



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ  
ΔΥΤΙΚΗΣ  
ΕΛΛΑΔΑΣ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας – Τμήμα Νοσηλευτικής

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

## **Διαταραχή Φύλου και Νοσηλευτική Παρέμβαση**



**ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΙΤΣΑ**

**Πάτρα 2018**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια : Κυριακή Σαμαρτζή**



## ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η αναλυτική ανασκόπηση της διαταραχής φύλου, η περιγραφή των διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα κατά την διάρκεια μιας επέμβασης αλλαγής φύλου καθώς και ο ρόλος του/-ης νοσηλεύτη/-ριας στην μετεγχειρητική αποκατάσταση του εγχειριζόμενου.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής της σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδος κα. Κυριακή Σαμαρτζή για την συνεχή υποστήριξη και καθοδήγησή της κατά τη διάρκεια προετοιμασίας αυτής της διπλωματικής εργασίας.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ως διαταραχή της ταυτότητας του φύλου χαρακτηρίζεται η επίμονη προτίμηση για το ρόλο του αντίθετου φύλου και το αίσθημα ότι το άτομο γεννήθηκε με λάθος φύλο. Το αίσθημα της δυσαρέσκειας του ατόμου με το βιολογικό του φύλο ονομάζεται δυσφορία για το φύλο.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η περιγραφή της διαταραχής ταυτότητας φύλου, τα συμπτώματα, η θεραπεία και η διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης αλλαγής φύλου. Επίσης, γίνεται αναφορά για τον ρόλο του νοσηλευτή-τριας ως προς την αντιμετώπιση και την νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή με δυσφορία φύλου.

**Συμπεράσματα:** Παρότι η διαταραχή ταυτότητας φύλου αποτελεί μια πραγματικότητα, η ελληνική κοινωνία δεν είναι έτοιμη ακόμα να αντιμετωπίσει και να αποδεχτεί αυτή την πραγματικότητα. Αυτό φαίνεται από το σύνολο των επεμβάσεων που διεξάγονται στην Ελλάδα, καθότι ο αριθμός τους υστερεί μπροστά στον αριθμό των επεμβάσεων σε χώρες του εξωτερικού.

## SUMMARY

**Introduction:** The gender identity disorder is characterized by the constant preference for the role of the opposite sex and the feeling that the person was born with the wrong sex. The sense of discontent of the individual with his / her biological sex is called sex discomfort.

**Purpose:** The purpose of this diploma thesis is to describe the gender identity disorder, symptoms, treatment and the sex reassignment surgery. Also, reference is made to the role of the nurse in the treatment and nursing care of the patient with sex discomfort.

**Conclusions:** Although gender identity disorder is a reality, Greek society is not yet ready to face and accept this reality. That is made apparent from the number of interventions that are being carried out in Greece, since this number lacks the number of interventions in foreign countries.

**Λέξεις – Κλειδιά :** Διαταραχή Ταυτότητας Φύλου, Εγχείρηση Αλλαγής Φύλου, Νοσηλευτική Παρέμβαση.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	1
1.1 Φυλετική δυσφορία.....	1
1.2 Συμπτωματολογία .....	1
1.3 Αιτίες τρανσεξουαλικότητας .....	2
1.4 Διάγνωση .....	2
1.5 Διαχείριση.....	4
1.6 Δυσμορφία φύλου στα παιδιά της προεφηβείας .....	4
1.7 Ψυχοθεραπεία .....	5
1.8 Θεραπεία αλλαγής φύλου .....	5
1.9 Επιδημιολογία.....	5
1.10 Ιστορία .....	6
1.11 Κοινωνική οικοδόμηση του φύλου.....	7
1.12 Ταξινόμηση ως διαταραχή.....	7
1.13 Διαπροσωπικές σχέσεις .....	8
1.14 Νομοθεσία περί σχολικής επιτυχίας και ευκαιρίας.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	10
2.1 Επέμβαση Αλλαγής Φύλου.....	15
2.2 Πεδίο εφαρμογής και διαδικασίες.....	16
2.3 Διαφορετικές διαδικασίες επεμβάσεων αλλαγής φύλου.....	17
2.4 Ιατρικές εκτιμήσεις.....	17
2.5 Πιθανές μελλοντικές εξελίξεις.....	18
2.6 Πρότυπα φροντίδας.....	18
2.7 Ποιότητα ζωής και σωματική υγεία.....	19
2.8 Ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες .....	20
2.9 Σεξουαλική ικανοποίηση .....	21
2.10 Κατά τη γέννηση.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	23
3.1 Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Παρέμβαση σε άτομα Male-to-Female.....	23
3.1.1 Πλαστική αύξησης στήθους.....	23
3.1.2 Ανακατασκευή των γεννητικών οργάνων MTF .....	23
3.1.3 Χειρουργική επέμβαση προσώπου MTF .....	24
3.1.4 Κίνδυνοι και επιπλοκές.....	26

3.2 Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Παρέμβαση σε άτομα Female-to-Male.....	28
3.2.1 Χειρουργική επέμβαση στήθους FTM (υστερεκτομή / ωοθηκεκτομή).....	28
3.2.2 Ανακατασκευή γεννητικών οργάνων FTM (υστερεκτομή/ωοθηκεκτομή).....	29
3.2.3 Κίνδυνοι και επιπλοκές .....	29
3.2.4 Κίνδυνοι και επιπλοκές ειδικά για χειρουργική διαδικασία αρρενοποίησης.....	30
3.2.5 Αναθεωρητική χειρουργική επέμβαση.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Νοσηλευτική Διεργασία .....	32
4.1 Αξιολόγηση.....	32
4.2 Διάγνωση .....	32
4.3 Αναμενόμενες Εκβάσεις.....	33
4.4 Σχεδιασμός.....	33
4.5 Εφαρμογή.....	33
4.6 Επαναξιολόγηση .....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – Προεγχειρητική Φροντίδα .....	34
5.1 Αξιολόγηση.....	34
5.2 Νοσηλευτική Διάγνωση.....	35
5.3 Προσδιορισμός Εκβάσεων και Σχεδιασμός.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – Μετεγχειρητική Φροντίδα .....	36
6.1 Εκτίμηση.....	36
6.2 Τεκμηρίωση .....	36
6.3 Μη Αναμενόμενες καταστάσεις και σχετιζόμενες παρεμβάσεις.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – Νοσηλευτική Διεργασία .....	37
7.1 Αξιολόγηση.....	37
7.2 Διάγνωση .....	38
7.3 Προγραμματισμός.....	38
7.4 Εφαρμογή.....	38
7.5 Εκτίμηση.....	38
7.6 Αξιολόγηση.....	39
7.7 Διάγνωση .....	39
7.8 Προγραμματισμός.....	39
7.9 Εφαρμογή.....	39
7.10 Εκτίμηση.....	40
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	41



## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

GD – Gender Dysphoria

GID – Gender Identity Disorder

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

APA – American Psychiatric Association

WPATH – World Professional Association for Transgender Health

SRS – Sex Reassignment Surgery

ASPS – American Society of Plastic Surgeons

GRS – Genital Reconstruction Surgery

AMA – American Marketing Association

SOC – Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People

RLE – Real Life Experience

MTF – Male to Female

FTM – Female to Male

STSG – Split Thickness Skin Graft

AVF – ArterioVenous Fistula

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα άτομα που έχουν δυσφορία φύλου αισθάνονται έντονα ότι το φύλο τους δεν ταιριάζει με την βιολογία τους. Πολλοί ασθενείς με δυσφορία φύλου υποστηρίζουν ότι γεννήθηκαν με λάθος φύλο.

Για παράδειγμα, ένα άτομο που έχει πέος και όλα τα άλλα φυσικά χαρακτηριστικά ενός αρσενικού μπορεί να αισθάνεται αντ' αυτού ότι είναι στην πραγματικότητα γυναίκα. Το ίδιο ακριβώς μπορεί να συμβεί και με μια γυναίκα η οποία έχει όλα τα φυσικά χαρακτηριστικά όμως να αισθάνεται ότι στην πραγματικότητα είναι άντρας.

Η αίσθηση των ατόμων αυτών ότι δηλαδή το σώμα τους δεν αντικατοπτρίζει το πραγματικό φύλο τους μπορεί να προκαλέσει σοβαρή δυσφορία, άγχος και κατάθλιψη. Η «δυσφορία» είναι ένα αίσθημα δυσαρέσκειας, άγχους και ανησυχίας. Πιο συγκεκριμένα τα άτομα με δυσφορία φύλου νιώθουν έντονα το αίσθημα της δυσαρέσκειας που οφείλεται στην αρνητική τους άποψη σχετικά με την βιολογική ανατομία του σώματος τους.

Η δυσφορία του φύλου μπορεί να είναι τόσο έντονη ώστε να επηρεάζει την φυσιολογική ζωή του ατόμου. Για παράδειγμα, στο σχολείο ή στην εργασία ή κατά την διάρκεια κοινωνικών δραστηριοτήτων.

Η δυσφορία της φύλου αποκαλείται «διαταραχή ταυτότητας φύλου» όμως μετ' έπειτα η κατάσταση αυτή ονομάστηκε «τρανσεξουαλισμός». Ο όρος τρανσέξουαλ (transsexual) ετυμολογικά προέρχεται από την ένωση των λατινικών λέξεων «trans» και «sexualis». Ο όρος τρανσέξουαλ ή φυλομεταβατικός χαρακτηρίζει τα άτομα που αυτοπροσδιορίζονται με διαφορετικό φύλο από εκείνο που τους αποδόθηκε κατά τη γέννηση και ίσως επιθυμούν να μεταβούν μόνιμα στο πρώτο μέσω ιατρικής επέμβασης (ορμονοθεραπεία ή εγχείρηση ανάπλασης γεννητικών οργάνων). Ο όρος τρανσέξουαλ είναι μόνο μια κατηγορία του όρου τρανς ή transgender, ο οποίος αφορά όλα τα άτομα που δεν μπορούν να ταυτιστούν με το φύλο που τους αποδόθηκε κατά την γέννηση.

Η ταυτότητα φύλου είναι ένας διαφορετικός διαχωρισμός από τον σεξουαλικό προσανατολισμό, που σημαίνει ότι ένας τρανσέξουαλ άντρας ή γυναίκα, έχει εξίσου πιθανότητες να είναι ομοφυλόφιλος, ετερόφυλος, αμφισεξουαλικός ή ασεξουαλικός.

Πιο συγκεκριμένα λοιπόν, η δυσφορία του φύλου δεν έχει ηλικία. Ξεκινάει από την εμβρυική ηλικία και εκτείνεται έως την γεροντική ηλικία του ανθρώπου. Ένα άτομο για να διαγνωστεί με δυσφορία φύλου θα πρέπει να εμφανίζει συμπτώματα τουλάχιστον για έξι μήνες. Στα παιδιά αυτό γίνεται αντιληπτό από την συμπεριφορά τους δηλαδή μπορεί το παιδί να

υποστηρίζει ότι ανήκει στο αντίθετο φύλο δηλαδή αν είναι κορίτσι και έχει όλα τα χαρακτηριστικά αυτού να θεωρεί ότι είναι αγόρι, ενώ αντίστοιχα το ίδιο μπορεί να συμβεί και σε ένα αγόρι. Ένα ακόμη στοιχείο στην συμπεριφορά του είναι οι φίλοι που τα παιδιά επιλέγουν. Συνήθως επιλέγουν φίλους που ταυτίζονται με το φύλο που θεωρούν συμβατό με τα ίδια. Επίσης, η επιλογή των παιχνιδιών που κάνουν και τα ρούχα που επιλέγουν.

Στους έφηβους και στους ενήλικες τα συμπτώματα είναι εντελώς διαφορετικά όμως εντάσσονται στο χρονικό περιθώριο των 6 μηνών. Οι ενήλικες είναι πλέον σίγουροι ότι το πραγματικό τους φύλο δεν ταυτίζεται με το σώμα τους. Νιώθουν μια απέχθεια ως προς το σώμα τους και ιδιαίτερα ως προς τα γεννητικά τους όργανα σε σημείο που να μην θέλουν να τα βλέπουν αλλά ούτε και να τα αισθάνονται στο σώμα τους. Δείχνουν έντονα την επιθυμία τους να απαλλαγούν από το σώμα με το οποίο γεννήθηκαν.

Πολλοί από αυτούς παίρνουν το ρίσκο και ξεκινούν την αλλαγή αυτή. Όμως η αλλαγή αυτή έχει κάποιες προϋποθέσεις και είναι μια χρονοβόρα διαδικασία μέχρι την επίτευξη αυτού του στόχου. Μερικοί ασθενείς ενεργούν εκβιαστικά και απειλούν να αυτοακρωτηριαστούν ή να αυτοκτονήσουν αν δεν ικανοποιηθούν τα αιτήματά τους. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να γνωρίζουν ότι η ψυχολογική σταθερότητα είναι απαραίτητη για την επιτυχημένη διαπραγμάτευση της δοκιμαστικής περιόδου, κατά την οποία το άτομο ζει με τις συνήθειες του αντίθετου φύλου, η οποία καλείται «δοκιμασία πραγματικής ζωής» («real life test») και της χειρουργικής επέμβασης, καθώς και ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά συνιστά αντένδειξη για την πρόοδο της θεραπείας.

Ο επαγγελματικός οργανισμός που ασχολείται με την μελέτη και θεραπεία της διαφυλλικής διαταραχής, ανέλαβε ένα εγχείρημα για τον καθορισμό μιας σειράς προϋποθέσεων για την εκτίμηση και θεραπεία των ατόμων με διαταραχή της ταυτότητας φύλου. Αυτό το σύνολο των κατευθυντήριων γραμμών έχει ως στόχο να διασφαλίσει ότι τα άτομα που δεν επιθυμούν να συνεχίσουν να ζουν με το φύλο που γεννήθηκαν, υποβάλλονται σε εκτενή ψυχιατρική εκτίμηση και ακολουθούν ένα κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει, επιπλέον της συνέχισης του ψυχιατρικού ή ψυχολογικού ελέγχου, πιθανόν ενδοκρινική θεραπεία και, ανάλογα με το αποτέλεσμα της διαβαθμιζόμενης δοκιμασίας πραγματικής ζωής με τις συνήθειες του αντίθετου φύλου, ενδεχομένως εγχείρηση αλλαγής φύλου.

Σε όλη αυτή την διαδικασία είναι σημαντικός και ο ρόλος του νοσηλευτή και η σχέση του με τον ασθενή. Και πιο συγκεκριμένα σε αυτές τις περιπτώσεις παρουσιάζεται ο Γενικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας (generalist) και ο Εξειδικευμένος νοσηλευτής ψυχικής υγείας (specialist).

Ο γενικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας δουλεύει με άτομα, οικογένειες, ομάδες και με την κοινότητα. Επίκεντρο της εργασίας του είναι η αξιολόγηση των αναγκών στον τομέα της ψυχικής υγείας, η διατύπωση νοσηλευτικών διαγνώσεων και σχεδίων φροντίδας, η εφαρμογή παρεμβάσεων και η επαναξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας. Διενεργεί παρεμβάσεις που αφορούν στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας, στην διαμόρφωση θεραπευτικού

περιβάλλοντος και στην εκπαίδευση των ατόμων σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την ψυχική υγεία όσο και την ψυχική νόσο.

Ο εξειδικευμένος νοσηλευτής ψυχικής υγείας παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι ειδικοί κλινικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας παρέχουν άμεση φροντίδα ως θεραπευτές, ή έμμεση ως σύμβουλοι, εκπαιδευτές ή ερευνητές. Έτσι λοιπόν, αναπτύσσεται μια θεραπευτική σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή η οποία διεκπεραιώνεται μέσω της θεραπευτικής επικοινωνίας.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

#### **1.1 Φυλετική δυσφορία**

Η φυλετική δυσφορία (Gender Dysphoria - GD) είναι το αίσθημα δυσαρέσκειας που αντιμετωπίζει ένα άτομο ως αποτέλεσμα του φύλου με το οποίο γεννήθηκε. Σε αυτήν την περίπτωση, το εκχωρημένο φύλο δεν ταιριάζει με την ταυτότητα φύλου του ατόμου και το άτομο είναι τρανσέξουαλ. Κάποια στοιχεία υποδεικνύουν ότι τα δίδυμα που ταυτίζονται με ένα φύλο διαφορετικό από το εκχωρημένο φύλο τους μπορεί να αντιμετωπίσουν μια τέτοια δυσφορία όχι μόνο λόγω ψυχολογικών ή συμπεριφορικών αιτιών αλλά και βιολογικών που σχετίζονται με τη γενετική τους ή με την έκθεση σε ορμόνες πριν από τη γέννηση<sup>[1]</sup>.

Η διαγνωστική επισήμανση της διαταραχής ταυτότητας φύλου (Gender Identity Disorder - GID) χρησιμοποιήθηκε στο Εγχειρίδιο Νοητικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM) μέχρι την αναταξινόμησή του ως δυσμορφία φύλου το 2013, με την έκδοση του DSM-5. Η διάγνωση αναταξινομήθηκε για να ευθυγραμμιστεί με την ιατρική κατανόηση της κατάστασης και για να αφαιρεθεί το στίγμα που σχετίζεται με τον όρο διαταραχή<sup>[2,3]</sup>. Η αμερικανική ψυχιατρική ένωση (American Psychiatric Association – APA), που εξέδωσε το DSM-5, δήλωσε ότι «η μη συμμόρφωση με το φύλο δεν είναι αυτή καθ' εαυτή ψυχική διαταραχή».

Το κρίσιμο στοιχείο της δυσφορίας των φύλων είναι η παρουσία κλινικά σημαντικής δυσαρέσκειας που συνδέεται με την πάθηση<sup>[4]</sup>. Ερευνητές υποστηρίζουν τον αποχαρακτηρισμό της πάθησης ισχυριζόμενοι ότι η διάγνωση παθολογικοποιεί τη μεταβολή των φύλων και ενισχύει το δυαδικό μοντέλο του φύλου<sup>[2,5]</sup>. Οι κύριες ψυχιατρικές προσεγγίσεις στη θεραπεία για άτομα που έχουν διαγνωσθεί με δυσμορφία φύλου είναι η ψυχοθεραπεία ή η υποστήριξη του προτιμώμενου φύλου του ατόμου μέσω ορμονοθεραπείας, έκφρασης και ρόλου ή χειρουργικής επέμβασης<sup>[6]</sup>.

#### **1.2 Συμπτωματολογία**

Τα συμπτώματα της φυλετικής δυσφορίας στα παιδιά μπορεί να περιλαμβάνουν οποιοδήποτε από τα ακόλουθα: αηδία προς τα γεννητικά τους όργανα, κοινωνική απομόνωση από τους συνομηλίκους τους, άγχος, μοναξιά και κατάθλιψη<sup>[7]</sup>. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία, τα παιδιά τρανσέξουαλ έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν παρενόχληση και να πέσουν θύματα βίας στο σχολείο, την οικογενειακή φροντίδα, τα κέντρα

αστέγων και τα προγράμματα νεανικής δικαιοσύνης σε σχέση με άλλα παιδιά. Οι ενήλικες με GD διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για άγχος, απομόνωση, ανησυχία, κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοκτονία<sup>[7]</sup>.

Μελέτες δείχνουν ότι τα διαφυλλικά άτομα έχουν ένα εξαιρετικά υψηλό ποσοστό προσπαθειών αυτοκτονίας. Μελέτη με δείγμα 6.450 τρανσέξουαλ ατόμων στις Ηνωμένες Πολιτείες διαπίστωσε ότι το 41% είχε επιχειρήσει να αυτοκτονήσει, σε σύγκριση με τον εθνικό μέσο όρο του 1,6%. Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας ήταν λιγότερο συχνές μεταξύ των διαφυλλικών που δήλωσαν ότι οι οικογενειακοί δεσμοί τους παρέμειναν ισχυροί μετά την εκδήλωση της ταυτότητας φύλου τους, αλλά ακόμη και αυτοί με συγκριτικά χαμηλό κίνδυνο ήταν πολύ πιθανότερο να είχαν επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν από ό, τι ο γενικός πληθυσμός<sup>[8,9]</sup>. Οι τρανσέξουαλ διατρέχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο για ορισμένες πνευματικές διαταραχές<sup>[10]</sup> όπως οι διατροφικές<sup>[11,12]</sup>.

Η δυσμορφία φύλου σε ανθρώπους που έχουν γεννηθεί άνδρες τείνει να ακολουθεί δύο αδρά φαινομενικά τροχιές: πρόωμη έναρξη ή καθυστερημένη έναρξη. Η δυσμορφία του φύλου σε πρώιμο στάδιο είναι συμπεριφορικά ορατή στην παιδική ηλικία. Μερικές φορές, οι δυσμορφίες φύλου σε πρώιμο στάδιο εντοπίζονται ως ομοφυλοφιλία για μια χρονική περίοδο. Αυτή η ομάδα συνήθως προσελκύεται από τους άνδρες στην ενηλικίωση.

Η καθυστερημένη δυσμορφία των φύλων δεν περιλαμβάνει ορατά σημάδια στην πρόωμη παιδική ηλικία, αλλά κάποια άτομα ανέφεραν την επιθυμία να είναι γυναίκες στην παιδική ηλικία, παρόλα αυτά δεν το ανέφεραν τότε σε άλλους. Εκείνοι που εμφανίζουν δυσμορφία φύλου καθυστερημένα συχνά θα προσελκύονται από τις γυναίκες και ίσως εμπλακούν σε διαφορετική συμπεριφορά με αυτές, νιώθοντας μάλιστα και σεξουαλικό ενθουσιασμό<sup>[13]</sup>.

### 1.3 Αιτίες τρανσέξουαλικότητας

Η GID ενυπάρχει όταν ένα άτομο πάσχει από δυσαρέσκεια λόγω της ταυτότητας του φύλου, προκαλώντας συναισθηματικό stress<sup>[7]</sup>. Οι ερευνητές διαφωνούν σχετικά με τη φύση της δυσφορίας και της δυσλειτουργίας στα άτομα με GID. Ορισμένοι συγγραφείς πρότειναν ότι τα άτομα με GID υποφέρουν επειδή είναι στιγματισμένα και γίνονται θύματα<sup>[14]</sup> και ότι, αν η κοινωνία είχε λιγότερο αυστηρές υποδιαίρεσεις φύλου, οι διαφυλλικοί θα υπέφεραν λιγότερο<sup>[15]</sup>. Μια διπλή μελέτη (που βασίστηκε σε επτά άτομα σε δείγμα 314) ισχυρίστηκε ότι το GID μπορεί να είναι 62% κληρονομικό, υποδεικνύοντας έτσι την πιθανότητα γενετικής επιρροής ή προγεννητικής ανάπτυξης ως προέλευσης του GID σε αυτές τις περιπτώσεις<sup>[16]</sup>.

### 1.4 Διάγνωση

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία επιτρέπει τη διάγνωση της δυσμορφίας των φύλων εάν πληρούνται τα κριτήρια της DSM-5. Το DSM-5 δηλώνει ότι τουλάχιστον δύο από τα

ακόλουθα κριτήρια για τη δυσμορφία των δύο φύλων πρέπει να βιώνονται για τουλάχιστον έξι μήνες σε εφήβους ή ενήλικες<sup>[17]</sup> :

- Έντονη επιθυμία να υπάγεται στο αντίθετο φύλο
- Έντονη επιθυμία να αντιμετωπίζεται ως φύλο διαφορετικό από το εκχωρημένο φύλο
- Σημαντική ασυμφωνία μεταξύ του βιωμένου ή εκπεφρασμένου φύλου και των σεξουαλικών χαρακτηριστικών κάποιου
- Έντονη επιθυμία για τα σεξουαλικά χαρακτηριστικά ενός φύλου εκτός από το εκχωρημένο φύλο
- Έντονη επιθυμία απαλλαγής από τα σεξουαλικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου λόγω της ασυμφωνίας με το βιώμενο ή εκπεφρασμένο φύλο του ατόμου
- Μια ισχυρή πεποίθηση ότι κάποιος έχει τις τυπικές αντιδράσεις και τα συναισθήματα ενός φύλου διαφορετικού από το εκχωρημένο φύλο

Επιπλέον, η κατάσταση πρέπει να συνοδεύεται από κλινικά σημαντική δυσφορία ή δυσλειτουργία<sup>[17]</sup>.

Το DSM-5 μετακίνησε τη διάγνωση εκτός της κατηγορίας των σεξουαλικών διαταραχών σε μια ξεχωριστή κατηγορία<sup>[17]</sup>. Η διάγνωση μετονομάστηκε από διαταραχή ταυτότητας φύλου σε δυσμορφία του φύλου, μετά από επικρίσεις ότι ο πρώτος όρος στιγματίζει<sup>[18]</sup>. Η υποκατηγορία

με σεξουαλικό προσανατολισμό διαγράφηκε. Η διάγνωση για τα παιδιά διαχωρίστηκε από αυτή για τους ενήλικες, ως «δυσφορία φύλου στα παιδιά». Η δημιουργία μιας συγκεκριμένης διάγνωσης για τα παιδιά αντικατοπτρίζει τη μικρότερη ικανότητα των παιδιών να έχουν μια εικόνα για το τι βιώνουν ή την ικανότητα να το εκφράσουν σε περίπτωση που έχουν γνώση<sup>[19]</sup>. Άλλη συγκεκριμένη δυσμορφία φύλου ή μη προσδιορισμένη δυσμορφία φύλου μπορεί να διαγνωσθεί εάν ένα άτομο δεν πληροί τα κριτήρια για δυσμορφία φύλου αλλά εξακολουθεί να έχει κλινικά σημαντική δυσφορία ή δυσλειτουργία<sup>[17]</sup>.

Η Διεθνής Ταξινόμηση Νοσημάτων (ICD-10) απαριθμεί αρκετές διαταραχές που σχετίζονται με την ταυτότητα φύλου<sup>[20,21]</sup> :

- Τρανσεξουαλισμός (F64.0): Επιθυμία να ζήσουμε και να γίνουμε δεκτοί ως μέλη του αντίθετου φύλου, συνήθως συνοδευόμενοι από μια επιθυμία για χειρουργική επέμβαση και ορμονική θεραπεία
- Διαταραχή της ταυτότητας του φύλου της παιδικής ηλικίας (F64.2): Η επίμονη και έντονη αγωνία σχετικά με το εκχωρηθέν φύλο, που εκδηλώθηκε προεφηβικά
- Άλλες διαταραχές ταυτότητας φύλου (F64.8)
- Διαταραχή ταυτότητας φύλου, μη καθορισμένη (F64.9)
- Διαταραχή σεξουαλικής ωρίμανσης (F66.0): Αβεβαιότητα σχετικά με την ταυτότητα του φύλου ή τον σεξουαλικό προσανατολισμό, προκαλώντας άγχος ή αγωνία

Σημαντική αναθεώρηση της ταξινόμησης του ICD για τις σχετικές με την ταυτότητα φύλου καταστάσεις αναμένεται στην έκδοση ICD-11<sup>[22]</sup>. Το ICD-11 παραθέτει την κατάσταση αυτή ως «ασυμφωνία του φύλου», υπό «συνθήκες που σχετίζονται με τη σεξουαλική υγεία», που κωδικοποιούνται σε τρεις προϋποθέσεις<sup>[23]</sup>:

- Ασυμφωνία φύλου μεταξύ εφηβείας ή ενηλικίωσης (HA60): αντικαθιστά το F64.0
- Ασυμφωνία φύλου παιδικής ηλικίας (HA61): αντικαθιστά το F64.2
- Ασυμφωνία φύλου, μη καθορισμένη (HA6Z): αντικαθιστά το F64.9

Επιπλέον, η διαταραχή της σεξουαλικής ωρίμανσης έχει αφαιρεθεί, καθώς και ο τραβεστισμός διπλού ρόλου<sup>[24]</sup>. Το ICD-11 ορίζει την ασυμφωνία του φύλου ως «έντονη και επίμονη ασυμφωνία μεταξύ του βιωματικού φύλου ενός ατόμου και του εκχωρημένου φύλου», που εμφανίζονται παρόμοιες με τον ορισμό DSM-5, αλλά δεν απαιτεί σημαντική αγωνία ή δυσλειτουργία.

## 1.5 Διαχείριση

Η θεραπεία για ένα άτομο που διαγνώστηκε με GID μπορεί να περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία ή την υποστήριξη του προτιμώμενου φύλου του ατόμου μέσω της ορμονοθεραπείας, της έκφρασης και του ρόλου του φύλου ή της χειρουργικής επέμβασης.

Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει ψυχολογική συμβουλευτική, που έχει ως αποτέλεσμα αλλαγές στον τρόπο ζωής ή φυσικές αλλαγές που προκύπτουν από ιατρικές επεμβάσεις όπως ορμονική θεραπεία, χειρουργική των γεννητικών οργάνων, ηλεκτρόλυση ή αποτρίχωση με λέιζερ, χειρουργική επέμβαση στήθους / μαστού ή άλλες χειρουργικές επεμβάσεις. Ο στόχος της θεραπείας μπορεί απλά να είναι η μείωση των προβλημάτων που προκύπτουν από την διαφυλλική κατάσταση του ατόμου, για παράδειγμα, η παροχή συμβουλών στον ασθενή για να μειωθεί η ενοχή που συσχετίζεται με ένδυση με ρούχα του αντίθετου φύλου ή η παροχή συμβουλών σε έναν σύζυγο για να προσαρμοστεί στην κατάσταση του ασθενούς<sup>[25]</sup>.

Η ορμονική θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση για τη δυσμορφία του φύλου είναι κάπως αμφιλεγόμενη λόγω της μη αναστρεψιμότητας ορισμένων φυσικών μεταβολών. Έχουν θεσπιστεί κατευθυντήριες γραμμές για να βοηθήσουν τους ιατρούς.

Ο Παγκόσμιος Επαγγελματικός Σύνδεσμος για την Υγεία των Τρανσέξουαλ (WPATH) έχει εκδώσει κάποια standards υγείας τα οποία χρησιμοποιούνται από ορισμένους κλινικούς ιατρούς ως κατευθυντήριες γραμμές θεραπείας. Άλλοι χρησιμοποιούν τις κατευθυντήριες γραμμές που περιγράφονται στο Transgender Care Center του Donald Tarver. Οι κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία ακολουθούν γενικά ένα μοντέλο μείωσης της δυσλειτουργίας<sup>[26-28]</sup>.

## 1.6 Δυσμορφία φύλου στα παιδιά της προεφηβείας

Το ερώτημα αν θα πρέπει να συμβουλευτούν τα μικρά παιδιά να είναι ευχαριστημένα με το εκχωρημένο φύλο τους ή να τους ενθαρρυνθούν να συνεχίσουν να επιδεικνύουν συμπεριφορές που δεν ταιριάζουν με το εκχωρημένο φύλο τους - ή για να διερευνήσουν μια τρανσεξουαλική μετάβαση - είναι αμφιλεγόμενο. Ορισμένοι κλινικοί γιατροί αναφέρουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των μικρών παιδιών που διαγιγνώσκονται με δυσφορία φύλου αργότερα δεν εμφανίζουν δυσμορφία<sup>[29]</sup>.



Οι επαγγελματίες που αντιμετωπίζουν τη διαταραχή της ταυτότητας των φύλων σε παιδιά έχουν αρχίσει να αναφέρουν και να συνταγογραφούν ορμόνες, γνωστές ως παρεμποδιστές (blockers) της εφηβείας, για να καθυστερήσουν την έναρξη της μέχρι να θεωρηθεί ότι ένα παιδί είναι αρκετά μεγάλο για να λάβει τεκμηριωμένη απόφαση σχετικά με το αν η ορμονική αλλαγή φύλου οδηγεί σε χειρουργική επανεκχώρηση φύλου η οποία θα είναι προς το συμφέρον αυτού του ατόμου<sup>[30]</sup>.

## 1.7 Ψυχοθεραπεία

**Μέχρι τη δεκαετία του 1970, η ψυχοθεραπεία ήταν η βασική θεραπεία για τη δυσμορφία των φύλων και γενικά κατευθύνθηκε στο να βοηθήσει το άτομο να προσαρμοστεί στο φύλο των φυσικών χαρακτηριστικών που υπάρχουν στη γέννηση. Η ψυχοθεραπεία είναι οποιαδήποτε θεραπευτική αλληλεπίδραση που στοχεύει στη θεραπεία ενός ψυχολογικού προβλήματος. Αν και ορισμένοι κλινικοί γιατροί εξακολουθούν να χρησιμοποιούν μόνο ψυχοθεραπεία για τη θεραπεία της δυσμορφίας των φύλων, αυτή μπορεί τώρα να χρησιμοποιηθεί επιπροσθέτως και στις βιολογικές επεμβάσεις<sup>[31]</sup>. Η ψυχοθεραπευτική θεραπεία του GID περιλαμβάνει τη βοήθεια του ασθενούς για να προσαρμοστεί. Οι προσπάθειες να θεραπευθεί το GID μεταβάλλοντας την ταυτότητα φύλου του ασθενούς ώστε να αντικατοπτρίζει τα χαρακτηριστικά γέννησης ήταν αναποτελεσματικές<sup>[32]</sup>.**

## 1.8 Θεραπεία αλλαγής φύλου

Οι βιολογικές θεραπείες μεταβάλλουν φυσικά τα χαρακτηριστικά του πρωτεύοντος και δευτερογενούς φύλου για να μειώσουν την απόκλιση μεταξύ φυσικού σώματος ενός ατόμου και ταυτότητας φύλου<sup>[33]</sup>. Οι βιολογικές θεραπείες για το GID χωρίς οποιαδήποτε μορφή ψυχοθεραπείας είναι αρκετά ασυνήθιστες. Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι αν τα άτομα παρακάμψουν την ψυχοθεραπεία στη θεραπεία GID, συχνά αισθάνονται χαμένοι και συγχέονται όταν ολοκληρωθούν οι βιολογικές θεραπείες τους<sup>[34]</sup>.

Η ψυχοθεραπεία, η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης και η χειρουργική επέμβαση επανεκχώρησης φύλου μαζί μπορούν να είναι αποτελεσματικά όταν ακολουθούνται τα πρότυπα WPATH<sup>[32]</sup>. Το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών με ψυχολογικές και βιολογικές θεραπείες είναι πολύ υψηλό<sup>[31]</sup>.

## 1.9 Επιδημιολογία

Οι εκτιμώμενοι ρυθμοί των ατόμων με ταυτότητα τρανσέξουαλ κυμαίνονται από το κατώτατο όριο 1: 2000 (ή περίπου 0,05%) στην Ολλανδία και το Βέλγιο<sup>[35]</sup> στο 0,5% των ενηλίκων της Μασαχουσέτης<sup>[36]</sup>. Από μια εθνική έρευνα μαθητών γυμναστικής στη Νέα Ζηλανδία, 8.500

τυχαία επιλεγμένοι μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης από 91 τυχαία επιλεγμένα γυμνάσια διαπίστωσαν ότι το 1,2% των μαθητών απάντησε "ναι" στην ερώτηση "Νομίζεις ότι είσαι τρανσέξουαλ;"<sup>[37]</sup>. Αυτοί οι αριθμοί βασίζονται σε εκείνους που ταυτοποιούνται ως διαφυλλικοί.

Υπολογίζεται ότι περίπου το 0,005% έως 0,014% των ατόμων που έχουν γεννηθεί άνδρες και το 0,002% έως το 0,003% των ατόμων που αντιστοιχούν σε γυναίκες θα διαγνωσθεί με δυσμορφία φύλου, με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια του 2013, παρόλο που αυτοί οι αριθμοί θεωρούνται μια μέτρια υποτίμηση<sup>[38]</sup>. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι άνθρωποι που κάνουν μετάβαση φύλου στην ενηλικίωση είναι μέχρι και τρεις φορές πιο πιθανό να έχουν γεννηθεί άνδρες, αλλά αυτή η αντιστοιχία μεταξύ των ανθρώπων που κάνουν μετάβαση φύλου σε παιδική ηλικία είναι κοντά στο 1:1<sup>[39]</sup>.

## 1.10 Ιστορία

Η διαταραχή της ταυτότητας φύλου είναι ένας παλαιότερος όρος για την κατάσταση αυτή στο DSM. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) χρησιμοποιεί τον όρο φυλετική δυσφορία<sup>[40]</sup>. Το DSM της APA περιέγραψε για πρώτη φορά τον όρο στην τρίτη δημοσίευση ("DSM-III") το 1980<sup>[41]</sup>.

Τον Απρίλιο του 2011, η Εθνική Υπηρεσία Ηθικής Έρευνας του Ηνωμένου Βασιλείου ενέκρινε το μηνιαίο εμβόλιο των blockers της εφηβείας σε νέους ηλικίας από 12 ετών, προκειμένου να γίνουν μεγαλύτεροι πριν αποφασίσουν για την επίσημη αλλαγή του φύλου. Το Tavistock & Portman NHS Foundation Trust (T & P) στο Βόρειο Λονδίνο έχει αντιμετωπίσει τέτοια παιδιά.

Ο διευθυντής της κλινικής Dr. Polly Carmichael δήλωσε: "Βεβαίως, από τα παιδιά μεταξύ 12 και 14 ετών υπάρχει ένας αριθμός αυτών που ενδιαφέρονται να συμμετάσχουν. Ξέρω ότι αυτό που ήταν πολύ δύσκολο για τις οικογένειές τους είναι να γνωρίζουν ότι υπάρχει κάτι διαθέσιμο, αλλά δεν είναι διαθέσιμο εδώ".

Η κλινική έλαβε 127 αναφορές για δυσμορφία φύλου το 2010<sup>[42]</sup>. Η T&P ολοκλήρωσε μια τριετή δοκιμή για να αξιολογήσει τα ψυχολογικά, κοινωνικά και σωματικά οφέλη και τους κινδύνους που συνεπάγεται για τους ασθενείς ηλικίας 12 έως 14 ετών. Η δοκιμή θεωρήθηκε ως μια τέτοια επιτυχία που οι γιατροί αποφάσισαν να κάνουν τα φάρμακα ευρύτερα διαθέσιμα και σε παιδιά ηλικίας έως 9 ετών. Μέχρι το 2009, εθνικές κατευθυντήριες γραμμές εγκαθιδρύθηκαν ώστε η θεραπεία για τη δυστροφία των φύλων να μην αρχίσει πριν τελειώσει η εφηβεία. Η Ferring Pharmaceuticals κατασκευάζει το φάρμακο Triptorelin, το οποίο διατίθεται στο εμπόριο με το όνομα Gonaapeptyl, στην τιμή των £ 82 ανά μηνιαία δόση.

Η θεραπεία είναι αναστρέψιμη, πράγμα που σημαίνει ότι το σώμα θα επανέλθει στην προηγούμενη κατάστασή του μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής.

## 1.11 Κοινωνική οικοδόμηση του φύλου

Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά «φύλου» δημιουργούνται και υποστηρίζονται από τις προσδοκίες ενός πολιτισμού και ως εκ τούτου σχετίζονται μόνο εν μέρει με το βιολογικό φύλο. Για παράδειγμα, η συσχέτιση συγκεκριμένων χρωμάτων με μωρά "κορίτσι" ή "αγόρι" ξεκινάει πολύ νωρίς σε πολιτισμούς προερχόμενους από τη Δυτική Ευρώπη. Άλλες προσδοκίες σχετίζονται με εγκεκριμένες και επιτρεπόμενες συμπεριφορές και συναισθηματική έκφραση<sup>[43]</sup>.

Ορισμένοι πολιτισμοί έχουν τρία καθορισμένα φύλα: άνδρας, γυναίκα, και θηλυκό άνδρα. Για παράδειγμα, στη Σαμόα, η fa'afafine, μια ομάδα θηλυκών αρσενικών, είναι κοινωνικά απολύτως αποδεκτή. Η fa'afafine δεν έχει κανένα από τα στίγματα ή τις δυσκολίες που συναντώνται τυπικά στις περισσότερες κουλτούρες με παρεκκλίσεις από τον ρόλο του ανδρικού / θηλυκού φύλου. Αυτό υποδηλώνει ότι η ταλαιπωρία που συσχετίζεται τόσο συχνά με το GID σε ένα δυτικό πλαίσιο δεν προκαλείται από την ίδια τη διαταραχή, αλλά από τις δυσκολίες που συναντώνται από την κοινωνική αποδοκιμασία<sup>[44]</sup>. Ωστόσο, η έρευνα έχει διαπιστώσει ότι το άγχος που συνδέεται με τη δυσμορφία των φύλων εξακολουθεί να υφίσταται σε πολιτισμούς, Ανατολικούς ή αλλιώς, οι οποίοι είναι περισσότερο δεκτικοί προς τη μη συμμόρφωση των φύλων<sup>[45]</sup>.

Στην Αυστραλία, η απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου το 2014 που αποφάσισε ομόφωνα υπέρ ενός ενάγοντος που ονομάστηκε Norrie, ο οποίος ζήτησε να ταξινομηθεί από μια τρίτη κατηγορία φύλου, «μη συγκεκριμένη», μετά από μια μακρά δικαστική μάχη με το Ληξιαρχικό Γραφείο γεννήσεων, γάμων και αποδημούντων<sup>[46]</sup>. Ωστόσο, το Δικαστήριο δεν δέχθηκε ότι το φύλο ήταν μια κοινωνική δομή: διαπίστωσε ότι «η επανεκχώρηση του φύλου με χειρουργική επέμβαση δεν επιλύει τη σεξουαλική ασάφεια»<sup>[46]</sup>.

## 1.12 Ταξινόμηση ως διαταραχή

Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις της διαταραχής ταυτότητας φύλου (τώρα δυσμορφία των φύλων) εισήχθησαν στο DSM-III το 1980. Οι Arlene Istar Lev και Deborah Rudacille χαρακτήρισαν την προσθήκη ως πολιτικό ελιγμό για τον επαναστασιασμό της ομοφυλοφιλίας<sup>[47,48]</sup>, αφού η ομοφυλοφιλία απομακρύνθηκε από το DSM-II το 1974. Αντίθετα, οι Kenneth Zucker και Robert Spitzer υποστηρίζουν ότι η διαταραχή της ταυτότητας φύλου συμπεριλήφθηκε στο DSM-III επειδή «πληρούσε τα γενικώς αποδεκτά κριτήρια που χρησιμοποίησαν οι δημιουργοί του DSM-III»<sup>[49]</sup>. Μερικοί ερευνητές, όπως οι Robert Spitzer και Paul J. Fink, υποστηρίζουν ότι οι συμπεριφορές και οι εμπειρίες που παρατηρούνται στον τρανσεξουαλισμό είναι ανώμαλες και συνιστούν δυσλειτουργία<sup>[50]</sup>.

Τα άτομα με δυσμορφία φύλου ίσως ή και όχι να θεωρούν τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές τους ως διαταραχή. Υπάρχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα για την ταξινόμηση της δυσμορφίας του φύλου ως διαταραχή. Επειδή η δυσμορφία του φύλου χαρακτηρίστηκε ως διαταραχή στα ιατρικά κείμενα (όπως το προηγούμενο εγχειρίδιο DSM, το DSM-IV-TR, με την επωνυμία "διαταραχή ταυτότητας φύλου"), πολλές ασφαλιστικές

εταιρείες είναι πρόθυμες να καλύψουν ορισμένες από τις δαπάνες της επέμβασης αλλαγής φύλου. Χωρίς την ταξινόμηση της δυσμορφίας του φύλου ως ιατρικής διαταραχής, η θεραπεία αλλαγής φύλου μπορεί να θεωρηθεί ως καλλυντική θεραπεία, αντί για ιατρικά απαραίτητη

θεραπεία και μπορεί να μην καλύπτεται<sup>[51]</sup>. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι τρανσέξουαλ είναι λιγότερο πιθανό από τους άλλους να έχουν ασφάλιση υγείας και συχνά αντιμετωπίζουν εχθρότητα και αναισθησία από τους εργαζόμενους υγείας<sup>[52]</sup>.

Η διαγνωστική συνιστώσα δυσμορφίας του DSM-IV-TR δεν είναι εγγενής στην ταυτότητα των διαφυλλικών, και μάλλον, σχετίζεται με την κοινωνική απόρριψη και τη διάκριση που υπέστη το άτομο<sup>[44]</sup>. Ο καθηγητής της ψυχολογίας Darryl Hill επιμένει ότι η δυσμορφία φύλου δεν είναι ψυχική διαταραχή, αλλά ότι τα διαγνωστικά κριτήρια αντικατοπτρίζουν την ψυχολογική δυσφορία στα παιδιά στα συμβαίνει όταν οι γονείς και οι άλλοι έχουν πρόβλημα σχετικά με τη μεταβολή φύλου του παιδιού τους. Οι τρανσέξουαλ συχνά παρενοχλούνται, είναι κοινωνικά αποκλεισμένοι και υφίστανται διακρίσεις, κακοποιήσεις και βία, συμπεριλαμβανομένων των δολοφονιών<sup>[2,15]</sup>.

Τον Δεκέμβριο του 2002, το γραφείο της βρετανικής καγκελαρίας δημοσίευσε έγγραφο κυβερνητικής πολιτικής σχετικά με τα διαφυλλικά άτομα, το οποίο δηλώνει κατηγορηματικά: "Τι δεν είναι η τρανσεξουαλικότητα ... Δεν είναι ψυχική ασθένεια"<sup>[53]</sup>. Τον Μάιο του 2009, η κυβέρνηση της Γαλλίας δήλωσε ότι μια τρανσεξουαλική ταυτότητα φύλου δεν θα χαρακτηρίζεται πλέον ως ψυχιατρική πάθηση<sup>[54]</sup>, αλλά σύμφωνα με τις γαλλικές οργανώσεις δικαιωμάτων των διαφυλλικών, πέρα από τις επιπτώσεις της ίδιας της ανακοίνωσης, τίποτα δεν άλλαξε<sup>[55]</sup>. Η Δανία έκανε παρόμοια δήλωση το 2016<sup>[56]</sup>.

Στο ICD-11, το GID ανακατατάσσεται ως ασυμφωνία φύλων, μια κατάσταση που σχετίζεται με τη σεξουαλική υγεία<sup>[23]</sup>. Η ομάδα εργασίας που είναι υπεύθυνη για αυτήν την ανακατάταξη συστήνει να διατηρηθεί μια τέτοια διάγνωση στο ICD-11 για τη διατήρηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας<sup>[24]</sup>.

### 1.13 Διαπροσωπικές σχέσεις

Οι στενές σχέσεις μεταξύ λεσβιών και γυναικών που έκαναν επέμβαση αλλαγής φύλου θα διατηρηθούν μερικές φορές σε όλη τη διαδικασία μετάβασης ή θα μεταβληθούν σε φιλίες προς υποστήριξη. Οι στενές σχέσεις μεταξύ των ετεροφυλόφιλων γυναικών και των ανδρών που έκαναν επέμβαση αλλαγής φύλου συχνά υποφέρουν όταν το GID είναι γνωστό ή αποκαλυφθεί. Οι ερευνητές λένε ότι η τύχη της σχέσης φαίνεται να εξαρτάται κυρίως από την προσαρμοστικότητα της γυναίκας.

Συχνά προκύπτουν προβλήματα, καθώς ο έτερος σύντροφος γίνεται ολοένα και πιο οξέθυμος ή δυσαρεστημένος εάν ο χρόνος του συντρόφου του σε γυναικείο ρόλο αυξάνεται, εάν η λίμπιντο του συντρόφου του μειωθεί ή εάν ο σύντροφός του είναι θυμωμένος και συναισθηματικά αποκομμένος όταν βρίσκεται στο ανδρικό φύλο. Οι γυναίκες τρανσέξουαλ μερικές φορές ανησυχούν επίσης για το κοινωνικό στίγμα και μπορεί να κυριεύονται από ανησυχία με τη σωματική γυναικεία μετάβαση του συντρόφου.

Οι διαφυλλικές γυναίκες που είναι πιθανό να δεχτούν και να αντιμετωπίσουν τη μετάβαση του εταίρου τους, λένε οι ερευνητές, είναι εκείνες με χαμηλή σεξουαλική διάθεση ή εκείνες που προσεγγίζουν εξίσου σεξουαλικά τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες<sup>[57]</sup>.

#### 1.14 Νομοθεσία περί σχολικής επιτυχίας και ευκαιρίας

Στην Καλιφόρνια, ο νόμος περί σχολικής επιτυχίας και ευκαιρίας, ο οποίος συντάχθηκε από τον Tom Ammiano (D-San Francisco), ψηφίστηκε τον Μάιο του 2013 από την κρατική συνέλευση:

Ο ισχύων νόμος απαγορεύει στα δημόσια σχολεία να κάνουν διακρίσεις βάσει συγκεκριμένων χαρακτηριστικών, μεταξύ των οποίων το φύλο, την ταυτότητα φύλου και την έκφραση φύλου, και ορίζει διάφορες δηλώσεις νομοθετικής πρόθεσης και πολιτικές του κράτους σε αυτό το πλαίσιο. Ο υφιστάμενος νόμος απαιτεί την συμμετοχή σε συγκεκριμένη σωματική άσκηση ή αθλητική ενασχόληση, εφόσον απαιτείται και να είναι διαθέσιμο σε μαθητές κάθε φύλου.

Αυτό το νομοσχέδιο απαιτεί να επιτρέπεται σε έναν μαθητή να συμμετέχει σε σχολικά προγράμματα, δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων αθλητικών ομάδων και διαγωνισμών, και να χρησιμοποιεί εγκαταστάσεις σύμφωνες με την ταυτότητα του φύλου του, ανεξάρτητα από το φύλο που αναγράφεται στα αρχεία του μαθητή. Η Καθολική Διάσκεψη της Καλιφόρνιας αντιτίθεται στο νομοσχέδιο ως περιττό, καθώς υπάρχουν ήδη νόμοι για την καταπολέμηση των διακρίσεων εις βάρος των τρανσέξουαλ σπουδαστών<sup>[58]</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Εκατοντάδες χιλιάδες άτομων δεν αισθάνονται ότι το ανατομικό τους φύλο τους ταιριάζει, με αποτέλεσμα κάποιοι από αυτούς να προχωρούν σε ενέργειες έτσι ώστε να το αλλάξουν. Τα άτομα αυτά ονομάζονται διαφυλλικά και σύμφωνα με έγκυρες πηγές εκτιμάται ότι στις ΗΠΑ φτάνουν τον αριθμό των 700.000. Δεν είναι όμως ξεκάθαρο πόσο μεγάλος είναι στην πραγματικότητα ο πληθυσμός των ατόμων αυτών. Αυτό που είναι ξεκάθαρο είναι το γεγονός ότι η αλλαγή του φύλου είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που διαφέρει από άτομο σε άτομο. Κάποια άτομα επιλέγουν μόνο τη θεραπεία με ορμόνες, ενώ άλλα προχωρούν σε μεγάλα χειρουργεία για να κάνουν τη μετάβαση στο άλλο φύλο. Σε κάθε περίπτωση όμως είναι σημαντικό να ακολουθήσει κανείς τα παρακάτω βήματα.

### **1. Αξιολόγηση της ψυχικής υγείας**

Πολλοί ιατροί ζητούν πρώτα τη συνάντηση του ατόμου που θέλει να προχωρήσει στην αλλαγή φύλου με ψυχολόγο ή άλλον επαγγελματία της ψυχικής υγείας που εξειδικεύεται σε ζητήματα φύλου. Πρώτα ο ειδικός θα επιβεβαιώσει τη δυσφορία του ατόμου αναφορικά με το ανατομικό του φύλο, μια κατάσταση που παλαιότερα ονομαζόταν διαταραχή ταυτότητας φύλου. Τα άτομα που υποφέρουν από αυτή αισθάνονται ότι θα έπρεπε να έχουν το αντίθετο φύλο, γεγονός που τους προκαλεί πίεση και δυσφορία.

Στη συνέχεια θα εκτιμηθεί ο βαθμός αντίληψης και κατανόησης της σοβαρότητας και της πολυπλοκότητας της κατάστασης, συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων και των περιορισμών του χειρουργείου αλλαγής φύλου, καθώς και την ικανότητα του ατόμου να δώσει την ενήμερη συγκατάθεση του για την ορμονική θεραπεία και τελικά για το χειρουργείο. Αξιολογείται επίσης εάν τα άτομα έχουν υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο ή εάν έχουν αρκετή εσωτερική δύναμη έτσι ώστε να τα καταφέρουν μόνα τους. Συνήθως χρειάζονται 2-3 επισκέψεις. Αν όλα πάνε καλά ο θεραπευτής παραπέμπει σε έναν εξειδικευμένο ενδοκρινολόγο.

### **2. Ορμονική θεραπεία**

Οι ορμόνες ελέγχουν την έκφραση των δευτερογενών χαρακτηριστικών φύλου, όπως είναι η τριχοφυΐα στο σώμα, η μυϊκή μάζα, καθώς και το μέγεθος των μαστών. Οι γυναίκες που μεταβαίνουν στο ανδρικό φύλο λαμβάνουν ανδρογόνα, τα οποία κάνουν την εμφάνιση πιο αρρενωπή. Πιο συγκεκριμένα η θεραπεία με ανδρογόνα:

- Κάνει τη φωνή πιο βαθιά
- Αυξάνει τη μυϊκή μάζα και τη σωματική δύναμη
- Ενισχύει την ανάπτυξη τριχοφυΐας στο πρόσωπο και το σώμα
- Αυξάνει το μέγεθος της κλειτορίδας

Η πρόσληψη γυναικείων ορμονών από τους άνδρες, παρομοίως τους δίνει μια πιο θηλυκή εμφάνιση. Πιο συγκεκριμένα:

- Μειώνει τη μυϊκή μάζα και δύναμη
- Προάγει την αναδιανομή του σωματικού λίπους
- Αυξάνει τον μαστικό ιστό
- Καθυστερεί την ανάπτυξη τριχοφυΐας στο σώμα και το πρόσωπο ενώ παράλληλα μειώνει το πάχος των τριχών.
- Μειώνει τα επίπεδα τεστοστερόνης.

Κάποιες από τις αλλαγές που επιφέρει η ορμονική θεραπεία ξεκινούν μέσα στον πρώτο μήνα από τη λήψη της, αλλά χρειάζονται μέχρι και 5 χρόνια για να δει κανείς το τελικό αποτέλεσμα. Για παράδειγμα οι άνδρες που μεταβαίνουν στο γυναικείο φύλο μπορούν να περιμένουν ότι η ανάπτυξη των μαστών θα ολοκληρωθεί σε 2-3 χρόνια μετά την έναρξη της θεραπείας. Η ορμονική θεραπεία όμως δεν αλλάζει μόνο την εμφάνιση, αλλά μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική στην ανακούφιση του αισθήματος δυσφορίας που προκαλεί στο άτομο το βιολογικό του φύλο. Μέσα σε λίγες εβδομάδες μάλιστα μετά την έναρξη της θεραπείας πολλά άτομα νιώθουν πιο χαλαρά και υποφέρουν από λιγότερη ένταση και δυσφορία. Κάποιοι μάλιστα τονίζουν ότι νιώθουν φυσιολογικοί και ισορροπημένοι, αλλά αυτό βέβαια είναι πολύ υποκειμενικό.

Πριν από την έναρξη της θεραπείας όμως είναι απαραίτητο να διασφαλιστεί ότι οι υποψήφιοι είναι υγιείς, ενώ οι ειδικοί πρέπει να φροντίσουν ώστε η δόση της θεραπείας να είναι τέτοια ώστε να είναι αποτελεσματική, αλλά όχι επικίνδυνη. Η ορμονοθεραπεία όπως είναι γνωστό μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο υπέρτασης, πρόσληψης βάρους, υπνικής άπνοιας, αύξησης των ηπατικών ενζύμων, καρδιαγγειακής νόσου, υπογονιμότητας, όγκων στην υπόφυση, θρομβώσεων και άλλων σοβαρών καταστάσεων. Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν τα άτομα να υποβάλλονται σε τακτικούς και συχνούς ελέγχους, ιδιαίτερα κατά τους πρώτους μήνες της θεραπείας, για να επιβεβαιωθεί η καλή προσαρμογή σε αυτή.

Παράλληλα, κάποια άτομα νιώθουν άγχος και αβεβαιότητα όταν ξεκινούν θεραπεία με ορμόνες. Εάν συμβεί κάτι τέτοιο είναι σημαντικό να απευθυνθούν σε κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας ή να ζητήσουν τη συμβουλή του ενδοκρινολόγου τους.

Βασικές προϋποθέσεις για την έναρξη της ορμονικής θεραπείας είναι:

- Να είναι το άτομο άνω των 18 ετών

- Να γνωρίζει τι προσφέρει η θεραπεία με ορμόνες καθώς και τις πιθανές επιπλοκές ή προβλήματα που μπορούν να δημιουργήσουν
  - Να υπάρχει καταγεγραμμένη διαβίωση στο άλλο φύλο για τουλάχιστον 3 μήνες ή να έχει διενεργηθεί ψυχοθεραπεία για διάστημα τουλάχιστον 3 μηνών
- Παρακάτω παραθέτουμε έναν πίνακα με τις συχνότερες δράσεις της ορμονικής θεραπείας.

<b>Δράσεις και χρονοδιάγραμμα ορμονών θηλυκοποίησης</b>		
<b>Δράση</b>	<b>Πρώτο αποτέλεσμα</b>	<b>Τελικό αποτέλεσμα</b>
Κατανομή λίπους σώματος	3-6 μήνες	2-5 χρόνια
Μείωση μυϊκής μάζας	3-6 μήνες	1-2 χρόνια
Μείωση λιπαρότητας δέρματος	3-6 μήνες	Άγνωστο
Μείωση της λίμπιντο	1-3 μήνες	1-2 χρόνια
Αύξηση στήθους	3-6 μήνες	2-3 χρόνια
Μείωση των τριχών σώματος	6-12 μήνες	>3 χρόνια
Μείωση φαλάκρας	1-3 μήνες	1-2 χρόνια

<b>Δράσεις και χρονοδιάγραμμα ορμονών αρρενοποίησης</b>		
<b>Δράση</b>	<b>Πρώτο αποτέλεσμα</b>	<b>Τελικό αποτέλεσμα</b>
Αύξηση λιπαρότητας δέρματος	1-6 μήνες	1-2 χρόνια
Τρίχες σώματος/προσώπου	3-6 μήνες	3-5 χρόνια
Φαλάκρα	>12 μήνες	ποικίλει
Ανακατανομή λίπους	3-6 μήνες	2-5 χρόνια
Αύξηση μυϊκής μάζας	6-12 μήνες	1-2 χρόνια
Διακοπή περιόδου	2-6 μήνες	-
Διόγκωση κλειτορίδας	3-6 μήνες	1-2 χρόνια
Βάθυνση φωνής	3-12 μήνες	1-2 χρόνια

### **3. Χειρουργείο**

Σχεδόν το 75% των ατόμων που ξεκινούν τη διαδικασία μετάβασης στο άλλο φύλο δεν προχωρούν στο χειρουργείο. Για κάποιους ο λόγος είναι το υψηλό κόστος που ανέρχεται σε δεκάδες χιλιάδες δολάρια και δεν καλύπτεται πάντα από τις ασφαλιστικές. Για πολλούς όμως



η ορμονοθεραπεία είναι αρκετή για να φέρει ανακούφιση από τη δυσφορία που τους προκαλούσε το βιολογικό τους φύλο. Όσον αφορά τις επεμβάσεις αλλαγής φύλου, πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια καταλληλότητας και τα κριτήρια ετοιμότητας. Τα κριτήρια καταλληλότητας είναι τα εξής:

- ο/η ασθενής να είναι νομικά ενήλικας
- συνήθως 12 μήνες συνεχούς ορμονοθεραπείας
- 12 μήνες συνεχούς και επιτυχούς εμπειρίας διαβίωσης στο επιλεγμένο φύλο επί 24ώρου βάσεως
- τακτική και υπεύθυνη συμμετοχή σε ψυχοθεραπεία κατά τη διάρκεια της εμπειρίας διαβίωσης στο επιλεγμένο φύλο

Στις περιπτώσεις λοιπόν όπου η ορμονοθεραπεία από μόνη της δεν αρκεί, υπάρχει η εναλλακτική του χειρουργείου. Πρόκειται για μια πολύ μεγάλη απόφαση, η οποία σε πολλές περιπτώσεις είναι μη αναστρέψιμη και γι' αυτό τόσο οι ασθενείς όσο και οι χειρουργοί πρέπει να είναι σίγουροι για αυτή.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν τη διεξαγωγή του χειρουργείου μετά από την ολοκλήρωση 12 μηνών ορμονοθεραπείας. Κατά τη διάρκεια του χειρουργείου τα έξω γεννητικά όργανα του ατόμου αναμορφώνονται σε αυτά του αντίθετου φύλου, ενώ συχνά αφαιρούνται και τα εσωτερικά γεννητικά όργανα.

Οι ειδικοί ωστόσο θεωρούν το διάστημα του ενός έτους ορμονοθεραπείας πριν από το χειρουργείο απαραίτητο, έτσι ώστε το άτομο να ζει συνεχώς με την ταυτότητα του φύλου που έχει επιλέξει. Οι κατευθυντήριες είναι λιγότερο αυστηρές για άλλες χειρουργικές διαδικασίες όπως η αυξητική μαστών στους άνδρες που θέλουν να μεταβούν στο άλλο φύλο, στο βαθμό που είναι αναστρέψιμες εάν αλλάξουν γνώμη.

Όπως κάθε χειρουργείο, έτσι και το χειρουργείο αλλαγής φύλου ενέχει κινδύνους. Για τους άνδρες που μεταβαίνουν στο γυναικείο φύλο οι επιπλοκές μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Νέκρωση του ιστού του δέρματος, συνήθως από το πέος ή το όσχεο, που χρησιμοποιείται για τη δημιουργία κόλπου και αιδοίου
- Στένωση της ουρήθρας που μπορεί να εμποδίζει τη ροή των ούρων και να οδηγήσει σε βλάβη των νεφρών
- Συρίγγια ή άλλες μη φυσιολογικές συνδέσεις ανάμεσα στην κύστη ή το έντερο και τον κόλπο

Για τις γυναίκες που μεταβαίνουν στο ανδρικό φύλο, οι επιπλοκές μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Στενώσεις, εμπόδια ή συρίγγια στο ουροποιητικό σύστημα

- Νέκρωση του ιστού του νέου πέους

Οι άνδρες που κάνουν χειρουργείο αλλαγής φύλου μπορούν να αποκτήσουν κόλπο λειτουργικό, ικανό για συνουσία. Για τις γυναίκες όμως, το χειρουργείο που υπόσχεται να τους δώσει ένα πέος έχει πολλούς κινδύνους κι επιπλοκές και πολλές επιλέγουν απλά την αφαίρεση της μήτρας και των ωοθηκών τους. Αυτές πάλι που επιλέγουν το χειρουργείο αλλαγής φύλου και θέλουν να έχουν ένα πέος πρέπει να ενημερωθούν σχετικά με τα πολλά διαφορετικά στάδια του χειρουργείου και τις τεχνικές δυσκολίες που μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλέον επεμβάσεις.

Εκτιμάται σήμερα ότι μόνο μια στις 15 γυναίκες που ξεκινά τη διαδικασία της αλλαγής φύλου φτάνει στο χειρουργείο. Αυτό δε συμβαίνει γιατί οι γυναίκες αυτές δε θέλουν να έχουν να γεννητικά όργανα του φύλου που έχουν επιλέξει, αλλά γιατί μέχρι τώρα η χειρουργική διαδικασία δε δίνει ένα άρτιο εμφανισιακά και λειτουργικά αποτέλεσμα.

Είναι πολύ μικρό το ποσοστό των ατόμων που μετανιώνουν το χειρουργείο αλλαγής φύλου και εκτιμάται γύρω στο 1%. Αυτό δε σημαίνει όμως ότι μετά το χειρουργείο τα άτομα αυτά δε χρειάζονται βοήθεια. Σε συνδυασμό με την ιατρική φροντίδα συχνά είναι χρήσιμη η συμβουλευτική για την αντιμετώπιση αρκετά συχνών προβλημάτων, όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη.

Παράλληλα, είναι πολύ σημαντικό τα άτομα που έχουν αλλάξει το ανατομικό τους φύλο, να γνωρίζουν έναν ειδικό τον οποίο να μπορούν να συμβουλευτούν σε περίπτωση που έρθουν αντιμέτωπα με κάποιο νομικό ζήτημα. Η εγχείρηση αλλαγής φύλου είναι εξαιρετικά πολύπλοκη και χρονοβόρα. Στην περίπτωση μιας γυναίκας που θέλει να γίνει άνδρας, η διαδικασία περιλαμβάνει τέσσερα στάδια: την υποδόρια μαστεκτομή, την ανάπλαση των γεννητικών οργάνων, την προσθετική πέους και την προσθετική όρχεων.

Πριν τη διαδικασία της επέμβασης, επιβάλλεται διαγνωστικός έλεγχος με τη βοήθεια ειδικού ψυχικής υγείας και ορμονική θεραπεία με τη βοήθεια ενδοκρινολόγου. Όταν αυτές οι διαδικασίες έχουν ολοκληρωθεί, οι χειρουργοί προχωρούν στην επέμβαση.

Συγκεκριμένα, κατά την ανάπλαση των γεννητικών οργάνων, πραγματοποιείται αφαίρεση του κόλπου, αναδόμηση του σταθερού μέρους της ουρήθρας, οσχεοπλαστική και φαλλοπλαστική.

Αρκετό καιρό μετά τις πρώτες επεμβάσεις, μπορεί να εφαρμοστεί προσθετική όρχεων και αποκατάσταση της στύσης στο νέο μόριο.

Κατά τη φαλλοπλαστική, ο χειρουργός αναδομεί το ανδρικό μόριο με βάση τα συνήθη πρότυπα, ώστε να είναι αισθητικά όμοιο με το κανονικό αλλά ταυτόχρονα λειτουργικό (φυσιολογική ενούρηση και σεξουαλική επαφή).

Στις περισσότερες περιπτώσεις, κατά την αναδόμηση του πέους χρησιμοποιείται δέρμα από το βραχίονα του χεριού. Το δέρμα στο χέρι αποκαθίσταται στη συνέχεια με δέρμα από την περιοχή των μηρών. Με την επέκταση της ουρήθρας πραγματοποιείται και η σύνδεση των αιμοφόρων αγγείων ώστε να εξασφαλιστεί η καλή λειτουργία του μορίου. Το νέο μόριο παρουσιάζει επίσης φυσιολογική νεύρωση.

Η κλειτορίδα δεν αποκόπτεται εντελώς, αλλά επανατοποθετείται κάτω από το νέο πέος, ώστε να επιτυγχάνεται αποτελεσματικότερη διέγερση.

Κατά μέσο όρο, οι ασθενείς νοσηλεύονται για 2,5 εβδομάδες μετά τη φαλλοπλαστική.

Η εμφύτευση των όρχεων πραγματοποιείται περίπου ένα χρόνο μετά, σε συνδυασμό με την επέμβαση για την αποκατάσταση της στύσης. Για να γίνει αυτό, πρέπει ο ασθενής να έχει αίσθηση στο άκρο του μορίου.

## 2.1 Επέμβαση Αλλαγής Φύλου

Η χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου (sex reassignment surgery – SRS) (επίσης γνωστή ως χειρουργική ανακατασκευή γεννητικών οργάνων) είναι η χειρουργική διαδικασία (ή διαδικασίες) με την οποία η σωματική εμφάνιση και η λειτουργία των υπαρχόντων σεξουαλικών χαρακτηριστικών μεταβάλλονται για να μοιάζουν με εκείνα που συνδέονται κοινωνικά με το προσδιορισμένο φύλο. Είναι μέρος μιας θεραπείας για τη δυσμορφία των φύλων σε διαφυλλικούς ανθρώπους. Μια δήλωση του 2013 του ειδικού εισηγητή των Ηνωμένων Εθνών για τα βασανιστήρια καταδικάζει τη μη ομόφωνη χρήση της χειρουργικής ομαλοποίησης σε τρανσέξουαλ άτομα<sup>[59,60]</sup>.

Η Αμερικανική Εταιρεία Πλαστικών Χειρουργών (ASPS) ονομάζει αυτή τη διαδικασία Χειρουργική Επιβεβαίωση Φύλου ή GCS<sup>[61,62]</sup>. Ένας άλλος όρος για το SRS περιλαμβάνει και περισσότερους κλινικούς όρους, όπως η γυναικεία γοναδοπλαστική ή πλαστική κόλπου, και η αντρική ορχεοεκτομή ή φαλλοπλαστική.

Οι άνθρωποι που θέλουν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου συνήθως αναφέρονται ως τρανσεξουαλικά άτομα (που προέρχονται από το "trans", που σημαίνει "διαμέσου", "μέσω", "αλλαγής" και "σεξουαλικής", που σχετίζονται με τα σεξουαλικά χαρακτηριστικά - ενός προσώπου). Ενώ τα άτομα που έχουν υποβληθεί και ολοκληρώσει την SRS αναφέρονται μερικές φορές ως άτομα με transsexed<sup>[63]</sup>, ο όρος transsexed δεν πρέπει να συγχέεται με τον όρο transsexual, ο οποίος μπορεί επίσης να αναφέρεται σε άτομα που δεν έχουν υποβληθεί σε SRS, αλλά των οποίων το ανατομικό φύλο δεν ταιριάζει με την ψυχολογική τους αίσθηση της προσωπικής ταυτότητας φύλου.

Η χειρουργική επέμβαση επανεκχώρησης φύλου που πραγματοποιείται σε ανηλίκους χωρίς την συγκατάθεση τους μπορεί να οδηγήσει σε καταστροφικές συνέπειες (συμπεριλαμβανομένης της αυτοκτονίας -όπως στην περίπτωση του David Reimer, μετά από αποτυχημένη περιτομή) όταν η σεξουαλική ταυτότητα του ατόμου (που καθορίζεται από νευροανατομική διασύνδεση του εγκεφάλου) διαφέρει από την χειρουργική επανεκχώρηση που είχε επιβληθεί προηγουμένως<sup>[64-66]</sup>.

Ο Milton Diamond στη σχολή ιατρικής John A. Burns του Πανεπιστημίου της Χαβάης συνέστησε στους γιατρούς να μην εκτελέσουν χειρουργική επέμβαση στα παιδιά μέχρι να είναι αρκετά ώριμα για να δώσουν συνειδητή συναίνεση, εκχωρώντας σε αυτά τα παιδιά το φύλο στο οποίο πιθανότατα θα προσαρμοστούν καλύτερα και θα απέχουν από την ντροπή, το στίγμα και την μυστικότητα στο ζήτημα, βοηθώντας τους διαφυλλικούς ανθρώπους να συσχετιστούν με άλλους παρόμοιους ανθρώπους.

Ο Diamond θεωρούσε την διασταυρούμενη κατάσταση φύλου ως διαφορά σεξουαλικής ανάπτυξης, όχι ως διαταραχή<sup>[67,68]</sup>.

## 2.2 Πεδίο εφαρμογής και διαδικασίες

Οι πιο γνωστές από αυτές τις χειρουργικές επεμβάσεις είναι εκείνες που ανασχηματίζουν τα γεννητικά όργανα, και είναι επίσης γνωστές ως χειρουργική επέμβαση γενετικών αλλαγών ή χειρουργική ανακατασκευή γεννητικών οργάνων (Genital Reconstruction Surgery - GRS). Ωστόσο, η έννοια της "χειρουργικής επέμβασης σεξουαλικής μετάβασης" διευκρινίστηκε από τον Παγκόσμιο Επαγγελματικό Σύνδεσμο για την Υγεία των Διαφυλλικών (WPATH), για να συμπεριλάβει οποιονδήποτε από έναν μεγάλο αριθμό χειρουργικών επεμβάσεων που εκτελούνται ως μέρος ιατρικής θεραπείας για την "δυσμορφία φύλου" ή "τρανσεξουαλικότητα".

Σύμφωνα με το WPATH, οι ιατρικά απαραίτητες χειρουργικές επεμβάσεις για την αλλαγή φύλου περιλαμβάνουν «πλήρη υστερεκτομή, αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή, ανακατασκευή ή επέκταση του θώρακα, συμπεριλαμβανομένων τεχνικών προσθετικής στήθους, αν είναι απαραίτητο, ανακατασκευή των γεννητικών οργάνων (με διάφορες τεχνικές που πρέπει να είναι κατάλληλες για κάθε ασθενή) και κάποια πλαστική ανακατασκευή προσώπου»<sup>[69]</sup>. Επιπλέον, άλλες μη χειρουργικές επεμβάσεις θεωρούνται επίσης ιατρικά απαραίτητες θεραπείες από το WPATH, συμπεριλαμβανομένης της ηλεκτρόλυσης του προσώπου.

Ένας αυξανόμενος αριθμός δημόσιων και εμπορικών σχεδίων ασφάλισης υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες περιλαμβάνει τώρα καθορισμένα οφέλη που σχετίζονται με τις διαδικασίες αλλαγής φύλου, συνήθως συμπεριλαμβανομένης της χειρουργικής ανακατασκευής των γεννητικών οργάνων, της ανασυγκρότησης του στήθους, της αύξησης του μαστού και της υστερεκτομής<sup>[70]</sup>.

Τον Ιούνιο του 2008, η Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία (AMA) δήλωσε ότι η άρνηση παροχής ασφάλισης στους ασθενείς που πάσχουν από δυσμορφία φύλου ή που καλύπτονται από άλλες παροχές αποτελεί διάκριση και ότι η AMA υποστηρίζει την «δημόσια και ιδιωτική κάλυψη ασφάλισης υγείας για θεραπεία της δυσμορφίας φύλου, όπως αυτή προτείνεται από τον ιατρό του ασθενούς»<sup>[71]</sup>. Άλλες οργανώσεις έχουν κάνει παρόμοιες δηλώσεις, όπως το WPATH<sup>[72]</sup>, η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία<sup>[73]</sup>, και η Εθνική Ένωση Κοινωνικών Εργαζομένων<sup>[74]</sup>.

### 2.3 Διαφορετικές διαδικασίες επεμβάσεων αλλαγής φύλου

Η σειρά των ιατρικά υποδεικνυόμενων χειρουργικών επεμβάσεων διαφέρει μεταξύ των γυναικών trans (αρσενικών σε θηλυκά) και ανδρών trans (θηλυκών σε αρσενικά). Για τις διαφυλλικές γυναίκες, η αναδόμηση των γεννητικών οργάνων συνήθως περιλαμβάνει τη χειρουργική κατασκευή ενός κόλπου, μέσω της αναστροφής του πέους ή της τεχνικής της κολποποίησης μέσω του σιγμοειδούς κόλον, ή μέσω πιο πρόσφατων τεχνικών μη-αναστροφής του πέους που κάνουν χρήση του οσφυϊκού ιστού για την κατασκευή του κολπικού σωλήνα.

Για τους διαφυλλικούς άντρες, η αναδόμηση των γεννητικών οργάνων μπορεί να περιλαμβάνει την κατασκευή ενός πέους μέσω είτε της φαλλοπλαστικής είτε της μεθοδιοπλαστικής. Για αμφότερους τους άντρες και τις γυναίκες διαφυλλικούς, η χειρουργική των γεννητικών οργάνων μπορεί επίσης να περιλαμβάνει άλλες ιατρικά απαραίτητες βοηθητικές διαδικασίες, όπως ορχεοεκτομή, εκτομή πέους, μαστεκτομή ή κολποεκτομή. Η κολποπλαστική της αναστροφής του πέους είναι μία από τις πιο κοινές διαδικασίες που εκτελούνται στις Ηνωμένες Πολιτείες. Είναι μια σχετικά ασφαλής διαδικασία. Οι επιπλοκές της κολποπλαστικής αναστροφής του πέους είναι κυρίως δευτερεύουσας σημασίας. Ωστόσο, τα ορθονεοαιδοικά συρίγγια (ανώμαλες συνδέσεις μεταξύ του νέου αιδοίου και του ορθού) μπορεί να εμφανιστούν σε περίπου 1-3% των ασθενών. Αυτά απαιτούν πρόσθετη χειρουργική επέμβαση για να διορθωθούν και συχνά διορθώνονται από χειρουργούς του ορθού<sup>[75]</sup>.

Όπως υπογραμμίστηκε από το WPATH, μια ιατρικά υποβοηθούμενη μετάβαση από το ένα φύλο στο άλλο μπορεί να συνεπάγεται οποιαδήποτε από μια ποικιλία μη γεννητικών χειρουργικών επεμβάσεων, οποιαδήποτε από τις οποίες θεωρείται χειρουργική επέμβαση σεξουαλικής αναδιοργάνωσης όταν εκτελείται ως μέρος της θεραπείας για τη δυσμορφία του φύλου. Για τους διαφυλλικούς άντρες, αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν μαστεκτομή (απομάκρυνση των μαστών) και αναδόμηση στο στήθος (σχηματοποίηση ανδρικού περιγράμματος στήθους) ή υστερεκτομή και αμφοτερόπλευρη σαλπγγειο-ωοθηκεκτομή (αφαίρεση ωοθηκών και φαλλοπειών αγωγών). Για μερικές γυναίκες trans, χειρουργική επέμβαση γυναικο-ποίησης προσώπου, εμφυτεύματα μαλλιών και αύξηση στήθους είναι επίσης αισθητικά συστατικά της χειρουργικής θεραπείας τους.

### 2.4 Ιατρικές εκτιμήσεις

Τα άτομα με HIV ή ηπατίτιδα C μπορεί να δυσκολεύονται να βρουν χειρουργό ικανό να κάνει επιτυχημένη χειρουργική επέμβαση. Πολλοί χειρουργοί λειτουργούν σε μικρές ιδιωτικές κλινικές οι οποίοι δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν πιθανές επιπλοκές σε αυτούς τους πληθυσμούς. Ορισμένοι χειρουργοί χρεώνουν υψηλότερες αμοιβές για ασθενείς θετικούς σε HIV και ηπατίτιδα C. Άλλοι επαγγελματίες του ιατρικού κλάδου ισχυρίζονται ότι είναι ανήθικο να αρνούνται χειρουργικές ή ορμονικές θεραπείες σε διαφυλλικά άτομα αποκλειστικά με βάση την οροθετικότητα τους στον ιό HIV ή την ηπατίτιδα<sup>[76]</sup>.

Άλλες καταστάσεις υγείας, όπως ο διαβήτης, η ανώμαλη πήξη του αίματος και η παχυσαρκία, δεν αποτελούν συνήθως πρόβλημα για έμπειρους χειρουργούς. Οι συνθήκες αυξάνουν τον κίνδυνο αναισθησίας και το ρυθμό των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Οι χειρουργοί μπορεί να

ζητούν από τους υπέρβαρους ασθενείς να μειώσουν το βάρος τους πριν από τη χειρουργική επέμβαση, με τους ασθενείς να αποφεύγουν την αντικατάσταση ορμονών πριν από τη χειρουργική επέμβαση, και οι καπνιστές ασθενείς να αποφεύγουν το κάπνισμα πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Οι χειρουργοί συνήθως καθορίζουν το τελευταίο ανεξάρτητα από τον τύπο της επέμβασης.

## 2.5 Πιθανές μελλοντικές εξελίξεις

Η ιατρική πρόοδος μπορεί τελικά να καταστήσει δυνατή την ανθρώπινη αναπαραγωγή από διαφυλλικά άτομα μέσω της δωρεάς μήτρας που θα είναι αρκετά μακριά ώστε να έρθει ένα παιδί στον κόσμο, καθώς τα φάρμακα κατά της απόρριψης δεν φαίνονται να επηρεάζουν το έμβρυο<sup>[77-80]</sup>. Το DNA σε ωάριο δωρητή μπορεί να αφαιρεθεί και να αντικατασταθεί με το DNA του δέκτη. Περαιτέρω στο μέλλον, η βιοτεχνολογία των βλαστικών κυττάρων μπορεί επίσης να το καταστήσει δυνατό, χωρίς να χρειάζονται φάρμακα κατά της απόρριψης.

## 2.6 Πρότυπα φροντίδας

Η χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου μπορεί να είναι δύσκολο να επιτευχθεί, λόγω ενός συνδυασμού οικονομικών εμποδίων και έλλειψης δωρητών. Ένας αυξανόμενος αριθμός χειρουργών είναι πλέον εκπαιδευμένοι για την πραγματοποίηση τέτοιων χειρουργικών επεμβάσεων. Σε πολλές περιοχές, η επιδίωξη ενός ατόμου για SRS συχνά διέπεται ή τουλάχιστον καθοδηγείται από έγγραφα που ονομάζονται πρότυπα περίθαλψης για την υγεία των διαφυλλικών ατόμων (Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People - SOC).

Το πιο διαδεδομένο SOC στον τομέα αυτό δημοσιεύεται και συχνά αναθεωρείται από την Παγκόσμια Επαγγελματική Ένωση για την Υγεία των Διαφυλλικών (WPATH). Πολλές δικαιοδοσίες και ιατρικά συμβούλια στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε άλλες χώρες αναγνωρίζουν τα πρότυπα φροντίδας του WPATH για τη θεραπεία της τρανσεξουαλικότητας. Για πολλά άτομα, αυτά μπορεί να απαιτούν μια ελάχιστη διάρκεια ψυχολογικής αξιολόγησης και να διάγουν πλήρως τον βίο τους ως μέλος του φύλου-στόχου, διαδικασία αποκαλούμενη μερικές φορές ως η πραγματική εμπειρία ζωής (Real Life Experience - RLE) πριν η αναδόμηση των γεννητικών οργάνων ή άλλες χειρουργικές επεμβάσεις αλλαγής φύλου επιτραπούν.

Τα πρότυπα περίθαλψης συνήθως δίνουν ορισμένες πολύ συγκεκριμένες "ελάχιστες" απαιτήσεις ως κατευθυντήριες γραμμές για την πρόοδο της θεραπείας των διαφυλλικών, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης στην αντικατάσταση ορμονών ή σε πολλαπλές χειρουργικές παρεμβάσεις. Για αυτόν και πολλούς άλλους λόγους, τόσο το WPATH-SOC όσο και άλλα SOC είναι εξαιρετικά αμφισβητούμενα, και συχνά κακογραμμένα, έγγραφα μεταξύ τρανσέξουαλ ασθενών που αναζητούν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Υπάρχουν εναλλακτικά τοπικά πρότυπα φροντίδας, όπως στην Ολλανδία, τη Γερμανία και την Ιταλία.

Πολλές από τις επικρίσεις που αφορούν το WPATH / HBGDA-SOC ισχύουν και για αυτές, και μερικές από αυτές τις SOC (κυρίως ευρωπαϊκές SOC) βασίζονται στην πραγματικότητα σε πολύ παλιότερες εκδόσεις του WPATH-SOC. Άλλα SOC είναι εντελώς ανεξάρτητοι από

το WPATH. Τα κριτήρια πολλών από αυτά τα SOC είναι αυστηρότερα από την τελευταία αναθεώρηση του WPATH-SOC. Πολλοί ειδικευμένοι χειρουργοί στη Βόρεια Αμερική και πολλοί στην Ευρώπη τηρούν σχεδόν αμετάκλητα το WPATH-SOC ή άλλα SOC. Ωστόσο, στις Ηνωμένες Πολιτείες πολλοί έμπειροι χειρουργοί είναι σε θέση να εφαρμόσουν το WPATH SOC με τρόπους που ανταποκρίνονται στις ιατρικές συνθήκες ενός ατόμου, όπως συμβαίνει με το SOC.

Οι περισσότεροι χειρουργοί απαιτούν δύο συστατικές επιστολές για χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου. Τουλάχιστον μία από αυτές τις επιστολές πρέπει να προέρχεται από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας με εμπειρία στη διάγνωση της διαταραχής της ταυτότητας φύλου, που γνωρίζει το άτομο για έναν χρόνο τουλάχιστον. Οι συστατικές επιστολές πρέπει να δηλώνουν ότι η χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου είναι η σωστή πορεία θεραπείας για τον ασθενή<sup>[81,82]</sup>.

Πολλοί ιατρικοί επαγγελματίες και πολυάριθμοι επαγγελματικοί σύλλογοι έχουν δηλώσει ότι δεν πρέπει να απαιτούνται χειρουργικές παρεμβάσεις προκειμένου τα τρανσεξουαλικά άτομα να αλλάξουν το χαρακτηρισμό του φύλου στα έγγραφα ταυτότητας<sup>[83]</sup>. Ωστόσο, ανάλογα με τις νομικές απαιτήσεις πολλών χωρών, τα τρανσεξουαλικά άτομα συχνά δεν μπορούν να αλλάξουν την καταχώριση του φύλου τους σε δημόσια αρχεία, εκτός αν μπορούν να προσκομίσουν επιστολή ιατρού που να βεβαιώνει ότι έχει πραγματοποιηθεί χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου. Σε ορισμένες νομοθεσίες, η νόμιμη αλλαγή φύλου απαγορεύεται σε κάθε περίπτωση, ακόμη και μετά από χειρουργική επέμβαση γεννητικών οργάνων ή άλλη χειρουργική επέμβαση ή θεραπεία.

## 2.7 Ποιότητα ζωής και σωματική υγεία

Οι ασθενείς με χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου μπορεί να παρουσιάσουν αλλαγές στη σωματική τους υγεία και την ποιότητα ζωής, τις παρενέργειες της θεραπείας με στεροειδή. Ως εκ τούτου, τα τρανσεξουαλ άτομα πρέπει να είναι καλά ενημερωμένα για τους κινδύνους αυτούς πριν επιλέξουν να υποβληθούν σε SRS<sup>[63]</sup>. Αρκετές μελέτες προσπάθησαν να ποσοτικοποιήσουν την ποιότητα ζωής και να αντιληφθούν την σωματική υγεία χρησιμοποιώντας διαφορετικές κλίμακες. Συνολικά, οι διαφυλλικοί άνθρωποι έχουν αξιολογήσει την αυτοπεποίθησή τους ως «κανονική» ή «αρκετά καλή», ωστόσο η συνολική τους βαθμολογία ήταν ακόμα χαμηλότερη από την ομάδα ελέγχου<sup>[84]</sup>.

Μια άλλη μελέτη έδειξε παρόμοιο επίπεδο ποιότητας ζωής στα τρανσεξουαλικά άτομα και την ομάδα ελέγχου<sup>[85]</sup>. Παρόλα αυτά, μια μελέτη με μακροπρόθεσμα δεδομένα υποδεικνύει ότι αν και η ποιότητα ζωής των ασθενών 15 χρόνια μετά τη χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου είναι παρόμοια με αυτήν της ομάδας ελέγχου, οι βαθμολογίες τους στους τομείς των φυσικών και προσωπικών περιορισμών ήταν σημαντικά χαμηλότερες<sup>[63,86]</sup>. Από την άλλη πλευρά, η έρευνα έχει διαπιστώσει ότι η ποιότητα ζωής των τρανσεξουαλικών ασθενών θα μπορούσε να ενισχυθεί από άλλες μεταβλητές.

Για παράδειγμα, οι άντρες είχαν υψηλότερο δείκτη αυτοπεποίθησης σε σχέση με τις γυναίκες επειδή είχαν υψηλότερο επίπεδο τεστοστερόνης από αυτές. Οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί

σε χειρουργική επέμβαση γυναικοποίησης προσώπου ανέφεραν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής τους, συμπεριλαμβανομένης της γενικής φυσικής τους υγείας<sup>[87]</sup>.

Εξετάζοντας συγκεκριμένα τις ευαισθησίες των γεννητικών οργάνων των διαφυλικών ατόμων, αυτά είναι ικανά να διατηρήσουν τις ευαισθησίες των γεννητικών οργάνων τους μετά από το SRS. Ωστόσο, αυτά υπολογίζονται με βάση τις διαδικασίες και τα χειρουργικά κόλπα που χρησιμοποιούνται για τη διατήρηση της ευαισθησίας. Λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία της ευαισθησίας των γεννητικών οργάνων σε βοήθεια των τρανσεξουαλικών ατόμων να αποφύγουν περιττούς τραυματισμούς στα γεννητικά όργανα, επιτρέποντας στους trans άνδρες να επιτύχουν στύση και να εκτελέσουν την εισαγωγή του διεγερμένου προσθετικού πέους μετά την φαλλοπλαστική<sup>[88]</sup>, την ικανότητα των τρανσέξουαλ να βιώσουν ερωτικά και απτικά την ευαισθησία στα ανακατασκευασμένα γεννητικά όργανα είναι ένας από τους βασικούς στόχους που επιδιώκουν οι χειρουργοί να επιτύχουν στο SRS<sup>[88,89]</sup>.

Επιπλέον, μελέτες έχουν επίσης διαπιστώσει ότι η κρίσιμη διαδικασία για τη διατήρηση της ευαισθησίας των γεννητικών οργάνων και την επίτευξη οργασμών μετά από φαλλοπλαστική είναι η διατήρηση τόσο της καλύπτρας της κλειτορίδας όσο και της κλειτορίδας κάτω από το ανακατασκευασμένο φαλλό<sup>[88,89]</sup>.

Η ερωτογενής ευαισθησία μετράται από την ικανότητα για την επίτευξη οργασμών στις γεννητικές σεξουαλικές δραστηριότητες, όπως ο αυνανισμός και η σεξουαλική επαφή<sup>[88]</sup>. Πολλές μελέτες υπέδειξαν ότι τόσο οι γυναίκες όσο και οι άντρες διαφυλικοί έχουν αναφέρει αύξηση των οργασμών και στις δύο σεξουαλικές δραστηριότητες<sup>[63,90]</sup> που υποδηλώνουν τις πιθανότητες να διατηρηθεί ή και να αυξηθεί η ευαισθησία των γεννητικών οργάνων μετά από SRS.

## **2.8 Ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες**

Μετά τη χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου, τα τρανσεξουαλικά άτομα (άτομα που υποβλήθηκαν σε ορμονοθεραπεία διασταυρούμενου φύλου και χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου) τείνουν να νιώθουν λιγότερη δυσφορία φύλου. Συνήθως λειτουργούν καλά τόσο κοινωνικά όσο και ψυχολογικά. Τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και εχθρότητας ήταν χαμηλότερα μετά τη χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου<sup>[91]</sup>.

Επίσης, τείνουν να βαθμολογούν καλά την αυτο-αντιληπτόμενη ψυχική υγεία, η οποία είναι ανεξάρτητη από τη σεξουαλική ικανοποίηση<sup>[90]</sup>. Έχουν διεξαχθεί πολλές μελέτες για τη διερεύνηση των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου. Σε αυτές τις μελέτες, οι περισσότεροι από τους ασθενείς ανέφεραν ότι ήταν πολύ ευχαριστημένοι με τα αποτελέσματα και πολύ λίγοι από τους ασθενείς εξέφρασαν τη λύπη τους για τη διεξαγωγή χειρουργικής επέμβαση αλλαγής φύλου<sup>[92]</sup>.

Παρόλο που οι μελέτες έχουν δείξει ότι οι θετικές συνέπειες της χειρουργικής επέμβασης αλλαγής φύλου αντισταθμίζουν τις αρνητικές συνέπειες<sup>[93]</sup>, έχει προταθεί ότι οι περισσότερες μελέτες που διερευνούν τα αποτελέσματα της χειρουργικής αλλαγής σεξουαλικού



προσανατολισμού είναι ελλιπείς, καθώς περιλαμβάνουν μόνο ένα μικρό ποσοστό ατόμων στις σπουδές τους<sup>[94]</sup>. Αυτοί οι μεθοδολογικοί περιορισμοί, όπως η έλλειψη διπλά-τυφλών τυχαιοποιημένων ελέγχων, ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων λόγω της σπανιότητας της τρανσεξουαλικότητας, οι υψηλοί ρυθμοί εγκατάλειψης και τα χαμηλά ποσοστά παρακολούθησης<sup>[95]</sup>, υποδηλώνουν την ανάγκη συνεχιζόμενων μελετών.

Επίμονη λύπη ίσως εμφανιστεί μετά από χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου. Η μεταμέλεια μπορεί να οφείλεται στην ανεπίλυτη δυσφορία του φύλου ή σε μια αδύναμη και εναλλασσόμενη αίσθηση ταυτότητας και μπορεί ακόμη και να οδηγήσει σε αυτοκτονία<sup>[96]</sup>. Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης αλλαγής φύλου, τα τρανσεξουαλικά άτομα μπορεί να γίνουν θύματα διαφορετικών κοινωνικών εμποδίων όπως είναι οι διακρίσεις, οι προκαταλήψεις και οι στιγματισμένες συμπεριφορές<sup>[97]</sup>. Η απόρριψη που αντιμετωπίζουν τα διαφυλλικά είναι πολύ πιο σοβαρή από ό, τι βιώνουν τα άτομα της ΛΟΑΤΚΙ κοινότητας (LGB άτομα)<sup>[98]</sup>.

Το εχθρικό περιβάλλον μπορεί να πυροδοτήσει ή να επιδεινώσει την εσωτερικευμένη τρανσφοβία, την κατάθλιψη, το άγχος και το μετατραυματικό στρες<sup>[99]</sup>. Πολλοί ασθενείς αντιλαμβάνονται το αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης όχι μόνο ιατρικά αλλά και ψυχολογικά σημαντικό. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να τους βοηθήσει να συνδεθούν με την ταυτότητα των μειονοτήτων τους, να εξακριβώσουν την ταυτότητά τους και να μειώσουν το άγχος τους ως μειονότητα<sup>[97]</sup>.

Ως εκ τούτου, προτείνεται ότι η ψυχολογική στήριξη είναι ζωτικής σημασίας για τους ασθενείς μετά τη χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου, η οποία τους βοηθά να αισθάνονται αποδεκτοί/-ές και να έχουν εμπιστοσύνη στο αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης. Επίσης, η ψυχολογική υποστήριξη θα αποκτήσει όλο και μεγαλύτερη σημασία για τους ασθενείς με μακροχρόνια χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου<sup>[97]</sup>.

## **2.9 Σεξουαλική ικανοποίηση**

Η πλειοψηφία των διαφυλλικών ατόμων έχουν αναφέρει ότι απολαμβάνουν καλύτερες σεξουαλικές ζωές και βελτιωμένη σεξουαλική ικανοποίηση μετά από την χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου<sup>[63]</sup>. Η αύξηση της σεξουαλικής ικανοποίησης σχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση των νέων πρωτογενών χαρακτηριστικών φύλου<sup>[63]</sup>. Πριν από την υποβολή σε SRS, οι τρανσεξουαλικοί ασθενείς διέθεταν ανεπιθύμητα σεξουαλικά όργανα τα οποία ήταν πρόθυμα να αφαιρέσουν. Ως εκ τούτου, ήταν ψυχροί και όχι ενθουσιώδης για τη συμμετοχή στην σεξουαλική δραστηριότητα. Κατά συνέπεια, τα διαφυλλικά άτομα που έχουν υποβληθεί σε SRS είναι πιο ικανοποιημένα με το σώμα τους και βιώνουν λιγότερο άγχος όταν λαμβάνουν μέρος σε σεξουαλικές δραστηριότητες.

Τα περισσότερα από τα άτομα έχουν αναφέρει ότι έχουν βιώσει σεξουαλικό ενθουσιασμό κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας, συμπεριλαμβανομένου του αυνανισμού<sup>[63]</sup>. Η ικανότητα οργασμών συνδέεται θετικά με τη σεξουαλική ικανοποίηση<sup>[90]</sup>. Η συχνότητα και η ένταση των οργασμών είναι σημαντικά διαφορετικές στα διαφυλλικά άτομα μεταξύ των ανδρών και των γυναικών.

Σχεδόν όλα τα άτομα που έχουν αλλάξει από γυναίκες σε άντρες έχουν αποκαλύψει μια αύξηση στον σεξουαλικό ενθουσιασμό και είναι ικανά να επιτύχουν οργασμούς μέσω σεξουαλικής δραστηριότητας με έναν σύντροφο ή μέσω αυνανισμού<sup>[63,100]</sup>, ενώ μόνο το 85% των ατόμων που έγιναν από άνδρες γυναίκες μπορεί να επιτύχει οργασμούς μετά από SRS<sup>[101]</sup>.

Μια μελέτη διαπίστωσε ότι τόσο οι transmen όσο και οι transwomen ανέφεραν ότι είχαν βιώσει μετασχηματισμό στον αισθησιασμό των οργασμών τους. Τα άτομα που έχουν αλλάξει από γυναίκες σε άντρες ανέφεραν ότι έχουν βιώσει ενισχυμένους και ισχυρότερους ενθουσιασμούς, ενώ τα άτομα που έχουν αλλάξει από άντρες σε γυναίκες αντιμετωπίζουν διαρκέστερα και πιο ήπια συναισθήματα<sup>[63]</sup>.

Τα ποσοστά αυνανισμού έχουν επίσης αλλάξει μετά τη χειρουργική επέμβαση αλλαγής φύλου τόσο για γυναίκες όσο και για άντρες. Μια μελέτη ανέφερε μια γενική αύξηση των συχνοτήτων του αυνανισμού που εμφανίστηκαν στα περισσότερα τρανσεξουαλικά άτομα και το 78% αυτών ήταν σε θέση να φτάσουν στον οργασμό με αυνανισμό μετά από SRS<sup>[63,90,102]</sup>. Μια μελέτη έδειξε ότι υπήρχαν διαφορές στις συχνότητες του αυνανισμού μεταξύ των γυναικών trans και των ανδρών trans, στην οποία τα άτομα από θηλυκό σε αρσενικό αυνανίστηκαν συχνότερα από τα αρσενικά σε θηλυκά<sup>[63]</sup>.

Οι πιθανοί λόγοι για τις διαφορές στη συχνότητα του αυνανισμού θα μπορούσαν να συσχετιστούν με την αύξηση της λίμπιντο, που προκλήθηκε από τις θεραπείες τεστοστερόνης, ή την παύση της δυσμορφίας φύλου<sup>[90]</sup>. Όσον αφορά τις προσδοκίες των διαφυλλικών για διαφορετικές πτυχές της ζωής τους, οι σεξουαλικές πτυχές έχουν το χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από όλα τα άλλα στοιχεία (σωματικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο)<sup>[102]</sup>.

Κατά τη σύγκριση των τρανσεξουαλικών ατόμων με βιολογικά άτομα του ίδιου φύλου, οι γυναίκες trans είχαν παρόμοια σεξουαλική ικανοποίηση με γυναίκες μη-διαφυλλικές, αλλά οι άντρες trans είχαν χαμηλότερο επίπεδο σεξουαλικής ικανοποίησης σε σχέση μη-διαφυλλικούς άνδρες. Επιπλέον, οι διαφυλλικοί άνδρες είχαν επίσης χαμηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση από τη σεξουαλική τους ζωή από ό, τι οι γυναίκες trans<sup>[90]</sup>.

## **2.10 Κατά τη γέννηση**

Τα βρέφη που γεννιούνται με διαφυλλικές συνθήκες ενδέχεται να υποστούν παρεμβάσεις κατά τη γέννηση ή αμέσως μετά από αυτήν<sup>[103]</sup>. Αυτό είναι αμφιλεγόμενο λόγω των επιπτώσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων<sup>[104,105]</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **3.1 Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Παρέμβαση σε άτομα Male-to-Female**

#### **3.1.1 Πλαστική αύξησης στήθους**

Οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε αύξηση μαστού θα βάλουν σουτιέν και θα αφεθούν με επιδέσμους άθικτους για 3 ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Έπειτα, οι επίδεσμοι γάζης μπορούν να αφαιρεθούν αλλά οι αποστειρωμένες γάζες κατά μήκος των τομών θα πρέπει να παραμείνουν στη θέση τους. Ο ασθενής μπορεί στη συνέχεια να κάνει μπάνιο, φροντίζοντας ώστε να μην βραχούν οι τομές.

Οι αποστειρωμένες ταινίες πρέπει να είναι απαλά βαλμένες ώστε να πέσουν μόνες τους σε 7 έως 10 ημέρες. Είναι φυσιολογικό οι τομές να είναι ερυθριματώδεις, αλλά αυτό το ερύθημα δεν πρέπει να επεκταθεί ή να προχωρήσει περισσότερο από 1 έως 2 cm από την τομή. Είναι επίσης φυσιολογικό ο ασθενής να βλέπει ή να αισθάνεται τον κόμπο του ράμματος στο τέλος της γραμμής της τομής. Αυτοί οι επιφανειακοί κόμποι μπορεί να είναι ενοχλητικοί. Ωστόσο, δεν αποτελούν αιτία ανησυχίας. Εάν αναδύονται στην επιφάνεια (συνήθως γύρω στις 3 εβδομάδες) μπορούν να αποσπαστούν ελεύθερα.

Μώλωπες και οίδημα είναι αναμενόμενα και δεν προκαλούν ανησυχία αν δεν υπάρχει ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα διόγκωσης (μάζας) μόνο από τη μία πλευρά. Αίσθημα οξέος πόνου, αίσθηση καύσου και / ή γενική δυσφορία είναι συνηθισμένη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας επούλωσης και τελικά θα εξαφανιστούν.

Οι ασθενείς είναι συνήθως άνετοι 1 ή 2 ημέρες μετά τη διαδικασία και συχνά επιστρέφουν στην καθημερινή τους ζωή σε 1 έως 2 εβδομάδες. Ωστόσο, πρέπει να αποφεύγεται η επίπονη δραστηριότητα για 3 έως 4 εβδομάδες. Οι ασθενείς θα ενημερωθούν για ασκήσεις μετατόπισης εμφυτεύματος (μασάζ μαστού) το οποίο πρέπει να ξεκινήσει 3 έως 5 ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση, αν είναι ανεκτό.

#### **3.1.2 Ανακατασκευή των γεννητικών οργάνων MTF**

Οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε πλαστική επέμβαση κόλπου θα αρχίσουν να νιώθουν πιο άνετα κατά τη διάρκεια της δεύτερης μετεγχειρητικής εβδομάδας. Το προσθετικό μέλος θα παραμείνει στη θέση του, ενώ θα αφαιρείται μόνο για καθαρισμό ρουτίνας αρχικά μία φορά την ημέρα. Ο χρόνος που αφαιρείται το μέλος θα αυξηθεί σταδιακά τις επόμενες 8 εβδομάδες (ένα γραπτό πρωτόκολλο θα συνοδεύει τον ασθενή κατά την επιστροφή του στο σπίτι). Μετά από αυτό, θα πρέπει να χρησιμοποιείται περιοδικά (μία φορά την ημέρα) εάν ο ασθενής δεν ασκεί τακτική κολπική διείσδυση. Η καθημερινή κολπική διαστολή είναι απαραίτητη για την πρόληψη στένωσης: η ανεπαρκής διαστολή μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια του βάθους και του πλάτους του κόλπου. Ο ασθενής θα κληθεί για παρακολούθηση στην κλινική την εβδομάδα μετά την επέμβαση και στη συνέχεια περιοδικά μετά από αυτήν.

Εκεί θα λάβει χώρα μια φυσική εξέταση, συμπεριλαμβανομένης μιας χειρωνακτικής πυελικής εξέτασης, που εξασφαλίζουν τη βιωσιμότητα του περυγίου του δέρματος και τη διαπερατότητα του νέου κόλπου. Η νέα κλειτορίδα επιθεωρείται ως προς την βιωσιμότητα και την αίσθηση. Προσδιορίζεται η ποιότητα της επούλωσης του τραύματος (αποκοπή, μόλυνση ή υπερτροφικές ουλές).

Επιπρόσθετα, διερευνάται η λειτουργία του εντέρου και της ουροδόχου κύστης. Εάν απαιτούνται μοσχεύματα δέρματος, τα μοσχεύματα πλήρους πάχους μπορούν να ληφθούν πάνω από την ηβική περιοχή. Πιθανότατα θα υπάρχει μια εγκάρσια τομή λίγο πάνω από την ηβική περιοχή, η οποία θα καλύπτεται από αποστειρωμένες γάζες. Οι δότες μοσχεύματος θα πρέπει να επιθεωρούνται κατά την πρώτη επίσκεψη στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για την απουσία μόλυνσης και προβλήματα επούλωσης του τραύματος.

Όπως αναφέρεται στο Transgender Primary Medical Care: Προτεινόμενες κατευθυντήριες γραμμές για τους κλινικούς<sup>[106]</sup>, μετά την κολποπλαστική, ο ασθενής MTF βρίσκεται ακόμα σε κίνδυνο για καρκίνο του προστάτη, αφού ο προστάτης δεν αφαιρείται. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για τον κίνδυνο αυτό όπως επίσης και να του γίνονται συστάσεις όσον αφορά τον απεικονιστικό έλεγχο.

### 3.1.3 Χειρουργική επέμβαση προσώπου MTF

Η μετεγχειρητική ανάκαμψη από τη χειρουργική του γυναικείου προσώπου εξαρτάται από τη συγκεκριμένη διαδικασία (ιδιαίτερα ο βαθμός έργου των οστών έναντι των μαλακών ιστών) και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται. Τα ακόλουθα πρωτόκολλα χρησιμοποιούνται από τον Δρ. Douglas Ousterhout, τον πρωτοπόρο της γυναικείας χειρουργικής του προσώπου<sup>[107]</sup>:

α) χειρουργική του μετώπου (πρόοδος του τριχωτού της κεφαλής, ανύψωση φρυδιού, απομάκρυνση της υπέρ-τροχιακής διόγκωσης, σχεδιασμός περιγράμματος χειλιών).

Η επίδεση που τοποθετείται γύρω από το μέτωπο μετά από χειρουργική επέμβαση μπορεί να αφαιρεθεί την επόμενη ημέρα. Απαλή πλύση των μαλλιών μπορεί να γίνει στη συνέχεια, με προσοχή ώστε να μην βραχούν τυχόν επίδεσμοι που χρησιμοποιούνται για ταυτόχρονη χειρουργική επέμβαση στη μύτη ή το πηγούνι. Χορηγούνται φάρμακα για τον πόνο και αντιβιοτικά. Το οίδημα και ο μώλωπας γύρω από τα μάτια συνήθως υποχωρούν εντός 10-12 ημερών μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Οι ασθενείς είναι συνήθως σε θέση να επιστρέψουν στην εργασία εντός επτά ημερών μετά τη χειρουργική επέμβαση, αλλά δεν συνιστάται να εκτελούν οποιεσδήποτε δραστηριότητες που απαιτούν άσκηση μέχρι δύο εβδομάδες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Τα ράμματα που χρησιμοποιούνται για το κλείσιμο των τομών του τριχωτού της κεφαλής συνήθως απομακρύνονται μέσα σε οκτώ ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση.

## β) Αύξηση του όγκου στα μάγουλα.

Χορηγούνται φάρμακα για το πόνο και αντιβιοτικά. Το προσωρινό μούδιασμα και η διόγκωση μπορεί να επηρεάσουν την ομιλία, το χαμόγελο, το χασμουρητό και την μάσηση για τις πρώτες 1-3 ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση και συνιστάται να αποφεύγονται τρόφιμα που απαιτούν ουσιαστικό δάγκωμα ή μάσημα για τις δύο πρώτες εβδομάδες. Το πρήξιμο συνήθως υποχωρεί πλήρως εντός δύο εβδομάδων μετά τη χειρουργική επέμβαση. Τα δόντια μπορούν να καθαριστούν κανονικά, με προσοχή να μην διαταραχθεί η γραμμή τομής εάν το εμφύτευμα έχει τοποθετηθεί από το στόμα.

## γ) Ρινοπλαστική

Η εσωτερική ρινική δομή παραμένει συνήθως για 1-2 ημέρες για την στήριξη των ρινικών ιστών κατά τη διάρκεια της πρώιμης φάσης της επούλωσης. Θα υπάρχει μια εξωτερική χύτευση από τη μύτη για οκτώ ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Προσοχή χρειάζεται ώστε να μην βραχεί η περιδερση κατά το λούσιμο. Χορηγείται φάρμακο για τον πόνο. Εκχυμώσεις γύρω από τη μύτη και τα μάτια τυπικά εξασθενούν μέσα σε δύο εβδομάδες από τη χειρουργική επέμβαση. Εάν απαιτούνται γυαλιά, θα δοθούν ειδικές οδηγίες επειδή τα ρινικά επιθέματα που υποστηρίζουν τα γυαλιά δεν μπορούν να αγγίζουν τη μύτη παρά μόνο ένα μήνα μετά το χειρουργείο. Οι δραστηριότητες που συνεπάγονται άσκηση δεν πρέπει να εκτελούνται παρά ένα μήνα μετά χειρουργική επέμβαση.

## δ) Μείωση του όγκου στο πηγούνι

Η μείωση στο πηγούνι συνήθως απαιτεί σημαντική εργασία επί των οστών, έτσι η αποθεραπεία μπορεί να διαρκέσει 4-5 εβδομάδες, με το οίδημα που παραμένει κάτω από την κάτω γνάθο για 3-4 μήνες. Ο ασθενής μπορεί συνήθως να επιστρέψει σε ελαφρά εργασία μέσα σε πέντε έως έξι ημέρες μετά την χειρουργική επέμβαση.

## ε) Μείωση της γνάθου.

Το πρόσωπο τυπικά είναι μετρίως διογκωμένο και με μώλωπες μετά τη μείωση της γνάθου. Το πρήξιμο σταδιακά υποχωρεί σε 10-14 εβδομάδες και τα χειρουργικά αποτελέσματα συχνά δεν είναι εμφανή μέχρι το νέο περίγραμμα έχει πλήρως διαμορφωθεί 3-4 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση.

## στ) Αύξηση των χειλιών

Το μεγαλύτερο μέρος του μετεγχειρητικού πρηξίματος μετά την αύξηση της περιοχής του βλεννογόνου του άνω / κάτω χείλους αποσυντίθεται μέσα σε 10-14 ημέρες από τη χειρουργική επέμβαση.

### 3.1.4 Κίνδυνοι και επιπλοκές

Οι γενικοί κίνδυνοι που σχετίζονται με τις λειτουργικές διαδικασίες περιλαμβάνουν τη βαθιά θρόμβωση των φλεβών, την πνευμονική εμβολή και το θάνατο. Προφανώς, πρόκειται για πολύ σοβαρές επιπλοκές και οι χειρουργοί, οι αναισθησιολόγοι και οι νοσηλευτές λαμβάνουν διάφορα μέτρα για να μειώσουν τους κινδύνους που σχετίζονται με αυτά. Αυτές περιλαμβάνουν την ενδοφλέβια ενυδάτωση, ενεργή παρακολούθηση, την χρήση καλτσών συμπίεσης ή / και συσκευές συμπίεσης, ορθολογική αντιπηκτική αγωγή και πρόωρη κινητοποίηση.

Μόλις οι ασθενείς επιστρέψουν στο σπίτι τους, πρέπει να παραμείνουν καλά ενυδατωμένοι και δεν πρέπει να παραμείνουν στο κρεβάτι για παρατεταμένες περιόδους. Αν παρατηρηθούν ευαίσθητα, ζεστά ή πρησμένα πόδια, πόνος στο στήθος, ή συνεχιζόμενες ζαλάδες, αυτά θα πρέπει να διερευνηθούν στα επείγοντα. Εάν ένας ασθενής εμφανίσει ξαφνική δύσπνοια, πρέπει να αναζητηθεί επείγουσα ιατρική βοήθεια.

Οι εξειδικευμένοι κίνδυνοι και επιπλοκές κάθε χειρουργικής διαδικασίας αλλαγής φύλου σε γυναίκα (ή ομάδα διαδικασιών που εκτελούνται μαζί) συζητούνται παρακάτω.

#### 1. Πλαστική αύξησης στήθους

Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την επέκταση του στήθους περιλαμβάνουν την λοίμωξη του τραύματος, μετεγχειρητική αιμορραγία / αιμάτωμα, καψική σύσπαση (πάχυνση και σύσπαση ιστού ουλής που σχηματίζεται φυσικά γύρω από το εμφύτευμα του μαστού), ασυμμετρία του μεγέθους, του σχήματος ή της θέσης του μαστού, ασυμμετρία του συμπλέγματος θηλών-περιοχής μαστού, και αποτυχία εμφύτευσης, μόλυνση ή εξώθηση<sup>[108,109,110]</sup>. Η διαχείριση των ουλών (συμπεριλαμβανομένου του μασάζ και της αποφυγής του ήλιου) θα συζητηθεί με τον ασθενή.

Υπερτροφικές ουλές είναι δυνατόν να υπάρξουν λόγω ενδογενών ή εξωγενών παραγόντων. Η μειωμένη αίσθηση στο σύμπλεγμα θηλών-περιοχής μαστού είναι κοινή και συνήθως υποχωρεί μέσα σε λίγες εβδομάδες. Μπορεί να εμφανιστεί μερική ή μόνιμη απώλεια της αίσθησης της επιδερμίδας ή της θηλής όπως επίσης και εμφανής ρυτίδωση του εμφυτεύματος και είναι πιθανότερο εάν η ανάπτυξη του μαστού είναι ελάχιστη μετά την ορμονική θεραπεία και / ή ο ασθενής είναι λεπτός.

#### 2. Ανακατασκευή των γεννητικών οργάνων MTF

Οι κίνδυνοι της ανακατασκευής των γεννητικών οργάνων χρησιμοποιώντας τη μέθοδο αντιστροφής του πέους περιλαμβάνουν: μόλυνση, μετεγχειρητική αιμορραγία / αιμάτωμα, ορθοκολικό συρίγγιο, μερική ή πλήρης νέκρωση πτερυγίων, κοιλική ή ουρηθρική στένωση, πρόπτωση του νέου κόλπου και το μη ικανοποιητικό μέγεθος / σχήμα αυτού, της κλειτορίδας, ή των χειλέων<sup>[111,112]</sup>. Η διαχείριση των ουλών θα συζητηθεί με τον ασθενή. Εάν ο ασθενής δεν έχει υποβληθεί σε αποτρίχωση της περιοχής

πριν από την κολποπλαστική, η χρήση του φερόμενου τρίχες ιστού, μπορεί να οδηγήσει σε ενδοκολπική ανάπτυξη των τριχών<sup>[113,114]</sup>. Μερική ή πλήρης νέκρωση πτερυγίων (που οδηγεί σε απώλεια της κλειτορίδας) είναι μια καταστροφική επιπλοκή, η οποία, ευτυχώς, είναι μια σπάνια εκδήλωση<sup>[114,115]</sup>. Μέχρι τη στιγμή που ο ασθενής επιστρέφει στο σπίτι, ο κίνδυνος πλήρους αποτυχίας του πτερυγίου είναι αρκετά χαμηλός.

Η μειωμένη ερωτογενής αίσθηση είναι ένας πιθανός κίνδυνος της κολποπλαστικής, αλλά τα σεξουαλικά αποτελέσματα είναι γενικά καλά. Κατά την παρακολούθηση (κατά μέσο όρο 4,2 έτη μετά τη χειρουργική επέμβαση) σε 71 MTF άτομα που υποβλήθηκαν σε κολποπλαστική στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Γάνδης μεταξύ του 1998 και του 1999, η ερωτογενής αίσθηση ήταν παρούσα σε όλους εκτός από ένα (98,6%) και 94% των ασθενών ανέφεραν πως έφταναν σε οργασμό τακτικά<sup>[116]</sup>. Μια μελέτη 14 MTF απεφάνθη ότι αν και η αυτοαναφερόμενη οργασμική ικανότητα μειώθηκε μετά από τη κολποπλαστική, η συχνότητα σεξουαλικής δραστηριότητας αυξήθηκε κατά 75% και η σεξουαλική ικανοποίηση παρέμεινε υψηλή<sup>[117]</sup>.

### 3. Χειρουργική επέμβαση προσώπου MTF

Οι κίνδυνοι της χειρουργικής επέμβασης θηλυκοποίησης προσώπου περιλαμβάνουν λοίμωξη από το τραύμα ή τα εμφυτεύματα, μούδιασμα λόγω οίδηματος (μεταβατικό) ή νευρική βλάβη (δυσνητικά μόνιμη) και αισθητική δυσαρέσκεια. Μετά την ρινοπλαστική μπορεί να υπάρξει μια ήπια σμηγματορροϊκή αιμορραγία και οίδημα γύρω από τη μύτη τα οποία τυπικά υποχωρούν μετά από αρκετές εβδομάδες. Προφυλακτικά αντιβιοτικά μπορεί να είναι απαραίτητα για την πρόληψη της μόλυνσης. Εάν το εμφύτευμα μολυνθεί απαιτείται απομάκρυνση του.

#### Αναθεωρητική χειρουργική επέμβαση

Τυπικές αναθεωρητικές επεμβάσεις για την αύξηση του μαστού περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε:

- Ανταλλαγή εμφυτευμάτων με διαφορετικά μεγέθη
- Ανταλλαγή εμφυτευμάτων για διαφορετικό τύπο
- Τοποθέτηση των εμφυτευμάτων σε μια ελαφρώς διαφορετική θέση
- Αναδομήσεις ουλών

Οι αναδομήσεις στην κολποπλαστική μπορεί να περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε<sup>[118]</sup>:

- Κλειτοριδοπλαστική: ρύθμιση του μεγέθους, του σχήματος, της θέσης ή του καλύμματος της νεο-κλειτορίδας
- Χειλοπλαστική: ρύθμιση μεγέθους/σχήματος των μικρών ή μεγάλων χειλέων
- Εμβάθυνση του νεο-κολπικού τομέα: περιστασιακά ο νέος κόλπος δεν θα είναι αρκετά μακρύς ή θα συστέλλεται Αυτό συνήθως οφείλεται σε ανεπαρκή διόγκωση.

### **3.2 Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Παρέμβαση σε άτομα Female-to-Male**

#### **3.2.1 Χειρουργική επέμβαση στήθους FTM (υστερεκτομή / ωοθηκεκτομή)**

Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε υποδόρια μαστεκτομή θα συνεχίσουν να φορούν εκτεινόμενο επίδεσμο γύρω από το στήθος για 1 μήνα. Οι νοσηλευτές οικιακής φροντίδας θα φροντίσουν τις περιοχές όπου έχουν πραγματοποιηθεί οι τομές. Τα αντιβιοτικά συνεχίζονται μέχρι να αφαιρεθούν οι παροχετεύσεις. Θα υπάρχουν αποστειρωμένες ταινίες τοποθετημένες κατά μήκος των ραμμάτων. Οι ασθενείς μπορούν να κάνουν μπάνιο 3 ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Οι αποστειρωμένες ταινίες θα πρέπει να μαλακώσουν ήπια και να πέσουν από μόνες τους σε 7 έως 10 ημέρες.

Είναι φυσιολογικό οι τομές να είναι ερυθματώδεις, αλλά αυτό το ερώτημα δεν πρέπει να επεκταθεί ή να προχωρήσει περισσότερο από 1 έως 2 cm από την τομή. Είναι επίσης φυσιολογικό να φαίνεται ο κόμπος του ράμματος στο τέλος της τομής. Αυτοί οι επιφανειακοί κόμποι ράμματος μπορεί να είναι ενοχλητικοί. Ωστόσο, δεν αποτελούν αιτία για ανησυχία. Εάν κατευθύνονται προς την επιφάνεια (συνήθως γύρω στις 3 εβδομάδες) μπορούν να αποσπαστούν ελεύθερα. Μώλωπες και οίδημα αναμένονται και δεν προκαλούν ανησυχία αν δεν υπάρχει ασυνήθιστα μεγάλη διόγκωση (μάζας) στη μία πλευρά. Οι ασθενείς νιώθουν συνήθως άνετα 1 ή 2 ημέρες μετά την διαδικασία και συχνά επιστρέφουν πίσω στην καθημερινή ρουτίνα τους σε 1 έως 2 εβδομάδες (αυτό είναι μεταβλητό).

Ωστόσο, η επίπονη δραστηριότητα θα πρέπει να αποφεύγεται για 4 εβδομάδες. Όπως συζητήθηκε στο Transgender Primary Medical Care: Προτεινόμενες κλινικές κατευθυντήριες γραμμές μετά τη χειρουργική επέμβαση στο στήθος, ο ασθενής FTM πρέπει να εξετάζεται ακόμα για καρκίνο του μαστού, αφού όλοι οι αδενικοί ιστοί μπορεί να μην έχουν αφαιρεθεί εντελώς. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για τον κίνδυνο αυτό και να λαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τις συστάσεις απεικόνισης<sup>[119]</sup>.



### 3.2.2 Ανακατασκευή γεννητικών οργάνων FTM (υστερεκτομή/ωοθηκεκτομή)

Ο ασθενής θα παρακολουθείται συχνά από τον πλαστικό χειρουργό και τον ουρολόγο στο πρώιμο μετεγχειρητικό στάδιο. Ο καθετήρας Foley θα αφαιρεθεί στην κλινική και τα αντιβιοτικά συνεχίστε μέχρι τότε. Οι τοποθεσίες που πρέπει να επιθεωρούνται τακτικά περιλαμβάνουν τον νεο-φαλλό και το νεο-όσχεο. Αν πραγματοποιήθηκε φαλλοπλαστική, το αντιβράχιο με το μοσχεύμα δέρματος με διαχωρισμό πάχους (STSG), τον μηρό του δότη (πηγή του STSG) και η κνήμη του δότη (πηγή του μοσχεύματος της φλέβας) πρέπει επίσης να εξετάζονται σε τακτική βάση. Ο νέος φαλλός ελέγχεται για την ποιότητα της επούλωσης του τραύματος (διαρροή, λοίμωξη ή υπερτροφία ουλών), και την παρουσία ουρηθρικών συριγγίων (συνήθως καθυστερημένης διαπίστωσης).

Στον ασθενή που έχει υποβληθεί σε φαλλοπλαστική, η αγγείωση του νεο-φαλλού (χρώμα, θερμοκρασία, παλμός, επαναπλήρωση τριχοειδών), θα αξιολογηθούν, μαζί με την ποιότητα της επούλωσης πληγών και της αίσθησης χεριών / καρπών και λειτουργίας του αντιβραχίου του δότη. Ο μηρός του δότη θα επενδυθεί με ένα επίθεμα γάζης που ενσωματώνεται στο νεκρό ιστό. Περιστασιακά, δημιουργείται ένα αρτηριακό-φλεβικό συρίγγιο (AVF) εντός του νέου φαλλού κατά τη διάρκεια της φαλλοπλαστικής. Αυτή είναι μια σύνδεση, που γίνεται σκόπιμα, μεταξύ της κεντρικής αρτηρίας και φλέβας. Μια ψηλαφητή "δόνηση" θα υπάρχει στο απομακρυσμένο άκρο του νέου φαλλού. Τα αρτηριο-φλεβικά συρίγγια (AVF) μπορεί να κλείσουν μόνα τους ή εναλλακτικά αποσυνδέονται σε μια μικρή διαδικασία που εκτελείται στην κλινική αρκετές εβδομάδες μετά την φαλλοπλαστική.

### 3.2.3 Κίνδυνοι και επιπλοκές

Οι γενικοί κίνδυνοι που σχετίζονται με τις λειτουργικές διαδικασίες περιλαμβάνουν τη βαθιά θρόμβωση των φλεβών, την πνευμονική εμβολή, και τον θάνατο. Προφανώς, πρόκειται για πολύ σοβαρές επιπλοκές και οι χειρουργοί, αναισθησιολόγοι και νοσηλευτές λαμβάνουν διάφορα μέτρα για τη μείωση του συναφούς κινδύνου. Αυτές περιλαμβάνουν την ενδοφλέβια ενυδάτωση, τον ενεργό έλεγχο, χρήση καλτσών συμπίεσης ή / και συσκευών συμπίεσης με πεπιεσμένο αέρα, ορθολογική αντιπηκτική αγωγή και πρόωρη κινητοποίηση.

Μόλις φτάσουν στο σπίτι τους, οι ασθενείς πρέπει να παραμείνουν καλά ενυδατωμένοι και δεν πρέπει να παραμείνουν στο κρεβάτι για παρατεταμένες περιόδους. Ευαίσθητα, ζεστά ή πρησμένα πόδια, πόνος στο στήθος ή συνεχιζόμενες ζαλάδες θα πρέπει να εξετάζονται στα Επείγοντα. Εάν ένας ασθενής εμφανίσει ξαφνική δύσπνοια, πρέπει να αναζητηθεί επείγουσα ιατρική βοήθεια.

### 3.2.4 Κίνδυνοι και επιπλοκές ειδικά για χειρουργική διαδικασία αρρενοποίησης

#### 1. Υποδόρια μαστεκτομή / μείωση μαστού

Οι κίνδυνοι που συνδέονται με την υποδόρια μαστεκτομή / μείωση του μαστού περιλαμβάνουν λοίμωξη, μετεγχειρητική αιμορραγία / αιμάτωμα, νέκρωση πτερυγίου μαστεκτομής, νέκρωση θηλών (απώλεια θηλής), ανωμαλίες περιγράμματος και ασυμμετρία των θηλών<sup>[119]</sup>. Διαχείριση ουλών (συμπεριλαμβανομένου του μασάζ και της αποφυγής του ήλιου) θα συζητηθεί με τον ασθενή. Υπερτροφικές ουλές είναι δυνατές λόγω εγγενών ή εξωγενών παραγόντων.

Η μειωμένη αίσθηση στο θωρακικό τοίχωμα και το σύμπλεγμα των θηλών είναι συχνά και συνήθως υποχωρούν μέσα σε λίγους μήνες. Ασθενείς που έχουν υποβληθεί στην τεχνική ελεύθερου μοσχεύματος θηλών (μεγαλύτερα στήθη) αρχικά θα έχουν αμβλυμένες θηλές, οι οποίες είναι πιθανό να ξανακερδίσουν κάποιο βαθμό αίσθησης.

#### 2. Υστερεκτομή / ωοθηκεκτομή

Αυτή είναι μια γυναικολογική διαδικασία ρουτίνας. Οι επιπλοκές / κίνδυνοι δεν διαφέρουν μεταξύ των FTM από τον μη τρανσεξουαλικό θηλυκό ασθενή.

#### 3. Ανακατασκευή γεννητικών οργάνων FTM

Οι κίνδυνοι που συνδέονται με την ανακατασκευή γεννητικών οργάνων FTM ανεξάρτητα από τη διαδικασία περιλαμβάνουν λοίμωξη, μετεγχειρητική αιμορραγία / αιμάτωμα και υπερτροφικό σχηματισμό ουλής. Η εκτροπή του ορθού είναι μια ασυνήθιστη επιπλοκή της κοιλιακής υστερεκτομής<sup>[120]</sup>. Η δημιουργία ουρηθρικού συριγγίου είναι κοινή μετά την επιμήκυνση της ουρήθρας και την αναστόμωση<sup>[121]</sup>. Πρόσθετοι κίνδυνοι της φαλλοπλαστικής περιλαμβάνουν μερική ή πλήρη νέκρωση πτερυγίου, μειωμένη αίσθηση / λειτουργία του χεριού και του καρπού του βραχίονα του δότη και δυσαρέσκεια με το μέγεθος / σχήμα του νέου φαλλού ή την αισθητική εμφάνιση του.

Το αισθητικό αποτέλεσμα του αντιβραχίου του δότη είναι ένα από τα μειονεκτήματα της τρέχουσας μεθόδου φαλλοπλαστικής<sup>[122]</sup>. Μπορεί να εμφανιστεί εξώθηση εμφυτεύματος, λοίμωξη ή αποτυχία μετά από προσθετική τοποθέτηση πέους<sup>[123-125]</sup>. Η μειωμένη αίσθηση σε όλες τις περιοχές είναι συνηθισμένη και συνήθως υποχωρεί μέσα σε λίγες εβδομάδες ή μήνες. Μετά την φαλλοπλαστική, ο νέος φαλλός θα έχει μειωμένη αίσθηση για τους πρώτους μήνες, με την αίσθηση να εξελίσσεται σταδιακά από τη βάση στην άκρη κατά τη διάρκεια του επόμενου έτους.

Μειωμένη αίσθηση στο εμβολιασμένο αντιβράχιο μπορεί να είναι σημαντική, αλλά συνήθως βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου καθώς μικρά νεύρα διακλαδίζονται στο δερματικό μόσχευμα. Ωστόσο, η αίσθηση δεν θα επιστρέψει ποτέ πλήρως. Η μειωμένη ερωτογενής αίσθηση είναι ένας πιθανός κίνδυνος της φαλλοπλαστικής<sup>[126]</sup>, αλλά η

σεξουαλική ικανοποίηση μπορεί να παραμείνει ακόμη και με την παρουσία μειωμένης αίσθησης αφής και ερωτογενούς αίσθησης, και η οργασμική ικανότητα αναφέρεται από τους περισσότερους ασθενείς<sup>[125]</sup>. Η μερική απόφραξη (φαλλός) ή νέκρωση εμφανίζεται περιστασιακά, συνηθέστερα στην πρώιμη μετεγχειρητική φάση. Κατά την άφιξη του ασθενή στο σπίτι θα έχει υποστεί μεταμόσχευση δέρματος ή θα υποβληθεί σε θεραπευτική αγωγή τραύματος κατάλληλη για την περίπτωση. Η πλήρης απώλεια του πτερυγίου είναι καταστροφική, παρόλα αυτά, ευτυχώς, είναι μια σπάνια εκδήλωση. Μέχρι τη στιγμή που ο ασθενής φτάνει στο σπίτι ο κίνδυνος πλήρους αποτυχίας του πτερυγίου είναι αρκετά χαμηλός.

### 3.2.5 Αναθεωρητική χειρουργική επέμβαση

Η εκτέλεση μιας αισθητικά ευχάριστης υποδερμικής μαστεκτομής στο βιολογικό θηλυκό που επιθυμεί ένα αρσενικό στήθος μπορεί να είναι δύσκολη. Διαφέρει από τη μαστεκτομή για τις νόσους του μαστού (ή ως προφυλακτικό μέτρο), καθώς οι στόχοι είναι πολύ διαφορετικοί: ο στόχος της χειρουργικής επέμβασης στο θώρακα στο FTM δεν είναι απλά για να αφαιρεθεί όλος ο μαστικός ιστός, αλλά και για να επανασχεδιαστεί το στήθος και για να δημιουργηθεί μια αρρενωπή εμφάνιση<sup>[126]</sup>. Η διαδικασία είναι συνήθως πιο δύσκολη από τη διόρθωση της γυναικομαστίας αφού το τρανσεξουαλικό FTM άτομο συχνά έχει σημαντικά μεγαλύτερο όγκο στήθους και μεγαλύτερο βαθμό πτώσης για να αντιμετωπίσει.

Επιπλέον, η συνηθισμένη πρακτική της "δέσμωσης του μαστού" έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα του δέρματος του μαστού<sup>[127]</sup> που αποτελεί βασικό παράγοντα στην επιλογή της σωστής χειρουργικής διαδικασίας. Ως εκ τούτου, υποδόρια μαστεκτομή στον ασθενή με FTM έχει αρκετά υψηλό ποσοστό αναθεωρημένης χειρουργικής επέμβασης συσχετιζόμενο με αυτό (33-45%)<sup>[128]</sup>. Οι ασθενείς με μεγαλύτερα στήθη ή κακή ποιότητα δέρματος έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιζητούν αναθεωρημένη χειρουργική επέμβαση.

Οι τυπικές αναθεωρήσεις περιλαμβάνουν, χωρίς να περιορίζονται σε αυτές<sup>[129]</sup>:

- Λιποαναρρόφηση για τη βελτίωση των ανωμαλιών του περιγράμματος
- Αναθεωρήσεις ουλών
- Εκτομή της περίσσειας ή της ρυτίδωσης του δέρματος
- Ρύθμιση της σύνθετης θέσης ή του μεγέθους της θηλής

Η αναθεωρημένη χειρουργική επέμβαση μετά την φαλλοπλαστική είναι λιγότερο συχνή ως απομονωμένη διαδικασία. Ωστόσο, δεδομένου ότι πολλοί είναι οι ασθενείς που επιλέγουν να τοποθετήσουν τα εμφυτεύματα των όρχεων ή / και τις σπονδυλικές προσθέσεις αργότερα, είναι απλό να εκτελούνται ταυτόχρονα μικρές "επεμβάσεις" (π.χ.

αναθεώρηση του στεφανιαίου χείλους). Μπορούν επίσης να γίνουν αναθεωρήσεις απαραίτητες για τη διόρθωση της ουρητικής δυσλειτουργίας, που αποτελεί κοινή επιπλοκή της επιμήκυνσης της ουρήθρας.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Νοσηλευτική Διεργασία**

#### **4.1 Αξιολόγηση**

1. Προβλήματα και ανάγκες του ασθενή:
  - α. Η έντονη επιθυμία του ασθενή είτε είναι άντρας είτε είναι γυναίκα να ανήκει στο άλλο φύλο.
  - β. Η επιθυμία του ασθενή να ζει και να αντιμετωπίζεται ως άτομο του άλλου φύλου.
  - γ. Ο ασθενής έχει την πεποίθηση ότι αυτός ή αυτή έχει τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του άλλου φύλου.
  - δ. Η προσπάθεια του ατόμου να απαλλαχτεί από τα κύρια και δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου.
  - ε. Το αίτημα του ατόμου για ορμονικές ή χειρουργικές ή άλλες παρεμβάσεις που θα αλλάξουν τα σωματικά φυλετικά χαρακτηριστικά του ατόμου ώστε να μοιάζουν με αυτά του φύλου.
2. Αντιμέτωπιση της οικογένειας:
  - α. Οι ασθενείς με διαφυλλική διαταραχή είναι συχνά παντρεμένοι και έχουν παιδιά. Οι σχέσεις με το/τη σύζυγο γίνονται κατά κανόνα τεταμένες και το διαζύγιο είναι η συνήθεις κατάληξη.
  - β. Συχνά υπάρχει ο προβληματισμός εκ μέρους των γονέων ότι η διαφυλλική διαταραχή του ασθενούς επιδρά δυσμενώς στα παιδιά.
  - γ. Η ανησυχία εστιάζεται στα ζητήματα της ταυτότητας του φύλου των παιδιών.

#### **4.2 Διάγνωση**

- I. Ο ασθενής επιθυμεί να ανήκει στο άλλο φύλο.
- II. Ο ασθενής επιθυμεί να αντιμετωπίζεται ως άτομο του άλλου φύλου.
- III. Ο ασθενής πιστεύει ότι έχει συναισθήματα του άλλου φύλου.
- IV. Ο ασθενής προσπαθεί να απαλλαχτεί από τα χαρακτηριστικά του φύλου.

### 4.3 Αναμενόμενες Εκβάσεις

Τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής ταυτότητας φύλου, όπως απαριθμούνται στο DSM-IV περιλαμβάνουν μια δηλωμένη επιθυμία του ατόμου να ανήκει στο άλλο φύλο, μια επιθυμία να ζει και να αντιμετωπίζεται ως άτομο του άλλου φύλου ή την πεποίθηση ότι αυτός ή αυτή έχει τα τυπικά συναισθήματα και αντιδράσεις του άλλου φύλου.

### 4.4 Σχεδιασμός

- I. Η ασφάλεια του ατόμου αποτελεί προτεραιότητα έναντι των σωματικών του αναγκών.
- II. Εξασφάλιση της ακεραιότητας του ατόμου.
- III. Αποφυγή αυτοτραυματισμού του ασθενή.
- IV. Συζήτηση για την αναγκαιότητα ψυχιατρικής παρέμβασης.
- V. Αποφυγή εκβιαστικής και απειλητικής στάσης του ασθενή.
- VI. Ενημέρωση του ασθενή για την αναγκαιότητα της ψυχικής και ψυχολογικής του ισορροπίας.
- VII. Διασφάλιση ότι το άτομο δεν επιθυμεί να συνεχίσει να ζει με το φύλο που γεννήθηκε.
- VIII. Επισήμανση της αναγκαιότητας της ψυχιατρικής εκτίμησης και ένταξης σε θεραπευτικό πρόγραμμα
- IX. Παρακολούθηση ενδοκρινικής θεραπείας
- X. Εκπαίδευση του ατόμου για τον νέο του ρόλο
- XI. Διδασκαλία ως προς την κοινωνική αντιμετώπιση
- XII. Διδασκαλία της οικογένειας για την αντιμετώπιση του ατόμου

### 4.5 Εφαρμογή

- I. Έγινε συζήτηση με το άτομο για την εξασφάλιση της σωματικής ακεραιότητας του ατόμου.
- II. Έγινε συζήτηση με τον ασθενή για την πρόληψη αυτοτραυματισμού του.
- III. Έγινε ενημέρωση του ασθενή ως προς τον ρόλο του ψυχιάτρου.
- IV. Έγινε ενημέρωση του ασθενή για την αναγκαιότητα της ψυχικής και ψυχολογικής του ισορροπίας.
- V. Έγινε ενημέρωση για την ένταξη του ατόμου σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα.
- VI. Έγινε συζήτηση με τον ασθενή για την επιθυμία του να πάψει να ζει με το φύλο που γεννήθηκε.
- VII. Έγινε ενημέρωση για την ενδοκρινική θεραπεία του ασθενή και ο ασθενής ενημερώθηκε για τις επιπτώσεις της θεραπείας.
- VIII. Έγινε εκπαίδευση του ασθενή ως προς τον νέο του ρόλο.
- IX. Έγινε ενημέρωση του ασθενή ως προς την κοινωνική αντιμετώπιση που θα έχει μετά την έκβαση της θεραπείας.
- X. Έγινε διδασκαλία της οικογένειας του ατόμου ως προς την αντιμετώπιση του ατόμου μετά την θεραπεία.

## 4.6 Επαναξιολόγηση

- I. Ο ασθενής κατανόησε την αναγκαιότητα της σωματικής του ακεραιότητας.
- II. Ο ασθενής απέρριψε κάθε περίπτωση αυτοτραυματισμού.
- III. Ο ασθενής έκανε αποδεχτό τον ρόλο του ψυχιάτρου στην θεραπεία του
- IV. Ο ασθενής εντάχθηκε σε θεραπευτικό πρόγραμμα
- V. Ο ασθενής είναι πλέον σίγουρος ότι δεν θέλει να ζει με το φύλο που γεννήθηκε.
- VI. Ο ασθενής ξεκίνησε ενδοκρινική θεραπεία γνωρίζοντας τις επιπτώσεις και τα αποτελέσματα.
- VII. Ο ασθενής είναι ενημερωμένος και έτοιμος για τον νέο του ρόλο.
- VIII. Η οικογένεια του ασθενή είναι ενημερωμένη για την αντιμετώπιση του ασθενή τόσο κατά την διάρκεια της θεραπείας όσο και μετά το τέλος της θεραπείας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – Προεγχειρητική Φροντίδα**

### 5.1 Αξιολόγηση

Η προεγχειρητική νοσηλευτική αξιολόγηση περιλαμβάνει πλήρη βασική αξιολόγηση της υγείας και ολοκληρώνεται κατά την εισαγωγή. Πραγματοποιείτε συνέντευξη του ασθενούς για να προσδιορίσετε το παθολογικό και χειρουργικό ιστορικό, συμπεριλαμβανομένων των αλλεργιών, καθώς και συναισθηματισμούς, που ίσως επηρεάσουν την φροντίδα.

Ρωτήστε για να επανεξετάσετε όλα τα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής , συμπεριλαμβανομένων των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, βοτάνων και συμπληρωμάτων καθώς επίσης και παράνομων ναρκωτικών. Επίσης, διερευνήστε σχετιζόμενες προεγχειρητικές ανάγκες του ασθενούς ή της οικογένειάς του. Αν ο ασθενής προτιμάει να επικοινωνεί σε άλλη γλώσσα εκτός της ελληνικής, είναι σημαντικό να σημειωθεί στον φάκελο του.

Εξετάστε το δέρμα, την αναπνευστική, καρδιαγγειακή, κοιλιακή, νευρολογική και μυοσκελετική λειτουργία και μετρήστε τα ζωτικά σημεία του ασθενούς. Οποιαδήποτε ευρήματα της αξιολόγησης ή οι περιοχές ανησυχίας πρέπει να γνωστοποιούνται στο γιατρό. Είναι πολύ σημαντικό για τον νοσηλευτή-τρια να εντοπίσει ασθενείς που θεωρούνται υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι πολύ νέοι και οι πολύ ηλικιωμένοι, οι παχύσαρκοι ή οι υποσιτιζόμενοι ασθενείς, οι ασθενείς με διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών, με χρόνια νόσο, εκείνοι που λαμβάνουν συγκεκριμένα φάρμακα (π.χ. αντιπηκτικά ή αναλγητικά) και οι ασθενείς που είναι εξαιρετικά αγχωμένοι. Ανάλογα με τον κάθε ασθενή υψηλού κινδύνου μπορεί να απαιτηθεί εξειδικευμένη αξιολόγηση και παρεμβάσεις.

## 5.2 Νοσηλευτική Διάγνωση

Προσδιορίστε τους παράγοντες που σχετίζονται με την νοσηλευτική διάγνωση με βάση την παρούσα κατάσταση του ασθενούς. Κατάλληλες νοσηλευτικές διαγνώσεις μπορεί να περιλαμβάνουν:

1. Άγχος
2. Φόβος
3. Θρήνος
4. Έλλειμμα γνώσης
5. Κίνδυνος για πνευματική καταπόνηση
6. Κίνδυνος για λοίμωξη
7. Διαταραγμένη κινητικότητα σώματος
8. Κίνδυνος για εισρόφηση
9. Κίνδυνος για διαταραχή ισοζυγίου υγρών
10. Υποθερμία
11. Κίνδυνος για αλλεργία στο latex

## 5.3 Προσδιορισμός Εκβάσεων και Σχεδιασμός

Η αναμενόμενη έκβαση κατά την παροχή προεγχειρητικής φροντίδας σε νοσηλευόμενο ασθενή στο νοσοκομείο είναι να πραγματοποιηθεί η χειρουργική επέμβαση. Άλλες αναμενόμενες εκβάσεις μπορεί να είναι : ο ασθενής να είναι απαλλαγμένος από άγχος και φόβο και να επιδείξει ότι αντιλαμβάνεται την ανάγκη της χειρουργικής επέμβασης και των μέτρων για την ελαχιστοποίηση των μετεγχειρητικών κινδύνων που σχετίζονται με την χειρουργική επέμβαση.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – Μετεγχειρητική Φροντίδα**

### **6.1 Εκτίμηση**

Η αναμενόμενη έκβαση επιτυγχάνεται όταν ο ασθενής αναρρώσει από την χειρουργικά επέμβαση, είναι ελεύθερος από άγχος, η θερμοκρασία του παραμένει μεταξύ 36°C και 37°C, τα ζωτικά του σημεία παραμένουν σταθερά με αρτηριακή πίεση: συστολική μικρότερη από 120mm Hg και διαστολική μικρότερη από 80mm Hg, με αναπνοές που κυμαίνονται από 12-20 αναπνοές το λεπτό, καρδιακό σφυγμό από 60-100 σφίξεις το λεπτό. Ο ασθενής να παραμένει ελεύθερος από λοίμωξη, δεν βιώνει καμία βλάβη του δέρματος, ανακτά την κινητικότητα του, έχει επαρκή έλεγχο του πόνου, νιώθει άνετα με την εικόνα του σώματος του. Συγκεκριμένες εκβάσεις εξατομικεύονται με βάση τους παράγοντες κινδύνου, τη χειρουργική επέμβαση, καθώς και τις μοναδικές ανάγκες του ασθενούς.

### **6.2 Τεκμηρίωση**

Καταγράψτε την ώρα που ο ασθενής επιστρέφει από την μονάδα ανάνηψης στο χειρουργικό τμήμα. Καταγράψτε το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς, τα ζωτικά του σημεία, τις αξιολογήσεις, και την κατάσταση των επιθεμάτων. Εάν ο ασθενής λαμβάνει οξυγόνο, υγρά ενδοφλεβίως ή φέρει οποιοδήποτε άλλο εξοπλισμό, καταγράψτε αυτές τις πληροφορίες. Καταγράψτε επίσης την αξιολόγηση του πόνου και τις παρεμβάσεις που εφαρμόστηκαν, για την ανακούφιση του, καθώς και την ανταπόκριση του ασθενούς στις παρεμβάσεις. Καταγράψτε κάθε εκπαίδευση του ασθενούς όπως για την χρήση του σπιρομέτρου εξάσκησης της αναπνοής.

### **6.3 Μη Αναμενόμενες καταστάσεις και σχετιζόμενες παρεμβάσεις**

- Τα ζωτικά σημεία προοδευτικά αυξάνονται ή μειώνονται από την αρχική τιμή: ενημερώστε τον θεράποντα ιατρό. Η συνεχής μείωση της αρτηριακής πίεσης ή η αύξηση του καρδιακού ρυθμού μπορεί να δηλώνει εσωτερική αιμορραγία.
- Το επίθεμα ήταν καθαρό πριν, αλλά τώρα έχει μεγάλη ποσότητα αίματος: μην αφαιρείται το επίθεμα. Ενισχύστε την επίδεση με περισσότερα επιθέματα. Η αφαίρεση του θα μπορούσε να διαλύσει ενδεχόμενα έναν θρόμβο που θα είχε σχηματίσει και να οδηγήσει σε περαιτέρω απώλεια αίματος. Ενημερώστε τον χειρουργό.
- Ο ασθενής αναφέρει πόνο που δεν ανακουφίζεται με τα χορηγούμενα αναλγητικά: μετά την πλήρη αξιολόγηση του πόνου ( εντόπιση, περιγραφή, παράγοντες ανακούφισης, αιτιολογικοί παράγοντες,) ενημερώστε τον χειρουργό. Ο πόνος μπορεί να αποτελεί ένδειξη για άλλα προβλήματα, όπως η αιμορραγία.
- Ο ασθενής είναι εμπύρετος δώδεκα ώρες μετά από την χειρουργική επέμβαση: βοηθήστε τον ασθενή με τον βήχα και την βαθιά αναπνοή. Εάν υπάρχει οδηγία, ξεκινήστε την εξάσκηση της αναπνοής με το σπιρόμετρο. Συνεχίστε την παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και



των εργαστηριακών τιμών, όπως η γενική αίματος. Εάν ένας ενήλικας αποβάλλει ούρα λιγότερο από 30 ml/h, εκτός αν αυτό αναμένεται, ενημερώστε τον θεράποντα ιατρό. Η αποβολή ούρων είναι ένας καλός δείκτης ιστικής αιμάτωσης. Ο ασθενής μπορεί να χρειάζεται περισσότερα υγρά ή φαρμακευτική αγωγή για την αύξηση της αρτηριακής πίεσης, εάν είναι χαμηλή.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – Νοσηλευτική Διεργασία**

Από την λήψη νοσηλευτικού ιστορικού κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο προκύπτουν τα εξής:

- Όνομα: Μαρία
- Επίθετο: Παπαδοπούλου
- Όνομα πατρός: Ιωάννης
- Ηλικία: 32 ετών
- Πόλη κατοικίας: Πάτρα
- Επάγγελμα: ιδιωτικός υπάλληλος
- Αλλεργίες: τίποτα
- Λοιμώδη νοσήματα: όχι
- Ομιλία: καλή
- Ακοή: καλή
- Όραση: καλή
- Δέρμα: φυσιολογικό
- Αναπνευστικό: φυσιολογική αναπνοή, όχι βήχας
- Ψυχική διανοητική κατάσταση: αισιόδοξη, ανήσυχη, φοβισμένη
- Ζωτικά σημεία: Α.Π. 110mm/hg, Σφίξεις: 69/min, Θερμοκρασία: 36,3°C, Αναπνοές: 15/min.

### **7.1 Αξιολόγηση**

Προεγχειρητικά:

- Φόβος
- Παραλαβή ασθενή και τοποθέτηση σε κλίνη.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων ασθενή μετά την τοποθέτηση του σε κλίνη.
- Καθορισμός προεγχειρητικού ελέγχου με μια σειρά εξετάσεων.
- Ανησυχία

## 7.2 Διάγνωση

- Τοποθέτηση ασθενή σε κλίνη.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων
- Διεξαγωγή εξετάσεων
- Φόβος
- Ανησυχία

## 7.3 Προγραμματισμός

- Να γίνει τοποθέτηση του ασθενή σε κλίνη
- Να γίνει μέτρηση ζωτικών σημείων και στην συνέχεια λήψη κάθε 6 ώρες
- Να γίνει ο εργαστηριακός και προεγχειρητικός έλεγχος
- Ο ασθενή να σταματήσει να έχει το αίσθημα του φόβου
- Ο ασθενής να σταματήσει να έχει το αίσθημα της ανησυχίας

## 7.4 Εφαρμογή

- Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε κλίνη.
- Έγινε μέτρηση ζωτικών σημείων του ασθενή
- Έγινε όλος ο προεγχειρητικός έλεγχος
- Συζήτηση με τον ασθενή ως προς την έκβαση της επέμβασης
- Συζήτηση για το τι θα ακολουθήσει μετά την επέμβαση
- Διδασκαλία του ασθενή για το αίσθημα του φόβου

## 7.5 Εκτίμηση

- Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε κλίνη
- Τα ζωτικά του σημεία είναι φυσιολογικά
- Ο προεγχειρητικός έλεγχος είναι φυσιολογικός και επιτρέπει την έκβαση του χειρουργείου.
- Ο ασθενής δεν νιώθει πλέον φόβο
- Ο ασθενής είναι πλέον ήσυχος και καθησυχασμένος για την χειρουργική του επέμβαση.

## 7.6 Αξιολόγηση

Μετεγχειρητικά:

- Μέτρηση ζωτικών σημείων
- Φόβος
- Αίσθημα πόνου
- Πυρετός

## 7.7 Διάγνωση

- Έγινε μέτρηση ζωτικών σημείων
- Ο ασθενής έχει θερμοκρασία 38,2°C
- Ο ασθενής αισθάνεται έντονο πόνο
- Ο ασθενής νιώθει φόβο

## 7.8 Προγραμματισμός

- Ο ασθενής να είναι απύρετος στις επόμενες 3-4 ώρες
- Ο ασθενής να διατηρήσει φυσιολογικό ισοζύγιο υγρών εντός ημέρας
- Ο ασθενής να μην αισθάνεται πόνο στην επόμενη μισή με μία ώρα
- Να δοθεί ψυχολογική υποστήριξη
- Να δοθεί ενημέρωση στον ίδιο και στην οικογένεια του εντός ημέρας

## 7.9 Εφαρμογή

- Μέτρηση ζωτικών σημείων
- Χορήγηση αντιπυρετικού
- Κρύο ντους / κομπρέσες
- Αύξηση προσλαμβανόμενων υγρών
- Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών το 24ωρο
- Χορήγηση αναλγητικού με ιατρική οδηγία

- Ο ασθενής εξέφρασε τα συναισθήματα του και τις ανησυχίες του
- Έγινε ενημέρωση σχετικά με την διάγνωση και την φροντίδα τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια του

### 7.10 Εκτίμηση

- Ο ασθενής είναι πλέον απύρετος
- Το ισοζύγιο υγρών του ασθενή είναι φυσιολογικό δηλαδή τα προσλαμβανόμενα υγρά είναι ίσα με τα αποβαλλόμενα υγρά του ασθενή όλο το 24ωρο
- Ο ασθενής δεν νιώθει πλέον πόνο
- Ο ασθενής δεν έχει το αίσθημα του φόβου σχετικά με την επέμβαση και τα αποτελέσματα της.


## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Heylens G, De Cuypere G, Zucker KJ, Schelfaut C, Elaut E, Vanden Bossche H, De Baere E, T'Sjoen G (March 2012). "Gender identity disorder in twins: a review of the case report literature". *The Journal of Sexual Medicine*. **9** (3): 751–7. [doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02567.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02567.x). [PMID 22146048](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22146048/).
- [2] Fraser, L; Karasic, D; Meyer, W; Wylie, K (2010). "Recommendations for Revision of the DSM Diagnosis of Gender Identity Disorder in Adults". *International Journal of Transgenderism*. **12** (2): 80–85. [doi:10.1080/15532739.2010.509202](https://doi.org/10.1080/15532739.2010.509202).
- [3] Bryant, Karl (2018). "[Gender Dysphoria](#)". [Encyclopædia Britannica Online](#). Retrieved August 16, 2018.
- [4] "[Gender Dysphoria](#)" (PDF). [American Psychiatric Publishing](#). Retrieved December 24, 2016.
- [5] Newman, L (July 1, 2002). "Sex, Gender and Culture: Issues in the Definition, Assessment and Treatment of Gender Identity Disorder". *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. **7** (3): 352–359. [doi:10.1177/1359104502007003004](https://doi.org/10.1177/1359104502007003004).
- [6] Coleman E (2011). "[Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7](#)" (PDF). *International Journal of Transgenderism*. Routledge Taylor & Francis Group. **13** (4): 165–232.
- [7] Davidson, Michelle R. (2012). *A Nurse's Guide to Women's Mental Health*. Springer Publishing Company. p. 114. [ISBN 0-8261-7113-3](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9888-3).

- [8] Grant; Jaime, M.; Mottet, Lisa; Tanis, Justin; Harrison, Jack; Herman, Jody; Keisling, Mara (2011). [Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey](#) (PDF). Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. Retrieved May 10, 2015.
- [9] Reyes, Emily (January 28, 2014). ["Transgender study looks at 'exceptionally high' suicide-attempt rate"](#). Los Angeles Times. Retrieved May 10, 2015.
- [10] O'Keefe, Carolyn Anne (2007). Mentoring sexual orientation and gender identity minorities in a university setting. California: ProQuest Dissertations & Theses (PQDT). p. xvi. [ISBN 978-0-542-91311-2](#).
- [11] Diemer EW, Grant JD, Munn-Chernoff MA, Patterson DA, Duncan AE (August 2015). ["Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students"](#). The Journal of Adolescent Health. **57** (2): 144–9. [doi:10.1016/j.jadohealth.2015.03.003](#). [PMC 4545276](#) . [PMID 25937471](#).
- [12] Doyle, Kathryn (May 8, 2015). ["Sexual orientation, gender identity tied to eating disorder risk"](#). Reuters. Retrieved May 10, 2015.
- [13] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013. pp. 455–456. [ISBN 978-0-89042-554-1](#).
- [14] Bryant, Karl Edward (2007). The Politics of Pathology and the Making of Gender Identity Disorder. Ann Arbor, Michigan: ProQuest Dissertations & Theses (PQDT). p. 222. [ISBN 978-0-549-26816-1](#).

- [15] Giordano, Simona (2012). Children with Gender Identity Disorder: A Clinical, Ethical, and Legal Analysis. New Jersey: Routledge. p. 147. [ISBN 0-415-50271-3](#).
- [16] Coolidge FL, Thede LL, Young SE (July 2002). "The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample". Behavior Genetics. **32** (4): 251–7. [doi:10.1023/A:1019724712983](#). [PMID 12211624](#).
- [17] American Psychiatry Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (5th ed.). Washington, DC and London: American Psychiatric Publishing. pp. 451–460. [ISBN 0-89042-555-8](#).
- [18] ["Gender Dysphoria in Children"](#). American Psychiatric Association. May 4, 2011. Retrieved July 3, 2011.
- [19] ["P 00 Gender Dysphoria in Children"](#). American Psychiatric Association. Retrieved April 2, 2012.
- [20] ["International Classification of Diseases \(ICD\) F64 Gender identity disorders"](#). [World Health Organization](#). Retrieved August 9, 2018.
- [21] "Classification of sexual disorders". [International Review of Psychiatry](#). **7** (2): 167–174. [doi:10.3109/09540269509028323](#).
- [22] ["International Classification of Diseases"](#). World Health Organization. Retrieved August 11, 2018.

[23] "[Gender incongruence \(ICD-11\)](#)". icd.who.int. WHO. Retrieved August 28, 2018.

[24] Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, Cohen-Kettenis PT, Arango-de Montis I, Parish SJ, Cottler S, Briken P, Saxena S (October 2016). "[Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations](#)". World Psychiatry. **15** (3): 205–221. doi:[10.1002/wps.20354](#). [PMC 5032510](#). [PMID 27717275](#).

[25] Leiblum, Sandra (2006). Principles and Practice of Sex Therapy, Fourth Edition. The Guilford Press. pp. 488–9. [ISBN 978-1-59385-349-5](#).

[26] "Office-based care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth". Pediatrics. **132** (1): 198–203. July 2013. doi:[10.1542/peds.2013-1282](#). [PMID 23796746](#).  
However, adolescents with multiple or anonymous partners, having unprotected intercourse, or having substance abuse issues should be tested at shorter intervals.

[27] "[www.glma.org Compendium of Health Profession Association LGBT Policy & Position Statements](#)" (PDF). GLMA. 2013. Retrieved August 27, 2013.

[28] "[APA Policy Statements on Lesbian, Gay, Bisexual, & Transgender Concerns](#)" (PDF). American Psychological Association. 2011. Retrieved August 27, 2013. BE IT FURTHER RESOLVED that APA recognizes the efficacy, benefit, and necessity of gender transition treatments for appropriately evaluated individuals and calls upon public and private insurers to cover these medically necessary treatments;



[29] Spiegel, Alix (May 8, 2008). "[Q&A: Therapists on Gender Identity Issues in Kids](#)". NPR. Retrieved September 16, 2008.

[30] *The Transgendered Child: A Handbook for Families and Professionals* (Brill and Pepper, 2008)

[31] Gijs, L; Brawaeyns, A (2007). "Surgical Treatment of Gender Dysphoria in Adults and Adolescents: Recent Developments, Effectiveness, and Challenges". *Annual Review of Sex Research*. **18** (178–224).

[32] George R. Brown, MD (July 20, 2011). "Chapter 165 Sexuality and Sexual Disorders". In Robert S. Porter, MD; et al. The [Merck Manual of Diagnosis and Therapy](#) (19th ed.). [Whitehouse Station, NJ](#), USA: [Merck & Co., Inc.](#) pp. 1740–1747. [ISBN 978-0-911910-19-3](#).

[33] Bockting, W; Knudson, G; Goldberg, J (January 2006). "Counselling and Mental Health Care of Transgender Adults and Loved Ones".

[34] Hakeem, Az (2008). "Changing Sex or Changing Minds: Specialist Psychotherapy and Transsexuality". *Group Analysis*. **41** (2): 182–196. [doi:10.1177/0533316408089883](#).

[35] Olyslager, Femke; [Conway, Lynn](#) (2008). "[Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt. Een nieuwe kijk op de prevalentie van transseksualiteit in Nederland en België](#)". *Tijdschrift voor Genderstudies* (in Dutch). Amsterdam: [Amsterdam University Press](#). **11** (2): 39–51. [ISSN 1388-3186](#). Retrieved August 27, 2013. [Lay summary](#) – How Frequently Does Transsexualism Occur? It is safe to assume that the lower limit for the inherent prevalence of

transsexualism in the Netherlands and Flanders is on order of 1:2000 to 1:1000 for transgender females and on the order of 1:4000 to 1:2000 for transgender males.

[36] Conron, KJ; Scott, G; Stowell, GS; Landers, S (January 2012), "[Transgender Health in Massachusetts: Results from a Household Probability Sample of Adults](#)", [American Journal of Public Health](#), [American Public Health Association](#), **102** (1): 118–222, [doi:10.2105/AJPH.2011.300315](#), [ISSN 1541-0048](#), [OCLC 01642844](#), [PMC 3490554](#), [PMID 22095354](#).

[37] Clark TC, Lucassen MF, Bullen P, Denny SJ, Fleming TM, Robinson EM, Rossen FV (July 2014). "The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12)". *The Journal of Adolescent Health*. **55** (1): 93–9. [doi:10.1016/j.jadohealth.2013.11.008](#). [PMID 24438852](#).

[38] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. [American Psychiatric Association](#). 2013. p. 454. [ISBN 978-0-89042-555-8](#).

[39] Landén M, Wålinder J, Lundström B (April 1996). "Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. **93** (4): 221–3. [doi:10.1111/j.1600-0447.1996.tb10638.x](#). [PMID 8712018](#).

[40] "[Gender Dysphoria Fact Sheet](#)" (PDF). APA. Retrieved September 2, 2013.

[41] Koh J (2012). "[The history of the concept of gender identity disorder]". *Seishin Shinkeigaku Zasshi = Psychiatria Et Neurologia Japonica*. **114** (6): 673–80. [PMID 22844818](#).

- [42] [telegraph.co.uk](http://telegraph.co.uk): "[Puberty blocker for children considering sex change](#)", *The Daily Telegraph* (Alleyne) April 15, 2011.
- [43] Marecek, J., Crawford, M., & Popp, D. (2004). "On the Construction of Gender, Sex, and Sexualities". In A.H. Eagly, A.E. Beall, & R.J. Sternberg. *The Psychology of Gender*. New York: Guilford Press. pp. 192–216.
- [44] Vasey PL, Bartlett NH (2007). "What can the Samoan "Fa'afafine" teach us about the Western concept of gender identity disorder in childhood?". *Perspectives in Biology and Medicine*. **50** (4): 481–90. [doi:10.1353/pbm.2007.0056](https://doi.org/10.1353/pbm.2007.0056). [PMID 17951883](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17951883/).
- [45] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. [American Psychiatric Association](#). 2013. p. 459. [ISBN 978-0-89042-555-8](https://doi.org/10.1177/0890422213504222).
- [46] NSW Registrar of Births, Deaths and Marriages v Norrie [/11.html \[2014 \] HCA 11](#) (2 April 2014), [High Court](#) (Australia).
- [47] [Lev, Arlene Istar](#) (2004). [Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for Working with Gender-Variant People and Their Families](#). Haworth Press. p. 172. [ISBN 978-0-7890-2117-5](https://doi.org/10.1177/0890422213504222).
- [48] [Rudacille, Deborah](#) (February 2005). *The Riddle of Gender: Science, Activism, and Transgender Rights*. Pantheon. [ISBN 978-0-375-42162-4](https://doi.org/10.1177/0890422213504222).
- [49] [Zucker, KJ](#); [Spitzer, RL](#) (Jan–Feb 2005), "Was the gender identity disorder of childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? A

historical note.", *Journal of Sex and Marital Therapy*, **31** (1): 31–42, [doi:10.1080/00926230590475251](https://doi.org/10.1080/00926230590475251), [PMID 15841704](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15841704/)

[50] "[Controversy Continues to Grow Over DSM's GID Diagnosis](#)". *Psychiatric News*.

[51] Ford, Zack. "[APA Revises Manual: Being Transgender is No Longer a Mental Disorder](#)".

[52] Mallon, Gerald P. (2009). *Social Work Practice with Transgender and Gender Variant Youth*. New Jersey: Routledge. [ISBN 0-415-99482-9](#).

[53] "[Government Policy concerning Transsexual People](#)". People's rights/Transsexual people. U.K. Department for Constitutional Affairs. 2003. Archived from [the original](#) on May 11, 2008.

[54] "[La transsexualité ne sera plus classée comme affectation psychiatrique](#)". *Le Monde*. May 16, 2009.

[55] "[«La France est très en retard dans la prise en charge des transsexuels»](#)". *Libération* (in French). May 17, 2011. En réalité, ce décret n'a été rien d'autre qu'un coup médiatique, un très bel effet d'annonce. Sur le terrain, rien n'a changé.

[56] "[Denmark will become first country to no longer define being transgender as a mental illness](#)". *The Independent*. May 14, 2016.

[57] Barrett, James (2007). *Transsexual and Other Disorders of Gender Identity: A Practical Guide to Management*. RADCLIFFE MEDICAL PRESS LTD. p. 83. [ISBN 1-85775-719-X](#).

[58] [Los Angeles Times, "Assembly approves bill on gender identity in schools"](#) by Chris Megerian, May 9, 2013. Retrieved April 11, 2014.

[59] [Report of the UN Special Rapporteur on Torture, Office of the UN High Commissioner for Human Rights](#), February 2013.

[60] Center for Human Rights & Humanitarian Law; Washington College of Law; American University (2014). [Torture in Healthcare Settings: Reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report](#). Washington, DC: Center for Human Rights & Humanitarian Law.

[61] ["Gender Confirmation Surgeries"](#). American Society of Plastic Surgeons.

[62] ["About ASPS"](#). American Society of Plastic Surgeons.

[63] De Cuypere, G.; TSjoen, G.; Beerten, R.; Selvaggi, G.; De Sutter, P.; Hoebeke, P.; Monstrey, S.; Vansteenwegen, A.; Rubens, R. (2005). "Sexual and Physical Health After Sex Reassignment Surgery". *Archives of Sexual Behavior*. **34** (6): 679–690. [doi:10.1007/s10508-005-7926-5](#). [PMID 16362252](#).

[64] Boyle, G.J.(2005). The scandal of genital mutilation surgery on infants (pp. 95-100). In L. May (Ed.), *Transgenders and Intersexuals*, Bowden, South Australia: Fast Lane (imprint of East Street Publications). [ISBN 1-9210370-7-5](#) [ISBN 9-780975-114544](#).

[65] Colapinto, J. (2002). *As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl*. Sydney: Harper Collins Publishers. [ISBN 0-7322-7433-8](#) [ISBN 9-780732-274337](#).

- [66] ["Sexual Identity, Monozygotic Twins Reared in Discordant Sex Roles and a BBC Follow-Up"](#). Milton Diamond, Ph.D. Retrieved 1 August 2011.
- [67] Diamond, Milton; Sigmundson, H. Keith (October 1997). ["Management of intersexuality. Guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia"](#). Arch Pediatr Adolesc Med. **151** (10): 1046–50. [doi:10.1001/archpedi.1997.02170470080015](#). [PMID 9343018](#).
- [68] Diamond, Milton; Beh, Hazel. (2008). "Changes In Management Of Children With Differences Of Sex Development". Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism. **4** (1): 4–5.
- [69] WPATH "Clarification on Medical Necessity of Treatment, sex Reassignment, and Insurance Coverage in the U.S." available at: ["Archived copy"](#) (PDF).
- [70] Discussion of insurance exclusions at: [www.hrc.org/issues/transgender/9568.htm](http://www.hrc.org/issues/transgender/9568.htm).
- [71] AMA Resolution 122 "Removing Financial Barriers to Care for Transgender Patients". [http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/15/digest\\_of\\_actions.pdf](http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/15/digest_of_actions.pdf)
- [72] WPATH Clarification Statement. Retrieved 26 September 2018.
- [73] APA Policy Statement Transgender, Gender Identity, and Gender Expression Non-Discrimination. <http://www.apa.org/pi/lgbcpolicy/transgender.pdf> .

[74] NASW Policy Statement on Transgender and Gender Identity Issues, revised August 2008. [www.socialworkers.org](http://www.socialworkers.org) .

[75] Gaither, Thomas W. et al. Postoperative Complications following Primary Penile Inversion Vaginoplasty among 330 Male-to-Female Transgender Patients The Journal of Urology , Volume 199 , Issue 3 , 760 - 765 [https://www.jurology.com/article/S0022-5347\(17\)77717-8/fulltext](https://www.jurology.com/article/S0022-5347(17)77717-8/fulltext) .

[76] WPATH Standards of Care, also WPATH Clarification. [www.wpath.org](http://www.wpath.org) .

[77] Doctors plan uterus transplants to help women with removed, damaged wombs have babies. [Associated Press](#).

[78] Fageeh, W.; Raffa, H.; Jabbad, H.; Marzouki, A. (2002). "Transplantation of the human uterus". International Journal of Gynecology & Obstetrics. **76** (3): 245–251. [doi:10.1016/S0020-7292\(01\)00597-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00597-5). [PMID 11880127](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11880127/).

[79] Del Priore, G.; Stega, J.; Sieunarine, K.; Ungar, L.; Smith, J. R. (2007). "Human Uterus Retrieval From a Multi-Organ Donor". Obstetrics & Gynecology. **109** (1): 101–104. [doi:10.1097/01.AOG.0000248535.58004.2f](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000248535.58004.2f). [PMID 17197594](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17197594/).

[80] Nair, A.; Stega, J.; Smith, J. R.; Del Priore, G. (2008). "Uterus Transplant: Evidence and Ethics". Annals of the New York Academy of Sciences. **1127** (1): 83–91. [doi:10.1196/annals.1434.003](https://doi.org/10.1196/annals.1434.003). [PMID 18443334](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18443334/).

[81] ["Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People"](#) (PDF). Archived from [the original](#) (PDF).

[82] ["WPATH Standards of Care"](#). Tssurgeryguide.com. 2003-12-17.

[83] WPATH Clarification Statement, APA Policy Statement, and NASW Policy Statement. Retrieved 28-09-2018.

[84] Gómez-Gil, Esther; Zubiaurre-Elorza, Leire; Antonio, Isabel Esteva de; Guillamon, Antonio; Salamero, Manel (2013-08-13). ["Determinants of quality of life in Spanish transsexuals attending a gender unit before genital sex reassignment surgery"](#). Quality of Life Research. **23** (2): 669–676. [doi:10.1007/s11136-013-0497-3](#). [ISSN 0962-9343](#). [PMID 23943260](#).

[85] Castellano, E.; Crespi, C.; Dell'Aquila, C.; Rosato, R.; Catalano, C.; Mineccia, V.; Motta, G.; Botto, E.; Manieri, C. (2015-10-20). ["Quality of life and hormones after sex reassignment surgery"](#). Journal of Endocrinological Investigation. **38** (12): 1373–81. [doi:10.1007/s40618-015-0398-0](#). [ISSN 1720-8386](#). [PMID 26486135](#).

[86] Kuhn, Annette; Bodmer, Christine; Stadlmayr, Werner; Kuhn, Peter; Mueller, Michael D.; Birkhäuser, Martin (2009). ["Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism"](#). Fertility and Sterility. **92** (5): 1685–1689.e3. [doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126](#). [PMID 18990387](#).

[87] Ainsworth, Tiffany A.; Spiegel, Jeffrey H. (2010-05-12). ["Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery"](#). Quality of Life



Research. **19** (7): 1019–1024. [doi:10.1007/s11136-010-9668-7](https://doi.org/10.1007/s11136-010-9668-7). [ISSN 0962-9343](https://www.issn.org/issn/0962-9343).  
[PMID 20461468](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20461468/).

[88] Selvaggi, G., Monstrey, S., Ceulemans, P., T'Sjoen, G., De Cuypere, G., & Hoebeke, P. (2007). "Genital sensitivity after sex reassignment surgery in transsexual patients". *Annals of Plastic Surgery*. **58** (4): 427–433. [doi:10.1097/01.sap.0000238428.91834.be](https://doi.org/10.1097/01.sap.0000238428.91834.be).  
[PMID 17413887](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17413887/).

[89] Hage, J. J., Bouman, F. G., De Graaf, F. H., & Bloem, J. J. (1993). "Construction of the neophallus in female-to-male transsexuals: the Amsterdam experience". *The Journal of Urology*. **149** (6): 1463–1468. [doi:10.1016/S0022-5347\(17\)36416-9](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)36416-9). [PMID 8501789](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8501789/).

[90] Wierckx, K.; Van Caenegem, E.; Elaut, E.; Dedeker, D.; Van de Peer, F.; Toye, K.; Hoebeke, P.; Monstrey, S.; De Cuypere, G.; T'Sjoen, G. (2011). "Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men". *The Journal of Sexual Medicine*. **8** (12): 3379–3388. [doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x). [PMID 21699661](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21699661/).

[91] Smith, Y. L. S.; Van Goozen, S. H. M.; Cohen-Kettenis, P. T. (2001). "Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. **40** (4): 472–481. [doi:10.1097/00004583-200104000-00017](https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00017).

[92] Lawrence, A. A. (2003). "Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery". *Archives of Sexual Behavior*. **32** (4): 299–315. [doi:10.1023/A:1024086814364](https://doi.org/10.1023/A:1024086814364). [PMID 12856892](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12856892/).

- [93] Monstrey, S.; Vercruyse Jr., H.; De Cuypere, G. (2009). "Is Gender Reassignment Surgery Evidence Based? Recommendation for the Seventh Version of the WPATH Standards of Care". *International Journal of Transgenderism*. **11** (3): 206–214. [doi:10.1080/15532730903383799](https://doi.org/10.1080/15532730903383799).
- [94] Adams, Cecil (2012). "[Does Gender Reassignment Surgery Lead to Happiness?](#)".
- [95] Dhejne, Cecilia; Lichtenstein, Paul; Boman, Marcus; Johansson, Anna L. V.; Långström, Niklas; Landén, Mikael (2011). "[Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden](#)". *PLoS ONE*. **6**(2):e16885. [doi:10.1371/journal.pone.0016885](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885). [PMID 21364939](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21364939/).
- [96] Olsson, S-E.; Möller, A. (2006). "Regret after sex reassignment surgery in a male-to-female transsexual: a long-term follow-up". *Archives of Sexual Behavior*. **35** (4): 501–506. [doi:10.1007/s10508-006-9040-8](https://doi.org/10.1007/s10508-006-9040-8). [PMID 16900416](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16900416/).
- [97] Jokić-Begi , N.; Korajlija, A. L.; Jurin, T. (2014). "[Psychosocial Adjustment to Sex Reassignment Surgery: A Qualitative Examination and Personal Experiences of Six Transsexual Persons in Croatia](#)". *The Scientific World Journal*. **2014**: 960745. [doi:10.1155/2014/960745](https://doi.org/10.1155/2014/960745). [PMC 3984784](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3984784/) . [PMID 24790589](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24790589/).
- [98] Norton, A. T.; Herek, G. M. (2013). "Heterosexuals' attitudes toward transgender people: findings from a national probability sample of U.S. adults". *Sex Roles*. **68** (11–12): 738–753. [doi:10.1007/s11199-011-0110-6](https://doi.org/10.1007/s11199-011-0110-6).

[99] Bockting, W. (2014). *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development*. New York, NY, U.S.A: Springer. pp. 319–330.

[100] Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedecker, D., Van de Peer, F., Toye, K., Weyers, S., Hoebeke, P., Monstrey, S., De Cuypere, G. & T'Sjoen, G. (2011). "Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men". *The Journal of Sexual Medicine*. **8** (12): 3379–3388. [doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x). [PMID 21699661](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21699661/).

[101] Lawrence, A. A. (2005). "Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery". *Archives of Sexual Behavior*. **34** (2): 147–166. [doi:10.1007/s10508-005-1793-y](https://doi.org/10.1007/s10508-005-1793-y). [PMID 15803249](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15803249/).

[102] Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., De Antonio, I. E., Guillamon, A., & Salamero, M. (2014). "Determinants of quality of life in Spanish transsexuals attending a gender unit before genital sex reassignment surgery". *Quality of Life Research*. **23** (2): 669–676. [doi:10.1007/s11136-013-0497-3](https://doi.org/10.1007/s11136-013-0497-3). [PMID 23943260](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23943260/).

[103] Bradley, Susan J.; Oliver, Gillian D.; Chernick, Avinoam B.; Zucker, Kenneth J. (1998-07-01). "[Experiment of Nurture: Ablatio Penis at 2 Months, Sex Reassignment at 7 Months, and a Psychosexual Follow-up in Young Adulthood](#)". *Pediatrics*. **102** (1): e9–e9. [doi:10.1542/peds.102.1.e9](https://doi.org/10.1542/peds.102.1.e9). [ISSN 0031-4005. PMID 9651461](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9651461/).

[104] United Nations; Office of the High Commissioner for Human Rights (2015). [Free & Equal Campaign Fact Sheet: Intersex](#) (PDF).

[105] [Council of Europe](#); Commissioner for Human Rights (April 2015), [Human rights and intersex people, Issue Paper](#) .

[106] Feldman, J., & Goldberg, J. M. (2006). Transgender primary medical care: Suggested guidelines for clinicians in British Columbia. Vancouver, BC: Vancouver Coastal Health Authority.

[107] Ousterhout, D. K. (2003). Feminization of the transsexual (except for SRS). San Francisco.

[108] Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Asscheman, H., & Mulder, J. W. (1999). Augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104, 542-549.

[109] Ratnam, S. S., & Lim, S. M. (1982). Augmentation mammoplasty for the male transsexual. *Singapore Medical Journal*, 23, 107-109.

[110] Leslie, K., Buscombe, J., & Davenport, A. (2000). Implant infection in a transsexual with renal failure. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 15, 436-437.

[111] Crichton, D. (1993). Gender reassignment surgery for male primary transsexuals. *South African Medical Journal*, 83, 347-349.

[112] Liguori, G., Trombetta, C., Buttazzi, L., & Belgrano, E. (2001). Acute peritonitis due to introital stenosis and perforation of a bowel neovagina in a transsexual. *Obstetrics and Gynecology*, 97, 828-829.

- [113] Israel, G. E., & Tarver, D. E. I., II. (1997). Transgender care: Recommended guidelines, practical information, and personal accounts. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- [114] Takata, L. L., & Meltzer, T. R. (2000). Procedures, postoperative care, and potential complications of gender reassignment surgery for the primary care physician. *Primary Psychiatry*, 7, 74-78.
- [115] Krege, S., Bex, A., Lummen, G., & Rubben, H. (2001). Male-to-female transsexualism: a technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *BJU International*, 88, 396-402.
- [116] Monstrey, S., Hoebeke, P., Dhont, M., De Cuypere, G., Rubens, R., et al. (2001). Surgical therapy in transsexual patients: a multi-disciplinary approach. *Acta Chirurgica Belgica*, 101, 200-209.
- [117] Lief, H. I. & Hubschman, L. (1993). Orgasm in the postoperative transsexual. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 145-155.
- [118] Wilson, N. (2002). The aesthetic vulva: Perineal cosmesis in the male-to-female transsexual. *International Journal of Transgenderism*, 6(4).  
[http://www.symposion.com/ijt/ijtvo06no04\\_01.htm](http://www.symposion.com/ijt/ijtvo06no04_01.htm) .
- [119] Hage, J. J., & Bloem, J. J. A. M. (1995). Chest wall contouring for female-to-male transsexuals: Amsterdam experience. *Annals of Plastic Surgery*, 34, 59-66.
- [120] Hoffman, M. S., Lynch, C., Lockhart, J., & Knapp, R. (1999). Injury of the rectum during vaginal surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181, 274-277.

- [121] Fang, R. H., Kao, Y. S., Ma, S., & Lin, J. T. (1999). Phalloplasty in female-to-male transsexuals using free radial osteocutaneous flap: A series of 22 cases. *British Journal of Plastic Surgery*, 52, 217-222.
- [122] Gottlieb, L. J., & Levine, L. A. (1993). A new design for the radial forearm free-flap phallic construction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 92, 276-283.
- [123] Gilbert, D. A., Jordan, G. H., Devine, C. J., Jr., & Winslow, B. H. (1992). Microsurgical forearm "cricket bat-transformer" phalloplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 90, 711-716.
- [124] Hage, J. J. (1997). Dynaflex prosthesis in total phalloplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 99, 479- 485.
- [125] Khouri, R. K., Young, V. L., & Casoli, V. M. (1998). Long-term results of total penile reconstruction with a prefabricated lateral arm free flap. *Journal of Urology*, 160, 383-388.
- [126] Gilbert, D. A., & Gilbert, D. M. (n.d.). Chest contouring in the female transgender patient.
- [127] Hage, J. J., & van Kesteren, P. J. (1995). Chest-wall contouring in female-to-male transsexuals: basic considerations and review of the literature. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 96, 386-391.

[128] Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G., Van Landuyt, K., Blondeel, P., Hamdi, M., Bowman, C., & Monstrey, S. (2005). Subcutaneous mastectomy in the FTM transsexual: An algorithm for choosing the best technique.

[129] Colic, M. M. & Colic, M. M. (2000). Circumareolar mastectomy in female-to-male transsexuals and large gynecomastias: A personal approach. *Aesthetic Plastic Surgery*, 24, 454.