



معاونت درمان

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

معاونت بهداشت

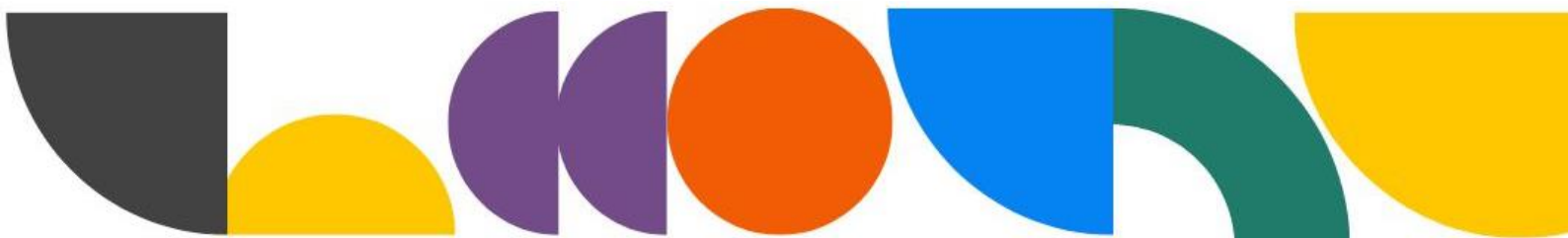
مجری: گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

همکاران: اساتید گروه‌های علمی دانشگاه‌های سراسر کشور

راهنمای بالینی

تشخیص، درمان و مراقبت‌های حمایتی

افراد با ملال جنسیتی در ایران



نسخه اول

پاییز ۱۴۰۵

راهنمای بالینی تشخیص، درمان و مراقبت‌های حمایتی افراد با ملال جنسیتی

Clinical Guideline for Diagnosis, Management and Supportive Care of Clients with Gender Dysphoria (2025)

تنظیم و تدوین

سرپرست تدوین راهنما:

دکتر فیروزه رئیسی، دکتر مهدی تهرانی دوست

همکاران اصلی در تدوین راهنما:

دکتر مائده پرویزی، دکتر فیروزه رئیسی، دکتر سیده نسیبه ساداتی، دکتر ربابه سلیمانی، دکتر زهرا شاهواری، دکتر سیدمهدی صابری، دکتر سهیلا صیاد، دکتر علی طلایی، دکتر آناهیتا عربی، دکتر مهستی علیزاده، دکتر ارغوان فخریان، دکتر آزاده مظاهری و دکتر نیلوفر مهدوی، دکتر علیرضا استقامتی، دکتر کامیار توکلی، دکتر فاطمه رنجبر، دکتر زهرا شاهواری، دکتر مهستی علیزاده و دکتر پگاه کریمیان

با تشکر و قدردانی از همکاران ارجمند:

دکتر سید علی آذین، دکتر اشرف آل یاسین، دکتر طاهره افتخار، دکتر شیوا ایلایی، دکتر ملیحه جامه‌دار، دکتر اعظم السادات حیدری، دکتر ایلناز دهقانیان، دکتر الهام روحی، دکتر غزاله زرگری‌نژاد، دکتر نیلوفر ستاری، دکتر وحید شریعت، دکتر فاطمه شیخ‌مونس، دکتر آرمین شیروانی، دکتر منصور صالحی، دکتر علی صحراییان، دکتر علیرضا طباطبایی، دکتر جواد علاقبندراد، دکتر زینت قنبری، دکتر محمد کیانی، دکتر عباسعلی ناصحی، دکتر منصوره نصیریان و دکتر مهدی هرمزپور

با سپاس ویژه از راهنمایی‌های:

دکتر مرضیه وحید دستجردی، دبیر محترم ستاد ملی جمعیت

دکتر سید جلیل حسینی، معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تحت نظر :

دکتر سید سجاد رضوی عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و معاون درمان وزارت بهداشت ،
درمان و آموزش پزشکی

تحت نظارت فنی:

گروه تدوین استاندارد و راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

عنوان	صفحه
پیش گفتار	۵
تعریف	۵
همه گیرشناسی	۵
اهمیت موضوع	۵
اهداف تنظیم راهنما	۷
روش	۷
هدف	۸
دامنه	۸
جمعیت هدف	۸
بررسی منابع علمی	۹
فرآیند تبدیل شواهد به توصیه ها	۹
فرآیند بحث و اجماع	۱۰
روش رسمی اجماع	۱۰
مدیریت تعارض منافع	۱۱
کاربران هدف راهنما	۱۲
شیوه نگارش گزارش نهایی	۱۸
مشخصات همکاران اصلی طرح:	۱۸
سؤال (۱) معیارهای تشخیصی ملال جنسیتی در افراد بزرگسال کدامند؟	۲۲
سؤال (۲) روش های تشخیصی و ابزارهای کمک تشخیصی ملال جنسیتی کدامند؟	۲۵
سؤال (۳) تشخیص ملال جنسیتی برای افراد بزرگسال/نوجوان توسط کدام متخصصان گذاشته می شود؟	۲۹
سؤال (۴) راهکارهای مداخله ای دارویی برای روانپزشک در صورت وجود اختلال همراه کدامند؟	۳۲
سؤال (۵) راهکارهای مداخله غیردارویی برای روانپزشک در صورت وجود / عدم وجود اختلال همراه کدامند؟	۳۵
سؤال (۶) راهکارهای مداخله ای فوق تخصص غدد کدامند؟	۴۱
سؤال (۷) راهکارهای مداخله ای جراحی کدامند؟	۵۴
سؤال (۸) راهکارهای مداخله ای روانشناس بالینی کدامند؟	۶۱

- سؤال ۹) راهکارهای مداخله‌ای پزشک خانواده/پزشک عمومی کدامند؟..... ۶۵
- سؤال ۱۰) راهکارهای مداخله‌ای متخصصان ناباروری کدامند؟..... ۶۸
- سؤال ۱۱) راهکارهای مداخله‌ای درمانگران مشکلات جنسی کدامند؟..... ۷۴
- سؤال ۱۲) راهکارهای تشخیصی و درمانی برای نوجوانان با شکایت از ملال جنسیتی کدامند؟..... ۸۰
- سؤال ۱۳) راهکارهای قانونی برای مراجعین با ملال جنسیتی کدامند؟..... ۹۵
- ضمیمه..... ۱۰۰

پیش‌گفتار

ملال جنسیتی به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن فرد نارضایتی شدیدی نسبت به جنسیتی که از نظر بیولوژیکی به او اختصاص داده شده است دارد. ماهیت این مشکل به گونه‌ای است که هم فرد و هم خانواده‌اش رنج زیادی را متحمل می‌شوند. افراد دچار ملال جنسیتی ممکن است از طرف جامعه و یا خانواده طرد شوند، اغلب امکان برخورداری از وضعیت اشتغال مناسب و درآمدزایی نداشته لذا مشکلات مالی قابل ملاحظه‌ای دارند. به دلیل شرایطی که آنها را از دیگران متمایز کرده است این افراد معمولاً از اختلالات همراه مانند افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت، افکار و اقدام به خودکشی رنج می‌برند، لذا قابل انتظار است که در صورت عدم ارائه خدمات تشخیصی و درمانی مناسب به این گروه، ممکن است در معرض تشدید اختلالات روان‌پزشکی، احتمال آسیب به خود و احتمال قرارگرفتن در معرض سوءاستفاده افراد فرصت‌طلب قرار بگیرند.

بنابراین بررسی، ارزیابی، تشخیص صحیح و انتخاب گزینه‌های درمانی مناسب برای این مراجعین دارای اهمیت زیادی است. با توجه به لزوم مدیریت بالینی علمی و دقیق افراد با نارضایتی جنسیتی، راهنماهای بالینی توسط نهادها و سازمان‌های روپزشکی بین‌المللی تهیه شده است. در کشور ایران علیرغم اهمیت موضوع هیچ دستورالعمل جامعی در این زمینه وجود ندارد.

تعریف

ملال جنسیتی^۱: برای توصیف افرادی به کار می‌رود که ناهماهنگی بارزی بین جنسیت ابراز شده یا تجربه شده و جنسیت تخصیص داده شده بدو تولد آنها وجود دارد.

همه‌گیرشناسی

تعیین میزان شیوع ملال جنسیتی دشوار است، اولاً به علت پنهان کردن آن با توجه به استیگمای موجود در جامعه، دوماً به علت محدودیت‌های روش شناسی، اما به طور کلی مطالعات حاکی از افزایش شیوع آن در سال‌های اخیر است. اغلب مطالعات شیوع، در کشورهای اروپایی انجام شده که شیوع ملال جنسیتی را بین ۰/۰۰۷ تا ۰/۰۴ درصد تا ۰/۰۴ درصد برای تراجنسی‌هایی که در هنگام تولد جنسیت آنان مرد تعیین شده است و ۰/۰۰۷ درصد تا ۰/۰۰۲ درصد برای تراجنسی‌هایی که در هنگام تولد جنسیت آنان زن تعیین شده است بیان می‌کند. از آنجا که همه کسانی که به دنبال تطبیق جنسیت از طریق روش‌های هورمونی و یا جراحی هستند، به کلینیک‌های تخصصی مراجعه نمی‌کنند، میزان شیوع احتمالاً بالاتر از آن چیزی است که در منابع ذکر شده است. بر اساس اطلاعات موجود در ایران هم آمار دقیقی از شیوع ملال جنسیتی در دسترس نیست. در یک مطالعه که به بررسی پرونده‌های کل پزشکی قانونی‌های ایران پرداخته است، شیوع ملال جنسیتی ۱/۴۶ در هر ۱۰۰ هزار نفر ایرانی گزارش شده، اما با این وجود برای دسترسی به آمار دقیق‌تر و به‌روزتر نیاز به پژوهش‌های جامعی در این زمینه است.

اهمیت موضوع

الف) آیا ملال جنسیتی از اهمیت کافی برای اولویت دادن به تدوین راهنمای بالینی برخوردار است؟

پاسخ: بلی

^۱ Gender Dysphoria

توضیح:

در ایران با وجود پیشرفت‌های علمی و قانونی در حوزه مدیریت ملال جنسیتی، نه تنها رویکردی جامع، منسجم و هماهنگ در ارائه خدمات به این افراد وجود ندارد؛ بلکه شاهد تفاوت گسترده، ناهماهنگ و گاه سلیقه‌ای در رویکرد بالین‌گرانی که در جایگاه تشخیص و درمان این مراجعین قرار دارند و مراکز پزشکی قانونی سراسر کشور هستیم. در واقع عدم هماهنگی بین مراکز بهداشتی درمانی، روان‌پزشکی، روانشناختی، پزشکی قانونی و نظام‌های حمایتی باعث شده است که مراجعین با چالش‌های متعددی مواجه شوند. این مشکلات شامل طولانی شدن فرآیندهای درمانی، نبود آگاهی کافی در میان متخصصان، عدم ارائه خدمات اجتماعی مناسب و مواجهه با تبعیض و انگ‌زایی اجتماعی است. لذا به نظر می‌رسد تدوین یک راهنمای جامع و یکپارچه برای مدیریت این مراجعین با هدف ارتقاء آگاهی درمانگران و مراجعین از روند تشخیص و درمان ملال جنسیتی و یکسان‌سازی رویکرد درمانگران در مواجهه با این بیماران ضروری است.

به صورت خلاصه دلایل اصلی ضرورت اجرای این طرح عبارت است از:

- (۱) **بهبود هماهنگی بین بخشی:** ایجاد یکپارچگی بین نهادهای مختلف، شامل سیستم بهداشت و درمان، روانشناختی، پزشکی قانونی و نهادهای حقوقی، که باعث بهینه‌سازی فرآیندهای مدیریتی و درمانی می‌شود.
- (۲) **جلوگیری از هدر رفت منابع:** نبود هماهنگی و عدم وجود رویکردی جامع منجر به هدر رفت منابع انسانی، مالی و زمانی می‌شود. این طرح می‌تواند از این هدررفت جلوگیری کرده و بهره‌وری را افزایش دهد.
- (۳) **افزایش آگاهی و توانمندسازی متخصصان:** ارائه آموزش‌های تخصصی به کادر درمان و مشاوران می‌تواند منجر به بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به این افراد شود.
- (۴) **پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و قانونی:** نبود یک نظام حمایتی مناسب می‌تواند این افراد را به سمت آسیب‌های اجتماعی، نظیر فرار از منزل، افسردگی یا رفتارهای پرخطر سوق دهد. این طرح می‌تواند در طولانی مدت از این آسیب‌ها پیشگیری کند.

(ب) آیا راهنماهای بالینی تدوین شده در سایر کشورها برای تصمیم‌گیری در ایران کافی است؟

پاسخ: خیر

توضیح:

به کارگیری مستقیم این راهنماها در ایران ممکن است به دلایل تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی، ساختارهای قانونی و حقوقی متفاوت و زیر ساخت‌های بهداشتی، درمانی و امکانات پزشکی متفاوت کافی نباشد.

- (۱) **تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی:** ایران مانند هر کشور دیگری دارای فرهنگ، مذهب و ارزش‌های اجتماعی مخصوص به خود است که ممکن است با مفروضات موجود در راهنماهای بین‌المللی متفاوت باشد. این تفاوت‌ها می‌توانند بر پذیرش اجتماعی، حمایت خانواده و نگرش عمومی نسبت به افراد با ملال جنسیتی تأثیر بگذارند.
- (۲) **ساختارهای قانونی و حقوقی متفاوت:** قوانین و مقررات مربوط به اقدامات تشخیصی، درمانی افراد با ملال جنسیتی در ایران ممکن است با استانداردهای دیگر کشورها تفاوت داشته باشد. به عنوان مثال، مراحل قانونی تغییر جنسیت در ایران نیازمند طی مراحل قانونی و حقوقی مشخصی است که ممکن است در سایر کشورها وجود نداشته باشد.

۳) زیر ساخت‌های بهداشتی، درمانی و امکانات پزشکی متفاوت: دسترسی به خدمات پزشکی، تخصص‌های موجود و امکانات بهداشتی درمانی در ایران ممکن است با سایر کشورها متفاوت باشد. این موضوع می‌تواند بر اجرای مؤثر راهنماهای بین‌المللی تأثیرگذار باشد.

با توجه به موارد ذکر شده، برای ارائه مراقبت حداکثری به مراجعین با ملال جنسیتی، ضروری است که راهنماهای بالینی با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی، اجتماعی، قانونی و زیرساخت‌ها و امکانات پزشکی کشور ایران بومی‌سازی شوند. این بومی‌سازی می‌تواند به ارائه خدمات مؤثرتر و متناسب با نیازهای جامعه ایرانی منجر شود.

اهداف تنظیم راهنما

هدف کلی، ارائه راهنمایی‌های بالینی برای متخصصان سلامت است تا به افراد با شکایت از ملال جنسیتی در دسترس به مسیرهای ایمن، مناسب و مؤثر تشخیصی و درمانی کمک کنند. این راهنما با هدف بهینه‌سازی سلامت جسمی، بهزیستی روانی و رضایت شخصی این افراد تدوین شده‌است. در این راهنما موارد ذیل در راستای ارائه خدمات در سطح کشور، مورد نظر قرار می‌گیرد:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| ○ ایمنی ^۱ | ○ رضایت ^۵ |
| ○ اثربخشی بالینی ^۲ | ○ دسترسی ^۶ |
| ○ مقرون به‌صرفه بودن ^۳ | ○ پذیرش ^۷ |
| ○ استانداردسازی ^۴ | |

روش^۸

تعیین افراد گروه تحقیق

با توجه به اینکه این موضوع بین رشته‌ای است، ابتدا اعضای گروه تحقیق بر حسب نوع تخصص‌های مرتبط و سابقه تجربه کار عملی در این زمینه انتخاب شده و از آنها دعوت به عمل آمد.

مشخص کردن فهرست سؤالاتی که این راهنمای بالینی می‌بایستی به آنها پاسخ دهد

¹ Safety

² Clinical Effectiveness

³ Cost Effectiveness

⁴ Standardization

⁵ Satisfaction

⁶ Accessibility

⁷ Compliance

⁸ Method

برای مشخص کردن فهرست سئوالات طی یک مطالعه کیفی، سئوالی کلی از ۱۶ نفر متخصص رشته روانپزشکی، روانپزشکی با فلوشیپ طب روان جنسی، پزشکی قانونی، فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان، غدد، اورولوژی، زنان، جراحی (فلوشیپ جراحی پستان)، روانشناسی و آموزش پزشکی که دارای دانش و تجربه در این حیطه بودند، پرسیده شد. به کلیه شرکت کنندگان گفته شد، پروژه‌ای با عنوان «طرح جامع یکپارچه‌سازی مدیریت مراجعین با ملال جنسیتی» با هدف ایجاد یک سیستم هماهنگ و استاندارد برای کاستن از مشکلات مراجعین و همچنین ارتقاء روند ارزیابی و درمان توسط درمانگران در حال انجام است؛ لذا از آنها درخواست شد مشکلاتی که در این زمینه وجود دارد را به ترتیب اولویت ارائه دهند. این گونه سئوالات اصلی تعیین شدند:

سئوالات مورد بررسی در نسخه اول راهنمای بالینی به شرح زیر هستند:

- ۱) معیارهای تشخیصی ملال جنسیتی کدامند؟
- ۲) روش‌های تشخیصی و ابزارهای کمک تشخیصی ملال جنسیتی کدامند؟
- ۳) تشخیص ملال جنسیتی توسط کدام متخصصان گذاشته می‌شود؟
- ۴) در صورت وجود اختلال همراه، راهکارهای مداخله‌ای دارویی برای روانپزشک کدامند؟
- ۵) راهکارهای مداخله‌ای غیردارویی برای روانپزشک در صورت وجود/عدم وجود اختلال همراه کدامند؟
- ۶) راهکارهای مداخله‌ای متخصصان غدد کدامند؟
- ۷) راهکارهای مداخله‌ای متخصصان جراحی کدامند؟
- ۸) راهکارهای مداخله‌ای روانشناسان بالینی کدامند؟
- ۹) راهکارهای مداخله‌ای پزشکان خانواده/پزشکان عمومی کدامند؟
- ۱۰) راهکارهای مداخله‌ای متخصصان ناباروری کدامند؟
- ۱۱) راهکارهای مداخله‌ای درمانگران مشکلات جنسی کدامند؟
- ۱۲) راهکارهای تشخیصی و درمانی برای نوجوانان با شکایت از ملال جنسیتی کدامند؟
- ۱۳) راهکارهای قانونی برای مراجعین با ملال جنسیتی کدامند؟

هدف^۱

تدوین راهنمای بالینی شامل روش‌های تشخیصی استاندارد و مداخلات درمانی مناسب برای افراد با ملال جنسیتی سازماندهی و بهبود روند تشخیص و مداخلات درمانی افراد با ملال جنسیتی

دامنه^۲

این راهنما برای تمامی ارائه دهندگان خدمات سلامت روان، پزشکی و مراقبت اولیه در کشور ایران طراحی شده است.

جمعیت هدف

ارائه دهندگان خدمات سلامت روان، پزشکی و مراقبت‌های اولیه به افراد با ملال جنسیتی در گروه‌های سنی مختلف

¹Objective

² Scope

بررسی منابع علمی

استراتژی جستجو:

جستجوی نظام‌مند در پایگاه داده‌های PubMed, Scopus, Embase, Cochrane, trip database در محدوده زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۵ با استفاده از کلید واژه‌های زیر انجام شد:

“transgender persons” [mesh] OR transsexual*[tiab] OR “Two-Spirit person” [tiab] OR transmasculine[tiab] OR transfeminine[tiab] OR gender dysphoria[tiab] (AND

guideline[pt] OR “guidelines as topic” [mesh] OR “practice guideline” [pt]) OR (systematic[sb] OR “systematic review” [tiab] OR meta-analysis[tiab] OR review[tiab]

از ۵۶۷ مقاله شناسایی شده، ۱۶۶ مطالعه واجد شرایط انتخاب شدند که تعداد ۲۸ مورد از آنها راهنمای بالینی بود. معیارهای غربالگری مرحله اول راهنماها، شامل به روز بودن راهنما (گذشت حداکثر ده سال از انتشار)، زبان انگلیسی و دسترسی به نسخه کامل راهنما بود. غربالگری مرحله دوم بر مبنای سازماندهی مناسب راهنما از جمله مشخص بودن پرسش‌های بالینی در راهنما و وجود ارتباط آشکار بین هر توصیه و شواهد حمایت‌کننده‌ی آن انجام شد. از آنجا که تمام راهنماهای انتخاب شده واجد تمام ویژگی‌ها نبودند، در نهایت ۱۷ راهنما جهت بررسی و استخراج توصیه‌ها انتخاب گردید.

فرآیند تبدیل شواهد به توصیه‌ها

- این فرآیند با برگزاری تعداد هشت جلسه با اعضای تیم انجام گرفت.
- ابتدا تیم محققین راهنماهای مورد استفاده را انتخاب کردند.
 - سئوالات طراحی شده توسط تیم محققین مرور شدند.
 - در جلسات توصیه‌های بالینی متناسب با سئوالات از راهنماهای منتخب با ذکر منبع و سطح شواهد، گردآوری شد.
 - شواهد بررسی و بر اساس کیفیت شواهد، قدرت توصیه‌ها (قوی یا ضعیف) تعیین شد.
 - با توجه به تخصص افراد تیم تحقیق، نهایی‌سازی توصیه‌ها به افراد گروه سپرده شد. در نهایت ۳۱۴ توصیه در قالب ۱۳ سؤال بدست آمد.
 - پس از نهایی شدن توصیه‌ها برای اطمینان از هزینه‌بر نبودن، داشتن منافع قابل قبول، نداشتن عوارض جانبی شدید و داشتن قابلیت بومی سازی، فایل توصیه‌ها برای تعداد ۲۶ متخصص ارسال گردید (تخصص این افراد در ادامه ذکر شده‌است). همچنین از متخصصان درخواست شد که اگر در مورد توصیه‌ای پیشنهاد خاصی دارند ارائه دهند.

تخصص اعضای پنل:

- متخصص روانپزشکی
- متخصص روانپزشکی، فلوشیپ طب روان جنسی
- متخصص روانپزشکی، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان
- متخصص روانپزشکی، روانپزشکی قانونی
- متخصص روانپزشکی، فلوشیپ طب روان تنی

- روانشناسی بالینی
- فوق تخصص غدد
- متخصص اورولوژی
- متخصص زنان و زایمان
- متخصص جراحی عمومی، فلوشیپ جراحی پستان
- سلامت باروری
- پزشک عمومی، دکترای تخصصی آموزش پزشکی
- متخصص پزشکی اجتماعی

فرآیند بحث و اجماع^۱

همان طور که گفته شد برای سئوالات بالینی که در راهنماهای انتخاب شده دارای توصیه‌های متفاوت بودند، جداول مزیت بالینی (شامل هزینه، منافع و عوارض جانبی) تکمیل و به همراه پرسشنامه قابلیت بومی‌سازی، به اعضای پنل متخصصان ارائه شد تا با امتیازدهی بر اساس این ۴ معیار، قضاوت نهایی خود را در خصوص هزینه‌بر نبودن، داشتن منافع قابل قبول، نداشتن عوارض جانبی شدید و داشتن قابلیت بومی‌سازی هریک از توصیه‌ها به صورت «کم، متوسط و زیاد» مشخص نموده و در آخر، با در نظر گرفتن موارد فوق، توصیه مناسب‌تر را در قالب جدول زیر انتخاب نمایند.

قابلیت بومی‌سازی			عوارض جانبی	منافع	هزینه	توصیه‌ها
زیاد	متوسط	کم	۱: بیشترین عوارض ۳: کمترین عوارض	۱: کمترین منافع ۳: بیشترین منافع	۱: پرهزینه ۳: کم هزینه	

روش رسمی اجماع

رأی‌گیری با حداقل ۷۰ درصد توافق

از بین توصیه‌های متفاوت برای یک سؤال بالینی، توصیه‌ای که بیش از ۷۰ درصد از اعضای پنل متخصصان به آن رأی مثبت داده بودند، به عنوان توصیه نهایی پذیرفته شد. در شرایطی که نظرات خبرگان در مورد یک توصیه هم راستا نبود (مثلاً یک معیار نمره پایین‌تری داشته ولی سایر معیارها نمره خوبی داشت)، با دقت و رویکرد تحلیلی تصمیم‌گیری انجام شد.

اگر توصیه‌ای از نظر هزینه بر بودن نمره پایین داشت اما از نظر اهمیت بالا بود:

- بررسی شد که چه دلایلی برای نمره پایین هزینه‌آوری ارائه شده؟ آیا به دلیل محدودیت منابع فعلی است یا ذاتاً توصیه پرهزینه است؟

^۱ Consensus Process

- آیا این هزینه در مقابل اثربخشی قابل توجیه است؟
 - آیا امکان تعدیل توصیه یا ارائه نسخه کم هزینه تر آن وجود دارد؟
- معیارهای تصمیم‌گیری در شرایط اختلاف نمره**

وضعیت توصیه	تصمیم پیشنهادی
کسب نمره پایین در اکثر معیارها و $CVR > 0.6$	حذف توصیه
نمره پایین تنها در یک معیار (مثلاً هزینه) ولی سایر معیارها قوی	بررسی اصلاح، تعدیل یا نگه داشتن با قید شرط
CVR نزدیک به 0.6 و اختلاف نظر بین خبرگان	بحث در جلسه دلفی یا تحلیل کیفی توضیحات
کسب نمره پایین به دلیل مشکلات قابل اصلاح	نگه داشتن توصیه با برنامه بهبود اجرا

درصد گویه ها	
۷۳,۵	میزان توافق ۷۰-۱۰۰ درصد (A)
۱۷	میزان توافق بین ۵۰-۷۰ درصد (B)
۶	میزان توافق بین ۳۰-۵۰ درصد (C)
۳,۵	میزان توافق کمتر از ۳۰ درصد (D)

استفاده از تحلیل کیفی توضیحات خبرگان

اگر خبرگان در کنار نمره‌گذاری، توضیحی ارائه کرده بودند (مثلاً «هزینه بالاست ولی ضروری است»)، این داده‌های کیفی ارزشمند تلقی شده و بررسی شدند.

استفاده از دلفی مجدد و رسیدن به اجماع

در مورد برخی گویه‌ها که کمتر از ۷۰ درصد از متخصصان با نگره‌داری آن موافق بوده و باید حذف می‌شد، در صورتی که از نظر نویسندگان قابلیت بهبود، تغییر و در نهایت نگهداری را داشت، توصیه به مرحله دوم روش دلفی^۱ و جلسه جمع‌بندی نظرات خبرگان برده شد تا یک اجماع حاصل شد. طی دو جلسه توصیه‌هایی با اختلاف نظر بالا مجدداً با توضیحات و دفاعیات متخصصان همان موضوع بررسی گردید.

مدیریت تعارض منافع

تهیه‌کنندگان این راهنما تأکید می‌کنند که در تدوین آن، از اصول علمی و شواهد معتبر جهانی پیروی شده است و هیچ‌گونه منفعت مالی، سازمانی، سیاسی یا عقیدتی که بتواند منجر به سوگیری در محتوا شود وجود نداشته است. تمامی اعضای تیم علمی و اجرایی موظف بوده‌اند هرگونه ارتباط احتمالی با سازمان‌ها، نهادها یا گروه‌های ذی‌نفع را به‌طور شفاف اعلام نمایند و در صورت وجود تعارض،

^۱ Delphi

اقدامات لازم برای مدیریت و کاهش اثر آن صورت گرفته است. هدف اصلی این راهنما، ارائه مراقبت ایمن، اخلاقی و مبتنی بر شواهد برای افراد مبتلا به ملال جنسیتی در چارچوب ارزش‌های فرهنگی و قوانین کشور می‌باشد.

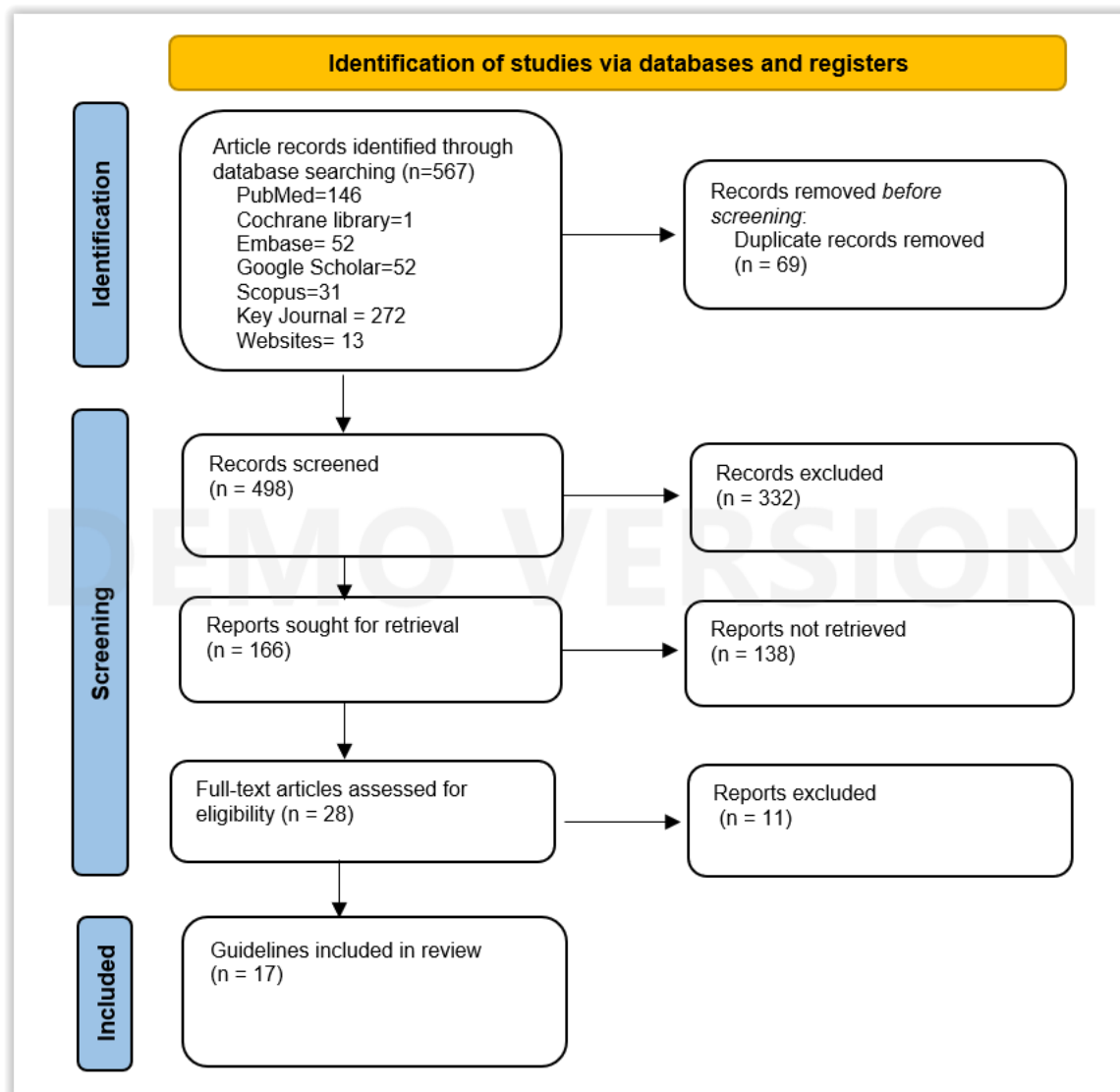
کاربران هدف راهنما

- متخصصان روانپزشکی
- درمانگران مشکلات جنسی^۱
- متخصصان غدد
- متخصصان اورولوژی
- متخصصان زنان و زایمان
- متخصصان جراحی عمومی (فلوشیپ جراحی پستان)
- روانشناسان بالینی
- پزشکان عمومی / خانواده

عرضه اصلی که راهنما باید در آن به کار گرفته شود:

- (۱) سطح مراقبت‌های اولیه سلامت (پزشکی خانواده و مراقب سلامت)
- (۲) سطح دوم (متخصص روانپزشکی، روانشناس بالینی، درمانگر جنسی، فوق تخصص غدد، اورولوژی، زنان و جراح عمومی) بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی

^۱ در سوال ۱۱ درمانگر جنسی تعریف شده است.



تصویر ۱ - نمودار جریان فرآیند انتخاب شواهد علمی جهت پاسخگویی به سئوالات بالینی راهنما

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Anderson K, Krakowsky Y, Potter E, Hudson J, Cox AR. Adult transgender care: A review for urologists. Canadian Urological Association Journal. 2021 Mar 18;15(10):345.	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8525536/
Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, Ettner R, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health. 2022 Sep 6;23(Suppl 1):S1-S259.	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9553112/#S0015
Shulman GP, Holt NR, Hope DA, Mocarski R, Eyer J, Woodruff N. A Review of Contemporary Assessment Tools for Use with Transgender and Gender Nonconforming Adults. Psychol Sex Orientat Gend Divers. 2017 Sep;4(3):304-313.	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5703434
سلطانی زاده و همکاران. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه هویت جنسیتی/ ملال جنسیتی برای نوجوانان و بزرگسالان در نوجوان دختر. فصل‌نامه پژوهش در سلامت روان شناختی، ۱۳۹۸، دوره ۱۳، شماره ۴	https://ensani.ir/fa/article/425556/
Joseph J Deogracias, et al. The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults, J Sex Res, 2007 Nov;44(4):370-9	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18321016/
Wang Y, et al. Validation of the Chinese Version of the Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults, J Sex Med. 2021 Sep;18(9):1632-1640.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247955/
Richards C, Lenihan P, Milton M, Moon I, Zitz C. Guidelines for Psychologists Working with Gender, Sexuality and Relationship Diversity for adults (aged 18 and over). 2nd ed. British Psychological Society, 2024. 18 p.	https://www.bps.org.uk/guideline
American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. American psychologist. 2015 Dec 16;70(9):832-64.	https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf
Poteat T, Davis AM, Gonzalez A. Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People. JAMA. 2023;329(21):1872–1874. doi:10.1001/jama.2023.8121	https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2805345
Davidson JR, DuPont RL, Hedges D, Haskins JT. Efficacy, safety, and tolerability of venlafaxine extended release and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 1999 Aug 1;60(8):528-35.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10485635/
American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts [Internet]. 2019 Feb	https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf
National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder.2006.	https://bddfoundation.org/wp-content/uploads/2025/01/CG031

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Mueller SC. Mental health treatment utilization in transgender persons: what we know and what we don't know. American Journal of Psychiatry. 2020 Aug 1;177(8):657-9.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32741290/
Expósito-Campos P, Balaguer MG, Murillo FH, Dubra AP, de Miguel Rodríguez LF, Collazo PF, Morant ET, Pardo IM, Ariño CM. Psychological assessment and counseling remain important features of quality care: A descriptive study of individuals who did not start gender-affirming medical treatment in a gender identity unit in Spain. Endocrinología, Diabetes y Nutrición. 2025 Feb 1;72(2):101533.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39978871/
Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen GG. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017 Nov 1; 102(11):3869-3903.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28945902/
T'Sjoen G, Arcelus J, De Vries ALC, Fisher AD, Nieder TO, Özer M, Motmans J. European Society for Sexual Medicine Position Statement "Assessment and Hormonal Management in Adolescent and Adult Trans People, With Attention for Sexual Function and Satisfaction". J Sex Med. 2020 Apr;17(4):570-584.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32111534/ https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012
NHS-England. Gender Identity Services for Adults (Non-Surgical Interventions). 2022.	https://www.england.nhs.uk/publication/service-specification-gender-identity-services-for-adults-non-surgical-interventions/
NHS-England. Gender Identity Services for Adults (Surgical Interventions). 2023.	https://www.engage.england.nhs.uk/survey/gender-identity-services-for-adults/user_uploads/gender-identity-surgical.pdf
Homewood D, Kennedy C, Goossen H, Blecher G. Urological focus on gender affirmation surgery. Aust J Gen Pract. 2024 May;53(5):275-282.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38697058/
Bourns A. Guidelines for gender affirming primary care with trans and non-binary patients [4th ed.]. Rainbow Health Ontario. 2022.	https://policycommons.net/artifacts/2125426/guidelines-for-gender-affirming-primary-care-with-trans-and-non-binary-patients/2880724/
Cass H. Independent review of gender identity services for children and young people: Final report. NHS England / Independent Review. 2024.	https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/
Deutsch MB. Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people. 2016. UCSF Center of Excellence for Transgender Health Available at: http://transhealth.ucsf.edu/trans . 2021 Apr 21.	https://transcare.ucsf.edu/guidelines
Heathcote C, Taylor J, Hall R, Jarvis SW, Langton T, Hewitt CE, Fraser L. Psychosocial support interventions for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. Archives of Disease in Childhood. 2024 Nov 1;109(Suppl 2):s19-32.	https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326347
Hall R, Taylor J, Heathcote C, Langton T, Hewitt CE, Fraser L. Gender services for children and adolescents	https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326348

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
across the EU-15+ countries: an online survey. Archives of Disease in Childhood. 2024 Nov 1;109(Suppl 2):s83-92.	
Kingdon CC. Holistic approach to gender questioning children and young people. Arch Dis Child. 2024 Oct 30;109(Suppl 2):s1-s2.	https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326347
Macdonald V, Verster A, Mello MB, Blondeel K, Amin A, Luhmann N, Baggaley R, Doherty M. The World Health Organization's work and recommendations for improving the health of trans and gender diverse people. J Int AIDS Soc. 2022 Oct;25 Suppl 5(Suppl 5):e26004.	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.26004/full
Moral-Martos A, Guerrero-Fernández J, Gómez-Balaguer M, Rica Echevarría I, Campos-Martorell A, Chueca-Guindulain MJ, García García E, Hoyos-Gurrea R, López de Lara D, López-Siguero JP, Martos Tello JM, Mora Palma C, Riaño Galán I, Yeste Fernández D. Clinical practice guidelines for transsexual, transgender and gender diverse minors. An Pediatr (Engl Ed). 2022 Apr;96(4):349.e1-349.e11.	https://doi.org/10.1016/j.anpede.2022.02.002
Morenz AM, Goldhammer H, Lambert CA, Hopwood R, Keuroghlian AS. A Blueprint for Planning and Implementing a Transgender Health Program. Ann Fam Med. 2020 Jan;18(1):73-79.	https://doi.org/10.1370/afm.2473
Nieder TO, Strauss B. Transgender health care in Germany: Participatory approaches and the development of a guideline. International Review of Psychiatry. 2015 Sep 3;27(5):416-26.	https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1074562
Taylor J, Hall R, Heathcote C, Hewitt CE, Langton T, Fraser L. Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of guideline quality (part 1). Archives of disease in childhood. 2024 Nov 1;109(Suppl 2): s65-72.	https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326499
Taylor J, Hall R, Heathcote C, Hewitt CE, Langton T, Fraser L. Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of recommendations (part 2). Archives of Disease in Childhood. 2024;109:s73-s82.	https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326500
Transgender and gender diverse hormone therapy quick guide: Gender affirming hormone therapy. (n.d.)	https://www.hopkinsmedicine.org/-/media/center-for-transgender-health/documents/tgd-gaht-quick-guide.ashx
NHS England. Interim service specification: Interim specialist service for children and young people with gender incongruence (Amended March 12, 2024). NHS England.	https://www.england.nhs.uk
Rafferty J; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Adolescence; Section on Lesbian, Gay, Bisexual, And Transgender Health and Wellness. Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse	https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Children and Adolescents. Pediatrics. 2018 Oct;142(4): e2018-2162.	
Krieger, I. (2018). Helping your transgender teen: A guide for parents (2nd ed.). Jessica Kingsley Publishers.	https://uk.jkp.com/products/helping-your-transgender-teen-2nd-edition
اصغری ف. وضعیت فقهی و حقوقی تغییر جنسیت. مجله مطالعات حقوق تطبیقی معاصر، دوره ۲ شماره ۲ مهر ۱۳۹۰ ص ۱-۱۷	https://law.tabrizu.ac.ir/article_2067.html
علوی ک، جلالی ا.ح، افتخار م. گرایش جنسی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال بیستم شماره ۱ ص ۴۳-۴۹	https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1049213
صابری س.م. کتاب قانون و روان پزشکی. انتشارات مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، چاپ اول ۱۳۹۴، فصل ۲ ص ۴۲-۴۳	
کریمی نیا م.م. کتاب تغییر جنسیت از منظر فقه و حقوق. نشر مرکز فقهی ائمه اطهار (ع) قم، چاپ ۱۳۸۹	

جدول ۱ - فهرست منابع اصلی مورد استناد در تدوین راهنما

شیوه نگارش گزارش نهایی

الگوی نگارش:

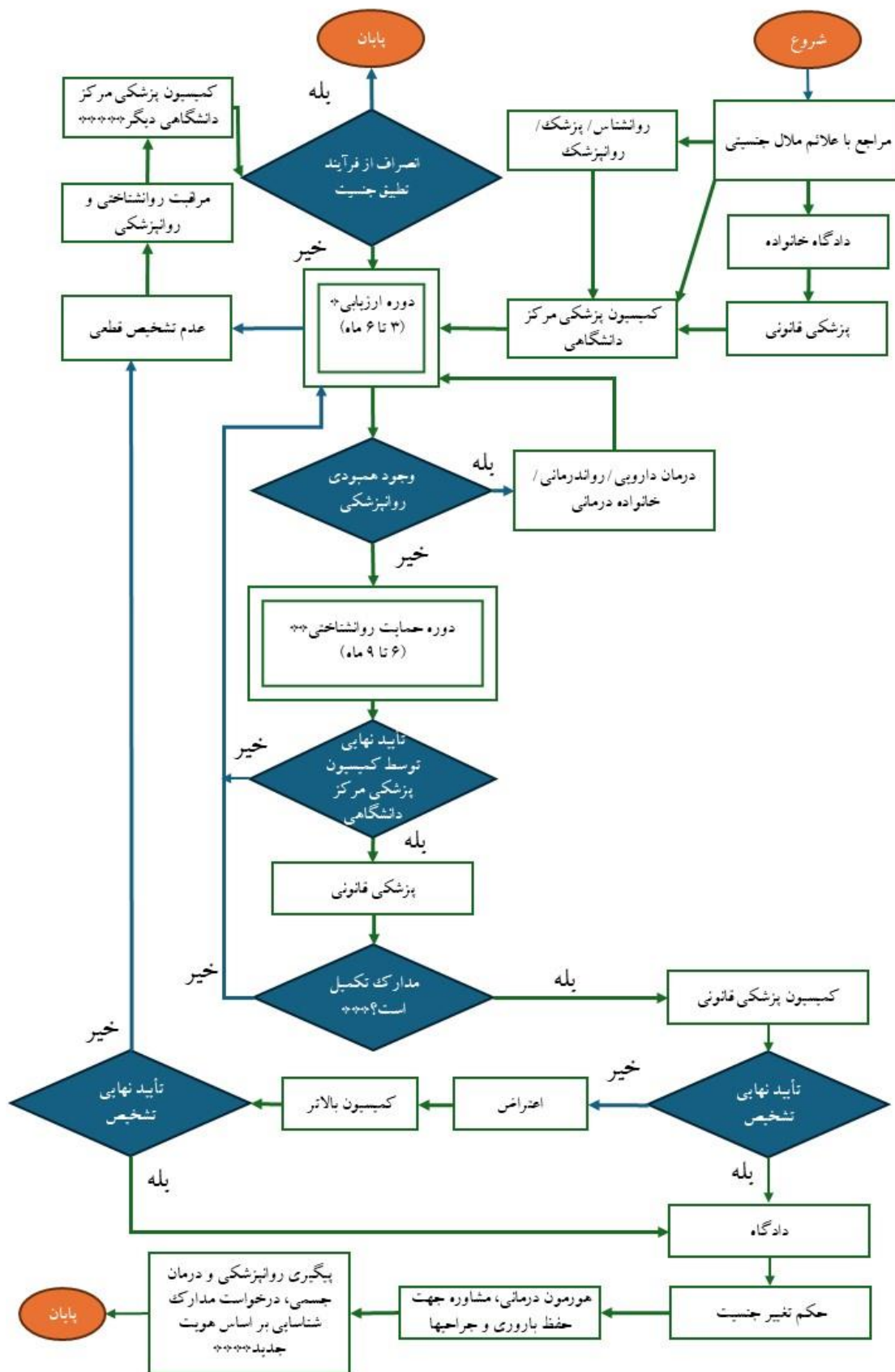
جهت تدوین گزارش نهایی، از الگوی ملی بومی سازی راهکارهای طبابت بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استفاده شد.

قابلیت بومی سازی			عوارض جانبی	منافع	هزینه	توصیه ها
زیاد	متوسط	کم	۱: بیشترین عوارض ۳: کمترین عوارض	۱: کمترین منافع ۳: بیشترین منافع	۱: پرهزینه ۳: کم هزینه	

مشخصات همکاران اصلی طرح: (به ترتیب حروف الفبا)

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	درجه علمی	دانشگاه محل خدمت
(۱)	دکتر علیرضا استقامتی	فوق تخصص غدد	استاد	علوم پزشکی تهران
(۲)	دکتر مائده پرویزی	فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان	استادیار	علوم پزشکی ایران
(۳)	دکتر مهدی تهرانی دوست	فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان	استاد	علوم پزشکی تهران
(۴)	دکتر کامیار توکلی	متخصص اورولوژی	دانشیار	علوم پزشکی مشهد
(۵)	دکتر اعظم السادات حیدری	فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان	دانشیار	علوم پزشکی مشهد
(۶)	دکتر سید جلیل حسینی	متخصص اورولوژی	استاد	علوم پزشکی شهید بهشتی
(۷)	دکتر فاطمه رنجبر	متخصص روانپزشکی	استاد	علوم پزشکی تبریز
(۸)	دکتر فیروزه رئیسی	متخصص روانپزشکی - طب روان جنسی	استاد	علوم پزشکی تهران
(۹)	دکتر غزاله زرگری نژاد	دکترای روانشناسی بالینی	استادیار	علوم پزشکی ایران
(۱۰)	دکتر سیده نسیبه ساداتی	متخصص روانپزشکی - طب روان جنسی	استادیار	علوم پزشکی مازندران
(۱۱)	دکتر ربابه سلیمانی	متخصص روانپزشکی - طب روان جنسی	استاد	علوم پزشکی گیلان

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	درجه علمی	دانشگاه محل خدمت
(۱۲)	دکتر زهرا شاهواری	دکترای سلامت باروری	دانشیار	آزاد اسلامی واحد گچساران
(۱۳)	دکتر سید وحید شریعت	متخصص روانپزشکی	استاد	علوم پزشکی ایران
(۱۴)	دکتر آرمین شیروانی	پزشک - دکترای تخصصی آموزش پزشکی	-	
(۱۵)	دکتر مهدی صابری	متخصص روانپزشکی - پزشکی قانونی	دانشیار	سازمان پزشکی قانونی کشور
(۱۶)	دکتر سهیلا صیاد	متخصص جراحی عمومی - جراحی پستان	دانشیار	علوم پزشکی ایران
(۱۷)	دکتر علی طلائی	متخصص روانپزشکی - طب روان تنی	استاد	علوم پزشکی مشهد
(۱۸)	دکتر آناهیتا عربی	متخصص روانپزشکی - طب روان جنسی	استادیار	علوم پزشکی مشهد
(۱۹)	دکتر جواد علاقیندراد	فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان	استاد	علوم پزشکی تهران
(۲۰)	دکتر مهستی علیزاده	متخصص پزشکی اجتماعی	استاد	علوم پزشکی تبریز
(۲۱)	دکتر ارغوان فخریان	متخصص روانپزشکی - طب روان جنسی	-	
(۲۲)	دکتر پگاه کریمیان	فوق تخصص غدد کودکان	استادیار	علوم پزشکی ایران
(۲۳)	دکتر آزاده مظاهری	متخصص روانپزشکی - طب روان جنسی	دانشیار	علوم پزشکی شهید بهشتی
(۲۴)	دکتر نیلوفر مهدوی هزاوه	متخصص روانپزشکی - روان درمانی	استادیار	علوم پزشکی شهید بهشتی
(۲۵)	دکتر مرضیه وحید دستجردی	متخصص زنان و زایمان	استاد	علوم پزشکی تهران
(۲۶)	دکتر مهدی هرمزپور	متخصص روانپزشکی - طب روان تنی پزشکی قانونی	استادیار	علوم پزشکی تهران



توضیحات فلوچارت مراجعین با علائم ملال جنسیتی:

*ارزیابی: شامل شرح حال کامل روانپزشکی، ارزیابی اختلال همراه روانپزشکی/جسمی، رد کردن تشخیص افتراقی ها، ارزیابی وضعیت روان، بررسی خطر خودکشی، بررسی ظرفیت تصمیم گیری، مصاحبه با خانواده، بررسی روابط خانوادگی/ شغلی، بررسی سابقه آزار (اعم از جسمی، جنسی و عاطفی) و اقدامات روان سنجی توسط روانپزشک.

**دوره حمایت روانشناختی (درمان اختلالات و بهبود مشکلات روانشناختی): شامل بررسی روابط عاطفی/ جنسی، آموزش گزینه های غیرپزشکی، بررسی گزینه تجربه زیسته، بررسی انتظارات از درمان تطبیق جنسیتی (هورمونی و جراحی)، بررسی امکان باروری (تنها توسط روانپزشک)، ارجاع جهت هورمون درمانی با اثر برگشت پذیر به فوق تخصص غدد (تنها توسط روانپزشک)، حمایت از روابط بین فردی و خانوادگی و بررسی حمایت خانواده/دوستان/همکاران که اگر توسط روانشناس انجام شود، حداقل هر ۶ هفته توسط روانپزشک ویزیت شود.

*** تکمیل ارزیابی و حمایت روانشناختی: چنانچه از نظر کمیسیون پزشکی قانونی مدارک تکمیل نباشد و یا نیاز به ارزیابی و حمایت روانشناختی بیشتری باشد، بر حسب صلاحدید کمیسیون پزشکی قانونی و روانپزشک، مدت زمان ارزیابی و حمایت روانشناختی در نظر گرفته می شود.

****درخواست مدارک شناسایی بر اساس هویت جدید: افراد^۱ MTF بعد از عمل جراحی برداشتن اندام تناسلی مردانه و ایجاد واژن باید درخواست تغییرنام را به طرفیت سازمان ثبت احوال به دادگاه بدهند. دادگاه از پزشکی قانونی استعلام کرده و پس از تایید این که عمل جراحی غیرقابل برگشت برداشتن اندام های جنسی مردانه انجام شده و نامبرده از نظر هویت روانی جنسی مونث است، دادگاه با تغییرنام او موافقت و رأی خود را برای ارائه به سازمان ثبت احوال صادر می کند.

افراد^۲ FTM پس از انجام ماستکتومی، هیسترکتومی و اوفورکتومی می توانند در صورت تمایل، درخواست تغییرنام خود را به دادگاه ارائه دهند. از آن جا که عمل ترمیمی معمولاً سه تا ۴ سال بعد خواهد بود و برخی افراد ممکن است کلاً از این جراحی منصرف شوند یا سال ها به تاخیر بیاورند تغییرنام فقط با تایید پزشکی قانونی قابل انجام است. پزشکی قانونی پس از استعلام از مرکز جراحی، اخذ پرونده و شرح عمل و نیز معاینه جسمی و مصاحبه روان پزشکی فرد، با این تشخیص که: اعمال جراحی غیرقابل برگشت برداشتن اندام های جنسی زنانه انجام شده و نامبرده از نظر هویت روانی جنسی مذکر است، پاسخ را به دادگاه ارائه می کند و دادگاه با تغییرنام موافقت و رأی خود را برای ارائه به سازمان ثبت احوال صادر می نماید.

***** اگر کمیسیون پزشکی قانونی در چند مرحله (پس از اعتراض مراجع و ارجاع به کمیسیون های بالاتر) همچنان تغییر جنسیت را جایز نداند، می تواند یک نوبت دیگر مراجع را برای ارزیابی مجدد به روانپزشک دیگری ارجاع دهد. مطلوب است که در این مسیر فرآیند ثبت پرونده و دسترسی روانپزشک دوم به پرونده های قبلی مراجع برقرار باشد. در صورتی که مجدداً نظر کمیسیون به عدم تشخیص ملال جنسیتی باشد، مراجع می تواند از دادگاه دیگری اقدام نماید.

¹ Male to Female

² Female to Male

سؤال ۱) معیارهای تشخیصی ملال جنسیتی در افراد بزرگسال کدامند؟

فهرست منابع اصلی مورد استناد در تدوین راهنما

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9553112/#S0015
Guidelines for the Primary and Gender Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People	https://transcare.ucsf.edu/sites/transcare.ucsf.edu/files/Transgender-PGACG-6-17-16.pdf

توصیه ۱: استفاده از یک معیار تشخیصی واحد توسط متخصصان و ارائه دهندگان خدمات

ملال جنسیتی^۱ حالتی از ناراضایتی یا ناراحتی را توصیف می‌کند که ممکن است زمانی تجربه شود که هویت جنسیتی یک فرد با جنسیتی که به لحاظ فیزیکی و/یا اجتماعی بر اساس جنسیت تعیین شده در بدو تولد به او نسبت داده شده، ناسازگار باشد. ملال جنسیتی همچنین یک اصطلاح تشخیصی در DSM-5-TR است و به ناهماهنگی بین جنسیت اختصاص یافته در بدو تولد و جنسیت تجربه شده همراه با ناراضایتی یا پریشانی بالینی اشاره دارد. نکته مهم این است که همه افراد تراجنسیتی، الزاماً حد نهایی ملال جنسیتی را تجربه نکرده و برای فرآیند تغییر جنسیت (جراحی یا هورمون درمانی) اقدام نمی‌کنند.

تشخیص ملال جنسیتی (GD) در بزرگسالان بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5-TR بوده و مستلزم وجود حداقل دو مورد از شش معیار زیر به مدت حداقل شش ماه است:

- ۱) تعارض بین جنسیت تجربه شده یا ابراز شده و ویژگی‌های جنسی اولیه و/یا ثانویه تعیین شده در بدو تولد.
- ۲) تمایل شدید به حذف ویژگی‌های جنسی اولیه و/یا ثانویه خود به دلیل ناسازگاری با جنسیت تجربه شده.
- ۳) تمایل شدید به داشتن ویژگی‌های جنسی اولیه و/یا ثانویه جنسیت دیگر.
- ۴) تمایل شدید به شناسایی به عنوان جنسیت دیگر یا جنسیتی جایگزین که مطابق با دوگانه‌های سنتی مردانه یا زنانه نیست.
- ۵) تمایل شدید به آنکه دیگران او را به عنوان عضوی از جنسیت دیگر یا جنسیتی جایگزین بپذیرند و با او رفتار کنند.
- ۶) اعتقاد قوی به اینکه احساسات و واکنش‌های فرد، بیشتر مطابق با جنسیت دیگر یا جنسیت جایگزین است تا با جنسیت تعیین شده در هنگام تولد.

¹ Gender Dysphoria

علاوه بر این، از نظر بالینی باید پربشانی قابل توجه یا اختلال در عملکرد در زمینه‌های اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم زندگی فرد وجود داشته باشد.

DSM-5-TR شامل دو تشخیص اضافی نیز است:

سایر ملال جنسیتی مشخص شده^۱:

این تشخیص زمانی مطرح می‌شود که فرد تظاهرات مشخصی از ملال جنسیتی را داشته باشد، اما پزشک تشخیص دهد که برخی از معیارهای تشخیصی کامل برآورده نشده‌اند. این وضعیت معمولاً زمانی رخ می‌دهد که برخی از معیارهای اصلی (A) برآورده شده باشند، اما شرط مدت زمان کافی رعایت نشده باشد.

ملال جنسیتی نامشخص^۲:

این تشخیص زمانی استفاده می‌شود که پزشک بنا به دلایلی تصمیم می‌گیرد توضیح ندهد که چرا معیارهای کامل تشخیصی برآورده نشده‌اند. این تشخیص ممکن است در شرایطی مناسب باشد که پزشک زمان کافی برای ارزیابی کامل علائم بیمار را نداشته باشد.

توصیه ۲: آشنایی ارائه دهندگان خدمات به افراد دارای ملال جنسیتی با تشخیص افتراقی GD

تشخیص افتراقی ملال جنسیتی در نوجوانان و بزرگسالان شامل موارد زیر است:

- رفتارهای غیرمعمول جنسیتی که به سطح اختلال نمی‌رسند.
- اختلال دگرپوشی^۳: نوعی پارافیلیا که در آن فرد از پوشیدن لباس‌های جنس مخالف تحریک جنسی می‌شود.
- اختلال بدریخت‌انگاری بدن^۴: تمایل به تغییر یا حذف بخشی از بدن به دلیل تصور ناخوشایند بودن آن.
- اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات روان‌پریشی و خلقی: در برخی موارد، توهمات مرتبط با تغییر جنسیت ممکن است در افراد مبتلا به اختلالات سایکوتیک و خلقی دیده شود.
- نکته مهم:** اگر معیارهای کامل ملال جنسیتی در فردی مبتلا به اختلال سایکوتیک در دوره بهبودی روان‌پریشی (زمانی که سایکوز تحت کنترل است) برآورده شود، تشخیص ملال جنسیتی همچنان معتبر است. همچنین، اگر ملال جنسیتی پیش از شروع اختلال سایکوتیک وجود داشته باشد، می‌توان تشخیص ملال جنسیتی را در نظر گرفت.
- جنسیت نامنطبق^۵ و رفتارهای غیرمعمول جنسیتی: افرادی که رفتارهای ناهمخوان جنسیتی دارند ولی به دلیل هویت جنسی بدو تولد خود لزوماً دچار دیسترس بالینی بارزی نیستند.
- گرایش به هم جنس
- اختلال شخصیت مرزی
- تمایل به داشتن جنسیت‌های جایگزین مانند جنسیت غیردوگانه^۶

¹ Other Specified GD

² Unspecified GD

³ Transvestic Disorder

⁴ Body Dysmorphic Disorder

⁵ Gender Nonconforming

⁶ Genderqueer

توصیه ۳: استفاده از زبان و ادبیات مناسب به طوری که احساس امنیت، کرامت و احترام به مراجع با توجه به ملاحظات فرهنگی لحاظ شود. زبان و نحوه تعامل با مراجعان باید به گونه‌ای باشد که اصول کرامت انسانی، و احترام به هویت جنسیتی آنها (از جمله عدم قضاوت کردن مراجع) رعایت شود. استفاده از اصطلاحات مناسب و اجتناب از کلمات یا رفتارهای توهین‌آمیز یا تحقیرآمیز، نقش مهمی در ایجاد محیطی امن و حمایتگر دارد.

توصیه ۴: آشنایی ارائه‌دهندگان خدمات با اصطلاحات مربوط به ملال جنسیتی و تفاوت بین مفاهیم ارائه‌دهندگان خدمات به افراد با ملال جنسیتی باید با واژه‌ها و اصطلاحات مرتبط (ضمیمه ۱) آشنا بوده و تفاوت‌های میان آنها را به خوبی درک کنند. آشنایی با این اصطلاحات، به بهبود تعاملات درمانی و ارائه خدمات مناسب‌تر منجر می‌شود.

سؤال ۲) روش‌های تشخیصی و ابزارهای کمک تشخیصی ملال جنسیتی کدامند؟

فهرست منابع اصلی مورد استناد در تدوین راهنما

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
A Review of Contemporary Assessment Tools for Use with Transgender and Gender Nonconforming Adults, Grant P Shulman et al., Psychol Sex Orientation Gender Divers, available in PMC: 2018 Sep 1.	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5703434
سلطانی زاده و همکاران ۱۳۹۸ ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه هویت جنسیتی/ ملال جنسیتی برای نوجوانان و بزرگسالان در نوجوان دختر فصل نامه پژوهش در سلامت روان شناختی، دوره ۱۳، شماره ۴	https://ensani.ir/fa/article/425556/
Joseph J Deogracias, et al. The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults, J Sex Res., 2007 Nov;44(4):370-9	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18321016/
Wang Y, et ai., Validation of the Chinese Version of the Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults, J Sex Med. 2021 Sep;18(9):1632-1640	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247955/

توصیه ۱: اقداماتی که باید توسط روانپزشک انجام شود، شامل موارد زیر است:

اقدامات ضروری:

- ۱) می‌بایستی شرح حال کامل روانپزشکی و ارزیابی وضعیت روانی بر مبنای اصول مصاحبه روانپزشکی با تأکید بر معیارهای تشخیصی DSM-5-TR انجام شود.
- ۲) در این قسمت باید از میزان انگیزه، اینکه چگونه به این فکر افتاده و دامنه مداخلات مدنظر مراجع در خصوص تغییر جنسیت پرس و جو شود.
- ۳) می‌بایستی استمرار علائم ملال جنسیتی مورد ارزیابی قرار گیرد.
- ۴) می‌بایستی وضعیت سلامت جنسی و سابقه پزشکی مراجع ارزیابی شود.

توصیه ۲: اقداماتی که توسط پزشک فوق تخصص غدد یا پزشک خانواده/عمومی که در دوره‌های آموزشی در این زمینه شرکت کرده است (بر اساس قسمت مربوطه در راهنمای بالینی)، انجام می‌گیرد.

- ۱) می‌بایستی سابقه پزشکی مراجع ارزیابی شود.
 - ۲) می‌بایستی معاینه فیزیکی کامل از مراجع انجام شود.
 - ۳) هر نوع آزمایش طبی لازم بنا به تشخیص پزشک انجام شود.
- (درخواست این آزمایش‌ها می‌تواند توسط سایر اعضای تیم تخصصی نیز انجام شود).

توصیه ۳: اقدامات روان‌سنجی که بر اساس درخواست روانپزشک (با ویژگی‌های ذکر شده در بند الف) و توسط روان‌سنج یا روان‌شناس مجرب انجام می‌شود.

آزمون‌های اختصاصی موجود در کشور:

این موارد جزء اقدامات مورد نیاز یا توصیه‌های قوی است و برای همه موارد باید انجام شود زیرا ابزارهای کمک تشخیصی به شمار می‌روند.

(۱) آزمون نقش جنسیتی ساندرا بم - نشان دهنده وجود ویژگی‌های جنسیتی تعریف شده و نقش سنتی و مورد انتظار جامعه است.

(۲) پرسشنامه ملال جنسیت برای نوجوانان و بزرگسالان - تأیید کننده وجود ملاک‌های تشخیصی ملال جنسیتی است.

(۳) پرسشنامه ارزیابی تصویر بدنی^۱ - یک ابزار کمک تشخیصی برای ارزیابی تصویر بدنی در مراجعین با ملال جنسیتی است.

توصیه ۴: ارزیابی بالینی فرد بر اساس دوره تجربه زندگی واقعی^۲

این امر از اقدامات ضروری است که روانپزشک در زمان و مرحله مناسبی از دوره ارزیابی و درمان بر اساس توضیح مرتبط با پاسخ سؤال ۷ توصیه می‌کند. مراجع حداقل به مدت ۶ ماه در پوشش، نقش اجتماعی و هویت اسمی دلخواه در جامعه زندگی می‌کند. این شامل همه محیط‌هایی است که فرد رفت و آمد دارد.

این موضوع به صورت ارائه تکالیف مشخص شده است و نتایج آن به دقت در جلسات درمانی ارزیابی می‌شود. تمامی واکنش‌ها و بازخوردها در پرونده ثبت شده و در اولین جلسه ویزیت روانپزشک مورد توجه و بررسی قرار می‌گیرد. البته در موارد معدودی ممکن است مقاومت برای این کار در افراد با شرایط خاص خانوادگی، فرهنگی و اجتماعی دیده شود. در چنین مواردی روانپزشک می‌تواند ابتدا توصیه پوشش را محدود به جاهایی کند که برای فرد کمتر استرس زاست و در عین حال با توضیح اهمیت این اقدام، به او کمک کند تا این مرحله را با کمترین استرس طی کند.

چنانچه فرد به هر دلیلی مایل و یا قادر به انجام این مرحله نباشد، ادامه جلسات درمانی معطوف به ارائه خدمات حمایتی روانپزشکی مانند درمان دارویی اضطراب یا مشکل خلقی، کمک برای تطابق با محیط زندگی، شغلی یا تحصیلی و ارائه مشاوره در مورد هورمون درمانی، پایش نگرانی‌ها و تردیدهای فرد در مورد تغییر جنسیت و انتخاب نقش جنسیتی دلخواه خواهد بود. تجربه زندگی واقعی برای فردی که تاکنون آن را انجام نداده، اجباری نیست و روانپزشک در مورد مراجعی که تمایل یا شرایط انجام آن را ندارد، نباید بر انجام آن اصرار کند مگر آنکه مراجع درخواست جدی برای جراحی تغییر جنسیت داشته باشد.

توصیه ۵: ارزیابی انتظار مراجع از هورمون درمانی

این موضوع از اقدامات ضروری است. پزشک فوق تخصص غدد باید به روشنی انتظارات فرد از اقدامات درمانی را ارزیابی کرده و اطلاعات نادرست مراجع را اصلاح کنند. همچنین باید انتظارات غیرواقعی و غیرقابل دسترسی برای فرد مشخص شده و بطور کامل تشریح شود و بینش جامع نسبت به پیامدها و کاستی‌های آینده ایجاد شود. ثبت تمام اطلاعات اخذ شده در پرونده فرد الزامی است.

توصیه ۶: ارزیابی انتظار مراجع از نقش اجتماعی آینده

¹ Body Image Questionnaire

² Real Life Experience

این امر از اقدامات ضروری است. روانپزشک و یا روانشناس بالینی (که دوره‌های آموزشی مرتبط در این زمینه را گذرانده است) باید به روشنی انتظارات فرد از نقش اجتماعی در آینده را ارزیابی کرده و اطلاعات نادرست مراجع را اصلاح کنند. همچنین باید انتظارات غیرواقعی و غیرقابل دسترسی برای فرد مشخص شده و به طور کامل تشریح شود و بینش جامع نسبت به پیامدها و کاستی‌های آینده ایجاد شود. ثبت تمام اطلاعات اخذ شده در پرونده فرد الزامی است. برخی اطلاعات و انتظارات نادرست عبارتند از: پذیرفته شدن بی قیدوشرط در خانواده، توانایی کامل برقراری رابطه جنسی پس از جراحی، حفظ توانایی باروری پس از جراحی و افزایش رشد قد در صورت استفاده از تستوسترون

توصیه ۷: ارزیابی انتظار مراجع از احتمال باروری و بارداری

این موضوع از اقدامات ضروری است. روانپزشک / پزشک متخصص زنان با فلوشیپ ناباروری / اورولوژیست (که دوره‌های آموزشی مرتبط در این زمینه را گذرانده است) باید به روشنی انتظارات فرد از احتمال باروری و بارداری در آینده را ارزیابی کرده و اطلاعات نادرست مراجع را اصلاح کنند. همچنین باید انتظارات غیرواقعی و غیرقابل دسترسی برای فرد مشخص شده و بطور کامل تشریح شود و بینش جامع نسبت به پیامدها و محدودیت‌ها در آینده ایجاد شود. به علاوه، توصیه می‌شود این مراجعین جهت حفظ باروری به کلینیک‌های ناباروری و مراکز ذخیره گامت راهنمایی شوند. ثبت تمام اطلاعات اخذ شده در پرونده فرد الزامی است.

توصیه ۸: اقدامات اختیاری

- (۱) بنا به تشخیص پزشک، معاینه اندام تناسلی توسط اورولوژیست/ پزشک متخصص زنان/پزشک عمومی آموزش دیده انجام شود. (برای مثال اگر مراجع سابقه ازدواج و بچه‌دار شدن دارد، پزشک می‌تواند از معاینه اندام تناسلی صرف نظر کند). جلب موافقت مراجع در این زمینه الزامی است. اگر معاینه باعث ناراحتی فرد شده و حاضر به پذیرش آن نشود باید در پرونده بالینی کلینیک تخصصی و پزشک عمومی ثبت شود.
- (۲) سایر آزمایش‌ها از جمله آزمایش هیپاتیت، ایدز و مواد مخدر در صورت ضرورت انجام شود.
- (درخواست این آزمایش‌ها می‌تواند توسط سایر اعضا تیم تخصصی نیز انجام شود، از جمله روانپزشک)
- (۳) ارزیابی کاربوتایپ در صورت ضرورت بر حسب تشخیص پزشک فوق تخصص غدد انجام شود.
- (این درخواست می‌تواند توسط سایر اعضا تیم تخصصی نیز انجام شود، از جمله پزشک متخصص زنان)

توصیه ۹: آزمون‌های کمک کننده غیراختصاصی موجود در کشور

- این موارد جزء اقداماتی است که بهتر است انجام شود. آزمون‌های غربالگری اختلالات روانی، شخصیتی، خلقی، شامل:
- (۱) پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا - ابزار کمک تشخیصی برای ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی و مطرح کننده احتمال وجود ناهنجاری‌های روانی در فرد می‌باشد.
 - (۲) پرسشنامه افسردگی بک - یک ابزار خودگزارشی برای تعیین درجه افسردگی است.
 - (۳) پرسشنامه سلامت عمومی (۲۸ یا ۱۲ سئوالی) - یک ابزار خود گزارشی برای بررسی احتمال آسیب روانی است.
 - (۴) فهرست واریسی نشانه‌ها ۹۰ سئوالی تجدید نظر شده - یک ابزار کمک تشخیصی برای بررسی احتمال وجود اختلالات روانی مهم و نیاز به مداخلات روان پزشکی است.
 - (۵) پرسشنامه مقیاس پاسخ‌دهی اجتماعی (SRS-2) - یک ابزار کمک تشخیصی برای بررسی اختلال طیف اوتیسم می‌باشد.

آزمون‌های نگرش به جنسیت و تمایلات جنسیت:

(این موارد باید پس از استاندارد شدن و اعتباریابی در فهرست اقدامات مورد نیاز یا توصیه‌های قوی گذاشته شود).
انتخاب این آزمون‌ها بر اساس نیاز به بررسی موارد جزئی‌تر اهمیت پیدا می‌کنند. بر اساس ارزیابی روانپزشک در برخی افراد نیاز بیشتری به بررسی ویژگی‌های خلقی و شخصیتی وجود دارد. برخی از ابزارها برای افراد کم‌سواد مناسب‌تر است و در بعضی موارد نیاز به سنجش تأثیر افکار وسواسی و استرس می‌باشد. بنابراین منظور این نیست که برای همه افراد تمامی این آزمون‌ها انجام شود بلکه این مجموعه پیشنهادی است برای مواردی که در بالا گفته شد تا حسب مورد استفاده شود.

Gender Identity Reflection and Rumination Scale (GRRS) (Bauerband & Galupo, 2014)

Gender Minority Stress and Resilience Scale (GMSR) (Testa et al., 2015)

Strength of Transgender Identity Scale (STIS) (Barr et al., 2016)

Transgender Adaptation and Integration Measure (TGAIM) (Sjoberg et al., 2006)

Transgender Community Belongingness (Barr et al., 2016)

Transgender Congruence Scale (TCS) (Kozee et al., 2012)

Transgender Positive Identity Measure (T-PIM) (Riggle & Mohr, 2015)

Transsexual Voice Questionnaire for Male-to-Female Transsexuals (TVQ) (Dacakis et al., 2013)

Trans Woman Voice Questionnaire (TWVQ)

سؤال ۳) تشخیص ملال جنسیتی برای افراد بزرگسال/نوجوان توسط کدام متخصصان گذاشته می‌شود؟

فهرست منابع اصلی مورد استناد در تدوین راهنما

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9553112/#S0015
NHS-England (Gender Identity Services for Adults (Non-Surgical Interventions)	https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/10/1719-gender-identity-services-for-adults-non-surgical-interventions-service-specification.pdf
Guidelines for psychologists working with gender, sexuality and relationship diversity for adults (aged 18 and over) Second edition	https://www.bps.org.uk/guideline
American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. American psychologist. 2015 Dec 16;70 (9):832-64.	https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf

توصیه ۱: ارائه دهندگان خدمت (شامل: غربالگری، ارجاع، ارزیابی، تشخیص اولیه، درمان و پی‌گیری) به افراد دارای ملال جنسیتی می‌بایستی حائز شرایط زیر باشند:

- دارای مدرک دکترای تخصصی در رشته روانپزشکی باشند.
- دارای مدرک پزشکی خانواده/عمومی و یا دکترای روانشناسی بالینی از مؤسسات معتبر ملی (وزارت بهداشت و درمان و یا وزارت علوم) باشند و در زمینه سلامت مراجعان ملال جنسیتی آموزش کافی و مهارت‌های لازم را از طریق آموزش‌های ضمن خدمت و منابع علمی معتبر کسب کنند و مدارک صلاحیت مربوطه را از مراکز مورد تأیید وزارت بهداشت دریافت نمایند.
- متخصصان اورولوژی، زنان، جراحی و فوق تخصص غدد که علاوه بر تبحر کافی در زمینه مربوط به حوزه تخصصی و فوق تخصصی خود، در حیطه کار و برخورد با مراجعین ملال جنسیتی و درک شرایط ویژه آنها، نیز آگاهی و تجربه کافی را داشته باشند. آنها باید علاوه بر کسب دانش و تجربه لازم علمی و عملی برای انجام مداخلات در این مراجعین، علم و مهارت خود را منطبق با استانداردهای جهانی به روز رسانی کرده و به فواصل مناسب در برنامه‌های آموزش مداوم داخلی و یا خارجی شرکت نمایند تا این مداخلات با رعایت دانش و مهارت حداکثری، اصول اخلاقی، احترام به خودمختاری بیمار و مبتنی بر شواهد علمی انجام شود. با این هدف که بتوانند نتایج مطلوب و با حداقل عوارض را برای مراجعین ملال جنسیتی فراهم آورند. می‌بایستی هرگونه مداخله صرفاً در زمینه تخصصی و فوق تخصصی مرتبط با رشته فرد متخصص انجام شود.
- دارای مدرک مددکاری اجتماعی از مؤسسات معتبر ملی (وزارت بهداشت و درمان) باشند.

توصیه ۲: افرادی که واجد شرایط برای تشخیص‌گذاری برای مراجعین با شکایت از ملال جنسیتی هستند، حائز شرایط زیر می‌باشند:

○ تشخیص اولیه می‌تواند توسط کلیه روانپزشکان گذاشته شود ولی تشخیص نهایی می‌بایستی در یک مرکز دانشگاهی و در تیمی متشکل از سه نفر روانپزشک عضو هیئت علمی یا با سابقه ۳ سال کار در این حوزه یا با فلوشیپ طب روان جنسی گذاشته می‌شود.

○ برای محدوده سنی کمتر از ۱۸ سال، ارزیابی تشخیصی اولیه توسط روانپزشکان کودک، نوجوان قابل انجام است ولی ارزیابی نهایی و پیگیری با سرپرستی تیمی متشکل از سه نفر روانپزشک عضو هیئت علمی که حداقل یکی از آنها فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان و دو نفر دیگر سابقه حداقل ۳ سال سابقه کار بالینی در حوزه ملال جنسیتی یا فلوشیپ طب روان جنسی داشته باشند، صورت می‌پذیرد.

توصیه ۳: متخصصان باید از آخرین نسخه سیستم طبقه‌بندی DSM برای تشخیص استفاده کنند.

○ استفاده از آخرین استانداردهای بین المللی مانند DSM برای تشخیص، همسو با پیشرفت‌های جهانی و کاهش ناهماهنگی در فرآیندهای درمانی ضروری است.

توصیه ۴: متخصصان باید دارای تجربه و صلاحیت لازم برای ارزیابی جنبه‌های بالینی مرتبط با ملال جنسیتی، ناسازگاری (ناهماهنگی) جنسیتی، تنوع جنسیتی و جهت‌گیری (گرایش جنسی) باشند.

توصیه ۵: متخصصان باید توانایی تشخیص مشکلات هم زمان سلامت روان یا مسائل روانی - اجتماعی را داشته باشند و بتوانند این موارد را از ملال جنسیتی، ناسازگاری (ناهماهنگی) جنسیتی^۱، تنوع جنسیتی^۲ و جهت‌گیری (گرایش جنسی) تفکیک کنند.

توصیه ۶: متخصصان باید توانایی غربالگری فعال برای شناسایی افکار خودکشی، آسیب به خود یا بحران‌های عاطفی را داشته باشند.

○ ارزیابی در این زمینه توسط روانپزشکان و روانشناسان بالینی (مقطع دکترا) صورت می‌گیرد.

○ همچنین غربالگری در این زمینه توسط پزشک عمومی، پزشک خانواده و روانشناس بالینی (مقطع کارشناسی ارشد) انجام می‌شود.

توصیه ۷: متخصصان باید دارای توانایی ارزیابی شرایط روانی دیگر مانند روان‌پریشی باشند.

○ ارزیابی در این زمینه توسط روانپزشکان صورت می‌گیرد.

○ همچنین غربالگری در این زمینه توسط پزشک عمومی، پزشک خانواده و روانشناسان بالینی انجام می‌شود.

توصیه ۸: متخصصان باید دارای توانایی ارزیابی تأثیر ملال جنسیتی بر روابط عاطفی، کارکرد جنسی و رضایت از بدن باشند.

توصیه ۹: متخصصان باید دارای توانایی ارزیابی جامع شامل بررسی مسائل مربوط به تجربیات تبعیض و منابع مقاومت و تاب‌آوری مراجعین باشند.

توصیه ۱۰: متخصصان باید توانایی ارزیابی ظرفیت رضایت آگاهانه فرد برای درمان را داشته باشند.

¹ Incongruence

² Diversity

○ این ارزیابی به معنای توانایی ارزیابی از درک کامل مراجعین از پیامدهای هورمون درمانی، جراحی و تغییرات اجتماعی است.

توصیه ۱۱: متخصصان باید به مسائل مربوط به والدین و روابط خانوادگی در میان افراد با شکایت از ملال جنسیتی توجه کنند. آنها باید در صورت وجود تعارض بین مراجع و خانواده، توانایی مدیریت بالینی مناسب را داشته باشند.

توصیه ۱۲: متخصصان باید در آموزش‌های مداوم و کارگاه‌های آموزشی مرتبط با سلامت افراد با ملال جنسیتی شرکت کنند تا دانش خود را در زمینه‌های ملال جنسیتی، ناسازگاری (ناهماهنگی) جنسیتی، و تنوع جنسیتی به روز نگه دارند.

○ آنها باید به طور مداوم دانش و مهارت خود را در زمینه ملال جنسیتی از طریق آموزش‌های حرفه‌ای ارتقاء دهند. این شامل آشنایی با آخرین تحقیقات و دستورالعمل‌های درمانی در این حوزه است.

آموزش مداوم متخصصان به طور سالانه و بر اساس دوره‌های دارای مجوز از وزارت بهداشت یا انجمن‌های معتبر، آگاهی آنان را درباره تنوع جنسیتی و نیازهای خاص این جامعه افزایش می‌دهد.

محتوای آموزش‌های مداوم و کارگاه‌های آموزشی، تعداد جلسات، طول مدت دوره و مدرسین دوره به طور دقیق توسط گروه‌های روانپزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که لااقل یک عضو هیئت علمی با فلوشیپ طب روان جنسی و فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان دارند و با همکاری گروه‌های غدد، اورولوژی، زنان و جراحی عمومی (به ویژه فلوشیپ جراحی پستان و لاپاراسکوپی) تعیین می‌شود.

توصیه‌های همکاری بین رشته‌ای

توصیه ۱۳: پیشنهاد می‌شود متخصصانی که افراد با ملال جنسیتی را ارزیابی می‌کنند، در صورت نیاز، با متخصصان سایر رشته‌ها (مانند جراحان اورولوژی، زنان، فوق تخصص غدد، پزشکان عمومی، روانشناسان و مددکاران اجتماعی) در حوزه سلامت افراد با ملال جنسیتی همکاری و مشاوره داشته باشند.

○ در مرحله ارزیابی و تشخیص‌گذاری اولیه: در مورد همه مراجعین ویزیت یک نفر روانپزشک ترجیحاً فلوشیپ طب روان جنسی و یک نفر روانپزشک کودک، نوجوان برای افراد زیر ۱۸ سال ضروری است.

○ همچنین، ویزیت پزشک فوق تخصص غدد نیز الزامی است و در صورت نیاز، مشاوره با سایر متخصصان باید انجام شود.

○ در مرحله تشخیص‌گذاری نهایی: اقدامات بر اساس توصیه ۲ انجام می‌شود.

○ در مرحله درمان بر اساس وظایف مشخص شده در راهنمای بالینی برای متخصصان مربوطه اقدام مقتضی صورت می‌گیرد.

سؤال ۴) راهکارهای مداخله‌ای دارویی برای روانپزشک در صورت وجود اختلال همراه کدامند؟

فهرست منابع اصلی مورد استناد در تدوین راهنما

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People	https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2805345
Davidson JR, DuPont RL, Hedges D, Haskins JT. Efficacy, safety, and tolerability of venlafaxine extended release and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 1999 Aug 1;60(8):528-35.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10485635/
APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts	https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf
Obsessive-compulsive disorder Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder	https://bddfoundation.org/wp-content/uploads/2025/01/CG031quickrefguide.pdf
Mueller SC. Mental health treatment utilization in transgender persons: what we know and what we don't know. American Journal of Psychiatry. 2020 Aug 1;177(8):657-9.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32741290/

در حضور اختلالات همراه، درمان ترکیبی (دارو درمانی و روان درمانی در صورت لزوم) و مدیریت تعاملات دارویی اولویت اصلی است:

توصیه ۱: در همراهی اختلال اضطراب فراگیر (GAD)

- در درمان اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، استفاده از SSRIs (مانند اس‌سی‌تالوپرام و سرتالین) به عنوان خط اول درمان توصیه می‌شود.
- در صورت عدم پاسخ به SSRI ها، می‌توان از SNRIs (مانند ونلافاکسین) استفاده کرد.
- برای موارد خفیف اختلال اضطراب فراگیر، بوسپیرون گزینه مناسبی است.
- در اضطراب همراه با بیماری‌های طبی (مانند دیابت)، استفاده از SSRIs (مانند سرتالین) به دلیل اثرات مفید بر قند خون نسبت به بنزودیازپین‌ها ترجیح داده می‌شود.

توصیه ۲: در همراهی افسردگی اساسی

- در درمان افسردگی اساسی، SSRIs (مانند فلوکستین، پاروکستین) یا SNRIs (مانند ونلافاکسین) انتخاب‌های اولیه هستند.
- در موارد مقاوم به درمان، در صورت عدم وجود موارد منع مصرف استفاده از TCA ها پیشنهاد می‌شود.
- اس‌سی‌تالوپرام به دلیل پروفایل عوارض جانبی کمتر، گزینه مناسبی برای برخی بیماران است.

توصیه ۳: در همراهی افسردگی با اعتیاد

- در افسردگی همراه با اعتیاد ارجاع به کلینیک‌های تخصصی ترک اعتیاد توصیه می‌شود. همچنین در صورت صلاحدید تجویز نالتروکسون برای کاهش عوارض ترک و بوپروپیون برای درمان افسردگی پیشنهاد می‌شود.
- در افسردگی همراه با اعتیاد به نیکوتین، بوپروپیون برای درمان افسردگی توصیه می‌شود.
- باید از مصرف بنزودیازپین‌ها به دلیل خطر سوء مصرف اجتناب شود.

توصیه ۴: در همراهی اختلال دوقطبی^۱

- برای مبتلایان به اختلال دوقطبی تجویز داروهای تثبیت کننده خلق مثل لیتیوم و والپروات سدیم توصیه می‌شود.
- در صورت وجود تداخلات هورمونی، تعدیل دوز داروها در افراد دارای اختلال دوقطبی ضروری است.
- در افرادی که اختلال دوقطبی داشته و به طور همزمان تحت درمان با تستوسترون هستند، با توجه به اثر تحریک‌کنندگی تستوسترون نیاز به تنظیم دوز داروهای تثبیت کننده خلق وجود دارد.

توصیه ۵: در همراهی اختلال وسواس فکری - عملی^۲

- در درمان اختلال وسواس فکری - عملی، استفاده از SSRIs ها با دوز بالا (مانند فلووکسامین ۳۰۰-۲۰۰ میلی گرم روزانه) پیشنهاد می‌شود.
- در صورت عدم پاسخ به SSRIs ها، کلومیپرامین می‌تواند گزینه جایگزین باشد.

توصیه ۶: در همراهی اختلال استرس پس از سانحه^۳ همراه با بی‌خوابی

- در درمان اختلال استرس پس از سانحه همراه با بی‌خوابی، پرازوسین^۴ برای کاهش کابوس‌های شبانه و سرتالین برای کنترل علائم اصلی پیشنهاد می‌شود.

توصیه ۷: در همراهی اختلال اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک^۵

- در درمان روانپریشی (اسکیزوفرنیا)، ضد روانپریشی‌های نسل دوم (مانند آریپیپرازول، ریسپریدون) برای کنترل علائم مثبت و منفی توصیه می‌شوند.
- در اسکیزوفرنیای همراه با افسردگی، ترکیب یک ضدروانپریشی (مانند آریپیپرازول) با یک ضدافسردگی (مانند میرتازاپین) برای بهبود خواب و علائم افسردگی مفید است.

توصیه ۸: مصرف تعدیل کننده‌های هورمونی در صورت همراهی با اختلالات دیگر

- در افرادی که اختلال دوقطبی دارند، تستوسترون ممکن است اثر تحریک کننده داشته باشد و نیاز به تنظیم دوز داروهای تثبیت کننده خلق وجود دارد.
- پایش سطح قند خون و فشار خون در بیماران دارای دیابت یا فشار خون بالا الزامی است.

¹ Bipolar and Related Disorders

² Obsessive-compulsive disorder (OCD)

³ Post-traumatic stress disorder (PTSD)

⁴ Prazosin

⁵ Schizophrenia Spectrum and other Psychotic Disorders

- برای بیمارانی که دارای ریسک‌های قلبی - عروقی یا مشکلات انعقادی هستند، باید درمان‌های جایگزین در نظر گرفته شود.
- به طور کلی استفاده از داروهای چند عملکردی (مانند ونلافاکسین که هم ضد اضطراب و هم ضد افسردگی است) و می‌تواند سبب استفاده از تعداد داروی کمتری شود، ارجحیت دارد.
- کاهش دوز دارو در بیماران سالمند یا افرادی که دچار نارسایی‌های ارگانی (کلیوی، کبدی و ...) هستند، ضروری است.

سؤال ۵) راهکارهای مداخله غیردارویی برای روانپزشک در صورت وجود / عدم وجود اختلال همراه کدامند؟

فهرست منابع اصلی مورد استناد در تدوین راهنما

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8525536/
Guidelines for the Primary and GenderAffirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People	https://policycommons.net/artifacts/2125426/guidelines-for-gender-affirming-primary-care-with-trans-and-non-binary-patients/2880724
NHS-England (Gender Identity Services for Adults (Non-Surgical Interventions))	https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/10/1719-gender-identity-services-for-adults-non-surgical-interventions-service-specification.pdf
Guidelines for psychologists working with gender, sexuality and relationship diversity For adults (aged 18 and over) Second edition.	https://www.bps.org.uk/guideline
American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. American psychologist. 2015 Dec 16;70(9):832-64.	https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf
Expósito-Campos P, Balaguer MG, Murillo FH, Dubra AP, de Miguel Rodríguez LF, Collazo PF, Morant ET, Pardo IM, Ariño CM. Psychological assessment and counseling remain important features of quality care: A descriptive study of individuals who did not start gender-affirming medical treatment in a gender identity unit in Spain. Endocrinología, Diabetes y Nutrición. 2025 Feb 1;72(2):101533.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39978871/

برای ارائه راهکارهای غیردارویی به افراد مبتلا به ملال جنسیتی دو مرحله زیر الزامی است:

- ۱) مرحله ارزیابی تکمیلی (به مدت ۳ تا ۶ ماه)
 - ۲) مرحله مراقبت‌های روانشناختی حمایتی^۱ (به مدت ۶ تا ۹ ماه)
- در مجموع این دوره حداقل به مدت یکسال می‌باشد.

¹ Supportive Psychological Cares

(۱) مرحله ارزیابی تکمیلی

این مرحله شامل ارزیابی تشخیصی، آموزش روانی و بررسی منابع حمایتی مراجع است. مدت زمان معمول ۳ تا ۶ ماه دارد و به صورت معمول شامل ۶ تا ۱۲ جلسه با فواصل منظم می‌باشد. مدت زمان هر جلسه بین ۳۵ تا ۴۵ دقیقه است.

توصیه ۱: در هر فرد با شکایت ملال جنسیتی باید ارزیابی دقیق از نظر وجود معیارهای ملال جنسیتی صورت گیرد (همان گونه که در پاسخ سؤال ۱ و ۲ راهنمای بالینی آمده است).

توصیه ۲: به منظور حذف عوامل مخدوش کننده (هر آن چه که ممکن است بر احساس ملال جنسیتی اثرگذار باشد)، در هر مراجع با شکایت ملال جنسیتی ارزیابی از نظر اختلالات روانپزشکی (مانند افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات طیف اوتیسم و ...) الزامی است.

توصیه ۳: در موارد نادر، ممکن است شرایط روانی دیگری (مانند روان‌پریشی) وجود داشته باشد که علائمی شبیه به ملال جنسیتی ایجاد کند. در این موارد قبل از هرگونه تصمیم‌گیری در مورد تشخیص ملال جنسیتی، ارزیابی تخصصی و دقیق ضروری است.

توصیه ۴: در صورت وجود اختلالات روانپزشکی همراه درمان می‌تواند در این مرحله آغاز شود. نوع درمان بسته به تشخیص اولیه می‌تواند شامل مداخلات دارویی و غیردارویی باشد که در بند ۲-ب و ۲-ج (که در ادامه همین متن آمده است) توضیح داده شده است.

توصیه ۵: اگر مشکلی وجود دارد که با ظرفیت فرد برای مشاوره در مورد درمان تغییر جنسیت مداخله می‌کند (مانند سایکوز، نقص شناختی یا هر مشکلی که بر توانایی او در تصمیم‌گیری اثر بگذارد) باید در ابتدا مشکل اولیه درمان شود و بعد به مسئله ملال جنسیتی پرداخت.

توصیه ۶: به علت خطر بالای خودکشی در افراد با ملال جنسیتی، درمانگر باید به دقت به بررسی این مسئله در فرد بپردازد و در صورت نیاز به مداخلات دارویی و یا غیر دارویی طبق بند ۲-ب و ۲-ج (که در ادامه همین متن آمده است) اقدام نماید.

توصیه ۷: برای درک بهتر انگیزه فرد باید دلایل درخواست تغییر جنسیت (مثلاً فشار اجتماعی، سردرگمی بین هویت جنسیتی و گرایش جنسی، یا مشکلات روانی غیرمرتبط) به دقت بررسی شود.

توصیه ۸: درمانگر در مورد تفکیک مفهوم هویت جنسیتی و گرایش جنسی به مراجع آموزش دهد و در تمایز این مسئله در وی کمک نماید.

توصیه ۹: درمانگر باید در فضایی امن به ارزیابی هویت جنسیتی و گرایش جنسی بدون فشار برای تشخیص‌گذاری سریع بپردازد.

توصیه ۱۰: توصیه می‌شود درمانگر به تأثیر تغییرات هویت جنسیتی بر روابط توجه نماید و با مراجع به دقت به بررسی این مسئله در زندگی وی بپردازند.

توصیه ۱۱: در کنار ارزیابی فردی، درمانگر باید خانواده را ملاقات کرده و در مورد علائم مراجع و نمودار زمانی آن، همین‌طور بستر خانواده و ظرفیت حمایتی آن اطلاعات کسب نماید.

توصیه ۱۲: توصیه می‌شود درمانگر علاوه بر ارزیابی دقیق مسائل مربوط به ملال جنسیتی، فعالانه به بررسی سایر حوزه‌های عملکردی مراجع (از جمله عملکرد شغلی، تحصیلی و روابط بین فردی) در جهت تشخیص‌گذاری کامل‌تر بپردازد.

(۱) مرحله مراقبت‌های روانشناختی حمایتی

این دوره به طور معمول ۶ تا ۹ ماه طول می‌کشد و شامل حداقل ۱۰ جلسه با فواصل منظم می‌باشد. مدت زمان هر جلسه بین ۳۵ تا ۴۵ دقیقه طراحی شده است. افرادی که مداخلات روانشناختی را انجام می‌دهند باید واجد موارد زیر باشند:

- آموزش کافی در این زمینه دیده باشند به گونه‌ای که اطمینان حاصل شود که صلاحیت حمایت و کمک به این افراد را دارند (به پاسخ سؤال ۳ راهنمای بالینی مراجعه شود).
- حتماً در طی فرآیند درمان از سوپرویزن کمک بگیرند (فرد سوپرویزن دهنده باید هیأت علمی دانشگاه یا سابقه لااقل ۵ سال کار آموزشی و بالینی و تجربه کار با مراجعین ملال جنسیتی/فلوشیپ طب روان جنسی باشد).
- از نظر تعداد بیماران مدیریت شود تا بر دقت کار اثر سوء نگذارد.

این مداخلات در مراحل زیر تقسیم‌بندی می‌شود:

الف) **مداخله غیردارویی توسط درمانگران در صورت عدم وجود اختلالات سلامت روان هم زمان**

ب) **مداخله دارویی توسط روانپزشکان در صورت وجود اختلالات سلامت روان هم زمان**

ج) **مداخله غیردارویی توسط درمانگران در صورت وجود اختلالات سلامت روان هم زمان**

الف) مداخله غیردارویی توسط درمانگران در صورت عدم وجود اختلالات سلامت روان همزمان

توصیه ۱: در افراد با ملال جنسیتی مهم‌ترین گام باید حفظ رویکردی حمایتی و متمرکز بر کاوش هویت جنسیتی باشد. افراد باید در فضایی امن و طی زمان مناسب هویت جنسیتی خود را کاوش کنند. درمانگران باید از فشار برای انتقال فوری و شتاب‌زده یا ورود به رویکردهای مداخلات زود هنگام برگشت ناپذیر پرهیز کنند و در عوض فرد را در مسیر کاوش هویت جنسیتی یاری دهند.

توصیه ۲: نباید روان درمانی برای این افراد اجباری باشد و بسته به نیازهای روانشناختی مراجعین توصیه شود.

توصیه ۳: توصیه می‌شود در این مرحله درمانگر پس از کشف تأثیر تغییرات هویت جنسیتی بر روابط عاطفی و جنسی مراجع، به او در مدیریت این تغییرات کمک نماید.

توصیه ۴: درمانگر باید درباره گزینه‌های غیرپزشکی (مانند تغییرات اجتماعی از جمله نام و پوشش) به فرد آموزش دهد.

توصیه ۵: مراقبت‌های خانوادگی و آموزش خانواده بسیار مهم است. والدین باید از چالش‌ها و پیچیدگی‌هایی که فرد ممکن است با آن مواجه شود، آگاه شوند و اجازه دهند فرد در فضایی امن و بدون قضاوت هویت خود را کشف کند. درمانگر در صورت صلاحدید باید به آموزش خانواده و تسهیل پذیرش تغییراتی که در آینده به وجود خواهد آمد بپردازد. این جلسات می‌تواند شامل حداقل ۳ جلسه (مدت زمان هر جلسه: ۴۵-۶۰ دقیقه) ملاقات با خانواده و انجام مشاوره^۱ باشد.

توصیه ۶: اگر مراجع تجربه زندگی در پوشش جنسیت دلخواه را ندارد، درمانگران در زمان مناسب این مسئله را توصیه کنند و به صحبت در مورد چالش‌های احتمالی یا رخ داده بپردازند. لازم به ذکر است که این امر می‌بایست به مدت زمان کافی و به صورت تمام وقت انجام شود و سپس این تجربه به دقت توسط درمانگر ارزیابی شود.

توصیه ۷: درمانگر سعی کند فرد را تشویق، حمایت و توانمند کند تا سیستم حمایتی اجتماعی مشتمل بر همسالان، دوستان و خانواده را تشکیل دهد و حفظ کند.

توصیه ۸: توصیه می‌شود درمانگر به مسائل مرتبط با تشکیل خانواده و والد شدن توجه نماید (اینکه فرد چه تصویری از خود به عنوان والد دارد و اینکه در آینده از نظر تشکیل خانواده چه جایگاهی را برای خود متصور می‌شود) تا در صورت وجود هرگونه ابهام یا ناهمخوانی به مراجع در رفع آن کمک کند تا بتواند تصمیم‌گیری مناسب‌تری در زمینه فرزندآوری و فرزندپروری داشته باشد.

توصیه ۹: درمانگر عوارض و محدودیت‌های درمان‌های پزشکی (مثل هورمون درمانی یا جراحی) را به دقت به فرد و خانواده آموزش داده و آگاهی بخشی نماید.

توصیه ۱۰: درمانگر انتظارات فرد از فرآیند تغییر جنسیت را ارزیابی نموده و از تصورات غیرواقع‌بینانه درباره نتایج درمان‌های پزشکی جلوگیری نماید.

توصیه ۱۱: توصیه می‌شود حمایت‌های روانی اجتماعی و کاربردی برای فرد در دوره پیش از جراحی توسط متخصصان سلامت ارزیابی شده و در جهت هموار شدن مسیر به مراجع کمک شود (مانند بیمه درمانی، ارجاع به مراکز دولتی در صورت مشکل اقتصادی، معرفی به مددکاری برای دریافت حمایت‌های اجتماعی و شغلی یا معرفی به کاردرمانی یا مراکز فنی حرفه‌ای برای آموزش یک حرفه یا مهارت شغلی).

توصیه ۱۲: در دانشگاه‌ها و محل کار باید رویکرد حمایتی توسط اساتید، کارکنان دانشگاه و کارفرمایان رعایت شود تا فرد بتواند در فضایی امن و بدون قضاوت، چالش‌های هویت جنسیتی خود را بیان و تجربه کند. این رویکرد می‌تواند افراد را در برابر پنهان‌کاری و خطرات احتمالی آن محافظت کند و به آنها اجازه دهد هویت خود را در محیطی سالم آزمایش و تجربه کنند. برای تسهیل این مسئله، درمانگر می‌تواند گواهی مبنی بر حضور مراجع در روند ارزیابی و مراقبت ملال جنسیتی خطاب به سازمان مربوطه صادر نماید.

¹ Consultation

توصیه ۱۳: روان‌درمانی حمایتی می‌تواند به بیماران کمک کند تا با چالش‌های مرتبط با ملال جنسیتی و استرس‌های ناشی از تبعیض و طرد اجتماعی کنار بیایند. همین‌طور در مسائل مربوط به سازگاری ثانویه^۱، کشف هویت جنسیتی و فرآیند آشکارسازی^۲ و گذار اجتماعی سودمند است.

توصیه ۱۴: توصیه می‌شود اگر مراجع مصرف سیگار و نیکوتین دارد قبل از اقدامات جراحی، قطع شود.

توصیه ۱۵: اگر چنانچه به هر دلیلی در مراحل ارزیابی یا مراقبت‌های روانشناختی وقفه ایجاد شود، اگر این وقفه کمتر از ۶ ماه باشد روند ارزیابی و مراقبت قبلی ادامه می‌یابد، اما اگر به مدت ۶ ماه یا بیشتر وقفه ایجاد شود فرد باید مجدد مراحل ارزیابی و مراقبت‌های روانشناختی را سپری نماید.

(ب) مداخله دارویی توسط روانپزشکان در صورت وجود اختلالات سلامت روان همزمان

توصیه ۱: خط اول و اولویت اصلی در اقدامات مراقبتی و درمانی برای افراد با ملال جنسیتی که اختلالات هم‌زمان سلامت روان مانند اضطراب، افسردگی، تروما و یا اختلال شخصیتی دارند که تهدید کننده حیات باشد یا بر قدرت تصمیم‌گیری او اثر سوء بگذارد، **کنترل یا درمان مشکل سلامت روان، قبل از هر اقدامی دیگر** است. ابتدا باید وضعیت سلامت روان فرد تثبیت و کنترل شود، سپس مراقبت‌های مربوط به ملال جنسیتی در نظر گرفته شود.

توصیه ۲: در مورد دارو درمانی در افراد با شکایت ملال جنسیتی، به پاسخ سؤال ۴ رجوع شود.

(ج) مداخله غیردارویی برای درمانگران در صورت وجود اختلالات سلامت روان همزمان

توصیه ۱: روان‌درمانی باید هم ملال جنسیتی و هم مشکلات سلامت روان مانند افسردگی، اضطراب، اختلالات مربوط به تروما و اختلالات شخصیتی و اختلال طیف اوتیسم را مدنظر قرار دهد. رویکردهایی مانند درمان شناختی - رفتاری^۳، درمان دیالکتیکی - رفتاری^۴ و مراقبت آگاهانه مبتنی بر تروما^۵ می‌توانند در کمک به افراد برای سازگاری با هویت جنسیتی و مدیریت چالش‌های عاطفی یا روانی مؤثر باشند. مهم است که بی‌ثباتی هویت جنسیتی فرد در خلال روان‌درمانی با درک و صبر مورد توجه قرار گیرد.

توصیه ۲: در روان‌درمانی شناختی - رفتاری، افراد به یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای بهتر برای مدیریت اضطراب و افسردگی خود پرداخته و با احساسات خود روبه‌رو می‌شوند. این مداخله می‌تواند به افراد کمک کند تا احساسات منفی خود را به شیوه‌ای مؤثر مدیریت کنند.

¹ Secondary Adjustment

² Coming Out

³ Cognitive Behavior Therapy (CBT)

⁴ Dialectical Behavior Therapy (DBT)

⁵ Trauma-Informed System of Care (TIC)

توصیه ۳: استفاده از روش‌های ذهن آگاهی و خودشفقتی^۱ برای کاهش اضطراب و بهبود سلامت روان توصیه می‌شود. این تکنیک‌ها به افراد کمک می‌کنند تا به طور فعال با احساسات منفی خود مواجه شوند و از خود حمایت کنند و به خود - پذیرشی بالاتری دست یابند.

توصیه ۴: اگر مشکل جدی سلامت روان یا سوء مصرف مواد وجود دارد که اثر منفی روی جراحی و پیامدهای آن دارد، باید روانپزشک جهت ارائه درمان‌های مربوطه وارد عمل شود. (قابل انتظار است که روانپزشک بر حسب نوع و شدت علائم تصمیم‌گیری مناسب جهت مدیریت بالینی مشکل را انجام می‌دهد).

توصیه ۵: در صورت وجود اختلالاتی چون افسردگی و اضطراب، این اختلالات درمان می‌شوند و درمان آن تداخلی با درمان طبی در راستای تغییر جنسیت ندارد. تصمیم‌گیری در مورد بیماران سایکوتیک باید با احتیاط و دقت بیشتری انجام شود. در صورتی که در این مراجعین بعد از رفع کامل علائم سایکوتیک و هذیان‌ها، همچنان شواهد نارضایتی جنسیتی به صورت پایدار وجود داشت (در صورتی که بر ظرفیت تصمیم‌گیری و انطباق بیمار با شرایط جدید تعارض و تداخلی نداشته باشد) می‌توان مراجعین را جهت شروع فرایند وارزیابی پزشکی قانونی به دادگاه ارجاع داد. در مورد اختلال طیف اوتیسم نیز آموزش‌های روانشناختی باید به شکل عینی تر انجام گردند.

توصیه ۶: اگر روانپزشک تشخیص دهد که مراجع نیاز به بستری در بخش روانپزشکی یا طبی دارد، هورمون درمانی جاری ادامه یابد، مگر اینکه منع مصرفی وجود داشته باشد.

توصیه ۷: آموزش و حمایت والدین بسیار مهم است. والدین باید در زمینه مشکلات سلامت روان و راه‌های حمایت از سلامت روان فرد آموزش ببینند و از اعمال فشار برای رفتارهای جنسیتی خاص پرهیز کنند و تمرکز خود را بر درمان اختلالات موجود و حفظ سلامت روان فرزند خود قرار دهند.

¹ Self-Compassion and Mindfulness

سؤال ۶) راهکارهای مداخله‌ای فوق تخصص غدد کدامند؟

فهرست منابع اصلی مورد استناد در تدوین راهنما

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9553112/#S0015
Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients	https://policycommons.net/artifacts/2125426/guidelines-for-gender-affirming-primary-care-with-trans-and-non-binary-patients/2880724/
Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People	https://transcare.ucsf.edu/sites/transcare.ucsf.edu/files/Transgender-PGACG-6-17-16.pdf
Endocrine Treatment of Gender Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28945902/
European Society for Sexual Medicine Position Statement “Assessment and Hormonal Management in Adolescent and Adult Trans People, With Attention for Sexual Function and Satisfaction”	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32111534/

هورمون درمانی بزرگسالان با ملال جنسیتی

توصیه ۱: تنها روانپزشکانی که شرایط آنها در سؤال سه مشخص شده است قادر به ارسال نامه به فوق تخصص غدد آموزش دیده در زمینه ملال جنسیتی می‌باشند.

توصیه ۲: تنها فوق تخصص‌های غدد و متخصصان زنان و زایمان با فلوشیپ ناباروری می‌توانند هورمون درمانی تغییر جنسیت را برای مراجعین بزرگسال (بالای ۱۸ سال) با ملال جنسیتی آغاز کنند، پیگیری‌های مداوم را انجام دهند و در صورت بروز عوارض آنها را درمان کنند. لازم به ذکر است که هورمون درمانی برای افراد با ملال جنسیتی در دو مرحله انجام می‌شود.

○ مرحله اول: تجویز هورمون‌های با اثرات قابل برگشت بدین صورت که با قطع مصرف هورمون به هر دلیلی (از جمله منصرف شدن مراجع از ادامه فرآیند، مخالفت خانواده، عدم تأیید در کمیسیون پزشکی قانونی و ...) اثرات و تغییراتی که این هورمون‌ها در بدن فرد ایجاد کرده‌اند عموماً قابل برگشت است.

○ مرحله دوم: تجویز هورمون‌های با اثرات برگشت‌ناپذیر، که بعد از تجویز این دسته از هورمون‌ها با دوز و مدت معین، اثرات و تغییرات ایجاد شده در بدن مراجع (حتی با قطع مصرف هورمون) پایدار و دائمی است.

توصیه ۳: شرایط روانپزشکی برای شروع هورمون درمانی با اثرات قابل‌برگشت در بزرگسالان (۱۸ سال به بالا) شامل موارد زیر است:

الف) تشخیص پایدار ملال جنسیتی

- تشخیص ملال جنسیتی باید توسط یک روانپزشک تأیید شود.
- حداقل ۶ ماه تجربه ملال جنسیتی پایدار مورد نیاز است.
- حداقل ۶ ماه ارزیابی جهت آمادگی روانی و اجتماعی.

(ب) ارزیابی سلامت روان

○ بررسی دقیق برای وجود بیماری‌های روانپزشکی هم زمان (مانند اسکیزوفرنیا، اختلالات شخصیت، افسردگی شدید، یا اختلال دوقطبی)

○ در صورت وجود بیماری روانپزشکی، ابتدا باید درمان شود و فرد باید حداقل ۶ ماه در وضعیت پایدار باشد.

(ج) ارزیابی روان‌شناختی گسترده شامل

○ بررسی تاریخچه هویت جنسیتی فرد

○ ارزیابی عملکرد اجتماعی، خانوادگی و شغلی

○ بررسی ثبات هیجانی

○ توانایی تصمیم‌گیری آگاهانه

○ رضایت خانواده (به ویژه اگر همراه بیمار زندگی می‌کنند) اخذ شود و در پرونده ثبت گردد.

○ تصمیم مراجع در مورد شروع هورمون‌درمانی با اثرات قابل‌برگشت، پایدار باشد.

○ مراجع عوارض و آثار هورمون‌درمانی با اثرات قابل‌برگشت را کاملاً بشناسد و اگرچنین نباشد به وی آموزش داده شود.

(د) اگر فرد حائز موارد زیر باشد، ۶ ماه روان‌درمانی افزون بر جلسات ارزیابی اولیه می‌بایست صورت پذیرد:

○ اگر فرد دارای تعارضات روانی عمیق باشد یا مطمئن نباشد که می‌خواهد هورمون‌درمانی را شروع کند.

○ در مواردی که تصمیم فرد بر اساس فشارهای اجتماعی باشد.

توصیه ۴: شرایط لازم برای ارزیابی پزشکی پیش از شروع هورمون‌درمانی با اثرات قابل‌برگشت موارد زیر است:

الف) تأیید از سوی فوق تخصص غدد

○ معاینه کامل پزشکی و بررسی عدم وجود بیماری‌های منع‌کننده درمان (مانند: بیماری‌های قلبی - عروقی شدید، مشکلات

کبدی، یا سرطان‌های حساس به هورمون)

○ انجام آزمایش‌های هورمونی، عملکرد کبد، کلیه، چربی خون، قند خون، و انعقاد خون قبل از شروع درمان

(ب) مشاوره دربارهٔ باروری

○ فریز کردن اسپرم یا تخمک قبل از شروع درمان توصیه می‌شود در این مورد ابتدا باید با مرکز ناباروری (متخصص زنان و

اورولوژی) صحبت شود. زیرا درمان ممکن است باروری را به‌طور دائمی مختل کند.

○ اگر فرد تصمیم بگیرد که گزینه حفظ باروری را انتخاب نکند، باید به‌طور رسمی و کتبی تأیید کند که در این خصوص

اطلاعات لازم را دریافت کرده است.

(ج) الزام به عدم مصرف مواد مخدر و الکل

○ در صورت مصرف مواد، درمان باید به تعویق بیفتد تا فرد حداقل ۶ ماه در وضعیت پایدار باشد.

(د) ارزیابی سلامت جسمانی

○ بررسی وزن و شاخص توده بدنی^۱؛ در صورت چاقی شدید (BMI بالای ۳۰)، ممکن است تأخیر در درمان پیشنهاد شود.

○ بررسی فشار خون؛ اگر فشار خون بالا باشد، قبل از شروع درمان باید کنترل شود.

توصیه ۵: فرآیند شروع هورمون‌درمانی با اثرات قابل‌برگشت در بزرگسالان به صورت زیر است:

الف) مرحله ۱: مراجعه به روانپزشک

^۱ BMI

- اخذ شرح حال
- بررسی مشکلات روانپزشکی همراه
- (ب) مرحله ۲: گذراندن دوره ارزیابی و روان درمانی (۶ ماه)
 - حداقل ۶ ماه ارزیابی جهت آمادگی روانی و اجتماعی
 - تأیید تشخیص ملال جنسیتی
- (ج) مرحله ۳: تشکیل تیم چند تخصصی و انجام بررسی‌های پزشکی
 - ارجاع با تأییدیه کتبی از روانپزشک به فوق تخصص غدد
 - انجام آزمایش‌های هورمونی و بررسی سلامت عمومی
 - انتخاب داروهای هورمونی مناسب با دوزاژ پایین و مدت زمان محدود توسط فوق تخصص غدد به گونه‌ای که آثار ایجاد شده بر اثر هورمون درمانی حداقل و قابل برگشت در صورت قطع دارو باشد.
 - روانپزشک به فوق تخصص غدد الزاماً توضیح دهد که هدف از شروع درمان هورمونی در این مرحله صرفاً ایجاد آثار برگشت پذیر است.
- (د) مرحله ۴: شروع تدریجی هورمون درمانی با اثرات قابل برگشت تحت نظارت فوق تخصص غدد
 - دوز پایین در ابتدا و افزایش تدریجی طی ۶ تا ۱۲ ماه
 - پایش عوارض جانبی و بررسی سلامت روانی - اجتماعی

توصیه ۶: شروع هورمون درمانی با اثرات غیرقابل برگشت که توسط فوق تخصص غدد صورت می گیرد، تنها منوط به تأیید تشخیص ملال جنسیتی از سوی کمیسیون پزشکی قانونی است. مراجع قبل از این مرحله باید از شروع هرگونه هورمون درمانی غیرقابل برگشت منع شود.

توصیه ۷: چنانچه مراجع به صورت خودسرانه پیش از تأیید تشخیص ملال جنسیتی در کمیسیون پزشکی قانونی، اقدام به آغاز هورمون درمانی با اثرات غیرقابل برگشت نمود، با توضیح عوارض و آثار این درمان، تأکید بر قطع این درمان تحت نظرفوق تخصص غدد شود.

توصیه ۸: در طی دوره مراقبت روانشناختی، عوارض و آثار هورمون درمانی با اثرات قابل برگشت و غیرقابل برگشت به بیمار و خانواده او آموزش داده شود.

توصیه ۹: زمان بندی کلی برای ارزیابی و پیگیری درمان به صورت زیر است:

الف) سال اول درمان

- هر ۳ ماه یک بار برای ارزیابی سطح هورمون‌ها، بررسی عوارض جانبی، و تنظیم دوز
- ارزیابی بالینی شامل فشار خون، خلق، علائم جسمانی، و عوارض احتمالی

ب) سال دوم درمان

- هر ۶ ماه یک بار برای بررسی پاسخ بالینی و تنظیمات احتمالی دوز

ج) پس از تثبیت دوز و شرایط بالینی پایدار

- سالانه برای بررسی کلی وضعیت سلامت و هورمون‌ها

توصیه ۱۰: آزمایش‌های مورد نیاز در هر مرحله شامل موارد زیر است:

الف) پیش از شروع درمان^۱

- CBC (شمارش کامل سلول‌های خونی)
- عملکرد کلیه (BUN، کراتینین، الکترولیت‌ها)
- عملکرد کبد (AST, ALT)
- پروفایل لیپیدی (کلسترول و تری‌گلیسریدها)
- گلوکز ناشتا و (HbA1C در صورتی که سابقه دیابت، سندرم متابولیک یا FBS بالاتر از نرمال دارند).
- سطح تستوسترون و استرادیول

ب) سه ماهه اول، شش ماهه، و دوازده ماهه اول

- تستوسترون و استرادیول برای اطمینان از قرار گرفتن در محدوده فیزیولوژیک مطلوب
- پایش هموگلوبین و هماتوکریت در مردان ترنس جهت جلوگیری از پلی‌سیتمی (افزایش غیرطبیعی گلبول‌های قرمز)
- پایش سطح پرولاکتین در زنان ترنس که استروژن دریافت می‌کنند، جهت ارزیابی ریسک هیپرپرولاکتینمی

ج) پیگیری‌های سالانه

- بررسی سلامت استخوان^۲ در افراد در معرض خطر و در کسانی که بدون تخمدان و رحم بوده و سن بالای ۴۰ سال دارند.
- بررسی پاپ اسمیر در افرادی که هنوز دهانه رحم دارند.
- ارزیابی پروستات در افراد دارای پروستات که بالای پنجاه سال هستند.
- بررسی عوارض قلبی-عروقی، اختلالات متابولیک و عملکرد کبد و کلیه
- بررسی نیازهای باروری و احتمال قطع درمان برای حفظ باروری در صورت تمایل
- سنجش آندروژن در ترنس‌های مرد^۳ پس از تثبیت دوز به صورت سالانه توصیه می‌شود و در صورت بروز علائم هیپرآندروژنیسم یا بی‌اثر بودن درمان بررسی زودتر ضروری است.
- سنجش سطح استروژن در ترنس‌های زن^۴ پس از تثبیت دوز سالانه انجام می‌شود. در صورت بروز علائم هیپراستروژنیسم یا هیپواستروژنیسم پایش نزدیکتر توصیه می‌شود.
- غربالگری از نظر سرطان‌های پستان، رحم و تخمدان در ترنس مردی که تحت درمان با تستوسترون است و هنوز بافت رحم، تخمدان و پستان دارد، مانند زنان سیس‌جندر^۵ انجام شود.
- در ترنس‌های مرد که واژینکتومی انجام نداده‌اند و سن بالای ۴۵ سال دارند، در صورت عدم دریافت GnRH به متخصص زنان جهت ارزیابی واژن ارجاع شوند.

توصیه ۱۱: داروهای هورمون درمانی برای افراد ترنس زن به صورت زیر است:

کاهش اثرات تستوسترون و القای ویژگی‌های ثانویه زنانه

(۱) استروژن‌ها

- خوراکی یا زیربانی:

¹ Baseline

² Bone Mineral Densitometry (BMD)

³ FTM

⁴ MTF

⁵ Cisgender: توضیح در ضمیمه

- 17-β استرادیول^۱: ۲-۶ میلی گرم در روز
- Estradiol Valerate or Cypionate: ۵-۳۰ میلی گرم عضلانی (IM) هر دو هفته یک بار یا ۲-۱۰ میلی گرم هر هفته

○ ترانس درمال (پوستی):

- Estradiol Patch: ۲/۰۲۵-۰/۰ میلی گرم در روز

نکات مهم در مورد درمان با استروژن‌ها:

- استروژن به تنهایی معمولاً سطح تستوسترون را به محدوده زنانه نمی‌رساند و نیاز به داروهای ضد آندروژن دارد.
- اتینیل استرادیول^۲ به دلیل افزایش خطر ترومبوز توصیه نمی‌شود.

(۲) داروهای ضد آندروژن^۳

- اسپرونولاکتون^۴: ۱۰۰-۳۰۰ میلی گرم در روز
- سپروترون استات^۵: ۲۵-۵۰ میلی گرم در روز
- آنالوگ‌های GnRH مانند GnRH و Leuprolide و Goserelin:
- ۳/۷۵ میلی گرم هر ماه
- ۱۱/۲۵ میلی گرم هر سه ماه

نکات مهم در مورد داروهای ضد آندروژن:

- اسپرونولاکتون علاوه بر کاهش تستوسترون، خاصیت مدر (دیورتیک) دارد و ممکن است باعث افت فشارخون و افزایش پتاسیم خون شود.
- سپروترون استات قوی‌تر از اسپرونولاکتون است اما خطر عوارض کبدی دارد.

توصیه ۱۲: داروهای هورمون درمانی برای افراد ترنس مرد به صورت زیر است:

الف) تستوسترون^۶

(۱) تزریقی (IM یا SC)

- تستوسترون انانتات یا سیپیونات^۷:
- ۵۰-۱۰۰ میلی گرم زیرجلدی (SC) یا عضلانی (IM) هر هفته
- ۱۰۰-۲۰۰ میلی گرم عضلانی (IM) هر دو هفته
- تستوسترون اندکانوات^۸:
- ۱۰۰۰ میلی گرم هر ۱۲ هفته (پس از دوز اولیه در هفته ششم)

¹ Estradiol

² Ethinyl Estradiol

³ Anti-Androgens

⁴ Spironolactone

⁵ Cyproterone Acetate

⁶ Testosterone

⁷ Testosterone Enanthate / Cypionate

⁸ Testosterone Undecanoate

(۲) ترانس‌درمال (پوستی)

- ژل تستوسترون^۱: ۵۰-۱۰۰ میلی‌گرم در روز
- پیچ تستوسترون^۲: ۷/۵-۲/۵ میلی‌گرم در روز

نکات مهم در مورد تستوسترون:

- سطح تستوسترون باید در محدوده طبیعی مردان (۳۲۰-۱۰۰۰ نانوگرم در دسی‌لیتر) حفظ شود.
- تستوسترون اندکانوآت به دلیل فواصل تزریقی طولانی‌تر (هر ۱۲ هفته) انتخاب خوبی برای برخی افراد است.

(ب) درمان‌های مکمل در صورت نیاز

برای سرکوب خونریزی قاعدگی (در صورت ادامه یافتن پس از شروع تستوسترون):

- مدروکسی پروژسترون^۳: ۵-۱۰ میلی‌گرم در روز
- دسوجستrel^۴ یا لوونورژسترل^۵ در IUD (مانند میرنا)

توصیه ۱۳: داروهایی که برای ترنس‌های زن نامناسب یا ممنوع است:

(۱) استروژن‌های صناعی و ترکیبات قدیمی

(الف) اتینیل استرادیول^۶:

- خطر ترومبوز وریدی (DVT) و سکته مغزی را به شدت افزایش می‌دهد.
- درمان با استروژن بیولوژیکی (17-β استرادیول) ترجیح داده می‌شود.

(ب) استروژن‌های کونژوگه^۷ (مانند Premarin):

- متابولیسم نامشخص دارند و سطح استروژن را نمی‌توان به خوبی پایش کرد.
- افزایش خطر مشکلات قلبی-عروقی و سرطان پستان

(۲) داروهای ضد آندروژن پرخطر

(الف) سیپروترون استات^۸ در دوزهای بالاتر از ۱۰ میلی‌گرم در روز:

- افزایش خطر مننژیوم^۹ با مصرف طولانی مدت
- خطر التهاب کبدی و نارسایی کبدی
- در کشورهای اروپایی محدود شده است به دلیل عوارض شدید

(ب) بی‌کالوتامید^{۱۰}:

- خطر بالای سمیت کبدی و موارد نادر از نارسایی کبدی کشنده

¹ Testosterone Gel

² Testosterone Patch

³ Medroxyprogesterone

⁴ Desogestrel

⁵ Levonorgestrel

⁶ Ethinyl Estradiol

⁷ Conjugated Estrogens

⁸ Cyproterone Acetate

⁹ Meningioma

¹⁰ Bicalutamide

- فاقد تأییدیه در بسیاری از کشورها برای استفاده در هورمون درمانی افراد با ملال جنسیتی

(۳) پروژسترون‌ها^۱ - بحث برانگیز

الف) مدروکسی پروژسترون استات^۲:

- خطر افزایش بیماری‌های قلبی - عروقی و سرطان پستان
- شواهد محدودی درباره مزایای آن در رشد پستان وجود دارد
- ب) پروژسترون‌های صناعی در مقادیر بالا:
- افزایش خطر لخته‌های خونی و مشکلات متابولیک

توصیه ۱۴: داروهای ممنوع یا نامناسب در افراد ترنس مرد به صورت زیر است:

(۱) فرم‌های خاص تستوسترون که نباید استفاده شوند

الف) متیل تستوسترون^۳:

- خطر بالای آسیب کبدی و سمیت هیپاتوتوکسیک
- در بسیاری از کشورها دیگر تجویز نمی‌شود
- ب) تستوسترون با دوزهای بالاتر از فیزیولوژیک:
- افزایش خطر پلی‌سپتیمی (افزایش غیرطبیعی گلبول‌های قرمز) و بیماری‌های قلبی عروقی
- دوزهای بالا می‌توانند به توقف تولید تستوسترون طبیعی منجر شوند

۲. داروهای ترکیبی یا غیرمعمول

الف) دی‌هیدروتستوسترون (DHT) - ژل‌ها یا تزریقی:

- افزایش خطر عوارض جانبی شدید مانند هیپرتروفی پروستات و طاسی زودرس
- ب) تستوسترون همراه با استروژن:
- این ترکیب به دلیل اثرات متناقض بر بدن، نباید برای مردان ترنس استفاده شود.

توصیه ۱۵: وضعیت داروهای پرخطر که نیاز به احتیاط دارند به صورت زیر است:

الف) استروژن خوراکی^۴ در ترنس زن:

- ممکن است خطر ترومبوز وریدی (DVT) را افزایش دهد، بنابراین در افراد سیگاری یا دارای بیماری قلبی، استفاده از فرم‌های ترانس‌درمال (چسب پوستی) توصیه می‌شود.

ب) اسپرونولاکتون^۵ در ترنس زن:

- در دوزهای بالا ممکن است باعث افزایش پتاسیم خون و مشکلات کلیوی شود.
- ج) پروژسترون طبیعی^۶ در ترنس زن:

¹ Progestins

² Medroxyprogesterone Acetate

³ Methyltestosterone

⁴ Oral Estradiol

⁵ Spironolactone

⁶ Micronized Progesterone

- اثرات آن بر روی رشد پستان هنوز اثبات نشده است، اما خطرات آن کمتر از پروژسترون‌های صنعتی است.
- (د) تستوسترون در افراد دارای بیماری قلبی یا فشار خون بالا:
- ممکن است باعث افزایش فشار خون، پلی‌سیتمی و افزایش خطر بیماری‌های قلبی شود.

توصیه ۱۶: مزایا و عوارض هورمون درمانی در افراد ترنس زن به صورت زیر است:
الف) مزایا:

(۱) فواید روان‌شناختی و کیفیت زندگی

- کاهش ملال جنسیتی و افزایش رضایت از تصویر بدنی
- کاهش اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی
- بهبود کیفیت زندگی و افزایش اعتماد به نفس

(۲) تغییرات جسمانی مثبت

- کاهش رشد موهای زائد (هیرسوتیسم)
- افزایش رشد بافت پستانی (گرچه رشد ممکن است محدود باشد)
- کاهش چربی احشایی و توزیع چربی بدن به الگوی زنانه
- کاهش بوی بد بدن و تغییر تعریق به الگوی زنانه
- نرم‌تر شدن پوست و کاهش ضخامت آن

(ب) عوارض جانبی و خطرات احتمالی:

- عوارض خونی و قلبی - عروقی
- افزایش خطر ترومبوز ورید عمقی (DVT) و آمبولی ریه (به ویژه با استروژن خوراکی)
- افزایش خطر سکته مغزی و بیماری‌های قلبی، به خصوص در افراد سیگاری
- افزایش خطر هیپرپروتئینمی و تغییرات در انعقاد خون
- عوارض متابولیک
- افزایش مقاومت به انسولین و خطر دیابت نوع ۲
- افزایش چربی خون (تری‌گلیسرید و LDL)

(۳) عوارض مربوط به کارکرد جنسی و باروری:

- کاهش میل جنسی و اختلال در کارکرد نعوظ
- آتروفی بیضه‌ها و کاهش تولید اسپرم، که ممکن است برگشت‌ناپذیر باشد.
- ناباروری احتمالی پس از درمان طولانی‌مدت

(۴) عوارض غدد درون‌ریز و هورمونی

- افزایش پرولاکتین خون و احتمال پرولاکتینوما (نادر ولی جدی)
- کاهش تراکم استخوان در صورت عدم دریافت کافی استروژن

توصیه ۱۷: مزایا و عوارض هورمون درمانی در افراد ترنس مرد به صورت زیر است:

الف) مزایا:

(۱) فواید روان شناختی و کیفیت زندگی

- کاهش ملال جنسیتی و افزایش رضایت از تصویر بدنی
- کاهش اضطراب و افسردگی، و بهبود سلامت روانی کلی
- افزایش اعتماد به نفس و بهبود تعاملات اجتماعی

(۲) تغییرات جسمانی مثبت

- افزایش رشد موهای صورت و بدن
- کاهش چربی احشایی و تغییر توزیع چربی به الگوی مردانه
- افزایش توده عضلانی و قدرت بدنی
- کاهش ارتفاع صدا و دائمی شدن صدای بم
- افزایش چربی پوست و احتمال افزایش آکنه (مشابه بلوغ مردانه)
- قطع خونریزی قاعدگی پس از چند ماه درمان

(ب) عوارض جانبی و خطرات احتمالی:

(۱) عوارض خونی و قلبی - عروقی

- افزایش هماتوکریت و پلی‌سیتمی (افزایش بیش از حد گلبول‌های قرمز)، که ممکن است منجر به لخته شدن خون شود.
- افزایش فشار خون و خطر بیماری‌های قلبی در دوزهای بالای تستوسترون

(۲) عوارض متابولیک

- افزایش مقاومت به انسولین و خطر دیابت نوع ۲
- افزایش LDL و کاهش HDL، که ممکن است خطر بیماری قلبی را افزایش دهد.

(۳) عوارض پوستی و غدد درون‌ریز

- افزایش آکنه و چربی پوست، که ممکن است به درمان نیاز داشته باشد.
- ریزش موی الگوی مردانه (آلوپسی آندروژنیک) در برخی افراد مستعد ژنتیکی

(۴) عوارض باروری و کارکرد جنسی

- آتروفی تخمدان‌ها و کاهش حجم رحم، که ممکن است به جراحی نیاز داشته باشد.
- کاهش توان باروری، که در برخی موارد غیرقابل برگشت است.
- افزایش میل جنسی و تغییرات در پاسخ جنسی

توصیه ۱۸: توصیه‌های بالینی برای مدیریت عوارض در هورمون درمانی شامل موارد زیر است:

الف) برای ترنس زن

- استفاده از استروژن ترانس‌درمال (چسب پوستی) به جای خوراکی برای کاهش خطر ترومبوز
- پایش سطح پرولاکتین برای پیشگیری از پرولاکتینوما
- نظارت بر تراکم استخوان، به خصوص پس از گنادکتومی
- کاهش مصرف سیگار برای کاهش خطر سکنه و لخته خون

(ب) برای ترنس مرد

- پایش هماتوکریت و تنظیم دوز تستوسترون برای جلوگیری از پلی سیتی
- کنترل فشار خون و چربی خون برای کاهش خطر بیماری های قلبی - عروقی
- مدیریت آکنه با داروهای ضدآکنه در صورت لزوم
- بررسی گزینه های حفظ باروری قبل از شروع درمان
- در صورت هرگونه خونریزی غیرطبیعی در ترنس مردی که تحت درمان با تستوسترون است، ارجاع به متخصص زنان جهت بررسی علل آن انجام شود.

توصیه ۱۹: هورمون درمانی در اکثر مواقع ضروری و مادام العمر است. هورمون درمانی برای حفظ ویژگی های ثانویه جنسی و پیشگیری از عوارض کمبود هورمون ضروری است.

- اگر فرد مداخله ای جراحی در جهت تغییر جنسیت دریافت کرده باشد (مانند گنادکتومی)، قطع هورمون ها ممکن است منجر به کمبود شدید استروژن یا تستوسترون شود، که می تواند خطر پوکی استخوان و مشکلات متابولیک را افزایش دهد.
- در صورت وجود منع پزشکی یا عوارض شدید، ممکن است تنظیم یا قطع درمان انجام شود، اما نیاز به جایگزینی هورمونی بررسی می شود.

در شرایط خاص، ممکن است تغییراتی در درمان اعمال شود:

افراد مسن

- با افزایش سن، ممکن است نیاز به کاهش دوز هورمون ها باشد تا خطر بیماری های قلبی و پوکی استخوان کاهش یابد.
- افرادی که دیگر تمایلی به ادامه درمان ندارند: برخی افراد ممکن است تصمیم بگیرند که درمان را متوقف کنند، اما قطع ناگهانی هورمون ها می تواند عوارض متابولیک و روانی ایجاد کند.
 - در صورت بروز بیماری های جدی: در بیماری های شدید قلبی، سرطان های وابسته به هورمون، یا اختلالات انعقادی، ممکن است نیاز به تنظیم دوز یا قطع موقت درمان باشد.

توصیه ۲۰: مدت زمان توصیه شده برای هورمون درمانی پیش از جراحی به صورت زیر است:

- برای جراحی های غیرتناسلی (مانند جراحی پستان یا ماستکتومی در مردان ترنس)، هورمون درمانی الزامی نیست.
- برای جراحی های تناسلی، حداقل ۱۲ ماه هورمون درمانی توصیه می شود، مگر در موارد منع پزشکی
- هدف از این مدت، ایجاد تغییرات هورمونی پایدار، سازگاری جسمانی و ارزیابی ثبات روانی فرد برای جراحی است.

موارد استثنا:

- اگر فرد به دلایل پزشکی (مانند خطرات قلبی - عروقی) قادر به دریافت هورمون نباشد، ممکن است جراحی بدون ۱۲ ماه هورمون درمانی انجام شود.
- اگر فرد زودتر از ۱۲ ماه آمادگی کامل جسمانی و روانی را داشته باشد، تیم جراحی می تواند درباره کاهش این مدت تصمیم بگیرد.

جراحی‌های ترنس مرد

نوع جراحی	مدت زمان توصیه شده برای هورمون درمانی قبل از جراحی	الزامی بودن هورمون درمانی
ماستکتومی (حذف پستان‌ها) و مردانه سازی پستان‌ها	حداقل ۶ ماه	اختیاری، اما توصیه شده
هیسترکتومی و اووفورکتومی (حذف رحم و تخمدان‌ها)	حداقل ۱۲ ماه	توصیه شده، اما در موارد خاص قابل تغییر
متوئیدیوپلاستی یا فالوپلاستی (ساخت آلت تناسلی مردانه)	حداقل ۱۲ ماه	بله، مگر در شرایط خاص

جراحی‌های ترنس زن

نوع جراحی	مدت زمان توصیه شده برای هورمون درمانی قبل از جراحی	الزامی بودن هورمون درمانی
واژینوپلاستی (ساخت واژن)	حداقل ۱۲ ماه	بله، مگر در شرایط خاص
ارکیدکتومی (حذف بیضه‌ها)	حداقل ۶ ماه	اختیاری، اما توصیه شده
زنانه سازی صورت	۶-۱۲ ماه	اختیاری
جراحی برجسته‌سازی پستان	۶-۱۲ ماه	توصیه شده، اما الزامی نیست

توصیه ۲۱: سطح آگاهی از هورمون درمانی در گروه‌های درگیر در درمان مراجعان با ملال جنسیتی در جدول زیر مشخص شده‌است:

گروه حرفه‌ای	حداقل دانش مورد نیاز	آموزش تکمیلی پیشنهادی	مسئولیت در سیستم سلامت ایران
روانپزشکان و روانشناسان بالینی	- تشخیص ملال جنسیتی بر اساس DSM-5-TR - توانایی ارزیابی سلامت روانی و تشخیص افتراقی - درک تأثیرات روان‌شناختی هورمون درمانی - مدیریت مسائل روان‌درمانی مرتبط با تغییر جنسیت	- دوره‌های آموزش تخصصی در ارزیابی و درمان ملال جنسیتی - کارگاه‌های بالینی در مورد هورمون درمانی	- تشخیص و ارزیابی ملال جنسیتی - مشاوره پیش از هورمون درمانی و جراحی - درمان و حمایت روانی در طول انتقال جنسیتی و پس از آن

متخصصان غدد درون‌ریز	- درک فیزیولوژی هورمون درمانی - آشنایی با انواع تستوسترون، استروژن و ضد آندروژن‌ها - مدیریت عوارض جانبی و پایش درمان	فلوشیپ غدد با دوره‌های ویژه با ملال جنسیتی و کارگاه‌های هورمون‌درمانی ویژه پزشکان	- تجویز هورمون‌ها و تنظیم دوزها - پایش درمان (آزمایش‌های هورمونی، سلامت استخوان، چربی خون و قلب)
پزشکان عمومی و پزشکان خانواده	- شناخت اولیه ملال جنسیتی - اصول پایه هورمون‌درمانی و عوارض آن - مراقبت‌های پیشگیرانه برای افراد یا ملال جنسیتی	- دوره‌های کوتاه‌مدت در مراقبت‌های اولیه افراد با ملال جنسیتی - کارگاه‌های درمان هورمونی پایه	- مراقبت‌های اولیه برای افراد با ملال جنسیتی - ارجاع به متخصصان غدد و روانپزشکی در صورت نیاز - پایش وضعیت سلامت عمومی افراد با ملال جنسیتی
جراحان تغییر جنسیت (اورولوژیست، جراح پلاستیک، جراح زنان)	- درک فرآیندهای جراحی تغییر جنسیتی - ارزیابی تأثیر هورمون درمانی بر جراحی	دوره‌های تخصصی جراحی تغییر جنسیت در مراکز بین‌المللی	- انجام جراحی‌های مرتبط با تغییر جنسیت (واژینوپلاستی، فالوپلاستی، ماستکتومی، هیسترکتومی) - ارزیابی آمادگی جسمانی و هورمونی مراجعین قبل از جراحی
پرستاران	- اصول پایه ملال جنسیتی - مراقبت از بیماران تحت درمان هورمونی - نحوه پایش عوارض هورمون درمانی	- آموزش‌های بالینی در بیمارستان‌های پذیرای افراد با ملال جنسیتی - دوره‌های تخصصی مراقبت‌های بعد از جراحی	- آموزش مراجعین درباره مصرف صحیح داروها و مراقبت‌های لازم - حمایت روانی و اجتماعی برای کاهش استرس افراد با ملال جنسیتی - مراقبت از مراجعین بعد از جراحی‌های تغییر جنسیتی
بهورزان (کادر سلامت در مناطق روستایی و مراکز بهداشت شهری)	- آگاهی کلی از ملال جنسیتی و تغییر جنسیت - آشنایی با اصول اولیه هورمون درمانی - شناخت عوارض جانبی شایع	- کارگاه‌های آموزشی کوتاه‌مدت درباره سلامت افراد با ملال جنسیتی - برنامه‌های آگاهی‌بخشی در مراکز بهداشت	- اطلاع رسانی و آگاهی‌بخشی به افراد با ملال جنسیتی در سطح جامعه - ارجاع مراجعین به پزشکان متخصص در صورت نیاز - حمایت‌های اجتماعی و سلامت عمومی در سطح جامعه

توصیه ۲۲: روش‌های آگاهی‌سازی مختلفی در مورد عوارض و مزایای هورمون درمانی می‌تواند به کار گرفته شود که در جدول زیر آورده شده است:

روش	توضیح	مناسب برای
مشاوره‌های پزشکی حضوری	جلسات فردی با پزشک فوق تخصص غدد، پزشک خانواده یا روانپزشک	مراجعین و خانواده‌هایی که اطلاعات علمی نیاز دارند
کارگاه‌های آموزشی گروهی	جلسات عمومی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی با حضور متخصصان	مراجعین، خانواده‌ها، و پرسنل درمانی
ویدئوهای آموزشی	فیلم‌های کوتاه از متخصصان درباره تغییرات جسمانی، روانی، و عوارض هورمون‌درمانی	مراجعین، نوجوانان، و افراد با سواد پایین‌تر
پلتفرم‌های آنلاین و رسانه‌های اجتماعی	وب سایت‌های معتبر، صفحات اینستاگرام و تلگرام با محتوای علمی	مراجعین و خانواده‌هایی که به منابع آنلاین دسترسی دارند
مراکز مشاوره تلفنی	پاسخگویی به سئوالات از طریق خطوط تلفنی مشاوره در بیمارستان‌ها	مراجعین و خانواده‌هایی که امکان مراجعه حضوری ندارند
جزوه‌ها و بروشورهای آموزشی	توضیحات ساده و تصویری درباره اثرات، عوارض و نحوه مصرف داروها	مراجعین و خانواده‌هایی که علاقه‌مند به مطالعه مستقل هستند

توصیه ۲۳: مراجعین باید قبل از شروع هورمون درمانی درباره حفظ باروری مشاوره دریافت کنند. بهترین زمان برای فریز کردن اسپرم یا تخمک، پیش از آغاز هورمون درمانی است. قطع هورمون‌ها همیشه منجر به بازگشت باروری نمی‌شود، بنابراین تصمیم‌گیری پیش از مداخله درمانی مهم است (می‌بایستی مراکز مرتبط در صورت نشان دادن نامه از پزشک واجد شرایط در این زمینه با مراجع همکاری کنند).

سؤال ۷) راهکارهای مداخله‌ای جراحی کدامند؟

فهرست منابع اصلی مورد استناد در تدوین راهنما

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9553112/#S0015
England NH. Gender Identity Services for Adults (Surgical Interventions). Service Specification. 2019(1719).	https://www.england.nhs.uk/publication/service-specification-gender-identity-services-for-adults-surgical-interventions/
Urological focus on gender affirmation surgery	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38697058/
Adult transgender care: A review for urologists	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8525536/

مداخلات جراحی

این مداخلات صرفاً توسط جراحانی قابل انجام است که علاوه بر تبحر کافی در زمینه جراحی‌های مربوط به حوزه تخصصی و فوق تخصصی خود، در حیطه کار و برخورد با مراجعین ملال جنسیتی و درک شرایط ویژه آنها، نیز آگاهی و تجربه کافی را داشته باشند. آنها باید علاوه بر کسب دانش و تجربه لازم علمی و عملی برای انجام این نوع جراحی‌ها، علم و مهارت خود را منطبق با استانداردهای جهانی به روز رسانی کرده و به فواصل مناسب در برنامه‌های آموزش مداوم داخلی و یا خارجی شرکت نمایند تا این مداخلات جراحی با رعایت دانش و مهارت حداکثری، اصول اخلاقی، احترام به خودمختاری بیمار و مبتنی بر شواهد علمی انجام شود. با این هدف که بتوانند نتایج مطلوب و با حداقل عوارض جراحی را برای مراجعین ملال جنسیتی فراهم آورند.

به همین منظور تأکید می‌شود که انجام انواع مداخلات جراحی تغییر جنسیت برای متخصص و فوق تخصص‌های مختلف جراحی در صورتی مجاز است که هم واجد شرایط فوق الذکر باشند و هم صرفاً در زمینه تخصصی و فوق تخصصی مرتبط با رشته خود مداخلات جراحی متناسب را انجام دهند:

- فوق تخصص جراحی پلاستیک
- فلوشیپ جراحی پستان
- فلوشیپ لاپاراسکوپی (جهت هیستریکتومی و اووفورکتومی)
- متخصص اورولوژی با فلوشیپ مجرا و ترمیمی
- متخصص اورولوژی (با گذراندن دوره آموزشی مرتبط)
- متخصص جراحی عمومی (با گذراندن دوره آموزشی مرتبط)
- متخصص زنان (با گذراندن دوره آموزشی مرتبط به جهت هیستریکتومی و اووفورکتومی ترجیحاً لاپاراسکوپی)
- متخصص زنان با فلوشیپ ناباروری

به طور کلی انواع اعمال جراحی بر اساس «حیطه تخصصی» هر جراح به صورت زیر است:

متخصص اورولوژی با فلوشیپ مجرا و ترمیمی و متخصص اورولوژی (با گذراندن دوره آموزشی مرتبط)

انواع مداخلات مربوط به بازسازی مجاری ادراری و یا ترمیم عوارض ناشی از جراحی‌های انجام شده در ناحیه تناسلی و مجاری ادراری

متخصص جراحی زنان

جراحی‌های مربوط به حذف رحم و تخمدان‌ها (ترجیحاً لاپاراسکوپی)

فلوشیپ جراحی پستان و فوق تخصص جراحی پلاستیک و متخصص جراحی عمومی (با گذراندن دوره آموزشی مرتبط)
جراحی‌های مربوط به حذف بافت سینه و مردانه‌سازی سینه در مراجعین با ملال جنسیتی زن به مرد و کاشت پروتز سینه به جهت زنانه‌سازی سینه در مراجعین با ملال جنسیتی مرد به زن.

فوق تخصص جراحی پلاستیک (با گذراندن دوره آموزشی مرتبط)

انجام انواع عمل‌های جراحی زیبایی و ترمیمی در ناحیه صورت، ناحیه تناسلی و سایر قسمت‌های بدن

تلاش برای ارتقاء نتایج حاصل از جراحی

توصیه ۱: جراحان ارائه دهنده خدمت به افراد دارای ملال جنسیتی باید ایمنی و کیفیت جراحی را با رعایت استانداردهای بین‌المللی رعایت کنند، این موارد شامل:

- لازم است علاوه بر توجه به معیارهای لازم برای انجام جراحی‌های تغییر جنسیت، مانند تشخیص پایدار ملال جنسیتی (با تأیید روان‌پزشک واجد شرایط) اصل حکم و مجوز تغییر جنسیت از دادگاه نیز به رؤیت جراح برسد. بررسی و اطمینان دقیق در مورد اخذ مجوز قانونی جراحی ضروری است.
- اطمینان از ثبات وضعیت روانی بیمار از جمله عدم وجود علائم روان‌پریشی، عدم وجود افسردگی شدید، عدم اعتیاد و ... در صورت تردید در مورد ثبات روانی فرد (به خصوص در مواردی که بیشتر از ۶ ماه از دریافت مجوز تغییر جنسیت از دادگاه گذشته و فرد جهت انجام جراحی‌ها اقدامی نداشته است)، بهتر است مراجع مجدداً جهت ارزیابی تکمیلی، به روان‌پزشک واجد شرایط (مطابق با فصل مرتبط در راهنمای بالینی) معرفی شود.
- انجام ارزیابی‌های جامع پزشکی و جراحی برای تعیین مناسب بودن شرایط جسمانی مراجعین برای جراحی‌های تغییر جنسیت.
- مدیریت مناسب عوامل مداخله‌گر در نتیجه جراحی از جمله تشویق مراجعین به ترک سیگار، کنترل وزن و کنترل دیابت.
- توجه به فرآیند تصمیم‌گیری مشترک میان بیمار و تیم جراحی، شامل بررسی گزینه‌های درمانی، خطرات، مزایا و محدودیت‌های هر روش جراحی و آگاهی‌رسانی کامل در مورد اهداف جراحی (توصیه می‌شود عکس‌هایی از نتیجه جراحی به مراجعین نشان داده شود) تا به مراجع کمک شود که انتظارات واقع بینانه‌ای از نتایج جراحی‌ها داشته باشد. جراحان باید به ترجیحات فردی مراجع در انتخاب نوع جراحی احترام بگذارند.
- بررسی شبکه‌های حمایتی مراجع اعم از خانواده، دوستان و ... به جهت ارائه مراقبت‌های بعد از جراحی و در نتیجه به حداقل رساندن عوارض جراحی.
- ارزیابی توانایی تصمیم‌گیری و اخذ رضایت آگاهانه کامل بیمار پس از دریافت اطلاعات دقیق درباره خطرات، فواید و گزینه‌های جراحی.
- تأکید به لزوم تکمیل دوره هورمون درمانی توسط مراجعین در برخی جراحی‌ها مانند جراحی‌های تناسلی.

در نظر گرفتن ملاحظات ویژه برای گروه‌های خاص:

الف) نوجوانان

توصیه ۲: مطابق قوانین کشور ایران انجام جراحی‌های تغییر جنسیت نباید زیر سن ۱۸ سال انجام شود.

ب) افراد سالمند

توصیه ۳: متخصصان جراح باید ملاحظات خاصی مانند تأثیر جراحی بر سلامت کلی و بهبودی درافراد با ملال جنسیتی سالمند در نظر بگیرند.

هماهنگی و همکاری بین رشته‌ای

توصیه ۴: جراحان ارائه دهنده خدمت به افراد دارای ملال جنسیتی باید با تیم چند رشته‌ای (شامل روانپزشکان، روانشناسان بالینی واجد شرایط، فوق تخصص‌های غدد، و سایر متخصصان) برای برنامه‌ریزی جراحی‌های تغییر جنسیت همکاری داشته باشند، این همکاری‌ها شامل:

- هماهنگی با روانپزشک معالج برای اطمینان از سلامت روانی بیمار پیش از جراحی (به خصوص در مواردی که مدت زمان زیادی بین اخذ مجوز و مراجعه و اقدام جهت انجام جراحی گذشته است) و اطمینان از آمادگی لازم روانی بیمار برای بعد از جراحی و میزان تاب‌آوری و سازگاری با تغییرات بدن
- همکاری با متخصصان غدد برای اطمینان از تنظیمات صحیح هورمونی پیش از جراحی
- ارجاع مراجعین به متخصصان دیگر در صورت نیاز (مانند متخصصان غدد برای شروع یا ادامه هورمون درمانی، مدیریت عوارض هورمون درمانی و یا ارجاع به روانپزشکان و روانشناسان بالینی برای اطمینان و حمایت از سلامت روانی قبل و بعد از جراحی)
- در صورت لزوم مشورت بین متخصصان جراحی پلاستیک، اورولوژی، زنان برای مداخلات پیچیده‌تر مانند واژینوپلاستی و فالوپلاستی

توجه به غربالگری و پیشگیری از بدخیمی‌ها

- توصیه ۵:** متخصصان جراحی باید تمام مراجعین ملال جنسیتی را که تحت درمان هورمونی هستند از نظر بدخیمی‌ها پیگیری کنند
- انجام غربالگری سرطان پروستات در مراجعین با تشخیص ملال جنسیتی زن به مرد با سابقه هورمون درمانی طولانی مدت با توجه به سطح پایین PSA
 - انجام غربالگری سرویکس و انجام دوره‌ای پاپ اسمیر در زنان با ملال جنسیتی و سابقه هورمون درمانی طولانی مدت

توصیه ۶: جراحان باید ساختار مجاری ادراری در بیماران با سابقه جراحی تغییر جنسیت را جهت پیشگیری از عفونت‌های ادراری راجعه ارزیابی کنند.

توجه به حفظ باروری

توصیه ۷: جراحان باید پیش از جراحی درباره گزینه‌های انجماد اسپرم/تخمک و پیامدهای هورمون درمانی به مراجعین مشاوره دهند و در صورت تمایل مراجعین، آنها را به مراکز ناباروری معرفی کنند.

توصیه ۸: جراحان باید به مراجعین با ملال جنسیتی در مورد امکانات رسیدن به باروری مثل پیوند رحم و سایر موارد که در آینده در دسترس خواهد بود اطلاعات لازم را ارائه دهند.

ملاحظات قبل از جراحی

توصیه ۹: جراحان ارائه دهنده خدمت به افراد دارای ملال جنسیتی باید ملاحظات قبل از جراحی را جهت حصول نتیجه بهتر و به حداقل رساندن عوارض جراحی رعایت کنند این توصیه‌ها شامل:

- قطع هورمون‌های زنانه‌ساز در ترنس‌های زن به مدت ۲-۳ هفته قبل از انجام جراحی، با هدف پیشگیری از ایجاد ترومبوآمبولی
- حذف موهای ناحیه تناسلی برای جلوگیری از عوارض پس از جراحی
- برنامه‌ریزی برای حفظ باروری (فریزاسپرم یا تخمک)
- ارزیابی سطح هورمونی و تغییر دوز داروها
- بررسی سیستم ادراری تحتانی شامل سونوگرافی و یا مطالعه یورودینامیک

انجام انواع جراحی‌های تغییر جنسیت

توصیه ۱۰: تأکید می‌شود که:

- متخصصان جراحان عمومی با فلوشیپ جراحی پستان و فوق تخصص جراحی پلاستیک
- جراحان اورولوژی با فلوشیپ مجرا و ترمیمی
- متخصصان جراحی عمومی (به شرط کسب علم و مهارت لازم)
- متخصصان اورولوژی (به شرط کسب علم و مهارت لازم)
- متخصصان زنان (به شرط کسب علم و مهارت لازم)

امکان و اجازه انجام جراحی‌های تغییر جنسیت را فقط بر اساس «حیطه تخصصی و فوق تخصصی خود» به صورت زیر دارند و انجام جراحی در خارج از حیطه معین شده برای آنان مجاز نیست:

الف) جراحی‌های قفسه سینه^۱

نکته: تأکید می‌شود بر اساس موارد ذکر شده در توصیه ۱ همین فصل، این حیطه از اعمال جراحی صرفاً توسط: متخصص جراح عمومی با فلوشیپ جراحی پستان، فوق تخصص جراحی پلاستیک، جراحان عمومی با شرط گذراندن دوره‌های لازم و داشتن دانش و تبحر کافی در زمینه این نوع از جراحی‌ها، قابل انجام است.

انواع این جراحی‌ها شامل:

- ماستکتومی (برداشت پستان) برای ترنس‌مرد و مردانه‌سازی پستان‌ها
- جراحی افزایش حجم پستان برای ترنس‌زن

^۱ Chest Surgery

ب) جراحی‌های مربوط به حذف اندام‌های تولید مثلی زنانه (اووفورکتومی، هیستریکتومی)

نکته: تأکید می‌شود بر اساس موارد ذکر شده در توصیه ۱ همین فصل، این حیطة از اعمال جراحی صرفاً توسط:

متخصص جراحی زنان و یا جراحان عمومی با فلوشیپ لاپاراسکوپی با شرط گذراندن دوره‌های لازم و داشتن دانش و تبحر کافی (به ویژه در جراحی لاپاراسکوپی) در زمینه این نوع از جراحی‌ها، قابل انجام است.

انواع این جراحی‌ها شامل:

Hysterectomy + Bilateral Salpingo-oophorectomy

ج) جراحی‌های ناحیه تناسلی^۱

نکته: تأکید می‌شود بر اساس موارد ذکر شده در توصیه ۱ همین فصل، این بخش از اعمال جراحی صرفاً توسط:

جراح متخصص اورولوژی با فلوشیپ مجرا و ترمیمی، فوق تخصص جراحی پلاستیک، جراح اورولوژی و جراح عمومی با شرط گذراندن دوره‌های لازم و داشتن دانش و تبحر کافی در زمینه این نوع از جراحی‌ها قابل انجام است.

انواع این جراحی‌ها شامل:

- جراحی‌های ناحیه تناسلی در مراجعین با تشخیص ملال جنسیتی زن - به - مرد
- Scrotoplasty
- Testicular prosthesis
- Penile prosthesis
- متوئیدیوپلاستی: ساخت نئوفالوس از کلیتوریس بزرگ شده
- Metoidioplasty (with or without urethral lengthening)
- فالوپلاستی: استفاده از بافت بازو، ران، یا شکم برای ساخت آلت تناسلی
- Phalloplasty (with or without urethra)
- Flap type
- Radial artery forearm flap
- Antero lateral thigh flap
- Abdominal flap
- Myo-cutaneous latissimus dorsi flap
- Other flap
- اورتروپلاستی و بازسازی مجرای ادراری مردانه

جراحی‌های ناحیه تناسلی در مراجعین با تشخیص ملال جنسیتی مرد - به - زن

- واژینوپلاستی: ایجاد ساختار واژن با استفاده از پوست آلت یا بافت روده
- ارکیدکتومی: حذف بیضه‌ها
- استفاده از فلپ‌های متفاوت

¹ Genital Surgery

د) سایر جراحی‌ها (زیبایی و ترمیمی)

نکته: تأکید می‌شود بر اساس موارد ذکر شده در توصیه ۱ همین فصل، این بخش از اعمال جراحی صرفاً توسط جراح فوق تخصص پلاستیک، فوق تخصص جراحی سر و گردن، متخصصان گوش و حلق و بینی با شرط گذراندن دوره‌های لازم و داشتن دانش و تبحر کافی در زمینه این نوع از جراحی‌ها، قابل انجام است.

انواع این جراحی‌ها شامل:

- جراحی‌های صورت: این جراحی‌ها می‌توانند شامل تغییرات در استخوان‌های صورت، بینی، چانه و سایر ویژگی‌های صورت برای هماهنگی بیشتر با هویت جنسیتی فرد باشد.
- لیپوساکشن یا لیپوفیلینگ: برای تغییر توزیع چربی در بدن و ایجاد ظاهر فیزیکی متناسب با هویت جنسیتی

مدیریت عوارض بعد از جراحی

توصیه ۱۱: جراحان ارائه دهنده خدمت به افراد دارای ملال جنسیتی باید مراقبت‌های لازم پس از جراحی را انجام داده و عوارض احتمالی را مدیریت کنند، این موارد شامل:

- ارائه مراقبت‌های پس از جراحی توسط جراح و کادر درمان برای مدیریت درد، پیشگیری از عفونت، و تسریع بهبودی
- آموزش به بیمار و ارائه دستورالعمل‌های مراقبت پس از عمل (مانند پانسمان و مراقبت از زخم، فعالیت فیزیکی و پیگیری‌های دوره‌ای)
- انجام ویزیت‌های پیگیری منظم برای بررسی روند بهبودی و تشخیص هرگونه عارضه احتمالی (مانند عفونت، نکرور بافتی یا خونریزی)
- پیگیری وضعیت بیمار پس از جراحی برای حداقل یک سال
- استفاده از تمرینات اتساع برای حفظ عمق نئواژن در ترنس‌های زن
- ارزیابی سیستم ادراری تحتانی پس از جراحی و در صورت نیاز مدیریت عفونت‌های ادراری
- آمادگی جهت انجام جراحی‌های اورژانسی در صورت بروز عوارض جدی و یا تهدید کننده حیات پس از جراحی‌های مرتبط با تغییر جنسیت

احترام به حقوق اجتماعی و قانونی مراجعان و مقابله با انگ و تبعیض

توصیه ۱۲: جراحان ارائه دهنده خدمت به افراد دارای ملال جنسیتی باید اصول عدالت سلامت و توجهات فرهنگی و حقوقی را رعایت کنند که شامل:

- استفاده از زبان احترام آمیز در تعاملات با بیمار
- اجتناب از تبعیض در دسترسی به جراحی‌ها بر اساس نژاد، طبقه اجتماعی یا موقعیت اقتصادی
- در صورت نیاز و یا درخواست مراجع مستندات پزشکی لازم برای تغییرات هویتی در اسناد رسمی (مانند گواهی جراحی) را ارائه دهند.

آموزش و ارائه اطلاعات صحیح

توصیه ۱۳: جراحان ارائه دهنده خدمت به افراد دارای ملال جنسیتی باید آموزش‌های لازم و اطلاعات کافی را به کادر درمان و مراجعان ارائه بدهند، که شامل موارد زیر است:

- آگاهی از دستورالعمل‌های فنی برای تکنیک‌های جراحی و مدیریت خطرات احتمالی به سایر کادر درمانی به ویژه کارکنان اتاق عمل و بخش‌های بستری

- آموزش به کارکنان اتاق عمل و بخش‌های بستری در مورد کلیات تشخیص ملال جنسیتی و لزوم تعامل احترام آمیز و به دور از تبعیض و انگ با این افراد
- ارائه اطلاعات دقیق و آموزش جامع به مراجعان در مورد فرآیند جراحی، خطرات و مزایای آن، و مراقبت‌های لازم پس از جراحی و عوارض بلند مدت (مانند تغییرات حسی یا نیاز به جراحی‌های تکمیلی)

مشارکت در طرح‌های تحقیقاتی و پژوهشی

- توصیه ۱۴:** جراحان ارائه دهنده خدمت به افراد دارای ملال جنسیتی بهتر است در زمینه پژوهش و توسعه همکاری کنند:
- مشارکت در تحقیقاتی که به جمع‌آوری داده‌های مربوط به نتایج جراحی‌های تغییر جنسیت و بهبود کیفیت مراقبت‌های جراحی برای افراد می‌پردازند.
 - مشارکت در توسعه دستورالعمل‌ها و سیاست‌های بهداشتی که نیازهای جراحی این افراد را در نظر می‌گیرند.

ملاحظات مربوط به دوره‌های آموزشی جراحان

- توصیه ۱۵:** جراحان باید دوره‌های آموزشی تخصصی (مورد تأیید انجمن اورولوژی، زنان یا سایر مراجع ذیصلاح) و نظارت مستند در زمینه جراحی‌های تغییر جنسیت را گذرانده باشند. همچنین باید با تنوع هویت جنسیتی آشنا باشند.
- توصیه ۱۶:** جراحان باید تجربه کافی در انجام جراحی‌های تغییر جنسیت و به روزرسانی دانش از طریق شرکت در برنامه‌های آموزش مداوم و کارگاه‌های مرتبط را داشته باشند.

- توصیه ۱۷:** جراحان باید نتایج جراحی‌ها و عوارض احتمالی را برای بهبود کیفیت مراقبت مراجعین را در سامانه ملی ثبت و پیگیری کنند.

- توصیه ۱۸:** جراحان باید به Minimum Case Volume Per Year به عنوان یکی از ملاک‌های مشخص کردن مراکز مناسب برای ارجاع جهت انجام جراحی‌های تغییر جنسیت توجه داشته باشند. بدین معنا که تعداد مشخصی از این جراحی را در کنار استادی مجرب و سپس با نظارت استاد مربوطه ولی به صورت مستقل انجام دهد و برگه تأیید مبنی بر توانایی انجام این عمل را بگیرد.

سؤال ۸) راهکارهای مداخله‌ای روانشناس بالینی کدامند؟

فهرست منابع اصلی مورد استناد در تدوین راهنما

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9553112/#S0015
Guidelines for the Primary and Gender Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People	https://transcare.ucsf.edu/sites/transcare.ucsf.edu/files/Transgender-PGACG-6-17-16.pdf
Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients	https://policycommons.net/artifacts/2125426/guidelines-for-gender-affirming-primary-care-with-trans-and-non-binary-patients/2880724/
NHS-England (Gender Identity Services for Adults (Non-Surgical Interventions)	https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/10/1719-gender-identity-services-for-adults-non-surgical-interventions-service-specification.pdf
The World Health Organization's work and recommendations for improving the health of trans and gender diverse people	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.26004/full

روانشناسان: این گروه شامل فارغ التحصیلان دکترای روانشناسی بالینی که دوره‌های آموزشی (ذکر شده در پاسخ سؤال سوم راهنمای بالینی) را گذرانده باشند، است. این مداخلات به صورت فرد محور و انعطاف‌پذیر اجرا می‌شوند و هدف نهایی آن ارتقای سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی در افراد با شکایت از ملال جنسیتی است.

لزوم داشتن دانش و آگاهی پایه

توصیه ۱: روانشناسان باید تفاوت بین هویت جنسیتی و گرایش جنسی و اصولاً پیچیدگی‌های جنسیتی^۱ را به خوبی بشناسند و به مراجعین کمک کنند تا این مفاهیم را از هم تفکیک کنند.

توصیه ۲: روانشناسان باید درک کنند که هویت جنسیتی با سایر هویت‌های فرهنگی (مانند نژاد، قومیت، مذهب، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و غیره) مرتبط است و این امر می‌تواند بر تجربیات مراجعین تأثیر بگذارد.

ارزیابی، پیشگیری و مدیریت بحران‌های روانی

توصیه ۳: روانشناسان باید در ارزیابی‌های خود اطمینان حاصل کنند که مشکلات سلامت روان ناشی از هویت جنسیتی نبوده، بلکه ممکن است تشخیص‌های دیگر روانپزشکی مطرح باشد یا علائم، ناشی از تبعیض و فشارهای اجتماعی باشد (به عنوان مثال در موارد

¹ Sexuality

نادر، ممکن است شرایط روانی دیگری مانند «روان‌پریشی» وجود داشته باشد که نیاز به ارزیابی تخصصی دارد و لازم است که حتماً فرد را جهت ارزیابی دقیق‌تر و بررسی احتمال نیاز به دارو درمانی به روانپزشک ارجاع دهند).

توصیه ۴: روانشناسان باید غربالگری فعال برای شناسایی افکار خودکشی، آسیب به خود یا بحران‌های عاطفی را انجام دهند.

توصیه ۵: روانشناسان باید برنامه‌های مداخله‌ای فوری برای کاهش خطرات آسیب به خود را برای مراجعان طراحی کنند.

توصیه ۶: روانشناسان باید در صورت نیاز با خدمات اورژانس روانپزشکی همکاری داشته باشند.

توصیه ۷: روانشناسان باید به مسائل سلامت روان که ممکن است ناشی از تبعیض، خشونت یا انگ اجتماعی باشد، توجه کنند. این موارد شامل مدیریت اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی و سوء مصرف مواد است.

درمان‌های روانشناختی

توصیه ۸: روانشناسان واجد شرایط باید مداخلات روان درمانی متناسب با شرایط مراجعان (درمان‌های شناختی - رفتاری، حمایتی و سایر روش‌های روان‌درمانی) و با تمرکز بر کاهش اضطراب، افسردگی، یا استرس ناشی از تبعیض و طردشدگی ارائه و فضای امنی برای صحبت در مورد تجربیات و احساسات این افراد فراهم کرده و به آن‌ها در مدیریت افکار و احساسات منفی مرتبط با جنسیت و بهبود سلامت روان کمک کنند. این قسمت به تفصیل در توضیحات مربوط به بخش روان‌درمانی راهنمای بالینی ذکر شده است.

مشارکت در فرآیند رضایت آگاهانه

توصیه ۹: روانشناسان باید در مورد درک کامل فرد از پیامدهای هورمون‌درمانی، جراحی و تغییرات اجتماعی اطمینان حاصل کنند.

توصیه ۱۰: روانشناسان باید اطلاعات شفاف درباره مزایا، خطرات و گزینه‌های جایگزین هر مداخله ارائه دهند.

توصیه ۱۱: روانشناسان باید ظرفیت روانی فرد برای تصمیم‌گیری آگاهانه و ارائه رضایت‌نامه را ارزیابی کنند.

همکاری بین‌رشته‌ای

توصیه ۱۲: روانشناسان باید در صورت نیاز، مراجعین را برای شروع یا مدیریت داروهای روانپزشکی به روانپزشکان ارجاع دهند.

توصیه ۱۳: روانشناسان باید آمادگی روانی فرد برای شروع هورمون درمانی یا جراحی را ارزیابی کنند و نتایج این ارزیابی را به روانپزشک مسئول مراجع جهت اطلاع به متخصصان غدد یا جراحان ارائه دهند.

توجه به مراحل مختلف زندگی و حمایت از گروه‌های خاص

کودکان و نوجوانان (به بخش کودک و نوجوان راهنمای بالینی مراجعه شود).

سالمندان

توصیه ۱۴: روانشناسان باید به نیازهای خاص افراد سالمند با ملال جنسیتی توجه کنند، از جمله مسائل مربوط به انزوا، سلامت جسمی و روانی و نگرانی‌های مربوط به مراقبت‌های طولانی‌مدت. این موضوع شامل احترام به تصمیمات افراد سالمند در مورد افشای هویت جنسیتی خود و حمایت از آن‌ها در مواجهه با تبعیض یا سوءرفتار در محیط‌های مراقبتی است.

توصیه ۱۵: روانشناسان باید مداخلاتی ویژه و متناسب با شرایط خاص (مانند اختلالات طیف اوتیسم یا ناتوانی‌های یادگیری) ارائه دهند.

کمک به بهبود تصویر بدن^۱ و اعتماد به نفس

توصیه ۱۶: روانشناسان باید به افراد کمک کنند تا تصویر بدن خود را بهبود بخشند و با بدن خود احساس راحتی بیشتری کنند. زیرا بسیاری از این افراد به ویژه در مراحل اولیه انطباق جنسیتی با تصویر بدن خود مشکل دارند.

توصیه ۱۷: روانشناسان باید پس از جراحی‌های مرتبط با جنسیت به افراد کمک کنند تا با تغییرات جسمانی جدید خود سازگار شوند و اعتماد به نفس خود را بازابند.

مقابله با انگ، تبعیض

توصیه ۱۸: روانشناسان باید تأثیرات منفی انگ، تبعیض و خشونت بر سلامت روان و رفاه مراجعین با ملال جنسیتی را درک کرده و به آنها کمک کنند تا با این تجربیات مقابله نمایند.

توصیه ۱۹: روانشناسان باید به این موضوع توجه کنند که افراد با ملال جنسیتی ممکن است با سایر اشکال تبعیض (مانند نژاد، قومیت، معلولیت، یا وضعیت اقتصادی - اجتماعی) نیز مواجه باشند لذا درک تأثیرات ترکیبی تبعیض‌های چندگانه و ارائه مراقبت‌های لازم برای مقابله با این مسائل ضروری است.

توصیه ۲۰: روانشناسان با هماهنگی با تیم درمان از جمله مددکاران اجتماعی باید در ایجاد محیط‌های حمایتی و بدون تبعیض برای مراجعین با ملال جنسیتی نقش فعالی داشته باشند. این شامل آموزش کارکنان، استفاده از زبان احترام‌آمیز و ایجاد سیاست‌های فراگیر در محیط‌های کاری و آموزشی است.

توصیه ۲۱: روانشناسان باید به مراجعین کمک کنند تا با چالش‌های مرتبط با آشکارسازی هویت جنسیتی خود در محیط کار کنار بیایند و از آنها در مواجهه با تبعیض یا آزار حمایت کنند.

حمایت از حقوق قانونی و دسترسی به خدمات سلامت

توصیه ۲۲: روانشناسان باید در تلاش‌های حمایتی برای تغییر سیاست‌های عمومی که بر حقوق و رفاه افراد ملال جنسیتی تأثیر می‌گذارند، مشارکت کنند. این شامل حمایت از قوانین ضد تبعیض و بهبود دسترسی به مراقبت‌های سلامت برای این افراد است.

^۱ Body Image

توصیه ۲۳: روانشناسان باید از مراجعین در دسترسی به خدمات سلامت مرتبط با هویت جنسیتی حمایت کنند.

توصیه ۲۴: روانشناسان باید با سایر متخصصان در حیطه‌های مختلف (پزشکان و وکلا) برای دسترسی به خدمات جامع همکاری کنند.

پشتیبانی بلند مدت

توصیه ۲۵: روانشناسان باید افراد ملال جنسیتی را حتی پس از گذار پزشکی/اجتماعی برای مقابله با چالش‌های جدید یا تغییرات در هویت جنسیتی همراهی کنند.

آموزش و توانمندسازی

توصیه ۲۶: روانشناسان باید با کمک مددکاران اجتماعی به مراجعین با ملال جنسیتی در آگاهی از حقوق اجتماعی خود و دسترسی به منابع و خدمات حمایتی کمک کنند.

توصیه ۲۷: روانشناسان باید آموزش‌هایی به سایر کارکنان سیستم بهداشتی و درمانی درباره نیازهای روانی افراد ملال جنسیتی در تمام تعاملات را ارائه دهند.

شرکت در طرح‌های تحقیقاتی و گذراندن دوره‌های آموزشی و ارتقاء حرفه‌ای

توصیه ۲۸: روانشناسان بهتر است که در طرح‌های تحقیقاتی شرکت کنند، زیرا به بهبود درک و مراقبت از افراد ملال جنسیتی کمک می‌کند و نیز در توسعه دستورالعمل‌ها و سیاست‌های سلامت که نیازهای سلامت روان این افراد را در نظر می‌گیرند مشارکت داشته باشند.

توصیه ۲۹: روانشناسان باید به آموزش مداوم در مورد مسائل مربوط به هویت جنسیتی ادامه دهند تا بتوانند مراقبت‌های بهتری ارائه دهند. این شامل شرکت در دوره‌های آموزشی، کارگاه‌ها و کنفرانس‌های مربوطه و افزایش آگاهی در مورد تشخیص و ارزیابی هویت جنسیتی و روش‌های درمانی حساس به جنسیت است.

سؤال ۹) راهکارهای مداخله‌ای پزشک خانواده/پزشک عمومی کدامند؟

فهرست منابع اصلی مورد استناد در تدوین راهنما

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9553112/#S0015
Guidelines for the Primary and Gender Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People	https://transcare.ucsf.edu/sites/transcare.ucsf.edu/files/Transgender-PGACG-6-17-16.pdf
Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients	https://policycommons.net/artifacts/2125426/guidelines-for-gender-affirming-primary-care-with-trans-and-non-binary-patients/2880724/
NHS-England (Gender Identity Services for Adults (Non-Surgical Interventions)	https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/10/1719-gender-identity-services-for-adults-non-surgical-interventions-service-specification.pdf
The World Health Organization's work and recommendations for improving the health of trans and gender diverse people	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.26004/full

توصیه ۱: پزشکان خانواده/عمومی باید در زمینه سلامت مراجعان ملال جنسیتی آموزش کافی و مهارت‌های لازم را از طریق آموزش‌های ضمن خدمت و منابع علمی معتبر کسب کنند و مدارک صلاحیت مربوطه را از مراکز مورد تأیید وزارت بهداشت دریافت نمایند تا بتوانند اطلاعات دقیق و به‌روز در مورد مراقبت‌های سلامت مرتبط با جنسیت را ارائه دهند.

در مورد دوره‌های آموزشی می‌بایستی پاسخ سؤال ۳ مد نظر قرار گیرد.

توصیه ۲: ضروری است که پزشکان خانواده/عمومی رویکردی مراجع محور، جامع و بدون تبعیض در پیش بگیرند تا بتوانند از سلامت جسمی و روانی مراجعین با ملال جنسیتی حمایت کنند.

ارزیابی و ارجاع اولیه به کلینیک تخصصی ملال جنسیتی

توصیه ۳: پزشک خانواده/عمومی باید بتواند تشخیص احتمالی ملال جنسیتی را بر اساس معیارهای DSM-5-TR انجام دهد و این افراد را به کلینیک‌های تخصصی ملال جنسیتی ارجاع دهد. ارجاع می‌تواند به صورت خودارجاعی^۱ توسط فرد نیز انجام شود، اما پزشک خانواده فقط باید حمایت لازم را برای تسهیل این فرآیند فراهم کند و تشخیص قطعی جز وظایف و محدوده اختیارات آنها نیست.

^۱ Self-Referral

توصیه ۴: پزشک خانواده/عمومی باید با رویکرد کاهش آسیب، بیمارانی را که به صورت خودسرانه به مصرف هورمون‌های غیرنسخه‌ای روی آورده‌اند به درمان‌های ایمن و تحت نظارت فوق تخصص غدد هدایت کند.

مدیریت سلامت روان و ارجاع به خدمات تخصصی

توصیه ۵: پزشک خانواده/عمومی باید علاوه بر غربالگری اولیه مشکلات روانی هم زمان (مانند افسردگی یا اضطراب) و سایر نیازهای سلامت روان مراجعان با ملال جنسیتی، در صورت نیاز به دارو یا روان درمانی، آنها را به روانپزشکان و یا روانشناسان بالینی ارجاع دهد.

ارائه اطلاعات و آموزش به بیماران، کارکنان بهداشتی و جامعه

توصیه ۶: پزشک خانواده/عمومی باید در آموزش و آگاهی رسانی به دیگر کارکنان بهداشتی و جامعه درباره نیازهای سلامت افراد نقش داشته باشد به عنوان مثال استفاده از زبان احترام‌آمیز و ایجاد محیطی امن و عاری از تبعیض.

توصیه ۷: پزشک خانواده/عمومی بهتر است مهارت ارائه اطلاعات و آموزش درباره تغییرات جسمانی ناشی از هورمون درمانی، جراحی، روش‌های پیشگیری از بارداری، و مدیریت سلامت جنسی را به این مراجعان داشته باشد.

توصیه ۸: پزشک خانواده/عمومی باید مراجعان را تشویق کند تا در تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامت خود مشارکت فعال داشته باشند و آنها را توانمند سازد.

توصیه ۹: پزشک خانواده/عمومی باید پیش از شروع درمان‌های هورمونی یا جراحی‌های تغییر جنسیت، مراجعان را در مورد تأثیر این درمان‌ها بر باروری آگاه کرده و در صورت تمایل، گزینه‌های حفظ باروری مانند فریز اسپرم یا تخمک را پیشنهاد دهد و در صورت نیاز، ارجاع به مراکز ذخیره گامت (اسپرم یا تخمک) را تسهیل نماید.

توصیه ۱۰: پزشک خانواده/عمومی باید در مورد سلامت جنسی از جمله پیشگیری از بارداری ناخواسته و پیشگیری از عفونت‌های منتقله از راه جنسی (STIs) با بیماران صحبت کند و آموزش‌های لازم را به آنها بدهد.

مراقبت‌های پیشگیرانه و غربالگری

توصیه ۱۱: پزشک خانواده/عمومی باید مراقبت‌های پیشگیرانه معمول (مانند غربالگری سرطان، واکسیناسیون و بررسی فشار خون) را با توجه به نیازهای خاص آنها انجام دهد.

توصیه ۱۲: پزشک خانواده/عمومی باید با توجه به خطر بالاتر STIs از جمله HIV در افراد ملال جنسیتی، غربالگری منظم و مشاوره پیشگیری را ارائه دهد. همچنین باید بعد از جراحی تغییر جنسیت غربالگری‌های روتین (مانند کنترل فشار خون، دیابت، یا سرطان‌های مرتبط با اندام‌های تناسلی) مطابق با نیازهای آناتومیک فرد انجام شود.

مدیریت شرایط پزشکی پیچیده

توصیه ۱۳: پزشک خانواده/عمومی باید در مواردی که فرد شرایط پزشکی پیچیده دارد (مانند بیماری‌های قلبی، دیابت یا HIV)، مراجعان را به متخصصان مرتبط دیگر (مانند فوق تخصص غدد، جراح یا روانپزشک) ارجاع دهد.

حمایت از بیماران مسن

توصیه ۱۴: پزشک خانواده/عمومی برای افراد مسن‌تر، باید ملاحظات خاصی مانند تأثیر درمان‌های هورمونی بر سلامت استخوان و قلب را در نظر گرفته و آنها را پیگیری کند.

سؤال ۱۰) راهکارهای مداخله‌ای متخصصان ناباروری کدامند؟

فهرست منابع اصلی مورد استناد در تدوین راهنما

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9553112/#S0015
Guidelines for the Primary and Gender Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People	https://transcare.ucsf.edu/sites/transcare.ucsf.edu/files/Transgender-PGACG-6-17-16.pdf
Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients	https://policycommons.net/artifacts/2125426/guidelines-for-gender-affirming-primary-care-with-trans-and-non-binary-patients/2880724/
NHS-England (Gender Identity Services for Adults (Non-Surgical Interventions)	https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/10/1719-gender-identity-services-for-adults-non-surgical-interventions-service-specification.pdf
The World Health Organization's work and recommendations for improving the health of trans and gender diverse people	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.26004/full

مسئولیت ارائه خدمات، جهت حفظ باروری افراد دچار ملال جنسیتی بر عهده متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری است که ضروری است دانش و مهارت‌های مرتبط با مراقبت از افراد با ملال جنسیتی را کسب کرده و حداقل به مدت ۵ سال تجربه کار حرفه‌ای با این مراجعان را داشته باشند و با هدف به‌روز نگهداشتن دانش و مهارت‌های خود در برنامه‌های آموزش مداوم شرکت نمایند. آنها باید همواره از آخرین دستورالعمل‌های بالینی و نیازهای خاص جامعه ملال جنسیتی در منطقه خود آگاه باشند.

مراقبت‌های پیش از بارداری و باروری

توصیه ۱: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید اطلاعات دقیق و بی‌طرفانه درباره گزینه‌های موجود برای تغییر جنسیت (شامل درمان‌های هورمونی و جراحی‌های تغییر جنسیت)، به مراجعین ارائه داده و به آنها در تصمیم‌گیری آگاهانه کمک کنند.

توصیه ۲: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید به خودمختاری مراجع در تصمیم‌گیری درباره بدن و سلامت باروری احترام بگذارند.

توصیه ۳: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید پیش از شروع هورمون درمانی یا جراحی، افراد را درباره از دست دادن احتمالی باروری آگاه سازند. «این آگاه‌سازی و اطلاع‌رسانی در مورد افراد ترنس مردی^۱ که در مراحل اولیه

^۱ توضیح در ضمیمه: Transgender Men

شروع هورمون درمانی (مانند تستوسترون) قرار دارند نیز باید انجام شود» با این هدف که اطلاعات دقیق و کافی در مورد خدمات حفظ باروری به این افراد ارائه شود تا بالاترین امکان بارداری برای آنها مهیا گردد. ارائه این اطلاعات و توصیه‌ها شامل موارد زیر است:

الف) مراجعان با ملال جنسیتی را از تأثیرات شناخته شده درمان‌های هورمونی و جراحی بر باروری آینده مراجع آگاه کنند.
ب) افراد با ملال جنسیتی که رحم داشته و قصد بارداری دارند، پیش از بارداری تحت مراقبت‌های پیش از لقاح و مشاوره در مورد استفاده و قطع هورمون‌ها، قرار گیرند. (لازم به ذکر است که اگر مراجعان ملال جنسیتی زن به مرد قبل از انجام جراحی‌های تغییر جنسیت بنا به هر دلیلی در دوران بارداری به سر می‌برند و یا قصد بارداری دارند باید ارزیابی‌های تشخیصی با دقت بیشتری انجام شود چون قابل انتظار است که این افراد با نقش‌های زنانه، از جمله پذیرش نقش همسر، مادر باردار یا مادر شیرده چالش بسیار داشته باشند).

ج) در مورد سلامت جنسی و باروری انتظارات فرد را بررسی کرده و سطح آگاهی او از تغییرات احتمالی پیش‌رو را ارزیابی کنند و اطلاعات کافی در اختیار آن‌ها بگذارند.

د) مراجعین با ملال جنسیتی را از گزینه‌های حفظ باروری (هم گزینه‌های رایج و هم گزینه‌های آزمایشی) آگاه کنند.
ه) قبل از هرگونه جراحی تغییر جنسیت که ممکن است باعث از بین رفتن عملکرد گنادها شود، در مورد امکان ذخیره‌سازی «بافت گنادها» با افراد با ملال جنسیتی و خانواده آنها گفتگو کنند. به صراحت توضیح دهند که در حال حاضر هیچ روش بالینی قطعی برای استفاده از این بافت‌ها وجود ندارد.
و) مراجعین با ملال جنسیتی را از پیامدهای روانی - اجتماعی ناباروری آگاه کنند.

توصیه ۴: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید از نوجوانان با ملال جنسیتی در مدیریت چالش‌های مرتبط با بلوغ و سلامت باروری حمایت کرده و می‌بایستی موضوع والد شدن را با خانواده‌های این افراد مطرح کنند (با توجه به این نگرانی که جوانان در حال گذر از روند تغییر جنسیت، دید روشنی نسبت به والد شدن در آینده ندارند و در آن زمان ممکن است موضوع حفظ باروری را جدی نگیرند، و دیدگاه‌شان نسبت به والد شدن ممکن است در بزرگسالی تغییر کند و توصیه‌های والدین تأثیر چشمگیری بر تصمیم‌گیری نوجوانان در مورد حفظ باروری دارد).

توصیه ۵: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید در صورت تمایل فرد را به مراکز تخصصی برای ذخیره گامت (اسپرم یا تخمک) معرفی کنند و در این مورد با فوق تخصصین غدد پیش از شروع هورمون درمانی هماهنگی و ارتباط داشته باشند.

توصیه ۶: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید بتوانند به سئوالات و نگرانی‌های مراجعین در مورد مسائل مرتبط با جنسیت و سلامت جنسی پاسخ دهند.

توصیه ۷: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید به هر مراجعی با شکایت ملال جنسیتی درباره سلامت جنسی و باروری، تأثیر درمان‌ها بر کارکرد جنسی، لذت جنسی و میزان رضایت جنسی صحبت کنند و نیز اطلاعات لازم در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری را ارائه دهند.

توصیه ۸: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید در صورت تأهل مراجعان، امکان مشارکت همسر را در مراقبت‌های مرتبط با سلامت جنسی و باروری فراهم کنند.

مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان

توصیه ۹: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید در دوران بارداری و در طی زایمان محیطی احترام‌آمیز و عاری از تبعیض برای فرد ایجاد نمایند.

توصیه ۱۰: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) بهتر است مدیریت مسائل روانی - اجتماعی مانند اضطراب ناشی از ملال جنسیتی در دوران بارداری را تا حد امکان مدیریت نموده و در صورت تشدید علائم باید فرد را به روانپزشک یا روانشناس ارجاع دهند.

توصیه ۱۱: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید به افراد ملال جنسیتی در طول زایمان کمک کنند و اطمینان حاصل کنند که تجربه زایمان آنها تا حد ممکن مثبت و حمایتی است.

مراقبت‌های پس از زایمان

توصیه ۱۲: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید به افراد با تشخیص ملال جنسیتی در دوران پس از زایمان کمک کنند و در مورد مراقبت از نوزاد، تغذیه با شیر مادر و بهبودی جسمی و روانی پس از زایمان مشاوره دهند.

توصیه ۱۳: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید به مراجعان با تشخیص ملال جنسیتی کمک کنند تا با تغییرات هورمونی پس از زایمان کنار بیایند و در صورت لزوم، درمان هورمونی را تحت نظر فوق تخصص غدد مجدداً شروع کنند.

مدیریت قاعدگی و سلامت اندام‌های تناسلی

توصیه ۱۴: صرفاً متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری می‌توانند به افراد دچار ملال جنسیتی که با قاعدگی خود مشکل دارند برای سرکوب قاعدگی با استفاده از هورمون (یا سایر داروها) کمک نمایند لذا این افراد می‌بایستی برای درمان دارویی در این زمینه به متخصصان زنان ارجاع شوند.

توصیه ۱۵: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) بهتر است که انجام معاینات لگنی را در این افراد با دقت و حساسیت بالاتری انجام دهند (مانند استفاده از ابزارهای کوچک‌تر).

توصیه ۱۶: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید به افراد دچار ملال جنسیتی درباره تغییرات آناتومیک ناشی از هورمون درمانی (مثلاً خشکی واژن در ترنس‌های مرد) راهکارها و آموزش‌هایی را ارائه دهند. در صورت عدم پاسخدهی به راهکارهای ارائه شده و یا شدید بودن این عوارض صرفاً متخصصان زنان اجازه تجویز درمان‌های دارویی را دارند و سایر اعضای تیم در این موارد باید افراد را برای درمان دارویی به متخصصان زنان ارجاع دهند.

حمایت از شیردهی و تغذیه نوزاد

توصیه ۱۷: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید به ترنس‌های مرد که به هر دلیلی قبل از اتمام فرآیند تغییر جنسیت باردار شده‌اند و پس از زایمان تمایل به شیردهی دارند آموزش‌هایی در مورد چگونگی تحریک شیردهی ارائه دهند. تجویز هر نوع دارو برای تحریک شیردهی باید صرفاً توسط متخصصان زنان انجام شود.

توصیه ۱۸: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید در صورت عدم تمایل فرد به شیردهی درباره گزینه‌های جایگزین شیردهی مشاوره دهند.

غربالگری و پیشگیری

توصیه ۱۹: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید غربالگری‌های روتین مانند تست پاپ اسمیر برای ترنس‌های مردی که اندام تناسلی زنانه دارند را انجام دهند.

توصیه ۲۰: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید به افراد با ملال جنسیتی (چه نوجوان و چه بزرگسال) درباره پیشگیری از عفونت‌های منتقله جنسی^۱ و استفاده از روش‌های پیشگیری متناسب با آناتومی فرد آموزش دهند و از دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت^۲، دستورالعمل‌های کشوری و پروتکل‌های موجود برای غربالگری، پیشگیری و درمان ویروس نقص ایمنی انسانی^۳ و سایر عفونت‌های مقاربتی پیروی کنند، همچنین متخصصان زنان باید احتمال تداخل داروهای ضد ویروس HIV با هورمون‌های تغییر جنسیت را مورد بررسی قرار داده و در این زمینه اطلاعات لازم را ارائه دهند.

حمایت از مراقبت‌های تغییر جنسیت

توصیه ۲۱: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید در مورد اثرات هورمون درمانی بر سلامت جنسی و باروری، از جمله تأثیرات احتمالی بر قاعدگی، باروری، و کارکرد جنسی اطلاعات و مشاوره ارائه دهند و باید قبل و بعد از جراحی‌های تغییر جنسیت، افراد را از نظر روانی حمایت کرده و تأثیرات این جراحی‌ها بر سلامت جنسی و باروری را بررسی کنند.

توصیه ۲۲: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) در هماهنگی با روانپزشکان واجد شرایط باید محیطی امن و بدون قضاوت برای افراد با ملال جنسیتی فراهم کنند تا بتوانند هم قبل از تغییر جنسیت و هم بعد از آن در مورد نگرانی‌ها، نیازها و ترجیحات فردی خود صحبت کنند.

مراقبت‌های سلامت روانی مرتبط با سلامت جنسی و باروری

توصیه ۲۳: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید مدیریت اولیه و ابتدایی مسائل روان جنسی مانند اضطراب، افسردگی و اختلالات کارکرد جنسی که ممکن است ناشی از تبعیض، خشونت، یا مشکلات هویتی باشد را انجام داده و بعد از ارائه حمایت روانی اولیه، در صورت لزوم برای مسایل پیچیده‌تر و یا نیازمند مصرف دارو، مراجعان را به متخصصان سلامت روان یا درمانگران جنسی ارجاع دهند.

^۱ STIs

^۲ WHO

^۳ HIV

توصیه ۲۴: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید به مراجعان دچار ملال جنسیتی که فعالیت جنسی دارند و احتمال بارداری ناخواسته برای آنها وجود دارد، در مورد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری مشاوره دهند.

حمایت اجتماعی

توصیه ۲۵: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) بهتر است در مراحل مختلف فرآیندهای قانونی مرتبط با والدی یا تغییر اسناد هویتی مراجعین را حمایت کنند.

مبارزه با انگ و تبعیض

توصیه ۲۶: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) بهتر است به مراجعان در مورد حقوق جنسی و جنسیتی آنها و تلاش برای مقابله با انگ و تبعیض در محیط‌های بهداشتی و اجتماعی آموزش‌های لازم را بدهند و از آنها برای دسترسی به حقوق جنسی و خدمات بهداشتی بدون تبعیض حمایت کنند.

توصیه ۲۷: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید به افراد دچار ملال جنسیتی در مورد تأثیر احتمالی انگ و تروما بر عملکرد جنسی و بروز رفتارهای پرخطر جنسی مشاوره دهند.

همکاری با تیم چند رشته‌ای

توصیه ۲۸: به منظور ارائه مراقبت‌های جامع و یکپارچه به افراد دچار ملال جنسیتی، متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید با روان‌پزشکان، روانشناسان بالینی و فوق تخصصین غدد هماهنگ بوده و در صورت لزوم مشاوره‌های لازم را درخواست کنند. این موضوع به خصوص در موارد شناسایی مشکلات روانپزشکی و همچنین در موارد الزام به هورمون درمانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

توصیه ۲۹: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) باید در صورت نیاز، (به عنوان مثال لزوم حمایت روانی یا مدیریت هورمون درمانی) این افراد را به متخصصان مرتبط دیگر مانند فوق تخصصین غدد، روانپزشکان یا روانشناسان بالینی ارجاع دهند.

آموزش به پرسنل درمانی و حساسیت‌زدایی

توصیه ۳۰: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری باید به افراد تیم خود و پرسنل مراکز بهداشتی درباره استفاده از کلام غیرجنسیت‌زده و احترام به هویت مراجع آموزش‌های لازم را بدهند. استفاده از زبان احترام‌آمیز و احترام به هویت جنسیتی فرد در تمامی تعاملات ضروری است.

پژوهش و توسعه دانش

توصیه ۳۱: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) بهتر است در انجام تحقیقاتی که به جمع‌آوری داده‌های مربوط به سلامت جنسی و باروری این افراد می‌پردازند مشارکت لازم را داشته باشند تا شکاف‌های دانش در این زمینه پر شود.

توصیه ۳۲: متخصصان زنان دارای فلوشیپ ناباروری (و اعضای تیم ایشان) بهتر است در توسعه دستورالعمل‌ها و سیاست‌های بهداشتی که نیازهای سلامت جنسی و باروری افراد با ملال جنسیتی را در نظر می‌گیرند مشارکت داشته باشند.

سؤال (۱۱) راهکارهای مداخله‌ای درمانگران مشکلات جنسی کدامند؟

فهرست منابع اصلی مورد استناد در تدوین راهنما

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9553112/#S0015
Guidelines for the Primary and Gender Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People	https://transcare.ucsf.edu/sites/transcare.ucsf.edu/files/Transgender-PGACG-6-17-16.pdf
Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients	https://policycommons.net/artifacts/2125426/guidelines-for-gender-affirming-primary-care-with-trans-and-non-binary-patients/2880724/
NHS-England (Gender Identity Services for Adults (Non-Surgical Interventions)	https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/10/1719-gender-identity-services-for-adults-non-surgical-interventions-service-specification.pdf
The World Health Organization's work and recommendations for improving the health of trans and gender diverse people	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.26004/full

درمانگران مشکلات جنسی: شامل فلوشیپ‌های طب روان جنسی و روان‌پزشکان یا روانشناسان بالینی (مقطع دکترا) که در حیطه مراجعان با مشکلات جنسی مدرک معتبر و تجربه حداقل ۵ ساله دارند، می‌باشد.

○ این مداخلات به صورت فرد محور و انعطاف‌پذیر اجرا می‌شوند و هدف نهایی آنها ارتقای سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی در افراد با شکایت از ملال جنسیتی است.

○ درمانگران جنسی باید همواره از آخرین تحقیقات در حوزه سلامت جنسی مراجعان با ملال جنسیتی آگاه باشند و آموزش‌های مستمر در زمینه ملال جنسیتی ببینند.

ارزیابی جامع و تشخیص روانشناختی

توصیه ۱: درمانگر مشکلات جنسی (روانپزشک عمومی - فلوشیپ‌های طب روان جنسی) باید توانایی تشخیص‌گذاری ناهماهنگی جنسیتی را بر اساس معیارهای DSM-5-TR داشته باشد. این تشخیص برای شروع درمان‌های هورمونی یا جراحی‌های مرتبط با جنسیت ضروری است. لازم به ذکر و تأکید است که تشخیص‌گذاری ملال جنسیتی فقط توسط روانپزشک واجد شرایطی که در راهنمای بالینی ذکر شده قابل انجام است و روانشناسان بالینی (مقطع دکترا) که در حیطه مشکلات جنسی هم فعال هستند باید جهت تشخیص این افراد را به روانپزشک ارجاع دهند.

توصیه ۲: درمانگر مشکلات جنسی باید ارزیابی‌های جامع، شامل بررسی مسائل مربوط به هویت جنسیتی، تجربیات تبعیض و علل مقاومت و یا انعطاف‌پذیری مراجعین در پذیرش هویت‌شان را انجام دهد. همچنین باید ارزیابی‌های جامع از سلامت روان برای

شناسایی مسائلی مانند افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن و سایر مشکلات روانی که ممکن است ناشی از تبعیض، خشونت یا مشکلات هویتی باشد، انجام شود.

توصیه ۳: درمانگر مشکلات جنسی باید در ارزیابی‌های خود اطمینان حاصل نماید که مشکلات سلامت روانی ناشی از هویت جنسیتی نیستند، بلکه ممکن است تشخیص‌های دیگر روان‌پزشکی مطرح بوده یا علایم ناشی از تبعیض و فشارهای اجتماعی باشند (به عنوان مثال در موارد نادر، ممکن است شرایط روانی دیگری مانند «روان‌پریشی» وجود داشته باشد که نیاز به ارزیابی تخصصی دارد).

توصیه ۴: درمانگر مشکلات جنسی باید سوابق روانی - اجتماعی، تجربه‌های فرد از هویت جنسیتی، و تأثیر نارضایتی بر عملکرد روزمره را بررسی کند.

پیشگیری و مدیریت بحران‌های روانی

توصیه ۵: درمانگر مشکلات جنسی باید غربالگری فعال برای شناسایی افکار خودکشی، آسیب به خود یا بحران‌های عاطفی را انجام دهد.

توصیه ۶: درمانگر مشکلات جنسی باید برنامه‌های مداخله‌ای فوری برای کاهش خطرات آسیب به خود را برای مراجعین طراحی کند.

توصیه ۷: درمانگر مشکلات جنسی باید در صورت نیاز با خدمات اورژانس روانپزشکی همکاری داشته باشد.

درمان‌های روانشناختی

توصیه ۸: درمانگر مشکلات جنسی باید فضایی امن برای کشف هویت جنسیتی و کاهش ملال مرتبط با جنسیت را از طریق روش‌های روان‌درمانی فراهم آورد.

توصیه ۹: درمانگر مشکلات جنسی باید مداخلات روان‌درمانی متناسب با شرایط مراجعان (حمایتی، درمان‌های شناختی - رفتاری و سایر روش‌های روان‌درمانی) و فضای امنی برای صحبت در مورد تجربیات و احساسات افراد فراهم کرده و به افراد در مدیریت افکار و احساسات منفی مرتبط با جنسیت و بهبود سلامت روان کمک کند. این قسمت به تفصیل در توضیحات مربوط به بخش روان‌درمانی راهنمای بالینی ذکر شده است.

توصیه ۱۰: درمانگر مشکلات جنسی باید روان‌درمانی و مشاوره‌های لازم را بنا به شرایط مراجع بصورت زیر انجام دهد:

- مشاوره فردی: ارائه مشاوره فردی برای کمک به مراجعان در مدیریت استرس، اضطراب، و سایر مسائل روانی مرتبط با هویت جنسیتی.

- مشاوره گروهی: تشکیل گروه‌های حمایتی برای افراد تا بتوانند تجربیات خود را به اشتراک بگذارند و از حمایت همتایان بهره‌مند شوند. مشاوره گروهی تنها در صورتی انجام می‌شود که:

الف) درمانگر دانش و تجربه کافی در زمینه درمان گروهی را داشته باشد.

ب) انتخاب مراجعین برای شرکت در گروه به طور دقیق انجام شود به گونه‌ای که شرکت در گروه سبب تقویت و یا تثبیت علائم ملال جنسیتی تحت تأثیر گروه هم‌تا نشود. همچنین توصیه می‌شود رضایت خانواده در این مورد اخذ شود.

○ حمایت از خانواده و دوستان: ارائه مشاوره و آموزش به خانواده‌ها و دوستان برای کمک به این افراد در درک و حمایت از عزیزانشان.

توصیه ۱۱: درمانگر مشکلات جنسی باید به مشکلات هم‌زمان روانی (مانند افسردگی، اضطراب، PTSD و مصرف مواد) که ممکن است به علت استرس ناشی از تجربه تبعیض و طرد شدگی باشد، دقت و توجه کافی داشته و مداخلات روان‌درمانی تخصصی و مبتنی بر شواهد را با تمرکز بر کاهش اضطراب، افسردگی و سایر موارد ارائه دهد.

حمایت از روابط بین فردی و خانوادگی

توصیه ۱۲: درمانگر مشکلات جنسی باید به مراجعین کمک کند تا با چالش‌های مرتبط با روابط بین فردی، خانوادگی و اجتماعی خود کنار بیایند، به ویژه در مواردی که خانواده یا دوستان هویت جنسیتی آنها را نمی‌پذیرند.

توصیه ۱۳: درمانگر مشکلات جنسی باید از مراجعان در مورد روابط عاطفی و جنسی آنها حمایت و به آنها کمک کند تا روابط سالم و رضایت‌بخشی را تجربه کرده و نیز به آنها و همسرانشان کمک کند تا با تغییرات در روابط عاطفی پس از تغییر جنسیتی کنار بیایند.

توصیه ۱۴: درمانگر مشکلات جنسی باید با آموزش، مشاوره و روان‌درمانی به برخی از افراد با ملال جنسیتی که ممکن است پس از شروع هورمون درمانی یا جراحی با کاهش میل جنسی مواجه شوند کمک کند تا بتوانند این مسئله را مدیریت کنند.

توصیه ۱۵: درمانگر مشکلات جنسی باید در صورت تأیید تشخیص ملال جنسیتی، افراد را در چگونگی روند افشای هویت جنسیتی به خانواده، دوستان و همکاران و ... حمایت کند.

مشارکت در فرآیند رضایت آگاهانه

توصیه ۱۶: درمانگر مشکلات جنسی باید ظرفیت روانی فرد برای تصمیم‌گیری آگاهانه و ارائه رضایت‌نامه را ارزیابی کند.

توصیه ۱۷: درمانگر مشکلات جنسی باید به فرد در ارزیابی مزایا و خطرات هر گزینه درمانی کمک کند و از درک کامل فرد از پیامدهای جنسی مداخلات پزشکی (مانند جراحی یا هورمون درمانی) و تغییرات اجتماعی اطمینان حاصل کند.

توصیه ۱۸: درمانگر مشکلات جنسی باید تأثیر عوامل روانی - اجتماعی (مانند اضطراب یا افسردگی و یا عدم پذیرش از طرف جامعه) بر رضایت از گذار جنسیتی را ارزیابی کند، یعنی بررسی کند آیا فرد ممکن است به دلیل ابتلا به افسردگی یا موارد دیگر از هویت جدید رضایت کافی نداشته باشد؟ آیا ممکن است چون هویت جدید به اندازه کافی از طرف جامعه پذیرفته نشده احساس نارضایتی داشته باشد؟

ارزیابی و مدیریت کارکرد جنسی مرتبط با ملال جنسیتی

توصیه ۱۹: درمانگر مشکلات جنسی باید به افراد با ملال جنسیتی و همسرانشان اطلاعاتی در مورد جنسیت، رابطه جنسی و سلامت جنسی ارائه دهد.

توصیه ۲۰: درمانگر مشکلات جنسی باید به افراد با ملال جنسیتی کمک کند تا در مورد بدن و نیازهای جنسی خود احساس قدرت و کنترل بیشتری داشته باشند و آنان را توانمندتر سازد.

توصیه ۲۱: درمانگر مشکلات جنسی باید تأثیر ملال جنسیتی بر روابط عاطفی و جنسی و رضایت از بدن فرد را بررسی کند.

توصیه ۲۲: درمانگر مشکلات جنسی باید راهکارهای عملی برای کاهش ناراحتی ناشی از ملال در حین فعالیت جنسی (مانند استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی) را ارائه دهد.

توصیه ۲۳: درمانگر مشکلات جنسی باید بر بهبود کیفیت زندگی جنسی از طریق آموزش، تمرینات تمرکز حسی و کاهش اضطراب تمرکز داشته باشد.

مشاوره درباره تغییرات جنسی ناشی از گذار پزشکی

توصیه ۲۴: درمانگر مشکلات جنسی باید در مورد تأثیرات جسمانی هورمون درمانی (مانند رشد پستان‌ها در ترنس‌های زن یا تغییرات صدا در ترنس‌های مرد) آموزش دهد.

توصیه ۲۵: درمانگر مشکلات جنسی باید به مراجعان درباره اثرات هورمون درمانی بر سلامت جنسی و کارکرد جنسی (مانند تغییرات میل جنسی، ارگاسم یا حساسیت اندام‌ها) آموزش دهد.

توصیه ۲۶: درمانگر مشکلات جنسی باید ارائه مشاوره و حمایت روانی قبل و بعد از جراحی‌های تغییر جنسیت، مدیریت عوارض جنسی ناشی از جراحی‌های تغییر جنسیت (مثلاً خشکی واژن پس از واژینوپلاستی یا تغییرات حسی در ناحیه تناسلی) و بررسی تأثیر این جراحی‌ها بر سلامت جنسی را انجام دهد.

کمک به بهبود تصویر بدن^۱، اعتماد به نفس و حمایت از سلامت روان جنسی

توصیه ۲۷: درمانگر مشکلات جنسی باید به افراد کمک کند تا تصویر بدن خود را بهبود بخشند و با بدن خود احساس راحتی بیشتری کنند. زیرا بسیاری از این افراد به ویژه در مراحل اولیه انتقال جنسیتی با تصویر بدن خود مشکل دارند.

توصیه ۲۸: درمانگر مشکلات جنسی باید پس از جراحی‌های مرتبط با جنسیت به افراد کمک کند تا با تغییرات جسمانی جدید خود سازگار شوند و اعتماد به نفس خود را باز یابند. درمانگر جنسی باید از رویکردهای مناسب روان‌درمانی برای تقویت عزت نفس و رضایت از تصویر بدن استفاده کند.

^۱ Body Image

توصیه ۲۹: درمانگر مشکلات جنسی باید به اضطراب، افسردگی یا اختلال استرس پس از سانحه که ممکن است ناشی از تبعیض، طردشدگی یا تجربیات آسیب‌زا در روابط جنسی باشد، پردازد.

مشاوره درباره روابط و صمیمیت

توصیه ۳۰: درمانگر مشکلات جنسی باید به افراد در مدیریت چالش‌های ارتباطی با همسر (مثلاً تفاوت در ترجیحات جنسی یا سازگاری با تغییرات جسمانی) کمک کند.

توصیه ۳۱: درمانگر مشکلات جنسی می‌تواند برای ارتقاء روابط عاطفی با همسر از رویکردهای زوج درمانی در صورت نیاز (با رضایت فرد) استفاده کند.

آموزش درباره سلامت جنسی و پیشگیری

توصیه ۳۲: درمانگر مشکلات جنسی باید روش‌های پیشگیری از بارداری ناخواسته با توجه به آناتومی فرد و تغییرات ناشی از گذار را آموزش دهد.

توصیه ۳۳: درمانگر مشکلات جنسی باید درباره حفظ باروری^۱ پیش از شروع هورمون درمانی یا جراحی مشاوره دهد.

توصیه ۳۴: درمانگر مشکلات جنسی باید در مورد سلامت جنسی، روابط جنسی سالم، و پیشگیری از عفونت‌های مقاربتی مشاوره و آموزش دهد.

همکاری با تیم چند رشته‌ای

توصیه ۳۵: درمانگر مشکلات جنسی باید در صورت نیاز افراد را به متخصصان مرتبط دیگر، مانند فوق تخصص غدد برای هورمون درمانی یا جراحان برای جراحی‌های تغییر جنسیت ارجاع دهد.

توصیه ۳۶: درمانگر مشکلات جنسی باید با سایر پزشکان متخصص و جراحان برای ارائه مراقبت‌های یکپارچه (مثلاً تنظیم دوز هورمون‌ها در صورت تأثیر بر کارکرد جنسی) هماهنگی و تعامل داشته باشد.

توانمندسازی مراجعان برای مقابله با آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی

توصیه ۳۷: درمانگر مشکلات جنسی باید به مراجعان درباره حقوق جنسی و نحوه مقابله با خشونت یا تبعیض در محیط‌های پزشکی یا اجتماعی آموزش دهد.

توصیه ۳۸: درمانگر مشکلات جنسی باید بر بهبود کیفیت زندگی، سازگاری با تغییرات جسمی - روانی - اجتماعی و تقویت تاب‌آوری در مواجهه با تبعیض تمرکز داشته باشد.

^۱ Fertility Preservation

توصیه ۳۹: درمانگر مشکلات جنسی باید از حقوق جنسی این افراد و کمک به آنها برای دسترسی به خدمات سلامت بدون تبعیض حمایت کند.

پشتیبانی بلند مدت و پیگیری

توصیه ۴۰: درمانگر مشکلات جنسی باید به سازگاری فرد با تغییرات بدن توجه داشته و در صورت نیاز به ارائه مشاوره بپردازد.

پژوهش و جمع آوری داده‌ها

توصیه ۴۱: درمانگر مشکلات جنسی باید در تحقیقاتی که به جمع آوری داده‌های مربوط به سلامت جنسی این افراد می‌پردازند تا شکاف‌های دانش در این زمینه پر شود مشارکت داشته باشد.

توصیه ۴۲: درمانگر مشکلات جنسی باید در توسعه دستورالعمل‌ها و سیاست‌های بهداشتی که نیازهای سلامت جنسی این افراد را در نظر می‌گیرند مشارکت داشته باشد.

سؤال ۱۲) راهکارهای تشخیصی و درمانی برای نوجوانان با شکایت از ملال جنسیتی کدامند؟

فهرست منابع اصلی مورد استناد در تدوین راهنما

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Bourns, A. (2022). Guidelines for gender affirming primary care with trans and non-binary patients [4th ed.]. Rainbow Health Ontario	https://www.rainbowhealthontario.ca/tcg
Cass, H. (2024). Independent review of gender identity services for children and young people: Final report. NHS England / Independent Review.	https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/
Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., ... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people (version 8). International Journal of Transgender Health, 23(suppl 1), S1–S259.	https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644
Deutsch, M. B. (Ed.). (2016). Guidelines for the primary and gender affirming care of transgender and gender nonbinary people (2nd ed.). UCSF Transgender Care.	https://transcare.ucsf.edu
Heathcote, C., Taylor, J., Hall, R., Jarvis, S. W., Langton, T., Hewitt, C. E., & Fraser, L. (2024). Psychosocial support interventions for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review. Archives of Disease in Childhood, 109, s19–s32.	https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326347
Hall, R., Taylor, J., Heathcote, C., Langton, T., Hewitt, C. E., & Fraser, L. (2024). Gender services for children and adolescents across the EU 15+ countries: An online survey. Archives of Disease in Childhood, 109, s83–s92.	https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326348
Kingdon, C. C. (2024). Holistic approach to gender questioning children and young people. Archives of Disease in Childhood, 109(Suppl 2), s19–s32.	https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326347
Macdonald, V., Verster, A., Mello, M. B., Blondeel, K., Amin, A., Luhmann, N., Baggaley, R., & Doherty, M. (2022). The World Health Organization's work and recommendations for improving the health of trans and gender diverse people. Journal of the International AIDS Society, 25(S5), e26004.	https://doi.org/10.1002/jia2.26004
Moral Martos, A., Guerrero Fernández, J., Gómez Balaguer, M., Rica Echevarría, I., Campos Martorell, A., Chueca Guindulain, M. J., García García, E., Hoyos Gurreah, R., López de Lara, D., López Siguero, J. P., Martos Tello, J. M., Mora Palma, C., Riaño Galán, I., & Yeste Fernández, D. (2022). Clinical practice guidelines for transsexual, transgender and gender diverse minors. Anales de Pediatría, 96(6), 349.e1–349.e11.	https://doi.org/10.1016/j.anpede.2022.02.002

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Morenz, A. M., Goldhammer, H., Lambert, C. A., Hopwood, R., & Keuroghlian, A. S. (2020). A blueprint for planning and implementing a transgender health program. <i>Annals of Family Medicine</i> , 18(1), 73–79.	https://doi.org/10.1370/afm.2473
Nieder, T. O., & Strauss, B. (2015). Transgender health care in Germany: Participatory approaches and the development of a guideline. <i>International Review of Psychiatry</i> , 27(5), 464–472.	https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1074562
Poteat, T., Davis, A. M., & Gonzalez, A. (2022). Standards of care for transgender and gender diverse people, version 8. World Professional Association for Transgender Health.	https://www.wpath.org
T'Sjoen, G., Arcelus, J., de Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine position statement: Assessment and hormonal management in adolescent and adult trans people, with attention for sexual function and satisfaction. <i>Journal of Sexual Medicine</i> , 17(1), 1–15.	https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012
Taylor, J., Hall, R., Heathcote, C., Hewitt, C. E., Langton, T., & Fraser, L. (2024a). Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review of guideline quality (Part 1). <i>Archives of Disease in Childhood</i> , 109, s65–s72.	https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326499
Taylor, J., Hall, R., Heathcote, C., Hewitt, C. E., Langton, T., & Fraser, L. (2024b). Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review of recommendations (Part 2). <i>Archives of Disease in Childhood</i> , 109, s73–s82.	https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326500
Transgender and gender diverse hormone therapy quick guide: Gender affirming hormone therapy. (n.d.).	https://doi.org/10.1001/jama.2023.1501
NHS England. (2024, March 12). Interim service specification: Interim specialist service for children and young people with gender incongruence (Amended March 12, 2024). NHS England.	https://www.england.nhs.uk
Rafferty, J., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Adolescence, & Section on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health and Wellness. (2018).	https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162
Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. <i>Pediatrics</i> , 142(4), e20182162. Rafferty, J., Yogman, M., Baum, R., Gambon, T. B., Lavin, A., Mattson, G., Wissow, L. S., Breuner, C., Alderman, E. M., Grubb, L. K., Powers, M. E., Upadhy, K., Wallace, S. B., Hunt, L., Gearhart, A. T., Harris, C., Melland Lowe, K., Rodgers, C. T., & Sherer, I. M. (2018). Ensuring comprehensive care ... <i>Pediatrics</i> , 142(4), e20182162.	https://doi.org/10.1080/1550428x.2017.1282282

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
Krieger, I. Helping your transgender teen A guide for parents. Jessica Kingsley Publishers (2018).	https://uk.jkp.com/products/helping-your-transgender-teen-2nd-edition

معیارهای تشخیصی برای اختلال هویت جنسی در نوجوانان

توصیه ۱: در این راهنما، اصطلاح «نوجوان» به افرادی اطلاق می‌شود که در مرحله آغاز تا تکامل بلوغ جنسی قرار گرفته و با دامنه تقریبی ۱۲ تا ۱۸ سال در نظر گرفته می‌شود. در تشخیص و ارزیابی ملال جنسیتی، مرحله رشد جنسی (نظیر مراحل ثانیه) نسبت به سن تقویمی اهمیت بیشتری دارد. احساس ناهماهنگی با جنسیت تعیین شده ممکن است در برخی افراد از دوران کودکی آغاز شود و در مسیر رشد تغییر، کاهش یا تثبیت یابد. کودکانی که در سنین پیش از بلوغ نشانه‌هایی از ناراضی جنسیتی دارند ممکن است در نوجوانی و بزرگسالی مسیرهای متفاوتی را دنبال کنند؛ از جمله تداوم ملال جنسیتی، پذیرش جنسیت زیستی یا شکل‌گیری هویت‌های جنسیتی متنوع. با توجه به تفاوت‌های اساسی در ملاحظات تشخیصی، حمایتی و درمانی قبل و بعد از بلوغ، این راهنما به طور اختصاصی بر ملال جنسیتی در دوره نوجوانی تمرکز داشته که برای تشخیص ملال جنسیتی در نوجوانان باید از معیارهای - DSM5-TR استفاده شود. برای تشخیص‌گذاری باید، ارزیابی جامع و دقیق ضروری شامل بررسی سلامت روان، حمایت خانوادگی، و تأثیرات اجتماعی و فرهنگی انجام شود. در DSM-5-TR، معیارهای تشخیصی ملال جنسیتی در نوجوانان عبارتند از:

- عدم تطابق بین جنسیت منتسب و هویت جنسیتی
 - آزار و فشار روانی شدید
 - تمایل به تغییر ویژگی‌های جسمانی
 - تمایل به پذیرفته شدن به عنوان جنسیت جدید
- این معیارها باید حداقل ۶ ماه ادامه داشته باشند و مشکلات قابل توجهی در زندگی فرد ایجاد کنند.

توصیه ۲: در نوجوانان تغییراتی در هویت جنسیتی تجربه می‌شود که جزئی از فرآیند رشد طبیعی است. بی‌ثباتی هویت جنسیتی در این دوره رایج است و گاه سبب سردرگمی یا عدم قطعیت در مورد هویت جنسیتی می‌شود. برای جلوگیری از برچسب‌گذاری زود هنگام، تشخیص‌گذاری باید با انعطاف‌پذیری و صبر انجام شود.

توصیه ۳: باید از تشخیص‌گذاری شتاب‌زده در مورد ملال جنسیتی در نوجوانان پرهیز کرد. لازم است قبل از ورود به مداخلات غیرقابل برگشت مطمئن شویم زمان کافی برای کاوش هویت جنسیتی در نظر گرفته شود.

توصیه ۴: باید رویکرد حساس به رشد در تشخیص ملال جنسیتی در نوجوانان را حفظ کرد. ارزیابی‌های مرتبط با سلامت روان و هرگونه شرایط روانی همزمان باید با توجه به مرحله رشد نوجوان انجام شود.

توصیه ۵: ارزیابی روانشناختی جامع امری اجتناب‌ناپذیر است و باید به نقش حمایت اجتماعی و چالش‌های فردی به ویژه در مواردی که اختلالات روانی هم زمان وجود داشته باشد توجه ویژه‌ای شود.

ابزارهای تشخیص ملال جنسیتی در نوجوانان

توصیه ۶: برای تشخیص ملال جنسیتی در نوجوانان باید از یک رویکرد جامع و چند رشته‌ای استفاده شود. این رویکرد باید شامل مصاحبه‌های بالینی، ارزیابی روان‌شناختی و استفاده از مقیاس‌ها و ابزارهای روان‌سنجی باشد که برای ارزیابی هویت جنسیتی و احساسات در نوجوانان طراحی شده‌اند.

توصیه ۷: مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته یکی از مهم‌ترین ابزارها برای تشخیص ملال جنسیتی است. این مصاحبه به متخصصان این امکان را می‌دهد تا به طور دقیق احساسات و تجربیات نوجوان و خانواده‌اش را بررسی کنند. روان‌پزشکان و روانشناسان باید تاریخچه دقیق از هویت جنسیتی و سایر جنبه‌های جنسینگی^۱، وضعیت سلامت روان و مراحل رشد نوجوان را بررسی کنند.

توصیه ۸: پرسشنامه‌ها و آزمون‌ها برای ارزیابی وضعیت روان‌شناختی نوجوان استفاده می‌شوند. این ابزارها می‌توانند به تشخیص شرایط هم‌زمان مانند اضطراب اجتماعی یا افسردگی کمک کنند. نسخه فارسی پرسشنامه سنجش ابعادی اختلال هویت جنسیتی بر اساس ۵-DSM (Dimensional Measure of Gender Identity Disorder Questionnaire) ابزاری مناسب در اندازه‌گیری هویت جنسیتی، بدون توجه به نقش‌های جنسیتی است.

توصیه ۹: ارزیابی اجتماعی و فرهنگی اهمیت زیادی در تشخیص ملال جنسیتی دارد. بررسی روابط همسالان، تأثیرات اجتماعی و فرهنگی نوجوان می‌تواند کمک کند تا مشخص شود آیا مشکلات جنسیتی نوجوان از عوامل محیطی ناشی می‌شود یا خیر. باید اطمینان حاصل شود که هرگونه اضطراب مرتبط با جنسیت در یک چارچوب روانشناختی گسترده‌تر درک شود.

توصیه ۱۰: گزارش‌های خانوادگی نیز برای تشخیص ملال جنسیتی ضروری هستند. تحلیل داینامیک‌ها، دیدگاه‌ها و نگرش‌های والدین و خانواده‌ها نسبت به هویت جنسیتی نوجوان می‌تواند به روشن شدن وضعیت کمک کند.

توصیه ۱۱: ملاحظات طولی در فرآیند تشخیص باید لحاظ شود. باید به چگونگی تکامل هویت جنسیتی نوجوان از کودکی تا کنون در طول زمان توجه ویژه‌ای شود، به ویژه برای نوجوانانی که هویت جنسیتی آنها ممکن است با رسیدن به بلوغ تغییر کند.

افراد مسئول تشخیص ملال جنسیتی در نوجوانان

توصیه ۱۲: در تشخیص ملال جنسیتی در نوجوانان باید از رویکرد تیمی استفاده شود. این رویکرد شامل اعضای مختلفی است که هرکدام نقش ویژه‌ای در ارزیابی و درمان نوجوانان دارند (شکل-۱).

¹ Sexuality



شکل ۱- گام‌های مدیریت ملال جنسیتی در نوجوانان

توصیه ۱۳: روانپزشکان، به ویژه روانپزشکان کودک و نوجوان، نقش اساسی در تشخیص‌گذاری ملال جنسیتی در کودکان و نوجوانان دارند. برای این محدوده سنی (کمتر از ۱۸ سال)، ارزیابی تشخیصی اولیه توسط روانپزشکان کودک، نوجوان قابل انجام بوده ولی ارزیابی نهایی و پیگیری با سرپرستی تیمی متشکل از سه نفر روانپزشک عضو هیئت علمی که حداقل یکی از آنها فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان و دو نفر دیگر سابقه حداقل ۳ سال سابقه کار بالینی در حوزه ملال جنسیتی یا فلوشیپ طب روان جنسی داشته باشند، صورت می‌پذیرد.

توصیه ۱۴: ارائه دهندگان خدمت (شامل: غربالگری، ارجاع، ارزیابی، تشخیص اولیه، درمان و پی گیری) به نوجوانان دارای ملال جنسیتی می بایستی حائز شرایط زیر باشند:

- دارای مدرک دکترای فوق تخصصی در رشته روانپزشکی کودک و نوجوان باشند.
- دارای مدرک دکترای تخصصی در رشته روانپزشکی باشند.
- دارای مدرک تخصصی طب کودکان، پزشکی خانواده/عمومی و یا دکترای روانشناسی بالینی از مؤسسات معتبر ملی (وزارت بهداشت و درمان و یا وزارت علوم) باشند و در زمینه سلامت مراجعان نوجوان دارای ملال جنسیتی و مشکلات روان شناختی همزمان از جمله روان درمانی فردی و خانوادگی آموزش کافی و مهارت های لازم را از طریق آموزش های ضمن خدمت و منابع علمی معتبر کسب کنند و مدارک صلاحیت مربوطه را از مراکز مورد تأیید وزارت بهداشت دریافت نمایند. پزشکان متخصص طب کودکان و پزشکان عمومی پس از گذراندن دوره آموزشی قادر به شناسایی علائم اولیه و ارجاع نوجوانان به تیم های تخصصی و فوق تخصصی خواهند بود.
- فوق تخصص غدد کودکان، متخصصان اورولوژی، زنان و جراحی که علاوه بر تبحر کافی در زمینه مربوط به حوزه تخصصی و فوق تخصصی خود، در حیطه کار و برخورد با مراجعین نوجوان دارای ملال جنسیتی و درک شرایط ویژه آنها، نیز آگاهی و تجربه کافی را داشته باشند. آنها باید علاوه بر کسب دانش و تجربه لازم علمی و عملی برای انجام مداخلات در این مراجعین، علم و مهارت خود را منطبق با استانداردهای جهانی به روز رسانی کرده و به فواصل مناسب در برنامه های آموزش مداوم داخلی و یا خارجی شرکت نمایند تا این مداخلات با رعایت دانش و مهارت حداکثری، اصول اخلاقی، احترام به خودمختاری بیمار و مبتنی بر شواهد علمی انجام شود. با این هدف که بتوانند نتایج مطلوب و با حداقل عوارض را برای مراجعین ملال جنسیتی فراهم آورند. می بایستی هرگونه مداخله صرفاً در زمینه تخصصی و فوق تخصصی مرتبط با رشته فرد متخصص انجام شود.
- دارای مدرک مددکاری اجتماعی از مؤسسات معتبر ملی (وزارت بهداشت و درمان) باشند. این افراد می توانند با ارزیابی خانوادگی، اجتماعی و محیط مدرسه و شناسایی منابع استرس زای اجتماعی، اقتصادی یا فرهنگی نقش مهمی در حمایت از خانواده و اجتماع داشته باشند.

توصیه ۱۵: متخصصان باید از آخرین نسخه سیستم طبقه بندی DSM برای تشخیص استفاده کنند. استفاده از آخرین استانداردهای بین المللی مانند DSM برای تشخیص، همسو با پیشرفت های جهانی و کاهش ناهماهنگی در فرآیندهای درمانی ضروری است.

- در مرحله ارزیابی و تشخیص گذاری اولیه: در مورد همه مراجعین زیر ۱۸ سال، ویزیت یک نفر روانپزشک کودک و نوجوان ضروری است.
- همچنین، ویزیت پزشک فوق تخصص غدد کودکان نیز الزامی است و در صورت نیاز، مشاوره با سایر متخصصان باید انجام شود.
- در مرحله تشخیص گذاری نهایی: اقدامات بر اساس توصیه ۱۳ انجام می شود.
- در مرحله درمان بر اساس وظایف مشخص شده در راهنمای بالینی برای متخصصان مربوطه اقدام مقتضی صورت می گیرد.

توصیه ۱۶: ، متخصصان باید دارای تجربه و صلاحیت لازم برای ارزیابی جنبه های بالینی مرتبط با ملال جنسیتی، ناسازگاری (ناهماهنگی) جنسیتی، تنوع جنسیتی و جهت گیری (گرایش جنسی) باشند. این افراد باید دارای توانایی ارزیابی جامع شامل بررسی مسائل مربوط به تجربیات تبعیض و منابع مقاومت و تاب آوری مراجعین باشند و به مسائل مربوط به والدین و روابط خانوادگی در میان افراد با شکایت از ملال جنسیتی توجه کنند. آنها باید در صورت وجود تعارض بین مراجع و خانواده، توانایی مدیریت بالینی مناسب را داشته باشند.

توصیه ۱۷: متخصصان باید توانایی غربالگری فعال برای شناسایی شرایط روانپزشکی دیگر از جمله افکار خودکشی، آسیب به خود یا بحران‌های عاطفی و روان پریشی را داشته باشند.

- ارزیابی در این زمینه توسط روانپزشکان و روانشناسان بالینی (مقطع دکترا) صورت می‌گیرد.
- همچنین غربالگری در این زمینه توسط پزشک عمومی، پزشک خانواده و روانشناس بالینی (مقطع کارشناسی ارشد) انجام می‌شود.

توصیه ۱۸: متخصصان باید توانایی ارزیابی ظرفیت رضایت آگاهانه نوجوان برای درمان را داشته باشند.

- این ارزیابی به معنای توانایی ارزیابی از درک کامل مراجعین و والدین از پیامدهای هورمون‌درمانی، جراحی و تغییرات اجتماعی است.

توصیه ۱۹: متخصصان باید در آموزش‌های مداوم و کارگاه‌های آموزشی مرتبط با سلامت نوجوانان با ملال جنسیتی شرکت کنند تا دانش خود را در زمینه‌های ملال جنسیتی، ناسازگاری (ناهماهنگی) جنسیتی، و تنوع جنسیتی به روز نگه دارند.

- آنها باید به طور مداوم دانش و مهارت خود را در زمینه ملال جنسیتی از طریق آموزش‌های حرفه‌ای ارتقاء دهند. این شامل آشنایی با آخرین تحقیقات و دستورالعمل‌های درمانی در این حوزه است.
- آموزش مداوم متخصصان به طور سالانه و بر اساس دوره‌های دارای مجوز از وزارت بهداشت یا انجمن‌های معتبر، آگاهی آنان را درباره تنوع جنسیتی و نیازهای خاص این جامعه افزایش می‌دهد.

محتوای آموزش‌های مداوم و کارگاه‌های آموزشی، تعداد جلسات، طول مدت دوره و مدرسین دوره به طور دقیق توسط گروه‌های روانپزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که لااقل یک عضو هیئت علمی با فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان و فلوشیپ طب روان جنسی دارند و با همکاری گروه‌های غدد (و طب کودکان)، اورولوژی، زنان و جراحی عمومی (به ویژه فلوشیپ جراحی پستان و لاپاراسکوپی) تعیین می‌شود.

استراتژی‌های مداخله دارویی برای روانپزشکان در صورت عدم وجود اختلالات هم زمان

توصیه ۲۰: خط اول اقدامات مراقبتی و درمانی برای نوجوانان با ملال جنسیتی که اختلالات هم زمان سلامت روان ندارند، مداخلات روان‌شناختی است. این مداخلات در پاسخ به سؤال ۶ در این فصل شرح داده شده است. تجویز داروهای مهارکننده بلوغ باید با دقت و تنها پس از ارزیابی جامع انجام شود و از تجویز شتاب‌زده دارو پرهیز شود.

توصیه ۲۱: پیش شرط‌های شروع مداخلات دارویی

- ارزیابی توسط تیم چند رشته‌ای؛ شروع درمان‌های هورمونی نیاز به ارزیابی کامل و جامع توسط تیم چند رشته‌ای (شامل روانپزشک فوق تخصص کودک و نوجوان، متخصص طب کودکان دارای فوق تخصص غدد، روانپزشک، روان‌شناس بالینی کودک و نوجوان و مددکاران اجتماعی در صورت لزوم) دارد تا بررسی شود که آیا این مداخلات به نفع نوجوان هستند یا خیر.
- مشاوره و ارزیابی کامل سلامت روان؛ نوجوان و خانواده باید در فرآیند مشاوره روان‌شناختی برای درک هویت جنسیتی و عواقب ناشی از درمان شرکت کنند.
- تداوم و انسجام در هویت جنسیتی حداقل به میزان ۶ الی ۱۲ ماه؛ نوجوان باید هویت جنسیتی پایدار خود را به وضوح شناسایی کرده و تمایل به تغییر جسمانی و تغییر بدن با هویت جنسیتی خود را ابراز کند. احساس عدم تطابق بین جنسیت

زیسته شده و منتسب باید پایدار و مستمر باشد و منجر به پریشانی یا اختلال شدید در عملکرد روانی و اجتماعی نوجوان شود.

- عدم وجود اختلالات روان‌شناختی هم زمان درمان و کنترل نشده از جمله اختلالات مرتبط با تروما، خلقی، اضطرابی، شخصیتی، سایکوتیک و عصبی-تکاملی (مانند اختلال طیف اوتیسم) که بر درک هویت جنسیتی تاثیر می‌گذارند.
- عدم وجود مشکلات پزشکی ممانعت‌کننده؛ بررسی‌های پزشکی دقیق باید انجام شود تا اطمینان حاصل شود که هیچ‌گونه بیماری پزشکی از جمله بیماری‌های کبدی شدید، اختلالات انعقادی، پرفشاری خون و دیابت قندی کنترل نشده، بیماری قلبی - عروقی شدید، بدخیمی‌های وابسته به هورمون یا اختلال چربی خون شدید که شروع درمان هورمونی را با چالش مواجه کند وجود نداشته باشد. این بررسی‌های پزشکی شامل ارزیابی‌های پاراکلینیک مربوط به عملکرد هر یک از ارگان‌های مربوطه خواهد بود.
- استقرار در مرحله بلوغ؛ داروهای مهارکننده بلوغ نباید پیش از شروع بلوغ یا پیش از رسیدن نوجوان به مرحله دوم بلوغ (تانر ۲) تجویز شوند.
- تجربه زندگی واقعی؛^۱ تجربه زندگی واقعی تمام‌وقت در جنسیت مورد نظر پیش از شروع درمان هورمونی توصیه نمی‌شود. با این حال، در صورت امکان و با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی، خانوادگی، آموزشی و ایمنی فرد، می‌توان دوره‌ای از تطابق اجتماعی تدریجی با هویت جنسیتی تجربه‌شده را در محیط‌های امن و حمایتگر در نظر گرفت. این فرایند ممکن است شامل استفاده از نام یا پوشش ترجیحی یا سایر جنبه‌های انتقال اجتماعی باشد و نباید نوجوان را در معرض طرد، خشونت، یا محرومیت آموزشی و اجتماعی قرار دهد. با توجه به ساختار جنسیت‌محور مدارس در ایران، حضور نوجوان در محیط آموزشی با جنسیت مورد نظر ممکن است در بسیاری موارد عملی یا ایمن نباشد به نظر می‌رسد با هماهنگی مدیر و مربیان مدرسه برگزاری کلاس‌های آنلاین یا آموزش مجازی و شرکت در امتحانات به صورت انفرادی کارگشا خواهد بود.
- موافقت آگاهانه نوجوان؛ نوجوان باید قادر به درک کامل فرآیندهای درمانی و عواقب آنها باشد و موافقت آگاهانه خود را اعلام کند.
- موافقت خانواده؛ در صورتی که نوجوان به سن قانونی برای تصمیم‌گیری نرسیده است، موافقت والدین یا سرپرستان قانونی ضروری است.
- امکان پایش مداوم؛ نوجوان باید به طور منظم یک ماه پس از شروع درمان و سپس هر ۳ ماه در سال اول و سپس هر ۶ ماه تحت نظارت پزشکی توسط متخصصان تیم درمانی چند رشته‌ای قرار گیرد تا اطمینان حاصل شود که درمان‌ها به درستی انجام می‌شوند.

توصیه ۲۲: مداخلات دارویی

درمان با هورمون‌های سرکوب‌کننده بلوغ؛ این داروها شامل آنالوگ‌های هورمون آزادکننده گنادوتروپین بوده و به عنوان یک مداخله موقت و قابل برگشت برای ایجاد تأخیر در بلوغ و فراهم کردن زمان و فضای مناسب برای نوجوانان جهت بررسی هویت جنسیتی بدون تغییرات جسمی غیرقابل برگشت در نظر گرفته شود.

توصیه ۲۳: اثرات بلند مدت استفاده از داروهای مهارکننده بلوغ و هورمون درمانی تغییر جنسیتی در تکامل عصبی - رشدی نوجوانان دارای ملال جنسیتی هنوز نامشخص است. در حال حاضر استفاده از این داروها در ملال جنسیتی نوجوانان به صورت خارج از

¹ Real-Life Experience - RLE

برچسب^۱ بوده و طبق هشدار سال ۲۰۱۶ سازمان غذا و دارو^۲ باید در استفاده از آنها در مقاصد روانپزشکی احتیاطات ضروری در نظر گرفته شود.

توصیه ۲۴: تجویز این داروها برای ملال جنسیتی در نوجوانان در ایران، در زمان انتشار این راهنما (مرداد ماه/۱۴۰۴)، فاقد تأییدیه رسمی از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران است. پزشکان باید مطابق دستورالعمل‌های حرفه‌ای مربوط به تجویز خارج از برچسب عمل کرده و پیش از تجویز، رضایت آگاهانه نوجوان و ولی قانونی او را دریافت و ثبت نمایند.

استراتژی‌های مداخله دارویی برای روان‌پزشکان در صورت وجود اختلالات سلامت روان هم‌زمان

توصیه ۲۵: خط اول و اولویت اصلی در اقدامات مراقبتی و درمانی برای نوجوانان با ملال جنسیتی که اختلالات هم‌زمان سلامت روان، اختلالات مرتبط با تروما، خلقی، اضطرابی، شخصیتی، سایکوتیک و عصبی - تکاملی (مانند اختلال طیف اوتیسم) دارند، کنترل یا درمان مشکل سلامت روان، قبل از هر اقدامی دیگر است. ابتدا باید وضعیت سلامت روان نوجوان تثبیت و کنترل شود، سپس مراقبت‌های تغییر جنسیتی در نظر گرفته شود.

توصیه ۲۶: مداخلات هورمونی باید پس از کنترل یا درمان اختلالات روانی هم‌زمان و اطمینان از پایداری وضعیت روانی نوجوان پس از مداخلات روانشناختی آغاز شوند. در صورتی که اختلالات هم‌زمان سلامت روان وجود داشته باشد، باید ابتدا درمان‌های دارویی و غیردارویی روانپزشکی بر اساس دستورالعمل‌های مربوطه اعمال شوند.

توصیه ۲۷: داروهای ضد افسردگی؛ اگر نوجوان دارای ملال جنسیتی، به اختلال افسردگی مبتلا باشد، استفاده از داروهای ضد افسردگی مانند SSRIs (مهارکننده‌های بازجذب انتخابی سروتونین) برای کاهش علائم افسردگی می‌تواند در نظر گرفته شود.

توصیه ۲۸: داروهای ضد اضطراب؛ اگر نوجوان دارای ملال جنسیتی، به اختلالات اضطرابی مبتلا باشد، استفاده از داروهای ضد اضطراب می‌تواند برای کاهش اضطراب و بهبود وضعیت روانی در نظر گرفته شود.

توصیه ۲۹: داروهای ضد روان‌پریشی؛ اگر نوجوان دارای ملال جنسیتی، به اختلالات دارای علایم روان‌پریشی مانند اسکیزوفرنیا یا اختلالات عمده خلقی مبتلا باشد، تجویز داروهای ضد روان‌پریشی می‌تواند برای پایداری وضعیت روانی او در نظر گرفته شود.

توصیه ۳۰: داروهای تثبیت‌کننده خلق؛ در مواردی که نوجوان دچار نوسانات شدید خلقی باشد، داروهایی مانند لیتیم یا سایر داروهای تثبیت‌کننده خلق می‌تواند برای کنترل نوسانات خلقی و پایداری وضعیت روانی نوجوان در نظر گرفته شود.

استراتژی‌های مداخله غیردارویی برای روان‌پزشکان در صورت عدم وجود اختلالات سلامت روان هم‌زمان

توصیه ۳۱: در نوجوانان با ملال جنسیتی که اختلالات هم‌زمان سلامت روان ندارند، مهمترین گام ضروری، انجام مداخلات مربوط به مراقبت‌های روانشناختی، با رویکردی حمایتی و متمرکز بر کاوش هویت جنسیتی به مدت ۶ الی ۱۲ ماه با فواصل جلسات ترجیحاً

¹ Off-Label

² Food and Drug Administration (FDA)

هفتگی است. نوجوانان باید در فضایی امن و طی زمان مناسب هویت جنسیتی خود را کاوش کنند. ضروری است درمانگر در مورد تفکیک مفهوم هویت جنسیتی و گرایش جنسی به نوجوان آموزش دهد و در تمایز این مسئله در وی کمک نماید. درمانگران باید از فشار برای انتقال فوری و شتاب زده یا ورود به رویکردهای مداخلات برگشت ناپذیر پرهیز کنند و در عوض نوجوان را در مسیر کاوش هویت جنسیتی یاری دهند.

توصیه ۳۲: مراقبت‌های خانوادگی بسیار مهم است. والدین باید از چالش‌ها و پیچیدگی‌هایی که نوجوان ممکن است با آن مواجه شود، آگاه شوند و اجازه دهند نوجوان در فضایی امن و بدون قضاوت هویت خود را کشف کند. همچنین والدین باید از پیچیدگی‌های تکامل هویت جنسیتی در دوران نوجوانی به طور کامل آگاه باشند.

توصیه ۳۳: چند نکته آموزشی به والدین

- اگر فرزند شما دربارهٔ احساس ناهماهنگی با جنسیت تعیین شده‌اش صحبت می‌کند یا نشانه‌هایی از آن را بروز می‌دهد، نخستین و مهم‌ترین گام این است که آرام بمانید، خودتان را قضاوت نکنید، و به دنبال آگاهی بیشتر باشید.
- در ملال جنسیتی فرد از ناهماهنگی میان بدن و هویت جنسیتی که احساس می‌کند، رنج می‌برد. این رنج ممکن است به صورت اضطراب، افسردگی، اجتناب از مدرسه، انزوا، یا درخواست برای تغییر لباس و نام نمایان شود.
- احساس نارضایتی از جنسیت می‌تواند گذرا باشد. بسیاری از این نوجوانان، در ادامهٔ مسیر ممکن است به درک متفاوت‌تری از خود برسند. چه به سمت تأیید هویت ترنس، چه به سمت پذیرش هویت خود در چارچوب جنس زیستی. تصمیم‌گیری‌های پزشکی یا اجتماعی مانند استفاده از دارو، تغییر نام یا حتی نحوه پوشش، باید با دقت، همراهی مداخلات مراقبتی روانشناختی، روان‌درمانی و ارزیابی‌های تخصصی انجام شود. بنابراین، این تجربه لزوماً به معنای ترنس بودن قطعی فرزند شما نیست، ولی حتماً نیازمند توجه، حمایت و گفتگوهای محترمانه و بی‌قضاوت است.
- شما مهم‌ترین حامی روانی و عاطفی فرزندتان هستید. هیچ‌کس به اندازهٔ شما نمی‌تواند به او احساس امنیت، تعلق و ارزشمندی بدهد. ولی این بدان معنا نیست که نباید نگران یا گیج شوید.
- فرزندتان را بشنوید. شاید حرف‌های او برایتان عجیب، نگران‌کننده یا حتی دردناک باشد. اما فقط شنیدن، بدون رد کردن، دفاع یا انکار، یک قدم بزرگ در جهت ایجاد اعتماد است. شما لازم نیست همه‌چیز را همان لحظه درک یا قبول کنید، ولی می‌توانید با گفتن برخی جملات به او امید بدهید: «نمی‌دونم دقیقاً چی باید بگم، ولی خوشحالم که با من حرف زدی.» یا «فکر می‌کنم برام سخته بفهمم، ولی دلم می‌خواد کمکت کنم».
- احساسات خود را انکار نکنید. والدین هم حق دارند احساس ترس، خشم، سردرگمی، سوگ یا حتی شرم داشته باشند. مهم است که این احساسات را بپذیرید، با دیگر والدینی که تجربه مشابه دارند حرف بزنید، یا از یک مشاور حرفه‌ای کمک بگیرید.
- کودک شما هنوز فرزند شماست. تغییر در لباس، نام یا سبک صحبت کردن فرزندتان ممکن است برایتان ناآشنا یا ناراحت‌کننده باشد. ولی به یاد داشته باشید که او همچنان همان فرد مهربان، باهوش، خلاق و خاصی است که همیشه دوستش داشته‌اید.
- تصمیم‌گیری عجولانه نکنید. ممکن است نوجوان شما بخواهد خیلی سریع تصمیم‌هایی بگیرد، مثل تغییر اسم، لباس یا حتی مصرف دارو. این تصمیم‌ها باید با حضور روان‌پزشک، روان‌شناس و متخصصان دیگر بررسی شود. نه شتاب برای تأیید همه‌چیز و نه انکار و مخالفت مطلق. مسیر ایمن، مسیر تعادل و بررسی دقیق است.
- شما به عنوان والدین هم نیاز به حمایت دارید. این موضوع فقط بحران یا تجربهٔ فرزند شما نیست بلکه تجربه‌ای است مشترک، که سلامت روان شما را هم درگیر می‌کند.

- اگر احساس می‌کنید این موضوع به رابطه شما با همسر، فرزند دیگر یا خانواده گسترده فشار آورده، حتماً از روان درمانگر خانواده یا گروه‌های حمایت والدین استفاده کنید. سلامت شما، شرط لازم حمایت مؤثر از فرزندان است.
- نگرانی درباره مدرسه، دانشگاه، ازدواج، طرد اجتماعی، یا مسائل مذهبی طبیعی است. هیچ‌کس نمی‌تواند آینده را به‌طور دقیق پیش‌بینی کند. با این حال، داشتن رابطه‌ای امن، صمیمی و مبتنی بر اعتماد میان والدین و فرزند، یکی از مهم‌ترین عوامل محافظت‌کننده در سلامت روان نوجوان است. گاهی نوجوانان پیش از آن‌که از سوی جامعه طرد شوند، از سوی نزدیک‌ترین افراد زندگی خود طرد می‌شوند و این مسئله می‌تواند آسیب روانی قابل‌توجهی ایجاد کند. در عین حال، باید توجه داشت که برخی نوجوانان ممکن است در محیط‌های آموزشی یا اجتماعی با تبعیض، طرد، یا محدودیت‌هایی مواجه شوند. از این رو، همکاری و آموزش نهادهایی مانند آموزش و پرورش، مشاوران مدارس، و سایر سیستم‌های حمایتی، برای کاهش آسیب‌های روانی و اجتماعی این نوجوانان اهمیت دارد.
- شما تنها نیستید. خانواده‌های زیادی این مسیر را طی کرده‌اند. نه لازم است فوراً پاسخ همه‌چیز را بدانید، و نه لازم است تنها باشید. کافی است مسیر را با احترام، گوش دادن، مشاوره و امید طی کنید.
- فرزند شما به پشتیبانی شما نیاز دارد؛ نه به قضاوت و شما نیز به حق، سزاوار حمایت، درک، و آموزش هستید.

توصیه ۳۳: ملاحظات مربوط به نقش خانواده در مسیر تشخیصی و درمانی

- **شنیدن و پذیرش اولیه:** والدین توصیه می‌شود هنگام بیان تجربه ملال جنسیتی توسط نوجوان، با حفظ آرامش و بدون قضاوت به صحبت‌های او گوش دهند. انکار، تحقیر یا واکنش‌های هیجانی شدید می‌تواند سطح اضطراب و رنج روانی نوجوان را افزایش دهد.
- **درک ماهیت رنج روانی:** ملال جنسیتی ممکن است با علائمی مانند اضطراب، افسردگی، انزوا، اجتناب از مدرسه یا درخواست برای تغییر در پوشش و نام همراه باشد. بررسی این نشانه‌ها نیازمند ارزیابی تخصصی روان‌پزشکی و روان‌شناختی است.
- **توجه به امکان تغییرپذیری تجربه:** تجربه ناراضی‌ت‌ی از جنسیت ممکن است پایدار یا گذرا باشد. هرگونه تصمیم‌گیری در مورد مداخلات اجتماعی یا پزشکی (مانند تغییر نام، نوع پوشش، یا درمان‌های هورمونی) باید پس از ارزیابی چندبعدی توسط تیم متخصص و در چارچوب استانداردهای اخلاقی و بالینی انجام شود.
- **نقش حمایتی والدین:** حضور والدین به‌عنوان منبع حمایت عاطفی و امنیت روانی برای نوجوان ضروری است. حمایت به‌معنای پذیرش بی‌قید و شرط تصمیم‌های فوری نیست، بلکه به‌معنای همراهی در مسیر ارزیابی و فهم تجربه نوجوان است.
- **بیان هیجانات والدین:** مواجهه با این موضوع می‌تواند برای والدین همراه با احساسات پیچیده مانند سردرگمی، نگرانی یا سوگ باشد. توصیه می‌شود والدین در صورت نیاز از راهنمایی روان‌درمانگر یا گروه‌های حمایتی خانواده‌ها بهره ببرند.
- **اجتناب از تصمیم‌گیری‌های شتاب‌زده:** تأیید فوری یا مخالفت مطلق هویت جنسیتی ابراز شده توصیه نمی‌شود. رویکرد مناسب، ارزیابی بالینی تدریجی، برنامه‌ریزی مرحله‌ای و پایش مداوم سلامت روان است.
- **توجه به روابط خانوادگی و منابع حمایتی:** در صورت ایجاد تنش در ساختار خانواده یا روابط والدین، مداخله روان‌درمانی خانواده یا مشارکت در گروه‌های حمایتی برای پیشگیری از آسیب‌های ثانویه توصیه می‌شود.

○ **محافظت از پیوند عاطفی:** مهم‌ترین عامل حفاظتی در سلامت روان نوجوان، **تداوم رابطه ایمن، محترمانه و مبتنی بر اعتماد بین او و خانواده** است. طرد یا سرزنش خانوادگی با افزایش خطر خودآسیبی و اختلالات هیجانی مرتبط است.

توصیه ۳۴: خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی^۱ برای خانواده‌های نوجوانان مبتلا به ملال جنسیتی می‌تواند در نظر گرفته شود. این روش درمانی به والدین کمک می‌کند تا با درک بهتری از نیازهای روانی و اجتماعی نوجوانان خود، از آنها حمایت کنند.

توصیه ۳۵: در صورت برخورد با چالش‌های اجتماعی و خانوادگی پرخطر، باید مسأله به گروه‌های مددکاری اجتماعی ارجاع داده شود تا از نوجوان حمایت شده و از خطرات احتمالی جلوگیری شود.

استراتژی‌های مداخله غیردارویی برای روان‌پزشکان در صورت وجود اختلالات سلامت روان هم‌زمان
می‌بایستی به این نکته توجه شود که کلیه مداخلات برای افراد کمتر از ۱۸ سال متمرکز بر مداخلات حمایتی و ترجیحاً برگشت‌پذیر باشد.

توصیه ۳۶: برای نوجوانانی که هم ملال جنسیتی و هم مشکلات سلامت روان همزمان دارند، تدوین و اجرای یک برنامه مراقبتی یکپارچه سلامت روان ضروری است. این برنامه باید ابتدا بر سلامت روان نوجوان تمرکز کند و از ثبات عاطفی او قبل از هر مداخله پزشکی تغییر جنسیتی اطمینان حاصل شود.

توصیه ۳۷: روان‌درمانی باید هم ملال جنسیتی و هم مشکلات سلامت روان مانند افسردگی، اضطراب، اختلالات مربوط به تروما و اختلالات شخصیتی را مدنظر قرار دهد. رویکردهایی مانند درمان شناختی-رفتاری، درمان دیالکتیکی - رفتاری و مراقبت آگاهانه مبتنی بر تروما می‌توانند در کمک به نوجوانان برای سازگاری با هویت جنسیتی و مدیریت چالش‌های عاطفی یا روانی مؤثر باشند. مهم است که بی‌ثباتی هویت جنسیتی نوجوان در خلال روان‌درمانی با درک و صبر مورد توجه قرار گیرد.

توصیه ۳۸: در روان‌درمانی شناختی - رفتاری، نوجوانان به یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای بهتر برای مدیریت اضطراب و افسردگی خود پرداخته و با احساسات خود روبه‌رو می‌شوند. این مداخله می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا احساسات منفی خود را به شیوه‌ای مؤثر مدیریت کنند.

توصیه ۳۹: استفاده از روش‌های ذهن آگاهی و خودشفقتی^۲ برای کاهش اضطراب و بهبود سلامت روان توصیه می‌شود. این تکنیک‌ها به نوجوانان کمک می‌کنند تا به طور فعال با احساسات منفی خود مواجه شوند و از خود حمایت کنند.

توصیه ۴۰: آموزش و حمایت والدین بسیار مهم است. والدین باید در زمینه مشکلات سلامت روان و جنسیت و راه‌های حمایت از سلامت روان نوجوان آموزش ببینند. آن‌ها باید از فشار برای وارد شدن به مداخلات پزشکی برای انتقال یا اجبار به رفتارهای جنسیتی خاص پرهیز کنند و تمرکز خود را بر درمان اختلالات موجود و حفظ سلامت روان فرزند خود قرار دهند. ارزیابی سلامت روان والدین و حمایت فعال از سلامت روان آنها در این روند ضروری است.

^۱ Attachment-based Family Therapy

^۲ Self-Compassion and Mindfulness

توصیه ۴۱: در این مرحله، باید از سرکوب بلوغ و مداخلات هورمونی پرهیز شود. نوجوانان باید فرصت داشته باشند که در حین شرکت در جلسات روان درمانی و بهبود اختلالات همراه، هویت خود را بدون ورود به تصمیمات پزشکی غیرقابل برگشت بررسی کنند.

استراتژی‌های مداخله‌ای برای فوق تخصصین غدد

توصیه ۴۲: فوق تخصصین بیماری‌های غدد اطفال و متابولیسم نقش کلیدی در مدیریت پزشکی نوجوانان با ملال جنسیتی دارند. آنها باید با تیم مراقبت اولیه نوجوان همکاری کنند تا اطمینان حاصل شود که تمامی درمان‌ها از نظر پزشکی مناسب، آگاهانه و هماهنگ با مرحله رشدی نوجوان هستند.

توصیه ۴۳: احتیاط در تجویز داروهای مهارکننده بلوغ

فوق تخصصین غدد باید هنگام تجویز داروهای مهارکننده بلوغ برای نوجوانانی که هنوز در حال گذراندن مسیر رشدی خود هستند و هویت جنسیتی آنها ممکن است ناپایدار باشد، دقت کنند. قبل از شروع مداخلات پزشکی، ارزیابی چندرشته‌ای و دقیق ضروری است.

- شروع درمان فقط در صورتی ممکن است که بلوغ آغاز شده باشد (مرحله تانر ۲ یا بالاتر)، که با افزایش حجم بیضه‌ها به بالای ۴ میلی‌لیتر در ترنس‌زن‌ها (جنس هنگام تولد مذکر) یا آغاز رشد جوانه‌های پستانی در ترنس مردها (جنس هنگام تولد مونث) مشخص می‌شود.
- GnRH با دوز ۷۵/۳ هر ۲۸ روز یک بار و با دوز ۲۵/۱۱ هر ۸۴ روز یک بار زیر نظر فوق تخصص غدد می‌باشد.
- داروهای ضدآندروژن در صورت عدم استفاده از GnRH قابل تجویز است. اسپرونولاکتون به عنوان یک داروی ضد آندروژن در شروع با ۱۰۰-۵۰ mg/day، تجویز شده و می‌توان تا ۳۰۰-۲۰۰ mg/day افزایش داده شود. توجه شود که GnRH آنالوگ‌ها در اولویت هستند.

توصیه ۴۴: داروهای مهارکننده بلوغ می‌توانند برای نوجوانان دارای ملال جنسیتی بدون اختلال سلامت روان هم زمان که به دلیل شروع بلوغ دچار اضطراب شدید هستند، در نظر گرفته شوند. این داروها می‌توانند رشد ویژگی‌های جنسی ثانویه را به تأخیر انداخته و زمان بیشتری برای نوجوان فراهم کنند تا هویت جنسیتی خود را کشف کند.

نظارت و پیگیری

در ۳ تا ۶ ماه اول و سپس هر ۶ تا ۱۲ ماه

الف) هدف یا علت بررسی:

- ارزیابی بالینی صفات جنسی
- تنظیم دوز بر اساس پاسخ و سطح نهایی
- ارزیابی سرکوب محور هیپوتالاموس-هیپوفیز
- بررسی سمیت دارویی
- بررسی تغییرات متابولیک
- ریسک دیابت در اثر درمان طولانی‌مدت
- بررسی اثرات درمان و عوارض احتمالی
- ریسک هیپرپرولاکتینمی

(ب) پارامترهای آزمایشگاهی:

- CBC
- آنزیم‌های کبدی
- پرولاکتین (در MTF)
- آزمایش قند ناشتای خون / HbA1C
- پروفایل لیپیدی ناشتا
- فشارخون، وزن، BMI
- سطح هورمون هدف (E2 یا T)
- FSH/LH

توصیه ۴۵: باید از مداخلات برگشت‌ناپذیر مانند هورمون درمانی تغییر جنسیتی برای نوجوانان دارای ملال جنسیتی قبل از عبور از بلوغ پرهیز شود.

توصیه ۴۶: (یادآوری) اثرات بلند مدت استفاده از داروهای مهارکننده بلوغ و تغییر جنسیت در تکامل عصبی - رشدی نوجوانان دارای ملال جنسیتی هنوز نامشخص است. استفاده از این داروها در حال حاضر به صورت خارج از برچسب است و طبق هشدار سال ۲۰۱۶ FDA ضروری است که در استفاده از آنها در مقاصد روانپزشکی احتیاطات لازم رعایت شود.

توصیه ۴۷: (یادآوری) تجویز این داروها برای ملال جنسیتی در نوجوانان در ایران، در زمان انتشار این راهنما (مرداد ماه/۱۴۰۴)، فاقد تأییدیه رسمی از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران است. پزشکان باید مطابق دستورالعمل‌های حرفه‌ای مربوط به تجویز خارج از برچسب عمل کرده و پیش از تجویز، رضایت آگاهانه نوجوان و ولی قانونی او را دریافت و ثبت نمایند.

استراتژی‌های مداخله‌ای برای متخصصان زنان

توصیه ۴۸: (بلوغ) متخصصان زنان می‌توانند با ارزیابی و مداخلات ضروری به دخترانی که در آستانه بلوغ با چالش‌های نامطلوب مربوط به تغییرات بدنی و خونریزی‌های ماهیانه مواجه هستند و اضطراب شدیدی را تجربه می‌کنند، کمک کنند تا با آرامش بیشتری با ویژگی‌های جدید جسمی و روانی خود سازگار شوند. این متخصصان باید در فضایی امن و حمایتی، بدون قضاوت به سؤالات نوجوانان در مورد تغییرات فیزیکی، هورمونی و روانی در بلوغ و نگرانی‌های او در مورد این تغییرات پاسخ دهند.

توصیه ۴۹: (سلامت باروری) متخصصان زنان باید مراقبت‌های دقیقی در زمینه سلامت باروری این افراد انجام دهند. آنها باید اطلاعات ضروری را در خصوص حفظ باروری و اثرات بلند مدت مداخلات پزشکی تغییر جنسیتی بر سلامت باروری ارائه دهند. علاوه بر این، باید از نوجوانان در برابر تصمیمات غیرقابل برگشت زود هنگام و شتاب‌زده و عوارض غیرقابل جبران محافظت کنند. تأکید می‌شود که نوجوانان باید قبل از اتخاذ تصمیمات غیرقابل برگشت درباره باروری از اثرات آن کاملاً آگاه باشند.

توصیه ۵۰: (جراحی) جراحی تغییر جنسیت باید تا سن ۱۸ سالگی به تأخیر بیفتد، چرا که در این سن، اکثر نوجوانان از نظر جسمی به بلوغ کامل رسیده‌اند و قادر به درک و پذیرش عواقب جراحی هستند. متخصصان زنان باید از هرگونه مداخلات جراحی تغییر جنسیت تا قبل از عبور فرد از بلوغ و ورود به بزرگسالی پرهیز کنند.

استراتژی‌های مداخله‌ای برای متخصصان اورولوژی

توصیه ۵۱: (آموزش و سلامت باروری) متخصصان اورولوژی باید مراقبت‌های دقیقی در زمینه سلامت باروری نوجوانان ارائه دهند. آنها باید اطلاعات ضروری در خصوص حفظ باروری و اثرات بلندمدت مداخلات پزشکی تغییر جنسیتی بر سلامت باروری را به نوجوانان ارائه دهند. همچنین، از آنها در برابر تصمیمات غیرقابل برگشت زود هنگام و شتاب‌زده و عوارض غیرقابل جبران محافظت کنند. تأکید می‌شود که نوجوانان باید قبل از اتخاذ تصمیمات غیرقابل برگشت درباره باروری از اثرات آن کاملاً آگاه باشند.

توصیه ۵۲: (جراحی) جراحی تغییر جنسیت باید معمولاً تا سن ۱۸ سالگی به تأخیر بیفتد، زیرا در این سن، اکثر نوجوانان از نظر جسمی به بلوغ کامل رسیده‌اند و قادر به درک و پذیرش عواقب جراحی هستند. متخصصان اورولوژی باید از هرگونه مداخلات جراحی تغییر جنسیت تا قبل از عبور فرد از بلوغ و ورود به بزرگسالی پرهیز کنند.

توصیه ۵۳: متخصصان اورولوژی باید با سایر اعضای تیم درمانی همکاری کنند تا اطمینان حاصل شود که هرگونه مداخله جراحی مانند فالوپلاستی یا متوئیدیوپلاستی تنها زمانی در نظر گرفته شود که هویت جنسیتی به‌طور کامل کشف، تثبیت و پایدار شده و فرد وارد دوره بزرگسالی شده باشد.

استراتژی‌های مداخله‌ای برای سایر متخصصان

توصیه ۵۴: مراقبت‌های مربوط به ملال جنسیتی در نوجوانان باید به صورت تیمی و مشترک انجام شود. روانپزشکان، روانپزشکان کودک و نوجوان، روانشناسان بالینی و سایر پزشکان آموزش‌دیده با یکدیگر همکاری کنند تا اطمینان حاصل شود که هرگونه درمان در راستای گذار و تغییر جنسیت با رشد روانی، عاطفی و شناختی نوجوان هماهنگ است.

توصیه ۵۵: دستورالعمل‌های جهانی بر وجود یک رویکرد مشترک و مراجع محور تأکید دارند. تمامی اعضای تیم درمانی باید به سلامت جامع نوجوان توجه کرده و برنامه‌های درمانی را به طور یکپارچه پیش ببرند.

توصیه ۵۶: سایر پزشکان آموزش‌دیده باید در مواردی که نوجوان نیاز به مراقبت‌های عمومی دارد، او را راهنمایی کنند. این افراد پس از آموزش‌های ضروری می‌توانند علاوه بر پایش و پیگیری‌های مربوط به جلسات درمان هورمونی در صورت نیاز، امکان ارجاع به متخصصان لازم را فراهم سازند تا نوجوان از مراقبت‌های تخصصی بهره‌مند شود.

سؤال ۱۳) راهکارهای قانونی برای مراجعین با ملال جنسیتی کدامند؟

فهرست منابع اصلی مورد استناد در تدوین راهنما

منبع راهنما	نشانی اینترنتی
اصغری ف. وضعیت فقهی و حقوقی تغییر جنسیت. مجله مطالعات حقوق تطبیقی معاصر، دوره ۲ شماره ۲ مهر ۱۳۹۰ ص ۱-۱۷	https://law.tabrizu.ac.ir/article_2067.html
علوی ک، جلالی ا.ج، افتخار م. گرایش جنسی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، سال بیستم شماره ۱ ص ۴۳-۴۹	https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1049213
صابری س.م. کتاب قانون و روان پزشکی. انتشارات مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، چاپ اول ۱۳۹۴، فصل ۲ ص ۴۲-۴۳	
کریمی نیا م.م. کتاب تغییر جنسیت از منظر فقه و حقوق. نشر مرکز فقهی ائمه اطهار (ع) قم، چاپ ۱۳۸۹	

اقدامات قانونی که در جریان ارزیابی و درمان ملال جنسیت باید مد نظر باشد:

در شروع ارزیابی: (انجام تمام اقدامات این بخش بر عهده روانپزشک و یا پزشک آموزش دیده خواهد بود).

توصیه‌های الزامی

توصیه ۱: احراز هویت؛ مدارک هویتی اخذ و به پرونده پیوست شود. عکس چهره در وضعیت قبلی و فعلی، گاهی تأیید هویت نیاز به منابع مطمئن دیگر هم دارد، مثلاً در مواردی که اقدامات زنانه‌سازی انجام شده و چهره فرد از روی مدارک هویتی قابل تأیید نیست. در چنین مواردی تأیید والدین یا اخذ اثر انگشت مراجع در پرونده الزامی است. احراز هویت والدین نیز از طریق شناسنامه آنان باید انجام شود.

توصیه ۲: توجه به اصل رضایت آگاهانه در مورد علت مراجعه و ضرورت انجام مراحل تشخیصی و تعیین محدوده رازداری؛ پیشنهاد می‌شود فرم مخصوصی برای رضایت آگاهانه ایجاد و مددجو آن را مطالعه و امضا کند.

توصیه ۳: ارزیابی بالینی هوش؛ در صورت نیاز با ابزارهای سنجش هوش انجام شود.

توصیه ۴: توجه به محدوده سن قانونی؛ چنانچه فرد زیر سن ۱۸ سال است این موضوع که باید والدین او از ابتدا در جریان روند ارزیابی و درمان قرار گیرند مد نظر باشد.

توصیه ۵: توجه به موضوع اختیاری بودن؛ چنانچه انگیزه مراجعه اجبارهای قانونی است مورد توجه خاص باشد.

توصیه ۶: در نوجوانان (افراد زیر ۱۸ سال) ارزیابی اطلاعات والدین با تأکید بر رعایت رازداری

نکته: در این بخش توصیه‌های قوی یا اختیاری نداریم، بلکه توصیه‌ها ضروری هستند.

در جلسات مشاوره:

توصیه‌های الزامی

توصیه ۷: ثبت تمام اظهارات فرد در صورتی که ارتباط مستقیم به موضوع داشته باشد و سایر موارد به انتخاب پزشک است.

توصیه ۸: در مواردی که به هر دلیل جلسات آنلاین برگزار می‌شود با اطلاع و رضایت خود فرد عکس مددجو از صفحه گرفته شده و در پرونده ضبط می‌شود. بهتر است حداقل نیمی از جلسات حضوری برگزار شود.

توصیه ۹: رعایت رازداری در موارد خاص؛ در مواردی که مراجع تأکید بر محرمانه بودن برخی موضوعات مطرح شده دارد پزشک ملزم به رازداری است و بهتر است از درج جزئیات در پرونده خودداری کرده یا حداقل از اصطلاحات کوتاه شده قابل فهم برای متخصصان استفاده نماید (این امر علاوه بر رعایت اصول کلی رازداری در روانپزشکی است).

توصیه‌های قوی

توصیه ۱۰: بررسی مشکلات قانونی مربوط به ارائه هویت جنسیتی (حضور در مجامع عمومی، باشگاه‌های ورزشی، ادارات دولتی، مدرسه و دانشگاه، بانک‌ها، فرودگاه، هتل و سایر موارد)

به دلیل نداشتن هویت دلخواه ممکن است از حضور در مکان‌های یادشده اجتناب کنند و مشکلات زیادی برای آنها ایجاد شود. داشتن یک گواهی پزشکی با این مضمون که فرد در حال انجام دوره‌های مشاوره و ارزیابی برای ملال جنسیت است یک راهکار مفید به نظر می‌رسد. این گواهی باید دارای تاریخ و با احراز هویت بوده و برای مدت معینی باشد. این مدت از یک ماه تا شش ماه به تشخیص روانپزشک خواهد بود.

توصیه ۱۱: موضوع خدمت وظیفه در مردان بیولوژیک؛ افراد دارای ملال جنسیت قادر به گذراندن خدمت وظیفه نیستند. این موضوع باید توسط روانپزشک خطاب به کمیسیون پزشکی سازمان نظام وظیفه گواهی شود. کمیسیون سازمان مربوطه حسب مقررات و دستورالعمل‌های خود در مورد این موضوع تصمیم‌گیری می‌نماید. در مورد دخترانی که تغییر جنسیت داده و مذکر شناخته می‌شوند، می‌بایستی گواهی جراحی تغییر جنسیت و نیز برگه رای دادگاه اولیه را به کمیسیون نظام وظیفه ارائه کنند تا کارت معافیت از خدمت وظیفه به آنان داده شود.

توصیه ۱۲: توجه به سوءاستفاده‌های احتمالی؛ روانپزشک باید در هنگام ارزیابی‌های تخصصی احتمال سوءاستفاده را در نظر گیرد. ممکن است برخی افراد برای فرار از خدمت وظیفه نشانه‌های ملال جنسیت را تقلید کنند. به همین دلیل گواهی باید پس از اطمینان کامل از تشخیص ارائه شود.

توصیه ۱۳: مشاوره‌های قانونی برای پاسخ به ابهامات (این مشاوره‌ها توسط روانپزشک، و در برخی موارد توسط مشاور حقوقی انجام می‌گیرد):

○ اقدامات مردانه‌سازی و یا زنانه‌سازی بدون مجوز: روانپزشک با انجام مشاوره از متخصص مربوطه (زنان، غدد یا جراح) در مورد ضرورت مراقبت و یا اقدامات درمانی تکمیلی سؤال می‌کند.

○ حضور در اماکن ویژه مردان یا ویژه زنان: چنانچه فرد در چنین شرایطی مجبور به کار یا ادامه تحصیل باشد ضروری است روانپزشک وضعیت را با رضایت خود شخص برای فرد مسئول در محیط کار یا تحصیل وی تشریح کند و ضمن مشاوره با

وی راهکارهای پیشنهادی برای بهتر شدن انطباق فرد با محیط ارائه دهد، مانند توصیه به تغییر شرایط شغلی و یا آموزش‌های از راه دور و برگزاری امتحانات از طریق آنلاین.

○ حضور در مراجع قضایی، موضوعات مربوط به دعاوی ارث و دیه در موارد خاص، مراحل تغییر نام در مدارک هویتی و مدارک تحصیلی و شغلی، و سایر موارد: برای انجام این موارد انجام مشاوره با فردی حقوقدان ضروری است. روانپزشک لازم است ضمن اطلاع از موضوعات حقوقی مرتبط، انجام مشاوره با حقوقدان متخصص در امور مدنی را پیشنهاد دهد.

انجام مراحل درمانی

توصیه‌های الزامی

توصیه ۱۴: ثبت گزارش‌های حاصله از تجربه زندگی واقعی و پیوست کردن یادداشت‌های فرد به پرونده (این بخش توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی آموزش دیده باید نظارت شود).

توصیه‌های قوی

توصیه ۱۵: شروع هورمون درمانی با مشورت فوق تخصص غدد درون‌ریز

توصیه ۱۶: دادن گواهی تحت درمان با ذکر مدت برای ارائه به مراکز خاص (دانشگاه یا محل کار)

توصیه ۱۷: نظارت بر اقدامات خودسرانه و اجتناب‌ناپذیر فرد برای دگرجنس‌سازی

توصیه‌های اختیاری

توصیه ۱۸: ارجاع به روانپزشک دیگر برای انجام سایر اقدامات درمانی و یا ادامه ارزیابی و مشاوره

توصیه ۱۹: تمدید دوره نظارت بر تجربه زندگی واقعی حداقل ۶ ماه و حداکثر برای یک سال

تصمیم برای ارجاع به دادگاه

پس از تکمیل ارزیابی‌ها، مشاوره و اقدامات درمانی لازم است روان‌پزشک برای انجام اقدامات نهایی و طی مراحل قانونی فرد را به دادگاه خانواده معرفی کند.

توصیه‌های الزامی

توصیه ۲۰: پس از گذشت حداقل ۱۲ ماه از شروع اقدامات تشخیصی و درمانی، در صورت درخواست فرد برای معرفی به دادگاه، واریسی مجدد موضوع و ارزیابی رضایت آگاهانه برای اعلام موضوع به دادگاه خانواده ضروری است. این کار از طریق ارائه گزارشی کوتاه در مورد تشخیص ملال جنسیت توسط روانپزشک انجام می‌گیرد.

توصیه ۲۱: نوشتن گزارش کتبی به صورت مختصر با ذکر تشخیص برای ارائه به دادگاه و توصیه به انجام بررسی تکمیلی در پزشکی قانونی، عدم اظهار نظر درباره ضرورت انجام جراحی تغییر جنسیت. این موضوع بسیار مهم است چون در کشور ما، تصمیم‌گیری نهایی درباره تغییر جنسیت بر عهده دادگاه و بر اساس تشخیص کمیسیون پزشکی قانونی است. پزشکی قانونی در کمیسیون متشکل از حداقل دو نفر از روانپزشکان دارای صلاحیت (فلوشیپ طب روان جنسی، روانپزشک سازمان با حداقل ۵ سال سابقه کار حرفه‌ای و یا روانپزشک آموزش دیده) و یک نفر متخصص پزشکی قانونی در مورد سؤال دادگاه در مورد تغییر جنسیت نظر خواهند داد.

(در برخی کشورها روانپزشک نظر شخصی خود را به این صورت اعلام می‌کند: بر اساس نتایج بررسی‌ها من باور دارم که وی با تغییر هویت از زن به مرد [ویا برعکس] می‌تواند احساس رضایتمندی بیشتری داشته باشد و ارتباط اجتماعی و عملکرد شغلی [یا تحصیلی] وی بهبود یابد.)

توصیه ۲۲: حفظ تمام مستندات موجود در پرونده برای پاسخگویی به مراجع قانونی

توصیه‌های قوی

توصیه ۲۳: پرونده فیزیکی مراجع حداقل برای ده سال نگهداری شود. در صورت وجود پرونده الکترونیک و یا تبدیل پرونده‌ها، توصیه می‌شود حداکثر توجه به حفظ رازداری صورت گیرد.

تغییر هویت رسمی پس از جراحی

توصیه‌های الزامی

توصیه ۲۴: افراد MTF بعد از عمل جراحی برداشتن اندام تناسلی مردانه و ایجاد واژن باید درخواست تغییر نام را به طرفیت سازمان ثبت احوال به دادگاه بدهند.

دادگاه از پزشکی قانونی استعلام کرده و پس از تایید این که عمل جراحی غیرقابل برگشت برداشتن اندام‌های جنسی مردانه انجام شده و نامبرده از نظر هویت روان جنسی مونث است، با تغییر نام او موافقت و رای خود را برای ارائه به سازمان ثبت احوال صادر می‌کند.

توصیه‌های اختیاری

توصیه ۲۵: افراد FTM پس از انجام ماستکتومی، هیستریکتومی و اوفورکتومی می‌توانند در صورت تمایل، درخواست تغییر نام خود را به دادگاه ارائه دهند. از آنجا که عمل ترمیمی معمولاً سه تا چهار سال بعد خواهد بود و برخی افراد ممکن است از انجام دادن آن منصرف شوند یا آن را سال‌ها به تأخیر بیندازند تغییر نام فقط بنا به درخواست شخصی خود فرد و پس از تأیید پزشکی قانونی قابل انجام است.

پزشکی قانونی پس از استعلام از مرکز جراحی و اخذ پرونده و شرح عمل و نیز معاینه جسمی و مصاحبه روانپزشکی فرد، با این تشخیص که اعمال جراحی غیرقابل برگشت برداشتن اندام‌های جنسی زنانه انجام شده و نامبرده از نظر هویت روان جنسی مذکر است، پاسخ را به دادگاه ارائه می‌کند و دادگاه با تغییر نام موافقت و رای خود را برای ارائه به سازمان ثبت احوال صادر می‌کند.

ضمیمہ



ضمیمه

(Cisgender): به افرادی اطلاق می‌شود که هویت جنسیتی کنونی آنها با جنسیتی که در زمان تولد برایشان تعیین شده است، همخوانی دارد.

(Detransition): اصطلاحی است که گاه برای توصیف بازگشت فرد به جنسیتی که به طور سنتی با جنسیت تعیین شده در بدو تولد او مرتبط است، به کار می‌رود.

(Eunuch): به فردی اطلاق می‌شود که در هنگام تولد به‌عنوان مذکر تعیین شده و بیضه‌های او به طور جراحی برداشته شده یا عملکرد آنها مختل شده است و خود را به عنوان «خواجه» شناسایی می‌کند. این تعریف با تعریف پزشکی سنتی متفاوت است، زیرا افرادی را که به عنوان خواجه شناسایی نمی‌شوند، مستثنی می‌کند.

(Eunuch-Identified): فردی که احساس می‌کند بهترین بیان از خود واقعی او با واژه «خواجه» توصیف می‌شود. این افراد معمولاً خواستار برداشتن یا غیرفعال کردن اندام‌های تولید مثل خود به طور جراحی هستند.

(Gender): بسته به زمینه، جنسیت می‌تواند به هویت جنسیتی، بیان جنسیتی، و/یا نقش اجتماعی جنسیتی اشاره داشته باشد. این مفهوم شامل درک‌ها و انتظارات فرهنگی مرتبط با افرادی است که در بدو تولد به عنوان مرد یا زن تعیین شده‌اند. هویت‌های جنسیتی دیگر (غیر از مردان و زنان سیس‌جندر یا تراجنسیتی) شامل تراجنسیتی، Genderqueer، Nonbinary، Agender، و Gender Fluid، و جنسیت «سوم» می‌شوند.

(Gender Affirmation): به معنای شناسایی یا تأیید هویت جنسیتی فرد است. این مفهوم ابعاد اجتماعی، روان‌شناختی، پزشکی، و حقوقی دارد و گاهی به جای اصطلاح «تغییر جنسیت» به کار می‌رود.

(Gender Affirmation Surgery): جراحی‌هایی که به تغییر ویژگی‌های جنسی اولیه و/یا ثانویه به‌منظور تأیید هویت جنسیتی فرد می‌پردازند.

(Gender Binary): ایده‌ای که تنها دو جنسیت وجود دارد (مرد و زن) و انتظار دارد همه افراد در این دوگانه جنسیتی جای بگیرند.

(Gender Diverse): اصطلاحی برای توصیف افرادی با هویت‌ها و/یا بیان‌های جنسیتی متفاوت از انتظارات اجتماعی و فرهنگی مرتبط با جنسیت تعیین‌شده در بدو تولد.

(Gender Dysphoria): حالتی از ناراضی یا پریشانی که ممکن است زمانی تجربه شود که هویت جنسیتی فرد با آنچه به طور فیزیکی و/یا اجتماعی به جنسیت تعیین‌شده در بدو تولد نسبت داده می‌شود، ناسازگار باشد. این واژه همچنین یک اصطلاح تشخیصی در DSM-5 است و به ناهماهنگی بین جنسیت تعیین‌شده و جنسیت تجربه شده همراه با پریشانی اشاره دارد.

(Gender Expansive): صفتی برای توصیف افرادی که هویت یا بیان جنسیتی آنها فراتر از رفتارها یا باورهای تعریف شده اجتماعی و فرهنگی مرتبط با یک جنسیت خاص است.

(Gender Expression): نحوه بیان یا نمایش جنسیت توسط فرد در زندگی روزمره و در چارچوب فرهنگ و جامعه، شامل لباس، آرایش مو، رفتارها، و نام‌ها.

(Gender Identity): احساس درونی و عمیق فرد نسبت به جنسیت خود.

(Gender Incongruence): اصطلاحی تشخیصی در ICD-11 که به تجربه پایدار ناسازگاری بین هویت جنسیتی فرد و جنسیتی که بر اساس جنسیت تعیین شده در بدو تولد انتظار می‌رود، اشاره دارد.

(Intersex): به افرادی اطلاق می‌شود که با ویژگی‌های جنسی یا تولیدمثلی متولد می‌شوند که در چارچوب تعاریف دودویی زنانه یا مردانه نمی‌گنجد.

(Misgendering): به استفاده از زبانی اطلاق می‌شود که جنسیت فرد را به درستی منعکس نمی‌کند، مانند ضمائر یا القاب اشتباه.

(Nonbinary): افرادی که هویت جنسیتی آنها خارج از چارچوب دودویی جنسیت (مرد/ زن) قرار می‌گیرد.

(Retransition): به تغییر جنسیتی دوم یا بیشتر (از یک جنسیت دودویی یا غیردودویی به جنسیت دیگر) اطلاق می‌شود.

(Sex Assigned at Birth): تعیین جنس فرد (مذکر، مؤنث، یا بیناجنس) بر اساس ویژگی‌های فیزیکی هنگام تولد.

(Sexual Orientation): گرایش جنسی تنها به جاذبه‌های جنسی اشاره دارد و مستقیماً با هویت جنسیتی مرتبط نیست. گرایش جنسی افراد تراجنسیتی باید بر اساس شناسایی شخصی خود آنها تعریف شود. این گرایش معمولاً بر اساس جنسیت تجربه شده فرد توصیف می‌شود؛ برای مثال، زنی تراجنسیتی که به زنان دیگر علاقه دارد، به عنوان یک زن همجنس‌گرا (لزبین) شناخته می‌شود، و مردی تراجنسیتی که به مردان دیگر جذب می‌شود، یک مرد همجنس‌گرا (گی) محسوب می‌گردد.

(Transgender): اصطلاحی چتری برای توصیف افرادی که هویت یا بیان جنسیتی آنها با جنس تعیین شده در بدو تولد متفاوت است.

(Transgender Men): افرادی که هویت جنسیتی آنها مردانه است و در بدو تولد به عنوان زن تعیین شده‌اند.

(Transgender Women): افرادی که هویت جنسیتی آنها زنانه است و در بدو تولد به عنوان مرد تعیین شده‌اند.

(Transition): فرایندی که در آن افراد بیان جنسیتی خود را تغییر می‌دهند تا با هویت جنسیتی آنها هماهنگ‌تر باشد.

(Transphobia): نگرش‌ها، باورها، یا اقدامات منفی نسبت به افراد تراجنسیتی یا دارای تنوع جنسیتی.

(They/Them): ضمایی که برخی افراد غیردودویی یا دارای هویت جنسیتی نامطابق از آنها استفاده می‌کنند.

(Transsexual): اصطلاحی بالینی که در گذشته برای توصیف افرادی استفاده می‌شد که به‌منظور تغییر جنسیتی خود به دنبال مداخله پزشکی (هورمون یا جراحی) بودند.

(Cross-Dresser) ، (Drag Queen) ، (Drag King): این اصطلاحات معمولاً به افرادی اشاره دارند که لباس‌های جنسیتی متفاوت از جنسیتی که در هنگام تولد برای آنها تعیین شده است را به‌منظور سرگرمی، ابراز هویت شخصی، یا لذت جنسی می‌پوشند. برخی کراس‌درسرها (مبدل پوش‌ها) و افرادی که در لباس‌های درگ ظاهر می‌شوند، ممکن است وجوه مشترکی با عناصر هویت تراجنسیتی داشته باشند. اصطلاح (Transvestite) دیگر در زبان انگلیسی استفاده نمی‌شود و به عنوان واژه‌ای تحقیرآمیز تلقی می‌شود.