

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی مشهد

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد، شماره اثر ۴۴۸

# اصول مراقبت از سلامت افراد تراجنسی، دگرباش، و دارای جنسیت نامنطبق

کتاب انجمن جهانی متخصصین برای سلامت دگرباشان

ترجمه:

دکتر علی طلائی

استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر بهناز خزاعی

دکتر بهزاد سروری خراشاد

مرکز مطالعات تراجنسی

مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

# اصول مراقبت

از سلامت افراد ترانزجِنسی، دگرباش،

و دارای جنسیت نامنطبق

---

Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuyper, Jamie Feldman, Lin Fraser, Jamison Green, Gail Knudson, Walter J. Meyer, Stan Monstrey, Richard K. Adler, George R. Brown, Aaron H. Devor, Randall Ehrbar, Randi Ettner, Evan Eyler, Rob Garofalo, Dan H. Karasic, Arlene Istar Lev, Gal Mayer, Heino Meyer-Bahlburg, Blaine Paxton Hall, Friedmann Pfäfflin, Katherine Rachlin, Bean Robinson, Loren S. Schechter, Vin Tangpricha, Mick van Trotsenburg, Anne Vitale, Sam Winter, Stephen Whittle, Kevan R. Wylie & Ken Zucker

© 2012 World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved.

7th Version I | [www.wpath.org](http://www.wpath.org)

## فهرست

۷	هدف و استفاده از اصول مراقبت
۱۱	کاربری جهانی اصول مراقبت
۱۳	تفاوت میان جنسیت نامنطبق و نارضایتی جنسی
۱۷	ملاحظات همه گیرشناختی
۲۱	مروری بر رویکردهای درمانی در نارضایتی جنسی
۲۵	ارزیابی و درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسی
۳۹	سلامت روان
۵۵	هورمون درمانی
۷۳	سلامت در تولید مثل
۷۷	درمان آوا و برقراری ارتباط
۸۱	جراحی
۹۵	مراقبت پس از عمل و فالوآپ (پیگیری)
۹۷	مراقبت‌های پیش‌گیرانه و اولیه در طول زندگی
۱۰۱	کاربردپذیری اصول مراقبت برای افرادی که در موسسات زندگی می‌کنند
۱۰۳	کاربست پذیری اصول مراقبت برای افراد با اختلالات تکوین جنس
۱۳۱	ضمیمه‌ی آ
۱۳۵	ضمیمه‌ی ب
۱۴۳	ضمیمه‌ی ج
۱۴۷	ضمیمه‌ی د
۱۵۱	ضمیمه‌ی ه



## هدف و استفاده از اصول مراقبت

انجمن تخصصی جهانی سلامت دگرباشان (WPATH)<sup>۱</sup> یک تشکل تخصصی، چند رشته‌ای و بین‌المللی است که مأموریت آن گسترش خدمات سلامت مبتنی بر شواهد به دگرباشان، بهبود آموزش و پژوهش‌های مرتبط با آنان، حمایت اجتماعی و پیشبرد سیاست‌های مربوط به عرصه‌ی عمومی و در نهایت تکریم آنان می‌باشد. چشم‌انداز نهایی WPATH آن است که با گردآوری متخصصین رشته‌های مختلف، زمینه‌ساز شکل‌گیری بهترین رویکرد درمانی و سیاست‌های حمایتی در سراسر جهان شود تا از این طریق سلامت، پژوهش، آموزش، شأن و منزلت، و برابری را برای دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق در تمامی فرهنگ‌ها میسر و مهیا کند.

یکی از عملکردهای اصلی WPATH، ارائه‌ی معتبرترین خدمات سلامت است که این مهم از طریق تهیه و تنظیم اصول مراقبت از سلامت دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق صورت می‌گیرد. اصول مراقبت بر اساس معتبرترین شواهد علمی و توافق مجرب‌ترین متخصصین جهانی در این حوزه تهیه می‌گردد.<sup>۲</sup> از آن جا که بیشتر پژوهش‌ها و تجاربی که در این حوزه وجود دارد متأثر از دیدگاه‌های رایج در آمریکای شمالی و اروپای غربی است، لازم است تا اصول مراقبت برای استفاده در سایر نقاط جهان بومی‌سازی شود. در این نسخه از اصول مراقبت، پیشنهاداتی برای در نظر گرفتن نسبت فرهنگی و ظرفیت‌های فرهنگی گنجانده شده است.

هدف کلی اصول مراقبت آن است که با تهیه‌ی یک دستورالعمل بالینی برای ارائه دهنده‌ی خدمات سلامت، امکان دستیابی افراد تراجنسی، دگرباش و جنسیت نامنطبق به یک آسایش پایدار را تسهیل، و از

---

۱- این انجمن، پیش از این «انجمن بین‌المللی نارضایتی جنسی هری بنجامین» نام داشت.

۲- اصول مراقبت، نسخه‌ی هفت، تغییر قابل توجهی نسبت به نسخه‌های قبلی داشته است. تغییرات صورت گرفته در این نسخه مبتنی بر تحولات فرهنگی عمده، پیشرفت‌های چشمگیر در دانش بالینی، و توجه به بسیاری از مسایل سلامت -محوری است که پس از هورمون‌درمانی و جراحی در رابطه با افراد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق رخ می‌دهد (Coleman, 2009a, b, c, d).

این طریق سلامت عمومی، سعادت‌مندی روان‌شناختی، و کام‌بخشی آنان را حداکثر سازد. این دستورالعمل‌ها عبارتند از مراقبت اولیه، مراقبت‌های مامایی و ارولوژیک، گزینه‌های باروری، هم‌سازی صدا و درمان‌های ارتباطی، خدمات سلامت روان (نظیر ارزیابی، مشاوره، روان‌درمانی) و درمان‌های هورمونی و جراحی. با این که این سند قبل از هر چیز منبعی برای ارائه‌دهندگان حرفه‌ای خدمات سلامت است اما افراد غیرمتخصص، دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق و خانواده‌هایشان و همین‌طور موسسات اجتماعی نیز می‌توانند برای بهبود خدمت‌رسانی در حوزه سلامت از این سند سود ببرند.

ما نیک آگاهیم که سلامت، افزون بر خدمات بالینی مناسب، محصول شرایط اجتماعی و سیاسی است که در آن مدارا، برابری و حقوق واقعی شهروندی مهیاست. سلامت زمانی میسر می‌شود که سیاست‌های حوزه عمومی و اصلاحات قانونی امکان تحمل و برابری برای گوناگونی جنسی و جنسیتی را فراهم ساخته و پیش‌داوری، تبعیض و تحقیر را از میان ببرد. ما متعهدیم که از این تغییرات در عرصه سیاست‌های عمومی و اصلاحات قانونی دفاع کنیم.

### اصول مراقبت دستورالعملی انعطاف‌پذیر است

*اصول مراقبت* با چنان انعطاف‌پذیری طراحی شده که بتواند ابعاد گوناگون سلامت دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق را ارزیابی کرده و نیازمندی‌های آنان در خصوص خدمات سلامت را پوشش دهد.

در عین انعطاف‌پذیری، *اصول مراقبت* معیارهایی را برای بهینه‌سازی خدمات سلامت و راه‌کارهای درمانی برای افرادی که از نارضایتی جنسی رنج می‌برند ارائه می‌کند - معنای نارضایتی جنسی عبارت است از هرگونه اضطراب یا ناخوشی ناشی از عدم انطباق میان هویت جنسی که فرد حس می‌کند و جنسیتی که در بدو تولد به او نسبت داده شده و نقش‌های جنسیتی همبسته با آن و یا خصوصیات جنسی اولیه و ثانویه<sup>۱</sup>. معیارهای شروع هورمون‌درمانی و درمان‌های جراحی که در این سند برای درمان نارضایتی جنسی آمده، هم‌چون نسخه‌های قبلی *اصول مراقبت*، مجموعه‌ای از دستورالعمل‌های بالینی هستند و لذا امکان تغییر آن‌ها توسط متخصصین و برنامه‌ریزان حوزه سلامت و بهداشت در شرایط خاص وجود دارد؛ مثلاً در مواردی که مددجو درگیر یک وضعیت خاص روان‌شناختی، اجتماعی و یا آناتومیک است یا یک متخصص مجرب حوزه سلامت مایل است تا بنا به تشخیص خود روشی نوین را برای مدیریت یک وضعیت شایع بکار گیرد

<sup>1</sup> Fisk, 1974; Knudson, De Cuyper, & Bockting, 2010b

## هدف و استفاده از اصول مراقبت ۹

و یا یک پروتکل تازه را مورد پژوهش قرار دهد. همین طور در نقاطی از جهان که منابع کافی برای پیاده‌سازی تمام و کمال اصول مراقبت وجود ندارد و یا نیاز به استراتژی‌هایی خاص برای کاهش آسیب است می‌توان اصول مراقبت را با حفظ اصول کلی با شرایط بومی تطبیق داد.

هرچند اصول مراقبت مدعی است که معیارهای معتبر رویکرد به مددجویان را گردآوری کرده ولی در عین حال به اهمیت تصمیم‌گیری‌های آگاهانه و مستدل و نیز ارزش رویکردهای کاهش آسیب اذعان دارد. علاوه بر این، در این نسخه از اصول مراقبت باور بر این است که بسیاری از تظاهرات جنسیت در زمره‌ی مواردی هستند که نیاز به مداخله‌ی روان‌شناختی، هورمونی یا جراحی ندارند. برخی از مددجویانی که برای دریافت خدمات سلامت مراجعه می‌کنند، خود، بخش عمده‌ی مسیر تغییر جنسیت، یا نقش‌های جنسی، یا حل تعارضات و نارضایتی‌های جنسی را پیموده‌اند و برخی دیگر نیازمند خدمات فشرده‌تر و ویژه‌تری هستند. ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت، قادر است تا با بهره‌گیری از اصول مراقبت، به فهم نیازمندی‌های بالینی مددجو پرداخته و پاسخی همه‌جانبه به آن‌ها بدهد.





## کاربری جهانی اصول مراقبت

هر چند که اصول مراقبت تلاش می‌کند تا دستورالعمل‌هایی برای تمام نقاط جهان ارائه کند اما باید در نظر داشت که بیشتر آن چه که به عنوان دانش و تجربه‌ی بالینی مورد ارجاع این سند قرار گرفته است محصول آمریکای شمالی و اروپای غربی است. حال آن‌که از جایی به جای دیگر، چه بین کشورهای مختلف و چه حتی در درون فرهنگ‌های مختلف یک کشور، تفاوت‌های زیادی در برخورد اجتماعی با دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق وجود دارد؛ ساختارهای اجتماعی مربوط به نقش‌ها و هویت‌های جنسی؛ زبان مورد استفاده برای توصیف هویت‌های جنسی متفاوت؛ اپیدمیولوژی نارضایتی جنسی؛ دسترسی به درمان و هزینه‌های مربوط به آن؛ درمان‌های پیشنهاد شده؛ تعداد و انواع خدمات سلامتی که به مددجویان ارائه می‌گردد؛ و مباحث حقوقی و سیاست‌های قانونی که به حوزه‌ی سلامت آنان مربوط می‌شود، همه می‌توانند از جایی به جای دیگر متفاوت باشند<sup>۱</sup>.

غیرممکن است که بتوان همه‌ی این گوناگونی‌ها را در یک سند گنجانند بنا بر این متخصصین حوزه‌ی سلامت بایستی که در هنگام به کارگیری این دستورالعمل‌ها، تفاوت‌های خاص هر بافتار فرهنگی را مورد توجه قرار داده و اصول مراقبت را با واقعیت‌های بومی آن تطبیق دهند. برای مثال در برخی فرهنگ‌ها، آن‌ها که جنسیت نامنطبق دارند چنان جمعیت گسترده و سبک زندگی عیانی دارند که حضورشان در سپهر اجتماعی بسیار روشن و آشکار است<sup>۲</sup>. در چنین شرایطی عجیب نیست که افراد، تغییر جنسیت و یا تغییر ویژگی‌های فیزیکی‌شان را در نوجوانی یا حتی زودتر شروع کنند. بسیاری از دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق جهان در بافتار اجتماعی، فرهنگی و حتی زبان‌شناختی‌ای زندگی و رشد می‌کنند که

---

<sup>1</sup> Winter, 2009

<sup>2</sup> Peletz, 2006

کاملاً متفاوت از فرهنگ‌های غربی است و با این حال همگی تبعیض و تحقیر را تجربه می‌کنند.<sup>۱</sup> در بسیاری از فرهنگ‌ها نقش‌های جنسی بسیار سفت و سخت و انعطاف‌ناپذیر هستند و هر شکلی از عدم انطباق با جنسیت‌های تعریف شده محکوم به انگ و برچسب<sup>۲</sup> اجتماعی است. در چنین شرایطی، افراد با جنسیت نامنطبق مجبور به خانه‌نشینی و خروج از صحنه‌ی اجتماعی هستند و بنا بر این دسترسی‌شان به خدمات سلامت محدود و ناکافی خواهد بود.<sup>۳</sup>

هدف اصول مراقبت فراهم کردن بهترین خدمات مراقبت ممکن برای همگان است. متخصصین حوزه‌ی سلامت در سراسر جهان، حتی آنان که در مناطقی هستند که منابع و امکانات یادگیری محدود است، می‌توانند بسیاری از دستورالعمل‌های بنیادینی را که زیربنای اصول مراقبت را تشکیل می‌دهند به کار گیرند. برخی از این دستورالعمل‌ها عبارتند از: احترام گذاشتن به بیمارانی که هویت جنسی نامنطبق دارند (نباید تصور کرد که بیان یا هویت جنسی که با اکثریت جامعه هم‌خوان نیست بیمارگونه و یا منحرف است)؛ ارائه‌ی خدمات سلامت (یا ارجاع به همکارانی که در این زمینه دانش کافی دارند) و پذیرش هویت جنسی بیمار و کاهش رنج ناشی از نارضایتی جنسی در صورت وجود؛ تطبیق رویکرد درمانی با نیازمندی‌های خاص بیماران، به ویژه در مورد بیان جنسیت و همین‌طور ضرورت رهایی از نارضایتی جنسی؛ تسهیل دسترسی به مراقبت‌های مناسب؛ دریافت رضایت آگاهانه از بیمار پیش از ارائه‌ی درمان؛ ادامه و پیگیری درمان؛ و آمادگی برای حمایت و دفاع از بیماران درون خانواده و حلقه‌های اجتماعی آنان (مدارس، محل کار و غیره).

واژگان‌شناسی یا دایره‌ی لغاتی که برای نام‌گذاری چنین حالاتی استفاده می‌شود وابسته به زمان و مکان می‌باشد و با سرعت بسیار در حال تغییر است. لازم است که در زمان‌ها و مکان‌های مختلف و در میان افراد گوناگون از زبانی شایسته و سزاوار استفاده گردد. از آن‌جا که اصول مراقبت به زبان‌های دیگر ترجمه می‌شود باید بسیار مراقب بود که معنای عبارات دقیق و مسئولانه ترجمه گردد. معادل‌گزینی برای واژگان زبان انگلیسی در سایر زبان‌ها و بر عکس همیشه کار آسانی نیست. برخی زبان‌ها واژه‌های معادل برای توصیف عبارات گوناگونی که در این سند آمده‌اند را ندارند؛ از همین‌رو مترجمان باید نسبت به اهداف بنیادین درمان آگاه بوده و در راستای نیل به آن اهداف دستورالعمل‌هایی عملی با امکان کاربری طراحی کنند.

<sup>1</sup> Peletz, 2006; Winter, 2009

<sup>2</sup> Stigma

<sup>3</sup> Winter, 2009

## تفاوت میان جنسیت نامنطبق و نارضایتی جنسی

هویت جنسی دگرباش، تراجنسی و جنسیت نامنطبق نه مصداق بیماری، که نمودار گوناگونی اند در ماه می سال ۲۰۱۰، WPATH با صدور بیانیه‌ای خواستار بیماری‌زدایی از جنسیت نامنطبق در سراسر جهان شد.<sup>۱</sup> این بیانیه بر این مسئله تاکید می‌کرد که «بیان خصوصیات جنسیتی [روانی] از جمله انواع هویت، که با جنسیت [آناتومیکی] که به فرد در زمان تولد نسبت داده می‌شوند ناهمخوان باشند بر خلاف آنچه کلیشه‌ها حکم می‌کنند امری شایع و فرهنگ‌گستر بوده و نباید آن را پدیده‌ای ذاتا بیمارگونه و ناسالم پنداشت».

متأسفانه در بسیاری از جوامع در سراسر جهان، جنسیت نامنطبق آماج انگ اجتماعی است، این انگ می‌تواند منجر به نفرت و تبعیض اجتماعی و به دنبال آن شکل‌گیری «اضطراب اقلیت» گردد.<sup>۲</sup> اضطراب اقلیت با خاستگاهی اجتماعی و به صورت مزمن و اختصاصی (و در کنار سایر عوامل استرس‌زایی که همه‌ی اعضای جامعه آن را تجربه می‌کنند)، تراجنسی‌ها، دگرباشان و افراد با جنسیت نامنطبق را هدف قرار داده و آنان را در برابر آسیب‌های سلامت روان نظیر اضطراب و افسردگی آسیب‌پذیرتر می‌سازد.<sup>۳</sup> علاوه بر تعصب و تبعیضی که در سپهر اجتماعی به بار می‌آید، انگ اجتماعی می‌تواند فرد را در روابط شخصی با گروه هم‌سالان و اعضای خانواده نیز در معرض سوءاستفاده و بی‌توجهی قرار دهد و از این طریق نیز باعث بروز آسیب‌های روان‌شناختی شود. همه‌ی این‌ها نشان می‌دهند که این آسیب‌های روان‌شناختی ربطی به نفس تراجنسی و دگرباش بودن یا جنسیت نامنطبق داشتن ندارد بلکه محصول طرد اجتماعی و خصومتی است که دیگران در حق مددجویان دگرباش، تراجنسی و افراد دارای جنسیت نامنطبق روا می‌دارند.

<sup>1</sup> WPATH Board of Directors, 2010

<sup>2</sup> I.H. Meyer, 2003

<sup>3</sup> Institute of Medicine, 2011

### جنسیت نامنطبق با نارضایتی جنسی یکی نیست

جنسیت نامنطبق به حالتی گفته می‌شود که در آن هویت جنسی، نقش‌های جنسی یا بیان جنسی یک فرد از معیارهایی که عرف و فرهنگ برای اعضای یک جنس خاص تعریف کرده است فاصله بگیرد.<sup>۱</sup> در مقابل، نارضایتی جنسی به ناراحتی یا رنجی<sup>۲</sup> اشاره دارد که معلول ناهم‌خوانی هویت جنسی فرد با جنسیت، نقش‌های جنسی و نیز خصوصیات اولیه و ثانویه جنسی است که بر اساس آناتومی در بدو تولد به او نسبت داده شده است.<sup>۳</sup> تنها بعضی از کسانی که جنسیت نامنطبق دارند، آن هم در بعضی از مقاطع زندگی‌شان نارضایتی جنسی را تجربه می‌کنند.

«درمان» برای یاری رساندن به کسانی است که از چنین ناهم‌خوانی رنج می‌برند. درمان کمک می‌کند تا فرد هویت جنسی خود را جستجو نماید و نقشی جنسی برگزیند که با آن احساس آرامش و راحتی بیشتری می‌کند.<sup>۴</sup> درمان، قائم به شخص و فردمحور است: آنچه که نارضایتی جنسی یک فرد را تخفیف می‌دهد ممکن است بسیار متفاوت از چیزی باشد که برای فرد دیگری شفابخش است. چنین فرآیندی می‌تواند تغییری در بیان جنسیت یا تغییری آناتومیک را شامل بشود یا نشود. گزینه‌های پزشکی درمان برای مثال عبارتند از زنانه‌سازی یا مردانه‌سازی بدن از طریق هورمون‌درمانی و یا جراحی که برای کاهش و تسکین نارضایتی جنسی موثر بوده و تجویز آن‌ها برای بسیاری از افراد ضروری است. هویت جنسی و بیان آن متنوع است و هورمون‌درمانی و جراحی تنها دو گزینه از گزینه‌های پرشمار در دسترس برای کسب آرامش در خود و هویت است.

نارضایتی جنسی را تا حد زیادی می‌توان به کمک درمان برطرف نمود.<sup>۵</sup> از همین رو اگر چه برخی از افراد تراجنسی، دگرباش و با جنسیت نامنطبق ممکن است در برخی از مقاطع زندگی‌شان نارضایتی جنسی داشته باشند، اما بسیاری از افرادی که درمان دریافت می‌کنند قادرند به نقش و هویتی دست یابند که در آن احساس آرامش بیشتری می‌کنند، حتی اگر این نقش‌ها آن چیزی نباشد که در بدو تولد به آن‌ها نسبت داده شده است و یا با معیارهای جنسی حاکم مغایر باشند.

### تشخیص‌های مرتبط با نارضایتی جنسی

نارضایتی جنسی برخی اوقات با چنان شدتی بروز می‌کند که بر اساس معیارهایی که در طبقه‌بندی

<sup>1</sup> Institute of Medicine, 2011

<sup>2</sup> Distress

<sup>3</sup> Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, and Bockting, 2010b

<sup>4</sup> Bockting and Goldberg, 2006

<sup>5</sup> Murad et al, 2010

بیماری‌های روانی استفاده می‌شوند می‌توان آن را نوعی اختلال روان‌پزشکی دانست. گنجاندن نارضایتی جنسی در فهرست طبقه‌بندی بیماری‌های روانی به هیچ وجه به منزله‌ی مجاز شمردن ننگ اجتماعی یا محرومیت از حقوق انسانی و مدنی نیست. نظام‌های طبقه‌بندی موجود نظیر دستورالعمل آماری تشخیصی اختلالات روانی<sup>۱</sup> و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها<sup>۲</sup> صدها اختلال روانی را تعریف می‌کنند که هر یک شروع، طول مدت، بیماری‌زایی، اختلال عملکردی و درمان‌پذیری متفاوتی دارند. تلاش همه‌ی این نظام‌ها دسته‌بندی علایم، نشانه‌ها و بیماری‌هاست و نه افراد. «اختلال» توصیف آن چیزی است که فرد با آن دست به‌گیریان است نه توصیف فرد یا هویت وی.

نتیجه آن که تراجنسی‌ها، دگرباشان و آن‌ها که جنسیت نامنطبق دارند به خودی خود بیمار نیستند. بلکه نارضایتی جنسی است که می‌تواند منجر به رنج و آزرده‌گی شود که در این صورت می‌توان آن را تشخیص داد و با استفاده از گزینه‌های مختلفی که وجود دارند درمان کرد. این که نارضایتی جنسی در میان تشخیص‌های روان‌پزشکی گنجانده شده است باعث می‌شود تا دسترسی به خدمات سلامت تسهیل شوند و امکان تحقیق بر روی درمان‌های موثرتر میسر باشد.

پژوهش‌های صورت گرفته در حال ایجاد فهرستی تازه از نام‌گذاری تشخیصی هستند و دایره‌ی لغات چه در DSM و چه در ICD در حال پوست‌اندازی می‌باشند<sup>۳</sup>. به همین دلیل در اصول مراقبت عبارت‌های جدید و اصطلاحات در حال ظهور به کار رفته‌اند و تعریف شده‌اند. متخصصین حوزه‌ی سلامت باید برای کدگذاری مناسب چه در حیطه‌ی بالینی و چه پژوهشی به جدیدترین معیارهای تشخیصی مراجعه کنند.

<sup>1</sup> American Psychiatric Association(DSM), 2000

<sup>2</sup> World Health Organization(ICD), 2007

<sup>3</sup> Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010



## ملاحظات همه گیر شناختی

تا به حال هیچ مطالعه‌ی همه گیرشناسانه‌ی رسمی برای اندازه‌گیری بروز<sup>۱</sup> و شیوع<sup>۲</sup> تراجنسیت به طور خاص و یا دگرباشی و هویت جنسی نامنطبق به طور عام صورت نگرفته است و تلاش‌هایی هم که برای رسیدن به تخمین‌های واقع‌گرایانه انجام شده‌اند دچار اشکالات جدی هستند<sup>۳</sup>. حتی اگر مطالعات همه گیرشناسی نشان دهند که بروز تراجنسیت، دگرباشی و یا جنسیت نامنطبق در سراسر جهان یکسان است به احتمال زیاد تفاوت‌های موجود میان فرهنگ‌های مختلف سبب می‌شود تا نمود رفتاری هویت‌های جنسی متنوع در عرصه‌ی اجتماع و نیز شدت نارضایتی جنسی به وجود آمده که متمایز از هویت جنسی نیز هست از کشوری به کشور دیگر متفاوت باشد. هر چند در بیشتر کشورها، عبور از مرزهای مربوط به هنجارهای جنسی اغلب با توییح و سرکوب مواجه می‌شود تا مدارا و همدلی، اما هستند فرهنگ‌هایی که در آن‌ها جنسیت نامنطبق از انگ اجتماعی مبراست و حتی در بعضی موارد مورد ستایش بوده و گرامی داشته می‌شوند<sup>۴</sup>.

بنا به دلایل گوناگون، اغلب پژوهش‌گرانی که در حوزه‌ی همه گیرشناسی فعالیت می‌کرده‌اند ترجیح داده‌اند تا به سراغ سهل‌الوصول‌ترین زیرگروه از مجموعه مددجویان دارای جنسیت نامنطبق بروند یعنی افراد تراجنسی که تجربه‌ی نارضایتی جنسی داشته‌اند و برای دریافت مراقبت‌های مربوط به تطبیق جنسیت به کلینیک‌های تخصصی جنسیت مراجعه می‌کنند<sup>۵</sup>. بیشتر این مطالعات در کشورهای اروپایی نظیر

---

۱- بروز - تعداد موارد جدید که در یک بازه‌ی زمانی مشخص (مثلاً یکسال) تشخیص داده می‌شوند

۲- شیوع - تعداد افرادی که دچار یک وضعیت هستند، تقسیم بر تعداد افراد کل جمعیت.

<sup>3</sup> Institute of Medicine, 2011; Zucker & Lawrence, 2009

<sup>4</sup> Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chinas, 1995; Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, & Dumronggittigule, 1997

<sup>5</sup> Zucker & Lawrence, 2009

سوئد، بریتانیا، هلند، آلمان و بلژیک صورت گرفته‌اند و یک مطالعه هم در سنگاپور انجام شده است.<sup>۱</sup> دی کوپپر و همکارانش (۲۰۰۷) این مطالعات را بررسی کردند و همراه با نتایج مطالعه‌ی خود گزارش نمودند. این پژوهش‌ها در طی ۳۹ سال انجام شده بودند. آن‌ها با حذف دو مطالعه‌ی پاولی در ۱۹۶۵ و تیسوی در ۱۹۸۸ که با سایر مطالعات ناهم‌خوان بودند، ده مطالعه در هشت کشور را مورد بازبینی قرار دادند. ارقامی که تحقیق آن‌ها گزارش می‌کرد عبارت بود از شیوع یک در ۱۱۹۰۰ تا ۴۵۰۰۰ برای تراجنسی‌های مرد به زن (MtF) و شیوع یک در ۳۰۴۰۰ تا ۲۰۰۰۰۰ برای تراجنسی‌های زن به مرد (FtM). برخی پژوهش‌گران بر این باورند که بسته به این که روش‌شناسی مورد استفاده در تحقیق چگونه باشد نرخ شیوع می‌تواند بسیار بالاتر از ارقام گزارش شده باشد.<sup>۲</sup>

مقایسه‌ی مستقیم بین مطالعات ممکن نیست چرا که هر کدام روش و معیارهای خاص خود را برای جمع‌آوری داده و نیز تشخیص تراجنسیت در افراد داشته‌اند (برای مثال این که فردی عمل جراحی بازسازی آلت تناسلی انجام داده یا هورمون‌درمانی را شروع کرده یا این که تنها برای دریافت خدمات مربوط به گذار هدایت شده از جنسی به جنسیت دیگر به کلینیک مراجعه کرده است). به نظر می‌رسد با گذر زمان نرخ شیوع در مطالعات افزایش یافته است که احتمالاً نشان‌دهنده‌ی آن است که تعداد افراد بیشتری برای دریافت خدمات سلامت به کلینیک مراجعه می‌کنند. این ادعا را پژوهش‌رید و همکاران (۲۰۰۹) تأیید می‌کنند: آن‌ها نشان داده‌اند که تعداد افرادی که به خدمات سلامت در کلینیک‌های جنسیت در بریتانیا دسترسی دارند هر پنج یا شش سال دو برابر می‌شوند. به همین ترتیب، زوکر و همکاران (۲۰۰۸) گزارش کرده‌اند که در طی یک بازه‌ی زمانی ۳۰ ساله، مراجعین کودک و نوجوانی که به کلینیک آن‌ها در تورنتوی کانادا مراجعه کرده‌اند چهار تا پنج برابر شده‌اند.

اعداد و ارقامی را که از این مطالعات به دست می‌آیند در بهترین حالت می‌توان تخمین‌هایی حداقلی دانست. این آمارهای منتشر شده اکثراً از کلینیک‌هایی به دست می‌آیند که در آن‌ها بیمارانی پذیرش می‌شوند که واجد معیارهای نارضایتی شدید جنسی بوده و برای دریافت خدمات سلامت به آن کلینیک مراجعه کرده‌اند. حال آن که ممکن است خدمات ارائه شده در چارچوب یک کلینیک خاص برای همه‌ی کسانی که خود را دچار نارضایتی جنسی می‌دانند قابل پرداخت، قابل استفاده و یا قابل پذیرش نباشند و این مسئله‌ای است که این تخمین‌ها به حساب نمی‌آورند. با شمارش تنها آن کسانی که برای دریافت یک نوع خاص درمان به کلینیک‌ها مراجعه می‌کنند، بسیاری از بیماران دچار نارضایتی جنسی نادیده گرفته می‌شوند.

<sup>1</sup> Walinder, 1968, 1971, Hoeing & Kenna, 1974, Bakker, Van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren, & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren & Megens, 1996, Weitz & Osburg, 1996, De Cuypere et al., 2007, Tsoi, 1988.

<sup>2</sup> Olyslager & Conway, 2007



سایر مشاهدات بالینی (که هنوز مطالعات سازمان‌یافته اعتبار آن‌ها را تأیید نکرده‌اند) نشان داده‌اند که احتمالاً نرخ شیوع نارضایتی جنسی بیشتر از آن چیزی است که تا به حال تصور می‌شده است: (۱) بیماران نارضایتی جنسی معمولاً زمانی تشخیص داده می‌شوند که با ملغمه‌ای از اختلالات روان‌پزشکی همراه نظیر اضطراب، افسردگی، اختلال سلوک، سوء‌مصرف مواد، اختلالات هویت تجزیه‌ای، اختلال شخصیت مرزی، اختلالات جنسی و اختلالات تکوین جنسی مراجعه می‌کنند،<sup>۲</sup> برخی از مبدل‌پوش‌ها، زن/مرد پوش‌ها و مردان و زنان هم‌جنس‌خواه هم ممکن است به نارضایتی جنسی دچار باشند،<sup>۳</sup> در برخی افراد شدت نارضایتی جنسی متغیر است به گونه‌ای که گاه واجد معیارهای تشخیصی بالینی هستند و گاه نیستند<sup>۳</sup> و<sup>۴</sup> جنسیت نامنطبق در میان افراد FtM در بسیاری از فرهنگ‌ها نامرئی و غیرقابل تشخیص است؛ این موضوع به خصوص در مورد فرهنگ غربی که خاستگاه بیشتر مطالعاتی است که تخمین‌های کنونی بروز و شیوع بر اساس نتایج آن‌ها به دست آمده است اهمیت دارد.<sup>۴</sup>

نتیجه آن که اطلاعات موجود کنونی را باید به عنوان یک نقطه‌ی آغاز انگاشت و این که مطالعات همه‌گیرشناسی استوارتر و دقیق‌تر در نقاط مختلف جهان می‌توانند به بهبود خدمات سلامت کمک کنند.

---

<sup>1</sup> Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer III, 1997

<sup>2</sup> Bullough & Bullough, 1993

<sup>3</sup> Docter, 1988

<sup>4</sup> Winter, 2009



## مروری بر رویکردهای درمانی در نارضایتی جنسی

### پیشرفت‌ها در دانش و درمان نارضایتی جنسی

در نیمه‌ی دوم قرن بیستم، یعنی همان زمانی که نخستین تلاش‌های متخصصین سلامت برای کاهش نارضایتی جنسی با ایجاد تغییراتی در صفات اولیه و ثانویه‌ی جنسی از طریق هورمون‌درمانی و جراحی و نیز تغییر در نقش‌های جنسی صورت می‌گرفت، پدیده‌ی نارضایتی جنسی مطرح و مورد بحث و بررسی قرار گرفت. هرچند هری بنجامین (۱۹۶۶) از مدت‌ها قبل اذعان کرده بود که جنسیت نامنطبق پدیده‌ای طیف‌مند و متشکل از حالات گوناگون است، رویکرد بالینی رایج در آن زمان معمولاً بر تشخیص کاندیداهای مناسب تغییر جنسیت متمرکز بود تا به این ترتیب تغییرات فیزیکی گذار از مردانگی به زنانگی یا از زنانگی به مردانگی به کامل‌ترین نحو تسهیل گردد.<sup>۱</sup> این رویکرد به طور گسترده مورد ارزیابی قرار گرفته است و نشان داده شد که بسیار اثربخش است. نرخ رضایت پس از تغییر جنسیت که در مطالعات مختلف گزارش شده از ۸۷ درصد در میان مددجویان MtF تا ۹۷ درصد در میان مددجویان FtM متغیر بوده است<sup>۲</sup> و پشیمانی بعد از عمل بسیار نادر بوده است یعنی ۱ تا ۱/۵ درصد در مددجویان MtF و کمتر از ۱ درصد در میان مددجویان FtM<sup>۳</sup>. در حقیقت نشان داده شده است که در بسیاری از این افراد، هورمون‌درمانی و جراحی برای تسکین نارضایتی جنسی اثربخشی قابل توجهی دارد.<sup>۴</sup>

با این همه، با پیشرفت و گسترش حوزه‌ی مطالعات جنسیت، متخصصین سلامت اندک‌اندک دریافته‌اند که هرچند درمان نارضایتی جنسی بسیاری از افراد نیازمند هورمون‌درمانی و جراحی است، بیمارانی هم

<sup>۱</sup> Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974

<sup>۲</sup> Green & Fleming, 1990

<sup>۳</sup> Pfafflin, 1993

<sup>۴</sup> American Medical Association, 2008; Anton, 2009; World Professional Association for Transgender Health, 2008

هستند که یا تنها با یکی از این دو گزینه بهبود می‌یابند و یا به هیچ کدام نیازی ندارند<sup>۱</sup>. برخی افراد با کمک روان‌درمانی قادر می‌شوند که احساسات تراجنسی و دگرجنسی خود را با نقش جنسی که در زمان تولد به آن‌ها نسبت داده شده یک‌پارچه کرده و اجباری به مردانه یا زنانه کردن بدن خود احساس نکنند. برای برخی دیگر، نفس تغییر در نقش جنسی و نیز مبدل‌پوشی در سپهر اجتماعی کافی است تا نارضایتی جنسی‌شان برطرف شود. بعضی از بیماران نیازمند دریافت هورمون و نقش جنسی‌اند اما از جراحی سودی نمی‌برند؛ و بعضی دیگر باید نقش جنسی را تغییر دهند و عمل جراحی کنند اما به دریافت هورمون نیازی ندارند. در یک کلام، امروزه درمان نارضایتی جنسی بیش از پیش فردمحور شده است.

با سالخورده شدن نسل پیشین تراجنسی‌ها و دگرباشان و افراد با جنسیت نامنطبق که هر کدام از یک رویکرد درمانی متفاوت سود برده‌اند، اجتماع آن‌ها عیان‌تر و آشکارتر از قبل شده و تنوعی قابل تأمل از هویت، نقش و بیان جنسی به نمایش گذاشته است. برخی‌ها خودشان را نه مصداق جنسیت نامنطبق که بی‌هیچ شک و شبهه عضوی از جنس مقابل می‌دانند (که تنها صاحب اندام‌های نامناسبی شده‌اند)<sup>۲</sup>. عده‌ای دیگر بر هویت جنسی یگانه خود اذعان دارند و خود را نه مرد می‌دانند و نه زن<sup>۳</sup> بلکه، هویت جنسی خود را به یاری عبارات تخصصی هم‌چون دگرباش، دوجنسی، یا جنسیت نامتعارف توصیف می‌کنند و به این ترتیب تجربه‌های هویتی منحصر به فرد خود را تجلی بخشیده و از انگاره‌ی مرد/زن فراتر می‌روند<sup>۴</sup>. این دسته از افراد فرآیند تطبیق یا هم‌خوان‌سازی هویت خود را مصداق «گذار» نمی‌دانند، چرا که آن نقش جنسی را که در ابتدای تولد به آنان نسبت داده شده هرگز درونی نکرده و از آن خود ندانسته‌اند، یا این که هویت، نقش و بیان جنسی خود را به روشی جز تغییر یک نقش جنسی به نقش جنسی دیگر محقق کرده‌اند. برای مثال، برخی جوانانی که خود را واجد جنسیت نامتعارف می‌دانند نقش و هویت جنسی خود را همیشه این‌چنین پنداشته‌اند. هر چه حضور در سپهر عمومی و آگاهی اجتماعی از گوناگونی جنسی افزایش یابد گزینه‌های پیش‌روی مبتلایان به نارضایتی جنسی افزایش می‌یابد تا بتوانند هویت خود را پیدا کرده و نقش جنسی‌ای برگزینند که برایشان آرامش‌بخش است<sup>۵</sup>.

متخصصین حوزه‌ی سلامت می‌توانند به روش‌های مختلفی به افراد با نارضایتی جنسی یاری برسانند: هویت جنسی آن‌ها را تأیید و تقویت کنند، به دنبال گزینه‌های مختلفی برای تبلور و تحقق آن هویت باشند، و درباره‌ی گزینه‌های درمانی پزشکی برای تسکین نارضایتی جنسی تصمیم‌گیری کنند.

<sup>1</sup> Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004

<sup>2</sup> Bockting, 2008

<sup>3</sup> Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993

<sup>4</sup> Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins, & Howell, 2002

<sup>5</sup> Feinberg, 1996

### گزینه‌های موجود برای درمان روان‌شناختی و دارویی نارضایتی جنسی

برای افرادی که با شکایت نارضایتی جنسی مراجعه می‌کنند مجموعه‌ای از گزینه‌های درمانی را می‌توان در نظر گرفت. این که چه تعداد و چه نوعی از مداخلات درمانی با چه ترتیب زمانی به کار گرفته شوند ممکن است از فردی به فرد دیگر تفاوت کند.<sup>۱</sup>

گزینه‌های درمانی عبارتند از:

- تغییر در نقش و بیان جنسی (که می‌تواند در قالب زندگی پاره‌وقت یا تمام‌وقت در نقش جنسی دلخواه و هم‌خوان با هویت جنسی فرد باشد)؛
- هورمون‌درمانی برای مردانه یا زنانه کردن بدن؛
- جراحی برای تغییر خصوصیات جنسی اولیه و یا ثانویه (مثلا سینه/پستان، اندام تناسلی داخلی/خارجی، ویژگی‌های چهره، اندازه‌ی بدن)؛
- روان‌درمانی (فردی، زوجی، خانوادگی و یا گروهی) به منظور کاهش هویت، نقش و بیان جنسی؛ بحث و بررسی درباره‌ی تأثیرات نارضایتی جنسی و انگ اجتماعی بر سلامت ذهن و روان؛ تسکین و تخفیف تراجنسی‌هراسی درونی شده؛ بسط و تقویت حمایت اجتماعی و گروه هم‌سالان؛ بهبود تصویر بدنی؛ یا افزایش انعطاف‌پذیری.

### گزینه‌های موجود برای حمایت اجتماعی و تغییرات در بیان جنسیت

علاوه بر گزینه‌های دارویی و روان‌شناختی که در بالا توصیف شد و یا حتی به عنوان جایگزین آن‌ها، گزینه‌های دیگری هم هستند که می‌توان برای درمان نارضایتی جنسی از آن‌ها سود جست، برای نمونه:

- گروه‌ها، انجمن‌ها، سازمان‌های حمایتی که امکان حمایت اجتماعی و نمایندگی در سپهر عمومی را فراهم می‌کنند؛
- گروه‌های حمایتی برای خانواده‌ها و دوستان؛
- صدا و ارتباط درمانی<sup>۲</sup> برای کمک به شکل‌گیری و توسعه‌ی مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیر کلامی بیماران به منظور تسهیل هم‌خوان‌سازی بیمار با هویت جنسی؛
- حذف موهای زائد از طریق الکترولیز، لیزر درمانی یا موم؛

<sup>۱</sup>Bockting, Knudson & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury, & Pardo, 2010

<sup>۲</sup> Voice and communication therapy

- کاهش یا افزایش برجستگی پستانها، مخفی کردن آلت تناسلی<sup>۱</sup> و یا گذاشتن پروتز آلت، افزایش برجستگی لگن و کپل؛
- تغییر دادن نام و نشانه‌های جنسیت در مدارک هویتی.

---

<sup>۱</sup>Genital Tucking

## ارزیابی و درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسی

تفاوت‌های متعددی در پدیدارشناسی، فرآیند شکل‌گیری، و درمان نارضایتی جنسی در کودکان، نوجوانان، و بزرگسالان وجود دارد. در کودکان و نوجوانان، یک فرآیند تکوینی سریع و دراماتیک (چه در آناتومی، چه در روان‌شناسی و چه در ابعاد جنسی) رخ می‌دهد که باعث می‌شود به خصوص در کودکان پیش از بلوغ، سیالیت و تنوع جنسیت بسیار زیاد باشد. بر همین اساس، این بخش از اصول مراقبت به ارائه‌ی دستورالعمل‌های بالینی اختصاصی برای ارزیابی و درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسی می‌پردازد.

### تفاوت‌های موجود میان کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسی

یک تفاوت مهم در نارضایتی جنسی میان کودکان و نوجوانان، میزان تداوم آن در بزرگسالی است.<sup>۱</sup> نارضایتی جنسی در دوران کودکی، همیشه تا بزرگسالی ادامه نمی‌یابد؛ مطالعات پیگیری<sup>۲</sup> که بر روی آن دسته از کودکان نابالغ (اغلب پسران) صورت گرفتند که با شکایت نارضایتی جنسی مراجعه کرده بودند نشان دادند که نارضایتی در ۶ تا ۲۳ درصد آن‌ها تا بزرگسالی ادامه داشته است.<sup>۳</sup> پسرانی که در این مطالعات مورد بررسی قرار گرفتند در بزرگسالی بیشتر خود را هم‌جنس‌خواه می‌دانسته‌اند تا تراجنسی.<sup>۴</sup> مطالعات تازه‌تر که آزمودنی‌های دختر را نیز شامل می‌شدند، نرخ تداوم نارضایتی جنسی تا دوران بزرگسالی را بین ۱۲ تا ۲۷ درصد تخمین می‌زنند.<sup>۵</sup>

---

۱- رفتارهای با جنسیت نامنتطبق در کودکان ممکن است تا بزرگسالی ادامه یابد، اما چنین رفتارهایی الزاما نشانه‌دهنده‌ی نارضایتی جنسی و به تبع آن نیاز به درمان نیست. همانطور که در بخش سوم توصیف شد، نارضایتی جنسی را نباید معادل تظاهرات متنوع جنسیت دانست.

<sup>2</sup> Follow-Up Studies

<sup>3</sup> Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995

<sup>4</sup> Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley; Zuger, 1984

<sup>5</sup> Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008

از سوی دیگر نسبت کسانی که در نوجوانی نارضایتی جنسی را تجربه می‌کنند و تا بزرگسالی نیز با آن دست به‌گریبان می‌مانند بسیار بالاتر است. هرچند هیچ مطالعه‌ی آینده‌نگری که رسماً در صدد پاسخ به این پرسش انجام شده باشد موجود نیست اما در دست کم یک مطالعه‌ی پیگیری بر روی ۷۰ نوجوانی که به عنوان نارضایتی جنسی تشخیص داده شده و هورمون‌های سرکوب‌کننده‌ی بلوغ دریافت کردند همگی اقدام به تغییر جنسیت کرده و هورمون‌های مردانه‌ساز/زنانه‌ساز مصرف کردند.<sup>۱</sup>

تفاوت دیگری که میان کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسی وجود دارد نسبت جنسی در هر یک از این دو گروه سنی است. در کودکانی که با نارضایتی جنسی زیر سن ۱۲ سال به کلینیک مراجعه کرده‌اند، نسبت مرد به زن در حدود ۶ به ۱ تا ۳ به ۱ بوده است.<sup>۲</sup> این نسبت در میان نوجوانان بزرگتر از ۱۲ سال که به کلینیک مراجعه کرده‌اند، نزدیک به ۱:۱ گزارش شده است.<sup>۳</sup>

همان‌طور که در بخش چهارم و نیز در مقاله‌ی زوکر و لارنس (۲۰۰۹) توضیح داده شده است، جای خالی مطالعات همه‌گیرشناسی رسمی بر روی نارضایتی جنسی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان محسوس است. پژوهش‌های بیشتری نیاز است تا تخمین‌ها از شیوع و تداوم این آمار در جمعیت‌های مختلف در نقاط مختلف جهان دقیق‌تر گردد.

### پدیده‌شناسی در کودکان

کودکان از دو سالگی ممکن است ویژگی‌هایی بروز دهند که نشان‌دهنده‌ی نارضایتی جنسی باشد. مثلاً این که بیان کنند آرزو دارند متعلق به جنس دیگری می‌بودند و از ویژگی‌ها و خصوصیات بدنی خود ناراحت می‌باشند. علاوه بر این، آن‌ها ممکن است لباس‌ها، اسباب‌بازی‌ها و بازی‌هایی را ترجیح دهند که معمولاً «مناسب» اعضای جنس دیگر تلقی می‌گردد و ترجیح دهند با هم‌سالان غیرهمجنس هم‌بازی شوند. به نظر می‌رسد کودکان در این ویژگی‌ها ناهمگونی‌های قابل ملاحظه‌ای با یکدیگر دارند: بعضی از آن‌ها رفتارها و دلخواسته‌هایی دارند که آشکارا با جنسی که در بدو تولد به آن‌ها نسبت داده شده نامنتطبق است و احساس ناراحتی شدید و مداومی نسبت به صفات جنسی اولیه‌شان (مثلاً شکل آلت) تجربه می‌کنند. در بعضی دیگر از کودکان این خصوصیات خفیف‌تر است و تنها تا اندازه‌ای هویدا می‌باشد.<sup>۴</sup> کودکان مبتلا به نارضایتی جنسی معمولاً از اختلالات درونی شده‌ی همراه نظیر اضطراب و افسردگی رنج می‌برند.<sup>۵</sup>

<sup>1</sup> de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010

<sup>2</sup> Zucker, 2004

<sup>3</sup> Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003

<sup>4</sup> Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a

<sup>5</sup> Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeriar, 2002



به نظر می‌رسد شیوع اختلالات طیف اوتیسم نیز در کودکانی که با شکایت نارضایتی جنسی به کلینیک مراجعه می‌کنند بیشتر از جمعیت عمومی است.<sup>۱</sup>

### پدیدارشناسی در نوجوانان

در بیشتر کودکان، نارضایتی جنسی پیش از بلوغ یا در ابتدای آن از بین می‌رود اما در برخی دیگر این احساسات تشدید شده و هم‌زمان با ورود به دوره‌ی نوجوانی و بروز صفات جنسی ثانویه، بیزاری از بدن ایجاد شده یا افزایش می‌یابد.<sup>۲</sup>

داده‌های به دست آمده از یک مطالعه پیشنهاد می‌کنند که هرچه شدت نامنطبق بودن جنسیت در کودکی بیشتر باشد، احتمال تداوم نارضایتی جنسی به نوجوانی و بزرگسالی بیشتر خواهد بود.<sup>۳</sup> با این حال بسیاری از نوجوانان و بزرگسالانی که تظاهر اولیه‌شان نارضایتی جنسی است شرح حالی از رفتارهای نامنطبق با جنسیت در دوران کودکی خود نمی‌دهند.<sup>۴</sup> از همین رو، بسیاری از نزدیکان و آشنایان (والدین، سایر اعضای خانواده، دوستان و اعضای گروه) از این که نارضایتی جنسی در نوجوانی بروز کند شگفت‌زده می‌شوند.

نوجوانانی که صفات جنسی اولیه و یا ثانویه خود و یا جنسیتی که در بدو تولد به آن‌ها نسبت داده شده است را با هویت جنسی خود ناهم‌خوان می‌یابند در معرض رنج‌های بسیار شدیدی هستند. بسیاری، اما نه تمام نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسی تمایل زیادی به هورمون‌درمانی و جراحی دارند. شمار قابل توجهی از نوجوانان پیش از ورود به دبیرستان، زندگی کردن در نقش‌های جنسی مورد علاقه‌ی خود را آغاز کرده‌اند.<sup>۵</sup>

در میان نوجوانانی که به کلینیک‌های هویت جنسی ارجاع می‌شوند تعداد کسانی که کاندید درمان طبی اولیه می‌شوند (یعنی شروع آنالوگ‌های GnRH برای سرکوب بلوغ در مراحل اولیه‌ی بلوغ) در میان کشورها و مراکز مختلف متفاوت است. همه‌ی کلینیک‌ها، سرکوب و توقف بلوغ را پیشنهاد نمی‌کنند. در کلینیک‌هایی که چنین درمانی ارائه می‌شود برای آن که مددجوی نوجوان اجازه‌ی دریافت هورمون داشته باشد باید در مرحله‌ی دوم تا چهارم تنر<sup>۶</sup> بلوغ قرار داشته باشد.<sup>۷</sup> این که چه نسبتی از نوجوانان درمان شوند

<sup>1</sup> de Vries, Noens, Cohen-kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010

<sup>2</sup> Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995

<sup>3</sup> Wallien & Cohen-Kettenis, 2008

<sup>4</sup> Docter, 1988; Landen, Walinder, & Lundstrom, 1998

<sup>5</sup> Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003

<sup>6</sup> Tanner Puberty Scale

<sup>7</sup> Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al. In press

تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله سازمان‌دهی خدمات سلامت، مسایل مربوط به بیمه درمانی، تفاوت‌های فرهنگی، نظرات کارشناسان حوزه سلامت و پروتکل‌های تشخیصی در کلینیک‌های مختلف است. پزشکان کم‌تجربه ممکن است برخی اوقات نارضایتی جنسی را با هذیان‌ها اشتباه بگیرند. از منظر پدیدارشناسانه، تفاوتی کیفی<sup>۱</sup> میان تابلوی نارضایتی جنسی و تابلوی هذیان یا دیگر نشانه‌های سایکوتیک وجود دارد. اکثریت قاطع کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسی از هیچ بیماری روان‌پزشکی شدید زمینه‌ای هم‌چون اختلالات سایکوتیک که علت ایجاد نارضایتی جنسی را توجیه کند رنج نمی‌برند.<sup>۲</sup>

برعکس، اختلالات درونی‌سازی شده‌ای نظیر افسردگی و اضطراب، و یا اختلالات برونی‌سازی شده‌ای نظیر اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در میان نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسی شایع است، و هم‌چون کودکان، شیوع اختلالات طیف اوتیسم در نوجوانانی که با شکایت نارضایتی جنسی مراجعه می‌کنند، نسبت به جمعیت عمومی بیشتر است.<sup>۳</sup>

### **ویژگی‌های لازم برای متخصصین سلامت روان که با کودکان یا نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسی کار می‌کنند**

شرایط زیر حداقل ویژگی‌هایی است که یک متخصص سلامت روان باید داشته باشد تا بتواند کودکان و نوجوانانی را که با شکایت نارضایتی جنسی مراجعه می‌کنند ارزیابی کرده و درمان‌های مناسب ارائه کند:

۱. شرایط لازم برای کار با مددجویان بزرگسال را، همان‌طور که در بخش هفت آمده است، داشته باشد؛
۲. در روان‌آسیب‌شناسی رشد کودک و نوجوان آموزش دیده باشد؛
۳. صلاحیت تشخیص و درمان مشکلات شایع کودک و نوجوان را داشته باشد.

### **وظایف متخصصین سلامت روان که با کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسی کار می‌کنند**

وظایفی که متخصصین سلامت شاغل در حوزه‌ی نارضایتی جنسی کودکان و نوجوانان باید بر عهده گیرند از این جمله است:

۱. ارزیابی مستقیم نارضایتی جنسی در کودکان و نوجوانان (دستورالعمل‌های کلی برای ارزیابی در ادامه آمده است).

<sup>1</sup> Qualitative difference

<sup>2</sup> Steensma, Biemond, de Boer & Cohen-Kettenis, 2011

<sup>3</sup> de Vries et al., 2010

۲. ارائه‌ی خدمات مشاوره‌ی خانوادگی و روان‌درمانی حمایت‌گر با هدف یاری رساندن به مددجوی کودک و نوجوان برای جستجوی هویت جنسی خود؛
  ۳. ارزیابی و درمان هر نوع مشکل روان‌پزشکی همراه در کودکان و نوجوانان (و یا ارجاع آنان به متخصص مناسب برای درمان). این موضوع باید به عنوان بخشی جدانشدنی از طرح کلی درمان انگاشته و پیگیری شود.
  ۴. ارجاع نوجوانان برای مداخلات فیزیکی بعدی (نظیر هورمون‌های سرکوب بلوغ) با هدف تسکین نارضایتی جنسی. این ارجاع باید شامل مستندات مربوط به ارزیابی نارضایتی جنسی و سلامت روان، تأیید صلاحیت نوجوان برای دریافت مداخلات فیزیکی (در ادامه آمده است)، تخصص مرتبط ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت و هر داده‌ی دیگری باشد که با وضعیت سلامت مددجو و درمان اختصاصی وی مرتبط است.
  ۵. حضور در گروه‌ها و فضاهای اجتماعی (نظیر مدارس، کمپ‌ها، مهدکودک‌ها و غیره) که کودکان و نوجوانان دچار نارضایتی جنسی و خانواده‌های آنان در آن رفت و آمد دارند و ارائه‌ی توضیحات و آموزش‌های لازم به نمایندگی از آن‌ها. اهمیت این نکته به خصوص از آن روست که بنا به شواهد، کودکان و نوجوانانی که مطابق با هنجارهای جنسی مورد پذیرش اجتماع رفتار نمی‌کنند در معرض خطرات متعددی قرار دارند؛ بدرفتاری در مدرسه<sup>۱</sup>، انزوا و طرد شدن از حلقه‌های اجتماعی، افسردگی، و عواقب منفی دیگری که اثرات درازمدتی می‌توانند داشته باشند<sup>۲</sup>.
  ۶. ارائه‌ی اطلاعات و آموزش‌های ضروری به کودکان، جوانان و خانواده‌های آنان و نیز تأمین حمایت از سوی گروه هم‌سالان، نظیر گروه‌های حمایتی برای خانواده‌هایی که کودکانی با جنسیت نامنتظر یا تراجنسی دارند<sup>۳</sup>.
- ارزیابی و مداخلات درمانی در کودکان و نوجوانان اغلب توسط یک تیم چند تخصصی و مجرب در زمینه‌ی هویت جنسی صورت می‌پذیرد. اگر چنین تیم چند تخصصی در دسترس نباشد، متخصص سلامت روان باید به منظور ارزیابی، آموزش و البته پیش از هرگونه تصمیم‌گیری در مورد مداخلات فیزیکی از مشورت و ارتباط با یک فوق تخصص غدد اطفال بهره‌مند شود.

<sup>1</sup> Grossman, D'Augelli, & Salter, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard, 2006; Sausa, 2005

<sup>2</sup> Nuttbrock et al., 2010

<sup>3</sup> Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002

### ارزیابی روان‌شناختی کودکان و نوجوانان

متخصصین سلامت روان در هنگام ارزیابی مددجوی کودک یا نوجوانی که با شکایت نارضایتی جنسی مراجعه کرده است باید به طور کلی از دستورالعمل‌های زیر پیروی کند:

۱. متخصص سلامت روان باید مراقب باشد تا نگرشی منفی نسبت به هویت‌های جنسی نامنطبق یا تظاهرات نارضایتی جنسی بروز ندهد و وجود آن‌ها را انکار نکند. آن‌ها باید نگرانی‌های مربوط به کودکان، نوجوانان، و خانواده‌ها را به رسمیت بشناسند؛ یک ارزیابی جامع و دقیق از نارضایتی جنسی و سایر اختلالات مربوط به سلامت روان به عمل آورند؛ و در صورت لزوم، مددجو و خانواده‌ها را با گزینه‌های درمانی موجود آشنا نمایند. پذیرش و اطمینان بخشیدن در مورد این که اسرار پزشکی محرمانه می‌ماند می‌تواند آرامش قابل توجهی در کودکان و نوجوانان دچار نارضایتی جنسی و خانواده آن‌ها را سبب شود.

۲. به هنگام ارزیابی نارضایتی جنسی و سلامت روان باید تلاش کرد تا ماهیت و خصوصیات هویت جنسی کودک یا نوجوان کشف و شناسایی شود. یک ارزیابی روان‌پزشکی و روان‌تشخیصی باید صورت گیرد و در طی آن تمامی حوزه‌های مربوط به روان نظیر عملکرد هیجانی، روابط بین گروه هم‌سالان و سایر مناسبات اجتماعی، عملکرد فکری، وضعیت تحصیلی و غیره مورد بررسی قرار گیرد. این ارزیابی، هم‌چنین باید برآوردی از نقاط ضعف و قدرت عملکرد خانواده را نیز فراهم نماید. در اغلب موارد کودک یا نوجوان با مشکلات هیجانی و رفتاری روبروست و چالش‌های حل نشده‌ای در محیط وی وجود دارد.<sup>۱</sup>

۳. در مورد نوجوانان، مرحله‌ی ارزیابی علاوه بر موارد بالا زمانی است که باید مددجو و خانواده‌اش را در جریان گزینه‌های احتمالی درمان و نیز محدودیت‌های هر کدام قرار داد. این موضوع نه تنها برای کسب رضایت آگاهانه، که برای ارزیابی دقیق‌تر نیز ضروری است. شیوه‌ای که نوجوانان نسبت به واقعیت تغییر جنسیت واکنش نشان می‌دهند می‌تواند از منظر تشخیصی حائز اهمیت باشد. اگر تمایل مددجو برای تغییر جنسیت مبتنی بر انتظارات غیرواقعی از نتایج آن باشد، ارائه‌ی اطلاعات صحیح می‌تواند تمایل وی را به دریافت درمان تغییر دهد.

### مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی در کودکان و نوجوانان

متخصصین سلامت روان در هنگام مشاوره و درمان مددجوی کودک یا نوجوانی که با شکایت

---

<sup>1</sup> de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; DiCeglie & Thummel, 2006; Wallien et al., 2007

- نارضایتی جنسی مراجعه کرده است باید به طور کلی از دستورالعمل‌های زیر پیروی کنند:
۱. متخصصین سلامت روان باید خانواده‌ی مددجو را یاری کنند تا نسبت به نگرانی‌ها و مشکلات فرزند دچار نارضایتی جنسی خود رویکردی گشوده و هم‌دلانه داشته باشند. خانواده‌ها نقشی پراهمیت در سلامت روان‌شناختی و رفاه کودک بازی می‌کنند.<sup>۱</sup> این موضوع در مورد گروه هم‌سالان نیز که می‌توانند منبع دیگری برای حمایت اجتماعی باشند صادق است.
  ۲. روان‌درمانی باید بر کاهش دیسترس ناشی از نارضایتی جنسی کودک یا نوجوان و نیز حل مشکلات روانی اجتماعی وی تمرکز داشته باشد. در مورد نوجوانی که به دنبال تغییر جنسیت است، روان‌درمانی باید مبتنی بر حمایت از مددجو در تمام مراحل گذار از جمله پیش، در حین و پس از تغییر جنسیت باشد. تا کنون ارزیابی رسمی از رویکردهای درمانی متفاوتی که برای این وضعیت وجود دارد منتشر نشده است اما تکنیک‌های مشاوره‌ای مختلفی توصیف شده است.<sup>۲</sup>
  ۳. درمان‌هایی که هدفشان تلاش برای تغییر هویت و بیان جنسی فرد به منظور هم‌خوان کردن آن با جنسی است که در بدو تولد به فرد نسبت داده شده است در گذشته انجام می‌شدند ولی موفقیتی نداشته‌اند<sup>۳</sup>، به خصوص در بلندمدت<sup>۴</sup>. چنین درمانی امروزه غیراخلاقی شمرده می‌شود.
  ۴. باید خانواده‌ها را یاری کرد تا بتوانند هم اضطراب و سرگشتگی را که خودشان در نتیجه‌ی وضعیت روانی جنسی فرزندشان به آن دچار شده‌اند مدیریت کنند و هم این که به فرزندشان کمک کنند تا بتواند از خودانگاره‌ای مثبت برخوردار شود.
  ۵. متخصصین سلامت روان به هیچ وجه نباید باور منسوخ جنسیت دوگانه<sup>۵</sup> را به مددجو و خانواده‌اش القا کنند. آن‌ها باید به مددجو امکان بدهند تا جنسیت دلخواه خود را از بین گزینه‌های مختلف انتخاب کند. مداخلات هورمونی یا جراحی برای برخی مددجویان مناسب است و برای برخی دیگر نامناسب.
  ۶. در طی گذار از جنسی که در بدو تولد به مددجو نسبت داده شده به جنسیت کنونی او، مسایلی وجود دارد که تصمیم‌گیری در رابطه با آن‌ها برای مددجو و خانواده‌اش می‌تواند بسیار دشوار باشد؛ مثلاً این که مددجو تا چه حد می‌تواند هویت جنسی واقعی خود را بروز دهد<sup>۶</sup> یا این که در چه زمان‌هایی و

<sup>1</sup> Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004

<sup>2</sup> Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Cegli & Thummel, 2006; Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Malpas, 2011s, Menvielle & Turek, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006

<sup>3</sup> Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964

<sup>4</sup> Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965

<sup>۵</sup>- دیدگاهی که اساس آن این است که افراد یا زن هستند و یا مرد و حالات بینابینی تماماً بیمارگونه محسوب می‌شود. مترجم.

<sup>۶</sup>- این موضوع به خصوص در فرهنگ بومی کشور ما، بسیار حاد بوده و جای تامل بسیار دارد. مترجم.

- در چه مکان‌هایی اجازه دارد با پوشش منطبق بر جنسیت خود ظاهر شود، آیا اساساً در مورد وضعیت مددجو بایستی به دیگران توضیحی داده شود و در این صورت، در چه زمانی و به چه عنوانی. دیگران چه رفتاری از خود بروز خواهند داد و واکنش به رفتار آن‌ها چگونه باید باشد.
۷. متخصصین سلامت روان باید مددجو و خانواده‌اش را در تعامل با اعضای گروه‌های اجتماعی و منابع قدرت نظیر معلم، مدیر و ناظم مدارس و دادگاه راهنمایی نموده و آموزش دهند و در صورت نیاز به صورت مستقیم نسبت به گفت و گو و آموزش آن‌ها اقدام کنند.
۸. متخصصین سلامت روان باید تلاش کنند تا ارتباط درمانگری خود را با مددجویان و خانواده‌ها در حین هر نوع تغییر اجتماعی یا مداخله‌ی فیزیکی حفظ کنند. تنها در این صورت است که می‌توان اطمینان حاصل کرد تصمیم‌گیری درباره‌ی بیان جنسیت و درمان نارضایتی جنسی با آگاهی و جدیت و دقت کافی صورت گرفته است. بنا به همین استدلال، کودک یا نوجوانی هم که پیش از مراجعه به متخصص سلامت روان تغییر پوشش داده است مشمول این اصل می‌باشد.

### گذار اجتماعی [جنسیت] در دوران اولیه‌ی کودکی

برخی کودکان مدت‌ها قبل از این که به بلوغ برسند تمایل دارند که در فضاهای اجتماعی نقش‌های جنسی متفاوتی داشته باشند. برای برخی از این کودکان، این خواست می‌تواند یکی از تظاهرات هویت جنسی‌شان باشد. برای برخی دیگر، این خواست محصول عوامل دیگری است. از سوی دیگر، خانواده‌ها نیز در این که تا چه اندازه اجازه می‌دهند فرزندان‌شان در فضاهای اجتماعی نقش‌های جنسی متفاوت (از آن چه در بدو تولد به آن‌ها نسبت داده شده) اتخاذ کنند با یکدیگر فرق می‌کنند. تغییر نقش‌های جنسی در فضاهای اجتماعی، در برخی خانواده‌ها با موفقیت‌هایی همراه بوده است. با این حال این موضوع بحث برانگیز بوده و دیدگاه‌های متفاوت و گاه مخالفی در این باره وجود دارد. شواهد کنونی برای این که بتوان پیش‌بینی کرد که تکمیل فرآیند تغییر جنسیت در طی دوران اولیه‌ی کودکی چه پیامدهای بلندمدتی به همراه خواهد داشت کافی نیستند. مطالعات انجام شده بر روی کودکانی که در دوران کودکی نقش‌های جنسی‌شان را به طور کامل تغییر دادند کمک فراوانی به دستورالعمل‌های بالینی آتی خواهد کرد.

متخصصین سلامت روان می‌توانند خانواده‌ها را در تصمیم‌گیری درباره‌ی زمان و فرآیند تغییر در نقش‌های جنسی فرزندان‌شان راهنمایی و یاری کنند. آن‌ها باید اطلاعات لازم را در اختیار پدر و مادر قرار داده و آنان را در ارزیابی مزایا و چالش‌هایی که حول و حوش هر یک از گزینه‌های پیش رو است یاری کنند. یکی از نکات، همان طور که پیشتر به آن اشاره شد، این است که نارضایتی جنسی در بسیاری از

افرادی که در کودکی جنسیت نامنطبق دارند با فرارسیدن بلوغ و آغاز نوجوانی از بین می‌رود.<sup>۱</sup> بازگشت به نقش‌های جنسی اولیه می‌تواند برای کودک بسیار تنش‌زا باشد و حتی باعث به تعویق افتادن آن شود.<sup>۲</sup> بنا به دلایلی نظیر این، شاید والدین ترجیح دهند که این تغییر نقش را به منزله‌ی نوعی کنجکاوی در نقش‌های جنسی دیگر تصور کنند تا یک وضعیت غیرقابل برگشت. متخصصین سلامت روان می‌توانند والدین را در یافتن راه‌حل‌ها و مصالحه‌های بینابینی کمک کنند (مثلاً «تغییر پوشش تنها در هنگام سفر مجاز است» و غیره). نکته‌ی مهم دیگر آن است که پدر و مادر صریحاً به کودک بگویند که راه برگشت کاملاً و همیشه باز است.

مستقل از این که تصمیم خانواده در رابطه با گذار جنسی فرزندشان (زمان‌بندی، میزان و ...) چه باشد، متخصصین سلامت روان باید آن‌ها را در برابر تصمیم‌گیری‌های پیش‌روی‌شان و پیامدهای آن حمایت کرده و مشاوره‌های لازم را به آن‌ها ارائه دهند. اگر پدر و مادر به فرزندشان اجازه ندهند که نقش‌های جنسی را تغییر دهد، در آن صورت احتمالاً نیاز به راهنمایی و مشورت‌هایی خواهد بود که ایشان را قادر سازد تا نیازهای کودک را برآورده ساخته و برای او امکان تجربه‌ی احساسات و رفتارهای جنسی را در فضایی امن مهیا کنند. اگر پدر و مادر به فرزندشان اجازه بدهند که نقش‌های جنسی را تغییر دهد، در آن صورت احتمالاً نیاز به راهنمایی و مشورت‌هایی خواهد بود که ایشان را قادر سازد تا برای کودکشان شرایطی فراهم کنند که فرزند بتواند در آن تجربه‌ای مثبت از تغییر نقش جنسی داشته باشد.

برای مثال، استفاده از شناسه‌های صحیح در مکالمات روزمره، ایجاد محیطی امن و حمایت‌گر برای کودکی که در حال تغییر نقش‌های جنسی است (مثلاً در مدرسه، جمع‌های گروه هم‌سالان و غیره) و ارتباط با سایر افرادی که در زندگی کودک وجود دارند از جمله مواردی است که متخصص سلامت روان باید مشورت و راهنمایی لازم را در مواجهه با آن‌ها در اختیار والدین قرار بدهد. چه پدر و مادر به کودک اجازه‌ی تغییر بدهند چه ندهند، با نزدیک شدن کودک به بلوغ و به وجود آمدن امکان مداخلات فیزیکی، ارزیابی‌های بیشتر ضروری خواهد بود.

### مداخلات فیزیکی برای نوجوانان

پیش از آن که هر نوع مداخله‌ی فیزیکی برای نوجوانان مد نظر قرار گیرد، لازم است تا همان طور که پیش از این اشاره شد یک ارزیابی گسترده از مسایل روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی مددجو صورت

<sup>1</sup> Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008

<sup>2</sup> Steensma & Cohen-Kettenis, 2011

گیرد. طول مدت این بررسی‌ها بسته به میزان پیچیدگی و چالش برانگیز بودن وضعیت ممکن است بسیار متغیر باشد.

مداخلات فیزیکی را باید در چارچوب رشد در دوران نوجوانی مد نظر قرار داد. برخی از باورهای هویتی که در دوران نوجوانی شکل گرفته و قویا ابراز می‌شوند، ممکن است این تصور نادرست را ایجاد کنند که بازگشت‌ناپذیر هستند. این که نوجوانی که پیش از این نارضایتی جنسی داشته به سمت جنسیت منطبق با جنس بدو تولدش میل کند، می‌تواند پیش از هر چیزی تلاشی برای خشنودسازی خانواده باشد، نه نشانه‌ای از یک تغییر پایدار و برطرف شدن دائمی نارضایتی جنسی<sup>۱</sup>.

مداخلات فیزیکی در نوجوانان در یکی از سه گروه یا مرحله‌ی زیر قرار می‌گیرد<sup>۲</sup>:

۱. **مداخلات کاملاً برگشت‌پذیر:** این مداخلات شامل استفاده از آنالوگ‌های GnRH برای سرکوب تولید استروژن یا تستوسترون و به تبع آن به تأخیر انداختن تغییرات فیزیکی بلوغ است. گزینه‌های درمانی جایگزین شامل پروژستین‌ها (نظیر مدروکسی پروژسترون) یا دارودرمانی‌های دیگر (نظیر اسپرونولاکتون) است که باعث کاهش اثر آندروژن‌هایی می‌شود که از بیضه‌ی نوجوانانی که آنالوگ‌های GnRH دریافت نمی‌کنند ترشح می‌گردد. می‌توان از قرص‌های ضدبارداری خوراکی (یا مدروکسی پروژسترون طولانی اثر) برای سرکوب دائمی قاعدگی استفاده کرد.

۲. **مداخلات تا اندازه‌ای برگشت‌پذیر:** این دسته اقدامات عبارتند از هورمون‌درمانی به منظور مردانه یا زنانه ساختن بدن. در مورد برخی از این تغییرات وابسته به هورمون، برای این که فرد به حالت اولیه بازگردد نیازمند جراحی‌های ترمیمی است (مثل ژنیکوماستی ناشی از استروژن)، در حالی که سایر تغییرات اساساً بازگشت‌ناپذیرند (مثل بم شدن صدا در نتیجه‌ی تأثیر تستوسترون).

۳. **مداخلات برگشت‌ناپذیر:** اقدامات جراحی در این دسته قرار می‌گیرند.

گذار از یکی از نقش‌های جنسی به دیگری، باید مرحله به مرحله و گام به گام باشد تا دست کم در طی دو مرحله‌ی نخست، همه‌ی گزینه‌ها - از جمله گزینه‌ی بازگشت - موجود باقی بماند. حرکت از هر مرحله به مرحله‌ی بعد، تنها زمانی مجاز است که زمان کافی گذشته باشد و مددجو و خانواده‌اش به طور کامل با تأثیرات مداخلات قبلی خو گرفته باشند.

### مداخلات کاملاً برگشت‌پذیر

نوجوانان به محض شروع تغییرات بلوغ می‌توانند از هورمون‌های سرکوب‌کننده‌ی بلوغ استفاده کنند. برای آن که مددجوی نوجوان و خانواده‌اش بتوانند تصمیمی آگاهانه درباره‌ی تأخیر بلوغ بگیرند، پیشنهاد

<sup>1</sup> Hembree et al., 2009; Steensma et al., 2011

<sup>2</sup> Hembree et al., 2009



می‌شود که مددجو بلوغ را تا دست کم مرحله‌ی دوم تنر تجربه کند. برخی کودکان ممکن است در سنین بسیار پایینی به این مرحله برسند (مثلا در ۹ سالگی). مطالعاتی که این رویکرد را مورد ارزیابی قرار داده‌اند تنها کودکانی را دربر گرفته‌اند که حداقل ۱۲ سال سن داشته‌اند.<sup>۱</sup>

مداخله‌ی مبتنی بر هورمون‌های سرکوب‌کننده‌ی بلوغ به دو دلیل موجه است:

۱) از این طریق نوجوانان زمان کافی دارند تا ابعاد مختلف جنسیت نامطبق خود را کند و کاو کرده و سایر مسایل مربوط به رشد و تکوین را کشف و درک کنند؛ و ۲) از این طریق می‌توان از ایجاد صفات جنسی ثانویه جلوگیری کرد. این موضوع می‌تواند برای گذار جنسی بسیار کمک‌کننده و تسهیل‌گر باشد، چرا که امکان تغییر بسیاری از صفات جنسی ثانویه پس از شکل‌گیری یا اساساً غیرممکن است و یا بسیار دشوار (مثلا قد کوتاه، یا صدای بم، یا استخوان‌بندی چهره و غیره).

سرکوب بلوغ می‌تواند برای چند سال ادامه یابد، تا این که نوبت به تصمیم‌گیری بر سر این موضوع برسد که آیا کل هورمون‌درمانی قطع گردد یا این که رژیم هورمونی لازم برای گذار جنسی جایگزین آن گردد.

### معیارهای لازم برای دریافت هورمون‌های سرکوب‌کننده‌ی بلوغ

برای آن که یک مددجوی نوجوان بتواند از هورمون‌های سرکوب‌کننده‌ی بلوغ استفاده کند، باید حداقل معیارهای زیر دارا باشد:

۱. مددجو باید الگوی نارضایتی جنسی یا جنسیت نامطبق را به صورت پایدار و شدید تجربه کرده باشد.
۲. نارضایتی جنسی<sup>۲</sup> باید با آغاز بلوغ، شروع و یا تشدید شده باشد.
۳. هر نوع اختلال اجتماعی، طبی یا روان‌شناختی همراه که می‌تواند با درمان تداخل داشته باشد (مثلا باعث شود تا بیمار درمان را ادامه ندهد) باید مورد بررسی و ارزیابی قرار بگیرد تا وضعیت نوجوان و عملکرد وی برای شروع درمان به قدر کافی پایدار باشد.
۴. مددجو باید رضایت آگاهانه داده باشد و به خصوص در مواردی که مددجو به سن قانونی<sup>۳</sup> نرسیده، والدین و یا قیم‌های قانونی وی نیز نسبت به درمان وی رضایت داشته و در طول فرآیند درمان فعال بوده و مددجو را حمایت کنند.

<sup>۱</sup> Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, & Cohen-Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006

<sup>۲</sup> منظور رنج و نارضایتی ناشی از جنسیت نامطبق است، وگرنه جنسیت نامطبق می‌تواند از پیش از بلوغ وجود داشته است. م

<sup>۳</sup> سن قانونی برای تصمیم‌گیری در مورد مسایل پزشکی شخصی. م

### رژیم‌های دارویی، روش پایش و خطرات سرکوب بلوغ

برای آنکه بلوغ را در نوجوانانی که نواحی تناسلی مردانه دارند متوقف کرد باید از آنالوگ‌های GnRH (هورمون ترشح‌کننده‌ی گنادوتروپین) استفاده نمود تا از این طریق ترشح هورمون لوئتینه‌کننده سرکوب شده و به تبع آن ترشح هورمون تستوسترون سرکوب شود. روش دیگر، استفاده از پروژستین‌ها (نظیر مدروکسی پروژسترون) یا سایر داروهایی است که ترشح تستوسترون را مهار کرده و یا عملکرد تستوسترون را خنثی می‌کنند. در نوجوانانی که نواحی تناسلی زنانه دارند، برای سرکوب بلوغ باید از آنالوگ‌های GnRH که مهارکننده‌ی تولید استروژن و پروژسترون هستند استفاده کرد. در اینجا هم می‌توان از پروژستین‌ها (نظیر مدروکسی پروژسترون) به عنوان روش جایگزین سود جست. هم‌چنین می‌توان از تجویز و مصرف مداوم (و نه متناوب؛ آن‌طور که در درمان خونریزی‌های رحمی و یا پیش‌گیری از حاملگی استفاده می‌شود) قرص‌های ضدحاملگی (یا دپو مدروکسی پروژسترون) برای سرکوب قاعدگی سود جست. در هر دو گروه از مددجویان (چه با آلت تناسلی مردانه و چه زنانه)، استفاده از آنالوگ‌های GnRH درمان انتخابی است<sup>۱</sup>، اما به علت هزینه‌ی بالا، خرید آن‌ها برای همه‌ی بیماران مقدور نیست.

در طی سرکوب بلوغ؛ تکوین و نمو فیزیکی نوجوان باید به دقت پایش شود - ترجیحاً توسط یک فوق تخصص غدد اطفال - تا در صورت لزوم، مداخلات مورد نیاز را بتوان صورت داد<sup>۱</sup> (مثلاً ایجاد قدی متناسب با جنسیت، یا بهبود تراکم استخوانی که در اثر مداخلات هورمونی ممکن است کاهش یابد).

استفاده‌ی زود هنگام از هورمون‌های سرکوب‌کننده‌ی بلوغ می‌تواند به نحو موثرتری جلوی پیامدهای هیجانی و اجتماعی منفی ناشی از نارضایتی جنسی را بگیرد. در صورتی که مداخله در ابتدای نوجوانی قابل طرح باشد باید با نظارت و توصیه‌ی فوق تخصص غدد اطفال صورت بگیرد. مددجویان نوجوانی که آلت تناسلی مردانه دارند و کاندید دریافت آنالوگ‌های GnRH هستند باید بدانند که این روش ممکن است سبب شود تا بافت‌های تناسلی که برای انجام تکنیک واژینوپلاستی معکوس مورد نیاز است، به قدر کافی ایجاد نشود (البته حتی در صورتی که چنین اتفاقی رخ بدهد، می‌توان از سایر تکنیک‌های جراحی نظیر استفاده از گرافت پوستی یا بافت کولون استفاده کرد).

چه سرکوب بلوغ و چه رخ دادن بلوغ، دارای پیامدهایی خواهند بود. از یک سو اگر صفات ثانویه‌ی جنسی در طی بلوغ شکل بگیرد به دو دلیل عملکرد آتی مددجو آسیب خواهد دید؛ اول به واسطه‌ی به وجود آمدن صفات ثانویه‌ی جنسی غیرقابل برگشت در طی بلوغ و دوم در نتیجه‌ی گذراندن سال‌هایی که در آن مددجو شدیدترین فرم نارضایتی جنسی را تجربه می‌کند. از سوی دیگر، نگرانی‌هایی درباره‌ی عوارض

<sup>1</sup> Hembree et al., 2009

جانبی آنالوگ‌های GnRH وجود دارد (مثلاً تأثیر آن بر روی قد یا تراکم استخوان). هر چند نتایج اولیه‌ی بدست آمده از این رویکرد (که در اثر پایش ده ساله‌ی نوجوانان به دست آمده) نویدبخش و امیدوارکننده بوده است.<sup>۱</sup> اثرات بلندمدت آن را تنها زمانی می‌توان ارزیابی کرد که نخستین گروه از مددجویانی که تحت این درمان قرار گرفتند به سن مناسب برسند.

### مداخلات نسبتاً برگشت پذیر

نوجوانان می‌توانند با رضایت خودشان هورمون‌درمانی مردانه‌ساز/زنانه‌ساز را شروع کنند، هر چند که بهتر است این امر با رضایت و همراهی والدین باشد. در بسیاری از کشورها، به لحاظ قانونی ۱۶ ساله‌ها برای تصمیم‌گیری‌های پزشکی خود بالغ محسوب شده و نیازی به کسب رضایت والدین ندارند. با این همه، حالت آرمانی آن است که تصمیم‌گیری‌های درمانی با مشارکت مددجو، خانواده‌اش و تیم درمانی صورت گیرد.

رژیم‌های هورمون‌درمانی مورد استفاده در نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسی، با آنچه که در بزرگسالان استفاده می‌شود بسیار تفاوت دارد.<sup>۲</sup> رژیم‌های هورمونی برای نوجوانان باید به گونه‌ای باشد که با تکوین سوماتیک، هیجانی و روانی که در طی بلوغ رخ می‌دهد سازگار باشند.<sup>۱</sup>

### مداخلات برگشت ناپذیر

جراحی تناسلی نباید صورت گیرد مگر آن‌که: (۱) مددجو به سن قانونی برای تصمیم‌گیری انفرادی در مورد مسایل پزشکی خود رسیده باشد، و (۲) مددجو برای مدت حداقل ۱۲ ماه به طور دائمی در نقش جنسی مطابق با هویت جنسی خود زندگی کرده باشد. آستانه‌ی سنی را باید به عنوان یک معیار حداقلی در نظر گرفت و نه اندیکاسیونی که به خودی خود مداخله‌ی فعالانه را مجاز می‌سازد. به بیان دیگر آستانه‌ی سنی یک شرط لازم است اما کافی نیست.

جراحی بالاتنه در مددجویان FtM را می‌توان زودتر صورت داد، ولی ترجیح بر آن است که پیش از آن زمان قابل توجهی از زندگی در نقش جنسی مطلوب سپری شده باشد و درمان تستوسترون نیز برای حدود یک سال دریافت شده باشد. هدف از پیشنهاد این مرحله‌بندی اینست که مددجو زمان کافی داشته باشد تا بتواند پیش از عمل جراحی، که تغییری غیرقابل برگشت است، نقش جنسی مردانه را تجربه و به لحاظ اجتماعی با آن انطباق پیدا کند. با این همه، در مورد هر مددجو بسته به این که وضعیت بالینی خاص او چیست

<sup>1</sup> Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006

<sup>2</sup> Hembree et al., 2009

و چه هدفی از بیان هویت جنسی خود دارد، می‌توان رویکردهای مناسب دیگری اتخاذ کرد.

### خطرات محرومیت از درمان طبی برای نوجوانان

امتناع از ارائه‌ی به‌هنگام مداخلات پزشکی برای نوجوانان می‌تواند منجر به طولانی شدن نارضایتی جنسی گردد و سبب شود تا مددجو ظاهری پیدا کند که او را در معرض سوء استفاده و انگ اجتماعی قرار می‌دهد. از آن جا که تجربه‌ی سوء استفاده‌های مرتبط با جنسیت قویا با میزان بروز اختلالات روان‌پزشکی در دوران نوجوانی همبسته است<sup>۱</sup>، سرکوب نکردن بلوغ و به تبع آن زنانه شدن/مردانه شدن جسمانی مددجو، می‌تواند تأثیرات نامطلوب زیادی بر روان وی بگذارد.

---

<sup>1</sup> Nuttobrock et al., 2010

## سلامت روان

دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق ممکن است به دلایل متعدد و متنوعی به یاری یک متخصص سلامت روان نیاز پیدا کنند. مستقل از این که دلیل مددجو از مراجعه چیست، انتظار می‌رود که متخصصین سلامت روان با بحث جنسیت نامنطبق آشنایی داشته باشند، بتوانند در چارچوب ملاحظات فرهنگی عمل کنند، و در ارائه‌ی خدمات از خود حساسیت نشان بدهند.

این بخش از اصول مراقبت، به نقش متخصصین سلامت روان در ارائه‌ی خدمات به بزرگسالانی می‌پردازد که با شکایت نارضایتی جنسی و ناراحتی‌های مشابه به پزشک مراجعه کرده‌اند. آن دسته از متخصصین سلامت روان که مراجعان آن‌ها، کودکان و نوجوانان مبتلا به نارضایتی جنسی و خانواده‌های آن‌هاست، باید به بخش ششم مراجعه نمایند.

### ویژگی‌های لازم برای متخصصین سلامت روان که با بزرگسالان مبتلا به نارضایتی جنسی کار می‌کنند

آموزش‌هایی که باید به متخصصین سلامت روان داده شود تا آن‌ها توانایی لازم برای کار با بزرگسالان مبتلا به نارضایتی جنسی را پیدا کنند، همان مواردی است که باید برای ارزیابی، تشخیص و درمان همه‌ی مشکلات مربوط به سلامت روان آموزش داده شود. این آموزش‌ها را می‌توان در قالب رشته‌هایی نظیر روان‌شناسی، روان‌پزشکی، مددکاری اجتماعی، مشاوره‌ی سلامت روان، خانواده‌درمانی و مشاوره‌ی ازدواج، پرستاری یا پزشک خانواده و هر رشته‌ای که در آن کار بالینی با تأکید بر مشاوره و سلامت رفتاری آموزش داده می‌شود ارائه کرد. موارد زیر حداقل شرایطی است که متخصصین سلامت روان باید دارا باشند تا بتوانند با مددجویان بزرگسالی که دچار نارضایتی جنسی هستند کار کنند.

۱. مدرک کارشناسی ارشد یا چیزی معادل آن در یک حوزه‌ی مربوط به علوم رفتاری بالینی. این مدرک

- یا مدرک بالاتر از آن، باید از موسسه‌ای کسب شده باشد که مورد تأیید نهاد یا نهادهای نظارتی ملی یا منطقه‌ای باشد. متخصصین سلامت روان باید مدارک و مستندات مربوط به دانش‌نامه‌ی خود را که به تأیید نهاد نظارتی مربوط به آن کشور رسیده، همراه داشته باشند.
۲. صلاحیت استفاده از DSM یا ICD را داشته باشند.
۳. بتوانند بیماری‌های روان‌شناختی زمینه‌ای را شناسایی کرده و تشخیص بدهند و آن‌ها را از نارضایتی جنسی تمیز دهند.
۴. دوره‌های آموزشی لازم در روان‌درمانی یا مشاوره را تحت نظارت<sup>۱</sup> گذرانده و مدارک مربوطه را کسب کرده باشند.
۵. از هویت‌های جنسی و تظاهرات آن‌ها مطلع باشند و شیوه‌ی ارزیابی و درمان نارضایتی جنسی را بدانند.
۶. اطلاعات خود درباره‌ی ارزیابی و درمان نارضایتی جنسی را مدام به روز کنند. از جمله مصادیق این مورد عبارت است از شرکت در سمینارها، کارگاه‌ها و یا نشست‌های حرفه‌ای مرتبط؛ دریافت مشورت و نظارت (سوپرویزن) از متخصص سلامت روان دیگری که تجارب مرتبط دارد؛ یا شرکت در پژوهش‌های مربوط به جنسیت نامنطبق و نارضایتی جنسی.
- علاوه بر حداقل ضرورت‌هایی که در بالا برشمرده شد، پیشنهاد می‌شود تا متخصصین سلامت روان مجموعه‌ای از توانمندی‌های فرهنگی را به دست آورند تا بتوانند از آن طریق ارتباط خود را با مددجویان تراجنسی، دگرباش و افراد با جنسیت نامنطبق تسهیل کنند. برای مثال، می‌توان از سیاست‌های عمومی مربوط به این مددجویان و خانواده آن‌ها اطلاع حاصل کرد. علاوه بر این، کسب اطلاعات درباره‌ی جنسیت، مشکلات تهدیدکننده‌ی سلامت جنسی، و ارزیابی و درمان اختلالات جنسی می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد.
- آن دسته از متخصصینی که تازه به این حوزه وارد شده‌اند (مستقل از این که مقطع تحصیلی آن‌ها چیست یا چه تجربه‌ای در سایر حوزه‌ها دارند) باید تحت نظارت و سوپرویزن یک متخصص سلامت روان که صلاحیت و تجربه‌ی کافی در ارزیابی و درمان نارضایتی جنسی دارد، کار کنند.

### **وظایف متخصصین سلامت روان در برخورد با مددجوی بزرگسالی که با نارضایتی جنسی مراجعه کرده است**

خدمت‌رسانی متخصصین سلامت روان به افراد با جنسیت نامنطبق، تراجنسی، دگرباش و خانواده آن‌ها

---

<sup>1</sup> Supervision

می تواند بسته به نیازهای مددجو قالب‌های متعددی داشته باشد. برای مثال، متخصص سلامت روان می تواند یک روان‌درمانگر، یک مشاور، یا یک خانواده‌درمانگر باشد یا این که به عنوان یک تشخیص‌دهنده/ارزیابی‌کننده، فعال حقوق اجتماعی یا آموزش‌دهنده فعالیت کند.

متخصص سلامت روان باید پیش از هر چیز، علت مراجعه‌ی مددجو برای دریافت خدمات تخصصی را تعیین کند. برای مثال، مددجو ممکن است برای دریافت یک یا ترکیبی از این خدمات مربوط به سلامت مراجعه کند: روان‌درمانی و کمک به کشف و کند و کاو هویت جنسی و بیان آن یا تسهیل فرآیند شناختن خویشتن حقیقی<sup>۱</sup>؛ ارزیابی و ارجاع برای مداخلات بالینی مردانه‌ساز/زنانه‌ساز؛ حمایت روان‌شناختی برای اعضای خانواده (والدین، کودکان، سایر اعضای خانواده)؛ روان‌درمانی پیرامون مسایل غیرجنسی؛ یا خدمات دیگر تخصصی.

در ادامه، به دستورالعمل‌های کلی خواهیم پرداخت که یک متخصص سلامت روان را یاری می کند تا بتواند مسایل مطرح شده در مواجهه با یک مددجوی بزرگسال که با شکایت نارضایتی جنسی مراجعه کرده است را حل کند.

## مسایل مربوط به درمان و ارجاع

### ۱. ارزیابی نارضایتی جنسی

متخصصین سلامت روان، نارضایتی جنسی مددجویان را در زمینه‌ی انطباق روانی اجتماعی<sup>۲</sup> آن‌ها ارزیابی می کنند<sup>۳</sup>. این ارزیابی دست کم باید شامل این موارد باشد: بررسی هویت جنسی و نارضایتی جنسی، زمان و چگونگی شروع احساسات مربوط به نارضایتی جنسی، تأثیر تابو بودن جنسیت نامنطبق بر سلامت روان، و در نهایت این که خانواده، دوستان و گروه همسالان (برای مثال، ارتباط رو در رو و یا اینترنتی با دیگر دگرباشان، تراجنسی‌ها و یا افراد یا گروه‌های با جنسیت نامنطبق) تا چه اندازه حمایت کننده هستند. نتیجه‌ی این ارزیابی‌ها می تواند یکی از این‌ها باشد: برای مددجو هیچ تشخیصی مطرح نیست، تشخیص نارضایتی جنسی رسماً مطرح و مورد تأیید است، و یا تشخیص‌های دیگری (مستقل از مسئله‌ی جنسیت) در مورد ابعاد انطباق روانی اجتماعی یا سلامت روانی وی مطرح است. یکی از نقش‌های متخصص سلامت روان این است که اطمینان حاصل کند نارضایتی جنسی ثانویه به سایر اختلالات نیست و یا به علت وجود اختلالات دیگر توجیه نمی شود.

متخصصین سلامت روانی که دارای توانمندی‌های یاد شده باشند (که از اینجا به بعد با عنوان متخصص

<sup>1</sup> Coming-out process

<sup>2</sup> Psychosocial Adjustment

<sup>3</sup> Bocking et al., 2006; Lev, 2004; 2009

سلامت روان واجد صلاحیت مورد اشاره قرار خواهند گرفت)، بهترین گزینه برای انجام این ارزیابی هستند. با این حال، این ارزیابی توسط سایر متخصصین سلامت نیز که آموزش‌های کافی در سلامت رفتار داشته‌اند و قادر به تشخیص نارضایتی جنسی هستند می‌تواند صورت پذیرد. این متخصص می‌تواند همان کسی باشد که وظیفه‌ی هورمون‌درمانی را نیز برعهده دارد و یا این که عضوی از یک تیم ارائه خدمات سلامت باشد.

### ۲. ارائه‌ی اطلاعات در رابطه با گوناگونی هویت جنسی و مداخلات احتمالی پزشکی

یکی از موضوعات مهمی که متخصص سلامت روان باید به آن پردازد، افزایش آگاهی مددجویان و خانواده آن‌ها در رابطه با تظاهرات گوناگون هویت‌های جنسی و تعدد گزینه‌های موجود برای تسکین نارضایتی جنسی است. در مرحله‌ی بعد، متخصص سلامت روان باید شرایطی را فراهم کند (و یا مددجو را به کسی که توانمندی لازم را در این زمینه دارد ارجاع کند) تا مددجو بتواند این گزینه‌های متعدد را یک به یک بررسی کرده و در نهایت قادر باشد پس از شناخت نقش‌های جنسی مناسب خود، با آگاهی کامل و در صورت لزوم درباره‌ی مداخلات پزشکی موجود تصمیم‌گیری کند. از جمله‌ی شرایطی که منجر به این مهم می‌شوند می‌توان به گروه‌درمانی، درمان فردی و خانواده‌درمانی و یا محافل جمعی اشاره کرد که حمایت گروه‌هم‌تایان را به همراه دارد. متخصص سلامت و مددجو، باید درباره‌ی اثرات و پیامدهای کوتاه و بلندمدت هر تغییری در نقش‌های جنسی و هر یک از مداخلات پزشکی به طور مفصل گفت و گو کنند. این پیامدها می‌توانند روان‌شناختی، اجتماعی، فیزیکی، جنسی، شغلی، و قانونی باشند.<sup>۱</sup>

برای انجام این امر نیز یک متخصص سلامت روان واجد صلاحیت بهترین گزینه است، با این حال هر متخصص سلامت دیگری نیز که آموزش‌های مناسب در زمینه‌ی سلامت رفتار دیده باشد آگاهی‌های لازم و کافی را درباره‌ی جنسیت‌های نامنطبق و تظاهرات جنسی متفاوت کسب کرده باشد و از اثرات احتمالی مداخلات پزشکی در نارضایتی جنسی آگاه باشد می‌تواند این وظیفه را برعهده بگیرد، به خصوص اگر به عنوان عضوی از یک تیم حرفه‌ای چندتخصصی باشد که وظیفه‌ی تأمین درمان هورمونی را برای مددجو عهده‌دار باشند.

### ۳. ارزیابی، تشخیص و گفت و گو درباره‌ی گزینه‌های درمانی در موارد ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی

همراه

مددجویانی که با نارضایتی جنسی مراجعه می‌کنند ممکن است دچار طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌پزشکی باشند.<sup>۲</sup> این اختلالات ممکن است با نارضایتی جنسی و یا استرس مزمن ناشی از در اقلیت بودن مرتبط باشند یا نباشند. از جمله‌ی این اختلالات می‌توان به اضطراب، افسردگی، خودزنی، سابقه‌ی مورد

<sup>۱</sup> Bockting et al., 2006; Lev, 2004

<sup>۲</sup> Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás, & Valdés, 2009; Murad et al., 2010



سوءاستفاده و یا بی‌توجهی قرار گرفتن، وسواس، سوء‌مصرف مواد، اختلالات جنسی، اختلالات شخصیتی، اختلالات خوردن، اختلالات سایکوتیک و اختلالات طیف اوتیسم اشاره کرد.<sup>۱</sup> متخصصین سلامت روان باید مددجویان را از نظر وجود اختلالات روان‌پزشکی ارزیابی و در صورت تشخیص، درمان‌های لازم را در طرح کلی درمان بگنجانند. این نگرانی‌ها می‌توانند منبع رنج و ناراحتی (دیسترس) باشند و در صورتی که درمان نشده باقی بمانند مانع کشف هویت جنسی هم‌خوان و برطرف شدن ناراضیاتی جنسی بشوند.<sup>۲</sup> تلاش برای کشف و درمان این اختلالات، تا حد زیادی به تسکین ناراضیاتی جنسی، تسهیل فرآیند تغییر و افزایش آگاهی در هنگام تصمیم‌گیری درباره‌ی مداخلات پزشکی و در نهایت، به بهبود کیفیت زندگی کمک می‌کند.

ممکن است برخی از مدجویان برای تسکین علایم روان‌پزشکی و درمان اختلالات روان‌پزشکی همراه، نیازمند مصرف داروهای روان‌پزشکی باشند. بر عهده‌ی متخصصین سلامت روان است که این مددجویان را شناسایی کرده و نسبت به تجویز دارودرمانی مناسب اقدام کنند و یا مددجو را به همکاری که در این زمینه تبحر دارد ارجاع کنند. وجود اختلالات روان‌پزشکی، الزاما به معنای آن نیست که مددجو باید از تغییرات احتمالی در نقش‌های جنسی یا دسترسی به هورمون درمانی یا جراحی منع شود بلکه به آن معناست که درمان این اختلالات باید پیش از درمان ناراضیاتی جنسی، و یا هم‌زمان با آن، به بهترین نحو صورت گیرد. علاوه بر این بایستی توانایی مددجویان برای ارائه‌ی رضایت آگاهانه پیش از دریافت درمان‌های پزشکی مورد بررسی و ارزیابی دقیق قرار گیرد.

متخصص سلامت روان واجد صلاحیت باید به طور ویژه برای ارزیابی، تشخیص و درمان (یا ارجاع به منظور درمان) این اختلالات روان‌پزشکی همراه آموزش ببینند. سایر متخصصین سلامت نیز که آموزش‌های لازم در زمینه‌ی سلامت رفتار دیده‌اند، می‌توانند وظیفه‌ی غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی در مددجویان را برعهده بگیرند و در صورت نیاز به ارزیابی کامل‌تر و درمان، مددجو را به متخصص سلامت روان واجد شرایط ارجاع کنند.

#### ۴. ارزیابی وجود شرایط برای هورمون‌درمانی، آماده‌سازی و ارجاع مددجو

*اصول مراقبت معیارهایی را برای نحوه‌ی تصمیم‌گیری درباره‌ی هورمون‌درمانی زنانه‌ساز/مردانه‌ساز ارائه می‌کند (در بخش ۸ و ضمیمه‌ی ج).* متخصصین سلامت روان باید به مددجویانی که درصدد دریافت هورمون‌درمانی هستند کمک کنند تا برای رویارویی با هورمون‌درمانی آماده شوند: هم به لحاظ روان‌شناختی (برای مثال، مددجو باید آگاهانه و با انتظارات واقع‌گرایانه از نتیجه‌ی هورمون‌درمانی تصمیم‌گیری کند؛ باید

<sup>1</sup> Bockting et al., 2006; Nuttbock et al., 2010; Robinow, 2009

<sup>2</sup> Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009

آمادگی داشته باشد تا خدمات را در راستای طرح کلی درمان دریافت کند؛ باید تا حد امکان خانواده و دوستان را در جریان تصمیم‌گیری بگذارد) و هم به لحاظ عملی (برای مثال، مددجو باید توسط یک پزشک ارزیابی شود تا موارد منع مطلق مصرف هورمون در مورد وی وجود نداشته باشد؛ و از پیامدهای روانی اجتماعی هورمون‌درمانی به خوبی آگاه شده باشد). اگر مددجویان در سنین باروری هستند، گزینه‌های تولیدمثلی (بخش یازده) باید پیش از شروع هورمون‌درمانی مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرند.

باید به خاطر داشت که تصمیم‌گیری درباره‌ی دریافت هورمون مانند سایر تصمیم‌گیری‌ها در رابطه با دریافت هر شکلی از خدمات سلامت پیش از هر چیز مبتنی بر میل و خواست مددجو است. با این حال، متخصصین سلامت روان مسئولیت دارند تا علاوه بر تشویق و راهنمایی، مددجویان را در اتخاذ تصمیمی کاملاً آگاهانه و کسب آمادگی کامل در مواجهه با هورمون‌درمانی یاری کنند. برای این منظور، متخصصین سلامت باید مناسبات درمانی کارا و سودمندی با مددجویان خود داشته باشند و اطلاعات کافی در مورد آن‌ها کسب کرده باشند. مددجویان باید با دقت و توجه بسیار و با هدف تسکین ناراضی جنسی و فراهم کردن خدمات پزشکی مناسب مورد بررسی قرار گیرند.

#### ارجاع برای هورمون‌درمانی زنانه‌ساز/مردانه‌ساز

افراد ممکن است برای دریافت هورمون‌درمانی، به متخصصین رشته‌های مختلف مراجعه کنند. با این حال، ارائه‌ی خدمات مرتبط با سلامت تراجنسی‌ها یک موضوع چند رشته‌ای است و توصیه می‌شود ارائه‌ی خدمات سلامت در قالب یک تیم چند تخصصی صورت پذیرد.

هورمون‌درمانی را می‌توان با صلاح‌دید یک متخصص سلامت روان واجد صلاحیت آغاز کرد. علاوه بر این، هر متخصص سلامت دیگری نیز که آموزش‌های لازم را در زمینه‌ی سلامت رفتار و تشخیص صحیح ناراضی جنسی دریافت کرده باشد، می‌تواند نسبت به ارزیابی، آماده‌سازی و ارجاع بیمار برای هورمون‌درمانی اقدام کند، به خصوص در صورتی که اختلالات همراه روان‌پزشکی عمده‌ای وجود نداشته باشد، و متخصص سلامت در قالب یک تیم سلامت حرفه‌ای چند تخصصی عمل کند. ارجاع مددجو باید همراه با مستندات مربوط به تاریخچه‌ی تشخیصی و درمانی وی، پیشرفت و چگونگی حصول شرایط مددجو برای دریافت هورمون‌درمانی باشد. متخصصین سلامتی که هورمون‌درمانی را توصیه می‌کنند در مسئولیت قانونی و اخلاقی تجویز هورمون با پزشکی که خدمات مربوطه را ارائه می‌کند شریک هستند.

توصیه می‌گردد نام‌های ارجاع مددجو برای دریافت هورمون‌درمانی مردانه‌ساز/زنانه‌ساز، شامل این موارد

باشد:

۱. ویژگی‌های شناسایی کلی مددجو؛
۲. نتایج ارزیابی‌های روان‌شناختی - اجتماعی مددجو، از جمله هر گونه تشخیص؛

۳. طول دوره‌ای که متخصص سلامت با مددجو ارتباط داشته است، نوع ارزیابی و درمان یا مشاوره‌ای که تاکنون صورت گرفته است؛

۴. توضیح این که چگونه معیارهای هورمون‌درمانی در مورد مددجو صادق بوده است و شرح خلاصه‌ای از این که چرا درخواست مددجو برای دریافت هورمون‌درمانی به لحاظ بالینی قابل قبول و مورد حمایت است.

۵. یادآوری این که رضایت آگاهانه از بیمار دریافت شده است؛

۶. یادآوری این که متخصص سلامت ارجاع‌دهنده برای همکاری در ارائه‌ی مراقبت فراگیر آمادگی داشته و در صورت نیاز از برقراری تماس تلفنی برای تثبیت این موضوع استقبال می‌کند. برای متخصصینی که در قالب یک تیم حرفه‌ای چندتخصصی کار می‌کنند، نامه‌نگاری ضروری نیست؛ و تنها ثبت ارزیابی‌ها و پیشنهادها در پرونده‌ی بیمار کفایت می‌کند.

#### ۵. ارزیابی وجود شرایط برای جراحی، آماده‌سازی و ارجاع مددجو

اصول مراقبت برای نحوه‌ی تصمیم‌گیری درباره‌ی جراحی سینه/پستان و آلت تناسلی نیز معیارهایی را ارائه می‌کند (در بخش یازده و ضمیمه‌ی ج). متخصصین سلامت روان باید به مددجویانی که درصد دریافت اعمال جراحی هستند کمک کنند تا برای رویارویی با جراحی آماده شوند؛ هم به لحاظ روان‌شناختی (برای مثال، مددجو باید آگاهانه و با انتظارات واقع‌گرایانه از نتیجه‌ی جراحی تصمیم‌گیری کند؛ باید آمادگی داشته باشد تا خدمات را در راستای طرح کلی درمان دریافت کند؛ باید تا حد امکان خانواده و دوستان را در جریان تصمیم‌گیری بگذارد) و هم به لحاظ عملی (برای مثال، مددجو باید به صورت آگاهانه انتخاب کند که چه عمل جراحی می‌خواهد انجام می‌دهد؛ و برای دریافت مراقبت‌های پس از عمل چاره‌ای اندیشیده باشد). اگر مددجویان در سنین باروری هستند، گزینه‌های تولیدمثلی (بخش نه) باید پیش از انجام جراحی آلت تناسلی مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرند.

اصول مراقبت برای سایر اعمال جراحی نظیر جراحی‌های مردانه‌ساز/زنانه‌ساز چهره‌ی معیاری ارائه نمی‌کند، با این حال، متخصصین سلامت روان می‌توانند تا حدی زیادی به مددجویان کمک کنند تا در مورد زمان‌بندی و پیامدهای این اعمال جراحی در طی دوران گذار از جنسیت اولیه به جنسیت دلخواه آگاهانه و با دید باز تصمیم بگیرند.

باید به خاطر داشت که تصمیم‌گیری درباره‌ی هر عمل جراحی - هم‌چون سایر تصمیم‌گیری‌ها در رابطه با دریافت هر شکلی از خدمات سلامت - پیش از هر چیز مبتنی بر میل و خواست مددجو است. با این حال، متخصصین سلامت روان مسئولیت دارند تا علاوه بر تشویق و راهنمایی، مددجویان را در اتخاذ تصمیمی کاملاً آگاهانه و کسب آمادگی کامل در مواجهه با اعمال جراحی یاری کنند. برای این منظور، متخصصین

سلامت باید مناسبات درمانی کارا و سودمندی با مددجویان خود داشته و اطلاعات کافی در مورد آنها کسب کرده باشند. مددجویان باید با دقت و توجه بسیار و با هدف تسکین نارضایتی جنسی و فراهم کردن خدمات پزشکی مناسب، مورد بررسی قرار بگیرند.

#### ارجاع برای جراحی

درمان‌های جراحی را می‌توان بسته به نوع عمل جراحی، با تشخیص و صلاحدید یک یا دو متخصص سلامت روان واجد شرایط آغاز کرد. متخصص سلامت روان باید همراه با ارجاع مددجو مستندات مربوط به تاریخچه‌ی تشخیصی و درمانی وی، مراحل پیشرفت و چگونگی حصول شرایط مددجو را برای دریافت درمان جراحی پیوست کند. متخصصین سلامت روان که درمان جراحی را توصیه می‌کنند در مسئولیت قانونی و اخلاقی عمل جراحی با جراح سهیم هستند.

- برای اعمال جراحی مربوط به پستان/سینه (نظیر ماستکتومی، بازسازی سینه یا ماموپلاستی) تأیید دست کم یک متخصص سلامت روان واجد صلاحیت ضروری است.
- برای اعمال جراحی مربوط به آلت تناسلی (نظیر هیسترکتومی / سالپنگوآوو فورکتومی، اورکیدکتومی و جراحی‌های بازسازی آلت تناسلی)، تأیید دست کم دو متخصص سلامت روان واجد صلاحیت که هر یک به طور مستقل مددجو را ارزیابی کرده‌اند ضروری است. اگر یکی از این متخصصین، روان‌درمانگر مددجو است لازم است که متخصص دیگر خارج از تیم درمانی مددجو، و تنها به عنوان کسی که ارزیابی تشخیصی انجام می‌دهد، انتخاب گردد.

توصیه می‌گردد نام‌های ارجاع مددجو برای اعمال جراحی شامل این موارد باشد:

۱. ویژگی‌های شناسایی کلی مددجو؛
۲. نتایج ارزیابی‌های روان‌شناختی - اجتماعی مددجو، از جمله هر گونه تشخیص روان‌پزشکی؛
۳. طول دوره‌ای که متخصص سلامت با مددجو ارتباط داشته، نوع ارزیابی و درمان یا مشاوره‌ای که تاکنون صورت گرفته است؛
۴. توضیح این که چگونه معیارهای انجام عمل جراحی در مورد مددجو صادق بوده، و شرح خلاصه‌ای از این که چرا درخواست مددجو برای انجام عمل جراحی به لحاظ بالینی قابل قبول و مورد حمایت است.
۵. یادآوری این که رضایت آگاهانه از بیمار دریافت شده است؛
۶. یادآوری این که متخصص سلامت ارجاع‌دهنده برای همکاری در ارائه‌ی مراقبت فراگیر آمادگی داشته و در صورت نیاز از برقراری تماس تلفنی برای تثبیت این موضوع استقبال می‌کند.

برای متخصصینی که در قالب یک تیم حرفه ای چند تخصصی کار می کنند نامه نگاری ضروری نیست و تنها ثبت ارزیابی ها و پیشنهادها در پرونده ی بیمار کفایت می کند.

### **ارتباط میان متخصصین سلامت روان با جراحان، پزشکانی که هورمون تجویز می کنند و سایر متخصصین سلامت**

توصیه می گردد که متخصصین سلامت روان به طور مرتب در مورد پیشرفت و عملکرد کار خود با سایر متخصصین (چه آن ها که در حوزه ی سلامت روان، و چه آن ها که در سایر حوزه های سلامت مشغول هستند) که صلاحیت ارزیابی و درمان نارضایتی جنسی را دارند مشورت کنند. ارتباط میان متخصصین مختلفی که در تیم ارائه ی خدمات سلامت مشغول هستند باید همواره همکارانه باشد و امکان گفتگوی دوطرفه ی بالینی در هر زمانی مهیا باشد. تعامل آزاد و پایدار می تواند برای مشورت، ارجاع و مدیریت نگرانی های پس از عمل لازم و ضروری باشد.

### **امور مربوط به روان درمانی**

۱. روان درمانی یک ضرورت مطلق برای هورمون درمانی و جراحی نیست:

برای این که بتوان برای مددجو هورمون درمانی را شروع کرد و یا او را تحت اعمال جراحی قرار داد، لازم است که ابتدا وی تحت غربالگری و/یا ارزیابی روان شناختی مربوط به نارضایتی جنسی، هم چنان که در بالا اشاره شد، قرار بگیرد. در مقابل روان درمانی، با آن که می تواند بسیار سودمند باشد، اما شرط لازم برای ارائه ی درمان های هورمونی و جراحی نیست.

اصول مراقبت توصیه می کند که برای شروع هورمون درمانی یا درمان های جراحی، مددجو ملزم به شرکت در تعداد حداقلی از جلسات روان درمانی نباشد. این پیشنهاد به جهات مختلف اهمیت دارد<sup>۱</sup>. نخست این که وجود تعداد حداقل جلسات به معنای یک سد یا مانع از سوی مددجو تصور می شود، که امکان مشارکت اصیل و صمیمی او را مختل می کند. دوم این که متخصصین سلامت روان می توانند در حین تمامی مراحل گذار، مددجو را در جستجوی هویت جنسی و بیان جنسی خود حمایت کنند و ضرورتی ندارد که این حمایت و پشتیبانی تنها پیش از هرگونه مداخله ی پزشکی رخ بدهد. سوم آن که توانمندی مددجویان مختلف و روان درمانگران آن ها برای آن که در یک بازه ی زمانی مشخص به اهداف مشابه برسند با یکدیگر تفاوت می کند (و لذا نمی توان یک حداقل بازه ی زمانی را برای همه پیشنهاد کرد).

<sup>1</sup> Lev, 2009

۲. اهداف روان‌درمانی برای بزرگسالانی که در مورد جنسیت خود دچار نگرانی هستند:

هدف کلی روان‌درمانی یافتن راه‌هایی است که از طریق آن بتوان کیفیت زندگی، بهزیستی روانی<sup>۱</sup> و خودشکوفایی فرد را حداکثر ساخت. هدف روان‌درمانی این نیست که هویت جنسی فرد را تغییر دهد؛ بلکه آن است که بتواند فرد را در کشف مشکلات جنسی و یافتن راه‌حلی برای تسکین ناراضی جنسی یاری دهد.<sup>۲</sup> هدف درمانی اصلی در غالب موارد، این است که تراجنسی‌ها، دگرباشان و افراد با جنسیت نامنتطق قادر باشند در درازمدت هویت جنسی خود را به راحتی بیان نموده و فرصت‌های معقولی برای موفقیت در مناسبات، تحصیل و اشتغال خود داشته باشند. برای جزئیات بیشتر به مقاله‌ی فریزر مراجعه کنید.<sup>۳</sup>

درمان می‌تواند برای فرد، زوج، خانواده یا گروه ارائه گردد. در این میان، گروه درمانی به طور ویژه برای برانگیختن حمایت و پشتیبانی گروه همسالان دارای اهمیت بسیار است.

۳. روان‌درمانی برای تراجنسی‌ها، دگرباشان و مددجویان دارای جنسیت نامنتطق، از جمله مشاوره و حمایت از تغییر در نقش‌های جنسی:

یافتن یک نقش جنسی مطلوب، بیش از همه و پیش از همه، یک فرآیند روان‌شناختی اجتماعی است. روان‌درمانی برای تراجنسی‌ها، دگرباشان و افراد با جنسیت نامنتطق ابزاری ارزشمند است که آنان را یاری می‌کند تا بتوانند در تحقق هر یک از موارد زیر موفق باشند: (۱) جستجو و کشف هویت و نقش جنسی دلخواه، (۲) درک تأثیری که استرس در اقلیت بودن و برچسب اجتماعی<sup>۴</sup> بر سلامت روان فرد و تکوین انسان می‌گذارد، و (۳) تسهیل فرآیند گذار<sup>۵</sup> که برای برخی می‌تواند شامل تغییراتی در بیان نقش جنسی و استفاده از مداخلات پزشکی زنانه‌ساز/مردانه‌ساز باشد.

متخصصین سلامت روان می‌توانند تراجنسی‌ها، دگرباشان و افراد دارای جنسیت نامنتطق را حمایت کرده و مهارت بین فردی و انعطاف‌پذیری آنان و خانواده‌هایشان را بهبود بخشند، تا بلکه ایشان قادر باشند از پس دشواری‌های جهانی که در اغلب موارد آماده‌ی پذیرش و ادای احترام به تراجنسی‌ها، دگرباشان و افراد دارای جنسیت نامنتطق نیست برآیند. روان‌درمانی هم‌چنین می‌تواند به بهبود اختلالات روان‌پزشکی همراه (نظیر افسردگی، اضطراب و غیره) که در طی غربال‌گری و ارزیابی یافت می‌شوند کمک کند.

برای آن دسته از مددجویانی که درصدد هستند نقش‌های جنسی خود را به طور دائمی تغییر داده و از نقش جنسی اجتماعی قبلی به نقشی جدید گذار کنند، متخصصین سلامت روان می‌توانند در طراحی و

<sup>1</sup> Psychological Well-being

<sup>2</sup> Bockting et al., 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004

<sup>3</sup> Fraser, 2009c

<sup>4</sup> Stigma

<sup>5</sup> Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004

توسعه‌ی مسیری که اهداف و خط زمانی مشخصی دارد و برای هر فرد اختصاصی است، مددجو را یاری نمایند. درست است که تجربه‌ی تغییر در نقش جنسی از فردی به فرد دیگر متفاوت است، اما ابعاد اجتماعی این تجربه تقریباً در همه‌ی موارد چالش برانگیز و تحمل آن دشوارتر از ابعاد فیزیکی آن است. از آن جا که تغییر نقش جنسی می‌تواند عواقب اجتماعی و شخصی عمیقی داشته باشد، تصمیم‌گیری در این ارتباط نیازمند آگاهی و آشنایی با چالش‌های خانوادگی، بین‌فردی، تحصیلی، شغلی، اقتصادی و قانونی در پیش روست، تا فرد بتواند پس از تغییر به خوبی و با موفقیت در جنسیت خود عمل کند.

بسیاری از افراد تراجنسی، دگرباش، و با جنسیت نامنطبق زمانی که برای دریافت خدمات سلامت مراجعه می‌کنند هیچ تجربه‌ای از بیان نقش جنسی که با هویت جنسی‌شان هم‌خوان است ندارند. متخصصین سلامت روان می‌توانند این مددجویان را در جستجو و پیش‌بینی پیامدهای تغییر در نقش جنسی و زمان‌بندی گذار از نقش‌های جنسی یاری دهند. روان‌درمانی می‌تواند فضایی برای مددجویان فراهم کند تا بتوانند خود را به شیوه‌ای هم‌خوان با هویت جنسی‌شان بیان کنند، و در مورد برخی مددجویان، بتوانند بر ترس‌هایشان از تغییر در بیان نقش‌های جنسی غلبه کنند. روان‌درمانی می‌تواند منجر به کسب تجربه و اعتماد گردد و فرآیند گذار را در خانواده و جامعه (دوستان، مدرسه، محل کار) تسهیل کند.

سایر مددجویان، زمانی که برای دریافت خدمات سلامت مراجعه می‌کنند، کمابیش از قبل تجربه‌ی زندگی در جنسی متفاوت با آن چه در بدو تولد به آن‌ها نسبت داده شده را دارند. متخصصین سلامت روان می‌توانند این مددجویان را در ادامه روند شناخت هویت جنسی‌شان کمک کرده و آن‌ها را قادر سازند تا از پس چالش‌های احتمالی برآمده و به بیان نقش جنسی دلخواه خود ادامه دهند.

#### ۴. خانواده درمانی یا حمایت از اعضای خانواده:

تصمیماتی که درباره‌ی تغییر نقش جنسی و مداخلات پزشکی در درمان نارضایتی جنسی گرفته می‌شود، نه تنها برای مددجویان که برای خانواده‌هایشان نیز پیامدهایی دارد<sup>۱</sup>. متخصصین سلامت روان می‌توانند مددجویان را در گرفتن تصمیم‌های ملاحظه‌کارانه در رابطه با اعضای خانواده و دیگران یاری دهند. خانواده درمانی می‌تواند دربرگیرنده‌ی همسر، شریک عاطفی جنسی، فرزندان و سایر اعضای خانواده‌ی مددجو باشد.

علاوه بر این ممکن است مددجویان نیز برای حل مسایل مربوط به مناسبات و سلامت جنسی‌شان نیازمند کمک باشند. برای مثال، ممکن است نیاز داشته باشند تا برای دغدغه‌هایشان در رابطه با تمایلات جنسی و مناسبات خصوصی‌شان پاسخی بیابند.

خانواده‌درمانی می‌تواند به عنوان بخشی از درمان فردی مددجو، و در صورت امکان، توسط یک

<sup>1</sup> Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004

درمانگر ارائه گردد. در غیر این صورت، می‌توان مددجو را به متخصص دیگری که در زمینه‌ی خانواده درمانی مهارت دارد و یا گروه هم‌تایان که حمایت‌های نظام‌مند ارائه می‌کنند ارجاع کرد.

۵. مراقبت پیگیرانه در طول زندگی:

متخصصین سلامت روان ممکن است در مقاطع بسیاری از زندگی مددجویان با آن‌ها و خانواده‌های ایشان کار کنند. روان‌درمانی می‌تواند در زمان‌های متفاوتی از زندگی و برای حل مسایل مختلفی برای مددجویان و خانواده‌هایشان کمک کننده باشد.

۶. ئی‌تراپی<sup>۱</sup>، مشاوره‌ی آن‌لاین، یا مشاوره از راه دور:

نشان داده شده که ئی‌تراپی یا آن‌لاین‌تراپی به خصوص برای کسانی که به روان‌درمانی مناسب فردی دسترسی ندارند و کسانی که در معرض تجربه‌ی انزوا و برچسب اجتماعی هستند بسیار مفید است<sup>۲</sup>. می‌توان تصور کرد که این تأثیر سودمند در مورد روان‌درمانی مددجویان تراجنسی، دگرباش و جنسیت نامنطبق نیز صادق باشد. ئی‌تراپی فرصت‌هایی را برای انتقال خدمات گسترده، خلاق و مناسب مهیا می‌کند؛ با این حال از آن جا که روشی در حال توسعه و تغییر است می‌تواند خطرات و مشکلات نیز به همراه داشته باشد. دستورالعمل‌های پزشکی<sup>۳</sup> از راه دور<sup>۳</sup> در برخی نقاط ایالات متحده روشن و شفاف است<sup>۴</sup> اما نه همه جا؛ شرایط بین‌المللی حتی از این هم نامشخص‌تر است<sup>۵</sup>. تا زمانی که داده‌های مبتنی بر شاهد در مورد استفاده از ئی‌تراپی به دست نیامده، توصیه می‌شود در استفاده از آن احتیاط صورت گیرد.

به متخصصین سلامت روانی که از ئی‌تراپی استفاده می‌کنند توصیه می‌شود در جریان به روزترین بخش‌نامه‌های انجمن‌های تخصصی مربوطه یا قوانین کشوری، و همچنین آخرین مطالعات صورت گرفته در این حوزه که به سرعت در حال رشد است باشند. شرحی کامل‌تر از موارد استفاده، فرآیندها و نگرانی‌های اخلاقی در ارتباط با ئی‌تراپی را می‌توان در مقاله‌ی فریزر یافت<sup>۶</sup>.

### سایر وظایف متخصصین سلامت روان

۱. آموزش و اطلاع‌رسانی درباره‌ی مددجویان در اجتماعات آن‌ها (مدرسه، محل کار و سایر نهادها) و کمک به مددجویان برای ایجاد تغییر در مدارک و مستندات هویتی‌شان.

<sup>1</sup> E-Therapy

<sup>2</sup> Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel et al., 2004; Fraser, 2009b

<sup>3</sup> Telemedicine

<sup>4</sup> Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhem, McMenamin, & Brown-Connolly, 2005

<sup>5</sup> Maheu et al., 2005

<sup>6</sup> Fraser, 2009b



مددجویان تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق پس از آن که هویت جنسی و بیان جنسی واقعی‌شان را عیان می‌کنند غالباً دچار چالش‌هایی جدی در محیط کاری، تحصیلی و غیره خود می‌شوند.<sup>۱</sup> متخصصین سلامت روان می‌توانند با آموزش عمومی و اطلاع‌رسانی درباره‌ی ابعاد جنسیت نامنطبق و با دفاع از حقوق مددجویان خود به بهبود این معضلات و حل مسایل آن‌ها کمک کنند. این امر می‌تواند از راه‌های مختلف از جمله مشاوره با اولیای مدرسه، معلمان، مدیران و غیره صورت پذیرد.<sup>۲</sup> علاوه بر این، شایسته است که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مددجویان را در تغییر نام و یا اعلام جنسی مندرج در مدارک شناسایی نظیر پاسپورت، گواهینامه رانندگی، مدارک تولد و مدارک تحصیلی یاری نمایند.

#### ۲. اطلاع‌رسانی و ارجاع برای دسترسی به حمایت گروه هم‌تایان

برای برخی مددجویان تراجنسی، دگرباش و یا دارای جنسیت نامنطبق، تجربه در گروه همسالان می‌تواند به لحاظ آشنایی با گزینه‌های بیان جنسی بسیار آموزنده‌تر از هر آن چیزی باشد که روان‌درمانی فردی قادر به ارائه است.<sup>۳</sup> هر دو تجربه بالقوه ارزشمندند و همه‌ی کسانی که مشغله‌های ذهنی در رابطه با جنسیت‌شان دارند در صورت امکان باید تشویق به شرکت در فعالیت‌های جمعی بشوند. باید منابعی فراهم آورد که حمایت گروه هم‌تایان و اطلاعات لازم را در دسترس مددجو قرار دهد.

#### فرهنگ و عواقب آن برای ارزیابی و روان‌درمانی

متخصصین سلامت در شرایط و محیط‌هایی کاملاً متفاوت در نقاط مختلف جهان مشغول به کار هستند. دلایلی که باعث رنج و آزار مددجویان شده و سبب می‌شود تا به متخصصین سلامت روان مراجعه کنند در چهارچوب هر فرهنگ و شرایط خاص آن تعریف و طبقه‌بندی می‌شوند.<sup>۴</sup> هم‌چنین شرایط فرهنگی تعیین می‌کنند که چطور چنین وضعیت‌هایی توسط متخصصین سلامت روان ادراک و فهمیده شوند. تفاوت‌های فرهنگی مربوط به هویت و بیان جنسی می‌توانند بیماران، متخصصین سلامت روان و روش مورد پذیرش روان‌درمانی را تحت تأثیر قرار دهند. WPATH آگاه است که اصول مراقبت برآمده از یک سنت غربی است و نیازمند مطابقت با شرایط فرهنگی می‌باشد.

#### دستورالعمل‌های اخلاقی مربوط به خدمات سلامت روان

متخصصین سلامت روان باید مطابق قوانین کشوری که در آن مشغول به کار هستند دارای گواهی‌نامه‌ی

<sup>1</sup> Lev, 2004, 2009

<sup>2</sup> Currah, Juang, & Minter, 2006; Currah & Minter, 2000

<sup>3</sup> Rachlin, 2002

<sup>4</sup> Frank & Frank, 1993

کار باشند<sup>۱</sup>. متخصصین در برخورد با مددجویان تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق باید بر اساس کدهای اخلاقی گواهی‌نامه‌ی حرفه‌ای خود عمل کنند.

تلاش برای تغییر هویت جنسی فرد و بیان جنسی زیسته‌ی وی در راستای همخوان شدن با نقش جنسی که در بدو تولد به او نسبت داده شده است در رویکردهای درمانی قدیمی وجود داشت<sup>۲</sup>، ولی به خصوص در طولانی مدت بی‌نتیجه و عبث بود<sup>۳</sup>. چنین رویکردهای درمانی امروزه منسوخ و غیراخلاقی تلقی می‌شوند. اگر متخصصین سلامت روان در زمینه‌ی کار با افراد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق و خانواده‌های ایشان تجربه و اشتیاق کافی ندارند، باید مددجویان را به متخصص دیگری که دارای صلاحیت است ارجاع دهند و یا دست کم، با یکی از همکاران باتجربه مشورت کنند. اگر متخصص محلی دیگری برای ارجاع یا مشورت در دسترس نبود، مشورت و هم‌فکری باید با توجه به امکانات ارتباطی، از طریق فن‌آوری‌های ارتباط از راه دور صورت گیرد.

#### مسائل پیرامون دسترسی به مراقبت

متخصصین سلامت روان دارای صلاحیت همه جا در دسترس نیستند بنا بر این دسترسی باکیفیت به مراقبت محدودیت دارد. در راستای بهبود دسترسی به خدمات با کیفیت، WPATH در نظر دارد تا با فراهم آوردن فرصت‌های آموزشی مداوم متخصصینی را از حوزه‌های مختلف تربیت کند تا بتوانند خدمات سلامت اختصاصی برای دگرباشان ارائه کنند. فراهم کردن مراقبت‌های سلامت روان از راه دور با استفاده از فن‌آوری‌های به روز، می‌تواند یکی از راه‌های بهبود و ارتقای دسترسی مددجویان به خدمات مناسب باشد<sup>۴</sup>. در بسیاری از نقاط جهان، دسترسی به خدمات سلامت برای تراجنسی‌ها، دگرباشان و افراد دارای جنسیت نامنطبق به دلایل دیگری جز کمبود متخصص سلامت هم محدودیت دارد از جمله فقدان بیمه‌های سلامت و یا منابع مالی لازم برای پرداخت هزینه‌ی مراقبت‌های مربوط به سلامت. WPATH شرکت‌های بیمه‌ی سلامت را موظف می‌کند که هزینه‌ی درمان‌های پزشکی لازم برای تسکین نارضایتی جنسی را پرداخت کنند<sup>۵</sup>.

در مواردی که مددجو قادر به تأمین هزینه‌های لازم برای دریافت خدمات سلامت نیست باید به

<sup>1</sup> Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011

<sup>2</sup> Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964

<sup>3</sup> Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965

<sup>4</sup> Fraser, 2009b

<sup>5</sup> American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Association for Transgender Health, 2008

گروه‌های حمایتی همتایان ارجاع داده شود. نکته‌ی آخر این که در بعضی موارد ممکن است برای کمک به مددجو در گرفتن تصمیم‌های آگاهانه و سالم که شرایط زندگی‌اش را بهبود بخشد رویکردهای کاهش آسیب ضرورت داشته باشند.



## هورمون‌درمانی

### ضرورت پزشکی هورمون‌درمانی

هورمون‌درمانی زنانه‌ساز/مردانه‌ساز (تجویز داروهای هورمونی برای ایجاد تأثیرات فیزیولوژیک و آناتومیک مردانه یا زنانه) در مورد بسیاری از تراجنسی‌ها، دگرباشان و افراد دارای جنسیت نامنطبق که دچار نارضایتی جنسی هستند یک مداخله‌ی پزشکی ضروری است<sup>۱</sup>.

برخی مددجویان خواستار حداکثر تغییرات زنانه/مردانه هستند، در حالی که دیگران با یک ظاهر مردانه/زنانه هم که ناشی از به حداقل رساندن صفات ثانویه‌ی جنسی از طریق دریافت هورمون است راضی می‌شوند<sup>۲</sup>. شواهد به دست آمده از پیامدهای روان‌شناختی اجتماعی هورمون‌درمانی در ضمیمه‌ی د به طور خلاصه بیان شده‌اند.

هورمون‌درمانی باید به صورت اختصاصی برای هر فرد و بر اساس درخواست و نیازمندی‌های بیمار، برآیند سود و زیان داروها، وجود بیماری‌های زمینه‌ای و شرایط اجتماعی و اقتصادی فرد تنظیم گردد. هورمون‌درمانی می‌تواند برای آن کسانی که نمی‌خواهند یا نمی‌توانند نقش جنسی اجتماعی خود را تغییر دهند یا دست به جراحی بزنند تا حد قابل توجهی آرامش بخش باشد<sup>۳</sup>. برای برخی، ولی نه همه‌ی اعمال جراحی درمانی در نارضایتی جنسی، هورمون‌درمانی به عنوان یک پیش‌شرط توصیه شده است (بخش ۱۱ و ضمیمه‌ی ج را ببینید).

### معیارهای هورمون‌درمانی

هورمون‌درمانی را می‌توان پس از انجام ارزیابی روان‌شناختی اجتماعی توسط یک متخصص سلامت

---

<sup>1</sup> Newfield, Hart, Dibble, & Kohler, 2006; Pfafflin & Junge, 1998

<sup>2</sup> Factor & Rothblum, 2008

<sup>3</sup> Meyer III, 2009

روان دارای صلاحیت و کسب رضایت آگاهانه، آن‌چنان که در بخش ۷ اصول مراقبت شرح داده شد، شروع کرد. نامه‌ی ارجاع از سوی یک متخصص سلامت روان که ارزیابی را انجام داده است ضروری می‌باشد، مگر این که ارزیابی را خود ارائه‌دهنده‌ی هورمون‌درمانی که صلاحیت ارزیابی روان‌شناختی نیز دارد، انجام داده باشد.

معیارهای هورمون‌درمانی عبارتند از:

۱. نارضایتی جنسی مداوم که به صورت قابل اعتمادی ثبت شده باشد؛
  ۲. توانایی ذهنی و شناختی لازم برای گرفتن تصمیمات کاملاً آگاهانه و داشتن رضایت آگاهانه برای درمان؛
  ۳. سن قانونی<sup>۱</sup> در هر کشور (اگر سن کمتر است، به دستورات اصول مراقبت در بخش ۶ مراجعه کنید)؛
  ۴. اگر اختلالات روان‌پزشکی یا مشکلات سلامت روان وجود داشته باشند باید به خوبی کنترل شوند.
- همان‌طور که در بخش ۷ اصول مراقبت اشاره شد، وجود اختلالات روان‌پزشکی همراه الزامات مانعی برای دریافت هورمون‌های زنانه‌ساز/مردانه‌ساز نیست؛ تنها باید پیش از درمان نارضایتی جنسی یا هم‌زمان با آن، برای درمان این اختلالات اقدام کرد.

در شرایط خاص، می‌توان برای بیمارانی که واجد تمام این معیارها نیستند هم هورمون‌درمانی را تجویز کرد: برای مثال در بیمارانی که سابقه‌ی مصرف هورمونی داشته‌اند و از قبل نقش جنسی خود را تغییر داده‌اند؛ و یا مواردی که در صورت عدم تجویز هورمون، مددجو اقدام به مصرف غیرقانونی و بدون نظارت هورمون‌درمانی کرده است. امتناع از ارائه‌ی هورمون‌درمانی تنها به علت این که مددجو مبتلا به عفونت‌های خونی نظیر HIV یا هیپاتیت B یا C است غیراخلاقی است. در موارد اندک، به علت وضعیت خاص جسمانی مددجو، تجویز هورمون‌درمانی ممکن است منع نسبی یا مطلق داشته باشد. متخصصین سلامت باید برای تسکین نارضایتی جنسی این مددجویان، امکان دسترسی به مداخلات غیرهورمونی را برای آن‌ها فراهم کنند. یک متخصص سلامت روان صلاحیت‌دار و آشنا با مددجو منبعی بی‌نظیر برای چنین وضعیتی‌هایی است.

## رضایت آگاهانه

هورمون‌درمانی مردانه‌ساز/زنانه‌ساز می‌تواند منجر به تغییرات غیر قابل برگشت جسمانی گردد. از همین رو هورمون‌درمانی تنها باید برای کسانی تجویز گردد که به لحاظ قانونی قادر به ارائه‌ی رضایت آگاهانه هستند. این موضوع در خردسالانی که از سوی دادگاه بی‌سرپرست اعلام می‌شوند، زندانیان و افراد دچار اختلالات شناختی که صلاحیت مشارکت در تصمیم‌گیری‌های پزشکی خود را ندارند نیز صادق است.<sup>۲</sup> باید در پرونده‌ی پزشکی مددجو اشاره شود که اطلاعات مربوط به تمامی ابعاد هورمون‌درمانی، از جمله سودها

<sup>1</sup> Age of majority

<sup>2</sup> Bockting et al., 2006

و زیان‌های احتمالی آن و تأثیری که بر ظرفیت تولید مثلی فرد می‌گذارد، به صورت کامل و جامع برای مددجو شرح داده شده است.

### ارتباط بین اصول مراقبت و پروتکل‌های الگوی رضایت آگاهانه

شماری از مراکز سلامت اجتماعی در ایالات متحده برای ارائه‌ی هورمون‌درمانی پروتکل‌هایی تدارک دیده‌اند که با عنوان الگوی رضایت آگاهانه شناخته می‌شود.<sup>۱</sup>

این پروتکل‌ها با دستورالعمل‌های ارائه شده در نسخه‌ی هفتم *اصول مراقبت WPATH* هم‌خوانی دارند. *اصول مراقبت* دارای دستورالعمل‌های بالینی منعطفی است؛ این دستورالعمل‌ها اجازه می‌دهند که مداخلات پزشکی بر اساس نیازمندی‌ها و مختصات هر مددجو و نیز بر اساس رویکرد درمانی و شرایط زمینه‌ای که این خدمات در آن ارائه می‌شود تنظیم و ارائه گردند.<sup>۲</sup>

کسب رضایت آگاهانه از مددجو پیش از تجویز هورمون درمانی وظیفه‌ی مهمی برای ارائه‌کننده‌ی خدمت است تا اطمینان حاصل کند که بیمار سودها و زیان‌های جسمانی و روان‌شناختی ناشی از هورمون درمانی و همین‌طور محدودیت‌های روان‌شناختی اجتماعی آن را به درستی درک کرده است. پزشکی که هورمون تجویز می‌کند و یا متخصصین سلامتی که توصیه به مصرف هورمون می‌کنند باید دانش و تجربه‌ی نارضایتی جنسی را داشته باشند. آن‌ها باید با در نظر گرفتن وضعیت جسمانی و اختلالات احتمالی روان‌پزشکی مددجو، سابقه‌ی قبلی مصرف هورمون و سن وی، او را از سودها، محدودیت‌ها و خطرات احتمالی هورمون آگاه کنند.

غربال‌گری و ارزیابی اختلالات روان‌پزشکی حاد یا کنونی مددجو، یک بخش مهم از فرآیند کسب رضایت آگاهانه است. این ارزیابی می‌تواند توسط یک متخصص سلامت روان یا توسط پزشک تجویزکننده‌ای که به قدر کافی آموزش دیده است صورت پذیرد (بخش هفتم *اصول مراقبت* را ببینید). خود پزشک تجویزکننده یا عضو دیگری از تیم سلامت که صلاحیت کافی داشته باشد (مثلاً یک پرستار)، می‌تواند در صورت لزوم عواقب روان‌شناختی اجتماعی مصرف هورمون را برای مددجو توضیح دهد (برای مثال، تأثیر مردانه‌سازی/زنانه‌سازی بر این که فرد چگونه به لحاظ اجتماعی ادراک می‌شود و یا اثرات بالقوه‌ی آن بر مناسبات مددجو با خانواده، دوستان و همکاران). در صورت نیاز، مددجو باید برای روان‌درمانی و ارزیابی دقیق‌تر و همین‌طور درمان اختلالات روان‌پزشکی همراه نظیر اضطراب یا افسردگی به متخصصین

<sup>1</sup> Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006

<sup>2</sup> Ehrbar & Gorton, 2010

سلامت روان ارجاع گردد.

تفاوت میان الگوی رضایت آگاهانه و نسخه‌ی هفتم اصول مراقبت در تأکید بیشتری است که اصول مراقبت بر نقش متخصصین سلامت روان در تسکین نارضایتی جنسی و تسهیل تغییر در نقش جنسی و انطباق روان‌شناختی اجتماعی مددجو می‌کند. این مهم می‌تواند شامل ارزیابی جامع سلامت روان و روان‌درمانی باشد. ولی در الگوی رضایت آگاهانه، تمرکز بر کسب رضایت آگاهانه به عنوان حد آستانه‌ای برای شروع هورمون‌درمانی در بستری چند رشته‌ای همراه با کاهش آسیب است. در اینجا تا وقتی که بیمار خود درخواست نکرده باشد تأکید کمتری بر ارائه‌ی مراقبت‌های مربوط به سلامت روان شده است، مگر آن که اختلالات جدی سلامت روان وجود داشته باشند که نیازمند ارزیابی و درمان پیش از تجویز هورمون‌درمانی باشند.

### تأثیرات جسمانی هورمون‌درمانی

هورمون درمانی مردانه‌ساز/زنانه‌ساز منجر به القای تغییرات جسمانی می‌شود که هم‌خوانی بیشتری با هویت جنسی بیمار دارند.

- در بیماران FtM انتظار می‌رود تغییرات جسمانی زیر رخ دهند: بم شدن صدا، افزایش اندازه‌ی کلیتوریس که در افراد مختلف به میزان متفاوت رخ می‌دهد، رشد موهای بدن و صورت، قطع قاعدگی، تحلیل رفتن (آتروفی) بافت پستان و کاهش نسبت بافت چربی به بافت عضلانی بدن.
  - در بیماران MtF انتظار می‌رود تغییرات جسمانی زیر رخ دهند: رشد پستان (که در افراد مختلف به میزان متفاوت رخ می‌دهد)، کاهش عملکرد نعوظ، کاهش اندازه بیضه‌ها و افزایش نسبت بافت چربی به بافت عضلانی بدن.
- غالب تغییرات جسمانی، چه مردانه و چه زنانه، در طی حدود دو سال رخ می‌دهند. میزان تغییرات و زمان‌بندی دقیق رخ دادن تغییرات می‌تواند تا حد زیادی متغیر باشند. جدول ۱-الف و ۲-الف بازه‌های زمانی تقریبی این تغییرات جسمانی را نشان می‌دهند.



جدول ۱- الف: تأثیرات و زمان قابل انتظار اثر هورمون‌های مردانه‌ساز<sup>الف</sup>

تأثیر	زمان لازم برای شروع تأثیر <sup>ب</sup>	زمان لازم تا بروز حداکثر تأثیر <sup>ب</sup>
چرب شدن پوست/آکنه	یک تا شش ماه	یک تا دو سال
رشد موی صورت/بدن	سه تا شش ماه	سه تا پنج سال
ریزش موی سر	بیشتر از دوازده ماه <sup>د</sup>	متغیر
افزایش حجم و قدرت عضلانی	شش تا دوازده ماه	دو تا پنج سال <sup>ت</sup>
توزیع چربی بدن	سه تا شش ماه	دو تا پنج سال
توقف قاعدگی	دو تا شش ماه	غیرقابل طرح
افزایش اندازه کلیتوریس	سه تا شش ماه	یک تا دو سال
آتروفی واژن	سه تا شش ماه	یک تا دو سال
بم شدن صدا	سه تا دوازده ماه	یک تا دو سال

<sup>الف</sup> اقتباس از همبری<sup>۱</sup>، انجمن غددشناسی،<sup>ب</sup> تخمین‌ها بر اساس مشاهدات و مطالعات منتشر شده یا منتشر نشده است،<sup>ت</sup> تا حد زیادی بسته به سن و وراثت است؛ می‌تواند بسیار اندک باشد،<sup>د</sup> به صورت معنی‌داری به میزان تمرین و فعالیت بستگی دارد

شدت و سرعت بروز تأثیرات جسمانی هورمون‌ها تا اندازه‌ای بسته به دوز، روش تجویز و نوع داروی مورد استفاده دارد که هر کدام مطابق با اهداف پزشکی مختص هر بیمار (مثل تغییر در بیان نقش جنسی، برنامه‌ی تغییر جنسیت) و شرایط پزشکی زمینه‌ای وی انتخاب می‌شود. در حال حاضر هیچ شاهده‌ی وجود ندارد که بتوان بر اساس آن میزان پاسخ به هورمون‌درمانی را - به جز بم شدن صدا در افراد FtM - بسته به سن، عادت بدن، نژاد یا ظاهر خانوادگی با اطمینان تعیین کرد. علاوه بر این، حتی اگر همه‌ی عوامل یکسان باشند هیچ شاهده‌ی وجود ندارد که نشان بدهد کدام نوع یا روش تجویز هورمون در به وجود آوردن تغییرات جسمانی مطلوب، موثرتر از دیگران است.

### خطرات هورمون‌درمانی

هیچ مداخله‌ی پزشکی بی‌خطر نیست. احتمال بروز یک عارضه‌ی جانبی جدی به عوامل متعددی بستگی دارد: خود دارو، دوز، روش تجویز و ویژگی‌های بالینی بیمار (سن، اختلالات همراه، سابقه‌ی خانوادگی، عادت‌های بهداشتی). از همین‌روست که امکان پیش‌بینی این که آیا یک عارضه‌ی جانبی خاص در یک بیمار خاص رخ می‌دهد یا نه وجود ندارد.

خطرات مرتبط با هورمون‌درمانی زنانه‌ساز/مردانه‌ساز برای تراجنسی‌ها، دگرباشان و افراد مبتلا به جنسیت نامنطبق در جدول ۲ آمده است. بر اساس میزان شواهد، خطرات را می‌توان به این صورت تقسیم‌بندی کرد: (۱) خطر بروز با هورمون‌درمانی به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد، (۲) خطر بروز با هورمون‌درمانی تا حدی

<sup>1</sup> Hembree et al., 2009

جدول ۱- ب: تأثیرات و زمان قابل انتظار اثر هورمون‌های زنانه‌ساز<sup>الف</sup>

تأثیر	زمان لازم برای شروع تأثیر <sup>ب</sup>	زمان لازم تا بروز حداکثر تأثیر <sup>ج</sup>
توزیع چربی بدن	سه تا شش ماه	دو تا پنج سال
کاهش حجم و قدرت عضلانی	سه تا شش ماه	یک تا دو سال <sup>د</sup>
نرم شدن پوست/کاهش میزان چربی پوست	سه تا شش ماه	نامعلوم
کاهش میل جنسی	یک تا سه ماه	یک تا دو سال
کاهش نعوظ‌های خودبه خودی	یک تا سه ماه	سه تا شش ماه
اختلال عملکرد جنسی مردانه	متغیر	متغیر
رشد پستان	سه تا شش ماه	دو تا سه سال
کاهش حجم بیضه	سه تا شش ماه	دو تا سه سال
کاهش تولید اسپرم	متغیر	متغیر
نازک شدن و کاهش رشد موی بدن و چهره	شش تا دوازده ماه	بیشتر از سه سال <sup>ه</sup>
الگوی کچلی مردانه	رشد مجدد صورت نمی‌گیرد، ریزش بین یک تا سه ماه پس از شروع متوقف می‌شود	یک تا دو سال

<sup>الف</sup> اقتباس از همبری<sup>۱</sup>، انجمن غددشناسی،<sup>۲</sup> تخمین‌ها بر اساس مشاهدات و مطالعات منتشر شده یا منتشر نشده است،<sup>۳</sup> به صورت معنی‌داری به میزان تمرین و فعالیت بستگی دارد،<sup>۴</sup> حذف کامل موی چهره و بدن نیازمند الکترولیز، درمان لیزری، یا هر دو است.

افزایش می‌یابد،<sup>۳</sup> افزایش بروز خطر، غیرقطعی است و یا افزایش نمی‌یابد. گروه سوم شامل مواردی است که ممکن است در اثر هورمون‌درمانی احتمال بروزشان افزایش یابد اما شواهد موجود آن قدر پراکنده و اندک است که هیچ نتیجه‌گیری مشخصی در مورد آنها نمی‌توان کرد.

برای جزئیات بیشتر در این زمینه ضمیمه‌ی ب را ببینید که بر اساس دو مطالعه‌ی مروری جامع و مبتنی بر شواهد در رابطه با هورمون‌درمانی مردانه‌ساز/زنانه‌ساز<sup>۲</sup>، و نیز یک مطالعه‌ی هم‌گروهی گسترده<sup>۳</sup> نوشته شده است. این مطالعات مروری در کنار سایر منابع بالینی معتبری که پیشتر منتشر شده‌اند مآخذهایی مورد اعتماد برای پزشکان تجویزکننده‌ی هورمون‌درمانی هستند.<sup>۴</sup>

### صلاحیت پزشکانی که هورمون تجویز می‌کنند، ارتباط با سایر متخصصین سلامت

بهترین شکل ارائه‌ی هورمون‌درمانی مردانه‌ساز/زنانه‌ساز در قالب یک رویکرد جامع‌نگر به سلامت است که مراقبت اولیه و نیز ارزیابی مسائل روانی‌اجتماعی را شامل شود.<sup>۵</sup>

<sup>1</sup> Hembree et al., 2009

<sup>2</sup> Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009

<sup>3</sup> Asscheman et al., 2011

<sup>4</sup> Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007

<sup>5</sup> Feldman & Safer, 2009

جدول ۲: خطرات مرتبط با هورمون‌درمانی. مواردی که درشت‌تر نوشته شده‌اند اهمیت بالینی قابل توجهی دارند.

هورمون‌های مردانه‌ساز	هورمون‌های زنانه‌ساز	سطح خطر
پلی سیتمی افزایش وزن آکنه آلویسی(کچلی) آندروژنی آپنه‌ی خواب	بیماری ترومبوآمبولیک وریدی <sup>الف</sup> سنگ صفرا آنزیم‌های کبدی افزایش یافته افزایش وزن هیپرتری‌گلیسریدمی بیماری‌های قلبی عروقی	خطر بروز با هورمون‌درمانی به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد  در صورت وجود عوامل خطر اضافی، خطر بروز با هورمون‌درمانی به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد <sup>ب</sup>
آنزیم‌های کبدی افزایش یافته هیپرلیپیدمی تشدید برخی اختلالات روان‌پزشکی <sup>ج</sup> بیماری‌های قلبی عروقی افزایش فشار خون دیابت تیپ ۲	افزایش فشار خون هیپرپرولاکتینمی یا پرولاکتینوما دیابت تیپ ۲ <sup>الف</sup>	خطر بروز با هورمون‌درمانی تا حدی افزایش می‌یابد  در صورت وجود عوامل زمینه‌ای، خطر بروز با هورمون‌درمانی تا حدی افزایش می‌یابد <sup>ب</sup>
کاهش تراکم استخوان سرطان پستان سرطان گردن رحم سرطان تخمدان سرطان رحم	سرطان پستان	افزایش بروز خطر غیرقطعی است و یا افزایش نمی‌یابد

<sup>الف</sup> تجویز خوراکی استروژن خطر بیشتری از تجویز پوستی آن دارد،<sup>ب</sup> عوامل خطر زمینه‌ای نظیر سن،<sup>ج</sup> نظیر اختلال دوقطبی، اسکیزوافکتیو و سایر اختلالاتی که دربرگیرنده‌ی علائم مانیک یا سایکوتیک هستند. به نظر می‌رسد این عوارض جانبی در هنگام مصرف دوزهای بالاتر از معمول تستوسترون و یا سطوح سرمی تستوسترون از بازه‌ی فیزیولوژیک بالاتر است رخ می‌دهند.

اگر چه روان‌درمانی یا مشاوره دائمی برای شروع هورمون‌درمانی مورد نیاز نمی‌باشد با این وجود در صورتی که یک درمانگر در کار باشد تعامل بین متخصصین به منظور حصول اطمینان از جریان مطلوب پروسه‌ی گذار، از نظر روانی اجتماعی و فیزیکی توصیه می‌شود (البته در صورت رضایت بیمار). با آموزش مناسب، هورمون‌درمانی مردانه‌ساز/زنانه‌ساز را می‌توان به بسیاری از نیروهای حوزه سلامت، از قبیل پرستاران، دستیاران، و پزشکان عمومی آموزش داد.<sup>۱</sup> ویزیت‌های بالینی که برای تنظیم سطح هورمونی صورت می‌گیرند، موقعیت مناسبی فراهم می‌کنند تا بتوان از جمعیتی که عموماً در این زمینه نادیده گرفته می‌شوند مراقبت‌های بیشتری به عمل آورد.<sup>۲</sup> قسمت عمده‌ای از فرآیند غربال‌گری و مدیریت اختلالات جانبی مرتبط با هورمون‌درمانی طولانی‌مدت، از قبیل خطر فاکتورهای قلبی عروقی و غربال‌گری سرطان، بیشتر در حیطه‌ی مراقبت‌های اولیه سلامت قرار می‌گیرند تا پزشکی تخصصی؛ این موضوع به

<sup>1</sup> Dahl et al., 2006

<sup>2</sup> Clements, Wilkinson, Kitano, & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000

خصوص در موقعیت‌هایی صادق است که کلینیک‌های جنسیت و یا پزشکان متخصص در دسترس نیستند<sup>۱</sup>.

با در نظر گرفتن نیازهای چند بعدی مددجویان تراجنسی، دگرپاش و دارای جنسیت نامنتطق که درمان هورمونی دریافت می‌کنند و نیز مشکلات ناشی از فقدان انسجام در ارائه خدمات سلامت، WPATH قویا ارتقا سطح آموزش‌های ارائه شده در این حوزه را خواستار و ادغام مراقبت‌های اولیه سلامت را در هورمون درمانی زنانه‌ساز/مردانه‌ساز توصیه می‌کند<sup>۲</sup>. در صورتی که هورمون‌ها توسط یک متخصص تجویز می‌شوند لازم است تعامل نزدیک با پزشک خانواده بیمار حفظ گردد.

از سوی دیگر اگر پزشک خانواده مددجو تجربه لازم در تجویز هورمون‌درمانی را نداشته باشد و یا در صورتی که فرد سابقه‌ی بیماری‌های متابولیک یا هورمونی دارد که ممکن است با هورمون‌درمانی تداخل ایجاد کند لازم است که مشورت با متخصص غدد با تجربه صورت گرفته و یا مددجو ارجاع گردد.

اگر چه برنامه‌های آموزشی رسمی برای بحث‌های مربوط به ابعاد بالینی تراجنسیست هنوز به طور کامل طراحی نشده است، این وظیفه‌ی پزشکان تجویزکننده‌ی هورمون است که اطلاعات و تجربه‌ی کافی را در این زمینه به دست آورند. پزشکان می‌توانند از طریق مشورت با افراد با تجربه و نیز ارائه‌ی هورمون‌درمانی محدودتر در شروع کار، تجربه و مهارت خود را در این زمینه ارتقا دهند. از آن جایی که این حوزه از پزشکی در حال تکامل است، لازم است پزشکان با اصول آن آشنا شوند، خود را در جریان منابع علمی مربوطه قرار دهند و بر سر مفاهیم جدید با همکاران خود به بحث و تبادل نظر بنشینند. چنین تبادلهایی را می‌توان در بستر شبکه‌های شکل گرفته توسط WPATH و دیگر سازمان‌های ملی ایجاد کرد.

### مسئولیت‌های پزشکان تجویزکننده‌ی هورمون

به طور کلی، پزشکانی که هورمون تجویز می‌کنند بایستی وظایف زیر را بر عهده بگیرند: ارزیابی اولیه شامل تعیین اهداف فیزیکی گذار بیمار، سابقه‌ی پزشکی، معاینه‌ی فیزیکی، ارزیابی ریسک فاکتورها و درخواست آزمایش‌های مرتبط

۱. تبادل نظر با بیمار پیرامون اثرات زنانه‌سازی/مردانه‌سازی قابل انتظار داروهای مصرفی و عوارض احتمالی داروها. این عوارض شامل کاهش باروری می‌شوند<sup>۳</sup>. از این رو باید گزینه‌های تولید مثلی

<sup>1</sup> American Academy of Family Physicians, 2005; Eyler, 2007; World Health Organization, 2008

<sup>2</sup> World Health Organization, 2008

<sup>3</sup> Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009

- ممکن پیش از شروع هورمون‌درمانی برای بیمار مطرح شوند (بخش نهم را ببینید).
۲. حصول اطمینان از این که بیمار ظرفیت درک خطرات و مزایای درمان و نیز صلاحیت تصمیم‌گیری پیرامون دریافت و یا عدم دریافت این مراقبت پزشکی را دارد.
  ۳. پایش پایدار وضعیت پزشکی بیمار، از قبیل معاینات فیزیکی و ارزیابی‌های آزمایشگاهی لازم برای تنظیم سطح هورمون و عوارض آن.
  ۴. تعامل با پزشک خانواده، روان‌پزشک و یا جراح بیمار در موارد لازم.
  ۵. ارائه‌ی گواهی کتبی برای بیماران دال بر دریافت درمان هورمونی زنانه‌ساز/مردانه‌ساز. به ویژه در مراحل اولیه درمان، برخی از بیماران همراه داشتن چنین گواهی را برای ارائه در صورت بروز مشکل با پلیس و دیگر مراجع سودمند می‌دانند.
- بسته به وضعیت بالینی بیمار (که در زیر به آن پرداخته شده است)، برخی از موارد ذکر شده اهمیت کمتری پیدا می‌کنند. به همین دلیل، دفعات و کیفیت معاینه، بررسی‌های آزمایشگاهی و مشاوره‌ها باید با در نظر گرفتن نیازهای هر بیمار به طور جداگانه تعیین شوند.

### وضعیت‌های بالینی نیازمند به هورمون‌درمانی

بعضی اوقات ممکن است بدون آن که بنا باشد یک برنامه‌ی هورمون‌درمانی زنانه‌ساز/مردانه‌ساز بلندمدت شروع گردد از پزشک درخواست شود که برای یک مددجو هورمون تجویز کند. با به رسمیت شناختن این وضعیت‌های خاص بالینی، می‌توان پزشکی را که به طور معمول تمایلی به تجویز هورمون‌درمانی زنانه‌ساز/مردانه‌ساز ندارند در این سناریوهای بالینی متفاوت درگیر کرد. در ادامه، چندین مورد از شرایط این چنینی که بر اساس شدت پیچیدگی مرتب شده‌اند مورد اشاره قرار گرفته است.

#### ۱. پل زدن

ممکن است بیماری که قبلاً تحت هورمون‌درمانی بوده است، چه با تجویز یک پزشک دیگر و چه از روش‌های دیگر (مثلاً خرید اینترنتی)، برای دریافت هورمون مراجعه کند. پزشکان اجازه دارند برای یک دوره‌ی محدود (یک تا شش ماهه) بیمار را برای دریافت هورمون‌درمانی یاری کنند تا آن که وی بتواند کسی را برای تجویز بلندمدت هورمون‌درمانی بیابد. لازم است که پزشکان رژیم دارویی کنونی مددجو را به لحاظ عوارض و تداخلات دارویی ارزیابی کرده و در صورت لزوم دوزها و داروهای بی‌خطرتر را جایگزین آن کنند<sup>۱</sup>. اگر تجویز هورمون از قبل شروع شده باشد، پزشک باید مدارک پزشکی بیمار را (با

<sup>1</sup> Dahl et al., 2006; Feldman & Safer, 2009

اجازه‌ی وی) درخواست کند تا از گزارش معاینات و نتایج آزمایش‌های اولیه و عوارض جانبی آن‌ها آگاهی یابد. علاوه بر این، تجویزکننده‌ی هورمون‌درمانی باید با متخصص سلامت روانی که در حال ارائه‌ی مراقبت به مددجوست ارتباط داشته باشد. در صورتی که بیمار سابقه‌ی هیچ نوع ارزیابی روان‌شناختی اجتماعی، آن‌چنان که اصول مراقبت (فصل هفت را ببینید) پیشنهاد می‌کند را نداشته باشد، پزشک باید بیمار را در صورت امکان به یک متخصص سلامت روان دارای صلاحیت ارجاع کند.<sup>۱</sup>

### ۲. هورمون‌درمانی به دنبال برداشت گنادها

به دنبال اووفورکتومی و ارکیدکتومی، تجویز هورمون‌های جایگزین نظیر استروژن یا تستوسترون معمولاً برای مابقی عمر ادامه می‌یابد، مگر این که موارد منع مطلق مصرف پزشکی وجود داشته باشد. از آن جا که دوزهای هورمون غالباً پس از این جراحی‌ها کاهش می‌یابد<sup>۲</sup> و فقط بر اساس سن و اختلالات روان‌پزشکی همراه تعدیل می‌گردد، مدیریت هورمون در این وضعیت کاملاً شبیه جایگزینی هورمون در بیماران هیپوگنادال است.

### ۳. هورمون‌درمانی نگهدارنده پیش از برداشت گنادها

وقتی که مددجو بیشترین تأثیرات ممکن زنانه‌ساز/مردانه‌ساز را از هورمون‌درمانی به دست آورد (پس از حدود دو سال یا بیشتر)، باید دوز نگهدارنده تجویز شود. دوز نگهدارنده بر اساس تغییر در وضعیت سلامت، افزایش سن یا ملاحظات دیگری چون تغییرات سبک زندگی تعدیل و تنظیم می‌گردد<sup>۳</sup>. وقتی بیماری که در حال دریافت هورمون‌درمانی نگهدارنده است برای دریافت مراقبت مراجعه می‌کند، پزشک باید رژیم دارویی مورد استفاده وی را از نظر عوارض و تداخلات دارویی ارزیابی کرده و داروهای مطمئن‌تر یا دوزهای مطمئن‌تر را در صورت لزوم جایگزین کند. همان طور که در مطالعات انجام شده توصیه شده است بیمار باید به صورت منظم معاینه‌ی فیزیکی گردد و ارزیابی‌های آزمایشگاهی لازم برای وی انجام شود<sup>۴</sup>. دوز و شکل دارویی هورمون‌ها باید به طور دائم بر اساس هر گونه تغییری که در وضعیت سلامت بیمار رخ می‌دهد و نیز شواهد موجود از خطرات بالقوه‌ی بلندمدت هورمون‌ها بازنگری و در صورت لزوم تغییر یابد (قسمت زیر را با عنوان رژیم‌های هورمونی ببینید).

### ۴. شروع هورمون‌درمانی زنانه‌ساز/مردانه‌ساز

این شرایط نیازمند بیشترین میزان تعهد پزشک، چه به لحاظ زمان و چه به لحاظ دانش و مهارت است. بسته به اهداف بیمار از هورمون‌درمانی، نسبت سود/زیان داروها، وجود بیماری‌های دیگر و در نظر گرفتن

<sup>1</sup> Feldman & Safer, 2009

<sup>2</sup> Basson, 2001; Levy, Crown, & Reid, 2003; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003

<sup>3</sup> Dahl et al., 2006

<sup>4</sup> Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009

مسائل اجتماعی و اقتصادی، هورمون‌درمانی باید در مورد هر مددجو به صورت جداگانه و اختصاصی طراحی و تجویز گردد. هرچند مجموعه‌ی گسترده و متنوعی از رژیم‌های هورمونی منتشر شده‌اند<sup>۱</sup> هیچ گزارشی در مورد مقایسه و ارزیابی عوارض و اثرگذاری بالینی این رژیم‌ها وجود ندارد. علی‌رغم این گوناگونی، می‌توان با استناد به شواهد موجود درباره‌ی عوارض و تأثیرات داروها، یک چهارچوب معقول برای ارزیابی اولیه‌ی خطرات و پایش مداوم هورمون‌درمانی تدارک دید.

#### ۵. ارزیابی خطرات و تعدیل دارو در شروع هورمون‌درمانی

در شروع هورمون‌درمانی، بایستی اهداف بالینی بیمار از درمان و عوامل خطرسازی که عوارض وابسته به هورمون را محتمل‌تر می‌کنند مورد بررسی قرار گیرند. در حین ارزیابی این عوامل خطرناک، بیمار و پزشک باید برای کاهش خطرات طرحی تدارک ببینند که چه پیش از آغاز درمان و چه در حین آن به عنوان بخشی از برنامه‌ی کاهش آسیب اجرا شود.

در همه‌ی ارزیابی‌ها باید یک معاینه‌ی کامل فیزیکی، از جمله اندازه‌گیری وزن، قد و فشار خون صورت گیرد. معاینه‌ی پستان، آلت تناسلی و مقعد که غالباً حساسیت ویژه‌ای برای افراد تراجنسیتی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق دارد، باید تنها بسته به شرایط خاص هر مددجو و نیاز به مراقبت‌های پیش‌گیرانه انجام گیرد<sup>۲</sup>.

#### مراقبت‌های پیش‌گیرانه

پزشکی که برای مددجو هورمون تجویز می‌کند، باید مراقبت‌های پیش‌گیرانه را هم ارائه کند به خصوص در صورتی که بیمار تحت نظر پزشک خانواده قرار نداشته باشد. بسته به سن و عوامل خطرناک زمینه‌ای بیمار، آزمون‌های غربال‌گری مناسبی برای بیماری‌هایی که ممکن است در اثر هورمون‌درمانی به وجود بیایند وجود دارند. در بهترین حالت، این آزمون‌های غربال‌گری باید پیش از آغاز هورمون‌درمانی انجام شوند.

#### ارزیابی خطر و تعدیل دارو در هورمون‌درمانی زنانه‌ساز (برای مددجویان زن به مرد)

هیچ منع مطلق برای هورمون‌درمانی زنانه‌ساز به عنوان یک برنامه‌ی درمانی کلی وجود ندارد اما در مورد برخی عوامل زنانه‌ساز، مثل استروژن، در شرایطی مصرف مطلقاً ممنوع است. این شرایط عبارتند از سابقه‌ی قبلی از حوادث ترومبوتیک و ریدی که ناشی از اختلالات انعقادی زمینه‌ای بوده‌اند، سابقه‌ی

<sup>1</sup> Dahlet al.,2006;Hebree et al.,2009;Moore et al.,2003

<sup>2</sup> Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007

بدخیمی‌های وابسته به استروژن و بیماری‌های مزمن کبدی که در مراحل انتهایی قرار دارند<sup>۱</sup>. از سوی دیگر برخی وضعیت‌های پزشکی، که در جدول ۲ و ضمیمه‌ی ب مورد اشاره قرار گرفته‌اند، در نتیجه‌ی فقدان استروژن یا آندروژن و خیم‌تر می‌شوند و بنا بر این باید پیش از شروع هورمون‌درمانی از نظر این موارد مورد ارزیابی قرار گیرند و کنترل شوند<sup>۲</sup>.

پزشکان باید به طور ویژه در مددجویان به استفاده از سیگار که با افزایش خطر ترومبوز هم‌بسته است توجه کنند که با مصرف استروژن باز هم افزایش می‌یابد. در بیمارانی که سابقه‌ی قلبی بیماری‌های قلبی یا مغزی عروقی دارند مشاوره با یک متخصص قلب و عروق توصیه می‌شود.

نتایج آزمایشگاهی پیش از شروع هورمون‌درمانی برای ارزیابی خطرات اولیه و عوارض احتمالی آتی آن دارای اهمیت زیادی هستند. آزمایش‌های اولیه باید بر اساس خطرات ناشی از هورمون‌درمانی زنانه‌ساز که در جدول ۲ مورد بحث قرار گرفته‌اند و همین‌طور عوامل خطری نظیر سابقه‌ی خانوادگی که در مورد هر فرد اختصاصی است در خواست شوند. چندین فهرست از آزمایش‌هایی که باید در ابتدای بیماری درخواست شوند منتشر شده‌اند<sup>۳</sup>. این فهرست‌ها را می‌توان بسته به بیمار و محدودیت منابع در نظام سلامت و خدمات درمان تغییر داد.

### ارزیابی خطر و تعدیل هورمون‌درمانی در تجویز هورمون‌های مردانه‌ساز

مواردی که منع مطلق مصرف تستوسترون دارند عبارتند از حاملگی، بیماری عروق کرونر ناپایدار و پلی‌سیتمی درمان نشده با هماتوکریت ۵۵٪ یا بالاتر<sup>۴</sup>. از آن جا که آروماتیزه شدن تستوسترون و تبدیل آن به استروژن می‌تواند خطر را در بیمارانی که سابقه‌ی سرطان پستان و سایر سرطان‌های وابسته به استروژن دارند افزایش دهد<sup>۵</sup> لازم است پیش از مصرف هورمون با یک متخصص انکولوژی مشورت گردد. اختلالات همراهی که احتمال می‌رود با مصرف تستوسترون تشدید شوند باید مورد ارزیابی قرار گیرند و ترجیحاً پیش از شروع هورمون‌درمانی درمان شوند<sup>۳</sup>. در بیمارانی که سابقه‌ی بیماری قلبی عروقی یا مغزی عروقی شناخته شده دارند مشورت با یک متخصص قلب توصیه می‌شود<sup>۶</sup>. گزارشاتی از افزایش میزان بروز سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS) در تراجنسی‌های زن به مرد حتی بدون استفاده از تستوسترون وجود دارند<sup>۷</sup>.

<sup>1</sup> Gharib et al., 2005

<sup>2</sup> Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009; Dhejne et al., 2011

<sup>3</sup> Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009

<sup>4</sup> Carnegie, 2004

<sup>5</sup> Moore et al., 2003

<sup>6</sup> Dhejne et al., 2011

<sup>7</sup> Baba et al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid, & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997



با این حال هیچ مدرکی دال بر اینکه PCOS بر شکل گیری هویت تراجنسی، دگرپاشی یا جنسیت نامنطبق تأثیرگذار باشد وجود ندارد، ولی PCOS می تواند منجر به افزایش خطر دیابت، بیماری های قلبی، فشار خون بالا و سرطان های تخمدان و آندومتر گردد<sup>۱</sup>. نشانه ها و علائم PCOS باید پیش از شروع تجویز تستوسترون ارزیابی شوند چرا که تستوسترون می تواند بسیاری از این وضعیت ها را تحت تأثیر قرار دهد. تستوسترون می تواند جنین در حال رشد را تحت تأثیر قرار دهد<sup>۲</sup> و مددجویانی که در معرض حاملگی هستند باید از روش های بسیار موثر پیش گیری از حاملگی استفاده کنند.

نتایج آزمایشگاهی پیش از شروع هورمون درمانی برای ارزیابی خطرات اولیه و عوارض احتمالی آتی آن دارای اهمیت زیادی هستند. آزمایش های اولیه باید بر اساس خطرات ناشی از هورمون درمانی مردانه ساز که در جدول ۲ مورد بحث قرار گرفته اند و همین طور عوامل خطری نظیر سابقه ی خانوادگی که در مورد هر فرد اختصاصی است در خواست شود. چندین فهرست از آزمایش هایی که باید در ابتدای بیماری درخواست شود منتشر شده اند<sup>۳</sup>. این فهرست ها را می توان بسته به بیماران و محدودیت منابع در نظام سلامت و خدمات درمان تغییر داد.

### پایش بالینی در حین هورمون درمانی از نظر بهینگی و عوارض جانبی

هدف پایش بالینی در طی هورمون درمانی آن است که میزان اثرات زنانه ساز/مردانه ساز هورمون درمانی و همین طور عوارض جانبی احتمالی داروها مورد ارزیابی قرار گیرند. با این حال، هم چون پایش دراز مدت برای هر داروی دیگری، پایش هورمون درمانی هم باید در چارچوب خدمات جامع سلامت ارائه گردد. چندین پروتکل برای شیوه ی پایش پیشنهاد و منتشر شده اند<sup>۳</sup>. برای آن دسته از بیمارانی که بیماری های زمینه ای دارند لازم است پایش مداوم تر صورت گیرد. برای مددجویانی که از سلامت برخوردارند و یا در مناطق دوردست و با محدودیت منابع زندگی می کنند می توان استراتژی هایی نظیر «سلامت از راه دور» یا همکاری با تیم سلامت بومی نظیر پرستاران یا بهیاران مورد استفاده قرار داد.

### پایش بهینگی و عوارض جانبی در حین هورمون درمانی زنانه ساز

بهترین ارزیابی از بهینگی اثر هورمون را پاسخ بالینی به دست می دهد: آیا بدن بیمار، هم چنان که بیمار خواسته بود، در حال آشکار کردن خصوصیات زنانه و کاهش خصوصیات مردانه است؟ برای آن که دوز

<sup>1</sup> Catral & Healy, 2004

<sup>2</sup> Physicians' Desk Reference, 2010

<sup>3</sup> Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009

هورمون لازم برای ایجاد پاسخ بالینی را سریع تر پیش بینی کرد، می توان سطوح تستوسترون را برای سرکوب تا زیر حد بالایی بازه‌ی نرمال برای زنان و سطوح استرادیول را در بازه‌ی طبیعی برای زنان قبل از یائسگی نگه داشت!<sup>۱</sup>

پایش برای عوارض جانبی باید شامل ارزیابی بالینی و آزمایشگاهی باشد. در پایش بالینی، بایستی با اندازه‌گیری فشار خون، وزن و نبض، معاینه‌ی قلب و ریه، و معاینه‌ی اندام انتهایی و بررسی احتمال ادم محیطی، ورم موضعی یا درد، بیماران را از نظر وجود علائم نارسایی قلبی عروقی و ترومبوآمبولی دقیقاً مورد ارزیابی قرار داد.<sup>۲</sup> پایش آزمایشگاهی باید بر اساس خطرات هورمون‌درمانی که بیشتر توصیف شد، بیماری‌های زمینه‌ای بیمار و عوامل مستعدکننده خطر، و رژیم هورمونی که مورد استفاده قرار گرفته است، طراحی و تنظیم گردد. پروتکل‌های اختصاصی متعددی برای پایش آزمایشگاهی منتشر شده‌اند.<sup>۱</sup>

### پایش بهینگی و عوارض جانبی در حین هورمون‌درمانی مردانه‌ساز

بهترین ارزیابی از بهینگی اثر هورمون را پاسخ بالینی بدست می‌دهد: آیا بدن بیمار، هم‌چنان که بیمار خواسته بود، در حال آشکار کردن خصوصیات مردانه و کاهش خصوصیات زنانه است؟ پزشکان می‌توانند با نگهداشتن تستوسترون در حدود طبیعی برای مردان و جلوگیری از افزایش آن به سطوح بالاتر از حد فیزیولوژیک، یک پاسخ بالینی مناسب را با کمترین میزان عوارض جانبی به دست بیاورند.<sup>۳</sup> برای بیمارانی که از تستوسترون سپیونات یا انانتات عضلانی استفاده می‌کنند سطوح تستوسترون باید در پایان یا نیمه‌ی چرخه قاعدگی چک شود.<sup>۴</sup>

پایش برای عوارض جانبی باید شامل ارزیابی بالینی و آزمایشگاهی باشد. پیگیری بیماران زن به مرد عبارت است از اندازه‌گیری وزن و روند افزایش وزن، بررسی بروز آکنه، معاینه‌ی رحم جهت خونریزی، ارزیابی مربوط به نارسایی قلبی عروقی و نیز معاینات اعصاب و روان جهت بررسی علائم روان‌پزشکی در بیماران در معرض خطر. پایش آزمایشگاهی باید بر اساس خطرات هورمون‌درمانی که بیشتر توصیف شد، بیماری‌های زمینه‌ای بیمار و عوامل مستعدکننده خطر و رژیم هورمونی که مورد استفاده قرار گرفته است طراحی و تنظیم گردد.<sup>۱</sup> پروتکل‌های اختصاصی متعددی برای پایش آزمایشگاهی منتشر شده‌اند.<sup>۱</sup>

<sup>1</sup> Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009

<sup>2</sup> Feldman & Safer, 2009

<sup>3</sup> Dahl et al., 2006; Hmebree et al., 2009

<sup>4</sup> Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Tangpricha Turner, Malabanan, & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, & Chipkin, 2003

## رژیم‌های هورمونی

تا به امروز، هیچ مطالعه‌ی بالینی کنترل شده‌ای بر روی هیچ رژیم هورمونی مردانه‌ساز/زنانه‌سازی انجام نشده است تا میزان خطرات و یا بهینگی آن را در حین تغییرات جسمانی گذار به جنسیت مطلوب بسنجد. به همین خاطر، در منابع مختلف می‌توان رژیم‌های هورمونی گوناگونی یافت که هر یک دوزاژ یا داروی خاصی مورد استفاده قرار می‌دهند.<sup>۱</sup> علاوه بر این، دسترسی بیمار به بعضی داروها ممکن است در نتیجه‌ی محدودیت‌های اقتصادی یا اجتماعی و یا جغرافیایی محدود باشد. به همین خاطر WPATH یک رژیم هورمونی خاص را تجویز یا توصیه نمی‌کند بلکه داروهایی را که در بیشتر رژیم‌های منتشر شده مورد استفاده قرار گرفته‌اند از نظر طبقه‌بندی و راه‌های تجویز مورد بررسی اجمالی قرار می‌دهد.

همان‌طور که در بالا اشاره شد تفاوت‌های آشکاری در میزان بروز عوارض جانبی رژیم‌های گوناگون وجود دارد. دستورالعمل‌های انجمن غددشناسی<sup>۲</sup> و فلدمن و سیفر (۲۰۰۹) دستورات مشخصی در ارتباط با انواع هورمون‌ها و دوزاژ پیشنهادی (بسته به این که اهداف زنانه‌ساز/مردانه‌ساز چه باشد) ارائه کرده‌اند. قویا توصیه می‌شود که تجویزکنندگان هورمون به طور منظم ادبیات حوزه و مطالعات به روز را مطالعه کرده تا به اطلاعات تازه‌ای که در مورد داروهایی که واجد استانداردهای لازم بوده و در منابع بومی در دسترس هستند دستیابی پیدا کنند.

### رژیم‌های هورمون‌درمانی زنانه‌ساز (برای مددجویان مرد به زن)

#### استروژن

به نظر می‌رسد استفاده از استروژن خوراکی، و به خصوص اتینیل استرادیول، خطر ترومبوآمبولی را افزایش می‌دهد. به همین جهت، اتینیل استرادیول را برای هورمون‌درمانی زنانه‌ساز پیشنهاد نمی‌کنند. برای آن دسته از بیمارانی که عوامل مستعدکننده‌ی خطر ترومبوآمبولی را دارند استفاده از برچسب‌های پوستی استروژن توصیه شده است. احتمال بروز عوارض جانبی همراه با افزایش دوز افزایش می‌یابد، به خصوص وقتی به سطوح بالاتر از حدود فیزیولوژیک می‌رسد.<sup>۲</sup> بیمارانی که دچار آن دسته از اختلالات زمینه‌ای هستند که ممکن است در اثر استروژن تشدید شوند باید در صورت امکان از مصرف استروژن خوراکی خودداری کرده و با دوزاژ پایین شروع کنند. ممکن است در برخی بیماران امکان استفاده از دوزاژی از استروژن که منجر به نتایج مطلوب گردد وجود نداشته باشد. احتمالاتی از این دست باید پیش از شروع هورمون‌درمانی با بیماران طرح و مورد گفت و گو واقع گردد.

<sup>۱</sup> Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997

<sup>۲</sup> Hembree et al., 2009

داروهای کاهنده‌ی آندروژن (آنتی‌آندروژن‌ها)

یکی از شایع‌ترین رژیم‌های دارویی، که بیش از همه مورد مطالعه قرار گرفته است، ترکیبی است از استروژن و آنتی‌آندروژن. اثر داروهای کاهنده‌ی آندروژن، که هر کدامشان به یک دسته‌ی دارویی متفاوت تعلق دارند، یا از طریق کاهش سطح سرمی تستوسترون است و یا از طریق کاهش فعالیت تستوسترون؛ که در هر صورت منجر به فروکش کردن خصوصیات مردانه نظیر موی بدن می‌شوند. این داروها نیاز به استروژن برای سرکوب تستوسترون را کاهش داده و لذا خطرات ناشی از دریافت استروژن آگزوژن با دوز بالا را کاهش می‌دهند.<sup>۱</sup>

آنتی‌آندروژن‌های پرمصرف عبارتند از:

- اسپرونولاکتون، که در دسته داروهای ضدفشار خون قرار دارد، مستقیماً ترشح تستوسترون و اتصال آندروژن به گیرنده‌ی آندروژنی را مهار می‌کند. در حین دریافت دارو، فشار خون و الکترولیت‌ها باید مرتباً چک شوند چرا که خطر هیپرکالمی وجود دارد.
  - سپروترون استات یک ترکیب پروژسترونی با خصوصیات آنتی‌آندروژنی است. این دارو به خاطر نگرانی‌هایی که در مورد تأثیرات سمی احتمالی آن بر کبد وجود دارد در ایالات متحده ممنوع است، اما در جاهای دیگر به طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد.<sup>۲</sup>
  - آگونیست‌های GnRH (برای مثال گوسریلین، بوسریلین، تریپتورلین) نورهورمون‌هایی هستند که گیرنده‌ی هورمون آزادکننده‌ی گنادوتروپین را اشغال کرده و لذا مانع آزادسازی هورمون‌های FSH و LH می‌شوند. این سبب می‌شود تا عملکرد گنادها تا حد بسیار زیادی متوقف شود. با این حال، این داروها گران قیمت بوده و تنها به صورت تزریقی یا ایمپلانت موجود هستند.
  - مهارکننده‌های ۵-آلفا ردوکتاز (نظیر فینستراید و دوتاستراید) تبدیل تستوسترون به یک هورمون فعال‌تر و قوی‌تر به نام ۵-آلفا دهیدروتستوسترون را مهار می‌کنند. این داروها اثرات مثبتی بر کچلی سر، رشد موی بدن، غدد سباسه و قوام پوست می‌گذارند.
- سپروترون و اسپرونولاکتون شایع‌ترین آنتی‌آندروژن‌هایی هستند که برای مددجویان نارضایتی جنسی مورد استفاده قرار می‌گیرند و احتمالاً مقرون به صرفه‌ترین گزینه‌ها هستند.

پروژستین‌ها

به جز سپروترون، اضافه کردن سایر پروژستین‌ها به هورمون‌درمانی زنانه‌ساز بحث برانگیز و محل تردید

<sup>1</sup> Prior, Vigna, Watson, Diewold, & Robinow, 1986; Prior, Vigna, & Watson, 1989

<sup>2</sup> De Cuypere et al., 2005

است.<sup>۱</sup> از آن جا که پروژستین‌ها با اثرات مولکولی خود بر شکل‌گیری پستان تأثیر می‌گذارند، برخی پزشکان بر این عقیده‌اند که برای رشد کامل پستان استفاده از این عوامل ضروری است.<sup>۲</sup> با این حال، دست کم یک مطالعه‌ی مقایسه‌ای بالینی که بر روی رژیم‌های دارویی زنانه‌ساز با و بدون پروژستین‌ها انجام شد نشان داده است که اضافه کردن پروژستین‌ها به رژیم دارویی نه رشد پستان‌ها را افزایش می‌دهد و نه سطح سرمی تستوسترون را کاهش می‌دهد.<sup>۳</sup> از سوی دیگر، مصرف پروژستین‌ها می‌تواند عوارض جانبی نظیر افسردگی، اضافه وزن، و تغییرات چربی به همراه داشته باشد.<sup>۴</sup> علاوه بر این، تصور می‌شود که پروژستین‌ها (به خصوص مدروکسی پروژسترون) احتمال بروز سرطان پستان و حوادث قلبی عروقی را در زنان افزایش دهد.<sup>۵</sup> در مقایسه با مدروکسی پروژسترون، پروژسترون میکرونیزه ممکن است بهتر تحمل شود و تأثیرات مطلوب‌تری بر پروفایل چربی داشته باشد.<sup>۶</sup>

#### رژیم‌های دارویی برای هورمون‌درمانی مردانه‌ساز (زن به مرد)

##### تستوسترون

تستوسترون را معمولاً به صورت خوراکی، پوستی، یا تزریقی (عضلانی) تجویز می‌کنند، هرچند اشکال بوکال و ایمپلانت آن نیز وجود دارد. تستوسترون آن‌دکانوات<sup>۷</sup> خوراکی، که خارج از ایالات متحده استفاده می‌شود، در مقایسه با انواع غیرخوراکی، سطوح سرمی پایین‌تری از تستوسترون ایجاد کرده و اثرگذاری کمتری در سرکوب چرخه‌های قاعدگی دارد.<sup>۸</sup> از آن جا که تستوسترون سیپونات یا انانتات<sup>۹</sup> را غالباً هر ۲ تا ۴ هفته تجویز می‌کنند، برخی بیماران ممکن است به صورت چرخه‌ای دچار تغییرات محسوس جسمانی و روانی شوند (مثلاً خستگی و تحریک‌پذیری بلافاصله پیش از تزریق و خشونت و خلق افزایش یافته بلافاصله پس از تزریق) و بیشتر اوقات سطوح سرمی‌شان خارج از بازه‌ی طبیعی باشد.<sup>۱۰</sup> این مشکل را می‌توان با استفاده از رژیم‌هایی که در آن دوزهای پایین‌تر دارو با فواصل کمتر تزریق می‌شوند و یا با استفاده از اشکال پوستی دارو تعدیل کرد.<sup>۱۱</sup> تستوسترون آن‌دکانوات عضلانی (که در حال حاضر در ایالات متحده موجود

<sup>1</sup> Oriel, 2000

<sup>2</sup> Basson & Prior, 1998; Oriel, 2000

<sup>3</sup> Meyer III et al., 1986

<sup>4</sup> Meyer III et al., 1986; Tangpricha et al., 2003

<sup>5</sup> Rossouw et al., 2002

<sup>6</sup> De Lignieres, 1999; Fitzpatrick, Pace, & Wiita, 2000

<sup>7</sup> Undecanoate

<sup>8</sup> Feldman, 2005; April; Moore et al., 2003

<sup>9</sup> Cypionate & Enanthate

<sup>10</sup> Jockenhovel, 2004; Dhejne et al., 2011

<sup>11</sup> Dobs et al., 1999; Jockenhovel, 2004; Nieschlag et al., 2004

نیست) یک سطح فیزیولوژیک پایدار در طی ۱۲ هفته ایجاد می‌کند و نشان داده شده است که هم برای بیماران مبتلا به هیپوگنادیسم و هم مددجویان تراجنسی زن به مرد موثر است<sup>۱</sup>. شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند تجویز تستوسترون چه به صورت تزریقی و چه به صورت پوستی نتایج مردانه‌ساز مشابهی دارند، با این تفاوت که چارچوب زمانی در مورد تجویز پوستی ممکن است کمی طولانی‌تر باشد<sup>۲</sup>. به خصوص با افزایش سن در بیماران، تلاش می‌شود که پایین‌ترین دوز لازم برای حفظ نتایج بالینی مطلوب استفاده شود تا احتیاطات لازم برای حفظ تراکم استخوان رعایت گردد.

سایر داروها

می‌توان از پروژستین‌ها و در رأس آن‌ها مدروکسی پروژسترون، برای مدت کوتاهی و برای توقف چرخه‌ی قاعدگی در ابتدای هورمون‌درمانی استفاده کرد. همین استفاده را می‌توان از آگونیست‌های GnRH کرد. استفاده‌ی دیگر از GnRH برای درمان خونریزی‌های رحمی مقاوم به درمانی است که در زمینه‌ی یک اختلال ژنیکولوژیک مشخص رخ نمی‌دهند.

### هورمون‌های ترکیبی و همسان-هورمون‌ها<sup>۳</sup>

همان‌طور که بحث‌های پیرامون استفاده از همسان-هورمون‌ها در زنان یائسه داغ شده است، علاقه‌مندی‌ها برای استفاده از ترکیبات مشابه در هورمون‌درمانی زنانه‌ساز/مردانه‌ساز نیز افزایش یافته است. هیچ شواهدی وجود ندارد که هورمون‌های ترکیبی نسبت به همسان-هورمون‌های مورد تأیید سازمان‌های دولتی موثرتر یا کم‌عارضه‌تر باشند<sup>۴</sup>. از همین رو، از سوی انجمن یائسگی آمریکای شمالی و دیگران توصیه شده است که چه هورمون‌های مورد استفاده در هورمون‌درمانی همسان-هورمون باشند و چه نباشند، عوارض جانبی و تأثیرات آن‌ها با هورمون‌های ترکیبی یکسان تلقی گردد. این ارزیابی مورد تأیید WPATH است.

<sup>1</sup> Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Dittrich, 2007; Zitsmann, Saad, & Nieschlag, 2006

<sup>2</sup> Feldman, 2005, April

<sup>3</sup> Bioidentical hormones

<sup>4</sup> Sood, Shuster, Smith, Vincent, & Jatoi, 2011

## سلامت در تولید مثل

بسیاری از دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق مایلند فرزند داشته باشند. از آن جایی که درمان با هورمون‌های مردانه‌ساز و زنانه‌ساز زایایی را کاهش می‌دهد<sup>۱</sup>، برای بیماران مطلوب‌تر است که پیش از شروع درمان هورمونی یا انجام جراحی برای تخلیه یا تغییر در اعضای تناسلی‌شان در باب زایایی تصمیم‌گیری کنند. گزارش شده که در مواردی، فرد پس از آن که درمان هورمونی یا جراحی آلت تناسلی دریافت کرده است از این که دیگر نمی‌تواند فرزند داشته باشد که وابسته‌ی ژنتیکی او باشد احساس پشیمانی کرده است<sup>۲</sup>.

متخصصین خدمات مراقبت از سلامت (شامل متخصصین سلامت روان که توصیه به هورمون درمانی یا جراحی می‌کنند، پزشکانی که هورمون تجویز می‌کنند و جراحان) باید پیش از شروع این درمان‌های طبی و جراحی برای نارضایتی جنسی، درباره‌ی گزینه‌های تولیدمثل با بیماران گفتگو نمایند. حتی اگر بیمار در زمان درمان به این موضوعات علاقه‌مند نیست، آن چنان که در بیمارانی که سن کم‌تری دارند شایع است، این گفتگوها باید صورت پذیرد<sup>۳</sup>. وضعیت مطلوب، گفتگوهای زودهنگام می‌باشند، هرچند که همیشه ممکن نیستند. اگر فرد تحت جراحی کامل تغییر جنسیت قرار نگرفته است، ممکن است بتوان دریافت هورمون‌ها را برای مدت زمانی کافی برای احیای سطوح هورمون‌های مادرزادی قطع کرد تا تولید گامت‌های بالغ دوباره امکان‌پذیر شود<sup>۴</sup>.

صرف نظر از مقالات «دیدگاه<sup>۵</sup>»، مقالات تحقیقاتی بسیار اندکی پیرامون مسائل سلامت تولید مثلی

<sup>1</sup> Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui, & Bremner, 1999

<sup>2</sup> DeSutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002

<sup>3</sup> De Sutter, 2009

<sup>4</sup> Payer, Meyer III, & Walker, 1979; Van den Broeke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001

۵- Opinion / Debate paper: مقاله‌ای که نویسنده در آن موضوعی را که موضوعی مستحکم دارد انتخاب می‌کند و در قالب یک ساختار منسجم (معمولاً پنج پاراگراف) درباره‌ی آن اظهار نظر می‌نماید و برای دفاع از موضع خود استدلال می‌کند.

افرادی که درمان‌هایی مختلف برای نارضایتی جنسی دریافت می‌دارند منتشر شده است. به جز مددجویان تراجنسی داوطلب عمل تغییر جنسیت، دسته‌ی دیگری از بیماران هم هستند که لازم است در عین تخریب و یا برداشتن گنادها عملکرد تولیدمثلی‌شان حفظ گردد؛ این‌ها افراد مبتلا به بدخیمی‌های تناسلی هستند که بخشی از فرآیند درمان‌شان تخلیه‌ی اعضای تناسلی یا پرتودرمانی یا شیمی‌درمانی مخرب است. از تجربیات به دست آمده از آن گروه می‌توان برای افراد تحت درمان برای نارضایتی جنسی بهره برد.

بیماران مرد به زن (MtF)، به ویژه آنان که هنوز تولیدمثل نکرده‌اند، باید نسبت به گزینه‌های حفظ اسپرم آگاه شوند و تشویق گردند تا پیش از هورمون‌درمانی، ذخیره‌سازی اسپرم‌شان در بانک اسپرم را مد نظر قرار دهند. در مطالعه‌ای که به بررسی عملکرد بیضه‌های افرادی پرداخته است که در معرض استروژن با دوز بالا بوده‌اند، یافته‌ها حاکی از آن است که قطع استروژن می‌تواند به بیضه‌ها اجازه‌ی احیا دهد.<sup>۱</sup> در مقاله‌ای که بینش و رویکرد افراد MtF نسبت به فریز کردن اسپرم را گزارش می‌کرد اکثریت بالای ۱۲۱ پاسخ دهنده به پرسش‌نامه احساس می‌کردند که امکان فریز کردن اسپرم باید از سوی تیم پزشکی ارائه و مورد گفتگو قرار گیرد.<sup>۲</sup> اسپرم باید پیش از هورمون‌درمانی یا پس از توقف درمان، زمانی که شمارش اسپرم مجدداً افزایش می‌یابد جمع‌آوری گردد. حتی اگر کیفیت منی پایین باشد، سرماداری<sup>۳</sup> می‌بایست مورد گفتگو قرار گیرد. در بالغین دچار آژواسپرمی، این امکان وجود دارد که از بیضه بیوپسی شده و نمونه با روش سرماداری برای تولید اسپرم در آینده نگهداری شود، هرچند ممکن است این روش موفقیت‌آمیز نباشد.

گزینه‌های تولیدمثل برای بیماران زن به مرد (FtM) می‌تواند شامل فریز کردن اووسیت (تخمک) یا جنین باشد. گامت‌ها و جنین فریز شده می‌توانند بعدها با مادری جایگزین (رحم اجاره‌ای) برای رسیدن به حاملگی به کار روند. مطالعاتی که بر روی خانم‌های مبتلا به بیماری تخمدان پلی‌سیستیک انجام شده است نشان داده‌اند که احیای نسبی تخمدان‌ها پس از آن که تحت تأثیر سطوح بالای تستوسترون قرار گرفتند امکان‌پذیر است.<sup>۴</sup> قطع کوتاه‌مدت تستوسترون ممکن است به تخمدان‌ها به میزان کافی برای آزادسازی تخمک اجازه‌ی احیا دهد؛ موفقیت احتمالاً به سن بیمار و مدت درمان با تستوسترون بستگی دارد. اگرچه این موضوع به صورت سازمان‌یافته مطالعه نشده است اما برخی افراد FtM دقیقاً چنین می‌کنند و برخی توانسته‌اند حامله شده و فرزند به دنیا آورند.<sup>۵</sup>

باید به بیماران یادآوری شود که این روش‌ها در همه جا فراهم نبوده و می‌توانند بسیار گران‌قیمت باشند.

<sup>1</sup> Payer et al., 1979

<sup>2</sup> De Sutter et al., 2002

<sup>۳</sup> Cryopreservation: حفظ اسپرم در دمای پایین برای استفاده آتی

<sup>4</sup> Hunter & Sterrett, 2000

<sup>5</sup> More, 1998



گزینه‌های تولیدمثل نباید به هیچ دلیلی از افراد تراجنسی، دگرباش و جنسیت نامنطبق دریغ گردند. گروه ویژه‌ای از افراد، نوجوانان پیش از بلوغ یا در سن بلوغی هستند که به دلیل بلوکرها یا هورمون‌های دیگر جنس<sup>۱</sup>، هیچ‌گاه عملکرد تولیدمثلی در جنس مادرزادی‌شان را شکل نخواهند داد. در حال حاضر هیچ روشی برای حفظ عملکرد گنادهای این افراد وجود ندارد.

---

<sup>1</sup> Cross-gender hormones



## درمان آوا و برقراری ارتباط

برقراری ارتباط، چه کلامی و چه غیر کلامی، وجه مهمی از رفتار انسان و نمودی از جنسیت است. دگرباشان، تراجنسی‌ها و افراد دارای جنسیت نامنطبق ممکن است بخواهند به منظور پرورش شاخص‌های آوایی (مانند زیر و بمی صدا، تکیه، تشدید، سرعت کلام، الگوهای عبارت سازی) و الگوهای ارتباطی غیر کلامی (مانند ژست‌ها، وضعیت بدنی و حرکات، حالات چهره) که باعث افزایش احساس رضایت از هویت جنسی‌شان می‌شود، از یک متخصص آوا و ارتباط<sup>۱</sup> درخواست کمک کنند. درمان آوا و برقراری ارتباط می‌تواند به کاهش نارضایتی جنسی کمک کرده و قدمی مثبت و تشویق‌کننده در جهت دستیابی به اهداف شخص در بیان نقش جنسی مطلوب خود باشد.

### ویژگی‌های لازم برای متخصصین آوا و ارتباطی که با مراجعین تراجنسی، دگرباش و جنسیت نامنطبق کار می‌کنند

متخصصین می‌توانند شامل آسیب‌شناسان گفتار- زبان، گفتاردرمان‌گرها و بالین‌گرهای آوا-گفتار باشند. در بیشتر کشورها عضویت در انجمن تخصصی آسیب‌شناسان گفتار- زبان نیازمند قیود و صلاحیت‌های خاصی است. در برخی کشورها، دولت از طریق صدور مجوز، گواهی یا روندهای ثبت، حرفه را نظم می‌بخشد.<sup>۲</sup>

موارد زیر حداقل ویژگی‌هایی است که به باور WPATH، متخصصین آوا-ارتباطی که با مراجعین تراجنسی، دگرباش و جنسیت نامنطبق کار می‌کنند لازم است داشته باشند:

<sup>1</sup> Voice and communication specialist

<sup>2</sup> American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia

۱. آموزش و خبرگی تخصصی در ارزیابی و پرورش مهارت‌های ارتباطی در مراجعین تراجنسی، دگرباش و جنسیت نامنطبق.
  ۲. شناختی بنیادی از اصول سلامت دگرباش‌ها شامل درمان‌های هورمونی و جراحی برای زنانه‌سازی/مردانه‌سازی و مسائل روانی اجتماعی ویژه‌ی دگرباش‌ها چنان که طرح کلی آن در اصول مراقبت آمده است؛ و آشنایی با پروتکل‌های پایه در برخورد با حساسیت‌های مددجویان، نظیر کاربرد نام و ضمیر اشاره‌ی جنسی مطلوب<sup>۱</sup>.
  ۳. شرکت فعالانه در برنامه‌های آموزش مداوم که در زمینه‌ی ارزیابی و پرورش مهارت‌های ارتباطی در مراجعین تراجنسی، دگرباش و جنسیت نامنطبق برگزار می‌گردند. حضور در گردهمایی‌ها، کارگاه‌ها یا سمینارهای تخصصی، شرکت در پژوهش‌های مرتبط با مسائل هویت جنسی، مطالعه‌ی مستقل، یا آموزش از یک درمانگر باتجربه و دارای گواهی از مصادیق این شرکت فعالانه می‌تواند باشد.
- سایر متخصصین، شامل مربیان آوا، متخصصین تئاتر، مدرسان آواز و کارشناسان حرکت می‌توانند نقش تکمیلی ارزشمندی ایفا کنند. در حالت آرمانی، چنین متخصصینی همکاری فعال با آسیب‌شناسان گفتار-زبان داشته یا تجربه‌ی کار با ایشان را دارند.

### ملاحظات در ارزیابی و درمان

هدف کلی از درمان آوا و برقراری ارتباط، کمک به مراجعین است برای ایجاد تطابق در آوا و برقراری ارتباط‌شان به نحوی که هم ایمن باشد و هم اصیل، تا به آن الگوهای ارتباطی منجر شود که مراجعین احساس کنند با هویت جنسی ایشان سازگار است و انعکاسی از برداشت ایشان از خویششان است<sup>۲</sup>. حساسیت متخصصین آوا و ارتباط نسبت به اولویت‌های ارتباطی فرد حیاتی است. برقراری ارتباط (سبک، آوا، گزینش زبان و غیره) امری شخصی است. افراد نباید به اتخاذ رفتارهایی توصیه گردند که با آن راحت نیستند یا آن را اصیل احساس نمی‌کنند. متخصصین می‌توانند با وقت گذاشتن برای درک نگرانی‌های جنسی مددجو و اهدافش در بیان نقش جنسی، بهترین خدمات را ارائه دهند<sup>۳</sup>.

افراد می‌توانند رفتارهای ارتباطی خود را متناسب با هویت جنسی خود انتخاب نمایند. این تصمیمات

<sup>1</sup> Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia

<sup>2</sup> Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006

<sup>3</sup> American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia

همچنین با دانش متخصص آوا و ارتباط و داده‌هایی که از ارزیابی مراجعه کننده به دست می‌آیند می‌توانند تقویت شوند.<sup>۱</sup> ارزیابی‌ها شامل ارزیابی یک مراجع از خود و نیز ارزیابی یک متخصص از آوا، تشدید، تلفظ، زبان گفتاری و ارتباط غیرکلامی است.<sup>۲</sup>

طرح‌های درمانی آوا و برقراری ارتباط با توجه به شواهد تحقیقاتی موجود، دانش و تجربه‌ی بالینی متخصص و اهداف و ارزش‌های شخص مراجع ارائه می‌شوند (انجمن گفتار-زبان‌شنوایی آمریکا، ۲۰۱۱؛ انجمن شنوایی‌شناسان و آسیب‌شناسان گفتار-زبان کانادا؛ کالج سلطنتی گفتار درمانگرها، انگلستان؛ آسیب‌شناسی گفتار استرالیا). آماج درمان معمولاً شامل زیر و بمی صدا، تکیه، بلندی و الگوهای تأکید، کیفیت صدا، تشدید، تلفظ، عبارت‌سازی و سرعت کلام، زبان و ارتباط غیرکلامی می‌گردند.<sup>۳</sup> درمان می‌تواند شامل جلسات انفرادی و یا گروهی باشد. تواتر و مدت زمان درمان با توجه به نیازهای مراجع متغیر خواهد بود. در ایجاد یک طرح درمانی فردی، می‌توان پروتکل‌های موجود برای درمان صدا و برقراری ارتباط را مورد توجه قرار داد.<sup>۴</sup>

زنانه‌سازی یا مردانه‌سازی آوا، نیازمند استفاده‌ی خارج از عادت از سازوکار تولید آواست. برای جلوگیری از امکان کاربرد نامناسب آوا و آسیب آوایی بلند مدت، اقدامات پیش‌گیرنده ضروری هستند. بنابراین تمامی خدماتی که به عنوان درمان آوا و برقراری ارتباط صورت می‌گیرند، باید شامل یک جزء سلامت آوایی باشند.<sup>۵</sup>

### ملاحظات پیرامون سلامت آوایی بعد از جراحی زنانه‌سازی آوا

همان‌طور که در بخش ۹ اشاره شد، برخی افراد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق تحت جراحی زنانه‌سازی آوا قرار خواهند گرفت. (تعمیق و بم‌سازی آوا با هورمون درمانی مردانه‌ساز قابل دستیابی است اما هورمون‌های زنانه‌ساز بر آوای مراجع بالغ MtF اثری ندارند). درجات متغیری از رضایت، ایمنی و بهبود بلند مدت در بیمارانی که چنین جراحی را داشته‌اند وجود دارد. توصیه می‌گردد افرادی که تحت جراحی زنانه‌سازی آوا قرار می‌گیرند برای بهینه کردن نتیجه‌ی جراحی، کمک به حفظ سلامت آوایی و

<sup>1</sup> Hancock, Krissing, & Owen, 2010

<sup>2</sup> Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010

<sup>3</sup> Adler et al., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts, & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983

<sup>4</sup> Carew, Dacakis, & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark, & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988

<sup>5</sup> Adler et al., 2006

آموختن وجوهی از برقراری ارتباط که به زیر و بمی آوا وابسته نیست با یک متخصص آوا و ارتباط نیز مشورت نمایند. روندهای جراحی آوایی باید با طرح و بحث در طی جلساتی که توسط یک متخصص صدا و ارتباط مدیریت می شود تعیین شوند. این متخصص صدا و ارتباط، بایستی خود از سوی هیئت مورد مسئول برای گفتاردرمانگرها/ آسیب شناسان گفتار- زبان تأیید شده و مجاز به فعالیت باشد.<sup>۱</sup>

---

<sup>1</sup> Kanagalingam et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004

## جراحی

### جراحی تغییر جنسیت، موثر و از نظر طبی ضروری است

معمولا جراحی (به ویژه جراحی تناسلی)<sup>۱</sup> آخرین و مورد توجه‌ترین قدم در روند درمان نارضایتی جنسی است. در حالی که بسیاری از افراد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق بدون جراحی با هویت، نقش و بیان جنسی خود به آسایش دست می‌یابند، برای بسیاری دیگر، جراحی حیاتی و برای کاهش نارضایتی جنسی ایشان از نظر طبی ضروری است.<sup>۲</sup> برای گروه دوم، رهایی از نارضایتی جنسی جز با تغییر در صفات اولیه و یا ثانویه‌ی جنسی در جهت کسب تناسب بیشتر با هویت جنسی‌شان حاصل نمی‌آید. به علاوه، جراحی می‌تواند به بیماران کمک کند تا در حضور شرکای جنسی و یا در مکان‌هایی عمومی چون مطب پزشکان، استخرهای شنا، یا باشگاه‌های ورزشی احساس راحتی بیشتری کنند. در برخی شرایط، جراحی ممکن است خطر آسیب را در صورت بازداشت یا تفتیش توسط پلیس یا سایر مراجع قدرت کاهش دهد.

مطالعات پیگیری، اثرات مفید غیر قابل انکاری نظیر افزایش حس خوشبختی، حس زیبایی خود، و رضایت در عملکرد جنسی را پس از عمل جراحی نشان می‌دهند.<sup>۳</sup> اطلاعات بیشتر در خصوص پیامدهای درمان‌های جراحی در ضمیمه‌ی د خلاصه شده است.

---

<sup>1</sup> Genital surgery

<sup>2</sup> Hage & Karim, 2000

<sup>3</sup> De Cuypere et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998

### پرسش‌های اخلاقی پیرامون جراحی تغییر جنسیت

یک عمل جراحی معمول، با هدف اصلاح و ترمیم عملکردهای مختل انجام می‌شود؛ یا برای خارج کردن بافت‌های پاتولوژیک و یا ایجاد تغییر در ویژگی‌های بدنی بیمار برای بهبود تصویر از خود. بعضی افراد، از جمله برخی از متخصصین حوزه‌ی سلامت، جراحی را به مثابه‌ی یک روش درمانی برای نارضایتی جنسی منطبق بر اخلاق پزشکی نمی‌دانند، چرا که به زعم ایشان عمل جراحی تغییر جنسیت مصداق هیچ کدام از شروط لازم برای اخلاقی بودن عمل جراحی نیست.

آن دسته از متخصصین حوزه‌ی سلامت که در کار ارزیابی، مراقبت و درمان مددجویان مبتلا به نارضایتی جنسی هستند باید به لحاظ روانی و اخلاقی از این که امکان تغییر در اندام‌های طبیعی را مهیا می‌کنند، آرامش و اطمینان خاطر داشته باشند. یک راه برای کسب این آرامش خاطر و نیز برای درک این که چگونه جراحی می‌تواند از درد و رنج افراد دچار نارضایتی جنسی بکاهد آن است که درمانگر به شرح حال مراجعه کننده‌اش گوش بسپارد؛ شرح حالی که مددجو از علایم، دوره‌های و تاریخچه‌ی زندگی‌اش به دست می‌دهد. هم‌چنان که اصل اخلاقی «پیش از هر چیز، آسیب مرسان<sup>۱</sup>» ایجاب می‌کند، گزینه‌ی عمل جراحی باید با حساسیت و وسواس بسیار مورد بررسی قرار گیرد و در عین حال به بیمار این فرصت داده شود که درباره‌ی پریشانی‌های روانی ناشی از نارضایتی جنسی حرف بزند و از آسیب‌هایی بگوید که در صورت محرومیت از درمان‌های مناسب، متحمل خواهد شد.

درمان‌های جراحی تناسلی و پستان/قفسه‌ی سینه برای نارضایتی جنسی، تنها گروهی دیگر از اعمال جراحی انتخابی نیستند. جراحی‌های انتخابی شاخص، تنها شامل یک قرارداد خصوصی و مورد رضایت دو طرف میان یک بیمار و یک جراح است. جراحی‌های ناحیه‌ی تناسلی و پستان/قفسه‌ی سینه به عنوان درمان‌هایی لازم به لحاظ طبی برای نارضایتی جنسی، باید تنها پس از ارزیابی بیمار توسط متخصصین سلامت روان واجد شرایط، چنان که طرح کلی آن در بخش ۷/ اصول مراقبت آمده است، انجام شوند. این جراحی‌ها می‌توانند پس از ثبت نوشتاری انجام این ارزیابی و این که بیمار واجد معیارهای یک درمان جراحی ویژه است صورت گیرند. با پیروی از این روند، متخصصین سلامت روان، جراحان و بیماران مسئولیت تصمیم برای ایجاد تغییرات برگشت ناپذیر در بدن را به مشارکت می‌گذارند.

رد کردن امکان جراحی‌های تغییر جنسیت یا واجد شرایط بودن فرد برای آن‌ها، تنها بر پایه‌ی مثبت بودن سرم فرد برای عفونت‌های قابل انتقال با خون مانند ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) یا هپاتیت B یا C غیراخلاقی است.

<sup>1</sup> First, do not harm



### ارتباط جراحان با متخصصین سلامت روان، پزشکان تجویز کننده‌ی هورمون (در صورت وجود) و بیماران (رضایت آگاهانه)

نقش یک جراح در درمان نارضایتی جنسی تنها نقش یک تکنیسین نیست. بلکه جراحان با وجدان نسبت به شرح حال هر بیمار و فرآیندی که به ارجاع برای جراحی انجامیده آگاه خواهند بود. برای این مقصود، جراحان باید با بیمارانشان به تفصیل گفتگو نموده و ارتباطات کاری نزدیکی با سایر متخصصین سلامتی که در مراقبت بالینی ایشان فعالانه دخیل بوده‌اند داشته باشند.

زمانی که جراح به عنوان جزئی از یک تیم چند رشته‌ای برای ارائه‌ی خدمات مراقبت از سلامت فعالیت می‌کند، مشورت به آسانی حاصل می‌آید. در صورتی که چنین تیمی وجود نداشت، جراح باید از شایستگی متخصص (یا متخصصین) سلامت روانی که به مددجو پیشنهاد جراحی داده‌اند و در صورت وجود، پزشکی که هورمون‌ها را تجویز می‌نماید اطمینان حاصل کند، چرا که موفقیت عمل جراحی عمیقا به خبرگی و دقت تصمیم‌گیری ایشان وابسته است.

زمانی که جراح اطمینان پیدا کرد معیارهای لازم برای ضرورت عمل جراحی به درستی تشخیص داده شده‌اند (چنان که طرح کلی آن در ذیل آمده است)، درمان جراحی می‌باید در نظر گرفته شود و مشورت جراحی پیش از عمل صورت گیرد. حین این مشورت باید پیرامون روش عمل و سیر دوره‌ی نقاهت پس از عمل به تفصیل با بیمار گفتگو شود. جراحان مسئول هستند پیرامون تمام موارد زیر با بیمارانی که برای نارضایتی جنسی به دنبال درمان‌های جراحی هستند گفتگو نمایند:

- تکنیک‌های جراحی مختلف موجود (با ارجاع به همکارانی که گزینه‌های دیگر را ارائه می‌دهند)؛
- فواید و ضررهای هر تکنیک؛
- محدودیت‌های یک عمل در رسیدن به نتایج ایده‌آل؛ جراحان باید گستره‌ی کاملی از عکس‌های قبل و پس از عمل بیماران خود را، شامل هم موارد موفق و هم غیر موفق، ارائه دهند؛
- ریسک‌های ذاتی و عوارض احتمالی تکنیک‌های مختلف؛ جراحان باید میزان بروز عوارض را در مورد هر تکنیک به اطلاع بیمار برسانند.

این گفتگوها که پیش‌نیاز اخلاقی و قانونی برای هر عمل جراحی است، در نهایت منجر به کسب رضایت آگاهانه می‌گردند. برای این که نارضایتی جنسی بیمار واقعا کاهش یابد، نیاز است تا بیماران توقعی واقع‌گرایانه از نتایج داشته باشند.

تمامی این اطلاعات باید در قالب نوشتار، به زبانی که بیمار بر آن مسلط است و همراه تصاویر گرافیکی به او ارائه شود. بیماران باید اطلاعات را از پیش (یک راه ممکن اینترنت است) دریافت نمایند و فرصت

فراوان برای مرور با دقت آن در اختیارشان گذارده شود. عناصر رضایت آگاهانه همیشه باید پیش از مداخله‌ی جراحی به صورت رو در رو مورد گفتگو قرار گیرند. در آن زمان سوالات می‌توانند پاسخ داده شوند و رضایت آگاهانه‌ی کتبی توسط بیمار اخذ گردد. از آن جا که این جراحی‌ها برگشت‌ناپذیرند، باید مراقب بود تا پیش از درخواست ارائه‌ی رضایت آگاهانه از بیمار، وی زمان کافی برای تفکر و دریافت کامل اطلاعات داشته باشد. حداقل ۲۴ ساعت توصیه می‌شود.

جراحان باید شرایطی فراهم آورند تا مراقبت‌های بعد از عمل و نیز مشورت با سایر پزشکانی که در آینده به بیمار خدمات ارائه خواهند داد، بلافاصله پس از عمل صورت پذیرند. بیماران باید برای تدوین برنامه‌ای مناسب برای مراقبت بعد از عمل با جراحان تعامل نمایند.

**«طرح کلی عمل‌های جراحی برای درمان بیماران دارای نارضایتی جنسی»  
برای بیمار مرد به زن (MtF)، عمل‌های جراحی می‌توانند شامل موارد زیر باشد:**

۱. جراحی پستان/قفسه‌ی سینه: جراحی بزرگ‌سازی پستان<sup>۱</sup> (درون کاشت<sup>۲</sup>/ تزریق چربی<sup>۳</sup>)؛
۲. جراحی تناسلی<sup>۴</sup>: آلت بُری<sup>۵</sup>، تخلیه‌ی بیضه<sup>۶</sup>، جراحی پلاستیک واژن<sup>۷</sup>، جراحی پلاستیک کلیتوریس<sup>۸</sup>، جراحی پلاستیک فرج<sup>۹</sup>؛
۳. مداخلات جراحی غیر از پستان و ناحیه تناسلی: جراحی به منظور زنانه‌سازی صورت، برداشت چربی با استفاده از مکش<sup>۱۰</sup>، تزریق چربی، جراحی آوا<sup>۱۱</sup>، کوچک کردن غضروف تیروئید<sup>۱۲</sup>، افزایش اندازه‌ی ناحیه‌ی سرینی<sup>۱۳</sup> (درون کاشت، تزریق چربی)، ترمیم مو<sup>۱۴</sup> و عمل‌های مختلف زیبایی.

---

<sup>1</sup> Augmentation mammoplasty

<sup>2</sup> Implant

<sup>3</sup> Lipofilling

<sup>4</sup> Genital surgery

<sup>5</sup> Penectomy

<sup>6</sup> Orchiectomy

<sup>7</sup> Vaginoplasty

<sup>8</sup> Clitoroplasty

<sup>9</sup> Vulvoplasty

<sup>10</sup> Liposuction

<sup>11</sup> Voice surgery

<sup>12</sup> Thyroid cartilage reduction

<sup>13</sup> Gluteal augmentation

<sup>14</sup> Hair reconstruction

### برای بیمار زن به مرد (FTM) عمل‌های جراحی می‌توانند شامل موارد زیر باشند:

۱. جراحی پستان/قفسه‌ی سینه: پستان برداری زیر جلدی<sup>۱</sup>، ایجاد قفسه‌ی سینه‌ای مردانه؛
۲. جراحی تناسلی: رحم برداری<sup>۲</sup> برداشت لوله‌های رحمی و تخمدان‌ها<sup>۳</sup>، ترمیم قسمت ثابت مجرای ادراری، که می‌تواند با یک متوئیدیوپلاستی<sup>۴</sup> یا جراحی پلاستیک آلت<sup>۵</sup> (با استفاده از یک فلپ پایه‌دار یا آزاد عروقی) ترکیب گردد، واژن برداری<sup>۶</sup>، جراحی پلاستیک کیسه‌ی بیضه<sup>۷</sup>، و کاشت پروتزه‌های نعوظی و یا بیضه<sup>۸</sup>؛
۳. مداخلات جراحی غیر از پستان و ناحیه‌ی تناسلی: جراحی آوایی (نادر)، چربی کشی، تزریق چربی، درون کاشت‌های پکتورال<sup>۹</sup> (سینه‌ای)، و عمل‌های مختلف زیبایی.

### جراحی ترمیمی<sup>۱۰</sup> در برابر جراحی زیبایی<sup>۱۱</sup>

این پرسش که جراحی تغییر جنسیت باید جراحی زیبایی تلقی شود یا جراحی ترمیمی، نه تنها از نقطه نظر فلسفی، بلکه از دیدگاه مالی نیز مطرح می‌باشد. جراحی زیبایی<sup>۱۲</sup> در بیشتر موارد از نظر طبی لازم شناخته نشده است و بنا بر این معمولاً به طور کامل توسط بیمار پرداخت می‌شود. در مقابل، هزینه‌ی جراحی‌های ترمیمی که از نظر طبی لازم شناخته شده باشند و به نتایج درمانی غیر قابل‌پرسی منجر شوند، به طور کامل یا بخشی از آن، توسط نظام‌های ملی سلامت یا شرکت‌های بیمه پرداخت می‌شوند.

متأسفانه در حوزه‌ی جراحی‌های ترمیمی و پلاستیک (به طور کلی و نیز به طور خاص در مورد جراحی‌های مربوط به جنسیت) تمایز واضحی میان آن چه ترمیمی خالص است و آن چه زیبایی خالص است وجود ندارد. در واقع بیشتر عمل‌های جراحی پلاستیک ترکیبی از هر دو جزء ترمیمی و زیبایی هستند.

<sup>1</sup> Subcutaneous mastectomy

<sup>2</sup> Hysterectomy

<sup>3</sup> Salpingo-oophorectomy

<sup>4</sup> Metoidioplasty

<sup>5</sup> Phalloplasty

<sup>6</sup> Vaginectomy

<sup>7</sup> Scrotoplasty

<sup>8</sup> Erection and/or testicular prostheses

<sup>9</sup> Pectoral implants

<sup>10</sup> Reconstructive surgery

<sup>11</sup> Aesthetic surgery

<sup>12</sup> Aesthetic or Cosmetic

در حالی که بیشتر متخصصین توافق دارند که جراحی تناسلی و پستان‌برداری نمی‌تواند جراحی زیبایی خالص قلمداد شود، نظرها در مورد این که سایر عمل‌های جراحی (مانند بزرگ‌سازی پستان، جراحی زنانه‌سازی صورت) تا چه حد می‌توانند ترمیمی خالص تصور شوند، از هم فاصله می‌گیرند. اگر چه ممکن است بسیار آسان‌تر باشد که جراحی پلاستیک واژن یا آلت را به مثابه‌ی مداخله‌ای برای پایان دادن به رنجی مادام‌العمر دید، اما برای برخی بیماران مداخله‌ای مانند یک جراحی پلاستیک کوچک‌کننده‌ی بینی می‌تواند اثری دائمی و بنیادین بر کیفیت زندگی ایشان بگذارد و در نتیجه از نظر طبی نسبت به فردی فاقد نارضایتی جنسی بسیار ضروری‌تر باشد.

### معیارهای جراحی

معیارهای شروع درمان‌های جراحی برای نارضایتی جنسی، همچون سایر درمان‌های یاد شده در اصول مراقبت، در راستای ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران طراحی شده‌اند. اگر چه که اصول مراقبت اجازه می‌دهد درمان تا حد امکان فرد-محور باشد تا نیازهای خدمات مراقبت از سلامت بیمار به بهترین نحو ممکن برآورده شوند، اما یک معیار برای تمامی جراحی‌های پستان/قفسه‌ی سینه و آلت تناسلی وجود دارد و آن مستند شدن نارضایتی جنسی پایدار توسط متخصص سلامت روانی است که واجد صلاحیت کافی در این زمینه می‌باشد.

برای برخی از جراحی‌ها معیارهایی افزوده شده‌اند نظیر هورمون درمانی زنانه‌ساز/مردانه‌ساز و یا یک سال زندگی مداوم در قالب نقش جنسی که با هویت جنسی فرد هم‌خوان است. طرح کلی این معیارها در زیر آمده است. بر اساس شواهد موجود و اجماع بالینی کارشناسان، توصیه‌های متفاوتی برای جراحی‌های مختلف ارائه می‌شوند.

اصول مراقبت ترتیبی برای اجرای جراحی‌های مختلف مشخص نمی‌کند. ممکن است تعداد و ترتیب عمل‌های جراحی از یک بیمار تا بیمار دیگر بر اساس نیازهای بالینی ایشان تفاوت کند.

### معیارهای جراحی پستان/قفسه‌ی سینه (یک ارجاع)

«معیارهای پستان‌برداری و ایجاد قفسه‌ی سینه‌ای مردانه در بیماران FtM»

۱. نارضایتی جنسی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
۲. توانایی گرفتن تصمیم براساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛
۳. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر (اگر کوچک‌تر است بر اساس اصول مراقبت برای کودکان و نوجوانان عمل شود)؛

۴. اگر نکات قابل توجهی در زمینه‌ی سلامت طبی یا روانی وجود دارند باید در حدی معقول و مناسب کنترل شده باشند.

هورمون درمانی یک پیش‌نیاز نیست.

**«معیارهای جراحی بزرگ‌سازی پستان (درون کاشت/تزریق چربی) در بیماران MtF:»**

۱. نارضایتی جنسی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
۲. توانایی گرفتن تصمیم براساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛
۳. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر (اگر کوچک‌تر است بر اساس اصول مراقبت برای کودکان و نوجوانان عمل شود)؛
۴. اگر نکات قابل توجهی در زمینه‌ی سلامت طبی یا روانی وجود دارند باید در حدی معقول و مناسب کنترل شده باشند.

اگرچه این معیاری آشکار نیست، اما توصیه می‌شود بیماران MtF پیش از جراحی بزرگ‌سازی پستان تحت هورمون درمانی زنانه‌ساز (حداقل ۱۲ ماه) قرار گیرند. هدف، بیشینه‌سازی رشد پستان برای رسیدن به نتایج جراحی بهتر (از نظر زیباشناسی) است.

**معیارهای جراحی تناسلی (دو ارجاع)**

معیارهای جراحی تناسلی مختص نوع جراحی است که درخواست شده است.

**«معیارهای رحم‌برداری و برداشت لوله‌های رحمی و تخمدان‌ها در بیماران FtM و جراحی تخلیه‌ی بیضه در بیماران MtF:»**

۱. نارضایتی جنسی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
۲. توانایی گرفتن تصمیم براساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛
۳. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر؛
۴. اگر نکات نگران‌کننده‌ی قابل توجهی در زمینه‌ی سلامت طبی یا روانی وجود دارند باید به خوبی کنترل شده باشند.
۵. ۱۲ ماه پی در پی هورمون درمانی، آن چنان که متناسب با اهداف جنسی بیمار باشد (مگر هورمون‌ها از نظر بالینی برای آن فرد اندیکاسیون نداشته باشند).

اساساً هدف از هورمون درمانی پیش از جراحی تخلیه‌ی تخمدان یا بیضه (گنادکتومی)<sup>۱</sup> مواجهه‌سازی با دوره‌ای از سرکوب برگشت پذیر استروژن یا تستوسترون است پیش از آن که بیمار تحت مداخله‌ی برگشت ناپذیر جراحی قرار گیرد. این معیارها برای بیمارانی که جراحی‌های فوق را برای اندیکاسیون‌های

<sup>1</sup> Gonadectomy

طبی غیر از نارضایتی جنسی خواهند داشت صدق نمی کنند.

«معیارهای متوئیدیوپلاستی یا فالوپلاستی در بیماران FtM و واژینوپلاستی در بیماران MtF»:

۱. نارضایتی جنسی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
۲. توانایی گرفتن تصمیم براساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛
۳. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر؛
۴. اگر نکات نگران کننده‌ی قابل توجهی در زمینه‌ی سلامت طبی یا روانی وجود دارند باید به خوبی کنترل شده باشند.
۵. ۱۲ ماه پی در پی هورمون درمانی، آن چنان که متناسب با اهداف جنسی بیمار باشد (مگر هورمون‌ها از نظر طبی برای آن فرد اندیکاسیون نداشته باشند).
۶. ۱۲ ماه زندگی به صورت پیوسته در قالب آن نقش جنسی که با هویت جنسی ایشان هم‌خوان است.

اگرچه این معیاری آشکار نیست، اما توصیه می‌شود این بیماران ملاقات‌های منظمی نیز با یک متخصص سلامت روان یا دیگر حوزه‌های علوم پزشکی داشته باشند.

«پشتوانه‌ی فکری برای توجیه ضرورت زندگی در قالب نقش جنسی مطلوب به مدت ۱۲ ماه پیش از عمل جراحی»:

برای اعمال جراحی مربوط به آلت تناسلی لازم است بیماران به مدت ۱۲ ماه پی در پی در قالب آن نقش جنسی که با هویت جنسی ایشان هم‌خوان است زندگی نمایند. این معیار بر این اجماع بالینی متخصصین استوار است که چنین تجربه‌ای برای بیماران فرصت فراوانی فراهم می‌کند تا پیش از آن که تحت جراحی غیر قابل برگشت قرار گیرند، نقش جنسی مطلوب خود را تجربه کنند و از نظر اجتماعی خود را با آن سازگار نمایند. همان‌طور که در بخش ۷ اشاره شد، وجوه اجتماعی تغییر نقش جنسی فرد غالباً بیش از وجوه فیزیکی چالش برانگیزند. تغییر نقش جنسی می‌تواند به پیامدهای عمیق اجتماعی و شخصی بیانجامد و تصمیم برای انجام آن می‌بایست دربردارنده‌ی آگاهی از چالش‌های ممکن خانوادگی، بین فردی، تحصیلی، شغلی، اقتصادی و قانونی باشد تا افراد بتوانند در نقش جنسی خود عملکرد موفقی داشته باشند. حمایت یک متخصص سلامت روان واجد شرایط و گروه همسالان می‌توانند در اطمینان از ایجاد تطابقی موفق با نقش جنسی بسیار ارزشمند باشد.<sup>۱</sup>

مدت زمانی ۱۲ ماه، به طیفی از تجارب و وقایع مختلف زندگی که ممکن است در طول سال رخ دهند میدان می‌دهد (مانند مناسبت‌های خانوادگی، تعطیلات، مسافرت‌ها، شغل‌های مختص فصل یا تجربیات

<sup>1</sup> Bockting, 2008

مدرسه). بیماران در طول این مدت باید به طور مداوم، روزمره و در تمامی بسترهای زندگی در نقش جنسی مطلوبشان ظاهر شوند. این شامل حاضر شدن در برابر شرکای جنسی، خانواده، دوستان و اعضای اجتماع (مانند مدرسه، محل کار و سایر بسترها) می‌باشد.

متخصصین حوزه‌ی سلامت باید تجربه‌ی یک بیمار در نقش جنسی را برای آنان که آماده‌ی جراحی تناسلی می‌شوند، از جمله تاریخی که در آن فرد به طور تمام وقت در پوشش جنسیت هم‌خوان زندگی کرده است (تاریخ مبدل‌پوشی) در پرونده‌ی پزشکی به صورت شفاف ثبت نمایند. در برخی از موارد، متخصصین سلامت ممکن است در صورت نیاز، تأییدی دال بر برآورده شدن این معیار درخواست نمایند: ایشان می‌توانند با افرادی که با بیمار در نقش جنسی هم‌خوان با هویت ارتباط داشته‌اند تماس حاصل کنند، یا در صورت وجود، مدرک مستندی از یک تغییر قانونی نام و یا نشان‌گر جنسی درخواست کنند.

### جراحی در افراد با اختلالات روان‌پریشانه و سایر بیماری‌های جدی روان‌پزشکی

هنگامی که بر بیماران نارضایتی جنسی تشخیص اختلالات روان‌پزشکی شدید و نقص در واقعیت‌سنجی<sup>۱</sup> نیز گذارده شده است (مانند دوره‌های روان‌پریشی<sup>۲</sup>، اختلال دوقطبی<sup>۳</sup>، اختلال هویت تجزیه‌ای<sup>۴</sup>، اختلال شخصیت مرزی<sup>۵</sup>) باید تلاش شود تا پیش از آن که جراحی مد نظر قرار گیرد این شرایط با داروهای روان‌گردان و یا روان‌درمانی بهتر گردند<sup>۶</sup>. ارزیابی مجدد توسط متخصص سلامت روانی که واجد صلاحیت برای ارزیابی و مدیریت درمان شرایط روان‌پریشانه باشد باید پیش از جراحی صورت گیرد و وضعیت ذهنی و آمادگی بیمار برای جراحی شرح داده شود. این متخصص سلامت روان بهتر است با بیمار آشنا باشد. زمانی که بیمار روان‌پریشی فعال دارد هیچ جراحی نباید صورت گیرد<sup>۷</sup>.

### صلاحیت جراحانی که عمل جراحی پستان/قفسه‌سینه یا ناحیه‌ی تناسلی را انجام می‌دهند

پزشکانی که درمان‌های جراحی را برای نارضایتی جنسی انجام می‌دهند باید اورولوژیست، متخصص زنان، جراح پلاستیک یا جراح عمومی باشند و گواهی‌بورد تخصصی فوق را از انجمن ملی و یا منطقه‌ای

<sup>1</sup> Reality testing

<sup>2</sup> Psychotic episode

<sup>3</sup> Bipolar disorder

<sup>4</sup> Dissociative Identity Disorder

<sup>5</sup> Borderline Personality Disorder

<sup>6</sup> Dhejne et al., 2011

<sup>7</sup> De Cuypere & Vercruyse, 2009

مربوطه دارا باشند. جراحان باید دارای صلاحیت تخصص یافته در تکنیک‌های ترمیمی ناحیه‌ی تناسلی باشند، چنان‌که با آموزشی مستند تحت نظارت جراحی با تجربه تر نمود داشته باشد. حتی جراحان با تجربه نیز باید راغب به بازدید انتقادی مهارت‌های جراحی خود توسط هم‌تایان‌شان باشند. وجود یک ممیزی رسمی بر نتایج جراحی و نشر این نتایج می‌تواند برای متخصصین سلامت ارجاع دهنده و نیز بیماران بسیار اطمینان‌بخش باشد. جراحان باید در گردهمایی‌های تخصصی که کانون ارائه‌ی تکنیک‌های جدید هستند حضور منظم داشته باشند. اینترنت غالباً توسط بیماران برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات از تجربه‌ی ایشان با جراحان و تیم‌های ایشان به نحوی مؤثر استفاده می‌شود.

مطلوب آن است که جراحان بر بیش از یک تکنیک جراحی برای ترمیم ناحیه‌ی تناسلی آگاه باشند تا بتوانند در مشورت با بیماران تکنیک مطلوب برای هر فرد را انتخاب نمایند. در مقابل، اگر جراحی تنها در یک تکنیک مهارت دارد و این عمل برای یک بیمار مناسب نباشد و یا دلخواه وی نیست، جراح باید بیمار را از سایر عمل‌ها آگاه نماید و پیشنهاد ارجاع به جراحی دیگر با مهارت فراخور را ارائه دهد.

### تکنیک‌ها و عوارض جراحی پستان/قفسه‌ی سینه

اگر چه ظاهر پستان/قفسه‌ی سینه شاخص جنسی ثانویه‌ی مهمی است اما وجود پستان یا اندازه‌ی آن در تعاریف قانونی جنس و جنسیت لحاظ نشده است و برای تناسل ضروری نیست. اجرای جراحی‌های پستان/قفسه‌ی سینه برای درمان نارضایتی جنسی نیازمند توجهی هم تراز شروع هورمون درمانی است، چرا که هر دو تغییراتی نسبتاً غیرقابل برگشت در بدن ایجاد می‌کنند.

جراحی بزرگ‌سازی پستان<sup>۱</sup> برای بیمار MtF (گاه به آن ترمیم قفسه‌ی سینه<sup>۲</sup> اتلاق می‌گردد) با همین جراحی در یک بیمار زن مادرزادی تفاوتی ندارد. این معمولاً با درون‌کاشت<sup>۳</sup> پروتزهای پستانی و گاه با تکنیک تزریق چربی<sup>۴</sup> صورت می‌گیرد. عفونت‌ها و فیبروز کپسولی عوارض نادر جراحی بزرگ‌سازی پستان در بیماران MtF می‌باشند.<sup>۵</sup>

برای بیمار FtM پستان‌برداری<sup>۶</sup> یا جراحی «طرح ریزی قفسه‌ی سینه‌ی مردانه»<sup>۷</sup> قابل اجرا می‌باشند. برای

<sup>1</sup> Breast augmentation

<sup>2</sup> Chest reconstruction

<sup>3</sup> Implantation

<sup>4</sup> Lipofilling

<sup>5</sup> Kanhai, Hage, Karim, & Mulder, 1999

<sup>6</sup> Mastectomy

<sup>7</sup> Male chest contouring



بسیاری از بیماران FtM این تنها جراحی است که صورت می‌گیرد. زمانی که مقدار بافت پستانی برداشته شده نیاز به حذف پوست دارد اسکار زخم حاصل خواهد شد و بیمار باید نسبت به آن آگاه شده باشد. عوارض پستان‌برداری زیرجلدی<sup>۱</sup> می‌تواند شامل نکروز نوک پستان، نامنظمی‌های محیطی و شکل‌گیری بد نمای اسکار باشد.<sup>۲</sup>

### تکنیک‌ها و عوارض جراحی تناسلی

جراحی‌های ناحیه‌ی تناسلی برای بیماران MtF می‌تواند شامل تخلیه‌ی بیضه<sup>۳</sup>، آلت‌بری<sup>۴</sup>، جراحی پلاستیک واژن<sup>۵</sup>، جراحی پلاستیک کلیتوریس<sup>۶</sup> و جراحی پلاستیک لب‌های فرج<sup>۷</sup> باشد. تکنیک‌ها شامل وارونه‌سازی پوست آلت، پیوند پایه‌دار کولوسبگموئید، و پیوندهای آزاد پوستی برای مفروش ساختن واژن نو<sup>۸</sup> هستند. حس جنسی در کنار ایجاد واژنی دارای عملکرد و زیبایی ظاهری قابل قبول، هدفی مهم در جراحی پلاستیک واژن است.

عوارض جراحی تناسلی MtF می‌تواند شامل نکروز کامل یا ناکامل واژن و لب‌ها، فیستول‌هایی از مثانه یا روده به واژن، تنگی مجرای ادراری و واژن‌هایی که برای مقاربت زیاده کوچک یا کوتاه هستند باشد. اگر چه تکنیک‌های جراحی برای ایجاد واژن نواز نقطه نظر عملکردی و زیبایی ممتاز می‌باشند اما گزارش شده است که احتمال دارد به دنبال این عمل جراحی امکان ارگاسم از دست برود (آنورگاسمی) و یا این که جراحی پلاستیک لب‌ها در مرحله‌ای دوم برای زیبایی لازم باشد.<sup>۹</sup>

جراحی‌های ناحیه‌ی تناسلی برای بیماران زن FtM می‌تواند شامل رحم‌برداری (هیسترکتومی)، برداشت لوله‌های رحمی و تخمدان‌ها<sup>۱۰</sup>، واژن‌برداری<sup>۱۱</sup>، متوئیدوپلاستی، جراحی پلاستیک کیسه‌ی بیضه<sup>۱۲</sup>، جراحی

<sup>1</sup> Subcutaneous mastectomy

<sup>2</sup> Monstrey et al., 2008

<sup>3</sup> Orchiectomy

<sup>4</sup> Penectomy

<sup>5</sup> Vaginoplasty

<sup>6</sup> Clitoroplasty

<sup>7</sup> Labiaplasty

<sup>8</sup> Neovagina

<sup>9</sup> Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006

<sup>10</sup> Salpingo-oophorectomy

<sup>11</sup> Vaginectomy

<sup>12</sup> Scrotoplasty

پلاستیک مجرای ادراری<sup>۱</sup>، تعبیه‌ی پروتزه‌های بیضه<sup>۲</sup> و جراحی پلاستیک آلت (فالوپلاستی)<sup>۳</sup> باشد. در بیماران بدون جراحی شکمی قبلی، تکنیک لاپاروسکوپیک برای رحم‌برداری و برداشت لوله‌های رحمی و تخمدان‌ها توصیه می‌شود تا از اسکار در ناحیه‌ی پایینی شکم پرهیز گردد. دسترسی به واژن ممکن است دشوار باشد چرا که بیشتر بیماران فاقد سابقه‌ی زایمان<sup>۴</sup> بوده و غالباً مقاربت همراه با دخول را تجربه نکرده‌اند. تکنیک‌های جراحی فعلی برای فالوپلاستی گوناگون هستند. انتخاب تکنیک ممکن است به دلیل ملاحظات جراحی یا آناتومیک و یا ملاحظات مالی یک مراجع محدود گردد. اگر اهداف فالوپلاستی آلتی<sup>۵</sup> با ظاهر مناسب، ادرار در حالت ایستاده، احساس جنسی و یا توانایی مقاربت است، باید بیماران به طور شفاف آگاه شوند که چندین مرحله‌ی مجرای جراحی و دشواری‌های تکنیکی مکرر وجود دارد که ممکن است نیازمند جراحی‌هایی دیگر باشد. حتی متوئیدیوپلاستی که در تئوری یک جراحی تک مرحله‌ای برای ساخت یک میکروفالوس<sup>۶</sup> (آلت کوچک) است غالباً نیازمند بیش از یک جراحی است. با این تکنیک نمی‌توان همیشه اطمینان از هدف ادرار کردن در حالت ایستاده داد.<sup>۷</sup>

عوارض فالوپلاستی در افراد FtM می‌تواند شامل فیستول‌ها و تنگی‌های مکرر مجرای ادراری و گاه نکرروز آلت نو باشد. نتیجه‌ی متوئیدیوپلاستی یک آلت کوچک (میکروپنیس<sup>۸</sup>) بدون قابلیت ادرار کردن در حالت ایستاده است. فالوپلاستی با استفاده از یک فلپ پایه‌دار یا آزاد عروقی، یک جراحی چندمرحله‌ای و طولانی همراه با اختلالات همراه قابل توجه شامل عوارض ادراری مکرر و شکل‌گیری غیر قابل اجتناب اسکار در ناحیه‌ی اهدا کننده‌ی پیوند است. به همین دلیل، بسیاری از بیماران FtM هیچ‌گاه تحت جراحی ناحیه‌ی تناسلی به جز رحم‌برداری و برداشت لوله‌های رحمی و تخمدان‌ها قرار نمی‌گیرند.<sup>۹</sup>

حتی بیمارانی که عوارض شدید جراحی پیدا می‌کنند ندرتاً از این که تحت جراحی قرار گرفته‌اند پشیمان می‌گردند. اهمیت جراحی را می‌توان از این یافته‌ی مکرر دریافت که کیفیت نتایج جراحی یکی از بهترین عوامل پیش‌گویی برآمد کلی تغییر جنسیت است.<sup>۱۰</sup>

<sup>1</sup> Urethroplasty

<sup>2</sup> Placement of testicular prostheses

<sup>3</sup> Phalloplasty

<sup>4</sup> Nulliparous

<sup>5</sup> Neophallus

<sup>6</sup> Microphallus

<sup>7</sup> Monstrey et al., 2009

<sup>8</sup> Micropenis

<sup>9</sup> Hage & De Graaf, 1993

<sup>10</sup> Lawrence, 2006

## جراحی‌های دیگر

جراحی‌های دیگر برای کمک به زنانه‌سازی بدن شامل جراحی پلاستیک کاهشی غضروف تیروئید<sup>۱</sup> (کوچک کردن سبب آدم)، جراحی تغییر آوا<sup>۲</sup>، لیپوپلاستی کمر با کمک مکش (فرم بخشیدن محیطی)<sup>۳</sup>، رینوپلاستی (اصلاح بینی)، کاهش استخوان‌های صورت، کشیدن صورت<sup>۴</sup> و بلفاروپلاستی (دوباره جوان‌سازی پلک) است. سایر جراحی‌ها برای کمک به مردانه‌سازی بدن شامل چربی‌کشی<sup>۵</sup>، تزریق چربی<sup>۶</sup> و درون‌کاشت پکتورال<sup>۷</sup> است. جراحی آوا برای دستیابی به صدایی بم‌تر نادر است اما ممکن است در برخی موارد مانند زمانی که هورمون‌درمانی بی‌فایده بوده است توصیه شود.

هرچند این جراحی‌ها نیازمند ارجاع از جانب متخصصین سلامت روان نیستند، اما چنین متخصصینی می‌توانند نقش مهمی در کمک به مراجعین برای اخذ تصمیمی کاملاً آگاهانه پیرامون زمان‌بندی و پیامدهای این گونه عمل‌ها در زمینه‌ی گذار اجتماعی ایفا نمایند.

اگر چه عموماً بر بیشتر این عمل‌ها برجسب صرفاً برای زیبایی گذارده می‌شود مشابه همین جراحی‌ها در فردی با نارضایتی جنسی شدید می‌تواند بر اساس موقعیت بالینی منحصر به وضعیت زندگی و شرایط یک بیمار به لحاظ طبی ضروری تلقی گردد. این ابهام، نمودار واقعیت در موقعیت‌های بالینی بوده و اجازه به تصمیم‌گیری انحصاری فرد پیرامون لزوم و مطلوبیت این جراحی‌ها می‌دهد.

<sup>1</sup> Reduction thyroid chondroplasty

<sup>2</sup> Voice modification surgery

<sup>3</sup> Suction-assisted lipoplasty (contour modeling)

<sup>4</sup> Face-lift

<sup>5</sup> Liposuction

<sup>6</sup> Lipofilling

<sup>7</sup> Pectoral implant



## مراقبت پس از عمل و فالوآپ<sup>۱</sup> (پیگیری)

مراقبت پس از عمل و فالوآپ دراز مدت بعد از درمان‌های جراحی برای نارضایتی جنسی با برآمدهای مطلوب روانی اجتماعی و جراحی ارتباط دارد<sup>۲</sup>. فالوآپ در سلامت متعاقب جسمانی و روانی بیمار و آگاهی جراح از فواید و محدودیت‌های جراحی اهمیت دارد. جراحانی که بیماران مراجع از مسافت‌های دور را عمل می‌کنند باید فالوآپ شخصی را در طرح مراقبتی خود قرار دهند و تلاش نمایند تا از مراقبت پس از عمل دراز مدت و مقرون به صرفه‌ی محلی در ناحیه‌ی جغرافیایی بیماران‌شان اطمینان حاصل کنند.

گاه ممکن است بیماران پس از انجام عمل جراحی، تمایلی نداشته باشند که در ویزیت‌های مربوط به پیگیری‌های پس از عمل توسط ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی، از جمله پزشک تجویزگر هورمون (برای بیماران که هورمون دریافت می‌کنند) شرکت کنند. حال آن‌که غالباً این ارائه‌دهندگان بهترین توانایی را در پیش‌گیری، تشخیص و درمان وضعیت‌های بالینی دارند که خاص بیماران تحت درمان جراحی و هورمون است. ضرورت انجام فالوآپ، به همین اندازه، در مورد متخصصین سلامت روان نیز صادق است، کسانی که ممکن است نسبت به هر متخصص دیگر، مدت زمان طولانی‌تری را با بیمار گذرانده باشند و در نتیجه در موقعیت بهتری برای کمک به بیمار در مواجهه با چالش‌های سازگاری پس از عمل هستند. متخصصین سلامت باید بر اهمیت فالوآپ پس از عمل نزد بیماران‌شان تأکید کرده و پیشنهاد تداوم در مراقبت را عرضه دارند.

بیماران پس از عمل باید تحت غربال‌گری منظم طبی بر اساس دستورالعمل‌های توصیه شده برای سن ایشان قرار گیرند. پیرامون این مهم در بخش بعد بیشتر بحث می‌گردد.

---

<sup>1</sup> Follow-up

<sup>2</sup> Monstrey et al., 2009



## مراقبت‌های پیش‌گیرانه و اولیه در طول زندگی

افراد تراجنسی، دگرباش و جنسیت نامنطبق در تمام طول زندگی‌شان به خدمات مراقبت از سلامت نیاز دارند. به عنوان مثال، برای پرهیز از آثار ثانویه‌ی گنادکتومی در سنین نسبتاً جوان و یا دریافت درازمدت هورمون‌درمانی با دوز بالا، بیماران به مراقبت‌های طبی کامل توسط ارائه‌دهندگان باتجربه در مراقبت‌های اولیه و سلامت دگرباشان نیازمندند. اگر یک ارائه‌دهنده توانایی ارائه‌ی همه‌ی خدمات را ندارد، ارتباط مستمر بین ارائه‌دهندگان ضروری است.

مسائل پیرامون مراقبت‌های اولیه و حفظ سلامت باید پیش، حین و پس از هرگونه تغییرات ممکن در نقش جنسی و مداخلات طبی برای کاهش نارضایتی جنسی مورد رسیدگی قرار گیرند. با وجود آن که ارائه‌دهندگان هورمون و جراحان نقش‌های مهمی در مراقبت‌های پیش‌گیرانه ایفا می‌کنند، هر فرد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق باید برای نیازهای کلی مراقبت از سلامت با یک ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌های اولیه جفت گردد!

### خدمات عمومی سلامت برای پیش‌گیری

دستورالعمل‌های غربال‌گری که برای عموم جمعیت طراحی شده‌اند، برای آن اندام‌هایی قابل استفاده‌اند که احتمال این که از هورمون‌درمانی مردانه‌ساز/زنانه‌ساز تأثیر بپذیرند اندک است. اما وقتی صحبت از عوامل خطر قلبی عروقی، پوکی استخوان و برخی سرطان‌هاست (پستان، گردن رحم، تخمدان، رحم و پروستات)، تخمین این‌گونه دستورالعمل‌های عمومی درباره‌ی هزینه-فایده‌ی غربال‌گری افرادی که هورمون‌درمانی دریافت می‌کنند ممکن است کمتر یا بیشتر از حد باشد.

منابع متعددی وجود دارند که برای ارائه‌ی مراقبت‌های اولیه از بیمارانی که تحت هورمون‌درمانی زنانه‌ساز/مردانه‌ساز (شامل درمانی که بعد از جراحی‌های تغییر جنس ارائه می‌شود) قرار می‌گیرند،

---

<sup>1</sup> Feldman, 2007

پروتکل‌های دقیقی ارائه می‌دهند.<sup>۱</sup>

کلینیسین‌ها باید به دستورالعمل‌های ملی مبتنی بر شواهد خود رجوع کنند و با در نظر گرفتن آثار هورمون‌درمانی و نیز وضعیت بالینی ابتدایی (پیش از دریافت هورمون.م) مددجو، درباره‌ی شیوه‌های غربال‌گری با وی گفتگو نمایند.

### غربال‌گری سرطان

غربال‌گری سرطان برای اندام‌هایی که با جنس در ارتباطند، می‌تواند چالش‌های خاص طبی و روانی-اجتماعی برای بیماران تراجنس، دگرباش، و جنسیت نامنطبق و همین‌طور ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت از سلامت ایشان ایجاد کند. در فقدان مطالعات آینده‌نگر در مقیاس وسیع، نامحتمل است که ارائه‌دهندگان شواهد کافی برای تعیین نوع و فراوانی مناسب غربال‌گری‌های سرطان برای این جمعیت داشته باشند. غربال‌گری بیش از حد موجب هزینه‌های بالاتر خدمات مراقبت از سلامت، نرخ‌های بالای مثبت کاذب، و غالباً قرارگیری غیرضروری در معرض پرتو و/یا مداخلات تشخیصی نظیر نمونه‌برداری می‌گردد. غربال‌گری کمتر از حد موجب تأخیر تشخیصی برای سرطان‌هایی که بالقوه قابل درمان هستند می‌شود. از سوی دیگر، رویکرد بیماران نیز می‌تواند گوناگون باشد؛ یک مددجوی مرد به زن (MtF) از اینکه برای سرطان پستان تحت غربال‌گری قرار گیرد، احساس خوشایند پذیرفته شدن و انگاشته شدن به عنوان یک زن را تجربه می‌کند، اما مددجوی مرد به زن (FtM) که می‌خواهد برای پیش‌گیری از سرطان رحم تست پاپ اسمیر را انجام دهد، هم به لحاظ فیزیکی و هم عاطفی با تجربه‌ای دردناک روبروست.

### مراقبت‌های ادراری-تناسلی

مراقبت‌های ژنیکولوژیک ممکن است برای افراد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق از هر دو جنس ضروری باشند. برای بیماران FtM چنین مراقبت‌هایی عمدتاً در افرادی که جراحی تناسلی نداشته‌اند مورد نیاز است. برای بیماران MtF چنین مراقبت‌هایی پس از جراحی تناسلی مورد نیاز است. هرچند بسیاری از جراحان پیرامون مراقبت‌های ادراری تناسلی پس از عمل با بیماران مشاوره می‌کنند، بالین‌گران مراقبت‌های اولیه و متخصصین زنان نیز باید با اختلالات تناسلی ویژه‌ی این جمعیت آشنا باشند. تمامی بیماران MtF باید پیرامون بهداشت ناحیه‌ی تناسلی، تمایلات جنسی، و پیش‌گیری از عفونت‌های مقاربتی مشاوره شوند؛ آنان که جراحی تناسلی داشته‌اند در مورد نیاز به دیلاتاسیون واژن یا مقاربت همراه با

<sup>1</sup> Center of Excellence for Transgender Health, UCSF, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth, & Spade, 2005



دخول منظم برای حفظ عمق و پهنای واژن نیز باید مشاوره گردند.<sup>۱</sup> به دلیل آناتومی لگن مردانه، محور و ابعاد واژن نو تفاوت قابل توجهی با یک واژن بیولوژیک دارد. این تفاوت آناتومیک اگر توسط بیماران MtF و شرکای جنسی‌شان درک نگردد می‌تواند بر مقاربت اثر بگذارد.<sup>۱</sup>

در بیماران MtF که جراحی شده‌اند به دلیل ملزومات جراحی ترمیمی پیشابراه کوتاه شده عفونت‌های ادراری غالباً رخ می‌دهد. به علاوه این بیماران ممکن است از اختلالات عملکردی مجاری ادراری تحتانی رنج ببرند؛ این گونه اختلالات ممکن است به دلیل آسیب به عصب‌دهی اتونوم بستر مثانه هنگام دیسکسیون<sup>۲</sup> بین رکتوم و مثانه، و با تغییری در موقعیت خود مثانه ایجاد گردند. ممکن است بعد از جراحی تغییر جنسیت، یک مثانه‌ی ناکارآمد<sup>۳</sup> (نظیر مثانه‌ی بیش فعال، بی‌اختیاری ادراری استرسی یا فوریتی<sup>۴</sup>) حاصل آید.<sup>۵</sup>

بیشتر بیماران FtM تحت واژن‌برداری<sup>۶</sup> قرار نمی‌گیرند (کولپکتومی<sup>۷</sup>). برای بیمارانی که هورمون‌های مردانه‌ساز مصرف می‌کنند، با وجود تبدیل قابل توجه تستوسترون به استروژن‌ها، تغییرات آتروفیک پوشش واژن می‌تواند به طور شایع مشاهده گردد و ممکن است منجر به خارش یا سوزش گردد. معاینه می‌تواند به لحاظ جسمی و نیز عاطفی دردناک باشد اما عدم درمان می‌تواند شرایط را به طور جدی بدتر نماید. متخصصین زنانی که شکایت‌های ژنیتال بیماران FtM را درمان می‌کنند باید آگاه باشند که مددجویی که هویت و تظاهر جنسی مردانه دارد، ممکن است به این که اندام‌های تناسلی‌اش زنانه هستند، حساسیت بسیار زیادی داشته باشد.

---

<sup>1</sup> Van Trotsenburg, 2009

<sup>2</sup> Dissection

<sup>3</sup> Dysfunctional bladder

<sup>4</sup> Stress or urge urinary incontinence

<sup>5</sup> Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hildebrand, & Birkhauser, 2007

<sup>6</sup> Vaginectomy

<sup>7</sup> Colpectomy



## کاربردپذیری اصول مراقبت برای افرادی که در موسسات زندگی می‌کنند

اصول مراقبت در تمامیت خود برای تمام افراد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنتطبق، بدون توجه به وضعیت مسکن ایشان قابل اجرا است. نباید تبعیضی میان افراد بر اساس مکانی که زندگی می‌کنند شامل محیط‌های نهادی هم‌چون زندان‌ها یا تسهیلات مراقبت از سلامت طولانی‌مدت یا میان‌مدت، در دسترسی ایشان به خدمات مراقبت از سلامت مقتضی گذارد.<sup>۱</sup> خدمات مراقبت از سلامت برای افراد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنتبقی که در محیطی نهادی زندگی می‌کنند باید بازتاب آینه‌وار همان چیزی باشد که اگر در یک محیط غیرنهادی در اجتماعی مشابه زندگی می‌نمودند برای ایشان مهیا بود.

تمامی عناصر ارزیابی و درمان، آن‌چنان که در اصول مراقبت وصف شده‌اند، می‌توانند برای افرادی که در نهادها زندگی می‌کنند فراهم گردند.<sup>۲</sup> دسترسی به این درمان‌های ضروری از نظر طبی نباید بر پایه‌ی استقرار در نهاد یا تمهیدات مسکن دریغ گردد. اگر متخصصین سلامت درون‌سازمان که مستقیم یا غیرمستقیم در استخدام نهاد هستند برای ارزیابی و یا درمان بیماران نارضایتی جنسی مهارت کافی ندارند، مناسب است از متخصصینی که پیرامون این حوزه‌ی تخصصی خدمات مراقبت از سلامت آگاهی دارند مشورت بیرونی اخذ گردد.

افراد نارضایتی جنسی ساکن در نهادها ممکن است اختلالات سلامت روان همراه نیز داشته باشند.<sup>۳</sup> این وضعیت‌ها باید ارزیابی و درمان‌های لازم انجام گردند.

افرادی که تحت یک رژیم هورمون‌درمانی مناسب وارد یک نهاد می‌گردند باید تحت درمان‌های یکسان یا مشابه ادامه دهند و بر اساس اصول مراقبت تحت پایش قرار گیرند. یک رویکرد «تک‌منظر»<sup>۴</sup> در

---

<sup>1</sup> Institutional environments

<sup>2</sup> Brown, 2009

<sup>3</sup> Cole et al., 1997

<sup>4</sup> Freeze frame

بیشتر نهادها مراقبت مناسب در نظر گرفته نمی‌شود.<sup>۱</sup>

برای افراد با نارضایتی جنسی که برای هورمون‌درمانی مناسب در نظر گرفته شده‌اند (بر اساس اصول مراقبت) باید چنین درمانی آغاز گردد. آثار ترک ناگهانی هورمون‌ها یا عدم آغاز هورمون‌درمانی زمانی که از نظر طبی ضروری است شامل احتمال بالایی از نتایج منفی نظیر درمان جراحی سرخود با خود-اخته‌سازی<sup>۲</sup>، خلق افسرده، نارضایتی و یا گرایش به خودکشی است.<sup>۳</sup>

در ارائه‌ی خدمات مراقبت مطابق با اصول مراقبت، مادام که چنین تطابق‌هایی ارائه‌ی خدمات مراقبت ضروری از نظر طبی به افراد با نارضایتی جنسی را به خطر نیفکند می‌توان تطابق‌هایی منطقی با محیط‌های نهادی صورت داد. کاربرد هورمون‌های تزریقی در صورتی که منع طبی نداشته باشند مثالی از یک تطابق منطقی در محیطی است که استفاده‌ی سایر افراد از فرم‌های آماده ساخته‌ی خوراکی بسیار محتمل است.<sup>۴</sup> بر اساس اصول مراقبت، دریغ ساختن تغییرات لازم در نقش جنسی یا دسترسی به درمان‌ها (شامل جراحی تغییر جنسیت) به دلیل سکونت در یک نهاد، تطابق‌هایی منطقی نیستند.<sup>۳</sup>

مسکن و تسهیلات دستشویی/حمام برای افراد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطقی که در نهادها زندگی می‌کنند باید هویت و نقش جنسی، وضعیت فیزیکی، کرامت و امنیت شخصی ایشان را مد نظر قرار دهد. قراردادن در واحد مسکونی، بخش یا سلول زندان تک-جنسی تنها بر اساس ظاهر اندام‌های تناسلی خارجی ممکن است مناسب نباشد و فرد را در معرض خطر قربانی شدن قرار دهد.<sup>۴</sup>

نهادهایی که در آن‌ها افراد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطقی سکونت دارند و خدمات مراقبت از سلامت دریافت می‌کنند باید برای حفظ جوّ مدارا آمیز و مثبت پایش شوند تا اطمینان حاصل شود که ساکنین تحت تعرض کارکنان یا سایر ساکنین نباشند.

<sup>1</sup> *Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney*, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002

<sup>2</sup> *Autocastration*

<sup>3</sup> Brown, 2010

<sup>4</sup> Brown, 2009

## کاربست پذیری اصول مراقبت برای افراد با اختلالات تکوین جنس<sup>۱</sup>

### واژه‌شناسی (ترمینولوژی)

اصطلاح اختلال تکوین جنس (DSD) به وضعیتی جسمانی از تکوین غیرمعمول مجاری تناسلی اشاره دارد.<sup>۲</sup> افراد مبتلا به DSD وضعیتی را که سابقاً بیناجنسی<sup>۳</sup> نامیده می‌شد در برمی‌گیرند. اگر چه ترمینولوژی حین یک کنفرانس اجماع بین‌المللی در ۲۰۰۵ به DSD تغییر یافت<sup>۲</sup> اما عدم توافق بر سر کاربرد زبان باقی است. برخی افراد به برچسب اختلال قویاً معترض هستند و ترجیح می‌دهند به جای آن این شرایط مادرزادی را به صورت نمودی از گوناگونی ببینند و به کاربرد اصطلاحات بیناجنس<sup>۴</sup> یا بیناجنسی ادامه دهند.

WPATH در اصول مراقبت اصطلاح DSD را با سلوکی عینی‌نگر و فارغ از ارزش‌گذاری به کار می‌بندد، با این هدف که اطمینان یابد متخصصین سلامت این اصطلاح طبی را باز شناسند و همگام با پیشرفت این حوزه، از آن برای دستیابی به متون مربوط استفاده نمایند.

WPATH بر رویکردی گشوده نسبت به ترمینولوژی جدیدی که تجربه‌ی اعضای این جمعیت گوناگون را بیشتر روشن سازد و منجر به بهبود در ارائه و دسترسی به خدمات مراقبت از سلامت گردد باقی است.

### پشتوانه‌ی فکری برای انضمام به اصول مراقبت

سابق بر این افراد دارای یک نوع DSD که معیارهای رفتاری برای اختلال هویت جنسی<sup>۵</sup> را نیز بر اساس DSM-IV-TR<sup>۶</sup> پر می‌نمودند از این تشخیص جامع مستثنی می‌شدند. این مددجویان به جای آن با عنوان

<sup>1</sup> Disorders of sex development (DSD)

<sup>2</sup> Hughes, Houk, Ahmed, Lee, & LWPES/ESPE Consensus Group, 2006

<sup>3</sup> Intersexuality

<sup>4</sup> Intersex

<sup>5</sup> Gender Identity Disorder

<sup>6</sup> American Psychiatric Association, 2000 ویرایش بازنگری شده ۴ دستنامه‌ی تشخیصی آماری اختلالات روان‌پزشکی

«اختلال هویت جنسی - غیر مشخص به صورتی دیگر»<sup>۱</sup> طبقه‌بندی می‌شدند و از اصول مراقبت WPATH نیز حذف بودند.

طرح پیشنهادی فعلی<sup>۲</sup> برای (www.dsm5.org) DSM-5، آن است که اصطلاح اختلال هویت جنسی با عبارت نارضایتی جنسی<sup>۳</sup> جایگزین گردد. علاوه بر این، پیشنهاد شده که آن دسته از افراد دارای نارضایتی جنسی که یکی از انواع DSD را دارند به عنوان یک زیرگروه از نارضایتی جنسی در نظر گرفته شوند. این طبقه‌بندی پیشنهاد شده که آشکارا میان افراد دارای نارضایتی جنسی با و بدون یک DSD تمایز می‌گذارد توجه‌پذیر است: در افراد دچار DSD، نارضایتی جنسی در تظاهر پدیدارشناختی، همه‌گیرشناسی، مسیرهای زندگی و سبب‌شناسی تفاوت قابل ملاحظه‌ای با سایر انواع نارضایتی جنسی دارد.<sup>۴</sup>

بزرگسالان دارای یک DSD و نارضایتی جنسی با روندی رو به افزایش مورد توجه متخصصین سلامت قرار گرفته‌اند. بر این اساس، بحثی مختصر پیرامون مراقبت از ایشان در این نسخه‌ی اصول مراقبت آورده شده است.

### ملاحظات پیرامون شرح حال پزشکی

متخصصین سلامتی که بیماران دارای DSD و نیز نارضایتی جنسی را یاری می‌دهند لازم است آگاه باشند که زمینه‌ی طبی که چنین بیمارانی در آن رشد یافته‌اند معمولاً بسیار متفاوت از افراد فاقد DSD است. برخی افراد به دنبال مشاهده‌ی اندام‌های تناسلی غیر معمول برای جنسیت در هنگام تولد با داشتن یک DSD شناسایی می‌شوند. (انجام این مشاهده حین دوره‌ی پیش از تولد از طریق روش‌های تصویربرداری نظیر سونوگرافی رو به افزایش است.) سپس این شیرخواران تحت روندهای تشخیص طبی گسترده‌ای قرار می‌گیرند. پس از شور میان خانواده و متخصصین سلامت که در طی آن تشخیص ویژه، یافته‌های فیزیکی و هورمونی و بازخورد مطالعات بر پی‌آمد دراز مدت مورد توجه قرار می‌گیرند جنسیت نوزاد تعیین می‌گردد؛ مرد یا زن.<sup>۵</sup>

سایر افراد با یک DSD حوالی سن بلوغ به دنبال مشاهده‌ی تکوین غیر معمول صفات جنسی ثانویه مورد توجه متخصصین سلامت قرار می‌گیرند. این مشاهده نیز به ارزیابی طبی ویژه‌ای می‌انجامد.

<sup>1</sup> Gender Identity Disorder-not otherwise specified

<sup>۲</sup> این متن پیش از انتشار نهایی DSM-5 منتشر شد که در آن تفاوتی میان نارضایتی جنسی با یا بدون DSD گذاشته نشده است. مترجم

<sup>3</sup> Gender dysphoria

<sup>4</sup> Meyer-Bahlburg, 2009

<sup>5</sup> Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus, & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, & Gearhart, 2004

نوع DSD و شدت این وضعیت، پیامدهای قابل توجهی بر تصمیم‌گیری پیرامون تعیین جنس اولیه، جراحی تناسلی متعاقب و سایر مراقبت‌های طبی و روانی اجتماعی یک بیمار دارد.<sup>۱</sup> برای نمونه، میزان قرارگیری در معرض آندروژن در دوره‌ی پیش از تولد در افراد دارای DSD با میزان مردانه شدن رفتارهای وابسته به جنسیت (منظور همان نقش‌ها و تظاهرات جنسی است؛ میزان خشونت، نوع اسباب بازی مورد علاقه، تفکر سه بعدی، مهارت‌های کلامی و غیره) ارتباط داده شده است؛ هرچند که این همبستگی تنها تا اندازه‌ای متوسط می‌تواند گوناگونی رفتاری را توجیه کند و بخش قابل توجهی از تنوع رفتاری با سطح سرمی آندروژن‌ها پیش از تولد قابل توضیح و تفسیر نیست.<sup>۲</sup> شایان توجه است که همبستگی مشابهی میان سطح سرمی هورمون‌های آندروژنی در دوران جنینی و هویت جنسی نشان داده نشده است.<sup>۳</sup> این واقعیت که در میان افرادی هم که هویت جنسی یکسان دارند، میزان مردانگی رفتارها می‌تواند گوناگونی زیادی داشته باشند تأییدی بر این مدعا است.

### ارزیابی و درمان نارضایتی جنسی در افراد دارای اختلالات تکوین جنس

افراد دارای یک DSD بسیار به ندرت پیش از گذارده شدن تشخیص DSD با داشتن نارضایتی جنسی شناسایی می‌شوند. حتی در این موارد معمولاً تشخیص DSD با شرح حال و معاینه‌ی فیزیکی مناسب آشکار است که هر دو بخشی از یک ارزیابی طبی برای اقتضای هورمون درمانی یا مداخلات جراحی برای نارضایتی جنسی هستند. متخصصین سلامت روان باید از مراجعین خود که با نارضایتی جنسی حضور یافته‌اند بخواهند که معاینه‌ی فیزیکی شوند به ویژه اگر در حال حاضر تحت نظر یک ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌های اولیه (یا دیگر خدمات مراقبت از سلامت) نیستند.

در بیشتر افراد دارای یک DSD که با اندام‌های تناسلی مبهم متولد شده‌اند، نارضایتی جنسی ایجاد نمی‌شود.<sup>۴</sup>

با این حال، در برخی افراد دارای یک DSD، نارضایتی جنسی مزمن شکل می‌گیرد و حتی تحت تغییری در جنس تعیین شده در زمان تولد و یا نقش جنسی‌شان قرار می‌گیرند.<sup>۵</sup> اگر نشانه‌های قوی و پایدار مبنی بر حضور نارضایتی جنسی وجود دارد، یک ارزیابی جامع توسط بالین‌گران ماهر در سنجش و درمان نارضایتی جنسی، بدون توجه به سن بیمار، ضروری است. توصیه‌های مفصلی پیرامون انجام چنین ارزیابی و

<sup>1</sup> Meyer-Bahlburg, 2009

<sup>2</sup> Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt, & New, 2006

<sup>3</sup> Meyer-Bahlburg, 2004

<sup>4</sup> Meyer-Bahlburg et al., 2004; Wisniewski et al., 2004

<sup>5</sup> Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999

تصمیم‌گیری‌های درمانی برای رسیدگی به نارضایتی جنسی در زمینه‌ی یک DSD به چاپ رسیده است.<sup>۱</sup> تنها باید پس از ارزیابی کامل در جهت تغییر جنس یا نقش جنسی تعیین شده در زمان تولد یک بیمار قدم برداشت.

بالین‌گرانی که جهت کاهش نارضایتی جنسی به این دسته از بیماران مشورت می‌دهند، ممکن است بتوانند از بینش‌هایی که در این حین کسب کرده‌اند، برای ارائه‌ی خدمات مراقبت به مددجویان فاقد DSD نیز سود برند.<sup>۲</sup> با این حال، معمولاً معیارهای مشخصی از درمان (مانند سن، مدت زمان تجربه‌ی زندگی در نقش جنسی مطلوب) برای افراد دارای یک DSD، آن‌چنان که روال معمول است به کار بسته نمی‌شوند؛ بلکه معیارها در پرتوی موقعیت ویژه‌ی یک بیمار تفسیر می‌گردند.<sup>۳</sup>

تغییرات در جنس و نقش جنسی تعیین شده در زمان تولد در زمینه‌ی یک DSD، در هر سنی میان سنین اوایل دبستان و میانه‌ی بزرگسالی صورت گرفته‌اند. حتی جراحی تناسلی در این بیماران، اگر با تشخیص و پیش‌آگهی مبتنی بر شواهد هویت جنسی برای سندرم مورد نظر و شدت سندرم، و با خواسته‌های بیمار به خوبی توجیه گردیده باشد، ممکن است بسیار زودتر از افراد دارای نارضایتی جنسی فاقد DSD صورت پذیرد.

یک دلیل برای این تفاوت‌های درمانی آن است که جراحی تناسلی در افراد دارای یک DSD در شیرخوارگی و نوجوانی نسبتاً شایع است. نازایی ممکن است از پیش به دلیل نارسایی زود هنگام گنادها یا گنادکتومی به دلیل خطر بدخیمی وجود داشته باشد. با این وجود، توصیه می‌شود که بیماران DSD تنها اگر سابقه‌ای طولانی مدت از رفتار نامنطبق بر جنسیت دارند و اگر نارضایتی جنسی و یا تمایل برای تغییر نقش جنسی فرد برای مدت زمان قابل توجهی قوی و پایدار بوده است، تحت گذار کامل اجتماعی به نقش جنسی دیگر قرار گیرند. در DSM-5، مدت زمان بروز کامل علایم که برای تأیید تشخیص نارضایتی جنسی لازم است شش ماه پیشنهاد شده است.<sup>۳</sup>

### منابع بیشتر

شرح حال پزشکی وابسته به جنسیت افراد دارای DSD غالباً پیچیده است. شرح حال ایشان ممکن است شامل موارد غیرمعمول ژنتیکی، هورمونی و جسمانی مادرزادی بسیار گوناگون و نیز درمان‌های مختلف هورمونی، جراحی و طبی دیگر باشد. به این دلیل لازم است بسیاری نکات دیگر در مراقبت طبی و اجتماعی‌روانی این بیماران بدون توجه به وجود نارضایتی جنسی در نظر گرفته شود. توجه به این نکات فرای

<sup>1</sup> Meyer-Bahlburg, 2011

<sup>2</sup> Cohen-Kettenis, 2010

<sup>3</sup> Meyer-Bahlburg, in press



کاربست پذیری اصول مراقبت برای افراد با اختلالات تکوین جنس ۱۰۷

آن چیزی است که بتوان در اصول مراقبت پوشش داد. خواننده‌ی علاقه‌مند به متون منتشر شده‌ی موجود ارجاع داده می‌شود.<sup>۱</sup> برخی خانواده‌ها و بیماران نیز مشورت یا کار با گروه‌های حمایتی اجتماع را مفید می‌یابند.

متون طبی بسیار قابل توجهی پیرامون مدیریت طبی بیماران دارای یک DSD وجود دارند. بسیاری از این متون توسط متخصصین سطوح بالای غدد درون‌ریز اطفال و اورولوژی همراه با داده‌هایی از متخصصین سلامت روان تخصص یافته، به ویژه در حوزه‌ی جنسیت، ارائه شده‌اند. کنفرانس‌های اجماع بین‌المللی اخیر به دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد مراقبت (شامل مسائل پیرامون جنسیت و جراحی تناسلی) برای DSD به طور کلی<sup>۲</sup> و برای هیپریلازی مادرزادی آدرنال به طور اختصاصی<sup>۳</sup> رسیدگی کرده‌اند. سایرین به نیازهای تحقیقاتی برای DSD به طور کلی<sup>۴</sup> و برای سندرم‌هایی خاص نظیر 46,XXY<sup>۵</sup> پرداخته‌اند.

---

<sup>۱</sup> Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008

<sup>۲</sup> Hughes et al., 2006

<sup>۳</sup> گروه تلفیقی LWPES/ESPE برای کار بر CAH و همکاران، ۲۰۰۲؛ Speiser et al., 2010

<sup>۴</sup> Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004

<sup>۵</sup> Simpson et al., 2003



- Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 183-189. doi:10.1037/0022-006X.54.2.183
- ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology, 106*(5), 139-140.
- Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide*. San Diego, CA: Plural Pub.
- American Academy of Family Physicians. (2005). *Definition of family medicine*. Retrieved August 10, 2009, from <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html>
- American Medical Association. (2008). *Resolution 122 (A-08)*. Retrieved from <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2011). *Scope of practice*. Retrieved from [www.asha.org](http://www.asha.org)
- Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22-24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist, 64*, 372-453. doi:10.1037/a0015932
- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology, 164*(4), 635-642. doi:10.1530/EJE-10-1038
- Baba, T., Endo, T., Honma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007).

- Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction*, 22(4), 1011-1016. doi:10.1093/humrep/del474
- Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(4), 237-238. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x
- Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 38(3), 325-329. doi:10.1111/j.1365-2265.1993.tb01013.x
- Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, 1(1), 45-51.
- Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 277-296). New York: Garland Publishing, Inc.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285-328). New York: Zone Books.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Sexus Report*, 28(1), 3-7.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211-224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001
- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185-208). New York: The Haworth Press.
- Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (special issue). *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4).
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35-82. doi:10.1300/J485v09n03\_03
- Bolin, A. (1988). *In search of Eve* (pp. 189-192). New York: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447-486). New York: Zone Books.

- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York: Routledge.
- Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 22(5), 361-380. doi:10.1016/S0306-4530(97)00033-4
- Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 133-139. doi:10.1080/15532730903008073
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 31-39. doi:10.1080/15532731003688970
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Callen Lorde Community Health Center. (2000). *Transgender health program protocols*. Retrieved from [http://www.callenlorde.org/documents/TG\\_Protocol\\_Request\\_Form2.pdf](http://www.callenlorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf)
- Callen Lorde Community Health Center. (2011). *Transgender health program protocols*. Retrieved from [http://www.callenlorde.org/documents/TG\\_Protocol\\_Request\\_Form2.pdf](http://www.callenlorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf)
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). CASLPA Clinical Certification Program. <http://www.caslpa.ca/english/certification/index.asp>
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591-603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005
- Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, 6(Suppl 6), S3-8.
- Cattrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(5), 803-812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005
- Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). *Primary care protocol for transgender health care*. Retrieved: <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00>

00

- Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293-302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.
- Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, 3(1), 2-17.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391-391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 $\alpha$ -reductase-2 deficiency and 17 $\beta$ -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399-410. doi:10.1007/s10508-005-4339-4
- Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 695-725). New York: Cambridge University Press.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 325-334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005
- Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 10, 153-166.
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41-53. doi:10.1023/A:1021769215342
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499-513. doi:10.1007/s10508-009-9562-y
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843-847. doi:0.1007/s10508-011-9758-9
- Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A

- cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 397-405. doi:10.1177/1359104506059135
- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13-26.
- Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 1-7. doi:10.1080/15532730902799912
- Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 69-73. doi:10.1080/15532730903008008
- Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 141-145. doi:10.1080/15532730903383740
- Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 215-219. doi:10.1080/15532730903439450
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21(3), 313-321.
- Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law*, 7, 37-60.
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549-556. doi:10.1016/S0892-1997(00)80010-7
- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaber, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 111-134. doi:10.1300/J485v09n03\_06
- Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S.

- Polonsky & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615-644). Philadelphia: Saunders.
- Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 167-196. doi:10.1300/J485v09n03\_08
- de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatica Et Logopaedica*, 52(5), 220-227.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679-690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Crael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137-141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002
- De Cuypere, G., & Vercruyssen, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194-205. doi:10.1080/15532730903383781
- de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, 21(1), 41-60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3
- De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 183-185. doi:10.1080/15532730903383765
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), retrieved from [http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtv006no03\\_02.htm](http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtv006no03_02.htm)
- de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 83-94. doi:10.1300/J485v09n03\_04
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930-936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9



- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, *155*(suppl 1), S131-S137. doi:10.1530/eje.1.02231
- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics*, *62*(suppl 2), 75-75. doi:10.1159/000081145
- Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York: W.W. Norton & Co.
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(4), 389-397. doi:10.1007/s10508-005-4338-5
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, *8*(1/2), 41-67.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS ONE*, *6*(2), 1-8. doi:10.1371/journal.pone.0016885
- Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *11*(3), 387-396. doi:10.1177/1359104506064983
- Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, *38*(2), 172-172. doi:10.1007/s10508-008-9438-6
- Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *84*(10), 3469-3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469
- Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York: Plenum Press.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, *44*(1), 34-45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34

- Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 198-2010. doi:10.1080/15532739.2010.544235
- Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd.
- Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152(5), 638-640.
- Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 31(1), 39-45.
- Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1-12. doi:10.1300/J085V07N03\_01
- Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer III, W. J. (September, 2003). Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome. *18th Biennial Harry Benjamin Symposium*, Gent, Belgium.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15-32). Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*, 17(3), 235-253.
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.
- Feldman, J. (2005, April). *Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel*. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.
- Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender surgery and medicine* (pp. 33-72). Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 3-34. doi:10.1300/J485v09n03\_02
- Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146-

182. doi:10.1080/15532730903383757

- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). *Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3<sup>rd</sup>-year report from ISMHO's clinical case study group*. Retrieved May 24, 2011, from [https://www.ismho.org/myths\\_n\\_realities.asp](https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp)
- Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). *Protocol for hormone therapy*. Retrieved from [http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway\\_Protocols.pdf?docID=2181](http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181)
- Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome--the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine, 120*(5), 386-391.
- Fitzpatrick, L. A., Pace, C., & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 9*(4), 381-387.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (Third ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy, 24*(2), 126-142. doi:10.1080/14681990903003878
- Fraser, L. (2009b). Etherapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism, 11*(4), 247-263. doi:10.1080/15532730903439492
- Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 110-126. doi:10.1080/15532730903008057
- Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology, 57*(4), 715-722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018
- Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green, & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383-413). Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.
- Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology, 8*(3), 201-208.
- Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's

Hospital.

- Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research, 18*, 178-224.
- Gold, M., & MacNish, M. (2011). *Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications*. Washington, DC: American Family Therapy Academy.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior, 38*(3), 378-392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics, 64*(Suppl 2), 31-36. doi:10.1159/000087751
- Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research, 1*(1), 163-174.
- Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis, 45*, 217-219.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to transgender youth's gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 18*(1), 3-16. doi:10.1300/J041v18n01\_02
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies, 2*(1), 71-92.
- Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842-1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery, 14*(9), 592-598. doi:10.1002/micr.1920140910
- Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery, 105*(3), 1222-

1227.

- Hancock, A. B., Krissing, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery*, 1(2), 335-344.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132-3154. doi:10.1210/jc.2009-0345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(1), 6-23. doi:10.1080/00926230903375560
- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398-402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008
- Hoening, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 124(579), 181-190. doi:10.1192/bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554-563. doi:10.1136/adc.2006.098319
- Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician*, 62(5), 1079-1095.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male*, 7(4), 319-324. doi:10.1080/13685530400016557
- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1429-1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1

- Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(9), 4048-4053. doi:10.1210/jc.2002-020611
- Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, 51(3), 443-453. doi:0.1016/j.yhbeh.2007.01.001
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and sublaxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611-618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33
- Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476-483.
- Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. *Minnesota Law & Politics*, June, 21-49.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922-2939. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 54-59. doi:10.1080/15532739.2010.509213
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115-118. doi:10.1080/15532739.2010.509215
- Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).
- Krege, S., Bex, A., Lümmen, G., & Rübber, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology*, 88(4), 396-402. doi:10.1046/j.1464-410X.2001.02323.x
- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685-1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126
- Kuhn, A., Hildebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition

- disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(2), 226-230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019
- Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189-194. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09986.x
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 299-315. doi:10.1023/A:1024086814364
- Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717-727. doi:10.1007/s10508-006-9104-9
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 74-99. doi:10.1080/15532730903008032
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409-418. doi:10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x
- MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 367-378.
- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50(4), 453-470. doi:10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x
- Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 411-421. doi:10.1007/s10508-005-4341-x
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120(07), 521-523. doi:10.1017/S0022215106001174
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727-733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010
- Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming

- boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010-1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262-265.
- Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36(9), 1010-1015.
- Meyer III, W. J. (2009). World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 127-132. doi:10.1080/15532730903008065
- Meyer III, W. J., Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 121-138. doi:10.1007/BF01542220
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 511, 199-223. doi:10.1007/978-1-4615-0621-8\_12
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 423-438. doi:10.1007/s10508-005-4342-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*, 56(6), 345-349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 226-237. doi:10.1080/15532730903439476
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 461-476. doi:10.1007/s10508-009-9532-4
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 639-649. doi:10.1016/j.chc.2011.07.002
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex: Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist*, 14(2), 59-69. doi:10.1097/01.ten.0000123701.61007.4e
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender



- identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97-104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 667-684. doi:10.1007/s10508-006-9068-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171(4), 1615-1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29-41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuyper, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510-518.
- Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuyper, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(3), 849-859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2
- Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(8), 3467-3473. doi:10.1210/jc.2002-021967
- More, S. D. (1998). The pregnant man-an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319-328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725
- Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders*, 21(3), 229-238. doi:10.1016/0021-9924(88)90031-7
- Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(9), 3470-3475. doi:10.1210/jc.2007-0746
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*,

72(2), 214-231. doi:10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x

- Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing.
- Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson Publications.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice, 18*(1), 153-167.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research, 15*(9), 1447-1457. doi:10.1007/s11136-006-0002-3
- Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update, 10*(5), 409-419. doi:10.1093/humupd/dmh035
- North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause, 17*(2), 242-255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research, 47*(1), 12-23. doi:10.1080/00224490903062258
- Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism-a review. *International Journal of Language & Communication Disorders, 18*(3), 139-151. doi:10.3109/13682828309012237
- Olyslager, F., & Conway, L. (September, 2007). On the calculation of the prevalence of transsexualism. Paper presented at the *World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium*, Chicago, Illinois. Retrieved April 22, 2010 from [http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence\\_of\\_Transsexualism.pdf](http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf)
- Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, 4*(4), 185-194. doi:1090-7173/00/1200-0185\$18.00/1
- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry, 13*(2), 172-181.
- Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 15*(1), 45-51. doi:10.3109/00048678109159409
- Payer, A. F., Meyer III, W. J., & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia, 11*(6), 423-436. doi:10.1111/j.1439-

0272.1979.tb02232.x

- Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309-340. doi:10.1086/498947
- Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69-85.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961-1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Physicians' desk reference*. (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference*. (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34-51). New York: New York University Press.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (Fourth ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49-57. doi:10.1007/BF01579291
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada*, 1, 1-7.
- Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). Retrieved from <http://www.WPATH.org>
- Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Retrieved from [http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01\\_03.htm](http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01_03.htm).
- Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243-258. doi:10.1080/00918360801982124
- Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy

- experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155-166. doi:10.1080/15532739.2010.514220
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution*. Retrieved June 8, 2011, from <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 71-89. doi:10.1023/A:1018745706354
- Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 143-151. doi:10.1080/14681990902951358
- Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 619-621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020
- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321-333.
- Royal College of Speech & Language Therapists, United Kingdom. <http://www.rcslt.org/>
- Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., pp. 858-932). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15-28. doi:10.1300/J367v03n01\_04
- Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine*, 5(6), 460-468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89-99. doi:10.1017/S0033291704002776
- Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 24(2), 202-210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194

- Speech Pathology Australia. <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>
- Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *95*(9), 4133-4160. doi:10.1210/jc.2009-2631
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, *40*(4), 649-650. doi:10.1007/s10508-011-9752-2
- Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *16*(5), 289-296. doi:10.1016/S1083-3188(03)00155-4
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, *45*, 220-226.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280-304). London: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, *9*(1), 12-21.
- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FTM patient. *International Journal of Transgenderism*, *5*(4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York: Continuum.
- The World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). *WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* Retrieved from <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>
- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, *73*(4), 289-295. doi:10.1159/000081585
- Tom Waddell Health Center. (2006). *Protocols for hormonal reassignment of gender*.

- Retrieved from <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf>
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501-504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x
- Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, 16(1), 145-147. doi:10.1093/humrep/16.1.145
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337-343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x
- van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25(6), 589-600. doi:10.1007/BF02437841
- van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 238-246. doi:10.1080/15532730903439484
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135-154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1-25.
- Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255-257.
- Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 195-196.
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413-1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307-1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848
- Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report*, February/March, 14-16.
- Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years.

- Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409-425.
- Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5), 726-737. doi:10.1210/er.20.5.726
- Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19-41. doi:10.1080/15532730902799938
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96-118. doi:10.1080/19317610902922537
- Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, Part 1), 2497-2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7
- World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems-10th revision*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care - now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WPATH Board of Directors. (2010). *De-psychopathologisation statement released May 26, 2010*. Retrieved from [http://wpath.org/announcements\\_detail.cfm?pk\\_announcement=17](http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17)
- Xavier, J. M. (2000). *The Washington, D.C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two*. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.
- Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3642-3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642
- Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). *Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men*. Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK, April 2006.
- Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, 10(1), 1-69.
- Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 551-568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006

- Zucker, K. J. (2006). 'I'm half-boy, half-girl': Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook, volume 2* (pp. 321-334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 477-498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy, 34*(4), 287-290. doi:10.1080/00926230802096192
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (in press). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*.
- Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 11*(1), 8-18. doi:10.1080/15532730902799946
- Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(3), 398-411.
- Zuger, B. (1984). Early effemina homosexuality. *Journal of Nei*



## ضمیمه‌ی آ

### واژه‌نامه

ترمینولوژی در حوزه‌ی خدمات مراقبت از سلامت برای افراد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق به سرعت در حال تکامل است؛ اصطلاحات جدیدی پیوسته معرفی می‌شوند و تعاریف اصطلاحات موجود در حال تغییرند. بنابراین، غالباً سوء برداشت، بحث یا عدم توافق پیرامون زبان در این حوزه وجود دارد. اصطلاحاتی که ممکن است ناآشنا باشند یا معانی ویژه‌ای در اصول مراقبت دارند، تنها برای مقصود این سند در زیر تعریف گشته‌اند. سایرین ممکن است این تعاریف را اتخاذ نمایند اما WPATH بر امکان تعریف متفاوت این اصطلاحات در فرهنگ‌ها، اجتماعات و زمینه‌های مختلف اذعان دارد. WPATH هم‌چنین تصدیق می‌کند که بسیاری از اصطلاحات به کار رفته در ارتباط با این جمعیت، آرمانی نیستند. برای نمونه، اصطلاحات تراجنسی و دگرجنس‌پوشی<sup>۱</sup> و به زعم برخی، اصطلاح اخیرتر دگرباش با نگاهی شیء‌نگر برای انسان به کار برده شده‌اند. با این حال این گونه اصطلاحات کم و بیش توسط بسیاری از افرادی اتخاذ شده‌اند که بهترین تلاش را برای تفهیم خود می‌نمایند. WPATH با ادامگی کاربرد این اصطلاحات تنها قصد دارد از ادراک پذیری مفاهیم و روندها اطمینان یابد تا ارائه‌ی خدمات با کیفیت مراقبت از سلامت به افراد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق را تسهیل نماید. WPATH بر رویکردی گشوده نسبت به افراد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق را بیشتر روشن سازد و منجر به بهبود در ارائه و دسترسی به خدمات مراقبت از سلامت گردد باقی است.

**هورمون‌های زیست‌همسان<sup>۲</sup>:** این‌ها هورمون‌هایی هستند که به لحاظ ساختاری با موارد یافت شده در بدن انسان هم‌سان می‌باشند<sup>۳</sup>. عموماً هورمون‌هایی که در هورمون درمانی زیست‌هم‌سان (BHT) به کار

<sup>۱</sup> Transvestite

<sup>۲</sup> Bioidentical hormones

<sup>۳</sup> کمیته‌ی حرفه‌ی تخصصی زنان ACOG، ۲۰۰۵

می‌روند<sup>۱</sup> از منابع گیاهی مشتق شده و به لحاظ ساختاری مشابه هورمون‌های درون‌زاد انسانی هستند اما برای زیست‌هم‌سان شدن نیاز به پردازش‌های تجاری دارند.

**هورمون‌درمانی زیست‌هم‌سان ترکیبی (BCTH):**<sup>۲</sup> استفاده از هورمون‌هایی که بر اساس دستورات یک پزشک، به صورت اختصاصی برای یک بیمار خاص، توسط یک داروساز آماده، مخلوط، جمع، بسته‌بندی، و برچسب گذاری می‌شوند. امکان تأیید هر یک محصول ترکیبی ساخته شده، از سوی آژانس دارویی دولتی وجود ندارد.

**دگرجنس پوشی:**<sup>۳</sup> پوشیدن لباس‌ها و اتخاذ عرضه‌ای از نقش جنسی که در فرهنگ مورد نظر بیشتر شاخص جنس دیگر است.

**اختلالات تکوین جنس:**<sup>۴</sup> شرایطی مادرزادی که در آن وضعیت کروموزومی، گنادی، یا آناتومیک در فرد با یکدیگر تطابق ندارد. برخی افراد اعتراض شدیدی به برچسب «اختلال» دارند و معتقدند این وضعیت یک گوناگونی است،<sup>۵</sup> این دسته، استفاده از اصطلاحات بیناجنس و بیناجنسی<sup>۶</sup> را ترجیح می‌دهند.

**زن به مرد (FtM):**<sup>۷</sup> صفتی برای توصیف افرادی که در زمان تولد، زن تعیین شده و بدن و یا نقش جنسی خود را از زن تعیین شده در زمان تولد به بدن یا نقشی مردانه‌تر تغییر داده یا در حال تغییر دادن باشند.

**نارضایتی جنسی:**<sup>۸</sup> پریشانی که به دلیل ناهم‌خوانی میان هویت جنسی یک فرد و جنس تعیین شده در زمان تولد وی (و نقش جنسی و یا صفات اولیه و ثانویه‌ی همراه آن) ایجاد می‌شود.<sup>۹</sup>

**هویت جنسی:**<sup>۱۰</sup> حس درونی یک فرد برای مذکر بودن (یک پسر یا یک مرد)، مونث بودن (یک دختر یا زن)، یا تعلق به جنسی دیگر (مانند پسر دختر<sup>۱۱</sup>، دختر پسر<sup>۱۲</sup>، دگرباش، جنسیت نامعمول<sup>۱۳</sup>، اخته<sup>۱۴</sup>)<sup>۱۵</sup>.

<sup>1</sup> Bioidentical hormone therapy

<sup>2</sup> Bioidentical compounded hormone therapy

<sup>3</sup> Cross-dressing (transvestism)

<sup>4</sup> Disorders of sex development (DSD)

<sup>5</sup> Diamond, 2009

<sup>6</sup> Intersex and Intersexuality

<sup>7</sup> Female-to-Male

<sup>8</sup> Gender dysphoria

<sup>9</sup> Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b

<sup>10</sup> Gender identity

<sup>11</sup> Boygirl

<sup>12</sup> Girlboy

<sup>13</sup> Genderqueer

<sup>14</sup> Eunuch

<sup>15</sup> Bockting, 1999; Stoller, 1964

**اختلال هویت جنسی**<sup>۱</sup>: تشخیص رسمی ارائه شده توسط دست‌نامه‌ی تشخیصی آماری اختلالات روانی، ویرایش چهارم، متن مرورشده DSM-IV-TR<sup>۲</sup>. اختلال هویت جنسی با هویت‌یابی قوی و پایدار با جنس مقابل و ناراحتی پایدار از جنس خود و یا حس عدم تناسب در نقش جنسی که به فرد اطلاق می‌گردد مشخص می‌شود. این وضعیت منجر به پریشانی بالینی قابل توجه و یا اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم عملکرد می‌گردد.

**جنسیت نامنتطبق**<sup>۳</sup>: صفتی برای توصیف افرادی که هویت، نقش یا عرضه‌ی جنسی ایشان با آن چه برای جنس تعیین شده‌ی ایشان در فرهنگ و بازه‌ی تاریخی مورد نظر معمول است تفاوت دارد.

**نقش یا تظاهر جنسی**<sup>۴</sup>: ویژگی‌هایی در شخصیت، ظاهر و رفتار که در فرهنگ و بازه‌ی تاریخی مورد نظر به عنوان مردانه یا زنانه معین می‌گردد (بدین معنی که بیشتر شاخص نقش جنسی مرد یا زن است)<sup>۵</sup>. در حالی که بیشتر افراد در نقش‌های جنسی به طور واضح مردانه یا زنانه در اجتماع نمود دارند، برخی افراد در نقش جنسی دیگری نظیر جنسیت نامعمول یا اختصاصاً دگرباش حضور می‌یابند. تمامی افراد تمایل دارند هر دو گروه ویژگی‌های مردانه و زنانه را به طرق مختلف و با شدت‌های متغیر در عرضه‌ی جنسی خود لحاظ کنند<sup>۶</sup>.

**جنسیت نامعمول**<sup>۷</sup>: برچسب هویتی که ممکن است توسط افرادی که هویت و یا نقش جنسی ایشان با مفهومی دوگانه پندار از جنسیت مطابقت ندارد به کار رود؛ آن‌چنان که محدود به طبقه‌بندی مرد یا زن، مذکر یا مونث باشد<sup>۸</sup>.

**توس از دگرباشی درونی شده**<sup>۹</sup>: عدم راحتی با احساسات یا هویت دگرباش خود به دلیل درونی ساختن انتظارات معمول اجتماع از جنسیت.

**مرد به زن (MTF)**<sup>۱۰</sup>: صفتی برای توصیف افرادی که در زمان تولد، مرد تعیین شده و بدن و یا نقش جنسی خود را از مرد تعیین شده در زمان تولد به بدن یا نقشی زنانه‌تر تغییر داده‌اند یا در حال تغییر دادن باشند.

**هورمون‌های طبیعی**<sup>۱۰</sup>: هورمون‌هایی که از منابع طبیعی نظیر گیاهان یا حیوانات مشتق شده‌اند.

<sup>1</sup> Gender identity disorder

<sup>2</sup> American Psychiatric Association, 2000

<sup>3</sup> Gender-nonconforming

<sup>4</sup> Gender role or expression

<sup>5</sup> Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006

<sup>6</sup> Bockting, 2008

<sup>7</sup> Genderqueer

<sup>8</sup> Internalized transphobia

<sup>9</sup> Male-to-Female

<sup>10</sup> Natural hormones

هورمون‌های طبیعی ممکن است زیست‌هم‌سان باشند یا نباشند.

**جنس<sup>۱</sup>:** جنس معمولاً بر اساس ظاهر اندام‌های تناسلی خارجی در زمان تولد به عنوان مرد یا زن تعیین می‌گردد. زمانی که اندام‌های تناسلی خارجی مبهم هستند سایر اجزای جنس (اندام‌های تناسلی داخلی، جنس کروموزومی یا هورمونی) برای تعیین جنس در نظر گرفته می‌شوند.<sup>۲</sup> برای بیشتر افراد، هویت و عرضه‌ی جنسی با جنس ایشان که در زمان تولد تعیین شده مطابقت دارد؛ برای افراد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق، هویت و عرضه‌ی جنسی با جنس تعیین شده در زمان تولد ایشان تفاوت دارد.

**جراحی تغییر جنسیت (جراحی تطبیق/تأیید جنسیت)<sup>۳</sup>:** عمل یا اعمال جراحی که برای تغییر صفات اولیه و یا ثانویه‌ی جنسی به منظور تطبیق آناتومی فرد با هویت جنسی وی انجام می‌گردد. جراحی تغییر جنسیت می‌تواند بخش مهمی از درمان طبی ضروری برای کاهش ناراضایتی جنسی باشد.

**دگرباش<sup>۴</sup>:** صفتی برای توصیف گروه متنوعی از افرادی که از مرزهای طبقه‌بندی جنسی تعریف شده توسط فرهنگ عبور کرده‌اند یا فرای آن می‌روند. هویت جنسی افراد دگرباش با جنسی که در زمان تولد برای ایشان تعیین شده است به درجات مختلف تفاوت دارد.<sup>۵</sup>

**گذار<sup>۶</sup>:** بازه‌ای از زمان که افراد از نقش جنسی وابسته به جنس تعیین شده در زمان تولدشان به نقش جنسی دیگری تغییر می‌کنند. برای بسیاری افراد این شامل یادگیری شیوه‌ی زندگی در نقش جنسی دیگر به لحاظ اجتماعی است؛ برای برخی دیگر، این به معنای یافتن آن نقش یا عرضه‌ی جنسی است که برای ایشان بیشترین راحتی را در بر دارد. گذار ممکن است شامل زنانه‌سازی یا مردانه‌سازی بدن از طریق هورمون‌ها یا سایر روش‌های طبی باشد یا نباشد. طبیعت و طول مدت گذار متغیر و فردی است.

**تواجنس<sup>۷</sup>:** صفتی (غالباً توسط حرفه‌ی پزشکی کاربرد دارد) برای توصیف افرادی که صفات اولیه و یا ثانویه‌ی جنسی خود را از طریق مداخلات طبی زنانه‌ساز یا مردانه‌ساز (هورمون‌ها و یا جراحی)، معمولاً به همراه تغییری دائمی در نقش جنسی، تغییر داده یا به دنبال تغییر آن هستند.

<sup>1</sup> Sex

<sup>2</sup> Grumbach, Hughes, & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000

<sup>3</sup> Sex reassignment surgery (gender affirmation surgery)

<sup>4</sup> Transgender

<sup>5</sup> Bockting, 1999

<sup>6</sup> Transition

<sup>7</sup> Transsexual

## ضمیمه‌ی ب

### مروری کلی بر خطرهای طبی هورمون‌درمانی

خطرهایی که طرح کلی آن‌ها در پایین آورده شده است بر اساس دو مطالعه‌ی مروری جامع و مبتنی بر شواهد پیرامون هورمون‌درمانی مردانه‌ساز/ زنانه‌ساز<sup>۱</sup> به همراه یک مطالعه‌ی هم‌گروهی بزرگ<sup>۲</sup> می‌باشند. این مقالات مروری می‌توانند به همراه سایر موارد بالینی چاپ شده و مورد شناخت گسترده<sup>۳</sup> به عنوان مراجعی مفصل برای ارائه‌دهندگان خدمات به کار روند.

### خطرات هورمون‌درمانی زنانه ساز (Mif)

#### افزایش خطر محتمل

#### بیماری ترومبوآمبولیک وریدی

- کاربرد استروژن خطر حوادث ترومبوآمبولیک وریدی<sup>۴</sup> (VTE) را به ویژه در بیماران بالای سن ۴۰، سیگاری، شدیداً بی‌تحرک، دارای چاقی مرضی و آنان که اختلالات ترومبوفیلیک زمینه‌ای دارند افزایش می‌دهد.
- این خطر با کاربرد مزید پروژستین‌های نسل سوم افزایش می‌یابد.
- این خطر با کاربرد مسیر تجویز تراپوستی<sup>۵</sup> استرادیول (در مقابل خوراکی) که برای بیماران با خطر بالاتر VTE توصیه می‌شود کاهش می‌یابد.

<sup>1</sup> Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009

<sup>2</sup> Asscheman et al., 2011

<sup>3</sup> Like: Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007

<sup>4</sup> Venous thromboembolic events

<sup>5</sup> Transdermal

#### بیماری قلبی عروقی، مغزی عروقی

- کاربرد استروژن خطر حوادث قلبی عروقی را در بیماران بالای سن ۵۰ دارای عوامل خطر قلبی عروقی افزایش می‌دهد. کاربرد مزید پروژستین می‌تواند این خطر را افزایش دهد.

#### لیپیدها

- کاربرد استروژن خوراکی می‌تواند با افزایش قابل توجه تری‌گلیسرید در بیماران، خطر پانکراتیت و حوادث قلبی عروقی را افزایش دهد.
- مسیرهای تجویز متفاوت، آثار متابولیک متفاوتی بر سطوح کلسترول HDL، کلسترول LDL و لیپوپروتئین (a) خواهند داشت.
- به طور کلی، شواهد بالینی به امکان سود بردن از کاربرد استروژن تراپوستی در مقابل خوراکی در بیماران MtF با اختلالات لیپید از پیش حاضر، اشاره دارند.

#### کبد/کیسه صفرا

- کاربرد استروژن و سپیروترون استات<sup>۱</sup> ممکن است با افزایش گذرای آنزیم‌های کبدی و ندرتا هپاتوتوکسیسته‌ی بالینی همراه باشد.
- کاربرد استروژن خطر کوله‌لیتیاژیس (سنگ صفرا) و کوله‌سیستکتومی متعاقب را افزایش می‌دهد.

#### افزایش خطر ممکن

##### دیابت شیرین تیپ ۲

- هورمون درمانی زنانه‌ساز، به ویژه استروژن، ممکن است خطر دیابت شیرین تیپ ۲ را به ویژه در بیمارانی با سابقه‌ی خانوادگی دیابت یا سایر عوامل خطر برای این بیماری افزایش دهد.

##### فشار خون بالا

- کاربرد استروژن ممکن است فشار خون را افزایش دهد، اما اثر بر نرخ بروز بیماری آشکار فشار خون نامعلوم است.
- اسپرونولاکتون<sup>۲</sup> فشار خون را کاهش می‌دهد و برای افراد دارای بیماری فشار خون یا در معرض خطر آن که میل به زنانه‌سازی دارند توصیه می‌شود.

---

<sup>1</sup> Cyproterone acetate

<sup>2</sup> Spironolactone

#### پرولاکتینوما

- کاربرد استروژن خطر هیپرپرولاکتینمی را در بیماران MtF در سال اول درمان افزایش می‌دهد اما از آن پس این خطر غیرمحمول است.
- کاربرد استروژن با دوز بالا ممکن است موجب پیشبرد تظاهر بالینی پرولاکتینومایی از پیش حاضر، اما غیر آشکار به لحاظ بالینی گردد.

#### عدم افزایش خطر یا نتیجه‌گیری غیر قاطع

ارقام این گروه شامل مواردی هستند که ممکن است عرضه‌گر خطر باشند، اما شواهد برای آن‌ها بدان میزان اندک است که به نتیجه‌ای واضح نمی‌توان رسید.

#### سرطان پستان

- ابتلا به سرطان پستان در افراد MtF که هورمون‌های زنانه‌ساز مصرف کرده‌اند وجود دارد اما این که شدت خطر ایشان در مقایسه با افرادی که با اندام‌های تناسلی زنانه متولد شده‌اند چگونه است، مشخص نیست.
- قرارگیری بلندمدت‌تر در معرض هورمون‌های زنانه‌ساز (یعنی تعداد سال‌های مصرف فرم‌های آماده ساخته‌ی استروژن)، سابقه‌ی خانوادگی سرطان پستان، چاقی مرضی ( $BMI > 35$ )، و مصرف پروژستین‌ها احتمالاً بر سطح خطر موثر است.

#### سایر آثار جانبی درمان زنانه‌ساز

آثار زیر ممکن است بسته به بیمار، خفیف یا حتی مطلوب تلقی گردند، اما آشکارا با هورمون درمانی زنانه‌ساز مرتبط‌اند.

#### زایایی و عملکرد جنسی

- هورمون درمانی زنانه‌ساز می‌تواند به زایایی زیان رساند.
- هورمون درمانی زنانه‌ساز می‌تواند میل جنسی<sup>۱</sup> را کاهش دهد.
- هورمون درمانی زنانه‌ساز نعوظ‌های شبانه را کاهش می‌دهد، با اثری متغیر بر نعوظ‌های تحریک شده‌ی جنسی.

---

<sup>1</sup> Libido

**خطرات داروهای آنتی‌آندروژن**

بسیاری اوقات رژیم‌های درمانی هورمون‌های زنانه‌ساز شامل گوناگونی هستند که بر تولید یا عملکرد تستوسترون اثر می‌گذارند. این موارد شامل آگونیست‌های GnRH، پروژستین‌ها (شامل سپروترون استات)، اسپرونولاکتون و مهارکننده‌های ۵آلفا ردوکتاز می‌شوند. بحثی گسترده پیرامون خطرات ویژه‌ی این عوامل، فرای‌افقی‌های اصول مراقبت است. با این حال، اسپرونولاکتون و سپروترون هر دو به طور گسترده کاربرد دارند و سزاوار چندی اشاره‌اند.

سپروترون استات یک ترکیب پروژسترونی با خواص آنتی‌آندروژنی است.<sup>۱</sup> اگر چه در اروپا کاربرد گسترده‌ای دارد اما به دلیل نگرانی‌هایی که پیرامون اثرات سمی آن بر کبد وجود دارد، استفاده از آن در آمریکا مجاز نیست.<sup>۲</sup>

اسپرونولاکتون کاربرد شایعی به عنوان یک آنتی‌آندروژن در هورمون درمانی زنانه‌ساز دارد؛ به ویژه در نقاطی که سپروترون برای استفاده مجاز نیست.<sup>۳</sup>

اسپرونولاکتون سابقه‌ی کاربرد طولانی در درمان بیماری افزایش فشار خون و نارسایی احتقانی قلب دارد. آثار جانبی شایع آن شامل هیپرکالمی، سرگیجه<sup>۴</sup> و علائم گوارشی است.<sup>۵</sup>

**خطرات هورمون درمانی مردانه‌ساز (FtM)****افزایش خطر محتمل****پلی‌سیمی<sup>۶</sup>**

- هورمون درمانی مردانه‌سازی که شامل تستوسترون یا سایر استروئیدهای آندروژنیک باشد خطر پلی‌سیمی (هماتوکریت < ۵۰٪) را به ویژه در بیماران با سایر عوامل خطر افزایش می‌دهد.
- تجویز تراپوستی و تطبیق دوزاژ ممکن است این خطر را کاهش دهد.

**افزایش وزن/چربی احشایی**

- هورمون درمانی مردانه‌ساز ممکن است منجر به افزایش متوسطی در وزن به همراه افزایش در چربی احشایی گردد.

<sup>1</sup> Gooren, 2005; Levy et al., 2003

<sup>2</sup> Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, & Hidalgo, 2004

<sup>3</sup> Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003

<sup>4</sup> Dizziness

<sup>5</sup> Physicians' Desk Reference, 2007

<sup>6</sup> Polycythemia



### افزایش خطر ممکن

#### لیپیدها

- درمان با تستوسترون HDL را کاهش می‌دهد، اما اثر بر LDL و تری‌گلیسرید متغیر است.
- سطوح بالاتر از حد فیزیولوژیک تستوسترون (خارج محدوده‌ی نرمال برای مرد)، که غالباً با دوزهای داخل عضلانی طولانی‌اثر یافت می‌شود، ممکن است شاخص‌های لیپیدی را بدتر نماید، در حالی که به نظر می‌رسد تجویز تراپوستی بر لیپیدها خنثی‌تر باشد.
- بیماران با سندرم تخمدان پلی‌سیستیک<sup>۱</sup> یا دیس‌لیپیدمی<sup>۲</sup> زمینه‌ای ممکن است با درمان تستوسترون در معرض خطر بیشتری برای بدتر شدن دیس‌لیپیدمی باشند.

#### کبد

- ممکن است با درمان تستوسترون افزایش‌های گذرای آنزیم‌های کبدی رخ دهد.
- اختلال عملکرد و بدخیمی‌های کبدی با متیل تستوسترون خوراکی مشاهده شده است. در هر حال، متیل تستوسترون در بیشتر کشورها دیگر در دسترس نیست و زین پس نباید استفاده شود.

#### روان‌پزشکی

درمان مردانه‌ساز شامل تستوسترون یا سایر استروئیدهای آندروژنیک ممکن است خطر سمپتوم‌های هیپومانیا، مانیا، یا سایکوز را در بیماران با اختلالات روان‌پزشکی زمینه‌ای که شامل چنین سمپتوم‌هایی باشند افزایش دهد. به نظر می‌رسد این اثر سوء با دوزهای بالاتر یا سطوح خونی بالاتر از حد فیزیولوژیک تستوسترون مرتبط باشد.

#### عدم افزایش خطر یا نتیجه‌گیری غیر قاطع

ارقام این گروه شامل مواردی هستند که ممکن است عرضه‌گر خطر باشند، اما شواهد برای آن‌ها بدان میزان اندک است که به نتیجه‌ای واضح نمی‌توان رسید.

#### استئوپروز<sup>۳</sup>

- درمان با تستوسترون تراکم مواد معدنی استخوان<sup>۴</sup> را پیش از جراحی برداشت تخمدان‌ها<sup>۵</sup> در بیماران FtM، حداقل در سه سال اول درمان، حفظ می‌کند یا افزایش می‌دهد.

<sup>1</sup> Polycystic ovarian syndrome

<sup>2</sup> Dyslipidemia

<sup>3</sup> Osteoporosis

<sup>4</sup> Bone mineral density

<sup>5</sup> Oophorectomy

- خطر از دست رفتن تراکم استخوانی پس از جراحی برداشت تخمدان‌ها، به ویژه اگر درمان با تستوسترون قطع شده یا ناکافی باشد، افزایش دارد.

#### قلبی عروقی

- به نظر نمی‌رسد هورمون درمانی مردانه‌ساز در دوزهای فیزیولوژیک طبیعی، خطر حوادث قلبی عروقی را در بیماران سالم افزایش دهد.
- هورمون درمانی مردانه‌ساز ممکن است خطر بیماری‌های قلبی عروقی را در بیماران با عوامل خطر زمینه‌ای افزایش دهد.

#### بیماری فشار خون

- هورمون درمانی مردانه‌ساز ممکن است در دوزهای فیزیولوژیک طبیعی فشار خون را افزایش دهد اما به نظر نمی‌رسد خطر بیماری فشار خون<sup>۱</sup> را بالا برد.
- بیماران با عوامل خطر برای بیماری فشار خون، نظیر افزایش وزن، سابقه‌ی خانوادگی یا سندرم تخمدان پلی‌سیستیک، ممکن است در معرض افزایش خطر باشند.

#### دیابت شیرین تیپ ۲

- به نظر نمی‌رسد درمان با تستوسترون خطر دیابت شیرین تیپ ۲ را به طور کلی در بیماران FtM افزایش دهد مگر عوامل خطر دیگری حضور داشته باشد.
- درمان با تستوسترون ممکن است خطر دیابت تیپ ۲ را در بیماران با سایر عوامل خطر، نظیر افزایش قابل توجه وزن، سابقه‌ی خانوادگی، و سندرم تخمدان پلی‌سیستیک بیش از پیش افزایش دهد. داده‌ای مبنی بر افزایش خطر در آنان که عوامل خطری برای دیس‌لیپیدمی دارند وجود ندارد.

#### سرطان پستان

- درمان با تستوسترون در بیماران FtM خطر سرطان پستان را افزایش نمی‌دهد.

#### سرطان گردن رحم

- درمان با تستوسترون در بیماران FtM خطر سرطان گردن رحم را افزایش نمی‌دهد، اگرچه ممکن است خطر پاپ اسمیرهای اندک غیر طبیعی را، به دلیل تغییرات آتروفیک، بالا ببرد.

#### سرطان تخمدان

- درمان با تستوسترون در بیماران FtM، هم‌تراز افرادی که با اندام‌های تناسلی زنانه متولد شده‌اند و سطوح آندروژن بالایی دارند، ممکن است خطر سرطان تخمدان را افزایش دهد، هرچند که شواهد محدود است.

---

<sup>1</sup> Hypertension

### سرطان آندومتر (رحم)

- درمان با تستوسترون در بیماران FtM ممکن است خطر سرطان آندومتر را افزایش دهد، هر چند که شواهد محدود است.

### سایر آثار جانبی درمان مردانه‌ساز:

آثار زیر ممکن است بسته به بیمار، خفیف یا حتی مطلوب تلقی گردند، اما آشکارا با روند مردانه‌سازی ارتباط دارند.

#### زیایی و عملکرد جنسی

- درمان با تستوسترون در بیماران FtM زیایی را کاهش می‌دهند، هر چند شدت و برگشت‌پذیری آن مشخص نیستند.
- درمان با تستوسترون می‌تواند در رویان یا جنین در حال تکوین تغییرات آناتومیکی دائمی القا کند.
- درمان با تستوسترون موجب تحریک بزرگ شدن کلیتوریس و افزایش میل جنسی<sup>۱</sup> می‌شود.

#### آکنه، کچلی آندروژنیک<sup>۲</sup>

آکنه و درجات متغیری از ریزش مو با الگوی مردانه (کچلی آندروژنیک) آثار جانبی شایع هورمون درمانی مردانه‌ساز هستند.

---

<sup>1</sup> Libido

<sup>2</sup> Androgenic alopecia



## ضمیمه‌ی ج

### خلاصه‌ی معیارهای هورمون‌درمانی و جراحی‌ها

مانند تمامی نسخه‌های پیشین اصول مراقبت، معیارهای ارائه شده در اصول مراقبت برای هورمون‌درمانی و درمان‌های جراحی نارضایتی جنسی، دستورالعمل‌هایی بالینی هستند؛ هر یک از متخصصین و برنامه‌های سلامت می‌توانند آن را به صورت فردی تغییر دهند. گریزهایی بالینی از اصول مراقبت ممکن است به دنبال موقعیت ویژه‌ی آناتومیک، اجتماعی، یا روانی یک بیمار؛ اسلوب رو به تکامل یک متخصص سلامت با تجربه برای رسیدگی به یک موقعیت شایع؛ پروتکلی تحقیقاتی؛ کمبود منابع در قسمت‌های مختلفی از جهان؛ یا نیاز به استراتژی‌هایی خاص برای کاهش آسیب صورت گیرند. این گریزها باید از دست فوق شناخته شوند، برای بیمار تشریح گردند و برای کیفیت خدمات به بیمار و محافظت قانونی، به وسیله‌ی رضایت‌نامه‌ی آگاهانه ثبت گردند. این فرآیند ثبت برای جمع‌آوری داده‌های جدیدی که می‌توانند به صورت گذشته‌نگر آزموده گردند نیز ارزشمند است، تا راهی باشند برای تکامل خدمات مراقبت از سلامت و اصول مراقبت.

### معیارهای هورمون‌درمانی زنانه‌ساز/مردانه‌ساز (یک ارجاع یا ثبت ارزیابی روانی اجتماعی در چارت)

۱. نارضایتی جنسی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
۲. توانایی گرفتن تصمیمی بر اساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛
۳. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر (اگر کوچکتر است بر اساس اصول مراقبت برای کودکان و نوجوانان عمل شود)؛
۴. اگر نکات قابل توجهی در زمینه‌ی سلامت طبی یا روانی وجود دارند باید در حدی معقول و مناسب کنترل شده باشند.

### معیارهای جراحی پستان/قفسه‌ی سینه (یک ارجاع)

ماستکتومی و ایجاد قفسه‌ی سینه‌ای مردانه در بیماران FtM:

۱. نارضایتی جنسی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
۲. توانایی گرفتن تصمیمی براساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛
۳. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر (اگر کوچکتر است بر اساس اصول مراقبت برای کودکان و نوجوانان عمل شود)؛
۴. اگر نکات قابل توجهی در زمینه‌ی سلامت طبی یا روانی وجود دارند باید در حدی معقول و مناسب کنترل شده باشند.  
هورمون درمانی یک پیش نیاز نیست.

جراحی بزرگ‌سازی پستان (درون کاشت/تزریق چربی)<sup>۱</sup> در بیماران MtF:

۱. نارضایتی جنسی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
۲. توانایی گرفتن تصمیمی براساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛
۳. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر (اگر کوچکتر است بر اساس اصول مراقبت برای کودکان و نوجوانان عمل شود)؛
۴. اگر نکات قابل توجهی در زمینه‌ی سلامت طبی یا روانی وجود دارند باید در حدی معقول و مناسب کنترل شده باشند.

توصیه می‌شود بیماران MtF پیش از جراحی بزرگ‌سازی پستان (حداقل ۱۲ ماه) تحت هورمون درمانی زنانه‌ساز قرار گیرند، اگر چه این یک معیار حتمی نیست. هدف، پیشینه‌سازی رشد پستان برای رسیدن به نتایج بهتر جراحی (زیباشناختی) است.

---

<sup>1</sup> Implant

<sup>2</sup> Lipofilling

### معیارهای جراحی تناسلی (دو ارجاع)

رحم برداری<sup>۱</sup> و برداشت لوله‌های رحمی و تخمدان‌ها<sup>۲</sup> در بیماران FtM و جراحی تخلیه‌ی بیضه<sup>۳</sup> در بیماران MtF.

۱. نارضایتی جنسی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
  ۲. توانایی گرفتن تصمیمی بر اساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛
  ۳. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر؛
  ۴. اگر نکات نگران‌کننده‌ی قابل توجهی در زمینه‌ی سلامت طبی یا روانی وجود دارند باید در حدی معقول و مناسب کنترل شده باشند.
  ۵. ۱۲ ماه پی در پی هورمون‌درمانی، آن‌چنان که متناسب با اهداف جنسی بیمار باشد (مگر هورمون‌ها از نظر طبی برای آن فرد اندیکاسیون نداشته باشند).
- هدف اساسی از هورمون‌درمانی پیش از جراحی تخلیه‌ی تخمدان یا بیضه (گنادکتومی)<sup>۴</sup> مواجهه‌سازی با دوره‌ای از سرکوب برگشت‌پذیر استروژن یا تستوسترون است، پیش از آن‌که بیمار تحت مداخله‌ی برگشت‌ناپذیر جراحی قرار گیرد.
- این معیارها برای بیمارانی که جراحی‌های فوق را برای دلایل طبی غیر از نارضایتی جنسی خواهند داشت صدق نمی‌کنند.

متوئید یوپلاستی یا فالوپلاستی در بیماران FtM و واژینوپلاستی در بیماران MtF

۱. نارضایتی جنسی پایدار که به خوبی مستند باشد؛
۲. توانایی گرفتن تصمیمی بر اساس آگاهی کامل و دادن رضایت برای درمان؛
۳. داشتن سن قانونی در کشور مورد نظر؛
۴. اگر نکات نگران‌کننده‌ی قابل توجهی در زمینه‌ی سلامت طبی یا روانی وجود دارند باید در حدی معقول و مناسب کنترل شده باشند.
۵. ۱۲ ماه پی در پی هورمون‌درمانی، آن‌چنان که متناسب با اهداف جنسی بیمار باشد (مگر هورمون‌ها از نظر طبی برای آن فرد اندیکاسیون نداشته باشند).

---

<sup>1</sup> Hysterectomy

<sup>2</sup> Salpingo-oophorectomy

<sup>3</sup> Orchiectomy

<sup>4</sup> Gonadectomy

۶. ۱۲ ماه پی در پی زندگی در قالب آن نقش جنسی که موافق هویت جنسی ایشان است. توصیه می‌شود این بیماران ملاقات‌های منظمی نیز با یک متخصص سلامت روان یا سایر متخصصین علوم پزشکی داشته باشند، اگر چه این یک معیار حتمی نیست. معیار فوق (این که بیماران برای ۱۲ ماه پی در پی در قالب آن نقش جنسی که با هویت جنسی ایشان موافق است زندگی کنند) برای برخی از انواع اعمال جراحی تناسلی بر این اجماع بالینی متخصصین استوار است که چنین تجربه‌ای برای بیماران فرصت فراوانی فراهم می‌کند تا پیش از آن که تحت جراحی غیر قابل برگشت قرار گیرند، نقش جنسی مطلوب خود را تجربه کرده و از نظر اجتماعی خود را با آن سازگار نمایند.



## ضمیمه‌ی د

### شواهد برای پیامدهای بالینی رویکردهای درمانی

یکی از بهترین روش‌ها برای استفاده از هر درمان جدید، تحلیل پیامد است. این گونه تحلیل، به دلیل ماهیت بحث برانگیز جراحی تغییر جنسیت بسیار مهم بوده است. تقریباً تمامی مطالعات پیامد در این حوزه گذشته‌نگر بوده‌اند.

یکی از اولین مطالعاتی که پیامدهای روانی اجتماعی پس از درمان در بیماران ترانجسیتی را آزمود، در ۱۹۷۹ در بیمارستان و دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه جانز هاپکینز ایالات متحده‌ی آمریکا انجام شد.<sup>۱</sup> این مطالعه بر ثبات شغلی، تحصیلی، زناشویی و خانوادگی بیماران متمرکز گشت. نتایج نشان دادند که مددجویان پس از درمان، در چندین مورد تغییرات قابل توجهی کرده‌اند. این تغییرات مثبت به نظر نمی‌رسیدند، بلکه نشانگر آن بودند که بسیاری از افرادی که وارد برنامه‌ی درمانی شده بودند، پس از شرکت در برنامه در بسیاری از سنجش‌های عملکرد، نه تنها پیشرفتی نداشتند که بدتر شده بودند. این یافته‌ها منجر به ختم برنامه‌ی درمانی در آن بیمارستان شد.<sup>۲</sup>

در پی آن، تعداد قابل توجهی از متخصصین سلامت خواستار استانداردی برای تعیین صلاحیت برای جراحی تغییر جنسیت شدند. این خواست به فرمول‌بندی اصل اصول مراقبت انجمن بین‌المللی نارضایتی جنسی هری بنیامین<sup>۳</sup> (WPATH کنونی) در ۱۹۷۹ انجامید.

در ۱۹۸۱، پالی<sup>۴</sup> نتایج یک مطالعه‌ی بزرگ گذشته‌نگر را منتشر کرد که بر روی افرادی تمرکز داشت که تحت جراحی تغییر جنسیت قرار گرفته بودند. شرکت کنندگان آن مطالعه پیامدهای بسیار بهتری داشتند:

---

<sup>۱</sup> J. K. Meyer & Reter, 1979

<sup>۲</sup> Abramowitz, 1986

<sup>۳</sup> Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association

<sup>۴</sup> Pauly

از ۸۳ بیمار FtM، ۸۰/۷ درصد پیامدی رضایت‌بخش داشتند (به معنی گزارش تطابق اجتماعی و عاطفی بهتر توسط شخص بیمار)، ۶ درصد غیر رضایت‌بخش. از ۲۸۳ بیمار MtF، ۷۱/۴ درصد پیامدی رضایت‌بخش داشتند، ۸/۱ درصد غیر رضایت‌بخش. این مطالعه، بیمارانی را که پیش از انتشار و کاربرد اصول مراقبت درمان شده بودند مشمول می‌کرد.

از زمانی که اصول مراقبت قرار یافته است، روند پایداری از افزایش در رضایتمندی بیمار و کاهش در نارضایتمندی از پی‌آمد جراحی تغییر جنسیت وجود داشته است. مطالعاتی که بعد از ۱۹۹۶ اجرا شدند بر بیمارانی که بر اساس اصول مراقبت درمان می‌شدند متمرکز گشتند. یافته‌های رمان<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۹) و کرگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۱) در این زمینه شاخص‌اند؛ هیچ یک از بیماران در این مطالعات از داشتن جراحی پشیمان نبودند و بیشتر ایشان گزارش کردند که از نتایج زیبایی‌شناختی و عملکردی جراحی رضایت‌مند هستند. حتی بیمارانی که عوارض شدید جراحی پیدا کردند، ندرتا از قرارگیری تحت جراحی ابراز ندامت کردند. کیفیت نتایج جراحی یکی از بهترین عوامل پیش‌بینی پی‌آمد کلی تغییر جنسیت است.<sup>۳</sup> اکثریت قاطع مطالعات پی‌گیرانه، اثر مفید غیرقابل انکاری را برای جراحی تغییر جنسیت در پی‌آمدهای پس از جراحی (نظیر حس خوش بختی سوژه‌ای فرد، زیبایی و عملکرد جنسی) نشان داده‌اند<sup>۴</sup>، اگر چه بر اساس شواهد موجود کنونی قدر ویژه‌ی این فایده نامعلوم است. یک مطالعه<sup>۵</sup> حتی نشانگر بهبود در درآمد بیماران بود.

یک گزارش مشکل‌ساز<sup>۶</sup> نمرات پایین‌تری از کیفیت زندگی را (اندازه‌گیری شده با SF-36) برای بیماران FtM نسبت به عموم جمعیت ثبت کرد. یک ضعف این مطالعه آن بود که ۳۸۴ شرکت‌کننده‌ی خود را در ازای رویکردی نظام‌مند از طریق ایمیلی عمومی گردآوری کرد و میزان و نوع درمان ثبت نشده بود. شرکت‌کنندگانی از مطالعه که تستوسترون دریافت می‌کردند، معمولاً برای کمتر از ۵ سال چنین کرده بودند. کیفیت زندگی گزارش شده برای بیمارانی که تحت جراحی پستان/قفسه‌ی سینه قرار گرفته بودند بیش از آنان بود که چنین نکرده بودند ( $p < .001$ ). (تحلیلی مشابه برای جراحی تناسلی صورت نگرفته بود.) در کاری دیگر، کان<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۹) از پرسش‌نامه‌ی سلامت کینگ<sup>۸</sup> برای ارزیابی کیفیت زندگی ۵۵ بیمار تراجنسی

<sup>1</sup> Rehman

<sup>2</sup> Krege

<sup>3</sup> Lawrence, 2003

<sup>4</sup> De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher, & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009

<sup>5</sup> Emory, Cole, Avery, Meyer, & Meyer III, 2003

<sup>6</sup> Newfield et al., 2006

<sup>7</sup> Kuhn

<sup>8</sup> King's Health Questionnaire

۱۵ سال پس از جراحی استفاده کردند. نمرات با ۲۰ بیمار کنترل زن سالم که در گذشته تحت جراحی شکم/لگن قرار گرفته بودند مقایسه شد. نمرات کیفیت زندگی برای بیماران تراجنس در برخی از خرده مقیاس‌ها (احساسات، خواب، بی‌اختیاری، شدت سمپتوم‌ها، و محدودیت‌های نقشی) مشابه یا بهتر از بیماران کنترل، اما در سایر حوزه‌ها (سلامت عمومی، محدودیت‌های فیزیکی، و محدودیت‌های شخصی) بدتر بود. دو مطالعه‌ی مشاهده‌گر طولانی مدت، هر دو گذشته‌نگر، نرخ مرگ و میر و نرخ ابتلای درگیری‌های روان‌پزشکی بالغین تراجنسی را با نمونه‌های عموم جمعیت مقایسه کردند.<sup>۱</sup> تحلیلی بر داده‌های مرجع ثبت اطلاعات هیأت ملی سلامت و رفاه سوئد<sup>۲</sup>، بدین یافته رسید که افرادی که جراحی تغییر جنسیت شده بودند (MtF ۱۹۱ و FtM ۱۳۳)، نسبت به گروه کنترل غیر تراجنسی تطبیق داده شده از نظر سن، وضعیت مهاجرت، ابتلای قبلی به اختلالات روان‌پزشکی، و جنس تولد، به میزان قابل توجهی نرخ‌های مرگ و میر، خودکشی، رفتار مبتنی بر خودکشی، و ابتلا به درگیری‌های روان‌پزشکی بالاتر داشتند.<sup>۳</sup> به طور مشابه، مطالعه‌ای در هلند نرخ بالاتری از مرگ و میر کلی، شامل نرخ وقوع خودکشی، را در بیماران تراجنسی (۹۶۶ MtF و ۳۶۵ FtM) پیش و نیز پس از جراحی نسبت به عموم جمعیت آن کشور گزارش داد.<sup>۴</sup> هیچ یک از این دو مطالعه سودمندی تغییر جنسیت را زیر سوال نبردند؛ در واقع هر دو فاقد گروه مقایسه‌ای کافی از تراجنسی‌هایی بودند که یا درمان نشده بودند یا درمانی غیر از جراحی تناسلی دریافت کرده بودند. علاوه بر این، افراد تراجنسی این مطالعات به دیرینگی دهه‌ی ۱۹۷۰ درمان شده بودند. با این حال، این یافته‌ها حقیقتاً بر نیاز به مهیا داشتن مراقبت دراز مدت روان‌شناختی و روان‌پزشکی مناسب برای این جمعیت تأکید دارند. مطالعات بیشتری برای تمرکز بر پیامدهای رویکردهای فعلی ارزیابی و درمان برای نارضایتی جنسی مورد نیاز می‌باشند.

تعیین اثربخشی هورمون‌ها به تنهایی، در تسکین نارضایتی جنسی دشوار است. بیشتر مطالعاتی که اثربخشی هورمون درمانی مردانه‌ساز/زنانه‌ساز بر نارضایتی جنسی را ارزیابی کرده‌اند، بر بیمارانی اجرا شده‌اند که تحت جراحی تغییر جنسیت نیز قرار گرفته‌اند. در مروری جامع بر ۳۰۰۰ بیمار از ۷۹ مطالعه (عمدتاً مشاهده‌گر) که بین ۱۹۶۱ و ۱۹۹۱ انجام شده بودند<sup>۵</sup>، آثار مطلوبی برای درمان‌هایی که شامل هورمون‌ها و جراحی، هر دو، بودند گزارش شد. بیمارانی که پس از ۱۹۸۶ جراحی شده بودند نسبت به آنان

<sup>1</sup> Asscheman et al., 2011; Dhejne et al., 2011

<sup>2</sup> Swedish National Board of Health and Welfare

<sup>3</sup> Dhejne et al., 2011

<sup>4</sup> Asscheman et al., 2011

<sup>5</sup> Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997; Gijs & Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; (Pfäfflin & Junge, 1998

که پیش از ۱۹۸۶ جراحی شده بودند، شرایط مناسب‌تری داشتند؛ این بازتاب بهبودی قابل توجه در عوارض جراحی است.<sup>۱</sup> بیشتر بیماران پی‌آمدهای روانی اجتماعی بهبودیافته‌ای گزارش نموده‌اند، گستره‌ای میان ۸۷ درصد برای بیماران MtF و ۹۷ درصد برای بیماران FtM<sup>۲</sup>.

بهبودهای مشابهی در یک مطالعه‌ی سوئدی یافت شد که در آن تقریباً تمام بیماران از تغییر جنسیت پس از ۵ سال رضایت‌مند بودند و ۸۶ درصد در پیگیری‌ها توسط درمان‌گران در عملکرد کلی باثبات یا بهبودیافته ارزیابی شدند.<sup>۳</sup> ضعف این مطالعات قدیمی‌تر، طراحی گذشته‌نگر آن‌ها و کاربرد معیارهای متفاوت برای ارزیابی پی‌آمدهاست.

یک مطالعه‌ی آینده‌نگر که در هلند اجرا شد، ۳۲۵ مورد بالغ و نوجوان متوالی را که به دنبال تغییر جنسیت بودند ارزیابی کرد.<sup>۴</sup> بیمارانی که تحت درمان تغییر جنسیت قرار گرفتند (مداخله‌ی هورمونی و جراحی، هر دو) در میانگین نمرات نارضایتی جنسی خود که به وسیله‌ی مقیاس نارضایتی جنسی او ترخت<sup>۵</sup> اندازه‌گیری شده بود بهبود نشان دادند. نمرات نارضایتی از بدن و عملکرد روان‌شناختی نیز در بیشتر دسته‌بندی‌ها بهبود داشتند. کمتر از ۲ درصد بیماران پس از درمان ابراز پشیمانی نمودند. این بزرگ‌ترین مطالعه‌ی آینده‌نگر است که نتایج مطالعات گذشته‌نگر را مبنی بر بهبود نارضایتی جنسی و سایر حوزه‌های عملکرد روانی اجتماعی توسط ترکیبی از هورمون درمانی و جراحی تأیید می‌نماید. به تحقیق بیشتر بر آثار هورمون درمانی بدون جراحی و بدون هدف زنانه‌سازی یا مردانه‌سازی جسمانی حداکثر نیاز است.

در مجموع، مطالعات بهبودی مداوم در پی‌آمدها را همچنان که این حوزه پیشرفت می‌نماید گزارش نموده‌اند. مطالعه‌ی پی‌آمدها عمدتاً بر پی‌آمد جراحی تغییر جنسیت متمرکز شده است. در حرفه‌ی کنونی، گستره‌ای از تطابق‌های هویتی، نقشی و جسمانی وجود دارد که می‌تواند از پیگیری‌ها یا مطالعات پی‌آمد بیشتر بهره‌گیرد.<sup>۶</sup>

<sup>1</sup> Eldh et al., 1997

<sup>2</sup> Green & Fleming, 1990

<sup>3</sup> Johansson, Sundbom, Höjerback, & Bodlund, 2010

<sup>4</sup> Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005

<sup>5</sup> Utrecht Gender Dysphoria Scale

<sup>6</sup> Institute of Medicine, 2011

## ضمیمه‌ی ۵

### فرآیند تکوین اصول مراقبت، نسخه‌ی ۲

فرآیند تکوین اصول مراقبت، نسخه‌ی ۲ زمانی آغاز شد که یک گروه کار اولیه برای اصول مراقبت در ۲۰۰۶ بنا نهاده شد. اعضا برای آزمودن بخش‌های خاصی از اصول مراقبت، نسخه‌ی ۶ دعوت شدند. از ایشان درخواست شد که برای هر بخش متون مربوط را مرور کنند، نقاطی را که پژوهش کمبود داشته است و مورد نیاز است شناسایی کنند و تجدید نظرهای بالقوه برای اصول مراقبت را با پشتوانه‌ی شواهد جدید پیشنهاد نمایند. مقالات فراخوانده شده توسط نویسندگان ذیل ارسال گشته بودند: Walter، Aaron Devor، Griet DeCuyper، Peggy Cohen-Kettenis، Michael Brownstein، George Brown، Bocking، Stephen Levine، Arlene Istar Lev، Lin Fraser، Jamie Feldman، Petra DeSutter، Mick van Trotsenburg، Loren Schechter، Stan Monstrey، Heino Meyer-Bahlburg، Meyer، Sam Winter، و Ken Zucker. برخی از این نویسندگان خواهان آن بودند تا برای یاری ایشان در کارشان، نویسندگان همراهی افزوده شوند.

موعد ارسال پیش‌نویس‌های اولیه‌ی این مقالات ۱ ژوئن ۲۰۰۷ بود. اکثراً تا سپتامبر ۲۰۰۷ پایان یافته و مابقی تا پایان ۲۰۰۷ کامل گشتند. سپس این مقاله‌ها به ژورنال بین‌المللی دگرباشی<sup>۱</sup> (IJT) ارسال شدند. هر یک تحت فرآیند معمول مرور هم‌تایان IJT قرار گرفتند. مقالات نهایی در جلد ۱۱ (۱-۴) در ۲۰۰۹ منتشر شده است، برای بحث و مناظره فراهم آمدند.

پس از آن که این مقالات منتشر شدند، یک کمیته‌ی تجدید نظر بر اصول مراقبت توسط هیأت مدیران WPATH در ۲۰۱۰ بنا نهاده شد. در آغاز، کمیته‌ی تجدید نظر به بحث و مناظره پیرامون مقالات پیش‌زمینه‌ی IJT از طریق وبسایت گوگل گمارده شدند. زیرگروهی از کمیته‌ی تجدید نظر توسط هیأت

---

<sup>1</sup> International Journal of Transgenderism

مدیران برای کار تحت لوای گروه نوشتار منصوب شدند. این گروه به آماده‌سازی پیش‌نویس اولیه‌ی اصول مراقبت، نسخه‌ی ۷ و ادامه‌ی کار بر تجدید نظرها برای رسیدگی توسط کمیته‌ی گسترده‌تر تجدید نظر گماشته شدند. به علاوه، این هیأت یک گروه بین‌المللی مشاور<sup>۱</sup> از افراد تراجنسی، دگرباش و دارای جنسیت نامنطبق را برای ارائه‌ی بازخورد بر تجدید نظرها معین کرد.

یک نویسنده‌ی فنی استخدام شد تا (۱) تمامی پیشنهادات برای تجدید نظر (پیشنهادات اصلی آن چنان که طرح کلی آن‌ها در مقالات IJT آمده بود و پیشنهادات افزوده‌ای که از بحث آن‌لاین نشأت گرفته بود، هر دو) را مرور نماید و (۲) یک نظرسنجی برای جلب داده‌های بیشتر بر این تجدید نظرهای بالقوه خلق نماید. گروه نوشتار می‌توانست از نتایج این نظرسنجی دریابد که موضع این کارشناسان در چه حوزه‌هایی موافق و در کدامین حوزه‌ها نیازمند بحث و مناظره‌ی بیشتر است. سپس نویسنده فنی (۳) یک پیش‌نویس اولیه‌ی بسیار خام از اصول مراقبت، نسخه‌ی ۷ برای گروه نوشتار ایجاد کرد تا مورد نظر قرار دهند و بر روی آن بنا نهند. گروه نوشتار یکدیگر را در ۴ و ۵ مارس ۲۰۱۱ در یک نشست رو در روی مذاکراتی کارشناسان ملاقات کردند. ایشان تمامی تغییرات پیشنهادی را مرور کردند، مناظره نمودند و به اجماعی بر سر حوزه‌های بحث برانگیز مختلف رسیدند. تصمیم‌ها بر اساس بهترین دانش موجود و اجماع کارشناسان اتخاذ شد. این تصمیمات در پیش‌نویس لحاظ شدند و بخش‌های دیگر توسط گروه نوشتار با یاری نویسنده‌ی فنی نوشته شد.

پس از آن، پیش‌نویسی که از نشست مذاکراتی حاصل شد میان گروه نوشتار دست به دست شد و با کمک نویسنده‌ی فنی نهایی شد. زمانی که این پیش‌نویس اولیه نهایی شد، در کمیته‌ی گسترده‌تر بازبینی اصول مراقبت و گروه بین‌المللی مشاور به گردش درآمد. مباحثه بر وب‌سایت گوگل گشایش یافت و یک کنفرانس تلفنی برای حل مسائل منعقد گشت. بازخورد این گروه‌ها مورد رسیدگی گروه نوشتار، که آن‌گاه تجدید نظرهای بیشتری را اعمال نمودند، قرار گرفت. دو پیش‌نویس دیگر ایجاد شده و بر وب‌سایت گوگل قرار گرفتند تا توسط کمیته‌ی گسترده‌تر تجدید نظر بر اصول مراقبت و گروه بین‌المللی مشاور بررسی گردند. به دنبال تکمیل این سه دور مرور و تجدید نظر، متن نهایی برای تصویب به هیأت مدیران WPATH ارائه شد. هیأت مدیران این نسخه را در ۱۴ سپتامبر ۲۰۱۱ تصویب نمودند.

## تأمین منابع مالی

فرآیند بازنگری اصول مراقبت، نسخه ۷ به لطف کمک هزینه‌ی سخاوتمندانه‌ی بنیاد تاوانی<sup>۲</sup> و نیز هدیه‌ی

<sup>1</sup> International Advisory Group

<sup>2</sup> Tawani Foundation (<http://www.tawanifoundation.org/>)

یک خیر ناشناس میسر شد. این منابع مالی، از فعالیت‌های زیر حمایت کردند:

۱. هزینه‌های مربوط به دستمزد یک نویسنده‌ی فنی حرفه‌ای؛
۲. فرآیند تقاضا و دریافت ورودی‌های بین‌المللی درباره‌ی تغییرات به دست آمده از متخصصین هویت جنسی و گروه‌های دگرباش؛
۳. برگزاری جلسات دیدار گروه نویسندگان؛
۴. فرآیند جمع‌نظرات و حصول توافق میان متخصصین، گروه‌های دگرباش، کمیته‌ی بازبینی اصول مراقبت، و هیأت رئیسه‌ی WPATH؛
۵. هزینه‌های چاپ و توزیع اصول مراقبت نسخه‌ی ۷، و نشر یک نسخه‌ی رایگان قابل دریافت بر روی وبسایت WPATH؛
۶. برگزاری جلسه‌ی عمومی برای رونمایی از اصول مراقبت نسخه‌ی ۷، در سمپوزیوم دوسالانه‌ی WPATH در سال ۲۰۱۱ در آتلانتا، ایالت جرجیا، ایالات متحده‌ی آمریکا.

### اعضای کمیته‌ی بازنگری اصول مراقبت\*

(\* عضو گروه نویسندگان؛ \* تمامی اعضای کمیته‌ی بازنگری بدون دریافت وجه مالی در این امر مشارکت کرده‌اند.)

Eli Coleman, PhD (USA)\* - Committee chair  
Richard Adler, PhD (USA)  
Walter Bockting, PhD (USA)\*  
Marsha Botzer, MA (USA)\*  
George Brown, MD (USA)  
Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Netherlands)\*  
Griet DeCuypere, MD (Belgium)\*  
Aaron Devor, PhD (Canada)  
Randall Ehrbar, PsyD (USA)  
Randi Ettner, PhD (USA)  
Evan Eyler, MD (USA)  
Jamie Feldman, MD, PhD (USA)\*  
Lin Fraser, EdD (USA)\*  
Rob Garofalo, MD, MPH (USA)  
Jamison Green, PhD, MFA (USA)\*  
Dan Karasic, MD (USA)  
Gail Knudson, MD (Canada)\*  
Arlene Istar Lev, LCSW-R (USA)  
Gal Mayer, MD (USA)  
Walter Meyer, MD (USA)\*  
Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (USA)  
Stan Monstrey, MD, PhD (Belgium)\*  
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)  
Friedmann Pfäffli in, MD, PhD (Germany)  
Katherine Rachlin, PhD (USA)  
Bean Robinson, PhD (USA)  
Loren Schechter, MD (USA)  
Vin Tangpricha, MD, PhD (USA)  
Mick van Trotsenburg, MD (Netherlands)  
Anne Vitale, PhD (USA)  
Sam Winter, PhD (Hong Kong)  
Stephen Whittle, OBE (UK)  
Kevan Wylie, MB, MD (UK)  
Ken Zucker, PhD (Canada)



### کمیته‌ی انتخاب گروه مشورتی بین‌المللی

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

### اعضای گروه مشورتی بین‌المللی

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)  
Craig Andrews, FtM Australia (Australia)  
Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (UK)  
Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (Phillipines)  
Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norway)  
Rupert Raj, Sherbourne Health Center (Canada)  
Masae Torai, FtM Japan (Japan)  
Kelley Winters, GID Reform Advocates (USA)

### نویسنده‌ی حرفه‌ای

Anne Marie Weber-Main, PhD (USA)

### ویرایش

Heidi Fall (USA)



Mashhad University of Medical Sciences  
Vice Chancellor for Research  
Publication No. 448

This is a Persian translation of:

# **Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender- Nonconforming People**

By:

**The World Professional Association for Transgender Health**

Translated by:

**Ali Talaei, M.D.**

Professor of Psychiatry, Mashhad University of Medical Sciences

**Behnaz Khazaei, M.D.**

**Behzad Sorouri Khorashad, M.D.**

Transgender Studies Center,  
Mashhad University of Medical Sciences