियों के यौन सुख का मूल्यांकन करने का एकीकरण भी आवश्यक है। यौन सुख को एसटीआई रोकथाम शिक्षा में एक केंद्र बिंदु के रूप में एकीकृत करने की मांग और हस्तक्षेप इस समझ पर निर्भर करता है कि आनंद व्यवहार का प्रेरक है (फिलपाट एट अल। टीजीडी लोग अपने यौन सुख के बारे में चिंतित हैं और एचसीपी की आवश्यकता है जो यौन प्रथाओं की विविधता और टीजीडी स्वास्थ्य देखभाल के लिए विशेष रूप से शारीरिक कामकाज के बारे में जानकार हैं।

### कथन 17.3

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को देखभाल प्रदान करते हैं, यदि उचित हो तो कामुकता से संबंधित देखभाल में साथी (ओं) को शामिल करने की संभावना प्रदान करते हैं।**

नैदानिक चिंताओं के लिए उपयुक्त और प्रासंगिक होने पर, यौन स्वास्थ्य देखभाल निर्णय लेने में यौन और / या रोमांटिक साथी (ओं) को शामिल करने से टीजीडी रोगियों के यौन कल्याण और

संतुष्टि परिणामों में वृद्धि हो सकती है (क्लेनप्लाटज़, 2012)। टीजीडी लोग संक्रमण से संबंधित चिकित्सा हस्तक्षेपों की एक श्रृंखला चुन सकते हैं, और इन हस्तक्षेपों के शारीरिक डिस्फोरिया (बाउर एंड हैमंड, 2015) के अनुभवों को स्थानांतरित करने में मिश्रित परिणाम हो सकते हैं। यौन कामकाज, आनंद और संतुष्टि पर चिकित्सा हस्तक्षेप के प्रभाव पर चर्चा करते समय, साथी (ओं) को शामिल करने से संभावित परिवर्तनों का ज्ञान बढ़ सकता है और भागीदारों के बीच संचार को प्रोत्साहित किया जा सकता है (डिर्कक्स एट अल। क्योंकि संक्रमण की प्रक्रिया अक्सर पूरी तरह से एकान्त प्रयास नहीं होती है, संक्रमण से संबंधित स्वास्थ्य देखभाल में यौन और / या रोमांटिक भागीदारों को शामिल करने से "सह-संक्रमण" की प्रक्रिया को सुविधाजनक बनाया जा सकता है (लिंगले एट अल। सिबोनी एट अल, 2022; थेरॉन एंड कोलियर, 2013) और व्यक्ति के साथ-साथ संबंध दोनों में यौन विकास और समायोजन का भी समर्थन कर सकता है। यौन कामकाज और आनंद के लिए सामाजिक और मनोवैज्ञानिक बाधाएं, जिसमें जेंडर वर्ग डिस्फोरिया, स्टिग्मा, यौन और रिश्ते की भूमिका मॉडल की कमी और सीमित कौशल शामिल हैं, समग्र यौन स्वास्थ्य पर नकारात्मक प्रभाव डाल सकते हैं (केर्कखोफ एट अल। भागीदारों के बीच सहायक, जेंडर अफर्मिंग यौन संचार टीजीडी लोगों के लिए यौन संतुष्टि परिणामों में सुधार करता है (स्टीफेंसन एट अल। विर्कक्स, एलौट एट अल।

यौन और / या रोमांटिक भागीदारों का समावेश यथार्थवादी अपेक्षाओं को निर्धारित करने, सहायक और सटीक जानकारी का प्रसार करने और यौन स्वास्थ्य से संबंधित जेंडर अफर्मिंग सकारात्मक संचार की सुविधा प्रदान करने का एक अतिरिक्त अवसर प्रदान करता है। अंततः, हालांकि, जेंडर वर्ग स्वास्थ्य और संक्रमण से संबंधित व्यक्तिगत विकल्पों को पहचानना महत्वपूर्ण है, न कि एक साथी का निर्णय। यह महत्वपूर्ण है कि यौन स्वास्थ्य से संबंधित देखभाल में भागीदारों का समावेश केवल तभी होता है जब उचित और रोगियों द्वारा वांछित हो। मतभेदों में पारस्परिक गतिशीलता शामिल हो सकती है जो अपमानजनक या हिंसक हैं, इस मामले में रोगी की सुरक्षा साथी की भागीदारी को ओवरराइड करती है। अंत में, यह महत्वपूर्ण है कि एचसीपी सभी लोगों के साथ एक पुष्टि और समावेशी तरीके से व्यवहार करते हैं, जिसमें यौन और रोमांटिक साथी शामिल हैं। इसका मतलब है, उदाहरण के लिए, रोगी के साथी (ओं) या रोगी की संबंध संरचना के जेंडर वर्ग या यौन अभिविन्यास के

बारे में मान्यताओं और संभावित पूर्वाग्रहों की निगरानी और संबोधित करना।

#### कथन 17.4

**हम अनुशांसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को यौन जोखिम व्यवहार, यौन परिहार और यौन कामकाज पर स्टिग्मा और आघात के संभावित प्रभाव के बारे में परामर्श देते हैं।**

टीजीडी समुदाय स्टिग्मा, भेदभाव और हिंसा से असमान रूप से प्रभावित होता है (डी व्रीस एट अल। मौलिक अधिकारों के लिए यूरोपीय संघ एजेंसी, 2020; मैकलाचलान, 2019)। ये अनुभव अक्सर दर्दनाक होते हैं (बर्नेस एट अल। मिज़ोक एंड लुईस, 2008) और यौन स्वास्थ्य, कामकाज और आनंद के लिए बाधाएं पैदा कर सकते हैं (बाउर एंड हैमंड, 2015)। उदाहरण के लिए, ट्रांसजेंडर जेंडरताओं के बारे में कलंकित कथाओं से डिस्फोरिया और यौन शर्म बढ़ सकती है, जिससे सुरक्षा और आनंद को अनुकूलित करने के लिए आवश्यक यौन संचार से संभावित परिहार बढ़ सकता है (स्टीफेंसन एट अल। अनुसंधान स्टिग्मा, यौन हिंसा का इतिहास, और शरीर की छवि की चिंताओं को प्रदर्शित करता है जो यौन आत्मसम्मान और एजेंसी को नकारात्मक रूप से प्रभावित कर सकता है, उदाहरण के लिए आनंददायक या कंडोम के उपयोग पर बातचीत करने की क्षमता (क्लेमेंट्स-नोले एट अल। धर्मा एट अल. (2019)। इसके अतिरिक्त, जेंडर वर्ग डिस्फोरिया को पिछले आघात के अनुभवों और चल रहे आघात से संबंधित लक्षणों से बढ़ाया जा सकता है (जियोवनार्डो एट अल। कुछ टीजीडी व्यक्तियों के लिए जननांगों का उपयोग करके यौन रूप से संलग्न होना मुश्किल हो सकता है, जिसके साथ वे पैदा हुए थे, और वे इस तरह की उत्तेजना से पूरी तरह से बचना चुन सकते हैं, उत्तेजना और / या संभोग प्रक्रियाओं को बाधित कर सकते हैं (अंजानी एट अल। बाउर और हैमंड, 2015; इयानताफी और बोकिंग, 2011) या संभोग के बारे में जटिल भावनाओं का परिणाम है (चैडविक एट अल। जेंडर अफर्मिंग परामर्श और हस्तक्षेप प्रदान करने वाले एचसीपी को यौन अभिविन्यास और पहचान (अजेंडर आइडेंटिटी और प्रथाओं सहित) के स्पेक्ट्रम के बारे में जानकार होना चाहिए ताकि यौन स्वास्थ्य और आनंद पर स्टिग्मा और आघात के संभावित प्रभावों की भी पुष्टि करते हुए व्यवहार या संतुष्टि के विषम, सिनाॅर्मेटिव, एलोनॉर्मिक तरीकों पर आधारित मान्यताओं से बचा जा सके (नीडर, गुल्डेनरिंग एट अल। डिस्कनेक्ट या पृथक्करण का कुछ स्तर कई बार मौजूद

हो सकता है, खासकर तीव्र आघात के लक्षणों के मामले में (कोलिजी एट अल। यह महत्वपूर्ण है कि एचसीपी यौन स्वास्थ्य, कामकाज, आनंद और संतुष्टि पर इन संभावित प्रभावों से अवगत हों, इसलिए वे रोगियों को आघात-सूचित यौन परामर्शदाताओं, मानसिक स्वास्थ्य प्रदाताओं, या दोनों के लिए आवश्यकतानुसार संदर्भित कर सकते हैं, जो आगे सहायता कर सकते हैं और टीजीडी रोगियों को उपचार और यौन आनंद तक पहुंचने के कई विविध तरीकों की खोज कर सकते हैं।

#### कथन 17.5

**हम किसी भी स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर की सिफारिश करते हैं जो देखभाल प्रदान करता है जो यौन स्वास्थ्य को प्रभावित कर सकता है, जानकारी प्रदान करता है, ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध व्यक्ति की अपेक्षा के बारे में पूछता है, और संभावित परिवर्तनों की समझ के स्तर का आकलन करता है।**

संक्रमण से संबंधित देखभाल सकारात्मक और नकारात्मक दोनों तरीकों से यौन कार्य, आनंद और संतुष्टि को प्रभावित कर सकती है (होल्मबर्ग एट अल। केरकोफ एट अल, 2019; थर्स्टन एंड एलन, 2018; तिरापेगुई एट अल। सकारात्मक पक्ष पर, जेंडर अफर्मिंग देखभाल टीजीडी लोगों को अपने यौन कामकाज में सुधार करने और उनके यौन आनंद और संतुष्टि को बढ़ाने में मदद कर सकती है (क्लोयर एट अल। ओज़र एट अल, 2022; टी'स्जोएन एट अल, 2020)। नकारात्मक पक्ष पर, हालांकि, डेटा हार्मोनल और सर्जिकल उपचार (होल्मबर्ग एट अल। केरखोफ एट अल, 2019, स्टीफेंसन एट अल। वेयर्स एट अल, 2009)। संक्रमण से संबंधित हार्मोन मूड, यौन इच्छा, इरेक्शन और स्खलन करने की क्षमता, और जननांग टिसू स्वास्थ्य को प्रभावित कर सकते हैं, जो बदले में यौन कार्य, आनंद और यौन आत्म-अभिव्यक्ति को प्रभावित कर सकते हैं (डेफ्रेन, एलौट एट अल। गार्सिया और ज़ालिज़न्याक, 2020; केरकोफ एट अल, 2019; क्लेन और गोज़ाल्का, 2009; विर्कक्स, एलौट एट अल। टीजीडी लोग जो पेनिट्रेटिव सेक्स के लिए अपने मूल जननांग शरीर रचना विज्ञान का उपयोग करना चाहते हैं, वे उन दवाओं से लाभान्वित हो सकते हैं जो हार्मोन थेरेपी के यौन स्वास्थ्य दुष्प्रभावों को संबोधित करते हैं, जैसे कि स्तंभन दोष, एस्ट्रोजेन या एंटी एंड्रोजेन लेने वाले टीजीडी व्यक्तियों के लिए दवाएं, और टेस्टोस्टेरोन थेरेपी के कारण योनि शोष या सूखापन का अनुभव करने वाले टीजीडी व्यक्तियों के लिए सामयिक एस्ट्रोजेन और / या मॉइस्चराइज़र।

मनोवैज्ञानिक दवाओं (मॉटेजो एट अल, 2015) के उपयोग से

यौन इच्छा, उत्तेजना और कार्य भी प्रभावित हो सकते हैं। चूंकि कुछ टीजीडी लोगों को अवसाद (हेइलेंस, एलौट एट अल, 2014), चिंता (मिलेट एट अल, 2017) या अन्य मानसिक स्वास्थ्य चिंताओं (धेजने एट अल, 2016) के इलाज के लिए दवा निर्धारित की जाती है, यौन स्वास्थ्य पर उनके संभावित दुष्प्रभावों पर विचार किया जाना चाहिए।

कई जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा इरोजेनस संवेदना, यौन इच्छा और उत्तेजना के साथ-साथ यौन कार्य और आनंद पर महत्वपूर्ण प्रभाव डाल सकती हैं। रोगियों के लिए इन परिवर्तनों का प्रभाव मिश्रित हो सकता है (होल्मबर्ग एट अल। छाती की शल्य चिकित्सा (स्तन में कमी, मास्टेक्टॉमी, और स्तन वृद्धि) और शरीर कंटूरिंग शल्य चिकित्सा, उदाहरण के लिए, रूप और उपस्थिति में वांछित परिवर्तन प्रदान कर सकती है, जिससे मनोवैज्ञानिक संकट कम हो सकता है जो यौन कामकाज को बाधित कर सकता है लेकिन इरोजेनस संवेदना पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकता है (बेकनी एट अल। क्लेस एट अल, 2018; रोचलिन एट अल। विशेष रूप से जननांग शल्य चिकित्सा संभावित रूप से प्रतिकूल तरीकों से यौन कार्य और आनंद को प्रभावित कर सकती है, हालांकि उन्हें सकारात्मक रूप से अनुभव किए जाने की संभावना है क्योंकि रोगी का शरीर उनके जेंडर वर्ग के साथ अधिक संरेखित हो जाता है, संभावित रूप से यौन आनंद और संतुष्टि के लिए नए रास्ते खोलता है (हेस एट अल। होल्मबर्ग एट अल, 2018; केरखोफ एट अल, 2019)।

मौजूदा लेखन में इसके कई उदाहरण हैं:

- शल्य चिकित्सा के परिणामस्वरूप रोगी की प्रीशल्य चिकित्सा एनाटॉमी (गार्सिया, 2018) की तुलना में इरोजेनस उत्तेजना और / या अनुभवी संवेदना में कमी, कुल हानि या संभावित वृद्धि हो सकती है। सिगुर्जॉनसन एट अल।
- एक विशेष शल्य चिकित्सा विकल्प यौन कार्य के लिए विशिष्ट सीमाओं के साथ जुड़ा हो सकता है जो तुरंत, भविष्य में, या दोनों समय बिंदुओं पर प्रकट हो सकता है, और विभिन्न शल्य चिकित्सा विकल्पों पर विचार करते समय रोगियों को अपनी पसंद को अंतिम रूप देने से पहले विचार करना चाहिए (फ्रे एट अल। गार्सिया, 2018; इसहाकसन एट अल।
- पोस्टसर्जिकल जटिलताएं यौन कार्य की गुणवत्ता को कम करके यौन कार्य पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकती हैं (उदाहरण के लिए, डिस्कॉम-फोर्ट या यौन गतिविधि के



साथ दर्द) या संतोषजनक संभोग (केरखोफ एट अल।  
श्राडिन एट अल।

सामान्य तौर पर, किसी भी चिकित्सा उपचार के साथ संतुष्टि रोगी की अपेक्षाओं से काफी प्रभावित होती है (पैडिला एट अल। इसके अलावा, जब रोगियों को उपचार से पहले अवास्तविक अपेक्षाएं होती हैं, तो वे परिणाम, उनकी देखभाल और उनके एचसीपी (पैडिला एट अल। इसलिए, रोगियों को उनके उपचार विकल्पों के बारे में पर्याप्त जानकारी प्रदान करना और यह समझना और विचार करना महत्वपूर्ण है कि परिणाम (गार्सिया, 2021) के संबंध में रोगी के लिए क्या महत्वपूर्ण है। अंत में, यह महत्वपूर्ण है कि एचसीपी यह सुनिश्चित करे कि मरीज अपने यौन कार्य और आनंद पर उपचार के संभावित प्रतिकूल प्रभावों को समझें ताकि एक अच्छी तरह से सूचित निर्णय लिया जा सके। यह सूचित सहमति (यानी, चर्चा और समझ) के मानक को पूरा करने और रोगियों को और अधिक स्पष्टीकरण देने का अवसर प्रदान करने और यदि वांछित हो, तो उनके सहयोगियों (ग्लेसर एट अल।

#### कथन 17.6

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को देखभाल प्रदान करते हैं जो यौन संचारित संक्रमणों की रोकथाम के बारे में किशोरों और वयस्कों को परामर्श देते हैं।**

डब्ल्यूएचओ (2015) ने एचसीपी को सभी किशोरों और वयस्कों के लिए प्राथमिक देखभाल में संक्षिप्त कामुकता से संबंधित संचार को लागू करने की सिफारिश की है। इसलिए, टीजीडी व्यक्ति जो यौन रूप से सक्रिय हैं या यौन गतिविधि पर विचार कर रहे हैं, वे एचआईवी / एसटीआई रोकथाम के उद्देश्य से कामुकता से संबंधित संचार या परामर्श से लाभान्वित हो सकते हैं। ये वार्तालाप विशेष रूप से महत्वपूर्ण हैं क्योंकि टीजीडी व्यक्ति सिजेंडर व्यक्तियों के सापेक्ष मानव इम्यूनोडेफिशिएंसी वायरस (एचआईवी) और अन्य यौन संचारित संक्रमणों (एसटीआई) से असमान रूप से प्रभावित होते हैं (बराल एट अल। बेकसेन एट अल, 2018; पोटेट एट अल, 2016)। हालांकि, गैर-एचआईवी एसटीआई के लिए कुछ डेटा उपलब्ध हैं, जैसे क्लैमाइडिया, गोनोरिया, सिफलिस, वायरल हेपेटाइटिस, और हर्पीज सिम्प्लेक्स वायरस (टॉमसन एट अल। एचआईवी/एड्स पर संयुक्त राष्ट्र के संयुक्त कार्यक्रम का अनुमान है कि ट्रांसजेंडर महिलाओं को एचआईवी के साथ रहने के लिए अन्य वयस्कों की तुलना में 12 गुना अधिक संभावना है (यूएनएड्स,

2019)। एक मेटा-विश्लेषण ने पुरुषों के साथ यौन संबंध रखने वाली ट्रांसजेंडर महिलाओं के बीच 19% के वैश्विक एचआईवी प्रसार का अनुमान लगाया (बराल एट अल। एचआईवी / एसटीआई जोखिम कई जैविक, मनोवैज्ञानिक, पारस्परिक और संरचनात्मक कमजोरियों के संगम पर टीजीडी उपसमूहों के बीच केंद्रित है। विशेष रूप से, ट्रांसफेमिनिन व्यक्ति जो सिजेंडर पुरुषों के साथ यौन संबंध रखते हैं, अल्पसंख्यक नस्लीय / जातीय समूहों से संबंधित हैं, गरीबी में रहते हैं, और जीवित रहने के सेक्स कार्य में संलग्न हैं, वे उच्च एचआईवी / एसटीआई जोखिम पर हैं (बेकसेन एट अल। पोटेट एट अल, 2015; पोटेट एट अल, 2016)। ट्रांसजेंडर पुरुषों या जेंडर वर्ग विविध व्यक्तियों एएफएबी के बीच एचआईवी / एसटीआई जोखिम के बारे में कम जाना जाता है। उच्च आय वाले देशों में छोटे अध्ययन ट्रांस पुरुष लोगों के बीच 0-4% के प्रयोगशाला-पुष्टि किए गए एचआईवी प्रसार का संकेत देते हैं (बेकासेन एट अल। रीसनर और मर्चिसन, 2016)। उच्च-एचआईवी-प्रसार वाले देशों में सिजेंडर पुरुषों के साथ यौन संबंध रखने वाले ट्रांसमर्दाना लोगों के साथ लगभग कोई शोध नहीं किया गया है। सीमित महामारी विज्ञान डेटा के बावजूद, सिजेंडर पुरुषों के साथ यौन संबंध रखने वाले ट्रांस पुरुष व्यक्ति अक्सर ग्रहणशील योनि और / या गुदा सेक्स से संबंधित एचआईवी / एसटीआई जोखिम की रिपोर्ट करते हैं (गोलब एट अल। रीसनर और अन्य, 2019; स्किम एट अल, 2017) और हार्मोन से संबंधित योनि शोष के कारण (पूर्व-रजोनिवृत्ति) सिजेंडर महिलाओं की तुलना में योनि संभोग से एचआईवी अधिग्रहण के लिए अधिक संवेदनशील हो सकता है।

एचसीपी को टीजीडी लोगों के साथ यौन स्वास्थ्य के मुद्दों पर चर्चा करने के लिए आवश्यक ज्ञान और कौशल विकसित करके सामान्य गाइड-लाइनों को पूरक करने की आवश्यकता होगी, जैसे कि जेंडर अफर्मिंग भाषा का उपयोग (इस अध्याय में कथन 17.1 देखें)। यह महत्वपूर्ण है कि एचसीपी पूरी तरह से रोगी की जेंडर वर्ग पहचान या शरीर रचना विज्ञान के आधार पर एचआईवी / एसटीआई जोखिम के बारे में मान्यताओं से बचें। उदाहरण के लिए, कई ट्रांसजेंडर लोग यौन रूप से सक्रिय नहीं हैं, और टीजीडी व्यक्ति सेक्स के लिए प्रोस्थेटिक्स या खिलौनों का उपयोग कर सकते हैं। उचित रोकथाम परामर्श प्रदान करने के लिए, एचसीपी को विशिष्ट यौन गतिविधियों के बारे में पूछताछ करनी चाहिए, जिसमें टीजीडी लोग संलग्न हैं, और उन गतिविधियों में शामिल शरीर के अंगों (या प्रोस्थेटिक्स)

(एसीओएन, 2022)। अच्छी तरह से तैयार एचसीपी (मानसिक स्वास्थ्य प्रदाताओं सहित, लेकिन सीमित नहीं) एचआईवी / एसटीआई जोखिम के अंतर्निहित ड्राइवर्स को संबोधित करने के लिए अपने रोगियों के साथ गहन परामर्श में भी संलग्न हो सकते हैं (इस अध्याय में कथन 17.3 देखें)।

सभी मामलों में, एचसीपी को टीजीडी लोगों के सामूहिक और व्यक्तिगत इतिहास के प्रति संवेदनशील होना चाहिए (उदाहरण के लिए, ट्रांससेक्सुअलिटी और जेंडर वर्ग डिस्फोरिया के बारे में रुढ़ियों और स्टिग्मा) और रोगियों को कामुकता से संबंधित पूछताछ के कारणों और ऐसी पूछताछ की स्वैच्छिक प्रकृति को समझाना चाहिए। एचआईवी / एसटीआई की रोकथाम पर चर्चा करते समय, एचसीपी को आगे संचरण (डब्ल्यूएचओ, 2021) को रोकने के लिए बाधा विधियों, पोस्ट-एक्सपोज़र प्रोफिलैक्सिस, प्री-एक्सपोज़र प्रोफिलैक्सिस और एचआईवी उपचार सहित रोकथाम विकल्पों की पूरी श्रृंखला का उल्लेख करना चाहिए। प्री-एक्सपोज़र प्रो-फिलैक्सिस के लिए ट्रांस-विशिष्ट विचारों को विवरण 17-8 में संबोधित किया गया है।

#### कथन 17.7

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को देखभाल प्रदान करते हैं, मानव इम्यूनोडेफिशिएंसी वायरस / यौन संचारित संक्रमण (एचआईवी / एसटीआई) स्क्रीनिंग, रोकथाम और उपचार के लिए स्थानीय और विश्व स्वास्थ्य संगठन के दिशानिर्देशों का पालन करते हैं।**

सिजेंडर रोगियों की तरह, टीजीडी किशोरों और वयस्कों को मौजूदा दिशानिर्देशों के अनुसार और एचआईवी / एसटीआई अधिग्रहण के उनके व्यक्तिगत जोखिम के आधार पर एचआईवी / एसटीआई के लिए स्क्रीनिंग की पेशकश की जानी चाहिए, अकेले जेंडर वर्ग पहचान के बजाय शरीर रचना विज्ञान और व्यवहार पर विचार करना चाहिए। जहां स्थानीय या राष्ट्रीय दिशानिर्देश अनुपलब्ध हैं, डब्ल्यूएचओ (2019 ए) वैश्विक सिफारिशें प्रदान करता है; ट्रांसजेंडर लोगों के लिए अधिक लगातार स्क्रीनिंग की सिफारिश की जाती है जो एचआईवी से प्रभावित प्रमुख आबादी के रूप में सिजेंडर पुरुषों के साथ यौन संबंध रखते हैं।

जेंडर अफर्मिंग जननांग शल्य चिकित्सा और सर्जिकल तकनीकों में एसटीआई जोखिमों और स्क्रीनिंग आवश्यकताओं के लिए निहितार्थ हैं, जैसा कि यूएस सेंटर फॉर डिजीज कंट्रोल (वर्कोव्स्की एट अल, 2021) के हालिया दिशानिर्देशों में

उल्लिखित है। उदाहरण के लिए, ट्रांसफेमिनिन व्यक्ति जिनके पास योनि नहर को लाइन करने के लिए केवल पेनाइल और स्क्रोटल त्वचा का उपयोग करके पेनाइल व्युत्क्रम योनियोप्लास्टी है, उन्हें मूत्रजननांगी क्लैमाइडिया ट्रेकोमैटिस (सी ट्रेकोमैटिस) और नीसेरिया गोनोरिया (एन गोनोरिया) का खतरा कम होने की संभावना है, लेकिन नई शल्य चिकित्सा तकनीकें जो बुकल या मूत्रमार्ग म्यूकोसा या पेरिटोनियम फ्लैप का उपयोग करती हैं, सिद्धांत रूप में अकेले पेनाइल / स्क्रोटल त्वचा के उपयोग के सापेक्ष बैक्टीरियल एसटीआई के लिए संवेदनशीलता बढ़ा सकती हैं। नियोजित एचआईवी स्क्रीनिंग (यदि उजागर हो जाती है) उन सभी ट्रांस महिला व्यक्तियों के लिए अनुशंसित है जिनके पास वेजीनोप्लास्टी (वर्कोव्स्की एट अल। ट्रांस पुरुष व्यक्तियों के लिए जिनके पास मूत्रमार्ग लंबा होने के साथ मेटोइडियोप्लास्टी है, लेकिन योनिक्टॉमी नहीं है, बैक्टीरियल यूरोजेनिटल एसटीआई के परीक्षण में ग्रीवा स्वैब शामिल होना चाहिए क्योंकि मूत्र में संक्रमण का पता नहीं लगाया जा सकता है (वर्कोव्स्की एट अल।

इसके अलावा, एचसीपी के लिए कई शारीरिक स्थलों पर परीक्षण की पेशकश करना महत्वपूर्ण है क्योंकि ट्रांस-जेंडर वर्ग रोगियों में एसटीआई अक्सर एक्स्ट्राजेनिटल होते हैं (हिरनसुथिकुल एट अल। पिटासी और अन्य, 2019)। डब्ल्यूएचओ (2020) की सिफारिशों के अनुरूप, एसटीआई परीक्षण के लिए नमूनों के स्व-संग्रह को एक विकल्प के रूप में पेश किया जाना चाहिए, खासकर यदि रोगी जेंडर वर्ग डिस्फोरिया, आघात इतिहास या दोनों के कारण प्रदाता-एकत्र किए गए नमूने से गुजरने के लिए असहज या अनिच्छुक हैं। जहां प्रासंगिक हो, हार्मोन थेरेपी की निगरानी के लिए उपयोग किए जाने वाले नियमित सीरोलॉजी के साथ एचआईवी / एसटीआई परीक्षण का एकीकरण देखभाल तक पहुंच को बेहतर ढंग से सुविधाजनक बना सकता है (रीसनर, रेडिक्स एट अल। स्किम एंड ट्रेवर्स, 2017)।

#### कथन 17.8

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों की सलाह देते हैं जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को देखभाल प्रदान करते हैं, एंटीरेट्रोवाइरल दवाओं और हार्मोन के बीच संभावित अंतर-कार्यों के बारे में चिंताओं को संबोधित करते हैं।**

एचआईवी संक्रमण के पर्याप्त जोखिम वाले टीजीडी किशोरों और वयस्कों के लिए (आमतौर पर एक ज्ञात एचआईवी-

नकारात्मक साथी के साथ पारस्परिक रूप से मोनोगैमस संबंध के बाहर चल रहे सेरोडिसकॉर्डेड संबंध या कंडोम रहित सेक्स के रूप में परिभाषित किया जाता है; डब्ल्यूएचओ, 2017), प्री-एक्सपोज़र प्रोफिलैक्सिस (पीआरईपी) एक महत्वपूर्ण एचआईवी रोकथाम विकल्प है (गोलब एट अल। सेवेलियस एट अल, 2016; डब्ल्यूएचओ, 2021)। पीआरईपी के उत्थान को प्रोत्साहित करने के लिए, 2021 में यूएस सेंटर फॉर डिजीज कंट्रोल ने सिफारिश की कि सभी यौन सक्रिय किशोरों और वयस्कों को पीआरईपी के बारे में सूचित किया जाए और अनुरोध किए जाने पर इसकी पेशकश की जाए (सीडीसी, 2021)। एचआईवी के साथ रहने वाले लोगों के बीच उपचार के लिए, ट्रांसजेंडर-विशिष्ट दिशानिर्देश कुछ सेटिंग्स में उपलब्ध हैं (उदाहरण के लिए, वयस्कों और किशोरों के लिए एंटीरेट्रोवाइरल दिशानिर्देशों पर पैनल, 2019)।

एचआईवी की रोकथाम और उपचार दोनों के लिए, टीजीडी व्यक्तियों के लिए विशिष्ट एंटीरेट्रोवाइरल खुराक और दवा देने संबंधी विचार हैं। मौखिक पीआरईपी के लिए, वर्तमान में टीजीडी व्यक्तियों के लिए केवल दैनिक खुराक की सिफारिश की जाती है क्योंकि एमट्रीसिटैबिन / टेनोफोविर डिसोप्रोक्सिल फ्यूमरेट (टीडीएफ) के साथ घटना-संचालित पीआरईपी की प्रभावशीलता का प्रदर्शन करने वाले अध्ययन सिजेंडर पुरुषों (डब्ल्यूएचओ, 2019 सी) तक सीमित हैं। इसके अलावा, जबकि एमट्रीसिटैबिन / टेनोफोविर अलाफेनमाइड (टीएएफ) एक नया मौखिक पीआरईपी विकल्प है, 2022 की शुरुआत में यह सबूत की कमी के कारण ग्रहणशील योनि सेक्स के माध्यम से एचआईवी अधिग्रहण के जोखिम वाले लोगों के लिए अनुशंसित नहीं है (सीडीसी, 2021)। अंत में, पीआरईपी और एचआईवी उपचार दोनों के लंबे समय तक काम करने वाले इंजेक्शन योग तेजी से उपलब्ध हैं (उदाहरण के लिए, पीआरईपी के लिए कैबोटेग्रेविर), और जबकि उन्हें उन सभी रोगियों के लिए अनुशंसित किया जाता है जो इंजेक्शन विकल्पों से लाभान्वित हो सकते हैं, संकेतित इंजेक्शन साइटें (यानी, ग्लूटियल मांसपेशी) उन व्यक्तियों के लिए अनुपयुक्त हो सकती हैं जिन्होंने नरम ऊतक भराव किए हैं (राएल एट अल।

जेंडर अफर्मिंग हार्मोन और पीआरईपी दवाओं के बीच दवा-दवा बातचीत की घटना का समर्थन करने वाले बहुत कम सबूत हैं। कुछ छोटे अध्ययन, मुख्य रूप से स्व-रिपोर्ट किए गए पीआरईपी उपयोग पर निर्भर करते हुए, हार्मोन थेरेपी से गुजरने वाली ट्रांसजेंडर महिलाओं में पीआरईपी दवा सांद्रता में कमी

देखी गई है, हालांकि सांद्रता सुरक्षात्मक सीमा (यागर एंड एंडरसन, 2020) मंड बनी हुई है। सीधे देखे गए पीआरईपी थेरेपी का उपयोग करके एक बाद में ड्रग-ड्रग इंटरैक्शन अध्ययन ट्रांसजेंडर महिलाओं में पीआरईपी दवा सांद्रता पर हार्मोन थेरेपी के प्रभाव का पता लगाने में विफल रहा और पाया गया कि ट्रांसजेंडर महिलाओं और हार्मोन थेरेपी लेने वाले पुरुषों ने एचआईवी संक्रमण के खिलाफ उच्च स्तर की सुरक्षा हासिल की (ग्रांट एट अल। सबसे महत्वपूर्ण बात, कई टीजीडी लोगों के लिए, हार्मोन सांद्रता पर पीआरईपी का कोई प्रभाव नहीं पाया गया है। एचआईवी उपचार के संबंध में, विशिष्ट एंटीरेट्रोवाइरल दवाएं हार्मोन सांद्रता को प्रभावित कर सकती हैं; हालांकि, इन्हें वैकल्पिक एजेंटों का चयन करके, हार्मोन खुराक की निगरानी और समायोजन करके, या दोनों (सिरिनसिओन एट अल, 2020) द्वारा प्रबंधित किया जा सकता है, जैसा कि अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (वयस्कों और किशोरों के लिए एंटीरेट्रोवाइरल दिशानिर्देशों पर पैनल, 2019) के दिशानिर्देशों में विस्तृत है। फिर भी, ड्रग-ड्रग इंटरैक्शन के बारे में चिंताएं, विशेष रूप से अंतर-क्रियाएं जो हार्मोन सांद्रता को सीमित कर सकती हैं, एचआईवी की रोकथाम या उपचार के लिए एंटीरेट्रोवाइरल थेरेपी के कार्यान्वयन और पालन के लिए एक बाधा का प्रतिनिधित्व करती हैं (रेडिक्स एट अल। सेवेलियस एट अल, 2016)। इसलिए, एचसीपी के लिए यह सलाह दी जाती है कि वे उन लोगों के साथ ऐसी चिंताओं को सक्रिय रूप से संबोधित करें जो पीआरईपी या एचआईवी उपचार के लिए उम्मीदवार हैं। हार्मोन थेरेपी के साथ पीआरईपी या एचआईवी उपचार का एकीकरण कार्यान्वयन और पालन के लिए बाधाओं को और कम कर सकता है (रीसनर, रेडिक्स एट अल। एकीकरण कोलोकेशन के माध्यम से या एचआईवी विशेषज्ञ के साथ समन्वय के माध्यम से प्राप्त किया जा सकता है यदि प्राथमिक देखभाल प्रदाता के पास आवश्यक विशेषज्ञता नहीं है। कुछ टीजीडी व्यक्तियों को स्टैंडअलोन पीआरईपी या यौन स्वास्थ्य सेवाओं से लाभ हो सकता है जो अधिक गोपनीयता और लचीलापन प्रदान करते हैं, और इस प्रकार विभेदित सेवा वितरण मॉडल की आवश्यकता होती है (विल्सन एट अल., 2021)।

## अध्याय 18 मानसिक स्वास्थ्य

इस अध्याय का उद्देश्य स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों (एचसीपी) और मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों (एमएचपी) को मार्गदर्शन प्रदान करना है जो ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध (टीजीडी) वयस्कों को मानसिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करते हैं। यह हार्मोनल या सर्जिकल हस्तक्षेप के लिए लोगों के मूल्यांकन या मूल्यांकन पर अध्यायों का विकल्प नहीं है। कई टीजीडी लोगों को अपने संक्रमण के हिस्से के रूप में चिकित्सा या मानसिक स्वास्थ्य देखभाल के अन्य रूपों की आवश्यकता नहीं होगी, जबकि अन्य मानसिक स्वास्थ्य प्रदाताओं और प्रणालियों के समर्थन से लाभान्वित हो सकते हैं (डेजने एट अल., 2016)।

कुछ अध्ययनों ने अवसाद (विटकॉम्ब एट अल, 2018), चिंता (बौमन एट अल, 2017), और आत्महत्या (आर्केलस एट अल। ब्रैनस्ट्रॉम और पचनकिस, 2022; डेवी एट अल, 2016; धेजने, 2011; हरमन एट अल, 2019) टीजीडी लोगों के बीच (जोन्स एट अल। थॉर्न, विटकॉम्ब एट अल, 2019) सामान्य आबादी की तुलना में, विशेष रूप से उन लोगों में जिन्हें चिकित्सकीय रूप से आवश्यक जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार की आवश्यकता होती है (अध्याय 2 में चिकित्सकीय रूप से आवश्यक कथन देखें- वैश्विक प्रयोज्यता, कथन 2.1)। हालांकि, ट्रांसजेंडर पहचान एक मानसिक बीमारी नहीं है, और इन ऊंची दरों को जटिल आघात, सामाजिक स्टिग्मा, हिंसा और भेदभाव से जोड़ा गया है (नटब्रोक एट अल। पीटरसन एट अल। इसके अलावा, मनोवैज्ञानिक लक्षण उचित जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा और शल्य चिकित्सा देखभाल के साथ कम हो जाते हैं (एल्ट्रिज एट अल। अल्माज़ान और केरोघलियन; 2021; बाउर एट अल, 2015; ग्रैनिस एट अल, 2021) और हस्तक्षेप के साथ जो भेदभाव और अल्पसंख्यक तनाव को कम करते हैं (बाउर एट अल। हेइलेंस, वेरोकेन एट अल। मैकडॉवेल एट अल।

मानसिक स्वास्थ्य उपचार को कर्मचारियों द्वारा प्रदान करने और सिस्टम के उपयोग के माध्यम से लागू करने की आवश्यकता है जो रोगी स्वायत्तता का सम्मान करते हैं और जेंडर वर्ग विविधता को पहचानते हैं। ट्रांसजेंडर लोगों के साथ काम करने वाले एमएचपी को उन व्यक्तियों में अन्वेषण को प्रोत्साहित करने के लिए एक विधि के रूप में सक्रिय श्रवण का उपयोग करना चाहिए जो अपनी जेंडर वर्ग पहचान के बारे में अनिश्चित हैं। अपने स्वयं के आख्यानो या पूर्वधारणाओं को लागू करने के बजाय, एमएचपी को अपने स्वयं के रास्तों को निर्धारित करने में अपने ग्राहकों की सहायता करनी चाहिए। जबकि कई ट्रांसजेंडर लोगों को चिकित्सा या शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप की आवश्यकता होती है या मानसिक स्वास्थ्य देखभाल की तलाश होती है, दूसरों को नहीं (मार्गुलिस एट अल। इसलिए, नैदानिक आबादी से जुड़े अनुसंधान के निष्कर्षों को पूरी

ट्रांसजेंडर आबादी पर लागू नहीं किया जाना चाहिए। मानसिक बीमारी और मादक द्रव्यों के उपयोग संबंधी विकारों को संबोधित करना महत्वपूर्ण है लेकिन संक्रमण से संबंधित देखभाल के लिए बाधा नहीं होना चाहिए। बल्कि, मानसिक स्वास्थ्य और मादक द्रव्यों के उपयोग संबंधी विकारों को संबोधित करने के लिए ये हस्तक्षेप संक्रमण से संबंधित देखभाल से सफल परिणामों की सुविधा प्रदान कर सकते हैं, जो जीवन की गुणवत्ता में सुधार कर सकते हैं (नोबिली एट अल।

इस अध्याय के सभी कथनों की सिफारिश साक्ष्य की गहन समीक्षा, प्रदाताओं और रोगियों के लाभ और हानि, मूल्यों और वरीयताओं के मूल्यांकन और संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता के आधार पर की गई है। कुछ मामलों में, हम मानते हैं कि साक्ष्य सीमित हैं और / या सेवाएं सुलभ या वांछनीय नहीं हो सकती हैं।

### कथन 18.1

**हम मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों को मानसिक स्वास्थ्य लक्षणों को संबोधित करने की सलाह देते हैं जो जेंडर अफर्मिंग उपचार शुरू होने से पहले जेंडर अफर्मिंग उपचार के लिए सहमति देने की किसी व्यक्ति की क्षमता में हस्तक्षेप करते हैं।**

क्योंकि रोगियों को आम तौर पर देखभाल के लिए सहमति प्रदान करने में सक्षम माना जाता है, चाहे संज्ञानात्मक हानि, मनोविकृति, या अन्य मानसिक बीमारी की उपस्थिति सूचित सहमति देने की क्षमता को बाधित करती है, व्यक्तिगत परीक्षा के अधीन है (एप्पलबाम, 2007)। सूचित सहमति स्वास्थ्य देखभाल के प्रावधान के लिए मुख्य है। स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को रोगी को किसी भी देखभाल के जोखिम, लाभ और विकल्पों के बारे में शिक्षित करना चाहिए ताकि रोगी एक सूचित, स्वैच्छिक विकल्प बना सके (बर्ग एट अल। प्राथमिक देखभाल

**सिफारिशों के कथन**

- 18.1- हम मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों को मानसिक स्वास्थ्य लक्षणों को संबोधित करने की सलाह देते हैं जो जेंडर अफर्मिंग उपचार शुरू करने से पहले जेंडर अफर्मिंग उपचार के लिए सहमति देने की किसी व्यक्ति की क्षमता में हस्तक्षेप करते हैं।
- 18.2- हम मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों को सलाह देते हैं कि वे ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को मानसिक स्वास्थ्य लक्षणों को संबोधित करने के लिए देखभाल और समर्थन प्रदान करते हैं जो जेंडर अफर्मिंग सर्जरी से पहले आवश्यक पेरीओपरेटिव देखभाल में भाग लेने की व्यक्ति की क्षमता में हस्तक्षेप करते हैं।
- 18.3- हम अनुशंसा करते हैं कि जब महत्वपूर्ण मानसिक स्वास्थ्य लक्षण या मादक द्रव्यों का सेवन मौजूद होता है, तो मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर विशिष्ट जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा प्रक्रिया की प्रकृति के आधार पर परिणामों पर मानसिक स्वास्थ्य लक्षणों के संभावित नकारात्मक प्रभाव का आकलन करते हैं।
- 18.4- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को जेंडर अफर्मिंग सर्जरी के आसपास प्रीओपरेटिव अवधि में ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के मनोसामाजिक और व्यावहारिक समर्थन की आवश्यकता का आकलन करने की सलाह देते हैं।
- 18.5- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं और जेंडर अफर्मिंग सर्जरी से पहले तंबाकू / निकोटीन से दूर रहने में ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों की सहायता करते हैं।
- 18.6- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को मौजूदा हार्मोन उपचार बनाए रखने की सलाह देते हैं यदि एक ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध व्यक्ति को मनोरोग या चिकित्सा रोगी इकाई में प्रवेश की आवश्यकता होती है, जब तक कि उल्लंघन न किया जाए।
- 18.7- हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को यह सुनिश्चित करने की सलाह देते हैं कि क्या ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को रोगी या आवासीय मानसिक स्वास्थ्य, मादक द्रव्यों के सेवन या चिकित्सा देखभाल की आवश्यकता है, सभी कर्मचारी सही नाम और सर्वनाम (जैसा कि रोगी द्वारा प्रदान किया गया है) का उपयोग करते हैं, साथ ही बाथरूम और सोने की व्यवस्था तक पहुंच प्रदान करते हैं जो व्यक्ति की जेंडर वर्ग पहचान के साथ संरेखित हैं।
- 18.8- हम मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों को सलाह देते हैं कि ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को साथियों, दोस्तों और परिवारों सहित सामाजिक समर्थन प्रणालियों को विकसित करने और बनाए रखने के लिए प्रोत्साहित, समर्थन और सशक्त बनाया जाए।
- 18.9- हम अनुशंसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के लिए जेंडर अफर्मिंग उपचार की शुरुआत से पहले मनोचिकित्सा से गुजरना अनिवार्य नहीं बनाना चाहिए, जबकि मनोचिकित्सा को स्वीकार करना कुछ ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के लिए सहायक हो सकता है।
- 18.10- हम अनुशंसा करते हैं कि किसी व्यक्ति की जेंडर वर्ग पहचान को बदलने की कोशिश करने के उद्देश्य से "उपचारात्मक" और "रूपांतरण" चिकित्सा की पेशकश नहीं की जानी चाहिए और जन्म के समय साँपे गए जेंडर वर्ग के साथ अधिक संगत होने के लिए जेंडर एक्सप्रेसनको जीवित किया जाना चाहिए।

प्रदाता या एंडोक्रिनोलॉजिस्ट द्वारा सुझाया गया हार्मोन और शल्य चिकित्सा करने वाले सर्जन दोनों को सूचित सहमति प्राप्त करनी चाहिए। इसी तरह, एमएचपी मानसिक स्वास्थ्य उपचार के लिए सूचित सहमति प्राप्त करते हैं और जब यह सवाल में हो तो सूचित सहमति देने के लिए रोगी की क्षमता पर परामर्श कर सकते हैं। मनोवैज्ञानिक बीमारी और मादक द्रव्यों के उपयोग संबंधी विकार, विशेष रूप से संज्ञानात्मक हानि और मनोविकृति, उपचार के जोखिमों और लाभों को समझने की किसी व्यक्ति की क्षमता को कम कर सकते हैं (होस्टियुक एट अल। इसके विपरीत, एक रोगी को महत्वपूर्ण मानसिक बीमारी भी हो सकती है, फिर भी किसी विशेष उपचार के जोखिम और लाभों को समझने में सक्षम हो सकता है (कारपेंटर एट अल। चुनौतीपूर्ण मामलों में बहु-विषयक संचार महत्वपूर्ण है, और विशेषज्ञ परामर्श का उपयोग आवश्यकतानुसार किया जाना चाहिए (करसिक एंड फ्रेजर, 2018)। कई रोगियों के लिए, किसी विशेष उपचार के जोखिमों और लाभों को समझने में कठिनाई को समय और सावधानीपूर्वक स्पष्टीकरण के साथ दूर किया जा सकता है। कुछ रोगियों के लिए, अंतर्निहित स्थिति का उपचार जो सूचित सहमति देने की क्षमता में हस्तक्षेप कर रहा है - उदाहरण के लिए एक अंतर्निहित मनोविकृति का इलाज करना - रोगी को आवश्यक उपचार के लिए सहमति देने की

क्षमता हासिल करने की अनुमति देगा। हालांकि, मानसिक स्वास्थ्य लक्षण जैसे चिंता या अवसादग्रस्तता के लक्षण जो सहमति देने की क्षमता को प्रभावित नहीं करते हैं, जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार के लिए बाधा नहीं होना चाहिए, खासकर क्योंकि इस उपचार को मानसिक स्वास्थ्य रोगसूचकता को कम करने के लिए पाया गया है (एल्ड्रिज एट अल।

**कथन 18.2**

**हम मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों को सलाह देते हैं कि वे मानसिक स्वास्थ्य लक्षणों को संबोधित करने के लिए ट्रांसजेंडर और पीढ़ी-विविध लोगों को देखभाल और समर्थन प्रदान करते हैं जो जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा से पहले आवश्यक प्रीओपरेटिव देखभाल में भाग लेने के लिए किसी व्यक्ति की क्षमता में हस्तक्षेप करते हैं।**

मानसिक बीमारी या अधिक उपयोग के कारण पेरीओपरेटिव देखभाल में पर्याप्त रूप से भाग लेने में असमर्थता को आवश्यक संक्रमण देखभाल के लिए एक बाधा के रूप में नहीं देखा जाना चाहिए, लेकिन इसे मानसिक स्वास्थ्य देखभाल और सामाजिक सहायता प्रदान करने के संकेत के रूप में देखा जाना चाहिए (करसिक, 2020)। मानसिक बीमारी और मादक द्रव्यों

के उपयोग संबंधी विकार पेरीओपरेटिव देखभाल (बार्नहिल, 2014) में भाग लेने के लिए रोगी की क्षमता को कम कर सकते हैं। स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं, घाव देखभाल, और अन्य आफ्टरकेयर प्रक्रियाओं (जैसे, योनिनोप्लास्टी के बाद फैलाव) के दौरान एक अच्छे परिणाम के लिए आवश्यक हो सकते हैं। पदार्थ उपयोग विकार वाले रोगी को प्राथमिक देखभाल प्रदाता और सर्जन को आवश्यक नियुक्तियों को रखने में कठिनाई हो सकती है। मनोविकृति या गंभीर अवसाद वाला रोगी अपने घाव की उपेक्षा कर सकता है या संक्रमण या विकृति के संकेतों के प्रति चौकस नहीं हो सकता है (ली, मार्श एट अल। सक्रिय मानसिक बीमारी प्रारंभिक शल्य चिकित्सा के बाद आगे तीव्र चिकित्सा और शल्य चिकित्सा देखभाल की अधिक आवश्यकता से जुड़ी हुई है (विमालावांसा एट अल।

इन मामलों में, मानसिक बीमारी या मादक द्रव्यों के उपयोग विकार का उपचार सफल परिणामों को प्राप्त करने में सहायता कर सकता है। परिवार और दोस्तों या घर के स्वास्थ्य देखभाल कार्यकर्ता से रोगी के लिए अधिक समर्थन की व्यवस्था करने से रोगी को शल्य चिकित्सा के लिए पेरीओपरेटिव देखभाल में पर्याप्त रूप से भाग लेने में मदद मिल सकती है। मानसिक स्वास्थ्य उपचार के लाभ जो शल्य चिकित्सा में देरी कर सकते हैं, उन्हें शल्य चिकित्सा में देरी के जोखिमों के खिलाफ तौला जाना चाहिए और इसमें जेंडर वर्ग डिस्फोरिया (बायन एट अल, 2018) को संबोधित करने में रोगियों के मानसिक स्वास्थ्य में देरी के प्रभाव का आकलन शामिल होना चाहिए।

### कथन 18.3

हम अनुशांसा करते हैं कि जब महत्वपूर्ण मानसिक स्वास्थ्य लक्षण या मादक द्रव्यों का सेवन मौजूद होता है, तो मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर विशिष्ट जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा प्रक्रिया की प्रकृति के आधार पर परिणामों पर संभावित नकारात्मक प्रभाव का आकलन करते हैं।

जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा प्रक्रियाएं रोगी पर उनके प्रभाव के संदर्भ में भिन्न होती हैं। कुछ प्रक्रियाओं को प्रीऑपरेटिव प्लानिंग का पालन करने के साथ-साथ सर्वोत्तम परिणाम प्राप्त करने के लिए पेरी- और पोस्टऑपरेटिव देखभाल में संलग्न होने की अधिक क्षमता की आवश्यकता होती है (टोलिनचे एट अल। मानसिक स्वास्थ्य लक्षण किसी भी शल्य चिकित्सा प्रक्रिया के लिए आवश्यक योजना और पेरीओपरेटिव देखभाल में भाग लेने के लिए रोगी की क्षमता को प्रभावित कर सकते हैं (पेरेडेस एट अल। मानसिक स्वास्थ्य मूल्यांकन परिणामों पर मानसिक

स्वास्थ्य लक्षणों के संभावित नकारात्मक प्रभाव को संबोधित करने और योजना और देखभाल में भाग लेने की रोगी की क्षमता के लिए समर्थन की योजना बनाने के लिए रणनीतियों को विकसित करने का अवसर प्रदान कर सकता है। जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं को जेंडर वर्ग डिस्फोरिया के लक्षणों को दूर करने और मानसिक स्वास्थ्य में सुधार करने के लिए दिखाया गया है (ओवेन-स्मिथ एट अल। इन लाभों को प्रत्येक प्रक्रिया के जोखिमों के खिलाफ मापा जाता है जब रोगी और प्रदाता यह तय कर रहे होते हैं कि उपचार के साथ आगे बढ़ना है या नहीं। एचसीपी प्रत्येक शल्य चिकित्सा प्रक्रिया (करासिक, 2020) के लिए प्रीप्लानिंग और पेरीओपरेटिव देखभाल निर्देशों की समीक्षा करने में टीजीडी लोगों की सहायता कर सकते हैं। प्रदाता और रोगी सहयोगात्मक रूप से रोक सकते हैं-पेरीओपरेटिव देखभाल के लिए नियुक्तियों को रखने, आवश्यक आपूर्ति प्राप्त करने, वित्तीय मुद्दों को संबोधित करने और अन्य प्रीऑपरेटिव समन्वय और योजना को संभालने में सहायता करने के लिए आवश्यक सहायता या संसाधनों को रोक सकते हैं। इसके अलावा, जेंडर वर्ग डिस्फोरिया पर इन विभिन्न कारकों के प्रभाव सहित उपस्थिति से संबंधित और कार्यात्मक अपेक्षाओं के आसपास के मुद्दों का पता लगाया जा सकता है।

### कथन 18.4

हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा के आसपास पेरीओपरेटिव अवधि में ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के मनोसामाजिक और व्यावहारिक समर्थन की आवश्यकता का आकलन करने की सलाह देते हैं।

विशेषता के बावजूद, सभी एचसीपी की जिम्मेदारी है कि वे चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल तक पहुंचने में रोगियों का समर्थन करें। जब एचसीपी टीजीडी लोगों के साथ काम कर रहे हैं क्योंकि वे जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं के लिए तैयार हैं, तो उन्हें आवश्यक मनोसामाजिक और व्यावहारिक समर्थन के स्तर का आकलन करना चाहिए (डॉयच, 2016 बी)। मूल्यांकन यह पहचानने में पहला कदम है कि अतिरिक्त समर्थन की आवश्यकता कहां हो सकती है और प्री, पेरी-और पोस्टसर्जिकल अवधि (टोलिनचे एट अल। पेरीओपरेटिव अवधि में, रोगियों को कामकाज को अनुकूलित करने, स्थिर आवास को सुरक्षित करने में मदद करना महत्वपूर्ण है, जब संभव हो, उनकी अनूठी स्थिति का आकलन

करके सामाजिक और पारिवारिक समर्थन का निर्माण करें, चिकित्सा जटिलताओं का जवाब देने के तरीकों की योजना बनाएं, काम / आय पर संभावित प्रभाव को नेविगेट करें, और अतिरिक्त बाधाओं को दूर करें जो कुछ रोगियों का सामना कर सकते हैं, जैसे कि इलेक्ट्रोलिसिस और तंबाकू समाप्ति (बर्ली एट अल। एक जटिल चिकित्सा प्रणाली में, सभी रोगी देखभाल प्राप्त करने के लिए आवश्यक प्रक्रियाओं को स्वतंत्र रूप से नेविगेट करने में सक्षम नहीं होंगे, और एचसीपी और सहकर्मी नेविगेटर इस प्रक्रिया के माध्यम से रोगियों का समर्थन कर सकते हैं (डॉयच, 2016 ए)।

#### कथन 18.5

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को सलाह देते हैं और जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा से पहले तंबाकू / निकोटीन से दूर रहने में ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों की सहायता करते हैं।**

ट्रांसजेंडर आबादी में तंबाकू और निकोटीन के उपयोग की उच्च दर है (किड एट अल। हालांकि, कई लोग अच्छी तरह से प्रलेखित धूम्रपान से जुड़े स्वास्थ्य जोखिमों से अनजान हैं (ब्रायंट एट अल। तंबाकू की खपत जेंडर अफर्मिंग हार्मोन उपचार प्राप्त करने वाले व्यक्तियों में स्वास्थ्य समस्याओं (जैसे, घनास्त्रता) के विकास के जोखिम को बढ़ाती है, विशेष रूप से एस्ट्रोजेन (चिपकिन एंड किम, 2017)।

तंबाकू का उपयोग प्लास्टिक शल्य चिकित्सा में बदतर आउटकम से जुड़ा हुआ है, जिसमें समग्र कॉम्प्लिकेशन, ऊतक परिगलन और सर्जिकल संशोधन की आवश्यकता शामिल है (कून एट अल। धूम्रपान भी पोस्टऑपरेटिव संक्रमण के लिए जोखिम बढ़ाता है (कौटानिस एट अल। तंबाकू का उपयोग किसी भी शल्य चिकित्सा के बाद उपचार प्रक्रिया को प्रभावित करने के लिए दिखाया गया है, जिसमें जेंडर वर्ग से संबंधित शल्य चिकित्सा (जैसे, छाती पुनर्निर्माण शल्य चिकित्सा, जननांग शल्य चिकित्सा) (प्लुवी, गैरिडो एट अल। तंबाकू उपयोगकर्ताओं को हाइपोक्सिया और ऊतक इस्किमिया के कारण त्वचीय परिगलन, घाव भरने में देरी और निशान-रिंग विकारों का अधिक खतरा होता है (प्लुवी, पैनोइलेरेस एट अल। इसे ध्यान में रखते हुए, सर्जन जेंडर अफर्मिंग शल्य चिकित्सा से पहले तंबाकू / निकोटीन के उपयोग को रोकने और ऑपरेशन के बाद कई हफ्तों तक धूम्रपान से दूर रहने की सलाह देते हैं जब तक कि घाव पूरी तरह से ठीक न हो जाए (मातेई और डैनियो, 2015)। जोखिमों के बावजूद, समाप्ति मुश्किल हो सकती है।

तंबाकू धूम्रपान और निकोटीन का उपयोग नशे की लत है और इसका उपयोग मुकाबला तंत्र के रूप में भी किया जाता है (मातेई एट अल। एचसीपी जो मानसिक स्वास्थ्य और प्राथमिक देखभाल प्रदाताओं सहित शल्य चिकित्सा से पहले रोगियों को अनुदैर्ध्य रूप से देखते हैं, उन्हें अपनी देखभाल में व्यक्तियों के साथ तंबाकू / निकोटीन के उपयोग को संबोधित करना चाहिए, और या तो धूम्रपान समाप्ति कार्यक्रमों तक पहुंचने में टीजीडी लोगों की सहायता करनी चाहिए या सीधे उपचार प्रदान करना चाहिए (उदाहरण के लिए, वेरेनिकलाइन या बुप्रोपियन)।

#### कथन 18.6

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को मौजूदा हार्मोन उपचार बनाए रखने की सलाह देते हैं यदि एक ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध व्यक्ति को मनोरोग या चिकित्सा रोगी इकाई में प्रवेश की आवश्यकता होती है, जब तक कि उल्लंघन न किया जाए।**

रोगी मनोरोग, अधिक उपयोग उपचार, या चिकित्सा इकाइयों में प्रवेश करने वाले टीजीडी लोगों को उनके वर्तमान हार्मोन आहार पर बनाए रखा जाना चाहिए। चिकित्सा या मनोरोग प्रवेश से पहले हार्मोन की नियमित समाप्ति का समर्थन करने वाले सबूतों की अनुपस्थिति है। शायद ही कभी, एक नए भर्ती रोगी को हार्मोन उपचार के निलंबन की आवश्यकता वाली चिकित्सा जटिलता का निदान किया जा सकता है, उदाहरण के लिए एक तीव्र शिरापरक थ्रोम्बोम्बोलिज्म (ड्यूश, 2016 ए)। शल्य चिकित्सा से पहले हार्मोन उपचार को नियमित रूप से रोकने के लिए कोई मजबूत सबूत नहीं है, और ऐसा करने से पहले प्रत्येक व्यक्तिगत रोगी के लिए जोखिम और लाभों का आकलन किया जाना चाहिए (बोस्की एट अल।

हार्मोन उपचार को जीवन की गुणवत्ता में सुधार और अवसाद और चिंता को कम करने के लिए दिखाया गया है (एल्ड्रिज एट अल। गुयेन एट अल, 2018; नोबिली एट अल, 2018; ओवेन-स्मिथ एट अल, 2018, रोवनियाक एट अल। जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार तक पहुंच आत्महत्या के प्रयास के जोखिम में पर्याप्त कमी के साथ जुड़ी हुई है (बाउर एट अल। रोगी के नियमित रूप से पूर्व-वर्णित हार्मोन को रोकना रोगी को इन लाभकारी प्रभावों से वंचित करता है, और इसलिए अस्पताल में भर्ती होने के लक्ष्यों के विपरीत हो सकता है।

कुछ प्रदाता नुकसान के कम जोखिम और रोगी परिवेश में संक्रमण से संबंधित उपचार जारी रखने के उच्च संभावित लाभ से अनजान हो सकते हैं। यूएस और कनाडाई मेडिकल स्कूलों के एक अध्ययन से पता चला है कि छात्रों को शिक्षा के अपने पूरे

चार वर्षों में एलजीबीटी से संबंधित पाठ्यक्रम सामग्री के औसतन 5 घंटे प्राप्त हुए (ओबेडिन-मालिवर एट अल। आपातकालीन चिकित्सा चिकित्सकों के एक सर्वेक्षण के अनुसार, जो अक्सर दवाओं के बारे में त्वरित निर्णय लेने के लिए जिम्मेदार होते हैं क्योंकि रोगियों को भर्ती किया जा रहा है, जबकि 88% ने ट्रांसजेंडर रोगियों की देखभाल करने की सूचना दी, केवल 17.5% ने इस आबादी के बारे में कोई औपचारिक प्रशिक्षण प्राप्त किया था (चिसोलम-स्ट्रैकर एट अल। जैसे-जैसे ट्रांसजेंडर विषयों के बारे में शिक्षा बढ़ती है, अधिक प्रदाता अस्पताल में भर्ती होने के दौरान अपने हार्मोन आहार पर ट्रांसजेंडर रोगियों को बनाए रखने के महत्व से अवगत हो जाएंगे।

#### कथन 18.7

**हम स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को यह सुनिश्चित करने की सलाह देते हैं कि क्या ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को रोगी या आवासीय मानसिक स्वास्थ्य, मादक द्रव्यों के सेवन या चिकित्सा देखभाल की आवश्यकता है, सभी कर्मचारी सही नाम और सर्वनाम (जैसा कि रोगी द्वारा प्रदान किया गया है) का उपयोग करते हैं, साथ ही बाथरूम और सोने की व्यवस्था तक पहुंच प्रदान करते हैं जो व्यक्ति की जेंडर वर्ग पहचान के साथ संरेखित हैं।**

कई टीजीडी रोगियों को स्वास्थ्य परिवेश की एक विस्तृत श्रृंखला में भेदभाव का सामना करना पड़ता है, जिसमें अस्पताल, मानसिक स्वास्थ्य उपचार सेटिंग्स और दवा उपचार कार्यक्रम (ग्रांट एट अल। जब स्वास्थ्य प्रणालियां टीजीडी व्यक्तियों को समायोजित करने में विफल रहती हैं, तो वे लंबे समय से सामाजिक बहिष्कार को मजबूत करते हैं जो कई लोगों ने अनुभव किया है (करसिक, 2016)। स्वास्थ्य सेटिंग्स में भेदभाव के अनुभव प्रत्याशित भेदभाव के कारण आवश्यक स्वास्थ्य देखभाल से बचने का कारण बनते हैं (केसीओएमटी एट अल, 2020)।

टीजीडी व्यक्तियों द्वारा अनुभव किए गए भेदभाव का अनुभव आत्मघाती विचारधारा का पूर्वानुमान है (रूड एट अल। विलियम्स एट अल। अस्वीकृति और गैर-पुष्टि से जुड़े जेंडर वर्ग अल्पसंख्यक तनाव को भी आत्महत्या से जोड़ा गया है (टेस्टा एट अल। जेंडर वर्ग उपयुक्त बाथरूम तक पहुंच से इनकार करना आत्महत्या में वृद्धि के साथ जुड़ा हुआ है (सीलमैन, 2016)। हालांकि, टीजीडी लोगों के लिए चुने गए नामों का उपयोग कम अवसाद और आत्महत्या से जुड़ा हुआ है (रसेल एट

अल। टीजीडी लोगों में आत्महत्या के प्रयासों की घटनाओं को कम करने के लिए संरचनात्मक और साथ ही आंतरिक ट्रांसफोबिया को संबोधित किया जाना चाहिए (ब्रूमर एट अल। सफलतापूर्वक देखभाल प्रदान करने के लिए, स्वास्थ्य परिवेश को टीजीडी पहचानों का सम्मान और समायोजन करके ट्रांसफोबिया के कारण रोगियों को होने वाले नुकसान को कम करना चाहिए।

#### कथन 18.8

**हम मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों को साथियों, दोस्तों और परिवारों सहित सामाजिक समर्थन प्रणालियों को विकसित करने और बनाए रखने के लिए प्रोत्साहित, समर्थन और सशक्त बनाने की सलाह देते हैं।**

जबकि अल्पसंख्यक तनाव और भेदभावपूर्ण सामाजिक भेदभाव के प्रत्यक्ष प्रभाव टीजीडी लोगों के मानसिक स्वास्थ्य के लिए हानिकारक हो सकते हैं, मजबूत सामाजिक समर्थन इस नुकसान को कम करने में मदद कर सकता है (डूजिलो एट अल। टीजीडी बच्चे अक्सर परिवार और साथियों से अस्वीकृति के साथ-साथ ट्रांसफोबिया को आंतरिक करते हैं जो उन्हें घेरता है (अमोडियो एट अल। इसके अलावा, ट्रांसफोबिक दुरुपयोग के संपर्क में किसी व्यक्ति के जीवनकाल में प्रभावशाली हो सकता है और किशोरावस्था के वर्षों के दौरान विशेष रूप से तीव्र हो सकता है (नटब्रोक एट अल।

सामाजिक समर्थन की पुष्टि का विकास मानसिक स्वास्थ्य के लिए सुरक्षात्मक है। सामाजिक समर्थन हिंसा, स्टिग्मा और भेदभाव के प्रतिकूल मानसिक स्वास्थ्य परिणामों के खिलाफ एक बफर के रूप में कार्य कर सकता है (बॉकिंग एट अल, 2013), स्वास्थ्य प्रणालियों को नेविगेट करने में सहायता कर सकता है (जैक्सन लेविन एट अल। बेसर और ओज़, 2016)। सामाजिक समर्थन के विविध स्रोत, विशेष रूप से एलजीबीटीक्यू + साथियों और परिवार, बेहतर मानसिक स्वास्थ्य परिणामों, कल्याण और जीवन की गुणवत्ता से जुड़े पाए गए हैं (बरिओला एट अल। बेसर एट अल, 2016; कुपर, एडम्स एट अल, 2018; पुकेट एट अल, 2019)। मुकाबला तंत्र के विकास को सुविधाजनक बनाने और संक्रमण प्रक्रिया के दौरान सकारात्मक भावनात्मक अनुभवों को जन्म देने के लिए सामाजिक समर्थन प्रस्तावित किया गया है (बज एट अल।

एचसीपी सामाजिक समर्थन प्रणाली विकसित करने में रोगियों का समर्थन कर सकते हैं जो उन्हें उनकी प्रामाणिक पहचान के



रूप में मान्यता प्राप्त और स्वीकार करने की अनुमति देते हैं और उन्हें जेंडर वर्ग डिस्फोरिया के लक्षणों से निपटने में मदद करते हैं। पारस्परिक समस्याएं और सामाजिक समर्थन की कमी टीजीडी लोगों में मानसिक स्वास्थ्य कठिनाइयों की अधिक घटनाओं से जुड़ी हुई है (बौमन, डेवी एट अल। डेवी एट अल, 2015) और जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार (एल्ड्रिज एट अल, 2020) के परिणाम भविष्यवक्ता के रूप में दिखाया गया है। इसलिए, एचसीपी को सामाजिक समर्थन प्रणालियों को विकसित करने और बनाए रखने के लिए टीजीडी लोगों को प्रोत्साहित, समर्थन और सशक्त बनाना चाहिए। ये अनुभव पारस्परिक कौशल के विकास को बढ़ावा दे सकते हैं और सामाजिक भेदभाव से निपटने में मदद कर सकते हैं, संभावित रूप से आत्महत्या को कम कर सकते हैं और मानसिक स्वास्थ्य में सुधार कर सकते हैं (पीएफएलयूएम एट अल, 2015)।

### कथन 18.9

**हम अनुशांसा करते हैं कि स्वास्थ्य देखभाल पेशवरों को ट्रांसजेंडर और जेंडर विविध लोगों के लिए जेंडर अफर्मिंग उपचार की शुरुआत से पहले मनोचिकित्सा से गुजरना अनिवार्य नहीं बनाना चाहिए, जबकि मनोचिकित्सा को स्वीकार करना कुछ ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग विविध लोगों के लिए सहायक हो सकता है।**

मनोचिकित्सा का टीजीडी लोगों (फ्रेजर, 2009 बी) के साथ नैदानिक कार्य में उपयोग किए जाने का एक लंबा इतिहास है। मनोचिकित्सा के उद्देश्य, आवश्यकताओं, विधियों और सिद्धांतों प्रारंभिक संस्करणों (फ्रेजर, 2009 ए) से देखभाल के मानकों का एक विकसित घटक रहा है। वर्तमान में, वयस्क टीजीडी लोगों के साथ मनोचिकित्सा सहायता और परामर्श जेंडर वर्ग डिस्फोरिया से मुकाबला करने से संबंधित सामान्य मनोवैज्ञानिक चिंताओं को दूर करने के लिए मांगा जा सकता है और आने वाली प्रक्रिया (हंट, 2014) के साथ कुछ व्यक्तियों की मदद भी कर सकता है। मनोचिकित्सा सहित मनोवैज्ञानिक हस्तक्षेप, प्रभावी उपकरण प्रदान करते हैं और व्यक्ति के लिए संदर्भ प्रदान करते हैं, जैसे कि जेंडर वर्ग पहचान और इसकी अभिव्यक्ति की खोज करना, आत्म-स्वीकृति और आशा को बढ़ाना, और शत्रुतापूर्ण और अक्षम वातावरण में लचीलापन में सुधार करना (मात्सुनो और इज़राइल, 2018)। मनोचिकित्सा मानसिक स्वास्थ्य लक्षणों को संबोधित करने के लिए एक स्थापित वैकल्पिक चिकित्सीय दृष्टिकोण है जो प्रारंभिक मूल्यांकन के दौरान या बाद में जेंडर वर्ग पुष्टि चिकित्सा

हस्तक्षेप के लिए अनुवर्ती के दौरान प्रकट हो सकता है। हाल के शोध से पता चलता है, हालांकि जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार के बाद मानसिक स्वास्थ्य के लक्षण कम हो जाते हैं, चिंता का स्तर अधिक रहता है (एल्ड्रिज एट अल।

हाल के वर्षों में, विशिष्ट मनोचिकित्सा तौर-तरीकों के उपयोग और संभावित लाभों की सूचना दी गई है (ऑस्टिन एट अल। बज, 2013; बज एट अल, 2021; एम्बे, 2006; फ्रेजर, 2009 बी; हेक एट अल, 2015)। मनोचिकित्सा के विशिष्ट मॉडल वयस्क ट्रांसजेंडर और नॉनबाइनरीव्यक्तियों (मात्सुनो और इज़राइल, 2018) के लिए प्रस्तावित किए गए हैं। हालांकि, विभिन्न मनोचिकित्सा मॉडल (कैटेलन एट अल, 2017) के तुलनात्मक लाभों पर अधिक अनुभवजन्य डेटा की आवश्यकता है। मनोचिकित्सा को ट्रांसजेंडर व्यक्तियों द्वारा एक भयभीत और साथ ही एक लाभकारी अनुभव (अप्लेगार्ट एच एवं नुत्तल्ल, 2016) के रूप में अनुभव किया जा सकता है और चिकित्सक के लिए चुनौतियों को प्रस्तुत करता है और जब यह चिकित्सा हस्तक्षेप के लिए गेटकीपिंग से जुड़ा होता है तो गठबंधन गठन (बज, 2015)।

अनुभव से पता चलता है कि कई ट्रांसजेंडर और नॉनबाइनरीव्यक्ति मनोचिकित्सा के बहुत कम या बिना किसी उपयोग के जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार से गुजरने का फैसला करते हैं (स्पैनोस एट अल। यद्यपि मनोचिकित्सा के विभिन्न तौर-तरीके संक्रमण के विभिन्न चरणों (मेयर एट अल, 2019) के दौरान जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा उपचार और मनोचिकित्सा की इच्छा की अलग-अलग दरों से पहले, दौरान और बाद में विभिन्न कारणों से फायदेमंद हो सकते हैं, जेंडर अफर्मिंग चिकित्सा प्रक्रियाओं को शुरू करने के लिए मनोचिकित्सा की आवश्यकता को फायदेमंद नहीं दिखाया गया है और उन लोगों की देखभाल के लिए हानिकारक बाधा हो सकती है जिन्हें इस प्रकार के उपचार की आवश्यकता नहीं है या जिनके पास पहुंच की कमी है। इसके लिए.

### कथन 18.10

**हम किसी व्यक्ति की जेंडर वर्ग पहचान को बदलने की कोशिश करने के उद्देश्य से "पुनरावृत्ति" और "रूपांतरण" चिकित्सा की सिफारिश करते हैं और जन्म के समय सौंपे गए जेंडर वर्ग के साथ अधिक संगत होने के लिए जेंडर एक्सप्रेसनको नहीं दिया जाना चाहिए।**

"उपचारात्मक" या "रूपांतरण" चिकित्सा या जेंडर वर्ग पहचान "परिवर्तन" प्रयासों के उपयोग का दुनिया भर के कई प्रमुख

चिकित्सा और मानसिक स्वास्थ्य संगठनों द्वारा विरोध किया जाता है, जिसमें वर्ल्ड साइकियाट्रिक एसोसिएशन, पैन अमेरिकन हेल्थ ऑर्गनाइजेशन, अमेरिकन साइकियाट्रिक एंड अमेरिकन साइकोलॉजिकल एसोसिएशन, रॉयल कॉलेज ऑफ साइकियाट्रिस्ट्स और ब्रिटिश साइकोलॉजिकल सोसाइटी शामिल हैं। अमेरिका के कई राज्यों ने नाबालिगों के साथ रूपांतरण चिकित्सा का अभ्यास करने पर प्रतिबंध लगा दिया है। जेंडर वर्ग पहचान परिवर्तन के प्रयास एमएचपी या अन्य लोगों द्वारा हस्तक्षेप को संदर्भित करते हैं जो जेंडर वर्ग पहचान या अभिव्यक्ति को बदलने का प्रयास करते हैं जो आमतौर पर जन्म के समय सौंपे गए व्यक्ति के जेंडर वर्ग से जुड़े होते हैं (अमेरिकन साइकोलॉजिकल एसोसिएशन, 2021)।

"रूपांतरण चिकित्सा" के अधिवक्ताओं ने सुझाव दिया है कि यह संभावित रूप से किसी व्यक्ति को अपनी सामाजिक दुनिया में बेहतर फिट होने की अनुमति दे सकता है। वे यह भी बताते हैं कि कुछ ग्राहक विशेष रूप से अपनी जेंडर वर्ग पहचान या एक्सप्रेसन को बदलने में मदद मांगते हैं और चिकित्सकों को ग्राहकों को अपने लक्ष्यों को प्राप्त करने में मदद करने की अनुमति दी जानी चाहिए। हालांकि, "रूपांतरण चिकित्सा" को प्रभावी नहीं दिखाया गया है (एपीए, 2009; प्रजेवोर्सकी एट अल, 2020)। इसके अलावा, कई संभावित नुकसान हैं। पूर्वव्यापी अध्ययनों में, रूपांतरण चिकित्सा से गुजरने का इतिहास अवसाद, मादक द्रव्यों के सेवन, आत्मघाती विचारों और आत्महत्या के प्रयासों के बढ़ते स्तर के साथ-साथ कम शैक्षिक प्राप्ति और कम साप्ताहिक आय से जुड़ा हुआ है (रयान एट अल। साल्वे एट अल, 2020; टर्बन, बेकविथ एट अल। 2021 में, अमेरिकन साइकोलॉजिकल एसोसिएशन के प्रस्तावों में कहा गया है कि "वैज्ञानिक साक्ष्य और नैदानिक अनुभव से संकेत मिलता है कि जीआईसीई [जेंडर वर्ग पहचान परिवर्तन के प्रयास] व्यक्तियों को नुकसान के महत्वपूर्ण जोखिम में डालते हैं" (एपीए, 2021)।

जबकि जेंडर वर्ग पहचान "परिवर्तन" प्रयासों को समाप्त करने में बाधाएं हैं, इन प्रथाओं के लाभ की कमी और संभावित नुकसान के बारे में शिक्षा से "रूपांतरण चिकित्सा" की पेशकश करने वाले कम प्रदाता हो सकते हैं और कम व्यक्ति और परिवार इस विकल्प को चुन सकते हैं।

## अभिस्वीकृति

रॉबिन्सन, जॉन्स हॉपकिंस विश्वविद्यालय में चिकित्सा के प्रोफेसर और स्कूल के साक्ष्य-आधारित प्रैक्टिस सेंटर के निदेशक और उनके कर्मचारियों को एसओसी -8 को रेखांकित करने वाली सिफारिशों के विकास में सभी व्यवस्थित समीक्षाओं और उनकी सहायता के लिए शामिल किया गया है। नैतिक विचार: कैरोल बेले, सिमोना जियोर्डानो, और शेरोन सिट्समा। कानूनी दृष्टिकोण: जेनिफर लेवी और फिल ड्यूरन। संदर्भ जांचकर्ता: टायमी कासो, ऑस्कर डिमांट, जिल गोल्डस्टीन, अली हैरिस, नैट थॉर्न। संपादक: मार्गुरिट्टी व्हाइट, जून ज़िया। प्रशासनिक सूप-पोर्ट: ब्लेन वेल्ला, टेलर ओ'सुलिवन और जेमी हिक्स। अंत में, हम उन सभी प्रतिभागियों को धन्यवाद देना चाहते हैं जिन्होंने सार्वजनिक टिप्पणी अवधि के दौरान टिप्पणियां प्रदान कीं और गेट (ग्लोबल एक्शन फॉर ट्रांस इक्वलिटी), एशिया पैसिफिक ट्रांसजेंडर नेटवर्क फाउंडेशन (एपीटीएन), द इंटरनेशनल लेस्बियन, गे, बाइसेक्सुअल, ट्रांस एंड इंटरसेक्स एसोसिएशन (आईएलजीए), और ट्रांसजेंडर यूरोप (टीजीईयू) को एसओसी -8 के पिछले संस्करण पर उनकी सहायक और रचनात्मक प्रतिक्रिया के लिए धन्यवाद देना चाहते हैं।

## हितों का टकराव

समिति के सदस्यों के लिए चयन प्रक्रिया के हिस्से के रूप में और प्रकाशन से पहले प्रक्रिया के अंत में हितों के टकराव की समीक्षा की गई थी। हितों के किसी भी टकराव को महत्वपूर्ण या परिणामी नहीं माना गया।

## नैतिक अनुमोदन

इस पांडुलिपि में किसी भी लेखक द्वारा किए गए मानव प्रतिभागियों के साथ कोई अध्ययन शामिल नहीं है।

इस परियोजना को आंशिक रूप से तवानी फाउंडेशन के अनुदान से वित्त पोषित किया गया था। अधिकांश खर्च जॉन्स हॉपकिंस विश्वविद्यालय के साक्ष्य-आधारित प्रैक्टिस सेंटर को उनके काम के लिए भुगतान किए गए। संपादकों और संदर्भ जांचकर्ताओं को मामूली शुल्क का भुगतान किया गया था। समिति के सदस्यों को उनके योगदान के लिए भुगतान नहीं किया गया था। समिति के अध्यक्षों के लिए कुछ यात्रा खर्च वर्ल्ड प्रोफेशनल एसोसिएशन फॉर ट्रांसजेंडर हेल्थ (डब्ल्यूपीएटीएच) द्वारा वहन किया गया था। डब्ल्यूपीएटीएच स्टाफ और अन्य आंतरिक खर्चों को एसोसिएशन के बजट द्वारा वहन किया गया था।

## संदर्भ

- Abern, L., & Maguire, K. (2018). Contraception knowledge in transgender individuals: Are we doing enough? [9F]. *Obstetrics & Gynecology*, 131, 65S. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000533319.47797.7e>.
- Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2020(1). <https://doi.org/10.1186/s13633-020-00078-2>.
- ACON. (2022). *Sexual Health—Parts and Practices*. <https://www.transhub.org.au/clinicians/sexual-health>
- Adams, N., Pearce, R., Veale, J., Radix, A., Castro, D., Sarkar, A., & Thom, K. C. (2017). Guidance and ethical considerations for undertaking transgender health research and institutional review boards adjudicating this research. *Transgender Health*, 2(1), 165–175. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0012>.
- Adeleye, A. J., Cedars, M. I., Smith, J., & Mok-Lin, E. (2019). Ovarian stimulation for fertility preservation or family building in a cohort of transgender men. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(10), 2155–2161. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01558-y>.
- Adeleye, A. J., Reid, G., Kao, C. N., Mok-Lin, E., & Smith, J. F. (2018). Semen parameters among transgender women with a history of hormonal treatment. *Urology*, 124, 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.10.005>.
- Adelson, S. L., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(9), 957–974. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004>.
- Agarwal, C. A., Scheefer, M. F., Wright, L. N., Walzer, N. K., & Rivera, A. (2018). Quality of life improvement after chest wall masculinization in female-to-male transgender patients: A prospective study using the BREAST-Q and Body Uneasiness Test. *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 71(5), 651–657. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.01.003>.
- Agenor, M., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I. M., McDowell, M., Alizaga, N. M., Reisner, S. L., Pardee, D. J., & Potter, J. (2016). Perceptions of cervical cancer risk and screening among transmasculine individuals: Patient and provider perspectives. *Culture, Health and Sexuality*, 18(10), 1192–1206. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1177203>.
- Aguayo-Romero, R. A., Reisen, C. A., Zea, M. C., Bianchi, F. T., & Poppen, P. J. (2015). Gender affirmation and body modification among transgender persons in Colombia. *International Journal of Transgenderism*, 16(2), 103–115. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075930>.
- Ahalt, C., Haney, C., Rios, S., Fox, M. P., Farabee, D., & Williams, B. (2017). Reducing the use and impact of solitary confinement in corrections. *International Journal of Prisoner Health*, 13(1), 41–48. <https://doi.org/10.1108/IJPH-08-2016-0040>.
- Ahmad, S., & Leinung, M. (2017). The response of the menstrual cycle to initiation of hormonal therapy in transgender men. *Transgender Health*, 2(1), 176–179. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0023>.
- Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLoS One*, 13(10), e0204606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606>.
- Ainsworth, T. A., & Spiegel, J. H. (2010). Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research*, 19 (7), 1019–1024. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9668-7>.
- Aires, M. M., de Vasconcelos, D., & Moraes, B. T. D. (2020). Chondrolaryngoplasty in transgender women: Prospective analysis of voice and aesthetic satisfaction. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 394–402. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1848690>.
- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L., Kreukels, B. P., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756–763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>.
- Akgul, S., Bonny, A. E., Ford, N., Holland-Hall, C., & Chelvakumar, G. (2019). Experiences of gender minority youth with the intrauterine system. *The Journal of Adolescent Health*, 65(1), 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.010>.
- Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2272–2283. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.005>.
- Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Bouman, W. P., Witcomb, G., & Arcelus, J. (2020). Long term effect of gender affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study. *Andrology*, 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/analog/>
- 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/10.1037/cpp0000288>.
- Almasri, J., Zaiem, F., Rodriguez-Gutierrez, R., Tamhane, S. U., Iqbal, A. M., Prokop, L. J., Speiser, P. W., Baskin, L. S., Bancos, I., & Murad, M. H. (2018). Genital reconstructive surgery in females with congenital adrenal hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(11), 4089–4096. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01863>.
- Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. *JAMA Surgery*, 156(7), 611–618. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0952>.
- Almeida, M., Laurent, M. R., Dubois, V., Claessens, F., O'Brien, C. A., Bouillon, R., Vanderschueren, D., & Manolagas, S. C. (2017). Estrogens and androgens in skeletal physiology and pathophysiology. *Physiology Reviews*, 97(1), 135–187. <https://doi.org/10.1152/physrev.00033.2015>.
- Al-Tamimi, M., Pigot, G. L., van der Sluis, W. B., van de Grift, T. C., van Moorselaar, R. J. A., Mullender, M. G., Weigert, R., Buncamper, M. E., Ozer, M., de Haset, K. B., Djordjevic, M. L., Salgado, C. J., Belanger, M., Suominen, S., Kolehmainen, M., Santucci, R. A., Crane, C. N., Claes, K. E. Y., & Bouman, M. B. (2019). The surgical techniques and outcomes of secondary phalloplasty after metoidioplasty in transgender men: An international, multi-center case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1849–1859. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.027>.
- Altman, K. (2012). Facial feminization surgery: Current state of the art. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 41(8), 885–894. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2012.04.024>.
- Alzahrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R., & Reiner, J. (2019). Cardiovascular disease risk factors and myocardial infarction in the transgender population. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(4), e005597. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597>.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Sexual Orientation and Gender Identity Issues Committee. (2018). *Conversion therapy policy statement*. [https://www.aacap.org/AACAP/Policy\\_Statements/2018/Conversion\\_Therapy.aspx](https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2018/Conversion_Therapy.aspx).
- American College of Obstetricians and Gynecology. (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/policy-finder/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
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.97808904257>.
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for professional practice with transgender and gender non-conforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832–864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>.
- American Psychological Association. (2021). *APA guidelines for psychological assessment and evaluation*. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>
- American Psychological Association. (2021). *APA resolution on gender identity change efforts*. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>
- American Urological Association (AUA) Board of Directors. (2019). *Pediatric decision making and differences of sex development: A Societies for Pediatric Urology and American Urological Association Joint Position Statement—American Urological Association*. (n.d.). <https://www.auanet.org/guidelines/guidelines/joint-statement-on-dsd>
- Amir, H., Yaish, I., Oren, A., Groutz, A., Greenman, Y., & Azem, F. (2020). Fertility preservation rates among transgender women compared with transgender men receiving comprehensive fertility counselling. *Reproductive Biomedicine Online*, 41(3), 546–554. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.05.003>.
- Amnesty International. (2020). *Amnesty International UK and Liberty joint statement on puberty blockers*. <https://www.amnesty.org.uk/press-releases/amnesty-international-uk-and-liberty-joint-statement-puberty-blockers>
- Amodeo, A. L., Vitelli, R., Scandurra, C., Picariello, S., & Valerio, P. (2015). Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications and suggestions for further research. *International Journal of Transgenderism*, 16(1), 49–61. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1022680>.

- Anai, T., Miyazaki, F., Tomiyasu, T., Matsuo, T. (2001). Risk of irregular menstrual cycles and low peak bone mass during early adulthood associated with age at menarche. *Pediatrics International*, 43(5), 483–488. <https://doi.org/10.1046/j.1442-200x.2001.01442.x>.
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015>.
- Anderson, J. (2007). Endoscopic laryngeal web formation for pitch elevation. *The Journal of Otolaryngology*, 36(1), 6–12. <https://doi.org/10.2310/7070.2006.0153>.
- Anderson, J. A. (2014). Pitch elevation in transgendered patients: Anterior glottic web formation assisted by temporary injection augmentation. *Journal of Voice*, 28(6), 816–821. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.05.002>.
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(2), 208–214. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>.
- Andrzejewski, J., Pampati, S., Steiner, R. J., Boyce, L., & Johns, M. M. (2020). Perspectives of transgender youth on parental support: Qualitative findings from the resilience and transgender youth study. *Health Education & Behavior*, 109019812096550. <https://doi.org/10.1177/1090198120965504>.
- Angus, L. M., Nolan, B. J., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). A systematic review of antiandrogens and feminization in transgender women. *Clinical Endocrinology*, 94(5), 743–752. <https://doi.org/10.1111/cen.14329>.
- Ansara, Y. G., Hegarty, P., (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3, 137–160. <https://doi.org/10.1080/19419899.2011.576696>.
- Antun, A., Zhang, Q., Bhasin, S., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Longitudinal changes in hematologic parameters among transgender people receiving hormone therapy. *Journal of the Endocrine Society*, 4(11), 1–11. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa119>.
- Anzani, A., Lindley, L., Prunas, A., & Galupo, P. (2021). “I Use All the Parts I’m Given”: A qualitative investigation of trans masculine and nonbinary individuals’ use of body during sex. *International Journal of Sexual Health*, 33(1), 58–75. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1853300>.
- Applebaum, P. S. (2007). Assessment of patients’ competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834–1840. <https://doi.org/10.1056/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*. 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*. Asia Pacific Transgender Network. [https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Indonesia\\_28Dec.pdf](https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Indonesia_28Dec.pdf)
- APTIN. (2020b). *Conversion therapy practices: Malaysia*. Asia Pacific Transgender Network. [https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Malaysia\\_29Dec.pdf](https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Malaysia_29Dec.pdf)
- APTIN. (2020c). *Conversion therapy practices: Sri Lanka*. Asia Pacific Transgender Network. [https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-SriLanka\\_28Dec.pdf](https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-SriLanka_28Dec.pdf)
- APTIN. (2021). *Conversion therapy practices: India*. Asia Pacific Transgender Network. [https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/06/Conversion-Therapy-India\\_CountrySnapshot\\_FinalMay2021-2.pdf](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*. Asia-Pacific Transgender Network <https://weareaptn.org/resource/towards-transformative-healthcare-asia-pacific-trans-health-and-rights-module/>
- Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*, 30(6), 807–815. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>.
- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., & Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 402–412. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003>.
- Aristegui, I., Radusky, P., Zalazar, V., Romero, M., Schwartz, J., & Sued, O. (2017). Impact of the gender identity law in Argentinean transgender women. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 446–456. <https://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., & Ziaieian, 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/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/10.1016/j.jsxm.2019.03.407>.
- Ashley, F. (2019e). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology and 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/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), 757–767. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>.
- Auldridge, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E., & Tobin, H. J. (2012). *Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice national center for transgender equality; services and advocacy for GLBT elders*. <https://www.sageusa.org/resource-posts/improving-the-lives-of-transgender-older-adults/accessed3/14/2022>
- Aurat Foundation. (2016). *Silent no more: Transgender community in Pakistan: Research study*. <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/transgender-community-pakistan-2016.pdf>
- Austin, A., & Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. *Journal of Homosexuality*, *64*(6), 825–841. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587>.
- Austin, A., Craig, S. L., & Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatric Clinics of North America*, *40*(1), 141–156. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003>.
- Austin, A., Craig, S. L., & McInroy, L. B. (2016). Toward transgender affirmative social work education. *Journal of Social Work Education*, *52*(3), 297–310. <https://doi.org/10.1080/10437797.2016.1174637>.
- Australian Psychological Society. (2021). *Use of psychological practices that attempt to change or suppress a person's sexual orientation or gender*. Australian Psychological Society position statement. [https://psychology.org.au/get-media/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updated\\_aps\\_position\\_statement\\_conversion\\_practices.pdf](https://psychology.org.au/get-media/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updated_aps_position_statement_conversion_practices.pdf)
- 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](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](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](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. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *Journal of the Endocrine Society*, 5(4), bvab011. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011>.
- Bakko, M., & Kattari, S. K. (2021). Differential access to transgender inclusive insurance and healthcare in the United States: challenges to health across the life course. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(1), 67–81. <https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1632681>.
- Balakrishnan, T. M., Nagarajan, S., & Jaganmohan, J. (2020). Retrospective study of prosthetic augmentation mammo-plasty in transwomen. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 53(1), 42–50. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709427>.
- Baleige, A., de la Chenelie, M., Dassonneville, C., & Martin, M. J. (2021). Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: Leads from field experimentations in Lille, France. *Transgender Health*, 7(1), 1–6. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143>.
- Banbury, S. (2004). Coercive sexual behaviour in British prisons as reported by adult ex-prisoners. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 43(2), 113–130. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2004.00316.x>.
- Banks, K., Kyinn, M., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E., Goldstein, D., & Irwig, M.S. (2021). Blood pressure effects of gender-affirming hormone therapy in transgender and gender-diverse adults. *Hypertension*, 77(6), 2066–2074. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16839>.
- Bangalore Krishna, K., Fuqua, John S., Rogol, Alan D., Klein, Karen O., Popovic, J., Houk, Christopher P., Charmandari, E., & Lee, Peter A. (2019). Use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children: Update by an international consortium. *Hormone Research in Paediatrics*, 91(6), 357–372. <https://doi.org/10.1159/000501336>.
- Bangalore Krishna, K., Kogan, B. A., Mazur, T., Hoebeke, P., Bogaert, G., & Lee, P. A. (2021). Individualized care for patients with intersex (differences of sex development): Part 4/5. Considering the Ifs, Whens, and Whats regarding sexual-reproductive system surgery. *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 338–345. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2021.02.011>.
- Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(3), 214–222. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8).
- Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 25(6), 694–716. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz026>.
- Baratz, A. B., Sharp, M. K., & Sandberg, D. E. (2014). Disorders of sex development peer support. *Understanding Differences and Disorders of Sex Development (DSD)*, 27, 99–112. <https://doi.org/10.1159/000363634>.
- Barker, H., & Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P., & Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *American Journal of Public Health*, 105(10), 2108–2116. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302763>.
- Barnhill, J. W. (2014). Perioperative care of the patient with psychiatric disease. In C. R. MacKenzie, C. N. Cornell, & D. G. Memtsoudis (Eds.), *Perioperative care of the orthopedic patient* (pp. 197–205). Springer.
- Barrow, K., & Apostle, D. (2018). Addressing mental health conditions often experienced by transgender and gender expansive children. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive*



- children. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Bartels, L., & Lynch, S. (2017). Transgender prisoners in Australia: An examination of the issues, law and policy. *Flinders Law Journal*, 19(2), 185–231. <http://classic.austlii.edu.au/au/journals/FlinLawJl/2017/8.pdf>
- Bartholomaeus, C., & Riggs, D. W. (2019). Transgender and non-binary Australians' experiences with healthcare professionals in relation to fertility preservation. *Culture, Health and Sexuality*, 22(2), 129–145. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1580388>.
- Bartholomaeus, C., Riggs, D. W., & Sansfaçon, A. P. (2020). Expanding and improving trans affirming care in Australia: Experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. *Health Sociology Review*, 30(1), 58–71. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1845223>.
- Başar, K., & Öz, G. (2016). Resilience in individuals with gender dysphoria: Association with perceived social support and discrimination. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(4), 225–234.
- Başar, K., Öz, G., & Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1133–1141. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.04.071>.
- Bauer, R. (2018). Bois and grrrls meet their daddies and mommies on gender playgrounds: Gendered age play in the les-bi-trans-queer BDSM communities. *Sexualities*, 21(1–2), 139–155. <https://doi.org/10.1177/1363460716676987>.
- Bauer, G. R., & Hammond, R. (2015). Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(1), 1–11. <https://doi.org/10.3138/cjhs.24.1-CO1>.
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of Association in Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348–361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>.
- Bauer, G. R., Lawson, M. L., & Metzger, D. L. (2022). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of "rapid-onset gender dysphoria"? *The Journal of Pediatrics*, 243, 224–227. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020>.
- Bauer, G., Pacaud, D., Couch, R., Metzger, D., Gale, L., Gotovac, S., Mokashi, A., Feder, S., Raiche, J., Speechley, K. N., Temple Newhook, J., Ghosh, S., Sansfaçon, A., Susset, F., & Lawson, M. & Trans Youth CAN! Research Team. (2021). Transgender youth referred to clinics for gender-affirming medical care in Canada. *Pediatrics*, 148 (5), e2020047266. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-047266>.
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6), 713–720. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027>.
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 15, 525. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>.
- Beach, L. B., Elasy, T. A., & Gonzales, G. (2018). Prevalence of self-reported diabetes by sexual orientation: Results from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *LGBT Health*, 5(2), 121–130. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0091>.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H., & Sipe, T. A. (2018). Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: A systematic review and meta-analysis, 2006–2017. *American Journal of Public Health*, 109(1), e1–e8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727>.
- Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5), e20173845. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>.
- Beck, A. J. (2014). *Sexual victimization in prisons and jails reported by inmates, 2011–12*. PREA Data Collection Activities
- Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T., & Richter-Appelt, H. (2018). A cross-sectional multicenter study of multidimensional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical interventions. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2335–2347. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1278-4>.
- Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Barkmann, C. (2021). Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: A descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(11), 1755–1767. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01640-2>.
- Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry* 28(1), 5–12. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1091293>.
- Beek, T. F., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Steensma, T. D. (2015). Partial treatment requests and underlying motives of applicants for gender affirming interventions. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2201–2205. <https://doi.org/10.1111/jsm.13033>.
- Bekeny, J. C., Zolper, E. G., Fan, K. L., & Del Corral, G. (2020). Breast augmentation for transfeminine patients: Methods, complications, and outcomes. *Gland Surgery*, 9(3), 788–796. <https://doi.org/10.21037/g.s.2020.03.18>.

- Bellinga, R. J., Capitán, L., Simon, D., & Tenorio, T. (2017). Technical and clinical considerations for facial feminization surgery with rhinoplasty and related procedures. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 19(3), 175–181. <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2016.1572>.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413–434. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413>.
- Benedetti, M. G., Furlini, G., Zati, A., & Letizia Mauro, G. (2018). The effectiveness of physical exercise on bone density in osteoporotic patients. *Biomed Research International*, 2018, 4840531. <https://doi.org/10.1155/2018/4840531>.
- Benestad, E. E. P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies*, 19(4), 225–231. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.09.003>.
- Bennecke, E., Bernstein, S., Lee, P., van de Grift, T. C., Nordenskjöld, A., Rapp, M., Simmonds, M., Streuli, J. C., Thyen, U., & Wiesemann, C. (2021). Early genital surgery in disorders/differences of sex development: Patients' perspectives. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-01953-6>.
- Bentsianov, S., Gordon, L., Goldman, A., Jacobs, A., & Steever, J. (2018). Use of copper intrauterine device in transgender male adolescents. *Contraception*, 98(1), 74–75. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.02.010>.
- Berenbaum, S. A. (2018). Evidence needed to understand gender identity: Commentary on Turban & Ehrensaft (2018). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(12), 1244–1247. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12997>.
- Berenbaum, S., Beltz, A., & Corley, R. (2015). The importance of puberty for adolescent development: Conceptualization and measurement. *Advances in Child Development and Behavior*, 48, 53–92. <http://dx.doi.org/10.1016/bs.acdb.2014.11.002>.
- Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Parker, L. (2001). *Informed consent: Legal theory and clinical practice* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Berg, D & Edwards-Leeper, L. (2018). Child and family assessment. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp.101–124). American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Berger, I., & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking cessation programs for lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex people: A content-based systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(12), 1408–1417. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw216>.
- Berli, J. U., Knudson, G., Fraser, L., Tangpricha, V., Ettner, R., Ettner, F. M., Safer, J. D., Graham, J., Monstrey, S., & Schechter, L. (2017). What surgeons need to know about gender confirmation surgery when providing care for transgender individuals: A review. *JAMA Surgery*, 152(4), 394–400. <https://doi.org/10.1001/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. <https://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 & Medicine*, 265, 113412. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113412>.
- 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](https://outrightinternational.org/sites/default/files/ExecSumm_SinglePagesRandL.pdf)
- Bisson, J. R., Chan, K. J., & Safer, J. D. (2018). Prolactin levels do not rise among transgender women treated with estradiol and spironolactone. *Endocrine Practice*, 24(7), 646–651. <https://doi.org/10.4158/EP-2018-0101>.
- Bizic, M. R., Jeftovic, M., Pusica, S., Stojanovic, B., Duisin, D., Vujovic, S., Rakic, V., & Djordjevic, M. L. (2018). Gender Dysphoria: Bioethical aspects of medical treatment. *Biomed Research International*, 2018, 9652305. <https://doi.org/10.1155/2018/9652305>.
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexually dimor-

- phic 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>.
- Borghei-Razavi, H., Fragoza-Padilla, V., Hargus, G., Bakhti, S., & Schick, U. (2014). Meningioma: The unusual growth in a transsexual patient after estrogen-progesterone therapy. *SOJ Neurology*, 1(1), 1–3. <https://doi.org/10.15226/2374-6858/1/2/00109>
- Boskey, E. R., Taghinia, A. H., & Ganor, O. (2019). Association of surgical risk with exogenous hormone use in transgender patients: A systematic review. *JAMA Surgery* 154(2), 159–169. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.4598>.
- Boskey, E., Taghinia, A., & Ganor, O. (2018). Public accommodation laws and gender panic in clinical settings. *AMA Journal of Ethics*, 20(11), 1067–1074. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2018.1067>.
- Bouman, M. B., van der Sluis, W. B., van Woudenberg Hamstra, L. E., Buncamper, M. E., Kreukels, B. P. C., Meijerink, W., & Mullender, M. G. (2016). Patient-reported esthetic and functional outcomes of primary total laparoscopic intestinal vaginoplasty in transgender women with penoscrotal hypoplasia. *Journal of Sexual Medicine*, 13 (9), 1438–1444. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.06.009>.
- Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 16–26. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352>.
- Bouman, W. P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(3), 359–375. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1184754>.
- Bouman, W. P., Richards, C., Addinall, R. M., Arango de Montis, I., Duisin, D., Estiva, I., Fisher, A., Harte, F., 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>.
- 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://doi.org/10.1111/sltb.12830>.
- Braun, H., Nash, R., Tangpricha, V., Brockman, J., Ward, K., & Goodman, M. (2017). Cancer in transgender people: Evidence and methodological considerations. *Epidemiologic Reviews*, 39(1), 93–107. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxw003>.
- Braun, H., Zhang, Q., Getahun, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Goodman, M., & Yeung, H. (2021). Moderate-to-severe acne and mental health symptoms in transmasculine persons who have received testosterone. *JAMA Dermatology*, 157(3), 344–346. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.5353>.
- Brennan, A. M., Barnsteiner, J., Siantz, M. L., Cotter, V. T., & Everett, J. (2012). Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. *Journal of Professional Nursing*, 28(2), 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.004>.
- Brett, M. A., Roberts, L. F., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Expectations, consequences, and adjustments to castration (Part II). *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 946–955. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00522.x>.
- Brik, T., Vrouenraets, L., 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/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 Keo-Meier, C. and Ehrensaft, D., (Eds), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. 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/10.1177/1078345814541533>.
- 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/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), 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), 1148–1177. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1493253>.
- 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>.
- 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., Mascaro, A., Ciudad, P., Forte, A. J., Del Corral, G., & Manrique, O. J. (2021). Complications and patient-reported outcomes in trans-female 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/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>.
- Callander, D., Wiggins, J., Rosenberg, S., Cornelisse, V. J., Duck-Chong, E., Holt, M., Pony, M., Vlahakis, E., MacGibbon, J., & Cook, T. (2019). *The 2018 Australian trans and gender diverse sexual health survey: report of findings*. The Kirby Institute, University of New South Wales. [https://genderrights.org.au/wp-content/uploads/2020/03/ATGDSexualHealthSurveyReport\\_v7.pdf](https://genderrights.org.au/wp-content/uploads/2020/03/ATGDSexualHealthSurveyReport_v7.pdf)
- Callen Lorde. (2020a). *Safer binding*. [http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/Safer-Binding\\_2018\\_FINAL.pdf](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](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.jpog.2020.11.001>.
- Callens, N., Van Kuyk, M., van Kuppenveld, J. H., Drop, S. L. S., Cohen-Kettenis, P. T., & Dessens, A. B. (2016). Recalled and current gender role behavior, gender identity and sexual orientation in adults with disorders/differences of sex development. *Hormones and Behavior*, 86, 8–20. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2016.08.008>.
- 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.2016.03.370>.
- Carel, J. C., Eugster, E. A., Rogol, A., Ghizzoni, L., & Palmert, M. R. (2009). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*, 123(4), e752–e762. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1783>.
- CARES Foundation. (2020). *Statement on surgery*. <https://www.caresfoundation.org/treatment/surgery.pdf>
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591–603. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.05.005>.
- Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One*, 16(2), e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>.
- Carpenter, M. (2018). Intersex variations, human rights, and the International Classification of Diseases. *Health and Human Rights Journal*, 20(2), 205–214.
- Carpenter, M. (2021). Intersex human rights, sexual orientation, gender identity, sex characteristics and the Yogyakarta Principles plus 10. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 516–532. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1781262>.
- Carpenter, C. S., Eppink, S. T., & Gonzales, G. (2020). Transgender status, gender identity, and socioeconomic

- outcomes in the United States. *ILR Review*, 73(3), 573–599. <https://doi.org/10.1177/0019793920902776>.
- Carpenter, W. T., Gold, J. M., Lahti, A. C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., Kovnik, J., & Applebaum, P. S. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives of General Psychiatry*, 57(6), 533–538. [10-1001/pubs.ArchGenPsychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156](https://doi.org/10.1001/pubs.ArchGenPsychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156).
- Carroll, L. (2017). Therapeutic issues with transgender elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 127–140. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.psc.2016.10.004>.
- Carroll, L., Graff, C., Wicks, M., & Diaz Thomas, A. (2020). Living with an invisible illness: A qualitative study exploring the lived experiences of female children with congenital adrenal hyperplasia. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 29(3), 673–681. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02350-2>.
- Carswell, J. M., & Roberts, A. L. (2017). Induction and maintenance of amenorrhea in transmasculine and non-binary 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/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.
- 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 ed.). Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>.
- Centers for Disease Control. (2020). *Transforming health: Patient-centered HIV prevention and care*. <https://www.cdc.gov/hiv/cclinicians/transforming-health/health-care-providers/sexual-history.html>.
- Centers for Disease Control. (2021). Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States—2021 update clinical practice guideline. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2021.pdf>
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2010). *Toolkit Part 11: Guidelines for translation*. <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/ToolkitPart11>
- Chadwick, S. B., Francisco, M., van Anders, S. M. (2019). When orgasms do not equal pleasure: Accounts of “bad” orgasm experiences during consensual sexual encounters. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 2435–2459. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01527-7>.
- Chan, K. J., Liang J. J., Jolly, D., Weinand, J. D., & Safer J. D. (2018). Exogenous testosterone does not induce or exacerbate the metabolic features associated with PCOS among transgender men. *Endocrine Practice* 24(6), 565–572. <https://doi.org/10.4158/EP-2017-0247>.
- Chang, J., Brown, S. K., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Effect of Wendler glottoplasty on acoustic measures of voice. *Laryngoscope*. 131(3), 583–586. <https://doi.org/10.1002/lary.28764>.
- Chantrapanichkul, P., Stevenson, M. O., Suppakitjanusant, P., Goodman, M., & Tangpricha, V. (2021). Serum hormone concentrations in transgender individuals receiving gender-affirming hormone therapy: A longitudinal retrospective cohort Study. *Endocrine Practice*, 27(1), 27–33. <https://doi.org/10.4158/EP-2020-0414>.
- Charter, R. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 64–77. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1399496>.
- Chase, C. (2003). What is the agenda of the intersex patient advocacy movement? *The Endocrinologist*, 13(3), 240–242. <https://doi.org/10.1097/01.ten.0000081687.21823.d4>.
- Chen, D., Abrams, M., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., & Hidalgo, M. A. (2021). Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical treatment: Baseline findings from the trans youth care study. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1104–1111. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.033>.

- Chen, D., Hidalgo, M. A., Leibowitz, S., Leininger, J., Simons, L., Finlayson, C., & Garofalo, R. (2016). Multidisciplinary care for gender-diverse youth: A narrative review and unique model of gender-affirming care. *Transgender Health, 1*(1), 117–123. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0009>.
- Chen, D., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Finlayson, C. A., & Woodruff, T. K. (2019). Factors affecting fertility decision-making among transgender adolescents and young adults. *LGBT Health, 6*(3), 107–115. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0250>.
- Chen, D., Matson, M., Macapagal, K., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Fisher, C. B., & Mustanski, B. (2018). Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health, 63*(1), 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.306>.
- Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A., & Finlayson, C. (2017). Fertility preservation for transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health, 61*(1), 120–123. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.022>.
- Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen, K., Waber, D. P., Steinberg, L., Sisk, C. L., Ross, J., Paus, T., Mueller, S. C., McCarthy, M. M., Micevych, P. E., Martin, C. L., Kreukels, B. P. C., Kenworthy, L., Herting, M. M., Herlitz, A., Haraldsen, I. R. J. H., & Dahl, R. (2020). Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in transgender youth. *Transgender Health, 5*(4), 246–257. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0006>.
- Chen, M., Fuqua, J., & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *Journal of Adolescent Health, 58*(3), 369–371. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.010>.
- Chen, S., & Loshak, H. (2020). *Primary care initiated gender-affirming therapy for gender dysphoria: A review of evidence based guidelines*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563451/>.
- Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A., & Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. *Translational Andrology and Urology, 8*(3), 209–218. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.09>.
- Cheung, A. S., Wynne, K., Erasmus, J., Murray, S., & Zajac, J. D. (2019). Position statement on the hormonal management of adult transgender and gender diverse individuals. *Medical Journal of Australia, 211*(3):127–33. <https://doi.org/10.5694/mja2.50259>.
- Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., & Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: A systematic review. *Pediatrics, 141*(4), e20173742. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742>.
- Chew, D., Tollit, M. A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A. S., & Pang, K. C. (2020). Youths with a non-binary gender identity: A review of their sociodemographic and clinical profile. *Lancet Child Adolescent Health, 4*, 322–330. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30403-1).
- Chiland, C., Clouet, A. M., Golse, B., Guinot, M., & Wolf, J. P. (2013). A new type of family: Transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow-up exploratory study of their children. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 61*(6), 365–370. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.07.001>.
- Chiniara, L. N., Viner, C., Palmert, M., & Bonifacio, H. (2019). Perspectives on fertility preservation and parenthood among transgender youth and their parents. *Archives of Disease in Childhood, 104*(8), 739–744. <https://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>.
- Cirrincone, 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), 168–179. <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/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 $\alpha$ -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 $\alpha$ -reductase-2 deficiency and 17 $\beta$ -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., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & 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., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>.
- Colizzi, M., Costa, R., & 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>.
- 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/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/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/10.1161/HYP.ERTENSI.ONAHA.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, G. A. R., Soares, J. M., & Maranhão, T. M. D. O. (2018). Recommendations for the use of testosterone in male transgender. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria, 40*, 275–280. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657788>.
- Costa, R., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2016). To treat or not to treat: Puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. *Nature Reviews Urology, 13*(8), 456–462. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2016.128>.
- Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(11), 2206–2214. <https://doi.org/10.1111/jsm.13034>.
- Cosyns, M., Van Borsel, J., Wierckx, K., Dedeker, D., Van de Peer, F., Daelman, T., Laenen, S., & T'Sjoen, G. (2014). Voice in female-to-male transsexual persons after long-term androgen therapy. *The Laryngoscope, 124*(6), 1409–1414. <https://doi.org/10.1002/lary.24480>.
- Craig, S. L., Austin, A., 2016. The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Children and Youth Services Review 64*, 136–144. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.022>.
- Craig, S. L., Austin, A., Rashidi, M., & Adams, M. (2017). Fighting for survival: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students in religious colleges and universities. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 29*(1), 1–24. <https://doi.org/10.1080/10538720.2016.1260512>.
- Crerand, C. E., Kapa, H. M., Litteral, J. L., Nahata, L., Combs, B., Indyk, J. A., Jayanthi, V. R., Chan, Y. M., Tishelman, A. C., & Hansen-Moore, J. (2019). Parent perceptions of psychosocial care for children with differences of sex development. *Journal of Pediatric Urology, 15*(5), 522.e1–522.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2019.06.024>.
- Crissman, H. P., Berger, M. B., Graham, L. F., & Dalton, V. K. (2017). Transgender demographics: A household probability sample of US adults, 2014. *American Journal of Public Health, 107*(2), 213–215. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571>.
- Crissman, H. P., Warner, L., Gardner, M., Carr, M., Schast, A., Quittner, A. L., Kogan, B., & Sandberg, D. E. (2011). Children with disorders of sex development: A qualitative study of early parental experience. *International Journal of Pediatric Endocrinology, 2011*(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-10>.
- Crocetti, D., Monro, S., Vecchiotti, V., & Yeardon-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. In M. Legato (Ed.), *The Plasticity of Sex* (pp. 207-224). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815968-2.00010-4>.
- Damrose, E. J. (2008). Quantifying the impact of androgen therapy on the female larynx. *Auris, Nasus, Larynx, 36*(1), 110-112. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2008.03.002>.
- Danon, L. M., & Krämer, A. (2017). Between concealing and revealing intersexed bodies: Parental strategies. *Qualitative Health Research, 27*(10), 1562-1574. <https://doi.org/10.1177/1049732317697100>.
- Darwin, H. (2020). Challenging the cisgender/transgender binary: Nonbinary people and the transgender label. *Gender & Society, 34*(3), 357-380. <https://doi.org/10.1177/0891243220912256>.
- Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C., & Bouman, W. P. (2016). Self-injury among trans individuals and matched controls: Prevalence and associated factors. *Health & Social Care in the Community, 24*(4), 485-494. <https://doi.org/10.1111/hsc.12239>.
- Davey, A., Bouman, W. P., Arcelus, J., Meyer, C. (2014). Social support and psychological wellbeing: A comparison of patients with gender dysphoria and matched controls. *Journal of Sexual Medicine, 11*(12), 2976-2985. <https://doi.org/10.1111/jsm.12681>.
- Davey, A., Bouman, W. P., Meyer, C., & Arcelus, J. (2015). Interpersonal functioning among individuals with gender dysphoria. *Journal of Clinical Psychology, 71*(12), 1173-1185. <https://doi.org/10.1002/jclp.22209>.
- Davies, S., Papp, V. G., & Antoni, C. (2015). Voice and communication change for gender nonconforming individuals: Giving voice to the person inside. *International Journal of Transgenderism, 16*(3), 117-159. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075931>.
- Davis, S. A., & Colton Meier, S. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health, 26*(2), 113-128. <https://doi.org/10.1080/19317611.2013.833152>.
- Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth's school experiences and perceptions of school climate. *Journal of Youth and Adolescence, 47*(8), 1731-1742. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0866-x>.
- de Blok, C. J. M., Dijkman, B. A. M., Wiepjes, C. M., Staphorsius, A. S., Timmermans, F. W., Smit, J. M., Dreijerink, K. M. A., & den Heijer, M. (2021). Sustained breast development and breast anthropometric changes in 3 years of gender-affirming hormone treatment. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 106*(2), e782-e790. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa841>.
- de Blok, C. J. M., Staphorsius, A. S., Wiepjes, C. M., Smit, J. M., Nanayakkara, P. W. B., & den Heijer, M. (2020). Frequency, determinants, and satisfaction of breast augmentation in trans women receiving hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine, 17*(2), 342-348. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.021>.
- De Cuypere, G., & Vercruyse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism, 11*(3), 194-205. <https://doi.org/10.1080/15532730903383781>.
- de Freitas, L. D., Leda-Rego, G., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, A. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry Clinical Neuroscience, 74*(2), 99-104. <https://doi.org/10.1111/pcn.12947>.
- de Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the Gender Identity Development Service in London (2000-2017). *The Journal of Sexual Medicine, 15*(10), 1381-1383. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.002>.
- de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009-2016). *Archives of Sexual Behavior, 47*(5), 1301-1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>.
- de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., Wasserman, L., Wood, H., & Zucker, K. J. (2020). Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9*
- De Los Reyes, A., Ohannessian, C. M., & Racz, S. J. (2019). Discrepancies between adolescent and parent reports about family relationships. *Child Development Perspectives, 13*(1), 53-58. <https://doi.org/10.1111/cdep.12306>.
- de Nie, I., Meißner, A., Kostelijk, E. H., Soufan, A. T., Voorn-de Warem, I. A. C., den Heijer, M., Huirne, J., & van Mello, N. M. (2020). Impaired semen quality in trans women: Prevalence and determinants. *Human Reproduction, 35*(7), 1529-1536. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa133>.

- de Oliveira, L., Carvalho, J., Sarikaya, S., Urkmez, A., Salonia, A., Russo, G. I., & EAU-YAU Men's Health Working group. (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.
- de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301–320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>.
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Disorders of sex development and gender identity outcome in adolescence and adulthood: Understanding gender identity development and its clinical implications. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 4(4), 343–351.
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1195–1202. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>.
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696–704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>.
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>.
- de Vries, A. L. C., Richards, C., Tishelman, A. C., Motmans, J., Hannema, S. E., Green, J., & Rosenthal, S. M. (2021). Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 1–8. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1904330>.
- de Vries, A. L. C., Roehle, R., Marshall, L., Frisén, L., van de 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>.
- 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>.
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(Suppl. 1), S131–S137. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>.
- Delimata, N., Simmonds, M., O'Brien, M., Davis, G., Auchus, R., & Lin-Su, K. (2018). Evaluating the term 'disorders of sex development': A multidisciplinary debate. *Social Medicine*, 12(1):98–107.
- Delozier, A. M., Kamody, R. C., Rodgers, S., & Chen, D. (2020). Health disparities in transgender and gender expansive adolescents: A topical review from a minority stress framework. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(8), 842–847. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa040>.
- Demeestere, I., Simon, P., Dedeken, L., Moffa, F., Tsépididis, S., Brachet, C., Delbaery, A., Devreker, A. F., & Ferster, A. (2015). Live birth after autograft of ovarian tissue cryopreserved during childhood. *Human Reproduction*, 30(9), 2107–2109. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev128>.
- Denby, K. J., Cho, L., Toljan, K., Patil, M., & Ferrando, C. A. (2021). Assessment of cardiovascular risk in transgender patients presenting for gender-affirming care. *The American Journal of Medicine*, 134(8), 1002–1008. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.02.031>.
- Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019) *Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV*. Transgender People and HI V. <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.). 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/AOG.0000000000000692>.
- 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>
- 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/10.1016/j.amepre.2018.04.045>.
- Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare beneficiaries and chronic conditions: Exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health*, 4(6), 404–411. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208>.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 297–304. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6).
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568–577. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.741575>.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>.
- DSD-TRN—Differences or Disorders of Sex Development Translational Research Network. (n.d.). <http://dsdtrn.org/>.
- Du Bois, S. N., Yoder, W., Guy, A. A., Manser, K., & Ramos, S. (2018). Examining associations between state-level transgender policies and transgender health. *Transgender Health*, 3(1), 220–224. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0031>.
- Dubin, S. N., Nolan, I. T., Streed, C. G. Jr., Greene, R. E., Radix, A. E., & Morrison, S. D. (2018). Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness. *Advances in Medical Education and Practice*, 9, 377–91. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S147183>.
- Dubin, S., Lane, M., Morrison, S., Radix, A., Belkind, U., Vercler, C., & Inwards-Breland, D. (2020). Medically assisted gender affirmation: When children and parents disagree. *Journal of Medical Ethics*, 46(5), 295–299. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105567>.
- Duby, Z., Hartmann, M., Mahaka, I., Munaiwa, O., Nabukeera, J., Vilakazi, N., Mthembu, F., Colvin, C. J., Mensch, B., & van der Straten, A. (2015). Lost in Translation: Language, terminology, and understanding of penile–anal intercourse in an HIV prevention trial in South Africa, Uganda, and Zimbabwe. *The Journal of Sex Research*, 53(9), 1096–1106. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1069784>.
- Duranteau, L., Rapp, M., van de 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.jpog.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., 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>.
- 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 stigmatization 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>.
- 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 gen-

- der 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/10.1080/0918369.2012.653302>.
- 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 pre-operative 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., & 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](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.jpjg.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 per-

- sons: A multidisciplinary approach. *Current Opinions Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 585–591. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436182.42966.31>.
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). Access to fertility services by transgender persons: An Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility*, 104(5), 1111–1115. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.08.021>.
- Ettner, R. (2013). Care of the elderly transgender patient. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20 (6), 580–584. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436183.34931.a5>.
- Ettner, R., & Wylie, K. (2013). Psychological and social adjustment in older transsexual people. *Maturitas*, 74(3), 226–229. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.011>.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Coleman, E. (2016). *Theories of the etiology of transgender identity*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of Transgender Medicine and Surgery* (pp. 17–29). Routledge.
- European Medicines Agency. (2020). *Restrictions in use of cyproterone due to meningioma risk*. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/cyproterone-artic-e-31-referral-restrictions-use-cyproterone-due-meningioma-risk\\_en-0.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/cyproterone-artic-e-31-referral-restrictions-use-cyproterone-due-meningioma-risk_en-0.pdf)
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *EU-LGBTI II: A long way to go for LGBTI equality*. Publications Office of the European Union.
- Evans, S., Crawley, J., Kane, D., & Edmunds, K. (2021). The process of transitioning for the transgender individual and the nursing imperative: A narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4646–4660. <https://doi.org/10.1111/jan.14943>.
- Ewald, E. R., Guerino, P., Dragon, C., Laffan, A. M., Goldstein, Z., & Streed, C. (2019). Identifying Medicare beneficiaries accessing transgender-related care in the era of ICD-10. *LGBT Health*, 6(4), 166–173. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0175>.
- Expósito-Campos, P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(3), 270–280. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126>.
- Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PloS One*, 12(8), e0183014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014>.
- Fabbre, V. D., & Gaveras, E. (2020). The manifestation of multilevel stigma in the lived experiences of transgender and gender nonconforming older adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(3), 350. <https://doi.org/10.1037/ort0000440>.
- Fakin, R. M., Zimmermann, S., Kaye, K., Lunger, L., Weinforth, G., & Giovanoli, P. (2019). Long-term outcomes in breast augmentation in trans-women: A 20-year experience. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(4), 381–390. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy143>.
- Falcone, M., Garaffa, G., Gillo, A., Dente, D., Christopher, A. N., & Ralph, D. J. (2018). Outcomes of inflatable penile prosthesis insertion in 247 patients completing female to male gender reassignment surgery. *BJU International*, 121(1), 139–144. <https://doi.org/10.1111/bju.14027>.
- Fast, A. A., & Olson, K. R. (2017). Gender development in transgender preschool children. *Child Development*, 89(2), 620–637. <https://doi.org/10.1111/cdev.12758>.
- Fayne, R. A., Perper, M., Eber, A. E., Aldahan, A. S., & Nouri, K. (2018). Laser and light treatments for hair reduction in Fitzpatrick skin types IV–VI: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Clinical Dermatology*, 19(2), 237–252. <https://doi.org/10.1007/s40257-017-0316-7>.
- Fedele, D. A., Kirk, K., Wolfe-Christensen, C., Phillips, T. M., Mazur, T., Mullins, L. L., Chernausk, S. D., & Wisniewski, A. B. (2010). Primary caregivers of children affected by disorders of sex development: Mental health and caregiver characteristics in the context of genital ambiguity and genitoplasty. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2010/690674>.
- Federal Bureau of Prisons. (2016). *Transgender clinical care*. [https://www.bop.gov/resources/pdfs/trans\\_guide\\_dec\\_2016.pdf](https://www.bop.gov/resources/pdfs/trans_guide_dec_2016.pdf)
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors; Making history from Joan of Arc to Marsha P. Johnson and Beyond*. Beacon Press.
- Feldman, J., Brown, G. R., Deutsch, M. B., Hembree, W., Meyer, W., Meyer-Bahlburg, H. F., Tangpricha, V., T'Sjoen, G., & Safer, J. D. (2016). Priorities for transgender medical and healthcare research. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, 23(2), 180–187. <https://doi.org/10.1097/MED.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/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 psychological 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/10.1007/s10865-019-00120-6>.
- 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.
- 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>.
- 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>.
- 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/10.7326/M17-2785>.
- Gezer, E., Piro, B., Cantürk, Z., Çetinarslan, B., Sözen, M., Selek, A., Işık, A. P., & Seal, L. J. (2021). The comparison of gender dysphoria, body image satisfaction and quality of life between treatment-naïve transgender males with and without polycystic ovary syndrome. *Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0061>
- Gibson, D. J., Glazier, J. J., Olson, K. R. (2021). Evaluation of anxiety and depression in a community sample of transgender youth. *JAMA Network Open* 4, e214739. <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/10.1111/soc4.12432>.
- Gils, L., & Brewaeyns, 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., & 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](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. [10.1097/JTE.000000000000140](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>.
- 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., Đỗ, L., Ratliff, G. A., Crego, P. I., & Hastings, J. (2020). Contraceptive beliefs, needs, and care experiences among transgender and nonbinary young adults. *The Journal of Adolescent Health, 67*(4), 597–602. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.003>.
- Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godás, T., Cruz Almaraz, M., & Salamero, M. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology, 37*(5), 662–670. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.08.010>.
- Gong, E. M., & Cheng, E. Y. (2017). Current challenges with proximal hypospadias: We have a long way to go. *Journal of Pediatric Urology, 13*(5), 457–467. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2017.03.024>.
- Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: A narrative review. *Endocrinology and Metabolism Clinics, 48*(2), 303–321. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001>.
- Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine, 10*(12), 3129–3134. <https://doi.org/10.1111/jsm.12319>.
- Gooren, L. J., Wierckx, K., & Giltay, E. J. (2014). Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: Reversal of the traditional sex difference in cardiovascular disease pattern. *European Journal of Endocrinology, 170*(6), 809–819. <https://doi.org/10.1530/EJE-14-0011>.
- Gordon, A. R., Fish, J. N., Kiekens, W. J., Lightfoot, M., Frost, D. M., & Russell, S. T. (2021). Cigarette smoking and minority stress across age cohorts in a national sample of sexual minorities: Results from the Generations Study. *Annals of Behavioral Medicine, 55*(6), 530–542. <https://doi.org/10.1093/abm/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.000000000000046>.
- 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>.
- 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](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](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>.
- 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/10.1080/1053252.1990.10559859>.
- 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>.
- Griffiths, D. A. (2018). Shifting syndromes: Sex chromosome variations and intersex classifications. *Social Studies of Science*, 48(1), 125–148. <https://doi.org/10.1177/0306312718757081>.
- Grimstad, F. W., Fowler, K. G., New, E. P., Ferrando, C. A., Pollard, R. R., Chapman, G., Gray, M., & Lobo, V. G. (2020). Ovarian histopathology in transmasculine persons on testosterone: A multicenter case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(9), 1807–1818. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.029>.
- Grimstad, F., Fowler, K., New, E., Unger, C., Pollard, R., Chapman, G., Hochberg, L., Gomez-Lobo, V., Gray, M. (2018). Evaluation of uterine pathology in transgender men and gender nonbinary persons on testosterone. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(2), 217. <https://doi.org/10.1016/j.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](https://doi.org/10.1300/J082v51n01_06).
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527–537. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527>.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2005). Parent' reactions to transgender youth' gender

- nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. [https://doi.org/10.1300/j041v18n01\\_02](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., & de Beer, H. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383–394. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., & Brown, G. K. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>.
- Hadj-Moussa, M., Agarwal, S., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M. (2018). Masculinizing genital gender confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 7(1), 141–155. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.06.004>.
- Hadj-Moussa, M., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M., Jr. (2018). Feminizing genital gender-confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 6(3), 457–468.e452. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.11.005>.
- Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B., & Almack, K. (2018). Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the Care Home Challenge action research project. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), e312–e320. <https://doi.org/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 and 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>.
- 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](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](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](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., & Siegfried, 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 “wan-

- nabes." *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 C. Hardacker, K. Ducheny, & M. Houlberg (Eds.), *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>.
- 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/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 & Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>.
- 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>.
- Herdt, 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., 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 health-care utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(8), 1444–1454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.014>.
- Hoebeker, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De 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/NEJMcp1104429>.
- Horbach, S. E., Bouman, M. B., Smit, J. M., Ozer, M., Buncamper, M. E., & Mullender, M. G. (2015). Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: A systematic review of surgical techniques. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1499–1512. <https://doi.org/10.1111/jsm.12868>.
- Horner, B., McManus, A., Comfort, J., Freijah, R., Lovelock, G., Hunter, M., & Tavener, M. (2012). How prepared is the retirement and residential aged care sector in Western Australia for older non-heterosexual people?. *Quality in Primary Care*, 20(4), 263–274.
- Hostiuc, S., Rusu, M. C., Negoi, 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.
- Houk, C. P., & Lee, P. A. (2010). Approach to assigning gender in 46,XX Congenital Adrenal Hyperplasia with male external genitalia: Replacing dogmatism with pragmatism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(10), 4501–4508. <https://doi.org/10.1210/jc.2010-0714>.
- Houlberg, M. (2019). Endocrinology, hormone replacement therapy (HRT), and aging. In *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 21–35). Springer.
- House of Commons Women and Equalities Committee. (2015, December 8). *Transgender equality: First report of session 2015–2016*. <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>.
- Hughes, I. A. (2005). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554–563. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.098319>.
- Hughes, I. A., Nihoul-Fékété, C., Thomas, B., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21, 351–365. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2007.06.003>.
- Hughto, J. M. W., Gunn, H. A., Rood, B. A., & Pantalone, D. W. (2020). Social and medical gender affirmation experiences are inversely associated with mental health problems in a U.S. non-probability sample of transgender adults. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01655-5>.
- Hullmann, S. E., Fedele, D. A., Wolfe-Christensen, C., Mullins, L. L., & Wisniewski, A. B. (2011). Differences in adjustment by child developmental stage among caregivers of children with disorders of sex development. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1). <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-16>.

- Human Rights Campaign, (2018a). *Gender expansive youth report*. Human Rights Campaign, US.
- Human Rights Campaign. (2018b). *LGBTQ youth report*. [https://www.hrc.org/resources/2018\\_lgbtq-youth-report](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](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](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>.
- Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture Health & Sexuality*, 13(3), 355–370. <https://doi.org/10.1080/13691058.2010.537770>.
- Idrus, N. I., & Hymans, T. D. (2014). Balancing benefits and harm: Chemical use and bodily transformation among Indonesia's transgender waria. *International Journal of Drug Policy*, 25(4), 789–797.
- ILGA World. (2020a). *Trans legal mapping report 2019: recognition before the law*. [https://ilga.org/downloads/ILGA\\_World\\_Trans\\_Legal\\_Mapping\\_Report\\_2019\\_EN.pdf](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](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/bmjsexrh-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](http://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](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 and 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 $\alpha$ -reductase inhibitors in transgender individuals? *Andrology*, 9(6), 1729–1731. <https://doi.org/10.1111/andr.12881>.
- Isaacson, D., Aghili, R., Wongwittava, N., & Garcia, M. (2017). How big is too big? The girth of bestselling insertive sex toys to guide maximal neophallus dimensions. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(11), 1455–1461. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.012>.
- Islam, N., Nash, R., Zhang, Q., Panagiotakopoulos, L., Daley, T., Bhasin, S., Getahun, D., Sonya Haw, J., McCracken, C., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Is there a link between hormone use and diabetes incidence in transgender people? Data from the STRONG cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(4), e1549–e1557. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab832>.
- Isshiki, N., Taira, T., & Tanabe, M. (1983). Surgical alteration of the vocal pitch. *The Journal of Otolaryngology*, 12(5), 335–340. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6644864/>
- Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Rothman, M. S., Van Schuylenbergh, J., Van de Bruaene, L., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2019). Health considerations for transgender women and remaining unknowns: A narrative review. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 10, 204201881987116. <https://doi.org/10.1177/2042018819871166>.
- Iwamoto, S. J., Grimstad, F., Irwig, M. S., & Rothman, M. S. (2021). Routine screening for transgender and gender diverse adults taking gender-affirming hormone therapy: A narrative review. *Journal of General Internal Medicine*, 36(5), 1380–1389. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06634-7>.
- Iwamoto, S. J., T'Sjoen, G., Safer, J. D., Davidge-Pitts, C. J., Wierman, M. E., Glodowski, M. B., & Rothman, M. S. (2019). Letter to the editor: "Progesterone is important for transgender women's therapy—Applying evidence for the benefits of progesterone in ciswomen". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 104(8), 3127–3128. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-00249>.
- Jablonski, R. A., Vance, D. E., & Beattie, E. (2013). The invisible elderly: Lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 46–52. <https://doi.org/10.3928/00989134-20130916-0>.
- Jackowich, R. A., Vale, R., Vale, K., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2014). Voluntary genital ablations:



- Contrasting the cutters and their clients. *Sexual Medicine*, 2(3), 121–132. <https://doi.org/10.1002/sm2.33>.
- Jackson Levin, N., Kattari, S. K., Piellusch, E. K., & Watson, E. (2020). “We just take care of each other”: Navigating ‘chosen family’ in the context of health, illness, and the mutual provision of care amongst queer and transgender young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7346. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197346>.
- Jacobson, G. J., Niemira, J. C., & Violeta, K. J. (Eds.). (2019). *Sex, sexuality, and trans identities: Clinical guidance for psychotherapists and counselors*. Jessica Kingsley Publishers.
- Jadoul, P., Guilmain, A., Squifflet, J., Luyckx, M., Votino, R., Wyns, C., & Dolmans, M. M. (2017). Efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: Lessons learned from 545 cases. *Human Reproduction*, 32(5), 1046–1054. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex040>.
- Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nuñez, D. (2018). Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. *BioMed Research International*, 2018, 8639263. <https://doi.org/10.1155/2018/8639263>.
- Jahromi, A. H., Horen, S. R., Dorafshar, A. H., Seu, M. L., Radix, A., Anderson, E., Green, J., Fraser, L., Johannesson, L., Testa, G., Schechter, L. S. M., & Schechter, L. (2021). Uterine transplantation and donation in transgender individuals; Proof of concept. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 349–359. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915635>.
- Jakomin, J. R., Ziegler, A., Rio, C., & Suddarth, R. (2020). Opportunities to learn transgender voice and communication therapy in graduate speech-language pathology education: Preliminary e-survey findings. *Perspectives*, 5 (4), 876–883. [https://doi.org/10.1044/2020\\_PERSP-20-00047](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>.
- 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/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/10.1177/0891243215611856>.
- Jenness, V., & Fenstermaker, S. (2016). Forty years after Brownmiller: Prisons for men, transgender inmates, and the rape of the feminine. *Gender & Society*, 30(1), 14–29. <https://doi.org/10.1177/0891243215611856>.
- Jessen, R. S., Waehre, 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/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., Bocking, 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.org/10.1038/nrurol.2014.84>.
- 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](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.
- Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Gender congruence and body satisfaction in non-binary 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., 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., Geogalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid

- approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611–618. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33>.
- Kang, A., Aizen, J. M., Cohen, A. J., Bales, G. T., & Pariser, J. J. (2019). Techniques and considerations of prosthetic surgery after phalloplasty in the transgender male. *Translational Andrological Urology*, 8(3), 273–282. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.02>.
- Kanhai, R. C. (2016). Sensate vagina pedicled-spot for male-to-female transsexuals: The experience in the first 50 patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 40(2), 284–287. <https://doi.org/10.1007/s00266-016-0620-2>.
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Asscheman, H., & Mulder, J. W. (1999). Augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104(2), 542–549; discussion 550–541. <https://doi.org/10.1097/00006534-199908000-00039>.
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476–483. <https://doi.org/10.1097/0000637-199911000-00003>.
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., & Mulder, J. W. (2000). Long-term outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals: A questionnaire survey of 107 patients. *British Journal of Plastic Surgery*, 53(3), 209–211. <https://doi.org/10.1054/bjps.1999.3298>.
- Kanis, J. A. (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: Synopsis of a WHO report. *Osteoporosis International*, 4(6), 368–381. <https://doi.org/10.1007/BF01622200>.
- Kanj, R. V., Conard, L. A. E., Corathers, S. D., & Trotman, G. E. (2019). Hormonal contraceptive choices in a clinic-based series of transgender adolescents and young adults. *The International Journal of Transgenderism*, 20(4), 413–420. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1631929>.
- Karasic, D. H. (2016). Protecting transgender rights promotes transgender health. *LGBT Health*, 3(4), 245–247. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0072>.
- Kaoutzanis, C., Winocour, J., Gupta, V., Yeslev, M., Ganesh Kumar, N., Wormer, B., Grotting, J. C., & Higdon, K. K. (2019). The effect of smoking in the cosmetic surgery population: Analysis of 129,007 patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(1), 109–119. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy088>
- Karasic, D. H. (2019). Mental health care for the adult transgender patient. In C. A. Ferrando (Ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (pp. 8–11). Elsevier.
- 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 Sociology of the National Academy of Sciences of Ukraine.-Kyiv, 2020.* [https://www.researchgate.net/publication/348325593\\_POPULATION\\_SIZE\\_ESTIMATION\\_FOR\\_TRANSGENDER\\_PEOPLE\\_IN\\_UKRAINE](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., 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/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](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: 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. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S205102>.
- 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>.
- 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* (2nd ed.). 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/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/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., Wunsch, L., & Richter-Appelt, H. (2019). Variations of sex development: The first German interdisciplinary consensus paper. *Journal of Pediatric Urology*, 15(2), 114–123. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.10.008>.
- Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., & Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 134–143. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043>.
- Kreukels, B. P. C., Köhler, B., Nordenström, A., Roehle, R., Thyen, U., Bouvattier, C., de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., Köhler, B., Cohen-Kettenis, P., de Vries, A., Arlt, W., Wiesemann, C., Slowikowska-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>.
- 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 & Metabolism, 106*(10), e3936–e3945. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab427>.
- Kuvalanka, K. A., Bellis, C., Goldberg, A. E., & McGuire, J. K. (2019). An exploratory study of custody challenges experienced by affirming mothers of transgender and gender-nonconforming children. *Family Court Review, 57*(1), 54–71. <https://doi.org/10.1111/fcre.12387>.
- Kuvalanka, K. A., Mahan, D. J., McGuire, J. K., & Hoffman, T. K. (2017). Perspectives of mothers of transgender and gender-nonconforming children with autism spectrum disorder. *Journal of Homosexuality, 65*(9), 1167–1189. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1406221>.
- Kuyper, L., & Wijsen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior, 43*(2), 377–385. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>.
- Kvist, O., Luiza Dallora, A., Nilsson, O., Anderberg, P., Sanmartin Berglund, J., Flodmark, C. E., & Diaz, S. (2021). A cross-sectional magnetic resonance imaging study of factors influencing growth plate closure in adolescents and young adults. *Acta Paediatrica, 110*(4), 1249–1256. <https://doi.org/10.1111/apa.15617>.
- Kyinn, M., Banks, K., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E., Goldstein, D., & Irwig, M. S. (2021). Weight gain and obesity rates in transgender and gender-diverse adults before and during hormone therapy. *International Journal of Obesity, 45*(12), 2562–2569. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00935-x>.
- Laan, E. T. M., Klein, V., Werner, M. A., van Lunsen, R. H. W., & Janssen, E. (2021). In pursuit of pleasure: A biopsychosocial perspective on sexual pleasure and gender. *International Journal of Sexual Health, 33*(4), 516–536. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1965689>.
- Ladanyi, C., Mor, A., Christianson, M. S., Dhillon, N., & Segars, J. H. (2017). Recent advances in the field of ovarian tissue cryopreservation and opportunities for research. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 34*(6), 709–722. <https://doi.org/10.1007/s10815-017-0899-1>.
- Lampalzer, U., Briken, P., & Schweizer, K. (2021). Psychosocial care and support in the field of intersex/diverse sex development (dsd): Counseling experiences, localization and needed improvements. *International Journal of Impotence Research, 33*(2), 228–242.
- Landén, M., Wålinder, 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/10.1177/1010539520912594>.
- 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), <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>
- 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/ijt0405.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, 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>.
- 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](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>.
- Maifouda, S., Moore, J. K., Sifarikas, 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. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30305-X](https://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., & Meriggiola, M. C. (2017). Presentation of a meningioma in a transwoman after nine years of cyproterone acetate and estradiol intake: Case report and literature review. *Gynecological Endocrinology*, 34(6), 456–459. <https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1395839>.
- Manero Vazquez, I., Garcia-Senosaiain, O., Labanca, T., & Gómez-Gil, E. (2018). Aesthetic refinement in the creation of the clitoris, its preputial hood, and labia minora in male-to-female transsexual patients. *Annals of Plastic Surgery*, 81(4), 393–397. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001532>.
- Mann, R. (2006). The treatment of transgender prisoners, not just an American problem—Comparative analysis of American, Australian, and Canadian prison policies concerning the treatment of transgender prisoners and a “universal” recommendation to improve treatment. *Law & Sexuality: A Review Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Legal Issues*, 15, 92–133.
- Manrique, O. J., Sabbagh, M. D., Ciudad, P., Martinez-Jorge, J., Kiranantawat, K., Sitpahul, N., Nippoldt, T. B., Charafeddine, A., & Chen, H. C. (2018). Gender-confirmation surgery using the pedicle transverse colon flap for vaginal reconstruction: A clinical outcome and sexual function evaluation study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(3), 767–771. <https://doi.org/10.1097/PRS.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 & Metabolism*, 102(11), 3914–3923. <https://doi.org/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/10.1016/j.cpcardiol.2018.09.003>.
- Martinez, F., & International Society for Fertility Preservation–ESHRE–ASRM Expert Working Group. (2017). Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation–ESHRE–ASRM 2015 expert meeting: Indications, results and future perspectives. *Fertility and Sterility*, 108(3), 407–415.e11. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.05.024>.
- Martins, R. S., Saleh, R., Kamal, H., Gillani, M., Merchant, A. A., Munir, M. M., Ifikar, H. K., Shah, Z., Hussain, M. H. Z., Azhar, M., Qadri, F., & Saleem, S. (2020). The need for transgender healthcare medical education in a developing country. *Advances in Medical Education and Practice*, 11, 405. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S255483>.
- Maruri, S. (2011). Hormone therapy for inmates: A metonym for transgender rights. *Cornell Journal of Law and Public Policy*, 20(3), 10.
- Massie, J. P., Morrison, S. D., Van Maasdam, J., & Satterwhite, T. (2018). Predictors of patient satisfaction and postoperative complications in penile inversion vaginoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(6), 911e–921e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004427>.
- 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 orchiectomy specimens of persons undergoing gender confirmation surgery. *Human Pathology*, 76, 91–99. <https://doi.org/10.1016/j.humpath.2018.03.007>.
- Matsuno, E. (2019). Nonbinary-affirming psychological interventions. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 617–628. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.09.003>.
- Matsuno, E., & Israel, T. (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). *The Counseling Psychologist*, 46(5), 632–655. <https://doi.org/10.1177/0011000018787261>.
- Mattawanon, N., Charoenkwan, K., & Tangpricha, V. (2021). Sexual dysfunction in transgender people: A systematic review. *Urology Clinics of North America*, 48(4), 437–460. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2021.06.004>.
- Mattawanon, N., Spencer, J. B., Schirmer, D. A., & Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people: A review. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 231–242. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9462-3>.
- Matthews, J. J., Olszewski, A., & Peterreit, 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](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  $\beta$ -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), 476–479. <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/jama-psychiatry.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.
- McGuire, J. K., Beek, T. F., Catalpa, J. M., & Steensma, T. D. (2018). The Genderqueer Identity (GQI) Scale: Measurement and validation of four distinct subscales with trans and LGBQ clinical and community samples in two countries. *International Journal of Transgenderism, 20*(2–3), 289–304. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1460735>.
- McGuire, J. K., Berg, D., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Fish, J. N., Nic Rider, G., Steensma, T., Cohen-Kettenis, P. T., & Spencer, K. (2020). Utrecht Gender Dysphoria Scale—Gender Spectrum (UGDS-GS): Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBQ samples. *International Journal of Transgender Health, 21*(2), 194–208. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1723460>.
- McInroy, L. B., Beaujolais, B., Craig, S. L., & Eaton, A. D. (2021). The self-identification, LGBTQ+ identity development, and attraction and behavior of asexual youth: Potential implications for sexual health and internet-based service provision. *Archives of Sexual Behavior, 50*(8), 3853–3863. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02064-y>.
- McLachlan, C. (2019). Que(e)ring trans and gender diversity. *South African Journal of Psychology, 49*(1), 10–13. Urology Clinics North America <https://doi.org/10.1177/0081246318780774>.
- McLaughlin, R. J., & Sharp, R. N. (2018). Working with parents/guardians and caregivers when conflicts arise. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 157–172). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000095-009>
- McNabb, C. (2017). *Nonbinary gender identities: History, culture, resources*. Rowman & Littlefield.
- McNamara, C. (2007). Re-inhabiting an uninhabitable body: Interventions in voice production with transsexual men. *Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre and Performance, 12*(2), 195–206. <https://doi.org/10.1080/13569780701321070>.
- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., & Regan, M. (2013). *Speaking from the margins: trans mental health and wellbeing in Ireland*. Transgender Equality Network Ireland (TENI). <https://www.atlanticphilanthropies.org/wp-content/uploads/2015/09/teni-speaking-from-the-margins-report.pdf>
- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J., & Regan, M. (2012). *UK trans mental health study 2012*. Scottish Transgender Alliance, Trans Resource and Empowerment Centre, TransBareAll, Traverse Research, Sheffield Hallam University. Scottish Trans Alliance [https://www.scottish-trans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans\\_mh\\_study.pdf](https://www.scottish-trans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans_mh_study.pdf)
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice, 22*(6), 727–733. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.12.010>.
- McTernan, M., Yokoo, K., & Tong, W. (2020). A comparison of gender-affirming chest surgery in nonbinary versus transmasculine patients. *Annals of Plastic Surgery, 84*(5S Suppl. 4), S323–S328. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002254>.
- Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., & Branje, S. (2011). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 41*(8), 1008–1021. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9730-y>.
- Mehring, J., & Dowshen, N. L. (2019). Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 49*(9), 100684. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100684>.
- Mehring, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A., & Dowshen, N. L. (2021). Experience of chest dysphoria and masculinizing chest surgery in trans-masculine youth. *Pediatrics, 147*(3), e2020013300. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-013300>.
- Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). *The Demographics of the Transgender Population*. In A. K. Baumle (Ed.), *International handbook on the demography of sexuality* (pp. 289–327). Springer.
- Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to-male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism, 14*(2), 75–85. <https://doi.org/10.1080/15532739.2013.791651>.
- Meijer, J. H., Eekhout, G. M., van Vlerken, R. H., & de Vries, A. L. (2017). Gender dysphoria and co-existing psychosis: Review and four case examples of successful gender affirmative treatment. *LGBT Health, 4*(2), 106–114. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0133>.
- Meister, J., Hagen, R., Shehata-Dieler, W., Kühn, H., Kraus, F., & Kleinsasser, N. (2016). Pitch elevation in male-to-

- female transgender persons—The Würzburg approach. *Journal of Voice*, 31(2), 244.e7–244.e15. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.07.018>.
- Mendoza, N., & Motos, M. A. (2013). Androgen insensitivity syndrome. *Gynecological Endocrinology*, 29(1), 1–5. <https://doi.org/10.3109/09513590.2012.705378>.
- Meriggiola, M. C., Armillotta, F., Costantino, A., Altieri, P., Saad, F., Kalthorn, T., & Pelusi, G. (2008). Effects of testosterone undecanoate administered alone or in combination with letrozole or dutasteride in female to male transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(10), 2442–2453. <https://doi.org/10.1111/j.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](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.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>.
- 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).
- Miller, L., Leeth, E. A., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Chen, D., Aufox, S. A., & Finlayson, C. (2018). Attitudes towards ‘disorders of sex development’ nomenclature among physicians, genetic counselors, and mental health clinicians. *Journal of Pediatric Urology*, 14(5), 418.e1–418.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.08.009>.
- Millet, N., Longworth, J., & Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 27–38. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258353>.
- Millington, K., Liu, E., & Chan, Y. M. (2019). The utility of potassium monitoring in gender-diverse adolescents taking spironolactone. *Journal of the Endocrine Society*, 3(5), 1031–1038. <https://doi.org/10.1210/js.2019-00030>.
- Millington, K., Schulmeister, C., Finlayson, C., Grabert, R., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., & Chan, Y. M. (2020). Physiological and metabolic characteristics of a cohort of transgender and gender-diverse youth in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 67(3), 376–383. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.028>.
- Mills, M., & Stoneham, G. (2017). *The voice book for trans and non-binary people*. Jessica Kingsley Publishers.
- Mills, M., Stoneham, G., & Davies, S. (2019). Toward a protocol for transmasculine voice: A service evaluation of the voice and communication therapy group program, including long-term follow-up for trans men at the London Gender Identity Clinic. *Transgender Health*, 4(1), 143–151. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0011>.
- Milrod, C., & Karasic, D. H. (2017). Age is just a number: WPATH-affiliated surgeons’ experiences and attitudes toward vaginoplasty in transgender females under 18 years of age in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(4), 624–634. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.02.007>.
- Ming, J. M., Chua, M. E., Lopes, R. I., Maloney, A. M., Gupta, A. A., & Lorenzo, A. J. (2018). Cryopreservation of testicular tissue in pre-pubertal and adolescent boys at risk for infertility: A low risk procedure. *Journal of Pediatric Urology*, 14(3), 274.e271–274.e275. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.02.016>.
- Ministry of Justice. (2016.) *Care and management of transgender offenders*. (n.d.). GOV.UK. Retrieved May 31, 2022, from <https://www.gov.uk/government/publications/care-and-management-of-transgender-offenders>
- Mizock, L., & Lewis, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. *Journal of*

- Emotional Abuse*, 8(3), 335–354. <https://doi.org/10.1080/10926790802262523>.
- Mollet, A. L. (2021). “It’s easier just to say I’m queer”: Asexual college students’ strategic identity management. *Journal of Diversity in Higher Education*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/dhe0000210>.
- Money, J., & Lamacz, M. (1987). Genital examination and exposure experienced as nosocomial sexual abuse in childhood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12), 713–721. <https://doi.org/10.1097/00005053-198712000-00002>.
- Monroe (aka Patterson) v. Baldwin, Illinois Department of Corrections et al, Case No. 1:19-cv-01060, 2019.
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Dhont, M., De Cuypere, G., Rubens, R., Moerman, M., Hamdi, M., Van Landuyt, K., & Blondeel, P. (2001). Surgical therapy in transsexual patients: A multi-disciplinary approach. *Acta Chirurgica Belgica*, 101(5), 200–209. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11758101>
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., Hamdi, M., Roche, N., Weyers, S., & De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510–518. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aeeb06>.
- Montejo, A. L., Montejo, L., & Navarro-Cremades, F. (2015). Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 418–423. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000198>.
- Moody, C., Fuks, N., Peláez, S., & Smith, N. G. (2015). “Without this, I would for sure already be dead”: A qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 266. <https://doi.org/10.1037/sgd0000130>.
- Mora, E., Cobeta, I., Becerra, A., & Lucio, M. J. (2018). Comparison of cricothyroid approximation and glottoplasty for surgical voice feminization in male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 128(9), 2101–2109. <https://doi.org/10.1002/lary.27172>.
- Moravek, M. B., Kinnear, H. M., George, J., Batchelor, J., Shikanov, A., Padmanabhan, V., & Randolph, J. F. (2020). Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men. *Endocrinology*, 161(3), bqaa014. <https://doi.org/10.1210/endo/bqaa014>.
- Morenz, A. M., Goldhammer, H., Lambert, C. A., Hopwood, R., & Keuroghlian, A. S. (2020). A blueprint for planning and implementing a transgender health program. *Annals of Family Medicine*, 18(1), 73–79. <https://doi.org/10.1370/afm.2473>.
- Morrison, S. D., Capitán-Canadas, F., Sanchez-Garcia, A., Ludwig, D. C., Massie, J. P., Nolan, I. T., Swanson, M., Rodriguez-Conesa, M., Friedrich, J. B., Cederna, P. S., Bellinga, R. J., Simon, D., Capitán, L., & Satterwhite, T. (2020). Prospective quality-of-life outcomes after facial feminization surgery: An international multicenter study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(6), 1499–1509. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006837>.
- Morrison, S. D., Satterwhite, T., Grant, D. W., Kirby, J., Laub, D. R., Sr., & VanMaasdam, J. (2015). Long-term outcomes of rectosigmoid neocolporrhaphy in male-to-female gender reassignment surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 136(2), 386–394. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001459>.
- Morrison, S. D., Shakir, A., Vyas, K. S., Kirby, J., Crane, C. N., & Lee, G. K. (2016). Phalloplasty: A review of techniques and outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138 (3), 594–615. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002518>.
- Moser, C., & Devereux, M. (2019). Gender neutral pronouns: A modest proposal. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 331–332. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1217446>.
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., & Obedin-Maliver, J. (2020). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1–2), 30–41. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>.
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., Forsberg, H., & Obedin-Maliver, J. (2021). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), 30–41. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>.
- Moseson, H., Fix, L., Ragosta, S., Forsberg, H., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2021). Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(4), 376. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.035>.
- Moseson, H., Lunn, M. R., Katz, A., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., Flentje, A., 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](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](https://www.lgbtmap.org/equality-maps/conversion_therapy)
- Mujigira, 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/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. (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](https://eswatiniminorities.org/wp-content/uploads/2019/07/SOGIE-and-wellbeing_02_eSwatini.pdf)
- 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., 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* (2nd ed.). Waveland Press.
- Narayan, S. K., Hontscharuk, R., Danker, S., Guerriero, J., Carter, A., Blasdel, G., Bluebond-Langner, R., Ettner, R., Radix, A., Schechter, L., & Berli, J. U. (2021). Guiding the conversation-types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. *Annals of Translational Medicine*, 9(7), 605. <https://doi.org/10.21037/atm-20-6204>.
- Nash, R., Ward, K. C., Jemal, A., Sandberg, D. E., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Frequency and distribution of primary site among gender minority cancer patients: An analysis of U.S. national surveillance data. *Cancer Epidemiology*, 54, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.02.008>.

- Nassiri, N., Maas, M., Basin, M., Cacciamani, G. E., & Doumanian, L. R. (2021). Urethral complications after gender reassignment surgery: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(8), 793–800. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0304-y>.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Understanding the well-being of LGBTQI+ populations*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25877>
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health and Human Services.
- National Commission on Correctional Health Care. (2016). *Solitary confinement (isolation)*. <https://www.ncchc.org/solitary-confinement>.
- National LGBTQIA+ Health Education Center. (2020). *Affirming primary care for intersex people*. <https://www.lgbtqiahealtheducation.org/publication/affirming-primary-care-for-intersex-people-2020/>
- Nestle, J., Howell, C., & Wilchins, R. (Eds.). (2002). *Genderqueer. Voices from behind the sexual binary*. Alyson Books.
- Netshandama, V. O., Mavhandu-Mudzusi, A. H., & Matshideze, P. (2017). Deconstructing matula (taboo), a multi-stakeholder narrative about LGBTI. *South African Journal of Higher Education*, 31(4). <https://doi.org/10.20853/31-4-1328>.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of the voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(03\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(03)00084-5).
- Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 645–659. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9>.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0002-3>.
- Neyman, A., Fuqua, J. S., & Eugster, E. A. (2019). Bicalutamide as an androgen blocker with secondary effect of promoting feminization in male-to-female transgender adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 64(4), 544–546. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.296>.
- Nguyen, H. B., Chavez, A. M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., Davies, R. D., & Epperson, C. N. (2018). Gender-affirming hormone use in transgender individuals: Impact on behavioral health and cognition. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0973-0>.
- Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur—either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology & 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., Gӧldenring, 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., Hinze, 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>.
- O'Bryant, C. L., Flaig, T. W., & Utz, K. J. (2008). Bicalutamide-associated fulminant hepatotoxicity. *Pharmacotherapy*, 28(8), 1071–1075. <https://doi.org/10.1592/phco.28.8.1071>.
- 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](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](https://resourcecentre.savethechildren.net/node/13480/pdf/lgbtiqyouth_in_thailand_save_the_children_2018.pdf)
- Olson, K. R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D., Durwood, L., 2019. Family discussions of early childhood social transitions. *Clinical Practice in Pediatric Psychology* 7, 229–240. <https://doi.org/10.1037/cpp0000289>.
- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin, K. A., 2016. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137, e20153223. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>.
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*. Advance Online Publication. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>.



- Olson, K. R., Gülgöz, S., 2018. Early findings from the TransYouth Project: Gender development in transgender children. *Child Development Perspectives*, 12, 93–97. <https://doi.org/10.1111/cdep.12268>.
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y. M., Rosenthal, S., Hidalgo, M. A., Chen, D., Clark, L., & Garofalo, R. (2019). Creating the Trans Youth Research Network: A collaborative research endeavor. *Transgender Health*, 4(1), 304–312. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0024>.
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Spack, N., Chen, D., Clark, L., Ehrensaft, D., Hidalgo, M., Tishelman, A., & Rosenthal, S. (2019). Impact of early medical treatment for transgender youth: Protocol for the longitudinal, observational Trans Youth Care Study. *JMIR Research Protocols*, 8(7), e14434. <https://doi.org/10.2196/14434>.
- Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Garofalo, R., Meyer, W., & Rosenthal, S. M. (2016). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 172–179. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000236>.
- Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., Hastings, J., & Wesp, L. (2018). *Health considerations for gender non-conforming children and transgender adolescents*. Guidelines for the primary care of transgender and gender nonbinary people. <http://transhealth.ucsf.edu/guidelines/youth>
- Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M., & Clark, L. F. (2018). Chest reconstruction and chest dysphoria in transmasculine minors and young adults: Comparisons of nonsurgical and postsurgical cohorts. *JAMA Pediatrics*, 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. <https://doi.org/10.5070/L3182017822>.
- 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 and Sterility*, 93(4), 1267–1272. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.017>.
- Owen, K., & Hancock, A. B. (2010). The role of self- and listener perceptions of femininity in voice therapy. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 272–284. <https://doi.org/10.1080/15532739.2010.550767>.
- Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., Song, Y., & Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 591–600. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017>.
- Özer, M., Toulabi, S. P., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., Buncamper, M. E., Monstrey, S., Bizic, M. R., Djordjevic, M., Falcone, M., Christopher, N. A., Simon, D., Capitán, L., & Motmans, J. (2022). ESSM position statement “Sexual Wellbeing After Gender Affirming Surgery.” *Sexual Medicine*, 10(1), 100471. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100471>.
- Özkan, Ö., Çinpolat, A., Dog˘an, N. U., Bektaş, G., Dolay, K., Gürkan, A., Arıcı, C., & Dog˘an, 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>.
- 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., & 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/conservn/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.voice.2021.07.017>.
- 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\[260:G-DACIP\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44[260:G-DACIP]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>.
- 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>.
- 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>.
- 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/ijtpfaefflin/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/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*. Wiley.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>.
- Poteat, T., Scheim, A., Xavier, J., Reisner, S., & Baral, S. (2016). Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S210–S219. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001087>.
- Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., & Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet*, 385(9964), 274–286. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60833-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3).
- Potter, J., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I., Reisner, S. L., Alizaga, N. M., Agénor, M., & Pardee, D. J. (2015). Cervical cancer screening for patients on the female-to-male spectrum: A narrative review and guide for clinicians. *Journal of General Internal Medicine*, 30(12), 1857–1864. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3462-8>.

- Poudrier, G., Nolan, I. T., Cook, T. E., Saia, W., Motosko, C. C., Stranix, J. T., Thomson, J. E., Gothard, M. D., & Hazen, A. (2019). Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top surgery: A mixed-methods descriptive survey study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 272–279. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000005113>.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2019). Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 112(6), 1022–1033. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.012>.
- Pradhan, S., & Gomez-Lobo, V. (2019). Hormonal contraceptives, intrauterine devices, gonadotropin-releasing hormone analogues and testosterone: Menstrual suppression in special adolescent populations. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(5S), S23–S29. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.04.007>.
- Pratt-Chapman, M. L. (2020). Implementation of sexual and gender minority health curricula in health care professional schools: A qualitative study. *BMC Medical Education*, 20, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02045-0>.
- Précoma, D. B., Oliveira, G., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M., Póvoa, R., Giuliano, I., Alencar Filho, A. C., Machado, C. A., Scherr, C., Fonseca, F., Santos Filho, R., Carvalho, T., Avezum, Á., Jr., Esporcatte, R., Nascimento, B. R., Brasil, D. P., Soares, G. P., Villela, P. B., ... Mourilhe-Rocha, R. (2019). Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology – 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113(4), 787–891. <https://doi.org/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/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>.
- 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>.
- 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>.
- 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., Bocking, 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 pa-

- tients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 137(2), 438–448. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000475754.71333.f6>.
- Rafferty, J., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*, 142(4), e20182162. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>.
- Raigosa, M., Avvedimento, S., Yoon, T. S., Cruz-Gimeno, J., Rodriguez, G., & Fontdevila, J. (2015). Male-to-female genital reassignment surgery: A retrospective review of surgical technique and complications in 60 patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1837–1845. <https://doi.org/10.1111/jsm.12936>.
- Rapp, M., Duranteau, L., van de Grift, T. C., Schober, J., Hirschberg, A. L., Krege, S., & DSD- Life group. (2021). Self- and proxy-reported outcomes after surgery in people with disorders/differences of sex development (DSD) in Europe (dsd-LIFE). *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 353–365. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.12.007>.
- Rashid, A., Afiqah, S. N., & Iguchi, Y. (2022). Use of hormones among trans women in the west coast of peninsular Malaysia: A mixed methods study. *Transgender Health*, 7(3), 242–249. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0119>.
- RCGP. (2019). *The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP Position Statement*. <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/2019/RCGP-position-statement-providing-care-for-gender-transgender-patients-june-2019.ashx?la=en>
- Rebeck, 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](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., Zaslowsky, 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, S2 35– S2 42. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001088>.
- Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslowsky, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *The Journal of Adolescent Health*, 56(3), 274–279. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>.

- Reisner, S. L., Silva-Santisteban, A., Salazar, X., Vilela, J., D'Amico, L., & Perez-Brumer, A. (2021). "Existimos": Health and social needs of transgender men in Lima, Peru. *PLoS One*, 16(8), e0254494. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254494>.
- Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyck, I., & Lawson, G. (2011). Glottoplasty for male-to-female transsexualism: Voice results. *Journal of Voice*, 25(1), 120–123. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.07.004>.
- Remington, A. C., Morrison, S. D., Massie, J. P., Crowe, C. S., Shakir, A., Wilson, S. C., Vyas, K. S., Lee, G. K., & Friedrich, J. B. (2018). Outcomes after phalloplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(2), 220e–229e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004061>.
- Rew, L., Young, C. C., Monge, M., & Bogucka, R. (2021). Puberty blockers for transgender and gender diverse youth—A critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 3–14. <https://doi.org/10.1111/camh.12437>.
- Rich, A., Scheim, A., Koehoorn, M., & Poteat, T. (2020). Non-HIV chronic disease burden among transgender populations globally: A systematic review and narrative synthesis. *Preventive Medicine Reports*, 20, 101259. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101259>.
- Richards, C. (2021). *Trans and sexuality: An existentially-informed inquiry with implications for counselling psychology*. Routledge.
- Richards, C., & Barrett, J. (2020). *Trans and non-binary gender healthcare for psychiatrists, psychologists, and other mental health professionals*. Royal College of Psychiatrists/Cambridge University Press.
- Richards, C., Barker, M. J., Lenihan, P., & Iantaffi, A. (2014). Who watches the watchmen? A critical perspective on the theorization of trans people and clinicians. *Feminism & Psychology*, 4, 248–258. <https://doi.org/10.1177/0959353514526220>.
- Richards, C., Bouman, W. P., & Barker, M.-J. (2017). *Genderqueer and non-binary genders*. Palgrave MacMillan. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-51053-2>.
- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 95–102. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>.
- Richards, E. G., Farrell, R. M., Ricci, S., Perni, U., Quintini, C., Tzakis, A., & Falcone, T. (2021). Uterus transplantation: State of the art in 2021. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 38(9), 2251–2259. <https://doi.org/10.1007/s10815-021-02245-7>.
- Richards, R. N., & Meharg, G. E. (1995). Electrolysis: Observations from 13 years and 140,000 hours of experience. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 33(4), 662–666. [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(95\)91290-8](https://doi.org/10.1016/0190-9622(95)91290-8).
- Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., Brown, C., & Eisenberg, M. E. (2019). Perspectives from nurses and physicians on training needs and comfort working with transgender and gender-diverse youth. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(4), 379–385. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.003>.
- Rider, G. N., Vencill, J. A., Berg, D. R., Becker-Warner, R., Candelario-Pérez, L., & Spencer, K. G. (2019). The gender affirmative lifespan approach (GALA): A framework for competent clinical care with nonbinary clients. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 275–288. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1485069>.
- Riggs, D. W., & Treharne, G. J. (2016). Decompensation: A novel approach to accounting for stress arising from the effects of ideology and social norms. *Journal of Homosexuality*, 64(5), 592–605. <https://doi.org/10.1080/0918369.2016.1194116>.
- 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>.
- Rodríguez-Wallberg, K. A., Häljstig, 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>.
- Rodríguez-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>.
- Rodríguez-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. <https://doi.org/10.1038/s41574-021-00535-9>.
- 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>.
- 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. *JBISIRIR*, 17(9), 1826–1854. <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-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 non-binary adolescents: The role of voice and communication therapy. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4(6), 1298–1305. [https://doi.org/10.1044/2019\\_PERSP-19-00034](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>.
- 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. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8\\_5](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_5).
- Sandberg, D. E., Gardner, M., Kopec, K., Urbanski, M., Callens, N., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Timmermans, S., & Siminoff, L. A. (2019). Development of a decision support tool in pediatric differences/disorders of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150838. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150838>.
- Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review*, 34(8), 354–359. <https://doi.org/10.1542/pir.34-8-354>.
- Santucci, R. A. (2018). Urethral complications after transgender phalloplasty: Strategies to treat them and minimize their occurrence. *Journal of Clinical Anatomy*, 31(2), 187–190. <https://doi.org/10.1002/ca.23021>.
- Sawyer, J., Perry, J. L., & Dobbins-Scaramelli, A. (2014). A survey of the awareness of speech services among transgender and transsexual individuals and speech-language pathologists. *International Journal of Transgenderism*, 15(3–4), 146–163. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995260>.
- Sawyer, W. (2020). *Visualizing the racial disparities in mass incarceration*. Prison Policy Initiative.
- Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V., & Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues*, 73(3), 563–585. <https://doi.org/10.1111/josi.12232>.
- Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N. M., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P., & Vitelli, R. (2019). Health



- of non-binary and genderqueer people: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, 1453.
- Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020). Bone development in transgender adolescents treated with GnRH analogues and subsequent gender-affirming hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(12). <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>.
- Schagen, S. E., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., & Hannema, S. E. (2016). Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 13 (7), 1125–1132. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.004>.
- Schardein, J. N., Zhao, L. C., & Nikolavsky, D. (2019). Management of vaginoplasty and phalloplasty complications. *Urology Clinics of North America*, 46(4), 605–618. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.012>.
- Schechter, L. S., & Safa, B. (2018). Introduction to phalloplasty. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 387–389. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.014>.
- Schechter, L. S., & Schechter, R. B. (2019). Training surgeons in gender confirmation surgery. *Journal of Craniofacial Surgery*, 30(5), 1380–1382. <https://doi.org/10.1097/SCS.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>.
- 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>.
- 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 non-inclusive 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. M., Chakravarty, D., Dilworth, S. E., Rebchook, G., & Neilands, T. B. (2020). Gender affirmation through correct pronoun usage: Development and validation of the transgender women's importance of pronouns (TW-IP) scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9525. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249525>.
- Sevelius, J. M., Deutsch, M. B., & Grant, R. (2016). The future of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research and clinical practices. *Journal of the International AIDS Society*, 19(7S6), 21105. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21105>.
- Seyed-Forootan, K., Karimi, H., & Seyed-Forootan, N. S. (2018). Autologous fibroblast-seeded amnion for reconstruction of neo-vagina in male-to-female reassignment surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(2), 491–497. <https://doi.org/10.1007/s00266-018-1088-z>.
- Shen, J. K., Seebacher, N. A., & Morrison, S. D. (2019). Global interest in gender affirmation surgery: A Google trends analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 254e–256e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005160>.
- Shepherd, S. M. (2018). Cultural Awareness training for health professionals may have unintended consequences. *The British Medical Journal Opinion*. <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/01/22/stephane-m-shepherd-cultural-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>.
- Shieh, E., Marzinke, M. A., Fuchs, E. J., Hamlin, A., Bakshi, R., Aung, W., Breakey, J., Poteat, T., Brown, T., Bumpus, N. N., & Hendrix, C. W. (2019). Transgender women on oral HIV pre-exposure prophylaxis have significantly lower tenofovir and emtricitabine concentrations when also taking oestrogen when compared to cisgender men. *Journal of the International AIDS Society*, 22:e25405. <https://doi.org/10.1002/jia2.25405>.
- Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 248–250. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>.
- Shipherd, J. C., Berke, D., & Livingston, N. A. (2019). Trauma recovery in the transgender and gender diverse community: extensions of the minority stress model for treatment planning. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 629–646. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.06.001>.
- Shires, D. A., & Jaffee, K. D. (2016). Structural discrimination is associated with smoking status among a national sample of transgender individuals. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(6), 1502–1508. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv221>.
- Shires, D. A., Stroumsa, D., Jaffee, K. D., & Woodford, M. R. (2017). Primary care providers' willingness to continue gender-affirming hormone therapy for transgender patients. *Family Practice*, 35(5), 576–581. <https://doi.org/10.1093/fampra/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 & 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.0000000000008969>.
- 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 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. <https://doi.org/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 & 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. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 156(5), 803–808. <https://doi.org/10.1177/0194599817697050>.
- 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>.
- 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](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.000000000000023>.
- 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, 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/10.1089/jpm.2019.0542>.
- 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>.
- 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*. [https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt\\_in\\_britain\\_work\\_report.pdf](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., Wimmers, 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>.
- 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](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.
- Suchak, T., Hussey, J., Takhar, M., & Bellringer, J. (2015). Postoperative trans women in sexual health clinics: Managing common problems after vaginoplasty. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41(4), 245–247. <https://doi.org/10.1136/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>.
- Sundstrom and Fields v. Frank USDC D WI, Case No. 06-C-112, 2011.
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Eisenberg, M. E. (2019). Risk and protective factors for self-harm in a population-based sample of transgender youth. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 203–221. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639>.
- Tamar-Mattis, S., Gamarel, K. E., Kantor, A., Baratz, A., Tamar-Mattis, A., & Operario, D. (2018). Identifying and counting individuals with differences of sex development conditions in population health research. *LGBT Health*, 5(5), 320–324. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0180>.
- Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2021). Enacted stigma experiences and protective factors are strongly associated with mental health outcomes

- of transgender people in Aotearoa/New Zealand. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 269–280. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819504>.
- Tangpricha, V., & den Heijer, M. (2017). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 291–300. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30319-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30319-9).
- Tatum, A. K., Catalpa, J., Bradford, N. J., Kovic, A., & Berg, D. R. (2020). Examining identity development and transition differences among binary transgender and gender-queer nonbinary (GQNB) individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(4), 379–385. <https://doi.org/10.1037/sgd0000377>.
- Taub, R. L., Ellis, S. A., Neal-Perry, G., Magaret, A. S., Prager, S. W., & Micks, E. A. (2020). The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 229–e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.059>.
- Tavakkoli Tabassi, K., Djavan, B., Hosseini, J., Ghoreifi, A., Ershadi, M., & Hosseini, E. (2015). Fold-back perineoscrotal flap plus penile inversion vaginoplasty for male-to-female gender reassignment surgery in circumcised subjects. *European Journal of Plastic Surgery*, 38(1), 43–48. <https://doi.org/10.1007/s00238-014-1038-1>.
- Taylor, A. K., Condry, H., and Cahill, D. (2018). Implementation of teaching on LGBT health care. *Clinical Teacher*, 15(2), 141–144. <https://doi.org/10.1111/tct.12647>.
- Taylor, J., Zalewska, A., Gates, J. J., & Millon, G. (2019). An exploration of the lived experiences of non-binary individuals who have presented at a gender identity clinic in the United Kingdom. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 195–204. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1445056>.
- Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 209(3), 132–136. <https://doi.org/10.5694/mja17.01044>.
- Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2020). *Australian standards of care and treatment guidelines for trans and gender diverse children and adolescents, Version 1.3*. The Royal Children's Hospital. <https://www.rch.org.au/uploaded-Files/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standard-s-of-care-and-treatment-guide-lines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf>
- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212–224. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>.
- Ter Wengel, P. V., Martin, E., Gooren, L., Den Heijer, M., & Peerdeman, S. M. (2016). Meningiomas in three male-to-female transgender subjects using oestrogens/progestogens and review of the literature. *Andrologia*, 48(10), 1130–1137. <https://doi.org/10.1111/and.12550>.
- Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 125–136. <https://doi.org/10.1037/abn0000234>.
- Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 452. <https://doi.org/10.1037/a0029604>.
- TGEU. (2017). *Overdiagnosed but underserved. Trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: trans health survey*. Transgender Europe. <https://tgeu.org/healthcare/>
- TGEU. (2021). *Trans rights map 2021*. Transgender Europe. <https://transrightsmap.tgeu.org/home/>
- 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](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*. <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]. [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/LGBTFieldGuide\\_WEB\\_LINKED\\_VER.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/LGBTFieldGuide_WEB_LINKED_VER.pdf)
- The Yogyakarta Principles. (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression, and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles*. [http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5\\_yogyakartaWEB-2.pdf](http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf)
- Therell, B. L. (2001). Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 30(1), 15–30. [https://doi.org/10.1016/s0889-8529\(08\)70017-3](https://doi.org/10.1016/s0889-8529(08)70017-3).
- Theron, L., & Collier, K. L. (2013). Experiences of female partners of masculine-identifying trans persons. *Culture, Health & Sexuality*, 15, 62–75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2013.788214>.
- Thomas, J. P., & Macmillan, C. (2013). Feminization laryngoplasty: Assessment of surgical pitch elevation. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 270(10), 2695–2700. <https://doi.org/10.1007/s00405-013-2511-3>.
- Thoreson, N., Marks, D. H., Peebles, J. K., King, D. S., & Dommasch, E. (2020) Health insurance coverage of permanent hair removal in transgender and gender-minority patients. *JAMA Dermatology*. 2156(5), 561–565. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.0480>.
- Thorne, N., Witcomb, G. L., Nieder, T., Nixon, E., Yip, A., & Arcelus, J. (2019). A comparison of mental health

- symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 241–250. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452660>.
- Thorne, N., Yip, A. K.-T., Bouman, W. P., Marshall, E., & Arcelus, J. (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary—A systematic review. *The International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 138–154. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640654>.
- Thurston, M. D., & Allan, S. (2018). Sexuality and sexual experiences during gender transition: A thematic synthesis. *Clinical Psychological Review*, 66, 39–50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.008>.
- Thyen, U., Ittermann, T., Flessa, S., Muehlan, H., Birnbaum, W., Rapp, M., Marshall, L., Szarras-Capnik, M., Bouvattier, C., Kreukels, B. P. C., Nordenstroem, A., Roehle, R., & Koehler, B. (2018). Quality of health care in adolescents and adults with disorders/differences of sex development (DSD) in six European countries (dsd-LIFE). *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3342-0>.
- Thyen, U., Richter-Appelt, H., Wiesemann, C., Holterhus, P.-M., & Hiort, O. (2005). Deciding on gender in children with intersex conditions. *Treatments in Endocrinology*, 4(1), 1–8. <https://doi.org/10.2165/00024677-200504010-00001>.
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2018). Does patient-centered care change genital surgery decisions? The strategic use of clinical uncertainty in disorders of sex development clinics. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(4), 520–535. <https://doi.org/10.1177/0022146518802460>.
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2019). Gender destinies: Assigning gender in disorders of sex development—Intersex clinics. *Sociology of Health & Illness*, 41(8), 1520–1534. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12974>.
- Tirapegui, F. I., Acar, Ö., & Kocjancic, E. (2020). Sexual function after gender-affirming genital reconstruction. *Current Sexual Health Reports*, 12(4), 411–420. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00294-0>.
- Tiryaki, S., Tekin, A., Yagmur, İ., Özen, S., Özbaran, B., Gökşen, D., ... Avanoğlu, A. (2018). Parental perception of terminology of disorders of sex development in Western Turkey. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 10(3), 216–222. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.0007>.
- Tishelman, A. C., Shumer, D. E., Nahata, L. (2017). Disorders of sex development: Pediatric psychology and the genital exam. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 530–543. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw015>.
- Tishelman, A. C., Haney, P., Greenwald O'Brien, J., & Blaustein, M. E. (2010). A framework for school-based psychological evaluations: Utilizing a “trauma lens.” *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3(4), 279–302. <https://doi.org/10.1080/19361521.2010.523062>.
- Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. E., & Spack, N. P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 37–45. <https://doi.org/10.1037/a0037490>.
- Tishelman, A. C., Sutter, M. E., Chen, D., Sampson, A., Nahata, L., Kolbuck, V. D., & Quinn, G. P. (2019). Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: Qualitative responses to an international survey. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(3), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s10815-018-1395-y>.
- Tishelman, A., & Neumann-Mascis, A. (2018). *Gender-related trauma*. In *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 85–100). American Psychological Association.
- Tollemache, N., Shrewsbury, D., & Llewellyn, C. (2021). Que (e) rying undergraduate medical curricula: A cross-sectional online survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer content inclusion in UK undergraduate medical education. *BMC Medical Education*, 21(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02532-y>.
- Tollinche, L. E., Walters, C. B., Radix, A., Long, M., Galante, L., Goldstein, Z. G., Kapinos, Y., & Yeoh, C. (2018). The perioperative care of the transgender patient. *Anesthesia and Analgesia*, 127(2), 359–366. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003371>.
- Tollit, M. A., Feldman, D., McKie, G., & Telfer, M. M. (2018). Patient and parent experiences of care at a pediatric gender service. *Transgender Health*, 3(1), 251–256. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0016>.
- Tollit, M. A., Pace, C. C., Telfer, M., Hoq, M., Bryson, J., Fulkoski, N., Cooper, C., & Pang, K. C. (2019). What are the health outcomes of trans and gender diverse young people in Australia? Study protocol for the Trans20 longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 9(11), e032151. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032151>.
- Tomson, A., McLachlan, C., Wattrus, C., Adams, K., Addinall, R., Bothma, R., Jankelowitz, L., Kotze, E., Luvuno, Z., Madlala, N., Matyila, S., Padavatan, A., Pillay, M., Rakumakoe, M. D., Tomson-Myburgh, M., Venter, W. D. F., & De Vries, E. (2021). Southern African HIV clinicians society gender-affirming healthcare guideline for South Africa. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.4102/sajhivmed.v22i1.1299>.
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580–1589. <https://doi.org/10.1037/a0020705>.
- Toorians, A. W. F. T., Thomassen, M. C. L. G. D., Zweegman, S., Magdeleyns, E. J. P., Tans, G., Gooren, L. J. G., & Rosing,

- J. (2003). Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(12), 5723–5729. <https://doi.org/10.1210/jc.2003-030520>.
- Top, H., & Balta, S. (2017). Transsexual mastectomy: Selection of appropriate technique according to breast characteristics. *Balkan Medical Journal*, 34(2), 147–155. <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2016.0093>.
- Topolewska-Siedzik, E., & Ciecuch, J. (2018). Trajectories of identity formation modes and their personality context in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(4), 775–792. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0824-7>.
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Network Open*, 5(2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>.
- Tornello, S. L., & Bos, H. (2017). Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT Health*, 4(2), 115–120. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0153>.
- Tosun, N. L., Fieberg, A. M., Eberly, L. E., Harrison, K. A., Tipp, A. R., Allen, A. M., & Allen, S. S. (2019). Exogenous progesterone for smoking cessation in men and women: A pilot double-blind, placebo-controlled randomized clinical trial. *Addiction*, 114(10), 1800–1813. <https://doi.org/10.1111/add.14645>.
- TransCare. (2020). *Bind, pack and tuck*. <http://www.phsa.ca/transcarebc/care-support/transitioning/bind-pack-tuck-pad>
- 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>.
- 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>.
- 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*, 19(4), 650–660. <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>.
- 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](https://doi.org/10.1163/2210-7975_HRD-9970-2016149).
- 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](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf)
- 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](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*. <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.0000000000004827>.

- Van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Elfering, L., Özer, M., Bouman, M.-B., Buncamper, M. E., Smit, J. M., & Mullender, M. G. (2016). Body image in transmen: Multidimensional measurement and the effects of mastectomy. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1778–1786. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.003>.
- Van de Grift, T. C., Pigot, G. L. S., Boudhan, S., Elfering, L., Kreukels, B. P. C., Gijs, L., Buncamper, M. E., Ozer, M., van der Sluis, W., Meuleman, E. J. H., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). A longitudinal study of motivations before and psychosexual outcomes after genital gender-confirming surgery in transmen. *Journal of Sexual Medicine*, 14(12), 1621–1628. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.064>.
- Van de Grift, T., Van Gelder, Z., Mullender, M., Steensma, T., de Vries, A. L. C., & Bouman, M. (2020). Timing of puberty suppression and surgical options for transgender youth. *Pediatrics*, 146(5), e20193653. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3653>.
- Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 70–80. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199>.
- Van der Miesen, A., Steensma, T. D., de Vries, A., Bos, H., & Popma, A. (2020). Psychological functioning in transgender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. *The Journal of Adolescent Health*, 66(6), 699–704. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018>.
- Van der Sluis, W. B., de 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 and 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>.
- 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 well-being 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](https://countingourselves.nz/wp-content/uploads/2020/01/Counting-Ourselves_Report-Dec-19-Online.pdf)
- Veerman, H., de Rooij, F. P. W., Al-Tamimi, M., Ronkes, B. L., Mullender, M. G., M, B. B., van der Sluis, W. B., & Pigot, G. L. S. (2020). Functional outcomes and urological complications after genital gender affirming surgery with urethral lengthening in transgender men. *Journal of Urology*, 204(1), 104–109. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000795>.
- Verecke, G., Defreyne, J., Van Saen, D., Collect, S., Van Dorpe, J., T'Sjoen, G., & Gooseens, E. I. (2021). Characterisation of testicular function and spermatogenesis in transgender women. *Human Reproduction*, 36(1), 5–15. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa254>.
- Vermeir, E., Jackson, L. A., & Marshall, E. G. (2018). Improving healthcare providers' interactions with trans patients: Recommendations to promote cultural competence. *Healthcare Policy*, 14(1), 11–18. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25552>.
- 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 & 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.jpap.2021.09.011>.
- 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*, *36*(4), 588.e1–588.e6. S0892-1997(20)30298-8. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.08.011>.
- Wei, S. Y., Li, F. Y., Li, Q., Li, S. K., Zhou, C. D., Zhou, Y., Cao, Y. J., Zhang, S. Y., & Zhao, Y. (2018). Autologous buccal micro-mucosa free graft combined with posterior scrotal flap transfer for vaginoplasty in male-to-female transsexuals: A pilot study. *Aesthetic Plastic Surgery*,

- 42 (1), 188–196. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0977-x>.
- Weidler, E. M., Baratz, A., Muscarella, M., Hernandez, S. J., & van Leeuwen, K. (2019). A shared decision-making tool for individuals living with complete androgen insensitivity syndrome. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150844. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150844>.
- Weidler, E. M., & Peterson, K. E. (2019). The impact of culture on disclosure in differences of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150840. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150840>.
- Weigert, R., Frison, E., Sessiecq, Q., Al Mutairi, K., & Casoli, V. (2013). Patient satisfaction with breasts and psychosocial, sexual, and physical well-being after breast augmentation in male-to-female transsexuals. *Plastic Reconstructive Surgery*, 132(6), 1421–1429. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000434415.70711.49>.
- Weill, A., Nguyen, P., Labidi, M., Cadier, B., Passeri, T., Duranteau, L., Bernat, A. L., Yoldjian, I., Fontanel, S., Froelich, S., & Coste, J. (2021). Use of high dose cyproterone acetate and risk of intracranial meningioma in women: Cohort study. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 372, n37. <https://doi.org/10.1136/bmj.n37>.
- Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical and Translational Endocrinology*, 2(2):55–60. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.02.003>.
- Weinhardt, L. S., Stevens, P., Xie, H., Wesp, L. M., John, S. A., Apchemengich, I., Kioko, D., Chavez-Korell, S., Cochran, K. M., Watjen, J. M., & Lambrou, N. H. (2017). Transgender and gender nonconforming youths' public facilities use and psychological well-being: A mixed-method study. *Transgender Health*, 2(1), 140–150. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0020>.
- Weissler, J. M., Chang, B. L., Carney, M. J., Rengifo, D., Messa, C. A. t., Sarwer, D. B., & Percec, I. (2018). Gender-affirming surgery in persons with gender dysphoria. *Plastic Reconstructive Surgery*, 141(3), 388e–396e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004123>.
- Wendler, J. (1990). *Vocal pitch elevation after transsexualism male to female*. In: Proceedings of the Union of the European Phoniaticians, Salsomaggiore.
- Wesp, L. (2016). *Transgender patients and the physical examination, gender affirming health program, UCSF*. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/physical-examination>
- Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'Sjoen, G., Heylens, G., De Cuypere, G., & Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(3), 752–760. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01082.x>.
- Weyers, S., Villeirs, G., Vanherreweghe, E., Verstraelen, H., Monstrey, S., Van den Broecke, R., & Gerris, J. (2010). Mammography and breast sonography in transsexual women. *European Journal of Radiology*, 74(3), 508–513. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2009.03.018>.
- White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2016). A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 21–31. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0008>.
- White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2018). Social context of depressive distress in aging transgender adults. *Journal of Applied Gerontology*, 37(12), 1517–1539. <https://doi.org/10.1177/0733464816675819>.
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>.
- Whyatt-Sames, J. (2017). Being brave: Negotiating the path of social transition with a transgender child in foster care. *Journal of GLBT Family Studies*, 13(4), 309–332. <https://doi.org/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 the American Society for Bone and Mineral Research*, 35(1), 64–70. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3862>.
- Wiepjes, C. M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. G. (2019). Bone health in adult trans persons: An update of the literature. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 26(6), 296–300. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000502>.
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M. B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of Gender Dysphoria study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>.
- Wiepjes, C. M., Vlot, M. C., Klaver, M., Nota, N. M., de Blok, C. J., de Jongh, R. T., Lips, P., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2017). Bone mineral density increases in trans persons after 1 year of hormonal treatment: A multicenter prospective

- observational study. *Journal of Bone Mineral Research*, 32(6), 1252–1260. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3102>.
- Wierckx, K., Elaut, E., Declercq, E., Heylens, G., De Cuypere, G., Taes, Y., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2013). Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: A case-control study. *European Journal of Endocrinology*, 169(4), 471–478. <https://doi.org/10.1530/EJE-13-0493>.
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedeker, D., Van Houdenhove, E., & T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: Exploration of the role of testosterone administration. *European Journal of Endocrinology*, 165(2), 331–337. <https://doi.org/10.1530/EJE-11-0250>.
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Hoorde, B., Heylens, G., De Cuypere, G., Monstrey, S., Weyers, S., Hoebeke, P., & T'Sjoen, G. (2014). Sexual desire in trans persons: Associations with sex reassignment treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 107–118. <https://doi.org/10.1111/jsm.12365>.
- Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E., Roef, G., Heylens, G., & T'Sjoen, G. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2641–2651. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02876.x>.
- Wierckx, K., Stuyver, I., Weyers, S., Hamada, A., Agarwal, A., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Sperm freezing in transsexual women. *Archives of Sexual Behaviour*, 41(5), 1069–1071. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0012-x>.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Toye, K., T'Sjoen, G. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3379–3388. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x>.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27(2), 483–487. <https://doi.org/10.1093/humrep/der406>.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Schreiner, T., Haraldsen, I., Fisher, A. D., Toye, K., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2014). Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: Results from the European network for the investigation of gender incongruence. *Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1999–2011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12571>.
- Wierckx, K., Van de Peer, F., Verhaeghe, E., Dedeker, D., Van Caenegem, E., Toye, K., & T'Sjoen, G. (2014). Short- and long-term clinical skin effects of testosterone treatment in trans men. *Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 222–229. <https://doi.org/10.1111/jsm.12366>.
- Wilchins, R. A. (1995). A note from your Editrix. In *Your Face: Political Activism against Gender Oppression*, 1(1), 4. Williams, A. J., Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou, A., & Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ + young people with experiences of self-harm and suicide. *PLoS One*, 16(1), 1–26. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245268>.
- Wilson, B. D., & Meyer, I. H. (2021). *Nonbinary LGBTQ Adults in the United States*. UCLA School of Law Williams Institute.
- Wilson, D., Marais, A., de Villiers, A., Addinall, R., & Campbell, M. M. (2014). Transgender issues in South Africa, with particular reference to the Groote Schuur Hospital Transgender Unit. *South African Medical Journal*, 104(6), 449. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.8392>.
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans\* female youth and the protective effect of parental support. *AIDS Behavior*, 20 (10), 2203–2211. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1409-7>.
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Wenzel, C., & Raymond, H. F. (2015). Connecting the dots: Examining transgender women's utilization of transition-related medical care and associations with mental health, substance use, and HIV. *Journal of Urban Health*, 92(1), 182–192. <https://doi.org/10.1007/s11524-014-9921-4>.
- Wilson, E. C., Turner, C. M., Sanz-Rodriguez, C., Arayasirikul, S., Gagliano, J., Woods, T., Palafox, E., Halfin, J., Martinez, L., Makoni, B., Eskman, Z. (2021). Expanding the pie—differentiated PrEP delivery models to improve PrEP uptake in the San Francisco Bay area. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 88(1), S39–S48. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002809>.
- Wilson, L. M., Baker, K. E., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2020). Effects of antiandrogens on prolactin levels among transgender women on estrogen therapy: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 391–402. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819505>.
- Wimalawansa, S. M., Fox, J. P., & Johnson, R. M. (2014). The measurable cost of complications for outpatient cosmetic surgery in patients with mental health diagnoses. *Aesthetic Surgery Journal*, 34(2), 306–316. <https://doi.org/10.1177/1090820X13519100>.
- Winter, S., & Doussantousse, S. (2009). Trans people, hormones, and health risks in Southeast Asia: A Lao study. *International Journal of Sexual Health*, 21(1), 35–48. <https://doi.org/10.1080/19317610802554141>.
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: Health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390–400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8).
- Winter, S., Settle, E., Wylie, K., Reisner, S., Cabral, M., Knudson, G., & Baral, S. (2016). Synergies in health and human rights: A call to action to improve transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 318–321. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30653-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30653-5).
- Winters, K., & Ehrbar, R. D. (2010). Beyond conundrum: Strategies for diagnostic harm reduction. *Journal of Gay*

- & *Lesbian Mental Health*, 14(2), 130–138. <https://doi.org/10.1080/19359701003609922>.
- Winters, K., Temple Newhook, J., Pyne, J., Feder, S., Jamieson, A., Holmes, C., Sinnott, M.-L., Pickett, S., & Tosh, J. (2018). Learning to listen to trans and gender diverse children: A Response to Zucker (2018) and Steensma and Cohen-Kettenis (2018). *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 246–250. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1471767>.
- Wisniewski, A. B., & Sandberg, D. E. (2015). Parenting children with disorders of sex development (DSD): A developmental perspective beyond gender. *Hormone and Metabolic Research*, 47(5), 375–379. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398561>.
- Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J., & Arcelus, J. (2018). Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders*, 235, 308–315. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.051>.
- Witcomb, G. L., Claes, L., Bouman, W. P., Nixon, E., Motmans, J., & Arcelus, J. (2019). Experiences and psychological wellbeing outcomes associated with bullying in treatment-seeking transgender and gender-diverse youth. *LGBT Health*, 6(5), 216–226. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0179>.
- Witten, T. M., & Eyler, E. (2016). *Care of aging transgender and Gender Nonconforming Patients*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (2nd ed., 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 cisgender gender variant children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 241–253. <https://doi.org/10.1037/cpp0000295>.
- Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., Reno, H., Zenilman, J. M., & Bolan, G. A. (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports*, 70(4). <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1>.
- World Bank Group. (2018). Life on the margins: Survey results of the experiences of LGBTI people in Southeastern Europe. <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. (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/](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](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/](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. (2018). *ICD-11—Mortality and morbidity statistics*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization. (2019a). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/lm/en/#http://id.who.int/icd/entity/90875286>

- World Health Organization. (2019b). *Consolidated guidelines on HIV testing services*, <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1>
- World Health Organization. (2019c). *What's the 2 + 1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: Update to WHO's recommendation on oral PrEP*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2019d). *WHO global report on traditional and complementary medicine*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>.
- World Health Organization. (2020). Tobacco. [http://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab\\_1](http://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1)
- World Health Organization. (2021a). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
- World Health Organization. (2021b). *Consolidated guideline on self-care interventions for health and wellbeing, Version 2.3*. World Health Organization. <https://app.magicapp.org/#/guideline/Lr21gL>
- WPATH. (2016). *Position statement on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH-Position-on-Medical-Necessity-12-21-2016.pdf>
- WPATH. (2017). *WPATH identity recognition statement*. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH%20Identity%20Recognition%20Statement%2011.15.17.pdf>
- WPATH. (2019). *WPATH statement on Yogyakarta Principles Plus 10 and healthcare delivery*. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2019/WPATH%20Statement%20on%20Yogyakarta%20Principles%20Plus%2010.pdf>
- WPATH Position Statement. (2018). *WPATH position on "Rapid Onset Gender Dysphoria (ROGD)"* [https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2018/9\\_Sept/WPATH%20Position%20on%20Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria\\_9-4-2018.pdf](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. (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>.
- 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](https://doi.org/10.1300/J485v08n02_04)
- Yadegarfar, M., Meinhold-Bergmann, M. E., & Ho, R. (2014). Family rejection, social isolation, and loneliness as predictors of negative health outcomes (depression, suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female transgender adolescents. *Journal of LGBT Youth*, 11(4), 347–363. <https://doi.org/10.1080/19361653.2014.910483>.
- Yager, J. L., & Anderson, P. L. (2020). Pharmacology and drug interactions with HIV PrEP in transgender persons receiving gender affirming hormone therapy. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 16(6), 463–474. <https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1752662>.
- Yanagi, Y., Ishikawa, Y., Nakamura, K., Komazawa, D., & Watanabe, Y. (2015). Voice changes over time in a female-to-male transsexual receiving hormone therapy. *The Japan Journal of Logopedics and Phoniatrics*, 56(3), 250–256. <https://doi.org/10.5112/jjlp.56.250>.
- Yang, C. Y., Palmer, A. D., Murray, K. D., Meltzer, T. R., & Cohen, J. I. (2002). Cricothyroid approximation to elevate vocal pitch in male-to-female transsexuals: Results of surgery. *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, 111(6), 477–485. <https://doi.org/10.1177/000348940211100602>.
- Yang, J. H., Baskin, L. S., & DiSandro, M. (2010). Gender identity in disorders of sex development: review article. *Urology*, 75(1):153–159. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.07.1286>.
- Yang, X., Wang, L., Gu, Y., Song, W., Hao, C., Zhou, J., Zhang, Q., & Zhao, Q. (2016). A cross-sectional study of associations between casual partner, friend discrimination, social support and anxiety symptoms among Chinese transgender women. *Journal of Affective Disorders*, 203, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.051>.
- Yang, X., Zhao, L., Wang, L., Hao, C., Gu, Y., Song, W., Zhao, Q., & Wang, X. (2016). Quality of life of transgender women from China and associated factors: A cross-sectional study. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 977–987. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.369>.
- Yeung, H., Ragmanauskaite, L., Zhang, Q., Kim, J., Tangpricha, V., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Prevalence of moderate to severe acne in transgender adults: A cross-sectional survey. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 83(5), 1450–1452. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.053>.
- Yogyakarta Principles.org. (2007). *Yogyakarta principles*. <https://yogyakarta.org>
- Yona, L., & Katri, I. (2020). The limits of transgender incarceration reform. *Yale Journal of Law and Feminism*, 31(2), 201–246. <http://hdl.handle.net/20.500.13051/7128>

- Yoong, S. L., Tursan d'Espaignet, E., Wiggers, J., St Claire, S., Mellin-Olsen, J., & Grady Aet al. (2020). *Tobacco and postsurgical outcomes: WHO tobacco knowledge summaries*. World Health Organization
- Yuan, N., Chung, T., Ray, E. C., Sioni, C., Jimenez-Eichelberger, A., & Garcia, M. M. (2021). Requirement of mental health referral letters for staged and revision genital gender-affirming surgeries: An unsanctioned barrier to care. *Andrology*, 9(6), 1765–1772. <https://doi.org/10.1111/andr.13028>.
- Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. *Psychological Assessment*, 27(1), 148–160. <https://doi.org/10.1037/a0038196>.
- Zanghellini, A. (2020). Philosophical problems with the gender-critical feminist argument against trans inclusion. *Sage Open*, 10(2), 2158244020927029. <https://doi.org/10.1177/2158244020927029>.
- Zavlin, D., Schaff, J., Lelle, J. D., Jubbal, K. T., Herschbach, P., Henrich, G., Ehrenberger, B., Kovacs, L., Machens, H. G., & Papadopulos, N. A. (2018). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined vaginoplasty technique: Satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 178–187. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-1003-z>.
- Zelin, N. S., Hastings, C., Beaulieu-Jones, B. R., Scott, C., Rodriguez-Villa, A., Duarte, C., Calahan, C., & Adami, A. J. (2018). Sexual and gender minority health in medical curricula in new England: A pilot study of medical student comfort, competence and perception of curricula. *Medical Education Online*, 23(1), 1461513. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1461513>.
- Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006). Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 11(1), 49–62. <https://doi.org/10.1177/1077559505283591>.
- Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 125–137. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136>.
- Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulous, L., Roblin, D., Sandberg, D., Silverberg, M., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Changes in size and demographic composition of transgender and gender nonbinary population receiving care at integrated health systems. *Endocrine Practice*, 27(5), 390–395. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016>.
- Zhang, W. R., Garrett, G. L., Arron, S. T., & Garcia, M. M. (2016). Laser hair removal for genital gender affirming surgery. *Translational Andrology and Urology*, 5(3), 381–387. <https://doi.org/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* (pp. 1–23). Oxford University Press. <http://lalzimman.org/PDFs/Zimmman2020TransLanguageTransMoment.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>.



## परिशिष्ट ए पद्धति

### 1. परिचय

देखभाल के मानकों (एसओसी -8) का यह संस्करण पिछले संस्करणों की तुलना में अधिक सुदृढ़ और पद्धतिगत साक्ष्य-आधारित दृष्टिकोण पर आधारित है। यह साक्ष्य न केवल प्रकाशित साहित्य (प्रत्यक्ष और साथ ही बैक-ग्राउंड आधारित अनुसंधान ध्वनि नैदानिक अभ्यास गाइड-लाइनों और सिफारिशों के लिए आधार प्रदान करता है, लेकिन विभिन्न सेटिंग्स में देखभाल प्रदान करने की वास्तविकताओं और व्यवहार्यता द्वारा संतुलित किया जाना चाहिए। एसओसी -8 के विकास की प्रक्रिया में नेशनल एकेडमी ऑफ मेडिसिन और विश्व स्वास्थ्य संगठन से नैदानिक अभ्यास दिशानिर्देश विकास पर सिफारिशें शामिल थीं, जिन्होंने पारदर्शिता, हितों के टकराव की नीति, समिति संरचना और समूह प्रक्रिया को संबोधित किया था। (भरोसेमंद नैदानिक अभ्यास विकसित करने के लिए मानकों पर चिकित्सा समिति संस्थान, 2011; विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2019 ए)।

एसओसी -8 संशोधन समिति बहु-विषयक थी और इसमें विषय विशेषज्ञ, स्वास्थ्य देखभाल पेशे- विशेषज्ञ, शोधकर्ता और विभिन्न दृष्टिकोण और भौगोलिक प्रतिनिधित्व वाले हितधारक शामिल थे। समिति के सभी सदस्यों ने हितों के टकराव की घोषणाओं को पूरा किया।

एक दिशानिर्देश मेटोडोलॉजिस्ट ने प्रश्नों की योजना और विकास के साथ सहायता की, और एक स्वतंत्र टीम ने व्यवस्थित समीक्षाएं कीं जिनका उपयोग सिफारिशों के लिए कुछ बयानों को सूचित करने के लिए किया गया था। दिशानिर्देशों के लिए अतिरिक्त इनपुट एक अंतरराष्ट्रीय सलाहकार समिति, कानूनी विशेषज्ञों और सार्वजनिक टिप्पणी अवधि के दौरान प्राप्त प्रतिक्रिया द्वारा प्रदान किया गया था। एसओसी -8 में सिफारिशें उपलब्ध सबूतों पर आधारित हैं जो हस्तक्षेप का समर्थन करते हैं, जोखिम और हानि की चर्चा करते हैं, साथ ही विभिन्न संदर्भों और देश सेटिंग्स के भीतर व्यवहार्यता और स्वीकार्यता भी हैं। अंतिम सिफारिशों की आम सहमति डेल्टा प्रो-सेस का उपयोग करके प्राप्त की गई थी जिसमें देखभाल संशोधन समिति के मानकों के सभी सदस्य शामिल थे और यह आवश्यक था कि सिफारिश राज्यों को 75% सदस्यों द्वारा अनुमोदित किया जाए। बयानों के लिए साक्ष्य का सहायक और व्याख्यात्मक पाठ अध्याय के सदस्यों द्वारा लिखा गया था। अध्यायों के मसौदों की समीक्षा एसओसी संशोधन समिति के अध्यक्ष

साक्ष्य) पर आधारित है, बल्कि आम सहमति-आधारित विशेषज्ञ ओपिन-आयन पर भी आधारित है। साक्ष्य-आधारित दिशानिर्देशों में रोगी देखभाल को अनुकूलित करने के उद्देश्य से सिफारिशें शामिल हैं और साक्ष्य की व्यवस्थित समीक्षा और वैकल्पिक देखभाल विकल्पों के लाभों और नुकसान के आकलन द्वारा सूचित किया जाता है। साक्ष्य-

और सह-अध्यक्षों द्वारा की गई थी ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि प्रारूप सुसंगत था, सबूत ठीक से प्रदान किए गए थे, और सिफारिशें अध्यायों में सुसंगत थीं। एक स्वतंत्र टीम ने दिशानिर्देशों को पूरी तरह से एक पेशेवर द्वारा संपादित करने से पहले एसओसी -8 में उपयोग किए गए संदर्भों की जांच की। एसओसी -8 पद्धति का एक विस्तृत अवलोकन नीचे वर्णित है।

### 2. एसओसी -8 और पिछले संस्करणों की कार्यप्रणाली के बीच अंतर

एसओसी के अन्य संस्करणों के साथ तुलना में एसओसी -8 की कार्यप्रणाली में मुख्य अंतर हैं:

- दुनिया भर के पेशेवरों के एक बड़े समूह की भागीदारी;
- दिशानिर्देश संचालन समिति को विकसित करने के साथ-साथ अध्याय लीड और सदस्यों का चयन करने के लिए एक पारदर्शी चयन प्रक्रिया;
- एसओसी -8 के विकास में विभिन्न हितधारकों को शामिल करना
- हितों के टकराव का प्रबंधन
- एसओसी -8 समिति के सदस्यों के बीच सिफारिशों पर समझौते तक पहुंचने के लिए डेल्टा प्रक्रिया का उपयोग
- कार्यप्रणाली को विकसित करने और जहां संभव हो स्वतंत्र व्यवस्थित साहित्य समीक्षा करने में मदद करने के लिए एक प्रतिष्ठित विश्वविद्यालय से एक स्वतंत्र निकाय की भागीदारी
- सिफारिशों की ताकत के आधार पर सिफारिशों को "अनुशंसा" या "सुझाव" के रूप में वर्गीकृत किया गया था।
- उद्धरणों की समीक्षा करने के लिए नैदानिक शिक्षाविदों के एक स्वतंत्र समूह की भागीदारी।
- ट्रांसजेंडर वर्ग और जेंडर वर्ग विविध (टीजीडी) समुदाय, डब्ल्यूपीएच और अन्य पेशेवर संगठनों के सदस्यों के साथ-साथ आम जनता के साथ काम करने वाले अंतरराष्ट्रीय संगठनों की भागीदारी, जिन्होंने पूरे एसओसी -8 के बारे में

सार्वजनिक टिप्पणी अवधि के माध्यम से प्रतिक्रिया प्रदान की।

### 3. एसओसी -8 विकास प्रक्रिया का अवलोकन

देखभाल के मानकों को अद्यतन करने के लिए कदम नीचे दिए गए हैं :

1. अध्यक्ष और सह-अध्यक्षों सहित दिशानिर्देश संचालन समिति की स्थापना (19 जुलाई, 2017)
2. अध्यायों का निर्धारण (दिशानिर्देशों का दायरा)
3. विशेषज्ञता के आधार पर अध्याय सदस्यों का चयन (मार्च 2018)
4. साक्ष्य समीक्षा टीम का चयन: जॉन हॉपकिंस विश्वविद्यालय (मई 2018)
5. एसओसी -8 में शामिल विषयों को परिष्कृत करना और व्यवस्थित समीक्षाओं के लिए प्रश्नों की समीक्षा करना
6. व्यवस्थित समीक्षा आयोजित करना (मार्च 2019)
7. सिफारिश बयानों का मसौदा तैयार करना
8. डेल्टा प्रक्रिया का उपयोग करके सिफारिश बयानों पर मतदान (सितंबर 2019-फरवरी 2022)
9. सिफारिशों के बयानों की ग्रेडिंग
10. कथनों का समर्थन करने वाला पाठ लिखना
11. सहायक पाठ में उपयोग किए गए संदर्भों को स्वतंत्र रूप से मान्य करना
12. एसओसी -8 के मसौदे को अंतिम रूप देना (1 दिसंबर, 2021)
13. अंतर्राष्ट्रीय सलाहकार समिति द्वारा बयानों पर प्रतिक्रिया
14. सार्वजनिक टिप्पणी अवधि (नवंबर 2021-जनवरी 2022) के दौरान एसओसी -8 के पूरे मसौदे पर प्रतिक्रिया
15. टिप्पणियों के आधार पर अंतिम मसौदे का संशोधन (जनवरी 2022- मई 2022)
16. अध्यक्ष और सह-अध्यक्षों द्वारा अंतिम मसौदे का अनुमोदन (10 जून, 2022)
17. डब्ल्यूपीएच निदेशक मंडल द्वारा अनुमोदन
18. एसओसी -8 का प्रकाशन
19. एसओसी -8 का प्रसार और अनुवाद

#### 3.1. दिशानिर्देश संचालन समिति की स्थापना

डब्ल्यूपीएच दिशानिर्देश संचालन समिति ने देखभाल के मानकों के सभी अध्यायों के लिए दिशानिर्देश विकास प्रक्रिया की देखरेख की। पिछले एसओसी संस्करणों से निरंतरता बनाए रखने के लिए डब्ल्यूपीएच बोर्ड द्वारा नियुक्त किए

गए अध्यक्ष (एली कोलमैन) को छोड़कर, दिशानिर्देश संचालन समिति के सदस्यों को डब्ल्यूपीएच बोर्ड द्वारा इन पदों के लिए आवेदन करने वाले डब्ल्यूपीएच सदस्यों में से चुना गया था। सह-अध्यक्षों, अध्याय लीड्स, अध्याय सदस्यों और हितधारकों के पदों के लिए नौकरी विवरण विकसित किए गए थे। डब्ल्यूपीएच सदस्य एक आवेदन पत्र को पूरा करके और अपने सीवी जमा करके आवेदन करने के लिए पात्र थे। डब्ल्यूपीएच के बोर्ड ने सह-अध्यक्ष के पद के लिए मतदान किया (बोर्ड के एक सदस्य ने हितों के टकराव को देखते हुए भाग नहीं लिया)। अध्यक्षों और सह-अध्यक्षों ने आवेदन पत्र और सीवी के आधार पर अध्याय लीड और सदस्यों (साथ ही हितधारकों) का चयन किया।

#### देखभाल के मानकों के लिए दिशानिर्देश संचालन समिति 8 वां संस्करण हैं:

- एली कोलमैन, पीएचडी (चेयर) प्रोफेसर, निदेशक और अकादमिक अध्यक्ष, यौन और जेंडर वर्ग स्वास्थ्य संस्थान, परिवार चिकित्सा और सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग, मिनेसोटा मेडिकल स्कूल विश्वविद्यालय (यूएसए)
- आसा रेडिक्स, एमडी, पीएचडी, एमपीएच (सह-अध्यक्ष) वरिष्ठ निदेशक, अनुसंधान और शिक्षा कैलेन-लॉर्ड सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र क्लिनिकल एसोसिएट प्रोफेसर ऑफ मेडिसिन न्यूयॉर्क विश्वविद्यालय, यूएसए
- जॉन आर्केलस, एमडी, पीएचडी (सह-अध्यक्ष) नॉटिंगहम, यूके के ट्रांसजेंडर वर्ग स्वास्थ्य विश्वविद्यालय में मानसिक स्वास्थ्य और कल्याण मानद सलाहकार के प्रोफेसर

रॉबिन्सन, पीएचडी (लीड, साक्ष्य समीक्षा टीम) चिकित्सा, महामारी विज्ञान और स्वास्थ्य नीति और प्रबंधन के प्रोफेसर जॉन्स हॉपकिंस विश्वविद्यालय, यूएसए

#### 3.2. अध्यायों के लिए विषयों का निर्धारण

दिशानिर्देश संचालन समिति ने साहित्य की समीक्षा करके और एसओसी के पिछले संस्करण की समीक्षा करके देखभाल के मानकों में शामिल करने के लिए अध्यायों को निर्धारित किया। देखभाल के मानकों 8 वें संस्करण में अध्याय:

1. शब्दावली
2. वैश्विक प्रयोज्यता
3. जनसंख्या अनुमान
4. शिक्षा \*

6. किशोर
7. बच्चे
8. नॉनबाइनरी
9. किन्नर
10. इंटरसेक्स
11. संस्थागत वातावरण
12. हार्मोन थेरेपी
13. शल्य चिकित्सा और पोस्टऑपरेटिव देखभाल
14. आवाज और संचार
15. प्राथमिक देखभाल
16. प्रजनन स्वास्थ्य
17. यौन स्वास्थ्य
18. मानसिक स्वास्थ्य

\* शिक्षा अध्याय मूल रूप से शिक्षा और नैतिकता दोनों को कवर करने का इरादा था। नैतिकता पर एक अध्याय लिखने के लिए एक अलग समिति बनाने का निर्णय लिया गया था। अध्याय लिखने के दौरान, यह बाद में निर्धारित किया गया था कि नैतिकता का विषय एसओसी 8 के बाहर सबसे अच्छा रखा गया था और ट्रांसजेंडर वर्ग स्वास्थ्य के लिए प्रासंगिक नैतिक विचारों की गहराई से जांच की आवश्यकता थी।

### 3.3. अध्याय सदस्यों का चयन

एसओसी -8 समीक्षा समिति (अध्याय लीड या सदस्य) का हिस्सा बनने के लिए आवेदनों के लिए एक कॉल डब्लूपीएटीएच सदस्यता को भेजा गया था। दिशानिर्देश संचालन समिति के अध्यक्षों ने विभिन्न विषयों और दृष्टिकोणों से प्रतिनिधित्व सुनिश्चित करते हुए प्रत्येक अध्याय के लिए सदस्यों को नियुक्त किया।

अध्याय लीड और सदस्यों को ट्रांसजेंडर वर्ग स्वास्थ्य में अच्छी स्थिति और सामग्री विशेषज्ञों में डब्लूपीएटीएच पूर्ण सदस्य होना आवश्यक था, जिसमें कम से कम एक अध्याय विषय भी शामिल था। अध्याय लीड्स ने दिशानिर्देश संचालन समिति को रिपोर्ट किया और अध्याय सदस्यों की भागीदारी के समन्वय के लिए जिम्मेदार थे। अध्याय के सदस्यों ने सीधे अध्याय लीड को रिपोर्ट किया।

प्रत्येक अध्याय में हितधारकों को सदस्यों के रूप में भी शामिल किया गया था जो समुदाय में ट्रांसजेंडर वर्ग स्वास्थ्य वकालत या काम के दृष्टिकोण लाते हैं, या एक परिवार के सदस्य के रूप में जिसमें एक ट्रांसजेंडर वर्ग बच्चा,

भाई-बहन, साथी, माता-पिता आदि शामिल थे। हितधारकों को डब्लूपीएटीएच का पूर्ण सदस्य होने की आवश्यकता नहीं थी। अध्याय के सदस्यों से अपेक्षा की गई थी:

- समीक्षा प्रश्नों के विकास शोधन में भाग लें
- साक्ष्य समीक्षा टीम से सभी सामग्रियों पर टिप्पणियां पढ़ें और प्रदान करें
- मसौदा साक्ष्य रिपोर्ट सहित मसौदा दस्तावेजों की गंभीर समीक्षा
- साक्ष्य और मसौदा सिफारिशों की
- समीक्षा और आकलन
- डेल्टा आम सहमति प्रक्रिया में भाग लें
- सिफारिश कथनों का बैकअप लेने के लिए पाठ विकसित करें
- सिफारिश की ताकत का वर्णन करने के लिए प्रत्येक कथन को ग्रेड करें
- पूरी प्रक्रिया के दौरान अध्यक्षों से टिप्पणियों की समीक्षा और संबोधित करें
- अध्यायों की सामग्री विकसित करना
- सार्वजनिक टिप्पणियों से टिप्पणियों की समीक्षा करें और दिशानिर्देशों के संशोधन के विकास में सहायता करें
- इनपुट प्रदान करना और दिशानिर्देशों के प्रसार में भाग लेना

अध्याय लीड और सदस्यों के लिए आवश्यकतानुसार प्रशिक्षण और अभिविन्यास प्रदान किया गया था। प्रशिक्षण सामग्री में प्रश्नों का निर्माण और शोधन (यानी, पीआईसीओ का उपयोग), साक्ष्य की समीक्षा करना, सिफारिश बयान विकसित करना, साक्ष्य और सिफारिशों को ग्रेडिंग करना और दिशानिर्देश विकास कार्यक्रम और प्रक्रिया के बारे में जानकारी शामिल थी।

कुल 26 अध्याय-लीड नियुक्त किए गए थे (कुछ अध्यायों को सह-लीड की आवश्यकता थी), 77 अध्याय सदस्य और 16 हितधारक। कुल 127 का चयन किया गया। एसओसी प्रक्रिया के दौरान, 8 लोगों ने व्यक्तिगत या काम से संबंधित कारणों से छोड़ दिया। इसलिए, एसओसी -8 के 119 अंतिम लेखक थे।

### 3.4. साक्ष्य समीक्षा टीम का चयन

डब्लूपीएटीएच बोर्ड ने साक्ष्य समीक्षा टीम बनने के लिए आवेदनों के लिए एक अनुरोध जारी किया। देखभाल के मानकों 8 वें संस्करण के लिए डब्लूपीएटीएच बोर्ड ने करेन रॉबिन्सन के नेतृत्व में जॉन्स हॉपकिंस विश्वविद्यालय में साक्ष्य समीक्षा टीम को शामिल किया।

रॉबिन्सन, पीएचडी (लीड, साक्ष्य समीक्षा टीम) चिकित्सा,

महामारी विज्ञान और स्वास्थ्य नीति और प्रबंधन के प्रोफेसर जॉन्स हॉपकिंस विश्वविद्यालय, यूएसए

डॉ रॉबिन्सन ने एसओसी -8 के विकास में संचालन समिति को पीआईसीओ प्रश्नों, बयानों और डेल्टा प्रक्रिया के विकास में सलाह और प्रशिक्षण प्रदान करने के साथ-साथ एक बहुत ही कठोर व्यवस्थित साहित्य समीक्षा करके निर्देशित किया जहां प्रत्यक्ष साक्ष्य उपलब्ध थे।

### हितों का टकराव

दिशानिर्देश संचालन समिति के सदस्यों, अध्याय लीड और सदस्यों और साक्ष्य समीक्षा टीम के सदस्यों को हितों के किसी भी टकराव का खुलासा करने के लिए कहा गया था। इसके अलावा, संभावित वित्तीय और प्रतिस्पर्धी हितों या संघर्षों के अलावा, एक अध्यक्ष, सह-अध्यक्ष या डब्ल्यूएटीएच बोर्ड के सदस्य के साथ व्यक्तिगत या प्रत्यक्ष रिपोर्टिंग संबंध या डब्ल्यूएटीएच निदेशक मंडल में एक पद धारण करना है।

### 3.5. विषयों का परिष्करण और प्रश्नों की समीक्षा

साक्ष्य समीक्षा टीम ने देखभाल के मानकों के पूर्व संस्करण से सिफारिश बयानों को सारांशित किया। साक्ष्य समीक्षा टीम के इनपुट के साथ, दिशानिर्देश संचालन समिति और अध्याय लीड निर्धारित:

- सिफारिश बयान जिन्हें अपडेट करने की आवश्यकता थी
- सिफारिश बयानों की आवश्यकता वाले नए क्षेत्र

### 3.6. व्यवस्थित समीक्षाओं का संचालन

अध्याय के सदस्यों ने सिफारिश कथनों को विकसित करने में मदद करने के लिए प्रश्न विकसित किए। व्यवस्थित समीक्षा के लिए पात्र प्रश्नों के लिए, साक्ष्य समीक्षा टीम ने जनसंख्या, हस्तक्षेप, तुलना और परिणाम (पीआईसीओ तत्वों) को निर्दिष्ट करते हुए समीक्षा प्रश्नों का मसौदा तैयार किया। साक्ष्य समीक्षा टीम ने व्यवस्थित समीक्षा की। साक्ष्य समीक्षा टीम ने प्रतिक्रिया के लिए प्रासंगिक अध्याय के सदस्यों को साक्ष्य तालिकाओं और व्यवस्थित समीक्षाओं के अन्य परिणाम प्रस्तुत किए।

### प्रोटोकॉल

प्रत्येक समीक्षा प्रश्न या विषय के लिए एक अलग विस्तृत

व्यवस्थित समीक्षा प्रोटोकॉल विकसित किया गया था, जैसा कि उपयुक्त है। प्रत्येक प्रोटोकॉल PROSPERO पर पंजीकृत किया गया था।

### साहित्य की खोज

साक्ष्य समीक्षा टीम ने मेडलाइन®, एम्बेस™ और कोक्रेन सेंट्रल रजिस्टर ऑफ कंट्रोलड ट्रायल्स (सेंट्रल) सहित प्रत्येक शोध प्रश्न के लिए उपयुक्त एक खोज रणनीति विकसित की। साक्ष्य समीक्षा टीम ने अनुसंधान प्रश्न के लिए उपयुक्त समझे जाने वाले अतिरिक्त डेटाबेस की खोज की। खोज रणनीति में MeSH और पाठ शब्द शामिल थे और प्रकाशन या दिनांक की भाषा तक सीमित नहीं थे।

साक्ष्य समीक्षा टीम ने सभी शामिल लेखों और हाल ही में, प्रासंगिक व्यवस्थित समीक्षाओं की संदर्भ सूचियों की खोज की। साक्ष्य समीक्षा टीम ने किसी भी अतिरिक्त प्रासंगिक अध्ययन के लिए क्लिनिकल ट्रायल्स की खोज की।

सहकर्मी समीक्षा प्रक्रिया के दौरान खोजों को अपडेट किया गया था। व्यवस्थित समीक्षा में शामिल साहित्य ज्यादातर यूरोप, अमेरिका या ऑस्ट्रेलिया में किए गए मात्रात्मक अध्ययनों पर आधारित था। हम वैश्विक उत्तर के दृष्टिकोणों के प्रति पूर्वाग्रह को स्वीकार करते हैं जो दुनिया भर में ट्रांसजेंडर वर्ग और जेंडर वर्ग विविध (टीजीडी) समुदायों के भीतर जीवित अनुभवों और दृष्टिकोणों की विविधता पर पर्याप्त ध्यान नहीं देता है। साहित्य में दृश्यता का यह असंतुलन एक शोध और अभ्यास अंतर की ओर इशारा करता है जिसे भविष्य में शोधकर्ताओं और चिकित्सकों द्वारा संबोधित करने की आवश्यकता है ताकि जेंडर वर्ग पहचान से स्वतंत्र सभी टीजीडी लोगों की समर्थन आवश्यकताओं के साथ न्याय किया जा सके।

### अध्ययन चयन

एविडेंस रिव्यू टीम, चैंप्टर वर्कगुप लीड्स से इनपुट के साथ, प्रत्येक शोध प्रश्न के लिए पात्रता मानदंड को प्राथमिकता के रूप में परिभाषित करती है।

साक्ष्य समीक्षा टीम के दो समीक्षकों ने पात्रता के लिए स्वतंत्र रूप से शीर्षक और सार और पूर्ण पाठ लेखों की स्क्रीनिंग की। बाहर किए जाने के लिए, दोनों समीक्षकों को इस बात पर सहमत होने की आवश्यकता थी कि अध्ययन कम से कम एक बहिष्करण मानदंडों को पूरा करता है। समीक्षकों ने चर्चा के माध्यम से पात्रता के बारे में मतभेदों को हल किया।

### डेटा निष्कर्षण

साक्ष्य समीक्षा टीम ने सामान्य अध्ययन विशेषताओं, प्रतिभागी विशेषताओं, हस्तक्षेपों और परिणाम उपायों पर डेटा को अमूर्त करने के लिए मानकीकृत रूपों का उपयोग किया। एक समीक्षक ने डेटा को सारित किया, और एक दूसरे समीक्षक ने अमूर्त डेटा को मजबूत किया।

### पूर्वाग्रह के जोखिम का आकलन

साक्ष्य समीक्षा टीम के दो समीक्षकों ने स्वतंत्र रूप से प्रत्येक शामिल अध्ययन के लिए पूर्वाग्रह के जोखिम का आकलन किया। यादृच्छिक नियंत्रित परीक्षणों के लिए, कोक्रेन रिस्क ऑफ बायस टूल का उपयोग किया गया था। अवलोकन संबंधी अध्ययनों के लिए, गैर-यादृच्छिक अध्ययन में पूर्वाग्रह का जोखिम-हस्तक्षेप (रॉबिन्स-आई) उपकरण का उपयोग किया गया था। जहां उचित समझा गया, मौजूदा हालिया व्यवस्थित समीक्षाओं पर विचार किया गया और आरओबीआईएस का उपयोग करके मूल्यांकन किया गया।

### डेटा संश्लेषण और विश्लेषण

साक्ष्य समीक्षा टीम ने शामिल अध्ययनों से सारित डेटा का विवरण देते हुए साक्ष्य तालिकाएं बनाईं। अध्याय कार्यसमूहों के सदस्यों ने समीक्षा की और साक्ष्य तालिकाओं पर टिप्पणियां प्रदान कीं।

### साक्ष्य की ग्रेडिंग

साक्ष्य समीक्षा टीम ने ग्रेड पद्धति का उपयोग करके साक्ष्य ग्रेड सौंपे। साक्ष्य की ताकत प्रत्येक प्रश्न के लिए पूर्वनिर्धारित महत्वपूर्ण परिणामों का उपयोग करके और व्यक्तिगत अध्ययन गुणवत्ता / पूर्वाग्रह, स्थिरता, प्रत्यक्षता, परिशुद्धता और रिपोर्टिंग पूर्वाग्रह के जोखिम की सीमाओं का आकलन करके प्राप्त की गई थी।

### 3.7. सिफारिश विवरणों का प्रारूप तैयार करना

अध्याय लीड और सदस्यों ने सिफारिश बयानों का मसौदा तैयार किया। बयानों को व्यवहार्य, कार्रवाई योग्य और मापने योग्य बनाने के लिए तैयार किया गया था।

साक्ष्य-आधारित सिफारिश बयान व्यवस्थित, और पृष्ठभूमि साहित्य समीक्षाओं के परिणामों और आम सहमति-आधारित विशेषज्ञ राय पर आधारित थे।

अध्यक्ष और सह-अध्यक्षों और अध्याय लीड्स ने शब्दों में स्पष्टता और स्थिरता के लिए सभी सिफारिश बयानों की

समीक्षा की और उन्हें मंजूरी दी। इस समीक्षा के दौरान और पूरी प्रक्रिया के दौरान अध्यायों के बीच किसी भी ओवरलैप को भी संबोधित किया गया था।

कई अध्यायों को अपनी सिफारिशों की स्थिरता सुनिश्चित करने के लिए एक साथ मिलकर काम करना पड़ा। उदाहरण के लिए, जैसा कि अब बचपन और किशोरावस्था के लिए अलग-अलग अध्याय हैं, दोनों अध्यायों के बीच स्थिरता सुनिश्चित करने के लिए, कुछ लेखक दोनों अध्यायों का हिस्सा थे। इसी तरह के कारण से, जब लागू होता है, तो एक कार्यसमूह ने अध्यायों के बीच साझा किए गए विषयों पर अन्य अध्याय कार्यसमूहों के साथ सहयोग किया (यानी, बच्चों का आकलन, वयस्कों का आकलन, हार्मोन थेरेपी, शल्य चिकित्सा और पोस्टऑपरेटिव देखभाल और प्रजनन स्वास्थ्य)।

### 3.8. डेल्टा प्रक्रिया का उपयोग करके सिफारिशों का अनुमोदन

सभी बयानों के लिए औपचारिक सहमति डेल्टा प्रक्रिया (तीन दौर में विशेषज्ञ निर्णयों का एक संरचित अनुरोध) का उपयोग करके प्राप्त की गई थी। एक सिफारिश को साबित करने के लिए, कम से कम 75% मतदाताओं को बयान को मंजूरी देनी होगी। एसओसी -8 सदस्यों के न्यूनतम 65% को प्रत्येक बयान के लिए डेल्टा प्रक्रिया में भाग लेना था। जिन लोगों ने बयान को मंजूरी नहीं दी थी, उन्हें अपनी अस्वीकृति के कारणों के बारे में जानकारी प्रदान करनी थी, इसलिए इस प्रतिक्रिया के अनुसार बयान को संशोधित (या हटाया) जा सकता था। एक बार संशोधित होने के बाद, बयान को फिर से डेल्टा प्रक्रिया के माध्यम से रखा गया था। यदि 3 राउंड के बाद बयान को मंजूरी नहीं दी गई थी, तो बयान को एसओसी से हटा दिया गया था। एसओसी के प्रत्येक सदस्य ने प्रत्येक बयान के लिए मतदान किया। बयानों के लिए प्रतिक्रिया दर (74.79% और 94.96%) के बीच थी।

### 3.9. कथनों के लिए ग्रेडिंग मानदंड

एक बार जब बयान डेल्टा प्रक्रिया से गुजर गए, तो अध्याय के सदस्यों ने सिफारिशों, मूल्यांकन, विकास और मूल्यांकन (ग्रेड) ढांचे की ग्रेडिंग से अनुकूलित प्रक्रिया का उपयोग करके प्रत्येक कथन को वर्गीकृत किया। यह साक्ष्य के सारांश को विकसित करने और प्रस्तुत करने के लिए एक पारदर्शी ढांचा है और नैदानिक अभ्यास सिफारिशें करने के लिए एक व्यवस्थित दृष्टिकोण प्रदान करता है (गुएट एट अल। बयानों को कारकों के आधार पर वर्गीकृत किया गया था जैसे:

- संभावित लाभ और हानि का संतुलन

- उस संतुलन या सबूत की गुणवत्ता में विश्वास
- प्रदाताओं और रोगियों के मूल्य और प्राथमिकताएं
- संसाधन उपयोग और व्यवहार्यता। कथनों को इस प्रकार वर्गीकृत किया गया था:
- मजबूत सिफारिशें ("हम अनुशंसा करते हैं") उन हस्तक्षेपों / चिकित्सा / रणनीतियों के लिए हैं जहां:
- सबूत उच्च गुणवत्ता का है
- एक हस्तक्षेप / चिकित्सा / रणनीति के प्रभाव का अनुमान (यानी, अभ्यास में उच्च स्तर की निश्चितता प्रभाव प्राप्त किया जाएगा)
- चिकित्सा / हस्तक्षेप / रणनीति के कुछ डाउनसाइड्स हैं
- प्रदाताओं और रोगियों या जिनके लिए सिफारिश लागू होती है, के बीच स्वीकृति की एक उच्च डिग्री है।
- कमजोर सिफारिशें ("हम सुझाव देते हैं") उन हस्तक्षेपों / चिकित्सा / रणनीतियों के लिए हैं जहां:
- साक्ष्य आधार में कमजोरियां हैं
- प्रभाव के आकार के बारे में संदेह की एक डिग्री है जिसे व्यवहार में उम्मीद की जा सकती है
- हस्तक्षेप / चिकित्सा / रणनीतियों के संभावित उल्टा और डाउनसाइड्स को संतुलित करने की आवश्यकता है
- प्रदाताओं और रोगियों या जिनके लिए सिफारिश लागू होती है, उनके बीच स्वीकृति की अलग-अलग डिग्री होने की संभावना है।

### 3.10. कथनों का समर्थन करने वाले पाठ का लेखन

कथनों की ग्रेडिंग के बाद, अध्याय कार्यसमूहों ने सिफारिश के लिए तर्क या तर्क प्रदान करते हुए पाठ लिखा। इसमें उपलब्ध साक्ष्य प्रदान करना, संभावित लाभों और हानि के बारे में विवरण प्रदान करना, अनिश्चितताओं का वर्णन करना और सिफारिश के कार्यान्वयन के बारे में जानकारी शामिल थी, जिसमें दूसरों के बीच अपेक्षित बाधाएं या चुनौतियां शामिल थीं। संदर्भ पाठ में जानकारी का समर्थन करने के लिए APA-7 शैली का उपयोग करें। संसाधनों के लिंक भी प्रदान किए जाते हैं, जैसा कि ठीक रूप में किया जाता है। पाठ, जिसमें यह भी शामिल है कि क्या किसी सिफारिश को मजबूत या कमजोर के रूप में वर्णित किया गया है, की समीक्षा की गई और अध्यक्ष और सह-अध्यक्षों द्वारा अनुमोदित किया गया।

### 3.11. कथनों का समर्थन करने के लिए उपयोग किए जाने वाले संदर्भों का बाहरी सत्यापन

ट्रांसजेंडर वर्ग स्वास्थ्य के क्षेत्र में काम करने वाले स्वतंत्र नैदानिक शिक्षाविदों के एक समूह ने प्रत्येक अध्याय में उपयोग किए जाने वाले संदर्भों की समीक्षा की ताकि यह सत्यापित किया जा सके कि पाठ का समर्थन करने के लिए संदर्भों का उचित उपयोग किया गया था। संदर्भों के बारे में किसी भी प्रश्न को समीक्षा के लिए अध्यायों में वापस भेज दिया गया था।

### 3.12. एसओसी -8 के मसौदे को अंतिम रूप देना

अंतिम एसओसी -8 मसौदा टिप्पणियों के लिए उपलब्ध कराया गया था।

### 3.13. अंतर्राष्ट्रीय सलाहकारों द्वारा समीक्षा के लिए देखभाल के मानकों को वितरित करें

8 वें मानकों की सिफारिशों के बयानों को देखभाल संशोधन समिति के व्यापक मानकों और डब्ल्यूपीएच इंटरनेशनल एडवाइजरी ग्रुप के बीच प्रसारित किया गया था, जिसमें एशिया पैसिफिक ट्रांसजेंडर वर्ग नेटवर्क (एपीटीएन), ग्लोबल एक्शन फॉर ट्रांसजेंडर वर्ग इक्वलिटी (गेट), इंटरनेशनल लेस्बियन, गे, बाइसेक्सुअल, ट्रांसजेंडर वर्ग, इंटरसेक्स एसोसिएशन (आईएलजीए), और ट्रांसजेंडर वर्ग यूरोप (टीजीईयू) शामिल थे।

### 3.14. सार्वजनिक टिप्पणी अवधि

देखभाल दस्तावेज के मानकों के संशोधित मसौदा संस्करण को डब्ल्यूपीएच वेबसाइट पर डब्ल्यूपीएच सदस्यों सहित जनता की टिप्पणी के लिए ऑनलाइन पोस्ट किया गया था। टिप्पणियों के लिए 6 सप्ताह की अवधि आवंटित की गई थी। कुल 1,279 लोगों ने मसौदे पर टिप्पणी की और कुल 2,688 टिप्पणियां कीं।

### 3.15. टिप्पणियों के आधार पर अंतिम मसौदे का संशोधन

चैंप्टर लीड्स और गाइडलाइन स्टीयरिंग कमेटी ने फीडबैक पर विचार किया और कोई आवश्यक संशोधन किया। सभी सार्वजनिक टिप्पणियों को पढ़ा गया और, जहां उचित हो, पृष्ठभूमि पाठ में एकीकृत किया गया।

इस प्रक्रिया के हिस्से के रूप में, 3 नए डेल्टा बयान विकसित किए गए थे और 2 को एसओसी -8 समिति द्वारा एक नए वोट की आवश्यकता के लिए पर्याप्त संशोधित किया गया था। इसका मतलब था कि जनवरी 2022 में एक नई डेल्टा प्रक्रिया शुरू की गई थी। इस डेल्टा प्रक्रिया के परिणामों को अध्यायों द्वारा स्वीकार किया गया था, और नए बयानों को तदनुसार जोड़ा या

संशोधित किया गया था। नया सहायक पाठ जोड़ा गया था। अध्यायों के सभी नए संस्करणों की अध्यक्ष और सह-अध्यक्षों द्वारा फिर से समीक्षा की गई और परिवर्तन या संशोधन का सुझाव दिया गया। अंत में, एक बार जब सभापीठ और अध्याय के सदस्य मसौदे से संतुष्ट हो गए, तो अध्याय को अंतिम रूप दे दिया गया। सभी नए संदर्भों को एक स्वतंत्र सदस्य द्वारा डबल चेक किया गया था।

### 3.16. अध्यक्ष और सह-अध्यक्षों द्वारा अंतिम मसौदे का अनुमोदन

संशोधनों की समीक्षा सभापीठों द्वारा की गई और उनके द्वारा इसे स्वीकार कर लिया गया।

### 3.17. डब्ल्यूपीएटीएच निदेशक मंडल द्वारा अनुमोदन

अंतिम दस्तावेज अनुमोदन के लिए डब्ल्यूपीएटीएच निदेशक मंडल के समक्ष प्रस्तुत किया गया था और इसे 20 जून 2022 को अनुमोदित किया गया था।

### 3.18. एसओसी -8 का प्रकाशन और देखभाल के मानकों का प्रसार

देखभाल के मानकों को कई स्थानों पर और कई प्रारूपों में प्रसारित किया गया था, जिसमें इंटरनेशनल जर्नल ऑफ ट्रांसजेंडर वर्ग हेल्थ (डब्ल्यूपीएच की आधिकारिक वैज्ञानिक पत्रिका) में प्रकाशन भी शामिल था।

## 4. अद्यतन करने की योजना

एसओसी (एसओसी -9) का एक नया संस्करण भविष्य में विकसित किया जाएगा, जब नए सबूत और / या क्षेत्र में महत्वपूर्ण बदलाव के लिए एक नए संस्करण की आवश्यकता होती है।

\*दुनिया के कई हिस्सों में कोविड-19 और राजनीतिक अनिश्चितताओं के समय एसओसी-8 का विकास एक जटिल प्रक्रिया थी। एसओसी -8 के सदस्यों ने अपने दिन-प्रतिदिन के काम के शीर्ष पर एसओसी -8 पर काम किया, और अधिकांश बैठकें उनके काम के समय से बाहर और जूम के माध्यम से उनके सप्ताहांत के दौरान हुईं। बहुत कम आमने-सामने की बैठकें हुईं, उनमें से अधिकांश डब्ल्यूपीएटीएच, USPATH या EPATH सम्मेलनों से जुड़ी थीं। इस प्रक्रिया के हिस्से के रूप में एसओसी -8 के समिति के सदस्यों को भुगतान नहीं किया गया था।

## परिशिष्ट बी शब्दावली

**सीसजेंडर** उन लोगों को संदर्भित करता है जिनकी वर्तमान जेंडर वर्ग पहचान उस जेंडर वर्ग से मेल खाती है जिसे उन्हें जन्म के समय सौंपा गया था।

**डीट्रांजिशन** एक शब्द है जिसका उपयोग कभी-कभी जन्म के समय सौंपे गए उनके जेंडर वर्ग से जुड़े जेंडर वर्ग के लिए किसी व्यक्ति के पुनः परिवर्तन का वर्णन करने के लिए किया जाता है।

**यूनक** जन्म के समय सौंपे गए एक व्यक्ति को संदर्भित करता है जिसके अंडकोष को शल्य चिकित्सा द्वारा हटा दिया गया है या गैर-कार्यात्मक प्रदान किया गया है और जो एक किन्नर के रूप में पहचानता है। यह उन लोगों को छोड़कर मानक चिकित्सा परिभाषा से अलग है जो किन्नर के रूप में पहचान नहीं करते हैं।

**यूनक-आइडेंटिफाइड**: एक व्यक्ति जो अपने वास्तविक आत्म को महसूस करता है, वह किन्नर शब्द द्वारा सबसे अच्छा व्यक्त किया जाता है। किन्नर-पहचाने गए व्यक्ति आम तौर पर अपने प्रजनन अंगों को शल्य चिकित्सा से हटाने या गैर-कार्यात्मक होने की इच्छा रखते हैं।

**जेंडर**: संदर्भ के आधार पर, जेंडर वर्ग जेंडर वर्ग पहचान, जेंडर एक्सप्रेसन और / या सामाजिक जेंडर वर्ग भूमिका को संदर्भित कर सकता है, जिसमें सांस्कृतिक रूप से उन लोगों से जुड़ी समझ और अपेक्षाएं शामिल हैं जिन्हें जन्म के समय पुरुष या महिला सौंपी गई थी। पुरुषों और महिलाओं (जो सिजेंडर वर्ग या ट्रांसजेंडर वर्ग हो सकते हैं) के अलावा अन्य जेंडर वर्ग पहचानों में ट्रांसजेंडर वर्ग, नॉनबाइनरी, जेंडर वर्ग क्वीर, जेंडर वर्ग तटस्थ, एगेनर, जेंडर वर्ग द्रव और "तीसरा" जेंडर वर्ग शामिल हैं; दुनिया भर में कई अन्य लिंगों को मान्यता प्राप्त है।

**जेंडर-अफर्मेशन** किसी व्यक्ति की जेंडर वर्ग पहचान में मान्यता प्राप्त या पुष्टि किए जाने को संदर्भित करता है। यह आमतौर पर सामाजिक, मनोवैज्ञानिक, चिकित्सा और कानूनी आयामों के रूप में संकल्पित किया जाता है। जेंडर-अफर्मेशन का उपयोग परिवर्तन के बदले में एक शब्द के रूप में किया जाता है (जैसा कि चिकित्सा जेंडर-अफर्मेशन में) या विशेषण के रूप में इस्तेमाल किया जा सकता है (जेंडर-अफर्मेशन देखभाल में)।

**जेंडर-अफर्मेशन सर्जरी** शल्य चिकित्सा (जीएएस) का उपयोग किसी व्यक्ति की जेंडर आइडेंटिटी की पुष्टि करने

के लिए प्राथमिक और / या माध्यमिक सेक्स विशेषताओं को बदलने के लिए शल्य चिकित्सा का वर्णन करने के लिए किया जाता है।

**जेंडर बाइनरी** इस विचार को संदर्भित करता है कि दो और केवल दो जेंडर वर्ग हैं, पुरुष और महिलाएं; यह अपेक्षा कि हर किसी को एक या दूसरे होना चाहिए; और यह कि सभी पुरुष पुरुष हैं, और सभी महिलाएं महिलाएं हैं।

**जेंडर डाइवर्स** से विविध एक शब्द है जिसका उपयोग जेंडर आइडेंटिटी और / या एक्सप्रेसन वाले लोगों का वर्णन करने के लिए किया जाता है जो जन्म के समय हस्ताक्षरित उनके जेंडर वर्ग के लिए जिम्मेदार सामाजिक और सांस्कृतिक अपेक्षाओं से अलग हैं। इसमें कई अन्य सांस्कृतिक रूप से विविध पहचानों के बीच, ऐसे लोग शामिल हो सकते हैं जो गैर-बाइनरी, जेंडर वर्ग विस्तार, जेंडर वर्ग गैर-अनुरूपता के रूप में पहचान करते हैं, और अन्य जो सिजेंडर वर्ग के रूप में पहचान नहीं करते हैं।

**जेंडर डिस्फोरिया** संकट या असुविधा की स्थिति का वर्णन करता है जिसे अनुभव किया जा सकता है क्योंकि किसी व्यक्ति की सामान्य पहचान उस से भिन्न होती है जिसे जन्म के समय सौंपे गए उनके जेंडर वर्ग के लिए शारीरिक और / या सामाजिक रूप से जिम्मेदार ठहराया जाता है। जेंडर वर्ग डिस्फोरिया भी डीएसएम-5 में एक नैदानिक शब्द है जो जन्म के समय सौंपे गए जेंडर वर्ग और संकट के साथ अनुभवी जेंडर वर्ग के बीच असंगतता को दर्शाता है। सभी ट्रांस-जेंडर वर्ग और जेंडर वर्ग विविध लोग जेंडर वर्ग डिस्फोरिया का अनुभव नहीं करते हैं।

**जेंडर एक्सप्रेसिव** एक विशेषण है जिसका उपयोग अक्सर उन लोगों को अलग करने के लिए किया जाता है जो किसी विशेष जेंडर वर्ग से जुड़े सामाजिक और सांस्कृतिक रूप से परिभाषित व्यवहार या विश्वासों को व्यापक बनाने वाले तरीकों से खुद को पहचानते हैं या व्यक्त करते हैं। जेंडर वर्ग रचनात्मक का भी कभी-कभी उपयोग किया जाता है। जेंडर वर्ग संस्करण शब्द का उपयोग अतीत में किया गया था और अब इसके साथ जुड़े नकारात्मक अर्थों के कारण पेशेवर उपयोग से गायब हो रहा है।

**जेंडर एक्सप्रेसनसे** तात्पर्य है कि कोई व्यक्ति रोजमर्रा की जिंदगी में और अपनी संस्कृति और समाज के संदर्भ के भीतर अपने जेंडर वर्ग को कैसे लागू या व्यक्त करता है। शारीरिक उपस्थिति के माध्यम से जेंडर वर्ग की अभिव्यक्ति में पोशाक, हेयर स्टाइल, सामान, सौंदर्य प्रसाधन, हार्मोनल और सर्जिकल हस्तक्षेप के साथ-साथ तौर-तरीके, भाषण, व्यवहार पैटर्न और नाम शामिल हो सकते हैं। किसी व्यक्ति की जेंडर



एक्सप्रेसन किसी व्यक्ति की जेंडर वर्ग पहचान से जुड़ भी सकती

है और नहीं भी।

**जेंडर आइडेंटिटी** एक व्यक्ति की गहराई से महसूस की गई, आंतरिक, अपने स्वयं के जेंडर वर्ग की आंतरिक भावना को संदर्भित करती है।

**जेंडर इनकांगुएंस** आईसीडी -11 में उपयोग किया जाने वाला एक नैदानिक शब्द है जो किसी व्यक्ति के जन्म-असाइन किए गए जेंडर वर्ग के आधार पर उस व्यक्ति की सामान्य पहचान और उनसे अपेक्षित जेंडर वर्ग के बीच असंगति के चिह्नित और लगातार अनुभव का वर्णन करता है।

**इंटरसेक्स** सेक्स या प्रजनन विशेषताओं के साथ पैदा हुए लोगों को संदर्भित करता है जो महिला या पुरुष की द्विआधारी परिभाषाओं में फिट नहीं होते हैं।

**मिसजेंडर/मिसजेंडरिंग** का तात्पर्य तब होता है जब भाषा का उपयोग किया जाता है जो उस जेंडर वर्ग को सही ढंग से प्रतिबिंबित नहीं करता है जिसके साथ कोई व्यक्ति पहचानता है। यह एक सर्वनाम (he/him/his, she/her/hers, they/them/theirs) या पते का एक रूप हो सकता है (सर, श्रीमान)।

**नॉनबाइनरी** उन लोगों को संदर्भित करता है जिनकी जेंडर वर्ग द्विआधारी के बाहर जेंडर वर्ग पहचान है। गैर-जेंडर वर्ग पहचान वाले लोग आंशिक रूप से एक पुरुष और आंशिक रूप से एक महिला के रूप में पहचान कर सकते हैं या कभी-कभी एक पुरुष और कभी-कभी एक महिला के रूप में पहचान कर सकते हैं, या एक पुरुष या महिला के अलावा किसी अन्य जेंडर वर्ग के रूप में पहचान कर सकते हैं, या जेंडर वर्ग नहीं होने के रूप में। नॉनबाइनरी लोग उन सर्वनामों का उपयोग कर सकते हैं जो वे / उनके / उनके / उनके बजाय / कुछ नॉनबाइनरी लोग खुद को ट्रांसजेंडर वर्ग या ट्रांस मानते हैं; कुछ ऐसा नहीं करते हैं क्योंकि वे ट्रांसजेंडर वर्ग को जेंडर वर्ग बाइनरी का हिस्सा मानते हैं। शॉर्टहैंड एनबी या "एनबी" का उपयोग कभी-कभी नॉनबाइनरी के लिए डिस्क्रिप्टर के रूप में किया जाता है। नॉनबाइनरीजेंडर वर्ग पहचान के उदाहरण जेंडर वर्ग क्वीर, जेंडर वर्ग विविध, जेंडर वर्ग फ्लुइड, डेमिजेन्डर, बिगेंडर और एगेंडर हैं।

**रीट्रांजिशन** दूसरे या बाद के जेंडर वर्ग परिवर्तन को संदर्भित

करता है चाहे सामाजिक, चिकित्सा या कानूनी साधनों से। एक पुनः परिवर्तन एक द्विआधारी या नॉनबाइनरीजेंडर वर्ग से दूसरे द्विआधारी या नॉनबाइनरीजेंडर वर्ग में हो सकता है। लोग एक से अधिक बार परिवर्तन कर सकते हैं। परिवर्तन कई कारणों से हो सकता है, जिसमें जेंडर वर्ग पहचान, स्वास्थ्य संबंधी चिंताएं, परिवार / सामाजिक चिंताएं और वित्तीय मुद्दे शामिल हैं।

**सेक्स असाइंड एट बर्थ** शारीरिक विशेषताओं के आधार पर पुरुष, महिला या इंटरसेक्स के रूप में किसी व्यक्ति की स्थिति को संदर्भित करता है। सेक्स आमतौर पर बाहरी जननांग की उपस्थिति के आधार पर जन्म के समय सौंपा जाता है। एफएबी "जन्म के समय असाइन की गई महिला" का संक्षिप्त नाम है। एफएबी "जन्म के समय असाइन किए गए पुरुष" का संक्षिप्त नाम है।

**सेक्सुअल ओरिएंटेशन** किसी व्यक्ति की यौन पहचान, आकर्षण और व्यवहार को उनके जेंडर वर्ग (ओं) और या सेक्स विशेषताओं और उनके सहयोगियों के आधार पर लोगों के संबंध में संदर्भित करता है। यौन अभिविन्यास और जेंडर वर्ग पहचान अलग-अलग शब्द हैं।

**ट्रांसजेंडर** या ट्रांस उन लोगों को अलग करने के लिए उपयोग किए जाने वाले छाता शब्द हैं जिनकी जेंडर वर्ग पहचान और / या जेंडर वर्ग पूर्वावलोकन आमतौर पर उस जेंडर वर्ग के लिए अपेक्षित नहीं होते हैं जिसे उन्हें जन्म के समय सौंपा गया था। इन शब्दों को हमेशा विशेषण के रूप में उपयोग किया जाना चाहिए (जैसा कि "ट्रांस लोगों" में) और कभी भी संज्ञा के रूप में (जैसा कि "ट्रांसजेंडर वर्ग") और कभी भी क्रियाओं के रूप में नहीं (जैसा कि "ट्रांसजेंडर वर्ग" में)।

**ट्रांसजेंडर मेन या ट्रांस अनुभव के पुरुष** ऐसे लोग हैं जिनकी पुरुषों के रूप में जेंडर वर्ग पहचान है और जिन्हें जन्म के समय महिला वर्ग सौंपी गई थी। वे किसी भी परिवर्तन से गुजर सकते हैं या नहीं भी हो सकते हैं। एफटीएम या फीमेल-टू-मेल पुराने शब्द हैं जो उपयोग से बाहर हो रहे हैं।

**ट्रांसजेंडर वीमेन या ट्रांस महिलाएं या ट्रांस अनुभव की महिलाएं** वे लोग हैं जिनकी महिलाओं के रूप में जेंडर वर्ग पहचान है और जिन्हें जन्म के समय पुरुष सौंपा गया था। वे किसी भी परिवर्तन से गुजर सकते हैं या नहीं भी हो सकते हैं। एमटीएफ या पुरुष-से-महिला पुराने शब्द हैं जो उपयोग से बाहर हो रहे हैं।

**ट्रांजिशन** उस प्रक्रिया को संदर्भित करता है जिसके तहत लोग आमतौर पर जन्म के समय अपने असाइन किए गए जेंडर वर्ग से जुड़ी जेंडर एक्सप्रेसन से किसी अन्य जेंडर एक्सप्रेसन में बदल जाते हैं जो उनकी जेंडर वर्ग पहचान से बेहतर मेल खाता है। लोग

अपने नाम, सर्वनाम, कपड़े, बालों की शैली और / या उनके चलने और बोलने के तरीकों को बदलने जैसे तरीकों का उपयोग करके सामाजिक रूप से परिवर्तन कर सकते हैं। परिवर्तन में भौतिक शरीर को बदलने के लिए हार्मोन और / या शल्य चिकित्सा शामिल हो सकती है या नहीं भी हो सकती है। परिवर्तन का उपयोग किसी भी जेंडर वर्ग से एक अलग पीढ़ी में किसी की जेंडर एक्सप्रेसनको बदलने की प्रक्रिया का वर्णन करने के लिए किया जा सकता है। लोग अपने जीवनकाल में एक से अधिक बार परिवर्तन कर सकते हैं।

**ट्रांसफोबिया** एक समूह के रूप में ट्रांसजेंडर वर्ग और जेंडर वर्ग विविध लोगों से संबंधित नकारात्मक दृष्टिकोण, विश्वास और कार्यों को संदर्भित करता है। ट्रांसफोबिया को संरचनात्मक स्तर पर या बहुत विशिष्ट और व्यक्तिगत तरीकों से भेदभावपूर्ण नीतियों और प्रथाओं में लागू किया जा सकता है। ट्रांसफोबिया को भी आंतरिक रूप दिया जा सकता है, जब ट्रांसजेंडर वर्ग और जेंडर वर्ग विविध लोग अपने या अन्य ट्रांसजेंडर वर्ग और जेंडर वर्ग विविध लोगों के बारे में इस तरह के पूर्वाग्रह को स्वीकार करते हैं और प्रतिबिंबित करते हैं। जबकि ट्रांस-फोबिया कभी-कभी प्रत्यक्ष शत्रुता के बजाय अनजाने अज्ञानता का परिणाम हो सकता है, इसके प्रभाव कभी भी सौम्य नहीं होते हैं। कुछ लोग ट्रांसफोबिया के स्थान पर एंटी-ट्रांसजेंडर वर्ग पूर्वाग्रह शब्द का उपयोग करते हैं।

## परिशिष्ट सी जेंडर वर्ग पुष्टि हार्मोनल उपचार

तालिका 1. जेंडर वर्ग पुष्टि हार्मोन थेरेपी के जवाब में शारीरिक परिवर्तनों का अपेक्षित समय पाठ्यक्रम

| टेस्टोस्टेरोन आधारित आहार                    |            |                  |
|--|------------|------------------|
| प्रभाव                                       | शुरुआत     | अधिकतम           |
| त्वचा का तैलीयपन / मुँहासे                   | 1-6 महीने  | 1-2 वर्ष         |
| चेहरे / शरीर के बालों का विकास               | 6-12 महीने | >5 वर्ष          |
| खोपड़ी के बालों का झड़ना                     | 6-12 महीने | >5 वर्ष          |
| बढ़ी हुई मांसपेशी द्रव्यमान / शक्ति          | 6-12 महीने | 2-5 वर्ष         |
| वसा पुनर्वितरण                               | 1-6 महीने  | 2-5 वर्ष         |
| मासिक धर्म की समाप्ति                        | 1-6 महीने  | 1-2 वर्ष         |
| क्लिटोरल वृद्धि                              | 1-6 महीने  | 1-2 वर्ष         |
| योनि शोष                                     | 1-6 महीने  | 1-2 वर्ष         |
| आवाज को गहरा करना                            | 1-6 महीने  | 1-2 वर्ष         |
| एस्ट्रोजन और टेस्टोस्टेरोन कम करने वाले आहार |            |                  |
| प्रभाव                                       | शुरुआत     | अधिकतम           |
| शरीर की वसा का पुनर्वितरण                    | 3-6 महीने  | 2-5 वर्ष         |
| मांसपेशियों और ताकत में कमी                  | 3-6 महीने  | 1-2 वर्ष         |
| त्वचा का नरम होना/ तैलीयपन में कमी           | 3-6 महीने  | अज्ञात           |
| यौन इच्छा में कमी                            | 1-3 महीने  | अज्ञात           |
| सहज इरेक्शन में कमी                          | 1-3 महीने  | 3-6 महीने अज्ञात |
| शुक्राणु उत्पादन में कमी                     | 2 वर्ष     |                  |
| स्तन वृद्धि                                  | 3-6 महीने  | 2-5 वर्ष         |
| वृषण मात्रा में कमी                          | 3-6 महीने  | विभिन्न          |
| टर्मिनल बालों के विकास में कमी               | 3 वर्ष     | > 6-12 महीने     |
| बढ़ी हुई खोपड़ी की बाल आवाज कोई नहीं बदलती   | विभिन्न    | विभिन्न          |

तालिका 2. जेंडर वर्ग पुष्टि हार्मोन थेरेपी से जुड़े जोखिम (बोल्ड आइटम चिकित्सकीय रूप से महत्वपूर्ण हैं) (एसओसी -7 से अपडेट)

| जोखिम का स्तर   | एस्ट्रोजन-आधारित आहार   | टेस्टोस्टेरोन-आधारित आहार  |
|---|---|--|
| जोखिम बढ़ने की संभावना  | शिरापरक थ्रोम्बोम्बोलिज्म बांझपन  | पॉलीसिथेमिया बांझपन  |
|   | हाइपरकेलेमिया<br>हाइपरट्रिजेसेराइडेमिया,<br>वजन                           | मुँहासा<br>एंड्रोजेनिक एलोपेसिया उच्च<br>रक्तचाप<br>स्लीप एपनिया<br>वजन<br>एचडीएल कोलेस्ट्रॉल में कमी<br>और एलडीएल कोलेस्ट्रॉल में<br>वृद्धि |
| अतिरिक्त जोखिम कारकों की उपस्थिति के साथ जोखिम में वृद्धि की संभावना है | कार्डियोवैस्कुलर रोग<br>सेरेब्रोवास्कुलर रोग<br>मेनिंगियोमैक पॉलीयूरिया / | कार्डियोवैस्कुलर रोग<br>हाइपरट्रिग्लिसराइडेमिया  |
| संभावित जोखिम में वृद्धि  | उच्च रक्तचाप इरेक्टाइल<br>डिसफंक्शन                                       |  |
| अतिरिक्त जोखिम कारकों की उपस्थिति के साथ संभावित जोखिम में वृद्धि       | हाइपरप्रोलैक्टिनमिया टाइप 2<br>मधुमेह कार्डियोवैस्कुलर रोग                | टाइप 2 मधुमेह कम हड्डी<br>द्रव्यमान /  |
| कोई बढ़ा हुआ जोखिम या अनिर्णायक नहीं                                    | स्तन और प्रोस्टेट कैंसर   | ऑस्टियोपोरोसिस स्तन,<br>गर्भाशय ग्रीवा, डिम्बग्रंथि,<br>गर्भाशय कैंसर  |

सी-साइप्रोटोन-आधारित आहार

एस-स्प्रिनोलैक्टोन-आधारित शासन

तालिका 3. ट्रांसजेंडर वर्ग और जेंडर वर्ग विविध युवाओं में जेंडर वर्ग पुष्टि हार्मोन रेजिमेन (एंड्रोक्राइन सोसाइटी दिशानिर्देशों से अनुकूलित; हेमब्री एट अल, 2017)

5µg/kg/d से शुरू करें और एस्ट्राडियोल स्तर के अनुसार हर 6 महीने में 5 µg/kg/d से 20 µg/kg/d तक बढ़ाएं वयस्क खुराक = 2-6mg/दिन पोस्टप्यूबर्टल TGD किशोरों में, 17e-एस्ट्राडियोल की खुराक को अधिक तेजी से बढ़ाया जा सकता है: 6 महीने के लिए 1mg/d के बाद 2mg/d और एस्ट्राडियोल स्तरों के अनुसार ऊपर

ट्रांसडर्मल 17-एस्ट्राडियोल के साथ महिला यौवन (एस्ट्रोजन-आधारित आहार) का प्रेरण प्रारंभिक खुराक 6.25-12.5 µg/24 घंटे (24 ग्राम पैच को 1/4 से काटकर 1/2) एस्ट्राडियोल स्तर के अनुसार हर 6 महीने मस 12.5 µg/24 घंटे तक टाइटेड करें वयस्क खुराक = 50-200 µg/24 घंटे वयस्क खुराक पर एक बार विकल्प के लिए (तालिका 4)

टेस्टोस्टेरोन एस्टर के साथ पुरुष यौवन (टेस्टोस्टेरोन-आधारित आहार) का प्रेरण 25mg / m<sup>2</sup> / 2 सप्ताह (या वैकल्पिक रूप से इस खुराक का आधा साप्ताहिक) वयस्क खुराक और लक्ष्य टेस्टोस्टेरोन के स्तर को प्राप्त करने तक हर 6 महीने में 25mg / m<sup>2</sup> / 2 सप्ताह तक बढ़ाएं। टेस्टोस्टेरोन के लिए विकल्प देखें (तालिका 4)

तालिका 4. ट्रांसजेंडर और जेंडर वर्ग रूप से विविध वयस्कों में हार्मोन आहार \*

| एस्ट्रोजन-आधारित आहार (ट्रांसफेमिनिन)   |  |
|---|--|
| एस्ट्रोजन<br>मौखिक या उपभाषी एस्ट्राडियोल   | 2.0-6.0mg/   |
| ट्रांसडर्मल<br>एस्ट्राडियोल ट्रांसडर्मल पैच एस्ट्राडियोल जेल<br>विभिन्न                                     | 0.025-0.2mg/दिन<br>त्वचा के लिए दैनिक  |
| Parenteral<br>एस्ट्राडियोल वेलेरेट या साइपोनेट  | 5-30mg आईएम हर 2 सप्ताह 2-10 IM हर हफ्ते   |
| एंटी-एंड्रोजन स्प्रिनोलैक्टोन<br>साइप्रोटोन एसीटेट<br>जीएनआरएच एगोनिस्ट<br>जीएनआरएच एगोनिस्ट डिपो सूत्रीकरण | 100-300mg / दिन<br>10mg / दिन **<br>3.75-7.50मिलीग्राम एसक्यू/आईएम मासिक<br>11.25/22.5mg एसक्यू/आईएम 3/6 मासिक |

• लागू राशि सूत्रीकरण और ताकत में भिन्न होती है।

टेस्टोस्टेरोन-आधारित आहार (ट्रांसपुरुष)

ट्रांसजेंडर वर्ग पुरुष

|  |   |
|--|---|
| टेस्टोस्टेरोन<br>पैरेटल टेस्टोस्टेरोन एन्थेट /<br>क्रिपओनेट  | 50-100 आईएम/एसक्यू साप्ताहिक<br>या हर 2 सप्ताह में 100-200 आईएम                                     |
| टेस्टोस्टेरोन अनडेकेनोएट ट्रांसडर्मल<br>टेस्टोस्टेरोन टेस्टोस्टेरोन जेल<br>टेस्टोस्टेरोन ट्रांसडर्मल पैच | हर 12 सप्ताह में 1000mg आईएम या हर 10<br>सप्ताह में 750mg आईएम<br>50-100mg / दिन<br>2.5-7.5mg / दिन |

\* जब तक सेक्स स्टेरॉयड हार्मोन का स्तर चिकित्सीय सीमा में नहीं होता है, तब तक खुराक को ऊपर या नीचे किया जाता है। हार्मोन आहार उन सभी योगों को प्रतिबिंबित नहीं करते हैं जो दुनिया भर में सभी फार्मसियों में उपलब्ध हैं। हार्मोन रेजिमेन को स्थानीय फार्मसियों में उपलब्ध होने के लिए अनुकूलित किया जा सकता है। \*\* कुइजपर्स एट अल (2021)।

तालिका 5. जेंडर वर्ग पुष्टि हार्मोन थेरेपी प्राप्त करने वाले ट्रांसजेंडर वर्ग और जेंडर वर्ग विविध लोगों की हार्मोन निगरानी (एंडोक्राइन सोसाइटी दिशानिर्देशों से अनुकूलित)

#### ट्रांसजेंडर वर्ग पुरुष या ट्रांस मर्दाना (जेंडर वर्ग विविध / नॉनबाइनरीसहित) व्यक्ति

1. टेस्टोस्टेरोन के जवाब में उचित शारीरिक परिवर्तनों की निगरानी के लिए पहले वर्ष में लगभग हर 3 महीने (खुराक परिवर्तन के साथ) और उसके बाद प्रति वर्ष 1 से 2 बार रोगी का मूल्यांकन करें।
2. सीरम कुल टेस्टोस्टेरोन को हर 3 महीने (खुराक में बदलाव के साथ) मापें जब तक कि स्तर लक्ष्य पर न हों।  
 ए. पैरेंट्रल टेस्टोस्टेरोन के लिए, सीरम कुल टेस्टोस्टेरोन को इंजेक्शन के बीच में मापा जाना चाहिए। लक्ष्य स्तर 400-700 एनजी/डीएल है। वैकल्पिक रूप से, यह सुनिश्चित करने के लिए शिखर और गर्त चोटियों को मापें कि स्तर संदर्भ पुरुषों की सीमा में रहें।  
 बी. पैरेंट्रल टेस्टोस्टेरोन अनडेकेनेट के लिए, टेस्टोस्टेरोन को इंजेक्शन से ठीक पहले मापा जाना चाहिए। यदि स्तर 400 एनजी / डीएल < है, तो खुराक अंतराल समायोजित करें।  
 सी. ट्रांसडर्मल टेस्टोस्टेरोन के लिए, टेस्टोस्टेरोन के स्तर को दैनिक आवेदन के 1 सप्ताह (उत्पाद के आवेदन के कम से कम 2 घंटे बाद) के बाद जल्दी नहीं मापा जा सकता है।
3. पहले वर्ष के लिए बेसलाइन और लगभग 3 महीने (खुराक परिवर्तन के साथ) और फिर वर्ष में एक से दो बार हेमटोक्रिट या हीमोग्लोबिन सांद्रता को मापें।

#### ट्रांसजेंडर वर्ग महिला या ट्रांस फेमिनिन (जेंडर वर्ग विविध / नॉनबाइनरीसहित) व्यक्ति

1. एस्ट्रोजन के जवाब में उचित शारीरिक परिवर्तनों की निगरानी के लिए पहले वर्ष में लगभग हर 3 महीने (खुराक परिवर्तन के साथ) और उसके बाद प्रति वर्ष एक से दो बार रोगी का मूल्यांकन करें।  
 ए) सीरम टेस्टोस्टेरोन का स्तर 50 एनजी / डीएल से कम होना चाहिए।  
 बी) सीरम एस्ट्राडियोल 100-200 पीजी / एमएल की सीमा में होना चाहिए।
2. स्पिरोनोलैक्टोन प्राप्त करने वाले व्यक्तियों के लिए, सीरम इलेक्ट्रोलाइट्स, विशेष रूप से पोटेशियम, और गुर्दे के कार्य, विशेष रूप से क्रिएटिनिन की निगरानी की जानी चाहिए।
3. प्राथमिक देखभाल अध्याय सिफारिशों के अनुसार प्राथमिक देखभाल स्क्रीनिंग का पालन करें

## परिशिष्ट डी

### सारांश वयस्कों और किशोरों के लिए हार्मोनल और सर्जिकल उपचार के लिए मानदंड

एसओसी -8 दिशानिर्देशों का उद्देश्य टीजीडी लोगों की विविध स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए लचीला होना है। अनुकूलनीय होने के दौरान, वे इष्टतम स्वास्थ्य देखभाल को बढ़ावा देने और जेंडर वर्ग असंगति का अनुभव करने वाले लोगों के उपचार का मार्गदर्शन करने के लिए सर्वोत्तम उपलब्ध वैज्ञानिक साक्ष्य से प्राप्त आम सहमति-आधारित मानकों की पेशकश करते हैं। एसओसी के पिछले सभी संस्करणों की तरह, जेंडर वर्ग पुष्टि हस्तक्षेप के लिए इस दस्तावेज़ में रखे गए मानदंड नैदानिक दिशानिर्देश हैं; व्यक्तिगत स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर और कार्यक्रम, टीजीडी व्यक्ति के परामर्श से, उन्हें संशोधित कर सकते हैं। एसओसी से नैदानिक प्रस्थान एक टीजीडी व्यक्ति की अद्वितीय शारीरिक, सामाजिक या मनोवैज्ञानिक स्थिति के कारण हो सकता है; एक सामान्य स्थिति से निपटने की एक अनुभवी स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर की विकसित विधि; एक शोध प्रोटोकॉल; दुनिया के विभिन्न हिस्सों में संसाधनों की कमी; या विशिष्ट नुकसान-कमी रणनीतियों की आवश्यकता। इन प्रस्थानों को इस तरह से पहचाना जाना चाहिए, टीजीडी व्यक्ति के साथ चर्चा की जानी चाहिए, और प्रलेखित किया जाना चाहिए। यह प्रलेखन नए डेटा के संचय के लिए भी मूल्यवान है, जिसे पूर्वव्यापी रूप से स्वास्थ्य देखभाल और एसओसी को विकसित करने की अनुमति देने के लिए जांच की जा सकती है। इस सारांश मानदंड को प्रासंगिक अध्यायों के साथ पढ़ने की आवश्यकता है (वयस्क मूल्यांकन और किशोर अध्याय देखें)।

### शल्य चिकित्सा के लिए मानदंड

1. जेंडर वर्ग असंगति चिह्नित और निरंतर है;
2. उन क्षेत्रों में जेंडर वर्ग पुष्टि सर्जिकल हस्तक्षेप से पहले जेंडर वर्ग असंगतता के लिए नैदानिक मानदंडों को पूरा करता है जहां स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंचने के लिए निदान आवश्यक है;
3. विशिष्ट जेंडर वर्ग पुष्टि शल्य चिकित्सा हस्तक्षेप के लिए सहमति देने की क्षमता प्रदर्शित करता है;
4. प्रजनन पर जेंडर वर्ग पुष्टि सर्जिकल हस्तक्षेप के प्रभाव को समझता है और उन्होंने प्रजनन विकल्पों

का पता लगाया है;

5. स्पष्ट जेंडर वर्ग असंगतता के अन्य संभावित कारणों की पहचान की गई है और बाहर रखा गया है;
6. मानसिक स्वास्थ्य और शारीरिक स्थितियां जो जेंडर वर्ग पुष्टि सर्जिकल हस्तक्षेप के परिणाम को नकारात्मक रूप से प्रभावित कर सकती हैं, का मूल्यांकन किया गया है, जोखिम और लाभों पर चर्चा की गई है;
7. हार्मोनल उपचार व्यवस्था की पुष्टि करने वाले उनके जेंडर वर्ग पर स्थिर (जिसमें वांछित शल्य चिकित्सा परिणाम प्राप्त करने के लिए आवश्यक होने पर कम से कम 6 महीने का हार्मोन उपचार या लंबी अवधि शामिल हो सकती है, जब तक कि हार्मोन थेरेपी या तो वांछित नहीं है या चिकित्सकीय रूप से उल्लंघन नहीं किया जाता है)।

\* इन्हें सुझाए गए मानदंडों के रूप में वर्गीकृत किया गया था।

### वयस्कों के लिए सारांश मानदंड

#### मूल्यांकन प्रक्रिया से संबंधित

- जेंडर वर्ग पुष्टि उपचार की मांग करने वाले ट्रांसजेंडर वर्ग और जेंडर वर्ग विविध वयस्कों का आकलन करने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को परामर्श और रेफरल के लिए ट्रांस हेल्थ के क्षेत्र में विभिन्न विषयों के पेशेवरों के साथ संपर्क करना चाहिए, यदि आवश्यक हो \*
- यदि जेंडर वर्ग पुष्टि चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार (जीएएमएसटी) की सिफारिश करने के लिए लिखित दस्तावेज या एक पत्र की आवश्यकता होती है, तो एक स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर से मूल्यांकन का केवल एक पत्र आवश्यक है, जिसमें ट्रांसजेंडर वर्ग और जेंडर वर्ग विविध लोगों के मूल्यांकन में दक्षता है।

### हार्मोन के लिए मानदंड

1. जेंडर वर्ग असंगति चिह्नित और निरंतर है;
2. उन क्षेत्रों में जेंडर वर्ग पुष्टि हार्मोन उपचार से पहले जेंडर वर्ग असंगतता के लिए नैदानिक मानदंडों को पूरा करता है जहां स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंचने के लिए निदान आवश्यक है;
3. विशिष्ट जेंडर वर्ग पुष्टि हार्मोन उपचार के लिए सहमति देने की क्षमता प्रदर्शित करता है;

4. स्पष्ट जेंडर वर्ग असंगतता के अन्य संभावित कारणों की पहचान की गई है और उन्हें बाहर रखा गया है;
5. मानसिक स्वास्थ्य और शारीरिक स्थितियां जो उपचार के परिणाम को नकारात्मक रूप से प्रभावित कर सकती हैं, का मूल्यांकन किया गया है, जिसमें जोखिम और लाभों पर चर्चा की गई है;
6. प्रजनन पर जेंडर वर्ग पुष्टि हार्मोन उपचार के प्रभाव को समझता है और उन्होंने प्रजनन विकल्पों का पता लगाया है।

### किशोरों के लिए सारांश मानदंड

#### मूल्यांकन प्रक्रिया से संबंधित

- प्रासंगिक मानसिक स्वास्थ्य और चिकित्सा पेशेवरों सहित एक व्यापक बायोसाइकोसोशल मूल्यांकन;
- मूल्यांकन प्रक्रिया में माता-पिता /अभिभावक (ओं) की भागीदारी , जब तक कि उनकी भागीदारी किशोरों के लिए हानिकारक या व्यवहार्य नहीं है;
- यदि जेंडर वर्ग पुष्टि चिकित्सा और शल्य चिकित्सा उपचार (जीएएमएसटी) की सिफारिश करने के लिए लिखित दस्तावेज या एक पत्र की आवश्यकता होती है, तो बहु-विषयक टीम के सदस्य से मूल्यांकन के केवल एक पत्र की आवश्यकता होती है। इस पत्र को टीम से मूल्यांकन और राय को प्रतिबिंबित करने की आवश्यकता है जिसमें चिकित्सा और मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर (एमएचपी) दोनों शामिल हैं।

#### यौवन अवरोधक एजेंट

1. जेंडर वर्ग विविधता / असंगति समय के साथ चिह्नित और निरंतर है;
2. उन स्थितियों में जेंडर वर्ग असंगतता के नैदानिक मानदंडों को पूरा करता है जहां स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंचने के लिए निदान आवश्यक है;
3. उपचार के लिए सूचित सहमति / सहमति प्रदान करने के लिए आवश्यक भावनात्मक और संज्ञानात्मक परिपक्वता को दर्शाता है;
4. मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंताएं (यदि कोई हों) जो नैदानिक स्पष्टता, सहमति की क्षमता और जेंडर वर्ग पुष्टि चिकित्सा उपचार में हस्तक्षेप कर सकती हैं, को संबोधित किया गया है;

5. पर्याप्त रूप से ताकि जेंडर वर्ग पुष्टि चिकित्सा उपचार बेहतर ढंग से प्रदान किया जा सके।
6. प्रजनन प्रभावों के बारे में सूचित किया गया, जिसमें प्रजनन क्षमता के संभावित नुकसान और प्रजनन क्षमता को संरक्षित करने के लिए उपलब्ध विकल्प शामिल हैं;
7. टैर चरण 2 तक पहुंच गया।

#### हार्मोनल उपचार

1. जेंडर वर्ग विविधता / असंगति समय के साथ चिह्नित और निरंतर है;
2. उन स्थितियों में जेंडर वर्ग असंगतता के नैदानिक मानदंडों को पूरा करता है जहां स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंचने के लिए निदान आवश्यक है;
3. उपचार के लिए सूचित सहमति / सहमति प्रदान करने के लिए आवश्यक भावनात्मक और संज्ञानात्मक परिपक्वता को दर्शाता है;
4. मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंताएं (यदि कोई हों) जो नैदानिक स्पष्टता, सहमति की क्षमता और जेंडर वर्ग पुष्टि चिकित्सा उपचार में हस्तक्षेप कर सकती हैं, को संबोधित किया गया है;
5. पर्याप्त रूप से ताकि जेंडर वर्ग पुष्टि चिकित्सा उपचार बेहतर ढंग से प्रदान किया जा सके।
6. प्रजनन प्रभावों के बारे में सूचित किया गया, जिसमें प्रजनन क्षमता के संभावित नुकसान और प्रजनन क्षमता को संरक्षित करने के लिए उपलब्ध विकल्प शामिल हैं;
7. टैर चरण 2 तक पहुंच गया।

#### शल्य चिकित्सा

1. जेंडर वर्ग विविधता / असंगति समय के साथ चिह्नित और निरंतर है;
2. उन स्थितियों में जेंडर वर्ग असंगतता के नैदानिक मानदंडों को पूरा करता है जहां स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंचने के लिए निदान आवश्यक है;
3. उपचार के लिए सूचित सहमति / सहमति प्रदान करने के लिए आवश्यक भावनात्मक और संज्ञानात्मक परिपक्वता को दर्शाता है;
4. मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंताएं (यदि कोई हों) जो नैदानिक स्पष्टता, सहमति की क्षमता और जेंडर वर्ग पुष्टि चिकित्सा उपचार में हस्तक्षेप कर सकती हैं, को

संबोधित किया गया है पर्याप्त रूप से ताकि जेंडर वर्ग पुष्टि चिकित्सा उपचार बेहतर ढंग से प्रदान किया जा सके।

5. प्रजनन प्रभावों के बारे में सूचित किया गया, जिसमें प्रजनन क्षमता के संभावित नुकसान और प्रजनन क्षमता को संरक्षित करने के लिए उपलब्ध विकल्प शामिल हैं;
6. जेंडर वर्ग पुष्टि उपचार के हिस्से के रूप में स्तन वृद्धि, ऑर्किक्टॉमी, वेजीनोप्लास्टी, हिस्टेरेक्टॉमी, फैलोप्लास्टी, मेटोइडियोप्लास्टी और चेहरे की शल्य चिकित्सा सहित जेंडर वर्ग पुष्टि प्रक्रियाओं के लिए वांछित सर्जिकल परिणाम प्राप्त करने के लिए कम से कम 12 महीने या उससे अधिक समय तक जेंडर वर्ग पुष्टि हार्मोन थेरेपी या उससे अधिक समय तक, जब तक कि हार्मोन थेरेपी या तो वांछित नहीं है या चिकित्सकीय रूप से उल्लंघन नहीं किया गया है।

## परिशिष्ट ई

### जेंडर वर्ग पुष्टि सर्जिकल प्रक्रियाएं

जैसा कि जेंडर वर्ग असंगतता के कई पहलुओं के बारे में क्षेत्र की समझ का विस्तार होता है, और जैसे-जैसे तकनीक विकसित होती है जो अतिरिक्त उपचार की अनुमति देती है, यह समझना अनिवार्य है कि इस सूची का उद्देश्य संपूर्ण नहीं है। यह एसओसी के अपडेट के बीच अक्सर लंबी समय अवधि को देखते हुए विशेष रूप से महत्वपूर्ण है, जिसके दौरान समझ और उपचार के तौर-तरीकों में विकास हो सकता है।

#### चेहरे की सर्जरी

|   |  |
|---|--|
| भौंह  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• भौंह में कमी</li> <li>• भौंहों का बढ़ना</li> <li>• भौंह उठाना</li> </ul>  |
| हेयर लाइन उन्नति और/या हेयर ट्रांसप्लांट<br>फेसलिफ्ट/मध्य-चेहरा लिफ्ट (अंतर्निहित कंकाल संरचनाओं में परिवर्तन के बाद)<br>ब्लेफरोप्लास्टी<br>राइनोप्लास्टी (+/- फिलर्स)<br>गाल   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• प्लेटिसमैप्लास्टी</li> <li>• लिपोफिलिंग</li> <li>• प्रत्यारोपण</li> <li>• लिपोफिलिंग</li> <li>• ऊपरी होंठ छोटा होना</li> <li>• होंठ वृद्धि (ऑटोलॉग्स और गैर-ऑटोलॉग्स शामिल हैं)</li> </ul>  |
| होंठ  |  |
| नीचला जबड़ा   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• जबड़े के कोण में कमी</li> <li>• वृद्धि</li> <li>• ऑस्टियोप्लास्टिक</li> <li>• एलोप्लास्टिक (प्रत्यारोपण-आधारित)</li> <li>• वोकल कॉर्ड सर्जरी (वॉइस चैप्टर देखें)</li> </ul>   |
| ठुवड़ी का पुनः आकार बदलना   |  |
| चोंड्रोलेरिजोप्लास्टी   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• विशिष्ट रोगी के लिए चिकित्सकीय रूप से आवश्यक निर्धारित अनुसार निपल-एरिओला संरक्षण/पुनर्निर्माण के साथ मास्टेक्टॉमी</li> <li>• विशिष्ट रोगी के लिए चिकित्सकीय रूप से आवश्यक निर्धारित अनुसार निपल-एरिओला संरक्षण/पुनर्निर्माण के बिना मास्टेक्टॉमी</li> </ul>  |
| स्तन/छाती की सर्जरी<br>मास्टेक्टॉमी   |  |
| लिपोसक्शन<br>स्तन पुनर्निर्माण (वृद्धि)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• प्रत्यारोपण और/या ऊतक विस्तारक</li> <li>• ऑटोलॉग्स (फ्लैप-आधारित और लिपोफिलिंग शामिल हैं)</li> </ul>  |
| जननांग शल्य चिकित्सा<br>फैलोप्लास्टी (स्क्रोटोप्लास्टी के साथ/बिना)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• मूत्रमार्ग लम्बाई के साथ/बिना</li> <li>• कृत्रिम अंग के साथ/बिना (लिंग और/या वृषण)</li> <li>• कोलपेक्टॉमी/कोल्पोक्लिसिस के साथ/बिना</li> <li>• मूत्रमार्ग लम्बाई के साथ/बिना</li> <li>• कृत्रिम अंग के साथ/बिना (लिंग और/या वृषण)</li> <li>• कोलपेक्टॉमी/कोल्पोक्लिसिस के साथ/बिना</li> <li>• इसमें लिंग और/या अंडकोष का प्रतिधारण शामिल हो सकता है</li> <li>• इसमें "फ्लैट फ्रंट" के रूप में वर्णित प्रक्रियाएं शामिल हो सकती हैं</li> </ul> |
| मेटोइडियोप्लास्टी (स्क्रोटोप्लास्टी के साथ/बिना)  |  |
| वैजिनोप्लास्टी (उलटा, पेरिटोनियल, आंत्र)<br>वुल्वोप्लास्टी<br>गोनाडेक्टॉमी<br>ओर्चीेक्टॉमी<br>हिस्टेरेक्टॉमी और/या सैलिपिंगो-ओओफोरेक्टॉमी   |  |
| बाँड़ी कट्टरिंग<br>लिपोसक्शन<br>लिपोफिलिंग<br>प्रत्यारोपण<br>मॉन्सप्लास्टी/मॉन्स कमी  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• पेक्टरल, कूल्हा, ग्लूटल, पिंडली</li> </ul>  |
| अतिरिक्त प्रक्रियाएँ<br>बाल हटाना: चेहरे, शरीर और जननांग क्षेत्रों से बाल हटाना जेंडर अफर्मिंग के लिए या ऑपरेशन-पूर्व तैयारी प्रक्रिया के भाग के रूप में। (बाल हटाने के संबंध में कथन 15.14 देखें)<br>टैटू (यानी, निपल-एरिओला)<br>गर्भशय प्रत्यारोपण<br>शिश्न प्रत्यारोपण | <ul style="list-style-type: none"> <li>• इलेक्ट्रोलिसिस</li> <li>• लेजर एपिलेशन</li> </ul>   |