Standardy péče o zdraví transgender a genderově rozmanitých osob, verze č. 8

World Professional Association for Transgender Health (WPATH)

Financováno Evropskou unií

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Centrum pro sexuální zdraví a intervence

trans e-health
Duševní pohoda a intervence pro transgender a genderově různorodé osoby

WPATH

Standardy péče o zdraví transgender a genderově rozmanitých osob, verze č. 8

World Professional Association for Transgender Health (WPATH)

2024

Financováno Evropskou unií

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Centrum pro sexuální zdraví a intervence

trans e-health
Duševní pohoda a intervence pro transgender a genderově různorodé osoby

WPATH

Název: Standardy péče o transgender a genderově rozmanité osoby, verze č. 8

Původní název:
Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8
WPATH - World Professional Association for Transgender Health

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

Překladatel:
Mgr. Viktor Heumann

Odborná revize:
MUDr. Pavel Turčan Ph.D., MUDr. Petra Vrzáčková Ph.D., PhDr. Pavla Doležalová Ph.D., MUDr. Václav Hána ml. Ph.D., MUDr. Marcela Fontana Ph.D., RNDr. Michal Pitoňák Ph.D., Mgr. Anna Jačková
Mgr. Adam Šimek, Mgr. Anna Lorenzová, Mgr. Miroslav Šubrt, Mgr. Jiří Procházka

Jazyková korektura:
Mgr. Jana Hyklová

Sazba a grafická úprava:
Mgr. Lu Mara

Grafika:
Mgr. Petri Mališů

Vydavatel českého překladu:
Národní ústav duševního zdraví
Topolová 748, 250 67, Klecany

Datum vydání:
Květen 2024

ISBN:
978-80-87142-62-2

Autorská práva:
© Původní dokument - WPATH, 2022
© Český překlad – Viktor Heumann, 2024

Tento dokument byl přeložen se svolením WPATH.

Obsah

	Úvod	S5
Kapitola 1.	Terminologie	S11
Kapitola 2.	Globální uplatnění	S14
Kapitola 3.	Odhad velikosti populace	S21
Kapitola 4.	Vzdělávání	S25
Kapitola 5.	Posouzení dospělých	S28
Kapitola 6.	Dospívající	S39
Kapitola 7.	Děti	S60
Kapitola 8.	Nebinární osoby	S72
Kapitola 9.	Eunuchové	S79
Kapitola 10.	Intersex osoby	S84
Kapitola 11.	Institucionální prostředí	S94
Kapitola 12.	Hormonální terapie	S99
Kapitola 13.	Operace a pooperační péče	S114
Kapitola 14.	Hlasová terapie a komunikace	S122
Kapitola 15.	Primární péče	S127
Kapitola 16.	Reprodukční zdraví	S139
Kapitola 17.	Sexuální zdraví	S146
Kapitola 18.	Duševní zdraví	S153
	Poděkování	S159
	Bibliografie	S160
	Příloha A: Metodika	S226
	Příloha B: Slovníček pojmů	S233
	Příloha C: Genderově afirmativní hormonální terapie	S235
	Příloha D: Souhrnná kritéria pro hormonální a chirurgické intervence u dospělých a dospívajících	S237
	Příloha E: Genderově afirmativní chirurgické zákroky	S239

ÚVOD

Účel a využití Standardů péče

Rámcovým cílem osmého vydání Standardů péče (Standards of Care 8, dále rovněž jako SOC-8) vydávaných Světovou profesní asociací pro transgender zdraví (World Professional Association for Transgender Health, dále rovněž jako WPATH) je poskytnout odborníkům a odbornicím ve zdravotnictví klinické pokyny v oblasti péče o transgender a genderově rozmanité (TGR) osoby za účelem zajištění bezpečné a efektivní cesty k dosažení trvalého osobního komfortu v souladu s jejich genderovou identitou a optimalizovat jejich celkové fyzické zdraví, psychickou pohodu a seberealizaci. Tato pomoc může mimo jiné zahrnovat hormonální a chirurgické intervence, hlasovou terapii, primární péči, depilační procedury, péči o reprodukční, sexuální a duševní zdraví. Zdravotnické systémy by měly zajišťovat lékařsky nezbytnou zdravotní péči směřující k afirmaci genderu u TGR osob: viz Kapitola 2 – Globální uplatnění, Doporučení 2.1.

WPATH je mezinárodní multidisciplinární profesní sdružení, jehož posláním je na základě vědeckých důkazů podporovat péči, vzdělávání, výzkum, veřejné strategie a respekt v oblasti transgender zdraví. Tato organizace, založená v roce 1979, v současné době sdružuje více než 3 000 profesionálů z oblasti lékařství, sociálních věd a práva, kteří se zabývají klinickou praxí, výzkumem, vzděláváním a podporou práv, tedy aspekty, které mají přímý vliv na život TGR osob. WPATH se zasazuje o dosažení toho, aby lidé všech genderových identit a genderových vyjádření měli přístup ke zdravotní péči založené na vědeckých důkazech a k sociálním službám a aby se jim dostalo spravedlivého a rovného zacházení.

Jedním z hlavních závazků WPATH je prosazovat nejvyšší standardy zdravotní péče prostřednictvím Standardů péče o zdraví TGR osob (Standards of Care). Standardy péče, verze č. 8 vycházejí z nejnovějších vědeckých poznatků a odborného konsenzu. První Standardy péče byly vydány v roce 1979 a jejich předchozí verze byla zveřejněna v roce 2012. Většina výzkumů a poznatků v této oblasti reprezentuje severoamerickou a západoevropskou perspektivu, proto je nutné uzpůsobit Standardy péče, verzi č. 8 i ostatním částem světa. Tato verze SOC zahrnuje návrhy pro zohlednění kulturní různorodosti a uplatnění kulturních kompetencí.

WPATH bere v potaz skutečnost, že zdraví nezávisí pouze na kvalitě klinické péče, ale také na společenském a politickém prostředí, které podporuje sociální toleranci, rovnost a plná občanská práva. K podpoře zdraví přispívají rovněž politické strategie a právní reformy zaměřené na zvyšování míry tolerance vůči genderové rozmanitosti, zajištění rovného přístupu a snižování míry předsudečnosti, diskriminace a stigmatizace. WPATH se zavazuje tyto politické a právní změny podporovat. Apelujeme tedy na odborníky a odbornice v oblasti lékařské a zdravotnické péče o TGR osoby, aby se snažili zlepšovat přístup k bezpečné a kvalifikované péči, která podporuje genderovou rozmanitost a respektuje autonomii jednotlivců.

Ačkoli jsou Standardy péče určeny primárně lékařskému a zdravotnickému personálu, mohou je využít i TGR osoby, jejich rodiny a sociální instituce coby vodítko, jak přispět ke zlepšení zdraví příslušníků této různorodé populace.

Standardy péče, verze č. 8, obsahují 18 kapitol s doporučeními pro odborníky a odbornice ve zdravotnictví pracující s TGR osobami. Každé doporučení je doplněno vysvětlujícím textem a příslušnými odkazy. Doporučení pro poskytování genderově afirmativní lékařské péče včetně chirurgických intervencí u dospělých a dospívajících jsou zahrnuta v příslušných kapitolách (viz kapitoly Posouzení dospělých a Dospívající). Souhrn doporučení a kritérií pro genderově afirmativní lékařskou péči a chirurgické intervence je uveden v Příloze D.

Populace, na které se vztahují Standardy péče, verze č. 8

V tomto dokumentu používáme termín transgender a genderově rozmanité osoby (TGR), abychom co nejkomplexněji popsali příslušníky a příslušnice mnoha rozmanitých komunit po celém světě, jejichž genderová identita nebo projevy se liší od pohlaví, jež jim bylo jejich společností přiřazeno při narození. Patří sem osoby, které mají kulturně a/nebo jazykově specifické zkušenosti, identitu nebo prezentaci, jež mohou, ale nemusí vycházet ze západní konceptualizace genderu či jazyka používaného k jeho popisu.

V zájmu podpory rovnosti a lidských práv rozšiřují Standardy péče, verze č. 8, okruh osob, které spadají pod pojem TGR, a rozsah uplatnění doplňují o další kontexty.

Celosvětově lze v rámci skupiny TGR osob nalézt širokou škálu genderových identit a vyjádření. Potřeby těchto osob ve smyslu potvrzení jejich genderové identity se v průběhu života mění a souvisí s individuálními cíli a charakteristikami, dostupností zdravotnických služeb a také sociálním, kulturním a politickým prostředím, ve kterém se pohybují. Neexistují-li pro některé skupiny standardy péče, může tento nedostatek dát prostor ke vzniku různých terapeutických přístupů, z nichž některé mohou být

kontraproduktivní nebo dokonce škodlivé. SOC-8 obsahují doporučení zaměřená na podporu zdraví a wellbeingu skupin s rozmanitou genderovou identitou, které jsou často opomíjeny či marginalizovány, například nebinárních osob, eunuchů a intersex osob.

Po celém světě se transgender a genderově rozmanité osoby (TGR) běžně setkávají s transfobií, stigmatizací, nevědomostí a odmítnutím péče v oblasti zdravotnických služeb, což způsobuje významné nerovnosti v oblasti zdraví. TGR osoby často uvádějí, že musí vzhledem k nedostatečným znalostem a školením svým lékařům a lékařkám vysvětlovat, jak o ně mají pečovat. Intersekcionální formy diskriminace, sociální marginalizace a činy motivované nenávistí vůči TGR lidem vedou k tzv. menšinovému stresu. Tento typ stresu souvisí s nerovnostmi v oblasti duševního zdraví, což se projevuje zvýšenou mírou depresivity, sebevražednosti a sebepoškozování ve srovnání s cisgender populací. Odborníci a odbornice napříč obory by měli vzít v úvahu zvýšenou zranitelnost značné části TGR osob. WPATH vyzývá zdravotnické instituce, rozhodovací činitele a lékařské asociace, aby se snažili snižovat míru transfobie u zdravotnického personálu a vynakládali veškeré úsilí, aby byly TGR osoby odkazovány do péče odborníků a odbornic s genderově afirmativním přístupem.

Flexibilita SOC-8

Doporučení uvedená v SOC-8 mají být flexibilní tak, aby dokázala vyhovět různým potřebám z hlediska zdraví TGR osob v různých globálních kontextech. Navzdory této flexibilní povaze však přinášejí standardy pro optimalizaci zdravotních služeb pro osoby prožívající genderový nesoulad. Stejně jako ve všech předchozích verzích SOC představují kritéria uvedená v tomto dokumentu pro genderovou afirmaci klinická doporučení; jednotliví odborníci a odbornice ve zdravotnictví je mohou na základě konzultace s TGR osobami uzpůsobit. Klinické odchylky od SOC mohou nastat z důvodu jedinečných anatomických daností, sociální nebo psychologické situace klienta či klientky, vývoje v přístupu zkušených zdravotnických odborníků či odbornic při řešení běžných situací, výzkumných protokolů, nedostatku zdrojů v daném regionu nebo nutnosti přijmout konkrétní strategii ke zmírnění rizik. Tyto faktory by měly být jako takové zohledněny, klientovi či klientce vysvětleny a v rámci kvalitní péče a právní ochrany zdokumentovány. Tato dokumentace je cenná rovněž pro shromažďování nových dat, která mohou být zpětně zkoumána s cílem dalšího rozvoje zdravotní péče a také jejích standardů (SOC).

SOC-8 podporují význam informovaného rozhodování a přístupů vedoucích ke zmírňování rizik. Tato verze SOC navíc respektuje a validuje různé genderové projevy, které nemusí vyžadovat psychologické, hormonální ani chirurgické intervence. Zdravotničtí odborníci a odbornice mohou tyto SOC využívat k tomu, aby pomohli svým klientům a klientkám zorientovat se v celém spektru zdravotnických služeb, které jsou jim k dispozici, v souladu se svými klinickými potřebami v rámci genderového vyjádření.

Rozmanitost versus diagnóza

Vyjádření genderových charakteristik, včetně identit, které nejsou stereotypně spojeny s pohlavím přiřazeným při narození, je běžným a kulturně rozmanitým lidským projevem, který by neměl být vnímán jako inherentně negativní nebo patologický. Nesoulad a rozmanitost genderové identity a projevu jsou bohužel v řadě společností po celém světě stigmatizovány. Takové stigma může vést k předsudkům a diskriminaci, což následně vyústí v menšinový stres. Tento stres je specifický (nad rámec obecných stresorů, které zažívají všichni lidé), je sociálně podmíněný a chronický, a může zvýšit zranitelnost TGR osob vůči duševním problémům, jako je úzkost a deprese. Kromě předsudků a diskriminace v rámci společnosti jako celku může stigma přispívat k výskytu zneužívání či zanedbávání ve vztazích s druhými lidmi, což může mít nepříznivé dopady na psychické zdraví. Tyto příznaky jsou však společensky podmíněny a nejsou inherentně spojeny s TGR identitou dané osoby.

Ačkoli je v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM-5-TR) Americké psychiatrické asociace genderová dysforie stále klasifikována jako duševní porucha, genderový nesoulad již není mezinárodní lékařskou obcí považován za stav patologický ani za duševní poruchu. V 11. verzi Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů Světové zdravotnické organizace (MKN-11) je genderový nesoulad uveden jako stav spojený se sexuálním zdravím. V důsledku stigmatu, které se v minulosti s TGR lidmi pojilo či se s nimi v současnosti pojí, mohou tyto osoby zažívat stres nebo dysforii, jež lze řešit různými formami genderově afirmativní péče. Používané termíny se mohou vyvíjet a lékařské či vládní organizace mohou přijímat nové pojmy a klasifikace, ovšem potřeba péče o ty osoby, které cítí nesoulad mezi svým pohlavím přiřazeným při narození a svou skutečnou genderovou identitou, je široce uznávaná.

Ne všechny společnosti, země nebo zdravotnické systémy vyžadují, aby byla pro poskytování lékařské péče potřebná diagnóza. V některých zemích však může tato diagnóza usnadnit přístup k lékařsky nezbytné péči a napomoci dalšímu výzkumu efektivních zdravotnických metod.

Lékařské služby

Cílem genderově afirmativní péče je spolupracovat s TGR osobami na holistickém řešení jejich sociálních, duševních a zdravotních potřeb a na zlepšení jejich pohody s respektem k jejich genderové identitě. Genderově afirmativní péče podporuje TGR osoby v průběhu celého života – od prvních náznaků genderového nesouladu v dětství, přes dospělost až po stáří. Poskytuje podporu i pro osoby, které narážejí na obtíže nebo zažívají nejistotu ohledně své genderové identity před tranzicí či po ní.

Zdravotní péče o transgender osoby představuje více než souhrn jednotlivých částí, zahrnuje holistickou inter- a multidisciplinární péči propojující endokrinologii, chirurgii, hlasovou terapii a poradenství pro komunikaci, primární péči, reprodukční zdraví, sexuální zdraví a disciplíny v oblasti duševního zdraví, které podporují genderově afirmativní intervence, stejně jako preventivní péči a léčbu chronických nemocí. Genderově afirmativní intervence zahrnují potlačení puberty, hormonální terapii a genderově afirmativní operace. Je třeba zdůraznit, že neexistuje jednotný přístup uplatnitelný na všechny TGR osoby a že některé z nich mohou mít potřebu podstoupit všechny intervence směřující k genderové afirmaci, jiné pouze některé nebo žádné z nich.

Tyto pokyny podporují uplatnění modelu péče zaměřeného na klienta či klientku za účelem zahájení genderově afirmativních intervencí a aktualizují řadu předchozích požadavků tak, aby došlo ke snížení bariér v přístupu k péči. Ideálně by měla mezi poskytovateli probíhat komunikace a koordinace péče za účelem optimalizace výsledků a načasování genderově afirmativních intervencí zaměřených na potřeby a přání klienta či klientky a minimalizace rizik. Ve vhodně vybavených zařízeních probíhají multidisciplinární konzultace a koordinace péče často rutinně, avšak v řadě regionů po celém světě zařízení zaměřená na trans-specifickou péči chybí. Důrazně doporučujeme, aby jednotliví poskytovatelé péče v těchto oblastech, pokud je to možné, vytvořili síť k usnadnění přístupu k trans-specifické zdravotní péči, která není lokálně dostupná.

V různých částech světa jsou TGR osoby někdy nuceny rodinnými příslušníky nebo náboženskou komunitou podstoupit „konverzní terapii“. WPATH důrazně doporučuje vyhýbat se těmto reparativním nebo konverzním přístupům (viz Doporučení 6.5 a 18.10).

Zdravotnická zařízení

Doporučení uvedená v SOC-8 vycházejí ze základních práv TGR osob a vztahují se na všechna prostředí poskytující zdravotní péči bez ohledu na sociální situaci nebo zdravotní stav jednotlivce. To znamená, že se vztahují i na TGR osoby ve věznicích nebo v jiných institucionálních prostředích.

Kvůli nedostatku informovaných poskytovatelů, neadekvátnímu přístupu, finančním bariérám a/nebo předchozí stigmatizující zkušenosti ve zdravotnictví užívá řada TGR osob hormonální přípravky bez lékařského předpisu. To přináší zdravotní rizika v důsledku nedostatečného sledování účinků hormonální terapie aplikované v potenciálně nadměrných dávkách s možným rizikem přenosu krevních onemocnění v případech, kdy jsou sdíleny jehly. Pro řadu osob je to však jediný způsob, jak získat lékařsky nezbytnou genderově afirmativní péči, která je jinak nedostupná. Aplikace hormonů bez předpisu by měla být vyhodnocena z hlediska snižování rizik se záměrem propojit jejich uživatele s poskytovateli, kteří jim mohou poskytnout bezpečnou a monitorovanou péči.

V některých zemích nacházejí práva TGR osob stále většího uznání a zakládají se zde kliniky, které mohou sloužit jako modely péče. V jiných zemích však taková zařízení chybí, péče je fragmentovaná a pracuje s nedostatečnými zdroji. Přesto se však vyvíjejí různé modely péče, včetně snah o decentralizaci genderově afirmativní péče v rámci primární péče a zřízení telemedicínských služeb, které mohou pomoci ke snížení bariér a zlepšení přístupu k této péči. Bez ohledu na způsob poskytování péče by měly být zásady genderově afirmativní péče, jak jsou popsány v SOC-8, přizpůsobeny místnímu sociokulturnímu, politickému a zdravotnickému kontextu.

Metodika

Tato verze Standardů péče (SOC-8) je založena na rigoróznějším a důkladněji metodicky a vědecky podloženém přístupu než verze předchozí. Vědecké důkazy nevycházejí pouze z publikované literatury (přímých a podpůrných vědeckých důkazů), ale také z konsenzuální odborné zkušenosti. Na důkazech jsou založena i doporučení, která zahrnují pokyny zaměřené na optimalizaci péče o klienty a klientky, jež vycházejí z důkladného posouzení vědeckých dat,

přínosů a rizik, hodnot a preferencí poskytovatelů a klientů/klientek i využití zdrojů a vyhodnocení proveditelnosti.

Výzkum založený na důkazech poskytuje základ pro spolehlivé klinické pokyny a doporučení, musí však zohlednit reálnou zkušenost a praktickou proveditelnost poskytované péče v různých prostředích. Proces vývoje SOC-8 zahrnoval doporučení pro vývoj klinických pokynů, které stanovila americká Národní lékařská akademie a Světová zdravotnická organizace s ohledem na transparentnost, pravidla zamezující střetu zájmů, složení výboru a postupy skupinové práce.

Doporučení SOC-8 vypracoval multidisciplinární výbor sestávající z odborníků a odbornic na pojednávané téma, zdravotnických a výzkumných pracovníků a pracovnic a zainteresovaných osob s různými přístupy vycházejícími z různých geografických kontextů. S plánováním a vývojem otázek a systematických přehledů pomáhal metodik pro tvorbu směrnic na základě vstupů ze strany mezinárodního poradního výboru a veřejných konzultací. Všichni členové a členky výboru vyplnili prohlášení o střetu zájmů. Doporučení v SOC-8 jsou založena na dostupných důkazech podporujících intervence, na diskusi o možných rizicích, stejně jako na proveditelnosti a přijatelnosti v různých kontextech a zemích. Konsenzu ohledně finální podoby doporučení bylo dosaženo metodou Delphi, která zahrnovala všechny členy a členky výboru a vyžadovala, aby byla doporučení schválena alespoň 75% členů a členek.

Podrobný přehled metodiky tvorby SOC-8 je uveden v Příloze A.

Shrnutí jednotlivých kapitol SOC-8

Verze č. 8 Standardů péče představuje podstatný posun oproti předchozí verzi. Provedené změny čerpají z nové metodiky, kulturního vývoje, pokroku v klinických poznatcích a také zohledňují řadu medicínských aspektů, se kterými se mohou transgender a genderově rozmanité osoby potýkat i mimo oblasti hormonální terapie a chirurgické péče.

Aktualizované pokyny navazují na proces započatý již v rámci Standardů péče, verze č. 7 vydaných v roce 2011. Tento proces rozšiřuje dosah a úzké zaměření na psychologické požadavky ohledně „diagnostiky transgenderismu“ a lékařských zákroků vedoucích ke zmírnění genderové dysforie a směřuje k péči celkově potvrzující genderovou identitu. Doporučení Standardů péče, verze č. 8 asociace WPATH přitom dále upřesňují populace zahrnuté pod zastřešující kategorii TGR osob a specifikují, co by měla a neměla genderově afirmativní péče obsahovat a jaké kontexty by měly být pro aplikaci těchto směrnic vhodné s cílem podporovat rovnost a lidská práva.

SOC-8 obsahují několik nových kapitol jako Posouzení dospělých, Vzdělávání, Eunuchové a Nebinární osoby. Oddíl věnovaný dětem a dospívajícím ve verzi SOC-7 byl rozdělen do dvou samostatných kapitol. Celkově jsou SOC-8 podstatně rozsáhlejší než předchozí verze a poskytují mnohem důkladnější analýzu a doporučení pro odborníky a odbornice ve zdravotnictví. Níže uvádíme shrnutí jednotlivých kapitol SOC-8:

Kapitola 1 – Terminologie

Tato nová kapitola stanovuje rámec pro jazyk používaný v SOC-8 a nabízí konsenzuálně schválená doporučení pro použití terminologie. Kapitola uvádí (1) termíny a definice a (2) nejlepší postupy pro jejich použití. Tento dokument je doplněn o slovník častých pojmů (viz Příloha B), který poskytuje rámec pro použití a interpretaci SOC-8.

Kapitola 2 – Globální uplatnění

Tato kapitola odkazuje na klíčovou literaturu související s rozvojem a poskytováním lékařských služeb, širší podporu TGR osob i mimo oblast západní Evropy a Severní Ameriky a poskytuje doporučení pro uzpůsobení, překlad a zasazení SOC-8 do různých kontextů.

Kapitola 3 – Odhad velikosti populace

Tato kapitola aktualizuje odhady počtu TGR osob v populaci. Na základě současných důkazů se tento podíl může pohybovat od zlomku procenta až po několik procentních bodů v závislosti na kritériích pro zařazení zkoumané populace, věkové skupině a geografické lokalitě, v níž se výzkum provádí.

Kapitola 4 – Vzdělávání

Tato nová kapitola poskytuje obecný přehled zdrojů týkajících se vzdělávání v oblasti zdravotní péče o TGR osoby. Přináší doporučení pro vládní a nevládní subjekty, instituce a poskytovatele zdravotní péče s cílem rozšířit dostupnost odborné a respektující zdravotní péče. Jejím záměrem je nastínit základy pro oblast vzdělávání a vyvolat širší diskusi mezi vzdělávacími subjekty a zdravotnickými odborníky a odbornicemi.

Kapitola 5 – Posouzení dospělých
Tato nová kapitola poskytuje pokyny pro posouzení dospělých TGR osob, které vyžadují genderově afirmativní lékařské intervence. Popisuje a aktualizuje proces posouzení jako součást péče zaměřené na klienty a uvádí kritéria, kterými se mohou odborníci a odbornice řídit v rámci zprostředkovávání těchto intervencí dospělým TGR osobám.

Kapitola 6 – Dospívající
Tato nová kapitola se věnuje TGR dospívajícím a je oddělena od kapitoly věnované dětem. Byla vytvořena pro 8. verzi Standardů péče vzhledem k (1) exponenciálnímu nárůstu počtu TGR dospívajících v péči; (2) nárůstu studií zaměřených na péči související s genderovou rozmanitostí u dospívajících; a (3) specifickým otázkám ohledně vývoje a genderově afirmativní péče u této věkové skupiny. Tato kapitola poskytuje doporučení týkající se procesu posouzení adolescentů vyžadujících genderově afirmativní lékařské a chirurgické zákroky, stejně jako doporučení pro práci s mladými TGR osobami a jejich rodinami.

Kapitola 7 – Děti
Tato nová kapitola se týká prepubertálních genderově rozmanitých dětí a zaměřuje se na psychosociální praxi a terapeutické přístupy odpovídající jejich vývojové úrovni.

Kapitola 8 – Nebinární osoby
Tato nová kapitola v SOC-8 pracuje s širokým pojetím termínu „nebinární" a jeho použitím v biopsychosociálním, kulturním a intersekcionálním kontextu. Popisuje potřebu přístupu k genderově afirmativní péči, konkrétním lékařským intervencím, stejně jako k přiměřené úrovni podpory.

Kapitola 9 – Eunuchové
Tato nová kapitola popisuje specifické potřeby eunuchů a způsoby, jak lze Standardy péče uplatnit i v rámci této populace.

Kapitola 10 – Intersex osoby
Tato kapitola se zaměřuje na klinickou péči o intersex osoby. Zabývá se vývojem terminologie, prevalencí a rozmanitými charakteristikami těchto osob a uvádí doporučení pro poskytování psychosociální a lékařské péče na základě vědecky podložených odůvodnění.

Kapitola 11 – Institucionální prostředí
Tato kapitola byla rozšířena tak, aby zahrnovala jak kárné, tak i jiné instituce, a navazuje na předchozí tři verze Standardů péče. Popisuje, jak lze SOC-8 aplikovat na osoby žijící v těchto prostředích.

Kapitola 12 – Hormonální terapie
Tato kapitola popisuje zahájení genderově afirmativní hormonální terapie, doporučené režimy, screening zdravotních problémů před hormonální terapií a během ní a specifické aspekty týkající se hormonální terapie před chirurgickými zákroky. Obsahuje rozšířenou diskusi o bezpečnosti agonistů gonadotropin uvolňujícího hormonu (GnRH) u mládeže, o různých režimech hormonální terapie a o monitorování s ohledem na vývoj potenciálních zdravotních obtíží souvisejících s terapií a dále pokyny, jak by měli poskytovatelé této péče spolupracovat se specialisty a specialistkami v oboru chirurgie.

Kapitola 13 – Operace a pooperační péče
Tato kapitola popisuje spektrum genderově afirmativních chirurgických zákroků pro rozmanitou a heterogenní skupinu osob, které se identifikují jako TGR osoby. Popisuje aspekty optimální kvalifikace v procedurách genderově afirmativní chirurgie, pooperační péče a následné kontroly, dostupnosti operací pro dospělé a adolescenty a individuálně uzpůsobené zákroky.

Kapitola 14 – Hlasová terapie a komunikace
Tato kapitola popisuje profesionální podporu a intervence v oblasti hlasové terapie a komunikace, které zohledňují všechny aspekty rozmanitosti a neomezují se pouze na feminizaci a maskulinizaci hlasu. Doporučení jsou formulována s cílem podpořit úlohu a odpovědnost specialistů a specialistek na hlasovou terapii a komunikaci.

Kapitola 15 – Primární péče
Tato kapitola popisuje význam primární péče pro TGR osoby, včetně aspektů týkajících se kardiovaskulárního a metabolického zdraví, screeningu zhoubných onemocnění a systémů primární péče.

Kapitola 16 – Reprodukční zdraví
Tato kapitola poskytuje nejnovější informace o možnostech zachování plodnosti a dosažení rodičovství u genderově rozmanité mládeže a dospělých, o vývoji metod zachování plodnosti (včetně kryo-

konzervace tkání), pokynů týkajících se prekoncepční péče a péče v těhotenství, prenatálního poradenství a kojení. Obsahuje rovněž zhodnocení metod a aspektů využívání antikoncepce u TGR osob.

Kapitola 17 – Sexuální zdraví

Tato nová kapitola popisuje zásadní dopad kvality sexuálního zdraví na fyzickou a psychickou pohodu TGR osob. Zdůvodňuje zařazení tématu sexuality, potěšení a uspokojení do péče o TGR osoby.

Kapitola 18 – Duševní zdraví

Tato kapitola popisuje principy péče v případech duševních obtíží u TGR dospělých a propojení podpory duševního zdraví a lékařské péče v rámci tranzice. Psychoterapii je třeba vnímat jako prospěšnou, ale neměla by být povinnou součástí genderově afirmativní péče. Není vhodně nabízet „konverzní terapii".

KAPITOLA 1 Terminologie

Tato kapitola poskytuje rámec pro jazyk používaný v SOC-8. Přináší doporučení pro výběr terminologie a navrhuje (1) pojmy a definice a (2) nejlepší postupy pro jejich použití. Tento dokument je doplněn slovníčkem nejčastějších pojmů, který představuje rámec pro použití a interpretaci SOC-8, viz Příloha B.

Rozhodnutí použít termíny „transgender a genderově rozmanité osoby" bylo podrobeno důkladné diskuzi, která se neobešla bez rozporů. Diskuze se soustředily na to, aby nebyl kladen nadměrný důraz na termín „transgender", aby byly zahrnuty nebinární identity a zkušenosti, aby se zohlednily globální odlišnosti v chápání genderu, aby se neobjevoval termín „genderově nekonformní" a aby byl zmíněn i budoucí vývoj jazyka. Termíny, které jsou nyní aktuální, nemusí být aktuální v nadcházejících letech. Termíny transgender a genderově rozmanité osoby byly tedy vybrány ve snaze o co nejinkluzivnější přístup a zdůraznění široké rozmanitosti genderových identit, vyjádření, zkušeností a medicínských potřeb TGR osob.

S využitím metody Delphi byli za účelem dosažení konsenzu ohledně použitých termínů autoři a autorky jednotlivých kapitol SOC-8 v několika kolech podrobeni anonymnímu a opakovanému dotazovacímu procesu. SOC-8 přinášejí standardy péče, jejichž cílem je uplatnitelnost v souvislosti s péči o TGR osoby po celém světě, a to bez ohledu na sebeidentifikaci nebo genderové vyjádření konkrétních osob.

Kontext

Jazyk a terminologie uvedené v této kapitole nemusí (a ani nemohou) být vyčerpávající pro každou kulturu a geografickou oblast. Rozdíly a debaty o vhodných termínech a specifickém pojmosloví jsou běžné a žádný jednotlivý termín nelze použít bez kontroverzí. Cílem této kapitoly je být co nejinkluzivnější a nabídnout jednotnou slovní zásobu, která je respektující a odráží různorodé zkušenosti TGR osob a zároveň je přístupná zdravotnickým odborníkům a odbornicím, poskytovatelům zdravotní péče a veřejnosti. V neposlední řadě by měl být přístup ke zdravotní péči související s tranzicí založen na dostatečných informacích a informovaném souhlasu, nikoli na tom, jaké termíny TGR osoby nebo poskytovatelé péče používají k popisu konkrétních identit. Používání respektujícího a kulturně citlivého jazyka a terminologie představuje základ pro poskytování afirmativní péče, stejně jako pro zmírnění stigmatu a rizik dopadajících na řadu TGR osob v přístupu ke zdravotní péči. Je zásadní, aby poskytovatelé služeb diskutovali se svými klienty a klientkami o tom, jaké termíny jsou pro ně nejkomfortnější, a tyto termíny pokud možno používali.

Tato kapitola vysvětluje, proč v současnosti upřednostňujeme určitou terminologii. Místo použití specifických termínů v lékařském, právním a advokačním kontextu je cílem podpořit sdílený jazyk a společné porozumění v oblasti zdraví TGR osob a v mnoha souvisejících oborech (např. epidemiologie, právo) za účelem optimalizace zdraví transgender a genderově rozmanitých osob.

Pohlaví, gender, genderová identita a genderový projev se v angličtině používají jako popisné termíny, které se mohou vztahovat na všechny osoby, tedy jak na TGR osoby, tak i na všechny ostatní. Existují komplexní důvody, proč lze určitou terminologii považovat za nejlepší z hlediska respektu, inkluzivity nebo přijetí ze strany TGR komunit po celém světě. Zohledňují totiž i existenci nebo absenci termínů používaných k popisu těchto konceptů v jazycích jiných než angličtina, strukturální vztah mezi pohlavím a genderem, právní prostředí na místní, národní a mezinárodní úrovni či důsledky stigmatu, které na TGR osoby dopadá či v minulosti dopadalo.

V současnosti je téma TGR zdraví výrazně ovlivněno specifiky anglického jazyka, při vytváření kontextu pro terminologii tudíž přetrvávají dva problémy. První problém spočívá v tom, že v angličtině existují slova, která nenajdeme v jiných jazycích (např. urdština a mnohé další jazyky vyjadřují termíny „pohlaví" a „gender" pouze jedním pojmem). Druhý problém pramení z toho, že existují neanglická slova, která nemají jednoznačný překlad do angličtiny (např. *travesti, fa'afafine, hijra, selrata, muxe, kathoey, transpinoy, waria, machi*).

Prakticky to znamená, že dominantní vliv angličtiny v této oblasti ovlivňuje jak široce používané termíny, tak i to, které osoby nebo identity tyto termíny nejlépe reprezentují nebo validují. Používaná slova také utvářejí narativy, které podporují vznik určitých postojů a přesvědčení. Zatímco v minulých verzích Standardů péče Světová profesní asociace pro transgender zdraví (WPATH) používala pouze termín *transgender* jako široce definovaný zastřešující termín, verze č. 8 rozšiřuje tuto terminologii na použití TGR jako zastřešujícího termínu v celém dokumentu (viz Kapitola 2 – Globální uplatnění).

Neustále se vyvíjející povaha jazyka je navíc ovlivňována vnějšími faktory a sociálními, strukturálními a personálními vlivy a násilím, které je uplatňováno vůči TGR lidem a jejich tělům. Mnohé z historicky používaných termínů a frází byly poznamenány tím, jak, kdy a proč byly použity v rámci diskuzí o TGR osobách, a proto se vytratily z užívání nebo jsou mezi TGR osobami považovány za velmi sporné, přičemž

1.1. Při uplatňování Standardů péče v daném globálním kontextu doporučujeme používat kulturně specifické jazykové prostředky (včetně termínů pro popis transgender a genderově rozmanitých osob).
1.2. Ve zdravotnických zařízeních doporučujeme využívat komunikační styl a jazyk zohledňující principy podporující bezpečnost, důstojnost a respekt.
1.3. Doporučujeme komunikovat s transgender a genderově rozmanitými osobami o preferovaném jazyce a terminologii.

někteří lidé upřednostňují termíny, které jiní považují za urážlivé. Navzdory požadavkům, aby tyto Standardy péče poskytly koherentní soubor univerzálně přijímaných termínů pro popis TGR osob, identit a souvisejících zdravotnických služeb, takový seznam vytvořit nelze, jelikož by vždy vylučoval některé osoby a posiloval strukturální nespravedlnost s ohledem na rasu, původ, status původních obyvatel, socioekonomický status, náboženství, mluvený jazyk a etnicitu a další intersekcionální faktory. Je velmi pravděpodobné, že alespoň některé termíny uvedené v SOC-8 již budou zastaralé v době tvorby verze č. 9. Navzdory frustraci, kterou tento vývoj může vyvolávat, vnímáme tyto změny spíše jako příležitost pro jednotlivce i komunity rozvíjet a zdokonalovat své vlastní pojmosloví a dospět k ještě hlubšímu pochopení života a potřeb TGR osob, včetně zdrojů podpory a rezistence TGR osob vůči uvedeným tlakům.

Do oblasti působnosti těchto Standardů péče patří rovněž právo a právní expertíza. Z tohoto důvodu uvádíme terminologii nejčastěji používanou v mezinárodním právu za účelem sestavení funkčních definic těchto termínů a podpory jejich použití v právním kontextu místo zastaralejších a/nebo nevhodných termínů. Nejpreciznější dokument mezinárodního práva používá v současném lidskoprávním kontextu termín „genderově rozmanitý“[1].

Všechna doporučení v této kapitole byla sestavena na základě důkladného posouzení vědeckých dat, hodnocení přínosů a rizik, hodnot a preferencí poskytovatelů a klientů a klientek, a využití zdrojů a vyhodnocení proveditelnosti. V některých případech jsou důkazy omezené a/nebo služby nemusí být dostupné nebo vhodné.

Doporučení 1.1

Při uplatňování Standardů péče v daném globálním kontextu doporučujeme používat kulturně specifické jazykové prostředky (včetně termínů pro popis transgender a genderově rozmanitých osob).

Kulturně relevantní jazyk se používá k popisu TGR osob v různých globálních kontextech. Koncepty pohlaví, genderu a genderové rozmanitosti se liší v závislosti na regionu, stejně jako jazyk, kterým jsou popsány. Jazyk použitý při péči o TGR osoby v Thajsku tedy nebude stejný jako v Nigérii. Při aplikaci Standardů péče doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví využívali místní jazyk a termíny v rámci poskytování péče ve svém konkrétním kulturním a/nebo geografickém kontextu.

Genderová afirmace odkazuje k procesu uznání nebo potvrzení TGR osob v jejich genderové identitě – na úrovni sociální, medicínské, právní, behaviorální nebo v rámci kombinace těchto aspektů (Reisner, Poteat a kol., 2016). Zdravotní péče, která je genderově afirmativní nebo kompetentní pro práci s trans lidmi, využívá při péči o TGR osoby kulturně specifický jazyk. Genderově afirmativní péče není synonymem pro péči související s tranzicí. Poskytování péče související s tranzicí, jako je medicínská afirmace genderu prostřednictvím hormonů nebo operací, samo o sobě nezajišťuje, že je tato péče genderově afirmativní, ani nedokládá její kvalitu či bezpečnost.

Konzultace a partnerství s TGR komunitou může pomoci zajistit relevanci a inkluzivitu jazyka používaného při poskytování zdravotní péče v konkrétním lokálním kontextu a prostředí.

Doporučení 1.2

Ve zdravotnických zařízeních doporučujeme využívat komunikační styl a jazyk zohledňující principy podporující bezpečnost, důstojnost a respekt.

Bezpečnost, důstojnost a respekt jsou základní lidská práva (International Commission of Jurists, 2007). Doporučujeme, aby zdravotnický personál používal jazyk a terminologii, které tato lidská práva při poskytování péče pro TGR osoby podporují. Mnoho TGR osob zažilo stigma, diskriminaci a nedobré zacházení ve zdravotnickém prostředí, což mělo za následek neefektivní péči a nepříznivý vliv na jejich zdraví (Reisner, Poteat a kol., 2016; Safer a kol., 2016; Winter, Settle a kol., 2016). Takové zkušenosti zahrnují oslovování a označování nesprávným rodem, odmítnutí poskytnutí péče nebo služeb v případě nemoci nebo úrazu a nutnost vzdělávat zdravotnický personál, aby byl schopen poskytnout adekvátní péči (James a kol., 2016). V důsledku toho se v rámci přístupu ke zdravotní péči řada TGR osob necítí bezpečně. Mohou se vyhýbat zdravotnickým službám a hledat jiné způsoby, jak zajistit své potřeby z hlediska zdravotní péče, jako je užívání hormonů

bez lékařského předpisu či monitoringu a poradenství ze strany jiných TGR osob. Předchozí negativní zkušenosti TGR osob ve zdravotnickém prostředí mají navíc za následek následné vyhýbání se zdravotní péči.

Pracovníci ve zdravotnictví s TGR osobami zacházeli v řadě případů s předpojatostí a bez náležitého respektu a důstojnosti, což dále zvyšuje nedůvěru, která se stává bariérou v přístupu k péči. Používání jazyka, který odráží principy bezpečí, důstojnosti a respektu v prostředí zdravotní péče, je klíčové pro zajištění zdraví, pohody a práv TGR osob po celém světě. Terminologie hraje zásadní roli v genderově afirmativní péči, avšak jako taková nevyřeší ani nesnižuje míru systematického zneužívání a někdy dokonce násilí, kterému TGR osoby po celém světě v prostředí péče čelí. Jazyk představuje pouze jeden z významných kroků směrem k zacílení péče na klienta či klientku a k rovnoprávnému přístupu ke zdravotní péči pro TGR osoby. Mezi další konkrétní kroky na straně poskytovatelů péče patří získání informovaného souhlasu a nepředjímání potřeb jednotlivce pouze na základě genderu nebo identity.

Doporučení 1.3

Doporučujeme komunikovat s transgender a genderově rozmanitými osobami o preferovaném jazyce a terminologii.

Při poskytování zdravotní péče TGR osobám doporučujeme, aby lékařský a zdravotnický personál diskutoval s klienty a klientkami o jazyce a terminologii, kterou preferují. Tato diskuze zahrnuje otázky, jak by si TGR osoby přály být oslovovány, pokud jde o jméno a rod, jak se samy identifikují, co se týká genderu, a zabývá se termíny popisujícími jednotlivé části těla. Použití afirmativního jazyka nebo terminologie je klíčovou součástí afirmativní péče o TGR osoby (Lightfoot a kol., 2021; Vermeir a kol., 2018). Tyto diskuze a komunikace mohou rovněž sloužit k budování vzájemné důvěry a snižování míry nedůvěry, kterou řada TGR osob cítí vůči odborníkům a odbornicím ve zdravotnictví a kterou zažívají v rámci zdravotnických služeb. Diskuze a použití jazyka nebo terminologie mohou také usnadnit přístup a setrvání v péči, která není specificky orientovaná na TGR osoby, jako jsou preventivní prohlídky a jakékoliv nezbytné zdravotní kontroly. V elektronických zdravotnických záznamech lze za účelem získání informací ohledně vhodné péče standardně uvádět výčet orgánů/popis anatomie, nikoli pouze pohlaví přiřazené při narození a/nebo označení dle genderové identity.

Zdravotnický personál a zdravotnická zařízení mohou zavést standardizované postupy k usnadnění těchto diskuzí, například: použití přijímacích formulářů, které zahrnují vybraný rod a jméno, použití zájmen při představování u všech zaměstnanců (bez ohledu na genderovou identitu, tj. cisgender, TGR) uvádění rodu/zájmen u jmen na dokumentech u všech klientů a klientek a vyvarování se genderově specifických oslovení (např. paní, pan). Pro zdravotnický personál a zdravotnická zařízení mohou být zavedena pravidla, která zajistí soukromí TGR osob a právo na zajištění důvěrnosti. To se týká i případů, kdy svou identitu TGR osoba sdělí, a vhodných postupů k její dokumentaci. Pravidla a pokyny mohou stanovovat, že tuto informaci je třeba zaznamenat jako soukromou a důvěrnou a že by měla být sdělována pouze v případě potřeby.

Poznámka

1. A/73/152, Zpráva nezávislého experta na ochranu před násilím a diskriminací na základě sexuální orientace a genderové identity.

Lidé překračující hranice pohlaví a genderu existovali v různých kulturách po celém světě již od dávných dob a v některých případech jejich existenci dokládal i místní jazyk (Feinberg, 1996). Na rozdíl od současné patologizace rozmanitosti pohlaví coby nemoci některé kultury tuto rozmanitost tradičně oslavovaly a podporovaly (např. Nanda, 2014; Peletz, 2009). Anglický všeobsáhlý termín „transgender a genderově rozmanitý" (TGR) dnes popisuje širokou škálu genderových identit a vyjádření, a tedy i populaci s různorodými zkušenostmi a potřebami v oblasti zdraví. Společně reprezentují TGR lidé důležité aspekty lidské rozmanitosti, které je dle Světové profesní asociace pro transgender zdraví (WPATH) třeba oceňovat a podporovat. TGR lidé nadále zásadní měrou přispívají k fungování společnosti, v níž žijí, ačkoli jejich přínos zůstává často bez povšimnutí.

Alarmující je, že v současném světě čelí mnoho TGR osob stigmatizaci, předsudkům, diskriminaci, obtěžování, zneužívání a násilí, což má za následek sociální, ekonomickou a právní marginalizaci, špatné duševní a fyzické zdraví a v extrémních případech dokonce i smrt. Tento jev byl popsán jako spirála stigmatu a nemoci (Winter, Diamond a kol., 2016). Uvedené zkušenosti, či obavy z nich, vedou ke vzniku tzv. menšinového stresu (Meyer, 2003; viz také Bockting a kol., 2013, konkrétně o TGR lidech) a jsou spojeny s negativními dopady na fyzické (např. Rich a kol., 2020) i psychické zdraví (např. Bränström a kol., 2022; Scandurra a kol., 2017; Shipherd a kol., 2019; Tan a kol., 2021).

Násilí páchané na TGR osobách představuje závažný problém. Globálně je velmi časté a nabývá různých forem, ať už se jedná o psychické, sexuální či fyzické násilí (viz např. Mujugira a kol., 2021) a jeho pachatelem mohou být různí aktéři, včetně státních subjektů. Statistiky vražd jako nejextrémnějšího projevu násilí vůči TGR osobám jsou alarmující: od ledna 2008 do září 2021 bylo na celém světě zdokumentováno více než 4 000 takových případů. Tento údaj je však často považován za podhodnocený z důvodu omezené míry hlášení těchto incidentů (TGEU, 2020).

Od doby vydání Standardů péče, verze č. 7 (SOC-7) se postoj k TGR osobám a jejich zdravotní péči výrazně změnil. Na poli světové medicíny již nejsou TGR identity vnímány jako duševní porucha. V Diagnostickém a statistickém manuálu, verze č. 5 (DSM-5) vydaném Americkou psychiatrickou asociací (APA, 2013) se diagnóza *Genderové dysforie* zaměřuje na nepohodlí a stres spojený s TGR identitou, nikoli na genderovou identitu samotnou. V roce 2022 byla vydána revize tohoto manuálu (DSM-5-TR). Ve Světové klasifikaci nemocí, verzi č. 11 (MKN-11) Světové zdravotnické organizace (WHO, 2019b) je diagnóza *Genderového nesouladu* zařazena v kapitole týkající se sexuálního zdraví a zaměřuje se na prožívanou identitu osoby a potřeby spojené s její afirmací. Tento trend depatologizace (nebo přesněji depsychopatologizace) transgender identit má zásadní význam z několika důvodů. V oblasti zdravotní péče podporuje model péče, který klade důraz na aktivní účast klientů a klientek v rozhodování o jejich zdravotní péči za podpory lékařských odborníků a odbornic v oblasti primární péče (Baleige a kol., 2021). Lze také předpokládat, že tyto změny podpoří sociálně inkluzivnější politické strategie, například legislativní reformy v oblasti uznání genderu, které pro právní uznání nepožadují diagnózu, hormonální terapii či chirurgický zákrok. TGR osoby, které si změnily úřední pohlaví v oficiálních dokumentech, se těší lepšímu duševnímu zdraví (např. Bauer a kol., 2015; Scheim a kol., 2020). Přístup, který vychází z uznání práv TGR osob může významně přispět ke zlepšení jejich celkového zdraví a pohody (Arístegui a kol., 2017).

Z předchozích verzí Standardů péče (SOC) je patrné, že většina klinických zkušeností a znalostí ohledně této tematiky vychází ze zdrojů z oblasti Severní Ameriky a Západní Evropy. Tyto verze Standardů péče se soustředily na genderově afirmativní péči v bohatých zemích disponujících relativně dobře vybaveným zdravotním systémem (včetně specialistů a specialistek v oblasti duševního zdraví, endokrinologie, chirurgie atd.). V těchto zemích jsou uvedené služby často hrazeny státem nebo (alespoň v případě některých klientů či klientek) ze soukromého pojištění.

Nicméně v mnoha zemích je zdravotní péče o TGR osoby spíše prospektivní. Zdroje pro tuto oblast bývají omezené nebo dokonce zcela chybí, služby jsou nedostupné, nevhodné nebo příliš nákladné. Často není dostatek kvalifikovaných odborníků a odbornic a chybí možnost financování péče zaměřené na genderovou afirmaci. Mnoho zdravotníků zde také nemá potřebné znalosti ani výcvik pro práci s TGR osobami (Martins a kol., 2020). Z těchto a dalších důvodů, včetně tradičního vnímání TGR osob jako duševně chorých v „západní" medicíně (jež se změnilo až nedávno), se TGR osoby v roli klientů a klientek cítí často marginalizovány.

Poskytovatelé péče upozorňují, že většina relevantní literatury vychází ze zdrojů publikovaných v Severní Americe a Evropě, což představuje výzvu pro odborníky a odbornice pracující v zdravotních systémech, které jsou podfinancované. Díky iniciativám, do kterých se v poslední době zapojují i mnozí lidé z TGR komunity, se tato situaci začíná měnit,

2.1. Zdravotnický systém by měl transgender a genderově rozmanitým osobám zajišťovat lékařsky nezbytnou genderově afirmativní péči.
2.2. Odborníci a odbornice ve zdravotnictví a ostatní poskytovatelé péče by měli dle Standardů péče, verze č. 8 (SOC-8) aplikovat tato doporučení tak, aby vyhovovala specifickým potřebám transgender a genderově rozmanitých osob dle místního kontextu, a to poskytováním kulturně senzitivní péče, která zohledňuje situaci v zemi, kde tito odborníci a odbornice vykonávají svou praxi.
2.3. Poskytovatelé zdravotní péče by měli rozumět dopadu společenských postojů, zákonů, ekonomických podmínek a nastavení systému zdravotnictví na životní zkušenosti transgender a genderově rozmanitých osob v různých částech světa.
2.4. Překlad Standardů péče, verze č. 8, by měl zohlednit interkulturní, konceptuální a doslovný význam textu standardů tak, aby byla zajištěna shoda s jejich klíčovými principy.
2.5. Odborníci a odbornice ve zdravotnictví a tvůrci strategií a politik ve zdravotnictví by měli ve své práci s transgender a genderově rozmanitými osobami vždy aplikovat klíčové principy SOC-8, a zajistit jim tak respekt z hlediska lidských práv a přístup k adekvátní a kompetentní zdravotní péči. Tyto principy zahrnují:

Obecné principy
- Zaujměte podporující a inkluzivní přístup. Snažte se aktivně snižovat míru stigmatizace a usnadňovat přístup k adekvátní zdravotní péči pro všechny, kdo ji vyžadují.
- Respektujte diverzitu. Respektujte všechny klienty a klientky a všechny genderové identity. Nepatologizujte rozdíly v genderové identitě ani vyjádření.
- Respektujte univerzální lidská práva včetně práva na tělesnou a duševní integritu, autonomii a sebeurčení; podporujte nediskriminaci a právo na nejvyšší dosažitelný standard péče o zdraví.

Principy pro rozvoj a implementaci služeb adekvátní a dostupné zdravotní péče
- Zapojujte transgender a genderově rozmanité osoby do rozvoje a implementace služeb.
- Buďte obeznámeni se sociálními, kulturními, ekonomickými a právními faktory, které by mohly ovlivnit zdraví (a zdravotní potřeby) transgender a genderově rozmanitých osob, stejně jako jejich ochotu a schopnost využívat poskytované služby.
- Poskytujte zdravotní péči (nebo odkazujte na jiné informované poskytovatele péče), která je afirmativní vůči genderové identitě a vyjádření, zvláště pak způsobem, jež vede ke zmírnění úzkosti spojené s genderovou dysforií (projevuje-li se).
- Odmítejte léčebné přístupy, jejichž cílem nebo důsledkem je konverze genderové identity a přímo či nepřímo tyto přístupy a služby nepodporujte.

Principy efektivního poskytování služeb
- Zvyšujte své odborné kompetence (např. formou školení) v oblasti zdravotních potřeb transgender a genderově rozmanitých osob a důkladně se seznamte s přínosy a riziky genderově afirmativní péče.
- Přizpůsobte postupy poskytované lékařské péče konkrétním potřebám klientů a klientek, a to zejména za účelem dosažení kýžené genderové identity a genderového vyjádření.
- Usilujte o celkovou podporu zdraví a pohody, nikoli pouze o zmírňování genderové dysforie, která se může, ale nemusí projevovat.
- Přijměte strategii snižování nepříznivých dopadů v situacích, které to vyžadují.
- Zajistěte, aby transgender a genderově rozmanité osoby měly na rozhodování o svém zdraví a pohodě plnou a trvalou informovanou účast.
- Zasaďte se o zlepšení kvality zdravotnických služeb, včetně administrativních systémů a kontinuity péče.

Principy zaměřené na zlepšení zdraví prostřednictvím širšího komunitního přístupu
- Pomáhejte propojit klienty a klientky s komunitními zdroji a službami peer-to-peer podpory;
- Aktivně podporujte a pomáhejte prosazovat zájmy svých klientů a klientek i v rámci jejich rodinného prostředí a ve vztahu k jejich okolí, ať už jde o školní, pracovní nebo jiné situace, kde je taková podpora vhodná.

a to na základě osvědčených postupů v jiných zemích či regionech, včetně pokynů pro poskytování účinné a kulturně citlivé zdravotní péče pro TGR v nízko- a středněpříjmových zemích mimo globální sever.

V posledních letech bylo v této tematice zpracováno mnoho důležitých zdrojů. Dahlen a kol. (2021) recenzovali dvanáct mezinárodních klinických doporučení; více než polovinu z nich zpracovaly severoamerické (např. Hembree a kol., 2017) nebo evropské (např. T'Sjoen a kol., 2020) profesní organizace. Tři z nich (nejnovější v roce 2016) vypracovala WHO. V současné době existuje mnoho dalších zdrojů, které Dahlen a kol. ve svém seznamu nezmiňují a které vycházejí z odborných znalostí čerpaných mimo region Severní Ameriky a Evropy. Jako příklad lze uvést studie z Asie a Tichomoří (APTN, 2022; Health Policy Project a kol., 2015), Karibiku (PAHO, 2014), Thajska, Austrálie (Telfer a kol., 2020), Nového Zélandu (Oliphant a kol., 2018) a Jižní Afriky (Tomson a kol., 2021), (viz rovněž TRANSIT (UNDP a kol., 2016)). Tyto zdroje často vznikly na

podnět nebo ve spolupráci s místní či mezinárodní komunitou TGR osob. Tato spolupráce se zaměřuje na naplňování potřeb místní TGR populace na základě kulturně citlivého a odborného přístupu a může mít i rozsáhlý mezinárodní význam. Některé z těchto publikací mohou být obzvláště cenné pro ty, kdo plánují a poskytují služby v nízkopříjmových zemích a zemích s omezenými zdroji. Existují pravděpodobně i další zdroje publikované v jiných jazycích, o kterých nevíme.

Celosvětově lze k TGR identitám ve smyslu pohlaví, genderu a sexuality přistupovat z různých konceptuálních perspektiv a jsou zasazeny do velmi rozmanitých kulturních (a někdy i duchovních) kontextů a historických rámců. Při zohlednění komplexní dynamiky mezi sociálními a kulturními faktory, legislativou a poptávkou po službách péče zaměřené na afirmaci genderu je třeba SOC-8 vykládat s přihlédnutím k praxi daného poskytovatele péče, nicméně stále v souladu s klíčovými principy, ze kterých tato praxe vychází (APTN a UNDP, 2012; Health Policy Project a kol., 2015; PAHO, 2014).

V této kapitole se tedy zabýváme globálním uplatněním SOC-8 právě na základě výše zmíněného kontextu a s přihlédnutím k mezinárodním zkušenostem transgender osob a poskytovatelů zdravotní péče. Představujeme klíčové aspekty odborné praxe a doporučení ohledně základních principů a postupů, jež jsou zásadní pro současnou zdravotní péči o TGR osoby, bez ohledu na to, kde žijí, nebo zda jsou k poskytování této péče dostupné dostatečné zdroje.

Doporučení 2.1.

Zdravotnický systém by měl transgender a genderově rozmanitým osobám zajišťovat lékařsky nezbytnou genderově afirmativní péči.

V oblasti zdravotní péče a pojistných smluv se celosvětově setkáváme s pojmem „lékařská nezbytnost". Tento termín se obvykle definuje takto: „Zdravotní služby, které by lékař/lékařka či odborník/odbornice v oblasti zdraví poskytli klientovi či klientce s cílem předcházet, hodnotit, diagnostikovat či léčit nemoc, zranění či jejich příznaky, musí být: (a) v souladu s obecně přijímanými standardy lékařské praxe; (b) klinicky vhodné, co se týče typu, frekvence, rozsahu, místa a délky trvání, a považované za účinné pro daný zdravotní problém klienta či klientky; a (c) zvoleny z jiného důvodu než je pouze pohodlí klientů, klientek či personálu a nesmí být nákladnější než jiné služby se srovnatelným terapeutickým či diagnostickým účinkem. Poskytovaní péče musí být podle jejího poskytovatele lékařsky nezbytné a takto musí být i zdokumentováno (American Medical Association, 2016).

Pod pojmem „přijímané standardy lékařské praxe" obecně rozumíme standardy založené na vědeckých důkazech publikovaných v odborných recenzovaných lékařských časopisech, které jsou uznávány lékařskou obcí, lékařskými společnostmi či fakultami a s ohledem na postoje lékařů či lékařek a/nebo poskytovatelů péče působících v příslušném klinickém oboru.

Lékařská nezbytnost je v některých částech světa klíčová pro platby, dotace či náhrady v oblasti zdravotní péče. Ošetřující zdravotník může tvrdit a dokumentovat, že daná péče je z lékařského hlediska nezbytná pro prevenci nebo léčbu onemocnění. Pokud strategie a postupy v oblasti zdravotnictví zpochybňují lékařskou nezbytnost poskytované péče, může existovat možnost odvolat se na státní orgán či jinou instituci za účelem nezávislého lékařského posouzení.

Genderová rozmanitost je vlastní všem lidem a není jevem patologickým, nicméně genderový nesoulad, který způsobuje klinicky významnou úzkost a omezení, často vyžaduje lékařsky nezbytné intervence. V mnoha zemích je lékařsky nezbytná genderově afirmativní péče dokumentována ošetřujícím zdravotníkem v rámci řešení Genderového nesouladu (HA60 v MKN-11; WHO, 2019b) a/nebo Genderové dysforie (F64.0 v DSM-5-TR; APA, 2022).

Existují významné důkazy o přínosech v kvalitě života a v oblasti duševní pohody plynoucí z genderově afirmativních postupů, včetně hormonální terapie a chirurgických zákroků, správně indikovaných a prováděných podle Standardů péče (verze č. 8) u TGR osob, které tuto péči potřebují (např. Ainsworth & Spiegel, 2010; Aires a kol., 2020; Aldridge a kol., 2020; Almazan & Keuroghlian, 2021; Al-Tamimi a kol., 2019; Balakrishnan a kol., 2020; Baker a kol., 2021; Buncamper a kol., 2016; Cardoso da Silva a kol., 2016; Eftekhar Ardebili, 2020; Javier a kol., 2022; Lindqvist a kol., 2017; Mullins a kol., 2021; Nobili a kol., 2018; Owen-Smith a kol., 2018; Özkan a kol., 2018; T'Sjoen a kol., 2019; van de Grift, Elaut a kol., 2018; White Hughto & Reisner, Poteat a kol., 2016; Wierckx, van Caenegem a kol., 2014; Yang, Zhao a kol., 2016). Genderově afirmativní péče může zahrnovat také odstranění vousů či ochlupení, transplantaci vlasů, hlasovou terapii/operaci hlasivek, poradenství a další lékařské zákroky potřebné k efektivnímu potvrzení genderové identity a zmírnění genderového nesouladu a dysforie. Prospěšná může být rovněž úřední změna jména a pohlaví nebo genderu v dokladech totožnosti, která v některých

jurisdikcích závisí na lékařské dokumentaci.

Genderově afirmativní intervence jsou založeny na klinických zkušenostech a výzkumných poznatcích shromážděných v průběhu desítek let praxe; proto nejsou považovány za experimentální, kosmetické nebo prováděné pouze pro pohodlí klientů. Jsou bezpečné a účinné z hlediska snižování genderového nesouladu a genderové dysforie (např. Aires a kol., 2020; Aldridge a kol., 2020; Al-Tamimi a kol., 2019; Balakrishnan a kol., 2020; Baker a kol., 2021; Bertrand a kol., 2017; Buncamper a kol., 2016; Claes a kol., 2018; Eftekhar Ardebili, 2020; Esmonde a kol., 2019; Javier a kol., 2022; Lindqvist a kol., 2017; Lo Russo a kol., 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Mullins a kol., 2021; Nobili a kol., 2018; Olson-Kennedy, Rosenthal a kol., 2018; Özkan a kol., 2018; Poudrier a kol., 2019; T'Sjoen a kol., 2019; van de Grift, Elaut a kol., 2018; White Hughto & Reisner, Poteat a kol., 2016; Wierckx, van Caenegem a kol., 2014; Wolter a kol., 2015; Wolter a kol., 2018).

Z hlediska WPATH by tedy zdravotnické systémy měly tyto lékařsky nezbytné intervence zajišťovat a odstranit ze svých strategií a předpisů jakákoli ustanovení zamezující pokrytí lékařsky nezbytných postupů nebo léčebných metod směřujících k zachování zdraví a pohody u TGR osob. Jinými slovy, vlády by měly zajistit, aby zdravotní služby pro TGR osoby byly zřizovány, rozšiřovány nebo zefektivňovány (podle potřeby) v rámci všech systémů všeobecného zdravotního pojištění, veřejného zdravotnictví, systémů dotovaných vládou nebo soukromých systémů regulovaných vládou. Zdravotnické systémy by měly zajistit, aby stálá a trvalá zdravotní péče, jak běžná, tak specializovaná, byla snadno přístupná a cenově dostupná všem občanům bez rozdílu.

SOC-8 popisuje lékařsky nezbytné genderově afirmativní intervence, které zahrnují hysterektomii +/- bilaterální adnexektomii, oboustrannou mastektomii, rekonstrukci hrudníku nebo feminizující mamoplastiku, změnu velikosti bradavek nebo umístění prsních protéz, genitální rekonstrukci, například faloplastiku a metoidioplastiku, skrotoplastiku a penilní a testikulární protézy, penektomii, orchiektomii, vaginoplastiku a vulvoplastiku, odstranění vousů, ochlupení na těle a v oblasti genitálií za účelem genderové afirmace nebo v rámci předoperační přípravy, genderově afirmativní operace a konturování obličeje, hlasovou terapii a/nebo operaci hlasivek, přípravky blokující pubertu a genderově afirmativní hormony a poradenství nebo psychoterapeutickou péči, které jsou v případě daného klienta či klientky vhodné na základě posouzení jeho individuální situace a potřeb.

Doporučení 2.2

Odborníci a odbornice ve zdravotnictví a ostatní poskytovatelé péče by měli dle Standardů péče, verze č. 8 (SOC-8) aplikovat tato doporučení tak, aby vyhovovala specifickým potřebám transgender a genderově rozmanitých osob dle místního kontextu, a to poskytováním kulturně senzitivní péče, která zohledňuje situaci v zemi, kde tito odborníci a odbornice vykonávají svou praxi.

TGR lidé se v různých částech světa identifikují mnoha různými způsoby a jejich identita vždy existuje v určitém kulturním kontextu. V anglicky mluvících zemích se TGR osoby identifikují s pojmy jako *transsexuál/ka, trans, genderově nekonformní, genderqueer, nebinární* a samozřejmě *transgender* a/nebo *genderově rozmanitý* a s dalšími pojmy reprezentujícími jiné identity; včetně pojmů muž nebo žena (řada osob se identifikuje v rámci genderové binarity) (např. James a kol., 2016; Strauss a kol., 2017; Veale a kol., 2019).

V jiných zemích se setkáme např. s pojmy *travesti* (většina Latinské Ameriky), *hidžra* (většina Jižní Asie), *khwaja* sira (Pákistán), *achout* (Myanmar), maknyah, *paknyah* (Malajsie), *waria* (Indonésie) *kathoey, phuying kham phet, sao praphet song* (Thajsko), *bakla, transpinay, transpinoy* (Filipíny), *fa'afafine* (Samoa), *mahu* (Francouzská Polynésie, Havaj), leiti (Tonga), *fakafifine* (Niue), *pinapinaaine* (Tuvalu a Kiribati), *vakasalewalewa* (Fidži), *palopa* (Papua Nová Guinea), *brotherboys* a *sistergirls* (původní obyvatelé Austrálie a obyvatelé ostrovů Torresova průlivu) a *akava'ine* (Cookovy ostrovy) (např. APTN a UNDP, 2012; Health Policy Project a kol., 2015; Kerry, 2014). V Severní Americe existuje také mnoho identit tzv. *dvojího ducha (two spirit)* (např. *nadleehi* v kultuře Diné kmene Navajo) (Sheppard & Mayo, 2013). Identity, na které se každý z těchto termínů vztahuje, jsou často komplexní z kulturního hlediska a mohou existovat v duchovním nebo náboženském kontextu. V závislosti na kultuře a konkrétní identitě mohou být některé z nich považovány za takzvané „třetí pohlaví" spadající mimo genderovou binaritu (např. Graham, 2010; Nanda, 2014; Peletz, 2009). TGR identity mají různé kulturní postavení. Na mnoha místech po celém světě je relativně nedávný fenomén transgender mužů a nebinárních trans-maskulinních identit a v místních jazycích se s nimi pojí pouze málo tradičních termínů nebo vůbec žádné (Health Policy Project a kol., 2015). Bez ohledu na skupinu, do které klienti a klientky patří (včetně etnických menšin, migrantů a uprchlíků) je třeba mít na paměti kulturní kontext, v němž tito lidé vyrůstali a ve kterém žijí, stejně jako případné implikace v oblasti zdravotní péče.

V různých částech světa se dostupnost, přístup-

nost, přijatelnost a kvalita zdravotní péče velmi liší, což vede k nerovnostem v regionech uvnitř jednotlivých zemí, ale i mezi jednotlivými zeměmi (OECD, 2019). V některých zemích existují vedle formálních zdravotnických systémů i tradiční a lidové systémy zdravotní péče, přičemž původní modely kladou důraz na holistickou péči o zdraví (WHO, 2019a). Zdravotníci a zdravotnice by měli být obeznámeni s tradicemi a kontextem dostupné péče a poskytovat podporu citlivou k místním potřebám a identitám TGR lidí a kulturně kompetentní a bezpečnou péči.

Doporučení 2.3

Poskytovatelé zdravotní péče by měli rozumět dopadu společenských postojů, zákonů, ekonomických podmínek a nastavení systému zdravotnictví na životní zkušenosti transgender a genderově rozmanitých osob v různých částech světa.

Žitá realita se u jednotlivých TGR osob velmi liší s ohledem na řadu faktorů – sociálních, kulturních, právních, ekonomických a geografických. V prostředí, které respektuje a podporuje jejich genderovou a kulturní identitu, mohou mít TGR osoby velmi pozitivní zkušenosti. V tomto směru hraje klíčovou roli rodina (viz studie Pariseau a kol., 2019; Yadegarfard a kol., 2014; Zhou a kol., 2021). Nicméně z globálního hlediska se mnoho TGR lidí nachází v náročné životní situací. Často jim jsou upírána základní lidská práva, která jsou uznávána mezinárodní legislativou. To zahrnuje právo na vzdělání, zdraví, práci, důstojný život, bydlení, svobodu pohybu a vyjadřování, soukromí, bezpečnost a mnoho dalšího (International Commission of Jurists, 2007, 2017).

Porušování těchto práv má dle všeobecného povědomí negativní vliv na zdraví a pohodu sexuálních a genderových menšin (viz OHCHR a kol., 2016; WHO, 2015). Z tohoto důvodu zdůrazňujeme význam práv TGR osob a poukazujeme na historickou podporu těchto práv ze strany WPATH, a to také formou publikace koncepčních dokumentů (např. WPATH, 2016, 2017, 2019). Klíčovou roli v obhajobě těchto práv mohou hrát rovněž odborníci a odbornice ve zdravotnictví, a to zejména při zajišťování kvalitní, adekvátní, dostupné a cenově přijatelné afirmativní péče.

Celosvětově vzniklo velké množství studií, které podrobně popisují výzvy, jimž čelí TGR jednotlivci, a dopady na jejich zdraví a duševní pohodu (např. Aurat Foundation, 2016; Bhattacharya & Ghosh, 2020; Chumakov a kol., 2021; Coleman a kol., 2018; Heylens, Elaut a kol., 2014; Human Rights Watch, 2014; James a kol., 2016; Lee, Operario a kol., 2020; Luz a kol., 2022; McNeil a kol., 2012, 2013; Motmans a kol., 2017; Muller a kol., 2019; Scandurra a kol., 2017; Strauss a kol., 2019; Suen a kol., 2017; Valashany & Janghorbani, 2019; Veale a kol., 2019; Wu a kol., 2017). Výzkumy ukazují, že TGR lidé často čelí stigmatizaci a předsudkům, stejně jako diskriminaci a obtěžování, zneužívání a násilí, nebo žijí v obavách a strachu z těchto jevů. Se společenskými hodnotami a postoji nepřátelskými vůči TGR osobám se mladí lidé často setkávají již v rámci školních osnov (např. Olivier & Thurasukam, 2018) a tyto postoje mohou mít za následek také odmítnutí ze strany rodiny (např. Yadegarfard a kol., 2014). Následně jsou kodifikovány v podobě zákonů, strategií a praxe omezující svobodu vyjádření vlastní genderové identity a sexuality a představují bariéry v přístupu k bydlení, do veřejných prostor, ke vzdělání, zaměstnání a službám (včetně zdravotní péče). TGR osoby pak běžně nemají přístup k široké škále příležitostí dostupných jejich cisgender protějškům a jsou vytlačeny na okraj společnosti a mimo podpůrný kruh rodiny. V mnoha částech světa je navíc přístup TGR lidí k právnímu uznání genderu omezen nebo pro ně není dostupný (např. ILGA World, 2020a; TGEU, 2021; UNDP a APTN, 2017). V některých zemích tyto bariéry dnes vyrůstají z podhoubí tezí „genderově kritických teorií“ (což kritizuje např. Madrigal-Borloz, 2021; Zanghellini, 2020).

Snahy o změnu genderové identity (reparace nebo konverze genderu zaměřené na to, aby se člověk stal cisgender) jsou rozšířené a škodí TGR jednotlivcům (např. APTN, 2020a, 2020b, 2020c, 2021; Bishop, 2019; GIRES a kol., 2020; Turban, Beckwith a kol., 2020) a (podobně jako snahy zaměřené na změnu sexuální orientace) jsou považovány za neetické (např. APS, 2021; Trispiotis a Purshouse, 2021; Různí, 2019, 2021). Tyto snahy mohou být vnímány jako forma násilí. Nezávislý expert OSN na ochranu před násilím a diskriminací na základě sexuální orientace a genderové identity vyzval k celosvětovému zákazu takových praktik (Madrigal-Borloz, 2020). Stále více jurisdikcí tuto praxi zakazuje (ILGA World, 2020b).

Nerovnosti pramení z řady faktorů, včetně ekonomických aspektů a hodnot, které stojí v pozadí fungování zdravotnických systémů, a to zejména z hlediska veřejného, soukromého a vlastního financování poskytované zdravotní péče. Nedostatek přístupu ke vhodné a dostupné zdravotní péči může vést k větší závislosti na neformálních informačních sítích. To se týká např. informací o vlastní aplikaci hormonů, která v mnoha případech probíhá bez nezbytného lékařského dohledu nebo monitoringu (např. Do a kol., 2018; Liu a kol., 2020; Rashid a kol., 2022; Reisner a kol., 2021; Winter & Doussantousse, 2009).

V některých částech světa používá řada trans žen

jako prostředek pro úpravu těla silikon a využívá služby tzv. silikonového vstřikování a/nebo navštěvuje „vstřikovací“ večírky, které se často pořádají jako komunitní akce. Bezprostřední přínos vstřikování silikonu doprovází významná dlouhodobá rizika (např. Aguayo-Romero a kol., 2015; Bertin a kol., 2019; Regmi a kol., 2021), a to zejména v případech použití průmyslového silikonu nebo jiné injekční látky, kdy může být chirurgická náprava obtížná.

V neposlední řadě je nutné uvést, že TGR osoby vykazují špatné sexuální zdraví. Prevalence HIV u trans žen, které využívají služeb klinických organizací v metropolitních oblastech, je přibližně 19% celosvětově, což je 49krát více, než je prevalence HIV v celkové populaci (Baral a kol., 2013). Ukazatele v oblasti sexuálního zdraví u trans mužů jsou rovněž problematické (např. Mujugira a kol., 2021).

Doporučení 2.4

Překlad Standardů péče, verze č. 8, by měl zohlednit interkulturní, konceptuální a doslovný význam textu standardů tak, aby byla zajištěna shoda s jejich klíčovými principy.

Většina výzkumných zdrojů na téma TGR osob vzniká ve vysokopříjmových a anglicky mluvících zemích a dominuje jim hledisko globálního severu (včetně implikací v oblasti potřeb a poskytování zdravotní péče). Výzkum v databázi Scopus z května 2021, který provedli autoři a autorky tohoto dokumentu, ukazuje, že 99% literatury pojednávající o zdravotní péči pro transgender osoby pochází z Evropy, Severní Ameriky, Austrálie nebo Nového Zélandu. Celkově je 96% těchto zdrojů v anglickém jazyce. TGR osoby z globálního jihu dostávají v anglicky psané literatuře relativně málo prostoru a práce těch odborníků a odbornic, kteří s nimi komunikují, nebyly v řadě případů akceptovány a publikovány či přeloženy do angličtiny. Použití zdrojů vytvořených v zemích globálního severu nemusí postihnout všechny relevantní faktory a nuance místních reálií, kulturních rámců a praxe. Tento přístup může také představovat promarněnou příležitost čerpat poznatky z práce jiných odborníků či odbornic.

Při překládání principů vytyčených v SOC doporučujeme dodržovat osvědčené postupy pro překlad tak, aby vznikl kvalitní zdroj, jenž bude kulturně a jazykově odpovídat místnímu kontextu. Je důležité, aby měli překladatelé znalosti týkající se TGR identit a kultur a mohli zajistit doslovný překlad, který bude kulturně kompetentní a citlivý vůči místním TGR osobám. Je také nezbytné, aby se řídil stanovenými postupy pro zajištění kvality (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010; Sprager & Martinez, 2015).

Doporučení 2.5

Odborníci a odbornice ve zdravotnictví a tvůrci zdravotnických strategií a politik by měli ve své práci s transgender a genderově rozmanitými osobami vždy aplikovat klíčové principy SOC-8, a zajistit jim tak respekt z hlediska lidských práv a přístup k adekvátní a kompetentní zdravotní péči. Tyto principy zahrnují:

Obecné principy

- Zaujměte podporující a inkluzIvní přístup. Snažte se aktivně snižovat míru stigmatizace a usnadňovat přístup k adekvátní zdravotní péči pro všechny, kdo ji vyžadují.
- Respektujte diverzitu. Respektujte všechny klienty a klientky a všechny genderové identity. Nepatologizujte rozdíly v genderové identitě ani vyjádření.
- Respektujte univerzální lidská práva včetně práva na tělesnou a duševní integritu, autonomii a sebeurčení; podporujte nediskriminaci a právo na nejvyšší dosažitelný standard péče o zdraví.

Principy pro rozvoj a implementaci služeb adekvátní a dostupné zdravotní péče

- Zapojujte transgender a genderově rozmanité osoby do rozvoje a implementace služeb.
- Buďte obeznámeni se sociálními, kulturními, ekonomickými a právními faktory, které by mohly ovlivnit zdraví (a zdravotní potřeby) transgender a genderově rozmanitých osob, stejně jako jejich ochotu a schopnost využívat poskytované služby.
- Poskytujte zdravotní péči (nebo odkazujte na jiné informované poskytovatele péče), která je afirmativní vůči genderové identitě a vyjádření, zvláště pak způsobem, jež vede ke zmírnění úzkosti spojené s genderovou dysforií (projevuje-li se).
- Odmítejte léčebné přístupy, jejichž cílem nebo důsledkem je konverze genderové identity a přímo či nepřímo tyto přístupy a služby nepodporujte.

Principy efektivního poskytování služeb

- Zvyšujte své odborné kompetence (např. formou školení) v oblasti zdravotních potřeb transgender a genderově rozmanitých osob a důkladně se seznamte s přínosy a riziky genderově afirmativní péče.
- Přizpůsobte postupy poskytované lékařské

péče konkrétním potřebám klientů a klientek, a to zejména za účelem dosažení kýžené genderové identity a genderového vyjádření.
- Usilujte o celkovou podporu zdraví a pohody, nikoli pouze o zmírňování genderové dysforie, která se může, ale nemusí projevovat.
- Přijměte strategii snižování nepříznivých dopadů v situacích, které to vyžadují.
- Zajistěte, aby transgender a genderově rozmanité osoby měly na rozhodování o svém zdraví a pohodě plnou a trvalou informovanou účast.
- Zasaďte se o zlepšení kvality zdravotnických služeb, včetně administrativních systémů a kontinuity péče.

Principy zaměřené na zlepšení zdraví prostřednictvím širšího komunitního přístupu

- Pomáhejte propojit klienty a klientky s komunitními zdroji a službami peer-to-peer podpory.
- Aktivně podporujte a pomáhejte prosazovat zájmy svých klientů a klientek i v rámci jejich rodinného prostředí a ve vztahu k jejich okolí, ať už jde o školní, pracovní nebo jiné situace, kde je taková podpora vhodná.

V předchozím textu byly zmíněny výzkumy podrobně popisující širokou škálu obtíží, kterým mohou čelit TGR osoby; sociální, ekonomické a právní překážky, stejně jako bariéry související s přístupem ke zdravotní péči. Ačkoliv se zdravotní služby po celém světě liší (z hlediska dostupnosti, přístupnosti a kvality), služby dostupné TGR osobám jsou často nedostatečné. Množství poznatků z různých částí světa ukazuje, že zatímco někteří TGR lidé mohou mít pozitivní zkušenosti se zdravotní péčí, u mnohých jiných tomu tak není (např. Callander a kol., 2019; Costa, da Rosa Filho a kol., 2018; Do a kol., 2018; Gourab a kol., 2019; Health Policy Project a kol., 2015; Liu a kol., 2020; Motmans a kol., 2017; Muller a kol., 2019; PAHO, 2014; Reisner a kol., 2021; Strauss a kol., 2017; TGEU, 2017). Všeobecné zdravotní služby často nesplňují jejich potřeby ve smyslu obecné, sexuální nebo genderově afirmativní zdravotní péče. Standardní postupy pro registraci klientely na klinikách a v nemocnicích často nepracují s genderovou identitou u TGR osob (včetně těch, které se identifikují jinak než binárně). Klienti a klientky mohou být umístěni na odděleních, která nejsou z hlediska genderové identity odpovídající, což je vystavuje riziku sexuálního obtěžování. TGR osoby často narážejí na nevstřícný nebo nepřátelský postoj lékařského a pomocného personálu a daná služba jim může být dokonce odepřena. Velmi znepokojující je skutečnost, že v některých částech světa se odborníci a odbornice v oblasti zdraví sami podílejí na snahách o konverzi genderové identity, jež byla popsána výše v této kapitole.

Po celém světě existuje mnoho dalších překážek vůči poskytování genderově afirmativní zdravotní péče. Odborníci či odbornice mohou být často neochotní poskytnout služby, které TGR osoby potřebují. V některých zemích mohou existovat zákony nebo předpisy, které je v tom omezují nebo jim v tom dokonce brání. Pokud praktičtí lékaři/lékařky a další poskytovatelé zdravotní péče nemají přístup ke srozumitelným pokynům ve svém jazyce, může je to od poskytování služeb odrazovat. Dokonce i v situacích, kdy je zdravotní péče k dispozici, mohou klienti/klientky zjistit, že je těžké ji získat kvůli vzdálenosti, gatekeepingu ze strany poskytovatelů či vysoké poptávce převyšující nabídku, což vede k dlouhým čekacím lhůtám nebo nárůstu nákladů. Genderově afirmativní procedury také nemusejí být zohledněny v rámci všeobecného zdravotního pojištění nebo pokryty ze soukromého pojištění, ačkoli podobné procedury u cisgender osob pokryty být mohou.

Z těchto důvodů se řada TGR osob pokud možno vyhýbá formálnímu systému zdravotních služeb. Tento nedostatek často supluje jejich vlastní komunita, která tak působí jako důležitý zdroj pro své členy a členky poskytující sociální a emoční podporu v jinak často nepřátelském prostředí. Kromě toho funguje komunita i jako zdroj sdílených informací o dostupných možnostech zdravotní péče, včetně paralelních a neformálních zdravotních možností (a lépe dosažitelných a cenově dostupnějších) mimo rámec oficiálního zdravotnictví. Jak bylo uvedeno výše v této kapitole, to se často týká informací o silikonových výplních a dalších injekčních preparátech pro úpravu tělesného vzhledu a o hormonech, které si TGR osoby aplikují samy bez nezbytného lékařského dohledu a monitoringu. WHO poznamenává, že TGR jednotlivci, kteří si sami aplikují genderově potvrzující hormony, by měli mít přístup k informacím založeným na důkazech, kvalitním produktům a sterilním injekčním pomůckám (WHO, 2021). Přístup k těmto informacím může být součástí širší strategie snižování škod (např. Idrus & Hyman, 2014).

Zavedení výše uvedených základních principů do praxe může zlepšit zkušenosti v rámci zdravotní péče a podpořit respekt vůči TGR osobám ve všech místních kontextech. To může nastat bez ohledu na realitu zdravotního systému (včetně kulturního, sociálního, právního, ekonomického kontextu, v němž je zdravotní péče poskytována), úroveň dostupné péče nebo na konkrétní TGR osoby požadující tyto služby.

KAPITOLA 3 Odhad velikosti populace

V předchozím vydání Standardů péče, verzi č. 7, Světová profesní asociace pro transgender zdraví (WPATH) identifikovala pouze malý počet článků, které se snaží odhadnout velikost populace transgender a genderově rozmanitých (TGR) osob, a charakterizovala tehdejší stav zkoumání jako „výchozí", vyžadující další systematické studium (Coleman a kol., 2012). Od té doby se literatura na toto téma významně rozrostla, jak dokládá řada nedávných studií, které se snaží dostupné důkazy syntetizovat (Arcelus a kol., 2015; Collin a kol., 2016; Goodman a kol., 2019; Meier & Labuski, 2013; Zhang a kol., 2020).

Při zkoumání epidemiologických dat týkajících se populace TGR osob je vhodné vyhnout se termínům „incidence" a „prevalence" apod. a předejít tak nevhodné patologizaci TGR identit (Adams a kol., 2017; Bouman a kol., 2017). Termín „incidence" v této situaci rovněž nemusí být vhodný, protože předpokládá, že TGR status má snadno identifikovatelný čas nástupu, který představuje předpoklad pro výpočet odhadů incidence (Celentano & Szklo, 2019). Z výše uvedených důvodů doporučujeme k vyjádření absolutní a relativní velikosti populace TGR osob používat termíny „počet" a „procento".

Možná nejdůležitějším aspektem při zkoumání této literatury je proměnlivá definice používaná pro populaci trans a genderově rozmanitých osob (Collin a kol., 2016; Meier & Labuski, 2013). Ve studiích založených na klinických datech jsou informace o TGR lidech obvykle omezeny na ty, kdo získali transgender diagnózu, ty, kdo vyhledali poradenství, nebo ty, kdo požadovali nebo podstoupili genderově afirmativní terapii. Naopak výzkum založený na průzkumu v populaci obvykle vychází ze širší a inkluzivnější definice založené na subjektivně reportované genderové identitě.

Další metodická úvaha při hodnocení velikosti a rozložení populace TGR osob směřuje k porozumění tomuto rámci pro výběr zkoumaného vzorku. Jak bylo poznamenáno v nedávných recenzích (Goodman a kol., 2019; Zhang a kol., 2020), v řadě publikovaných studií, zejména ve studiích starších deseti let, byl nejprve vyhodnocen počet klientů a klientek v určitém klinickém centru a poté byl tento počet vydělen odhadovanou velikostí populace. Tímto způsobem nelze pravděpodobně vytvořit přesný odhad, protože čitatel nemusí být zahrnut ve jmenovateli a skutečná velikost jmenovatele často zůstává neznámá. Na základě těchto úvah je vhodné zaměřit se konkrétně na nedávné (publikované v posledním desetiletí) odborně recenzované studie využívající k identifikaci TGR osob solidní metodiku a dobře definovaný rámec pro výběr zkoumaného vzorku.

Z výše uvedených důvodů se tato kapitola zaměřuje na studie, které splnily následující kritéria pro zařazení: 1) objevily se v tisku od roku 2009, včetně; 2) pracují s jasně specifikovanou definicí TGR statusu; 3) vypočítávají poměr TGR osob na základě jasně definovaného jmenovatele populace; a 4) byly odborně recenzovány. Tyto typy studií mohou poskytnout přesnější odhad velikosti TGR populace v současném kontextu.

Dostupné studie lze rozčlenit do tří skupin: 1) ty, které uváděly podíl TGR osob mezi osobami zaregistrovanými ve velkých zdravotních systémech; 2) ty, které prezentovaly výsledky z demografických výzkumů mezi převážně dospělou populací; a 3) ty, které byly založeny na výzkumu mezi mládeží prováděném ve školách. Níže shrnujeme výstupy nejvíce informativních a metodicky nejpřesnějších studií v rámci těchto tří kategorií. Další podrobnosti o uvedených a jiných podobných studiích lze nalézt v recenzích literatury z posledních let (Goodman a kol., 2019; Zhang a kol., 2020).

Všechny studie, které odhadovaly velikost TGR populace evidované ve velkých zdravotních systémech, byly provedeny v USA a všechny vycházely z informací získaných z elektronických zdravotních záznamů. Čtyři z těchto studií vycházejících ze zdravotních systémů využívaly výhradně diagnostické kódy k určení velikosti TGR populace; dvě studie (Blosnich a kol., 2013; Kauth a kol., 2014) používaly data ze systému Veterans Health Affairs, který poskytuje péči více než 9 milionům lidí, a dvě studie (Dragon a kol., 2017; Ewald a kol., 2019) čerpaly data z nároků na Medicare, tj. federální zdravotní pojištění, které primárně zahrnuje osoby starší 65 let. Podíl TGR osob reportovaný v rámci těchto studií na základě diagnostických kódů se pohyboval od přibližně 0,02% do 0,03%. Další a novější publikace také použila data z Medicare spolu s údaji o komerčních pojistných nárocích k identifikaci TGR osob a aplikovala rozšířená kritéria pro výběr, která sloužila jako doplnění diagnostických kódů o informace o intervencích a hormonální terapii (Jasuja a kol., 2020). Na základě této metodiky dospěla uvedená studie k číslu 0,03% TGR osob v rámci všech osob evidovaných v programech zdravotní péče. Šestá studie vycházející z dat zdravotních systémů (Quinn a kol., 2017) byla provedena na základě evidence v programu zdravotní péče Kaiser Permanente ve státech Georgie a Kalifornie; tento program poskytuje péči přibližně 8 milionů členů, kteří se registrují prostřednictvím svých zaměstnavatelů, vládních programů nebo individuálně. Velikost TGR populace ve studii Kaiser Permanente byla stanovena napříč všemi věkovými skupinami jak pomocí diagnostických kódů, tak

otevřených klinických poznámek. Procento TGR osob identifikované v rámci plánů Kaiser Permanente bylo vyšší než odpovídající procentuální zastoupení uváděné ve studiích Veterans Health Affairs a Medicare s nejnovějšími odhady v rozmezí od 0,04% do 0,08%.

Na rozdíl od výsledků ze studií vycházejících z dat uvedených ve zdravotnických systémech, přinesla zjištění z průzkumů, které se opíraly o vlastní prohlášení týkající se TGR identity, mnohem vyšší odhady. Dvě americké studie využily Behavioral Risk Factor Surveillance Study (BRFSS), každoroční telefonický průzkum prováděný ve všech 50 státech a územích USA (Conron a kol., 2012; Crissman a kol., 2017). První studie využila data z cyklů BRFSS z let 2007–2009 ve státě Massachusetts a druhá studie vycházela z dat BRFSS z roku 2014 z 19 států a území ostrova Guam. Obě studie uvádějí, že přibližně 0,5% dospělých účastníků (ve věku od 18 let) odpovědělo *„Ano"* na otázku *„Považujete se za transgender osobu?"*.

Internetový průzkum prováděný na vzorku nizozemské populace ve věku 15–70 let (Kuyper & Wijsen, 2014) položil účastníkům dvě otázky, na které měli odpovědět pomocí pětibodové Likertovy škály: *„Můžete uvést, do jaké míry se psychicky cítíte jako muž?"* a *„Můžete uvést, do jaké míry se psychicky cítíte jako žena?"* Respondenti byli považováni za „genderově ambivalentní", pokud dali stejné hodnocení oběma prohlášením, a za „genderově nekongruentní", když uvedli nižší skóre pro své přidělené pohlaví než pro svou genderovou identitu. Podíly účastníků uvádějících nekongruentní a ambivalentní genderovou identitu byly 1,1% a 4,6% pro osoby, kterým bylo při narození přiřazeno mužské pohlaví (AMAB), a 0,8% a 3,2% pro osoby, kterým bylo při narození přiřazeno ženské pohlaví (AFAB).

Podobně navržená studie odhadla podíl TGR obyvatel ve flanderském regionu Belgie pomocí vzorku získaného z národního registru země (Van Caenegem, Wierckx a kol., 2015). Účastníkům bylo řečeno, aby hodnotili následující tvrzení: *„Cítím se jako žena"* a *„Cítím se jako muž"* na pětibodové Likertově škále. Prostřednictvím stejných definic, jaké byly použity v nizozemské studii (Kuyper & Wijsen, 2014), bylo zjištěno 0,7% genderově nekongruentní populace mezi AMAB osobami a 0,6% mezi AFAB osobami. Odpovídající odhady pro genderovou ambivalenci mezi AMAB a AFAB osobami uvádějí 2,2% a 1,9%.

Novější demografická studie hodnotila procento TGR osob na vzorku přibližně 50 000 dospělých obyvatel kraje Stockholm ve Švédsku (Åhs a kol., 2018). Čitatel byl určen tím, že se zúčastněným navrhlo následující prohlášení: *„Chtěl/a bych hormony nebo operaci, abych se přiblížil/a opačnému pohlaví."* Dvě další položky byly navrženy k identifikaci jednotlivců prožívajících genderový nesoulad: *„Cítím se jako osoba opačného pohlaví"* a *„Chtěl/a bych žít jako nebo být vnímán/a jako osoba opačného pohlaví."* Potřebu hormonální terapie nebo genderově afirmativní operace uvedlo 0,5% účastníků. Jednotlivci, kteří vyjádřili pocit, že se cítí jako osoba opačného pohlaví, a ti, kteří chtěli žít jako nebo být vnímáni jako osoba opačného pohlaví, tvořili 2,3% a 2,8% celkového vzorku.

Demografické studie mimo Severní Ameriku a západní Evropu jsou méně dostupné. Jedna nedávná studie nabídla důležitá data z rozsáhlého reprezentativního průzkumu mezi 6 000 dospělými v Brazílii (Spizzirri a kol., 2021). Genderová identita účastníků byla vyhodnocena na základě následujících tří otázek: 1) *„Která z následujících možností nejlépe popisuje, jak se momentálně cítíte?"* (Možnosti: Cítím se jako muž, cítím se jako žena, a necítím se ani jako muž, ani jako žena); 2) *„Jaké pohlaví je uvedené ve vašem rodném listě?"* (Možnosti: muž, žena a neurčeno); a 3) *„Se kterou z těchto situací se nejvíce ztotožňujete?"* (Možnosti: Narodila jsem se jako muž, ale cítím se od dětství jako žena; Narodil jsem se jako žena, ale cítím se od dětství jako muž; Narodil jsem se jako muž a cítím se dobře ve svém těle; Narodila jsem se jako žena a cítím se dobře ve svém těle). Na základě odpovědí na tyto tři otázky autoři určili, že 1,9% dotázaných byly TGR osoby (0,7% se definovalo jako transgender a 1,2% jako nebinární).

Dostupná literatura přináší analýzy procenta TGR (transgender a genderově rozmanité) mládeže, konkrétně osob mladších 19 let, které často vycházejí z průzkumů prováděných ve školách. V roce 2012 byl v Novém Zélandu uskutečněn celostátní průzkum mezi středoškoláky. Z více než 8 000 účastníků se 1,2% identifikovalo jako TGR, zatímco 2,5% bylo v otázce své identity nejistých (Clark a kol., 2014). Další studie, z roku 2016, zkoumala studenty 9. a 11. tříd v americkém státě Minnesota. Z téměř 81 000 respondentů uvedlo 2,7%, že je TGR (Eisenberg a kol., 2017). Novější studie (Johns a kol., 2019) představila výsledky průzkumu Youth Risk Behavior Survey (YRBS), který se koná každé dva roky na reprezentativních vzorcích amerických studentů středních škol vybraných na lokální, státní a celonárodní úrovni, specificky v 9.–12. ročníku (přibližné věkové rozmezí 13–19 let). Cyklus v rámci průzkumu YRBS z roku 2017 byl proveden v 10 státech a 9 velkých městských oblastech a zahrnoval následující sekvenci: *„Někteří lidé se popisují jako transgender osoby, když jejich pohlaví přiřazené při narození neodpovídá tomu, jak se cítí nebo co si o svém pohlaví myslí. Jste transgender osoba?"* Z téměř 120 000 účastníků

Shrnutí uváděných podílů TGR osob v obecné populaci

Studie vycházející z dat zdravotnických systémů: 0,02–0,1%
Studie vycházející z průzkumů mezi dospělými: 0,3–0,5% (transgender osob), 0,3–4,5% (všechny TGR osoby)
Studie vycházející z průzkumů mezi dětmi a dospívajícími: 1,2–2,7% (transgender osob), 2,5–8,4% (všechny TGR osoby)

napříč 19 zkoumanými lokalitami odpovědělo *„Ano, jsem transgender osoba“* 1,8% a 1,6% odpovědělo *„Nevím jistě, jestli jsem transgender osoba.“*

V nedávno publikované studii založené na školním průzkumu v USA byly prezentovány výsledky průzkumu z roku 2015, který byl proveden na Floridě a v Kalifornii s cílem stanovit procento genderově rozmanitých dětí a dospívajících. Vzorek zahrnoval více než 6 000 studentů v 9.–12. ročníku (Lowry a kol., 2018). Termín „výrazná genderová nekonformita“ byl použit z AMAB dětí, které se popsaly jako velmi/převážně/poněkud femininní, nebo u AFAB dětí, které se popsaly jako velmi/převážně/poněkud maskulinní. Na základě těchto definic bylo zjištěno, že 13% AMAB a 4% AFAB studujících bylo TGR, což celkově představuje 8,4%.

Jen jedna studie se zaměřila na podíl dětí, které se samy identifikovaly jako TGR, v mladší věkové skupině. Shields a kol. analyzovali data z průzkumu z roku 2011, který zahrnoval 2 700 studentů v 6.–8. třídě (ve věku 11–13 let) z 22 veřejných středních škol v San Francisku (Shields a kol., 2013). Na základě otázky *„Jakého jste genderu?“*, kde možné odpovědi byly *„žena, muž, nebo transgender osoba“*, se 33 dětí identifikovalo jako TGR. Výsledný podíl respondentů, kteří uvedli, že jsou transgender, byl 1,3%. Tato definice však vylučuje ty TGR osoby, které se identifikují jako nebinární, a ty, které se výslovně neidentifikují jako transgender osoby.

Posoudíme-li tato data jako celek, zjistíme, že ve studiích vycházejících ze zdravotních systémů, které pracovaly s diagnostickými kódy nebo jinými důkazy zdokumentovanými v lékařských záznamech (Blosnich a kol., 2013; Dragon a kol., 2017; Ewald a kol., 2019; Kauth a kol., 2014; Quinn a kol., 2017), se procento TGR osob hlášených v nedávných letech (2011–2016) pohybovalo v rozmezí od 0,02% do 0,08%. Naproti tomu ve studiích, kde byl TGR status zjišťován na základě vlastního prohlášení respondentů, bylo odpovídající procentuální zastoupení mnohonásobně vyšší a poměrně konzistentní, pokud byly použity podobné definice. V průzkumech zkoumajících specificky „transgender“ identitu se odhady pohybovaly od 0,3% do 0,5% u dospělých a od 1,2% do 2,7% u dětí a adolescentů. Byla-li definice rozšířena tak, aby zahrnovala širší projevy genderové rozmanitosti, jako je genderový nesoulad nebo genderová ambivalence, byly odpovídající podíly vyšší: od 0,5% do 4,5% u dospělých a od 2,5% do 8,4% u dětí a adolescentů.

Jak bylo uvedeno jinde (Goodman a kol., 2019), dalším významným zjištěním je neustálý nárůst jak velikosti, tak složení populace TGR osob se vzestupným trendem v procentu TGR osob evidovaných ve zdravotních systémech, prostřednictvím demografických průzkumů, stejně jako v rámci údajů o právním uznání genderové identity. Vyšší odhady pozorované v novější literatuře podporují některé předchozí publikace, které ukazovaly, že velikost TGR populace byla v dřívějších studiích pravděpodobně podhodnocena (Olyslager & Conway, 2008).

Trendy v poměru AMAB a AFAB osob v závislosti na čase byly také popsány ve studiích analyzujících návštěvy klinik, stejně jako data z integrovaných zdravotních systémů; tento poměr se změnil z převážně AMAB v předchozích desetiletích na převážně AFAB v posledních letech, a to zejména mezi TGR mládeží (Aitken a kol., 2015; de Graaf, Carmichael a kol., 2018; de Graaf, Giovanardi a kol. 2018; Steensma a kol., 2018; Zhang a kol., 2021). Trend k vyššímu podílu TGR osob v mladších věkových skupinách a s věkem související rozdíly v poměru AMAB k AFAB osob pravděpodobně představují „efekt kohorty“, který odráží sociopolitický vývoj, změny v poměru registrovaných klientů a klientek, lepší přístup ke zdravotní péči a k lékařským informacím, méně výrazné kulturní stigma a další změny, které mají diferenciální dopady napříč generacemi (Ashley 2019d; Pang a kol., 2020; Zhang a kol., 2020).

Navzdory nedávnému zlepšení kvality publikovaných studií je významným limitem stávajících zdrojů relativní nedostatek recenzovaných publikací z regionů mimo západní Evropu nebo Severní Ameriku. Některé relevantní informace ohledně globálních odhadů lze získat ze zpráv vypracovaných s podporou vlád nebo nevládních organizací (Fisher a kol., 2019; Kasianczuk & Trofymenko, 2020), tyto reporty však může být obtížné systematicky identifikovat a vyhodnotit, dokud se neobjeví v recenzované literatuře. Další bariéry při hodnocení globálního rozložení TGR populací zahrnují nedostatečný přístup k demografickým datům a nadměrné zastoupení anglicky psaných časopisů v celosvětové odborné literatuře.

Přestože existují určitá omezení, nejkvalitnější dostupná data jasně ukazují, že TGR osoby představují významnou a rostoucí část obecné populace. Na základě důvěryhodných důkazů, které jsou dosud k dispozici, se tento podíl může pohybovat od zlomku procenta až po několik procentních bodů v závislosti na kritériích výběru vzorku, věkové skupině a geografické poloze. Přesné odhady podílu, rozložení a složení TGR populace, stejně jako odhady zdrojů potřebných k adekvátní podpoře zdravotních potřeb TGR osob by měly být založeny na systematicky sbíraných kvalitních datech, která jsou nyní stále dostupnější. Pro účely průběžného a rutinního sběru těchto dat je třeba snížit variabilitu a minimalizovat nadhodnocení a podhodnocení hlášených výsledků. Například mnohem přesnější a konkrétnější odhady by měly být dostupné, pokud budou při sčítání lidu systematicky shromažďována a reportována data o pohlaví přiřazeném při narození a genderové identitě, včetně kategorie asexuality a nebinarity, a to pomocí již dobře ověřené dvoufázové metody. První takový odhad založený na datech ze sčítání lidu vydal Kanadský národní statistický úřad. Na základě dat ze sčítání lidu z roku 2021 se 100 815 z 30,5 milionu Kanaďanů identifikovalo jako transgender nebo nebinární; to představuje 0,33% populace ve věku 15 let a více (Statistics Canada, 2022). V souladu s publikovanou literaturou byly podíly transgender a nebinárních osob mnohem vyšší u generace Z (osoby narozené mezi lety 1997 a 2006, 0,79%) a mileniály (osoby narozené mezi lety 1981 a 1996, 0,51%) než u generace X (osoby narozené mezi lety 1966 a 1980, 0,19%), u baby boomers (osoby narozené mezi lety 1946 a 1965, 0,15%) a u generace meziválečné a největší generace (osoby narozené v roce 1945 nebo dříve, 0,12%). Ačkoliv tyto výsledky představují nejkvalitnější dosud dostupná data, není jasné, jak lze procento populace hlášené v Kanadě porovnávat s ostatními zeměmi. Variabilitu v definici TGR populace a rozdíly v metodách sběru dat lze dále snížit díky efektivnější mezinárodní spolupráci.

KAPITOLA 4 Vzdělávání

Tato kapitola poskytuje obecný přehled zdrojů týkajících se vzdělávání v oblasti zdravotní péče o transgender a genderově rozmanité (TGR) osoby. Uvedená doporučení směřují k vládním, nevládním, institucionálním a poskytovatelským subjektům s cílem zlepšit přístup ke kompetentní a respektující zdravotní péči. To by mělo ve svém důsledku vést ke zlepšení zdraví TGR populace. Jelikož se jedná o novou kapitolu ve Standardech péče Světové profesní asociace pro transgender zdraví (WPATH), jejím cílem je položit základy pro oblast vzdělávání a vyzvat k širší a důkladnější diskuzi mezi vzdělavateli a odborníky a odbornicemi ve zdravotnictví.

Odborníci a odbornice ve zdravotnictví zapojení do péče o transgender osoby působí v široké škále disciplín. Systém vzdělávání se výrazně liší v závislosti na zemi nebo regionu z hlediska struktury, certifikace a pravidel. Publikovaná literatura na téma vzdělávání v oblasti zdravotní péče o TGR osoby pochází převážně ze Severní Ameriky, Evropy, Austrálie a Nového Zélandu. Tato kapitola neposkytuje přehled osvětové literatury pro jednotlivé disciplíny, potřeb relevantních v rámci jednotlivých disciplín (ty jsou specifikovány v příslušných kapitolách) ani potřeb specifických pro vzdělávací systém zdravotní péče v jednotlivých zemích/regionech. Je potřeba získat lepší porozumění a výzkumná data ohledně prolínání vzdělávacích systémů v rámci zdravotnictví, certifikace a podpory zdraví transgender osob v různých částech světa.

Chceme-li řešit nerovnosti v oblasti zdraví v národním a mezinárodním kontextu, je nezbytné zaměřit se na vzdělávání v oblasti zdraví TGR osob i na globální úrovni. Je stále patrný nedostatek kulturních kompetencí týkajících se TGR komunit. Skupina Světové banky (2018) uvádí, že TGR osoby čelí velké míře diskriminace, násilí a obtěžování (World Bank Group, 2018). Přestože některé bohatší země mají antidiskriminační zákony, které chrání genderovou identitu, v pracovním prostředí, ve vzdělávání a ve zdravotní péči stále přetrvává diskriminace (World Bank Group, 2018).

Historicky bylo vzdělávání o kulturních aspektech a zdraví TGR osob opomíjeno ve všech studijních programech vysokoškolského, postgraduálního, residenčního nebo navazujícího vzdělávání – a to na všech úrovních. Ačkoli Společná komise (USA) doporučila zdravotnickým organizacím poskytovat vzdělávání zaměřené na potřeby LGBTQ populace (The Joint Commission, 2011), nebylo toto doporučení uplatněno v praxi.

Z hlediska individuální podpory se nabízí řada otázek. Jaké vzdělávací metody nejefektivněji bojují proti transfobii a mění společenské postoje? Jaké intervence vedou ke zvýšení počtu lékařů a lékařek specializujících se na péči o TGR osoby a zároveň zvýšení počtu TGR osob, které péči dostávají? Přispívá praxe k větší jistotě na straně lékařů a lékařek? Jaké vzdělávací strategie vedou ke zlepšení zdraví TGR populace a kdy a jakým způsobem se toho podařilo docílit? Ačkoli se vzdělávání o zdraví TGR osob začalo zahrnovat do různých zdravotnických oborů prostřednictvím různých modalit a na různých vzdělávacích úrovních, přístupy se u jednotlivých disciplín liší a nejsou jednotné ani systematické (např. Brennan a kol., 2012; Chinn, 2013; Eliason a kol., 2010; Lim a kol., 2015; Obedin-Maliver a kol., 2011; Rondahl, 2009).

Hlavním vzdělávacím cílem je dosáhnout hlubokého porozumění kulturní rozmanitosti a docenit složitost lidské různorodosti. Na základě toho je naší první vzdělávací výzvou vytvoření základů v oblasti kulturního povědomí a kompetencí, které jsou v mnoha částech světa momentálně slabé nebo dokonce zcela chybí.

Všechny informace v této kapitole byly zpracovány na základě pečlivého posouzení vědeckých dat a hodnocení přínosů a rizik. Vycházeli jsme také z hodnot a preferencí poskytovatelů zdravotní péče a klientů a klientek, stejně jako z možností využití dostupných zdrojů a vyhodnocení proveditelnosti. V některých případech jsou dostupné důkazy omezené a/nebo že příslušné služby nemusí být dostupné nebo vhodné.

Doporučení 4.1

Doporučujeme, aby zaměstnanci státních, nestátních a soukromých institucí absolvovali školení zaměřené na kulturní povědomí s cílem zajistit důstojné a respektující zacházení s transgender a genderově rozmanitými osobami.

Článek 1 Všeobecné deklarace lidských práv Organizace spojených národů uvádí: „Všichni lidé se rodí svobodní a sobě rovni co do důstojnosti a práv“ (Organizace spojených národů, 1948). Teprve nedávno bylo toto základní prohlášení rozšířeno o uznání, že práva TGR osob jsou lidskými právy (UNOCHR, 2018). Po celém světě stále chybí vzdělávání o TGR komunitách, a to na všech úrovních. V roce 2002 měla zavedené postupy pro ochranu proti diskriminaci TGR zaměstnanců stále pouze 3% společností ze skupiny Fortune 500 a žádná nenabízela pojištění pokrývající genderově afirmativní zdravotní péči (Human Rights Campaign Foundation, 2017). Do roku 2022 zařadilo 91% společností v rámci skupiny Fortune 500 genderovou identitu mezi americké antidiskriminační strategie a 66% nabízelo

pojištění inkluzivní pro TGR osoby. Nicméně pouze 72% poskytuje jakoukoli formu vzdělávání zaměřeného na kulturní znalosti LGBTQ komunity pro své zaměstnance (Human Rights Campaign Foundation, 2022). Tento nedostatek pochopení vede ve všech oblastech k nárůstu diskriminace. Všechny uvedené nesrovnalosti mají negativní vliv na zdraví jednotlivců a komunit a zhoršují nerovnosti v oblasti zdraví. V Británii reportovalo jen 28% TGR zaměstnanců, že se vyšší vedení jejich společnosti zavázalo prosazovat rovný přístup k TGR lidem; pouze 21% TGR zaměstnanců by zvážilo nahlášení transfobního obtěžování v pracovním prostředí (Stonewall, 2018). U těch, kteří byli otevřeně TGR, nebylo 34% přijato svými kolegy, 35% bylo vystaveno špatnému jednání ze strany zákazníků, 24% nedosáhlo kvůli své genderové identitě na povýšení a 11% bylo propuštěno (Stonewall, 2018). Světová banka uvádí, že ve východní Evropě je rozšířená diskriminace, obtěžování, násilí a zneužívání a TGR lidé v tomto regionu čelí nejvyšší míře násilí a diskriminace (World Bank Group, 2018). Diskriminace byla často nenahlášena, a to v 60% případů, kdy nebyla podána stížnost kvůli přesvědčení, že by se i tak nevyřešila, kvůli strachu z další diskriminace nebo posměchu a neochotě ke zveřejnění své identity (World Bank Group, 2018). Ačkoli má mnoho zemí v regionu antidiskriminační zákony, které genderovou identitu kategorizují coby chráněnou charakteristiku, diskriminace v pracovním prostředí, ve vzdělávání a ve zdravotní péči přetrvává (World Bank Group, 2018). Je na zodpovědnosti vládních, nevládních a soukromých subjektů v zemích s antidiskriminačními zákony zajistit ochranu práv TGR populace. Tyto mají povinnost hledat způsoby, jak snížit míru diskriminace a stigmatizace, jako je např. vzdělávání. Častou překážkou potřebného vzdělávání je místní kultura, která podporuje postoje zaměřené proti TGR lidem. Ačkoli školení v oblasti kulturní kompetence vedlo k různým výsledkům, Shepherd (2019) doporučuje poskytování školení z kulturních znalostí, které klade důraz na místní kulturní problémy a soustředí se na hodnoty otevřenosti, nepředsudečnosti a odpovědnosti. Pro zavedení školení s cílem zvyšování kulturních znalostí je potřeba vedení, které je připraveno dát tomuto školení prioritu, investovat do něj čas, finance a lidské zdroje a zajistit jak úvodní realizaci, tak i jeho pokračování.

Doporučení 4.2

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví absolvovali školení zaměřené na kulturní povědomí s cílem zajistit důstojné zacházení s transgender a genderově rozmanitými osobami, a to jak v rámci procesu zaškolení, tak i každoročního nebo průběžného vzdělávání.

V různých oborech kurikula na všech stupních vzdělávání – ať už se jedná o bakalářské, magisterské, rezidenční či další formy vzdělávání – je kulturní a klinická osvěta v oblasti TGR osob tradičně opomíjena. K tomuto nedostatku přispívá řada faktorů: omezené znalosti a zkušenosti vyučujících v dané oblasti, nepohodlí při probírání daného tématu, předsudky v učebních osnovách, omezený prostor v rámci stávajícího kurikula a absence směrnic pro začlenění těchto témat do výuky (McDowell & Bower, 2016). Výzkum zdůvodňující nedostatečnost a potřebu takového vzdělávání se však nezaměřuje na zdravotní specifika u TGR osob. Dostupná literatura často začleňuje TGR osoby do širší diskuze o deficitech vzdělávání ohledně kulturních a klinických kompetencí v oblasti LGBTQ populace. Jako příklad lze uvést, že v bakalářských programech oboru ošetřovatelství tvořila výuka o zdraví LGBTQ osob v průměru pouze 2,12 hodiny (Lim a kol., 2015). Je pravděpodobné, že výuka věnovaná specifikům zdraví TGR osob tvořila jenom nepatrnou část této časové dotace.

V širším kontextu kompetencí týkajících se LGBTQ populace je nedostatek školení v oblasti kulturní a klinické kompetence týkající se TGR osob dlouho známým deficitem zdravotnického vzdělávání (Aldridge a kol., 2021). V USA uznalo Ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb ve svém dokumentu Healthy People 2020 (United States Department of Health and Human Services, 10. dubna 2013, The Institute of Medicine, 2011 a The Joint Commission, 2010), že nedostatečné vzdělávání negativně ovlivňuje schopnost LGBTQ osob, včetně TGR osob, získat vhodnou a lékařsky nezbytnou péči. Výbor pro ženy a rovnost Dolní sněmovny ve Velké Británii

4.1. Doporučujeme, aby zaměstnanci státních, nestátních a soukromých institucí absolvovali školení zaměřené na kulturní povědomí s cílem zajistit důstojné a respektující zacházení s transgender a genderově rozmanitými osobami.
4.2. Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví absolvovali školení zaměřené na kulturní povědomí s cílem zajistit důstojné zacházení s transgender a genderově rozmanitými osobami, a to jak v rámci procesu zaškolení, tak i každoročního nebo průběžného vzdělávání.
4.3. Doporučujeme, aby instituce zapojené do vzdělávání zdravotnických odborníků a odbornic vyvíjely kompetence a vzdělávací cíle v oblasti zdraví transgender a genderově rozmanitých osob v rámci všech relevantních oblastí jejich specializace.

zjistil, že nedostatek osvěty přispívá k nerovnostem v oblasti zdraví TGR osob v národní zdravotní službě NHS (House of Commons Women and Equalities Committee, 8. prosince 2015). Nedostatek vzdělávání v oblasti zdravotní péče o TGR osoby byl identifikován v mnoha zemích, včetně USA (Obedin-Maliver a kol., 2011), Velké Británie (Tollemache a kol., 2021), Jižní Afriky (de Vries a kol., 2020; Taylor a kol., 2018; Wilson a kol., 2014), Kanady (Bauer a kol., 2014), Austrálie (Riggs & Bartholomaeus, 2016), Švédska, Španělska, Srbska, Polska (Burgwal a kol., 2021) a Pákistánu (Martins a kol., 2020).

Kromě vypracování kurikula uvádí Shepherd (2022), že v rámci zlepšení kvality klinických sezení a klientské spokojenosti hrají roli jak klinické, tak organizační aspekty. Na organizační úrovni musí být navrhovaná opatření proveditelná a také lokálně a prakticky zacílená (Shepherd, 2022). Na individuální úrovni by se měly kromě znalostního rámce uplatňovat i obecné vlastnosti zaměřené na hodnoty otevřenosti, nezaujatosti a odpovědnosti (Shepherd, 2018).

Doporučení 4.3.

Doporučujeme, aby instituce zapojené do vzdělávání zdravotnických odborníků a odbornic vyvíjely kompetence a vzdělávací cíle v oblasti zdraví transgender a genderově rozmanitých osob v rámci všech relevantních oblastí jejich specializace.

Každá zdravotnická profese má své vlastní vzdělávací instituce, administrativní a licenční orgány, které se liší podle země a konkrétní specializace. Žádné významné zdravotnické profesní organizace, vzdělávací instituce nebo certifikační orgány však zřejmě nevyžadují školení v oblasti zdraví TGR osob. Ačkoli tyto organizace stále častěji doporučují zahrnovat témata týkající se LGBTQ a intersex zdraví, zřídka specifikují kompetence, dovednosti nebo vzdělávací cíle pro práci s TGR osobami v rámci své specializace. Publikované materiály o vzdělávání zdravotníků v oblasti TGR zdraví jsou zaměřeny především na ošetřovatelství, lékařství a duševní zdraví a byly vytvořeny především v oblasti Severní Ameriky, Evropy, Austrálie a Nového Zélandu. Celosvětově je nezbytné zajistit zvýšené porozumění transgender zdraví a vzdělávacím systémům a požadavkům.

Přestože se viditelnost TGR osob zvyšuje, dostupnost informovaných a kulturně kompetentních odborníků a odbornic ve zdravotnictví je po celém světě stále velmi problematická (James a kol., 2016; Lerner a kol., 2020; Müller, 2017). Nedostatek vyškolených poskytovatelů je hlavní překážkou genderově afirmativní péče o transgender osoby (Puckett a kol., 2018; Safer a kol., 2016) a přispívá k velkým zdravotním nerovnostem (Giffort & Underman, 2016; Reisman a kol., 2019). Nedostatek odpovídajícího profesního vzdělání v oblasti zdraví TGR osob je celosvětový problém (Do & Nguyen, 2020; Martins a kol., 2020; Parameshwaran a kol., 2017) a vyskytuje se na všech vzdělávacích úrovních (Dubin a kol., 2018) napříč medicínskými disciplínami (Glick a kol., 2020; Gunjawate a kol., 2020; Johnson & Federman, 2014) a lékařskými specializacemi (Fung a kol., 2020; Korpaisarn a Safer, 2018).

Výzvy v oblasti vzdělávání přetrvávají, neboť dosavadní studie byly prováděny na malých vzorcích, zahrnují jednorázová školení, více disciplín na různých profesních úrovních, zaměřují se na krátkodobé výsledky a často pokrývají všechna LGBTQ témata dohromady, tedy nejen TGR témata. Ta se obvykle zařazují do výuky až po získání odborné kvalifikace a nejsou hlavním cílem většiny aktuálně posuzovaných vzdělávacích programů (Dubin a kol., 2018).

V rámci úspěšné implementace uvedených doporučení mohou instituce zvážit vypracování 1) systematických postupů k rozvoji a uplatňování kompetencí pro jednotlivé lékařské disciplíny v průběhu profesní praxe; 2) standardizovaných hodnocení pro studenty, se vstupy od TGR komunity; a 3) alokaci kurikulárních zdrojů, včetně vyškolených lektorujících a časové dotace v souladu s jasnými, dohodnutými vzdělávacími cíli (Dubin a kol., 2018; Pratt-Chapman, 2020). Kromě toho by hodnocení těchto intervencí nemělo být zaměřeno pouze na výsledky, ale měli bychom se snažit pochopit, jak, kdy a proč je těchto výsledků dosahováno (Allen a kol., 2021).

KAPITOLA 5 Posouzení dospělých

Tato kapitola poskytuje doporučení k posouzení dospělých osob s transgender a genderově rozmanitou identitou, které vyžadují lékařsky nezbytnou péči či chirurgické zákroky k potvrzení své genderové identity. Podrobnosti o tom, co se považuje za lékařsky nezbytné, naleznete v Doporučení 2.1 v Kapitole 2 s názvem Globální uplatnění.

TGR dospělí značí osoby, které ve své zemi dosáhly plnoletosti a jsou charakterizovány nějakou formou genderové rozmanitosti. Ačkoli je tato kapitola primárně zaměřena na dospělé, některé aspekty týkající se dospívajících, jako je zapojení rodičů či pečovatelů, mohou být relevantní i pro mladé dospělé ve věku plnoletosti.

Tato kapitola zahrnuje širokou škálu genderových identit a jejich forem tranzice, včetně mužů, žen, genderově rozmanitých, nebinárních a agender osob a eunuchů. Populace TGR dospělých je různorodá, a proto se jejich potřeby a situace budou lišit dle klinických, biologických, psychologických a sociálních okolností, stejně jako možností ohledně přístupu ke zdravotní péči. Jakékoliv posouzení pro přístup k afirmativním lékařským intervencím musí být uzpůsobeno aktuálnímu vědeckému, klinickému a komunitnímu chápání dané genderové identity a místním podmínkám. Je důležité si uvědomit, že v různých oblastech se mohou úrovně klinického nebo regulačního dohledu lišit, zejména pokud zdravotní péči zajišťuje stát či jiná instituce.

Genderová identita je vnitřním prožitkem a identifikací jednotlivce. Role posuzovatele tedy spočívá ve vyhodnocení genderového nesouladu, zjištění možných duševních potíží, poskytování informací o genderově afirmativních lékařských intervencích a podpoře TGR osob ve zvážení rizik a přínosů těchto procedur. Odborný posuzovatel může rovněž napomoci TGR osobám optimalizovat výsledky podstupovaných genderově afirmativních procedur. Tento přístup k posouzení je postaven na respektu vůči osobním zkušenostem a sebepoznání TGR osob i na odborných znalostech posuzujícího lékaře či lékařky. Důležité je, aby v rámci tohoto procesu probíhalo rozhodování o dalším postupu ve spolupráci mezi TGR osobou a posuzujícím odborníkem či odbornicí a aby obě strany hrály v tomto rozhodování klíčovou roli.

Některé zdravotní systémy prioritizují TGR dospělé jako ty, kdo primárně rozhodují ohledně genderově afirmativních procedur, přičemž odborník či odbornice působí spíše jako poradce, který eliminuje závažné kontraindikace. Tento model, často označovaný jako „informovaný souhlas“, se typicky uplatňuje u hormonální terapie, spíše než u chirurgických zákroků (Deutsch, 2011, 2016a). Mnohé z těchto modelů kladou důraz především na schopnost TGR osob poskytnout informovaný souhlas a řádně se rozhodnout na základě informací o genderově afirmativních procedurách (Deutsch, 2011; Morenz a kol., 2020). Přístupy se liší v závislosti na regionu a odborných poskytovatelích péče, ale model informovaného souhlasu se již dlouho používá v mnoha regionech pro předepisování hormonů.

Tato kapitola má za cíl nabídnout rámcová globální doporučení, která je nutné přizpůsobit místním podmínkám. Odborníci a odbornice ve zdravotnictví by měli určit, jaké metody hodnocení nejlépe vyhovují potřebám v jejich konkrétním prostředí. Vyhodnocení těchto metod by mělo probíhat ve spolupráci s TGR osobami.

Vzhledem k tomu, že TGR osoby reprezentují širokou škálu genderových identit a projevů a mají rozdílné potřeby ohledně genderově afirmativních lékařských intervencí, neexistuje jednotný posuzovací proces, který by vyhovoval všem osobám a všem situacím. U některých TGR jednotlivců bude stačit relativně krátký proces posouzení vhodnosti genderově afirmativních lékařských intervencí. U TGR dospělých vykazujících komplexní charakteristiky nebo u těch, kdo požadují méně běžné zákroky či zákroky založené na omezených výzkumných důkazech, bude nutné podrobnější hodnocení za účasti různých členů a členek multidisciplinárního týmu. Posouzení může probíhat osobně nebo telemedicínsky. Ačkoli byly v některých případech používány psychometrické nástroje, tyto nejsou nutnou součástí posouzení pro přístup k genderově afirmativním lékařským intervencím. Poradenství nebo psychoterapie mohou být prospěšné v případech, kdy si je TGR osoba přeje. Poradenství nebo psychoterapie zaměřené specificky na TGR identitu by však neměly být pro posouzení přístupu k genderově afirmativním lékařským intervencím a k jejich zahájení požadovány. Vyšetření genitálu není podmínkou pro zahájení genderově afirmativních lékařských intervencí a mělo by být prováděno pouze v klinicky odůvodněných případech.

Genderově afirmativní lékařské intervence mohou být prováděny v různých prostředích. To závisí na systému zdravotní péče v dané zemi. Mohou zahrnovat státní/veřejnou zdravotní péči, soukromý sektor, komunitní zdravotní péči a dobročinné instituce. Na dostupnost zdravotní péče tedy mají vliv místní a regionální okolnosti. Bez ohledu na prostředí by měla být zdravotní péče poskytována TGR osobám v co nejvyšší možné kvalitě. Světová profesní asociace pro transgender zdraví (WPATH) prosazuje snadnou dostupnost jak lékařského posouzení, tak intervencí. Přístup k posouzení a intervencím u TGR

5.1. Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví, kteří pro léčebné účely posuzují genderově rozmanité dospělé a transgender osoby:
5.1.a – byli držiteli řádné licence vydané příslušným profesním orgánem a měli dosažené alespoň magisterské vzdělání nebo srovnatelnou kvalifikaci v klinickém oboru relevantním pro danou oblast péče, získané od celostátně akreditované instituce;
5.1.b – v zemích, kde je pro přístup k lékařské péči nezbytná diagnóza, měli možnost používat nejnovější verzi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) vydanou Světovou zdravotnickou organizací. V zemích, které dosud neimplementovaly nejnovější verzi MKN, lze využívat alternativní systémy klasifikace nemocí. Přesto by mělo být vyvinuto úsilí směřující k co nejrychlejší implementaci poslední verze MKN;
5.1.c – byli schopni posoudit přítomnost jiných duševních či psychosociálních obtíží a odlišit je od projevů genderové dysforie, nesouladu a rozmanitosti;
5.1.d – byli schopni posoudit, zda jsou klient či klientka způsobilí dát souhlas k léčbě;
5.1.e – měli zkušenosti nebo kvalifikaci k posouzení klinických aspektů genderové dysforie, nesouladu a rozmanitosti;
5.1.f – pravidelně se vzdělávali v oblasti genderové dysforie, nesouladu a rozmanitosti.

5.2. Navrhujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví, kteří posuzují transgender a genderově rozmanité dospělé z hlediska poskytování genderově afirmativní péče, v rámci péče o transgender zdraví komunikovali se specialisty a specialistkami z různých oborů, konzultovali s nimi poskytovanou péči a případně odkazovali na další specializovanou péči.

Následují doporučení pro odbornice a odborníky posuzující transgender a genderově rozmanité osoby, které za účelem afirmace své genderové identity vyžadují lékařské a chirurgické intervence (měly by být splněny všechny uvedené požadavky):
5.3. Odborníci a odbornice ve zdravotnictví by měli:
5.3.a – navrhovat genderově afirmativní intervence pouze v případech, kdy jsou projevy genderového nesouladu výrazné a dlouhodobé;
5.3.b – posoudit plnění diagnostických kritérií před zahájením poskytování genderově afirmativní péče, pokud je v daném regionu diagnóza potřebná pro poskytnutí zdravotní péče;
5.3.c – před zahájením poskytování genderově afirmativní péče posoudit a vyloučit ostatní možné příčiny genderového nesouladu;
5.3.d – před rozhodnutím o poskytnutí péče zjistit přítomnost duševních onemocnění, která by mohla negativně ovlivnit výsledky poskytovaných intervencí, a projednat s klienty a klientkami potenciální rizika a přínosy;
5.3.e – před rozhodnutím o poskytnutí péče posoudit přítomnost jakýchkoliv fyzických potíží, které by mohly negativně ovlivnit výsledky poskytovaných intervencí, a projednat s klienty či klientkami potenciální rizika a přínosy;
5.3.f – ověřit, zda jsou klienti a klientky schopni souhlasit s konkrétním typem poskytované péče před jejím zahájením;
5.3.g – posoudit, zda klienti či klientky rozumí vlivu genderově afirmativní péče na reprodukční funkce, a prodiskutovat s nimi možné alternativy reprodukce před jejím zahájením.
5.4. Navrhujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví s kompetencí k posouzení osob vyžadujících hormonální terapii či chirurgické intervence v rámci tohoto posouzení brali společně s danou osobou v potaz její sociální tranzici.
5.5. Doporučujeme, aby bylo pro zahájení poskytování genderově afirmativní lékařské péče u transgender a genderově rozmanitých osob splňujících kritéria pro genderově afirmativní lékařskou péči (včetně chirurgické) nezbytné jedno posouzení pouze od odborníka či odbornice s kompetencí posuzovat dospělé transgender a genderově rozmanité osoby, které tuto péči vyžadují.
5.6. Navrhujeme, aby před nevratným chirurgickým zákrokem u transgender a genderově rozmanitých osob vyžadujících odstranění gonád odborníci či odbornice zvážili předchozí minimální dobu 6 měsíců užívání hormonální terapie v souladu s požadovanými cíli těchto osob (není-li u nich podávání hormonů klinicky vyloučeno).
5.7. Doporučujeme, aby odborníci či odbornice ve zdravotnictví zajistili komplexní multidisciplinární posudek pro účely posouzení dospělých požadujících detranzici a hormonální či chirurgickou intervenci směřující k genderové afirmaci nebo jejich kombinaci. Ten by měl zahrnovat vyjádření dalších zkušených odborníků a odbornic v oblasti péče o transgender zdraví a zohledňovat i roli, kterou v tomto procesu hraje sociální tranzice.

osob, které vyžadují genderově afirmativní lékařské a chirurgické intervence, je klíčový vzhledem k jednoznačné lékařské nezbytnosti těchto intervencí a zásadním přínosům, které TGR osobám skýtají (Aldridge a kol., 2020; Byne a kol., 2012). Doporučení v této kapitole je proto potřeba přizpůsobit místním, individuálním, klinickým a společenským okolnostem.

Následující tvrzení vycházejí z významných zdrojů, včetně literatury odkazující na výrazný pozitivní dopad přístupu k genderově afirmativním lékařským intervencím, dostupné empirické důkazy, příznivého poměru míry rizik a přínosů a konsenzu v oblasti dobré praxe. Empirická základna pro posouzení TGR dospělých je omezená. Primárně zahrnuje přístup k posouzení vycházející ze specifických kritérií, která zkoumá poskytovatel péče v těsné spolupráci s TGR dospělým a nezahrnuje randomizované kontrolované studie ani dlouhodobý longitudinální výzkum (Olsen-Kennedy a kol., 2016). To je pochopitelné vzhledem ke komplexnosti a etickým hlediskům při rozdělování klientů a klientek, jež vyžadují péči, do různých hodnocených skupin a nedostatku financování výzkumu a dalších zdrojů k vyhodnocení

dlouhodobých výsledků různých diagnostických přístupů.

Toto doporučení vzniklo jako výsledek komplexního procesu. Kritéria uvedená v této kapitole byla výrazně revidována oproti SOC-7 za účelem zmírnění požadavků a zbytečných překážek v přístupu k péči. Doufáme, že se další výzkum zaměří jak na zkoumání efektivity tohoto modelu, tak i vyvíjejících se modelů posuzování TGR osob pro přístup k hormonální terapii a chirurgickým zákrokům, a umožní tak další zlepšení.

Všechna doporučení v této kapitole byla sestavena na základě důkladného posouzení vědeckých dat, hodnocení přínosů a rizik, hodnot a preferencí poskytovatelů a klientů a klientek, využití zdrojů a vyhodnocení proveditelnosti. V některých případech jsou důkazy omezené a/nebo služby nemusí být dostupné nebo vhodné.

Doporučení 5.1.

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví, kteří pro léčebné účely posuzují genderově rozmanité dospělé a transgender osoby:

Doporučení 5.1.a

byli držiteli řádné licence vydané příslušným profesním orgánem a měli dosažené alespoň magisterské vzdělání nebo srovnatelnou kvalifikaci v klinickém oboru relevantním pro danou oblast péče, získané od celostátně akreditované instituce.

TGR osoby by měly mít stejně jako ostatní právo na zdravotní péči nejvyšší kvality odpovídající kvalitě péče poskytované všem, kdo využívají zdravotnické služby (Yogyakarta Principles, 2017). Tato kvalita se bude v různých zemích světa lišit, stejně jako charakter posuzování pro přístup k genderově afirmativním lékařským intervencím v závislosti na typu zdravotní péče v místním kontextu a na regulačních požadavcích. Je nezbytné, aby odborné posouzení pro přístup k genderově afirmativním lékařským intervencím prováděl kvalifikovaný poskytovatel péče, který je schopen rozpoznat genderový nesoulad a další případné stavy a podporovat klienty a klientky během celého procesu (RCGP, 2019). Posuzovatelé by měli být schopni odkázat k poskytovateli péče oprávněnému k poskytování péče související s genderově afirmativními intervencemi.

Odborníci a odbornice by měli mít minimálně magisterské vzdělání v oblasti transgender zdraví nebo srovnatelný klinický výcvik a právně platný certifikát. Mezi ně patří například odborníci a odbornice na duševní zdraví, praktičtí lékaři a lékařky a další zdravotní personál. V některých zemích mohou mít méně kvalifikovaní poskytovatelé možnost pracovat pod dohledem kvalifikovanějšího specialisty, který nese konečnou odpovědnost za posouzení pro přístup k genderově afirmativním lékařským intervencím. Podrobnější informace viz Kapitola 4 – Vzdělávání.

Nalézt způsobilého, zákonem oprávněného poskytovatele péče s odborností k posouzení přístupu k genderově afirmativním intervencím může být složité. Proto je důležité zajistit kontinuitu péče a minimalizovat přerušení dostupné péče nebo její významné zpoždění (např. dlouhé objednací lhůty). V situacích, kdy není k dispozici odborný poskytovatel péče, by měla být péče poskytnuta oprávněným poskytovatelem bez specifické odbornosti v oblasti genderově afirmativních intervencí. Klíčové je zamezit zbytečnému zpoždění v péči. TGR osoby by měly co nejdříve dostat podporu k získání péče od zkušeného poskytovatele péče (RCGP, 2019).

Osvědčená praxe vyžaduje schopnost identifikovat a diagnostikovat genderový nesoulad (Hembree a kol., 2017; Reed a kol., 2016; T'Sjoen a kol., 2020) a také rozpoznat stavy, které by mohly být mylně považovány za genderový nesoulad (Byne a kol., 2018; Dhejne a kol., 2016; Hembree a kol., 2017). Rovněž je kladen velký důraz na průběžné vzdělávání v diagnostice a poskytování péče TGR osobám (American Psychological Association, 2015; T'Sjoen a kol., 2020). Další informace viz Kapitola 4 – Vzdělávání.

Doporučení 5.1.b

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví, kteří pro účely poskytnutí péče posuzují genderově rozmanité dospělé a transgender osoby v zemích, kde je pro přístup k lékařské péči nezbytná diagnóza, měli možnost používat nejnovější verzi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) vydanou Světovou zdravotnickou organizací. V zemích, které dosud neimplementovaly nejnovější verzi MKN, lze využívat alternativní systémy klasifikace nemocí. Přesto by mělo být vyvinuto úsilí směřující k co nejrychlejší implementaci poslední verze MKN.

V některých zemích může být pro přístup k genderově afirmativním intervencím nutná diagnóza genderového nesouladu (jak je popsána níže). Poskytovatelé péče, kteří posuzují TGR osoby v těchto zemích, by měli být schopni diagnostikovat genderový nesoulad pomocí aktuálního klasifikačního systému, který je nezbytný pro získání přístupu k genderově afirmativním intervencím. MKN-11 (WHO, 2019a) je klasifikační systém zaměřený na prožívanou identitu TGR osob a na jejich potřebu

genderově afirmativních intervencí, a nepovažuje genderovou identitu za duševní onemocnění.

Doporučení 5.1.c

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví, kteří pro léčebné účely posuzují genderově rozmanité dospělé a transgender osoby, byli schopni posoudit přítomnost jiných duševních či psychosociálních obtíží a odlišit je od projevů genderové dysforie, nesouladu a rozmanitosti.

Genderová rozmanitost je u lidí přirozenou variací a jako taková není patologická (American Psychological Association, 2015). Přesto je nejvhodnější, když posouzení provádí odborníci či odbornice s určitými znalostmi v oblasti duševního zdraví, aby mohli identifikovat stavy, které lze zaměnit za genderový nesoulad. Takové stavy jsou vzácné, a pokud se vyskytují, často mají psychický charakter (Byne a kol., 2012; Byne a kol., 2018; Hembree a kol., 2017).

Nutnost zapojení poskytovatele péče s odborností v oblasti duševního zdraví neznamená, že by při každém posouzení bylo nutné zahrnout hledisko psychologické, psychiatrické nebo sociální. Namísto toho by tento požadavek mohl splnit také praktický lékař či lékařka, sestra nebo jiný kvalifikovaný odborník či odbornice, pokud má dostatečné znalosti ke stanovení genderového nesouladu, rozpoznání komplikací v oblasti duševního zdraví, rozlišení mezi těmito problémy a genderovou dysforií, nesouladem a rozmanitostí, a dokáže pomoci TGR osobám v plánování péče a přípravě na genderově afirmativní procedury. V případě potřeby by měl odkazovat na odborné služby v oblasti duševního zdraví. Jak je podrobněji uvedeno v kapitole o duševním zdraví, odborníci a odbornice na duševní zdraví hrají důležitou roli v péči o TGR osoby. Předsudky a diskriminace, kterým některé TGR osoby čelí (Robles a kol., 2016), mohou vést k depresím, úzkostem nebo zhoršení jiných duševních potíží. V takových případech může odborník či odbornice na duševní zdraví tyto stavy diagnostikovat, objasnit a pomoci řešit. Odborníci a odbornice na duševní zdraví a poskytovatelé péče s odborností v oblasti duševního zdraví mají dobrou pozici k posouzení přístupu ke genderově afirmativním intervencím, stejně jako k podpoře TGR osob, které během tranzice potřebují nebo požadují psychologickou podporu. Další informace naleznete v Kapitole 18 – Duševní zdraví.

Doporučení 5.1.d

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví, kteří pro léčebné účely posuzují genderově rozmanité dospělé a transgender osoby měli zkušenosti nebo kvalifikaci k posouzení klinických aspektů genderové dysforie, nesouladu a rozmanitosti.

Posouzení přístupu k genderově afirmativním intervencím musí zahrnovat vyhodnocení schopnosti TGR osoby souhlasit s navrhovanou intervencí. Souhlas vyžaduje kognitivní kapacitu k pochopení rizik a přínosů intervencí a potenciálních negativních a pozitivních dopadů. Také vyžaduje schopnost si tuto informaci zapamatovat za účelem rozhodování (případně s pomocí pomůcek) a kognitivní schopnost využít toto pochopení k provedení informovaného rozhodnutí (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007).

Některé TGR osoby budou mít schopnost dát souhlas ihned během vyšetření. Někteří TGR jednotlivci mohou vyžadovat delší proces, aby mohli souhlasit, a to na základě průběžné diskuze a uplatnění dovedností v rámci provádění lékařského hodnocení. Přítomnost psychiatrického onemocnění nebo příznaky v oblasti duševního zdraví nejsou překážkou pro genderově afirmativní lékařské intervence, pokud toto onemocnění nebo příznaky neovlivňují schopnost TGR osoby souhlasit s konkrétní požadovanou intervencí nebo neovlivňují její schopnost intervenci podstoupit. Toto je obzvláště důležité, protože bylo zjištěno, že genderově afirmativní intervence zmírňují příznaky obtíží v oblasti duševního zdraví u TGR osob (Aldridge a kol., 2020).

Ve zdravotnických systémech lze zvážit možnost genderově afirmativních intervencí u těch jednotlivců, kteří nemohou přímo udělit souhlas. To je možné v případě, že vhodný zákonný zástupce nebo regulačně schválený nezávislý rozhodovatel, který má pravomoc rozhodovat o intervenci, udělí souhlas a zajistí, že navrhovaná intervence odpovídá potřebám a přáním TGR osoby.

Doporučení 5.1.e

Doporučujeme, aby se odborníci a odbornice ve zdravotnictví, kteří pro léčebné účely posuzují genderově rozmanité dospělé a transgender osoby, pravidelně vzdělávali v oblasti genderové dysforie, nesouladu a rozmanitosti. Podrobné informace viz Doporučení 5.1.f.

Doporučení 5.1.f

Doporučujeme, aby se odborníci a odbornice ve zdravotnictví, kteří pro účely péče posuzují genderově rozmanité dospělé a transgender osoby, pravidelně vzdělávali v oblasti genderové dysforie, nesouladu a rozmanitosti.

Odborníci a odbornice, kteří provádějí posouzení pro zahájení genderově afirmativních intervencí, by měli být dobře vyškoleni a měli by mít zkušenosti s péčí o TGR osoby. Pokud to není v místním kontextu možné, měl by posuzující odborník či odbornice úzce spolupracovat s informovaným a zkušeným profesionálem. V rámci své klinické praxe by měli absolvovat průběžná školení v péči o TGR osoby, stát se členy/členkami příslušných odborných organizací, účastnit se relevantních odborných setkání, workshopů nebo seminářů, konzultovat s odborníky s relevantní zkušeností a/nebo navázat kontakt s TGR komunitou. V oblasti péče o TGR osoby je to zvlášť důležité, jelikož jde o relativně nový obor a vědomosti a terminologie se neustále mění (American Psychological Association, 2015; Thorne, Yip a kol., 2019). Proto je důležité, aby všichni, kdo se podílí na posouzení přístupu k genderově afirmativním intervencím, byli obeznámeni s aktuálními poznatky v oblasti TGR zdraví.

Doporučení 5.2

Navrhujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví, kteří posuzují transgender a genderově rozmanité dospělé z hlediska poskytování genderově afirmativní péče, v rámci péče o transgender zdraví komunikovali se specialisty a specialistkami z různých oborů, konzultovali s nimi poskytovanou péči a případně odkazovali na další specializovanou péči.

Pokud je to vyžadováno a je to možné, měl by na posouzení přístupu k genderově afirmativním lékařským intervencím spolupracovat multidisciplinární tým (Costa, Rosa-e-Silva a kol., 2018; Hembree a kol., 2017; Karasic & Fraser, 2018; T'Sjoen a kol., 2020) a členové a členky týmu by mezi sebou měli pravidelně a dostatečně komunikovat. V tomto týmu by měl být odborník či odbornice v oblasti duševního zdraví, endokrinologie, primární péče, chirurgie, hlasové terapie a komunikace, peer poradce/poradkyně a další. V některých případech nemusí být multidisciplinární tým nutný; avšak v případech, kdy je ho třeba, je zásadní, aby zdravotníci mohli včas komunikovat s kolegy a kolegyněmi z různých disciplín, společně dospět k závěru ohledně přístupu k genderově afirmativním intervencím a co nejlépe podpořit potřeby TGR osob. Je také zásadní, aby byly TGR osoby podpořeny prostřednictvím následných kontrol u odborníků a odbornic, kteří se účastnili posouzení přístupu k genderově afirmativním intervencím, a to před zahájením poskytování těchto potvrzujících medicínských zákroků, během nich i po jejich dokončení.

Pro poskytování genderově afirmativních intervencí doporučujeme splnění následujících požadavků (je třeba splnit všechny):

Doporučení 5.3

Odborníci a odbornice ve zdravotnictví posuzující transgender a genderově rozmanité osoby z hlediska přístupu k genderově afirmativním intervencím by měli:

Doporučení 5.3.a

Navrhovat genderově afirmativní intervence pouze v případech, kdy jsou projevy genderového nesouladu výrazné a dlouhodobé.

Pro přístup k genderově afirmativním intervencím musí být genderový nesoulad TGR osoby výrazný a trvalý. To může zahrnovat potřebu podstoupit tyto intervence a touhu být přijímán jako osoba prožívaného genderu. Je tudíž důležité zvážit charakter, délku a přetrvávání genderového nesouladu, včetně faktorů, jako je změna jména a identifikačních údajů v dokumentech, obeznámení okolí se svou genderovou identitou, zdravotnické dokumentace nebo změny v genderovém projevu. Avšak výrazný a trvalý genderový nesoulad může existovat i v případě, že TGR osoba neinformuje ostatní (Brumbaugh-Johnson & Hull, 2019; Saeed a kol., 2018; Sequeira a kol., 2020). Náhlá nebo pouze povrchní změna genderové identity nebo absence jejího trvání není dostatečným důvodem pro zahájení afirmativní péče a doporučuje se další posouzení. V takových případech je průběžné posouzení užitečné ke zjištění stability a trvání genderového nesouladu před zahájením genderově afirmativních intervencí.

Ačkoli by měl být genderový nesoulad výrazný a trvalý, není nutné, aby TGR osoby pro přístup k afirmativní péči prožívaly vysokou úroveň diskomfortu ohledně své genderové identity. Přístup k afirmativní péči může naopak působit jako preventivní opatření proti psychickému nepohodlí (Becker a kol., 2018; Giovanardi a kol., 2021; Nieder a kol., 2021; Nobili a kol., 2018; Robles a kol., 2016). Dospělá TGR osoba může vykazovat trvalý genderový nesoulad bez významného nepohodlí a stále mít prospěch z genderově afirmativních intervencí.

Zavedená klinická praxe zkoumá trvání genderového nesouladu při zvažování zahájení genderově afirmativních intervencí (Chen & Loshak, 2020). V rámci analýzy 200 klinických poznámek Jones, Brewin a kol. (2017) identifikovali významnou roli „stability genderové identity" při plánování péče. Poskytování genderově afirmativních intervencí TGR osobám s trvalým genderovým nesouladem

bylo spojeno s nízkou mírou lítosti u klientů a klientek a vysokou mírou jejich spokojenosti (Becker a kol., 2018; El-Hadi a kol., 2018; Staples a kol., 2020; Wiepjes a kol., 2018). Avšak ačkoli MKN-11 (WHO, 2019a) vyžaduje výrazný a trvalý genderový nesoulad pro stanovení diagnózy genderového nesouladu, máme k dispozici nepříliš konkrétních důkazů týkajících se doby trvání tohoto nesouladu vyžadované pro poskytování péče u dospělých. Zdravotnickým pracovníkům zapojeným do posouzení TGR osob pro přístup k genderově afirmativním intervencím se doporučuje řádně zohlednit životní etapu, historii a aktuální okolnosti posuzované osoby.

Doporučení 5.3.b

Posoudit plnění diagnostických kritérií před zahájením poskytování genderově afirmativní péče, pokud je v daném regionu diagnóza potřebná pro poskytnutí zdravotní péče.

Diagnóza genderového nesouladu může být v některých regionech nezbytná k přístupu k péči související s tranzicí. Pokud je diagnóza nezbytná k přístupu k genderově afirmativním intervencím, zahrnuje posouzení i stanovení a přiřazení diagnózy. V těchto případech by měli odborníci a odbornice ve zdravotnictví být kompetentní využívat nejnovější Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN) (WHO, 2019a). V regionech, kde je diagnóza nezbytná k přístupu ke zdravotní péči, by měla být před genderově afirmativními intervencemi stanovena diagnóza HA60 Genderový nesoulad v dospívání nebo dospělosti. Genderově potvrzující intervence v důsledku diagnózy HA6Z Genderový nesoulad, nespecifikovaný, mohou být zvažovány v kontextu podrobnějšího hodnocení multidisciplinárním týmem.

Existují důkazy, že použití rigidních hodnotících nástrojů pro posouzení „připravenosti na tranzici“ může zhoršovat přístup k péči a není vždy v nejlepším zájmu TGR osob (MacKinnon a kol., 2020). Proto by v situacích, kdy je přiřazení diagnózy povinné pro přístup k péči, měl být proces řešen s důvěrou a transparentností mezi poskytovatelem péče a TGR jednotlivcem žádajícím o přístup k genderově afirmativním intervencím, s ohledem na potřeby TGR jednotlivce. Vysoká kvalita vztahu mezi TGR osobou a poskytovatelem péče je spojena s nižším emočním stresem a lepšími výsledky (Kattari a kol., 2016). Jelikož se řada TGR osob obává, že poskytovatelé budou nesprávně zaměňovat transgender identitu s duševní nemocí (Ellis a kol., 2015), mělo by diagnostické posouzení být prováděno citlivě s cílem podpořit co nejlepší vztah mezi poskytovatelem a TGR osobou.

Doporučení 5.3.c

Před zahájením poskytování genderově afirmativní péče posoudit a vyloučit ostatní možné příčiny genderového nesouladu.

Ve výjimečných případech mohou TGR osoby prožívat stav, který lze zaměnit za genderový nesoulad, nebo mít jiný důvod k požadování intervencí než zmírnění tohoto nesouladu. V těchto případech, a pokud existuje nejasnost ohledně diagnózy genderového nesouladu, je důležité provést podrobnější a komplexní posouzení. Například může být vyžadováno další posouzení, zda genderový nesoulad přetrvává mimo akutní psychotickou epizodu. Pokud tento nesoulad přetrvává i po odeznění akutní psychotické epizody, lze zvážit zahájení genderově afirmativních intervencí, je-li TGR osoba schopna dát souhlas a podstoupit konkrétní terapii či zákrok. Pokud genderový nesoulad nepřetrvává a objevuje se pouze během této epizody, neměla by být intervence zvažována. Tyto okolnosti je třeba identifikovat a vyloučit před zahájením genderově afirmativních intervencí (Byne a kol., 2012, 2018; Hembree a kol., 2017). Je však důležité vzít v potaz, že TGR osoby mohou vykazovat genderový nesoulad a současně i duševní problémy, poruchy autistického spektra nebo jiné formy neurodiverzity (Glidden a kol., 2016). Některé duševní problémy, jako je úzkost (Bouman a kol., 2017), deprese (Heylens, Elaut a kol., 2014; Witcomb a kol., 2018) a sebepoškozování (Arcelus a kol., 2016; Claes a kol., 2015) jsou ve skutečnosti častější u TGR osob, které nemají přístup k genderově afirmativní péči. Nedávno provedené longitudinální studie naznačují, že symptomy duševních problémů, které vykazují TGR lidé, se po genderově afirmativních intervencích zlepšují (Aldridge a kol., 2020; Heylens, Verroken a kol., 2014; White Hughto & Reisner, 2016). Neexistují důkazy naznačující výhody oddalování genderově afirmativních intervencí u TGR osob, u nichž se projevuje genderový nesoulad, pouze na základě toho, že u nich existuje psychický nebo neurovývojový problém. Pro více informací viz Kapitola 18 – Duševní zdraví.

Doporučení 5.3.d

Před rozhodnutím o poskytnutí péče zjistit přítomnost duševních onemocnění, která by mohla negativně ovlivnit výsledky poskytovaných intervencí, a projednat s klienty a klientkami potenciální rizika a přínosy.

Stejně jako cisgender lidé mohou mít TGR osoby obtíže v oblasti duševního zdraví. Léčba těchto komplikací může a měla by probíhat souběžně s genderově afirmativními intervencemi v případech, kdy je potřeba medicínská tranzice. Je nezbytné, aby nebyl

zamezen přístup k genderově afirmativní péči, nemáme-li v některých extrémně vzácných případech významný důkaz, že je to nezbytné v rámci prevence dekompenzace rizika ublížení sobě nebo ostatním. V těchto případech je důležité zvážit rizika, která odložení genderově afirmativních intervencí představuje pro duševní a fyzické zdraví dané TGR osoby (Byne a kol., 2018).

Obecně je sociální a medicínská tranzice u TGR osob spojena se zlepšením duševního stavu (Aldridge a kol., 2020; Bouman a kol., 2017; Durwood a kol., 2017; Glynn a kol., 2016; Hughto & Reisner, 2016; Wilson a kol., 2015; Witcomb a kol., 2018). Ztráta sociální podpory, fyzická zátěž a finanční stres spojené se zahájením genderově afirmativních intervencí mohou zhoršit stávající duševní problémy a vyžadují další podporu od poskytovatele péče (Budge a kol., 2013; Yang, Wang a kol., 2016). Posouzení příznaků v oblasti duševního zdraví může zlepšit výsledky tranzice, zejména pokud je na jeho základěusnadněn přístup k psychologické a sociální podpoře během tranzice (Byne a kol., 2012). Odložení tranzice může být ve vzácných případech zvažováno například v situaci, kdy TGR osoba není schopna podstupovat proces tranzice nebo by nebyla schopna ani s podporou zvládat pooperační péči. Bylo-li odložení genderově afirmativních intervencí vyhodnoceno jako nezbytné krajní řešení, měl by poskytovatel péče nabídnout zdroje a podporu ke zlepšení duševního zdraví a umožnit co nejdříve opětovné zapojení do procesu genderově afirmativních intervencí. Je třeba poznamenat, že přístup k medicínské tranzici pro TGR osoby usnadňuje sociální tranzici a zvyšuje bezpečnost ve veřejném prostoru (Rood a kol., 2017). Míra, do jaké vzhled TGR lidí odpovídá jejich genderové identitě, je nejlepším prediktorem kvality života a výsledků v oblasti duševního zdraví po medicínské tranzici (Austin & Goodman, 2017). Odložení přístupu k těmto intervencím z důvodu přítomnosti duševních problémů může příznaky zhoršit (Owen-Smith a kol., 2018) a narušit vztah s poskytovatelem péče; proto bychom k tomuto řešení měli přistoupit pouze po vyčerpání všech ostatních možností.

Doporučení 5.3.e

Před rozhodnutím o poskytnutí péče posoudit přítomnost jakýchkoliv fyzických potíží, které by mohly negativně ovlivnit výsledky poskytovaných intervencí, a projednat s klienty či klientkami potenciální rizika a přínosy.

Ve výjimečných případech mohou mít genderově afirmativní intervence, jako jsou hormonální terapie a chirurgické zákroky, iatrogenní důsledky nebo mohou zhoršit stávající tělesný zdravotní stav (Hembree a kol., 2017). V těchto případech by se měla, kdykoliv je to možné, podniknout opatření k řešení stávajících zdravotních problémů při zahájení (pokud je vhodné) nebo pokračování genderově afirmativní intervence. Jakékoliv její přerušení by mělo být co nejkratší a lékařská péče by měla být obnovena co nejdříve. Omezená data a nekonzistentní závěry naznačují spojení mezi kardiovaskulárními a metabolickými riziky a hormonální terapií u TGR dospělých (Getahun, 2018; Iwamoto, Defreyne a kol., 2019; Iwamoto a kol., 2021; Spanos a kol., 2020). Kvůli možným rizikům spojeným s dlouhodobou terapií a pravděpodobným přínosům očekávaným z preventivních opatření uplatňovaných před hormonální terapií a během ní je důležité pečlivé vyšetření fyzického stavu před zahájením intervence. Některé konkrétní stavy, jako je anamnéza zhoubných onemocnění s citlivostí na působení hormonů, mohou vyžadovat další vyšetření a léčbu, která by mohla hormonální terapii vyloučit (Center of Excellence for Transgender Health, 2016; Hembree a kol., 2017).

Obdobné obavy mohou mít TGR dospělí, kteří si přejí podstoupit chirurgický zákrok. Každý genderově afirmativní chirurgický zákrok má specifická rizika a potenciální nežádoucí důsledky (Bryson & Honig, 2019; Nassiri a kol., 2020; Remington a kol., 2018). Rizika spojená s přítomností konkrétních fyzických obtíží u konkrétních intervencí však nebyla dosud dostatečně prozkoumána. Obavy, které TGR lidé během vyšetření uvádějí, se obvykle neliší od obav jakékoli jiné osoby, která se připravuje na chirurgický zákrok.

S ohledem na nerovnosti v oblasti duševního a tělesného zdraví (Brown & Jones, 2016) a bariéry v přístupu ke zdravotní péči (Safer a kol., 2016), kterým čelí TGR lidé, by posouzení fyzických obtíží nemělo být omezeno jen na anamnézu lékařských zákroků. Pokud má TGR osoba fyzické problémy, je důležité je řešit v průběhu zahájení nebo pokračování poskytování genderově afirmativních intervencí, kdykoliv je to možné. Jakékoli přerušení poskytování péče by mělo být provedeno s cílem obnovit tuto péči co nejdříve. Je také důležité, aby poskytovatelé péče navrhli postup, který podpoří zdraví a důsledné dodržování léčebného plánu.

Doporučení 5.3.f

Ověřit, zda jsou klienti a klientky schopni souhlasit s konkrétním typem poskytované péče před jejím zahájením.

Zavedení praxe informovaného souhlasu je pro poskytování zdravotní péče klíčové. Informovaný

souhlas vychází z etického principu, že příjemci zdravotní péče by měli rozumět péči, kterou dostávají, a jakýmkoli potenciálním důsledkům, které by mohly nastat. Význam informovaného souhlasu je zakotven v mnoha legislativních a regulačních postupech, které jsou směrodatné pro odborníky a odbornice ve zdravotnictví po celém světě (Jefford & Moore, 2008). Není možné znát všechny potenciální důsledky zdravotní péče; namísto toho se často používá kritérium „rozumného" očekávání coby minimálního požadavku pro udělení souhlasu (Jefford & Moore, 2008; Spatz a kol., 2016), jež se vztahuje i na přístup k genderově afirmativním intervencím. Schopnost dát souhlas ke zdravotnímu zákroku či klinické intervenci vyžaduje několik složitých kognitivních procesů, například kognitivní kapacitu pochopit rizika a přínosy lékařské péče a její potenciální negativní a pozitivní dopady, schopnost si tuto informaci zapamatovat pro účely následného rozhodování (případně s pomocí pomůcek) a kognitivní schopnost využít toto porozumění k informovanému rozhodnutí (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007). Je nezbytné, aby TGR osoba a posuzující poskytovatel péče předem zvážili charakter požadované intervence a potenciální pozitivní a negativní účinky, které by mohla mít na fyzické, psychické a sociální aspekty života daného člověka.

Je důležité zdůraznit, že duševní nemoci, zejména příznaky kognitivního omezení nebo psychózy, mohou ovlivnit schopnost udělit souhlas s genderově afirmativními procedurami (Hostiuc a kol., 2018). Nicméně přítomnost takových příznaků nutně neznamená neschopnost dát souhlas, jelikož mnoho osob vykazujících významné symptomy duševní nemoci dokáže porozumět rizikům a přínosům lékařských intervencí natolik, aby mohly učinit informované rozhodnutí (Carpenter a kol., 2000). Místo toho je důležité provést pečlivé posouzení, které pomůže vyhodnotit schopnost konkrétní TGR osoby porozumět charakteru konkrétní genderově afirmativní intervence, zvážit možnosti lékařské péče, včetně rizik a přínosů, zhodnotit potenciální krátkodobé a dlouhodobé důsledky rozhodnutí a svou volbu komunikovat za účelem získání příslušné lékařské péče (Grootens-Wiegers a kol., 2017).

Existuje několik situací, kdy daná osoba nemá schopnost udělit souhlas s lékařskou péčí, například během akutní psychotické epizody nebo pokud trpí dlouhodobým kognitivním omezením. Omezení schopnosti souhlasit s péčí by však nemělo bránit v přístupu k vhodným genderově afirmativním intervencím. V některých případech může být potřeba opakovaně vysvětlovat rizika a přínosy, přičemž je třeba vyhýbat se odborným výrazům a využít obrazového znázornění. Komplexní a důkladné posouzení provedené multidisciplinárním lékařským týmem může tento proces dále podpořit. U ostatních osob může být nutné ustanovit k vydání rozhodnutí jiný subjekt, například právního zástupce nebo regulačním orgánem schváleného nezávislého rozhodovatele. Tyto situace je třeba posuzovat individuálně s cílem zajistit, aby jednotlivci byla poskytnuta co nejvíce afirmativní a co nejméně omezující lékařská péče. Viz také Kapitola 11 – Institucionální prostředí.

Doporučení 5.3.g

Posoudit, zda klienti či klientky rozumí vlivu genderově afirmativní péče na reprodukční funkce, a prodiskutovat s nimi možné alternativy reprodukce před jejím zahájením.

Jelikož lékařské intervence směřující k afirmaci genderu často ovlivňují reprodukční schopnost, měli by odborníci či odbornice zajistit, aby TGR osoby byly informovány o důsledcích těchto intervencí s ohledem na reprodukční schopnosti a aby byly seznámeny s možnostmi uchování pohlavních buněk a asistované reprodukce. Bylo prokázáno, že genderově afirmativní hormonální terapie má vliv na reprodukční funkce a plodnost, ovšem důsledky jsou u jednotlivých osob s různým pohlavím přiděleným po narození rozdílné (Adeleye a kol., 2019; Jindarak a kol., 2018; Taub a kol., 2020). U dospělých TGR osob mohou být v těchto účincích individuální rozdíly a výkyvy. Je proto nezbytné, aby odborníci a odbornice informovali TGR osoby o možném dopadu intervencí na jejich reprodukční možnosti v jejích průběhu a jako součást posouzení schopnosti souhlasit s genderově afirmativními procedurami. Reprodukční možnosti by měly být zváženy a projednány před zahájením genderově afirmativní terapie. Jelikož dostupná literatura neuvádí jasné informace ohledně možnosti početí během hormonální terapie, může být potřeba poskytnout informace o nutnosti užívání antikoncepce k zabránění nechtěného těhotenství a o různých dostupných metodách antikoncepce (Light a kol., 2014; Schubert & Carey, 2020).

Průřezové studie na klinických a neklinických vzorcích z různých populací konzistentně uvádějí, že TGR dospělí vyjadřují touhu po rodičovství a přání zajistit si zachování plodnosti v různé míře, která souvisí s věkem, pohlavím a dobou poskytování genderově afirmativní péče (Auer a kol., 2018; De Sutter a kol., 2002; Defreyne, Van Schuvlenbergh a kol., 2020; Wierckx, Stuyver a kol., 2012). Na malém vzorku bylo zjištěno, že poskytnutí informací o plodnosti mělo vliv na rozhodování ohledně zachování plodnosti (Chen a kol., 2019). Ačkoli nebylo provedeno žádné srovnání mezi skupinami osob, kterým bylo, a kterým nebylo, poskytnuto poradenství

ohledně plodnosti, byla zjištěna vysoká míra transgender osob, které přistoupily k zachování plodnosti na základě komplexního poradenství (Amir a kol., 2020). Jedna ze studií také naznačuje, že konzultace se specialistou zmírnila pocity lítosti ohledně rozhodnutí podstoupit či nepodstoupit procedury pro zachování plodnosti (Vyas a kol., 2021). Pro více informací viz Kapitola 16 – Reprodukční zdraví.

Doporučení 5.4

Navrhujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví s kompetencí k posouzení osob vyžadujících hormonální terapii či chirurgické intervence v rámci tohoto posouzení brali společně s danou osobou v potaz její sociální tranzici.

Sociální tranzice může být pro mnoho TGR osob velmi prospěšná, i když ne všichni TGR lidé jsou schopni nebo chtějí projít sociální tranzicí (Bränström & Pachankis, 2021; Koehler a kol., 2018; Nieder, Eyssel a kol., 2020). V důsledku toho někteří TGR lidé vyhledávají genderově afirmativní intervence po sociální tranzici, před ní, během ní a někteří i mimo rámec sociální tranzice.

Sociální tranzice a oznámení své genderové identity okolí může vést ke zlepšení duševního zdraví u TGR osob, které vyžadují afirmativní zákroky (Hughto a kol., 2020; McDowell a kol., 2019). Kromě toho může chirurgická úprava hrudníku a obličeje před nasazením hormonální terapie usnadnit sociální tranzici (Altman, 2012; Davis & Colton Meier, 2014; Olson-Kennedy, Warus a kol. 2018; Van Boerum a kol., 2019). V rámci procesu posouzení by měli poskytovatelé péče diskutovat o tom, jaká společenská role je pro TGR osobu nejpříjemnější, zda je plánována sociální tranzice a jaké je její načasování (Barker & Wylie, 2008). Je nezbytné, aby během posuzovacího procesu byli poskytovatelé péče respektující k široké rozmanitosti genderových rolí, včetně nebinárních i binárních identit a prezentací, které se liší v závislosti na daném kulturním, komunitním a individuálním chápání genderových rolí.

Ne všichni, kdo žádají o genderově afirmativní intervence, budou chtít nebo budou moci podstoupit sociální tranzici. Není dostatek informací o TGR lidech, kteří neprocházejí sociální tranzicí před lékařskou intervencí, během ní nebo po ní, jelikož tato situace nebyla systematicky zkoumána. Nejčastějšími důvody pro nepodstupování sociální tranzice je strach z odmítnutí ze strany rodiny nebo přátel, strach z ekonomických dopadů (Bradford a kol., 2013) a diskriminace a stigmatizace (Langenderfer-Magruder a kol., 2016; McDowell a kol., 2019; White Hughto a kol., 2015). Někteří lidé ovšem nepodstupují sociální tranzici, protože jim hormonální nebo chirurgické intervence nabízejí dostatečné subjektivní zlepšení vedoucí ke zmírnění genderové dysforie.

Pokud neexistuje jasný plán pro sociální tranzici nebo pokud je sociální tranzice nežádoucí, je důležité provést další posouzení k vyhodnocení konkrétní povahy a vhodnosti lékařské péče, zejména pokud se jedná o chirurgický zákrok. Další posouzení může TGR osobě poskytnout prostor dále zvážit možné dopady situace, kdy nedojde k sociální tranzici, ale zároveň dojde k poskytnutí přístupu k genderově afirmativním intervencím. Vzhledem k nedostatku dat o zdravotních dopadech u TGR osob, které neprocházejí sociální tranzicí (Evans a kol., 2021; Levine, 2009; Turban, Loo a kol., 2021), by se mělo k genderově afirmativním procedurám v takových případech přistupovat s opatrností.

Doporučení 5.5

Doporučujeme, aby bylo pro zahájení poskytování genderově afirmativní lékařské péče u transgender a genderově rozmanitých osob splňujících kritéria pro genderově afirmativní lékařskou péči (včetně chirurgické) nezbytné jedno posouzení pouze od odborníka či odbornice s kompetencí posuzovat dospělé transgender a genderově rozmanité osoby, které tuto péči vyžadují.

Dřívější verze SOC vyžadovaly, aby byly TGR osoby pro doporučení k genderově afirmativním intervencím posouzeny dvěma kvalifikovanými odborníky či odbornicemi. Tento přístup vycházel z přesvědčení, že dva nezávislé posudky představují nejlepší praxi z hlediska bezpečnosti jak pro TGR osoby, tak pro poskytovatele lékařské péče. Předpokládalo se například, že konzultace se dvěma odborníky či odbornicemi zajišťuje při požadavku na nevratný lékařský zákrok jistotu jak pro TGR osoby, tak pro posuzující poskytovatele péče.

Omezený výzkum v této oblasti ovšem ukazuje, že dva posudky jsou většinou zbytečné. Například Jones, Brewin a kol. (2017) přezkoumali poznámky zkušených odborníků a odbornic pracujících v amerických státem financovaných službách pro poskytování genderově afirmativní péče a zjistili, že mezi oběma posudky byla vysoká míra korelace, což činí jeden z nich nadbytečným. Bouman a kol. (2014) uvádějí, že požadavek na dva nezávislé hodnotitele odráží paternalismus ve zdravotních službách a indikuje možné narušení autonomie TGR osob. Autoři tvrdí, že pokud jsou klienti a klientky náležitě připraveni a posouzeni multidisciplinárním týmem, není druhý nezávislý posudek nutný.

Pokud se tedy vyžaduje písemná dokumentace

nebo doporučení k genderově afirmativní intervenci, u TGR osoby je pro tyto intervence včetně hormonů a genderově afirmativní operace v oblasti genitálu, hrudníku, obličeje či v jiné části těla potřeba jediný písemný posudek/schválení od odborníka či odbornice schopného nezávislého posouzení a stanovení diagnózy (Bouman a kol., 2014; Yuan a kol., 2021). Další písemné posudky/schválení mohou být vyžadovány v případě konkrétní klinické potřeby.

Doporučení 5.6

Navrhujeme, aby před nevratným chirurgickým zákrokem u transgender a genderově rozmanitých osob vyžadujících odstranění gonád odborníci či odbornice zvážili předchozí minimální dobu 6 měsíců užívání hormonální terapie v souladu s požadovanými cíli těchto osob (není-li u nich podávání hormonů klinicky vyloučeno).

Směrnice pro klinickou praxi vydané americkou Endokrinologickou společností doporučují před operací genitálií podstupovat po určitou dobu průběžnou hormonální terapii (Hembree a kol., 2017). Přestože byl podpůrný výzkum omezený, toto doporučení je považováno za osvědčenou klinickou praxi, protože umožňuje před nevratnou operací získat vratnou zkušenost. Například po operaci odstranění varlat mohou nastat změny sexuální touhy (Lawrence, 2005; Wierckx, Van de Peer a kol., 2014) a reverzibilní potlačení testosteronu může poskytnout TGR osobě prostor, během něhož získá zkušenost s absencí testosteronu a rozhodne se, zda je toto řešení v jejím případě žádoucí. Účinky snížené hladiny estrogenu na sexuální touhu a funkci u TGR osob po odstranění vaječníků však byly zdokumentovány méně.

Chirurgický zákrok, v rámci kterého dojde k odstranění gonád, je nevratný a vede ke ztrátě plodnosti a vymizení účinků endogenních pohlavních steroidů. Oba tyto důsledky je třeba prodiskutovat v rámci lékařského posouzení. Další informace viz Kapitola 16 – Reprodukční zdraví. Hormony nejsou klinicky indikovány u TGR dospělých, kteří je nechtějí, nebo v případech, kdy jsou kontraindikovány ze zdravotních důvodů. Více informací viz Kapitola 13 – Operace a pooperační péče.

Doporučení 5.7

Doporučujeme, aby odborníci ve zdravotnictví zajistili komplexní multidisciplinární posudek pro účely posouzení dospělých požadujících detranzici a hormonální či chirurgickou intervenci směřující k genderové afirmaci nebo jejich kombinaci. Ten by měl zahrnovat vyjádření dalších zkušených odborníků a odbornic v oblasti péče o transgender zdraví a zohledňovat i roli, kterou v tomto procesu hraje sociální tranzice.

Mnoho dospělých s trans a genderově rozmanitou identitou může při zkoumání svého genderu a možností tranzice uvažovat o různých identitách a způsobech genderové prezentace. Mohou tak procházet různými fázemi identity a prezentace, než naleznou tu, která jim vyhovuje, což může vést k opakovaným změnám (Turban, King a kol., 2021). Někteří TGR dospělí mohou také postupem času prožívat změny v genderové identitě, a to může ovlivnit jejich potřeby z hlediska poskytované péče. Proces hledání optimální formy fungování, která odpovídá jejich genderové identitě a životnímu kontextu, je zdravý a logický (MacKinnon a kol., 2021; Turban, Loo a kol., 2021). Zkoumání identity by nemělo být automaticky považováno za důsledek lítosti, zmatku nebo špatného rozhodnutí, jelikož změna genderové identity nemusí devalvovat předchozí rozhodnutí podstoupit tranzici. TGR dospělí by měli mít v procesu zkoumání a v rámci dalších změn identity podporu (Expósito-Campos, 2021). Během tohoto zkoumání je důležité vyhnout se nevratným intervencím do doby, kdy bude mít daná osoba jasno o dlouhodobých cílech a výsledcích příslušné péče.

Rozhodnutí vrátit se v procesu tranzice zpět se zdá být vzácné (Defreyne, Motmans a kol., 2017; Hadje-Moussa a kol., 2019; Wiepjes a kol., 2018). Odhady počtu lidí, kteří se rozhodnou k detranzici kvůli změně identity, jsou pravděpodobně přemrštěné z důvodu výzkumné metodiky, která směšuje různé zkoumané skupiny (Expósito-Campos, 2021). Skupiny, u kterých se zkoumá detranzice, často zahrnují TGR dospělé, kteří se rozhodli vrátit se v procesu tranzice zpět kvůli změně identity, stejně jako TGR dospělé, kteří se rozhodli vrátit se zpět v tranzici bez změny identity. Máme k dispozici pouze málo výzkumů, které by systematicky zkoumaly proměnné, jež korelují s rozhodnutím dospělé TGR osoby zastavit proces tranzice nebo se v něm vrátit zpět, jedna z nedávných studií však zjistila, že naprostá většina TGR osob, které se rozhodly pro detranzici, tak učinily kvůli vnějším faktorům, jako je stigma a nedostatek společenské podpory, a nikoli z důvodu změny v genderové identitě (Turban, King a kol., 2021). TGR dospělí, kteří neprošli změnou identity, se mohou rozhodnout zastavit tranzici nebo ji vrátit zpět kvůli nerovnému zacházení, násilí a sociálním/vztahovým konfliktům, komplikacím týkajícím se operací, obavám o zdraví, kontraindikacím, nedostatku zdrojů nebo z důvodu nespokojenosti s výsledky intervencí (Expósito-Campos, 2021). V takových případech by měli být odborníci

a odbornice na duševní zdraví dobře připraveni TGR osobám s těmito problémy pomoci.

Ačkoli je rozhodnutí přerušit tranzici poměrně vzácné, očekává se, že celkové zvýšení počtu dospělých, kteří se identifikují jako TGR, by mělo vést i k nárůstu absolutního počtu lidí, kteří chtějí tranzici přerušit nebo se v ní vrátit zpět. Ačkoli absolutní počty mohou narůstat, procento těch, kdo chtějí zastavit nebo zvrátit trvalé fyzické změny, by mělo zůstat konstantní a nízké. Existence těchto vzácných případů nesmí sloužit jako důvod k přerušení klíčové, lékařsky nezbytné péče, včetně hormonální terapie a chirurgických zákroků, pro drtivou většinu TGR dospělých.

Vzhledem k omezenému výzkumu v této oblasti jsou klinické pokyny založeny především na jednotlivých klinických studiích a odborném názoru odborníků a odbornic pracujících s TGR dospělými (Expósito-Campos, 2021; Richards & Barrett, 2020). Pokud tedy TGR dospělý podstoupil trvalé fyzické změny a chce je vrátit, posuzující odborník či odbornice by měli postupovat v rámci komplexního multidisciplinárního týmu. Multidisciplinární tým zajistí vypracování dalších stanovisek od odborníků a odbornic se zkušenostmi v oblasti transgender zdraví. Ve spolupráci s TGR dospělým by mělo proběhnout důkladné posouzení motivace jak pro původní intervence, tak pro rozhodnutí ukončit tranzici. Jakékoliv obavy ohledně předchozích fyzických změn je nutné pečlivě vyhodnotit a vynaložit významné úsilí k tomu, aby se podobné obavy znovu neobjevovaly v průběhu reverze těchto intervencí.

Pro zajištění maximální spokojenosti a pohodlí ohledně reverze trvalých fyzických změn by měl dospělý s trans a genderově rozmanitou identitou ve spolupráci s multidisciplinárním týmem při posouzení a přípravě na tuto změnu zvážit význam sociální tranzice. V takových případech je pravděpodobné, že před zahájením dalších fyzických změn bude nutné prožít dlouhé období v nové sociální roli. Odborníci a odbornice by měli podporovat TGR dospělé během jakýchkoli sociálních změn, stejně jako při pocitech selhání, studu, deprese nebo viny v souvislosti s rozhodnutím o této změně. Kromě toho by TGR osoby měly získat podporu i v souvislosti se zvládáním předsudků nebo sociálních problémů, které mohly zažívat a které mohly vést k jejich rozhodnutí o detranzici nebo které mohou vyplynout z tohoto rozhodnutí. Je také důležité, aby měly během celého procesu podporu rovněž s ohledem k poskytování zdravotní péče (Narayan a kol., 2021).

Z dostupných výzkumů vyplývá, že většina TGR dospělých, kteří se rozhodnou pro tranzici, vykazuje konzistentně pozitivní výsledky (Aldridge a kol., 2020; Byne a kol., 2012; Gorin-Lazard a kol., 2012; Owen-Smith a kol., 2018; White Hughto & Reisner, 2016). Nicméně u některých TGR dospělých se může po tranzici stav zhoršit. Za účelem systematického zkoumání proměnných, které korelují se zhoršeným fyzickým, psychickým nebo sociálním stavem po tranzici (Hall a kol., 2021; Littman, 2021) však bylo provedeno jen několik málo výzkumů a tento jev se zdá být vzácný (Hall a kol., 2021; Wiepjes a kol., 2018). Pokud po medicínské nebo sociální tranzici někdo zažívá zhoršení svého stavu a je tedy v horším fyzickém, psychickém či sociálním stavu než předtím, je třeba vážně zvažovat, zda je tranzice v daný moment pro danou osobu a v obou těchto aspektech skutečně prospěšná. Nejsou-li intervence již žádoucí, je třeba poskytnout podporu k jejich ukončení a k řešení souvisejících komplikací (Narayan a kol., 2021).

Lidé, kteří se z jakéhokoli důvodu rozhodnou pro detranzici, by vždy měli dostat adekvátní podporu. Měli bychom však mít na paměti, že se jedná o vzácný jev a literatura konzistentně zaznamenává pozitivní dopady u velké většiny TGR dospělých, kteří přecházejí do genderové role, ve které se cítí pohodlně, včetně těch, kteří podstupují genderově afirmativní intervence (Byne a kol., 2012; Green & Fleming, 1990; Lawrence, 2003; Motmans a kol., 2012; Van de Grift, Elaut a kol., 2018).

KAPITOLA 6 Dospívající

Historický kontext a změny oproti předchozí verzi Standardů péče

Specializovaná lékařská péče o transgender dospívající se datuje od 80. let, kdy bylo po celém světě založeno několik specializovaných klinik, které navštěvoval poměrně malý počet dětí a dospívajících. V posledních letech došlo k prudkému nárůstu počtu dospívajících vyžadujících péči související s genderovou identitou (Arnoldussen a kol., 2019; Kaltiala, Bergman a kol., 2020). Od té doby vznikly další kliniky, ale klinické služby v mnoha zemích nezvládají udržet krok s rostoucím počtem mládeže požadující péči, což má často za následek dlouhé objednací lhůty a další bariéry, kterým řada mladých transgender lidí po celém světě v přístupu k péči čelí (Tollit a kol., 2018).

Donedávna bylo k dispozici pouze omezené množství informací o rozšířenosti genderové rozmanitosti mezi dospívajícími. Studie na vzorcích studujících na středních školách ukazují mnohem vyšší procenta, než se původně předpokládalo, tedy až 1,2% dotázaných identifikujících se jako transgender osoby (Clark a kol., 2014) a až 2,7% nebo více (např. 7–9%) prožívajících dle vlastního prohlášení určitou míru genderové rozmanitosti (Eisenberg a kol., 2017; Kidd a kol., 2021; Wang a kol., 2020). Tyto studie naznačují, že bychom genderovou rozmanitost u mládeže již neměli považovat za vzácný jev. Kliniky reportují nerovnoměrný poměr této mládeže podle pohlaví přiřazeného při narození; dospívající, kterým bylo při narození přiřazeno ženské pohlaví (AFAB), vyžadují péči 2,5–7,1krát častěji ve srovnání s dospívajícími, kterým bylo při narození přiřazeno mužské pohlaví (AMAB) (Aitken a kol., 2015; Arnoldussen a kol., 2019; Bauer a kol., 2021; de Graaf, Carmichael a kol., 2018; Kaltiala a kol., 2015; Kaltiala, Bergman a kol., 2020).

Specifický oddíl Standardů péče Světové profesní asociace pro zdraví transgender osob (WPATH) věnovaný potřebám dětí a adolescentů byl zahrnut již v páté verzi Standardů péče WPATH z roku 1998 (Levine a kol., 1998). Dospívající ve věku 16 let a starší byli považováni za potenciálně způsobilé pro genderově potvrzující lékařskou péči, ale pouze ve vybraných případech. Následující šestá (Meyer a kol., 2005) a sedmá (Coleman a kol., 2012) verze rozdělily genderově afirmativní péči o dospívající do tří kategorií a představily kritéria způsobilosti týkající se věku/stadia puberty – konkrétně plně reverzibilní blokátory zpožďující nástup puberty; částečně reverzibilní hormonální terapie (testosteron, estrogen) pro dospívající ve věku vstupu do dospělosti, což je v některých evropských zemích 16 let; a nevratné operace ve věku 18 let nebo více, s výjimkou mastektomie pro „maskulinizaci" hrudníku, u které byl stanoven minimální věk 16 let. Další kritéria způsobilosti pro lékařskou péči související s genderem zahrnovala trvalou a dlouhou historii (již od dětství) genderové nekonformity/dysforie, která se objevila nebo zesílila s nástupem puberty; absenci nebo řešení psychických, zdravotních nebo sociálních problémů, které by mohly ovlivnit péči; poskytnutí podpory pro zahájení intervence od rodičů/pečovatelů; a poskytnutí informovaného souhlasu. Kapitola věnovaná transgender a genderově rozmanitým dospívajícím, odlišná od kapitoly o dětech, byla vytvořena pro tuto osmou edici Standardů péče vzhledem k 1) exponenciálnímu růstu počtu dospívajících objednaných do péče; 2) zvýšenému počtu studií pojednávajících o péči související s genderovou rozmanitostí u dospívajících; a 3) unikátním vývojovým a genderově afirmativním specifikům této věkové skupiny.

Vyhýbáme se nespecifickým termínům pro péči související s genderem (jako např. genderově afirmativní model, model zkoumání genderu), protože tyto termíny reprezentují nikoli jednotné, ale heterogenní postupy péče, které jsou definovány různě v různých prostředích.

Shrnutí ohledně adolescence

Adolescence je vývojové období charakterizované relativně rychlým tělesným a psychickým zráním, které představuje přemostění mezi obdobím dětství a dospělosti (Sanders, 2013). Současně probíhá několik vývojových procesů, včetně změn signalizovaných pubertou. Kognitivní, emoční a socializační struktury dozrávají a probíhají fyzické změny spojené s pubertou. Tyto procesy nezačínají a nekončí pro danou osobu ve stejnou dobu, ani neprobíhají u všech lidí ve stejném věku. Dolní a horní hranice adolescence tedy nejsou přesně stanovené a nelze je definovat výhradně podle věku. Například tělesné změny v pubertě mohou začít v pozdním dětství a neurální systém exekutivní kontroly se vyvíjí až do věku okolo dvaceti pěti let (Ferguson a kol., 2021). Jednotlivé státy definují věk plnoletosti (tj. věk právní způsobilosti; Dick a kol., 2014) různým způsobem. Zatímco mnoho z nich určuje věk plnoletosti na 18 let, v některých zemích je to již 15 let (např. Indonésie a Myanmar) a v jiných až 21 let (např. stát Mississippi v USA a Singapur).

Tato kapitola se týká dospívajících od nástupu puberty až do právního věku dospělosti (ve většině případů 18 let). Avšak některé prvky týkající se vývoje dospívajících uvedené v této kapitole,

zejména význam zapojení rodičů nebo jiných pečovatelů, jsou často relevantní také pro péči o mladé dospělé a měly by být náležitě zohledněny.

Kognitivní vývoj v adolescenci je často charakterizován pokroky v abstraktním myšlení, komplexním uvažování a metakognici, což je schopnost mladého člověka uvažovat o svých vlastních pocitech v kontextu jejich vnímání ze strany ostatních (Sanders, 2013). Schopnost řešit hypotetické situace umožňuje dospívajícím přemýšlet o důsledcích konkrétního rozhodnutí. Dospívání je ovšem také často spojeno se zvýšenou mírou riskantního chování. Kromě těchto změn je pro adolescenci rovněž charakteristické osamostatnění se od rodičů a rozvoj osobní autonomie. Často je kladen silný důraz na vztahy s vrstevníky, což může mít jak pozitivní, tak negativní dopady (Gardner & Steinberg, 2005). Dospívající často zažívají pocit naléhavosti, který vychází z hypersenzitivity k odměňování, a jejich vnímání času se ukazuje jako odlišné od vnímání starších osob (Van Leijenhorst a kol., 2010). Během adolescence typicky probíhá sociálně-emoční vývoj, i když mezi jednotlivými mladými lidmi existuje velká variabilita z hlediska zralosti na úrovni interpersonální a intrapersonální komunikace a chápání (Grootens-Wiegers a kol., 2017). Co se týče TGR dospívajících, kteří se rozhodují ohledně zahájení genderově afirmativních intervencí s potenciálně doživotními důsledky, je podstatné pochopit, jak mohou všechny tyto vývojové aspekty ovlivnit rozhodování konkrétního mladého člověka v jeho specifickém kulturním kontextu.

Vývoj genderové identity v adolescenci

Naše porozumění procesu vývoje genderové identity v adolescenci se stále vyvíjí. Při poskytování klinické péče mladým genderově rozmanitým lidem a jejich rodinám je důležité vědět, co je a co není o genderové identitě během dospívání známo (Berenbaum, 2018). Při zvažování lékařské péče mohou mít rodinní příslušníci otázky týkající se vývoje genderové identity jejich dítěte a stability jeho deklarované genderové identity v průběhu času. U některých dospívajících není deklarovaná genderová identita odlišná od pohlaví přiřazeného při narození pro jejich rodiče/pečovatele překvapením, protože u nich bylo patrné genderově rozmanité chování již v dětství (Leibowitz & de Vries, 2016). U ostatních nedojde k projevení genderové identity až do nástupu změn v pubertě nebo dokonce až do doby probíhající adolescence (McCallion a kol., 2021; Sorbara a kol., 2020).

Historicky probíhal výzkum v oblasti sociálního učení a kognitivního vývoje z hlediska genderové identity především u mladých lidí, kteří nebyli v identitě nebo projevu genderově rozmanití, a prováděl se za předpokladu, že pohlaví koreluje s konkrétním genderem; proto byla vývoji genderové identity věnována jen omezená pozornost. Kromě biologických faktorů ovlivňujících vývoj genderu tento výzkum ukázal, že roli hrají také psychologické a sociální faktory (Perry & Pauletti, 2011). Ačkoli byl méně sledován vývoj genderové identity u genderově rozmanitých mladých lidí, existuje dostatek důvodů k domněnce, že kromě biologických faktorů se na tomto vývoji podílejí také psychosociální faktory (Steensma, Kreukels a kol., 2013). U některých mladých lidí se genderová identita zdá být stabilní a často ji vyjadřují již od raného věku, zatímco u ostatních může probíhat vývojový proces, který přispívá k vývoji genderové identity v průběhu času.

Studie neurozobrazování, genetické studie a další studie týkající se aplikace hormonů u intersex osob ukazují, že ve vývoji genderové identity hrají u některých osob, jejichž genderová identita neodpovídá pohlaví přiřazenému při narození, roli biologické faktory (Steensma, Kreukels a kol., 2013). Vzhledem k častým dotazům ze strany rodinných příslušníků na toto téma je důležité poznamenat, že není možné rozlišit mezi těmi, u kterých je genderová identita zjevně pevně dána od narození, a těmi, u kterých jde zřejmě o vývojový proces. Jelikož není možné jednoznačně vymezit podíl různých faktorů na vývoji genderové identity u konkrétního mladého člověka, je důležité a nezbytné zaujmout komplexní klinický přístup (viz Doporučení 3). Více informací o vývoji genderové identity by bylo možno získat z případného výzkumu prováděného po dlouhou dobu na rozmanitých skupinách účastníků. Je také nutné pojmout genderovou identitu jinak než na základě binární kategorizace muže a ženy, tedy v rámci kontinuálního dimenzionálního genderového spektra (APA, 2013).

Adolescence může být klíčovým obdobím pro vývoj genderové identity u genderově rozmanitých mladých lidí (Steensma, Kreukels a kol., 2013). Dlouhodobé klinické následné studie dospívajících s genderovou dysforií v dětství, kteří podstoupili blokaci puberty, genderově afirmativní hormonální terapii nebo obojí, zjistily, že žádný z těchto mladých lidí v dospělosti nelitoval rozhodnutí, která učinil v adolescenci (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries a kol., 2014). Tyto výsledky naznačují, že dospívající, u kterých bylo provedeno důkladné posouzení a kteří byli vyhodnoceni jako dostatečně psychicky zralí k rozhodování ohledně genderově afirmativní lékařské péče, prokázali v průběhu období, kdy byly studie prováděny, stabilitu v rámci své

genderové identity.

Při extrapolaci výsledků z dlouhodobých longitudinálních studií nizozemských kohort na současné genderově rozmanité dospívající vyžadující péči je klíčové zohlednit společenské změny týkající se přístupu k TGR osobám. Vzhledem k vyšší viditelnosti TGR identit je důležité chápat, jak může lepší informovanost různými způsoby ovlivnit vývoj genderu (Kornienko a kol., 2016). Jedním z identifikovaných trendů je vyhledávání služeb genderových klinik ze strany mladých lidí s nebinární identitou (Twist & de Graaf, 2019). Dalším jevem v klinické praxi je zvýšený počet dospívajících vyžadujících péči, kteří během dětství zjevně nezažívali a/nebo neprojevovali genderovou rozmanitost. Jedna z výzkumných studií se pokusila prozkoumat a popsat konkrétní formu pozdějšího prožitku genderové rozmanitosti (Littman, 2018). Výsledky této studie je však třeba posuzovat v kontextu významných metodických limitů, včetně toho, že 1) studie zkoumala názory rodičů, a nikoli mladých lidí; a 2) skupina respondentů zahrnovala rodiče z komunitních prostředí, ve kterých jsou lékařské intervence k řešení genderové dysforie vnímány s nedůvěrou a kriticky. Tyto výsledky však nebyly replikovány. Pro vybranou podskupinu mladých lidí může být důležitou diferenciálou, kterou je třeba zohlednit, náchylnost k sociálním vlivům ovlivňujícím gender (Kornienko a kol., 2016). Neměli bychom však docházet k závěru, že u jednotlivých adolescentů tyto jevy nastávají předčasně pouze na základě informací z dat, která mohla být získána na vzorcích s potenciálním výběrovým zkreslením (Bauer a kol., 2022; WPATH, 2018). Důležité je zohlednit pozitiva, která může u mládeže přinášet sociální propojenost ve smyslu napojení na osoby, u kterých nalézá podporu (Tuzun a kol., 2022) (viz Doporučení 4).

Vzhledem k rozvíjejícím se, ale dosud omezeným znalostem o vývoji genderové identity v adolescenci je považováno za etické a nezbytné zaujmout individualizovaný přístup ke klinické péči. Stejně jako ve všech oblastech medicíny má každá studie metodická omezení a závěry čerpané z výzkumu nemohou a neměly by být univerzálně aplikovány na všechny dospívající. To platí i při hledání odpovědí na běžné otázky rodičů týkající se stability a nestability vývoje genderové identity u konkrétního mladého člověka. Výzkum může v budoucnu pomoci posunout vědecké pochopení vývoje genderové identity, naše poznání však může i nadále vykazovat určité mezery. Navíc s ohledem na etické aspekty v rámci sebeurčení ve zdravotní péči by tyto mezery neměly způsobovat, že budou TGR dospívající ponecháni bez důležité a nezbytné péče.

Výzkumné důkazy o genderově afirmativní zdravotní péči pro transgender dospívající

Významnou výzvou v péči o transgender adolescenty je kvalita dosud shromážděných důkazů potvrzujících účinnost lékařsky nezbytných genderově afirmativních intervencí, včetně chirurgických zákroků (viz prohlášení o lékařské nezbytnosti v kapitole Globální uplatnění, Doporučení 2.1). Vzhledem k celoživotním důsledkům lékařských intervencí a mladému věku, v němž může být intervence zahájena, by měli být dospívající, jejich rodiče a poskytovatelé péče informováni o charakteru výzkumných důkazů. Považujeme za rozumné přistupovat k rozhodnutí zahájit intervence s opatrností. Přestože se postupně rozrůstá soubor důkazů podporujících efektivitu časné lékařské intervence, počet studií je stále omezený a jen malý počet klinických studií sleduje mládež až do dospělosti. Proto není systematický přehled týkající se výsledků lékařské péče u dospívajících zatím možný a místo toho uvádíme krátké narativní shrnutí.

V době vzniku této kapitoly bylo dostupných několik dlouhodobých longitudinálních studií s následným sledováním, které uvádějí pozitivní výsledky časné (tj. ve věku dospívání) lékařské intervence; řada těchto studií probíhala po delší dobu na jedné nizozemské klinice (např. Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries, Steensma a kol., 2011; de Vries a kol., 2014; Smith a kol., 2001, 2005). Výsledky ukázaly, že řešení genderové dysforie provází lepší psychické fungování a spokojenost s fyzickým vzhledem. Většina těchto studií aplikovala metodickou koncepci srovnání situace před intervencemi a po nich, srovnávala tedy základní psychické fungování s výsledky po poskytnutí lékařských genderově afirmativních intervencí. Různé studie hodnotily jednotlivé aspekty nebo kombinace intervencí a zahrnovaly 1) genderově afirmativní péči ve formě hormonů a chirurgických zákroků (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith a kol., 2001, 2005); 2) potlačení puberty (de Vries, Steensma a kol., 2011); a 3) potlačení puberty, intervence hormonální a chirurgické (de Vries a kol., 2014). Dlouhodobá studie z roku 2014 je jedinou studií, která sledovala mládež od rané adolescence (před zahájením péče, průměrný věk 13,6 let) do mladé dospělosti (po intervencích, průměrný věk 20,7 let). Tato studie byla první, která ukázala, že genderově afirmativní péče umožňuje transgender dospívajícím projít vývojem odpovídajícím jejich věku, přičemž žijí v potvrzené genderové roli a v dospělosti vykazují uspokojivé objektivní i subjektivní výsledky (de Vries a kol., 2014). Přestože studie pracovala

s malým (n = 55) a z hlediska výběru omezeným vzorkem osob s dostatečnou sociální podporou, výsledky byly přesvědčivé. Je třeba poznamenat, že se jednalo o klienty a klientky nizozemské kliniky známé svým multidisciplinárním přístupem, včetně poskytování komplexního, průběžného posouzení a péče cílené na řešení genderové dysforie a podpory zaměřené na psychickou pohodu.

V několika nedávno publikovaných longitudinálních studiích byli účastníci sledováni a posuzováni v různých fázích poskytování genderově afirmativní péče. Někteří z nich ani nezačali podstupovat genderově afirmativní intervence, u jiných byly nasazeny blokátory puberty, zatímco ostatní začali s genderově afirmativní terapií formou hormonů nebo dokonce podstoupili genderově afirmativní chirurgické zákroky (Achille a kol., 2020; Allen a kol., 2019; Becker-Hebly a kol., 2021; Carmichael a kol., 2021; Costa a kol., 2015; Kuper a kol., 2020, Tordoff a kol., 2022). Vzhledem k heterogenitě použitých metod a postupů je interpretace výsledků složitější. Přesto však data ve srovnání s výchozími hodnoceními konzistentně ukazují zlepšení nebo ustálení psychického stavu, vnímání těla a spokojenost s péčí v rozmezí od tří měsíců až po dva roky od jejího zahájení.

Průřezové studie nabízejí další metodu vyhodnocení efektů genderově afirmativní péče. Jedna z těchto studií srovnávala psychické fungování transgender dospívajících v počátečním stavu a během potlačení puberty s fungováním cisheterosexuálních spolužáků a spolužaček ve dvou různých časových bodech. V počátečním stavu vykazovali transgender dospívající horší psychické fungování ve srovnání s cisheterosexuálními vrstevníky, zatímco během potlačení puberty vykazovali lepší fungování než jejich vrstevníci (van der Miesen a kol., 2020). Grannis a kol. (2021) ve své studii ukázali, že transgender muži, kteří začali užívat testosteron, měli mírnější příznaky duševních obtíží (deprese a úzkosti) ve srovnání s těmi, kteří terapii testosteronem nezačali.

Čtyři další studie vykázaly odlišné výsledky. Ve studii zpětného zkoumání záznamů uvedli Kaltiala, Heino a kol. (2020), že se transgender adolescenti s málo nebo žádnými příznaky duševních obtíží před zahájením genderově afirmativní péče v jejím průběhu obvykle cítili dobře. Avšak u dospívajících s více duševními problémy na počátku intervence pokračovaly projevy těchto duševních obtíží i během genderově afirmativní intervence. Nieder a kol. (2021) ve své studii zkoumali spokojenost s péčí a ukázali, že transgender adolescenti byli spokojenější, čím dále pokročili v zahájených intervencích. Hisle-Gorman a kol. (2021) srovnávali využití zdravotní péče před a po zahájení genderově afirmativní péče jako indikátory závažnosti duševních problémů u 3 754 TGR dospívajících v rozsáhlém souboru dat týkajících se zdravotní péče. Poněkud v rozporu s hypotézou autorů o zlepšení duševního zdraví se míra využití služeb psychologické péče významně nezměnila a množství předepsaných psychotropních léků vzrostlo. Na rozsáhlém vzorku dospělých osob identifikujících se jako transgender, zjistili Turban a kol. (2022), že ti, kdo uvedli, že měli přístup k hormonům potvrzujícím jejich genderovou identitu v adolescenci, měli v uplynulém roce nižší pravděpodobnost sebevražedných myšlenek ve srovnání s transgender osobami, které získaly přístup k genderově afirmativním hormonům až v dospělosti.

Poskytovatelé péče by měli vzít v úvahu, že dospívající mohou rozhodnutí podstoupit genderově afirmativní intervence v dospívání litovat a že mohou chtít ukončit lékařské intervence a vrátit se k životu v roli pohlaví přiřazeného při narození. Dvě nizozemské studie však uvádějí pouze nízké procento dospívajících (1,9% a 3,5%), kteří se rozhodli ukončit blokaci puberty (Brik a kol., 2019; Wiepjes a kol., 2018). Tyto studie byly opět prováděny na klinikách, které dodržují protokol zahrnující důkladné vyšetření před zahájením poskytování genderově afirmativní péče. V současné době nehlásí žádné klinické studie profily dospívajících, kteří by litovali svého původního rozhodnutí nebo by vstoupili do procesu detranzice po nevratné genderově afirmativní intervenci. Nedávné výzkumy ukazují, že existují dospívající, kteří podstupují detranzici, ale nelitují zahájení předchozích intervencí, protože považují jejich zahájení za součást procesu vedoucího k porozumění vlastním potřebám ohledně genderové péče (Turban, 2018). Tento postoj však nemusí být u osob, které podstupují detranzici, převažující (Littman, 2021; Vandenbussche, 2021). Někteří dospívající mohou již podniknutých kroků litovat (Dyer, 2020). Proto je důležité prezentovat transgender dospívajícím celou škálu možných výsledků genderově afirmativní péče. Poskytovatelé péče mohou před zahájením genderově afirmativní intervence toto téma s dospívajícími a jejich rodiči/pečovateli otevřeně a důvěrně prodiskutovat (tj. jako „potenciální budoucí zkušenost a možný scénář vývoje“). Měli by být rovněž připraveni podpořit dospívající, kteří se rozhodnou pro detranzici. V internetovém průzkumu zahrnujícím 237 dotázaných, které se identifikovaly jako osoby, jež se v procesu tranzice vrátily zpět (jejich průměrný věk byl 25,02 let a více než 90% z nich bylo přiřazeno ženské pohlaví při narození), zahájilo medicínskou tranzici před 18. rokem 25% z nich a 14% z nich zahájilo detranzici před 18. rokem věku (Vandenbussche, 2021). Ačkoli internetový průzkum podléhá omeze-

ní z hlediska výběru respondentů na základě jejich dostupnosti, tato studie naznačuje, že detranzice může u transgender dospívajících nastat a odborníci a odbornice by si toho měli být vědomi. Mnozí z těchto dospívajících navíc vyjádřili potíže při hledání pomoci během detranzice a uváděli, že tento proces pro ně představoval izolující zkušenost, během které jim nebyla poskytnuta dostatečná ani vhodná podpora (Vandenbussche, 2021).

Ačkoli dosud zkoumané vzorky zahrnovaly poměrně malou skupinu dospívajících (např. n = 22–101 v rámci jedné studie) a doba sledování se v jednotlivých studiích lišila (6 měsíců – 7 let), tento soubor důkazů se stále rozšiřuje a poukazuje na obecné zlepšení v životě transgender dospívajících, kteří po pečlivém vyhodnocení dostávají lékařsky nezbytnou genderově afirmativní péči. Během studie bylo hlášeno jen málo případů, kdy by daná osoba genderově afirmativních intervencí litovala. Podíváme-li se na tato data jako na celek, zdá se, že včasný lékařský zásah v kombinaci s dalšími metodami pro posouzení a řešení genderové dysforie a pro podporu celkové pohody může být pro řadu transgender dospívajících, kteří mají o takovou lékařskou péči zájem, účinný a prospěšný.

Hledisko etiky a lidských práv

Při sestavování doporučení SOC pro péči o dospívající byla zohledněna také etická a lidsko-právní perspektiva. Například přístup, kdy u dospívajících, kteří prožívají genderový nesoulad, necháme proběhnout nevratnou pubertu, není nestranný, protože to může mít pro mladého člověka s transgender identitou okamžité a doživotní nepříznivé důsledky (Giordano, 2009; Giordano & Holm, 2020; Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011). Z perspektivy lidských práv považující genderovou diverzitu za běžnou a očekávanou variaci v širším spektru lidských zkušeností, je právem dospívajícího být součástí rozhodovacího procesu o svém zdraví a životě, včetně přístupu ke službám týkajícím se genderového zdraví (Amnesty International, 2020).

Krátké shrnutí doporučení a specifických otázek týkajících se adolescence:

Následující pokyny byly vytvořeny s ohledem na to, co je či není známo o vývoji genderové identity v období dospívání, důkazech podporujících genderově potvrzující péči v adolescenci a specifikách, která odlišují dospívání od jiných fází vývoje.

Zkoumání identity: Jednou z charakteristik dospívání je utvrzování se v různých aspektech identity, včetně genderové identity. Doporučení 6.2 se zabývá zkoumáním identity v kontextu vývoje genderové identity. Doporučení 6.12.b zohledňuje dobu, kterou mladý člověk potřebuje k prožití a vyjádření genderové různorodosti či obojímu, aby mohl ohledně genderově afirmativní péče učinit smysluplné rozhodnutí.

Souhlas a rozhodování: V období dospívání vyžaduje udělení souhlasu a rozhodování ze strany jednotlivce posouzení jeho emočního, kognitivního a psychosociálního vývoje. Doporučení 6.12.c se týká přímo psychické a kognitivní zralosti a popisuje nezbytné složky procesu směřujícího k posouzení rozhodovací schopnosti.

Zapojení pečovatelů/rodičů: Dospívající obvykle závisí z hlediska odpovědnosti a výchovy na svých pečovatelích/rodičích. Toto platí i při rozhodování o možnostech lékařské péče. Doporučení 6.11 zdůrazňuje důležitost zapojení pečovatelů/rodičů a hovoří o roli, kterou v hodnocení a poskytování péče hrají. Neexistuje však soubor pokynů, které by dokázaly zohlednit všechny individuální okolnosti v globálním kontextu.

Doporučení 6.1

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví poskytující péči genderově rozmanitým dospívajícím:

- **6.1.a – měli pro poskytování této péče licenci vydanou zákonem stanoveným orgánem a alespoň magisterský titul nebo jeho ekvivalent v klinickém oboru relevantním pro výkon poskytování příslušné péče udělený zákonem stanovenou a státem akreditovanou institucí;**
- **6.1.b – měli teoretické a vědecky podložené vzdělání a získali odbornost v oblasti duševního zdraví napříč vývojovým spektrem u dětí, dospívajících a jejich rodin;**
- **6.1.c – absolvovali školení a měli odborné znalosti o vývoji genderové identity, genderové rozmanitosti u dětí a dospívajících, dokázali posoudit schopnost vyjádřit souhlas/nesouhlas a disponovali obecnými znalostmi o genderové rozmanitosti v různých životních fázích;**
- **6.1.d – absolvovali školení a získali odbornost pro práci s osobami s autismem a dalšími neurovývojovými poruchami nebo pro práci s genderově rozmanitými dospívajícími s autismem/neurodivergentními dospívajícími a spolupracovali s odborníky na vývojové poruchy;**

6.1. Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví poskytující péči genderově rozmanitým dospívajícím:
6.1.a – měli pro poskytování této péče licenci vydanou zákonem stanoveným orgánem a alespoň magisterský titul nebo jeho ekvivalent v klinickém oboru relevantním pro výkon poskytování příslušné péče udělený zákonem stanovenou a státem akreditovanou institucí;
6.1.b – měli teoretické a vědecky podložené vzdělání a získali odbornost v oblasti duševního zdraví napříč vývojovým spektrem u dětí, dospívajících a jejich rodin;
6.1.c – absolvovali školení a měli odborné znalosti o vývoji genderové identity, genderové rozmanitosti u dětí a dospívajících, byli schopni posoudit schopnost vyjádřit souhlas/nesouhlas a měli by disponovat obecnými znalostmi o genderové rozmanitosti v různých životních fázích;
6.1.d – absolvovali školení a získali odbornost pro práci s osobami s autismem a dalšími neurovývojovými poruchami nebo pro práci s genderově rozmanitými dospívajícími s autismem/neurodivergtními dospívajícími a spolupracovali s odborníky na vývojové poruchy;
6.1.e – pokračovali v profesním rozvoji ve všech oblastech týkajících se genderově rozmanitých dětí, adolescentů a jejich rodiny.
6.2. Odborníci a odbornice poskytující lékařskou péči genderově rozmanitým dospívajícím by měli otevřeně a s respektem umožnit zkoumání genderové identity a jejího vyjádření a nesměrovat je k jedné konkrétní identitě.
6.3. Odborníci a odbornice pracující s genderově rozmanitými dospívajícími by měli provést komplexní biopsychosociální posouzení všech klientů a klientek, kteří vykazují nejasnosti související s genderovou identitou a vyhledají lékařskou péči související s tranzicí, a to způsobem založeným na podpoře a spolupráci.
6.4. Odborníci a odbornice by měli spolupracovat s rodinou, školou a dalšími relevantními aktéry na podpoře přijetí genderově rozmanitých projevů chování a identit adolescentů.
6.5. Nedoporučujeme aplikovat „reparativní" či „konverzní terapii" ve snaze změnit genderovou identitu člověka a žité genderové vyjádření tak, aby více odpovídaly pohlaví přiřazenému při narození.
6.6. Navrhujeme, aby byly transgender a genderově rozmanitým dospívajícím poskytnuty informace o zdravotních aspektech týkajících se svazování hrudníku (binding) a zastrkování genitálií (tucking), včetně všech přínosů a rizik využívání těchto metod.
6.7. Poskytovatelé péče by měli zvážit předepsání přípravků potlačujících menstruaci u dospívajících prožívajících genderový nesoulad, kteří nechtějí podstupovat hormonální terapii testosteronem, nebo u těch, kdo ji podstupovat chtějí, ale ještě s ní nezačali, případně v kombinaci s terapií testosteronem při krvácení mimo menstruační cyklus.
6.8. Odborníci a odbornice v oblasti zdraví by měli s transgender a genderově rozmanitými dospívajícími a případně s jejich pečovateli zůstat v průběžném kontaktu a podpořit tak jejich aktivní účast na rozhodování ohledně využití možností blokace puberty, hormonální terapie či genderově afirmativních operací v průběhu celé doby poskytování péče, a to až do doby jejich přeřazení do systému zdravotní péče pro dospělé.
6.9. Do procesu posuzování, zda je pro genderově rozmanité a transgender dospívající vhodné potlačení puberty, zahájení hormonální terapie nebo operace směřující k afirmaci genderu, doporučujeme zahrnout relevantní odborníky z příslušných oblastí péče, včetně odborníků na duševní zdraví a další lékařské disciplíny. Rovněž by mělo být zajištěno, že tato indikace bude platit v průběhu celého procesu péče, až do doby zařazení pacientů a pacientek do systému zdravotní péče pro dospělé.
6.10. Doporučujeme, aby zdravotničtí odborníci pracující s trans a genderově rozmanitými dospívajícími, kteří žádají o lékařskou/chirurgickou intervenci směřující k afirmaci genderové identity, před zahájením této intervence své klienty a klientky informovali o jejím vlivu na reprodukční funkce, včetně potenciální ztráty plodnosti, a o dostupných možnostech zachování plodnosti v kontextu stadia pubertálního vývoje daného klienta či klientky.
6.11. Pokud je u dospívajících indikována genderově afirmativní intervence, včetně té chirurgické, je vhodné, aby odborníci a odbornice pracující s transgender a genderově rozmanitými dospívajícími do procesu posuzování a samotné péče zapojili rodiče/pečovatele, pokud jejich zapojení není vyhodnoceno pro daného klienta či klientku jako rizikové a pokud je jeho realizace možná.

Následující doporučení se týkají požadavků na lékařskou péči a chirurgické intervence směřující k potvrzení genderové identity (je třeba aplikovat všechny uvedené body):
6.12. Odborníci a odbornice posuzující transgender a genderově rozmanité dospívající by měli doporučit genderově afirmativní péči nebo chirurgickou intervenci směřující k afirmaci genderu na žádost pacienta či pacientky pouze tehdy, pokud:
6.12.a – dospívající splňuje diagnostická kritéria genderového nesouladu podle MKN-11 v situacích, kdy je pro přístup ke zdravotní péči nutná diagnóza. V zemích, které neimplementovaly nejnovější verzi MKN, lze použít jinou klasifikaci; mělo by však být vynaloženo úsilí, aby bylo co nejdříve možné uplatnit nejnovější verzi MKN;
6.12.b – zkušenost s genderovou rozmanitostí/nesouladem je výrazná a přetrvávající;
6.12.c – dospívající prokazuje psychickou a kognitivní zralost potřebnou k poskytnutí informovaného souhlasu s léčbou;
6.12.d – byly řešeny případné duševní problémy (projevují-li se), které by mohly narušit diagnostickou jednoznačnost a schopnost souhlasit s genderově afirmativní péčí;
6.12.e – dospívající byl informován o účincích léčby na reprodukční funkce, včetně potenciální ztráty plodnosti, a o dostupných možnostech zachování plodnosti, a tyto účinky byly prodiskutovány v kontextu daného stadia pubertálního vývoje;
6.12.f – dospívající dosáhl 2. stupně puberty na Tannerově stupnici, aby bylo možné zahájit blokaci puberty;
6.12.g – dospívající absolvoval alespoň 12 měsíců genderově afirmativní hormonální terapie, pokud je to nutné, pro dosažení požadovaného chirurgického výsledku u genderově potvrzujících zákroků, včetně augmentace prsou, orchiektomie, vaginoplastiky, hysterektomie, faloplastiky, metoidioplastiky a operace obličeje v rámci genderově afirmativní péče, pokud není hormonální terapie buď nežádoucí, nebo lékařsky kontraindikována.

6.1.e – pokračovali v profesním rozvoji ve všech oblastech týkajících se genderově rozmanitých dětí, adolescentů a jejich rodiny.

V rámci posuzování a podpory TGR dospívajících a jejich rodin by poskytovatelé péče/odborníci a odbornice ve zdravotnictví měli mít jak všeobecné, tak i specifické znalosti a vzdělání týkající se genderové identity. Odborníci a odbornice vyškolení k práci s dospívajícími a jejich rodinou hrají důležitou roli ve zpřehlednění aspektů vývoje u dospívajících a rodinné dynamiky při péči o mládež a jejich rodiny (Adelson a kol., 2012; American Psychological Association, 2015; Hembree a kol., 2017). Další kapitoly těchto Standardů podrobněji popisují kritéria pro odborníky a odbornice poskytující genderově afirmativní péči (viz Kapitola 5 – Posouzení dospělých; Kapitola 7 – Děti; nebo Kapitola 13 – Operace a pooperační péče). Odborníci či odbornice pracující s dospívajícími by měli být obeznámeni s tím, co je a co není známo o vývoji genderové identity u dospívajících a jak se tento znalostní rámec liší od toho, co je relevantní pro dospělé a děti před obdobím puberty. Odborníci a odbornice na duševní zdraví mají v tomto kontextu nejvhodnější kvalifikaci a nejlepší možnosti věnovat klinický prostor k posouzení a vysvětlení priorit a cílů péče při práci s transgender mládeží, včetně těch, kdo požadují genderově afirmativní péči. Porozumění dynamice mezi členy rodiny, kteří mohou mít odlišné názory na minulé projevy a potřeby mladého člověka, a zvládání této dynamiky, je důležitou kompetencí, kterou jsou často právě odborníci či odbornice na duševní zdraví nejlépe připraveni řešit.

Pokud nemají možnost využít služeb odborníků či odbornic vyškolených v oblasti vývoje dětí a dospívajících, měli by se poskytovatelé lékařské péče zaměřit na vzdělávání v oblastech rodinné dynamiky a vývoje dospívajících, včetně vývoje genderové identity. Stejně tak, s ohledem na to, že autističtí/neurodivergentní transgender dospívající celosvětově představují významnou podskupinu mládeže v péči genderových klinik, je důležité, aby odborníci a odbornice získali další vzdělání v oblasti autismu a rozuměli specifickým aspektům péče, kterou mohou autističtí genderově rozmanití dospívající vyžadovat (Strang, Meagher a kol., 2018). Pokud není možné tuto kvalifikaci získat, doporučujeme konzultovat a spolupracovat se specialisty na autismus a neurodiverzitu.

Doporučení 6.2

Odborníci a odbornice poskytující lékařskou péči genderově rozmanitým dospívajícím by měli otevřeně a s respektem umožnit zkoumání genderové identity a jejího vyjádření a nesměrovat je k jedné konkrétní identitě.

Adolescence je vývojové období, které zahrnuje fyzické a psychické změny charakterizované osamostatněním se a ztrátou závislosti na vychovávajících a pečujících osobách (Berenbaum a kol., 2015; Steinberg, 2009). Během tohoto období mohou mladí lidé rovněž zkoumat různé aspekty své identity, včetně genderu.

Jednotliví dospívající se liší v tom, do jaké míry zkoumají svou identitu a kloní se k jejím specifickým aspektům (Meeus a kol., 2012). U některých z nich je tempo dosažení stabilizace identity rychlé, zatímco u jiných je pomalejší. U některých dospívajících se fyzický, emoční a psychický vývoj odehrává ve stejném obecném časovém rámci, zatímco u jiných existují mezi těmito aspekty vývoje určité prodlevy. Podobně existuje variace v časovém rámci pro vývoj genderové identity (Arnoldussen a kol., 2020; Katz-Wise a kol., 2017). U některých mladých lidí je vývoj genderové identity jednoznačný proces, který začíná v raném dětství, zatímco u jiných přispívají pubertální změny k jejich vnímání sebe sama jako určitého genderu (Steensma, Kreukels a kol., 2013) a u mnoha dalších tento proces začíná dlouho po skončení pubertálních změn. Vzhledem k těmto variacím nelze u jednotlivých dospívajících vyžadujících genderově potvrzující péči předpovědět žádné konkrétní tempo, proces ani výsledek tohoto procesu.

Proto by měli odborníci a odbornice v oblasti zdraví pracující s dospívajícími pomoci vytvářet podporující prostředí, které současně respektuje vyjádřenou genderovou identitu adolescenta a zároveň umožňuje otevřeně zkoumat genderové potřeby, včetně genderově afirmativních sociálních, medicínských intervencí, které se v průběhu času mohou změnit nebo vyvinout.

Doporučení 6.3

Odborníci a odbornice pracující s genderově rozmanitými dospívajícími by měli provést komplexní biopsychosociální posouzení všech klientů a klientek, kteří vykazují nejasnosti související s genderovou identitou a vyhledají lékařskou péči související s tranzicí, a to způsobem založeným na podpoře a spolupráci.

Vzhledem k mnoha možnostem vývoje identity během dospívání doporučujeme použít v rámci rozhodování ohledně lékařských intervencí a optimalizace jejich výsledků komplexní biopsychosociální posouzení. Toto posouzení by mělo mít za cíl vystihnout silné stránky, zranitelná místa, diagnostický profil a jedinečné potřeby dospívajících s cílem indi-

vidualizovat jejich péči. Jak je uvedeno v Doporučení 6.1, odborníci na duševní zdraví mají nejvhodnější vzdělání, zkušenosti a vyhrazený klinický čas potřebný k získání zmíněných informací. Proces posouzení by měl probíhat ve spolupráci s dospívajícími a jejich pečovateli jak samostatně, tak společně, jak je popsáno podrobněji v Doporučení 6.11. Hodnocení by mělo proběhnout před jakoukoli zvažovanou lékařsky nezbytnou intervencí (např. léky blokující pubertu, genderově afirmativní hormony a operace). Viz prohlášení o lékařské nezbytnosti v Kapitole 2 – Globální uplatnění, Doporučení 2.1; viz také Kapitola 12 – Hormonální terapie a Kapitola 13 – Operace a pooperační péče.

Mládež může procházet mnoha různými scénáři vývoje v oblasti genderové identity. Sociokulturní pojetí a prožívání genderu se s časem vyvíjí a mladí lidé stále více prezentují širokou škálu identit a způsobů, jak popisují své genderové zkušenosti a potřeby (Twist & de Graaf, 2019). Někteří mladí lidé si uvědomí, že jsou transgender nebo spadají do širšího spektra genderové diverzity, a podnikají kroky k tomu, aby se v souladu s tím i prezentovali. Pro některé z nich je důležité získat genderově afirmativní péči, zatímco pro jiné nemusí být tyto kroky nezbytné. Například proces zkoumání genderové identity v průběhu času nemusí vyústit v to, že se mladý člověk identifikuje nebo vystupuje v jiné identitě ve vztahu k pohlaví přiřazenému při narození, a nemusí zahrnovat využití lékařských intervencí (Arnoldussen a kol., 2019).

Nejspolehlivější dlouhodobé důkazy podporující přínosy genderově afirmativní péče v dospívání byly získány v klinickém prostředí, které do svého protokolu začlenilo podrobné a komplexní dlouhodobě diagnostické hodnocení (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; de Vries a kol., 2014). Vzhledem k tomuto výzkumu a neustálému vývoji genderově rozmanitých zkušeností ve společnosti je komplexní diagnostické biopsychosociální posouzení během dospívání založeno na důkazech a zároveň zachovává integritu rozhodovacího procesu. Není-li k dispozici úplný diagnostický profil, může dojít k přehlédnutí některých duševních problémů, které je třeba prioritně řešit a léčit. Neexistují žádné studie ohledně dlouhodobých výsledků lékařských intervencí spojených s genderovou identitou u mládeže, u které nebylo provedeno komplexní posouzení. Intervence v tomto kontextu (např. s omezeným nebo žádným posouzením) nemají empirickou podporu a proto nesou riziko, že rozhodnutí začít s genderově afirmativní péčí nemusí být v dlouhodobém horizontu v daném okamžiku v nejlepším zájmu mladého člověka.

Poskytování zdravotní péče a dostupnost specialistů a specialistek se celosvětově liší, proto je často nutné navrhnout konkrétní posuzovací proces zohledňující stávající zdroje. V některých případech může být vhodný delší proces posouzení, například u mládeže s komplikovanější manifestací (např. složitá historie v oblasti duševního zdraví) (Leibowitz & de Vries, 2016), souběžnými charakteristikami autismu (Strang, Powers a kol., 2018) a/nebo nepřítomností prožívaného genderového nesouladu v dětství (Ristori & Steensma, 2016). Vzhledem k jedinečným kulturním, finančním a geografickým faktorům, které mají vliv na konkrétní populaci, by poskytovatelé měli navrhovat modely posuzování, které jsou flexibilní a umožňují poskytovat vhodně načasovanou péči co největšímu počtu mladých lidí, přičemž by měly efektivně čerpat informace o silných stránkách, zranitelných aspektech, diagnostickém profilu a individuálních potřebách dospívajících. S využitím psychometricky ověřených psychosociálních a genderových indikátorů pak lze shromáždit další informace.

Multidisciplinární posouzení mládeže, která požaduje genderově afirmativní péči/chirurgické zákroky, zahrnuje následující oblasti odpovídající příslušným doporučením:

- **Vývoj genderové identity:** Doporučení 6.12.a a 6.12.b podrobněji rozpracovávají faktory spojené s vývojem genderové identity v konkrétním kulturním kontextu při hodnocení TGR dospívajících.
- **Sociální vývoj a podpora; intersekcionalita:** Doporučení 6.4 a 6.11 se podrobněji věnují významu posouzení stresu v důsledku příslušnosti k genderové menšině, rodinných dynamik a dalších aspektů přispívajících k sociálnímu vývoji a intersekcionálním faktorům.
- **Diagnostické posouzení možných současně se vyskytujících duševních a/nebo vývojových obtíží:** Doporučení 6.12.d se podrobněji věnuje významu porozumění vztahu, pokud existuje, mezi jakýmikoli současně se vyskytujícími duševními nebo vývojovými problémy a genderovou identitou mladého člověka s odlišným genderovým vyjádřením.
- **Schopnost rozhodování:** Doporučení 6.12.c podrobněji rozpracovává posouzení psychické zralosti mladého člověka a jejího významu u dospívajících zvažujících genderově afirmativní zákroky.

Doporučení 6.4

Odborníci a odbornice by měli spolupracovat s rodinou, školou a dalšími relevantními aktéry na podpoře přijetí genderově rozmanitých projevů

chování a identit adolescentů.

Výsledky řady studií a související expertní konsenzus podporují zavádění přístupů, které prosazují přijetí a potvrzení genderové rozmanitosti mezi mladými lidmi ve všech prostředích, včetně rodiny, školy, zdravotnických zařízení a ostatních organizací a komunit, s nimiž interagují (např. Pariseau a kol., 2019; Russell a kol., 2018; Simons a kol., 2013; Toomey a kol., 2010; Travers a kol., 2012). Přijetí a potvrzení lze dosáhnout díky široké škále přístupů, činností a strategií, které je vhodné zavést v kontextu různých vztahů a prostředí, v nichž mladý člověk existuje a funguje. Je důležité, aby členové a členky rodiny a komunity zapojení do života dospívajících spolupracovali, pokud ovšem jejich zapojení není pro daného dospívajícího považováno za rizikové. Jak navrhuje Pariseau a kol. (2019) a další, rodiny, vyučující a školní personál a organizace mohou za účelem přijetí a potvrzení genderové rozmanitosti a vyjádření identity zajistit následující:

1. Podporu mladých se zájmem o účast v aktivitách spojených s genderovou rozmanitostí, včetně nekonvenčních aktivit;
2. Podpůrnou komunikaci směrem k mládeži vyjadřující své zkušenosti ohledně genderu a jeho zkoumání;
3. Použití jména/oslovení, které mladý člověk preferuje;
4. Podporu mládeže ve výběru oblečení (případně stejnokroje), účesů a doplňků (např. šperky, make-up), které považují za genderově afirmativní;
5. Pozitivní a podporující komunikaci s mladými lidmi o jejich genderu a s ním spojených otázkách;
6. Vzdělávání o otázkách genderové rozmanitosti pro osoby vyskytující se v životě mladého člověka (např. členové rodiny, poskytovatelé zdravotní péče, sociální sítě), pokud je to potřeba, včetně informací o tom, jak podporovat práva genderově rozmanitých mladých lidí v komunitě, ve škole, v oblasti zdravotní péče a v dalších prostředích;
7. Podporu mladých genderově rozmanitých lidí k navázání kontaktu s podporující komunitou (např. skupiny, události, LGBTQ přátelé);
8. Poskytnutí příležitosti k diskuzi, zvážení možností lékařské péče, pokud je to vhodné;
9. Zavádění opatření proti šikaně;
10. Začlenění zkušeností mimo binární kategorie do každodenního života, vzdělávacích materiálů, osnov a metodik (např. knihy, výuka o zdraví a sexuální výchova, zadání esejí, které přesahují binární kategorie, LGBTQ skupiny a podporovatelé);
11. Zařízení pro osoby všech genderových identit, ke kterým mohou mít mladí lidé snadný přístup bez segregace od cisgender vrstevníků (např. toalety, šatny).

Doporučujeme, aby zdravotníci spolupracovali s rodiči, školou a dalšími organizacemi/skupinami na podpoře přijetí a potvrzení TGR identit a projevů, bez ohledu na to, zda probíhají nebo neprobíhají sociální nebo lékařské intervence. Přijetí a potvrzení souvisí s menším počtem negativních symptomů projevujících se v oblasti psychiky a chování a lepším psychickým a behaviorálním fungováním (Day a kol., 2015; de Vries a kol., 2016; Greytak a kol., 2013; Pariseau a kol., 2019; Peng a kol., 2019; Russell a kol., 2018; Simons a kol., 2013; Taliaferro a kol., 2019; Toomey a kol., 2010; Travers a kol., 2012). Russell a kol. (2018) zjistili, že se duševní zdraví zlepšuje úměrně přijetí a afirmaci v různých prostředích (např. doma, ve škole, v práci a mezi přáteli). Odmítnutí rodinou, vrstevníky a vyučujícími či jiným personálem ve školách (např. záměrné používání jména a rodu, s nímž se mladý člověk neztotožňuje, neuznání potvrzené genderové identity, šikana, obtěžování, verbální a fyzické napadání, špatné vztahy, odmítnutí z důvodu genderové odlišnosti, vystěhování z domova) bylo silně spojeno s negativními projevy, jako jsou úzkost, deprese, sebevražedné myšlenky, pokusy o sebevraždu a užívání návykových látek (Grossman a kol., 2005; Klein & Golub, 2016; Pariseau a kol., 2019; Peng a kol., 2019; Reisner, Greytak a kol., 2015; Roberts a kol., 2013). Je důležité si uvědomit, že negativní symptomy se zvyšují s rostoucí mírou odmítnutí a přetrvávají do dospělosti (Roberts a kol., 2013).

Neutrální nebo lhostejné reakce na genderovou diverzitu a zkoumání genderové identity u mladých lidí (např. dítěti je dovoleno říci ostatním vybrané jméno, ale nikoli toto jméno používat, není informována rodina nebo přátele, i když si to mladý člověk přeje, dítě nemá zastání v případě odmítavého chování ze strany vyučujících a škol. personálu nebo vrstevníků, nevole účastnit se jiných podpůrných mechanismů, např. psychoterapeutických služeb a podpůrných skupin) také vykazují negativní následky, jako je nárůst depresivních symptomů (Pariseau a kol., 2019). Z těchto důvodů není vhodné ignorovat otázky mladých lidí ohledně genderu nebo oddalovat zohlednění jejich potřeb v tomto ohledu. Je důležité pochopit, že mladí lidé vyžadují individuální přístup a podporu, a respektovat jejich specifické potřeby související s genderovým projevem, identitou a způsobem, jakým se tyto aspekty v průběhu času mění. Toto porozumění je klíčové ve

všech sférách jejich života a ve všech typech vztahů, do kterých vstupují. Mladí lidé mohou potřebovat pomoc při zvládání stresu spojeného se snahou vyrovnat se s reakcemi ostatních na jejich zkoumání a změny identity během dospívání (např. Kuper, Lindley atd., 2019). Odborníci a odbornice by měli spolupracovat s rodiči a dalšími zaangažovanými osobami, které si budou souběžně zpracovávat vlastní obavy a pocity a vzdělávat se o genderové diverzitě, protože takové procesy nemusí nutně odrážet odmítnutí nebo lhostejnost, ale spíše snahu zaujmout postoj a shromažďovat informace, které podpoří jejich přijetí (např. Katz-Wise a kol., 2017).

Doporučení 6.5

Nedoporučujeme aplikovat reparativní či konverzní terapii ve snaze změnit genderovou identitu člověka a žité genderové vyjádření tak, aby více odpovídaly pohlaví přiřazenému při narození.

Někteří odborníci a odbornice, sekulární či náboženské organizace a některé rodiny odmítající genderovou rozmanitost podniknou kroky k zamezení projevů této diverzity u dospívajících nebo genderového vyjádření odlišného od pohlaví přiřazeného při narození. Takové snahy o potlačení reverzibilního sociálního vyjádření nebo tranzice se mohou manifestovat jako nepoužívání jména a rodu, s nimiž se mladý člověk identifikuje, nebo omezování jeho sebevyjádření formou oblékání a stylu účesu (Craig a kol., 2017; Green a kol., 2020). Tyto nepodporující postoje obvykle posilují názory, že genderová identita/vyjádření mladé osoby musí odpovídat genderu spojenému s pohlavím přiřazeným při narození nebo očekáváním na základě pohlaví přiřazeného při narození. Tato opatření a přístupy (někdy označované jako „léčba“) cílící na změnu genderové identity a vyjádření osoby, aby byly více v souladu s pohlavím přiřazeným při narození, však nevedou ke změně v genderové identitě (Craig a kol., 2017; Green a kol., 2020). Doporučujeme se takovým snahám vyhýbat, protože podle dostupných poznatků nejsou účinné a souvisí s vyšším výskytem duševních obtíží a horším psychickým fungováním (Craig a kol., 2017; Green a kol., 2020; Turban, Beckwith a kol., 2020).

Většina výzkumů hodnotících „konverzní terapii“ a „reparační terapii“ zkoumala dopad snah o změnu genderového vyjádření (maskulinity nebo femininity) a zaměňovala sexuální orientaci za genderovou identitu (APA, 2009; Burnes a kol., 2016; Craig a kol., 2017). Některé z těchto snah cílily na obě oblasti – genderovou identitu a vyjádření (AACAP, 2018). „Konverzní/reparační terapie“ byla spojena s větším výskytem úzkosti, deprese, sebevražedných myšlenek, pokusů o sebevraždu a vyhýbání se lékařské péči (Craig a kol., 2017; Green a kol., 2020; Turban, Beckwith a kol., 2020). Kritika některých z těchto studií kvůli zvolené metodice či závěrům (např. D'Angelo a kol., 2020) by neměla odvádět pozornost od faktu, že snahy měnit identitu osoby jsou klinicky a eticky neudržitelné. Doporučujeme vyvarovat se jakékoliv formy konverze nebo pokusů o změnu genderové identity, protože 1) jak sekulární, tak náboženské snahy měnit genderovou identitu/vyjádření byly spojeny s negativním psychickým fungováním, které přetrvává do dospělosti (Turban, Beckwith a kol., 2020); a 2) existují významnější etické důvody, které zdůrazňují respekt k genderově rozmanitým identitám.

Je důležité si uvědomit, že potenciální faktory ovlivňující genderovou zkušenost mladé osoby a projevy genderového nesouladu probíhající v rámci podpory procesu sebepoznání nejsou považovány za „reparativní terapii“, neexistuje-li žádný předem stanovený cíl změnit nebo prosazovat konkrétní genderovou identitu nebo vyjádření (AACAP, 2018; viz Doporučení 6.2). K zajištění terapeutického efektu tohoto zkoumání je vhodné vést diskuse v pozitivním a podpůrném duchu o krocích, které v souvislosti s genderovým vyjádřením proběhly, byly nebo jsou plánovány. Tyto diskuze by měly zahrnovat témata týkající se toho, co bylo v minulosti pro klienta užitečné nebo afirmativní, co naopak nepomohlo nebo vyvolalo obavy, a proč tomu tak bylo. Doporučujeme na tyto kroky a diskuse reagovat pozitivně a v souladu s principy a směry stanovenými v Doporučení 6.4.

Doporučení 6.6

Navrhujeme, aby byly transgender a genderově rozmanitým dospívajícím poskytnuty informace o zdravotních aspektech týkajících se svazování hrudníku (binding) a zastrkování genitálií (tucking), včetně všech přínosů a rizik využívání těchto metod.

Mladí TGR lidé mohou prožívat úzkost spojenou s anatomickým vzhledem svého hrudníku a pohlavních orgánů. Praxe jako svazování hrudníku, jeho vycpávání, zakrývání či vycpávání genitálií jsou reverzibilní nemedicínské intervence, které mohou pomoci tuto úzkost zmírnit (Callen-Lorde, 2020a, 2020b; Deutsch, 2016a; Olson-Kennedy, Rosenthal a kol., 2018; Transcare BC, 2020). Je důležité vyhodnotit míru úzkosti spojené s fyzickým vývojem nebo anatomickými rysy, informovat mladé lidi o potenciálních nemedicínských intervencích ke zmírnění této úzkosti a diskutovat o bezpečné aplikaci těchto pomůcek.

Svazování hrudníku představuje stlačení tkáně prsou za účelem vytvoření ploššího vzhledu. Studie naznačují, že až 87% trans-maskulinních klientů

uvádí praktikování svazování hrudníku v minulosti (Jones, 2015; Peitzmeier, 2017). Metody svazování mohou zahrnovat použití komerčních svazovacích pomůcek, sportovní podprsenky, vrstvení triček, vrstvení sportovních podprsenek nebo použití elastických nebo jiných obvazů (Peitzmeier, 2017). V současné době většina mladých lidí uvádí, že se dozvěděla o praxi svazování prostřednictvím online komunity svých vrstevníků (Julian, 2019). Poskytovatelé zdravotní péče mohou hrát důležitou roli v tom, aby mladí lidé obdrželi přesné a spolehlivé informace o potenciálních výhodách a rizicích svazování hrudníku. Navíc mohou s klienty konzultovat bezpečné metody svazování hrudníku a sledovat možné negativní zdravotní účinky. I když existují potenciální negativní fyzické dopady této metody, mladí lidé, kteří ji praktikují, uvádějí řadu přínosů, včetně zvýšeného pohodlí a bezpečnosti a nižšího výskytu chybné genderové kategorizace (Julian, 2019). Běžné negativní zdravotní dopady svazování hrudníku u mládeže zahrnují bolest zad/hrudníku, dušnost a přehřátí (Julian, 2019). Závažnější negativní zdravotní dopady, jako jsou infekce kůže, infekce dýchacích cest a zlomeniny žeber, jsou vzácné a byly zjištěny u dospělých (Peitzmeier, 2017). Pokud se svazování provádí, měly by se mládeži doporučit pouze metody považované za bezpečné, jako jsou svazovací pomůcky speciálně navržené pro genderově rozmanitou populaci, aby se snížilo riziko vážných negativních zdravotních účinků. Metody svazování hrudníku považované za nebezpečné zahrnují použití lepicí pásky, elastických obvazů a plastové fólie, protože mohou omezovat průtok krve, poškozovat kůži a omezovat dýchání. Pokud mladí lidé hlásí negativní zdravotní dopady svazování hrudníku, měl by je ideálně řešit genderově afirmativní poskytovatel zdravotní péče se zkušenostmi v péči o mladé TGR osoby.

Zastrkování genitálií (tucking) je metodou, při které dojde k umístění penisu a varlat tak, aby se snížila vnější patrnost genitálií. Metody zastrkování mohou zahrnovat zastrčení penisu a varlat mezi nohy nebo zasunutí varlat do tříselného kanálu a stáhnutí penisu mezi nohy. Obvykle jsou genitálie udržovány na svém místě pomocí spodního prádla nebo gaffu – pomůcky, kterou lze vyrobit nebo zakoupit. Existuje jen omezený počet studií zaměřených na konkrétní rizika a přínosy zastrkování genitálií u dospělých, a u mládeže nebyly provedeny žádné. Předchozí studie uvádějí, že těsné spodní prádlo souvisí se sníženou koncentrací a pohyblivostí spermií. Kromě toho mohou zvýšené teploty šourku souviset se zhoršenými vlastnostmi spermií a zastrkování genitálií by teoreticky mohlo ovlivnit spermatogenezi a plodnost (Marsh, 2019), ačkoli neexistují žádné definitivní studie hodnotící tyto nepříznivé výsledky. K vyhodnocení dalších možných konkrétních přínosů a rizik zastrkování genitálií u mládeže je potřeba další výzkum.

Doporučení 6.7

Poskytovatelé péče by měli zvážit předepsání přípravků potlačujících menstruaci u dospívajících prožívajících genderový nesoulad, kteří nechtějí podstupovat hormonální terapii testosteronem, nebo u těch, kdo ji podstupovat chtějí, ale ještě s ní nezačali, případně v kombinaci s terapií testosteronem při krvácení mimo menstruační cyklus.

V rámci diskuze o dostupných možnostech léků na potlačení menstruace u mladých TGR osob je důležité tyto osoby zapojit do rozhodování, používat genderově inkluzivní jazyk (například se ptát, jakými termíny samy označují menstruaci, reprodukční a pohlavní orgány) a provádět vyšetření citlivým a genderově afirmativním způsobem (Bonnington a kol., 2020; Krempasky a kol., 2020). Neexistují formální výzkumy, které by zkoumaly, jak může potlačení menstruace ovlivnit genderový nesoulad a/nebo dysforii. Nicméně použití prostředků k potlačení menstruace může představovat počáteční intervenci, která umožní další zkoumání cílů péče souvisejících s genderem, upřednostňování jiné péče o duševní zdraví nebo obojí, zejména pro ty, kteří zažívají zhoršení genderové dysforie z důvodu nechtěného krvácení z dělohy (viz Doporučení 6.12d; Mehringer & Dowshen, 2019). Není-li aplikován testosteron, lze potlačení menstruace dosáhnout pomocí gestagenu. Za účelem vyloučení menstruačních poruch je před zahájením terapie potlačující menstruaci důležité získat podrobný přehled o dosavadním průběhu menstruace a předchozích vyšetřeních (Carswell & Roberts, 2017). V rámci diskuze o léčbě potlačující menstruaci je třeba také řešit potřebu antikoncepce a poskytovat informace o účinnosti léků na potlačení menstruace jako metody antikoncepce (Bonnington a kol., 2020). Je vhodné nabízet různé možnosti potlačení menstruace, jako jsou kombinované estrogen-progestinové léky, perorální gestageny, depo a subdermální gestageny a nitroděložní tělíska (IUDs), aby bylo možné nastavit individualizovaný plán léčby s ohledem na dostupnost, náklady a pojištění, stejně jako na kontraindikace a vedlejší účinky (Kanj a kol., 2019).

Léky obsahující pouze progestin představují další možnost zejména pro mladé trans-maskulinní nebo nebinární osoby, které nechtějí podstupovat terapii zahrnující estrogen. Tato léčba je také vhodná pro osoby se zvýšeným rizikem krevních sraženin (tromboembolických událostí) nebo jinými zdravot-

ními kontraindikacemi terapie estrogenem (Carswell & Roberts, 2017). Léky obsahující pouze progestin zahrnují perorální progestiny, injekci depomedroxyprogesteronu, implantát etonogestrelu a nitroděložní zařízení s levonorgestrelem (Schwartz a kol., 2019). Možnosti léčby zahrnující pouze progestin se liší ve své účinnosti v potlačení menstruace a mají nižší úspěšnost v dosahování amenorey než kombinovaná perorální antikoncepce (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Podrobnější popis relevantních klinických studií je uveden v Kapitole 12 – Hormonální terapie. Lékařští odborníci a odbornice by neměli předpokládat preferovanou metodu podávání, protože někteří trans-maskulinní mladí lidé mohou upřednostňovat vaginální kroužky nebo implantáty IUD (Akgul a kol., 2019). Ačkoli hormonální léky vyžadují monitorování potenciálních výkyvů nálady, depresivních účinků nebo obojího, výhody a rizika neupraveného potlačení menstruace v kontextu genderové dysforie by měly být hodnoceny individuálně. Někteří klienti se mohou rozhodnout pro kombinovanou perorální antikoncepci, která zahrnuje různé kombinace ethinyl estradiolu s různými dávkami a různými generacemi gestagenů (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Komponenty kombinovaných perorálních antikoncepčních tablet s nižší dávkou ethinylestradiolu jsou spojeny s vyšší mírou intermenstruačního krvácení z dělohy. Kontinuálně podávané kombinované perorální antikoncepční prostředky mohou být použity k dosažení nepřetržitého potlačení menstruace a mohou být podávány i v transdermální formě nebo jako vaginální kroužky.

Použití analog gonadotropin uvolňujícího hormonu (GnRH) může rovněž vést k potlačení menstruace. Doporučujeme však, aby mladí TGR lidé splňovali kritéria způsobilosti (jak je popsáno v bodě 6.12) pro aplikaci tohoto léku pouze pro tento účel (Carswell & Roberts, 2017; Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Léky na potlačení menstruace mohou být indikovány rovněž jako doplňková terapie pro průlomové krvácení z dělohy, které může nastat při užívání exogenního testosteronu, nebo jako přechodná léčba při čekání na potlačení menstruace pomocí terapie testosteronem. Je-li exogenní testosteron použit jako genderově afirmativní hormon, obvykle se dosáhne potlačení menstruace během prvních šesti měsíců terapie (Ahmad & Leinung, 2017). Nicméně je důležité, aby dospívající byli poučeni o tom, že i v případě amenorey může stále nastat ovulace a těhotenství (Gomez a kol., 2020; Kanj a kol., 2019).

Doporučení 6.8

Odborníci a odbornice v oblasti zdraví by měli s transgender a genderově rozmanitými dospívajícími a případně s jejich pečovateli, zůstat v průběžném kontaktu a podpořit tak jejich aktivní účast na rozhodování ohledně využití možností blokace puberty, hormonální terapie či genderově afirmativních operací v průběhu celé doby poskytování péče, a to až do doby jejich přeřazení do systému zdravotní péče pro dospělé.

Zdravotničtí pracovníci s odborností v oblasti vývoje dětí a dospívajících, jak je popsáno v Doporučení 6.1, hrají důležitou roli v rámci kontinuity péče o mladé lidi a řešení jejich potřeb spojených s genderovou identitou. Podpora dospívajících a jejich rodiny vyžaduje přístup k péči s ohledem na vývojový rámec, skrze který lze postupem času porozumět evoluci psychické dospělosti mladé osoby a jejím potřebám v péči. Cesty k genderově afirmativní péči se liší v závislosti na potřebách a zkušenostech jednotlivých TGR dospívajících, rozhodnutí ohledně těchto postupů (potlačení puberty, estrogeny/androgeny, chirurgické zákroky pro potvrzení identity) tedy mohou nastat v různých časových momentech v průběhu několika let. Dlouhodobý výzkum, který demonstroval přínosy potlačení puberty a terapie genderově afirmativními hormony, byl prováděn v prostředí, kde byl udržován kontinuální klinický vztah mezi dospívajícími/rodinami a multidisciplinárním týmem (de Vries a kol., 2014).

Dospívajícím a jejich pečovatelům je potřeba poskytnout prostor, aby mohli sdílet důležité psychosociální aspekty duševní pohody (například dynamiku rodiny, školní prostředí, romantické a sexuální zkušenosti), které kontextualizují individuální potřeby a rozhodnutí týkající se genderově afirmativní péče, jak je popsáno jinde v této kapitole. Trvalý klinický vztah se může odvíjet v různých prostředích, ať už jde o spolupracující multidisciplinární tým nebo poskytovatele v různých lokalitách. Vzhledem k rozmanitým obtížím, se kterými se mohou marginalizované skupiny při hledání specializovaných center pro genderovou péči setkat, je důležité, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví byli vůči těmto překážkám citliví a současně otevření a flexibilní při vytváření trvalého profesionálního vztahu v konkrétním kontextu genderové péče.

Trvalý vztah, jenž zvyšuje odolnost mládeže a poskytuje podporu rodičům/pečovatelům, kteří mohou mít své vlastní potřeby, může nakonec dopomoci k lepšímu přijetí ze strany rodičů v případech, kdy takové přijetí chybí, což přináší lepší výsledky v oblasti duševní pohody u mládeže (Ryan, Huebner a kol., 2009).

Doporučení 6.9

Do procesu posuzování, zda je pro genderově rozmanité a transgender dospívající vhodné potlačení puberty, zahájení hormonální terapie nebo operace směřující k afirmaci genderu, doporučujeme zahrnout relevantní odborníky z příslušných oblastí péče, včetně odborníků na duševní zdraví a další lékařské disciplíny. Rovněž by mělo být zajištěno, že tato indikace bude platit v průběhu celého procesu péče, až do doby zařazení klientů a klientek do systému zdravotní péče pro dospělé.

Pro dospívající s genderovou dysforií/nesouladem, kteří vyžadují genderově afirmativní péči, je přínosná spolupráce odborníků a odbornic napříč disciplínami. Poskytování péče mladistvým s genderovou dysforií zahrnuje 1) diagnostické posouzení (viz Doporučení 6.3, 6.12a a 6.12b), které provádí specializovaný genderový odborník či odbornice (jak je definováno v Doporučení 6.1), kdykoli je to možné a nutné; a 2) posouzení léčby při předepisování, aplikaci a sledování účinků léků v rámci genderově afirmativní péče, což vyžaduje školení příslušného odborníka či odbornice. Seznam klíčových disciplín zahrnuje např. pediatrii/primární péči, endokrinologii, psychologii, psychiatrii, patologii řeči/jazyka, sociální práci, podpůrný personál a chirurgické profese.

Nové vědecké důkazy poukazují na klinický přínos v případě transgender dospívajících, kteří získali genderově afirmativní péči na multidisciplinární genderové klinice (de Vries a kol., 2014; Kuper a kol., 2020; Tollit a kol., 2019). Dospívající požadující genderově afirmativní péči na multidisciplinární klinice představují velmi komplexní případy, které vyžadují úzkou spolupráci mezi odborníky a odbornicemi na duševní zdraví, lékaři a chirurgy (McCallion a kol., 2021; Sorbara a kol., 2020; Tishelman a kol., 2015).

Jelikož ne všichni klienti či klientky a jejich rodiny žijí v regionu či lokalitě s přístupem k multidisciplinární péči, neměl by nedostatek dostupných odborností bránit v tom, aby mladí lidé získali potřebnou péči včas. Pokud jsou zejména v centrech s již existujícími multidisciplinárními týmy k dispozici odborníci či odbornice, je třeba usilovat o jejich zahrnutí do vznikajícího týmu pro genderovou péči. To však neznamená, že jsou pro poskytování péče konkrétnímu mladému člověku a jeho rodině nezbytné všechny odborné disciplíny.

Pokud je vyžadována písemná dokumentace nebo potvrzení pro doporučení genderově afirmativní péče o dospívající, je potřeba pouze jedno posouzení od člena či členky multidisciplinárního týmu. Toto posouzení musí odrážet hodnocení a názor týmu, který zahrnuje jak odbornice a odborníky v oblasti lékařské péče, tak v oblasti duševního zdraví (American Psychological Association, 2015; Hembree a kol., 2017; Telfer a kol., 2018). Další výsledky hodnocení a písemné posudky lze vyžádat v případě specifické klinické potřeby nebo pokud se členové či členky týmu nacházejí na různých pracovištích nebo si přejí vypracovat vlastní shrnutí. Další informace jsou uvedeny v Kapitole 5 – Posouzení dospělých, Doporučení 5.5.

Doporučení 6.10

Doporučujeme, aby zdravotničtí odborníci a odbornice pracující s trans a genderově rozmanitými dospívajícími, kteří žádají o lékařskou/chirurgickou intervenci směřující k afirmaci genderové identity, před zahájením této intervence své klienty a klientky informovali o jejím vlivu na reprodukční funkce, včetně potenciální ztráty plodnosti, a o dostupných možnostech zachování plodnosti v kontextu stadia pubertálního vývoje daného klienta či klientky.

Při posuzování dospívajících, kteří vyžadují genderově afirmativní intervence, by odborníci a odbornice ve zdravotnictví měli diskutovat o konkrétních dopadech požadované péče na reprodukční funkce. Problémy s plodností a konkrétní možnosti jejího zachování jsou podrobněji popsány v Kapitole 12 – Hormonální terapie a Kapitole 16 – Reprodukční zdraví.

Odborníci a odbornice by měli být obeznámeni s možnostmi zachování plodnosti, aby tyto informace mohli dále předat dospívajícím. Rodiče by se rovněž měli seznámit s výhodami a nevýhodami těchto dostupných metod. Poskytovatelé péče by měli brát v potaz, že dospívající a jejich rodiče mohou mít k těmto reprodukčním možnostem různý postoj a mohou proto dospět k odlišným rozhodnutím (Quain a kol., 2020). Na základě těchto informací pak mohou pomoci dospívající a jejich rodiče v rámci rozhodování lépe nasměrovat.

Odborníci a odbornice by měli věnovat zvláštní pozornost vývojovým a psychologickým aspektům zachování plodnosti a také rozhodovací kompetenci jednotlivých dospívajících. V případech, kdy se dospívající cítí jistí svým postojem ohledně zachování své reprodukční schopnosti, je i nadále důležité konzultovat situaci s odborníky či odbornicemi s dostatečnou zkušeností a znalostmi ohledně vývoje dospívajících a zkušeností s prací s rodiči. Tato diskuze by se měla soustředit i na možnost, že se jejich postoj v otázce vlastních biologických potomků časem změní.

Zvládání dlouhodobých dopadů genderově afirmativních intervencí na plodnost a zajištění realistických očekávání ohledně možností zachování

plodnosti nebo adopce na straně transgender dospívajících nelze vyřešit v rámci jednorázového rozhovoru, ale mělo by to být součástí průběžné komunikace. Tato komunikace by měla probíhat nejen před zahájením jakékoli lékařské intervence (potlačení puberty, hormonální terapie nebo operace), ale také během další lékařské péče a procesu tranzice.

V současné době jsou k dispozici pouze předběžné výsledky retrospektivních studií zaměřených na transgender dospělé a jejich rozhodnutí v mládí týkající se dopadů genderově afirmativních lékařských postupů na jejich plodnost. Důležité je nepředpokládat cíle dospívajících v tomto ohledu v dospělosti. Výzkum u dětí, které překonaly zhoubné onemocnění, zjistil, že ty osoby, které promeškaly příležitost k zachování plodnosti, uváděly stres a lítost ohledně potenciální neplodnosti (Armuand a kol., 2014; Ellis a kol., 2016; Lehmann a kol., 2017). Některé osoby, které před léčbou neprioritizovaly biologické potomstvo, po překonání zhoubného onemocnění navíc uváděly, že „změnily názor" (Armuand a kol., 2014).

Vzhledem ke složitosti různých možností zachování plodnosti a obtížím, se kterými se mohou odborníci a odbornice při diskuzi o plodnosti s adolescentem a rodinou setkat (Tishelman a kol., 2019), je důležité zvážit tuto konzultaci u všech transgender dospívajících, kteří volí genderově afirmativní lékařskou péči. To je však možné pouze v případě, že je tato konzultace hrazena ze zdravotního pojištění, je lokálně dostupná a umožňují ji individuální okolnosti.

Doporučení 6.11

Pokud je u dospívajících indikována genderově afirmativní intervence, včetně té chirurgické, je vhodné, aby odborníci a odbornice pracující s transgender a genderově rozmanitými dospívajícími do procesu posuzování a samotné péče zapojili rodiče/opatrovníky, pokud jejich zapojení není vyhodnoceno pro daného klienta či klientku jako rizikové a pokud je jeho realizace možná.

Existuje-li indikace, že by pro adolescenta mohla být genderově afirmativní intervence prospěšná, doporučujeme téměř ve všech případech do procesu posouzení zapojit rodiče nebo primárního opatrovníka či pečovatele (Edwards-Leeper & Spack, 2012; Rafferty a kol., 2018). Výjimkou mohou být situace, kdy je adolescent svěřen do pěstounské péče, institucionální výchovné péče či do služeb pro ochranu dětí, přičemž péče a účast ze strany rodičů není možná, je nevhodná či riziková. Rodinná podpora a podpora rodičů TGR mládeže je hlavním prediktorem pohody TGR mládeže a chrání její duševní zdraví (Gower, Rider, Coleman a kol., 2018; Grossman a kol., 2019; Lefevor a kol., 2019; McConnell a kol., 2015; Pariseau a kol., 2019; Ryan, 2009; Ryan a kol., 2010; Simons a kol., 2013; Wilson a kol., 2016). Jedním z nejlepších přístupů je zahrnutí rodičů/pečovatelů do posuzovacího procesu s cílem podnítit a usnadnit porozumění a podporu ze strany rodičů směrem k dospívajícím.

Rodiče/pečovatelé mohou klinickému týmu poskytnout klíčové informace, jako je průběh vývoje genderové identity u mladé osoby a její celková vývojová, medicínská a psychologická anamnéza, stejně jako vhled do toho, jakou v současné době vykazuje míru podpory, obecného fungování a pohody. Shody nebo rozpory v informacích poskytnutých adolescentem a jeho rodiči/pečovateli mohou být pro tým provádějící posouzení důležitými indikátory při navrhování a poskytování individuální podpory pro konkrétního dospívajícího a jeho rodinu (De Los Reyes a kol., 2019; Katz-Wise a kol., 2017). Znalost rodinného kontextu, včetně faktorů odolnosti a obtíží, může pomoci poskytovatelům zjistit, kam je potřeba především cílit podporu během poskytování péče. Zapojení rodičů/pečovatelů je také důležité pro vzdělávání rodinných příslušníků ohledně dostupných přístupů k péči, následné péče a potřeb a možných komplikací lékařských intervencí. Díky psychoedukaci ohledně klinických možností péče o gender a účasti na hodnotícím procesu, který se může rozvíjet v průběhu času, mohou rodiče/pečovatelé lépe porozumět genderové zkušenosti svého dospívajícího dítěte a jeho potřebám (Andrzejewski a kol., 2020; Katz-Wise a kol., 2017).

Obavy nebo otázky rodičů/pečovatelů ohledně stability potřeb spojených s genderovou identitou v průběhu času a dopadů různých genderově afirmativních intervencí jsou běžné a je třeba je brát na vědomí. Rodiče/pečovatelé by měli mít příležitost tyto dotazy pokládat a v některých případech mohou být jejich otázky nebo obavy dokonce přínosné v rámci rozhodování ohledně lékařské péče a jejího plánování. Informace od rodiče/pečovatele mohou poskytnout rozhodující kontext v situacích, kdy u mladé osoby došlo v nedávné době nebo náhle k uvědomění si vlastní genderové rozmanitosti, s čímž souvisí její požadavek na genderově afirmativní péči, nebo kdy existuje obava z možného nadměrného vlivu vrstevníků a sociálních médií na aktuální genderové sebepojetí dané mladé osoby. Jerovněž klíčové zasadit informace o genderové historii dospívající osoby od rodičů/pečovatelů do příslušného kontextu, jelikož se mohou nebo nemusí shodovat s informacemi od této osoby samotné. Rodiče/pečovatelé rovněž nemusí být obeznámeni s historií vývoje genderové identity, protože gender může být u mládeže vnitřní zkušeností, o které ostatní nemají povědomí a o které se nevede otevřená diskuze.

Z tohoto důvodu jsou informace ze strany adolescenta o jeho genderové historii a zkušenostech klíčovým prvkem v rámci procesu posouzení.

Někteří rodiče mohou mít nevstřícný nebo přímo odmítavý postoj k TGR identitám, klinické genderově afirmativní péči nebo k obojímu (Clark a kol., 2020). Takový postoj je důležitou terapeutickou zakázkou v kontextu dané rodiny. Ačkoli může být postoj rodičů v některých případech zdánlivě stabilní, poskytovatelé by neměli předpokládat, že tomu tak je. Existuje mnoho příkladů rodičů/pečovatelů, kteří časem díky podpoře a psychoedukaci genderovou rozmanitost svého TGR dítěte a jeho potřeb ohledně péče lépe přijali.

Hlavním cílem je pomoci mládeži a rodičům/pečovatelům spolupracovat ohledně důležitých rozhodnutí týkajících se volby genderově afirmativní péče. V některých případech však mohou rodiče/pečovatelé odmítat respektovat genderové potřeby svého dospívajícího dítěte a nemusí být ochotní se procesu klinického posouzení účastnit. V těchto případech může mládež potřebovat pro další kroky v rámci nezbytné péče podporu a pomoc širších podpůrných systémů (Dubin a kol., 2020).

Doporučení 6.12

Odborníci a odbornice posuzující transgender a genderově rozmanité dospívající by měli doporučit genderově afirmativní péči nebo chirurgickou intervenci směřující k afirmaci genderu na žádost klienta či klientky pouze tehdy, pokud:

Doporučení 6.12.a

Dospívající splňuje diagnostická kritéria genderového nesouladu podle MKN-11 v situacích, kdy je pro přístup ke zdravotní péči nutná diagnóza. V zemích, které neimplementovaly nejnovější verzi MKN, lze použít jinou klasifikaci; mělo by však být vynaloženo úsilí, aby bylo co nejdříve možné uplatnit nejnovější verzi MKN.

Při práci s mladými TGR osobami by si měli být odborníci a odbornice ve zdravotnictví vědomi, že ačkoli může medicínská klasifikace umožnit přístup k péči, patologizace transgender identit může být rovněž vnímána jako stigmatizující (Beek a kol., 2016). Diagnostická posouzení týkající se genderového zdraví a genderové rozmanitosti byla podrobena kritice a ohledně diagnostických systémů panují kontroverze (Drescher, 2016).

Odborníci a odbornice by měli posoudit celkový vývoj prožívání genderové identity a potřeby související s péčí o genderově rozmanitou mládež. Pokud je třeba získat přístup k genderově afirmativní péči související s transgender identitou, mohou v průběhu tohoto posouzení stanovit potřebnou diagnózu.

Genderový nesoulad a genderová dysforie jsou dva diagnostické termíny používané Světovou zdravotnickou organizací v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN) a Americkou psychiatrickou asociací v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM). Z těchto dvou aplikovaných klasifikačních systémů je DSM určen pouze pro psychiatrické klasifikace a MKN zahrnuje všechny nemoci a stavy týkající se fyzického i duševního zdraví. Nejnovější verze těchto dvou systémů, DSM-5 a MKN-11, odráží dlouhou historii rekonceptualizace a depsychopatologizace diagnostických klasifikací spojených s genderovou identitou (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 2019a). Ve srovnání s předchozí verzí nahradila DSM-5 diagnózu poruchy genderové identity diagnózou genderové dysforie, která rozeznává obtíže, jež někteří lidé zažívají v důsledku nesouladu mezi prožívanou genderovou identitou a pohlavím přiřazeným při narození. V nejnovější revizi DSM-5-TR nejsou provedeny žádné změny v diagnostických kritériích genderové dysforie. Terminologie však byla upravena v kontextu vývoje jazyka (např. „gender při narození“ místo „natální gender“ a „genderová péče“ místo „změna pohlaví“) (American Psychiatric Association, 2022). Ve srovnání s desátou verzí MKN byla klasifikace genderového nesouladu v MKN-11 přesunuta z kapitoly o duševním zdraví do kapitoly o stavech souvisejících se sexuálním zdravím. V porovnání s klasifikací genderové dysforie v DSM-5 je z hlediska změny koncepce nutné vzít v potaz, že MKN-11 nevyžaduje jako indikátor genderového nesouladu pocity utrpení (WHO, 2019a). U osob vyrůstajících v podporujícím a přijímajícím prostředí nemusí být v případě genderového nesouladu uplatnitelná kritéria psychického utrpení a újmy, která jsou inherentní součástí každého duševního onemocnění (Drescher, 2012). Z tohoto důvodu může klasifikace genderového nesouladu v MKN-11 lépe pojmout složitost zkušeností s genderovou rozmanitostí a souvisejícími klinickými potřebami.

Kritéria pro klasifikaci genderového nesouladu v dospívání nebo dospělosti podle MKN-11 vyžadují výrazný a trvalý nesoulad mezi prožívaným genderem jednotlivce a přiřazeným pohlavím, což často vede k potřebě „tranzice“ umožňující život a přijetí v souladu s prožívaným genderem. U některých osob zahrnuje hormonální léčbu, chirurgické intervence nebo jinou zdravotní péči, díky níž se tělesné rysy podle potřeby přizpůsobí prožívanému genderu. U dospívajících je indikátorem skutečnost, že diagnostická klasifikace nemůže být přiřazena „před nástupem puberty“. Nakonec je uvedeno, že

„genderově variantní chování a preference samy o sobě nejsou základem pro přiřazení klasifikace“ (WHO, MKN-11, 2019a).

Kritéria pro klasifikaci genderové dysforie v dospívání a dospělosti podle DSM-5 a DSM-5-TR označují „výrazný nesoulad mezi prožívaným/projevovaným genderem a přiřazeným pohlavím, trvající alespoň 6 měsíců“ (kritérium A, splněno při manifestaci 2 z 6 vedlejších kritérií; DSM-5, APA, 2013; DSM 5-TR, APA, 2022).

Zde je třeba poznamenat, že ačkoli je diagnostická klasifikace genderového nesouladu jedním z požadavků pro získání genderově afirmativní péče, taková klasifikace samotná neznačí, že osoba tuto lékařskou genderově afirmativní péči potřebuje. Rozsah zkušeností mládeže s genderovým nesouladem vyžaduje, aby odborníci a odbornice poskytovali řadu léčebných procedur nebo intervencí na základě individuálních potřeb. Poradenství, zkoumání genderu, hodnocení duševního zdraví a, pokud je to potřeba, péči odborníků a odbornic na duševní zdraví vyškolených v oblasti vývoje genderové identity lze indikovat při paralelním poskytování genderově afirmativní péče, ale i bez ní.

Doporučení 6.12.b

Zkušenost s genderovou rozmanitostí/nesouladem je výrazná a přetrvávající.

Zkoumání a konsolidace identity jsou běžnou zkušeností u řady dospívajících (Klimstra a kol., 2010; Topolewska-Siedzik & Cieciuch, 2018). Zkoumání identity během dospívání může zahrnovat proces sebepoznání z hlediska genderu a genderové identity (Steensma, Kreukels a kol., 2013). O procesech, které stojí za konsolidací genderové identity během adolescence (například ztotožnění se s určitou identitou), se však ví jenom málo.

Z tohoto důvodu je třeba při zahájení poskytování péče zvážit míru reverzibility genderově afirmativní intervence a délku doby, po kterou mladý člověk genderový nesoulad zažívá. Vzhledem k možným změnám v prožívání souvisejícím s genderovou identitou a potřebám během adolescence je důležité zjistit, zda mladý člověk před zahájením hůře vratných intervencí (např. genderově afirmativní hormonální terapie nebo operace) zažíval několik let trvající genderový nesoulad. Potlačení puberty, které poskytuje mladším dospívajícím více času na rozhodnutí, také vede k důležitým úvahám (viz Doporučení 6.12f a Kapitola 12 – Hormonální terapie) o tom, do jaké míry je důležitá dlouhotrvající zkušenost s genderovým nesouladem/rozmanitostí před zahájením této intervence. U této věkové skupiny mladých dospívajících to však není vždy praktické ani nutné, jelikož tato péče slouží jako prostředek k získání času a zároveň zamezení stresu z nevratných změn v pubertě. Pro mládež, která vykazuje kratší období genderového nesouladu, může i sociální podpora v tranzici nebo jiné lékařské intervence, jako je potlačení menstruace nebo blokátory androgenů, přinést určitou úlevu a poskytnout klinickému týmu další informace o širokém spektru genderových potřeb daného mladého člověka (viz Doporučení 6.4, 6.6 a 6.7).

Doložení trvalé genderové rozmanitosti/nekonformity obvykle vyžaduje pečlivé posouzení ve spolupráci s mladým člověkem v delším časovém rámci (viz Doporučení 6.3). Pokud je to možné a vhodné, měl by proces posouzení a rozpoznání genderové rozmanitosti zahrnout také rodiče/pečovatele (viz Doporučení 6.11). Důkazy o trvalé genderové rozmanitosti/nekonformitě, které nejsou zdokumentovány v lékařských záznamech, lze získat v rámci anamnézy přímo od adolescenta a jeho rodičů/pečovatelů.

Výzkumná literatura týkající se kontinuity či diskontinuity potřeb nebo požadavků na genderově afirmativní léčbu je komplexní a poněkud obtížně interpretovatelná. Řada studií provedených během posledních několika desetiletí, včetně těch, které vykazují metodické nedostatky (Temple Newhook a kol., 2018; Winters a kol., 2018), naznačuje, že zkušenost s genderovým nesouladem není u všech dětí při vstupu do dospívání konzistentní. Například u podmnožiny mládeže, která zakoušela genderový nesoulad nebo podstoupila sociální tranzici před pubertou, může časem nastat zmírnění nebo dokonce úplné vymizení genderového nesouladu (de Vries a kol., 2010; Olson a kol., 2022; Ristori & Steensma, 2016; Singh a kol., 2021; Wagner a kol., 2021). Existuje však několik málo výzkumů zaměřených na míru kontinuity a diskontinuity genderového nesouladu a genderových potřeb v pubertální a adolescentní populaci. Dostupná data týkající se rozsáhlých neselektovaných kohort pubertálních/adolescentních osob (z amsterdamské transgender kliniky), kterým byla poskytnuta genderově afirmativní péče, naznačují, že po rozsáhlém hodnocení v průběhu času určitá podmnožina dospívajících s genderovým nesouladem nechce pokračovat v genderově potvrzující lékařské péči (Arnoldussen a kol., 2019; de Vries, Steensma a kol., 2011). Zjištění ze studií u pubertálních/adolescentních osob s genderovým nesouladem, u kterých byla provedena rozsáhlá genderová evaluace v průběhu času, ukazují, že jen málo dospívajících vykazuje následně lítost ohledně svých rozhodnutí o genderově afirmativní lékařské péči (de Vries a kol., 2014; Wiepjes a kol., 2018). Kriticky je třeba poznamenat, že tato zjištění ohledně nízké míry lítosti lze v současné době aplikovat pouze na mládež, u které

se prokázal trvalý genderový nesoulad a genderové potřeby v průběhu delšího časového období, jak je stanoveno prostřednictvím komplexní a opakované evaluace (viz Doporučení 6.3).

Doporučení 6.12.c

Dospívající prokazuje psychickou a kognitivní zralost potřebnou k poskytnutí informovaného souhlasu s léčbou.

Informovaný souhlas se vydává na základě komunikace mezi poskytovatelem péče a klientem či klientkou o tom, zda rozumí možnému zákroku, a následně na základě rozhodnutí, zda tento zákrok chce podstoupit. U nezletilých je ve většině případů klíčovou součástí procesu zákonný zástupce. Pokud je péče indikována, uděluje informovaný souhlas zákonný zástupce, často rodič či pečovatel. U nezletilých představuje informovaný souhlas paralelní proces, během něhož daný poskytovatel péče a nezletilý diskutují o zákroku a lékař hodnotí míru porozumění a záměr mladého klienta či klienty.

Nezbytným krokem při zvažování genderově afirmativní lékařské péče je podrobná diskuse s odborníky a odbornicemi vyškolenými v posuzování psychické a kognitivní zralosti dospívajících. Je důležité prodiskutovat reverzibilní a nevratné dopady lékařské péče, možnosti zachování plodnosti a všechna potenciální rizika a výhody intervencí. Tyto diskuse jsou nezbytné pro získání informovaného souhlasu. Posouzení psychické a kognitivní zralosti je klíčové, jelikož pomáhá lépe porozumět informační kapacitě dospívajících.

Schopnosti potřebné k udělení souhlasu/svolení ze strany nezletilého k jakémukoli lékařskému zákroku či léčbě zahrnují schopnost 1) pochopit podstatu léčby; 2) zvážit možnosti léčby, včetně rizik a přínosů; 3) pochopit význam rozhodnutí, včetně jeho dlouhodobých důsledků; a 4) vyjádřit svou volbu (Grootens-Wiegers a kol., 2017). V případě genderově afirmativních lékařských zákroků by měl být mladý člověk dobře informován o tom, co může a nemůže tato péče splnit, v jakém časovém rámci se běžně projeví změny (např. u genderově afirmativní hormonální terapie) a o důsledcích přerušení terapie. Mladí lidé s rozmanitou genderovou identitou by měli plně chápat reverzibilní, částečně reverzibilní a nevratné aspekty lékařských intervencí, stejně jako omezení toho, co je o určitých léčebných režimech známo (např. dopad potlačení puberty na vývoj mozku [Chen a Loshak, 2020]). Měli by také rozumět tomu, že i když mnoho mladých osob s rozmanitou genderovou identitou získá genderově afirmativní lékařskou péči a dlouhodobě ji považuje za vhodnou, určitá skupina osob časem zjistí, že tato péče pro ně není vhodná (Wiepjes a kol., 2018). Mladí lidé by měli vědět, že takové změny jsou někdy spojeny se změnou genderových potřeb v čase a v některých případech s posunem v genderové identitě samotné. S ohledem na tyto informace musí mladí genderově rozmanití lidé důsledně zvažovat možnosti v rámci této péče a zohledňovat důsledky předkládaných možností. Předpokladem pro poskytnutí souhlasu je navíc schopnost mladé genderově rozmanité osoby vyjádřit svou volbu.

Schopnosti potřebné k udělení souhlasu/svolení se u dospívajících nemusí nutně vyvinout ve specifickém věku (Grootens-Wiegers a kol., 2017). V těchto schopnostech mohou existovat rozdíly v důsledku vývojových diferencí a projevů v oblasti duševního zdraví a také v závislosti na možnostech tuto dovednost rozvíjet (Shumer & Tishelman, 2015) (Alderson, 2007). Posouzení psychické a kognitivní zralosti musí navíc proběhnout samostatně pro každé jednotlivé rozhodnutí týkající se genderové identity (Vrouenraets a kol., 2021).

Následující otázky mohou být užitečné pro posouzení emoční a kognitivní připravenosti mladého člověka dát souhlas ke konkrétní genderově afirmativní intervenci:

- Je dospívající schopen uvážlivě přemýšlet o budoucnosti a zohlednit důsledky částečně nebo plně nevratného zákroku?
- Má dospívající dostatečnou kapacitu k sebereflexi, aby zohlednil možnost, že genderové potřeby a priority se mohou vyvíjet v čase a v určitém okamžiku se mohou měnit?
- Promyslel si dospívající alespoň částečně možnost, že by se jeho priority ohledně genderu v budoucnu měnily?
- Je dospívající schopen chápat a zvládat každodenní krátkodobé a dlouhodobé aspekty konkrétní lékařské intervence (např. dodržování medikace, její podávání a potřebné lékařské kontroly)?

Posouzení psychické a kognitivní zralosti může probíhat postupně na základě průběžných diskuzí s lékařským týmem o možnostech léčby a poskytuje dospívajícím příležitost uvažovat směrem do budoucnosti a flexibilně zvažovat možnosti a důsledky. Mládež s neurovývojovými a/nebo jinými typy odlišností v oblasti duševního zdraví může mít méně vyvinutou schopnost uvažovat směrem do budoucnosti, plánovat, myslet v souvislostech a schopnost sebereflexe (Dubbelink & Geurts, 2017). V těchto případech je třeba zvážit opatrnější přístup k udělování souhlasu ze strany nezletilého, což může zahrnovat delší čas a strukturované

příležitosti k rozvoji dovedností potřebných pro rozhodování v záležitostech týkajících se lékařské péče (Strang, Powers a kol., 2018).

Pokud je udělován souhlas k lékařským intervencím bez souhlasu rodičů (viz Doporučení 6.11), je třeba věnovat zvýšenou pozornost podpoře informovaného rozhodování dospívajícího. To obvykle vyžaduje vyšší míru spolupráce mezi odborníky či odbornicemi pracujícími s dospívajícím, aby mladé osobě poskytli vhodnou kognitivní a psychickou podporu při zvažování možností, posouzení výhod a potenciálních obtíží/nákladů a plánování potřebné (a potenciálně průběžné) asistence spojené s poskytovanou péčí.

Doporučení 6.12.d

Byly řešeny případné duševní problémy (projevují-li se), které by mohly narušit diagnostickou jednoznačnost a schopnost souhlasit s genderově afirmativní péčí.

Dle výzkumných dat existuje u TGR dospívajících zvýšené riziko duševních problémů, často spojených s odmítnutím ze strany rodiny/pečovatelů, nepřijímajícím okolím a faktory souvisejícími s neurodiverzitou (např. de Vries a kol., 2016; Pariseau a kol., 2019; Ryan a kol., 2010; Weinhardt a kol., 2017). Duševní problémy u mladých lidí mohou ovlivnit jejich povědomí o historii vlastního genderového vývoje a potřebách spojených s genderovou identitou, schopnost udělit souhlas a zapojovat se do léčby nebo ji přijímat. Podobně jako u cisgender mládeže může navíc TGR mládež zakoušet duševní problémy bez ohledu na přítomnost genderové dysforie nebo genderového nesouladu. Specifický problém představují deprese a sebepoškozování; mnoho studií ukazuje míru deprese, psychických problémů a problémů v chování srovnatelných s těmi, které byly uváděny v populaci osob v péči psychiatrických klinik (Leibowitz & de Vries, 2016). Byla také hlášena vyšší míra sebevražedných myšlenek, pokusů o sebevraždu a sebepoškozování (de Graaf a kol., 2020). Poruchy příjmu potravy se navíc vyskytují častěji, než se očekává v nereferenčních populacích (Khatchadourian a kol., 2013; Ristori a kol., 2019; Spack a kol., 2012). Je důležité si uvědomit, že TGR dospívající rovněž vykazují vysokou míru poruch/symptomů autistického spektra (Øien a kol., 2018; van der Miesen a kol., 2016; viz také Doporučení 6.1d). Mohou být také přítomny jiné neurovývojové symptomy a/nebo duševní problémy, (např. ADHD, intelektuální deficit a psychotické poruchy) (de Vries, Doreleijers a kol., 2011; Meijer a kol., 2018; Parkes & Hall, 2006).

Je třeba poznamenat, že mnoho transgender dospívajících zvládá dobře fungovat a trpí nepříliš mnoha nebo žádnými duševními problémy. Například dospívající po sociální tranzici v pubertě, kterým je poskytována genderově afirmativní péče na specializovaných genderových klinikách, mohou vykazovat duševní zdraví podobné kvality jako cisgender vrstevníci (např. de Vries a kol., 2014; van der Miesen a kol., 2020). Klíčovým úkolem poskytovatele péče je posoudit povahu souvislostí, které existují mezi jakýmikoli duševními problémy a sebepojetím mladé osoby ohledně potřeb genderové péče, a poté v rámci nich prioritizovat.

Přítomnost duševních potíží může různým způsobem komplikovat posouzení a řešení genderových potřeb TGR dospívajících:

1. Pokud transgender nebo genderově rozmanitý dospívající vykazuje akutní sebevražedné sklony, sebepoškozování, poruchy příjmu potravy nebo jiné duševní krize, které ohrožují fyzické zdraví, musí být prioritou bezpečnost. V závislosti na místním kontextu a existujících pokynech by měla vhodná péče hledat způsob, jak tuto hrozbu či krizi zmírnit tak, aby byl zajištěn dostatek času a stabilizace pro pečlivé posouzení týkající se genderové identity a rozhodování. Například aktivně sebevražedný dospívající nemusí být psychicky schopen činit informovaná rozhodnutí ohledně genderově afirmativní intervence. Pokud je to vhodné, kroky směřující k zajištění bezpečnosti by neměly bránit zahájení poskytování této péče.
2. Duševní zdraví může také komplikovat posouzení genderového vývoje a potřeb spojených s genderovou identitou. Je zásadní odlišovat genderový nesoulad od konkrétních duševních projevů, jako jsou obsese a kompulze, specifické zájmy v rámci autismu a autistického spektra, rigidní myšlení, komplexní problémy ohledně identity, potíže v interakci mezi rodičem a dítětem, vážné vývojové úzkosti (např. strach z dospívání a pubertálních změn nesouvisejících s genderovou identitou), trauma nebo psychotické příznaky. Duševní obtíže, které mají dopad na jednoznačnost vývoje identity a rozhodování ohledně genderové identity, je třeba prioritizovat a řešit.
3. Rozhodování o genderově afirmativních lékařských zákrocích, které mají doživotní následky, vyžaduje důkladné, do budoucnosti orientované úvahy na straně dospívajícího, s podporou od rodičů/pečovatelů (viz Doporučení 6.11). Aby mohl dospívající

takové informované rozhodnutí učinit, měl by být schopen porozumět problémům, vyjádřit svou volbu, posoudit a pečlivě zvážit potřebu genderově afirmativního lékařského zákroku (viz Doporučení 6.12c). Neurovývojové rozdíly, jako jsou autistické rysy nebo porucha autistického spektra (viz Doporučení 6.1d, např. rozdíly v komunikaci; preference pro konkrétní nebo rigidní myšlení; rozdíly v sebeuvědomění, představy o budoucnosti a plánování), mohou komplikovat posouzení a rozhodovací proces; neurodivergentní mládež může v rámci posuzovacího procesu vyžadovat speciální podporu, strukturu, psychoedukaci a čas (Strang, Powers a kol., 2018). Další duševní projevy, které zahrnují sníženou míru komunikace a schopnosti vyjednávat své potřeby, potíže angažovat se v posuzovacím procesu, potíže s pamětí a koncentrací, rezignace a problémy orientovat se na budoucnost, mohou komplikovat proces posouzení a rozhodování. V takových případech je často nutné poskytnout pro rozhodování ohledně genderově afirmativní lékařské intervence více času.

4. Přestože je řešení duševních problémů během tranzice důležité, neznamená to, že všechny duševní problémy lze nebo je třeba je zcela vyřešit. Je však nezbytné, aby byly řešeny do dostatečné míry, jež umožní poskytnutí optimální genderově afirmativní péče (např. pravidelné užívání léků, docházení na následné lékařské prohlídky a péče o sebe, zejména v pooperačním období).

Doporučení 6.12.e

Dospívající byl informován o účincích léčby na reprodukční funkce, včetně potenciální ztráty plodnosti, a o dostupných možnostech zachování plodnosti, a tyto účinky byly prodiskutovány v kontextu daného stadia pubertálního vývoje.

Doporučení ohledně vhodného klinického přístupu, vědeckého zázemí a zdůvodnění najdete v Kapitole 12 – Hormonální terapie a v Kapitole 16 – Reprodukční zdraví.

Doporučení 6.12.f

Dospívající dosáhl 2. stupně puberty na Tannerově stupnici pro zahájení terapie prostřednictvím blokátorů puberty.

Nástup puberty je pro mnoho genderově rozmanitých mladých lidí zlomovým bodem. Některým přinese zintenzivnění genderového nesouladu, zatímco u jiných může vést k genderové fluiditě (např. přechod z binární na nebinární genderovou identitu) nebo dokonce k oslabení již dříve potvrzené genderové identity (Drummond a kol., 2008; Steensma a kol., 2011, Steensma, Kreukels a kol., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Nedoporučuje se užívání léků blokujících pubertu, jako jsou analoga GnRH, u dětí, které ještě nedosáhly minimálně 2. stupně Tannerovy stupnice, jelikož u některých TGR dospívajících může být prožitek fyzické puberty zásadní pro další vývoj genderové identity (Steensma a kol., 2011). Proto by blokátory puberty neměly být předepisovány v případě prepubertálních genderově rozmanitých osob (Waal & Cohen-Kettenis, 2006). U některých mladých lidí může být aplikace GnRH agonistů vhodná v pozdních fázích nebo v období po pubertě (např. 4. a 5. stupeň Tannerovy stupnice), a to na základě individuálního posouzení. Pro podrobnější přehled o použití GnRH agonistů viz Kapitola 12 – Hormonální terapie.

Různé načasování nástupu puberty je způsobeno mnoha faktory (jako je pohlaví přiřazené při narození, genetika, výživa atd.). Posouzení podle Tannerovy stupnice představuje pět stádií pubertálního vývoje od prepubertálního (1. stupeň) po post-pubertální a dospělou sexuální zralost (5. stupeň) (Marshall & Tanner, 1969, 1970). U osob s přiřazeným ženským pohlavím při narození je nástup puberty (např. gonadarche) definován růstem prsou (2. stupeň Tannerovy stupnice) a u osob s přiřazeným mužským pohlavím dosažením testikulárního objemu většího nebo stejného jako 4 ml (Roberts & Kaiser, 2020). Zkušený lékař či lékařka by měli být schopni rozlišit nástup puberty od fyzických změn, jako je ochlupení v oblasti třísel a apokrinní tělesný pach způsobený pohlavními steroidy produkovanými nadledvinami (např. adrenarche), jelikož adrenarche není důvodem k použití léků blokujících pubertu (Roberts & Kaiser, 2020). Vzdělávání rodičů a rodinných příslušníků ohledně rozdílu mezi adrenarche a gonadarche pomáhá rodinám porozumět načasování procesu rozhodování o genderově afirmativních lékařských intervencích ve spolupráci s multidisciplinárním týmem.

Důraz na zohlednění dalších rizik a výhod potlačení puberty, ať už hypotetických nebo skutečných, nelze přeceňovat. Důkazy poukazují na souvislosti s nutností chirurgických zákroků u transgender dívek, které pokračují v potlačení puberty (van de Grift a kol., 2020). Existují data z dlouhodobých studií, která prokazují zlepšení v romantické a sexuální oblasti u dospívajících, u kterých probíhá potlačení puberty, hormonální terapie a chirurgické zákroky (Bungener a kol., 2020). Studie o výsledcích laparoskopické intestinální vaginoplastiky (provedené

kvůli omezenému množství genitální tkáně po aplikaci blokátorů puberty) u transgender žen ukázala, že většina žen zažila po operaci orgasmus (84%), přestože se studie nevěnovala konkrétní korelaci mezi výsledky sexuálního uspokojení a dobou zahájení potlačení puberty (Bouman, van der Sluis a kol., 2016), ani se netýká těch, kdo by si přáli jiný chirurgický zákrok. To zdůrazňuje význam zapojení rodiny do diskusí o neznámých faktorech spojených s dopady chirurgických a jiných léčebných intervencí v oblasti sexuality.

Doporučení 6.12.g

Dospívající absolvoval alespoň 12 měsíců genderově afirmativní hormonální terapie, pokud je to nutné, pro dosažení požadovaného chirurgického výsledku pro genderově potvrzující zákroky, včetně augmentace prsou, orchiektomie, vaginoplastiky, hysterektomie, faloplastiky, metoidioplastiky a operace obličeje v rámci genderově afirmativní péče, pokud není hormonální terapie buď nežádoucí, nebo lékařsky kontraindikována.

Genderově afirmativní hormonální terapie způsobuje anatomické, fyziologické a psychické změny. Anatomické změny (např. růst klitorisu, růst prsou, atrofie vaginální sliznice) mohou nastoupit brzy po zahájení terapie a vrcholný efekt se očekává po 1 – 2 letech (T'Sjoen a kol., 2019). Aby byl zajištěn dostatek času pro psychickou adaptaci na fyzické změny během důležitého vývojového období u adolescentů, doporučuje se 12 měsíců hormonální terapie. V závislosti na požadovaném chirurgickém zákroku může být období hormonální terapie delší (např. dostatečná virilizace klitorisu před metoidioplastikou/faloplastikou, růst prsou a natažení kůže před augmentací prsou, zjemnění kůže a změny v distribuci tuku v obličeji před zákroky v této oblasti) (de Blok a kol., 2021).

U osob, které před chirurgickými zákroky neužívají hormony, je důležité přezkoumat dopady hormonální terapie na plánovanou operaci. Navíc u těch, kdo podstupují gonadektomii a neužívají hormony, může před operací ošetřující lékař vypracovat plán pro substituci hormonů.

Zohlednění věku pro genderově afirmativní lékařskou a chirurgickou péči u dospívajících

Věk výrazně, i když ne zcela, koreluje s kognitivním a psychosociálním vývojem jednotlivce a může být užitečným objektivním ukazatelem pro potenciální načasování intervencí (Ferguson a kol., 2021). Vyšší (tj. pokročilejší) věk může být vyžadován v případě nevratných či velmi komplexních intervencí nebo u kombinace obojího. Tento přístup umožňuje další kognitivní/duševní zrání, které může být u dospívajících nezbytné k plnému pochopení lékařských zákroků, při nichž narůstá míra náročnosti, a souhlasu s nimi (viz Doporučení 6.12c).

Stále více důkazů ukazuje, že poskytování afirmativní péče genderově rozmanité mládeži, která splňuje uvedená kritéria, vede k pozitivním výsledkům (Achille a kol., 2020; de Vries a kol., 2014; Kuper a kol., 2020). Existují však omezená data o optimálním načasování genderově afirmativních intervencí, stejně jako o dlouhodobých fyzických, psychických a neurovývojových dopadech u mládeže (Chen a kol., 2020; Chew a kol., 2018; Olson-Kennedy a kol., 2016). Dostupné longitudinální studie hodnotící genderově rozmanitou mládež a dospělé vycházejí z konkrétního modelu (tj. nizozemský přístup), který zahrnuje komplexní počáteční posouzení s následným sledováním. V rámci tohoto přístupu bylo potlačení puberty zvažováno ve věku 12 let, genderově afirmativní hormonální terapie ve věku 16 let a chirurgické zákroky po 18. roce věku, s výjimkami. Není jasné, zda by odchylky od tohoto přístupu vedly ke stejným nebo odlišným výsledkům. V současné době probíhají longitudinální studie, které mají lépe definovat výsledky, stejně jako bezpečnost a účinnost genderově afirmativních medicínských postupů u mládeže (Olson-Kennedy, Garofalo a kol., 2019; Olson-Kennedy, Rosenthal a kol., 2019). Zatímco dlouhodobé účinky genderově afirmativních procedur zahájených v dospívání nejsou plně známy, měly by být také zohledněny potenciální negativní zdravotní dopady odložení péče (de Vries a kol., 2021). Vzhledem k tomu, že množství důkazů o účincích genderově afirmativních intervencí u mladých lidí neustále vzrůstá, mohou být doporučení týkající se optimálního načasování a připravenosti na tyto intervence aktualizována.

Dříve zpracované pokyny týkající se genderově afirmativní péče u dospívajících doporučovaly možnost zahájení částečně reverzibilní hormonální terapie přibližně ve věku 16 let (Coleman a kol., 2012; Hembree a kol., 2009). Novější pokyny naznačují, že mohou existovat pádné důvody pro zahájení této terapie před dosažením věku 16 let, ačkoli studie týkající se mládeže, která zahájila hormonální terapii před 14. rokem věku, jsou omezené (Hembree a kol., 2017). Pádným důvodem pro časnější zahájení genderově afirmativní hormonální terapie je například možnost předejít prodloužené blokaci puberty, a to vzhledem k potenciálním obavám o zdraví kostí a psychosociálním důsledkům spojeným s oddálením puberty, jak je podrobněji popsáno v Kapitole

12 – Hormonální terapie (Klink, Caris a kol., 2015; Schagen a kol., 2020; Vlot a kol., 2017; Zhu & Chan, 2017). Puberta je období významného vývoje mozku a kognitivních funkcí. Potenciální neurovývojový dopad prodlouženého potlačení puberty u genderově rozmanité mládeže byl konkrétně identifikován jako oblast vyžadující další studium (Chen a kol., 2020). Zatímco bylo prokázáno, že analoga GnRH jsou bezpečná v případě předčasné puberty, existují obavy, že oddálení expozice vůči pohlavním hormonům (endogenním nebo exogenním) v období vrcholné mineralizace kostí může vést k úbytku kostních minerálů. Potenciální snížení denzity kostních minerálů stejně jako klinický význam jakéhokoli snížení vyžaduje další studium (Klink, Caris a kol., 2015; Lee, Finlayson a kol., 2020; Schagen a kol., 2020). Potenciální negativní psychosociální důsledky související s absencí nástupu puberty ve stejné době jako u vrstevníků mohou vyvolávat u genderově rozmanité mládeže další stres, ačkoli nejsou dostupné žádné studie, které by se tomu explicitně věnovaly. Při zvažování načasování zahájení genderově afirmativní péče by poskytovatelé měli srovnávat potenciální fyzické a psychické přínosy a rizika zahájení této péče s potenciálními riziky a přínosy jejího oddálení. Tento proces může také pomoci identifikovat faktory, které by mohly odůvodnit individualizovaný přístup.

Studie prováděné u trans-maskulinní mládeže ukázaly, že dysforie ohledně anatomie hrudníku je spojena s vyšší mírou úzkosti, deprese a stresu a může vést k funkčním omezením, jako je vyhýbání se cvičení nebo koupání (Mehringer a kol., 2021; Olson-Kennedy, Warus a kol., 2018; Sood a kol., 2021). Testosteron toto trápení bohužel příliš nezmírňuje, ačkoli maskulinizace hrudníku je pro některé osoby možností, jak tomuto nepohodlí dlouhodobě čelit. Studie u mládeže, která požadovala chirurgickou maskulinizaci hrudi s cílem zmírnění dysforie, prokázaly během monitorovacího období dobré výsledky operací, spokojenost s těmito výsledky a minimální lítost (Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy, Warus a kol., 2018). Chirurgickou maskulinizaci hrudníku lze u nezletilých zvážit v případech, kdy je to klinicky a vývojově vhodné, což určí multidisciplinární tým zkušený v oblasti vývoje dospívajících a genderu (viz relevantní doporučení v této kapitole). Doba trvání nebo aktuální užívání testosteronu by neměly bránit operacím, pokud jsou jinak indikovány. Potřeby některých TGR dospívajících lze řešit pouze chirurgickou maskulinizací hrudi. Zvětšení prsou může být potřebné u trans-femininní mládeže, ačkoli o tomto zákroku u mládeže existuje méně dat, což může jít na vrub menšímu počtu osob, jež tento zákrok požadují (Boskey a kol., 2019; James, 2016). Genderově afirmativní hormonální terapie, konkrétně estrogen, může pomoci s vývojem prsní tkáně, a doporučuje se, aby mládež podstoupila minimálně 12 měsíců hormonální terapie (nebo déle, jak je chirurgicky indikováno) před zvětšením prsou v případech, kdy není hormonální terapie klinicky indikována nebo je lékařsky kontraindikována.

Data týkající se optimálního načasování zahájení dalších genderově afirmativních chirurgických zákroků u dospívajících jsou omezená. Částečně je to způsobeno omezeným přístupem k těmto zákrokům, což se v různých geografických oblastech liší (Mahfouda a kol., 2019). Data ukazují, že počty genderově afirmativních chirurgických zákroků se od roku 2000 zvýšily a došlo k nárůstu počtu TGR dospívajících požadujících vaginoplastiku (Mahfouda a kol., 2019; Milrod & Karasic, 2017). Studie z roku 2017 zahrnující 20 chirurgů spolupracujících s organizací WPATH v USA uvádí, že o něco více než polovina z nich provedla vaginoplastiku u nezletilých (Milrod & Karasic, 2017). K dispozici jsou omezená data o výsledcích u mládeže podstupující vaginoplastiku. Studie malého rozsahu vykazují zlepšené psychosociální fungování a sníženou míru genderové dysforie u adolescentů, kteří podstoupili vaginoplastiku (Becker a kol., 2018; Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith a kol., 2001). Ačkoliv se jedná o malé vzorky, tyto studie naznačují, že pro některé dospívající může být prospěšné absolvovat tyto zákroky před 18. rokem věku. Faktory, které mohou podporovat tyto zákroky u mládeže do 18 let, zahrnují zvýšenou podporu ze strany rodiny, lepší možnost zvládání pooperační péče v období, kdy ještě nenastaly situace související s časnou dospělostí (např. nástup na univerzitu nebo do práce) a obavy ohledně bezpečnosti na veřejných místech (tj. snížení míry transfobního násilí) (Boskey a kol., 2018; Boskey a kol., 2019; Mahfouda a kol., 2019). Vzhledem ke složitosti a nevratnosti těchto zákroků je nezbytné vyhodnotit schopnost adolescenta dodržovat doporučení pro pooperační péči a pochopit dlouhodobé dopady těchto zákroků na reprodukční a sexuální funkce (Boskey a kol., 2019). S ohledem na náročnost faloplastiky a současnou vysokou míru komplikací v porovnání s jinými genderově afirmativními chirurgickými zákroky se v současné době nedoporučuje, aby byla tato operace zvažována u mládeže do 18 let (viz Kapitola 13 – Operace a pooperační péče).

Další klíčové faktory, které je třeba vzít v úvahu při diskusi o načasování intervencí u mládeže a rodiny, jsou podrobněji popsány v Doporučeních 6.12a-f. Shrnutí kritérií/doporučení pro lékařsky nezbytnou genderově afirmativní péči u dospívajících viz Příloha D.

Tato kapitola Standardů péče pojednává o prepubertálních dětech s rozmanitou genderovou identitou a vychází z výzkumných dat, etických principů a dostupných odborných poznatků. Základní principy těchto Standardů péče zahrnují následující body: 1) genderová rozmanitost u dětí je očekávatelným aspektem obecného vývoje lidské identity (Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer a kol., 2018); 2) genderová rozmanitost u dětí není patologií ani duševní poruchou (Endocrine Society a Pediatric Endocrine Society, 2020; Oliphant a kol., 2018; Telfer a kol., 2018); 3) různé projevy genderové rozmanitosti u dětí nelze vždy považovat za manifestaci transgender identity nebo genderového nesouladu (Ehrensaft, 2016; Ehrensaft, 2018; Rael a kol., 2019); 4) poradenství od odborníků a odbornic na duševní zdraví se specializací na péči o děti z hlediska genderové identity může být užitečné pro podporu pozitivní adaptace a rovněž pro rozpoznání genderově specifických potřeb v průběhu času (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer a kol., 2018); 5) „konverzní terapie" aplikovaná na genderovou rozmanitost u dětí (tj. jakékoli „terapeutické" pokusy donutit dítě s rozmanitou genderovou identitou, aby se identifikovalo v rámci jazyka, chování nebo obojího s pohlavím přiřazeným při narození, jsou nevhodné a nepřijatelné (APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Telfer a kol., 2018; Rada OSN pro lidská práva, 2020).

Termín „odborník/odbornice ve zdravotnictví" v tomto textu používáme v širokém slova smyslu tak, aby odkazoval k odborníkům či odbornicím pracujícím s dětmi s rozmanitou genderovou identitou. Na rozdíl od pubertální mládeže a dospělých nemají prepubertální děti s rozmanitou genderovou identitou přístup k lékařským intervencím (Pediatric Endocrine Society, 2020); pokud je tedy vyhledána odborná pomoc, pravděpodobně bude poskytována ze strany odborníka či odbornice specializovaných na psychosociální podporu a vývoj genderové identity. Tato kapitola se tedy specificky zaměřuje na vývojově vhodné psychosociální postupy, avšak z těchto standardů mohou těžit i jiní zdravotničtí profesionálové, jako jsou pediatři a praktičtí lékaři, pracují-li s dětmi s rozmanitou genderovou identitou a jejich rodinami.

V této kapitole používáme termín „genderově rozmanitý", jelikož trajektorii vývoje prepubertálních dětí z hlediska genderové identity nelze předvídat a může se časem dále vyvíjet (Steensma, Kreukels a kol., 2013). Zároveň je zřejmé, že některé děti zůstanou stabilní ve své genderové identitě, kterou vyjádří již v raném věku a která není v souladu s jejich pohlavím přiřazeným při narození (Olson a kol., 2022). Termín „genderově rozmanitý" zahrnuje děti s binární i nebinární transgender identitou, stejně jako děti s rozmanitou genderovou identitou, které se v pozdějším životě neidentifikují jako transgender. Použitá terminologie je svou podstatou kulturně vázaná a vyvíjí se v čase. Je tedy možné, že zahrnuté termíny budou v budoucnu již zastaralé a budou nahrazeny adekvátnějším pojmoslovím.

Tato kapitola popisuje aspekty lékařsky nezbytné péče, jejichž cílem je podpora duševní pohody a genderově souvisejících potřeb dětí (viz prohlášení o lékařské nezbytnosti v kapitole o Globálním uplatnění, Doporučení 2.1). Tato kapitola apeluje na dodržování těchto standardů ve všech situacích, kdy je to možné. Mohou nastat situace nebo existují regiony, v nichž doporučené zdroje nejsou plně dostupné. Zdravotničtí odborníci/týmy, kterým chybí zdroje, by se však i přesto měli snažit tyto standardy naplňovat. Pokud se ovšem vyskytne neodvratná okolnost, která jim zabrání v plnění některé části těchto doporučení, nemělo by to mít dopad na kvalitu aktuálně dostupných služeb. V místech, kde jsou zavedeny některé, avšak ne všechny doporučované služby, může představovat rozhodnutí nezavést potenciálně prospěšnou péči riziko pro dítě (Murchison a kol., 2016; Telfer a kol., 2018; Riggs a kol., 2020). Celkově je nezbytné klást na první místo nejlepší zájem dítěte.

Rozsáhlé empirické zdroje v oblasti psychologie ukazují, že zážitky z raného dětství často předurčují celoživotní vzorce míry zranitelnosti a/nebo psychické odolnosti a přispívají k vývojové dráze, která více či méně podporuje duševní pohodu a kvalitu života (Anda a kol., 2010; Masten & Cicchetti, 2010; Shonkoff & Garner, 2012). Dostupná výzkumná data dokládají, že obecně platí, že u mladých lidí s rozmanitou genderovou identitou existuje větší riziko psychických potíží (Ristori & Steensma, 2016) než u jejich cisgender vrstevníků, a to v důsledku prožitých nepříznivých zážitků, včetně traumat a špatného zacházení pramenících z odmítnutí kvůli genderové rozmanitosti a dalších nepříjemných a neakceptujících interakcí (Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi a kol., 2018; Gower, Rider, Brown a kol., 2018; Grossman & D'Augelli, 2006; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak a kol., 2015; Roberts a kol., 2014; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Zdroje dále dokládají, že prepubertální děti, které jsou z hlediska rozmanité genderové identity dobře přijímány, jsou obvykle psychicky vyrovnané (Malpas a kol., 2018; Olson a kol., 2016). Posouzení a péče o děti obvykle zdůrazňuje ekologický přístup, který vychází z toho, že děti potřebují být v bezpečí a v podpůrné péči v každém prostředí, ve kterém se pohybují (Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1979;

Kaufman & Tishelman, 2018; Lynch & Cicchetti, 1998; Tishelman a kol., 2010; Zielinski & Bradshaw, 2006). Tato kapitola tudíž čerpá ze základní psychologické literatury a znalostí specifických úskalí u dětí s rozmanitou genderovou identitou a zdůrazňuje integraci uvedeného ekologického přístupu k porozumění jejich potřebám a k podpoře duševního zdraví ve všech oblastech péče o genderovou identitu. Tento pohled klade důraz na podporu pohody a kvality života dítěte v celém průběhu jeho vývoje. Navíc vycházíme rovněž z předpokladu podpořeného závěry významného psychologického výzkumu uvedeného výše, že psychosociální péče potvrzující genderovou identitu (Hidalgo a kol., 2013) u prepubertálních dětí nabízí možnost podpořit rozvoj pohody udržitelný v čase a i během vstupu do období adolescence. Tento přístup může potenciálně zmírnit některé běžné psychické dysbalance u dospívajících s transgender a rozmanitou genderovou identitou, jak uvádí více zdrojů (Chen a kol., 2021; Edwards-Leeper a kol., 2017; Haas a kol., 2011; Leibowitz & de Vries, 2016; Reisner, Bradford a kol., 2015; Reisner, Greytak a kol., 2015).

Výzkum se zaměřil na pochopení různých aspektů vývoje genderu v nejranějších letech na základě obecné populace prepubertálních dětí. Tento výzkum obvykle vycházel z předpokladu, že jeho účastníci jsou cisgender (Olezeski a kol., 2020), a uvádí, že genderová identita se stabilizuje v předškolním věku u obecné populace dětí, z nichž většina pravděpodobně není genderově rozmanitá (Kohlberg, 1966; Steensma, Kreukels a kol., 2013). V poslední době však výzkum v oblasti vývoje ukázal, že genderovou rozmanitost lze pozorovat a identifikovat u prepubertálních dětí (Fast & Olson, 2018; Olson & Gülgöz, 2018; Robles a kol., 2016). Přesto je empirický výzkum v této oblasti omezený a v současné době neexistují psychometricky spolehlivé hodnotící metody schopné bezpečně a/nebo zcela stanovit genderové sebepojetí a/nebo genderové potřeby a preference prepubertálního dítěte (Bloom a kol., 2021). Tato kapitola tudíž zdůrazňuje význam přesného a individualizovaného klinického přístupu k posouzení genderu, v souladu s doporučeními z různých metodik a zdrojů literatury (Berg & Edwards-Leeper, 2018; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Ehrensaft, 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019). Výzkum a klinické zkušenosti ukázaly, že genderová rozmanitost může být u některých prepubertálních dětí proměnlivá; neexistují žádné spolehlivé prostředky k předpovídání vývoje genderové identity u konkrétního dítěte (Edwards-Leeper a kol., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels a kol., 2013) a genderové potřeby konkrétního dítěte se mohou v průběhu dětství lišit.

Je důležité porozumět významu termínu „posouzení“ (někdy používanému synonymně s termínem „hodnocení“). Existuje řada různých kontextů pro provedení posouzení (Krishnamurthy a kol., 2004), včetně rychlého screeningu v situaci bezprostřední krize (např. posouzení bezpečnosti v případě, kdy má dítě sebevražedné myšlenky) a specificky zaměřených posudků v případech, kdy může mít rodina konkrétní otázku, často v průběhu krátké konzultace (Berg & Edwards-Leeper, 2018). Termín „posouzení“ se také často používá ve vztahu k „diagnostickému posouzení“, které lze nazývat „vstupním posudkem“ a slouží ke stanovení stavu, který je možné diagnostikovat a/nebo přínosů terapeutického procesu. Tato kapitola se soustředí na komplexní posouzení, která jsou užitečná pro pochopení potřeb a cílů dítěte a rodiny (APA, 2015; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Srinath a kol., 2019; Steensma & Wensing-Kruger, 2019). Tento typ psychosociálního hodnocení není nutný u všech dětí s rozmanitou genderovou identitou, ale může být z mnoha důvodů požadován. Posouzení může představovat důležitou příležitost k poskytování podpory dítěte s rozmanitou genderovou identitou a jeho rodiny, s vědomím, že děti s rozmanitou genderovou identitou benefitují z rodinného prostředí, které zvládá akceptovat jejich genderovou rozmanitost a poskytuje v případě potřeby doprovázení rodiči, je-li nutné. Komplexní posouzení je vhodné, když o ně požádá rodina, která si přeje plně pochopit genderové a psychologické potřeby dítěte v kontextu genderové rozmanitosti.

Za těchto okolností je třeba brát v úvahu obtíže v oblasti duševního zdraví členů rodiny, rodinnou dynamiku a sociální a kulturní kontexty, které ovlivňují dítě s rozmanitou genderovou identitou (Barrow & Apostle, 2018; Brown & Mar, 2018; Cohen-Kettenis a kol., 2003; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Ristori & Steensma, 2016; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Toto téma je podrobněji pojednáno v následujícím textu.

Odborníci a odbornice ve zdravotnictví, kteří pracují s dětmi s rozmanitou genderovou identitou, by se měli snažit porozumět různým aspektům identity a zkušeností dítěte a rodiny, včetně rasy, etnika, uprchlického statusu, náboženství a geografických a socioekonomických faktorů, a být respektující a vnímaví vůči kulturnímu kontextu v interakcí se svými klienty a klientkami (Telfer a kol., 2018). Z kulturního a genderového hlediska může být relevantní řada faktorů, včetně náboženského přesvědčení, genderových očekávání a míry, do které je genderová rozmanitost akceptována (Oliphant a kol., 2018). Kombinace genderové rozmanitosti, sociokulturní rozmanitosti a menšinového statusu může být zdrojem psychické odolnosti, sociálního

stresu nebo obojího (Brown & Mar, 2018; Oliphant a kol., 2018; Riggs & Treharne, 2016). Každé dítě, člen či členka rodiny mají svá specifika a v každé rodině funguje individuální rodinná dynamika. Může se zde tedy kombinovat více kultur a náboženských přesvědčení. Odborníci a odbornice ze všech oblastí zdravotnictví by se tedy měli vyhnout stereotypizaci na základě předem vytvořených představ, které mohou být nesprávné nebo zkreslené (např. že rodina spadající pod náboženskou organizaci, která se staví proti genderové rozmanitosti, bude nutně nepodporující vůči genderové rozmanitosti svého dítěte) (Brown & Mar, 2018). Místo toho je nezbytné přistupovat ke každé rodině s otevřeností, vnímat každého člena a členku rodiny individuálně a vzít v potaz jedinečnost rodinného vzorce.

Všechna doporučení v této kapitole byla sestavena na základě důkladného posouzení vědeckých dat, hodnocení přínosů a rizik, hodnot a preferencí poskytovatelů a klientů a klientek, využití zdrojů a vyhodnocení proveditelnosti. V některých případech jsou důkazy omezené a/nebo služby nemusí být dostupné nebo vhodné.

Doporučení 7.1

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví, kteří pracují s genderově rozmanitými dětmi, absolvovali školení a získali odborné znalosti ohledně vývoje genderové identity a genderové rozmanitosti u dětí a měli obecné znalosti o genderové rozmanitosti v různých fázích života.

Odborníci a odbornice pracující s dětmi s rozmanitou genderovou identitou by měli získat a doplňovat si potřebné vzdělání a kvalifikaci relevantní pro rozsah jejich profesní role. To zahrnuje vydání licence, certifikátu nebo obojího ze strany akreditovaných národních a/nebo regionálních orgánů. Podrobnosti ohledně udělování této kvalifikace a profesní regulace se ovšem celosvětově liší. Je důležité zmínit, že samotná základní licence, certifikace nebo obojí mohou být samy o sobě nedostatečné pro zajištění kompetence pro práci s dětmi s rozmanitou genderovou identitou, jelikož je k poskytování odpovídající péče potřeba důkladné vzdělání a doložená praxe v oblasti genderového vývoje a genderové rozmanitosti v dětství.

Doporučení 7. 2

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví získali teoretické a vědecky podložené vzdělání a rozvíjeli svou odbornost v oblasti obecného duševního zdraví dětí napříč vývojovým spektrem a rodiny celkově.

Odborníci a odbornice pracující s dětmi s rozmanitou genderovou identitou by měli absolvovat školení a získat zkušenosti v oblasti obecného duševního zdraví dětí a rodiny v průběhu celého vývojového spektra od batolecího věku až po dospívání, včetně ověřených metod lékařského posouzení dětí a poskytování péče (Kaufman & Tishelman, 2018). I když genderová rozmanitost sama o sobě není duševní poruchou, duševní zdraví u dětí s genderovou rozmanitostí může být zhoršené, například v důsledku stresu spojeného s minoritní genderovou identitou (Hendricks & Testa, 2012). Pro tyto děti může být přínosné zkoumání vlastní identity za odborné podpory, a proto důrazně doporučujeme zajistit odborný přístup na základě kvalifikace v oblasti duševního zdraví. Práce s dětmi je komplexní a vyžaduje pochopení vývojových potřeb dítěte v různých vývojových obdobích, schopnost chápat faktory ovlivňující pohodu dítěte jak uvnitř, tak vně rodiny (Kaufman & Tishelman, 2018), a schopnost plně vyhodnotit, kdy je dítě nešťastné nebo má vážné duševní problémy, které mohou, ale nemusí souviset s genderovou identitou. Výzkumy ukazují, že se u dětí s genderovou rozmanitostí vyskytuje vysoká míra nepříznivých zkušeností a traumat, provázených i větší mírou zkušeností s odmítnutím nebo dokonce týráním (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi a kol., 2018; Reisner, Greytak a kol., 2015; Roberts a kol., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Poskytovatelé péče by si měli být vědomi možnosti výskytu těchto nepříznivých zkušeností a měli by být schopni zahájit účinné preventivní intervence k zamezení možných zdravotních rizik a k podpoře životní pohody.

Doporučení 7.3

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví absolvovali školení a získali odborné znalosti v oblasti autismu a neurodiverzity obecně, nebo při práci s autistickými/neurodivergentními genderově rozmanitými dětmi spolupracovali se specialisty a specialistkami s příslušnou odborností.

Zkušenost s genderovou rozmanitostí u autistických dětí, stejně jako u dětí s jinou formou neurodivergence, může představovat další klinické komplikace (de Vries a kol., 2010; Strang, Meagher a kol., 2018). Autistické děti mohou mít problémy například s prosazováním vlastních potřeb souvisejících s genderem a mohou velmi specifickým způsobem komunikovat (Kuvalanka a kol., 2018; Strang, Powers a kol., 2018). Vzhledem k častým rozdílům v komunikaci a způsobu myšlení mohou u těchto dětí vzniknout různé interpretace zkušeností souvi-

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví, kteří pracují s genderově rozmanitými dětmi:

7.1. absolvovali školení a získali odborné znalosti o vývoji genderové identity a genderové rozmanitosti u dětí a měli obecné znalosti o genderové rozmanitosti v různých fázích života;
7.2. získali teoretické a vědecky podložené vzdělání a rozvíjeli svou odbornost v oblasti obecného duševního zdraví dětí napříč vývojovým spektrem a rodiny celkově;
7.3. absolvovali školení a získali odborné znalosti v oblasti autismu a neurodiverzity obecně, nebo při práci s autistickými/neurodivergentními genderově rozmanitými dětmi spolupracovali se specialisty a specialistkami s příslušnou odborností;
7.4. účastnili se programů navazujícího vzdělávání v oblasti genderové rozmanitosti dětí a rodiny;
7.5. při posuzování genderově rozmanitých dětí přistupovali k informacím z více zdrojů a integrovali je do své práce při posuzování této klientely;
7.6. při posuzování genderově rozmanitých dětí zohlednili relevantní vývojové faktory, neurokognitivní funkce a jazykové dovednosti;
7.7. při posuzování genderově rozmanitých dětí zohlednili faktory, které mohou omezovat schopnost přesné formulace aspektů genderové identity/genderového projevu dítěte a/nebo jeho rodiny/pečovatelů.
7.8. zvážili pro genderově rozmanité dítě a rodinu/pečovatele poskytování konzultací, psychoterapie nebo jejich kombinace, pokud je rodina spolu s lékaři přesvědčena, že to prospěje duševní pohodě a vývoji dítěte a/nebo rodiny;
7.9. spolupracovali v rámci nabízených konzultací, psychoterapie nebo jejich kombinace pro genderově rozmanité děti a jejich rodiny/pečovatele s dalšími institucemi a osobami, které mají vliv na život dítěte s cílem podpořit jeho psychickou odolnost a pohodu;
7.10. poskytovali v rámci nabízených konzultací, psychoterapie nebo jejich kombinace pro genderově rozmanité děti a jejich rodiny/pečovatele oběma stranám věkově přiměřenou psychoedukaci týkající se vývoje genderové identity;
7.11. poskytovali genderově rozmanitým dětem a jejich rodinám/opatrovníkům ve fázi, kdy se dítě přibližuje k pubertě, informace o potenciálních genderově potvrzujících lékařských intervencích, vlivu těchto léčebných postupů na plodnost a o možnostech jejího zachování;
7.12. zaujali spolu s rodiči/opatrovníky podporující přístup k dětem, které si přejí uznání v genderové identitě, jež odpovídá jejich vnitřnímu prožívání;
7.13. podporovali spolu s rodiči/opatrovníky děti ve zkoumání jejich genderu v průběhu prepubertální fáze vývoje, bez ohledu na sociální tranzici;
7.14. diskutovali o potenciálních výhodách a rizicích sociální tranzice s rodinami, které ji zvažují;
7.15. odborníci a odbornice ve zdravotnictví mohou zvážit spolupráci s ostatními specialisty a specialistkami a organizacemi v rámci podpory pohody genderově rozmanitých dětí a minimalizace nepříznivých situací, kterým mohou čelit.

sejících s genderovou identitou. U genderově rozmanitých neurodivergentních dětí hrozí vysoké riziko, že budou nesprávně pochopeny (tj. jejich komunikace může být nesprávně interpretována). Proto mohou odborníci a odbornice poskytující podporu těmto dětem nejefektivněji pomoci na základě své kvalifikace a odbornosti v oblasti autismu a souvisejících neurovývojových prezentací a/nebo pokud budou spolupracovat se specialisty na autismus (Strang, Meagher a kol., 2018). Taková odbornost je obzvláště relevantní, jelikož výzkumy poukazují na vyšší míru výskytu autismu u genderově rozmanité mládeže než v celkové populaci (de Vries a kol., 2010; Hisle-Gorman a kol., 2019; Shumer a kol., 2015).

Doporučení 7.4

Doporučujeme, aby se odborníci a odbornice ve zdravotnictví účastnili programů navazujícího vzdělávání v oblasti genderové rozmanitosti dětí a rodiny.

Průběžný profesní rozvoj týkající se genderově rozmanitých dětí a jejich rodin může probíhat různými způsoby, například studiem literatury (odborných článků, knih, webových stránek spojených s organizacemi, které mají znalosti o genderové rozmanitosti), účastí na online a offline školeních a supervizních skupinách či v rámci konzultací s kolegy a kolegyněmi (Bartholomaeus a kol., 2021).

Průběžné vzdělávání zahrnuje 1) přehled o aktuálních poznatcích z dostupných a relevantních výzkumů týkajících se vývoje genderu a genderové rozmanitosti u prepubertálních dětí a genderové rozmanitosti v průběhu celého života; 2) přehled o aktuálních poznatcích týkajících se osvědčených postupů pro posuzování a podporu a o terapeutických přístupech u genderově rozmanitých dětí a rodin. Jedná se o relativně novou oblast zdravotní praxe, a je tudíž třeba udržovat přehled o nových poznatcích získaných z výzkumu a jiných zdrojů (Bartholomaeus a kol., 2021).

Doporučení 7.5

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví při posuzování genderově rozmanitých dětí přistupovali k informacím z více zdrojů a integrovali je do své práce při posuzování této klientely.

Komplexní posouzení může být užitečným

nástrojem pro zpracování doporučení k péči, která podpoří pohodu dítěte a jeho rodiny, a to dle přání rodiny samotné nebo na návrh odborníků či odbornic. Toto posouzení může být přínosné v různých situacích, kdy dítě a/nebo jeho rodina či pečovatelé ve spolupráci s odborníky a odbornicemi v oblasti zdraví považují nějaký typ péče za prospěšný. Posouzení ani poskytovaná péče by však nikdy neměly být využívány jako prostředek, jak nepřímo nebo otevřeně odrazovat dítě od projevů genderové rozmanitosti nebo identity. Správně vyškoleným poskytovatelům zdravotní péče by komplexní posouzení mělo sloužit jako účinný způsob, jak lépe porozumět potřebám dítěte a jeho rodiny, aniž by upřednostňovali nějakou konkrétní genderovou identitu nebo projev. V některých případech může být posouzení zvlášť důležité v rámci spolupráce na podpoře genderového zdraví, pohody a seberealizace dítěte.

Komplexní posouzení může napomoci k vytvoření individualizovaného plánu, který podpoří genderově rozmanité prepubertální děti a členy či členky jejich rodiny (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Malpas a kol., 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019; Telfer a kol., 2018; Tishelman & Kaufman, 2018). Pro účely tohoto hodnocení je důležité získat a integrovat informace z různých zdrojů. To pomáhá nejen lépe porozumět potřebám dítěte v oblasti genderové identity a vytvářet doporučení, ale také identifikovat oblasti zdrojů a podpory, stejně jako rizika a obavy týkající se dítěte, jeho rodiny a prostředí. Mezi zdroje, které mohou být využity pro posouzení a plánování podpory nebo péče, patří informace od dítěte samotného, jeho rodičů nebo pečovatelů, dalších členů rodiny, vyučujících, zdravotnických pracovníků, komunity. Zohlednit je vhodné i širší kulturní a právní souvislosti (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019).

Odborníci či odbornice posuzující děti s genderovou rozmanitostí by měli zkoumat otázky týkající se genderu a zároveň by měli mít komplexní pohled na dítě v souvislosti s jeho okolím v souladu s výše popsaným holistickým modelem (Bronfenbrenner, 1979). Pouze tak mohou zohlednit všechny faktory ovlivňující pohodu dítěte a rovněž faktory podpory a rizik souvisejících s genderovou identitou (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Je tedy potřeba pochopit silné a slabé stránky dítěte, rodiny a prostředí, ve kterém žijí. Odborníci a odbornice posuzující genderově rozmanité děti by měli zvážit propojení různých oblastí posouzení v závislosti na potřebách a situaci dítěte a jeho rodiny. Některé z níže uvedených oblastí sice nemusí přímo souviset s genderem (viz body 7–12 níže), je však důležité je zahrnout do genderového posouzení, aby bylo možné pochopit složitou síť faktorů ovlivňujících pohodu dítěte včetně genderového zdraví, a to v souladu s nejlepšími dostupnými postupy hodnocení (APA, 2015; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Malpas a kol., 2018) a s cílem poskytnout v případě potřeby péči na více úrovních.

Dle relevantních výzkumů a klinických poznatků zahrnují oblasti posouzení obvykle: 1) aktuální a v minulosti deklarovanou genderovou identitu a genderový projev dítěte; 2) informace o dysforii, genderovém nesouladu nebo o obojím; 3) silné a slabé stránky související s dítětem, rodinou, vrstevníky a názory a postoje ostatních týkající se genderové rozmanitosti, přijetí a podpory dítěte; 4) zkušenosti dítěte a rodiny s menšinovým stresem a odmítnutím, negativitou nebo obojím v důsledku jeho genderové rozmanitosti; 5) úroveň podpory související s genderovou rozmanitostí v různých sociálních kontextech (např. škola, komunita věřících, širší rodina); 6) vyhodnocení konfliktů týkajících se genderu u dítěte a/nebo chování rodičů/pečovatelů/sourozenců v souvislosti s genderovou rozmanitostí dítěte; 7) duševní zdraví dítěte, jeho komunikační a/nebo kognitivní silné a slabé stránky, neurodivergence a/nebo obtíže v chování dítěte způsobující značné funkční problémy; 8) relevantní lékařskou a vývojovou historii dítěte; 9) oblasti, které mohou představovat rizika (např. vystavení domácímu násilí a/nebo šikaně, jakákoli forma zneužívání; prožité trauma; bezpečnost a/nebo viktimizace v interakci s vrstevníky nebo v jiných situacích; sebevražedné myšlenky); 10) současně se vyskytující významné rodinné stresory, jako jsou chronická nebo smrtelná nemoc, bezdomovectví nebo chudoba; 11) duševní zdraví a/nebo problémy v chování rodičů/pečovatelů a/nebo sourozenců, které způsobují významné funkční obtíže; 12) silné stránky a rizika u dítěte a jeho rodiny.

Důkladné posouzení, které zahrnuje různé formy získávání informací, je potřebné pro porozumění potřebám, silným stránkám, podpůrným faktorům a rizikům u konkrétního dítěte a jeho rodiny v různých prostředích (např. doma/ve škole). Metody získávání informací často zahrnují 1) rozhovor s dítětem, rodinnými příslušníky a dalšími osobami (např. vyučujícími), strukturovaný i nestrukturovaný; 2) standardizované nástroje vyplněné pečující osobou a dítětem týkající se genderu, celkové pohody dítěte, kognitivních a komunikačních dovedností dítěte a vývojových poruch, podpory a přijetí od rodičů/pečovatelů, sourozenců, širší rodiny a vrstevníků, stresu rodičů, historie nepříznivých zážitků v dětství, a/nebo jiných existujících komplikací (APA, 2020; Berg & Edwards-Leeper, 2018;

Kaufman & Tishelman, 2018; Srinath, 2019).

V závislosti na charakteru rodiny, vývojovém profilu dítěte nebo obojím může sběr informací také zahrnovat následující: 1) pozorování dítěte a/nebo rodiny, strukturované a nestrukturované; a 2) strukturované a hodnotící techniky s vizuální podporou (pracovní listy; autoportréty; rodinné kresby atd.) (Berg & Edwards-Leeper, 2018).

Doporučení 7.6

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví při posuzování genderově rozmanitých dětí zohlednili relevantní vývojové faktory, neurokognitivní funkce a jazykové dovednosti.

Vzhledem ke složitosti posouzení malých dětí, které se na rozdíl od dospělých nacházejí v různých fázích vývojového procesu (kognitivní, sociální, emoční, fyziologické), je důležité zvážit vývojovou fázi dítěte a přizpůsobit metody hodnocení a interakce jeho individuálním schopnostem. To zahrnuje přizpůsobení hodnocení vývojovému stádiu a schopnostem dítěte (předškoláci, děti školního věku, raná puberta před nástupem adolescence), včetně použití jazyka a takových přístupů k hodnocení, které upřednostňují pohodlí dítěte, jeho jazykové dovednosti a způsoby sebevyjádření (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019). V průběhu posouzení je nezbytné zvážit relevantní vývojové faktory, jakými jsou neurokognitivní rozdíly (např. poruchy autistického spektra) a receptivní a expresivní jazykové dovednosti. Zdravotnický personál může využít konzultace se specialisty a specialistkami v případech, kdy sám nedisponuje specializovanými dovednostmi (Strang a kol., 2021).

Doporučení 7.7

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví při posuzování genderově rozmanitých dětí zohlednili faktory, které mohou omezovat schopnost přesné formulace aspektů genderové identity/genderového projevu dítěte a/nebo jeho rodiny/pečovatelů.

Při provádění posouzení u dětí s rozmanitou genderovou identitou a jejich rodin musí odborníci a odbornice brát v úvahu vývojové a emoční faktory, či faktory okolí, které mohou ovlivnit výpověď dítěte, pečující osoby, sourozence či dalších osob nebo i jejich postoje ohledně genderu (Riggs & Bartholomaeus, 2018). Stejně jako u jiných psychologických posudků u dětí mohou reakce okolí a rodiny/pečovatelů (např. tresty) a/nebo kognitivní a sociální faktory ovlivnit pohodu dítěte a/nebo schopnost přímo diskutovat o určitých faktorech, včetně genderové identity a souvisejících témat (Srinath, 2019). Podobně se mohou členové rodiny cítit omezeni ve svobodném vyjadřování svých obav a názorů v závislosti na rodinných konfliktech nebo dynamice a/nebo jiných vlivech (např. kulturních/náboženských; tlak v rámci širší rodiny) (Riggs & Bartholomaeus, 2018).

Doporučení 7.8

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví zvážili pro genderově rozmanité děti a rodiny/pečovatele poskytování konzultací, psychoterapie nebo jejich kombinace, pokud je rodina spolu s lékaři přesvědčena, že to prospěje duševní pohodě a vývoji dítěte a/nebo rodiny.

Psychoterapie by nikdy neměla směřovat ke změně genderové identity dítěte, ať již přímo nebo nepřímo (APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Rada OSN pro lidská práva, 2020). Genderová rozmanitost sama o sobě není duševní poruchou, a proto ne všechny děti s rozmanitou genderovou identitou či jejich rodiny potřebují odbornou pomoc v oblasti duševního zdraví (Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer a kol., 2018). Přesto může být psychoterapie často vhodná a prospěšná z hlediska zlepšení psychosociálního zdraví a prevence další stresové zátěže, a to zejména v případě, že dítě trpí stresem nebo pokud rodiče vyjadřují obavy (APA, 2015). Existuje několik hlavních důvodů, kdy je vhodné zvážit psychoterapii u dítěte s rozmanitou genderovou identitou a pro jeho rodinu: 1. dítě projevuje výrazný konflikt, zmatek, stres nebo úzkost týkající se své genderové identity nebo potřebuje bezpečný prostor ke zkoumání své genderové identity (Ehrensaft, 2018; Spivey a Edwards-Leeper, 2019); 2. dítě pociťuje externí tlak, aby vyjádřilo svou genderovou identitu způsobem, který je v rozporu s jeho vlastním chápáním, touhami a přesvědčením (APA, 2015); 3. dítě se potýká s problémy v oblasti duševního zdraví, ať už ve spojitosti s jeho genderem, nebo bez ní (Barrow & Apostle, 2018); 4. pro dítě by mohlo být prospěšné zvýšení psychické odolnosti vůči negativním reakcím okolí na svou genderovou identitu nebo prezentaci (Craig & Auston, 2018; Malpas a kol., 2018); 5. dítě se může potýkat s problémy v oblasti duševního zdraví a/nebo s obavami ohledně svého okolí, včetně problémů v rámci systému rodiny, které mohou být mylně interpretovány jako genderový soulad nebo nesoulad (Berg & Edwards-Leeper, 2018); 6. dítě vyjádří přání konzultovat svou situaci s odborníkem či odbornicí na duševní zdraví za účelem podpory své genderové identity. V těchto situacích bude cílem psychoterapie podpora dítěte s tím, že budou podle potřeby zapo-

jeni rodiče nebo pečující osoby a potenciálně i další členové či členky rodiny (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). Umožňuje-li to situace, je důrazně doporučeno, aby se u dětí v prepubertálním věku na procesu psychoterapie podíleli rodiče nebo pečující osoby, neboť rodinné faktory jsou často klíčové pro pohodu dítěte. Ačkoliv je toto téma dětí s rozmanitou genderovou identitou relativně málo prozkoumané, může být také důležité zaměřit se na vztah těchto dětí a jejich sourozenců (Pariseau a kol., 2019; Parker & Davis-McCabe, 2021).

Odborníci a odbornice by měli nabízet péči uzpůsobenou individuálním potřebám dítěte tak, aby 1) podporovala sociální a emoční zvládání stresu s cílem posílit psychickou odolnost dítěte v případě potenciálně negativních reakcí na jeho genderovou identitu, projevy nebo obojí (Craig & Austin, 2016; Malpas a kol., 2018; Spencer, Berg a kol., 2021); 2) přispívala k řešení obtíží v sociálních interakcích s cílem snížení stresu spojeného s menšinovou genderovou identitou (Barrow & Apostle, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018); 3) posílila podporu dítěte a/nebo členů/členek nejbližší a širší rodiny (Kaufman & Tishelman, 2018); a 4) poskytla dítěti příležitost lépe porozumět vnitřnímu genderovému prožívání (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Ehrensaft, 2018; Malpas a kol., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). Je žádoucí rozvinout vztah s genderově rozmanitým dítětem a jeho rodinou, který lze dle potřeby dlouhodobě udržovat. To umožní dítěti/rodině navázat s odborníky dlouhodobý vztah během dětství, v rámci něhož lze poskytovat podporu a vedení jak průběžně během dospívání, tak v případě potenciálních problémů nebo potřeb na straně dítěte/rodiny (Spencer, Berg a kol., 2021; Murchison a kol., 2016). Kromě výše uvedeného a v rámci dostupných zdrojů je u neurodivergentních dětí nejvhodnější péče odborníků či odbornic s expertízou v oblasti neurovývojových rozdílů i genderové identity (Strang a kol., 2021).

Psychoterapie by z řady důvodů mohla být přínosem i pro rodiče/pečující osoby, sourozence a další příbuzné prepubertálního dítěte (Ehrensaft, 2018; Malpas a kol., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). Jak je shrnuto níže, některé běžné důvody pro vyhledání této odborné péče nastanou, když jeden nebo více členů/členek rodiny: 1) má zájem získat informace v oblasti genderového vývoje (Spivey & Edwards-Leeper, 2019); 2) zažívá výrazný zmatek nebo stres ohledně genderové identity dítěte, jeho projevu nebo obojího (Ashley, 2019c; Ehrensaft, 2018); 3) potřebuje poradenství týkající se psychických problémů a problémů v chování dítěte s rozmanitou genderovou identitou (Barrow & Apostle, 2018); 4) potřebuje podporu při vytváření vstřícného prostředí mimo domov (např. škola, sport, tábory) (Kaufman & Tishelman, 2018); 5) hledá pomoc při rozhodování o sociální tranzici, včetně toho, jak to učinit optimálním způsobem pro genderový vývoj a zdraví dítěte (Lev & Wolf-Gould, 2018); 6) potřebuje poradenství, jak se vypořádat s odsudky ze strany ostatních, včetně negativních postojů ze strany politických subjektů či dopadu příslušných zákonů, ohledně podpory svého dítěte s rozmanitou genderovou identitou (negativní reakce směřované vůči rodičům/pečovatelům mohou někdy zahrnovat odmítnutí a/nebo obtěžování/šikanu ze strany okolí v důsledku rozhodnutí směřujících k potvrzení genderové identity) (Hidalgo & Chen, 2019); 7) chce zpracovat vlastní emoční reakce a potřeby týkající se genderové identity svého dítěte, včetně smutku spojeného s jeho genderovou rozmanitostí a/nebo potenciálních obav nebo úzkostí ohledně jeho současné a budoucí duševní pohody (Pullen Sansfaçon a kol., 2019); 8) je emočně vyčerpaný a/nebo v konfliktu s ostatními členy rodiny ohledně genderové rozmanitosti svého dítěte (v případě potřeby mohou zdravotníci poskytnout samostatné sezení pro rodiče/pečovatele, sourozence a další členy rodiny s cílem poskytnout podporu, poradenství a/nebo psychoedukaci) (McLaughlin & Sharp, 2018; Pullen Sansfaçon a kol., 2019; Spivey & Edwards-Leeper, 2019).

<u>Doporučení 7.9</u>

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví spolupracovali v rámci nabízených konzultací, psychoterapie nebo jejich kombinace pro genderově rozmanité děti a jejich rodiny/pečovatele s dalšími institucemi a osobami, které mají vliv na život dítěte s cílem podpořit jeho psychickou odolnost a pohodu.

V souladu s komplexním modelem popsaným výše a na základě individuálních/rodinných okolností může být pro odborníky a odbornice ve zdravotnictví velmi prospěšné koordinovat svou intervenci s důležitými osobami (např. učiteli, trenéry, duchovními) v životě dítěte, a pomoci tak podpořit psychické a fyzické zdraví napříč různými prostředími (např. školní prostředí, sport a další rekreační aktivity, zapojení do náboženské komunity) (Kaufman & Tishelman, 2018). Terapeutické a/nebo podpůrné skupiny jsou často doporučovány jako cenný zdroj pro rodiny/pečovatele a/nebo pro samotné děti s rozmanitou genderovou identitou (Coolhart, 2018; Horton a kol., 2021; Malpas a kol., 2018; Murchison a kol., 2016).

Doporučení 7.10

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví poskytovali v rámci nabízených konzultací, psychoterapie nebo jejich kombinace pro genderově rozmanité děti a jejich rodiny/pečovatele oběma stranám věkově přiměřenou psychoedukaci týkající se vývoje genderové identity.

Rodiče/pečovatelé a jejich genderově rozmanité dítě by měli mít příležitost rozvíjet své znalosti o možnostech podpory ze strany rodiny/pečovatelů vedoucí ke zlepšení psychické odolnosti, sebeuvědomění a fungování dítěte (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Malpas, 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Není možné, a ani není úlohou poskytovatele zdravotní péče, aby s jistotou předpovídal genderovou identitu dítěte; místo toho je jeho úkolem poskytnout bezpečný prostor pro rozvoj identity dítěte v průběhu času, aniž by se snažil upřednostňovat jakýkoliv konkrétní směr vývoje týkající se genderu (APA, 2015; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Genderově rozmanité děti a mladí dospívající mají odlišné potřeby a zkušenosti než starší dospívající, a to jak ze sociálního, tak i z fyziologického hlediska, a tyto rozdíly by se měly odrazit v individualizovaném přístupu vůči jednotlivým dětem/rodině (Keo-Meir & Ehrensaft, 2018; Spencer, Berg a kol., 2021).

Rodiče/pečovatelé a děti by měli mít také možnost rozvíjet znalosti o vývoji genderové identity a gramotnosti v této oblasti prostřednictvím psychoedukace odpovídající věku dítěte (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill a kol., 2019; Spencer, Berg a kol., 2021). Gramotnost v oblasti genderové identity zahrnuje porozumění rozdílům mezi pohlavím přiřazeným při narození, genderovou identitou a genderovým projevem, včetně způsobů, jakými se tyto tři faktory specificky propojují v případě jejich dítěte (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill a kol., 2019; Spencer, Berg a kol., 2021). Postupem času, kdy dítě získává gramotnost také v oblasti genderové identity, začíná chápat, že jeho tělesné znaky nutně nedefinují jeho genderovou identitu a/nebo jeho genderový projev (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill a kol., 2019; Spencer, Berg a kol., 2021). Gramotnost v oblasti genderové identity také zahrnuje učení se rozpoznávat informace a zkušenosti související s genderem v rámci společnosti. Dítě může na základě gramotnosti v oblasti genderové identity začít vnímat rozvoj genderové identity a genderového projevu pozitivněji, což podpoří jeho psychickou odolnost a sebeúctu a sníží riziko pocitů studu v reakci na negativní postoje okolí. Získání gramotnosti v oblasti genderové identity prostřednictvím psychoedukace může být také důležité pro sourozence a/nebo rodinu a příbuzné, kteří hrají v životě dítěte významnou roli (Rider, Vencill a kol., 2019; Spencer, Berg a kol., 2021).

Doporučení 7.11

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví poskytovali genderově rozmanitým dětem a jejich rodinám/pečovatelům ve fázi, kdy se dítě blíží k pubertě, informace o potenciálních genderově potvrzujících lékařských intervencích, vlivu těchto léčebných postupů na plodnost a o možnostech jejího zachování.

V souvislosti s procesem dospívání a nástupem puberty je třeba klást důraz na práci s dětmi a jejich rodiči/pečovateli formou psychoedukace ohledně vývoje puberty, zapojení do společného rozhodování o možných genderově afirmativních zákrocích a diskuze o dopadech těchto intervencí na plodnost a reprodukční zdraví (Nahata, Quinn a kol., 2018; Spencer, Berg a kol., 2021). Přestože existuje pouze omezený empirický výzkum hodnotící takové zákroky, expertní konsenzus a literatura z oblasti vývojové psychologie obecně podporují myšlenku, že otevřená komunikace s dětmi o jejich těle a příprava na fyziologické změny v průběhu puberty v kombinaci s afirmativním přístupem k genderu podpoří psychickou odolnost a pomůže v období dospívání podpořit rozvoj sexuální identity (Spencer, Berg a kol., 2019). Všechny tyto diskuze lze prohloubit (např. zahájit dříve) s ohledem na neurodivergentní děti a zajištění dostatečného času na reflexi a pochopení uvedených témat, zejména pokud je třeba volit genderově afirmativní péči (Strang, Jarin a kol., 2018). Tyto diskuze by mohly zahrnovat následující témata:

- přehled částí těla a jejich různých funkcí
- způsoby, jakými se může tělo dítěte časem měnit v případě lékařských zásahů či bez nich
- dopad lékařských zákroků na pozdější sexuální funkci a plodnost
- dopad potlačení puberty na potenciální pozdější lékařské zásahy
- informace o nedostatku klinických dat v určitých oblastech souvisejících s dopady potlačení puberty
- role vhodné sexuální výchovy před nástupem puberty

Tyto diskuse by měly využívat jazyk a edukační styl odpovídající fázi vývoje dítěte a měly by být přizpůsobeny jeho individuálním a konkrétním potřebám (Spencer, Berg a kol., 2021).

Doporučení 7.12

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví zaujali spolu s rodiči/pečovateli podporující přístup k dětem, které si přejí uznání v genderové identitě, jež odpovídá jejich vnitřnímu prožívání.

Sociální tranzice se týká procesu, kdy je ze strany okolí uznána genderová identita dítěte. To má možnost žít svou identitu veřejně, buď ve všech nebo jen v určitých situacích, v souladu se svým sebepotvrzeným genderem. Sociální tranzice neobsahuje pevně danou sadu parametrů či kroků (Ehrensaft a kol., 2018). V minulosti byla sociální tranzice často chápána binárně – z dívky se stane chlapec, z chlapce dívka. Tento koncept se v současnosti rozšířil tak, aby zahrnoval i děti, které přecházejí k nebinární nebo individuálně formované genderové identitě (Chew a kol., 2020; Clark a kol., 2018). Novější výzkumy naznačují, že proces sociální tranzice může mít u některých dětí před pubertou ochrannou funkci a může podporovat pozitivní duševní zdraví a pohodu (Durwood a kol., 2017; Gibson a kol., 2021; Olson a kol., 2016). Zjištění, že gender dítěte může být fluidní nebo že se jeho identita může v průběhu času vyvíjet (Edwards-Leeper a kol., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels a kol., 2013), tedy není dostatečným odůvodněním k zamezení sociální tranzice u dětí před pubertou, pokud by pro ně byla prospěšná. Vývoj genderové identity může pokračovat i po částečné nebo úplné sociální tranzici (Ashley, 2019e; Edwards-Leeper a kol., 2018; Ehrensaft, 2020; Ehrensaft a kol., 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Přestože empirická data zůstávají omezená, dosavadní výzkumy naznačují, že u dětí, které mají ohledně své genderové rozmanitosti nejvíce jasno, existuje největší pravděpodobnost, že si udrží rozmanitou genderovou identitu i v budoucnu, včetně těch dětí, které prošly sociální tranzicí před pubertou (Olson a kol., 2022; Rae a kol., 2019; Steensma, McGuire a kol., 2013). Při zvažování sociální tranzice proto doporučujeme, aby rodiče/pečovatelé a odborníci a odbornice ve zdravotnictví věnovali zvláštní pozornost dětem, které konzistentně a vytrvale vyjadřují genderovou identitu, jež neodpovídá pohlaví přiřazenému při narození. To zahrnuje i ty děti, které mohou explicitně vyjádřit přání nebo touhu po společenském uznání genderu, jenž lépe odpovídá vyjádřené genderové identitě dítěte, a/nebo děti, které prožívají úzkost, když je jejich gender, jak ho sami vnímají, vnímán jako nesoulad s pohlavím přiřazeným při narození (Rae a kol., 2019; Steensma, Kreukels a kol., 2013).

Navzdory nedostatku empirických zdrojů ohledně nejlepších postupů souvisejících s procesem sociální tranzice přináší odborná literatura následující doporučení zacílená na nejlepší zájmy dítěte (Ashley, 2019e; Ehrensaft, 2018; Ehrensaft a kol., 2018; Murchison a kol., 2016; Telfer a kol., 2018): 1) sociální tranzice by měla vycházet z potřeb dítěte a odrážet jeho přání v procesu rozhodování o zahájení procesu sociální tranzice; 2) odborník či odbornice může pomoci prozkoumat výhody/přínosy a potenciální obtíže v rámci sociální tranzice; 3) sociální tranzice může probíhat buď ve všech (nejlépe), nebo jen v konkrétních kontextech/prostředích (např. ve škole, doma); a 4) dítě se může, ale nemusí rozhodnout svěřit se ostatním se svou sociální tranzicí nebo si může, obvykle s pomocí svých rodičů/pečovatelů, vybrat určitou skupinu lidí, se kterými tuto informaci bude sdílet.

Sociální tranzice, pokud k ní dojde, tedy pravděpodobně nejlépe pomůže podpořit pohodu dítěte za předpokladu, že proběhne s rozvahou a s individuálním přihlédnutím k potřebám dítěte. Sociální tranzice dítěte a tedy i jeho gender se mohou v průběhu času vyvíjet a nejsou nutně stabilní. Nejlépe ale odráží jak uvědomění si a poznání současné genderové identity, tak i touhu vyjádřit tuto identitu (Ehrensaft a kol., 2018).

Proces sociální tranzice může zahrnovat jeden nebo více různých kroků v souladu s potvrzeným genderem dítěte (Ehrensaft a kol., 2018), včetně:

- změny jména
- změny rodu
- změny pohlaví/genderu v dokumentech (např. rodný list, občanský průkaz, pas, školní a lékařská dokumentace atd.)
- zapojení do aktivit a akcí rozdělených podle genderu (např. sportovní týmy, kroužky a tábory, školní aktivity atd.)
- používání toalet a šaten
- sebeprezentace (např. účes, volba oblečení atd.)
- komunikace ohledně vyjádřeného genderu s ostatními (např. sociální média, oznámení ve třídě nebo škole, dopisy širší rodině nebo sociálním kontaktům atd.)

Doporučení 7.13

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví podporovali spolu s rodiči/pečovateli děti ve zkoumání jejich genderu v průběhu prepubertální fáze vývoje, bez ohledu na sociální tranzici.

Je důležité, aby děti, které prošly sociální tranzicí, měly stejnou příležitost jako ostatní přemýšlet dále o významu a vyjádření genderu během dětství (Ashley 2019e; Spencer, Berg a kol., 2021). Některé

výzkumy zjistily, že děti mohou prožívat genderovou fluiditu nebo dokonce vstoupit do detranzice po sociální tranzici. Výzkumy nedospěly k závěru ohledně toho, kdy v životním cyklu je detranzice nejpravděpodobnější nebo kolik procent mladých lidí nakonec prožívá genderovou fluiditu a/nebo touhu po detranzici – kvůli vývoji genderové identity nebo potenciálně z jiných důvodů (např. obavy o bezpečnost; stres související s menšinovou identitou) (Olson a kol., 2022; Steensma, Kreukels a kol., 2013). Nedávno publikovaná výzkumná zpráva z USA ukazuje, že došlo k detranzici pouze u malého procenta mladých osob pět let po jejich binární sociální tranzici (Olson a kol., 2022); u toho vzorku mladých osob by však bylo potřeba sledovat další vývoj. Opakování těchto zjištění je také důležité proto, že uvedená studie byla provedena na omezeném vzorku účastníků v USA na základě vlastního výběru, a tudíž nemusí být aplikovatelná na všechny genderově rozmanité děti. Abychom shrnuli výše uvedené: máme omezenou možnost předem vědět, jakým způsobem se může genderová identita a vyjádření dítěte vyvíjet v průběhu času a zda nebo proč může u některých docházet k detranzici. Navíc ne všechny děti s genderovou rozmanitostí chtějí zkoumat svůj gender (Telfer a kol., 2018). Od cisgender dětí se neočekává, že se budou tomuto zkoumání věnovat, a proto mohou být pokusy vnutit toto zkoumání genderově rozmanitým dětem, pokud to není vhodné nebo vítané, vnímány jako patologizující, intruzivní a/nebo cisnormativní (Ansara & Hegarty, 2012; Bartholomaeus a kol., 2021; Oliphant a kol., 2018).

Doporučení 7.14

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví diskutovali o potenciálních výhodách a rizicích sociální tranzice s rodinami, které ji zvažují.

Sociální tranzice u prepubertálních dětí zahrnuje různé možnosti, může probíhat postupně v průběhu času, je individuální dle potřeb dítěte a dalších psychosociálních ohledů (Ehrensaft, 2018) a představuje rozhodnutí, u kterého je třeba zvážit a prodiskutovat možné přínosy a rizika.

Sociální tranzice může mít potenciální přínosy, jak je popsáno v klinické literatuře (např. Ehrensaft a kol., 2018) a podpořeno výzkumem (Fast & Olson, 2018; Rae a kol., 2019). Tyto přínosy zahrnují podporu genderového souladu, snižování genderové dysforie a zlepšování psychosociální adaptace a pohody (Ehrensaft a kol., 2018). Studie ukázaly, že genderově rozmanité děti, které prošly sociální tranzicí, většinou vykazují charakteristiky v oblasti duševního zdraví stejné jako u cisgender vrstevníků a sourozenců (Durwood a kol., 2017). Tato zjištění se výrazně liší v míře duševních obtíží, které byly konzistentně pozorovány v předchozích výzkumech u genderově rozmanitých dětí a dospívajících (Barrow & Apostle, 2018) a naznačují, že dopad sociální tranzice může být pozitivní. Kromě toho může sociální tranzice u dětí obvykle proběhnout pouze za podpory a přijetí rodičů/pečovatelů, což bylo také prokázáno jako důležitý faktor napomáhající pohodě u genderově rozmanitých dětí (Durwood a kol., 2021; Malpas a kol., 2018; Pariseau a kol., 2019). Jako důležité však byly identifikovány i jiné formy podpory, například podpora ve škole (Durwood a kol., 2021; Turban, King a kol., 2021). Odborníci a odbornice v oblasti zdraví by měli diskutovat o potenciálních přínosech sociální tranzice s dětmi a rodinami v situacích, kdy: 1) existuje konzistentní, stabilní vyjádření genderové identity, které je v nesouladu s pohlavím přiřazeným při narození (Fast & Olson, 2018). To by mělo být odlišeno od genderově rozmanitých projevů/chování/zájmů (např. hraní si s hračkami, vyjádření prostřednictvím oblečení nebo vzhledu a/nebo účast v aktivitách sociálně definovaných a obvykle spojených s opačným genderem, tj. v rámci binárního genderového modelu) (Ehrensaft, 2018; Ehrensaft a kol., 2018); 2) dítě vyjadřuje silné přání nebo potřebu přejít do genderové role, kterou označilo jako svůj autentický gender (Ehrensaft a kol., 2018; Fast & Olson, 2018; Rae a kol., 2019); a 3) dítě bude emocionálně a fyzicky v bezpečí během tranzice a po ní (Brown & Mar, 2018). Předsudky a diskriminace by měly být brány v úvahu, zejména v lokalitách, kde je přijetí genderové rozmanitosti omezené nebo je zakázáno (Brown & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Turban, King a kol., 2021). Je třeba poznamenat, že mohou existovat také možná rizika pro genderově rozmanité děti, které neprocházejí sociální tranzicí, včetně 1) ostrakizace nebo šikany za to, že nevyhovují předepsaným společenským genderovým rolím a/nebo sociálně očekávaným vzorcům chování; a 2) vnitřního stresu nebo úzkosti pramenící z toho, že gender, který sami sobě přisuzují, není v souladu s genderem, který se od nich v rámci prezentace vůči okolí očekává.

Pro podporu genderového zdraví je potřeba prozkoumat potenciální výzvy v rámci sociální tranzice. Jednou z často vyjadřovaných obav je strach, že si dítě nedovolí zvážit další možný vývoj své genderové identity v průběhu dospívání nebo bude váhat s podstoupením dalšího průběhu tranzice, ačkoli již necítí, že jeho současná fáze sociální tranzice odpovídá jeho aktuální genderové identitě (Edwards-Leeper a kol., 2016; Ristori & Steensma, 2016). Nedávné omezené výzkumy ukázaly, že někteří rodiče/pečovatelé dětí,

které prošly sociální tranzicí, mohou a zvládají se svými dětmi diskutovat o možnosti nových genderových změn (například návrat k dřívějšímu genderovému vyjádření) (Olson a kol., 2019). Další často zjištěnou obavou spojenou se sociální tranzicí je, že dítě může trpět negativními následky, pokud se vrátí k původní identitě, která odpovídá jeho pohlaví přiřazenému při narození (Chen a kol., 2018; Edwards-Leeper a kol., 2019; Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Z tohoto hlediska by si měli být rodiče/pečovatelé vědomi potenciálního vývojového vlivu sociální tranzice na dítě. Odborníci a odbornice v oblasti zdraví by měli poskytovat rodičům/pečovatelům vedení a dětem podporu v případě, že se zvažuje nebo že probíhá sociální tranzice, a to: 1) prostřednictvím konzultací, posouzení a podpory ohledně genderové identity, když je to potřeba a když si to přejí rodiče/opatrovníci; 2) pomocí členům rodiny v případech, kdy je potřeba docílit porozumění přáním dítěte ohledně sociální tranzice a vlastním pocitům ohledně přání vyjádřených dítětem; 3) ve spolupráci s rodinou prostřednictvím vzájemného učení a diskuze o tom, jak a proč věří, že by tato změna mohla být jejich dítěti prospěšná, a to jak v současnosti, tak i v budoucnosti v rámci jeho dalšího vývoje; 4) poskytováním vedení v případech, kdy rodiče/pečovatelé nesouhlasí se sociální tranzicí, a nabízením možnosti spolupracovat s cílem nalézt porozumění genderového statusu a potřeb dítěte; 5) poskytováním vedení ohledně bezpečných a podpůrných způsobů, jak informovat ostatní o sociální tranzici jejich dítěte, a usnadněním tranzice dítěte v různých sociálních prostředích (např. škola, širší rodina); 6) podporou komunikace s vrstevníky o genderové identitě a sociální tranzici, pokud si to dítě přeje, stejně tak i posilováním pozitivních vztahů s vrstevníky; 7) poskytováním poradenství v případech, kdy sociální tranzice nemusí být pozitivně přijímána ze strany okolí nebo není bezpečná, ať už ve všech nebo jen v určitých situacích, nebo když má dítě navzdory svému přání k zahájení tranzice výhrady, které mohou pramenit z několika příčin, včetně obav a úzkostí; 8) spoluprací s rodinou a odborníky v oblasti duševního zdraví s cílem usnadnit sociální tranzici způsobem, který je optimální pro rozvoj genderové identity dítěte, jeho celkovou pohodu a fyzickou a psychickou bezpečnost; 9) psychoedukací o mnoha různých směrech, kterými se může genderová identita dítěte vyvíjet v průběhu času, a zajištěním otevřených možností pro další vývoj genderové identity dítěte, přičemž vývoj genderové identity dítěte není vhodné předpovídat (Malpas a kol., 2018).

Všechny tyto úkoly směřují ke zlepšení komunikace mezi dítětem a členy rodiny a poskytují příležitost, aby byly potřeby dítěte všemi relevantními členy rodiny vnímány a vyslyšeny. Tyto vztahové procesy opět zlepšují úspěch rodičů/pečovatelů při informovaném rozhodování o vhodnosti a/nebo parametrech sociální tranzice pro své dítě (Malpas a kol., 2018).

Jednou z rolí odborníků a odbornic je poskytovat vedení a podporu v situacích, kdy děti a rodiče/pečovatelé chtějí v sociální tranzici pokračovat, ale dojdou k závěru, že sociální prostředí by jejich volbu neakceptovalo, a to tak, že: 1) pomohou rodičům/pečovatelům definovat a rozšiřovat bezpečné prostory, ve kterých může dítě svobodně vyjadřovat svou autentickou genderovou identitu; 2) diskutují s rodiči/pečovateli o způsobech vyjednávání, které zvyšují pravděpodobnost, že sociální prostředí bude v budoucnu podporující, pokud je to realistický cíl; 3) intervenují podle potřeby, aby pomohli dítěti/rodině vystavené stresu a/nebo pocitům studu způsobeným potlačováním autentické genderové identity a potřebou se skrývat; 4) zvyšují psychickou odolnost jak dítěte, tak rodiny a vštěpují jim postoj, že pokud má sociální prostředí obtíže s přijetím sociální tranzice a potvrzené genderové identity dítěte, není to kvůli nedostatkům na straně dítěte, ale kvůli nedostatečné gramotnosti v oblasti genderové identity v sociálním prostředí (Ehrensaft a kol., 2018).

Doporučení 7.15

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví zvážili spolupráci s ostatními odborníky a organizacemi, aby podporovali pohodu genderově rozmanitých dětí a minimalizovali nepříznivé situace, kterým mohou čelit.

Všechny děti mají právo na podporu a respekt ohledně své genderové identity (Human Rights Campaign, 2018; Paré, 2020; SAMHSA, 2015). Jak bylo uvedeno výše, děti s rozmanitou genderovou identitou jsou zvláště zranitelnou skupinou (Barrow & Apostle, 2018; Cohen-Kettenis a kol., 2003; Giovanardi a kol., 2018; Gower, Rider, Coleman a kol., 2018; Grossman & D'Augelli, 2007; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak a kol., 2015; Ristori & Steensma, 2016; Roberts a kol., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). K povinnostem zdravotnických odborníků a odbornic jako podporovatelů těchto dětí patří porozumění rozhodujícímu vlivu sociálních determinantů zdraví na marginalizované menšiny (Barrow & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012). Všichni poskytovatelé péče přejímají roli podporovatele ve formě podpory dítěte a jeho rodiny, jak naznačují studie z let 2015 a 2018 (APA; Malpas a kol.). Někdy se od zdravotnických pracovníků očekává, že se ve své práci neomezí jen na své pracoviště nebo služby, ale že budou také podporovat

děti s různou formou genderové identity v rámci širší komunity. To může zahrnovat spolupráci s různými zainteresovanými stranami, včetně rodičů, pečovatelů, podporovatelů a mládeže (Kaufman & Tishelman, 2018; Lopez a kol., 2017; Vanderburgh, 2009). Toto úsilí může hrát klíčovou roli ve zlepšování zdraví dětí v oblasti genderu a podpoře jejich práv (Lopez a kol., 2017).

Hlas odborníků a odbornic může mít nezastupitelnou roli v prostředí školy, v oblasti politiky, soudnictví i v médiích (Kuvalanka a kol., 2019; Lopez a kol., 2017; Whyatt-Sames, 2017; Vanderburgh, 2009). Zároveň mohou hrát výraznou roli při rozpoznání a řešení běžných situací, kdy jsou zkušenosti dětí s rozmanitou genderovou identitou ze strany dospělých, vrstevníků nebo médií ať už úmyslně nebo neúmyslně ignorovány nebo zpochybňovány (Rafferty a kol., 2018). Odborníci a odbornice s potřebnými dovednostmi mohou v příhodných situacích poskytovat jasnou a jednoznačnou podporu, odmítat patologizaci potřeb a práv dětí s rozmanitou genderovou identitou a upozorňovat na nepříznivé následky diskriminačních a transfobních pravidel, zákonů a norem (Rafferty a kol., 2018).

Termín „nebinární“ slouží jako zastřešující pojem, který označuje osoby, jež svou genderovou identitou nezapadají do tradičního rozdělení na muže a ženy. Tento termín se většinou, ale ne výhradně, vyskytuje v kontextu zemí globálního severu. Někdy se také používá k popisu genderových identit původních národů a nezápadních kultur. Pod termín „nebinární“ spadají lidé, kteří mají více než jednu genderovou identitu zároveň nebo se takto identifikovali v různých obdobích svého života (např. bigender), nemají žádnou genderovou identitu nebo je jejich genderová identita neutrální (např. agender nebo neutrois), mají genderovou identitu, která zahrnuje nebo kombinuje prvky různých genderů (např. polygender, demiboy, demigirl) nebo jejichž gender se mění v průběhu času (např. genderfluidní) (Kuper a kol., 2014; Richards a kol., 2016; Richards a kol., 2017; Vincent, 2019). Nebinární osoby mohou mít různou míru identifikace s tradičními gendery, mohou například používat označení nebinární muž nebo nebinární žena. Mohou se také identifikovat s více termíny souvisejícími s genderem současně, například nebinární a genderfluidní (podle studií James a kol., 2016; Kuper a kol., 2012). Označení „nebinární“ může ovšem fungovat i jako samostatná genderová identita (Vincent, 2020). Je důležité si uvědomit, že se nejedná o úplný výčet a že význam těchto identit se může u jednotlivých osob lišit. Používání těchto termínů se rovněž může v různých obdobích a různých geografických oblastech měnit.

Identitní kategorie „genderqueer“, která byla poprvé použita v 90. letech 20. století, je o něco starší než pojem „nebinární“, jenž se poprvé objevil přibližně na konci dvacátého století (Nestle a kol., 2002; Wilchins, 1995). Termín „genderqueer“ lze někdy použít synonymně s pojmem „nebinární“, může ovšem také vyjadřovat specifický politický rozměr genderové identity daného člověka. Ačkoliv se „transgender“ v mnoha kulturních kontextech používá jako zastřešující termín zahrnující nebinární osoby, ne všichni nebinární lidé se považují za transgender osoby, a to z různých důvodů, například proto, že pojem „transgender“ považují výhradně za součást genderové binarity, nebo proto, že se necítí „dost trans“, aby se popisovali jako transgender osoby (Garrison, 2018). Někteří nebinární lidé si nejsou svou identifikací coby transgender osob jisti nebo mají ohledně ní smíšené pocity (Darwin, 2020; Vincent, 2019). V kontextu anglického jazyka mohou nebinární lidé používat zájmena *they/them/theirs* nebo nově vytvořená zájmena jako např. *e/em/eir, ze/zir/hir, er/ers/erself* (Moser & Devereux, 2019; Vincent, 2018). Někteří nebinární lidé používají kombinaci gramatických rodů (buď je úmyslně střídají, nechávají při označení své osoby na výběr ostatním nebo je mění podle sociálního kontextu), případně upřednostňují vynechání rodově specifických zájmen úplně a používají své jméno. Kromě toho používají někteří nebinární lidé *she/her/hers* nebo *he/him/his* někdy nebo výhradně, zatímco v některých zemích a regionech zatím neexistuje jazyk vyjadřující nebinaritu. V kontextech mimo angličtinu lze sledovat širokou škálu kulturně specifických jazykových adaptací a jazykového vývoje (Attig, 2022; Kirey-Sitnikova, 2021; Zimman, 2020). Je také třeba poznamenat, že některé jazyky používají jedno zájmeno, které není spojeno s genderem, zatímco jiné jazyky rodově rozlišují všechna podstatná jména. Tyto jazykové variace pravděpodobně ovlivňují zkušenosti nebinárních osob s genderovou identitou a jejich interakce s ostatními.

Nedávné studie naznačují, že nebinární lidé tvoří přibližně 25% až více než 50% širší transgender populace, přičemž nejvyšší procento nebinarity je zaznamenáno u mládeže (Burgwal a kol., 2019; James a kol., 2016; Watson, 2020). V nedávných studiích transgender dospělých bývají nebinární osoby mladší než transgender muži a transgender ženy. V rámci studií zaměřených na mládež i dospělé je pravděpodobnější, že nebinárním osobám bylo při narození přiřazeno ženské pohlaví (AFAB). Tyto závěry je však třeba interpretovat opatrně, neboť je pravděpodobné, že existuje řada složitých sociokulturních faktorů ovlivňujících kvalitu, reprezentativnost a přesnost těchto dat (Burgwal a kol., 2019; James a kol., 2016; Watson, 2020; Wilson & Meyer, 2021) (viz také Kapitola 3 – Odhad velikosti populace).

Porozumění genderovým identitám a genderovým projevům v rámci nelineárního spektra

Nebinární genderové identity, jsou uznávány v různých kulturách po celém světě a mají dlouhou historii (Herdt, 1994; McNabb, 2017; Vincent & Manzano, 2017). Každá kultura může rozpoznávat vlastní; specifické kategorie genderové identity, které nelze vždy snadno převést do jiného jazyka či na západní model pohlaví. Je velmi důležité zmínit historické interakce kolonizátorů s původními obyvateli, kteří vyznávali nezápadní pojetí genderové identity, jelikož tyto interakce měly za následek kulturní zneviditelnění a prolnutí rasismu a cisnormativity, jež mohou škodlivě ovlivňovat sociální determinanty zdraví genderově rozmanitých původních obyvatel. Od 50. let 20. století byl gender používán

k vyjádření sociálně konstruované kategorizace chování, aktivit, vzhledu atd. ve vztahu k binárnímu modelu muž/žena, maskulinní/femininní v současném západním kontextu. Dnes je však pojem „gender" chápán v širším smyslu, zahrnuje biologické pohlaví, genderové role, genderový projev a genderovou identitu (Vincent, 2020). Osoby s jakoukoliv genderovou identitou, včetně osob nebinárních, mohou vyjadřovat různé aspekty genderového projevu, které společnost tradičně chápe jako „mužské", „ženské" nebo „androgynní". Například u nebinární osoby, která se prezentuje ženským způsobem, nelze předpokládat, že se později bude nutně identifikovat jako žena nebo bude vyžadovat zásahy typické pro transgender ženy, jako je vaginoplastika. Genderová nekonformita osoby ve vztahu ke kulturním očekáváním by neměla být vnímána jako důvod k obavám, ani by neměla být automaticky považována za indikátor klinicky složité situace – například u nebinární osoby s přiřazeným mužským pohlavím při narození (AMAB), která nosí oblečení vnímané jako ženské, používá ženský rod, ale ponechává si jméno kategorizované jako mužské.

Pojetí genderu jako spektra nabízí větší prostor pro detailní rozlišení než binární model. Existují však významná omezení lineárního spektrálního modelu, která mohou vést k nepřiměřeným zobecněním o genderu. Například můžeme intuitivně umístit „binární možnosti" (muž/samec, žena/samice) na oba konce kontinua, ale tímto způsobem se maskulinita stává opozicí femininity, což nezahrnuje genderovou neutralitu, paralelní projevy maskulinity a femininity a genderqueer nebo nezápadní koncepty genderu. Je zásadní, aby odborníci a odbornice na oblast zdraví nevnímali nebinární gendery jako „částečné" artikulace transgender mužství (u osob s přiřazeným ženským pohlavím při narození) nebo transgender ženství (u osob s přiřazeným mužským pohlavím při narození) nebo je definovat jako „někde na spektru maskulinity/feminity". Někteří nebinární jedinci se vnímají zcela mimo dichotomii muž/žena. *Nelineární* spektrum naznačuje, že rozdíly v genderovém projevu, identitě nebo potřebách týkajících se genderového potvrzení mezi klienty by neměly být srovnávány za účelem jejich umístění v rámci lineárního spektra. Navíc je interpretace genderového projevu subjektivní a kulturně definovaná, a to, co jedna osoba považuje za velmi ženské, nemusí někdo jiný vnímat stejně (Vincent, 2020). Odborníci a odbornice by se měli vyhnout předpokladům o tom, jak každý klient či klientka pojímá svůj gender, a měli by být připraveni orientovat se podle jejich osobního chápání genderu tak, jak souvisí s jejich genderovou identitou, projevem a případnou potřebou lékařské péče.

Proces vývoje genderu, který prožívají všichni transgender a genderově rozmanití lidé bez ohledu na jejich vztah k genderovému binárnímu modelu zjevně vykazuje podobné prvky (např. uvědomění, zkoumání, utváření významu, integrace), ale načasování, průběh a osobní zkušenosti spojené s každým z těchto procesů se liší jak uvnitř skupiny transgender a nebinárních lidí, tak i mezi těmito populacemi (Kuper, Wright a kol., 2018; Kuper, Lindley a kol., 2019; Tatum a kol., 2020). Sociokulturní a intersekcionální perspektivy mohou být užitečné při kontextualizaci vývoje genderu a sociální tranzice, včetně toho, jak jsou individuální zkušenosti formovány sociálním a kulturním kontextem a jak interagují s dalšími doménami identity a osobní zkušenosti.

Potřeba přístupu k genderově afirmativní péči

Někteří nebinární lidé vyhledávají péči, která potvrzuje jejich gender, aby zmírnili genderovou dysforii nebo nesoulad a zvýšili spokojenost se svým tělem prostřednictvím lékařsky nezbytných zásahů (viz prohlášení o lékařské nezbytnosti v Kapitole 2 – Globální uplatnění, Doporučení 2.1). Někteří nebinární lidé mohou cítit, že určité lékařské intervence jsou pro ně nezbytné (viz také Kapitola 5 – Posouzení dospělých [Beek a kol., 2015; Jones a kol., 2019; Köhler a kol., 2018]), zatímco jiní nikoli (Burgwal & Motmans, 2021; Nieder, Eyssel a kol., 2020), zůstává ovšem nejasné, jaký je podíl nebinárních lidí, kteří vyhledávají genderově afirmativní péči a jaké jsou její konkrétní cíle. Úkolem odborníků a odbornic je poskytnout informace o existujících lékařských možnostech (a jejich dostupnosti), které by mohly pomoci zmírnit genderovou dysforii nebo nesoulad a zvýšit spokojenost se svým tělem, aniž by za danou osobu předpokládali, jaké možnosti péče by jí mohly individuálně nejlépe vyhovovat.

Motivace přistoupit (nebo nepřistoupit) k lékařským genderově afirmativním intervencím, včetně hormonální terapie, operací nebo obojího, jsou rozmanité a potenciálně složité (Burgwal & Motmans, 2021; Vincent, 2019, 2020) a měly by být před rozhodnutím o fyzické intervenci společně přezkoumány. Potřebu jednotlivce přistoupit k genderově afirmativním lékařským metodám nelze předpovídat na základě jeho genderové role, projevu nebo identity. Například některé transgender ženy nemají potřebu podstoupit vaginoplastiku, zatímco někteří nebinární lidé s přiřazeným mužským pohlavím při narození (AMAB) mohou mít z této intervence prospěch. Dále platí, že u nebinárních lidí požadujících genderově afirmativní péči úzce spojenou s tranzicí směrem od přiřazeného pohla-

ví/genderu k druhé binárně uznané kategorii (např. estrogenová terapie a vaginoplastika pro AMAB osoby) nenarušuje tato volba validitu jejich nebinární identity.

I přes rozšíření povědomí o transgender a nebinárních osobách stále existují pro mnoho z nich významné bariéry v přístupu k péči, přičemž nebinární lidé často uvádějí velké obtíže při přístupu k podpoře v oblasti duševního zdraví, tak k lékařské genderově afirmativní péči (Clark a kol., 2018; James, 2016). Mnoho nebinárních lidí hlásí zkušenosti, kdy odborníci či odbornice ve zdravotnictví neuznali jejich nebinární gender, včetně názorů, že jejich gender není validní nebo že je výrazně obtížnější poskytovat jim péči (Valentine, 2016; Vincent, 2020). Nebinární lidé se mohou setkat s předpokladem ze strany poskytovatelů péče, že nepotřebují nebo nechtějí genderově afirmativní intervence (Kcomt a kol., 2020; Vincent, 2020), a popisují tlak na to, aby se pro přístup k péči (Bradford a kol., 2019; Taylor a kol., 2019) prezentovali jako transgender muži nebo transgender ženy (v rámci binárního konceptu genderu). Občas se nebinární lidé ocitají v situaci, kdy musí vzdělávat poskytovatele služeb, u kterých vyhledávají pomoc, přestože je nevhodné, aby se odborníci či odbornice v oblasti zdraví spoléhali v rámci vzdělávání primárně na své klienty a klientky (Kcomt a kol., 2020). Burgwal a Motmans (2021) zjistili, že v porovnání s transgender muži a transgender ženami měli nebinární lidé větší strach z předsudků ze strany zdravotnických pracovníků, menší důvěru ve služby a větší obtíže s přístupem k péči. Studie jak v Evropě, tak v USA ukázaly, že nebinární osoby častěji odkládají péči než binární transgender muži nebo transgender ženy, přičemž nejčastěji uváděným důvodem byl strach z necitlivého nebo nekompetentního zacházení (Burgwal & Motmans, 2021; Grant a kol., 2011). U nebinárních osob se zdá být také méně pravděpodobné, že oznámí svou genderovou identitu poskytovatelům zdravotní péče, než u ostatních transgender osob (Kcomt a kol., 2020).

Potřeba adekvátní úrovně podpory

Poskytování genderově afirmativní péče nebinárním osobám přesahuje konkrétní genderově afirmativní intervence, jako je hormonální terapie nebo operace, a zahrnuje podporu celkového zdraví a rozvoje. Modely menšinového stresu byly adaptovány tak, aby konceptualizovaly spojitosti genderových stresorů u transgender osob s nerovnostmi v oblasti fyzického a duševního zdraví (Delozier a kol., 2020; Testa a kol., 2017). Zdá se, že nebinární osoby zažívají menšinové stresory, které jsou jak podobné, tak odlišné od těch, které zažívají transgender muži a transgender ženy. Johnson (2020) uvádí, že zkušenosti s nedostatkem uznání jsou mezi nebinárními osobami obzvláště časté, například výroky nebo jednání vyjadřující přesvědčení, že nebinární identity nejsou „skutečné“ nebo jsou důsledkem „módy“ nebo „fáze“. Zdá se také, že u nebinárních osob je menší pravděpodobnost než u transgender mužů a transgender žen, že ostatní budou správně používat jejich zvolený rod. Podobně nebinární lidé popisují pocit „neviditelnosti“ (Conlin, 2019; Taylor, 2018). Jedna ze studií zjistila, že nebinární mládež uvádí ve srovnání s mladými transgender muži a transgender ženami nižší míru sebeúcty (Thorne, Witcomb a kol., 2019).

Transgender a genderově rozmanití lidé často zažívají diskriminaci, šikanu a sociální odmítnutí, což bylo zdokumentováno v několika výzkumech (James, 2016; Human Rights Campaign, 2018; Witcomb a kol., 2019). Tyto zkušenosti se však mohou lišit v závislosti na tom, ke které konkrétní skupině TGR osob daný člověk patří, a jsou ovlivněny dalšími charakteristikami, jako jsou etnicita, věk a sociální status. Podle studie Newcomba (2020) transgender ženy (AMAB) a nebinární mládež, jimž bylo při narození přiřazeno mužské pohlaví (AMAB), zažívají vyšší míru viktimizace (stávají se oběťmi) než transgender muži (AFAB) a nebinární mládež, kterým bylo při narození přiřazeno ženské pohlaví (AFAB). Zejména nebinární AMAB mládež hlásí vyšší úroveň traumatického stresu. Na druhou stranu, Poquiz (2021) ve svém výzkumu ukazuje, že transgender muži a ženy zažívají větší míru diskriminace než nebinární osoby. Tato rozporuplná zjištění zdůrazňují, jak složité a rozmanité mohou být zkušenosti TGR osob. Při porovnání fyzického a duševního zdraví mezi nebinárními osobami, transgender muži a ženami nejsou výsledky jednotné. Některé studie ukazují, že nebinární osoby mají více zdravotních problémů (Scandurra, 2019), zatímco jiné neuvádějí žádný rozdíl mezi těmito skupinami.

Vzhledem k tomu, že příběhy osob s nebinární identitou nejsou tak široce sdíleny jako ty, které vycházejí z binárního rámce (muž/žena), mohou mít nebinární osoby méně zdrojů ke zkoumání a vyjadřování svého vztahu k vlastnímu genderu. Tyto zdroje mohou zahrnovat přístup do komunitních prostor a možnost navazování osobních vztahů, kde lze nebinární identitu prozkoumávat, nebo přístup k jazyku a konceptům, které umožňují podrobnější zkoumání nebinárních zkušeností (Bradford a kol., 2018; Fiani & Han, 2019; Galupo a kol., 2019). V současnosti jsou vyvíjeny klinické pokyny, které mají pomoci poskytovatelům zdravotní péče přizpůsobit genderově afirmativní péči tak,

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví:

8.1. poskytovali nebinárním osobám individualizovaný přístup a péči směřující k afirmaci genderového prožívání;
8.2. zvažovali lékařské intervence (hormonální terapii nebo operace) směřující k afirmaci genderu pro nebinární osoby i v případě, že neprobíhá „sociální genderová tranzice";
8.3. zvažovali genderově afirmativní chirurgické intervence i v případě, kdy neprobíhá hormonální terapie, pokud však není vyžadována k dosažení požadovaného chirurgického výsledku;
8.4. poskytovali nebinárním osobám informace o dopadech hormonální terapie/operací na plodnost a prodiskutovali s nimi možnosti zachování plodnosti před zahájením hormonální terapie nebo podstoupením chirurgického zákroku.

aby vyhověla těmto jedinečným zkušenostem nebinárních osob (Matsuno, 2019; Rider, Vencill a kol., 2019).

Genderově afirmativní lékařské intervence u nebinárních osob

V situacích, kdy není určitá lékařská intervence běžně aplikována nebo kdy pro ni neexistuje ustálený postup, je důležité, aby byla osoba před její volbou seznámena s dostupnými informacemi, včetně možných limitů ohledně současných znalostí. Rovněž je klíčové podniknout a zdokumentovat důkladnou diskusi o potřebných fyzických změnách a potenciálních omezeních v dosažení těchto charakteristik, stejně jako o tom, jak může či nemusí daná intervence zvýšit schopnost jednotlivce vyjádřit svůj gender.

Co se týče terapie estrogenem u nebinárních AMAB osob (s přiřazeným mužským pohlavím), je důležité vzít v potaz možnost růstu prsou, kterému se nelze vyhnout (Seal, 2017). Ačkoli je míra růstu prsou velmi proměnlivá, měla by tato informace být jasně zmíněna v případech, kdy nebinární osoby požadují některé z dalších změn spojených s terapií estrogenem (jako je zjemnění kůže a zmírnění růstu vousů a ochlupení), ale nechtějí růst prsou nebo k němu mají ambivalentní postoj.

Stejně tak u nebinárních AFAB osob (s přiřazeným ženským pohlavím při narození), které si přejí přístup k testosteronu, aby dosáhly některých změn, ale nikoli jiných, by mělo být uvedeno, že pokud je potřebný růst vousů, je nevyhnutelný i růst genitálií (Seal, 2017). Časový rámec užívání testosteronu znamená, že tyto změny budou pravděpodobně doprovázeny i nevratným prohloubením hlasu, ačkoli míra každé z těchto změn je individuální (Vincent, 2019; Ziegler a kol., 2018). Snížení výšky hlasu bez nárůstu tělesného ochlupení je další výzva. U některých nebinárních osob je velmi důležitou součástí jejich genderové afirmace odstranění chlupů (Cocchetti, Ristori, Romani a kol., 2020).

Pokud je hormonální péče přerušena a původní gonády zůstávají funkční, může se mnoho fyzických změn způsobených hormonální terapií vrátit do původního stavu. To znamená, že u nebinárních osob s původně ženskými pohlavními orgány (AFAB) může dojít k obnovení menstruačního cyklu a zastavení růstu tělesného ochlupení, zatímco u nebinárních osob s původně mužskými pohlavními orgány (AMAB) může dojít ke snížení objemu svalové hmoty a problémům s erekcí. Některé změny však zůstávají trvalé. Mezi ně patří například mužský typ plešatosti, zvětšení genitálií a růst vousů u osob AFAB nebo růst prsou u osob AMAB. Tyto trvalé změny mohou vyžadovat za účelem jejich odstranění další intervence, jako je například elektrolýza nebo odstranění prsou (mastektomie), a jsou někdy označovány jako „částečně reverzibilní". Je také důležité upozornit, že účinky nízkodávkové hormonální terapie u této skupiny osob nejsou plně zdokumentovány. Proto je vhodné pečlivě sledovat kardiovaskulární rizika a zdraví kostí při používání nízkodávkové hormonální terapie. Pro podrobnější informace viz Kapitola 12 – Hormonální terapie.

Nejsou-li žádoucí efekty testosteronu ani estrogenu, je možné inhibovat jejich produkci. Měly by být prodiskutovány důsledky této inhibice v souvislosti se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem, sníženou mineralizací kostí a rizikem deprese a měla by být přijata opatření ke snížení těchto rizik (Brett a kol., 2007; Vale a kol., 2010; Wassersug & Johnson, 2007). Pro více informací viz také Kapitola 9 – Eunuchové a Kapitola 12 – Hormonální terapie. Prozkoumání možností lékařské a/nebo sociální tranzice nezávisle na sobě a možnosti aplikace hormonů, chirurgických zákroků nebo obojího nezávisle na sobě by mělo být dostupné všem, ať už jde o trans muže, trans ženy nebo nebinární osoby.

Všechna doporučení v této kapitole byla sestavena na základě důkladného posouzení vědeckých dat, hodnocení přínosů a rizik, hodnot a preferencí poskytovatelů péče a klientů a klientek, využití zdrojů a vyhodnocení proveditelnosti. V některých případech jsou důkazy omezené a/nebo služby nemusí být dostupné nebo vhodné.

Doporučení 8.1

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví poskytovali nebinárním osobám individualizovaný přístup a péči směřující k afirmaci genderového prožívání.

Individuální posouzení nebinárních osob začíná pochopením jejich osobního vnímání genderu a vlivu tohoto vnímání na jejich cíle v rámci potřebné péče. Pojetí zkušeností spojených s genderem se může lišit v závislosti na příslušné skupině a kultuře, ke které nebinární osoby náleží, a může zahrnovat i zkušenosti spojené s dalšími složkami jejich identity, jako je věk, sexualita, rasa, etnicita, socioekonomický status nebo zdravotní omezení (Kuper a kol., 2014; Subramanian a kol., 2016).

Odborníci a odbornice ve zdravotnictví by se měli vyvarovat jakýchkoliv předpokladů o genderové identitě, projevu nebo potřebách klientů a klientek v jejich péči. Měli by také mít na paměti, že nebinární zkušenost s genderem může, ale také nemusí, být relevantní pro hodnocení a cíle poskytované péče. Význam genderu pro klienta a jeho cíle v péči by měly být určující pro míru zkoumání genderové identity. Například pokud klient požaduje péči ohledně zdravotních problémů, které nejsou přímo spojené s genderem, může být dostatečné jen správné oslovování jménem a rodem, které preferuje (Knutson a kol., 2019). Ovšem je-li třeba řešit problém, kde je relevantní současná nebo předchozí hormonální či chirurgická péče, může být zapotřebí se zaměřit na více podrobností, a to i v případech, kdy se nejedná o problém specificky spojený s genderem.

Kulturně kompetentní zdravotnická zařízení by měla vytvářet prostředí, které je přátelské a uznává rozmanitost genderových identit (zvláště s ohledem na zkušenosti nebinárních osob). To znamená, aby informace poskytované klinikami a poskytovateli zdravotní péče, jako jsou webové stránky, formuláře (například při příjmu klientů a klientek) a další materiály, byly inkluzivní a odrážely nebinární identity a zkušenosti, čímž vyjadřují, že nebinární lidé jsou vítáni a jejich identita je uznávána (Hagen & Galupo, 2014). Použití otevřených kolonek pro uvedení genderové identity a preferovaných zájmen je vstřícnější než použití omezeného seznamu možností. Dále je důležitá ochrana soukromí při komunikaci na recepci, vytváření alternativ k uvedení oficiálního jména v digitálních systémech tam, kde je to z právních důvodů vyžadováno, zavedení neutrálních toalet a alternativy k oslovování klientů a klientek oficiálním jménem v čekárně. Tato opatření jsou příkladem kompetencí ve vztahu k transgender a genderově rozmanitým osobám (Burgwal a kol., 2021). Je důležité, aby bylo v rámci péče od samého začátku požadováno a konzistentně používáno preferované jméno, gramatický rod a další genderově specifické termíny. Tyto údaje by měly být také pravidelně aktualizovány, protože se mohou průběžně měnit v závislosti na okolnostech.

Odborníci a odbornice by měli zaujmout přístup, který se soustředí na silné stránky a psychickou odolnost. V poslední době vídáme kritiku zdravotnických odborníků a odbornic za to, že se příliš zaměřují na stres spojený s genderovou identitou. Je však stejně důležité vzít v úvahu i zkušenosti, které přináší pohodlí, radost a osobní růst díky možnosti sebeurčení a přístupu k péči, jak zdůrazňuje Ashley (2019a) a Benestad (2010). Zdravotníci by měli ve spolupráci s klienty a klientkami prozkoumávat široké spektrum genderových zkušeností a zvažovat, jak tyto zkušenosti ovlivňují možnosti péče, jak doporučují Motmans a kol. (2019). Pro všechny osoby s rozmanitou genderovou identitou jsou důležité faktory odolnosti, jako jsou podpůrné vztahy, účast v komunitách s podobnými lidmi a hrdost na vlastní identitu, které jsou spojeny s pozitivním efektem na zdraví, jak ukazují studie Bowling a kol. (2019), Budge (2015) a Johns a kol. (2018).

Je důležité vzít v potaz omezení, která existují u nástrojů, jež poskytovatelé péče v minulosti používali k hodnocení zkušeností trans lidí s dysforií, protože mohou být u nebinárních lidí zvlášť výrazná. Většina genderově specifických škál předpokládá, že klienti či klientky prožívají svou genderovou identitu binárním způsobem (např. Recalled Gender Identity Scale, Utrecht Gender Dysphoria Scale). I když bylo vyvinuto několik aktuálnějších škál ve snaze lépe zachytit zkušenosti nebinárních lidí (McGuire a kol., 2018; McGuire a kol., 2020), otevřená diskuse pravděpodobně poskytne hlubší a přesnější pochopení jedinečných zkušeností každého jednotlivce s dysforií a souvisejícími potřebami péče. I když bylo u novějších iterací diagnostických kategorií (tj. „genderová dysforie“ v DSM 5 a „genderový nesoulad“ v MKN-11) zamýšleno inkluzívně zahrnout nebinární zkušenosti, tyto nemusí adekvátně zachycovat plnou rozmanitost a šíři zkušeností s genderově specifickým stresem, zejména u nebinárních osob. Kromě stresu spojeného s aspekty fyzického těla a prezentace (včetně charakteristik, které mohou být přítomny nebo nepřítomny), může stres vznikat ze zkušenosti, jak někdo prožívá vlastní gender, jak je gender vnímán v sociálních situacích a ze zkušeností s menšinovým stresem spojeným s genderem (Winters & Ehrbar, 2010). Zkušenosti nebinárních lidí v každé z těchto oblastí mohou být podobné nebo rozdílné od těch, které mají trans muži nebo ženy.

Při poskytování péče, která je zaměřená na osobu a potvrzuje její identitu, je důležité vést konkrétní diskuse o tom, jak mohou různé lékařské

zásahy podporovat nebo naopak narušovat komfort s vlastním prožíváním genderu a jak je vnímán ostatními. Nebinární lidé se často musí smířit s omezením dostupných léčebných možností a mohou se setkávat s nepochopením a netolerancí ve společnosti kvůli své genderové prezentaci (Taylor a kol., 2019). Současný výzkum ukazuje, že potřeby z hlediska lékařské péče u nebinárních lidí jsou velmi rozmanité; někteří vyžadují léčebné postupy obvykle spojované s trans muži a ženami, zatímco jiní preferují alternativní přístupy, jako jsou nízké dávky hormonální terapie nebo operace bez hormonů. Někteří nemají zájem o lékařskou péči a někteří si nejsou jisti svými potřebami (Burgwal & Motmans, 2021 a James a kol., 2016). Je důležité považovat hodnocení za neustálý proces, protože genderové zkušenosti a související potřeby se mohou v průběhu života měnit. Vzhledem k neustálému vývoji v léčebných možnostech a poznatcích o jejich účincích, zejména u nebinárních lidí, je pro klienty a klientky prospěšné, když jejich poskytovatelé péče pravidelně aktualizují své znalosti a sdílejí s nimi tyto informace.

Doporučení 8.2

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví zvažovali lékařské intervence (hormonální terapii nebo operace) směřující k afirmaci genderu pro nebinární osoby i v případě, že neprobíhá „sociální genderová tranzice".

Požadavky pro přístup k hormonální terapii a operacím v minulosti, jako je nutnost „žít v souladu s genderovou rolí, která odpovídá genderové identitě", neodrážejí skutečné zkušenosti mnoha TGR osob (Coleman a kol., 2012). V dnešní západní kultuře je genderová identita hluboce zakotvena v binárním pojetí, kdy je osoba obvykle vnímána ostatními pouze jako muž nebo jako žena (Butler, 1993). Z tohoto důvodu je pro nebinární osoby obtížné dosáhnout uznání a pochopení své odlišné genderové identity a projevu. Genderové signály jsou téměř vždy interpretovány ve vztahu k mužskému a ženskému binárnímu rozdělení (Butler, 1993). V současné době mohou mít nebinární osoby problémy s tím, aby byly spolehlivě rozpoznávány ostatními na první pohled jako nebinární, a to skrze vizuální signály spojené s jejich genderovým projevem, jako je oblečení nebo účes. Avšak androgynita nebo odchylky od tradičního genderového projevu mohou být signalizovány kombinací kulturních znaků, které mají tradičně maskulinní nebo femininní význam. Protože ve většině současných západních společností neexistuje běžně rozpoznatelná „nebinární kategorie", často je potřeba, aby nebinární osoby výslovně sdílely svou genderovou identitu s ostatními nebo používaly signály, které mohou být chápány jako nesoulad s tradičním genderovým vyjádřením, ale nikoli nutně nebinární.

Z těchto důvodů není vhodné podmínit přístup k lékařské péči situací, kdy někdo prochází „sociální genderovou tranzicí" a „žije v souladu s genderovou rolí, která odpovídá jeho genderové identitě". Tento přístup neodpovídá způsobu, jakým mnoho TGR osob chápe sebe sama a svůj osobní proces tranzice. U některých osob nemusí „život v souladu s vlastní genderovou identitou" zahrnovat změnu jména, rodu nebo genderového projevu, ačkoli u nich může být lékařská intervence nutná. I když je osoba schopna žít v souladu se svou genderovou identitou, může být pro vnějšího pozorovatele těžké toto posoudit, pokud se přímo od dané osoby nedozví, jak v tomto ohledu chápe své vlastní zkušenosti. Očekávání průběhu „sociální tranzice" nemusí být přínosné při zvažování způsobilosti pro genderově afirmativní péči, jako jsou hormony a chirurgické zákroky, a rigidní očekávání toho, jak by „sociální tranzice" měla vypadat, může naopak představovat bariéru v přístupu k péči pro nebinární osoby. Neexistuje důvod, proč by genderově potvrzující lékařské zákroky mohly být provedeny pouze poté, co osoba oficiálně změní své jméno, změní označení v dokladech totožnosti nebo začne či přestane nosit určité oblečení. Nebinární osoby mohou mít problémy s uznáním svého genderu v oficiálních dokumentech, což může negativně ovlivnit jejich duševní zdraví nebo pohodu (Goetz & Arcomano, 2021). TGR osoby mohou mít prospěch ze specifické podpory při získávání (nebo zachování) preferovaného označení pohlaví v dokumentech. Požadavek, aby někdo odhalil svou genderovou identitu ve všech oblastech svého života (rodina, práce, škola atd.) pro získání lékařské péče, nemusí být v souladu s jejich přáním a může je vystavit potenciálnímu riziku.

Doporučení 8.3

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví zvažovali genderově afirmativní chirurgické intervence i v případě, kdy neprobíhá hormonální terapie, pokud však není vyžadována k dosažení požadovaného chirurgického výsledku.

Scénář vyžadující „hormony před operací" souvisí s řadou chirurgických zákroků. Někteří nebinární lidé vyhledávají operace pro potvrzení svého genderu, aby snížili pocit nesouladu mezi svou genderovou identitou a tělem a zvýšili spokojenost s vlastním tělem (Beek a kol., 2015; Burgwal & Motmans, 2021; Jones a kol., 2019; Koehler a kol., 2018). Někteří z nich však nemají zájem o hormonální terapii nebo ji z různých zdravotních důvodů nemohou

podstoupit (Nieder, Eyssel a kol., 2020). Dosud není známo, jak velké části nebinárních lidí se tato možnost týká. Jednou z operací, která je konkrétně spojena s nebinárními lidmi, a nikoli s transgender muži nebo cisgender ženami, je mastektomie u nebinárních lidí, jimž bylo při narození přiřazeno ženské pohlaví (AFAB) a kteří nedostávali testosteron – i když testosteron není podmínkou pro tento druh operace. Někteří nebinární AFAB lidé mohou rovněž potřebovat operaci vedoucí ke zmenšení prsů (McTernan a kol., 2020). Příkladem operace, před níž může být alespoň nějaká hormonální terapie potřebná, je metoidioplastika, která využívá zvětšení klitorisu dosaženého testosteronovou terapií. Podrobnosti o tom, zda je hormonální terapie pro různé operace nezbytná, naleznete v Kapitole 13 – Operace a pooperační péče. Operace vnitřního reprodukčního systému zahrnují hysterektomii, odstranění jednoho nebo obou vejcovodů a vaječníků (adnexektomii) a odstranění vagíny (vaginektomii). Hormonální terapie není pro tyto zákroky vyžadována, ale po úplném odstranění pohlavních žláz (gonadektomii) se doporučuje hormonální substituční terapie (s estrogeny, testosteronem nebo obojím), aby se zabránilo nepříznivým dopadům na srdce a kosti (Hembree a kol., 2017; Seal, 2017). Ačkoli není stanovena chirurgická podmínka předchozí terapie testosteronem, u faloplastiky může tvar a velikost klitorisu a malých stydkých pysků ovlivnit metodu chirurgické techniky a omezit možnosti operace. Další informace naleznete v Kapitole 13 – Operace a pooperační péče.

Nebinární AMAB osoby by měly být informovány o tom, že zahájení terapie estrogenem po operaci bez předchozí historie estrogenové terapie může ovlivnit (možná i negativně) výsledek operace (Kanhai, Hage, Asscheman a kol., 1999; Kanhai, Hage, Karim a kol., 1999). Nebinární AMAB lidé, kteří mají zájem o oboustrannou orchiektomii (odstranění varlat), nepotřebují pro dosažení lepšího výsledku terapii estrogenem (Hembree a kol., 2017). V těchto případech je vhodné informovat klienty a klientky o rizicích a výhodách hormonální substituční terapie (estrogeny, testosteron nebo obojí) pro prevenci nepříznivých účinků na kardiovaskulární a pohybový systém, stejně jako o alternativních možnostech léčby, jako je doplnění vápníku a vitamínu D k prevenci osteoporózy (Hembree a kol., 2017; Seal, 2017; Weaver a kol., 2016). Viz také Kapitola 9 – Eunuchové, pro ty, kteří se rozhodnou proti hormonální substituční terapii. V případě vaginoplastiky je třeba upozornit, že absence terapie blokující testosteron může po operaci způsobit růst ochlupení ve vagíně, pokud byly použity kožní štěpy a laloky s chlupy (Giltay & Gooren, 2000).

Nebinární AMAB lidé mohou žádat o různé typy operací, mezi které patří vaginoplastika se zachováním penisu, vaginoplastika se zachováním varlat a procedury, které vedou k absenci vnějších primárních pohlavních znaků (tj. penektomie – odstranění penisu, skrotektomie – odstranění šourku, orchiektomie – odstranění varlat atd.). Doporučuje se, aby chirurg a osoba, která chce podstoupit intervenci, spolu vedli diskuse, aby lépe pochopili individuální cíle a očekávání osoby a také přínosy a omezení zamýšleného (nebo vyžádaného) zákroku. Je důležité, aby rozhodnutí byla učiněna na individuálním základě a v případě potřeby ve spolupráci s dalšími poskytovateli péče, kteří se na péči podílejí.

Doporučení 8.4.

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví poskytovali nebinárním lidem informace o dopadech hormonální terapie/operací na plodnost a prodiskutovali s nimi možnosti zachování plodnosti před zahájením hormonální terapie nebo podstoupením chirurgického zákroku.

Nebinární osoby, které uvažují o hormonální terapii pro podporu své genderové identity, by měly dostat informace o tom, jak může tato terapie ovlivnit jejich plodnost. Lékaři by měli s klientelou předem probrat možnosti, jak si plodnost zachovat, například zamražením spermií nebo vajíček (Hembree a kol., 2017; De Roo a kol., 2016; Defreyne, Elaut a kol., 2020; Defreyne, van Schuvlenbergh a kol., 2020; Nahata a kol., 2017; Quinn a kol., 2021). Také by měli upřesnit, že hormonální terapie nepůsobí jako antikoncepce a že není zárukou plné obnovy plodnosti po jejím ukončení. Podrobnější informace o této problematice nabízí Kapitola 16 – Reprodukční zdraví. Studie ukazují, že nebinární osoby mohou mít omezenější přístup ke zdravotní péči a mohou se potýkat s obtížemi při vyjednávání svých potřeb v rámci péče (Beek a kol., 2015; Taylor a kol., 2019). Proto je důležité, aby byly tyto osoby informovány o všech současných možnostech uchování plodnosti dříve, než zahájí hormonální terapii, jelikož hormony mohou ovlivnit kvalitu jejich spermií nebo vajíček (Hamada a kol., 2015; Payer a kol., 1979). Pokud však již s terapií začaly, měly by mít stále možnost pokládat otázky a získat dodatečné informace ohledně zachování plodnosti, protože byly zaznamenány případy, kdy osoby užívající estrogen a testosteron dosáhly plodnosti (Light a kol., 2014). Rozhodnutí nebinární osoby, že nemá zájem o zachování plodnosti nebo o poradenství, by nikdy nemělo být důvodem k odmítnutí nebo odkladu zahájení hormonální terapie.

KAPITOLA 9 Eunuchové

Jednou z nejvíce opomíjených skupin, pro které je prospěšná genderově afirmativní lékařská péče, patří osoby, jež se identifikují jako eunuchové. Osmá verze Standardů péče (SOC) se jejich tématu věnuje z důvodu jejich specifických potřeb a požadavků na lékařsky nezbytnou genderově afirmativní péči ;(viz Kapitola 2 – Globální uplatnění, Doporučení 2.1).

Eunuchové jsou osoby, kterým bylo při narození přiřazeno mužské pohlaví (AMAB) a přejí si eliminovat mužské fyzické rysy, odstranit genitálie nebo potlačit jejich funkci. Zahrnují také ty osoby, jejichž varlata byla chirurgicky odstraněna nebo znefunkčněna, a to buď chirurgickou cestou, nebo pomocí chemických či fyzických zákroků, a které se identifikují jako eunuchové. V SOC-8 vycházíme z definice, která je formulována na základě identity eunuchů a vztahuje se výhradně na osoby, které se s tímto termínem ztotožňují. Nezahrnuje tedy muže, kteří podstoupili léčbu pokročilého karcinomu prostaty a odmítají být označováni jako eunuchové. Tyto Standardy se zaměřují na eunuchy jako na součást širokého spektra genderové diverzity.

Podobně jako jiné genderově rozmanité osoby mohou eunuchové požadovat kastraci, aby jejich tělo lépe odpovídalo jejich vnímání vlastní genderové identity. Jako genderově nekonformní osoby mají eunuchové specifické zdravotní potřeby, pro které je nezbytná genderově afirmativní lékařská péče (Brett a kol., 2007; Johnson a kol., 2007; Roberts a kol., 2008).

Osoby identifikující se jako eunuchové definují svou genderovou identitu různými způsoby. Mnozí z nich považují svůj status eunucha za svébytnou genderovou identitu bez příslušnosti k jinému genderu nebo transgender komunitě. Tato kapitola se zaměřuje na lékařskou péči o osoby identifikující se jako eunuchové. Odborníci a odbornice v oblasti zdraví se ve své profesi setkávají s osobami, které vyhledávají hormonální terapii, kastraci nebo obojí, aby se mohly stát eunuchy. Tyto osoby mohou také na základě sebeidentifikace těžit podporu z komunity eunuchů, a to i v případech, kdy kastrace neproběhne.

Eunuchové mají historii dlouhou 4 000 let, nejvíce informací o osobách identifikujících se v současnosti jako eunuchové je ovšem dostupných díky rozsáhlé sebepodpůrné online komunitě na různých webových stránkách, jako je např. stránka Eunuch Archive (www.eunuch.org) založená v roce 1998. Moderátoři této stránky se na diskusních fórech snaží zachovávat medicínskou a historickou přesnost, lze však na nich narazit i na dezinformace. Podle uvedených údajů měla tato webová stránka k lednu 2022 přes 130 000 registrovaných členů z různých částí světa a více než 90% čtenářů webu tvoří místo členů „návštěvníci". Tento web obsahuje přes 23 000 diskusních vláken a téměř 220 000 příspěvků. Například dvě diskusní vlákna poskytující instrukce pro aplikaci sebekastračních injekcí různých toxinů přímo do varlat mají každé zhruba 2 500 příspěvků a každé bylo přečteno více než milionkrát. Od roku 2001 se v americkém Minneapolisu konalo již 20 výročních mezinárodních setkání komunity Eunuch Archive a řada regionálních setkání se koná i v jiných městech. I když je téma kastrace pro většinu osob, které se účastní diskusí, zajímavé, jen malá část členů o ní vážně uvažuje nebo ji podstoupila. Mnoho bývalých členů Eunuch Archive již dosáhlo svých cílů a diskuzí se již dále neúčastní.

Kvůli nepochopení a předsudkům, které ohledně eunuchů dosud převládají, neviditelnosti a sociálnímu stigmatu, jež postihuje všechny genderové a sexuální menšiny, vystupuje veřejně a otevřeně pouze velmi málo z nich. Mnozí se se svou situací nikomu nesvěří a sdílejí ji pouze s lidmi v online komunitě nebo s ní obeznámí jenom své blízké a přátele (Wassersug & Lieberman, 2010). Stereotypy o eunuších jsou často velmi negativní (Lieberman 2018); eunuchové tedy mohou trpět stejným menšinovým stresem jako jiné stigmatizované skupiny (Wassersug & Lieberman, 2010). Výzkum menšinového stresu ovlivňujícího genderově rozmanité lidi by tudíž měl zahrnovat i eunuchy.

Tento soubor doporučení je určen odborníkům a odbornicím pracujícím s osobami, které se identifikují jako eunuchové (Johnson & Wassersug, 2016; Vale a kol., 2010) a požadují v rámci genderové afirmace lékařsky nezbytné hormonální terapie a/nebo chirurgické zákroky. Ačkoliv eunuch není specifickou diagnostickou kategorií v MKN ani v DSM, jedná se o užitečné informace, které odkazují ke specifickým zkušenostem eunuchů a zároveň u nich dokládají obecnější prožitek ve smyslu genderového nesouladu. Eunuchové se klinicky prezentují různými způsoby. Touží po těle kompatibilním s jejich identitou eunucha — těle bez plně funkčních mužských genitálií. Někteří eunuchové kvůli mužským genitáliím pociťují akutní nepohodlí a potřebují je odstranit, aby se cítili ve svém těle pohodlně (Johnson a kol., 2007; Roberts a kol., 2008). Jiní jsou ke svým genitáliím lhostejní, pokud jsou pouze fyzicky přítomné a nefungují ve smyslu produkce androgenů a mužských sekundárních pohlavních znaků (Brett a kol., 2007). Hormonální prostředky mohou být použity k potlačení produkce androgenů, avšak orchiektomie poskytuje trvalé řešení pro ty, kdo si nepřejí mít funkční genitálie (Wibowo a kol., 2016). Někteří eunuchové si přejí dosáhnout nižší hladiny testosteronu

9.1. Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví aplikovali doporučení Standardů péče, verze č. 8, takovým způsobem, který vyhovuje potřebám eunuchů.
9.2. Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví v případě eunuchů rovněž zvažovali lékařskou intervenci nebo jejich kombinaci, pokud existuje vysoké riziko, že odložení péče bude mít negativní dopad v důsledku provedení vlastní chirurgické intervence, chirurgické intervence prováděné nekvalifikovanými lékaři nebo nesupervizovaného užití léků, které ovlivňují hormony.
9.3. Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví posuzující u eunuchů možnost poskytnutí péče prokázali kompetenci pro toto klinické posouzení.
9.4. Navrhujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví do poskytování péče eunuchům zahrnovali i sexuální výchovu a poradenství.

prostřednictvím orchiektomie, ale mnozí se rozhodnou pro nějakou formu hormonální substituční terapie, aby předešli nepříznivým účinkům spojeným s hypogonadismem. Většina těch, kdo si zvolí hormonální terapii, preferuje buď plnou nebo částečnou substituční dávku testosteronu. Menší počet osob pak zvolí estrogen.

Všechna doporučení v této kapitole byla sestavena na základě důkladného posouzení vědeckých dat, hodnocení přínosů a rizik, postojů a preferencí poskytovatelů a klientů a klientek, využití zdrojů a vyhodnocení jejich proveditelnosti. V některých případech jsou důkazy omezené a/nebo služby nemusí být dostupné nebo žádoucí.

Doporučení 9.1.

Doporučujeme, aby odborníci ve zdravotnictví aplikovali doporučení Standardů péče, verze č. 8, takovým způsobem, který vyhovuje potřebám eunuchů.

Eunuchové spadají do skupiny populace genderově rozmanitých osob, které zažívají genderový nesoulad a mohou vyžadovat genderově afirmativní péči. Stejně jako ostatní transgender a genderově rozmanité osoby potřebují eunuchové přístup k potvrzující péči, aby dosáhli souladu se svou genderovou identitou. Jednotlivé kapitoly těchto Standardů péče se zaměřují na potřeby genderově rozmanitých osob, mezi něž zahrnujeme i eunuchy. Ti mohou mít s některými nebinárními osobami společné to, že pro ně nemusí být žádoucí možností sociální tranzice a hormonální terapie nemusí hrát stejnou roli, jako je tomu v rámci sociální tranzice nebo tranzice probíhající v binárním smyslu (Wassersug & Lieberman, 2010).

Stejně jako ostatní genderově rozmanité osoby si mohou být eunuchové vědomi své identity již v dětství nebo v adolescenci. Kvůli nedostatku výzkumných poznatků týkajících se lékařské péče o děti, které se mohou identifikovat jako eunuchové, se zdržujeme konkrétních doporučení.

Eunuchové mohou vyhledávat lékařskou péči nebo chirurgické zákroky (potlačení hormonů, orchiektomie a v některých případech penektomie), aby dosáhli kýžených fyzických, psychických nebo sexuálních změn (Wassersug & Johnson, 2007). Je důležité, aby všichni pacienti, včetně eunuchů a těch, kdo vyhledávají kastraci, navázali a udržovali vztah s odborníky či odbornicemi ve zdravotnictví, který bude založen na důvěře a vzájemném porozumění. Vzhledem k nedostatku povědomí o eunuších ze strany zdravotnického personálu a obav na straně mnohých osob, které vyhledávají kastraci, že nebudou přijaty, nemají mnohé z těchto osob přístup ke vhodné primární péči a preventivním kontrolám (Jäggi a kol., 2018). Zvýšené povědomí a osvěta mezi odborníky a odbornicemi ve zdravotnictví pomůže zvýšit povědomí o potřebě zahrnout eunuchy do diskuzí o genderové rozmanitosti (Deutsch, 2016a). Není nutné zdůrazňovat, že eunuchové vyžadují a zaslouží si stejné služby primární péče jako obecná populace. Téma screeningu zhoubných onemocnění, jako je karcinom prostaty a prsu, představuje důležitou oblast doporučení v rámci lékařské péče. Diskuze o rizicích zhoubných onemocnění souvisejících s hormonální terapií je pravděpodobně odlišná u osob s přiřazeným mužským pohlaví, jejichž hladiny testosteronu a estrogenu nespadají do rozmezí stanoveného pro muže. Kvůli nedostatku studií zkoumajících prevalenci a incidenci zhoubných onemocnění souvisejících s hormony v populaci eunuchů neexistují důkazy, které by určovaly, jak často provádět screening na tumory související s působením hormonů prostřednictvím vyšetření prostaty, měření PSA, mamografie apod.

Rozsáhlé zdroje týkající pacientů s karcinomem prostaty, kteří podstoupili chemickou nebo chirurgickou kastraci, poskytují informace o některých dopadech kastrace po období puberty, jako možný vznik osteoporózy, depresí nebo metabolického syndromu. Dobrovolní eunuchové však mohou o těchto dopadech referovat velmi odlišně od osob, které byly kastrovány z lékařských důvodů. Chemická nebo chirurgická kastrace může být pro cisgender muže

s karcinomem prostaty zdrojem stresu, zatímco pro eunuchy může být stejná léčba afirmativní a zdrojem komfortu. Podobně trans-maskulinní osoby, které podstoupí mastektomii, aby se cítily pohodlně ve svém těle, prožívají tuto operaci jinak než cisgender ženy, které podstoupí mastektomii v rámci léčby karcinomu prsu (Koçan & Gürsoy, 2016; van de Grift a kol., 2016). Informace o karcinomu prostaty dobře shrnuje Wassersug a kol. (2021) uvádějící reference napříč rozsáhlými zdroji literatury na toto téma. Informace o důsledcích kastrace by měly být dostupné všem, kteří ji požadují.

Na základě posudku podle Standardů péče SOC-8 lze zvážit a případně indikovat lékařské intervence, které si klient přeje. Tyto možnosti lze přizpůsobit tak, aby vznikl plán, který odráží konkrétní potřeby a preference. Počet a typ zásahů a pořadí, v jakém se provádějí, se mohou u jednotlivých osob lišit. Tyto možnosti jsou v souladu s kapitolami pojednávajícími o posouzení a chirurgických zákrocích v SOC-8. Možné intervence v případě eunuchů zahrnují:

- potlačení hormonů pro navození účinků nedostatku androgenů u eunuchů, kteří si přejí docílit asexuality, nesexuality nebo androgynnosti
- orchiektomii pro zastavení produkce testosteronu varlaty
- orchiektomii spolu s penektomií nebo bez penektomie pro úpravu těla tak, aby odpovídalo jejich vlastnímu vnímání
- orchiektomii následovanou hormonální substituční terapií testosteronem nebo estrogenem

Podle Doporučení 5.6 v Kapitole 5 – Posouzení dospělých by eunuchové, kteří požadují gonadektomii, měli jako vhodný předpoklad k dosažení genderových cílů TGR osob zvážit minimálně 6 měsíců hormonální terapie, než podstoupí nevratný chirurgický zákrok (pokud u nich nejsou hormony klinicky indikovány).

Doporučení 9.2.

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví v případě eunuchů rovněž zvažovali hormonální terapii či chirurgický zákrok nebo jejich kombinaci, pokud existuje vysoké riziko, že odložení péče bude mít negativní dopad na jejich zdraví v důsledku provedení vlastní chirurgické intervence, chirurgické intervence prováděné nekvalifikovanými lékaři nebo nesupervizovaného užití léků, které ovlivňují hormony.

Stejný proces posouzení doporučený v SOC-8 by měl být aplikován i v případě eunuchů (viz Kapitola 5 – Posouzení dospělých). Eunuch Archive obsahuje velké množství příspěvků od osob, jež mají potíže nalézt poskytovatele péče, kteří by provedli chirurgickou kastraci. Mnoho eunuchů si provedlo kastraci samo nebo jim byla provedena osobami, které nejsou akreditovanými poskytovateli lékařské péče (Johnson & Irwig, 2014). Existují také klinické zprávy o eunuších, kteří se sami kastrují, a případy pacientů, jež uváděli poskytovatele lékařské péče v omyl, aby mohli podstoupit kastraci (Hermann & Thorstenson, 2015; Mukhopadhyay & Chowdhury, 2009). Není pochyb o tom, že když je osobám v této populaci odepřen přístup ke kvalitní lékařské péči, podniknou kroky, které jim mohou způsobit velké zdravotní komplikace, jako je krvácení a infekce, jež mohou vyžadovat hospitalizaci (Hay, 2021; Jackowich a kol., 2014; Johnson & Irwig, 2014). Kvůli těmto vážným problémům a škodám na zdraví způsobeným kastrací, chirurgickými zákroky ze strany nekvalifikovaných praktiků nebo nemonitorovaným užíváním léků ovlivňujících hladiny hormonů je nutné vytvořit vstřícné prostředí a po pečlivém posouzení zvážit různé možnosti intervence. Předejdeme tak problémům, které může zapříčinit nedostatečný přístup k lékařské péči a odepření lékařských intervencí.

Pokud je to žádoucí, lze kastraci provést chemicky nebo chirurgicky. Pro některé osoby může být chemická kastrace vhodnou volbou předcházející před chirurgickou kastrací, díky níž lze zjistit, jak pociťují hypogonadismus (Vale a kol., 2010). Chemická kastrace je obvykle reverzibilní, pokud se přestanou užívat léky (Wassersug a kol., 2021). Nejčastěji používanými léky pro snížení hladin testosteronu jsou antiandrogeny a estrogen.

Dva nejběžněji používané antiandrogeny, cyproteronacetát a spironolakton se užívají perorálně. Estrogen se někdy předepisuje pacientům s karcinomem prostaty ke snížení hladiny testosteronu v séru prostřednictvím negativní zpětné vazby na hypothalamus a hypofýzu. Estrogeny a antiandrogeny nemusí zcela potlačit hladiny testosteronu do rozmezí stanoveného pro ženy nebo kastrované osoby a perorální estrogeny zvyšují riziko žilního tromboembolismu. Agonisté gonadotropin uvolňujícího hormonu (GnRH) jsou velmi účinnou metodou pro potlačení produkce pohlavních steroidů a plodnosti, ačkoliv se kvůli vysokým finančním nákladům běžně neaplikují (Hembree a kol., 2017). Při výběru léků doporučujeme upřednostnit ty, které byly testovány v různých transgender populacích (např. estrogen, cyproteronacetát, agonisté GnRH) před léky, u nichž byl proveden pouze omezený nebo

žádný recenzovaný vědecký výzkum (např. bicalutamid, rektální progesteron atd.) (Angus a kol., 2021; Butler a kol., 2017; Efstathiou a kol., 2019; Tosun a kol., 2019).

Mnoho eunuchů podstupuje po kastraci hormonální substituční terapii, protože si nepřeje úplné potlačení hladiny hormonů a s tím související komplikace, jako je například zvýšené riziko osteoporózy. Dvěma hlavními možnostmi substituce pohlavních steroidů jsou testosteron a estrogen, které mohou být aplikovány v plné nebo částečné substituční dávce. Většina eunuchů volí testosteron, protože se prezentují jako muži a nemají zájem o feminizaci. Menší část pak volí estrogen v dostatečné dávce k prevenci osteoporózy, která je však nízká natolik, aby se vyhnuli většině feminizačních účinků. Mohou se identifikovat jako nebinární, agender nebo jinak (Johnson a kol., 2007; Johnson & Wassersug, 2016).

Ačkoli nemáme k dispozici studie o hormonální substituční terapii u eunuchů, poznatky z léčby cisgender mužů s karcinomem prostaty mohou i u nich poukázat na účinky hormonální terapie. V randomizované kontrolované studii zahrnující 1 694 cisgender mužů léčených pro lokálně pokročilý nebo metastatický karcinom prostaty obdržela jedna skupina účastníků studie agonistu GnRH a druhá transdermální estrogen (Langley a kol., 2021). Cisgender muži, kteří obdrželi agonistu GnRH, projevili příznaky a symptomy nedostatku androgenů i estrogenu, zatímco muži, kteří obdrželi estrogenovou náplast, projevili pouze příznaky nedostatku androgenů. Obě skupiny vykazovaly vysokou míru vedlejších účinků v sexuální oblasti (91%) a v obou skupinách obdobně došlo k přibírání na váze. Ve srovnání s cisgender muži, kteří dostávali agonistu GnRH, vykazovali cisgender muži léčení estrogenovými náplastmi vyšší subjektivní kvalitu života, méně návalů horka (35% vs. 86%) a vyšší míru gynekomastie (86% vs. 38%). Metabolicky došlo u cisgender mužů, kterým byly aplikovány estrogenové náplasti, k příznivým změnám v podobě nižší průměrné hladiny glykémie nalačno, celkového cholesterolu nalačno, systolického a diastolického krevního tlaku. Cisgender muži, kterým byli aplikovány agonisté GnRH, ovšem zažívali opačné účinky. Na základě této studie by eunuchové mohli zvážit nízkou dávku transdermální estrogenové terapie, aby se vyhnuli nepříznivým účinkům vyčerpání estrogenu, jež zahrnují návaly horka, únavu, metabolické účinky a pokles hustoty kostní dřeně (Hembree a kol., 2017; Langley a kol., 2021). Další informace naleznete v Kapitole 12 – Hormonální terapie.

Doporučení 9.3.

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví, pokud posuzují u eunuchů možnost poskytnutí péče, prokázali kompetenci pro toto klinické posouzení.

Na diskusních fórech Eunuch Archive je častým tématem problém nalézt poskytovatele zdravotní péče, kteří rozumí potřebám eunuchů. Eunuchové a ti, kdo požadují kastraci, jsou obvykle méně viditelní než jiné genderové menšiny (Wassersug & Lieberman, 2010). Kvůli stigmatu a strachu z odmítnutí ze strany lékařské obce nemusí svou identitu a touhy dobrovolně sdílet s poskytovateli zdravotní péče nebo péče o duševní zdraví. V některých prostředích si nemusí být lékaři vědomi existence eunuchů a možná ani nevědí, že léčili pacienty identifikující se jako eunuchové.

Oddíl SOC týkající se lékařských posouzení lze aplikovat i na eunuchy. Stejně jako u jiných genderově rozmanitých osob se mohou ti, kdo požadují kastraci, zapojit do procesu informovaného souhlasu, v rámci něhož kvalifikovaní poskytovatelé péče provádějí posouzení, zda je daná osoba schopna poskytnout informovaný souhlas před provedením lékařského zákroku a zda příčinou jejich touhy není duševní problém. Stejně jako u jiných sexuálních a genderových menšin vyžaduje práce s eunuchy pochopení, že se jedná o rozmanitou skupinu a prožívání každého z nich je jedinečné (Johnson a kol., 2007). Osobám, které vyhledávají lékařské služby, prospívá otevřený a přijímající přístup odborníků a odbornic, schopnost klást otázky bez předsudků, nevynášet soudy a být flexibilní v očekáváních, což souvisí s profesionálními dovednostmi a znalostmi.

Aby mohli poskytovatelé nabídnout vhodnou léčbu, musí nastolit vzájemnou důvěru a respekt, a to tak, že pro osoby identifikující se jako eunuchové vytvoří inkluzivní prostředí. Ideální vstupní formulář by měl zahrnovat otázky na přiřazené pohlaví a genderovou identitu a nabízet několik možností genderové identifikace, včetně možnosti „eunuch“ a „jiné“. Dotazovaní se mohou identifikovat s více možnostmi a měli by mít tudíž možnost označit jich více.

Odborníci a odbornice mohou být zapojeni do procesu posouzení, poskytování psychoterapie (pokud je požadována), přípravy a následné péče zahrnující medicínské a chirurgické genderově afirmativní intervence. Mohou také poskytovat podporu partnerům či partnerkám a rodinám. Pro osoby identifikující se jako eunuchové, které mají zájem o podporu ze strany kvalifikovaných odborníků či odbornic ve zdravotnictví, bude přínosná ta forma terapie, která splňuje specifikace týkající se zkušeností a kritéria stanovená

v Kapitole 4 – Vzdělávání.

Někteří lidé požadující nebo zvažující kastraci vyhledávají poradenství nebo terapii, protože chtějí emoční podporu nebo pomoc s rozhodováním, mnozí však vyhledají poskytovatele péče pro účely posouzení v rámci přípravy na konkrétní lékařské zákroky (Vale a kol., 2010).

Doporučení 9.4.

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví zahrnovali do poskytování péče eunuchům sexuální výchovu a poradenství.

K našemu poznání osob, které se v současnosti identifikují jako eunuchové, přispělo několik výzkumných studií zaměřených na demografické charakteristiky a sexualitu (Handy a kol., 2015; Vale a kol., 2013; Wibowo a kol., 2012, 2016). Odborníci a odbornice v oblasti zdravotnictví a duševního zdraví by měli předpokládat, že eunuchové jsou sexuální bytosti schopné sexuální aktivity, potěšení a vztahů, pokud sami neuvádějí jinak (Wibowo a kol., 2021). Výzkum ukázal, že mezi eunuchy existuje velká rozmanitost ohledně úrovně touhy, typu preferovaného fyzického nebo sexuálního kontaktu a povahy preferovaných vztahů (Brett a kol., 2007; Johnson a kol., 2007; Roberts a kol., 2008). Zatímco někteří mají aktivní sexuální život s romantickými vztahy, nebo bez nich, jiní se identifikují jako lidé asexuální nebo aromantičtí a ztráta libida dosažená chirurgickou nebo chemickou kastrací jim uleví (Brett a kol., 2007). Každý člověk je jiný a stav jeho genitálií neurčuje sexuální nebo romantickou přitažlivost (Walton a kol., 2016; Yule a kol., 2015).

Bez ohledu na typ chemické suprese nebo chirurgického zákroku, který jedinec podstoupil, může být schopen sexuálního potěšení a sexuální aktivity. Oproti běžnému přesvědčení nejsou eunuchové nutně asexuální nebo nesexuální (Aucoin & Wassersug, 2006). Osvěta o bezpečném sexu je nezbytná pro všechny osoby, které se účastní sexuálních aktivit, jež mohou zahrnovat výměnu tělesných tekutin. Informace o sexuálním vzdělání a bezpečném sexu pro lidi s rozmanitými gendery a sexualitami jsou uvedeny v Kapitole 17 – Sexuální zdraví. Kromě toho by při zvažování lékařských zásahů, které by mohly ovlivnit možnosti budoucího rodičovství, mělo být prodiskutováno zachování plodnosti, tomuto tématu se podrobněji věnuje Kapitola 16 – Reprodukční zdraví.

KAPITOLA 10 Intersex osoby

Standardy péče ve verzi 7 zahrnují kapitolu zaměřenou na aplikaci těchto standardů na osoby s tělesnou intersex variací, které prožívají genderovou dysforii a/nebo procházejí tranzicí. Tyto osoby se v mnoha aspektech odlišují od transgender osob bez intersex variací – včetně fenomenologické prezentace, vývoje životní cesty, prevalence, etiologie a rizik stigmatizace. Tato kapitola přináší aktualizaci a doplňuje doporučení pro lékařsky nezbytnou klinickou péči u jednotlivců s intersex variacemi obecně. Podrobnosti jsou uvedeny v prohlášení o lékařské nezbytnosti v Kapitole 2 s názvem Globální uplatnění, konkrétně v Doporučení 2.1. Dále je zdůrazněno, že novorozenec s atypickou pohlavní diferenciací může z klinického hlediska představovat výzvu, včetně nezbytné edukace rodiny a zajištění podpory již od raného věku. Důležitá je i otázka týkající se rozhodování o přiřazení pohlaví a následné klinické řešení genderové příslušnosti, přičemž některé jeho aspekty, zejména operace genitálií, mohou být kontroverzní. U těchto osob navíc existuje zvýšená pravděpodobnost rozvoje genderové dysforie a následného procesu genderové tranzice (Sandberg a Gardner, 2022).

Terminologie

Termín „intersex“, který pochází z latinského jazyka a doslova znamená „mezi pohlavími“, vychází z binárního systému pohlaví, jež je základem reprodukce savců, včetně lidí. V medicíně se tento termín běžně používá pro osoby s výraznými a vrozenými variacemi reprodukčního ústrojí. Některé z těchto variací, často označované jako „genitální nejednoznačnosti“, znesnadňují jednoznačné určení somatického pohlaví coby mužského nebo ženského. V rozvinutých společnostech tyto případy vyžadují komplexní fyzické, endokrinologické a genetické vyšetření před „přiřazením“ pohlaví nebo genderové identity. V nedávné době začaly termín „intersex“ používat jako vlastní identifikační označení také některé osoby s intersex variacemi i malá podskupina nebinárních osob, jež nejsou intersex (Tamar-Mattis a kol., 2018).

Na mezinárodní konferenci o situaci intersex osob v roce 2005 byly tyto stavy zahrnuty pod nový lékařský termín „poruchy pohlavního vývoje“ (anglicky „Disorders of Sex Development“ – DSD). DSD jsou definovány jako „vrozené stavy, při kterých je vývoj chromozomálního, gonadálního nebo anatomického pohlaví atypický“ (Hughes a kol., 2006). Tento termín pokrývá širší rozsah variací než tradiční pojímání intersexuality a zahrnuje například mnohem běžnější Turnerův syndrom a Klinefelterův syndrom. Řada těchto osob však termín „porucha“ vnímá jako inherentně stigmatizující (Carpenter, 2018; Griffiths, 2018; Johnson a kol., 2017; Lin-Su a kol., 2015; Lundberg a kol., 2018; Tiryaki a kol., 2018) a i mezi odborníky a odbornicemi v oblasti zdraví se liší míra přijetí tohoto termínu (Miller a kol., 2018). Alternativní vnímání DSD coby „rozdílů ve vývoji pohlaví“ (anglicky „Differences in Sex Development“) je méně patologizující, ale sémanticky nepřesné, protože nerozlišuje mezi typickými rozdíly mezi genitáliemi u mužů a u žen a atypickým pohlavním vývojem. Nedávné pokusy o vytvoření méně stigmatizující terminologie, jako jsou „stavy ovlivňující reprodukční vývoj“ (CARD; Delimata a kol., 2018) nebo „variace pohlavních charakteristik“ (VSC; Crocetti a kol., 2021) ovšem nesouvisí specificky jen s intersexualitou.

V této kapitole tedy používáme termín „intersexualita“ (nebo „intersex“) výhradně pro označení vrozených fyzických projevů, a to jak pro účely deskriptivní, tak z hlediska historické kontinuity. Tato volba ovšem neznačí, že se snažíme zaujmout stanovisko v probíhající diskusi o pohlaví/genderové identitě jako bipolárním systému nebo kontinuu, která se může lišit v závislosti na kontextu a užitečnosti (Meyer-Bahlburg, 2019). Ve 21. století procházejí koncepty pohlaví a genderové identity procesem vývoje.

Prevalence

Prevalence intersex variací se liší v závislosti na použité definici. U variací v oblasti genitálií, které jsou patrné na první pohled (označované jako „nejednoznačné genitálie“), se odhaduje, že se vyskytují přibližně u 1 z 2 000 až 4 500 osob (Hughes a kol., 2007). V rámci nejširšího pojetí DSD hovoří odhady až o 1,7% populace (Blackless a kol., 2000). Ačkoli jsou tyto odhady celkově vysoké, jednotlivé stavy spojené s intersex variacemi bývají mnohem vzácnější. Například syndrom androgenní insenzitivity (AIS) se vyskytuje přibližně u 1 z 100 000 narozených dětí s chromozomy 46,XY (Mendoza & Motos, 2013) a klasická kongenitální adrenální hyperplazie (CAH) u přibližně 1 z 15 000 narozených dětí s chromozomy 46,XX (Therrell, 2001). Prevalenční počty se u jednotlivých syndromů mohou výrazně lišit v závislosti na zemi či etnické skupině.

Prezentace

Manifestace intersex variací se různí. Intersexualitu lze někdy rozpoznat během prenatálního ultrazvukového vyšetření, ale většinou se odhalí při genitálním vyšetření po narození. V bohatších zemích podstoupí tyto děti krátce po narození rozsáhlé lékařské vyšetření. Na základě lékařské diagnózy, tělesného a hormonálního posouzení a nálezů a informací z dlouhodobého zkoumání genderové identity obvykle dojde mezi zdravotnickým týmem a rodiči k dohodě na přiřazení pohlaví/genderu u daného dítěte. Některé intersex osoby však získají odbornou pozornost až v pubertě, například adolescentky, které byly vychovávány jako dívky a jsou zkoumány kvůli primární amenoree.

Odborníci a odbornice ve zdravotnictví starající se o osoby s intersex variacemi, které zároveň vykazují nejistotu v oblasti genderové identity, by měli být informováni, že lékařský kontext, ve kterém se tyto osoby v dětství a dospívání nacházely, se velmi liší od prostředí transgender nebo genderově rozmanitých osob, které nejsou intersex. Existuje mnoho různých syndromů v rámci intersexuality, přičemž každý syndrom se může lišit v míře závažnosti, a tudíž se liší i přístupy k hormonální terapii a chirurgickým zákrokům.

Některé fyzické projevy intersex variací mohou vyžadovat naléhavý lékařský zásah, jako je tomu v případech blokace močových cest nebo krize nadledvin u kongenitální adrenální hyperplazie (CAH). Většina fyzických variací u intersex osob však neomezuje jejich tělesné fungování, alespoň ne v raném věku, ani pro ně nepředstavuje zdravotní riziko. Psychosociální stigma spojené s netypickým vzhledem genitálií přesto často vede k předčasným operacím genitálií (běžně označovaným jako „korektivní“ nebo „normalizační“), které se provádějí dávno před dosažením věku, kdy k nim může daná osoba dát souhlas. Tento přístup je velmi kontroverzní, protože je v rozporu s etickými zásadami podporujícími autonomii jednotlivce (Carpenter, 2021; Kon, 2015; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). Navíc, i u projevů, které naléhavě neohrožují zdraví těchto osob, mohou někteří jednotlivci ve starším věku volit rozličné lékařské zákroky, aby optimalizovali funkci a vzhled svých genitálií. Podrobnosti o těchto lékařských procedurách nespadají svým rozsahem do této kapitoly a doporučujeme vyhledat příslušnou endokrinologickou a chirurgickou literaturu.

Některé intersex variace mají větší variabilitu z hlediska vývoje dlouhodobé genderové identity než jiné (Dessens a kol., 2005). Například u osob 46,XX s CAH, kterým bylo při narození přiřazeno ženské pohlaví, může být výskyt jiné než cisgender identity až 5–10% (Furtado a kol., 2012). Důležitým faktorem, který musí být zohledněn při nabízení psychosociálních, lékařských a chirurgických zásahů u osob s intersex variacemi, jsou významné biologické faktory, které jsou základem genderové identity. Je také prokázáno, že intersex lidé a jejich rodiny mohou zažívat psychosociální stres (de Vries a kol., 2019; Rosenwohl-Mack a kol., 2020; Wolfe-Christensen a kol., 2017), a to částečně v důsledku psychosociálního stigmatu (Meyer-Bahlburg, Khuri a kol., 2017; Meyer-Bahlburg, Reyes-Portillo a kol., 2017; Meyer-Bahlburg a kol., 2018).

Intersexualita v psychiatrické terminologii

Od roku 1980 zahrnovalo názvosloví používané v americké psychiatrii intersex osoby, které splňovaly kritéria pro varianty genderové identity. Jejich diagnostická klasifikace se však s každým novým vydáním Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM) měnila. Například v DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) nebylo možné použít kategorii „transsexualismus“ pro dospělé intersex osoby, ale děti s tímto stavem byly klasifikovány jako osoby s „poruchou genderové identity v dětství“, přičemž intersex variace měly být specifikovány v jiné kategorii (Axis III). V DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) byly intersex osoby vyloučeny z kategorie „Porucha genderové identity“ bez ohledu na věk a místo toho byly zařazeny do širší kategorie „Porucha genderové identity, nespecifikovaná“.

V DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), která se odklání od multiaxiálního systému, byla „Porucha genderové identity“ přeformulována na „Genderovou dysforii“ a byla aplikovatelná bez ohledu na věk a intersex variace. Nicméně k osobám s intersexualitou byla doplněna specifikace „s poruchou pohlavního vývoje“ (Zucker a kol., 2013). Nedávno publikovaná revize DSM-5 (American Psychiatric Association, 2022) ponechává termín „genderová dysforie“. Je však důležité poznamenat, že poslední revize Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-11; World Health Organisation, 2019a) přesunula „Genderový nesoulad“ z kapitoly o „Duševních, behaviorálních nebo neurovývojových poruchách“ do nové kapitoly o „Stavech souvisejících se sexuálním zdravím“.

Všechna doporučení v této kapitole byla sestavena na základě důkladného posouzení vědeckých dat, hodnocení přínosů a rizik, postojů a preferencí poskytovatelů a pacientů, využití zdrojů

10.1. Navrhujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví spolupracovali s odborným týmem se znalostmi ohledně rozmanitosti genderové identity a jejího vyjádření, stejně jako se znalostmi tématu intersex osob, péče o ně a o jejich rodiny.
10.2. Navrhujeme, aby odborníci a odbornice poskytující péči transgender dětem, dospívajícím a dospělým získali vzdělání a školení v aspektech péče o intersex osoby relevantní pro jejich odbornost.
10.3. Navrhujeme, aby odborníci a odbornice edukovali a poskytovali poradenství rodinám intersex dětí o konkrétním stavu jejich dítěte a psychosociálních důsledcích dané situace již od chvíle stanovení diagnózy.
10.4. Navrhujeme, aby odborníci a odbornice spolu s rodiči s intersex dětmi/osobami průběžně a přiměřeně věku komunikovali o jejich stavu a jejích psychosociálních důsledcích.
10.5. Navrhujeme, aby odborníci a odbornice podporovali intersex děti/dospělé ve zkoumání své genderové identity v průběhu všech životních fází.
10.6. Navrhujeme, aby odborníci a odbornice podporovali dobré životní podmínky a minimalizovali potenciální stigma spojené s intersex situací tím, že budou spolupracovat s lékařskými odborníky či odbornicemi/institucemi i nelékařskými organizacemi či jednotlivci.
10.7. Navrhujeme odkazovat intersex děti/osoby a jejich rodiny na poskytovatele péče o duševní zdraví, stejně jako na peer-to-peer a jiné služby psychosociální podpory, pokud je to vhodné.
10.8. Navrhujeme poskytovat intersex osobám a jejich rodinám poradenství o možnostech potlačení puberty a/nebo hormonální terapie v kontextu genderové identity, věku a dle konkrétních medicínských okolností.
10.9. Navrhujeme poskytovat poradenství rodičům a jejich intersex dětem (jsou-li po kognitivní stránce dostatečně vyspělé) ohledně odkladu genderově afirmativních genitálních operací, operací pohlavních žláz nebo jejich kombinace, a optimalizovat tak sebeurčení dětí a jejich schopnost účastnit se rozhodování na základě informovaného souhlasu.
10.10. Navrhujeme, aby operace intersex osob prováděli pouze specialisté či specialistky s odbornou zkušeností v oblasti operaci genitálií nebo pohlavních žláz.
10.11. Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví intersex osobám a jejich rodinám poskytovali poradenství ohledně zachování plodnosti a ohledně a) známých dopadů hormonální terapie/operací na plodnost; b) potenciálních dopadů terapií, které nejsou dobře zmapované a jejichž reverzibilita je neznámá; c) možností zachování plodnosti; a d) psychosociálních důsledků neplodnosti, předepisují-li hormonální terapii nebo odkazují na chirurgické zákroky.
10.12. Navrhujeme, aby odborníci a odbornice informovali intersex osoby s vrozenou neplodností a jejich rodiny včas a postupně o různých alternativních možnostech rodičovství.

a vyhodnocení proveditelnosti. V některých případech jsou důkazy omezené a/nebo služby nemusí být dostupné nebo žádoucí.

Doporučení 10.1

Navrhujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví spolupracovali s odborným týmem se znalostmi ohledně rozmanitosti genderové identity a jejího vyjádření, stejně jako se znalostmi tématu intersex osob, péče o ně a o jejich rodiny.

Intersexualita, která je podkategorií DSD, je složitý vrozený stav vyžadující spolupráci odborníků a odbornic z různých lékařských a behaviorálních disciplín (Hughes a kol., 2006). Složení a fungování zdravotnického týmu se může lišit v závislosti na oblasti, lokálních zdrojích, diagnóze a potřebách intersex osob a jejich rodin. Ideální složení odborného týmu zahrnuje specialisty a specialistky v oblasti pediatrie, endokrinologie, chirurgie/urologie, psychologie/psychiatrie, gynekologie a genetiky, a pokud je to možné, také osoby vyškolené v sociální práci, ošetřovatelství a lékařské etice (Lee a kol., 2006). Tým může fungovat podle některého z následujících modelů: 1) tradiční multidisciplinární lékařský model, 2) interprofesionální model nebo 3) transdisciplinární model. Navzdory podobnostem těchto modelů se jednotlivé přístupy od sebe v zásadě liší a ovlivňují fungování týmu (Sandberg & Mazur, 2014). Konsensuální prohlášení z roku 2006 neuvádí, který model je nejlepší, ale pouze konstatuje, že modely „naznačují různé stupně spolupráce a profesionální autonomie“ (Lee, Nordenström a kol., 2016). Od doby publikace tohoto prohlášení v roce 2006 vznikly takové týmy jak v Evropě, tak v USA. Seznam týmů v USA je k dispozici na webových stránkách DSD-Translational Research Network (DSD-TRN) a existují také týmy v několika evropských zemích (Thyen a kol., 2018). Přestože tvorba takových týmů naráží na bariéry (Sandberg & Mazur, 2014), multidisciplinární týmy pomáhají řešit řadu problémů, které komplikují péči o osoby s intersex diagnózou a jejich rodinu, jako je roztříštěná síť služeb, omezená nebo nulová komunikace mezi odborníky a odbornicemi a následná fragmentace informací, které přinášejí spíše zmatek než porozumění.

U většiny intersex osob bude tento stav rozeznán při narození nebo krátce poté, zatímco u jiných bude identifikován až v pozdějších fázích životního cyklu, například v pubertě (viz Brain a kol., 2010, Tabulka 1). Přístup týmu je třeba přizpůsobit podle diagnózy a věku dané osoby. V některých případech může být podle potřeby tým rozšířen o další specialisty či specialistky.

Bylo zjištěno, že děti, které byly posouzeny multidisciplinárním týmem, měly výrazně vyšší šanci získat téměř kompletní škálu služeb na rozdíl od těch, kterým se věnoval pouze jeden odborník/odbornice (Crerand a kol., 2019). Rodiče, kteří obdrželi tento typ péče, hodnotili pozitivně psychosociální služby a týmový přístup a získali více informací než ti, kteří tento přístup nezískali (Crerand a kol., 2019).

Doporučení 10.2

Navrhujeme, aby odborníci a odbornice poskytující péči transgender dětem, dospívajícím a dospělým získali vzdělání a školení v aspektech péče o intersex osoby relevantní pro jejich odbornost.

Z výsledků rozhovorů se studenty a studentkami medicíny (Liang a kol., 2017; Zelin a kol., 2018) a z vlastních hodnocení a průzkumů lékařských studijních programů (DeVita a kol., 2018; Khalili a kol., 2015) vyplývá, že lékařská vzdělávací zařízení nedostatečně připravují zdravotníky a zdravotnice na poskytování kvalitní péče osobám s genderovou dysforií a intersexualitou. Odborníci a odbornice a zainteresované strany v rámci odborných akcí zaměřených na intersexualitu zdůrazňují význam kontinuálního vzdělávání a spolupráce jako klíčovou potřebu pro profesní rozvoj (Bertalan a kol., 2018; Mazur a kol., 2007). To může být obzvláště důležité pro poskytovatele péče o dospělé, kteří mohou mít k dispozici méně klinických pokynů nebo podpory pro pomoc osobám, jež přecházejí ze systému péče o děti do péče o dospělé (Crouch & Creighton, 2014).

Nicméně existuje jen málo metodik pro výcvik nebo hodnocení kompetencí zdravotníků v rámci této tématiky, a ty, které jsou dostupné, jsou většinou určeny pro odborníky a odbornice v oblasti duševního zdraví (Hollenbach a kol., 2014), s výjimkou doporučení pro primární péči (National LGBTQIA + Health Education Center, 2020).

Pro zdravotnické pracovníky a pracovnice, kteří chtějí zlepšit své dovednosti, existuje možnost konzultace s odborníky či odbornicemi, pokud nejsou k dispozici formální vzdělávací programy nebo empirické pokyny. Vzhledem k rozšířenému přístupu formou multidisciplinárních expertních týmů v péči o intersex osoby (Pasterski a kol., 2010), jsou členové těchto týmů vhodní pro poskytování konzultací a vzdělávání dalšího zdravotnického personálu, který neměl přístup k dostatečnému školení (Hughes a kol., 2006). Proto se doporučuje, aby vzdělávání dalších profesionálů bylo klíčovou součástí rozvoje týmu (Auchus a kol., 2010) a aby členové a členky multidisciplinárních týmů absolvovali školení specifická pro týmovou práci, včetně strategií pro mezioborové vzdělávání (Bisbey a kol., 2019; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

Doporučení 10.3

Navrhujeme, aby odborníci a odbornice edukovali a poskytovali poradenství rodinám intersex dětí o konkrétní intersex situaci jejich dítěte a jejích psychosociálních důsledcích již od chvíle stanovení diagnózy.

Poskytování dostupných medicínských informací rodinám intersex dětí formou osvěty a poradenství by mělo začít ihned po stanovení diagnózy. Tento postup by měl být v souladu s doporučeními na základě mezinárodního konsenzu. Jednou z největších výzev je určení pohlaví intersex novorozence, zejména pokud je zjevná genitální nejednoznačnost, dále rozhodnutí, v jakém genderu bude dítě vychováváno, což je klíčové z pohledu rodičů (Fisher, Ristori a kol., 2016). Vzhledem k tomu, že se pro většinu rodičů jedná o velmi stresující situaci, obecně se doporučuje, aby rozhodnutí o pohlaví/genderu bylo učiněno co nejrychleji, jakmile to umožní důkladné diagnostické vyšetření (Houk & Lee, 2010). Kritéria pro rozhodování o pohlaví/genderu se však v průběhu času mění. V druhé polovině 20. století se rozhodnutí často přikláněla k přiřazení ženského pohlaví, protože se předpokládalo, že feminizující operace genitálií je jednodušší a s menším rizikem vedlejších dopadů než maskulinizující operace. Avšak u některých intersex variací, jako je například 46,XY DSD kvůli deficitu 5α-RD-2, bylo zjištěno, že přiřazení ženského pohlaví/genderu vedlo k vysoké míře pozdější genderové dysforie a tranzice (Yang a kol., 2010). Od Mezinárodní konsensuální konference o intersex otázkách v roce 2005 se tedy při určování pohlaví/genderu začala zohledňovat postupně získaná data o dlouhodobých ukazatelích ohledně genderové identity u různých intersex variací.

Praxe otevřeného sdělování informací má za cíl umožnit rodinám dětí s intersex variacemi činit plně informovaná rozhodnutí o zvolené péči. Stud a stigma spojené s intersexualitou provázejí horší dopady v psychosociální oblasti, zatímco otevřená a proaktivní komunikace zdravotních informací byla navržena jako způsob snížení těchto rizik (de Vries a kol., 2019). Komunikace o zdravotní péči související s intersexualitou by měla probíhat průběžně a měla by být přizpůsobená potřebám konkrétní osoby. Výzkum ukazuje, že rodiny jsou ovlivněny tím, jak klinické týmy komunikují (Timmermans a kol., 2018). Dodržování těchto Standardů péče zahrnuje doporučení pro poskytovatele, aby přijali normalizující a potvrzující jazyk a přístup ve vzdělávání a poradenství. Například popis genitální nejednoznačnosti jako „variace“ nebo „rozdílu“ je více potvrzující než

použití termínů „vrozená vada“ nebo „abnormalita“.

Všichni odborníci a odbornice zapojení do péče o jedince mohou poskytnout rodinám důležité vzdělávání a informace. V multidisciplinárních týmech může být typ vzdělávání v souladu s oblastí odbornosti konkrétního specialisty či specialistky, například chirurg informuje o anatomii, endokrinolog o hormonálním vývoji a odborník či odbornice v oblasti duševního zdraví vysvětlují spektrum genderové a sexuální identity. Rodiny by měly dostávat informace relevantní vzhledem ke specifické intersex variaci jejich dítěte. Zdravotničtí odborníci a odbornice mohou tyto informace doplnit o zdroje zaměřené na pacienty dostupné z podpůrných skupin. Někdy jsou do týmů najímáni lidé s intersexualitou, kteří poskytují vzdělávání na základě svých životních zkušeností.

Konsenzuální směrnice také doporučují, aby byla rodinám nabízena nepřetržitá peer-to-peer a profesionální psychosociální podpora (Hughes a kol., 2006), což může zahrnovat poradenství zaměřené na řešení problémů a preventivní vedení (Hughes a kol., 2006). Rodiny mohou potřebovat pomoc při vzdělávání okolí – sourozenců, širší rodiny, pečovatelů – o intersex variaci dané osoby. Některé rodiny mohou potřebovat podporu nebo péči v oblasti duševního zdraví pro zvládání stresu spojeného s lékařskými intervencemi týkajícími se intersexuality. Dospívající mohou těžit z poradenství a sdílení informací s jinými intersex osobami a z podpory při navazování romantických vztahů a v oblasti sexuality. Poskytování poradenství může také zahrnovat vedení rodin a jednotlivců všech věkových skupin v rámci společného rozhodovacího procesu týkajícího se lékařské péče včetně chirurgických zákroků, který lze podpořit dostupnými pomůckami usnadňujícími rozhodování (Sandberg a kol., 2019; Weidler a kol., 2019).

Doporučení 10.4

Navrhujeme, aby odborníci a odbornice spolu s rodiči s intersex dětmi/osobami průběžně a přiměřeně věku komunikovat o jejich intersex situaci a jejích psychosociálních důsledcích.

Sdílení zdravotních informací je proces, který zahrnuje přenos informací od poskytovatelů zdravotní péče ke klientům a klientkám, od rodičů k dětem a také od klientů či klientek zpět k poskytovatelům péče (Weidler & Peterson, 2019). I když byla velká pozornost věnována komunikaci s rodiči ohledně diagnózy a rozhodnutí o chirurgických zákrocích, bylo zjištěno, že mladí lidé s DSD čelí překážkám ve spojení se zdravotnickými pracovníky a někdy se pro podporu neobracejí na své rodiče (Callens a kol., 2021). Je důležité, aby poskytovatelé péče i rodiče průběžně a efektivně komunikovali s dětmi a připravili je na plně aktivní a samostatnou účast v rámci této péče.

Poskytovatelé péče by měli co nejdříve nastavit otevřenou komunikaci mezi všemi zainteresovanými stranami. Rodiče mohou zažívat stres kvůli nejistotě spojené s DSD a mohou hledat rychlá řešení (Crissman a kol., 2011; Roberts a kol., 2020). Byly vyvinuty modely sdíleného rozhodování a nástroje pro rozhodování, které podporují průběžnou komunikaci mezi poskytovateli a rodinami/jednotlivci (Karkazis a kol., 2010; Sandberg a kol., 2019; Siminoff & Sandberg, 2015; Weidler a kol., 2019). Poskytovatelé by měli také nastavit styl komunikace a pomoci rodičům a jednotlivcům zvládat diagnostickou nejistotu. Současně by měli poskytovat osvětu o anatomických variacích a zajistit otevřenost vůči otázkám genderové a sexuální identity a stejně tak reagovat na otázky ze strany dětí/jednotlivců. V průběhu toho, jak děti vyrůstají, se mohou objevovat další otázky nebo potřeby ohledně získání informací přiměřených jejich věku týkající se sexu, menstruace, plodnosti, hormonální léčby, zdraví kostí a rizika zhoubných onemocnění.

Rodiče jsou klíčovými osobami v edukaci svých dětí o jejich zdravotním stavu a často jsou prvními, kdo svým dětem poskytuje zdravotní informace (Callens a kol., 2021). Poskytovatelé péče by měli rodiče připravit na to, aby vzdělávali své dítě a jeho okolí o intersex diagnóze a historii léčby. Někteří rodiče mají obtíže stanovit míru informací, které je vhodné sdělit okolí nebo svým vlastním dětem (Crissman a kol., 2011; Danon & Kramer, 2017). Rodiče, kteří vychovávají děti s intersex variací, zažívají vyšší míru stresu, zejména pokud se snaží minimalizovat komunikaci nebo diskusi o diagnóze dítěte (Crissman a kol., 2011). Stres rodičů se liší podle vývojového stádia dítěte, přičemž rodiče adolescentů hlásí vyšší míru stresu (Hullman a kol., 2011). Zdravotničtí pracovníci by proto měli pomáhat rodičům vyvíjet strategie, které odpovídají vývojovému stadiu jejich dítěte a zohledňují jejich psychosociální nebo kulturní obavy a hodnoty (Danon & Kramer, 2017; Weidler & Peterson, 2019). Výzkum v oblasti sexuality a genderové variability dále ukazuje, že na rozdíl od negativních zdravotních důsledků spojených se studem a stigmatizací, podpůrné rodinné chování (jako je diskuze s dětmi o jejich identitě a propojení s vrstevníky) vede k vyšší míře sebeúcty a lepším indikátorům v oblasti zdraví (Ryan a kol., 2010).

Doporučení 10.5

Navrhujeme, aby odborníci a odbornice podporovali intersex děti/dospělé ve zkoumání své genderové identity v průběhu všech životních fází.

Při formování genderové identity se kombinují psychologické, sociální a kulturní aspekty s biologickými faktory. Osoby s intersexualitou často vykazují zvýšenou míru genderově nekonformního chování, pochybností o svém genderu a touhy změnit pohlaví v dětství, což částečně závisí na rozdílu mezi hormonálním prostředím před narozením, ve kterém se vyvíjel mozek plodu, a pohlavím přiřazeným po narození (Callens a kol., 2016; Hines a kol., 2015; Meyer-Bahlburg a kol., 2016; Pasterski a kol., 2015). Problémy s genderovou identitou se vyskytují v různé míře u osob s různými intersex variacemi (de Vries a kol., 2007). Nedávno bylo zaznamenáno, že se u některých těchto osob rozvíjí nebinární identita, tedy alespoň v soukromém smyslu (Kreukels a kol., 2018). Přestože většina intersex lidí nemusí zažívat genderovou dysforii nebo přání změnit pohlaví, mohou mít pocity nejistoty a nezodpovězené otázky ohledně svého genderu (Kreukels a kol., 2018). Otázky ohledně genderové identity mohou pramenit z takových faktorů, jako je vzhled genitálií, vývoj v pubertě a znalost určitých informací, jako je diagnostické označení zdravotního stavu, stav gonád, stav pohlavních chromozomů a historie operací genitálií. Odborníci a odbornice ve zdravotnictví by měli být otevření k diskusi o těchto otázkách a pocitech, měli by hovořit o genderové rozmanitosti a přijmout méně binární přístup k genderu. Doporučujeme, aby radili rodičům, jak podporovat své děti ve zkoumání své genderové identity.

Podpora v otázkách genderové identity by neměla být omezena pouze na dětství. Je důležité, aby měli jednotlivci možnost svou genderovou identitu zkoumat a rozvíjet po celý život. Různé životní fáze, jako je puberta, adolescence nebo období plodnosti, mohou ohledně pohlaví/genderu přinášet nové otázky. Děti a mladí lidé mohou mít během svého vývoje a dospívání otázky týkající se genderové identity, zejména v klíčových momentech svého vývoje. V případě, že intersex osoby čelí dodatečnému stresu v podobě nejednoznačnosti, vyšetření a zákroků v oblast genitálií nebo kombinaci kulturních předsudků a vlivů, mohou potřebovat speciální podporu. Je důležité, aby byli podporováni k vyhledání odborné pomoci a, kdykoli to potřebují, dostali potřebnou radu či vedení. Odborníci a odbornice ve zdravotnictví by se měli aktivně snažit zjišťovat, zda jejich intersex klienti potřebují podporu v oblasti genderové identity. V případě, že lidé zažívají nesoulad mezi svou genderovou identitou a biologickým pohlavím (genderový nesoulad), mohou být vhodné genderově afirmativní intervence. Podrobnosti o těchto intervencích a postupech jsou popsány v dalších kapitolách.

Doporučení 10.6

Navrhujeme, aby odborníci a odbornice podporovali dobré životní podmínky a minimalizovat potenciální stigma spojené s intersex situací tím, že budou spolupracovat s lékařskými odborníky/institucemi i nelékařskými organizacemi či jednotlivci.

Intersex osoby často zažívají stigma a negativní emoce, jako je stud, vina, hněv, smutek a deprese. To potvrzují výzkumy Carroll a kol. (2020), Joseph a kol. (2017) a Schützmann a kol. (2009). U této skupiny osob byl pozorován vyšší výskyt psychických problémů než v obecné populaci, jak ukazují studie Liao & Simmonds (2014) a de Vries a kol. (2019). Rodiče intersex dětí mohou mít strach ze stigmatizace a potřebují se vyrovnat s diagnózou svého dítěte. Klinické týmy by neměly tento aspekt přehlížet. Rodičům může pomoci poradenství, které je podpoří jak v klinickém rozhodovacím procesu (Fleming a kol., 2017; Rolston a kol., 2015; Timmermans a kol., 2019), tak ve vnímání dítěte (Crissman a kol., 2011; Fedele a kol., 2010).

Studie Thyen a kol. (2005) zjistila, že opakovaná vyšetření genitálií mohou být spojena s pocity studu, strachu a bolesti a mohou zvyšovat riziko vývoje posttraumatické stresové poruchy (PTSD) později v životě (Alexander a kol., 1997; Money & Lamacz, 1987). Tyto zkušenosti, spolu s obavami z lékařských zákroků a zamlčováním tématu ze strany rodičů a lékařů, mohou podkopat autonomii a sebeúctu intersex osob (Meyer-Bahlburg a kol., 2018; Thyen a kol., 2005; Tishelman a kol., 2017; van de Grift, Cohen-Kettenis a kol., 2018). Doporučení pro minimalizaci negativních psychických dopadů genitálních vyšetření lze nalézt v práci Tishelman a kol. (2017).

V intersex komunitě existuje aktivní hnutí, které se zaměřuje na snižování míry stigmatu a na ochranu lidských práv a důstojnosti intersex lidí namísto jejich vnímání jako lékařských anomálií a kuriozit (Yogyakarta Principles, 2007, 2017). Chase (2003) shrnuje hlavní důvody existence této iniciativy na podporu intersex osob a popisuje, jak nevědomost a vnímaná potřeba skrývání způsobují stigma a psychické trauma. Veřejné povědomí o intersex osobách je velmi omezené a reprezentace a historie intersex osob jsou stále redukovány na „abnormalitu“. Proto doporučujeme odborníkům a odbornicím ve zdravotnictví, aby aktivně vzdělávali své kolegy a kolegyně, intersex osoby, jejich rodiny

a komunity, zvyšovali veřejné povědomí a rozšiřovali znalosti o intersexualitě. Společenské povědomí a znalosti o intersexualitě mohou pomoci snížit diskriminaci a stigmatizaci. Nástroje a vzdělávací/informační materiály mohou také pomoci intersex osobám svůj stav zveřejnit, pokud si to přejí (Ernst a kol., 2016).

Odborníci a odbornice ve zdravotnictví by měli být schopni rozpoznat a řešit stigmatizaci u svých klientů/klientek (Meyer-Bahlburg a kol., 2018) a měli by vést intersex osoby různého věku k tomu, aby se propojovaly prostřednictvím podpůrných sítí. Existuje potřeba vyvíjet specifické techniky/metody, jak se vypořádat se stigmatem spojeným s intersex situací.

Doporučení 10.7

Navrhujeme odkazovat intersex děti/osoby a jejich rodiny na poskytovatele služeb péče o duševní zdraví, stejně jako na peer-to-peer a jiné služby psychosociální podpory, pokud je to vhodné.

Pro většinu rodičů je narození intersex dítěte zcela neočekávané a šokující. Jejich neschopnost okamžitě odpovědět na všudypřítomnou otázku „Je vaše dítě kluk, nebo holka?“, nedostatek znalostí o stavu dítěte, nejistota ohledně jeho budoucnosti a neustálé stigma mohou způsobovat úzkost, která se může rozvinout až do posttraumatické stresové poruchy (PTSD) a může vyvolat přetrvávající úzkosti a deprese (Pasterski a kol., 2014; Roberts a kol., 2020; Wisniewski & Sandberg, 2015). Tato situace může ovlivnit péči rodičů a dlouhodobě i zdravotní stav jejich intersex dítěte (Schweizer a kol., 2017). Jak tyto děti rostou, jsou také vystaveny riziku stigmatizace ve třech hlavních formách (reálné, očekávané, internalizované) ve všech sférách života (Meyer-Bahlburg a kol., 2018), spolu s dalšími potenciálními obtížemi, jako jsou problémy se vzhledem, genderově netypické chování a otázky týkající se genderové identity. Mnozí se mohou setkat s tím, že si uvědomí nesoulad mezi přiřazeným pohlavím a biologickými charakteristikami, jako je pohlavní karyotyp, gonády, minulá a/nebo současná funkce pohlavních hormonů a konfigurace reprodukčního traktu. Tato situace může také nepříznivě ovlivnit jejich duševní zdraví (Godfrey, 2021; Meyer-Bahlburg, 2022). Nedávná online studie velkého vzorku mladých lidí z LGBTQ komunity ukázala, že mladí LGBTQ lidé, kteří se popsali jako osoby s tělesnou intersex variací, trpěli častěji duševními problémy než mladí LGBTQ lidé bez intersexuality (Trevor Project, 2021). Vzhledem k tomu, že intersex variace jsou vzácné, mohou mít rodiče těchto dětí a později i sami intersex jednotlivci pocit, že jejich situace je unikátní a pro ostatní těžko pochopitelná. Na základě klinických poznatků se odborníci a odbornice ve zdravotnictví se zkušeností s péčí o intersex osoby shodují, že sociální podpora je klíčovou součástí péče o intersex osoby, a to nejen prostřednictvím profesionální podpory od odborníků či odbornic na duševní zdraví (Pasterski a kol., 2010), ale také, což je důležité, prostřednictvím skupin podpory pro jednotlivce s intersex variacemi (Baratz a kol., 2014; Cull & Simmonds, 2010; Hughes a kol., 2006; Lampalzer a kol., 2021). Podrobný mezinárodní seznam skupin pro vzájemnou podporu osob s DSD a intersex osob a advokačních skupin včetně jejich webových stránek přináší Lee, Nordenström a kol. (2016). Vzhledem k rozmanitosti intersex variací a režimů péče může být pro intersex osoby nejpřínosnější propojit se s podpůrnou skupinou, která zahrnuje osoby se stejnou nebo podobnou variací. Je důležité, aby zdravotničtí pracovníci a pracovnice specializující se na péči o intersex osoby také úzce spolupracovali s podpůrnými skupinami, aby mohly být prostřednictvím podrobných diskusí vyřešeny případné názorové rozdíly ohledně konkrétních aspektů péče. Úzké kontakty mezi zdravotnickými pracovníky a pracovnicemi a podpůrnými skupinami také usnadňují participativní výzkum ve spolupráci s komunitou, který je přínosný pro obě strany.

Doporučení 10.8

Navrhujeme poskytovat intersex osobám a jejich rodinám poradenství o možnostech potlačení puberty a/nebo hormonální léčby v kontextu genderové identity, věku a dle konkrétních medicínských okolností.

Intersex osoby mají často genderovou identitu, která odpovídá jejich karyotypu XX nebo XY, ale existují výjimky. Například u jedinců XX s virilizující adrenogenitální hyperplazií (CAH) se někdy vyskytuje mužská genderová identita (Dessens a kol., 2005). U lidí XY s částečnou androgenní insenzitivitou může být genderová identita velmi různorodá (Babu & Shah, 2021). U osob s karotypem XY s deficitem 5α-reduktázy-2 nebo 17-beta-hydroxysteroid dehydrogenázy-3, které byly při narození považovány za ženy, často během dospívání dochází ke změně genderové role na mužskou (56–63%, u první skupiny a 39–64% u druhé skupiny) (Cohen-Kettenis, 2005).

Pro tyto osoby existuje široká škála léčebných možností v závislosti na jejich genderové identitě a anatomii. Možnosti zahrnují přípravky k potlačení puberty, hormonální terapii a chirurgické zákroky přizpůsobené specifickým potřebám jednotlivců (Weinand & Safer, 2015; Safer & Tangpricha, 2019). Například, pokud jsou přítomny funkční gonády,

může být puberta dočasně pozastavena pomocí analogů gonadotropin-uvolňujícího hormonu (GnRH), což umožňuje jednotlivci prozkoumat svou genderovou identitu a aktivně se podílet na rozhodování o pohlaví, zejména u intersex variací, kde je změna genderové role běžná (Cocchetti, Ristori, Mazzoli a kol., 2020; Fisher, Castellini a kol., 2016).

Odborníci a odbornice ve zdravotnictví mohou poskytovat poradenství jednotlivcům a jejich rodinám přímo, pokud mají dostatečnou odbornost, a využít potřebnou expertízu pro určení vhodné léčby pro jednotlivce a plánování aplikace zvoleného terapeutického řešení.

Doporučení 10.9

Navrhujeme poskytovat poradenství rodičům a jejich intersex dětem (jsou-li po kognitivní stránce dostatečně vyspělé) ohledně odkladu genderově afirmativních genitálních operací, operací pohlavních žláz nebo jejich kombinace, a optimalizovat tak sebeurčení dětí a jejich schopnost účastnit se rozhodování na základě informovaného souhlasu.

Mezinárodní organizace pro lidská práva, jako je Human Rights Watch (2017), vyjadřují obavy, že chirurgické zákroky na intersex dětech provedené dříve, než jsou samy schopny se podílet na rozhodování, mohou ohrozit jejich práva na autonomii a sebeurčení. Mnohé medicínské organizace a organizace hájící práva intersex osob se společně s několika státy připojily k těmto mezinárodním lidskoprávním organizacím a doporučují odkládat chirurgické zákroky, pokud to zdravotní stav umožňuje (Dalke a kol., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Nicméně, některé anatomické variace, jako je obstrukce močového ústrojí nebo expozice orgánů pánevní oblasti, vyžadují okamžitý zásah (Mouriquand a kol., 2016). Některé další, jako například obstrukce menstruace a dlouhodobé riziko rakoviny u nesestouplých varlat, mohou mít eventuální následky. Naopak, variace vzhledu vnějších pohlavních orgánů nebo hloubky vagíny nepředstavují bezprostřední a dlouhodobé zdravotní riziko. Toto doporučení se týká pouze těch anatomických variací, které, pokud nejsou léčeny, nemají okamžité negativní zdravotní důsledky a kde odklad chirurgického zákroku nepředstavuje riziko pro fyzické zdraví.

Přístup k neurgentní chirurgické péči u intersex dětí je komplexní a často sporný, zejména u kojenců a malých dětí, které se nemohou rozhodovat. Starší intersex lidé často trpí zdravotní problémy v psychosociální a sexuální oblasti, jako jsou deprese, úzkosti a sociální stigma (de Vries a kol., 2019; Rosenwohl-Mack a kol., 2020). Některé studie naznačují, že jednotlivci s určitými variacemi (např. 46,XX CAH) souhlasí s provedením operace před adolescencí (Bennecke a kol., 2021). Nedávné studie ukazují, že někteří adolescenti a dospělí jsou spokojeni s funkcí a vzhledem genitálií po chirurgickém zákroku v dětství (Rapp a kol., 2021). Genitální odlišnosti dítěte mohou být také zdrojem stresu pro rodiče a jeden z výzkumů dokládá, že operace k vytvoření binárního vzhledu genitálií může mít omezený vliv na snížení rodičovského stresu (Wolfe-Christensen a kol., 2017), ačkoli menší část rodičů může svého rozhodnutí litovat (Ellens a kol., 2017). Proto některé organizace jako Americká urologická asociace (2019) a Pediatricko-endokrinologická společnost (2020) doporučují zvážit možnost chirurgických zákroků i u velmi malých děti.

V lékařském oboru panuje rozdílný názor ohledně chirurgických zákroků na genitáliích v raném dětství. Ani autoři a autorky této kapitoly nedospěli k jednoznačnému konsensu. Někteří specialisté či specialistky na intersex variace vidí potenciální škodlivost v univerzálním odkladu těchto zákroků, i když neexistují bezprostřední lékařská rizika. Podporují to důvody jako: 1) vysoká heterogenita intersex variací s ohledem na jejich typ a závažnost, stejně jako s ohledem na přidruženou gonadální strukturu, funkci a riziko malignit, 2) velmi rozdílné genderové normy a stigmata v různých společnostech a rodinách a 3) určité technické výhody operací v raném dětství a 4) průzkumy, které ukazují, že většina intersex jednotlivců, kteří podstoupili operace, podporují provádění těchto operací před dosažením věku pohlavní dospělosti (Meyer-Bahlburg, 2022), a to zvláště v případě osob s 46,XX CAH a méně výrazně u osob s XY variacemi. Odborníci a odbornice s tímto názorem doporučují individualizovaný přístup k rozhodnutím o operacích genitálií a jejich načasování, který byl přijat některými lékařskými společnostmi s velkým zastoupením specialistů a specialistek na intersex variace (Bangalore Krishna a kol., 2021; Pediatric Endocrine Society, 2020; Speiser a kol., 2018; Stark a kol., 2019) a podpůrnými organizacemi (CARES Foundation; Krege a kol., 2019).

Nicméně, studie dlouhodobých výsledků jsou omezené a většina pozitivních výsledků postrádá kontrolní skupinu, u které operace neproběhla (Dalke a kol., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Neexistují také důkazy, že operace chrání děti s intersex variacemi před stigmatem (Roen, 2019). Dospělí intersex lidé zažívají stigma, deprese a úzkost související s jejich genitáliemi, ale toto stigma mohou zažívat bez ohledu na to, zda podstoupili operace (Ediati a kol., 2017; Meyer-Bahlburg, Khuri a kol., 2017; Meyer-Bahlburg a kol., 2018). Existují také důkazy o významných

kosmetických, urologických a sexuálních komplikacích přetrvávajících do dospělosti (Gong & Cheng, 2017; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Nedávné studie ukazují, že některé skupiny mohou mít negativní zkušenosti s gonadektomií, i když toto riziko je třeba zvážit ve srovnání s rizikem gonadální malignity (Duranteau a kol., 2020; Rapp a kol., 2021). U osob s intersex variacemi je také mnohem pravděpodobnější než u obecné populace, že budou transgender, genderově rozmanité nebo budou cítit genderovou dysforii (Almasri a kol., 2018; Pasterski a kol., 2015). Operace genitálií u malých dětí mohou tedy vést k nevratnému přiřazení binárního pohlaví, které není v souladu s jejich budoucí identitou. Tato zjištění, spolu s ohledem na lidská práva, podporují odklad rozhodnutí o operaci až do doby, kdy se jednotlivec může rozhodnout sám.

Nezbytné jsou systematické dlouhodobé studie, které porovnají osoby se stejnými intersex variacemi, jež se liší věkem podstoupení operací nebo které nepodstoupily žádné operace, s ohledem na genderovou identitu, duševní zdraví a celkovou kvalitu života.

Doporučení 10.10

Navrhujeme, aby operace intersex osob prováděli pouze specialisté či specialistky s odbornou zkušeností v oblasti operací genitálií nebo pohlavních žláz.

Intersex variace jsou vzácné a charakterizuje je různorodost anatomie genitálií a gonád. S operacemi prováděnými na intersex osobách jsou spojena rizika významných dlouhodobých komplikací, jak uvádí např. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020). Většina vzdělávacích programů v oblasti chirurgie navíc nepřipravuje své absolventy na poskytování tak specializované péče (Grimstad, Kremen a kol., 2021). Vzhledem ke složitosti chirurgické péče v průběhu života doporučuje expertní a mezinárodní konsenzus, aby tato péče byla poskytována multidisciplinárním odborným týmem (Krege a kol., 2019; Lee, Nordenström a kol., 2016; Pediatric Endocrine Society, 2020). Proto je doporučeno, aby byla chirurgická péče omezena na specializovaná multidisciplinární zařízení, která disponují chirurgy se zkušenostmi v péči o intersex osoby.

Doporučení 10.11

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice ve zdravotnictví intersex osobám a jejich rodinám poskytovali poradenství ohledně zachování plodnosti a ohledně a) známých dopadů hormonální terapie/operací na plodnost; b) potenciálních dopadů terapií, které nejsou dobře zmapované a jejichž reverzibilita je neznámá; c) možností zachování plodnosti; a d) psychosociálních důsledků neplodnosti, předepisují-li hormonální terapii nebo odkazují na chirurgické zákroky.

Osoby s některými intersex variacemi mohou mít funkční genitálie schopné reprodukce, ale mohou být neplodné kvůli atypickému vývoji gonád. Jiné mají funkční gonády s životaschopnými pohlavními buňkami, ale nemohou dosáhnout přirozené plodnosti kvůli nesouladu vnitřních nebo vnějších genitálií (van Batavia & Kolon, 2016). Intervence jako potlačení puberty, hormonální terapie steroidními hormony a operace mohou negativně ovlivnit plodnost. Důležité je proto prodiskutovat potenciální důsledky léčby a možnosti zachování plodnosti.

Osoby s funkčními varlaty by měly být informovány, že dlouhodobá terapie estrogenem a potlačení testosteronu, jak bylo zjištěno z výzkumu u TGR osob bez intersexuality, může způsobit atrofii varlat a snížení množství spermií (Mattawanon a kol., 2018). Přerušení hormonální terapie může zlepšit kvalitu spermií, ale není zaručena jejich úplná obnova (Sermondade a kol., 2021). Hlavní metodou zachování plodnosti je kryoprezervace spermií získaných masturbací nebo vibrační stimulací (de Roo a kol., 2016). Ačkoli neexistují data ohledně úspěšnosti u lidí, navrhuje se také možnost přímé extrakce a kryoprezervace nezralé testikulární tkáně u adolescentů, kteří ještě neprošli spermarche (Mattawanon a kol., 2018).

Osoby s funkčními vaječníky by měly vědět, že terapie testosteronem obvykle vede k zastavení menstruace a ovulace, často do několika měsíců od zahájení terapie. Vliv testosteronu na vajíčka a plodnost není plně znám. U transgender osob byl v jedné studii hlášen výstkyt syndromu polycystických vaječníků po terapii testosteronem (Grynberg a kol., 2010), ale další studie syndromu polycystických vaječníků u transgender mužů podstupujících genderově afirmativní hormonální terapii ji na základě metabolických (Chan a kol., 2018) ani histologických (de Roo a kol., 2017) parametrů nepotvrdily. Plodnost se může obnovit u osob s neporušenou dělohou a funkčními vaječníky po přerušení terapie testosteronem.

Možnosti zachování plodnosti u intersex osob s funkčními vaječníky po pubertě zahrnují hormonální stimulaci pro kryoprezervaci zralých vajíček nebo kryoprezervaci vaječníkové tkáně. Byla hlášena i extrakce stimulovaných vajíček u transgender muže pokračujícího v terapii testosteronem (Greenwald, 2021) a kryoprezervace vajíček po stimulaci vaječníků u transgender chlapce podstupujícího terapii

GnRHa (Rothenberg a kol., 2019). Hormonální stimulace, přerušení léčby a gynekologické zákroky mohou být psychicky náročné, a to v závislosti na psychickém stavu, genderové identitě a zkušenostech s lékařskou péčí. Možnost aplikace těchto procedur může záviset na podpoře sociálního okolí, včetně potenciálních partnerů či partnerek.

Doporučení 10.12

Navrhujeme, aby odborníci a odbornice informovali intersex osoby s vrozenou neplodností a jejich rodiny, včas a postupně, o různých alternativních možnostech rodičovství.

U lidí s intersex charakteristikami může být neplodnost zjištěna již v raném dětství, v dospívání či v dospělosti, aniž by se pokoušeli o početí. Pro mnohé z nich je diagnóza neplodnosti součástí diagnózy intersex variace (Jones, 2019). Pro některé osoby může být možností asistovaná reprodukce s využitím cizích vajíček nebo spermií. Existují také různé možnosti adopce či osvojení, které mohou vyžadovat výrazný závazek a značné časové investice. Osoby, které nemají zájem o dosažení plodnosti nebo u nichž není plodnost možná, se mohou co nejdříve seznámit s možnostmi osvojení a náhradního rodičovství. Ačkoliv transplantace dělohy byla do určité míry úspěšná včetně Müllerových vývodů (Richards a kol., 2021), dosud nebyl vyvinut protokol, který by eliminoval rizika pro vývoj plodu spojená s aplikací léků za účelem zabránění neuchycení transplantátu.

KAPITOLA 11 Institucionální prostředí

Kapitola 11 pojednává o péči o transgender a genderově rozmanité osoby, které žijí v různých institucionálních prostředích. Dle definice se jedná o takové instituce, kde osoby bydlí a dostávají péči ve společném nebo skupinovém prostředí. Obyvatelé těchto zařízení mohou mít plnou či omezenou svobodu pohybu, plné či omezené právo udělit souhlas či jednat nezávisle. Mezi tyto instituce patří detenční zařízení, střediska pro cizince, věznice, výchovné ústavy, stejně jako zařízení pro dlouhodobou péči, psychiatrická zařízení pro hospitalizované, domovy pro seniory, hospicová/paliativní péče a zařízení s asistovaným bydlením. Ve všech těchto institucích by měly transgender osoby mít zajištěn přístup ke zdravotní péči. Řada poznatků týkajících se vhodné péče pochází právě z detenčních prostředí. Doporučení uvedená v této kapitole jsou však určena pro všechny typy institucí, ať už jde o detenční či jiná institucionální zařízení (Porter a kol., 2016). Tyto standardy péče by měly být uplatněny stejně u všech, kdo pobývají v těchto institucích, bez ohledu na to, v jakém typu zařízení se nacházejí. Lidé by měli mít přístup k nezbytným léčebným prostředkům bez ohledu na to, zda žijí či nežijí v institucionálním prostředí (Brown, 2009). Je důležité si uvědomit, že osoby žijící v institucích nemají stejný přístup k péči jako ti, kteří žijí mimo taková prostředí. Tyto osoby by tedy měly být podporovány v tom, aby měly přístup k péči podle standardů Světové profesní asociace pro transgender zdraví (WPATH).

TGR osoby pobývající v detenčních zařízeních často hlásí, že nemají dostatečný přístup k zásadní zdravotní péči, která je specificky určena pro transgender osoby, což je v případě odnětí svobody hlavní problém, jak zmiňuje Kapitola 2 s názvem Globální uplatnění, Doporučení 2.1 (viz Brown, 2014; Emmer a kol., 2011). Další problém představují rasové nerovnosti, které jsou běžné v mnoha zařízeních výkonu trestu, jedná se o rozdíly v indikátorech zdraví u osob různého původu (Sawyer, 2020; Nowotny a kol., 2017) či nadměrné zastoupení TGR osob jiné než bílé barvy pleti v některých zařízeních (Reisner a kol., 2014). Tento fakt dále podtrhuje potřebu, aby vedoucí těchto institucí řešili problémy s přístupem k péči v rámci tranzice. Studie ukazují, že transgender osoby, které se dostaly do vězeňského prostředí, mají výrazně horší obecné a duševní zdraví ve srovnání se skupinami transgender osob, které nebyly omezeny na svobodě (Brown and Jones, 2015). Jedním z důvodů je častý nedostatek znalostí, školení a kompetencí personálu, který se v těchto zařízeních o genderově rozmanité osoby stará (Clark a kol., 2017). V paliativní péči, včetně hospiců, jsou TGR rezidenti běžně diskriminováni. Potřeby těchto klientů či klientek nebo osob, které je ze zákona zastupují, často nejsou brány v potaz (Stein a kol., 2020). To může vést k tomu, že LGBTQ klienti a klientky mohou skrývat svou sexuální orientaci a/nebo genderovou identitu, když vstupují do domova pro seniory, i když dříve žili otevřeně jako LGBTQ osoby (Carroll, 2017; Serafin a kol., 2013).

Veškerá doporučení uvedená v této kapitole byla formulována na základě důkladného posouzení vědeckých dat, hodnocení přínosů a rizik, hodnot a preferencí poskytovatelů a klientů či klientek, stejně jako využití zdrojů a vyhodnocení proveditelnosti. Uvědomujeme si, že v některých případech jsou důkazy omezené a/nebo služby nemusí být dostupné nebo vhodné. Většina dostupné literatury týkající se institucí se soustřeďuje na osoby ve věznicích nebo jiných detenčních zařízeních. Byla zohledněna a citována i dostupná literatura týkající se jiných typů

11.1. Lékařský a zdravotnický personál, který odpovídá za poskytování genderově afirmativní péče osobám v institucionálním či jiném prostředí (nebo osobám spjatým s institucemi nebo agenturami), by měl být obeznámen s tím, že seznam doporučení ve Standardech péče, verze č. 8, se vztahuje rovněž na osoby žijící v institucích.
11.2. Navrhujeme, aby instituce zajistily celému personálu školení o genderové rozmanitosti.
11.3. Lékaři a lékařky odpovědní za předepisování a sledování hladin hormonů pro TGR osoby v institucionálním prostředí, které vyžadují genderově afirmativní hormonální terapii, by tak měli činit bez zbytečného odkladu a v souladu se SOC-8.
11.4. Personál a odborníci a odbornice odpovídající za poskytování zdravotní péče TGR osobám pobývajícím v péči institucí by měli bez zbytečného odkladu doporučovat a podporovat genderově afirmativní chirurgické zákroky v souladu se SOC-8, pokud o ně daná osoba požádá.
11.5. Administrativní a zdravotnický personál a všichni ostatní zaměstnanci institucí odpovědní za péči o TGR osoby by měli vyhovět žádostem o získání vhodného oblečení a doplňků pro úpravu vzhledu v souladu se svým genderovým vyjádřením.
11.6. Veškerý personál institucí by měl oslovovat TGR osoby vždy jejich zvoleným jménem a rodem.
11.7. Administrativní a zdravotnický personál zodpovědný za rozhodování o pobytu TGR osob by měl zohlednit jejich preference ohledně pobytového oddělení, genderové identity a vyjádření a také bezpečnostní hlediska, nikoli pouze jejich anatomii nebo pohlaví přiřazené při narození.
11.8. Personál institucí by měl zavést pobytová pravidla, která zajistí bezpečnost TGR osob, aniž by docházelo k jejich segregaci či izolaci.
11.9. Personál institucí by měl umožnit pobývajícím TGR osobám na jejich žádost privátní přístup ke sprchám a na toaletu.

institucí. Doufáme, že budoucí výzkumy tento relativní nedostatek dat z nedetenčních institucí zaplní. Shrnutá doporučení jsou aplikovatelná na různá institucionální prostředí, která mají společné základní charakteristiky, včetně dlouhodobého pobytu, omezené svobody nebo ztráty svobody, a závislosti na personálu instituce z hlediska některých nebo všech základních životních potřeb.

Doporučení 11.1

Lékařský a zdravotnický personál, který odpovídá za poskytování genderově afirmativní péče osobám v institucionálním či jiném prostředí (nebo osobám spjatým s institucemi nebo agenturami), by měl být obeznámen s tím, že seznam doporučení ve Standardech péče, verze č. 8, se vztahuje rovněž na osoby žijící v institucích.

Lidé žijící v institucích obecně potřebují a zaslouží si jak základní, tak specializovanou zdravotní a psychologickou péči. Je zároveň důležité si uvědomit, že mezi nimi jsou i TGR osoby, které vyžadují speciální péči zaměřenou na jejich konkrétní potřeby. Doporučujeme proto v případě osob žijících v institucích uplatňovat tyto Standardy péče, které uvádějí základní principy jak z hlediska zdravotní péče, tak i etických zásad pro její poskytování (Beauchamp a Childress, 2019; Pope a Vasquez, 2016). Soudní výroky jako například v případech Kosilek v. Massachusetts (2002) a Edmo v. Idaho Department of Corrections (2020) již před dlouhou podpořily nutnost poskytování informované péče TGR osobám žijícím v institucích v souladu se Standardy péče WPATH. Agentury, které zajišťují personál pro domácí pečovatelské služby, by měly být rovněž informovány o důležitosti a uplatnění těchto Standardů péče.

Doporučení 11.2

Navrhujeme, aby instituce zajistily celému personálu školení o genderové rozmanitosti.

Péče o TGR osoby zasahuje jen malou část populace, a proto vyžaduje specializovaný výcvik, jak podrobně popisují tyto Standardy péče, verze č. 8. Úroveň tohoto výcviku se bude lišit podle role pracovníka v rámci instituce, všichni zaměstnanci by však měli absolvovat školení ohledně správného zacházení s rezidenty, přičemž u klinického personálu lze zvážit intenzivnější školení nebo konzultace. Doporučení ohledně školení se rovněž týkají agentur, které zajišťují personál pro dlouhodobou domácí péči. Chybné oslovování rezidentů v institucích, znemožnění používání oděvů odpovídajících genderu, nevhodná hygienická nebo ubytovací zařízení a odmítání použití zvoleného jména, indikuje nedostatečný respekt vůči TGR rezidentům. Tyto situace mohou být pro TGR osoby psychicky traumatizující, depresivní a mohou u nich vyvolávat úzkost. Proškolením celého personálu instituce na témata genderové rozmanitosti a základních kompetencí v péči, která řeší zdravotní problémy specifické pro TGR osoby, lze těmto dopadům předejít (Hafford-Letchfield a kol., 2017). Výzkumy ukazují, že osoby, které pracují s uvězněnými osobami, stejně jako pracovníci v nedetenčních prostředích, jako je paliativní péče, mají ve svých znalostech významné mezery (Stein a kol., 2020; White a kol., 2016). Hafford-Letchfield a spol. (2017) zjistili, že školení personálu v dlouhodobé rezidenční péči je efektivní, pokud již na počátku klade důraz na pochopení problémů LGBTQ osob a probíhá v domovech péče. Nemají-li poskytovatelé zdravotní péče potřebné znalosti k posouzení nebo léčbě genderově rozmanitých osob, měli by požádat o konzultaci odborníky či odbornice, kteří s poskytováním genderově afirmativní zdravotní péče mají zkušenosti (Brömdal a kol., 2019; Sevelius a Jenness, 2017).

Doporučení 11.3

Lékaři a lékařky odpovědní za předepisování a sledování hladin hormonů pro TGR osoby v institucionálním prostředí, které potřebují gender potvrzující hormonální terapii, by tak měli činit bez zbytečného odkladu a v souladu se SOC-8.

U některých TGR osob přijatých do institucí je nutné posoudit, zda potřebují přístup k hormonální terapii podporující jejich genderovou identitu, nebo se u nich tato potřeba může rozvinout až po určité době pobytu v této instituci. Je běžné, že je TGR osobám odepřen přístup k hormonální terapii v řádech měsíců nebo i let poté, co tuto potřebu projeví, nebo je jejich terapie a následné sledování nedostatečné. To vede k prodlevám v nezbytném uzpůsobení dávkování léků, což může mít negativní dopady na duševní zdraví, jako jsou deprese, úzkosti, sebevražedné tendence a rizika sebeoperace (Keohane, 2018; Kosilek v. Massachusetts, 2002; Monroe v. Baldwin a kol., 2019). Přístup k genderově afirmativní hormonální terapii by měl být zajištěn včas, jakmile je to pro TGR rezidenta vhodné, a to v jakémkoliv institucionálním prostředí, ať už detenčním nebo jiném. Lékaři by měli dávkování hormonů upravovat na základě laboratorních a klinických výsledků, aby zajistili, že výsledky odpovídají doporučeným standardům v oboru endokrinologie. Tyto testy by měly být prováděny dostatečně často tak, aby nedocházelo ke zpoždění při úpravě dávkování.

Specifické potřeby v zařízeních pro dlouhodobou péči pak mají starší TGR osoby (Boyd, 2019; Caroll, 2017; Porter, 2016). Vyžadují-li starší osoby hormonální terapii, měli by lékaři vyhodnotit jejich anamnézu. Zdravotní komplikace v minulosti ovšem jen zřídka u této populace zcela vylučují podávání hormonů (Ettner, 2013). Osoby s genderovým nesouladem v institucích mohou trpět duševními onemocněními (Brown and Jones, 2015; Cole a kol., 1997). Tato onemocnění by měla být posouzena a léčena jako součást řešení celkového zdravotního stavu. Osoby užívající hormony musí být pečlivě sledovány, aby se předešlo možným lékovým interakcím a polyfarmacii (Hembree a kol., 2017).

TGR osoby, které přicházejí do institucionální péče a již jsou v režimu genderově potvrzující hormonální terapie, by měly v této terapii pokračovat. Jejich léčba by měla být monitorována podle nejnovějších Standardů péče, verze č. 8. Za nevhodnou a nebezpečnou je pak považována metoda „freeze frame", která spočívá v tom, že se osobám, které již jsou v režimu hormonální terapie, přeruší jejich podávání, nebo se TGR osobám ponechá stejná dávka hormonů, kterou dostávaly při přijetí do instituce, i když se jedná o nízkou počáteční dávku (Kosilek v. Massachusetts, 2002). TGR osoby, u kterých je zahájení hormonální terapie podporující jejich genderovou identitu vhodné, by měly začít s touto terapií stejně, jak by tomu bylo mimo instituci (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown 2009). Náhlé přerušení hormonální terapie nebo nezahájení této terapie, ačkoli je lékařsky nezbytná, může mít značné negativní důsledky na zdravotní stav (Brown, 2010; Sundstrom and Fields v. Frank, 2011), včetně sebeoperací, depresivních nálad, zvýšené míry genderové dysforie a/nebo sebevražedných tendencí (Brown, 2010; Maruri, 2011).

Pokud má osoba v instituci přístup k genderově afirmativní hormonální terapii nebo podstoupí chirurgické zákroky, rozhodnutí o ubytování v zařízeních oddělených podle pohlaví mohou s ohledem na bezpečnost a wellbeing dané TGR osoby vyžadovat přehodnocení (Ministry of Justice [UK], 2016).

Doporučení 11.4

Personál a odborníci a odbornice odpovídající za poskytování zdravotní péče TGR osobám pobývajícím v péči institucí by měli bez zbytečného odkladu doporučovat a podporovat genderově afirmativní chirurgické zákroky v souladu se SOC-8, pokud o ně daná osoba požádá.

TGR osoby trpící genderovou dysforií by měly mít přístup k vhodnému léčebnému plánu, který zahrnuje z lékařského hlediska nezbytné chirurgické zákroky. Tyto zákroky by měly být podobné těm, jež jsou poskytovány osobám mimo institucionální prostředí (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown 2009; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). Zamítnutí nebo nedostupnost takových chirurgických zákroků pro rezidenty institucí, kteří nemohou získat tuto péči mimo instituci, může mít vážné následky. Mezi tyto následky patří zhoršení symptomů genderové dysforie, deprese, úzkost, sebevražedné sklony a riziko sebeoperace, jako je autokastrace nebo autopenektomie (Brown, 2010; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Maruri, 2011). Nezřídka je rezidentům institucí odepřen přístup k posouzení způsobilosti pro genderově afirmativní chirurgické zákroky, stejně jako samotná terapie či intervence, i když jsou lékařsky nezbytné (Kosilek v. Massachusetts/Dennehy, 2012; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). Odepření lékařsky nezbytných vyšetření a přístupu k genderově afirmativním chirurgickým zákrokům a nezbytné následné péči je považováno za nevhodné a v rozporu s těmito Standardy péče.

Doporučení 11.5

Administrativní a zdravotnický personál a všichni ostatní zaměstnanci institucí odpovědní za péči o TGR osoby by měli vyhovět žádostem o získání vhodného oblečení a doplňků pro úpravu vzhledu v souladu se svým genderovým vyjádřením.

Genderové vyjádření odkazuje na to, jak lidé vyjadřují svou genderovou identitu prostřednictvím účesu, kosmetických produktů, oblečení, jména a rodu, které odpovídají jejich genderové identitě v jejich kultuře nebo komunitě (American Psychological Association, 2015; Hembree a kol., 2017). Toto je pro většinu lidí běžná norma v rámci jejich kultury nebo komunity. Sociální tranzice je proces, kdy TGR osoby začínají vyjadřovat či nadále vyjadřují svou genderovou identitu autentickým a sociálně viditelným způsobem. Sociální tranzice často zahrnuje chování a veřejnou prezentaci, které se liší od očekávání u osob s určitým úředním pohlavím přiřazeným při narození. Označení pohlaví v dokladech je právní označení obvykle přiřazené nebo zapsané při narození do oficiálních dokumentů, a je nejčastěji zaznamenáváno jako mužské, ženské, ale také jako intersex nebo „X" v některých zemích a jurisdikcích (American Psychological Association, 2015). TGR osoby mají právo na stejnou genderovou expresi jako cisgender osoby, ať už žijí vně nebo uvnitř institucí. Přijetí sociální tranzice ze strany personálu vytváří atmosféru respektu a podpory, což může zvýšit

bezpečnost a snížit některé aspekty genderového nesouladu u ostatních rezidentů v instituci.

Výzkum ukazuje, že sociální tranzice a genderově kongruentní vyjádření mají pozitivní vliv na duševní zdraví TGR osob (Bockting & Coleman, 2007; Boedecker, 2018; Devor, 2004; Glynn a kol., 2016; Russell a kol., 2018). K vyjádření genderové identity patří nošení oblečení a účesu odpovídajícího jejich genderu, dostupnost a používání hygienických a kosmetických produktů vhodných pro daný gender, oslovování vybraným jménem nebo legálním příjmením (i když legální změna jména zatím není možná) a rodem odpovídajícím identitě jedince. Tyto prvky genderové exprese a sociální tranzice, ať už individuálně, nebo kolektivně podle potřeb jednotlivce, snižují genderovou dysforii/nesoulad, deprese, úzkost, myšlenky a chování vedoucí k sebepoškozování, sebevražedné myšlenky a sebevražedné pokusy (Russell a kol., 2018). Navíc tyto prvky kongruentní genderové exprese zlepšují pohodu a schopnost fungovat (Glynn a kol., 2016).

Doporučení 11.6

Veškerý personál institucí by měl oslovovat TGR osoby vždy jejich zvoleným jménem a rodem.

Dle výzkumů se stále více osob veřejně identifikuje jako osoby genderově rozmanité. V důsledku toho vzniká nutnost vytvářet a zavádět strategie a zákony, které vyhoví potřebám těchto osob, a to nezávisle na tom, kde žijí (McCauley a kol., 2017). Jedním z příkladů, jak mohou instituce reagovat, je používání systémů zdravotnické a administrativní evidence, které by měly sledovat i jiné genderové identifikátory než jen pohlaví přiřazené při narození. Toto doporučení vychází z poznatku, že genderová rozmanitost může být v rozporu s některými institucionálními normami v místech, kde transgender a genderově rozmanité osoby žijí. Různé zdroje, např. vláda Austrálie (2015), Corrective Services New South Wales (2015), a soudní případy jako Edmo vs. Idaho Department of Corrections (2020) a Kosilek vs. Massachusetts (2002), stejně jako NCCHC (2015) zdůrazňují, že všechny instituce mají povinnost zajistit bezpečí a pohodu všech osob, které v nich pobývají. Sevelius a kol. (2020) dále ukázali, že správné používání rodu představuje u transgender žen genderově afirmativní zkušenost a má pozitivní vliv na duševní zdraví a zdravotní stav v případě onemocnění HIV. Pokud jde o institucionální záznamy, doporučuje se, aby v případě, že rezident instituce úředně změnil své jméno, byly tyto záznamy v souladu s touto změnou aktualizovány.

Doporučení 11.7

Administrativní a zdravotnický personál zodpovědný za rozhodování o pobytu TGR osob by měl zohlednit jejich preference ohledně pobytového oddělení, genderové identity a vyjádření a také bezpečnostní hlediska, nikoli pouze jejich anatomii nebo pohlaví přiřazené při narození.

Rozdělování osob pobývajících v institucích podle pohlaví přiřazeného při narození je běžná praxe (Brown a McDuffie, 2009; Routh a další, 2017), ale podle Ledesmy a Forda (2020) může vytvářet nebezpečné prostředí. Genderově rozmanité osoby jsou extrémně zranitelné vůči stigmatizaci, viktimizaci, zanedbávání, násilí a sexuálnímu zneužívání (Banbury, 2004; Beck, 2014; Jenness a Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2018; Oparah, 2012; Stein a další, 2020). Stohr (2015) upozorňuje, že rigidní segregace dle pohlaví v těchto prostředích selhává ve smyslu ochrany bezpečnosti transgender a genderově rozmanitých osob a může bránit přístupu k genderově afirmativní zdravotní péči. Proto by instituce měly pravidelně hodnotit potřeby ohledně pobytu a preference vězněných TGR osob (Federal Bureau of Prisons, 2016). Zákon o prevenci znásilnění ve věznicích v USA rovněž klasifikuje TGR osoby jako zranitelnou skupinu a vybízí k zohlednění preferencí těchto vězněných osob při jejich zařazení (Bureau of Justice Assistance, 2017).

Doporučení 11.8

Personál institucí by měl zavést pobytová pravidla, která zajistí bezpečnost TGR osob, aniž by docházelo k jejich segregaci či izolaci.

Umísťování transgender a genderově rozmanitých osob v institucích pouze na základě jejich anatomie nebo pohlaví přiřazeného při narození je problematické a může tyto osoby vystavovat riziku fyzické nebo psychické újmy (Scott, 2013; Simopoulos a Khin, 2014; Yona a Katri, 2020). Je dobře zdokumentováno, že ve vězeňských zařízeních jsou transgender lidé častěji než ostatní osoby sexuálně obtěžováni nebo napadáni (James a kol., 2016; Jenness a Fenstermaker, 2016; Malkin a DeJong, 2019). Proces rozhodování o umístění by měl zahrnovat individuální přístup a bezpečnostní hlediska, ale také spolupráci a vstupy od samotných TGR osob, jak doporučuje americký Federální úřad pro věznice (2016) a Jenness a Smyth (2011). Některé transgender ženy mohou preferovat pobyt v mužském zařízení, zatímco jiné se cítí bezpečněji v ženském zařízení. Kvůli rozmanitosti v genderových identitách a vyjádřeních a různým fázím tranzice u TGR osob je důležité zavést flexibilní rozhodovací procesy (Yona a Katri, 2020). Starší LGBTQ osoby mohou mít

obavy z nevhodného zacházení ze strany spolubydlících v dlouhodobé péči (Jablonski a kol., 2013). Proto by bydlení v domovech pro seniory a asistovaných pobytových zařízeních mělo zvážit přiřazení pokojů na základě vlastního identifikovaného genderu dané osoby, bez ohledu na pohlaví přiřazené při narození nebo historii chirurgických intervencí, a to ve spolupráci s příslušnou osobou.

Vězeňská izolace, někdy označovaná jako administrativní segregace, zahrnuje fyzickou izolaci jednotlivců, kteří jsou přibližně 23 hodin denně uzavřeni ve svých celách. Tato praxe se používá v některých vězeňských zařízeních jako disciplinární opatření a zároveň jako způsob ochrany vězněných osob, které představují riziko pro sebe samotné či pro druhé nebo u kterých hrozí riziko sexuálního napadení ze strany spoluvězňů. Pokud je však izolace uvalena z bezpečnostních důvodů, měla by být krátkodobá, protože dlouhodobá izolace může způsobit vážnou psychickou újmu a hrubé narušení fungování dané osoby (Ahalt a kol., 2017; Scharff Smith, 2006). Dlouhodobá izolace přesahující 15 dní je dokonce považována za mučení podle národních vězeňských standardů a Organizace spojených národů (NCCHC, 2016; OSN, 2015).

Doporučení 11.9

Personál institucí by měl umožnit pobývajícím TGR osobám na jejich žádost privátní přístup ke sprchám a na toaletu.

Soukromí hraje zásadní roli bez ohledu na genderovou identitu. Transgender a genderově rozmanité osoby často vykazují obavy při používání veřejných toalet, což vede k omezení přijímání potravy a tekutin, aby se vyhnuly používání těchto zařízení. Toto chování může vést ke vzniku zdravotních problémů, jako jsou infekce močových cest a problémy s ledvinami (James a kol., 2016). V institucích je TGR osobám často odepřeno soukromí při používání toalet a sprch, což může vést k psychické újmě, fyzickému a sexuálnímu zneužívání (Bartels and Lynch, 2017; Brown, 2014; Cook-Daniels, 2016; Mann, 2006). Tělesné prohlídky, prohlídky prohmatáním a prohlídky tělesných otvorů by ve vězeňských prostředích měly provádět osoby stejného genderu, jako je prohledávaná osoba, pokud se ovšem nejedná o velmi urgentní a kritické situace, kdy to není možné. Zároveň je třeba situací, kdy by byl ostatní personál takovým prohlídkám náhodně přítomen (Bureau of Justice Assistance, 2017). Například zákon o prevenci znásilnění ve vězeňském prostředí ve Spojených státech či jiná legislativa vyžaduje soukromé používání sprch a toalet v případě uvězněných transgender osob.

Počet starších TGR osob, které vyžadují péči v rámci institucí, roste (Carroll, 2017; Witten & Eyler, 2016), je tedy nutné, aby zařízení pro dlouhodobou péči zohledňovala potřeby svých necisgender rezidentů (Ettner, 2016; Ettner & Wiley, 2016). Průzkumy mezi zdravotnickým personálem v hospicích a zařízeních pro dlouhodobou péči ukazují, že TGR klienti a klientky často nenaplňují své základní potřeby, jsou diskriminováni v přístupu k lékařské péči nebo jsou fyzicky a/nebo psychicky zneužíváni (Stein a kol., 2020). V Austrálii bylo zjištěno, že poskytovatelé služeb péče pro seniory a rezidenční péče mají málo zkušeností s problémy této populace a že mnoho starších TGR rezidentů kvůli obavám z necitlivého zacházení nebo diskriminace svou genderovou identitu skrývá (Cartwright a kol., 2012; Cook-Daniels, 2016; Grant a kol., 2012; Horner a kol., 2012; Orel & Fruhauf, 2015).

Transgender a genderově rozmanité osoby mohou vyžadovat lékařsky nezbytnou genderově afirmativní hormonální terapii k dosažení tělesných změn dle svých požadavků z hlediska genderové identity a vyjádření, jak je uvedeno v prohlášení o lékařské nezbytnosti v Kapitole 2 s názvem Globální uplatnění, konkrétně v Doporučení 2.1. V této kapitole jsou popsána doporučení pro hormonální terapii u TGR dospělých a dospívajících. Kritéria posouzení, která se vztahují k zahájení hormonální terapie u dospělých a dospívajících, naleznete v Kapitole 5 – Posouzení dospělých a Kapitole 6 – Dospívající. Shrnutí těchto doporučení a kritérií je uvedeno v Příloze D.

Již v prvním vydání Standardů péče (SOC) Světové profesní asociace pro transgender zdraví (WPATH) v roce 1979 a v následných aktualizacích těchto standardů, včetně sedmé verze SOC, byla genderově afirmativní hormonální terapie uvedena jako lékařsky nezbytná (Coleman a kol., 2012). WPATH rovněž podpořila směrnice americké Endokrinologické společnosti týkající se genderově afirmativní hormonální terapie u TGR osob v letech 2009 a 2017 (Hembree a kol. 2009 a Hembree a kol. 2017). Evropská společnost pro sexuální medicínu taktéž publikovala stanovisko k hormonální péči u TGR dospívajících a dospělých (T'Sjoen a kol., 2020). Genderově afirmativní hormonální terapie je považována za bezpečnou u dospělých, pokud je lékařsky monitorována (Tangpricha & den Heijer, 2017; Safer & Tangpricha, 2019). Existují však určitá dlouhodobá rizika a tudíž je za účelem minimalizace těchto nežádoucích účinků vyžadován pečlivý monitoring a screening (Hembree a kol., 2017; Rosenthal, 2021).

Cílem genderově afirmativní hormonální terapie je dosáhnout sérové hladiny steroidních hormonů v souladu s genderovou identitou dané osoby, optimální cílové rozmezí těchto hladin však není stanoveno (Hembree a kol., 2017). V rámci sledování terapie v případě většiny steroidních hormonů měříme sérové hladiny testosteronu a/nebo estradiolu, což ovšem není možné při použití konjugovaných nebo syntetických estrogenů. Nedávná studie Tebbens a kol. z roku 2021 zpochybnila předpoklad, že je nutné monitorovat poměr estronu a estradiolu, jelikož u skupiny 212 dospělých transgender žen nebyla během jednoletého sledování zjištěna žádná souvztažnost mezi koncentrací estronu a změnou rozložení tělesného tuku nebo růstem prsou (Tebbens a kol., 2021). Tato studie prokázala, že vyšší koncentrace estronu nebo vyšší poměry estronu vůči estradiolu nejsou spojeny s antagonistickými účinky na feminizaci (procento tuku a vývoj prsou). (Tebbens a kol., 2021). Nezbytnost monitorování poměru estronu k estradiolu tedy nepodporují aktuální publikované důkazy. Dříve užívané konjugované estrogeny byly nahrazeny bioidentickými estrogeny. Ačkoli několik studií poukázalo na výrazně vyšší riziko tromboembolických a kardiovaskulárních komplikací při užívání orálních konjugovaných estrogenů ve srovnání s orálním estradiolem u žen v postmenopauze, ani u žen v postmenopauze, ani u transgender osob podstupujících léčbu estrogenem neproběhly žádné randomizované kontrolované studie (Smith a kol., 2014).

Přístup k genderově afirmativní hormonální terapii se liší v závislosti na fázi vývoje dané osoby v době zahájení terapie a na cílech léčby. U dětí před zahájením endogenní puberty se hormonální terapie nedoporučuje. U způsobilých dospívajících (viz Kapitola 6 – Dospívající), kteří dosáhli raných stádií puberty, je cílem oddálit pubertu s použitím agonistů gonadotropin uvolňujících hormonů (GnRHas) do doby vhodné pro zahájení genderově afirmativní hormonální terapie. Toto potlačení puberty je považováno za lékařsky nezbytné. U dospělých, kteří splňují kritéria podle Kapitoly 5 – Posouzení dospělých, lze hormonální terapii zahájit. Před tím by však odborníci či odbornice v oblasti zdraví měli s klienty a klientkami prodiskutovat jejich plány v reprodukční oblasti a možnosti zachování plodnosti. Více informací naleznete v Kapitole 16 – Reprodukční zdraví.

Genderově afirmativní hormonální terapie s cílem dosáhnout ženského vzhledu obvykle spočívá v aplikaci estrogenu spolu s přípravkem, který snižuje hladinu androgenů (Hembree a kol., 2017). Přestože existují vědecky nepodložené doklady o použití progesteronu pro podporu růstu prsou a zlepšení nálady, aktuální vědecké poznatky nedokazují, že by přínosy podávání progesteronu převyšovaly potenciální rizika (Iwamoto, T'Sjoen a kol., 2019). Maskulinizující hormonální terapie obvykle zahrnuje podávání testosteronu. Jak WPATH, tak americká Endokrinologická společnost doporučují monitorování hladin pohlavních hormonů. Ačkoliv je tato terapie přizpůsobena individuálním potřebám TGR osob, typicky jsou hladiny hormonů udržovány na úrovni, která podporuje zdraví kostí a není příliš vysoká (Hembree a kol., 2017; Rosen a kol., 2019).

Genderově afirmativní hormonální terapie se obvykle aplikuje po celý život. Neexistuje jednoznačný důkaz o tom, že by měly být dávky hormonů u starších TGR osob snižovány. Přerušení hormonální terapie může u TGR osob vést k úbytku kostní hmoty, zvláště pokud u nich byly odstraněny gonády (Wiepjes a kol., 2020). Je důležité poskytovat také pravidelnou primární péči, jak je popsáno

12.1. Blokace hormonů puberty by měla být zahájena u způsobilých transgender a genderově rozmanitých dospívajících, jakmile se v rámci vývoje puberty začnou projevovat fyzické změny (stupeň 2 Tannerovy stupnice).
12.2. U způsobilých transgender a genderově rozmanitých osob, u nichž je indikováno blokování puberty, doporučujeme aplikovat agonisty gonadotropin uvolňujícího hormonu (GnRH) k potlačení endogenních pohlavních hormonů.
12.3. U způsobilých transgender a genderově rozmanitých dospívajících, pokud nejsou k dispozici agonisté GnRH nebo pokud jsou tyto přípravky finančně nedostupné, navrhujeme pro oddálení nástupu puberty předepisovat progestiny (orální nebo depotní injekční formou).
12.4. U způsobilých* transgender a genderově rozmanitých dospívajících, kteří takovou terapii vyžadují a jsou již v pubertálním vývoji nebo jím prošli od 3. stupně Tannerovy stupnice výše, ale nejsou si jisti ohledně zahájení terapie pohlavními steroidními hormony nebo ji zahájit nechtějí, doporučujeme předepisovat agonisty GnRH pro potlačení steroidních hormonů bez současné substituce steroidních pohlavních hormonů.
12.5. U způsobilých* transgender a genderově rozmanitých dospívajících, kteří se nacházejí minimálně na stupni 2 Tannerovy stupnice, doporučujeme v rámci genderově afirmativní péče ve spolupráci s rodiči/pečovateli nasadit hormonální terapii, pokud její nasazení není pro daného dospívajícího vyhodnoceno jako rizikové nebo nepotřebné.

(„Způsobilý" odkazuje k osobám, které splňují určitá klinická nebo věková kritéria stanovená pro danou intervenci nebo postup.)*

12.6. Doporučujeme měřit hladiny hormonů v průběhu poskytování genderově afirmativní péče za účelem snížení hladiny endogenních steroidních hormonů a udržovat podávané steroidní hormony na úrovni odpovídající cílům v hormonální terapii u transgender a genderově rozmanitých osob podle Tannerovy stupnice.
12.7. Je vhodné předepisovat gestageny nebo agonisty GnRH způsobilým* transgender a genderově rozmanitým dospívajícím s dělohou ke zmírnění dysforie způsobené menstruačním cyklem, není-li užívání testosteronu dosud indikováno za účelem afirmace genderové identity.
12.8. Doporučujeme zapojovat odborníky a odbornice z více disciplín, jež se specializují na zdraví transgender osob a na nastavení péče potřebné pro transgender a genderově rozmanité dospívající.
12.9. Doporučujeme provádět pravidelná klinická vyšetření ke zhodnocení fyzických změn a potenciálních nežádoucích reakcí při terapii steroidními hormony, včetně laboratorního sledování hladin pohlavních steroidních hormonů každé 3 měsíce během prvního roku hormonální terapie nebo při změnách dávky, dokud není dosaženo stabilní dávky pro dospělé, následované klinickými a laboratorními testy jednou nebo dvakrát ročně, jakmile je dosaženo udržovací dávky pro dospělé.
12.10. Doporučujeme informovat všechny osoby, které potřebují genderově potvrzující péči, o možnostech zachování plodnosti před zahájením potlačení puberty a před hormonální terapií, a poskytnout jim v tomto směru poradenství.
12.11. Před zahájením poskytování lékařské péče transgender a genderově rozmanitým osobám doporučujeme posoudit a řešit okolnosti zdravotních stavů, které se mohou v důsledku snížených koncentrací endogenních pohlavních hormonů a terapie exogenními pohlavními hormony zhoršit.
12.12. Doporučujeme edukovat transgender a genderově rozmanité osoby podstupující genderově potvrzující péči o nástupu a časovém průběhu fyzických změn vyvolaných terapií pohlavními hormony.

(„Způsobilý" odkazuje k osobám, které splňují určitá klinická nebo věková kritéria pro příslušnou léčbu nebo postup.)*

12.13. Transgender a genderově rozmanitým osobám není vhodné předepisovat v rámci genderově afirmativní hormonální terapie ethinylestradiol.
12.14. U způsobilých* transgender a genderově rozmanitých osob s vyšším rizikem vývoje žilní tromboembolie doporučujeme předepisovat transdermální estrogen v případě věku > 45 let nebo historie žilní tromboembolie, pokud je doporučena genderově afirmativní terapie estrogenem.
12.15. U transgender a genderově rozmanitých osob není vhodné předepisovat konjugované estrogeny, pokud je dostupný estradiol jako součást genderově afirmativní hormonální terapie.
12.16. Doporučujeme předepisovat léky snižující hladinu testosteronu (cyproteron acetát, spironolakton nebo agonisty GnRH) způsobilým* transgender a genderově rozmanitým osobám s varlaty, které užívají estrogen jako součást hormonální terapie, pokud je jejich cílem přiblížit se k hladinám pohlavních hormonů u cisgender žen.
12.17. U transgender a genderově rozmanitých osob podstupujících terapii testosteronem je důležité monitorovat hematokrit (nebo hemoglobin).
12.18. Při podávání hormonů před a po genderově afirmativní operaci je vhodné spolupracovat s kolegy z chirurgických oborů.
12.19. Je vhodné poskytnout transgender a genderově rozmanitým osobám poradenství ohledně možností genderově afirmativních operací v případech, kdy tyto operace nejsou indikovány nebo jsou lékařsky kontraindikovány.
12.20. Doporučujeme zahájit a pokračovat v genderově afirmativní hormonální terapii u způsobilých* transgender a genderově rozmanitých osob, jež vyžadují příslušnou péči z důvodu prokázaného zlepšení psychosociálního fungování a kvality života;
12.21. Doporučujeme zachovat stávající hormonální terapii v případech, kdy se duševní zdraví transgender a genderově rozmanitých osob zhoršuje, a důkladně vyhodnotit důvod tohoto zhoršení, pokud však není hormonální terapie kontraindikována.

*(*Kritéria způsobilosti pro dospívající a dospělé jsou uvedena v Kapitole 5 – Péče o dospělé a v kapitole 6 – Péče o dospívající a v* Příloze D.)

v Kapitole 15 – Primární péče. Podle epidemiologických studií panuje u TGR osob užívajících estrogen zvýšený výskyt kardiovaskulárních onemocnění a žilního tromboembolismu, a to zejména u starších osob a při použití různých hormonálních přípravků (Irwig, 2018; Maraka a kol., 2017). TGR osoby užívající testosteron mohou mít také zvýšené riziko nepříznivých kardiovaskulárních událostí, jako je infarkt myokardu, vysoký krevní tlak, snížený HDL cholesterol a nadváha (Alzahrani a kol., 2019; Irwig, 2018 a Kyinn a kol., 2021). Zdravotničtí odborníci a odbornice by měli s klienty s nejvyšším rizikem rozvoje kardiovaskulárních onemocnění diskutovat o životním stylu a farmakoterapii, jak je uvedeno v Kapitole 15 – Primární péče. Další poruchou, která se může u TGR osob užívajících testosteron projevit, je polycytémie, jak uvádí Antun a kol. (2020). Proto je důležité průběžně sledovat vývoj indikátorů, které se mohou v důsledku genderově afirmativní hormonální terapie v průběhu života zhoršovat (Hembree a kol., 2017).

Všechna doporučení v této kapitole byla sestavena na základě důkladného posouzení vědeckých dat, hodnocení přínosů a rizik, hodnot a preferencí poskytovatelů zdravotní péče a klientů a klientek, a také zdrojů a vyhodnocení proveditelnosti. V některých případech jsou důkazy omezené a/nebo příslušné služby nemusí být dostupné či vhodné.

Genderově afirmativní hormonální terapie u mládeže

V následujícím textu se budeme věnovat hormonální terapii u TGR mládeže. Podle toho, v jaké fázi vývoje se mladý člověk nachází, rozlišujeme obvykle dvě etapy této terapie: nejprve dojde k potlačení puberty a poté k zahájení genderově afirmativní hormonální terapie. Cílem první etapy, ve které se zastavuje pubertální vývoj, je umožnit mladému člověku lépe pochopit svou genderovou identitu a cíle týkající se vlastního genderového projevu, aby byl lépe připraven na další krok, kterým může být právě afirmativní hormonální terapie. V této části se také podíváme na doporučení pro použití agonistů gonadotropin uvolňujícího hormonu (GnRH) a na další možnosti, jak potlačit pubertu. Následovat budou doporučení pro genderově afirmativní hormonální terapii. O specifikách, které se týkají jak mladých, tak dospělých, se dozvíte v následující sekci.

Doporučení 12.1

Blokace hormonů puberty by měla být zahájena u způsobilých transgender a genderově rozmanitých dospívajících, jakmile se v rámci vývoje puberty začnou projevovat fyzické změny (stupeň 2 Tannerovy stupnice).

Obecně je cílem podávání GnRHa (agonistů gonadotropin uvolňujícího hormonu) u TGR adolescentů zabránit dalšímu rozvoji vrozených sekundárních pohlavních znaků odpovídajících pohlaví přiřazenému při narození. Jelikož je tato terapie plně reverzibilní, považujeme ji za prodloužené období, během kterého mohou dospívající prozkoumávat svou genderovou identitu v rámci sociální tranzice (Ashley, 2019e). Aplikace GnRHa má také terapeutický přínos, protože často vede k výraznému snížení úrovně nepohodlí vyplývajícího z fyzických změn, které nastávají s počátkem vrozené puberty (Rosenthal, 2014; Turban, King a kol., 2020).

Pro TGR děti, které si jsou svou genderovou identitou jisté už před pubertou, může být jakýkoli trvalý vývoj sekundárních pohlavních znaků, které odpovídají pohlaví přidělenému při narození, velkým zdrojem stresu. I když by se mohlo zdát, že použití GnRHa (agonistů gonadotropin uvolňujícího hormonu) k odložení začátku puberty u těchto dětí, které se nacházejí na prvním stupni Tannerovy stupnice, je vhodné, toto použití GnRHa není doporučeno (Hembree a kol., 2017). Jakmile dítě dosáhne věku, ve kterém by puberta běžně probíhala (obvykle mezi 7–8 a 13 lety u dětí s vaječníky a mezi 9 a 14 lety u dětí s varlaty), je vhodné dítě častěji monitorovat, např. každé 4 měsíce, aby se zjistilo, zda nedochází k pubertálnímu vývoji, jako je růst prsou nebo zvětšení varlat nad 4 ml. Vzhledem k obvyklému průběhu pubertálního vývoje, který trvá 3,5 až 4 roky, by bylo velmi nepravděpodobné rozvinutí trvalých změn v případě, že by dítě procházelo pubertou po dobu pouze 4 měsíců nebo méně. Díky pravidelným kontrolám je možné nástup puberty zjistit dříve, než dojde k nevratným změnám, a v tomto okamžiku lze s velkou účinností začít s aplikací GnRHa. Je důležité si uvědomit, že po zahájení aplikace GnRHa obvykle dochází k ústupu o jeden stupeň na Tannerově stupnici. To znamená, že pokud u dítěte probíhá vývoj prsou na 2. stupni Tannerovy stupnice, obvykle se vrátí zpět k prepubertálnímu 1. stupni Tannerovy stupnice. Totéž platí pro růst varlat na 2. stupni Tannerovy stupnice, což často klient/klientka ani nepostřehne a není to spojeno s vývojem sekundárních pohlavních znaků.

Protože GnRHa (agonisté gonadotropin uvolňujících hormonů) fungují tak, že snižují citlivost receptorů GnRH (gonadotropin uvolňujícího hormonu), není třeba k této desenzitizaci receptorů přistupovat, pokud nedochází ke zvýšení vlastní stimulace GnRH hypofýzou, což představuje první biochemický indikátor puberty. Kvůli velké

variabilitě v nástupu puberty je rovněž těžké ospravedlnit aplikaci GnRHa, jež by mohla mít neznámá rizika před nástupem puberty, kdy nemá fyziologický přínos.

Aplikace GnRHa u dítěte, které se nachází v 1. stupni Tannerovy stupnice (tedy ještě před začátkem puberty), lze však zvážit v případech konstitučního opoždění růstu a nástupu puberty, a to pravděpodobně ve spojení se zahájením genderově afirmativní hormonální terapie. Zahájení afirmativní hormonální terapie může na počátku aktivovat hypothalamo-hypofyzárně-gonadální osu, ale může také maskovat účinky této aktivace na tělo. Aby se zabránilo tělesným změnám, které by mohly zhoršit genderový nesoulad této osoby, může být aplikace GnRHa zahájena jako doplňková terapie k afirmativní hormonální terapii brzy po jejím zahájení. Tímto způsobem lze zajistit pubertální vývoj podle identifikovaného fenotypu.

Potlačení vývoje sekundárních pohlavních znaků je nejefektivnější, pokud je zahájena hormonální terapie v rané až střední fázi puberty. To je účinnější ve srovnání se zahájením hormonální terapie po skončení puberty, jak ukázala studie Bangalore-Krishna a kol. z roku 2019. U adolescentů, u kterých již puberta proběhla a kteří uvažují o zahájení afirmativní hormonální terapie, lze použít GnRHa k potlačení určitých tělesných funkcí a procesů, jako je menstruace nebo erekce. GnRHa mohou sloužit jako přechodné řešení, dokud dospívající, jeho nebo její zákonný zástupce (pokud nemůže samostatně udělit souhlas) a lékařský tým nedospěje k rozhodnutí o aplikaci této terapie (Bangalore-Krishna a kol., 2019; Rosenthal, 2021).

Puberta začíná reaktivací hypothalamus-hypofýza-gonadální osy, což je systém, který řídí reprodukční funkce. Stadia puberty se hodnotí na základě fyzických projevů, které tuto reaktivaci odrážejí. U osob s funkčními vaječníky je 2. stupeň Tannerovy stupnice charakterizován vývojem prsních žláz. Tento vývoj je způsoben působením estrogenu produkovaného vaječníky. U osob s funkčními varlaty je 2. stupeň Tannerovy stupnice charakterizován zvětšením objemu varlat (typicky více než 4 ml). Růst varlat je řízen gonadotropiny, jako je luteinizační hormon (LH) a folikuly stimulující hormon (FSH). V pozdějších stádiích produkují varlata dostatek testosteronu potřebného k maskulinizaci.

Doporučení 12.2

U způsobilých transgender a genderově rozmanitých osob, u nichž je indikováno blokování puberty, doporučujeme aplikovat agonisty gonadotropin uvolňujícího hormonu (GnRH) k potlačení endogenních pohlavních hormonů. Další podrobnosti viz Doporučení 12.4.

Doporučení 12.3

U způsobilých transgender a genderově rozmanitých dospívajících, pokud nejsou k dispozici agonisté GnRH nebo pokud jsou tyto přípravky finančně nedostupné, doporučujeme pro oddálení nástupu puberty předepisovat progestiny (orální nebo depotní injekční formou). Další podrobnosti viz Doporučení 12.4.

Doporučení 12.4.

U způsobilých* transgender a genderově rozmanitých dospívajících, kteří takovou terapii vyžadují a jsou již v pubertálním vývoji nebo jím již prošli (od stupně 3 Tannerovy stupnice výše), ale nejsou si jisti ohledně zahájení terapie pohlavními steroidními hormony nebo ji zahájit nechtějí, doporučujeme předepisovat agonisty GnRH pro potlačení steroidních hormonů bez současné substituce steroidních pohlavních hormonů.

GnRHa (agonisté gonadotropin uvolňujících hormonů) efektivně snižují hladiny gonadotropinů a pohlavních steroidů u TGR dospívajících a zastavují další vývoj sekundárních pohlavních znaků. Jejich užívání je obecně bezpečné, s vývojem hypertenze jako jediným krátkodobým nežádoucím účinkem hlášeným v literatuře (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Klink, Bokenkamp a kol., 2015). GnRHa zabraňují sekreci luteinizačního hormonu (LH) a folikuly stimulujícího hormonu (FSH) hypofýzou, jak uvádí Gava a kol. (2020). Když klesnou hladiny těchto hormonů, gonády již nejsou stimulovány k produkci pohlavních hormonů (estrogenů nebo androgenů) a hladiny pohlavních hormonů v krvi klesnou na úroveň před pubertou. Aplikace GnRHa vede k částečné regresi již rozvinutých sekundárních pohlavních znaků (Bangalore a kol., 2019). U TGR dospívajících s funkčními vaječníky dojde k omezení růstu prsní tkáně, a pokud je terapie zahájena v průběhu 2. stupně Tannerovy stupnice, může prsní tkáň úplně vymizet (Shumer a kol., 2016). U dospívajících s dělohou může být po podání GnRHa zabráněno menarche (první menstruaci). U TGR dospívajících s funkčními varlaty dojde k regresi objemu varlat na nižší objem.

Pokud je terapie GnRHa zahájena u dospívajících ve střední nebo pozdější fázi puberty, některé fyzické změny, jako je pokročilý vývoj prsou u TGR dospívajících s funkčními vaječníky nebo klesnutí hlasu a růst vousů u TGR dospívajících s funkčními varlaty, se zcela zpět nevrátí, i když se zastaví další progres,

jak uvádí Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis v roce 2006. GnRHa se používají od roku 1981 pro léčbu centrální předčasné puberty (Comite a kol., 1981; Laron a kol., 1981) a jejich přínosy jsou dostatečně evidovány, viz také Doporučení v Kapitole 6 – Dospívající. Použití GnRHa u osob s nástupem centrální předčasné puberty je považováno za bezpečné a účinné, bez známých dlouhodobých nežádoucích účinků, což potvrzuje Carel a kol. v roce 2009. Použití GnRHa u TGR dospívajících je však považováno za tzv. off-label (mimo schválené indikace), protože nebyly původně vyvinuty pro tento účel. Přesto data od dospívajících užívajících GnRHa v podobné dávce a podobným způsobem ukazují účinnost v odložení nástupu puberty, ačkoliv dlouhodobé účinky na kostní hmotu nejsou dostatečně evidovány (Klink, Caris a kol., 2015). I když máme méně dlouhodobých dat o TGR dospívajících než dat o adolescentech s předčasnou pubertou, sběr dat týkajících se této populace nadále probíhá (Klaver a kol., 2020; Lee, Finlayson a kol., 2020; Millington a kol., 2020; Olson-Kennedy, Garofalo a kol. 2019).

Ačkoli je léčba GnRHa (agonisty gonadotropin uvolňujících hormonů) považována za lékařsky nezbytnou, nemusí být pro způsobilé adolescenty vždy dostupná. Důvodem může být to, že některé zdravotní pojišťovny v určitých zemích tuto terapii nehradí nebo zde může být finančně náročná. V těchto případech je vhodné zvážit alternativní metody, jako je orální nebo injekční forma progestinů. U dospívajících starších 14 let neexistují data, která by poskytla zdravotnickým pracovníkům informace o tom, zda může být GnRHa podávána jako jediná léčba (monoterapie) a po jakou dobu, aniž by to představovalo významné riziko pro zdraví kostí. To je způsobeno tím, že kosti nebudou vystaveny adekvátním hladinám pohlavních steroidních hormonů (Rosenthal, 2021).

Prodloužené období nedostatku pohlavních hormonů (hypogonadismus) v adolescenci způsobené různými zdravotními problémy, léčebnými intervencemi, jako je monoterapie GnRHa, nebo fyziologickými podmínkami, jako je opoždění růstu a vývoje, je často spojeno s rizikem špatného zdraví kostí v dospělosti (Bertelloni a kol., 1998; Finkelstein a kol., 1996). Nárůst kostní hmoty představuje složitý proces ovlivňovaný endokrinními, genetickými a životními faktory (Anai a kol., 2001). Při rozhodování o délce monoterapie GnRHa je třeba zvážit všechny faktory, včetně hmotnosti kostí před terapií, kostního věku, pubertálního stadia z endokrinologického hlediska, výškového přírůstku, stejně jako psychosociálních faktorů, jako je duševní zralost a vývojové stádium v porovnání s vrstevníky a individuální léčebné cíle adolescenta (Rosenthal, 2021). Z těchto důvodů by měl při zahájení terapie GnRHa být řízen multidisciplinárním týmem klinický vztah a s dospívajícími a jejich rodinou je třeba být v úzkém kontaktu (viz Doporučení 6.8, 6.9, a 6.12 v Kapitole 6 – Dospívající). Klinický průběh terapie, jako je růst kostní hmoty během terapie GnRHa a reakce dospívajících na tuto terapii, může pomoci určit délku monoterapie GnRHa.

Doporučení 12.5

U způsobilých* transgender a genderově rozmanitých dospívajících, kteří jsou minimálně na stupni 2 Tannerovy stupnice, doporučujeme v rámci genderově afirmativní péče ve spolupráci s rodiči/pečovateli nasadit hormonální terapii, pokud její nasazení není označeno pro daného dospívajícího za škodlivé nebo nepotřebné. Další podrobnosti viz Doporučení 12.6.

Doporučení 12.6

Doporučujeme měřit hladiny hormonů v průběhu poskytování genderově afirmativní péče za účelem snížení hladiny endogenních steroidních hormonů a udržovat podávané steroidní hormony na úrovni odpovídající cílům v hormonální terapii u transgender a genderově rozmanitých osob podle Tannerovy stupnice.

Terapie hormony pohlavních steroidů se u transgender a genderově rozmanitých dospívajících obvykle dělí na dvě schémata v závislosti na tom, kdy je zahájena blokace pomocí GnRHa. Pokud je zahájena na začátku endogenního pubertálního vývoje, puberta odpovídající genderové identitě nebo cílům ohledně tělesného vzhledu je indukována pomocí dávek hormonů podobných těm, které se používají u adolescentů s nedostatkem pohlavních hormonů v období kolem puberty. V tomto případě je dávky pro dospělé obvykle dosaženo během přibližně dvouletého období (Chantrapanichkul a kol., 2021). Když je blokace pomocí GnRHa zahájena u transgender dospívajících v pozdní fázi puberty nebo po jejím skončení, mohou být hormony podávány ve vyšších počátečních dávkách a rychleji zvyšovány až k udržovací dávce, podobně jako u terapie u transgender dospělých (Hembree a kol., 2017). Výhodou blokace pomocí GnRHa je, že není potřeba podávat hormony v suprafyziologických dávkách, což by bylo jinak nezbytné pro potlačení endogenní produkce pohlavních hormonů (Safer & Tangpricha, 2019). U TGR osob s funkčními varlaty by měla blokace pomocí GnRHa (nebo jiná terapie blokující testosteron) pokračovat až do doby odstranění gonád (gonadektomii), pokud je tento zákrok

považován za lékařsky nezbytnou součást jejich péče. Jakmile je u TGR osob s funkčními vaječníky, u nichž nejdříve probíhalo potlačení puberty prostřednictvím GnRHa, dosaženo hladiny testosteronu jako u dospělých, ke snížení sekrece estrogenu vaječníky obvykle stačí testosteron ve fyziologických dávkách a podávání GnRHa může být ukončeno, jak je uvedeno níže (Hembree a kol., 2017). U TGR dospívajících s funkčními vaječníky, kteří jsou nově v péči, lze genderově afirmativní hormonální terapii aplikovat pouze formou fyziologických dávek testosteronu bez potřeby současného podávání GnRHa (Hembree a kol., 2017).

Terapie hormony pohlavních steroidů u TGR dospívajících podporuje vývoj sekundárních pohlavních znaků odpovídajících jejich genderové identitě. Tato terapie také rapidně zlepšuje mineralizaci kostí na potřebnou úroveň, která během blokace pomocí GnRHa klesá (Klinka, Carise a kol. (2015). Během podávání GnRHa u TGR adolescentů v rané pubertě jsou epifyzární ploténky kostí ještě nesrostlé (Kvist a kol., 2020; Schagen a kol., 2020). Po zahájení terapie pohlavními steroidními hormony může dojít k růstovému spurtu a dalšímu kostnímu zrání (Vlot a kol., 2017). U TGR adolescentů po završení puberty nebude mít terapie pohlavními steroidními hormony již vliv na výšku, protože epifyzární ploténky jsou srostlé a kostní zrání je dokončeno (Vlot a kol., 2017).

U TGR dospívajících s funkčními varlaty je pro indukci puberty před syntetickými estrogeny, jako je trombogennější ethinylestradiol, preferován 17-ß-estradiol, (viz Příloha D) (Asscheman a kol., 2015). Je nutné buď pokračovat v terapii pomocí GnRHa k potlačení endogenní produkce testosteronu nebo přejít na jiný lék potlačující endogenní produkci testosteronu (Rosenthal a kol., 2016). Léčba estrogenem vyvolává fyzické změny, jako je růst prsou a rozložení tělesného tuku typický pro ženy. Viz Příloha C – Tabulka 1.

Pro TGR dospívající vyžadující maskulinizační léčbu jsou k dispozici androgeny ve formě injekčních přípravků, transdermálních formulací a subkutánních pelet. Pro indukci puberty je kvůli ceně, dostupnosti a zkušenostem obvykle doporučováno použití testosteronových esterů v injekcích (Shumer a kol., 2016). Doporučuje se pokračovat v terapii GnRHa alespoň do doby dosažení udržovací hladiny testosteronu. Léčba androgeny vede k virilizaci těla, včetně prohloubení hlasu, většího vývoje svalů, růstu vousů a tělesného ochlupení a zvětšení klitorisu (Rosenthal a kol., 2016). Viz Příloha C – Tabulka 1.

Ve většině případů je důležité získat souhlas rodičů nebo pečovatelů. Existují výjimky, například když je zapojení rodičů nebo pečovatelů považováno pro adolescenta za rizikové, jak je detailněji popsáno v Kapitole 6 – Dospívající (viz Doporučení 6.11), kde je také vysvětleno, proč je důležité zapojit rodiče/pečovatele do procesu udělení souhlasu.

Doporučení 12.7

Je vhodné předepisovat gestageny nebo agonisty GnRH způsobilým* transgender a genderově rozmanitým dospívajícím s dělohou ke zmírnění dysforie způsobené menstruačním cyklem, není-li užívání testosteronu dosud indikováno za účelem afirmace genderové identity.

Potlačení menstruace je pro TGR osoby, které pociťují stres související s menstruací nebo s očekáváním první menstruace (menarche), častou volbou. Tato možnost je podrobněji popsána v Doporučení 6.7 v Kapitole 6 – Dospívající. K zastavení menstruace (amenorey) lze zahájit potlačení menstruace jako samostatnou terapii před zahájením terapie testosteronem nebo společně s ní (Carswell & Roberts, 2017). Někteří dospívající, kteří nejsou na terapii testosteronem připraveni nebo ještě nejsou ve vhodné pubertální/vývojové fázi pro zahájení této terapie, mohou mít prospěch z vyvolání amenorey (Olson-Kennedy, Rosenthal a kol., 2018). Dospívající, kteří prožívají zhoršení dysforie v souvislosti s nástupem puberty, se mohou rozhodnout pro léčbu GnRHa pro potlačení puberty (viz rovněž Kapitola 6 – Dospívající).

U dospívajících, jejichž jediným cílem je potlačení menstruace, mohou být účinné gestageny. Pro vyvolání amenorey mohou být aplikovány kontinuálně podávané tablety obsahující pouze progestin (včetně antikoncepčních a neantikoncepčních možností), injekce medroxyprogesteronu nebo inzert vložený do dělohy uvolňující levonorgestrel (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). U TGR osob s funkčními vaječníky, které zahajují terapii testosteronem, může proběhnout 1–5 menstruačních cyklů, než je dosaženo amenorey, jak uvádí Taub a kol. (2020). Po dosažení amenorey mohou někteří TGR lidé s funkčními vaječníky pokračovat v aplikaci gestagenu za účelem antikoncepce, pokud je to relevantní s ohledem na jejich sexuální praktiky.

TGR osoby s funkčními vaječníky a dělohou by měly být poučeny o možném průlomovém menstruačním krvácení v prvních měsících po zahájení potlačení menstruace. Při terapii GnRHa může dojít k průlomovému krvácení 2–3 týdny po jejím zahájení. U osob, které požadují antikoncepci, nebo u těch, které stále zažívají menstruační krvácení během léčby gestagenem, může být pro udržení amenorey zvážena kombinace estrogenů s gestagenem, měly by však být informovány o možném vedlejším účinku

v podobě růstu prsou (Schwartz a kol., 2019).

Doporučení 12.8

Doporučujeme zapojovat odborníky a odbornice z více disciplín, jež jsou specialisty na zdraví transgender osob a na nastavení péče potřebné pro transgender a genderově rozmanité dospívající.

Stejně jako v případě péče o dospívající doporučujeme, kdykoliv je to možné, sestavit pro účely nastavení terapie u transgender a genderově rozmanitých osob multidisciplinární tým složený z odborníků a odbornic v oblasti zdravotní péče a duševního zdraví. Při zahájení genderově afirmativní hormonální terapie, která může mít částečně nevratné účinky, doporučujeme začít s postupným zvyšováním dávek. To by mělo následovat až po potvrzení trvalé genderové dysforie či nesouladu a ujištění ze strany multidisciplinárního týmu odborníků a odbornic v oblasti zdravotní péče a duševního zdraví, že daná osoba má mentální kapacitu k poskytnutí informovaného souhlasu (Hembree a kol., 2017). Podrobnosti ohledně hodnocení dospívajících a zapojení jejich pečujících osob a multidisciplinárního týmu jsou popsány v Kapitole 6 – Dospívající.

Pokud je to možné, měli by mít TGR dospívající přístup k odborníkům na péči o transgender děti z různých oborů, včetně primární péče, endokrinologie, reprodukční medicíny, duševního zdraví, hlasové terapie, sociální práce, duchovní podpory a chirurgie (Chen, Hidalgo a kol., 2016; Eisenberg a kol., 2020; Keo-Meier & Ehrensaft, 2018). Poskytovatelé péče jsou podporováni ve vytváření spolupráce s poskytovateli z jiných oblastí, aby mohli podle potřeb jednotlivých dospívajících a jejich rodiny odkazovat na další služby (Tishelman a kol., 2015). Nedostatek expertů či expertek a zdrojů by neměl být překážkou v péči (Rider, McMorris a kol., 2019). Podpora pro TGR dospívající by měla zahrnovat přístup k přesným a kulturně relevantním informacím o genderové a sexuální identitě, možnostech tranzice, vlivu rodinné podpory a spojení s ostatními s podobnou zkušeností a s TGR dospělými prostřednictvím online a živých podpůrných skupin pro dospívající a jejich rodinné příslušníky (Rider, McMorris a kol., 2019).

Mnoho transgender a genderově rozmanitých dospívajících čelí nerovnostem v oblasti duševního zdraví. Počáteční posouzení duševního zdraví, jako je PHQ-2 a GAD, může být použito podle potřeby (Rider, McMorris a kol., 2019). Je důležité si uvědomit, že být transgender osobou nebo pochybovat o vlastní genderové identitě není patologií ani poruchou. Proto by tyto osoby neměly být odkazovány na psychologickou péči pouze na základě své transgender identity. Zdravotníci a odborníci a odbornice na duševní zdraví, kteří o tyto mladé lidi pečují, by měli být obeznámeni s dopadem traumatu, genderové dysforie a stresorů spojených s menšinovým genderovým statusem na případné příznaky duševních problémů, jako jsou poruchy příjmu potravy, sebevražedné myšlenky nebo sociální úzkost. Tito poskytovatelé péče by měli také znát dostupnost psychiatrických služeb v jejich regionu k poskytování kompetentní a genderově potvrzující péče mladým TGR lidem (Barrow & Apostle, 2018; Kuper, Wright a kol., 2018; Kuper, Mathews a kol., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Detaily ohledně hodnocení adolescentů, zapojení jejich pečovatelů a multidisciplinárního týmu jsou popsány v Doporučení 6.3, 6.4 a 6.12d v Kapitole 6 – Dospívající. Rodiče mladých TGR osob často po zjištění, že jejich dítě je TGR, zažívají vysokou míru úzkosti. Jejich reakce na identitu dítěte je pro dlouhodobé fyzické i psychické zdraví dítěte rozhodující, může být tedy velmi prospěšné odkázat rodiče na podporu v oblasti duševního zdraví (Coolhart a kol., 2017; Pullen Sansfaçon a kol., 2015; Taliaferro a kol., 2019).

Doporučení 12.9

Doporučujeme provádět pravidelná klinická vyšetření ke zhodnocení fyzických změn a potenciálních nežádoucích účinků při léčbě steroidními hormony, včetně laboratorního sledování hladin pohlavních steroidních hormonů každé 3 měsíce během prvního roku hormonální terapie nebo při změnách dávky, dokud není dosaženo stabilní dávky pro dospělé, následované klinickými a laboratorními testy jednou nebo dvakrát ročně, jakmile je dosaženo udržovací dávky pro dospělé.

Terapie steroidními hormony u transgender a genderově rozmanitých dospívajících přináší různé fyzické a psychické změny (Irwig, 2017; Tangpricha & den Heijer, 2017) (viz Příloha C – Tabulka 1). Po zahájení této terapie by odborníci a odbornice měli pravidelně sledovat pokrok a reakce dané osoby na tuto terapii. Posouzení by mělo zahrnovat fyzické změny i dopad terapie na míru genderové dysforie a duševní pohodu, jak je detailněji popsáno v Příloze C – Tabulka 1 a v Kapitole 6 – Dospívající. Návštěvy klientů a klientek představují příležitost pro nastínění obvyklého časového průběhu fyzických změn a nastavení realistických očekávání. Během prvního roku hormonální terapie se dávky hormonů obvykle zvyšují. Důležitým faktorem pro určení dávky je sérová hladina příslušného steroidního hormonu. Cílem je dosáhnout sérových hladin steroidů, které odpovídají úrovním spojeným s genderovou identitou dané osoby, ačkoli optimální cílové rozmezí není

stanoveno, jak uvádí Hembree a kol. (2017).

Je důležité, aby odborníci a odbornice pravidelně posuzovali jak pozitivní změny způsobené hormonální terapií, tak případné nežádoucí účinky (viz Příloha C – Tabulka 2). Mezi tyto účinky patří například androgenní akné nebo sexuální dysfunkce (Braun a kol., 2021; Kerckhof a kol., 2019). Genderově afirmativní hormonální terapie může také negativně ovlivnit některé laboratorní parametry, spironolakton může například způsobit hyperkalemii, je to ovšem jev neobvyklý a přechodný, jak uvádí Millington a kol. (2019). Testosteron zvyšuje počet červených krvinek, což může někdy vést k erytrocytóze (Antun a kol., 2020) (viz Doporučení 12.17) (Hembree a kol., 2017). Estrogen i testosteron mohou změnit lipidové parametry, jako je cholesterol HDL a triglyceridy (Maraka a kol., 2017). Více informací naleznete v Příloze C – Tabulky 3 a 4.

Frekvence klinických vyšetření u klientů a klientek podstupujících genderově afirmativní hormonální terapii by měla být přizpůsobena individuální reakci na tuto terapii. U stabilních klientů a klientek bez nežádoucích účinků se doporučuje během prvního roku terapie provádět přibližně každé tři měsíce klinické kontroly, jak je uvedeno v Příloze C – Tabulka 5. Místo pevných tříměsíčních intervalů je vhodný flexibilní přístup k testování v prvním roce, jelikož nejsou k dispozici důkazy nebo studie podporující určitý interval pro testování. Pokud se projeví nežádoucí účinky, může být vhodné častější laboratorní testování a/nebo klinické návštěvy. Vzhledem k potenciálním rizikům spojeným s hladinami pohlavních hormonů, které překračují očekávané rozmezí, se důrazně doporučují pravidelné testy jako standardní postup pro zahájení genderově afirmativní hormonální terapie u TGR osob. Jakmile klient či klientka dosáhne stabilní dávky steroidních hormonů určené pro dospělé osoby bez významných nežádoucích účinků, může být frekvence návštěv na klinice snížena na jednu až dvě ročně (Hembree a kol., 2017).

Doporučení 12.10

Doporučujeme informovat všechny osoby, které potřebují genderově potvrzující péči, o možnostech zachování plodnosti před zahájením potlačení puberty a před hormonální terapií, a poskytnout jim v tomto směru poradenství.

Terapie pro potlačení puberty a steroidní hormony mohou mít negativní dopad na budoucí plodnost. Někteří transgender a genderově rozmanití lidé se sice v době počátečního posouzení před zahájením terapie příliš nesoustředí na své reprodukční schopnosti, je však důležité, aby lékař či lékařka osobám vyžadujícím tuto terapii sdělili její možné dopady na plodnost a možnosti jejího zachování (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine a kol., 2015; De Roo a kol., 2016).

Osoby s varlaty by měly být informovány o tom, že dlouhodobá terapie estrogenem často vede k atrofii varlat a snížení počtu spermií a zhoršení dalších parametrů spermatu (Adeleye a kol., 2018). Přesto jsou zjištění ohledně plodnosti trans žen užívajících estrogen a antiandrogeny nekonzistentní (Cheng a kol., 2019). V jedné studii byla zjištěna heterogenita v histologii varlat bez ohledu na to, zda klientky přerušily nebo pokračovaly v terapii před orchiektomií (Schneider a kol., 2015). Přerušení užívání estrogenů a antiandrogenů na šest týdnů vedlo u 45% z nich k úplné spermatogenezi, zatímco ostatní vykazovaly zastavení procesu meiózy nebo spermatogeneze (Schneider a kol., 2015). Sérové hladiny testosteronu v ženském referenčním rozmezí však vedou k potlačení spermatogeneze u většiny transgender žen (Vereecke a kol., 2020). Hlavní možností pro zachování plodnosti u klientek s funkčními varlaty je kryoprezervace spermií (spermabanka) (Mattawanon a kol., 2018). U prepubertálních klientek pozastavuje blokace puberty pomocí GnRH dozrávání spermií (Finlayson a kol., 2016).

Osoby s funkčními vaječníky by měly být informovány, že terapie testosteronem obvykle vede k zastavení menstruace a ovulace, často do několika měsíců od zahájení terapie (Taub a kol., 2020). Naše znalosti o potenciálních účincích testosteronu na vajíčka (oocyty) a následnou plodnost TGR klientů jsou však nedostatečné (Eisenberg a kol., 2020; Stuyver a kol., 2020). Některé studie zjistily, že terapie testosteronem může být spojena s polycystickou morfologií vaječníků, zatímco jiné studie neobjevily žádné důkazy syndromu polycystických vaječníků (PCOS) po terapie testosteronem (Chan a kol., 2018; De Roo a kol., 2017; Grynberg a kol., 2010). Některé studie zjistily vyšší prevalenci PCOS u transgender klientů s vaječníky (Baba, 2007; Gezer a kol., 2021). Pokud TGR klienti s nepoškozenými vaječníky přeruší léčbu testosteronem, často obnoví svůj reprodukční potenciál (Light a kol., 2014). Byl zaznamenán živý porod díky asistované reprodukční technologii po stimulovaném odběru vajíček u TGR osoby, která nepřerušila léčbu testosteronem (Greenwald a kol., 2021; Safer a Tangpricha, 2019). Dalšími možnostmi zachování plodnosti u TGR klientů s vaječníky jsou kryoprezervace oocytů a kryoprezervace embryí s použitím spermií partnera nebo dárce. Tyto možnosti vyžadují hormonální stimulaci pro odběr vajíček a použití asistované reprodukce.

U mladistvých transgender osob v rané puber-

tě potlačuje aplikace GnRHa vývoj zárodečných buněk. Nedávná studie uvedla, že stimulace vaječníků u TGR adolescenta v terapii GnRHa v rané pubertě (a pokračující během stimulace vaječníků) vedla k získání malého počtu zralých oocytů, které byly kryoprezervovány (Rothenberg a kol., 2019). Terapie u TGR adolescentky s funkčními varlaty v raných stadiích puberty GnRHa nejenže pozastavuje vývoj zárodečných buněk, ale také udržuje penis v prepubertální velikosti, což může ovlivnit chirurgické možnosti, pokud tato osoba nakonec podstoupí vaginoplastiku s inverzí penisu, protože bude k dispozici méně penilní tkáně. V těchto případech je pravděpodobnější, že vaginoplastika bude vyžadovat komplexnější chirurgický zákrok, například střevní vaginoplastiku (Dy a kol., 2021; van de Grift a kol., 2020). Tyto aspekty by měly být zahrnuty do diskuzí s klienty s funkčními varlaty, kteří zvažují použití blokátorů puberty v rané pubertě, a jejich rodinou.

Doporučení 12.11

Před zahájením poskytování lékařské péče transgender a genderově rozmanitým osobám doporučujeme posoudit a řešit okolnosti zdravotního stavu, který se může v důsledku snížených koncentrací endogenních pohlavních hormonů a terapie exogenními pohlavními hormony zhoršit.

TGR osoby, které usilují o maskulinizační terapii testosteronem, musí být informovány o možnostech, důsledcích, omezeních a rizicích spojených s touto terapií. Terapie testosteronem je kontraindikována během těhotenství nebo při pokusech o otěhotnění, a to kvůli možným škodlivým účinkům na plod. Relativní kontraindikace terapie testosteronem zahrnují závažnou hypertenzi, spánkovou apnoe a polycytémii, protože testosteron může tyto stavy zhoršovat. Monitorování krevního tlaku a lipidových profilů by mělo být prováděno před zahájením a po zahájení terapie testosteronem. Zvýšení krevního tlaku se obvykle objeví během 2 až 4 měsíců po zahájení terapie testosteronem (Banks a kol., 2021). Klienti, u kterých se rozvine hypercholesterolémie a/nebo hypertriglyceridémie, mohou vyžadovat dietní úpravy, medikaci nebo kombinaci obojího.

TGR osoby se zájmem o feminizační léčbu a anamnézou tromboembolických událostí, jako je hluboká žilní trombóza a plicní embolie, by měly před zahájením hormonální terapie podstoupit vyšetření a léčbu. Terapie estrogenem je spojena se zvýšeným rizikem tromboembolismu, což je potenciálně život ohrožující komplikace. Je třeba omezit rizikové faktory, které mohou zvyšovat riziko tromboembolických onemocnění, jako jsou kouření, obezita a sedavý životní styl. U klientek s nezměnitelnými rizikovými faktory, jako je známá historie trombofilie nebo minulá historie trombózy, může léčba transdermálním estrogenem společně s antikoagulancii snížit riziko tromboembolismu. Nicméně důkazy pro rozhodování o způsobu léčby jsou omezené. Přítomnost onemocnění v anamnéze, jako je hormonálně závislé onkologické onemocnění, onemocnění věnčitých tepen, cévní mozková choroba, hyperprolaktinémie, hypertriglyceridémie a žlučové kameny, by měla být hodnocena před zahájením genderově potvrzující hormonální terapie, protože hormonální léčba může zvyšovat rizika (Hembree a kol., 2017).

Doporučení 12.12

Doporučujeme edukovat transgender a genderově rozmanité osoby podstupující genderově potvrzující péči o nástupu a časovém průběhu fyzických změn vyvolaných terapií pohlavními hormony.

Terapie testosteronem TGR osob může vést k řadě změn. Mezi tyto změny patří zvýšený růst ochlupení a vousů, mužská plešatost, nárůst svalové hmoty a síly, snížení tukové hmoty, prohloubení hlasu, přerušení menstruace (pokud je přítomná), zvýšený výskyt akné, zvětšení klitorisu a zvýšené libido. Tyto účinky byly popsány v řadě studií (Defreyne, Elaut a kol., 2020; Fisher, Castellini a kol., 2016; Giltay & Gooren, 2000; T'Sjoen a kol., 2019; Yeung a kol., 2020). Další změny spojené s testosteronem zahrnují nárůst netukové svalové hmoty a zvýšenou tvorbu kožního mazu, jak uvádějí de Blok a kol., 2020; Hembree a kol., 2017; Kuper, Mathews a kol., 2019; Taliaferro a kol., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018) (viz Příloha C – Tabulka č. 1).

Terapie estrogenem u TGR osob indukuje růst prsou, ale méně než 20% osob dosáhne vysokého stádia vývoje prsou po dvou letech léčby (de Blok a kol., 2021). K dalším změnám patří snížení objemu varlat, úbytek svalové hmoty, snížení libida, snížení spontánních erekcí, menší růst vousů a tělesného ochlupení a nárůst podkožního tuku (viz Příloha C – Tabulka č. 1). U dospělých klientek nemá estrogen vliv na výšku hlasu ani na tělesnou výšku (Iwamoto, Defreyne a kol., 2019; Wiepjes a kol., 2019).

Doba trvání a rozsah fyzických změn se liší mezi jednotlivci a souvisí s faktory jako genetika, věk zahájení terapie a celkový zdravotní stav (Deutsch, Bhakri a kol., 2015; van Dijk a kol., 2019). Povědomí o rozsahu a načasování změn vyvolaných hormony může pomoci předejít potenciální újmě a nákladům na zbytečnou úpravu terapie, zvyšování dávek a předčasné chirurgické zákroky (Dekker a kol., 2016).

Doporučení 12.13

Transgender a genderově rozmanitým osobám není vhodné předepisovat v rámci genderově afirmativní hormonální terapie ethinylestradiol. Další podrobnosti viz Doporučení 12.15.

Doporučení 12.14

U způsobilých* transgender a genderově rozmanitých osob s vyšším rizikem vývoje žilní tromboembolie doporučujeme předepisovat transdermální estrogen v případě věku > 45 let nebo historie žilní tromboembolie, pokud je doporučena genderově afirmativní terapie estrogenem. Další podrobnosti viz Doporučení 12.15.

Doporučení 12.15

U transgender a genderově rozmanitých osob není vhodné předepisovat konjugované estrogeny, pokud je dostupný estradiol jako součást genderově potvrzující hormonální terapie.

Výběr nejvhodnějšího estrogenního přípravku co do bezpečnosti a účinnosti a způsobu podávání je u transgender a genderově rozmanitých osob velmi důležitý. Doporučené režimy pro podávání estrogenů jsou uvedeny v Příloze C – Tabulka 4. Studie z Amsterdam Medical Center (AMC) zaznamenala 45 případů žilní tromboembolie (VTE) u 816 transgender žen, což představuje zhruba 20krát vyšší výskyt VTE než v běžné populaci (van Kesteren a kol., 1997). Na základě této zprávy doporučila AMC používání transdermálního estradiolu u transgender žen starších 40 let, což vedlo ke snížení výskytu VTE (Nota a kol., 2019; Toorians a kol., 2003). Jiné studie naznačily, že ethinylestradiol je spojen s vyšším rizikem tvorby krevních sraženin (Toorians a kol., 2013). Studie z posledních 15 let rovněž uvedly nižší míru VTE u transgender žen užívajících jiné formy estrogenů než u těch, které užívaly ethinylestradiol (Asscheman a kol., 2013). Systematický přehled z roku 2019 dospěl k závěru, že podávání ethinylestradiolu bylo spojeno s nejvyšším rizikem VTE u transgender žen a také byla zjištěna souvislost mezi užíváním progesteronu a VTE (Goldstein a kol., 2019).

Americká Endokrinologická společnost v roce 2017 nedoporučila užívání konjugovaných equinních estrogenů (CEE), protože u transgender žen nelze měřit hladiny konjugovaných estrogenů, což ztěžuje prevenci nadměrného dávkování a tím zvyšuje riziko VTE (Hembree a kol., 2017). Studie z Velké Británie zjistila až 7krát vyšší výskyt VTE u transgender žen užívajících orální CEE ve srovnání s jinými formami estrogenů (Seal a kol., 2012).

Ve vnořených kontrolních studiích prodělalo více než 80 000 cisgender žen ve věku 40–79 let VTE ve srovnání s přibližně 390 000 cisgender ženami, které ji neprodělaly. To ukazuje, že při užívání orálního estradiolu bylo riziko VTE nižší než u konjugovaných estrogenů a transdermální estrogen nebyl spojen se zvýšeným rizikem VTE (Vinogradova a kol., 2019).

Zpracovaný systematický přehled zkoumal několik druhů estrogenů a porovnával rizika spojená s různými formulacemi estrogenu. Dvě studie, jedna retrospektivní a jedna průřezová, zahrnovaly i přímé srovnání těchto typů rizik (Wierckx, Mueller a kol., 2012; Wierckx a kol., 2013), žádná studie však nebyla prospektivně intervenčního typu. V retrospektivní studii bylo zkoumáno 214 transgender žen, které užívaly transdermální estradiol (17β-estradiolový gel 1,5 mg/den nebo estradiolovou náplast 50 mcg/den) nebo orální estrogeny (estradiol 2 mg/den, estriol 2 mg/den, ethinylestradiol 50 mcg/den nebo ethinylestradiol 30–50 mcg v orálním antikoncepčním prostředku) (Wierckx a kol., 2013). Během desetiletého sledování se u 5% této skupiny vyvinula žilní tromboembolie (VTE), 1,4% prodělalo infarkt myokardu (MI) a 2,3% tranzitorní ischemickou ataku nebo cévní mozkovou příhodu (TIA/CVA). Po zahájení léčby estrogenem byla zjištěna zvýšená prevalence VTE, MI a TIA/CVA, ale autoři neuvádějí rozdíly mezi jednotlivými druhy estrogenů vzhledem k těmto ukazatelům (Wierckx a kol., 2013).

Další průřezová studie stejného řešitelského týmu zkoumala 50 transgender žen (průměrný věk 43 ± 10 let) užívajících orální estrogen (estradiol valerát 2 mg/den, estriol 2 mg/den, nebo ethinylestradiol 50–120 mcg/den) nebo aplikujících transdermální estradiol (17β-estradiol 1,5 mg/den nebo estradiol 50 mcg/den) po dobu průměrně 9,2 let. U 12% z nich se vyvinula buď VTE, MI nebo TIA/CVA. U žádné z účastnic užívajících orální estradiol nebo transdermální estradiol se nevyvinula VTE, MI ani TIA/CVA. Dvě účastnice užívaly konjugovaný estrogen v dávce 0,625 mg/d (jedna osoba v kombinaci s cyproteronacetátem), dvě účastnice užívaly 20–50 mcg/d etinylestradiolu, jedna z účastnic užívala 50 mg/d cyproteronacetátu, zatímco estrogenový režim šesté účastnice nebyl definován. U žádné z účastnic užívajících orální estradiol nebo transdermální estradiol se neobjevila VTE, infarkt myokardu nebo TIA/CVA (Wierckx, Mueller a kol., 2012).

V prospektivní multicentrické studii prováděné v Evropě bylo zkoumáno 53 transgender žen, které si aplikovaly estrogen buď orálně nebo transdermálně. Ženy mladší 45 let (n = 40) aplikovaly 4 mg/d estradiol valerátu s 50 mg/d cyproteron acetátu, zatímco ženy starší 45 let (n = 13) aplikovaly transdermální

17β-estradiol také s cyproteron acetátem. Po ročním sledování nebyla v žádné ze skupin zaznamenána žilní tromboembolie (VTE), infarkt myokardu (MI) ani tranzitorní ischemická ataka/cévní mozková příhoda (TIA/CVA). Další retrospektivní studie provedená ve Vídni neshledala žádné případy VTE u 162 transgender žen aplikujících transdermální estradiol po dobu průměrně 5 let (Ott a kol., 2010).

Na základě historických dat z amsterdamské kliniky prokazujících snížení výstkytu VTE po skončení aplikace ethinylestradiolu a nedávno zpracovaného systematického přehledu, který prokázal zvýšené riziko VTE u transgender žen užívajících ethinylestradiol, bylo vydáno důrazné doporučení proti použití ethinylestradiolu (Weinand & Safer, 2015). Existuje rovněž doporučení proti užívání konjugovaných equinních estrogenů (CEE), jak uvádí studie Seal a kol. z roku 2012, která u těchto preparátů prokázala zvýšené riziko VTE u transgender žen užívajících CEE ve srovnání s jinými formami estrogenů. Tato studie také ukázala, že estradiol je bezpečnější volbou než CEE, a proto je doporučováno nepoužívat CEE v případech, kdy je dostupný estradiol (Canonico a kol., 2007; Seal a kol., 2012). Prospektivní a retrospektivní studie u transgender žen uváděly výskyt VTE/MI/CVA pouze u těch, které užívaly CEE nebo ethinylestradiol. Vzhledem k tomu, že estradiol je levný, široce dostupný a v omezených studiích se jeví jako bezpečnější než konjugované estrogeny (CEE), doporučujeme nevyužívat CEE, pokud je estradiol dostupnou léčebnou možností. Kvalita studií může být omezena na prospektivní, kohortové nebo průřezové studie, ale důkazy konzistentně podporují souvislost mezi užíváním ethinylestradiolu a CEE a větším rizikem VTE/MI/CVA u transgender žen.

Trváme rovněž na doporučení transdermálních estrogenů u starších transgender žen (nad 45 let) nebo u těch, které mají historii žilní tromboembolie (VTE). Důvěra v toto doporučení je založena na zjištěních Amsterdamské kliniky, která uvádí snížení výskytu VTE po přechodu na transdermální estrogeny u žen starších 40 let (van Kesteren a kol., 1997). Prospěšnost tohoto přístupu podpořila i multicentrická studie ENIGI, která nezaznamenala žádný výskyt VTE/MI/CVA u transgender žen, jež ve věku 45 let přešly na transdermální estrogen (Dekker a kol., 2016). Studie Ott a kol. také nepozorovala žádné případy VTE u 162 transgender žen aplikujících náplasti estradiolu (Ott a kol., 2010).

Ohledně použití progestinů v hormonální terapii panují kontroverze. Kromě cyproteron acetátu (který není v USA schválen kvůli obavám z hepatotoxicity) neexistují kvalitní studie hodnotící vliv gestagenů na transgender klientky.

Někteří lékaři předepisují progestiny, včetně mikronizovaného progesteronu, s přesvědčením o potenciálním přínosu pro růst prsou, pozitivním efektu na náladu, libido a celkovou kondici, nicméně tyto předpokládané přínosy jsou stále teoretické a nejsou podložené kvalitními daty (Deutsch, 2016a; Wierckx, van Caenegem a kol., 2014). Systematický přehled pro tuto verzi Standardů péče (SOC) nenašel dostatek dat pro doporučení progestinů. Existující data naopak naznačují, že dlouhodobé vystavení progestinům může být spojeno se zdravotními riziky (Safer, 2021).

U cisgender žen s dělohou je nezbytné kombinovat progestiny s estrogeny, aby se předešlo riziku endometriální rakoviny, které je spojeno s vlivem estrogenů bez progestinů. U cisgender žen bez dělohy se progestiny neaplikují. Nejlepší dostupné informace týkající se obav spojených s používáním progestinů pocházejí z porovnání těchto dvou skupin cisgender žen. Tyto informace však nemusí být plně přenositelné na transgender osoby. Použití medroxyprogesteronu spolu s kombinovanými equinními estrogeny bylo spojeno s vyšším rizikem rakoviny prsu a srdečních problémů (Chlebowski 2020; Manson, 2013). Je důležité poznamenat, že data ze studií Women's Health Initiative (WHI) nemusí být plně aplikovatelná na transgender populaci. Oproti cisgender ženám ve studiích jsou transgender osoby vyžadující hormonální terapii obvykle mladší, nepoužívají equinní estrogeny a cílem hormonální terapie není pouze prevence rizik, ale také zlepšení duševního zdraví a kvality života (Deutsch, 2016a).

Mezi potenciální nežádoucí účinky progestinů patří přibývání na váze, deprese a změny lipidového profilu. Mikronizovaný progesteron může být lépe tolerován a mít lepší vliv na lipidový profil než medroxyprogesteron (Fitzpatrick a kol., 2000). Když se progestin cyproteron acetát používá společně s estrogeny u transgender žen, je spojen se zvýšeným prolaktinem, snížením HDL cholesterolu a vzácnými meningiomy, což se nevyskytuje při kombinaci estrogenů s GnRH agonisty nebo spironolaktonem (Bisson, 2018; Borghei-Razavi, 2014; Defreyne, Nota a kol., 2017; Sofer a kol., 2020).

Dosavadní důkazy nepodporují žádný významný přínos terapie progestiny pro transgender ženy. Zdroje však naznačují potenciální rizikovost některých progestinů, zejména při dlouhodobém používání. Pokud se po diskusi o rizicích a přínosech léčby progesteronem klientka rozhodne pro její zahájení, ošetřující lékař by měl klientku do roka vyhodnotit a přezkoumat jeho reakci na tuto léčbu.

Doporučení 12.16

Doporučujeme předepisovat léky snižující hladinu testosteronu (buď cyproteron acetát, spironolakton, nebo agonisty GnRH) způsobilým* transgender a genderově rozmanitým osobám s varlaty, které užívají estrogen jako součást hormonální terapie, pokud je jejich cílem přiblížit se k hladinám pohlavních hormonů u cisgender žen.

Většina genderových klinik v USA a Evropě obvykle předepisuje transgender ženám kombinaci estrogenů a léků snižujících hladinu testosteronu (Mamoojee a kol., 2017) (viz Příloha C – Tabulka 5). Ve Spojených státech je nejčastějším lékem snižujícím hladinu testosteronu spironolakton, ve Velké Británii se často používají GnRH agonisté a v ostatních částech Evropy je nejčastěji předepisován cyproteron acetát (Angus a kol., 2021; Kuijpers a kol., 2021). Přidání léku snižujícího hladinu testosteronu má dva cíle: 1) snížit hladinu testosteronu do rozsahu typického pro cisgender ženy a 2) snížit množství potřebných estrogenů pro dosažení požadovaného fyzického efektu. Každý z těchto léků má své specifické vedlejší účinky. Spironolakton může způsobit hyperkalemii, zvýšenou frekvenci močení a pokles krevního tlaku (Lin a kol., 2021). Cyproteron acetát je spojen s vývojem meningiomů a hyperprolaktinemie (Nota a kol., 2018). GnRH agonisté účinně snižují hladiny testosteronu, ale mohou vést k osteoporóze, pokud nejsou doprovázeny dostatečnými dávkami estrogenů (Klink, Caris a kol., 2015).

Jeden systematický přehled identifikoval studii, která prezentovala zjištění z přímého srovnání léků snižujících hladinu testosteronu – cyproteronacetátu a leuprorelinu (Gava a kol., 2016). Dvě studie srovnávaly skupinu transgender žen, které užívaly estrogen plus léky snižující hladinu testosteronu, se skupinou, která dostávala pouze estrogen. Systematická recenze nenašla dostatečné důkazy pro stanovení, zda má kterýkoli z těchto tří léků lepší bezpečnostní profil z hlediska kostního zdraví, hladin testosteronu, hladin draslíku, nebo v incidenci hyperprolaktinemie nebo meningiomů (Wilson a kol., 2020). Nelze tedy vydat žádné doporučení. Toto review také zjistilo, že léčebné režimy na bázi spironolaktonu byly spojeny s 45% zvýšením hladiny prolaktinu, zatímco režimy na bázi cyproteronu zvýšily hladinu prolaktinu o více než 100%. Význam tohoto zvýšení pro klinickou praxi však zůstává nejasný, protože míra výskytu prolaktinomů nebyla významně zvýšena ani ve skupině léčené spironolaktonem, ani ve skupině léčené cyproteronacetátem (Wilson a kol., 2020). Jedna retrospektivní studie ze střediska v USA nezaznamenala významné klinické zvýšení hladin prolaktinu u 100 transgender žen léčených estrogenem a spironolaktonem (Bisson a kol., 2018). Retrospektivní studie z Nizozemska u 2 555 transgender žen převážně užívajících cyproteron acetát s různými formulacemi estrogenu uváděla zvýšený poměr výskytu meningiomů u klientek užívajících cyproteron acetát po gonadektomii po mnoho let v porovnání s obecnou nizozemskou populací (Nota a kol., 2018). Navíc kratší studie v Belgii uvádí u 107 transgender žen dočasné zvýšení hladin prolaktinu po léčbě cyproteronacetátem, které se po ukončení léčby snížilo zpět na normální hodnoty (Defreyne, Nota a kol., 2017). V nedávné publikaci, která nebyla zahrnuta do systematického přehledu, bylo zkoumáno 126 transgender žen užívajících spironolakton, GnRHa nebo cyproteron. Studie dospěla k závěru, že cyproteron byl spojen s vyšší hladinou prolaktinu a horším lipidovým profilem než spironolakton nebo GnRHa (Sofer a kol., 2020). Vzhledem k finančním nákladům a dostupnosti měření hladin prolaktinu ve srovnání s klinickým významem jeho zvýšené hladiny bylo rozhodnuto nevydávat doporučení pro ani proti monitorování hladin prolaktinu. Lékaři či lékařky by měli činit individuální rozhodnutí o nutnosti měření hladin prolaktinu na základě typu hormonálního režimu a/nebo přítomnosti příznaků hyperprolaktinemie nebo nádoru hypofýzy (např. galaktorea, změny zorného pole).

Cyproteron je také spojován se vznikem meningiomů. Zdroje uvádějí devět případů meningiomů u transgender žen, které primárně užívaly cyproteron acetát (Mancini a kol., 2018). Toto zvýšené riziko bylo identifikováno i v cisgender populaci. V roce 2020 doporučila Evropská léková agentura omezit používání cyproteronu s denním dávkováním 10 mg nebo více kvůli riziku vývoje meningiomů (European Medicines Agency, 2020). Toto riziko pravděpodobně plyne ze specifického účinku cyproteron acetátu a nebylo zobecněno na další léky snižující hladinu testosteronu. V USA, kde cyproteron acetát není dostupný, databáze North American Association of Central Cancer Registries (NAACCRs) neidentifikovala u transgender žen zvýšené riziko mozkových nádorů (nejen meningiomů) (Nash a kol., 2018). Také nebylo zjištěno zvýšení poměru rizika mozkových nádorů ve skupině Kaiser sestávající z 2 791 transgender žen ve srovnání s kontrolní cisgender skupinou (Silverberg a kol., 2017). Žádné dlouhodobé studie neinformovaly o riziku meningiomů a prolaktinomů u transgender žen užívajících GnRH agonisty.

Naše důrazné doporučení pro použití léků snižujících hladinu testosteronu jako součásti hormonálního režimu u transgender osob s varlaty vychází z globální praxe používání těchto léků v kombinaci s estrogenovou terapií a relativně malého rizika spojeného s touto formou terapie. Nicméně v tuto chvíli

nemůžeme doporučit jeden konkrétní lék snižující hladinu testosteronu oproti jiným. Zveřejněná data zatím vyvolávají určité obavy ohledně rizika meningiomů při dlouhodobém užívání (více než 2 roky) a vyšších dávkách (více než 10 mg denně) cyproteron acetátu (Nota a kol., 2018; Ter Wengel a kol., 2016; Weill a kol., 2021).

Bicalutamid je antiandrogen, který byl používán při léčbě rakoviny prostaty. Data o použití bicalutamidu u trans femininní populace jsou velmi omezená a chybí data o jeho bezpečnosti. Jedna malá studie zkoumala použití 50 mg bicalutamidu denně jako blokátoru puberty u 23 trans femininních dospívajících, které nemohly zahájit terapii GnRH analogem (Neyman a kol., 2019). U všech se prokázal růst prsou, což běžně sledujeme u mužů s rakovinou prostaty léčených bicalutamidem. Ve vzácných případech byla popsána fulminantní hepatotoxicitavedoucí k úmrtí spojené s bicalutamidem (O'Bryant a kol., 2008). Vzhledem k tomu, že užívání bicalutamidu nebylo v trans femininní populaci dostatečně prozkoumáno, nedoporučujeme jeho rutinní použití.

Podávání inhibitorů 5α-reduktázy blokuje přeměnu testosteronu na silnější androgen dihydrotestosteron. Schválené indikace FDA pro podávání finasteridu zahrnují benigní hyperplazii prostaty a androgenní alopecii. Data o použití inhibitorů 5α-reduktázy v trans femininních populacích jsou velmi omezená (Irwig, 2021). Není jasné, zda by tato třída léků mohla mít nějaký klinický přínos u trans-femininních osob, jejichž hladiny testosteronu a dihydrotestosteronu již byly sníženy estrogenem a antiandrogenem. Proto nedoporučujeme jejich rutinní použití u trans-femininních populací. Finasterid může být vhodnou možností pro trans-maskulinní osoby, které trpí obtěžující alopecií způsobenou vyšší hladinou dihydrotestosteronu. Nicméně léčba inhibitorem 5α-reduktázy může u trans maskulinních osob zpomalit růst klitorisu a vousů a tělesného ochlupení. Jsou potřeba studie, které by zhodnotily účinnost a bezpečnost inhibitorů 5α-reduktázy v transgender populaci.

Doporučení 12.17

U transgender a genderově rozmanitých osob podstupujících terapii testosteronem je důležité monitorovat hematokrit (nebo hemoglobin).

Kvalitní data ukazují, že terapie testosteronem u transgender a genderově rozmanitých osob může vést ke zvýšení hladiny hematokritu nebo hemoglobinu. Podle systematického přehledu byly testovány různé režimy testosteronu, včetně testosteronových esterů v dávkách odpovídajících 25–250 mg subkutánně nebo intramuskulárně jednou týdně, testosteron undekanoátu 1000 mg každých 12 týdnů nebo testosteronového gelu 50 mg denně aplikovaného na kůži. Tato zjištění vychází z několika studií (Defreyne a kol., 2018; Gava a kol., 2018; Giltay a kol., 2000; Meriggiola a kol., 2008; Pelusi a kol., 2014; T'Sjoen a kol., 2005; Wierckx, van Caenegem a kol., 2014; Wierckx, van de Peer a kol., 2014). Očekávaný nárůst hladiny hematokritu nebo hemoglobinu by měl být v souladu s referenčními hodnotami pro cisgender muže.

Doporučení 12.18

Při podávání hormonů před a po genderově afirmativní operaci je vhodné spolupracovat s kolegy z chirurgických oborů, viz Doporučení 12.19.

Doporučení 12.19

Je vhodné poskytnout transgender a genderově rozmanitým osobám poradenství ohledně možností genderově afirmativních operací v případech, kdy tyto operace nejsou indikovány nebo jsou lékařsky kontraindikovány.

Přestože neexistují přesvědčivé důkazy, je běžnou praxí u genderově afirmativních chirurgických zákroků, zejména u genitálních operací, přerušit hormonální terapii na dobu 1 až 4 týdnů před a po operaci. Tento postup byl zaveden s cílem snížit riziko žilní tromboembolie (VTE) spojené s podáváním estrogenů (Hembree a kol., 2009). Po operaci může být hormonální terapie obnovena.

Výzkumy však ukazují, že u transgender osob podstupujících chirurgické zákroky nebylo zaznamenáno perioperační zvýšení výskytu VTE, a to ani u těch, které pokračovaly v hormonální terapii během operace, ani u těch, které terapii před operací přerušily (Gaither a kol., 2018; Hembree a kol., 2009; Kozato a kol., 2021; Prince & Safer, 2020). Hormonální terapie je zvláště důležitá po gonadektomii, aby se předešlo následkům hypogonadismu, jako je riziko osteoporózy, a také pro udržení duševního zdraví a kvality života (Fisher, Castellini a kol., 2016; Rosen a kol., 2019). Proto je důležité, aby lékaři či lékařky předepisující hormony a chirurgové informovali o nutnosti pokračovat v hormonální terapii po gonadektomii.

Odborníci a odbornice by měli být dobře informováni o rizicích a přínosech genderově afirmativních operací a měli by být také obeznámeni s výkonnostními ukazateli a výsledky operací jednotlivých specialistů a specialistek, na které by mohli klienty odkazovat (Beek, Kreukels a kol., 2015;

Colebunders a kol., 2017; Wiepjes a kol., 2018). Většina lékařsky nezbytných operací se týká tří oblastí: obličeje, hrudníku/prsou a genitálií (vnitřních a vnějších). K dalším lékařsky nezbytným zákrokům patří konturování těla a operace hlasivek. Další informace o medicínské nezbytnosti těchto zákroků lze nalézt v Kapitole 2 – Globální uplatnění, Doporučení 2.1.

Existuje mnoho typů genderově potvrzujících chirurgických zákroků v oblasti obličeje, včetně, ale nejen, chondrolaryngoplastiky (operace hrtanu), rhinoplastiky (úpravy nosu), konturování nebo augmentace čelisti, brady, čela, faceliftu, odstranění chloupků a transplantace vlasů. Tyto zákroky jsou podrobněji popsány v Kapitole 13, která se věnuje operacím a pooperační péči. V rámci operace hrudníku/prsou jsou k dispozici různé postupy, jako je augmentace prsou, dvojitá mastektomie s transplantací bradavek, periareolární mastektomie a liposukce. Nejčastějším genderově potvrzujícím chirurgickým zákrokem u TGR osob s vývojem prsou je maskulinizující chirurgie hrudníku (mastektomie) (Horbach a kol., 2015; Kailas a kol., 2017).

Chirurgické zákroky na vnitřních genitáliích zahrnují orchiektomii (odstranění varlat), hysterektomii (odstranění dělohy), adnexektomii (odstranění vejcovodů a vaječníků), vaginoplastiku (vytvoření vaginy) a kolpektomii/vaginektomii (odstranění vaginy) (Horbach a kol., 2015; Jiang a kol., 2018). Vnitřní výstelka vaginy při vaginoplastice je obvykle vytvořena z kůže penisu, kožních štěpů, kombinace obojího nebo střevního segmentu. Odstranění dělohy/vaječníků může být provedeno samostatně nebo najednou (hysterektomie, adnexektomie a koplektomie). Pokud je provedena kolpektomie, je nutné provést i hysterektomii. Vaječníky mohou v těle zůstat na žádost klienta např. z důvodu zachování plodnosti, mohou však představovat riziko vývoje patologie, včetně onkologických onemocnění (De Roo a kol., 2017).

Chirurgické zákroky na vnějších genitáliích zahrnují vulvoplastiku, metoidioplastiku a faloplastiku (Djordjevic a kol., 2008; Frey a kol., 2016). Před vnějšími genitálními zákroky je obvykle nutné odstranění chloupků (Marks a kol., 2019). Vulvoplastika může zahrnovat vytvoření monsu, labií, klitorisu a uretrálního otvoru. Prodloužení uretry je možné jak u metoidioplastiky, tak i u faloplastiky, ale je spojeno s vyšším rizikem komplikací (Schechter & Safa, 2018). Péče o operační rány a fyzioterapie jsou nezbytné v souvislosti s ranou vzniklou na dárcovském místě pro vytvoření faloplastiky (van Caenegem, Verhaeghe a kol., 2013). Terapie pánevního dna může být po operaci důležitá pro zvládání močových a sexuálních funkcí (Jiang a kol., 2019). Dialog, vzájemné porozumění a transparentní komunikace mezi klienty, zdravotníky a chirurgy pomohou učinit informovaná rozhodnutí o vhodných chirurgických postupech.

Doporučení 12.20

Doporučujeme zahájit a pokračovat v genderově afirmativní hormonální terapii u způsobilých* transgender a genderově rozmanitých osob, jež vyžadují příslušnou péči z důvodu prokázaného zlepšení psychosociálního fungování a kvality života. Další podrobnosti viz Doporučení 12.21.

Doporučení 12.21

Doporučujeme zachovat stávající hormonální terapii v případech, kdy se duševní zdraví transgender a genderově rozmanitých osob zhoršuje, a důkladně vyhodnotit důvod tohoto zhoršení, pokud však není hormonální terapie kontraindikována.

V transgender populaci byly zdokumentovány určité negativní duševní jevy, jako jsou deprese, sebevražednost, úzkost, snížené sebevědomí a posttraumatická stresová porucha (Arcelus a kol., 2016; Becerra-Culqui a kol., 2018; Bouman a kol., 2017; Eisenberg a kol., 2017; Heylens, Elaut a kol., 2014; Witcomb a kol., 2018). Model menšinového stresu u genderově rozmanitých osob poskytuje důkazy o faktorech, které tyto nerovnosti ovlivňují (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003). Mezi tyto faktory patří zkušenosti s diskriminací, činy z nenávisti, nesprávným oslovením, odmítnutím rodinou a internalizovanou transfobií (Hendricks & Testa, 2012). Pozitivní vliv na duševní zdraví mají faktory jako přijetí rodinou, podporující sociální a romantické vztahy, propojení s transgender komunitou, ochrana prostřednictvím afirmativních a inkluzivních politik, aktualizace jména a rodu v právních dokumentech a možnost fyzické tranzice na základě individuálních cílů (Bauer a kol., 2015; Bockting a kol., 2013; Bouman a kol., 2016; Davey a kol., 2014; de Vries a kol., 2014; Du Bois a kol., 2018; Gower, Rider, Brown a kol., 2018; Hendricks & Testa, 2012; Keo-Meier a kol., 2015; Meier a kol., 2013; Pflum a kol., 2015; Ryan a kol., 2010; Smith a kol., 2018).

Hormonální terapie se ukázala jako pozitivní faktor z hlediska vlivu na duševní zdraví a kvalitu života transgender mladistvých a dospělých (Aldridge a kol., 2020; Allen a kol., 2019; Bauer a kol., 2015; Nobili a kol., 2018; Russell a kol., 2018; Ryan, 2009). V mnoha případech je považována za prostředek pomáhající k záchraně života (Allen a kol., 2019; Grossman & D'Augelli, 2006; Moody a kol., 2015). Studie ukázaly spojení mezi zahájením hormonální terapie a zlepšením duševního zdraví u mladistvých a dospělých (Aldridge a kol., 2020; Costa

a kol., 2016; de Vries a kol., 2014; Kuper a kol., 2020; Nguyen a kol., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), včetně zlepšení kvality života (Gorin-Lazard a kol., 2012; Gorin-Lazard a kol., 2013; Murad a kol., 2010; Newfield a kol., 2006; Nobili a kol., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), zmírnění úzkosti a deprese (Aldridge a kol., 2020; Colizzi a kol., 2014; Davis & Meier, 2014; de Vries, Steensma a kol., 2011; Gómez-Gil a kol., 2012; Rowniak a kol., 2019) a snížení stresu a paranoie (Keo-Meier & Fitzgerald, 2017). Prospektivní kontrolovaná studie s použitím metody Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) prokázala významné zlepšení v mnoha oblastech psychologického fungování u transgender mužů již po třech měsících terapie testosteronem (Keo-Meier a kol., 2015). Přestože je v transgender populaci vyšší míra příznaků autismu, nebyla u těchto příznaků po zahájení hormonální terapie zjištěna rostoucí tendence (Nobili a kol., 2020).

Jelikož zmírnění příznaků deprese může souviset s menší mírou rizika sebevražd, odložení hormonální terapie na základě přítomnosti deprese nebo suicidality může způsobit újmu (Keo-Meier a kol., 2015; Levy a kol., 2003). Studie Turbana, Kinga a kol. (2020) zjistila, že u dospívajících, kteří potřebovali potlačení puberty a měli k této léčbě přístup, byla nižší pravděpodobnost sebevražedných myšlenek ve srovnání s těmi, kdo měli podobnou potřebu, ale neměli k této terapii přístup (Turban, King a kol., 2020). Nedávný systematický přehled (Rew a kol., 2020) ukázal, že potlačení puberty u transgender adolescentů může vést ke zlepšení sociálního života, snížení míry sebevražd v dospělosti a celkově ke zlepšení psychického zdraví a kvality života. Důkazy naznačují, že hormonální terapie může přímo pomoci snižovat příznaky deprese a úzkosti. Odkládání hormonální terapie do doby, kdy jsou tyto příznaky tradičně léčeny ve spolupráci s psychiatrem, může mít negativní důsledky (Keo-Meier a kol., 2015). Pokud je však indikována psychiatrická léčba, může být zahájena nebo uzpůsobena současně s hormonální terapií.

**Pro podrobnější informace o způsobilosti dospívajících a dospělých viz Kapitola 5 – Posouzení dospělých a Kapitola 6 – Dospívající či* Příloha D.

Lékařsky nezbytné genderově afirmativní chirurgické zákroky označují soubor operativních postupů, které mají za cíl přizpůsobit tělo jednotlivce jeho genderové identitě (viz definice lékařské nezbytnosti v Kapitole 2 – Globální uplatnění, Doporučení 2.1). Tato kapitola se zabývá chirurgickými zákroky a doporučeními pro pooperační péči u TGR dospělých a dospívajících. Kritéria posouzení související s chirurgickými zákroky u dospělých a dospívajících naleznete v Kapitole 5 – Posouzení dospělých a Kapitole 6 – Dospívající. Přehled doporučení a hodnotících kritérií najdete v Příloze D.

Vzhledem k rozmanité a heterogenní komunitě osob s transgender a genderově rozmanitou identitou (TGR) lze genderově afirmativní chirurgické zákroky rozdělit do spektra výkonů prováděných u osob s přiřazeným mužským pohlavím při narození (AMAB) a osob s přiřazeným ženským pohlavím při narození (AFAB).

U vhodně vybraných TGR osob podporují dostupné zdroje adekvátnost genderově afirmativních operací. Ačkoli mohou po genderově afirmativní operaci nastat komplikace, mnohé z nich jsou buď nezávažné, nebo je lze řešit ambulantně (Canner a kol., 2018; Gaither a kol., 2018; Morrison a kol., 2016). Navíc je míra komplikací srovnatelná s podobnými zákroky prováděnými z jiných důvodů (např. výkony, které nemají za cíl genderovou afirmaci).

Genderově afirmativní operace hrudníku neboli „operace vršku“ (tj. subkutánní mastektomie) u osob s přiřazeným ženským pohlavím při narození byly hodnoceny v rámci prospektivních (Agarwal a kol., 2018; Frederick a kol., 2017; Top & Balta, 2017; van de Grift, Elaut a kol., 2017; van de Grift a kol., 2016), retrospektivních (Bertrand a kol., 2017; Claes a kol., 2018; Esmonde a kol., 2019; Lo Russo a kol., 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Poudrier a kol., 2019; Wolter a kol., 2015; Wolter a kol., 2018) a průřezových studií (Olson-Kennedy, Warus a kol., 2018; Owen-Smith a kol., 2018; van de Grift, Elaut a kol., 2018; van de Grift, Elfering a kol., 2018). Přínos operací hrudníku byl prokázán v řadě oblastí, včetně konzistentního a přímého zlepšení kvality života ze zdravotního hlediska, zmírnění genderové dysforie a konzistentní zvýšení spokojenosti s tělesným vzhledem. Míra lítosti zůstává velmi nízká, a to mezi 0 a 4%. Vliv operace hrudníku na další výsledné parametry, jako jsou deprese, úzkost a sexuální funkce, poukázal na určité benefity tohoto zákroku, dosavadní studie však neposkytly dostatečně silné důkazy ke stanovení definitivních závěrů. I navzdory nutnosti dalších studií ke stanovení spolehlivých závěrů aktuální výsledky ukazují, že operace hrudníku je bezpečnou a efektivní intervencí.

Ve studiích zaměřených na osoby s přiřazeným mužským pohlavím při narození (AMAB) je k dispozici méně studií vztahujících se k genderově afirmativním operacím prsou (augmentace prsou). Tyto studie zahrnují dvě prospektivní (Weigert a kol., 2013; Zavlin a kol., 2018), jednu retrospektivní (Fakin a kol., 2019) a tři průřezové studie (Kanhai a kol., 2000; Owen-Smith a kol., 2018; van de Grift, Elaut a kol., 2018). Všechny tyto studie konzistentně prokázaly zvýšení spokojenosti po operaci, včetně celkové spokojenosti, spokojenosti s fyzickým vzhledem a vlivem operace na fyzický vzhled. Studie autorů Owen-Smith a kol. z roku 2018 poukázala na pozitivní trend ve zlepšení depresivních a úzkostných stavů s rostoucím množstvím těchto genderově afirmativních zákroků. Autoři však neprovedli žádné statistické srovnání mezi osobami, které podstoupily augmentaci prsou, a dalšími skupinami osob.

Jedním z nejčastěji hodnocených zákroků je genderově afirmativní vaginoplastika. V nedávné době byly publikovány výsledky osmi prospektivních (Buncamper a kol., 2017; Cardoso da Silva a kol., 2016; Kanhai, 2016; Manero Vazquez a kol., 2018; Papadopulos, Zavlin a kol., 2017; Tavakkoli Tabassi a kol., 2015; Wei a kol., 2018; Zavlin a kol., 2018), patnácti retrospektivních (Bouman, van der Sluis a kol., 2016; Buncamper a kol., 2015; Hess a kol., 2016; Jiang a kol., 2018; LeBreton a kol., 2017; Manrique a kol., 2018; Massie a kol., 2018; Morrison a kol., 2015; Papadopulos, Lelle a kol., 2017; Raigosa a kol., 2015; Salgado a kol., 2018; Seyed-Forootan a kol., 2018; Sigurjonsson a kol., 2017; Simonsen a kol., 2016; Thalaivirithan a kol., 2018) a tří průřezových studií (Castellano a kol., 2015; Owen-Smith a kol., 2018; van de Grift, Elaut a kol., 2018).

Přestože byly použity různé metody hodnocení, výsledky všech studií konzistentně ukazují vysokou pooperační míru spokojenosti klientek (78–100%) a spokojenosti se sexuální funkcí (75–100%). Vyšší spokojenost byla zvláště patrná při použití nejnovějších chirurgických technik. Vaginoplastika byla také spojena s nízkou mírou komplikací a počet těch, kdo této operace litují, je malý (0–8%).

Novější zdroje zmiňují zvýšený zájem o metoidioplastiku a faloplastiku, což reflektují tři prospektivní (Garaffa a kol., 2010; Stojanovic a kol., 2017; Vukadinovic a kol., 2014), šest retrospektivních (Cohanzad, 2016; Garcia a kol., 2014; Simonsen a kol., 2016; van de Grift, Pigot a kol., 2017; van der Sluis a kol., 2017; Zhang a kol., 2015) a čtyři průřezové studie (Castellano a kol., 2015; Owen-Smith a kol., 2018; van de Grift, Elaut a kol., 2018; Wierckx, Van Caenegem a kol., 2011), které

13.1. Specialisté a specialistky provádějící genderově afirmativní chirurgické zákroky, by měli mít následující kvalifikaci:
13.1.a – školení a doloženou supervizi v provádění genderově afirmativních zákroků;
13.1.b – aktivní praxi v oblasti genderově afirmativních zákroků;
13.1.c – znalost genderové rozmanitosti identit a projevů;
13.1.d – průběžné vzdělávání v genderově afirmativní chirurgii;
13.1.e – následné kontroly výsledků chirurgických zákroků.
13.2. Před augmentací prsou nebo mastektomií je třeba posoudit transgender a genderově rozmanité osoby z hlediska rizikových faktorů spojených s rakovinou prsu.
13.3. V předoperační fázi je třeba informovat transgender a genderově rozmanité osoby podstupující genderově afirmativní chirurgické zákroky o potřebné pooperační péči, možnosti dopravy a ubytování a o významu pooperačních kontrol.
13.4. Před gonadektomií u transgender a genderově rozmanitých osob by se chirurgové měli ujistit, že byly prodiskutovány možnosti reprodukce.
13.5. Navrhujeme zvážit provedení gonadektomie u způsobilých* transgender a genderově rozmanitých dospělých, pokud je doloženo, že absolvovali minimálně 6 měsíců hormonální terapie (pokud není kontraindikována hormonální substituční terapie nebo suprese gonád nebo je zákrok v rozporu s přáními, cíli nebo projevy genderové identity klienta či klientky).
13.6. Navrhujeme zvážit provedení genderově afirmativních chirurgických zákroků v oblasti genitálu u transgender a genderově rozmanitých dospělých, kteří je požadují, jsou k nim způsobilí* a pokud je doloženo, že jsou ve svém současném léčebném režimu stabilní (součástí by měla být alespoň 6 měsíců či déle trvající hormonální terapie, pokud je to nutné pro dosažení požadovaných chirurgických výsledků a pokud u nich nebyla hormonální terapie vyhodnocena jako nevhodná nebo je kontraindikována).
13.7. Chirurgové by měli zvážit provedení genderově afirmativních chirurgických zákroků u způsobilých* transgender a genderově rozmanitých dospívajících, pokud byl v rozhodovacím procesu prokazatelně uplatněn multidisciplinární přístup, který zahrnuje konzultace s odborníky a odbornicemi na duševní zdraví a další specializace
13.8. Chirurgové by měli konzultovat s komplexním multidisciplinárním týmem odborníků v oblasti transgender zdraví případy, kdy způsobilé* transgender a genderově rozmanité osoby požadují individuálně přizpůsobené (dříve označované jako „nestandardní") operace v rámci genderové afirmace.
13.9. Navrhujeme, aby odborníci a odbornice, kteří se starají o transgender muže a genderově rozmanité osoby, jež podstoupily metoidioplastiku/faloplastiku, odkazovali na následnou doživotní urologickou péči.
13.10. Chirurgové, kteří se starají o transgender ženy a genderově rozmanité osoby, jež podstoupily vaginoplastiku, by měli zajišťovat následné kontroly, případně doporučit kontroly u poskytovatele primární péče nebo na gynekologii.
13.11. Je vhodné, aby se klientům a klientkám, kteří litují provedeného genderově afirmativního chirurgického zákroku, věnoval expertní multidisciplinární tým.

*(*Kritéria způsobilosti u dospělých a dospívajících jsou uvedena v Kapitole 5 – Péče o dospělé a v Kapitole 6 – Péče o dospívající a v Příloze D.)*

zkoumaly rizika a přínosy těchto zákroků.

75 až 100% účastníků těchto studií bylo schopno močit ve stoje. Co se týče sexuální funkce, 77 až 95% účastníků vyjádřilo spokojenost se sexuální funkcí. Většina studií udávala vysokou celkovou spokojenost po operaci (83 až 100%), zejména při užití novějších chirurgických technik. Dvě prospektivní a dvě retrospektivní studie specificky hodnotily míru lítosti po operaci a žádný z transgender mužů lítost nevyjádřil. I přes limitace těchto studií byly hlášené výsledky konzistentní.

V posledních letech je věnována zvýšená pozornost genderově afirmativním operacím v oblasti obličeje. Osm nedávných publikací zahrnuje jednu prospektivní (Morrison a kol., 2020), pět retrospektivních (Bellinga a kol., 2017; Capitán a kol., 2014; Noureai a kol., 2007; Raffaini a kol., 2016; Simon a kol., 2022) a dvě průřezové studie (Ainsworth & Spiegel, 2010; van de Grift, Elaut a kol., 2018). Všechny tyto studie ukázaly vysokou míru spokojenosti s výsledky operačních výkonů (72 až 100%). Navíc ti, kdo operaci obličeje podstoupili, byli výrazně více spokojeni se vzhledem své tváře ve srovnání s těmi, kdo operaci nepodstoupili. Jedna mezinárodní prospektivní multicentrická studie prokázala, že genderově afirmativní operace obličeje významně zlepšuje kvalitu života jak v krátkodobém, tak dlouhodobém horizontu (Morrison a kol., 2020). Výsledky byly konzistentní, přesto kvůli určitým omezením studie mírně nepřesné. Genderově afirmativní operace obličeje pro osoby s přiřazeným ženským pohlavím při narození (AFAB) jsou nově se rozvíjející oblastí. Dostupná omezená data naznačují stejné přínosy operačních zákroků u vybraných klientů, další studie jsou však nezbytné.

Nutnou součástí předoperační přípravy (před operací obličeje nebo genitálií) mohou být další zákroky, jako je odstranění vousů/chloupků (viz Kapitola 15 – Primární péče). Také fyzioterapie pánevního dna může být před a po operaci důležitá (nebo vyžadovaná).

V této kapitole jsou uvedeny nejčastější chirurgické zákroky (pro úplný seznam viz Příloha E a závěr této kapitoly):

AMAB osoby: feminizace obličeje (včetně operace hrtanu a hlasivek), genderově afirmativní operace prsou, konturování těla, orchiektomie, vagino/vulvoplastika (s pochvou/bez pochvy), estetické zákroky a přípravné předoperační zákroky (např. odstranění chloupků).

AFAB osoby: maskulinizace obličeje, genderově afirmativní operace prsou, hysterektomie/adnexektomie, metoidioplastika (včetně implantace testikulární protézy), faloplastika (včetně implantace testikulární/penilní protézy), konturování těla, estetické zákroky a přípravné předoperační zákroky (např. odstranění chloupků).

Je zásadní, aby specialisté a specialistky provádějící chirurgické výkony rozuměli indikacím a načasování genderově afirmativních operací, zvláště při péči o dospívající (viz Kapitola 6 – Dospívající).

Specialisté či specialistky provádějící chirurgické zákroky by měli při rozhodování o chirurgickém výkonu spolupracovat s klienty nebo klientkami a to na podkladě 1) multidisciplinárního přístupu, 2) porozumění cílům a očekáváním klienta, a 3) prostřednictvím diskuze o možnostech operace včetně posouzení možných rizik a benefitů, a 4) s pomocí plánu pooperační péče (viz Kapitola 5—Péče o dospělé). Tyto kroky usnadňují individualizovat léčebný postup.

K dosažení optimálních výsledků je nezbytná adekvátní pooperační péče (Buncamper a kol., 2015; Lawrence, 2003) a klienti a klientky by měli být předem informováni o potřebách a specifících pooperačního období, včetně péče o operační rány, omezení aktivit a absenci v práci/ve škole. V rámci pooperační péče by měl být chirurg k dispozici a měl by umět odkázat na specializované služby. S tím souvisí i pokračující podpora ze strany poskytovatelů primární péče, odborníků a odbornic v oblasti duševního zdraví a pravidelné preventivní péče (např. screening rakoviny prsu/hrudníku, urologická/gynekologická péče).

S rostoucím zájmem veřejnosti o TGR problematiku a nárůstem počtu genderově afirmativních chirurgických zákroků (Canner a kol., 2018; Ross, 2017; Shen a kol., 2019; Schechter a kol., 2017) jsou nutná další školení, hodnocení výsledků a kontinuální vzdělávání specialistů v oboru chirurgie (Schechter a kol., 2017).

Veškerá doporučení v této kapitole vycházejí z důkladného posouzení vědeckých dat, přínosů a rizik, hodnot a preferencí poskytovatelů a klientů a klientek, zdrojů a vyhodnocení proveditelnosti. V některých případech jsou důkazy omezené a/nebo služby nemusí být dostupné nebo vhodné.

Doporučení 13.1

Specialisté a specialistky provádějící genderově afirmativní chirurgické zákroky, by měli mít následující kvalifikaci:

13.1.a – školení a doloženou supervizi v provádění genderově afirmativních zákroků;

13.1.b – aktivní praxi v oblasti genderově afirmativních zákroků;

13.1.c – znalost genderové rozmanitosti identit a projevů;

13.1.d – průběžné vzdělávání v genderově afirmativní chirurgii;

13.1.e – následné kontroly výsledků chirurgických zákroků.

Odborníci a odbornice provádějící genderově afirmativní chirurgické zákroky mají obvykle různé specializace, jako je plastická chirurgie, urologie, gynekologie, otolaryngologie a maxilofaciální chirurgie (Jazayeri a kol., 2021). Doporučujeme, aby tyto zákroky prováděli pouze specializovaní chirurgové nebo ti, kdo jsou k jejich provádění na základě certifikace národního profesního orgánu způsobilí. Specialisté či specialistky, kteří v tomto směru pečují o TGR osoby, by měli absolvovat školení v genderově afirmativních postupech a principech (Schechter a kol., 2017; Schechter & Schechter, 2019). To zahrnuje znalosti o různých genderových identitách a jejich vlivu na cíle, očekávání a výsledky operačních výkonů. Specialisté a specialistky provádějící genderově afirmativní zákroky by měli být obeznámeni s dostupnými postupy a schopni poskytnout dostatečné informace k zajištění informovaného souhlasu klienta či klientky s výkonem. Pokud nenabízejí požadovaný zákrok, měli by umět odkázat k jinému odborníkovi či odbornici. Je žádoucí, aby se účastnili kontinuálního vzdělávání, jako jsou konference a semináře, kde mohou získat nejnovější poznatky. Doporučujeme dokumentovat výsledky chirurgických zákroků a předkládat je klientům a klientkám jako součást informovaného souhlasu (Schechter a kol., 2017).

Nemocnice, zdravotnická zařízení a lékařské ordinace nabízející genderově afirmativní chirurgické zákroky by měly být informované o specifikách komunikace a přístupu k TGR klientům a klientkám, jako je používání vhodného oslovení a terminologie. To může vyžadovat pravidelné školení personálu.

Doporučení 13.2

Před augmentací prsou nebo mastektomií je třeba posoudit transgender a genderově rozmanité osoby z hlediska rizikových faktorů spojených s rakovinou prsu.

Před augmentací prsou nebo mastektomií je důležité klienty a klientky informovat o riziku karcinomu prsu a vyšetřit je na přítomnost rizikových faktorů vzniku tohoto onemocnění. Mezi rizikové faktory patří genetické variace (jako jsou BRCA1, BRCA2), pozitivní rodinná anamnéza rakoviny prsu, věk, předchozí ozařování, vliv estrogenové terapie a objem tkáně prsu, která po operaci zůstane (podle Brown, Lourenco a kol., 2021; Brown & Jones, 2015; Colebunders a kol., 2014; Gooren a kol., 2013; Salibian a kol., 2021; Weyers a kol., 2010). Screening rakoviny prsu zahrnuje výběr vhodných zobrazovacích metod, testů a vyšetření k časné detekci nádoru. V současné době neexistují specifická doporučení pro screening rakoviny prsu u transgender a genderově rozmanitých (TGR) osob (Salibian a kol., 2021), nicméně Americká radiologická společnost nedávno vypracovala nové doporučené postupy k této problematice (Brown, Lourenco a kol., 2021). Jelikož je riziko rakoviny prsu u osob požadujících genderově afirmativní augmentaci prsou nebo mastektomii srovnatelné s běžnou populací, a to i navzdory používání hormonů, je důležité dodržovat stávající screeningová doporučení (Brown & Jones, 2015; Gooren a kol., 2013; Salibian a kol., 2021; Weyers a kol., 2010). Odborníci a odbornice by měli být obeznámeni s nejnovější verzí těchto doporučení. U klientů, kteří podstoupili genderově afirmativní operaci hrudníku, by měl probíhat kvůli riziku rakoviny prsu průběžný screening, který by měl být v kompetenci poskytovatele primární péče nebo příslušného specialisty či specialistky.

Doporučení 13.3

V předoperační fázi je třeba informovat transgender a genderově rozmanité osoby podstupující genderově afirmativní chirurgické zákroky o potřebné pooperační péči, možnosti dopravy a ubytování a o významu pooperačních kontrol.

Klienti a klientky by měli být před operací informováni o načasování, metodě výkonu, délce předpokládaného hojení a aspektech pooperační péče tak, aby si mohli vše efektivně naplánovat. Součástí by měla být diskuze o rozvržení chirurgických zákroků a s tím spojených požadavků ohledně dopravy. Vzhledem k tomu, že specialistů a specialistek na genderově afirmativní zákroky je málo, je za nimi často nutné dojíždět. Klientům a klientkám by tedy měli předem sdělit plán pooperačních kontrol, prodiskutovat s nimi časové možnosti ohledně dopravy, předpokládaného pobytu v nemocnici či ambulantních kontrol a zjistit potřebnou flexibilitu stran dojíždění (zvláště v případě komplikací). O změnách v plánu péče je třeba informovat co nejdříve, a to vzhledem k nákladům na dopravu a na pobyt v nemocnici. Po návratu z nemocnice by měl být zajištěn plynulý přechod do primární péče.

Pooperační péče a kontroly jsou u genderově afirmativních operačních výkonů důležité. Tyto zákroky často vyžadují specifickou pooperační péči a zdroje, včetně stabilního a bezpečného bydlení, možnosti dopravy a finančních zdrojů pro následnou péči. Pro pooperační péči jsou důležité pokyny ohledně správných životních návyků (například osobní hygiena, prevence infekcí močových cest a pohlavně přenosných nemocí) (Wierckx, Van Caenegem a kol., 2011), upozornění na omezení některých pravidelných aktivit (například koupání, cvičení, typu stravování, sexuálních aktivit) (Capitán a kol., 2020), znovuzahájení užívání medikace (např. antikoagulanty, hormony atd.) a podrobné rady pro specifickou osobní pooperační péči (např. dilatace a nutnost výplachů pochvy po vaginoplastice, ovládání penilní protézy, optimalizace močení po faloplastice, péče po transplantaci vlasů) (Capitán a kol., 2017; Falcone a kol., 2018; Garcia, 2018; Hoebeke a kol., 2005). Některé návyky v osobní péči lze zavést již před operací a následně je po operaci podpořit (Falcone a kol., 2018). Jelikož mohou po výkonu nastat komplikace, jako je obtížné hojení ran, problémy s dilatací či infekce močových cest (Dy a kol., 2019), poskytují pooperační kontroly příležitost k případné intervenci, zmírnění či prevenci těchto problémů (Buncamper a kol., 2016; Garcia, 2021).

Doporučení 13.4

Před gonadektomií u transgender a genderově rozmanitých osob by se chirurgové měli ujistit, že byly prodiskutovány možnosti reprodukce.

Vedlejším důsledkem genderově afirmativní hormonální terapie (dočasný vliv) i genderově afirmativních operací (jež mají nevratné dopady), je v mnoha případech neplodnost. Důležitou součástí přípravy na tyto zákroky je diskuse o možnostech zachování plodnosti před zahájením jakékoliv lékařské nebo chirurgické intervence (Defreyne, van Schuylenbergh a kol., 2020; Jahromi a kol., 2021; Jones a kol., 2021). Chirurgické zákroky, které ovlivňují anatomii nebo funkci reprodukčních orgánů, mohou v různé míře omezit budoucí reprodukční schopnosti (Nahata a kol., 2019). Proto je nezbytné s transgender osobami a jejich rodinou o riziku neplodnosti a možnostech zachování plodnosti diskutovat jak

před zahájením jakýchkoliv intervencí, tak i během celého procesu (Hembree a kol., 2017).

Konkrétní doporučení týkající se možností reprodukce naleznete v Kapitole 16 – Reprodukční zdraví.

Doporučení 13.5

Navrhujeme zvažovat provedení gonadektomie u způsobilých* transgender a genderově rozmanitých dospělých, pokud je doloženo, že absolvovali minimálně 6 měsíců hormonální terapie (pokud není kontraindikována hormonální substituční terapie nebo suprese gonád nebo je zákrok v rozporu s přáními, cíli nebo projevy genderové identity klienta). Další podrobnosti viz Doporučení 13.6.

Doporučení 13.6

Navrhujeme zvažovat provedení genderově afirmativních chirurgických zákroků v oblasti genitálu u transgender a genderově rozmanitých dospělých, kteří je požadují, jsou k nim způsobilí* a pokud je doloženo, že jsou ve svém současném léčebném režimu stabilní (součástí by měla být alespoň 6 měsíců či déle trvající hormonální terapie, pokud je to nutné pro dosažení požadovaných chirurgických výsledků a pokud u nich nebyla hormonální terapie vyhodnocena jako nevhodná nebo je kontraindikována).

Genderově afirmativní hormonální terapie způsobuje anatomické, fyziologické a psychologické změny. Anatomické změny, jako je růst klitorisu nebo atrofie vaginální sliznice, se mohou objevit brzy po zahájení terapie, s očekávaným vrcholem účinku do 1–2 let (T'Sjoen a kol., 2019). V závislosti na požadovaném chirurgickém výsledku může být po určitou dobu nutná aplikace hormonální terapie (například pro dostatečnou virilizaci klitorisu před metoidioplastikou nebo faloplastikou) nebo je z psychologických či anatomických důvodů preferovaná (například růst prsou a zvýšení elasticity kůže před zvětšením prsou, změkčení kůže a změna rozložení tuku v obličeji před operací obličeje) (de Blok a kol., 2021).

U jednotlivců, kteří před chirurgickým zákrokem neužívají hormony, je důležité zvážit, jak se tato skutečnost může projevit na plánované operaci.

U osob podstupujících gonadektomii, které neužívají hormony, je možné s lékařem předepisujícím hormony vypracovat plán hormonální substituce před operací.

Doporučení 13.7

Doporučujeme zvažovat provedení genderově afirmativních chirurgických zákroků u způsobilých* transgender a genderově rozmanitých dospívajících, pokud byl v rozhodovacím procesu prokazatelně uplatněn multidisciplinární přístup, který zahrnuje konzultace s odborníky a odbornicemi na duševní zdraví a další specializace.

Důkazy z různých zdrojů, včetně observačních studií (Monstrey a kol., 2001; Stojanovic a kol., 2017), přehledů literatury a názorů odborníků a odbornic (Esteva de Antonio a kol., 2013; Frey a kol., 2017; Hadj-Moussa a kol., 2019; Pan & Honig, 2018), zavedených doporučených postupů (Byne a kol., 2018; Chen, Fuqua a kol., 2016; Hembree a kol., 2017; Karasic & Fraser, 2018; Klein, Paradise a kol., 2018; Weissler a kol., 2018) a tematické analýzy (Gerritse a kol., 2018), poukazují na význam multidisciplinárního přístupu v péči o transgender osoby spojující komplexní lékařskou péči, péči o duševní zdraví a chirurgické výkony.

U TGR osob, které podstupují genderově afirmativní operace, je multidisciplinární přístup obzvláště důležitý v rámci řešení problémů v oblasti duševního zdraví (de Freitas a kol., 2020; Dhejne a kol., 2016; van der Miesen a kol., 2016). Poskytovatelé primární péče a lékařští specialisté a specialistky slouží jako zdroj podpory při rozhodování o načasování operace, očekávání stran chirurgických výsledků, užívání hormonů v perioperačním období a optimalizaci zdravotního stavu (Elamin a kol., 2010; Hembree a kol., 2017).

Konkrétní doporučení týkající se předoperačního posouzení dospívajících naleznete v Kapitole 6 věnované dospívajícím.

Doporučení 13.8

Chirurgové by měli konzultovat s komplexním multidisciplinárním týmem s odborností v oblasti transgender zdraví případy, kdy způsobilé* transgender a genderově rozmanité osoby požadují individuálně přizpůsobené (dříve označované jako „nestandardní") operace v rámci genderové afirmace.

Genderová identita je rozmanitá a má u jednotlivých osob různé formy vyjádření (Beek a kol., 2015; Koehler a kol., 2018). Cílem chirurgických zákroků bývá zmírnění genderové dysforie (van de Grift, Elaut a kol., 2017) nebo dosažení souladu s genderovou identitou, ale rozmanité genderové prezentace mohou vést k individuálním požadavkům, které mohou být považovány za „nestandardní" (Beek a kol., 2015; Bizic a kol., 2018). Tyto individuální požadavky mohou zahrnovat zákroky, které 1) mění genderové vyjádření bez nutnosti docílit tradičního binární pohlaví, 2) představují „nestandardní" kombinaci již existujících procedur

nebo 3) kombinují obojí.

Účelem je informovat a vést klienty a klientky tak, aby mohli dosáhnout svých cílů. Je třeba s nimi spolupracovat na tom, aby získali realistická a dosažitelná očekávání a aby navrhované operační zákroky byly bezpečné a technicky proveditelné. Proces společného rozhodování (Cavanaugh a kol., 2016) je klíčový a musí zahrnovat informovaný souhlas, který zohledňuje nevratnost některých zákroků, nové poznatky týkající se některých procedur a omezené informace o dlouhodobých dopadech některých zákroků.

Doporučení 13.9

Navrhujeme, aby odborníci a odbornice, kteří se starají o transgender muže a genderově rozmanité osoby, jež podstoupily metoidioplastiku/faloplastiku, jim odkazovali na následnou doživotní urologickou péči.

Komplikace stran mikčních a sexuálních funkcí jsou po operacích typu metoidioplastiky nebo faloplastiky poměrně časté (Kang a kol., 2019; Monstrey a kol., 2009; Santucci, 2018; Schardein a kol., 2019). Mezi popsané komplikace patří striktury (35–58%) a píštěle (15–70%), které souvisí s prodloužením močové trubice (Monstrey a kol., 2009; Santucci, 2018; Schardein a kol., 2019), stejně jako divertikly, mukokéla (retence hlenu) při ponechání zbytků vaginy a růst chlupů uvnitř nové močové trubice (Berli a kol., 2021; Veerman a kol., 2020). Komplikace týkající se sexuálních funkcí zahrnují omezení nebo vymizení hmatových a erogenních podnětů, problémech s dosažením orgasmu a komplikacích s penilní protézou (Kang a kol., 2019; Santucci, 2018). Při implantaci penilní protézy se vyskytují infekční komplikace (8–12%), dysfunkce protézy, eroze uretry, extruze kůže a dislokace její fixace ke kosti (Falcone a kol., 2018; Kang a kol., 2019; Morrison a kol., 2016). Přesto, že většina těchto komplikací nastává brzy po operaci, mohou se objevit kdykoliv a jejich včasná detekce může snížit riziko závažnějších problémů (například uretrální striktury vedoucí k vzniku píštěle, hrozící eroze penilní protézy vedoucí k infekci a vyžadující její úplné odstranění) (Blecher a kol., 2019).

Pravidelné pooperační kontroly slouží k časnému odhalení uretrálních striktur nebo jiných problémů s močením. Mezi prováděná vyšetření patří měření reziduálního objemu moči v měchýři po vymočení prostřednictvím ultrasonografie (ke zjištění striktury nové močové trubice a ke stanovení její závažnosti), uretrografie (ke zjištění striktury nové močové trubice, píštělí a divertiklů) a cystouretroskopie ke kontrole močové trubice a močového měchýře. TGR muži mohou mít také běžné urologické problémy, které nemusí být přímo spojeny s tranzicí, jako jsou močové kameny, hematurie a genitourinární malignity (Sterling & Garcia, 2020a, 2020b).

Doporučení 13.10

Chirurgové, kteří se starají o transgender ženy a genderově rozmanité osoby, jež podstoupily vaginoplastiku, by měli zajišťovat následné kontroly, případně doporučit kontroly u poskytovatele primární péče nebo na gynekologii.

Vaginoplastika je bezpečný zákrok. Ačkoli mohou nastat komplikace, většinou nejsou závažné nebo jsou řešitelné menšími zásahy (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi a kol., 2021). Běžnými menšími komplikacemi jsou například tvorba granulační tkáně, růst chlupů uvnitř vagíny, pomalé hojení ran nebo jejich porušení, estetické problémy či stenóza poševního vchodu (Ferrando, 2020; Kloer a kol., 2021). Ačkoli se obvykle jedná o dočasné komplikace, mohou negativně ovlivnit pohodu pacientek po operaci. Je zásadní zajistit přístup k odborné péči, což pomůže předcházet chybné diagnostice nebo nediagnostikování těchto problémů. Doporučujeme pravidelné sledování například v intervalech dvou týdnů, tří měsíců, šesti měsíců a jednoho roku po operaci, přičemž u některých mohou být vyžadovány častější kontroly.

Gynekologické kontroly se po vaginoplastice provádí doživotně a mohou zahrnovat vyšetření zrcadly k detekci granulační tkáně, chlupů a lézí. Toto vyšetření mohou provádět poskytovatelé primární péče, gynekologové nebo chirurgové provádějící genderově afirmativní operační zákroky a jet nutné i mimo bezprostřední pooperační období (Grimstad, McLaren a kol., 2021; Suchak a kol., 2015; van der Sluis a kol., 2020). Infekce močových cest, pohlavně přenosné infekce a další změny vaginálního mikrobiomu by měly být léčeny podle doporučení pro cisgender populaci (Hooton, 2012; Sherrard a kol., 2018). Vyšetření prostaty se provádí podle příslušných doporučení pro cisgender populaci přes vaginální kanál (Carter a kol., 2013).

Mezi další komplikace patří stenóza neovaginálního kanálu, rektovaginální píštěl a záněty (střevní vaginoplastika). Tyto komplikace vyžadují kombinaci chirurgické a nechirurgické léčby a nezbytná je konzultace s primárním chirurgem a případně dalšími specialisty, jako například v oboru kolorektální chirurgie (Bustos a kol., 2021). Důležitou součástí pooperační péče je fyzioterapie zaměřená na pánevní dno, jelikož poruchy pánevního dna mohou postihovat 30–40% klientek jak před vaginoplastikou, tak i po ní (Jiang a kol., 2019).

Doporučení 13.11

Je vhodné, aby se klientům či klientkám, kteří litují provedeného genderově afirmativního chirurgického zákroku, věnoval expertní multidisciplinární tým.

Procento osob, které litují genderově afirmativních operačních zákroků, je velmi nízké, a to mezi 0,3% a 3,8% (De Cuypere & Vercruysse, 2009; Defreyne, Motmans a kol., 2017; Hadj-Moussa a kol., 2019; Hadj-Moussa, Agarwal a kol., 2018; Hadj-Moussa, Ohl a kol., 2018; Landén a kol., 1998; Narayan a kol., 2021; van de Grift, Elaut a kol., 2018; Wiepjes a kol., 2018). Nejvyšší míra nespokojenosti byla zaznamenána v době, kdy byla chirurgická léčba v počátcích, multidisciplinární péče nebyla běžná a standardy péče neexistovaly nebo nebyly široce dostupné (Landén a kol., 1998). Nespokojenost může mít různé podoby: sociální (kvůli problémům v rodinném, náboženském, společenském nebo pracovním životě), medicínské (kvůli dlouhodobým komplikacím, zklamání z výsledků operačního zákroku či nesprávného předoperačního výběru typu výkonu) a skutečně související s genderem (často založené na nesprávné diagnóze nebo nedostatečném prozkoumání genderové identity) (Narayan a kol., 2021). Tato nespokojenost souvisí s již zmíněnými faktory, které mohou pozitivně či negativně ovlivnit výsledek zákroku (De Cuypere & Vercruysse, 2009; Gils & Brewaeys, 2007; Pfäfflin & Junge, 1998).

Multidisciplinární tým může pomoci určit příčinu nespokojenosti a posoudit požadavky na chirurgické výkony (Narayan a kol., 2021). Po tomto vyhodnocení a s ohledem na individuální mohou být indikovány další medikamentózní a/nebo chirurgické procedury v rámci tranzice či provedení chirurgických zákroků s cílem navrátit se k původnímu genderu. Pro více informací viz Kapitola 5 – Péče o dospělé.

**Informace o kritériích způsobilosti u dospívajících a dospělých naleznete v Kapitole Péče o dospělé, Dospívající a* Příloze D.

GENDEROVĚ AFIRMATIVNÍ CHIRURGICKÉ ZÁKROKY

Z důvodu vývoje v chápání genderového nesouladu a zlepšování technologií, které umožňují nové zákroky, není tento seznam vyčerpávající. To je obzvláště důležité vzhledem k často dlouhým obdobím mezi aktualizacemi Standardů péče, během kterých může dojít ke změně v chápání tématiky a v léčebných metodách.

Tento text obsahuje seznam chirurgických zákroků souvisejících s afirmací genderové identity. Zahrnuje zákroky v oblasti obličeje, prsou/hrudníku, genitálií a další postupy.

OPERACE OBLIČEJE	
Obočí	• Redukce obočí • Zvětšení obočí • Lifting obočí
Posunutí linie vlasů a/nebo transplantace vlasů	
Facelift/midfacelift (po úpravě podkladových kostních struktur)	• Platysmaplastika
Blefaroplastika	• Lipofilling
Rhinoplastika (+/- výplně)	
Lícní kosti	• Implantáty • Lipofilling
Rty	• Zúžení horního rtu • Zvětšení rtů (autologní i neautologní výplně)
Tvarování brady	• Dolní čelist • Úprava úhlu čelisti • Zvětšení • Osteoplastika • Aloplastika (na bázi implantátu)
Chondrolaryngoplastika	• Operace hlasivek (viz kapitola o hlasu)
OPERACE PRSOU/HRUDNÍKU	
Mastektomie	• Mastektomie se zachováním/rekonstrukcí bradavek a dvorců podle lékařského rozhodnutí pro konkrétního klienta • Mastektomie bez zachování/rekonstrukce bradavek a dvorců podle lékařského rozhodnutí pro konkrétního klienta
Liposukce	
Rekonstrukce prsou (zvětšení)	• Implantát a/nebo expandér tkáně • Autologní (laloková plastika a lipofilling)
OPERACE GENITÁLIÍ	
Faloplastika (s/bez skrotoplastiky)	• S/bez prodloužení močové trubice • S/bez implanatce protézy (penilní a/nebo testikulární) • S/bez kolpektomie/kolpokleise
Metoidioplastika (s/bez skrotoplastiky)	• S/bez prodloužení močové trubice • S/bez implantace protézy (penilní a/nebo testikulární) • S/bez kolpektomie/kolpokleise
Vaginoplastika (inverzní, peritoneální, střevní)	• Může zahrnovat zachování penisu a/nebo varlat
Vulvoplastika	• Může zahrnovat postupy popsané jako „plochá přední část“
GONADEKTOMIE	
Orchiektomie	
Hysterektomie a/nebo adnexektomie	
MODELACE TĚLA	
Liposukce	
Lipofilling	
Implantáty	• Pektorální, boky, hýždě, lýtka
Plastika oblasti mons pubis/redukce mons pubis	
DALŠÍ PROCEDURY	
Odstranění chloupků: Odstranění chloupků z obličeje, těla a genitálních oblastí pro afirmaci genderu nebo jako součást předoperační přípravy (viz Doporučení 15.14 týkající se odstranění chloupků)	• Elektrolýza • Laserová epilace
Tetování (např. bradavek–dvorců)	
Transplantace dělohy	
Transplantace penisu	

Lidé využívají komunikační techniky nejen k výměně názorů o světě kolem sebe, ale také k prezentaci své sociokulturní identity. Současně vyjednávají o formách oslovení a odkazování na svou osobu a o přístupu ze strany ostatních tak, aby se cítili respektováni a v bezpečí (Azul a kol., 2022). Hlas je jedním z klíčových prostředků komunikace, které přispívají k vyjádření genderové identity jakožto jedné z dimenzí lidské rozmanitosti. Je však důležité brát v úvahu i další aspekty a způsoby verbální i nonverbální komunikace, jako jsou artikulace, intonace, výběr slov, gestikulace a vnímání ze strany posluchačů (Azul, 2015; Azul & Hancock, 2020). V této kapitole se sousloví „hlas a komunikace" používá k popisu způsobů tvorby významu, do kterých se zapojují všichni účastníci sociálního setkání, a to v souladu se svými potřebami, přáními, identifikací a schopnostmi.

Dosavadní výzkum se v této oblasti často omezuje na binární genderový rámec, ovšem zde doporučovaný přístup vychází ze široce inkluzivního pojetí genderové identifikace (včetně trans-femininních, trans-maskulinních, genderově fluidních, nebinárních, genderqueer a agender osob). Současně si uvědomujeme, že gender není izolovanou kategorií, ale prolíná se s dalšími aspekty lidské rozmanitosti (např. etnicita/rasa, sexualita, zdravotní stav a víra/náboženství/spiritualita). Doporučení v této kapitole jsou určena všem transgender a genderově rozmanitým osobám hledajícím profesionální podporu v oblasti hlasu a komunikace, a to bez ohledu na věk, životní fázi či cíl tranzice nebo detranzice. Tato doporučení lze uplatnit v rámci široké škály intervencí u všech věkových skupin (dětí, dospívajících, dospělých i starších osob).

Ne všechny TGR osoby mají potíže s hlasem a komunikací nebo vyhledávají profesionální služby, ale ti, kteří tak činí, narážejí často v přístupu k potřebné péči na bariéry. Ačkoli studie naznačují, že se situace v jednotlivých zemích a podskupinách v rámci TGR populace liší, statistiky naznačují, že TGR osoby často nemají přístup ke službám hlasové terapie a komunikačního poradenství v době, kdy je potřebují, a vyhovujícím způsobem (Eyssel a kol., 2017; James a kol., 2016; Oğuz a kol., 2021; Södersten a kol., 2015; Veale a kol., 2019). Tyto studie ukázaly, že větší počet TGR lidí by si přálo absolvovat trénink hlasu a komunikace nebo operaci hlasivek, než kolik jich tyto procedury skutečně podstupuje. Až na výjimky je hlasová terapie dostupnější než operace hlasivek. Zvláště marginalizované skupiny v rámci TGR komunity, jako jsou osoby z minoritních ras/etnik, se setkávají s ještě většími překážkami a diskriminací v přístupu k péči (James a kol., 2016; Xavier a kol., 2005). Mezi nejběžnější překážky v přístupu k těmto službám patří finanční náklady, neznalost dostupných zdrojů a nedostatek služeb. Studie z USA (Hancock & Downs, 2021; Kennedy & Thibeault, 2020), Turecka (Oğuz a kol., 2021) a Aotearoa/Nového Zélandu (Veale a kol., 2019) ukazují, že významnou bariérou je nedostatek přesných informací o dostupných službách. Ve Švédsku je všem TGR osobám po stanovení diagnózy genderového nesouladu nabízena podpora v oblasti hlasové terapie a komunikace (Södersten a kol., 2015). Zcitlivování poskytovatelů těchto služeb však postupuje pomalu (Hancock & Haskin, 2015; Jakomin a kol., 2020; Matthews a kol., 2020; Sawyer a kol., 2014). Hancock a Downs (2021) ve své předběžné analýze identifikovali specifické překážky a vyvinuli účinné způsoby, jak je překonat.

Cílem této kapitoly je poskytnout odborníkům a odbornicím ve zdravotnictví vodítko, jak podpořit pohodu všech TGR osob, které se potýkají s problémy nebo stresem spojenými s jejich hlasem a stylem komunikace nebo s vnímáním a reakcemi ze strany okolí (Azul a kol., 2022).

TGR osoby mohou k modifikaci hlasu a komunikace využívat různé metody, a to buď samostatně, nebo v kombinaci. Mezi tyto metody patří vlastní iniciativa, kdy TGR osoby mohou samy iniciativně upravovat svůj hlasový projev a komunikační styl, často s podporou dostupných zdrojů a doporučení; změy prvků v chování podporovaná specialisty a specialistkami na hlas a komunikaci (dále jen „trénink hlasu a komunikace"); změny způsobené androgenní hormonální léčbou a/nebo operací hrtanu. Současný výzkum se nezaměřuje přímo na změny na základě vlastní iniciativy a klade důraz zejména na poslední tři uvedené přístupy.

Specialista či specialistka na hlas a komunikaci/hlasový terapeut či terapeutka má důkladné znalosti o komplexní dynamice komunikace mezi mluvčím a posluchačem, profesionálních intervencích (behaviorálních, hormonálních a chirurgických) a o procesech z hlediska biofyziky, sociokulturní tvorby významů a vnějších vlivů (Azul & Hancock, 2020). Tito specialisté či specialistky v rámci svých posouzení informují TGR osoby o možnostech práce s hlasem a svým kulturně citlivým a individuálně zacíleným přístupem je podporují ve stanovování si cílů a možností intervencí. Mají také povědomí a dovednosti v rámci přístupů metodou behaviorální hlasové terapie a komunikace.

Mezi behaviorální techniky patří trénink hlasu při mluveném projevu a zpěvního hlasu, mindfulness, relaxace, dýchání, cvičení rozsahu, kvality hla-

su, rezonance/timbre, hlasitosti, mimiky, gest, držení těla, pohybů, sebeprezentace, popis vlastní identifikace a komunikace žádosti o kulturně citlivé zacházení. Zabývají se také formami oslovení, asertivní reakcí na nesprávné zařazení dané osoby co do genderu na základě hlasového projevu a procvičování hlasu a komunikačních praktik v každodenních situacích s různými lidmi (např. Hancock & Siegfriedt, 2020; Mills & Stoneham, 2017).

Služby v oblasti hlasové terapie a komunikace jsou zahrnuty v rámci komplexního a koordinovaného přístupu k celkovému zdraví, který zahrnuje podporu pro medicínské, psychické a sociální potřeby (Södersten a kol., 2015). Nejsou stanoveny žádné předpoklady, jako je užívání hormonů, zájem o chirurgické zákroky nebo doba života v dané genderové roli. Obecným cílem tréninku hlasu a komunikace u TGR osob je:

- Informovat klienty a klientky o faktorech, které ovlivňují jejich hlas a komunikační dovednosti a zároveň napomáhají komunikaci jejich identity. To zahrnuje porozumění roli mluvčího a posluchače, profesionálním technikám, pomůckám a zdrojům, biofyzikálním a sociokulturním faktorům.
- Umět vyjádřit svou sociokulturní příslušnost (např. v rámci genderu), a to v každodenních situacích v souladu s cílovou sebeprezentací. To zahrnuje vytváření a zautomatizování hlasových technik, stejně jako kvalitních komunikačních strategií, které podpoří dosažení stanovených cílů a zároveň zamezí poškození hlasového aparátu.
- Poskytovat trénink funkční tvorby hlasu u těch, kdo mají nějaké omezení vzhledem k funkci hlasu, například v důsledku nesprávného používání a přetížení hlasového aparátu.
- Podpořit schopnost asertivně vyjednávat preferované formy oslovení a odkazování ze strany ostatních, jako je jméno, rod a oslovení, a naučit okolí reagovat na nesprávné oslovení a nesprávný rod způsobem, který podpoří a udrží jejich pohodu.
- Podpořit dovednosti pro zvládání úzkosti, stresu a dysforie ve spolupráci s poskytovateli služeb v oblasti duševního zdraví a zvládání překážek, které jim brání procvičovat nebo v reálných situacích používat preferovaný hlas a styl komunikace.
- Poskytovat nebo odkazovat na podpůrné zdroje, které usnadňují rozvoj hlasových a komunikačních dovedností, uvědomění si svého hlasu a celkové pohody.
- Odkazovat na další specialisty či specialistky, např. v oblasti duševního zdraví, operace hlasivek či endokrinologie, kteří mohou být lépe kvalifikováni k naplnění specifických potřeb klientů a klientek. To je obzvláště důležité v případě specifických problémů a překážek v oblasti zdraví a duševní pohody nebo v případě volby operace hlasivek nebo hormonální terapie.

Pro TGR populaci jsou relevantní dva typy chirurgických zákroků na hlasivkách: zákroky pro zvýšení tónu hlasu, jako je glotoplastika s retro-posunem přední komisury, tyreoplastika typu IV (CTA), feminizační laryngoplastika a laserem asistovaná úprava hlasu (LAVA) (Anderson, 2007; Anderson, 2014; Brown, 2000; Casado, 2017; Geneid, 2015; Gross, 1999; Kelly a kol., 2018; Kanagalingam, 2005; Kim, 2017; Kim, 2020; Kocak, 2010; Kunachak, 2000; Mastronikolis, 2013; Mastronikolis a kol., 2013; Matai, 2003; Meister, 2017; Mora, 2018; Neumann, 2004; Nuyen a kol., 2022; Orloff, 2006; Pickuth, 2000; Remacle, 2011; Thomas & MacMillan, 2013; Tschan, 2016; Van Borsel, 2008; Wagner, 2003; Wendler, 1990; Yang, 2002) a zákroky pro snížení tónu hlasu, jako tyreoplastika typu III a injekční augmentace hlasivkových složek (Bultynck a kol., 2020; Isshiki a kol., 1983; Kojima a kol. 2008; Webb a kol., 2021). Akustický přínos operace zvyšující tón hlasu obvykle zahrnuje zvýšení tónu hlasu (průměrná frekvence (f_0) a zvýšení Min f_0 (nejnižší frekvence ve fyziologickém rozsahu hlasu). TGR osoby při subjektivním hodnocení obecně vykazují spokojenost s výsledky po operaci. Některé mohou se specialisty či specialistkami na hlas a komunikaci vedle operace hrtanu pracovat na dalších behaviorálních modifikacích k docílení komplexnější změny ve svém hlasovém projevu (Brown, Chang a kol. 2021; Kelly a kol., 2018; Nuyen a kol., 2022). Specialista či specialistka na hlas a komunikaci může vyhodnotit a řešit potenciální rizika operace zvyšující tón hlasu během hlasového tréninku. Potenciální rizika operací zvyšujících tón hlasu mohou zahrnovat problémy jako dysfonie, slabý hlas, omezený rozsah hlasu v mluveném projevu zejména v horním rozsahu (snížené maximální f_0, ve fyziologickém rozsahu hlasu), chrapot, vokální nestabilita a snižování frekvence v průběhu času (Kelly a kol., 2018; Song & Jiang, 2017), míra těchto efektů však není konzistentní.

Výzkum operací snižujících tón hlasu je omezený, ale existuje studie zahrnující osm TGR osob, které se rozhodly pro tyreoplastiku typu III kvůli nespokojenosti s hormonální terapií (Bultynck a kol., 2020) a studie zkoumající jednu osobu, která po testosteronové terapii a tréninku hlasu podstoupila injekční augmentaci (Webb a kol., 2020). Obě tyto studie

14.1. Specialisté a specialistky na hlasovou terapii a komunikaci by měli posoudit současný a požadovaný hlasový a komunikační výkon u transgender a genderově rozmanitých osob. Pro ty, kdo nejsou spokojeni se svým hlasem a komunikačními dovednostmi, by měl být vypracován vhodný plán intervence, který jim může pomoci dosáhnout požadovaných výsledků.
14.2. Specialisté a specialistky na hlasovou terapii a komunikaci pracující s transgender a genderově rozmanitými osobami by měli mít speciální kvalifikaci k rozvoji odbornosti v podpoře hlasových funkcí, komunikace a pohody této populace.
14.3. Odborníci a odbornice, kteří pracují s transgender a genderově rozmanitými osobami nespokojenými se svým hlasem nebo stylem komunikace, by měli zvážit reference na specialisty na hlasovou terapii a komunikaci pro podporu, posouzení a vedení v oblasti hlasové terapie.
14.4. U transgender a genderově rozmanitých osob, které zvažují operaci hlasivek by odbornice a odborníci v oblasti zdraví měli zvážit reference na specialisty a specialistky na hlasovou terapii a komunikaci zajišťující péči před nebo po operaci.
14.5. Odborníci a odbornice v oblasti transgender zdraví by měli informovat transgender a genderově rozmanité osoby zahajující terapii testosteronem o potenciálních a variabilních účincích této terapie na hlas a komunikační styl.

vykázaly statisticky významné snížení základní frekvence, vnímané jako tón hlasu.

Terapie estrogenem u TGR osob obvykle nevede k měřitelným změnám hlasu (Mészáros a kol., 2005). Terapie testosteronem u TGR osob byla naopak spojena jak s žádoucími, tak nežádoucími změnami ve vlastnostech hlasu spojenými s genderem a jeho funkcí (Azul, 2015; Azul a kol., 2017, 2018, 2020; Azul & Neuschaefer-Rube, 2019; Cosyns a kol., 2014; Damrose, 2008; Deuster, Di Vicenzo a kol., 2016; Deuster, Matulat a kol. 2016; Hancock a kol., 2017; Irwig a kol., 2017; Nygren a kol., 2016; Van Borsel a kol., 2000; Yanagi a kol., 2015; Ziegler a kol., 2018). Mezi žádoucí efekty léčby testosteronem patří snížení tónu hlasu, zdůraznění maskulinního charakteru hlasu a celková větší spokojenost s hlasem. Naopak, nespokojenost s terapií může vzniknout kvůli nedostatečnému snížení tónu hlasu, dysfonii, slabému hlasu, omezenému rozsahu zpěvního hlasu a vokální nestabilitě. Tyto aspekty lze vyhodnotit a v mezích možností s nimi pracovat prostřednictvím hlasového tréninku u specialisty či specialistky na hlas a komunikaci.

Všechna doporučení v této kapitole byla sestavena na základě důkladného posouzení vědeckých dat, hodnocení přínosů a rizik, postojů a preferencí poskytovatelů a klientů a klientek, využití zdrojů a vyhodnocení proveditelnosti. V některých případech jsou důkazy omezené a/nebo služby nemusí být dostupné nebo vhodné.

Doporučení 14.1.

Specialisté a specialistky na hlasovou terapii a komunikaci by měli posoudit současný a požadovaný hlasový a komunikační výkon u transgender a genderově rozmanitých osob. Pro ty, kdo nejsou spokojeni se svým hlasem a komunikačními dovednostmi, by měl být vypracován vhodný plán intervence, který jim může pomoci dosáhnout požadovaných výsledků.

Specialisté či specialistky na hlas a komunikaci mohou posoudit spokojenost TGR osob s prezentací jejich sociokulturního postavení a identifikace, včetně genderu a dalších faktorů, v rámci jejich komunikace. Přitom zohledňují, že tato identifikace může být proměnlivá. Zároveň berou v úvahu, jak lidé reagují na klienta/klientku a jak to souvisí s jeho/její identitou, přáními a celkovou pohodou. Hodnotí také, jak přirozený je hlas a řeč klienta či klientky a jak dobře funguje hlas a komunikace s ohledem na požadavky, které jsou na hlas kladeny. Toto posouzení může mít různé formy – sebehodnocení, akustické, aerodynamické nebo endoskopické metody, a závisí na konkrétním účelu (Davies a kol., 2015; Leyns a kol., 2021; Oates & Dacakis, 1983). Například laryngeální vizualizace se používá u osob s problémy s hlasem (např. v důsledku napětí svalů) (Palmer a kol., 2011) nebo u těch, kdo mají potíže s hlasem, jež mohou být přímo či nepřímo způsobeny terapií testosteronem nebo chirurgickými zákroky na hrtanu (Azul a kol., 2017).

Specialisté či specialistky by také měli informovat TGR osoby, jež nejsou spokojeny se svým hlasem a komunikací a vyhledají jejich poradenství, o dostupných možnostech podpory. Jednotlivé možnosti jsou představeny včetně potenciálních výsledků a jejich stability, s respektem k TGR osobám a jejich autonomii při rozhodování. Plán intervence musí být individuální, proveditelný a měl by zahrnovat dostupné profesionální služby. Cíle se mohou vyvíjet v průběhu procesu zkoumání možností modifikace hlasu a komunikace a na základě hodnocení spokojenosti s dosaženými změnami a zpřesňování těchto cílů.

Doporučení 14.2

Specialisté a specialistky na hlasovou terapii a komunikaci pracující s transgender a genderově rozmanitými osobami by měli mít speciální kvalifikaci k rozvoji odbornosti v podpoře hlasových

funkcí, komunikace a pohody této populace.

Kvalifikace a licence umožňující specialistům a specialistkám na hlas a komunikaci poskytovat služby v oblasti logopedie, řečové terapie, výuky zpěvu a hlasové terapie se v různých zemích liší, ale většinou nezahrnují specifická kritéria pro práci s konkrétní populací, včetně TGR osob. Standardní vzdělávací programy pro tyto profese často nezahrnují specifický nebo dostatečný výcvik pro práci s TGR populací (Jakomin a kol., 2020; Matthews a kol., 2020). Základem jsou obecné znalosti a dovednosti týkající se hlasového aparátku a mezilidské komunikace, ale ty samy o sobě nestačí pro poskytování kulturně informované, na osobu zaměřené péče, která je efektivní, inkluzivní a dostupná pro TGR osoby (Hancock, 2017; Russell & Abrams, 2019).

Je nutné, aby odborníci a odbornice v této oblasti získali komplexní vzdělání, na základě něhož budou rozvíjet sebeuvědomění, kulturní senzitivitu a empatii. To jim umožní respektovat a vnímat genderovou rozmanitost a další aspekty identity, které mohou nabývat různých forem a vyžadovat různé typy podpory (Azul, 2015; Azul a kol., 2022). Ve veškeré komunikaci, včetně lékařských záznamů, zpráv a e-mailů, je třeba uvést preferované jméno, formu oslovení, záznamy o genderu a rod klientů či klientek. Vzdělání by mělo rovněž zahrnovat osvětu ohledně vytvoření prostředí vhodného pro hlasový trénink, nastavení klinické a administrativní praxe vstřícné a bezpečné pro TGR osoby a zajištění respektujícího přístupu ze strany týmu pro podporu hlasu a komunikace.

Specialisté a specialistky, kteří poskytují služby TGR osobám, musí mít expertizu z hlediska vhodných principů intervence, jejich mechanismů a efektivity, kompetence v tréninku a modelování hlasu a komunikace a základní porozumění zdraví transgender osob, včetně hormonálních a chirurgických procedur a specifických psychosociálních faktorů. Vzdělání by mělo zahrnovat i metody a techniky vyvinuté TGR osobami, které se ukázaly být efektivní, a ideálně by měly být prezentovány TGR osobami s vlastní zkušeností v rámci hlasové terapie a komunikace.

Doporučení 14.3.

Odborníci a odbornice, kteří pracují s transgender a genderově rozmanitými osobami nespokojenými se svým hlasem nebo stylem komunikace, by měli zvážit reference na specialisty na hlasovou terapii a komunikaci pro podporu, posouzení a vedení v oblasti hlasové terapie.

Specialisté a specialistky na hlas a komunikaci mají ideální předpoklady poskytovat informace a poradenství TGR osobám, které nejsou spokojeny se svým hlasem nebo komunikací. Existují důkazy, že taková podpora může vést ke zvýšení spokojenosti klientů a klientek s hlasem a komunikací, což může snížit genderovou dysforii a díky komunikaci zlepšit kvalitu života (Azul, 2016; Block, 2017; Deuster, Di Vincenzo a kol., 2016; Hancock, 2017; Hancock a kol., 2011; Hardy a kol., 2013; Kelly a kol., 2018; McNamara, 2007; McNeill a kol., 2008; Owen & Hancock, 2010; Pasricha a kol., 2008; Söderpalm a kol., 2004; Watt a kol., 2018).

Bylo empiricky prokázáno, že behaviorální podpora hlasu u TGR osob s přiřazeným mužským pohlavím při narození (AMAB) je z hlediska dosažení cílových změn efektivní (Oates, 2019). Před rokem 2020 bylo provedeno sedm studií, které poskytují důkazy o účinnosti hlasového tréninku, i když jsou tyto důkazy považovány za poněkud slabé (Carew a kol., 2007; Dacakis, 2000; Gelfer & Tice, 2013; Hancock a kol., 2011; Hancock & Garabedian, 2013; McNeill a kol., 2008; Mészáros a kol., 2005). Metody hlasového tréninku byly v těchto studiích podobné a ukázaly, že trénink hlasu může být efektivní ve smyslu zvýšení průměrné základní frekvence (průměrného tónu hlasu), průměrného frekvenčního rozsahu (rozsahu tónů), spokojenosti s hlasem, lepšího sebepojetí a vnímání hlasu ze strany okolí jako ženského, kvality života související s hlasovým projevem a většího zapojení do společenského a pracovního života. Tyto výzkumy však mají několik omezení, včetně nedostatku randomizovaných kontrolovaných studií, malých vzorků účastnic, nedostatečného dlouhodobého sledování a nedostatku kontroly rušivých proměnných. V roce 2021 dospěl systematický přehled o efektech behaviorálního tréninku řeči u AMAB osob k podobným závěrům (Leyns a kol., 2021).

Donedávna nebyl k dispozici téměř žádný výzkum zkoumající efektivitu hlasového tréninku u TGR osob s přiřazeným ženským pohlavím při narození (AFAB). Jedna případová studie (Buckley a kol., 2020) a jedna nekontrolovaná prospektivní studie skupinového hlasového tréninku (Mills a kol., 2019) však přináší určité slibné, i když slabé důkazy o jeho účinnosti.

Doporučení 14.4.

U transgender a genderově rozmanitých osob, které zvažují operaci hlasivek, by odbornice a odborníci v oblasti zdraví měli zvážit reference na specialisty a specialistky na hlasovou terapii a komunikaci zajišťující péči před nebo po operaci.

Toto doporučení nevyžaduje, aby TGR osoby absolvovaly předoperační hlasový trénink, ale měly

by jim být nabídnuty veškeré dostupné formy podpory včetně individuálního poradenství, které je zásadní pro individuálně zaměřenou péči. Doporučujeme, aby rozhodnutí TGR osoby proběhlo na základě důkladného individuálního poradenství, které bude zahrnovat posouzení hlasu, zkušební hlasový trénink a diskusi o očekávaných přínosech a rizicích operace se specialistou na hlas a komunikaci.

U většiny typů operací hrtanu se doporučuje trénink hlasu jak před operací, aby bylo hlasové ústrojí adekvátně připraveno na chirurgický zákrok, tak i po operaci, aby bylo zajištěno obnovení funkční produkce hlasu (Branski a kol., 2006; Park a kol., 2021). Konkrétně u operací zvyšujících tón hlasu se doporučuje zkušební trénink hlasu i proto, že některé aspekty se mohou díky tomuto tréninku, ale ne v důsledku samotné operace, zlepšit (např. faktory týkající se intonace a přirozenosti, jako je maximální tón f_0 v rozsahu řeči; Kelly a kol., 2018).

Počet a kvalita studií hodnotících operace snižující tón hlasu jsou momentálně nedostatečné, zejména pokud jde o srovnání výsledků s a bez dalších intervencí, jako je testosteron (Bultynck a kol., 2020). Naopak, existuje více technik a studií o operacích zvyšujících tón hlasu, ale kvalita důkazů je stále nízká. Výsledky z chirurgických zákroků zvyšujících tón hlasu byly porovnány s výsledky bez operace (Anderson, 2007, 2014; Brown a kol., 2000; Geneid a kol., 2015; Gross, 1999; Kim, 2017; Kocak a kol., 2010; Kunachak a kol., 2000; Matai a kol., 2003; Meister a kol., 2017; Neumann & Welzel, 2004; Orloff a kol., 2006; Pickuth a kol., 2000; Remacle a kol., 2011; Thomas & Macmillan, 2013; Tschan a kol., 2016; Van Borsel a kol., 2008; Yang a kol., 2002), s jinými chirurgickými technikami (Mora, 2018), s tréninkem hlasu samotným (Kanagalingam, 2005; Mastronikolis, 2013; Wagner, 2003) a s kombinací operací a tréninku hlasu (Casado, 2017; Kelly a kol., 2018).

V 11 studiích, které uváděly, zda zúčastnění absolvovali hlasový trénink před operací, měla většina osob s tréninkem zkušenosti, ale nebyly zcela spokojeny a vyhledaly chirurgický zákrok. Většina studií tedy odráží kombinovaný efekt tréninku hlasu a chirurgické intervence. Nejsou známy faktory, jež by předpovídaly, kteří klienti či klientky se po tréninku rozhodnou pro operaci.

Doporučení 14.5.

Odborníci a odbornice v oblasti transgender zdraví by měli informovat transgender a genderově rozmanité osoby zahajující terapii testosteronem o potenciálních a variabilních účincích této terapie na hlas a komunikaci.

Výzkum účinků androgenní terapie na hlas a komunikaci TGR osob poukazuje na různorodé a nepředvídatelné účinky těchto intervencí u jednotlivých klientů. Ačkoli některé studie odhalily, že změny v hlasu odpovídají očekáváním a přáním TGR osob, existují kvalitní důkazy, že TGR osoby nejsou vždy spokojeny s hlasovými efekty testosteronové terapie. Mnozí z nich se potýkají s obtížemi, jako je nedostatečné snížení tónu hlasu, zhoršená kvalita hlasu, hlasitost, výdrž hlasu, rozsah tónů a flexibilita (Azul, 2015, 2016, 2017, 2018; Cosyns a kol., 2014; Nygren a kol., 2016; Ziegler a kol., 2018). Nedávná metaanalýza 19 studií odhadla, že 21% účastníků nedosáhlo normativních frekvencí cisgender mužů, 21% hlásilo neúplnou shodu hlasu s genderovou identitou a problémy s hlasem a 16% nebylo se svým hlasem úplně spokojeno (Ziegler, 2018).

Pro osoby, které si přejí terapii androgeny, je klíčové individuální poradenství před zahájením léčby, které jim pomůže získat realistická očekávání ohledně efektu hormonální terapie na hlas a komunikaci. TGR osoby, které nemají přístup k testosteronové terapii nebo si nepřejí ji podstupovat, ale chtějí svůj hlas změnit, a také ti, kdo jsou nespokojeni s výsledky terapie testosteronem, může specialista či specialistka na hlas a komunikaci informovat o alternativních a doplňkových možnostech péče, jako je behaviorální trénink hlasu a komunikace nebo operace snižující tón hlasu.

KAPITOLA 15 Primární péče

Primární péče představuje nejširší lékařský obor a je definována jako „poskytování integrovaných a dostupných zdravotních služeb odborníky či odbornicemi, kteří jsou zodpovědní za řešení většiny potřeb v oblasti zdraví, budování trvalého profesionálního vztahu s klienty a klientkami a praxe v kontextu rodiny a společnosti“ (Institute of Medicine, 1996).

Poskytovatelé primární péče (PPP) zahrnují širokou škálu zdravotnických pracovníků/pracovnic, jako jsou všeobecní a rodinní lékaři a lékařky, praktické sestry, sestry s pokročilou ošetřovatelskou praxí, lékařské asociace/asistenti/asistentky a internisté či internistky. PPP mají expertizu v rozličných oborech a různé specializace. Vzhledem k povaze jejich specializace se rozsah praxe liší, a ne všichni poskytovatelé péče mohou být vyškoleni nebo kvalifikováni k poskytování celé škály výkonů v rámci zdravotní péče o transgender osoby, např. v rámci duševního zdraví, péče o oblast genitálií/pánevní oblast nebo pooperační péče po genderově afirmativních zákrocích. Lékaři a lékařky či další poskytovatelé péče získají jen velmi málo informací o zdraví TGR osob v rámci vzdělávání (Dubin a kol., 2018), většinu dovedností tak získávají přímo z praxe, a to buď neformální cestou nebo prostřednictvím časově omezených kurzů v rámci dalšího vzdělávání (viz také Kapitola 4 – Vzdělávání). Je-li však možné poskytovat podobný typ péče cisgender klientům a klientkám, lze rozvíjet kompetence rovněž v péči o TGR osoby. Níže uvedené kompetence by měly být chápány v rámci certifikovaného rozsahu poskytovatelské praxe. Všichni PPP by nicméně měli být schopni poskytnout komplexní zdravotní péči o TGR klienty a klientky buď v rámci vlastní praxe, nebo by měli být schopni vhodně odkázat na jiné specialisty či specialistky včetně těch, kteří provedou posouzení a zajistí případné intervence. Neexistují důkazy o tom, že kompetence v péči o TGR osoby lze dosáhnout pouze prostřednictvím formálního vzdělávání. Prostřednictvím specificky zmíněných a doporučených kompetencí však PPP a TGR osoby v různých prostředích mohou sdílet standardní předpoklady ohledně znalostí, dovedností a kulturních kompetencí potřebných pro péči o TGR osoby.

Vzhledem ke specifickým obtížím, kterým čelí TGR osoby v oblasti lékařské péče, chirurgických služeb a sociálních interakcí, je nutné, aby poskytovatelé primární péče získali speciální dovednosti pro péči o tyto osoby, jež se liší od obecných očekávání ohledně služeb primární péče, kteří se jinak starají o rozmanité populace včetně etnických, rasových nebo sexuálních menšin. Profesní organizace z různých oborů vydaly prohlášení a pokyny specificky zaměřené na péči o TGR osoby (Americká akademie porodníků a gynekologů, 2021; Italská společnost pro gender, identitu a zdraví (SIGIS), Italská společnost andrologie a sexuální medicíny (SIAMS), Italská endokrinologická společnost (SIE), 2021; Polská sexologická společnost, 2021; Jihoafrická klinická společnost pro boj s HIV, 2021). Wylie a kol. (2016) uvádějí, že obecně by se na zdraví a pohodu transgender osob mělo dbát v rámci primární péče, ve stejné kvalitě služeb nabízených cisgender osobám v oblasti fyzického, duševního a sexuálního zdraví. Specifická péče v rámci genderové tranzice je možná také v případě primární péče. Existuje řada příkladů služeb, které jsou poskytovány bezpečně a efektivně mimo specializovanou péči ve městech, jako je Toronto a Vancouver v Kanadě, New York a Boston v USA a Sydney v Austrálii (Radix & Eisfeld, 2014; Reisner, Radix a kol, 2016; Spanos a kol., 2021).

Hormonální terapie

Zda hormonální terapii předepisuje specializované pracoviště, jako je endokrinologie, nebo poskytovatelé primární péče, často závisí na dostupnosti informovaných a podpůrných poskytovatelů a na faktorech specifických pro danou zemi, jako jsou zdravotnické předpisy a financování zdravotních služeb (viz prohlášení o lékařské nezbytnosti v Kapitole 2 – Globální uplatnění, Doporučení 2.1). V mnoha částech světa jsou specializované služby pro TGR osoby částečně nebo zcela nedostupné, což zvyšuje potřebu školení všech poskytovatelů zdravotní péče v poskytování genderově afirmativní péče. V některých zemích mohou být poskytovatelé primární péče povinni odkázat TGR klienty na specializované služby (např. genderové kliniky), což může vést k nepřijatelným prodlevám v přístupu k genderově afirmativní hormonální terapii (Royal College of General Practitioners, 2019).

Hormonální terapie zahrnuje různé intervence, jako je potlačení puberty, zahájení nebo další poskytování hormonální terapie. Díky odpovídajícímu školení mohou většinu péče v rámci genderově afirmativní hormonální terapie zvládnout poskytovatelé primární péče. Bez ohledu na to, zda jsou primárními poskytovateli hormonů, měli by všichni poskytovatelé primární péče být obeznámeni s léky, doporučeným sledováním a potenciálními vedlejšími účinky spojenými s genderově afirmativní hormonální terapií (viz Kapitola 12 – Hormonální terapie). Měli by být také schopni vhodně odkázat na příslušné poskytovatele různých služeb souvisejících s tranzicí, které sami neposkytují.

15.1. Doporučujeme vyžádat si od transgender a genderově rozmanitých osob podrobnou lékařskou anamnézu zahrnující historii, aktuálně podávané hormonální přípravky, operace gonád a přítomnost typických kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních rizikových faktorů s cílem pravidelného posouzení kardiovaskulárního rizika dle zavedených a místně platných předpisů.
15.2. Doporučujeme posoudit kardiovaskulární zdraví transgender a genderově rozmanitých osob a pracovat na jeho udržení díky monitoringu rizikových faktorů dle individuálních potřeb a metod pro podporu zdraví kardiovaskulárního/cerebrovaskulárního systému.
15.3. Je nezbytné uzpůsobit indikátory rizik rozdělené dle pohlaví a používané pro posouzení zdravotního stavu potřebám transgender a genderově rozmanitých osob, s přihlédnutím k délce užívání hormonů, dávkování, hladinám hormonů v séru, aktuálnímu věku a věku, kdy byla zahájena hormonální terapie.
15.4. Doporučujeme diskutovat s transgender a genderově rozmanitými osobami o užívání tabáku a abstinenci od tabáku/nikotinu před genderově afirmativními zákroky.
15.5. Doporučujeme s transgender a genderově rozmanitými osobami hovořit o psychologických a sociálních aspektech stárnutí a pomáhat jim je zvládat.
15.6. Je třeba dodržovat lokálně platné pokyny pro screening karcinomu prsu týkající se cisgender žen také při péči o transgender a genderově rozmanité osoby, kterým byly aplikovány estrogenní hormony, s přihlédnutím k délce užívání hormonů, dávkování, aktuálnímu věku a věku, kdy byla hormonální terapie zahájena.
15.7. Je třeba dodržovat místní nařízení pro screening karcinomu prsu u cisgender žen i při péči o transgender a genderově rozmanité osoby s prsy vyvinutými v pubertě, které nepodstoupily genderově afirmativní operaci hrudníku.
15.8. Je třeba dodržovat stejné místní předpisy pro screening (včetně doporučení neprovádět screening) pro cisgender ženy se středním a zvýšeným rizikem vzniku rakoviny vaječníků nebo endometria při péči o transgender a genderově rozmanité osoby, které mají stejná rizika.
15.9. Nedoporučujeme provádět rutinní adnexektomii nebo hysterektomii výhradně za účelem prevence karcinomu ovarií, vejcovodů nebo dělohy u transgender a genderově rozmanitých osob podstupujících terapii testosteronem, u kterých existuje průměrné riziko malignity.
15.10. Doporučujeme navrhnout pravidelný screening rakoviny děložního čípku u transgender a genderově rozmanitých osob, které mají nebo měly děložní čípek, a to na základě platných nařízení pro cisgender ženy.
15.11. Je vhodné informovat transgender a genderově rozmanité osoby, že užívání antiretrovirových léků nepředstavuje kontraindikaci k genderově afirmativní hormonální terapii.
15.12. Doporučujeme si od transgender a genderově rozmanitých osob vyžádat anamnézu zahrnující předchozí a současnou hormonální terapii, operace gonád, stejně jako přítomnost typických rizikových faktorů osteoporózy, na základě které bude možné posoudit optimální věk a nutnost osteoporotického screeningu.
15.13. Doporučujeme hovořit s transgender a genderově rozmanitými osobami o zdraví kostí, včetně potřeby aktivních zátěžových cvičení, zdravé stravy, doplňování vápníku a vitamínu D.
15.14. Doporučujeme poskytnout transgender a genderově rozmanitým osobám odkazy na služby pro depilaci obličeje, těla a genitálií za účelem genderové afirmace nebo coby součást předoperačního přípravného procesu.

Na základě argumentů v této kapitole může genderově afirmativní hormonální přípravky předepisovat poskytovatel primární péče nebo jiná nespecializovaná pracoviště – „Vzhledem k překážkám v přístupu ke zdravotní péči a významu genderově afirmativní hormonální terapie pro tuto populaci je nezbytné, aby poskytovatelé primární péče byli schopni a ochotni poskytovat tuto terapii TGR klientům.“ (Shires, 2017).

Poskytovatelé primární péče mají v rámci své praxe pokrývat širokou škálu obtíží a potřeb, včetně těch, s nimiž mají omezené nebo s nimiž nemají žádné předchozí zkušenosti. Tyto situace často vyžadují přístup k běžně využívaným a snadno dostupným zdrojům informací, jako jsou pokyny profesních společností nebo přístup k online databázím. Doporučuje se, aby poskytovatelé primární péče zaujali podobný přístup při poskytování základní genderově afirmativní hormonální péče na základě Standardů péče a dalších snadno dostupných zdrojů (Cheung a kol., 2019; Hembree a kol., 2017; Oliphant a kol., 2018; T’Sjoen a kol., 2020). Je třeba poznamenat, že většina běžně používaných léků v genderově afirmativním režimu je známa z každodenní praxe v primární péči. Tyto přípravky zahrnují např. testosteron, estradiol, progesteron a další gestageny a spironolakton.

Duševní zdraví

Poskytovatelé primární péče by měli být schopni a ochotni vyhodnotit a zajistit podporu duševního zdraví TGR osob a poskytovat jim genderově afirmativní hormonální terapii, která může zmírnit genderovou dysforii a podpořit genderové vyjádření. Měli by si být vědomi alespoň těchto potřeb a v případě potřeby se obrátit na specializovanou podporu.

Preventivní péče

Všeobecní lékaři a lékařky jsou vyškoleni v poskytování komplexní prevence zhoubných onemocnění v rámci běžné primární péče. Pokyny pro prevenci malignit se liší v závislosti na národních předpisech a dostupnosti screeningových metod. Dosud provedený výzkum dlouhodobého dopadu genderově afirmativní hormonální terapie na riziko malignit je omezený (Blondeel a kol., 2016; Braun a kol., 2017) a nedostatečné jsou i důkazy o prevalenci karcinomu prsu nebo reprodukčních orgánů v TGR populaci (Joint a kol., 2018). Screening by však měl probíhat podle místních předpisů, které lze uzpůsobit v závislosti na aplikaci hormonální terapie a chirurgických zákrocích. Poskytovatelé by měli za účelem adekvátního screeningu udržovat aktualizované záznamy o tom, které orgány jsou u klientů a klientek TGR přítomny.

Tento seznam orgánů by měl být aktualizován na základě chirurgické historie nebo jakéhokoli vývoje, jež nastal v důsledku užívání genderově afirmativních hormonů. Ne všichni praktičtí lékaři a lékařky poskytují doživotní péči. Pokud mají navíc v běžné péči cisgender děti, dospívající nebo starší osoby, měli by rozvíjet kompetence i v péči o transgender osoby v těchto věkových skupinách. Pokud tyto kompetence nemají, měli by být schopni odkázat na jiné poskytovatele péče, kteří se této populaci věnují.

Všechna doporučení v této kapitole jsou založena na důkladném posouzení vědeckých dat, přínosů a rizik, hodnot a preferencí poskytovatelů a klientů a klientek a zohlednění dostupnosti zdrojů a vyhodnocení proveditelnosti. V některých případech mohou být důkazy omezené nebo služby nedostupné či nežádoucí.

Doporučení 15.1

Doporučujeme vyžádat si od transgender a genderově rozmanitých osob podrobnou lékařskou anamnézu zahrnující historii, aktuálně podávané hormonální přípravky, operace gonád a přítomnost typických kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních rizikových faktorů s cílem pravidelného posouzení kardiovaskulárního rizika dle zavedených a místně platných nařízení. Další podrobnosti viz Doporučení 15.3.

Doporučení 15.2

Doporučujeme posoudit kardiovaskulární zdraví transgender a genderově rozmanitých osob a pracovat na jeho udržení díky monitoringu rizikových faktorů dle individuálních potřeb a metod pro podporu zdraví kardiovaskulárního/cerebrovaskulárního systému. Další podrobnosti viz Doporučení 15.3.

Doporučení 15.3

Je nezbytné uzpůsobit indikátory rizik založené na pohlaví a používané pro posouzení zdravotního stavu potřebám transgender a genderově rozmanitých osob, s přihlédnutím k délce užívání hormonů, dávkování, hladinám hormonů v séru, aktuálnímu věku a věku, kdy byla zahájena hormonální terapie.

Kardiovaskulární onemocnění (CVD) a mrtvice jsou celosvětově hlavní příčinou úmrtnosti (WHO, 2018). U rasových, etnických a sexuálních menšin byly v různých prostředích prokázány významné rozdíly ve výskytu CVD, jejich rizikových faktorech a účinnosti léčebných procedur. Strukturální faktory, jako je přístup k péči, socioekonomický status a alostatické zatížení způsobené menšinovým stresem k těmto rozdílům dále přispívají (Flentje a kol., 2020; Havranek a kol., 2015; Streed a kol., 2021). TGR osoby často zažívají podobné sociální, ekonomické a diskriminační podmínky jako jiné menšiny, u nichž víme o zvýšeném riziku kardiovaskulárních onemocnění (Carpenter a kol., 2020; James a kol., 2016; Reisner, Radix a kol., 2016). TGR osoby, které jsou současně příslušníky rasové, etnické a sexuální menšiny, zažívají zvýšený dopad stresu plynoucího z této intersekcionální zátěže. Přístup k genderově afirmativní péči, včetně hormonální terapie, může zmírnit riziko CVD díky zlepšení kvality života a zmírnění genderové dysforie a nesouladu (Defreyne a kol., 2019; Martinez a kol., 2018). Poskytovatelé primární péče mohou zlepšit zdraví TGR osob prostřednictvím screeningu a prevence CVD a souvisejících rizikových faktorů, jako je kouření, diabetes, vysoký krevní tlak, dyslipidémie a obezita.

Několik málo výzkumů zaměřených na výskyt CVD, mrtvice nebo rizika CVD u TGR osob provedených převážně v USA poukazuje na zvýšené riziko CVD, včetně vysoké míry nediagnostikovaných a neléčených rizikových faktorů a nedostatečné kardiovaskulární prevence ve srovnání s cisgender populací (Denby a kol., 2021; Malhotra a kol., 2022; Nokoff a kol., 2018). Jedna populační studie vykázala u TGR osob větší pravděpodobnost diskriminace, psychického stresu a nepříznivých zkušeností z dětství, které byly spojeny s vyšší pravděpodobností kardiovaskulárního onemocnění (Poteat a kol., 2021).

Americké studie vycházející z dat systému nazvaného Behavioral Risk Factor Surveillance System

zjistily jak u transgender mužů, tak u transgender žen vyšší výskyt infarktu myokardu, mrtvice nebo CVD ve srovnání s cisgender muži a ženami. Výsledky se liší v závislosti na dalších proměnných, včetně rasy, výše příjmu nebo rizikových kardiovaskulárních faktorů (Alzahrani a kol., 2019; Caceres a kol., 2020; Nokoff a kol., 2018). Osoby s nebinární identitou mají také vyšší pravděpodobnost CVD (Downing & Przedworski, 2018). Tato data jsou omezena vzhledem k tomu, že studie nezahrnovaly informace o užívání hormonů a spoléhaly se na subjektivně uváděnou zdravotní historii. V USA se mohou u TGR osob, které mají zájem o genderově afirmativní hormonální terapii, do vyšší míry vyskytovat nediagnostikované a neléčené rizikové faktory CVD ve srovnání s cisgender populací (Denby a kol., 2021), tyto závěry však nelze globálně zevšeobecnit.

Rozsáhlá případová kontrolní studie z několika amerických center z roku 2018, která porovnávala transgender osoby s cisgender osobami v poměru 10:1, neodhalila statisticky významný rozdíl v míře výskytu infarktu myokardu nebo mrtvice mezi transgender ženami a cisgender muži, ani nezjistila rozdíl v míře výskytu MI, mrtvice nebo žilní tromboembolie (VTE) mezi transgender muži a cisgender muži nebo ženami. U transgender žen bylo zjištěno statisticky významné zvýšené riziko VTE 1,9 ve srovnání s cisgender muži. Konkrétně subkohorta transgender žen, které začaly s genderově afirmativní hormonální terapií během šestiletého studijního období, měla zvýšené riziko mrtvice. Zvýšení míry VTE u celkové kohorty transgender žen a míry mrtvice u subkohorty začínající s genderově afirmativní hormonální terapií bylo zaznamenáno s tím, že se tyto případy vyskytly u jedné ze 71–123 z nich (Getahun a kol., 2018). Další studie ukazují, že u transgender mužů podstupujících testosteronovou terapii nedošlo ke zvýšení výskytu kardiovaskulárních událostí nebo mrtvice. Tyto studie jsou však omezené vzhledem k malým zkoumaným vzorkům, relativně krátké době následného sledování a mladšímu věku vybrané populace (Martinez a kol., 2020; Nota a kol., 2019).

Studie z Evropy a USA ukazují, že transgender ženy, které mají přístup k feminizující genderově afirmativní hormonální terapii, mají vyšší riziko CVD, mrtvice nebo obojího ve srovnání s cisgender ženami a v některých případech i cisgender muži (Getahun a kol., 2018; Nota a kol., 2019; Wierckx a kol., 2013). Řada těchto studií však má významné limity, jako je rozdílné pojetí rizikových faktorů CVD, malé vzorky – zvláště zahrnující starší transgender ženy – a různá doba trvání a typy genderově afirmativní hormonální terapie (Connelly a kol., 2019; Defreyne a kol., 2019, Martinez a kol., 2020). Přestože zvýšené riziko bylo malé, většina transgender žen, u kterých se vyskytly kardiovaskulární události nebo mrtvice, byla starší 50 let a byl u nich přítomen jeden nebo více rizikových faktorů vzniku CVD a aplikovány různé hormonální režimy včetně ethinylestradiolu, syntetického estrogenu s výrazně zvýšeným rizikem trombózy, který se v rámci feminizujících režimů nedoporučuje (Gooren a kol., 2014; Martinez a kol., 2020). Současné omezené důkazy naznačují, že estrogenová genderově afirmativní hormonální terapie je spojena se zvýšeným rizikem infarktu myokardu a mrtvice, ale není jasné, zda je toto malé riziko výsledkem této terapie nebo předchozího rizika vzniku CVD. Neexistují žádné studie, které by řešily konkrétně CVD a související stavy u nebinárních osob, osob užívajících subfyziologické dávky genderově afirmativních hormonů nebo u dospělých, u kterých byla dříve potlačována puberta.

Poskytovatelé primární péče mohou nejúčinněji zmírnit riziko kardiovaskulárních onemocnění (CVD) během genderově afirmativní hormonální terapie tím, že posoudí TGR osoby s ohledem na vznik CVD a modifikovatelné rizikové faktory pro vznik CVD, jako jsou diabates, arteriální hypertenze, hypercholesterolémie, obezita a kouření. Měli by také řešit vliv menšinového stresu na kardiovaskulární rizika (Streed a kol., 2021). Poskytovatelé primární péče také mohou pomoci zmírnit dopady na kardiovaskulární zdraví u transgender osob včasnou diagnostikou a léčbou rizikových faktorů a přizpůsobit jejich řešení za účelem podpory průběžné genderově afirmativní péče.

Doporučení pro posouzení rizik se liší v závislosti na národním nebo mezinárodním kontextu a vědecké afiliaci tvůrců těchto doporučení. Doporučení pro prevenci CVD se rovněž liší co do frekvence a způsobu vyhodnocení rizik u zdravých dospělých do 40 let (Arnett a kol., 2019; Piepoli a kol., 2020; Précoma a kol., 2019; Streed a kol., 2021; WHO, 2007). Po 40. roce věku, kdy riziko CVD vzrůstá, je doporučeno posouzení rizik pomocí výpočtu desetiletého celkového rizika CVD na základě predikčních rovnic na velkých vzorcích populace. Příklady schémat pro výpočet míry rizika zahrnují SCORE (doporučené Evropskými směrnicemi pro prevenci CVD), Pooled Cohort Studies Equations (2013 AHA ACC Směrnice pro hodnocení rizika CVD), Framinghamské rovnice a Tabulky pro predikci rizik Světové zdravotnické organizace (WHO). Tabulky WHO byly vytvořeny na základě informací z jednotlivých subregionů WHO. V mnoha oblastech s omezenými zdroji nejsou k dispozici zařízení pro měření cholesterolu nebo hladiny glukózy v séru a jsou dostupné alternativní predikční grafy bez těchto měření.

Všechna současná schémata pro výpočet rizika

CVD jsou genderově specifická a zahrnují pohlaví jako významnou rizikovou proměnnou. Aktuálně nejsou pro úpravu těchto predikčních rovnic k dispozici dostatečná data o intervencích, jež by dopomohly k předcházení kardiovaskulárních rizik v průběhu života TGR osob, které podstoupily lékařské procedury a chirurgické zákroky. Je však jasné, že jak pohlaví přiřazené při narození, tak medicínská tranzice mohou ovlivnit parametry používané k výpočtu kardiovaskulárních rizik (Connelly a kol., 2019; Defreyne a kol., 2019; Maraka a kol., 2017; Martinez a kol., 2020). Poskytovatelé mohou využít schémata pro výpočet kardiovaskulárních rizik u TGR osob různými způsoby, např. s ohledem na pohlaví přiřazené při narození, potvrzený gender nebo vážený průměr obou s ohledem na celkovou dobu expozice vůči genderově afirmativní hormonální terapii. Navzdory absenci dat je u transgender dospělých, kteří zahájili genderově afirmativní hormonální terapii v době puberty pravděpodobně nejvhodnější provést výpočet s ohledem na potvrzený gender. Klienti a klientky s historií submaximálního užívání genderově afirmativní hormonální terapie nebo dlouhodobého období po gonadektomii bez hormonální substituce do zhruba 50 let věku mohou vyžadovat ještě citlivější přístup. Poskytovatelé by měli být obeznámeni s charakteristikami a limity používaných nástrojů pro výpočet rizik a měli by zapojit do společného rozhodování ohledně těchto konkrétních faktorů i klienty.

Aktuálně neexistují studie porovnávající výskyt dyslipidémie mezi transgender a cisgender osobami s ohledem na užívání hormonů. Data z jiných populací ukazují, že psychosociální stres v dětství a dospělosti může způsobit nadváhu a abnormality v metabolismu lipidů. Genderově afirmativní hormonální terapie, ať už založená na testosteronu nebo estrogenu, ovlivňuje metabolismus lipidů, ale důkazy jsou kvůli různorodosti hormonálních režimů a dalších proměnných omezené (Connelly a kol., 2019; Defreyne a kol., 2019; Deutsch, Glidden a kol., 2015; Maraka a kol., 2017; Martinez a kol., 2020). Estrogen obvykle zvyšuje hladinu cholesterolu HDL a triglyceridů s proměnlivými účinky na LDL cholesterol, zatímco testosteron proměnlivě ovlivňuje triglyceridy, snižuje HDL cholesterol a zvyšuje LDL cholesterol. Způsob podání také může ovlivnit tyto účinky, zejména u orálně podávaného estrogenu oproti transdermálnímu podání, a jejich vlivu na triglyceridy (Maraka a kol., 2017). Celkově je efekt těchto rozdílů minimální a jejich celkový dopad na kardiovaskulární a centrální nervový systém není jednoznačný. Neexistují studie zkoumající účinky hormonů u TGR osob s již existující dyslipidémií, které začaly s užíváním hormonů po 50. roku věku, ani studie zkoumající účinky u terapie probíhající déle než 2–5 let.

Studie porovnávající výskyt hypertenze ve vzorcích TGR a cisgender osob, které by přihlížely k užívání hormonů, chybí. Data z jiných populací ukazují, že chronický a akutní psychosociální stres, včetně zkušeností s diskriminací, může dopomoci vzniku hypertenze (Din-Dzietham a kol., 2004; Spruill, 2010). V amerických studiích vycházejících z velkého amerického národního zdravotního průzkumu Behavioral Risk Factor Surveillance System nebyly zjištěny žádné rozdíly v prevalenci hlášené hypertenze mezi transgender muži nebo ženami ve srovnání se vzorky cisgender populace (Alzahrani a kol., 2019; Nokoff a kol., 2018).

Studie zaměřené na genderově afirmativní hormonální terapii testosteronem nebo estrogenem prokázaly nejednoznačný efekt na systolický a diastolický krevní tlak. Jedna retrospektivní studie zkoumající účinky estrogenového a testosteronového genderově afirmativního režimu na krevní tlak zjistila mírný pokles systolického tlaku po zahájení estrogenového režimu; u testosteronového režimu bylo zaznamenáno mírné zvýšení (o 4 mmHg) průměrného systolického krevního tlaku při dlouhodobém sledování, ale tento rozdíl byl na hranici statistické významnosti a má omezený klinický význam (Banks a kol., 2021). Systematický přehled dospěl k závěru, že kvůli omezené kvalitě studií neexistují dostatečná data pro definitivní závěry o vlivu genderově afirmativní hormonální terapie na krevní tlak (Connelly a kol., 2021). Spironolakton, často používaný jako blokátor androgenů ve feminizující afirmativní hormonální terapii, je draslík šetřící diuretikum a může zvyšovat hladinu draslíku, když se užívá společně s inhibitory ACE nebo blokátory angiotenzinových receptorů nebo se solnými náhražkami. Neexistují studie, které by zkoumaly účinky hormonů u TGR osob již trpících hypertenzí, které začaly s užíváním hormonů po 50. roce věku, ani studie zkoumající účinky terapie po dobu delší než 2–5 let. TGR osoby, které podstupují genderově afirmativní hormonální terapii, by měly absolvovat další screening nebo monitoring krevního tlaku doporučený u tohoto typu terapie v doporučeních WPATH.

Co se týče výskytu diabetu, data porovnávající prevalenci mezi TGR a cisgender osobami bez ohledu na užívání hormonů jsou omezená. Nedávná kohortová studie STRONG (Islam a kol., 2021) zjistila, že výskyt a incidence diabetu 2. typu je běžnější v trans-femininní skupině ve srovnání s cisgender ženami, ale nikoli s kontrolní skupinou cisgender mužů. U trans-maskulinní skupiny a u TGR osob celkově nebyly po zahájení hormonální terapie pozorovány žádné významné rozdíly v prevalenci nebo

incidenci diabetu 2. typu. Průměrná doba sledování pro obě skupiny však byla 2,8 a 3,1 roku (Islam a kol., 2021). Data z jiných populací, včetně sexuálních menšin, naznačují, že chronický a akutní psychosociální stres může přispívat k rozvoji diabetu 2. typu (Beach a kol., 2018; Kelly & Mubarak, 2015).

Americké studie využívající data ze systému Behavioral Risk Factor Surveillance System nezjistily žádný rozdíl v hlášené prevalenci diabetu mezi transgender muži, transgender ženami a nebinárními osobami v porovnání s cisgender osobami (Alzahrani a kol., 2019; Caceres a kol., 2020; Nokoff a kol., 2018). Některé méně rozsáhlé studie naznačují vyšší prevalenci syndromu polycystických ovarií nebo hyperandrogenismu u transgender mužů (Feldman a kol., 2016), tedy zdravotních problémů spojených s vyšším rizikem inzulinové rezistence a diabetu. Studie genderově afirmativní hormonální terapie testosteronem a estrogenem prokázaly rozličný efekt na váhu, procento tělesného tuku, metabolismus glukózy a inzulinovou rezistenci (Defreyne a kol., 2019), ale většina z nich nezaznamenala zvýšené množství případů prediabetu nebo diabetu (Chan a kol., 2018; Connelly a kol., 2019). Neexistují studie zkoumající vliv hormonů u TGR osob s již rozvinutým diabetem, které by začaly užívat hormony po 50. roku věku, ani studie zkoumající dlouhodobější účinky terapie delší než 2–5 let. Rovněž chybí studie zaměřené specificky na diabetes u dospělých, u kterých byla v minulosti potlačena puberta.

Přestože studie průběžných výsledků ohledně efektů genderově afirmativní hormonální terapie na krevní tlak a lipidy poskytují užitečné informace pro tvorbu hypotéz a studium příčin, měl by se další výzkum soustředit na kardiovaskulární zdraví s důrazem na individuální prediktory, jako je věk, způsob a dávka hormonů a celková doba expozice vůči genderově afirmativní hormonální terapii. Při interpretaci dat je důležité zohlednit, zda kontrolní vzorky zahrnovaly osoby stejného biologického pohlaví nebo zda se jednalo o osoby s totožným genderem.

Doporučení 15.4

Doporučujeme diskutovat s transgender a genderově rozmanitými osobami o užívání tabáku a abstinenci od tabáku/nikotinu před genderově afirmativními zákroky.

Kouření je jedním z hlavních faktorů celosvětově přispívajících ke kardiovaskulárním onemocněním, plicním chorobám a zhoubným onemocněním (WHO, 2020). U TGR osob je prevalence kouření ve srovnání s cisgender lidmi vyšší, což se dále liší napříč genderovým spektrem (Azagba a kol., 2019; Buchting a kol., 2017). Tento trend odpovídá ostatním populacím vystaveným menšinovému stresu (Gordon a kol., 2021). PPP mohou podpořit faktory, které brání kouření, včetně menší míry vystavení diskriminačnímu prostředí na osobní či strukturální rovině, genderově afirmativní identifikace a dostupnosti zdravotního pojištění (Kidd a kol., 2018; Shires & Jaffe, 2016).

Zdravotní rizika spojená s kouřením mají na TGR osoby nepřiměřený dopad, zejména kvůli omezenému přístupu ke kulturně specifickým a cenově dostupným preventivním a léčebným programům pro nemoci související s užíváním tabáku (Shires & Jaffe, 2016). Kouření může dále zvyšovat riziko kardiovaskulárních nemocí a tromboembolických příhod u TGR osob, které užívají feminizující hormonální terapii (Hontscharuk, Alba, Manno a kol., 2021). Kouření také zvyšuje riziko komplikací během chirurgických zákroků, jako jsou komplikace v souvislosti s hojením ran, tvorbou jizev a infekcemi (Yoong a kol., 2020), a tato rizika se zvyšují i u těch, kdo podstupují genderově afirmativní operativní zákroky. Studie u cisgender populace ukazují, že přerušení kouření před operací a nekouření po dobu šesti týdnů po operaci výrazně snižuje míru komplikací (Yoong a kol., 2020).

Existuje pouze málo studií zaměřených na programy pro odvykání určených pro TGR osoby (Berger & Mooney-Somers, 2017). Omezené důkazy však naznačují, že PPP mohou pomoci zefektivnit snahy o odvykání kouření tím, že se budou zabývat dopadem menšinového stresu (Gamarel a kol., 2015) a zahrnou i genderově afirmativní intervence, jako je genderově afirmativní hormonální terapie (Myers & Safer, 2016).

Poskytovatelé zdravotní péče by měli vzít v úvahu významné bariéry, se kterými se lidé uvyklí na nikotin setkávají ve snaze odvyknout kouření. Měla by být nabídnuta substituční nikotinová terapie a/nebo další pomocné prostředky, s důrazem na individuální preference a s vědomím skrytých faktorů v oblasti duševního zdraví, které přispívají k pokračujícímu užívání nikotinu. Rozhodování o přístupu k genderově afirmativní hormonální terapii nebo operacím by mělo vycházet ze zásady lékařské praxe „především neublížit“, a to s ohledem na reálné schopnosti a potřeby jednotlivých klientů a klientek.

Doporučení 15.5

Doporučujeme s transgender a genderově rozmanitými osobami hovořit o psychologických a sociálních aspektech stárnutí a pomáhat jim je zvládat.

Stárnutí přináší v životě TGR osob specifické problémy v rovině sociální i v oblasti fyzického a psychického zdraví. Zdroje týkající se stárnutí u TGR osob a starších transgender lidí jsou sice omezené, řada z těchto osob však zažila stigma, diskriminaci a represe v důsledku své genderové identity (Fabbre & Gaveras, 2020; Witten, 2017). Tyto zkušenosti ovlivňují interakce starších TGR osob se zdravotnickým systémem (Fredriksen-Goldsen a kol., 2014; Kattari & Hasche, 2016; Walker a kol., 2017). Starší transgender lidé často vykazují horší fyzické zdraví než jejich cisgender LGB vrstevníci, a to i při zohlednění sociodemografických faktorů (Fredriksen-Goldsen, 2011; Fredriksen-Goldsen a kol., 2014). Omezený přístup ke kulturně kompetentní péči a důsledky menšinového stresu často vedou k odložení péče, což může zhoršovat chronické stavy spojené se stárnutím (Bakko & Kattari, 2021; Fredriksen-Goldsen a kol., 2014).

Studie o genderově afirmativních lékařských intervencích mezi staršími TGR osobami jsou vzácné, ale naznačují, že starší dospělí zažívají se zahájením medicínské tranzice výrazně lepší kvalitu života, dokonce i ve srovnání s mladšími TGR dospělými (Cai a kol., 2019). Ačkoliv samotný věk není absolutní překážkou pro genderově afirmativní procedury, starší TGR osoby nemusí být obeznámeny s dostupnými sociálními a medicínskými službami, které by jim mohly pomoci naplnit jejich individuální potřeby (Hardacker a kol., 2019; Houlberg, 2019).

Navzdory tomu, že jsou studie o duševním zdraví starších TGR osob omezené, lidé starší 50 let vykazují výrazně vyšší míru depresivních symptomů a stresu ve srovnání se staršími cisgender LGB a heterosexuálními dospělými (Fredriksen-Goldsen, 2011; Fredriksen-Goldsen a kol., 2014). Mezi specifické rizikové faktory u starších TGR osob patří diskriminace na základě genderu a věku, všeobecný stres, skrývání identity, viktimizace a internalizované stigma. Na druhou stranu se sociální podpora a pocit příslušnosti ke komunitě jeví jako ochranné faktory (Fredriksen-Goldsen a kol., 2014; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; White Hughto & Reisner, 2018). PPP mohou u klientů a klientek podpořit duchovní inklinace, sebepřijetí, sebepodporu a aktivní zdravý životní styl, které vedou ke zvýšené odolnosti a úspěšnému stárnutí (McFadden a kol., 2013; Witten, 2014).

Starší TGR lide často čelí sociální izolaci, ztrátě podpůrných sítí a odcizení od blízkých přátel a rodiny (Fredriksen-Goldsen, 2011; Witten, 2017). Největší obavy související se stárnutím u TGR osob se týkají neschopnosti pečovat o sebe a strachu z pobytu v domově pro seniory nebo zařízení s asistovaným bydlením (Henry a kol., 2020). Přestože zařízení pro dlouhodobou péči nabízí potřebnou asistenci, existuje zde riziko fyzického či psychického zneužívání, odepření genderově afirmativní hormonální terapie a rutinní péče, riziko „odhalení" identity a znemožnění žít a oblékat se podle potvrzeného genderu (Auldridge a kol., 2012; Pang a kol., 2019; Porter a kol., 2016). Jako nejpotřebnější služby identifikují starší TGR osoby bydlení pro seniory, dopravu, společenské akce a podpůrné skupiny (Auldridge a kol., 2012; Witten, 2014).

Navzdory překážkám zažívá většina TGR osob úspěšné stárnutí, a to především díky sebepřijetí, pečujícím vztahům a podpoře vlastních potřeb (Fredriksen-Goldsen, 2011; Witten, 2014). Poskytovatelé primární péče by však měli řešit zásadní zdravotní problémy, se kterými se starší TGR osoby potýkají, včetně obtíží v oblasti duševního zdraví, genderově potvrzujících lékařských intervencí, sociální podpory a péče ke konci života/dlouhodobé péče.

Kromě nezávislého dopadu faktorů, jako je menšinový stres a společenské determinanty zdraví v pozdějším věku, chybí data o specifických zdravotních obtížích u transgender osob, které užívají genderově afirmativní hormonální terapii později v životě, osob, které začaly tuto terapii užívat v mladším věku, a těch, kdo v ní chtějí pokračovat nebo s ní začít až v šedesáti, sedmdesáti, osmdesáti letech či později. S narůstajícím počtem transgender osob, které začínají s hormonální terapií v mladším věku, včetně těch, kteří začínají v období puberty, je stále důležitější zkoumat dopad desítky let probíhající terapie na dlouhodobé zdraví.

Doporučení 15.6

Je třeba dodržovat lokálně platné pokyny pro screening karcinomu prsu týkající se cisgender žen také při péči o transgender a genderově rozmanité osoby, kterým byly aplikovány estrogenní hormony, s přihlédnutím k délce užívání hormonů, dávkování, aktuálnímu věku a věku, kdy byla hormonální terapie zahájena.

U TGR osob podstupujících estrogenovou hormonální terapii se vyvinou prsa, tyto osoby by tedy měly být zahrnuty do screeningu karcinomu prsu. Exogenní estrogen může být jedním z faktorů přispívajících

k riziku karcinomu prsu. Byly publikovány dvě kohortové studie hodnotící prevalenci karcinomu prsu u transgender žen v Nizozemsku (Gooren a kol., 2013) a v USA (Brown & Jones, 2015). Obě studie byly retrospektivní a měly významná metodická omezení. Doporučení týkající se screeningu jsou založena na odborném konsensu a mají slabou důkazní oporu.

V obou případech byly použity retrospektivní kohorty klinických vzorků, sledovaným parametrem byla diagnóza karcinomu prsu, přičemž byla pro srovnání sledována kontrolní skupina cisgender žen. Žádná studie však nezahrnovala prospektivní screening karcinomu prsu a obě studie měly významné metodické limity. Byla publikována řada směrnic (Deutsch, 2016a), které doporučují kombinaci „věku a doby vystavení působení estrogenu" coby determinantu potřeby zahájení screeningu.

Variace BRCA1 a BRCA2 jsou spojeny se zvýšeným rizikem karcinomu prsu, není však jasné, jakou roli hrají v tomto zvýšeném riziku pohlavní hormony (Rebbeck a kol., 2005). Není známo, do jaké míry může estrogenová terapie u TGR osob toto riziko zvyšovat. Klienti s variací BRCA1 by měli být informováni o neznámých faktorech a měli by se účastnit rozhodování na základě informovaného souhlasu a s přihlédnutím k řadě benefitů, které genderově afirmativní terapie přináší.

Je důležité vzít v potaz fakt, že prsní tkáň u transgender žen může být na mamografu hustší, což může komplikovat interpretaci výsledků mamografického vyšetření. Vyšetření mohou rovněž komplikovat v minulosti aplikované injekce do prsou a výplně jako silikon a prsní implantáty, je tedy třeba použít speciální metody vyšetření (Sonnenblick a kol., 2018). U osob, u kterých byly do prsou injekčně aplikovány částice jako silikon nebo jiné výplně, se mohou vyvíjet komplikace (např. sklerotizující lipogranulom), které při mamografickém nebo ultrazvukovém vyšetření překryjí běžnou tkáň.

Doporučení 15.7

Je třeba dodržovat místní nařízení pro screening karcinomu prsu u cisgender žen i při péči o transgender a genderově rozmanité osoby s prsy vyvinutými v pubertě, které nepodstoupily genderově afirmativní operaci hrudníku.

U TGR osob s přiřazeným ženským pohlavím při narození, u kterých se vyvinula prsa, existují teoretické obavy, zda nemůže být přímá expozice vůči testosteronu a estrogenu vzniklého z testosteronu rizikovým faktorem pro vývoj karcinomu prsu. I když omezená data nenaznačují zvýšené riziko karcinomu prsu u transgender mužů (Gooren a kol., 2013; Grynberg a kol., 2010), stále chybí rozsáhlejší a srovnávací studie. Většina osob v této skupině má určitý objem prsní tkáně, je tedy důležité uvědomit si, že riziko karcinomu prsu zde není nulové. U osob, které podstoupily operaci hrudníku, není jasně stanovena strategie a načasování screeningu karcinomu prsu a podobně jako u cisgender mužů s výraznou rodinnou historií nebo variací genu BRCA by mohlo být vhodné použít MRI nebo ultrazvukové vyšetření. Jelikož zatím nebyla zkoumána užitečnost a efektivita těchto přístupů a protože samovyšetření a vyšetření hrudníku/prsu prováděná zdravotnickými pracovníky nejsou u cisgender žen doporučena kvůli možné újmě způsobené jak falešně pozitivními výsledky, tak naddetekcí (odhalením rakovinných stavů, která by sama vymizela bez potřeby zásahu), jakýkoliv přístup ke screeningu u této skupiny by měl probíhat v kontextu společného rozhodování a diskuse klientů a klientek a poskytovatelů zdravotní péče o možných negativních dopadech, benefitech a nejasnostech týkajících se aplikace těchto metod.

Doporučení 15.8

Je třeba dodržovat stejné místní předpisy pro screening (včetně doporučení neprovádět screening) pro cisgender ženy se středním a zvýšeným rizikem vzniku rakoviny vaječníků nebo endometria při péči o transgender a genderově rozmanité osoby, které mají stejná rizika.

Současné konsenzuální směrnice nedoporučují rutinní screening karcinomu vaječníků u cisgender žen. U transgender mužů byly zaznamenány případy karcinomu vaječníků (Dizon a kol., 2006; Hage a kol., 2000). V současné době neexistují důkazy o tom, že by terapie testosteronem vedla ke zvýšenému riziku karcinomu vaječníků, ačkoliv dlouhodobé prospektivní studie chybí (Joint a kol., 2018).

Doporučení 15.9

Nedoporučujeme provádět rutinní adnexektomii nebo hysterektomii výhradně za účelem prevence karcinomu ovarií nebo dělohy u transgender a genderově rozmanitých osob podstupujících terapii testosteronem, u kterých existuje průměrné riziko malignity.

TGR osoby s vaječníky v režimu hormonální terapie testosteronem často procházejí oligo- nebo anovulací nebo zažívají jiné změny v luteální fázi a produkci progesteronu. Toto spolu s možným zvýšením hladiny estrogenů z aromatizace exogenního testosteronu vyvolává obavy z nadměrného nebo nekontrolovaného vystavení endometria estrogenům. Klinický význam této situace je však nejasný. Histologické rozbory endometria u TGR osob užívajících testosteron odhalily atrofii spíše než hyperplazii (Grimstad a kol., 2018; Grynberg a kol., 2010; Perrone a kol., 2009). V rozsáhlé kohortě trans-maskulinních osob, které podstoupily hysterektomii a adnexektomii, byly ve všech případech (n = 85) pozorovány pouze benigní histopatologic-

ké nálezy na vaječnících (Grimstad a kol., 2020). Ačkoliv chybí prospektivní data ohledně výsledků, v současné době neexistují dostatečné důkazy, které by podporovaly doporučení, aby transgender muži podstupovali rutinní hysterektomii nebo adnexektomii pouze za účelem prevence malignity endometria nebo vaječníků. Jakékoli nestandardní příznaky nebo symptomy, které by mohly naznačovat zhoubný nádor endometria nebo vaječníků, by však měly být řádně vyšetřeny.

Doporučení 15.10

Doporučujeme navrhnout pravidelný screening karcinomu děložního čípku u transgender a genderově rozmanitých osob, které mají nebo měly děložní čípek, a to na základě platných nařízení pro cisgender ženy.

Osoby s děložním čípkem by měly pravidelně podstupovat screening a preventivní opatření proti karcinomu děložního čípku, v souladu s regionálními doporučeními pro danou věkovou skupinu. To zahrnuje vakcinaci proti lidskému papilomaviru (HPV) a screening podle lokálních předpisů, včetně cytologie a souběžného testování na vysokorizikové HPV, je-li dostupné. Je důležité, aby zdravotničtí pracovníci prováděli vyšetření spekulem tak, aby u trans-maskulinních osob minimalizovali bolest a stres.

U TGR osob s děložním čípkem je méně pravděpodobné, že podstoupily tradiční screening na karcinom děložního čípku, a to často kvůli zhoršení pociťované dysforie v průběhu tohoto vyšetření nebo nesprávným informacím o potřebě takového screeningu ze strany lékařů či lékařek (Agenor a kol., 2016; Potter a kol., 2015). Terapie testosteronem může vést k atrofii genitálu a délka užívání testosteronu je spojována s vyšší pravděpodobností získání neadekvátního vzorku pro cytologický screening (Peitzmeier a kol., 2014). Pro osoby s děložním čípkem by mohly být zvláště vhodné alternativy k vyšetření spekulem a cytologii, jako je odběr vzorku poskytovatelem nebo samoodběr vzorku za účelem zjištění vysokorizikového HPV. Výzkum v USA zkoumá využití vaginálního vzorku samoodběrem ke zjištění vysokorizikového HPV u trans-maskulinních osob. Tato metoda byla vyhodnocena jako velmi vhodná s dobrou citlivostí k vysokorizikovému HPV v míře 71,4% (negativní prediktivní hodnota 94,7%) a specifitivitě 98,2% (Reisner a kol., 2018). K posouzení potenciálních nepříznivých dopadů a přínosů takového screeningu u trans-maskulinních osob, zejména s ohledem na riziko invazivních vyšetření a kolposkopie, je potřeba další výzkum.

Doporučení 15.11

Je vhodné informovat transgender a genderově rozmanité osoby, že užívání antiretrovirových léků nepředstavuje kontraindikaci k genderově afirmativní hormonální terapii.

Prevalence HIV je u TGR osob nepřiměřeně vysoká. Velká metaanalýza ukázala, že globální poměr pravděpodobnosti nakažení infekcí HIV je u transgender žen šedesátkrát vyšší a 6,8krát vyšší u trans mužů (Stutterheim a kol., 2021). Poskytovatelé primární péče mají jedinečnou příležitost poskytovat důležité vzdělání a implementovat strategie prevence, zejména pro snížení HIV zátěže u TGR osob. Nedůvěra TGR osob ve zdravotní pracovníky spojená s předešlými zkušenostmi s diskriminací a transfobií může mít dopad na prevenci HIV a snahu o napojení na příslušnou péči (Sevelius a kol., 2016). Stigma, nedostatek profesní přípravy a inherentní hierarchie v lékařských zařízeních přispívají k ambivalenci a nejistotě v přístupu odborníků a odbornic poskytujících péči o TGR osoby (Poteat a kol., 2013). Nedostatek inkluzivity a genderově afirmativních postupů ve zdravotnickém prostředí může vést k tomu, že se TGR osoby necítí dostatečně bezpečně na to, aby mohly hovořit o citlivých tématech, jako je HIV, a vyhýbají se péči ze strachu (Bauer a kol., 2014; Gibson a kol., 2016; Seelman a kol., 2017).

Zdravotničtí pracovníci by měli být obeznámeni se širším kontextem, ve kterém hledá řada TGR osob péči, aby získaly přístup buď k genderově afirmativním hormonům, pre-expoziční chemoprofylaxii/léčbě (PrEP), nebo obojímu. Ohledně bezpečnosti užívání genderově afirmativních hormonů současně s antiretrovirovou terapií pro HIV mohou panovat mylné představy.

Přímé studie zkoumající interakce mezi antiretrovirovou a genderově afirmativní hormonální terapií jsou omezené. Subanalýza trans žen a trans-femininních osob v mezinárodní studii iPrEx zjistila špatnou efektivitu v této skupině v rámci ITT (intent-to-treat) analýzy, ačkoli účinnost mezi těmi trans zúčastněnými, kteří lék užívali podle předpisu, byla podobná jako u cisgender gay mužů, což naznačuje, že u této populace zůstává problematické zahájení a dodržování užívání PrEP. Studie účinků genderově afirmativní hormonální terapie na tenofovir difosfát (Grant a kol., 2021) a tenofovir difosfát a emtricitabin (Shieh a kol., 2019) ukázaly, že je nepravděpodobné, aby měly významně snížené hladiny antiretrovirových léčiv klinický význam. Data o interakcích mezi hormonálními antikoncepčními přípravky a antiretrovirotiky jsou ve smyslu dopadu hormonů na ART pozitivní (Nanda a kol., 2017). Jelikož je estradiol částečně metabolizován enzymy cytochromu P450

(CYP) 3A4 a 1A2, mohou existovat potenciální interakce s jinými léčivy, které indukují nebo inhibují tyto cesty, jako jsou nenukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NNRTIs, například efavirenz (EFV) a nevirapin (NVP)), (Badowski a kol., 2021). Preferované režimy ART první linie ve většině zemí zahrnují integrázové inhibitory, které mají minimální až žádné interakce s genderově afirmativními hormony a mohou být bezpečně používány (Badowski, 2021; Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2021). Existují-li obavy ohledně potenciálních interakcí, měly by být podle potřeby sledovány hladiny hormonů v krvi. Proto by měly být TGR osoby žijící s HIV a užívající antiretrovirová léčiva informovány, že je jejich užívání spolu s hormony bezpečné.

Doporučení 15.12

Doporučujeme si od transgender a genderově rozmanitých osob vyžádat anamnézu zahrnující předchozí a současnou hormonální terapii, operace gonád, stejně jako přítomnost typických rizikových faktorů osteoporózy, na základě které budou moci posoudit optimální věk a nutnost osteoporotického screeningu. Další podrobnosti viz Doporučení 15.13.

Doporučení 15.13

Doporučujeme hovořit s transgender a genderově rozmanitými osobami o zdraví kostí, včetně potřeby aktivních zátěžových cvičení, zdravé stravy, doplňování vápníku a vitamínu D.

Jak estrogen, tak testosteron jsou důležité pro formaci kostí a kostní obrat. Snížená hladina těchto hormonů souvisí s větším rizikem osteoporózy ve vyšším věku (Almeida a kol., 2017). TGR osoby mohou podstoupit hormonální terapii nebo chirurgické zákroky, které mohou ovlivnit zdraví kostí, jako je hormonální léčba, blokáda androgenů a gonadektomie. Proto je ke stanovení potřeby screeningu osteoporózy důležitá podrobná zdravotní anamnéza včetně předchozího a současného užívání hormonů a chirurgických zákroků na gonádách.

Několik studií porovnávalo kostní denzitu (BMD) u TGR dospělých před genderově afirmativní hormonální terapií a po ní ve srovnání s cisgender osobami v kontrolních skupinách odpovídajících pohlaví přiřazenému při narození.

Před zahájením hormonální terapie může být kostní denzita nízká. Jedna ze studií ukázala nižší průměrnou areální kostní denzitu u transgender žen ve srovnání s věkově odpovídající kontrolní skupinou cisgender mužů (Van Caenegem, Taes a kol., 2013). Další studie odhalila vysoký výskyt nízkých hodnot kostní denzity u TGR mládeže před zahájením blokátorů puberty (Lee, Finlayson a kol., 2020). Autoři obou studií konstatovali, že k těmto zjištěním může významně přispívat nízká fyzická aktivita.

Pokud je hormonální terapie přerušena nebo jsou hladiny hormonů po gonadektomii suboptimální, může dojít k urychlení ztráty kostní hmoty. V jedné studii mělo 30% trans žen po gonadektomii nízkou hmotnost kostí, což korelovalo s nižší hladinou 17-ß estradiolu a dodržováním režimu hormonální terapie (Motta a kol., 2020).

Studie zkoumající vliv genderově afirmativní hormonální terapie na objem kostní hmoty ukázaly, že transgender ženy v režimu terapie estrogenem vykázaly zlepšení hodnot kostní denzity. Systematický přezkum a metaanalýza zahrnovala 9 vhodných studií u transgender žen (n = 392) a 8 vhodných studií u transgender mužů (n = 247) publikovaných mezi lety 2008 a 2015. Metaanalýza ukázala statisticky významný nárůst kostní denzity v oblasti bederní páteře u transgender žen (ovšem ne krčku stehenní kosti) v porovnání s baseline měřeními, naproti tomu u transgender mužů nebyly zjištěny žádné statisticky významné změny v oblasti bederní páteře, krčku stehenní kosti a celkové kostní denzity kyčle 12 a 24 měsíců po zahájení terapie testosteronem ve srovnání s baseline měřeními (Singh-Ospina a kol., 2017). Multicentrická prospektivní observační studie ENIGI European Network for Investigation of Gender Incongruence (Belgie, Norsko, Itálie a Nizozemsko) publikovala výsledky ohledně kostní denzity u 231 transgender žen a 199 transgender mužů jeden rok po zahájení genderově afirmativní hormonální terapie (Wiepjes a kol., 2017). Transgender ženy měly nárůst kostní denzity v oblasti bederní páteře, kyčle jako celku a krčku kosti stehenní, transgender muži měli zvýšenou denzitu kyčle jako celku. Jedna ze studií nereportovala žádné zlomeniny u 53 trans mužů a 53 trans žen po dobu 12 měsíců po zahájení aplikace hormonů (Wierckx, van Caenegem a kol., 2014). Žádné studie nenaznačují, že by genderově afirmativní hormonální terapie měla být indikací pro zvýšený screening osteoporózy. Důvodem pro takový screening by mohly být spíše přestávky v této terapii u těch, kdo podstoupili předchozí gonadektomii.

Klinické směrnice doporučují pro TGR osoby screening osteoporózy (Deutsch, 2016a; Hembree a kol., 2017; Rosen a kol., 2019). U TGR osob navrhuje Mezinárodní společnost pro klinickou denzitometrii a americká Endokrinologická společnost provést před zahájením hormonální terapie počáteční scree-

ning kostní denzity. Screening je navržen na základě faktorů, kterými jsou pohlaví při narození, věk a tradiční rizikové faktory pro osteoporózu, jako je historie zlomenin, užívání rizikových léků, onemocnění spojená se ztrátou kostní hmoty a nízká tělesná hmotnost (Rosen a kol., 2019). Pokyny Mezinárodní společnosti pro klinickou denzitometrii (ISCD) uvádějí, že testování kostní denzity je vhodné u TGR osob s historií odstranění pohlavních žláz nebo terapie snižující endogenní hladiny pohlavních hormonů před zahájením hormonální terapie, u osob s hypogonadismem, které neplánují hormonální terapii, nebo pokud existují jiné indikace pro testování kostni denzity (Rosen a kol., 2019). Důkazní základ pro tato doporučení je však slabý.

Pro screening osteoporózy se doporučuje použití duální rentgenové absorpciometrie (DEXA) bederní páteře, kyčle jako celku a krčku stehenní kosti (Kanis, 1994). V mnoha nízkopříjmových a středněpříjmových zemích nejsou DEXA testy dostupné a rutinní screening založený na DEXA je běžný pouze v některých zemích jako např. v USA.

Poskytovatelé primární péče by měli s TGR osobami hovořit o způsobech podpory zdraví kostí, a poskytnout jim informace o významu výživy a cvičení pro jeho udržení. Důležité je také TGR osoby, které trpí osteoporózou nebo u nichž je riziko jejího vzniku, informovat o výhodách cvičení se závažím společně s posilovacím a odporovým cvičením pro snížení ztráty kostní hmoty. (Benedetti a kol., 2018). Pro zdraví kostí je klíčová výživa. Výživové nedostatky, včetně nedostatečného příjmu vápníku a nízké hladiny vitamínu D, mohou vést k nízké mineralizaci kostí. Bylo prokázáno, že doplňování vitaminu D a vápníku snižuje riziko zlomenin (Weaver a kol., 2016). Toto je zvláště důležité, protože v TGR populaci byla pozorována vysoká prevalence nedostatku vitaminu D (Motta a kol., 2020; Van Caenegem, Taes a kol., 2013).

Doporučení 15.14

Doporučujeme poskytnout transgender a genderově rozmanitým osobám odkazy na služby pro depilaci obličeje, těla a genitálií za účelem genderové afirmace nebo coby součást předoperačního přípravného procesu.

Procedura depilace je nezbytná jak pro eliminaci vousů (Marks a kol., 2019), tak pro přípravu na určité genderově afirmativní operace, jako jsou vaginoplastika, faloplastika a metoidioplastika (Zhang a kol., 2016). Trvalé odstranění ochlupení před operací je vyžadováno pro oblasti kůže, které budou přicházet do kontaktu s močí (např. využité k vytvoření neouretry) nebo budou přemístěny tak, že budou vopervány do částečně uzavřené tělesné dutiny (např. využity k vytvoření neovaginy) (Zhang a kol., 2016). K odstranění chloupků se používají metody elektrolýzy a laserového odstraňování chloupků (Fernandez a kol., 2013). Elektrolýza je jedinou metodou trvalého odstranění chloupků schválenou americkou FDA, zatímco laserové odstraňování chloupků je schváleno pro trvalé snížení míry ochlupení (Thoreson a kol., 2020).

Elektrolýza zahrnuje použití elektrického proudu a jemné sondy, která je vložena postupně do každého folikulu (Martin a kol., 2018). Jelikož zahrnuje přímou mechanickou likvidaci přívodu krve, je účinná pro všechny barvy chloupků a typy pleti (Martin a kol., 2018). Elektrolýza je časově náročná a nákladná, protože vyžaduje individuální ošetření každého folikulu, ale je účinná pro trvalé odstranění chloupků. Pro trvalé odstranění genitálních chloupků před operací je třeba, aby tuto léčbu prováděl odborník zkušený v odstraňování genitálních chloupků, neboť tato metoda se liší od odstraňování chloupků na obličeji a těle. Elektrolýza je bolestivější než laserové odstraňování chloupků a může způsobit zarudnutí, tvorbu stroupků a otoky (Harris a kol., 2014). Riziko pozánětlivé hyperpigmentace je vyšší u osob s tmavší pletí (Richards & Meharg, 1995). Bolest lze zmírnit pomocí místního lokálního anestetika a chladicích technik, přičemž časem si mnoho lidí na elektrolýzu zvykne a lépe snáší delší sezení (Richards & Meharg, 1995).

Laserové odstraňování chloupků využívá laserovou energii k zacílení na chlupové folikuly a je vhodné pro větší plochy. Principem je fototermolýza, kdy laserové světlo selektivně zaměřuje melanin ve stonku chloupku (Gao a kol., 2018). Tato energie se mění na teplo, které poškozuje folikuly v kůži, což vede k zastavení růstu chloupků. Pro dosažení nejlepších výsledků jsou nezbytná opakovaná ošetření, obvykle v šestitýdenních intervalech (Zhang a kol., 2016). Vzhledem k tomu, že laser cílí na melanin, mohou být výsledky omezené u osob s šedými, blond nebo zrzavými vlasy.

Zvláštní uvážení vyžaduje použití laseru u osob s tmavší pletí (typy pleti IV až VI dle Fitzpatrickovy stupnice) (Fayne a kol., 2018), kde vyšší obsah melaninu v epidermis může konkurovat cílovému chromoforu, na který se zaměřuje světlo nebo laser – tedy melaninu ve stonku chloupku. Pro selektivní termolýzu je nutné, aby se teplo rozšířilo ze stonku chloupku do kmenových buněk folikulu a způsobilo poškození. U tmavších typů pleti se světlo místo toho absorbuje v epidermis, kde se mění na teplo, což může vést k horším klinickým výsledkům a vyšší míře termicky indukovaných vedlejších účinků, jako jsou hypo- nebo hyperpigmentace, puchýře a tvorba

stroupků (Fayne a kol., 2018). Výběr vlnové délky laseru je klíčový pro snížení tohoto rizika, přičemž se doporučuje delší vlnová délka, aby se minimalizovala absorpce světla v melaninu pokožky a maximalizovala účinnost a minimalizovaly vedlejší účinky u osob s tmavší pletí (Zhang a kol., 2016). Vedlejší účinky laserového odstraňování chloupků mohou zahrnovat pocit spálení, stejně jako zánět, zarudnutí, hyperpigmentaci a otoky. Blikající světla mohou u náchylných osob vyvolat záchvaty, klienti a klientky by tedy měli být s ohledem na toto riziko vyšetřeni. Bolest a nepohodlí během procedury mohou také představovat významnou bariéru a poskytovatelé primární péče by měli být připraveni aplikovat místní nebo systémová analgetika, jako je eutektická směs lokálních anestetik (EMLA) nebo nízká dávka systémového opioidu. U operací genitálií se před jejich provedením doporučuje počkat 3 měsíce po posledním plánovaném ošetření v rámci odstranění chloupků pro ujištění, že nedojde k jejich dalšímu růstu (Zhang a kol., 2016).

Všichni lidé, včetně transgender osob, mají právo na reprodukci a mohou se rozhodnout, zda chtějí mít děti, či nikoli (United Nations Population Fund, 2014). Lékařsky nezbytné genderově afirmativní hormonální terapie a chirurgické zákroky (viz prohlášení o lékařské nezbytnosti v Kapitole 2 – Globální uplatnění, Doporučení 2.1), které mění reprodukční anatomii nebo funkci, mohou v různé míře omezit reprodukční možnosti (Hembree a kol., 2017; Nahata a kol., 2019). Je proto nezbytné s transgender osobami a jejich rodinou hovořit o riziku neplodnosti a možnostech zachování plodnosti před zahájením jakékoliv z těchto terapií a pokračovat v této diskuzi i nadále (Hembree a kol., 2017). Po skončení puberty mohou být pro transgender osoby dostupné již zavedené možnosti reprodukce, jako je kryokonzervace embryí, oocytů a spermatu (Nahata a kol., 2019). Byly také vyvinuty a prověřeny výzkumné protokoly pro kryokonzervaci tkáně vaječníků a varlat (Borgström a kol., 2020; Nahata a kol., 2019; Rodriguez-Wallberg a kol., 2019). Zatímco účinnost použití embryí, zralých oocytů a spermií byla v klinické léčbě prokázána, kryokonzervované gonadální tkáně by vyžadovaly buď retransplantaci za účelem získání plně funkčních gamet, nebo laboratorní kultivaci pomocí metod, které jsou stále ještě ve fázi vývoje. Je důležité poznamenat, že nedávno vydané směrnice Americké společnosti pro reprodukční medicínu vyjmuly kryokonzervaci vaječníkové tkáně z kategorie experimentálních metod, důkazy u prepubertálních dětí však zůstávají omezené (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019).

Péče by měla být poskytována individualizovaně v kontextu cílů rodičovství každé osoby. Některé výzkumy naznačují, že u transgender a genderově rozmanitých (TGR) osob může být ve srovnání s cisgender vrstevníky méně pravděpodobné, že budou toužit po geneticky příbuzných dětech nebo po dětech obecně (Defreyne, van Schuvlenbergh a kol., 2020; Russell a kol., 2016; von Doussa a kol., 2015). Několik dalších studií ovšem ukázalo, že řada TGR osob 1) touží po vlastních, geneticky příbuzných dětech; 2) lituje promeškaných možností uchování plodnosti a 3) je ochotno odložit nebo přerušit hormonální terapii za účelem zachování plodnosti a/nebo početí dítěte (Armuand, Dhejne a kol., 2017; Auer a kol., 2018; De Sutter a kol., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh a kol., 2020; Tornello & Bos, 2017).

Zachování plodnosti brání řada bariér, jako jsou finanční náklady (které dále narůstají v případě absence zdravotního pojištění), naléhavost zahájení terapie, neschopnost učinit rozhodnutí směřující do budoucnosti, nedostatečné znalosti/předsudky na straně poskytovatele péče, které ovlivňují nabídku možností zachování plodnosti, a obtíže s přístupem ke službám pro zachování plodnosti (Baram a kol., 2019; Defreyne, van Schuylenbergh a kol., 2020). U transgender osob může navíc, v důsledku

16.1. Odborníci a odbornice ve zdravotnictví, kteří poskytují péči transgender a genderově rozmanitým osobám a předepisují hormonální terapii nebo odkazují na chirurgické zákroky, by měli informovat o:
16.1.a – známých účincích hormonální terapie/chirurgických zákroků na plodnost;
16.1.b – možných účincích terapií, které dosud nejsou dostatečně prozkoumány a jejichž reverzibilita není známa;
16.1.c – možnostech zachování plodnosti (osvědčených i experimentálních);
16.1.d – psychosociálních důsledcích neplodnosti.
16.2. Je důležité odkazovat transgender a genderově rozmanité osoby, které si přejí zachovat plodnost, k další konzultaci na poskytovatele péče s odborností v oblasti zachování plodnosti.
16.3. Předtím, než odborníci či odbornice doporučí transgender osobám lékařské intervence, které by mohly ovlivnit jejich plodnost, měli by jim v úzké spolupráci se specialisty na reprodukční zdraví a příslušnými zařízeními poskytnout podrobné a aktuální informace. Také by měli zajistit přístup ke službám zaměřeným na ochranu a zachování plodnosti.
16.4. Je důležité informovat transgender a genderově rozmanité děti, které ještě nedospěly do puberty nebo se nacházejí v její rané fázi a mají zájem o genderově afirmativní terapii, a jejich rodiny, o tom, že v současnosti existují pouze omezené vědecky podložené a osvědčené možnosti zachování plodnosti.
16.5. Transgender a genderově rozmanitým osobám, které mají dělohu a chtějí otěhotnět, by měla být poskytnuta prekoncepční péče a poradenství v oblasti genderově afirmativní hormonální terapie, včetně jejího užívání a ukončení. Tyto osoby by také měly mít přístup k péči během těhotenství, při porodu a po něm. Navíc by měly dostat podporu při kojení a poporodní péči, a to vše v souladu s místními standardy a způsobem potvrzujícím jejich genderovou identitu.
16.6. Doporučujeme s transgender a genderově rozmanitými osobami prodiskutovat metody antikoncepce, pokud provozují sexuální aktivity, jež by mohly vést k těhotenství.
16.7. Poskytovatelé služeb pro ukončení těhotenství by měli zajistit implementaci postupů respektujících a směřujících k afirmaci genderové identity klientů a klientek. To je důležité pro poskytování služeb přizpůsobených a citlivých vůči potřebám transgender a genderově rozmanitých osob.

různých dílčích kroků v procesu zachování plodnosti neoddělitelně spojených s pohlavím přiřazeným při narození, dojít k zhoršení dysforie (Armuand, Dhejne, a kol., 2017; Baram a kol., 2019). Některé z těchto bariér může pomoci překonat multidisciplinární tým (je-li ustaven), v němž spolupracují odborníci a odbornice z různých lékařských oborů a z oblasti duševního zdraví s odborníky a odbornicemi na plodnost s genderově afirmativním přístupem (Tishelman a kol., 2019). TGR lidé by měli být informováni o rozdílu mezi plodností (využití vlastních gamet/reprodukčních tkání) a těhotenstvím. Kromě zvažování otázek plodnosti je důležité usilovat o poskytování kvalitní a rovnocenné péče pro všechny typy plánování rodiny a péče o reprodukční zdraví během celého reprodukčního života. To zahrnuje možnosti reprodukce, jako je perinatální péče, těhotenství, porod a péče po porodu, stejně jako možnosti plánování rodiny a antikoncepce za účelem prevence neplánovaného těhotenství a ukončení těhotenství, pokud je povoleno (Bonnington a kol., 2020; Cipres a kol., 2017; Krempasky a kol., 2020; Light a kol., 2018; Moseson, Fix a kol., 2020). TGR osoby, které si přejí projít těhotenstvím, by měly získat standardní prekoncepční péči a poradenství v oblasti prenatální péče, stejně jako poradenství stran kojení v prostředí podporujícím osoby s rozmanitou genderovou identitou a zkušenostmi (MacDonald a kol., 2016; Obedin-Maliver & Makadon, 2016).

Všechna doporučení v této kapitole byla sestavena na základě důkladného posouzení důkazů, hodnocení přínosů a rizik, postojů a preferencí poskytovatelů a klientů a klientek, využití zdrojů a vyhodnocení proveditelnosti. V některých případech jsou důkazy omezené a/nebo služby nemusí být dostupné nebo vhodné.

Doporučení 16.1

Odborníci a odbornice ve zdravotnictví, kteří poskytují péči transgender a genderově rozmanitým osobám a předepisují hormonální terapii nebo odkazují na chirurgické zákroky, by měli informovat o:

16.1.a – známých účincích hormonální terapie/chirurgických zákroků na plodnost;
16.1.b – možných účincích terapií, které dosud nejsou dostatečně prozkoumány a jejichž reverzibilita není známa;
16.1.c – možnostech zachování plodnosti (osvědčených i experimentálních);
16.1.d – psychosociálních důsledcích neplodnosti.

TGR osoby s ženským pohlavím přiřazeným při narození

Genderově potvrzující hormonální terapie může negativně ovlivnit budoucí reprodukční schopnosti (Hembree a kol., 2017). Na základě aktuálních důkazů u transgender mužů a genderově rozmanitých osob s přiřazeným ženským pohlavím při narození jsou tato rizika následující:

Pro potlačení puberty mohou být použity agonisté gonadotropin uvolňujícího hormonu (GnRH), aby se zabránilo dalšímu průběhu puberty až do doby, kdy jsou dospívající připraveni na maskulinizující léčbu. GnRH mohou být také použity pro potlačení menstruace. GnRH ovlivňují zrání gamet, ale nezpůsobují trvalé poškození gonadální funkce. Po ukončení podávání GnRH se tedy očekává obnovení zrání oocytů.

Existuje málo studií popisujících vliv terapie testosteronem na reprodukční funkci u transgender mužů (Moravek a kol., 2020). Obnovení normální ovariální funkce se zráním oocytů po přerušení podávání testosteronu bylo prokázáno u transgender mužů, kteří dosáhli přirozeného početí. Retrospektivní studie o kryoprezervaci oocytů neprokázala žádné rozdíly v celkovém počtu získaných oocytů nebo v počtu zralých oocytů mezi transgender muži a cisgender ženami odpovídajícího věku a BMI (Adeleye a kol., 2018, 2019). Nedávno byly zveřejněny první výsledky této studie, jež vyhodnocují počet živě narozených dětí po kontrolované ovariální stimulaci u transgender mužů ve srovnání s cisgender ženami (Leung a kol., 2019). Podávání testosteronu bylo před ovariální stimulací ukončeno. Celkově se výsledky týkající se vlivu testosteronu na reprodukční orgány a jejich funkci zdají být pozitivní. Dosud však nebyly provedeny žádné prospektivní studie posuzující účinek dlouhodobé hormonální terapie (tj. zahájené v adolescenci) na plodnost nebo na osoby, u nichž byly v rané pubertě nasazeny GnRH následované terapií testosteronem. Je důležité vzít v úvahu, že požadované medikamenty a postupy pro kryoprezervaci oocytů (vyšetření pánve, vaginální ultrazvukové vyšetření a odběry oocytů) mohou u transgender mužů vést ke zvýšení genderové dysforie (Armuand, Dhejne a kol., 2017).

Chirurgické zákroky mají u transgender mužů zřejmé dopady na reprodukční schopnosti. Pokud klienti touží po hysterektomii, měla by jim být kvůli možnosti mít geneticky příbuzné potomky nabídnuta varianta ponechání vaječníků. Pokud jsou vaječníky odstraněny buď samostatně, nebo současně s hysterektomií, měla by být nabídnuta možnost zmrazení vajíček před operací, případně může být v době adnexektomie provedena kryoprezerva-

ce vaječníkové tkáně. Řada transgender mužů má zájem o metodu aktivace primordiálních folikulů in vitro. Ačkoli tento postup již není považován za experimentální, stále se jedná o metodu ve fázi výzkumu. Studie hodnotící funkci oocytů ukázaly, že oocyty izolované u transgender mužů vystavených působení testosteronu v době adnexektomie mohou dozrát in vitro, kde se u nich rozvine normální struktura vřeténka meiotického dělení v metafázi II (De Roo a kol., 2017; Lierman a kol., 2017).

TGR osoby s přiřazeným mužským pohlavím při narození

Na základě aktuálních důkazů u transgender žen a genderově rozmanitých osob s přiřazeným mužským pohlavím při narození (AMAB) má medicínská terapie následující dopady:

GnRH inhibují spermatogenezi. Data naznačují, že přerušení blokace vede k obnovení spermatogeneze, i když to může trvat minimálně 3 měsíce a nejspíše déle (Bertelloni a kol., 2000). Měla by být rovněž brána v potaz psychická zátěž spojená s opětovným vystavením vůči vlivu testosteronu.

Aplikace antiandrogenů a estrogenů vede k narušení produkce spermií (de Nie a kol., 2020; Jindarak a kol., 2018; Kent a kol., 2018). Spermatogeneze se může po přerušení dlouhodobé terapie antiandrogeny a estrogeny obnovit, dostupná data jsou však omezená (Adeleye a kol., 2019; Alford a kol., 2020; Schneider a kol., 2017). Testikulární objem se pod vlivem genderově afirmativní hormonální terapie snižuje (Matoso a kol., 2018). Kvalita spermií u transgender žen může být také negativně ovlivněna specifickými životními faktory, jako je nízká frekvence masturbace či umísťování genitálií do těsné blízkosti těla (např. použitím těsného spodního prádla pro tzv. tucking) (Jung & Schuppe, 2007; Mieusset a kol., 1985, 1987; Rodriguez-Wallberg, Häljestig a kol., 2021).

Doporučení 16.2

Je důležité odkazovat transgender a genderově rozmanité osoby, které si přejí zachovat plodnost, k další konzultaci na poskytovatele s odborností v oblasti zachování plodnosti.

Studie naznačují, že mnoho transgender dospělých má zájem mít vlastní biologické potomky (De Sutter a kol., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh a kol., 2020; Wierckx, Van Caenegem a kol., 2012), ale míra zájmu o zachování plodnosti se velmi různí, a to zejména u mládeže, kde se pohybuje od méně než 5% do 40% (Brik a kol., 2019; Chen a kol., 2017; Chiniara a kol., 2019; Nahata a kol., 2017; Segev-Becker a kol., 2020). V nedávném průzkumu mnoho mladých lidí uvedlo, že se jejich postoj k biologickému rodičovství může v budoucnu změnit (Strang, Jarin a kol., 2018). Povinná sterilizace je považována za porušení lidských práv (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2015; Equality and Human Rights Commission, 2021; Meyer III a kol., 2001) a díky pokrokům ve společenských postojích, reprodukční medicíně a afirmativní péči by měly být u transgender osob podpořeny možnosti biologického rodičovství během tranzice. Z důvodu dopadů klinických posudků na zachování plodnosti u transgender a nebinárních osob by zdravotničtí pracovníci měli prozkoumat možnosti zachování plodnosti společně s dalšími alternativami rodičovství jako je pěstounství, adopce, sdílené rodičovství a další (Bartholomaeus & Riggs, 2019). Transgender klienti a klientky, kteří měli možnost diskutovat o těchto možnostech a podstoupit procedury pro zachování plodnosti, popisují tuto zkušenost jako pozitivní (Armuand, Dhejne a kol., 2017; De Sutter a kol., 2002; James-Abra a kol., 2015).

U jiných klientských skupin bylo zjištěno, že díky odkazům na specializované programy se zvyšuje míra zachování plodnosti a spokojenost klientů a klientek (Kelvin a kol., 2016; Klosky, Anderson a kol., 2017; Klosky, Wang a kol., 2017; Shnorhavorian a kol., 2012). Na základě průzkumů postojů lékařů a lékařek v nedávných studií bylo zjištěno, že mají jak povědomí, tak i zájem poskytovat informace týkající se plodnosti dětem a jejich rodinám (Armuand a kol., 2020). Byly u nich však identifikovány také bariéry, včetně nedostatku znalostí, komfortu a zdrojů (Armuand, Nilsson a kol., 2017; Frederick a kol., 2018). Byla tedy zdůrazněna potřeba vhodného školení zdravotnických pracovníků s důrazem na nezaujaté poradenství v oblasti plodnosti a nabízení možností jejího zachování všem ohroženým osobám (Armuand, Nilsson a kol., 2017). Bylo rovněž prokázáno, že významný vliv na míru zachování plodnosti u dospívajících a mladých dospělých mužů trpících rakovinou má doporučení rodičů (Klosky, Flynn a kol., 2017). I když mezi těmito skupinami panují jednoznačné klinické rozdíly, tyto informace nám mohou pomoci zlepšit poradenství týkající se plodnosti a poskytnout lepší doporučení pro zachování plodnosti u transgender osob.

Doporučení 16.3

Předtím, než odborníci či odbornice doporučí transgender osobám lékařské intervence, které by mohly ovlivnit jejich plodnost, měli by jim v úzké spolupráci se specialisty na reprodukční zdraví

a příslušnými zařízeními poskytnout podrobné a aktuální informace. Také by měli zajistit přístup ke službám zaměřeným na ochranu a zachování plodnosti.

Kryoprezervace spermií a oocytů jsou uznávané metody zachování plodnosti, které mohou být nabídnuty osobám v pubertě nebo v pozdní pubertě a dospělým, kterým bylo při narození přiřazeno mužské nebo ženské pohlaví, nejlépe před zahájením genderově afirmativní hormonální terapie (Hembree a kol., 2017; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019). Kryoprezervaci embryí lze nabídnout dospělým (postpubertálním) TGR osobám, které si přejí mít dítě a mají vhodného partnera. Budoucí využití kryoprezervovaných gamet závisí také na gametách a reprodukčních orgánech budoucího partnera (Fischer, 2021; Maxwell a kol., 2017).

Ačkoli bylo prokázáno, že se parametry spermatu zhorší po zahájení genderově afirmativní hormonální terapie (Adeleye a kol., 2019), jedna malá studie ukázala, že když byla terapie přerušena, parametry spermatu byly srovnatelné s těmi u TGR klientek, které tuto terapii nikdy nepodstoupily. Pokud jde o ovariální stimulaci, výtěžek z vitrifikace oocytů a jejich následné využití v in vitro fertilizaci (IVF), není důvod očekávat odlišný výsledek pomocí metod asistované reprodukce u TGR osob než u cisgender osob podstupujících asistovanou reprodukci – kromě individuálních faktorů souvisejících s (ne) plodností – když je provedena kryoprezervace gamet před jakoukoliv lékařskou intervencí (Adeleye a kol., 2019). Použití oocytů v rámci asistované reprodukce vedlo k podobně úspěšným výsledkům u TGR osob ve srovnání s odpovídající kontrolní skupinou cisgender klientů a klientek (Adeleye a kol., 2019; Leung a kol., 2019; Maxwell a kol., 2017).

Ačkoliv se jedná o zavedené možnosti zachování plodnosti, pouze malá část TGR osob v období puberty, po něm nebo v dospělosti tyto procedury podstupuje (Nahata a kol., 2017) a mnozí z těch, kdo je pro sebe volí, zažívají v průběhu těchto intervencí obtíže, přičemž bariérou není jen dostupnost a cena těchto metod (zejména v zemích/regionech bez pojištění), ale tyto procedury jsou jim často fyzicky a psychicky nepříjemné. Řada TGR osob také vyjadřuje obavy ohledně odkladu procesu tranzice (Chen a kol., 2017; De Sutter a kol., 2002; Nahata a kol., 2017; Wierckx, Stuyver a kol., 2012). Zejména osoby s přiřazeným ženským pohlavím při narození uvádějí jako bariéru invazivnost endovaginálního ultrazvukového vyšetření potřebného ke sledování výsledků stimulace a procedury odběru oocytů (a s ní spojený psychický stres) (Armuand, Dhejne a kol., 2017; Chen a kol., 2017). Existuje také obava, že mladí dospělí během tranzice nemají jasnou představu o rodičovství, a je proto pravděpodobnější, že v té době odmítnou možnost využít zachování plodnosti — zatímco v průběhu dospělosti mohou zaujmout k rodičovství jiný postoj (Cauffman & Steinberg, 2000). Zmírnění genderové dysforie během tranzice může mít také vliv na rozhodování v souvislosti se zachováním plodnosti (Nahata a kol., 2017).

S ohledem na výzkum, který ukazuje, že se postoje k otázce plodnosti u TGR mládeže mohou časem měnit (Nahata a kol., 2019; Strang, Jarin a kol., 2018), je třeba o možnostech zachování plodnosti průběžně diskutovat.

Doporučení 16.4

Je důležité informovat transgender a genderově rozmanité děti, které ještě nedospěly do puberty nebo se nacházejí v její rané fázi a mají zájem o genderově afirmativní terapii, a jejich rodiny o tom, že v současnosti existují pouze omezené vědecky podložené a osvědčené možnosti zachování plodnosti.

Pro děti před pubertou a v rané pubertě jsou možnosti zachování plodnosti omezené a zahrnují pouze uchování gonadální (pohlavní) tkáně. Tato možnost je dostupná pro TGR děti stejně jako pro cisgender děti v období před pubertou a v rané pubertě, které se zároveň léčí s onkologickým onemocněním. Přesto neexistuje literatura popisující využití tohoto přístupu u transgender populace. U cisgender žen umožnila autotransplantace vaječníkové tkáně přivést na svět více než 130 živě narozených dětí, přičemž většina z těchto klientek počala přirozeně bez asistované reprodukce (Donnez & Dolmans, 2015; Jadoul a kol., 2017). Americká společnost pro reprodukční medicínu nedávno přestala kryoprezervaci vaječníkové tkáně nazývat experimentální metodou (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019), ale existuje pouze malý počet případových studií popisujících úspěšné těhotenství u žen po transplantaci vaječníkové tkáně kryoprezervované před pubertou. Demeestere a kol. (2015) a Rodriguez-Wallberg, Milenkovic a kol. (2021) popisují případy úspěšných těhotenství po transplantaci tkáně získané ve věku 14 let a Matthews a kol. (2018) popisuje případ dívky, která si nechala uchovat vaječníkovou tkáň ve věku 9 let a o 14 let později podstoupila transplantaci, následně počala pomocí IVF a porodila zdravé dítě.

Aktuálně jedinou klinickou metodou pro uchování vaječníkové tkáně je autotransplantace, což může být pro transgender muže nežádoucí kvůli možným účinkům estrogenu. Ideálním budoucím využitím uložené vaječníkové tkáně pro transgender osoby by

byla varianta in vitro maturace oocytů z této tkáně, ale tato metoda je stále ve fázi základního vědeckého výzkumu (Ladanyi a kol., 2017; Oktay a kol., 2010).

Získání tkáně varlat ve věku před pubertou je považováno za nízkorizikové (Borgström a kol., 2020; Ming a kol., 2018). Někteří autoři tento přístup popisují jako teoretickou možnost pro transgender osoby (De Roo a kol., 2016; Martinez a kol., 2017; Nahata, Curci a kol., 2018), o klinickém nebo výzkumném využití této možnosti zachování plodnosti pro TGR klienty však neexistují žádné studie. Navíc proveditelnost klinické aplikace autotransplantace tkáně varlat u lidí zůstává neznámá a techniky in vitro maturace jsou stále ve fázi základního vědeckého výzkumu. Odborníci a odbornice tuto metodu momentálně považují stále za experimentální (Picton a kol., 2015). Před operací genitálií vedoucí ke sterilizaci by měla být prodiskutována možnost uchování gonadální tkáně, je však nutné jasně zmínit, s jakou pravděpodobností bude možné využití této tkáně.

Doporučení 16.5

Transgender a genderově rozmanitým osobám, které mají dělohu a chtějí otěhotnět, by měla být poskytnuta prekoncepční péče a poradenství v oblasti genderově afirmativní hormonální terapie, včetně jejího užívání a ukončení. Měly by také mít přístup k péči během těhotenství, při porodu a po něm. Navíc by měly dostat podporu při kojení a poporodní péči, a to vše v souladu s místními standardy a způsobem potvrzujícím jejich genderovou identitu.

Většina trans mužů a genderově rozmanitých osob s přiřazeným ženským pohlavím při narození (AFAB) si ponechá dělohu a vaječníky, což znamená, že mohou otěhotnět a donosit dítě i po dlouhodobém užívání testosteronu (Light a kol., 2014). Mnoho trans mužů má přání mít děti (Light a kol., 2018; Wierckx, van Caenegem a kol., 2012) a jsou ochotni dítě odnosit (Moseson, Fix, Hastings a kol., 2021; Moseson, Fix, Ragosta a kol., 2021). Asistovaná reprodukce rozšířila pro mnoho trans mužů možnosti početí a tím i naplnění svého přání v oblasti plánování rodiny (De Roo a kol., 2017; Ellis a kol., 2015; Maxwell a kol., 2017). Někteří transgender muži uvádějí během těhotenství pocit psychologické izolace, dysforie spojené s těhotenským břichem a změnami v oblasti hrudníku, a deprese (Charter, 2018; Ellis a kol., 2015; Hoffkling a kol., 2017; Obedin-Maliver & Makadon, 2016). Jiné studie ovšem reportují i pozitivní zkušenosti během těhotenství (Fischer, 2021; Light a kol., 2014). Do poskytování podpory by měli být zapojeni poskytovatelé služeb v oblasti duševního zdraví a mělo by být dostupné poradenství ohledně přerušení a znovuzahájení genderově afirmativní hormonální terapie, dostupných možností porodu a kojení (Hoffkling a kol., 2017). V neposlední řadě je třeba zavést opatření jak na systémové, tak na individuální úrovni, aby bylo zaručeno, že péče o reprodukční zdraví bude přizpůsobena potřebám každého jednotlivce (Hahn a kol., 2019; Hoffkling a kol., 2017; Moseson, Zazanis a kol., 2020; Snowden a kol., 2018).

Vzhledem k možným nepříznivým účinkům testosteronu na vyvíjející se embryo se doporučuje přerušit užívání testosteronu nebo maskulinizující hormonální terapie před početím a během celého těhotenství. Přesto není známa optimální doba pro přerušení podávání testosteronu před těhotenstvím a obnovení jeho užívání po těhotenství. Přerušení genderově afirmativní hormonální terapie může u transgender mužů způsobit stres a zhoršit dysforii, proto je během předporodního poradenství vhodné prodiskutovat, kdy a jak tuto terapii přerušit (Hahn a kol., 2019). Jelikož chybí informace o délce expozice vůči testosteronu a riziku teratogenity, mělo by se před pokusem o těhotenství a před ukončením užívání antikoncepce přerušit užívání testosteronu. Kromě toho existují omezené informace o zdravotních dopadech u dětí narozených transgender mužům. Na tuto otázku se zaměřil malý soubor kazuistik, který neodhalil žádné nepříznivé fyzické nebo psychosociální rozdíly mezi dětmi narozenými transgender mužům a dětmi v obecné populaci (Chiland a kol., 2013).

Kojení

V omezených studiích, které se zabývaly laktací a kojením, byla většina transgender mužů a genderově rozmanitých osob s přiřazeným ženským pohlavím při narození (AFAB) schopna po porodu úspěšně kojit. Úspěch kojení závisí částečně na kvalitním předporodním poradenství a podpoře od zkušeného personálu, který se specializuje na laktaci (MacDonald a kol., 2016; Wolfe-Roubatis & Spatz, 2015). Osoby, které užívají testosteron, by měly být informovány o tom, že 1) i když se jedná o malé množství, může testosteron pronikat do mateřského mléka a 2) jeho vliv na vyvíjející se plod/dítě není znám. Proto se během laktace užívání testoteronu nedoporučuje, může však být obnoveno po ukončení kojení (Glaser a kol., 2009). Transgender muži a další AFAB osoby by měli být upozorněni že v některých případech může během těhotenství začít nežádoucí růst prsů a/nebo laktace i po chirurgické rekonstrukci hrudníku. V takovém případě by dané osoby měly získat podporu pro potlačení laktace

(MacDonald a kol., 2016).

V souvislosti s transgender ženami a dalšími osobami s přiřazeným mužským pohlavím při narození (AMAB) jsou informace o laktaci omezené, ale mnohé z nich vyjadřují touhu kojit. Přestože existuje jedna případová studie transgender ženy, která po hormonální podpoře s použitím estrogenu, progesteronu, domperidonu a prsního odsávání úspěšně kojila (Reisman & Goldstein, 2018), nutriční a imunologický profil mateřského mléka za daných podmínek nebyl analyzován. Klienti by proto měli být informováni o potenciálních rizicích a přínosech tohoto přístupu ke krmení dětí (Reisman & Goldstein, 2018).

Doporučení 16.6

Doporučujeme s transgender a genderově rozmanitými osobami prodiskutovat metody antikoncepce, pokud provozují sexuální aktivity, jež by mohly vést k těhotenství.

U řady genderově rozmanitých osob mohou být reprodukční schopnosti zachovány. Pokud si ponechají dělohu, vaječníky a vejcovody nebo pokud jejich sexuální partneři produkují spermie, může u nich nastat neplánované těhotenství (James a kol., 2016; Light a kol., 2014; Moseson, Fix a kol., 2020). Proto je u TGR osob důležité poskytovat cílené poradenství v oblasti plánování rodiny, včetně antikoncepce a interrupcí, a to v genderově inkluzivním duchu (Klein, Berry-Bibee a kol., 2018; Obedin-Maliver, 2015; Stroumsa & Wu, 2018). Někteří TGR lidé s přiřazeným ženským pohlavím při narození (AFAB) nepoužívají antikoncepci kvůli mylnému přesvědčení, že testosteron je spolehlivou formou antikoncepce (Abern & Maguire, 2018; Ingraham a kol., 2018; Jones, Wood a kol., 2017; Potter a kol., 2015). Avšak podle současných poznatků by testosteron neměl být považován za spolehlivou formu antikoncepce, protože ne zcela potlačuje hypothalamus-hypofýza-gonadální osu (Krempasky a kol., 2020). Těhotenství se dokonce vyskytlo u osob, u kterých v důsledku užívání testosteronu vymizela menstruace, jelikož amenorea může trvat i po skončení jeho podávání (Light a kol., 2014). Těhotenství může nastat i po dlouhodobém užívání testosteronu, ačkoliv vliv na oocyty a základní plodnost stále není znám (Light a kol., 2014).

TGR osoby s přiřazeným ženským pohlavím mohou využívat různé antikoncepční metody (Abern & Maguire, 2018; Bentsianov a kol., 2018; Bonnington a kol., 2020; Chrisler a kol., 2016; Cipres a kol., 2017; Jones, Wood a kol., 2017; Krempasky a kol., 2020; Light a kol., 2018), které lze použít jak pro prevenci těhotenství, tak pro potlačení menstruace, abnormální krvácení nebo jiné potřeby v rámci gynekologické péče (Bonnington a kol., 2020; Chrisler a kol., 2016; Krempasky a kol., 2020; Schwartz a kol., 2019). Přesto nebyl u této populace proveden dostatek výzkumů ohledně užívání antikoncepce. Například nebylo prozkoumáno, jak užívání exogenních androgenů, jako je testosteron, může ovlivnit účinnost nebo bezpečnost hormonálních (např. hormonální antikoncepce kombinující estrogen a progestin, antikoncepce pouze na bázi progestinu) nebo nehormonálních a bariérových antikoncepčních metod (např. kondomy, nehormonální nitroděložní tělíska, diafragmy, antikoncepční houbičky atd.) (Abern & Maguire, 2018; Bentsianov a kol., 2018; Bonnington a kol., 2020; Chrisler a kol., 2016; Cipres a kol., 2017; Jones, Wood a kol., 2017; Krempasky a kol., 2020; Light a kol., 2018).

Genderově rozmanité osoby, které mají penis a varlata, mohou mít sexuální styk s osobami s dělohou, vaječníky a vejcovody, bez ohledu na gender. I když tyto osoby mohou užívat genderově afirmativní hormony, jako je estrogen, mohou stále produkovat spermie. Ačkoli užívání těchto hormonů snižuje množství spermií, nevede k úplnému zastavení jejich produkce a potlačení jejich aktivity (Adeleye a kol., 2019; Jindarak a kol., 2018; Kent a kol., 2018). Proto je nezbytné, aby osoby, které chtějí předejít otěhotnění během koitálního sexu, bez ohledu na to, zda kterýkoliv z partnerů užívá genderově afirmativní hormony, zvážily použití antikoncepce. Dostupnými antikoncepčními metodami pro osoby produkující spermie jsou především mechanické bariéry, jako jsou vnější a vnitřní kondomy, trvalá sterilizace prostřednictvím vasektomie a genderově afirmativní chirurgické zákroky, jako je orchiektomie (odstranění varlat), která rovněž vede ke sterilizaci. Je doporučeno antikoncepční poradenství, jež zohledňuje potřeby partnerů produkujících spermie, vajíčka a možnosti gestace, je-li to relevantní.

Doporučení 16.7

Poskytovatelé služeb pro ukončení těhotenství by měli zajistit implementaci postupů respektujících a směřujících k afirmaci genderové identity klientů a klientek. To je důležité pro poskytování služeb přizpůsobených a citlivých vůči potřebám transgender a genderově rozmanitých osob.

Bylo zjištěno, že mezi genderově rozmanitými osobami, které mají dělohu, dochází k neplánovaným těhotenstvím a potratům (Abern & Maguire, 2018; Light a kol., 2014; Light a kol., 2018; Moseson, Fix a kol., 2020). Tyto případy byly zdokumentovány na základě průzkumů ve zdravotnických zařízeních, která provádějí potraty (Jones a kol.,

2020). Přestože existuje kritický nedostatek výzkumných dat týkajících se epidemiologie potratů a zkušeností a preferencí genderově rozmanitých osob s přiřazeným ženský pohlavím při narození (AFAB) podstupujících potrat (Fix a kol., 2020; Moseson, Fix a kol., 2020; Moseson, Lunn a kol., 2020), je zřejmé, že mnoho genderově rozmanitých osob má schopnost otěhotnět, aniž by to chtěly nebo plánovaly. Proto je důležité zajistit přístup k bezpečným, legálním a genderově citlivým službám medicínského a chirurgického ukončení těhotenství.

Sexuální zdraví má významný dopad na fyzickou a psychickou pohodu bez ohledu na pohlaví, genderovou identitu nebo sexuální orientaci. Stigma týkající se sexu, genderu a sexuální orientace však přesto ovlivňuje možnost plně prožívat sexualitu a získat odpovídající péči v oblasti sexuálního zdraví. Ve většině společností převládá cisnormativita a heteronormativita, jež vede ke všeobecnému předpokladu, že všichni lidé jsou cisheterosexuální (Bauer a kol., 2009) a že tato kombinace je nadřazena všem ostatním genderovým identitám a sexuálním orientacím (Nieder, Güldenring a kol., 2020; Rider, Vencill a kol., 2019). Tento hetero-cisnormativní přístup nezohledňuje složitost a rozmanitost genderu, sexuální orientace a sexuality. To je obzvláště důležité, protože sexuální identity, orientace a praktiky transgender a genderově rozmanitých (TGR) osob jsou charakterizovány enormní rozmanitostí (Galupo a kol., 2016; Jessen a kol., 2021; Thurston & Allan, 2018; T'Sjoen a kol., 2020). Podobně i celosvětová inklinace k alonormativitě – předpokladu, že všichni prožívají sexuální přitažlivost nebo mají zájem o sexuální aktivitu – opomíjí různorodé zkušenosti TGR osob, zejména těch na asexuálním spektru (McInroy a kol., 2021; Mollet, 2021; Rothblum a kol., 2020).

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2010) zdůrazňuje, že sexuální zdraví závisí na respektování sexuálních práv všech osob, včetně práva projevovat rozmanitou sexualitu, být respektován, být v bezpečí a nebýt diskriminován či vystaven násilí. Diskuze o sexuálním zdraví se zaměřují na tělesnou autonomii a právo rozhodovat, např. v souvislosti s udělováním souhlasu, sexuálním potěšením, uspokojením, partnerstvím a rodinným životem (Cornwall & Jolly, 2006; Lindley a kol., 2021). WHO definuje sexuální zdraví jako „stav fyzického, emocionálního, mentálního a sociálního blaha ve vztahu k sexualitě, a ne pouze absenci nemoci, dysfunkce nebo slabosti. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní a respektující přístup k sexualitě a sexuálním vztahům, stejně jako možnost mít příjemné a bezpečné sexuální zážitky bez nátlaku, diskriminace a násilí. Pro dosažení a udržení sexuálního zdraví musí být sexuální práva všech osob respektována, chráněna a naplněna" (WHO, 2006, s. 5). To zahrnuje i osoby na asexuálním spektru, které nemusí prožívat sexuální přitažlivost k ostatním, ale mohou se rozhodnout pro sexuální aktivitu (např. autoerotika) a/nebo mít zájem vytvářet a rozvíjet romantické vztahy (de Oliveira a kol., 2021).

V posledních letech se vědecký zájem soustředí na sexuální zkušenosti a chování genderově rozmanitých osob (TGR). V této oblasti narůstá počet výzkumů (Gieles a kol., 2022; Holmberg a kol., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Kloer a kol., 2021; Mattawanon a kol., 2021; Stephenson a kol., 2017; Tirapegui a kol., 2020; Thurston & Allan, 2018), které reflektují sexuálně pozitivní rámce (Harden, 2014), jež zohledňují jak pozitivní aspekty sexu, jako je potěšení (Laan a kol., 2021), tak potenciální rizika spojená se sexualitou (Goldhammer a kol., 2022; Mujugira a kol., 2021). Přesto studie o sexualitě TGR osob často postrádají validní měření, vhodné kontrolní skupiny nebo prospektivní záměr (Holmberg a kol., 2019). Mnohé se zaměřují pouze na sexuální funkci, a zanedbávají tak sexuální spokojenost a širší pojetí sexuálního potěšení (Kennis a kol., 2022). Dopady lékařských zákroků souvisejících s tranzicí na sexualitu jsou různorodé (Özer a kol., 2022; T'Sjoen a kol., 2020) a sexualita u TGR dospívajících je zatím málo prozkoumána (Bungener a kol., 2017; Maheux a kol., 2021; Ristori a kol., 2021; Stübler & Becker-Hebly, 2019; Warwick a kol., 2022). Navzdory pozitivnímu přístupu k sexuálnímu poradenství a řešení sexuálních obtíží u TGR osob (Fielding, 2021; Jacobson a kol., 2019; Richards, 2021) však stále chybí dostatečný výzkum o účinnosti těchto intervencí. Světová asociace pro sexuální zdraví (WAS) zdůrazňuje význam sexuálního potěšení a za klíčové faktory považuje sebeurčení, souhlas, bezpečnost, soukromí, důvěru a schopnost komunikovat a vyjednávat o sexuálních vztazích (Kismödi a kol., 2017). WAS tvrdí, že sexuální potěšení je nedílnou součástí sexuálních a lidských práv (Kismödi a kol., 2017). Za účelem podpory sexuálního zdraví TGR osob je třeba získat jak odborné znalosti, tak i citlivost k transgender tématice (Nieder, Güldenring a kol., 2020). Cílem je zdokonalit péči o sexuální zdraví transgender osob, a to na základě etických principů, vědeckých důkazů a s důrazem na kvalitu péče. To zahrnuje poskytování zdravotnických služeb s odborností v transgender tematice, s respektem (citlivostí vůči transgender otázkám) v oblasti transgender péče a se zájmem o sexuální potěšení a spokojenost, stejně jako u cisgender osob (Holmberg a kol., 2019).

V mnoha společnostech mohou odlišné genderové projevy vyvolávat silné emocionální reakce, včetně reakcí od odborníků či odbornic ve zdravotnictví. Při zahájení lékařského kontaktu nebo budování terapeutických vztahů lze nejlépe zajistit nezaujatý, otevřený a přívětivý přístup na základě reflexe vlastních emočních, kognitivních a interakčních reakcí na danou osobu na straně poskytovatelů péče (Nieder, Güldenring a kol., 2020). Odbornost v transgender oblasti znamená pochopení dopadu, který mohou mít intersekcionální faktory a zkušenosti s marginalizací a stigmatizací na celou osobnost

17.1. Odborníci a odbornice poskytující lékařskou péči transgender a genderově rozmanitým lidem by měli mít potřebné znalosti a dovednosti v oblasti sexuálního zdraví (v souvislosti s poskytovanou péčí).
17.2. Odborníci a odbornice poskytující lékařskou péči transgender a genderově rozmanitým osobám by jim měli poskytnout informace o vlivu genderově afirmativních terapií na sexuální funkce, potěšení a uspokojení.
17.3. Odborníci a odbornice poskytující lékařskou péči transgender a genderově rozmanitým lidem by měli v případech, kdy je to možné, nabízet společnou péči související se sexualitou i pro jejich partnery/partnerky.
17.4. Doporučujeme poskytnout transgender a genderově rozmanitým osobám poradenství o možném vlivu stigmatu a traumatu na rizikové sexuální chování, zdržování se sexuálních aktivit a sexuální fungování.
17.5. Při poskytování lékařské péče s potenciálním dopadem na sexuální zdraví je důležité podávat dostatečné informace, zjišťovat očekávání transgender a genderově rozmanitých osob a posoudit jejich míru porozumění možným změnám.
17.6. Při poskytování lékařské péče transgender a genderově rozmanitým osobám doporučujeme radit jak dospívajícím, tak dospělým ohledně prevence sexuálně přenosných infekcí.
17.7. Odborníci a odbornice poskytující lékařskou péči transgender a genderově rozmanitým osobám, by měli dodržovat lokálně platná nařízení a směrnice Světové zdravotnické organizace pro screening, prevenci a léčbu viru lidské imunodeficience/sexuálně přenosných nemocí (HIV/STI).
17.8. Doporučujeme, aby odborníci poskytující péči transgender a genderově rozmanitým osobám reagovali na obavy ohledně možných interakcí mezi antiretrovirovými léky a hormony.

(Rider, Vencill a kol., 2019). V zájmu adekvátního vyhodnocení specifických fyzických, psychologických a sociálních podmínek TGR lidí si musí být poskytovatelé péče vědomi toho, že tyto podmínky jsou kvůli hetero-cisnormativitě, nedostatku znalostí a dovedností často přehlíženy (Rees a kol., 2021). Ve vztahu k sexualitě je také důležité zohlednit kulturní normy. Například v některých afrických kulturách může být sex tabu, což omezuje počet přijatelných pojmů použitelných při zjišťování osobní sexuální historie (Netshandama a kol., 2017). Použití kulturně respektujícího jazyka může usnadnit otevřenou diskusi o sexuální historii a snížit nejednoznačnost nebo stud (Duby a kol., 2016). Poskytovatelé péče by také měli být citliví na historii (zne)užívání sexuální identity a orientace k vyloučení transgender lidí z genderově afirmativní péče (Nieder & Richter-Appelt, 2011; Richards a kol., 2014). Následující doporučení jsou zaměřena na zlepšení péče o sexuální zdraví TGR osob

Všechna doporučení v této kapitole jsou založena na důkladném posouzení vědeckých dat, hodnocení přínosů a rizik, hodnot a preferencí poskytovatelů i klientů a klientek, jakož i na využití zdrojů a vyhodnocení proveditelnosti. V některých případech jsou důkazy omezené a/nebo služby nemusí být dostupné nebo vhodné.

Doporučení 17.1

Odborníci a odbornice poskytující lékařskou péči transgender a genderově rozmanitým lidem by měli mít potřebné znalosti a dovednosti v oblasti sexuálního zdraví (v souvislosti s poskytovanou péčí).

Je důležité, aby odborníci a odbornice, kteří se zabývají sexuálním zdravím TGR osob, znali běžně používanou terminologii (viz Kapitola 1 – Terminologie) a vyzvali osoby vyhledávající péči, aby jim vysvětlily termíny, se kterými nemusí být poskytovatel péče dobře obeznámen. V tomto kontextu je také důležité, aby byli zdravotničtí pracovníci připraveni zjistit detailní sexuální historii a nabídnout léčbu (v souladu s jejich odbornými kompetencemi) způsobem, který potvrzuje gender a je pozitivní vůči sexualitě (Centers for Disease Control, 2020; Tomson a kol., 2021). Odborníci a odbornice by měli přikládat větší význam terminologii, kterou TGR osoby používají pro popis svého těla, než tradiční lékařské terminologii, která je běžně akceptována nebo používána (Wesp, 2016). Při diskusi o sexuálních praktikách je doporučeno zaměřit se na specifické části těla (například: „Máte sexuální styk s lidmi s penisem, s vagínou nebo s oběma typy lidí?"; ACON, 2022) a jakou roli tyto části těla hrají v jejich sexualitě (například: „Vstupují během sexu některé části vašeho těla do těla vašeho partnera, jako jsou jejich genitálie, anální otvor nebo ústa?"; ACON, 2022).

Doporučení 17.2

Odborníci a odbornice poskytující lékařskou péči transgender a genderově rozmanitým osobám by jim měli poskytnout informace o vlivu genderově afirmativních terapií na sexuální funkce, potěšení a uspokojení.

Za účelem zajištění genderově respektující péče je zásadní, aby odborníci či odbornice poskytující lékařské intervence spojené s tranzicí měli dostatečné informace o jejich možných dopadech na sexuální fungování, potěšení a spokojenost (T'Sjoen a kol., 2020). Toto je obzvláště důležité, protože studie ukazují na výrazně nižší míru sexuálního potěšení u TGR osob ve srovnání s cisgender populací (Gieles

a kol., 2022). Pokud nelze poskytnout informace o dopadech lékařské péče na sexuální funkci a potěšení, mělo by být alespoň možné odkázat na kvalifikovaného specialistu či specialistku. Pokud nejsou tyto dopady na sexualitu známé, měli by o tom být klienti a klientky informováni. Sexuální identita TGR osob často narušuje heteronormativní pohled na sexualitu. Mnoho studií (např. Bauer, 2018; Laube a kol., 2020; Hamm & Nieder, 2021; Stephenson a kol., 2017) poukazuje na spektrální povahu sexuality nespadající do tradičních očekávání mužské a ženské sexuality (ani cisgender, ani transgender), a to obzvláště u genderově rozmanitých osob (např. nebinárních, agender, genderqueer osob). Tyto aspekty je třeba pečlivě zvážit, jelikož cisnormativita, heteronormativita a lékařské zákroky související s tranzicí mají významný dopad na sexuální zdraví.

Bylo prokázáno, že sexuální potěšení je faktorem přispívajícím ke zlepšení sexuálního, duševního a fyzického zdraví (Anderson, 2013). Vedle sexuální funkce by měli odborníci a odbornice poskytující péči o sexuální zdraví řešit také sexuální potěšení a spokojenost jako klíčové aspekty sexuálního zdraví. Historicky byla péče o sexuální zdraví zaměřena na nemoci, a to zejména ve výzkumu a klinické praxi s TGR osobami. Ačkoliv je nezbytná kompetentní péče o HIV a pohlavně přenosné infekce, je také důležité zahrnout zhodnocení sexuálního potěšení TGR klientek a klientů. Integrace tématu sexuálního potěšení do vzdělávání a prevence pohlavně přenosných infekcí vychází z pochopení, že potěšení je motivátorem chování (Philpott a kol., 2006). TGR osoby mají zájem o sexuální potěšení a potřebují služby odborníků a odbornic, kteří rozumí rozmanitosti sexuálních praktik a anatomických funkcí specifických pro péči o TGR osoby.

Doporučení 17.3

Odborníci a odbornice poskytující lékařskou péči transgender a genderově rozmanitým lidem by měli v případech, kdy je to možné, nabízet společnou péči související se sexualitou i pro jejich partnery/partnerky.

Je důležité, aby do rozhodování o péči o sexuální zdraví byli zapojeni sexuální a/nebo romantičtí partneři či partnerky, je-li to vhodné a relevantní s ohledem ke klinickým potřebám klientů a klientek. Zapojení partnerů či partnerek může u TGR osob zvýšit sexuální pohodu a spokojenost (Kleinplatz, 2012). TGR osoby mohou volit z řady lékařských intervencí souvisejících s tranzicí, které mohou mít různý vliv na změnu prožívání tělesné dysforie (Bauer & Hammond, 2015). Při diskuzi o vlivu těchto intervencí na sexuální fungování, potěšení a spokojenost může zapojení partnerů či partnerek zvýšit povědomí o možných změnách a podpořit vzájemnou komunikaci (Dierckx a kol., 2019). Vzhledem k tomu, že proces tranzice často není zcela individuální záležitostí, může jejich zapojení usnadnit proces „společné tranzice“ (Lindley a kol., 2020; Siboni a kol., 2022; Theron & Collier, 2013) a podpořit sexuální rozvoj a adaptaci jak u dané osoby, tak i v jejím vztahu. Sociální a psychické bariéry, které omezují sexuální funkci a potěšení, včetně zkušeností s genderovou dysforií, stigmatizací, nedostatku vzorů pro sexuální a vztahové role a omezených dovedností, mohou negativně ovlivnit celkové sexuální zdraví (Kerckhof a kol., 2019). Podpůrná, genderově potvrzující komunikace o sexu mezi partnery zlepšuje sexuální spokojenost TGR osob (Stephenson a kol., 2017; Wierckx, Elaut a kol., 2011).

Zapojení sexuálních a/nebo romantických partnerů či partnerek nabízí další příležitost k nastavení realistických očekávání, předání užitečných a přesných informací a usnadnění pozitivní a genderově afirmativní komunikace související se sexuálním zdravím. Je však důležité vzít v potaz, že individuální rozhodnutí týkající se genderového zdraví a tranzice mají být v rukou klientů či klientek, nikoli jejich partnerů nebo partnerek. Jejich zapojení by tedy mělo probíhat pouze tehdy, pokud je to vhodné a pokud si to klient či klientka přeje. Kontraindikací může být zneužívání nebo násilné chování mezi partnery, v takovém případě má bezpečnost přednost před zapojením partnera či partnerky. Je zásadní, aby poskytovatelé péče zacházeli se všemi lidmi afirmativním a inkluzivním způsobem, včetně sexuálních a romantických partnerů a partnerek. To zahrnuje také práci s vlastními domněnkami a potenciálně neobjektivními předpoklady vzhledem k genderu nebo sexuální orientaci partnera či partnerky nebo struktury daného vztahu.

Doporučení 17.4

Doporučujeme poskytnout transgender a genderově rozmanitým osobám poradenství o možném vlivu stigmatu a traumatu na rizikové sexuální chování, zdržování se sexuálních aktivit a sexuální fungování.

Komunita TGR osob čelí nepřiměřené míře stigmatizace, diskriminace a násilí, což má často traumatické následky (de Vries a kol., 2020; European Union Agency for Fundamental Rights, 2020; McLachlan, 2019; Burnes a kol., 2016; Mizock & Lewis, 2008). Tyto traumatické zážitky mohou vytvářet překážky v oblasti sexuálního zdraví, fungování a potěšení (Bauer & Hammond, 2015). Stigmatizující narativy týkající se sexuality TGR osob

mohou zvyšovat dysforii a sexuální stud. V důsledku toho se TGR osoby ve větší míře vyhýbají důležité komunikaci v otázkách sexu, která je důležitá z hlediska zajištění bezpečného a optimálního prožívání potěšení (Stephenson a kol., 2017). Výzkum ukazuje, že stigma, historie sexuálního násilí a obavy ohledně tělesného vzhledu mohou negativně ovlivnit sebeúctu a autonomii v oblasti sexu, například schopnost určovat, co je příjemné, nebo vyjednávat o použití kondomu (Clements-Nolle a kol., 2008; Dharma a kol., 2019). Genderová dysforie se může zhoršit v důsledku předešlých traumatických zkušeností a přetrvávajících příznaků traumatu (Giovanardi a kol., 2018). Pro některé TGR osoby může být obtížné v průběhu sexuálních aktivit zapojovat genitálie, se kterými se narodily, a mohou se rozhodnout úplně se takové stimulaci vyhnout, což může narušit procesy vedoucí ke vzrušení a vyvrcholení (Anzani a kol., 2021; Bauer & Hammond, 2015; Iantaffi & Bockting, 2011) nebo způsobit jejich komplikované prožívání (Chadwick a kol., 2019). Odborníci a odbornice poskytující genderově afirmativní poradenství a intervence v oblasti zdraví musí mít znalosti o různých sexuálních orientacích a identitách, včetně asexuality, aby se vyhnuli předpokladům založeným na heteronormativních, cisnormativních a alonoromativních modelech chování a uspokojení. Současně je třeba vzít v potaz potenciální dopady stigmatu a traumatu na sexuální zdraví a potěšení (Nieder, Güldenring a kol., 2020). V některých případech může hrát roli určitá míra odcizení nebo disociace, zvláště pokud jsou přítomny akutní příznaky traumatu (Colizzi a kol., 2015). Zdravotničtí pracovníci by si měli být vědomi těchto možných dopadů na sexuální zdraví, fungování, potěšení a spokojenost klientů a klientek, aby je mohli podle potřeby odkázat na poradenské služby se znalostmi ohledně dopadů traumatu, na poskytovatele služeb v oblasti duševního zdraví, nebo na kombinaci obou, za účelem získání další pomoci a normalizace a afirmace TGR klientů a klientek v rámci průzkumu různých typů léčby traumatu a přístupu k sexuálnímu potěšení.

Doporučení 17.5

Při poskytování lékařské péče s potenciálním dopadem na sexuální zdraví je důležité podávat dostatečné informace, zjišťovat očekávání transgender a genderově rozmanitých osob a posoudit jejich míru porozumění možným změnám.

Péče související s tranzicí může mít různé dopady na sexuální funkci, potěšení a spokojenost u TGR osob, a to jak pozitivní, tak i negativní (Holmberg a kol., 2018; Kerckhof a kol., 2019; Thurston & Allan, 2018; Tirapegui a kol., 2020). Genderově afirmativní péče může pozitivním způsobem zlepšit sexuální funkci a zvýšit sexuální potěšení a spokojenost (Kloer a kol., 2021; Özer a kol., 2022; T'Sjoen a kol., 2020). Na druhou stranu však existují data, která poukazují na problémy v oblasti sexuálního zdraví způsobené hormonálními a chirurgickými intervencemi (Holmberg a kol., 2018; Kerckhof a kol., 2019; Stephenson a kol., 2017; Weyers a kol., 2009). Hormony související s tranzicí mohou ovlivnit náladu, sexuální touhu, schopnost erekce a ejakulace a zdraví genitálních tkání, což může mít vliv na sexuální funkci, potěšení a sebevyjádření (Defreyne, Elaut a kol., 2020; Garcia & Zaliznyak, 2020; Kerckhof a kol., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Wierckx, Elaut a kol., 2014). TGR osoby, které si přejí používat své původní genitálie v rámci penetrativního sexu, mohou mít prospěch z léků, které řeší vedlejší účinky hormonální terapie, jako je erektilní dysfunkce, léky pro TGR osoby užívající estrogen nebo antiandrogeny, a topický estrogen a/nebo lubrikanty pro TGR osoby trpící vaginální atrofií nebo suchostí sliznice v důsledku terapie testosteronem.

Sexuální touha, vzrušení a sexuální funkce mohou být také ovlivněny používáním psychotropních léků (Montejo a kol., 2015) předepisovaných některým TGR osobám v rámci léčby deprese (Heylens, Elaut a kol., 2014), úzkosti (Millet a kol., 2017) nebo jiných duševních obtíží (Dhejne a kol., 2016), jejichž potenciální vedlejší účinky na sexuální zdraví je třeba zvážit.

Mnohé genderově potvrzující chirurgické zákroky mohou významně ovlivnit erotogenní citlivost, sexuální touhu, vzrušení i sexuální funkci a potěšení. Vliv těchto změn může být komplexní (Holmberg a kol., 2018). Chirurgické zákroky v oblasti hrudníku (zmenšení prsou, mastektomie a zvětšení prsou) a tělesných kontur mohou zajistit požadované změny ohledně tvaru a vzhledu těla, čímž snižují psychický stres, který může narušovat sexuální funkci, mohou však negativně ovlivnit erotogenní citlivost (Bekeny a kol., 2020; Claes a kol., 2018; Rochlin a kol., 2020). Zejména genitální operace může potenciálně negativně ovlivnit sexuální funkci a potěšení, i když je pravděpodobně pozitivně vnímána, protože se díky ní tělo klienta či klientky více shoduje s jeho genderem, což potenciálně otevírá nové možnosti pro sexuální potěšení a spokojenost (Hess a kol., 2018; Holmberg a kol., 2018; Kerckhof a kol., 2019).

Dostupné zdroje uvádějí mnoho příkladů:

- Chirurgický zákrok může vést k různým změnám v erotogenní stimulaci a vnímání, včetně jejich zhoršení, úplné ztráty nebo možného zlepšení ve srovnání s původním anatomic-

kým stavem klienta či klientky před operací (Garcia, 2018; Sigurjónsson a kol., 2017).
- Specifický typ chirurgického zákroku může být spojen s konkrétními omezeními sexuální funkce, které se mohou projevit okamžitě nebo v budoucnu, a klienti či klientky by měli před definitivním rozhodnutím ohledně možných operativních zákroků tyto možnosti pečlivě zvážit (Frey a kol., 2016; Garcia, 2018; Isaacson a kol., 2017).
- Komplikace po operaci mohou negativně ovlivnit sexuální funkci tím, že sníží kvalitu sexuálního života (např. bolest nebo nepohodlí během sexuální aktivity) nebo znemožní uspokojivý pohlavní styk (Kerckhof a kol., 2019; Schardein a kol., 2019).

Celková spokojenost s lékařskou péčí je do velké míry ovlivněna očekáváním klienta či klientky (Padilla a kol., 2019). Mají-li klienti či klientky před léčbou nerealistická očekávání, pravděpodobnost jejich nespokojenosti s výsledkem, péčí a se zdravotnickým personálem je mnohem vyšší (Padilla a kol., 2019). Proto je důležité poskytnout klientům či klientkám adekvátní informace o možnostech intervencí a zároveň zvážit, co je pro ně důležité z hlediska výsledků (Garcia, 2021). Je klíčové, aby odborníci a odbornice zajistili, že klienti a klientky rozumí potenciálním negativním účinkům intervencí na jejich sexuální funkci a potěšení, aby mohli učinit informované rozhodnutí. To je důležité jak pro splnění standardů informovaného souhlasu (diskuze a porozumění), tak z hlediska nabídky dalšího vysvětlení, pokud je klienti či klientky a jejich partneři/partnerky požadují (Glaser a kol., 2020).

Doporučení 17.6

Při poskytování lékařské péče transgender a genderově rozmanitým osobám je důležité radit jak dospívajícím, tak dospělým ohledně prevence sexuálně přenosných infekcí.

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje, aby odborníci a odbornice v oblasti zdravotnictví v rámci primární péče zařadili krátký rozhovor na téma sexuality se všemi dospívajícími a dospělými (WHO, 2015). To znamená, že TGR osoby, které jsou sexuálně aktivní nebo uvažují o sexuální aktivitě, mohou mít prospěch z poradenství v oblasti sexuálního zdraví nebo rozhovoru za účelem prevence HIV a pohlavně přenosných infekcí (STI). Tyto diskuse jsou zvlášť důležité vzhledem k tomu, že TGR osoby jsou ve srovnání s cisgender populací disproporčně zasaženy HIV a jinými STI (Baral a kol., 2013; Becasen a kol., 2018; Poteat a kol., 2016). Málo dat je dostupných ohledně jiných STI než HIV, jako jsou chlamydie, kapavka, syfilis, virová hepatitida a virus herpes simplex (Tomson a kol., 2021). UNAIDS odhaduje, že transgender ženy mají 12krát větší pravděpodobnost, že budou žít s HIV než ostatní dospělí (UNAIDS, 2019). Metaanalýza odhadla celosvětový výskyt HIV u transgender žen, které mají sex s muži, na 19% (Baral a kol., 2013). Riziko HIV/STI se u podskupin TGR osob soustředí do oblasti, kde dochází ke zvyšování zranitelnosti v důsledku prolínání biologických, psychologických, interpersonálních a strukturálních aspektů. Zejména transgender ženy, které mají sex s cisgender muži a patří k minoritním rasovým/etnickým skupinám, žijí v chudobě a věnují se sexuální práci za účelem přežití, mají zvýšené riziko nákazy HIV/STI (Becasen a kol., 2018; Poteat a kol., 2015; Poteat a kol., 2016). Méně je známo o riziku HIV/STI u transgender mužů nebo genderově rozmanitých osob s přiřazeným ženským pohlavím při narození. Studie menšího rozsahu ve vyspělých zemích uvádějí laboratorně potvrzený výskyt HIV 0–4% u trans-maskulinních osob (Becasen a kol., 2018; Reisner & Murchison, 2016). Téměř žádný výzkum nebyl proveden u trans-maskulinních osob, které mají sex s cisgender muži v zemích s vysokým výskytem HIV. Navzdory omezeným epidemiologickým datům hlásí trans-maskulinní osoby, které mají sex s cisgender muži, riziko HIV/STI související s vaginálním a/nebo análním sexem na přijímající straně (Golub a kol., 2019; Reisner a kol., 2019; Scheim a kol., 2017) a mohou být náchylnější k nákaze HIV z vaginálního styku než (pre-menopauzální) cisgender ženy kvůli hormonálně způsobené vaginální atrofii.

Odborníci a odbornice by si k obecným zdravotním pokynům měli doplnit znalosti a dovednosti pro diskusi o sexuálním zdraví s TGR osobami, včetně použití genderově afirmativního jazyka, jak je popsáno v Doporučení 17.1 v této kapitole. Je zásadní, aby nepředpokládali riziko HIV/STI pouze na základě genderové identity nebo anatomie klienta. Mnoho transgender osob není sexuálně aktivních a některé TGR osoby mohou v rámci sexu používat protézy nebo hračky. Proto je třeba aktivně zjišťovat, do jakých konkrétních sexuálních aktivit se TGR osoby zapojují a jaké tělesné části nebo protézy při těchto aktivitách používají (ACON, 2022). Informovaní odborníci a odbornice (včetně odborníků/odbornic na duševní zdraví) by měli také poskytovat důkladné poradenství, aby s klienty řešili hlubší příčiny zvýšeného rizika HIV/STI, jak je popsáno v Doporučení 17.3.

V každém případě je důležité, aby byli citliví k historii TGR osob, včetně stereotypů a stigmatu spojeného se sexualitou a genderovou dysforií

u trans osob, a aby klientům vysvětlili důvody otázek v oblasti sexu a dobrovolnost v odpovědi na ně. Při diskusi o prevenci HIV/STI by měli poskytovatelé péče informovat o všech dostupných možnostech prevence, včetně bariérových metod, postexpoziční profylaxe, preexpoziční profylaxe a léčby HIV k prevenci dalšího přenosu (WHO, 2021). Specifika preexpoziční profylaxe u transgender osob jsou popsána v Doporučení 17.8.

Doporučení 17.7

Odborníci a odbornice poskytující lékařskou péči transgender a genderově rozmanitým osobám by měli dodržovat lokálně platná nařízení a směrnice Světové zdravotnické organizace pro screening, prevenci a léčbu viru lidské imunodeficience/sexuálně přenosných infekcí (HIV/STI).

Stejně jako u cisgender klientů a klientek by měla být TGR dospívajícím a dospělým nabízena screeningová vyšetření na HIV/STI v souladu s platnými směrnicemi a na základě individuálního rizika nákazy HIV/STI, přičemž je třeba brát v úvahu anatomii a chování dané osoby spíše než pouze její genderovou identitu. Pokud nejsou k dispozici místní nebo národní předpisy, WHO (2019a) nabízí globální doporučení; častější screening se doporučuje u transgender osob, které mají sex s cisgender muži, jako klíčovou populací postiženou HIV.

Genderově afirmativní genitální operace a chirurgické techniky mají dopad na rizika přenosu STI a potřeby screeningu, jak je uvedeno v nedávných směrnicích od Centers for Disease Control ve Spojených státech (Workowski a kol., 2021). Například trans ženy, které podstoupily vaginoplastiku s penilní inverzí s využitím pouze kůže penisu a šourku k vytvoření vaginálního kanálu, jsou pravděpodobně v menším riziku urogenitálních infekcí typu Chlamydia trachomatis (C. trachomatis) a Neisseria gonorrhoeae (N. gonorrhoeae), ale novější chirurgické techniky, které využívají bukální nebo uretrální sliznici nebo peritoneální laloky, by teoreticky mohly zvýšit vnímavost k bakteriálním STI ve srovnání s použitím pouze kůže penisu/šourku (Van Gerwen a kol., 2021). Pravidelný screening neovaginy na STI (pokud dochází k expozici) se doporučuje u všech trans žen, které podstoupily vaginoplastiku (Workowski a kol., 2021). U trans-maskulinních osob, které podstoupily metoidioplastiku s prodloužením močové trubice, ale nepodstoupily vaginektomii, by mělo testování na bakteriální urogenitální STI zahrnovat také stěr z děložního čípku, protože infekce nemusí být detekovány v moči (Workowski a kol., 2021).

Dále je důležité, aby odborníci a odbornice nabízeli testování s odběrem na více anatomických místech, protože transgender klienti a klientky často trpí extragenitálními STI (Hiransuthikul a kol., 2019; Pitasi a kol., 2019). V souladu s doporučeními WHO (2020) je vhodné nabízet samovyšetření vzorků pro testování na STI, zejména pokud je klientům či klientkám nepříjemné nebo pokud nechtějí podstoupit odběr provedený poskytovatelem péče z důvodu genderové dysforie, historie traumatu nebo obojího. Pokud je to relevantní, může testování na HIV/STI v rámci pravidelného vyšetření serologie za účelem monitorování hormonální terapie usnadnit přístup k péči (Reisner, Radix a kol., 2016; Scheim & Travers, 2017).

Doporučení 17.8

Doporučujeme, aby odborníci a odbornice poskytující péči transgender a genderově rozmanitým osobám reagovali na obavy ohledně možných interakcí mezi antiretrovirovými léky a hormony.

U TGR dospívajících a dospělých s vysokým rizikem nákazy HIV (obecně definováno jako stálý vztah s partnerem, který je séropozitivní, nebo sexuální aktivity bez kondomu mimo monogamní vztah s partnerem, o kterém je známo, že je HIV negativní; WHO, 2017) je pre-expoziční profylaxe (PrEP) důležitou možností prevence HIV (Golub a kol., 2019; Sevelius a kol., 2016; WHO, 2021). Americké Centers for Disease Control v roce 2021 doporučilo, aby byli všichni sexuálně aktivní dospívající a dospělí informováni o dostupnosti PrEP a měli možnost si ji vyžádat (CDC, 2021). K dispozici jsou také specifické směrnice pro léčbu osob žijících s HIV pro transgender osoby v některých prostředích (např. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019).

Při práci s TGR osobami je třeba vzít v potaz specifika dávkování a podávání antiretrovirální terapie jak pro prevenci, tak pro léčbu HIV. Pro orální PrEP je momentálně u TGR osob doporučeno pouze denní dávkování, protože studie prokazující účinnost jednorázově užívané PrEP na bázi emtricitabinu/tenofovir-disoproxil-fumarátu (TDF) byly omezené pouze na cisgender muže (WHO, 2019c). Ačkoli emtricitabin/tenofovir alafenamid (TAF) představuje novou možnost orálního užívání PrEP, ještě na počátku roku 2022 nebyla tato forma doporučena u osob s rizikem nákazy HIV skrze receptivní vaginální sex kvůli nedostatku důkazů (CDC, 2021). Dále jsou dostupné injekční formulace PrEP a přípravky pro léčbu HIV s prodlouženým účinkem (např. cabotegravir u PrEP), které se doporučují všem, u nichž by mohla být prospěšná injekční forma. Indikovaná místa pro injekční aplikaci (např. gluteální sval) však

nemusí být vhodná u osob, které podstoupily výplň měkkých tkání (Rael a kol., 2020).

Omezené množství důkazů naznačuje interakce mezi genderově afirmativními hormony a PrEP. Několik menších studií, založených především na subjektivním hlášení osob užívajících PrEP vykázalo snížené koncentrace PrEP u transgender žen podstupujících hormonální terapii. Tyto koncentrace se však stále pohybovaly v rozmezí, při kterém byly zachovány ochranné účinky (Yager & Anderson, 2020). Jiné studie lékových interakcí na bázi přímého sledování užívání PrEP neprokázaly vliv hormonální terapie na koncentrace PrEP u transgender žen a zjistily, že transgender ženy i muži užívající hormonální terapii dosahovali vysoké úrovně ochrany proti HIV (Grant a kol., 2020). Důležité je, že u mnoha TGR osob nebyl zjištěn žádný vliv PrEP na koncentrace hormonů. Pokud jde o léčbu HIV, některé antiretrovirální léky mohou ovlivnit koncentrace hormonů, což lze ovšem řešit výběrem alternativních přípravků, monitorováním a upravováním dávek hormonů (Cirrincione a kol., 2020), jak uvádějí pokyny amerického Ministerstva zdravotnictví (Department of Health and Human Services, Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019). Nicméně obavy z lékových interakcí, zejména těch, které mohou snížit koncentrace hormonů, představují překážku pro užívání a dodržování antiretrovirální terapie v rámci prevence nebo léčby HIV (Radix a kol., 2020; Sevelius a kol., 2016). Proto by měli odborníci a odbornice aktivně takové obavy u svých klientů a klientek se zájmem o PrEP nebo léčbu HIV řešit. Aplikace PrEP nebo léků na HIV spolu s hormonální terapií by mohly snížit překážky pro jejich užívání a dodržování léčby (Reisner, Radix a kol., 2016). Toho lze dosáhnout kolokací služeb nebo koordinací se specialistou nebo specialistkou na HIV, nemá-li primární poskytovatel péče potřebné znalosti. Některé TGR osoby by mohly mít prospěch z oddělených možností získávání PrEP nebo služeb pro zajištění sexuálního zdraví, které poskytují větší soukromí a flexibilitu. Je proto potřeba zvážit diferencované modely poskytování služeb (Wilson a kol., 2021).

KAPITOLA 18 Duševní zdraví

Tato kapitola obsahuje pokyny určené pro odborníky a odbornice ve zdravotnictví a v oblasti duševního zdraví, kteří poskytují péči transgender a genderově rozmanitým dospělým. Jejím cílem není nahradit doporučení v kapitolách týkajících se hodnocení nebo posouzení osob ve smyslu způsobilosti pro hormonální nebo chirurgické intervence. Někteří TGR lidé v rámci své tranzice nepotřebují terapii či jinou péči v oblasti duševního zdraví, zatímco pro jiné může být podpora ze strany odborníků a odbornic na duševní zdraví a systémů psychologické péče přínosná (Dhejne a kol., 2016).

Některé studie prokázaly vyšší míru výskytu deprese (Witcomb a kol., 2018), úzkosti (Bouman a kol., 2017) a sebevražednosti (Arcelus a kol., 2016; Bränström & Pachankis, 2022; Davey a kol., 2016; Dhejne, 2011; Herman a kol., 2019) u TGR osob (Jones a kol., 2019; Thorne, Witcomb a kol., 2019) oproti obecné populaci, zejména u těch, kteří vyžadují lékařsky nezbytnou genderově afirmativní lékařskou péči (viz lékařsky nezbytná péče v Kapitole 2 – Globální uplatnění, Doporučení 2.1). Transgender identita však není duševní nemoc a vyšší míra zmíněných negativních jevů u TGR osob souvisí s komplexním traumatem, společenským stigmatem, násilím a diskriminací (Nuttbrock a kol., 2014; Peterson a kol., 2021). Psychické symptomy se také zmírňují díky vhodné genderově afirmativní lékařské péči (Aldridge a kol., 2020; Almazan and Keuroghlian; 2021; Bauer a kol., 2015; Grannis a kol., 2021) a intervencím, které rovněž snižují míru diskriminace a menšinového stresu (Bauer a kol., 2015; Heylens, Verroken a kol., 2014; McDowell a kol., 2020).

Léčbu duševních obtíží by měli zajistit odborníci či odbornice v rámci příslušných systémů, které respektují autonomii klienta či klientky a uznávají genderovou rozmanitost. Odborníci a odbornice v oblasti duševního zdraví by měli aktivně naslouchat a podpořit zkoumání u osob, které si nejsou jisté svou genderovou identitou, a měli by jim pomáhat nacházet vlastní a individuální cestu tranzicí. Zatímco mnozí transgender lidé vyžadují lékařské intervence nebo péči o duševní zdraví, jiní tuto potřebu nemají (Margulies a kol., 2021). Poznatky z výzkumu v rámci klinické populace tedy nelze zobecňovat na celou transgender populaci.

Řešení duševních obtíží a poruch spojených s užíváním návykových látek je důležité, ale nemělo by být překážkou pro poskytování péče související s tranzicí. Tyto intervence mohou spíše usnadnit úspěšnost péče související s tranzicí, což může pomoci zlepšit kvalitu života TGR osob (Nobili a kol., 2018).

Všechna doporučení v této kapitole byla sestavena na základě důkladného posouzení vědeckých dat, hodnocení přínosů a rizik, postojů

18.1. Odborníci a odbornice na duševní zdraví by se měli zaměřit na příznaky v oblasti duševního zdraví, které narušují schopnost osoby souhlasit s genderově afirmativní péčí ještě před jejím zahájením.
18.2. Odborníci a odbornice na duševní zdraví by měli poskytovat péči a podporu transgender a genderově rozmanitým lidem při řešení příznaků v oblasti duševního zdraví, které narušují jejich schopnost získat nezbytnou perioperativní péči před genderově afirmativními zákroky.
18.3. Pokud existují významné příznaky v oblasti duševního zdraví nebo se objevuje/je přítomno užívání návykových látek, měli by odborníci a odbornice na duševní zdraví posoudit možný negativní dopad, který mohou tyto příznaky mít na výsledky genderově afirmativního chirurgického zákroku v závislosti na jeho specifické povaze.
18.4. Odborníci a odbornice poskytující péči transgender a genderově rozmanitým osobám by měli posoudit potřebu psychosociální a praktické podpory v perioperativním období kolem genderově afirmativních operací.
18.5. Je důležité informovat a podporovat transgender a genderově rozmanité osoby, aby se před genderově afirmativní operací zdržely konzumace tabáku/nikotinu.
18.6. Je důležité pokračovat v předepisování hormonálních přípravků v případech, kdy daná transgender a genderově rozmanitá osoba vyžaduje internaci na psychiatrickém nebo jiném nemocničním oddělení, pokud hormonální terapie není v daném případě kontraindikována.
18.7. Doporučujeme zajistit u transgender a genderově rozmanitých osob, u kterých je nutná nemocniční nebo pobytová péče z důvodu duševního zdraví, užívání návykových látek nebo v rámci lékařské péče, aby veškerý personál používal správné jméno a rod (dle preference klienta), a poskytoval přístup k hygienickým zařízením a lůžkovým oddělením v souladu s jejich genderovou identitou.
18.8. Doporučujeme podporovat a posilovat transgender a genderově rozmanité osoby v rozvíjení a rozšiřování systémů sociální podpory zahrnujících peer osoby, přátele a rodinné příslušníky.
18.9. Není vhodné vyžadovat, aby transgender a genderově rozmanité osoby absolvovaly před získáním genderově afirmativní péče psychoterapii, měly by však rozumět tomu, že psychoterapie může být pro některé z nich přínosná.
18.10. Není vhodné nabízet „reparativní“ a „konverzní“ terapii ve snaze změnit genderovou identitu a prožívané genderové vyjádření osoby tak, aby byly uvedeny do souladu s pohlavím přiřazeným při narození.

a preferencí poskytovatelů a klientů a klientek, využití zdrojů a vyhodnocení proveditelnosti. V některých případech jsou důkazy omezené a/nebo služby nemusí být dostupné nebo vhodné.

Doporučení 18.1

Odborníci a odbornice na duševní zdraví by se měli zaměřit na příznaky v oblasti duševního zdraví, které narušují schopnost osoby souhlasit s genderově afirmativní péčí ještě před jejím zahájením.

U klientů a klientek se obvykle má za to, že se jedná o osoby schopné souhlasit s léčbou. Pokud však mají kognitivní poruchy, psychózu nebo jinou duševní nemoc, která by mohla ovlivnit jejich schopnost pochopit intervence a souhlasit s péčí, je nutné provést individuální posouzení jejich stavu (Applebaum, 2007). Informovaný souhlas je stěžejní pro poskytování zdravotní péče a odborník či odbornice musí klienty a klientky informovat o rizicích, přínosech a alternativách nabízené péče, aby mohli učinit informované a dobrovolné rozhodnutí (Berg a kol., 2001). Pro předepsání hormonů i pro provedení chirurgického zákroku je třeba získat informovaný souhlas. Obdobně i odborníci a odbornice v oblasti duševního zdraví získávají informovaný souhlas k poskytování péče v oblasti duševního zdraví a mohou posoudit schopnost klienta či klientky dát informovaný souhlas, pokud je potřeba. Psychická onemocnění a poruchy spojené s užíváním návykových látek, obzvláště kognitivní deficity a psychotická onemocnění, mohou omezit schopnost jednotlivce porozumět rizikům a výhodám lékařských intervencí (Hostiuc a kol., 2018). Klienti a klientky mohou však i navzdory významnému duševnímu onemocnění stále rozumět rizikům a přínosům určitých intervencí (Carpenter a kol., 2000). V náročných případech je důležitá multidisciplinární komunikace a v případě potřeby by měla být využita expertní konzultace (Karasic & Fraser, 2018). Mnoho osob může v průběhu času lépe pochopit rizika a výhody určité lékařské péče, pokud budou pečlivě a postupně vysvětleny. U některých klientů či klientek může řešení základního problému, který narušuje schopnost dát informovaný souhlas (například léčba psychózy), umožnit opět nabýt schopnost k souhlasu s požadovanou lékařskou intervencí. Přesto by symptomy duševního zdraví, jakými jsou úzkost nebo deprese, které neovlivňují schopnost dát souhlas, neměly být překážkou pro genderově afirmativní lékařskou péči, zejména proto, že na základě důkazů tato péče snižuje symptomy duševních problémů (Aldridge a kol., 2020).

Doporučení 18.2

Odborníci a odbornice na duševní zdraví by měli poskytovat péči a podporu transgender a genderově rozmanitým lidem při řešení příznaků v oblasti duševního zdraví, které narušují jejich schopnost získat nezbytnou perioperační péči před genderově afirmativními zákroky.

Neschopnost efektivně se podílet na perioperační péči kvůli duševnímu onemocnění nebo užívání návykových látek by neměla být vnímána jako překážka k získání potřebné péče v rámci tranzice, měla by však být považována za indikaci, že je třeba poskytnout péči o duševní zdraví a sociální podporu (Karasic, 2020). Duševní onemocnění a poruchy způsobené užíváním návykových látek mohou zhoršovat schopnost zapojit se do perioperační péče (Barnhill, 2014). Návštěvy poskytovatelů zdravotní péče, péče o rány a další pooperační procedury (například dilatace po vaginoplastice) mohou být nezbytné pro optimalizaci výsledků. Klient či klientka s poruchou způsobenou užíváním návykových látek může mít obtíže dodržovat nezbytné schůzky s odborníkem či odbornicí v oblasti primární péče či chirurgie. Klient či klientka s psychózou nebo těžkou depresí může zanedbávat péči o operační ránu nebo přehlížet známky její infekce nebo dehiscence (Lee, Marsh a kol., 2016). Aktivní duševní onemocnění je spojeno s větší potřebou další akutní lékařské péče po primární operaci (Wimalawansa a kol., 2014).

V těchto případech může léčba duševní nemoci nebo závislosti na návykových látkách pomoci dosáhnout dobrých výsledků. Zajištění větší podpory ze strany rodiny a přátel nebo domácího ošetřovatele nebo ošetřovatelky může podpořit dostatečné zapojení do perioperační péče, aby mohla operace dále probíhat. Přínosy léčby duševního zdraví, které mohou operaci oddálit, by měly být zváženy ve srovnání s riziky odkladu operace a měly by zahrnovat posouzení dopadu na duševní zdraví z důvodů odložení řešení genderové dysforie (Byne a kol., 2018).

Doporučení 18.3

Pokud existují významné příznaky v oblasti duševního zdraví nebo užívání návykových látek, měli by odborníci a odbornice na duševní zdraví posoudit možný negativní dopad, který mohou mít tyto příznaky na výsledky genderově afirmativního chirurgického zákroku v závislosti na jeho specifické povaze.

Genderově afirmativní chirurgické zákroky se různí svým dopadem na klienty a klientky. Některé vyžadují schopnost dodržovat předoperační plán a zapojit se do péče před a po operaci za účelem dosažení optimálních výsledků (Tollinche a kol.,

2018). Symptomy v oblasti duševního zdraví mohou ovlivnit schopnost zapojit se do plánování a péče nezbytné v souvislosti s jakoukoli operací (Paredes a kol., 2020). Posouzení duševního zdraví může poskytnout příležitost k vytvoření strategií, jak řešit i možné negativní dopady, které na výsledek zákroku mohou mít symptomy v oblasti duševního zdraví. Pomoci může také naplánovat podporu a zlepšit tak schopnost účastnit se plánování a péče. Bylo prokázáno, že genderově afirmativní chirurgické zákroky zmírňují symptomy genderové dysforie a zlepšují duševní zdraví (Owen-Smith a kol., 2018; van de Grift, Elaut a kol., 2017). Klient či klientka spolu s poskytovatelem péče porovnávají přínosy a rizika každého zákroku a na základě toho uváží, zda v intervencích pokračovat. Poskytovatelé zdravotní péče mohou pomoci TGR osobám seznámit se s požadavky v rámci předoperační a perioperační péče u jednotlivých chirurgických zákroků (Karasic, 2020). Poskytovatelé a klienti či klientky mohou společně vytyčit potřebnou podporu nebo zdroje, které pomohou s dodržováním schůzek v rámci perioperační péče, získáním nezbytných pomůcek, řešením finančních otázek a zvládáním další předoperační koordinace a plánování. Mohou být rovněž prodiskutovány otázky týkající se očekávání spojených se vzhledem a funkcí, včetně dopadu těchto faktorů na genderovou dysforii.

Doporučení 18.4.

Odborníci a odbornice poskytující péči transgender a genderově rozmanitým osobám by měli posoudit potřebu psychosociální a praktické podpory v perioperativním období kolem genderově afirmativních operací.

Všichni odborníci a odbornice ve zdravotnictví mají, bez ohledu na svou specializaci, odpovědnost podporovat klienty a klientky v přístupu k lékařsky nezbytné péči. Při práci s TGR osobami, které se připravují na genderově afirmativní chirurgické zákroky, by měli odborníci či odbornice posoudit potřebnou úroveň psychosociální a praktické podpory (Deutsch, 2016b). Toto hodnocení je prvním krokem k identifikaci potřebných dodatečných podpor a k posílení schopnosti spolupracovat s jednotlivcem pro úspěšné zvládnutí období před operací, během ní a po ní (Tollinche a kol., 2018). V perioperačním období je důležité pomoci klientům a klientkám optimalizovat jejich fungování, zajistit stabilní bydlení, pokud je to možné, a na základě posouzení jejich jedinečné situace pomoci zajistit sociální a rodinnou podporu. Je také důležité naplánovat, jak reagovat na zdravotní komplikace, zvládat potenciální dopady na práci a finanční příjmy a překonávat dodatečné překážky, jako je zvládání elektrolýzy a odvykání kouření (Berli a kol., 2017). V komplexním lékařském systému se nebudou všechny osoby schopny samostatně orientovat v procedurách potřebných k získání péče, a zdravotničtí odborníci a odbornice jim mohou spolu s peer poradci či poradkyněmi v tomto procesu pomoci (Deutsch, 2016a).

Doporučení 18.5

Je důležité informovat a podporovat transgender a genderově rozmanité osoby, aby se před genderově afirmativní operací zdržely konzumace tabáku/nikotinu.

Transgender populace vykazuje vyšší míru užívání tabáku a nikotinu (Kidd a kol., 2018), ale mnozí jednotlivci si nejsou vědomi dobře zdokumentovaných zdravotních rizik spojených s kouřením (Bryant a kol., 2014). Konzumace tabáku zvyšuje riziko vzniku zdravotních problémů, jako je trombóza, zvláště u jedinců podstupujících genderově afirmativní hormonální léčbu, především s použitím estrogenů (Chipkin & Kim, 2017).

Užívání tabáku bylo spojeno s horšími výsledky v oblasti plastické chirurgie, včetně celkových komplikací, nekrózy tkání a potřeby chirurgických revizí (Coon a kol., 2013). Kouření rovněž zvyšuje riziko pooperačních infekcí (Kaoutzanis a kol., 2019). Bylo zjištěno, že kouření ovlivňuje proces hojení po operacích, včetně genderově specifických chirurgických zákroků, jako jsou rekonstrukční operace hrudníku a operace v oblasti genitálií (Pluvy, Garrido a kol., 2015). Uživatelé tabáku vykazují vyšší riziko kožní nekrózy, špatného hojení ran a jizev kvůli nedostatečnému okysličení a ischemii tkání (Pluvy, Panouilleres a kol., 2015). Chirurgové proto doporučují přerušit užívání tabáku/nikotinu před genderově afirmativními operacemi a zdržet se kouření až několik týdnů po operaci, dokud se rána úplně nezahojí (Matei & Danino, 2015). Přestože jsou rizika známá, odvykání kouření může být obtížné, protože kouření tabáku a užívání nikotinu jsou návykové a často slouží jako způsob zvládání stresu (Matei a kol., 2015). Poskytovatelé zdravotní péče, včetně poskytovatelů péče v oblasti duševního zdraví a primární péče, kteří sledují klienty a klientky dlouhodobě před operací, by měli řešit užívání tabáku/nikotinu se svými klienty a klientkami a pomoci transgender osobám získat přístup k programům pro odvykání kouření nebo přímo poskytnout léčbu, jako je vareniklin nebo bupropion.

Doporučení 18.6

Je důležité pokračovat v předepisování hormonál-

ních přípravků v případech, kdy daná transgender a genderově rozmanitá osoba vyžaduje internaci na psychiatrickém nebo jiném nemocničním oddělení, pokud hormonální terapie není v daném případě kontraindikována.

TGR osoby vstupující do psychiatrických, adiktologických nebo lékařských zařízení by měly pokračovat ve své stávající hormonální terapii. Neexistují důkazy, které by podporovaly rutinní přerušení hormonální terapie před přijetím do nemocnice z lékařských nebo psychiatrických důvodů. Vzácně se může stát, že nově přijatý klient či klientka budou diagnostikováni s lékařskou komplikací, která vyžaduje dočasné přerušení hormonální terapie, jako je akutní žilní tromboembolie (Deutsch, 2016a). Neexistují robustní důkazy pro rutinní přerušení hormonální terapie před operací, a rizika a výhody by měly být před takovým rozhodnutím individuálně posouzeny (Boskey a kol., 2018).

Hormonální terapie prokázala zlepšení kvality života a zmírnění deprese a úzkosti (Aldridge a kol., 2020; Nguyen a kol., 2018; Nobili a kol., 2018; Owen-Smith a kol., 2018, Rowniak a kol., 2019). Přístup k genderově potvrzující lékařské péči je spojen se značným snížením rizika sebevražedných pokusů (Bauer a kol., 2015). Přerušení předepsané hormonální terapie klientovi tyto prospěšné účinky odepře, a proto může být v rozporu s cíli hospitalizace.

Někteří poskytovatelé zdravotní péče nemusí být obeznámeni s nízkým rizikem a vysokým potenciálním přínosem pokračování léčby související s tranzicí v nemocničním prostředí. Studie amerických a kanadských lékařských škol odhalila, že studenti obdrželi v průměru 5 hodin výuky na LGBT témata během svých čtyř let studia (Obedin-Maliver a kol., 2011). Podle průzkumu zaměřeného na lékaře urgentní medicíny, kteří často dělají rychlá rozhodnutí o medikaci při přijímání klientů a klientek, pouze 17,5% z nich obdrželo formální školení o transgender osobách, přestože 88% z nich uvedlo, že se o tuto populaci již staralo (Chisolm-Straker a kol., 2018). S tím, jak se zvyšuje povědomí o transgender tématech, je si více poskytovatelů vědomo důležitosti udržovat transgender klienty a klientky v rámci jejich hormonálních režimů během hospitalizace.

Doporučení 18.7

Doporučujeme zajistit u transgender a genderově rozmanitých osob vyžadujících z důvodu duševního zdraví, užívání návykových látek nebo v rámci lékařské péče nemocniční nebo pobytovou péči, aby veškerý personál používal správné jméno a rod (dle preference klienta), a poskytoval přístup k hygienickým zařízením a lůžkovým oddělením v souladu s jejich genderovou identitou.

Mnozí klienti a klientky z TGR komunity se v různých zdravotnických prostředích, jako jsou nemocnice, psychiatrická léčebna a adiktologická centra, setkávají s diskriminací (Grant a kol., 2011). Pokud zdravotnické systémy nepřizpůsobí své služby TGR osobám, podporují tím dlouhodobé sociální vyloučení, které tyto osoby často zažívají (Karasic, 2016). Diskriminace ve zdravotnických zařízeních vede TGR osoby k tomu, že se vyhýbají potřebné péči z obavy z diskriminace (Kcomt a kol., 2020).

Diskriminační zkušenosti TGR osob jsou ukazatelem možného rizika sebevražedných myšlenek (Rood a kol., 2015; Williams a kol., 2021). Stres spojený s příslušností k genderové menšině a zkušenostmi s odmítáním a neuznáním je také spojen s rizikem sebevražd (Testa a kol., 2017). Odepření přístupu k vhodným toaletám bylo spojeno se zvýšeným rizikem sebevražd (Seelman, 2016). Naopak, používání zvoleného jména bylo spojeno s nižší mírou depresí a sebevražedných myšlenek (Russell a kol., 2018). V rámci snižování míry pokusů o sebevraždu u TGR osob je třeba řešit jak strukturální, tak internalizovanou transfobii (Brumer a kol., 2015). Za účelem zajištění kvalitní péče musí zdravotnická zařízení minimalizovat újmu způsobenou vlivem transfobie tím, že budou respektovat TGR identity a vycházet jim vstříc.

Doporučení 18.8

Doporučujeme podporovat a posilovat transgender a genderově rozmanité osoby v rozvíjení a rozšiřování systémů sociální podpory zahrnujících peer osoby, přátele a rodinné příslušníky.

TGR lidé čelí ve zdravotnickém prostředí vysoké míře diskriminace, což může škodit jejich duševnímu zdraví. Silná sociální podpora však může tyto škody zmírnit (Trujillo a kol., 2017). TGR děti se u rodiny a vrstevníků často setkávají s odmítnutím a musí čelit transfobii (Amodeo a kol., 2015). Zkušenost s transfobním zneužíváním může mít rovněž dlouhodobý dopad v rámci celého života a může být zvláště intenzivní v dospívání (Nuttbrock a kol., 2010).

Rozvoj afirmativní sociální podpory je ochranným faktorem v oblasti duševního zdraví. Sociální podpora může působit jako ochrana proti nepříznivým jevům s dopadem na duševní zdraví, jako je násilí, stigma a diskriminace (Bockting a kol., 2013), může pomáhat zorientovat se ve zdravotních systémech (Jackson Levin a kol., 2020) a přispívá k psychické odolnosti TGR osob (Bariola a kol., 2015; Başar a Öz, 2016). Bylo zjištěno, že rozmanité zdroje sociální podpory, zejména od jiných LGBTQ+ osob a rodiny, jsou spojeny s lepším duševní-

ním zdravím, pohodou a kvalitou života (Bariola a kol., 2015; Başar a kol., 2016; Kuper, Adams a kol., 2018; Puckett a kol., 2019). Sociální podpora může podnítit vývoj obranných mechanismů a vést k pozitivním emočním prožitkům během procesu tranzice (Budge a kol., 2013).

Poskytovatelé zdravotní péče mohou podporovat klienty a klientky ve vytváření podpůrných komunitních sítí, které zajistí uznání a přijetí autentické identity a pomohou jim zvládat symptomy genderové dysforie. Nedostatek sociální podpory a interpersonální problémy byly u TGR osob spojeny s vyšší mírou duševních obtíží (Bouman, Davey a kol., 2016; Davey a kol., 2015) a ukázalo se, že jsou faktorem ovlivňujícím výsledky genderově afirmativní lékařské péče (Aldridge a kol., 2020). Proto by poskytovatelé zdravotní péče měli povzbuzovat, podporovat a posilovat TGR osoby v rozvoji a udržování sítí sociální podpory. Tyto zkušenosti mohou podporovat rozvoj interpersonálních dovedností a pomáhat při zvládání diskriminace, potenciálně snižovat sebevražednost a zlepšovat duševní zdraví (Pflum a kol., 2015).

Doporučení 18.9

Není vhodné vyžadovat, aby transgender a genderově rozmanité osoby absolvovaly před získáním genderově afirmativní péče psychoterapii, měly by však rozumět tomu, že psychoterapie může být pro některé z nich přínosná.

Psychoterapie se dlouhodobě používá v klinické práci s TGR osobami (Fraser, 2009b) a její cíle, požadavky, metody a principy procházejí již od prvních verzí Standardů péče neustálým vývojem (Fraser, 2009a). TGR dospělí mohou v současnosti vyhledat psychoterapeutickou pomoc a poradenství, aby se vypořádali s běžnými psychologickými problémy spojenými s genderovou dysforií, a mohou získat podporu v procesu coming-outu (Hunt, 2014). Psychologické intervence, včetně psychoterapie, nabízí efektivní nástroje pro zkoumání genderové identity, jejího vyjádření, sebeakceptace a zlepšení odolnosti v nepřátelských a omezujících prostředích (Matsuno and Israel, 2018). Jsou uznávaným přístupem pro řešení psychických obtíží, které mohou být odhaleny během počátečního posouzení nebo sledování při genderově afirmativních lékařských intervencích. Nedávné výzkumy ukazují, že ačkoli genderově afirmativní péče zmírňuje psychické obtíže, míra úzkosti může zůstat vysoká (Aldridge a kol., 2020). To naznačuje, jak důležitá může být psychoterapie pro ty, kteří i následně stále trpí úzkostí.

V nedávné době se objevily zprávy o využívání a možném přínosu určitých typů psychoterapie speciálně pro dospělé trans a nebinární osoby (Austin a kol., 2017; Budge, 2013; Budge a kol., 2021; Embaye, 2006; Fraser, 2009b; Heck a kol., 2015). Pro tuto skupinu populace byly vyvinuty speciální terapeutické přístupy (Matsuno & Israel, 2018). Nicméně je zapotřebí dalšího výzkumu, aby se tyto metody porovnaly s ohledem na komparativní přínosy (Catelan a kol., 2017). Transgender osoby mohou mít ohledně psychoterapie smíšené pocity, považovat ji za znepokojující, ale zároveň i prospěšnou (Applegarth & Nuttall, 2016). Pro terapeuty a terapeutky to může představovat výzvu v budování terapeutického vztahu, obzvláště pokud jsou v roli, kdy umožňují přístup k lékařským zákrokům (Budge, 2015)

Zkušenosti naznačují, že mnoho transgender a nebinárních osob se rozhodne pro genderově potvrzující lékařskou péči bez psychoterapie nebo s jejím malým využitím (Spanos a kol., 2021). Různé formy psychoterapie mohou být prospěšné z různých důvodů v různých fázích tranzice (Mayer a kol., 2019), ale požadavek na psychoterapii pro zahájení genderově afirmativních lékařských zákroků nebyl prokázán jako prospěšný a může být dokonce překážkou k získání péče pro ty, kteří tento typ podpory nepotřebují nebo k ní nemají přístup.

Doporučení 18.10

Není vhodné nabízet „reparativní“ a „konverzní“ terapii ve snaze změnit genderovou identitu a genderové vyjádření osoby tak, aby byly uvedeny do souladu s pohlavím přiřazeným při narození.

Používání „reparativní“ nebo „konverzní“ terapie a snahy o „změnu“ genderové identity byly odmítnuty řadou předních lékařských, psychiatrických a psychologických organizací po celém světě, včetně Světové psychiatrické asociace, Panamerické zdravotnické organizace, Americké psychiatrické asociace, Americké psychologické asociace, Royal College of Psychiatrists a Britské psychologické společnosti. V mnoha státech USA byl zaveden zákaz konverzní terapie u nezletilých. Tato praxe se týká intervencí ze strany odborníků či odbornic v oblasti duševního zdraví ve snaze o změnu genderové identity nebo projevu jednotlivce, aby lépe odpovídal pohlaví přiřazenému při narození (American Psychological Association, 2021).

Někteří zastánci „konverzní terapie“ tvrdí, že může pomoci lidem lépe se přizpůsobit sociálnímu prostředí a že někteří lidé dokonce požadují pomoc se změnou genderové identity nebo vyjádření a terapeuti a terapeutky by jim měli být schopni pomoci dosáhnout jejich cílů. Neexistují důkazy, že by tato „terapie“ byla účinná (APA, 2009; Przeworski a kol., 2020). Naopak, bylo prokázáno, že je spojena

s řadou nepříznivých důsledků. Retrospektivní studie prokázaly, že historie konverzní terapie je spojena se zvýšenou mírou deprese, užívání návykových látek a sebevražedných myšlenek a pokusů a také s horšími studijními výsledky a nižším týdenním příjmem (Ryan a kol., 2020; Salway a kol., 2020; Turban, Beckwith a kol., 2020). V roce 2021 uvedla Americká psychologická asociace ve svém usnesení, že „vědecké důkazy a klinické zkušenosti ukazují, že snahy o změnu genderové identity [GICEs] vystavují jednotlivce významnému riziku újmy" (APA, 2021).

Navzdory překážkám ve snaze o zamezení pokusů o „změnu" genderové identity může rozšíření edukace ohledně absence přínosů a možném nebezpečí těchto praktik vést ke snižování počtu poskytovatelů, kteří nabízejí „konverzní terapii" a jednotlivců a rodin, které si tuto možnost zvolí.

Poděkování

Karen A. Robinson, profesorce medicíny na Univerzitě Johnse Hopkinse a ředitelce Centra pro praxi založenou na vědeckých důkazech na stejné univerzitě a jejímu týmu za systematické analýzy a za pomoc při tvorbě doporučení, která tvoří základ SOC-8.

Etické aspekty: Carol Bayley, Simona Giordano, Sharon Sytsma.
Právní aspekty: Jennifer Levi, Phil Duran. Kontrola zdrojů: Taymy Caso, Oscar Dimant, Zil Goldstein, Ali Harris, Nat Thorne. Redakce: Margueritte White, Jun Xia.
Administrativní podpora: Blaine Vella, Taylor O'Sullivan, Jamie Hicks. Nakonec bychom chtěli poděkovat všem, kdo během otevřeného procesu připomínkování připojili své komentáře, a organizacím GATE (Global Action for Trans Equality), APTN (Asia Pacific Transgender Network Foundation), ILGA (The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association) a TGEU (Transgender Europe) za jejich užitečnou a konstruktivní zpětnou vazbu k předchozí verzi SOC-8.

Střet zájmů

Možný střet zájmů byl vyhodnocen jak v rámci výběrového procesu členů a členek výboru, tak opět na závěr celého procesu před publikací těchto Standardů péče. Nebyl shledán žádný konflikt zájmů, který by bylo možné považovat za významný nebo závažný.

Etické schválení

Tento rukopis neobsahuje žádné studie zahrnující lidské účastníky či účastnice prováděné kterýmkoliv z jeho autorů či autorek.

Financování

Tento projekt byl částečně financován z grantu Tawani Foundation. Většina výdajů byla vynaložena na uhrazení činnosti Centra pro praxi založenou na vědeckých důkazech Univerzity Johnse Hopkinse. Za redakci a kontrolu odkazů byl udělen pouze symbolický honorář. Členové a členky výboru nebyli za své příspěvky honorováni. Některé cestovní výdaje předsedajících výboru hradila Světová profesní asociace pro transgender zdraví (WPATH). Práce týmu WPATH a další interní výdaje byly pokryty z rozpočtu asociace.

Bibliografie

Abern, L., & Maguire, K. (2018). Contraception knowledge in transgender individuals: Are we doing enough? [9F]. *Obstetrics & Gynecology, 131, 65S*. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000533319.47797.7e

Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology, 2020(1)*. https://doi.org/10.1186/s13633-020-00078-2

ACON. (2022). *Sexual Health - Parts and Practices.* https://www.transhub.org.au/clinicians/sexual-health

Adams, N., Pearce, R., Veale, J., Radix, A., Castro, D., Sarkar, A., & Thom, K. C. (2017). Guidance and ethical considerations for undertaking transgender health research and institutional review boards adjudicating this research. *Transgender Health, 2*(1), 165-175. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0012

Adeleye, A. J., Cedars, M. I., Smith, J., & Mok-Lin, E. (2019). Ovarian stimulation for fertility preservation or family building in a cohort of transgender men. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 36*(10), 2155-2161. https://doi.org/10.1007/s10815-019-01558-y

Adeleye, A. J., Reid, G., Kao, C. N., Mok-Lin, E., & Smith, J. F. (2018). Semen parameters among transgender women with a history of hormonal treatment. *Urology, 124*, 136-141. https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.10.005

Adelson, S. L., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI) (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*(9), 957–974. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004

Agarwal, C. A., Scheefer, M. F., Wright, L. N., Walzer, N. K., & Rivera, A. (2018). Quality of life improvement after chest wall masculinization in female-to-male transgender patients: A prospective study using the BREAST-Q and Body Uneasiness Test. *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery, 71*(5), 651-657. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.01.003

Agenor, M., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I. M., McDowell, M., Alizaga, N. M., Reisner, S. L., Pardee, D. J., & Potter, J. (2016). Perceptions of cervical cancer risk and screening among transmasculine individuals: Patient and provider perspectives. *Culture, Health and Sexuality, 18*(10), 1192-1206. https://10.1080/13691058.2016.1177203

Aguayo-Romero, R. A., Reisen, C. A., Zea, M. C., Bianchi, F. T., & Poppen, P. J. (2015). Gender affirmation and body modification among transgender persons in Colombia. *International Journal of Transgenderism, 16*(2), 103-115. https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075930

Ahalt, C., Haney, C., Rios, S., Fox, M. P., Farabee, D., & Williams, B. (2017). Reducing the use and impact of solitary confinement in corrections. *International Journal of Prisoner health, 13*(1), 41–48. https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1108/IJPH-08-2016-0040

Ahmad, S., & Leinung, M. (2017). The response of the menstrual cycle to initiation of hormonal therapy in transgender men. *Transgender Health, 2*(1), 176-179. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0023

Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLoS One, 13*(10), e0204606. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606

Ainsworth, T. A., & Spiegel, J. H. (2010). Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research, 19*(7), 1019-1024. https://doi.org/10.1007/s11136-010-9668-7

Aires, M. M., de Vasconcelos, D., & Moraes, B. T. D. (2020). Chondrolaryngoplasty in transgender women: Prospective analysis of voice and aesthetic satisfaction. *International Journal of Transgender Health, 22*(4), 394–402. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1848690

Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L., Kreukels, B. P., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(3), 756–763. https://doi.org/10.1111/jsm.12817

Akgul, S., Bonny, A. E., Ford, N., Holland-Hall, C., & Chelvakumar, G. (2019). Experiences of gender minority youth with the intrauterine system. *The Journal of Adolescent Health, 65*(1), 32–38. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.010

Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science & Medicine, 65*(11), 2272–2283. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.005

Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Bouman, W. P., Witcomb, G., & Arcelus, J. (2020). Long term effect of gender affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study, *Andrology, 00;* 1-9. https://doi.org/10.1111/andr.12884

Aldridge, Z., Thorne, N., Marshall, E., English, C., Yip, A. K. T., Nixon, E., Witcomb, G. L., Bouman, W. P., & Arcelus, J. (2022). Understanding factors that affect well-being in trans people "later" in transition: A qualitative study. *Quality of Life Research*, https://doi.org/10.1007/s11136-022-03134-x

Alexander, T. (1997). The Medical Management of Intersexed Children: An Analogue for Childhood Sexual Abuse. *Intersex Society of North America*. https://isna.org/articles/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.uk/10.1037/cpp0000288

Almasri, J., Zaiem, F., Rodriguez-Gutierrez, R., Tamhane, S. U., Iqbal, A. M., Prokop, L. J., Speiser, P. W., Baskin, L. S., Bancos, I., & Murad, M. H. (2018). Genital reconstructi-

ve surgery in females with congenital adrenal hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 103*(11), 4089–4096. https://doi.org/10.1210/jc.2018-01863

Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. *JAMA Surgery, 156*(7), 611–618. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0952

Almeida, M., Laurent, M. R., Dubois, V., Claessens, F., O'Brien, C. A., Bouillon, R., Vanderschueren, D., & Manolagas, S. C. (2017). Estrogens and androgens in skeletal physiology and pathophysiology. *Physiology Reviews, 97*(1), 135-187. https://doi.org/10.1152/physrev.00033.2015

Al-Tamimi, M., Pigot, G. L., van der Sluis, W. B., van de Grift, T. C., van Moorselaar, R. J. A., Mullender, M. G., Weigert, R., Buncamper, M. E., Ozer, M., de Haseth, K. B., Djordjevic, M. L., Salgado, C. J., Belanger, M., Suominen, S., Kolehmainen, M., Santucci, R. A., Crane, C. N., Claes, K. E. Y., & Bouman, M. B. (2019). The surgical techniques and outcomes of secondary phalloplasty after metoidioplasty in transgender men: An international, multi-center case series. *The Journal of Sexual Medicine, 16*(11), 1849–1859. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.027

Altman, K. (2012). Facial feminization surgery: Current state of the art. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 41(8), 885-894. https://doi.org/10.1016/j.ijom.2012.04.024.

Alzahrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R., & Reiner, J. (2019). Cardiovascular disease risk factors and myocardial infarction in the transgender population. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 12*(4), e005597 https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Sexual Orientation and Gender Identity Issues Committee. (2018). *Conversion Therapy Policy Statement.* https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2018/Conversion_Therapy.aspx.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Health Care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstetrics and Gynecology, 137*, e75. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004294

American Medical Association. (2016). Definitions of „Screening" and „Medical Necessity" H-320.953. *Council on Medical Service.* https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/H-320.953

American Medical Association. (2021). Ethics: Informed consent. https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.97808904257

American Psychological Association, Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. (2009). *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation.* https://www.apa.org/pi/lgbc/publications/therapeutic-resp.html

American Psychological Association. (2015). Guidelines for professional practice with transgender and gender non--conforming people. *American Psychologist, 70*(9), 832-864. https://doi.org/10.1037/a0039906

American Psychological Association. (2021). *APA guidelines for psychological assessment and evaluation.* https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf

American Psychological Association. (2021). *APA Resolution on Gender Identity Change Efforts.* https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf

American Urological Association (AUA) Board of Directors. (2019). *Pediatric Decision Making and Differences of Sex Development: A Societies for Pediatric Urology and American Urological Association Joint Position Statement - American Urological Association.* (n.d.). https://www.auanet.org/guidelines/guidelines/joint-statement-on-dsd

Amir, H., Yaish, I., Oren, A., Groutz, A., Greenman, Y., & Azem, F. (2020). Fertility preservation rates among transgender women compared with transgender men receiving comprehensive fertility counselling. *Reproductive Biomedicine Online, 41*(3), p. 546-554. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.05.003.

Amnesty International. (2020). *Amnesty International UK and Liberty joint statement on puberty blockers.* https://www.amnesty.org.uk/press-releases/amnesty-international-uk--and-liberty-joint-statement-puberty-blockers

Amodeo, A. L., Vitelli, R., Scandurra, C., Picariello, S., & Valerio, P. (2015). Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications and suggestions for further research. *International Journal of Transgenderism, 16*(1), 49-61. https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1022680

Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine, 39*(1), 93–98. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015

Anderson, J. (2007). Endoscopic laryngeal web formation for pitch elevation. *The Journal of Otolaryngology. 36*(1), 6-12. https://doi.org/10.2310/7070.2006.0153

Anderson, J. A. (2014). Pitch elevation in transgendered patients: Anterior glottic web formation assisted by temporary injection augmentation. *Journal of Voice, 28*(6), 816–821. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.05.002

Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 56*(2), 208–214. https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z

Andrzejewski, J., Pampati, S., Steiner, R. J., Boyce, L., & Johns, M. M. (2020). Perspectives of transgender youth on parental support: Qualitative findings from the resilience and transgender youth study. *Health Education & Behavior*, 109019812096550. https://doi.org/10.1177/1090198120965504

Angus, L. M., Nolan, B. J., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). A systematic review of antiandrogens and feminization in transgender women. *Clinical Endocrinology, 94*(5), 743–752. https://doi.org/10.1111/cen.14329

Ansara, Y.G., Hegarty, P., (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality, 3*, 137–160. https://doi.org/10.1080/19419899.2011.576696

Antun, A., Zhang, Q., Bhasin, S., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Longitudinal changes in hematologic parameters among transgender people receiving hormone therapy. *Journal of the Endocrine Society, 4*(11), 1-11. https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa119

Anzani, A., Lindley, L., Prunas, A., & Galupo, P. (2021). "I Use All the Parts I'm Given": A qualitative investigation of trans masculine and nonbinary individuals' use of body during sex. *International Journal of Sexual Health, 33*(1), 58-75. https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1853300

Applebaum, P. S. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. N*ew England Journal of Medicine, 357*(18), 1834-1840. https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045

Applegarth, G., & Nuttall, J. (2016). The lived experience of transgender people of talking therapies. *International Journal of Transgenderism, 17*(2), 66-72. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149540

APTN & UNDP. (2012). Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region. *Bangkok: Asia Pacific Transgender Network.* https://weareaptn.org/resource/lost-in-transition-transgender-people-rights-and-hiv-vulnerability-in-the-asia-pacific-region/

APTN. (2020a). Conversion therapy practices. *Bangkok: Asia Pacific Transgender Network.* https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Indonesia_28Dec.pdf

APTN. (2020b). Conversion therapy practices: Malaysia. *Bangkok: Asia Pacific Transgender Network.* https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Malaysia_29Dec.pdf

APTN. (2020c). Conversion therapy practices: Sri Lanka. *Bangkok: Asia Pacific Transgender Network.* https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-SriLanka_28Dec.pdf

APTN. (2021). Conversion therapy practices: India. *Bangkok: Asia Pacific Transgender Network.* https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/06/Conversion-Therapy-India_CountrySnapshot_FinalMay2021-2.pdf

APTN. (2022). Towards Transformative Healthcare: Asia Pacific Trans Health and Rights Module. *Bangkok: Asia-Pacific Transgender Network* https://weareaptn.org/resource/towards-transformative-healthcare-asia-pacific-trans-health-and-rights-module/

Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry, 30*(6), 807-815. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005.

Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., & Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *Journal of Sexual Medicine, 13*(3), 402-412. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003

Arístegui, 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://dx.doi.org/10.1080/15532739.2017.1314796

Armuand, 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

Armuand, 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

Armuand, 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

Armuand, G. M., Wettergren, L., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Lampic, C. (2014). Desire for children, difficulties achieving a pregnancy, and infertility distress 3 to 7 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer, 22*(10), 2805-2812. https://doi.org/10.1007/s00520-014-2279-z

Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr., Virani, S. S., Williams, K. A., Sr., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 *ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation, 140*(11), e596–e646. https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.0000000000000678

Arnoldussen, M., Steensma, T. D., Popma, A., van der Miesen, A. I. R., Twisk, J. W. R., & de Vries, A. L. C. (2020). Re-evaluation of the Dutch approach: Are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? *European Child & Adolescent Psychiatry*. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01691-5

Ashley, F. (2019a). Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics, 45*(7), 480-482. https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105293

Ashley, F. (2019b). Homophobia, conversion therapy, and care models for trans youth: Defending the gender-affirmative approach. J*ournal of LGBT Youth, 17*(4), 361-383. https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1665610

Ashley, F. (2019c). Puberty blockers are necessary, but they don't prevent homelessness: Caring for transgender youth by supporting unsupportive Parents/guardians. *The American Journal of Bioethics, 19,* 87–89. https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1557277

Ashley, F. (2019d). Shifts in assigned sex ratios at gender identity clinics likely reflect changes in referral patterns. *The Journal of Sexual Medicine, 16*(6), 948-949. https://doi.org/pii/S1743609519307301

Ashley, F. (2019e). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology & Psychiatry, 24*(2), 223-

236. https://doi.org/10.1177/1359104519836462

Asscheman, H., T'Sjoen, G., Lemaire, A., Mas, M., Meriggiola, M. C., Mueller, A., Kuhn, A., Dhejne, C., Morel-Journel, N., & Gooren, L. J. (2014). Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: A review. *Andrologia, 46*(7), 791–795. https://doi.org/10.1111/and.12150

Attig, R. (2022). A call for community-informed translation: Respecting Queer self-determination across linguistic lines. *Translation and Interpreting Studies*. Advance online publication. https://doi.org/10.1075/tis.21001.att

Auchus, R. J., Witchel, S. F., Leight, K. R., Aisenberg, J., Azziz, R., Bachega, T. A., Baker, L. A., Baratz, A. B., Baskin, L. S., Berenbaum, S. A., Breault, D. T., Cerame, B. I., Conway, G. S., Eugster, E. A., Fracassa, S., Gearhart, J. P., Geffner, M. E., Harris, K. B., Hurwitz, R. S., & Katz, A. L. (2010). Guidelines for the development of comprehensive care centers for congenital adrenal hyperplasia: Guidance from the CARES foundation initiative. *International Journal of Pediatric Endocrinology,* 2010. https://doi.org/10.1155/2010/275213

Aucoin, M. W., & Wassersug, R. J. (2006). The sexuality and social performance of androgen-deprived (castrated) men throughout history: Implications for modern day cancer patients. *Social Science & Medicine, 63*(12), 3162–3173. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.007

Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T .O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G..K., Beckmann, M. W., & Hildebrandt, T. (2018). Desire to have children among transgender people in Germany: A cross-sectional multi-center study. *The Journal of Sexual Medicine,* 15(5), p. 757-767. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083.

Auldridge, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E., & Tobin, H. J. (2012). *Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice national center for transgender equality; services and advocacy for GLBT elders.* https://www.sageusa.org/resource-posts/improving--the-lives-of-transgender-older-adults/ accessed 3/14/2022

Aurat Foundation. (2016). *Silent no more: transgender community in Pakistan: research study.* https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/transgender-community-pakistan-2016.pdf

Austin, A., & Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self--esteem among transgender and gender non-conforming adults. *Journal of Homosexuality, 64*(6), 825-841. https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587.

Austin, A., Craig, S. L., & Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatric Clinics of North America, 40*(1), 141-156. https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003

Austin, A., Craig, S. L., & 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/getmedia/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updated_aps_position_statement_conversion_practices.pdf

Avila, J. T., Golden, N. H., & Aye, T. (2019). Eating disorder screening in transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 65*(6), 815-817. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.06.011

Azagba, S., Latham, K., & Shan, L. (2019). Cigarette, smokeless tobacco, and alcohol use among transgender adults in the United States. *International Journal of Drug Policy, 73*, 163-169. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.024

Azul, D. (2015). Transmasculine people's vocal situations: A critical review of gender-related discourses and empirical data. *International Journal of Language & Communication Disorders, 50*(1), 31–47. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12121

Azul, D. (2016). Gender-related aspects of transmasculine people's vocal situations: Insights from a qualitative content analysis of interview transcripts. *International Journal of Language & Communication Disorders, 51*(6), 672–684. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12239

Azul, D., Arnold, A., & Neuschaefer-Rube, C. (2018). Do transmasculine speakers present with gender-related voice problems? Insights from a participant-centered mixed-methods study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 61*(1), 25–39. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0410

Azul, D., & Hancock, A. B. (2020). Who or what has the capacity to influence voice production? Development of a transdisciplinary theoretical approach to clinical practice addressing voice and the communication of speaker socio-cultural positioning. *International Journal of Speech-Language Pathology, 22*(5), 559–570. https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1709544

Azul, D., Hancock, A. B., Lundberg, T., Nygren, U., & Dhejne, C. (2022). Supporting well-being in gender diverse people: A tutorial for implementing conceptual and practical shifts towards culturally-responsive, person-centered care in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology, Advance online publication*. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00322

Azul, D., & Neuschaefer-Rube, C. (2019). Voice function in gender-diverse people assigned female at birth: Results from a participant-centered mixed-methods study and implications for clinical practice. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 62*(9), 3320–3338. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-19-0063

Azul, D., Nygren, U., Södersten, M., & Neuschaefer-Rube, C. (2017). Transmasculine people's voice function: A review of the currently available evidence. *Journal of Voice, 31*(2), 261.e9–261.e23. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.05.005

Babu, R., & Shah, U. (2021). Gender identity disorder (GID) in adolescents and adults with differences of sex development (DSD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Urology, 17*(1), 39-47. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2020.11.017

Badowski, M. E., Britt, N., Huesgen, E. C., Lewis, M. M., Miller, M. M., Nowak, K., & Smith, R. O. (2021). Pharmacotherapy considerations in transgender individuals living with human immunodeficiency virus. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy, 41*(3), 299-314. https://doi.org/10.1002/phar.2499

Baker, K. (2013). Transforming health: International rights-based advocacy for trans health. New York. Retrieved from https://www.opensocietyfoundations.org/reports/transforming-health

Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *Journal of the Endocrine Society, 5*(4), bvab011, https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011

Bakko, M., & Kattari, S. K. (2021). Differential access to transgender inclusive insurance and healthcare in the United States: challenges to health across the life course. *Journal of Aging & Social Policy, 33*(1), 67-81. https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1632681

Balakrishnan, T. M., Nagarajan, S., & Jaganmohan, J. (2020). Retrospective study of prosthetic augmentation mammoplasty in transwomen. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India, 53*(1), 42–050. https://doi.org/10.1055/s-0040-1709427

Baleige, A., de la Chenelie, M., Dassonneville, C., & Martin, M. J. (2021). Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: Leads from field experimentations in Lille, France. *Transgender Health, 7*(1), 1-6. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143

Banbury, S. (2004). Coercive sexual behaviour in British prisons as reported by adult ex-prisoners. *The Howard Journal of Criminal Justice, 43*(2), 113–130. https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2004.00316.x

Bangalore Krishna, K., Fuqua, John S., Rogol, Alan D., Klein, Karen O., Popovic, J., Houk, Christopher P., Charmandari, E., & Lee, Peter A. (2019). Use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children: Update by an international consortium. *Hormone Research in Paediatrics, 91*(6), 357–372. https://doi.org/10.1159/000501336

Bangalore Krishna, K., Kogan, B. A., Mazur, T., Hoebeke, P., Bogaert, G., & Lee, P. A. (2021). Individualized care for patients with intersex (differences of sex development): part 4/5. Considering the Ifs, Whens, and Whats regarding sexual--reproductive system surgery. J*ournal of Pediatric Urology, 17*(3), 338–345. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.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

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. https://classic.austlii.edu.au/au/journals/FlinLawJl/2017/8.pdf

Bartholomaeus, C., & Riggs, D. W. (2019). Transgender and non-binary Australians' experiences with healthcare professionals in relation to fertility preservation. *Culture, Health and Sexuality, 22*(2) 129-145. https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1580388

Bartholomaeus, C., Riggs, D. W., & Sansfaçon, A. P. (2020). Expanding and improving trans affirming care in Australia: experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. *Health Sociology Review, 30*(1), 58–71. https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1845223

Başar, K., & Öz, G. (2016). Resilience in individuals with gender dysphoria: Association with perceived social support and discrimination. *Türk Psikiyatri Dergisi, 27*(4), 225-234.

Başar, K., Öz, G., & Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine, 13*(7), 1133-1141. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.04.071.

Bauer, R. (2018). Bois and grrrls meet their daddies and mommies on gender playgrounds: Gendered age play in the les-bi-trans-queer BDSM communities. *Sexualities, 21*(1-2), 139-155. https://doi.org/10.1177/1363460716676987

Bauer, G. R., & Hammond, R. (2015). Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 24*(1), 1-11. https://doi.org/10.3138/cjhs.24.1-CO1

Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). „I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of Association in Nurses in AIDS Care, 20*(5), 348-361. https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004

Bauer, G. R., Lawson, M. L., & Metzger, D. L. (2022). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of "Rapid-Onset Gender Dysphoria"?. *The Journal of Pediatrics, 243*, 224-227. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020

Bauer, G., Pacaud, D., Couch, R., Metzger, D., Gale, L., Gotovac, S., Mokashi, A., Feder, S., Raiche, J., Speechley, K. N., Temple Newhook, J., Ghosh, S., Sansfacon, A., Susset, F., & Lawson, M. & Trans Youth CAN! Research Team. (2021). Transgender youth referred to clinics for gender-affirming medical care in Canada. *Pediatrics, 148*(5), e2020047266. https://doi.org/10.1542/peds.2020-047266

Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine, 63*(6), 713-720. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027

Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study

in Ontario, Canada. *BMC Public Health, 15*, 525. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2.

Beach, L. B., Elasy, T. A., & Gonzales, G. (2018). Prevalence of self-reported diabetes by sexual orientation: Results from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *LGBT Health, 5*(2), 121-130. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0091

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th Ed.). Oxford University Press.

Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H., & Sipe, T. A. (2018). Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: A systematic review and meta-analysis, 2006–2017. *American Journal of Public Health, 109*(1), e1-e8. https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727

Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. P*ediatrics, 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/gs.2020.03.18

Bellinga, R. J., Capitán, L., Simon, D., & Tenorio, T. (2017). Technical and clinical considerations for facial feminization surgery with rhinoplasty and related procedures. *JAMA Facial Plastic Surgery, 19*(3), 175-181. https://doi.org/10.1001/jamafacial.2016.1572

Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin, 114*(3), 413–434. https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413

Benedetti, M. G., Furlini, G., Zati, A., & Letizia Mauro, G. (2018). The effectiveness of physical exercise on bone density in osteoporotic patients. *Biomed Research International,* 2018, 4840531. https://doi.org/10.1155/2018/4840531

Benestad, E. E. P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies, 19*(4), 225-231. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.09.003

Bennecke, E., Bernstein, S., Lee, P., van de Grift, T. C., 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. https://dx.doi.org/10.1016/bs.acdb.2014.11.002

Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Parker, L. (2001). *Informed consent: Legal theory and clinical practice* (2nd ed.) Oxford University Press.

Berg, D & Edwards-Leeper, L. (2018). Child and family assessment. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children (pp.101-124). *American Psychological Association*. https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9

Berger, I., & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking cessation programs for lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex people: A content-based systematic review. *Nicotine & Tobacco Research, 19*(12), 1408-1417. https://doi.org/10.1093/ntr/ntw216

Berli, J. U., Knudson, G., Fraser, L., Tangpricha, V., Ettner, R., Ettner, F. M., Safer, J. D., Graham, J., Monstrey, S., & Schechter, L. (2017). What surgeons need to know about gender confirmation surgery when providing care for transgender individuals: A review. *JAMA Surgery, 152*(4), 394-400. https://doi.org/jamasurg.2016.5549

Berli, J. U., Monstrey, S., Safa, B., & Chen, M. (2021). Neourethra creation in gender phalloplasty: Differences in techniques and staging. *Plastic Reconstructive Surgery, 147*(5), 801e-811e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000007898

Bertalan, R., Lucas-Herald, A., Kolesinska, Z., Berra, M., Cools, M., Balsamo, A., & Hiort, O. (2018). Evaluation of DSD training schools organized by cost action BM1303 "DSDnet." *Orphanet Journal of Rare Diseases, 13*(1). https://doi.org/10.1186/s13023-018-0967-3

Bertelloni, S., & Mul, D. (2008). Treatment of central precocious puberty by GnRH analogs: Long-term outcome in men. *Asian Journal of Andrology, 10*(4), 525–534. https://doi.org/10.1111/j.1745-7262.2008.00409.x

Bertelloni, S., Baroncelli, G. I., Ferdeghini, M., Menchini-Fabris, F., & Saggese, G. (2000). Final height, gonadal function and bone mineral density of adolescent males with central precocious puberty after therapy with gonadotropin-releasing hormone analogues. *European Journal of Pediatrics, 159*(5), 369-374. https://doi.org/10.1007/s004310051289

Bertin, C., Abbas, R., Andrieu, V., Michard, F., Rioux, C., Descamps, V., & Bouscarat, F. (2019). Illicit massive silicone injections always induce chronic and definitive silicone blood diffusion with dermatologic complications. *Medicine, 98*(4), e14143. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000014143

Bertrand, B., Perchenet, A. S., Colson, T. R., Drai, D., & Casanova, D. (2017). Female-to-male transgender chest reconstruction: A retrospective study of patient satisfaction. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique, 62*(4), 303-307. https://doi.org/10.1016/j.anplas.2017.05.005

Bhattacharya, S., & Ghosh, D. (2020). Studying physical and mental health status among hijra, kothi and transgender community in Kolkata, India. *Social Science and Medicine, 265*, 113412. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113412

Biedermann, S. V., Asmuth, J., Schröder, J., Briken, P., Auer, M. K., & Fuss, J. (2021). Childhood adversities are common among trans people and associated with adult depression and suicidality. *Journal of Psychiatric Research, 141*, 318-324. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.016

Bienz, M., & Saad, F. (2015). Androgen-deprivation therapy and bone loss in prostate cancer patients: A clinical review. *BoneKEy Reports, 4*, 716. https://doi.org/10.1038/bonekey.2015.85

Bisbey, T. M., Reyes, D. L., Traylor, A. M., & Salas, E. (2019). Teams of psychologists helping teams: The evolution of the science of team training. *American Psychologist, 74*(3), 278–289. https://doi.org/10.1037/amp0000419

Bishop, A. (2019). Harmful treatment: the global reach of so-called conversion therapy. *Outright Action International.* https://outrightinternational.org/sites/default/files/ExecSumm_SinglePagesRandL.pdf

Biskey, E. R., Johnson, J. A., Harrison, C., Marron, J. M., Abecassis, L., Scobie-Carroll, A., Willard, J., Diamond, D. A., Taghinia, A. H., & Ganor, O. (2019). Ethical issues considered when establishing a pediatrics gender surgery center. *Pediatrics, 143*(6), e20183053. https://doi.org/10.1542/peds.2018-3053

Bisson, J. R., Chan, K. J., & Safer, J. D. (2018). Prolactin levels do not rise among transgender women treated with estradiol and spironolactone. *Endocrine Practice, 24*(7), 646-651. https://doi.org/10.4158/EP-2018-0101

Bizic, M. R., 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 dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology, 12*(2), 151. https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6300(200003/04)12:2%3C151::AID-AJHB1%3E3.0.CO;2-F

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

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. A*merican Journal of Public Health, 103*(10), e27-e32. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507

Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health, 103*(5), 943-951. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241.

Bockting, W., & Coleman, E. (2016). Developmental stages of the transgender coming-out process: Toward an integrated identity. *In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 137–158). Routledge/Taylor & Francis Group.

Boedecker, A. L. (2011). *The transgender guidebook : keys to a successful transition.* Boedecker.

Bonnington, A., Dianat, S., Kerns, J., Hastings, J., Hawkins, M., De Haan, G., & Obedin-Maliver, J. (2020). Society of family planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. *Contraception, 102*(2), 70-82. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.001

Borgström, B., Fridström, M., Gustafsson, B., Ljungman, P., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). A prospective study on the long-term outcome of prepubertal and pubertal boys undergoing testicular biopsy for fertility preservation prior to hematologic stem cell transplantation. *Pediatric Blood Cancer, 67*(9), e28507. https://doi.org/10.1002/pbc.28507

Boskey, E. R., 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

Brandt, J. S., Patel, A. J., Marshall, I., & Bachmann, G. A. (2019). *Transgender men, pregnancy, and the „new" advanced paternal age: A review of the literature. Maturitas, 128*, 17-21. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.07.004

Branski, R. C., Verdolini, K., Sandulache, V., Rosen, C. A., & Hebda, P. A. (2006). Vocal fold wound healing: A review for clinicians. *Journal of Voice, 20*(3), 432–442. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2005.08.005

Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2021). Country-level structural stigma, identity concealment, and day-to-day discrimination as determinants of transgender people's life satisfaction. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 56*(9), 1537-1545. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6.

Bränström, R., Stormbom, I., Bergendal, M., & Pachanakis, J. (2022). Transgender-based disparities in suicidality: A population-based study of key predictions from four theoretical models. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 52*, 401-412. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sltb.12830

Braun, H., Nash, R., Tangpricha, V., Brockman, J., Ward, K., & Goodman, M. (2017). Cancer in transgender people: Evidence and methodological considerations. *Epidemiologic Reviews, 39*(1), 93-107. https://doi.org/10.1093/epirev/mxw003

Braun, H., Zhang, Q., Getahun, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Goodman, M., & Yeung, H. (2021). Moderate-to-severe acne and mental health symptoms in transmasculine persons who have received testosterone. *JAMA Dermatology, 157*(3), 344-346. https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.5353

Brennan, A. M., Barnsteiner, J., Siantz, M. L., Cotter, V. T., & Everett, J. (2012). Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. *Journal of Professional Nursing, 28*(2), 96-104. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.004

Brett, M. A., Roberts, L. F., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Expectations, consequences, and adjustments to castration (Part II). *The Journal of Sexual Medicine, 4*(4), 946–955. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00522.x

Brik, T., Vrouenraets, L., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2020). Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior, 49*(7), 2611–2618. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8

Brik, T., Vrouenraets, L., Schagen, S. E. E., Meissner, A., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Use of fertility preservation among a cohort of transgirls in the Netherlands. *Journal of Adolescent Health, 64*(5), 589-593. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.008

Brömdal, A., Clark, K. A., Hughto, J., Debattista, J., Phillips, T. M., Mullens, A. B., Gow, J., & Daken, K. (2019). Whole-incarceration-setting approaches to supporting and upholding the rights and health of incarcerated transgender people. *The International Journal of Transgenderism, 20*(4), 341–350. https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1080/15532739.2019.1651684

Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist, 34*(10), 844–850. https://doi.org/10.1037/0003-066x.34.10.844

Brown, A., Lourenco, A. P., Niell, B. L., Cronin, B., Dibble, E. H., DiNome, M. L., Goel, M. S., Hansen, J., Heller, S. L., Jochelson, M. S., Karrington, B., Klein, K. A., Mehta, T. S., Newell, M. S., Schechter, L., Stuckey, A. R., Swain, M. E., Tseng, J., Tuscano, D. S., & Moy, L. (2021). ACR appropriateness criteria® transgender breast cancer screening. *Journal of the American College of Radiology, 18*(11s), S502-s515. https://doi.org/10.1016/j.jacr.2021.09.005

Brown, E. & Mar, K. (2018). Culturally responsive practice with children of color. In: *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children. Keo-Meier, C. and Ehrensaft, D., (Eds)*. American Psychological Association

Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International*

Journal of Transgenderism, 11(2), 133-139, https://doi.org/10.1080/15532730903008073

Brown, G. R. (2010). Autocastration and Autopenectomy as Surgical Self-Treatment in Incarcerated Persons with Gender Identity Disorder. *International Journal of Transgenderism, 12*(1), 31–39. https://doi.org/10.1080/15532731003688970

Brown, G. R. (2014). Qualitative analysis of transgender inmates' correspondence: Implications for departments of correction. *Journal of Correctional Health Care, 20*(4), 334–342. https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1177/1078345814541533

Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Incidence of breast cancer in a cohort of 5,135 transgender veterans. *Breast Cancer Research and Treatment, 149*(1), 191-198. https://doi.org/10.1007/s10549-014-3213-2

Brown, G. R., & Jones, K. T. (2015). Health correlates of criminal justice involvement in 4,793 transgender veterans. *LGBT Health, 2*(4), 297–305. https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1089/lgbt.2015.0052

Brown, G. R., & Jones, K. T. (2016). Mental health and medical health disparities in 5135 transgender veterans receiving healthcare in the veterans health administration: A case--control study. *LGBT Health, 3*(2), p. 122-131. https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0058.

Brown, G. R., & McDuffie, E. (2009). Health care policies addressing transgender inmates in prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care, 15*(4), 280–291. https://doi.org/10.1177/1078345809340423

Brown, M., Perry, A., Cheesman, A. D., & Pring, T. (2000). Notes and discussion. Pitch change in male-to-female- transsexuals: Has phonosurgery a role to play? *International Journal of Language & Communication Disorders, 35*(1), 129-136. https://doi.org/10.1080/136828200247296

Brown, S. K., Chang, J., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Addition of Wendler glottoplasty to voice therapy improves trans female voice outcomes. *Laryngoscope, 131*(7), 1588-1593. https://doi.org/10.1002/lary.29050

Brumbaugh-Johnson, S. M., & Hull, K. E. (2019). Coming out as transgender: Navigating the social implications of a transgender identity. *Journal of Homosexuality, 66*(8), p.1148-1177. https://doi.org/1080/00918369.2018.1493253.

Bryant, L., Damarin, A. K., & Marshall, Z. (2014). Tobacco control recommendations identified by LGBT Atlantans in a community-based research project. Progress in Community Health Partnerships: *Research, Education, and Action, 8*(3), 259-260. https://doi.org/10.1353/cpr.2014.0041

Bryson, C., & Honig, S. C. (2019). Genitourinary complications of gender-affirming surgery. *Current Urology Reports, 20*(6). https://doi.org/10.1007/s11934-019-0894-4.

Buchting, F. O., Emory, K. T., Kim, Y., Fagan, P., Vera, L. E., & Emery, S. (2017). Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. *American Journal of Preventive Medicine, 53*(1), e1-e7. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.11.022

Buckley, D. P., Dahl, K. L., Cler, G. J., & Stepp, C. E. (2020). Transmasculine voice modification: A case study. *Journal of Voice, 34*(6), 903-910. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.05.003

Budge, S. L. (2013). Interpersonal psychotherapy with transgender clients. *Psychotherapy, 50*(3), 356–359. https://doi.org/10.1037/a0032194

Budge, S. L. (2015). Psychotherapists as gatekeepers: An evidence-based case study highlighting the role and process of letter writing for transgender clients. *Psychotherapy Theory Research Practice Training, 52*(3), 287–297 https://doi.org/10.1037/pst0000034

Budge, S.L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consult Clinical Psychology, 81*(3), 545-557. https://doi.org/10.1037/a0031774.

Budge, S. L., Katz-Wise, S. L., Tebbe, E. N., Howard, K. A. S., Schneider, C. L., & Rodriguez, A. (2012). Transgender emotional and coping processes: Facilitative and avoidant coping throughout gender transitioning. *The Counseling Psychologist, 41*(4), 601-647. https://doi.org/10.1177/0011000011432753

Budge, S. L., Sinnard, M. T., & Hoyt, W. T. (2021). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy (Chic.), 58*(1), 1-11. https://doi.org/10.1037/pst0000310

Bultynck, C., Cosyns, M., T'Sjoen, G., Van Borsel, J., & Bonte, K. (2020). Thyroplasty type III to lower the vocal pitch in trans men. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 164*(1), 157-159. https://doi.org/10.1177/0194599820937675

Bultynck, C., Pas, C., Defreyne, J., Cosyns, M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Self perception of voice in transgender persons during cross-sex hormone therapy. *The Laryngoscope, 127*(12), 2796-2804. https://doi.org/10.1002/lary.26716

Buncamper, M. E., Honselaar, J. S., Bouman, M. B., Özer, M., Kreukels, B. P., & Mullender, M. G. (2015). Aesthetic and functional outcomes of neovaginoplasty using penile skin in male-to-female transsexuals. *Journal of Sexual Medicine, 12*(7), 1626-1634. https://doi.org/10.1111/jsm.12914

Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., de Vries, M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). Penile inversion vaginoplasty with or without additional full-thickness skin graft: To graft or not to graft? *Plastic and Reconstructive Surgery, 139*(3), 649e-656e. https://doi.org/10.1097/PRS.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 transfemale vaginoplasty: An updated systematic review and meta-analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open, 9*(3), e3510. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003510

Butler, J. (1993). *Bodies that matter. On the discursive limits of „sex"*. Routledge.

Butler, J., Anstrom, K. J., Felker, G. M., Givertz, M. M., Kalogeropoulos, A. P., Konstam, M. A., Mann, D. L., Margulies, K. B., McNulty, S. E., Mentz, R. J., Redfield, M. M., Tang, W. H. W., Whellan, D. J., Shah, M., Desvigne-Nickens, P., Hernandez, A. F., & Braunwald, E. (2017). Efficacy and safety of spironolactone in acute heart failure. *JAMA Cardiology, 2*(9), 950. https://doi.org/10.1001/jamacardio.2017.2198

Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, F. L., Pleak, R. R., & Tompkins, D. A. (2012). Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior, 41*(4), 759-796. https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x

Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, E., Eyler, A. E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., & Pula, J. (2018). Gender dysphoria in adults: An overview and primer for psychiatrists. *Transgender Health, 3*(1), 57-70. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0053

Caceres, B. A., Streed, C. G Jr., Corliss, H. L., Lloyd-Jones, D. M., Matthews, P. A., Mukherjee, M., Poteat, T., Rosendale, N., Ross, L. M., & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Hypertension; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Peripheral Vascular Disease; and Stroke Council (2020). Assessing and addressing cardiovascular health in LGBTQ adults: A scientific statement T*he American Heart Association. Circulation, 142*(19), e321–e332. https://doi.org/10.1161/CIR.00000000.00000914

Cai, X., Hughto, J. M., Reisner, S. L., Pachankis, J. E., & Levy, B. R. (2019). Benefit of gender-affirming medical treatment for transgender elders: Later-life alignment of mind and body. *LGBT Health, 6*(1), 34-39. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0262

Calcedo-Barba, A., Fructuoso, A., Martinez-Raga, J., Paz, S., Sánchez de Carmona, M., & Vicens, E. (2020). A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. *BMC Psychiatry, 20*(1), 339. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02756-0

Callander, D., Wiggins, J., Rosenberg, S., Cornelisse, V. J., Duck-Chong, E., Holt, M., Pony, M., Vlahakis, E., MacGibbon, J., & Cook, T. (2019). *The 2018 Australian trans and gender diverse sexual health survey: report of findings*. The Kirby Institute, University of New South Wales. https://genderrights.org.au/wp-content/uploads/2020/03/ATGDSexualHealthSurveyReport_v7.pdf

Callen-Lorde. (2014) *Protocols for the Provision of Hormone Therapy*. https://callen-lorde.org/graphics/2018/05/Callen-Lorde-TGNC-Hormone-Therapy-Protocols-2018.pdf

Callen Lorde. (2020a). *Safer Bindin.g* https://callen-lorde.org/graphics/2018/09/Safer-Binding_2018_FINAL.pdf.

Callen Lorde. (2020b). *Safer Tucking*. https://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.jpag.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.2016.03.37

Carel, J. C., Eugster, E. A., Rogol, A., Ghizzoni, L., & Palmert, M. R. (2009). Consensus statement on the use

of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics, 123*(4), e752-e762. https://doi.org/10.1542/peds.2008-1783

CARES Foundation. (2020). *Statement on Surgery.* https://www.caresfoudation.org/treatment/surgery.pdf

Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice, 21*(5), 591-603. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.05.005

Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One, 16*(2), e0243894. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894

Carpenter, M. (2018). Intersex variations, human rights, and the International Classification of Diseases. *Health and Human Rights Journal, 20*(2), 205-214.

Carpenter, M. (2021). Intersex human rights, sexual orientation, gender identity, sex characteristics and the Yogyakarta Principles plus 10. *Culture, Health & Sexuality, 23*(4), 516-532. https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1781262

Carpenter, C. S., Eppink, S. T., & Gonzales, G. (2020). Transgender status, gender identity, and socioeconomic outcomes in the United States. *ILR Review, 73*(3), 573-599. https://doi.org/10.1177/0019793920902776

Carpenter, W. T., Gold, J. M., Lahti, A.C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., Kovnik, J., & Applebaum, P. S. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives of General Psychiatry, 57*(6), 533–538. https://doi.org/10-1001/pubs.ArchGenPsychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156.

Carroll, L., Graff, C., Wicks, M., & Diaz Thomas, A. (2020). Living with an invisible illness: A qualitative study exploring the lived experiences of female children with congenital adrenal hyperplasia. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 29*(3), 673–681. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02350-2

Carswell, J. M., & Roberts, A. L. (2017). Induction and maintenance of amenorrhea in transmasculine and nonbinary adolescents. *Transgender Health, 2*, 195-201. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0021

Carter, H. B., Albertsen, P. C., Barry, M. J., Etzioni, R., Freedland, S. J., Greene, K. L., Holmberg, L., Kantoff, P., Konety, B. R., Murad, M. H., Penson, D. F., & Zietman, A. L. (2013). Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *Journal of Urology, 190*(2), 419-426. https://doi.org/10.1016/j.juro.2013.04.119

Cartwright, C., Hughes, M., & Lienert, T. (2012). End-of-life care for gay, lesbian, bisexual and transgender people. *Culture, Health & Sexuality, 14*(5), 537–548. https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1080/13691058.2012.673639

Casado, J. C., Rodríguez-Parra, M. J., & Adrián, J. A. (2017). Voice feminization in male-to-female transgendered clients after Wendler's glottoplasty with vs. without voice therapy support. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 274*(4), 2049-2058. https://doi.org/10.1007/s00405-016-4420-8

Castellano, E., Crespi, C., Dell'Aquila, C., Rosato, R., Catalano, C., Mineccia, V., Motta, G., Botto, E., & Manieri, C. (2015). Quality of life and hormones after sex reassignment surgery. *Journal of Endocrinological Investigation, 38*(12), 1373-1381. https://doi.org/10.1007/s40618-015-0398-0

Catelan, R. F., Costa, A. B., & Lisboa, C. S. M. (2017). Psychological interventions for transgender persons: A scoping review. *International Journal of Sexual Health, 29*(4), 325-337. https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1360432

Cauffman, E., & Steinberg, L. (2000). (Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences & the Law, 18*(6), 741–760. https://doi.org/10.1002/bsl.416

Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. *AMA Journal of Ethics, 18*(11), 1147-1155. https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611

Celentano, D. D., & Szklo, M. (2019). *Gordis Epidemiology.* Elsevier, Inc.

Census Organization of India. (2015). *Population Census* 2011. https://www.census2011.co.in

Center of Excellence for Transgender Health. (2016). Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People, 2nd edition. *Center of Excellence for Transgender Health, UCSF.* https://transcare.ucsf.edu/guidelines.

Centers for Disease Control. (2020). *Transforming Health: Patient-Centered HIV Prevention and Care*: https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/sexual-history.html.

Centers for Disease Control. (2021). *Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States – 2021 Update Clinical Practice Guideline.* https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2021.pdf

Centers for Medicare and Medicaid Services. (2010). *Toolkit Part 11: Guidelines for Translation.* https://www.cms.gov/Outreach-andEducation/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

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://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2018-316080

Chinn, P. (2013). Commentary lesbian, gay, bisexual and transgender health: Disparities we can change. *Nurse Educator, 38*(3), 94-95. https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e31828dc235

Chipkin, S. R., & Kim, F. (2017). Ten most important things to know about caring for transgender patients. *American Journal of Medicine, 130*(11), 1238–1245. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.06.019

Chisolm-Straker, M., Willging, C., Daul, A. D., McNamara, S., Sante, S. C., Shattuck, D. G., & Crandall, C. S. (2018). Transgender and gender-nonconforming patients in the emergency department: What physicians know, think, and do. *Annals of Emergency Medicine, 71*(2), 183-188. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.09.042

Chlebowski, R. T., Anderson, G. L., Aragaki, A. K., Manson, J. E., Stefanick, M. L., Pan, K., Barrington, W., Kuller, L. H., Simon, M. S., Lane, D., Johnson, K. C., Rohan, T. E., Gass, M., Cauley, J. A., Paskett, E. D., Sattari, M., & Prentice, R. L. (2020). Association of Menopausal Hormone Therapy With Breast Cancer Incidence and Mortality During Long-term Follow-up of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. *JAMA, 324*(4), 369–380. https://doi.org/10.1001/jama.2020.9482

Chrisler, J. C., Gorman, J. A., Manion, J., Murgo, M., Barney, A., Adams-Clark, A., Newton, J. R., & McGrath, M. (2016). Queer periods: Attitudes toward and experiences with menstruation in the masculine of centre and transgender community. *Culture, Health & Sexuality, 18*(11), 1238-1250. https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1182645

Chumakov, E. M., Ashenbrenner, Y. V., Petrova, N. N., Zastrozhin, M. S., Azarova, L. A., & Limankin, O. V. (2021). Anxiety and depression among transgender people: Findings from a cross-sectional online survey in Russia. *LGBT Health, 8*(6), 412-419. https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0464

Cipres, D., Seidman, D., Cloniger, C., 3rd, Nova, C., O'Shea, A., & Obedin-Maliver, J. (2017). Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception, 95*(2), 186-189. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.005

Cirrincione, L. R., Senneker, T., Scarsi, K. K., & Tseng, A. (2020). Drug interactions with gender-affirming hormone therapy:

Focus on antiretrovirals and direct acting antivirals. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology, 16*(7), 565-581. https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1777278

Claes, K. E. Y., D'Arpa, S., & Monstrey, S. J. (2018). Chest surgery for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery, 45*(3), 369-380. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.010

Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., & Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in transsexualism: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning and perceived social support. *Journal of Sexual Medicine, 12*(1), 168-79. https://doi.org/10.1111/jsm.12711

Clark, B. A., Marshall, S. K., & Saewyc, E. M. (2020). Hormone therapy decision-making processes: Transgender youth and parents. *Journal of Adolescence, 79*, 136–147. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.016

Clark, B.A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohard-Dourlent, H., & Saewyc, E. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *International Journal of Transgenderism, 19*(2), 158-169, https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1394954

Clark, K. A., White Hughto, J. M., & Pachankis, J. E. (2017). „What's the right thing to do?" Correctional healthcare providers' knowledge, attitudes and experiences caring for transgender inmates. *Social Science & Medicine* (1982), 193, 80–89. https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1016/j.socscimed.2017.09.052

Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health, 55*(1), 93-99. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008

Clements-Nolle, K., Guzman, R., & Harris, S. G. (2008). Sex trade in a male-to-female transgender population: Psychosocial correlates of inconsistent condom use. *Sexual Health, 5*(1), 49-54. https://doi.org/10.1071/SH07045

Cocchetti, C., Ristori, J., Mazzoli, F., Prunas, A., Bertelloni, S., Magini, A., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). 5α-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 5α-reductase-2 deficiency and 17β-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 399–410. https://doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4

Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*(1), 41–53. https://doi.org/10.1023/a:1021769215342

Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2009). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 499–513. https://doi.org/10.1007/s10508-009-9562-y

Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(2), 263–271. https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017

Colebunders, B., Brondeel, S., D'Arpa, S., Hoebeke, P., & Monstrey, S. (2017). An update on the surgical treatment for transgender patients. *Sexual Medicine Reviews, 5*(1), 103-109. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.08.001

Colebunders, B., T'Sjoen, G., Weyers, S., & Monstrey, S. (2014). Hormonal and surgical treatment in trans-women with BRCA1 mutations: A controversial topic. *Journal of Sexual Medicine, 11*(10), 2496-2499. https://doi.org/10.1111/jsm.12628

Coleman, E., Allen, M. P., & Ford, J. V. (2018). Gender variance and sexual orientation among male spirit mediums in Myanmar. *Archives of Sexual Behavior, 47*(4), 987-998. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1172-0

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *International Journal of Transgenderism, 13*(4), 165-232. https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873

Colizzi, M., Costa, R., Pace, V., & Todarello, O. (2013). Hormonal treatment reduces psychobiological distress in gender identity disorder, independently of the attachment style. *The Journal of Sexual Medicine, 10*(12), 3049-3058. https://doi.org/10.1111/jsm.12155

Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology, 39*, 65-73. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.029

Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real? *Psychiatry Research, 226*(1), 173-180. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.045

Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the "case" definition: A systematic review. *The Journal of Sexual Medicine, 13*(4), 613-626. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001

Colton Meier, S. L., Fitzgerald, K. M., Pardo, S. T., & Babcock, J. (2011). The effects of hormonal gender affirmation treatment on mental health in female-to-male transsexuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 15*(3), 281-299. https://doi.org/10.1080/19359705.2011.581195

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 analo-

gue of luteinizing hormone-releasing hormone. A preliminary report. *New England Journal of Medicine, 305*(26), 1546-1550. https://doi.org/10.1056/nejm198112243052602

Comparison of State Correctional Policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy, 16*(4), 393–407. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9

Conlin, S. E., Douglass, R. P., Larson-Konar, D. M., Gluck, M. S., Fiume, C., & Heesacker, M. (2019). Exploring nonbinary gender identities: A qualitative content analysis. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 13*(2), 114-133. https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1597818

Connelly, P. J., Clark, A., Touyz, R. M., & Delles, C. (2021). Transgender adults, gender-affirming hormone therapy and blood pressure: A systematic review. *Journal of Hypertension, 39*(2), 223–230. https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1097/HJH.0000000000002632

Connelly, P. J., Marie Freel, E., Perry, C., Ewan, J., Touyz, R. M., Currie, G., & Delles, C. (2019). Gender-affirming hormone therapy, vascular health and cardiovascular disease in transgender adults. *Hypertension, 74*(6), 1266–1274. https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.13080

Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health, 102*(1), 118-122. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315

Cook-Daniels, L. (2016). Understanding Transgender Elders. In D.A. Harley, & P.B. Tester, *Handbook of LGBT Elders* (pp. 285-308). Springer.

Coolhart, D. (2018). Helping families move from distress to resilience. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children. *American Psychological Association*. https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9

Coolhart, D., Ritenour, K., & Grodzinski, A. (2017). Experiences of ambiguous loss for parents of transgender male youth: A phenomenological exploration. *Contemporary Family Therapy, 40* (1), 28-41. https://doi.org/10.1007/s10591-017-9426-x

Coon, D., Tuffaha, S., Christensen, J., & Bonawitz, S. C. (2013). Plastic surgery and smoking: A prospective analysis of incidence, compliance, and complications. *Plastic and Reconstructive Surgery, 131*(2), 385-391. https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318277886a

Cornwall, A., & Jolly, S. (2006). Introduction: Sexuality matters. *IDS Bulletin, 37*(5), 1–11. https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2006.tb00295.x

Corrective Services New South Wales. (2015). "Section 7.23 Management of transgender and intersex inmates", *Operations Procedures Manual*, Sydney, NSW

Costa, A. B., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., Cardoso, D., Soll, B., Schwarz, K., Schneider, M. A., Gagliotti, D. A. M., Saadeh, A., Lobato, M. I. R., Nard, H. C., & Koller, S. H. (2018). Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health, 20*(1), 115-123. https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7

Costa, L. B. F., Rosa-e-Silva, A. C. J. D. S., Medeiros, S. F. D., Nacul, A. P., Carvalho, B. R. D., Benetti-Pinto, C. L., Ylea, D. A., Maciel, Soares, J. M., & Maranhão, T. M. D. O. (2018). Recommendations for the use of testosterone in male transgender. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 40*, 275-280. https://doi.org/10.1055/s-0038-1657788.

Costa, R., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2016). To treat or not to treat: Puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. Nature Reviews. *Urology, 13*(8), 456-462. https://doi.org/10.1038/nrurol.2016.128

Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(11), 2206–2214. https://doi.org/10.1111/jsm.13034

Cosyns, M., Van Borsel, J., Wierckx, K., Dedecker, D., Van de Peer, F., Daelman, T., Laenen, S., & T'Sjoen, G. (2014). Voice in female-to-male transsexual persons after long-term androgen therapy. *The Laryngoscope, 124*(6), 1409-1414. https://doi.org/10.1002/lary.24480

Craig, S.L., Austin, A., 2016. The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Children and Youth Services Review* (64), 136–144. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.022

Craig, S. L., Austin, A., Rashidi, M., & Adams, M. (2017). Fighting for survival: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students in religious colleges and universities. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 29*(1), 1–24. https://doi.org/10.1080/10538720.2016.1260512

Crerand, C. E., Kapa, H. M., Litteral, J. L., Nahata, L., Combs, B., Indyk, J. A., Jayanthi, V. R., Chan, Y. M. ., Tishelman, A. C., & Hansen-Moore, J. (2019). Parent perceptions of psychosocial care for children with differences of sex development. Journal of Pediatric *Urology, 15*(5), 522.e1–522.e8. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2019.06.024

Crissman, H. P., Berger, M. B., Graham, L. F., & Dalton, V. K. (2017). Transgender demographics: A household probability sample of US adults, 2014. *American Journal of Public Health, 107*(2), 213-215. https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571

Crissman, H. P., Warner, L., Gardner, M., Carr, M., Schast, A., Quittner, A. L., Kogan, B., & Sandberg, D. E. (2011). Children with disorders of sex development: A qualitative study of early parental experience. *International Journal of Pediatric Endocrinology, 2011*(1), 10. https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-10

Crocetti, D., Monro, S., Vecchietti, V., & Yeadon-Lee, T. (2020). Towards an agency-based model of intersex, variations of sex characteristics (VSC) and DSD/dsd health. *Culture, Health & Sexuality, 23*(4), 500-515. https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1825815

Crouch, N. S., & Creighton, S. M. (2014). Transition of care for adolescents with disorders of sex development. N*ature 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

Dahlen, S., Connolly, D., Arif, I., Junejo, M. H., Bewley, S., & Meads, C. (2021). International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: Systematic review and quality assessment. *BMJ Open, 11*(4), e048943. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048943

Dalke, K. B., Baratz, A. B., & Greenberg, J. A. (2020). Protecting children with intersex traits: Legal, ethical, and human rights considerations. *The Plasticity of Sex*, 207–224. https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815968-2.00010-4

Damrose, E. J. (2008). Quantifying the impact of androgen therapy on the female larynx. *Auris, Nasus, Larynx, 36*(1), 110-112. https://doi.org/10.1016/j.anl.2008.03.002

Danon, L. M., & Krämer, A. (2017). Between concealing and revealing intersexed bodies: Parental strategies. *Qualitative Health Research, 27*(10), 1562–1574. https://doi.org/10.1177/1049732317697100

Darwin, H. (2020). Challenging the cisgender/transgender binary: Nonbinary people and the transgender label. *Gender & Society, 34*(3), 357-380. https://doi.org/10.1177/0891243220912256

Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C., & Bouman, W. P. (2016). Self- injury among trans individuals and matched controls: Prevalence and associated factors. *Health & Social Care in the Community, 24*(4), 485-494. https://doi.org/10.1111/hsc.12239

Davey, A., Bouman, W.P., Arcelus, J., Meyer, C. (2014). Social support and psychological wellbeing: A comparison of patients with gender dysphoria and matched controls. *Journal of Sexual Medicine, 11*(12), 2976-2985. https://doi.org/10.1111/jsm.12681

Davey, A., Bouman, W. P., Meyer, C., & Arcelus, J. (2015). Interpersonal functioning among individuals with gender dysphoria. *Journal of Clinical Psychology, 71*(12), 1173-1185. https://doi.org/10.1002/jclp.22209

Davies, S., Papp, V. G., & Antoni, C. (2015). Voice and communication change for gender nonconforming individuals: Giving voice to the person inside. *International Journal of Transgenderism, 16*(3), 117-159. https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075931

Davis, S. A., & Colton Meier, S. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health, 26*(2), 113-128. https://doi.org/10.1080/19317611.2013.833152

Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth's school experiences and perceptions of school climate. J*ournal of Youth and Adolescence, 47*(8), 1731–1742. https://doi.org/10.1007/s10964-018-0866-x

de Blok, C. J. M., Dijkman, B. A. M., Wiepjes, C. M., Staphorsius, A. S., Timmermans, F. W., Smit, J. M., Dreijerink, K. M. A., & den Heijer, M. (2021). Sustained breast development and breast anthropometric changes in 3 years of gender-affirming hormone treatment. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 106*(2), e782-e790. https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa841

de Blok, C. J. M., Klaver, M., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2018). Breast development in transwomen after 1 year of cross-sex hormone therapy: Results of a prospective multicenter study. The *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 103*(2), 532-538. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01927

de Blok, C. J. M., Staphorsius, A. S., Wiepjes, C. M., Smit, J. M., Nanayakkara, P. W. B., & den Heijer, M. (2020). Frequency, determinants, and satisfaction of breast augmentation in trans women receiving hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine, 17*(2), 342-348. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.021

De Cuypere, G., & Vercruysse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism, 11*(3), 194-205. https://doi.org/10.1080/15532730903383781

de Freitas, L. D., Leda-Rego, G., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, A. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry Clinical Neuroscience, 74*(2), 99-104. https://doi.org/10.1111/pcn.12947

de Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the Gender Identity Development Service in London (2000–2017). *The Journal of Sexual Medicine, 15*(10), 1381-1383. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.002

de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009-2016). *Archives of Sexual Behavior, 47*(5), 1301–1304. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9

de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., Wasserman, L., Wood, H., & Zucker, K. J. (2020). Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry.* https://doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9

De Los Reyes, A., Ohannessian, C. M., & Racz, S. J. (2019). Discrepancies between adolescent and parent reports about family relationships. *Child Development Perspectives, 13*(1), 53-58. https://doi.org/10.1111/cdep.12306

de Nie, I., Meißner, A., Kostelijk, E. H., Soufan, A. T., Voorn-de Warem, I. A. C., den Heijer, M., Huirne, J., & van Mello, N. M. (2020). Impaired semen quality in trans women: Prevalence and determinants. *Human Reproduction, 35*(7), 1529-1536. https://doi.org/10.1093/humrep/deaa133

de Oliveira, L., Carvalho, J., Sarikaya, S., Urkmez, A., Salonia, A., Russo, G. I., & the, E. A. U. Y. A. U. M. s. H. W. g. (2021). Patterns of sexual behavior and psychological processes in asexual persons: A systematic review. International *Journal of Impotence Research, 33*(6), 641-651. https://doi.org/10.1038/s41443-020-0336-3

de Roo, C., Lierman, S., Tilleman, K., Peynshaert, K., Braeckmans, K., Caanen, M., Lambalk, C. B., Weyers, S., T'Sjoen, G., Cornelissen, R., & De Sutter, P. (2017). Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: Insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment. *Reproductive Biomedicine Online, 34*(6), 557-566. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.03.008

de Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 112–119. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275

De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism, 6*(3), 3–97. https://doi.org/2003-08360-002

de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality, 59*(3), 301–320. https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300

de Vries, A. L.C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Disorders of sex development and gender identity outcome in adolescence and adulthood: Understanding gender identity development and its clinical implications. *Pediatric Endocrinology Reviews, 4*(4), 343-351.

de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(11), 1195-1202. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x

de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics, 134*(4), 696–704. https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958

de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism Spectrum Disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(8), 930–936. https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9

de Vries, A. L. C., Richards, C., Tishelman, A. C., Motmans, J., Hannema, S. E., Green, J., & Rosenthal, S. M. (2021). Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents. *International Journal of Transgender Health, 22*(3), 1–8. https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1904330

de Vries, A. L. C., Roehle, R., Marshall, L., Frisén, L., van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Bouvattier, C., Köhler, B., Thyen, U., Nordenström, A., Rapp, M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2019). Mental health of a large group of adults with disorders of sex development in six European countries. *Psychosomatic Medicine, 81*(7), 629–640. https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000718

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2015). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. E*uropean Child & Adolescent Psychiatry, 25*(6), 579–588. https://doi.org/10.1007/s00787-015-0764-7

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine, 8*(8), 2276–2283. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x

de Vries, E., Kathard, H., & Müller, A. (2020). Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? BMC *Medical Education, 20*(1), 51. https://doi.org/10.1186/s12909-020-1963-6

Deebel, N. A., Morin, J. P., Autorino, R., Vince, R., Grob, B., & Hampton, L. J. (2017). Prostate cancer in transgender women: Incidence, etiopathogenesis, and management challenges. *Urology, 110*, 166-171. https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.08.032

Defreyne, J., Elaut, E., Kreukels, B., Fisher, A. D., Castellini, G., Staphorsius, A., & T'Sjoen, G. (2020). Sexual desire changes in transgender individuals upon initiation of hormone treatment: Results from the longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine, 17*(4), 812-825. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.020

Defreyne, J., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2017). Healthcare costs and quality of life outcomes following gender affirming surgery in trans men: A review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 17*(6), 543-556. https://doi.org/10.1080/14737167.2017.1388164

Defreyne, J., Nota, N., Pereira, C., Schreiner, T., Fisher, A. D., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Transient elevated serum prolactin in trans women is caused by Cyproterone Acetate treatment. *LGBT Health, 4*(5), 328-336. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0190

Defreyne, J., Van de Bruaene, L. D., Rietzschel, E., Van Schuylenbergh, J., & T'Sjoen, G. G. (2019). Effects of gender-affirming hormones on lipid, metabolic, and cardiac surrogate blood markers in transgender persons. *Clinical Chemistry, 65*(1), 119-134. https://doi.org/10.1373/clinchem.2018.288241.

Defreyne, J., Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K. L., & T'Sjoen, G. G. (2020). Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertility and Sterility 113*(1), 149-157. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.002

Defreyne, J., Vantomme, B., Van Caenegem, E., Wierckx, K., De Blok, C. J. M., Klaver, M., & T'Sjoen, G. (2018). Prospective evaluation of hematocrit in gender-affirming hormone treatment: Results from European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *Andrology, 6*(3), 446-454. https://doi.org/10.1111/andr.12485

Dekker, M. J., Wierckx, K., Van Caenegem, E., Klaver, M., Kreukels, B. P., Elaut, E., & T'Sjoen, G. (2016). A European Network for the Investigation of Gender Incongruence: Endocrine part. *The Journal of Sexual Medicine, 13*(6), 994-999. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.371

del Río-González, A. M., Zea, M. C., Flórez-Donado, J., Torres-Salazar, P., Abello-Luque, D., García-Montaño, E. A., Garcia-Roncallo, P. A., & Meyer, I. H. (2021). Sexual orientation and gender identity change efforts and suicide morbidity among sexual and gender minority adults in Colombia. *LGBT health, 8*(7), 463-472. https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0490

Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology, 155*(suppl. 1), S131-S137. https://doi.org/10.1530/eje.1.02231

Delimata, N., Simmonds, M., O'Brien, M., Davis, G., Auchus, R., & Lin-Su, K. (2018). Evaluating the term 'disorders of sex development': A multidisciplinary debate. *Social Medicine, 12*(1):98-107.

Delozier, A. M., Kamody, R. C., Rodgers, S., & Chen, D. (2020). Health disparities in transgender and gender expansive adolescents: A topical review from a minority stress framework.

Journal of Pediatric Psychology, 45(8), 842–847. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa040

Demeestere, I., Simon, P., Dedeken, L., Moffa, F., Tsépélidis, S., Brachet, C., Delbaery, A., Devreker, A. F., & Ferster, A. (2015). Live birth after autograft of ovarian tissue cryopreserved during childhood. *Human Reproduction, 30*(9), 2107-2109. https://doi.org/10.1093/humrep/dev128

Denby, K. J., Cho, L., Toljan, K., Patil, M., & Ferrando, C. A. (2021). Assessment of cardiovascular risk in transgender patients presenting for gender-affirming care. *The American Journal of Medicine, 134*(8), 1002-1008. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.02.031

Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019) *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. Transgender People and HIV.* https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv

Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 389–397. https://doi.org/10.1007/s10508-005-4338-5

Deuster, D., Di Vincenzo, K., Szukaj, M., Am Zehnhoff-Dinnesen, A., & Dobel, C. (2016). Change of speech fundamental frequency explains the satisfaction with voice in response to testosterone therapy in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 273*(8), 2127-2131. https://doi.org/10.1007/s00405-016-4043-0

Deuster, D., Matulat, P., Knief, A., Zitzmann, M., Rosslau, K., Szukaj, M., Dinnesen, A., & Schmidt, C. M. (2016). Voice deepening under testosterone treatment in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 273*(4), 959-965. https://doi.org/10.1007/s00405-015-3846-8

Deutsch, M. B. (2011). Use of the informed consent model in the provision of cross-sex hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. *International Journal of Transgenderism, 13*, 140-146. https://doi.org/10.1080/15532739.2011.675233

Deutsch, M. B. (2016a). Guidelines for the primary and gender--affirming care of transgender and gender nonbinary people (2nd ed.). *San Francisco, CA: University of California, San Francisco, Department of Family and Community Medicine Center of Excellence for Transgender Health.* https://transcare.ucsf.edu/guidelines

Deutsch, M. B. (2016b). Gender-affirming surgeries in the era of insurance coverage: developing a framework for psychosocial support and care navigation in the perioperative period. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 27*(2), 386-391. https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0092.

Deutsch, M. B., Bhakri, K., & Kubicek, K. (2015). Effects of cross-sex hormone treatment on transgender women and men. *Obstetric Gynecology, 125*(3), 605-610. https://doi.org/10.1097/

Deutsch, M. B., Glidden, D. V., Sevelius. J., Keatley. J., McMahan, V., & Guanira. J., (2015). HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: A subgroup analysis of the iPrEx trial. *The Lancet HIV, 2*(12), e512-e9. https://doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00206-4

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

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. https://www.rjseas.org/journalview/5

Do, T. T., & Van Nguyen, A. T. (2020). 'They know better than we doctors do': providers' preparedness for transgender healthcare in Vietnam. *Health Sociology Review, 29*(1), 92-107. https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1715814

Donaldson, M. S., Yordy, K. D., Lohr, K. N., & Vanselow, N.A. (1996). *Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care; Primary care: America's health in a new era.* National Academies Press (US).

Donnez, J., & Dolmans, M. M. (2015). Ovarian cortex transplantation: 60 reported live births brings the success and worldwide expansion of the technique towards routine clinical practice. Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 32(8), 1167-1170. https://doi.org/10.1007/s10815-015-0544-9

Downing, J. M., & Przedworski, J. M. (2018). Health of transgender adults in the U.S., 2014-2016. *American Journal of Preventive Medicine, 55*(3), 336–344. https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1016/j.amepre.2018.04.045

Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare beneficiaries and chronic conditions: Exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health, 4*(6), 404-411. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. The Lancet. Psychiatry, 3(3), 297–304. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6

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.). https://dsdtrn.org/.

Du Bois, S. N., Yoder, W., Guy, A. A., Manser, K., & Ramos, S. (2018). Examining associations between state-level transgender policies and transgender health. *Transgender Health, 3*(1), 220-224. https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0031

Dubin, S. N., Nolan, I. T., Streed, C. G. Jr., Greene, R. E., Radix, A. E., & Morrison, S. D. (2018). Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness. *Advances in Medical Education and Practice, 9*, 377-91. https://doi.org/10.2147/AMEP.S147183

Dubin, S., Lane, M., Morrison, S., Radix, A., Belkind, U., Vercler, C., & Inwards-Breland, D. (2020). Medically assisted gender affirmation: When children and parents disagree. *Journal of Medical Ethics, 46*(5), 295–299. https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105567

Duby, Z., Hartmann, M., Mahaka, I., Munaiwa, O., Nabukeera, J., Vilakazi, N., Mthembu, F., Colvin, C. J., Mensch, B., & van der Straten, A. (2015). Lost in Translation: Language, terminology, and understanding of penile–anal intercourse in an HIV prevention trial in South Africa, Uganda, and Zimbabwe. *The Journal of Sex Research, 53*(9), 1096–1106. https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1069784

Duranteau, L., Rapp, M., van de Grift, T. C., Hirschberg, A. L., & Nordenskjöld, A. (2021). Participant- and clinician--reported long-term outcomes after surgery in individuals with complete androgen insensitivity syndrome. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 34*(2), 168–175. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.11.012

Durwood, L., Eisner, L., Fladeboe, K., Ji, C. G., Barney, S., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2021). Social support and internalizing psychopathology in transgender youth. *Journal of Youth and Adolescence, 50*(5), 841-854. https://doi.org/10.1007/s10964-020-01391-y

Durwood, L., Kuvalanka, K.A., Kahn-Samuelson, S., Jordan, A.E., Rubin, J.D., Schnelzer, P., Devor, A.H., & Olson, K.R. (2022). Retransitioning: The experiences of youth who socially transition genders more than once, *International Journal of Transgender Health*. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2085224

Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(2), 116-123. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016.

Dy, G. W., Granieri, M. A., Fu, B. C., Vanni, A. J., Voelzke, B., Rourke, K. F., Elliott, S. P., Nikolavsky, D., & Zhao, L. C. (2019). Presenting complications to a reconstructive urologist after masculinizing genital reconstructive surgery. *Urology, 132*, 202-206. https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.04.051

Dyer, C. (2020). Children are "highly unlikely" to be able to consent to taking puberty blockers, rules High Court. *BMJ*, m4699. https://doi.org/10.1136/bmj.m4699

Eckstrand, K. L., Potter, J., McCauley, E., & Brinkley-Rubinstein, L. (2017). Institutionalization and Incarceration of LGBT Individuals. In K.L. Eckstrand, & J. Potter (Eds.). *Trauma, Resilience, and Health Promotion in LGBT Patients What Every Healthcare Provider Should Know* (pp. 149–165). Springer International Publishing.

Ediati A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Dessens, A. (2017). Ediati, A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Faradz, S. M. H., & Dessens, A. (2017). Social stigmatisation in late identified patients with disorders of sex development in Indonesia. *BMJ Paediatrics Open, 1*(1), e000130. https://doi.org/10.1136/bmjpo-2017-000130

Edmiston, E. K., Donald, C. A., Sattler, A. R., Peebles, J. K., Ehrenfeld, J. M., & Eckstrand, K. L. (2016). Opportunities and gaps in primary care preventative health services for transgender patients: a systematic review. *Transgender Health, 1*(1), 216-230. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0019

Edmo v. Idaho Department of Corrections, Corizon, Inc. et al.; case number 1:17-cv-151-BLW, 2020.

Edwards-Leeper, L., Feldman, H.A., Lash, B.R., Shumer, D.E., & Tishelman, A.C. (2017). Psychological profile of the first sample of transgender youth presenting for medical intervention in a U.S. pediatric gender center. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 4*(3), 374-382.

Edwards-Leeper, L., Leibowitz, S., & Sangganjanavanich, V. F. (2016). Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 3*(2), 165–172. https://doi.org/10.1037/sgd0000167

Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality, 59*(3), 321–336. https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653302

Efstathiou, E., Davis, J. W., Pisters, L., Li, W., Wen, S., McMullin, R. P., Gormley, M., Ricci, D., Titus, M., Hoang, A., Zurita, A. J., Tran, N., Peng, W., Kheoh, T., Molina, A., Troncoso, P., & Logothetis, C. J. (2019). Clinical and biological characterisation of localised high-risk prostate cancer: Results of a randomised preoperative study of a luteinising hormone-releasing hormone agonist with or without abiraterone acetate plus prednisone. European *Urology, 76*(4), 418–424.

https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.05.010

Eftekhar Ardebili, M., Janani, L., Khazaei, Z., Moradi, Y., & Baradaran, H. R. (2020). Quality of life in people with transsexuality after surgery: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes, 18*, 264. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01510-0

Ehrensaft, D. (2016), *The Gender Creative Child: Pathways for Nurturing and Supporting Children who Live Outside Gender Boxes. The Experiment*

Ehrensaft, D. (2018). Exploring gender expansive expressions. In Keo-Meier, C. and Ehrensaft, D. (Eds). The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children. *American Psychological Association*.

Ehrensaft, D., Giammattei, S. V., Storck, K., Tishelman, A. C., & Keo-Meier, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn - A view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism, 19*(2), 251–268. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1414649

Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health, 61*(4), 521-526. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014

Eisenberg, M. E., McMorris, B. J., Rider, G. N., Gower, A. L., & Coleman, E. (2020). „It's kind of hard to go to the doctor's office if you're hated there." A call for gender-affirming care from transgender and gender diverse adolescents in the United States. *Health & Social Care in the Community, 28*(3), 1082-1089. https://doi.org/10.1111/hsc.12941

Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Murad, M. H., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: A systematic review and meta-analyses. *Clinical Endocrinology, 72*(1), 1-10. https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x

El-Hadi, H., Stone, J., Temple-Oberle, C., & Harrop, A. R. (2018). Gender-affirming surgery for transgender individuals: Perceived satisfaction and barriers to care. *Plastic Surgery, 26*(4), 263-268. https://doi.org/10.1177/2292550318767437

Eliason, M. J., Dibble, S., & DeJoseph, J. (2010). Nursing's silence on lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: The need for emancipatory efforts. A*dvances in Nursing Science, 33*(3), 206-218.218. 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. J*ournal of Midwifery and Women's Health, 60*(1), 62-69. https://doi.org/10.1111/jmwh.12213

Ellis, S. J., Wakefield, C. E., McLoone, J. K., Robertson, E. G., & Cohn, R. J. (2016). Fertility concerns among child and adolescent cancer survivors and their parents: A qualitative analysis. *Journal of Psychosocial Oncology, 34*(5), 347-362. https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1196806

Embaye, N. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual transgender people. *Journal of Bisexuality, 6*(1-2), 51-63. https://doi.org/10.1300/J159v06n01_04

Emmer, P., Lowe, A., & Marshall, R. B. (2011). This is a Prison, Glitter is Not Allowed : Experiences of Trans and Gender Variant People in Pennsylvania's Prison Systems : A Report by The Hearts on a Wire Collective. *Hearts On A Wire Collective.*

Endocrine Society, Pediatric Endocrine Society (2020). Position Statement: Transgender Health. *Endocrine Society.*

Ernst, M. E., Sandberg, D. E., Keegan, C., Quint, E. H., Lossie, A. C., & Yashar, B. M. (2016). The lived experience of MRKH: Sharing health information with peers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 29*(2), 154–158. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.09.009

Equality and Human Rights Commission. (2021) *Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights.* (2021). Right to respect for private and family life, home and correspondence. https://www.equalityhumanrights.com/en/human-rights-act/article-8-respect-your-private-and-family-life

Esmonde, N., Heston, A., Jedrzejewski, B., Ramly, E., Annen, A., Guerriero, J., Hansen, J., & Berli, J. (2019). What is „nonbinary" and what do I need to know? A primer for surgeons providing chest surgery for transgender patients. *Aesthetic Surgery Journal, 39*(5), NP106-NP112. https://doi.org/10.1093/asj/sjy166

Esteva de Antonio, I., Gómez-Gil, E., & GIDSEEN Group (2013). Coordination of healthcare for transsexual persons: A multidisciplinary approach. *Current Opinions in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 20*(6), 585-591. https://doi.org/10.1097/01.med.0000436182.42966.31

Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). Access to fertility services by transgender persons: an Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility, 104*(5), 1111-1115. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.08.021

Ettner, R. (2013). Care of the elderly transgender patient. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 20*(6), 580–584. https://doi.org/10.1097/01.med.0000436183.34931.a5

Ettner, R., & Wylie, K. (2013). Psychological and social adjustment in older transsexual people. *Maturitas, 74*(3), 226–229. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.011

Ettner, R., Monstrey, S., & Coleman, E. (2016). Theories of the Etiology of Transgender Identity. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.). *Principles of Transgender Medicine and Surgery* (pp. 17-29). Routledge.

European Medicines Agency. (2020). *Restrictions in use of cyproterone due to meningioma risk.* https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/cyproterone-article-31-referral-restrictions-use-cyproterone-due-meningioma-risk_en-0.pdf

European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). EU-LGBTI II: A long way to go for LGBTI equality. *Publications Office of the European Union.*

Evans, S., Crawley, J., Kane, D., & Edmunds, K. (2021). The process of transitioning for the transgender individual and the nursing imperative: A narrative review. *Journal of Advanced Nursing, 77*(12), 4646-4660. https://doi.org/10.1111/jan.14943.

Ewald, E. R., Guerino, P., Dragon, C., Laffan, A. M., Goldstein, Z., & Streed, C. (2019). Identifying Medicare beneficiaries accessing transgender-related care in the era of ICD-10. *LGBT Health, 6*(4), 166-173. https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0175

Expósito-Campos, P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy, 47*(3), 270-280. https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126

Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PloS One, 12*(8), e0183014. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014

Fabbre, V. D., & Gaveras, E. (2020). The manifestation of multilevel stigma in the lived experiences of transgender and gender nonconforming older adults. *American Journal of Orthopsychiatry, 90*(3), 350. https://doi.org/10.1037/ort0000440

Fakin, R. M., Zimmermann, S., Kaye, K., Lunger, L., Weinforth, G., & Giovanoli, P. (2019). Long-term outcomes in breast augmentation in trans-women: A 20-year experience. *Aesthetic Surgery Journal, 39*(4), 381-390. https://doi.org/10.1093/asj/sjy143

Falcone, M., Garaffa, G., Gillo, A., Dente, D., Christopher, A. N., & Ralph, D. J. (2018). Outcomes of inflatable penile prosthesis insertion in 247 patients completing female to male gender reassignment surgery. *BJU International, 121*(1), 139-144. https://doi.org/10.1111/bju.14027

Fast, A. A., & Olson, K. R. (2017). Gender development in transgender preschool children. *Child Development, 89*(2), 620–637. https://doi.org/10.1111/cdev.12758

Fayne, R. A., Perper, M., Eber, A. E., Aldahan, A. S., & Nouri, K. (2018). Laser and light treatments for hair reduction in Fitzpatrick skin types IV–VI: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Clinical Dermatology, 19*(2), 237-252. https://doi.org/10.1007/s40257-017-0316-7

Fedele, D. A., Kirk, K., Wolfe-Christensen, C., Phillips, T. M., Mazur, T., Mullins, L. L., Chernausek, S. D., & Wisniewski, A. B. (2010). Primary caregivers of children affected by disorders of sex development: Mental health and caregiver characteristics in the context of genital ambiguity and genitoplasty. *International Journal of Pediatric Endocrinology, 2010*, 1–7. https://doi.org/10.1155/2010/690674

Federal Bureau of Prisons. (2016). *Transgender Clinical Care.* https://www.bop.gov/resources/pdfs/trans_guide_dec_2016.pdf

Feinberg, L. (1996). Transgender Warriors; Making History from Joan of Arc to Marsha P. Johnson and Beyond. *Beacon Press.*

Feldman, J., Brown, G. R., Deutsch, M. B., Hembree, W., Meyer, W., Meyer-Bahlburg, H. F., Tangpricha, V., T'Sjoen, G., & Safer, J. D. (2016). Priorities for transgender medical and healthcare research. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity, 23*(2), 180–187. https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1097/MED.0000000000000231

Ferguson, H. J., Brunsdon, V. E. A. & Bradford, E. E. F. (2021). The developmental trajectories of executive function from adolescence to old age. *Science Reports, 11*, 1382. https://doi.org/10.1038/s41598-020-80866-1

Fernandez, A. A., França, K., Chacon, A. H., & Nouri, K. (2013). From flint razors to lasers: A timeline of hair removal methods. *Journal of Cosmetic Dermatology, 12*(2), 153-162. https://doi.org/10.1111/jocd.12021

Ferrando, C. A. (2020). Adverse events associated with gender affirming vaginoplasty surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 223*(2), 267.e1-267.e6. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.033

Fiani, C. N., & Han, H. J. (2019). Navigating identity: Experiences of binary and non-binary transgender and gender non-conforming (TGNC) adults. *International Journal of Transgenderism, 20*(2-3), 181-194. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1426074

Fielding, L. (Ed.). (2021). Trans Sex: Clinical Approaches to Trans Sexualities and Erotic Embodiments (Vol. 1). *Routledge*. https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780429318290

Finlayson, C., Johnson, E. K., Chen, D., Dabrowski, E., Gosiengfiao, Y., Campo-Engelstein, L., & Woodruff, T. K. (2016). Proceedings of the working group session on fertility preservation for individuals with gender and sex diversity. *Transgender Health, 1*(1), 99-107. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0008

Fischer, O. J. (2021). Non-binary reproduction: Stories of conception, pregnancy, and birth. *International Journal of Transgender Health, 22* (1-2), 77-88. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1838392

Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Cassioli, E., Sensi, C., & Maggi, M. (2016). Cross-sex hormone treatment and psychobiological changes in transsexual persons: Two-year follow-up data. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 101*(11), 4260-4269. https://doi.org/10.1210/jc.2016-1276

Fisher, A. D., Ristori, J., Fanni, E., Castellini, G., Forti, G., & Maggi, M. (2016). Gender identity, gender assignment and reassignment in individuals with disorders of sex development: A major of dilemma. *Journal of Endocrinological Investigation, 39*(11), 1207–1224. https://doi.org/10.1007/s40618-016-0482-0

Fisher, C. M., Waling, A., Kerr, L., Bellamy, R., Ezer, P., & Mikolajczak, G. (2019). 6th National Survey of Australian Secondary Students and Sexual Health 2018, (ARCSHS Monograph Series No. 113). *Australian Research Centre in Sex, Health & Society.*

Fitzpatrick, L.A., Pace, C., Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine, 9*(4), 381-387. https://doi.org/10.1089/15246090050020691

Fix, L., Durden, M., Obedin-Maliver, J., Moseson, H., Hastings, J., Stoeffler, A., & Baum, S. E. (2020). Stakeholder perceptions and experiences regarding access to contraception and abortion for transgender, non-binary, and gender-expansive individuals assigned female at birth in the U.S. *Archives of Sexual Behaviour, 49*(7), 2683-2702. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01707-w

Fleming, L., Knafl, K., & Van Riper, M. (2017). How the child's gender matters for families having a child with congenital adrenal hyperplasia. *Journal of Family Nursing, 23*(4), 516–533. https://doi.org/10.1177/1074840717735499

Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and biological out-

comes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine, 43*(5), 673–694. https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1007/s10865-019-00120-6

Francis, A., Jasani, S., & Bachmann, G. (2018). Contraceptive challenges and the transgender individual. *Women's Midlife Health, 4*, 12. https://doi.org/10.1186/s40695-018-0042-1

Fraser, L. (2009a). Psychotherapy in the world professional association for transgender health's standards of care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 110-126. https://doi.org/10.1080/15532730903008057

Fraser, L. (2009b). Depth psychotherapy with transgender people. *Sex and Relationship Therapy, 24*(2), 126-142. https://doi.org/10.1080/14681990903003878

Frederick, M. J., Berhanu, A. E., & Bartlett, R. (2017). Chest surgery in female to male transgender individuals. *Annals of Plastic Surgery, 78*(3), 249-253. https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000882

Frederick, N. N., Campbell, K., Kenney, L. B., Moss, K., Speckhart, A., & Bober, S. L. (2018). Barriers and facilitators to sexual and reproductive health communication between pediatric oncology clinicians and adolescent and young adult patients: The clinician perspective. P*ediatric Blood and Cancer, 65*(8), e27087. https://doi.org/10.1002/pbc.27087

Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *The Public Policy and Aging Report, 21*(3), 3. https://doi.org/10.1093/ppar/21.3.3

Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., & Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist, 54*(3), 488-500. https://doi.org/10.1093/geront/gnt021

Frey, J. D., Poudrier, G., Thomson, J. E., & Hazen, A. (2017). A historical review of gender-affirming medicine: Focus on genital reconstruction surgery. *Journal of Sexual Medicine, 14*(8), 991-1002. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.06.007

Fung, R., Gallibois, C., Coutin, A., & Wright, S. (2020). Learning by chance: Investigating gaps in transgender care education amongst family medicine, endocrinology, psychiatry and urology residents. *Canadian Medical Education Journal, 11*(4), e19-e28. https://doi.org/10.36834/cmej.53009

Furtado, P. S., Moraes, F., Lago, R., Barros, L. O., Toralles, M. B., & Barroso, U. (2012). Gender dysphoria associated with disorders of sex development. *Nature Reviews Urology, 9*(11), 620–627. https://doi.org/10.1038/nrurol.2012.182

Gaither, T. W., Awad, M. A., Osterberg, E. C., Murphy, G. P., Romero, A., Bowers, M. L., & Breyer, B. N. (2018). Postoperative complications following primary penile inversion vaginoplasty among 330 male-to-female transgender patients. *Journal of Urology, 199*(3), 760-765. https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.10.013

Galupo, M. P., Henise, S. B., & Mercer, N. L. (2016). "The labels don't work very well": Transgender individuals' conceptualizations of sexual orientation and sexual identity. *International Journal of Transgenderism, 17*(2), 93-104. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1189373

Galupo, M. P., Pulice-Farrow, L., Clements, Z.A., & Morris, E.R. (2019). "I love you as both and I love you as neither": Romantic partners' affirmations of nonbinary trans individuals. *International Journal of Transgenderism, 20*(2-3), 315-327. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1496867

Gamarel, K. E., Mereish, E. H., Manning, D., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2015). Minority stress, smoking patterns, and cessation attempts: Findings from a community-sample of transgender women in the San Francisco Bay area. *Nicotine & Tobacco Research, 18*(3), 306-313. https://doi.org/10.1093/ntr/ntv066

Gao, Y., Maurer, T., & Mirmirani, P. (2018). Understanding and addressing hair disorders in transgender individuals. *American Journal of Clinical Dermatology, 19*(4), 517-527. https://doi.org/10.1007/s40257-018-0343-z

Garaffa, G., Ralph, D. J., & Christopher, N. (2010). Total urethral construction with the radial artery-based forearm free flap in the transsexual. *BJU International, 106*(8), 1206-1210. https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09247.x

Garcia, M. M. (2018). Sexual function after shallow and full-depth vaginoplasty: Challenges, clinical findings, and treatment strategies - urologic perspectives. *Clinical Plastic Surgery, 45*(3), 437-446. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.04.002

Garcia, M. M. (2021). Decision-making in masculinizing surgery and feminizing surgery. In D. Nikolavsky & S. A. Blakely (Eds.), *Urological Care for the Transgender Patient: A Comprehensive Guide*, pp. 7-21. Springer International Publishing.

Garcia, M. M., & Zaliznyak, M. (2020). Effects of feminizing hormone therapy on sexual function of fransgender women. *Journal of Urology, 203*(Suppl. 4), e672-e672. https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000900.020

Garcia, M. M., Christopher, N. A., De Luca, F., Spilotros, M., & Ralph, D. J. (2014). Overall satisfaction, sexual function, and the durability of neophallus dimensions following staged female to male genital gender confirming surgery: The Institute of Urology, London U.K. experience. *Translational Andrology and Urology, 3*(2), 156-162. https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.04.10

Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. *Developmental Psychology, 41*(4), 625-635. https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625

Garrison, S. (2018). On the limits of "trans enough": Authenticating trans identity narratives. *Gender & Society, 32*(5), 613-637. https://doi.org/10.1177/0891243218780299

Gava, G., Cerpolini, S., Martelli, V., Battista, G., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2016). Cyproterone acetate vs leuprolide acetate in combination with transdermal oestradiol in transwomen: A comparison of safety and effectiveness. *Clinical Endocrinology, 85*(2), 239-246. https://doi.org/10.1111/cen.13050

Gava, G., Mancini, I., Alvisi, S., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2020). A comparison of 5-year administration of cyproterone acetate or leuprolide acetate in combination with estradiol in transwomen. *European Journal of Endocrinology, 183*(6), 561–569. https://doi.org/10.1530/EJE-20-0370

Gava, G., Mancini, I., Cerpolini, S., Baldassarre, M., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2018). Testosterone undecanoate and testosterone enanthate injections are both effective and safe in transmen over 5 years of administration. *Clinical*

Endocrinology, 89(6), 878-886. https://doi.org/10.1111/cen.13821

Gebreab, S. Z., Vandeleur, C. L., Rudaz, D., Strippoli, M.-P. F., Gholam-Rezaee, M., Castelao, E., Lasserre, A. M., Glaus, J., Pistis, G., Kuehner, C., von Känel, R., Marques-Vidal, P., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2018). Psychosocial stress over the lifespan, psychological factors, and cardiometabolic risk in the community. P*sychosomatic Medicine, 80*(7), 628–639. https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000621

Gelfer, M. P., & Tice, R. M. (2013). Perceptual and acoustic outcomes of voice therapy for male-to-female transgender individuals immediately after therapy and 15 months later. *Journal of Voice, 27*(3), 335–347. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.07.009

Geneid, A., Rihkanen, H., & Kinnari, T. J. (2015). Long-term outcome of endoscopic shortening and stiffening of the vocal folds to raise the pitch. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 272*(12), 3751-3756. https://doi.org/10.1007/s00405-015-3721-7

Georgeu, D., Colvin, C. J., Lewin, S., Fairall, L., Bachmann, M. O., Uebel, K., Zwarenstein, M., Draper, B., & Bateman, E. D. (2012). Implementing nurse-initiated and managed antiretroviral treatment (NIMART) in South Africa: A qualitative process evaluation of the STRETCH trial. *Implementation Science, 7*(1). https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-66.

Gerritse, K., Hartman, L., Antonides, M. F., Wensing-Kruger, A., de Vries, A. L. C., & Molewijk, B. C. (2018). Moral challenges in transgender care: A thematic analysis based on a focused ethnography. *Archives of Sexual Behaviour, 47*(8), 2319-2333. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1287-3

Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Safer, J., Slovis, J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: A cohort study. *Annals of Internal Medicine, 169*(4), 205–213. https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.7326/M17-2785

Gibson, D.J., Glazier, J.J., Olson, K.R. (2021). Evaluation of anxiety and depression in a community sample of transgender youth. *JAMA Network Open 4*, e214739–e214739. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4739

Gieles, N. C., van de Grift, T. C., Elaut, E., Heylens, G., Becker-Hebly, I., Nieder, T. O., Laan, E. T. M., & Kreukels, B. P. C. (2022). Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study. *International Journal of Transgender Health*. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2028693

Giffort, D. M., & Underman, K. (2016). The relationship between medical education and trans health disparities: A call to research. *Sociology Compass, 10*(11), 999-1013. https://doi-org.nottingham.idm.oclc.org/10.1111/soc4.12432

Gils, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research, 18*, 178-184.

Giltay, E. J., & Gooren, L. J. (2000). Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin sebum production in transsexual males and females. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 85*(8), 2913-2921. https://doi.org/10.1210/jcem.85.8.6710

Giltay, E. J., Gooren, L. J. G., Emeis, J. J., Kooistra, T., & Stehouwer, C. D. A. (2000). Oral, but not transdermal, administration of estrogens lowers tissue-type plasminogen activator levels in humans without affecting endothelial synthesis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology, 20*(5), 1396-1403. https://doi.org/10.1161/01.ATV.20.5.1396

Giordano, S. (2008). Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder? *Journal of Medical Ethics, 34*(8), 580–584. https://doi.org/10.1136/jme.2007.021097

Giordano, S. (2012). Sliding doors: Should treatment of gender identity disorder and other body modifications be privately funded? *Medicine, Health Care Philosophy, 15*(1), 31-40. https://doi.org/10.1007/s11019-010-9303-y

Giordano, S., & Holm, S. (2020). Is puberty delaying treatment ‚experimental treatment'?. *International Journal of Transgender Health, 21*(2), 113–121. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1747768

Giovanardi, G., Mirabella, M., Di Giuseppe, M., Lombardo, F., Speranza, A. M., & Lingiardi, V. (2021). Defensive functioning of individuals diagnosed with gender dysphoria at the beginning of their hormonal treatment. *Frontiers in Psychology, 12*, 665547. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.665547

Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment Patterns and Complex Trauma in a Sample of Adults Diagnosed with Gender Dysphoria. *Frontiers in Psychology, 9*, 60. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00060

GIRES, LGBT Foundation, Mermaids, Ozanne Foundation, and Stonewall. (2020). Conversion therapy and gender identity survey. *Stonewall* https://www.stonewall.org.uk/system/files/2020_conversion_therapy_and_gender_identity_survey.pdf

Glaser, R. L. M. F., Newman, M. M., Parsons, M. M., Zava, D. P., & Glaser-Garbrick, D. (2009). Safety of maternal testosterone therapy during breast feeding. *International Journal of Pharmaceutical Compounding, 13*(4), 314-317.

Glaser, J., Nouri, S., Fernandez, A., Sudore, R. L., Schillinger, D., Klein-Fedyshin, M., & Schenker, Y. (2020). Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: An updated systematic review. *Medical Decision Making, 40*(2), 119-143. https://doi.org/10.1177/0272989x19896348

Glick, J. C., Leamy, C., Molsberry, A. H., & Kerfeld, C. I. (2020). Moving toward equitable health care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer patients: Education and training in physical therapy education. *Journal of Physical Therapy Education, 34*(3), 192-197. https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000140

Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B., & Arcelus, J. (2016). Autistic spectrum disorders and gender dysphoria: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews, 4*(1), 3-14. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.003

Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 3*(3), 336. https://doi.org/10.1037/sgd0000171.

Godfrey, L. M. (2021). Mental health outcomes among individuals with 46,XY disorders of sex development:

A systematic review. *Journal of Health Psychology, 26*(1), 40-59. https://doi.org/10.1177/1359105320909863

Goetz, T. G., & Arcomano, A. C. (2022). "X" marks the transgressive gender: A qualitative exploration of legal gender-affirmation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, Advance online publication*. https://doi.org/10.1080/19359705.2021.2008572

Goldblum, P., Testa, R. J., Pflum, S., Hendricks, M. L., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). The relationship between gender-based victimization and suicide attempts in transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 468. https://doi.org/10.1037/a0029605

Goldhammer, H., Marc, L. G., Psihopaidas, D., Chavis, N. S., Massaquoi, M., Cahill, S., Rebchook, G., Reisner, S., Mayer, K. A., Cohen, S. M., & Keuroghlian, A. S. (2022). HIV care continuum interventions for transgender women: A topical review. *Public Health Reports. Advance online publication*. https://doi.org/10.1177/00333549211065517

Goldstein, Z., Khan, M., Reisman, T., & Safer, J. D. (2019). Managing the risk of venous thromboembolism in transgender adults undergoing hormone therapy. *Journal of Blood Medicine, 10*, 209-216. https://doi.org/10.2147/JBM.S166780

Golub, S. A., Fikslin, R. A., Starbuck, L., & Klein, A. (2019). High rates of PrEP eligibility but low rates of PrEP access among a national sample of transmasculine individuals. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 82*(1), e1-e7. https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002116

Gomez, A. M., 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.jpurol.2017.03.024

Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: A narrative review. *Endocrinology and Metabolism Clinics, 48*(2), 303-321. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001

Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine, 10*(12), 3129-3134. https://doi.org/10.1111/jsm.12319

Gooren, L. J., Wierckx, K., & Giltay, E. J. (2014). Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: Reversal of the traditional sex difference in cardiovascular disease pattern. *European Journal of Endocrinology, 170*(6), 809–819. https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1530/EJE-14-0011

Gordon, A. R., Fish, J. N., Kiekens, W. J., Lightfoot, M., Frost, D. M., & Russell, S. T. (2021). Cigarette smoking and minority stress across age cohorts in a national sample of sexual minorities: Results from the Generations Study. *Annals of Behavioral Medicine, 55*(6), 530-542. https://doi.org/10.1093/abm/kaaa079

Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Gebleux, S., Penochet, J., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Loundou, A., Berbis, J., Auquier, P., Lançon, C., & Bonierbale, M. (2012). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine, 9*(2), 531–541. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02564.x

Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J. C., Pringuey, D., & Auquier, P. (2013). Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(11), 996-1000. https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000046

Gourab, G., Khan, M. N. M., Hasan, A. M. R., Sarwar, G., Irfan, S. D., & Reza, M. M. (2019). The willingness to receive sexually transmitted infection services from public healthcare facilities among key populations at risk for human immunodeficiency virus infection in Bangladesh: Qualitative study. *PLOS One, 14*(9), e0221637. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221637

Gower, A. L., Rider, G. N., Brown, C., McMorris, B. J., Coleman, E., Taliaferro, L. A., & Eisenberg, M. E. (2018). Supporting transgender and gender diverse youth: Protection against emotional distress and substance use. *American Journal of Preventive Medicine, 55*(6), 787–794. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.030

Gower, A. L., Rider, G. N., Coleman, E., Brown, C., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Perceived gender presentation among transgender and gender diverse youth: Approaches to analysis and associations with bullying victimization and emotional distress. *LGBT Health, 5*(5), 312–319. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0176

Grabski, B., Rachoń, D., Czernikiewicz, W., Dulko, S., Jakima, S., Muldenr-Nieckowski, Ł., Trofimiuk- Muldner, M., Baran, D., Dora, M., Iniewicz, G., Mijas, M., Stankiewicz, S., Adamczewska-Stachura, M., & Mazurczak, A. (2021). Recommendations of the Polish Sexological Society on medical care in transgender adults – position statement of the expert panel. *Psychiatria Polska, 55*(3), 701–708. https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/125785

Graham, S. (2010). Gender diversity in Indonesia: sexuality, Islam and queer selves. *Routledge*.

Grannis, C., Leibowitz, S. F., Gahn, S., Nahata, L., Morningstar, M., Mattson, W. I., Chen, D., Strang, J. F., & Nelson, E. E. (2021). Testosterone treatment, internalizing symptoms, and body image dissatisfaction in transgender boys. *Psychoneuroendocrinology, 132*, 105358. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105358

Grant, J., Lisa, A., Mottet, J., Tanis, D., With, J., Harrison, J., Herman, M., & Keisling, M. H. (2011). Injustice at Every Turn A Report of the National Transgender Discrimination Survey. https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf

Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2016). Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey. 2011. *Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force*. https://thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/Ntds_full.pdf

Grant, R. M., Pellegrini, M., Defechereux, P. A., Anderson, P. L., Yu, M., Glidden, D. V., O'Neal, J., Yager, J., Bhasin, S., Sevelius, J., & Deutsch, M. B. (2020). Sex hormone therapy and tenofovir diphosphate concentration in dried blood spots: Primary results of the interactions between antiretrovirals and transgender hormones study. *Clinical Infectious Diseases, 73*(7), e2117–e2123. https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1160

Grassian, S. (2006). Psychiatric effects of solitary confinement part of the law enforcement and corrections commons recommended citation. *Washington University Journal of Law & Policy, 22*(1), 325-383. https://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1362&context=law_journal_law_policy

Green, A. E., Price-Feeney, M., Dorison, S. H., & Pick, C. J. (2020). Self-reported conversion efforts and suicidality among US LGBTQ youths and young adults, 2018. *American Journal of Public Health, 110*(8), 1221–1227. https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305701

Green, R., & Fleming, D. T. (1990). Transsexual surgery follow--up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research, 1*(1), 163-174. https://doi.org/10.1080/10532528.1990.10559859

Greenwald, P., Dubois, B., Lekovich, J., Pang, J. H., & Safer, J. D. (2021). Successful in vitro fertilization in a cisgender female carrier using oocytes retrieved from a transgender man maintained on testosterone. *AACE Clinical Case Reports, 8*(1), 19-21. https://doi.org/10.1016/j.aace.2021.06.007

Greytak, E. A., Kosciw, J. G., & Boesen, M. J. (2013). Putting the "T" in "Resource": The benefits of LGBT-related school resources for transgender youth. *Journal of LGBT Youth, 10* (1-2), 45-63. https://doi.org/10.1080/19361653.2012.718522

Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel-Bristow, A., Woodward, J., Dundon, K., Schaff, R., McCarty, C., Ahrens, K., & Breland, D. J. (2016). Youth and caregiver perspectives on barriers to gender-affirming health care for transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 59*(3), 254–261. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.017

Griffiths, D. A. (2018). Shifting syndromes: Sex chromosome variations and intersex classifications. *Social Studies of Science, 48*(1), 125-148. https://doi.org/10.1177/0306312718757081

Grimstad, F. W., Fowler, K. G., New, E. P., Ferrando, C. A., Pollard, R. R., Chapman, G., Gray, M., & Lobo, V. G. (2020). Ovarian histopathology in transmasculine persons on testosterone: A multicenter case series. *The Journal of Sexual Medicine, 17*(9), 1807-1818. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.029

Grimstad, F., Fowler, K., New, E., Unger, C., Pollard, R., Chapman, G., Hochberg, L., Gomez-Lobo, V., Gray, M. (2018). Evaluation of uterine pathology in transgender men and gender nonbinary persons on testosterone. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 31*(2), 217. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.02.009

Grimstad, F., Kremen, J., Streed, C. G., & Dalke, K. B. (2021). The health care of adults with differences in sex development or intersex traits is changing: Time to prepare clinicians and health systems. *LGBT Health, 8*(7), 439–443. https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0018

Grimstad, F., McLaren, H., & Gray, M. (2021). The gynecologic examination of the transfeminine person after penile inversion vaginoplasty. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 224*(3), 266-273. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.002

Grootens-Wiegers, P., Hein, I. M., van den Broek, J. M., & de Vries, M. C. (2017). Medical decision-making in children and adolescents: Developmental and neuroscientific aspects. BMC *Pediatrics, 17*(1). https://doi.org/10.1186/s12887-017-0869-x

Gross, M. (1999). Pitch-raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice, 13*(2), 246–250. https://doi.org/10.1016/s0892-1997(99)80028-9

Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality, 51*(1), 111-128. https://doi.org/10.1300/J082v51n01_06

Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(5), 527–537. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2005). Parent' reactions to transgender youth' gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 18*(1), 3–16. https://doi.org/10.1300/j041v18n01_02

Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A., & Russell, S. T. (2019). Parental responses to transgender and gender nonconforming youth: Associations with parent support, parental abuse, and youths' psychological adjustment. *Journal of Homosexuality, 68*(8), 1–18. https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1696103

Grynberg, M., Fanchin, R., Dubost, G., Colau, J. C., Bremont-Weil, C., Frydman, R., & Ayoubi, J. M. (2010). Histology of genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsexual population. *Reproductive Biomedicine Online, 20*(4), 553-558. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2009.12.021

Gunjawate, D. R., B. Kumar, R., Ravi, R., & Kunnath, L. S. (2020). Knowledge and attitudes toward transgender community among speech-language pathologists in India: A questionnaire-based exploration. *International Journal of Transgender Health, 21*(4), 455-462. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753135

Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., & deBeer, H. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology, 64*(4), 383–394. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., & Brown, G. K. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality, 58*(1), 10–51. https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038

Hadj-Moussa, M., Agarwal, S., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M. (2018). Masculinizing genital gender confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews, 7*(1), 141–155. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.06.004

Hadj-Moussa, M., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M., Jr. (2018). Feminizing genital gender-confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews, 6*(3), 457-468 e452. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.11.005

Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B., & Almack, K. (2018). Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the Care Home Challenge action research project. *Health & Social Care in the Community, 26*(2), e312–e320. https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1111/hsc.12521

Hage, J. J., Dekker, J., Karim, R. B., Verheijen, R. H. M., & Bloemena, E. (2000). Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: Report of two cases. *Gynecologic Oncology, 76*(3), 413-415. https://doi.org/10.1006/gyno.1999.5720

Hagen, D. B., & Galupo, M. P. (2014). Trans* individuals' experiences of gendered language with health care providers: Recommendations for practitioners. *International Journal of Transgenderism, 15*(1), 16-34. https://doi.org/10.1080/15532739.2014.890560

Hahn, M., Sheran, N., Weber, S., Cohan, D., & Obedin-Maliver, J. (2019). Providing patient-centered perinatal care for transgender men and gender-diverse individuals: A collaborative multidisciplinary team approach. *Obstetrics & Gynecology, 135*(5), 959-963. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003506

Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJPsych Open, 7*(6). https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022

Hamada, A., Kingsberg, S., Wierckx, K., T'Sjoen, G., De Sutter, P., Knudson, G., & Agarwal, A. (2015). Semen characteristics of transwomen referred for sperm banking before sex transition: A case series. *Andrologia, 47*(7), 832-838. https://doi.org/10.1111/and.12330

Hamilton, J. B., & Mestler, G. E. (1969). Mortality and survival: Comparison of Eunuchs with intact men and women in a mentally retarded population. *Journal of Gerontology, 24*(4), 395–411. https://doi.org/10.1093/geronj/24.4.395

Hamm, J. A., & Nieder, T. O. (2021). Trans*-sexualität neu denken: Eine partizipative interviewstudie zu gelingender sexualität ohne genitalangleichung. *Zeitschrift Für Sexualforschung, 34*(02), 69–78. https://doi.org/10.1055/a-1477-0412

Hancock, A. B. (2017). An ICF perspective on voice-related quality of life of American transgender women. *Journal of Voice, 31*(1), 115.e1-115.e8. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.03.013

Hancock, A. B., Childs, K. D., & Irwig, M. S. (2017). Trans male voice in the first year of testosterone therapy: Make no assumptions. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 60*(9), 2472-2482. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0320

Hancock, A. B., & Downs, S. C. (2021). Listening to gender-diverse people of color: Barriers to accessing voice and communication care. *American Journal of Speech-Language Pathology.* https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00262

Hancock, A. B., & Garabedian, L. M. (2013). Transgender voice and communication treatment: A retrospective chart review of 25 cases. *International Journal of Language & Communication Disorders, 48*(1), 54–65. https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00185.x

Hancock, A., & Haskin, G. (2015). Speech-language pathologists' knowledge and attitudes regarding lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) populations. *American Journal of Speech-Language Pathology, 24*(2), 206–221. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0095

Hancock, A. B., Krissinger, 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., & Siegfriedt, L. L. (2020). Transforming voice and communication with transgender and gender-diverse people: An evidence-based process. *Plural Publishing.*

Handy, A. B., Wassersug, R. J., Ketter, J. T. J., & Johnson, T. W. (2015). The sexual side of castration narratives: Fiction written by and for eunuchs and eunuch "wannabes." *The Canadian Journal of Human Sexuality, 24*(2), 151–159. https://doi.org/10.3138/cjhs.242-a4

Hardacker, C. T., Chyten-Brennan, J., & Komar, A. (2019). Transgender physiology, anatomy, and aging: A provider's guide to gender-affirming surgeries. *In Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 37-60). Springer.

Harden, K. P. (2014). A sex-positive framework for research on adolescent sexuality. *Perspectives on Psychological Science, 9*(5), 455-469. https://doi.org/10.1177/1745691614535934

Hardy, T. L. D., Rieger, J. M., Wells, K., & Boliek, C. A. (2021). Associations between voice and gestural characteristics of transgender women and self-rated femininity, satisfaction, and quality of life. *American Journal of Speech-Language Pathology, 30*(2), 663–672. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00118

Harper, A., Finnerty, P., Martinez, M., Brace, A., Crethar, H. C., Loos, B., Harper, B., Graham, S., Singh, A., Kocet, M., Travis, L., Lambert, S., Burnes, T., Dickey, L. M., & Hammer, T. R. (2013). Association for lesbian, gay, bisexual, and transgender issues in counseling competencies for counseling with lesbian, gay, bisexual, queer, questioning, intersex, and ally individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 7*(1), 2–43. https://doi.org/10.1080/15538605.2013.755444

Harris, K., Ferguson, J., & Hills, S. (2014). A comparative study of hair removal at an NHS hospital: Luminette intense pulsed light versus electrolysis. *Journal of Dermatological Treatment, 25*(2), 169-173. https://doi.org/10.3109/09546634.2012.715239

Havranek, E. P., Mujahid, M. S., Barr, D. A., Blair, I. V., Cohen, M. S., Cruz-Flores, S., Davey-Smith, G., Dennison-Himmelfarb, C. R., Lauer, M. S., Lockwood, D. W., Rosal, M., & Yancy, C. W. (2015). American Heart Association Council on Quality of Care and Outcomes Research, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health, and Stroke Council. Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation, 132*(9), 873–898. https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.0000000000000228

Hay, M. (2021, February 20). Meet the men who risk it all to have their balls cut off. *The Daily Beast.* https://www.thedailybeast.com/inside-the-dangerous-global-network-of-backstreet-castrators-cutters-and-eunuch-makers

Health Policy Project, Asia-Pacific Transgender Network and United Nations Development Program. (2015). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans people and trans communities.* https://weareaptn.org/2017/06/01/blueprint-for-the-provision-of-comprehensive-care-for-trans-people/

Heck, N. C., Croot, L. C., & Robohm, J. S. (2015). Piloting a psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice, 46*(1), 30-36. https://doi.org/10.1037/a0033134

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V., & Montori, V. M. (2009). Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94*(9), 3132–3154. https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W.J, Hassan Murad, M, Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 102*(11), 3869–3903. https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1210/jc.2017-01658

Hempel, J. (2016, September 1). My Brother's Pregnancy and the Making of a New American Family. *TIME.*

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 460-467. https://doi.org/10.1037/a0029597

Henry, R. S., Perrin, P. B., Coston, B. M., & Witten, T. M. (2020). Transgender and gender non-conforming adult preparedness for aging: Concerns for aging, and familiarity with and engagement in planning behaviors. *International Journal of Transgender Health, 21*(1), 58-69. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1690612

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., Himmad, L., Kerr, S. J., Janamnuaysook, R., Dalodom, T., & Phanjaroen, K. (2020). Drug-drug interactions among Thai HIV-positive transgender women undergoing feminizing hormone therapy and antiretroviral therapy: The iFACT study. *Clinical Infectious Diseases, 72*(3), 396–402. https://doi.org/10.1093/cid/ciaa038

Hiransuthikul, A., Janamnuaysook, R., Sungsing, T., Jantarapakde, J., Trachunthong, D., Mills, S., & Phanuphak, N. (2019). High burden of chlamydia and gonorrhoea in pharyngeal, rectal and urethral sites among Thai transgender women: Implications for anatomical site selection for the screening of STI. *Sexually Transmitted Infections, 95*(7), 534. https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053835

Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N. A., Gorman, G. H., Nylund, C. M., & Klein, D. A. (2019). Gender dysphoria in children with Autism Spectrum Disorder. *LGBT Health, 6*(3), 95–100. https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0252

Hisle-Gorman, E., Schvey, N. A., Adirim, T. A., Rayne, A. K., Susi, A., Roberts, T. A., & Klein, D. A. (2021). Mental healthcare utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *The Journal of Sexual Medicine, 18*(8), 1444–1454. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.014

Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Weyers, S., Decaestecker, K., & Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology, 47*(3), 398-402. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.008

Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth, 17*(Suppl. 2), 332. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5

Hollenbach, A., Eckstrand, K., Dreger, A., & AAMC Advisory Committee on Sexual Orientation, Gender Identity, and Sex Development (2014). Implementing Curricular and Institutional Climate Changes to Improve Health Care for Individuals Who Are LGBT, Gender Nonconforming, or Born with DSD: A Resource for Medical Educators. *Association of American Medical Colleges.*

Holmberg, M., Arver, S., & Dhejne, C. (2019). Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nature Reviews Urology, 16*(2), 121-139. https://doi.org/10.1038/s41585-018-0108-8

Hontscharuk, R., Alba, B., Hamidian Jahromi, A., & Schechter, L. (2021). Penile inversion vaginoplasty outcomes:

Complications and satisfaction. *Andrology, 9*(6), 1732-1743. https://doi.org/10.1111/andr.13030

Hontscharuk, R., Alba, B., Manno, C., Pine, E., Deutsch, M. B., Coon, D., & Schechter, L. (2021). Perioperative transgender hormone management: Avoiding venous thromboembolism and other complications. *Plastic and Reconstructive Surgery, 147*(4), 1008-1017. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000007786

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 Publications Inc.*

Houk, C. P., & Lee, P. A. (2010). Approach to assigning gender in 46,XX Congenital Adrenal Hyperplasia with male external genitalia: Replacing dogmatism with pragmatism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 95*(10), 4501–4508. https://doi.org/10.1210/jc.2010-0714

Houlberg, M. (2019). Endocrinology, hormone replacement therapy (HRT), and aging. *In Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 21-35). Springer

House of Commons Women and Equalities Committee. (2015, December 8). Transgender Equality: First report of session 2015-2016. *Retrieved from* https://publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmselect/cmwomeq/390/390.pdf

Hoy- Ellis, C. P., & Fredriksen- Goldsen, K. I. (2017). Depression among transgender older adults: General and minority stress. *American Journal of Community Psychology, 59*(3-4), 295-305. https://doi.org/10.1002/ajcp.12138

Hudson, J., Nahata, L., Dietz, E., & Quinn, G. P. (2018). Fertility counseling for transgender AYAs. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 6*(1), 84-92. https://doi.org/10.1037/cpp0000180

Hughes, I. A. (2005). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood, 91*(7), 554–563. https://doi.org/10.1136/adc.2006.098319

Hughes, I. A., Nihoul-Fékété, C., Thomas, B., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 21*:351-365. https://doi.org/10.1016/j.beem.2007.06.003

Hughto, J. M. W., Gunn, H. A., Rood, B. A., & Pantalone, D. W. (2020). Social and medical gender affirmation experiences are inversely associated with mental health problems in a U.S. non-probability sample of transgender adults. *Archives of Sexual Behavior.* https://doi.org/10.1007/s10508-020-01655-5

Hullmann, S. E., Fedele, D. A., Wolfe-Christensen, C., Mullins, L. L., & Wisniewski, A. B. (2011). Differences in adjustment by child developmental stage among caregivers of children with disorders of sex development. *International Journal of Pediatric Endocrinology, 2011*(1). https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-16

Human Rights Campaign, (2018a). Gender Expansive Youth Report. *Human Rights Campaign, US.*

Human Rights Campaign. (2018b). *LGBTQ Youth Report.* https://www.hrc.org/resources/2018_lgbtq-youth-report

Human Rights Campaign Foundation. (2017). Corporate Equality Index 2018: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality. https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/CEI-2018-FullReport.pdf

Human Rights Campaign Foundation. (2022). Corporate Equality Index 2022: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality. https://www.hrc.org/resources/corporate-equality-index

Human Rights Watch. (2014). "I'm scared to be a woman": human rights abuses against transgender people in Malaysia. https://features.hrw.org/features/HRW_reports_2014/Im_Scared_to_Be_a_Woman/index.htm

Human Rights Watch. (2017). „I want to be like nature made me": Medically unnecessary surgeries on intersex children in the U.S. https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/lgbtintersex0717_web_0.pdf;

Hunt, J. (2014). An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Counselling and Psychotherapy Research, 14*(4), 288-296. https://doi.org/10.1080/14733145.2013.838597

Hunt, J., Bristowe, K., Chidyamatare, S., & Harding, R. (2017). 'They will be afraid to touch you': LGBTI people and sex workers' experiences of accessing healthcare in Zimbabwe - an in-depth qualitative study. *BMJ Global Health, 2*(2), e000168. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000168

Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture Health & Sexuality, 13*(3), 355-370. https://doi.org/10.1080/13691058.2010.537770

Idrus, N. I., & Hymans, T. D. (2014). Balancing benefits and harm: Chemical use and bodily transformation among Indonesia's transgender waria. *International Journal of Drug Policy, 25*(4), 789-797.

ILGA World. (2020a). Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Trans_Legal_Mapping_Report_2019_EN.pdf

ILGA World. (2020b). Curbing deception: a world survey on legal regulation of so-called "conversion therapies". https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Curbing_Deception_world_survey_legal_restrictions_conversion_therapy.pdf

Ingraham, N., Wingo, E., & Roberts, S. C. M. (2018). Inclusion of LGBTQ persons in research related to pregnancy risk: A cognitive interview study. *BMJ Sexual & Reproductive Health.* https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2018-200097

International Commission of Jurists (2007). Yogyakarta Principles - Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity. www.yogyakartaprinciples.org

International Commission of Jurists. (2017). The Yogyakarta Principles Plus 10 - Additional Principles and State Obligation on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation, Gender Expression and Sex Characteristics to Complement the Yogyakarta Principles. https://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

Irwig, M. S. (2018). Cardiovascular health in transgender people. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders, 19*(3), 243–251. https://doi.org/10.1007/s11154-018-9454-3

Irwig, M. S., Childs, K., & Hancock, A. B. (2017). Effects of testosterone on the transgender male voice. *Andrology, 5*(1), 107–112. https://doi.org/10.1111/andr.12278

Irwig, M.S. (2021). Is there a role for 5α-reductase inhibitors in transgender individuals? *Andrology, 9*(6), 1729-1731. https://doi.org/10.1111/andr.12881.

Isaacson, D., Aghili, R., Wongwittava, N., & Garcia, M. (2017). How big is too big? The girth of bestselling insertive sex toys to guide maximal neophallus dimensions. *The Journal of Sexual Medicine, 14*(11), 1455-1461. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.012

Islam, N., Nash, R., Zhang, Q., Panagiotakopoulos, L., Daley, T., Bhasin, S., Getahun, D., Sonya Haw, J., McCracken, C., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Is there a link between hormone use and diabetes incidence in transgender people? Data from the STRONG cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 107*(4), e1549–e1557. https://doi.org/10.1210/clinem/dgab832

Isshiki, N., Taira, T., & Tanabe, M. (1983). Surgical alteration of the vocal pitch. *The Journal of Otolaryngology, 12*(5), 335–340. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6644864/

Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Rothman, M. S., Van Schuylenbergh, J., Van de Bruaene, L., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2019). Health considerations for transgender women and remaining unknowns: A narrative review. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism, 10*, 204201881987116. https://doi.org/10.1177/2042018819871166

Iwamoto, S. J., Grimstad, F., Irwig, M. S., & Rothman, M. S. (2021). Routine screening for transgender and gender diverse adults taking gender-affirming hormone therapy: A narrative review. *Journal of General Internal Medicine, 36*(5), 1380-1389. https://doi.org/10.1007/s11606-021-06634-7

Iwamoto, S. J., T'Sjoen, G., Safer, J. D., Davidge-Pitts, C. J., Wierman, M. E., Glodowski, M. B., & Rothman, M. S. (2019). Letter to the editor: „Progesterone is important for transgender women's therapy - applying evidence for the benefits of progesterone in ciswomen". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 104*(8), 3127-3128. https://doi.org/10.1210/jc.2019-00249

Jablonski, R. A., Vance, D. E., & Beattie, E. (2013). The invisible elderly: Lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Gerontological Nursing, 39*(11), 46–52. https://doi.org/10.3928/00989134-20130916-0

Jackowich, R. A., Vale, R., Vale, K., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2014). Voluntary genital ablations: Contrasting the cutters and their clients. *Sexual Medicine, 2*(3), 121–132. https://doi.org/10.1002/sm2.33

Jackson Levin, N., Kattari, S. K., Piellusch, E. K., & Watson, E. (2020). „We just take care of each other": Navigating ‚chosen family' in the context of health, illness, and the mutual provision of care amongst queer and transgender young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(19), 7346. https://doi.org/10.3390/ijerph17197346

Jacobson, G. J., Niemira, J. C., & Violeta, K. J. (Eds.). (2019). Sex, Sexuality, and Trans Identities: Clinical Guidance for Psychotherapists and Counselors. *Jessica Kingsley Publishers.*

Jadoul, P., Guilmain, A., Squifflet, J., Luyckx, M., Votino, R., Wyns, C., & Dolmans, M. M. (2017). Efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: Lessons learned from 545 cases. *Human Reproduction, 32*(5), 1046-1054. https://doi.org/10.1093/humrep/dex040

Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nuñez, D. (2018). Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. *BioMed Research International*, 2018, 8639263. https://doi.org/10.1155/2018/8639263

Jahromi, A. H., Horen, S. R., Dorafshar, A. H., Seu, M. L., Radix, A., Anderson, E., Green, J., Fraser, L., Johannesson, L., Testa, G., Schechter, L. S. M., & Schechter, L. (2021). Uterine transplantation and donation in transgender individuals; Proof of concept. *International Journal of Transgender Health, 22*(4), 349-359. https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915635

Jakomin, J. R., Ziegler, A., Rio, C., & Suddarth, R. (2020). Opportunities to learn transgender voice and communication therapy in graduate speech-language pathology education: Preliminary e-survey findings. *Perspectives, 5*(4), 876-883. https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00047

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L, & Anafi, M. (2016). The report of the 2015 U.S. *Transgender Survey.* https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-AIAN-Report-Dec17.pdf

James-Abra, S., Tarasoff, L., Green, D., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L. S., Ross, L. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. *Human Reproduction, 30*(6), 1365-1374. https://doi.org/10.1093/humrep/dev087.

Jarrett, B. A., Corbet, A. L., Gardner, I. H., Weinand, J. D., & Peitzmeier, S. M. (2018). Chest binding and care seeking among transmasculine adults: A cross-sectional study. *Transgender Health, 3*(1), 170–178. https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0017

Jasuja, G. K., de Groot, A., Quinn, E. K., Ameli, O., Hughto, J. M., Dunbar, M., Deutsch, M., Streed, C. G., Paasche-Orlos, M., Wolfe, H. L., & Rose, A. J. (2020). Beyond gender identity disorder diagnosis codes: An examination of additional methods to identify transgender individuals in administrative databases. *Medical Care, 58*(10), 903. https://doi.org.uk/10.1097/MLR.0000000000001362

Javier, C., Crimston, C. R., & Barlow, F. K. (2022). Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health, 23*(3), 255-273. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2038334

Jazayeri, H. E., Lopez, J., Sluiter, E. C., O'Brien-Coon, D., Bluebond-Langner, R., Kuzon, W. M., Jr., Berli, J. U., Monstrey, S. J., Deschamps-Braly, J. C., Dorafshar, A. H., & Schechter, L. S. (2021). Discussion: Promoting centers for transgender care. *Journal of Oral and Maxillofacial Surger, 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

Jenness, V., & Smyth, M. (2011). The passage and implementation of the Prison Rape Elimination Act: Legal endogeneity and the uncertain road from symbolic law to instrumental effects. *Stanford Law & Policy Review, 22*, 489. https://doi.org/doi:10.1177/0891243215611856

Jenness, V., & Fenstermaker, S. (2016). Forty years after Brownmiller: Prisons for men, transgender inmates, and the rape of the feminine. *Gender & Society, 30*(1), 14–29. https://doi.org/10.1177/0891243215611856

Jessen, R. S., Wæhre, A., David, L., & Stänicke, E. (2021). Negotiating gender in everyday life: Toward a conceptual model of gender dysphoria in adolescents. *Archives of Sexual Behavior, 50*(8), 3489-3503. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02024-6

Jiang, D. D., Gallagher, S., Burchill, L., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2019). Implementation of a pelvic floor physical therapy program for transgender women undergoing gender-affirming vaginoplasty. *Obstetrics and Gynecology, 133*(5), 1003-1011. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003236

Jiang, D., Witten, J., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2018). Does depth matter? Factors affecting choice of vulvoplasty over vaginoplasty as gender-affirming genital surgery for transgender women. *The Journal of Sexual Medicine, 15*(6), 902-906. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.085

Jindarak, S., Nilprapha, K., Atikankul, T., Angspatt, A., Pungrasmi, P., Iamphongsai, S., Promniyom, P., Suwajo, P., Scvaggi, G., & Tiewtranon, P. (2018). Spermatogenesis abnormalities following hormonal therapy in transwomen. *Biomed Research International*, 2018, 7919481. https://doi.org/10.1155/2018/7919481

Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The Journal of Primary Prevention, 39*(3), 263-301. https://doi.org/10.1007/s10935-018-0508-9

Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students - 19 states and large urban school districts, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 68*(3), 67. https://doi.org.uk/10.15585/mmwr.mm6803a3

Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Chen, D., Yerkes, E. B., Madonna, M. B., Holl, J. L., Baratz, A. B., Davis, G., & Cheng, E. Y. (2017). Attitudes towards "disorders of sex development" nomenclature among affected individuals. *Journal of Pediatric Urology, 13*(6), 608.e1–608.e8. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2017.03.035

Johnson, K. C., LeBlanc, A. J., Deardorff, J., Bockting, W.O. (2020). Invalidation experiences among non-binary adolescents. *Journal of Sex Research, 57*(2), 222-233. https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1608422

Johnson, L., & Federman, E. J. (2014). Training, experience, and attitudes of VA psychologists regarding LGBT issues: Relation to practice and competence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*(1). https://doi.org/10.1037/sgd0000019

Johnson, T. W., & Irwig, M. S. (2014). The hidden world of self--castration and testicular self-injury. *Nature Reviews Urology, 11*(5), 297-300. https://doi.org/10.1038/nrurol.2014.84

Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2010). Gender identity disorder outside the binary: When gender identity disorder-not otherwise specified is not good enough. *Archives of Sexual Behavior, 39*(3), 597–598. https://doi.org/10.1007/s10508-010-9608-1

Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2016). Recognition of gender variants outside the binary in WPATH Standards of Care, Version 7.0. *International Journal of Transgenderism, 17*(1), 1–3. https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1114442

Johnson, T. W., Brett, M. A., Roberts, L. F., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Characterizing men who are voluntarily castrated (Part I). *The Journal of Sexual Medicine, 4*(4), 930–945. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00521.x

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2019). *UNAIDS Data 2019.* https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf

Joint, R., Chen, Z. E., & Cameron, S. (2018). Breast and reproductive cancers in the transgender population: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 125*(12), 1505-1512. https://doi.org/10.1111/1471-0528.15258

Jones, C. (2019). Intersex, infertility and the future: Early diagnoses and the imagined life course. *Sociology of Health & Illness, 42*(1), 143–156. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12990

Jones, T., de Bolger, T., Dune, A., Lykins, A., & G. Hawkes. (2015). Female-to-Male (FtM) transgender people's experiences in Australia: A national study. *Springer International Publishing.*

Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Gender congruence and body satisfaction in nonbinary transgender people: A case control study. *International Journal of Transgenderism, 20*(2-3), 263-274. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1538840

Jones, B. A., Bouman, W. P, Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Mental health and quality of life in non-binary transgender adults: A case control study. *International Journal of Transgenderism, 20*(2-3), 251-262. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1630346

Jones, B. A., Brewin, N., Richards, C., Van Eijk, M., Stephenson-Allen, A., & Arcelus, J. (2017). Investigating the outcome of the initial assessment at a national transgender health service: Time to review the process?. *International Journal of Transgenderism, 18*(4), 427-432. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1372838

Jones, B. P., Rajamanoharan, A., Vali, S., Williams, N. J., Saso, S., Thum, M. Y., Ghaem-Maghami, S., Quiroga, I., Diaz-Garcia, C., Thomas, P., Wilkinson, S., Yazbek, J., & Smith, J. R. (2021). Perceptions and motivations for uterus transplant in transgender women. *JAMA Network Open, 4*(1), e2034561. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.34561

Jones, R. K., Witwer, E., & Jerman, J. (2020). Transgender abortion patients and the provision of transgender-specific care at non-hospital facilities that provide abortions. *Contraception: X, 2*, 100019. https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100019

Jones, K., Wood, M., & Stephens, L. (2017). Contraception choices for transgender males. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 43*(3), 239-240. https://doi.org/10.1136/jfprhc-2017-101809

Joseph, A. A., Kulshreshtha, B., Shabir, I., Marumudi, E., George, T. S., Sagar, R., Mehta, M., & Ammini, A. C. (2016). Gender issues and related social stigma affecting patients with a disorder of sex development in India. *Archives of Sexual Behavior, 46*(2), 361–367. https://doi.org/10.1007/s10508-016-0841-0

Julian, J. M., Salvetti, B., Held, J. I., Murray, P. M., Lara-Rojas, L., & Olson-Kennedy, J. (2021). The impact of chest binding in transgender and gender diverse youth and young adults. *Journal of Adolescent Health, 68*(6), 1129–1134. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.029

Jung, A., & Schuppe, H. C. (2007). Influence of genital heat stress on semen quality in humans. *Andrologia, 39*(6), 203-215. https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.2007.00794.x

Kailas, M., Lu, H. M. S., Rothman, E. F., & Safer, J. D. (2017). Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. *Endocrine Practice, 23*(7), 780-786. https://doi.org/10.4158/EP161727.OR

Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisén, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L., & Waehre, A. (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: A study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry, 74*(1), 40–44. https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429

Kaltiala, R., Heino, E., Työläjärvi, M., & Suomalainen, L. (2020). Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nordic Journal of Psychiatry, 74*(3), 213–219. https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260

Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläjärvi, M., & Frisen, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 9*, 31–41. https://doi.org/10.2147/ahmt.s135432

Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9*(1). https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y

Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope, 115*(4), 611–618. https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33

Kang, A., Aizen, J. M., Cohen, A. J., Bales, G. T., & Pariser, J. J. (2019). Techniques and considerations of prosthetic surgery after phalloplasty in the transgender male. Translational Andrological *Urology, 8*(3), 273-282. https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.02

Kanhai, R. C. (2016). Sensate vagina pedicled-spot for male-to-female transsexuals: The experience in the first 50 patients. Aesthetic *Plastic Surgery, 40*(2), 284-287. https://doi.org/10.1007/s00266-016-0620-2

Kanhai, R. C., Hage, J. J., Asscheman, H., & Mulder, J. W. (1999). Augmentation mammaplasty 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 mammaplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery, 43*(5), 476-483. https://doi.org/10.1097/00000637-199911000-00003

Kanhai, R. C., Hage, J. J., & Mulder, J. W. (2000). Long-term outcome of augmentation mammaplasty in male-to-female transsexuals: A questionnaire survey of 107 patients. *British Journal of Plastic Surgery, 53*(3), 209-211. https://doi.org/10.1054/bjps.1999.3298

Kanis, J. A. (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: Synopsis of a WHO report. *Osteoporosis International, 4*(6), 368-381. https://doi.org/10.1007/BF01622200

Kanj, R. V., Conard, L. A. E., Corathers, S. D., & Trotman, G. E. (2019). Hormonal contraceptive choices in a clinic-based series of transgender adolescents and young adults. The *International Journal of Transgenderism, 20*(4), 413–420. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1631929

Karasic, D. H. (2016). Protecting transgender rights promotes transgender health. *LGBT Health, 3*(4),245-247. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0072

Karasic, D. H. (2019). Mental health care for the adult transgender patient. In C.A. Ferrando, C. A (Ed.). *Comprehensive Care of the Transgender Patient* (pp. 8-11). Elsevier Health Sciences.

Karasic, D. H., & Fraser, L. (2018). Multidisciplinary care and the standards of care for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery, 45*(3), 295-299. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.016

Karkazis, K., Tamar-Mattis, A., & Kon, A. A. (2010). Genital surgery for disorders of sex development: Implementing a shared decision-making approach. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism, 23*(8), 789-805. https://doi.org/10.1515/jpem.2010.129

Kasianczuk, M., & Trofymenko, O. (2020). Size estimation for transgender people in Ukraine/SE "Center of Social Expertises named fter Yu. Saenko" of the Institute of 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

Kattari, S. K., & Hasche, L. (2016). Differences across age groups in transgender and gender non-conforming people's experiences of health care discrimination, harassment, and victimization. *Journal of Aging and Health, 28*(2), 285-306. https://doi.org/10.1177/0898264315590228

Kattari, S. K., Walls, N. E., Speer, S. R., & Kattari, L. (2016). Exploring the relationship between transgender-inclusive providers and mental health outcomes among transgender/gender variant people. *Social Work in Health Care, 55*(8), 635–650. https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1193099

Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A., & Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism, 18*(3), 243–263. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1304312

Kaufman, R. & Tishelman, A.C. (2018). Creating a network of professionals. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children. *American Psychological Association*. https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9

Kauth, M. R., Shipherd, J. C., & Boedecker, A. L. (2018). Adjunctive interventions: Supportive services for gender role transitions. In M.R. Kauth, & J.C. Shipherd (Eds.). Adult Transgender Care: An Interdisciplinary Approach for Training Mental Health Professionals (pp.161–174). *Routledge*.

Kauth, M. R., Shipherd, J. C., Lindsay, J., Blosnich, J. R., Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Access to care for transgender veterans in the Veterans Health Administration: 2006–2013. *American Journal of Public Health, 104*(S4), S532-S534. https://doi.org.uk/10.2105/AJPH.2014.302086

Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *Elsevier, 11*, 100608. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608

Kelly, S. J., & Ismail, M. (2015). Stress and type 2 diabetes: A review of how stress contributes to the development of type 2 diabetes. *Annual Review of Public Health, 36*, 441-462. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122921

Kelly, V., Hertegård, S., Eriksson, J., Nygren, U., & Södersten, M. (2018). Effects of gender-confirming pitch-raising surgery in transgender women a long-term follow-up study of acoustic and patient-reported data. *Journal of Voice, 33*(5), 781–791. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.03.005

Kelvin, J. F., Thom, B., Benedict, C., Carter, J., Corcoran, S., Dickler, M. N., Goodman, K. A., Margolies, A., Matasar, M. J., Noy, A & Goldfarb, S. B. (2016). Cancer and fertility program improves patient satisfaction with information received. *Journal of Clinical Oncology, 34*(15), 1780-1786. https://doi.org/10.1200/JCO.2015.64.5168

Kennedy, E., & Thibeault, S. L. (2020). Voice-gender incongruence and voice health information-seeking behaviors in the transgender community. *American Journal of Speech-Language Pathology, 29*(3), 1563–1573. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00188

Kennis, M., Duecker, F., T'Sjoen, G., Sack, A. T., & Dewitte, M. (2022). Sexual self-concept discrepancies mediate the relation between gender dysphoria sexual esteem and sexual attitudes in binary transgender individuals. *The Journal of Sex Research, 59*(4), 524-536. https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1951643

Kent, M. A., Winoker, J. S., & Grotas, A. B. (2018). Effects of feminizing hormones on sperm production and malignant changes: Microscopic examination of post orchiectomy specimens in transwomen. *Urology, 121*. 93-96. https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.07.023

Keohane v. Jones (Florida Department of Corrections), Case No.4:16-cv-511-MW-CAS, N. D. Fla, 2018.

Keo-Meier, C. L., & Ehrensaft, D. (2018). Introduction to the gender affirmative model. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Ed), The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children. (pp. 3-19). Washington, DC, US: *American Psychological Association*.

Keo-Meier, C. L., & Fitzgerald, K. M. (2017). Affirmative psychological testing and neurocognitive assessment with transgender adults. *The Psychiatric Clinics of North America, 40*(1), 51-64. https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.011

Keo-Meier, C. L., Herman, L. I., Reisner, S. L., Pardo, S. T., Sharp, C., & Babcock, J. C. (2015). Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: A prospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(1), 143–156. https://doi.org/10.1037/a0037599

Kerckhof, M. E., Kreukels, B. P. C., Nieder, T. O., Becker-Hébly, 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/doi: 10.2147/IJGM.S205102

Kim, E. Y. (2015). Long-term effects of gonadotropin-releasing hormone analogs in girls with central precocious puberty. *Korean Journal of Pediatrics, 58*(1), 1–7. https://doi.org/10.3345/kjp.2015.58.1.1

Kim, H. T. (2017). A new conceptual approach for voice feminization: 12 years of experience. *The Laryngoscope, 127*(5), 1102–1108. https://doi.org/10.1002/lary.26127

Kirey-Sitnikova, Y. (2021). Prospects and challenges of gender neutralization in Russian. *Russian Linguistics, 45*(2), 143-158. https://doi.org/10.1007/s11185-021-09241-6

Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2017). Sexual Rights as Human Rights: A guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. *International Journal of Sexual Health, 29*(suppl.1), 1-92. https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1353865

Klaver, M., de Mutsert, R., van der Loos, M., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., & Klink, D. T. (2020). Hormonal treatment and cardiovascular risk profile in transgender adolescents. *Pediatrics, 145*(3), e20190741. https://doi.org/10.1542/peds.2019-0741

Klaver, M., de Mutsert, R., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., Rotteveel, J., & Klink, D. T. (2018). Early hormonal treatment affects body composition and body shape in young transgender adolescents. *The Journal of Sexual Medicine, 15*(2), 251-260. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.12.009

Klein, A., & Golub, S.A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health, 3*(3), 193-199. https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111.

Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review. *Journal of Sexual Medicine, 6*(11), 2922-2939. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01370.

Klein, D. A., Berry-Bibee, E. N., Baker, K. K., Malcolm, N. M., Rollison, J. M., & Frederiksen, B. N. (2018). Providing quality family planning services to LGBTQIA individuals: A systematic review. *Contraception, 97*(5) https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.12.016

Klein, D. A., Paradise, S. L., & Goodwin, E. T. (2018). Caring for transgender and gender-diverse persons: What clinicians should know. *AFP Journal, 98*(11), 645-653. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30485050

Kleinplatz, P. J. (Ed.). (2012). New directions in sex therapy: Innovations and alternatives (second edition). *Routledge/Taylor & Francis Group.*

Klimstra, T. A., Hale, W. W. III., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2009). Identity formation in adolescence: Change or stability? J*ournal of Youth and Adolescence, 39*(2), 150–162. https://doi.org/10.1007/s10964-009-9401-4

Klink, D., Bokenkamp, A., Dekker, C., & Rotteveel, J. (2015). Arterial hypertension as a complication of triptorelin treatment in adolescents with gender dysphoria. *Endocrinology and Metabolism International Journal, 2*(1), 36-38. https://doi.org/10.15406/emij.2015.02.00008

Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 100*(2), E270-E275. https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439

Kloer, C., Parker, A., Blasdel, G., Kaplan, S., Zhao, L., & Bluebond-Langner, R. (2021). Sexual health after vaginoplasty: A systematic review. *Andrology, 9*(6), 1744-1764. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/andr.13022

Klosky, J. L., Anderson, L. E., Russell, K. M., Huang, L., Zhang, H., Schover, L. R., Simmons, J. L., & Kutteh, W. H. (2017). Provider influences on sperm banking outcomes among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Journal of Adolescent Health, 60*(3), 277-283. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.020

Klosky, J. L., Flynn, J. S., Lehmann, V., Russell, K. M., Wang, F., Hardin, R. N., Eddinger, J. R., Zhang, H., Schenck, L. A., & Schover, L. R. (2017). Parental influences on sperm banking attempts among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Fertility and Sterility, 108*(6), 1043-1049. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.08.039

Klosky, J. L., Wang, F., Russell, K. M., Zhang, H., Flynn, J. S., Huang, L., Wasilewaski-Masker, K., Landier, W., Leonard, M., Albritton, K. H., Gupta, A. A., Casilas, J., Colte, O., Kutteh, W. H., & Schover, L. R. (2017). Prevalence and predictors of sperm banking in adolescents newly diagnosed with cancer: Examination of adolescent, parent, and provider factors influencing fertility preservation outcomes. *Journal of Clinical Oncology, 35*(34), 3830-3865. https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.4767

Knutson, D., Koch, J. M., & Goldbach, C. (2019). Recommended terminology, pronouns, and documentation for work with transgender and non-binary populations. *Practice Innovations, 4*(4), 214-224. https://doi.org/10.1037/pri0000098

Koçak, I., Akpınar, M. E., Cakır, Z. A., Doğan, M., Bengisu, S., & Celikoyar, M. M. (2010). Laser reduction glottoplasty for managing androphonia after failed cricothyroid approximation surgery. *Journal of Voice, 24*(6), 758–764. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.06.004

Kocan, S., & Gursoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *Journal of Breast Health, 12*(4), 145–150. https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913

Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2018). Genders and individual treatment progress in (non-)binary trans individuals. *The Journal of Sexual Medicine, 15*(1), 102-113. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.007

Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. *In E. E. Maccoby (Ed.), The development of sex. Tavistock Publications.*

Kojima, T., Shoji, K., Isshiki, N., & Nakamura, K. (2008). Thyroplasty type III for treatment of voice problem in GID of female-to-male type. *Practica Oto-Rhino-Laryngologica, 101*(1), 39–43. https://doi.org/10.5631/jibirin.101.39

Kon, A. (2015). Ethical issues in decision-making for infants with disorders of sex development. *Hormone and Metabolic Research, 47*(05), 340–343. https://doi.org/10.1055/s-0035-1547269

Kornienko, O., Santos, C., Martin, C., & Granger, K. (2016). Peer influence on gender identity development in adolescence. *Developmental Psychology, 52*(10), 1578-1592. https://doi.org/10.1037/dev0000200

Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2018). Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders, 19*(3), 271-275. https://doi-org.nottingham.idm.oclc.org/10.1007/s11154-018-9452-5

Kosilek v. Mass. Department of Corrections/ Kathleen Dennehy; Kosilek v. Spencer, 889 F.Supp.2d 190 (D. Mass. Sept. 4, 2012); „Kosilek II."

Kosilek v. Massachusetts, 221 F. Supp. 2d 156 (D Mass 2002).

Kozato, A., Fox, G. C., Yong, P. C., Shin, S. J., Avanessian, B. K., Ting, J., Yiwei, L., Subha, K., Safer, J.D., & Pang, J. H. (2021). No venous thromboembolism increase among transgender female patients remaining on estrogen for gender-affirming surgery. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 106*(4), e1586-e1590. https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa966

Krege, S., Eckoldt, F., Richter-Unruh, A., Köhler, B., Leuschner, I., Mentzel, H. J., Moss, A., Schweizer, K., Stein, R., Werner-Rosen, K., Wieacker, P., Wiesemann, C., Wünsch, L., & Richter-Appelt, H. (2019). Variations of sex development: The first German interdisciplinary consensus paper. *Journal of Pediatric Urology, 15*(2), 114–123. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2018.10.008

Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., & Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *American Journal of Obsterics andt 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-Hilczer, J., de la Perriere, A. B., Sultan, C., Paris, F., Bouvattier, C., Thyen, U., & Reisch, N. (2018). Gender dysphoria and gender change in disorders of sex development/intersex conditions: Results From the dsd--LIFE study. *The Journal of Sexual Medicine, 15*(5), 777–785. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.021

Kreukels, B. P., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nature Reviews Endocrinology, 7*(8), 466–472. https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.78

Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N. J., Tazeau, Y. N., Miville, M. L., Kerns, R., Stegman, R., Suzuki, L., & Benton, S. A. (2004). Achieving competency in psychological assessment: Directions for education and training. *Journal of Clinical Psychology, 60*(7), 725–739. https://doi.org/10.1002/jclp.20010

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., & Malata, A. (2018). High-quality health systems in the sustainable development goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health, 6*(11), e1196–e1252. https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30386-3

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 Otology, Rhinology, and Laryngology, 109*(11), 1082–1086. https://doi.org/10.1177/000348940010901116

Kuper, L. E., Adams, N., & Mustanski, B. S. (2018). Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender nonconforming youth and young adults. *LGBT Health, 5*(7), 391-400. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0259.

Kuper, L. E., Lindley, L., & Lopez, X. (2019). Exploring the gender development histories of children and adolescents presenting for gender affirming medical care. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7*(3), 217-228. https://doi.org/10.1037/cpp0000290

Kuper, L. E., Mathews, S., & Lau, M. (2019). Baseline mental health and psychosocial functioning of transgender adolescents seeking gender-affirming hormone therapy. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 40*(8), 589-596. https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000697

Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research, 49*(2-3), 244-254. https://doi.org/10.1080/00224499.2011.596954

Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., & Lopez, X. (2020). Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics, 145*(4). https://doi.org/10.1542/peds.2019-3006

Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2014). Stud identity among female-born youth of color: Joint conceptualizations of gender variance and same-sex sexuality. *Journal of Homosexuality, 61*(5), 714-731. https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870443

Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2018). Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional approach. *International Journal of Transgenderism, 19*(4), 436-455. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1443869

Kuijpers, S., Wiepjes, C. M., Conemans, E. B., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2021). Toward a lowest effective dose of cyproterone acetate in trans women: Results from the ENIGI study. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 106*(10), e3936–e3945. https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1210/clinem/dgab427

Kuvalanka, K. A., Bellis, C., Goldberg, A. E., & McGuire, J. K. (2019). An exploratory study of custody challenges experienced by affirming mothers of transgender and gender-nonconforming children. *Family Court Review, 57*(1), 54–71. https://doi.org/10.1111/fcre.12387

Kuvalanka, K. A., Mahan, D. J., McGuire, J. K., & Hoffman, T. K. (2017). Perspectives of mothers of transgender and gender-nonconforming children with autism spectrum disorder. *Journal of Homosexuality, 65*(9), 1167–1189. https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1406221

Kuyper, L., & 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

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

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

Laube, J. S., Auer, M. K., Biedermann, S. V., Schröder, J., Hildebrandt, T., Nieder, T. O., Briken, P., & Fuss, J. (2020). Sexual behavior, desire, and psychosexual experience in gynephilic and androphilic trans women: A cross-sectional multicenter study. *The Journal of Sexual Medicine, 17*(6), 1182-1194. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.030

Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour, 32*(4), 299-315. https://doi.org/10.1023/a:1024086814364

Lawrence, A. A. (2005). Sexuality after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour, 34* (2), 147-166. https://doi.org/10.1007/s10508-005-1793-y

LeBreton, M., Courtois, F., Journel, N. M., Beaulieu-Prevost, D., Belanger, M., Ruffion, A., & Terrier, J. E. (2017). Genital sensory detection thresholds and patient satisfaction with vaginoplasty in male-to-female transgender women. *Journal of Sexual Medicine, 14*(2), 274-281. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.005

Ledesma, E., & Ford, C. L. (2020). Health implications of housing assignments for incarcerated transgender women. *American Journal of Public Health, 110*(5), 650–654. https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305565

Lee, D. S., Marsh, L., Garcia-Altieri, M. A., Chiu, L. W., & Awad, S. S. (2016). Active mental illnesses adversely affect surgical outcomes. *The American Surgeon, 82*(12), 1238-1243. https://doi.org/10.1177/000313481608201233

Lee, H., Operario, D., van den Berg, J. J., Yi, H., Choo, S., & Kim, S. S. (2020). Health disparities among transgender adults in South Korea. *Asia Pacific Journal of Public Health, 32*(2-3), 103-110. https://doi.org/10.1177%2F1010539520912594

Lee, H., Park, J., Choi, B., Yi, H., & Kim, S. S. (2018). Experiences of and barriers to transition-related healthcare among Korean transgender adults: Focus on gender identity disorder diagnosis, hormone therapy, and sex reassignment surgery. *Epidemiology and Health, 40*, 1-13. https://doi.org/10.4178/epih.e2018005

Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y. M., Glidden, D. V., & Rosenthal, S. M. (2020). Low bone mineral density in early pubertal transgender/gender diverse youth: Findings from the Trans Youth Care Study. *Journal of Endocrine Society, 4*(9), bvaa065. https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065

Lee, P. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., & Hughes, I. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. International Consensus Conference on Intersex. *Pediatrics, 118*(2):e488-500. https://doi.org/10.1542/peds.2006-0738

Lee, P. A., Nordenström, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L.M., Lin-Su, K., Looijenga, L. H. J.3rd, Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Mouriquand, P., Quigley, C. A., Sandberg, D. E., Vilain, E., & Witchel, S. (2016). Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Hormone Research in Paediatrics, 85*(3), 158–180. https://doi.org/10.1159/000442975

Lefevor, G. T., Sprague, B. M., Boyd-Rogers, C. C., & Smack, A. C. P. (2018). How well do various types of support buffer psychological distress among transgender and gender nonconforming students? *International Journal of Transgenderism, 20*(1), 39–48. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452172

Lehmann, V., Keim, M. C., Nahata, L., Shultz, E. L., Klosky, J. L., Tuinman, M. A., & Gerhardt, C. A. (2017). Fertility-related knowledge and reproductive goals in childhood cancer survivors: short communication. *Human Reproduction, 32*(11), 2250-2253. https://doi.org/10.1093/humrep/dex297

Leibowitz, S., & de Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria in adolescence. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 21–35. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844

Lerner, J. E., Martin, J. I., & Gorsky, G. S. (2020). More than an apple a day: Factors associated with avoidance of doctor visits among transgender, gender nonconforming, and nonbinary people in the USA. *Sexuality Research and Social Policy, 18*(2), 409-426. https://doi.org/10.1007/s13178-020-00469-3

Leung, A., Sakkas, D., Pang, S., Thornton, K., & Resetkova, N. (2019). Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cisgender patients: A new frontier in reproductive medicine. *Fertility and Sterility, 112*(5), 858-865. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.07.014

Lev, A.I. & Wolf-Gould, C. (2018). Collaborative treatment across disciplines. In C.E. Keo-Meier & D.E. Ehrensaft (Eds.), The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children. *American Psychological Association*. https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9

Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health, 12*(1), 18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18

Levine, S. B. (2009). Real-Life Test Experience: Recommendations for revisions to the Standards of Care of

the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 11*(3), 186–193. https://doi.org/10.1080/15532730903383773

Levine, S. B., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P. T., Hage, J., Van Maasdam, J., Petersen, M., Pfafflin, F., & Schaefer, L. C. (1998). The Standards of Care for Gender Identity Disorders Fifth Edition. *International Journal of* Transgenderism 2,2, https://www.symposion.com/ijt/ijtc0405.htm

Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology, 59*(4), 409-418. https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x

Leyns, C., Papeleu, T., Tomassen, P., T'Sjoen, G., & D'haeseleer, E. (2021). Effects of speech therapy for transgender women: A systematic review. *International Journal of Transgender Health, 22*(4), 360-380. https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915224

Liang, J. J., Gardner, I. H., Walker, J. A., & Safer, J. D. (2017). Observed deficiencies in medical student knowledge of transgender and intersex health. *Endocrine Practice, 23*(8), 897–906. https://doi.org/10.4158/EP171758.O

Liao, L, & Simmonds M. (2014). A values-driven and evidence--based health care psychology for diverse sex development. *Psychology & Sexuality, 5*(1), 83-101. https://doi.org/10.1080/19419899.2013.831217

Lieberman, T. (2018). Painting Dragons: What Storytellers Need to Know About Writing Eunuch Villains. *Bogotá, Glyph Torrent.*

Lierman, S., Tilleman, K., Braeckmans, K., Peynshaert, K., Weyers, S., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2017). Fertility preservation for trans men: Frozen-thawed in vitro matured oocytes collected at the time of ovarian tissue processing exhibit normal meiotic spindles. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 34*(11), 1449-1456. https://doi.org/10.1007/s10815-017-0976-5

Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M., & Kerns, J. L. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics and Gynecology, 124*(6), 1120-1127. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000000540

Light, A., Wang, L. F., Zeymo, A., & Gomez-Lobo, V. (2018). Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception, 98*(4), 266-269. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.06.006

Lightfoot, S., Kia, H., Vincent, A., Wright, D. K., & Vandyk, A. (2021). Trans-affirming care: An integrative review and concept analysis. *International Journal of Nursing Studies, 123*, 104047. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104047

Lim, F., Johnson, M., & Eliason, M. (2015). A national survey of faculty knowledge, experience, and readiness for teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in baccalaureate nursing programs. *Nursing Education Perspectives, 36*(3), 144-152. https://doi.org/10.5480/14-1355

Lindley, L., Anzani, A., Prunas, A., & Galupo, M. P. (2021). Sexual satisfaction in trans masculine and nonbinary individuals: A qualitative investigation. *The Journal of Sex Research, 58*(2), 222-234. https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1799317

Lindqvist, E. K., Sigurjonsson, H., Möllermark, C., Tinder, J., Farnebo, F., & Kalle Lundgren, T. (2017). Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *European Journal of Plastic Surgery, 40*, 223–226. https://doi.org/10.1007/s00238-016-1252-0

Lin-Su, K., Lekarev, O., Poppas, D., & Vogiatzi, M. G. (2015). Congenital adrenal hyperplasia patient perception of 'disorders sex development' nomenclature. *International Journal of Pediatric Endocrinology, 2015*(1), 9. https://doi.org/0.1186/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/journ al.pone.0202330.

Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior, 50*(8), 3353–3369. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w

Liu, S., Liu, Q., Cheng, X., Luo, Y., & Wen, Y. (2016). Effects and safety of combination therapy with gonadotropin-releasing hormone analogue and growth hormone in girls with idiopathic central precocious puberty: A meta-analysis. *Journal of Endocrinological Investigation, 39*(10), 1167–1178. https://doi.org/10.1007/s40618-016-0486-9

Liu, Y., Xin, Y., Qi, J., Wang, H., Hong, T., Yang, X., Li, B., Change, X., Knudson, G., Zhao, Z., & Pan, B. (2020). The desire and status of gender-affirming hormone therapy and surgery in transgender men and women in China: A national population study. *The Journal of Sexual Medicine, 17*(11), 2291-2298. https://doi.org/10.1177/1010539520912594

Lopez, X., Marinkovic, M., Eimicke, T., Rosenthal, S. M., & Olshan, J. S. (2017). Statement on gender-affirmative approach to care from the pediatric endocrine society special interest group on transgender health. *Current Opinion in Pediatrics, 29*(4), 475–480. https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000516

Lo Russo, G., Tanini, S., & Innocenti, M. (2017). Masculine chest-wall contouring in FtM transgender: a personal approach. *Aesthetic Plastic Surgery, 41*(2), 369-374. https://doi.org/10.1007/s00266-017-0796-0

Lowry, R., Johns, M. M., Gordon, A. R., Austin, S. B., Robin, L. E., & Kann, L. K. (2018). Nonconforming gender expression and associated mental distress and substance use among high school students. *JAMA Pediatrics, 172*(11), 1020-1028. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2140

Lundberg, T., Hegarty, P., & Roen, K. (2018). Making sense of 'Intersex' and 'DSD': How laypeople understand and use terminology. *Psychology & Sexuality, 9*(2), 161-173. https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1453862

Luz, P. M., Jalil, E. M., Castilho, J., Velasque, L., Ramos, M., Ferreira, A. C. G., Wilson, E. C., Valdilea, G., Veloso, B. D., Moodie, E. E. M., & Grinsztejn, B. (2022). Association of discrimination, violence, and resilience with depressive symptoms among transgender women in Rio de Janeiro, Brazil: A cross-sectional analysis. *Transgender Health, 7*(1), 101-106. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0171

Lynch, M., & CicchettI, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology, 10*(2), 235–257. https://doi.org/10.1017/s095457949800159x

MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A., & Myler, E. (2016). Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth, 16*, 106-110. https://doi.org/10.1186/s12884-016-0907-y

Machtinger, E. L., Cuca, Y. P., Khanna, N., Rose, C. D., & Kimberg, L. S. (2015). From treatment to healing: The promise of trauma-informed primary care. *Women's Health Issues, 25*(3), 193-197. https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.03.008

MacKinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y., & Ross, L. E. (2021). Preventing transition "regret": An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Social Science & Medicine, 29*1, 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 U*N - Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, submited to the 47th UN Human Rights Council and 76th UN General Assembly.* https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Reports_on_Gender_Final_Summary.pdf

Madrigal-Borloz, V. (2020). Practices of so-called "conversion therapy" - Report of *the UN independent expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, submitted to the 44th session of the UN Human Rights Council. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights.* https://undocs.org/A/HRC/44/53

Maheux, A. J., Zhou, Y., Thoma, B. C., Salk, R. H., & Choukas-Bradley, S. (2021). Examining sexual behavior among U.S. transgender adolescents. *The Journal of Sex Research, 58*(8), 1050-1060. https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1855408

Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinology, 7*(6), 484-498. 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.0000000000000271.

Malkin, M. L., & DeJong, C. (2018). Protections for transgender inmates under PREA: A comparison of state correctional policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy, 16*(4), 393–407. https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9

Malpas, J., Glaeser, E., & Giammattei, S. V. (2018). Building resilience in transgender and gender expansive children, families, and communities: A multidimensional family approach. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children (pp. 141–156). *American Psychological Association*. https://doi.org/10.1037/0000095-009

Mamoojee, Y., Seal, L. J., & Quinton, R. (2017). Transgender hormone therapy: Understanding international variation in practice. *Lancet Diabetes & Endocrinology, 5*(4), 243-246. https://doi.org/10.1016/s2213-8587(17)30068-2

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-Senosiain, O., Labanca, T., & Gómez-Gil, E. (2018). Aesthetic refinement in the creation of the clitoris, its preputial hood, and labia minora in male-to--female transsexual patients. *Annals of Plastic Surgery, 81*(4), 393-397. https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001532

Mann, R. (2006). The treatment of transgender prisoners, not just an American problem - Comparative analysis of American, Australian, and Canadian prison policies concerning the treatment of transgender prisoners and a "universal" recommendation to improve treatment. *Law & Sexuality: A Review Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Legal Issues, 15*, 92-133.

Manrique, O. J., Sabbagh, M. D., Ciudad, P., Martinez-Jorge, J., Kiranantawat, K., Sitpahul, N., Nippoldt, T. B., Charafeddine, A., & Chen, H. C. (2018). Gender-confirmation surgery using the pedicle transverse colon flap for vaginal reconstruction: A clinical outcome and sexual function evaluation study. *Plastic and Reconstructive Surgery, 141*(3), 767-771. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004122

Manson, J. E., Chlebowski, R. T., Stefanick, M. L., Aragaki, A. K., Rossouw, J. E., Prentice, R. L., Anderson, G., Howard, B.V., Thomson, C.A., LaCroix, A.Z., Wactawski-Wende, J., Jackson, R.D., Limacher, M., Margolis, K.L., Wassertheil-Smoller, S., Beresford, S.A., Cauley, J.A., Eaton, C.B., Gass, M., …& Wallace, R. B. (2013). Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *The Journal of the American Medical Association, 310*(13), 1353-1368.

Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C. J., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 102*(11), 3914–3923. https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1210/jc.2017-01643

Margulies, I. G., Chuang, C., Travieso, R., Zhu, V., Persing, J. A., Steinbacher, D. M., & Zellner, E. G. (2021). Preferences of transgender and gender-nonconforming persons in gender-confirming surgical care: A cross-sectional study. *Annals of Plastic Surgery, 86*(1), 82-88. https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002351

Marinkovic, M., & Newfield, R. S. (2017). Chest reconstructive surgeries in transmasculine youth: Experience from one pediatric center. *International Journal of Transgenderism, 18*(4), 376-381. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1349706

Marks, D. H., Peebles, J. K., & Dommasch, E. (2019). Hair reduction for transgender persons: What dermatologists should know and how they can help. *JAMA Dermatology, 155*(5), 525-526. https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.0149

Marsh, C., McCracken, M., Gray, M., Nangia, A., Gay, J., & Roby, K. F. (2019). Low total motile sperm in tran-

sgender women seeking hormone therapy. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 36*(8), 1639-1648. https://doi.org/10.1007/s10815-019-01504-y

Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood, 44*(235), 291–303.

Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology, 22*(3), 491–495. https://doi.org/10.1017/s0954579410000222

Martin, K. A., Chang, R. J., Ehrmann, D. A., Ibanez, L., Lobo, R. A., Rosenfield, R. L., Shapiro, J., Montori, V. M.,& Swiglo, B. A. (2008). Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 93*(4), 1105-1120. https://doi.org/10.1210/jc.2007-2437

Martinez, C., Rikhi, R., Haque, T., Fazal, A., Kolber, M., Hurwitz, B. E., Schneiderman, N., & Brown, T. T. (2020). Gender identity, hormone therapy, and cardiovascular disease risk. *Current Problems in Cardiology, 45*(5), 100396. https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1016/j.cpcardiol.2018.09.003

Martinez, F., & International Society for Fertility Preservation–ESHRE–ASRM Expert Working Group. (2017). Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation-ESHRE-ASRM 2015 expert meeting: Indications, results and future perspectives. *Fertility and Sterility, 108*(3), 407-415.e11. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.05.024

Martins, R. S., Saleh, R., Kamal, H., Gillani, M., Merchant, A. A., Munir, M. M., Ifikar, H. K., Shah, Z., Hussain, M. H. Z., Azhar, M., Qadri, F., & Saleem, S. (2020). The need for transgender healthcare medical education in a developing country. *Advances in Medical Education and Practice, 11*, 405. https://doi.org/10.2147/AMEP.S255483

Maruri, S. (2011). Hormone therapy for inmates: A metonym for transgender rights. *Cornell Journal of Law and Public Policy, 20*(3), 10.

Massie, J. P., Morrison, S. D., Van Maasdam, J., & Satterwhite, T. (2018). Predictors of patient satisfaction and postoperative complications in penile inversion vaginoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery, 141*(6), 911e-921e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004427

Mastronikolis, N. S., Remacle, M., Biagini, M., Kiagiadaki, D., & Lawson, G. (2013). Wendler glottoplasty: An effective pitch raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice, 27*(4), 516–522. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.04.004

Matai, V., Cheesman, A. D., & Clarke, P. M. (2003). Cricothyroid approximation and thyroid chondroplasty: A patient survey. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 128*(6), 841–847. https://doi.org/10.1016/s0194-5998(03)00462-5

Matei, S., & Danino, M. A. (2015). Smoking and plastic surgery: A Montreal perspective. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique, 60* (1), e71-e72. https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.012

Matoso, A., Khandakar, B., Yuan, S., Wu, T., Wang, L. J., Lombardo, K. A., & Yakirevich, E. (2018). Spectrum of findings in orchiectomy specimens of persons undergoing gender confirmation surgery. *Human Pathology, 76*, 91-99. https://doi.org/10.1016/j.humpath.2018.03.007

Matsuno, E. (2019). Nonbinary-affirming psychological interventions. *Cognitive and Behavioral Practice, 26*(4), 617-628. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.09.003

Matsuno, E., & Israel, T. (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). *The Counseling Psychologist, 46*(5), 632-655. https://doi.org/10.1177/0011000018787261

Mattawanon, N., Charoenkwan, K., & Tangpricha, V. (2021). Sexual dysfunction in transgender people: A systematic review. *Urology Clinics of North America, 48*(4), 437-460. https://doi.org/10.1016/j.ucl.2021.06.004

Mattawanon, N., Spencer, J. B., Schirmer, D. A., & Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people: A review. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders, 19*(3), 231–242. https://doi.org/10.1007/s11154-018-9462-3

Matthews, J. J., Olszewski, A., & Petereit, J. (2020). Knowledge, training, and attitudes of students and speech-language pathologists about providing communication services to individuals who are transgender. *American Journal of Speech-Language Pathology, 29*(2), 597-610. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00148

Matthews, S. J., Picton, H., Ernst, E., & Andersen, C. Y. (2018). Successful pregnancy in a woman previously suffering from β-thalassemia following transplantation of ovarian tissue cryopreserved before puberty. *Minerva Obstetrics and Gynecology, 70*(4), 432-435. https://doi.org/10.23736/s0026-4784.18.04240-5

Maxwell, S., Noyes, N., Keefe, D., Berkeley, A. S., & Goldman, K. N. (2017). Pregnancy outcomes after fertility preservation in transgender men. *Obstetrics and Gynecology, 129*(6), 1031-1034. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002036

Mayer, T. K., Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2019). How gender identity and treatment progress impact decision-making, psychotherapy and aftercare desires of trans persons. *Journal of Clinical Medicine, 8*(5), 749. https://doi.org/10.3390/jcm8050749

Mazur, T., Cohen-Kettenis, P. T., Meyer, W. J., Meyer-Bahlburg, H. F., & Zucker, K. J. (2007). Survey of HBIGDA membership on treatment of disorders of sex development (DSD). *International Journal of Transgenderism, 10*(2), 99–108. https://doi.org/10.1080/1553273080218227

McCallion, S., Smith, S., Kyle, H., Shaikh, M. G., Wilkinson, G., & Kyriakou, A. (2021). An appraisal of current service delivery and future models of care for young people with gender dysphoria. *European Journal of Pediatrics, 180*(9), 2969-2976. https://doi.org/10.1007/s00431-021-04075-2

McCauley, E., Eckstrand, K., Desta, B., Bouvier, B., Brockmann, B., & Brinkley-Rubenstein, L. (2017). Exploring healthcare experiences for incarcerated individuals who identify as transgender in a southern jail. *Transgender Health, 3*(1), 34-41. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0046

McConnell, E. A., Birkett, M. A., & Mustanski, B. (2015). Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth. *LGBT Health, 2*(1), 55-61. https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0051

McDowell, A., & Bower, K. M. (2016). Transgender health care for nurses: An innovative approach to diversifying nursing curricula to address health inequities. *Journal of Nursing Education, 55*(8). https://doi.org/476-479.doi.org/10.3928/01484834-20160715-11

McDowell, A., Raifman, J., Progovac, A. M., & Rose, S. (2020). Association of nondiscrimination policies with mental health among gender minority individuals. *JAMA Psychiatry, 77*(9), 952-958. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0770

McDowell, M. J., Hughto, J. M. W., & Reisner, S. L. (2019). Risk and protective factors for mental health morbidity in a community sample of female-to-male trans-masculine adults. *BMC Psychiatry, 19*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-018-2008-0

McFadden, S. H., Frankowski, S., Flick, H., & Witten, T. M. (2013). Resilience and multiple stigmatized identities: Lessons from transgender persons' reflections on aging. In J. D. Sinnott (Ed.) *Positive Psychology: Advances in Understanding Adult Motivation* (pp. 247–267). Springer Science + Business Media

McGuire, J. K., Beek, T. F., Catalpa, J. M., & Steensma, T. D. (2018). The Genderqueer Identity (GQI) Scale: Measurement and validation of four distinct subscales with trans and LGBQ clinical and community samples in two countries. *International Journal of Transgenderism, 20*(2-3), 289-304. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1460735

McGuire, J. K., Berg, D., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Fish, J. N., Nic Rider, G., Steensma, T., Cohen-Kettenis, P. T., & Spencer, K. (2020). Utrecht Gender Dysphoria Scale - Gender Spectrum (UGDS-GS): Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBQ samples. *International Journal of Transgender Health, 21*(2), 194-208. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1723460

McInroy, L. B., Beaujolais, B., Craig, S. L., & Eaton, A. D. (2021). The Self-identification, LGBTQ+ identity development, and attraction and behavior of asexual youth: Potential implications for sexual health and internet-based service provision. *Archives of Sexual Behavior, 50*(8), 3853-3863. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02064-y

McLachlan, C. (2019). Que(e)ring trans and gender diversity. South African *Journal of* Psychology, 49(1), 10-13. *Urology Clinics North America* https://doi.org/10.1177/0081246318780774

McNabb, C. (2017). Nonbinary gender identities: History, culture, resources. *Rowman & Littlefield.*

McNamara, C. (2007). Re-inhabiting an uninhabitable body: Interventions in voice production with transsexual men. Research in Drama Education: *The Journal of Applied Theatre and Performance, 12*(2), 195-206. https://doi.org/10.1080/13569780701321070

McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., & Regan, M. (2013). Speaking from the margins: trans mental health and wellbeing in Ireland. *Transgender Equality Network Ireland (TENI).* https://www.atlanticphilanthropies.org/wp-content/uploads/2015/09/teni-speaking-from-the-margins-report.pdf

McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J., & Regan, M. (2012). *UK Trans Mental Health Study 2012. Scottish Transgender Alliance, Trans Resource and Empowerment Centre, TransBareAll, Traverse Research, Sheffield Hallam University. Scottish Trans Alliance* https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans_mh_study.pdf

McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice, 22*(6), 727-733. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.12.010

McTernan, M., Yokoo, K., & Tong, W. (2020). A comparison of gender-affirming chest surgery in nonbinary versus transmasculine patients. *Annals of Plastic Surgery, 84*(5S Suppl. 4), S323-S328. https://doi.org/10.1097/sap.0000000000002254

Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., & Branje, S. (2011). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 41*(8), 1008–1021. https://doi.org/10.1007/s10964-011-9730-y

Mehringer, J., & Dowshen, N. L. (2019). Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 49*(9), 100684. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100684

Mehringer, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A., & Dowshen, N. L. (2021). Experience of chest dysphoria and masculinizing chest surgery in transmasculine youth. *Pediatrics, 147*(3), e2020013300. https://doi.org/10.1542/peds.2020-013300

Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). The Demographics of the Transgender Population. In A.K. Baumle (Ed.). *International Handbook on the Demography of Sexuality* (pp. 289-327). Springer.

Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to--male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism, 14*(2), 75-85. https://doi.org/10.1080/15532739.2013.791651

Meijer, J. H., Eeckhout, G. M., van Vlerken, R. H., & de Vries, A. L. (2017). Gender dysphoria and co-existing psychosis: Review and four case examples of successful gender affirmative treatment. *LGBT Health, 4*(2), 106–114. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0133

Meister, J., Hagen, R., Shehata-Dieler, W., Kühn, H., Kraus, F., & Kleinsasser, N. (2016). Pitch elevation in male-to-female transgender persons - The Würzburg approach. *Journal of Voice, 31*(2), 244.e7–244.e15. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.07.018

Mendoza, N., & Motos, M. A. (2013). Androgen insensitivity syndrome. G*ynecological Endocrinology, 29*(1), 1-5. https://doi.org/10.3109/09513590.2012.705378

Meriggiola, M. C., Armillotta, F., Costantino, A., Altieri, P., Saad, F., Kalhorn, T., & Pelusi, G. (2008). Effects of testosterone undecanoate administered alone or in combination with letrozole or dutasteride in female to male transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine, 5*(10), 2442-2453. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00909.x

Mészáros, K., Vitéz, L. C., Szabolcs, I., Góth, M., Kovács, L., Görömbei, Z., & Hacki, T. (2005). Efficacy of conservative voice treatment in male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatrica et Logopaedica, 57*(2), 111–118. https://doi.org/10.1159/000083572

Meyer, W. III., , Bockting W., Cohen-Kettenis P., Coleman E., DiCeglie D., Devor H., Gooren L., Hage J., Kirk S., Kuiper B., Laub D., Lawrence A., Menard Y., Patton J., Schaefer L., Webb A., Wheeler C.. (2001). The standards of care for gender ıdentıty dısorders - Sixth Version. *International Journal of Transgenderism, 5*(1). https://www.symposium.com/ijt/soc_01/index.htm

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674-697. https://doi.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.129.5.674

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (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

Miksad, R. A., Bubley, G., Church, P., Sanda, M., Rofsky, N., Kaplan, I., & Cooper, A. (2006). Prostate cancer in a transgender woman 41 years after initiation of feminization. *The Journal of the American Medical Association, 296*(19), 2312-2317. https://doi.org/10.1001/jama.296.19.2316

Miller, L., Leeth, E. A., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Chen, D., Aufox, S. A., & Finlayson, C. (2018). Attitudes towards 'disorders of sex development' nomenclature among physicians, genetic counselors, and mental health clinicians. *Journal of Pediatric Urology, 14*(5), 418.e1-418.e7. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.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-pp for trans men at the London Gender Identity Clinic. *Transgender Health, 4*(1), 143–151. https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0011

Milrod, C., & Karasic, D. H. (2017). Age is just a number: WPATH-affiliated surgeons' experiences and attitudes toward vaginoplasty in transgender females under 18 years of age in the United States. *The Journal of Sexual Medicine, 14*(4), 624-634. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.02.007

Min, K.-J., Lee, C.-K., & Park, H.-N. (2012). The lifespan of Korean eunuchs. *Current Biology, 22*(18), R792–R793. https://doi.org/10.1016/j.cub.2012.06.036

Ming, J. M., Chua, M. E., Lopes, R. I., Maloney, A. M., Gupta, A. A., & Lorenzo, A. J. (2018). Cryopreservation of testicular tissue in pre-pubertal and adolescent boys at risk for infertility: A low risk procedure. *Journal of Pediatric Urology, 14*(3), 274.e271-274.e275. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2018.02.016

Ministry of Justice. (2016.) Care and management of transgender offenders. (n.d.). GOV.UK. Retrieved May 31, 2022, from https://www.gov.uk/government/publications/care-and-management-of-transgender-offenders

Mizock, L., & Lewis, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. *Journal of Emotional Abuse, 8*(3), 335-354. https://doi.org/10.1080/10926790802262523

Mollet, A. L. (2021). "It's easier just to say I'm queer": Asexual college students' strategic identity management. *Journal of Diversity in Higher Education.* Advance online publication. https://doi.org/10.1037/dhe0000210

Money, J., & Lamacz, M. (1987). Genital examination and exposure experienced as nosocomial sexual abuse in childhood. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 175*(12), 713–721.

https://doi.org/10.1097/00005053-198712000-00002

Monroe (aka Patterson) v. Baldwin, Illinois Department of Corrections et al, Case No. 1:19-cv-01060, 2019.

Monstrey, S., Hoebeke, P., Dhont, M., De Cuypere, G., Rubens, R., Moerman, M., Hamdi, M., Van Landuyt, K., & Blondeel, P. (2001). Surgical therapy in transsexual patients: A multi--disciplinary approach. *Acta Chirurgica Belgica, 101*(5), 200-209. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11758101

Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., Hamdi, M., Roche, N., Weyers, S., & De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery, 124*(2), 510-518. https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aeeb06

Montejo, A. L., Montejo, L., & Navarro-Cremades, F. (2015). Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current Opinion in Psychiatry, 28*(6), 418-423. https://doi.org/10.1097/yco.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/endocr/bqaa014

Morenz, A. M., Goldhammer, H., Lambert, C. A., Hopwood, R., & Keuroghlian, A. S. (2020). A blueprint for planning and implementing a transgender health program. *Annals of Family Medicine, 18*(1), 73-79. https://doi.org/10.1370/afm.2473

Morrison, S. D., Capitán-Canadas, F., Sanchez-Garcia, A., Ludwig, D. C., Massie, J. P., Nolan, I. T., Swanson, M., Rodriguez-Conesa, M., Friedrich, J. B., Cederna, P. S., Bellinga, R. J., Simon, D., Capitán, L., & Satterwhite, T. (2020). Prospective quality-of-life outcomes after facial feminization surgery: An international multicenter study. *Plastic and Reconstructive Surgery, 145*(6), 1499-1509. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006837

Morrison, S. D., Satterwhite, T., Grant, D. W., Kirby, J., Laub, D. R., Sr., & VanMaasdam, J. (2015). Long-term outcomes of rectosigmoid neocolporrhaphy in male-to-female gender reassignment surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery, 136*(2), 386-394. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001459

Morrison, S. D., Shakir, A., Vyas, K. S., Kirby, J., Crane, C. N., & Lee, G. K. (2016). Phalloplasty: A review of techniques and outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery, 138*(3), 594-615. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002518

Moser, C., & Devereux, M. (2019). Gender neutral pronouns: A modest proposal. *International Journal of Transgenderism, 20*(2-3), 331-332. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1217446

Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., & Obedin-Maliver, J. (2020). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health, 22*(1-2), 30-41. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058

Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M.R., Flentje, A., Lubensky, M.E., Capriotti, M.R., Ragosta, S., Forsberg, H., & Obedin-Maliver, J. (2021). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health, 22*(1-2), 30-41, https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058

Moseson, H., Fix, L., Ragosta, S., Forsberg, H., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2021). Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 224*(4), 376. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.035

Moseson, H., Lunn, M. R., Katz, A., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., Flentje, A., Capprotti, M., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2020). Development of an affirming and customizable electronic survey of sexual and reproductive health experiences for transgender and gender nonbinary people. *PLOS One, 15*(5), e0232154. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232154

Moseson, H., Zazanis, N., Goldberg, E., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., & Obedin-Maliver, J. (2020). The imperative for transgender and gender nonbinary inclusion: Beyond women's health. *Obstetrics and Gynecology, 135*(5), 1059-1068. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003816

Motmans, J., Meier, P., Ponnet, K., & T'Sjoen, G. (2012). Female and male transgender quality of life: Socioeconomic and medical differences. *The Journal of Sexual Medicine, 9*(3), 743–750. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02569.x

Motmans, J., Nieder, T. O., & Bouman, W. P. (2019). Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. *International Journal of Transgenderism, 20*(2-3), 119-125. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640514

Motmans, J., Wyverkens, E., & Defreyne, J. (2017). Being transgender in Belgium: Ten years later. *Institute for the Equality of Women and Men.* https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/118_-_being_transgender_in_belgium.pdf

Motta, G., Marinelli, L., Barale, M., Brustio, P. R., Manieri, C., Ghigo, E., Procopio, M., & Lanfranco, F. (2020). Fracture risk assessment in an Italian group of transgender women after gender-confirming surgery. *Journal of Bone Mineral Metabolism, 38*(6), 885-893. https://doi.org/10.1007/s00774-020-01127-9

Mouriquand, P. D. E., Gorduza, D. B., Gay, C.-L., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baker, L., Baskin, L. S., Bouvattier, C., Braga, L. H., Caldamone, A. C., Duranteau, L., El Ghoneimi, A., Hensle, T. W., Hoebeke, P., Kaefer, M., Kalfa, N., Kolon, T. F., Manzoni, G., Mure, P.-Y., Nordenskjöld, A., & Pippi Salle, J. L. (2016). Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: If (why), when, and how? *Journal of Pediatric Urology, 12*(3), 139–149. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2016.04.001

Movement Advancement Project. Conversion "Therapy" Bans. (2021). https://www.lgbtmap.org/equality-maps/conversion_therapy

Mujugira, A., Kasiita, V., Bagaya, M., Nakyanzi, A., Bambia, F., Nampewo, O., Kamusiime, B., Mugisha, J., Nalumansi, A., Twesigye, C. C., Muwonge, T. R., Baeten, J. M., Wyatt, M. A., Tsai, A. C., Ware, N. C., & Haberer, J. E. (2021). "You are not a man": A multi-method study of trans stigma and risk of HIV and sexually transmitted infections among trans men in Uganda. *Journal of the International AIDS Society, 24*(12), e25860. https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jia2.25860

Mukhopadhyay, A., & Chowdhury, R. (2009). The eunuch patient. *Tropical Doctor, 39*(1), 63–64. https://doi.org/10.1258/td.2008.080016

Müller, A. (2013). Teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in a South African health sciences faculty: Addressing the gap. *BMC Medical Education, 13*(1), 1-7. https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-174

Müller, A. (2015). Strategies to include sexual orientation and gender identity in health professions education. *African Journal of Health Professions Education, 17*(1), 1-10. https://doi.org/10.7196/AJHPE.359

Müller, A. (2017). Scrambling for access : availability , accessibility , acceptability and quality of healthcare for lesbian , gay , bisexual and transgender people in South Africa. *BMC International Health and Human Rights, 17*(1), 16. https://doi.org/10.1186/s12914-017-0124-4

Müller, A., & Daskilewicz, K., & The Southern and East African Research Collective on Health (2019). 'Are we doing alright? Realities of violence, mental health, and access to healthcare related to sexual orientation and gender identity and expression in eSwatini: Research report based on a community-led study in nine countries'. *COC Netherlands.* https://eswatini-minorities.org/wp-content/uploads/2019/07/SOGIE-and-wellbeing _02_eSwatini.pdf

Müller, A., Daskilewicz, K., Kabwe, M. L., Mmolai-Chalmers, A., Morroni, C., Muparamoto, N., Muula, A. S., Odira, V., & Zimba, M. (2021). Experience of and factors associated with violence against sexual and gender minorities in nine African countries: A cross-sectional study. *BMC Public Health, 21*, 357. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10314-w

Mullins, E. S., Geer, R., Metcalf, M., Piccola, J., Lane, A., Conard, L. A. E., & Kowalcyk Mullins, T. L. (2021). Thrombosis risk in transgender adolescents receiving gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics, 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., Vetters, 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 Pediatrics, 205*, 265-271. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.009

Nahata, L., Cohen, L. E., & Yu, R. N. (2012). Barriers to fertility preservation in male adolescents with cancer: it's time for a multidisciplinary approach that includes urologists. *Urology, 79*(6), 1206-1209. https://doi.org/10.1016/j.urology.2012.02.035

Nahata, L., Curci, M. B., & Quinn, G. P. (2018). Exploring fertility preservation intentions among transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 62*(2), 123-125. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.288

Nahata, L., Quinn, G. P., & Tishelman, A. C. (2018). Counseling in pediatric populations at risk for infertility and/or sexual function concerns. *Pediatrics, 142*(2), e20181435. https://doi.org/10.1542/peds.2018-1435

Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., & Quinn, G. P. (2017). Low fertility preservation utilization among transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 61*(1), 40-44. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.012

Nanda, K., Stuart, G. S., Robinson, J., Gray, A. L., Tepper, N. K., & Gaffield, M. E. (2017). Drug interactions between hormonal contraceptives and antiretrovirals. *AIDS, 31*(7), 917–952. https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001392

Nanda, S. (2014). Gender diversity: cross cultural variations. Second edition. *Waveland Press.*

Narayan, S. K., Hontscharuk, R., Danker, S., Guerriero, J., Carter, A., Blasdel, G., Bluebond-Langner, R., Ettner, R., Radix, A., Schechter, L., & Berli, J. U. (2021). Guiding the conversation-types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. *Annals of Translational Medicine, 9*(7), 605. https://doi.org/10.21037/atm-20-6204

Nash, R., Ward, K. C., Jemal, A., Sandberg, D. E., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Frequency and distribution of primary site among gender minority cancer patients: An analysis of U.S. national surveillance data. *Cancer Epidemiology, 54*, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.02.008

Nassiri, N., Maas, M., Basin, M., Cacciamani, G. E., & Doumanian, L. R. (2021). Urethral complications after gender reassignment surgery: A systematic review. *International Journal of Impotence Research, 33*(8), 793–800. https://doi.org/10.1038/s41443-020-0304-y

National 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 Heath 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

Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior, 49*(2), 645-659. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9

Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research, 15*(9), 1447-1457. https://doi.org/10.1007/s11136-006-0002-3

Nguyen, H. B., Chavez, A. M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., Davies, R. D., & Epperson, C. N. (2018). Gender-affirming hormone use in transgender individuals: Impact on

behavioral health and cognition. *Current Psychiatry Reports, 20*(12), 1-9. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0973-0.

Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur–either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology and Sexuality, 2*(3), 224–243. https://doi.org/10.1080/19419899.2010.545955

Nieder, T. O., Eyssel, J., & Köhler, A. (2020). Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interventions. *Archives of Sexual Behavior, 49*(7), 2661-2672. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01559-z

Nieder, T. O., Güldenring, A., Woellert, K., Briken, P., Mahler, L., & Mundle, G. (2020). Ethical aspects of mental health care for lesbian, gay, bi-, pan-, asexual, and transgender people: A case-based approach. *The Yale Journal of Biology and Medicine, 93*(4), 593–602. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7513438/

Nieder, T. O., Mayer, T. K., Hinz, S., Fahrenkrug, S., Herrmann, L., & Becker-Hebly, I. (2021). Individual treatment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: A prospective clinical cohort study. *The Journal of Sexual Medicine, 18*(3), 632–645. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.12.010

Nilsson, J., Jervaeus, A., Lampic, C., Eriksson, L. E., Widmark, C., Armuand, G. M., Malmors, M., Heyman, M., & Wettergren, L. (2014). ‚Will I be able to have a baby?' Results from online focus group discussions with childhood cancer survivors in Sweden. *Human Reproduction, 29*(12), 2704-2711. https://doi.org/10.1093/humrep/deu280

Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders, 19*(3), 199-220. https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y

Nobili, A., Glazebrook, C., Bouman, W. P., Baron-Cohen, S., & Arcelus, J. (2020). The stability of autistic traits in transgender adults following cross-sex hormone treatment. *International Journal of Transgender Health, 21*(4), 431-439. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1783738

Nokoff, N. J., Scarbro, S., Juarez-Colunga, E., Morea, K. L., & Kempe, A. (2018). Health and cardiometabolic disease in transgender adults in the United States: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015. *Journal of the Endocrine Society, 2*(4), 349-360. https://doi.org/10.1210/js.2017-00465.

Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2019). Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy. *Circulation, 139*(11), 1461-1462. https://doi.org/10.1161/circulationaha.118.038584

Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Peerdeman, S. M., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The occurrence of benign brain tumours in transgender individuals during cross-sex hormone treatment. *Brain, 141*(7), 2047-2054. https://doi.org/10.1093/brain/awy108

Noureai, S. A., Randhawa, P., Andrews, P. J., & Saleh, H. A. (2007). The role of nasal feminization rhinoplasty in male-to-female gender reassignment. *Archives of Facial Plastic Surgery, 9*(5), 318-320. https://doi.org/10.1001/archfaci.9.5.318

Nowotny, K.M., Rogers, R.G., & Boardman, J.D. (2017). Racial disparities in health conditions among prisoners compared with the general population. *SSM - Population Health, 3*, 487-496. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.011

Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2014). Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among transgender women: A 3-year prospective study. *American Journal of Public Health, 104*(11), 2199-2206. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302106

Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research, 47*(1), 12-23. https://doi.org/10.1080/00224490903062258.

Nuyen, B. A., Qian, Z. J., Campbell R. D., Erickson-DiRenzo E., Thomas J., & Sung C. K. (2022) Feminization laryngoplasty: 17-year review on long-term outcomes, safety, and technique. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 167*(1), 112-117. https://doi.org/10.1177/01945998211036870

Nygren, U., Nordenskjöld, A., Arver, S., & Södersten, M. (2016). Effects on voice fundamental frequency and satisfaction with voice in trans men during testosterone treatment - A longitudinal study. *Journal of Voice, 30*(6), 766.e23–766.e34. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.10.016

Oates, J. (2019). Evidence-based practice in voice training for transwomen. In R.K. Adler, S. Hirsch, & J. Pickering (Eds.). Voice and communication therapy for the transgender/Gender Diverse client: A comprehensive clinical guide (pp. 87-103). *Plural Publishing*.

Oates, J. M. & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism - A review. *British Journal of Disorders of Communication, 18*(3), 139-151. https://doi.org/10.3109/13682828309012237

Obedin-Maliver, J. (2015). Time for OBGYNs to care for people of all genders. *Journal of Women's Health (Larchmt), 24*(2), 109-111. https://doi.org/10.1089/jwh.2015.1518

Obedin-Maliver, J., & Makadon, H. (2016). Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine, 9*(1), 4-8. https://doi.org/10.1177/1753495X15612658

Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., & Lunn, M. R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender–related content in undergraduate medical education. *The Journal of the American Medical Association, 306*(9), 971-977. https://doi.org/10.1001/jama.2011.1255

OECD. (2019). Health at a glance 2019: OECD indicators. *OECD Publishing*. https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en

Oğuz, Ö., Ayran, B., & Yelken, K. (2020). Clinical considerations in speech and language therapy in Turkish transgender population. *Journal of Voice, 35*(4), 662.e9–662.e13. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.12.011

OHCHR, ILO, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNHCR, .UNAIDS. (2016). Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_ENG.PDF

Øien, R. A., Cicchetti, D. V., & Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*(12), 4028–4037. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3686-7

Oktay, K., Buyuk, E., Rodriguez-Wallberg, K.A., & Sahin, G. (2010). In vitro maturation improves oocyte or embryo cryopreservation outcome in breast cancer patients undergoing ovarian stimulation for fertility preservation. *Reproductive Biomedicine Online, 20*(5), 634-638. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2010.01.012

Olde Dubbelink, L. M. E., & Geurts, H. M. (2017). Planning skills in autism spectrum disorder across the lifespan: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(4), 1148–1165. https://doi.org/10.1007/s10803-016-3013-0

Olezeski, C. L., Pariseau, E. M., Bamatter, W. P., & Tishelman, A. C. (2020,). Assessing gender in young children: Constructs and considerations. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 7*(3), 293–303. https://doi.org/10.1037/sgd0000381

Oliphant, J., Veale, J., Macdonald, J., Carroll, R., Johnson, R., Harte, M., Stephenson, C., & Bullock, J. (2018). Guidelines for gender affirming healthcare for gender diverse and transgender children, young people and adults in Aotearoa, New Zealand. *Transgender Health Research Lab.* https://patha.nz/Guidelines

Olivier, S., & Thurasukam, O. (2018). Lesbian, gay, transgender, bisexual, intersex and queer (LGBTIQ+) youth in Thailand. *Save the Children Fund*. https://resourcecentre.savethechildren.net/node/13480/pdf/lgbtiqyouth_in_thailand_save_the_children_2018.pdf

Olson, K.R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D., Durwood, L., 2019. Family discussions of early childhood social transitions. *Clinical Practice in Pediatric Psychology 7*, 229–240. https://doi.org/10.1037/cpp0000289

Olson, K.R., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin, K.A., 2016. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics, 137*, e20153223. https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223

Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics.* Advance online publication. https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082

Olson, K.R., Gülgöz, S., 2018. Early findings from the TransYouth Project: Gender development in transgender children. *Child Development Perspectives, 12*, 93–97. https://doi.org/10.1111/cdep.12268

Olson-Kennedy, J., Chan, Y. M., Rosenthal, S., Hidalgo, M. A., Chen, D., Clark, L., & Garofalo, R. (2019). Creating the Trans Youth Research Network: A collaborative research endeavor. *Transgender Health, 4*(1), 304-312. https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0024

Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Spack, N., Chen, D., Clark, L., Ehrensaft, D., Hidalgo, M., Tishelman, A., & Rosenthal, S. (2019). Impact of early medical treatment for transgender youth: Protocol for the longitudinal, observational Trans Youth Care Study. *JMIR Research Protocols, 8*(7), e14434. https://doi.org/10.2196/14434

Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Garofalo, R., Meyer, W., & Rosenthal, S. M. (2016). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity, 23*(2), 172–179. https://doi.org/10.1097/med.0000000000000236

Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., Hastings, J., & Wesp, L. (2018). Health considerations for gender non-conforming children and transgender adolescents. *Guidelines for the primary care of transgender and gender nonbinary people.* https://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 P*aediatrics, 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://dx.doi.org/10.5070/L3182017822 *Retrieved from* https://escholarship.org/uc/item/3sp664r9.

Orel, N. A., & Fruhauf, C. A. (2015). The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience (p. 256). *American Psychological Association*.

Orloff, L. A., Mann, A. P., Damrose, J. F., & Goldman, S. N. (2006). Laser-assisted voice adjustment (LAVA) in transsexuals. *The Laryngoscope, 116*(4), 655–660. https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000205198.65797.59

Ott, J., Kaufmann, U., Bentz, E. K., Huber, J. C., & Tempfer, C. B. (2010). Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone therapy. *Fertility & Sterility, 93*(4), 1267-1272. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.017

Owen, K., & Hancock, A. B. (2010). The role of self- and listener perceptions of femininity in voice therapy. *International Journal of Transgenderism, 12*(4), 272-284. https://doi.org/10.1080/15532739.2010.550767

Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., Song, Y., & Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine, 15*(4), 591-600. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017

Özer, M., Toulabi, S. P., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., Buncamper, M. E., Monstrey, S., Bizic, M. R., Djordjevic, M., Falcone, M., Christopher, N. A., Simon, D., Capitán, L., & Motmans, J. (2022). ESSM position statement "Sexual Wellbeing After Gender Affirming Surgery." *Sexual Medicine, 10*(1), 100471. https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100471

Özkan, Ö., Çinpolat, A., Doğan, N. U., Bektaş, G., Dolay, K., Gürkan, A., Arıcı, C., & Doğan, S. (2018). Vaginal reconstruction with the modified rectosigmoid colon: Surgical technique, long-term results and sexual outcomes. *Journal of* Plastic Surgery and Hand Surgery, 52(4), 210–216. https://doi.org/10.1080/2000656X.2018.1444616

Pachankis, J. E., & Bränström, R. (2018). Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(5), 403. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6.

Padilla, J. A., Feng, J. E., Anoushiravani, A. A., Hozack, W. J., Schwarzkopf, R., & Macaulay, W. B. (2019). Modifying patient expectations can enhance total hip arthroplasty postoperative satisfaction. *Journal of Arthroplasty, 34*(7s), S209-s214. https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.12.038

PAHO. (2014). Blueprint for the provision of comprehensive care for trans persons and their communities in the Caribbean and other anglophone countries. *John Snow, Inc.* https://iris.paho.org/handle/10665.2/31360

Palmer, D., Dietsch, A., & Searl, J. (2011). Endoscopic and stroboscopic presentation of the larynx in male-to-female transsexual persons. *Journal of Voice, 26*(1), 117–126. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.10.014

Palmert, M. R., Chan, Y. M., & Dunkel, L. (2021). Puberty and its disorders in the male. In M.A. Sperling, M.R.K. Majzoub, & C.A. Stratakis (Eds.), *Sperling Pediatric Endocrinology.* Fifth edition. Elsevier.

Palmert, M. R., & Dunkel, L. (2012). Delayed puberty. *New England Journal of Medicine, 366*(5), 443–453. https://doi.org/10.1056/nejmcp1109290

Pan, S., & Honig, S. C. (2018). Gender-affirming surgery: Current concepts. *Current Urology Reports, 19*(8), 62. https://doi.org/10.1007/s11934-018-0809-9

Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV: Transgender people with HIV. *Department of Health and Human Services:* https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv.

Pang, C., Gutman, G., & de Vries, B. (2019). Later life care planning and concerns of transgender older adults in Canada. The *International Journal of* Aging and *Human Development, 89*(1), 39-56. https://doi.org/10.1177/0091415019843520

Pang, K. C., de Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P., & Steensma, T. D. (2020). Association of media coverage of transgender and gender diverse issues with rates of referral of transgender children and adolescents to specialist gender clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open, 3*(7), e2011161-e2011161. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161

Papadopulos, 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

Papadopulos, N. A., Zavlin, D., Lelle, J. D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined technique leads to increased quality of life in a prospective study. *Plastic and Reconstructive Surgery, 140*(2), 286-294. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003529

Parameshwaran, V., Cockbain, B. C., Hillyard, M., & Price, J. R. (2017). Is the lack of specific lesbian, gay, bisexual, transgender and queer/questioning (LGBTQ) health care education in medical school a cause for concern? Evidence from a survey of knowledge and practice among UK medical students. *Journal of Homosexuality, 64*(3), 367-381. https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1190218

Paré, F. (2020). Outlawing trans reparative therapy. *EScholarship@McGill.* https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/wh246x33v

Paredes, A. Z., Hyer, J. M., Diaz, A., Tsilimigras, D. I., & Pawlik, T. M. (2020). The impact of mental illness on postoperative outcomes among Medicare beneficiaries: a missed opportunity to help surgical patients? *Annals of Surgery, 272*(3), 419-425. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004118

Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. C. (2019). The relationship between family acceptance-rejection and transgender youth psychosocial functioning. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7*(3), 267. https://doi.org/10.1037/cpp0000291

Park, C., Brown, S., & Courey, M. (2021). Trans woman voice questionnaire scores highlight specific benefits of adjunctive glottoplasty with voice therapy in treating voice feminization. *Journal of Voice*. https://doi.org/10.1016/jvoice.2021.07.017

Park, J. A., Carter, E. E., & Larson, A. R. (2019). Risk factors for acne development in the first 2 years after initiating masculinizing testosterone therapy among transgender men. *Journal of the American Academy of Dermatology, 81*(2), 617-618. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.040

Parkes, G., & Hall, I. (2006). Gender dysphoria and cross--dressing in people with intellectual disability: A literature review. *Mental Retardation, 44*(4), 260–271. https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44[260:GDACIP]2.0.CO;2

Parker, E., & Davis-McCabe, C. (2021). The sibling experience: Growing up with a trans sibling. *Australian Journal of Psychology, 73*(2), 188–199.

Pasricha, N., Dacakis, G., & Oates, J. (2008). Communicative satisfaction of male-to-female transsexuals. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology, 33*(1), 25–34. https://doi.org/10.1080/14015430701514500

Pasterski, V., Mastroyannopoulou, K., Wright, D., Zucker, K. J., & Hughes, I. A. (2014). Predictors of posttraumatic stress in parents of children diagnosed with a disorder of sex development. *Archives of Sexual Behavior, 43*(4), 369-375. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0196-8

Pasterski, V., Prentice, P., & Hughes, I. A. (2010). Consequences of the Chicago consensus on disorders of sex development (DSD): Current practices in Europe. *Archives of Disease in Childhood, 95*(8):618. https://doi.org/10.1136/adc.2009.163840

Pasterski, V., Zucker, K. J., Hindmarsh, P. C., Hughes, I. A., Acerini, C., Spencer, D., Neufeld, S., & Hines, M. (2015). Increased cross-gender identification independent of gender role behavior in girls with congenital adrenal hyperplasia: Results from a standardized assessment of 4- to 11-year-old children. *Archives of Sexual Behavior, 44*(5), 1363–1375. https://doi.org/10.1007/s10508-014-0385-0

Patterson, C. J., Sepúlveda, M.-J., & White, J. (Eds.). (2020). Understanding the Well-Being of LGBTQI+ Populations. *National Academies Press*. https://doi.org/10.17226/25877

Payer, A. F., Meyer, W. J., 3rd, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human Leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia, 11*(6), 423-436. https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x

Payne, J. G., & Erbenius, T. (2018). Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family planning in Sweden: From reproductive rights to concrete practices. *Anthropology*

& Medicine, 25(3), 329-343. https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1507485

Pediatric Endocrine Society (PES). (2020). Position Statement on Genital Surgery in Individuals with Differences of Sex Development (DSD)/Intersex Traits. https://pedsendo.org/clinical-resource/position-statement-on-genital-surgery-in--individuals-with-differences-of-sex-development-dsd-intersex-traits/.

Peitzmeier, S., Gardner, I., Weinand, J., Corbet, A., & Acevedo, K. (2016). Health impact of chest binding among transgender adults: A community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality, 19*(1), 64–75. https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1191675

Peitzmeier, S. M., Reisner, S. L., Harigopal, P., & Potter, J. (2014). Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: Implications for cervical cancer screening. *Journal of General Internal Medicine, 29*(5), 778-784. https://doi.org/10.1007/s11606-013-2753-1

Peletz, M. (2009). Gender pluralism: southeast Asia since early modern times. *Routledge.*

Pelusi, C., Costantino, A., Martelli, V., Lambertini, M., Bazzocchi, A., Ponti, F., & Meriggiola, M. C. (2014). Effects of three different testosterone formulations in female-to-male transsexual persons. *The Journal of Sexual Medicine, 11*(12), 3002-3011. https://doi.org/10.1111/jsm.12698

Peng, K., Zhu, X., Gillespie, A., Wang, Y., Gao, Y., Xin, Y., Qi, J., Ou, J., Zhong, S., Zhao, L., Liu, J., Wang, C., & Chen, R. (2019). Self-reported rates of abuse, neglect, and bullying experienced by transgender and gender-nonbinary adolescents in China. *JAMA Network Open, 2*(9), e1911058. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11058

Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E., & Bockting, W. (2015). Individual-and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behavioral Medicine, 41*(3), 164-171. https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1028322.

Perrone, A. M., Cerpolini, S., Maria Salfi, N. C., Ceccarelli, C., De Giorgi, L. B., Formelli, G., & Meriggiola, M. C. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine, 6*(11), 3193-3200. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01380.x

Perry, D., & Pauletti, R. (2011). Gender and adolescent development. *Journal of* Research on Adolescence, 21(1), 61-74. https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00715.x

Persson Tholin, J., & Broström, L. (2018). Transgender and gender diverse people's experience of non-transition--related health care in Sweden. *International Journal of Transgenderism, 19*(4), 424-435. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1465876

Peterson, A. L., Bender, A. M., Sullivan, B., & Karver, M. S. (2021). Ambient discrimination, victimization, and suicidality in a non-probability US sample of LGBTQ adults. *Archives of Sexual Behavior, 50*(3), 1003-1014. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01888-4.

Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment: thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review, 1961-1991. (Translated from German into American English by Roberta B. Jacobson and Alf B. Meier). *Symposion Publishing.* https://web.archive.org/web/20070503090247/https:/www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm

Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*(3), 281-286. https://doi.org/10.1037/sgd0000122

Philpott, A., Knerr, W., & Boydell, V. (2006). Pleasure and prevention: When good sex is safer sex. *Reproductive Health Matters, 14*(28), 23–31. https://doi.org/10.1016/s0968-8080(06)28254-5

Pickuth, D., Brandt, S., Neumann, K., Berghaus, A., Spielmann, R. P., & Heywang-Köbrunner, S. H. (2000). Value of spiral CT in patients with cricothyroid approximation. *The British Journal of Radiology, 73*(872), 840–842. https://doi.org/10.1259/bjr.73.872.11026858

Picton, H. M., Wyns, C., Anderson, R. A., Goossens, E., Jahnukainen, K., Kliesch, S., Mitchell, R. T., Pennings, G., Rives, N., Tournaye, H., van Pelt, A. M. M., & Schlatt, S. (2015). A European perspective on testicular tissue cryopreservation for fertility preservation in prepubertal and adolescent boys. *Human Reproduction, 30*(11), 2463-2475. https://doi.org/10.1093/humrep/dev190

Piepoli, M. F., Abreu, A., Albus, C., Ambrosetti, M., Brotons, C., Catapano, A. L. Corra. U., Cosyns, B.., Deatong, C., Graham. I., Hoes, A., Lochen,. M., Matrone, B., Redon, J., Sattar, Y., & Tiberi, M. (2020). Update on cardiovascular prevention in clinical practice: A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. *European Journal of* Preventive Cardiology, 27(2), 181-205. https://doi.org/10.1177/2047487319893035

Pitasi, M. A., Kerani, R. P., Kohn, R., Murphy, R. D., Pathela, P., Schumacher, C. M., Tabidze, I., & Llata, E. (2019). Chlamydia, Gonorrhea, and Human Immunodeficiency Virus infection among transgender women and transgender men attending clinics that provide sexually transmitted disease services in six US cities. *Sexually Transmitted Diseases, 46*(2), 112–117. https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000917

Pluvy, I., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoin, 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., Chavoin, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part II. Clinical implications: A systematic review with meta-analysis. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique, 60*(1), e15-e49. https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.011

Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2016). Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide. *John Wiley & Sons, Inc.*

Poquiz, J. L., Coyne, C. A., Garofalo, R., & Chen, D. (2021). Comparison of gender minority stress and resilience among transmasculine, transfeminine, and nonbinary adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health, 68*(3), 615-618. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.014

Porter, K. E., Brennan-Ing, M., Chang, S. C., Dickey, L. M., Singh, A. A., Bower, K. L., & Witten, T. M. (2016). Providing competent and affirming services for transgender and gender nonconforming older adults. *Clinical Gerontologist, 39*(5),

366-388. https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1203383

Poteat, T. C., Divsalar, S., Streed, C. G., Feldman, J. L., Bockting, W. O., & Meyer, I. H. (2021). Cardiovascular disease in a population-based sample of transgender and cisgender adults. *American Journal of Preventive Medicine, 61*(6), 804-811. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.05.019

Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine, 84*, 22-29,

Poteat, T., Scheim, A., Xavier, J., Reisner, S., & Baral, S. (2016). Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. JAIDS *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 72*, S210-S219. https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001087

Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., & Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet, 385*(9964), 274-286. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3

Potter, J., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I., Reisner, S. L., Alizaga, N. M., Agénor, M., & Pardee, D. J. (2015). Cervical cancer screening for patients on the female-to-male spectrum: A narrative review and guide for clinicians. *Journal of General Internal Medicine, 30*(12), 1857–1864. https://doi.org/10.1007/s11606-015-3462-8

Poudrier, G., Nolan, I. T., Cook, T. E., Saia, W., Motosko, C. C., Stranix, J. T., Thomson, J. E., Gothard, M. D., & Hazen, A. (2019). Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top surgery: A mixed--methods descriptive survey study. *Plastic and Reconstructive Surgery, 143*(1), 272-279. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005113

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2019). Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: A committee opinion. *Fertility and Sterility, 112*(6), 1022-1033. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.012

Pradhan, S., & Gomez-Lobo, V. (2019). Hormonal contraceptives, intrauterine devices, gonadotropin-releasing hormone analogues and testosterone: Menstrual suppression in special adolescent populations. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 32*(5S), S23–S29. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.04.007

Pratt-Chapman, M. L. (2020). Implementation of sexual and gender minority health curricula in health care professional schools: a qualitative study. *BMC Medical Education, 20*, 1-14. https://doi.org/10.1186/s12909-020-02045-0

Précoma, D. B., Oliveira, G., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M., Póvoa, R., Giuliano, I., Alencar Filho, A. C., Machado, C. A., Scherr, C., Fonseca, F., Santos Filho, R., Carvalho, T., Avezum, Á., Jr., Esporcatte, R., Nascimento, B. R., Brasil, D. P., Soares, G. P., Villela, P. B., … Mourilhe-Rocha, R. (2019). Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 113*(4), 787–891. https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.5935/abc.20190204

Prince, J. C. J., & Safer, J. D. (2020). Endocrine treatment of transgender individuals: Current guidelines and strategies. *Expert Review of Endocrinology & Metabolism, 15*(6), 395-403. https://doi.org/10.1080/17446651.2020.1825075

Prison systems in the United States. *Journal of* Correctional Health Care : *The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care, 15*(4), 280–291. https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1177/1078345809340423-hi

Przeworski, A., Peterson, E., & Piedra, A. (2021). A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation change efforts. *Clinical Psychology: Science and Practice, 28*(1), 81-100. https://doi.org/10.1111/cpsp.12377

Psychological Society of South Africa. (2017). Practice Guidelines For Psychology Professionals Working With Sexually And Gender-Diverse People. (C. J. Victor & J. A. Nel, Eds.) (1st ed.). *Johannesburg: Psychological Society of South Africa. Retrieved from* https://www.psyssa.com

Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research and Social Policy, 15*(1), 48-59. https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8

Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *Journal of Family Psychology, 33*(8), 954. https://doi.org/10.1037/fam0000561.

Pullen Sansfaçon, A., Kirichenko, V., Holmes, C., Feder, S., Lawson, M.L., Ghosh, S., Ducharme, J., Temple Newhook, J., Suerich-Gulick, F. (2019). Parents/guardians' journeys to acceptance and support of gender-diverse and trans children and youth. *Journal of Family Issues, 41*(8), 1214-1236. https://doi.org/10.1177/0192513X19888779

Pullen Sansfaçon, A., Robichaud, M.-J., & Dumais-Michaud, A.-A. (2015). The experience of parents who support their children's gender variance. *Journal of LGBT Youth, 12*, 39-63. https://doi.org/10.1080/19361653.2014.935555

Putney, J.M., Keary, S., Hebert, N., Krinsky, L., & Halmo, R. (2018). Anticipated needs of LGBT older adults in long-term care. *Journal of* Gerontological Social Work, 61(8), 887–907. https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1508109

Quain, K. M., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gruschow, S., Finlayson, C., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Persky, R., Dowshen, N., & Chen, D. (2021). Timing and delivery of fertility preservation information to transgender adolescents, young adults, and their parents. *The Journal of Adolescent Health, 68*(3), 619–622. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.044

Quinn, G. P., Tishelman, A. C., Chen, D., & Nahata, L. (2021). Reproductive health risks and clinician practices with gender diverse adolescents and young adults. *Andrology, 9*(6), 1689-1697. https://doi.org/10.1111/andr.13026

Quinn, V. P., Nash, R., Hunkeler, E., Contreras, R., Cromwell, L., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Lash, T. L., Millman, A., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tangpricha, V., Tolsma, D., Valentine, C., Wads, K., Winter, S., & Goodman, M. (2017). Cohort profile: Study of Transition, Outcomes and Gender (STRONG) to assess health status of transgender people. *BMJ Open, 7*(12), e018121. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018121

Radix, A. E., Harris, A. B., & Goldstein, Z. G. (2020). How can we improve uptake of oral HIV pre-exposure prophylaxis for transgender individuals? Expert Review of Anti-infective Therapy, 18(9), 835-838. https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1759418

Radix, A., & Eisfeld, J. (2014). Informierte zustimmung in der trans*-gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung, 27*(01), 31-43. https://doi.org/10.1055/s-0034-1366129

Rae, J. R., Gülgöz, S., Durwood, L., DeMeules, M., Lowe, R., Lindquist, G., & Olson, K. R. (2019). Predicting early-childhood gender transitions. *Psychological Science, 30*(5), 669–681. https://doi.org/10.1177/0956797619830649

Rael, C. T., Martinez, M., Giguere, R., Bockting, W., MacCrate, C., Mellman, W., Valente, P., Greene, G. J., Sherman, S. G., Footer, K. H. A., D'Aquila, R. T., Carballo-Diéguez, A., & Hope, T. J. (2019). Transgender women's concerns and preferences on potential future long-acting biomedical HIV prevention strategies: The case of injections and implanted medication delivery devices (IMDDs). *AIDS and Behavior, 24*(5), 1452–1462. https://doi.org/10.1007/s10461-019-02703-5

Raffaini, M., Magri, A. S., & Agostini, T. (2016). Full facial feminization surgery: Patient satisfaction assessment based on 180 procedures involving 33 consecutive patients. *Plastic and Reconstructive Surgery, 137*(2), 438-448. https://doi.org/10.1097/01.prs.0000475754.71333.f6

Rafferty, J., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics, 142*(4), e20182162. https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162

Raigosa, M., Avvedimento, S., Yoon, T. S., Cruz-Gimeno, J., Rodriguez, G., & Fontdevila, J. (2015). Male-to-female genital reassignment surgery: A retrospective review of surgical technique and complications in 60 patients. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(8), 1837-1845. https://doi.org/10.1111/jsm.12936

Rapp, M., Duranteau, L., van de 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.jpurol.2020.12.007

Rashid, A., Afiqah, S. N., & Iguchi, Y. (2022). Use of hormones among trans women in the west coast of peninsular Malaysia: A mixed methods study. *Transgender Health, 7*(3), 242-249. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0119

RCGP. (2019). The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP Position Statement. https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/2019/RCGP-position-statement-providing-care-for-gender-transgender-patients-june-2019.ashx?la=en

Rebbeck, T. R., Friebel, T., Wagner, T., Lynch, H. T., Garber, J. E., Daly, M. B., Isaacs, C., Olopade, O. I., Neuhausen, S. L., van 't Veer, L., Eeles, R., Evans, D. G., Tomlinson, G., Matloff, E., Narod, S. A., Eisen, A., Domchek, S., Armstrong, K., & Weber, B. L. (2005). Effect of short-term hormone replacement therapy on breast cancer risk reduction after bilateral prophylactic oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: The PROSE study group. *Journal of Clinical Oncology, 23*(31), 7804–7810. https://doi.org/10.1200/jco.2004.00.8151

Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, I., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry, 15*(3), 205–221. https://doi.org/10.1002/wps.20354

Rees, S. N., Crowe, M., & Harris, S. (2021). The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services: An integrative review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 28*(4), 578-589. https://doi.org/10.1111/jpm.12720

Regmi, P. R., van Teijlingen, E., & Neupane, S. R. (2021). Silicone use among Nepali transgender women: The hazards of beauty. *Journal of Health Research, 35*(2) 160-171. https://doi.org/10.1108/JHR-08-2019-0192

Reisman, T., Dacarett-Galeano, D., & Goldstein, Z. (2019). Transgender care and medical education. In L. Poretsky & W. C. Hembree (Eds.). *Transgender Medicine* (pp. 283-292). Humana Press, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-05683-4_14

Reisman, T., & Goldstein, Z. (2018). Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgender Health, 3*(1), 24-26. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0044

Reisner, S. L., & Murchison, G. R. (2016). A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female--to-male transgender adults. *Global Public Health, 11*(7-8), 866-887. https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134613

Reisner, S. L., Bradford, J., Hopwood, R., Gonzalez, A., Makadon, H., Todisco, D., Cavanaugh, T., VanDerwarker, R., Grasso, C., Zaslow, S., Boswell, S. L., & Mayer, K. (2015). Comprehensive transgender healthcare: The gender affirming clinical and public health model of Fenway Health. *Journal of Urban Health, 92*(3), 584–592. https://doi.org/10.1007/s11524-015-9947-2

Reisner, S. L., Deutsch, M. B., Peitzmeier, S. M., White Hughto, J. M., Cavanaugh, T. P., Pardee, D. J., McLean, S. A., Panther, L.A., Gelman, M., Mirmiaga, M. J., & Potter, J. E. (2018). Test performance and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to--male trans masculine patients. *PloS One, 13*(3), e0190172. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190172

Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., & Ybarra, M. L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *Journal of Sex Research, 52*(3), 243–256. https://doi.org/10.1080/00224499.2014.886321

Reisner, S. L., Moore, C. S., Asquith, A., Pardee, D. J., Sarvet, A., Mayer, G., & Mayer, K. H. (2019). High risk and low uptake of pre-exposure prophylaxis to prevent HIV acquisition in a national online sample of transgender men who have sex with men in the United States. *Journal of the International AIDS Society, 22*(9), e25391. https://doi.org/10.1002/jia2.25391

Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: A review. *Lancet, 388*(10042), 412-436. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X

Reisner, S. L., Radix, A., & Deutsch, M. B. (2016). Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 72*, S235-S242. https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001088

Reisner, S. L., Vetters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *The Journal of Adolescent Health, 56*(3), 274–279. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264

Reisner, S. L., Silva-Santisteban, A., Salazar, X., Vilela, J., D'Amico, L., & Perez-Brumer, A. (2021). "Existimos": Health and social needs of transgender men in Lima, Peru. *PLoS One, 16*(8), e0254494. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254494

Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyckt, 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

Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., Brown, C., & Eisenberg, M. E. (2019). Perspectives from nurses and physicians on training needs and comfort working with transgender and gender-diverse youth. *Journal of* Pediatric Health Care, 33(4), 379-385. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.003

Rider, G. N., Vencill, J. A., Berg, D. R., Becker-Warner, R., Candelario-Pérez, L., & Spencer, K. G. (2019). The gender affirmative lifespan approach (GALA): A framework for competent clinical care with nonbinary clients. *International Journal of Transgenderism, 20*(2-3), 275-288. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1485069

Riggs, D. W., & Treharne, G. J. (2016). Decompensation: A novel approach to accounting for stress arising from the effects of ideology and social norms. *Journal of Homosexuality, 64*(5), 592–605. https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1194116

Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2016). Australian mental health nurses and transgender clients: Attitudes and knowledge. *Journal of Research in Nursing, 21*(3), 212-222. https://doi.org/10.1177/1744987115624483

Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018a). Fertility preservation decision making amongst Australian transgender and non-binary adults. *Reproductive Health, 15*(1), 181. https://doi.org/181. 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

Rochlin, D. H., Brazio, P., Wapnir, I., & Nguyen, D. (2020). Immediate targeted nipple-areolar complex reinnervation: Improving outcomes in gender-affirming mastectomy. Plastic and Reconstructive Surgery. *Global Open, 8*(3), e2719. https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002719.

Rodriguez- Wallberg, K. A., Häljestig, J., Arver, S., Johansson, A. L. V., & Lundberg, F. E. (2021). Sperm quality in transgender women before or after gender affirming hormone therapy - A prospective cohort study. *Andrology, 9*(6), 1773-1780. https://doi.org/10.1111/andr.12999

Rodriguez-Wallberg, K. A., Marklund, A., Lundberg, F., Wikander, I., Milenkovic, M., Anastacio, A., Seryounitis, F., Wanggren, K., Ekengren, T. L., Lind, T., & Borgström, B. (2019). A prospective study of women and girls undergoing fertility preservation due to oncologic and non-oncologic indications in Sweden–Trends in patients' choices and benefit of the chosen methods after long-term follow up. A*cta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 98*(5), 604-615. https://doi.org/10.1111/aogs.13559

Rodriguez-Wallberg, K. A., Milenkovic, M., Papaikonomou, K., Keros, V., Gustafsson, B., Sergouniotis, F., Wikander, I., Perot, R., Borgström, B., Ljungman, P., & Barbany, G. (2021). Successful pregnancies after transplantation of ovarian tissue retrieved and cryopreserved at time of childhood acute lymphoblastic leukemia – A case report. *Haematologica, 106*(10), 2783–2787. https://doi.org/10.3324/haematol.2021.278828

Roen, K. (2019). Intersex or diverse sex development: Critical review of psychosocial health care research and indications for practice. *Journal of Sex Research, 56*(4-5), 511-528. https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1578331

Rolston, A. M., Gardner, M., Vilain, E., & Sandberg, D. E. (2015). Parental reports of stigma associated with child's disorder of sex development. *International Journal of Endocrinology, 2015*, 980121. https://doi.org/10.1155/2015/980121

Rondahl, G. (2009). Students' inadequate knowledge about lesbian, gay, bisexual and transgender persons. *International Journal of* Nursing Education Scholarship, 6(1), 11. https://doi.org/10.2202/1548-923X.1718

Rood, B. A., Puckett, J. A., Pantalone, D. W., & Bradford, J. B. (2015). Predictors of suicidal ideation in a statewide sample of transgender individuals. *LGBT Health, 2*(3), 270-275. https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0048

Rood, B. A., Reisner, S. L., Puckett, J. A., Surace, F. I., Berman, A. K., & Pantalone, D. W. (2017). Internalized transphobia: Exploring perceptions of social messages in transgender and gender-nonconforming adults. *International Journal of Transgenderism, 18*(4), 411–426. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1329048

Rosen, H. N., Hamnvik, O. R., Jaisamrarn, U., Malabanan, A. O., Safer, J. D., Tangpricha, V., Wattanachanya, L., & Yeap, S. S. (2019). Bone densitometry in transgender and gender non-conforming (TGNC) individuals: 2019 ISCD official position. *Journal of Clinical Densitometry, 22*(4), 544-553. https://doi.org/10.1016/j.jocd.2019.07.004

Rosenthal, S. M. (2014). Approach to the patient: transgender youth: endocrine considerations. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 99*(12), 4379-4389. https://doi.org/10.1210/jc.2014-1919

Rosenthal, S. M. (2016). Transgender youth: Current concepts. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism, 21*(4), 185–192. https://doi.org/10.6065/apem.2016.21.4.185

Rosenthal, S.M. (2021). Challenges in the care of transgender youth: An endocrinologist's view. *Nature Reviews Endocrinology, 17*(10), 581-591

Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke, K. B., Ittelson, A., Zieselman, K., & Flatt, J. D. (2020). A national study on the physical and mental health of intersex adults in the U.S. *PloS One, 15*(10), e0240088. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240088

Ross, A. (2017). Gender Confirmation Surgeries Rise 20% in First Ever Report. *American Society of Plastic Surgeons*, Press Releases.

Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R., & Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. *Archives of Sexual Behavior, 49*(2), 757-767. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01485-0

Rothenberg, S. S., Witchel, S. F., & Menke, M. N. (2019). Oocyte cryopreservation in a transgender male adolescent. *New England Journal of Medicine, 380*(9), 886-887. https://doi.org/10.1056/NEJMc1813275

Rotondi, N. K., Bauer, G. R., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R., & Travers, A. (2013). Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: "do-it-yourself" transitions in transgender communities in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health, 103*(10), 1830-1836. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301348

Routh, D., Abess, G., Makin, D., Stohr, M. K., Hemmens, C., & Yoo, J. (2015). Transgender inmates in prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 61*(6), 645–666. https://doi.org/10.1177/0306624x15603745

Rowniak, S., Bolt, L., & Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: A quantitative systematic review. *JBI Evidence Synthesis, 17*(9), 1826-1854. https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003869

Royal College of General Practitioners. (2019). The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP position statement. https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/transgender-care.aspx

Russell, A. M., Galvin, K. M., Harper, M. M., & Clayman, M. L. (2016). A comparison of heterosexual and LGBTQ cancer survivors' outlooks on relationships, family building, possible infertility, and patient-doctor fertility risk communication. *Journal of Cancer Survivorship, 10*(5), 935–942. https://doi.org/10.1007/s11764-016-0524-9

Russell, M. R., & Abrams, M. (2019). Transgender and nonbinary adolescents: The role of voice and communication therapy. *Perspectives of the ASHA Special Interests Groups, 4*(6), 1298-1305. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00034

Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G., & Grossman, A. H. (2018). Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 63*(4), 503-505. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003

Ryan, C. (2009). Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender (LGBT) children. https://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://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.0000000000007589

Salway, T., Ferlatte, O., Gesink, D., & Lachowsky, N. J. (2020). Prevalence of exposure to sexual orientation change efforts and associated sociodemographic characteristics and psychosocial health outcomes among Canadian sexual minority men. *The Canadian Journal of Psychiatry, 65*(7), 502-509. https://doi.org/10.1177/0706743720902629

Sanchez, N. F., Sanchez, J. P., & Danoff, A. (2009). Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health, 99* (4), 713-719. https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.132035

Sandberg, D. E., & Gardner, M. (2022). Differences/disorders of sex development: Medical conditions at the intersection of sex and gender. A*nnual Review of Clinical Psychology, 18*, 201-231. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-101412.

Sandberg, D. E., & Mazur, T. (2014). A noncategorical approach to the psychosocial care of persons with DSD and their families. In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma, & A. L. C. de Vries (Eds.), Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development: Progress in Care and Knowledge (pp. 93-114). *Springer Science + Business Media* https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_5

Sandberg, D. E., Gardner, M., Kopec, K., Urbanski, M., Callens, N., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Timmermans, S., & Siminoff, L. A. (2019). Development of a decision support tool in pediatric differences/disorders of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery, 28*(5), 150838. https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150838

Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review, 34*(8), 354–359. https://doi.org/10.1542/pir.34-8-354

Santucci, R. A. (2018). Urethral complications after transgender phalloplasty: Strategies to treat them and minimize their occurrence. *Journal of Clinical Anatomy, 31*(2), 187-190. https://doi.org/10.1002/ca.23021

Sawyer, J., Perry, J. L., & Dobbins-Scaramelli, A. (2014). A survey of the awareness of speech services among transgender and transsexual individuals and speech-language pathologists. *International Journal of Transgenderism, 15*(3-4), 146-163. https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995260

Sawyer, W. (2020). Visualizing the racial disparities in mass incarceration. *Prison Policy Initiative*.

Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V., & Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues, 73*(3), 563-585. https://doi.org/10.1111/josi.12232

Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N. M., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P., & Vitelli, R. (2019). Health of non-binary and genderqueer people: A systematic review. *Frontiers in Psychology, 10*, 1453.

Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020). Bone development in transgender adolescents treated with GnRH analogues and subsequent gender-affirming hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 105*(12). https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604

Schagen, S. E., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., & Hannema, S. E. (2016). Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *The Journal of Sexual Medicine, 13* (7), 1125-1132. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.004

Schardein, J. N., Zhao, L. C., & Nikolavsky, D. (2019). Management of vaginoplasty and phalloplasty complications. *Urology Clinics of North America, 46*(4), 605-618. https://doi.org10.1016/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

Scheim, 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

Scheim, 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

Scheim, 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

Schneider, F., Kliesch, S., Schlatt, S., & Neuhaus, N. (2017). Andrology of male-to-female transsexuals: Influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. *Andrology, 5*(5), 873-880. https://doi.org/10.1111/andr.12405

Schneider, F., Neuhaus, N., Wistuba, J., Zitzmann, M., Heß, J., Mahler, D., & Kliesch, S. (2015). Testicular functions and clinical characterization of patients with gender dysphoria (GD) undergoing sex reassignment surgery (SRS). *Journal of Sexual Medicine, 12*(11), 2190-2200. https://doi.org/10.1111/jsm.13022

Schönauer, L. M., Dellino, M., Loverro, M., Carriero, C., Capursi, T., Leoni, C., & Di Naro, E. (2020). Hormone therapy in female-to-male transgender patients: Searching for a lifelong balance. *Hormones, 20*(1), 151-159. https://doi.org/10.1007/s42000-020-00238-2

Schubert, F. D., & Carey, J. M. (2020). Data unclear on pregnancy risk in transmasculine individuals on testosterone. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 222*(4), 393–394. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.014

Schützmann, K., Brinkmann, L., Schacht, M., & Richter-Appelt, H. (2007). Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in adults with disorders of sex development. *Archives of Sexual Behavior, 38*(1), 16–33. https://doi.org/10.1007/s10508-007-9241-9

Schwartz, A. R., Russell, K., & Gray, B. A. (2019). Approaches to vaginal bleeding and contraceptive counseling in transgender and gender nonbinary patients. *Obstetrics and Gynecology, 134*(1), 81-90. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003308

Schweizer, K., Brunner, F., Gedrose, B., Handford, C., & Richter-Appelt, H. (2016). Coping with diverse sex development: Treatment experiences and psychosocial support during childhood and adolescence and adult well-being. *Journal of Pediatric Psychology, 42*(5), 504-519. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw058

Scoias, M. E., Marshall, B. D. L., Aristegi, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T., & Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *International Journal for Equity in Health, 13*(81), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12939-014-0081-7.

Scott, S. (2013). „One is not born, but becomes a woman": A fourteenth amendment argument in support of housing male-tofFemale 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., Sinclaire, 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-Diaz, M. J., LeCroix, R. H., Xavier-Brier, M., & Kattari, L. (2017). Transgender noninclusive healthcare and delaying care because of fear: Connections to general health and mental health among transgender adults. *Transgender Health, 2*(1), 17-28. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0024

Segev-Becker, A., Israeli, G., Elkon-Tamir, E., Perl, L., Sekler, O., Amir, H., Interator, H., Dayan, S. C., Chorna, E., Weintrob,N., & Oren, A. (2020). Children and adolescents with gender dysphoria in Israel: Increasing referral and fertility preservation rates. *Endocrine Practice, 26*(4), 423-428. https://doi.org/10.4158/EP-2019-0418

Sequeira, G. M., Ray, K. N., Miller, E., & Coulter, R. W. S. (2020). Transgender youth's disclosure of gender identity to providers outside of specialized gender centers. *Journal of Adolescent Health, 66*(6), 691–698. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.010

Serafin, J., Smith, G. B., & Keltz, T. (2013). Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) elders in nursing homes: It's time to clean out the closet. *Geriatric Nursing, 34*(1), 81–83.

Sermondade, N., Benaloun, E., Berthaut, I., Moreau, E., Prades, M., Béranger, A., Chabbert-Buffet, N., Johnson, N., Lévy, R., & Dupont, C. (2021). Reproductive functions and fertility preservation in transgender women: A French case series. *Reproductive BioMedicine Online, 43*(2), 339–345. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.04.016

Sevelius, J., & Jenness, V. (2017). Challenges and opportunities for gender-affirming healthcare for transgender women in prison. *International Journal of Prisoner Health, 13*(1), 32–40. https://doi.org/10.1108/ijph-08-2016-0046

Sevelius, J. (2009). „There's no pamphlet for the kind of sex I have": HIV-related risk factors and protective behaviors among transgender men who have sex with non-transgender men. *Journal of* Associate Nurses in *AIDS Care, 20*(5), 398-410. https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.06.001

Sevelius, J. M., Chakravarty, D., Dilworth, S. E., Rebchook, G., & Neilands, T. B. (2020). Gender affirmation through correct pronoun usage: Development and validation of the transgender women's importance of pronouns (TW-IP) scale. *International Journal of Environmental Research and Public*

Health, 17(24), 9525. https://doi.org/10.3390/ijerph17249525

Sevelius, J. M., Deutsch, M. B., & Grant, R. (2016). The future of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research and clinical practices. *Journal of the International AIDS Society, 19*(7S6), 21105. https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21105

Seyed-Forootan, K., Karimi, H., & Seyed-Forootan, N. S. (2018). Autologous fibroblast-seeded amnion for reconstruction of neo-vagina in male-to-female reassignment surgery. *Aesthetic Plastic Surgery, 42*(2), 491-497. https://doi.org/10.1007/s00266-018-1088-z

Shen, J. K., Seebacher, N. A., & Morrison, S. D. (2019). Global interest in gender affirmation surgery: A Google trends analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery, 143*(1), 254e-256e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005160

Shepherd, S. M. (2018). Cultural Awareness training for health professionals may have unintended consequences. *The British Medical Journal Opinion*. https://blogs.bmj.com/bmj/2018/01/22/stephane-m-shepherd-cultural-awarenesstraining-

Shepherd, S. M. (2019). Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Medical Education, 19*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1450-5

Shepherd, S. M. (2022). Introducing an integrated model of cross-cultural assessment. *Australasian Psychiatry*, https://doi.org/10.1177/10398562211068373

Sheppard, M., & Mayo, J. B. Jr. (2013). The social construction of gender and sexuality: Learning from two spirit traditions. *The Social Studies, 104*(6), 259-270. https://doi.org/10.1080/00377996.2013.788472

Sherrard, J., Wilson, J., Donders, G., Mendling, W., & Jensen, J. S. (2018). 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. *International Journal of STD and AIDS, 29*(13), 1258-1272. https://doi.org/10.1177/0956462418785451

Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health, 52*(2), 248-250. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016

Shipherd, J. C., Berke, D., & Livingston, N. A. (2019). Trauma recovery in the transgender and gender diverse community: extensions of the minority stress model for treatment planning. *Cognitive and Behavioral Practice, 26*(4), 629 646. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.06.001

Shires, D. A., & Jaffee, K. D. (2016). Structural discrimination is associated with smoking status among a national sample of transgender individuals. *Nicotine & Tobacco Research, 18*(6), 1502-1508. https://doi.org/10.1093/ntr/ntv221

Shires, D. A., Stroumsa, D., Jaffee, K. D., & Woodford, M. R. (2017). Primary care providers' willingness to continue gender-affirming hormone therapy for transgender patients. *Family Practice, 35*(5), 576-581. https://doi.org/10.1093/fampra/cmx119

Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2011). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics, 129*(1), e232–e246. https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663

Shnorhavorian, M., Kroon, L., Jeffries, H., & Johnson, R. (2012). Creating a standardized process to offer the standard of care: continuous process improvement methodology is associated with increased rates of sperm cryopreservation among adolescent and young adult males with cancer. Junior of Pediatric and Hematology/*Oncology, 34*(8), e315-319. https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3182678e3a

Shumer, D. E., & Tishelman, A. C. (2015). The role of assent in the treatment of transgender adolescents. *International Journal of Transgenderism, 16*(2), 97-102. https://10.1080/15532739.2015.1075929

Shumer, D. E., Nokoff, N. J., & Spack, N. P. (2016). Advances in the care of transgender children and adolescents. Advances in *Pediatrics, 63*(1), 79–102. https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018

Siboni, L., Rucco, D., Prunas, A., & Anzani, A. (2022). „We faced every change together". Couple's intimacy and sexuality experiences from the perspectives of transgender and non-binary individuals' partners. *Journal of Sex and Marital Therapy, 48*(1), 23-46. https://doi.org/10.1080/0092623x.2021.1957733

Sigurjonsson, H., Mollermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., & Lundgren, T. K. (2017). Long-term sensitivity and patient-reported functionality of the neoclitoris after gender reassignment surgery. *Journal of Sexual Medicine, 14*(2), 269-273. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.003

Silverberg, M. J., Nash, R., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Getahun, D., Hunkeler, E., & Goodman, M. (2017). Cohort study of cancer risk among insured transgender people. *Annals of Epidemiology, 27*(8), 499-501. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.07.007

Siminoff, L., & Sandberg, D. (2015). Promoting shared decision making in disorders of sex development (DSD): Decision aids and support tools. *Hormone and Metabolic Research, 47*(05), 335–339. https://doi.org/10.1055/s-0035-1545302

Simon, D., Capitán, L., Bailón, C., Bellinga, R. J., Gutiérrez Santamaría, J., Tenório, T., Sánchez-García, A., & Capitán-Cañadas, F. (2022). Facial gender confirmation surgery: The lower jaw. Description of surgical techniques and presentation of results. *Plastic and Reconstructive Surgery, 149*(4), 755e-766e. https://doi.org/10.1097/prs.0000000000008969

Simons, L., Schrager, 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. https://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/fpsyt.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 and Adolescent Psychiatry, 40*(4), 472–481. https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00017

Smith, Y. L., Van Goozen, S. H., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine, 35*(1), 89–99. https://doi.org/10.1017/s0033291704002776

Snowden, J. M., Guise, J., & Kzhimannil, K. B. (2018). Promoting inclusive and person-centered care: Starting with birth. *Birth*(45), 232-235. https://doi.org/10.1111/birt.12351

Söderpalm, E., Larsson, A., & Almquist, S. A. (2004). Evaluation of a consecutive group of transsexual individuals referred for vocal intervention in the west of Sweden. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology, 29*(1), 18-30. https://doi.org/10.1080/14015430310021618

Södersten, M., Nygren, U., Hertegård, S., & Dhejne, C. (2015). Interdisciplinary program in Sweden related to transgender voice. *Perspectives on Voice and Voice Disorders, 25*(2). 87–97. https://doi.org/10.1044/vvd25.2.87

Sofer, Y., Yaish, I., Yaron, M., Bach, M. Y., Stern, N., & Greenman, Y. (2020). Differential endocrine and metabolic effects of testosterone suppressive agents in transgender women. *Endocrine Practice, 26*(8), 883-890. https://doi.org/10.4158/EP-2020-0032

Song, T. E., & Jiang, N. (2017). Transgender phonosurgery: A systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Head and Neck Surgery, 156*(5), 803-808. https://doi.org/10.1177/0194599817697050.

Sonja, J., Ellis, L. B., & McNeil, J. (2015). Trans people's experiences of mental health and gender identity services: A UK study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 19*(1), 4-20. https://doi.org/10.1080/19359705.2014.960990

Sonnenblick, E. B., Shah, A. D., Goldstein, Z., & Reisman, T. (2018). Breast imaging of transgender individuals: A review. *Current Radiology Reports, 6*(1), 1. https://doi.org10.1007/s40134-018-0260-1

Sood, R., Chen, D., Muldoon, A. L., Chen, L., Kwasny, M. J., Simons, L. K., Gangopadhyay, N., Corcoran, J. F., & Jordan, S. W. (2021). Association of chest dysphoria with anxiety and depression in transmasculine and nonbinary adolescents seeking gender-affirming care. *Journal of Adolescent Health, 68*(6), 1135-1141. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.024

Sorbara, J. C., Chiniara, L. N., Thompson, S., & Palmert, M. R. (2020). Mental Health and Timing of Gender-Affirming Care. *Pediatrics, 146*(4), e20193600. https://doi.org/10.1542/peds.2019-3600

Sorbara, J. C., Ngo, H. L., & Palmert, M. R. (2021). Factors associated with age of presentation to gender-affirming medical care. *Pediatrics, 147*(4), e2020026674. https://doi.org/10.1542/peds.2020-026674

Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics, 129*(3), 418–425. https://doi.org/10.1542/peds.2011-0907

Spanos, C., Bretherton, I., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. *World Journal of Diabetes, 11*(3), 66–77. https://doi.org/10.4239/wjd.v11.i3.66

Spanos, C., Grace, J. A., Leemaqz, S. Y., Brownhill, A., Cundill, P., Locke, P., Wong, P., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2021). The informed consent model of care for accessing gender--affirming hormone therapy is associated with high patient satisfaction. *Journal of Sexual Medicine, 18*(1),201-208. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.20.020

Spatz, E. S., Krumholz, H. M., & Moulton, B. W. (2016). The new era of informed consent: Getting to a reasonable-patient standard through shared decision making. *The Journal of the American Medical Association, 315*(19), 2063–2064. https://doi.org/10.1001/jama.2016.3070

Speiser, P. W., Arlt, W., Auchus, R. J., Baskin, L. S., Conway, G. S., Merke, D. P., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Miller, W. L., Murad, M. H., Oberfield, S. E., & White, P. C. (2018). Congenital Adrenal Hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 103*(11), 4043–4088. https://doi.org/10.1210/jc.2018-01865

Spencer, K. G., Berg, D. R., Bradford, N. J., Vencill, J. A., Tellawi, G., & Rider, G. N. (2021). The gender-affirmative life span approach: A developmental model for clinical work with transgender and gender-diverse children, adolescents, and adults. *Psychotherapy, 58*(1), 37–49. https://doi.org/10.1037/pst0000363

Spivey, L.A., Edwards-Leeper, L. (2019). Future directions in affirmative psychological interventions with transgender children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 48*, 343–356. https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1534207

Spizzirri, G., Eufrásio, R., Lima, M. C. P., de Carvalho Nunes, H. R., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., & Abdo, C. H. N. (2021). Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Scientific Reports, 11*(1), 2240. https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4

Sprager, L. O. N., & Martinez, Jr. (2015). Beyond translation: Promoting a new national standard for equity in health

materials translated from English. *NAM Perspectives.* https://doi.org/10.31478/201509b

Spruill, T. M. (2010). Chronic psychosocial stress and hypertension. *Current Hypertension Rreports, 12*(1), 10-16. https:/doi.org/10.1007/s11906-009-0084-8.

Srinath, S., Jacob, P., Sharma, E., & Gautam, A. (2019). Clinical practice guidelines for assessment of children and adolescents. *Indian Journal of Psychiatry, 61*(Suppl. 2), 158–175. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_580_18.

Staples, J. M., Bird, E. R., Gregg, J. J., & George, W. (2020). Improving the gender-affirmation process for transgender and gender-nonconforming individuals: Associations among time since transition began, body satisfaction, and sexual distress. *The Journal of Sex Research, 57*(3), 375-383. https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1617829

Stark, T., Shoag, J. E., & Poppas, D. P. (2019). Eliminating early surgery for disorders of sex development: Risking adverse outcomes in 46, XX CAH. *Journal of Urology, 201*(5), 871–873. https://doi.org/10.1097/ju.0000000000000023

Statistics Canada. (2022). Census of Population Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm

Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 16*(4), 499-516. https://doi.org/10.1177/1359104510378303

Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior, 40*(4), 649–650. https://doi.org/10.1007/s10508-011-9752-2

Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: data from the center of expertise on gender dysphoria in Amsterdam (1988–2016). *Journal of Sex & Marital Therapy, 44*(7), 713-715. https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580

Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior, 64*, 288–297. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020

Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52*(6), 582-590. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016

Steensma, T.D., & Wensing-Kruger, S.A. (2019). Gender Dysphoria. In T.H. Ollendick, S.W. White, & B.A. White (Eds). The Oxford Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology. *Oxford Library of Psychology*

Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P. C., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Behavioral and emotional problems on the teacher's report form: A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*(4), 635–647. https://doi.org/10.1007/s10802-013-9804-2

Stein, D. M., Victorson, D. E., Choy, J. T., Waimey, K. E., Pearman, T. P., Smith, K., Dreyfuss, J., Kinahan, K., Sandwani, D., Woodruff, T. K., & Brannigan, R. E. (2014). Fertility preservation preferences and perspectives among adult male survivors of pediatric cancer and their parents. *Journal Adolescent and Young Adult Oncology, 3*(2), 75-82. https://doi.org/0.1089/jayao.2014.0007

Stein, G. L. (2020) Experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients and families in hospice and palliative care: Perspectives of the palliative care team. *Journal of Palliative Medicine, 23*(6), 817–824. https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1089/jpm.2019.0542

Steinberg, L. (2009). Should the science of adolescent brain development inform public policy? *American Psychologist, 64* (8), 739-750. https://doi.org/10.1037/0003-066x.64.8.739

Stephenson, R., Riley, E., Rogers, E., Suarez, N., Metheny, N., Senda, J., Saylor, K. M., & Bauermeister, J. A. (2017). The sexual health of transgender men: A scoping review. *The Journal of Sex Research, 54*(4-5), 424-445. https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1271863

Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020a). Cancer screening in the transgender population: A review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. *Translational Andrological Urology, 9*(6), 2771-2785. https://doi.org/10.21037/tau-20-954

Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020b). Fertility preservation options for transgender individuals. *Translational Andrological Urology, 9*(Suppl. 2), S215-S226. https://doi.org/10.21037/tau.2019.09.28

Stevenson, M. O., Wixon, N., & Safer, J. D. (2016). Scalp hair regrowth in hormone-treated transgender woman. *Transgender Health, 1*(1), 202-204. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0022

Stoffers, I. E., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Physical changes, laboratory parameters, and bone mineral density during testosterone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine, 16*(9), 1459-1468. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.06.014

Stohr, M. K. (2015). The Hundred Years' war: The etiology and status of assaults on transgender women in men's prisons. *Women & Criminal Justice, 25*(1-2), 120–129. https://doi.org/10.1080/08974454.2015.1026154

Stojanovic, B., Bizic, M., Bencic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., Jeftovic, M., Stanojevic, D., & Djordjevic, M. L. (2017). One-stage gender-confirmation surgery as a viable surgical procedure for female-to-male transsexuals. *Translational Andrological Urology, 14*(5), 741-746. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.256

Stonewall. (2018). LGBT in Britain: Work report. *Retrieved from* https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_work_report.pdf

Strang, J. F., Jarin, J., Call, D., Clark, B., Wallace, G. L., Anthony, L. G., Kenworthy, L., & Gomez-Lobo, V. (2018). Transgender Youth Fertility Attitudes Questionnaire: Measure development in nonautistic and autistic transgender youth and their parents. *Journal of Adolescent Health, 62*(2), 128-135. https://10.1016/j.jadohealth.2017.07.022

Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L., Menvielle, E., Leibowitz, S., Janssen, A., Cohen-Kettenis, P., Shumer, D., Edwards-Leeper, L., Pleak, R., Spack, N., Karasic, D., Schreier, H., Balleur, A., Tishelman, A., Ehrensaft, D., Rodnan, L., Kuschner, E. ,… Caretto, A., Lewis, H., & Anthony, L. (2018). Initial clinical guidelines for

co-occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*(1), 105-115. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462

Strang, J. F., Powers, M. D., Knauss, M., Sibarium, E., Leibowitz, S. F., Kenworthy, L., Sadikova, E., Wyss, S., Willing, L., Caplan, R., Pervez, N., Nowak, J., Gohari, D., Gomez-Lobo, V., Call, D., & Anthony, L. G. (2018). „They thought it was an obsession": Trajectories and perspectives of autistic transgender and gender-diverse adolescents. *Journal of* Autism Developmental Disorders, 48(12), 4039-4055. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3723-6

Strang, J. F., Knauss, M., van der Miesen, A., McGuire, J. K., Kenworthy, L., Caplan, R., Freeman, A., Sadikova, E., Zaks, Z., Pervez, N., Balleur, A., Rowlands, D. W., Sibarium, E., Willing, L., McCool, M. A., Ehrbar, R. D., Wyss, S. E., Wimms, H., Tobing, J., & Thomas, J. (2021). A clinical program for transgender and gender-diverse neurodiverse/autistic adolescents developed through community-based participatory design. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 50*(6), 730-745. https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1731817

Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2017). Trans Pathways: the mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results. *Telethon Kids Institute* https://www.telethonkids.org.au/globalassets/media/documents/brain--behaviour/trans-pathwayreport-web.pdf

Streed, C. G., Beach, L. B., Caceres, B. A., Dowshen, N. L., Moreau, K. L., Mukherjee, M., Poteat, T., Radix, A., Reisner, S. L., & Singh, V. (2021). Assessing and addressing cardiovascular health in people who are transgender and gender diverse: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation, 144*(6). https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001003

Stroumsa, D., & Wu, J. P. (2018). Welcoming transgender and nonbinary patients: Expanding the language of „women's health". *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 219*(6), 585.e581-585.e585. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.018

Stroumsa, D., Roberts, E. F. S., Kinnear, H., & Harris, L. H. (2019). The power and limits of classification - A 32-year-old man with abdominal pain. *New England Journal of Medicine, 380*(20), 1885-1888. https://doi.org/10.1056/NEJMp1811491

Stübler, M. L., & Becker-Hebly, I. (2019). [Sexual experiences and sexual orientation among transgender adolescents]. *Zeitschrift für Sexualforschung, 32*(01), 5-16. https://doi.org/10.1055/a-0838-8965

Stutterheim, S. E., van Dijk, M., Wang, H., & Jonas. K. J. (2021) The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. *PLoS One, 16*(12): e0260063. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260063

Subramanian, T., Chakrapani, V., Selvaraj, V., Noronha, E., Narang, A., & Mehendale, S. (2016). Mapping and size estimation of hijras and other trans-women in 17 states of India: First level findings. *International Journal of Health Sciences and Research, 6*(4), 345-353.

https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.6_Issue.4_April2016/48.pdf

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). Ending conversion therapy: Supporting and affirming LGBTQ youth. *HHS Publications.*

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. https://www.samhsa.gov/sbirt

Suchak, T., Hussey, J., Takhar, M., & Bellringer, J. (2015). Postoperative trans women in sexual health clinics: Managing common problems after vaginoplasty. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 41*(4), 245-247. https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101091

Suen, Y. T., Chan, R. C. H., & Wong, E. M. Y. (2018). Mental health of transgender people in Hong Kong: A community--driven, large-scale quantitative study documenting demographics and correlates of quality of life and suicidality. *Journal of Homosexuality, 65*(8), 1093-1113. https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368772

Sugrue, V. J., Zoller, J. A., Narayan, P., Lu, A. T., Ortega-Recalde, O. J., Grant, M. J., Bawden, C. S., Rudiger, S. R., Haghani, A., Bond, D. M., Hore, R. R., Garratt, M., Sears, K. E., Wang, N., Yang, X. W., Snell, R. G., Hore, T. A., & Horvath, S. (2021). Castration delays epigenetic aging and feminizes DNA methylation at androgen-regulated loci. ELife, 10. https://doi.org/10.7554/elife.64932

Sundstrom and Fields v. Frank USDC D WI, Case No. 06-C-112, 2011.

Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Eisenberg, M. E. (2019). Risk and protective factors for self-harm in a 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

Tatum, A. K., Catalpa, J., Bradford, N. J., Kovic, A., & Berg, D. R. (2020). Examining identity development and transition differences among binary transgender and genderqueer nonbinary (GQNB) individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 7*(4), 379-385. https://doi.org/10.1037/sgd0000377

Taub, R. L., Ellis, S. A., Neal-Perry, G., Magaret, A. S., Prager, S. W., & Micks, E. A. (2020). The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 223*(2), 229-e1. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.059

Tavakkoli Tabassi, K., Djavan, B., Hosseini, J., Ghoreifi, A., Ershadi, M., & Hosseini, E. (2015). Fold-back perineoscrotal flap plus penile inversion vaginoplasty for male-to-female gender reassignment surgery in circumcised subjects. *European Journal of Plastic Surgery, 38*(1), 43-48. https://doi.org/10.1007/s00238-014-1038-1

Taylor, A. K., Condry, H., and Cahill, D. (2018). Implementation

of teaching on LGBT health care. *Clinical Teacher, 15*(2), 141–144. https://doi.org/10.1111/tct.12647

Taylor, J., Zalewska, A., Gates, J. J., & Millon, G. (2019). An exploration of the lived experiences of non-binary individuals who have presented at a gender identity clinic in the United Kingdom. *International Journal of Transgenderism, 20*(2-3), 195-204. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1445056

Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia, 209*(3), 132–136. https://doi.org/10.5694/mja17.01044

Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2020). Australian standards of care and treatment guidelines for trans and gender diverse children and adolescents. Version 1.3. *The Royal Children's Hospital*. https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans--and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf

Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and "desistance" theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism, 19*(2), 212–224. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390

Ter Wengel, P. V., Martin, E., Gooren, L., Den Heijer, M., & Peerdeman, S. M. (2016). Meningiomas in three male-to--female transgender subjects using oestrogens/progestogens and review of the literature. *Andrologia, 48*(10), 1130–1137. https://doi.org/10.1111/and.12550

Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(1), 125-136. https://doi.org/10.1037/abn0000234.

Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 452. https://doi.org/10.1037/a0029604

TGEU. (2017). Overdiagnosed but underserved. Trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: trans health survey. *Transgender Europe.* https://tgeu.org/healthcare/

TGEU. (2021). Trans rights map 2021. *Transgender Europe.* https://transrightsmap.tgeu.org/home/

Thalaivirithan, B. M., Sethu, M., Ramachandran, D. K., Kandasamy, M., & Janardhanam, J. (2018). Application of embryonic equivalents in male-to-female sex reassignment surgery. India *Journal of Plastic Surgery, 51*(2), 155-166. https://doi.org/10.4103/ijps.IJPS_62_18

The Institute of Medicine. (2011). The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding. *Retrieved from* https://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx

The Joint Commission. (2011). Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family--centered care for the lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) community [Field Guide]. *Retrieved from* https://www.jointcommission.org/assets/1/18/LGBTFieldGuide_WEB_LINKED_VER.pdf

The Yogyakarta Principles. (2017). The Yogyakarta Principles Plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression, and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles. https://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

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., Őzen, S., Őzbaran, 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., & Cieciuch, 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. https://www.phsa.ca/transcarebc/care-support/transitioning/bind-pack-tuck-pad

Transgender and Intersex Inmates. Corrective Services NSW Home. (2015). https://correctiveservices.dcj.nsw.gov.au/csnsw-home/resources/policies-and-publications/policis.html

Transgender, Transsexual, and Gender Nonconforming Health Care in Correctional Settings. (2015). https://www.ncchc.org/transgender-health-care-in-correctional-settings-1

Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012). Impacts of Strong Parental Support for Trans Youth: A Report Prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services. *Trans Pulse Project*. https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf.

Trevor Project. (2021). The Mental Health and Well-being of LGBTQ Youth who are Intersex. https://www.thetrevorproject.org/wp-content/uploads/2021/12/Intersex-Youth-Mental-Health-Report.pdf

Trispiotis, I., & Purshouse, C. (2022). 'Conversion Therapy' as degrading treatment. *Oxford Journal of Legal Studies, 42*(1), 104-132. https://doi.org/10.1093/ojls/gqab024

Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A., & Benotsch, E. G. (2017). The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism, 18*(1), 39-52. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405

Tschan, S., Honegger, F., & Storck, C. (2016). Cricothyroid joint anatomy as a predicting factor for success of cricoid-thyroid approximation in transwomen. *The Laryngoscope, 126*(6), 1380–1384. https://doi.org/10.1002/lary.25518

T'Sjoen, G., Arcelus, G., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews, 40*(1), 97–117.https://doi.org/10.1210/er.2018-00011

T'Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine position statement "Assessment and hormonal management in adolescent and adult trans people, with attention for sexual function and satisfaction." *The Journal of Sexual Medicine, 17*(4), 570–584. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012

T'Sjoen, G. G., Beguin, Y., Feyen, E., Rubens, R., Kaufman, J. M., & Gooren, L. (2005). Influence of exogenous oestrogen or (anti-) androgen administration on soluble transferrin receptor in human plasma. *Journal of Endocrinology, 186*(1), 61-67. https://doi.org/10.1677/joe.1.06112

Tucker, R. P., Testa, R. J., Simpson, T. L., Shipherd, J. C., Blosnich, J. R., & Lehavot, K. (2018). Hormone therapy, gender affirmation surgery, and their association with recent suicidal ideation and depression symptoms in transgender veterans. *Psychological Medicine, 48*(14), 2329-2336. https://doi.org/10.1017/S0033291717003853

Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry, 77*(1), 68–76. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285

Turban, J. L., Carswell, J., & Keuroghlian, A. S. (2018). Understanding pediatric patients who discontinue gender-affirming hormonal interventions. *JAMA Pediatrics, 172*(10), 903–904. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1817

Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics,* e20191725. https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725

Turban, J. L., King, D., Kobe, J., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2022). Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. *PloS One, 17*(1), e0261039. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039

Turban, J.L., King, D., Reisner, S.L., Keuroghlian, A.S. (2019). Psychological attempts to change a person's gender identity from transgender to cisgender: Estimated prevalence across US States, 2015. *American Journal of Public Health, 109*, 1452–1454. https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305237

Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of social transition for transgender and gender diverse youth, K-12 harassment, and adult mental health outcomes. *Journal of Adolescent Health, 69*(6), 991–998. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.001

Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to "detransition" among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed--methods analysis. *LGBT Health, 8*(4), 273-280. https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437

Turo, R., Jallad, S., Prescott, S., & Cross, W. R. (2013). Metastatic prostate cancer in transsexual diagnosed after three decades of estrogen therapy. *Canadian Urological Association Journal, 7*(7-8), E544. https://doi.org/10.5489/cuaj.175

Tuzun, Z., Başar, K., & Akgul, S. (2022). Social connectedness matters: Depression and anxiety in transgender youth during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Sexual Medicine,* S1743-6095(22)00558-6. https://doi.org/10.1016/j.sxm.2022.01.522

Twist, J., & de Graaf, N. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's national Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 24*(2), 277-290. https://doi.org/10.1177/1359104518804311

Uebel, K. E., Lombard, C., Joubert, G., Fairall, L. R., Bachmann, M. O., Mollentze, W. F., van Rensburg, D., & Wouters, E. (2013). Integration of HIV care into primary care in South Africa. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 63*(3), e94–e100. https://doi.org/10.1097/qai.0b013e318291cd08

UN General Assembly. (2015). Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development. 21 October 2015. A/RES/70/1. https://undocs.org/A/RES/70/1

UN Human Rights Council, (2020). Practices of so-called "conversion therapy": Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity. https://doi.org/10.1163/2210-7975_HRD-9970-2016149

UN Office of the High Commissioner for Human Rights. (2018). Statement on the occasion of International Transgender Day of Visibility, the IACHR and a UN expert urge States to guarantee the full exercise of the human rights of transgender persons. https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22906&LangID=E

UNDP & APTN. (2017). Legal gender recognition: a multi-country legal and policy review in Asia. *Asia-Pacific Transgender Network*. https://weareaptn.org/resource/legal--gender-recognition-a-multi-country-legal-and-policy-review-in-asia/

UNDP, IRGT. (2016). Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. *United Nations Development Programme*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub--pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf

Unger, C. A. (2015). Care of the transgender patient: a survey of gynecologists' current knowledge and practice. *Journal of Womens' Health (Larchmt), 24*(2), 114-118. https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4918

United Nations Population Fund. (2014). Reproductive rights are human rights: a handbook for national human rights institutions. https://www.ohchr.org/documents/publications/nhrihandbook.pdf

United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights. *Retrieved from* https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/

United Nations. (2015). The United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

United States Department of Health and Human Services. (2013). Lesbian, gay, bisexual and transgender health. *Retrieved from* https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health

Valashany, B. T., & Janghorbani, M. (2018). Quality of life of men and women with gender identity disorder. *Health and Quality of Life Outcomes, 16*(1), 167. https://doi.org/10.1186/s12955-018-0995-7

Vale, K., Siemens, I., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2013). Religiosity, childhood abuse, and other risk factors correlated with voluntary genital ablation. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement, 45*(3), 230–237. https://doi.org/10.1037/a0031122

Valentine, V. (2016). Non-binary people's experiences of using UK gender identity clinics. *S. T. E. Network*. https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2016/11/Non-binary-GIC-mini-report.pdf

Van Batavia, J. P., & Kolon, T. F. (2016). Fertility in disorders of sex development: A review. *Journal of Pediatric Urol*ogy, *12*(6):418-425. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.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., & Destaerke, B. (2000). Voice problems in female-to-male transsexuals. *International Journal of Language & Communication Disorders, 35*(3), 427–442. https://doi.org/10.1080/136828200410672

Van Borsel, J., Van Eynde, E., De Cuypere, G., & Bonte, K. (2008). Feminine after cricothyroid approximation? *Journal of Voice, 22*(3), 379–384. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.11.001

Van Caenegem, E., Taes, Y., Wierckx, K., Vandewalle, S., Toye, K., Kaufman, J. M., Schreiner, T., Haraldsen, I., & T'Sjoen, G. (2013). Low bone mass is prevalent in male-to-female transsexual persons before the start of cross-sex hormonal therapy and gonadectomy. *Bone, 54*(1), 92-97. https://doi.org/10.1016/j.bone.2013.01.039

Van Caenegem, E., Verhaeghe, E., Taes, Y., Wierckx, K., Toye, K., Goemaere, S., Zmierczak, H. G., Hoebeke, P., Monstrey, S., & T'Sjoen, G. (2013). Long-term evaluation of donor-site morbidity after radial forearm flap phalloplasty for transsexual men. *The Journal of Sexual Medicine, 10*(6), 1644–1651. https://doi.org/10.1111/jsm.12121

Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior, 44*(5), 1281-1287. https://doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6

Van Caenegem, E., Wierckx, K., Taes, Y., Schreiner, T., Vandewalle, S., Toye, K., Lapauw, B., Lapauw, J. M., & T'Sjoen, G. (2015). Body composition, bone turnover, and bone mass in trans men during testosterone treatment: 1-year follow--up data from a prospective case-controlled study (ENIGI). *European Journal of Endocrinology, 172*(2), 163-171. https://doi.org/10.1530/eje-14-0586

Van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., & Kreukels, B. P. C.; on behalf of dsd-LIFE. (2018). Body image and self-esteem in disorders of sex development: A European multicenter study. *Health Psychology, 37*(4), 334-343. https://doi.org/10.1037/hea0000600

Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., & Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of medical interventions on gender dysphoria and body image: A follow-up study. P*sychosomatic 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 fffects of mastectomy. *The Journal of Sexual Medicine, 13*(11), 1778–1786. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.003

Van de Grift, T. C., Pigot, G. L. S., Boudhan, S., Elfering, L., Kreukels, B. P. C., Gijs, L., Buncamper, M. E., Ozer, M., van der Sluis, W., Meuleman, E. J. H., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). A longitudinal study of motivations before and psychosexual outcomes after genital gender-confirming surgery in transmen. *Journal of Sexual Medicine, 14*(12), 1621-1628. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.064

Van de Grift, T., Van Gelder, Z., Mullender, M., Steensma, T., de Vries, ALC., & Bouman, M. (2020). Timing of puberty suppression and surgical options for transgender youth. *Pediatrics, 146*(5), e20193653. https://doi.org/10.1542/peds.2019-3653.

Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 70-80. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199

Van der Miesen, A., Steensma, T. D., de Vries, A., Bos, H., & Popma, A. (2020). Psychological functioning in transgender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. *The Journal of Adolescent Health, 66*(6), 699–704. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018

Van der Sluis, W. B., de Haseth, K. B., Elfering, L., Özer, M., Smit, J. M., Budding, A. E., van Bodegraven, A. A., Buncamper, M. E., de Boer, N. K. H., Mullender, M. G., & Bouman, M.B. (2020). Neovaginal discharge in transgender women after vaginoplasty: A diagnostic and treatment algorithm. *International Journal of Transgender Health, 21*(4), 367-372. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1725710

Van der Sluis, W. B., Smit, J. M., Pigot, G. L. S., Buncamper, M. E., Winters, H. A. H., Mullender, M. G., & Bouman, M. B. (2017). Double flap phalloplasty in transgender men: Surgical technique and outcome of pedicled anterolateral thigh flap phalloplasty combined with radial forearm free

flap urethral reconstruction. *Microsurgery, 37*(8), 917-923. https://doi.org/10.1002/micr.30190

Van Dijk, D., Dekker, M., Conemans, E. B., Wiepjes, C. M., de Goeij, E. G. M., Overbeek, K. A., & T'Sjoen, G. (2019). Explorative prospective evaluation of short-term subjective effects of hormonal treatment in trans people - Results from the European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine, 16*(8), 1297-1309. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.009

Van Gerwen, O. T., Aryanpour, Z., Selph, J. P., & Muzny, C. A. (2021). Anatomical and sexual health considerations among transfeminine individuals who have undergone vaginoplasty: A review. *International Journal of STD & AIDS, 33*(2), 106–113. https://doi.org/10.1177/09564624211046997

Van Kesteren, P. J., Asscheman, H., Megens, J. A., & Gooren, L. J. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology, 47*(3), 337-342. https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x

Van Leijenhorst, L., Zanolie, K., Van Meel, C. S., Westenberg, P. M., Rombouts, S. A. R. B., & Crone, E. A. (2009). What motivates the adolescent? Brain regions mediating reward sensitivity across adolescence. *Cerebral Cortex, 20*(1), 61–69. https://doi.org/10.1093/cercor/bhp078

Vandenbussche, E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality, 69*(9), 1602-1620. https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479

Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child Adolescent Social Work Journal, 26*, 135–154. https://doi.org/10.1007/s10560-008-0158-5

Vanderschueren, D., Vandenput, L., Boonen, S., Lindberg, M. K., Bouillon, R., & Ohlsson, C. (2004). Androgens and bone. *Endocrine Reviews, 25*(3), 389-425. https://doi.org/10.1210/er.2003-0003

Various. (2019). Memorandum of understanding on conversion therapy in the UK. Version 2, Revision A. *British Association of Counselling and Psychotherapy*. https://www.bacp.co.uk/events-and-resources/ethics-and-standards/mou/

Various. (2021). U. S. joint statement on ending conversion therapy. https://usjs.org/usjs-current-draft/

Veale, J., Byrne, J., Tan, K., Guy, S., Yee, A., Nopera, T., & Bentham, R. (2019). Counting ourselves: The health and wellbeing of trans and non-binary people in Aotearoa, New Zealand. https://countingourselves.nz/wp-content/uploads/2020/01/Counting-Ourselves_Report-Dec-19-Online.pdf

Veerman, H., de Rooij, F. P. W., Al-Tamimi, M., Ronkes, B. L., Mullender, M. G., M, B. B., van der Sluis, W. B., & Pigot, G. L. S. (2020). Functional outcomes and urological complications after genital gender affirming surgery with urethral lengthening in transgender men. *Journal of Urology, 204*(1), 104-109. https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000795

Vereecke, G., Defreyne, J., Van Saen, D., Collect, S., Van Dorpe, J., T'Sjoen, G., & Gooseens, E. l. (2021). Characterisation of testicular function and spermatogenesis in transgender women. *Human Reproduction, 36*(1), 5-15. https://doi.org/10.1093/humrep/deaa254

Vermeir, E., Jackson, L. A., & Marshall, E. G. (2018). Improving healthcare providers' interactions with trans patients: Recommendations to promote cultural competence. *Healthcare Policy, 14*(1), 11-18. https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25552

Victor, C. J., & Nel, J. A. (2017). Developing an affirmative position statement on sexual and gender diversity for psychology professionals in South Africa. *Psychology in Russia: State of the Art, 10*(2), 87–102. https://doi.org/10.11621/pir.2017.0206

Vincent, B. (2018). Transgender Health: A Practitioner's Guide to Binary and Non-Binary Trans Patient Care. *Jessica Kingsley Publishers.*

Vincent, B. (2019). Breaking down barriers and binaries in trans healthcare: the validation of non-binary people. *International Journal of Transgenderism, 20*(2-3), 132-137. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1534075

Vincent, B. (2020). Non-Binary Genders: Navigating Communities, Identities, and Healthcare. *Policy Press*.

Vincent, B., & Manzano, A. (2017). History and Cultural Diversity. In C. Richards, W. P. Bouman, & M. J. Barker (Eds.), Genderqueer and Non-Binary Genders. *Palgrave Macmillan.*

Vinogradova, Y., Coupland, C., & Hippisley-Cox, J. (2019). Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *British Medical Journal, 364*, k4810. https://doi.org/10.1136/bmj.k4810

Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J., & Heijboer, A. C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone, 95*, 11–19. https://doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008

Von Doussa, H., Power, J., & Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: the possibilities and experiences of parenthood among transgender people. *Culture Health & Sexuality, 17*(9), 1119-1131. https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1042919

Vrouenraets, L. J. J. J., de Vries, A. L. C., de Vries, M. C., van der Miesen, A. I. R., & Hein, I. M. (2021). Assessing medical decision-making competence in transgender youth. *Pediatrics, 148*(6). https://doi.org/10.1542/peds.2020-049643

Vukadinovic, V., Stojanovic, B., Majstorovic, M., & Milosevic, A. (2014). The role of clitoral anatomy in female to male sex reassignment surgery. *Scientific World Journal,* 2014, 437378. https://doi.org/10.1155/2014/437378

Vyas, N., Douglas, C. R., Mann, C., Weimer, A. K., & Quinn, M. M. (2021). Access, barriers, and decisional regret in pursuit of fertility preservation among transgender and gender-diverse individuals. *Fertility and Sterility, 115*(4), 1029-1034. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.09.007

Waal, H. A. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology, 155*(1), S131–S137. https://doi.org/10.1530/eje.1.02231

Wagner, I., Fugain, C., Monneron-Girard, L., Cordier, B., & Chabolle, F. (2003). Pitch-raising surgery in fourteen male--to-female transsexuals. *The Laryngoscope, 113*(7), 1157–1165. https://doi.org/10.1097/00005537-200307000-00011

Wagner, S., Panagiotakopoulos, L., Nash, R., Bradlyn, A., Getahun, D., Lash, T. L., Roblin, D., Silverberg, M. J.,

Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Progression of gender dysphoria in children and adolescents: A longitudinal study. *Pediatrics, 148*(1), e2020027722. https://doi.org/10.1542/peds.2020-027722

Walker, R. V., Powers, S. M., & Witten, T. M. (2017). Impact of anticipated bias from healthcare professionals on perceived successful aging among transgender and gender nonconforming older adults. *LGBT Health, 4*(6), 427-433. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0165

Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*(12), 1413–1423. https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9

Walton, M. T., Lykins, A. D., & Bhullar, N. (2016). Beyond heterosexual, bisexual, and homosexual: A diversity in sexual identity expression. *Archives of Sexual Behavior, 45*(7), 1591–1597. https://doi.org/10.1007/s10508-016-0778-3

Wang, Y., Yu, H., Yang, Y., Drescher, J., Li, R., Yin, W., Yu, R., Wang, S., Deng, W., Jia, Q., Zucker, K. J., & Chen, R. (2020). Mental health status of cisgender and gender-diverse secondary school students in China. *JAMA Network Open, 3*(10), e2022796. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.22796

Warwick, R. M., Araya, A. C., Shumer, D. E., & Selkie, E. M. (2022). Transgender youths' sexual health and education: A qualitative analysis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 35*(2), 138-146. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2021.09.011

Washington, D.C. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2020) Healthy People. https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health.

Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2007). Modern-day Eunuchs: Motivations for and consequences of contemporary castration. *Perspectives in Biology and Medicine, 50*(4), 544-556. https://doi.org/10.1353/pbm.2007.0058

Wassersug, R. J., & Lieberman, T. (2010). Contemporary castration: why the modern day eunuch remains invisible. *BMJ*, 341(2), c4509–c4509. https://doi.org/10.1136/bmj.c4509

Wassersug, R. J., Walker, L. M., & Robinson, J. W. (2018). Androgen deprivation therapy : an essential guide for prostate cancer patients and their loved ones. *Demos Health*.

Watson, R. J., Wheldon, C. W., & Puhl, R. M. (2020). Evidence of diverse identities in a large national sample of sexual and gender minority adolescents. *Journal of Research on Adolescence, 30*(S2), 431-442. https://doi.org/10.1111/jora.12488

Watt, S. O., Tskhay, K. O., & Rule, N. O. (2018). Masculine voices predict well-being in female-to-male transgender individuals. *Archives of Sexual Behavior, 47*(4), 963–972. https://doi.org/10.1007/s10508-017-1095-1

Weaver, C. M., Alexander, D. D., Boushey, C. J., Dawson-Hughes, B., Lappe, J. M., LeBoff, M. S., Liu, S., Looker, A. C., Wallace, T. C., & Wang, D. D. (2016). Calcium plus vitamin D supplementation and risk of fractures: An updated meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. *Osteoporosis International, 27*(1), 367-376. https://doi.org/10.1007/s00198-015-3386-5

Webb, H., Free, N., Oates, J., & Paddle, P. (2020). The use of vocal fold injection augmentation in a transmasculine patient unsatisfied with voice following testosterone therapy and voice training. *Journal of Voice*, S0892-1997(20)30298-8. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.08.011

Wei, S. Y., Li, F. Y., Li, Q., Li, S. K., Zhou, C. D., Zhou, Y., Cao, Y. J., Zhang, S. Y., & Zhao, Y. (2018). Autologous buccal micro-mucosa free graft combined with posterior scrotal flap transfer for vaginoplasty in male-to-female transsexuals: A pilot study. *Aesthetic Plastic Surgery, 42*(1), 188-196. https://doi.org/10.1007/s00266-017-0977-x

Weidler, E. M., Baratz, A., Muscarella, M., Hernandez, S. J., & van Leeuwen, K. (2019). A shared decision-making tool for individuals living with complete androgen insensitivity syndrome. *Seminars in Pediatric Surgery, 28*(5), 150844. https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150844

Weidler, E. M., & Peterson, K. E. (2019). The impact of culture on disclosure in differences of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery, 28*(5), 150840. https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150840

Weigert, R., Frison, E., 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.0000000000004123

Wendler, J. (1990). Vocal pitch elevation after transsexualism male to female. In: *Proceedings of the Union of the European Phoniatricians, 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 bone and mineral research. Journal of the American Society for Bone and Mineral Research, 35*(1), 64–70. https://doi.org/10.1002/jbmr.3862

Wiepjes, C. M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. G. (2019). Bone health in adult trans persons: An update of the literature. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 26*(6), 296-300. https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000502

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M. B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of Gender Dysphoria study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *Journal of Sexual Medicine, 15*(4), 582-590. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016

Wiepjes, C. M., Vlot, M. C., Klaver, M., Nota, N. M., de Blok, C. J., de Jongh, R. T., Lips, P., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2017). Bone mineral density increases in trans persons after 1 year of hormonal treatment: A multicenter prospective observational study. *Journal of Bone Mineral Research, 32*(6), 1252-1260. https://doi.org/10.1002/jbmr.3102

Wierckx, K., Elaut, E., Declercq, E., Heylens, G., De Cuypere, G., Taes, Y., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2013). Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: A case--control study. *European Journal of Endocrinology, 169*(4), 471–478. https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1530/EJE-13-0493

Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedecker, 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., Dedecker, 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., Dedecker, 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., Dedecker, D., Van Caenegem, E., Toye, K., & T'Sjoen, G. (2014). Short- and long-term clinical skin effects of testosterone treatment in trans men. *Journal of Sexual Medicine, 11*(1), 222-229. https://doi.org/10.1111/jsm.12366

Wilchins, R. A. (1995). A Note from your Editrix. *In Your Face: Political Activism against Gender Oppression, 1*(1), 4.

Williams, A. J., Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou, A., & Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ+ young people with experiences of self-harm and suicide. *PloS One, 16*(1), 1-26 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245268

Wilson, B. D., & Meyer, I. H. (2021). Nonbinary LGBTQ Adults in the United States. *UCLA School of Law Williams Institute.*

Wilson, D., Marais, A., de Villiers, A., Addinall, R., & Campbell, M. M. (2014). Transgender issues in South Africa, with particular reference to the Groote Schuur Hospital Transgender Unit. *South African Medical Journal, 104*(6), 449. https://doi.org/10.7196/SAMJ.8392

Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans* female youth and the protective effect of parental support. *AIDS Behavior, 20*(10), 2203-2211. https://doi.org/10.1007/s10461-016-1409-7

Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Wenzel, C., & Raymond, H. F. (2015). Connecting the dots: Examining transgender women's utilization of transition-related medical care and associations with mental health, substance use, and HIV. *Journal of Urban Health, 92*(1), 182–192. https://doi.org/10.1007/s11524-014-9921-4

Wilson, E. C., Turner, C. M., Sanz-Rodriguez, C., Arayasirikul, S., Gagliano, J., Woods, T., Palafox, E., Halfin, J., Martinez, L., Makoni, B., Eskman, Z. (2021). Expanding the pie–differentiated PrEP delivery models to improve PrEP uptake in the San Francisco Bay area. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 88*(1), S39-S48. https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002809

Wilson, L. M., Baker, K. E., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2020). Effects of antiandrogens on prolactin levels among transgender women on estrogen therapy: A systematic review. *International Journal of Transgender Health, 21*(4), 391-402. https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819505

Wimalawansa, S. M., Fox, J. P., & Johnson, R. M. (2014). The measurable cost of complications for outpatient cosmetic surgery in patients with mental health diagnoses. *Aesthetic Surgery Journal, 34*(2), 306-316. https://doi.org/10.1177/1090820X13519100

Wingo, E., Ingraham, N., & Roberts, S. C. M. (2018). Reproductive health care priorities and barriers to effective care for LGBTQ people assigned female at birth: A qualitative study. *Womens' Health Issues, 28*(4), 350-357. https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.002

Winter, S., & Doussantousse, S. (2009). Trans people, hormones, and health risks in Southeast Asia: A Lao study. *International Journal of Sexual Health, 21*(1), 35-48. https://doi.org/10.1080/19317610802554141

Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: Health at the margins of society. *The Lancet, 388*(10042), 390-400. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8

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

Winters, K., & Ehrbar, R. D. (2010). Beyond conundrum: Strategies for diagnostic harm reduction. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 14*(2), 130-138. https://doi.org/10.1080/19359701003609922

Winters, K., Temple Newhook, J., Pyne, J., Feder, S., Jamieson, A., Holmes, C., Sinnott, M.-L., Pickett, S., & Tosh, J. (2018). Learning to listen to trans and gender diverse children: A Response to Zucker (2018) and Steensma and Cohen-Kettenis (2018). *International Journal of Transgenderism, 19*(2), 246–250. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1471767

Wisniewski, A. B, & Sandberg, D. E. (2015). Parenting children with disorders of sex development (DSD): A developmental perspective beyond gender. *Hormone and Metabolic Research, 47*(5):375-379. https://doi.org/10.1055/s-0034-1398561

Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J., & Arcelus, J. (2018). Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders, 235*, 308-315. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.051

Witcomb, G. L., Claes, L., Bouman, W. P., Nixon, E., Motmans, J., & Arcelus, J. (2019). Experiences and psychological wellbeing outcomes associated with bullying in treatment-seeking transgender and gender-diverse youth. *LGBT Health, 6*(5), 216-226. https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0179

Witten, T. M., & Eyler, E. (2016). Care of aging transgender and Gender Nonconforming Patients. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds). *Principles of Transgender Medicine and Surgery* (Second edition, pp. 344–378). *Routledge*.

Witten, T. M. (2014). It's not all darkness: Robustness, resilience, and successful transgender aging. *LGBT Health, 1*(1), 24-33. https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0017.

Witten, T. M. (2017). Health and well-being of transgender elders. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 37*(1), 27-41. https://doi.org/10.1891/0198-8794.37.27

Wolfe-Christensen, C., Wisniewski, A. B., Mullins, A. J., Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Nokoff, N. J., & Palmer, B. (2017). Changes in levels of parental distress after their child with atypical genitalia undergoes genitoplasty. *Journal of Pediatric Urology, 13*(1), 32.e1–32.e6. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2016.10.024

Wolfe-Roubatis, E., & Spatz, D. L. (2015). Transgender men and lactation: What nurses need to know. *MCN American Journal of Maternal/Child Nursing, 40*(1), 32-38. https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000097

Wolter, A., Diedrichson, J., Scholz, T., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2015). Sexual reassignment surgery in female-to-male transsexuals: an algorithm for subcutaneous mastectomy. *Journal of Plastic and Reconstructive Aesthetic Surgery, 68*(2), 184-191. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2014.10.016

Wolter, A., Scholz, T., Pluto, N., Diedrichson, J., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2018). Subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals: Optimizing perioperative and operative management in 8 years clinical experience. *Journal of* Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery, 71(3), 344-352. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2017.09.003

Wong, W. I., van der Miesen, A. I. R., Li, T. G. F., MacMullin, L. N., & VanderLaan, D. P. (2019). Childhood social gender transition and psychosocial well-being: A comparison to cisgender gender variant children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7*(3), 241–253. https://doi.org/10.1037/cpp0000295

Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., Reno, H., Zenilman, J. M., & Bolan, G. A. (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports, 70*(4).

World Bank Group. (2018). Life on the margins: Survey results of the experiences of LGBTI people in Southeastern Europe. *Retrieved from* https://documents.worldbank.org/curated/en/123651538514203449/pdf/130420-REPLACEMENT--PUBLIC-FINAL-WEB-Life-on-the-Margins-Survey-Results-of-the-Experiences-of-LGBTI-People-in-Southeastern--Europe.pdf

World Health Organization. (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (10th Revision). *World Health organization.*

World Health Organization. (2003). Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. *World Health Organization.* https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/

World Health Organization. (2004). WHO scientific group on the assessment of osteoporosis at primary health care level. In Summary meeting report (Vol. 5, pp. 5-7). *World health Organization.* https://www.who.int/chp/topics/Osteoporosis.pdf

World Health Organization. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health. World Health Organization

World Health Organization. (2007). Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. World Health Organization.

World Health Organization. (2010). Developing sexual health programmes: A framework for action. *World Health Organization.* https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/

World Health Organization. (2015a). Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach World Health Organisation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf.

World Health Organisation. (2015b). Sexual health, human rights and the law. World Health Organisation. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/

World Health Organisation. (2016). Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: 2016 update. World Health Organisation. https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124

World Health Organization. (2017a). WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255889/WHO-HIV-2017.17-eng.pdf.

World Health Organization. (2017b). WHO Model List of Essential Medicines, 20th List (March 2017)(Amended August 2017). https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/

World Health Organization. (2018a). Declaration of Astana. https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration

World Health Organization. (2018b). ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. *World health Organization.* https://icd.who.int/browse11/l-m/en

World Health Organization. (2019a). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th ed. *World Health Organization.* https://icd.who.int/browse11/lm/en#/https://id.who.int/icd/entity/90875286

World Health Organization. (2019b). Consolidated guidelines on HIV testing services, https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1

World Health Organization. (2019c). What's the 2+1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: Update to WHO's recommendation on oral PrEP. *World Health Organization.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1

World Health Organization. (2019d). WHO global report on traditional and complementary medicine. *World Health Organization.* https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342.

World Health Organization. (2020a). WHO recommendations on self-care interventions. *World Health Organization.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332335/WHO-SRH-20.10-eng.pdf.[WHO]

World Health Organization. Tobacco. (2020b) https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1

World Health Organization. (2020c.). The top 10 causes of death. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

World Health Organization. (2021a). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. World Health Organization https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593

World health Organization. (2021b). Consolidated guideline on self-care interventions for health and wellbeing. Version 2.3. *World Health Organization.* https://app.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%20Yogykarta%20Principles%20Plus%2010.pdf

WPATH Position Statement. (2018). WPATH Position on "Rapid Onset Gender Dysphoria (ROGD)." https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2018/9_Sept/WPATH%20Position%20on%20Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria_9-4-2018.pdf

Wu, L. J., Qi, J., Cai, Y., Liu, S. Y., Zhu, M., Zhong, P. P., Xin, Y., & Feng, S. Q. (2017). Chinese transgender population general survey report. *LGBT Center and Department of Sociology, Peking University.* https://chinadevelopmentbrief.cn/wp-content/uploads/2020/04/2017-Chinese-Transgender-Population-General-Survey-Report.pdf

Wylie, K. (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

Yadegarfard, 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 Otology, 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/0.1016/j.jsxm.2016.03.369

Yeung, H., Ragmanauskaite, L., Zhang, Q., Kim, J., Tangpricha, V., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Prevalence of moderate to severe acne in transgender adults: A cross-sectional survey. *Journal of the American Academy of Dermatology, 83*(5), 1450-1452. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.053

Yogyakarta Principles.org. (2007). Yogyakarta Principles. https://yogyakarta.org

Yoong, S. L., Tursan d'Espaignet, E., Wiggers, J., St Claire, S., Mellin-Olsen, J., & Grady A et al. (2020). Tobacco and post-surgical outcomes: WHO tobacco knowledge summaries. *World Health Organization*

Yuan, N., Chung, T., Ray, E. C., Sioni, C., Jimenez- Eichelberger, A., & Garcia, M. M. (2021). Requirement of mental health referral letters for staged and revision genital gender- affirming surgeries: An unsanctioned barrier to care. *Andrology, 9*(6), 1765–1772. https://doi.org/10.1111/andr.13028

Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. *Psychological Assessment, 27*(1), 148–160. https://doi.org/10.1037/a0038196

Zanghellini, A. (2020). Philosophical problems with the gender-critical feminist argument against trans inclusion. *Sage Open, 10*(2), 2158244020927029. https://doi.org/10.1177/2158244020927029

Zavlin, D., Schaff, J., Lelle, J. D., Jubbal, K. T., Herschbach, P., Henrich, G., Ehrenberger, B., Kovacs, L., Machens, H. G., & Papadopulos, N. A. (2018). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined vaginoplasty technique: Satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. *Aesthetic Plastic Surgery, 42*(1), 178-187. https://doi.org/10.1007/s00266-017-1003-z

Zelin, N. S., Hastings, C., Beaulieu-Jones, B. R., Scott, C., Rodriguez-Villa, A., Duarte, C., Calahan, C., & Adami, A. J. (2018). Sexual and gender minority health in medical curricula in new England: A pilot study of medical student comfort, competence and perception of curricula. *Medical Education Online, 23*(1), 1461513. https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1461513

Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006). Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: A review of the literature. *Child Maltreatment, 11*(1), 49–62. https://doi.org/10.1177/1077559505283591

Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health, 21*(2), 125-137. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136

Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulous, L., Roblin, D., Sandberg, D., Silverberg, M., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Changes in size and demographic composition of transgender and gender nonbinary population receiving care at integrated health systems. *Endocrine Practice, 27*(5), 390-395. https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016

Zhang, W. R., Garrett, G. L., Arron, S. T., & Garcia, M. M. (2016). Laser hair removal for genital gender affirming surgery. *Translational Andrology and Urology, 5*(3), 381–387. https://doi.org.uk/10.21037/tau.2016.03.27

Zhang, Y. F., Liu, C. Y., Qu, C. Y., Lu, L. X., Liu, A. T., Zhu, L., Wang, H., Lin, Z. H., Zhao, Y. Z., Zhu, X. H., & Hua, J. (2015). Is vaginal mucosal graft the excellent substitute material for urethral reconstruction in female-to-male transsexuals? *World Journal of Urology, 33*(12), 2115-2123. https://doi.org/10.1007/s00345-015-1562-z

Zhou, Y., Furutani, M., Athurupana, R., & Nakatsuka, M. (2021). Relation between identity disclosure to family members and mental health in Japanese transgender people. *Acta Medica Okayama, 75*(5), 611-623. https://doi.org/10.18926/AMO/62227

Zhu, J., & Chan, Y. M. (2017). Adult consequences of self--limited delayed puberty. *Pediatrics, 139*(6). https://doi.org/10.1542/peds.2016-3177

Ziegler, A., Henke, T., Wiedrick, J., & Helou, L. B. (2018). Effectiveness of testosterone therapy for masculinizing voice in transgender patients: A meta-analytic review. *International Journal of Transgenderism, 19*(1), 25-45. https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1411857

Zimman, L. (2020). Transgender language, transgender moment: Toward a trans linguistics. In K. Hall, & R. Barrett, (Eds). The Oxford Handbook of Language and Sexuality, 1-23. *Oxford University Press*. https://lalzimman.org/PDFs/Zimman2020TransLanguageTransMoment.pdf

Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Womack, W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior, 42*(5), 901-914. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0139-4

Příloha A METODIKA

1. Úvod

Nová verze Standardů péče (SOC-8) vychází z rámce, který je metodicky lépe rozpracován a důkladněji založen na vědeckých důkazech než verze předchozí. Tento přístup nevychází jen z publikovaných vědeckých studií a článků (přímých či podpůrných důkazů), ale také z odborného konsenzu. Pokyny založené na důkazech zahrnují doporučení pro optimalizaci péče o klienty a klientky a jsou doplněny systematickým posouzením vědeckých dat a vyhodnocením přínosů a rizik různých možností péče. Výzkum založený na důkazech poskytuje základ pro spolehlivou klinickou praxi a doporučení, ale musí být vyvážen reálným kontextem a proveditelností péče v různých prostředích. Proces tvorby SOC-8 zahrnoval doporučení pro sestavování směrnic klinické praxe od americké Národní lékařské akademie a Světové zdravotnické organizace, zaměřených na transparentnost, střet zájmů, složení výboru a skupinové procesy (Výbor Institutu medicíny ke tvorbě standardů pro vývoj spolehlivé klinické praxe, 2011; Světová zdravotnická organizace, 2019a).

Revizní výbor SOC-8 byl multidisciplinární a skládal se z odborníků a odbornic na danou problematiku, odborníků a odbornic v oblasti zdravotnictví, výzkumu a zainteresovaných stran reprezentujících různé perspektivy a geografické oblasti. Všichni členové a členky výboru vydali prohlášení o střetu zájmů.

Metodik pro tvorbu směrnic pomáhal s plánováním a sestavováním otázek a nezávislý tým prováděl systematický přezkum, který sloužil k rozpracování některých doporučení. Do pokynů dále přispěl mezinárodní poradní výbor, odborníci a odbornice pro oblast práva a zainteresované strany, které poskytly zpětnou vazbou během veřejného procesu připomínkování. Doporučení v SOC-8 jsou založena na dostupných důkazech podporujících intervence, diskusi o jejich rizicích a nepříznivých dopadech, stejně jako o jejich proveditelnosti a přiměřenosti v různých kontextech a systémech péče v jednotlivých zemích. Konsenzu o finální podobě doporučení bylo dosaženo prostřednictvím procesu Delphi, který zahrnoval všechny členy a členky revizního výboru standardů péče a vyžadoval, aby prohlášení o doporučení byla schválena 75% členů a členek. Podpůrný a vysvětlující text uvádějící data a důkazy pro jednotlivá doporučení byl vypracován členy a členkami týmů pro sestavování kapitol. Návrhy kapitol byly revidovány předsedou a spolupředsedy revizního výboru SOC za účelem zajištění konzistentního formátu, řádného provedení důkazy a koherence doporučení napříč kapitolami. Nezávislý tým revidoval reference uvedené v SOC-8 a následně byly Standardy jako celek editovány jedním odborníkem. Podrobný přehled metodiky SOC-8 uvádíme níže.

2. Rozdíly v metodice SOC-8 oproti předchozím verzím

Hlavní rozdíly v metodologii SOC-8 ve srovnání s předchozími verzemi SOC jsou:

- zapojení více odborníků a odbornic z celého světa
- transparentní výběrový proces pro vytvoření řídícího výboru směrnic a rovněž pro výběr vedoucích a členů a členek týmů sestavujících jednotlivé kapitoly
- zapojení různých zainteresovaných stran do vývoje SOC-8
- přijetí opatření proti střetu zájmů
- použití procesu Delphi k dosažení konsenzu ohledně doporučení mezi členy a členkami výboru SOC-8
- zapojení nezávislého orgánu z renomované univerzity, který pomáhal vyvíjet metodiku a prováděl nezávislé systematické přehledy literatury
- doporučení byla klasifikována buď jako doporučení (měli by) nebo jako návrh (mohli by) podle důraznosti doporučení
- zapojení nezávislé skupiny klinických akademiků pro kontrolu citací
- zapojení mezinárodních organizací pracujících s transgender a genderově rozmanitou komunitou, členů a členek WPATH a dalších odborných organizací, stejně jako široké veřejnosti, která poskytla zpětnou vazbu během veřejného připomínkového procesu týkajícího se celého dokumentu SOC-8

3. Přehled procesu vývoje a tvorby SOC-8

Jednotlivé kroky v rámci procesu tvorby nové verze Standardů péče:

1. zřízení řídícího výboru směrnic včetně předsedy a spolupředsedů (19. července 2017)
2. stanovení jednotlivých kapitol (rozsahu směrnic)
3. výběr členů a členek zodpovědných za jednotlivé kapitoly na základě odbornosti (březen 2018)
4. výběr týmu pro posouzení důkazů: Univerzita

Johnse Hopkinse (květen 2018)
5. upřesnění témat zahrnutých v SOC-8 a revizních otázek pro systematické posouzení
6. provádění systematických revizí (březen 2019)
7. návrh doporučení
8. hlasování o doporučeních pomocí procesu Delphi (září 2019 – únor 2022)
9. klasifikace doporučení
10. psaní doprovodného textu k doporučením
11. nezávislé ověření referencí použitých v doprovodném textu
12. finalizace návrhu SOC-8 (1. prosince 2021)
13. zpětná vazba k doporučením od Mezinárodního poradního výboru
14. zpětná vazba k celému návrhu SOC-8 během veřejného připomínkového procesu (listopad 2021 – leden 2022)
15. revize konečného návrhu na základě komentářů (leden 2022 – květen 2022)
16. schválení konečného návrhu předsedou a spolupředsedy (10. června 2022)
17. schválení výkonnou radou WPATH
18. publikace SOC-8
19. šíření a překlad SOC-8

3.1. Řídící výbor pro tvorbu doporučení

Řídící výbor směrnic WPATH dohlížel na proces vývoje doporučení v rámci všech jednotlivých kapitol Standardů péče. S výjimkou předsedy (Eli Colemana), který byl jmenován výkonnou radou WPATH, aby zajistil kontinuitu s předchozími edicemi SOC, byli členové a členky řídícího výboru pro tvorbu doporučení vybráni výkonnou radou WPATH z členů a členek WPATH, kteří se na uvedené pozice přihlásili. Byl vypracován popis úkolů pro pozice spolupředsedů, vedoucích kapitol, členů a členek týmů pro sestavování kapitol a zainteresovaných stran. Členové a členky WPATH se mohli na tyto pozice hlásit prostřednictvím přihlášky a přiloženého životopisu. Výkonná rada WPATH hlasovala o pozici spolupředsedy (jeden člen rady se kvůli střetu zájmů nezúčastnil hlasování). Předsedové a spolupředsedové vybírali vedoucí a členy a členky týmů pro sestavování kapitol (stejně jako zainteresované strany) na základě přihlášky a životopisu.

Řídící výbor pro tvorbu doporučení ve Standardech péče, verze č. 8, tvoří

- Eli Coleman, PhD (předseda) profesor, ředitel a akademický předseda, Institut pro sexuální a genderové zdraví, Oddělení rodinného lékařství a komunitního zdraví, Lékařská fakulta Minnesotské univerzity (USA)
- Asa Radix, MD, PhD, MPH (spolupředseda) ředitel pro výzkum a vzdělávání v Callen-Lorde Community Health Center, docent klinické medicíny na New York University, USA
- Jon Arcelus, MD, PhD (spolupředseda) profesor v oblasti duševního zdraví a wellbeingu, čestný poradce pro oblast transgender zdraví, Univerzita v Nottinghamu, Velká Británie
- Karen A. Robinson, PhD (vedoucí, tým pro posouzení vědeckých důkazů) profesorka medicíny, epidemiologie a zdravotní politiky a managementu, Univerzita Johnse Hopkinse, USA

3.2. Výběr témat jednotlivých kapitol

Řídící výbor pro tvorbu doporučení stanovil kapitoly pro zařazení do Standardů péče na základě rešerše zdrojů a revize předchozí verze SOC. Kapitoly zahrnuté ve Standardech péče, verze č.8:

1. Terminologie
2. Globální uplatnění
3. Odhad velikosti populace
4. Vzdělávání*
5. Posouzení dospělých
6. Dospívající
7. Děti
8. Nebinární osoby
9. Eunuchové
10. Intersex osoby
11. Institucionální prostředí
12. Hormonální terapie
13. Operace a pooperační péče
14. Hlas a komunikace
15. Primární péče
16. Reprodukční zdraví
17. Sexuální zdraví
18. Duševní zdraví

* Kapitola Vzdělávání byla původně koncipována tak, aby zahrnovala jak vzdělávání, tak i etickou perspektivu. Pro zpracování části o etice byl nakonec sestaven samostatný výbor. V průběhu psaní kapitoly bylo shledáno, že téma etiky spadá svým rozsahem mimo SOC-8 a vyžaduje další důkladné zkoumání etických implikací v oblasti transgender zdraví.

3.3. Výběr členů a členek týmů pro sestavování kapitol

Výzva k podání přihlášek do revizního výboru SOC-8 (na pozice vedoucích nebo členů či členek týmů pro sestavování kapitol) byla zaslána všem členům a členkám WPATH. Předsedové řídícího výboru směrnic jmenovali členy a členky zodpovědné za jednotlivé kapitoly tak, aby v rámci těchto týmů zajistili zastoupení různých oborů a perspektiv.

Vedoucí a členové a členky vybraní pro jednotlivé kapitoly museli být řádně zapsáni ve WPATH se splněnými členskými povinnostmi a s odborností v oblasti transgender zdraví, alespoň ohledně jednoho tématu zahrnutého v příslušné kapitole. Vedoucí týmů pro jednotlivé kapitoly podávali zprávy řídícímu výboru směrnic a byli zodpovědní za koordinaci práce členů a členek jejich týmů. Členové a členky těchto týmů pak byli odpovědní přímo vedoucím příslušné kapitoly.

Každý tým pro sestavování kapitol také zahrnoval zainteresované strany přinášející perspektivy z advokační práce v oblasti zdraví transgender osob nebo práce v komunitě nebo jako člen či členka rodiny, která zahrnuje transgender dítě, sourozence, partnera či partnerku, rodiče atd. Zainteresované osoby nemusely být řádnými členy či členkami WPATH.

Členové a členky týmů pro jednotlivé kapitoly zastávali tuto úlohu:

- podílet se na sestavování a zdokonalování revizních otázek
- číst a komentovat všechny materiály zpracované týmem pro posouzení vědeckých důkazů
- kriticky posoudit zpracované návrhy, včetně návrhu zprávy o vědeckých důkazech
- přezkoumat a posoudit vědecké důkazy a návrh doporučení
- účastnit se procesu metodou Delphi určené k hledání konsenzu
- vytvářet text na podporu doporučujících prohlášení
- posoudit u každého prohlášení sílu daného doporučení
- posoudit a řešit komentáře od předsedů v průběhu celého procesu
- navrhovat obsah kapitol
- posoudit komentáře z procesu veřejného připomínkování a pomoci s vývojem revize směrnic
- přispívat obsahem a angažovat se v šíření směrnic

Vedoucím a členům a členkám týmů pro sestavování kapitol bylo podle potřeby poskytnuto školení. Cílilo na formulaci a zdokonalení otázek (např. použití systému PICO), posouzení vědeckých dat, zpracování doporučení, vyhodnocení síly vědeckých důkazů a doporučení a informace o plánu a procesu vývoje směrnic.

Celkem bylo jmenováno 26 vedoucích kapitol (některé kapitoly vyžadovaly spolu-vedoucí), 77 členů a členek kapitol a 16 zainteresovaných osob. Celkem bylo vybráno 127 osob. Během procesu tvorby SOC opustilo tým 8 osob z osobních důvodů nebo kvůli pracovní vytíženosti. Konečný počet autorů a autorek SOC-8 je tedy 119.

3.4. Výběr týmu pro posouzení vědeckých důkazů

Výkonná rada WPATH vydala výzvu k podání přihlášek pro členy a členky týmu pro posouzení vědeckých důkazů. V případě Standardů péče, verze č. 8 pověřila výkonná rada WPATH tímto úkolem tým pro posouzení vědeckých důkazů Univerzity Johnse Hopkinse pod vedením Karen Robinson.

- Karen A. Robinson, Ph.D. (vedoucí týmu pro posouzení vědeckých důkazů), profesorka medicíny, epidemiologie a zdravotní politiky a managementu na Univerzitě Johnse Hopkinse, USA.

Dr. Robinson také podpořila řídící výbor v procesu sestavování SOC-8 radou a školením ohledně sestavování otázek a doporučení na základě systému PICO, metody Delphi, stejně jako velmi přísnou systematickou revizí literatury v oblastech, kde byly dostupné přímé důkazy.

Střet zájmů

Členové řídícího výboru pro tvorbu doporučení, vedoucí a členové a členky kapitol a členové a členky týmu pro přezkum vědeckých důkazů byli požádáni, aby v souvislosti se svou osobou uvedli jakýkoli možný střet zájmů. Kromě potenciálních finančních a konkurenčních zájmů nebo konfliktů byly také reportovány osobní nebo přímé pracovní vztahy s předsedou, spolupředsedou nebo členem či členkou výkonné rady WPATH nebo pozice v rámci výkonné rady WPATH.

3.5. Upřesnění témat a revize otázek

Tým pro posouzení vědeckých důkazů abstrahoval prohlášení o doporučeních z předchozí verze

Standardů péče. Na základě poznatků týmu pro posouzení vědeckých důkazů určil řídící výbor pro tvorbu standardů spolu s vedoucími kapitol:

- doporučení, která potřebovala aktualizaci
- nové oblasti, které vyžadují doporučení

3.6. Provedení systematického přezkumu

Členové kapitoly sestavili otázky, které pomohly k vytvoření doporučení. Pro otázky způsobilé pro systematickou revizi sestavil tým pro posouzení vědeckých důkazů revizní otázky specifikující populaci, intervence, srovnání a výsledky (elementy PICO). Tým pro posouzení důkazů prováděl systematické revize. Tým pro posouzení důkazů prezentoval tabulky s důkazy a další výsledky systematických revizí relevantním členům a členkám kapitoly pro získání zpětné vazby.

Protokol

Pro každou revizní otázku nebo téma byl vyvinut vhodný samostatný detailní protokol systematického přezkumu. Každý protokol byl zaregistrován na PROSPERO.

Vyhledávání literatury

Tým pro posouzení vědeckých důkazů navrhl vyhledávací strategii vhodnou pro jednotlivé výzkumné otázky, včetně vyhledávání v databázích MEDLINE®, Embase™ a Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). Vyhledával ale i v dalších databázích, pokud to bylo považováno pro danou výzkumnou otázku za vhodné. Vyhledávací strategie zahrnovala MeSH a textové termíny a nebyla omezena pouze na určité jazykové verze publikace či data publikace.

Tým pro přezkum vědeckých důkazů manuálně prohledal seznamy referencí všech zahrnutých článků a relevantních systematických revizí s datací v nedávné době. Další relevantní studie byly vyhledávány na ClinicalTrials.gov.

Vyhledávání bylo aktualizováno během procesu peer review. Literatura zahrnutá do systematického posouzení byla většinou založena na kvantitativních studiích provedených v Evropě, USA nebo Austrálii. Jsme si vědomi zkreslení způsobeného perspektivou globálního severu, která nevěnuje dostatečnou pozornost rozmanitosti prožívaných zkušeností a perspektiv v rámci transgender a genderově rozmanitých (TGR) komunit po celém světě. Tato nerovnováha reprezentace v literatuře poukazuje na výzkumnou a praktickou mezeru, kterou by měli v budoucnu řešit odborníci a odbornice v oblasti výzkumu a zdravotnictví za účelem zajištění rovného přístupu k podpoře pro všechny TGR osoby bez ohledu na jejich genderovou identifikaci.

Výběr studie

Tým pro posouzení vědeckých důkazů na základě informací od vedoucích pracovních týmů pro sestavování kapitol předem definoval kritéria způsobilosti pro každou výzkumnou otázku.

Dva recenzenti z týmu pro posouzení důkazů nezávisle revidovali nadpisy, abstrakty a celé texty článků a hodnotili, zda splňují kritéria k zařazení. Oba recenzenti museli souhlasit, že studie splňuje alespoň jedno kritérium pro vyloučení, aby byla vyloučena. Rozdílné názory ohledně způsobilosti článků k zařazení řešili recenzenti diskuzí.

Extrakce dat

Tým pro posouzení vědeckých důkazů použil standardizované formuláře pro abstrakci dat o obecných charakteristikách studie, charakteristikách účastníků, intervencích a měřeních. Jeden recenzent abstrahoval data a druhý abstrahovaná data potvrzoval.

Vyhodnocení rizika zkreslení

Dva recenzenti z týmu pro posouzení vědeckých důkazů nezávisle vyhodnotili riziko předpojatosti u všech jednotlivých studií. U randomizovaných kontrolovaných studií byl použit nástroj Cochrane Risk of Bias. U observačních studií byl použit nástroj Risk of Bias in Non-Randomized Studies of Interventions (ROBINS-I). Pokud to bylo považováno za vhodné, byly zváženy a vyhodnoceny dostupné nedávno provedené systematické revize pomocí nástroje ROBIS.

Syntéza a analýza dat

Tým pro posouzení vědeckých důkazů sestavil tabulky s důkazy, které detailně popisují data abstrahovaná ze zahrnutých studií. Členové a členky pracovních skupin pro jednotlivé kapitoly tyto tabulky přezkoumali a opřipomínkovali.

Hodnocení důkazů

Tým pro posouzení důkazů přiřadil důkazům stupně podle metodologie GRADE. Síla důkazů byla získána pomocí předem definovaných kritických výsledků pro každou otázku a hodnocením omezení individuální kvality studie/rizika zkreslení, konzistence, přímosti, přesnosti a zkreslení výzkumných zpráv.

3.7. Sestavení doporučení

Vedoucí a členové a členky kapitol navrhli znění uvedených doporučení. Tato doporučení byla formulována tak, aby byla proveditelná, praktická a měřitelná.

Doporučení založená na vědeckých důkazech vycházejí z výsledků systematických a podkladových revizí literatury a na konsenzuálně postavených odborných názorech.

Předseda, spolupředsedové a vedoucí kapitol přezkoumali a odsouhlasili všechna doporučení z hlediska jasnosti a konzistentnosti jejich formulace. Během tohoto posouzení a celého procesu byla také věnována pozornost tomu, aby se jednotlivé kapitoly nepřekrývaly.

Řada týmů pro sestavování kapitol musela spolupracovat, aby byla zajištěna konzistence uvedených doporučení. Někteří autoři a autorky například přispívali do kapitoly týkající se dětí i dospívajících, která je nyní rozdělena do dvou samostatných kapitol, aby byla zajištěna konzistence mezi oběma kapitolami. Z podobného důvodu, pokud to bylo možné, spolupracovala pracovní skupina s dalšími pracovními skupinami pro sestavování kapitol na tématech sdílených mezi kapitolami (např. Děti, Posouzení dospělých, Hormonální terapie, Operace a pooperační péče a Reprodukční zdraví).

3.8. Schválení doporučení pomocí procesu Delphi

Formální konsenzus u všech doporučení byl dosažen pomocí procesu Delphi (strukturovaný požadavek na odborné posudky ve třech kolech). Aby bylo doporučení schváleno, muselo minimálně 75% hlasujících prohlášení schválit. Minimálně 65% členů a členek týmu SOC-8 se muselo zúčastnit procesu Delphi u všech jednotlivých doporučení. Ti, kdo s doporučením nesouhlasili, museli svůj nesouhlas zdůvodnit, aby mohlo být prohlášení podle této zpětné vazby upraveno (nebo vyjmuto). Po úpravě bylo doporučení znovu projednáno na základě procesu Delphi. Pokud nebylo schváleno po třech kolech, bylo ze SOC vyjmuto. Všichni členové či členky týmu SOC se účastnili hlasování o každém jednotlivém doporučení. Míra odezvy se pohybovala mezi 74,79% a 94,96% u jednotlivých doporučení.

3.9. Kritéria stupňování doporučení

Jakmile prošlo doporučení procesem Delphi, členové a členky kapitoly zhodnotili každé z nich pomocí procesu adaptovaného z rámce Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations (GRADE). Tento transparentní rámec je určen pro vývoj a prezentaci souhrnů důkazů a poskytuje systematický přístup pro tvorbu doporučení klinické praxe (Guyatt a kol., 2011). Doporučení byla hodnocena na základě faktorů, jako jsou:

- porovnání potenciálních přínosů a rizik
- míra důvěry v toto porovnání nebo kvalitu důkazů
- hodnoty a preference poskytovatelů a klientů a klientek
- využití zdrojů a proveditelnost

Doporučení byla klasifikována následovně:

- silná doporučení („doporučujeme“, „měli by“ atd.) se týkají intervencí/terapie/strategií, kde:
  - jsou dostupné důkazy vysoké kvality
  - jsou odhady vysokého účinku intervencí/terapie/strategií (tj. existuje vysoká míra jistoty, že efekt bude v praxi dosažen)
  - je známo pouze málo rizik této terapie/intervencí/strategií
  - existuje vysoká míra akceptace mezi poskytovateli a klienty či klientkami nebo těmi, na koho se doporučení vztahuje.
- slabá doporučení („navrhujeme“) se týkají intervencí/terapie/strategií, kde:
  - existují slabá místa v důkazní základně
  - existuje určitá míra pochybností o efektu, který lze v praxi očekávat
  - je potřeba vyvážit potenciální přínosy a nevýhody intervencí/terapií/strategií
  - pravděpodobně bude existovat různý stupeň akceptace mezi poskytovateli a klienty a klientkami nebo těmi, na koho se doporučení vztahuje.

3.10. Zdůvodnění k jednotlivým doporučením

Na základě vyhodnocení doporučení sestavily pracovní skupiny jednotlivých kapitol texty, které přinášejí jejich zdůvodnění. Uvádějí dostupné důkazy, podrobnosti ohledně potenciálních přínosů a rizik či nejasností a informace o implementaci doporučení, včetně očekávaných bariér nebo problémů. Reference byly vytvořeny ve stylu APA-7 tak, aby podpořily informace uvedené v textu. Podle potřeby byly také poskytnuty odkazy na zdroje. Texty byly přezkoumány a schváleny předsedou a spolupředsedy, včetně zhodnocení důraznosti jednotlivých doporučení.

3.11. Externí validace referencí použitých k podpoře doporučení

Skupina nezávislých klinických akademiků pracujících v oblasti transgender zdraví přezkoumala reference v jednotlivých kapitolách, aby ověřila, že byly vhodně použity k podpoře textu. Jakékoli dotazy ohledně referencí byly odeslány zpět týmům pro zpracování kapitol ke kontrole.

3.12. Finalizace návrhu SOC-8

Finální návrh SOC-8 byl zveřejněn k připomínkám.

3.13. Předání Standardů péče mezinárodním poradcům k přezkoumání

Doporučení Standardů péče, verze č. 8 byla předána širšímu reviznímu výboru Standardů péče a mezinárodní poradní skupině WPATH, která zahrnovala sdružení Asia Pacific Transgender Network (APTN), Global Action for Transgender Equality (GATE), International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex Association (ILGA) a Transgender Europe (TGEU).

3.14. Veřejný proces připomínkování

Revidovaný návrh Standardů péče byl zveřejněn online na webových stránkách WPATH k připomínkám ze strany veřejnosti, včetně členů a členek WPATH. Pro připomínky bylo vyčleněno šestitýdenní období. Celkem 1 279 osob připojilo k návrhu celkem 2 688 komentářů.

3.15. Revize konečného návrhu na základě připomínek

Vedoucí kapitol a řídící výbor směrnic posoudili získanou zpětnou vazbu a provedli potřebné úpravy. Všechny veřejné připomínky byly prostudovány a pokud to bylo vhodné, integrovány do doprovodného textu.

V rámci tohoto procesu byla vyvinuta tři nová doporučení na základě Delphi a dvě byla dostatečně upravena a vyžadovala nové hlasování výboru SOC-8. To znamenalo, že v lednu 2022 byl zahájen nový proces Delphi. Výsledky tohoto procesu byly přijaty týmy kapitol a nová doporučení byla podle potřeby přidána nebo upravena. Byl přidán nový doprovodný text.

Všechny nové verze kapitol byly znovu přezkoumány předsedou a spolupředsedy a následně byly navrženy jejich změny nebo úpravy. Ve chvíli, kdy byli předseda a členové a členky týmu příslušné kapitoly spokojeni s návrhem, byla kapitola finalizována.

Všechny nové reference byly dvakrát zkontrolovány nezávislým členem.

3.16. Schválení konečného návrhu předsedou a spolupředsedy

Úpravy byly přezkoumány předsedou a spolupředsedy a přijaty.

3.17. Schválení výkonnou radou WPATH

Finální dokument byl předložen výkonné radě WPATH ke schválení a byl schválen 20. června 2022.

3.18. Publikace a šíření Standardů péče SOC-8

Standardy péče byly široce distribuovány v mnoha různých formátech, včetně publikace v International Journal of Transgender Health (oficiální vědecký časopis vydávaný WPATH).

4. Plán aktualizací

Vznik nového vydání SOC (SOC-9) je plánováno až v době, kdy budou zajištěny významné nové vědecké důkazy a/nebo nastanou významné změny v oboru, které vyžadují novou edici.

*Vývoj SOC-8 představoval komplexní proces, který probíhal v době pandemie COVID-19 a v mnoha částech světa panovala politická nejistota. Členové a členky SOC-8 pracovali na SOC-8 nad

rámec svého běžného zaměstnání a většina schůzek probíhala mimo jejich pracovní dobu a během víkendů na platformě Zoom. Osobní setkání probíhala jen velmi zřídka, většinou v rámci konferencí WPATH, USPATH nebo EPATH. Členové a členky výboru SOC-8 neobdrželi za účast na tomto procesu žádný honorář.

Příloha B SLOVNÍČEK POJMŮ

CISGENDER OSOBA* je osoba, jejíž genderová identita v současnosti odpovídá pohlaví, které jí bylo přiřazeno při narození.

DETRANZICE je termín, který se někdy používá coby popis procesu návratu k genderu typicky spojenému s pohlavím, které bylo dané osobě přiřazeno při narození.

EUNUCH označuje osobu s přiřazeným mužským pohlavím při narození, jejíž varlata byla chirurgicky odstraněna nebo znefunkčněna a která se identifikuje jako eunuch. Liší se od standardní lékařské definice tím, že vylučuje osoby, které se jako eunuch neidentifikují.

OSOBA IDENTIFIKUJÍCÍ SE JAKO EUNUCH: Osoba, která cítí, že její pravé já lze nejlépe vyjádřit termínem eunuch. Tyto osoby obvykle touží po chirurgickém odstranění nebo znefunkčnění svých reprodukčních orgánů.

GENDER: V závislosti na kontextu může gender odkazovat na genderovou identitu, genderové vyjádření a/nebo sociální genderovou roli, včetně chápání a očekávání kulturně vázaných na osoby, kterým bylo při narození přiřazeno mužské nebo ženské pohlaví. Mezi genderové identity jiné než mužské a ženské (které mohou být buď cisgender nebo transgender) patří mimo jiné transgender, nebinární, genderqueer, genderově neutrální, agender, genderově fluidní a „třetí" pohlaví; ve světě je uznáváno mnoho dalších genderových identit.

GENDEROVÁ AFIRMACE znamená uznání nebo potvrzení genderové identity. Obvykle se chápe v sociálním, psychologickém, lékařském a právním kontextu. Genderová afirmace nebo potvrzení genderu se používá místo termínu tranzice (jako v případě lékařské genderové afirmace) nebo i jako přídavné jméno (jako v případě genderově afirmativní péče).

GENDEROVĚ AFIRMATIVNÍ OPERACE se používá k popisu chirurgických zákroků vedoucích ke změně primárních a/nebo sekundárních pohlavních charakteristik k potvrzení genderové identity.

GENDEROVÁ BINARITA odkazuje na koncept, že existují pouze dva gendery, muži a ženy; očekávání, že každý musí být jedním nebo druhým; a že všichni muži mají mužské pohlaví a všechny ženy mají ženské pohlaví.

GENDEROVĚ ROZMANITÁ OSOBA je termín používaný k popisu lidí s genderovými identitami a/nebo projevy, které se liší od sociálních a kulturních očekávání přisuzovaných jejich pohlaví přiřazenému při narození. To může kromě mnoha dalších kulturně rozmanitých identit zahrnovat i lidi, kteří se identifikují jako nebinární, genderově expanzivní, genderově nekonformní a další, kteří se neidentifikují jako cisgender.

GENDEROVÁ DYSFORIE popisuje stav úzkosti nebo nepohodlí, které může člověk zažívat, protože se jeho genderová identita liší od toho, co je fyzicky a/nebo sociálně přisuzováno jeho při narození přiřazenému pohlaví. Genderová dysforie je také diagnostický termín v DSM-5, který označuje nesoulad mezi pohlavím přiřazeným při narození a prožívaným genderem doprovázeným úzkostí. Ne všichni transgender a genderově rozmanití lidé zažívají genderovou dysforii.

GENDEROVĚ EXPANZIVNÍ je přídavné jméno často používané k popisu lidí, kteří se identifikují nebo vyjadřují způsoby, které rozšiřují sociálně a kulturně definované chování nebo přesvědčení spojené s konkrétním pohlavím. Někdy se také používá termín „genderově kreativní". Termín „genderově variantní" byl používán v minulosti a postupně mizí z profesionálního užívání kvůli negativním konotacím, které jsou s ním nyní spojeny.

GENDEROVÉ VYJÁDŘENÍ odkazuje na to, jak člověk v běžném životě a v kontextu své kultury a společnosti projevuje svůj gender. Vyjádření genderu prostřednictvím fyzického vzhledu může zahrnovat oblečení, účes, doplňky, kosmetiku, hormonální a chirurgické intervence, stejně jako způsoby a vzorce chování, řeč a jména. Genderový projev nemusí nutně odpovídat genderové identitě dané osoby.

GENDEROVÁ IDENTITA odkazuje na hluboce prožívaný niterný pocit vlastního genderu.

GENDEROVÝ NESOULAD je diagnostický termín používaný v MKN-11, který popisuje výrazné a trvalé prožívání nesouladu mezi genderovou identitou a genderem předpokládaným na základě pohlaví přiřazeného při narození.

INTERSEX odkazuje na lidi narozené s pohlavními nebo reprodukčními charakteristikami, které se vymykají binárním definicím ženy nebo muže.

MISGENDERING odkazuje na situace, kdy jsou použity jazykové prostředky, které neodráží gender, se kterým se osoba identifikuje. To může být gramatický rod, zájmeno (on/jeho, ona/její, oni/jejich) nebo forma oslovení (pan, paní…).

NEBINÁRNÍ OSOBA se vztahuje na osoby s genderovou identitou mimo genderovou binárnost. Lidé s nebinární genderovou identitou se mohou identifikovat částečně jako muž a částečně jako žena nebo se někdy identifikovat jako muž a někdy jako žena, identifikovat se jako jiné pohlaví než muž nebo žena nebo se vůbec genderově neidentifikovat. Nebinární osoby mohou používat zájmena oni/jejich místo on/jeho nebo ona/její. Někteří nebinární lidé se považují za transgender nebo trans osoby; někteří se za ně

nepovažují, protože trans osoby považují za součást binárního pohlaví. Jako deskriptor pro nebinární se někdy používá zkratka NB nebo „enby“. Příklady nebinárních genderových identit jsou genderqueer, genderově rozmanitý, genderfluid, demigender, bigender a agender.

RETRANZICE se vztahuje na druhou nebo následnou tranzici, ať už sociální, lékařskou nebo úřední. Retranzice může představovat přechod z jednoho binárního nebo nebinárního genderu na jiný binární nebo nebinární gender. Lidé mohou přejít k jinému genderu vícekrát. K retranzici může dojít z mnoha důvodů, včetně vývoje genderové identity, obav ohledně zdravotního stavu, rodinných/společenských obav a finančních problémů.

POHLAVÍ PŘIŘAZENÉ PŘI NAROZENÍ odkazuje na status osoby jako muže, ženy nebo intersex osoby na základě tělesných charakteristik. Pohlaví je obvykle přiřazeno při narození na základě vzhledu vnějších pohlavních orgánů. AFAB je zkratka pro „assigned female at birth“ (přiřazené ženské pohlaví při narození). AMAB je zkratka pro „assigned male at birth“ (přiřazené mužské pohlaví při narození).

SEXUÁLNÍ ORIENTACE odkazuje na sexuální identitu, přitažlivost a chování osoby vzhledem k ostatním osobám na základě vlastního a partnerova či partnerčina genderu a/nebo pohlavních charakteristik. Sexuální orientace a genderová identita jsou oddělené pojmy.

TRANSGENDER nebo trans jsou zastřešující termíny používané k popisu osob, jejichž genderová identita a/nebo genderové vyjádření neodpovídají tomu, co se typicky očekává pro pohlaví, které jim bylo přiřazeno při narození. Tyto termíny by vždy měly být používány jako přídavná jména (např. „trans lidé“) a nikdy jako podstatná jména (např. „transgendeři“) či jako slovesa (např. „transgenderovat“).

TRANSGENDER MUŽI nebo **TRANS MUŽI** nebo **MUŽI S TRANS ZKUŠENOSTÍ** jsou lidé s mužskou genderovou identitou, kterým bylo při narození přiřazeno ženské pohlaví. Mohou, ale nemusí absolvovat nějakou formu tranzice. FTM nebo Female-to-Male jsou starší termíny, od kterých se postupně upouští.

TRANSGENDER ŽENY nebo **TRANS ŽENY** nebo **ŽENY S TRANS ZKUŠENOSTÍ** jsou osoby s ženskou genderovou identitou, kterým bylo při narození přiřazeno mužské pohlaví. Mohou, ale nemusí absolvovat nějakou formu tranzice. MTF nebo Male-to-Female jsou starší termíny, od kterých se postupně upouští.

TRANZICE odkazuje na proces, při kterém lidé obvykle mění genderové vyjádření spojené s jejich pohlavím přiřazeným při narození na jiné genderové vyjádření, které lépe odpovídá jejich genderové identitě. Lidé mohou podstoupit sociální tranzici prostřednictvím změn, jako je změna jména, gramatického rodu, zájmen, oblečení, účesu a/nebo způsobu chování a mluvy. Tranzice může, ale nemusí zahrnovat hormony a/nebo operace, které způsobují tělesné změny. Tranzice může odkazovat k popisu procesu změny genderového vyjádření z jakéhokoli genderu na jiný. Lidé mohou během svého života podstoupit tranzici i vícekrát.

TRANSFOBIE odkazuje na negativní postoje, přesvědčení a činy směřované vůči transgender a genderově rozmanitým lidem coby samostatné skupině. Transfobie se může odehrávat na strukturální úrovni formou diskriminačních politik a praxe nebo velmi specifickým a osobním způsobem. Transfobie může být také internalizována v případech, kdy transgender a genderově rozmanití lidé přejímají a zrcadlí tyto předsudky o sobě samých nebo o ostatních transgender a genderově rozmanitých lidech. I když může být transfobie někdy neúmyslným důsledkem neznalosti spíše než nepřátelského postoje, její dopady nejsou zanedbatelné. Místo transfobie se můžeme setkat i se souslovím „předsudečnost vůči transgender osobám“.

Příloha C GENDEROVĚ AFIRMATIVNÍ HORMONÁLNÍ TERAPIE

Tabulka 1. Předpokládaný časový průběh změn v reakci na genderově afirmativní hormonální terapii

Testosteronový režim		
Efekt	**Nástup**	**Maximum**
Zvýšená produkce kožního mazu/akné	1–6 měsíců	1–2 let
Růst vousů/ochlupení	6–12 měsíců	>5 let
Vypadávání vlasů	6–12 měsíců	>5 let
Nárůst svaloviny/síly	6–12 měsíců	2–5 let
Změna rozložení tělesného tuk	1–6 měsíců	2–5 let
Vymizení menstruačního cyklu	1–6 měsíců	1–2 let
Zvětšení klitorisu	1–6 měsíců	1–2 let
Atrofie pochvy	1–6 měsíců	1–2 let
Prohloubení hlasu	1–6 měsíců	1–2 let
Estrogenové a anti-androgenové režimy		
Změna rozložení tělesného tuku	3–6 měsíců	2–5 let
Úbytek svaloviny a síly	3–6 měsíců	1–2 let
Zjemnění kůže/snížená produkce kožního mazu	3–6 měsíců	Není známo
Snížené libido	1–3 měsíců	Není známo
Menší míra spontánní erekce	1–3 měsíců	3–6 měsíců
Snížená produkce spermatu	Není známo	2 let
Růst prsou	3–6 měsíců	2–5 let
Zmenšení objemu varlat	3–6 měsíců	Proměnlivé
Snížený růst ochlupení	6–12 měsíců	> 3 roky
Zvýšený růst vlasů	Proměnlivé	Proměnlivé
Změny hlasu	Žádné	

Převzato a upraveno ze studie Hembree a kol, 2017.

Tabulka 2. Rizika spojená s genderově afirmativní hormonální terapií (zvýrazněna jsou klinicky významná rizika) (Převzato a aktualizováno ze SOC-7)

MÍRA RIZIKA	Estrogenový režim	Testosteronový režim
Pravděpodobnost zvýšeného rizika	Venózní tromboembolismus	Polycytémie
	Neplodnost	Neplodnost
	Hyperkalemie	Akné
	Hypertriglyceridemie	Androgenní alopecie
	Přibírání na váze	Hypertenze
		Spánková apnoe
		Přibírání na váze
		Snížený HDL cholesterol a zvýšený LDL cholesterol
Pravděpodobnost zvýšeného rizika při přítomnosti dalších rizikových faktorů	Kardiovaskulární nemoci	Kardiovaskulární nemoci
	Cerebrovaskulární nemoci	Hypertriglyceridemie
	Meningiomy[c]	
	Polyurie/Dehydratace[s]	
	Cholelitiáza	
Možné zvýšené riziko	Hypertenze	Typ 2 diabetes
	Erektilní dysfunkce	Kardiovaskulární nemoci
Možné zvýšené riziko při přítomnosti dalších rizikových faktorů	Diabetes 2. typu	Typ 2 diabetes
	Nízká kostní hmotnost/ Osteoporóza	Kardiovaskulární nemoci
	Hyperprolaktinémie	
Žádné nebo nejednoznačné zvýšené riziko	Rakovina prsu a prostaty	Rakovina prsu, děložního čípku, vaječníků, dělohy
		Nízká kostní hmotnost/ Osteoporóza

[c]cyproteronový režim
[s]spironolaktonový režim

Tabulka 3. Genderově afirmativní hormonové režimy u transgender a genderově rozmanité mládeže (převzato z pokynů americké Endokrinologické společnosti; Hembree a kol., 2017)

Indukce ženské puberty (estrogenový režim) s orálním 17ß-estradiolem
Zahájení s dávkou 5 µg/kg/den a každých 6 měsíců zvýšení o 5 µg/kg/den až po dosažení 20 µg/kg/den podle úrovní estradiolu.
Dávka pro dospělé = 2-6 mg/den.
U postpubertálních TGR dospívajících může být dávka 17ß-estradiolu zvyšována rychleji:
1 mg/den po dobu 6 měsíců a následně 2 mg/den a dále podle hladin estradiolu.
Indukce ženské puberty (estrogenový režim) s transdermálním 17ß-estradiolem
Počáteční dávka 6,25-12,5 µg/24 hodin (dělení 24 g náplasti na ¼ a pak na ½).
Každých 6 měsíců titrace o dalších 12,5 µg/24 hodin podle hladin estradiolu.
Dávka pro dospělé = 50-200 µg/24 hodin.
Alternativy po dosažení dávky pro dospělé (Tabulka č. 4).
Indukce mužské puberty (testosteronový režim) s estery testosteronu
25 mg/m2/2 týdny (alternativně poloviční dávka týdně).
Zvýšení o 25 mg/m2/2 týdny každých 6 měsíců dokud není dosažena dospělá dávka a cílová hladina testosteronu. Viz alternativy pro testosteron (Tabulka 4).

Tabulka 4. Hormonální režimy u transgender a genderově rozmanitých dospělých*

Estrogenový režim (trans-femininní osoby)		
Estrogen	Orální nebo sublingvální podání	
	Estradiol	2,0-6,0 mg/den
	Transdermální podání	
	Estradiol transdermální náplast	0,025-0,2 mg/den
	Estradiol gel různé	‡ denně na kůži
	Parenterální podání	
	Estradiol valerát nebo cypionát	5-30 mg IM každé 2 týdny 2-10 IM každý týden
Antiandrogeny	SpironolaKtone	100-300 mg/den
	Cyproteron acetát	10 mg/den**
	Agonista GnRH	3,75-7,50 mg SQ/IM měsíčně
	Agonista GnRH, depotní formulace	11,25/22,5 mg SQ/IM 3/6 měsíčně
‡ Aplikované množství se liší dle formulace a síly přípravku		
Testosteronový režim (trans-maskulinní osoby)		
Transgender muži		
Testosteron	Parenterální aplikace	
	Testosteron enantát/cypionát	50–100 IM/SQ týdně nebo 100–200 IM každé 2 týdny
	Testosteron undekanoát	1000 mg IM každých 12 týdnů nebo 750 mg IM každých 10 týdnů
	Transdermální testosteron	
	Testosteron gel	50-100 mg/den
	Testosteron transdermální náplast	2,5-7,5 mg/den

*Titrací zvyšujeme nebo snižujeme dávky tak, aby hladiny pohlavních hormonů spadaly do efektivního rozmezí. Hormonální režimy nezohledňují všechny formulace, které jsou globálně dostupné v lékárnách. Hormonální režimy bude v některých případech nutné uzpůsobit místně dostupným přípravkům.

**Kuijpers a kol. (2021).

Tabulka 5. Monitorování hormonů u transgender a genderově rozmanitých osob podstupujících genderově afirmativní hormonální terapii (převzato z pokynů americké Endokrinologické společnosti)

Transgender muži nebo trans-maskulinní osoby (včetně genderově rozmanitých/nebinárních osob)

1. Vyhodnocení účinku přibližně každé 3 měsíce (s úpravami dávky) v prvním roce a jednou až dvakrát ročně poté tak, aby byly monitorovány žádoucí tělesné změny v reakci na testosteron.
2. Měření celkového testosteronu v séru každé 3 měsíce (s úpravami dávky) dokud není dosaženo cílových hladin:
   a. V případě aplikace parenterálního testosteronu by měl být celkový testosteron v séru měřen uprostřed intervalu mezi injekcemi. Cílová hladina je 400-700 ng/dL. Další možností je měřit maximální a minimální hodnoty, aby bylo možné zajistit hodnoty hladin v rozmezí referenčních hodnot pro muže.
   b. U parenterálního testosteronu undekanoátu by měl být testosteron měřen těsně před další injekcí. Pokud je hladina < 400 ng/dL, upravte interval dávkování.
   c. U transdermálního testosteronu lze hladinu testosteronu měřit nejdříve po 1 týdnu každodenní aplikace (alespoň 2 hodiny po aplikaci přípravku).
3. Měření hematokritu nebo koncentrace hemoglobinu na začátku a přibližně každé 3 měsíce (s úpravami dávky) po dobu prvního roku aplikace a poté jednou až dvakrát ročně.

Transgender ženy nebo trans-femininní osoby (včetně genderově rozmanitých/nebinárních osob)

1. Vyhodnocení účinku přibližně každé 3 měsíce (s úpravami dávky) v prvním roce a jednou až dvakrát ročně poté, aby byly monitorovány žádoucí tělesné změny v reakci na estrogen:
   a. Hladina testosteronu v séru by měla být nižší než 50 ng/dL.
   b. Hladina estradiolu by měla být v rozmezí 100-200 pg/mL.
2. U osob, u kterých je aplikován spironolakton, by měly být monitorovány sérové elektrolyty, zejména draslík, a funkce ledvin, zejména kreatinin.
3. Dodržování primární péče podle doporučení v Kapitole Primární péče.

Příloha D SOUHRNNÁ KRITÉRIA PRO HORMONÁLNÍ A CHIRURGICKÉ INTERVENCE U DOSPĚLÝCH A DOSPÍVAJÍCÍCH

Pokyny SOC-8 mají být flexibilní, aby odpovídaly různorodým potřebám z hlediska zdravotní péče o TGR osoby v různých částech světa. Přestože je lze adaptovat, nabízejí konsenzuální standardy sestavené na základě nejlepších dostupných vědeckých důkazů pro podporu optimální zdravotní péče a vedení lékařských intervencí u osob s genderovým nesouladem. Stejně jako ve všech předchozích verzích SOC jsou kritéria uvedená v tomto dokumentu pro genderově afirmativní intervence klinickými pokyny; jednotliví odborníci a odbornice a týmy je mohou po konzultaci s osobami s TGR upravit. Ke klinickým odchylkám od SOC může dojít v důsledku jedinečné anatomické, sociální nebo psychické situace TGR osoby, dále kvůli způsobu řešení běžných situací zkušeným zdravotnickým pracovníkem, v důsledku výzkumného protokolu, nedostatku zdrojů v různých částech světa nebo potřeby specifických strategií pro snižování škod. Tyto odchylky by měly být uznány, projednány s TGR osobou a zdokumentovány. Tato dokumentace je cenná i pro shromažďování nových údajů, které lze zpětně zkoumat, aby se zdravotní péče a SOC mohly vyvíjet. Tato souhrnná kritéria je třeba číst společně s příslušnými kapitolami (viz kapitoly Posouzení dospělých a Dospívající).

SOUHRNNÁ KRITÉRIA PRO DOSPĚLÉ

Týkající se procesu posouzení:

- Odborníci a odbornice, kteří posuzují transgender a genderově rozmanité dospělé vyžadující genderově afirmativní péči, by měli jejich situaci konzultovat se specialisty a specialistkami z různých disciplín v oblasti trans zdraví a případně je na ně odkázat.*
- Pokud je vyžadována písemná dokumentace nebo dopis k doporučení genderově afirmativní lékařské/chirurgické péče, stačí jeden dopis zahrnující posouzení odbornice či odborníka, který má kompetence k posouzení transgender a genderově rozmanitých osob.

Kritéria pro hormonální terapii:

a. Genderový nesoulad je výrazný a trvalý.
b. Klient či klientka splňuje diagnostická kritéria pro genderový nesoulad před zahájením genderově afirmativní hormonální terapie v regionech, kde je diagnóza nezbytná pro přístup ke zdravotní péči.
c. Klient či klientka prokazuje schopnost dát souhlas s konkrétní genderově afirmativní hormonální terapií.
d. Byly identifikovány a vyloučeny jiné možné příčiny zjevného genderového nesouladu.
e. Bylo posouzeno duševní a fyzické zdraví, které by mohlo negativně ovlivnit výsledek terapie, proběhla diskuze o rizicích a přínosech.
f. Klient či klientka rozumí účinku genderově afirmativní hormonální terapie na reprodukci a byly prozkoumány reprodukční možnosti.

Kritéria pro chirurgické zákroky:

a. Genderový nesoulad je výrazný a trvalý.
b. Klient či klientka splňuje diagnostická kritéria pro genderový nesoulad před genderově afirmativním chirurgickým zákrokem v zemích, kde je diagnóza nezbytná pro přístup ke zdravotní péči.
c. Klient či klientka prokazuje schopnost dát souhlas s konkrétním genderově afirmativním chirurgickým zákrokem.
d. Klient či klientka rozumí účinku genderově afirmativního chirurgického zákroku na reprodukci a byly prozkoumány/prodiskutovány reprodukční možnosti.
e. Byly identifikovány a vyloučeny jiné možné příčiny zjevného genderového nesouladu.
f. Bylo posouzeno duševní a fyzické zdraví, které by mohlo negativně ovlivnit výsledek genderově afirmativního chirurgického zákroku, byla prodiskutována rizika a přínosy.
g. Klient či klientka je stabilní ve svém režimu genderově afirmativní hormonální terapie (což může zahrnovat alespoň 6 měsíců hormonální terapie nebo delší období, pokud je to nutné k dosažení požadovaného chirurgického výsledku, pokud hormonální terapie není nežádoucí nebo je z lékařských důvodů kontraindikována).*

*Tato kritéria byla vyhodnocena jako navrhovaná.

SOUHRNNÁ KRITÉRIA PRO DOSPÍVAJÍCÍ

Týkající se procesu posouzení:

- Komplexní biopsychosociální posouzení zahrnující relevantní duševní zdraví a lékař-

ské odborníky;
- Zapojení rodiče/pečovatele do procesu posouzení, pokud není jejich zapojení určeno jako škodlivé pro adolescenta nebo není proveditelné;
- Pokud je vyžadována písemná dokumentace nebo dopis k doporučení genderově afirmativní lékařské/chirurgické péče, stačí jeden dopis s posouzením od člena multidisciplinárního týmu. Tento dopis musí odrážet posouzení a názor týmu, který zahrnuje jak lékaře či lékařky, tak odbornice a odborníky v oblasti duševního zdraví.

Blokace puberty:

a. Genderová rozmanitost/nesoulad jsou výrazné a dlouhotrvající.
b. Klient či klientka splňuje diagnostická kritéria genderového nesouladu v situacích, kde je diagnóza nutná pro přístup ke zdravotní péči.
c. Klient či klientka prokazuje emoční a kognitivní zralost potřebnou k poskytnutí informovaného souhlasu s lékařskými intervencemi.
d. Byly v dostatečné míře řešeny problémy v oblasti duševního zdraví (pokud jsou přítomné), které mohou narušovat diagnostickou jednoznačnost či schopnost souhlasit s genderově afirmativní lékařskou intervencí tak, aby mohla být genderově afirmativní lékařská péče optimální.
e. Klient či klientka byl/a informován/a o vlivu na reprodukci, včetně potenciální ztráty plodnosti a dostupných možnostech zachování plodnosti.
f. Klient či klientka dosáhl/a 2. stupně Tannerovy stupnice.

Hormonální terapie:

a. Genderová rozmanitost/nesoulad je výrazný a dlouhotrvající.
b. Klient či klientka splňuje diagnostická kritéria genderového nesouladu v situacích, kde je diagnóza nutná pro přístup ke zdravotní péči.
c. Klient či klientka prokazuje psychickou a kognitivní zralost potřebnou k poskytnutí informovaného souhlasu s lékařskými intervencemi.
d. Byly v dostatečné míře řešeny problémy v oblasti duševního zdraví (pokud jsou přítomné), které mohou narušovat diagnostickou jednoznačnost či schopnost souhlasit s genderově afirmativní lékařskou intervencí tak, aby mohla být genderově afirmativní lékařská péče optimální.
e. Klient či klientka byl/a informován/a o vlivu na reprodukci, včetně potenciální ztráty plodnosti a dostupných možností na zachování plodnosti.
f. Klient či klientka dosáhl/a 2. stupně Tannerovy stupnice.

Chirurgické zákroky:

a. Genderová rozmanitost/nesoulad jsou výrazné a dlouhotrvající.
b. Klient či klientka splňuje diagnostická kritéria genderového nesouladu v situacích, kde je diagnóza nutná pro přístup ke zdravotní péči.
c. Klient či klientka prokazuje emoční a kognitivní zralost potřebnou k poskytnutí informovaného souhlasu/souhlasu pro lékařské intervence.
d. Byly v dostatečné míře řešeny problémy v oblasti duševního zdraví (pokud jsou přítomné), které mohou narušovat diagnostickou jednoznačnost či schopnost souhlasit s genderově afirmativní lékařskou intervencí tak, aby mohla být genderově afirmativní lékařská péče optimální.
e. Klient či klientka byl/a informován/a o vlivu na reprodukci, včetně potenciální ztráty plodnosti a dostupných možností na zachování plodnosti.
f. Alespoň 12 měsíců genderově afirmativní hormonální terapie nebo déle, pokud je to potřebné, k dosažení požadovaného chirurgického výsledku u genderově afirmativních zákroků, včetně augmentace prsou, orchiektomie, vaginoplastiky, hysterektomie, faloplastiky, metoidioplastiky a operací v oblasti obličeje jako součást genderově afirmativní péče, pokud hormonální terapie není nežádoucí nebo je z lékařských důvodů kontraindikována.

Příloha E GENDEROVĚ AFIRMATIVNÍ CHIRURGICKÉ ZÁKROKY

Z důvodu vývoje v chápání genderového nesouladu a zlepšování technologií, které umožňují nové zákroky, není tento seznam vyčerpávající.To je obzvláště důležité vzhledem k často dlouhým obdobím mezi aktualizacemi Standardů péče, během kterých může dojít ke změně v chápání tématiky a v léčebných metodách.

Tento text obsahuje seznam chirurgických zákroků souvisejících s afirmací genderové identity. Zahrnuje zákroky v oblasti obličeje, prsou/hrudníku, genitálií a další postupy.

OPERACE OBLIČEJE	
Obočí	• Redukce obočí • Zvětšení obočí • Lifting obočí
Posunutí linie vlasů a/nebo transplantace vlasů	
Facelift/midfacelift (po úpravě podkladových kostních struktur)	• Platysmaplastika
Blefaroplastika	• Lipofilling
Rhinoplastika (+/- výplně)	
Lícní kosti	• Implantáty • Lipofilling
Rty	• Zúžení horního rtu • Zvětšení rtů (autologní i neautologní výplně)
	• Dolní čelist • Úprava úhlu čelisti • Zvětšení
Tvarování brady	• Osteoplastika • Aloplastika (na bázi implantátu)
Chondrolaryngoplastika	• Operace hlasivek (viz kapitola o hlasu)
OPERACE PRSOU/HRUDNÍKU	
Mastektomie	• Mastektomie se zachováním/rekonstrukcí bradavek a dvorců podle lékařského rozhodnutí pro konkrétního klienta • Mastektomie bez zachování/rekonstrukce bradavek a dvorců podle lékařského rozhodnutí pro konkrétního klienta
Liposukce	
Rekonstrukce prsou (zvětšení)	• Implantát a/nebo expandér tkáně • Autologní (laloková plastika a lipofilling)
OPERACE GENITÁLIÍ	
Faloplastika (s/bez skrotoplastiky)	• S/bez prodloužení močové trubice • S/bez implanatce protézy (penilní a/nebo testikulární) • S/bez kolpektomie/kolpokleise
Metoidioplastika (s/bez skrotoplastiky)	• S/bez prodloužení močové trubice • S/bez implantace protézy (penilní a/nebo testikulární) • S/bez kolpektomie/kolpokleise
Vaginoplastika (inverzní, peritoneální, střevní)	• Může zahrnovat zachování penisu a/nebo varlat
Vulvoplastika	• Může zahrnovat postupy popsané jako „plochá přední část“
GONADEKTOMIE	
Orchiektomie	
Hysterektomie a/nebo adnexektomie	
MODELACE TĚLA	
Liposukce	
Lipofilling	
Implantáty	• Pektorální, boky, hýždě, lýtka
Plastika oblasti mons pubis/redukce mons pubis	
DALŠÍ PROCEDURY	
Odstranění chloupků: Odstranění chloupků z obličeje, těla a genitálních oblastí pro afirmaci genderu nebo jako součást předoperační přípravy (viz Doporučení 15.14 týkající se odstranění chloupků)	• Elektrolýza • Laserová epilace
Tetování (např. bradavek–dvorců)	
Transplantace dělohy	
Transplantace penisu	

Na českém vydání Standardů péče, verze č. 8, se podíleli a svou expertízou přispěli:

Překlad:
Mgr. Viktor Heumann, překladatel, předseda spolku Transparent z.s. a odborný konzultant na Národním ústavu duševního zdraví

Odborná revize českého překladu SOC-8 a konzultace:
MUDr. Petra Vrzáčková PhD., sexuoložka, gynekoložka, psychoterapeutka
MUDr. Pavel Turčan PhD., sexuolog a gynekolog
MUDr. Václav Hána jr. PhD., endokrinolog
MUDr. Marcela Fontana PhD., uroložka a odbornice na experimentální chirurgii
PhDr. Pavla Doležalová PhD., speciální pedagožka a psychoterapeutka
RNDr. Michal Pitoňák PhD., vědecký pracovník a výzkumník v oblasti LGBTQ
Mgr. Anna Jačková, DiS., hlasová terapeutka
Mgr. Adam Šimek, psychoterapeut a odborník v oblasti sociální práce
Mgr. Anna Lorenzová, krizová interventka a výzkumní pracovnice
Mgr. Miroslav Šubrt, psycholog a psychoterapeut
Mgr. Jiří Procházka, psycholog a psychoterapeut

Poznámka: Terminologie a jazyk uvedené v této verzi nemusí ve všech případech odrážet přístup jednotlivých odborníků a odbornic podílejících se na revizi českého překladu SOC-8.

Jazyková korektura:
Mgr. Jana Hyklová

Sazba a grafická úprava:
Mgr. Lu Mara

Grafika:
Mgr. Petri Mališů