

# การดูแลสุขภาพจิตคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศเวอร์ชัน 8

คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์\*

\*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทคัดย่อ

คนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender diverse; TGD) พบมีสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 0.5 - 8.4 ในเด็กและผู้ใหญ่ โดยคนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตหลายอย่างอันเนื่องมาจากการไม่ได้รับการยอมรับ การถูกกลั่นแกล้งรังแก การกีดกันหรือปฏิเสธจากสังคม และพบปัญหาสุขภาพจิตได้สูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป แม้ว่าส่วนหนึ่งจะมีสาเหตุจากปัญหาทางสังคมที่ซับซ้อน แต่ก็พบว่าปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวสามารถที่จะดีขึ้นด้วยการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ ทั้งการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัด ซึ่งสมาคมวิชาชีพทางสุขภาพสำหรับคนข้ามเพศระดับโลก (World Professional Association of Transgender Health; WPATH) ได้ออกมาตรฐานการดูแลสุขภาพสำหรับคนข้ามเพศซึ่งอ้างอิงจากหลักฐานการวิจัยและข้อสรุปจากผู้เชี่ยวชาญ โดยได้ออกเวอร์ชันล่าสุดคือเวอร์ชัน 8 ในปี ค.ศ. 2022 และได้ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่ม TGD ผู้เขียนได้ทบทวนความรู้ที่จำเป็นและแปลคำแนะนำดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางแก่บุคลากรที่ให้การดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่ม TGD นี้ได้อย่างเหมาะสม เพื่อประโยชน์แก่กลุ่ม TGD ที่อยู่ในสังคมไทยต่อไป

Corresponding author: คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: komsan.kei@gmail.com



# Mental Health Care for Transgender and Gender Diverse People According to Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 (SOC- 8)

Komsan Kiatrungrit\*

\*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

## ABSTRACT

Transgender and gender diverse individuals (TGD) make up a proportion of 0.5 - 8.4% of both children and adults. This group is at increased risk of various mental health problems due to lack of acceptance, discrimination, isolation, and rejection from society. They experience higher rates of mental health issues compared to the general population. Despite some of these issues are due to complex social problems, it has been found that mental health issues can improve with gender-affirming treatments, including hormone therapy and surgery. The World Professional Association of Transgender Health (WPATH) has published standards of care for the health of transgender individuals, which are based on research evidence and expert consensus. The latest version, version 8, was released in 2022 and provides guidelines for the care of TGD individuals. The author has reviewed the necessary knowledge and translated these guidelines to provide appropriate guidance to healthcare providers for the mental health care of TGD individuals in Thailand for the benefit of this population.

Corresponding author: Komsan Kiatrungrit

E-mail: komsan.kei@gmail.com

## บทนำ

สมาคมวิชาชีพทางสุขภาพสำหรับคนข้ามเพศระดับโลก (World Professional Association of Transgender Health; WPATH) ซึ่งได้ก่อตั้งตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 เป็นองค์กรระดับสากลที่รวมผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขาที่มีพันธกิจที่จะสนับสนุนการดูแลโดยมีหลักฐานทางวิชาการ การให้ความรู้ การทำวิจัย การผลักดันนโยบาย และให้ความเคารพเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender diverse; TGD) ดังนั้นหน้าที่หลักที่สำคัญหนึ่งคือการออกมาตรฐานการดูแลสุขภาพสำหรับคนข้ามเพศซึ่งอ้างอิงจากหลักฐานการวิจัยและข้อสรุปจากผู้เชี่ยวชาญ<sup>1</sup> โดยในเวอร์ชันล่าสุดคือเวอร์ชัน 8 ได้ออกมาในปี ค.ศ. 2022 ซึ่งตั้งแต่เวอร์ชันแรกซึ่งออกในปี ค.ศ. 1979 ได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลกลุ่ม TGD นี้มาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดเงื่อนไขต่างๆ ในการเข้ารับการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ เช่น การลดความจำเป็นของการทดลองใช้ชีวิตตามเพศที่แต่ละบุคคลรับรู้ (real life test; RLT) การลดความจำเป็นที่ต้องได้รับการทำจิตบำบัดก่อนการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ การลดเงื่อนไขที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศก่อนการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศบางอย่าง<sup>2</sup> รวมถึงการลดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตที่ให้การประเมินความพร้อมในการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศ จากการจำเป็นต้องมีวุฒิบัตรทางจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ เป็นมีการศึกษาขั้นต่ำในระดับปริญญาโทและมีประสบการณ์ในการประเมินทางจิตสังคม ความสามารถในการให้ความยินยอม (consent) การประเมินภาวะทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria; GD) หรือความไม่สอดคล้องทางเพศ (gender incongruence)<sup>1,2</sup> ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในปัจจุบันที่พบประโยชน์ของการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ และโทษของการชะลอการได้รับการรักษาดังกล่าว รวมถึงเพื่อให้กลุ่ม TGD สามารถเข้าถึงการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยในบริบทที่ขาดแคลนจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา แต่มีผู้ที่มีคุณสมบัติดังกล่าวมาก็อาจช่วยในการประเมินความพร้อมในการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศให้แก่กลุ่ม TGD ได้ อย่างไรก็ตามหลักฐานการวิจัยต่างๆ ส่วนมากมาจากการศึกษาในอเมริกาเหนือและยุโรปตะวันตก ดังนั้นการนำคำแนะนำดังกล่าวมาใช้ควรคำนึงถึงบริบทวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ รวมถึงในประเทศไทย แพทยสภาได้มีการออกข้อบังคับเรื่องเกณฑ์การรักษาเพื่อแปลงเพศ พ.ศ. 2552<sup>3</sup> เช่นเดียวกับแนวทาง

ปฏิบัติสำหรับจิตแพทย์ในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาเอกลักษณ์ทางเพศ พ.ศ. 2552 โดยราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย<sup>4</sup> ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยังคงใช้อยู่ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีการออกเกณฑ์มาตรฐานการดูแลสุขภาพสำหรับคนข้ามเพศเวอร์ชัน 7 ในปี พ.ศ. 2555 และเวอร์ชัน 8 ในปีที่ผ่านมาอย่างไรก็ตามมีความพยายามที่จะปรับปรุงข้อบังคับแพทยสภาเกี่ยวกับการรักษาเพื่อเปลี่ยนเพศซึ่งจะมีผลบังคับใช้ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 นี้<sup>5</sup>

ในประเทศไทยคำว่า “เพศ” อาจมีความหมายได้ทั้งเพศทางชีวภาพ (sex) หรือเพศที่ใช้ในเชิงโครงสร้างทางสังคม (gender) ที่แต่ละบุคคลใช้ระบุตน รวมถึงคำที่ถูกใช้อย่างไม่เป็นทางการในการนิยามเพศอื่นๆ เช่น กระเทย เกย์ ทอม ดี สาวประเภทสอง หญิงหรือชายข้ามเพศ รวมถึงคำอื่นๆ ที่ถูกใช้ในสื่อและเฉพาะกลุ่มซึ่งอาจสร้างความสับสนในการเข้าใจศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับเพศ<sup>6,7</sup> และเนื่องด้วยศัพท์เกี่ยวกับเพศมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตามความรู้ความเข้าใจที่มากขึ้น รวมถึงบางคำศัพท์อาจไม่พบคำแปลอย่างเป็นทางการในประเทศไทย ในที่นี้จึงขอใช้คำต่างๆ เหล่านี้ในบทความ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน โดยคำศัพท์เกี่ยวกับเพศที่อาจพูดถึงในบทความได้แก่ อัตลักษณ์ทางเพศ (gender identity) เป็นการรับรู้ภายในของแต่ละบุคคลว่าเขาเป็นผู้ชาย ผู้หญิง หรือเพศอื่นๆ เช่น เพศเป็นกลาง (gender neutral) ไม่แน่ใจเพศตนเอง (gender queer) เพศที่ไม่ใช่ตามระบบสองเพศ (non-binary gender) และเนื่องด้วยเป็นสิ่งของแต่ละบุคคลรับรู้จึงอาจไม่ใช่สิ่งที่เห็นจากภายนอกเสมอไป<sup>1,8</sup> เพศสถานะข้ามเพศ (transgender) เป็นคำที่เป็นรูปธรรมซึ่งหมายถึงสเปกตรัมของบุคคลที่อัตลักษณ์และบทบาททางเพศ (gender role) ไม่สอดคล้องกับเพศที่ถูกกำหนดเมื่อแรกเกิด<sup>8</sup> เพศสถานะสอดคล้อง (cisgender) หมายถึง บุคคลที่มีอัตลักษณ์และการแสดงออกทางเพศสอดคล้องกับเพศที่ถูกกำหนดเมื่อแรกเกิด ผู้มีความหลากหลายทางเพศ (gender diverse) หมายถึง ผู้ที่มีอัตลักษณ์ บทบาท และการแสดงออกทางเพศแตกต่างจากเพศที่ถูกกำหนดตามวัฒนธรรมตามปกติ ซึ่งมีความนิยมใช้มากขึ้นในปัจจุบันเพื่อลดความรู้สึกเป็นตราบาปมากกว่าคำนิยามอื่นๆ เช่น คนกลุ่มน้อยทางเพศ (sexual minority)<sup>9</sup> ซึ่งในมาตรฐานการดูแลสุขภาพคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศเวอร์ชัน 8 (Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People - Eighth Edition; SOC-8) จะใช้คำว่าคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (TGD) เพื่อให้ครอบคลุมในการบรรยายผู้คนหลากหลายที่อาจแตกต่างกันไปในสังคมต่างๆ บนโลก ที่มีอัตลักษณ์และ

การแสดงออกทางเพศที่แตกต่างจากเพศทางสังคมที่กำหนดให้เขาเมื่อแรกเกิด<sup>1</sup> ซึ่งคำดังกล่าวมีความแตกต่างจากเกณฑ์การวินิจฉัยผู้มีความทุกข์ใจในเพศสภาพ ซึ่งยังเป็นภาวะสุขภาพจิตจาก Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) ของสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association; APA)<sup>10</sup> และแตกต่างจากการมีเพศไม่สอดคล้อง (gender incongruence) ของ International Classification of Diseases and Related Health Problems, 11<sup>th</sup> Version (ICD-11) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ซึ่งไม่ได้มองว่าเป็นโรคหรือเป็นความผิดปกติทางจิต<sup>11</sup> ซึ่งปัจจุบันไม่ใช่ทุกประเทศหรือระบบบริการสุขภาพที่ต้องการการวินิจฉัยสำหรับการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ (gender-affirming therapy) แต่ก็ยังมีบางประเทศที่ต้องการการวินิจฉัยเพื่อการเข้าถึงการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น<sup>1</sup>

ในปัจจุบันการศึกษากันงานประชากรกลุ่ม TGD แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ 1) การศึกษาที่รายงานสัดส่วนประชากรที่เป็น TGD จากจำนวนประชากรในระบบสุขภาพขนาดใหญ่ 2) การศึกษาจากผลการสำรวจในกลุ่มประชากรที่มักอยู่ในวัยผู้ใหญ่ และ 3) การรายงานจากผลการสำรวจในกลุ่มเยาวชนในโรงเรียน<sup>12,13</sup> จากการศึกษาในรายงานจากระบบสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่ทำในสหรัฐอเมริกา และอิงตามข้อมูลรหัสการวินิจฉัยในระบบพบสัดส่วนผู้เป็น TGD อยู่ที่ 0.02 - 0.03%<sup>14,15,16,17</sup> และจากรายงานของโครงการ Kaiser Permanente plans ของรัฐจอร์เจียและแคลิฟอร์เนียจากผู้เข้าร่วม 8 ล้านคน และใช้ข้อมูลจากระบบการวินิจฉัยและการเขียนในบันทึกทางคลินิกพบมีสัดส่วนผู้ที่เป็น TGD ประมาณ 0.04 - 0.08%<sup>18</sup> ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลที่ได้จากการสำรวจที่เป็นการรายงานด้วยตนเอง โดยจาก Behavioral Risk Factor Surveillance Study (BRFSS) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จาก 50 รัฐในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้รายงานว่าเป็นคนข้ามเพศอยู่ที่ 0.5%<sup>19,20</sup> และการสำรวจในประชากรชาวชาวตะวันตกอายุ 15 - 70 ปี พบมีสัดส่วนของผู้ที่รายงานว่ามีเพศที่ไม่สอดคล้องหรือสับสนในอัตลักษณ์ทางเพศ 1.1 - 4.6% ในผู้ที่มีเพศกำเนิดชาย และ 0.8 - 3.2% ในผู้ที่มีเพศกำเนิดหญิง<sup>21</sup> และในการศึกษาในประเทศเบลเยียมพบสัดส่วนผู้ที่รู้สึกว่าการเพศของตนไม่สอดคล้องกับเพศกำเนิดเท่ากับ 0.7% ในเพศกำเนิดชายและ 0.6% ในเพศกำเนิดหญิง<sup>22</sup> และในการสำรวจในเยาวชนจากข้อมูลของ Youth Risk Behavior Survey (YRBS) ซึ่งทำในนักเรียนเกรด 9 - 12 (อายุอยู่ในช่วง 13 - 19 ปี) พบว่าจากจำนวนนักเรียน 120,000 คน ร้อยละ

1.8 รายงานว่าตนเองเป็นคนข้ามเพศ และร้อยละ 1.6 ไม่นั่นใจว่าตนเองเป็นคนข้ามเพศหรือไม่<sup>23</sup> และมีการศึกษาที่สำรวจในเด็กอายุ 11 - 13 ปี จำนวน 2,700 คน ในโรงเรียนมัธยมรัฐซานฟรานซิสโก พบสัดส่วนของคนข้ามเพศเท่ากับ 1.3% ในประเทศไทยผู้นิพนธ์ยังไม่พบการศึกษาสัดส่วนของผู้เป็น TGD ในระบบสุขภาพไทย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรายงานเพศในฐานข้อมูลส่วนมากยังคงยึดตามเพศทางชีวภาพมากกว่าการระบุตัวตน รวมถึงไม่พบการศึกษาสัดส่วนผู้เป็น TGD ในประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วไป มีเพียงการศึกษาเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาของแบบวัดรสนิยมและอัตลักษณ์ทางเพศฉบับแปลภาษาไทยจากกลุ่มประชากรออนไลน์จำนวน 282 คน พบว่า 9.9% รายงานว่าตนเองเป็นคนข้ามเพศ 18.8% ระบุว่าตนเองเป็นผู้ที่รักชอบเพศเดียวกัน (homosexual) และ 6.0% ระบุว่าตนเองเป็นผู้ที่รักได้ทั้งสองเพศ (bisexual)<sup>24</sup> และจากการศึกษาในนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจากนักศึกษากันงาน 832 คน พบว่ามีนักศึกษา 9.62% (80 คน) รายงานว่าตนเองเป็น LGBTQ (lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer)<sup>25</sup> ในวัยรุ่นไทยพบการศึกษาในนักเรียนจำนวน 3 โรงเรียนในกรุงเทพมหานคร จำนวน 600 คน พบว่า 16.3% รายงานว่าตนเองเป็นผู้มีสถานะเพศไม่สอดคล้อง (non-cisgender) และ 35.2% รายงานว่าตนเองเป็นผู้ที่ไม่ได้รักชอบเพศเดียวกัน (non-heterosexual)<sup>26</sup> โดยสรุปข้อมูลสัดส่วนผู้เป็น TGD เมื่ออ้างอิงจากบันทึกทางการแพทย์จะพบอยู่ที่ 0.02 - 0.08% แต่เมื่อเป็นสัดส่วนจากการรายงานด้วยตนเองเมื่อเป็นนิยามอย่างเจาะจงว่าเป็นคนข้ามเพศจะมีสัดส่วนอยู่ที่ 0.3 - 0.5% ในผู้ใหญ่ และ 1.2 - 2.7% ในเด็กและวัยรุ่น แต่ถ้าใช้นิยามที่กว้างขึ้นเช่น ผู้มีความหลากหลายทางเพศ หรือมีความไม่สอดคล้องทางเพศอาจมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็น 0.5 - 4.5% ในผู้ใหญ่ และ 2.5 - 8.4% ในเด็ก<sup>1</sup> และการศึกษาเกี่ยวกับสัดส่วนผู้เป็น TGD ในประเทศไทยยังมีอยู่ค่อนข้างน้อย จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงประชากรกลุ่มนี้ในทุกช่วงอายุเพิ่มขึ้น

กลุ่ม TGD เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตหลายอย่างอันเนื่องมาจากการไม่ได้รับการยอมรับ การถูกกลั่นแกล้งรังแก การกีดกันหรือปฏิเสธจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี minority stress ที่กล่าวถึงความเครียดที่เกิดในคนกลุ่มน้อยทำให้ถูกกีดกัน ปฏิเสธจากกลุ่มใหญ่ในสังคม และทำให้พวกเขากังวลกับการเกิดประสบการณ์ดังกล่าว จนนำไปสู่การปกปิดไม่กล้าเปิดเผยตัวตน และอาจการรับเอาทัศนคติเชิงลบหรืออคติในสังคมมาเก็บไว้ เกิดเป็นความรู้สึกไม่พอใจอัตลักษณ์ทางเพศของตนเอง

เกิดเป็นภาวะเกลียดกลัวคนข้ามเพศจากภายใน (internalized transphobia)<sup>27</sup> ซึ่งการเกิดภาวะดังกล่าวก็จะเป็นความเครียดให้กับผู้ที่ เป็น TGD อีกทางหนึ่งนอกจากความเครียดทางสังคมที่เขาต้องเผชิญ จากการศึกษาศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) พบว่าวัยรุ่นที่เป็นคนข้ามเพศมีประสบการณ์การถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ถูกทำร้ายร่างกายระหว่างเขต เคยใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีเพศสถานะสอดคล้อง<sup>23</sup> และจากรายงานในประเทศจีนที่วัฒนธรรมประเพณีของครอบครัวส่งผลต่อการกีดกันทางสังคมต่อกลุ่ม TGD พบว่าในกลุ่ม TGD มีอัตราของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 32.0 - 54.5% ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 28.5 - 51.0% การพยายามฆ่าตัวตายเท่ากับ 11.1 - 25.7% และพบการใช้สารเสพติดเพื่อการมีกิจกรรมทางเพศ (sexualized drug use, chemsex) เท่ากับ 20.9%<sup>28</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่ากลุ่ม TGD มีประสบการณ์ถูกทำร้ายทางกาย วาจา และทางเพศ ถูกกีดกันและเลือกปฏิบัติในครอบครัว สถานศึกษา ที่ทำงาน รวมถึงสถานพยาบาล<sup>29-32</sup> มีภาวะเครียดซึมเศร้า<sup>33</sup> การทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตาย<sup>34</sup> การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าคนทั่วไป<sup>35</sup> และมีภาวะสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป<sup>36</sup> แต่อย่างไรก็ตามในประเทศไทยเริ่มมีการตระหนักถึงสิทธิและคุณภาพชีวิตของกลุ่ม TGD มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทการเรียนในระดับอุดมศึกษา<sup>37</sup> และการพยาบาล<sup>38,39</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานบริการภาคเอกชน<sup>40</sup>

เนื่องด้วยความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่ม TGD สูงกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป แม้ว่าส่วนหนึ่งจะมีสาเหตุจากปัญหาทางสังคมที่ซับซ้อน แต่ก็พบว่าอาการทางจิตเวชบางอย่างสามารถที่จะดีขึ้นด้วยการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศทั้งการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัด<sup>41-44</sup> ซึ่งการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตัวเอง มีภาพลักษณ์ของตัวเอง<sup>45</sup> รวมถึงสุขภาพทางเพศที่ดีขึ้น<sup>46,47</sup> ในประเทศไทยพบกลุ่ม TGD ที่เข้ารับการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศในคลินิก Gen-V จำนวน 105 คน พบว่ากลุ่ม TGD ที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศมีแนวโน้มที่จะมีประวัติการทำร้ายตนเองที่ไม่ได้มีเจตนาให้เสียชีวิต (non-suicidal self-injury; NSSI) น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ผ่าตัด 0.33 เท่า<sup>34</sup> ซึ่งผลดังกล่าวอาจนำไปสู่การลดลงของความทุกข์ใจในเพศสภาพที่กลุ่ม TGD มีอยู่<sup>48</sup> แม้การรักษาปัญหาทางจิตเวชก่อนการเปลี่ยนเพศอาจมีความจำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางจิตเวชเกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการรู้คิด (cognitive impairment)

หรืออาการทางจิตเภท เช่น การมีภาพหลอน หูแว่ว หวาดระแวง เพราะอาการดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและตัดสินใจ การดูแลตัวเองระหว่างกระบวนการผ่าตัดและติดตามการรักษาต่อเนื่อง<sup>49</sup> แต่อย่างไรก็ตามการรักษาดังกล่าวไม่ควรจะเป็นอุปสรรคต่อการที่กลุ่ม TGD จะเข้าถึงการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ เพราะการรักษาดังกล่าวอาจนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของกลุ่ม TGD<sup>1</sup> ดังนั้น SOC8 จึงได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มคนข้ามเพศ 10 คำแนะนำดังนี้

### คำแนะนำที่ 1

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตให้การรักษาอาการทางสุขภาพจิตที่รบกวนความสามารถของบุคคลในการให้ความยินยอมต่อการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศก่อนการเริ่มต้นการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการให้ความยินยอมเกี่ยวกับการรักษาเป็นสิ่งสำคัญในทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ผู้ให้การรักษาด้วยฮอร์โมน ศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัด หรือจิตแพทย์ที่จะให้การรักษาหรือทำจิตบำบัด ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาข้อดี ข้อเสีย รวมถึงทางเลือกอื่นๆ จนกระทั่งกลุ่ม TGD สามารถที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง<sup>50</sup> นอกจากนี้จิตแพทย์อาจได้รับคำปรึกษาเพื่อช่วยในการประเมินความสามารถของผู้ที่เป็น TGD ในการให้ความยินยอมหลังได้รับข้อมูลการรักษา (informed consent) ซึ่งนอกจากโรคที่มีความบกพร่องในการรู้คิด และอาการทางจิตเภทที่มีผลกับการให้ความยินยอมดังกล่าวแล้ว ผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด (substance use disorder) เองก็เป็นปัญหาที่สำคัญหนึ่งที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ข้อมูลการรักษาและให้ความยินยอมได้เช่นกัน<sup>51</sup> อย่างไรก็ตามอาจจะมีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตแต่ก็สามารถที่จะเข้าใจข้อมูลและให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ ดังนั้นการสื่อสารกันระหว่างทีมการรักษาจึงมีความสำคัญในการตัดสินใจการรักษา<sup>52</sup> นอกจากนี้แม้เป็นผู้ที่มีความลำบากในการเข้าใจข้อมูลการรักษา การให้เวลากับการอธิบายและทบทวนความเข้าใจให้เวลาในการตัดสินใจอาจช่วยให้บุคคลสามารถที่จะให้ความยินยอมหลังได้รับข้อมูลได้<sup>1</sup> รวมถึงการให้การรักษาปัญหาทางสุขภาพจิตก็อาจทำให้ผู้ที่ได้รับการรักษาแล้วสามารถที่จะเข้าใจและให้ความยินยอมในการรักษาได้ดีมากขึ้นได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามก็ตามโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวลที่ไม่ได้มีผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าใจข้อมูลการรักษาและการให้ความยินยอม

ไม่ควรจะเป็นอุปสรรคในการให้การรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ เนื่องจากการรักษาดังกล่าวอาจส่งผลให้อาการเหล่านี้ดีขึ้นได้<sup>44</sup>

### คำแนะนำที่ 2

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตให้การดูแลและสนับสนุนคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในการรักษาอาการทางสุขภาพจิตที่รบกวนความสามารถของบุคคลในการมีส่วนร่วมในการดูแลในช่วงการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศที่สำคัญ

การเตรียมตัวตั้งแต่มองข้ามผ่าตัดจนกระทั่งหลังการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศ ต้องการความสามารถในการดูแลตัวเองของกลุ่ม TGD หลายด้าน เช่น การงดอาหารก่อนผ่าตัด การมาโรงพยาบาลตามนัดหมาย การเตรียมจัดการเรื่องการเงิน - ค่าใช้จ่าย การดูแลแผล การทำหัตถการบางอย่างหลังผ่าตัด (เช่น การขยายช่องคลอดหลังการผ่าตัดช่องคลอด) ซึ่งจะนำมาซึ่งผลการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศที่ดี กลุ่ม TGD ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมา<sup>53</sup> เช่น ผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด ในประเทศไทยพบว่ากลุ่มคนข้ามเพศที่เข้ารับการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศในคลินิกเพศหลากหลาย (Gender Variant Clinic; Gen-V Clinic) โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 105 คน พบว่า 52.4% เคยสูบบุหรี่ 87.4% เคยดื่มเหล้า และพบผู้ที่เคยใช้สารเสพติด ผิดกฎหมาย 10%<sup>35</sup> ซึ่งผู้ใช้สารเสพติดเหล่านี้อาจมีปัญหาในการมาติดตามรักษาตามนัดหมาย นอกจากนี้ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าหรือจิตเภทอาจจะเลยในการดูแลแผล ไม่สนใจว่ามีการติดเชื้อหรือแผลแยก<sup>54</sup> และพบว่าผู้ป่วยทางจิตที่ยังมีอาการอยู่มีความสัมพันธ์กับความต้องการได้รับการดูแลทางการแพทย์หลังผ่าตัดและการดูแลเกี่ยวกับการผ่าตัดสูงขึ้น<sup>55</sup> แต่อย่างไรก็ตามการมีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจไม่ควรถูกมองเป็นอุปสรรคในการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ แต่ควรมองว่าเป็นสัญญาณว่าคนกลุ่มนี้ต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือทางสุขภาพจิตเพื่อนำมาสู่ผลลัพธ์การผ่าตัดที่ดี รวมถึงอาจต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อนหรือคนใกล้ชิด เพื่อช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับการเตรียมตัวในการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศ<sup>52</sup> แต่อย่างไรก็ตามควรชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ของการรักษาโรคทางจิตเวชก่อนการผ่าตัด กับโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการชะลอการผ่าตัดออกไป เช่น การเกิดความทุกข์ใจในเพศสภาพ การถูกกีดกันทางสังคม<sup>56</sup>

### คำแนะนำที่ 3

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตควรประเมินผลกระทบทางลบของอาการสุขภาพจิตที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ตามแต่ละประเภทของการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศ เมื่อพบอาการทางสุขภาพจิตหรือการใช้สารเสพติดที่สำคัญ

การผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ เช่น หน้าอก อวัยวะเพศ มดลูกและรังไข่ กล่องเสียง ซึ่งการผ่าตัดแต่ละประเภทจำเป็นต้องมีการเตรียมตัวและการดูแลในช่วงก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัดที่แตกต่างกันไป ซึ่งการเตรียมตัวและการดูแลที่ดีก็จะนำไปสู่ผลลัพธ์ในการผ่าตัดที่ดี<sup>57</sup> ปัญหาทางสุขภาพจิตอาจส่งผลกระทบต่อเตรียมตัวและการดูแลตนเองดังที่ได้กล่าวมา<sup>58</sup> จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลกระทบของโรคทางจิตเวชต่อการเตรียมตัวและการดูแลตัวเองในการผ่าตัด วางแผนรับมือกับผลทางลบที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสนับสนุนความสามารถของกลุ่ม TGD ที่มีความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตในการเตรียมตัวและดูแลตนเอง นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอาจช่วยในการตัดสินใจโดยช่วงระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับจากการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศ<sup>59,60</sup> เช่น ความทุกข์ใจในเพศสภาพที่ลดลง สามารถใช้ชีวิตได้ตรงกับเพศที่ตนเองรับรู้หรือสุขภาพะทางเพศที่ดีขึ้น กับผลแทรกซ้อนของการผ่าตัด รวมถึงแพทย์ทุกคนที่ดูแลกลุ่ม TGD อาจช่วยในการทบทวนการเตรียมตัวในช่วงก่อนผ่าตัดและการดูแลตนเองในช่วงการผ่าตัดได้<sup>52</sup> นอกจากนี้แพทย์อาจช่วยกันกับกลุ่ม TGD ในการดูว่าพวกเขามีใครที่ น่าจะช่วยในการสนับสนุนในการดูแลการผ่าตัดหรือการเตรียมตัวเพิ่มเติม เช่น การติดต่อกับที่ทำงานหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการผ่าตัด การวางแผนค่าใช้จ่าย การลางาน และการปรับตัวกับบุคลิกที่เปลี่ยนแปลงไป (เช่น การเลือกใช้ห้องน้ำที่เหมาะสม การติดต่อกับหน่วยงานราชการ ธนาคาร การเดินทางหรือการทำธุรกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นต้องระบุตัวตน) โดยอาจออกไปรับรองแพทย์เพื่อช่วยในการยืนยันตัวตนให้กับกลุ่ม TGD นอกจากนี้อาจต้องช่วยเหลือในการจัดการกับความคาดหวังต่างๆ เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนเพศ เช่น การมีแผลเป็น การขยับถ่าย การทำกิจกรรมทางเพศ<sup>1</sup>

#### คำแนะนำที่ 4

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพประเมินความต้องการการสนับสนุนด้านจิตสังคมและการสนับสนุนที่นำไปใช้ได้จริงของคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในช่วงการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศ

แพทย์ที่ดูแลกลุ่ม TGD ควรที่จะประเมินความต้องการในการช่วยเหลือทางจิตสังคม หรือการสนับสนุนอื่นๆ ที่นำไปปฏิบัติได้จริง ให้เหมาะสมในระหว่างการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศ<sup>61</sup> เช่น การปรับตัวกับสถานศึกษา ที่ทำงาน ครอบครัว ชุมชน การยอมรับของบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกันและให้คำปรึกษาภาระหน้าที่ การวางแผนค่าใช้จ่าย ซึ่งการประเมินดังกล่าวจะทำให้ทราบถึงการสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับพวกเขา และเป็นการทำงานร่วมกันเพื่อให้ก้าวข้ามผ่านกระบวนการผ่าตัดไปได้<sup>57</sup> นอกจากนี้ในช่วงการผ่าตัดอาจช่วยประเมินการจัดการภาระหน้าที่รับผิดชอบต่างๆ ผลกระทบต่อการทำงานและรายได้ของเขา ประเมินที่อยู่อาศัยหากต้องเดินทางมาไกล การวางแผนรับมือหากมีผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหรือการจัดการปัญหาอื่นๆ เช่น การขยับถ่ายหรือการเลิกสูบบุหรี่<sup>62</sup> เนื่องด้วยความซับซ้อนของระบบทางการแพทย์กลุ่ม TGD บางคนอาจไม่สามารถที่จะก้าวผ่านการทำหัตถการที่ต้องการการดูแลตนเองโดยลำพังได้ ดังนั้นการได้รับความช่วยเหลือจากผู้ให้การดูแลสุขภาพ เพื่อน และครอบครัวของเขาจึงมีความจำเป็น<sup>63</sup>

#### คำแนะนำที่ 5

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพให้คำปรึกษาและช่วยเหลือคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในการหยุดใช้ยาสูบหรือบุหรี่ก่อนการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศ

กลุ่มคนข้ามเพศมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงโดยพบได้ 63.5% ในหญิงข้ามเพศและ 74.4% ในชายข้ามเพศ<sup>64</sup> ในประเทศไทยพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของผู้เข้ารับบริการที่คลินิกเพศหลากหลายโรงพยาบาลรามารับดี 52.4%<sup>35</sup> ซึ่งมากกว่าความชุกการสูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเกือบ 3 เท่า (19.1%)<sup>65</sup> นอกจากนี้การใช้บุหรี่ไฟฟ้าก็พบในกลุ่มคนข้ามเพศได้มากเช่นกัน โดยการสำรวจระดับชาติในสหรัฐอเมริกาในคนที่เป็นเพศสอดคล้อง 17,164 คน และคนข้ามเพศ 168 คน พบว่ามีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มคนข้ามเพศมากกว่าประชากรทั่วไปถึงประมาณ 4 เท่า (21.3% vs 5.0%)<sup>66</sup> แม้จะมีการศึกษาถึงผลกระทบของการใช้บุหรี่มากมายแต่คนจำนวนมากก็ยังไม่ตระหนักถึงภัยที่เกิดขึ้น<sup>67</sup> ซึ่งการสูบบุหรี่

จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ในผู้ที่ได้รับฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศโดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน เช่น การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis)<sup>68</sup> นอกจากนี้ชายข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) พบมีความสัมพันธ์กับความหนาของหลอดเลือดคาโรติด และเพิ่มภาวะการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง (arterial stiffness) เทียบกับชายข้ามเพศที่ไม่ได้รับฮอร์โมน<sup>69</sup> ซึ่งการสูบบุหรี่ก็เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เช่นกัน

นอกจากความเสี่ยงต่อสุขภาพแล้ว การสูบบุหรี่ยังสัมพันธ์กับผลลัพธ์การผ่าตัดที่แย่ง การเกิดผลแทรกซ้อน การเกิดภาวะเนื้อตาย (tissue necrosis) และความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดแก้ไข<sup>70</sup> รวมถึงการเกิดการติดเชื้อหลังการผ่าตัด<sup>71</sup> ครอบคลุมกระบวนการหายของบาดแผลหลังการผ่าตัด<sup>72</sup> เกิดภาวะเนื้อตาย แผลหายล่าช้า และปัญหาแผลเป็น<sup>73</sup> ดังนั้นศิษย์แพทย์จึงแนะนำให้หยุดการสูบบุหรี่ก่อนการผ่าตัดและหลังการผ่าตัดต่อเนื่องจนกว่าแผลผ่าตัดจะหายดี<sup>74</sup> อย่างไรก็ตามการเลิกสูบบุหรี่ก็เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เนื่องจากบางคนอาจติดบุหรี่หรืออาจใช้บุหรี่เป็นกลไกในการแก้ไขปัญหาลำบาก<sup>74</sup> ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพทุกคนที่ให้การดูแลกลุ่ม TGD ก่อนการผ่าตัดจึงควรช่วยเหลือในการหยุดสูบบุหรี่ทั้งการแนะนำให้เข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่หรือให้การรักษาโดยตรง

#### คำแนะนำที่ 6

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพคงการรักษาด้วยการให้ฮอร์โมนเดิมในกรณีของคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทางจิตเวชหรือทางการแพทย์ ยกเว้นว่ามีข้อห้ามในการใช้

กลุ่ม TGD ที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวเองเป็นผู้ป่วยในควรที่จะได้รับการคงการใช้ยาฮอร์โมนที่เขาใช้อยู่เดิม ซึ่งในปัจจุบันยังไม่พบมีหลักฐานสนับสนุนการหยุดใช้ยาฮอร์โมนก่อนการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ยกเว้นในกรณีที่เขาได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องหยุดใช้ฮอร์โมน เช่น การมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำอย่างฉับพลัน (acute venous thromboembolism)<sup>63</sup> นอกจากนี้การตัดสินใจหยุดใช้ฮอร์โมนก่อนการผ่าตัดก็ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนเช่นกัน การพิจารณาจึงควรชั่งระหว่างประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละบุคคล<sup>75</sup>

การใช้ฮอร์โมนเพื่อการข้ามเพศพบว่า สามารถช่วยในการเพิ่มคุณภาพชีวิตรวมถึงลดอาการทางสุขภาพจิตในกลุ่ม TGD ได้

โดยจากการติดตามศึกษาการใช้ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศเป็นเวลา 18 เดือน ในกลุ่ม TGD จำนวน 178 คน พบว่ามีการลดลงของอาการซึมเศร้า<sup>44</sup> การพยายามทำร้ายตนเอง<sup>76</sup> และช่วยให้พวกเขามีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่แตกต่างกับประชากรทั่วไป<sup>77</sup> ดังนั้นการหยุดใช้ฮอร์โมนเพื่อการข้ามเพศที่กลุ่ม TGD ใช้ประจำจึงเปรียบเหมือนการมองข้ามประโยชน์ดังกล่าวและอาจเกิดผลทางลบกับพวกเขาได้ ซึ่งสาเหตุหนึ่งของการหยุดการใช้ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศอาจเป็นเพราะผู้ให้การดูแลทางสุขภาพส่วนมากอาจไม่ทราบถึงประโยชน์ที่ได้รับ และความเสี่ยงที่ต่ำจากการคงการรักษาด้วยฮอร์โมน โดยมีการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ของสหรัฐอเมริกาและแคนาดาพบว่านักศึกษาแพทย์ที่ได้รับการเรียนเกี่ยวกับกลุ่ม TGD เพียงประมาณ 5 ชั่วโมง ในตลอด 4 ปีของการเรียนแพทย์<sup>78</sup> และจากการสำรวจในแพทย์แผนกฉุกเฉินพบว่า 88% เคยให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มคนข้ามเพศ แต่มีเพียง 17.5% เท่านั้นที่เคยได้รับการฝึกหัดในการให้การดูแลกลุ่ม TGD นี้<sup>79</sup> ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาถึงความรู้ในการให้บริการกลุ่มคนข้ามเพศ ทั้งในนักศึกษาแพทย์และผู้ให้บริการทางการแพทย์ซึ่งควรที่จะมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป โดยหากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลกลุ่ม TGD เพิ่มมากขึ้น ผู้ให้การดูแลทางสุขภาพก็จะเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการคงการรักษาฮอร์โมนของกลุ่ม TGD ในขณะที่ต้องรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมากขึ้นด้วย

## คำแนะนำที่ 7

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพยืนยันให้แน่ใจว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนเรียกด้วยชื่อและสรรพนามที่ถูกต้อง (ตามที่ผู้ป่วยระบุ) และจัดการเข้าถึงห้องน้ำและที่นอนที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางเพศของบุคคล หากคนข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ

กลุ่ม TGD จำนวนมากต้องเผชิญกับการกีดกันในบริบทต่างๆ ทั้งในครอบครัว การศึกษา การทำงาน รวมถึงบริบททางสุขภาพในหลายๆ บริบท เช่น โรงพยาบาล หน่วยการรักษาทางสุขภาพจิต และหน่วยบำบัดยาเสพติด โดยพบว่ากลุ่ม TGD 19% เคยถูกปฏิเสธการให้การดูแลทางการแพทย์ และ 50% พวกเขาต้องเป็นผู้ให้คำแนะนำกับแพทย์เกี่ยวกับการดูแลกลุ่ม TGD<sup>80</sup> ซึ่งระบบการดูแลที่ไม่เหมาะสมกับกลุ่มบุคคลที่เป็น TGD นี้ จะยิ่งส่งเสริมความเชื่อเกี่ยวกับการกีดกันในสังคมที่กลุ่มคนเหล่านี้เคยมีประสบการณ์<sup>81</sup> และนำไปสู่การหลีกเลี่ยงที่จะเข้ารับบริการทางสุขภาพเนื่องจากความกังวลกลัวว่าจะถูกกีดกันอีก<sup>82</sup> โดยพบว่า

28% ของกลุ่ม TGD เมื่อมีความเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บมักชะลอที่จะเข้ารับการรักษาเนื่องจากกลัวการถูกกีดกัน และพบว่า 48% ไม่สามารถที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้<sup>80</sup> ซึ่งสาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่ม TGD มักได้รับการปฏิเสธในการทำประกันสุขภาพ โดยพบว่ากลุ่ม TGD มีแนวโน้มที่จะไม่มีประกันสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีเพศสอดคล้อง 1.47 - 2.02 เท่า<sup>83</sup> เช่นเดียวกับการสำรวจในประเทศไทยที่พบว่ากลุ่ม TGD จำนวนมากเคยประสบปัญหาในการเข้ารับบริการสุขภาพและถูกเลือกปฏิบัติ<sup>30,32</sup> แม้จะพบว่าปัจจุบันมีความสนใจในการให้การพยาบาลแก่ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศมากขึ้น<sup>38,39</sup>

นอกจากนี้ประสบการณ์การถูกกีดกันของกลุ่ม TGD ยังเป็นปัจจัยทำนายการมีความคิดฆ่าตัวตาย การทำร้ายตัวเอง<sup>84</sup> โดยจะเพิ่มความเสี่ยงที่จะมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว 2.09 - 2.86 เท่า<sup>85</sup> และพบว่าความเครียดของคนกลุ่มน้อยทางเพศ (gender minority stress) ซึ่งประกอบด้วย การตกเป็นเหยื่อ (victimization) การถูกปฏิเสธ (rejection) การถูกกีดกัน (discrimination) และการไม่ยอมรับเพศที่เขาเป็น (non-affirmation) มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย<sup>86,87</sup> นอกจากนี้พบว่าการถูกปฏิเสธการใช้ห้องอาบน้ำที่เหมาะสมกับเพศมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายเช่นกัน<sup>88</sup> ในทางกลับกันพฤติกรรมที่แสดงถึงความใส่ใจเกี่ยวกับเพศ เช่น การเรียกกลุ่ม TGD ด้วยชื่อที่เขาเลือกหรือต้องการให้เรียกพบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ต่ำกว่า<sup>89</sup> นอกจากนี้การเกลียดกลัวคนข้ามเพศทั้งในเชิงโครงสร้าง (เช่น การถูกกีดกันด้วยกฎระเบียบ นโยบาย หรือบรรทัดฐานทางสังคม) และจากภายในบุคคลควรได้รับการแก้ไขเพื่อที่จะช่วยในการลดปัญหาการฆ่าตัวตายในกลุ่มคนข้ามเพศ และเพื่อเป็นการให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม<sup>90</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในไทยที่พบว่าความเกลียดกลัวคนข้ามเพศจากภายในเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย<sup>91</sup> ดังนั้นบริบททางสุขภาพควรมีแนวทางในการลดอันตรายที่อาจเกิดกับกลุ่ม TGD ที่มารับบริการโดยให้ความเคารพและการจัดการสถานที่ที่เหมาะสมกับอัตลักษณ์ทางเพศของพวกเขา

## คำแนะนำที่ 8

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตส่งเสริม สนับสนุน และเสริมพลังให้คนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศพัฒนาและรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนทั่วไป และครอบครัว

แม้ความเครียดและผลกระทบทางตรงจากการกีดกันทางสังคมจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของกลุ่ม TGD แต่การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยที่ช่วยปกป้องผลดังกล่าวนี้ได้<sup>92</sup> ซึ่งการสนับสนุนดังกล่าวมีความสำคัญเนื่องจากกลุ่ม TGD หากได้รับการปฏิเสธหรือพบความเกลียดกลัวคนข้ามเพศจากครอบครัว เพื่อน หรือคนรอบข้าง พวกเขาอาจซึมซับสิ่งเหล่านั้นเข้ามาในตัว (internalized)<sup>93</sup> นอกจากนี้พบว่าการมีประสบการณ์การถูกทารุณกรรมเนื่องจากความเกลียดกลัวคนข้ามเพศ โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น จะส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นๆ ไปตลอดชีวิต โดยจากการศึกษากลุ่มคนข้ามเพศหญิง (female transgender) ในนิวยอร์ก จำนวน 571 คน ที่เคยถูกทารุณกรรมในช่วงวัยรุ่น พบว่าประสบการณ์ดังกล่าวสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย<sup>94</sup>

การสร้างการสนับสนุนทางสังคมที่ยอมรับเพศเป็นปัจจัยปกป้องต่อปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ เปรียบเสมือนเกราะป้องกันผลทางลบต่อสุขภาพจิตจากการถูกใช้ความรุนแรง การเป็นตราบาป และการกีดกัน โดยจากการสำรวจในกลุ่ม TGD จำนวน 1,093 คน พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนเป็นปัจจัยป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพจิตได้<sup>95</sup> นอกจากนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยการเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์โดยกลุ่ม TGD จำนวนมากต้องอาศัยอยู่เพียงลำพัง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เขามีผู้ที่สามารถติดต่อบุคคลในยามฉุกเฉิน มีผู้สนับสนุนทางจิตใจร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม TGD ด้วยกันเอง ดังนั้นการสนับสนุนให้กลุ่ม TGD ได้มีการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญในการช่วยเหลือทางสุขภาพจิตได้<sup>96,97</sup> และการสนับสนุนนี้สามารถนำไปสู่การฟื้นกลับทางใจหลังเผชิญปัญหา (resilience)<sup>98,99</sup> และพบว่า การสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว และกลุ่มเพื่อนที่เป็น LGBTQ+ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิต สุขภาวะ (well-being) และคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>99-102</sup> นอกจากนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยพัฒนากลไกการจัดการปัญหา (coping mechanism) ที่เหมาะสม และนำไปสู่การมีประสบการณ์ทางบวกกับกระบวนการเปลี่ยนเพศ<sup>103</sup> ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาถึงผลของการได้รับการสนับสนุน

ทางสังคมจากบริบทต่างๆ แต่พบเพียงรายงานถึงการกีดกันจากบริบทต่างๆ<sup>32</sup> แม้จะพบว่าในความเป็นจริงคนส่วนใหญ่ในประเทศไทยให้การยอมรับกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ<sup>104,105</sup> ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลทางบวกของผู้ที่ให้การยอมรับและช่วยเหลือสนับสนุนกลุ่ม TGD นี้ในประเทศไทย

ผู้ให้การดูแลสุขภาพคนข้ามเพศสามารถที่จะช่วยสนับสนุนกลุ่ม TGD ในการสร้างระบบการสนับสนุนทางสังคมที่ตระหนักและยอมรับอัตลักษณ์ที่แท้จริงของเขา ในทางตรงกันข้ามกลุ่ม TGD หากขาดการสนับสนุนทางสังคมรวมถึงการมีปัญหาคือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ปัญหาสุขภาพจิต<sup>106, 107</sup> รวมถึงเป็นปัจจัยที่ทำนายผลลัพธ์ของการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ โดยจากการศึกษาเชิงคุณภาพกลุ่ม TGD บางคนอาจรู้สึกไม่ปลอดภัยในการไปสถานที่ที่อาจไม่ยอมรับพวกเขาหลังการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศ<sup>41</sup> ดังนั้นผู้ให้การดูแลสุขภาพควรส่งเสริม สนับสนุน และเสริมพลังกลุ่ม TGD เพื่อสร้างและคงไว้ซึ่งระบบการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้จะช่วยสร้างทักษะทางสังคมและช่วยพวกเขาในการจัดการกับการกีดกันทางสังคม และอาจช่วยในการลดการฆ่าตัวตายและพัฒนาสุขภาพจิตของพวกเขา<sup>108</sup>

## คำแนะนำที่ 9

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพไม่ควรกำหนดให้คนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศต้องได้รับการบำบัดก่อนเริ่มการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ แม้จะตระหนักว่าการบำบัดอาจจะมีประโยชน์กับคนข้ามเพศหรือผู้มีความหลากหลายทางเพศบางคน

การทำจิตบำบัดถูกนำมาใช้กับกลุ่ม TGD มาอย่างยาวนาน<sup>109</sup> ซึ่งวัตถุประสงค์ เจือปน วิถีการ และหลักการในการทำจิตบำบัดเป็นส่วนที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เวอร์ชันแรกๆ ของ SOC<sup>110</sup> ในปัจจุบันกลุ่ม TGD อาจแสวงหาการทำจิตบำบัดหรือขอคำปรึกษาเพื่อจัดการกับความทุกข์ใจในเพศสภาพ และอาจช่วยในกระบวนการเปิดเผยตัวตน (coming-out process)<sup>111</sup> การรักษาทางจิตใจเป็นเครื่องมือหนึ่งในการจัดการปัญหาของกลุ่ม TGD ในด้านต่างๆ เช่น การสำรวจอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกทางเพศ การยอมรับตนเอง และเสริมการฟื้นกลับทางใจหลังเผชิญปัญหา<sup>112</sup> รวมถึงเป็นวิธีการรักษาอาการทางสุขภาพจิตที่อาจพบในกลุ่ม TGD ซึ่งแม้ว่าการซึมเศร้าจะลดลงหลังจากได้รับ

การรักษาด้วยฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศแต่ระดับความกังวลอาจยังคงสูงอยู่<sup>44</sup> เนื่องจากกลุ่ม TGD อาจยังต้องเผชิญกับการตกเป็นเหยื่อ การกีดกัน หรือการปฏิเสธจากสังคม<sup>113,114</sup> ดังนั้นการทำจิตบำบัดอาจยังมีบทบาทในการลดอาการความกังวลดังกล่าว

ในช่วงไม่กี่ปีมานี้มีรายงานถึงประโยชน์จากการทำจิตบำบัดด้วยวิธีต่างๆ เช่น Building Awareness of Minority Stressors (BAMS), Transgender Affirmative psychotherapy (TA),<sup>115</sup> Transgender-affirmative cognitive behavior therapy (TA-CBT),<sup>116</sup> Transgender Therapy Group,<sup>117</sup> Interpersonal therapy (IPT),<sup>118</sup> Gestalt group counselling<sup>119</sup> และบางรูปแบบการทำบำบัดถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อการทำบำบัดในคนข้ามเพศที่เป็นผู้ใหญ่หรือผู้ที่ไม่ได้ระบุตัวตนในระบบสองเพศ เช่น Transgender Resilience Intervention Model (TRIM)<sup>112</sup> อย่างไรก็ตามการทำบำบัดเหล่านี้ยังต้องการข้อมูลทางวิชาการเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบประโยชน์ของการทำบำบัดแต่ละรูปแบบ<sup>120</sup> เนื่องจากการทำจิตบำบัดเองอาจสร้างได้ทั้งประสบการณ์ที่ดีและแย่แก่กลุ่ม TGD<sup>121</sup> และอาจเป็นการอุปสรรคในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้บำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าการทำบำบัดเป็นเงื่อนไขในการที่กลุ่ม TGD จะได้เข้ารับการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ<sup>122</sup>

กลุ่ม TGD จำนวนมากตัดสินใจเข้ารับการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศโดยไม่ต้องการกรทำจิตบำบัดหรือต้องการแค่เพียงเล็กน้อยโดยจากการศึกษาในกลุ่ม TGD ที่เข้ารับการรักษาด้วยฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศจำนวน 509 คน โดยการคัดกรองจากแพทย์ผู้ดูแลระดับปฐมภูมิ (primary care physician) พบว่ามีเพียง 8% ที่จำเป็นต้องส่งประเมินสุขภาพจิตก่อนการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ แต่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ผู้ดูแลระดับปฐมภูมิร้อยละ 80 ระบุว่ามีความต้องการที่จะปรึกษาสุขภาพเกี่ยวกับสุขภาพจิตด้วยเช่นกัน<sup>123</sup> ถึงแม้ว่าการทำจิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ อาจมีประโยชน์กับกระบวนการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศในแต่ละช่วงต่างกัน รวมถึงความต้องการในการทำจิตบำบัดก็อาจมีความแตกต่างในแต่ละช่วงของการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศเช่นกัน<sup>124</sup> แต่ยังไม่พบหลักฐานถึงประโยชน์ของการทำจิตบำบัดก่อนเริ่มการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ รวมถึงอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้ที่ไม่ได้มีความจำเป็นต้องเข้ารับการทำจิตบำบัด หรือหากการบำบัดนั้นเป็นเงื่อนไขในการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดนั้นได้ก็อาจจะต้องชะลอการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศที่จำเป็นไป

## คำแนะนำที่ 10

เราแนะนำให้ไม่ควรให้การบำบัดเพื่อ “ซ่อมแซม” และ “เปลี่ยนกลับ” ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อพยายามเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกตามเพศของบุคคลเพื่อให้สอดคล้องกับเพศที่ถูกกำหนดเมื่อแรกเกิดมากขึ้น

การรักษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ “ซ่อมแซม (reparative)” หรือ “เปลี่ยนกลับ (conversion)” อัตลักษณ์ทางเพศให้ตรงกับเพศกำเนิดได้ถูกต่อต้านโดยองค์กรต่างๆ มากมายทั่วโลก นอกจากนี้หลายรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกาได้สั่งห้ามการรักษาเพื่อเปลี่ยนกลับอัตลักษณ์ทางเพศ ซึ่งความพยายามในการเปลี่ยนกลับรสนิยมทางเพศ (sexual orientation change effort; SOCE) นี้หมายถึงการรักษาใดๆ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต หรือบุคคลอื่นๆ ที่พยายามจะเปลี่ยนอัตลักษณ์หรือการแสดงออกทางเพศให้สอดคล้องกับเพศกำเนิดของบุคคลนั้นๆ<sup>125</sup>

ผู้ที่ให้การสนับสนุน “การรักษาด้วยการเปลี่ยนกลับ” มองว่าการรักษาอาจจะช่วยให้นุคคลปรับตัวอยู่ในสังคมได้ดีกว่า และอาจจะมีบางคนที่มีความตั้งใจที่จะขอเปลี่ยนกลับอัตลักษณ์หรือการแสดงออกทางเพศของเขาอย่างไรก็ตามยังไม่พบหลักฐานของประสิทธิภาพของ SOCE รวมถึงการศึกษาส่วนใหญ่มีข้อบกพร่อง เช่น ขาดกลุ่มควบคุม เป็นการศึกษาย้อนหลัง มีอคติของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขาดความหลากหลายทางเพศและเชื้อชาติ<sup>126</sup> นอกจากนี้พบว่า SOCE ยังก่อให้เกิดผลทางลบ ทั้งการเกิดภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ขาดความนับถือตนเอง และรู้สึกรังเกียจตัวเอง<sup>127,128,129</sup> รวมถึงมีมุมมองต่อการรักชอบเพศเดียวกัน มีปัญหาสมรรถนะทางเพศ (sexual dysfunction) มีความบกพร่องในความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างคู่รัก (romantic relationship)<sup>130</sup> นอกจากนี้ในการศึกษาแบบย้อนหลังพบว่า การได้รับ SOCE ยังมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด การมีระดับการศึกษาสูงสุดและรายได้ต่อสัปดาห์ในระดับที่ต่ำ<sup>131,132,133</sup> อีกทั้งในปี ค.ศ. 2021 สมาคมจิตวิทยาสหรัฐอเมริกาได้กล่าวว่า “หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และประสบการณ์ทางคลินิกพบว่าความพยายามในการเปลี่ยนอัตลักษณ์ทางเพศทำให้นุคคลนั้นมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายขึ้นได้”<sup>125</sup> ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับความความเสี่ยงของวิธีการรักษาดังกล่าวอาจช่วยนำไปสู่การลดลงของผู้ให้ การรักษาด้วยวิธีการดังกล่าว และลดจำนวนบุคคลและครอบครัวที่จะเลือกการรักษาด้วยวิธีการนี้ได้

## สรุป

มาตรฐานการดูแลสุขภาพคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงเรื่อยๆ ตามการศึกษาวิจัยและความรู้ที่มีมากขึ้น โดยมีแนวโน้มที่จะลดเงื่อนไขต่างๆ ในการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ ดังนั้นบทบาทของจิตแพทย์และผู้ให้การดูแลทางด้านจิตใจของกลุ่ม TGD ควรที่จะเป็นผู้ช่วยเหลือในกระบวนการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ ประเมินและให้การดูแลรักษาปัญหาสุขภาพจิตที่แต่ละบุคคลมีอยู่ โดยคำนึงถึงความสามารถในการให้ความยินยอมการรักษาหลังได้รับข้อมูลเป็นหลัก ตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการได้รับการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ ประสานงานกันกับแพทย์และผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ เพื่อวางแผนในการรักษาร่วมกันในกรณีที่มีความซับซ้อน โดยคำนึงถึงบริบทแวดล้อมของกลุ่ม TGD แต่ละบุคคลและการส่งเสริมการสนับสนุนจากบริบทต่างๆ ที่แวดล้อมบุคคลที่เป็น TGD นั้นๆ นอกจากนี้จิตแพทย์อาจมีบทบาทในการให้ความรู้แก่บุคคลอื่นๆ เช่น บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลกลุ่ม TGD ผู้ที่ใกล้ชิดกลุ่ม TGD รวมถึงการให้ความรู้แก่สังคมในเรื่องนี้ จะช่วยให้ลดความเกลียดกลัวคนข้ามเพศ และการกีดกันทางสังคม และนำมาสู่การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ ในกลุ่ม TGD ได้ นอกจากนี้บุคลากรทางสุขภาพทุกคนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมของบริบทการให้การรักษาที่มีความเหมาะสมกับอัตลักษณ์ทางเพศของกลุ่ม TGD แต่ละบุคคล ซึ่งจะช่วยให้เขาเข้าถึงการรักษาและช่วยในการส่งเสริมการมีทั้งสุขภาพกายและใจที่ดีของกลุ่ม TGD ได้

## เอกสารอ้างอิง

1. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Transgend Health* 2022;23(sup1):S1-S259.
2. Amengual T, Kunstman K, Lloyd RB, Janssen A, Wescott AB. Readiness assessments for gender-affirming surgical treatments: A systematic scoping review of historical practices and changing ethical considerations. *Front Psychiatry* 2022;13:1006024.
3. The Medical Council of Thailand. The medical council regulations on medical ethics preserva: Criteria for gender reassignment treatment 2009 [Available from: <https://www.tmc.or.th/download/jul09-02.pdf>].
4. Boonprakob W, Ketuman P, Srisangnam U, Tantiphlachiva K, Uneanong S, Wipaweponkul S, et al. Clinical practice guideline in management of gender dysphoria and transsexualism 2009 2009 [Available from: [https://www.tmc.or.th/pdf/tmc-01-09122565.pdf](https://drpanom.wordpress.com/2018/12/31/%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%9B%E0%B8%8F%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%AA%E0%B8%B3%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%88%E0%B8%B4%E0%B8%95/)].
5. The Medical Council of Thailand. The medical council regulations on medical ethics preserva: Criteria for gender reassignment treatment 2022 [Available from: <https://tmc.or.th/pdf/tmc-01-09122565.pdf>].
6. Jackson P. Performative genders perverse desires: A bio-history of thailands same-sex and transgender cultures; 2003.
7. Jackson P, Dunagwises N. Review of studies of gender and sexual diversity in thailand in thai and international academic publications 2017 [Available from: <file:///Users/Macintosh%20HD/Downloads/IA0349.pdf>].
8. Nakamura N, Dispenza F, Abreu RL, Ollen EW, Pantalone DW, Canillas G, et al. The APA guidelines for psychological practice with sexual minority persons: An executive summary of the 2021 revision. *Am Psychol* 2022;77(8):953-62.
9. American Psychological Association. Key terms and concepts in understanding gender diversity and sexual orientation among students 2015 [Available from: <https://www.apa.org/pi/lgbt/programs/safe-supportive/lgbt/key-terms.pdf>].
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed., text rev.): American Psychiatric Association; 2022.
11. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.); 2019 [Available from: <https://icd.who.int>].
12. Goodman M, Adams N, Corneil T, Kreukels B, Motmans J, Coleman E. Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: A narrative review. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2019;48(2):303-21.
13. Zhang Q, Goodman M, Adams N, Corneil T, Hashemi L, Kreukels B, et al. Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgend Health* 2020;21(2):125-37.
14. Blosnich JR, Brown GR, Shipherd JC, Kauth M, Piegari RI, Bossarte RM. Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. *Am J Public Health* 2013;103(10):e27-32.
15. Kauth MR, Shipherd JC, Lindsay J, Blosnich JR, Brown GR, Jones KT. Access to care for transgender veterans in the veterans health administration: 2006-2013. *Am J Public Health* 2014;104 Suppl 4(Suppl 4):S532-4.
16. Dragon CN, Guerino P, Ewald E, Laffan AM. Transgender medicare beneficiaries and chronic conditions: Exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health* 2017;4(6):404-11.
17. Ewald ER, Guerino P, Dragon C, Laffan AM, Goldstein Z, Streed C, Jr. Identifying medicare beneficiaries accessing transgender-related care in the era of icd-10. *LGBT Health* 2019;6(4):166-73.
18. Quinn VP, Nash R, Hunkeler E, Contreras R, Cromwell L, Becerra-Culqui TA, et al. Cohort profile: Study of transition, outcomes and gender (strong) to assess health status of transgender people. *BMJ Open* 2017;7(12):e018121.

19. Conron KJ, Scott G, Stowell GS, Landers SJ. Transgender health in massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *Am J Public Health* 2012;102(1):118-22.
20. Crissman HP, Berger MB, Graham LF, Dalton VK. Transgender demographics: A household probability sample of us adults, 2014. *Am J Public Health* 2017;107(2):213-5.
21. Kuyper L, Wijzen C. Gender identities and gender dysphoria in the netherlands. *Arch Sex Behav* 2014;43(2):377-85.
22. Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, Buysse A, Dewaele A, Van Nieuwerburgh F, et al. Prevalence of gender nonconformity in flanders, belgium. *Arch Sex Behav* 2015;44(5):1281-7.
23. Johns MM, Lowry R, Andrzejewski J, Barrios LC, Demissie Z, McManus T, et al. Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students - 19 states and large urban school districts, 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68(3):67-71.
24. Kittiteerasack P, Matthews AK, Steffen A. The validity and linguistic testing of translated measures of sexual orientation and gender identity for research in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) populations in Thailand. *Nursing J* 2019;46(4):122-37.
25. Sojindamane N, Kiatrungrit K, Hongsanguansri S, Hataiyusuk S, Neelapaichit N, Suttapanit K, et al. Examining factors that drive health-related students to seek help for psychological challenges [manuscript submitted for publication]. Bangkok: Psychiatric Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2023.
26. Radenahmad N, Hosiri T, Puranachaikere T, Thongchoi K, Engkananuvat P. Disparities in stress coping strategies among high school students, in Bangkok, with various sexual orientations and gender identities. *Journal of Health Science and Medical Research* 2023;41(3):1-12.
27. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003;129(5):674-97.
28. Lin Y, Xie H, Huang Z, Zhang Q, Wilson A, Hou J, et al. The mental health of transgender and gender non-conforming people in China: A systematic review. *Lancet Public Health* 2021;6(12):e954-e69.
29. Suriyasam B. Gender identity and sexual orientation in thailand. Organization IL, editor. Thailand: International Labour Organization; 2014.
30. Laphon C, Chuemchit M. Social stigmatization access to services and service satisfaction among transgender persons at Thai red cross aids research center - tangerine project: A qualitative study. *J Health Res* 2018;31(Suppl. 2):S195-201.
31. Kittiteerasack P, Matthews AK, Park C. Psychometric properties of the Thai version of Experience of Discrimination (EOD) measure for lesbian, gay, bisexual, and transgender (lgbt) populations. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*;34(1):43-60.
32. United Nations Development Programme (UNDP) Thailand. Tolerance but not inclusion: A national survey on experiences of discrimination and social attitudes towards LGBT people in Thailand. Bangkok: UNDP Thailand; 2019.
33. Pearkao P. Stress and depression among Thai gay, kathoey (transgender). *Journal of Nursing Science and Health* 2014;36(2):95-104.
34. Thitiseranee L, Kiatrungrit K, T'hongpan M, Lorterapong P, Hataiyusuk S, Korpaisarn S, et al. Association between gender affirming therapy, parental attachment, and non-suicidal self-injury/ suicidal ideation in transgender individuals with gender dysphoria [manuscript submitted for publication]. Psychiatric Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University 2023.
35. Yensabai R, Kiatrungrit K. Association between parental attachment, sexual and substance use problems among patients with gender dysphoria. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020;65(4):355-72.
36. Khantharot K, Jaroenpon P, Laimee T, Saenthum P. Measuring minority stress and mental health among LGBTQ people. *Journal of Health Sciences Scholarship* 2022;9(2):104-18.
37. Khaikham L. The recognition of LGBTQIA+ rights as human rights in Thailand's six public universities. *HRPS* 2022;8(2):287-316.
38. Chirawatkul S. Gender sensitiveness in nursing practice. *JTMNC* 2020;35(3):5-16.
39. Kittiteerasack P, Sangngam J, Matthews AK. The fundamentals of child and adolescent nursing in improving mental and psychosocial health among gender variant children in Thailand. *Nursing Science Journal of Thailand* 2018;36(1):4-16.
40. Yodkeeree S. Effectiveness of hospital in transsexual surgery patient's attitude in Thailand. *The Journal of Development Administration Research* 2021;11(2):297-307.
41. Aldridge Z, Thorne N, Marshall E, English C, Yip AKT, Nixon E, et al. Understanding factors that affect wellbeing in trans people "later" in transition: A qualitative study. *Qual Life Res* 2022;31(9):2695-703.
42. Almazan AN, Keuroghlian AS. Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. *JAMA Surg* 2021;156(7):611-8.
43. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Netw Open* 2022;5(2):e220978.
44. Aldridge Z, Patel S, Guo B, Nixon E, Pierre Bouman W, Witcomb GL, et al. Long-term effect of gender-affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study. *Andrology* 2021;9(6):1808-16.
45. van de Grift TC, Kreukels BP, Elfering L, Özer M, Bouman MB, Buncamper ME, et al. Body image in transmen: Multidimensional measurement and the effects of mastectomy. *J Sex Med* 2016;13(11):1778-86.
46. Wierckx K, Van Caenegem E, Elaut E, Dedeker D, Van de Peer F, Toye K, et al. Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *J Sex Med* 2011;8(12):3379-88.
47. Bouman MB, van der Sluis WB, van Woudenberg Hamstra LE, Buncamper ME, Kreukels BPC, Meijerink W, et al. Patient-reported esthetic and functional outcomes of primary total laparoscopic intestinal vaginoplasty in transgender women with penoscrotal hypospasia. *J Sex Med* 2016;13(9):1438-44.

48. Hess J, Henkel A, Bohr J, Rehme C, Panic A, Panic L, et al. Sexuality after male-to-female gender affirmation surgery. *Biomed Res Int* 2018;2018:9037979.
49. Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 2007;357(18):1834-40.
50. Keo-Meier C, Ehrensaft D. The gender affirmative model an interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children: American Psychological Association; 2018.
51. Hostiu S, Rusu MC, Negoii I, Drima E. Testing decision-making competency of schizophrenia participants in clinical trials. A meta-analysis and meta-regression. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):2.
52. Karasic DH, Fraser L. Multidisciplinary care and the standards of care for transgender and gender nonconforming individuals. *Clin Plast Surg* 2018;45(3):295-9.
53. Barnhill JW. Perioperative care of the patient with psychiatric disease. In: MacKenzie CR, Cornell CN, Memtsoudis SG, editors. *Perioperative care of the orthopedic patient*. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 257-66.
54. Lee DS, Marsh L, Garcia-Altieri MA, Chiu LW, Awad SS. Active mental illnesses adversely affect surgical outcomes. *Am Surg* 2016;82(12):1238-43.
55. Wimalawansa SM, Fox JP, Johnson RM. The measurable cost of complications for outpatient cosmetic surgery in patients with mental health diagnoses. *Aesthet Surg J* 2014;34(2):306-16.
56. Byne W, Karasic DH, Coleman E, Eyer AE, Kidd JD, Meyer-Bahlburg HFL, et al. Gender dysphoria in adults: An overview and primer for psychiatrists. *Transgend Health* 2018;3(1):57-70.
57. Tollinche LE, Walters CB, Radix A, Long M, Galante L, Goldstein ZG, et al. The perioperative care of the transgender patient. *Anesth Analg* 2018;127(2):359-66.
58. Paredes AZ, Hyer JM, Diaz A, Tsilimigras DI, Pawlik TM. The impact of mental illness on postoperative outcomes among medicare beneficiaries: A missed opportunity to help surgical patients? *Ann Surg* 2020;272(3):419-25.
59. Owen-Smith AA, Gerth J, Sineath RC, Barzilay J, Becerra-Culqui TA, Getahun D, et al. Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *J Sex Med* 2018;15(4):591-600.
60. van de Grift TC, Pigot GLS, Boudhan S, Elfering L, Kreukels BPC, Gijs L, et al. A longitudinal study of motivations before and psychosexual outcomes after genital gender-confirming surgery in transmen. *J Sex Med* 2017;14(12):1621-8.
61. Deutsch MB. Gender-affirming surgeries in the era of insurance coverage: Developing a framework for psychosocial support and care navigation in the perioperative period. *J Health Care Poor Underserved* 2016;27(2):386-91.
62. Berli JU, Knudson G, Fraser L, Tangpricha V, Ettner R, Ettner FM, et al. What surgeons need to know about gender confirmation surgery when providing care for transgender individuals: A review. *JAMA Surg* 2017;152(4):394-400.
63. Deutsch MB. Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people (2nd ed.) San Francisco: University of California, Department of Family and Community Medicine Center of Excellence for Transgender Health.; 2016 [Available from: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>].
64. Kidd JD, Dolezal C, Bockting WO. The relationship between tobacco use and legal document gender-marker change, hormone use, and gender-affirming surgery in a United States sample of trans-feminine and trans-masculine individuals: Implications for cardiovascular health. *LGBT Health* 2018;5(7):401-11.
65. Pitayarungsarit S. Tobacco control research and management center annual report 2018. Bangkok: Tobacco Control Research and Management Center; 2018. p. 1-34.
66. Buchting FO, Emory KT, Scout, Kim Y, Fagan P, Vera LE, et al. Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. *Am J Prev Med* 2017;53(1):e1-e7.
67. Bryant L, Damarin AK, Marshall Z. Tobacco control recommendations identified by LGBT atlantans in a community-based participatory research project. *Prog Community Health Partnersh* 2014;8(3):269-79.
68. Chipkin SR, Kim F. Ten most important things to know about caring for transgender patients. *Am J Med* 2017;130(11):1238-45.
69. Moreira Allgayer RMC, Borba GDS, Moraes RS, Ramos RB, Spritzer PM. The effect of gender-affirming hormone therapy on the risk of subclinical atherosclerosis in the transgender population: A systematic review. *Endocr Pract* 2023.
70. Coon D, Tuffaha S, Christensen J, Bonawitz SC. Plastic surgery and smoking: A prospective analysis of incidence, compliance, and complications. *Plast Reconstr Surg* 2013;131(2):385-91.
71. Kaoutzanis C, Winocour J, Gupta V, Yeslev M, Ganesh Kumar N, Wormer B, et al. The effect of smoking in the cosmetic surgery population: Analysis of 129,007 patients. *Aesthet Surg J* 2019;39(1):109-19.
72. Pluvy I, Garrido I, Pauchot J, Saboye J, Chavoïn JP, Tropet Y, et al. Smoking and plastic surgery, part i. Pathophysiological aspects: Update and proposed recommendations. *Ann Chir Plast Esthet* 2015;60(1):e3-e13.
73. Pluvy I, Panouillères M, Garrido I, Pauchot J, Saboye J, Chavoïn JP, et al. Smoking and plastic surgery, part ii. Clinical implications: A systematic review with meta-analysis. *Ann Chir Plast Esthet* 2015;60(1):e15-49.
74. Matei S, Danino MA. Smoking and plastic surgery a montreal perspective. *Ann Chir Plast Esthet* 2015;60(1):e71-2.
75. Boskey E, Taghinia A, Ganor O. Public accommodation laws and gender panic in clinical settings. *AMA J Ethics* 2018;20(11):E1067-74.
76. Bauer GR, Hammond R. Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. *Can J Hum Sex* 2015;24:1-11.
77. Nobili A, Glazebrook C, Arcelus J. Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Rev Endocr Metab Disord* 2018;19(3):199-220.
78. Obedin-Maliver J, Goldsmith ES, Stewart L, White W, Tran E, Brenman S, et al. Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA* 2011;306(9):971-7.



79. Chisolm-Straker M, Willging C, Daul AD, McNamara S, Sante SC, Shattuck DG, 2nd, et al. Transgender and gender-nonconforming patients in the emergency department: What physicians know, think, and do. *Ann Emerg Med* 2018;71(2):183-8.e1.
80. Grant J, Lisa A, Mottet J, Tanis D, With J, Harrison J, et al. Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey. Washington: The National Gay and Lesbian Task Force and the National Center for Transgender Equality; 2011.
81. Karasic DH. Protecting transgender rights promotes transgender health. *LGBT Health* 2016;3(4):245-7.
82. Kcomt L, Gorey KM, Barrett BJ, McCabe SE. Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *SSM - Population Health* 2020;11:100608.
83. Gonzales G, Henning-Smith C. Barriers to care among transgender and gender nonconforming adults. *Milbank Q* 2017;95(4):726-48.
84. Williams AJ, Jones C, Arcelus J, Townsend E, Lazaridou A, Michail M. A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ+ young people with experiences of self-harm and suicide. *PLoS ONE* 2021;16(1):e0245268.
85. Rood BA, Puckett JA, Pantalone DW, Bradford JB. Predictors of suicidal ideation in a statewide sample of transgender individuals. *LGBT Health* 2015;2(3):270-5.
86. Testa RJ, Michaels MS, Bliss W, Rogers ML, Balsam KF, Joiner T. Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *J Abnorm Psychol* 2017;126(1):125-36.
87. Klein A, Golub SA. Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health* 2016;3(3):193-9.
88. Seelman KL. Transgender adults' access to college bathrooms and housing and the relationship to suicidality. *J Homosex* 2016;63(10):1378-99.
89. Russell ST, Pollitt AM, Li G, Grossman AH. Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *J Adolesc Health* 2018;63(4):503-5.
90. Perez-Brumer A, Hatzenbuehler ML, Oldenburg CE, Bockting W. Individual- and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behav Med* 2015;41(3):164-71.
91. Kittiteerasack P, Matthews AK, Steffen A, Corte C, McCreary LL, Bostwick W, et al. The influence of minority stress on indicators of suicidality among lesbian, gay, bisexual and transgender adults in Thailand. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2021;28(4):656-69.
92. Trujillo MA, Perrin PB, Sutter M, Tabaac A, Benotsch EG. The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *Int J Transgend* 2017;18(1):39-52.
93. Amodeo AL, Vitelli R, Scandurra C, Picariello S, Valerio P. Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications and suggestions for further research. *Int J Transgend* 2015;16(1):49-61.
94. Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W, Rosenblum A, Mason M, Macri M, et al. Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *J Sex Res* 2010;47(1):12-23.
95. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the us transgender population. *Am J Public Health* 2013;103(5):943-51.
96. Jackson Levin N, Kattari SK, Piellusch EK, Watson E. "We just take care of each other": Navigating 'chosen family' in the context of health, illness, and the mutual provision of care amongst queer and transgender young adults. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(19):7346.
97. Harner V. Trans intracommunity support & knowledge sharing in the United States & Canada: A scoping literature review. *Health Soc Care Community* 2021;29(6):1715-28.
98. Başar K, Öz G. Resilience in individuals with gender dysphoria: Association with perceived social support and discrimination. *Turk Psikiyatri Derg* 2016;27(4):225-34.
99. Bariola E, Lyons A, Leonard W, Pitts M, Badcock P, Couch M. Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *Am J Public Health* 2015;105(10):2108-16.
100. Başar K, Öz G, Karakaya J. Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *J Sex Med* 2016;13(7):1133-41.
101. Kuper LE, Adams N, Mustanski BS. Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender nonconforming youth and young adults. *LGBT Health* 2018;5(7):391-400.
102. Puckett JA, Matsuno E, Dyar C, Mustanski B, Newcomb ME. Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *J Fam Psychol* 2019;33(8):954-64.
103. Budge SL, Adelson JL, Howard KA. Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *J Consult Clin Psychol* 2013;81(3):545-57.
104. Manalastas EJ, Ojanen T, Torre B, Ratanashevorn R, Choong C, Kumaresan V, et al. Homonegativity in southeast asia: Attitudes toward lesbians and gay men in Indonesia, Malaysia, the Philippines, Singapore, Thailand, and Vietnam. *Asia-Pacific Social Science Review* 2017;17:25-33.
105. Sookpornasawan R, Kiatrungrit K, Seree P. Influence of exposure to media containing sexual diversity and attitude of adolescents in bangkok toward LGBT [in manuscript preparation process]: Psychiatric Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2023.
106. Bouman WP, Davey A, Meyer C, Witcomb GL, Arcelus J. Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. *Sex Relatsh Ther* 2016;31(3):359-75.
107. Davey A, Bouman WP, Meyer C, Arcelus J. Interpersonal functioning among treatment-seeking trans individuals. *J Clin Psychol* 2015;71(12):1173-85.

108. Pflum SR, Testa RJ, Balsam KF, Goldblum PB, Bongar B. Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychol Sex Orientat Gend Divers* 2015;2:281-6.
109. Fraser L. Depth psychotherapy with transgender people. *Sex Relatsh Ther* 2009;24(2):126-42.
110. Fraser L. Psychotherapy in the world professional association for transgender health's standards of care: Background and recommendations. *Int J Transgend* 2009;11(2):110-26.
111. Hunt J. An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Couns Psychother Res* 2014;14(4):288-96.
112. Matsuno E, Israel T. Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (trim). *Couns Psychol* 2018;46(5):632-55.
113. Breslow AS, Brewster ME, Velez BL, Wong S, Geiger E, Soderstrom B. Resilience and collective action: Exploring buffers against minority stress for transgender individuals. *Psychol Sex Orientat Gend Divers* 2015;2:253-65.
114. Carmel TC, Erickson-Schroth L. Mental health and the transgender population. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2016;54(12):44-8.
115. Budge SL, Sinnard MT, Hoyt WT. Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy (Chic)* 2021;58(1):1-11.
116. Austin A, Craig SL, Alessi EJ. Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatr Clin North Am* 2017;40(1):141-56.
117. Heck NC, Croot LC, Robohm JS. Piloting a psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. *Prof Psychol Res Pr* 2015;46:30-6.
118. Budge SL. Interpersonal psychotherapy with transgender clients. *Psychotherapy (Chic)* 2013;50(3):356-9.
119. Timsathit P, Haenjone J. The effects of Gestalt group counselling on self-awareness of male to female transgender. *JOPN* 2017;9(1):150-61.
120. Catelan RF, Costa AB, Lisboa CSdM. Psychological interventions for transgender persons: A scoping review. *International Journal of Sexual Health* 2017;29(4):325-37.
121. Applegarth G, Nuttall J. The lived experience of transgender people of talking therapies. *Int J Transgend* 2016;17(2):66-72.
122. Budge SL. Psychotherapists as gatekeepers: An evidence-based case study highlighting the role and process of letter writing for transgender clients. *Psychotherapy* 2015;52:287-97.
123. Spanos C, Grace JA, Leemaqz SY, Brownhill A, Cundill P, Locke P, et al. The informed consent model of care for accessing gender-affirming hormone therapy is associated with high patient satisfaction. *J Sex Med* 2021;18(1):201-8.
124. Mayer TK, Koehler A, Eyssel J, Nieder TO. How gender identity and treatment progress impact decision-making, psychotherapy and aftercare desires of trans persons. *J Clin Med* 2019;8(5).
125. American Psychological Association. APA resolution on gender identity change efforts 2021 [Available from: <https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>].
126. Przeworski A, Peterson E, Piedra A. A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation change efforts. *Clin Psychol*;n/a(n/a):e12377.
127. Dehlin JP, Galliher RV, Bradshaw WS, Hyde DC, Crowell KA. Sexual orientation change efforts among current or former LDS church members. *J Couns Psychol* 2015;62(2):95-105.
128. Flentje A, Heck NC, Cochran BN. Experiences of ex-ex-gay individuals in sexual reorientation therapy: Reasons for seeking treatment, perceived helpfulness and harmfulness of treatment, and post-treatment identification. *J Homosex* 2014;61(9):1242-68.
129. Jacobsen J, Wright R. Mental health implications in Mormon women's experiences with same-sex attraction: A qualitative study. *Couns Psychol* 2014;42(5):664-96.
130. Shidlo A, Schroeder M. Changing sexual orientation: A consumers' report. *Prof Psychol Res Pr* 2002;33:249-59.
131. Ryan C, Toomey RB, Diaz RM, Russell ST. Parent-initiated sexual orientation change efforts with LGBT adolescents: Implications for young adult mental health and adjustment. *J Homosex* 2020;67(2):159-73.
132. Salway T, Ferlatte O, Gesink D, Lachowsky NJ. Prevalence of exposure to sexual orientation change efforts and associated sociodemographic characteristics and psychosocial health outcomes among Canadian sexual minority men. *Can J Psychiatry* 2020;65(7):502-9.
133. Turban JL, Beckwith N, Reisner SL, Keuroghlian AS. Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry* 2020;77(1):68-76.