

亚太跨性别健康蓝图

为亚洲及太平洋地区
跨性别者及其社群
提供完善照护
之构想

BLUEPRINT FOR THE PROVISION
OF COMPREHENSIVE CARE FOR
TRANS PEOPLE AND TRANS
COMMUNITIES IN ASIA
AND THE PACIFIC

This document was produced in partnership with



WPATH WORLD PROFESSIONAL
ASSOCIATION for
TRANSGENDER HEALTH



PROJECT DIVA
Diversity in Action Supporting communities
Reducing vulnerabilities.

.....


Suggested citation: Health Policy Project, Asia Pacific Transgender Network, United Nations Development Programme. 2015. Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Trans Communities. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

ISBN: 978-1-59560-118-6


The Health Policy Project is a five-year cooperative agreement funded by the U.S. Agency for International Development under Agreement No. AID-OAA-A-10-00067, beginning September 30, 2010. The project's HIV activities are supported by the U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). HPP is implemented by Futures Group, in collaboration with Plan International USA, Avenir Health (formerly Futures Institute), Partners in Population and Development, Africa Regional Office (PPD ARO), Population Reference Bureau (PRB), RTI International, and the White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA).

The information provided in this document is not official U.S. Government information and does not necessarily represent the views or positions of the U.S. Agency for International Development.


.....



**亚太跨性别健康蓝图
为亚洲及太平洋地区
跨性别者及其社群
提供完善照护
之构想**



Blueprint for the Provision of
Comprehensive Care for
Trans People and Trans
Communities in Asia
and the Pacific



目录

致谢	v
缩略语及缩写	vii
摘要	viii
亚太跨性别健康蓝图的使用及导览	x
术语	xi
跨性别与“跨”	xi
其他关键术语	xii
区分跨性与间性	xiv
<i>间性人相关医学术语的限制性</i>	xv
1. 绪论	1
1.1 跨性别者的数量	2
1.2 社会排斥	2
1.3 已有的区域性蓝图	3
1.4 蓝图的目标	3
1.5 制定的过程	4
1.6 间性人与性别焦虑	4
1.7 间性人相关的其他健康议题	5
2. 人权	8
2.1 导言	8
2.2 依据国际人权法作出的承诺	8
2.3 监督各国对人权义务的履行	8
2.4 区域性承诺	9
2.5 国家人权机构的职责	10
3. 本区域跨性别人权的重点议题	13
3.1 导言	14
3.2 暴力	15
3.2.1 性别暴力	15

3.2.2	针对跨性别者之暴力的区域数据	16
3.2.3	被拘留的跨性别者	19
3.3	歧视	20
3.3.1	简介	20
3.3.2	可见度与隐匿度	20
3.3.3	家庭与社区的接纳	21
3.3.4	教育	22
3.3.5	就业与社会保护	25
3.3.6	性工作	26
3.3.7	反歧视的法律	27
3.3.8	其他法律及政策	29
3.3.9	性别中立的包容性法律	30
3.4	健康权	32
3.4.1	简介及主要知识缺失	32
3.4.2	去精神病化: 性别多元并非心理疾病	33
3.4.3	普通卫生保健服务	34
3.4.4	艾滋病	36
3.4.5	其他性传播感染	44
3.4.6	酒精及其他物质滥用	45
3.4.7	心理健康	47
3.4.8	对跨性别持肯定态度的卫生保健服务	49
3.4.9	跨性别专属的性健康信息	58
3.4.10	培训卫生保健工作者	60
3.4.11	卫生保健的研究需求	61
3.5	性别认同的法律承认	62
3.5.1	性别认同之法律承认的重要性	62
3.5.2	自然灾害与性别认同的法律承认	62
3.5.3	本区域内性别认同之法律承认的可及性	64
3.5.4	超越二元的性别分类	66
3.6	进一步举措	67
4.	完善的照护、预防及支持	69
4.1	导言	70
4.1.1	跨性别医疗互动的改进建议	72
4.2	信息需求	74
4.3	卫生保健机构的看诊流程	76
4.3.1	前台、候诊室及洗手间	76
4.3.2	临床记录及表格	76
4.3.3	临床评估	77
4.3.4	体检	78
4.3.5	普通预防及筛查	79
4.3.6	艾滋病、性病及肝炎的筛查/预防和管理	81
4.3.7	生殖健康	82

4.4 作为全面艾滋病及性健康服务之一部分的艾滋病检测、咨询与治疗	83
4.4.1 艾滋病检测与诊断	84
4.4.2 照护与治疗	85
4.4.3 提高坚持用药率	86
4.5 应对心理健康问题	86
4.6 酒精及其他物质的使用和依赖	87
4.7 应对污名、歧视及暴力, 增强复原力	88
4.7.1 应对肢体暴力造成的伤害	88
4.8 与身体改造相关的对跨性别持肯定态度的卫生保健	89
4.8.1 胡须与体毛的去除	89
4.8.2 非医疗的身体改造	90
4.8.3 性激素启用、给药及监测	91
4.8.4 手术及其他医疗措施	92
5. 性别多元儿童及青少年的相关工作	97
5.1 导言	98
5.2 性别不驯的行为或表达较之于性别不驯的认同	99
5.3 儿童和青春期少年之间的差异	99
5.4 为性别不驯的儿童或青少年及其家人进行首次临床评估	100
5.5 对跨性别持肯定态度的干预	101
5.5.1 环境	101
5.5.2 早期和完全可逆的医疗干预	101
5.5.3 部分或完全不可逆的医疗干预	102
5.6 保密与知情同意	103
6. 政策考量	107
跨性别者在研究、倡导及政策中的参与	108
确保跨性别者更多参与对切身事务的讨论	108
与跨性别者合作开展研究以应对重要数据的缺失	108
增进公众对跨性别者及其人权议题的了解	109
跨性别者的卫生保健服务与公共卫生	109
应对歧视和增强卫生保健服务的跨性别响应性	109
应对跨性别健康相关的重要信息缺失	110
确保跨性别者能够平等获取普通卫生保健服务	110
改善对跨性别持肯定态度的卫生保健服务之可及性	111
改善对跨性别持肯定态度的卫生保健服务之品质	111
终结针对跨性别者的暴力	112
采取全面措施, 消除针对跨性别者的暴力	112
对跨性别者从歧视到法律及政策保护的转变	112
确保跨性别者受到法律保护, 免于歧视和定罪	112

<i>确保跨性别学生的受教育权和校园安全</i>	113
<i>保护并实现跨性别者体面工作的权利</i>	113
推动性别认同的法律承认	114
<i>确保跨性别者自己所认同的性别身份受到法律承认和保护</i>	114
参考资料	117
附录A: 性激素的给药、监测及使用	134
性激素的启用	134
性激素的准备	135
医学评估	135
基础化验	135
启用性激素前的注意事项	135
<i>使用雌激素和雄激素阻滞剂的跨性别女人</i>	135
<i>使用雄激素的跨性别男人</i>	136
女性化性激素的给药	136
<i>雌激素:</i>	137
<i>黄体激素:</i>	137
<i>抗雄激素:</i>	137
男性化性激素的给药	139
相反性别之性激素的化验监测	140
性激素使用和艾滋病感染风险	141
<i>相反性别之性激素和艾滋病防治之抗逆转录病毒药物的同时使用</i>	141
老龄问题: 特别考量	142
附录B: 与会者名单-初步咨商会议	143
附录C: 与会者名单-首轮咨商工作坊	145
附录D: 与会者名单-二轮咨商工作坊	148
附录E: 蓝图初稿审读者	150
附录F: 知情同意书示例	154

致谢

协调小组愿感谢所有为本文件作出贡献的跨性别社区成员及组织、卫生保健工作者和专业团体、以及其他个人与机构。许多人以出席咨商会议、提供个案、审读初稿等方式作出了自己的贡献。若是没有诸位的付出，本《蓝图》将无法问世。

我们感谢泛美卫生组织和其他参与创制《拉美及加勒比跨性别健康蓝图》的个人与机构。我们特别赞赏Jo-Anne Keatley, Walter Bockting和Rafael Mazin在《拉美及加勒比跨性别健康蓝图》创制过程中的领导作用。《亚太跨性别健康蓝图》在临床标准上对《加勒比蓝图》多有借鉴，而《加勒比蓝图》又是基于加州大学旧金山分校卓越跨性别健康中心的工作。这些文件经Asa Radix博士修订，并由下列之本区域内的医学评审者审读。

除下述人员之外，最初项目会议和随后两次咨商会议的与会者分别在附录B, C和D中列出。2015年3月版初稿的审读者则被列入附录E。

协调小组

Darrin Adams (健康政策项目 [HPP], 美国), Matt Avery (LINKAGES, FHI 360, 泰国), Nachale [Hua] Boonyapisompan (健康政策项目, 美国), Jack Byrne (健康政策项目, 新西兰), Jensen Byrne (联合国开发计划署 [UNDP], 泰国), Kevin Halim (亚太跨性别网络 [APTNet], 泰国), Natt Kraipet (亚太跨性别网络, 泰国), Ron MacInnis (健康政策项目, 美国), Ashley Gibbs (健康政策项目, 美国), Nadia Rasheed (联合国开发计划署, 泰国), Edmund Settle (联合国开发计划署, 泰国), Cameron Wolf (美国国际发展署, 美国), Joe Wong (亚太跨性别网络, 泰国), Felicity Young (健康政策项目, 澳大利亚)

贡献者

Olga B. Aaron (Bringing Adequate Values of Humanity, 印度), Thanapoom Amatyakul (亚太跨性别网络, 泰国), Kalpana Apte (印度计划生育协会, 印度), Nisha Ayub (姐妹正义, 马来西亚), Rachel Clare Bagaley (世界卫生组织[WHO], 瑞士), Andrew Ball (世界卫生组织, 瑞士), Thanaseth Banjotbanawat (LINKAGES, FHI360, 泰国), Anonnya Banik (班渡社会福利协会, 孟加拉国), Walter Bockting (世界跨性别健康专业协会和哥伦比亚大学), Rebekah Thomas Bosco (世界卫生组织, 瑞士), Mike Burkly (美国国际发展署, 泰国), Zhan Chiam (国际男女同性恋、双性恋、跨性别和间性人联合会, 瑞士), Eli Coleman (世界跨性别健康专业协会和明尼苏达大学), Kate Montecarlo Cordova (菲律宾跨性别者联合会, 菲律宾), Robyn Dayton (LINKAGES, FHI360, 美国), Simon Denny (奥克兰大学, 新西兰), Manisha Dhakal (蓝钻协会[BDS], 尼泊尔), Purnima Dongole (Bir医院, 尼泊尔), John M. Eyres (美国国际发展署, 越南), Lin Fraser (世界跨性别健康专业协会, 美国), Jamison Green (世界跨性别健康专业协会, 美国), Frits van Griensven (泰国红十字会艾滋病研究中心, 泰国), Cameron Hartofellis (健康政策项目, 美国), Yuko Higashi (大阪府立大学、世界性健康协会、世界跨性别健康专业协会, 日本), Vanessa Ho (Project X, 新加坡), Qasim Iqbal (内茨男性健康联盟[NMHA], 巴基斯坦), Nisha Jagdish (印度计划生育协会, 印度), Shambhu Kafle (国家艾滋病性病疾控中心, 尼泊尔), JoAnne Keatley (卓越跨性别健康中心, 加州大学旧金山分校, 美国), Rajat Khosla (世界卫生组织, 瑞士), Gail Knudson (世界跨

性别健康专业协会和英属哥伦比亚大学)，Jun Koh（大阪医学院，日本），Joanne Leung（跨性别资源中心，香港特别行政区，中国），Lily Miyata（关西艾滋病委员会，日本），Ying-Ru Lo（世界卫生组织，菲律宾），Marcio Maeda（健康政策项目，美国），Daniel McCartney（国际计划生育联合会，英国），Steve Mills（LINKAGES, FHI360，泰国），Sesenieli [Bui] Naitala（SAN Fiji，斐济），Ernest Noronha（联合国开发计划署，印度），Razia Pendse（东南亚区域办事处[SEARO]，世界卫生组织，印度），Hari Phuyal（最高法院，尼泊尔），Midnight Poonkasetwattana（亚太男性性健康联盟，泰国），Tonia Poteat（约翰霍普金斯大学，美国），Mehrin Abdul Qadir（内茨男性健康联盟，巴基斯坦），Thenu Ranketh（Equal Ground，斯里兰卡），Michelle Rodolph（世界卫生组织，瑞士），Obert [Elizabeth Taylor] Samba（救助儿童会，巴布亚新几内亚），Aaron Schubert（美国国际发展署，泰国），Basudev Sharma（国家人权委员会，尼泊尔），Mukta Sharma（世界卫生组织，泰国），Vin Tangpricha（世界跨性别健康专业协会和埃默里大学医学院），Aakanshya Timilsina（蓝钻协会，尼泊尔），Annette Verster（世界卫生组织，瑞士），Kaspar Wan（Gender Empowerment，香港特别行政区，中国），Teodora Wi（世界卫生组织，瑞士），Rose Wilcher（LINKAGES, FHI360，泰国），Sam Winter（世界跨性别健康专业协会和科廷大学，澳大利亚），Pengfei Zhao（西太平洋区域办事处 [WPRO]，世界卫生组织，菲律宾）

医学评审

Jiraporn Arunakul（Ramathibodi医院，玛希敦大学，泰国），Venkatesan Chakrapani（性与健康研究及政策中心，印度），Louis Gooren（VU医疗中心，荷兰），Mo Harte（Health West，新西兰），Ichiro Itoda（Shirakaba诊所，日本），Rachel Johnson（Manukau青少年健康中心，新西兰），Muhammad Moiz（内茨男性健康联盟，巴基斯坦），Graham Neilsen（石墙医疗中心，澳大利亚），Asa Radix（Callen-Lorde社区健康中心和世界跨性别健康专业协会，美国），William Wong（家庭医学和初级卫生保健系，香港大学，香港特别行政区，中国）

撰文

Jack Byrne（健康政策项目顾问，新西兰）和Asa Radix（Callen-Lorde社区健康中心，美国），Matt Avery（LINKAGES, FHI 360，泰国）对艾滋病和其他性病相关材料亦有贡献

译者

廖爱晚，自由译者，性别不驯者，厦门大学人类学硕士，从2008年起参与中国同志运动及性别多元翻译工作，曾任职同语、联合国开发计划署等社群及国际机构。

免责声明

本文件包含性别转换相关之临床干预措施的讨论，对此世界卫生组织尚无指导意见。本文件所含信息乃基于其他资料及成功实践案例。

世界卫生组织对本文件的支持不应被理解为其对第4章，尤其4.8节，及第5章和附录A所含指导意见的认可。任何世界卫生组织的指导意见均应出自标准的世卫指导原则制定程序。

缩略语及缩写

APF	Asia Pacific Forum 亚太论坛
APTN	Asia Pacific Transgender Network 亚太跨性别网络
ART	Antiretroviral therapy 抗逆转录病毒治疗
ARV	Antiretroviral 抗逆转录病毒
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations 东南亚国家联盟（东盟）
BDS	Blue Diamond Society 蓝钻协会（尼泊尔）
BSWS	Bandu Social Welfare Society 班渡社会福利协会（孟加拉国）
CBO	Community-based organisation 社区组织
DSD	Disorders of sex development 性别发育紊乱
FPAI	Family Planning Association of India 印度计划生育协会
FtM	Female to male (trans man) 女跨男（跨性别男人）
GBV	Gender-based violence 性别暴力
HPV	Human Papillomavirus 人类乳头瘤病毒
LGB	Lesbian, gay, and bisexual 女同、男同、双性恋
LGBT	Lesbian, gay, bisexual, and trans 女同、男同、双性恋和跨性别
LGBTI	Lesbian, gay, bisexual, trans, and intersex 女同、男同、双性恋、跨性别和间性人
MSM	Men who have sex with men 男男性行为者
MtF	Male to female (trans woman) 男跨女（跨性别女人）
NGO	Non-governmental organisation 非政府组织
NHRI	National human rights institution 国家人权机构
NMHA	Naz Male Health Alliance 内茨男性健康联盟（巴基斯坦）
NNRTI	Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor 非核苷逆转录酶抑制剂
PAHO	Pan American Health Organization 泛美卫生组织
PI	Protease inhibitor 蛋白酶抑制剂
SEARO	WHO Regional Office for Southeast Asia 世卫组织东南亚区域办事处
SOGI	Sexual orientation and gender identity 性倾向与性别认同
SOGIE	Sexual orientation, gender identity, and (gender) expression 性倾向、性别认同与（性别）表达
STI	Sexually transmitted infection 性传播感染
TMM	Trans Murder Monitoring 跨性别谋杀监测
UCSF	University of California, San Francisco 加州大学旧金山分校
UDHR	Universal Declaration of Human Rights 世界人权宣言
UN	United Nations 联合国
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 联合国艾滋病规划署
UNDP	United Nations Development Programme 联合国开发计划署
UPR	Universal Periodic Review 普遍定期审议
WHO	World Health Organization 世界卫生组织
WPATH	World Professional Association for Transgender Health 世界跨性别健康专业协会
WPATH SOC	World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care 世界跨性别健康专业协会的照护准则
WPRO	WHO Regional Office for the Western Pacific 世卫组织西太平洋区域办事处

摘要

《亚太跨性别健康蓝图——为亚洲及太平洋地区跨性别者及其社群提供完善照护之构想》是一份对于本区域内跨性别健康及人权而言具有广泛应用和深远意义的文件。本《蓝图》旨在加强并提升对亚太地区跨性别者的政策、临床及公共卫生响应。

本《蓝图》的首要读者是卫生保健工作者、政策制定者及各国政府。《蓝图》包含的信息同时也可服务于资助机构、双边及多边机构、乃至跨性别和其他民间社会组织。

亚太跨性别网络（APTNet）、联合国开发计划署（UNDP）及美国国际发展署资助的健康政策项目（HPP）合作完成了这一《蓝图》。本文件是一系列区域性跨性别健康蓝图中的第三份，借鉴了泛美卫生组织和世卫组织美洲区域办事处在拉美及加勒比所开发的蓝图。

“亚洲及太平洋”是一个颇具文化及语言多样性的广阔地理区域。这一事实在本《蓝图》中得到了尽可能的体现，但来自太平洋地区的研究及数据仍明显偏少。本区域内存在相当丰富的跨性别身份与称谓，包括那些具有文化专属性的名称和第三性别的认同。本《蓝图》使用“跨”（trans）这一统称来涵盖这种多样性，例如，跨健康（trans health）和跨人群（trans people）【译注：顾及中文习惯，这两个概念下文中译分别调整为“跨性别健康”和“跨性别者”，此时“跨性别”对应较广义的trans而非较狭义的transgender】。

本区域内的许多跨性别者都对自己的认同充满自豪之情。不幸的是，ta们也共同经历着歧视等负面现象【译注：中译选用汉语拼音ta作为性别中立的第三人称代词】。这些现象包括不被看见，遭受来自家庭、学校、正式员工及主流经济的孤立和排斥，乃至不被视作平等的公民。污名和歧视的深重及法律保护的缺乏迫使跨性别者退居社会的边缘，例如只能从事少数几种被剥削的、低收入的且不稳定的工作。部分跨性别社群建立了强有力的互助机制，无论通过传统的文化模式，抑或藉由现代的社交媒体。但是，跨性别者仍然需要全面参与与ta们休戚相关的法律及政策的制定过程中来。

跨性别者的另一个共同经验是长期情绪不佳并由此带来心理健康上的后果，而这又与持续承受较高的压力相关。该区域内的现有数据显示了跨性别学生遭受的欺凌、骚扰和孤立对其心理健康所造成的不良影响。在本区域内的部分国家，已经出现了一些有利于跨性别学生的积极行动，例如让跨性别青少年参与国家青少年政策的制定，或在校级课程及教师培训中纳入和性别认同相关的内容。

本区域内的成年跨性别者也面临大量的性别暴力，而亚洲的一些国家已将跨性别女人纳入反对性别暴力的项目。但是，一些增加跨性别者受暴风险的因素需要专门的结构性和法律上的措施。对于跨性别女人，性工作的刑罪化、以禁止易装和有碍公共为名进行的惩罚等，都令她们有遭受骚扰和敲诈而无法寻求法律保护的风险。她们因此更容易遭到拘留，往往和男性囚犯一同关押，并因此有可能遭受进一步的肢体攻击和性侵犯。跨性别男人所遭受的暴力则较为隐蔽，但亦有来自澳大利亚的证据显示，跨性别男人面临较高水平的来自亲密伴侣的暴力。

迄今为止，各国政府就其人权义务所做的定期报告鲜有提及跨性别者。一定程度上，这是由于跨性别者很少被纳入官方的统计数据。ta们要么不被看见，要么被和男男性行为者混为一谈（对于跨性别女人而言），要么被湮没在LGBT的统称之中。跨性别男人则更没有存在感。

但仍有一些联合国专家及联合国机制对跨性别者所遭受的人权侵犯进行过调查，包括被拘留的跨性别者。

本区域内的跨性别维权者和国家人权机构对这些机制的更多利用，将有利于建构更具说服力的证据基础，并使各国政府更加负责任地报告跨性别人权的进展。

污名化和歧视跨性别者的行为往往是源于无知和恐惧。很多时候这些行为是基于刻板印象以及和跨性别者的有限接触。本《蓝图》的主要目标之一就是着手填补这些知识空白，并推动跨性别者和卫生保健工作者及其机构、政府官员、乃至其他致力于消除不平等和歧视的人们之间的对话。

必要的法律保护包括设立反歧视法规和去除将跨性别者刑罪化的法条，例如定罪“易装”、性工作、有碍公共或在外流浪的法条。此外，性别认同的法律承认是使得跨性别者能够获得多种基础服务的关键。

亚太地区的大量跨性别者无法以适当的名字和/或自己所认同的性别来获取官方证件。在很多国家，没有相关法律或政策以允许跨性别者更改证件上的名字或性别。而那些存在相关法律或政策的国家又往往仅对小部分跨性别者提供性别认同的法律承认，并附带诸如医学要求之类的严格条件，而这是有悖人权的。

在南亚，四个国家承认了认同诸如hijras, metis, khawaja siras等第三性别身份的跨性别者的地位。但承认的落实却进展缓慢。如何既承认第三性别者的权利，同时又能让跨性别女人拥有女性身份而跨性别男人拥有男性身份，且让认同“第三”与认同“二元”的跨性别者均获法律保护，这在该地区内引发了广泛争议。

健康权的要点之一是保证卫生保健系统及服务是存在的、可及的、可接受的和有质量的。普通卫生保健服务对于跨性别者而言往往是不可及的，原因正是令人生畏的费用，以及卫生保健工作者或其他服务使用者的歧视性言行。本《蓝图》选取少量已有充分数据的健康议题，以便勾勒本区域内跨性别健康的概况。这其中就包括跨性别女人的艾滋病感染率长期以来都不成比例地偏高这一问题，但现有的专门满足跨性别者需求的项目及服务仍显不足。

而最大的缺失乃是有医疗必要性的、对跨性别持肯定态度的卫生保健服务。令问题更加严重的是，性别转换所需生物学及手术措施的基本信息也严重不足，尤其是以本土语言撰写的材料，以及跨性别男人的卫生保健相关信息。而在那些跨性别男人的可见度极低的社群中，很可能无法找到同伴以求咨询。

在本区域内，除中国香港特别行政区及印度的部分地区之外，多数对跨性别持肯定态度的卫生保健服务的开支都不被公共卫生系统或私人健康保险所涵盖。因此，跨性别者需自行承担咨询、诊断、化验、性激素治疗、除毛、手术等一切费用。医保给付的缺失、专科医生的缺席、跨性别卫生保健标准的缺乏，以及许多卫生保健工作者的负面态度，都迫使跨性别者求助于那些不受监管、不够资格的行医者。结果，硅胶和其他软组织填充物似乎成了一些跨性别者唯一能够获取的身体改造措施。

本《蓝图》所含“政策考量”及“方框1”所做总结乃基于亚太地区有利于跨性别健康及人权的成功实践和专家建议。第6章对所有政策考量进行了详细叙述，并就各项行动及职责作出了具体说明。

政策考量中的部分内容可作为卫生保健工作者的实际操作步骤。它们是基于本文件后半部分的临床标准及成功实践案例。政策考量的其余部分则就改善跨性别健康所需的法律及政策转变提出了建议。

方框1：亚太跨性别健康蓝图之高层政策考量

下面列出13项重点的高层政策考量。至于更多的具体建议、各项的所需行动、以及最具条件的行动者，则在本《蓝图》第6章中有详尽叙述。

跨性别者在研究、倡导及政策中的参与

- 确保跨性别者更多参与对切身事务的讨论
- 增进公众对跨性别者及其人权议题的了解
- 与跨性别者合作开展研究以应对重要数据的缺失

跨性别者的卫生保健服务与公共卫生

- 应对歧视和增强卫生保健服务的跨性别响应性
- 应对跨性别健康相关的重要信息缺失
- 确保跨性别者能够平等获取普通卫生保健服务
- 改善有医疗必要性的、对跨性别持肯定态度的卫生保健服务之可及性
- 改善对跨性别持肯定态度的卫生保健服务之品质

终结针对跨性别者的暴力

- 采取全面措施，消除针对跨性别者的暴力

对跨性别者从歧视到法律保护的转变

- 确保跨性别者受到法律保护，免于歧视和定罪
- 确保跨性别学生的受教育权和校园安全
- 保护并实现跨性别者体面工作的权利

推动性别认同的法律承认

- 确保跨性别者自己所认同的性别身份受到法律承认和保护

亚太跨性别健康蓝图的使用及导览

本《蓝图》篇幅可观，信息丰富，读者不必自始至终逐字阅读。鼓励读者们以本《蓝图》为指引而开展行动，以增加、提升、加强和维护本区域内的跨性别健康及人权。这些行动可能包括开发或更新倡导手册、学习他国的成功实践并予以本土化、或修订对跨性别持肯定态度的卫生保健服务相关之机构政策。作者们建议阅读“政策考量”（第6章），以获取从何及如何开展进一步工作的更多见解。

本《蓝图》主要分为两个部分。前半部分介绍本文件的历史及背景，并总结本区域内跨性别健康及人权之概况。后半部分是对成功实践建议的梳理，包括为跨性别者服务的卫生保健工作者所需之初级卫生保健照护标准的示例。

- 第1章 是对跨性别健康的总体介绍，并叙述本《蓝图》的缘起及开发过程。
- 第2章 总结了具有约束力的国际人权准则、区域性承诺、以及国家人权机构的职责。

- 第3章 列出本区域内跨性别健康及人权的重点议题。这些重点议题聚焦于应对暴力、歧视、普通卫生保健需求（包括艾滋病、性病、物质滥用和心理健康）、对跨性别持肯定态度的卫生保健服务、以及性别认同的法律承认。
- 第4章 提供临床建议，关于如何满足成年跨性别者的卫生保健需求。
- 第5章 提供补充建议，关于如何服务跨性别及性别不驯之儿童和青少年。
- 第6章 列出一系列政策考量，以改善跨性别健康权、推动性别认同的法律承认、并确保免于歧视和暴力的自由。

多个案例穿插全文，以突出跨性别健康、倡导及人权方面的成功实践。多数案例都来自跨性别者自己所领导的行动，彰显出跨性别者所主导之行动的韧性及创新。

彩色方框表明此处信息对特定利益相关者的适用性。例如，适用于卫生保健工作者的信息被标为蓝色。

适用于卫生保健工作者

适用于跨性别者

适用于政策制定者

适用于所有利益相关者的一般信息则被标为橘色。

以下的术语一章列出跨性别身份相关的术语及定义，包括具有文化专属性的名称，并就跨性别和间性人作出区分。

术语

跨性别与“跨”

“跨”（trans）这一统称涵盖了非常多的性别认同及性别表达。以下这个非穷尽性的清单解释了一些常见的用以描述跨性别认同的词汇，以及它们在本《蓝图》中的应用。这些词汇的含义和用法在本区域内的不同国家或文化当中、甚至在不同的跨性别个体之间呈现出相当大的差异性。每个人都有权使用自己认定的最能贴切描摹其性别认同的词语。

在本区域内，跨性别和“跨”都频繁地作为统称，来指代那些性别认同与其指派性别不同的人们。在筹备本《蓝图》的最初区域会议上，亚太跨性别网络在其陈述中对“跨/跨性别”（trans/transgender）作出了如下定义，该定义是基于2012年在马尼拉进行的一次区域性咨商会议：

所认同的性别和出生时被指派的性别不同的人们。ta们表达自己认同的方式，可能不同于ta们出生时被指派的性别角色。跨/跨性别者进行自我认同的方式常常是由地域、社会、文化、宗教或灵性所定义的。

摘要

本《蓝图》使用上述定义和“跨”这个词，作为这一系列丰富多样的性别认同及表达的统称【译注：为求通顺，下文中译仍将“跨”调整为“跨性别”，译者在此重申其等同于“跨”的广义性及开放性】。需要更加具体之时，本《蓝图》使用如下这些词汇：

跨性别女人 (Trans woman)：指一个自我认同为女性的跨性别者（例如，一个出生时被指派为男性但自我认同是女性的人）。缩略语**男跨女 (MtF, Male to Female)**亦指跨性别女人。

跨性别男人 (Trans man)：指一个自我认同为男性的跨性别者（例如，一个出生时被指派为女性但自我认同是男性的人）。缩略语**女跨男 (FtM, Female to Male)**亦指跨性别男人。

顺性别 (Cisgender) 一词指那些不是跨性别的人们，亦即，性别认同与其指派性别相符的人。

具有文化专属性的名称

本文件也使用“跨”这一统称来涵盖许多具文化专属性的身份。在本区域内，一些具有文化专属性的称谓是长期历史的产物，最好在它们不断发展的文化脉络中予以理解。它们不宜被简单翻译成跨性别女人或跨性别男人，有些时候，“第三性别”是一个更加近似的译法。

大多数这类具有文化或语言学专属性的旧有词汇均用于那些指派性别为男性但自己并不认同这一性别的人。以下是一些例子：

以下是本区域内用于指派性别为男性、但自我认同为女性或第三性别者的本土词汇，例如：亚洲的hijra和thirunangai（印度），khwaja sira（巴基斯坦），meti（尼泊尔），kathoey（泰国），waria（印度尼西亚），mak nyah（马来西亚），transpinay（菲律宾），bin-sing-jan和kwaa-sing-bit（香港）；以及大洋洲的fakafine（纽埃），fa'afafine（萨摩亚和托克劳），leiti（汤加），palopa（巴布亚新几内亚），akava'ine（库克群岛），whakawahine（新西兰）和Sistergirl（澳大利亚）。

以下是本区域内用于指派性别为女性、但自我认同为男性的本土词汇，例如：亚洲的bandhu（孟加拉国），transpinoy（菲律宾），thirutambi 和 kua xing nan（马来西亚）；以及大洋洲的fa'afatama（萨摩亚），tangata ira tane（新西兰）和Brotherboy（澳大利亚）。

其他关键术语

跨性别指的是一个人的性别认同不同于其指派性别，而此外的一些概念也应当被准确定义。本节提供其他一些关键术语的简明定义及其在本《蓝图》中的用法。这些定义是基于世卫指导原则及其他的联合国文件所使用的共识性定义¹。

生理性别 (Sex)：将人们区分为男性或女性（另参见“间性”）的生物及生理特征（遗传的、内分泌的、

1. 这些文件包括泛美卫生组织开发的《蓝图》，而其又对世界跨性别健康专业协会（WPATH）跨性别照护准则（SOC）第7版、以及世界性健康协会（WAS）之文件《新千年性健康》（Sexual Health for the Millennium）多有借鉴。

解剖的)。这些生物特征并不是相互排斥的，它们自然地呈现不同程度的混合。但是，实践当中，它们被用于将人类区分为预设中的相反两极，即男性和女性的二元结构。通常情况下，是对第一性征（个体的生殖器官）和第二性征作出区分。后者指的是外生殖器之余的其他生理特征，例如乳房发育，这些特征被用于区别女性和男性。

指派性别 (Sex Assigned at Birth)：一个人在出生时或出生后短时间内被指派的某种性别。这种指派不一定

和当事人长大后自己所具有的性别认同相符。在医学及社会学文献中，它常被称作“原生性别” (natal sex) 或“生理性别” (biological sex)。对大多数人而言，其性别认同及表达是和其指派性别相符的。而对跨性别者而言，其性别认同或表达是不同于其指派性别的 (Coleman等人, 2011)。

将一位跨性别女人说成是“原生男性” (natal male) 或将一位跨性别男人说成是“原生女性” (natal female) 都是不恰当的。“原生性别” (natal sex) 仅指一个人的指派性别，而不能指一个人现在的状况。如有必要，更恰当的说法是某人出生时被指派了男性（或女性）的性别。这一做法区分了过去由他人进行的分类和现在当事人自己的认同。

性别认同 (Gender identity)：一个人内在的关于自己是男人、女人、其他某种性别、或多种性别之混合的感觉。一个人的性别认同不一定和其指派性别相同。

性别表达 (Gender expression)：一个人通过外表（包括衣着、打扮、发型、化妆等）、举止、谈吐及与人互动时的行为模式，对外界传达由文化所定义的阳刚或阴柔特质（或两者兼有、抑或两者皆非）的方式。

性别不驯或性别多元 (Gender-nonconforming or gender variant)：指的是一个人的性别认同或性别表达不同于社会期待或刻板印象。并非所有跨性别者都是性别不驯的。一些跨性别者和其他人一样，遵循社会加诸男人或女人的期待使之感到舒适。反过来说，一些不是跨性别者的人却可能认同自己是性别不驯的，而这是基于其性别表达而非性别认同。

性别焦虑 (Gender dysphoria)：“指的是一种由性别认同与指派性别（及相关性别角色和/或第一及第二性征）之差异而引起的不适感或苦痛感。仅有部分性别不驯者在人生中的某些阶段会体验到性别焦虑” (Coleman等人, 2011)。

性别转换 (Transition)：这是一个许多然而并非全部的跨性别者为寻求以其真实的性别认同来生活而将经历的过程。它可能包括改变一个人的性别表达，例如外表、衣着、举止、或日常互动中所使用的名字。上述改变有时被称为“社会转换” (social transitions)。性别转换还可能包括生物学及手术的步骤，以便使一个人的身体特征与其性别认同相符。这些步骤则被称作“医学转换” (medical transition)，可包括女性化或男性化之性激素治疗和/或手术。

性别转换是一个因人而异的过程。许多跨性别者把ta们公开地以其真实性别认同来生活的时刻作为其转换的标志。另一些跨性别者则可能用这个概念来描述一个围绕某种形式的医学转换而展开的长期过程。

摘要

对跨性别持肯定态度/性别肯定的卫生保健服务 (Gender-affirming health services)：这一统称在本《蓝图》中用以涵盖跨性别者以生理转换为目标而采取的任何一种生物医学的、手术的或卫生保健的干预措施。它们包括，例如，咨询、性激素治疗、除毛、以及一系列手术。本文件倾向于使用“性别肯定手术” (gender-affirming surgeries) 这一概念，而不使用“性别重建手术” (sex reassignment surgery, SRS) 的旧称。

跨性别恐惧 (Transphobia)：因为其实际的或疑似的性别认同或表达而加诸跨性别者的偏见。它也可能波及那些不符合社会对男性或女性之期待的非跨性别者。跨性别恐惧可能是“结构性的”，这反映在歧视跨性别者的政策或法律中。它也可能是“社会性的”，例如当跨性别者遭到他人的拒斥或虐待。跨性别恐惧还可能是“内化的”，即跨性别者自己接受了这些对自身或其他跨性别者的偏见性态度。

性倾向 (Sexual orientation)：每个人和异性（异性恋）或同性（同性恋）或不止一种性别（双性恋或泛性恋）的个体在情绪上、情感上及性欲上产生深刻吸引并建立亲密的和性的关系之能力（国际法学家委员会，2007）。（认同为无性恋者的人不会体验到任何性吸引。）

一个人的生理性别、性别认同、性别表达、以及性倾向乃是四种截然不同的个体特征。它们在概念上是相互独立的，并可能以非常多样的方式相互组合。但在包括本区域在内的世界上大多数地方，广泛存在着将这些不同分类混为一谈的文化假设。这导致了一种进一步的假设，即一个出生时被指派为男性的人长大后必将自我认同为男人，拥有阳刚的性别表达，且仅仅被女性所吸引（异性恋）。而对于出生时被指派为女性者，也有同样的假设，即她必将自我认同为女人，拥有阴柔的性别表达，而且也是异性恋。

跨性别者和其他人一样，可能拥有阳刚和/或阴柔的性别表达，或是被相异性别、相同性别、抑或不止一种性别的个体所吸引。

间性人 (Intersex)：本概念用以描述那些先天的生理性别特征（例如染色体、性腺和生殖器）被认为亦男亦女、男女参半、或不男不女的人。

本《蓝图》的作者们曾联络亚太地区的间性人组织以询问本区域内间性相关的术语。这些组织认为，像本《蓝图》这样的具有广泛人权视点的文件应当尊重人们的自决权。因此，正如跨性别者不能由医学诊断来定义，以同样方式对待间性人也将是不恰当的。而上述定义是本区域之间性人组织所常用的。

对社会性别 (gender) 与生理性别 (sex) 的认识仍在不断发展当中，因此读者们可以期待未来出现更多语言学上的转变。

跨性别文化适应力 (Trans Cultural Competence)：指的是理解跨性别者、与之交流并有效互动的能力。它可以通过意识、态度、知识、技巧、行为、政策、程序、以及组织系统等多种方式来进行衡量²。

区分跨性与间性

2. Wilkinson, W. (2014) “文化适应力” (Cultural Competency), 跨性别研究季刊 (Transgender Studies Quarterly), 第1卷, 1-2号, 第68-73页, 见 <http://tsq.dukejournals.org/content/1/1-2/68.full>

“跨性别”和与之相关的性别认同及表达等概念，是和表述生理性别多样性的“间性人”这一概念截然不同的。

间性人不一定是跨性别者。一些有着间性生理特征的人可能自我认同为跨性别者或性别多元者，另一些则不会这样做。尽管一些有着间性生理特征的人将自己的生理性别或社会性别描述为非二元的，但是大多数间性人还是有着非男即女的认同。

间性人相关医学术语的限制性

医学文献中，“性别发育紊乱”（disorders of sex development, DSD）这一概念指的是这一变异在染色体、性腺或解剖学上可能出现的不同形式。对“紊乱”一词的批评则强调，间性生理特征是多样性的自然组成部分，并倡导使用更多的描述性概念，例如持续使用“间性”一词，或“性别发育差异”（differences of sex development）之说。

世界跨性别健康专业协会（WPATH）开发了《变性者、跨性别者、和非性别常规者的健康照护准则（SOC）》（Coleman 等人，2011）【译注：该照护准则第7版之中译由窦秀兰译注、吴敏伦校阅，其中部分术语与本文中译有别】。在该《准则》中，世界跨性别健康专业协会承认一些人强烈反对“紊乱”的标签，并解释了该协会对“性别发育紊乱”这一概念的使用：

本照护准则中，世界跨性别健康专业协会对“性别发育紊乱”的使用是客观的和价值中立的，其目的是确保医疗专业人员能够识别这一医学概念，并利用它在这一不断发展的领域中获取相关文献。世界跨性别健康专业协会对新的术语持开放态度，愿它们能够进一步观照这一多彩人群的经验，并推动卫生保健服务之可及性和完成度的改善（Coleman等人，2011，第68页）。

在本区域内，一份2013年的澳大利亚参议院委员会报告建议，各级政府使用“间性”而非“性别发育紊乱”（社区事务文献委员会，2013）。该报告还建议医疗专业人员及医疗机构仅在适当的临床语境中使用“性别发育紊乱”。对于“无害身体健康、无需医疗干预的基因或表现型变异”，该报告建议使用“间性”或“性别发育差异”。

绪论

《亚太跨性别健康蓝图——为亚洲及太平洋地区跨性别者及其社群提供完善照护之构想》的绪论一章提供本区域内跨性别者人口之数量及其所受边缘化与社会排斥之程度的背景信息。绪论也总结了本文件的缘起——作为系列蓝图的第三份，及开发本《蓝图》的集体创作过程。

尽管对间性人健康及人权的考量不属于本《蓝图》的范围，本章仍指出一些材料可能与间性人相关，并可能有助于未来与间性人合作开展的研究。

1.1 跨性别者的数量

衡量全球、区域或某国的跨性别人口是相当困难的。多数的估计值都是基于那些前往专科门诊寻求对跨性别持肯定态度的卫生保健服务的跨性别者数量。这些估计值未将本区域内大多数的无法获取公立医疗机构服务的跨性别者计算在内，也未纳入那些无法负担私立医疗机构之费用、或选择不进行医学转换的跨性别者。

Winter (2012) 推测亚太地区0.3%的成年人口是跨性别者。他使用2010年联合国人口数据，得出本区域内的跨性别人口约在900万至950万之间。Winter指出这一估计值与来自四个国家的社群估计值是大致吻合的，虽然社群估计值主要针对的是跨性别女人或hijra等身份者。

一项2012年在新西兰全国的8166名高中生当中进行的调查发现，1.2%的受访者是跨性别者，而2.5%的受访者则表示不确定自己的性别 (Clark 等人, 2014)。

1.2 社会排斥

在亚太地区，跨性别人群在行使其包括健康权在内的人权时面临着巨大的障碍。ta们所经历的严重社会排斥是多方面共同作用的结果，ta们被排除在家庭、学校、更广泛的社会与文化之外，难以就业并获得适当的生活水平，也不被完全视作平等的公民 (UNDP, 2010)。

在本区域内除少数国家之外，跨性别者无法获得基本的卫生保健服务，包括艾滋病相关服务。希望进行医学转换的跨性别者则更加难以获得公立机构的对跨性别持肯定态度的卫生保健服务。跨性别者面临严重的暴力、歧视和刑罪化（禁止“易装”和性工作的法律，以公害或流浪为名而针对跨性别者的警方骚扰）。与之相对的是，本区域内的跨性别者极少受到反歧视法律或政策的保护，并且大多数跨性别者的性别认同都得不到法律的承认。

此外，跨性别者还承受着与这些社会排斥相关的高度而长期的压力。这包括高于其他群体的情绪不良和心理不良，并由此导致相对较高比例的抑郁、焦虑、自杀意念及自杀行为。社会污名限制了跨性别者获取适当而具敏感性的心理卫生保健服务。卫生保健工作者同样可能由于为跨性别者提供服务而遭到来自同事的污名化。他们也可能缺乏资源、知识及必要的经验，来完全满足跨性别者的卫生保健需求。

1.3 已有的区域性蓝图

2011年，泛美卫生组织（PAHO）开发了《拉美及加勒比跨性别健康蓝图——为拉美及加勒比地区跨性别者及其社群提供完善照护之构想》。泛美卫生组织该《蓝图》的开发是通过回顾现有研究及咨询多方代表的方式，代表们来自学术界、卫生保健领域、多边及双边机构、政府机构及非政府组织、跨性别社群、以及该区域内的其他利益相关者。2015年发布了加勒比蓝图的英文版，内含若干修订及来自区域性咨商会议的新材料³。

2012年，世界卫生组织、联合国艾滋病规划署、联合国开发计划署及亚太跨性别网络在马尼拉召开咨商会议，讨论本区域内跨性别者的艾滋病、性病及其他卫生保健需求。会议的主要建议之一即是开发“亚太地区跨性别人群的完善照护标准...及基于实证的整体需求指导原则”（世卫组织西太平洋区域办事处，2012）。本《蓝图》则是为践行上述建议而迈出的第一步。

1.4 蓝图的目标

本《蓝图》的主要目标是改善亚太地区跨性别人群对有质量的基本及专科照护的获取。一份完善的、基于实证的指导原则是这一过程的关键步骤。本《蓝图》帮助卫生保健工作者、项目规划及管理者、政策制定者、社群领袖、以及其他利益相关者更好地满足跨性别者的卫生保健需求。与此同时，为了改善跨性别者的健康及福祉，需要采取一种人权的途径，以便终结歧视，实现所有人的尊严与平等。为此，本《蓝图》也包含转变法律、政策及实践的案例，以便跨性别者能够从社会边缘回归，并确保其完全融入广泛的社会生活。

亚太跨性别网络、美国国际发展署资助的健康政策项目（HPP）及联合国开发计划署亚太区域办事处合作完成了本《蓝图》的开发。本《蓝图》借鉴了拉美及加勒比蓝图的创造性工作，也参考了本区域内的已有研究。

本《蓝图》提供亚太地区跨性别人权议题及卫生保健需求的全面信息。其地理范围主要包括世卫组织东南亚区域办事处及世卫组织西太平洋区域办事处所辖国家。此外，也纳入了来自巴基斯坦的跨性别者及卫生保健工作者的贡献，他们参与了在尼泊尔举行的一次蓝图咨商会议并审读了初稿。同时还纳入了澳大利亚及新西兰的卫生保健工作者及跨性别者所提供的技术信息，他们也审读了初稿。

本《蓝图》描写了跨性别健康及人权获得进步的案例，并详述了各种临床照护标准。这些照护标准是基于加州大学旧金山分校卓越跨性别健康中心所开发的基本照护标准⁴。它们反映了世卫组织《重点人群综合指南》（2014）、《跨性别人群和艾滋病政策简报》（2015）、世界跨性别健康专业协会（WPATH）跨性别照护准则（SOC）第7版（Coleman 等人，2011）等指导原则之内容。医学材料则由纽约Callen-Lorde社区健康中心研究与教育高级主管Asa Radix博士修订，并由本文件开篇列举之亚太地区卫生保健专业人士审读。

3. 见 <http://www.who.int/hiv/pub/transgender/blueprint-trans-paho/en/>.

4. 见 www.transhealth.ucsf.edu/protocols.

1.5 制定的过程

本《蓝图》的制定过程包括咨商会议、文献回顾、以及专家审读者对初稿的修改。最初的《蓝图》开发会议于2014年10月在泰国曼谷举行。与会者包括跨性别维权者、学者、资助机构及多边机构、执行机构、以及两个区域性的跨性别网络——亚太跨性别网络和太平洋性多元网络。跨性别与会者则来自澳大利亚、中国香港特别行政区、印度、印度尼西亚、马来西亚、尼泊尔、菲律宾、泰国及汤加。

与会者一致认为，本项目的成功仰赖于其保持包容性、为社群所有、以及与“跨性别实用工具”（Trans Implementation Tool, TRANSIT）等其他项目的互补性。后者是一个全球性的跨性别艾滋病及性病项目实践指南。本《蓝图》关注一系列广泛的卫生保健及人权议题，而在地理维度上聚焦亚太地区。

与会者讨论了本区域的需求，并就开发一份蓝图文件之首要性达成共识，该蓝图文件应成为本区域内跨性别健康及人权的全面证据基础。此外，与会者也表现出在本项目之后进一步开发实践工具的坚定决心。这些工具性文件将帮助各地的社群使用本《蓝图》来创造本土化的变革，包括确定各国政府行动的可衡量目标。与会者进一步强调了将本《蓝图》及任何后续工具性文件的全文或重点章节译为本土语言的重要性。

与会者同意对当前资源的最佳利用方式即是开发一份同时覆盖亚洲和太平洋地区的蓝图。与会者进而规划了现有区域性及亚区域性会议之外的咨商会议。这些会议包括联合国开发计划署在尼泊尔举行的南亚会议和美国国际发展署/联合国开发计划署“亚洲同志”（Being LGBT in Asia）项目在曼谷举行的区域对话，两项会议均在2015年2月举行。多位太平洋地区的跨性别者受邀参加了2015年2月的曼谷咨商会。

2015年2月分别在尼泊尔和泰国举行的咨商会议重点讨论了信息的缺失、案例、援引、以及可能的行动。工作坊的参与者还给出了可以提供援引或评论的卫生保健工作者的联系方式。本《蓝图》的作者们曾于2014年12月传阅了报告部分章节的初稿，后又在2015年3月传阅了全文初稿以求反馈。66位个人及组织发回了反馈意见，包括若干在本区域内为跨性别者提供卫生保健服务的医学专家的评审意见。作者们于2015年6月将终稿送至主要合作方，包括世界卫生组织、健康政策项目、美国国际发展署、联合国开发计划署、以及亚太跨性别网络，并获准发布。

1.6 间性人与性别焦虑

本《蓝图》的重点是跨性别者的卫生保健需求。但是，一些间性人可能并不认同指派给ta并以之抚养长大的那个性别，并可能经历性别焦虑。在这一群体中，一些人可能会寻求医疗干预以应对其性别焦虑。世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）中包含一个简短章节，讨论这种情况下该文件对间性人的适用性。

为经历性别焦虑的间性人提供帮助的卫生保健工作者需要明白，这些间性人所成长的医疗背景通常是和没有间性状况者大为不同的。间性人的医疗史可能包括一系列遗传、内分泌及体细胞变异，并可能接受过各种性激素、手术及其他医学治疗。这些干预措施可能造成创伤、性功能和性快感的丧失、不孕不育、以及对性激素的依赖等健康后果。因为以上这些原因，在为间性人提供社会心理学及医学照护时，需要在性别

焦虑之外考虑许多附加因素。

1.7 间性人相关的其他健康议题

2013年12月在马耳他举行的第三届国际间性人论坛曾发表声明，总结间性人所面临的人权问题。该论坛的与会者来自亚洲、澳大利亚和新西兰⁵。

在本区域内，该间性人论坛所提及的一些议题也曾出现在澳大利亚参议院委员会的一份报告中，该报告讨论了对间性人的非自愿或受胁迫的绝育。例如，参议院委员会建议“所有对间性人的医学治疗都应在一定的指导原则下进行，这些指导原则应确保治疗是由一个多学科的团队在人权框架下开展的。这些指导原则应有利于将正常化的治疗延期至当事人完全能够知情同意之时，并追求将主要出于社会心理学原因的对婴儿的手术干预最小化。”

间性人相关的更多健康及人权考量超出了本《蓝图》的论述范围。但是，本《蓝图》的部分材料也可能与间性人相关。尤其是，本《蓝图》记录了国际人权团体如何更多地表达立场，反对将跨性别者强制绝育。与此同时，那些声明也谴责了对间性人的强制绝育（Méndez, 2013）。希望本《蓝图》能够启发亚太地区更多聚焦间性人需求与愿望的研究。

5. 第三届国际间性人论坛公开声明，马耳他，2013年12月1日。见 <https://oii.org.au/24241/public-statement-by-the-third-international-intersex-forum/>

人权

2.1 导言

本章简要梳理对亚太国家具约束力的国际人权准则，及其与跨性别人群相关之应用。本章同时也勾勒出国家人权机构（NHRIs）所进行的努力，它们与跨性别民间团体一道，致力于推广并保护性别少数与性少数群体的权利。

正如艾滋病和法律全球委员会在艾滋病的语境中所指出的那样，要使一种解决办法对跨性别者有效且可持续，那么它就必须处理可达成的最高标准的健康权及其他的人权侵犯等跨性别者所面临的问题（艾滋病和

人人生而自由，在尊严和权利上一律平等...（第一条）

人人有资格享有本宣言所载的一切权利和自由，不分...等任何区别（第二条）

《世界人权宣言》

法律全球委员会，2012）。

2.2 依据国际人权法作出的承诺

1948年联合国大会通过的《世界人权宣言》（UDHR）是国际人权法的基础。它被视作所有人民和所有国家努力实现共同标准。

《世界人权宣言》所主张的多数权利都在《公民及政治权利国际公约》和《经济、社会、文化权利国际公约》中得到了体现。上述二公约的缔约国受到其人权义务之约束。它们包括日常权利，如生命权、隐私权、法律面前人人平等的权利、教育和就业权、以及可达成的最高标准的健康权。《世界人权宣言》和这两个公约一道，被称作《国际人权法典》。

随着时间推移，更多的国际人权条约被订立，它们聚焦不同的议题或人群。在亚太地区，各国签署这些条约的程度有着较大差异。更晚近的条约，例如聚焦妇女儿童权利的条约，在本区域内有着较高程度的缔约率。

2006年11月，一个由人权专家组成的国际小组在印度尼西亚会晤，并订立了《日惹原则——关于将国际人权法应用于性倾向和性别认同相关事务的原则》（国际法学家委员会，2007）⁶。《日惹原则》就如何将现有国际人权准则应用于跨性别者所面临之障碍作出了清晰的建议。

2.3 监督各国对人权义务的履行

签署联合国的公约或条约之后，缔约国就必须定期就其履约情况进行报告。联合国监督各国履约情况的各

6. 《日惹原则》对性别认同的定义是广义的，也包涵了性别表达。

个委员会越来越多地关注跨性别方面的应用，包括儿童和青少年跨性别者。

其他的联合国机制也在增加对跨性别者所受人权侵犯的关注方面扮演着愈发重要的角色。2006年引入的普遍定期审议（UPR）机制要求联合国各成员国回顾各自的完整人权记录，并回应其他国家提出的如何更好履行人权义务之建议。联合国特别报告员也就跨性别权利相关问题撰写了专家报告。这些报告强调，将强制或胁迫的绝育作为性别认同之法律承认的前提，这违反了《禁止酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚公约》（Karsay, 2014）。

在本区域和其他区域，各缔约国并非总能履行向条约机构报告之义务。而那些提交了报告的国家也很少涉及跨性别者的人权问题。普遍定期审议机制已经得到了亚太地区一些性倾向与性别认同（SOGI）活动家的应用，这部分地是因为所有成员国都必须回应其他国家所提出的建议。但是，普遍定期审议机制的有效性依赖于其他国家了解被审议国的跨性别权利状况，并在其建议中着重提出。

迄今，让性别认同或表达相关之人权议题得到关注，要比让性倾向问题得到关注更加困难。本区域内的跨性别维权者及团体需要资源，以便监测对人权的侵犯，并使用国内的、区域的及国际的人权机制将其提出（Karsay, 2014）。

2011年对尼泊尔提出的普遍定期审议综合建议则是一个例外，该建议呼吁全面执行2007和2008年尼泊尔最高法院作出的承认性和性别少数群体公民权之决定。尼泊尔接受了全部这些建议，并最终在2013和2014年开始执行最高法院关于第三性别选项的部分判决⁷。2013年，汤加接受了一项建议，内容是该国检视强化各种措施之可能性，以消除性别认同或性倾向相关之一切歧视性对待⁸。

在一些情况下，来自联合国机制的不断关注是必要的，以便保持压力促使各国政府修正国内法律。在2012年的蒙古之行后，负责极端贫困与人权的特别报告员指出，很高比例的跨性别者和其他的LGBT社群成员生活在贫困之中，原因是难以得到工作或教育机会。特别报告员敦促蒙古政府执行2010年的普遍定期审议建议，应对基于性别认同或性倾向的歧视和攻击行为，保护LGBT权利（Carmona, 2013）。此前一年，联合国禁止酷刑委员会和人权事务委员会均敦促蒙古采取紧急措施，调查并处置基于性别认同或性倾向的仇恨犯罪。但是进展迟缓。2012年，蒙古国家人权委员会首次在其年度报告中纳入了关于LGBT权利的章节。据报道，这一行动在一定程度上影响了议会法律事务常设委员会通过第13号决议，敦促政府执行普遍定期审议及禁止酷刑委员会的建议（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014d）。如3.3.7节所述，反对仇恨犯罪、暴力及歧视的法律保护现今在蒙古已被提上议事日程。

2.4 区域性承诺

2012年，多个东盟国家的人权及LGBT团体未能成功将性别认同、性别表达及性倾向纳入《东盟人权宣言》的反歧视条款。要求国家法律和政策符合《日惹原则》等其他提议也未获成功（公民人权委员会，2012）。

上述提议遭到了部分东盟成员国的反对，其中一些以文化敏感性作为理由。《东盟人权宣言》的终稿受到多国政府及民间社会机构的强烈批评。国际法学家委员会将此《宣言》描述为“具有致命缺陷”，因为它

7. A/HRC/17/5. 相关分析见<http://arc-international.net/global-advocacy/universal-periodic-review/n/nepal>.

8. A/HRC/23/4.

9. 见<http://www.icj.org/icj-condemns-fatally-flawed-asean-human-rights-declaration>.

挑战了人权的普世性，对权利广泛设限，并使其屈从于区域性和国家性的语境⁹。

东盟性倾向、性别认同及表达（SOGIE）党团由众多来自东盟国家的LGBT团体组成，该党团持续呼吁东盟各国承认男女同性恋、双性恋、跨性别、间性人及酷儿（LGBTIQ）权利也是人权¹⁰。这些呼吁在2014年3月举行的东盟民间社会大会/东盟人民论坛上得到了重申¹¹。

联合国亚洲及太平洋经济社会委员会（ESCAP）的成员国通过了两项关于艾滋病的决议¹²。其中的第二项在2011年首次提到，在获取艾滋病预防、治疗、照护及支持的过程中，跨性别者是持续受阻的重点人群之一。2011年6月，联合国大会通过了《关于艾滋病毒/艾滋病问题的政治宣言：加大行动力度，消灭艾滋病毒/艾滋病》¹³。在本区域内，《联合国亚太经社委员会2015路线图》呼吁为加速进展而进行更多区域内合作，以期与包括跨性别者在内的民间社会及重点人群一道，实现这些全球性承诺¹⁴。

2.5 国家人权机构的职责

亚太论坛（APF）是国家人权机构的区域性团体。2010年12月，亚太论坛的法学顾问委员会发布了一项深度研究报告，评估亚太论坛当时17个成员国各自的影响性别少数与性少数群体的国内法律及政策。该报告指出了各国与国际人权准则不符的情况，并提出了多项建议（法学顾问委员会，2010）。这些建议为本区域内的国家人权机构推广并保护跨性别及性少数权利提供了框架。

2013年，亚太论坛发布关于八个国家人权机构处理性倾向与性别认同相关人权问题之能力的区域报告（联合国开发计划署和国际发展法律组织，2013）。这一研究报告聚焦孟加拉国、印度、尼泊尔、巴基斯坦、印度尼西亚、斯里兰卡、菲律宾及东帝汶。报告发现这些南亚和东南亚国家的国家人权机构之行动正在增多，包括以下这些专门为跨性别、hijra和meti社群开展的行动：

- 2012年，尼泊尔国家人权委员会（NHRC）应蓝钻协会（BDS）请求致信尼泊尔选举委员会，指出跨性别者在性别隔离的投票队列中所面临的安全问题，并呼吁为跨性别选民提供安全的环境。尼泊尔国家人权委员会同时决定将其投诉表上的性别选项增加“男”“女”之外的“其他”。蓝钻协会还提名了一位社群代表，作为实习生加入尼泊尔国家人权委员会。
- 2010年，印度尼西亚国家人权委员会Komnas HAM与印尼跨性别沟通论坛（FKWI）合作开展人权培训。培训选出一位跨性别者作为跨性别人权大使。Komnas HAM还成功协助了一位被起诉诈骗罪的跨性别男人，他以男性身份生活并结婚，却仍持有女性身份证件（见3.3.3节的案例研究）。
- 孟加拉国家人权委员会向第16次普遍定期审议提交了一份报告，称“现在是时候确保所有群体受到免于

10. 见<https://aseansogie.wordpress.com/page/2/>。

11. 见http://iglhr.org/sites/iglhr.org/files/acsc_apf_2014_Statment_FINAL.pdf。

12. UNESCAP Resolution 67/9 on Asia-Pacific regional review of the progress achieved in realising the Declaration of Commitment on HIV/AIDS) .

13. United Nations General Assembly (2011) *Political declaration on HIV/AIDS: intensifying our efforts to eliminate HIV/AIDS, June 2011*.

14. ESCAP Roadmap to 2015 (2012) .

15. 普遍定期审议利益相关者报告，第2轮，国家人权委员会，孟加拉国，2012年10月，见http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Session16/BD/NHRC_UPR_BGD_S16_2013_NationalHumanRightsCommission_E.pdf。

本区域内国家人权机构跨性别相关工作之重点

亚太论坛2013年的区域评估指出，跨性别社群本身对国家人权机构的运作机制及其处理性倾向与性别认同相关问题之能力仍然了解不足。评估强调，国家人权机构应该抓住机遇，尤其在以下四个重点方面：

1. 开展机构能力建设，对国家人权机构雇员进行敏感性培训，包括为其创造机会和跨性别者互动
2. 保持和跨性别团体的接触、联络与合作，巩固这些关系，使其不依赖于个人联系或个别领导者
3. 善用其号召力与倡导力，例如，向其他国家机构倡导跨性别权利，尤其是向警方
4. 加强对跨性别社群、更广泛社会及媒体的人权教育

歧视的保护了，包括跨性别者、间性人或性少数者在内。”¹⁵

本区域内其他的国家人权机构也在关注跨性别人权。2006和2007年，新西兰人权委员会进行了跨性别调查，了解卫生保健服务的可及性、歧视以及性别认同的法律承认等状况（新西兰人权委员会，2008）。随后该委员会开展了一项公众教育计划，并指导政府机构执行调查所作出的建议。2009年，澳大利亚人权委员会发布了官方文件之性别承认的最终研究报告（澳大利亚人权委员会，2009）。2015年6月该委员会在全国性倾向与性别认同相关权利磋商会上发表的报告中，性别认同的法律承认也作为建议得到了强调（澳大利亚人权委员会，2015）。其他建议则聚焦卫生保健服务的可及性（包括18岁以下青少年的性激素治疗），以及被拘留的跨性别者的安全与健康问题。

2015年2月，在泰国曼谷举办了由国家人权机构及民间社会团体之代表参加的区域性工作坊。工作坊呼吁为改善亚太地区男女同性恋、双性恋、跨性别和间性人的权利而进行更多努力。这些努力的具体方向则被记录在《行动与支持计划：国家人权机构在亚太地区推广并保护包括健康权在内的性倾向与性别认同相关人权之职责》（亚太论坛，亚太男性性健康联盟，联合国开发计划署，2015）。该《行动与支持计划》在如下方面列出了国家人权机构可以加强其工作的实践步骤：

- 能力建设，包括在机构内设立性倾向与性别认同联络员，并为其制定明确的工作计划
- 研究，包括记录针对男女同性恋、双性恋、跨性别和间性人的歧视与人权侵犯，以及检视现有法律及立法提案与国际准则相悖之处
- 教育、推广与对话，包括那些让男女同性恋、双性恋、跨性别、间性人社群和政府机构、执法机构、司法机构及宗教领袖共同参与的行动
- 监测，尤其是监测男女同性恋、双性恋、跨性别、间性人群体的司法、卫生保健、住房、教育等可及性，以及监督拘留场所
- 倡导，包括倡导国家法律和国际准则相符，以及倡导政府政策和社会态度的转变

参加2015年2月举行的“亚洲同志”项目区域对话大会的一些国家人权机构在会上表达了致力于跨性别人权的决心（联合国开发计划署，2015）。印度尼西亚的Komnas HAM机构表示，他们对警方、执法者及宗教领袖进行了培训，使其意识到《日惹原则》是处理男女同性恋、双性恋、跨性别、间性人议题的平台。菲律宾人权委员会重申了对利用全国反歧视法案来应对男女同性恋、双性恋、跨性别、间性人议题的支持。此外，该委员会还表示将通过（被称作“妇女大宪章”的）妇女平等法来支持一个案件，以澄清跨性别女人是否可以修改其出生证明上的性别。在最高法院判决跨性别者无法修改出生证明上的性别之后，这被视为一种潜在的替代性法律途径。

本区域 跨性别人权的 重点议题

3.1 引言

本《蓝图》中的卫生保健相关信息必须结合本区域内跨性别者的日常生活遭遇来加以理解。对许多人而言，这包括相当程度的暴力、污名、歧视、以及其他的对身体及心理尊严乃至人权的侵犯。

在亚洲及太平洋地区，跨性别者和男男性行为者（MSM）都批评在艾滋病相关项目中占主导地位的生物医学模式，这种模式忽视了问题背后的原因，例如不平等的社会结构、不充分的法律框架、以及暴力（Moala, 2014; Winter, 2012）。

污名和歧视往往意味着跨性别者及其他的性别和性少数群体在社会中有着较高的贫困风险（Elias 和 Lee, 2012; Carmona, 2013）。甚至在一些较为富裕的亚太国家，跨性别者也相对贫困，连那些移居大城市打工的跨性别者亦不例外。获取充足的食物和寻找栖身之所因此成为了许多跨性别者的首要需求。

本《蓝图》写作期间，世界跨性别健康专业协会也在完成一份《性别权利声明》并计划与世界性健康协会（WAS）共同发布。该声明涉及多项人权，包括平等、非歧视、性别表达之自由、以及免于病理化的精神病学诊断之自由。该《性别权利声明》之全文将于近期发布在世界跨性别健康专业协会网站（<http://www.wpath.org/>）及世界性健康协会网站（<http://www.worldsexology.org/>）。

艾滋病和法律全球委员会强调，可达成的最高标准的健康权的实现必须伴以对人权侵犯的关注。该委员会向各国作出了如下建议：

- 修订全国反歧视法律，明确禁止基于性别认同（及性倾向）的歧视
- 确保跨性别者所认同的性别能够在身份证件上得到承认，且无需绝育、手术、激素等医疗干预作为前提
- 废除所有惩处易装的法律¹⁶
- 消除成立跨性别社群组织的法律、法规及行政障碍（艾滋病和法律全球委员会，2012）

本章围绕亚太跨性别网络在其成员间开展咨商所发现的重点人权议题而展开（亚太跨性别网络，2015），也涉及已有的区域性报告所发现的人权问题（世界卫生组织2014a；亚太男性性健康联盟/亚太跨性别网络，2013；Winter, 2012；世界卫生组织，2013a, 2013b；世卫组织西太平洋区域办事处，2012）。主要有以下这些：

- 免于暴力的自由
- 免于污名和歧视的自由
- 可达成的最高标准的健康权
- 性别认同的法律承认及其他进步的法律和政策

本章指出了障碍所在，也提供了如何与跨性别社群合作开发有效策略的案例。这些重点人权议题是相互交叉的。例如，性别认同的法律承认所提供的不仅是法律保护，它对于减少针对跨性别者的暴力和歧视也极为重要，同时还能保障跨性别者的健康、教育、就业及对其他服务的获取。

16. 这些法律通常是禁止易装的法律，但有时也包括禁止模仿女性的规定。

3.2 暴力

本节重点讨论跨性别者所面临之性别暴力的严重程度，包括ta们在拘留场所的脆弱性。本节还指出重要的信息缺失，例如亲密伴侣之间的暴力，尤其是针对跨性别男人。

3.2.1 性别暴力

性别不驯或跨性别身份较为明显的跨性别者在暴力面前可能尤其脆弱，因为ta们挑战了二元的性别规范或是没有遵从刻板的性别角色。因其性别认同或性别表达而施加于跨性别者的暴力是性别暴力之一种（Betron和Gonzalez-Figueroa, 2009）。

性别暴力的定义

在最广泛的意义上，“性别暴力”（gender-based violence）是因为一个人的生理性别、性别认同、或对社会所定义的阳刚和阴柔之规范的遵从与否，而对一个人所施加的暴力。它包括肢体、性和精神的虐待；威胁；胁迫；对自由的任意剥夺；以及经济控制，无论是在公共生活还是在私人生活领域（Khan, 2011）。

性别暴力是对人权的根本侵犯，也是一种主要影响妇女和女童的严重公共卫生问题，但任何违背性或性别规范者也都可能受其影响。据估计每三位妇女中就有一位在一生中遭受性别暴力，而暴力的根源在于男女之间的性别不等和权力不均。这种脆弱性也波及跨性别女人及hijras和metis等第三性别者，ta们因为违背性别规范而被施暴（世界卫生组织，2014a；世界卫生组织，2013a；Tamang, 2003）。

强调阳刚之主流定义的社会规范强迫男人和男童具备某些行为方式，而这些行为方式既是性别暴力的原因又是其结果。这些“男性气质”对于其遵从者和违背者而言都是有害的，同时也是跨性别恐惧和同性恋恐惧的根源。

在本区域内的一些地方，作为女孩被抚养长大的跨性别男孩可能在童年拥有较少的公共空间可及性。在此情况下，他们因为性别不驯而遭受的暴力更有可能是发生在家庭之中，家庭成员即是施暴者。有报道表明，亚洲的跨性别男人有遭受强制婚配和性暴力的风险，包括因其性别认同而遭到强奸。3.2.2节所详述的来自澳大利亚的研究表明，跨性别男人遭受着较高水平的亲密伴侣暴力（Pitts等人，2006）。女同性恋者和其他女人也同样因为不服从出生之时便指派给她们的性别角色而被施暴（国际男女同性恋人权委员会，2010，2014）。

亚洲一些国家的政府已经开始将跨性别者——主要是跨性别女人——纳入应对性别暴力的计划之中。例如，柬埔寨妇女事务部最近将跨性别女人纳入其《预防针对妇女之暴力国家行动计划》草案（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014a）。在印度的马哈拉施特拉邦，妇女儿童政策中包括一个有关跨性别问题的专门章节¹⁷。

17. 见 <http://indianexpress.com/article/cities/mumbai/state-to-begin-drive-to-register-transgender-voters-soon/>

3.2.2 针对跨性别者之暴力的区域数据

在全球范围内，针对跨性别者的谋杀和其他形式暴力的专门数据很少得到官方统计，包括官方的执法机构。很多案件没有得到官方的妥善调查，这些案件的可见度依赖于跨性别组织自己的监测。

这种情况同样存在于亚太地区。此外，还有很多因素可能降低这些暴力被报告给官方机构的可能性。这些因素包括对跨性别者或性别多元者的严重污名；通过禁止易装的法律而对性别认同或表达的刑罪化；反歧视法律保护缺席；以及包括警方在内的国家行动者的不作为或者暴力。

对暴力的制裁往往是有限甚至缺乏的。跨性别者面临多重障碍，包括缺乏持同情态度的律师、缺乏资金、充满敌意的媒体、以及官方的纵容。在很多国家，社群组织没有资源来追踪这些暴力，或为受害者提供支持。尽管如此，所有国家都有人权义务保护个人不受到暴力或身体伤害。这也涉及到卫生保健工作者的职责，他们有充分的条件来记录这些暴力所造成的后果。

3.2.2.1 对跨性别者的谋杀

全球跨性别谋杀监测（TMM）是一项由跨性别者主导的行动，它系统地监测、收集并分析被报道的跨性别谋杀事件。很多此类事件的细节都表现出因其性别认同或表达而对跨性别者产生的高度仇恨。跨性别谋杀监测项目特别指出，来自亚洲的个案拥有较高的暴力水平（Balzer和Hutta，2012）。

跨性别谋杀监测项目承认，这些数据只是全球被谋杀的跨性别者之冰山一角。在多数国家，此类数据并未得到系统收集，也无法估计未被报道之案例的数量。

在2008年1月至2014年12月期间，跨性别谋杀监测项目记录了来自62个国家的 1731起针对跨性别者的谋杀¹⁸。其中包括来自16个亚洲国家和2个太平洋国家的155起案件¹⁹。在亚洲，2008年1月以来谋杀数量最多的国家是印度（48）、菲律宾（35）、巴基斯坦（22）和泰国（14）。

在与各国的总人口数进行比较之时，菲律宾的人均谋杀数量尤其突出²⁰。这部分地是因为跨性别和LGBT机构着力监测这些谋杀事件²¹。2013年，菲律宾人权委员会和LGBT社群签署谅解备忘录，其中表达了对打击基于性别认同或性倾向的谋杀或仇恨犯罪的决心。在跨性别女人Jennifer Laude于2014年10月11日被残忍杀害之后，菲律宾的一些政治人物表达了对跨性别社群的支持，呼吁制定缺席已久的反歧视法案。社群内部也就对仇恨犯罪的严加惩处是否有助于减少针对跨性别女人的谋杀和其他形式暴力展开了争论（Tan，2014）。

18. 2015年5月8日为当年国际不再恐同恐跨日（IDAHOT）所做更新，见http://www.transrespect-transphobia.org/en_US/tvt-project/tmm-results/idahot-2015.htm。

19. 另外，在此期间有两起被记录的谋杀发生在澳大利亚，还有一起谋杀发生在新西兰。

20. 在本区域内，新西兰的人均谋杀数量也较高，这还只是基于仅仅一起被报道的谋杀事件。

21. 监测由 the Philippines LGBT Hate Crime Watch和跨性别组织Society of Transsexual Women of the Philippines (STRAP) 完成。

3.2.2.2 其他形式的暴力

所有形式的肢体、性和情感暴力都为跨性别者制造出一种恐惧的氛围。来自亚洲的研究记录了针对跨性别女人的强奸和肢体虐待，包括从事性工作的跨性别女人（Jenkins, 2006; Khan等人, 2008; FHI 360, 2013）。

而在太平洋地区，一项2011年的社群研究突出了斐济的跨性别女人缺少安全的栖身之所。跨性别女人成为虐待的目标，其中40%都曾被强迫发生过性行为。该研究建议对卫生保健工作者进行跨性别恐惧、同性恋恐惧和性别暴力的相关培训，还建议为跨性别女人提供所需的心理健康和支持服务（Bavinton等人, 2011）。

在孟加拉国，一项2006-2007年间进行的调查显示，28%的hijra和跨性别女人在一年以内遭到过强奸或殴打（孟加拉国健康与家庭福利部, 2009）。在泰国的芭堤雅，89%的跨性别女人都曾因其性别认同和/或行为而遭受暴力（政策研究与发展研究所基金会, 2008）。

类似地，2014年的“亚洲同志”项目多国国别报告也记录了大量针对跨性别女人的性和肢体暴力。以下是一个来自蒙古的例子。

2009年，化名“E”“Kh”和“B”的三位跨性别女孩遭到绑架...并被带至...一个墓园，并在那里遭到严重的肢体和性攻击。她们遭到拷打，被迫口交，其中一个女孩还以袋装石块塞入性器官的方式遭到强奸。因为她们接受了LGBT中心纪录片《自由的谎言》（Lies of Freedom）之采访，她们遭到了死亡威胁，最终E和Kh在LGBT中心的协助下逃离了蒙古²²（LGBT中心, 2012, 由联合国开发计划署引用, 2014d）。

22. E的个人遭遇，包括来自家人、邻居和警方的其他性和肢体暴力，被记录在Transgender ASIA网站，见<http://www.transgenderasia.org/enkhriimaa-story.pdf>

以下的案例描述了暴力和歧视给巴布亚新几内亚的跨性别女人造成的累积性影响。

案例：暴力和歧视在巴布亚新几内亚造成的影响

Sharon Stone 是一个巴布亚新几内亚的palopa（跨性别女人）。她很聪慧，在中学完成了12年级的学业，并且获得了巴布亚新几内亚大学的录取。但是，由于她的身份，其家人不支持她继续学业。时年20岁的Sharon只得流落街头，靠性工作和夜店变装表演为生。

Sharon关心她的家人。当有所收入时，她总会为家里购买足够全家人吃的食物。

一天晚上，在变装表演过后，Sharon打算乘坐计程车回家。她告诉了司机地址，然后就因为工作的疲惫和醉酒而睡着了。她没有意识到司机正把她载往什么地方。直到五个男人把她拖下车，Sharon才清醒过来，但这些人却开始殴打并强奸她。事后他们将她扔在灌木丛中，她遍体鳞伤。

两位女子发现了Sharon并把她送到医院。但是，她觉得因为自己的性别认同，其他病人和医护人员都对她评头论足、另眼相看。于是Sharon从候诊室的椅子上起身离开，没有接受任何治疗就回家了。在家里她自己使用抗生素疗伤。

三个月后，Sharon前往Poro Sapot社区诊所进行艾滋病筛查并呈阳性。得知结果后她抱头痛哭。她不敢告诉家人，于是从家里搬出来，和街头的性工作者住到了一起。Poro Sapot的同伴教育工作者找到Sharon，要她接受抗逆转录病毒治疗（ART）。但她觉得自己“已经受够了”，于是拒绝了治疗，最后因感染肺结核身亡。Sharon死后，没有家属来认领她的遗体。

资料来源：Obert Samba（Elizabeth Taylor），协调人，Poro Sapot诊所。

跨性别儿童和青少年在学校所受欺凌的数据在本《蓝图》3.3.4节有作分析，讨论歧视对受教育权的影响。而这些欺凌和骚扰对心理健康的影响则在3.4.7.1节讨论。

亚太地区跨性别男人所遭受的暴力则缺乏定量研究的数据。一些遭受性暴力的跨性别男人很可能被错误地作为女人计入了数据。对马来西亚、菲律宾、斯里兰卡、巴基斯坦和日本的跨性别男人进行的访谈显示，他们遭受了大量来自家人的暴力和虐待，包括“矫正性强奸”和强制婚配。这些虐待是在私人空间中发生的，往往不被记录在案（国际男女同性恋人权委员会，2014）。

2009年对中国的900位同性恋和双性恋女性所进行的调查显示，她们中近半遭受过来自父母或亲属的暴力和虐待，包括强制送往精神病院（同语，2009）。口耳相传的证据表明，强制送往精神病院也是中国的跨性别男孩及年轻的跨性别男人所面临的重大问题之一。

一项2007年的澳大利亚男女同性恋、双性恋、跨性别和间性人健康调查显示了大量亲密伴侣暴力的存在，尤其是针对跨性别男人。整体上，33%的男女同性恋、双性恋、跨性别和间性人受访者表示现任伴侣曾对其进行虐待。而跨性别男人有着最高的受虐比例，参与调查的34位跨性别男人中有62%表示曾遭受来自伴侣的虐待。具体而言，这些虐待包括肢体攻击和伤害、侮辱、以及孤立。在参与调查的100位跨性别女人当中，36%曾遭受来自亲密伴侣的暴力（Pitts等人，2006）。

有必要对跨性别者——尤其是出生时被指派为女性的跨性别男人和其他性别不驯者——所遭受的性别暴力进行专门研究。

3.2.3 被拘留的跨性别者

关注酷刑问题的联合国特别报告员提醒，跨性别者是监狱内等级制度的底层群体，而和普通人一同被拘留的跨性别女人有遭受肢体和性虐待的风险（联合国人权高专办，2011）。

在本区域内那些将性工作或易装刑罪化，或以有碍公共和禁止流浪为名骚扰跨性别女人的国家，被监禁人口中有较高比例是跨性别女人。以下案例来自一份2014年的报告，它勾勒出上述法律和马来西亚被关押在男监的跨性别女人所受严重暴力之间的关系（人权观察，2014）。

案例：给政策制定者——监狱中的性别暴力

2000年，Nisha Ayub因触犯马来西亚马六甲州的易装法而被判处三个月监禁。在狱中，她被看守要求接受肛门检查，被迫脱光衣服，从一个个牢房门口游行示众，以便其他犯人观看其乳房。

次日早上，Nisha在排队领取早餐时遭到六七个犯人攻击，被迫为其进行口交。Nisha来自一个保守的家庭，这竟然成为她首次性经验。

我被六七个犯人骚扰。他们强迫我为他们口交，就在大庭广众之下...那以后，我听从事了[狱中]一位年长的跨性别女人的建议，为自己找了一个保护人。我遇到一个愿意罩着我的看守，而我必须以性贿赂作为回报。这真不是什么光彩的事情。但我别无选择，我必须保护自己。

资料来源：人权观察，2014。

监禁不应该破坏跨性别者按照自己的性别认同生活的能力。这对于保护跨性别者在狱中的心理健康、福祉及广泛人权而言是必不可少的。在其他区域出现人权申诉之后，拘留场所的风险评估机制已经更加注重对跨性别者的性别认同、个人主权及人身安全的尊重。这些原则被用以决定跨性别者应该被关押在什么地方；是应由男性还是女性警员对其进行搜身；以及适当的监狱着装规定，包括束胸、假体和化妆品的使用（英国移民和边境政策局，2015）。

近年来，包括中国香港特别行政区和新西兰等地在内的民间社会团体利用联合国机制，关注监狱中跨性别者的人权问题（联合国开发计划署，2013；新西兰性倾向、性别认同与间性人普遍定期审议联盟，2014）。

在新西兰，英国政策的一些方面被用于决定跨性别者应关押于男监还是女监²³。本《蓝图》的3.4.8.7节讨论了监狱内的对跨性别持肯定态度的卫生保健服务，包括世界跨性别健康专业协会的指导原则，该原则认为收监或长期住院的跨性别者不应被拒绝获得这些有医学必要的性别肯定治疗（Coleman 等人，2011）。

23. 《惩教署监狱操作手册》，M.03.05跨性别与间性人囚犯。见<http://www.corrections.govt.nz/resources/Prison-Operations-Manual/Movement/M.03-Specified-gender-and-age-movements/M.03-4.html>

3.3 歧视

“跨性别恐惧是一种健康风险。”

J.V.R. Prasada Rao, 2012

联合国秘书长亚太艾滋病特使

资料来源: 亚太男性性健康联盟/亚太跨性别网络, 2013。

3.3.1 简介

和性别多元及性别不驯相关的污名对跨性别者的生活有着重大的负面影响。在亚太地区, “污名-疾病斜坡” (stigma-sickness slope) 模型被用来描述污名如何导致歧视、暴力和虐待, 它们将许多跨性别者推向社会边缘 (Winter, 2012)。这增加了跨性别者身处险境的机会, 降低了ta们的身心健康水平。换言之, 污名导致了社会、经济和法律边缘化的多重影响, 以及健康状况的恶化 (Winter, 2012)。这也包括内化的污名, 即当跨性别者拥有极低的自我价值感之时 (世界卫生组织, 2014a)。

类似地, 少数压力模型 (Minority Stress Model) 描述了污名如何影响少数群体 (Brooks, 1981; Meyer, 2003)。少数群体在一个敌意的环境中体验着持续的压力, 因为他们的行为、价值观、外表和行动都异于处在主导地位的大多数群体。对于跨性别者, 这意味着跨性别恐惧、污名 (包括自我污名)、孤立以及被迫保密很可能造成慢性的压力。这通常对于跨性别者的健康状况有着非常负面的影响 (Coleman等人, 2011)。

污名和歧视往往是基于无知、刻板印象、以及缺少亲自接触。如3.4.2节所述, 将性别多元归类为一种心理疾病的做法也增加了跨性别者所遭受的污名。

希望本《蓝图》将开始填补这些知识空白, 推动跨性别者与其家庭及社区、卫生保健工作者及其职业团体、政府官员及其他愿致力于不平等与歧视问题者之间的对话。

3.3.2 可见度与隐匿度

本区域内生活着一些世界上可见度最高的跨性别者。在泰国, 跨性别女人在娱乐行业及酒店行业的可见度常常被误解为平等的表现。正相反, 她们所得到的接纳是有限的, 也少有使其免于偏见和制度性歧视的保护 (联合国开发计划署和美国国际发展署, 2014e)。

如3.2节所述, 可见度也可能带来更大的脆弱性。本区域内跨性别女人相对较高的可见度并不意味着跨性别同伴支持服务总是存在的。此外, 虽然跨性别女人作为个体或是可见的, 她们更广泛的家庭和社区角色则可能被忽视。在尼泊尔东部的Sunsari区遭遇洪水之后, 据报道跨性别女人没能得到救灾食品, 因为她们不符合对拥有儿童的家庭之传统定义 (Knight和Welton-Mitchell, 2013)。但是跨性别者也可能有自己的孩子, 在扩展家庭中被委以照顾孩童的责任, 或者相互间给予大力支援——例如, 就像在hijra社群中那样。

隐匿度在性别转换之前及之后都影响着跨性别男人。定义或体现男性化的跨性别身份的本土术语或概念的缺乏意味着大多数跨性别男人都是在孤立无援中长大，他们无法表达为何自己与同伴格格不入。这种隐匿度，加上无人可与之分享类似的感受或经历，可能在相当大的程度上影响着一个人发展清晰的自我认同之能力（Devor, 2004）。

家庭和社区可能无法分清多种多样的性与性别身份，有时是因为本土语言将性身份和性别身份混为一谈。例如，在亚太地区的某些地方，用以描述指派性别为女性而性别认同或表达男性化者的词汇，和用以描述被女性所吸引者的词汇是同样的。在此情况下，使用这一本土概念或自我认同为一个女同性恋者，就可能成为一部分跨性别男人转变之旅当中的一步。但是，身份的混淆意味着本区域内很少存在专门关于女同性恋或跨性别男人的信息，以及关于两者截然不同的卫生保健需求的信息。

这种隐匿度是自我延续的。对卫生保健工作者进行性别与性身份多样性的教育，可以帮助他们更好地支持跨性别者并满足其卫生保健需求。在缺乏可见的跨性别男性社群来提供接纳与安全的情况下，不难理解为何很多跨性别男人选择“隐身”而不愿暴露自己转换之前的性别。而如果他们的性别身份（自愿或非自愿地）遭到披露，这就会造成重大的歧视风险。

3.3.3 家庭与社区的接纳

2014年新加坡一项由FTM Asia进行的在线调查发现，52%的受访者认为社会无法接受跨性别者²⁴。

在亚太地区，一位跨性别者的身份并不仅仅基于ta自己是谁，同时还结合了ta在一个扩展家庭或是社区内部的角色。因此，家庭的接纳或拒斥对跨性别者的健康及福祉极为重要。一项2012年对越南胡志明市的街头LGBT儿童进行的研究描述了家庭拒斥的影响，包括缺乏家庭同情或支持而造成的精神压力。那些被迫离开家庭住所的孩子往往更难获得庇护所和卫生保健服务。抑郁和孤独又造成了物质滥用和自残行为的普遍

案例：给政策制定者——对印度尼西亚一位跨性别男人的身份诈骗起诉

2009-2010年间，印度尼西亚人权委员会KomnasHAM对一位被起诉的跨性别男人“HR”提供了支持。HR在2006年接受了性别肯定手术。2009年他和一位叫“DH”的女子结婚。

这对新人在婚前没有得到新娘父母的同意。新娘父母向雅加达警方告发HR，HR遭到逮捕。因为仍持有女性身份证件，HR被关押在女性拘留中心，并以假冒身份、绑架和诈骗罪遭到起诉。

HR和DH向Komnas HAM提出申诉，后者建议将他带离女性拘留中心，并暂停拘留。作为对Komnas HAM建议的回应，HR最终被转移至一个社区诊所单独关押。该案开庭时，Komnas HAM作为法庭之友出席，并倡导国家无权干涉公民的性别。法庭最后确认了HR的男性身份。

资料来源：联合国开发计划署和国际发展法律组织，2013。

24. 由Joe Wong提供的信息，亚太跨性别网络。

（救助儿童会，2012）。

以下案例体现了在亚洲地区，家庭影响及控制如何延续至跨性别者成年之后的生活。

在亚洲地区，仍然能够履行家庭和社区责任的跨性别者更有可能获得家庭的接纳（Winter，2006）。但这或是一种有限的接纳，正如以下太平洋性多元网络在谈及太平洋地区的跨性别者和男男性行为者时所述。

有时候支持是有条件的，必须以ta们担任娱乐业者的能力和意愿、组织慈善活动或志愿参加其他社区活动为前提。这种支持并不承认... ta们自己的需求、愿望和关注，并不尊重ta们完整的人格，而且无视ta们也是一国之内理当被平等对待的完整人类个体（太平洋性多元网络，2009）。

家庭支持的缺席对老年跨性别者尤其具有负面影响，特别是在本区域内的许多地方，家庭是养老的主要场所²⁵。老年跨性别者可能面临较高水平的孤立和贫困。在亚洲地区已经出现一些为老年跨性别者提供支持的社群项目，包括在印度尼西亚为waria设立的老年之家（Henschke，2013）。在印度，也有若干社群团体致力于支持老年跨性别者。例如，Kinnar Maa就在争取政府资金及房屋，以便为老年hijra设立一个静修院²⁶。

宗教在亚太地区的许多国家扮演着重要角色。在本《蓝图》的咨商会议中，跨性别者举出了许多例子，表明宗教传统将ta们排除在男性或女性的信徒之外。同时，跨性别女人在参加宗教活动时往往被要求着男装。亚太地区的跨性别者强调了ta们为做回自己而遭遇的困难，许多针对ta们的肢体、性和心理暴力都以宗教为借口而变得名正言顺。在马来西亚，人权观察报道了政府宗教部门的突袭和教令委员会的宗教法令如何侵犯身体主权，包括对跨性别者（人权观察，2014）。在本区域内的许多地方，跨性别者都强调要开展对宗教领袖的工作，以确保跨性别者免于歧视的普世权利同样得到保护。

3.3.4 教育

歧视和对性别多元的不尊重有损跨性别儿童及青少年的受教育权。用联合国儿童权利委员会的话来说，“儿童不因步入校门而丧失人权”（联合国儿童权利委员会，2001，第8段）。

本节主要讨论针对跨性别及性别不驯学生的欺凌和其他形式的暴力。一个遭受欺凌、虐待或袭击的儿童或青少年拥有权利，不论其施暴者的年龄或事件发生的地点。任何因为发生在学生之间或学校当中，就不对欺凌、虐待和暴力严肃处理的做法，都是对儿童人权的侵犯。

3.3.4.1 小学和中学教育

在越南，据报道85%的跨性别女孩都因袭击和欺凌而辍学并无法完成中学学业（Hoang和Nguyen，2013）。在泰国，一项2012至2013年间进行的研究表明超过半数自我认同为跨性别或受到同性吸引的学生在过去一个月以内遭受过欺凌。因为这些原因而遭受欺凌又和较高比例的旷课、抑郁、无保护的性行为、以及自杀

25. 全球范围内，男女同性恋和双性恋人群的养老需求已经获得了越来越多的关注，尤其是确保入住养老机构者不会被迫重新隐藏自己的性倾向。对跨性别者专门需求的此类关注仍然欠缺，包括隐私问题以及对性别认同和身体多样性的尊重。

26. 见<http://queer-ink.com/kinnar-maa-samajik-sanstha-trust/>, 2015年6月30日读取

企图相关（玛希敦大学、国际培幼会、联合国教科文组织，2014）。

一份2012年的救助儿童会报告指出，尼泊尔的跨性别和男女同性恋及双性恋青少年面临的主要挑战之一是学校或家庭及社区中的恐跨或恐同欺凌造成的心理健康状况不良（Sharma，2012）。澳大利亚一项2014年的研究发现，受访的189位跨性别及性别多元青少年中有三分之二的人曾因其性别展现（gender presentation）或性别不驯而遭受言语攻击，五分之一则遭到过肢体攻击。肢体攻击在学校、街头和公共交通工具上十分常见。近90%遭受肢体攻击的青少年都曾因此而产生过自杀的念头（Smith等人，2014）。

校董会、校长及教师对排斥或惩罚跨性别学生的规范表示支持的时候，也就是在强化充满敌意的校园环境。这包括对同侪欺凌跨性别学生的事件不予追究；询问侵犯学生隐私的问题；轻蔑、冒犯或威胁性的语言或行动。权威人物若不对学生、教师或学校官员的这些行为进行惩处，就是对此予以默许并任其发展（国际男女同性恋、双性恋、跨性别、酷儿青年及学生组织，2012）。

在亚洲，校服和发型的规定有着明确的男女之分。这种严格的性别隔离对于跨性别儿童和青少年以及其他性别不驯者而言是非常严苛的。衣着或行为不同于这些性别规范的学生会遭到例行的惩罚，甚至被剥夺参加考试的权利。

跨性别学生在性别隔离的空间中往往是不安全的，包括学校的厕所。2008年，在调查发现该校的2600名学生中有200名是kathoey或跨性别者之后，泰国的一所中学设立了性别中立厕所，此举引发了全球媒体的广泛报道。泰国其他的kathoey学生则在争取使用女厕的权利（Likhitpreechakul，2008）。

2012年5月，菲律宾教育部发布命令，保护在校儿童不因性别认同或性倾向而遭受暴力、虐待或剥削。但是，对这一命令是否得到有效执行却未进行监督。与此同时，菲律宾的一些学校仍然禁止跨性别或性别不驯的学生入学（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014f）。

针对跨性别学生的暴力和歧视导致了学习成绩不佳、旷课以及辍学。这不利于获取进一步的培训与教育机会，从而对扩大就业机会也有负面影响。

给政策制定者——学校内的骚扰和暴力

“在学校里，就算我只是小孩子，也遇到了很多问题，同学们侮辱我，取笑我，还朝我丢粉笔。老师根本不管他们，老师还不喜欢我表达自己的方式，不喜欢我走路和说话的样子。我只读完了四年级。”

Shella（化名），跨性别女性，柬埔寨（资料来源：联合国开发计划署，2014a）。

“我只是因为表达了自己真实的性别就被朋友们威胁和殴打。时间一长，欺负我就成了他们的习惯，就连老师也做不了什么，也不愿意来管。男生们围成一圈，扒掉我的裤子，‘检查’我的私处，还性骚扰我。”

L.L.，跨性别女人，胡志明市，越南（资料来源：联合国开发计划署，2014h）。

3.3.4.2 学校的进步

本区域内也有进步的案例。在尼泊尔，全国青少年政策包括了跨性别青少年，还有校级课程纳入性倾向与性别认同议题。蓝钻协会为600名教师进行了性倾向与性别认同术语及人权的培训，还开发了教师培训手册。该协会正在呼吁教育部将此培训作为教师入职培训的正式必修内容。

在泰国，关于校内恐跨恐同欺凌的研究成果被用于中学教师的入职培训（玛希敦大学等，2014）。在斐济，性倾向与性别认同社群正与教育部协商，以期实施能够保护性别多元学生的校内反歧视政策。

不丹一位名叫Dechen Selden的跨性别女人在2008年高调“出柜”，当时她因为被强迫在学校穿男装而辍学。在看到对她的电视采访后，教育部表达了对她在学校穿女装的支持。该校也组织了学生和教职员工的会议，强调人们不应歧视，而应接纳。

2014年由日本教育、文化、体育、科学与技术部进行的一项调查检视了该国1370万在全国、公立、私立及特殊教育机构学习的学生。调查发现606名被学校承认的性别多元学生中有60%得到了某种程度的支持，以便以其认同的性别生活（日本教育部，2014）。

参加体育活动对儿童和青少年的自尊心、融入感以及身心健康都大有益处。但是，跨性别青少年却常常被排除在性别隔离的体育团队之外。ta们很少能够以其认同的性别加入体育团队，或是穿着与其性别表达相匹配的制服。在对跨性别者所受歧视进行调查之后，新西兰人权委员会开发了学校该如何支持跨性别学生的材料，包括支持其参加体育活动²⁷。柬埔寨2014年一次LGBT法律大会的与会者起草了一项政策草案准备提交给政府，该草案建议校服政策更具灵活性（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014a）。而在澳大利亚，“性别不是制服”（Gender is Not a Uniform）活动倡导学校制服对性别多元的儿童更具包容性²⁸。

3.3.4.3 高等教育

高等教育的可及性也存在障碍。来自柬埔寨的研究显示，仅有6%的跨性别女孩在中学之后继续求学（相较于其他女孩11.6%和男性23.2%的比例）。接近三分之一（30%）的跨性别女孩表示她们的家人强迫其离开学校或开始工作（Salas和Srom，2013）。

在一些亚洲国家，跨性别学生还被教育项目拒绝录取，原因是ta们在面试时穿着了与其性别认同相匹配的服装。另一些人则因为性别表达而被禁止上课或考试。下面引用一位现为性工作者的跨性别女人的话，她因为性别表达和认同而被一个护士学校开除。

我[护校]的临床主任不让我留长发... 我不想剪短头发，索性就放弃了护理学的学士学位，这样我才能够做我自己...

——跨性别女人，马尼拉，菲律宾（资料来源：世界卫生组织，2013b）。

泰国的一些大学则采取了通融的做法，允许跨性别女人着裙装上课或出席毕业典礼²⁹。但是，这些做法仍然

27. 《常见问答：支持跨性别学生》，见http://www.hrc.co.nz/files/4014/2378/4858/HRC_A_Trans_SupportStudentV3.pdf。

28. 见<http://safeschoolscoalitionvictoria.org.au/ginu/>。

29. 见<http://www.pinknews.co.uk/2015/06/10/top-thai-university-changes-uniform-guidelines-to-accommodate-trans-students/>。

一位因拒穿裙装而被一再禁止参加考试的跨性别男人认为，这是对他自由表达权的侵犯，并抗议成功。这一申诉被泰国国家人权委员会受理。该大学的学生现在可以自主申请每学期考试期间所穿制服的类别。

资料来源：联合国开发计划署，2014g

有赖于决策者的个人意志。而跨性别男人也一直在抗议强迫他们着裙装的要求。

3.3.5 就业与社会保护

在全球范围内，关于跨性别歧视的研究往往会强调就业歧视的普遍存在和严重程度（Hyde等人，2014；Grant等人，2011；新西兰人权委员会，2008；Whittle等人，2007）。当跨性别者因为其性别认同或表达而无法得到工作，或在职场遭受歧视，这可能对其生活的方方面面都造成巨大影响。

在亚洲地区，工作单位在雇佣人员时大多要求公民证件或其他身份证件。这对跨性别者或是一个不可逾越的障碍，ta们也许没有与自己外表相符的身份证件，甚至在一些法律承认性别认同的国家亦是如此。很多跨性别者都被迫披露自己的性别身份，因为ta们学历证书上的名字和性别无法得到更新（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014a）。前后不一的身份增加了遭受歧视的机率，还常被用作拒绝雇佣跨性别者的借口。

国际劳工组织最近一份关于泰国就业歧视的报告显示，“在私营部门，跨性别求职者常被要求接受其他求职者不用接受的心理测试”而后遭到拒绝。已经受雇或处于培训当中的跨性别者也会遭到歧视，例如较少的职业机会、被隔离在刻板印象化的岗位、以及较低的职业稳定性。由于缺乏专门处置就业歧视的机构，跨性别者往往被排挤出主流职业（国际劳工组织，2014）。

最近在中国香港特别行政区进行的一项调查发现，受访的91位跨性别者失业率达到15%。这一失业率是普通大众的四倍还多（Chan，2013，由Winter引用，2014）。由于较高的可见度，跨性别女人常被认为尤其脆弱（联合国开发计划署，美国国际发展署，2014d，2014e）。她们当中的很多人都处于失业或半失业状态，被限于从事很少一部分不被重视或背负污名的工作（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014g，2014h）。甚至在她们得到普遍接纳的社区中，例如在汤加，很多工作也不允许leiti（跨性别女人）留长发或化妆。

成年的跨性别男人在本区域中常常是“隐身”的，即是说他们作为男人生活并避免向任何人披露自己的性别身份。但是在缺乏性别认同的法律承认的情况下，很多跨性别男人往往是不得已而为之，以方便求职或出差旅行。这对于那些在男性统治的单位或行业供职的跨性别男人而言尤其危险。

在印度的马哈拉施特拉邦，妇女政策首次承认了跨性别者和性工作者作为弱势人群的地位，国家因此需要在福利计划及行动中重视这些人的需求。这一政策于2014年3月得到该邦内阁批准。马哈拉施特拉邦是2014

30. 马哈拉施特拉邦政府-政府决议2013/CR 205 (Part 2) /PR 6

虽然有着出众的英语能力和学士学位，“P.H.”在毕业近两年后仍未找到稳定的工作。作为 [越南]一位拥有男性外表的女跨男跨性别者，P.H.在求职时遇到了重重困难，因为未来雇主总是质疑他的性别。虽然拥有男性外表，P.H.却需要在求职时申报女性身份。“他们告诉我：‘我们这里不招女同性恋!’” P.H如是说。

资料来源: 联合国开发计划署, 2014h.

年4月最高法院判决后设立委员会的第一个邦³⁰。

3.3.6 性工作

对于一些人而言，性工作是一种选择；对于另一些人而言，性工作却是污名和歧视之下唯一可行的出路。

“跨性别女孩要就业？没门儿... 我们也有一定的知识，而有资格的人应该得到工作，但是我们却不被接纳，卖身就成了我们唯一的活路。[对我们来说]在蒙古就业是不可能的。”（Lai等人，2013，由联合国开发计划署引用，2014d）

“找工作很困难，”一位越南的跨性别女人说，“我们只能去当性工作者，去帮人化妆，或者在葬礼上唱歌。”（青年之声Youth Voices Count，2013）

从事性工作的跨性别女人遭到越来越多的歧视和暴力。她们因为自己的身份和所从事的工作而面临着双重的污名（人权观察，2014）。来自跨性别谋杀监测项目的数据显示，从2008年1月以来所有职业已知的遇害跨性别及性别多元者当中，有65%的人是性工作者³¹。从事性工作的跨性别女人可能面临多种形式的刑罪化。她们可能因为禁止性工作、禁止“易装”、禁止同性恋等的法律而遭到制裁，尽管她们是作为女人和男人发生性关系的。而她们往往没有法律途径来保护自己免于恐吓及暴力。刑罪化同时也阻碍了安全套的使用，因为它们可能被作为性工作的罪证（Poteat等人，2014）。跨性别性工作者可能被排斥在妓院之外，而只能依赖街头的性交易。这可能导致她们在警方、宗教势力及公众的暴力面前更加难以藏身和易被伤害。

在性工作非法的国家，跨性别性工作者受到双重的污名化与刑罪化。遭受着严重恐吓与暴力的她们，几乎不可能寻求法律的保护（Poteat等人，2014）。

一份2015年关于新加坡跨性别性工作者所受虐待的报告显示，刑罪化导致了卫生保健、就业、安全以及财务上的持续困难（Project X等，2015）。刑罪化还剥夺了跨性别性工作者可能从持牌妓院那里获得的保护。此外，跨性别性工作者面临着警方的虐待，包括嘲弄、逮捕过程中过度使用武力、以及至少一例记录在案的强奸。由于在新加坡不接受生殖器手术就无法更改身份证件上的性别，很多跨性别者也面临被更加严苛的鸡奸法起诉的危险。

新加坡的这份报告指出，无照的移民劳工跨性别性工作者在敲诈面前尤其脆弱，因为她们一旦被捕就会遭到遣返。通常，她们也不愿接受艾滋病和其他性病的检测，因为多数诊所都不是匿名进行检测，而是要求

31. 2015年5月8日为当年国际不再恐同跨日（IDAHOT）所做更新，见http://www.transrespect-transphobia.org/en_US/tvt-project/tmm-results/idahot-2015.htm

给政策制定者——刑罪化在新加坡造成的影响

一位跨性别女人回忆了一起她原本打算向警方报案的事件：

“那个男人开着一辆车，我坐进去，车开走了，这时候他说自己是警察。他说要起诉我拉客。我问道：‘你要是警察的话，怎么会就你一个人？’他讲只要我帮他口交，他就放我走。”

该男子拿出一把扳手威胁她，强迫她为其口交，然后洗劫钱财扬长而去。当她试图向警方报案时，她提供了该男子的车牌号码，但未透露他是一个客户，警方表示也要听取该男子对事件的描述，再说她是自愿进入该男子车内的。

她回忆说，“我好害怕他会胡说八道，而且说我在拉客，那样我就会被罚款。”结果，她只得撤销了报案。

资料来源：Project X等，2015。

当事人出示身份证件或护照号码。

中国和蒙古对卖淫的严厉刑罪化也让那里的跨性别性工作者易于遭到歧视、暴力和艾滋病毒的传播（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014a，2014d；Peitzmeier等人，2014）。

有证据显示，相较于顺性别的女性性工作者，跨性别及男男性工作者更易遭受暴力，并成为打击性工作的执法行动的目标。2009年一份分析柬埔寨人口贩卖和性剥削相关法律的报告批评了其对于跨性别娱乐业从业者的突出负面影响³²。报告发现在2007至2008年间，对跨性别女人及男男娱乐业从业者的逮捕增加了三倍。而同一时期内被逮捕的顺性别女性娱乐业从业者则显著下降。超过半数（55%）被逮捕的跨性别女人及男男性行为者都用金钱或贵重物品换取警方的释放。而同样情况的顺性别女性娱乐业从业者比例只有34%（CACHA等，2009）。一项对金边性产业中跨性别女人的基础研究也发现了高水平的暴力和虐待，尤其是来自警方（Davis等人，2014）。

在太平洋地区，一项2012年对斐济包括112位跨性别女人（38%）在内的298位性工作者的调查并未发现她们是受胁迫或强迫才从事性工作的证据。但是，在先前的12个月内，跨性别性工作者相较于其他女性性工作者却明显更容易遭到客户的强奸，遭到公众的言语或肢体攻击，遭到官方人士（通常是警察）的敲诈勒索，或者遭遇客户拒不付款的情况（Mossman等人，2014）。

有口耳相传的证据表明亚洲地区也有跨性别男人从事性工作，但是缺乏相关研究。美国的一项研究则发现，在2006至2009年间前往（治疗性病的）旧金山城市门诊的69位跨性别男人中有近四分之一（23.6%）都以性换取过毒品或金钱，而223位跨性别女人中这一情况的比例则是56%（Stephens等人，2011）。

3.3.7 反歧视的法律

亚太地区几乎没有法律禁止基于性别认同或性别表达的歧视。法律保护的缺失让跨性别者易于遭受敲诈及暴力，尤其是那些生活在法律边缘的性工作者。如3.3.4和3.3.5节所述，教育和就业领域的歧视非常普遍。跨性别女人还常常在公共空间中遭到孤立和禁足（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014a）。因此

32. “娱乐业从业者”指的是那些从事按摩、陪酒、卖唱等工作并偶尔或经常卖性的人。

2013/14年间举行的“亚洲同志”项目多个国别咨商会都强调反歧视立法的重要性，也就不足为奇。近年来，菲律宾、马来西亚、萨摩亚和巴布亚新几内亚都拒绝或忽略了禁止性别认同歧视的普遍定期审议建议。但是，菲律宾民间社会团体的努力却在地方层级上获得了成功。2012年，宿雾彩虹联盟成功推动了《宿雾市反歧视条例》的订立，该条例禁止基于性别认同或性倾向的歧视（也禁止其他一些边缘人群所遭受的歧视）。随后，更多的地方条例在菲律宾得到通过。截至2015年2月在泰国曼谷举行“亚洲同志”项目区域对话大会之时，菲律宾人权委员会重申了其通过全国反歧视法案来应对男女同性恋、双性恋、跨性别和间性人议题的支持（联合国开发计划署，2015）。

印度2014年的《跨性别者权利法案》提案若能获得成功，也将是该国的一项巨大进步。

案例：印度的《跨性别者权利法案》

在印度，《2014跨性别者权利法案》于2015年4月24日抵达了一个重要的里程碑。这一私法提案在Rajya Sabha（联邦院）获得了一致通过。若能通过立法程序的余下阶段，该法案将为印度的跨性别者提供全面的人权保护。

该法案将同时适用于跨性别男人和跨性别女人，还适用于hijra等传统文化身份。该法案包括了诸如跨性别儿童的平等教育权，反歧视条款，就业、社会保障及卫生保健特别措施等内容。据报道，卫生保健方面的措施有专门的艾滋病诊所以及免费的“性别重建手术”等。该法案预设的执行机制包括了全国和各邦的跨性别委员会。

这一私法提案要成为法律还需克服诸多障碍。它需要得到Lok Sabha（人民院）的通过，而人民院可能会对其进行大幅修改。最后一步则是获得总统的同意。

资料来源：<http://orinam.net/resources-for/law-and-enforcement/rights-of-transgender-persons-bill-2014/>.

在一些国家，尚不清楚反对性别歧视的保护措施是否适用于跨性别者。若不对权利进行清晰界定、广泛宣传和切实执行，这些保护措施将很难凑效。

另一些国家则进展缓慢。在尼泊尔，2007年的最高法院判决就已经呼吁订立反歧视法。最高法院又在2008年重申平等的权利、认同和表达必须得到保障，不论出生时的性别。更大范围内的政治紧张意味着新宪法仍待创立，包括这些反歧视的保护措施（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014e）。2015年4月发生的严重地震可能导致进一步的推迟³³。

2013年，中国接受了普遍定期审议关于禁止基于性别认同和性倾向的歧视之建议，中国政府表示此类保护措施已经存在。

在蒙古，对刑法的修订案于2014年4月提交议会。该修订案将首次为LGBT人群提供法律保护，使其免于仇恨犯罪、暴力及歧视。来自蒙古和孟加拉国的政治家在2015年2月于曼谷举行的“亚洲同志”项目区域对话

33. 不过，最高法院判决后，维权者们的诉讼策略获得了另一方面的成功，尼泊尔将全面修订所有官方证件上的性别分类。对此3.5节“性别认同的法律承认”有详细介绍。

大会上表达了如下决心。

“作为对大会的回应，我打算提案订立LGBT平等和反歧视法律。我曾与LGBT社群的代表进行讨论。我也很期待教育影响其他的蒙古议会议员。我们忽视这些议题已经太长时间了。”

—— 议会议员，蒙古

“我问其他的议会议员：‘你们当中有多少人造访过性工作者和跨性别者生活的社区？我们必须去靠近ta们，去理解ta们的痛苦和辛酸，这样我们才能有根有据地为了ta们而斗争...’ 我已经在政治进程中提出了hijra和第三性别权利的重要问题，回国之后我还会尝试提出一个反歧视的法案。”

—— 议会议员，孟加拉国

资料来源：联合国开发计划署，2015。

在太平洋地区，仅有斐济为跨性别者提供反歧视保护。而在2012年的普遍定期审议中，汤加接受了一项相对委婉的建议，“检视加强措施的可能性，以便消除基于性别认同或性倾向的歧视性对待”。

有必要进行持续的跟进，以确保这些建议和提案在本区域内得到落实。

3.3.8 其他法律及政策

本节举例说明其他的法律和政策如何可能对跨性别者的生活造成突出的负面影响，例如兵役、易装、公害和流浪等法律。本节末尾讨论性别中立的法律所带来的机遇。

3.3.8.1 兵役

泰国、新加坡和韩国要求所有男性服兵役。在泰国，接受过任何女性化手术的跨性别女人可以免服兵役。直到2011年，免役证书上给出的免役原因乃是该跨性别者患有“永久性的精神障碍”。泰国国家人权委员会及社群机构要求军方撤销这一污名化的标签。2011年9月，在法院判决后，国防部将措辞改为“性别认同障碍”。亚太跨性别网络和泰国跨性别联盟正在为跨性别者开发最新版本的标准手册，指导如何基于人权准则来处理兵役问题。此举受到了社群的欢迎。但是，由于身份证件上的性别无法修改，泰国的跨性别者很难就业（国际劳工组织，2014）。

在韩国，所有年满19岁的男性都要服兵役。在一起尚未宣判的案件中，一位跨性别女人受到了逃避兵役的调查，因为迫于家庭压力她目前正作为男人生活。在这种大环境下，仅有性别认同障碍的诊断而未接受手术的跨性别者往往不能得到免服兵役的保证。因此，对兵役的恐惧让一些跨性别女人早早进行睾丸摘除手术，以求免役³⁴。

新加坡则要求所有年满18岁的男性服兵役。仍持男性身份证件的跨性别女人被归类为302类别，这一代码被

34. 与Seung-hyun Lee的私人交谈，2014年9月5日。

用于“同性恋者、易装者、恋童者等”。和恋童者归为一类对同性恋者和跨性别者都是一种污名化。在此情况下，跨性别者将被要求接受仔细的精神病学评估。若当事人不满21岁，其家长还将被约谈³⁵。

在新加坡，年龄在40岁以下的跨性别男人一旦将身份证件上的性别改为男性就会收到兵役通知。他们将被要求和其他应征入伍者一起接受标准的医学和心理检查。口耳相传的证据显示，一旦得知跨性别男人的身份，医官就会提出免役的建议。而在亚洲的其他国家，跨性别男人通常被排除在兵役之外，因为他们不被视作男性³⁶。

3.3.8.2 模仿女性或易装的相关法律

在许多太平洋国家，殖民统治曾引入“易装”的相关法律，以禁止任何人采用与其生理性别“相反的”衣着打扮。严格的欧洲式的性别角色和男女之分由此被强加给太平洋地区的各个文化（太平洋性多元网络，2009）。

最近，禁止易装或模仿女性的法律在亚太地区遭到了挑战。2013年3月，萨摩亚废除了《刑事条例法案》的第58N款。2014年11月7日，马来西亚上诉法院宣布，森美兰州《回教刑事法规》的第66款违宪。该条款将穆斯林跨性别女人穿女装或作女性打扮视为非法，还将处以罚款和至多六个月的监禁。2015年2月，联邦法院允许州政府就此判决提出上诉。上诉仅限于讨论第66款是否与联邦宪法相悖。联邦法院将不采纳州政府关于上诉法院是否对回教法规有管辖权的置疑。

3.3.8.3 公共罪行

在亚洲的许多地方，包括泰国、新加坡、印度尼西亚、柬埔寨、尼泊尔、马来西亚和菲律宾，公害和流浪相关的法律被用来任意骚扰跨性别女人。在一些国家，包括马来西亚和印度尼西亚，专门的宗教警察可以依循这些法律来逮捕跨性别者（人权观察，2014）。过去，跨性别女人曾因夜间在街头行走而遭到逮捕，理由是违反了菲律宾刑法的禁止流浪之条款。该条款已于2012年废除。另外一项“公共丑闻”条款则被用于起诉一些在某公墓举办即兴选美比赛的跨性别女人（Balzer和Hutta，2012）。

在柬埔寨，“2011村庄和公社安全政策”（VCSP）常被用作逮捕和骚扰跨性别者及性工作者的借口。这一安全和公共秩序政策要求地方政府消除村庄当中一切形式的犯罪，特别是吸毒、卖淫和家庭暴力等非法行径。但是，柬埔寨人权中心宣称，该政策被用于控制民众，先发制人地围捕包括公园内的跨性别者和同性恋、双性恋者，以及任何警方怀疑是性工作者的人。遭到逮捕的跨性别者通常被索要金钱或贵重物品以换取释放。骚扰和敲诈引起了高度关注，因为该政策并非正式的立法，而是内政部的行政命令，执法者及公众均未得到该如何恰当执行该命令的指导（柬埔寨人权中心，2012；联合国开发计划署，2014a）。

在尼泊尔，一般性的法律如《公共犯罪法》（1970）被用于骚扰metis和同性恋、双性恋者。2013年2月，人权观察报道，四位跨性别女人在这一“措辞模糊却可能导致长达25天拘留和300美元罚款的法律”之下遭到了逮捕。之前的两个月，蓝钻协会据说也记录了数十起对跨性别者及同性恋、双性恋者的逮捕，这些人总共缴纳了近6500美元以求保释。而对警方的投诉却无一得到调查（人权观察，2013；联合国开发计划署，2014e）。

3.3.9 性别中立的包容性法律

35. 这种做法将对跨性别者就业造成影响，因为ta们得到了较低的医学评级，并接受替代性的基础军事训练。完训之后，ta们将被部署在没有安全风险的岗位和不具敏感性的单位，而授予ta们的安全评级也限制其接触保密文件。

36. 跨性别者在新西兰和澳大利亚都可以参军

案例：给政策制定者——姐妹正义，马来西亚

姐妹正义（Justice for Sisters, JFS）是马来西亚一个由跨性别者领导的倡导志愿者组织。它成立于2010年，致力于调查森美兰州芙蓉市的宗教当局对跨性别社群的迫害。

一开始，很多人都不明白“姐妹正义”到底是一个什么组织。在很多跨性别社群内，当你使用英文名称或一些高大上的说法时，你就会造成这种障碍。所以你需要融入当地... 我也会说当地的方言。语言给了我们一种归属感和所有权... 对我们来说这也是一种安全措施。

姐妹正义通过芙蓉市高等法院的一个案子，挑战森美兰州伊斯兰教法第66条的合宪性，该条款将易装刑罪化。跨性别女人一再遭到逮捕，有时一人被捕四五次。她们都被法庭判刑并被投入男监。

当你一再认罪，你有案底，你是累犯，你无从自保... 寻求正义的通道被完全堵死了，没有自我接纳，无法有尊严地生活——这么多的权利都遭到侵犯。

姐妹正义开发了一种卡片，上面印有被逮捕时跨性别女人所拥有的权利，以此减轻她们认罪的压力。

她们当中的大多数人最后都认罪了，因为... 她们以为自己的认同是错误的... 她们大部分都希望案子能够尽快结束，而要尽快结案就只能认罪... 那么多的案件当中法官都不是中立的。法官应该评判的是案件，而不能评判我们是谁。

最终在2014年11月，姐妹正义赢得了该案。判决之后，对易装者的逮捕却仍在持续，因为警方仍在民事层面上执行伊斯兰教法。姐妹正义为社群举办工作坊，宣传性倾向和性别认同的相关权利。该组织还进行了在线和离线调查，了解社群成员遭受的虐待及其他问题。

这起诉讼还产生了其他的积极效果。该案在马来西亚国内引起了对跨性别议题的广泛关注。媒体（包括英文和中文的主流媒体）现在都采用“跨性别者”等恰当的语言。社群团体和各国使馆公开表达支持。姐妹正义随后受邀前往大学介绍性别知识。一些大学制定了对跨性别者友善的政策，例如性别中立的厕所。越来越多的跨性别女人和跨性别男人变得活跃起来，姐妹正义的脸书群组现在已有3000至4000位成员。

资料来源：对Nisha Ayub的采访。

本案例的部分内容来自以下的马来西亚媒体采访，见<http://www.themalaymailonline.com/malaysia/article/10-things-about-justice-for-sisters-defenders-of-transgenders#sthash.qp1r0Q0T.dpuf>。

和上述法律的负面影响正相反，性别中立的法律可将法律的保护延伸至跨性别人群，并且在性别专门的法律对其适用性尚不明确之时，消除跨性别者面临的障碍。

在泰国，政府和LGBT社群领袖于2013年开展合作，起草了一份同性伴侣民事结合的法案。但该法案在进入议会委员会讨论后遭遇搁浅，部分地是因为“同性婚姻”一说可能将跨性别者的婚姻权排除在外。“亚洲同志”项目泰国全国对话的与会者建议修订《民商法》，使其语言性别中立化，以便为所有泰国公民提供法律面前的平等保护与机会（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014g）。这也是新西兰在2013年修订《婚姻法》时所使用的策略。这些修订澄清了婚姻存在于两个人之间，与双方的性别、性倾向或性别认同

37. 《2013婚姻法（婚姻之定义）修正案》。该修正案同时废除了《1995出生、死亡、婚姻和关系登记法案》的第30（2）款，该条款明文规定已婚者不得修改其出生证明上的性别。

无关³⁷。

在亚洲，跨性别者就强奸等形式的性暴力提出申诉的能力受到限制，因为法律狭隘地定义强奸只可能由男性加诸女性，或者法律对相关身体部位的详细规定没有将跨性别者的身体包容其中。这意味着很多针对跨性别者的性侵犯不受法律制裁（青年之声，2013）。例如在尼泊尔，对跨性别女人或第三性别认同者的性侵犯不被定义为强奸，并只作为轻罪处理（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014e）。而在中国香港特别行政区，强奸相关的法律保护那些接受过生殖器手术的跨性别女人和那些未经生殖器手术的跨性别男人。

在那些跨性别者无法修改其法定性别身份的国家，例如越南，保护女性不受男性暴力侵犯的法律无法为跨性别女人提供保护。性别中立的性暴力法律将澄清跨性别者也有权受到保护，无论ta们自己的法定性别或其施暴者的性别如何。这样的法律还将为受到同性伴侣侵犯的人提供保护。2007年，泰国对强奸定义的修正案将法律的保护延伸至跨性别和同性恋、双性恋者（Sanders，2011，由联合国开发计划署引用，2014g）。

3.4 健康权

跨性别者和其他人一样，有权获得可达成的最高标准的卫生保健服务。多项国际公约规定了这些义务，其中最重要的是《经济、社会、文化权利国际公约》（ICESCR）。这些义务同样也反映在《消除对妇女一切形式歧视公约》（CEDAW）及《儿童权利公约》（CRC）当中，本区域内的许多国家都是这些公约的缔约国。广为接受的履约评估框架强调，卫生保健系统及服务应是存在的、可及的、可接受的和有质量的（经社文权利委员会，2000），同时应确保对尊严、平等、非歧视、问责制及参与性等原则的尊重与服从。在本区域内，上述各项均存严重不足。

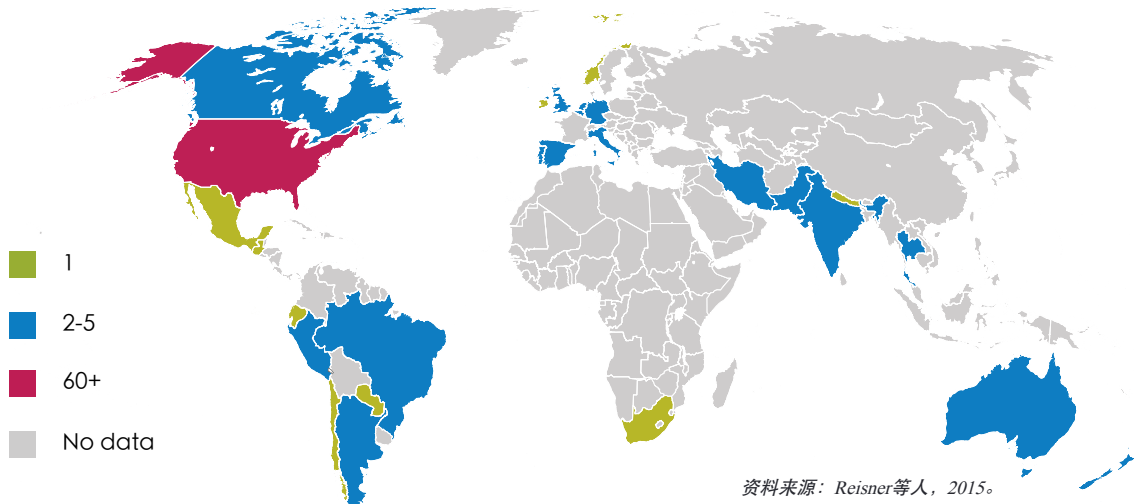
3.4.1 简介及主要知识缺失

本节归纳了亚太地区跨性别卫生保健成果的极为有限的信息。最近进行的一项对跨性别健康研究的系统整理发现，在太平洋地区不存在此类研究，在亚洲地区此类研究也十分稀少（Reisner等人，2015）。而在美国以外的世界其他地区，此类研究就算存在，其数量也不超过2至5个，详情见图表 3.1。

图表 3.1: 全球跨性别健康研究分布图

(n = 2008-2014年间共116项定量研究)

近年来，出现了一些关于跨性别健康的重要报告，主要都是关于亚洲的跨性别女人（Winter，2012；世界卫



生组织，2013a，2013b）。太平洋地区跨性别者的相关信息则很少，若有也只是关于跨性别女人（世界卫生组织，2013b）。而且太平洋地区的少量数据几乎均来自一个亚区域，即美拉尼西亚，波利尼西亚和密克罗尼西亚的数据则告阙如。

很多关于跨性别女人的数据是从最初对男男性行为者的艾滋病和性病研究中抽取出来的。这对于受测健康指标的类型和所涉及的国家及人群都有重大影响。本区域内的很多国家都不合时宜地将跨性别女人合并到男男性行为者的类别里。这不仅抹除了跨性别女人的身份认同，同时还导致了对她们受艾滋病影响程度的低估。最近一次世界卫生组织和联合国艾滋病规划署合作举行的双区域大会呼吁，成员国家应在类别设定和数据收集上将跨性别人口区别于男男性行为者（世卫组织西太平洋区域办事处和联合国艾滋病规划署，2015）。这也反映了世卫组织对重点人群进行分类监测之重要性的建议（世界卫生组织2014a；世界卫生组织2015e）。

类似地，未能对性工作者进行分类监测也抹除了同时作为性工作者的跨性别女人常年遭受的污名和排斥，此外还令社群发展项目所带来的社群内对艾滋病的更多认识等积极成果也难以显现出来。作为性工作者的跨性别男人则完全不被看见。

在整个亚太地区，缺乏和跨性别男人相关的定量研究，尽管在社群内大家认为，跨性别男人的数量和出现跨性别男人社群的亚洲国家之数量都在迅速增长。而在太平洋地区，跨性别男人的身份认同直到最近才开始出现。

大多数跨性别相关数据都来自都市地区的样本，并且集中在某些年龄阶段。而小城镇和乡村地区的跨性别者可能更难获得卫生保健服务及同伴支持。

现有数据基本都只关于成年跨性别人口，而跨性别青少年的可见度正在提高，ta们在家庭、学校及职场中都非常容易遭受污名与歧视。

3.4.2 去精神病化：性别多元并非心理疾病

在包括亚太地区的全球范围内，跨性别者在卫生保健工作者的支持下，正在积极倡导跨性别卫生保健需求不再被心理健康诊断所定义。这一过程也被称作“去精神病化”。

2010年5月，世界跨性别健康专业协会理事会发表了《敦促世界范围内对性别多元去精神病化》的声明（世界跨性别健康专业协会理事会，2010）。

对性别个性的表达，包括那些不是刻板印象化地与指派性别相联系的性别认同，乃是一种普遍存在且具有文化多样性的人类现象，它不应该在本质上被认定为是病态的或者负面的。对性别个性及认同的精神病化可能强化或催生污名，使偏见和歧视更易发生，使跨性别者和变性者更易遭受社会及法律的边缘化和排斥，并为身心健康增加风险。世界跨性别健康专业协会敦促政府和医学专业机构反省其政策与实践，以便消除对性别多元人群的污名。

在本区域内，菲律宾精神病学协会于2011年表达了对“消除精神疾病之污名全球动议”的支持，而这种污名长期以来都困扰着跨性别及同性恋、双性恋人群（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014f）。

世界卫生组织负责制定《疾病及健康问题国际分类》（ICD）。《精神障碍诊断与统计手册》（DSM）则由美国精神病学会发布。这两份文件都被全球各国的公立卫生保健系统用以分类及资助卫生保健服务。

跨性别者实现医学转换所需的卫生保健服务在上述两份文件中均被分类为心理健康诊断。直到最近，两份文件所用概念均为“性别认同障碍”（gender identity disorder）。2013年，《精神障碍诊断与统计手册》（DSM）换回了一个更老的说法“性别焦虑”（gender dysphoria）。这被广泛视为一个积极的举措。性别认同障碍被普遍认为是跨性别认同的一种负面标签，而性别焦虑则重点关注一部分跨性别者由于身体和性别认同不符而感到的痛苦。它描述了（可能由激素或手术而达成的）个人与身体之关系改变后就会消失的一种心理困扰。可以说，《精神障碍诊断与统计手册》对“性别焦虑”这一概念的使用提供了一种路径，以便在不强加“性别认同障碍”等永久性标签的情况下提供卫生保健服务³⁸。

世界卫生组织则在修订《疾病及健康问题国际分类》（ICD），目前已经修订到第10版（ICD-10）。由于该《分类》涵盖了所有的健康问题，它为将跨性别健康分类置于精神障碍的类别之外提供了机会。目前的建议包括将“性别认同障碍”（ICD-10将其分类为一种精神障碍）在ICD-11中替换为“青春期及成年期的性别不一致”（Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood, GIAA）。这一分类也将移至新启的“性健康相关状况”一章（ICD-11测试版草案）³⁹。如果该草案被采纳，跨性别卫生保健服务的获取就无需再被贴上精神障碍的标签。

2013年，一个由跨性别平等全球行动（GATE）召集的民间社会专家工作组强烈支持将性别认同从《疾病及健康问题国际分类》（ICD）的“精神与行为障碍”一章中移除，并称新草案提出的“青春期及成年期的性别不一致”概念亦须进一步斟酌。该专家工作组所提批评着重反对“童年期的性别不一致”（Gender Incongruence of Childhood, GIC）这一概念。工作组提出了一份详细的替代方案，以便在不对性别多元加以病理化的前提下处理性别多元之儿童所遇到的问题（跨性别平等全球行动，2013）。

世界跨性别健康专业协会召集了一个工作组并发布了一份关于该ICD草案的政策简报。它还在其成员当中开展了关于“童年期的性别不一致”这一概念的意见调查。

本《蓝图》在2015年即将定稿之时，有迹象表明世界卫生大会将在2017/2018年间提交ICD-11草案以求批准。

3.4.3 普通卫生保健服务

和其他人群一样，跨性别者也需要从卫生保健系统的所有层级（基础、中级和高等）获取普通的卫生保健服务。卫生保健工作者可以成为跨性别健康的得力倡导者。不幸的是，他们当中的许多人却因为不熟悉跨性别者的生活遭遇以及缺乏背景培训和背景知识，从而无法对跨性别者的普通卫生保健需求作出恰当的回应。本《蓝图》的目标之一便是弥补这些知识缺失。

很多跨性别者在寻求普通卫生保健服务时都曾遭拒绝，或者因为性别认同或表达而被另眼相看。跨性别者

38. 对于另一些人，通过《精神障碍诊断与统计手册》的诊断来获取跨性别卫生保健服务的做法在本质上仍是有问题的，因为该《手册》是一份精神障碍手册。

39. 见<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>.

经常被不恰当地使用“它”的人称代词，跨性别女人被视同男人，或者跨性别男人被当作女人。

“我没办法涂着口红化着妆，就这么花枝招展地去看病。医护人员会炸开锅的。不仅医护人员歧视我们，其他的病人也一样。”

——跨性别女人，巴布亚新几内亚

如前所述，在本区域内的许多地方，跨性别者不受法律保护使之免于歧视，或者还被另一些法律所刑事化。医疗记录往往会暴露一位跨性别者出生时被指派的性别，从而使其面临潜在的来自卫生保健工作者的评判与歧视。这包括拒不提供服务，或不予分配到恰当的性别隔离的病房当中（Salas和Sromn, 2013；联合国开发计划署，2014g, 2014h；世界卫生组织，2014b）。

此外，对于许多跨性别者而言，向医生、诊所或医院寻求卫生保健方面的支持并非易事。看诊可能涉及的体检会使患病所致的脆弱感更为强烈。对于许多跨性别者，将自己的身体展示给卫生保健工作者可能会激发不适和焦虑，因为他们的身体与其性别认同不相匹配。这一问题在医护人员的评论或措辞忽略了病人的自我感受之时会变得尤其严重。结果就是，许多跨性别者往往都避免求医问药，或者忽略自身的卫生保健需求。4.1.1节是给卫生保健工作者的指南，以便妥善处理这类非常重要的与跨性别者的基本互动。

在以下案例中，一位泰国的跨性别女人描述了前往公立医院就诊的经历如何让她不再愿意寻求必要的卫生保健服务。

“我生病了，发高烧到40度，已经到了需要住院的程度。我告诉医生我做过性别重建手术，所以请把我分配到女病房。他说他只是代班医生，没有权限做这样的决定。护士也说那不可能，因为我仍然使用的是男性的名字。我只能用力抓住门框，这样他们就没办法把我推到男病房里面去了...”

那次生病之后，我的身体一直不太好，但是我再也不想去医院了。除非我真是病得受不了了，否则我是不会去的... 每次都会出现使用洗手间的问题，还有为我提供哪种便盆的问题... 因为没有一个是对待像我这样的跨性别病人的临床标准，这些事情每次都让我心力交瘁。

有一次，一个护士问我，为何总是等到病症非常严重以后才来求医，我告诉护士说，这是因为每次上医院我都被弄得很尴尬。我也觉得自己给照顾我的医护人员添了麻烦，因为他们不得不处理像我这样的病人。”

资料来源：Boonprasert, 2011，由联合国开发计划署引用，2014g。

亚太地区的跨性别女人还报告了来自卫生保健机构的更多歧视，因为她们是、或者被怀疑是性工作者或艾滋病感染者（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014e）。而本区域内缺乏关于HIV阳性或从事性工作的跨性别男人的研究。

保留了内部生殖器官且未使用性激素或其他避孕药物的跨性别男人可能仍会出现月经周期直至停经。这会给一些具有男性认同者造成严重的身体焦虑。尼泊尔的跨性别男人描述了他们在药房和零售商店购买卫生巾的困难（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014e）。卫生保健工作者却又拒绝为跨性别男人开具可以帮助停止月经的药物。

本《蓝图》的下一节关注一些专门的健康问题，在这些问题上有充分的数据可以进行本区域内的跨性别健

康综述。由于几乎所有信息均来自艾滋病研究，这一综述将重点讨论亚太地区跨性别女人的艾滋病和其他性传播感染之流行率，此外也涉及物质滥用问题。第四个问题则是心理健康，尤其是关于跨性别和性别不驯的青少年。

3.4.4 艾滋病

3.4.4.1 跨性别女人的艾滋病负担

现有数据一致表明，跨性别女人突出地受到艾滋病的影响。她们与普通成年人口相比更容易成为艾滋病感染者。一项2013年进行的对2000至2011年间全球各地所发表研究的荟萃分析显示，跨性别女人的汇总艾滋病感染率为19.1%，比普通成年人口的感染率高出49倍（Baral等人，2013）。

多方面的脆弱性增加了跨性别女人感染艾滋病的几率。例如，在美国，和跨性别女人较高的艾滋病感染率相联系的，是较高比例的有害药物及酒精滥用、无家可归、遭到监禁、企图自杀、缺乏家庭支持、失业、性工作、暴力与污名、卫生保健服务的难以获取、以及负面的求医问药经历等（疾控中心，2015）。有限的现有研究表明，所有上述脆弱性对于亚太地区的跨性别女人也十分常见⁴⁰。

一项全球的系统性研究指出，从事性工作的跨性别女人的艾滋病感染率达到27.3%（Operario等人，2008）。跨性别性工作者的艾滋病研究、预防、照护和治疗需要得到更多的重视，以便应对这一人群中数据和服务的缺失（Poteat等人，2014）。

和性行为相关，艾滋病风险最高的是作为接受方进行无安全套肛交的跨性别者。对于一些跨性别女人，作为接受方和一位顺性别男性伴侣进行肛交可能和个人及社群对女性性别身份的认知相关。在本区域内，有一项研究发现菲律宾的跨性别女人有接受伴侣精液的欲望，即在作为接受方的无套肛交中“湿身”。这是她们在性行为中表达自己阴柔气质的重要方式（健康行动资讯网络和联合国开发计划署，2013）。戴套与否也可能是一位跨性别女人区分露水情人和正式伴侣的方法（Winter，2012）。本区域内尚无与其他女人发生性关系的跨性别女人之艾滋病感染率的数据。这其中也包括那些主要与男性客户进行性工作但可能拥有女性性伴侣的跨性别女人。

"... 所有国家都应该承认和接纳跨性别社群。在目前的情况下，跨性别者的卫生保健何止困难，根本就是不可能... 各国应该为跨性别者启动一项关键的卫生保健计划，而受惠于此的社群应该能够在此计划中实现有意义的参与。同样地，对该社群的赋权也至关重要，这样才能将自我污名最小化，并增加对可及的卫生保健服务的利用。"

资料来源：Shambhu Kafle先生，公共卫生高级官员，国家艾滋病性病疾控中心，尼泊尔。

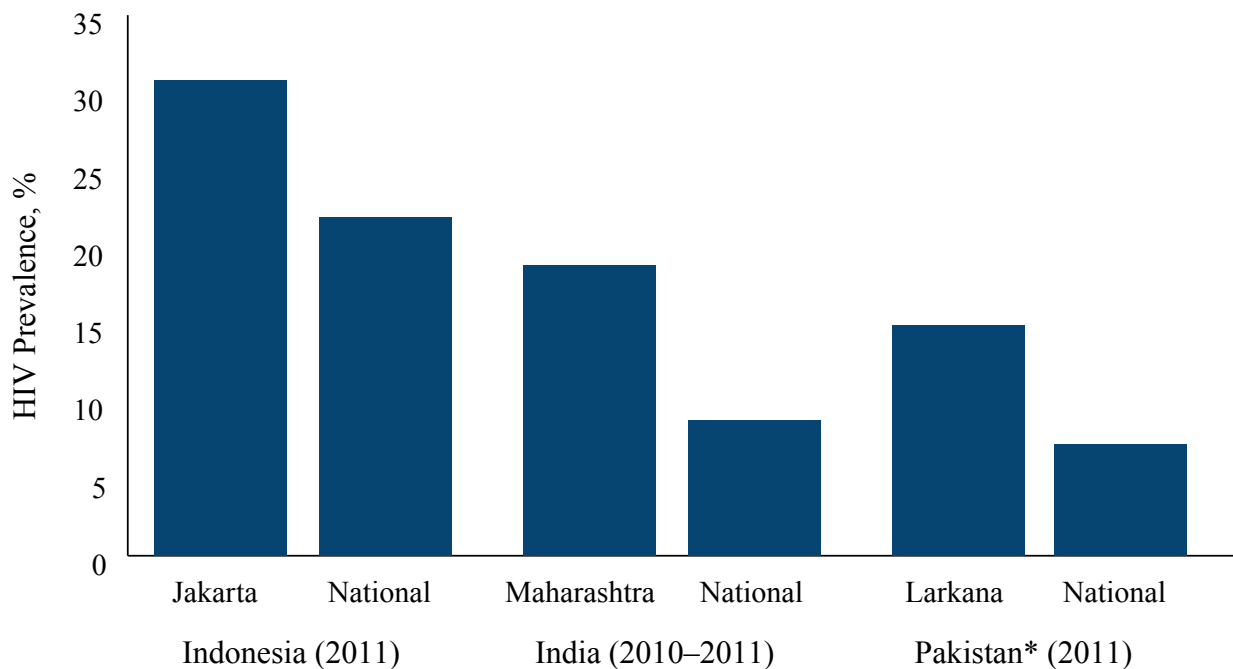
40. 一个值得注意的差别是，已发布的普通人口入狱率在美国要明显高于在亚太各国。

3.4.4.2 亚洲地区跨性别女人的艾滋病流行率

Baral等人进行的荟萃分析涵盖了来自以下五个亚洲国家的数据：印度、印度尼西亚、泰国、越南和巴基斯坦。在所有这五个国家，跨性别女人都比普通成年人口更容易感染艾滋病。这一疾病造成的负担在印度和印度尼西亚尤其突出，两国各自的感染率高达43.7%和26%。在这两个国家，跨性别女人较之普通成年人口的艾滋病感染率分别高出200倍和180倍（Baral等人，2013）。

其他的近期研究显示，生活在都市地区的跨性别女人的感染率甚至高出全国的感染率。如图表2所显示，现有来自印度尼西亚的雅加达、印度的马哈拉施特拉邦、以及巴基斯坦的拉尔卡纳的hijra性工作者的数据⁴¹。

图表2：亚洲跨性别女人艾滋病流行率，全国对比都市

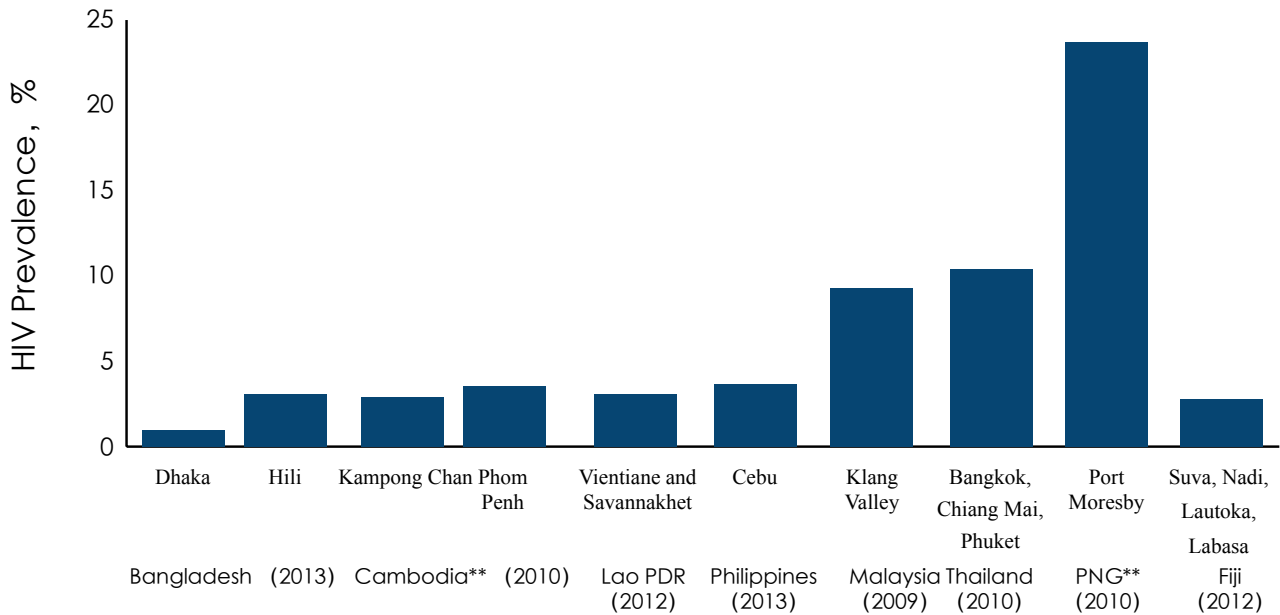


*仅限hijra性工作者

如图表3，由联合国艾滋病规划署于2012年收集的区域数据显示，泰国三个城市的艾滋病流行率为10.4%（2010），马来西亚全国的流行率则为5.7%（2012），另有来自巴生河流域的数据显示在更早的2009年流行率更高。而在另外四个拥有2010-13年数据的亚洲国家（孟加拉国、柬埔寨、老挝及菲律宾），艾滋病流行率在1%到3.7%之间。

41. 由www.aidsdatahub.org所做分析，基于如下文献：（1）Ministry of Health Republic of Indonesia. 2011. IBBS 2011 - Integrated Biological and Behavioral Survey; （2）National AIDS Control Organisation, India. 2012. HIV Sentinel Surveillance 2010-11: A Technical Brief; and （3）National AIDS Control Program, Pakistan. 2011. HIV Second Generation Surveillance in Pakistan - National Report Round IV, 2011.

图表3：亚太地区跨性别女人艾滋病流行率



* 跨性别性工作者

** 长发的男男性行为者

*** 跨性别性工作者

注：“长发的男男性行为者”（Long-hair MSM）是柬埔寨对表现出阴柔特质之男性的本土称呼。这些人可能认同自己是女人、亦男亦女、或者是第三性别。见http://www.msngf.org/files/msngf/Publications/ippf_hivreportcards_msm_cambodia.pdf。

此外，当存在可对比数据时，跨性别女人的艾滋病感染率往往都高于男男性行为者。例如，在本区域内，柬埔寨、印度尼西亚和巴基斯坦就是如此⁴²。

“在日本，没有专门为跨性别者制定的艾滋病预防策略。跨性别性工作者所处的环境使其易受艾滋病和其他性病侵袭。但她们却无法获得预防措施、检测、或关于症状及治疗的知识和信息。”

Lily Miyata, 关西艾滋病委员会, 日本

3.4.4.3 太平洋地区跨性别女人的艾滋病流行率

跨性别女人艾滋病流行率在太平洋地区的两个国家有可用数据，但都仅限于跨性别性工作者。2010年对巴布亚新几内亚莫尔兹比港的38位跨性别性工作者的调查发现，她们中有将近四分之一（23.7%）是HIV阳性⁴³。这一比例高于其他的女性性工作者（19%）或男性性工作者（8.8%）（Kelly, 2011）。这表明跨性别女人在艾滋病面前的脆弱性不能仅仅归因于她们参与性工作。

42. 基于亚太艾滋病研究统计数据信息资源中心的《2011国别回顾》，见 www.aidsdatahub.org，以及《2014全球艾滋病应对进展报告马来西亚国别陈述》。在巴基斯坦，唯一可用的对照数据来自男性性工作者和hijra性工作者。

43. 由www.aidsdatahub.org所做分析，基于艾滋病哨点调查和生物行为调查。

一项2012年由约翰霍普金斯大学基础生物医学科学研究所（IBBS）在斐济的四个城镇进行的调查发现1.8%的艾滋病流行率，而顺性别女性性工作者的流行率则为零。普通成年人口的艾滋病估算流行率也非常低，仅为0.1%（联合国艾滋病规划署，2014）⁴⁴

太平洋地区跨性别女人艾滋病流行率数据的有限性同时也反映在专门服务于跨性别者的艾滋病相关资源的缺乏上。

“就连联合国机构——联合国艾滋病规划署、联合国人口基金、或者所有那些谈论艾滋病的联合国机构或区域机构——都在设法确保我们也关注重点人群 [包括跨性别者]，这一点仍然没有体现在我们的宣传上。仍然没有专门的意见提升资讯，也没有专门为我们的需求而开发的材料... 电视、报纸、印刷品都没有告诉我们，跨性别女人和跨性别男人要怎样才能保护自己不得艾滋病。”

——跨性别女人，28岁，斐济（世界卫生组织，2014b）

3.4.4.4 跨性别男人的艾滋病流行率

在亚洲或太平洋地区，都没有跨性别男人艾滋病流行率的数据。

在美国，纽约市新确诊的跨性别艾滋病例中仅有极小部分是跨性别男人。在2006年至2010年间，新确诊跨性别艾滋病例中有11位（6%）是跨性别男人（纽约市健康与心理卫生部，2012）。近期关于发生男男性行为的跨性别男人的定性研究发现，在这一群体中存在较高的艾滋病风险（Schleifer, 2006; Rowniak和Chesla, 2013; Bockting等人, 2009; Reisner等人, 2014; Bauer等人, 2013）。

两个相互关联但并不正确的假设造成了跨性别男人潜在艾滋病风险的隐匿度。第一个假设是跨性别男人主要是和顺性别女人（往往是女同性恋者，她们被认为是低风险的）发生性关系，而且双方采用的是低风险的性行为方式。第二个假设则是，不论他们的性倾向如何，跨性别男人的性行为方式都带来较低的风险性。但是跨性别男人的性倾向和性行为方式却是多种多样的，他们的伴侣可能是顺性别者也可能是跨性别者。他们也可能涉足高风险的男男性行为社群（Kenagy等人, 2005; Kenagy和Botswick, 2005; Bauer等人, 2013）。

跨性别男人的艾滋病风险是和无套肛交，或者对于那些保留了阴道并用于性行为的跨性别男人而言，和无套的阴道性交相关联的。这两种性行为方式常常被跨性别男人分别称作“后面式”（rear）及“前面式”（frontal）的性交。

对于跨性别男人，专门适用于其身体及需求的艾滋病资讯及服务常常是缺乏的。结果就是，跨性别男人可能没有足够的知识或力量来协商性安全问题（Sevelius, 2009）。这可能对他们的艾滋病风险造成影响，尤其对于发生男男性行为的跨性别男人。在性别转换之后进入男同性恋社群的跨性别男人通常会面临新的性

44. 跨性别性工作者的艾滋病流行率后来由艾滋病数据中心修订为2.8%。这是基于《全球艾滋病应对进展报告》（GARPR）2014年的数据，使用了所有跨性别性工作者而非所有性工作者的修正量。《艾滋病数据中心回顾幻灯片：跨性别者（男跨女）》。见 <http://www.aidsdatahub.org/Key-Populations>。

协商问题。他们可能会选择牺牲安全而不是冒着被拒绝的风险，因为他们对通过一位男同性恋伴侣来确认自己的阳刚气质有着强烈的愿望（Rowniak等人，2011）。如果检测机构对跨性别男人的需求不够敏感，跨性别男人寻求检测的比例就会下降，而这一人群艾滋病流行率的数据缺失就会延续下去。

“要是有人愿意和我们发生性关系，这个事实本身就表明他不介意我的性器官，他不介意我的身体，他不介意我的任何事情——那样的话我还有什么权利去要求发生安全性行为呢？... 这更多的是一种对归属感的渴望，我们不想再次遭到拒绝。”

——跨性别男人，新加坡（世界卫生组织，2014b）

3.4.4.5 亚太地区由跨性别者主导的艾滋病服务的成功实践案例

以下四个案例描述了为南亚、东南亚及太平洋地区的跨性别女人提供艾滋病检测、咨询及治疗的成功实践。类似的项目也可以通过增加监测数据，而为弥补数据缺失作出贡献。此外，印度计划生育协会与跨性别女人及hijras开展的合作，如本《蓝图》4.3.6节所述，体现了对性与生殖健康及艾滋病服务的关注如何关系到对跨性别持肯定态度的卫生保健服务。

在其他区域进行的研究显示，有很高比例的跨性别女人艾滋病感染者对自己的状况并不知情（Herbst等人，2008）。本区域内由跨性别男人主导的艾滋病服务的信息又相当稀少。以下的四个案例突出了菲律宾、泰国、巴布亚新几内亚和巴基斯坦由跨性别者主导的艾滋病服务项目。

案例：由跨性别社群主导的艾滋病检测和咨询，菲律宾

“多彩”（COLORS）是菲律宾宿雾市一个由跨性别女人领导的社群组织。通过其由世卫组织西太平洋区域办事处支持的跨性别女人项目，跨性别女人开展同伴教育培训，分发艾滋病宣传材料，进行艾滋病咨询和检测。在三个月的时间内，该组织接触了508位跨性别女人，并为其中超过60%的人（317人）进行了艾滋病检测。这在菲律宾是很高的同伴教育响应率。这当中发挥了重要作用的可能是该组织在其同伴教育者中包括了一些有艾滋病咨询资格的护士。

该组织和一个可持续的政府卫生机构——宿雾市社会卫生诊所——密切合作。该诊所为“多彩”的志愿者职员提供了为社群进行艾滋病检测与咨询的场地。与该诊所的合作也让治疗、照护及支持服务的转介变得更加容易。“检测之后，你鼓励她们来领取结果，然后可以转介她们前往支持小组和相应的部门。”

承认跨性别社群组织和政府卫生机构之间的合作经历了一个关键步骤。“有了那张办公桌，我们就在市政府有了场地。这是对我们行动和努力的一种官方承认。”

政府诊所之内的跨性别专属空间提供了更多的可见度，但是“多彩”还需要接触更多的跨性别女人。

“我们能在这一席之地当然是件好事。但是我们社群的多数成员都是晚上才出门，如果只是坐在这里我们就不能接触到所有人...有必要开办一个以社群为导向的中心，以便接触那些夜间出门的人们。”

由“多彩”主导的这一行动为复制全球基金的新资助模式提供了一个例子。

资料来源：多彩，菲律宾。

案例：基于社群的检测，泰国芭堤雅

“姐妹”（Sisters）是海滨旅游城市芭堤雅一个跨性别主导的社群组织。其职员、同伴教育者及志愿者均为跨性别女人，她们常以当地语汇kathoey或sao praphet song自称。在过去十年中，该组织接触过不同社区中的超过5000位跨性别女人，包括性工作者、舞女及青少年。

该组织的活动中心是一个安全而友好的空间，提供运动、化妆、烹饪课程等俱乐部活动，还提供社会服务、性病筛查与咨询。它与当地一家公立医院合作，一位跨性别护士被派驻到该中心，提供艾滋病检测与咨询。

该组织的外展工作者则前往跨性别酒吧、俱乐部和公园，这些都是性工作者常去的地方。她们宣传该组织提供的服务，包括活动中心，并发放安全套和水基润滑液。同伴教育者也可以为跨性别女人提供关于性激素治疗和性别肯定手术的上门咨询。同伴教育者还联系对跨性别友善的政府卫生保健服务，并陪伴跨性别女人前往接受性病治疗、CD4检测及抗逆转录病毒治疗。

一项2011年的评估发现，该组织的跨性别女人艾滋病预防项目在接触大量群体成员及降低艾滋病相关风险方面是有效的。关键因素似乎是在外展行动中和安全套一起提供水基润滑液，以及在基于社群的、具有跨性别文化适应力的服务中嵌入艾滋病快速检测（Pawa 等人，2013）。

“姐妹”在跨性别女人当中降低艾滋病风险的工作一贯基于社群的领导和参与、以及借鉴自国际人口服务组织的政府合作与监管模式。“姐妹”最近的年度数据显示，从2013年10月至2014年9月，共有386位跨性别女人及69位她们的伴侣使用了该组织的服务。这些跨性别女人当中有47%的人是性工作者。

随着歧视和警方的骚扰逐渐成为一大问题，“姐妹”的主任Doy认为该组织有必要将其卫生保健方面的服务扩展到为跨性别女人提供更全面的社会服务上。

资料来源：姐妹，泰国。

案例：跨性别同伴教育者，巴布亚新几内亚

巴布亚新几内亚普通人口的艾滋病感染率是0.9%。莫尔兹比港的跨性别女人/palopa的感染率则为23%。为应对这一高企的艾滋病流行率，救助儿童会设立了一个面向跨性别女人、女性性工作者和男男性行为者的性与生殖健康项目。

“跨性别女人一旦感染，她们就会被赶出家门，而她们当中的大多数人都因为污名和歧视而得不到抗逆转录病毒治疗。她们多半只有死路一条，虽然在巴布亚新几内亚，政府提供的抗病毒治疗是免费的。”

Paro Sapot诊所每星期为重点人群当中的一种开放一次。它提供的服务包括艾滋病和性病咨询、检测和治疗；结核病检测；计划生育；性与生殖健康；以及性别暴力筛查、咨询和转介。通过在友好的环境中提供这一系列服务，该诊所希望能减少跨性别者在不同的卫生保健服务之间来回奔波所遭受的污名和歧视。

十五位跨性别女人领导着当地的跨性别同伴外展项目。该项目为跨性别女人提供看诊当天的交通。每个区域的同伴教育者都有项目提供的电话，以便协调所有求诊者在某地集合，然后用大客车运送到医疗机构。该诊所仅为跨性别女人提供此项服务，因为她们在前往诊所的路上面临着极为频繁和严重的虐待行为。

在该诊所提供服务之前，跨性别女人都是被转介到政府诊所并在艾滋病治疗项目中登记。污名和歧视非常普遍，跨性别女人往往得不到治疗，于是该项目设立了同伴陪伴。跨性别女人同伴教育者会护送最近检测为HIV阳性的跨性别求诊者完成在政府系统内的艾滋病药物登记。2015年2月，该项目为20位跨性别女人提供了抗病毒疗法的支持，并计划为更多人提供帮助。

现在，该项目又对本地的卫生保健工作者进行敏感性培训，并且接纳跨性别女人参与卫生保健工作者的培训。

“自从该项目设立以来，跨性别者当中发生了很大的变化。跨性别者们感到有人倾听自己的声音了... 但是有一天这些项目会逐渐关闭。之后又怎么办呢？跨性别女人又能从哪里获得治疗呢？”

资料来源：Paro Sapot诊所，巴布亚新几内亚。

案例：跨性别女人和khawaja siras的社群组织

内茨男性健康联盟（NMHA）是巴基斯坦的一个社群组织，它主要关注跨性别女人（在巴基斯坦常被称作khawaja siras或hijras）和青年男男性行为者的卫生保健和心理需求。

作为赋权这些社群的常设工作之一部分，内茨男性健康联盟在巴基斯坦的五个城市（拉合尔、卡拉奇、拉瓦尔品第、海得拉巴、拉尔卡纳）开展与ta们相关的工作，并建立了六个社群组织。这些社群组织的办公室被策略性地置于“热点”地区或者hijras / khawaja siras聚居处附近。这为这些经济窘迫、收入微薄的社群成员使用该联盟的服务创造了便捷、安全而轻松的环境。

这些社群组织接受该联盟的财政及技术支持。它们提供艾滋病自愿咨询和检测、性病诊断和治疗、行为转变咨询、以及安全套和润滑剂发放。这些工作是通过外展活动开展的，同时也通过活动中心和诊所。每个社群机构都被分为两个区域。其中一个为社群成员提供安全舒适的活动中心，这部分也是加强社群建设的重点工作。另一个区域则被用于提供诊疗服务。

跨性别女人和男男性行为者的服务场所是分开的，以便适应各自不同的需求和关注。每个中心都有约15位来自不同学科的职员，包括有性病专长的医生、心理学家、以及同伴教育者。各个中心都完全由所服务的社群成员自己运作。

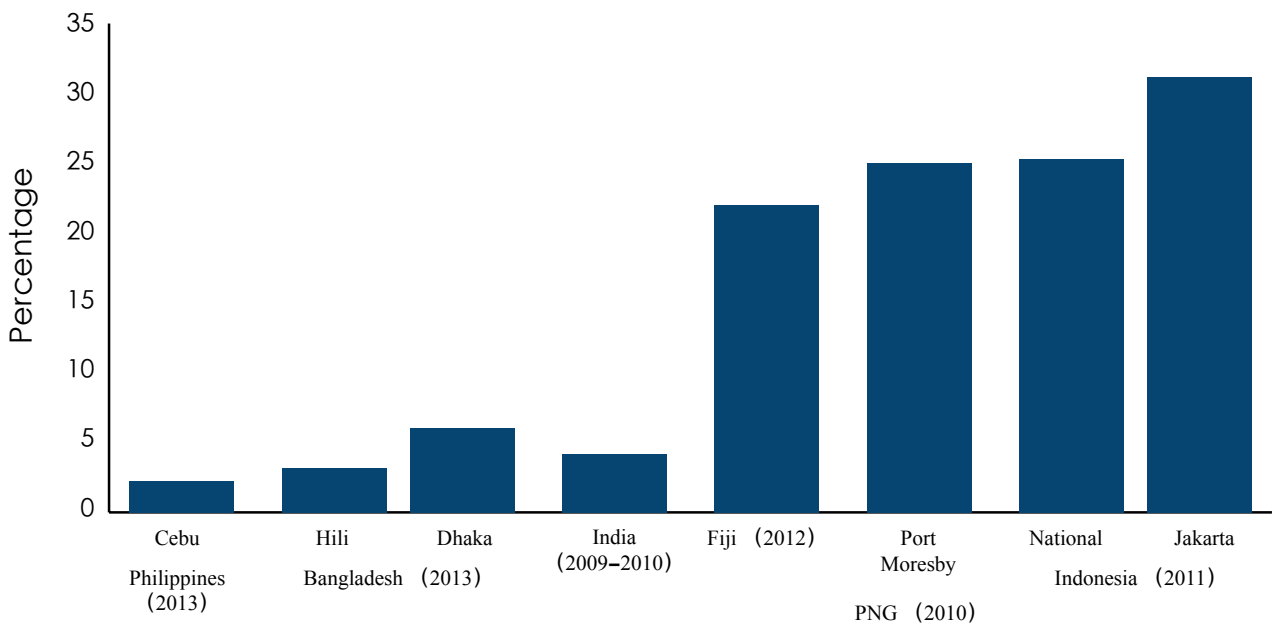
巴基斯坦政府曾公开表示，内茨男性健康联盟的诊疗中心为最近大幅增加的跨性别女人及男男性行为艾滋病感染者作出了贡献。该联盟还着力建立和加强同国家艾滋疾控项目、Rahnuma计划生育协会、亚太跨性别网络、亚太男性性健康联盟、青年之声等组织的合作。

资料来源：内茨男性健康联盟，巴基斯坦。

3.4.5 其他性传播感染

本区域内跨性别女人性传播感染（STIs）/性病流行率的数据十分有限，关于跨性别男人则毫无记载。多数现有数据都是基于小规模样本，但也显示了跨性别女人高于普通人群的性病感染率。这不仅意味着性病本身会造成的健康影响，还意味着性病会增加一个人感染艾滋病并传染给更多人的风险（Bonell等人，2000；Freeman等人，2006；Johnson等人，2008）。性病还会改变一位艾滋病感染者的疾病进程。

图表 4：跨性别女人梅毒流行率，2009-2013



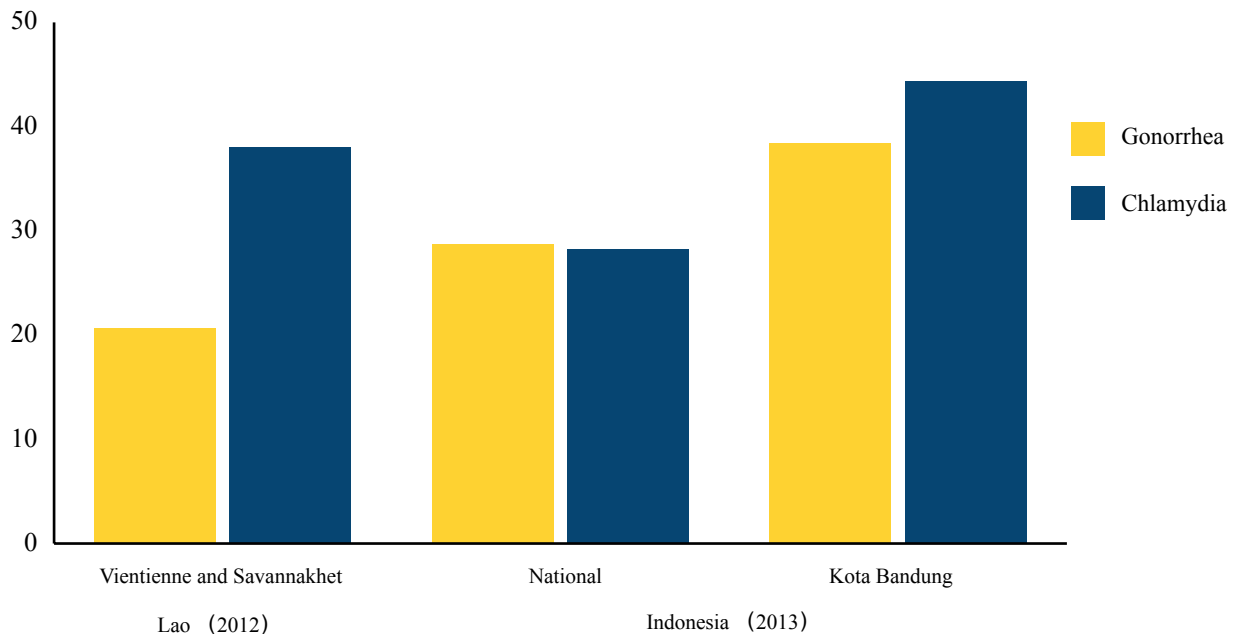
图表4所显示的2009-2013年间的的数据表明，斐济（22%）、巴布亚新几内亚莫尔兹比港（25%）、以及印度尼西亚（25.3%）的跨性别女人有着较高的梅毒流行率，而雅加达市则更高（31.2%）。

在印度，有限的分类数据显示，部分邦和城市的hijras人群有着较高的性病流行率（Chakarapani，2013）。其中梅毒的流行率约在10.3%至13.6%之间（Brahmam等人，2008；Gupte等人，2011；Sahastrabuddhe等人，2012）。

如图表5所显示，淋病流行率较高的有老挝的万象和沙湾拿吉（20.7%）、印度尼西亚全国（28.8%）、以及印尼第三大城市哥打万隆（38.4%）。衣原体的感染率与之持平或更高（分别为38.1%、28.3%和44.4%）。

在印度城市普纳，生殖器溃疡的流行率为15.3%；尖锐湿疣的流行率则为10.3%（Sahastrabuddhe等人，2012）。

图表5：跨性别女人淋病和衣原体流行率，2009-2012



这两项比例都被认为是较高的（Chakrapani, 2013）。

3.4.6 酒精及其他物质滥用

如同其他被边缘化的少数群体，跨性别者也可能使用酒精和其他物质来抵挡由社会排斥、污名和歧视所造成的痛苦，并可能发展为有害的物质滥用及依赖。对遭到卫生保健工作者评判的恐惧可能会阻碍一些跨性别者寻求对物质滥用及依赖的治疗。物质滥用同样也可能是应对身体焦虑的方法。对这些问题的研究十分有限，尤其是关于对跨性别持肯定态度的卫生保健服务是否能够减少对毒品或酒精的过度依赖。

在亚太地区，跨性别者酒精和药物滥用的定量研究数据非常有限。它们多是在艾滋病研究的背景中被收集，因此也导致仅关注跨性别女人。口耳相传的证据表明，药物滥用可能是亚洲地区的跨性别男人所面临的一项新的健康问题。

艾滋病研究频繁地关注注射吸毒问题，因为共用针具存在艾滋病感染风险。在五个有可用数据的亚洲国家（孟加拉国、印度尼西亚、马来西亚、巴基斯坦和菲律宾⁴⁵），约有0.2%至3.4%的跨性别女人承认注射吸毒⁴⁶。

大量或频繁的酒精或毒品使用，包括阿片类药物和兴奋剂，可能损害对安全性行为的判断力。因为这一原

45. 一份来自“多彩”（COLORS）的报告显示有10%的跨性别女人使用毒品（1%为注射吸毒）。最常用的毒品是甲基苯丙胺。

46. 资料来源：由www.aidsdatahub.org提供，基于以下文献：（1）National AIDS/STD Programme Bangladesh. 2008. Behavioral Surveillance Survey 2006-07；（2）Ministry of Health Republic of Indonesia. 2011. IBBS 2011 - Integrated Biological and Behavioral Survey；（3）Malaysia AIDS Council and Ministry of Health. 2010. Integrated Biological and Behavioral Survey 2009；（4）National AIDS Control Program, Pakistan. 2011. HIV Second Generation Surveillance in Pakistan - National Report Round IV 2011

因，研究也重视包括性工作者在内的跨性别者在性行为之前使用毒品或酒精的程度。Pawa等人发现泰国超过半数的从事性工作的跨性别女人在性行为前使用过酒精或毒品（Pawa等人，2013）。中国一个艾滋病预防项目所触及的280位跨性别女人当中，3.6%（14人）注射过阿片类药物，6.8%（19人）则在过去三个月内于性行为之前使用过非注射的毒品（Avery等人，日期不详）。

一项2011年的研究显示，42.6%的泰国跨性别女人在过去三个月内使用过毒品，而在柬埔寨，对金边性产业内的跨性别女人的一项基础研究指出，使用安非他明和酒精的比例很高（Guadamuz等人，2011；Davis等人，2014）。一份2010年的印度报告也指出，需要应对hijras和跨性别女人群体中的酒精及物质滥用问题。

“hijras/跨性别社群中有不确定但相当高比例的人消费酒精，可能是为了忘却ta们在日常生活中面临的压力和抑郁。Hijra们提供了消费酒精的数种理由，包括需要‘忘却烦恼’（因为缺乏家庭支持或他人关心），以及处理性工作中遇到的不良客户。”（联合国开发计划署，2010）

印度计划生育协会（FPA）在外展活动中也经常发现酒精滥用问题，见4.3.6节对其“影与光”（Shadows and Lights）项目的描述。

2012年在印度的一项需求评估中受访的二十位hijras列出了为数众多的毒品，ta们利用这些毒品来减少被社会孤立的感觉，或者在一些例子中，用来缓解激光治疗或nirvaani（传统阉割）带来的痛苦。一些受访者表示大麻可以帮助艾滋病感染者改善食欲。该报告还引述了2009年对巴基斯坦拉合尔的hijras的一项研究，其中发现3%的人曾注射吸毒，同时有超过半数的人使用过所谓的“硬性毒品”，例如可卡因、海洛因、吗啡或安非他明（Rehan和Chaudhary，2009，由Humsafar Trust引用，2012）。

一项2012年对斐济性工作者的研究总结道，自我报告的酒精使用率并不高，但55%的人承认每天使用大麻（Mossman等人，2014）⁴⁷。相较于其他的女性性工作者，跨性别性工作者更可能为了筹集毒品和酒精的开支而从事性工作。跨性别性工作者相较于其他女性性工作者也更可能为了换取酒精（分别为31%和13%）及毒品（分别为14%和4%）而从事性交易。

其他研究则关注更广泛的药物或酒精滥用问题。在太平洋地区，一项2008年对汤加的跨性别女人/leiti及男男性行为者的调查发现了高比例的严重酗酒行为⁴⁸。超过三分之一承认在过去12个月内曾饮酒的受访者在一个月

47. 所有性工作者的合并数据显示，8%的人每天饮酒，14%的人吸胶。少于2%的人在过去一个月内使用过其他类型的毒品。11%的人曾在过去12个月内注射吸毒。

48. 虽然leiti和男男性行为者的数据是合并的，但leiti在100位受访者中超过三分之二（68%）。因此，至少有一半的leiti在一个普通的饮酒场合中会喝掉10杯或更多。通常，喝掉5杯或更多就算酗酒。

49. 汤加男男性行为者第二代监测调查，2008。

普通的饮酒场合中会喝掉10至19杯，另外三分之一则会喝掉超过20杯⁴⁹。

3.4.7 心理健康

心理健康是跨性别健康权的重要组成部分。本节概述跨性别者可能因为与性别多元相关的污名和歧视而遭受的一些心理健康压力。但是，因为与性别认同无关的许多原因，跨性别者也会寻求心理卫生保健服务，此时跨性别者并不异于其他的人群。心理卫生工作者应该熟悉性别不驯，在行动中体现出跨性别文化适应力，并在提供照护时表现出敏感性（世界跨性别健康专业协会，2012）。

与心理卫生保健策略和实践相关的适用于卫生保健工作者的信息，详见4.5节。

3.4.7.1 区域数据

除了最近一份澳大利亚的研究之外，跨性别心理健康方面的区域数据主要是关于儿童和青少年。

一项2012年的研究发现，尼泊尔的LGBT青少年常常遭受抑郁、焦虑、物质滥用、自杀和自杀意念的困扰（Sharma，2012）。在日本，冈山县和东京的性别诊所收集的统计数据显示，跨性别者更容易在学校受到欺凌，并引起辍学和自杀意念/企图等⁵⁰。

在新西兰，一项2012年的全国调查发现，跨性别学生的健康和福祉受到了损害。ta们更容易在学校遭到欺凌、产生自杀企图、以及出现抑郁症状，而较不容易感到双亲当中至少有一位非常关心ta们（Clarke等

澳大利亚首个全国跨性别心理健康研究

澳大利亚首个全国跨性别心理健康研究检视了946位18岁或以上的跨性别及性别多元者的心理健康状况，并发现了较多的心理健康问题。

- 43.7%的受访者目前正经历临床意义上的抑郁症状
- 25%的受访者达到了一项主要的抑郁综合征的标准
- 相较于普通人口，受访者被诊断为抑郁症的概率高出4倍，被诊断为焦虑症的概率也高出近1.5倍...
- 20.9%的受访者在过去两周内至少有半天曾出现过自杀意念或自残思想

相较于无法获得这些卫生保健措施的人，使用性激素或接受了某种形式的性别转换相关手术的跨性别者则明显具有较低水平的临床意义上的抑郁症状。该研究呼吁改善卫生保健服务的可及性，包括基于知情同意模式的性别肯定的卫生保健服务。

资料来源：Hyde等人，2014。

50. 与日本性别认同障碍协会第17次年会主席、世界跨性别健康专业协会会员Yuko Higashi教授的私人交谈。据Higashi教授称，冈山大学健康科学研究院的Mikiya Nakatsuka教授进行了上述冈山县的研究。Nakatsuka教授研究了1999至2010年间1167位因性别认同障碍而寻求支持者的自杀及自残行为。

人，2014）。

3.4.7.2 心理健康的压力

许多希望改变身体以使之与其性别认同相符的跨性别者往往出于经费、政治、医学、宗教、文化或其他方面的原因而无法如愿。这将导致严重的个人困扰，担心他人拒斥其身体的多样性则使这一情况雪上加霜。

个人在家庭中的位置是自我认同的重要组成部分。亚太地区的很多国家都强调家庭责任，并因此而限制一个人作出性别转换的决定。失去家庭的支持会对一位跨性别者的福祉带来负面影响。家庭与同侪支持，以及对性别认同的自豪感，被证实能有效对抗污名和歧视给跨性别者心理健康所带来的冲击（Bockting等人，2011）。但是，跨性别者却是男女同性恋、双性恋和跨性别群体中最少获得家庭与同侪支持的亚群体（Bockting等人，2005）。性别转换后所遭到的拒斥可能意味着跨性别者失去大量的社会关系及支持系统（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014b）。同伴支持网络可能填补一部分空缺并减少孤立之感。许多跨性别者还担心不会再拥有亲密伴侣和恋爱关系。这些压力和孤独的累积效果被反映在较高比例的抑郁、自杀或其他形式的心理疾病当中（联合国开发计划署，2010；联合国开发计划署和美国国际发展署，2014b）。

跨性别者还可能因为感染艾滋病和随之而来的遭到边缘化、歧视及污名而面临额外的心理健康负担。因此，应该为感染艾滋病的跨性别者提供定期筛查以及具有跨性别敏感性的心理健康管理（尤其是对抑郁和精神压力）。这有助于跨性别者的心理健康，同时也能提高抗逆转录病毒治疗的用药率。管理方式可包括艾滋病和抑郁的相关咨询以及适当的药物疗法（世界卫生组织，2014，2011）

消除和性别及身体多样性相关的污名对改善跨性别者的心理健康及福祉至关重要。通常情况下，这些专门的心理卫生需求都遭到了无视和忽略，尽管世界卫生组织曾建议，国家心理卫生计划应当包括弱势群体相关的具体措施。

3.4.7.3 包容跨性别的心理保健服务的可及性

亚太地区的跨性别者及性别不驯者乃是普世有之且丰富多样的诸多性别认同与表达之一部分。这种“普遍存在且具有文化多样性的人类现象，它不应该在本质上被认定为是病态的或者负面的”（世界跨性别健康专业协会理事会，2010b）。

虽有世界跨性别健康专业协会的这一明确建议，但正如3.4.2节中对去精神病化的讨论所述，本区域内的许多跨性别者都表示与心理卫生工作者有过不愉快的互动经历。跨性别者没有如其所是地受到接纳，相反，其性别认同往往被看作一个需要纠正的“问题”。这意味着本区域的心理卫生工作者对评估的注意往往未达到世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）所要求的水准。

本区域内也存在与此不同的正面经验。2014年澳大利亚的研究中有三分之二的青少年在过去12个月内曾经求助于心理卫生工作者；ta们中有60%的人对此感到满意。ta们称赞那些对性别多元和跨性别卫生保健有充分了解的卫生保健工作者。但超过半数的受访者与卫生保健工作者有过至少一起负面经历。另有四分之一的受访者因为其性别展现（gender presentation）而避免求医问药（Smith等人，2014）。

然而，心理卫生工作者往往训练不足，他们与跨性别者开展工作的方式是病理化和治疗化的，而不是通过一种多元的视角。当跨性别者依赖心理卫生工作者开具转诊单以获取进一步的性别肯定卫生保健服务时，

这一问题会变得更加严重。

在一些案例中，心理卫生工作者迫于跨性别者家人的压力，而强迫跨性别者接受修复疗法，以期将其性别认同改为顺性别。这些疗法有时涉及强制送入精神病院（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014b）。据报道，柬埔寨的咨询师经常鼓励跨性别及同性恋和双性恋青少年“尝试改变，遵循家长的愿望”（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014a），而全然不顾世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）对修复疗法或转变疗法的明确反对。

企图改变一个人的性别认同和表达以使之与其指派性别更为符合的治疗在过去从未获得成功... 这样的治疗不再被认为是符合伦理的（Coleman 等人，2011，第16页）

来自印度尼西亚、马来西亚和越南的跨性别者描述了被迫前往宗教领袖那里接受祈祷治疗的经历。这些案例包括印尼部分地区的心理学家和精神科医生不愿接诊跨性别儿童或青少年，反而推荐其家长向传统治疗者或萨满求助。在以下这个来自越南的案例中，一位跨性别女人既遭到了住院治疗，又被带去见一位宗教领袖。

当越南胡志明市一位化名“J”的26岁跨性别女人首次宣布自己是女性的时候，她被家人强行送到了医院。她被迫接受了血液检验，之后又被带到一位萨满那里接受“治疗”。在她自己家里，她受到了心理上的骚扰和肢体上的攻击。

资料来源：联合国开发计划署，2014h。

3.4.8 对跨性别持肯定态度的卫生保健服务

3.4.8.1 简介

对于许多跨性别者，医学转换是其实现整体健康与福祉的关键前提。“对跨性别持肯定态度/性别肯定的卫生保健服务”（gender-affirming health services）这一概念包涵了跨性别者从开始考虑医学转换的那一刻起所需要的所有医疗支持。这包括，例如，咨询和同伴支持、性激素治疗、除毛、胸部与乳房重建手术、外生殖器手术以及其他身体改造手术。性激素治疗和手术被证实对缓解很多跨性别者的性别焦虑具有医疗必要性（美国医学协会，2008；Anton，2009；世界跨性别健康专业协会，2008；Coleman等人，2011）。

最近为开发世界卫生组织《重点人群的艾滋病预防、诊断、治疗和护理综合指南》（世界卫生组织，2014）而进行的研究发现，性别转换是受访跨性别者最为关心的卫生保健问题。它也可能是其他卫生保健服务的重要切入点。

公立医疗系统中性别转换相关信息及服务的整体缺乏，包括性激素治疗和性别肯定手术，是跨性别者实现可达成的最高标准之健康状态的最大挑战...通过公立医疗系统提供优质而非歧视的性别转换相关治疗与护理服务，这对于改善跨性别者的身心健康至关重要（世界卫生组织，2014b）

在亚太地区，大多数的性别肯定卫生保健服务，包括性激素疗法的医学监督在内，都无法从公立医疗系统中获得。中国香港特别行政区则是一个例外，同样例外的还有印度越来越多提供定点服务的邦（社会正义

51. 甚至在如澳大利亚和新西兰这样的高收入国家，性别肯定的卫生保健服务在公立医疗系统中也非常有限，这一点遭到了跨性别者和卫生保健工作者的批评（Hyde 等人，2014；新西兰性倾向、性别认同与间性人普遍定期审议联盟，2014）

与赋权部，2014)⁵¹。

要满足跨性别者特有的健康需求，并且给予跨性别者尊严、平等和尊重，所有国家的初级卫生保健服务提供者仍可大有作为。本节具体讨论本区域内的成年跨性别者寻求激素治疗和性别肯定手术的经验。儿童和青少年的相关经验，包括成功实践的指南，则在第5章中讨论。成年跨性别者性别肯定卫生保健服务的成功实践指南见4.8节及附录A。

3.4.8.2 医保给付的缺乏

本区域内，大多数性别肯定卫生保健服务的费用都不由公立医疗系统或私人健康保险所给付。因此，跨性别者需要自费负担咨询、诊断、化验、激素治疗、除毛、手术等的费用。这些服务又往往只有私立医院或诊所才能提供，并且所费不赀，令多数跨性别者望而却步。对那些有私人健康保险的跨性别者而言，其报销请求多半会遭到拒绝。这意味着跨性别者可能会被迫选择较为便宜但临床可靠性较差的服务，或者无法规律或完整地接受治疗，并且难以长期追踪。

公立医院或诊所为跨性别者提供卫生保健服务的能力有限或阙如，原因是相关项目得不到报销，就算有所执行也为数稀少。既缺乏医疗能力又无法由医保报销在本区域内造成了一个恶性循环。医保给付的缺失、专科医生的缺席、跨性别卫生保健标准的缺乏，以及许多卫生保健工作者的负面态度，都迫使跨性别者求助于那些不受监管、不够资格的行医者。

在泰国，泰国医学委员会于2009年采纳世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）作为公立医疗系统为跨性别者服务的标准（Chokrungrvaranont等人，2014）。但是，这一照护准则的落实需要大量而长期的投入，以加强能力建设、培训和敏感度；临床和化验的技巧及基础设施；以及相关开支的报销。结果，该照护标准未得到国家卫生和社保局的遵循，该部门为泰国超过80%的人口提供医疗保障（Chokrungrvaranont等人，2014）。

3.4.8.3 心理健康评估

本区域内少有精神科医生及临床心理学家擅长性别相关的心理卫生及性别转换问题。向这些专业人员寻求咨询的开支很容易就超出了普通跨性别者的预算范围。世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）建议在开始性激素治疗前先进行心理评估。如附录A所述，初级卫生保健或心理卫生保健服务提供者经过适当训练即可胜任。

亚洲地区的卫生保健工作者确认，本区域的内分泌科医生及外科医生对世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）基本上是遵循的，在开始性激素治疗或性别肯定手术之前需要出具转诊单。但是，通常情况下任何一位持牌心理医生所开具的转诊单就已足够，而不论该心理医生的专业领域或在多长时间内进行过多少次咨询。实践当中，往往求诊或咨询心理医生一次即可获得转诊单。但是少有任何方式能为一个人的性别转换提供任何心理卫生方面的支持。

本区域内的初级卫生保健及心理卫生保健服务提供者需要不断寻找可行的方式，以便共同行动，提供心理

健康评估和持续的心理卫生保健服务。

3.4.8.4 性激素

本节关注本区域内跨性别者的激素获取和使用。如下所述，对于绝大多数人而言，激素的获取和使用都是在正式的医疗机构之外进行的。这种缺乏医嘱和监测的激素使用带来了显著的健康风险，这在下面的两个部分中均有讨论。本区域内跨性别者通过正式医疗机构获取激素的案例可参考附录A（成年人）和第5章（儿童和青少年）。

跨性别者选用何种激素药物，常常是由使用成本、以及尽量迅速地实现男性化或女性化的药效而决定的。在此情况下，整体的健康考量往往不被重视。在激素或避孕药物不受监管的国家，这会带来额外的健康风险。这种风险在亚洲的一些国家尤其显著，因为国际上不再推荐跨性别者使用的一些种类的激素药物在这些国家仍然有售。在一些国家，是从药剂师处购买，而在另一些国家，包括中国，跨性别者频繁地通过没有证照的本土商贩购药（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014b）。

而激素种类及用量的决定通常是基于跨性别同侪的建议而作出的。这些建议有可能是 inaccurate 或过时的。

“我11岁的时候就开始了用药... 我自己买了雌激素和抗雄激素，是其他跨性别者教我的... 这些药在各个药房的柜台都有卖。”

——一位跨性别女人，马尼拉，菲律宾（资料来源：世界卫生组织，2013b）。

这样的决定是在对安全、短期及长期的影响、用药禁忌及副作用等知之甚少的情況下作出的。事先并没有进行血液检验以了解基础的激素水平，更没有医生的指导或监督来监测副作用并调整用量。如果是通过注射给药，不熟练或不卫生的操作可能导致疤痕或炎症，还可能导致包括艾滋病在内的其他传染病。

毫不意外地，整个亚太地区的跨性别者都非常担心长期使用相反性别之性激素可能带来的不利影响。很多人能够通过不时地暂停用药来“克服”诸如恶心、头疼、体重增加等短期的副作用，但长期的副作用目前仍不得而知。关于安全的性激素使用，还有大量的信息需求没有得到满足，尤其是以包括本土语言在内的可及方式呈现的信息。

“...我找到了一些英语的文章。幸好我能够用英语读写。但是对于其他人，尤其是泰国的跨性别者，这就非常困难了... 要看懂那些科学术语，看懂文章里面的那些词汇。”

——跨性别女人，29岁，泰国
（世界卫生组织，2014b）

许多卫生保健服务的提供者都对跨性别者的健康需求了解不足，更有甚者主动地歧视跨性别者。另一些人则不愿意开具性激素处方，他们担心为跨性别者提供此类帮助是非法的（Singh等人，2014）。

如此一来，跨性别者只得相互依赖以填补信息的缺失，目前的信息来源多半是上网查询或口耳相传。有时所获建议是可靠的，有科学证据和社群成员的经验作为支撑。另一些时候，所获建议则可能是不确切甚至有危险的。社群内有资历的成员或许并不具备医学知识，或者其认知已经过时。但因为其在社群内的威

望，其他人尤其是新成员很难置疑ta们的建议。

虽然同伴支持被证实是一种重要的赋权因素，但通过同伴获得的信息对于满足个体的卫生保健需求而言可能并不确切或并不充分。这一点在考虑到激素和其他药物的共用时尤其突出，包括感染艾滋病或有其他健康状况的跨性别者。本《蓝图》咨询过的一位心理卫生工作者指出，有专业人员督导的同伴咨询在缺乏资源或位置偏远的地区可能非常有效，并能帮助填补本区域内的信息缺失。

在本区域内的多数地方，跨性别者通常都无法从私立或公立机构获得有针对性的初级卫生保健服务，例如性病和艾滋病检测，或者相反性别的性激素治疗。本区域的公共卫生系统还缺乏可以指导性激素疗法的专科医生。在亚洲的许多地方，公立医疗系统都缺乏次级或专科照护，也没有标准的或有针对性的政策或程序，以规范跨性别者应当获得的支持。在私立医疗系统内，部分机构具备一定的技术或专长，但其费用却无法被大多数跨性别者所负担。即便在私立机构中，某些领域，如精神病学、心理健康和依赖治疗等，也在人力及发展上有所欠缺。

曼谷的橘子性别与免疫诊所则是卫生保健工作者对跨性别者特有健康需求的一个回应。

案例：橘子性别与免疫诊所

该诊所是泰国红十字会艾滋病研究中心（TRCARC）和曼谷三角研究国际（Research Triangle International）的合作行动。资金支持则来自美国国际发展署亚洲区域发展项目。

该诊所同时为跨性别男人和跨性别女人提供卫生保健服务，以便ta们能够在训练有素并且全力支持的医疗专业人员指导下，进行负责任的性别肯定激素治疗。该诊所将提供艾滋病和性病检测、治疗及照护，以及跨性别专门的直肠、新阴道、生殖器、宫颈、子宫及乳房评估。

所有服务都将在知情同意的前提下进行，并收取一定费用，跨性别者将能够就其身体及健康表达意见并拥有主权。相关人员及临床标准就绪之后，还将为跨性别者提供心理卫生、依赖及性方面的咨询。

资料来源：三角研究机构。

女性化的性激素

受管制的外源激素在亚洲多个国家的药房柜台都能够轻易地买到。

“我从医务人员和医疗机构那里得不到帮助，所以我就自己上网查询... 大多数的跨性别者也都是自己用药。很少见到有跨性别女人去找医生处理激素替代疗法。那会很贵而且医生也会歧视我们。”

——跨性别女人，22岁，印度尼西亚
(世界卫生组织，2014b)

一项2003/2004年间对菲律宾的147位跨性别女人的调查发现，大多数人都是在没有任何医疗支持的情况下开始激素疗法的，而且所有人都是不经医生指导而继续自行用药。许多受访者承认自己一天内服药多次，“能买得起多少药片，就吞下多少药片，以便加速身体的变化”（Winter等人，2007）。类似的做法在亚洲地区十分普遍，在老挝、泰国、马来西亚、中国及尼泊尔都有记载（Winter，2012；联合国开发计划

署，2014b，2014e）。在尼泊尔，卫生保健工作者为了牟利而不经解释后果即为求诊者提供激素药物的做法引起了担忧（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014e）。

在太平洋地区，私立医疗机构中具备跨性别卫生保健专长的工作者数量更加稀少。于是乎，跨性别者在极为有限或完全缺席的医生指导下使用激素药物就成了通行的做法。与亚洲的许多地方不同，太平洋地区的跨性别女人仅能获得为数不多的几种激素药物。最常见的是雌激素，并以混合了黄体激素的口服避孕药形式出现。

在太平洋地区的一些国家，获得激素药物的唯一途径是从海外渠道，这又增加了额外的风险。如果出现了并发症，跨性别者往往无法找到对激素疗法有充分了解的专业人员。

“苏瓦的好多跨性别女人都来问我性激素的问题。但我给她们的信息也只是网上找来的。她们中有些人因为情绪起伏而用药时断时续。她们真的需要专科医生。整个太平洋地区都没有这方面的专家，一个都没有。”

——跨性别女人，斐济

“要是我的国家也有激素药物的话，我早就已经转变了... 我有一个跨性别姐妹从一个菲律宾人那里弄来了激素药片。然后她开始感觉有副作用出现。她来找我，我很害怕，因为我对这方面一无所知，我们需要去看妇科医生。她差一点就没命了。”

——跨性别女人，巴布亚新几内亚

男性化的性激素

关于亚太地区跨性别男人对性激素的使用，尚无已经发表的研究。

这个简短的部分主要基于本《蓝图》咨商会议期间由跨性别男人和卫生保健工作者所提供的资料。4.2节更详细地叙述了本区域的跨性别男人获取激素治疗和其他有医疗必要性的性别肯定卫生保健服务时所面临的信息缺失。

跨性别男人用以使身体男性化的雄激素，例如睾酮，在亚洲地区的很多国家都可以获得，尤其在东南亚和东亚，包括从网上。在睾酮受到较多管制的国家，例如新加坡，药物的价格会变得更高。这部分地是因为通常只有私立诊所才能提供必要的处方。

在太平洋地区，没有证据显示跨性别男人可以获得睾酮，不论持有处方与否。

对跨性别男人的访谈显示，睾酮的自行采购和自行使用在亚洲地区也很常见。

我们一群人决定... 我们应该开始在彼此身上做实验... 第一次用药的时候我们都很兴奋，我们在一起学到了很多... 我们能够控制药物的用量... 所以要是能自己动手的话，你就可以尝试并发现什么对你最有效。

——跨性别男人，27岁，新加坡
(世界卫生组织，2014b)

当只有很少或根本没有对性激素有充分了解的卫生保健工作者存在，相对易于获取的睾酮也会将跨性别男人置于一种危险境地当中。在没有可见的跨性别男人社群以提供安全的剂量及注射方法时，这一问题尤其严重。

3.4.8.5 手术

旧称“性别重建手术”（sex reassignment surgery）通常指的是为跨性别女人建造女性外生殖器以及为跨性别男人建造男性外生殖器的手术。但是，如4.8.4节所述，为达成身体转换，跨性别者还需要其他的手术，包括跨性别女人的隆胸手术和跨性别男人的胸部重建手术。并非所有跨性别者都会出现性别焦虑，而出现焦虑的那些人也可能只寻求部分的身体改造。对另一些人而言，全套的性别肯定手术则可能具有医疗必要性。

公费的性别肯定手术在本区域内十分罕见，除了在中国香港特别行政区以及印度一些为hijra和aravani提供手术的邦（Winter, 2012）。而在上述地区，为获得公立医疗机构的手术服务而进行的漫长等待也是一个问题。

一项2014年的研究记录了印度七个主要城市的hijras获取性别肯定的卫生保健服务的经历。研究发现在公立三级医院几乎不存在免费的服务，要做生殖器手术只能前往费用高昂的私立医院。该研究认为，这些费用间接导致了許多hijras进行传统阉割，或求助于不具资历的行医者为其移除男性生殖器。

“我们的研究发现意味着，有必要在公立医疗系统中提供安全和可负担或免费的性别转换服务，卫生保健工作者要能够提供技术上和文化上都具备适应力的性别转换服务，并确保一个支持性的法律及政策环境，以便提高印度跨性别者的健康水平。”（Singh等人，2014）一些参加本《蓝图》2015年2月咨询会的印度hijras表示，金奈的两家公立医院目前提供免费的性别肯定生殖器手术。此外，德里、加尔各答、孟买和金奈的公立医院都以补贴后的价格提供这些服务。

印度的其他跨性别者则强调，这些卫生保健服务对大多数跨性别者而言是不存在的或难以获取的。很多人都提到，医院往往不愿宣传它们本来能够提供的性别肯定卫生保健服务。这意味着要获取这样的服务，大多数人只能通过私下的接触，还经常是偷偷摸摸地进行。此外，卫生保健工作者也很少接受hijras或跨性别健康需求方面的专门培训。这导致一些公立院所提供的照护质量着实令人担忧。2015年年中，本《蓝图》正在最后修改定稿期间，有口耳相传的证据表明，在印度仅有班加罗尔的一家公立医院为跨性别男人提供补助价的激素治疗或性别肯定手术。跨性别男人可以从其他的公立医院得到性别认同障碍或性别焦虑的诊断，但却需要自费前往私立医院进行治疗⁵²。

在南亚的一些地方，正式医疗机构之外进行的传统阉割仍是hijras人群最主要的手术方式。

52. 在与Sampoorna网络（印度一个跨性别与间性人网络）的活动家进行咨询期间与Satya Rai Nagpaul的私人交谈，参与者来自班加罗尔、金奈、德里和加尔各答等地，咨询会于2015年6月5-9日召开。

传统的做法是让当事人大量饮酒或服用大麻、鸦片等毒品，然后切除阴囊、睾丸及阴茎。传统的止血方法是用加热的针来烧灼，并将银针置入尿道以保持其畅通，然后包扎伤口。有时候，也用烧过的牛粪作为伤口敷料再进行包扎。这些做法可能导致死亡或严重的症状，例如尿道狭窄。阉割还可能导致情绪的不稳定和严重的性欲丧失，这是许多 hijras 不曾料想的。

在印度，hijra 社群正越来越多地求助于包括助产士在内的医务人员，以便在私人诊所内进行阉割手术。泰米尔纳德邦和卡纳塔克邦的跨性别福利委员会设立后，一些阉割手术也开始在公立医疗机构内进行。

资料来源：Muhammad Moiz 博士，巴基斯坦内茨男性健康联盟，以及 Abhina Ahe，印度 hijra 活动家。

在本区域内的一些国家，例如越南，进行性别肯定手术是非法的。跨性别者因此无法得到任何咨询或帮助。跨性别男人和跨性别女人都需要前往国外才能获得相关服务，就算那些能够找到医生愿意出手相助的跨性别者也必须自担风险。不论结果如何，提供协助的医生都不用承担责任，因为相关服务本来就是非法的。

在马来西亚，跨性别女人的性别肯定手术于1980至1982年间曾由马来亚大学医院（University of Malaya Hospital）的一个医生和心理学家团队进行。该团队提供咨询，并成功游说国家登记部门允许跨性别者改变身份证件上的性别。国家伊斯兰教法委员会得知此一情况后，颁布了一项禁止所谓性别重建手术的宗教法令，马来亚大学只得关闭了为跨性别女人提供的所有服务。该大学医院未能成功证明相关手术的科学理由，因此只能取消相关服务。

参与本《蓝图》咨商会议的卫生保健工作者批评这一做法对性别肯定相关服务之医疗必要性的否认，以及对跨性别者之存在的无视。技术层面上，相关手术在马来西亚并不存在法律障碍，因为1982年的这一宗教法令并未得到任何政府的承认。但是，从此之后极少有医院再进行此类手术。参与人权观察2014年马来西亚跨性别人权侵犯之报告访谈的所有跨性别者均表示，目前没有任何医院愿意进行此类手术（人权观察，2014）。

而在其他国家，性别肯定手术受到严格控制，阻碍了跨性别者的隐私及其对自己生活的主导权。在中国，一位跨性别者无法获得性别肯定手术，除非ta能得到家人的明确同意，以及心理医生的证明。该证明必须确认该跨性别者被确诊为易性癖五年以上，以所认同性别生活两年以上，并且手术后的性倾向为异性恋（亚促会，2015）。这些要求是令人望而却步且具有歧视效果的，也与世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）相悖。进一步的要求还包括出具无犯罪记录证明⁵³。这一要求排除了许多跨性别女人，她们因为从事性工作而经常遭到逮捕（Winter，2012；联合国开发计划署，2014b）。

如同世界其他地区，亚太地区的跨性别者并不总是寻求性别肯定手术。而对于有手术需求的那些跨性别者而言，最主要的障碍要么是手术服务的阙如，要么是在私立医院进行评估、手术及术后护理的高昂费用。低收入国家的跨性别女人很难获得任何形式的性别肯定手术，无论是隆胸还是生殖器手术。甚至在像泰国这样手术相对易得的国家，抽样调查的三个城市中也仅有11%的跨性别女人进行了生殖器手术（Guadamuz 等人，2011，由Baral等人引用，2013）。2002年开始施行的泰国全民医保计划并不负担性别肯定卫生保健服务的开支。

在太平洋地区，现有证据表明在任何国家都无法获得性别肯定手术服务。

对于跨性别男人，性别肯定手术可能包括胸部重建、子宫切除及外生殖器重建。对于许多人而言，就算花费较低的胸部重建手术也往往难以负担，尽管世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）建议，胸部重建通常是跨性别男人医学转换的关键初期步骤（Coleman等人，2011）。无法获得胸部手术的跨性别男人会因为持续使用束胸以制造较为平坦的胸部轮廓，而出现呼吸不畅、皮疹及疼痛等问题（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014a；Acevedo等人，2015）。4.8.2节总结了2014束胸健康项目的发现，包括将束胸之健康影响最小化的建议。

我只好借钱来手术，因为我只想让这一切早点结束，这样我才能继续我的生活。以我当时所拥有的那种身体，我没办法出去找工作，我完全无法忍受自己的样子。

——跨性别男人，29岁，新加坡
(世界卫生组织，2014b)

对亚洲年轻跨性别女人的研究发现，对很多人而言，未来生活最关键的一点就是能够进行手术、完成生理转换、作为女人生活（青年之声，2013）。

亚洲的许多跨性别者都需要前往国外才能进行性别肯定手术，通常是前往泰国。对本区域内的绝大多数跨性别者而言，这在经济上是行不通的。因此，希望进行手术却无法实现愿望的跨性别者往往会承受严重的心理痛苦（世界卫生组织，2014b）。

手术的花费因为医生和操作方式的不同而有很大差异。对泰国和美国的网上报价进行简单查询可知，胸部重建手术或隆胸手术通常1万美元起价。跨性别女人的外生殖器手术通常花费1万5千至2万5千美元。有些跨性别男人的外生殖器手术起价也与之相当。但是，完整的阴茎成形术或人造阴茎的花费可能比这多出三到四倍。此外，出国手术者还需要旅行和住宿等费用。进一步的成本还包括手术造成的误工费，这也可能相当巨大。例如，跨性别男人的外生殖器手术可能包括彼此相隔六个月的四项独立步骤。而对于跨性别女人，后续或两段式的重建手术往往也需要塑形、修补、移除增生组织或疤痕。

“亚洲同志”项目2014年蒙古对话大会的与会者提议，蒙古国家医疗保险的给付应当涵盖性别肯定卫生保健服务的开支，包括咨询、性激素治疗和手术。此外，蒙古国内服务能力的不足可以通过将跨性别健康需求列入卫生部所推荐的受资助国外医疗活动清单来解决（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014d）。

我从来没有作为女人接受过医疗服务。我真的不知道该去找谁，因为这个国家没有了解跨性别者特殊需求的专家。我们负担不起激素治疗的费用，也做不起手术，因为它们都是得不到医保报销的。

——跨性别女人，蒙古（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014d）

3.4.8.6 硅胶和其他软组织填充物——副作用

一些跨性别女人注射医疗或工业硅油、润滑油、填缝密封胶、婴儿油或其他物质，以使面部和身体其他部位更加女性化。这些注射到髋部、臀部、大腿、乳房、嘴唇或面部的物质可能造成严重的健康问题（Agrawal等人，2014；Hariri 等人，2012；Visnyei 等人，2014）。注入的物质可能硬化，造成疼痛，或者移位到身体其他地方，从而导致永久的毁容或不利的身体改变。这些注入物质还可能导致感染、慢性或急性的炎症，而这对艾滋病感染者来说有着巨大威胁。不少跨性别女人都死于注射相关的并发症。此外，这

53. 卫生部办公厅《变性手术技术管理规范（试行）》，卫办医政发〔2009〕185号，中文参见<http://baike.baidu.com/view/3140460.htm>

些注射所使用的设备若未彻底消毒，还可能传播艾滋病。

在本区域内，多数和硅胶相关的研究都关注东南亚跨性别女人在乳房、髋部、臀部或面部的硅胶注射。一项2009年的研究发现44%的泰国受访者和34%的菲律宾受访者曾注射硅胶（Winter和Doussantousse，2009）。而这些注射经常是由未经医学训练的人员在不安全的卫生环境中进行的（Winter，2012）。

在亚太地区很少存在对软组织填充物之效果的正规监测。但是，在柬埔寨进行的研究指出了跨性别性工作者为改变面部特征而自己进行的注射所产生的副作用（Davis等人，2014）。在柬埔寨，这包括注射prengchan等植物油产品。而在越南，口耳相传的证据表明，注射未经医学验证的硅胶和其他石油产品造成了严重伤害甚至死亡（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014h）。

对硅胶和其他软组织填充物的需求在一定程度上是源于无法获得激素或手术从而达成女性化的外观。

“美容院... 提供鼻子、乳房、髋部等处的硅胶注射... 操作这些注射的人并不是专业的护士或医生。他们也只是从黑市上买来这些产品... 尤其是那些卖淫的跨性别者，要靠注射来强化美貌和性魅力... 非法注射硅油在这里很普遍... 由于我们国家的跨性别者大都比较贫困，无法负担公立或私立医院的性别肯定手术，她们...就只能找江湖医生进行这种非法的注射。”

——跨性别女人，22岁，印度尼西亚
（世界卫生组织，2014b）

如果卫生保健工作者不了解身体改造之于跨性别者的重要性，他们也就无法想象跨性别女人为使外表女性化而不惜承担的一切风险。那些想要彻底改造自己身体的跨性别女人不会觉得自己拥有其他选择。本《蓝图》附录A的指南建议，卫生保健工作者使用筛查、咨询、减少危害的策略，来管理硅胶及其他软组织填充物相关的严重健康风险。“外展工作者总是带我参加艾滋病自愿咨询检测和性病检测，但是他们不明白我们真正的问题所在... 有时候我的脸会疼，因为我注射了硅胶。”（青年之声，2013）

3.4.8.7 被拘留跨性别者的性别肯定照护

拘留和监禁，不论是否为期短暂，都不应阻碍普通卫生保健服务的获得，或造成治疗的延迟或中断。这包括获得恰当和及时的艾滋病治疗及照护，这应当是惩教机构所提供的初级卫生保健服务不可分割的一部分。在世界其他地区，被监禁的跨性别者面临着感染艾滋病的极高风险（Varella等人，1996）。监禁不应阻碍预防措施的实行，这一点至关重要（世界卫生组织，2014a）。服刑人员也应该能够得到安全套以及保密的检测和咨询服务（世界卫生组织，2014a）。

世界跨性别健康专业协会在其2011版的照护准则中包括了一份声明，明确指出照护准则第7版所述的一切评估及治疗手段也适用于服刑人员或其他收容机构内的人员。按照国际人权准则，该照护准则第7版指出，收容机构内跨性别者的保健待遇“应反映ta们在同一社区内如果身处非收容机构时可能获得的待遇。”（Coleman等人，2011）该照护准则第7版强调，性别肯定卫生保健服务是具有医疗必要性的，被拘留或身处长期保健机构内的跨性别者不应被拒绝这样的服务。为此，拘留机构可能需要向了解这方面专门知识的卫生保健工作者进行咨询。

已经开始激素疗法或达到开始激素疗法之要求的跨性别者应能获得激素和适宜的监测。拒绝提供具有医疗必要性的激素治疗很可能导致不良后果，例如子宫等自行手术的尝试、抑郁、焦虑和/或自杀（Brown, 2010）。

在本区域内，跨性别者很可能在没有医生指导的情况下自行购买和使用激素。身处狱中也是一个机会，可以对ta们的激素水平进行监测，对用药种类和用量进行调整，以便改善其健康状况。

3.4.9 跨性别专属的性健康信息

本《蓝图》的这一节关注一些非常专门的跨性别性健康问题。这些讨论是在一个更为宽广的性健康和性权利的语境中进行的。类似议题最近在2015年6月的世界卫生组织报告《性健康、人权与法律》（世界卫生组织，2015a）中进行过总结⁵⁴。

性健康的定义

“性健康是一种和性（sexuality）相关的良好生理、情绪、心理及社会状态；它不仅仅是没有疾病、功能障碍或虚弱。性健康的实现需要一种对性和性关系的积极而尊重的态度，也需要让愉悦、安全、不受强迫、歧视及暴力的性经验成为可能。为了获得并保持性健康，所有人的性权利必须得到尊重、保护和满足。”（世界卫生组织，2006）

跨性别的身體和性

卓越跨性别健康中心开发了三种性健康资料，分别适用于跨性别女人、跨性别男人、以及一份单独关于跨性别者的生育⁵⁵。它们涉及了一些很重要的实际问题，以及跨性别男人和跨性别女人特有的性健康需求。

给保留阴茎并用于性行为的跨性别女人的建议

“使用你的阴茎进行性行为是健康和正常的。须知为了保持勃起功能，你的体内需要有一些睾酮。如果你在服用女性化的性激素，保持勃起功能或会出现困难。请向医生咨询适合你的激素用量。记得当减少女性化激素的用量时，预期的效果需要一段时间才会出现。”

给保留阴道并用于插入式性行为的跨性别男人的建议

“睾酮会使阴道壁变薄。你可以在阴道内使用低剂量的雌激素乳剂，以阻止其变得过于单薄。这会在进行阴道性交时避免阴道出血，并因此而降低感染性病尤其是艾滋病的风险。”

资料来源：卓越跨性别健康中心之跨性别健康学习中心

54. 在对性健康的技术咨商基础上，一份2006年的世界卫生组织报告对性权利作出了定义。世界性健康协会2014年的《性权利宣言》对此也有论述。见 <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>

亚太地区自我认同是男同性恋的跨性别男人很难找到协商安全性行为的本土性健康信息。加拿大的一些跨性别男男性行为者为这一群体开发了一份性健康资料。它包括身份认同、性、性行为以及酷儿跨性别男人之经验、安全性行为之建议等内容⁵⁶。

灌洗

在本《蓝图》进行咨商期间，跨性别女人要求获得对跨性别友善且适用的个人卫生相关信息，尤其是关于灌洗。一位来自菲律宾的跨性别女人表示，很多时候如果在肛交后于安全套或阴茎上发现了粪便的痕迹，跨性别女人往往会遭到性伴侣的肢体攻击。亚洲地区的一些跨性别女人会购买阴道冲洗液来使用，尽管该产品并非为肛门灌洗所设计，并且不应作此用途以免对肛门黏膜造成损伤。一位来自太平洋地区的跨性别女人表示，在太平洋地区找不到任何关于灌洗的信息，无论是适用于跨性别者还是男男性行为者。

“对于太平洋地区的我们来说，年轻的跨性别女人从年长的跨性别女人那里学习灌洗的知识，尤其是从那些在性产业中工作过的人... 我们不用灌肠器或者注射器，因为成本太高。我们中的大部分人都只是用一根水管，一头接水龙头，另一头接直肠。每个人自己决定要灌多少水到肠子里面去。另一个办法就是用一个饮料瓶。你把瓶子装满水，把瓶口对准直肠... 一直重复灌水，直到自己感觉体内已经没有残留为止。”

基于实证的灌洗建议相当有限。以下的信息并非正式的标准，而仅用作一种减少危害的参考。所做建议有支持证据者都已标明出处。

给跨性别者——灌洗对于肛交是必要的吗？

- 不是，最重要的事情是确保你的性伴侣使用安全套并搭配润滑剂。润滑剂可以是水基或硅基的
- 如果你介意清洁程度，那么在性交前半小时如厕，并用湿布清洁肛门附近区域即可
- 仅有少量粪便可能附着于安全套之上，尽管润滑剂的使用可能会让它们看起来更多
- 放轻松，性本来就是凌乱的。如果弄得比较脏，可以用肥皂水清洗
- 你的性伴侣无权强迫你做任何事情，包括强迫你进行灌洗

如果选择进行灌洗：

- 灌洗应在肛交前至少一小时进行
- 仅使用清水进行灌洗，确保水是温热的而不会太烫
- 如果自来水达不到直饮标准，那么不要用其进行灌洗。请用过滤水或盐水取而代之（Gluckman和Emirzian，2013）
- 清水以外的任何物质都会刺激直肠黏膜，从而导致更容易感染艾滋病或其他性病
- 绝对不要使用阴道冲洗液来进行肛门灌洗
- 还有一个办法是将耳道冲洗器装满温水，轻轻将水压入直肠。这些少量的水不会引起任何伤害，却能移除直肠内的残留物
- 不要使用淋浴喷头或任何水枪来灌洗，水枪的出水量很难控制，其水压也可能造成直肠黏膜的破损
- 如果使用其他的水源，请确保你能够控制水压

55. 这些性健康资源可在www.hivprevention.org.au/healthcare/sexual-health网站上找到。

56. 见 <http://www.hivprevention.org.au/healthcare/sexual-health>。

- 频繁灌洗是有害的，因为这会刺激敏感的肠黏膜，所造成的损伤会让你更容易遭受艾滋病或其他感染的侵袭（Schmelzer等人，2004）
- 如果在肛交期间安全套破损，请不要进行灌洗，否则有可能造成精液或安全套残片被推入直肠内更深的位置

3.4.10 培训卫生保健工作者

处理跨性别者在医疗机构内遭受的歧视，这和开发恰当的医疗标准同样重要（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014b）。跨性别者特有的任何一种安全和隐私需求都应该被纳入考量。举例而言，住院的跨性别者可能需要保证隐私的淋浴间，而在参与性别隔离的治疗活动或支持团体时，也应保障跨性别者能够遵循其性别认同。

2014年，在中国举行的一个跨性别圆桌会议的与会者一致认为，该国的卫生保健工作者需要接受跨性别健康问题的相关培训，包括药物和手术的方法，以及术后照护。但是，虽然这些知识是非常必要的，仅仅掌握这些知识却不足够。与会者同时提到，只有在反歧视的培训消除了卫生保健工作者对跨性别者的迷思与刻板印象之后，医疗知识的提升才会发挥效用。这一观点符合跨性别健康模式，该模式强调“身体和性别都是光谱，减少危害并进行倡导，知情同意，同侪之间的专业意见，自决权，以及性别的综合体不是一种紊乱”（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014b）。

以下的案例反映出本区域内为满足跨性别健康需求而进行卫生保健工作者能力建设的一些初步尝试。这些

《更待何时》（The Time Has Come）是一套区域性的卫生保健工作者培训材料，旨在消除医疗机构内的污名并加强对跨性别者和男男性行为者的艾滋病、性病及其他性健康服务。它提供了一套由同伴教育专家所设计的互动式培训流程，并由联合国开发计划署曼谷区域中心和世卫组织东南亚区域办事处、世卫组织西太平洋区域办事处共同开发。该培训材料可从以下网址免费获取。

资料来源：<http://www.thetimehascome.info>.

在蒙古，卫生部于2013年11月颁布了新的《伦理准则》。该准则在定义非歧视之时，也将性别认同与性倾向纳入其中。参加联合国艾滋病规划署2014年人权培训的该国卫生保健工作者对该准则作出了非常积极的反馈。他们中的许多人都承认，在此之前自己从未接触过跨性别和男女同性恋、双性恋者的人权议题，也未想过这些议题如何影响他们作为卫生保健工作者的应有行为。

柬埔寨生殖健康协会（RHAC）在瑞典性教育协会的支持下，启动了一项跨性别健康的三年计划。该计划的首要步骤是对柬埔寨的生殖健康机构与诊所进行快速评估和基础调查。从中发现，目前的系统在收集跨性别者之性别认同与健康需求方面存在不足而需要改进。此前，卫生保健服务提供者很少接受跨性别健康的相关培训，甚至有一些服务提供者对调查本身表现出不支持的态度。柬埔寨生殖健康协会认为这是一个提升该国服务提供者之能力的重要机会，而方法就是进行培训并开发跨性别健康相关的模块化资料（柬埔寨生殖健康协会，2014）。

3.4.11 卫生保健的研究需求

关于本《蓝图》所讨论的跨性别健康与福祉的每个方面，在本区域内相关信息都是不足的。

Winter（2012）列出了本区域内为实现跨性别权利而需要优先研究的一些问题。这些研究应当与跨性别者合作进行，寻找传播关键的健康信息之途径，尤其是以本土语言和在偏远地区。其他的优先研究课题包括对

跨性别人口数量的估算，记录增强复原力的不利因素与有利因素，以及记录人权义务及对人权的侵犯。最后，Winter强调了记录跨性别卫生保健服务之积极案例的重要性，这些服务对跨性别者持肯定态度、具备跨性别文化适应力、并且是完善而可及的。

一项2013年对跨性别者艾滋病、性病和其他健康需求的区域评估发现，存在一系列策略性信息的缺失，包括对艾滋病和性病的常规监测，长期使用性激素的健康风险，跨性别男人的卫生保健，跨性别青少年及跨性别者的老龄问题，以及跨性别健康的社会决定因素（世界卫生组织，2013b）。这些议题也在最近一份亚太跨性别网络的报告中有所反应（亚太跨性别网络，2015）。

不仅有必要更好地理解跨性别社群内不同的亚群体，对太平洋地区跨性别者的独特经验进行研究也势在必行。与此同时，太平洋一些国家对性别多元的一定程度上的接纳也可以成为一种启示，以便为生活在新西兰及澳大利亚两国的太平洋岛民跨性别者提供具有文化适应力的照护。

相比其他区域，亚太地区幅员的辽阔及语言的多样很可能意味着各国的卫生保健工作者、学者、以及对跨性别健康研究感兴趣的维权者较少拥有相互联络的机会。列出未来研究的计划不在本《蓝图》的论述范围之内。但无论从人权的角度出发还是从研究实践的可靠性角度出发，跨性别者都需要参与到优先研究议题的制定过程中来。

3.5 性别认同的法律承认

3.5.1 性别认同之法律承认的重要性

《世界人权宣言》及其他约束性人权条约规定了在法律面前得到承认的权利⁵⁷。《日惹原则》总结了它们在性别认同相关人权议题上的适用性。

日惹原则

原则3：在法律面前得到承认的权利

“一个人自我界定的性倾向和性别认同是其人格中不可或缺的一部分，是自决、尊严和自由最基本的成分之一。任何人都应该为了使其性别身份得到法律承认这一需要而被迫接受医疗程序，包括性别再造术、使其丧失生育能力的治疗或荷尔蒙治疗。任何身份——如婚姻或家长身份——都不应被援引来阻碍一个人的性别身份得到法律的承认。”

大多数的日常活动都需要身份证件。当需要出示出生证明、护照或其他身份证件而证件上的性别又与其性别认同或性别表达不相符时，跨性别者就会被边缘化。这种歧视可能造成对跨性别者人身安全的威胁，或使其无法获得关键的卫生保健服务、住房、就业、教育、或社会服务。因此，性别认同的法律承认是公共卫生领域的一个优先议题。

当跨性别者遭到家庭抛弃，这可能对其性别认同获得法律承认造成重大冲击，尤其是当家长的批准是修改或取得身份证件之前提的时候。许多跨性别者都被迫离开原来生活的地区或国家，以便开始新生活。这可能意味着重要的家庭身份文件的遗失。例如，离开家乡前往大城市的印度尼西亚跨性别者就可能没有家庭卡，而拥有家庭卡又是取得个人身份证的前提。没有个人身份证，就无法获取最基本的服务。

3.5.2 自然灾害与性别认同的法律承认

人生中的一些脆弱时刻，例如紧急救护、自然灾害、跨越国境或流离失所，也恰好是身份证件被频繁使用之时。在这些情境下，无法出示与其性别认同或表达相符的身份证件的跨性别者可能会被拒绝获得关键的服务。此前在巴基斯坦的洪水、印度的海啸及海地的地震等致命灾难中，都有跨性别者的此类遭遇被记录在案（联合国开发计划署，2013）。

以下是2011年日本震灾和2015年尼泊尔震灾中的两个例子。

自然灾害中的性别认同之法律承认：2011年日本地震

“日东大灾难”指的是2011年3月发生在太平洋沿岸的日本东北地区的地震及海啸。社会融入支持中心——一个社群机构——在2011年10月开设了电话支持服务，以回应灾难幸存者的长期需求。2012年3月在获得了一些政府支持后，这一“贴心热线”（Yorisoi Hotline）转变为全国性的服务。如遇性倾向、性别认同或表达方面的问题，求助者可以选择一个专门的选项。在2012年4月1日至2013年3月31日期间拨入该热线的10878227个通话中，有3.6%的求助者选择了该选项（Yamashita和Gomez，2015）。这很可能并不反映整个LGBT社群的所有需求，因为LGBT人群所面临的一些问题可能与其性倾向、性别认同及表达（SOGIE）并不相关，同时许多人也并不希望透露其SOGIE身份。

通常，生活在受震灾影响地区的跨性别者在震前并未公开其性别身份。很多人都是由于疏散中心的公共性质、或者在诊所及医院被摧毁后为了获得激素治疗才被迫公开。ta们担心遭到歧视，而且大多数人在当地也找不到跨性别或更广泛的LGBT社群的支持。一些人因为不确定自己会否安全而避免使用性别隔离的公厕或公共浴室。由于几乎毫无隐私，一些人甚至不敢更衣，包括一些跨性别男人不敢露出他们的束胸。但也有积极的经验，例如有跨性别女人在避难所被作为女人而接纳，获准使用女性更衣室和浴室，而且当有男人因为她是跨性别者而骚扰她时，其他的女人对她给予了支持（Yamashita和Gomez，2015）

日东大灾难暴露了跨性别及男女同性恋和双性恋者所面临的压力，但与此同时它也增进了一些妇女团体及民间社会组织对此类议题的了解。从而产生了将跨性别及男女同性恋和双性恋者融入减灾规划的呼吁。

资料来源：Yamashita和Gomez，2015。

自然灾害中的性别认同之法律承认：2015年尼泊尔地震

“地震把很多跨性别者赶上了街头，因为ta们的家被震坏了。65个跨性别者的家遭到全毁，这是最近的统计。救灾营地很快搭建起来的时候，没有家人陪同的人们按照男女被分到不同的营地。那第三性别的人怎么办呢？”

没有反映其性别认同的官方证件，这经常使得跨性别者被排除于救灾中心之外，或者领不到政府发放的赈灾物资。同时，紧急避难处的厕所和浴室等基本设施无一例外都是只分男女的。被迫使用这样的厕所，尤其是在夜间，让跨性别者很容易遭到暴力和强奸。

与国际机构合作，蓝钻协会在加德满都为男女同性恋、双性恋、跨性别和酷儿社群的成员设立了15顶帐篷，另外还在57. 其世界灾权宣言第6条及公共哀及政治权利国际公约第11条和跨性别者及酷儿权利国际公约第12条。此外，《儿童权利公约》第8条要求缔约国“尊重儿童维护其身份”。

“跨性别社群凭借其赢得法律承认的同样的勇气、弹性和韧性，改变了尼泊尔的救灾行动，并为今后世界各地的危机应对树立了榜样。性别是减灾规划中的必要考量，跨性别者需要被纳入灾害预案。灾后评估也必须倾听ta们的声音、回应ta们的需求。”

资料来源：改编自蓝钻协会和亚太跨性别网络2015年6月3日发布的新闻稿。2015年6月10日于以下网址读取：<http://www.weareaptn.org/>

3.5.3 本区域内性别认同之法律承认的可及性

亚太地区的绝大多数跨性别者都无法获得名字和/或性别与其认同相符的官方证件。

在许多国家，没有法律或政策允许跨性别者更改证件上的性别。在所有的太平洋国家都是如此情形，尽管在包括纽埃、关岛、斐济和汤加在内的少数国家，法律允许个人改名。

在泰国、菲律宾、越南和马来西亚，也没有法律或政策使得对性别认同的承认成为可能。

在马来西亚、印度尼西亚和菲律宾出现了一些个案，法庭允许跨性别女人在性别肯定手术后更改证件上的性别。但是，最近在2012年，马来西亚总理办公室告知议会，不允许这样的变更（人权观察，2014）。菲律宾一项2007年的最高法院判决取消了跨性别者向地区审判法院申请性别承认的权利（Winter，2012；开放社会基金会，2015）。如2.5节所述，菲律宾人权委员会表示将支持一个案件，以期通过妇女平等的法律来澄清跨性别女人是否可以修改其出生证明上的性别。

在其他国家，法律和政策仅允许一小部分跨性别者获得性别承认，且附带侵犯其他人权的严苛规定。其中一项就是要求跨性别者接受全部的性别肯定手术，法律中常称之为“全套性别重建手术”。这一规定受到了联合国机构、人权专家、以及卫生保健工作者团体的大量批评（世界卫生组织，2014；Méndez，2013；艾滋病和法律全球委员会，2012；世界跨性别健康专业协会理事会，2015；国际法学家委员会，2007）。

尽管许多跨性别者都希望进行医学转换，但是相关的诸多步骤意味着转换可能是一个长期的过程。对于其他跨性别者，出于经济上、健康上或个人的原因，医学转换从来就不是一个选择。这对于跨性别男人尤其如此，因为男性外生殖器的建造需要多阶段的手术，频繁出现的技术困难和术后的并发症意味着仅有非常小部分的跨性别男人进行这种手术（Coleman等人，2011）。如果性别认同的法律承认以这些医学步骤作为前提，那么跨性别者可能被迫花费多年时间甚至整整一生也无法获得对其性别认同的法律承认。

印度尼西亚的Ardhanary研究所记录了从2011年以来的11起案例，其中跨性别者由于未经手术地修改证件上的性别而被判有罪。通常，这些跨性别者修改证件性别都是为了和伴侣结婚。在一个2011年发生在中爪哇的案例中，一位26岁叫做Rega的跨性别男人被监禁了18个月，因为在婚礼当天他17岁新娘的家人发现他“出生时是女性”。Rega被以欺诈以及和未成年人发生性行为的罪名而起诉（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014c）。

在泰国，法定证件必须使用和一个人原生性别相一致的敬语或称谓。这一称谓无法更改，即便一位跨性别者已经接受性别肯定/重建手术。2008年，LGBT社群曾尝试请愿，以使跨性别女人将称谓从先生改为女士，但未能成功。只有间性人能够在手术后修改称谓（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014g）。

在一些更改证件上的性别具有医学门槛的国家，对于所要求的医疗干预的类型并不总是有清楚的说明。在2015年“亚洲同志”项目区域对话大会上，蒙古议会的一位议员建议，蒙古应该澄清对修改法定性别具体有何要求。她表示，“官员们可以强词夺理... 并且以一种不可预知或反复无常的方式行使自由裁量权，这是

很难令人满意的。”（联合国开发计划署，2015）

在印度尼西亚、日本、新加坡、韩国、台湾地区、中国香港特别行政区及中国大陆，性别认同的法律承认均要求性别重建手术和绝育⁵⁸。在新加坡和中国香港特别行政区，即便已经手术，跨性别者也仅能修改身份证件而非出生证明上的性别。2008年起，中国大陆的跨性别者在经过手术且满足下述其余要求之后，可以更改户口上的性别。但是，却很难更改之前所获学历证书上的性别，而这为求职就业或继续深造带来了困难（Balzer和Hutta，2012；联合国开发计划署，2014b；联合国开发计划署，2014e）。

在韩国和日本，性别认同的法律承认还有其他障碍，例如当事人必须年满20岁，未婚（已婚则需离婚），无子女⁵⁹。中国也要求必须告知直系亲属，已婚则需离婚，已经以其所认同性别生活和工作一定时间，且无犯罪记录。满足所有这些要求对跨性别者来说非常困难，尤其是考虑到在中国性工作是非法的、但却是许多跨性别女人主要的就业方式。

没有任何一个亚洲国家允许跨性别儿童或青少年修改其法定证件上的性别，即便家长同意也不行。但这在澳大利亚和新西兰两国都是可能的。

在少数允许跨性别者结婚的亚太国家，允许的前提是已经手术并且绝育。这些限制损害了跨性别者在法律面前得到承认的权利，也有悖于隐私权、组建（或维持）家庭的权利、以及不受歧视的权利（开放社会基金会，2015）。如3.3.9节所述，新西兰的婚姻法于2013年进行了修订，澄清了婚姻存在于两个人之间，而与双方的生理性别、性别认同或性倾向无关。

在整个亚洲地区，跨性别者往往不知道自己能否以及如何修改证件上的性别。相关信息的缺失可能进一步加剧跨性别者所面临的压力，从而阻碍其进行医学转换或社会转换（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014a）。

亚洲仅有很少国家的活动家开始通过案件诉讼或社会运动来倡导性别认同的法律承认。如本节后面将会讨论的，一些活动家很了解世界领先的性别承认法律，例如阿根廷和马耳他，两者都强调自决权⁶⁰。

对自决权的强调在世界跨性别健康专业协会理事会2015年1月的性别承认相关声明中也有体现（世界跨性别健康专业协会理事会，2015）。该声明“敦促各国政府消除不必要的障碍，并设立简明而可及的行政手续，以使跨性别者获得与其认同相符的法定性别身份。”世界跨性别健康专业协会的这一声明明确反对任何的医疗前提，反对限制已婚或已育的跨性别者获得性别认同的法律承认。此外，该声明还主张跨性别青少年及狱中或其他收容机构中的跨性别者也应获得性别认同的法律承认。

在本区域内的其他地方，跨性别活动家一直在为获得性别重建手术后改变证件上之性别的权利而斗争（联合国开发计划署和美国国际发展署，2014h）。2013年，中国香港特别行政区终审法院在W诉婚姻登记处一案中，最终允许一位接受了“性别重建手术”的跨性别女人与其男友结婚。紧随这一案件的判决，一场争取《性别承认条例》的运动在香港展开。

而在太平洋地区，2014年12月举办的斐济第16届总检察长大会包括了一个性别认同与法律的单元。一位来自斐济Amithi项目的跨性别女人在会上呼吁，应该实现不附加任何医疗或手术前提的性别认同之法律承认（Pratibha，2014）。

3.5.4 超越二元的性别分类

如术语一章所述，在亚洲和太平洋地区都长期存在着用于跨性别者的具有文化专属性的名称。许多这样的名称都是用于出生时被指派为男性但自我认同不是男性亦非女性、而通常是某种第三性别的人。本区域内还有其他一些跨性别者，他们也使用具有文化专属性的名称来描述自己的性别认同，但却不认为自己属于第三性别⁶¹。

四个南亚国家已经承认了hijras、metis、khawaja siras以及其他认同第三性别的跨性别者的专门身份。印度、尼泊尔、巴基斯坦三国的最高法院均在判决中承认了第三性别的合法地位。在尼泊尔和巴基斯坦，实施的缓慢和要求的严格意味着大多数的metis、hijras和khawaja siras仍然没有获得性别认同的法律承认。孟加拉国于2013年11月为hijras设立了一个第三性别种类，并在教育和其他权利方面对其予以关照（Karim, 2013）。

2007年12月在最高法院就Pant【译注：尼泊尔蓝钻协会领导人】诉尼泊尔一案作出判决后，尼泊尔设立了第三性别。它被一些银行所采用，并出现在2011年尼泊尔的人口普查表格上，尽管因为行政和后勤的原因，该普查很大程度上未能将认同第三性别的人口记录在案。直到2013年，第三性别种类才被添加到尼泊尔公民证件（nagarikta）上去。获得这样的证件只需自我认同而无需医疗或专家验证。但是，仅有很少这样的公民证件真正被发放，因为地方上的行政官员仍然经常要求某种形式的专家证明。此外，这种证件仅限于新的申请者，而那些已经持有男性或女性公民证件的跨性别者则被排除在外（Martinez, 2014；联合国开发计划署，2014e）。2015年8月，尼泊尔在护照上增加了一个第三性别选项，以字母“O”表示“其他”。

一项2013年对尼泊尔1200名男同性恋、双性恋和跨性别者的调查发现，有44%的人自我认同为第三性别。但是仅有8%的人（82人）曾尝试修改其公民证件上的性别⁶²。其中仅有5人修改成功，包括一位跨性别男人。新规如此之低的执行率可能是源于办事效率低下、政府官员的歧视、或者对新规了解的不足。而在社群内部，对“其他”这一类别的法律地位也有各种不解，同性恋和双性恋者还担心他们也被当成了第三性别。此外，跨性别男人和跨性别女人各自的认同可能就是男或女，而不是一个第三性别（联合国开发计划署/Williams研究所，2014）。本《蓝图》咨询会的尼泊尔与会者还提到，与印度不同，尼泊尔目前并未对第三性别的登记提供任何经济上的鼓励措施作为一种肯定性的政策。

2009年12月，巴基斯坦最高法院要求登记表上必须列出“khawaja siras/阉人”的选项（Khaki诉Rawalpindi一案），而当事人的身份将通过未指明的医学测试来确认。选举委员会和社会福利部也同意合作，以确保所有登记在案的khawaja siras/阉人都被纳入选民名单（国际法学家委员会，2011）。一份2012年4月的报告指出，尚无任何人得到承认其第三性别的证件（Bochenek和Knight，2012）。

泰米尔纳德邦是印度首个承认跨性别女人（aravani）可以在配给证上选择“跨性别”的邦。2013年，这一第三性别选项被加入了印度新的Aadhaar身份证编号系统。

58. 一则2013年12月的媒体报道显示，台湾地区正在考虑移除所有的医学限制（Yiu, 2013）。台湾地区的跨性别者确认，此举尚未实施。

59. 在日本，对家长身份的要求有所放宽，仅限制子女未满20岁的跨性别者。

60. 《阿根廷跨性别者性别认同与完善照护法案》（法令 第773/12号，性别认同法案 第26.743号）；马耳他《性别认同、性别表达和性别特征法案》，见<http://tgeu.org/malta-adopts-ground-breaking-trans-intersex-law/>。

澳大利亚和新西兰都在护照上为任何人提供第三性别选项，而不仅是为跨性别者。这一操作仅要求个人的自我认同（尽管在澳大利亚还需要一封来自卫生保健工作者的支持信件）。澳大利亚的一个领地还在出生证明上提供这一选择（开放社会基金会，2014）。这意味着，任何人都可以自由使用 M、F或X作为其证件上的性别标记。

类似地，2014年4月印度最高法院在对国家法律事务管理局诉印度联盟一案的判决中，承认了第三性别选项（尤其是对hijra），但同时也规定，所有跨性别者“有权选择其自我认同的性别... 包括男性、女性或第三性别”。法院要求中央和各邦的政府在法律上承认跨性别者的性别认同。判决词引用《日惹原则》及2012年阿根廷的性别承认法案，确立了跨性别者拥有宪法所保护的個人主权、自决权和表达自由。

这一判决在本区域内引发了广泛争议，关于如何承认第三性别认同者之权利，但同时又不阻碍跨性别女人的女性认同和跨性别男人的男性认同，并为所有类型的人提供法律保护。

3.6 进一步举措

本《蓝图》的前半部分以对印度的讨论作结，恰逢其最高法院的判决和《跨性别者权利法案》的提议将本区域内的许多人权重点议题纳入了立法日程。至关重要的或许是这一高院判决和法案提议都强调，这些人权议题和跨性别者获取性别肯定的卫生保健服务紧密相关。

希望本《蓝图》前半部分所提供的资料有助于这些全国性和区域性的讨论，尤其是通过这些共有挑战的案例和新出现的成功实践。

在本《蓝图》的后半部分，焦点将转向成功临床实践的分享，这些临床实践将改善跨性别者普通卫生保健服务的可及性，以及对那些寻求医学转换者而言，有医疗必要的性别肯定卫生保健服务的可及性。

第4章提供满足成年跨性别者健康需求的临床建议。第5章提供跨性别和性别不驯之儿童与青少年的相关建议。第6章提出改善跨性别者健康权、免于歧视和暴力权、以及完整性别承认权的政策考量。

-
61. 对一些跨性别男人和跨性别女人而言，这反映出ta们或男或女的认同，而非第三性别的认同。也有人批评第三性别的选项，认为将跨性别者视作第三性别，这一做法强化了男女二元的正统地位（开放社会基金会，2014）。
 62. 这一比例是在对此问题作出回答者中计算的。

完善的 照护、预防 及支持

本章关于艾滋病、性病、酒精及物质滥用、心理健康等的预防、诊断和治疗相关信息是基于世界卫生组织的指导原则。但是，世界卫生组织并没有专门关于对跨性别持肯定态度/性别肯定的疗法、手术或预防性照护的政策、建议或指导原则。这样的指导原则尚有待通过标准的世卫指导原则制定程序来进行开发。因此，性别肯定的激素治疗、手术及预防性照护相关信息（见4.8节）是基于其他资料及成功实践案例，尤其是加州大学旧金山分校卓越跨性别健康中心⁶³和世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）。它们提供了经由同侪审阅的性别肯定激素疗法、手术及预防性照护之指导原则。

4.1 引言

在很多国家，跨性别者可能首次对其透露性别身份的卫生保健工作者将是全科医生或家庭医生。第4章主要就是为这样的初级卫生保健服务提供者所撰写，旨在加强他们的跨性别文化适应力（见“其他关键术语”一节）。初级卫生保健服务提供者的责任是理解并探索性别认同相关问题，进行初步评估，在缺乏专家能力时恰当地转诊，讨论各种药物与手术干预措施的利弊，同时妥善管理性别转换相关的和例行的健康问题，并为个体提供恰当的及有针对性的预防性照护。

跨性别者需要获得初级卫生保健及跨性别专门的卫生保健服务。在本区域的不同国家，甚至在同一国家的不同地方，跨性别者获得医疗服务的方式都是千差万别的。有的人直接从药房或互联网上购买激素。性别肯定的照护可能是由私人医生、公立诊所、专科诊所、医院、性与生殖健康中心、非政府组织的项目等所提供，另有少数情况是由配备跨学科照护团队的专门性别中心所提供。

医疗照护的协调工作十分重要，尤其是对于那些寻求医学转换的跨性别者，他们很可能求助于一系列不同的卫生保健工作者。一个转诊的网络，或者一份对跨性别友善的、具备跨性别文化适应力的、不仅是医疗工作者更包括社会关怀提供者的名单，将进一步满足跨性别者的健康需求。例行的沟通交流也非常重要。此外，接诊大量跨性别者的医疗工作者应被鼓励举办会议、或开办安全的网上论坛，以便交换信息并讨论和解决他们在提供完善照护过程中所遇到的挑战。

世界各地的卫生保健工作者，包括那些身处资源及培训机会十分有限之地区的人，都可以遵循世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）所提出的一系列核心原则。本《蓝图》第4章的大量内容都是基于这些原则，它们包括：

- 对性别不驯的求诊者表达尊重（请勿将性别认同及表达上的差异病理化）
- 提供肯定求诊者之性别认同、减轻其已出现之性别焦虑的照护（或将求诊者转介至具备相关专业知识的同事处）
- 熟知变性者、跨性别者及性别不驯者的卫生保健需求，包括性别焦虑之治疗手段的各种利弊
- 寻求治疗手段与求诊者具体需求之间的适配，尤其是求诊者在性别表达方面的目标，以及性别焦虑的缓解
- 为求诊者获取恰当的照护提供便利
- 在提供治疗前首先获得求诊者的知情同意
- 保证照护的持续性
- 做好准备，以便在其家庭及社区（学校、职场及其他环境）面前为求诊者提供支持与辩护

63. 见 www.transhealth.ucsf.edu/protocols.

这些照护准则是为高收入国家所设计。然而，一般性原则可以在各种各样的环境中得到因地制宜的执行，包括那些资源有限的环境。

本章包含帮助卫生保健工作者为跨性别者提供支持的实用信息。具备跨性别文化适应力的医疗服务需纳入如下的一般性考量：

- 改善与跨性别者的卫生保健互动
- 理解跨性别者与医疗工作者首次互动的重要性，包括登记表格、前台接待和候诊区域等
- 考虑那些对跨性别者之健康有积极影响的策略
- 应用、或在调整后应用具备跨性别文化适应力的初级卫生保健照护准则，其中应包括艾滋病和其他性病的检测、咨询和治疗
- 为跨性别者提供具有针对性的性健康信息
- 应对心理健康问题及酒精和其他物质滥用
- 提升遭受污名、歧视和暴力之后的复原力
- 应对肢体暴力所造成的伤害
- 了解与身体改造相关的具体性别肯定措施
- 胡须与体毛的去除
- 非医疗的身体改造（例如束胸和填平下身）
- 性激素的给药
- 手术及其他医疗措施

第5章为医疗工作者提供性别不驯之儿童或青少年相关的专门信息。

接待跨性别求诊者的卫生保健工作者应普遍遵循两项基础性原则：

1. 尊重病人自选的性别认同，使用其自选的名字、人称代词和专门术语。
2. 理解性别认同与身体构造可能并不一致这一事实。提供肯定病人之性别认同的医疗照护，即便同时提供的治疗通常是针对相反生理性别者。【译注：例如，提供妇科治疗时仍尊重患者本人的男性认同】

4.1.1 跨性别医疗互动的改进建议

在尼泊尔和泰国举行的咨商会议中，超过100位的跨性别者应邀写下可供本《蓝图》转告卫生保健工作者的简短留言。这些留言大多是关于卫生保健工作者可以采取怎样的行动，或应当避免采取怎样的行动，以便改善对跨性别者的医疗服务。这些来自各式各样的跨性别者和一些卫生保健工作者的回复，形成了以下的主题。

卫生保健工作者可以作出积极贡献的五个方面：

1. 倾听并支持跨性别求诊者

“卫生保健工作者不应对求诊者的需求作出自己的假设。我们应该仔细听取求诊者的诉说。每位跨性别者都是独特的，各人有各人的所求。不存在一条所有跨性别者都要遵循的必经之路。一定要倾听每个人的需求。”

2. 表现出专业和尊重的态度

“尊重我们的身体形态、认同、自选的人称代词和隐私。”

“遵循你的（职业）道德，为每个人提供可达成的最高标准的卫生保健服务。”

“不要再对别人评头论足，做好你作为一个医生的本职工作... 你的评判会让我们不愿对你敞开心怀，这样我们的困扰也就得不到解决。”

3. 了解并尊重人权

“全民卫生保健服务不应将任何一个人遗落在后，不论此人是不是跨性别者。”

“健康事关自身福祉，他人无权指手画脚。”

4. 了解跨性别者的健康需求

包括了解专门治疗手段的医学知识，以及了解如何同各式各样、有着不同需求的跨性别者开展工作。

“要理解跨性别者的需求，因为良好的医疗服务是不论男、女或跨性别者的每个人都应该享有的权利。”

“你在职业生涯中一定会遇到跨性别求诊者，所以你应该着手了解跨性别健康需求了。”

“不要假设所有跨性别者都能被套入同样的模式，或者都具有同样的诉求。”

5. 提供跨性别卫生保健信息、转诊及服务

呼声最高的则是为激素的获取提供咨询和支持，以及为激素治疗及手术提供跟进照护。

“为我们提供我们所需要的卫生保健服务，或者请把我们转诊到其他恰当的地方。”

“每个人都有权从医疗工作者那里获取信息。这和你拥有什么样的性别身份没有关系。”

卫生保健工作者应当避免的四种行为：

1. 歧视

“不要拿我们开玩笑，也不要在我们求诊的时候让其他人取笑或者议论我们。”

“我们害怕再次造访医疗机构。”

“我们走过的时候不要再故作惊讶，这是一种不欢迎跨性别者的表现。”

“别再让我难堪了，不然下次需要看病的时候，我会犹豫不决的。”

“你不了解没关系，但你不要拒绝沟通。”

2. 对跨性别者加以道德化或评判

“不要企图改变我们的举止、认同或者性倾向。人和人是不一样的，我的身体并没有错。”

“在作为医生或卫生保健工作者的时候，请勿带入你自己的宗教信仰。”

3. 将跨性别者病理化

“我不是一种疾病，我是一个人。”

4. 提出不妥之问题，或进行不当之检查

“我可以在不被医生骚扰的前提下接受身体检查吗？”

“我们不过是去找你做个体检，请不要再继续问那么多并不相关的问题。”

“他们会要求跨性别男人和跨性别女人做很多并无必要的体检，想方设法就为了看看你的生殖器。”

“不要再利用跨性别女人来做整形手术的广告。”（在咨商会议的多个环节中，都有人提到跨性别女人被施加压力，从而被迫同意她们手术的录像出现在整形手术的网上广告中。）

5. 破坏保密性

“请不要继续违背行医准则和职业道德。为所有求诊者服务是你的责任，包括为跨性别者。”

“不要再把hijra展示给其他的医生、护士或职员看。我们又不是标本，我们需要隐私。”

4.2 信息需求

在两个亚区域的咨商会议中，都有专门的环节来收集跨性别者经常向卫生保健工作者提出的问题，以便能够体现在本《蓝图》当中。这些讨论所揭示的跨性别者获取信息的困难程度是相当惊人的。跨性别女人常见的问题有：

- 性激素的长期效果和安全性，以及避孕药和其他激素药物的差别
- 对性欲和生殖能力的影响
- 在胸部或生殖器手术前就需要使用性激素
- 安全的肛门灌洗（见4.3.9节“跨性别专属的性健康信息”）

跨性别男人的问题清单则要长出一大截，几乎涉及激素或手术对身体之影响的所有方面。这种情况在那些英语不是通用语言的国家尤其明显。他们可能会提问说：“我可以吃一种药就长出阴茎吗？”以及“我可以产生精子让我的伴侣怀孕吗？”甚至有一位跨性别男人被医生开具处方提供了一种乳剂，据称可以通过涂抹从而让胸部组织消失。在咨商会议期间，一群来自南亚某国的跨性别男人发现了束胸的存在及其使胸部变平的功能。

这些令人触目惊心的例子，说明了获取准确的卫生保健信息是多么困难。泰国的“佳丽性专家”（Thailadyboyz Sexperts）项目，则说明了这样的信息将显著地帮助跨性别者掌控自己的生活，顺利进行性别转换。这是一个低成本的、由社群主导的项目，基本上都是由跨性别女人和kathoey用泰语在网上提供性健康和法律相关信息，并为同伴提供社会支持（Chaiyajit, 2014）。

和跨性别女人一样，跨性别男人也依赖彼此的建议来填补卫生保健信息的空白。在本区域内的一些国家，可供分享的信息本就稀少，而在跨性别男人可见度极低的国家，几乎找不到同伴可以询问。亚太跨性别网络收集了一些这样的问题及可能的答案，并准备为亚太地区的跨性别男人制作一份简短的网上材料，并可翻译成各国语言⁶⁴。

卫生保健工作者可以在回答并鼓励这样的问题方面扮演关键性的角色，还可以将跨性别求诊者和全国性甚至区域性的同伴网络相联结，包括亚太跨性别网络。

64. 本区域内存在跨性别男人的英语资源及网上社群，主要在澳大利亚和新西兰。但是，这些信息并不总是适合亚洲地区跨性别男人的迥异经验，或太平洋地区刚刚出现的跨性别男性身份。

案例：给跨性别者——满足印度尼西亚跨性别男人的信息需求

印度尼西亚首次跨性别男人营于2014年8月在日惹举行，有11人参加。该营队活动是跨性别男人第一次有机会了解性倾向、性别认同及性别表达（SOGIE）相关问题、人权、跨性别的身體、以及印尼跨性别男人的社会运动史。“我们还通过Skype语音通话来向菲律宾的跨性别男人取经。”该营队的一个成功之处是盟友的参与和支持。“一位医生讲解了可用的医疗手段，以及如何与医生沟通和性别转换相关的医疗需求。”

在这次跨性别男人营之后，两位参加者组建了Transmen Ngehe，一个位于雅加达的每月聚会两次的支持团体。每月的第一次聚会是跨性别男人的内部聚会，第二次聚会则是面向所有感兴趣了解跨性别男人相关议题之人的开放聚会。这一开放聚会由不同的非跨性别社群团体来主持，它成为了争取盟友及理解的重要契机，尤其是在LGBT社群内部。

在跨性别男人营举办的四个月之前，这一活动的组织者在他的个人博客上开始记录他作为一个跨性别男人的日常生活。2014年9月，他和其他两位跨性别男人一起正式发布了Transhition博客（<http://transhition.blogspot.com>）。博客的名称和图标体现了在印尼跨性别男人进行性别转换所面临的困难。大约有20位跨性别男人会经常回复这一博客，另外每周还会收到大约三封电邮。在2014年9月至2015年2月的头6个月内，该博客大约有6000的访问量。

“印尼有很多跨性别男人。2013年之前，跨性别男人彼此之间和在社会上都是秘而不宣的。他们只会网上的论坛里相见。但是只有少数跨性别男人能够看懂英语的网站。”

Transhition博客的三位创建者生活在日惹和雅加达。“我们想要提供准确但易于理解的网上信息，使用印尼语和俚语，给其他跨性别男人。”Transhition的最终目标是开发一个印尼跨性别男人的综合性网站。

“在头一年，我们的注意力主要放在提供自我接纳的相关信息和跨性别认同的基本知识。这是我们的策略，我们想表达的是跨性别问题不仅仅是生理转换的问题。”Transhition计划在2015年底之前提供激素疗法和性别重建手术的相关信息。然而，它希望避免的情况是，年轻的跨性别男人急于进行生理转换，却忽视了更广泛的社会、经济、心理和健康等方面的影响。“我们从菲律宾的同伴那里学到，很多年轻的跨性别男人都在对风险知之甚少的情况下使用激素。”他们听说这种急于用药的做法导致了好几位菲律宾跨性别男人的死亡。

资料来源：与Transmen Ngehe和Transhition的访谈。

4.3 卫生保健机构的看诊流程

求诊者在首次前往一个医疗机构的时候，会与很多人发生互动，包括安保人员、传达室人员、前台接待人员、以及其他窗口岗位的员工，最后才会见到医疗专业人员。出于这样的原因，所有工作人员，无论是从事临床岗位，都需要接受培训，以便能对所有前来该机构的求诊者表现出尊重和细心。会被最早接触到的那些员工有着重要的角色，因为他们的态度会被认为是该卫生保健服务之整体态度及质量的反映。如果一位跨性别者感受到敌意或轻蔑的态度，这很可能会阻碍其对该医疗服务的利用。

4.3.1 前台、候诊室及洗手间

前台接待人员是最早与求诊者接触并获取其个人信息的人。接待员是一个机构的“门面”，他们需要参加所有的跨性别敏感性培训。

此外，候诊室应当是安全而非歧视性的。接待员和其他的机构员工可以为创造和强化一个具有跨性别包容性的候诊室作出贡献。这可能包括制定并张贴包容跨性别的、非歧视性的政策，强化该政策的执行，并让跨性别者及其社群参与到友善候诊室的创建当中。

如有可能，诊疗机构应当提供合适的洗手间/厕所，以便为有着多种多样性别认同及表达的求诊者提供方便。这可以通过设立一间性别中立的、不分性别的、有私密性的厕所来实现。

4.3.2 临床记录及表格

跨性别者往往更愿意使用一个和法定姓名不同的名字。临床表格应该提供男女之外的性别选项，并允许使用法定姓名之外的自选姓名或昵称、以及自选的人称代词或称谓，同时表格还应询问在致电、通信及呼叫候诊者时，应该使用哪个名字。

举例而言，一位跨性别男人可能希望使用一个男性的名字，尽管其法定姓名是女性的。他自选的男性名字却又可能是需要保密的，如果在通信时使用则可能给他带来危险。表格和电脑系统应该对这些名字相关的细节充分留意。应该设立专门机制，以防止求诊者自选姓名和法定姓名不一致所可能造成的身份混乱。这些问题应该坦诚地和求诊者进行协商。化验和药房是法定姓名常被使用的场合，而这也可能造成跨性别者不愿进行化验或领取药品。

方框4.1是一份跨性别病人登记表的例子，可以对其做因地制宜的修改，且最好有跨性别者参与这一过程。

方框4.1：跨性别病人登记表示例

1. 您目前的性别认同是那种？（可以多选）
 - 男性
 - 女性
 - 跨性别女性/跨性别女人/男跨女
 - 跨性别男性/跨性别男人/女跨男
 - 第三性别
 - 多元性别
 - 其他类别（请说明）： _____

2. 您出生时被指派的是哪种性别？（单选）
 - 男性
 - 女性
 - 其他类别（请说明）： _____

3. 您的法定姓名是什么？ _____

4. 您自己愿意使用的名字和代词/称谓是什么？ _____

4.3.3 临床评估

首次临床评估是医疗工作者和求诊者之间建立关系的步骤。以下是一些初步问题的参考：

- 关于性别认同和表达的基础性提问
- 自选的名字、代词、性别以及社会转换、医学转换和手术转换的细节。例如，求诊者是否：
 - 全部时间以自选性别生活？有多久了？
 - 使用女性化或男性化的性激素？激素药物的来源（例如，处方、街头商贩、与他人共享、网购等）、用药频率、用药时长、有无并发症？是否接受过和跨性别相关的手术？
- 性行为，例如，了解一位跨性别者的性吸引对象是男人、女人、其他跨性别者、以上的所有类别或者不属于以上的任何类别。
 - 避免对性倾向作出假设
 - 避免对性体位作出假设，例如，许多跨性别女人以及与男性发生性行为的跨性别男人属于攻守兼备的类型，而并非总是在性行为中处于被动接受中的地位

注意只问相关的问题，不要跑题。

性健康史应包括五个方面的问题——性伴侣、性行为、保护措施、既往性病史和避孕（见方框4.2）。如果时间充裕，收集酒精及其他物质使用的相关信息也是很有帮助的。询问详细的家族病史，尤其注意心血管疾病、糖尿病和癌症——特别是乳腺、前列腺和生殖器官癌症。同时还要评估求诊者是否遭受过暴力、自残或居家伤害。

初步检查可以处理的社会心理问题见4.3.5节“普通预防及筛查”的讨论。评估卫生保健状况，包括预防接种、结核筛查、艾滋病筛查、性病筛查、以及安全措施，同时应提供安全性行为的咨询。

方框4.2：性健康史的询问示例

性健康史的5个P

性伴侣 Partners	你现阶段存在性行为吗？ 你是与男人、女人、跨性别男人、跨性别女人、以上所有或都没有发生性关系？ 在最近一个月内，你有多少位性伴侣？
避孕 Prevention of pregnancy	你现阶段在准备怀孕吗？你是否需要生育控制方面的信息？
性病保护措施 Protection from STIs	你用什么方式保护自己不感染性病或艾滋病？
性行为 Practices	为了解你的性病/艾滋病风险，我需要知道你性行为的具体方式。 你是否进行或曾经进行过阴道性交？（在询问一位跨性别男人这一问题前，应先询问他如何称呼自己身体的这一部位。） 你是否进行或曾经进行过肛交？ 你是否进行或曾经进行过口交？ 你是否使用安全套？如果回答是“有时使用”，则继续询问在什么情况下或与什么人的时候使用。 如果回答是“不使用”，则询问原因。
既往性病史 Past history of STIs	你是否出现过性病的症状？ 你是否患过性病？是在什么时候？是如何治疗的？ 你是否接受过艾滋病检测？是在什么时候？你介意告诉我结果吗？
其他	你对自己的性健康还有其他担心或疑问吗？

改编自《疾控中心：性健康史询问指南》，见<http://www.cdc.gov/STD/treatment/SexualHistory.pdf>。

4.3.4 体检

体检对跨性别者可能是一种困难甚至创伤性的经验，尤其是如果当ta们曾经有过负面的医疗经历，或者是当ta们不能接受自己身体的某些部分。体检可能需要延迟到后续的某次看诊时再进行，而不要在首次见面时就实施。医疗工作者应该通过使用恰当的语言，来和求诊者建立信任与投契，这包括询问求诊者愿意使用怎样的方式来描述其身体特征。

医疗工作者应当事先描述体检的所有内容和程序，以便让求诊者完全了解并决定是否同意部分或全部的检查内容。医疗工作者同时还可以和跨性别求诊者讨论语言及医学术语的使用问题，例如，许多跨性别男人希望医生使用“胸部”而非“乳房”的说法。

以求诊者为中心的进路强调信任的建立和医疗工作者对身体多样性的认识（Feldman和Goldberg，2006）。

这种多样性包括非医疗的身体改造措施之影响，例如跨性别男人的束胸和跨性别女人填平下身的做法。

4.3.5 普通预防及筛查

健康是完好的生理、心理及社会状态，而不仅仅是没有疾病或虚弱。跨性别者不仅需要和性别转换相关的卫生保健服务，还需要整体论的、对跨性别持肯定态度的例行普通卫生保健服务及预防性照护。实施普通预防及筛查时最重要的原则就是为已经存在的身体结构提供照护，而不论求诊者的自我描述、性别认同或法律地位都是如何。以下推荐的准则突出了跨性别相关的医学治疗可能对求诊者福祉造成的影响。

4.3.5.1 饮食与生活方式

与其他人群一样，跨性别者不一定采取健康的生活方式。但是，跨性别者所身处的外部环境，包括因为其性别认同而遭受的少数者压力，却可能让健康生活方式的维持更加困难。

尚未实施胸部手术的跨性别男人可能会故意增重，以此掩盖胸部和髋部的线条，另一些人则尽量保持瘦削，从而避免表现出身体曲线和女性化的外观。一些乳房较大的跨性别男人会因为不适感而避免进行运动。另一些人则不愿穿着较为紧身的运动服装或队服。为跨性别男人设计的束胸可能会让一部人更容易参加锻炼，尤其是参加没有身体接触的运动项目，但太紧的束胸又会阻碍胸部的伸展，让运动变得困难。与此相反的是，一些使用雄性激素的跨性别男人可能会在增加体重和增长肌肉方面遇到困难。雄性激素的用量应该根据相应的男性年龄和运动量而作出调整。

跨性别女人则可能出现饮食紊乱，例如厌食症，或故意摄入太少的热量，以保持苗条身材。另一些跨性别女人可能愿意增重，以此让乳房和臀部更加丰满，并由此导致过重和肥胖。一些跨性别女人可能会避免运动，认为这是男性特质的表现，还担心运动会导致肌肉增加和外观不够女性化。卫生保健工作者应当提醒跨性别女人，体育运动对保持心血管系统健康和骨密度都大有裨益。

4.3.5.2 预防接种

应当评估是否及时进行了预防接种。大多数建议接种的预防针都没有性别分化，因此对任何求诊者均可同样处理。跨性别女人和与男性发生性关系的跨性别男人可能面临较高的甲肝、乙肝和人类乳突病毒风险。适宜的预防接种也需要参照具体的国家政策而进行讨论。

4.3.5.3 心理健康

见4.5节“应对心理健康问题”。

4.3.5.4 物质滥用

见4.6节“酒精及其他物质的使用和依赖”。

4.3.5.5 软组织填充物的注射

一些跨性别女人可能会寻求或已经注射了医疗或工业硅油、润滑油、填缝密封胶、婴儿油或其他物质，以使髋部、臀部、大腿、乳房、嘴唇或面部更加女性化。对那些无法获得医学或手术转换的人而言，软组织填充物可能是她们唯一能够采取的永久性身体改造手段。使用软组织填充物可以迅速而显著地改变身体外观。但不幸的是，这些填充物也会带来危险，包括局部或全身性的感染、栓塞、痛苦的肉芽肿、以及可能致命的全身性炎症综合征。在一些国家，卫生保健工作者是在违背职业道德甚至违法的情况下，进行软组织填充物注射的。

不仅如此，一些外行人员还会举办所谓的“注射派对”，跨性别女人会在没有充分消毒的条件下注射填充物质。应该对跨性别女人使用软组织填充物的历史或未来风险进行筛查，并提供适宜的咨询。卫生保健工作者应该对继续注射软组织填充物的跨性别女人采取减少危害的策略。求诊者应被告知共用针具或参加“注射派对”的风险。依照世界卫生组织的指导原则，应考虑提供清洁的针具及手套，并进行如何正确消毒的指导，以减少注射所造成的感染。以往注射所引起的并发症可能需要手术移除填充物，并修复所造成的附带伤害。

4.3.5.6 糖尿病

许多国家都没有糖尿病筛查的指导原则。一些国家（例如澳大利亚和菲律宾）则使用风险评估工具和化验手段，例如，通过空腹血糖来评估糖尿病风险。未使用相反性别之性激素的跨性别者适用其原生性别的筛查指标，并依照本国（如有）的指导原则。没有研究显示使用相反性别之性激素会增加跨性别者患糖尿病的风险。

- 正在使用雌激素的跨性别女人：没有长期研究显示跨性别女人具有较高的糖尿病风险，然而，女性化的性激素可能导致体重增加，而这又可能导致葡萄糖不耐受。
- 正在使用雄激素的跨性别男人：筛查与治疗应与非跨性别求诊者无异。应考虑筛查（病史）多囊卵巢综合征，若有多囊卵巢综合征，则需考虑筛查糖尿病，因为该综合征与较高的糖尿病风险具有相关性（Mayer等人，2015）。

4.3.5.7 心血管疾病

预防心血管疾病的最重要干预手段是戒烟。在世界许多地区，跨性别者都比普通人群拥有更高的吸烟率。因此有必要筛查并应对已知的心血管疾病风险因素。更多心血管健康和性激素使用的相关信息，请阅读附录A。

4.3.5.8 肺部疾病

查明任何哮喘、慢性阻塞性肺病、或肺结核的病史，鼓励戒烟。以上疾病的存在或将排除手术干预的可能性。

4.3.5.9 癌症

当能够进行癌症筛查的时候，对未使用相反性别之性激素或未进行性别肯定手术的跨性别者，应当使用其原生性别的指标及风险参数来进行筛查。

跨性别女人，曾经或正在使用性激素：

- 乳腺：在缺乏跨性别专门的指导原则时，一些专家建议全国性的乳腺筛查也对跨性别女人实施（例如，乳房X光检查）。除了有理论上的风险，迄今在使用性激素的跨性别女人当中尚未发现乳腺癌风险的增

加。风险因素应当就每一案例的具体情况而做评估，并遵循现行的实证方法。

- 前列腺：可以通过直肠指诊来评估跨性别女人的前列腺状况（依照对原生男性的全国性指导原则）。对于接受了阴道成形术的跨性别女人，前列腺可以在新阴道的前壁进行触诊。遵循前列腺特异性抗原（Prostatic-Specific Antigen, PSA）的最新方法。注意使用雄激素阻滞剂的跨性别女人之前列腺特异性抗原会处于较低水平。
- 新阴道：巴氏涂片不适用于新阴道，因为新阴道表层是角质化上皮，无法通过巴氏涂片来进行评估。因此定期进行阴道镜检就很重要，注意是否有生殖器疣、糜烂和其他病变。

跨性别男人，曾经或正在使用性激素：

- 乳腺癌：每年进行胸壁/腋窝检查，依照原生女性的乳腺检查程序（若已接受胸部重建则不必进行，除非所行手术只是缩小而非切除）。
- 宫颈癌：对于保留宫颈的跨性别男人，使用醋酸进行目视检查（visual inspection with acetic acid, VIA），或依照全国性标准进行其他筛查程序（世界卫生组织，2014d）。
- 子宫癌：评估排除缓解因素（错过雄激素服药，雄激素过量服用导致的雌激素水平增加，体重变化，甲状腺疾病等）后的自发性阴道出血，如同对绝经后的原生女性。若无生育需求、求诊者年龄大于40岁、且手术不会对求诊者之健康造成不利影响，则可考虑施行子宫切除术。
- 卵巢癌：目前没有适用于跨性别男人的卵巢癌筛查程序。如果实施了卵巢切除术，那么应坚持性激素治疗，以降低骨质疏松的风险。

如有可能，包括直肠癌在内的其他癌症请依照本国所推荐的筛查程序。

4.3.5.10 肌肉骨骼健康

骨质疏松筛查在大多数国家尚未纳入全国性的卫生保健指导原则。医疗工作者应了解，性腺切除后若跨性别者停止性激素疗法，则有出现骨质疏松的风险。医疗工作者应鼓励接受了性腺切除的跨性别者持续使用性激素。

有初步证据显示，跨性别女人在开始使用相反性别之性激素之前可能出现较低的骨密度，这可能是因为她较少参加体育运动（为了避免增加肌肉）。

在骨质疏松筛查已被纳入全国性指导原则的那些国家，医疗工作者应鼓励跨性别求诊者进行这样的筛查。

4.3.6 艾滋病、性病及肝炎的筛查/预防和管理

在整个亚太地区，不同国家拥有不同的性病诊断方式，包括是否提供性病筛查，或仅提供对症治疗。类似地，各国可能为每个人都提供例行艾滋病筛查，或仅提供给那些被认为是高危人群者。

卫生保健工作者应遵循相关的全国性或世卫组织的指导原则，来进行性病、艾滋病、乙肝和丙肝的筛查/管理，并留意跨性别者可能面临较大风险，尤其是当存在可能导致性和血液传播的高危行为（例如，无保护的阴茎-阴道性交或阴茎-肛门性交，既往性病史，共用针具以注射性激素或毒品）（世界卫生组织，2013；世界卫生组织，2011）。甲肝、乙肝及人类乳突病毒的疫苗应根据各国的指导原则来提供。人类乳突病毒疫苗可以保护被接种者不受该病毒感染及致病。一些人类乳突病毒毒株会造成生殖器疣，另一些类型则会导

致癌症，包括宫颈、外阴、阴道及肛门的癌症。

案例：将印度的艾滋病和性别肯定卫生保健服务融为一体

印度计划生育协会建立了“影与光”项目，以改善跨性别者和hijra社群的性与生殖健康及艾滋病相关服务。在多个地方，包括孟买、金奈、班加罗尔和海得拉巴，了解跨性别者需求的卫生保健工作者在诊所中提供激素治疗、性别转换相关信息、激光除毛、以及性别肯定手术的转诊。这一成功的项目还提供性病筛查和治疗（包括肝炎和梅毒），并提供艾滋病诊断及相关服务。

资料来源：印度计划生育协会。

有症状的性病可以通过对症治疗来处理。对症治疗的基础是确认一系列持续的症状和明显的征兆，并对造成这些症状的性病进行针对性治疗。对症治疗对尿道分泌物和生殖器溃疡有较好的疗效，但对阴道分泌物和肛肠分泌物则疗效欠佳（世界卫生组织和联合国人口基金等，2013）。

对症治疗的优势在于节省化验开支，并可对已出现症状的所有原因进行治疗，因此它能一并处理其他情况下或被忽视的合并感染。它同时还可以减少患者的流失，因为患者通常首次就诊即可确诊并获得治疗。

然而，对症治疗无法处理没有症状的感染。例如，宫颈和肛门的感染就可能是没有症状的。因此，当条件允许时，建议对所有处于性活跃状态的求诊者进行化验筛查和病原学诊断。对症治疗和病原学诊断的具体指南不在本《蓝图》的讨论范围内，但可以参考完整的区域性指导原则（世界卫生组织，2011；世卫组织东南亚区域办事处，2011）。

与早期的假设相反，跨性别女人的新阴道也是对常见于原生女性的性病和炎症易感的，例如细菌性阴道疾病和人类乳突病毒感染（Meltzer等人，2008；Yang等人，2009）。截至2015年5月，已发表文献中仅有三例对新阴道感染淋球菌的报道（例如van der Sluis等人，2014）。人类乳突病毒感染可能是跨性别女人新阴道癌症的病因（Harder等人，2002）。

所有前往性病诊所的跨性别者都应进行梅毒筛查，并在有条件时进行淋病及衣原体感染的筛查，同时还应获得艾滋病咨询与检测（世界卫生组织，2013；世界卫生组织，2011；世界卫生组织，2014a）。

4.3.7 生殖健康

与考虑进行激素治疗的求诊者讨论生育能力问题。相反性别的性激素可能降低生育能力，而且可能在停止使用激素之后仍造成永久性的影响。雌激素可能在跨性别女人身上产生降低性欲、影响勃起和射精功能等效果。雄激素则一般会增强性欲。

如有需要，体内的生殖器检查应该基于求诊者过去和最近的性经验史，以及求诊者是否愿意接受检查，并且，在进行任何体检之前都应该先讨论此一操作的风险和益处。使用戴手套的手指或适当尺寸的内窥镜进行检查。

尽管雄激素会降低生育能力，但它并非避孕药物，和原生男性发生无保护性行为的跨性别男人仍有怀孕及感染性病的风险。应考虑在不导致身体女性化之前提下，为跨性别男男性行为者提供适宜的避孕措施。可

能的选择包括长效醋酸甲羟孕酮、安全套、以及宫内避孕器。

跨性别女人的特别考量：新阴道的内壁通常是皮肤而非黏膜，若为黏膜则多是尿道黏膜或结肠黏膜。定期进行目视镜检，注意是否有生殖器疣、糜烂和其他病变。有少量案例报道了新阴道的性病及其他感染（例如淋病和细菌性阴道疾病）。然而，鳞状上皮组织（阴茎反转阴道成形术）对细菌性的性病并不十分易感。在一些国家，肛门癌症筛查（肛门巴氏涂片）可能被建议用于感染了艾滋病的男男性行为者和跨性别女人。同时，也应注意是否存在尿道分泌物、肛门-生殖器分泌物（使用肛门镜）、以及生殖器溃疡。

4.4 作为全面艾滋病及性健康服务之一部分的艾滋病检测、咨询与治疗

如本《蓝图》先前章节所述（见3.4.4节，关于艾滋病），目前所有的数据都显示跨性别女人不成比例地受到艾滋病的影响。本区域内尚无关于跨性别男人的同类数据，而来自美国的少量数据基本上都显示出较低的感染率（Herbst等人，2008）。然而，也有一些研究表明，某些情境性和行为上的因素可能导致一部分跨性别男人的艾滋病感染风险增加（Kenagy等人，2005；Kenagy和Botswick，2005；Kenagy，2005）。

相较于这些突出的风险，专为跨性别人口设立的艾滋病项目及服务却不多见。跨性别者往往被涵盖在为男男性行为者设立的项目中，而这是无法满足跨性别者独特需求的。

艾滋病咨询以及艾滋病和其他性病的自愿检测应在社区及医疗机构中例行地提供给跨性别者（世界卫生组织，2014a和2015c）。这应当成为保证跨性别者获得及时而持续的、有针对性的艾滋病预防、照护及治疗的全面而整合之服务项目的一部分。这种完善的服务提供模式有时也被称作艾滋病防治服务的“梯级”（图表4.1）。

The HIV prevention, care and treatment cascade



资料来源：美国国际发展署资助的LINKAGES项目。

图表4.1：艾滋病预防、照护及治疗的梯级

这一艾滋病防治服务的梯级是基于这样一种假设，即成功的艾滋病项目需要预防、照护及治疗等各部分的紧密联系。这意味着传播得到干预、感染者个体在感染早期即可得到确诊、并且顺利获得长期而持续的抗逆转录病毒治疗。近年的研究记录下了这些不同干预措施之间各自为阵的情形，以及由此导致的病人流失。病人的流失在跨性别人群中比在普通人群中更为严重。而在跨性别者的一些亚群体中，例如跨性别工作者、吸毒者以及青少年，这种情况又进一步加剧。

为使跨性别者获得无伤害的、且对跨性别卫生保健需求具敏感性的艾滋病防治服务，需要采取一系列环境的、结构的、以及基于社区和基于个体的干预措施。为跨性别者设立的艾滋病项目须在整体上查找出具体的缺失或“漏洞”，提出改善内部关联性的策略，并且监测梯级各部分的项目执行。

在为较大规模的跨性别社群服务的机构，可以配备一些本身就是跨性别者的助理人员（例如同伴向导）。这些助理人员可以协助个人信息的收集、介绍该机构所提供各项服务的基本情况、以及鼓励求诊者利用适当的干预措施（例如，乙肝疫苗、艾滋病检测、肛门检查、自助团体等），此外还可以提供同伴教育及支持。

为艾滋病服务梯级的各个部分提供项目设计方法，这不在本《蓝图》的讨论范围之内。无论如何，需要了解如何为跨性别人群提供完善的艾滋病预防、照护及治疗的个人或机构都能找到丰富的资源⁶⁵。不过，本《蓝图》在亚太地区跨性别者更广泛的卫生保健服务这一背景下，提供艾滋病相关临床服务的具体建议。

世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）明确表示，“仅仅因为血源性感染，如艾滋病、乙肝或丙肝等，呈血清阳性，就拒绝提供性别重建手术或性激素治疗，这种做法是不符合职业道德的”（Coleman等人，2011，第35页）。已经存在如何为感染艾滋病的跨性别者进行手术的指导原则（Kirk，1999）并且取得了很好的成果（Wilson，1999）。

4.4.1 艾滋病检测与诊断

跨性别者的艾滋病检测可以大致遵循各国政府所承认的方法与原则。一些国家的艾滋病防治项目使用重点人群补充诊断的方法，而跨性别者可能会、也可能不会被囊括其中（世界卫生组织，2015c）。在其2015年的《艾滋病检测服务综合指南》中，世界卫生组织建议对包括跨性别者在内的所有重点人群采取以下措施：

- 艾滋病检测服务应该例行地提供给所有重点人群，无论在社区中，还是在例如监狱等封闭环境中，以及在临床机构中。
- 和预防、治疗及照护相联系而基于社区的重点人群艾滋病检测，应该成为医疗机构所主导的检测与咨询的一种补充。
- 伴侣双方均应获得艾滋病检测及相互告知方面的支持。这也适用于重点人群当中的伴侣们。

跨性别者应被着重鼓励接受定期的艾滋病检测以及适宜的咨询。确诊艾滋病阳性的跨性别者应立即与符合国家标准的照护及治疗服务建立联系，尽量减少延误以避免病人流失。在一些情况下，未感染艾滋病但据报处于艾滋病高风险中的跨性别者可以接受艾滋病暴露前预防（PrEP），以阻断可能的艾滋病感染。目前

65. 这包括《世界卫生组织重点人群的艾滋病预防、诊断、治疗和护理综合指南2015》；《世界卫生组织艾滋病检测综合指南》；美国国际发展署资助的LINKAGES项目所开发的《重点人群艾滋病服务梯级工具包》；以及世卫组织和联合国人口基金即将联合发布的《为跨性别者开展完善的艾滋病/性病项目：合作性干预措施的实用策略》。

的世界卫生组织指导原则提倡男男性行为者和跨性别女人使用日常口服暴露前预防药物（特别是TDF + FTC组合）（世界卫生组织，2014a）。目前的指导原则没有对跨性别男人做专门说明，但或许可按照伴侣双方有一人为感染者的相关建议来处理（世界卫生组织，2014a）。鉴于证据的不断更新，这些建议可能在未来得到修订，因此定期查询最新版本的世卫组织指导原则就很重要。

艾滋病检测前及检测后的咨询应将跨性别者特有的风险因素和共生因素考虑在内。它们可能包括如下方面：

- 无安全套的肛交/阴道性交，包括跨性别男人作为接受方的肛交/阴道性交
- 跨性别女人作为接受方的肛交
- 已接受性别重建/性别肯定手术的跨性别女人作为接受方的新阴道性交
- 注射毒品、性激素、或软组织填充物时共用针具

咨询同时还应考虑到，不规律的性激素用药可能导致情绪波动，男性化的性激素可能增强性欲，女性化的性激素可能损害勃起功能并导致安全套难以使用（Bockting 等人，1998）。

性工作也可能导致艾滋病风险的增加，尤其是当客户愿意为无保护的性行为支付更多报酬之时。跨性别男人和跨性别女人都可能在协商性行为及保护措施时感到自己处于不利地位，因为ta们觉得很少会有人愿意与自己开始一段认真的关系。对遵循某些文化信念和性别角色的渴望也会增加性行为的风险。与其他高危人群一样，研究表明跨性别女人的无保护性行为最有可能发生在和非交易关系的主要伴侣之间（Nemoto 等人，2012）。

4.4.2 照护与治疗

多重因素限制了跨性别者获得艾滋病相关的照护与治疗。这些因素包括但不限于下列各项：

- 医保给付的缺乏
- 卫生保健服务提供者缺乏跨性别文化适应力所致的跨性别者对医疗的回避
- 对艾滋病治疗会干扰跨性别相关医疗措施（激素治疗或性别肯定手术）的误解
- 艾滋病确诊和开始抗逆转录病毒治疗之间的长期延误以及由此导致的病人流失

鼓励感染艾滋病的跨性别者进行治疗不仅对个体的临床预后至关重要，同时也有助于降低艾滋病继续传播的可能性。艾滋病服务梯级上的“漏洞”可以通过尽量减少检测与治疗之间的延宕来进行弥补。这可能包括采取艾滋病快检法、护理点CD4检测、医疗机构向导服务、以及主动的个案管理以追回流失的病人。项目还可以为卫生保健工作者提供培训，协助求诊者获得社会支持，这种支持有可能给付治疗相关的费用。

一旦加入治疗项目，感染艾滋病的跨性别者可以像其他感染者一样，遵循抗逆转录病毒治疗的国家指导原则。

目前尚无研究关注艾滋病抗逆转录病毒治疗和医学转换所使用雌激素之间的药物代谢动力学及药物相互作用。然而，常见于口服避孕药中的雌激素——炔雌醇（ethinyl estradiol）——显示出和一些抗逆转录病毒药物之间良好的相互作用（Keller，2009）。尽管世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）不鼓励将炔雌醇用于医学转换，它却是许多中低收入水平的跨性别女人唯一可以获得的雌激素种类（通常和黄体激素混合出现在口服避孕药中）。本《蓝图》的激素疗法章节提供了来自世界卫生组织《重点人群艾滋病综合指导原则》（世界卫生组织，2014a）及世界卫生组织《跨性别人群和艾滋病政策简报》

(世界卫生组织, 2015b) 的更多详细信息。

目前, 尚无激素治疗所用药物和一线抗逆转录病毒药物之间产生严重药物相互作用的记载。一些抗逆转录病毒药物, 例如增强蛋白酶抑制剂 (boosted protease inhibitors, PIs) 可能导致雌激素水平下降。跨性别女人应该关注雌激素降低的症状, 例如潮热、情绪波动、易怒。另一种抗逆转录病毒药物——福沙那韦 (fosamprenavir) ——则不推荐和炔雌醇一起使用, 因为福沙那韦的药物浓度可能因此降低。该抗逆转录病毒药物应避免和女性化激素疗法共用。

4.4.3 提高坚持用药率

艾滋病服务梯级上一个最终的关键漏洞是病人已经启用抗逆转录病毒治疗, 但却未能坚持遵循医嘱的服药时间或用药量。艾滋病病毒迅速的复制和变异速度意味着必须要保持很高的坚持用药率 (例如 $\geq 95\%$), 才能达成对病毒载量的持续压制 (Bangsberg等人, 2000; Montaner等人, 1998; Paterson等人, 2000)。感染艾滋病的跨性别者应被鼓励不仅启用并且坚持艾滋病及性病治疗。这可以通过提高坚持用药率的相关咨询来实现, 为感染者提供定期的服药提醒 (例如通过手机短信或手机提醒程序), 或者将抗逆转录病毒治疗药物和激素治疗药物合并——后者是许多跨性别者不会遗忘的。

最后, 社会支持尤其是跨性别同伴之间的支持是不可或缺的, 不论是对于鼓励和监督坚持治疗, 还是对于帮助感染艾滋病的跨性别者应对医疗及其他方面的挑战, 这些挑战可能对其坚持用药率或更广泛的身心健康造成影响。许多项目会组织感染者支持团体, 但往往都以性别或其他亚群体身份进行分类。这些团体可能并不欢迎跨性别者, 也无法满足跨性别男人和跨性别女人的特有需求。如有可能, 社会支持应由跨性别者提供给其他的跨性别者, 无论是通过在线还是线下的形式 (Bockting 等人, 1998)。

4.5 应对心理健康问题

心理健康是跨性别人群面临的主要健康问题之一 (国际移民组织, 2011)。焦虑和抑郁, 包括自杀意念和自杀企图, 非常普遍而且是和污名与歧视紧密相连的 (Bockting等人, 2011)。心理健康方面的实证与数据可参见3.4.7节“心理健康”。

进行心理健康评估非常重要, 尤其要关注跨性别求诊者如何应对和性别不驯相关联的社会污名。焦虑和抑郁应当与性别焦虑相区别, 性别焦虑指的是跨性别者由于指派性别与性别认同相冲突而可能感到的痛苦。

卫生保健工作者必须要对自杀意念的相关表现保持警觉。美国自杀学协会列出了可供评估自杀风险的征兆清单⁶⁶。这些征兆可以通过以下口诀来记忆: IS PATH WARM? 即 Ideation (意念), Substance Use (物质滥用), Purposelessness (漫无目的), Anxiety (焦虑), Trapped (进退维谷), Hopelessness (绝望), Withdrawal (退缩), Anger (愤怒), Recklessness (不管不顾), 以及Mood Changes (情绪变化)。急性自杀风险的征兆包括谈论或威胁将要进行自杀、寻求完成这一行动的方法 (例如, 购买药物、武器或毒剂)、以及关于死亡或自杀的言谈或书写。在出现这些征兆的时候, 求诊者应立即被转诊至心理健康部门并获得自杀预防的专门服务。

66. 见<http://www.suicidology.org/resources/warning-signs>.

对所有求诊者，初级卫生保健服务的提供者都应进行精神疾病的筛查。《疾病及健康问题国际分类》第10版（ICD-10）中检视情绪与过去两周内兴趣丧失的两个提问对普通大众当中98%的人具有敏感性。抑郁十分常见，因此卫生保健工作者应当询问持续的情绪抑郁、快感缺乏、以及自杀意念，并为那些在临床意义上处于抑郁状态者提供治疗或转诊。

跨性别者可能遭受骚扰或肢体伤害。经历过创伤的求诊者应被询问是否存在任何创伤后应激障碍或其他焦虑症的症状。出现性别焦虑或处于其他高压环境中的求诊者可能把物质滥用作为逃避手段。应当将这样的求诊者转介给具备跨性别知识的精神卫生工作者。

筛查并处理同时存在的心理健康问题可以极大地帮助个体的性别转换，提高个体在充分知情的前提下作出医疗选择的能力，并从整体上改善个体的生活质量。对同时存在的心理健康问题进行评估、诊断和治疗的进一步讨论可参见世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）的第7部分。

本区域内心理健康方面的实证与数据可参见3.4.7.1节“心理健康-区域数据”。

4.6 酒精及其他物质的使用和依赖

有必要通过标准化问卷询问求诊者的酒精、烟草及其他物质的使用模式。问卷应询问使用的频率、物质的类型、用量、获取的渠道、增加物质利用可能性的条件（例如，在紧张时更想吸烟）、以及相关的心理或行为经验（例如，情绪发泄、打架斗殴、或者“断片儿”）。

如果问卷的回复表明不存在或仅有较低的物质滥用风险，卫生保健工作者应继续询问未来的使用企图，以及应对同侪压力或外部压力的策略。对于有中等或较高风险者，世界卫生组织“心理卫生差距行动计划”（mhGAP）及相关指导原则推荐采取社会心理的、教育的以及生物医学的干预措施。简单干预措施即可减少有害的物质使用，同伴之间也可以有效地开展动机咨询。至于注射吸毒，根据世界卫生组织的建议（2007，2014a），应该转介到提供减少危害服务的部门，尤其是，通过针头和注射器相关项目提供消毒后的注射设备，而阿片类药物依赖则可以采取阿片类药物替代治疗（世界卫生组织，2009）。根据联合国毒品和犯罪问题办公室（2010），药物依赖相关服务应遵循以下原则：

- 存在且可及
- 个性化且能回应多重需求
- 基于实证且符合人权与尊严框架
- 具备文化及社会的适用性
- 卫生保健与司法系统合作
- 使求诊者及其社群参与其中（在求诊者知情同意的前提下）
- 通过对系统的战略规划而实现有效管理

可供在不消费酒精的情况下与同伴开展社交活动的空间对于物质滥用的预防和康复非常重要，尤其对年轻的跨性别者而言。

本区域内酒精及其他物质的使用和依赖之实证与数据可参见3.4.6节“酒精及其他物质滥用”。

4.7 应对污名、歧视及暴力，增强复原力

如3.2和3.3节所述，污名、歧视与暴力会严重阻碍跨性别者的健康和权利。反污名和反歧视的政策及守则在卫生保健系统内外都是非常重要的（世界卫生组织，2014a）。为确保标准的达成、执行与维护，监督与管理乃重中之重。需要有报告机制来报告那些发生在获取卫生保健服务之前、期间及之后的歧视事件（世界卫生组织，2014a）。

执法部门的代表是关键的利益相关者，但他们同时也可能阻碍跨性别者获取服务。卫生保健工作者需要确保执法活动不得干扰卫生保健服务（世界卫生组织，2014a）。

对于跨性别求诊者，卫生保健工作者可以评估其如何应对性别转换过程中遭遇的污名与歧视。这包括对感知的污名和实际的污名（felt and enacted stigma）同时进行评估（Bockting 等人，2011）。卫生保健工作者应特别注意该求诊者是否自童年起即为性别不驯，以及采用了何种污名管理策略。如获同意，卫生保健工作者可以协助求诊者选择并实施有效的污名管理方法。这可能包括提供申诉流程、反歧视团体或同伴支持网络的信息。虐待和暴力的负面影响亦需得到评估，如有必要可予转介。

4.7.1 应对肢体暴力造成的伤害

相较于许多其他的人群，跨性别者所面临的暴力水平明显偏高。这种暴力的基础在于跨性别恐惧——个人或群体对跨性别者或被认为违反性别规范者的拒斥、轻蔑、不屑的态度和暴力行为。跨性别恐惧有不同的表现形式，肢体暴力即为其中一种。

作为肢体暴力的后果，一些跨性别者接触卫生保健系统的切入点乃是诊所或医院的急诊室。卫生保健工作者应当了解，有四方面的需求应予以注意：

1. 即刻的情绪/心理健康需求
2. 即刻的身体健康需求
3. 持续的安全需求
4. 持续的支持和心理健康需求（世界卫生组织等，2014）

另有如下附加考量：

- 提供一线支持
- 尽快提供紧急避孕措施，在无套性交发生后的五天之内均有效
- 在暴露后的72小时内采取艾滋病暴露后预防措施
- 提供性病预防和治疗
- 提供乙肝预防接种
- 进行艾滋病和怀孕检测
- 评估心理健康状况，提供所需的照护（世界卫生组织等，2014）

4.8 与身体改造相关的对跨性别持肯定态度的卫生保健

对于和身体改造相关的性别肯定卫生保健服务，世界卫生组织没有专门的政策、建议或指导原则。最近的世卫组织艾滋病指导原则指出，此类服务的获取对于跨性别者的生存和福祉至关重要，同时也有利于处理诸如艾滋病预防、诊断、治疗和照护等的其他健康问题（世界卫生组织，2014a；世界卫生组织2014b；世界卫生组织2015b）。

然而，这类卫生保健服务的获取，例如专科咨询、激素治疗和/或手术，在本区域内受到了极大的限制。

本《蓝图》所提供之性别肯定卫生保健服务相关信息是基于其他资料和成功实践案例，主要来自加州大学旧金山分校卓越跨性别健康中心所开发的照护准则，以及世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）。

4.8.1 胡须与体毛的去除

体毛的分布主要受雄激素影响，而原生男性体内雄激素较多，因此其体毛也更浓密。体毛在青春期及之后都会生长，可能覆盖除嘴唇、手掌、脚底和耳背之外的身体任何部分。

对于跨性别男人，雄激素的使用通常会刺激体毛的生长，包括胡须，如果此人遗传了多毛倾向的话。因此，跨性别男人的体毛问题更多的是适应体毛生长的问题（尤其是在胸部，如果此人是在未经胸部手术的情况下使用性激素），以及雄性秃头的问题。

对于跨性别女人，正相反，女性化激素的使用不会减少在青春期已经出现的体毛或胡须。因此，许多跨性别女人都需要面对男性化体毛分布所带来的不适感，包括需要每天通过剃须、脱毛或用化妆品掩盖来处理胡须。

许多跨性别女人都期待能有一个一劳永逸的办法。在一些国家，激光脱毛可能是一个选择，如果是由合格的专业人员来操作的话，但这个方法对肤色较深的人有着较大风险。不同的激光技术应用在较深肤色上时有不同的风险等级（Elman等人，2000）。深肤色者（甚或橄榄色/浅棕色皮肤者）应该仔细了解，以确保激光脱毛的提供者具备适应其皮肤类型的必要技术及设备。

电解法是解决体毛与胡须问题的另一个选择，但却昂贵、耗时而令人不适。电解法应由熟练掌握这一技术和后期护理方法的专业人员来操作。后期护理包括避免日照及避免使用化妆品。任何脱毛方法都应与初级卫生保健工作者坦诚讨论，以确保其安全性和效果满意度。方框4.3描述了跨性别女人脱毛操作的预防性措施、可能的并发症以及管理方法。

在一些文化中存在传统的脱毛方法，例如在印度，跨性别女人使用传统的镊子（“chimta”）来除毛（Singh等人，2014）。

方框 4.3: 给卫生保健工作者——跨性别女人除毛操作的临床管理案例

预防性措施

- 建议对免疫抑制个体的除毛操作进行医学监督
- 不推荐采用“美容机构”提供的无医学监督的激光除毛
- 强烈建议进行除毛安全的同伴教育
- 对已有皮肤疾患的个体应予特别关照

可能的并发症

- 剃须刀——刀片划伤，毛囊炎
- 热蜡除毛——烫伤，感染性毛囊炎（包括疖）
- 化学脱毛——烫伤，感染性毛囊炎
- 电解法——烫伤，毛囊炎，蜂窝组织炎
- 激光除毛——烫伤

临床管理

- 评估，提供指导，制定治疗方案，评估药物的使用，支持其他措施

资料来源：改编自《为加勒比海及其他英语国家跨性别者及其社群提供完善照护之构想》

4.8.2 非医疗的身体改造

跨性别者可能使用束胸、填充物、假体或其他装备来改造自己的身体。对跨性别女人，这可能包括穿着带填充物的胸罩、将外生殖器填平以掩饰其存在、戴假发或人工接发。“填平”（tucking）是指将睾丸轻轻往上塞回体内、并将阴茎向后压入两腿之间。之后使用紧身内裤或医用胶带将它们定位。

跨性别女人应该仅使用医用胶带，因为其他类型的胶带在撕下时可能损伤皮肤。将腹股沟区域的毛发修剪至很短也有助于胶带的移除。填平的时间过长可能会引起健康问题，每天都有一定的时间放松填平的部位则是明智的。填平可能导致皮肤发炎和溃疡。它还可能降低精子数量，跨性别女人若想生育则应考虑这一点。

未接受胸部手术的跨性别男人常使用束胸以使胸部平坦。束胸健康项目提出了将束胸之健康危害最小化的建议（见下面方框）⁶⁷。

跨性别男人也可以使用填充物或假体以便在生殖器部位制造出充实的外观。一些假体还可以协助站立小便以及在性行为中插入伴侣。这样的假体只在少数亚洲国家才能获得。

67. 更多信息见<https://bindinghealthproject.wordpress.com/>。

给跨性别者——跨性别男人束胸的健康影响

束胸健康项目 (Binding Health Project) 是2014年一个对全球1800位受访者自我报告的束胸之健康影响的研究，其中也包括来自本区域的跨性别男人。受访者被询问了一系列关于束胸、束胸之身心健康后果、医患互动、以及跨性别专门照护的定性和定量问题。受访者表示束胸会带来一系列对健康的负面影响，从肋骨骨折 (3%) 到背部疼痛 (54%)。

当探讨束胸的强度 (每天束胸的小时数)、频率 (每周束胸的天数)、以及历时 (进行束胸的月份数)，该研究发现频率是和各种负面健康影响最紧密相关的因素。这意味着减少每周当中束胸的天数，并在可能的时候“放假”一天，这可能会降低束胸的健康风险。

较大的胸围没有表现出和疼痛或肌肉骨骼问题的相关性，但却表现出和多种皮肤及软组织问题的相关性，例如疤痕、水肿和其他皮肤病变。胸围较大的束胸者可能需要格外注意这些风险。社群里常见的使用绷带、保鲜膜和胶带来束胸的做法被证实可能危害健康，因此应当避免采用。

值得重视的是，报告说自己的情绪“非常好”或“好”的受访者在未束胸者当中仅有7.5%，而在束胸者当中却达到69.9%，这表明对一些跨性别男人而言，束胸有着非常显著的心理健康促进作用。受访者还表示束胸之后外出活动的能力及安全感都得到了增强。

在决定要不要束胸以及要多么频繁地束胸之时，潜在的身体健康风险应该和日常活动的的能力、安全感、心理及情绪的益处等一并纳入考量。身体健康的风险可以通过适当“放假”以及选择安全的束胸方法来得到控制。应当开展历时性的以及随机抽样的研究，以加强这些建议背后的实证基础 (Acevedo 等人, 2015)。

4.8.3 性激素启用、给药及监测

由于目前尚无标准而可靠的全球指南，本《蓝图》将不提供跨性别者性激素给药及监测的指导原则。一些国家和机构开发了适用于高收入社会的推荐做法和标准。相关信息将以案例的形式出现在《附录A：性激素的给药、监测及使用》当中。它们不应被视为建议，而仅是对亚太及其他地区之经验的展示。

给政策制定者——通过激素疗法增加其他医疗的参与度

许多跨性别者使用女性化性激素或男性化性激素以使身体外观和性别认同相符。最近的一项定性研究确认了本《蓝图》咨商会议所发现的社群知识——跨性别者往往把激素的获取和使用看得比艾滋病治疗更加重要 (世界卫生组织, 2014a; 世界卫生组织, 2014b)。这为将激素疗法作为跨性别者艾滋病照护与治疗的一个切入点创造了机会。

我真的很想去看专科医生。跨性别性工作者是卖性为生的。我们要有像样的产品... 大家都想看起来更加女性化。我能告诉其他姐妹的就是我从药剂师那里买来的这个药片。我认为斐济政府应该把这个看作跨性别者一种非常严肃的健康需求。如果你为医生们提供全面的培训，那么跨性别者一定会争先恐后前往诊所的，那样你就能很快得到你所需要的数据了。

—— 跨性别性工作者，斐济

4.8.4 手术及其他医疗措施

本节提供求诊者可能正在考虑或者已经实施的手术操作的背景信息。如同其他的临床干预措施，一般而言这些手术应在对求诊者的准备程度进行评估后再进行。世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）中列出了此类评估的建议标准（Coleman等人，2011，附录D）。此外，各国也可能拥有自己的指导原则。

诸如阴道成形术和阴茎成形术等性别肯定手术可能并非在所有国家都能获得，尤其对于那些资源有限的国家而言。不过在大多数国家，诸如子宫切除术、睾丸切除术和乳房切除术这样的手术是可以获取的，因为这些常规手术也提供给非跨性别性的其他病人。当这些手术可以获得之时，不应拒绝跨性别者接受这样的手术。

初级卫生保健工作者应当能够与求诊者讨论可供改善其整体健康与福祉的不同医学与手术干预措施的利弊，并协助求诊者了解手术的各种选择。这可能包括女跨男求诊者的子宫切除术/附件切除术或男跨女求诊者的泌尿外科手术。初级卫生保健工作者应该了解不同的身体改造措施的效果。

年龄本身并不阻碍一个人进行医学转换。然而，性别肯定的手术操作可能并不适宜所有的老龄跨性别者，因为手术自有其体检要求。希望进行手术的老龄跨性别者可以同外科医生讨论具体的手术措施、体检要求以及恢复期长度，以确保手术的安全和效果。

初级卫生保健工作者可以为在国外接受了手术的求诊者提供术后照护。他们还可以为跨性别者获得医保给付或其他专科医疗服务提供支持。

a) 男跨女的手术

睾丸切除术

睾丸切除术是对睾丸的移除。一些跨性别女人可能仅实施这一手术而不进行阴道成形术或阴茎切除术。睾丸切除之后，雌激素治疗应作相应调整。睾丸切除可以使雌激素用量降低，并且不再需要使用雄激素阻滞剂。

阴道成形术

阴道成形术是使用阴茎组织或结肠移植来建造阴道并使之具有女性的性功能。使用阴茎组织是一种复杂的方法，它使用自体组织并保留神经感觉以利性反应。该方法通常包括阴蒂-阴唇成形术，利用周边组织和/或皮肤移植，制造出具有性敏感的阴蒂和大小阴唇。结肠移植无需术后扩张，并且可以自行润滑，不过，由于润滑液会一直产生，这对一些人可能造成困扰。此外，结肠移植需要遵循癌症筛查指导原则进行目视癌症检查，并在患者发生肠道炎症的时候进行监测。

阴茎切除术

阴茎切除术是对阴茎的移除。这一方法通常不会单独使用，除了在阉割的做法仍然常见的一些南亚国家（见

3.4.8.5节的案例所反映之医学及社群观点)。相反，阴茎切除术通常是和阴道成形术一起进行的。在一些手术技术中，阴茎外皮被用于建造阴道，因此这不是简单的切除，而是一种可能较为复杂的操作，使用自体组织以保留神经感觉，以利产生性反应。

隆乳术 (隆胸)

如果雌激素所激发的乳房生长不够充分（仅达到“青少年早期”的乳房发育水平），隆乳术就可能是有医疗必要性的，以便让求诊者能以成年女性的社会角色生活。

削减甲状软骨成形术

削减甲状软骨成形术可将较为突出的甲状软骨【译注：即喉结】变小。

嗓音手术

嗓音手术的目的是提高说话时的声调。推荐在寻求手术解决方法之前先进行言语治疗（speech therapy）。

面部女性化

面部女性化包括一系列的整形手术，改变面部线条，以利社会功能。

b) 女跨男的手术

胸部重建/双侧乳房切除术

胸部重建/双侧乳房切除术是跨性别男人最常要求进行的手术。可以采用许多不同的手术方式，主要取决于求诊者的乳房大小。可能留下疤痕，乳头也可能较大、较小或经过移植，这些都取决于医生的技术。

子宫切除术/卵巢切除术

子宫切除术/卵巢切除术可能是必要的，如果出现子宫肌瘤生长、子宫内膜病变，或作为有癌症家族史的病人之预防措施。子宫切除术可以作为阴茎成形术/阴道切除术的一部分，阴道组织可用于尿道重建。

阴蒂释放术 (Metoidioplasty)

阴蒂释放术，是把雄激素作用下增大的阴蒂作为可勃起的阴茎，重建男性外生殖器。这种方法所得的阴茎较小，通常相当于青少年的尺寸，但是保留了感觉和勃起功能。这种方法将阴蒂自阴蒂包皮甚至悬吊韧带中释放出来，以增加器官的长度，可能需要将器官的位置向前提起约一厘米，并可能和阴囊成形术及（较不常见的情况下）尿道成形术同时进行。阴道口的闭合可能是完全或部分的，或者阴道口完全不受影响，

68. 见<http://www.ftm essentials.com>.

视医生技术而定。这一方法相较于阴茎成形术（见下）较不具有侵入性，同时重点保留了性器官的感觉功能。施行尿道成形术之后病人可以站立小便。若未实施尿道成形术，则病人可以利用站立小便装置⁶⁸。

阴茎成形术

阴茎成形术是重建一个尺寸和勃起的成年男性器官相近的阴茎，使用来自病人自身其他部位的组织。尺寸和外观在这种方法中比勃起能力更为重要，有时也比性器官的感觉更为重要。这一方法所使用的皮瓣包括腹部皮瓣（没有感觉）、前臂皮瓣、三角肌皮瓣和小腿皮瓣（均包含可嫁接至外阴部的神经以提供性器官的感觉）。勃起功能则通过植入式的半刚性或膨胀式阴茎假体来实现。

阴囊成形术

阴囊成形术是建造一个阴囊，通常使用盐水或硅胶睾丸作为植入物。一些医生会使用组织扩张器，在组织得到充分扩张后再放进植入物。这一手术很少单独进行，而往往是和阴蒂释放术或阴茎成形术一起实施。如果使用了某一些阴茎/尿道延长技术，阴囊成形术可能需要延期进行，以等待尿道愈合。

尿道成形术

尿道成形术是制造一个穿过新阴茎（neophallus）的尿道以实现站立小便。这一手术通常、但非总是和外生殖器重建手术一起进行。

阴道切除术

阴道切除术（移除阴道）可以通过烧蚀技术或手术技术来完成。若准备将阴道开口闭合，则需要进行这一手术。

C) 术后跟踪

*跨性别女人：*对跨性别女人应进行愈合不良的检查。使用阴茎皮瓣进行阴道成形术之后，病人需视医嘱而定每日进行三至四次扩张，循序渐进地使用更大尺寸的扩张器。在最初的6-12个月之后，如果病人规律地发生性行为，则不再需要进行扩张。若非如此，则需要继续进行每周一到两次的扩张。性交时必须使用润滑剂。

术后并发症可能包括出血、感染、或者愈合缓慢。后来出现的并发症可能包括新尿道口的狭窄。应转介至有经验的外科医生。

新阴道无需进行巴氏涂片，新阴道的表层是角质化上皮，无法通过巴氏涂片进行评估。应定期通过内窥镜进行目视检查，注意是否有生殖器疣、糜烂和其他病变。如果怀疑感染性病，则进行相应的化验。新阴道的表层是皮肤而非黏膜，若是黏膜则通常为尿道或结肠黏膜。

*跨性别男人：*对跨性别男人应进行愈合不良的检查。胸部重建手术的并发症可能包括血肿、部分或完全的乳头坏死、以及脓肿生成。引流及加压绷带并不总能预防这些并发症。还可能出现瘢痕增生，尤其对于本区域内的亚洲族裔者。一些情况下，可以通过避免拉扯未愈合的切口来减少疤痕。外生殖器重建手术的并

发症包括植入物膨出、尿道瘘和尿道狭窄、触觉丧失、以及阴茎成形术所造之新阴茎的组织坏死。而阴蒂释放术通常不会发生这一问题。

总而言之，初级卫生保健工作者可以在改善跨性别者健康状况方面扮演重要的角色。例如，全科医生和家庭医生可以提供信息和预防性照护、开展初步评估、管理性别转换相关的以及一般性的健康问题、或者进行恰当的转介。本章的准则就是为初级卫生保健工作者开展上述工作而设计的。

下一章将讨论为性别多元的儿童及青少年服务的卫生保健工作者的专门准则。

.....

性别多元 儿童及青少年 的相关工作

.....

世界卫生组织对本《蓝图》的支持不应被理解为世卫组织对本章所提供之指南的认可。任何世界卫生组织的指导意见均应出自标准的世卫指导原则制定程序。

5.1 导言

在本区域内，性别表达或性别认同异于出生时指派性别的儿童和青少年之经验有着极大的多样性。跨性别儿童和青少年也有一系列的词汇来进行自我描述。除了自我认同为跨性别者的那些人之外，也有一些人赞同“性别不驯”这一概念，或是寻求空间，以便作为一个“性别疑问中”（gender questioning）的人，自由探索其性别认同。

联合国《儿童权利公约》所规定的权利适用于所有年龄在18岁以下者，除非根据相关法律，该儿童已不再被视作未成年人。需要明确因年龄而异的卫生保健需求之时，本章狭义地使用“儿童”一词来指年龄不满10岁者。“少年”和“年轻人”则用于那些年龄在10岁以上的人。少年的定义是年龄在10-19岁之间，年轻人则指10-24岁之间（机构间青年工作组Interagency Youth Working Group, 2010）。为使行文方便，在本《蓝图》中，（关于任何25岁以下者的）一般性信息将使用“儿童和青少年”这一概念。这些定义是基于以下联合国机构的做法：

称法	年龄	来源
儿童 Children	小于18岁 (或更小, 如果对未成年的定义更小)	联合国 (基于《儿童权利公约》)
少年 Adolescents	10-19岁	联合国儿童基金会/世界卫生组织/联合国人口基金
年轻人 Young people	10-24岁	联合国儿童基金会/世界卫生组织/联合国人口基金
青少年 Youth	15-24岁	联合国儿童基金会/世界卫生组织/联合国人口基金

在一些文化群落中，例如在太平洋地区的波利尼西亚，性别多元是得到广泛接纳的。然而，更多的跨性别和性别不驯的儿童及青少年在寻求安全与支持以便做他们自己的过程中，则面临巨大的障碍。

性别不驯和跨性别的儿童及青少年因为其性别认同与表达而频繁地遭到歧视与欺凌⁶⁹。如3.4.7节“心理健康”所述，本区域内的研究揭示了此类欺凌给跨性别者心理健康带来的后果。教育一节（3.3.4节）也列举了亚太地区的一些积极举措，以使校园成为对于跨性别和性别不驯的儿童及青少年乃至其家人而言，更加包容的环境。

世界卫生组织没有专门针对年幼及年少的跨性别者之性别肯定卫生保健服务的政策、建议或指南。本章的标准和信息是基于加州大学旧金山分校卓越跨性别健康中心以及《2015技术简报：艾滋病和年轻的跨性别者》（世界卫生组织，2015d）⁷⁰。本章还从亚太地区为年轻跨性别者提供服务的医疗人员的审阅和反馈中

69. 联合国教科文组织反对恐同恐跨欺凌的相关工作，见<http://www.unesco.org/new/en/education/themes/leading-the-international-agenda/health-education/homophobic-bullying/>.

70. 卓越跨性别健康中心的照护准则见<http://www.transhealth.ucsf.edu/protocols>. 世界卫生组织的《技术简报》见http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179866/1/WHO_HIV_2015.9_eng.pdf.

获取了意见（更多信息见“致谢”一节）。

5.2 性别不驯的行为或表达较之于性别不驯的认同

所有的儿童和青少年都在一定程度上受到基于其出生时指派性别的社会期待之影响。在本区域内，对于男孩和女孩各自的可接受的行为与外貌，常常存在极其严格的区分。一个年轻人的行为、外貌或个性如果和这些社会期待有所出入的话，其性别表达就是性别多元或性别不驯的。

与成人一样，一个儿童或少年的性别表达和其性别认同乃至性倾向不是一回事。一些具有与其指派性别相异的性别表达的儿童长大后自我认同为跨性别者，另一些这样的儿童则不会自我认同为跨性别者。一些具有不驯的性别表达的儿童在青春期会自我认同为男女同性恋、双性恋或酷儿，另一些这样的儿童则会自我认同为异性恋者。关于性别表达、性别认同、性倾向的清晰而适龄的信息对于青春期少年更好地认识自我是相当重要的。

在青春期，年轻人会经历急剧的发育过程。这是一个重要的身体、心理、性、情感以及社会变化的时期。要在一个人对自己身体的感受、社会对男孩女孩各自的期待、以及来自他人的性吸引这三者之间理清头绪并找到平衡，这往往并非易事。

在亚太地区，跨性别女人以及hijra、meti、waria、katoey、fa'afafine和leiti等具文化专属性的身份，是最为可见的性别或性少数群体。如果性别与性教育能够将跨性别男孩/男人及女同性恋等较不可见的一些身份也纳入其中，那将是很有助益的。这样的信息，尤其是如果学校心理咨询服务能够提供这样的信息，将会促进年轻人了解自身的健康需求、健康的亲密关系、以及安全的性行为，而无论其性别认同或性倾向是怎样的。

对于具有跨性别认同的儿童，其认同在对外的性别表达中得到反映的程度将深刻影响ta们应对相关社会污名的方式（Bockting和Coleman，2007）。明显在性别角色上表现出不驯姿态者往往在早年即引起他人注意并因而遭受实际的污名。对外表现出顺从姿态者则更容易自我封闭而将性别认同隐藏起来，而这可能导致感知的污名。这两种类型的污名都被证实对心理健康有负面作用（Bockting等人，2011）。

评估儿童的性别表达及性别认同将使卫生保健工作者能够就适宜的干预措施提出建议。为家庭及学校提供信息，包括如何处理欺凌行为的信息，可以成为一种有效的支持形式。当儿童或青少年提出的问题涉及性别认同时，除了对性别认同的发展进行初步评估，早期医疗干预这一选项也可以被纳入考量，同时还应提供情绪及心理支持。

5.3 儿童和青春期少年之间的差异

性别焦虑指的是由一个人性别认同和生理特征的失谐而导致的苦痛感。卫生保健工作者须知性别焦虑可能对跨性别者的健康和福祉带来严重的负面影响，包括对跨性别儿童及青少年。这包括一个年轻人因为无法表达其性别认同而感到的痛苦。一部分跨性别者和性别不驯者会在其人生的某些阶段产生性别焦虑。

通过性别多元的行为来预测一个儿童的性别认同是不可能的。研究显示，青春期之前的儿童具有极大的行为上的流动性和结果上的变化性（Coleman等人，2011）。社会转换本身（不附带任何医疗干预）是可行的，它可以减轻性别焦虑，至少在青春期到来之前。需要注意的是童年期的性别具有流动性，如果一个儿童在青春期之前进行了社会转换，那么很重要的是，要予之空间以探讨其性别认同或表达随着时间而出现

的任何变化。

相较于年幼的儿童，青春期少年更容易持续地出现性别焦虑，也比年幼的性别不驯儿童更可能开始医学转换。目前尚无正式的前瞻性研究，然而，荷兰一项对70位确诊性别焦虑且接受青春期抑制激素治疗的少年之跟进研究显示，所有人都进一步使用了女性化/男性化激素，并接受了性别重建（de Vries等人，2010）。继续跟进这些少年中的55人在性别肯定手术后的状况，研究发现其性别焦虑在成年早期得到了解除，心理机能明显改善，健康状况达到与同龄人相当的水平（de Vries等人，2014）。

5.4 为性别不驯的儿童或青少年及其家人进行首次临床评估

在针对青春期前儿童的此类服务存在并可及的那些国家，首要的重点是提供家长支持和教育。这样做的目标是为儿童创造一个安全的环境，并使儿童和家长都清楚了解青春期到来之后的各种治疗选择。

一般而言，卫生保健工作者应先了解孩子和家长各自都有哪些顾虑。采取一种非评断性的姿态至关重要。孩子的性别认同和性别表达应该分开进行评估。

首次看诊时应该评估孩子和家人在这一旅程上处于什么阶段。有可能孩子和家人各自所处的阶段并不一致，因此要注意最初提供多少信息才算合适。和一个刚刚才意识到孩子身上所发生之事的家庭讨论医疗手段可能是操之过急的，这样的讨论或许需要在后续看诊时再进行。初次看诊可以询问医疗史、回答问题、以及酌情进行一些基础化验。视孩子自己的意愿而定，任何身体检查都应推迟到第二次甚至更后面的看诊时再进行，但在开具任何药物处方之前都必须进行体检。

我们最重要的角色之一是要向家人解释清楚，这不是任何人的错。许多家长都会产生负罪感，以为是自己的某些做法导致了孩子的这一状况。我们必须强调这并非任何人所做的任何事所引起的。这不是一种选择。这仅仅是允许孩子成为那个他们一直想要成为的人而已。家长痛心心目中那个孩子的失去也是应当被允许的。但是接纳他们现在所拥有的这个孩子却更为重要。家长的爱与支持可以让孩子的这一旅程变得顺遂许多。

Rachel Johnson，青少年健康专家，Manukau青少年健康中心，新西兰

首次看诊往往是与孩子及其家人建立关系的开始。孩子可能在没有家人陪同的情况下自行前来求诊，但是家人的支持值得鼓励。介绍可能提供的服务内容并讨论知情同意及保密等问题非常重要。应当详细地询问心理历史以了解存在的风险和复原的能力，包括性别不驯带来的影响。HEEADSSS评估表是心理访谈的常用工具（Goldenring等人，2004）。这一评估可以帮助发现任何紧急的生理或心理健康问题以及重大的风险行为。通常还需要在这一过程中为家人提供心理支持。

如有可能，强烈建议年龄在18岁以下的青少年在开始相反性别之性激素治疗前先咨询对跨性别问题有经验的心理卫生专业人员。这样做旨在确保为性别转换做好准备，并帮助该青少年探索性别转换的种种后果及可能的并发症。理想情况下年轻人应该得到心理卫生工作者的帮助，但前提是这种帮助不应成为获得激素治疗的障碍。

如果一位青少年尚未完成青春期的第一及第二性征发育（例如，达到唐纳分级第五级【译注：唐纳分级是

由英国儿科医生James Tanner提出的人体发育阶段分级，第五级为最高】），那么应考虑（在卫生保健工作者之间）咨询对跨性别青少年用药富有经验的专家。

5.5 对跨性别持肯定态度的干预

5.5.1 环境

对儿童的干预应同时关注两方面，一是帮助性别认同的发展（而不论认同的性质如何，例如，认同男孩、女孩、第三性别或性别不驯），二是预防孩子及其所处环境（例如，家人、朋友或同校师生）可能出现的社会适应问题。

其他的方法则主要或仅仅关注环境，以便营造社区对孩子性别认同的完全接纳。这些方法认为，孩子的痛苦往往源自外界的因素或反应。卫生保健工作者可以扮演重要的角色，教给校董会、校长、教师及学校咨询师性别不驯的相关知识，为性别不驯的青少年进行辩护。卫生保健工作者有很好的立场来鼓励学校尊重儿童或青少年的性别认同。这可能包括支持孩子更改学校记录中的名字和/或性别。其他的积极成果还包括学校允许跨性别学生根据自己的性别认同来选择制服、参与学校及体育活动、使用诸如洗手间和更衣室等的相关设施（Manukau地区健康委员会，2011）。

卫生保健工作者应协助孩子及其家人在两者中寻求平衡，一方面是对性别认同及表达之探索的非评断性态度，另一方面是为预防孩子所处社会环境的负面反应而采取必要步骤。与促成或阻挠性别角色转换正相反，家长需要的是支持，以使他们能够应对孩子性别认同及表达不断发展所带来的不确定性。来自其他也有跨性别孩子之家庭的支持是非常珍贵的，不论是面对面的形式还是网上的交流。卫生保健工作者还应熟悉对跨性别和性别不驯儿童、青少年及其家人有经验的咨询服务。

5.5.2 早期和完全可逆的医疗干预

从青春期发育的第一阶段开始（唐纳分级第二级），就可以采用青春期抑制激素——促性腺素释放激素类似物（gonadotropin releasing hormone analogues, GnRH analogues）——的医疗干预措施。这是一种完全可逆

给卫生保健工作者——青春期抑制激素的最低要求

世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）为接受青春期抑制激素治疗的少年设定了如下的最低要求：

1. 该少年存在长期而强烈的性别不驯或性别焦虑（无论是受到压抑的还是表达出来的）。
2. 青春期的到来使性别焦虑浮现或加剧。
3. 任何同时存在的可能干扰治疗（例如，影响坚持用药率）的心理、医疗或社会问题已经得到解决，该少年的处境和机能足够稳定以便开始治疗。
4. 该少年已经知情同意，而当其年龄不足以进行医疗上的知情同意之时，家长或其他监护人已对该治疗表示知情同意，且在治疗过程中为该少年提供支持。

资料来源：Coleman 等人，2011，第19页。

的治疗，主要目的是减轻心理上的苦痛感（Hembree等人，2009；Coleman等人，2011）。青春期抑制激素可以减轻因第二性征发育而产生的苦恼，并且暂缓那些不被期待且不可逆转的身体改变。这些改变包括乳房发育、体毛生长和嗓音变化等。

此外，青春期抑制激素，通常是促性腺素释放激素类似物，将为孩子及其家人提供更多的时间以斟酌是否采用相反性别之性激素疗法。它还可以延缓决定，直到年轻人有足够能力为自己做主，选择是否采用不可逆的医疗干预措施。促性腺素释放激素类似物已被证实是安全的（de Vries等人，2013）。一旦停用，青春可如常重启，或者可以开始相反性别的性激素治疗。

5.5.3 部分或完全不可逆的医疗干预

其他的医疗干预是部分或完全不可逆的（Hembree 等人，2009；Coleman等人，2011）。

部分可逆的治疗包括女性化或男性化的性激素治疗，在有医生指导的情况下，该治疗最早可于16岁开始。这种治疗通常需要家长或监护人知情同意才能实施，同时还需要心理卫生专业人员事先进行合理时间的心理治疗。

在本区域内的中低收入国家，对于大多数跨性别青少年而言，这样的专业人员要么难以找到，要么所费不赀。在亚洲的许多地方，年轻的跨性别男人和跨性别女人自行或在同伴的协助下开始激素治疗，有的人年龄不过才十一二岁，而医生的指导是完全缺乏的。激素药物在药店即可买到，价格也不高，大多数青少年都是在未接受心理治疗的情况下开始使用激素的。如果卫生保健工作者规定心理治疗是必不可少的，那么这会阻碍年轻人寻求与性别转换相关的帮助和建议。

减少危害的策略或可成为减少低龄而无医嘱之激素使用所致负面后果的有效方法。这可能包括如下方面：

- 与跨性别青少年建立信任，使其愿意透露激素使用的情况（类型、用量、频率）
- 就正确的激素使用开展教育，包括根据体重调整用量，作为建立信任的重要步骤
- 就无医嘱激素使用的负面健康后果开展教育，但须注意单独使用这一策略可能阻碍青少年寻求帮助
- 与较为年长的跨性别同伴或楷模进行合作，这些人往往会为正在考虑使用激素的跨性别及性别不驯的青少年提供建议
- 就共享或重复使用针头用于注射激素之风险开展教育
- 鼓励接受医学监督而非冒险采取行动，为医学转换提供一条适宜该青少年之年龄与发育状态的路径
- 评估其他的风险行为并作相应处理

在泰国，已经进行了初步努力以搭建曼谷大医院周边之药剂师和医生之间的合作，以保证有质量的、可负担的激素药物在减少危害原则的基础上能够提供给年轻的跨性别者。

不可逆的治疗主要是手术。外生殖器重建手术最早可在18岁时进行，需要事先以所认同的性别角色生活一到两年。女跨男的胸部手术可以更早进行。手术需要由专业的心理卫生工作者推荐⁷¹。

71. 加州大学旧金山分校卓越跨性别健康中心的网页上回答了跨性别及性别多元青少年相关的常见问题。答问者是来自洛杉矶儿童医院的医生，重点关注青春期抑制激素（GnRH治疗）的使用。见 <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-youth>。

5.6 保密与知情同意

很重要的是，应向跨性别青少年及其家人解释知情同意、保密及各种限制。

对跨性别儿童和青少年而言，保密方面的考量可能甚于成年跨性别者。儿童和青少年在住房及经济上依赖家长，包括其教育经费的来源。即使那些从小就知道自己的性别认同异于指派性别的青少年也可能不敢将这一情况透露给家人或同侪。其他人则可能求助于卫生保健工作者以梳理自己的感受，包括未能达到家人期望所致的负罪感，并讨论可能的选择。

评估一位跨性别青少年是否具有知情同意的能力，这和其他医疗知情同意的评估是一样的，它要求该青少年全面理解当前问题和治疗选择（Manukau地区健康委员会，2011）。保密是有能力作出自身医疗抉择之青少年求诊者的一项伦理及法律权利（皇家亚澳医师学会联合青少年健康委员会，2008）。

强烈推荐在开始青春期抑制激素或相反性别之性激素治疗前，同时获得青少年本人及其家长/法定监护人的知情同意。这样做旨在获取家人对治疗的支持与同意，然而也有一些情况让知情同意无法实现，因为这会让该青少年的人身安全受到威胁。一些复杂案例可能需要寻求第二位心理卫生工作者之意见，包括该青少年知情同意的能力可能已被损害之时。然而，很重要的是即便在此情形下，该青少年获得医疗支持的权利也不应遭到剥夺。

联合国《儿童权利公约》第12条承认儿童拥有表达自己意见的权利，且“对儿童的意见应按照其年龄和成熟程度给以适当的看待”。第3条也要求所有与儿童相关的行动均应以儿童的最大利益为首要考虑。询问儿童的意见以及是否同意某项决定也是相当重要的。即便在不涉及法律效力的情况下，这么做也可以为那些应从儿童最大利益出发来作决定的人提供充分的信息。

在本区域内一个年轻人可以在没有家长同意的情况下自行作出医疗决定的年龄各有不同。在判例法当中，“吉利克能力”（Gillick competency）的概念已经得到广泛认可，并被用于本区域内的跨性别青少年相关判决【译注：吉利克能力指的是英国、加拿大、澳大利亚和新西兰等国法律所承认的16岁以下儿童随着不断成熟而具有的医疗自决权，家长不能代替孩子做决定，只要孩子能力足够，应以孩子意见优先】。在Re Isaac一案中，一位17岁的跨性别男孩向澳大利亚家事法庭申请发布一份声明，宣布他已经拥有为开始激素治疗作出知情同意的吉利克能力。澳大利亚法律规定此类治疗需要家长同意。在2014年12月的判决中，Cronin法官表示“鉴于我认为Isaac有充分能力作出医疗抉择，因此让他担负这一责任符合他的最大利益... 我确信Isaac能够就性别焦虑相关的任何治疗作出一切决定”⁷²。

72. 见[http://www.austlii.edu.au/cgi-bin/disp.pl/au/cases/cth/FamCA/2014/1134.html?stem=0&synonyms=0&query=title \(Isaac\)](http://www.austlii.edu.au/cgi-bin/disp.pl/au/cases/cth/FamCA/2014/1134.html?stem=0&synonyms=0&query=title%20Isaac) .

案例：给卫生保健工作者——泰国曼谷Ramathibodi医院的性别多元门诊

曼谷Ramathibodi医院的性别多元门诊是泰国第一个服务于性别多元儿童及青少年的门诊。该门诊于2014年9月由青少年医学专家Jiraporn Arunakul博士正式设立。

虽然名为“性别多元”，但该门诊不仅关注年轻的跨性别者。它为所有年龄在10-24岁之间的LGBT青少年提供医疗照护及咨询，同时还为LGBT及性别不驯儿童的家长提供咨询。

该诊所为跨性别青少年提供特别的性激素治疗，开具男性化激素、女性化激素及青春期抑制激素的处方。

有较高风险的是跨性别者，包括kathoey和跨性别男人，ta们会服用激素药物以期改变自己的生理性征。一些人过量服药，却没有人可以监督，或告诉ta们怎样服药才是安全的。在我们的诊所，我们有内分泌科的专家，提供安全服用激素药物的指导。

—— Jiraporn Arunakul博士（由 Mahavongtrakul引用，2014）

除了Jiraporn Arunakul博士，性别多元门诊的工作人员还包括一位儿童及青少年精神病学家、心理学家、以及一位执业护士。门诊还和来自Ramathibodi医院的一位内分泌学家合作，后者为那些接受激素治疗的跨性别青少年提供跟踪监测。2009年泰国医学委员会曾在其规章中简要提及性激素治疗（泰国医学委员会，2009），其中遵照了内分泌学会2009年的临床实践指南（Hembree 等人，2009）。

性别多元门诊每年都为Ramathibodi医院其他科室的员工和同事开展多元培训。由于它是唯一在周五下午开门的门诊，性别多元门诊可以确保其空间内求诊者的隐私。

该门诊存在时间还不长。在未来，它希望能够传播知识与信息以便改善性别多元儿童及青少年的卫生保健服务，同时在整个泰国社会中增进对LGBT人群的理解。

卫生保健工作者的职责也应该包括告诉社会什么并不是错的，什么并不是反常的，以及哪些人群需要特别的关照与帮助... 面对现实，我们的社会中已经存在这样一群孩子了。ta们并不是一群神秘莫测、难以寻见的人。最好能有一个地方让ta们可以依靠，可以找到答案，学会怎样关爱自己，明白自己到底是谁。

—— Jiraporn Arunakul博士（由 Mahavongtrakul引用，2014）

以下的案例体现出具有文化适应力的措施如何改善新西兰跨性别青少年的健康状况。该案例来自新西兰最大城市奥克兰，该市具有相当规模的太平洋岛民青少年人口⁷³。

73. 奥克兰地区至少每7个人当中就有1个是太平洋岛民（19万4958人）。岛民占据了奥克兰总人口的14.6%，大致与萨摩亚全国的人口相当。居住在新西兰的太平洋岛民人口中有近半（46%）是20岁以下的年轻人（新西兰统计局，2014）。

案例：给卫生保健工作者——支持新西兰的太平洋岛民跨性别青少年

16岁的Paulo是一位出生在新西兰的萨摩亚跨性别女孩，她和三个同伴一起来到我们的诊所，这几个孩子就读于一所男子高中。她们都希望接受女性化的性激素治疗。

Paulo和父母、祖父母及六个兄弟姐妹一起住在家里，她的父母出生在岛上，观念比较传统。Paulo一直都觉得自己是女孩，12岁之前她的家人基本都支持她这么做。随着青春期的临近，她的父亲要求她丢掉“所有女孩的东西”以便“变得男人起来”。她不再被允许表达自己的阴柔气质，有时还因为继续想当女孩而遭到殴打或被拘禁在家。

Paulo觉得自己让家人有失颜面，同时也为家人态度的变化而深感困惑。她在抑郁中挣扎，尽量避免参加任何家庭活动。Paulo很清楚自己想要尽快使用青春期抑制激素和相反性别的性激素，并且她非常坚持不能让家人干扰她的任何决定。

安全性和家庭联系对于诊所的青少年友善措施而言是一体的。我们的青少年社工为Paulo的家人提供了一个渠道。Paulo是出生在新西兰的萨摩亚人，能说流利的萨摩亚语，也了解萨摩亚文化对于性别认同的看法。最初的行动计划包括在Paulo的家人当中寻找支持者——那些同情她的成年人。这些支持者成为了医疗机构和家庭之间的桥梁。随着家人的参与不断增加，更大范围的家庭会议得以召开，大家的担心以及准确的信息得以在会上分享。

所有的会议都以祷告开始。相关信息以这个家庭的母语萨摩亚语进行分享，所用的都是老一辈人熟悉的词汇以便增加代际间的理解。我们使用了一种以家庭为中心的策略，从而把这个已经有些离散的大家族重新团聚了起来。

和Paulo及其家人建立合作关系意味着我们能够将她家人融入到关于她性别转换的决策中。一些敏感的话题，例如治疗对未来生育能力的影响，以及对家族血脉的延续等问题，能够在全家人的层面上予以讨论。这意味着Paulo能够在家庭语境中、在家人支持下作出最有利自身的决定。这对于一个往往会见树不见林的16岁少年来说是很不容易的。

我们一再对Paulo的父母强调，孩子的性别认同不是他们的过错，也不可能通过管教来强行改变。在更广泛的社区支持下，他们逐渐理解了为使孩子安全，就应当如其所是地接纳孩子，而不是强迫孩子满足他们的期待。Paulo保持住了与家庭的联系。她的生活在整体上变得更加安全，她也继续得益于亲人们的智慧与关爱，来协助自己关于性别转换以及更广泛的认同发展方面的决策。

资料来源：Mo Harte（执业护士）和 Neli Alo（青少年社工），青少年健康中心，Health West，奥克兰，新西兰。

政策考量

正如早前的背景一节所述，本《蓝图》及拉美和加勒比的《蓝图》都是与不同领域之代表合作的成果。这些领域包括学术界、医疗界、多边及双边机构、政府机构和非政府组织、跨性别社群、资助机构及其他利益相关者。本《蓝图》多位作者的这种跨学科和跨领域的视角为跨性别者的卫生保健需求带来了全面的关照。在亚洲及太平洋地区举行的咨商会议为本《蓝图》奠定了基础，它们揭示了跨性别者或性别不驯者寻求卫生保健服务、或者医疗人员或医疗机构提供这种服务时往往会面临的现实。以下的政策考量是基于人权框架和本《蓝图》先前所述之本区域内的重点人权议题。

跨性别者在研究、倡导及政策中的参与

确保跨性别者更多参与对切身事务的讨论

行动	行动者
审查现行法律及政策对跨性别者健康权和社会保护的影响；与跨性别者合作，寻求废除、改革和/或修缮这些法律的方法	联合国机构、政府/国家人权机构、法律专家、跨性别及其他民间社会团体、政策制定者及决策者
使跨性别者参与研究活动（包括通过正式雇佣），以确保在社群观点看来这些研究活动是恰当的、可接受的和具有适用性的	政府、跨性别组织、研究机构、卫生保健学者、政策制定者及决策者
使跨性别组织参与全球的、全国的、以及地区的健康与性别方面的委员会和理事会；使其参与治理	政府、资助机构、研究机构、卫生保健学者、政策制定者及决策者

与跨性别者合作开展研究以应对重要数据的缺失

行动	行动者
开展对可见度较低之群体的研究，包括本区域内的跨性别男人、原住民群体、老年群体以及太平洋地区的跨性别者	学者、政府
收集性别认同的相关信息，以监测和改善各种政策在满足跨性别者需求上的有效性，尤其是与健康之社会决定因素相关的指标	国家统计局部门、学者、政府机构、服务提供者
从关于男男性行为者和男女同性恋、双性恋者的研究中分离出跨性别者的数据，确保性别认同、性别表达、以及性别认同的法律承认和专门的卫生保健需求等跨性别者特有的议题获得足够的关注	学者、政府

增进公众对跨性别者及其人权议题的了解

行动	行动者
推广和支持关于如何将人权义务应用于跨性别者的全国对话，包括支持各种努力，以消除跨性别恐惧和一切形式的语言及肢体虐待、仇恨、排斥与不宽容	政府、国家人权机构、双边及多边机构、媒体
消除对跨性别者的污名，包括提升公众意识，宣传性别不驯不是一种疾病、选择或障碍	卫生保健职业团体及卫生保健学者、政策制定者及决策者、双边及多边机构、跨性别及其他民间社会团体、媒体
使用现有的家庭暴力和国际人权报告机制，研究、监测、报告跨性别者所面临的人权问题，包括在被拘留的、寻求避难的以及移民的跨性别者当中	国家人权机构、跨性别及其他民间社会团体
在（包括执法机构在内的）政府机构及国家人权机构中设立跨性别联络员或跨性别办公室	政府、国家人权机构
在宗教团体中推广关于人权之普世性的对话，包括免于歧视之自由与宗教信仰之自由这两者的相互关系	国家人权机构、宗教团体及跨性别团体

跨性别者的卫生保健服务与公共卫生

应对歧视和增强卫生保健服务的跨性别响应性

行动	行动者
为所有员工开展能力建设，使其具备跨性别敏感性和适应力，创造一个友善的、非评断性的、非歧视性的环境（包括使用具有跨性别包容性的登记表、张贴画、自选名字和人称代词，以及宣传非歧视的政策）	卫生保健部委/部门、卫生保健机构及工作者
培养为跨性别者提供充分的卫生保健宣传、预防、治疗、监测及支持所需的技术能力和文化适应力；与跨性别组织合作以及/或者雇佣跨性别员工，以进行胜任上述工作所需的能力建设	卫生保健部委/部门、卫生保健机构及工作者
对卫生保健工作者进行敏感性培训，使其认识所肩负之提供非评断性照护的职业责任及伦理义务，并了解基于人权框架为跨性别者提供服务的方法	政府/卫生保健部委、世界跨性别健康专业协会、卫生保健职业团体、卫生保健机构
监测并公开批评“扭转治疗”（即企图改变一个人的性别认同或性别表达或性倾向），强调此类治疗是有悖伦理的	卫生保健政策制定者及决策者、卫生保健职业团体、宗教团体

应对跨性别健康相关的重要信息缺失

行动	行动者
支持本土语言的跨性别健康同伴教育，包括同那些与跨性别健康倡导者有协同经验的卫生保健工作者合作	政府、卫生保健工作者、跨性别者
推广合作性的研究，使跨性别者参与其中，寻找并应对跨性别健康的需求、风险及增强复原力的保护性因素	学者、政策制定者及决策者、职业团体
填补生物医学研究的空白，例如性激素治疗与抗逆转录病毒治疗的同步进行、本区域内性激素及软组织填充物的副作用、性激素长期使用后果、与已知健康风险的相互作用等	学者及生物医学专业机构
将目前的艾滋病研究拓展到跨性别男人的潜在风险因素等方面，包括对现有预防措施的抵触、吸毒、性工作等	学者、资助机构
在亚太地区推广跨性别卫生保健成功案例之间的相互交流	世界跨性别健康专业协会、区域性和全国性的跨性别健康职业协会、卫生保健学者及跨性别健康倡导者
基于知情同意模式，记录对跨性别持肯定态度的、具备跨性别文化适应力的、完善的乃至可及的卫生保健服务案例，包括由跨性别者领导的组织所开展的项目及干预活动，或关注较少被研究的、更为边缘化的跨性别亚群体的项目	政府、学者、政策制定者及决策者、卫生保健机构及工作者

确保跨性别者能够平等获取普通卫生保健服务

行动	行动者
确保公共卫生系统提供完善且优质的服务，这些服务对跨性别者而言应是可接受的和可及的，并能满足其特有的健康需求	政府、政策制定者
开发并测试跨性别艾滋病生物行为干预措施，而非简单地将男男性行为者的干预措施用于跨性别者	卫生保健研究者、政策制定者及决策者
开发或改写对跨性别持肯定态度的卫生保健服务方案，使其反映普世人权准则，并且回应跨性别者特有的需求	卫生保健研究者、政策制定者及决策者
搭建与其他适宜的诊疗服务之间的网络和转介体系，将求诊的困难最小化，增强服务提供者之间的协作	卫生保健机构及工作者
确保被拘留的、被收容的、遭遇紧急情况和自然灾害的跨性别者获得安全、可及、优质的卫生保健服务，并且确保其能够按照自己的性别认同而被收治于不同病房	政府、司法与惩戒机关、卫生保健工作者
将跨性别卫生保健纳入多学科的健康教育课程设置，包括（但不限于）医学、护理学、社会工作、心理学	卫生保健学者、卫生保健政策制定者及决策者
通过与包括青少年在内的跨性别者进行咨询，加强心理卫生研究，推广跨性别者相关的预防措施（包括自杀预防）	政府、卫生保健学者、政策制定者及决策者

改善对跨性别持肯定态度的卫生保健服务之可及性

行动	行动者
宣传性别肯定卫生保健服务的有效性与合法性，减少卫生保健工作者的顾虑，使其愿意提供或协助这些有医疗必要性的卫生保健服务	政府、卫生保健职业团体、卫生保健政策制定者及决策者
评估目前受医学监督之性激素治疗的需求与能力，包括青春期抑制激素治疗	政府、卫生保健机构、性健康诊所
支持卫生保健机构、卫生保健学者及跨性别组织之间的合作，进行跨性别卫生保健的需求评估和基础调查，并致力于满足所发现的需求	政府、卫生保健机构及学者
制定明确的转介路线及标准，使跨性别者及其医生知晓可用的选项与后续的步骤；当出现空白时，寻求通过现有或额外的医疗资源来填补空白的机遇，包括医学院校及教学医院	政府、卫生保健政策制定者及决策者
提升艾滋病和其他性病相关医疗服务提供者的意识，使其知晓如何帮助跨性别者获取性别肯定的卫生保健服务	卫生保健政策制定者及决策者、卫生保健工作者

改善对跨性别持肯定态度的卫生保健服务之品质

行动	行动者
向跨性别者提供关于性激素疗法和其他性别肯定卫生保健服务的准确信息，并持续地学习以跟进跨性别医疗的不断发展	卫生保健工作者
确保改造身体的生物医学措施（例如性激素疗法）是由训练有素且具备资质的专业人员来管理和操作	卫生保健政策制定者及决策者、卫生保健工作者
借鉴世界跨性别健康专业协会和世界卫生组织等发布的国际标准和诸如本《蓝图》等区域性指南，改写/开发适合国情的性别肯定卫生保健服务之国家临床指导原则	卫生保健政策制定者及决策者、卫生保健工作者
分享为跨性别者提供医疗照护的知识及经验，不论其健康状况或艾滋病感染情况，包括跨性别和性别不驯的儿童及青少年	卫生保健工作者

终结针对跨性别者的暴力

采取全面措施，消除针对跨性别者的暴力

行动	行动者
为跨性别组织进行能力建设，使其能够识别并专业地监测和报道对人权的侵犯，包括针对跨性别和性别多元者的暴力	双边及多边机构、国家人权机构、区域性网络
研究性别暴力对跨性别者的影响（包括跨性别男人和指派性别为女性的其他性别不驯者）、以及消除性别暴力和为受害者提供支持所需采取的措施	学术研究者与跨性别社群合作、政府机构
对法官、律师、警察、监狱员工、收容所员工、安保人员等进行人权培训，他们既可能放任也可能预防针对跨性别者的暴力	政府、国家人权机构及执法机构、跨性别者
有效地调查、起诉、惩处一切形式的基于性别认同或性别表达（以及性倾向）的暴力，确保受害者得到适宜的支持、赔偿和补救	政府及执法机构
通过废除禁止性工作的法律，采取法律措施确保安全的工作环境，停止警方对跨性别性工作者的骚扰、虐待和暴力等方式，消除针对跨性别性工作者的暴力	政府及执法机构

对跨性别者从歧视到法律及政策保护的转变

确保跨性别者受到法律保护，免于歧视和定罪

行动	行动者
确保跨性别者受到反歧视法规的保护，审查现存法律或进行中的提案，确保其对跨性别者提供不论性别认同、性别表达或生理性别的保护	政府及国家人权机构
修改或废除因性别认同或性别表达（或性倾向）而歧视跨性别者的法律，或因此而刑罪化跨性别者的法律	政府
废除或修订法律，包括诸如“有碍公共”“有伤风化”“在外流浪”等罪名，这些罪名常被用于骚扰和定罪跨性别者，尤其是跨性别性工作者	政府
进行公共教育，预防和消除针对跨性别者的污名、歧视及暴力，包括开发媒体指南，引导其正确报道跨性别者	政府、国家人权机构、媒体
为所有员工开展能力建设，使其具备跨性别敏感性和适应力，创造一个友善的、非评判性的、非歧视性的环境	政府及私营机构、雇主

确保跨性别学生的受教育权和校园安全

行动	行动者
记录跨性别和性别不驯的儿童及青少年在欺凌面前的脆弱性，明确保护其权利并强调学校负有制定反欺凌政策之义务，同时确保有效的内外部申诉机制及支持系统是存在的	教育官员、校董会、校长及教职员工
审查学校政策，确保其保护所有性别认同、性别表达及生理性别的学生，并使得跨性别及性别不驯的学生能够全面参与所有的学校活动	教育官员、校董会、校长及教职员工
在校内推广人权教育，并且明确地将关于性别认同及表达的内容纳入学校的课程设置	政府、教育官员、校董会、校长及教职员工
同时支持主流的及有针对性的校内项目，这些项目与跨性别及性别不驯的学生合作，旨在使校园成为安全而友善的学习环境	教育官员、校董会、校长及教职员工
在校内进行性与生殖健康教育之时，确保将关于性别认同和性别表达（以及性倾向）的内容纳入其中	教育官员、校董会、校长及教职员工

保护并实现跨性别者体面工作的权利

行动	行动者
明确地将跨性别者纳入所有平等就业的法律及政策，包括采取特别措施以应对跨性别者之收入低、就业难及工作不稳定等问题	政府、企业、雇主与劳工组织
审查人力资源政策，确保其保护跨性别者免受基于性别认同及表达的歧视，并特别保护跨性别者的隐私权	雇主、企业、雇主与劳工组织
开发跨性别者职场权利的宣传资料，包括就业前的情形、在职期间的性别转换、以及流动工人的权利	政府、企业、雇主与劳工组织

推动性别认同的法律承认

确保跨性别者自己所认同的性别身份受到法律承认和保护

行动	行动者
采取一切必要的立法、行政和其他措施，全面承认每个人自我定义的性别身份，不附带任何医疗前提，不因任何原因而歧视	政府、公众、私营机构和社区机构、雇主
修改或废除拒绝在身份证件上承认跨性别者之性别认同的法律或政策	政府
确保性别认同的法律承认之手续是可及的、公平的、非歧视性的，并且尊重跨性别者的尊严和隐私；性别身份的修改在所有的法律及行政事务中都应得到承认	政府
承认跨性别者自己对法定性别身份的选择，无论是男性、女性、其他、抑或第三性别（包括反映本区域内文化多样性的性别身份）	政府、公众、私营机构和社区机构、雇主
在性别认同尚难获得法律承认之时，采取措施确保自选名字的使用，该名字可能和法定证件上不同；允许跨性别者根据自己的性别认同使用具有性别分化的设施	政府、公众、私营机构和社区机构、雇主
宣传性别认同获得社会及法律承认的重要性，及其与落实其他人权的关联	国家人权机构

参考资料

References

- Acevedo, K., Corbet, A., Gardner, I., Peitzmeier, S. and Weinand, J. (2015) *Reported health impacts of chest binding in a cross-national survey: Preliminary recommendations for healthy binding*. Working paper.
- Agrawal, N. et al. (2013) 'Silicone-induced granuloma after injection for cosmetic purposes: a rare entity of calcitriol-mediated hypercalcemia.' *Case Reports in Medicine* 2013.
- Alegre, B.R. (2006) 'Psychological perspectives and development of the transsexual woman: Phenomenological case study on Filipino male-to-female transsexuals', thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for Master of Arts, Major of Clinical Psychology, University of Santo Tomas.
- American Medical Association. (2008) *Resolution 122 (A-08)*.
- Anton, B. S. (2009) 'Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors.' *American Psychologist*, 64, 372–453. doi:10.1037/a0015932
- Aotearoa / New Zealand's SOGII UPR Coalition (2014) *Submission to New Zealand's second Universal Periodic Review*. Accessed 16 May 2015 at: http://hrc.co.nz/files/7014/2406/3081/SOGII-Coalition_joint-UPR-submission_New-Zealand_Jan-Feb-2014-with-appendices.doc
- APCOM (2014) *Where to from here? Identifying gaps in social research for future development of strategic information*. Scoping paper.
- APCOM / APTN (2013) *Overlooked, ignored, forgotten: HIV and basic rights of transgender people in Asia and the Pacific*. Policy brief developed in partnership with the Asia Pacific Transgender Network.
- Asia Catalyst (2015) 'My life is too dark to see the light' – *A survey of the living conditions of transgender female sex workers in Beijing and Shanghai*.
- Asia Pacific Forum, Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health, and UNDP (2015) *Report of the workshop on the role of National Human Rights Institutions in promoting and protecting the rights, including health, of LGBTI people in Asia and the Pacific*.
- Asia Pacific Transgender Network (2015) *Agenda in transition*.
- Asscheman, H., Giltay, E.J., Megens, J.A., de Ronde, W.P., van Trotsenburg, M.A. and Gooren, L.J. (2011) 'A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones'. *In Eur J Endocrinol* 2011, 164: 635-642.
- Australian Human Rights Commission (2009) *Sex files: The legal recognition of sex in documents and government records*. Concluding report of the sex and gender diversity project.
- Australian Human Rights Commission (2015) *Resilient individuals: Sexual orientation, gender identity and intersex rights*. A national consultation report.
- Avery, M. et al. (n.d.) 'Addressing overlapping risks and competence HIV prevention for a Chinese transgender population.' A FHI 360 presentation.
- Balzer, C. and Hutta, J. (2012) 'Transrespect versus transphobia worldwide: A comparative review of the human rights situation of gender-variant/trans people', *TvT Publication Series*, Vol. 6.
- Bangsberg, D.R. et al. (2000) 'Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population.' *AIDS*, 2000, 14: 357-366.

- Baral, S.D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A.L., Guadamuz, T.E. and Beyre, C. (2013) 'Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis', *Lancet Infect Dis* 13: 214–22.
- Bauer, G.R., et al. (2013) 'Sexual Health of Trans Men Who Are Gay, Bisexual, or Who Have Sex with Men: Results from Ontario, Canada'. *Int J Transgend*, 14(2): 66-74.
- Bavinton, B., Singh, N., Naiker, D.S., Deo, M.N., Talala, M., Brown, M., Singh, R.R., Dewan, S. and Navokavokadrau, S. (2011) *Secret Lives, Other Voices: A community-based study exploring male-to-male sex, gender identity and HIV transmission risk in Fiji. Suva, Fiji: AIDS Task Force of Fiji.*
- Betron, M. and Gonzalez-Figueroa, E. (2009) *Gender Identity, Violence, and HIV among MSM and TG: A Literature Review and a Call for Screening.* Washington, DC: Futures Group International, USAID |Health Policy Initiative, Task Order 1.
- Blue Diamond Society, Heartland Alliance Global Initiative for Sexuality and Human Rights. (2013) *The Violations of the Rights of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex Persons in Nepal.* Accessed 11 December 2014 from: <http://www.heartlandalliance.org/gishr/publications/iccpr-lgbti-loi-report-nepal.pdf>
- Bochenek, M. and Knight, K. (2012) 'Nepal's third gender and the recognition of gender identity' in, JURIST - Hotline, Apr. 23, 2012. Accessed 8 December 2014 at: <http://jurist.org/hotline/2012/04/bochenek-knight-gender.php>
- Bockting, W.O., Huang, C.-Y., Ding, H., Robinson, B.E., and Rosser, B.R.S. (2005) 'Are transgender persons at higher risk for HIV than other sexual minorities? A comparison of HIV prevalence and risks.' *International Journal of Transgenderism*, 8(2): 123-131.
- Bockting, W.O., Robinson, B.E., and Rosser, B.R.S. (1998) 'Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment' *AIDS Care*, 10(4): 505-525.
- Bockting, W., and Coleman, E. (2007) 'Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity.' In Ettner, R., Monstrey, S., and Eyler, E. (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery (pp. 185-208)*. New York: The Haworth Press.
- Bockting, W., Benner A., and Coleman E. (2009) 'Gay and bisexual identity development among female-to-male transsexuals in North America: emergence of a transgender sexuality.' *Arch Sex Behav.* 38(5): 688-701.
- Bockting, W., Miner, M., Swinburne Romine, R., Hamilton, A., and Coleman, E. (2011). 'Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the U.S. transgender population.' *American Journal of Public Health*, 2013 May, 103(5): 943–951
- Bonell, C., Weatherburn P. and Hickson F. (2000) 'Sexually transmitted infection as a risk factor for homosexual HIV transmission: a systematic review of epidemiological studies.' *International journal of STD & AIDS* 11 (11).11: 697-700.
- Boonprasert, J. (2011) *Violated Lives: Narratives from LGBTIQs and International Human Rights Law.* Bangkok.
- Brahmam et al. (2008). 'Sexual practices, HIV and sexually transmitted infections among self-identified men who have sex with men in four high HIV prevalence states of India.' *AIDS*, 22 Suppl 5, S45-57.
- Brooks, V. R. (1981) 'The theory of minority stress'. In V.R. Brooks (Ed.), *Minority stress and lesbian women.* Lexington, MA: Lexington Books.
- Brown, G. R. (2010) 'Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder.' *International Journal of Transgenderism*, 12(1): 31–39. doi:10.1080/15532731003688970.
- Cambodian Alliance for Combatting HIV and AIDS [CACHA] and National AIDS Authority, (2009) 'Research Report: Policies environment regarding universal access and the right to work of Entertainment Workers in Cambodia'.

参考资料

- Cambodia Centre for Human Rights [CCHR] (2012) *Rainbow Khmer: From Prejudice to Pride*.
- Cambodia Centre for Human Rights [CCHR] et al. (2013) *Statement Submission to the 18th UPR-Cambodia*.
- Carmona, M.S. (2013) *Report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights, Magdalena Sepúlveda Carmona, Mission to Mongolia*. UN General Assembly.
- Centers for Disease Control and Prevention (2015) *HIV among transgender people*: <http://www.cdc.gov/hiv/risk/transgender/>
- Chaiyajit, N. (2014) *TLBz Sexperts! Using information and technology to get to zero HIV infections among Thai transgender people*. Accessed 17 May 2015 at: www.digitalcultureandeducation.com/uncategorized/chaiyajiy_html/
- Chakrapani, V. (2013) *Health system barriers faced by Indian transgender people in accessing HIV/STI prevention and treatment services, and What can be done*. Oral presentation at the 11th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific (11th ICAAP), Bangkok, Thailand, November 2013.
- Chakrapani, V. (2012) *The Case of Tamil Nadu Transgender Welfare Board: Insights for developing practical models of social protection programmes for transgender people in India*. A policy brief submitted to UNDP-India. Accessed 16 March 2015 at www.in.undp.org/content/india/en/home/library/hiv_aids/the-case-of-tamil-nadu-transgender-welfare-board--insights-for-d.html
- Chan, C. (2013) 'Prevalence of psychiatric morbidity in Chinese subjects with gender identity disorder in Hong Kong.' Unpublished thesis, fellowship examination, Hong Kong College of Psychiatrists, 2013.
- Chokrungravanont, P., Selvaggi, G., Jindarak, S., Angspatt, A., Pungrasmi, P., Suwajo, P. and Tiewtranon, P. (2014) 'The development of sex reassignment surgery in Thailand: A social perspective.' *Scientific World Journal*, 2014:182981
- Clark, T.C., Lucassen, M.F.G., Bullen, P., Denny, S.J., Fleming, T.M., Robinson, E.M., and Rossen, F.V. (2014) 'The health and well-being of transgender high school students: Results From the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12)'. *Journal of Adolescent Health*, 55 (1): 93-95. Accessed 18 March 2015 at: [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(13\)00753-2/fulltext](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(13)00753-2/fulltext)
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Zucker, K. (2011). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. Accessed 14 March 2015 at: http://admin.associationsonline.com/uploaded_files/140/files/Standards%20of%20Care,%20V7%20Full%20Book.pdf
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights [CESCR] (2000) *General Comment 14: The right to the highest attainable standard of health (Article 12)*. E/C.12/2000/4
- Common Language, (2009) *Summary Report: Domestic Violence against Lesbian and Bisexual Women in China*
- Community Affairs References Committee (October 2013) *Involuntary and coerced sterilisation of intersex people in Australia. A report of the Australian Senate*. Accessed 16 March 2015 at: http://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate/Community_Affairs/Involuntary_Sterilisation/Sec_Report/index
- Counties Manukau District Health Board (2011) *Gender reassignment health services for trans people within New Zealand*. Wellington, Ministry of Health. Accessed 7 May 2015 at: <http://www.health.govt.nz/publication/gender-reassignment-health-services-trans-people-within-new-zealand>
- Dahl, M., Feldman, J.L., Goldberg, J., and Jaber, A. (2006) 'Physical aspects of transgender endocrine therapy'. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4): 111-134.
- Davis, J., Lippmann, H., Miles, G., Morrison, T., Miles, Z., Hem, V., Sokun, C., Song, P. and Issac, E. (2014) *More than gender: A baseline study of transgender persons in the Phnom Penh sex industry*. Accessed 4 June 2015 at:

<http://digitalcommons.unl.edu/humtrafcon6/3/>

de Vries, A.L.C., Steensma, T.D., Doreleijers, T.A.H., and Cohen-Kettenis, P.T. (2010). 'Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study.' *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x

de Vries, A.L.C., McGuire, J.K., Steensma, T.D., Wagenaar, E.C.F., Doreleijers, T.A.H. and Cohen-Kettenis, P.T. (2014) 'Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment.' *Pediatric*, 134(4) October 2014.

Devor, A.H. (2004) 'Witnessing and mirroring: A fourteen stage model.' *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41-67.

Dube, M.P., Parker, R.A., Mulligan, K., Tebas, P., Robbins, G.K. and Roubenoff, et al. (2007) 'Effects of potent antiretroviral therapy on free testosterone levels and fat-free mass in men in a prospective, randomized trial: A5005s, a substudy of AIDS Clinical Trials Group Study 384.' *In Clin Infect Dis*, 45: 120-126.

Eisfeld, J., Gunther S. and Shlasko, D. (2013) *The State of Trans* and Intersex Organizing: A case for increased support for growing but under-funded movements for human rights*. New York: Global Action for Trans* Equality and American Jewish World Service.

Elias, R. and Lee, H. (30 May 2012) 'Underlying causes of poverty and vulnerability workshop report – Sexual minorities: Transgender', CARE Viet Nam.

Elman, M., Klein, A. and Slatkline, M. (Mar 2000) 'Dark skin tissue reaction in laser assisted hair removal with a long-pulse ruby laser.' *J Cutan Laser Ther*, 2(1): 17-20.

Feldman, J.L. and Goldberg, J. (2006) *Transgender primary medical care: Suggested guidelines for clinicians in British Columbia*.

FHI 360 (2013) *Exploring gender based violence among men who have sex with men (MSM), male sex workers (MSW) and Transgender (TG) communities in Bangladesh and Papua New Guinea*.

Freeman, E.E., et al. (2006) 'Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies.' *Aids* 20(1): 73-83.

Gates, G.J. (2011) *How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender?* Los Angeles (CA): The Williams Institute, School of Law, University of California at Los Angeles. Accessed 4 June 2015 at: <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Gates-How-Many-People-LGBT-Apr-2011.pdf>

Giltay, E.J., Fonk, J.C.M., Von Blomberg, B.M.E., Drexhage, H.A., Schalkwijk, C., and Gooren, L.J.G. (2000) 'In vivo effects of sex steroids on lymphocyte responsiveness and immunoglobulin levels in humans'. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 85(4): 1648-1657.

Glickman, G. and Emirzian, A. (2013) *The Ultimate Guide to Prostate Pleasure*.

Global Action for Trans* Equality [GATE] (2013) *Critique and alternative proposal to the 'Gender Incongruence of Childhood' Category in ICD-11*. Position developed by the GATE Civil Society Expert Working Group, Buenos Aires, April 4-6, 2013. Accessed 11 December 2014 at: http://globaltransaction.files.wordpress.com/2012/03/critique-and-alternative-proposal-to-the-_gender-incongruence-of-childhood_-category-in-icd-11.pdf

Global Commission on HIV and the Law (2012) *Risks, Rights and Health*.

Goldenring, J.M. and Rosen, D.S. (2004) 'Getting into adolescent heads. An essential update.' *Contemporary Pediatrics*, 21(1): 64-90.

Gooren, L.J. (2014) 'Should cross-sex hormone treatment of transsexual subjects vary with ethnic group?' *Asian J Androl* 2014.

- Gooren, L.J. and Giltay, E.J. (2008) 'Review of studies of androgen treatment of female-to-male transsexuals: effects and risks of administration of androgens to females.' *J Sex Med* 5: 765-776.
- Gooren, L.J., Giltay, E.J. and Bunck, M.C. (2008) 'Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: Extensive personal experience.' *J Clin Endocrinol Metab*, 93(1): 19-25
- Gooren, L.J., Phanuphak, N., Kancheva, N. and van Griensven, F. [2015] 'Cross-sex hormone use and the prevention and treatment of HIV infection in people with gender dysphoria.' *J Int AIDS Soc* [in press].
- Gooren, L.J., Sungkaew, T., Giltay, E.J. and Guadamuz, T.E. (2014) 'Cross-sex hormone use, functional health and mental well-being among transgender men (Toms) and transgender women (Kathoeys) in Thailand.' *Cult Health Sex* 2014.
- Gorton, N., Buth, J. and Spade, D. (2005) *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA, Lyon-Martin Women's Health Services.
- Grant, J., Mottet, L., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. and Keisling, M. (2011) *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. Washington DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, p 88, accessed 11 December 2014 at: http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/ntds_full.pdf
- Guadamuz, T.E., Wimonasate, W., Varangrat, A., et al. (2011) 'HIV prevalence, risk behaviour, hormone use and surgical history among transgender persons in Thailand'. *AIDS Behav* 2011; 15: 650-58.
- Gupte et al. (2011) 'Introduction of rapid tests for large-scale syphilis screening among female, male, and transgender sex workers in Mumbai, India.' *Sex Transm Dis*, 38(6): 499-502.
- Harder, Y., Erni, D. and Banic, A. (2002) 'Squamous cell carcinoma of the penile skin in a neovagina 20 years after male-to-female reassignment.' *British Journal of Plastic Surgery* 55.5 (2002): 449-451.
- Hariri, L. P. et al. (2012) 'Progressive granulomatous pneumonitis in response to cosmetic subcutaneous silicone injections in a patient with HIV-1 infection: case report and review of the literature.' *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* 136(2): 204-207.
- Health Action Information Network and UNDP (2013) *Usapang Bakla: Assessing the risk and vulnerability of Filipino men who have sex with men (MSM) and transgender (TG) people in three cities*. Accessed 30 April 2015 at: http://www.ph.undp.org/content/philippines/en/home/library/hiv_aids/usapang-bakla--assessing-the-risks-and-vulnerabilities-of-filipi.html
- Hel, Z., Stringer, E. and Mestecky, J. (2010) 'Sex steroid hormones, hormonal contraception, and the immunobiology of human immunodeficiency virus-1 infection.' *Endocr Rev*, 31: 79-97.
- Hembree, W.C., Cohen-Kettenis, P.T., Delemarre-van de Waal, H.A., Gooren, L.J., Meyer, III, W.J., Spack, N.P., Tangpricha, V. and Montori, V.M. (2009) 'Endocrine treatment of transsexual persons: An endocrine society clinical practice guideline.' *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9): 3132-3154.
- Henschke, R. (2013) 'Elderly transgender people find a home in Jakarta.' *Deutsche Welle (DW)*, 20 February 2013. Accessed 30 June 2015 at: <http://dw.com/p/17hsG>
- Herbst, J.H., Jacobs, E.D., Finlayson, T.J., McKleroy, V.S., Neumann, M.S., Crepaz, N. (2008) 'Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: A systematic review.' *AIDS and Behavior*, 12(1): 1-17.
- HIV AIDS Asia Pacific Research Statistical Data Information Resources AIDS Data Hub (2011) *Country reviews: Cambodia*. Accessed 19 November 2011 at: http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/country_profile/

download_country_reviews/Cambodia_Country_Review_2011._HIV_and_AIDS_Data_Hub_for_Asia-Pacific_%282011%29.pdf

HIV AIDS Asia Pacific Research Statistical Data Information Resources AIDS Data Hub (2011) *Country reviews: Indonesia*. Accessed 19 November 2011 at: http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/country_profile/download_country_reviews/Indonesia_Country_Review_2011._HIV_and_AIDS_Data_Hub_for_Asia-Pacific%282011%29.pdf

HIV AIDS Asia Pacific Research Statistical Data Information Resources AIDS Data Hub (2011) *Country reviews: Malaysia*. Accessed 19 November 2011 at: http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/country_profile/download_country_reviews/Malaysia_Country_Review_2011._HIV_and_AIDS_Data_Hub_for_Asia-Pacific_%282011%29.pdf

HIV AIDS Asia Pacific Research Statistical Data Information Resources AIDS Data Hub (2011) *Country reviews: Pakistan*. Accessed 19 November 2011 at: http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/country_profile/download_country_reviews/Pakistan_Country_Review_2011._HIV_and_AIDS_Data_Hub_for_Asia-Pacific_%282011%29.pdf

Hoang, A. T. and Nguyen, V. T. (2013) *An online study of stigma, discrimination and violence against homosexual, bisexual, transgender, transsexual, and intersex people at school*. Center for Creative Initiatives in Health and Population.

Human Rights Watch (2013) *Nepal: Climate of fear imperils LGBT people*. Accessed 9 December 2014 at: <http://www.hrw.org/news/2013/04/01/nepal-climate-fear-imperils-lgbt-people>

Human Rights Watch (2014) *“I’m scared to be a woman” – Human Rights Abuses Against Transgender People in Malaysia*.

Humsafar Trust (2012) *Feminisation and substance abuse in the male-to-female transgender / hijra population in India: A needs assessment*. Accessed 4 May 2015 at: <http://www.humsafar.org/ResDown/RESEARCH%20Feminisation%20and%20Substance%20among%20MSM%20and%20Hijras%20in%20India.pdf>

Hyde Z., Doherty M., Tilley P.J.M., McCaul K.A., Rooney R., Jancey J. (2014) *The first Australian National Trans Mental Health Study: Summary of results*. School of Public Health, Curtin University, Perth, Australia.

IGLYO (2012) *IGLYO position paper on education*. Accessed 18 May 2015 at: <http://www.iglyo.com/wp-content/uploads/2012/04/IGLYO-Position-Paper-on-Education.pdf>

Institute of Medicine (2011) *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.

Inter-Agency Steering Committee (2005) *Guidelines for gender-based violence interventions in humanitarian settings: Focusing on prevention and response to sexual violence in emergencies (field test version)*. Geneva, Switzerland: IASC. Accessed 9 December 2014 at: <http://www.who.int/hac/techguidance/pht/GBVGuidelines08.28.05.pdf>

Interagency Youth Working Group (2010) *Young people most at risk of HIV: A meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, U.S. Agency for International Development, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI*.

International Commission of Jurists (2007) *Yogyakarta Principles – Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*.

International Commission of Jurists (2011) *Sexual orientation, gender identity and justice: A comparative law casebook*.

International Gay and Lesbian Human Rights Commission (2010) *Violence on the basis of sexual orientation, gender identity and gender expression against non-heteronormative women in Asia: Summary Report*. Accessed 18 November 2014 at: http://iglhrc.org/sites/default/files/386-1_0.pdf

- International Gay and Lesbian Human Rights Commission (2014) *Violence: Through the lens of lesbians, bisexual women and trans people in Asia*. Accessed 18 November 2014 at: http://iglhrc.org/sites/iglhrc.org/files/LBT_ForUpload0614.pdf
- International Labour Organization [ILO] (2014) *Gender identity and sexual orientation: Promoting rights, diversity and equality in the World of Work (PRIDE) Project*. Thailand. Bangkok
- IPPF (in press) *International Medical Advisory Panel (IMAP) statement on hormone therapy for transgender people*. London: International Planned Parenthood Federation (IPPF).
- Jenkins, C. (2006) *Violence and exposure to HIV among sex workers in Phnom Penh, Cambodia, Phnom Penh: USAID*.
- Johnson, L.F. and Lewis, D.A. (2008) 'The effect of genital tract infections on HIV-1 shedding in the genital tract: A systematic review and meta-analysis.' *Sexually Transmitted Diseases* 35(11): 946-959.
- Joint Adolescent Health Committee of the Royal Australasian College of Physicians (2008) *Working with young people: A training resource in adolescent health*. Sydney: Royal Australasian College of Physicians.
- Karim, M. (2013) 'Hijras now a separate gender' *Dhaka Tribune*, 11 November 2013.
- Karsay, D. (2014) *How far has SOGII advocacy come at the UN and where is it heading? Addressing sexual orientation, gender identity and intersex activism and key developments at the UN 2003–2014*. Accessed 11 December 2014 at: <http://arc-international.net/research-and-analysis>
- Keller, K. (2009) 'Transgender Health and HIV.' *BETA*, Summer / Fall 2009. Accessed 18 March 2015 at: http://www.sfaf.org/hiv-info/hot-topics/beta/beta_2009_sumfall_transgender2.pdf
- Kelly, A., Kupul, M., Man, W.Y.N., Nosi, S., et al. (2011). *Askim na save (Ask and understand): People who sell and/or exchange sex in Port Moresby. Key Quantitative Findings*. Sydney, Australia: Papua New Guinea Institute of Medical Research and the University of New South Wales.
- Kenagy G.P. (2005) 'The health and social service needs of transgender people in Philadelphia.' *International Journal of Transgenderism*, 8(2-3): 49–56.
- Kenagy G.P. and Bostwick W.B. (2005) 'Health and social service needs of transgender people in Chicago.' *International Journal of Transgenderism*, 8(2-3): 57–66.
- Kenagy G.P., Hsieh C-M. and Kennedy G. (2005) 'The risk less known: Female-to-male transgender persons' vulnerability to HIV infection.' *AIDS Care*, 17(2): 195–207.
- Khan, A. (2011) *Gender-based violence and HIV: A program guide for integrating gender-based violence prevention and response in PEPFAR programs*. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.
- Khan, A.A., Rehan, N., Qayyum, K. and Khan, A. (2008) 'Correlates and prevalence of HIV and sexually transmitted infections among Hijras in Pakistan' *International Journal of STD & AIDS* 19(12): 817–20.
- Kirk, S. (1999) 'Guidelines for selecting HIV-positive clients for genital reconstructive surgery.' *International Journal of Transgenderism*, 3(1/2).
- Knight, K. and Welton-Mitchell, C. (2013) 'Gender identity and disaster response in Nepal'. *Forced Migration Review*, 42, Sexual orientation and gender identity and the protection of forced migrants. Accessed 11 December 2014 at: <http://www.fmreview.org/sogi/knight-weltonmitchell>
- Lai, Y., Nergui, D.N., and Deleghoimbol, A. (2013) *Desk review on the legal and policy environment of sexual minorities in Mongolia*. Ulaanbaatar: UNAIDS.

- Leonard, W., Pitts, M., Mitchell, A., Lyons, A., Smith, A., Patel, S., Couch, M. and Barrett, A. (2012) *Private Lives 2: The second national survey of the health and wellbeing of gay, lesbian, bisexual and transgender (GLBT) Australians*. Monograph Series Number 86. Melbourne: The Australian Research Centre in Sex, Health & Society, La Trobe University.
- Likhitpreechakul, P. (2008) 'Thailand: The tale of the pink toilet – Transgender rights in Thailand'. A report to the International Gay and Lesbian Human Rights Commission, accessed 13 March 2015 at: <http://iglhrc.org/content/thailand-tale-pink-toilet-transgender-rights-thailand>
- Magnusson, C., Baron, J.A., Correia, N., Bergstrom, R., Adami, H.O. and Persson, I. (1999) 'Breast-cancer risk following long-term oestrogen- and oestrogen-progestin-replacement therapy'. *Int J Cancer*, 81: 339–344.
- Mahavongtrakul, M. (2014) 'A space for all.' Bangkok Post, 9 September 2014. Accessed 6 May 2015 at: <http://www.bangkokpost.com/print/431248/>
- Mahidol University, Plan International, UNESCO. (2014) *Bullying targeting secondary students who are or are perceived to be transgender or same-sex attracted: Types, prevalence, impact, motivation and preventive measures in 5 provinces of Thailand*. Bangkok, Thailand.
- Martinez, A. L. (2014) Nepal's 'third gender'. *Al Jazeera*, accessed 8 December 2014 at: <http://www.aljazeera.com/indepth/features/2014/03/nepal-third-gender-201431181229222617.html>
- Mayer, S.B., Evans, W.S. and Nestler, J.E. (2015) 'Polycystic ovary syndrome and insulin: our understanding in the past, present and future.' *Women's Health* (Lond Engl). 2015 Mar; 11(2): 137–49.
- Medical Council of Thailand (2009) *Regarding guidelines for persons manifesting confusion concerning their sexual identity or desiring treatment by undergoing a sex change operation, 58/2552 B.E. / 2009 A.D.* Accessed 6 May 2015 at: <http://www.thailawforum.com/Guidelines-sex-change-operations.html>
- Meltzer, M.C., Desmond, R.A. and Schwebke, J.R. (2008). 'Association of *Mobiluncus curtisii* with recurrence of bacterial vaginosis.' *Sexually Transmitted Diseases* 35(6): 611.
- Méndez, J.E. (2011) *Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment A/66/268*.
- Méndez, J.E. (2013) *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment A/HRC/22/53*.
- Mészáros, K., et al. (2005). 'Efficacy of conservative voice treatment in male-to-female transsexuals.' *Folia Phoniatri Logop.* 57(2), 111-118.
- MEXT / Ministry of Education, Culture, Sports, Science, and Technology (2014) *Gakko ni okeru Seidouitsuseishougai ni kakawaru taiou ni kansuru joukyouchosa ni tsuite [The survey on response according to Gender Identity Disorder in School Settings]*. Ministry of Education, Culture, Sports, Science, and Technology of Japan. Accessed 21 May 2015 at: http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/_icsFiles/afieldfile/2014/06/20/1322368_01.pdf.
- Meyer, I.H. (2003) 'Minority stress and mental health in gay men'. *L.D. Garnets and D.C. Kimmel (Eds.) Psychological perspectives on lesbian, gay and bisexual experiences*. 2nd edition. New York: Columbia University Press, pp. 699–731.
- Ministry of Health and Family Welfare of Bangladesh (2009) *Behavioral Surveillance Survey 2006-2007: Technical Report*. Dhaka, Bangladesh: National AIDS/STD Program.
- Ministry of Social Justice and Empowerment (2014) *Report of the Expert Committee on Issues relating to Transgender Persons*. Accessed 8 May 2015 at: <http://socialjustice.nic.in/transgenderpersons.php>

- Moala, K. (July 2014) 'The Pacific Sexual Diversity Network: An overview', *HIV Australia*, 12(2). Accessed 9 December 2014 at: <http://www.afao.org.au/library/hiv-australia/volume-13/vol.-12-number-2#.U-Q3LmOLURw>
- Montaner, J.S.G. et al. 'A randomized, double-blind trial comparing combinations of nevirapine, didanosine, and zidovudine for HIV-infected clients: the INCAS Trial.' *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279: 930–937.
- Mossman, E., Roguski, M., Ravuidi, R., et al. (2014) *Integrated Biological Behavioural Surveillance Survey and size estimation of sex workers in Fiji: HIV prevention project*. Ministry of Health and Survival Advocacy Network Fiji.
- National Health Service, England (2013) *Interim gender dysphoria protocol and service guideline 2013/14*.
- National Human Rights Commission of Thailand [NHRC] (2012) *Summary of the human rights situations and performance report of the year 2012*. Accessed 5 December 15 2014 from http://www.nhrc.or.th/en/file/HumanRightsSituation_AnnualReport/02.pdf
- Nemoto, T., Iwamoto, M., Perngparn, U., Areesantichai, C., Kamitani, E. and Sakata, et al. (2012) 'HIV-related risk behaviors among kathoey (male-to-female transgender) sex workers in Bangkok, Thailand.' *AIDS Care* 24(2): 210–219.
- New York City Department of Health and Mental Hygiene (2012) *New York City HIV/AIDS surveillance slide sets*, 2010 (updated March, 2012).
- New York City Department of Health and Mental Hygiene (2015) *HIV among transgender persons in New York City 2009–2013*. Presentation accessed 14 May 2015 at: <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/ppt/dires/hiv-in-transgender-persons-2013.ppsx>
- New Zealand Human Rights Commission [NZHRC] (2008) *To be who I am: Report of the inquiry into discrimination experienced by transgender people*, accessed 11 December 2014 at: www.hrc.co.nz/hrc_new/hrc/cms/files/documents/15-Jan-2008_14-56-48_HRC_Transgender_FINAL.pdf
- Office of the High commissioner for Human Rights (2011) *Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity*. A/HRC/19/41.
- Open Society Foundations (2015) *Marriage and Forced Divorce: A legal gender recognition issue brief*. Accessed 4 June 2015 at: <http://www.opensocietyfoundations.org/briefing-papers/marriage-and-forced-divorce>
- Open Society Foundations (2014) *License to be yourself. Laws and advocacy for legal gender recognition of trans people*.
- Operario D, Soma T, and Underhill K. (2008) 'Sex work and HIV status among transgender women: Systematic review and meta-analysis'. *J Acquir Immun Defic Syndr*. 48(1): 97–103.
- Pacific Sexual Diversity Network (2009) *HIV/AIDS, men who have sex with men and transgender people in the Pacific: Recommendations for an improved response*. Accessed 9 December 2014 at: <http://www.acon.org.au/sites/default/files/PSDN-Advocacy-Report-2009-online.pdf>
- Paterson, D.L. et al. (2000) 'Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in clients with HIV infection.' *Annals of Internal Medicine*, 133: 21–30.
- Pawa D., Firestone R., Ratchasi S., Dowling O., Jittakoat Y., Duke A., et al. (2013) 'Reducing HIV risk among transgender women in Thailand: A quasi-experimental evaluation of the Sisters Program.' *PLoS ONE* 8(10). Accessed 14 May 2015 at: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0077113>
- Pawa, D., et al. (2013) 'Reducing HIV risk among transgender women in Thailand: A quasi-experimental evaluation of the Sisters Program.' *PloS One* 8(10): e77113.

- Peitzmeier, S.M., Yasin, F., Wirtz, A., Delegchoimbol, A., and Baral, S. (2014) *Sexual violence against men who have sex with men in Mongolia: The scope and consequences*.
- Pitts, M., Smith, A., Mitchell, A. and Patel, S (2006) *Private lives: A report on the health and wellbeing of gay lesbian bisexual transgender and intersex Australians*. Monograph Series Number 57. Melbourne: The Australian Research Centre in Sex, Health & Society, La Trobe University.
- Policy Research and Development Institute Foundation (2008) *Final report of the action research project on 'Understanding and developing an assessment tool for manifestations of stigma and discrimination, including gender-based violence, in men who have sex with men (MSM) and transgender persons (TG) in Pattaya, Chonburi Province'* Thailand: Policy Research and Development Institute Foundation.
- Poteat, T., Wirtz, A.L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M.B., Khan, S.I., Winter, S. and Operario, D. (July 22, 2014) 'HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers', *The Lancet*.
- Pratibha, J. (2014) 'Transgender seeks legal recognition' in *Fiji Sun Online*, 7 December 2014. Accessed 9 December 2014 at: <http://fijisun.com.fj/2014/12/07/transgender-seeks-legal-recognition/>
- Project X and the Allard K. Lowenstein International Human Rights Clinic, Yale Law School (2015) *'They only do this to the transgender girls' - Abuses of transgender sex workers in Singapore*.
- Rabkin, J.G., Wagner, G.J. and Rabkin, R. (1999) 'Testosterone therapy for human immunodeficiency virus-positive men with and without hypogonadism.' *J Clin Psychopharmacol*, 19: 19-27.
- Rao, J.V.R. [2012] 'Findings & Recommendations: Criminalisation on basis of drug use, sex work, sexual orientation & gender identity'. Presentation, Washington, DC, Global Commission on HIV and the Law.
- Rawstone, P., Man, W. Y., Maharaj, P., Rokoduru, A., Vulavou, I., Rasili, S., and Worth, H. (2012). *Who we are: An exploration of the sexual practices and HIV transmission risks of men who have sex with men and transgender populations in Fiji*.
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P., and Wylie K. (2009) *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth, and geographic distribution*. Ashted, United Kingdom: Gender Identity Research and Education Society.
- Rehan, N. and Chaudhary, I. (2009) *Socio-sexual behaviour of Hijras of Lahore.* 'The Journal of the Pakistan Medical Association, 2009. 59(6)
- Reisner S.L., Poteat T., Keatley J., Cabral M., Mothopeng T., Dunham E., Holland C.E., Max R., Baral S.D. (2015). 'Global health burden and needs of transgender populations: A systematic review.' *Lancet Special Issue*.
- Reisner, S.L., et al. (2014) 'Sexual risk behaviors and psychosocial health concerns of female-to-male transgender men screening for STDs at an urban community health center'. *AIDS Care*, 26(7): 857-864.
- Reproductive Health Association of Cambodia (2014) *Rapid assessment and baseline survey on transgender health in Phnom Penh and Siam Reap, Cambodia*.
- Rowniak, S, Chesla, C, Rose, CD, and Holzemer, WL (2011) 'Transmen: the HIV risk of gay identity.' *AIDS Educ Prev.*, 23(6): 508–520. Accessed 20 November 2014 at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22201235>
- Rowniak, S. and Chesla, C. (2013) 'Coming out for a third time: transmen, sexual orientation, and identity.' *Arch Sex Behav.* 42(3): 449–461.
- Royal College of Psychiatrists (2013) *United Kingdom good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria*.
- Sahastrabuddhe et al. (2012) 'Sexually transmitted infections and risk behaviors among transgender persons (Hijras) of Pune, India.' *J Acquir Immune Defic Syndr*, 59(1): 72–78.

参考资料

- Salas V. & Srun S. (2013) 'An exploration of social exclusion of lesbians, gay and transgender persons in families and communities and their ways of coping.' Research report. Social Protection Coordination Unit, Council for Agricultural Research and Development (SPCU-CARD) Phnom Penh.
- Save the Children (2012) *Situation assessment of LGBT street children in Ho Chi Minh City, Ha Noi*.
- Schleifer, D. (2006) 'Make me feel mighty real: Gay female-to-male transgenderists negotiating sex, gender, and sexuality.' *Sexualities*, 9(1): 57-75.
- Schmelzer, M., Schiller, L.R., Meyer, R., Rugari, S.M., and Case, P. (2004) 'Safety and effectiveness of large-volume enema solutions.' *Applied Nursing Research* 17: 265–274.
- Sevelius J. (2009) "There's no pamphlet for the kind of sex I have": HIV-related risk factors and protective behaviors among transgender men who have sex with nontransgender men' *J Assoc Nurses AIDS Care*. 20(5): 398–410. Accessed 20 November 2014 at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2785444/>
- Sharma, M. (2012) *Building the evidence base for protecting and promoting the rights of lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex (LGBTI) children in Nepal*.
- Singh, Y., Aher, A., Shaikh, S., Mehta, S., Robertson, J., & Chakrapani, V. (2014). 'Gender transition services for hijras and other male-to-female transgender people in India: Availability and barriers to access and use.' *International Journal of Transgenderism*, 15(1): 1–15. doi: 10.1080/15532739.2014.890559
- Smith, E., Jones, T., Ward, R., Dixon, J., Mitchell, A., and Hillier, L. (2014) *From blues to rainbows: Mental health and wellbeing of gender diverse and transgender young people in Australia*. Melbourne: The Australian Research Centre in Sex, Health, and Society.
- Stephens S.C., Bernstein K.T., Philip S.S. (2011) 'Male to female and female to male transgender persons have different sexual risk behaviors yet similar rates of STDs and HIV.' *AIDS Behav* 2011; 15: 683–86.
- Tamang, S. (2003) 'Patriarchy and the production of homo-erotic behaviour in Nepal'. *Studies in Nepal History and Society* 8(2): pp. 225-258, December 2003. Accessed 11 December 2014 at: http://martinchautari.org.np/files/2_%20Seira%20Tamang.pdf
- Tan, S. (2014) 'Transgender groups in the Philippines call on government to pass laws to protect LGBTIs' in *Gay Star News*, 19 October 2014. Accessed 18 November 2014 at: <http://www.gaystarnews.com/article/transgender-groups-philippines-call-government-pass-laws-protect-lgbtis191014>
- Testa, R.J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., Bockting, W. (Mar 2015) 'Development of the gender minority stress and resilience measure.' *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1): 65–77.
- TvT research project (2014) 'Trans murder monitoring results: TMM TDOR 2014 Update', *Transrespect versus Transphobia Worldwide* (TvT) project website. Accessed 18 November 2014 at: <http://www.transrespect-transphobia.org/en/tvt-project/tmm-results/tdor-2014.htm>
- UN Office on Drugs and Crime (2010) *Treatment: Working towards evidence-based drug dependence, treatment, and care*.
- UNAIDS (2014) *The Gap Report*.
- UNDP (2010) *Hijras / Transgender women in India: HIV, human rights and social exclusion*.
- UNDP (2013) Discussion paper: Transgender health and human rights.
- UNDP (2015) *Report of the regional dialogue on LGBTI human rights and health in Asia and the Pacific*. Bangkok, UNDP.

- UNDP, IDLO (2013) *Regional report: The capacity of national human rights institutions to address human rights in relation to sexual orientation, gender identity and HIV*. Bangkok, UNDP.
- UNDP, USAID (2014a). *Being LGBT in Asia: The Cambodia Country report*. Bangkok.
- UNDP, USAID (2014b). *Being LGBT in Asia: The China Country report*. Bangkok.
- UNDP, USAID (2014c). *Being LGBT in Asia: The Indonesia Country report*. Bangkok.
- UNDP, USAID (2014d). *Being LGBT in Asia: The Mongolia Country report*. Bangkok.
- UNDP, USAID (2014e). *Being LGBT in Asia: The Nepal Country report*. Bangkok.
- UNDP, USAID (2014f). *Being LGBT in Asia: The Philippines Country report*. Bangkok.
- UNDP, USAID (2014g). *Being LGBT in Asia: The Thailand Country report*. Bangkok.
- UNDP, USAID (2014h). *Being LGBT in Asia: The Viet Nam Country report*. Bangkok.
- UNDP, Williams Institute (2014) *Surveying Nepal's sexual and gender minorities: An inclusive approach - Executive summary*. Bangkok, UNDP.
- United Kingdom Immigration and Border Policy Directorate (2015) *Care and management of transsexual detainees*. Detention Services Order 11/2012, updated February 2015. Accessed 16 May 2015 at: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/401526/Care_and_Management_of_transsexual_detainees_v2_0.pdf
- United Nations Committee on the Rights of the Child (2001) *CRC General Comment 1* (Twenty-sixth session, 2001): Article 29(1): The aims of education, CRC/C/103 (2001) 150
- van der Sluis, W.B., et al. (2014) 'Gonorrhoea of the sigmoid neovagina in a male-to-female transgender.' *International Journal of STD & AIDS* (2014): 0956462414544725.
- van Griensven, F., Phanuphak, N. and Srithanaviboonchai, K. (2014) 'Biomedical HIV prevention research and epidemic control in Thailand: Two sides of the same coin.' *Sexual Health*, 11: 180-199.
- Varella, D., Tuason, L., Proffitt, M.R., Escalera, N., Alquezar, A. and Bukowsky, R.M. (1996) 'HIV infection among Brazilian transvestites in a prison population.' *AIDS Patient Care and STDs*, 10(5): 299-303.
- Visnyei, K., et al. (2014) 'Hypercalcemia in a male-to-female transgender patient after body contouring injections: A case report.' *Journal of Medical Case Reports* 8(1): 71.
- Whittle, S., Turner, L. and Al-Alami, M. (2007) *Engendered penalties: Transgender and transsexual people's experiences of inequality and discrimination*. Accessed 11 December 2014 at: <http://www.pfc.org.uk/pdf/EngenderedPenalties.pdf>
- Wilson, A. N. (1999) 'Sex reassignment surgery in HIV-positive transsexuals.' *International Journal of Transgenderism*, 3(1/2).
- Winter, S. (2006) 'Thai transgenders in focus: Their beliefs about attitudes towards and origins of transgender' *International Journal of Transgenderism*, 9(2).
- Winter, S. (2012) *Lost in transition: Transgender people, rights and vulnerability in the Asia-Pacific Region*. Thailand: UNDP Asia-Pacific Regional Centre.
- Winter, S. (2014) 'Identity recognition without the knife: Towards a gender recognition ordinance for Hong Kong's transsexual people' *Hong Kong Law Journal*, 44(1): 115-144.

- Winter, S., and Doussantousse, S. (2009) 'Transpeople, hormones and health risks in Southeast Asia: a Lao study'. *International Journal of Sexual Health*, 21, 1, 35–48.
- Winter, S., Rogando-Sasot, A., and King, M. E. (2007) 'Transgendered women of the Philippines'. *International Journal of Transgenderism*, 10(2): 79–90.
- Wira, C.R., Fahey, J.V., Ghosh, M., Patel, M.V., Hickey, D.K. and Ochiel, D.O. (2010) 'Sex hormone regulation of innate immunity in the female reproductive tract: The role of epithelial cells in balancing reproductive potential with protection against sexually transmitted pathogens.' *Am J Reprod Immunol*, 63: 544–565.
- World Association for Sexual Health (2014) *Declaration of sexual rights*. Accessed 10 December 2014 at: <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>
- World Health Organization (2006) *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002*.
- World Health Organization (2009) *WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*.
- World Health Organization (2010) *Medical eligibility criteria for contraceptive use - 4th edition*.
- World Health organization (2011) *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: Recommendations for a public health approach*.
- World Health Organization (2013) *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach*.
- World Health Organization Western Pacific Regional Office (2013a) *Joint technical brief: HIV, sexually transmitted infections and other health needs among transgender people in Asia and the Pacific*.
- World Health Organization Western Pacific Regional Office (2013b) *Regional assessment of HIV, STI and other health needs of transgender people in Asia and the Pacific*.
- World Health Organization (2014a) *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*.
- World Health Organisation (2014b) "'Appendix A" 3.3. Values and preferences of transgender people: a qualitative study.' *Undertaken to inform the: Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Accessed 15 May 2015 at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128119/1/WHO_HIV_2014.21_eng.pdf?ua=1&ua=1
- World Health Organization (2014c) *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: An interagency statement, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO*, p. 8. Accessed 8 December 2014 at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112848/1/9789241507325_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization (2014d) *Comprehensive Cervical Cancer Control: a guide to essential practice - 2nd Edition*.
- World Health Organization (2015a) *Sexual health, human rights and the law*.
- World Health Organization (2015b) *Policy brief on transgender people and HIV*.
- World Health Organization (2015c) *Consolidated guidelines on HIV testing services*.
- World Health Organization (2015d) *HIV and young transgender people: A technical brief*.
- World Health Organization (2015e) *Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*.

- World Health Organization, United Nations Population Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Global Network of Sex Work Projects, The World Bank (2013). *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: Practical approaches from collaborative interventions*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization – Regional Office for South-East Asia (2011) *Management of sexually transmitted infections: regional guidelines*. Accessed 30 April 2015 at: <http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290224105/en/>
- World Health Organization – Western Pacific Regional Office (2012) *Report of the consultation on HIV, STI and other health needs of transgender people in Asia and the Pacific*, 11–13 September 2012, Manila, Philippines.
- World Health Organization – Western Pacific Regional Office and UNAIDS (May 2015) ‘Biregional meeting on the dissemination and roll-out of the WHO 2014 Consolidated Guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations’. Report of a meeting held in Manila, Philippines, 26 and 27 November 2014. Accessed 4 June 2015 at: http://www.wpro.who.int/hiv/documents/topics/key_populations/2014_consol_guide_key_populations/en/
- World Health Organization, UN Women, and UNFPA (2014) *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook*.
- WPATH (2008) *WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.*
- WPATH Board of Directors (2010) *De-psychopathologisation statement released May 26, 2010*. Accessed 10 December 2014 at: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/de-psychopathologisation%205-26-10%20on%20letterhead.pdf
- WPATH Board of Directors (2015) *WPATH statement on legal recognition of gender identity*, 19 January 2015. Accessed 16 May 2015 at: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/WPATH%20Statement%20on%20Legal%20Recognition%20of%20Gender%20Identity%201-19-15.pdf
- WPATH President [March 2013] ‘President’s notes, March 2013’. Accessed 8 December 2014 at: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/3-27-13.docx
- Yamashita A., Gomez C. (2015) ‘Exclusion and LGBT people in disaster impacted areas: experiences during and in the aftermath of the Higashinohon Dai-Shinsai (Great East-Japan Disaster).’ *Gender, Place and Culture*. Manuscript submitted for publication.
- Yang, C., et al. (2009) ‘Condylomata gigantea in a male transsexual.’ *International Journal of STD & AIDS*, (20)3: 211–212.
- Yiu, D. (2013) ‘Taiwan to allow legal gender changes without transitioning’. *Gay Star News*, 9 December 2013. Accessed 11 December 2014 at: <http://www.gaystarnews.com/article/taiwan-allows-legal-gender-changes-without-transitioning091213>
- Youth Voices Count (2013) *Policy brief on self-stigma among young men who have sex with men and young transgender women and the linkages with HIV in Asia*. Bangkok: Youth Voices Count. Accessed 20 November 2014 at: http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/documents/YVC_Policy_Brief_on_YMSM_and_TG_Self-stigma.pdf

.....

性激素的 给药、监测 及使用

.....

附录A：性激素的给药、监测及使用

世界卫生组织对本《蓝图》的支持不应被理解为世卫组织对本附件所提供之指南的认可。任何世界卫生组织的指导意见均应出自标准的世卫指导原则制定程序。

由于卫生保健系统和激素药物之可及性各不相同，亚太各国相反性别之性激素药物的供应有着很大差异。在亚洲和太平洋地区，有较高比例的跨性别者将口服避孕药作为首要或唯一的雌激素来源。如世界卫生组织《跨性别人群和艾滋病政策简报》所述，应指导通过口服避孕药实现女性化的跨性别女人，告知其相较于17-β雌二醇（17-beta estradiol），炔雌醇（ethinyl estradiol）有较高的导致血栓之风险（世界卫生组织，2015b）。

在一些国家，例如澳大利亚，统一管理的性别诊所已经比较普及，而在其他国家，性激素药物却往往是从网络购买而未经任何医学监管。在一些高收入国家，已经有医学转换所需激素用药的指导原则（例如，美国、荷兰、英国、澳大利亚）。但这些指导原则若要用于其他国家则需要酌情改写。大多数指导原则和性别中心都有适用于青少年的特别准则，这是因为青少年具有不同于成年人的内分泌、生物心理及法律状况。跨性别儿童及青少年的相关信息请见第5章。

卫生保健工作者需要知道，并非所有的跨性别者都希望使用相反性别的性激素。如果一位跨性别者持续地表达出异于指派性别的性别认同，那么相反性别的性激素是其为了自我实现而改造身体所能采用的最常见方式。性激素可以使其内分泌及心理系统达到平衡。而对于跨性别女人，性激素可以使其不诉诸未经监管的软组织填充物注射而实现女性化。

一般而言，女性化的性激素包括雌激素和雄激素阻滞剂。男性化的性激素则主要是睾酮。卫生保健工作者必须了解常见性激素药物的正确用量、风险及疗效（世界卫生组织，2014a）。

目前尚无相反性别之性激素给药的前瞻性随机对照研究。不过，五十余年的临床经验表明，激素疗法可以有效治疗性别焦虑（Hembree等人，2009；Gooren等人，2008）。了解并监管这一疗法之能力应当成为初级卫生保健服务的一部分。

性激素的启用

世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）建议性激素疗法可以在进行社会心理评估、以及在有资质的卫生保健工作者获得求诊者的知情同意之后启用（Coleman等人，2011）。举例而言，可以是一位受过充分训练的初级卫生保健工作者或心理卫生工作者。

寻求相反性别之性激素疗法以进行性别转换的求诊者可能需要初级卫生保健工作者的特别注意。尽管性别转换本身往往会极大地缓解性别焦虑，但转换也可能是一个伴随较高环境压力的过程，它会为求诊者的家庭、伴侣、学校和/或工作单位带去挑战。转介给一位对跨性别者有经验的心理治疗师往往是大有助益的。

初级卫生保健工作者应评估每一位寻求相反性别之性激素治疗的求诊者，确保其有能力理解该疗法的风险及疗效，与求诊者充分讨论，并考虑签署知情同意书。（知情同意书示例见附录F。）

一些求诊者可能已经在使用相反性别的性激素，他们可能是从其他医生处获得的处方，或是自行从药店、

熟人或其他不受医学监管的渠道购买。在后一种情形下，世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）建议卫生保健工作者继续为这些自行启用性激素疗法的求诊者提供治疗，而不论该求诊者是否有能力或有意愿获得性别相关的精神/心理评估。卫生保健工作者应结合求诊者的整体健康状况，全面评估目前的用药方案，并决定是否建议调整用量或制剂。如果求诊者坚持在没有医师监督的情况下继续用药，那么为其提供医疗照护并开具适当的激素药物处方通常是可取的。拒绝为其提供治疗很可能导致其继续自行用药，而这可能对其不利。

性激素的准备

世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）就如何评估求诊者是否为激素治疗做好准备提供了一份通用标准的清单（Coleman等人，2011）。按照知情同意的要求，须与求诊者详细讨论该治疗的风险及疗效。跨性别和性别多元儿童及青少年性激素治疗的相关信息，请参阅第5章。附录F提供了一些知情同意书示例。

医学评估

启用或继续激素疗法的唯一绝对禁忌症是对雌激素或雄激素敏感的癌症。其他状况，例如肥胖、心血管疾病、血脂异常或其他疾病，在知情同意的前提下都不应阻碍激素治疗。在过去，静脉血栓病史曾是雌激素治疗的禁忌症，但最近的数据显示，如果使用更为安全的制剂，例如通过皮肤吸收的，则不必排除激素治疗⁷⁴。

基础化验

基础化验使卫生保健工作者能够评估共存的医疗问题。它们还可以协助医生选择性别转换的治疗方案。

跨性别女人肝功化验的标准是在有方法缺陷的过时研究基础上制定的，它使用的是现已不再开具的处方（炔雌醇），且对酒精和乙肝等可能导致肝酶升高的因素未加控制。不具临床意义的暂时性升高被当作了雌激素造成肝功异常的证据。目前尚无临床证据表明有必要对使用雌激素的跨性别女人进行肝功检测。现有的文献并未提及雌激素相关的肝功异常。不过，如果求诊者使用的是口服雌激素，那么检测转氨酶可能是有用的。

启用性激素前的注意事项

更为详细的注意事项清单可参阅世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）（Coleman等人，2011）、《英国性别焦虑成年患者评估与治疗成功实践指南》（皇家精神科医师学会，2013）、《内分泌学会临床实践指南》（Hembree等人，2009）、以及国际医疗顾问小组关于跨性别者激素治疗的声明（IPPF，见新闻报道）。以下讨论的注意事项得益于上述这些文件，它们都是在成功实践的基础上撰写的。

使用雌激素和雄激素阻滞剂的跨性别女人

女性化激素治疗通常是安全的，但须对雌激素、雄激素阻滞剂或两者同时产生的不良反应之早期诊断予以注意。雌激素可能导致深部静脉血栓、肺栓塞及脑血管意外。雌激素还可能降低性欲、影响勃起和射精功能。泌乳素瘤则较为罕见。安体舒通（spironolactone）可能引起高钾血症。环丙孕酮（cyproterone）与脑膜瘤、抑郁及肝功异常有相关性。相反性别之性激素可能降低生育能力，这种影响可能是永久性的，在停用

74. 见<http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-hormone-ready>.

75. 见<http://transhealth.ucsf.edu/tcoe?page=protocol-fertility>.

性激素之后仍然存在⁷⁵。

使用雄激素的跨性别男人

雄激素的副作用通常是很小的（见表格A1）。雄激素可能引起红细胞增多症、头疼、体重增长、痤疮、雄性秃头、血脂变化、性欲增强、肝部肿瘤、乳腺癌、以及情绪波动。相反性别之性激素可能降低生育能力，这种影响可能是永久性的，在停用性激素之后仍然存在。

各国应考虑何种药物及配方是可行的和可及的。

表格A1：相反性别之性激素疗法的风险

风险等级	女性化性激素	男性化性激素
容易增加风险	<ul style="list-style-type: none"> ■ 静脉血栓疾病^a ■ 胆结石 ■ 肝酶升高 ■ 体重增加 ■ 高甘油三酯血症 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 红细胞增多症 ■ 体重增加 ■ 痤疮 ■ 雄激素性脱发（秃顶） ■ 睡眠呼吸暂停
存在额外风险因素时，容易增加风险 ^b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 心血管疾病 	
可能增加风险	<ul style="list-style-type: none"> ■ 高血压 ■ 高泌乳素血症或泌乳素瘤 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 肝酶升高 ■ 高脂血症
存在额外风险因素时，可能增加风险 ^b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2型糖尿病^a 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 特定精神障碍的不稳定性^c ■ 心血管疾病 ■ 高血压 ■ 2型糖尿病
不会增加风险或尚无定论	<ul style="list-style-type: none"> ■ 乳腺癌 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 骨密度降低 ■ 乳房、宫颈、卵巢及子宫的癌症

资料来源：经国际医疗顾问小组（IPPF）同意复制其表格，并借鉴世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）

注释：粗体文字乃具临床意义之症状

a: 雌激素口服给药比皮肤吸收给药具有更高的风险性。

b: 额外风险因素包括年龄。

c: 包括躁郁型、分裂型和其他可致躁狂或精神病症状的障碍。这一不良反应和较大的用药剂量或超生理的睾酮血药浓度有关。

女性化性激素的给药

跨性别女人的性激素疗法可包括抗雄激素治疗以及雌激素治疗。不同国家可获得的雌激素药物和抗雄激素药物见表格A2和A3。

雌激素：

雌激素可以有多种形式，包括炔雌醇和17-β雌二醇。炔雌醇是常见于口服避孕药中的雌激素形式，其副作用如静脉血栓等也较为明确。虽然世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）不推荐将炔雌醇用于医学转换，但它却是包括本区域在内的许多地区之跨性别女人唯一可能获得的雌激素形式。举例而言，本区域内一种广泛使用的复方口服避孕药就含有醋酸环丙孕酮（cyproterone acetate）和炔雌醇。

推荐使用非口服的雌激素，包括舌下含服、皮肤吸收、注射等给药方式。其好处在于可以绕过肝脏。雌激素相关的副作用见表格A1。

口服雌激素对于吸烟者和年龄在35岁以上者有着更大的血栓疾病风险。

性腺切除之后，推荐使用较低的剂量。考虑到患者的耐受性，可采用剂量滴定法至生效。

黄体激素：

黄体激素的风险和疗效尚未十分明确。尽管一些医生相信他们发现了黄体激素对乳头乳晕及性欲的益处，但这种药物仍不推荐使用。其对情绪的影响时好时坏。在一些个体身上有体重激增和抑郁的风险。对使用口服黄体激素之绝经后妇女的其他研究表明⁷⁶，口服甲羟孕酮（medroxyprogesterone）可能增加冠状血管疾病的风险，而肌内注射（例如Depo-Provera）则可将这一额外风险最小化。

抗雄激素：

抗雄激素的初次给药（例如，安体舒通或环丙孕酮）应为单一或拆分剂量，按周进行剂量滴定。部分患者，尤其是体型较大或年纪较轻者，需要更大剂量。黄体激素可能具有一些抗雄激素效果，可以作为对安体舒通有药物禁忌时的替代品。如果患者出现较为严重的脱发问题，可（在开始时）配合使用非那雄胺（finasteride）。如有可能，也可考虑植发。

方框 A1：给卫生保健工作者——跨性别者的心血管评估

正在使用雌激素的跨性别女人：

- 冠心病/脑血管疾病：密切监测心脏病的发作或症状，尤其是在激素治疗的头一两年当中；对于高风险患者（包括之前就患有冠心病者），使用皮肤吸收的雌激素，减少雌激素剂量，并从治疗方案中去掉黄体激素。
- 高血压：每一到三个月监测血压；考虑使用安体舒通作为降压药。
- 血脂：请遵循相关之监测与治疗的指导原则。

没有正在使用雄激素的跨性别男人：

- 如对待非跨性别患者一样，筛查及治疗高脂血症。

正在使用雄激素的跨性别男人：

- 每年检测空腹血脂；若发现血脂偏高，则应避免超生理的睾酮血药浓度。

76. 例如，the Women's Health Initiative Study. 见<http://www.nhlbi.nih.gov/whi/>.

表格A2: 雌激素用法与用量示例

激素	用法	起始剂量	平均剂量	最大剂量
雌二醇/戊酸雌二醇 (Estradiol/estradiol valerate)	口服或舌下含服	2mg每日	4mg每日	8mg每日
戊酸雌二醇 (Estradiol valerate)	肌内注射	20mg每两周	20mg每两周	40mg每两周
雌二醇环戊丙酸酯 (Estradiol cypionate)	肌内注射	2mg每周或 5mg 每两周	2mg每周或 5mg 每两周	2mg每周或 5mg 每两周
雌二醇凝胶 (Estradiol gel)	外用	0.75mg每日两次	0.75mg每日三次	150 mcg 每日三次
雌二醇透皮贴片 (Estradiol patch transdermal) (适用于40岁以上, 吸烟者) 贴片配方可每周或每两周使用	皮肤吸收	25-50 mcg	100-200 mcg	400 mcg
共轭雌激素 (Conjugated estrogen) (倍美力Premarin®)	口服	1.25-2.5mg 每日	5mg 每日	10mg 每日
炔雌醇 (Ethinylestradiol) (不建议使用)	口服			

资料来源: 改编自皇家精神科医师学会, 2013及Hembree等人, 2009。

表格A3: 抗雄激素用量示例

抗雄激素	起始剂量	平均剂量	最大剂量
安体舒通 (Spironolactone)	50mg 每日	150mg 每日	400mg 每日
非那雄胺 (Finasteride)	2.5mg 每日	2.5mg 每日	5mg 每日
醋酸环丙孕酮 (Cyproterone acetate)	50mg 每日	150mg 每日	150mg 每日
戈舍瑞林 (Goserelin)	3.6mg/月	3.6mg/月	3.6mg/月
醋酸亮丙瑞林 (Leuprolide acetate)	3.75mg/月	3.75mg/月 11.25mg/3 月	3.75mg/月 22.5mg/12 周 11.25mg/10 周

资料来源: 改编自皇家精神科医师学会, 2013及Hembree等人, 2009, 本区域内的卫生保健工作者亦有贡献。

在亚洲，注射用长效雌激素化合物（液态雌二醇环戊丙酸酯、戊酸雌二醇、粉状共轭雌二醇）很容易获得。口服避孕药中的雌激素化合物通常是炔雌醇，它与其液态及粉状的同类化合物一道被证实会对女性造成一系列长期的健康负面影响，包括对跨性别女性（Magnusson 等人，1999；Asscheman 等人，2011）。

与炔雌醇一起服用的黄体激素似乎可以平衡这一风险，但黄体激素本身又可能造成许多其他的健康问题（Magnusson 等人，1999；Asscheman 等人，2011）。鉴于黄体激素并无女性化的疗效而仅能减缓或阻止体毛生长，其对东亚跨性别女性的必要性一直以来都存在争议（Gooren，2014）。经历过男性之青春期的东亚跨性别女性通常并无浓重的体毛。如果可以通过技术除毛手段清除这些体毛，那么黄体激素或不必须。出于这些原因，东亚跨性别女性的性激素疗法可能仅需雌激素（口服或自行给药的透皮贴片或凝胶）。

男性化性激素的给药

跨性别男性的性激素疗法主要是雄激素治疗。不同国家可获得的雄激素制剂见表A4。

表格 A4：可获得的雄激素制剂示例

激素	起始剂量	平均剂量	最大剂量
睾酮（环戊丙酸酯或庚酸酯 cypionate or enanthate） （肌肉注射）	100mg每2周	200-250mg每2-3周	200-250mg 每2-3周
透皮睾酮（Transdermal testosterone）1%	2.5g 每日	5-10g 每日	10g 每日
睾酮贴片（Testosterone patch）	2.5mg 每日	5mg 每日	5mg 每日两次
十一酸睾酮（Testosterone undecanoate）（口服）	40-80mg 每日一次	160-240mg 每日	
口腔睾酮（Buccal testosterone）	30mg每日一次	30mg每日两次	
十一酸睾酮（Testosterone undecanoate）（肌肉注射）		750-1000mg 每10-14周	
Sustanon 250睾酮（丙酸/苯 丙酸/异己酸/癸酸propionate/ phenylpropionate/ isocaproate/ decanoate）	1 ml每4周	1 ml im每2-3周	1 ml im每2周
10%双氢睾酮乳膏 （dihydrotestosterone cream）	20mg 每日三次（阴蒂）	阴蒂释放术之 前三个月内使用	

资料来源：改编自皇家精神科医师学会，2013及Hembree等人，2009，本区域内的卫生保健工作者亦有贡献。

一些使用睾酮酯（testosterone esters）的患者对小剂量的每周注射反应良好，尤其是有创伤史者（避免巨大的波峰波谷反差，这一反差可能引发情绪反应）。过量的雄激素会转化为雌激素，从而阻碍预期疗效。不必因高脂血症而停止雄激素治疗。

使用肌肉注射睾酮（非十一酸，因存在油性肺微栓塞之风险）的患者应被指导如何自行注射，包括如何为器具消毒。家人或友人也可学习为患者注射。出现红细胞增多症的患者可能对皮肤吸收凝胶制剂反应良好。

方框A2：给跨性别者——训练与性别认同相协调的嗓音

青春期之后，一个人的嗓音就趋于稳定，这是其生理性别特征所决定的。喉头较大者通常嗓音较低，而这是雄激素刺激所致，同时也是造就大多数男性嗓音的共鸣腔及震动结构所致。

大多数的女性嗓音则具有较高的声调。跨性别女人所使用的抗雄激素和雌激素对嗓音没有疗效。而在跨性别男人身上，雄激素的使用可以使嗓音降低，并增大胸腔共鸣及音量。不过这些效果也因不同的药物及是否用药而有差异。

嗓音和交谈治疗（voice and communication therapy）对那些希望通过训练而自如提高或降低嗓音的跨性别者可能大有助益。嗓音和交谈治疗师能够传授如何使用不同共鸣器及如何调节音量的技术，并指导说话时如何应用不同的发声方法。

其他的专业人员，例如声音教练、话剧演员、声乐教师及运动专家等，也可以起到辅助作用。声乐课程上的高低音训练可以让嗓音更富于变化。而这些训练方法的成功在很大程度上有赖于这些专家、治疗师或指导者能够对跨性别者采取一种接纳而尊重的态度。

过敏警示：在一些国家，环戊丙酸酯睾酮采用棉籽油悬浮液，而庚酸酯睾酮采用芝麻油悬浮液。睾酮酯则可能采用花生油悬浮液，若对花生或大豆过敏则应避免使用。开具处方者应了解潜在的过敏反应，并检查本国所使用的油性悬浮液。

若想循序渐进，则可推荐使用皮肤吸收的制剂，或在肌肉注射已达到预期的男性化效果、仅需维持时也可如此为之。一些患者可能对透皮贴片中的胶粘剂产生皮肤反应。

在少数情况下黄体激素可用于停止月经，如果患者希望使用较小的睾酮剂量或在停止月经方面遭遇困难的话。

其他可能用于跨性别男人的药物包括如下这些：

- 对于雄性秃头，可使用非那雄胺或米诺地尔（minoxidil）。应当警告患者非那雄胺可能减缓或减少体毛的生长，并减缓或减少阴蒂的增大。
- 对于担心体毛过度生长的患者（例如，其男性亲属中有人体毛过多），可使用非那雄胺和度他雄胺（dutasteride）。

相反性别之性激素的化验监测

关于接受相反性别之性激素治疗的跨性别者的化验监测，存在若干指导原则。若有国家指导原则，则应遵循之。若本国没有指导原则，则可因地制宜地使用国际指导原则，包括世界跨性别健康专业协会跨性别照护准则第7版（WPATH SOC7）和加州大学旧金山分校卓越跨性别健康中心的跨性别照护标准。

具体进行哪些化验取决于所选用的激素治疗方案。例如，跨性别女人所使用的不同雄激素阻滞剂需要专门的、有针对性的监测。一般而言，在启用性激素之后，第一年内应当每三个月进行一次化验，之后每年进行一到两次化验（见表格 A5）。在出现不良反应、剂量改变、启用其他可能发生药物相互作用的药物时，化验的频率应当增加。

表格A5：使用相反性别之性激素时的基础化验监测示例

	第一年内每3个月进行	每6-12个月进行
女性化疗法	钾（若使用安体舒通） 肝功检测（若使用环丙孕酮、氟他胺 flutamide） 如有可能：睾酮及雌二醇水平	泌乳素 血脂（甘油三酯） 钾（若使用安体舒通） 肝功检测（若使用环丙孕酮、氟他胺） 如有可能：睾酮及雌二醇水平
男性化疗法	血脂水平 肝功检测 红细胞容积 如有可能：睾酮水平	血脂水平 肝功检测 红细胞容积 如有可能：睾酮水平

资料来源：Hembree 等人，2009；英国国家卫生保健服务（NHS），2013。

性激素使用和艾滋病感染风险

对于跨性别者，目前已知的艾滋病风险主要是行为性的，尽管其他可能增加风险的因素，例如性激素的使用，亦无法排除。虽然可注射的避孕药（黄体激素）已被证实会增加原生女性的艾滋病风险（Hel等人，2010；Wira等人，2010），但它大多是通过内分泌调节循环生育过程（endocrine-regulated cyclic fertility processes）在女性下生殖道实现的。然而，艾滋病风险可能直接因为黄体激素的使用而轻微增加，这与生理性别或社会性别无关。在一些小规模的研究中，黄体激素被发现与循环趋化因子辅助受体（circulating chemokine co-receptors）的增加有关，艾滋病病毒正是通过它进入细胞而引发感染的（Giltay等人，2000）。理论上，这可能增加感染艾滋病的风险，如果发生暴露的话。不过，这些结果尚须经过更大规模的观察性对照研究确认，才能得出更确切的结论。

跨性别男人对睾酮的使用不会增加感染艾滋病的风险，然而，理论上的风险仍然存在，因为许多跨性别男人在使用睾酮后会出现萎缩性阴道炎。阴道干涩可能在性行为中增加外伤的风险，因此也就增加了艾滋病传播的风险。另一些研究则显示出相反的效果，睾酮被发现与适应性免疫细胞之出现及循环的增加相关（Giltay等人，2000）。

相反性别之性激素和艾滋病防治之抗逆转录病毒药物的同时使用

17-β雌二醇（激素替代治疗中最常见的形式）和抗逆转录病毒药物之间的药物相互作用还缺乏数据。

因为17-β雌二醇无法获得或者她们无力购买，本区域内的许多跨性别女性都可能使用口服避孕药，尽管炔雌醇已经不再被推荐给跨性别女性使用（Gooren 等人，2015）。有限的数据显示，避孕药中的性激素可能和两类抗逆转录病毒药物发生相互作用，部分非核苷逆转录酶抑制剂（NNRTIs）和利托那韦（RTV）增强蛋白酶抑制剂（boosted protease inhibitors, PIs）。理论上，这些相互作用有可能改变两者当中任一药物的安全性及疗效。然而，尚无证据显示相反性别之性激素疗法显著地改变了大多数抗逆转录病毒药物的药效（Gooren 等人，2015）。因此，现行的世界卫生组织避孕指南认为，激素性避孕药物和目前推荐使用的抗逆转录病毒药物或暴露前预防药物（PrEP）之间不存在足够显著以致不能共用的药物相互作用（世界卫生组织，2015b）。

口服避孕药和增强蛋白酶抑制剂之间的多数相互作用都只降低雌二醇而非抗逆转录药物的血药浓度。启用、停用或改变抗逆转录病毒药物治疗方案可能导致使用女性化激素的跨性别女性之激素水平的波动，因此建议密切监测（Keller，2009）。抗逆转录病毒药物和其他女性化激素疗法所用药物之间的相互作用尚无充分数据，尤其是和抗雄激素之间的相互作用（例如，醋酸环丙孕酮和氟他胺）（世界卫生组织，2015b）。抗逆转录病毒药物和跨性别男性常用的雄激素药物之间的相互作用也缺乏充分数据。睾酮，作为跨性别男性相反性别之性激素疗法最主要的和唯一的化合物药物，十多年来一直被和抗逆转录病毒药物共同用于治疗男性的性腺机能减退及有症状的艾滋病病毒感染。其耐受性良好，未见报道有重大的医疗或免疫不良反应、或与抗逆转录病毒药物之间的不良相互作用（Rabkin等人，1999；Dube等人，2007）。虽然跨性别男性同时使用睾酮和预防性/治疗性抗逆转录病毒药物不太会对其中任一药物产生负面效果，但是对此仍需进行更多的研究（世界卫生组织，2015b）。

仍需进一步了解性别转换所使用的激素药物可能如何影响跨性别者的艾滋病风险。激素性避孕药物是否以及如何影响原生女性的艾滋病感染和传播在医学上仍有争议。而跨性别者为实现医学转换所使用的是超生理的剂量，即超出身体中通常原有的性激素水平（Keller，2009）。

老龄问题：特别考量

性激素疗法没有固定的年龄上限。在40岁之后开始激素治疗的跨性别男性通常在显现预期效果时较为缓慢。

年纪较大的跨性别男性和跨性别女性都有出现骨质疏松症的情况，而这通常是和较差的性激素治疗依从性相关联的，尤其是在性腺切除之后。

一些患者希望停止激素治疗，50岁以下已接受性腺切除者不建议如此，因为会造成骨质疏松并且跨性别男性和跨性别女性都可能出现类似绝经后的症状。停用睾酮的跨性别男性会出现性欲减退、潮热、体毛减少、肌张力减弱、以及女性化的体重再分配。

应该考虑可能排除手术干预的年龄上限。目前尚无老龄患者手术效果的相关信息，一些外科医生会为特定的手术项目设置年龄上限。考虑进行手术的老龄跨性别者应向外科医生咨询，以了解为达到适宜手术的医学标准需要哪些方面的身体准备。此外，术后恢复时间也会更长。

附录B：与会者名单-初步咨商会

Furama Silom 酒店, 曼谷, 泰国, 10月23-24 日, 2014

尽管列出了与会者的组织及职务，但出席本次会议的跨性别者是因其知识和经验而以个人身份应邀，并不代表任何组织。

国家	姓名	职务及组织
澳大利亚	Aram Hosie	跨性别、性别多元及艾滋病问题国际咨询小组 (IRGT)
澳大利亚	Felicity Young	高级主管, 健康政策项目
澳大利亚/汤加	Resitara Apa	太平洋性多元网络
瑞士	Annette Verster	世界卫生组织
香港特别行政区	Kaspar Wan	活动家
印度	Abhina Aher	印度艾滋病联盟
印度	Amitava Sarkar	跨性别、性别多元及艾滋病问题国际咨询小组
印度	Vivek Divan	顾问, 联合国开发计划署
印度尼西亚	Pritz Rianzi	主席, Transmen Ngehe支持小组
马来西亚	Khartini Slamah	ISEAN HIVOS项目, 跨性别项目主管, PT基金会
尼泊尔	Manisha Dhakal	代理执行主任, 蓝钻协会 (BDS)
新西兰	Jack Byrne	顾问, 健康政策项目
菲律宾	Kate Montecarlo Cordova	菲律宾跨性别者联合会 (ATP)
泰国	Aaron Schubert	美国国际发展署\RDMA
泰国	Edmund Settle	政策顾问, 联合国开发计划署亚太区域中心
泰国	Emilie Pradichit	联合国开发计划署
泰国	Fritz van Griensven	泰国红十字会
泰国	Kevin Hamlin	项目助理, 亚太跨性别网络 (APTNET)
泰国	Matt Avery	FHI 360/美国国际发展署资助的LINKAGES项目
泰国	Mike Burkly	美国国际发展署\RDMA

国家	姓名	职务及组织
泰国	Natt Kraipet	外联协调员，亚太跨性别网络
泰国	Panisara (Poy) Skulpichairat	创始成员和执行团队，泰国跨性别联盟
泰国	Steve Mills	FHI 360/美国国际发展署资助的LINKAGES项目
泰国/新加坡	Joe Wong	项目主管，亚太跨性别网络
美国	Cameron Wolf	高级技术顾问，重点人群，美国国际发展署
美国	Clifton Cortez	副主任，艾滋病、健康与发展组，联合国开发计划署
美国	Darrin Adams	高级技术顾问，艾滋病，健康政策项目
美国	Diego Solares	健康政策项目
美国	James Baer	顾问
美国	Nachale (Hua) Boonyapisomparn	顾问，健康政策项目
美国	Tonia Poteat	约翰霍普金斯大学

附录C: 与会者名单-首轮咨商工作坊

南亚区域 (subregional) 咨商

Radison酒店, 加德满都, 尼泊尔

2月5日, 2015

国家	姓名	职务及组织
澳大利亚	Sam Winter	教授, 科廷大学
澳大利亚/汤加	Resitara Apa	秘书处, 太平洋性多元网络
孟加拉国	Anonnya Banik	联络官, 班渡社会福利协会 (BSWS)
孟加拉国	Kamrun Nahar	实习生, 班渡社会福利协会
不丹	Chencho Dem	项目主管, 不丹Lhak-Sam感染者网络 (BNP+)
不丹	Dechen Seldon	
不丹	Sonam Yoezor	
不丹	UgyenTshering-Yangchen	
斐济	Rani Ravudi	跨性别项目协调人, SANFiji
印度	Ernest Noronha	项目官员, 艾滋病、健康与发展组, 联合国开发计划署
印度	K. Sheethal	SCOHD协会
印度	Laxmi Narayan Tripathi	创始人受托人及主席, Astitva 性少数支持与发展组织
印度	Mira Kinnar	出纳, SAKHA
印度	Mr Sonal More	顾问, Personnel Selections
印度	Ms Shreya Reddy	项目主管, KinnerMaaEkSamajikSanstha信托基金
印度	Nadika	Sampoorna网络
印度	Olga B. Aaron	创始人受托人, Bringing Adequate Values of Humanity (BRAVOH)
印度	Rudrani Chettri	

国家	姓名	职务及组织
印度	Simran Shaikh	印度艾滋病联盟
印度	Sita Bharadwaj	主席, KINNAR BHARATI
印度	Vidya	Mitwa India
印度尼西亚	Pritz Rianzi	主席, Transmen Ngehe支持小组
日本	Yuko Higashi	教授, 大阪府立大学
马来西亚	Nisha Ayub	种子基金会跨性别项目主管、姐妹正义倡导主管
尼泊尔	Aakanshya Timilsina	热线接线员, 蓝钻协会
尼泊尔	Amit Adhikari	外展官员和人权官员, Sahra Nepal
尼泊尔	Aniee Lama	蓝钻协会
尼泊尔	Apekshu Duhul	蓝钻协会
尼泊尔	Basanta Singh	蓝钻协会
尼泊尔	Bharat Man Shrestha	LGBT人权、艾滋病和法律官员, 联合国开发计划署
尼泊尔	Bhumika Shrestha	活动协调人, 蓝钻协会
尼泊尔	Binod BK	Pahichan媒体记者, Mono Support Maple Group (MSMG)
尼泊尔	Durga Thapa	成员, Ekata Nepal
尼泊尔	Kiran Malla	成员, Naulo Srijana Nepal
尼泊尔	Manisha (Suben) Dhakal	代理执行主任, 蓝钻协会
尼泊尔	Pinky Gurung	主席, 蓝钻协会
尼泊尔	Prem Thepa	蓝钻协会
尼泊尔	Samrat Chaudhari	主席, Sahra Nepal
尼泊尔	Sanjay Tanang	蓝钻协会
尼泊尔	Sayal Shrestha	独立顾问

国家	姓名	职务及组织
尼泊尔	Sumi Devkota	独立顾问
尼泊尔	Surendra Shah	
尼泊尔	Sushila Lama	倡导与培训官员，蓝钻协会
新西兰	Jack Byrne	顾问，健康政策项目
巴基斯坦	Malik Rizwan Mehmood (aka Bubbi)	理事会成员，内茨男性健康联盟 (NMHA)
巴基斯坦	Mehrin Abdul Qadir (aka. Mani)	监督与评估官员，内茨男性健康联盟
巴基斯坦	Dr. Muhammad Moiz	技术支持主管，内茨男性健康联盟
巴基斯坦	Zohaib Ali Soomro (aka Zehrish)	监督与评估官员，Khawaja Sira协会
斯里兰卡	D. Thenu Lakal Ranketh Perera	田野官员，Equal Ground
斯里兰卡	Sathya Bashana Ramanayake (Satya Baashi)	SSR -全球基金国别资助下属的田野督导/联合国青年顾问小组 (UNYAP)
泰国	Anna Chernyshova	项目主管，联合国开发计划署
泰国	Emilie Pradichit	联合国开发计划署
泰国	Joe Wong	项目主管，亚太跨性别网络
泰国	Kevin Halim	项目助理，亚太跨性别网络
泰国	Matt Avery	FHI 360/美国国际发展署资助的LINKAGES项目
泰国	Thitiyanun Nakpor	主任，Sisters
美国	Darrin Adams	高级技术顾问，艾滋病，健康政策项目
美国	Nachale (Hua) Boonyapisomparn	顾问，健康政策项目
	Lou	自由记者
	Pradip Khadka	媒体
	Ritik	

附录D：与会者名单-二轮咨商工作坊

东南亚、东亚及太平洋亚区域咨商，Narai酒店，曼谷

2月28日至3月1日，2015

国家	姓名	职务及组织
澳大利亚	Felicity Young	高级主管，健康政策项目
文莱	Serena Al	
柬埔寨	Ngo Menghourng (Meng)	
中国	Emma Hoo	亚太跨性别网络理事
中国	Karen Liao	LGBT权利联合国志愿者，减贫、平等与治理处，联合国开发计划署驻华代表处
斐济	Audrey Seru	多元之声与平等行动
斐济	Sesenieli Naitala (Bui)	SanFiji
斐济	Sulique Waqa	Haus of Kameleon (斐济)
香港特别行政区	Joanne Leung	跨性别资源中心
香港特别行政区	Kaspar Wan	活动家
印度尼西亚	Alvi	
印度尼西亚	Eman Memay Harundja	
印度尼西亚	Rasulika Septila (Eqqy)	Learning Together LBT
蒙古	Ayamdorj Anaraa	蒙古LGBT中心
蒙古	Bilguun Batsukh (Soko)	蒙古LGBT中心志愿者
蒙古	Chinzorig Gochoo (Sarnai)	项目主管，青年健康
新西兰	Jack Byrne	承诺人，健康政策项目
巴布亚新几内亚	Obert Samba (Elizabeth Taylor)	诊所协调人，救助儿童会
菲律宾	Ar Arcon	Pinoy FTM创始人 (菲律宾跨性别男人)
菲律宾	Elyon Divina	Pinoy FTM

国家	姓名	职务及组织
菲律宾	Isagani Semacio-Bacasmás Jr. (Ysang)	
菲律宾	Krizia Consolacion	菲律宾跨性别者联合会
菲律宾	Magdalena Robinson	Transgender COLORS, Inc.
新加坡/瑞士	Zhan Chiam	国际男女同性恋、双性恋、跨性别和间性人联合会 (ILGA)
斯里兰卡	Chanaka Thilina Yatiwawala	Equal Ground
斯里兰卡	Thenu Ranketh	田野官员, Equal Ground
泰国	Dr Mukta Sharma	世界卫生组织
泰国	Joe Wong	项目主管, 亚太跨性别网络
泰国	Kevin Halim	项目助理, 亚太跨性别网络
泰国	Matt Avery	FHI 360/美国国际发展署资助的LINKAGES项目
泰国	Natt Kraipet	外联协调员, 亚太跨性别网络
泰国	Thanapoom Amatyakul (Omo)	行政与财务助理, 亚太跨性别网络
泰国	Thanakarn Vongvisitsin (Bella)	高级研究员与行政助理, Perfect Link Consulting Group Co., Ltd. 研究助理 (旅游行动组), 创新学院, Thammasat 大学
泰国	Thanapoon Amatyakul	工作人员, 亚太跨性别网络
汤加	Leilani Fainga'a	汤加Leitis联合会
澳大利亚/汤加	Resitara Apa (Tara)	太平洋性多元网络 (PSDN)
美国	Darrin Adams	高级技术顾问, 艾滋病, 健康政策项目
美国	Nachale Boonyapisompan	顾问, 健康政策项目
美国	Vy Lam	美国国际发展署
瓦努阿图	Giigii Baxter	VPride基金会
越南	Nguy-n H-u Toàn (Jessica)	
越南/泰国	Lieu Anh Vu	译员

附录E：蓝图初稿审读者

国家	姓名	职务及组织
澳大利亚	Felicity Young	高级主管，健康政策，RTI International
澳大利亚	Graham Nielsen	性健康医师，石墙医疗中心
澳大利亚	Sam Winter	教授，科廷大学
孟加拉国	Anonnya Banik	联络官，班渡社会福利协会
斐济	Sesenieli Naitala	SAN Fiji
瑞士	Annette Verster	世界卫生组织
瑞士	Michelle Rodolphm	世界卫生组织
瑞士	Rebekah Thomas Bosco	世界卫生组织
瑞士	Teodora Wi	世界卫生组织
瑞士	Rajat Khosla	世界卫生组织
瑞士	Rachel Clare Baggaley	世界卫生组织
瑞士	Zhan Chiam	性别认同与性别表达官员，国际男女同性恋、双性恋、跨性别和间性人联合会（ILGA）
香港特别行政区	Joanne Leung	跨性别资源中心
香港特别行政区	Kaspar Wan	Gender Empowerment
香港特别行政区	William Wong	临床学副教授，家庭医学和初级卫生保健系，香港大学
印度	Ernest Noronha	项目官员，艾滋病、健康与发展组，联合国开发计划署
印度	Kalpana Apte	代理秘书长，印度计划生育协会
印度	Nisha Jagdish	主任，艾滋病，印度计划生育协会
印度	Olga B. Aaron	创始人受托人，Bringing Adequate Values of Humanity（BRAVOH）
印度	Razia Pendse	世卫组织东南亚区域办事处
印度	Venkatesan Chakrapani	主席/主任，性与健康研究及政策中心（C-SHaRP）

国家	姓名	职务及组织
日本	Ichiro Itoda	主任, Shirakaba诊所
日本	Jun Koh	心理医生, 神经精神科系, 大阪医学院
日本	Lily	关西艾滋病委员会及跨性别女人救助项目执行主任
日本	Yuko Higashi	教授, 大阪府立大学
马来西亚	Nisha Ayub	种子基金会跨性别项目主管、姐妹正义倡导主管
尼泊尔	Aakashya Timilsina	热线接线员, 蓝钻协会
尼泊尔	Basudev Sharma	官员, 国家人权委员会
尼泊尔	Hari Phuyal	倡导者, 最高法院
尼泊尔	Manisha Dhakal	代理执行主任, 蓝钻协会
尼泊尔	Purnima Dongole	医院护士, Bir 医院, 加德满都
尼泊尔	Shambhu Kafle	公共卫生高级官员, 国家艾滋病性病疾控中心
荷兰	Louis Gooren	名誉教授, VU医疗中心, 阿姆斯特丹
新西兰	Mo Harte	执业护士, Health West, 奥克兰
新西兰	Rachel Johnson	青少年健康专家/儿科医生, Manukau青少年健康中心
新西兰	Simon Denny	副教授(医学与临床), 儿科、儿童与青少年健康, 医学院, 奥克兰大学
巴基斯坦	Mehrin Abdul Qadir	监督与评估官员, 内茨男性健康联盟
巴基斯坦	Muhammad Moiz	技术支持主管, 内茨男性健康联盟
巴基斯坦	Qasim Iqbal	执行主任, 内茨男性健康联盟
巴布亚新几内亚	Obert Samba (Elizabeth Taylor)	诊所协调人, 救助儿童会
菲律宾	Kate Montecarlo Cordova	菲律宾跨性别者联合会(ATP)

国家	姓名	职务及组织
菲律宾	Pengfei Zhao	世卫组织西太平洋区域办事处
菲律宾	Ying-Ru Lo	世界卫生组织
新加坡	Vanessa Ho	项目协调人, Project X
斯里兰卡	Thenu Ranketh	田野官员, Equal Ground
泰国	Frits van Griensven	艾滋病防治高级顾问, 泰国红十字会艾滋病研究中心
泰国	Jensen Byrne	LGBT人权官员, 联合国开发计划署曼谷区域中心
泰国	Jiraporn Arunakul	青少年医学专家, 医学系, Ramathibodi医院, 玛希敦大学
泰国	Joe Wong	项目主管, 亚太跨性别网络
泰国	Kevin Halim	项目助理, 亚太跨性别网络
泰国	Matt Avery	FHI 360/美国国际发展署资助的LINKAGES项目
泰国	Midnight Poonkasetwattana	执行主任, 亚太男性性健康联盟 (APCOM)
泰国	Mike Burkly	美国国际发展署
泰国	Mukta Sharma	技术官员-艾滋病/性病/结核, 世界卫生组织
泰国	Natt Kraipet	外联协调员, 亚太跨性别网络
泰国	Steve Mills	FHI 360/美国国际发展署资助的LINKAGES项目
英国	Daniel McCartney	艾滋病官员, 国际计划生育联合会
美国	Asa Radix	研究与教育主管, Callen-Lorde社区健康中心
美国	Ashley Gibbs	健康政策项目
美国	Cameron Hartofellis	健康政策项目
美国	Eli Coleman	教授和系主任, 人类性学, 明尼苏达大学
美国	Jamison Green	主席, 世界跨性别健康专业协会

国家	姓名	职务及组织
美国	JoAnne Keatley	主任，卓越跨性别健康中心，加州大学旧金山分校
美国	Lin Fraser	全球教育行动联合主席，世界跨性别健康专业协会
美国	Marcio Maeda	健康政策项目
美国	Robyn Dayton	FHI 360/美国国际发展署资助的LINKAGES项目
美国	Ronald MacInnis	健康政策项目
美国	Rafael Mazin	泛美卫生组织 (PAHO)
美国	Tonia Poteat	约翰霍普金斯大学
越南	John M. Eyres	健康办公室主任，美国国际发展署，越南

附录F：知情同意书示例

按照知情同意的要求，须与求诊者详细讨论该治疗的风险及疗效。请参见以下的知情同意书示例。附录A提供了成年人性激素给药、监测及使用的实践示例。第5章则讨论跨性别和性别多元儿童及青少年的保密及知情同意相关问题。

知情同意书示例

- 示例1：欲使用女性化性激素以实现男跨女转换的求诊者 [Sample #1: Client considering feminising hormones for transition from male to female](#) (PDF, 76KB)
- 示例2：欲使用睾酮以实现女跨男转换的求诊者 [Sample #2: Client considering testosterone for transition from female to male](#) (PDF, 79KB)
- 示例3：跨性别求诊者的女性化用药 [Sample #3: Feminising medications for transgender clients](#) (PDF, 160KB)
- 示例4：跨性别求诊者的睾酮用药 [Sample #4: Testosterone for transgender clients](#) (PDF, 159KB)
- 示例5：跨性别求诊者的女性化用药——未成年人及其家长和监护人 [Sample #5: Feminising medications for transgender clients—minors and parents and guardians](#) (PDF, 127 KB)

For more information, contact:

**Health Policy Project
Palladium**

**1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600
Washington, DC 20004
Tel: (202) 775-9680
Fax: (202) 775-9694**