



Hiệp hội Chuyên khoa Thế giới về
Sức khỏe Chuyển giới

*Tiêu chuẩn Chăm sóc
Sức khỏe của Người chuyển giới
và người không theo chuẩn giới*

Phiên bản 7
Bản dịch Tiếng Việt ban đầu

Nhóm dịch và hiệu đính: BS. Nguyễn Tấn Thủ và cộng sự
Biên tập: Lương Thế Huy, Vương Khả Phong

Mục lục

Mục đích và cách sử dụng tài liệu Tiêu Chuẩn Chăm Sóc	6
Bộ Tiêu Chuẩn Chăm Sóc là Hướng Dẫn Lâm Sàng Linh Hoạt	7
Tính ứng dụng toàn cầu của TCCS	9
Sự khác nhau giữa Người không theo chuẩn giới và Phiền muộn giới.....	11
Chuyển giới hay Không theo chuẩn giới liên quan đến vấn đề đa dạng, không phải vấn đề bệnh lý	11
Không theo chuẩn giới khác Phiền muộn giới	12
Các chẩn đoán liên quan đến Chứng phiền muộn giới.....	12
Các cân nhắc liên quan đến dịch tễ học.....	14
Tổng quan về các Tiếp cận điều trị cho Chứng phiền muộn giới	17
Những tiến bộ trong Kiến thức và Điều trị Phiền muộn giới	17
Các giải pháp điều trị Tâm lý và Y khoa đối với Phiền muộn giới	20
Các lựa chọn hỗ trợ và thay đổi mang tính xã hội trong việc Thể hiện giới	20
Đánh giá và điều trị Chứng Phiền muộn giới ở Trẻ em và Thanh thiếu niên.....	22
Các khác biệt giữa Trẻ em và Thanh thiếu niên mắc chứng Phiền muộn giới	22
Hiện tượng Phiền muộn giới ở Trẻ em	23
Hiện tượng Phiền muộn giới ở Thanh thiếu niên.....	24
Năng lực cần thiết của các Chuyên gia sức khỏe tâm thần khi Chăm sóc Trẻ em hay Thanh thiếu niên mắc chứng Phiền muộn giới.....	25
Vai trò của Chuyên gia sức khỏe tâm thần chăm sóc Trẻ em và Thanh thiếu niên mắc chứng Phiền muộn giới	26
Đánh giá tâm lý ở Trẻ em và Thanh thiếu niên.....	27
Các can thiệp tâm lý – xã hội cho Trẻ em và Thanh thiếu niên	28
Chuyển đổi xã hội về giới ở Trẻ nhỏ.....	29
Can thiệp trên cơ thể cho Thanh thiếu niên.....	30
Can thiệp có thể đảo ngược hoàn toàn	31
Can thiệp có thể đảo ngược một phần.....	33
Can thiệp không thể đảo ngược.....	34
Rủi ro khi Trì hoãn điều trị ở Thanh thiếu niên	34
Sức khỏe tâm thần	35
Năng lực của các chuyên gia sức khỏe tâm thần khi làm việc với người trưởng thành sống với Phiền muộn giới.	35
Những công việc của chuyên gia sức khỏe tâm thần khi làm việc với người trưởng thành bị Phiền muộn Giới	36
Những công việc liên quan đến đánh giá và chuyển gửi	37
1. Đánh giá Phiền muộn Giới	37
2. Cung cấp thông tin liên quan đến Những chọn lựa về bản dạng và thể hiện Giới và Những can thiệp y tế khả thi	38

3. Đánh giá, Chẩn đoán và Thảo luận các Phương án điều trị cho các vấn đề sức khỏe tâm thần cùng xuất hiện	38
4. Nếu có thể, đánh giá Sự phù hợp tiêu chuẩn, Chuẩn bị và Chuyển gửi đến Điều trị hoóc-môn	40
5. Nếu có thể, đánh giá Sự phù hợp tiêu chuẩn, chuẩn bị và chuyển gửi đến giải phẫu.....	41
Mối quan hệ giữa các chuyên gia sức khỏe tâm thần và các bác sĩ điều trị hoóc-môn, bác sĩ phẫu thuật và các chuyên gia sức khỏe khác	43
Các công việc liên quan đến liệu pháp tâm lí	45
1. Liệu pháp tâm lí không phải là điều kiện tuyệt đối cho liệu pháp hoóc-môn và phẫu thuật	45
3. Liệu pháp tâm lí cho bệnh nhân là người chuyển giới và không theo chuẩn giới, bao gồm tư vấn và hỗ trợ cho Các thay đổi trong vai trò giới.....	46
5. Theo dõi chăm sóc suốt đời	48
6. Liệu pháp điều trị qua mạng, tư vấn trực tuyến và tư vấn từ xa	48
Những công việc khác của các chuyên gia sức khỏe tâm thần	49
1. Giáo dục và ủng hộ thay mặt bệnh nhân trong cộng đồng của họ (trường học, nơi làm việc, các tổ chức khác) và hỗ trợ bệnh nhân về mặt giấy tờ khi thay đổi giấy tờ tùy thân.....	49
2. Cung cấp thông tin và chuyển gửi đến Hỗ trợ đồng đẳng.....	49
Văn hóa và các phân nhánh văn hóa cho việc đánh giá và liệu pháp tâm lí	49
Các hướng dẫn đạo đức liên quan đến chăm sóc sức khỏe tinh thần.....	50
Vấn đề tiếp cận chăm sóc.....	51
Liệu Pháp Hoóc-môn.....	52
Tính Cần thiết về mặt Y khoa của Liệu pháp hoóc-môn.....	52
Tiêu chuẩn điều trị của Liệu pháp hoóc-môn.....	52
Sự đồng ý tự nguyện	53
Mối Liên Hệ Giữa Tài Liệu <i>Tiêu Chuẩn Chăm Sóc</i> và Quy Trình Mẫu Lấy Sự Đồng Ý.....	54
Tác động lên Sinh lý và Cơ thể của Liệu pháp hoóc-môn	55
Rủi ro của Liệu pháp Hoóc-môn	58
Năng Lực Kế Toa Điều Trị Hoóc-môn.....	60
Trách nhiệm của nhân viên trực tiếp cung cấp liệu pháp hoóc-môn.....	62
Các tình huống lâm sàng thường gặp trong Liệu pháp Hoóc Môn	62
1. Điều trị Tiếp Nối	63
2. Liệu pháp Hoóc-môn Sau Can thiệp loại bỏ sinh dục.....	63
3. Liệu pháp Hoóc-môn duy trì Trước Khi Cắt bỏ tuyến sinh dục.....	63
4. Khởi Động Liệu Pháp Hoóc-môn	64
Đánh giá rủi ro và Điều chỉnh trong quá trình Khởi động Liệu pháp Hoóc-môn.....	64
Chăm sóc dự phòng.....	65
Đánh giá rủi ro và Điều chỉnh đối với Liệu pháp hoóc-môn cho Người chuyển giới Nam – sang – Nữ	65
Đánh giá rủi ro và Điều chỉnh đối với Liệu pháp Hoóc-môn cho Người chuyển giới Nữ - sang - Nam	66
Theo dõi lâm sàng về hiệu quả và tác dụng không mong muốn trong quá trình áp dụng liệu pháp hoóc-môn.....	67

Đánh giá hiệu quả và quản lý rủi ro đối với liệu pháp hoóc-môn cho Người chuyển giới Nam-sang-Nữ	68
Đánh giá hiệu quả và quản lý rủi ro đối với liệu pháp hoóc-môn cho Người chuyển giới Nữ - sang - Nam	68
Các phác đồ hoóc-môn	69
Các hoóc-môn dùng cho người chuyển giới Nam-sang-Nữ	70
Các hoóc-môn dùng cho người chuyển giới Nữ-sang-Nam	72
Hoóc-môn đồng nhất sinh học và Hoóc-môn kết hợp	73
Sức khỏe sinh sản	74
Liệu pháp giọng nói và giao tiếp	76
Năng lực của các chuyên gia về giọng nói và giao tiếp khi làm việc với bệnh nhân là người chuyển giới và không theo chuẩn giới.....	76
Những cân nhắc trong đánh giá và điều trị.....	78
Những cân nhắc về sức khỏe thanh âm sau khi phẫu thuật chuyển sang giọng nữ.....	79
Phẫu Thuật	80
Các câu hỏi về đạo đức liên quan đến Phẫu thuật chuyển giới.....	80
Mối quan hệ giữa phẫu thuật viên với chuyên gia sức khỏe tâm thần, bác sỹ cung cấp liệu pháp hoóc-môn (nếu có) và bệnh nhân (Sự đồng ý tự nguyện)	81
Phẫu thuật tái tạo và phẫu thuật thẩm mỹ	84
Tiêu chuẩn điều trị Phẫu thuật	85
Phẫu thuật chuyển giới cho các bệnh nhân có biểu hiện loạn thần hay các bệnh lý tâm thần nghiêm trọng	88
Năng lực cần thiết của phẫu thuật viên thực hiện phẫu thuật vú/ngực và phẫu thuật bộ phận sinh dục.	88
Các phương pháp phẫu thuật bộ phận sinh dục và Biến chứng của chúng	90
Các can thiệp phẫu thuật khác	91
Chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật chuyển giới.....	93
Chăm sóc ban đầu và can thiệp dự phòng trong thời gian dài	94
Chăm sóc sức khỏe dự phòng tổng quát.....	94
Tầm soát ung thư	95
Chăm sóc chuyên khoa tiết niệu - sinh dục	95
Khả năng ứng dụng bộ Tiêu chuẩn Chăm sóc cho những người sống trong môi trường có thể chế.....	97
Khả năng ứng dụng bộ Tiêu chuẩn Chăm sóc cho những người mắc các Rối loạn Phát triển giới tính	99
Thuật ngữ.....	99
Các điểm cần lưu ý về bối cảnh ở người Rối loạn Phát triển giới tính.	99
Đánh giá và điều trị chứng Phiền muộn giới trên Người mắc chứng Rối loạn phát triển giới tính	100
Các tài liệu tham khảo khác.....	101

Phụ lục A.....	103
Bảng thuật ngữ	103
Phụ Lục B.....	107
Tổng quan về các rủi ro y tế của liệu pháp hoóc-môn	107
Các rủi ro y tế của liệu pháp hoóc-môn nữ hóa	107
Các rủi ro xuất hiện thường xuyên	107
Rủi ro của liệu pháp hoóc-môn nam hóa	110
Rủi ro thường xuyên xuất hiện	110
Phụ lục C.....	115
Tóm lược về tiêu chuẩn của Liệu pháp hoóc-môn và Phẫu thuật chuyển giới	115
Tiêu chuẩn cho Liệu pháp Hoóc-môn Nữ-hoá/Nam-hoá (Một phiếu chuyển gửi hay Bảng đánh giá Tâm lý xã hội).....	115
Tiêu chuẩn cho Phẫu thuật Vú/Ngực (Một chuyển gửi).....	116
Tiêu chuẩn cho phẫu thuật bộ phận sinh dục (Hai chuyển gửi)	116
Phụ lục D	119
Bảng chứng về hiệu quả lâm sàng của các can thiệp điều trị.....	119

I

Mục đích và cách sử dụng tài liệu *Tiêu Chuẩn Chăm Sóc*

Hiệp hội Chuyên khoa Thế giới về Sức khỏe Chuyển giới (WPATH) là một hiệp hội quốc tế chuyên nghiệp và hoạt động đa lĩnh vực với sứ mệnh thúc đẩy các can thiệp dựa trên bằng chứng trong lĩnh vực sức khỏe người chuyển giới bao gồm các khía cạnh chăm sóc sức khỏe, giáo dục, nghiên cứu, vận động sự quan tâm, vận động chính sách công.... Tầm nhìn của WPATH là xây dựng một thế giới trong đó người chuyển giới và người không theo chuẩn giới được thụ hưởng đầy đủ và trọn vẹn các quyền lợi từ việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dựa trên bằng chứng, các dịch vụ xã hội, công lý và sự bình đẳng.

Một trong những chức năng chính của WPATH là thúc đẩy những tiêu chuẩn cao nhất về chăm sóc sức khỏe cá nhân thông qua việc tổng hợp tài liệu Tiêu Chuẩn Chăm Sóc (TCCS) cho sức khỏe người chuyển giới và người không theo chuẩn giới. Bộ TCCS được xây dựng dựa trên sự đồng thuận của những chuyên gia giỏi nhất về mặt khoa học lẫn công tác chuyên môn. Hầu hết những nghiên cứu và kinh nghiệm trong lĩnh vực này xuất phát từ góc nhìn của Bắc Mỹ và Tây Âu, do đó bộ TCCS vẫn cần được chỉnh sửa cho phù hợp với các nước khác trên thế giới. Những hướng gợi mở về vấn đề tương quan về văn hoá và năng lực văn hóa cũng được đề xuất trong phiên bản TCCS này.

Mục đích chung của TCCS là cung cấp những hướng dẫn lâm sàng cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe để hỗ trợ một cách an toàn và hiệu quả cho người chuyển giới và không theo chuẩn giới, giúp họ thoải mái với những lựa chọn về giới của họ, từ đó tối đa hóa được sức khỏe tổng quát, tình trạng tâm lý và thực hiện các mong ước cá nhân. Việc hỗ trợ bao gồm công tác chăm sóc cơ bản, chăm sóc sản phụ khoa và niệu khoa, các lựa chọn về vấn đề sinh sản, liệu pháp giọng nói và giao tiếp, dịch vụ sức khỏe tâm thần (ví dụ như đánh giá, tư vấn, liệu pháp tâm lý), liệu pháp hoóc-môn và can thiệp phẫu thuật chuyển giới. Tài liệu này về cơ bản là dành cho những chuyên gia chăm sóc sức khỏe, tuy nhiên những cá nhân, gia đình và các tổ chức xã hội vẫn có thể sử dụng nhằm

tìm hiểu và có những cách thức phù hợp để hỗ trợ và thúc đẩy việc chăm sóc sức khỏe cácthành viên của cộng đồng đa dạng này.

WPATH nhìn nhận rằng vấn đề sức khỏe không chỉ phụ thuộc vào việc chăm sóc tốt sức khỏe bằng các can thiệp lâm sàng, mà còn phụ thuộc vào môi trường xã hội - chính trị nơi đó có đạt được sự khoan dung và bình đẳng cũng như đảm bảo hoàn toàn quyền công dân hay không. Sức khỏe được đẩy mạnh thông qua các chính sách công và cải cách pháp lý khi chúng đề cao sự khoan dung, bình đẳng giới và đa dạng giới, loại trừ định kiến, kì thị vàphân biệt đối xử. WPATH cam kết ủng hộ những thay đổi nêu trên trong chính sách công và cải cách pháp lý.

Bộ Tiêu Chuẩn Chăm Sóc là Hướng Dẫn Lâm Sàng Linh Hoạt

Tài liệu TCCS được dự tính xây dựng một cách linh hoạt để có thể thỏa mãn nhu cầu đa dạng về chăm sóc sức khỏe của người chuyển giới và không theo chuẩn giới. Dù linh hoạt, nó vẫn cung cấp những chuẩn mực để thúc đẩy chăm sóc sức khỏe tối ưu, và hướng dẫn trị liệu cho người mắc chứng Phiền Muộn Giới – được hiểu rộng rãi là bị khó chịu hoặc đau khổ gây ra bởi sự không nhất quán giữa bản dạng giới và giới tính được xác nhận lúc sinh (và giữa vai trò giới và/hoặc đặc điểm sinh dục nguyên phát và thứ phát) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

Cũng giống như trong những phiên bản trước của TCCS, những tiêu chuẩn được đưa ra trong tài liệu này cho liệu pháp hoóc-môn và điều trị phẫu thuật cho chứng Phiền Muộn Giới là những hướng dẫn lâm sàng, các chương trình và chuyên gia chăm sóc sức khỏe có thể sửa đổi cho phù hợp. Những điều chỉnh so với TCCS có thể phát sinh từ: những đặc thù riêng biệt về mặt giải phẫu, điều kiện tâm lý xã hội trên từng bệnh nhân cụ thể; các cải tiến trong phương pháp xử trí tình huống thông dụng đề xuất bởi các chuyên gia sức khỏe có kinh nghiệm; công tác nghiên cứu; tình trạng thiếu nguồn lực ở những nơi khác nhau trên thế giới; hoặc sự cần thiết cho các chiến lược giảm tác hại nhất định. Những điều chỉnh này cần được nhìn nhận và giải thích rõ cho bệnh nhân cũng như tư liệu hóa qua bản Đồng Ý Tự nguyện để đảm bảo chất lượng chăm sóc bệnh nhân và sự bảo vệ về mặt pháp lý. Những tư liệu này thật sự vô giá cho việc tích lũy thêm dữ liệu mới, để dùng cho việc nghiên cứu hồi cứu, phát triển và hoàn thiện công tác chăm sóc sức khỏe cũng như chính bản TCCS.

TCCS tổng hợp những tiêu chuẩn chăm sóc nhưng vẫn tôn trọng nguyên tắc “bệnh nhân có quyền lựa chọn và quyết định trên cơ sở được cung cấp đầy đủ thông tin” và đề cao các phương pháp tiếp cận giảm thiểu tổn thương khác. Bên cạnh đó, phiên bản TCCS này nhìn nhận xác định rõ rằng không phải tất cả trường hợp có khác biệt trong những biểu hiện về giới đều cần được can thiệp bằng liệu pháp tâm lý, hoóc-môn hay phẫu thuật. Một số bệnh nhân có thể có những tiến triển tự thân quan trọng liên quan đến việc thay đổi vai trò giới, quá trình chuyển đổi xã hội về giới, cũng như tự phát triển những cách giải quyết cho vấn đề bản dạng giới hoặc chứng phiền muộn giới của họ, mà không cần bất kỳ can thiệp bên ngoài nào. Trong khi đó, một số khác thì cần những dịch vụ chuyên sâu cho các vấn đề tương tự. Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe có thể sử dụng TCCS để giúp bệnh nhân cân nhắc những khung dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể sử dụng, tùy thuộc vào các nhu cầu lâm sàng và mục đích của việc thể hiện giới.

II

Tính ứng dụng toàn cầu của TCCS

Mặc dù TCCS hướng đến việc có thể sử dụng rộng rãi trên toàn thế giới, WPATH thừa nhận các nghiên cứu lâm sàng và kiến thức trong lĩnh vực chuyển giới được dùng để xây dựng bộ TCCS này khởi nguồn từ các nước Bắc Mỹ và Tây Âu. WPATH xác định rằng, giữa các khu vực và quốc gia khác nhau, hay thậm chí ở các địa phương khác nhau trong cùng một quốc gia luôn có những khác biệt lớn về phương diện này, trong tất cả các khía cạnh cụ thể như: thái độ xã hội về người chuyển giới và không theo chuẩn giới, cách nhìn nhận và giải thích về vai trò giới và bản dạng giới; ngôn ngữ sử dụng để miêu tả các bản dạng giới khác nhau; dịch tễ học về chứng phiền muộn giới; khả năng tiếp cận và chi phí điều trị; liệu pháp được sử dụng; số lượng và loại chuyên gia tham dự vào việc cung cấp dịch vụ chăm sóc; và vấn đề pháp lý và chính sách y tế liên quan đến lĩnh vực này (Winter, 2009).

TCCS không thể phản ánh hết tất cả những khác biệt nêu trên. Do vậy, khi áp dụng những tiêu chuẩn này vào những bối cảnh văn hóa khác nhau, các chuyên gia sức khỏe cần lưu ý những khác biệt, đối chiếu so sánh và điều chỉnh TCCS cho phù hợp với điều kiện thực tế từng vùng. Ví dụ, trong một vài nền văn hóa ở khu vực Đông Nam Á thời cận đại, những người không theo chuẩn giới xuất hiện dưới lối các hoạn quan (thái giám) với số lượng không nhỏ và có những vị thế và vai trò nhất định trong xã hội, thậm chí một số có địa vị cao (Peletz, 2006). Ở thời đại đó, việc thay đổi cơ thể diễn ra khá phổ biến và thậm chí là khá sớm, có thể từ lúc còn rất nhỏ, những người này sau đó sẽ trưởng thành và sinh sống trong môi trường cung đình như các hoạn quan, được giao những nhiệm vụ cụ thể và có những chức tước cấp hàm riêng biệt. Tuy vậy, hầu hết họ đều trải qua nhiều định kiến (Peletz, 2006; Winter, 2009). Ở nhiều nền văn hóa khác, những kì thị xã hội đối với người không theo chuẩn giới còn rất phổ biến và các áp đặt về vai trò giới còn rất nặng nề theo phong tục tập quán (Winter et al., 2009). Những người không theo chuẩn giới trong điều kiện như vậy bị buộc phải che giấu, và vì thế họ thiếu cơ hội được chăm sóc sức khỏe đầy đủ (Winter, 2009).

TCCS không hạn chế nỗ lực cung cấp những hình thức chăm sóc sẵn có tới mỗi cá nhân. Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe trên toàn thế giới – thậm chí ở những nơi bị hạn chế nguồn lực và cơ hội tập huấn – vẫn có thể áp dụng những nguyên tắc cốt lõi được nêu trong TCCS. Những nguyên tắc này bao gồm: thể hiện sự tôn trọng cho bệnh nhân với bản dạng giới không theo chuẩn giới (không có định kiến bệnh tật đối với những khác biệt về bản dạng và biểu hiện giới); cung cấp dịch vụ chăm sóc (hoặc chuyển gửi đến những đồng nghiệp có chuyên môn) nhằm giúp bệnh nhân xác định bản dạng giới và giảm nhẹ sự lo âu của chứng Phiền Muộn Giới nếu có; có kiến thức về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người chuyển giới và người không theo chuẩn giới, bao gồm những lợi ích và rủi ro của những phương án điều trị cho Phiền Muộn Giới; tiếp cận điều trị phù hợp với nhu cầu riêng của từng bệnh nhân, đặc biệt là mục đích biểu hiện giới và nhu cầu giảm nhẹ Phiền Muộn Giới; hỗ trợ tiếp cận với phương pháp điều trị phù hợp; có được Sự đồng ý tự nguyện trước khi cung cấp điều trị; hỗ trợ chăm sóc liên tục; sẵn sàng hỗ trợ và vận động thay mặt cho bệnh nhân trong gia đình và cộng đồng của họ (trường học, nơi làm việc và những nơi khác).

Các thuật ngữ sử dụng trong lĩnh vực này có tính phụ thuộc vào văn hóa và thời gian rất cao và hiện đang không ngừng thay đổi. Việc sử dụng ngôn ngữ phù hợp tại những nơi khác nhau, thời điểm khác nhau, với những cộng đồng khác nhau là một việc rất quan trọng. Vì TCCS được dịch ra nhiều ngôn ngữ khác nhau, sự cẩn thận tuyệt đối phải được đảm bảo để chắc chắn những cụm thuật ngữ được dịch ra một cách chính xác. Thuật ngữ tiếng Anh khó có thể dịch ra ngôn ngữ khác một cách dễ dàng, và ngược lại. Một vài ngôn ngữ không có từ tương đương để mô tả những từ chuyên môn trong tài liệu này; cho nên người dịch thuật phải nhận thức được những mục tiêu của việc điều trị và tương ứng với các điều kiện văn hoá cụ thể nhằm đạt được những mục tiêu này.

III

Sự khác nhau giữa Người không theo chuẩn giới và Phiên muộn giới

Chuyển giới hay Không theo chuẩn giới liên quan đến vấn đề đa dạng, không phải vấn đề bệnh lý

WPATH ra tuyên bố vào tháng 5 năm 2010 coi việc không theo chuẩn giới không phải là một vấn đề bệnh lý (WPATH Board of Directors, 2010). Tuyên bố này nhấn mạnh rằng “việc thể hiện các đặc điểm giới, bao gồm bản dạng giới, mà không liên quan đến giới tính được xác định lúc sinh của một người là một hiện tượng phổ biến và mang tính đa dạng về văn hoá của con người, và không nên bị coi là tiêu cực hay bệnh lý mang tính di truyền”.

Tuy nhiên, sự kỳ thị đối với người không theo chuẩn giới vẫn tồn tại tại nhiều xã hội trên thế giới. Những sự kỳ thị này có thể dẫn tới định kiến và phân biệt đối xử, từ đó dẫn tới “sự căng thẳng trong nhóm người thiểu số” (I. H. Meyer, 2003). Sự căng thẳng trong nhóm người thiểu số là một vấn đề mang tính cá biệt (nằm trong khuôn khổ các vấn đề gây căng thẳng chung của con người), gây ra do xã hội, kéo dài liên tục, và có thể khiến người chuyển giới hoặc người không theo chuẩn giới có nhiều nguy cơ hơn tới việc phát triển các mối lo lắng liên quan đến sức khoẻ tâm thần, như cảm giác bất an và trầm cảm (Institute of Medicine, 2011). Ngoài việc dẫn tới các định kiến và phân biệt đối xử trong xã hội, sự kỳ thị này còn góp phần dẫn tới sự lạm dụng hay không quan tâm mà những người chuyển giới hay không theo chuẩn giới có thể gặp phải trong mối quan hệ của họ với gia đình và bạn bè, từ đó có thể dẫn tới những căng thẳng tâm lý. Tuy nhiên, những biểu hiện triệu chứng này chỉ mang tính xã hội, gây ra áp tác động từ xã hội và hoàn toàn không mang tính di truyền trong nhóm người chuyển giới hoặc không theo chuẩn giới.

Không theo chuẩn giới khác Phiên muộn giới

Người không theo chuẩn giới liên quan tới việc bản dạng giới, vai trò giới và thể hiện giới của họ khác với các quy chuẩn mang tính văn hoá ho5do xã hội áp đặt lên giới tính đó (Institute of Medicine, 2011). Phiên muộn giới liên quan tới sự không thoải mái, hay đau khổ gây ra bởi sự không tương thích giữa bản dạng giới của một người với giới tính sinh học của họ (và vai trò giới và/hoặc các đặc tính sinh dục nguyên phát hay thứ phát) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b). Chỉ một số những người không theo chuẩn giới có sự phiên muộn giới tại một thời điểm nào đó trong cuộc đời của họ.

Liệu pháp điều trị luôn sẵn có để hỗ trợ những người có những căng thẳng như thế này tìm hiểu về bản dạng giới của họ và lựa chọn một vai trò giới mà họ thấy thoải mái nhất (Bockting & Goldberg, 2006). Liệu pháp điều trị đối các cá nhân là khác nhau: có những liệu pháp có hiệu quả với người này nhưng lại không có hiệu quả đối với người khác. Quá trình này có thể liên quan hoặc không liên quan tới việc thay đổi các thể hiện giới hay thay đổi cơ thể. Các lựa chọn can thiệp y khoa, bao gồm nữ-hoá hay nam-hoá thông qua liệu pháp hóc-môn và/hoặc phẫu thuật chuyển đổi giới tính, cho thấy có hiệu quả giúp làm giảm những phiên muộn giới và là can thiệp mang tính cần thiết y khoa đối với nhiều người. Các bản dạng giới và thể hiện giới mang tính đa dạng, và liệu pháp can thiệp bằng hóc-môn hay phẫu thuật chuyển giới chỉ là hai trong số nhiều lựa chọn sẵn có hiện nay nhằm khiến một người thoải mái hơn với con người và bản dạng của họ.

Phiên muộn giới có thể được làm giảm đáng kể thông qua các can thiệp y khoa (Murad et al., 2010). Do đó, khi người chuyển giới và những người không theo chuẩn giới gặp phải những sự phiên muộn giới tại một giai đoạn nào đó trong cuộc đời của họ, một số người trong số họ có thể sử dụng những can thiệp y khoa để xác định và chuyển đổi vai trò giới và thể hiện giới mà họ cảm thấy thoải mái, thậm chí cả khi những chuyển đổi này khác biệt với những vai trò và thể hiện giới liên quan đến giới tính sinh học của họ, hoặc khác biệt với những quy chuẩn và mong đợi xã hội.

Các chẩn đoán liên quan đến Chứng phiên muộn giới

Một số người mắc chứng phiền muộn giới có thể bị đau khổ và căng thẳng đến mức đủ tiêu chuẩn chẩn đoán chính thức cho một rối loạn tâm thần. Một chẩn đoán như vậy không nhằm gây rầy rầy kỳ thị hay xâm phạm quyền dân sự và quyền con người trên đối tượng được chẩn đoán. Các hệ thống phân loại hiện tại như Sổ tay thống kê và chẩn đoán các rối loạn tâm thần (DSM) (American Psychiatric Association, 2000) và Bảng phân loại Quốc tế Bệnh tật (ICD) (World Health Organization, 2007) đã định nghĩa hàng trăm loại rối loạn tâm thần khác nhau đa dạng trong khởi phát, diễn tiến, giải phẫu sinh lý bệnh, suy giảm chức năng cũng như khả năng điều trị. Toàn bộ các hệ thống này nhằm phân loại các nhóm triệu chứng và tình trạng bệnh, chứ không nhằm mục đích phân loại bệnh nhân. Một loại rối loạn được định nghĩa là một biểu hiện hay một vấn đề mà một người phải đấu tranh chống lại nó, chứ không phải là sự mô tả về người đó hay đặc điểm nhận dạng của người đó.

Do đó, người chuyển giới hay người không theo chuẩn giới không có nghĩa là bị rối loạn tâm lý hay tâm thần. Mà vấn đề ở đây là, phiền muộn giới có thể gây ra căng thẳng, và khi căng thẳng xuất hiện, đó sẽ là một mối quan tâm cần được chẩn đoán và theo dõi để có những giải pháp điều trị phù hợp. Việc xác lập một chẩn đoán đối với những loại phiền muộn như vậy thường giúp tăng cường mức độ người bệnh tiếp cận với các dịch vụ y tế phù hợp và là tiền đề cho những nghiên cứu chuyên sâu hướng tới điều trị hiệu quả.

Nghiên cứu thường dẫn tới một loạt các định nghĩa chẩn đoán mới và các thuật ngữ sẽ thay đổi trong cả Sổ tay thống kê và chẩn đoán các rối loạn tâm thần (DSM) (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010) và Bảng phân loại Quốc tế Bệnh tật (ICD). Vì lý do này, các thuật ngữ thường gặp sẽ được bổ sung vào trong Tiêu chuẩn chăm sóc (TCCS) và cùng với đó là việc cập nhật các phần định nghĩa các thuật ngữ thay đổi. Nhân viên y tế nên áp dụng các tiêu chí chẩn đoán cập nhật nhất và các mã hoá bệnh tật phù hợp nhất vào trong lĩnh vực hành nghề của mình.

IV

Các cân nhắc liên quan đến dịch tễ học

Các nghiên cứu dịch tễ học chính thức về ước tính quần thể¹ và tần suất bệnh² của những người chuyển đổi giới tính nói riêng và người chuyển giới và không theo chuẩn giới nói chung vẫn chưa được tiến hành, và những nỗ lực nghiên cứu để cho ra ước tính thực tế vẫn đang gặp phải vô vàn khó khăn (Institute of Medicine, 2011; Zucker & Lawrence, 2009). Thậm chí cho dù các nghiên cứu dịch tễ đã chỉ ra rằng có một sự tương tự về tỷ lệ người chuyển giới và không theo chuẩn giới ở các khu vực và quốc gia khác nhau trên thế giới, thì những sự khác biệt về đặc trưng văn hoá giữa các quốc gia và khu vực có thể làm thay đổi hình ảnh dịch tễ học thực sự của các biểu hiện mang tính hành vi tương ứng với những bản dạng giới khác nhau, và kéo theo đó là những thay đổi hình ảnh dịch tễ học của chứng phiền muộn giới – vốn khác nhau đối với các bản dạng giới khác nhau. Trong khi tại hầu hết các quốc gia, việc vượt qua các giới hạn chuẩn về giới sẽ dẫn tới các phê bình về mặt đạo đức hơn là đồng cảm, vẫn có những trường hợp tại một số nền văn hoá, các hành vi liên quan tới sự không theo chuẩn giới (ví dụ như các lãnh đạo tâm linh) ít bị kỳ thị hơn, mà thậm chí còn được tôn trọng (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chiñas, 1995; Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, & Dumronggittigule, 1997).

Vì các lý do khác nhau, các nhà nghiên cứu, vốn đã từng tìm hiểu về ước tính quần thể và tần suất bệnh có ý định hướng tập trung của mình vào một nhóm dân số dễ ước tính hơn cả trong toàn thể cộng đồng những người không theo chuẩn giới: đó là những người chuyển giới đang phải đối mặt với sự phiền muộn giới và đang là đối tượng của các chăm sóc liên quan đến chuyển giới tại các phòng khám chuyên khoa (Zucker & Lawrence, 2009). Hầu hết các nghiên cứu đều được thực hiện tại các quốc gia Châu Âu như Thụy Điển (Wålinder, 1968, 1971), Vương Quốc Anh (Hoenig &

¹ incidence—the number of new cases arising in a given period (e.g., a year)

² prevalence—the number of individuals having a condition, divided by the number of people in the general population

Kenna, 1974), Hà Lan (Bakker, Van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren, & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996), Germany (Weitze & Osburg, 1996), và Bỉ (De Cuypere et al., 2007). Có một nghiên cứu được thực hiện tại Singapore (Tsoi, 1988).

Tiến sĩ De Cuypere và các đồng nghiệp (2007) đã tiến hành rà soát các nghiên cứu trên, cũng như là thực hiện các nghiên cứu riêng của họ. Tổng hợp lại, các nghiên cứu đó trải dài suốt quãng thời gian 39 năm. Ngoài trừ hai phát hiện khác biệt trong nghiên cứu của Pauly vào năm 1965 và Tsoi vào năm 1988, mười nghiên cứu còn lại liên quan tới tám quốc gia cho thấy tỷ lệ mắc chứng phiền muộn giới và sử dụng các can thiệp chuyển giới trải dài từ 1:11,900 tới 1:45,000 đối với người chuyển giới từ nam sang nữ (MtF), và từ 1:30,400 tới 1:200,000 đối với người chuyển giới từ nữ sang nam (FtM). Một số học giả đã gợi ý rằng tình trạng bệnh lý thực tế cao hơn rất nhiều, phụ thuộc vào phương pháp sử dụng trong nghiên cứu (ví dụ: Olyslager & Conway, 2007).

Không thể so sánh trực tiếp giữa các nghiên cứu, vì mỗi nghiên cứu khác nhau về phương pháp thu thập số liệu và các tiêu chí để định nghĩa một người là người chuyển giới (ví dụ, một người có hay không có phẫu thuật tái tạo cơ quan sinh dục, hay đã bắt đầu liệu pháp hoóc-môn, hay đã từng tới cơ sở y tế để tìm hiểu các dịch vụ y tế liên quan đến chuyển giới). Tình trạng bệnh lý thường có xu hướng cao trong các nghiên cứu gần đây nhất, điều này có thể lý giải bởi số người tìm kiếm dịch vụ y tế tăng lên. Chứng minh thêm cho lý giải này là nghiên cứu được thực hiện bởi Reed và các cộng sự (2009), theo đó số lượng người tiếp cận dịch vụ tại các cơ sở y tế liên quan đến giới tại Vương Quốc Anh cứ sau năm hoặc sáu năm lại tăng lên gấp đôi. Tương tự, nghiên cứu của Zucker và các cộng sự (2008) lại báo cáo rằng cứ sau khoảng thời gian 30 năm, số lượng trẻ em và trẻ vị thành niên được chuyển gửi tới các cơ sở y tế ở Toronto, Canada lại tăng lên gấp bốn hoặc năm lần.

Số lượng ghi nhận được từ các nghiên cứu được coi là ước tính thấp nhất. Các số liệu công bố hầu hết được thu thập từ các phòng khám nơi mà bệnh nhân đáp ứng đủ các tiêu chí có mức độ phiền muộn giới nghiêm trọng và có tiếp cận dịch vụ y tế tại các cơ sở này. Các số liệu ước tính này không bao gồm số người tham gia điều trị tại các phòng khám chuyên biệt, nơi mà dịch vụ có thể không được coi là “có thể chi trả được”, tiện ích hay chấp nhận được bởi tất cả những người tự nhìn nhận mình đang gặp phải phiền muộn giới tại một nơi nào đó. Do nghiên cứu chỉ ghi nhận số lượng người tới phòng khám để nhận một dịch vụ điều trị cụ thể nào đó, nên có thể đã bỏ qua một lượng quần thể mắc chứng phiền muộn giới trong cộng đồng.

Các quan sát mang tính lâm sàng khác (chưa được nghiên cứu một cách có hệ thống) cho thấy số người mắc phải những phiền muộn giới có thể còn cao hơn: (i) Trước đó không được chẩn đoán là có phiền muộn giới cho đến khi được chẩn đoán một cách tình cờ khi bệnh nhân có những lo lắng, bất an, trầm cảm, rối loạn đa nhân cách (dissociative identity disorders - DID), rối loạn nhân cách ranh giới (borderline personality disorder - BPD), sử dụng chất kích thích, rối loạn tình dục, và các rối loạn phát triển giới tính (Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer III, 1997). (ii) Một số người ăn mặc xuyên giới, thời trang "drag queens/kings" hoặc những người giả nam/nữ (female/male impersonators), và người đồng tính nam và đồng tính nữ có thể mắc phải chứng phiền muộn giới (Bullough & Bullough, 1993). (iii) Mức độ phiền muộn giới của một số người dao động lên xuống ở ngay mức ghi nhận lâm sàng (Docter, 1988). (iv) Trong nhiều nền văn hoá, những người không theo chuẩn giới trong cộng đồng chuyển giới Nữ-sang-Nam có xu hướng ẩn mình, điều này đặc biệt được ghi nhận bởi những nhân viên y tế và nhà nghiên cứu từng thực hiện các nghiên cứu làm nền tảng cho các về ước tính hiện nay về số lượng những người có tình trạng bệnh lý phiền muộn giới (Winter, 2009).

Nhìn chung, những dữ liệu hiện có nên được coi là khởi điểm, và chắc chắn những nghiên cứu dịch tễ học chuyên sâu hơn trên khắp thế giới sẽ mang lại lợi ích cho lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ.



Tổng quan về các Tiếp cận điều trị cho Chứng phiền muộn giới

Những tiến bộ trong Kiến thức và Điều trị Phiền muộn giới

Trong nửa sau của thế kỷ 20, nhận thức về chứng phiền muộn giới đã gia tăng đáng kể trong phương diện y học, các chuyên gia sức khỏe bắt đầu cung cấp những chăm sóc hỗ trợ nhằm làm giảm chứng phiền muộn giới bằng các can thiệp làm thay đổi các đặc tính sinh dục nguyên phát và thứ phát trên cơ thể bệnh nhân thông qua liệu pháp hoóc-môn và phẫu thuật chuyển giới, cùng với đó là những hỗ trợ trong chuyển đổi vai trò giới.

Mặc dù Harry Benjamin đã ghi nhận rằng không theo chuẩn giới có nhiều cấp độ khác nhau (Benjamin, 1966), các phương pháp tiếp cận lâm sàng đầu tiên đều hầu hết tập trung vào xác định những ai là người phù hợp để tiến hành chuyển đổi giới tính từ Nam-sang-Nữ hay Nữ-sang-Nam và hướng đến việc thay đổi đặc điểm cơ thể càng hoàn chỉnh càng tốt (ví dụ, Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974). Phương pháp tiếp cận này được đánh giá là toàn diện và mang lại hiệu quả cao. Xuyên suốt các nghiên cứu, mức độ hài lòng trong nhóm bệnh nhân MtF là 87% và FtM là 97% (Green & Fleming, 1990), và mức độ hối hận sau điều trị là cực thấp (1-1.5% đối với MtF và <1% đối với FtM; Pfäfflin, 1993). Liệu pháp hoóc-môn và phẫu thuật chuyển giới được xác định là thực sự cần thiết về mặt y khoa để giúp làm giảm phiền muộn giới trên đa số người bệnh (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; World Professional Association for Transgender Health, 2008).

Khi lĩnh vực nghiên cứu phát triển, các chuyên gia sức khỏe nhận ra rằng, trong khi nhiều người cần cả liệu pháp hoóc-môn và phẫu thuật chuyển giới để giảm bớt phiền muộn giới, số khác lại chỉ cần một trong hai lựa chọn trên và một số người lại không cần tới liệu pháp nào (Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). Thường sau khi được can thiệp bằng liệu pháp tâm lý,

một số người chuyển giới hoặc ăn mặc xuyên giới có thể thích ứng được với vai trò giới mà họ được mặc định từ lúc sinh, và không thấy cần thiết phải nữ tính hoá hay nam tính hoá cơ thể của họ. Một số khác, quá trình chuyển đổi vai trò giới và/hoặc thể hiện giới đã đủ để làm giảm phiền muộn giới; và một số người thì cần thêm liệu pháp hoóc-môn song song với chuyển đổi vai trò giới, nhưng không cần tới phẫu thuật; trong khi đó, số khác lại cần thay đổi vai trò giới đi cùng với phẫu thuật chuyển giới mà không cần tới liệu pháp hoóc-môn. Nói cách khác, điều trị phiền muộn giới càng ngày càng trở thành vấn đề riêng biệt của mỗi cá nhân và các can thiệp như liệu pháp hoóc-môn hay phẫu thuật chuyển giới trở thành những lựa chọn mà chuyên gia sức khoẻ và bệnh nhân phải cùng xem xét và đưa ra quyết định..

Khi một thế hệ của những người chuyển giới và không theo chuẩn giới trưởng thành – mà nhiều người trong số họ được hưởng lợi từ các liệu pháp điều trị khác nhau – họ càng ngày càng thể hiện cộng đồng của mình rõ ràng hơn và đóng góp đáng kể vào việc đa dạng hoá bản dạng, vai trò và thể hiện giới. Thay vì tự coi mình là người không theo chuẩn giới, một số người lại tự coi mình là “đa hệ” hoặc thuộc về giới tính kia (Bockting, 2008). Một số khẳng định một bản dạng giới riêng biệt và không coi họ thuộc về các giới tính nam hay nữ (Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993). Thay vào đó, họ tự mô tả bản dạng giới của họ bằng những thuật ngữ cụ thể như chuyển giới, song giới hoặc người có giới tính khác biệt, vượt ra ngoài giới hạn sự hiểu biết về định chuẩn giới tính hai giá trị nam/nữ (Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins, & Howell, 2002). Họ không xem quá trình xác định bản dạng và vai trò giới của mình là một “quá trình chuyển đổi” bởi vì họ chưa bao giờ nghĩ mình thuộc vai trò giới đã được mặc định từ lúc sinh, hoặc bởi vì họ khẳng định bản dạng, vai trò và thể hiện giới của họ theo cách khác biệt không chỉ đơn thuần là chuyển đổi từ vai trò giới này qua vai trò giới kia. Chẳng hạn, một số người trẻ tự định nghĩa mình thuộc “giới khác” sẽ luôn luôn coi bản dạng và vai trò giới của mình là như vậy (giới khác). Khi vấn đề đa dạng giới ngày càng thể hiện rõ nét hơn, nhận thức của xã hội về vấn đề này cũng ngày càng cao hơn (Feinberg, 1996), những người có phiền muộn giới càng có nhiều cơ hội để thể hiện bản dạng giới của mình và lựa chọn những vai trò và thể hiện giới mà họ thấy thoải mái nhất.

Các chuyên gia sức khoẻ có thể hỗ trợ những người có phiền muộn giới xác định rõ hơn bản dạng giới của họ, tìm hiểu những lựa chọn khác nhau cho việc thể hiện bản dạng đó, và quyết định các giải pháp điều trị để làm giảm chứng phiền muộn giới.

Các giải pháp điều trị Tâm lý và Y khoa đối với Phiền muộn giới

Đối với những người đang có nhu cầu tìm kiếm dịch vụ điều trị phiền muộn giới, có rất nhiều lựa chọn dịch vụ khác nhau để cân nhắc. Số lượng và loại hình dịch vụ cũng khác nhau, tùy thuộc vào nhu cầu khác nhau của từng người (e.g., Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green, & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury, & Pardo, 2010). Các lựa chọn điều trị bao gồm:

- Thay đổi trong thể hiện giới và vai trò giới để phù hợp với bản dạng giới của mình, tạm thời hoặc lâu dài, một phần hay toàn bộ thời gian sống;
- Liệu pháp học-môn để nữ tính hoá hoặc nam tính hoá cơ thể;
- Phẫu thuật để thay đổi những đặc tính sinh dục (ví dụ: ngực, cơ quan sinh dục trong và/hoặc ngoài, khuôn mặt, hình dáng cơ thể);
- Liệu pháp tâm lý (cá nhân, cặp đôi, gia đình, nhóm) với mục đích khám phá bản dạng giới, vai trò giới và thể hiện giới; giải quyết các tác động tiêu cực của phiền muộn giới và kỳ thị lên sức khoẻ tâm thần; làm giảm hội chứng tự kỳ thị chuyển giới; củng cố các hỗ trợ xã hội và hỗ trợ đồng đẳng; cải thiện hình ảnh cơ thể; hoặc thúc đẩy sức mạnh nội tại.

Các lựa chọn hỗ trợ và thay đổi mang tính xã hội trong việc Thể hiện giới

Bên cạnh việc điều trị tâm lý kết hợp y khoa như đã mô tả ở trên, các giải pháp sau đây có thể được cân nhắc để giúp làm giảm phiền muộn giới, ví dụ:

- Các nguồn lực hỗ trợ trực tiếp hay trực tuyến, các nhóm hoặc tổ chức hỗ trợ cộng đồng giúp đem lại các giải pháp hỗ trợ và vận động xã hội;
- Các nguồn lực hỗ trợ trực tiếp hoặc trực tuyến cho gia đình và bạn bè của họ;
- Liệu pháp tiếng nói và giao tiếp giúp phát triển các kỹ năng giao tiếp bằng lời hoặc không lời để cảm thấy thoải mái với bản dạng giới của họ;
- Tẩy lông bằng điện hoá, la-ze, hay triệt lông (waxing);

- Đoạn nhũ hoặc độn ngực, giấu dương vật hoặc tái tạo dương vật giả, độn hông hoặc mông;
- Những thay đổi về tên và giới trên các giấy tờ tùy thân.

VI

Đánh giá và điều trị Chứng Phiền muộn giới ở Trẻ em và Thanh thiếu niên

Có rất nhiều khác biệt trong hiện tượng, quá trình phát triển và các can thiệp điều trị chứng phiền muộn giới cho trẻ em, thanh thiếu niên so với người trưởng thành. Ở trẻ em và thanh thiếu niên, quá trình phát triển nhanh chóng và rõ rệt về cơ thể, tâm lý và tình dục có thể ảnh hưởng và gây ra sự đa dạng và khác biệt trong kết quả điều trị, đặc biệt là ở trẻ chưa dậy thì.

Do vậy, bộ TCCS đặc biệt mô tả thành một phần riêng về các hướng dẫn lâm sàng trong đánh giá và điều trị chứng phiền muộn giới ở trẻ em và thanh thiếu niên.

Các khác biệt giữa Trẻ em và Thanh thiếu niên mắc chứng Phiền muộn giới

Một khác biệt đặc biệt quan trọng giữa trẻ em và thanh thiếu niên mắc chứng phiền muộn giới là tỷ lệ diễn tiến kéo dài cho đến khi trưởng thành. Chứng phiền muộn giới xuất hiện lúc nhỏ ở trẻ không chắc chắn sẽ tiếp tục tồn tại khi chúng trưởng thành.^v Trong các nghiên cứu theo dõi tiến hành trên các trẻ chưa dậy thì (chủ yếu là trẻ nam) được chuyển đến cơ sở y tế để đánh giá về chứng phiền muộn giới, tỷ lệ diễn tiến phiền muộn giới cho đến khi trưởng thành chỉ khoảng 6-23% số trẻ (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995). Các bé trai tham gia các nghiên cứu khi trưởng thành sau này thường tự xác định là đồng tính nam hơn là người chuyển giới (Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984). Các nghiên cứu mới hơn, có gồm cả các bé gái, cho thấy tỷ lệ diễn tiến phiền muộn giới kéo dài đến tuổi trưởng thành là 12-27% (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Ngược lại, tỷ lệ diễn tiến kéo dài chứng phiền muộn giới đến khi trưởng thành ở nhóm thanh thiếu niên lại rất cao, hơn nhiều so với trẻ em. Hiện vẫn chưa có nghiên cứu tiền cứu chính thức được tiến hành. Tuy vậy, trong một nghiên cứu theo dõi trên 70 thanh thiếu niên được chẩn đoán mắc

chứng phiền muộn giới và được cung cấp liệu pháp hoóc-môn ức chế dậy thì, tất cả các trường hợp này sau đó đều chính thức được can thiệp chuyển giới, bắt đầu bằng liệu pháp hoóc-môn nữ-hoá/nam-hoá (de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010).

Một khác biệt khác là về tỷ lệ nam/nữ theo các nhóm tuổi. Trên các số liệu ghi nhận trong chuyển gửi điều trị lâm sàng, nhóm trẻ em dưới 12 tuổi mắc chứng phiền muộn giới có tỷ lệ nam/nữ dao động từ 6:1 đến 3:1 (Zucker, 2004); trong khi đó, nhóm trên 12 tuổi có tỷ lệ nam/nữ gần với tỷ lệ 1:1 (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

Như đã trình bày trong phần IV và bởi Zucker and Lawrence (2009), các nghiên cứu dịch tễ chính thức trên chứng phiền muộn giới vẫn còn chưa đầy đủ. Cần thêm các nghiên cứu để ước tính chính xác hơn về tỷ lệ xuất hiện và sự trường diễn của chứng phiền muộn giới tương ứng với các dân số khác nhau trên thế giới.

Chú thích: ^v Các hành vi không theo tiêu chuẩn giới ở trẻ em có thể kéo dài đến tuổi trưởng thành, nhưng các hành vi này lại không đủ chẩn đoán chứng phiền muộn giới cũng như không đặt ra nhu cầu điều trị. Như đã trình bày rất rõ ở phần III, chứng phiền muộn giới không giống với sự đa dạng của thể hiện giới.

Hiện tượng Phiền muộn giới ở Trẻ em

Trẻ nhỏ ở độ tuổi 2 tuổi có thể có những biểu hiện của chứng phiền muộn giới; cụ thể, trẻ có thể thể hiện ý muốn được là giới tính khác với giới tính hiện có, hay tỏ ra không vui vẻ với các biểu hiện và chức năng của những đặc tính sinh dục trên cơ thể; thêm vào đó, trẻ có thể thích quần áo, đồ chơi hay các trò chơi thường có ở giới tính khác với trẻ, trẻ cũng có vẻ thích chơi với các trẻ không cùng giới tính với chúng.

Mức độ biểu hiện là rất đa dạng: một số trẻ thể hiện rất rõ nét các hành vi không theo chuẩn giới hay thể hiện mạnh mẽ ý muốn thay đổi giới tính, đồng thời cũng cho thấy sự khó chịu nặng nề và kéo dài về các đặc điểm sinh dục nguyên phát trên cơ thể chúng; trong khi đó, biểu hiện ở những trẻ khác ít mạnh mẽ hoặc chỉ thể hiện một phần (Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a).

Các rối loạn nội tại như rối loạn lo âu (anxiety disorder) hay chứng trầm cảm (depression) xuất hiện khá phổ biến trẻ mắc chứng phiền muộn giới (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeriar, 2002). Tỷ lệ xuất hiện chứng rối loạn phổ tự kỷ (autism spectrum disorders - ASD) có vẻ cao hơn trong thực hành lâm sàng trên nhóm trẻ mắc chứng phiền muộn giới so với dân số chung (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010).

Hiện tượng Phiền muộn giới ở Thanh thiếu niên

Ở hầu hết trẻ em, chứng phiền muộn sẽ biến mất trước hay ở giai đoạn đầu của quá trình dậy thì. Tuy vậy, ở một số trẻ, các cảm giác này lại trở nên mạnh mẽ hơn, cảm giác chán ghét cơ thể mình có thể gia tăng sau khi xuất hiện và phát triển các đặc tính sinh dục thứ phát (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995). Một nghiên cứu cũng gợi ý rằng mức độ thể hiện giới không theo chuẩn mạnh mẽ ở giai đoạn trẻ nhỏ có liên quan đến sự trường diễn của chứng phiền muộn giới cho đến giai đoạn sau của tuổi thanh thiếu niên và giai đoạn đầu của tuổi trưởng thành (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Tuy vậy, khi nhìn nhận ngược lại, nhiều thanh thiếu niên và người lớn mắc chứng phiền muộn giới lại không cho thấy có ghi nhận tiền sử biểu hiện không theo chuẩn giới lúc nhỏ (Docter, 1988; Landén, Wålinder, & Lundström, 1998). Chính vì thế khi chứng phiền muộn giới biểu hiện rõ ở tuổi thanh thiếu niên, những người khác (cha mẹ, người thân, bạn bè hay những người xung quanh) có thể rất bất ngờ và có phần khó tiếp nhận.

Khi cảm nhận rằng các đặc điểm sinh dục nguyên phát và/hoặc thứ phát và giới tính lúc sinh của mình không tương ứng với bản dạng giới, nhóm thanh thiếu niên có thể cảm thấy rất đau khổ. Dù không phải tất cả, phần lớn thanh thiếu niên mắc chứng phiền muộn giới có mong muốn mãnh liệt được sử dụng hoóc-môn hay can thiệp phẫu thuật. Ngày càng nhiều hơn các thanh thiếu niên bắt đầu sống theo vai trò giới mong muốn từ khi vào trường cấp 3 (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

Trong số thanh thiếu niên được chuyển đến cơ sở y tế vì chứng phiền muộn giới, tùy theo quốc gia hay trung tâm mà có sự khác biệt về số ca đủ tiêu chuẩn cho các can thiệp y khoa sớm (bắt đầu bằng thuốc đối kháng GnRH để ức chế dậy thì ngay trong giai đoạn đầu theo phân giai đoạn dậy thì Tanner). Không phải mọi cơ sở y tế đều cung cấp liệu pháp ức chế dậy thì. Khi được chỉ định,

liệu pháp ức chế dậy thì có thể được bắt đầu từ giai đoạn 2 đến giai đoạn 4 theo Tanner (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al., 2012). Tỷ lệ số ca thanh thiếu niên được điều trị thay đổi theo từng cơ sở y tế, chế độ bảo hiểm, khác biệt văn hoá, quan điểm của bác sỹ điều trị và quy trình chẩn đoán của từng hệ thống y tế.

Các bác sỹ thiếu kinh nghiệm có thể chẩn đoán nhầm chứng phiền muộn giới với chứng hoang tưởng. Về mặt hiện tượng, có khác biệt định tính giữa chứng phiền muộn giới và chứng hoang tưởng và các triệu chứng loạn thần khác. Đại đa số trẻ em và thanh thiếu niên mắc chứng phiền muộn giới thường không kèm theo các bệnh lý tâm thần nghiêm trọng nào như rối loạn loạn thần (Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, published online ahead of print January 7, 2011).

Trong khi đó, chứng phiền muộn giới ở thanh thiếu niên lại thường đi kèm với các rối loạn nội tại như rối loạn lo âu hay chứng trầm cảm và/hoặc rối loạn ngoại tại như chứng rối loạn thách thức chống đối - oppositional defiant disorder, ODD (de Vries et al., 2010). Tương tự như trẻ em, tỷ lệ xuất hiện chứng rối loạn phổ tự kỷ (autism spectrum disorders - ASD) có vẻ cao hơn trong thực hành lâm sàng trên nhóm thanh thiếu niên mắc chứng phiền muộn giới so với dân số chung (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010).

Năng lực cần thiết của các Chuyên gia sức khoẻ tâm thần khi Chăm sóc Trẻ em hay Thanh thiếu niên mắc chứng Phiền muộn giới

Các yêu cầu tối thiểu của một chuyên gia sức khoẻ tâm thần tham gia công tác đánh giá, chuyển gửi hay trực tiếp điều trị cho trẻ em và thanh thiếu niên mắc chứng phiền muộn giới:

1. Đủ yêu cầu năng lực về lĩnh vực sức khoẻ tâm thần cho chứng phiền muộn giới ở người lớn, được trình bày trong phần VII
2. Được tập huấn về bệnh học tâm thần liên quan đến sự phát triển ở trẻ em và thanh thiếu niên.
3. Có năng lực trong chẩn đoán và điều trị các vấn đề thông thường ở trẻ em và thanh thiếu niên.

Vai trò của Chuyên gia sức khoẻ tâm thần chăm sóc Trẻ em và Thanh thiếu niên mắc chứng Phiền muộn giới

Vai trò của Chuyên gia sức khoẻ tâm thần chăm sóc Trẻ em và Thanh thiếu niên mắc chứng Phiền muộn giới, bao gồm các nội dung sau:

1. Trực tiếp đánh giá chứng phiền muộn giới ở trẻ em và thanh thiếu niên (xem hướng dẫn tổng quát bên dưới)
2. Cung cấp tư vấn cho gia đình và liệu pháp tâm lý hỗ trợ nhằm giúp trẻ em và thanh thiếu niên xác định và hiểu hơn về bản dạng giới của mình, giảm các đau khổ gây ra do chứng phiền muộn giới, và cải thiện các trở ngại tâm lý – xã hội khác.
3. Đánh giá và điều trị các vấn đề sức khoẻ tâm thần khác ở trẻ (hoặc chuyển gửi đến chuyên gia khác để điều trị). Các vấn đề sức khoẻ tâm thần này được xem như một phần trong kế hoạch điều trị tổng thể.
4. Chuyển gửi thanh thiếu niên đến các can thiệp trên cơ thể (như liệu pháp hoóc-môn ức chế dậy thì) nhằm giảm biểu hiện phiền muộn giới, nếu cần thiết. Thủ tục chuyển gửi cần bao gồm hồ sơ đánh giá chứng phiền muộn giới và sức khoẻ tâm thần, sự thoả mãn tiêu chuẩn cho can thiệp trên cơ thể (trình bày bên dưới), chuyên môn phù hợp của chuyên gia sức khoẻ tâm thần, các thông tin liên quan về sức khoẻ cũng như các chuyển gửi điều trị cụ thể khác.
5. Giáo dục và vận động cộng đồng xung quanh (như các trung tâm chăm sóc trong ngày, trường học, trại hè và các tổ chức khác) thay cho trẻ em và thanh thiếu niên mắc chứng phiền muộn giới và gia đình các em. Điều này đặc biệt quan trọng dựa trên bằng chứng rằng trẻ em hay thanh thiếu niên không theo với các định chuẩn xã hội về giới thường bị quấy rối ở trường học (Grossman, D’Augelli, & Salter, 2006; Grossman, D’Augelli, Howell, & Hubbard, 2006; Sausa, 2005), hay có nguy cơ bị cô lập, trầm cảm hoặc các tổn hại khác (Nuttbrock et al, 2010).
6. Cung cấp cho trẻ và gia đình các thông tin về các hỗ trợ cộng đồng và chuyển gửi nếu cần thiết, ví dụ như các nhóm hỗ trợ cho cha mẹ của trẻ không theo chuẩn giới hay trẻ chuyển giới (Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002).

Đánh giá và can thiệp tâm lý – xã hội cho trẻ em và thanh thiếu niên thường được cung cấp trong một dịch vụ chuyên môn đa lĩnh vực về can thiệp về giới. Nếu không sẵn có một dịch vụ như vậy, chuyên gia sức khỏe tâm thần nên tham vấn và cộng tác với một bác sỹ chuyên ngành nội tiết nhi khoa để phục vụ cho hoạt động đánh giá, giáo dục hay các quyết định can thiệp y khoa trên cơ thể trẻ.

Đánh giá tâm lý ở Trẻ em và Thanh thiếu niên

Khi đánh giá tâm lý ở trẻ em và thanh thiếu niên đang mắc chứng phiền muộn giới, chuyên gia sức khỏe tâm thần cần tuân theo các hướng dẫn dưới đây:

1. Chuyên gia sức khỏe tâm thần không nên thể hiện hay để lộ một thái độ hay phản ứng tiêu cực về biểu hiện không theo chuẩn giới hay các dấu hiệu của chứng phiền muộn giới. Thay vào đó, cần thể hiện sự quan tâm đến trẻ và gia đình, cung cấp một đánh giá kỹ lưỡng về chứng phiền muộn giới và các vấn đề sức khỏe tâm thần khác, tham vấn cho họ về các lựa chọn điều trị nếu cần thiết, Sự chấp nhận và thổ lộ các bí mật có thể mang lại sự giải toả rất lớn cho trẻ/thanh thiếu niên mắc chứng phiền muộn giới cũng như gia đình của các em.
2. Đánh giá về chứng phiền muộn giới và sức khỏe tâm thần nên làm sáng tỏ về bản chất và các đặc điểm bản dạng giới của trẻ/thanh thiếu niên. Nên thực hiện một đánh giá toàn diện về tâm lý và tâm thần, bao gồm các khía cạnh như chức năng thể hiện cảm xúc, các mối quan hệ xã hội, trí năng/thành tích học tập. Phần đánh giá cũng nên bao gồm điểm mạnh và yếu của mối quan hệ và hoạt động tương tác giữa các thành viên trong gia đình. Các vấn đề cảm xúc hay hành vi là khá phổ biến, và các vấn đề chưa được giải quyết khác có thể hiện diện trong môi trường sống của các em (de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Wallien et al., 2007).
3. Với thanh thiếu niên, hoạt động đánh giá có thể kết hợp với việc thông báo cho các em và gia đình về khả năng cũng như hạn chế của các phương pháp điều trị. Điều này cần thiết đối với sự đồng ý tự nguyện điều trị của đối tượng, đồng thời cũng quan trọng đối với kết quả đánh giá. Cách mà các em phản ứng trước những thông tin thực tế về can thiệp chuyển giới có thể cung cấp nhiều thông tin cho chẩn đoán. Các thông tin chính xác có thể thay đổi

mong muốn sử dụng một điều trị nào đó, nếu mong muốn này dựa trên một kỳ vọng không thực tế.

Các can thiệp tâm lý – xã hội cho Trẻ em và Thanh thiếu niên

Khi hỗ trợ và điều trị trẻ em và thanh thiếu niên đang mắc chứng phiền muộn giới, chuyên gia sức khoẻ tâm thần cần tuân theo các hướng dẫn dưới đây:

1. Chuyên gia sức khoẻ tâm thần nên giúp các gia đình có sự chấp nhận và ủng hộ đối với trẻ trước các vấn đề phát sinh từ chứng phiền muộn giới. Gia đình đóng vai trò quan trọng trong tâm lý và sự hạnh phúc của trẻ (Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004). Tương tự như vậy với bạn bè đồng trang lứa hay những người có vai trò hướng dẫn cho trẻ trong cộng đồng, đó có thể là nguồn hỗ trợ xã hội cho trẻ.
2. Tâm lý trị liệu nên tập trung vào việc làm giảm sự đau khổ gây ra do chứng phiền muộn giới ở trẻ cũng như cải thiện các vấn đề tâm lý – xã hội khác. Với các trẻ đang can thiệp chuyển giới, liệu pháp tâm lý cần tập trung hỗ trợ trước, trong và sau can thiệp. Hiện chưa có đánh giá chính thức nào về các can thiệp tâm lý trị liệu trong tình huống này, tuy vậy, một số phương pháp tư vấn đã được mô tả (Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Malpas, in press; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006).

Các biện pháp nhằm cố gắng thay đổi bản dạng giới hay thể hiện giới để phù hợp với giới tính lúc sinh đã được áp dụng trong quá khứ, và không cho thấy hiệu quả thành công như mong đợi (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964), đặc biệt là hiệu quả mang tính lâu dài (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Các biện pháp này hiện không còn được xem là hợp với đạo đức.

3. Gia đình trẻ cần được hỗ trợ để vượt qua sự không rõ ràng và lo lắng về tâm lý tình dục của trẻ, đồng thời có thể giúp các em tự ý thức bản thân một cách tích cực.
4. Chuyên gia sức khoẻ tâm thần không nên cứng nhắc với quan điểm giới tính hai giá trị. Họ cần cho bệnh nhân một khoảng không đủ lớn để khám phá nhiều lựa chọn khác nhau trong

thể hiện giới, dựa trên quan điểm về sự đa dạng tính dục. Các can thiệp bằng hoóc-môn và phẫu thuật có thể phù hợp và cần thiết ở một số thanh thiếu niên, trong khi một số khác thì không.

5. Bệnh nhân và gia đình của họ nên được hỗ trợ trong việc đưa ra những quyết định khó khăn liên quan đến mức độ mà bệnh nhân thể hiện vai trò giới (phù hợp với bản dạng giới), cũng như thời điểm thích hợp cho các thay đổi vai trò giới và quá trình chuyển đổi xã hội. Ví dụ, bệnh nhân có thể đến trường khi đang thực hiện chuyển đổi xã hội một phần (ăn mặc và để đầu tóc theo bản dạng giới) hay toàn bộ (sử dụng một cái tên hay cách xưng hô tương ứng với bản dạng giới). Sự khó khăn cũng bao gồm lựa chọn bộc lộ và thời điểm bộc lộ ý định chuyển giới, cũng như các cách phản ứng có thể có từ người khác.
6. Chuyên gia sức khỏe nên hỗ trợ bệnh nhân và gia đình họ như một giáo dục viên và một người vận động thay mặt bệnh nhân trong các tương tác với những thành viên cộng đồng hay các cơ quan chức năng như với giáo viên, ban giám hiệu nhà trường hay tòa án.
7. Chuyên gia sức khỏe tâm thần nên nỗ lực duy trì mối quan hệ điều trị với trẻ và gia đình xuyên suốt bất kỳ thay đổi xã hội hay bất kỳ can thiệp trên cơ thể. Điều này đảm bảo các quyết định về giới, thể hiện giới và quá trình điều trị chứng phiền muộn giới được xem xét kỹ lưỡng, định kỳ và liên tục. Cũng tương tự như vậy trong trường hợp chuyên gia tâm lý tiếp xúc với bệnh nhân đã có biểu hiện thay đổi vai trò giới trước đó.

Chuyển đổi xã hội về giới ở Trẻ nhỏ

Một số trẻ nói rằng chúng muốn chuyển đổi vai trò giới từ lúc còn rất nhỏ, với một số trẻ, điều này phản ánh sự thể hiện của bản dạng giới của chúng, trong khi với số còn lại có thể là do tác động từ các yếu tố khác. Gia đình cho phép ở những mức độ khác nhau về việc trẻ nhỏ chuyển đổi vai trò giới. Chuyển đổi xã hội ở giai đoạn trẻ nhỏ thực sự đã diễn ra ở một vài gia đình và cho thấy thành công. Đây là một vấn đề còn đang tranh cãi và có nhiều ý kiến trái chiều của các chuyên gia sức khỏe. Các bằng chứng hiện tại không đủ để dự đoán về hiệu quả lâu dài của quá trình chuyển đổi hoàn toàn vai trò giới xảy ra ở giai đoạn trẻ nhỏ. Các nghiên cứu đánh giá kết quả trên trẻ hoàn thành quá trình chuyển đổi xã hội sớm sẽ rất có ý nghĩa trong các khuyến cáo lâm sàng trong tương lai.

Chuyên gia sức khỏe tâm thần có thể giúp gia đình đưa ra những quyết định liên quan đến thời điểm và quá trình thay đổi vai trò giới ở trẻ. Chuyên gia cần cung cấp đầy đủ thông tin, kiến thức và giúp cho các gia đình lượng giá được lợi ích và thử thách của từng lựa chọn cụ thể. Cần đề cập trong lãnh vực này là tỷ lệ tương đối thấp của hiện tượng phiên muộn giới sẽ kéo dài cho đến tuổi trưởng thành, như đã mô tả phía trên (Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Một thay đổi ngược lại vai trò giới ban đầu có thể rất đau khổ và thường dẫn đến trì hoãn ở lần chuyển đổi thứ hai (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Vì những lý do như trên, cha mẹ của trẻ thường muốn các thay đổi vai trò giới này diễn ra như một sự thử nghiệm trong cuộc sống hơn là một tình cảnh không thể đảo ngược. Chuyên gia sức khỏe tâm thần có thể giúp cha mẹ trong việc xác định các giải pháp tiềm năng hoặc sự thỏa hiệp (ví dụ: chỉ thử nghiệm vai trò giới khác khi vào kỳ nghỉ), và quan trọng là cha mẹ phải nói cho trẻ biết rõ rằng chúng có thể lựa chọn ngược trở lại.

Trong mọi tình huống, bất kể gia đình có quyết định gì (về thời gian, mức độ), chuyên gia sức khỏe cần tư vấn hỗ trợ cần thiết tùy theo lựa chọn của gia đình. Nếu không cho phép trẻ chuyển đổi vai trò giới, cần tư vấn giúp gia đình một giải pháp ít nhạy cảm và thuận lợi cho trẻ được khám phá về cảm giác và hành vi liên quan giới trong một môi trường an toàn. Nếu trẻ được phép chuyển đổi vai trò giới, cần tư vấn để giúp gia đình theo sát và tạo điều kiện cho trẻ có những trải nghiệm tích cực trong quá trình chuyển đổi. Ví dụ, gia đình có thể cần thay đổi cách xưng hô cho đúng, đảm bảo và duy trì môi trường an toàn xung quanh trẻ (trường học, các nhóm cộng đồng), và cách thức trao đổi với những người khác về các biểu hiện ở trẻ. Trong cả hai trường hợp, khi trẻ gần đến tuổi dậy thì, cần đánh giá lại về nhu cầu chuyển giới và các can thiệp cơ thể cần thiết.

Can thiệp trên cơ thể cho Thanh thiếu niên

Trước khi tiến hành các can thiệp trên cơ thể, cần có những đánh giá và tìm hiểu toàn diện về yếu tố tâm lý – xã hội, gia đình và các vấn đề xã hội quanh các em (được trình bày bên trên). Thời gian cần thiết cho việc tìm hiểu này tùy thuộc vào mức độ phức tạp của từng tình huống.

Can thiệp cơ thể cần đặt trong bối cảnh các phát triển của tuổi dậy thì. Các xung động tuổi mới lớn có thể khiến cho các ý định chuyển giới trở nên mạnh mẽ và gây ấn tượng sai lầm rằng đó là quyết

định không thể thay đổi được. Đồng thời, việc các em thể hiện hướng đến các biểu hiện theo chuẩn giới có thể chỉ đơn thuần là làm hài lòng cha mẹ chứ không phản ánh một sự thay đổi thực sự trong bản dạng giới cũng như chứng phiên muộn giới (Hembree et al., 2009; Steensma et al., published online ahead of print January 7, 2011).

Các can thiệp cơ thể ở thanh thiếu niên phân thành 3 giai đoạn (Hembree et al., 2009):

1. Can thiệp có thể đảo ngược hoàn toàn, bao gồm dùng thuốc đối kháng GnRH để ức chế sản xuất estrogen hay testosterone, từ đó trì hoãn các thay đổi dậy thì trên cơ thể. Lựa chọn điều trị thay thế có thể dùng progestin (thường dùng nhất là medroxyprogesterone) hoặc các thuốc khác (như spironolactone) nhằm giảm tác dụng của hoóc-môn sinh dục nam. Sử dụng thuốc ngừa thai đường uống liên tục (hay loại medroxyprogesterone) có thể được dùng để ức chế chu kỳ kinh nguyệt.
2. Can thiệp có thể đảo ngược một phần, bao gồm liệu pháp hoóc-môn nữ-hoá/nam-hoá. Một vài thay đổi gây ra bởi liệu pháp hoóc-môn có thể cần can thiệp phẫu thuật khi muốn đảo ngược (ví dụ biểu hiện vú to nam giới do tác động của estrogen), trong khi các thay đổi khác thì không thể đảo ngược (ví dụ giọng nói trầm đi do ảnh hưởng bởi testosterone)
3. Can thiệp không thể đảo ngược, bao gồm phẫu thuật chuyển giới.

Một quá trình tiến hành theo trình tự trên nhằm đảm bảo các lựa chọn là “luôn mở” trong suốt hai giai đoạn 1 và 2. Việc chuyển giai đoạn cần tiến hành tuần tự và có đủ thời gian để bệnh nhân và gia đình thích nghi hoàn toàn với các thay đổi cơ thể sau can thiệp.

Can thiệp có thể đảo ngược hoàn toàn

Liệu pháp hoóc-môn ức chế dậy thì cần được tiến hành càng sớm càng tốt trước khi có các thay đổi cơ thể của giai đoạn dậy thì. Để thanh thiếu niên và cha mẹ chúng có thể đưa ra quyết định chính xác về việc trì hoãn dậy thì, các em cần trải nghiệm về diễn tiến của dậy thì ít nhất ở giai đoạn Tanner 2. Một số trẻ có thể đến giai đoạn này rất sớm, ví dụ lúc 9 tuổi. Các nghiên cứu đánh giá về phương pháp này chỉ bao gồm các trẻ từ 12 tuổi trở lên (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de

Vries, & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, & Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006).

Liệu pháp hoóc-môn ức chế dậy thì có 2 mục đích chính: (i) cho các em nhiều thời gian hơn để khám phá về vai trò giới không theo chuẩn giới của bản thân các em cũng như sự phát triển của tuổi dậy thì, (ii) hạn chế sự phát triển của các đặc tính sinh dục khó hay không thể đảo ngược của giai đoạn dậy thì nếu các em có ý định chuyển đổi giới tính sau này.

Ức chế dậy thì có thể kéo dài trong vài năm, cho đến khi có quyết định ngưng hoặc chuyển sang liệu pháp hoóc-môn nữ-hoá/nam-hoá. Ức chế dậy thì không nhất thiết dẫn tới chuyển đổi xã hội hay can thiệp chuyển đổi giới tính.

Tiêu chuẩn tối thiểu của liệu pháp hoóc-môn ức chế dậy thì ở thanh thiếu niên:

1. Trẻ có biểu hiện kéo dài của tình trạng không theo chuẩn giới hay chứng phiền muộn giới (cả khi biểu lộ hay không biểu lộ)
2. Chứng phiền muộn giới trầm trọng hơn khi trẻ vào giai đoạn dậy thì
3. Các vấn đề tâm lý, sức khoẻ hay các trở ngại xã hội có thể ảnh hưởng đến điều trị (ví dụ như ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị) cần phải được đánh giá trước nhằm đảm bảo tình trạng của trẻ là đủ ổn định để bắt đầu điều trị.
4. Trẻ cam kết tự nguyện điều trị bằng văn bản cam kết điều trị, trong trường hợp trẻ chưa đủ tuổi, cha mẹ hay người giám hộ có thể tiến hành thay trẻ và cam kết hỗ trợ trẻ trong quá trình điều trị

Phác đồ, Quá trình theo dõi và các Rủi ro của Ức chế dậy thì

Ức chế dậy thì ở các em nam nên sử dụng thuốc đối kháng GnRH, từ đó làm tuyến yên ngưng bài tiết hoóc-môn hướng sinh dục và làm giảm bài tiết testosterone. Phác đồ thay thế có thể dùng progestin (như medroxyprogesterone) hay các thuốc có tác dụng ức chế sản xuất testosterone hoặc làm giảm tác dụng của hoóc-môn này. Ức chế dậy thì ở các em nữ nên sử dụng thuốc đối kháng GnRH, từ đó làm ngưng bài tiết hoóc-môn estrogen và progesterone. Phác đồ thay thế có thể sử dụng progestins (như medroxyprogesterone), hay sử dụng thuốc ngừa thai hàng ngày để ức chế

chu kỳ kinh. Trên cả hai nhóm, sử dụng thuốc đối kháng GnRH là phác đồ ưu tiên (Hembree et al., 2009) nhưng giá thành khá cao.

Trong quá trình ức chế dậy thì, cần đánh giá kỹ lưỡng về sự phát triển cơ thể của trẻ, tốt nhất là bởi bác sỹ chuyên khoa nội tiết nhi khoa, để có những can thiệp khi cần thiết (ví dụ như đảm bảo chiều cao, mật độ khoáng chất của xương) (Hembree et al., 2009).

Sử dụng sớm liệu pháp hoóc-môn ức chế dậy thì có thể ngăn chặn tốt hơn những hậu quả xấu về cảm xúc hay xã hội của chứng phiền muộn giới so với việc sử dụng muộn. Trẻ nam sử dụng GnRH ở giai đoạn sớm phải được thông báo về khả năng dẫn đến kém phát triển dương vật và có thể không đủ kích thích cho can thiệp tạo hình âm đạo bằng kỹ thuật lộn ngược dương vật sau này (kỹ thuật thay thế có thể áp dụng là sử dụng ghép da hay ruột tự thân).

Cả ức chế hay cho phép dậy thì đều có những tác động nhất định lên đời sống của trẻ và chứng phiền muộn giới; cho phép dậy thì có thể dẫn đến phiền muộn giới kéo dài trong nhiều năm và ảnh hưởng từ những đặc tính sinh dục thứ phát không thể đảo ngược phát triển trong giai đoạn dậy thì, ngược lại, ức chế dậy thì đi kèm với nguy cơ chịu các tác dụng phụ của thuốc đối kháng GnRH như ảnh hưởng lên chiều cao và hệ xương. Mặc dù các kết quả ban đầu về can thiệp ức chế dậy thì (đánh giá trên 10 năm ở những thanh thiếu niên được can thiệp) cho thấy hiệu quả đáng tin cậy (Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006), các tác động lâu dài chỉ có thể xác định khi các bệnh nhân điều trị sớm nhất đạt được độ tuổi phù hợp.

Can thiệp có thể đảo ngược một phần

Thanh thiếu niên có thể đủ điều kiện để khởi động liệu pháp hoóc-môn nữ-hoá/nam hoá, tốt nhất là khi có sự đồng ý từ cha mẹ. Ở nhiều quốc gia, độ tuổi 16 được xem là người trưởng thành hợp pháp và có thể tự ra quyết định điều trị mà không cần có sự đồng ý của cha mẹ. Một cách lý tưởng, quyết định điều trị nên thống nhất giữa trẻ, gia đình và nhân viên y tế.

Phác đồ điều trị hoóc-môn cho thanh thiếu niên mắc chứng phiền muộn giới có khác biệt lớn so với phác đồ dùng ở người lớn (Hembree et al., 2009). Phác đồ hoóc-môn sử dụng cho trẻ cần tương thích với các vấn đề tinh thần, cảm xúc và phát triển tâm thần ở tuổi mới lớn (Hembree et al., 2009).

Can thiệp không thể đảo ngược

Phẫu thuật bộ phận sinh dục không nên thực hiện cho đến khi: (i) bệnh nhân đủ tuổi trưởng thành về mặt pháp lý để có thể tự ra quyết định điều trị, (ii) bệnh nhân đã có thời gian sống liên tục trên 12 tháng trong vai trò giới tương ứng với bản dạng giới. Lưu ý rằng độ tuổi của bệnh nhân nên được xem là tiêu chuẩn tối thiểu chứ không phải là một chỉ định cho can thiệp.

Phẫu thuật ngực cho bệnh nhân FtM có thể được tiến hành sớm hơn, tốt hơn là sau một thời gian sống đủ lâu trong vai trò giới mong muốn và sau 1 năm điều trị testosterone. Điều này giúp trẻ có đủ thời gian và cơ hội để trải nghiệm và điều chỉnh cho phù hợp với vai trò giới nam tính mà mình mong muốn, trước khi tiến hành các can thiệp không thể đảo ngược. Tuy vậy, các phương pháp tiếp cận khác cũng có thể áp dụng, tùy thuộc vào tình huống lâm sàng cụ thể và mục đích thể hiện bản dạng giới của bệnh nhân.

Rủi ro khi Trì hoãn điều trị ở Thanh thiếu niên

Từ chối điều trị đúng lúc cho thanh thiếu niên có thể kéo dài chứng phiền muộn giới và tăng rủi ro bị xâm hại hay kỳ thị. Mức độ xâm hại liên quan giới có liên quan mật thiết đến mức độ suy sụp tinh thần trong độ tuổi mới lớn (Nuttbrock et al., 2010), do vậy, trì hoãn liệu pháp ức chế dậy thì hay liệu pháp hoóc-môn nữ-hoá/nam-hoá không phải là một lựa chọn vô hại và trung lập.

VII

Sức khỏe tâm thần

Người chuyển giới và không theo chuẩn giới có thể cần đến sự giúp đỡ của các chuyên gia sức khỏe tâm thần vì nhiều lí do khác nhau. Bất kể bệnh nhân đến khám vì lý do gì, các chuyên gia sức khỏe tâm thần nên làm quen với sự không theo chuẩn giới, đồng thời cần ứng xử bằng các hành vi văn hóa phù hợp cũng như thể hiện sự tinh tế và nhạy cảm khi cung cấp dịch vụ chăm sóc.

Phần này của TCCS sẽ tập trung vào vai trò của các chuyên gia sức khỏe tâm thần trong việc chăm sóc những người trưởng thành mắc chứng phiền muộn giới hay các vấn đề sức khỏe tâm thần khác có liên quan đến chứng phiền muộn giới. Khi làm việc với đối tượng trẻ em và trẻ vị thành niên mắc phiền muộn giới, và với gia đình các em, các chuyên gia nên xem thêm nội dung d9uoc5 đề cập ở phần VI.

Năng lực của các chuyên gia sức khỏe tâm thần khi làm việc với người trưởng thành sống với Phiền muộn giới.

Bên cạnh năng lực lâm sàng cơ bản cần thiết trong việc đánh giá, chẩn đoán và điều trị những vấn đề sức khỏe tâm thần nói chung, các chuyên gia sức khỏe tâm thần cần được tập huấn chuyên biệt để có thể làm việc với người trưởng thành mắc Phiền muộn giới. Các tập huấn lâm sàng có thể được diễn ra trong bất kì khuôn khổ nào miễn là chúng có thể trang bị đầy đủ cho các chuyên gia sức khỏe tâm thần về thực hành lâm sàng, ví dụ như tâm lí học, tâm thần học, công tác xã hội, tư vấn sức khỏe tinh thần, hôn nhân và liệu pháp gia đình, điều dưỡng, chăm sóc tại nhà với những tập huấn riêng về sức khỏe hành vi và kỹ năng tư vấn. Sau đây là những tiêu chí tối thiểu cho các chuyên gia sức khỏe tâm thần để làm việc với người trưởng thành bị phiền muộn giới:

1. Có bằng thạc sĩ hoặc tương đương về lĩnh vực khoa học hành vi lâm sàng. Văn bằng này hoặc loại chuyên sâu hơn, phải được trao từ các cơ sở được tín nhiệm bởi ban hội đồng phù

hợp ở tầm khu vực hoặc quốc gia. Chuyên gia sức khỏe tâm thần phải có các giấy ủy nhiệm từ các hội đồng cấp giấy phép hoặc tương đương ở quốc gia đó.

2. Có khả năng sử dụng tài liệu *Sổ tay Thống kê và Chẩn đoán các Rối loạn Tâm thần* và/hoặc Bảng Phân loại Quốc tế về Bệnh tật cho mục đích chẩn đoán.
3. Có khả năng nhận biết và chẩn đoán các vấn đề sức khỏe tâm thần đồng xuất hiện và phân biệt những vấn đề này với chứng phiền muộn giới.
4. Thông qua tập huấn có giám sát về tri liệu và tư vấn tâm lý
5. Có kiến thức về bản dạng và thể hiện không theo chuẩn giới, và về đánh giá và điều trị cho chứng phiền muộn giới.
6. Liên tục học hỏi về cách đánh giá và điều trị chứng phiền muộn giới. Việc này bao gồm tham dự các cuộc họp chuyên môn có liên quan, tập huấn hay hội thảo; được giám sát bởi chuyên gia sức khỏe tâm thần có nhiều kinh nghiệm trong các lĩnh vực liên quan; hoặc là tham dự vào các nghiên cứu liên quan đến sự không theo chuẩn giới và phiền muộn giới.

Bên cạnh những tiêu chí tối thiểu kể trên, các chuyên gia sức khỏe tâm thần nên phát triển và duy trì năng lực văn hóa để thực hiện công việc của họ với những bệnh nhân là người chuyển giới và không theo chuẩn giới. Điều này bao gồm, ví dụ, có kiến thức về cộng đồng hiện tại, quá trình vận động và các chính sách công có liên quan đến bệnh nhân và gia đình họ. Ngoài ra, có thêm kiến thức về giới tính, các vấn đề sức khỏe giới tính, đánh giá và điều trị rối loạn giới tính sẽ được ưu tiên hơn.

Những chuyên gia sức khỏe tâm thần mới gia nhập lĩnh vực này (không kể mức độ tập huấn và các kinh nghiệm khác) nên làm việc dưới sự giám sát của các chuyên gia sức khỏe tâm thần có năng lực hoàn chỉnh trong việc đánh giá và điều trị chứng phiền muộn giới.

Những công việc của chuyên gia sức khỏe tâm thần khi làm việc với người trưởng thành bị Phiền muộn Giới

Các chuyên gia sức khỏe tâm thần có thể hỗ trợ người chuyển giới và gia đình của họ theo nhiều cách khác nhau, tùy thuộc vào nhu cầu của bệnh nhân. Ví dụ: các chuyên gia sức khỏe tâm thần có

thể đóng vai trò trị liệu tâm lý, tư vấn hoặc trị liệu gia đình, hoặc là chẩn đoán viên/đánh giá viên, người ủng hộ hoặc giáo dục viên.

Các chuyên gia sức khỏe tâm thần nên xác định được những lí do mà bệnh nhân cần đến sự hỗ trợ chuyên nghiệp. Ví dụ: bệnh nhân có thể dùng kết hợp bất kì các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sau đây: hỗ trợ trị liệu tâm lý để khám phá bản dạng và thể hiện giới để tiến hành quá trình bộc lộ ra ngoài; đánh giá và chuyển gửi để thực hiện các can thiệp y tế cho can thiệp nữ-hóa/nam-hóa; hỗ trợ tâm lý cho các thành viên gia đình (người yêu, con cái, dòng họ); nhu cầu trị liệu tâm lý không liên quan đến các vấn đề về giới; hoặc các dịch vụ chuyên môn khác.

Sau đây là các hướng dẫn chung cho những công việc thường gặp mà các chuyên gia sức khỏe tâm thần phải đáp ứng khi làm việc với những người trưởng thành bị Phiền muộn Giới

Những công việc liên quan đến đánh giá và chuyển gửi

1. Đánh giá Phiền muộn Giới

Các chuyên gia sức khỏe tâm thần đánh giá chứng Phiền muộn Giới của bệnh nhân trên tinh thần nhằm đánh giá các thay đổi tâm lý xã hội của họ gây ra do phiền muộn giới (Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009). Ở mức tối thiểu, việc đánh giá bao gồm xác định bản dạng giới và phiền muộn giới, tiền sử và quá trình phát triển các cảm giác phiền muộn giới ở người bệnh, tác động của sự kì thị gắn liền với sự không theo chuẩn giới đối với sức khỏe tâm thần, và mức độ ủng hộ từ gia đình, bạn bè và người đồng cảnh (ví dụ: có liên hệ với những người chuyển giới và không theo chuẩn giới, trực tiếp hay qua mạng internet, với tư cách cá nhân hoặc tham gia trong cùng một nhóm). Việc đánh giá có thể dẫn đến kết quả chẩn đoán không mắc bệnh, chẩn đoán xác định mắc chứng phiền muộn giới, và/hoặc những chẩn đoán khác để mô tả những khía cạnh khác nhau của sức khỏe người bệnh và sự điều chỉnh tâm lý xã hội. Vai trò của các chuyên gia sức khỏe tâm thần cũng bao gồm việc chắc chắn rằng chứng phiền muộn giới không phải là vấn đề thứ yếu hay phát sinh của một chẩn đoán khác hoặc chỉ đơn thuần là để lí giải tốt hơn cho các chẩn đoán khác.

Các chuyên gia sức khỏe tâm thần có các năng lực kể trên (hay còn được gọi là ‘chuyên gia sức khỏe tâm thần đạt tiêu chuẩn’) là những người tốt nhất để tiến hành những đánh giá về phiền muộn

giới. Tuy nhiên, công việc này thường được làm thay thế bởi các chuyên gia sức khỏe khác - những người được tập huấn phù hợp về sức khỏe hành vi và có thể đánh giá về phiền muộn giới, đặc biệt khi họ là một phần của nhóm đa lĩnh vực chuyên môn có thể giúp bệnh nhân tiếp cận liệu pháp hoóc-môn nữ-hóa/nam-hóa. Các chuyên gia này có thể là người trực tiếp cung cấp liệu pháp hoóc-môn hoặc là thành viên của một nhóm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người chuyển giới.

2. Cung cấp thông tin liên quan đến Những chọn lựa về bản dạng và thể hiện Giới và Những can thiệp y tế khả thi

Một công việc quan trọng của các chuyên gia sức khỏe tâm thần là truyền đạt kiến thức cho bệnh nhân về sự đa dạng của bản dạng giới và thể hiện giới cũng như các phương án lựa chọn khác nhau để giảm nhẹ phiền muộn giới. Sau đó, các chuyên gia sức khỏe tâm thần sẽ tiến hành quá trình (hoặc chuyển gửi đến nơi khác) cho bệnh nhân tìm hiểu về những lựa chọn vai trò và thể hiện giới giới trong sự đa dạng tính dục, nhằm mục đích xác định vai trò và thể hiện giới thoải mái nhất đối với họ, và giúp họ sẵn sàng cho việc ra quyết định về các can thiệp y tế nếu cần thiết. Quá trình này có thể chuyển gửi đến liệu pháp cá nhân, gia đình và nhóm và/hoặc đến các nhóm hỗ trợ cộng đồng. Các chuyên gia và bệnh nhân sẽ thảo luận về những điều đạt được cũng như các hệ lụy ảnh hưởng, cả trong ngắn hạn và dài hạn, của các lựa chọn thay đổi vai trò giới và việc sử dụng can thiệp y tế, các vấn đề thảo luận có thể liên quan đến tâm lý, xã hội, thể chất, tình dục, sự nghiệp, tài chính và pháp lý (Bockting et al., 2006; Lev, 2004).

Công việc này tốt nhất nên được tiến hành bởi những chuyên gia sức khỏe tâm thần đủ tiêu chuẩn, tuy nhiên cũng có thể được thực hiện bởi các chuyên gia sức khỏe khác được tập huấn phù hợp về sức khỏe hành vi và có đủ kiến thức về bản dạng và thể hiện không theo chuẩn giới và về những can thiệp y tế khả thi cho phiền muộn giới, đặc biệt là khi họ hoạt động trong nhóm đa lĩnh vực chuyên môn có cung cấp các liệu pháp hoóc-môn nữ-hóa/nam-hóa.

3. Đánh giá, Chẩn đoán và Thảo luận các Phương án điều trị cho các vấn đề sức khỏe tâm thần cùng xuất hiện

Những bệnh nhân bị phiền muộn giới có thể phải xoay sở với nhiều vấn đề sức khỏe tâm thần xuất hiện đồng thời (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás, & Valdés, 2009; Murad et al., 2010) và có thể ít

nhiều liên quan đến tiền sử rất dài sống với phiền muộn giới và/hoặc các căng thẳng kéo dài trên nhóm người thiểu số. Các vấn đề có thể liên quan bao gồm lo âu, chán nản, tự làm tổn hại bản thân, có quá khứ bị lạm dụng hoặc bị xao lãng, bị ép buộc, bị lạm dụng chất kích thích, các vấn đề giới tính tình dục, rối loạn nhân cách, rối loạn ăn uống, rối loạn thần kinh, và rối loạn phổ tự kỉ (Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009). Các chuyên gia sức khỏe tâm thần nên sàng lọc qua các vấn đề này và các vấn đề sức khỏe tâm thần khác để tổng hợp thành các vấn đề cần lưu tâm trong kế hoạch điều trị. Những vấn đề này có thể là các nguyên nhân quan trọng thúc đẩy và làm tăng trưởng chứng phiền muộn, cũng như có thể gây trở ngại cho quá trình điều trị phiền muộn giới và khám phá bản dạng của bệnh nhân nếu chúng không được điều trị (Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009). Giải quyết các vấn đề này cũng tạo điều kiện thuận lợi cho việc giải quyết phiền muộn giới, chuyển đổi vai trò giới, quá trình bệnh nhân nhấn định và ra quyết định về can thiệp y tế, và việc tăng cường chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Một số bệnh nhân có thể nhận được ích lợi từ việc sử dụng thuốc tâm thần, điều trị bằng thuốc làm giảm nhẹ triệu chứng hoặc điều trị các vấn đề sức khỏe tâm thần đồng xuất hiện. Các chuyên gia sức khỏe tâm thần nên nhận ra ích lợi này và cung cấp điều trị bằng đơn thuốc hoặc chuyển đến những đồng nghiệp đủ tiêu chuẩn kê đơn. Việc xuất hiện các vấn đề sức khỏe tâm thần cùng lúc không có nghĩa loại trừ khả năng bệnh nhân nhận được can thiệp điều trị cho chứng phiền muộn giới như chuyển đổi vai trò giới, liệu pháp hoóc-môn nữ-hóa/nam-hóa hoặc phẫu thuật chuyển đổi giới tính; mà cần nhận định đúng đắn hơn là những vấn đề này cần được quản lí một cách hiệu quả trước hoặc cùng lúc với điều trị chứng phiền muộn giới. Bên cạnh đó, bệnh nhân nên được đánh giá về mặt khả năng nhận thức để có thể tiếp nhận đầy đủ thông tin về điều trị y tế liên quan và từ đó có thể ra quyết định đồng ý tự nguyện điều trị.

Các chuyên gia sức khỏe tâm thần đủ tiêu chuẩn phải được tập huấn chuyên biệt để đủ khả năng tiếp cận, chẩn đoán và điều trị (hoặc chuyển gửi để điều trị) những vấn đề sức khỏe tâm thần đồng xuất hiện. Những chuyên gia về sức khỏe khác được tập huấn phù hợp về sức khỏe hành vi, đặc biệt là khi họ hoạt động trong nhóm chuyên gia đa lĩnh vực có cung cấp các liệu pháp hoóc-môn nữ-hóa/nam-hóa, cũng có thể sàng lọc các vấn đề sức khỏe tâm thần; khi có chỉ định điều trị, những nhân viên sức khỏe tâm thần đánh giá ban đầu này cần tiến hành chuyển gửi bệnh nhân đến các chuyên gia sức khỏe tâm thần đủ tiêu chuẩn để được đánh giá toàn diện, chẩn đoán và điều trị chuyên biệt..

4. Nếu có thể, đánh giá Sự phù hợp tiêu chuẩn, Chuẩn bị và Chuyển gửi đến Điều trị hoóc-môn

TCCS cung cấp những tiêu chuẩn để định hướng cho các quyết định liên quan đến liệu pháp hoóc-môn nữ-hóa/nam-hóa (trình bày ở phần VIII và phụ lục C). Các chuyên gia sức khỏe tâm thần có thể giúp các bệnh nhân còn đang cân nhắc về liệu pháp hoóc-môn được chuẩn bị đầy đủ hơn về mặt tâm lý (ví dụ: bệnh nhân ra quyết định sau khi được tư vấn với những mong đợi rõ ràng và thực tế; sẵn sàng sử dụng dịch vụ tương ứng với kế hoạch điều trị chung; có sự tham gia của gia đình và cộng đồng khi phù hợp) và chuẩn bị về mặt thực hành (ví dụ: được bác sĩ đánh giá để xác định và kiểm soát các chống chỉ định của hoóc-môn, được cân nhắc các hệ quả tâm lý xã hội có thể có do điều trị hoóc-môn). Nếu bệnh nhân trong độ tuổi sinh sản, các phương án sinh sản (phần IX) nên được tìm hiểu trước khi bắt đầu liệu pháp hoóc-môn.

Một điều quan trọng mà các chuyên gia sức khỏe tâm thần phải biết, đó là quyết định về sử dụng hoóc-môn, cũng như tất cả các quyết định về chăm sóc sức khỏe nói chung, thì trước tiên và tiên quyết phải là quyết định của chính bản thân bệnh nhân. Tuy nhiên, các chuyên gia sức khỏe tâm thần có trách nhiệm khuyến khích, hướng dẫn, hỗ trợ cho bệnh nhân ra quyết định dựa trên nhận thức đầy đủ về quyết định đó và có thể hoàn toàn sẵn sàng về quyết định của mình cả về thể chất, tinh thần lẫn các yếu tố xã hội khác. Để hỗ trợ tốt nhất cho quyết định của bệnh nhân, các chuyên gia sức khỏe tâm thần cần phải có mối quan hệ gắn bó nhất định với bệnh nhân và có đầy đủ thông tin cần thiết về họ. Bệnh nhân nên nhận được sự đánh giá mang tính cởi mở và chu đáo, với mục tiêu hướng đến việc giúp họ giảm nhẹ chứng phiền muộn giới và nhận được các dịch vụ y tế phù hợp.

Chuyển gửi cho liệu pháp hoóc-môn nữ-hóa/nam-hóa

Bệnh nhân có thể tiếp cận với các bác sĩ của nhiều chuyên khoa khác nhau để yêu cầu và tiến hành điều trị hoóc-môn nữ-hóa/nam-hóa. Tuy nhiên, chăm sóc sức khỏe cho người chuyển giới là một lĩnh vực đa ngành, do vậy chúng tôi khuyến cáo là nên có sự điều phối về chăm sóc và chuyển gửi giữa các nhóm chăm sóc sức khỏe hay các chuyên khoa khác nhau.

Liệu pháp hoóc-môn có thể được khởi động dựa trên một chuyển gửi từ chuyên gia sức khỏe tâm thần đủ tiêu chuẩn. Hoặc là, chuyên gia sức khỏe đã được tập huấn phù hợp về sức khỏe hành vi

và có khả năng đánh giá về phiên muộn giới có thể tiến hành đánh giá sự phù hợp tiêu chuẩn điều trị, chuẩn bị và chuyển gửi bệnh nhân đến liệu pháp hoóc-môn, đặc biệt là khi bệnh nhân không có các vấn đề sức khỏe tâm thần quan trọng khác kèm theo và khi người chuyên gia sức khỏe này làm việc trong bối cảnh nhóm đa lĩnh vực chuyên môn. Chuyên gia sức khỏe khi chuyển gửi bệnh nhân cần cung cấp hồ sơ – trong dạng bảng tóm tắt bệnh án và/hoặc thư chuyển gửi – về tiền sử cá nhân bệnh nhân và tiền sử điều trị, quá trình diễn tiến và sự phù hợp tiêu chuẩn điều trị hoóc-môn. Các chuyên gia sức khỏe đã đề xuất liệu pháp hoóc-môn cần chia sẻ trách nhiệm đạo đức và pháp lý về quyết định đó với bác sĩ cung cấp dịch vụ.

Nội dung của thư chuyển gửi cho liệu pháp hoóc-môn nữ-hóa/nam-hóa được đề xuất như sau:

1. Đặc điểm tính cách và tâm lý chung của bệnh nhân
2. Kết quả đánh giá tâm lý của bệnh nhân, bao gồm các chẩn đoán.
3. Thời gian chuyên gia sức khỏe đề nghị chuyển gửi đã tiếp xúc và làm việc với bệnh nhân kéo dài bao lâu, bao gồm cả các loại đánh giá, điều trị hoặc tư vấn cho đến thời điểm hiện tại.
4. Giải thích vì sao bệnh nhân đủ tiêu chuẩn cho liệu pháp hoóc-môn, và mô tả ngắn gọn các lý luận lâm sàng ủng hộ cho yêu cầu liệu pháp hoóc-môn của bệnh nhân.
5. Khẳng định đã có được Sự đồng ý tự nguyện từ bệnh nhân.
6. Khẳng định rằng chuyên gia sức khỏe đề nghị chuyển gửi luôn sẵn sàng để phối hợp chăm sóc và sẵn sàng nhận cuộc gọi bằng điện thoại để trao đổi và hỗ trợ.

Đối với các nhóm đa lĩnh vực chuyên môn, thư chuyển gửi qua lại giữa các thành viên cùng nhóm là không cần thiết; thay vào đó, những đánh giá và đề xuất phải được ghi lại trong biểu đồ theo dõi của bệnh nhân.

5. Nếu có thể, đánh giá Sự phù hợp tiêu chuẩn, chuẩn bị và chuyển gửi đến giải phẫu

TCCS sẽ cung cấp những tiêu chuẩn hướng dẫn ra quyết định liên quan đến phẫu thuật vú/ngực và phẫu thuật bộ phận sinh dục (trong phần XI và phụ lục C). Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần có thể giúp các bệnh nhân còn đang cân nhắc về phẫu thuật được chuẩn bị về mặt tâm lý (ví dụ: ra quyết định sau khi được tư vấn với những mong đợi rõ ràng và thực tế; sẵn sàng nhận các dịch vụ tương ứng với kế hoạch điều trị chung; có sự tham gia của gia đình và cộng đồng khi phù hợp) và chuẩn bị về mặt

thực hành (ví dụ: chọn lựa sau khi được tư vấn về các bác sĩ phẫu thuật và thông báo về quy trình; sắp xếp sẵn việc chăm sóc sau phẫu thuật). Nếu bệnh nhân trong độ tuổi sinh con, những phương án sinh sản (phần IX) nên được tìm hiểu trước khi tiến hành phẫu thuật bộ phận sinh dục.

TCCS không đưa ra các tiêu chuẩn cho các quy trình phẫu thuật khác như phẫu thuật gương mặt thành nữ/nam; tuy nhiên, các chuyên gia sức khỏe tâm thần có vai trò quan trọng trong việc giúp đỡ bệnh nhân ra quyết định sau khi được tư vấn về thời gian và các vấn đề kéo theo của những can thiệp này đối với tiến trình can thiệp chuyển giới nói chung.

Một điều quan trọng mà các chuyên gia sức khỏe tâm thần phải biết, đó là quyết định về phẫu thuật chuyển giới, cũng như tất cả các quyết định về chăm sóc sức khỏe nói chung, thì trước tiên và tiên quyết phải là quyết định của chính bản thân bệnh nhân. Tuy nhiên, các chuyên gia sức khỏe tâm thần có trách nhiệm khuyến khích, hướng dẫn, hỗ trợ cho bệnh nhân ra quyết định dựa trên nhận thức đầy đủ về quyết định đó và có thể hoàn toàn sẵn sàng về quyết định của mình cả về thể chất, tinh thần lẫn các yếu tố xã hội khác. Để hỗ trợ tốt nhất cho quyết định của bệnh nhân, các chuyên gia sức khỏe tâm thần cần phải có mối quan hệ gắn bó nhất định với bệnh nhân và có đầy đủ thông tin cần thiết về họ. Bệnh nhân nên nhận được sự đánh giá mang tính cởi mở và chu đáo, với mục tiêu hướng đến việc giúp họ giảm nhẹ chứng phiền muộn giới và nhận được các dịch vụ y tế phù hợp.

Chuyển gửi đến phẫu thuật

Điều trị phiền muộn giới bằng phẫu thuật có thể bắt đầu áp dụng dựa trên chuyển gửi (có thể là một hoặc hai, tùy thuộc vào loại phẫu thuật) từ các chuyên gia sức khỏe tâm thần đủ tiêu chuẩn. Chuyên gia sức khỏe tâm thần cung cấp hồ sơ – trong dạng bảng tóm lược bệnh án và/hoặc thư chuyển gửi – về tiền sử cá nhân bệnh nhân và tiền sử điều trị, tiến trình theo dõi và sự phù hợp tiêu chuẩn điều trị phẫu thuật chuyển giới. Các chuyên gia sức khỏe tâm thần đã đề xuất phẫu thuật cần chia sẻ trách nhiệm đạo đức và pháp lý về quyết định đó với bác sĩ phẫu thuật.

- Cần có một (01) chuyển gửi từ chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần đủ tiêu chuẩn để thực hiện phẫu thuật vú/ngực (ví dụ: cắt bỏ vú, tái tạo lại ngực, hoặc tạo hình vú)

- Cần có hai (02) chuyển gửi từ các chuyên gia sức khỏe tâm thần đủ tiêu chuẩn đã đánh giá bệnh nhân một cách độc lập để thực hiện phẫu thuật cơ quan sinh dục (ví dụ: cắt bỏ tử cung/cắt bỏ buồng trứng-vòi trứng, cắt bỏ tinh hoàn, tạo hình cơ quan sinh dục). Nếu chuyển gửi đầu tiên từ nhà trị liệu tâm lý của bệnh nhân, thì chuyển gửi thứ hai nên từ người chỉ có vai trò đánh giá đối với bệnh nhân. Hai lá thư riêng biệt, hoặc một thư với hai chữ kí (ví dụ: cùng làm việc ở cùng phòng khám) được gửi đi. Tuy nhiên, mỗi thư chuyển gửi nên thể hiện chung một chủ đề như được nêu ra bên dưới:

Nội dung của thư chuyển gửi cho phẫu thuật được đề xuất như sau:

1. Đặc điểm tính cách và tâm lý chung của bệnh nhân
2. Kết quả đánh giá tâm lý của bệnh nhân, bao gồm các chẩn đoán.
3. Thời gian chuyên gia sức khỏe đề nghị chuyển gửi đã tiếp xúc và làm việc với bệnh nhân kéo dài bao lâu, bao gồm cả các loại đánh giá, điều trị hoặc tư vấn cho đến thời điểm hiện tại.
4. Giải thích vì sao bệnh nhân đủ tiêu chuẩn cho phẫu thuật, và mô tả ngắn gọn các lí luận lâm sàng ủng hộ cho yêu cầu can thiệp phẫu thuật của bệnh nhân.
5. Khẳng định đã có được Sự đồng ý tự nguyện từ bệnh nhân.
6. Khẳng định rằng chuyên gia sức khỏe đề nghị chuyển gửi luôn sẵn sàng để phối hợp chăm sóc và sẵn sàng nhận cuộc gọi bằng điện thoại để trao đổi và hỗ trợ

Đối với các nhóm đa lĩnh vực chuyên môn, thư chuyển gửi qua lại giữa các thành viên cùng hóm là không cần thiết; thay vào đó, những đánh giá và đề xuất phải được ghi lại trong biểu đồ theo dõi của bệnh nhân.

Mối quan hệ giữa các chuyên gia sức khỏe tâm thần và các bác sĩ điều trị hoóc-môn, bác sĩ phẫu thuật và các chuyên gia sức khỏe khác

Sẽ rất lí tưởng khi các chuyên gia sức khỏe tâm thần làm công việc của họ và thảo luận về tiến trình định kì và có sự tư vấn đồng đẳng từ các chuyên gia khác (cả về chăm sóc sức khỏe tinh thần và các lĩnh vực sức khỏe khác) có khả năng đánh giá và điều trị chứng phiền muộn giới. Mối quan hệ giữa các chuyên gia liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe bệnh nhân nên giữ ở mức độ hợp tác, có

sự điều phối và đối thoại lâm sàng được diễn ra khi cần thiết. Giao tiếp nhất quán và cởi mở là cần thiết cho việc tư vấn, chuyển gửi và quản lí các vấn đề hậu phẫu.

Các công việc liên quan đến liệu pháp tâm lý

1. Liệu pháp tâm lý không phải là điều kiện tuyệt đối cho liệu pháp hoóc-môn và phẫu thuật

Bảng đánh giá và/hoặc sàng lọc sức khỏe tâm thần được nêu trên là cần thiết cho việc chuyển gửi để điều trị hoóc-môn và phẫu thuật cho chứng phiền muộn giới. Ngược lại, liệu pháp tâm lý – dù đề xuất là rất cần thiết – lại không phải là một điều kiện bắt buộc.

TCCS không đề xuất con số tối thiểu cho các buổi liệu pháp tâm lý trước khi làm liệu pháp hoóc-môn và phẫu thuật. Những lí do cho việc này có nhiều khía cạnh khác nhau (Lev, 2009). Đầu tiên, con số tối thiểu cho các buổi tư vấn đường như bị hiểu là một bước cản, không khuyến khích những cơ hội thật sự cho việc phát triển cá nhân. Thứ hai, các chuyên gia sức khỏe tâm thần có thể đưa ra những hỗ trợ quan trọng cho bệnh nhân ở tất cả các giai đoạn của tìm hiểu về bản dạng giới, thể hiện giới và quá trình chuyển đổi, như vậy liệu pháp tâm lý không chỉ dừng lại trước khi có can thiệp y tế như liệu pháp hoóc-môn hay phẫu thuật, mà có thể diễn ra cùng lúc với quá trình điều trị hoặc sau khi bệnh nhân đã kết thúc điều trị đó (như với can thiệp phẫu thuật). Thứ ba, bệnh nhân và các nhà trị liệu tâm lý sẽ khác nhau về khả năng đạt được nhanh hay chậm với cùng một mục tiêu như nhau, điều này khiến cho thời lượng dành cho trị liệu tâm lý là rất khác biệt và có thể phải kéo dài rất lâu.

2. Mục đích của liệu pháp tâm lý cho người trưởng thành có các vấn đề về giới

Mục đích chung của liệu pháp tâm lý là tìm ra những cách tối đa hóa trạng thái thoải mái về tâm lý, chất lượng cuộc sống, sự thỏa mãn bản thân của mỗi người. Liệu pháp tâm lý không được dùng để thay đổi bản dạng giới của ai đó; đúng hơn, liệu pháp tâm lý có thể giúp cá nhân khám phá những bận tâm về giới và tìm cách giảm nhẹ chứng phiền muộn giới nếu có (Bockting et al., 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Cụ thể, mục tiêu cao nhất của điều trị là để giúp người chuyển giới và không theo chuẩn giới đạt được sự thoải mái dài hạn trong cách họ thể hiện bản dạng giới, với các cơ hội thực tế để thành công trong các mối quan hệ, học tập và công việc. Để biết hơn chi tiết, tham khảo Fraser (Fraser, 2009c).

Liệu pháp tâm lý có thể bao gồm cá nhân, cặp đôi, gia đình hoặc trị liệu tâm lý nhóm – hình thức trị liệu theo nhóm khá quan trọng trong việc thúc đẩy sự hỗ trợ đồng đẳng.

3. Liệu pháp tâm lý cho bệnh nhân là người chuyển giới và không theo chuẩn giới, bao gồm tư vấn và hỗ trợ cho Các thay đổi trong vai trò giới

Tìm thấy được vai trò giới thoải mái, đầu tiên và tiên quyết, là cả một quá trình tâm lý xã hội. Liệu pháp tâm lý có thể là vô giá trong việc hỗ trợ những người chuyển giới và không theo chuẩn giới theo những cách sau đây: (i) làm rõ và khám phá bản dạng và vai trò giới, (ii) giải quyết các tác động của kì thị và căng thẳng thiểu số trong sức khỏe tâm thần và phát triển con người, và (iii) thúc đẩy quá trình bộc lộ (Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004), đối với nhiều người có thể bao gồm các thay đổi về thể hiện vai trò giới và áp dụng các can thiệp y tế để nữ-hóa/nam-hóa.

Các chuyên gia sức khỏe tâm thần có thể hỗ trợ và thúc đẩy những kỹ năng cá nhân và tính phục hồi trong mỗi người và gia đình họ, bởi vì họ phải lèo lái trong một thế giới không được chuẩn bị để dung chứa và tôn trọng những người chuyển giới và không theo chuẩn giới. Liệu pháp tâm lý cũng có thể giúp giảm nhẹ các vấn đề sức khỏe tâm thần kèm theo (ví dụ: lo lắng, trầm cảm) được xác định trong quá trình sàng lọc và đánh giá.

Đối với những người chuyển giới và không theo chuẩn giới có kế hoạch thay đổi hân vai trò giới và chuyển đổi vai trò giới trong xã hội, các chuyên gia sức khỏe tâm thần sẽ tiến hành phát triển kế hoạch riêng cho từng người với những mục tiêu và tiến độ cụ thể. Mặc dù trải nghiệm về việc thay đổi vai trò giới ở mỗi người là khác nhau, những trải nghiệm này về mặt xã hội thường mang tính thách thức rất lớn với người bệnh và cũng thường nặng nề hơn nhiều so với các thách thức gây ra do thay đổi thể chất. Bởi vì thay đổi vai trò giới mang đến những kết quả sâu sắc hơn về mặt cá nhân và xã hội, các quyết định như vậy thường phải cân nhắc dựa trên nhận thức rõ về các thách thức và khó khăn từ phía gia đình, quan hệ con người, vấn đề giáo dục và nghề nghiệp, kinh tế và pháp lý, đây là các thành tố quan trọng giúp một người có thể đảm bảo có một cuộc sống thoải mái và hạnh phúc.

Nhiều người chuyển giới và không theo chuẩn giới có thể đến cơ sở điều trị trong tình trạng chưa từng có bất kỳ trải nghiệm nào liên quan đến vai trò giới tương ứng nhất với bản dạng giới của họ

Các chuyên gia sức khỏe tâm thần có thể giúp các bệnh nhân này khám phá và dự đoán các kết quả của việc thay đổi vai trò giới, và khởi động quá trình thực hiện các thay đổi này. Liệu pháp tâm lý sẽ nhằm tạo không gian cho bệnh nhân để họ bắt đầu thể hiện bản thân theo cách tương ứng với bản dạng giới của họ, và, đối với một số bệnh nhân, là để vượt qua nỗi sợ hãi về các thay đổi trong thể hiện giới. Những rủi ro thấy trước được có thể được loại trừ khỏi quá trình trị liệu để tăng thêm không gian và cơ hội trải nghiệm và xây dựng sự tự tin trong vai trò giới mới. Hỗ trợ để bộc lộ với gia đình và cộng đồng (bạn bè, trường học, nơi làm việc) cũng được cung cấp cho bệnh nhân.

Nhiều người chuyển giới và không theo chuẩn giới khác tham gia vào việc chăm sóc đã có kinh nghiệm trước đó (tối thiểu, trung bình, nhiều) và từng trải qua cuộc sống trong vai trò giới khác với giới tính định sẵn của họ lúc sinh. Các chuyên gia sức khỏe tâm thần có thể giúp những bệnh nhân này xác định, điếm qua các thử thách tiềm tàng và thúc đẩy các điều chỉnh tối ưu để họ tiếp tục thể hiện những thay đổi trong vai trò giới của họ.

4. Liệu pháp gia đình hoặc hỗ trợ cho các thành viên gia đình

Các quyết định về thay đổi trong vai trò giới và can thiệp y tế cho chúng phiên muộn giới sẽ dẫn đến nhiều hệ quả không chỉ cho bệnh nhân mà còn cho gia đình của họ (Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Các chuyên gia sức khỏe tâm thần có thể hỗ trợ bệnh nhân ra những quyết định thận trọng nhằm trao đổi và thổ lộ với các thành viên gia đình và những người khác về bản dạng giới của họ và các quyết định điều trị mà họ mong muốn. Liệu pháp gia đình có thể bao gồm làm việc với vợ/chồng hoặc bạn tình, cũng như với con cái và các thành viên khác trong gia đình dòng họ của bệnh nhân.

Bệnh nhân có thể yêu cầu hỗ trợ về các mối quan hệ và sức khỏe tình dục. Ví dụ: có thể họ muốn tìm hiểu nhiều hơn tình dục và các quan tâm về vấn đề chấn gối.

Liệu pháp gia đình có thể được đề nghị như một phần của việc trị liệu cá nhân từ cùng một chuyên gia khi phù hợp về mặt lâm sàng. Hoặc là, sẽ có sự chuyển gửi đến các chuyên gia khác có chuyên môn liên quan về làm việc với các thành viên gia đình hoặc các nguồn hỗ trợ đồng đẳng (ví dụ: trực tiếp gặp mặt hoặc mạng lưới hỗ trợ ngoại tuyến cho bạn tình hoặc gia đình).

5. Theo dõi chăm sóc suốt đời

Các chuyên gia sức khỏe tâm thần có thể làm việc với bệnh nhân và gia đình họ tại nhiều giai đoạn trong cuộc sống của họ. Liệu pháp tâm lý có thể hữu ích ở nhiều thời điểm khác nhau cho nhiều vấn đề trong suốt vòng đời cuộc sống.

6. Liệu pháp điều trị qua mạng, tư vấn trực tuyến và tư vấn từ xa

Liệu pháp trực tuyến hay liệu pháp điều trị qua mạng cho thấy khá hữu dụng cho những người gặp khó khăn trong việc đánh giá khả năng trị liệu tâm lý trực tiếp và những người có kinh nghiệm bị cô lập và kì thị (Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel et al., 2004; Fraser, 2009b). Bằng cách ngoại suy, liệu pháp điều trị qua mạng có thể là một phương thức hữu dụng cho liệu pháp tâm lý với những người chuyển giới và không theo chuẩn giới. Liệu pháp điều trị qua mạng mang đến nhiều cơ hội để việc cung cấp dịch vụ có khả năng tăng cường, mở rộng, sáng tạo và linh hoạt điều chỉnh phù hợp cho từng người bệnh; tuy nhiên, vì là một phương thức đang phát triển cho nên cũng có những rủi ro không mong muốn. Các hướng dẫn cho thuốc trực tuyến chỉ rõ ràng ở một vài ngành ở vài nơi trong nước Mỹ (Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMnamin, & Brown-Connolly, 2005) nhưng không phải tất cả; trong bối cảnh quốc tế thì càng khó xác định rõ (Maheu et al., 2005). Đến khi nào có đầy đủ các dữ liệu chứng cứ xác thực về việc sử dụng liệu pháp điều trị qua mạng thì mới có được những khuyến cáo chi tiết cho việc áp dụng mô hình này.

Các chuyên gia sức khỏe tâm thần tham gia vào liệu pháp điều trị qua mạng nên tuân theo quan điểm với hội đồng cấp bằng của họ, hiệp hội chuyên gia và những quy định nhà nước, cũng như đối với các kiến thức mới nhất đi liền với phương tiện truyền thông đang phát triển nhanh này. Một bản mô tả chi tiết về cách sử dụng, quy trình và những vấn đề đạo đức liên quan đến liệu pháp điều trị qua mạng cũng vừa được công bố (Fraser, 2009b).

Những công việc khác của các chuyên gia sức khỏe tâm thần

1. Giáo dục và ủng hộ thay mặt bệnh nhân trong cộng đồng của họ (trường học, nơi làm việc, các tổ chức khác) và hỗ trợ bệnh nhân về mặt giấy tờ khi thay đổi giấy tờ tùy thân.

Người chuyển giới và không theo chuẩn giới có thể gặp khó khăn trong bối cảnh làm việc, giáo dục và các nơi khác khi họ thể hiện bản dạng và biểu hiện giới của họ (Lev, 2004, 2009). Các chuyên gia sức khỏe tâm thần có vai trò quan trọng trong việc tuyên truyền, giáo dục vận động mọi người ở những bối cảnh này về các kiến thức và nhận định khoa học đúng đắn về sự không theo chuẩn giới và bằng cách biện hộ/ủng hộ thay mặt cho bệnh nhân đối với cộng đồng xung quanh họ (Currah, Juang, & Minter, 2006; Currah & Minter, 2000). Vai trò này có thể liên quan đến tư vấn cho các chuyên viên trong trường, giáo viên và các nhà quản lý, nhân viên nhân sự, quản lý nhân sự và người sử dụng lao động, và các đại diện từ các tổ chức và cơ sở khác. Bên cạnh đó, các chuyên gia sức khỏe tâm thần cũng liên quan đến việc hỗ trợ thay đổi về tên hay nhận dạng giới tính trên các giấy tờ nhân thân như hộ chiếu, bằng lái xe, khai sinh và các bằng cấp.

2. Cung cấp thông tin và chuyển gửi đến Hỗ trợ đồng đẳng

Với một vài người chuyển giới và không theo chuẩn giới, việc trải nghiệm trong nhóm hỗ trợ đồng đẳng liên quan đến chọn lựa thể hiện giới có thể truyền đạt được nhiều thông tin hơn so với bất kì liệu pháp tâm lý cá nhân nào (Rachlin, 2002). Cả hai loại trải nghiệm đều có các giá trị lợi ích thiết thực, và tất cả những người mong muốn khám phá các vấn đề về giới nên được khuyến khích tham gia vào các hoạt động cộng đồng khi có thể. Nguồn lực cho việc hỗ trợ đồng đẳng và thông tin nên luôn sẵn có.

Văn hóa và các phân nhánh văn hóa cho việc đánh giá và liệu pháp tâm lý

Các chuyên gia sức khỏe làm việc trong những môi trường khác biệt rất lớn trên toàn thế giới. Các hình thức của lo âu làm cho người ta phải tìm đến sự hỗ trợ chuyên nghiệp trong bất kì nền văn hóa nào đều là sản phẩm của chính nền văn hoá đó, và do vậy được nhìn nhận, xác định và phân loại bởi chính những con người trong nền văn hoá ấy (Frank & Frank, 1993). Bối cảnh văn hóa sẽ xác định phần lớn cách thức nhìn nhận các vấn đề tâm lý của các chuyên gia sức khỏe tâm thần ở nơi đó. Các khác biệt văn hóa liên quan đến bản dạng và thể hiện giới có thể ảnh hưởng đến bệnh nhân, các chuyên gia sức khỏe tâm thần và các liệu pháp tâm lý đã được chấp nhận. WPATH nhìn nhận rằng TCCS được phát triển từ các truyền thống Tây phương và có thể cần chỉnh sửa tùy thuộc vào bối cảnh văn hóa tại các quốc gia khác.

Các hướng dẫn đạo đức liên quan đến chăm sóc sức khỏe tinh thần

Các chuyên gia sức khỏe tâm thần phải được chứng nhận và được cấp bằng để thực hành ở nước sở tại tùy thuộc vào các quy định chuyên nghiệp ở nước đó (Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011). Các chuyên gia phải tuân thủ theo tiêu chuẩn đạo đức của tổ chức chuyên môn đã cấp bằng và chứng nhận cho họ trong tất cả các công việc khi làm việc với các bệnh nhân chuyển giới và không theo chuẩn giới.

Việc điều trị hướng đến việc thay đổi bản dạng giới của bệnh nhân, sống với thể hiện giới, và trở nên tương ứng hơn với giới tính định sẵn lúc sinh mà họ cố đạt được trong quá khứ (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964), nhưng chưa thành công, đặc biệt là trong dài hạn (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Cách điều trị như vậy không còn được cân nhắc là phù hợp về mặt đạo đức.

Nếu các chuyên gia sức khỏe tâm thần không thoải mái, hoặc không có kinh nghiệm làm việc với những người chuyển giới và không theo chuẩn giới và gia đình của họ, họ phải chuyển gửi bệnh nhân đến những nhà cung cấp đủ năng lực, hoặc tối thiểu là phải tư vấn với chuyên gia đồng đẳng. Nếu không có chuyên gia ở địa phương, việc tư vấn có thể diễn ra qua các phương pháp chăm sóc sức khỏe từ xa, giả định rằng đã đạt được các yêu cầu vùng miền về tư vấn từ xa.

Vấn đề tiếp cận chăm sóc

Các chuyên gia sức khỏe tâm thần đủ điều kiện không có mặt ở khắp nơi cho nên việc tiếp cận với dịch vụ chăm sóc chất lượng là rất hạn chế. WPATH nhấn đến việc cải thiện vấn đề tiếp cận, và cung cấp cơ hội học tập liên tục để tập huấn cho các chuyên gia từ các ngành khác nhau để đem đến dịch vụ sức khỏe chuyển giới đảm bảo chất lượng. Cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần từ xa bằng cách sử dụng công nghệ là một trong những cách để tăng cường sự tiếp cận (Fraser, 2009b).

Ở nhiều nơi trên thế giới, việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người chuyển giới và không theo chuyển giới vẫn còn khá hạn chế vì thiếu bảo hiểm sức khỏe và các công cụ khác để chi trả cho những chăm sóc cần thiết. WPATH đề xuất các công ty bảo hiểm sức khỏe và các bên thứ ba chi trả cho các điều trị y tế cần thiết cho chứng phiền muộn giới (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008).

Nếu gặp các bệnh nhân không thể tiếp cận dịch vụ, việc chuyển gửi đến các nguồn lực hỗ trợ đồng đẳng (ngoại tuyến và trực tuyến) là cần thiết. Cuối cùng, cách tiếp cận giảm tác hại cũng nên được đề cập nhằm giúp bệnh nhân ra quyết định có lợi cho sức khỏe, góp phần cải thiện cuộc sống của họ.

VIII

Liệu Pháp Hoóc-môn

Tính Cần thiết về mặt Y khoa của Liệu pháp hoóc-môn

Liệu pháp hoóc-môn nữ hóa/nam hóa là một can thiệp y khoa nhằm gây ra những thay đổi nữ-hóa hoặc nam-hóa trên cơ thể người bằng cách sử dụng các chất nội tiết tố có nguồn gốc ngoại sinh. Can thiệp này được xác định là một can thiệp y khoa cần thiết cho những người chuyển giới mắc chứng phiền muộn giới (Newfield, Hart, Dibble, & Kohler, 2006; Pfäfflin & Junge, 1998). Một số người có mong muốn đạt được nữ-hóa hoặc nam-hóa tối đa, trong khi một số khác cảm thấy hài lòng với việc có một cơ thể “vừa nam vừa nữ”, những người này chỉ sử dụng lượng hoóc-môn vừa đủ để giảm bớt các đặc tính sinh dục thứ phát đang có (Factor & Rothblum, 2008). Bằng chứng về các tác động tâm lý của liệu pháp hoóc-môn được tóm lược trong phụ lục D.

Liệu pháp hoóc-môn phải tùy từng trường hợp cụ thể, dựa vào mục tiêu chuyển giới của bệnh nhân, tỷ lệ giữa rủi ro và lợi ích của thuốc, sự hiện diện của các vấn đề sức khỏe khác, sự cân nhắc đến các yếu tố xã hội và kinh tế. Liệu pháp hoóc-môn có thể tạo ra trạng thái thoải mái cho những người không có ý định hoặc không thể thực việc chuyển đổi vai trò giới và phẫu thuật (Meyer III, 2009). Với một số trường hợp, liệu pháp hoóc-môn có giá trị ngang với phương pháp phẫu thuật trong điều trị chứng phiền muộn giới (xem thêm Phần IX và Phụ lục C).

Tiêu chuẩn điều trị của Liệu pháp hoóc-môn.

Liệu pháp hoóc-môn được thực hiện sau một đánh giá tâm lý xã hội và được xác nhận bởi chuyên gia cũng như cần đạt được sự đồng ý tự nguyện của bệnh nhân. Được mô tả ở phần VII Tiêu Chuẩn Chăm Sóc, chuyên gia tâm lý sẽ phải lập một phiếu chuyển gởi đến cơ sở điều trị hoóc-môn,

trừ trường hợp đánh giá tâm lý được thực hiện bởi chính nhân viên y tế cung cấp điều trị hoóc-môn, trong trường hợp đó, nhân viên y tế phải được đào tạo đầy đủ về lĩnh vực này.

Tiêu chuẩn điều trị của Liệu pháp hoóc-môn bao gồm:

1. Chứng phì đại tuyến thượng thận kéo dài, được theo dõi bằng bệnh án.
2. Bệnh nhân có năng lực để nhận thức đầy đủ thông tin liên quan đến điều trị, năng lực ra quyết định và thực hiện cam kết với điều trị.
3. Đủ tuổi trưởng thành theo quy định của quốc gia (nếu trẻ hơn, tham khảo phần VI trong TCCS)
4. Các vấn đề sức khỏe hay tâm lý phải được kiểm soát tốt (nếu có).

Như đã đề cập trong phần VII của TCCS, sự hiện diện của các vấn đề sức khỏe tâm thần đi kèm không phải là chống chỉ định của điều trị hoóc-môn, mà đúng hơn các vấn đề này cần được quan tâm và kiểm soát trước cũng như trong quá trình điều trị chứng phì đại tuyến thượng thận.

Trong một số trường hợp, vẫn có thể thực hiện được liệu pháp hoóc-môn cho các bệnh nhân không thỏa mãn đầy đủ các tiêu chuẩn trên. Ví dụ như những trường hợp đã tự điều trị trước đó, hoặc đang điều trị bằng các hoóc-môn không đảm bảo chất lượng, thì cần thay thế bằng liệu pháp hoóc-môn đảm bảo chất lượng. Hoặc sẽ phi đạo đức nếu từ chối điều trị hoóc-môn chỉ vì bệnh nhân đang mắc các bệnh lây qua đường máu như HIV, viêm gan siêu vi B, C.

Trong một số trường hợp đặc biệt, liệu pháp hoóc-môn có thể chống chỉ định nếu bệnh nhân có các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng. Lúc này, nhân viên y tế cần hỗ trợ bệnh nhân tiếp cận các can thiệp “Không sử dụng hoóc-môn” để điều trị chứng phì đại tuyến thượng thận, ví dụ như chuyên gia tâm lý mà bệnh nhân tin cậy.

Sự đồng ý tự nguyện

Liệu pháp hoóc-môn có thể dẫn đến những thay đổi cơ thể không thể đảo ngược, do vậy liệu pháp này chỉ được cung cấp cho những người có năng lực quyết định tham gia điều trị tự nguyện một cách hợp pháp. Nó bao gồm những người đủ tuổi trưởng thành theo pháp luật, những người đã

từng bị giam giữ hay những người thiếu năng về mặt nhận thức nhưng được tòa án xác nhận quyền tự ra quyết định về mặt y tế (Bockting et al., 2006). Những cơ sở điều trị hoóc-môn cần cung cấp tất cả thông tin liên quan đến liệu pháp hoóc-môn bao gồm cả lợi ích, rủi ro, cũng như những ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của bệnh nhân, đồng thời nên ghi chú trong hồ sơ y khoa của họ.

Mối Liên Hệ Giữa Tài Liệu *Tiêu Chuẩn Chăm Sóc* và Quy Trình Mẫu Lấy Sự Đồng Ý

Một số trung tâm y tế cộng đồng ở Mỹ đã phát triển một giao thức cung cấp liệu pháp hoóc-môn dựa trên phương pháp gọi là mô hình cam kết tự nguyện_Informed Consent Model (Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006). Những giao thức này phù hợp với hướng dẫn trong tài liệu *Tiêu Chuẩn Chăm Sóc* phiên bản 7. Bộ *Tiêu Chuẩn Chăm Sóc* là một hướng dẫn lâm sàng mang tính linh hoạt, cho phép hình thành các can thiệp cũng như xây dựng quy trình, phương pháp, mô hình cung cấp dịch vụ (Ehrbar & Gorton, 2010).

Đạt được sự đồng ý tự nguyện từ bệnh nhân sử dụng liệu pháp hoóc-môn là vô cùng quan trọng, nó khẳng định rằng bệnh nhân đã hiểu rõ về lợi ích của điều trị hoóc-môn bao gồm: hiệu quả tác động lên tâm lý và sinh lý, những rủi ro trong quá trình điều trị, những ảnh hưởng lên đời sống, tâm lý xã hội. Người cung cấp lẫn chuyên viên tư vấn về liệu pháp hoóc-môn cần phải có kiến thức và kinh nghiệm trong đánh giá chứng phẫn muộn giới. Họ phải thông báo cho bệnh nhân về lợi ích, hạn chế, rủi ro của liệu pháp hoóc-môn, tương ứng với độ tuổi của bệnh nhân, tiền sử sử dụng hoóc-môn, các vấn đề sức khỏe thể chất và tâm thần hiện có.

Sàng lọc và chẩn đoán những vấn đề sức khỏe tâm thần cấp tính, mạn tính hay đang tồn tại là một phần quan trọng trong quá trình lấy sự đồng ý tự nguyện từ bệnh nhân. Việc này cần được thực hiện bởi chuyên gia tâm lý xã hội hoặc nhân viên y tế cung cấp hoóc-môn đã được đào tạo về lĩnh vực này (Xem phần 7 của *Tiêu Chuẩn Chăm Sóc*). Trong quá trình điều trị nếu phát hiện bệnh nhân có những dấu hiệu hay biểu hiện bị ảnh hưởng về mặt tâm lý xã hội cần can thiệp (Ví dụ cảm nhận tiêu cực về vấn đề nam-hóa/nữ-hóa, rối loạn lo âu, trầm cảm, ảnh hưởng lên mối quan hệ gia đình,

bạn bè, đồng nghiệp...), cần chuyển gửi họ đến chuyên gia tâm lý xã hội để được hỗ trợ và điều trị kịp thời.

Sự khác biệt giữa Mô hình cam kết tự nguyện và Tiêu Chuẩn Chăm Sóc phiên bản 7 là bộ Tiêu Chuẩn Chăm Sóc nhấn mạnh hơn về vai trò quan trọng của chuyên gia tâm lý xã hội trong điều trị chứng phiên muộn giới cũng như tạo điều kiện cho những thay đổi vai trò giới và sự điều chỉnh về tâm lý xã hội, điều này bao gồm những đánh giá toàn diện về sức khỏe tâm thần và can thiệp bằng liệu pháp tâm lý khi có chỉ định. Mô hình cam kết tự nguyện tập trung đạt được sự đồng ý tự nguyện của bệnh nhân và coi đó là tiêu chí bắt đầu điều trị hoóc-môn, vấn đề sức khỏe tâm thần chỉ được đặt ra khi bệnh nhân yêu cầu hoặc có những dấu hiệu sức khỏe tâm thần cần phải được kiểm soát trước khi điều trị hoóc-môn.

Tác động lên Sinh lý và Cơ thể của Liệu pháp hoóc-môn

Liệu pháp hoóc-môn sẽ gây ra những thay đổi về mặt sinh lý và cơ thể hướng đến bản dạng giới của bệnh nhân:

- Ở người chuyển giới nữ sang nam (FtM), những thay đổi được mong đợi: Giọng trầm đi, âm vật tăng kích thước (nhiều mức độ), phát triển lông ở mặt và cơ thể, chấm dứt chu kỳ kinh nguyệt, teo mô vú, giảm tỷ lệ mỡ cơ thể so với khối lượng cơ bắp.
- Ở người chuyển giới nam sang nữ (MTF), những thay đổi được mong đợi: Phát triển vú (nhiều mức độ), giảm chức năng cương dương, giảm kích thước tinh hoàn, tăng tỷ lệ mỡ cơ thể so với khối lượng cơ bắp.

Hầu hết những thay đổi này, cả nữ-hóa và nam-hóa, sẽ lần lượt xảy ra trong hai năm đầu của quá trình điều trị. Mức độ và thời gian xuất hiện của mỗi thay đổi là rất đa dạng, tùy thuộc từng đối tượng. Bảng 1A và 1B phác thảo thời gian ước tính của những thay đổi trên cơ thể bệnh nhân

BẢNG 1A: Thời gian ước tính của những thay đổi trên cơ thể bệnh nhân sử dụng liệu pháp hoóc-môn nam-hóa³.

Tác động	Bắt đầu biểu hiện ⁴	Hiệu quả tối đa
Da nhờn/Mụn	1-6 tháng	1-2 năm
Râu/Lông cơ thể phát triển	3-6 tháng	3-5 năm
Rụng tóc da đầu	>12 tháng ⁵	Nhiều mức độ
Phát triển cơ bắp (Khối lượng/sức cơ)	6-12 tháng	2-5 năm ⁶
Tái phân bố mỡ	3-6 tháng	2-5 năm
Chấm dứt kinh nguyệt	2-6 tháng	Không có ghi nhận
Tăng kích thước âm vật	3-6 tháng	1-2 năm
Teo âm đạo	3-6 tháng	1-2 năm
Giọng trầm xuống	3-12 tháng	1-2 năm

³ Theo tài liệu Hembree et al.(2009). Copyright 2009, The Endocrine Society.

⁴ Ước tính theo những khảo sát lâm sàng đã công bố và chưa được công bố

⁵ Rất phụ thuộc vào độ tuổi và di truyền; có thể rất ít

⁶ Phụ thuộc nhiều vào chế độ tập luyện thể dục thể thao.

BẢNG 1B: Thời gian ước tính của những thay đổi trên cơ thể bệnh nhân sử dụng liệu pháp hoóc-môn nữ-hóa⁷

Tác động	Bắt đầu biểu hiện ⁸	Hiệu quả tối đa
Tái phân bố mỡ	3–6 tháng	2–5 năm
Giảm cơ bắp (Khối lượng/sức cơ)	3–6 tháng	1–2 năm ⁹
Làm mềm da/Giảm độ nhòn	3–6 tháng	Chưa rõ
Giảm ham muốn tình dục	1–3 tháng	1–2 năm
Giảm phản xạ cương dương tự ý	1–3 tháng	3–6 tháng
Rối loạn chức năng tình dục nam giới	Thay đổi	Thay đổi
Phát triển vú	3–6 tháng	2–3 năm
Giảm thể tích tinh hoàn	3–6 tháng	2–3 năm
Giảm sản xuất tinh trùng	Thay đổi	Thay đổi

⁷ Theo tài liệu Hembree et al. (2009). Copyright 2009, The Endocrine Society.

⁸ Ước tính theo những khảo sát lâm sàng đã công bố và chưa được công bố

⁹ Phụ thuộc vào chế độ tập luyện thể dục thể thao.

Râu/lông cơ thể mọc ít hơn và mỏng hơn	6–12 tháng	> 3 năm ¹⁰
Hói đầu kiểu nam	Không phát triển, ngưng hoặc mất đi 1–3 tháng	1–2 năm

Mức độ và tốc độ thay đổi cơ thể của liệu pháp hoóc-môn phụ thuộc một phần vào liều lượng sử dụng, đường dùng và loại hoóc-môn, được lựa chọn phù hợp với mỗi bệnh nhân dựa trên mục tiêu chuyển giới cụ thể (thay đổi vai trò giới hay ý định phẫu thuật sau này...) và các yếu tố sức khỏe khác. Hiện chưa có bằng chứng đáng tin cậy để dự đoán đáp ứng của liệu pháp hoóc-môn theo độ tuổi, thói quen sinh hoạt, chủng tộc, yếu tố gia đình. Tất cả yếu tố khác đều có giá trị như nhau, và không có bằng chứng cho thấy có loại hoóc-môn nào hay cách dùng nào hiệu quả hơn các cách còn lại trong việc tạo ra những thay đổi cơ thể theo mong muốn.

Rủi ro của Liệu pháp Hoóc-môn

Tất cả can thiệp y khoa đều tiềm ẩn rủi ro. Khả năng xuất hiện của các tác dụng phụ tùy thuộc vào rất nhiều yếu tố: thành phần của thuốc, liều dùng, cách dùng, các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân (tuổi tác, bệnh lý kèm theo, tiền sử gia đình, thói quen sức khỏe). Do vậy gần như không thể dự đoán rằng trên một người cụ thể tác dụng phụ sẽ xuất hiện hay không xuất hiện, hoặc xuất hiện thì sẽ ở mức độ nào.

Các rủi ro y tế liên quan đến liệu pháp hoóc-môn cho người chuyển giới được tóm lược trong bảng 2. Tùy thuộc vào mức độ của bằng chứng, rủi ro y tế được phân thành các mức độ như sau: (i) thường xuyên làm tăng rủi ro, (ii) Có thể làm tăng rủi ro, (iii) Không làm tăng rủi ro hoặc chưa thể kết luận do bằng chứng nghiên cứu còn hạn chế.

¹⁰ Để mất hoàn toàn lông và râu trên mặt và cơ thể thì cần những can thiệp khác như tẩy lông bằng điện hay tẩy lông bằng tia laser.

Chi tiết bổ sung về các rủi ro y tế được trình bày trong phụ lục B, dựa vào hai tổng hợp nghiên cứu lớn về liệu pháp hoóc-môn (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009), kết hợp với một nghiên cứu đoàn hệ lớn (Asscheman et al., 2011). Cùng với các bộ công cụ được công nhận rộng rãi, những nhận định này có giá trị tham khảo cho người nhân viên y tế cung cấp dịch vụ, (Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007).

BẢNG 2: CÁC RỦI RO Y TẾ LIÊN QUAN ĐẾN LIỆU PHÁP HOỐC-MÔN. , CÁC MỤC IN ĐẬM LÀ CÓ Ý NGHĨA LÂM SÀNG

Mức độ rủi ro	Hoóc-môn nữ hóa	Hoóc-môn nam hóa
Các rủi ro xuất hiện thường xuyên	Huyết khối tĩnh mạch ¹¹ Sỏi mật Tăng men gan Tăng cân Triglycerid máu cao	Bệnh lý đa hồng cầu Tăng cân Mụn Chứng rụng tóc do nội tiết tố nam Chứng ngưng thở lúc ngủ
Các rủi ro xuất hiện thường xuyên nếu có yếu tố nguy cơ kèm theo ¹²	Bệnh lý tim mạch	
Rủi ro có thể xuất hiện	Tăng huyết áp	Tăng men gan Tăng lipid máu

*Ghi chú: Nguy cơ sẽ lớn hơn nếu dùng estrogen đường uống so với đường thẩm thấu qua da.

¹¹ Nguy cơ sẽ lớn hơn nếu dùng estrogen đường uống so với đường thẩm thấu qua da

¹² Yếu tố nguy cơ thêm vào, bao gồm tuổi tác

	Tăng prolactin máu hay Khối u tuyến yên Prolactinoma	
Các rủi ro có thể xuất hiện nếu có yếu tố nguy cơ kèm ¹²	Đái tháo đường type II ¹¹	Sự mất ổn định của một số rối loạn tâm thần sẵn có ¹³ Bệnh lý tim mạch Tăng huyết áp Đái tháo đường type II
Không tăng rủi ro hay chưa thể kết luận	Ung thư vú	Giảm mật độ xương Ung thư vú Ung thư cổ tử cung Ung thư buồng trứng Ung thư tử cung

Năng Lực Kê Toa Điều Trị Hoóc-môn

Liệu pháp hoóc-môn được thực hiện tốt nhất trong bối cảnh một phức hợp bao gồm chăm sóc sức khỏe toàn diện và liên kết với các dịch vụ hỗ trợ tâm lý - xã hội khác (Feldman & Safer, 2009). Trong trường hợp Liệu pháp tâm lý hoặc các tư vấn liên tục không nằm trong tiêu chuẩn khởi động điều trị, nhân viên y tế trực tiếp điều trị nên thường xuyên trao đổi với các chuyên gia trong các lĩnh vực

¹³ Gồm chứng rối loạn lưỡng cực, phân liệt cảm xúc, và các rối loạn tâm thần khác, bao gồm cả biểu hiện thích gây gổ hay tâm lý bất ổn. Các tác dụng ngoại ý này thường liên quan đến dùng testosterone liều cao hay nồng độ testosterone trong máu vượt đỉnh sinh lý

khác, bao gồm cả lĩnh vực tâm lý xã hội, nhằm đảm bảo quá trình chuyển đổi xảy ra trên bệnh nhân được an toàn và hiệu quả, cả về mặt thể chất lẫn tâm lý xã hội.

Nếu được tập huấn đầy đủ không chỉ bác sĩ mà đội ngũ các nhân viên y tá, phụ tá bác sĩ, nhân viên y tế cộng đồng cũng có thể tham gia cung cấp liệu pháp hoóc-môn cho người chuyển giới (Dahl et al., 2006). Những lần thăm khám trong quá trình tham gia liệu pháp hoóc-môn mở ra một cơ hội cho nhân viên y tế tiếp cận và cung cấp những chăm sóc sức khỏe rộng hơn đến nhóm dân số thường bị bỏ sót như nhóm chuyển giới (Clements, Wilkinson, Kitano, & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000). Mặt khác, các đánh giá bệnh lý kèm theo liên quan đến liệu pháp hoóc-môn, ví dụ như các yếu tố nguy cơ tim mạch hay tầm soát ung thư, có phần phù hợp với công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu hơn là điều trị chuyên khoa (American Academy of Family Physicians, 2005; Eyler, 2007; World Health Organization, 2008), đặc biệt là tại những nơi thiếu các can thiệp về giới và can thiệp chuyên khoa sâu.

Do nhu cầu đa dạng của cộng đồng người chuyển giới tìm kiếm liệu pháp hoóc-môn, cũng như các khó khăn liên quan đến vấn đề phân mảnh trong chăm sóc y tế (WHO 2008), WPATH đặc biệt ủng hộ phát triển đào tạo và vận động sự tham gia của các nhân viên chăm sóc sức khỏe cộng đồng vào lĩnh vực điều trị hoóc-môn cho người chuyển giới. WPATH cũng khuyến khích sự tương tác giữa nhân viên y tế chuyên môn và nhân viên y tế cộng đồng, cụ thể, bác sĩ trực tiếp cung cấp liệu pháp hoóc-môn phải thường xuyên trao đổi với nhân viên chăm sóc sức khỏe cộng đồng của bệnh nhân, ngược lại nhân viên chăm sóc sức khỏe cộng đồng cũng nên trao đổi với bác sĩ chuyên khoa nếu bệnh nhân có phát sinh vấn đề sức khỏe trong quá trình điều trị hoóc-môn.

Hiện tại, chương trình đào tạo bài bản về dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người chuyển giới vẫn chưa được triển khai. Những nhân viên cung cấp liệu pháp hoóc-môn có trách nhiệm tự trang bị những kiến thức và kinh nghiệm trong lĩnh vực này, có thể bằng cách hợp tác điều trị với những chuyên gia có kinh nghiệm hơn. Vì lĩnh vực hoóc-môn cho người chuyển giới vẫn đang phát triển và đổi mới từng ngày, nhân viên điều trị hoóc-môn cần thường xuyên cập nhật tài liệu y khoa, thảo luận với đồng nghiệp về các vấn đề phát sinh trong quá trình điều trị. Các cập nhật và thảo luận này có thể được thực hiện thông qua mạng lưới WPATH hoặc các tổ chức khác trong nước và quốc tế.

Trách nhiệm của nhân viên trực tiếp cung cấp liệu pháp hoóc-môn.

Một cách tổng quát nhân viên cung cấp liệu pháp hoóc-môn cần thực hiện những nhiệm vụ sau:

1. Thực hiện đánh giá ban đầu, bao gồm thảo luận với bệnh nhân về mục tiêu chuyển giới mong muốn đạt được, tiền sử về vấn đề sức khỏe, thăm khám sức khỏe tổng quát, đánh giá rủi ro và thực hiện các xét nghiệm có liên quan.
2. Thảo luận với bệnh nhân những tác động tích cực lẫn tiêu cực có thể xảy ra của liệu pháp hoóc-môn lên sức khỏe của bệnh nhân. Đặc biệt lưu ý đến ảnh hưởng sức khỏe sinh sản và khả năng gây vô sinh, nội dung này cần được thảo luận trước khi bắt đầu liệu pháp hoóc-môn (Xem phần IX)
3. Khẳng định rằng bệnh nhân có khả năng để hiểu rõ về lợi ích và rủi ro của điều trị, cũng như có khả năng tự ra quyết định tham gia điều trị.
4. Cung cấp các theo dõi y khoa liên tục bao gồm thăm khám và làm xét nghiệm định kỳ để đánh giá hiệu quả điều trị và theo dõi tác dụng phụ.
5. Trao đổi với nhân viên chăm sóc sức khỏe cộng đồng, chuyên gia tâm lý, bác sĩ phẫu thuật về liệu pháp hoóc-môn đang sử dụng trên bệnh nhân.
6. Nếu cần thiết, cung cấp cho bệnh nhân một văn bản xác nhận đang tham gia một can thiệp y khoa trong đó có liệu pháp hoóc-môn. Thông thường bệnh nhân trong giai đoạn đầu có thể cần mang theo văn bản xác nhận này để tránh khó khăn hay trở ngại từ công an hoặc các đơn vị hành chính pháp luật khác.

Tùy thuộc vào các tình huống lâm sàng (xem bên dưới) một số trách nhiệm có thể ít cần thiết. Do vậy mức độ tư vấn, thăm khám sức khỏe, xét nghiệm cần được điều chỉnh cho phù hợp với nhu cầu của bệnh nhân.

Các tình huống lâm sàng thường gặp trong Liệu pháp Hoóc Môn

Có những tình huống mà trong đó bác sĩ có thể được mời tham gia cung cấp điều trị hoóc-môn trong một giai đoạn nhất định, không nhất thiết phải là người bắt đầu khởi động điều trị hoặc là người điều trị duy trì liệu pháp hoóc-môn, điều này giúp cho các bác sĩ có thể tham gia một phần

vào liệu pháp hoóc-môn nếu chưa thực sự sẵn sàng. Phần bên dưới sẽ liệt kê những tình huống lâm sàng khác nhau từ ít phức tạp cho đến rất phức tạp.

1. Điều trị Tiếp Nối

Bệnh nhân có thể đến cơ sở y tế trong tình trạng đang sử dụng liệu pháp hoóc-môn (có thể điều trị bởi bác sĩ khác hoặc tự điều trị). Nhân viên y tế có thể cung cấp một liệu trình điều trị ngắn hạn (1-6 tháng) trong khi tìm một người có thể cung cấp liệu pháp hoóc-môn dài hạn cho bệnh nhân. Nhân viên y tế nên đánh giá về phác đồ điều trị hoóc-môn của bệnh nhân về độ an toàn và tương tác thuốc, đồng thời thay thế bằng một phác đồ an toàn hơn cho bệnh nhân (Dahl et al., 2006; Feldman & Safer, 2009). Nếu đã được điều trị trước đây, có thể yêu cầu bệnh nhân xuất trình hồ sơ bệnh án để ghi nhận các kết quả thăm khám và xét nghiệm cũng như các tác dụng phụ từng có. Nhân viên y tế cũng nên trao đổi với chuyên gia tâm lý từng chăm sóc cho bệnh nhân; trong trường hợp họ chưa từng được đánh giá và hỗ trợ tâm lý xã hội như khuyến cáo của Tiêu Chuẩn Chăm Sóc (xem phần 7), nhân viên y tế nên chuyển giới bệnh nhân đến chuyên gia tâm lý có trình độ (Feldman & Safer, 2009). Nhân viên y tế cần thảo luận với bệnh nhân về thời gian và kế hoạch thay đổi điều trị.

2. Liệu pháp Hoóc-môn Sau Can thiệp loại bỏ sinh dục.

Liệu pháp hoóc-môn với estrogen hay testosterone thường được sử dụng suốt đời sau một phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng hoặc cắt bỏ tinh hoàn, trừ khi có chống chỉ định. Vì sau những phẫu thuật này thường nên giảm liều hoóc-môn (Basson, 2001; Levy, Crown, & Reid, 2003; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003) và chỉ cần điều chỉnh theo độ tuổi và các bệnh lý kèm theo, điều trị hoóc-môn trong tình huống này tương tự với liệu pháp hoóc-môn thay thế cho những bệnh nhân thiếu năng tuyến sinh dục.

3. Liệu pháp Hoóc-môn duy trì Trước Khi Cắt bỏ tuyến sinh dục

Khi bệnh nhân đạt được tối đa hiệu quả nữ-hóa hoặc nam-hóa nhờ liệu pháp hoóc-môn (thường là sau 1-2 năm), bệnh nhân sẽ tiếp tục sử dụng hoóc-môn bằng liều duy trì. Liều duy trì được điều chỉnh phù hợp với tình trạng sức khỏe, tuổi tác hay các thay đổi trong lối sống (Dahl et al., 2006). Khi bệnh nhân đang sử dụng liều hoóc-môn duy trì tiếp cận với cơ sở y tế, nhân viên y tế nên đánh giá

phác đồ hiện tại về độ an toàn và tương tác thuốc đồng thời thay đổi phác đồ hoặc liều lượng an toàn hơn theo chỉ định. Bệnh nhân cũng cần tiếp tục được theo dõi qua thăm khám và xét nghiệm định kỳ (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Liều lượng và loại hoóc-môn cần được xem xét thường xuyên để có thể điều chỉnh theo các thay đổi trong sức khỏe của bệnh nhân cũng như các rủi ro có thể có do điều trị hoóc-môn dài hạn (xem mục Phác Đồ điều trị hoóc-môn)

4. Khởi Động Liệu Pháp Hoóc-môn

Tình huống lâm sàng này đòi hỏi sự tham gia lớn nhất về thời gian, công sức và chuyên môn của nhân viên y tế. Nhân viên y tế cần thảo luận với bệnh nhân về mục tiêu chuyển giới cần đạt được, lợi ích và rủi ro của điều trị, đánh giá toàn diện các vấn đề sức khỏe, tâm lý - xã hội - kinh tế của bệnh nhân trước khi khởi động liệu pháp hoóc môn.

Mặc dù có nhiều phác đồ hoóc-môn được công bố (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Moore et al., 2003), vẫn chưa có báo cáo so sánh mức độ hiệu quả và an toàn giữa các phác đồ đó, việc lựa chọn phác đồ nào tùy thuộc vào trình độ chuyên môn và theo dõi lâm sàng của nhân viên y tế trực tiếp điều trị.

Tuy vậy, vẫn cần xây dựng một khuôn khổ hợp lý chung nhằm đánh giá rủi ro ban đầu và theo dõi liên tục cho liệu pháp hoóc môn, dựa trên các bằng chứng về tính hiệu quả và an toàn đã được công bố.

Đánh giá rủi ro và Điều chỉnh trong quá trình Khởi động Liệu pháp Hoóc-môn

Đánh giá rủi ro ban đầu của liệu pháp hoóc-môn bao gồm đánh giá các yếu tố nguy cơ liên quan đến tác dụng không mong muốn của hoóc-môn, tương ứng với mục tiêu chuyển giới mà bệnh nhân mong muốn đạt được. Trong quá trình đánh giá rủi ro, bệnh nhân và bác sĩ nên thảo luận và thống nhất một phương án quản lý và hạn chế tối đa rủi ro của điều trị, bất cứ khi nào cần thiết cả trước và trong quá trình điều trị.

Các đánh giá này bao gồm thăm khám sức khoẻ tổng quát và toàn diện, gồm cả cân nặng, chiều cao và huyết áp. Mặc dù cần thiết, việc thăm khám ngực, bộ phận sinh dục và hậu môn là một việc nhạy cảm với đa số bệnh nhân chuyển giới, vì vậy, bác sỹ cần thảo luận với bệnh nhân về vấn đề này, và chỉ nên tiến hành thăm khám khi bệnh nhân thực sự có nhu cầu can thiệp dự phòng có liên quan (Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

Chăm sóc dự phòng

Song song với cung cấp liệu pháp Hoóc-môn, bác sỹ lâm sàng cần trao đổi với bệnh nhân về các biện pháp chăm sóc dự phòng, đặc biệt là khi bệnh nhân thiếu nhân viên chăm sóc sức khoẻ ban đầu.

Tuỳ thuộc vào độ tuổi và tiền sử nguy cơ, bệnh nhân có thể cần được sàng lọc bằng các thăm khám và xét nghiệm về các điều kiện sức khoẻ có liên quan hay có thể bị ảnh hưởng từ liệu pháp hoóc-môn. Một cách lý tưởng, các thăm khám sàng lọc này nên được thực hiện trước khi bắt đầu sử dụng hoóc-môn.

Đánh giá rủi ro và Điều chỉnh đối với Liệu pháp hoóc-môn cho Người chuyển giới Nam – sang – Nữ

Không có chống chỉ định tuyệt đối của liệu pháp hoóc-môn nữ-hoá đối với bệnh nhân, tuy nhiên có chống chỉ định tuyệt đối của một số loại hoóc-môn sử dụng trên người bệnh, đặc biệt là chống chỉ định của estrogen. Các chống chỉ định này bao gồm: tiền sử mắc chứng huyết khối tĩnh mạch liên quan đến bệnh lý tăng đông máu tiềm ẩn, tiền sử có khối u bất thường nhạy cảm với estrogen, giai đoạn cuối của bệnh lý gan mạn tính (Gharib et al., 2005).

Một số tình trạng bệnh lý khác, được nêu trong Bảng 2 và Phụ lục B, có thể trầm trọng hơn khi sử dụng estrogen hay nhóm thuốc ức chế androgen, các thuốc này thường được sử dụng trong liệu pháp hoóc-môn cho nhóm chuyển giới MtF. Do vậy, bác sỹ lâm sàng cần đánh giá và kiểm soát các bệnh lý này trước khi khởi động liệu pháp hoóc-môn trên người bệnh (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

Bác sỹ cũng cần đặc biệt lưu ý đến thói quen sử dụng thuốc lá, vì có bằng chứng cho thấy thuốc lá có liên quan đến nguy cơ huyết khối tĩnh mạch, và như vậy, nguy cơ này có thể càng trầm trọng hơn sau khi người bệnh sử dụng estrogen. Các bệnh nhân có tiền sử đã từng bị bệnh lý tim mạch hay bệnh lý mạch máu não cần được đánh giá chuyên khoa bởi bác sỹ tim mạch.

Ghi nhận các chỉ số xét nghiệm ban đầu có ý nghĩa quan trọng trong việc đánh giá trước điều trị cũng như tiên lượng và theo dõi tác dụng phụ trong quá trình điều trị. Các xét nghiệm ban đầu được chỉ định dựa trên rủi ro của liệu pháp hoóc-môn (tham khảo bảng 2), cũng như tiền sử y khoa hay yếu tố gia đình của người bệnh. Một bảng liệt kê các xét nghiệm ban đầu cần thiết đã được xác lập và công bố (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) có thể tham khảo và áp dụng, đồng thời có thể điều chỉnh cho phù hợp với từng bệnh nhân hay từng điều kiện cụ thể (ví dụ như thiếu nguồn lực) của cơ sở cung cấp liệu pháp hoóc-môn,

Đánh giá rủi ro và Điều chỉnh đối với Liệu pháp Hoóc-môn cho Người chuyển giới Nữ - sang - Nam

Chống chỉ định tuyệt đối của liệu pháp testosterone là bệnh nhân đang có thai, bệnh lý mạch vành chưa ổn định, chứng đa hồng cầu chưa được điều trị với Hct% trên 55% (Carnegie, 2004). Quá trình chuyển hoá testosterone sang estrogen tự nhiên của cơ thể (quá trình thơm hoá – aromatization) có thể làm gia tăng nguy cơ phát triển ung thư vú hay các ung thư lệ thuộc estrogen trên các bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh lý này (Moore et al., 2003). Do vậy, việc chỉ định thăm khám và đánh giá bởi bác sỹ chuyên khoa ung bướu cần thực hiện trước khi khởi động liệu pháp hoóc-môn trên bệnh nhân. Các bệnh lý kèm theo thường bị ảnh hưởng bởi testosterone cũng cần được đánh giá và kiểm soát, lý tưởng nhất là trước khi bắt đầu điều trị (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Các bệnh nhân có tiền sử đã từng bị bệnh lý tim mạch hay bệnh lý mạch máu não cần được đánh giá chuyên khoa bởi bác sỹ tim mạch.

Một sự gia tăng tỷ lệ mắc chứng buồng trứng đa nang đã được ghi nhận trên nhóm người chuyển giới nữ - sang – nam kể cả khi không có sử dụng testosterone (Baba et al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid, & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997), tuy vậy, chưa có bằng chứng cho thấy chứng buồng trứng đa nang có liên quan đến sự phát triển bản dạng giới ở dân số người chuyển giới. Mặc dù vậy, chứng buồng trứng đa nang có mối liên quan mật thiết với sự gia tăng nguy cơ

bệnh tiểu đường, tim mạch, tăng huyết áp, ung thư buồng trứng hay ung thư nội mạc tử cung (Cattrall & Healy, 2004). Như vậy, dấu hiệu và triệu chứng của chứng buồng trứng đa nang cần được đánh giá trước khi bắt đầu liệu pháp hoóc-môn bằng testosterone. Một điểm cần lưu ý rằng, testosterone có thể ảnh hưởng lên sự phát triển của phôi thai, do vậy, bệnh nhân không chỉ cần kiểm tra khả năng có thai mà còn cần áp dụng các biện pháp ngừa thai hiệu quả cao trước và trong quá trình sử dụng testosterone.

Ghi nhận các chỉ số xét nghiệm ban đầu có ý nghĩa quan trọng trong việc đánh giá trước điều trị cũng như tiên lượng và theo dõi tác dụng phụ trong quá trình điều trị. Các xét nghiệm ban đầu được chỉ định dựa trên rủi ro của liệu pháp hoóc-môn (tham khảo bảng 2), cũng như tiền sử y khoa hay yếu tố gia đình của người bệnh. Một bảng liệt kê các xét nghiệm ban đầu cần thiết đã được xác lập và công bố (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) có thể tham khảo và áp dụng, đồng thời có thể điều chỉnh cho phù hợp với từng bệnh nhân hay từng điều kiện cụ thể (ví dụ như thiếu nguồn lực) của cơ sở cung cấp liệu pháp hoóc-môn.

Theo dõi lâm sàng về hiệu quả và tác dụng không mong muốn trong quá trình áp dụng liệu pháp hoóc-môn

Mục đích của theo dõi lâm sàng trong quá trình áp dụng liệu pháp hoóc-môn nhằm đánh giá mức độ nữ-hoá/nam-hoá trên người bệnh, cũng như các tác dụng không mong muốn gây ra bởi hoóc-môn. Tuy nhiên, như bất kỳ theo dõi lâm sàng với các liệu pháp điều trị thuốc dài hạn, quá trình theo dõi và đánh giá lâm sàng cần được thực hiện trong bối cảnh một cơ sở chăm sóc sức khoẻ toàn diện. Một đề xuất về quy trình theo dõi lâm sàng cho liệu pháp hoóc-môn trên người chuyển giới đã được công bố (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

Bệnh nhân có bệnh lý kèm theo cần được theo dõi thường xuyên. Trong khi đó, những bệnh nhân khoẻ mạnh, không hoặc ít có bệnh lý kèm theo, hoặc các trường hợp ở vùng xa xôi hay thiếu điều kiện, có thể sử dụng kế hoạch theo dõi thay thế như thăm khám qua mạng, kết hợp với y tế địa phương. Nếu không có chỉ định chuyên biệt nào cần đặc biệt quan tâm, bác sỹ lâm sàng có thể ưu tiên theo dõi và đánh giá các nguy cơ thường xảy ra, hoặc các nguy cơ ít có khả năng hơn nhưng lại nguy hiểm trên lâm sàng (tham khảo bảng 2)

Đánh giá hiệu quả và quản lý rủi ro đối với liệu pháp hoóc-môn cho Người chuyển giới Nam-sang-Nữ

Phương pháp đánh giá hiệu quả tốt nhất là dựa vào các đáp ứng lâm sàng trên cơ thể bệnh nhân: phát triển cơ thể mang nét nữ trong khi giảm dần các biểu hiện nam tính trên cơ thể, đồng thời tương ứng các biểu hiện này với mục tiêu chuyển giới mong đợi của người bệnh.

Để dự đoán nhanh chóng về đáp ứng của hoóc-môn trên phương diện lâm sàng, bác sỹ có thể đo nồng độ hoóc-môn trong cơ thể người bệnh, với chỉ số mong đợi là: nồng độ testosterone thấp và dưới giá trị ngưỡng trên của khoảng nồng độ testosterone trung bình ở phụ nữ, nồng độ estradiol trong máu nằm trong khoảng nồng độ trung bình ở phụ nữ trẻ khoẻ mạnh và không được vượt quá nồng độ đỉnh theo sinh lý (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

Đánh giá tác dụng phụ nên bao gồm cả thăm khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng. Quá trình theo dõi nên đặc biệt thận trọng đối với các bất thường tim mạch hay chứng huyết khối tĩnh mạch, thông qua các đánh giá về mạch huyết áp, cân nặng, thăm khám tim phổi, lưu ý biểu hiện phù, các sưng đau khu trú ở vùng ngoại biên (Feldman & Safer, 2009). Các xét nghiệm cận lâm sàng được chỉ định dựa vào nguy cơ của liệu pháp hoóc-môn, các bệnh lý sẵn có hay yếu tố nguy cơ cụ thể của bệnh nhân cũng như phụ thuộc vào phác đồ hoóc-môn sử dụng.

Đánh giá hiệu quả và quản lý rủi ro đối với liệu pháp hoóc-môn cho Người chuyển giới Nữ - sang – Nam

Phương pháp đánh giá hiệu quả tốt nhất là dựa vào các đáp ứng lâm sàng trên cơ thể bệnh nhân: phát triển cơ thể mang nét nam trong khi giảm dần các biểu hiện nữ tính trên cơ thể, đồng thời tương ứng các biểu hiện này với mục tiêu chuyển giới mong đợi của người bệnh.

Để đạt được mục tiêu điều trị đồng thời giảm tác dụng không mong muốn của liệu pháp hoóc-môn, bác sỹ cần đảm bảo duy trì nồng độ testosterone trong máu người bệnh ở khoảng giới hạn bình thường của nam giới, và tránh vượt quá đỉnh nồng độ sinh lý (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009). Đối với bệnh nhân sử dụng testosterone cypionate hay testosterone enanthate đường tiêm bắp định kỳ (hàng tuần hay mỗi 2 tuần), một số bác sỹ lâm sàng đo nồng độ đầu hoặc cuối

chu kỳ trong khi một số khác lại đo nồng độ giữa chu kỳ (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan, & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, & Chipkin, 2003).

Đánh giá tác dụng phụ nên bao gồm cả thăm khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng. Quá trình theo dõi thường bao gồm đánh giá dấu hiệu và triệu chứng của tăng cân quá mức, mụn, xuất huyết âm đạo - tử cung bất thường, bất thường tim mạch cũng như các bất thường tâm lý khác. Thăm khám lâm sàng có thể bao gồm mạch huyết áp, cân nặng, thăm khám tim phổi, và các biểu hiện ngoài da (Feldman & Safer, 2009). Các xét nghiệm cận lâm sàng được chỉ định dựa vào nguy cơ của liệu pháp hoóc-môn, các bệnh lý sẵn có hay yếu tố nguy cơ cụ thể của bệnh nhân cũng như phụ thuộc vào phác đồ hoóc-môn sử dụng.

Các phác đồ hoóc-môn

Cho đến nay, vẫn chưa có một nghiên cứu bệnh chứng nào nhằm so sánh hiệu quả cũng như độ an toàn của các phác đồ hoóc-môn sử dụng trong liệu pháp hoóc-môn nữ-hoá/nam-hoá cho người chuyển giới. Do vậy, hiện có rất nhiều loại thuốc cũng như liều dùng được công bố trên các tài liệu y khoa (Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997). Thêm vào đó, việc tiếp cận với một số sản phẩm thuốc vẫn còn bị hạn chế ở nhiều nơi do ảnh hưởng từ yếu tố địa lý, xã hội hay kinh tế. Vì những lý do trên, WPATH không mô tả chi tiết về một phác đồ hoóc-môn nào trong khuôn khổ tài liệu TCCS này, thay vào đó, chúng tôi sẽ mô tả tổng quát về các nhóm hoóc-môn và cách sử dụng trong điều trị, tổng hợp từ các phác đồ hoóc-môn đã được công bố rộng rãi.

Như đã ghi chú bên trên, có rất nhiều những khác biệt liên quan đến độ an toàn giữa các loại hoóc-môn khác nhau. Hướng dẫn của Hiệp hội Endocrine Society (Hembree et al., 2009) và công bố của Feldman and Safer (2009), đã cung cấp một hướng dẫn cụ thể liên quan đến từng loại hoóc-môn, đồng thời gợi ý liều lượng hoóc-môn có thể sử dụng để duy trì nồng độ hoóc-môn trong giới hạn sinh lý, dựa trên tiêu chí là mục tiêu đạt được nữ-hoá/nam-hoá tối đa của người bệnh). Chúng tôi nhấn mạnh rằng các bác sỹ lâm sàng tham gia cung cấp liệu pháp hoóc-môn cần thường xuyên tham khảo và cập nhật thông tin liên quan đến thuốc, điều trị cũng như tình hình cụ thể tại địa phương, để đạt được cao nhất hiệu quả điều trị cũng như tính an toàn cho người bệnh.

Các hoóc-môn dùng cho người chuyển giới Nam-sang-Nữ

Estrogen

Sử dụng estrogen đường uống, đặc biệt là loại ethinyl estradiol cho thấy làm gia tăng nguy cơ huyết khối tĩnh mạch. Do vậy, nhằm mục tiêu đảm bảo an toàn, ethinyl estradiol không được khuyến cáo sử dụng trong liệu pháp hoóc-môn nữ hoá. Loại estrogen dạng thấm qua da được khuyến cáo sử dụng cho bệnh nhân có tiền sử nguy cơ huyết khối tĩnh mạch.

Nguy cơ xuất hiện tác dụng không mong muốn sẽ gia tăng theo liều lượng sử dụng, đặc biệt là liều dùng dẫn đến tình trạng nồng độ estrogen trong cơ thể bệnh nhân vượt quá nồng độ đỉnh theo sinh lý (Hembree et al., 2009).

Những bệnh nhân, có các bệnh lý kèm theo có khả năng bị ảnh hưởng bởi estrogen, nên tránh sử dụng estrogen đường uống nếu có thể và nên khởi động bằng liều thấp.

Một số bệnh nhân có thể không đảm bảo an toàn khi sử dụng liều lượng estrogen cần thiết để gây ra tác dụng chuyển giới mà họ mong muốn, khi đó, bác sỹ cần thảo luận cụ thể với bệnh nhân về rủi ro này cũng như phương án dung hoà giữa nhu cầu của bệnh nhân và mức độ an toàn khi áp dụng liệu pháp hoóc-môn.

Thuốc kháng Androgen

Phác đồ điều trị kết hợp estrogen và thuốc “kháng androgen” là phác đồ được áp dụng nhiều nhất cũng như được nghiên cứu nhiều nhất trong lãnh vực liệu pháp hoóc-môn nữ hoá.

Nhóm thuốc kháng androgen gồm nhiều loại thuốc, có tác dụng làm giảm nồng độ testosterone nội sinh hoặc ức chế hoạt động của testosterone, từ đó gây ra hiệu quả điều trị làm giảm các biểu hiện phái nam trên cơ thể. Thuốc kháng androgen làm giảm lượng estrogen cần thiết để gây ra hiệu quả ức chế testosterone, do vậy góp phần làm giảm liều lượng sử dụng của estrogen và các tác dụng phụ gây ra bởi việc sử dụng estrogen liều cao (Prior, Vigna, Watson, Diawold, & Robinow, 1986; Prior, Vigna, & Watson, 1989).

Các thuốc kháng androgen thông dụng bao gồm:

- Spironolactone, một thuốc lợi tiểu giữ Kali sử dụng trong điều trị tăng huyết áp, có thể ức chế trực tiếp lên sản xuất testosterone và ức chế lên thụ thể androgen. Khi sử dụng, cần theo dõi huyết áp và xét nghiệm ion đồ (lưu ý đến tình trạng tăng Kali máu)
- Cyproterone acetate là một hợp chất có nguồn gốc progesterone có công dụng đối kháng androgen. Thuốc này không được lưu hành ở Mỹ do có thể gây độc tính trên gan, tuy vậy, nhóm thuốc này vẫn được sử dụng rộng rãi ở các quốc gia khác (De Cuypere et al., 2005).
- Nhóm thuốc tương tự hoóc-môn kích thích bài tiết hoóc-môn hướng sinh dục - GnRH agonists (Ví dụ: goserelin, buserelin, triptorelin) là các chất ức chế cạnh tranh với hoóc-môn GnRH của vùng hạ đồi, làm giảm bài tiết các hoóc-môn hướng sinh dục (Gonadotropin) như FSH (Follicle-Stimulating Hormon) và LH (Luteinizing Hormon), từ đó ức chế hiệu quả lên hoạt động của tuyến sinh dục. Tuy vậy, các thuốc trong nhóm này rất mắc và chỉ sử dụng bằng đường tiêm chích hay cấy dưới da.
- 5-alpha reductase inhibitors (finasteride và dutasteride) làm cản trở quá trình chuyển hoá testosterone thành dạng hoạt động hơn (alpha-dihydrotestosterone). Nhóm thuốc này có hiệu quả cao trên chứng rụng tóc da đầu, tăng trưởng lông râu, tuyến bã nhờn và độ đàn hồi của da.

Cyproterone và spironolactone là các thuốc kháng androgen được sử dụng nhiều nhất và có mức chi phí - hiệu quả cao nhất.

Progestins

Không kể cyproterone, việc sử dụng hoóc-môn progestin trong liệu pháp hoóc-môn nữ hoá vẫn còn nhiều tranh cãi (Oriel, 2000). Vì progestins đóng vai trò trong quá trình phát triển mô tuyến vú ở nữ giới ở cấp độ tế bào, do vậy, một số chuyên gia tin rằng nhóm chất progestin là cần thiết cho sự phát triển tối đa của mô vú (Basson & Prior, 1998; Oriel, 2000). Tuy vậy, một so sánh lâm sàng giữa các ca có sử dụng hay không sử dụng progestin cho thấy việc sử dụng thêm progestin không làm tăng thêm kích thước vú cũng như không làm giảm nồng độ testosterone tự do (Meyer et al., 1986). Bên cạnh đó, nhóm progestin cũng có thể gây ra một số tác dụng không mong muốn như trầm cảm, tăng cân và rối loạn lipid (Meyer et al., 1986; Tangpricha et al., 2003). Progestin (đặc biệt

là medroxyprogesterone) cũng được nghi ngờ làm gia tăng nguy cơ ung thư vú và bệnh lý tim mạch trên nữ giới (Rossouw et al., 2002).

Chế phẩm vi hạt (micronized) của Progesteron cho thấy có khả năng dung nạp tốt hơn và ít ảnh hưởng tiêu cực lên rối loạn lipid hơn hợp chất medroxyprogesterone (de Lignières, 1999; Fitzpatrick, Pace, & Wiita, 2000).

Các hoóc-môn dùng cho người chuyển giới Nữ-sang-Nam

Testosterone

Testosterone thường được dùng dưới dạng uống, thấm qua da hay bằng đường tiêm bắp; dạng ngậm hay que cấy đã có mặt ở một số nơi.

Thuốc chứa testosterone undecanoate dạng uống cho hiệu quả nồng độ testosterone trong huyết thanh thấp hơn các chế phẩm sử dụng đường đúng khác, mặt khác, hiệu quả ức chế chu kỳ hành kinh cũng không cao (Feldman, 2005, April; Moore et al., 2003). Dạng testosterone cypionate hay testosterone enanthate, thường được dùng bằng đường tiêm bắp theo chu kỳ 2-4 tuần, một số bệnh nhân sử dụng loại này có thể nhận thấy các tác dụng phụ thay đổi theo chu kỳ, ví dụ như mệt mỏi hay khó chịu vào cuối chu kỳ tiêm, cảm thấy dễ nổi giận hay khó kiểm soát cảm xúc vào đầu chu kỳ tiêm thuốc (Jockenhövel, 2004). Hiện tượng này có thể được kiểm soát bằng cách giảm liều điều trị và rút ngắn khoảng cách giữa các liều, hoặc chuyển sang sử dụng dạng testosterone thoa ngoài da dùng hàng ngày (Dobs et al., 1999; Jockenhövel, 2004; Nieschlag et al., 2004). Dạng testosterone undecanoate dùng bằng đường tiêm bắp cho kết quả kiểm soát tốt nồng độ testosterone ổn định và nhịp nhàng theo sinh lý, có thể kéo dài đến 12 tuần và có hiệu quả điều trị trên cả bệnh nhân mắc chứng thiếu năng sinh dục nam giới và bệnh nhân cần điều trị chuyển giới nữ sang nam (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, & Nieschlag, 2006).

Có bằng chứng cho thấy dạng testosterone thoa ngoài da và tiêm bắp có cùng hiệu quả nam hoá, mặc dù tốc độ biểu hiện cơ thể khi sử dụng dạng thoa ngoài da có thể chậm hơn đôi chút so với dạng tiêm bắp (Feldman, 2005, April). Đặc biệt, trên bệnh nhân lớn tuổi, mục tiêu điều trị cần đảm

bảo sử dụng liều testosterone tối thiểu cần thiết để duy trì hiệu quả lâm sàng trên cơ thể người bệnh, và cần lưu ý theo dõi ảnh hưởng của điều trị lên mật độ xương.

Các thuốc khác

Progestins, thường nhất là dẫn chất medroxyprogesterone, có thể được sử dụng ngắn hạn để chấm dứt sớm chu kỳ kinh nguyệt.

Nhóm thuốc tương tự hoóc-môn kích thích bài tiết hoóc-môn hướng sinh dục (GnRH agonist) cũng được sử dụng tương tự, đồng thời có thể dùng cho các trường hợp bị chảy máu tử cung đề kháng với điều trị trên các bệnh nhân không có bệnh lý phụ khoa tiềm ẩn.

Hoóc-môn đồng nhất sinh học và Hoóc-môn kết hợp

Cũng như các thảo luận xoay quanh việc sử dụng hoóc-môn đồng nhất sinh học trong điều trị hoóc-môn thay thế cho phụ nữ tiền mãn kinh và mãn kinh đang ngày càng sôi nổi, các chuyên gia trong lĩnh vực can thiệp hoóc-môn cho người chuyển giới cũng bắt đầu thảo luận nhiều hơn, đồng thời cũng sử dụng nhiều hơn loại dược phẩm này trong quá trình điều trị.

Hiện chưa có bằng chứng cho thấy các chế phẩm hoóc-môn đồng nhất sinh học dạng kết hợp thì an toàn và hiệu quả hơn loại hoóc-môn đồng nhất sinh học được các cơ quan quản lý dược phẩm cấp chính phủ thông qua (Sood, Shuster, Smith, Vincent, & Jatoi, 2011). Do vậy, hiệp hội North American Menopause Society (2010) và các tổ chức khác đã khuyến cáo rằng, bất kể là dạng kết hợp hay đơn chất, miễn thành phần dược chất chính là như nhau thì chúng sẽ có cùng các tác dụng phụ như nhau, WPATH sẽ tiếp tục các đánh giá trong khía cạnh này.

IX

Sức khỏe sinh sản

Nhiều người chuyển giới và không theo chuẩn giới muốn có con cái. Vì liệu pháp hoóc-môn nữ-hóa/nam-hóa làm giới hạn khả năng sinh sản (Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui, & Bremner, 1999) nên bệnh nhân cần ra quyết định liên quan đến việc sinh sản trước khi bắt đầu điều trị hoóc-môn hoặc trước khi tiến hành loại bỏ/chỉnh sửa cơ quan sinh sản. Rất nhiều trường hợp khi sử dụng liệu pháp hoóc-môn và phẫu thuật cơ quan sinh sản đã phải hối tiếc vì họ không còn khả năng làm ba mẹ của trẻ theo mặt di truyền học (De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002).

Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe – bao gồm cả chuyên gia về sức khỏe tinh thần đề xuất cho bệnh nhân về liệu pháp hoóc-môn hay phẫu thuật, dược sĩ kê thuốc hoóc-môn, và các phẫu thuật viên – nên thảo luận các phương án sinh sản cho bệnh nhân trước khi bắt đầu điều trị y tế cho chứng phiền muộn giới. Những cuộc thảo luận này vẫn nên diễn ra dù bệnh nhân không có hứng thú tại thời điểm điều trị, thường thấy hơn ở những bệnh nhân trẻ (De Sutter, 2009). Thảo luận sớm thì rất tốt, nhưng không phải lúc nào cũng khả thi. Nếu bệnh nhân chưa hoàn tất phẫu thuật xác định lại giới tính, vẫn có thể dùng hoóc-môn trong thời gian dài cho hoóc-môn nội sinh phục hồi, từ đó có thể sản xuất ra giao tử (Payer, Meyer, & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001).

Ngoài những bài báo thể hiện quan điểm và gây tranh cãi, hầu như rất ít nghiên cứu được công bố về vấn đề sức khỏe sinh sản của những người sử dụng các cách điều trị khác nhau cho chứng Phiền muộn giới. Một nhóm khác có nhu cầu lưu trữ chức năng sinh sản trước nguy cơ tuyến sinh dục bị hư hỏng hoặc tổn thương, ví dụ như những người bị khối u ác tính và cần phải loại bỏ cơ quan sinh sản, hoặc phải dùng đến xạ trị hay hóa trị. Bài học rút ra từ nhóm này có thể áp dụng cho những người điều trị phiền muộn giới.

Những bệnh nhân chuyển giới nam-sang-nữ (MtF), đặc biệt là những người chưa có con, nên được thông báo về những cách lưu giữ tinh trùng và khuyến khích gửi vào ngân hàng tinh trùng trước khi bắt đầu liệu pháp hoóc-môn. Trong những thử nghiệm nghiên cứu liên quan đến sử dụng

estrogen liều cao (Payer et al., 1979), những thông tin tìm được cho thấy việc ngưng sử dụng estrogen có thể giúp tinh hoàn phục hồi. Trong một bài báo cáo về quan điểm của những người chuyển giới nam-sang-nữ (MtF) đối với việc đông lạnh tinh trùng (De Sutter et al., 2002), phần lớn hầu hết trong 121 người trả lời cảm thấy sự hiện hữu của việc đông lạnh tinh trùng nên được thảo luận và đưa ra bởi giới y khoa. Việc thu thập tinh trùng nên diễn ra trước khi bắt đầu liệu pháp hoóc-môn hoặc sau khi dừng liệu pháp lúc lượng tinh trùng đếm được bắt đầu tăng trở lại. Việc bảo quản bằng điện lạnh (Bảo quản Cryo) nên được thảo luận nếu chất lượng tinh dịch kém. Đối với những người không có tinh trùng, làm sinh thiết tinh hoàn cùng với bảo quản điện lạnh tế bào tinh hoàn để lấy tinh trùng là điều có thể làm được, tuy nhiên khó thành công.

Các bệnh nhân chuyển giới nữ-sang-nam (FtM) có thể chọn lựa đông lạnh trứng hoặc phôi cho việc sinh sản. Giao tử và phôi đông lạnh có thể dùng sau này bằng cách nhờ phụ nữ khác mang thai hộ. Những nghiên cứu về phụ nữ bị bệnh u nang buồng trứng cho thấy buồng trứng có thể phục hồi phần nào sau khi chịu ảnh hưởng từ liệu pháp testosterone liều cao (Hunter & Sterrett, 2000). Việc ngưng sử dụng testosterone ngắn hạn có thể giúp cho buồng trứng phục hồi đủ để sinh ra trứng, việc thành bại đa số phụ thuộc vào độ tuổi của người bệnh và thời gian điều trị hoóc-môn. Dù chưa được nghiên cứu một cách hệ thống, nhiều người chuyển giới nữ-sang-nam (FtM) đã và đang làm chính xác đúng như vậy, và nhiều trong số họ có thể mang thai và sinh con (Hunter & Sterrett, 2000)

Bệnh nhân nên được tư vấn rằng không phải kỹ thuật nào cũng có sẵn ở tất cả các nơi và có thể rất tốn kém. Người chuyển giới và không theo chuẩn giới không nên từ chối các phương án sinh sản dù bất kì lí do nào.

Đặc biệt còn có nhóm bao gồm người chưa dậy thì hoặc đã dậy thì nhưng không thể phát triển chức năng sinh sản vì bị ức chế hoặc do sử dụng hoóc-môn chuyển giới. Tại thời điểm này chưa có các biện pháp kỹ thuật để lưu trữ chức năng cơ quan sinh sản cho những người như vậy.



Liệu pháp giọng nói và giao tiếp

Giao tiếp, cả bằng ngôn ngữ và phi ngôn ngữ, là một khía cạnh quan trọng của hành vi con người và thể hiện giới. Người chuyển giới và không theo chuẩn giới có thể cần sự hỗ trợ của các chuyên gia về giọng nói và giao tiếp để phát triển các đặc tính thanh âm (ví dụ: độ cao thấp, ngữ điệu, âm vang, tốc độ nói, cách nhấn nhá ngắt câu) và các hình thức giao tiếp phi ngôn ngữ (ví dụ: điệu bộ, tư thế/cách di chuyển, các biểu hiện gương mặt) để giúp họ thoải mái với bản dạng giới của họ. Liệu pháp về giọng nói và giao tiếp có thể giúp giảm bớt chứng phiền muộn giới và sẽ là bước tiến tích cực cổ động họ đạt được mục đích của việc thể hiện giới.

Năng lực của các chuyên gia về giọng nói và giao tiếp khi làm việc với bệnh nhân là người chuyển giới và không theo chuẩn giới

Những chuyên gia bao gồm những nhà nghiên cứu lời nói-ngôn ngữ, các nhà trị liệu về lời nói và các chuyên viên lâm sàng về lời nói-giọng nói. Ở hầu hết các nước, các hiệp hội chuyên nghiệp của các nhà nghiên cứu lời nói-ngôn ngữ đòi hỏi nhiều bằng cấp cụ thể và giấy chứng nhận để trở thành thành viên. Ở một vài quốc gia thì chính phủ ra quy định làm việc thông qua việc lấy bằng, cấp chứng chỉ hoặc những quá trình đăng ký (American SpeechLanguage-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

Sau đây là những chứng nhận tối thiểu đối với các chuyên gia về giọng nói và giao tiếp khi làm việc với các bệnh nhân là người chuyển giới hoặc không theo chuẩn giới:

1. Được huấn luyện đặc biệt và có khả năng đánh giá và phát triển những kỹ năng giao tiếp cho những bệnh nhân là người chuyển giới hoặc không theo chuẩn giới
2. Có hiểu biết cơ bản về lĩnh vực sức khỏe chuyển giới, bao gồm những điều trị hoóc-môn và phẫu thuật để nữ-hóa/nam-hóa và những vấn đề tâm lý xã hội chuyển giới được liệt kê trong

TCCS; và quen thuộc với những đề xuất nhạy cảm cơ bản như việc phát âm và gọi tên theo giới ưa thích của bệnh nhân (Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

3. Học hỏi liên tục trong việc đánh giá và phát triển những kỹ năng giao tiếp cho bệnh nhân là người chuyển giới hoặc không theo chuẩn giới. Việc này có thể bao gồm: tham dự vào các cuộc họp chuyên môn, tập huấn hoặc hội thảo; tham gia vào các nghiên cứu liên quan đến vấn đề bản dạng giới; những nghiên cứu độc lập; hoặc cố vấn từ những chuyên viên kinh nghiệm có bằng cấp.

Những chuyên gia khác như người hướng dẫn thanh âm, chuyên gia nghệ thuật, giáo viên dạy hát và các chuyên viên về cử động là những người có vai trò hỗ trợ rất tốt. Lý tưởng nhất là những chuyên gia này có kinh nghiệm làm việc chung hoặc phối hợp chặt chẽ với các nhà nghiên cứu lời nói-ngôn ngữ.

Những cân nhắc trong đánh giá và điều trị

Mục đích chung của liệu pháp giọng nói và ngôn ngữ là để giúp bệnh nhân có thể thay đổi giọng nói và cách giao tiếp theo một cách an toàn và đáng tin cậy, kết quả về mặt giao tiếp là bệnh nhân sẽ thấy tương xứng với bản dạng giới của họ và phản ánh cách họ nhìn nhận về bản thân (Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006). Các chuyên gia về giọng nói và giao tiếp cũng cần quan tâm đến những ưu tiên giao tiếp của mỗi người. Giao tiếp – phong cách, giọng nói, cách lựa chọn ngôn ngữ - là những yếu tố mang tính cá nhân. không nên tư vấn mang tính áp đặt buộc người bệnh thay đổi hành vi theo cách họ không thoải mái hoặc cảm thấy không trung thực với bản thân họ. Các chuyên gia chỉ phục vụ bệnh nhân tốt nhất khi họ bỏ thời gian để tìm hiểu những mối quan tâm về giới và cách thể hiện vai trò-giới của bệnh nhân (American SpeechLanguage-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

Mỗi người có thể chọn hành vi giao tiếp mà họ muốn đạt được để phù hợp với bản dạng giới của họ. Những quyết định này nên được thông báo và hỗ trợ bởi kiến thức và kinh nghiệm của các chuyên gia về giọng nói và giao tiếp và các số liệu đánh giá của từng bệnh nhân cụ thể (Hancock, Krissinger, & Owen, 2010). Bản đánh giá bao gồm phần tự đánh giá của bệnh nhân và phần đánh giá của chuyên gia về giọng nói, âm vang, cách phát âm, ngôn ngữ nói và cách giao tiếp phi ngôn ngữ (Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010).

Các kế hoạch điều trị giọng nói-và-giao tiếp được phát triển bằng cách xem xét những bằng chứng nghiên cứu sẵn có, kinh nghiệm và kiến thức lâm sàng của chuyên viên, và những giá trị và mục đích của chính bệnh nhân (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of SpeechLanguage Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia). Đối tượng nhắm tới của việc điều trị điển hình như độ cao thấp, ngữ điệu, độ lớn và trọng âm, chất lượng giọng nói, âm vang, liên từ, tốc độ nói và ngừng, ngôn ngữ và cách giao tiếp phi ngôn ngữ (Adler et al., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts, & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983). Việc điều trị có thể bao gồm những buổi cho cá nhân và/hoặc thảo luận nhóm. Tần suất và thời lượng của việc điều trị rất khác nhau tùy theo nhu cầu của bệnh nhân. Những đề cương sẵn có cho việc điều trị giọng

nói-và-giao tiếp nên được cân nhắc khi phát triển một kế hoạch trị liệu cho mỗi cá nhân (Carew, Dacakis, & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark, & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988).

Nữ-hóa hoặc nam-hóa giọng nói có liên quan đến việc không quen khi sử dụng các cơ quan phát âm. Các biện pháp ngăn ngừa rất cần thiết để tránh việc sử dụng sai thanh âm và tổn thương thanh âm về lâu dài. Tất cả các dịch vụ liệu pháp về giọng nói và giao tiếp cần bao gồm cả yếu tố sức khỏe cho thanh âm (Adler et al., 2006).

Những cân nhắc về sức khỏe thanh âm sau khi phẫu thuật chuyển sang giọng nữ

Trong ghi chú tại phần XI, nhiều người chuyển giới và không theo chuẩn giới sẽ tiếp tục thực hiện phẫu thuật chuyển sang giọng nữ. (Giọng trầm có thể đạt được bằng cách sử dụng liệu pháp hoóc-môn nam-hóa, nhưng hoóc-môn nữ-hóa không có ảnh hưởng đến giọng nói của những người chuyển giới Nam-sang-nữ). Có nhiều mức độ khác nhau về sự hài lòng, an toàn, và sự cải thiện trong dài hạn của những bệnh nhân tham gia phẫu thuật. Những người tham gia phẫu thuật chuyển sang giọng nữ cũng nên được tư vấn bởi các chuyên gia về giọng nói và giao tiếp để tối đa hóa kết quả phẫu thuật, bảo vệ sức khỏe thanh âm, và học về những thứ liên quan đến xướng âm trong giao tiếp. Quy trình phẫu thuật giọng nói cần bao gồm phần theo dõi về sau với chuyên gia về giọng nói và giao tiếp có bằng cấp và/hoặc có chứng chỉ được bảo trợ từ các hội đồng phụ trách về trị liệu lời nói/nghiên cứu lời nói-ngôn ngữ tại quốc gia đó (Kanagalingam et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004).

Phẫu Thuật

Phẫu thuật chuyển giới là hiệu quả và cần thiết về mặt y khoa

Can thiệp phẫu thuật - đặc biệt là phẫu thuật tạo hình cơ quan sinh dục - thường là bước sau cùng và được cân nhắc thận trọng nhất trong quá trình điều trị chứng Phiền muộn giới. Trong khi nhiều người chuyển giới có thể cảm thấy thoải mái với bản dạng, vai trò và biểu hiện giới mà không cần can thiệp phẫu thuật, nhiều người chuyển giới khác lại không như vậy, đối với họ phẫu thuật chuyển giới là thiết yếu và là can thiệp y khoa cần thiết để giải toả chứng phiền muộn giới (Hage & Karim, 2000). Với nhóm thứ hai này, mục tiêu giải toả phiền muộn giới không thể đạt được nếu không có các điều chỉnh trên đặc tính sinh dục nguyên pháp và/hoặc đặc tính sinh dục thứ phát để có được một cơ thể tương thích với bản dạng giới. Hơn nữa, phẫu thuật chuyển giới có thể giúp bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn khi xuất hiện trước mắt bạn tình của họ, hoặc xuất hiện ở những nơi công cộng như phòng khám, hồ bơi hay các câu lạc bộ. Trong một vài trường hợp, phẫu thuật còn giúp họ giảm nguy cơ bị xâm hại trong các tình huống bị bắt giữ hay lục soát bởi công an hay các cơ quan chức năng khác.

Các nghiên cứu sau can thiệp cũng cho thấy một lợi ích không thể phủ nhận của phẫu thuật chuyển giới thông qua các kết quả thu được sau phẫu thuật như suy nghĩ vui vẻ và tích cực hơn, cơ thể phục hồi và xinh đẹp hơn, có đời sống tình dục cải thiện hơn (De Cuypere et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998). Các thông tin bổ sung về các kết quả thu được sau điều trị phẫu thuật được mô tả tóm lược trong phụ lục D.

Các câu hỏi về đạo đức liên quan đến Phẫu thuật chuyển giới

Trong thực hành phẫu thuật thông thường, các mô bệnh lý sẽ được loại khỏi cơ thể nhằm phục hồi chức năng bị ảnh hưởng trước đó, hoặc thực hiện các điều chỉnh trên các bộ phận trong cơ thể để cải thiện tình trạng sức khoẻ của bệnh nhân. Một số người, gồm cả một vài chuyên gia trong lãnh

vực y tế, phản đối việc áp dụng phẫu thuật chuyển giới trong điều trị chứng phiền muộn giới, họ dựa trên quan điểm đạo đức và cho rằng việc này không thoả mãn các điều kiện cần thiết áp dụng phẫu thuật.

Quan điểm trên xuất phát từ sự lo lắng và quan tâm đến các ảnh hưởng lên sức khoẻ của bệnh nhân sau những thay đổi cấu trúc giải phẫu thông thường gây ra bởi can thiệp phẫu thuật chuyển giới, sự lo lắng này là hợp lý. Tuy vậy, để hiểu rõ về tác động của phẫu thuật trong việc làm giảm đi tâm trạng khó chịu và sự chịu đựng dày vò của bệnh nhân phiền muộn giới, chuyên gia cần phải lắng nghe người bệnh chia sẻ về các triệu chứng, các tình huống khó xử và những câu chuyện cuộc đời họ. Sự phản đối áp dụng phẫu thuật dựa trên tiêu chuẩn đạo đức “trên hết là không gây ra tổn hại cho bệnh nhân” cần phải được tôn trọng, thảo luận và đối chiếu với việc tìm hiểu về sự chịu đựng trong đau khổ do chứng phiền muộn giới và các tổn hại có thể có nếu bị từ chối tiếp cận một điều trị phù hợp.

Phẫu thuật cơ quan sinh dục hay phẫu thuật vùng ngực/vú trong điều trị chứng phiền muộn giới không đơn thuần là một cam kết riêng tư giữa bệnh nhân và phẫu thuật viên, mà cần có sự tham gia của chuyên gia thuộc lĩnh vực sức khoẻ tâm thần, và chỉ được thực hiện sau khi bệnh nhân được đánh giá toàn diện và đầy đủ bởi chuyên gia tâm lý, như đã được mô tả trong phần VII của bộ TCCS. Các phẫu thuật này có thể được thực hiện sau khi đã có văn bản xác nhận rằng đánh giá tâm lý đã được tiến hành và bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn cho một phẫu thuật cụ thể. Như vậy, theo quy trình, chuyên gia sức khoẻ tâm thần, phẫu thuật viên và bệnh nhân cùng chia sẻ trách nhiệm trong một quyết định tạo ra một thay đổi cơ thể không thể đảo ngược.

Sẽ phi đạo đức nếu từ chối cung cấp phẫu thuật chuyển giới cho bệnh nhân chỉ vì họ mắc các bệnh lây truyền qua đường máu như HIV, viêm gan siêu vi B,C.

Mối quan hệ giữa phẫu thuật viên với chuyên gia sức khoẻ tâm thần, bác sỹ cung cấp liệu pháp hoóc-môn (nếu có) và bệnh nhân (Sự đồng ý tự nguyện)

Vai trò của phẫu thuật viên trong điều trị chứng phì đại tuyến tiền liệt không đơn thuần là chuyên viên chịu trách nhiệm cuộc mổ, một phẫu thuật viên có lương tâm sẽ cần có những nhận định đầy đủ và sâu sắc về tiền sử của bệnh nhân cũng như lý do mà họ được chuyển gửi đến điều trị phẫu thuật. Để đạt được điều này, phẫu thuật viên cần nói chuyện và trao đổi nhiều với bệnh nhân, đồng thời có mối quan hệ cộng tác chặt chẽ với các chuyên gia khác đang cùng chăm sóc hỗ trợ người bệnh.

Tham khảo trao đổi ý kiến sẽ được thực hiện dễ dàng và nhanh chóng nếu phẫu thuật viên nằm trong một đội ngũ nhân viên chăm sóc đa lãnh vực cho người chuyển giới. Nếu không, phẫu thuật viên phải đảm bảo có thể tin tưởng vào trình độ chuyên môn về đánh giá và điều trị chứng phì đại tuyến tiền liệt của chuyên gia sức khỏe tâm thần đã chuyển gửi bệnh nhân, và bác sĩ đã cung cấp liệu pháp hormone cho bệnh nhân, vì phẫu thuật viên phụ thuộc rất lớn vào trình độ chuyên môn của họ.

Sau khi đã khẳng định bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn phẫu thuật (được mô tả bên dưới), phẫu thuật viên sẽ tiến hành tham vấn trước phẫu thuật cho bệnh nhân, cần thảo luận chi tiết và thật kỹ về quy trình phẫu thuật và thời kỳ hậu phẫu.

Phẫu thuật viên có trách nhiệm thảo luận với bệnh nhân tất cả các nội dung sau:

- Các phương pháp phẫu thuật khác nhau có thể sử dụng (kèm giới thiệu đồng nghiệp có khả năng cung cấp các lựa chọn thay thế)
- Ưu điểm và nhược điểm của từng phương pháp
- Các mức độ hiệu quả sau phẫu thuật, phẫu thuật viên nên mô tả phác họa các thay đổi cơ thể trước-sau phẫu thuật, bao gồm cả kết quả thành công và không thành công.
- Những rủi ro và biến chứng có thể có của các phương pháp khác nhau; bác sĩ phẫu thuật nên thông báo cho bệnh nhân về tỷ lệ biến chứng theo từng phương pháp phẫu thuật đối với trường hợp cụ thể của họ.

Các thảo luận này là phần chính của quy trình lấy sự đồng ý tự nguyện, vừa mang tính đạo đức vừa là văn bản pháp lý cần thiết của tất cả các quy trình phẫu thuật. Việc đảm bảo bệnh nhân có một kỳ vọng “mang tính thực tế” về kết quả sau phẫu thuật là có giá trị quan trọng, góp phần đạt được hiệu quả giảm chứng phì đại tuyến tiền liệt trên bệnh nhân.

Tất cả nội dung này cần được cung cấp cho bệnh nhân dưới dạng văn bản, bằng ngôn ngữ mà bệnh nhân thông thạo, và có hình ảnh minh họa. Bệnh nhân nên được cung cấp các thông tin này từ trước (có thể thông qua Internet) và được cho nhiều thời gian để xem xét nó một cách cẩn thận. Các yếu tố của sự đồng ý tự nguyện nên luôn luôn được thảo luận mặt đối mặt trước khi can thiệp phẫu thuật, như vậy phẫu thuật viên có thể giải đáp tất cả thắc mắc của bệnh nhân và cho bệnh nhân điền phiếu cam kết điều trị. Do phẫu thuật chuyển giới là không thể đảo ngược, cơ sở chăm sóc cần đảm bảo rằng bệnh nhân có đủ thời gian để tiếp thu đầy đủ thông tin trước khi điền bản cam kết đồng ý tự nguyện, khoảng thời gian tối thiểu được đề xuất là 24 tiếng.

Phẫu thuật viên cũng cần giúp bệnh nhân đề ra một kế hoạch tái khám sau phẫu thuật cũng như kế hoạch theo dõi trong tương lai, đồng thời có thể thảo luận với bác sỹ sẽ trực tiếp chăm sóc bệnh nhân trong tương lai.

Tổng quát về quy trình phẫu thuật trong điều trị cho bệnh nhân mắc chứng phiên muộn giới

Quy trình phẫu thuật cho bệnh nhân chuyển giới Nam-sang-Nữ có thể bao gồm:

1. Phẫu thuật vú/ngực: Nâng ngực augmentation mammoplasty) bằng đặt túi ngực (implantation of breast prostheses) hay cấy ghép mỡ tự thân (lipofilling).
2. Phẫu thuật bộ phận sinh dục: cắt bỏ dương vật (penectomy), cắt bỏ tinh hoàn (orchiectomy), tạo hình âm đạo – âm vật – âm hộ (vaginoplasty – clitoroplasty – vulvoplasty).
3. Các can thiệp phẫu thuật khác: thẩm mỹ gương mặt, hút mỡ hay cấy ghép mô mỡ, phẫu thuật thanh quản để điều chỉnh giọng nói, giảm biểu hiện trái cổ (sụn giáp), tăng kích thước vòng hông, triệt lông. Và rất nhiều các can thiệp thẩm mỹ khác.

Quy trình phẫu thuật cho bệnh nhân chuyển giới Nữ-sang-Nam có thể bao gồm:

1. Phẫu thuật vú/ngực: đoạn nhũ (subcutaneous mastectomy), tạo hình khuôn ngực nam giới (male chest contouring)

2. Phẫu thuật bộ phận sinh dục: cắt bỏ tử cung/cắt bỏ buồng trứng và ống dẫn trứng (hysterectomy/salpingo-oophorectomy), tái tạo niệu đạo thường kết hợp với tạo hình dương vật từ việc tăng kích thước âm vật (metoidioplasty) hay sử dụng một phần mô tự thân khác tạo hình dương vật giả (phalloplasty), phẫu thuật cắt bỏ âm đạo (vaginectomy), tạo hình bìu (scrotoplasty), cấy ghép mô nhân tạo gây cương cứng hay tinh hoàn nhân tạo.
3. Các can thiệp phẫu thuật khác: thay đổi giọng nói (hiếm), hút mỡ, cấy ghép mỡ, đặt túi ngực nam giới, và các can thiệp thẩm mỹ khác.

Phẫu thuật tái tạo và phẫu thuật thẩm mỹ

Câu hỏi đặt ra rằng liệu phẫu thuật chuyển giới nên được xem là phẫu thuật “thẩm mỹ” hay phẫu thuật “tái tạo” là cần thiết, không chỉ từ quan điểm triết lý mà còn từ quan điểm về kinh tế. Phẫu thuật thẩm mỹ hầu hết được xếp là loại can thiệp không có tính cần thiết về mặt y khoa và do vậy phải do bệnh nhân tự chi trả toàn bộ chi phí phẫu thuật. Ngược lại, phẫu thuật tái tạo được xem là có tính cần thiết về mặt y khoa và có kết quả điều trị không thể phủ định hay nghi ngờ, theo đó, chúng có thể được chi trả một phần hay toàn phần từ hệ thống y tế công hay các công ty bảo hiểm.

Không may mắn là, trong lãnh vực phẫu thuật tạo hình nói chung, cả tạo hình tổng quát lẫn tạo hình trong phẫu thuật chuyển giới, không có một sự phân chia rõ ràng giữa cái nào là hoàn toàn thuộc về “tái tạo”, cái nào là hoàn toàn thuộc về “thẩm mỹ”, bởi hầu hết các phẫu thuật tạo hình đều là sự phối hợp giữa hai yếu tố tái tạo và thẩm mỹ.

Trong khi hầu hết chuyên gia đồng tình rằng phẫu thuật bộ phận sinh dục và đoạn nhũ không thể được xem là “hoàn toàn mang tính thẩm mỹ”, nhiều quan điểm bất đồng xoay quanh các can thiệp phẫu thuật khác (ví dụ như tăng kích thước vú, phẫu thuật nữ hoá gương mặt...) thì mức độ can thiệp nào có thể được nhận định là “hoàn toàn mang tính tái tạo”. Có thể dễ dàng chấp nhận rằng tạo hình dương vật hay âm đạo là một can thiệp cần thiết nhằm chấm dứt sự chịu đựng dày vò cả cuộc đời, nhìn nhận tương tự cũng có thể thấy rằng với một số bệnh nhân cụ thể, một can thiệp đơn giản như nâng mũi cũng có ảnh hưởng vô cùng to lớn lên chất lượng cuộc sống của họ, và theo đó cũng mang tính cần thiết về mặt y khoa như bất kỳ can thiệp sức khỏe nào khác, suy nghĩ này càng có phần chính xác hơn và có ý nghĩa hơn với những người mắc chứng phiền muộn giới.

Tiêu chuẩn điều trị Phẫu thuật

Các tiêu chuẩn cho việc bắt đầu điều trị phẫu thuật trong điều trị chứng phiên muộn giới đã được phát triển để thúc đẩy tối đa chất lượng chăm sóc bệnh nhân. TCCS cho phép một phương pháp tiếp cận mang tính cá thể để đáp ứng tốt nhất nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mỗi bệnh nhân cụ thể, một tiêu chuẩn chung cho tất cả phẫu thuật bộ phận sinh dục và vùng ngực là hồ sơ bệnh án về chứng phiên muộn giới được ghi nhận bởi một chuyên gia có trình độ trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần.

Đối với một số phẫu thuật, có thêm tiêu chuẩn bổ sung bao gồm quá trình chuẩn bị và điều trị liệu pháp hoóc-môn nữ-hoá/nam-hoá và một năm liên tục trải nghiệm cuộc sống với vai trò giới tương ứng với bản dạng giới của họ.

Dựa trên các bằng chứng đang có cũng như tham khảo ý kiến chuyên gia, các khuyến cáo khác nhau được xác lập cho từng can thiệp phẫu thuật. Bộ TCCS không xếp thứ tự ưu tiên của các can thiệp, số lượng và loại hình can thiệp phẫu thuật sẽ khác nhau ở mỗi bệnh nhân và dựa trên nhu cầu và mong đợi chuyển giới cụ thể của họ.

Tiêu chuẩn cho Phẫu thuật Vú/Ngực (Một chuyển gửi)

Tiêu chuẩn cho phẫu thuật đoạn nhũ và tạo hình vùng ngực nam giới, trên bệnh nhân chuyển giới Nữ-sang-Nam

1. Chứng phiên muộn giới kéo dài, được theo dõi bằng bệnh án.
2. Bệnh nhân có năng lực để nhận thức đầy đủ thông tin liên quan đến điều trị, năng lực ra quyết định và thực hiện cam kết với điều trị.
3. Đủ tuổi trưởng thành theo quy định của quốc gia (nếu trẻ hơn, tham khảo phần VI trong TCCS)
4. Các vấn đề sức khỏe hay tâm lý phải được kiểm soát tốt (nếu có).

Liệu pháp hoóc-môn không mang tính cần thiết đối với can thiệp này.

Tiêu chuẩn phẫu thuật nâng ngực (đặt túi ngực hay cấy ghép mỡ) trên bệnh nhân chuyển giới
Nam-sang-Nữ:

1. Chứng phiền muộn giới kéo dài, được theo dõi bằng bệnh án.
2. Bệnh nhân có năng lực để nhận thức đầy đủ thông tin liên quan đến điều trị, năng lực ra quyết định và thực hiện cam kết với điều trị.
3. Đủ tuổi trưởng thành theo quy định của quốc gia (nếu trẻ hơn, tham khảo phần VI trong TCCS)
4. Các vấn đề sức khỏe hay tâm lý phải được kiểm soát tốt (nếu có).

Mặc dù không phải là tiêu chuẩn bắt buộc, liệu pháp hoóc-môn nữ-hoá được khuyến cáo sử dụng trước phẫu thuật (ít nhất 12 tháng) nhằm phát triển mô vú tối đa để đạt được hiệu quả tốt hơn từ điều trị phẫu thuật.

Tiêu chuẩn cho phẫu thuật bộ phận sinh dục (Hai chuyển gửi)

Tiêu chuẩn cho phẫu thuật bộ phận sinh dục sẽ cụ thể và chuyên biệt cho từng loại can thiệp.

Tiêu chuẩn cho phẫu thuật cắt bỏ tử cung - buồng trứng ở bệnh nhân FtM và phẫu thuật cắt bỏ tinh hoàn ở bệnh nhân MtF

1. Chứng phiền muộn giới kéo dài, được theo dõi bằng bệnh án.
2. Bệnh nhân có năng lực để nhận thức đầy đủ thông tin liên quan đến điều trị, năng lực ra quyết định và thực hiện cam kết với điều trị.
3. Đủ tuổi trưởng thành theo quy định của quốc gia
4. Các vấn đề sức khỏe hay tâm lý phải được kiểm soát tốt (nếu có).
5. 12 tháng liên tục sử dụng liệu pháp hoóc-môn phù hợp với giới tính mong đợi của bệnh nhân (trừ khi bệnh nhân không được chỉ định điều trị)

Mục tiêu của liệu pháp hormone trước khi phẫu thuật cắt bỏ tuyến sinh dục nhằm tạo điều kiện cho bệnh nhân trải nghiệm thực tế về tình trạng giảm nồng độ estrogen hay testosterone, và còn khả năng thay đổi ý định nhờ đặc điểm “có thể đảo ngược” của liệu pháp hormone. Điều

này đặc biệt quan trọng trước khi bệnh nhân sử dụng can thiệp phẫu thuật mang tính chất “không thể đảo ngược”.

Tiêu chuẩn này không áp dụng cho các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nêu trên mà không nhằm mục tiêu điều trị chứng phiền muộn giới.

Tiêu chuẩn cho phẫu thuật tạo hình dương vật ở bệnh nhân FtM và phẫu thuật tạo hình âm đạo ở bệnh nhân MtF

1. Chứng phiền muộn giới kéo dài, được theo dõi bằng bệnh án.
2. Bệnh nhân có năng lực để nhận thức đầy đủ thông tin liên quan đến điều trị, năng lực ra quyết định và thực hiện cam kết với điều trị.
3. Đủ tuổi trưởng thành theo quy định của quốc gia
4. Các vấn đề sức khỏe hay tâm lý phải được kiểm soát tốt (nếu có).
5. 12 tháng liên tục sử dụng liệu pháp hoóc-môn phù hợp với giới tính mong đợi của bệnh nhân (trừ khi bệnh nhân không được chỉ định điều trị)
6. 12 tháng liên tục bệnh nhân trải nghiệm cuộc sống với vai trò giới tương ứng với bản dạng giới của họ

Mặc dù không phải là tiêu chuẩn bắt buộc, bệnh nhân được khuyến cáo có các cuộc thăm khám định kỳ với chuyên gia sức khỏe tâm thần và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác.

Lý do bệnh nhân trước khi phẫu thuật cần trải nghiệm 12 tháng sống với vai trò giới tương ứng với bản dạng giới của họ:

Các chuyên gia đều cho rằng thời gian trải nghiệm này là cần thiết vì nó tạo cơ hội cho bệnh nhân để đối diện, cảm nhận và có những điều chỉnh xã hội phù hợp tương ứng với vai trò giới mong đợi của họ, trước khi trải qua cuộc phẫu thuật “không thể đảo ngược”. Như được đề cập trong phần VII, các ảnh hưởng xã hội phát sinh từ việc thay đổi vai trò giới thường rất phức tạp và mang tính thử thách cao hơn cả các ảnh hưởng cơ thể. Thay đổi vai trò giới có thể gây ra những hệ quả sâu sắc lên bản thân và yếu tố xã hội của bệnh nhân, do vậy, quyết định này cần dựa trên một nhận thức đầy đủ về các thay đổi cũng như thách thức có thể xảy ra liên quan đến gia đình, các mối quan

hệ, học tập, công việc, kinh tế và luật pháp, từ đó, bệnh nhân có thể thích nghi và điều chỉnh một cách hiệu quả vai trò giới của mình. Quá trình thích ứng này có thể cần đến sự hỗ trợ từ chuyên gia tâm lý hay nhân viên cộng đồng (Bockting, 2008).

Thời gian 12 tháng cho phép bệnh nhân trải qua nhiều sự kiện và kinh nghiệm sống khác nhau (ví dụ như việc gia đình, du lịch, thay đổi công việc hay học tập). Trong thời gian này, bệnh nhân cần luôn thể hiện vai trò giới mong muốn trong tất cả các hành vi và tiếp xúc thường nhật, và cần công khai với gia đình, bạn bè, người yêu cũng như ngoài xã hội (ở trường lớp, trong công việc...)

Chuyên gia sức khỏe nên ghi chú rõ ràng những kinh nghiệm cụ thể của bệnh nhân vào hồ sơ bệnh án trong quá trình thích ứng với chuyển đổi vai trò giới, và trong một vài tình huống cần thiết, có thể yêu cầu sự xác nhận rằng tiêu chuẩn này đã được thỏa mãn: trao đổi với những người quen biết của bệnh nhân, yêu cầu thay đổi tên và/hoặc giới tính trên giấy tờ (nếu có thể).

Phẫu thuật chuyển giới cho các bệnh nhân có biểu hiện loạn thần hay các bệnh lý tâm thần nghiêm trọng

Bệnh nhân mắc chứng phiền muộn thường mắc thêm các rối loạn tâm thần nghiêm trọng hay biểu hiện tách biệt với cuộc sống (ví dụ như chứng loạn thần, rối loạn lưỡng cực, chứng đa nhân cách, chứng rối loạn nhân cách ranh giới), do vậy, cần có những nỗ lực can thiệp nhằm khống chế các bệnh lý này trước khi phẫu thuật, có thể bằng thuốc hay bằng tâm lý trị liệu (Dhejne et al., 2011).

Các đánh giá lặp lại nhiều lần bởi chuyên gia tâm thần cần thực hiện trước phẫu thuật nhằm nhằm mục đích kiểm soát tình trạng bệnh cũng như đảm bảo bệnh nhân đã đủ điều kiện và sẵn sàng tiếp nhận can thiệp phẫu thuật. Sẽ tốt hơn nếu chuyên gia tâm thần chăm sóc bệnh nhân là người mà họ quen thuộc và tin cậy. Lưu ý rằng không được phép can thiệp phẫu thuật nếu tình trạng loạn thần của bệnh nhân còn đang diễn tiến (De Cuypere & Vercruysse, 2009).

Năng lực cần thiết của phẫu thuật viên thực hiện phẫu thuật vú/ngực và phẫu thuật bộ phận sinh dục.

Bác sỹ tiến hành phẫu thuật chuyển giới trong điều trị chứng phiên muộn giới nên là bác sỹ thuộc niệu khoa, sản phụ khoa, thẩm mỹ hoặc bác sỹ ngoại khoa tổng quát, đồng thời người này cần có chứng chỉ hành nghề của Nhà nước và/hoặc một tổ chức y tế trong khu vực. Bác sỹ phẫu thuật cần có năng lực chuyên môn liên quan đến các phương pháp tái tạo bộ phận sinh dục thông qua các tập huấn đầy đủ và bài bản từ các phẫu thuật viên can thiệp chuyển giới có nhiều kinh nghiệm. Kể cả các phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm cũng cần sẵn sàng chấp nhận các lần giám sát nâng cao tay nghề cùng các đồng nghiệp khác. Các thống kê báo cáo về hiệu quả điều trị phẫu thuật cũng như công bố kết quả ghi nhận được sẽ góp phần củng cố niềm tin vào năng lực điều trị đến cả bệnh nhân và các bác sỹ khác khi tiến hành chuyển gửi bệnh nhân đến điều trị. Các bác sỹ tham gia lĩnh vực này cũng cần thường xuyên tham gia các hội thảo chuyên môn để cập nhật về các phương pháp điều trị mới. Các bệnh nhân cũng thường xuyên chia sẻ thông tin về các bác sỹ và dịch vụ chuyển giới.

Một cách lý tưởng, bác sỹ phẫu thuật cần có hiểu biết nhiều phương pháp phẫu thuật tái tạo sinh dục khác nhau, từ đó có thể thảo luận và giúp bệnh nhân lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp nhất với họ. Trong trường hợp chỉ có chuyên môn về một phương pháp phẫu thuật duy nhất và phương pháp này không thích hợp hay không đúng ý nguyện của bệnh nhân, bác sỹ phẫu thuật nên giới thiệu cũng như thực hiện việc chuyển gửi bệnh nhân đến các dịch vụ khác có khả năng cung cấp phẫu thuật phù hợp.

Các phương pháp phẫu thuật Vú/Ngực và Biến chứng của chúng.

Mặc dù biểu hiện vú/ngực trên cơ thể người là một đặc điểm sinh dục thứ phát quan trọng, sự hiện diện và kích cỡ vùng vú/ngực lại không được đề cập đến trong định nghĩa pháp lý về giới và giới tính, và cũng không cần thiết trong chức năng sinh sản.

Phẫu thuật vú/ngực trong điều trị chứng phiên muộn giới được xem xét tương tự như tiêu chuẩn khởi động liệu pháp hoóc-môn, vì cả hai can thiệp này đều gây ra những thay đổi trên cơ thể mang tính “có thể đảo ngược một cách tương đối”.

Với bệnh nhân MtF: phẫu thuật nâng ngực cho bệnh nhân chuyển giới được thực hiện tương tự như với các bệnh nhân nữ, thường dùng kỹ thuật đặt túi ngực hay cấy ghép mỡ. Biến chứng chủ yếu là nhiễm trùng và xơ hoá, nhưng cũng rất hiếm gặp (Kanhai, Hage, Karim, & Mulder, 1999).

Với bệnh nhân FtM: thường áp dụng phẫu thuật cắt bỏ mô vú, hay còn gọi là “phẫu thuật tạo hình ngực nam giới”. Nhiều bệnh nhân FtM chỉ thực hiện duy nhất can thiệp này. Nếu quá trình lấy đi mô vú đòi hỏi phải cắt bỏ một phần da trên vú, bệnh nhân cần được thông báo về nguy cơ để lại sẹo. Biến chứng của phương pháp “cắt lọc mô vú dưới da” (subcutaneous mastectomy) là hoại tử núm vú, ngực bị dị dạng, sẹo xấu (Monstrey et al., 2008).

Các phương pháp phẫu thuật bộ phận sinh dục và Biến chứng của chúng.

Phẫu thuật bộ phận sinh dục trên bệnh nhân MtF có thể bao gồm cắt bỏ tinh hoàn, cắt dương vật, tạo hình âm đạo, âm vật và âm hộ. Kỹ thuật thực hiện bao gồm lộn ngược da dương vật (penile skin inversion), ghép đại tràng zigma tự thân để tạo cấu trúc ống âm đạo (pedicled colosigmoid transplant), ghép da để lót mặt trong ống âm đạo giả. Cảm giác tình dục là yếu tố quan trọng của tạo hình âm đạo, với hai mục tiêu chính là đảm bảo chức năng gần giống với âm đạo thật bà có tính thẩm mỹ.

Biến chứng phẫu thuật có thể bao gồm: hoại tử một phần hay toàn bộ âm đạo âm hộ, rò trực tràng âm đạo hay rò bàng quang âm đạo, rối loạn chức năng đường tiểu, âm đạo quá ngắn hay quá nhỏ gây khó khăn cho quan hệ tình dục. Hiện tượng không đạt cực khoái tình dục cũng được báo cáo (Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

Phẫu thuật bộ phận sinh dục trên bệnh nhân FtM có thể bao gồm: cắt buồng trứng, cắt tử cung-vòi trứng, tạo hình dương vật – bìu, tái tạo niệu đạo, ghép mô tinh hoàn nhân tạo. Ở các bệnh nhân chưa từng phẫu thuật vùng bụng, có thể cắt buồng trứng, tử cung bằng nội soi để hạn chế xuất hiện sẹo vùng bụng dưới. Thao tác vùng âm đạo có thể khó khăn vì hầu hết bệnh nhân đều chưa từng sinh sản và có thể chưa từng thực hiện hành vi giao hợp. Hiện đã có những kỹ thuật tạo hình dương vật bằng cấy ghép mô tự thân. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật sẽ tùy thuộc vào tình

trạng bệnh nhân và khả năng kinh tế của họ. Nếu mục tiêu tạo hình dương vật cần đạt được là một dương vật cấu tạo từ mô tự thân, có hình dạng đẹp, tư thế đứng khi đi tiểu, có khoái cảm tình dục và có khả năng quan hệ tình dục, đòi hỏi thực hiện qua nhiều giai đoạn, do vậy cần thông báo với bệnh nhân về vấn đề này. Kể cả với phương pháp kích thích âm vật tăng kích thước nhằm có hình dáng tương tự dương vật, thường cũng cần can thiệp từ hai lần trở lên. Phương pháp này cũng không đảm bảo đạt được mục tiêu giữ tư thế đứng khi đi tiểu (Monstrey et al., 2009).

Biến chứng của ghép dương vật bằng mô ghép tự thân có thể là rối loạn chức năng đường tiểu hay rò đường tiểu, thỉnh thoảng có thể bị hoại tử mô ghép. Phương pháp kích thích âm vật gây ra hội chứng dương vật nhỏ thực sự và bệnh nhân thường không thể “tiểu ở tư thế đứng”. Ví tính chất phức tạp, kéo dài và cần trải qua nhiều giai đoạn can thiệp, nhiều biến chứng kèm sẹo xấu, nhiều bệnh nhân FtM không chọn phẫu thuật bộ phận sinh dục mà chỉ can thiệp bằng phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng và tử cung (Hage & De Graaf, 1993).

Kể cả những bệnh nhân bị biến chứng nặng sau phẫu thuật cũng hiếm khi hối hận vì quyết định này. Nhiều nghiên cứu lặp lại cho thấy chất lượng của kết quả sau phẫu thuật là nột trong các chỉ số dự báo tốt nhất lên sự thành công của quá trình chuyển giới (Lawrence, 2006).

Các can thiệp phẫu thuật khác

Nhóm bệnh nhân MtF có thể cần những can thiệp phẫu thuật nữ-hoá khác như giảm kích thước sụn giáp, điều chỉnh giọng nói, hút mỡ bụng, chỉnh sửa mũi, điều chỉnh xương vùng mặt, nâng cằm và cắt mí mắt.

Nhóm bệnh nhân FtM có thể cần những can thiệp phẫu thuật nam-hoá khác như: hút hay bơm mỡ, độn ngực nam giới. Phẫu thuật làm trầm giọng nói hiếm khi được sử dụng, tuy vậy vẫn được khuyến dùng trong một vài trường hợp, cụ thể như khi liệu pháp hoóc-môn không có tác dụng.

Mặc dù các can thiệp thẩm mỹ này không cần thủ tục chuyển gửi từ chuyên gia sức khoẻ tâm thần của bệnh nhân, các chuyên gia này cũng đóng vai trò quan trọng để giúp bệnh nhân quyết định về thời gian thực hiện và sự tương ứng của chúng đối với quá trình chuyển đổi vai trò giới trong xã hội.

Dù rằng các can thiệp này mang tính “thuần thẩm mỹ”, với một số bệnh nhân mắc chứng phì nhiêu giới, chúng lại là can thiệp cần thiết về mặt y khoa, điều này tùy thuộc vào tình trạng cụ thể của bệnh nhân và hoàn cảnh sống của họ. Tùy theo nhu cầu và nguyện vọng của bệnh nhân, các can thiệp này có thể được chỉ định trên thực tế lâm sàng.

XII

Chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật chuyển giới

Quá trình chăm sóc và theo dõi dài hạn sau phẫu thuật chuyển giới trong điều trị chứng phiên muộn giới có liên quan đến kết quả của phẫu thuật và ảnh hưởng tâm lý – xã hội trên bệnh nhân (Monstrey et al., 2009). Quá trình theo dõi là vô cùng quan trọng trong việc duy trì và củng cố sức khoẻ của bệnh nhân cả về thể chất và tinh thần, đồng thời giúp bác sỹ phẫu thuật đánh giá được lợi ích và hạn chế của phẫu thuật đã thực hiện. Bác sỹ phẫu thuật cho những bệnh nhân ở xa nên có kế hoạch và phương án để bệnh nhân được theo dõi và chăm sóc tại địa phương sinh sống của họ.

Các bệnh nhân sau phẫu thuật có thể tự ngưng tái khám với các bác sỹ phẫu thuật và kể cả với bác sỹ cung cấp liệu pháp hoóc-môn, họ không nhận thức được rằng các bác sỹ từng trực tiếp điều trị thường là người theo dõi và chăm sóc tốt nhất, có khả năng phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị hiệu quả các bất thường phát sinh trên cơ thể họ. Tương tự như vậy, chuyên gia tâm lý từng gắn bó thời gian dài với bệnh nhân cũng sẽ là lựa chọn tốt nhất cho vị trí theo dõi và chăm sóc tâm lý sau điều trị phẫu thuật.

Chuyên gia sức khoẻ cần nhấn mạnh tầm quan trọng của các chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật, đồng thời đề xuất phương án chăm sóc liên tục cho bệnh nhân của họ.

Bệnh nhân sau phẫu thuật cần được kiểm tra bằng xét nghiệm định kỳ tùy thuộc vào độ tuổi, và theo các khuyến cáo trong hướng dẫn lâm sàng. Nội dung này được trình bày rõ hơn trong phần kế tiếp.

XIII

Chăm sóc ban đầu và can thiệp dự phòng trong thời gian dài

Người chuyển giới và người không theo chuẩn giới thường cần được chăm sóc về sức khoẻ liên tục trong suốt cuộc đời họ. Ví dụ, để tránh các tác dụng phụ có hại của việc phẫu thuật cắt bỏ tuyến sinh dục ở độ tuổi trẻ và/hoặc sử dụng liệu pháp hoóc-môn liều cao kéo dài, bệnh nhân cần được chăm sóc kỹ lưỡng và chuyên sâu bởi các bác sĩ, và có khi cần đến một sự cộng tác của một nhóm các bác sĩ trong nhiều lĩnh vực khác nhau.

Chăm sóc sức khoẻ ban đầu và chăm sóc duy trì nên được đề cập trước, trong và sau bất kỳ thay đổi vai trò giới hay can thiệp y khoa nào nhằm điều trị giảm chứng phiền muộn giới. Bên cạnh vai trò quan trọng của bác sĩ hoóc-môn và bác sĩ phẫu thuật, bệnh nhân chuyển giới cũng cần có sự chăm sóc tổng thể trên sức khoẻ từ các bác sĩ chăm sóc sức khoẻ ban đầu.(Feldman, 2007).

Chăm sóc sức khoẻ dự phòng tổng quát

Các xét nghiệm thường quy trên dân số chung thường không bị ảnh hưởng bởi liệu pháp hoóc-môn nữ hoá/nam hoá. Tuy vậy, với riêng các yếu tố nguy cơ tim mạch, chứng loãng xương, một số ung thư (vú, cổ tử cung, buồng trứng, tử cung và tiền liệt tuyến), các hướng dẫn lâm sàng dành cho dân số chung có thể chưa nhận định đúng mức về tầm quan trọng của các xét nghiệm này trên các bệnh nhân đang sử dụng liệu pháp hoóc-môn.

Hiện đã có một vài quy trình chăm sóc sức khoẻ ban đầu chi tiết dành cho bệnh nhân đang sử dụng liệu pháp hoóc-môn, bao gồm cả liệu pháp hoóc-môn sau phẫu thuật chuyển giới, công bố từ một số nguồn như Center of Excellence for Transgender Health, UCSF, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth, & Spade, 2005. Các bác sĩ lâm sàng có thể tham khảo và đối chiếu

với các hướng dẫn lâm sàng dựa trên bằng chứng trong quá trình thảo luận với bệnh nhân về các tác động của liệu pháp hoóc-môn lên các nguy cơ sức khỏe.

Tầm soát ung thư

Tầm soát ung thư liên quan đến giới tính có ý nghĩa quan trọng đối với người chuyển giới và nhân viên y tế. Trong bối cảnh còn thiếu các nghiên cứu quy mô lớn, bác sỹ thường không có đủ các bằng chứng khoa học để xác định nhu cầu xét nghiệm tầm soát ung thư cho nhóm dân số người chuyển giới, bao gồm cả loại xét nghiệm và tần suất lặp lại xét nghiệm. Việc sử dụng quá mức cần thiết các xét nghiệm tầm soát ung thư có thể dẫn đến gia tăng chi phí, tăng tỷ lệ dương tính giả, đồng thời cũng tăng các rủi ro như tiếp xúc tia nhiều hoặc chẩn đoán bằng sinh thiết. Ngược lại, thiếu tầm soát ung thư có thể dẫn đến chậm chẩn đoán các ung thư có thể điều trị hiệu quả nếu chẩn đoán sớm. Mặt khác, một số phương pháp tầm soát ung thư có thể gây đau đớn về mặt thể chất hay tinh thần cho người bệnh, như chụp nhũ ảnh hay làm phết tế bào cổ tử cung.

Chăm sóc chuyên khoa tiết niệu - sinh dục

Thăm khám sản phụ khoa có thể là cần thiết với người chuyển giới thuộc cả hai nhóm MtF và FtM. Với bệnh nhân FtM chưa có can thiệp phẫu thuật bộ phận sinh dục, khám phụ khoa cũng cần thiết như với bất kỳ phụ nữ khác. Với bệnh nhân MtF, khám phụ khoa cần thiết sau khi bệnh nhân đã tiến hành phẫu thuật tạo hình cơ quan sinh dục nữ.

Tất cả bệnh nhân MtF cần được tư vấn về vệ sinh vùng sinh dục, sức khỏe tình dục và dự phòng các lây nhiễm qua đường quan hệ tình dục, các bệnh nhân đã phẫu thuật cũng cần được tư vấn về việc duy trì kích thích âm đạo bằng dụng cụ nong âm đạo hay quan hệ tình dục xâm nhập (van Trotsenburg, 2009). Do cấu trúc giải phẫu của khung chậu nam giới, phương hướng của ống âm đạo có thể sẽ khác biệt nhiều với âm đạo ở nữ giới, điều này có thể ảnh hưởng đến sinh hoạt tình dục nếu bệnh nhân và bạn tình của họ không được tư vấn rõ (van Trotsenburg, 2009).

Nhiễm trùng tiểu dưới có thể xảy ra thường xuyên trên bệnh nhân MtF đã phẫu thuật vì can thiệp phẫu thuật tạo hình âm đạo đòi hỏi phải cắt ngắn niệu đạo. Bên cạnh đó, các bệnh nhân này có thể

bị rối loạn chức năng đường tiểu dưới do phẫu thuật có thể gây tổn thương trên thần kinh bàng quang. Các rối loạn đi tiểu của bàng quang thần kinh (ví dụ như đi tiểu lắt nhắt hay tiểu khó) có thể xuất hiện sau phẫu thuật chuyển giới (Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hildebrand, & Birkhauser, 2007).

Hầu hết bệnh nhân FtM không thực hiện phẫu thuật cắt bỏ âm đạo. Với các bệnh nhân sử dụng liệu pháp hoóc-môn nam-hoá, dù có sự chuyển hoá tự nhiên từ testosterone sang estrogen, đa số bệnh nhân vẫn có biểu hiện teo âm đạo, khô âm đạo hay đau âm đạo. Các thăm khám âm đạo do vậy có thể gây đau đớn nhiều về thể xác và tinh thần, tuy nhiên thăm khám và điều trị là cần thiết để làm giảm nhẹ triệu chứng này. Bác sỹ sản phụ điều trị bệnh nhân FtM cần nhận thức rõ về độ nhạy cảm về giới và giới tính vì các bệnh nhân này có bản dạng giới và thể hiện giới nam tính trong khi âm đạo là đặc tính đặc biệt của nữ giới.

Khả năng ứng dụng bộ Tiêu chuẩn Chăm sóc cho những người sống trong môi trường có thể chế

Bộ Tiêu chuẩn Chăm sóc có thể được áp dụng cho tất cả người chuyển giới hay không theo chuẩn giới, bất kể nơi họ sinh sống. Con người không thể bị kỳ thị phân biệt đối xử trong việc tiếp cận với các chăm sóc sức khỏe cần thiết chỉ dựa vào nơi mà họ sống, bao gồm các môi trường có thể chế như nhà tù hay các trung tâm, trường/trại dài hạn hay ngắn hạn (Brown, 2009). Các chăm sóc cho người chuyển giới sống trong các môi trường có thể chế cần phải tương tự như ở môi trường tự do khác trong cùng một cộng đồng.

Tất cả các yếu tố về đánh giá, chăm sóc và theo dõi được mô tả trong TCCS đều có thể được áp dụng đối với những người sống trong các trung tâm (Brown, 2009). Việc tiếp cận các điều trị cần thiết không nên bị từ chối chỉ dựa vào việc họ đang bị quản lý. Nếu năng lực chuyên môn của cán bộ y tế của trung tâm không đủ để đánh giá và/hoặc điều trị cho bệnh nhân mắc chứng phiền muộn giới, cần phải có sự tham vấn hỗ trợ từ chuyên gia bên ngoài có chuyên môn và kinh nghiệm trong lãnh vực này.

Những bệnh nhân phiền muộn giới trong môi trường trường/trại có thể đồng thời có các vấn đề sức khỏe tâm thần khác (Cole et al., 1997). Các vấn đề này cũng cần được đánh giá và điều trị thích hợp.

Những người bị đưa vào trường trại trong tình trạng đang sử dụng liệu pháp hoóc-môn cần phải được tiếp tục duy trì hoặc cung cấp điều trị tương tự theo hướng dẫn trong TCCS. Các biện pháp “tạm ngưng điều trị” được cho là không phù hợp trong hầu hết các trường hợp (Kosilek v . Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92–12820-MLW, 2002). Những người mắc chứng phiền muộn giới phù hợp với tiêu chuẩn điều trị hoóc-môn (theo TCCS) nên được khởi động điều trị này. Mọi sự trì hoãn hay không thể tiếp cận với liệu pháp hoóc-môn khi nó cần thiết

về mặt y khoa đều có thể dẫn đến khả năng cao xuất hiện các hậu quả xấu như tự cắt bỏ cơ quan sinh dục, tâm trạng buồn chán, chứng phiền muộn, và/hoặc tự sát (Brown, 2010).

Nếu không gây trở ngại cho việc cung ứng các chăm sóc sức khoẻ cần thiết cho người mắc chứng phiền giới, môi trường thể chế ấy vẫn có thể thích hợp cho bệnh nhân lưu trú. Một ví dụ về một chỗ ở hợp lý là việc sử dụng hoóc-môn dạng tiêm, nếu không có chống chỉ định y khoa, trong một môi trường mà các chế phẩm đường uống được sử dụng nhiều (Brown, 2009). Không chấp nhận các thay đổi vai trò giới hay hạn chế tiếp cận với điều trị (bao gồm cả phẫu thuật chuyển giới), trên cơ sở thường trú tại một môi trường trường/trại không phải là chỗ ở hợp lý theo TCCS (Brown, 2010).

Nhà ở, khu vực vệ sinh, nhà tắm cho người chuyển giới ở các trung tâm nên tương ứng với bản dạng giới và vai trò giới, tình trạng cơ thể, nhân phẩm và sự an toàn cá nhân. Việc tập trung vào một phòng ở hay khu sinh hoạt chỉ có một giới tính và chỉ dựa trên đặc điểm sinh dục ngoài là không phù hợp và có thể đặt họ vào rủi ro bị xâm hại (Brown, 2009).

Các trung tâm trường trại cũng cần đảm bảo môi trường sinh hoạt lành mạnh và bao dung để đảm bảo người chuyển giới không bị xâm hại bởi nhân viên hay các trại viên khác.

Khả năng ứng dụng bộ Tiêu chuẩn Chăm sóc cho những người mắc các Rối loạn Phát triển giới tính

Thuật ngữ

Rối loạn phát triển giới tính (disorder of sex development - DSD) là tình trạng bất ổn về tinh thần liên quan đến các phát triển không điển hình của hệ sinh dục (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, & LWPES/ESPE Consensus Group, 2006). Chứng DSD từng được gọi là liên giới tính (intersexuality), mặc dù thuật ngữ này được thống nhất thay đổi thành rối loạn phát triển giới tính trong hội thảo quốc tế vào năm 2005 (Hughes et al., 2006), hiện vẫn còn nhiều tranh cãi xoay quanh từ ngữ này. Nhiều người phản đối dùng từ “rối loạn” mà thích nhìn nhận vấn đề này như một đặc tính của sự đa dạng tính dục (Diamond, 2009) và tiếp tục sử dụng thuật ngữ “liên giới tính”. Trong bộ TCCS, WPATH sử dụng thuật ngữ này chỉ nhằm mục đích đơn thuần là đảm bảo các chuyên gia trong lĩnh vực sức khỏe dễ dàng nhận ra và hiểu về thuật ngữ này, đồng thời sử dụng trong việc tiếp cận các thông tin y khoa có liên quan. WPATH vẫn luôn cởi mở với bất kỳ thuật ngữ mới nào có giá trị khai sáng cho kinh nghiệm của các thành viên trong cộng đồng vốn đa dạng này, cũng như hướng đến sự phát triển trong tiếp cận và cung cấp các chăm sóc sức khỏe.

Các điểm cần lưu ý về bối cảnh ở người Rối loạn Phát triển giới tính.

Chuyên gia sức khỏe cần biết rằng bối cảnh của người mắc chứng DSD và phiên muộn giới có khác biệt rất lớn so với nhóm còn lại không mắc DSD.

Một số người được xác định mắc chứng DSD qua quan sát các bất thường trên cơ quan sinh dục ngay từ lúc mới sinh (Hiện có thể đánh giá sớm hơn, trước lúc sinh bằng kỹ thuật siêu âm). Các trẻ này sau đó được trải qua một hàng loạt các chẩn đoán y khoa (thăm khám, xét nghiệm hoóc-môn,

xét nghiệm gen,...) đồng thời đối chiếu với các kết quả nghiên cứu và thảo luận với người nhà trước khi đi đến chẩn đoán xác định một giới tính cho trẻ, hoặc nam hoặc nữ.

Các cá thể mắc chứng DSD khác có thể chỉ được phát hiện khi vào độ tuổi dậy thì qua việc quan sát thấy các đặc tính sinh dục thứ phát kém phát triển, từ đó, trẻ mới được áp dụng các đánh giá y tế chuyên biệt.

Kiểu rối loạn phát triển giới tính cũng như mức độ biểu hiện là các yếu tố có giá trị để quyết định lựa chọn giới tính, can thiệp phẫu thuật sau đó cũng như các chăm sóc sức khỏe và tâm lý – xã hội khác (Meyer-Bahlburg, 2009). Ví dụ, mức độ tiếp xúc androgen trước sinh ở người mắc chứng DSD có mối tương quan với mức độ nam-hoá trong các hành vi liên quan giới (vai trò hay thể hiện giới); tuy nhiên, mối tương quan này chỉ tương đối và chưa lý giải được sự đa dạng trong mối tương quan này (Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt, & New, 2006), đáng chú ý là vai trò của các tiếp xúc hoóc-môn lên bản dạng giới thì chưa được biết đến (e.g., Meyer-Bahlburg et al., 2004). Điều này được nhấn mạnh bởi thực tế rằng những người có cùng bản dạng giới có thể rất khác nhau ở mức độ nam hoá trên các hành vi liên quan giới.

Đánh giá và điều trị chứng Phiền muộn giới trên Người mắc chứng Rối loạn phát triển giới tính

Hiếm khi phiền muộn giới được chẩn đoán trước khi chẩn đoán DSD trên các đối tượng này. Mặc dù vậy, quá trình chẩn đoán DSD bao gồm đánh giá tiền sử và thăm khám, hai bước này là một phần trong đánh giá lâm sàng cho liệu pháp hoóc-môn hay can thiệp phẫu thuật cho chứng phiền muộn giới.

Hầu hết người mắc chứng DSD được sinh ra với sự mơ hồ sinh dục thường không mắc chứng phiền muộn giới (e.g., Meyer-Bahlburg, Dolezal, et al., 2004; Wisniewski et al., 2004). Tuy vậy, một vài người trong số này có thể bị phiền muộn giới kéo dài, và thậm chí đã trải qua một thay đổi giới tính lúc sinh và/hoặc thay đổi vai trò giới (Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999).

Nếu ở bệnh nhân có hiện diện của các dấu hiệu mạnh và kéo dài của chứng phiền muộn giới, bệnh nhân cần được đánh giá toàn diện về bệnh lý này bởi một chuyên gia có kinh nghiệm, bất chấp tuổi tác của bệnh nhân. Các can thiệp trên giới tính hay vai trò giới chỉ được tiến hành sau một đánh giá kỹ lưỡng. Một khuyến cáo chi tiết đã được công bố (Meyer-Bahlburg, 2011) về đánh giá và quyết định điều trị chứng phiền muộn giới trên nhóm người mắc DSD.

Bác sỹ điều trị có thể sử dụng các hiểu biết trong chăm sóc bệnh nhân phiền muộn giới không kèm DSD (Cohen-Kettenis, 2010) và sử dụng đối với nhóm bệnh nhân này

Tuy nhiên, một số tiêu chuẩn cho điều trị (ví dụ như tuổi tác, thời gian sống với vai trò giới mong đợi) có thể không cần tương thích với các bệnh nhân có kèm DSD, thay vào đó cần điều chỉnh cho phù hợp với tình trạng cụ thể của bệnh nhân (Meyer-Bahlburg, 2011). Đối với nhóm bệnh nhân kèm DSD, các thay đổi trên giới tính lúc sinh hay vai trò giới có thể được thực hiện ở bất kỳ độ tuổi nào, kể cả can thiệp phẫu thuật nếu đảm bảo đủ chỉ định và điều kiện cũng như ý nguyện của bệnh nhân.

Một lý do cho khác biệt này là vì phẫu thuật bộ phận sinh dục là khá phổ biến ở DSD trong độ tuổi trẻ em hay thanh thiếu niên. Tình trạng vô sinh có thể đã có sẵn trên những người mắc chứng DSD do sự kém phát triển của tuyến sinh dục hay do một can thiệp cắt bỏ tuyến sinh dục nhằm dự phòng biến chứng. Tuy vậy, bệnh nhân DSD cũng được khuyên nên trải qua một quá trình chuyển đổi xã hội hoàn toàn về vai trò giới mong đợi nếu có tiền sử kéo dài của biểu hiện hành vi không xác định về giới và nếu chứng phiền muộn giới và/hoặc mong muốn thay đổi vai trò giới của bệnh nhân là mạnh mẽ và kéo dài trong một thời gian đủ lâu, thời gian 6 tháng là cần thiết cho chẩn đoán phiền muộn giới theo DSM-5 (Meyer-Bahlburg, 2011).

Các tài liệu tham khảo khác

Tiền sử y khoa liên quan giới của người mắc chứng DSD thường rất phức tạp. Tiền sử này bao gồm bản đồ gen, nội tiết và diễn tiến tinh thần không điển hình, kèm theo hàng loạt các điều trị hormone, phẫu thuật và điều trị sức khỏe khác. Vì lý do đó, các chăm sóc sức khỏe và tâm lý-xã hội trên nhóm bệnh nhân này có nhiều vấn đề cần quan tâm khác ngoài chứng phiền muộn giới.

Cần nhắc đến các phương diện này nằm ngoài khuôn khổ của bộ TCCS, những độc giả có hứng thú tìm hiểu có thể tìm đến các tài liệu ấn bản khác, ví dụ Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008.

Đối với một số bệnh nhân và gia đình, có được tư vấn và hỗ trợ từ các nhóm hỗ trợ cộng đồng cho thấy có nhiều lợi ích thiết thực.

Hiện có một số tài liệu y khoa đáng tin cậy về chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân DSD, được biên soạn bởi những chuyên gia nhiều kinh nghiệm hoạt động trong lĩnh vực nội tiết nhi khoa và niệu học, với sự tham gia đóng góp của các chuyên gia sức khỏe tâm thần, đặc biệt là trong phương diện giới và giới tính. Các hội thảo quốc tế hiện tại đang thống nhất một hướng dẫn chăm sóc dựa trên bằng chứng (bao gồm yếu tố giới và phẫu thuật chuyển giới) cho bệnh nhân DSD nói chung (Hughes et al., 2006) và cho nhóm Rối loạn chức năng tuyến thượng thận bẩm sinh - Congenital Adrenal Hyperplasia (Joint LWPES/ESPE CAH Working Group et al., 2002; Speiser et al., 2010). Một số nghiên cứu khác cho bệnh nhân DSD nói chung (MeyerBahlburg & Blizzard, 2004) hay cho một hội chứng cụ thể như chứng 46,XXY (Simpson et al., 2003).

Phụ lục A

Bảng thuật ngữ

Thuật ngữ trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe cho người chuyển giới thay đổi khá nhanh chóng, từ mới được giới thiệu thêm cùng lúc với định nghĩa các từ đang sử dụng bị thay đổi. Do vậy, xuất hiện nhiều hiểu lầm, tranh cãi và không nhất quán trong từ ngữ sử dụng trong lĩnh vực này.

Các từ, có thể lạ lẫm hoặc được sử dụng với một ý nghĩa đặc biệt trong bộ TCCS này, sẽ được trình bày bên dưới và chỉ nhằm mục đích sử dụng cho riêng tài liệu này. Người sử dụng tài liệu có thể tiếp nhận các định nghĩa này, tuy nhiên WPATH nhấn mạnh rằng các thuật ngữ này có thể được định nghĩa khác đi ở các nơi khác.

WPATH cũng xác định rằng các thuật ngữ sử dụng trên nhóm dân số này là không hoàn hảo. Ví dụ, từ *transsexual* hay *transvestite* vẫn còn gây nhiều tranh cãi, hay như từ *transgender* được dùng cho những người có xu hướng thời trang khác biệt.

Trong bộ TCCS, WPATH sử dụng thuật ngữ này chỉ nhằm mục đích đơn thuần là đảm bảo các chuyên gia trong lĩnh vực sức khỏe dễ dàng nhận ra và hiểu về thuật ngữ này, đồng thời sử dụng trong việc tiếp cận các thông tin y khoa có liên quan. WPATH vẫn luôn cởi mở với bất kỳ thuật ngữ mới nào có giá trị khai sáng cho kinh nghiệm của các thành viên trong cộng đồng vốn đa dạng này, cũng như hướng đến sự phát triển trong tiếp cận và cung cấp các chăm sóc sức khỏe.

Hoóc-môn đồng nhất sinh học: Là hoóc-môn có cấu trúc phân tử hoàn toàn trùng khớp với hoóc-môn trong cơ thể người (ACOG Committee of Gynecologic Practice, 2005). Các hoóc-môn được sử dụng trong liệu pháp hoóc-môn đồng nhất sinh học về cơ bản được chiết xuất từ thực vật và có cấu trúc phân tử khá giống như hoóc-môn nội sinh trong cơ thể người, tuy nhiên chúng cần trải qua quá trình bào chế để đạt được tính “đồng nhất sinh học”.

Liệu pháp hoóc-môn đồng nhất sinh học dạng kết hợp: là việc sử dụng các hoóc-môn được chiết xuất, bào chế và kết hợp, đóng gói và định danh dưới dạng thuốc bởi dược sỹ và tùy chỉnh cho

bệnh nhân theo chuyên môn của bác sỹ. Các cơ quan quản lý thuốc nhà nước không thể quản lý tất cả các dạng thuốc kết hợp của các hãng sản xuất thuốc.

Ăn mặc xuyên giới: mặc quần áo và có những thể hiện trong vẻ ngoài thuộc về vai trò giới của giới tính khác với bản thân, xét theo văn hoá bản địa.

Rối loạn phát triển giới tính: bất thường bẩm sinh trong đó sự phát triển về nhiễm sắc thể, tuyến sinh dục hay cấu trúc giải phẫu cơ quan sinh dục không điển hình. Một số người phản đối dùng từ rối loạn và thích nhìn nhận biểu hiện này như một đặc tính trong sự đa dạng tính dục, họ thích dùng từ xuyên giới tính hơn.

Nam-sang-Nữ (FtM) là tính từ để diễn tả một người được xác định giới tính lúc sinh là nữ và đang hoặc đã chuyển đổi cơ thể và/hoặc vai trò giới sang cơ thể hay vai trò nam tính.

Chứng phiền muộn giới: Là sự đau khổ gây ra bởi sự xung đột giữa bản dạng giới và giới tính lúc sinh (và liên quan đến đến vai trò giới và/hoặc đặc tính sinh dục nguyên phát và thứ phát) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

Bản dạng giới: là cảm nhận bên trong về việc mình là nam (con trai hay đàn ông) hay nữ (con gái hay đàn bà), hay các giới trung gian (như boygirl, girlboy, transgender, genderqueer, eunuch) (Bockting, 1999; Stoller, 1964).

Rối loạn bản dạng giới: Theo Sổ tay Thống kê và Chẩn đoán các Rối loạn Tâm thần IV, rối loạn bản dạng giới là tình trạng đặc trưng bởi một bản dạng giới xuyên-giới mạnh mẽ và dai dẳng và khó chịu dai dẳng về giới tính hay cảm giác không thích hợp trong vai trò giới hiện có, gây đau khổ có ý nghĩa lâm sàng hoặc ảnh hưởng đáng kể trong lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp và các chức năng đời sống – xã hội khác.

Không theo chuẩn giới: Là tính từ để mô tả những người mà bản dạng giới, vai trò hay thể hiện giới khác biệt so với các tiêu chuẩn xã hội bình thường về giới tính mà họ có, trong một nền văn hoá hay giai đoạn lịch sử.

Vai trò giới hay thể hiện giới: là các đặc điểm trong nhân cách, thể hiện bên ngoài hay hành vi, trong một nền văn hoá hay giai đoạn lịch sử nào đó được chia làm nam tính hay nữ tính (có thể là vai trò xã hội điển hình của nam và nữ) (Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006). Trong khi đại đa số thể hiện trong xã hội một vai trò giới nam tính hay nữ tính một cách rõ ràng, một số người lại thể hiện vai trò giới trung gian, và không rõ ràng nam tính hay nữ tính, những người này được gọi là người chuyển giới. Tất cả mọi người có xu hướng kết hợp các đặc điểm cả nam tính và nữ tính trong biểu hiện giới tính của họ theo những cách thức và mức độ khác nhau (Bockting, 2008).

Genderqueer: Một tên gọi dùng để chỉ những người mà bản dạng giới và/hoặc vai trò giới không theo chuẩn giới hai giá trị đàn ông/đàn bà hay nam/nữ (Bockting, 2008).

Hội chứng tự kỳ thị chuyển giới: Là sự đau khổ, tự dằn vặt vì là người chuyển giới, đây là hậu quả của việc tiếp nạp các kỳ vọng về chuẩn giới từ xã hội xung quanh vào bên trong suy nghĩ bản thân một cách tiêu cực.

Nữ-sang-Nam (FtM) là tính từ để diễn tả một người được xác định giới tính lúc sinh là nam và đang hoặc đã chuyển đổi cơ thể và/hoặc vai trò giới sang cơ thể hay vai trò nữ tính.

Hoóc-môn tự nhiên: Là hoóc-môn được chiết xuất từ nguồn thiên nhiên như thực vật hay động vật. Các hoóc-môn này có thể hoặc không đồng nhất sinh học với hoóc-môn của con người.

Giới tính: Được xác định lúc sinh là con trai hay con gái, thường dựa vào biểu hiện của cơ quan sinh dục ngoài. Khi cơ quan sinh dục ngoài không rõ ràng là nam hay nữ, các yếu tố khác của giới tính (cơ quan sinh dục ẩn, nhiễm sắc thể hay hoóc-môn sinh dục) được dùng để xác định giới tính. (Grumbach, Hughes, & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). Hầu hết mọi người, bản dạng giới và thể hiện giới sẽ tương ứng với giới tính lúc sinh, với nhóm người chuyển giới hay không theo chuẩn giới, bản dạng và thể hiện giới sẽ khác biệt với giới tính lúc sinh.

Phẫu thuật chuyển giới (phẫu thuật định giới): Là phẫu thuật nhằm thay đổi đặc tính sinh dục nguyên phát và/hoặc đặc tính sinh dục thứ phát để phù hợp với bản dạng giới của người đó, Phẫu thuật chuyển giới là một phần quan trọng trong điều trị chứng phiền muộn giới.

Người chuyển giới: Tính từ để mô tả một nhóm đa dạng gồm những người vượt qua các định nghĩa mang tính văn hoá xã hội về giới. Bản dạng giới của người chuyển giới sẽ khác biệt ở nhiều mức độ với giới tính lúc sinh của họ (Bockting, 1999).

Quá trình chuyển đổi: Là khoảng thời gian mà một cá thể thay đổi từ vai trò giới theo giới tính lúc sinh sang một vai trò giới khác. Với đa số người, điều này bao gồm học cách sống trong xã hội bằng một vai trò giới khác, với những người khác, điều này lại mang nghĩa là tìm kiếm vai trò giới và thể hiện giới phù hợp nhất với mình. Quá trình chuyển đổi có thể bao gồm hay không bao gồm các thay đổi nam-hoá hay nữ-hoá trên cơ thể bằng hoóc-môn hoặc phẫu thuật. Bản chất và thời gian của quá trình chuyển đổi là rất đa dạng và mang tính cá thể.

Người xuyên tính: Là tính từ (thường dùng bởi chuyên gia y tế) để mô tả những người mong muốn hay đã thay đổi các đặc tính sinh dục nguyên phát và/hoặc thứ phát trên cơ thể thông qua các can thiệp nữ-hoá hay nam-hoá (hoóc-môn hay phẫu thuật), và thường sẽ cùng với các thay đổi vĩnh viễn vai trò giới.

Phụ Lục B

Tổng quan về các rủi ro y tế của liệu pháp hoóc-môn

Các rủi ro y tế được mô tả bên dưới là từ hai tài liệu tổng hợp nghiên cứu về liệu pháp hoóc-môn nam hóa/nữ hóa (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009), và một nghiên cứu đoàn hệ lớn (Asscheman et al., 2011).

Phần tổng hợp này có thể được sử dụng như một tài liệu tham khảo chi tiết cho bác sĩ, cùng với các tài liệu và công cụ lâm sàng đã được công bố và áp dụng rộng rãi (e.g., Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007).

Các rủi ro y tế của liệu pháp hoóc-môn nữ hóa

Các rủi ro xuất hiện thường xuyên

Chứng huyết khối tĩnh mạch:

- Việc sử dụng Estrogen làm tăng nguy cơ huyết khối tĩnh mạch, đặc biệt trên những bệnh nhân trên 40 tuổi, hút thuốc lá, có lối sinh hoạt ít vận động, chứng béo phì, hay có các rối loạn đông máu tiềm ẩn.
- Nguy cơ này cũng tăng nếu sử dụng thêm các thuốc thuộc nhóm progestins
- Nguy cơ này sẽ giảm nếu sử dụng estrogen dạng thẩm thấu qua da so với estrogen đường uống, do vậy thường estrogen dạng thoa ngoài da thường được khuyến cáo cho các bệnh nhân có nguy cơ cao mắc bệnh huyết khối tĩnh mạch.

Bệnh lý tim mạch, bệnh lý mạch máu não

- Sử dụng estrogen làm tăng nguy cơ của các bất thường tim mạch trên những bệnh nhân trên 50 tuổi có các yếu tố nguy cơ tim mạch tiềm ẩn. Sử dụng thêm progestins cũng có thể làm tăng nguy cơ này.

Rối loạn Lipids

- Sử dụng estrogen đường uống có thể làm tăng đáng kể nguy cơ triglycerides, làm tăng nguy cơ viêm tụy và bất thường tim mạch
- Các đường dùng estrogen khác nhau sẽ gây các rối loạn chuyển hóa khác nhau trên nồng độ của HDL cholesterol, LDL cholesterol và lipoprotein. Một cách tổng quát, bằng chứng lâm sàng gợi ý rằng những bệnh nhân chuyển giới từ nam sang nữ có tiền sử rối loạn lipids máu có thể an toàn hơn nếu sử dụng estrogen dạng thẩm thấu qua da hơn so với estrogen dạng uống.

Gan/ Sỏi mật

- Sử dụng estrogen và cyproterone acetate có liên quan đến tình trạng tăng men gan ngắn hạn và trong một vài trường hợp là gây ngộ độc gan trên lâm sàng.
- Sử dụng estrogen làm tăng nguy cơ sỏi mật, có thể dẫn đến chỉ định phẫu thuật cắt bỏ túi mật.

Các rủi ro có thể xuất hiện:

Đái tháo đường týp 2

- Liệu pháp hoóc-môn nữ hóa, đặc biệt là estrogen có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường týp 2, đặc biệt có ý nghĩa đối với những bệnh nhân có tiền sử gia đình bị đái tháo đường hay có các yếu tố nguy cơ của bệnh lý này.

Tăng huyết áp

- Sử dụng estrogen có thể làm tăng huyết áp, tuy nhiên hiện vẫn chưa rõ mức độ ảnh hưởng lên tỷ lệ xuất hiện bệnh tăng huyết áp.

- Spironolactone có tác dụng hạ áp và được khuyến cáo sử dụng trên những bệnh nhân có nguy cơ hoặc đang mắc bệnh tăng huyết áp.

Tăng Prolactin máu/ khối u tuyến yên prolactinoma

- Sử dụng estrogen làm tăng nguy cơ xuất hiện tình trạng tăng prolactin máu trên những bệnh nhân chuyển giới nam sang nữ trong năm đầu tiên của điều trị, và thường biến mất sau đó.
- Sử dụng estrogen liều cao có thể làm các khối u prolactinoma tiềm ẩn biểu hiện ra triệu chứng lâm sàng

Không tăng rủi ro hoặc chưa thể kết luận

Các bệnh lý đề cập trong phần này có thể là những rủi ro thật sự tuy nhiên các bằng chứng khoa học về chúng còn hạn chế nên chưa thể đưa ra một kết luận rõ ràng và chính xác.

Ung thư vú

- Người chuyển giới nam sang nữ sử dụng liệu pháp hoóc-môn nữ hóa thật sự phải đối diện với nguy cơ ung thư vú tuy nhiên vẫn chưa rõ mức độ nguy cơ này có khác biệt hay không so với những người sinh ra có cơ quan sinh dục ngoài là nữ.
- Mức độ nguy cơ sẽ gia tăng theo các yếu tố: thời gian sử dụng hoóc-môn càng kéo dài, tiền sử gia đình, chứng béo phì (BMI >35) và sử dụng progestins.

Các tác dụng phụ khác :

Các tác dụng phụ được liệt kê bên dưới có thể được coi là không đáng kể, hoặc thậm chí là mong đợi của một số bệnh nhân, tuy nhiên rõ ràng đây là những tác dụng phụ của liệu pháp hoóc-môn.

Khả năng sinh sản và chức năng sinh hoạt tình dục

- Liệu pháp hoóc-môn nữ hóa có thể làm giảm hay mất khả năng sinh sản
- Liệu pháp hoóc-môn nữ hóa có thể làm giảm ham muốn tình dục

- Liệu pháp hoóc-môn nữ hóa có thể làm giảm biểu hiện cương dương tự ý lúc ngủ, ảnh hưởng nhiều mức độ lên chức năng cương dương nhờ kích thích tình dục.

Rủi ro của các thuốc đề kháng Androgen:

Phác đồ điều trị hoóc-môn nữ hóa thường kèm các thuốc có ảnh hưởng lên bài tiết và hoạt động của testosterone. Các thuốc này bao gồm nhóm thuốc tương tự hoóc-môn kích thích bài tiết hoóc-môn hướng sinh dục, nhóm progestins (Ví dụ cyproterone acetate), spironolactone, và 5-alpha reductase inhibitors. Một thảo luận chuyên sâu về các rủi ro cụ thể của TCCS chỉ đề cập đến cyproterone acetate và spironolactone được sử dụng rộng rãi trong liệu pháp hoóc-môn.

Cyproterone acetate là một hợp chất có nguồn gốc progesterone có công dụng đối kháng androgen (Gooren, 2005; Levy et al., 2003). Mặc dù được dùng rộng rãi tại Châu Âu loại thuốc này vẫn chưa được cho phép lưu hành ở Mỹ vì độc tính trên gan của nó (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, & Hidalgo, 2004).

Spironolactone được dùng phổ biến như một thuốc đề kháng androgen trong liệu pháp hoóc-môn nữ hóa, đặc biệt ở những khu vực Spironolactone chưa được cho phép sử dụng (Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003). Spironolactone được sử dụng từ rất lâu trong điều trị tăng huyết áp và suy tim sung huyết. Tác dụng phụ của nó bao gồm tăng Kali máu, chóng mặt, rối loạn tiêu hóa (Physicians' Desk Reference, 2007).

Rủi ro của liệu pháp hoóc-môn nam hóa

Rủi ro thường xuyên xuất hiện

Đa hồng cầu

- Liệu pháp hoóc-môn nam hóa sử dụng testosterone và các hợp chất sinh dục nam làm tăng nguy cơ của bệnh lý đa hồng cầu (hematocrit > 50%), đặc biệt trên những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ khác .
- Sử dụng bằng đường thẩm thấu qua da và điều chỉnh liều có thể làm giảm nguy cơ này.

Tăng cân/ lượng mỡ nội tạng

- Liệu pháp hoóc-môn nam hóa có thể dẫn đến tăng cân đáng kể và tăng lượng mỡ nội tạng.

Rủi ro có thể xuất hiện:

Rối loạn Lipids

- Sử dụng testosterone làm giảm HDL, ảnh hưởng đa dạng trên LDL và triglycerides.
- Hiện tượng vượt ngưỡng sinh lý của nồng độ testosterone huyết thanh (cao hơn chỉ số bình thường ở nam giới). Thường xuất hiện khi sử dụng testosterone liều cao bằng đường tiêm bắp, có thể làm trầm trọng hơn rối loạn Lipids. Trong khi đó sử dụng đường thẩm thấu qua da cho thấy ít ảnh hưởng hơn.
- Bệnh nhân có hội chứng buồng trứng đa nang tiềm ẩn hoặc rối loạn Lipid máu, khi sử dụng testosterone có thể làm cho tình trạng rối loạn Lipid máu trầm trọng hơn.

Gan

- Tăng men gan ngắn hạn
- Rối loạn chức năng gan được ghi nhận trên những bệnh nhân sử dụng methyltestosterone đường uống. Tuy nhiên, methyltestosterone không còn được sử dụng ở nhiều quốc gia.

Rối loạn tâm lý

- Liệu pháp hoóc-môn nam hóa sử dụng testosterone và các hợp chất sinh dục nam có thể làm tăng nguy cơ hưng cảm hay các biểu hiện tâm lý trên những bệnh nhân có rối loạn tâm lý tiềm ẩn. Tác động không mong muốn này có liên quan mật thiết đến việc sử dụng liều cao hay hiện tượng vượt ngưỡng sinh lý của nồng độ testosterone trong máu.

Không tăng rủi ro hoặc chưa thể kết luận

Các bệnh lý đề cập trong phần này có thể là những rủi ro thật sự tuy nhiên các bằng chứng khoa học về chúng còn hạn chế nên chưa thể đưa ra một kết luận rõ ràng và chính xác.

Chứng loãng xương

- Liệu pháp testosterone duy trì hoặc làm tăng mật độ khoáng chất của xương ở những bệnh nhân chuyển giới nữ sang nam trước khi phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng, ít nhất trong 3 năm đầu của điều trị.
- Sau phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng bệnh nhân có thể tăng nguy cơ bị giảm mật độ xương, đặc biệt nếu liệu pháp testosterone bị gián đoạn hoặc không đủ tác dụng. Thường xảy ra trên các bệnh nhân dùng testosterone đường uống.

Bệnh lý tim mạch

- Liệu pháp hoóc-môn nam hóa sử dụng liều sinh lý không cho thấy làm tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch ở những bệnh nhân khỏe mạnh
- Liệu pháp hoóc-môn nam hóa có thể làm tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tiềm ẩn.

Tăng Huyết áp

- Liệu pháp hoóc-môn nam hóa sử dụng liều sinh lý có thể làm tăng huyết áp nhưng không cho thấy làm tăng nguy cơ bệnh tăng huyết áp.
- Có thể làm tăng nguy cơ bệnh tăng huyết áp trên những bệnh nhân có nguy cơ như: tăng cân, tiền sử gia đình, hội chứng buồng trứng đa nang.

Đái tháo đường týp 2

- Liệu pháp testosterone không cho thấy làm tăng thêm nguy cơ của bệnh đái tháo đường týp 2 trên những bệnh nhân chuyển giới nữ sang nam nói chung, trừ những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ.
- Liệu pháp testosterone có thể làm tăng thêm nguy cơ của bệnh đái tháo đường týp 2 trên những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ khác như: tăng cân có ý nghĩa, tiền sử gia đình, hội chứng buồng trứng đa nang. Hiện chưa có bằng chứng dữ liệu gợi ý hay chỉ ra sự gia tăng nguy cơ đái tháo đường trên những bệnh nhân có rối loạn Lipid máu.

Ung thư vú:

- Liệu pháp testosterone trên người chuyển giới từ nữ sang nam không làm tăng nguy cơ ung thư vú.

Ung thư cổ tử cung:

- Liệu pháp testosterone trên người chuyển giới từ nữ sang nam không làm tăng nguy cơ cổ tử cung, dù vậy nó có thể làm tăng nguy cơ xuất hiện các bất thường nhỏ trên xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung.

Ung thư buồng trứng:

- Tương tự với những người sinh ra với cấu trúc sinh dục ngoài là nữ giới có nồng độ hormone nam cao, liệu pháp testosterone trên người nữ sang nam có thể làm tăng nguy cơ làm ung thư buồng trứng, mặc dù vậy các bằng chứng cho nhận định này vẫn còn hạn chế.

Ung thư nội mạc tử cung:

- Liệu pháp testosterone trên người nữ sang nam có thể làm tăng nguy cơ làm ung thư nội mạc tử cung, mặc dù vậy các bằng chứng cho nhận định này vẫn còn hạn chế.

CÁC TÁC DỤNG PHỤ KHÁC

Các tác dụng phụ được liệt kê bên dưới có thể được coi là không đáng kể, hoặc thậm chí là mong đợi của một số bệnh nhân, tuy nhiên rõ ràng đây là những tác dụng phụ của liệu pháp hormone.

- Liệu pháp testosterone trên người nữ sang nam có thể làm giảm khả năng sinh sản, mặc dù vậy mức độ và khả năng đảo ngược vẫn chưa được làm rõ.
- Liệu pháp testosterone trên người nữ sang nam có thể gây ra những bất thường giải phẫu vĩnh viễn trong sự phát triển của phôi thai.
- Liệu pháp testosterone trên người nữ sang nam làm tăng kích thước âm vật và ham muốn tình dục

- Nổi mụn và rụng tóc nhiều mức độ là tác dụng thường gặp của liệu pháp hoóc-môn nam hóa.

Phụ lục C

Tóm lược về tiêu chuẩn của Liệu pháp hoóc-môn và Phẫu thuật chuyển giới

Các tiêu chuẩn nêu trong TCCS là một hướng dẫn định hướng lâm sàng về liệu pháp hoóc-môn và phẫu thuật chuyển giới nhằm điều trị chứng phiền muộn giới, khi sử dụng, các bác sỹ hay chương trình can thiệp sức khoẻ cho người chuyển giới có thể điều chỉnh cho phù hợp. Các điều chỉnh có thể liên quan đến: tình trạng cụ thể, riêng biệt của mỗi bệnh nhân về giải phẫu, hoàn cảnh xã hội, yếu tố tâm lý - xã hội; các phương pháp can thiệp mới được đề xuất bởi các chuyên gia nhiều kinh nghiệm; phục vụ nghiên cứu; sự khác biệt về điều kiện cơ sở vật chất hay kỹ thuật của địa phương cụ thể; nhu cầu can thiệp giảm tác hại cụ thể. Những thay đổi này nên được nhận định rõ và giải thích cho bệnh nhân, đồng thời ghi chú vào bản cam kết điều trị, nhằm đảm bảo chất lượng chăm sóc điều trị và bảo vệ về mặt pháp lý.

Tài liệu này cũng có thể tiếp thu thêm các bằng chứng hay phương pháp mới để không ngừng đổi mới và phát triển.

Tiêu chuẩn cho Liệu pháp Hoóc-môn Nữ-hoá/Nam-hoá (Một phiếu chuyển gửi hay Bảng đánh giá Tâm lý xã hội)

1. Chứng phiền muộn giới kéo dài, được theo dõi bằng bệnh án.
2. Bệnh nhân có năng lực để nhận thức đầy đủ thông tin liên quan đến điều trị, năng lực ra quyết định và thực hiện cam kết với điều trị.
3. Đủ tuổi trưởng thành theo quy định của quốc gia (nếu trẻ hơn, tham khảo phần VI trong TCCS)
4. Các vấn đề sức khoẻ hay tâm lý phải được kiểm soát tốt (nếu có).

Tiêu chuẩn cho Phẫu thuật Vú/Ngực (Một chuyển gửi)

Tiêu chuẩn cho phẫu thuật đoạn nhũ và tạo hình vùng ngực nam giới, trên bệnh nhân chuyển giới Nữ-sang-Nam

1. Chứng phiền muộn giới kéo dài, được theo dõi bằng bệnh án.
2. Bệnh nhân có năng lực để nhận thức đầy đủ thông tin liên quan đến điều trị, năng lực ra quyết định và thực hiện cam kết với điều trị.
3. Đủ tuổi trưởng thành theo quy định của quốc gia (nếu trẻ hơn, tham khảo phần VI trong TCCS)
4. Các vấn đề sức khỏe hay tâm lý phải được kiểm soát tốt (nếu có).

Liệu pháp hoóc-môn không mang tính cần thiết đối với can thiệp này.

Tiêu chuẩn phẫu thuật nâng ngực (đặt túi ngực hay cấy ghép mỡ) trên bệnh nhân chuyển giới Nam-sang-Nữ:

1. Chứng phiền muộn giới kéo dài, được theo dõi bằng bệnh án.
2. Bệnh nhân có năng lực để nhận thức đầy đủ thông tin liên quan đến điều trị, năng lực ra quyết định và thực hiện cam kết với điều trị.
3. Đủ tuổi trưởng thành theo quy định của quốc gia (nếu trẻ hơn, tham khảo phần VI trong TCCS)
4. Các vấn đề sức khỏe hay tâm lý phải được kiểm soát tốt (nếu có).

Mặc dù không phải là tiêu chuẩn bắt buộc, liệu pháp hoóc-môn nữ-hoá được khuyến cáo sử dụng trước phẫu thuật (ít nhất 12 tháng) nhằm phát triển mô vú tối đa để đạt được hiệu quả tốt hơn từ điều trị phẫu thuật.

Tiêu chuẩn cho phẫu thuật bộ phận sinh dục (Hai chuyển gửi)

Tiêu chuẩn cho phẫu thuật bộ phận sinh dục sẽ cụ thể và chuyên biệt cho từng loại can thiệp.

Tiêu chuẩn cho phẫu thuật cắt bỏ tử cung - buồng trứng ở bệnh nhân FtM và phẫu thuật cắt bỏ tinh hoàn ở bệnh nhân MtF

1. Chứng phiền muộn giới kéo dài, được theo dõi bằng bệnh án.
2. Bệnh nhân có năng lực để nhận thức đầy đủ thông tin liên quan đến điều trị, năng lực ra quyết định và thực hiện cam kết với điều trị.
3. Đủ tuổi trưởng thành theo quy định của quốc gia
4. Các vấn đề sức khỏe hay tâm lý phải được kiểm soát tốt (nếu có).
5. 12 tháng liên tục sử dụng liệu pháp hoóc-môn phù hợp với giới tính mong đợi của bệnh nhân (trừ khi bệnh nhân không được chỉ định điều trị)

Mục tiêu của liệu pháp hormone trước khi phẫu thuật cắt bỏ tuyến sinh dục nhằm tạo điều kiện cho bệnh nhân trải nghiệm thực tế về tình trạng giảm nồng độ estrogen hay testosterone, và còn khả năng thay đổi ý định nhờ đặc điểm “có thể đảo ngược” của liệu pháp hormone. Điều này đặc biệt quan trọng trước khi bệnh nhân sử dụng can thiệp phẫu thuật mang tính chất “không thể đảo ngược”.

Tiêu chuẩn này không áp dụng cho các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nêu trên mà không nhằm mục tiêu điều trị chứng phiền muộn giới.

Tiêu chuẩn cho phẫu thuật tạo hình dương vật ở bệnh nhân FtM và phẫu thuật tạo hình âm đạo ở bệnh nhân MtF

1. Chứng phiền muộn giới kéo dài, được theo dõi bằng bệnh án.
2. Bệnh nhân có năng lực để nhận thức đầy đủ thông tin liên quan đến điều trị, năng lực ra quyết định và thực hiện cam kết với điều trị.
3. Đủ tuổi trưởng thành theo quy định của quốc gia
4. Các vấn đề sức khỏe hay tâm lý phải được kiểm soát tốt (nếu có).
5. 12 tháng liên tục sử dụng liệu pháp hoóc-môn phù hợp với giới tính mong đợi của bệnh nhân (trừ khi bệnh nhân không được chỉ định điều trị)
6. 12 tháng liên tục bệnh nhân trải nghiệm cuộc sống với vai trò giới tương ứng với bản dạng giới của họ

Mặc dù không phải là tiêu chuẩn bắt buộc, bệnh nhân được khuyến cáo có các cuộc thăm khám định kỳ với chuyên gia sức khoẻ tâm thần và các chuyên gia chăm sóc sức khoẻ khác.

Phụ lục D

Bảng chứng về hiệu quả lâm sàng của các can thiệp điều trị

Mỗi điều trị mới đều cần những thống kê đánh giá hiệu quả. Do phẫu thuật chuyển giới hiện vẫn còn rất nhiều tranh cãi, các nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị càng trở nên quan trọng và liên tục được đem ra xem xét và tranh luận.

Một trong các nghiên cứu đầu tiên đánh giá về hiệu quả tâm lý – xã hội sau điều trị cho bệnh nhân chuyển giới được tiến hành năm 1979 tại trường Đại học Y tế và Bệnh viện Johns Hopkins, Mỹ (J. K. Meyer & Reter, 1979). Nghiên cứu này tập trung trên khảo sát về sự ổn định trong công việc, học tập, hôn nhân và lưu trú. Kết quả cho thấy nhiều thay đổi có ý nghĩa sau điều trị, tuy nhiên lại theo chiều hướng xấu nhiều hơn, nhiều trường hợp sau điều trị không cải thiện mà còn bị ảnh hưởng xấu đi (Abramowitz, 1986).

Ngay sau đó, các chuyên gia sức khỏe đã yêu cầu có một tiêu chuẩn thống nhất cho phẫu thuật chuyển giới. Điều này dẫn đến ý tưởng ra đời của bộ Tiêu chuẩn chăm sóc đầu tiên, của Hiệp hội quốc tế về chứng Phiền muộn giới Harry Benjamin (mà ngày nay là Hiệp hội Chuyên khoa Thế giới về Sức khỏe Chuyển giới - WPATH) vào năm 1979.

Năm 1981, Pauly công bố kết quả từ một nghiên cứu hồi cứu lớn trên những người đã từng phẫu thuật chuyển giới. Trên những người tham gia nghiên cứu này, cho thấy có những thay đổi tốt hơn: Trong 83 bệnh nhân FtM, 80,7% đạt được kết quả hài lòng (ví dụ: bệnh nhân từ đánh giá là “có cải thiện về tâm lý và xã hội), 6,0% không hài lòng. Trong 283 bệnh nhân MtF, 71,4 % hài lòng và 8,1 % không hài lòng. Nghiên cứu này bao gồm cả những người đã được điều trị trước khi bộ TCCS được công bố và sử dụng.

Kể từ khi bộ Tiêu chuẩn Chăm sóc được áp dụng, ghi nhận thấy có sự gia tăng đáng kể của mức độ hài lòng của bệnh nhân cũng như giảm hẳn tỷ lệ bệnh nhân không hài lòng sau điều trị phẫu thuật chuyển giới. Nghiên cứu tiến hành sau năm 1996 tập trung trên nhóm bệnh nhân được điều trị theo bộ TCCS. Hai nghiên cứu, của Rehman và cộng sự (1999) và của Krege và cộng sự (2001),

ghi nhận: không có bệnh nhân nào hối hận sau điều trị, đa số cho biết cảm thấy hài lòng với kết quả phẫu thuật về phương diện thẩm mỹ cũng như chức năng. Kể cả bệnh nhân bị biến chứng phẫu thuật nặng cũng hiếm khi hối hận với quyết định phẫu thuật. Chất lượng và hiệu quả của phẫu thuật là chỉ số dự báo tốt nhất cho kết quả chung của can thiệp chuyển giới (Lawrence, 2003). Rất nhiều nghiên cứu theo dõi cho thấy tác động và lợi ích không thể phủ nhận của can thiệp phẫu thuật chuyển giới như giúp bệnh nhân lấy lại tự tin, vóc dáng cơ thể và chức năng sinh hoạt tình dục (De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher, & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009), mặc dù vậy vẫn chưa có chỉ số chính xác về mức độ được công bố trong các nghiên cứu hiện nay. Một nghiên cứu còn ghi nhận sự tăng thu nhập sau điều trị (Emory, Cole, Avery, Meyer, & Meyer, 2003).

Một báo cáo (Newfield et al., 2006) ghi nhận rằng điểm số về chất lượng cuộc sống (đo bằng bảng điểm SF – 36) của nhóm bệnh nhân FtM thấp hơn so với dân số chung. Tuy nhiên, nghiên cứu này có hạn chế là chỉ sử dụng phương pháp chọn mẫu và tiếp cận qua email chứ không sử dụng cách tiếp cận có tính hệ thống, đồng thời cũng không ghi nhận mức độ và loại hình can thiệp mà bệnh nhân đã sử dụng. Người tham gia nghiên cứu chỉ sử dụng testoserone dưới 5 năm. Nhóm bệnh nhân phẫu thuật vú/ngực có chất lượng cuộc sống cao hơn nhóm không thực hiện phẫu thuật này ($p < .001$). (Không có đánh giá tương tự cho phẫu thuật bộ phận sinh dục). Một nghiên cứu khác tiến hành do Kuhn và cộng sự (2009) sử dụng bảng hỏi King's Health Questionnaire để đánh giá chất lượng cuộc sống của 55 bệnh nhân chuyển giới đã can thiệp phẫu thuật từ hơn 15 năm. Điểm số ghi nhận được so sánh với nhóm chứng là 20 phụ nữ đã từng phẫu thuật bụng/vùng chậu. So với nhóm chứng điểm số chất lượng cuộc sống của nhóm chuyển giới là tương tự hay cao hơn ở một số mục như cảm xúc, giấc ngủ, bệnh nặng hay giới hạn vai trò, và thấp hơn ở các mục khác (sức khoẻ chung, hạn chế về thân thể, hạn chế mang tính cá nhân).

Hai nghiên cứu mô tả hồi cứu kéo dài đã so sánh tỷ lệ tử vong và bệnh lý tâm thần trên người chuyển giới trưởng thành so với dân số chung (Asscheman et al., 2011; Dhejne et al., 2011). Đánh giá số liệu của đơn vị xử lý số liệu thuộc Hội đồng quốc gia về Y tế và Phúc lợi xã hội Thuỵ Điển chỉ ra rằng những người đã trải qua phẫu thuật chuyển giới (191 MtF và 133 FtM) có sự gia tăng có ý nghĩa trên tỷ lệ tử vong, số trường hợp tự sát, có hành vi muốn chấm dứt cuộc sống và rối loạn tâm thần so với nhóm chứng là những người không-chuyển-giới với cùng độ tuổi, tình trạng cư trú, tiền sử tâm thần và giới tính lúc sinh (Dhejne et al., 2011). Tương tự, một nghiên cứu ở Hà Lan cũng ghi nhận tỷ lệ tử vong cao hơn, bao gồm cả các trường hợp tự sát, trên cả hai nhóm bệnh nhân

chuyển giới trước và sau phẫu thuật (966 MtF và 365 MtF) so với dân số chung ở quốc gia này (Asscheman et al., 2011). Cả hai nghiên cứu đều không đặt câu hỏi liên quan đến hiệu quả của can thiệp chuyển giới; do đó cả hai nghiên cứu đều thiếu so sánh cần thiết với nhóm người chuyển giới chưa từng điều trị hay nhóm người được điều trị bằng các phương pháp khác mà không sử dụng phẫu thuật trên bộ phận sinh dục. Thêm nữa, nhóm người chuyển giới tham gia các nghiên cứu này đã được điều trị từ những năm 1970. Tuy nhiên, các nghiên cứu này thực sự đã khẳng định và nhấn mạnh tầm quan trọng của nhu cầu chăm sóc tâm thần và tâm lý – xã hội liên tục trên các bệnh nhân chuyển giới. Cần nhiều nghiên cứu hơn nữa tập trung vào đánh giá kết quả của các tiếp cận chẩn đoán và điều trị chứng phiền muộn giới.

Khó có thể đánh giá hiệu quả riêng của liệu pháp hoóc-môn trong điều trị chứng phiền muộn giới. Hầu hết các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của liệu pháp hoóc-môn nữ-hoá/nam hoá trong điều trị chứng phiền muộn giới đều được tiến hành trên những bệnh nhân đã từng trải qua phẫu thuật chuyển giới. Hiệu quả của điều trị can thiệp cùng lúc liệu pháp hoóc-môn và phẫu thuật chuyển giới được tổng hợp trong một báo cáo ghi nhận trên 3000 bệnh nhân trong 79 nghiên cứu tiến hành từ 1961 đến 1991 (Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997; Gijs & Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pfäffli in & Junge, 1998). Các bệnh nhân phẫu thuật sau 1986 có hiệu quả tốt hơn so với bệnh nhân phẫu thuật trước năm 1986, điều này phản ánh sự phát triển đáng kể của can thiệp phẫu thuật và hạn chế biến chứng sau phẫu thuật (Eldh et al., 1997). Hầu hết bệnh nhân báo cáo có sự cải thiện trong yếu tố tâm lý – xã hội, 87% ở nhóm MtF và 97% ở nhóm FtM (Green & Fleming, 1990). Nhận định tương tự cũng được ghi nhận trong nghiên cứu ở Thụy Điển rằng “hầu hết bệnh nhân đều hài lòng với can thiệp chuyển giới vào thời điểm 5 năm, và 86% được đánh giá bởi bác sỹ là “ổn định và có cải thiện chức năng tổng thể” (Johansson, Sundbom, Höjerback, & Bodlund, 2010). Điểm yếu của các nghiên cứu giai đoạn đầu là thiết kế hồi cứu và sử dụng nhiều tiêu chuẩn khác nhau trong đánh giá hiệu quả của điều trị

Một nghiên cứu tiền cứu được tiến hành ở Hà Lan, trên 325 người ở độ tuổi thanh thiếu niên và trưởng thành tìm đến với can thiệp chuyển giới (Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005). Bệnh nhân từng trải qua can thiệp điều trị (cả liệu pháp hoóc-môn hay phẫu thuật chuyển giới) cho thấy có sự cải thiện trong thang điểm đánh giá chứng phiền muộn giới theo thang điểm Utrecht Gender Dysphoria Scale. Điểm số về sự không hài lòng về cơ thể và chức năng tâm lý được cải thiện trong hầu hết các mục. Chỉ có không đến 2% bệnh nhân thể hiện sự hối hận sau điều trị.

Đây là nghiên cứu tiến cứu lớn nhất có giá trị khẳng định cho các nghiên cứu hồi cứu trước đây về giá trị của việc kết hợp liệu pháp hoóc-môn và phẫu thuật trong can thiệp điều trị chứng phì đại tuyến tiền liệt và các vấn đề tâm lý – xã hội khác. Vẫn cần có thêm những nghiên cứu khác về hiệu quả của liệu pháp hoóc-môn đơn lẻ (không can thiệp phẫu thuật), cũng như các can thiệp chuyển giới một phần.

Một cách tổng quát, các nghiên cứu đã cho thấy một sự cải thiện đáng kể về hiệu quả của các can thiệp chuyển giới. Kết quả nghiên cứu hiện tập trung trên phẫu thuật chuyển giới. Với quan điểm mới trong thực hành về sự đa dạng trong đáp ứng thích nghi về bản dạng, vai trò giới hay biểu hiện cơ thể, và do vậy, còn cần thêm nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị và quá trình theo dõi.