

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**



**CİNSİYET HOŞNUTSUZLUĞU OLAN BİREYLERİN TANIMLAYICI PSİKİYATRİK  
DEĞERLENDİRMESİ**

**Dr. Firdevs ALİOĞLU**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**UZMANLIK TEZİ**

**2020**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**



**CİNSİYET HOŞNUTSUZLUĞU OLAN BİREYLERİN TANIMLAYICI PSİKIYATRİK  
DEĞERLENDİRMESİ**

**Dr. Firdevs ALIOĞLU**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aslıhan Özlem POLAT IŞIK  
Etik Kurulu Onayı: KOU GOKAEK 2020/7.14.**

**2020**

## **İÇİNDEKİLER**

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	1
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	2
KISALTMALAR DİZİNİ.....	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	4
1.1. Giriş.....	4
1.2. Amaç.....	5
1.3. Hipotezler.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Terminoloji, Dil Kullanımı ve Trans Sağlığı.....	6
2.2. Tarihçe ve Sınıflandırma.....	12
2.2.1. Tarihçe.....	12
2.2.2. Güncel Klinik Tanımlamalar Ve Sınıflandırma:.....	14
2.2.3. DSM 5 Tanı Ölçütleri.....	17
2.2.4. ICD-10 ve ICD-11 Tanı Ölçütleri.....	20
2.3. Epidemiyoloji.....	22
2.4. Etiyoloji.....	23
2.4.1. Cinsiyet Kimliği Fenomeni.....	23
2.4.2. Cinsiyet Varyant Kimliğinin Geliştirilmesi.....	24
2.4.3. Cinsiyet Kimliğine İlişkin Psikososyal Faktörler.....	25
2.4.4. Cinsel Gelişimdeki Farklılıklar ve Cinsiyet Kimlik Gelişiminde Androjen Maruziyetinin Rolü.....	25
2.4.5. Genetik ve Cinsiyet Kimliği.....	27
2.4.6. Cinsiyete Uyumsuzluğunun Nörobiyolojik Temeli.....	28
2.5. Trans Kimlik Gelişim Teorisi.....	30
2.6. Cinsiyet Kimliği ve Damgalanma.....	34
2.7. Azınlık Stresi Modeli ve Trans Kimlik.....	35
2.8. Yaşam Kalitesi ve Trans Kimlik.....	37
2.9. Sosyal Destek ve Trans Kimlik.....	38
2.10. Trans Kimlik ve Psikiyatrik Komorbidite.....	39
2.11. İntihar ve Trans Kimlik.....	42
2.12. Toplumsal Cinsiyet Roller ve Trans Kimlik.....	43
2.13. Cinsel Mitler.....	44

2.14. Homofobi.....	45
2.15. Psikiyatri ve Cinsiyet Disforisi.....	46
2.15.1. Psikiyatristin Rolü - Kapı Bekçiliği- 'Gate Keeping'.....	46
2.15.2. Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Cinsiyet Değişim Protokolü.....	47
2.15.3. Psikiyatrik Yaklaşım.....	48
2.15.3. Endokrin Yaklaşım.....	52
2.15.4. Cerrahi Yaklaşım.....	54
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	56
3.1. Örneklem.....	56
3.2. Veri Toplama Araçları.....	57
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu:.....	57
3.2.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):.....	57
3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):.....	58
3.2.4. Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği (UCDÖ):.....	58
3.2.5. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I):	58
3.2.6. Cinsel Mitleri Ölçeği (CMÖ):.....	59
3.2.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ):.....	59
3.2.8. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-BREF-TR):.....	60
3.2.9. Hudson ve Ricketts Homofobi Ölçeği (HRHÖ):.....	60
3.2.10. Dinî Yönelim Ölçeği (DYÖ):.....	60
3.2.11. Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği (TCRTÖ):.....	61
3.3. Verilerin Analizi.....	61
4. BULGULAR.....	62
4.1. Katılımcıların Genel Sosyodemografik Özellikleri.....	62
4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Cinsiyet Kimliklerine Göre İncelenmesi.....	64
4.3. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanları.....	66
4.4. Ölçek Puanlarının Katılımcıların Cinsiyet Kimlikleri Açısından Karşılaştırılması.....	68
4.5. Hormon Tedavisi Alan Ve Almayan Grupların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	70
4.6. WHOQOL-BREF-TR Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Ve Alt Ölçek Puanlarının, Toplumsal Cinsiyet Rollerini	

Tutum Ölçeği, Cinsel Mitler Ölçeği, Beck, Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Hudson Ve Rickets Homofobi Ölçeği, Dini Yönelim Ölçeği Toplam Puanlarının, Trans Bireyin Kendisinin Ve Ailesinin Eğitim Süreleri Ve İBGS ile Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları.....	71
4.7. Trans Bireylerdeki İntihar Düşüncesi Öyküsü Ve İntihar Girişimi Öyküsünün, Cinsel Mitler Ölçeği, Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği, Hudson Rickets Homofobi Ölçeği ve Dini Yönelim Ölçeği Toplam Puanlarına Etkileri Açısından Değerlendirilmesi.....	73
4.8. İntihar Girişimi Öyküsünün Bağımlı Değerşken Olarak Alındığı Lojistik Regresyon Analizi.....	76
4.9. Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının Bağımlı Değerşken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi.....	77
4.10. WHOQOL-BREF-TR Fiziksel Alt Ölçek Puanının Bağımlı Değerşken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi.....	78
4.11. WHOQOL-BREF-TR Ruhsal Alt Ölçek Puanının Bağımlı Değerşken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi.....	79
4.12. WHOQOL-BREF-TR Sosyal Alt Ölçek Puanının Bağımlı Değerşken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi.....	80
4.13. WHOQOL-BREF-TR Çevresel TR Alt Ölçek Puanının Bağımlı Değerşken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi.....	81
5. TARTIŞMA.....	82
5.1. Cinsiyet Kimliğinin Sosyodemografik Değerşkenler İle İlişkisi.....	82
5.2. Cinsiyet Kimliğinin Toplam Ölçek Skorları ile İlişkisi.....	83
5.3. Hormon Kullanımının Yaşam Kalitesi, Depresyon, Kaygı Belirtileri Ve Sosyal Destek İle İlişkisi.....	84
5.4. Trans Bireylerde Cinsel Mit Düzeyleri.....	86
5.5. Trans Bireylerde Toplumsal Cinsiyet Rollerini.....	87
5.6. Trans Bireylerde Homofobi.....	89
5.7. Trans Bireylerde İntihar Düşüncesi Davranışı Ve Yordayıcıları.....	90
5.8. Trans Bireylerde Depresif Belirtilerin Yordayıcıları.....	91
5.9. Trans Bireylerde Yaşam Kalitesinin Yordayıcıları.....	92
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	95
6.1. Sonuçlar.....	95
6.2. Öneriler.....	95
6.3. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları.....	97
7. ÖZET.....	98

8. İNGİLİZCE ÖZET.....	99
9. EKLER.....	100
10. KAYNAKLAR.....	120



## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim, her zaman destekleyici ve yönlendirici tutumu ve mentorluğuyla desteğini hissettiğim, değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Aslıhan POLAT'a;

Uzmanlık eğitimimde büyük emekleri olan, kendilerinden çok şey öğrendiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Mustafa YILDIZ, Doç. Dr. Cem CERİT, Doç. Dr. Elif TATLIDİL YAYLACI, Prof. Dr. Ümit TURAL, Prof. Dr. Bülent COŞKUN'a;

Birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum sevgi ve dostluklarını esirgemeyen, beraber çalışmayı çok özleyeceğim bütün asistan arkadaşlarıma;

Birlikte çalıştığımız tüm hemşire, sekreter, psikolog ve personelimize;

Bu tezin yapılabilmesini mümkün kılan ve kendilerinden çok şey öğrendiğim tüm trans bireylere,

Hayatım boyunca hep en büyük destekçilerim olmuş sevgili annem, babam ve kardeşlerime

Teşekkür ederim.

Dr. Firdevs ALİOĞLU

Kocaeli 2020

## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b>Tablo-1:</b> Katılımcılara İlişkin Yaş Özellikleri.....	62
<b>Tablo-2:</b> Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Özellikler.....	63
<b>Tablo-3:</b> Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Cinsiyet Kimliklerine Göre İncelenmesi.....	65
<b>Tablo-4:</b> Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanları.....	67
<b>Tablo-5:</b> Ölçek Puanlarının Katılımcıların Cinsiyet Kimlikleri Açısından Karşılaştırılması.....	69
<b>Tablo-6:</b> Hormon Tedavisi Alan ve Almayan Grupların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	70
<b>Tablo-7:</b> WHOQOL-BREF-TR Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Ve Alt Ölçek Puanlarının, Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği, Cinsel Mitler Ölçeği, Beck, Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Hudson Ve Rickets Homofobi Ölçeği, Dini Yönelim Ölçeği Toplam Puanlarının, Trans Bireyin Kendisinin Ve Ailesinin Eğitim Süreleri ve İBGS ile Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları.....	72
<b>Tablo-8:</b> Trans Bireylerdeki İntihar Düşüncesi Öyküsü Ve İntihar Girişim Öyküsünün, Cinsel Mitler Ölçeği, Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği, Hudson Rickets Homofobi Ölçeği ve DYÖ Toplam Puanlarına Etkileri Açısından Değerlendirilmesi.....	75
<b>Tablo-9:</b> İntihar Girişim Öyküsünün Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lojistik Regresyon Analizi.....	76
<b>Tablo 10.</b> Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi.....	77
<b>Tablo 11</b> WHOQOL-BREF-TR Fiziksel Alt Ölçek Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi.....	78
<b>Tablo 12.</b> WHOQOL-BREF-TR Ruhsal Alt Ölçek Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi.....	79
<b>Tablo 13.</b> WHOQOL-BREF-TR Sosyal Alt Ölçek Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi.....	80
<b>Tablo 14.</b> WHOQOL-BREF-TR Çevresel-TR Alt Ölçek Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi.....	81



## **KISALTMALAR DİZİNİ**

**BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği

**BDÖ:** Beck Depresyon Ölçeği

**BSRI:** Bem Cinsiyet Rolü Envanteri

**CAIS:** Komplet Androjen Duyarsızlık Sendromu

**ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

**CMÖ:** Cinsel Mitler Ölçeği

**DSD:** Cinsiyet Gelişim Bozukluğu

**DSM:** Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

**DYÖ:** Dini Yönelim Ölçeği

**HRHÖ:** Hudson ve Rickets Homofobi Ölçeği

**ICD:** Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması (International Classification of Diseases)

**KAH:** Konjenital Adrenal Hiperplazi

**KOÜTF:** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

**KOÜCKP:** Kocaeli Üniversitesi Cinsiyet Kimliği Polikliniğinde

**LGBTİ:** Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Trans, İnterseks

**OSB:** Otizm Spektrum Bozuklukları

**PAIS:** Kısmi Androjen Duyarsızlık Sendromu

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

**SS:** Standart Sapma

**TCRTÖ:** Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği

**TE:** Trans Erkek

**TK:** Trans Kadın

**WHOQOL-BREF TR:** Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu

**WPATH:** Dünya Transgender Sağlığı Meslek Birliği

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

### 1.1. Giriş

Kişinin doğumda atanmış cinsiyetinden rahatsız olup diğer cinsiyete ait beden yapısına ve diğer cinsiyet kimliği rolünde yaşamak istemesine cinsiyet disforisi, doğumda atandığı cinsiyet ile kendisini tanımladığı, ifade ettiği, hissettiği cinsiyeti farklı olan, diğer cinsiyete özdeşimi olan bireylere 'trans' denilmektedir. 'Transgender' kavramı kişinin kendisini tanımladığı cinsiyet ile biyolojik cinsiyeti arasında uyumsuzluk bulunması durumuna dair geniş bir spektrumu ifade eden, transseksüaliteyi de kapsayan şemsiye bir kavramdır. Transseksüellik bugün ruhsal hastalık sınıflandırmalarında, Cinsel Kimliğinden Yakınma (Hoşnut Olmama)/ Cinsiyetinden Hoşnutsuzluk başlıkları altında yer almaktadır.

Ergenlik döneminde doğumda atanmış cinsiyete özgü özelliklerin yani ikincil seks karakterinin belirginleşmeye başlamasıyla trans bireyler cinsel disfori yaşamaya başlamakta bu durumun yarattığı ruhsal sıkıntıyla birlikte aynı zamanda, cinsiyet rolleri nedeniyle kendisinden beklenen cinsiyet performansının yarattığı stresle de başa çıkmaya çalışmaktadırlar. Kişinin sağlıklı bir kendilik algısı geliştirebilmesi için ihtiyaç duyulan aynalanma, sosyal destek ve aile desteği trans bireylerin hayatında sorunlu alanlar olabilmektedir. İhtiyaç duyulan desteğin sağlanamıyor olması kişilerin ruh sağlıklarını olumsuz etkilemekte ve pek çok ruh sağlığı problemine neden olmaktadır. Kişinin yaşadığı sıkıntıyı farkedip anlamlandırabilmesine kadar geçen süre ve bu sıkıntının profesyonel bir ortamda paylaşılabilmesi süreçleri tamamen bireysel olup pek çok farklı değişkenle ilişkili ve kişiye özgüdür. Cinsiyetinden hoşnut olmama sürecinin bir ruh sağlığı uzmanıyla paylaşılmasıyla tıbbi ortamda bir değerlendirme süreci başlar. Bu değerlendirme sürecinde kişinin yaşadığı süreci anlamlandırması, bu keşif sürecinde kişiye karşılaşılabileceği muhtemel sorunlar ile ilgili rehberlik edilmesi, yeni cinsiyet kimliğinin gelişim sürecinde cinsiyet rollerinin, cinsel mitlerin ele alınması, arzuladığı şekilde yaşayabilmesi için uygun tıbbi müdahaleler konusunda bilgilendirilmesi hedeflenir. Bu çalışmada cinsiyetinden hoşnutsuzluk şikayetiyle tarafımıza başvurmuş kişilerin tanımlayıcı psikiyatrik değerlendirmesinin yapılarak grup özelliklerini daha iyi tanımlamak amaçlanmıştır.

## 1.2. Amaç

Bu çalışmayla Kocaeli ve çevre illerde yaşayan trans bireylere yönelik tanımlayıcı psikiyatrik değerlendirme yapılarak bazı ruh sağlığı sorunlarının yordayıcılarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmamızda çeşitli değişkenler açısından trans kadın ve trans erkekler arasındaki farkları ve hormon tedavisi alan ve almayan bireylerin çeşitli psikiyatrik özellikler açısından karşılaştırılmaları hedeflenmektedir. Elde edilen verilerin trans bireylerin ruh sağlığı problemlerini ve bunlara ilişkin çeşitli değişkenleri daha iyi anlamamıza katkı sağlaması ve daha iyi bir ruh sağlığı hizmeti sunumunda yol gösterici olması hedeflenmiştir.

## 1.3. Hipotezler

Çalışma planlanırken trans bireylerin yaşam kalitesi, intihar davranışı ve düşüncesi öyküsünün çeşitli sosyal ve psikiyatrik parametrelerle ilişkili olacağı düşünülerek ilişkileri incelenmek istenmiştir. Bu bağlamda

- Trans kadın ve trans erkekler arasında algılanan sosyal destek düzeylerinin farklı olacağı
- Trans kadın ve trans erkeklerde depresif belirtiler, anksiyete belirtileri, yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin farklı bulunacağı
- Hormon tedavisi alan trans bireylerde hormon tedavisi almayan trans bireylere göre daha iyi yaşam kalitesi düzeyleri ve daha az depresif belirtiler gözleneceği
- Trans bireylerde cinsel mitlerin, dindarlık düzeyinin, toplumsal cinsiyet rollerinin intihar düşüncesi ve davranışı öyküsü olan ve olmayan kişilerde farklı düzeylerde gözleneceği
- Düşük sosyal desteğin, cinsel mitlerin, homofobik tutumun, geleneksel toplumsal cinsiyet roller tutumunun, dindarlık düzeyinin trans bireylerde intihar davranışıyla ilişkili parametreler olabileceği
- Hormon tedavisinin, sosyal desteğin, trans erkek olmanın, partner varlığının, yüksek eğitim düzeyinin ve ilk başvurudan itibaren geçen sürenin daha kısa olmasının trans bireylerde daha iyi yaşam kalitesi düzeyleriyle ilişkili parametreler olabileceği düşünülerek bu ve bu ilişkili benzer özellikler incelenmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Terminoloji, Dil Kullanımı ve Trans Sağlığı

Dil, cinsiyet ve cinsellik konularında linguistik reform tartışmaları 1970'lerde ikinci dalga feminizm hareketiyle başlamıştır. Feminist hareketin androsentrik dil anlayışına getirdiği eleştiri aslında sadece dile değil misojenik kültüre de bir eleştiri niteliği taşımaktaydı.<sup>1</sup> Cinsel rollere dair başlayan bu tartışma zaman içerisinde cinsel kimlik cinsel yönelim açısından dil tartışmalarına dönüşmüş ve lezbiyen, gay, biseksüel aktivistler heteronormatif dil, heteroseksizm, homofobiye ilişkin literature pek çok katkı yapmışlardır.<sup>2</sup> Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğine dair atıflardaki farkı netleşmesi trans literatürün doğmasına aracılık etmişse de translara dair içerikler zamansal olarak daha güncel çalışmalarda ve daha kısıtlı olarak mevcuttur.

Trans literatürü sürekli güncellenen, dinamik tanımlamaları içermektedir. Dilin trans literatüründe kullanımı, kelimelerin durumsallığı, ilişkili görülebileceği durumlar ve bazen politikliği nedeniyle hassas bir konudur. Kelimelerin arkaplanları, kapsamaları, referansları nedeniyle nasıl seçildiklerinin güçlü bir performatif özellikleri ve etkileri vardır. Bu nedenle kullanıcının niyeti aslında kötü olmasa bile bazı kelimelerin seçiminin kişiye zarar verici özelliği olabilir.<sup>3</sup>

Bu nedenle öncelikle bu bölümde literatürde kullanılan güncel tanımlamalara dair bilgi verilecektir.

**Biyolojik cinsiyet;** kişinin iç ve dış cinsiyet organları, kromozomları ile belirlenen cinsiyetidir. Tıbbi bir tanımlama olup trans literatürde **doğumda atanmış cinsiyet** tanımı biyolojiye olan atfın kalkması ve cinsiyeti genital organlara indirgeyerek cinsiyet kimliğini ve bunun ruhsal boyutunu geri planda bırakmaması nedeniyle daha çok kabul gören bir tanımdır.<sup>4</sup> X ve Y kromozomu, genital organların bedendeki karşılığı ile açıklanabilir. Kromozomlar ile genital organlar arasında veya kromozomların bedende beklenen karşılığının reseptör veya bazı mutasyonlar nedeni olmaması durumu ile interseksüalite (hermafroditizm) tablosuyla da ilişkili bir kavramdır.

**Cinsiyet kimliği;** kişinin kendisini tanımladığı, kimlik olarak kabul ettiği cinsiyeti tanımlar. Geleneksel kültürel kodlara karşılık gelen rollere ilişkin olarak kendisini hangi cinsiyetten kabul ettiğini anlatan terimdir. Genellikle kişinin biyolojik cinsiyeti ve cinsiyet kimliği uyum içerisinde, biyolojik cinsiyetle uyumsuz olabildiği durumlarda bu kimlik tanımlaması trans kavramına karşılık gelmektedir.<sup>5</sup>

**Cinsel yönelim:** Kişinin fiziksel ve duygusal olarak kendisini hangi cinsiyetten tanımlayan kişilere yönelik çekim hissettiğini belirten kavramdır. **Heteroseksüellik;** kişinin kendisini tanımladığı cinsiyete değil de diğer cinsiyete yönelik fiziksel, cinsel ve duygusal yakınlık hissetmesi durumudur.<sup>6</sup> **Eşcinsellik (homoseksüellik);** kişinin kendini tanımladığı cinsiyete yönelik fiziksel, cinsel ve duygusal çekim hissetmesi durumudur. Eşcinsellik 1973 yılına kadar ruhsal bozukluk olarak kabul edilmişken daha sonra Amerikan Psikiyatri Birliği bu durumun bir bozukluk olmadığına ve DSM tanılarından kaldırılmasına karar vermiştir.<sup>6</sup> 1990 yılında da benzer şekilde Dünya Sağlık Örgütü'nün oluşturduğu ICD tanı kodlarından kaldırılmıştır. **Biseksüellik;** kişinin her iki cinsiyete de fiziksel, cinsel ve duygusal çekim hissedebilmesidir.

Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği ilişkisiz iki kavramdır. Yani kişi kendisini trans olarak tanımlayabilir aynı zamanda eşcinsel de olabilir. Bu durumlar birbirinden bağımsız tabloları anlatmaktadır.<sup>7</sup>

**Akışkan cinsiyet (gender fluidity);** Kişinin kendisini geleneksel bir kadın veya erkek rolüne yakın hissetmeyerek farklı zamanlarda farklı cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim özelliklerini taşıyabilmesini anlatan terimdir.<sup>8</sup> İngilizce dilinde garip, tuhaf gibi anlamlara gelebilen ve 1980'lerin sonunda eşcinsel erkekleri tanımlarken bir hakaret olarak kullanılan **queer** sözcüğu, 1990'larda ise 'cinsiyet normlarına uymayan kişilerce yani genel olarak eşcinsel erkekler ve kadınlar, translar, biseksüeller, interseksüel gibi kişilerce kabul edilerek, heteronormatif düzen dışında kalan bütün ötekiler tarafından kullanılmaya başlamıştır. Queer hareketle paralel olarak gelişen queer kuramı, cinsiyetin ve toplumsal cinsiyet rollerinin sabit olmadığını belirten kuramdır. Yeni bir durumu tariflemiyor olduğu ya da yeni bir kimliği tanımlamadığı, aksine akışkan ve belirsiz bir kimlik(sizlik) durumunu anlattığı söylenebilir.<sup>9</sup> **İnterseks:** Biyolojik olarak 'standart olmayan' i ve dış genital organlarla doğmuş kişileri belirten birçok farklı durumu kapsayan şemsiye bir terimdir. Kişinin biyolojik cinsiyetini

belirleyen kromozomları ile iç ve dış cinsel organları arasında uyumsuzluk olması veya bir kişide iki cinsiyet özelliğinin de aynı anda görülmesini anlatan durumların tamamını kapsayan tabloların genel adıdır. Konjenital adrenal hiperplazi, Turner sendromu, komplet androjen duyarlılık sendromu gibi farklı tabloları içerebilecek bu şemsiye terim güncel literatürde 'cinsiyet gelişim bozukluğu' olarak da tanımlanmaktadır.<sup>10,11</sup> Transseksüellikten farklı olarak tek başına cinsiyet kimliği ile ilgili bir kavram değildir.

**Açılma veya dolaptan çıkma (coming out/coming out of closet);** kişinin cinsel yönelimi ve cinsiyet kimliğine ilişkin başkalarına bilgi vermesi, açıklamada bulunmasını anlatan tanımdır.<sup>12</sup>

**Natrans/ Cisgender:** Genellikle natrans olarak ifade edilen ve İngilizce kullanımda "cis" e kısaltılmış olan bu terim, cinsiyet kimliğinin doğumda atanmış cinsiyetle uyumlu olması durumunu belirtir. Bu nedenle, natrans kadın, doğumda atanmış cinsiyeti kadın olup kendisini de kadın olarak tanımlayan kişidir. Aynı şekilde, bir natrans erkekse doğumda atanmış cinsiyeti erkek olan ve kendisini erkek olarak tanımlayan kişidir. Tarihsel olarak, 'erkek' ve 'kadın' kelimeleri kullanıldığında ('trans' öneki olmadan), bu çoğunlukla yalnızca natrans erkekler ve kadınları kastetmektedir, bu da trans bireylerin 'gerçek' erkek veya kadın olarak dahil etmeyen sorunlu bir durumdur. Kısacası, natrans kelimesi trans olmayan insanları belirtmek için basit bir değiştirici görevi görür. Bu ifade, bir kişinin erkeklik, kadınlık, sosyal olarak oluşturulmuş 'cinsiyet rolleri' veya cinsiyet ifadesi ile ilişkileri hakkında hiçbir şey söylemez.<sup>13</sup>

**Ciseksizm:** Natrans bireyleri "normal" ve "doğal" ve dolayısıyla tercih edilmesi beklenen veya daha üstün (translığın "anormal" ve "doğal olmayan" olduğunu ima eden) kabul eden etkileşimleri, süreçleri ve sistemleri ifade eder. Ciseksizm, natrans/cisgender olan bireylere ayrıcalıklı davranılmasıyla sonuçlanır.<sup>13</sup>

**Karşıt giyinme/ Crossdressing:** Terim tam anlamıyla 'karşıt cinsiyet' ile ilişkili kıyafet giyen bir kişiyi ifade eder, ancak günümüzde 'kadın kıyafetleri' giyen bir erkekle özdeşleştirilmektedir. Bu ifade kıyafetlere cinsiyet sınıfı ataması, cinsiyet sunumu arasında katı bir bölünmeyi derinden güçlendirmesi nedeniyle sorunludur. Terim, çoğu kişi için eski travesti kelimesinin yerini almıştır. Travestilik, çapraz giyinmeye cinsel ilgi için tıbbi tanımdır

(yine, neredeyse tamamen doğumda erkek atanan kişileri fade etmekteydi). Travesti terimi artık birçok kişi tarafından rahatsız edici ve eski bir terim olarak kabul edilmektedir.<sup>6</sup>

### **İkili Cinsiyet Sistemine Uyumlu Olmak - Olmamak (*Binary – Nonbinary*)**

**Binary:** Bu kelime cinsiyetin kadın ve erkek olmak üzere ikililiğinin ve cinsiyet rollerinin de bu ikili sistemce kategorizasyonun kabulünün terminolojik karşılığıdır.

**Nonbinary:** İkili cinsiyet sistemine ait olmama durumunu tanımlayan ifadedir. Bir kişinin ne sadece ne de sadece kadın cinsiyeti vardır. Bu durum, cinsiyetini ikili cinsiyet sisteminden biri olarak tanımlayan çoğu insanla, yani sadece erkek veya kadın kategorilerinin kabulüne (natrans veya trans) tezat oluşturur. Transseksüel ifadesi gibi nonbinary ifadesi de, çok çeşitli farklı cinsiyet deneyimleri ve farklı cinsiyet kimlik etiketlerini de kapsayan bir şemsiye terim olarak ele alınabilir. Bazı bireyler cinsiyetlerinin nötr olduğunu veya hiç cinsiyet kimliğinin olmadığını hissedebilir (**agender**). Bazı kişiler, bazı topluluklarda yarı-erkek ve yarı kadın olarak da bilinen, erkeklik veya kadınlık ile kısmi bir bağlantı yaşayabilir. Bazı kişilerse, cinsiyeti zamanla değişken ve dönüşümlü olarak yaşarlar, bu da cinsiyetsel olarak etiketlenebilir. Nihayetinde bir kişinin cinsiyet deneyimi tamamıyla kendisine özgü olabilir ve bununla ilgili olarak inşa edilmiş ve araştırılmış çok çeşitli terimler mevcuttur.

Hem erkek hem de kadın yönlerini birleştiren, ancak sabit bir cinsiyet kimliğine sahip olan kişiler, esnek bir terim olarak '**androjen**', '**karışık cinsiyetli**' veya bazen '**pangender**' olarak tanımlayabilirler. Aksine, cinsiyetler arasında geciken bir durumda olan bireyler kendilerini, "**akışkan cinsiyetli**" veya bazen "**pangender**" olarak tanımlayabilir. Bazı insanlar ikiden fazla cinsiyet arasında hareket eder ve bu yüzden '**trigender**' ve bazen de '**pangender**' terimlerini kullanırlar. Bazı kişilerse belirli bir ek cinsiyet olarak (kadın ve erkek arasında ya da bu cinsiyetlere ek olarak) ve "**üçüncü cinsiyet**" olarak kendilerini tanımlayabilmektedir.<sup>14</sup>

İkili cinsiyet anlayışını reddetmek bu alanda çalışırken dikkat edilmesi gereken önemli bir konudur. Kendisini ikili cinsiyet sisteminde tanımlamayan 1229 trans bireyin incelendiği bir çalışmada bu kişilerin kabul ettiği kimlikler arasında 'transeksüel, bigender, iki ruhlu, cinsiyet nötr, cinsiyetsiz ve androjen, belirsiz, birbirine geçmiş, üçüncü cinsiyet, pan-, poli- veya çok cinsiyetli, dinamik cinsiyetli, akışkan cinsiyet gibi pek çok farklı tanımın öne çıktığı görülmüştür.<sup>15</sup> Yapılan başka bir niteliksel çalışmasında, trans bireyler kendilerini tanımlarken

“cinsiyet teröristi, tasarımı interseks, kasıtlı mutasyon, hermafrodit, queer ” gibi ikili olmayan kimliklerden alıntılar yaptıkları gözlenmiştir.<sup>16</sup> Yukarıdaki terimlerin tümü, genellikle "nonbinary" veya "genderqueer" kimlikleri şemsiyesi altında toplanmaktadır.

Bu yeni ortaya çıkan alanda terimlerin değişmesi muhtemeldir ve her zamanki gibi klinik çalışmalarda bireylerin tercih ettiği terimleri ve zamirleri kullanmamız temel olmalıdır. Bu kategoriler değişkendir, üst üste binmektedir ve statik, sistematik bir şekilde öğrenilmesi imkansızdır. Daha önemli ve işlevsel olan bir kişiyle iletişim kurarken kendi cinsiyet ifadelerine göre kullandıkları terimleri ve dili ifade etmelerine izin vermek ve uyum sağlamaktır. Tüm bu yönleriyle, insanların sormak istediği terimleri ve cinsiyetlerini nasıl deneyimlediklerini sormayı içeren “sor” görgü kuralı temel alınmalıdır.<sup>17</sup>

**LGBTQ:** Lezbiyen, gey, biseksüel, trans ve queer kavramını birlikte ifade eden kısaltmadır.

**Cinsiyet disforisi;** Kişinin doğumda atanmış cinsiyeti ve cinsiyet kimliği arasında uyumsuzluk yaşaması, bedeninden, biyolojik cinsiyetine ilişkin gelişmiş ikincil cinsiyet özelliklerinden hoşnut olmaması, diğer cinsiyetin beden özelliklerine sahip olmaya ve öyle tanımlanmaya yoğun istek duyması ve diğer kişilerin kendisine diğer cinsiyetten biri gibi kabul edip öyle davranması isteğini belirten tanımdır. ICD-10 tanı sisteminde bu tablo ‘cinsel kimlik bozuklukları’ başlığında ‘transseksüalizm’ olarak tanımlanmaktadır.<sup>18</sup> DSM-IV’te benzer şekilde ‘cinsel kimlik bozukluğu’ şeklinde tanımlanmıştır.<sup>19</sup> 2013 yılında yayımlanan DSM-5 ile bu durum ‘cinsel kimliğinden hoşnut olmama’ olarak adlandırılmıştır.<sup>20</sup> Böylece, bozukluk ifadesinden vazgeçerek patolojikleştirmenin ve damgalanmanın önüne geçilmesi, ve bu durumu sadece bir kimlik olarak değil yaşanan sıkıntıya yapılan vurguyla açıklamak amaçlanmıştır. Ayrıca DSM-5’te tanımlanan belirtilerin en az altı aydır devam etmesi koşulu getirilmiş ve cinsel yönelim belirteci kaldırılmıştır.<sup>21</sup> Bu kavram güncel tanı sistemleri bölümünde ayrıntılı ele alınmıştır. Bu yazıda cinsiyet kimliği ve atanmış cinsiyet arasında uyumsuzluk olması tablosundan transseksüalite/ cinsiyet disforisi, bu durumdaki kişilerden trans olarak söz edilecektir.

**Homofobi:** Eşcinsel kişilere veya eşcinsellik durumuna karşı hissedilen korku, hoşnutsuzluk hissi olarak tanımlanabilir. Daha geniş olara bakıldığında önyargı ve ayrımcılık pratiklerini



içeren kişisel bir korku ve mantıksız bir inanış olmaktan öte toplumla ilişkili gruplararası bir durumu anlatır.<sup>22</sup>

**Transfobi:** Transfobi, normatif olmayan cinsiyet kimliği ve ifadesine sahip kişilere duyulan huzursuz, rahatsız olma ve hatta tikslenme hissidir.<sup>23</sup> Araştırmalar, birçok trans bireyin, hayatlarının en az bir döneminde cinsiyet kimlikleri veya cinsiyet ifadeleri nedeniyle bir tür ayrımcılık veya taciz yaşadıklarını göstermektedir. Normatif olanın toplum tarafından belirlendiği ve transların da bu toplumda yetiştikleri düşünüldüğünde trans bireylerin kendilerine ve trans olmaya dair de fobik bir tavır alabildikleri görülmüştür. Trans bireyin kendisine trans kimliğine dair hissettiği bu durum da literatürde içselleştirilmiş transfobi olarak tanımlanmaktadır.<sup>24</sup>

**Toplumsal Cinsiyet Roller (Gender Roles):** Kişinin yaşadığı toplumun ve ait olduğu kültürün özelliklerine göre, bir kadın ve erkeğin nasıl davranacağını, nasıl düşüneceğini ve nasıl hareket edeceğine ilişkin bazı kodlar ve kalıplar mevcuttur. Bu ekseninde “toplumsal cinsiyet” o kültürde kadından ve erkekten doğumda atanmış cinsiyeti nedeniyle uygun görülmüş geleneksel ve kültürel davranış kalıplarının, beklentilerinin, sorumluluklarının ve rollerinin bütünü olarak da tanımlanmaktadır. Bu terim literatüre 1972 yılında Ann Oakley tarafından kazandırılmıştır.<sup>25</sup> “Cinsiyet” biyolojik nedenli özellikler ve sonuçları ifade eden bir kavramken, “toplumsal cinsiyet” sosyal ve kültürel yapı ile doğrudan ilişkili bir kavramdır. Toplumsal cinsiyet roller kültürle doğrudan ilişkili olduğu için farklı kültürlerde büyük değişiklikler gösterebilmekte özellikle geleneksel kültürlerde bireyci kültürlerle göre daha belirgin önemleri olabilmektedir. Toplumsal cinsiyetin sosyokültürel özelliği nedeniyle, dönemseliği olabileceği, toplumdan topluma ve hatta aileden aileye değişebildiği, insanlar tarafından oluşturulduğu dolayısıyla dinamik olduğu söylenebilir.

**Heteronormativite:** Heteroseksüel olmanın tek norm olarak görüldüğü, heteroseksüel ilişkiler ve cinselliğin lehine bir ayrımcılık yapma bu nedenle de heteroseksüellik dışındaki ilişkilere yönelik ayrımcılık yapmayı ve önyargılı olmayı içeren sistemdir.<sup>26</sup>

**Cinsiyet ifadesi:** Bir kişinin toplumda cinsiyetini ifade etme şeklidir. Geleneksel ve kültürel olarak cinsiyetlerle yani kadın veya erkek kimliğinde olmayla ilişkilendirilmiş davranışlar,

oyun, kıyafet, ses tonu, konuşma şekli gibi farklı öğeleri kapsayabilir. Kültürle doğrudan ilişkilidir, basmakalıp yargıları içerir.<sup>27</sup>

## 2.2. Tarihçe ve Sınıflandırma

### 2.2.1. Tarihçe

Transseksüalite ile ilgili kuramlaşmanın tarihsel geçmişi, ilk olarak bugün eşcinsellik olarak adlandırılan duruma dair teorilerle birlikte oluşmuştur. Pek çok teorisyen, tarihsel açıdan değerlendirirken eşcinselliği genellikle trans kimliklerle birleştirir, geleneksel heteroseksüellik ve natrans kimlikleri referans çerçevesi olarak kullanan ikili inançlara dayanırlar. Transseksüalizm ve transseksüel sunumlar hakkında psikiyatrik ve tıbbi teorileşme 19. yüzyılda başladı. Yirminci yüzyılın ortalarına kadar nadir istisnalar dışında transseksüel sunumlar genellikle “psikopatolojik” olarak sınıflandırıldı.<sup>6</sup> Richard von Krafft-Ebing, erken bir psikiyatrik tanı kitabı olan *Psikopatia Sexualis* adlı eserinde psikopatolojik görüşü destekledi ve kitapta “Genel Patoloji” başlıklı bir bölümde, bugün trans temsiller olarak düşünülebilecek diğer cinsiyetten biri olarak yaşamak isteyen ve doğdukları cinsiyette yaşamayıp diğer cinsiyettenmiş gibi yaşayan bireylerin vakalarını belgeledi.<sup>28</sup> Bu durumları *Metamorphosis Sexualis Paranoia* olarak adlandıran Krafft’ın bu örneklerinde eşcinsellik ve cinsiyet sunumları arasında keskin bir sınır çizilmediği de belirtilmelidir.<sup>6</sup>

19. yüzyılın ortalarında yaşayan Karl Ulrichs, bazı erkeklerin, vücutlarında hapsolmuş bir kadın ruhu ile doğduğunu öne sürmüştü ve bu kişilerin üçüncü bir cinsiyet türü teorisiyle açıklamıştır. Ulrichs bu kişileri urning/urningen olarak adlandırmıştır.<sup>6</sup> Eşcinselliğin tarihçesini inceleyen tarihçiler de, sıklıkla Ulrichs’in urninglerini eşcinsel erkekler olarak kabul ediyorsa da, bir erkek bedenindeki kadın ruhu, 20. yüzyılda trans teorileriyle de ilişkili olarak değerlendirilebilir. Aynı şekilde Freud Leonardo da Vinci’nin eşcinselliğini tarif ederken “kadın gibi seven bir erkek”, yani annesiyle özdeşleşmiş biri olmasıyla ilişkilendirir. Bir erkeğin annesiyle özdeşim kurması, bir erkeğin bedeninde hapsolmuş bir kadının ruhuna sahip olmasından tamamiyle farklı değildir.<sup>6</sup> Bu iki teori de eşcinselliği, sadece iki cinsiyetin var olduğu ve bir cinsiyetin bir kısım özelliklerinin diğer cinsiyetten olan kişide var olduğu inancına dayanarak açıklamaktadır. |

Alman psikiyatru Magnus Hirschfeld, eşcinselliği (aynı cinsiyetten partnerlerin olması), transseksüellikten (diğer cinsiyet kimliğinde yaşama arzusu) ayrı tanımlayan ancak bu durumu *transvestizm* olarak adlandıran kişidir.<sup>29</sup> Ne yazık ki bu ayrımlar, yakın geçmişe kadar geniş çapta kabul görmemiştir.

Avrupa'daki doktorlar 1920'lerde cinsiyet atama ameliyatı (SRS) yapmaya başlamış olsa da, ABD medyası George Jorgensen vakasıyla ilgili yayına kadar bu olaya ilgi göstermemiştir. Doğumda atanmış cinsiyeti erkek olan George Jorgensen erkek kimliğiyle Danimarka'ya gitmiş ve 1952'de ABD'ye yeni bir beden ve yeni bir ismi olan Christine Jorgensen olarak dönmüştür. Jorgensen'in geçişi ile ilgili kamusal ve profesyonel tartışmaların ardından, Christian Hamburger ve ameliyatını yapan diğer Danimarkalı doktor, *Journal of American Medical Association*'da "transvestizme" yönelik tedavileri hakkında bir yayın hazırladı. Jorgensen'in geçişini anlatan bu yayın, toplumsal cinsiyet, ifade edilen cinsiyet gibi tanımlamalara dair farkındalığı ve cinsiyetinden hoşnutsuz olan kişilere cinsiyet değiştirmenin mümkünlüğüne ilişkin bir farkındalık ve arzularına bir isim koyma yolu sağlayacaktı. Sonuç olarak, bir zamanlar oldukça nadir görülen bir cinsiyet temsili giderek daha görünür hale geldi.<sup>6</sup> Bununla birlikte, Jorgensen'in 1950'lerdeki cinsiyet değişimi operasyonu ve bundan sonraki birkaç on yıl boyunca, birçok profesyonel hormon tedavisi ve cerrahi geçiş prosedürlerine yönelik eleştirilerine devam etti. Birçok doktor ve psikiyatrist psikoterapiye ve "gerçeklik testine" ihtiyaç duyan şiddetli bir nevroitik veya psikotik, sanrısız bir durum olarak algıladıkları durumdan muzdarip olan kişilere uygulanan – ve onlarına görüşlerine göre yanlış olan - geri dönüşü olmayan bu ameliyat ve hormon tedavisini eleştirdiler.

Bu kültürel bağlamda, sırasıyla 1952 ve 1968'de yayınlanan DSM'nin ilk ve ikinci baskısı tanı içermemekteydi. Transseksüalizm teşhisi ilk önce 1975 yılında ICD-9'da ortaya çıkmıştır. 1980'de, yeniden düzenlenen DSM-III, çocuk ve yetişkin cinsiyet kimliği konusunda büyüyen bir araştırma grubuna dayanan yeni teşhisler sundu. Toplumsal cinsiyet ve cinsiyet kimliği konusundaki artan tartışmalar, sonunda transseksüelite ve transgender tanımlarıyla bu duygular ve arzular için bir kategori ve bir isim sunmuştur.<sup>30</sup> Zamanla, bir zamanlar aşırı derecede nadir görülen bir durum olarak bilinen bu durum yavaş yavaş kamuoyunda daha açık

bir şekilde görünür oldu ve son yıllarda, artan sayıda ülke, il ve belediye “cinsiyet kimliği” kavramını ele alan kurallar koydu, yasalar çıkardı.<sup>6</sup>

### 2.2.2. Güncel Klinik Tanımlamalar Ve Sınıflandırma:

Cinsiyet çeşitliliği ve sosyal yapılarla ilişkisi, son 100 yıl boyunca büyük değişimler geçirmiş bir hikayeye sahiptir. Bu hikayede tıbbi ve ruhsal sağlığa ilişkin toplulukların pek çok tartışması ve fikir ayrılığı da bu hikayenin önemli parçalarıdır. Cinsiyet çeşitliliği araştırması, yirminci yüzyılın ortalarına kadar önce Michael Dillon<sup>31</sup> ve daha sonra cinsiyet çeşitliliği olan bireylerin cinsiyete dayalı tıbbi bakıma erişim ihtiyacını savunmaya devam eden Harry Benjamin<sup>32</sup> ile devam etti. Benjamin’in çalışmaları, cinsiyet çeşitliliğini doğası gereği patolojik olarak tanımlamaya devam eden tıp ve ruh sağlığı topluluğunun tedavi uygulamaları bağlamında ortaya çıktı.<sup>33</sup> Bu bağlamda ruh sağlığı ve tıp toplulukları DSM ve ICD için ortak bir dil sağlamaya çalıştılar ve belirli bir tanıyı belirtmek için tanımlayıcılar kümesi aradılar. Tutarlı tanı ölçütleriyle, bu alan aynı sorunları bağlamlar arasında daha iyi tanımlayabilir ve böylece daha doğru bir şekilde araştırabilirdi. Ne yazık ki, bu aynı zamanda cinsiyetin bazı kalıplarca sınırlandırıldığı, kriterleri belirleyenlerin doğal önyargısının, tanının nasıl tanımlandığını şekillendirdiği ve aynı zamanda bu kişilerin bir tanıyı “karşılama” için ne anlatması gerektiğini şekillendirebileceği anlamına gelmekteydi. Geçtiğimiz birkaç on yıl boyunca, trans ve/veya ikili cinsiyet sistemine uygun olmayan bireyler deneyimlerini paylaşmak için platformlar talep ettiler ve dünyada cinsiyet hakkında daha geniş bir tartışma gerçekleşebildi. Sosyal bağlamdaki bu değişikliklerle uyumlu olarak, DSM ve ICD'deki cinsiyet çeşitliliği ile ilgili açıklamalar zamanla zenginleştirilmiştir. Bu tartışmalar günümüzde tanı ve tanı ifadesindeki patolojik kabulün eleştirisi noktasında olsa da bu durumun bir teşhis olması, bu durumdan muzdarip kişilerin tıbbi bakımın geri ödenmesi ve araştırma girişimlerinin ilerletilmesi için gerekli olduğu düşünülmektedir. Ve bazen de bu durumun bir tıbbi karşılığının olması trans bireyler için, deneyimlerinin bir tanıyla somutlaştırıldığını yani duruma ilişkin bir ad konmasıyla rahatlatma hissini içerebilir. Bu durumun bir tanı olmasını istemeyen ve buna muhalif olan kişiler, cinsiyet çeşitliliğini, patolojik olmayan ve tanının damgalayıcı olduğunu ve durumun tıbbi bakım gerektirmediğini ve insani gelişmenin normal bir yönü olduğunu iler sürer. Bu tartışma bu bölümün kapsamı dışındadır, ancak trans ve ikili

olmayan bireylerin DSM 5 ve ICD 10'daki tanı kriterlerini kesinleştiren komitelerin trans olmadıklarını yansıtmak önemlidir.<sup>34</sup>

DSM içinde, cinsiyet kimliği ilk olarak DSM-II'de (1968) ele alınmış ve “Travestilik veya Diğer Cinsel Sapma” başlıklı bölümde sınıflandırılmıştır.<sup>35</sup> DSM-III'de (1980) transseksüalizm terimi, kişinin anatomik cinsiyetinde 2 yıllık bir süre boyunca kalıcı ve sürekli bir rahatsızlık ve uygunsuzluk duygusu olarak tanımlanmıştır.<sup>36</sup> Bu terim, bir parafil olarak tanımlanan tranvestizmden, “bir heteroseksüel erkeğin cinsel heyecan için tekrarlayan ve sürekli çapraz giyinme” ile farklıdır. DSM-III-R'ye kadar çocukluk ve ergenlik cinsiyet kimliği DSM'de ele alınmamıştır.<sup>37</sup> Bu baskıda yetişkinler transseksüalizm tanısı almaktayken çocuklara atipik cinsiyet kimliği bozukluğu tanısı verilmişti. DSM-III'te tranvestizm kriterlerini karşılayan bireyler, DSM-III-R'de “transvest fetişizm” tanısı için kriterleri karşılamaktaydı. Cinsel Kimlik Bozukluğu etiketi DSM-5'e (2013) kadar devam etti; DSM-5'de ise teşhisler Çocuklarda Cinsiyet Disforisi ve Ergenlerde ve Yetişkinlerde Cinsiyet Disforisi kategorileri olarak belirlendi.<sup>20</sup>

Cinsiyet Disforisi tanısının prepubertal dönemdeki çocuk ve ergenlere koyulabilmesi için yetişkinlere göre daha katı kriterler vardır. Bu kısmen cinsiyet gelişiminin devam ediyor olmasından, kısmen de önceki teşhislerin belirsizliğinden kısmen de önceki tanıların özgüllüğünün düşüklüğünden kaynaklanmaktadır.

Özellikle, DSM-5'ten önce, tanı ölçütleri cinsiyet tanımlamasının aksine basmakalıp, ikili cinsiyet ifadelerine daha fazla odaklanmıştır. Yani teşhis kriterleri ağırlıklı olarak, bireylerin cinsiyet kimliklerini nasıl tanımladıklarına değil de çocukların nasıl oynamayı ve giyinmeyi tercih ettiğine odaklıydı. Örneğin, DSM-IV'te verilen tanı Cinsiyet Kimliği Bozukluğu (GID) tanı ölçütleri cinsiyet ifadesi üzerine yoğunlaştığı için bir kişiye doğumda atanmış cinsiyetiyle uyumlu bir kimliğe sahipken dahi Cinsiyet Kimlik Bozukluğu tanısı konulabilirdi. Yani, kızları arkadaş olarak tercih eden, kızların oyuncaklarından ve kızların oyunlarından, kıyafetlerini giymekten hoşlanan ve daha basmakalıp erkeksi oyunlardan kaçınan bir erkek kendisini erkek olarak tanımlarken dahi Cinsiyet Kimlik Bozukluğu kriterlerini karşılayabilirdi. Bu nedenle, tanı pek özgül değildi, hem yaşamın ilerleyen dönemlerinde kendisini trans ve ikili cinsiyet sistemine uygun olmayan biri olarak tanımlayacak bireyleri hem de daha sonra natrans olarak tanımlayacak çocukları kapsıyordu.

DSM-5'teki Cinsiyet Disforisi için yeni tanı ölçütleri, cinsiyet kimliğinin ve doğumda atanan cinsiyetin uyumsuzluğuna odaklanmıştır, ayrıca DSM-5 trans kimliğinin patolojik olmadığı, ancak durumun getirdiği disforinin bireyin işlevselliğini olumsuz etkileyebileceğini vurgulamaktadır. Bunlara ek olarak DSM-5, ikili cinsiyet sistemine uygun olmayan kimliklerin tanınmasında daha fazla esneklik sağlayan ve cinsiyet kimliği doğumda atanmış cinsiyeti ile uyuşmayan bir kişinin, kadın veya erkek ikili kimliğiyle uyumlu bir cinsiyet kimliğine sahip olduğunu varsaymayan dili içerir. DSM-5'te (ve DSM-IV'te Başka Türlü Adlandırılmayan Cinsiyet Disforisi) Tanımlanmış Diğer Bir Cinsel Kimliğinden Yakınma (Hoşnut Olmama) Durumu ve Tanımlanmamış Diğer Bir Cinsel Kimliğinden Yakınma (Hoşnut Olmama) Durumu tanımlarının varlığı, cinsiyet çeşitliliğine sahip bireylerin sunum genişliğini teşhis etmek için ek fırsatlar sağlar. Bu teşhisler Cinsiyet Disforisi için tam tanı ölçütlerini karşılamayan bireylere yine de cinsiyet-onaylayıcı bakıma erişebilmeleri imkanını sağlar ve geniş ve farklı ifade biçimlerine izin verir.<sup>34,38</sup>

ICD'de tanı sınıflamasında DSM'deki gibi benzer değişiklikler olmuştur. ICD-10, 1994 yılında kullanılmaya başlandı. ICD-10'da, “transseksüalizm” tanımı biyolojik cinsiyet olmayan diğer cinsiyetten biri gibi yaşayabilme ve diğer kişilerce bu kimlikle tanınma ve kabul edilme isteğini karşılar. Sıklıkla kişi kendi biyolojik cinsiyetinden rahatsızlık duyar ya da bunun uygun olmadığını düşünür ve bedenini arzuladığı cinsiyet özelliklerine uyumlu hale getirmek için hormone tedavisi ve cerrahi tedavi talep eder. ICD'nin güncel versiyonu olan ICD-11'deki değişiklikler de uzun süre tartışılmış ve durum transseksüalizm tanısı kaldırılarak durum cinsiyet uyumsuzluğu olarak adlandırılmıştır. Cinsiyet Uyumsuzluğu isim değişikliği önerisine ek olarak, DSÖ'nün Cinsel Bozukluklar ve Cinsel Sağlık Çalışma Grubu, teşhislerin ICD-11'deki Ruhsal Bozukluklar ve Davranış Bozuklukları bölümünden çıkarılmasını ve bu durumu patolojik bir durum olmaktan çıkarmak için Cinsel Sağlıkla İlgili Durumlar bölümüne taşınmasına karar verilmiştir.<sup>39</sup> İlk öneri aslında teşhisin başka teşhis içermeyen tamamen ayrı bir bölüme taşınmasıyla bu öneri kabul edilmedi. Bunun yerine, tanı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklardan, Cinsel Sağlıkla İlgili Durumlar adlı yeni bir bölüme taşınması planlandı. Aktivist gruplarından gelen, teşhislerin Z kodları (DSM 5'in V kodlarına benzer şekilde) olarak listelenmesiyle ilgili bir tavsiye de benzer nedenlerle reddedildi. Bu neden ulusal sağlık

hizmetlerinde veya sigorta şirketleri aracılığıyla yapılacak ödemelerde, Z kodlarının tedavisi için geri ödeme yapılmamasıydı.

Daha öncede belirtildiği gibi, bakıma erişmek için karşılanması gereken bazı tanı kriterlerinin olması tanının bazı kriterlerle sınırlandırılması bir dizi deneyimi somutlaştırma gereksinimi, sonuçta bireylerin hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarına anlattıkları hikayeleri de şekillendirebilir. Daha fazla cinsiyet çeşitliliğine sahip hasta, aktivist, klinisyen, eğitimci ve araştırmacı kendi deneyimlerini tanı ölçütlerinden ayrı olarak savunabildikçe, profesyonel hizmet sağlayıcılar trans popülasyonların yaşam deneyimlerinin çeşitliliğini yavaşça görebilecekler ve tanı ölçütleri de bu anlayışa uygun olarak şekillenecektir.<sup>34,40</sup>

### 2.2.3. DSM 5 Tanı Ölçütleri

#### **Çocuklarda Cinsel Kimliğinden Yakınma (Hoşnut Olmama) 302.6 (F64.2)**

A. Aşağıdakilerden en az altısının olması ile kendini gösteren (bunlardan biri A1 tanı ölçütü olmalıdır), en az altı ay süreyle, kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsel kimlikle, onun için belirlenen cinsel kimlik arasında belirgin bir uyumsuzluk olması:

1. Karşı cinsten olmayı çok isteme ya da karşı cinsten (ya da onun için belirlenen cinsel kimlikten değişik bir seçenekten) olduğu konusunda diretme.
2. Erkeklerde (belirlenen cinsel kimlik), karşı cinsin giysilerini giymek isteme ya da kadınsı giyim kuşama ileri derecede öykünme vardır; kızlarda (belirlenen cinsel kimlik), yalnızca erkeksi giysiler giymek isteme ve kadınsı giysiler giymeme konusunda çok diretme vardır.
3. İmgesel ya da düşlemsel oyunlarda karşı cinsin yerine geçmeyi çok ister.
4. Genelde karşı cinsin oynadığı oyuncakları, oyunları ya da etkinlikleri oynamayı çok ister.
5. Oyun arkadaşlarını karşı cinsten seçmeyi çok ister.
6. Erkeklerde (belirlenen cinsel kimlik), erkeksi oyuncaklara, oyunlara ve etkinliklere karşı çıkma ve itiş-kakış oyunlarından belirgin kaçınma vardır; kızlarda (belirlenen cinsel kimlik) kızların oynadığı oyuncaklara, oyunlara ve etkinliklere belirgin karşı çıkma vardır.
7. Cinsel anatomisinden hiç hoşlanmama.

8. Kişinin yaşadığı cinsel kimlikle eşleşen birincil ve/ya da ikincil cinsel özellikleri çok isteme.

B. Bu duruma klinik açıdan belirgin bir sıkıntı eşlik eder ya da bu durum toplumsal işlevsellikte, okulda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşme ile gider.

*Varsa belirtiniz:*

Cinsel gelişim bozukluğu ile giden (örn. 255.2 [E25.0] doğuştan gelen adrenal hiperplazi ya da 259.50 [E34.50] androjen duyarsızlık sendromu gibi doğuştan gelen bir adrenogenital bozukluk).

*Kodlama notu:* Cinsel kimliğinden yakınmanın (hoşnut olmamanın) yanı sıra cinsel gelişim bozukluğunu da kodlayın.

### **Gençlerde ve Erişkinlerde Cinsel Kimliğinden Yakınma (Hoşnut Olmama) 302.85 (F64.1)**

A. Aşağıdakilerden en az altısının olması ile kendini gösteren, en az altı ay süreyle, kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsel kimlikle, onun için belirlenen cinsel kimlik arasında belirgin bir uyumsuzluk olması:

1. Kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsel kimlikle, birincil ve/ya da İkincil cinsel özellikleri (ya da genç ergenlerde beklenen ikincil cinsel özellikler) arasında belirgin bir uyumsuzluk olması.
2. Kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsel kimlikle arasında belirgin uyumsuzluk olduğu için birincil ve/ya da ikincil cinsel özelliklerinden kurtulmayı çok isteme (ya da genç ergenlerde, beklenen ikincil cinsel özelliklerin gelişmesini önlemeyi isteme).
3. Diğer cinsin birincil ve/ya da ikincil cinsel özelliklerini çok isteme.
4. Diğer cinsten (ya da onun için belirlenen cinsel kimlikten değişik bir seçenekten) olmayı çok isteme.
5. Diğer cinsten (ya da onun için belirlenen cinsel kimlikten değişik bir seçenekten) gibiymiş gibi davranılmayı çok isteme.
6. Diğer cins (ya da onun için belirlenen cinsel kimlikten değişik bir seçeneğe) özgü duygularının ve tepkilerinin olduğuna çok inanma.

B. Bu duruma klinik açıdan belirgin bir sıkıntı eşlik eder ya da bu durum toplumsal, işle ilgili işlevsellikte ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşme ile gider.



*Varsa belirtiniz:*

Cinsel gelişim bozukluğu ile giden (örn. 255.2 [E25.0] doğuştan gelen adrenal hiperplazi ya da 259.50 [E34.50] androjen duyarsızlık sendromu gibi doğuştan gelen bir adrenogenital bozukluk).

*Kodlama notu:* Cinsel kimliğinden yakınmanın (hoşnut olmamanın) yanı sıra cinsel gelişim bozukluğunu da kodlayın.

*Varsa belirtiniz:*

Geçiş sonrası: Kişi, istediği kimliğe, onu tam zamanlı olarak yaşayarak geçmiştir (cinsiyet değişikliği yasallaşmış olsun ya da olmasın) ve karşı cinse geçmek için yapılan tıbbi girişimlerden ya da tedavilerden en az biri uygulanmıştır (ya da uygulanması için hazırlık yapılmaktadır) - karşı cins hormonları tedavisi ya da istenen cinsel kimlik doğrultusunda cinsel kimlik belirlenmesi için cerrahi girişim (örn. penektomi, doğuştan erkek olana vajinoplasti; doğuştan kadın olana mastektomi ya da falloplasti).

### **Tanımlanmış Diğer Bir Cinsel Kimliğinden Yakınma (Hoşnut Olmama) Durumu 302.6 (F64.8)**

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, cinsel kimliğinden yakınmanın (hoşnut olmamanın) belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların cinsel kimliğinden yakınma (hoşnut olmama) için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer bir cinsel kimliğinden yakınma (hoşnut olmama) durumu kategorisi, cinsel kimliğinden yakınma (hoşnut olmamanın) ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken, “tanımlanmış diğer bir cinsel kimliğinden yakınma (hoşnut olmama) durumu” diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn. “kısa süreli olarak cinsel kimliğinden yakınma [hoşnut olmama]”).

“Tanımlanmış diğer” adı kullanılarak belirlenebilecek görünümler için bir örnek şudur:

O sıradaki bozukluk, cinsel kimliğinden yakınma (hoşnut olmama) için tanı ölçütlerini karşılamaktadır ancak süresi altı aydan daha kısadır.

### **Tanımlanmamış Cinsel Kimliğinden Yakınma (Hoşnut Olmama) Durumu 302.6 (F64.9)**

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, cinsel kimliğinden yakınmanın (hoşnut olmamanın) belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların cinsel kimliğinden yakınma (hoşnut olmama) tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış diğer cinsel kimliğinden yakınma (hoşnut olmama) durumu kategorisi, cinsel kimliğinden yakınmanın (hoşnut olmamanın) tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır.

#### 2.2.4. ICD-10 ve ICD-11 Tanı Ölçütleri

DSM-IV ve DSM 5'te transseksüalizm terimi kullanılmamakta olup bu terim sadece Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının (ICD) onuncu versiyonunda (ICD-10'da) mevcut bulunmaktadır. ICD-10'da cinsel kimlik bozuklukları genel başlığı altında transseksüalizm (F64.0), iki yönlü karşıt giysicilik (F64.1), çocukluğun cinsel kimlik bozukluğu (F64.2) tanıları vardır.

ICD-11'e baktığımızda değişiklikler birkaç açıdan DSM-5'dekinden farklıdır. İlk olarak, Çocuklarda cinsiyetinden hoşnutsuzluk tanısı, *Çocuklarda Cinsiyet Uyumsuzluğu* (CU) olarak adlandırılırken, Transseksüalizm tanısı ise *Ergenlerde ve Yetişkinlerde Cinsiyet Uyumsuzluğu* olarak yeniden adlandırılacaktır. Ayrıca, her iki tanı da ICD'nin Ruhsal Bozukluklar ve Davranış Bozuklukları bölümünden çıkarılıp Cinsel Sağlıkla İlgili Durumlar başlıklı yeni bir bölümün parçası olmuştur.

#### **ICD-10 Tanı Kodları Aşağıdaki Gibi Belirlenmiştir:**

##### **F64 Cinsel kimlik bozuklukları**

**F64.0 Transseksüalizm:** Karşı cinsin bir üyesi olarak yaşama ve kabul edilme isteği vardır. Sıklıkla kişi kendi anatomik cinsiyetinden rahatsızlık duyar ya da bunun uygun olmadığını düşünür ve bedenin seçtiği cinsiyete uygun hale gelmesi için hormonal ve cerrahi tedavi görmek ister.

**F64.1 İki yönlü karşıt giysicilik:** Geçici olarak karşı cinsten biri gibi yaşamak için, o cinsin giysilerinin giyilmesidir. Daha kalıcı bir cinsiyet değişikliği özlemi veya bununla ilgili bir

cerrahi girişim yapılması isteği yoktur. Karşı cins gibi giyinmeyi cinsel uyarılmanın izlememesi bu bozukluğu fetişistik karşıt giysicilikten (F65.1) ayırır.

Ergenlik veya erişkinlikte cinsel kimlik bozukluğu, transseksüel olmayan tip Hariç: fetişistik transvestizm (F65.1)

**F64.2 Çocukluğun cinsel kimlik bozukluğu:** Sıklıkla erken çocukluk döneminde (ve her zaman ergenlikten önce) ortaya çıkan, kendi cinsiyetinden inatçı ve şiddetli bir rahatsızlık duyma ve karşı cinsten olmaya özlem duyma (veya karşı cinsten olduğunda ısrar etme) ile belirli bozukluklardır. İnatçı biçimde karşı cinsin giysileri ve/veya etkinlikleri ile aşırı uğraşma ve kendi cinsiyetini reddetme bulunur. Çocukluğun cinsel kimlik bozukluğu tanısı normal erkeklik veya kadınlık özelliklerinden çok fazla sapma olmasını gerektirir; kızlarda hafif “erkek Fatmalık” veya erkeklerde “kızısı” davranışların olması yeterli değildir. Kişi ergenliğe eriştikten sonra bu tanı konulmaz. Hariç: egodistonik seksüel yönelim (F66.1) cinsel olgunlaşma bozukluğu (F66.0) F64.8 Diğer cinsel kimlik bozuklukları F64.9 Cinsel kimlik bozukluğu, tanımlanmamış Cinsel-kimlik bozukluğu

**ICD-11 Tanı Kodlarıysa Şöyle Belirlenmiştir:**

### **Cinsiyet Uyumsuzluğu**

**HA61 Çocukluk Çağı Cinsiyet Uyumsuzluğu.** ICD-11’in Çocukluklarda Cinsiyet Uyumsuzluğu (CU), bireyin deneyimlenen/ ifade edilen cinsiyeti ile prepubertal çocuklarda belirlenmiş cinsiyet arasındaki belirgin bir uyumsuzluk ile karakterizedir. Çocuğun yaşadığı / ifade ettiği cinsiyeti ve çocuğun atandığı cinsiyeti arasındaki belirgin bir uyumsuzluk olması aşağıdaki üç göstergeyle ortaya konmalıdır: (1) çocuğun atanmış cinsiyetten farklı bir cinsiyette olma arzusu ya da kendisinin atanmış cinsiyetten farklı bir cinsiyette olduğuna dair ısrarı; (2) çocuğun cinsel anatomisinin bir kısmından ya da beklenen ikincil cinsiyet özelliklerinden hoşlanmaması ve/veya deneyimlenen cinsiyetle eşleşen birincil ve/veya beklenen ikincil cinsiyet özelliklerine yönelik güçlü bir istek; ve (3) atanmış cinsiyetinden ziyade deneyimlenen cinsiyete özgü “mış gibi” veya hayali oyunları, oyuncakları, aktiviteleri ve oyun arkadaşlarını seçmesi. Ek olarak, bu uyumsuzluk yaklaşık 2 yıl sürmüş olmalıdır, bu

nedenle tanı yaklaşık 5 yaşından önce konulamaz. Bu teşhis sadece ergenlikten önce çocuklara konulabilir.

**HA60 Ergenlerde ve Yetişkinlerde Cinsiyet Uyumsuzluğu.** Ergenlerde ve Yetişkinlerde Cinsiyet Uyumsuzluğu (CU), bir bireyin deneyimlenen cinsiyeti ile atanmış cinsiyeti arasındaki belirgin ve kalıcı bir uyumsuzluk ile karakterizedir. Ergenlik başlangıcından önce tanı konamaz. Tanı genellikle, deneyimlenen cinsiyette biri olarak yaşamak ve kabul edilmek için cinsiyet geçişi arzusuna yol açar. Uyum süreci, bireyin bedenini, arzu edilen ölçüde ve mümkün olduğunca deneyimlenen cinsiyet ile aynı noktaya getirmek için hormon tedavisi, ameliyat veya diğer sağlık hizmetlerini içerebilir.

#### **HA6Z Cinsiyet Uyumsuzluğu, Belirlenmemiş**

Belirlenmemiş rezidüel bir kategoridir.

### **2.3. Epidemiyoloji**

Transgender şemsiyesi altında yer alan cinsiyet kimliklerinin yaygınlığı damgalama, bu kimliklerin gizleniyor olması, tanımlamaların hızlı değişim gösteriyor olması, bu grubun tanımlanmasındaki metodolojik problemler ve uygun örneklem stratejisinin bulunamaması gibi çeşitli nedenlerle tam olarak bilinmemektedir. Trans olguların sıklığı ve yaygınlığını inceleyen araştırmacılar, bu alanda uzmanlaşmış cinsiyet kliniklerine başvuran cinsiyet hoşnutsuzluğu olan trans bireylere odaklanma eğilimindedir. Avrupa ülkelerinde bu yöntemle yapılan bazı prevalans çalışmaları gerçekleştirilmiş, trans kadınlar için yüzde 0,002 ile 0,008 arasında değişen rakamlar, trans erkekler için ise yüzde 0,001 ile 0,003 arasında değişen rakamlar bildirilmiştir.<sup>6</sup> Cinsiyetinden hoşnutsuzluk hisseden pek çok birey hormonal veya cerrahi tedaviye başlamadığından veya hiç tedavi istemediğinden ya da hormon tedavisi alan ve/veya cinsiyet uyum ameliyatı geçiren her trans birey bu özelleşmiş kliniklere başvurmadığından literatürde bahsedilen bu oranlar büyük olasılıkla bireylerin tamamını yansıtmamaktadır yani bu rakamlar asıl rakamın bir kısmı olabilir. Uzmanlık klinikleriyle sınırlı olmayan daha kapsamlı örnekleme yöntemleri kullanan çalışmalar daha yüksek sayılar bildirme eğilimindedir.<sup>41</sup> Örneğin, Massachusetts'te yapılmış 28.000'den fazla kişiyi içeren bir rastgele telefon araştırmasında, katılımcıların yüzde 0,5'i trans olarak tanımlanmıştır.<sup>42</sup> DSM-5

erkekten kadına (TE) trans yaygınlığını %0.005-0.014, kadından erkeğe (TK) trans yaygınlığını %0.002-0.003 olarak belirtmiştir.<sup>20</sup>

Çocuklarla yapılan çalışmaların çoğunda, erkeklerin kızlara oranları 2.02: 1 ile 4.49: 1 arasında değişmektedir. Ergenlerde cinsiyet oranı benzerdir; yetişkinlerde, çoğu çalışmada cinsiyet oranı doğumsal erkekler lehinedir, oranları 1: 1 ile 6.1: 1 arasında değişmektedir.<sup>6</sup> Bununla birlikte, en az iki ülkede cinsiyet oranı, doğumda atanmış cinsiyeti kadın olanların lehinedir (Japonya: 2.2: 1; Polonya: 3.4: 1).<sup>43,44</sup> Son yıllarda, çocuk ve adölesan yaş grubuna yönelik cinsiyet klinikleri doğumda atanmış cinsiyeti kız olan kişilerin başvurularının arttığını bildiren çalışmalar da mevcuttur.<sup>45,46</sup>

## 2.4. Etiyoloji

### 2.4.1. Cinsiyet Kimliği Fenomeni

Cinsiyet en temel toplumsal kavramlardan biridir ve bu kavram insanların kendilerini nasıl gördükleri, başkalarıyla nasıl etkileşime girdikleri ve sosyal dünyalarını nasıl deneyimlediklerinin merkezinde yer alır. Cinsiyet kimliği, cinsiyet rolü ilk olarak 1950'lerde, cinsiyet gelişim bozukluğu (DSD) ve cinsiyet disforisi olan bireylerde cinsiyet kimliği gelişiminin incelendiği tıbbi literatürde tanıtıldı.<sup>34</sup>

Cinsiyetimizi nasıl öğrendiğimiz tam anlamıyla bilinmese de, cinsiyet öğreniminin erken başlayan ve uzun yıllar boyunca çeşitli aşamalardan geçen kademeli bir süreç olduğu söylenebilir.<sup>47</sup> Bebeklik döneminde dahi cinsiyet farklılıklarına dair farkındalık olduğu söylenebilir.<sup>48</sup> Çoğu çocuk 18 ila 24 aylıkken yüzleri erkek veya kadın olarak sınıflayabilme yeteneğini geliştirir. 2-4 yaşına gelindiğinde, çocuklar cinsiyet farklılıklarını anlar, İngilizce gibi erkek kadın zamirlerinin farklı olduğu dillerde cinsiyete uygun zamir kullanabilir ve kendilerini erkek ya da kız olarak etiketleyebilir.<sup>47</sup> Cinsiyet gelişiminin bu bilişsel aşamasının gelecekteki cinsiyetle ilgili rollerin merkezinde olduğu düşünülmektedir. 4-5 yaşına geldiğinde, çoğu çocuk cinsiyet stabilitesine ulaşır, cinsiyetin kalıcı doğasını anlar ve anatomik cinsiyeti ile ilişkili oyuncak ve oyunlarla oynayarak cinsiyet kimliklerini ifade eder.<sup>50</sup>

Başlangıçta, cinsiyet kimliği değişken ve değişime açık olarak görülebilir. Bununla birlikte, 6 7 yaşına gelindiğinde, cinsiyet kimliği istikrarlı hale gelir ve çevresel veya fiziksel

değişiklikler meydana gelse bile değişme olasılığı düşüktür. Bu aşamada, çocuklar aynı cinsiyetten oyun arkadaşları tercih ederek cinsiyet stereotiplerini sahiplenmeye ve cinsiyet ayırımına başlarlar böylece de cinsiyet kimliği daha sabit hale gelir.<sup>48,50,51</sup> Her ne kadar cinsiyet uyumlu davranışlar okul çağında daha esnek hale gelse de, çoğu çocukta akran grupları genellikle aynı cinsiyetten olmaya devam etmektedir.<sup>52</sup> Cinsiyet kimliği ergenlikten önce ergenlik veya erişkinlik döneminde olduğundan daha fazla şekillenebilir.<sup>53</sup> Kız ve erkeklerde cinsiyet rolünün daha fazla belirlenmesi ergenlik döneminde yoğunlaşır. Bu duruma pubertal hormonların da katkı sağladığı düşünülmektedir. Okul çağındaki çocuklarda kültürel olarak onaylanmış cinsiyet rollerine uyma, uyum sağlama ve akran grubu kabulü için artan baskı önemli bir yer tutar.<sup>54</sup> Çoğu ergen için, cinsiyet kimliği erken çocukluktan itibaren oldukça sabit gibi görünmektedir ve fiziksel cinsiyet özellikleri, doğum sonrası cinsiyet ve kültürel olarak beklenen cinsiyet rolü davranışlarıyla büyük ölçüde uyumludur.<sup>55</sup>

#### 2.4.2. Cinsiyet Varyant Kimliğin Geliştirilmesi

Cinselliği merak etmek ve cinsiyetler arası oyunculara ve oyunlara ve kıyafetlerle ilgilenmek gibi cinsiyet rolleri denemeleri çocuk gelişiminin normal bir parçasıdır.<sup>56,57</sup> Bununla birlikte, cinsiyet uyumsuzluğu olan kişilerin cinsiyet gelişimine ilişkin çok az şey bilinmektedir. Cinsiyet uyuşmazlığı olan çocukların cinsiyet öğreniminde gecikme olduğu ve cinsiyet uyumsuz davranışı olmayan çocuklarla karşılaştırıldığında aynı, fakat daha yavaş bilişsel cinsiyet gelişimi olduğu görülmektedir.<sup>58</sup> Klinik deneyimler göstermektedir ki, cinsiyet uyuşmazlığı olan çocukların çoğu doğum cinsiyetlerini etiketleme yeteneğine sahiptir ancak bununla özdeşleşmiş hissetmez. Konuşmayı öğrenir öğrenmez diğer cinsiyete dair ilgilerini sözlü olarak ifade edebilirler. Dahası, 2 yaş kadar küçük olduklarında, diğer cinsiyetten olmak istediklerini, doğum cinsiyetleriyle ilişkili cinsiyetten hoşlanmadıklarını ve anatomik disforiyi ('penis istemiyorum' veya 'göğüslerim olmasını istiyorum') gösterebilirler.<sup>59</sup>

Prospektif takip çalışmalarından elde edilen kanıtlara göre, çocuklukta yaşanan cinsiyet uyumsuzluğu kaçınılmaz olarak ergenlik ve yetişkinlikte (bozulma) devam etmemektedir, bu çocukların sadece %15'i (% 2-27) ergenlik çağında cinsiyet uyuşmazlığı yaşamaya devam etmektedir.<sup>60</sup> Cinsiyet kimliği uyuşmazlığı ve / veya cinsiyet hoşnutsuzluğu daha fazla olan çocukların ergenlikte bu durumu yaşamaya devam etme olasılıkları daha yüksektir.<sup>61</sup> Ergenlik, özellikle 10 ila 13 yaşları arasındaki dönem, erken başlayan cinsiyet uyuşmazlığı olan

çocuklar için kritik bir dönemdir. Bu yaş grubundaki cinsiyet uyuşmazlığı, üç faktörün olası katkılarına bağlı olarak devam edebilir veya sonlanabilir: (1) bedensel ergenlik değişimleri; (2) çevreyi değiştirmek ve daha açık bir şekilde doğumda atanan cinsiyetten biri gibi muamele görmek (ör. Lise ilk yılı); ve (3) cinsellik keşfi.<sup>60</sup> Cinsiyet varyant kimliğinin altında yatan mekanizma ne olursa olsun, ergenlik halihazırda var olan bir cinsiyet uyuşmazlığını pekiştirebilir ya da cinsiyet uyumsuzluğunun gelişiminde dönüm noktası olarak hizmet edebilir.<sup>62</sup>

#### 2.4.3. Cinsiyet Kimliğine İlişkin Psikososyal Faktörler

Yaklaşık 50 yıl önce bu alana ilişkin literatür, cinsiyet uyumsuzluğunun gelişimini sıklıkla ebeveyn yokluğu, ebeveyn özdeşimi modelleri veya anne ile oğlun simbiyotik ilişkisi gibi nedenlerle açıklamaktaydı.<sup>63,64</sup> Bu hipotezlerden bazıları test edilmiş olsa da ya ampirik destek almadı ya da yorumlanabilir sonuçlardan yoksun kalmıştır. Daha yeni psikososyal teoriler, cinsiyet uyumsuzluğunun gelişmesine katkıda bulunan karmaşık kümülatif ebeveyn ve çocukla ilgili faktörleri içerse de bunlar da tekrar edilebilir veya ampirik destek alabilir modeller değildir.<sup>65,66</sup> Çocuğun yaşamındaki kritik bir dönemde, ebeveynlerde psikopatolojinin varlığı ve derecesi ile çocuktaki kaygının cinsiyet kimliği sonucunda rol oynadığı gösterilmiş olsa da belirli çocuk ve ebeveyn faktörlerinin cinsiyet uyumsuzluğunun gelişimindeki rolüne ilişkin kanıtlar sınırlıdır.<sup>67-69</sup>

#### 2.4.4. Cinsel Gelişimdeki Farklılıklar ve Cinsiyet Kimlik Gelişiminde Androjen Maruziyetinin Rolü

DSD, kromozomal, gonadal veya anatomik cinsiyet gelişiminin atipik olduğu üreme sistemini içeren konjenital durumlardır.<sup>70</sup> DSD'de dış genital organlar gonadlara ve / veya cinsiyet kromozomlarına uygun gelişmemiş olabilir. Cinsiyet kimliği ise kromozomlar, gonadlar veya dış genital bölgeye uygun olabilir veya olmayabilir. DSD'li bireylerde cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim farklılıkları ilk olarak 1945'te bildirilmiştir.<sup>71</sup> On yıl sonra cinsiyet kimliği tanımı ile biyolojik cinsiyet ve cinsiyet kimliği (*gender*) arasında açık bir ayrım yapılması önerilmiştir.<sup>72</sup>

#### **46, XX Konjenital Adrenal Hiperplazi**

Çoğu trans bireyin DSD'si olmamasına rağmen, araştırmacılar doğum öncesi ve doğum sonrası cinsiyet hormonlarının cinsiyet kimliği gelişimi üzerindeki etkilerini görmek için bazı DSD'li bireyler gibi atipik prenatal hormon seviyelerine sahip kişileri incelemiştir. Özellikle, doğum öncesi androjen maruziyeti ve buna ilişkin cinsiyet kimliği sonuçları, CYP21A2 genindeki bir mutasyonun neden olduğu, 21-hidroksilazın tamamen veya neredeyse tamamen eksikliğine yol açan klasik KAH'lı XX bireylerde kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Beyindeki yüksek androjen seviyeleri bildirilen ve değişen derecelerde dış genital erkeksi gelişim ile sonuçlanan bu durumda KAH'lı XX kadın bireylerin, KAH'ı olmayan kontrol dışı gruptan daha erkeksi ilgi ve davranış paterni gösterdiği bildirilmiştir.<sup>73</sup>

Bununla birlikte, daha düşük kadınsı cinsiyet ifadesi oranlarına rağmen, doğum öncesi androjen maruziyetinin cinsiyet kimliği üzerindeki etkisi daha az güçlü görünmektedir.<sup>74</sup> Çalışmalar KAH hastalarının cinsiyet uyumsuzluğu veya cinsiyet disforisi prevalansının beklenenden daha yüksek olduğunu gösterse de, KAH'lı kadınların büyük çoğunluğu kendilerini kadın olarak tanımlamaktadır.<sup>74-77</sup> Bununla birlikte bu tür hastaların % 5,2-11,6'sının, TE kimliğe sahip olduğunu bildirdiği rapor edilmiştir. Bu prevalans genel topluma göre beklenenden çok daha yaygın cinsiyet uyumsuzluğu yaşamaları nedeniyle doğum öncesi / doğum sonrası androjen maruziyetinin cinsiyet kimliğinin gelişiminde bir rol oynadığını düşündürmektedir.<sup>74,76,78</sup>

### **Androjen Duyarsızlık Sendromları**

Tam androjen duyarsızlık sendromu (CAIS), aktif olmayan bir reseptöre neden olan androjen reseptörü (AR) genindeki bir mutasyondan kaynaklanır. CAIS'li bireyler 46, XY karyotipine sahiptir ve normal veya yüksek erkek androjen hormonları üretir, ancak tipik olarak net bir kadın fenotipine sahiptir. 46, CAIS'li XY bireylere genellikle doğumda kadın cinsiyeti atanır, kadın cinsiyet kimliği gelişir ve kadınsı fiziksel görünümünden dolayı yaşamları boyunca kadın olarak algılanırlar.<sup>79</sup> CAIS'li bu XY kadınların beyinleri üzerinde androjen etkilerinin olmaması ve kadın temelli sosyalleşme kadın cinsiyet kimliğinin gelişimine katkıda bulunabilir. Bununla birlikte, kadın cinsiyet kimliğini pekiştiren çok sayıda faktöre rağmen, CAIS'li XY bireylerin kadın cinsiyet kimliği ölçeğinde kontrollere göre daha düşük puan aldığı bildirilmektedir.<sup>80</sup> Ayrıca, şiddetli cinsiyet disforisi geliştiren ve kadın-erkek cinsiyet geçişi geçiren CAIS'li 46, XY bireyin (erken durdurma kodonuna neden olan bir AR



gen mutasyonu nedeniyle) bildirildiği bir vaka raporu, erkek cinsiyet kimliği gelişiminde androjenlerin gerekli olduğu açıklamasını zorlaştırmaktadır.<sup>81</sup>

CAIS'li bireylerin aksine, cinsiyet geçişleri, kısmi androjen duyarsızlık sendromu (PAIS) ile doğan XY bireyleri arasında oldukça yaygındır.<sup>79</sup> Cinsiyet disfori PAIS'li bireylerin yaklaşık% 25'ini etkiliyor gibi görünmektedir ve erkek ya da kız çocuk olarak yetiştirilseler de benzer oranlarda gelişmektedir.<sup>72</sup> Ayrıca disforinin anatomik gelişimleri ile cinsiyet kimlikleri arasındaki tutarsızlığın büyüklüğüne bakılmaksızın, eşit derecede şiddetli gözükmektedir.<sup>72</sup>

#### 2.4.5. Genetik ve Cinsiyet Kimliği

Cinsiyet disforisinin kalıtsal olduğu, monozigotik ikiz çiftlerinde ve baba-oğul ve erkek-kız kardeş çiftlerinde cinsiyet uyumsuzluğunun birlikteliği göz önüne alınarak önerilmiştir.<sup>80,81</sup> Ebeveynlerin anket yanıtlarına dayanarak, ikizlerin% 2.3'ünde klinik olarak anlamlı cinsiyet uyumsuzluğu gösterilmiş, cinsiyet varyansının % 62'si kalıtsallığa atfedilmiştir (7-14 yaş arası 96 monozigotik çift ve 61 dizyotik çift).<sup>82</sup> Genetiğin cinsiyet kimliği gelişimindeki rolü, 23 aynı cinsiyetli kadın ve erkek ikiz çiftinin % 39'unda cinsiyet uyumsuzluğunun varlığı ve 21 aynı cinsiyette dizyotik kadın ve erkek ikiz çiftinde ve 7 karşı cinsiyetten ikizde yokluğu ile desteklenmiştir.<sup>83</sup> Şaşırtıcı bir şekilde, probandlar arasında ayrı ayrı yetiştirilen, ancak cinsiyet uyumsuzluğu görülen üç ikiz çiftte vardı. Cinsiyet uyumsuzluğunu değerlendiren 112 çift ikiz üzerinde yapılan bir çalışmada, monozigotik erkek ikizler arasında% 33.3, monozigotik kadın ikizler arasında% 22.8 birliktelik vardı.<sup>84</sup> Bazı çalışmalar ailelerde cinsiyet uyumsuzluğunun birlikte ortaya çıktığını bildirmiştir. Örneğin, 995 trans bireyden oluşan bir örnekleme, 12 çift ikiz olmayan kardeş vardı.<sup>85</sup> Kardeşlerde (1/211 kardeşler) bu cinsiyet uyumsuzluğu prevalansı, trans kimliğine ilişkin bölgesel verilere göre beklenenden çok daha yüksekti. İlginç bir şekilde, çalışma transkadınların kardeşlerinde transerkeklerin kardeşlerine kıyasla 4,5 kat daha fazla cinsiyet uyumsuzluğu ve trans probandların erkek kardeşlerinde kız kardeşlere göre 3,9 kat daha yüksek bir olasılık olduğunu bildirdi.

Araştırmalar, erkekler ve kadınlar arasındaki biyolojik farklılıklara, davranışsal ve beyin cinsiyet farklılıklarını doğrudan etkileyen genetik faktörlerin aracılık ettiğini göstermektedir.<sup>86</sup> Bununla birlikte, transgenderizm ile ilişkili spesifik genler hakkındaki veriler tutarsızdır ve istatistiksel olarak güçlü bir önemi yoktur. Örneğin, östrojen reseptörü-beta (ERb) geninin intron 5'inde daha uzun bir dinükleotid CA tekrarı, 29 trans kadın (erkek-kadın) arasında 229

cisgender erkek kontrolüne kıyasla anlamlı bulundu ( $P = 0.03$ ), ancak AR (CAG tekrar uzunluğu) ve aromataz (CYP19) (TTTA tekrar uzunluğu) genlerinde polimorfizm ile ilişkilendirmeler de mevcuttu.<sup>87</sup> Bununla birlikte, başka bir çalışmada transgenderizm ile ER $\beta$  geni veya CYP19 geni arasında herhangi bir ilişki görülmemiştir, ancak trans kadınlarda AR ekzonunda kontroller (112 trans kadın ve 258 natrans erkek kontrol) ile karşılaştırıldığında anlamlı derecede daha uzun bir trinükleotid CAG tekrarı olmuştur.<sup>88</sup>

Özetle, bu çalışmaların sonuçları genetik faktörlerin cinsiyet kimliğinin gelişimine katkısını göstermektedir. Bunların hormonal, çevresel ve psikososyal faktörlerden nasıl etkilendiği belirsizliğini korumaya devam etmektedir ve daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

#### 2.4.6. Cinsiyete Uyumsuzluğunun Nörobiyolojik Temeli

Trans bireylerde nöroanatomik farklılıklara ilişkin çok sayıda çalışmada bildirilmiştir. “Cinsel olarak dimorfik” beyin yapıları tıp literatürüne iyi yerleşmiş bir kavramdır. Özellikle, ön hipotalamustaki hücre grupları — ön hipotalamus 3'ün interstisyel çekirdeği (INAH 3) ve stria terminalisin yatak çekirdeğinin orta kısmı (BSTc) - erkeklerde ve kadınlarda farklı morfolojik özelliklere sahiptir.<sup>89,90</sup> Otopsilerle yapılan ilk beyin anatomik çalışmalarında, transkadın bireylerin BSTc'sinde heteroseksüel ve homoseksüel natrans erkek beyinlerine kıyasla farklılıklar olduğu bildirilmiştir.<sup>90</sup> Daha sonraki çalışmalar transseksüel kadınlarda INAH 3 ve BSTc hacminin ve nöron sayısının gerçekten natrans kadınlardakine benzer olduğunu ve natrans erkeklerinkinden önemli ölçüde daha az sayıda olduğunu göstermiştir.<sup>91</sup> Çalışma, karşı cinsiyet hormon terapisi altındaki trans bireyleri değerlendirmesi nedeniyle eleştirildi ve bu da BSTc'deki hacim farklılıklarının hormon kullanımına bağlı olup olmadığının sorgulanmasına neden oldu. Bununla birlikte, çalışma erkek BSTc paternine sahip aynı zamanda prostat kanseri nedeniyle orşiektomi geçirmiş ve testosteron eksikliği olan erkekler, ve yüksek konsantrasyonlarda östrojen üreten feminizasyona neden olan bir adrenal tümörü olan bir natrans erkek gibi önemli kontrolleri de tanımladı. Ayrıca, yüksek konsantrasyonlarda androstenedion ve testosteron üreten virilize edici adrenal tümörü olan bir kadın, yine feminize edici veya anti-androjen hormon tedavisi almayan 84 yaşındaki trans kadında da olduğu gibi kadın BSTc paternine sahipti.<sup>92</sup> BSTc'nin anatomisi ile transgenderizm arasındaki ilişki, cinsiyet kimliğinin gelişmekte olan beyin ve cinsiyet hormonlarının etkileşiminin bir sonucu olarak geliştiği kavramını güçlendirdi.

Preoptik bölgede yer alan bir başka bölge olan hipotalamik ara çekirdeğinin (InM), cinsiyet kimliği ile ilişkili olduğu da literatürde yer alan bir başka bulgudur.<sup>93</sup> Trans kadınlarda (hormon terapisi altındayken) postmortem beyin dokusunun, natrans erkek ve kadınlara kıyasla arada bir toplam nöron ve hacim değerlerine sahip olduğu gösterilmiştir. İlginç bir şekilde, çalışma prostat kanseri nedeniyle kastrasyon geçirmiş ve toplam nöron sayıları natrans erkeklere yakın olan beş erkeği de içermektedir. Bu bulgu da trans kadınlarda görülen dolaşımdaki testosteron seviyelerindeki değişikliğin transkadın grubundaki ara değerleri açıklayamayacağını göstermektedir. Cinsiyet steroid varyasyonları ve hormon tedavisi almamış trans bireyle ilgili kritik kontrollerin dahil edilmesi trans bireylerde gözlenen beyin yapısı farklılıklarının sadece hormon maruziyetinin bir sonucu değil, intrinsik olduğuna dair ek kanıt sağlar. Yine de, insanlarda BSTc ve InM'nin cinsel olarak dimorfik farklılaşmasının ergenliğe kadar mevcut olmadığına dikkat edilmelidir.<sup>94,95</sup> Bu nedenle, trans ergenlerin çoğu ergenlik başlangıcından önce önemli cinsiyet uyumsuzluğu yaşadığından, BSTc hacmi ve cinsiyet kimliği arasındaki ilişki belirsizdir.

Nöroanatomik farklılıklar ile ilgili olarak, korpus kallozumun anatomik varyansını inceleyen yapısal ve fonksiyonel görüntüleme çalışmaları anatomik cinsiyet ile cinsiyet kimliği arasında fark olmadığını ortaya koymuştur.<sup>96</sup> Bununla birlikte, bu çalışmadaki katılımcıların çoğu cinsiyet hormonu tedavisi almıştı. Diğer cinsiyete ait hormon tedavisi başlamadan önce trans katılımcılarda cinsel olarak dimorfik beyaz cevher yapıları (ör., superior longitudinal fasikülüsün parçaları), aynı doğum cinsiyetinden ziyade aynı cinsiyet kimliğine sahip kontrollere daha yakındı.<sup>97</sup>

Benzer şekilde, manyetik rezonans görüntülemeyle elde edilen gri madde hacimleri göstermiştir ki trans kadınlarda cinsiyet hormonu tedavisinden önce sağ putamen boyutları natrans erkeklerden daha büyüktür ve natrans kadınlara yakındır.<sup>98</sup> Bununla birlikte, daha sonraki bir çalışma trans kadın bireylerin putamen hacminin hem natrans erkek hem de kadın kontrollerinden daha az olduğunu bildirmiştir.<sup>99</sup> Fonksiyonel bir görüntüleme çalışması, biri natrans erkeklerin ter, tükürük ve semeni, diğeri hamile kadınların idrarında bulunan iki aromatik steroid kokusu ile hipotalamik aktivasyon paternini inceledi. Heteroseksüel natrans erkekler ve heteroseksüel natrans kadınlar farklı bir pattern gösterdi ve trans kadın bireylerin

paterni (kadınlara cinsel yönelim olan) heteroseksüel natrans kadınlarda görülenlerden farklı değildi.<sup>100</sup>

Ek çalışmalar, görsel erotik uyaranlara bağlı beyin aktivasyon paternlerinde<sup>101</sup> ve trans kadınlarda ve natrans kadın gönüllülerde kantitatif EEG analizinde<sup>102</sup> benzerlikler olduğunu göstermiştir. Ayrıca, standart bir zihinsel rotasyon görevi sırasında sol ön singulat korteks ve sağ insuladaki bölgesel beyin kan akımı ve beyin ağı aktivasyon paternleri, tedavi görmemiş trans bireylerde doğumda atanmış cinsiyetlerindeki kontrollerine göre farklılık göstermiştir.<sup>103-</sup>

106

## **Genel Bakış**

Tarihsel olarak, toplumsal cinsiyet kimliği ve toplumsal cinsiyet rolü, toplumsal cinsiyet kimlik etiketleri geniş ve akıcı bir spektrumundan ziyade ikili bir yapı olarak kavramsallaştırılmıştır. Bu da bu durumun sebeplerini anlamaktaki güçlüklerden biri olarak belirtilmelidir. Henüz mevcut kanıtlar beyin gelişimi ile cinsiyet kimliği gelişimi arasında nedensel bir ilişkiye sahip değildir. Psikolojik ve çevresel faktörlerin cinsiyet uyumsuzluğu olan bireylerde etkili olduğu belirtilse buna ilişkin kanıtlar da kesin yargılar için çok yetersizdir. Cinsiyet kimliği gelişimi büyük olasılıkla biyolojik, çevresel, kültürel ve psikolojik faktörler arasındaki karmaşık bir etkileşimden kaynaklanmaktadır ve henüz bilmediğimiz keşfedilmemiş pek çok özelliği içerdiği söylenebilir.

### **2.5. Trans Kimlik Gelişim Teorisi**

Bu bölümde kimlik gelişimine dair teoriler ele alınacaktır. Psikolojik literatür, trans şemsiyesine giren her kimlik için henüz kimlik gelişimi modellerini içermemektedir. Transseksüel kimlik gelişimi teorisi ise iki ana alanı kapsar: tipolojiler ve dönem modelleri.

#### **Tipolojiler**

Birkaç benzer tipoloji önerilmiştir. Benjamin 1966'da yaptığı çalışmasında transseksüalizmi cerrahi tedavi görmemiş, orta yoğunlukta gerçek ve yüksek yoğunlukta gerçek transseksüalizm; ve sahte, fetişist ve gerçek transvestizm olarak kategorize etti.<sup>107</sup>

Transseksüalizm ile transvestizm arasındaki ayırım, DSM-III'e de yansımıştır. Bu ayırım yaygın olarak bazı bireylerin, transvestizmden transseksüalizme değişen gelişim aşamaları yaşaması nedeniyle her zaman net değildir. Person ve Ovesey bu değişim sürecinden, eşcinsellikten transseksüalizme daha az yaygın bir gelişme ile birlikte ikincil transseksüalizm olarak bahsetmiştir.<sup>108,109</sup> Birincil transseksüalizm, kendini bu ikincil transseksüalizm biçiminden, erken (çocuklukta) ve geç (ergenlik döneminde) cinsiyetler arası özdeşim ve ifade başlangıcıyla ayırdı. Docter ve arkadaşları<sup>110,111</sup>, Buhrich ve McConaghy'nin<sup>112,113</sup> marjinal ve çekirdek transvestizmin tipolojisini teyit ederek, önceki transvestizm öyküsüyle transseksüalizmin gelişmesine ampirik kanıt sağladılar. Son olarak, Blanchard<sup>114,115</sup> eşcinsel ve eşcinsel olmayan trans kadınları (cinsel yönelimi tanımlamak için cinsiyet kimliğini değil doğumda atanan cinsiyeti kullanarak) inceledi, ve bu durumun kişinin kendisini bir kadın olarak düşünmesi veya imajine etmesi yoluyla cinsel olarak uyarılması anlamına gelen otojinofiliden geliştiğini açıkladı. Chivers ve Bailey<sup>116</sup> bu tipolojiyi kadın-erkek transseksüalizmini açıklamada kullanarak genişletti. Çeşitli tipolojiler büyük ölçüde örtüşmekte ve benzer fenomenleri tanımlamaktadır, ancak anahtar ayırt edici kriterin ne olduğu göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin: cinsel yönelim, diğer cinsiyete özdeşim hissetmeye başlama yaşı.<sup>117</sup>

Yaygın olarak gözlemlenen iki gelişimsel yolu anlamının alternatif bir yolu, cinsiyet rolü uygunsuzluğuna bağlı sosyal damgalamanın tran kimlik gelişimi üzerindeki etkisini değerlendirmektir.<sup>118</sup> Yukarıda tarif edildiği gibi, cinsiyet kimliği ve cinsiyet rolü ya da ifadesi cinsel kimliğin birbiriyle ilişkisi olan, ancak aynı zamanda farklı iki bileşenidir. Kendisinden toplumsal olarak beklenen cinsiyet rolüne uymayan ve karşı cinsiyete ait duyguları olan bir çocuğun, erken yaşta açılarak damgalanma ruhsal dayanıklılık geliştirmekten başka seçeneği yoktur. Normal bir gelişim sürecinde çocuğun özgün benliği aynalanır.<sup>119</sup> Buna karşılık, cinsiyet rolüne uyumlu davranıp, diğer cinsiyete ait duygulara sahip bir çocuk, bu duygularını başkalarından gizleyebilir. Normatif, heteroseksüel cinsel yönelim sadece toplumsal alanda uyum sağlama ve bir anlamda göze batmamayı sağlar. Bununla birlikte, bu tür bir gizlilik kimliğin çözülmesine veya "kimlik bölünmesine" yol açabilir. İki benlik gelişir: biri diğerleriyle ve dünyayla ilişkide yansıtılır, diğeri (cinsel) fantezi ve gizlice karşıt giyinme

yoluyla. Bu şema, yaşamın çok daha ilerisine kadar kırılmadan sürebilir ve entegrasyona yol açabilir. Ortaya çıkan alternatif trans kimlik gelişim teorisi olan bu teori, transvestizm ve transseksüalizmi, birincil ve ikincil transseksüalizmi ve nükleer ve marjinal transvestizmi, toplumsal cinsiyet uyumsuzluğuna bağlı sosyal damgalanma bağlamıyla şekillenen bir trans kimlik gelişimi teorisinde bir araya getirir.

### **Dönem Modelleri**

Trans kimlik gelişimi, pek çok farklı araştırmada da veya klinik deneyime ilişkin yayınlarda yer aldığı gibi bir dizi gelişim dönemiyle de tanımlanabilir.<sup>120-123</sup>

Devor'un<sup>120</sup> transseksüel kimlik gelişimi üzerine temel araştırması kimlik gelişimi için 14 aşama tanımlamaktadır:

İlk üç aşama kaygı, kafa karışıklığı ve kişinin doğumda atanan cinsiyet ve cinsiyet kimliğini başkalarıyla karşılaştırma yoluyla cinsiyet kimliğini anlama çabası olarak tanımlandı. Bu aşamalar genellikle kişilerarası ilişkilerde beliren rahatsızlık, mevcut cinsiyet kimlikleriyle kendini tanımlamada güçlük ve cinsiyet sunumundaki çeşitliliği destekleyen kimlik araştırmaları (örn. Lezbiyen kimliği) ile karakterize edildi.

Sonraki üç aşama, transseksüalizmi keşfetme sürecini, ardından gelen kafa karışıklığı ve kendisi ile bu kimlik arasındaki karşılaştırma yapma süreci ile tanımlandı. Genellikle insanlar bu dönemde online platformlarda araştırmalar yaparak başka trans kişilerle iletişim kurma yolları aramaktadır. Daha sonra, transseksüel kimliğe ilk tolerans gelişmeye başlamakta, ancak insanlar bu kimliğin tamamen kabul edilmesinden önce yine bir erteleme yapma eğiliminde olabilmekte ve kişiler kendilerinin ve başkalarının algılarına ne kadar uygun olduğunu test etme aşamasına geçmektedir (aşama 7, 8, 9).

Bu kimliğin kabulünden sonra benzer bir gecikme tekrar yaşanabilir ve kişiler geçiş yapmak isteyip istemediklerine karar verirler (aşama 10, 11). Yeni bir cinsiyete geçişten sonra, insanlar bu cinsiyet kimliğinden gurur duymaya, entegre etmeye ve geliştirmeye çalışma aşamalarını yaşarlar (aşama 12, 13, 14). Yeni bir toplumsal cinsiyet kimliğiyle yaşamayı ve başkalarıyla ilişki kurmayı öğrenmeyi içeren bu süreç, damgalamayı ve ayrımcılığı yönetmeyi,

kimliklerini hayatlarına entegre etmeyi ve nihayetinde hak savunuculuğu yapmayı öğrenmeyi içerebilir.

Dönem modelleri kişilerin kendilerini keşifte en uygun cinsiyet ifadeleri ve etiketleri belirlenene kadar geçen sürede yaşanan ilk sıkıntı dönemlerini, kafa karışıklıklarını ve geçirdikleri dönemseller değişimleri incelemiştir. Bu araştırmalar göstermiştir ki kişilerin süreçleri son derece kişisel olup, katılımcıların kimliklerini etiketlemeye ve yürürlüğe koymaya karar verme biçimleri, büyük ölçüde katılımcıların özgünlük duygusuyla, yani cinsiyet kimliklerine dair içsel duyguları ile davranışları ve cinsiyet ifadeleri arasındaki etkileşimler ve bunların sosyal bağlam içindeki anlamları ile ilişkilidir.

Bockting ve Coleman<sup>118</sup>, Coleman'ın 1982 tarihli eşcinsel bireylerin açılma (coming out) sürecini açıkladığı teoriyi ve bu dönemleri trans bireyler için uyarlamış ve klinik örneklerle göstermişlerdir. Her aşama belirli gelişimseller özelliklerle karakterizedir. İlk aşamada, açılmadan önce, birey farklı hissetmeyle mücadele eder. İkinci aşamada, açılmanın yaşanmasıyla, birey hem bunu kendine ve hem de başkalarına kabul ettirmeye başlar. Üçüncü aşamada, keşifte, birey topluluk kaynaklarını ve bağlantılarını araştırır, arzuladığı cinsiyet ifadesine ilişkin deneyimleri artar ve rahat hissettiği bir cinsiyet rolü bulur, utanç duygusu gurur duygusuna döner. Dördüncü aşamada, yakınlık kurma ön plandadır, reddedilme ve terk edilme yaşanabilir, arzu edilen cinsiyet rolünde yakınlık içeren ilişkiler kurulmaya başlanır ve ilk ilişkiler yaşanır. Cinsel yönelim yeniden tanımlanabilir. Beşinci aşamada, kimlik entegrasyonu, kaybedilen zamana dair üzüntü hissi, kaçırılan fırsatlar veya cinsiyeti gerçek anlamda değiştirememesi temaları yer alır ve bunlar kişinin trans kimliğinin daha derin kabulüne katkı sağlar. Daha önce önemliyse bile, geçişe giderek daha az odaklanmaya başlar ve belirsizlik toleransına yer açar. Trans olmak, kişisel kimliğin birkaç göstergesinden biri haline gelir.

Bu aşamalar sadece bir modeli anlatmaktadır, bireyler her dönemi sıralı veya doğrusal yaşamazlar ve her bireyin dönemleri yaşamaları ve gelişim süreci kendisine özgüdür. Bununla birlikte, bu model, trans bireylerin kimliklerini keşfettikleri ve tanımladıkları damgalama bağlamını yansıtmaktadır; ruhsal dayanıklılığın geliştirilmesi için akran grubunun (transseksüel topluluk) alternatif bir referans grubu ve destek kaynağı olarak önemi büyüktür.

## 2.6. Cinsiyet Kimliği ve Damgalanma

Damgalama bir kişinin ya da grubun belirli özelliklerine ilişkin olarak stereotiplerin ve etiketlerin neden olduğu sosyal statü kaybı ve ayrımcılık sürecini içeren olumsuz değerlendirilmeidir.<sup>126</sup> Cinsiyet kimliği kişinin biyolojik cinsiyetinden bağımsız olarak kendisini hangi cinsiyetten tanımladığıyla ilgili bir kavramdır. Cinsiyet ise geleneksel olarak birtakım toplumsal etiketleri içeren ve böylelikle şekillenerek sınırlandırılan bir kavramdır ve bu şekillendirme ve sınırlanma durumu bu kalıplara uyum göstermeyen kişiler için zorlayıcı olduğu gibi damgalanma sürecinin de temelini oluşturmaktadır. Kalıplara gösterilen uyumsuzluğun yarattığı aslında “farklı” olmanın getirdiği stres pek çok ruh sağlığı probleminin de temel nedenidir. Bu nedenle damgalanma cinsiyet geçiş sürecinde ruhsal destek sürecinin temel konularından biri olarak ele alınmalıdır.

Trans kimliği damgalama ve bu konuya ilişkin müdahaleler farklı alanlarda ele alınabilir. Bu bölümde konuya ilişkin literatür göz önüne alınarak trans kimlikte damgalama yapısal kişilerarası ve bireysel olmak üzere üç alanda incelenecektir.<sup>126,127</sup>

**Yapısal düzeyde damgalama:** Yapısal damgalama sosyal normlar çevresel koşullar kurumlar ve yasalar nedeniyle kişilerin yaşam kalitelerini ve iyilik hallerini olumsuz etkileyen damgalama çeşididir. Bu durum kurumların yasaların ve normların oluşmasında çoğunluğun etkin ve yapılandırıcı gücü nedeniyle aslında azınlık olmanın ortaya çıkardığı bir durumdur. Cinsiyet kimliği ve damgalama yapısal düzeyde damgalama açısından ele alındığında ikili cinsiyet sisteminin sonuçları bu düzeydeki damgalamanın kökeni olarak bahsedilebilir. İkili cinsiyet sisteminin temel alınması bu sisteme aykırı davranan ve bu sisteme dahil olmayan kişileri zorlamakta bu zorluk gerek iş hayatında gerek yasalar karşısında gerek tedavi sürecinde sağlık sisteminde karşısında çıkabilmektedir. Yapısal düzeyde damgalanmayla mücadelede uygun politikalar ve yasal düzenlemelerin sağlanması ve sağlık sistemine erişim politikalarının gözden geçirilmesi gerekli müdahalelerdir.

**Kişilerarası düzeyde damgalama:** Herhangi bir durumun kişilerarası damgalama oluşturabilmesi için bu durumun toplumun diğer üyeleri tarafından farkedilmesini gerekmektedir. Cinsiyet kimliğinin toplumun diğer üyelerince farkedilen durumu kişinin iş



eğitim hayatı sosyal hayat gibi pek çok toplumsal alanda transfobi ve damgalanmayla karşı karşıya kalmasıyla sonuçlanabilmektedir. Damgalamanın sonuçları olarak bu kişiler pek çok şiddet olayına maruz kalabilmekte ve maalesef bazen fiziksel saldırı ve nefret cinayetlerine kadar uzanan tablolar görülebilmektedir. Bu durumun engellenmesi için aile ve partner desteği ve sağlık çalışanlarının eğitimi önemli müdahalelerdir.

**Bireysel düzeyde damgalama:** Aynı ruhsal hastalıklardaki gibi kişilerin toplumun yarattığı damgalanmanın farkında olması bazen de kendi cinsiyet kalıplarıyla ilgili uyumsuzluklarının yarattığı içselleştirilmiş transfobinin sonucu olarak bireysel düzeyde damgalamayı görebilmekteyiz. Kişinin bu durum ile ilgili farkındalığının oluşması kişinin cinsiyet ve cinsiyet rollerine dair temel inanışlarını ele almasını ve sorgulamasını gerektirir. Bazı kişilerin bireysel düzeyde damgalanma nedeniyle, içselleştirilmiş transfobilerinin sonucu olarak yasadıkları disforiye rağmen geçiş sürecinden kaçındığı görülebilmektedir. Bazı kişilerde ise geçiş sürecini tamamladıktan sonra trans kimliği yok saydıkları bir kimlik haline gelebilmektedir. Bireysel danışmanlığın ve trans destek gruplarının, içselleştirilmiş damgalamayı farketme ve bununla başetmede etkin müdahaleler olduğu söylenebilir.

### **2.7. Azınlık Stresi Modeli ve Trans Kimlik**

Azınlık stresi kavramı sadece bir hipotezden üretilmiş bir teori olmayıp pek çok farklı sosyolojik ve psikolojik ruhsal tartışmaların konularından doğmuştur. Toplumda çoğunluk olmanın sonucu gelişen söz hakkına sahip olma ve bunun yarattığı doğru ve kabul edilen olma hali azınlığa dahil olan kişilerin toplumda daha da yalnızlaşmasına ve toplumdan yabancılaşmasına sebep olabilmektedir. Bu durumun doğal sonucu olarak toplumdan yabancılaşan ve yalnızlaşan bu azınlıklara mensup kişiler hem damgalama hem ayrımcılıkla sonuçlanan bu duruma ilişkin bazı ruhsal patolojiler geliştirebilmektedir.<sup>127</sup>

Meyer<sup>128,129</sup> 2003 yılında yayınladığı çalışmasında cinsel azınlıklar ve azınlık stresini ele almıştır. Bu çalışmada azınlık stresinin 5 faktörle incelenebileceği ve distal ve proksimal nedenlerle ilişkilendirilebileceğinden bahsetmiştir. Bu nedenlere bağlı olarak azınlık stresinin üç aşamalı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu aşamalar:

1. Azınlık olma durumu distal stresörlere artmış maruziyete neden olur.

2. Artmış distal stresör maruziyeti artmış proksimal stres maruziyetine neden olur
3. Azınlığı oluşturan bireylerde distal ve proksimal stresörlere bağlı olarak ruh sağlığı problemleri gelişir.

Distal nedenler çoğunlukla dışarıdan gözlemlenebilir, doğrulanabilir. Ayrımcılığa uğrama, şiddet görme gibi kişiye stres yaratabilecek dışsal faktörler olarak tanımlanır. Proksimal faktörlerse kişinin yaşadığı ayrımcılık, damgalanma ve şiddet deneyimine bağlı olarak bu durumlara ilişkin beklentiye girme ve ihtiyatlı davranma davranışını içerir. Bu durum bazen kimliğin ve cinsiyet ifadesinin gizlenmesi şeklinde sonuçlara da yol açabilir.

Rostosky ve arkadaşları<sup>130</sup> 2007’de yaptıkları bir çalışmada azınlık stresi teorisini LGB bireylerde araştırmışlardır. Bu çalışmada azınlık stresi modeli Meyerin 2003’te önerdiğine benzer olarak 5 aşamada incelenir. Bunlar; ayrımcılığı deneyimleme, reddedilme beklentisi, kimliği saklama, içselleştirilmiş homonegativite ile baş etmeye çalışma ve bu sayılan dört faktöre bağlı olarak gelişen beşinci aşama olan baş etme stratejileri olarak tanımlanır.

Azınlık stresi teorisi trans bireyler özelinde de incelenmiştir.<sup>131</sup> Cinsiyet ifadeleri veya cinsel kimliklerine bağlı olarak damgalanma ve ayrımcılığa hem geçiş öncesi hem geçiş dönemi hem geçiş dönemi sonrası maruz kalan bu bireyler azınlık stresini doğrudan yaşamakta buna bağlı olarak da ruh sağlığı problemleri geliştirdikleri düşünülmektedir. Trans bireylerin cinsel kimlikleri ve cinsiyet ifadeleri nedeniyle ayrımcılığa ve zorbalığa maruz kalması distal faktörler, bu deneyimlerin tekrarlanacağı ve hatta kimliklerini gizlemeleri gerektiği düşüncesi ve sonucunda gelişen içselleştirilmiş transfobi ise proksimal faktörler olarak ele alınmalıdır. Bu faktörlerin neden olduğu açılmayı geciktirmekte kişi için başka bir stres nedeni olarak karşımıza çıkabilmekte ve sorunu büyötmektedir.

Uzun süreli distal ve proksimal strese maruz kalan trans bireylerin alkol ve madde kullanım bozuklukları, depresyon, kaygı bozukluğu, kendine zarar verme davranışı gibi pek çok farklı ruhsal sorun yaşadığı bilinmektedir.<sup>132</sup>

Azınlık stresi teorisi ele alınırken trans bireylerde intihar riskiyle ilişkisi de mutlaka üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Çalışmalar daha fazla ayrımcılığa ve

zorbalığa maruz kalan trans bireylerde yani azınlık stresini daha fazla deneyimleyen bireylerde intihar riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.<sup>133</sup>

Bütün bunlarla birlikte azınlık stres modeli sadece negatif sonuçlarla değil artmış ruhsal dayanıklılık ve daha iyi baş etme stratejileri geliştirmeye de ilişkilendirilmektedir. Azınlık stres modelinde belirtilen proksimal ve distal stres faktörlerini fark edebilmek ve terapötik süreçte çalışabilmek olumsuz ruh sağlığı sonuçlarının engellenmesi açısından gereklidir.

## **2.8. Yaşam Kalitesi ve Trans Kimlik**

Yaşam kalitesi, kişinin hayatına ve hayat koşullarına dair hissettiği öznel doyumunu ve kişinin ruhsal durumuna dair öznel düşüncesini tanımlayan bir kavramdır. Yaşam kalitesi bireyin tüm ihtiyaçlarını karşılayabilere, hayattan tatmin olabilmesi, kendisine zaman ayırması, duygusal ve fiziksel durumunun istenen yeterli seviyede olması, kişiler arası ilişkilerini yeterli seviyede sürdürebilmesi halidir.<sup>134</sup>

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi; "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer dizgelerinin bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları" ifadesiyle tanımlanabilir.<sup>135</sup> Bu bağlamda kişinin fiziksel durumu, ruhsal durumu, bağımsızlık derecesi, sosyal ilişkileri, çevresel koşullarının hepsi bu tanımın kapsamında değerlendirilir ve bu boyutların hepsi bireyin yaşam niteliği algısına odaklanır. Yaşam kalitesi karmaşık ve çok yönlü bir kavramdır. Kişinin yaşam koşullarının kalitesi, yaşam koşullarından memnuniyeti ve yaşam koşullarının memnuniyetinin bir kombinasyonu olarak farklı şekillerde tanımlanabilir. De Vries<sup>136</sup> ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yaşam kalitesi bireylerin yaşam doyumlarını ve mutluluklarını nesnel ve öznel refah üzerinde etkisi olan algıları olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda YK önlemleri, insanların yaşamlarının işleyiş ve algılanan refah düzeyini ölçmenin bir yolu olarak düşünülebilir.<sup>137</sup>

Birçok trans birey, özellikle fiziksel geçişlerinden önce, önemli zorluklarla karşı karşıyadır. Bu zorluklar fizyolojik (doğumda atanan cinsiyetin ikincil cinsel özelliklerinin bir kısmının gelişimi), sosyal (sosyal destek eksikliği, ret, ayrımcılık, mağduriyet, transfobi) ve psikolojik (örn. kaygı, depresyon, düşük benlik saygısı) olabilir. Tüm bu faktörlerin trans bireylerin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu gösterilmiştir.<sup>137</sup>

Yaşam kalitesi kavramı, bir dizi farklı fiziksel ve psikososyal alanı kapsar. Trans popülasyonda depresyon ve psikopatoloji varlığı veya yokluğu, geçiş durumu (hormonu tedavisi gibi), sosyal destek ve algılanan ayrımcılık gibi çeşitli faktörlerin yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir.<sup>134</sup>

Trans bireylerde yaşam kalitesi ile ilgili literatür temel olarak dört yaşam kalitesi boyutuna odaklanmaktadır: sesle ilgili yaşam kalitesi, cinsiyete bağlı yaşam kalitesi, vücut görüntüsü ile ilgili yaşam kalitesi, ve genel yaşam kalitesi.<sup>134</sup>

Sesle ilgili YK, kişinin kendi sesini kadınsı veya erkeksi algılamasının bireyin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi olarak tanımlanabilir.<sup>139</sup> Bu boyut trans bireyler için çok önemlidir, çünkü ses perdesi cinsiyet ifadesi ve algısının önemli bir yönüdür.<sup>140,141</sup> Cinsiyetle ilişkili yaşam kalitesi cinsel yaşamla ilgili sosyal, fiziksel ve zihinsel bir refah durumudur.<sup>135</sup> Bu kavram cinsel işlev ve cinsel yaşamdan genel memnuniyet anlamına gelir.<sup>142</sup> Beden imajı ile ilişkili YK, olumlu bir beden imajı deneyimlemenin daha tatmin edici ilişkiler, cinsellik, gelişmiş refah ve genel genel YK ile bağlantılı olduğu fikrinden kaynaklanmaktadır.<sup>143</sup> Dolayısıyla, trans bireylerin cinsiyet kimliği ile bedensel özellikler arasındaki uyumsuzlukları potansiyel olarak vücut memnuniyetlerini ve sonuç olarak yaşam kalitesini etkileyebilir.<sup>143-146</sup> Son olarak, genel YK, belirli fiziksel sağlık koşullarına bağlı olmayan ve zihinsel, fiziksel ve sosyal yaşamın yönleriyle bağlantılı alt kategorileri içeren genel yaşam memnuniyetini tanımlar.<sup>147</sup>

## **2.9. Sosyal Destek ve Trans Kimlik**

Trans bireylerde sosyal destek, hem tıbbi hizmetlere ilişkin bilgi edinmek ve deneyim paylaşımında bulunmak hem de azınlık stresine karşı koruyucu olması açısından önemli bir mekanizma olarak tanımlanmıştır.<sup>148</sup> Sosyal desteğin varlığının daha düşük depresif belirtilerle ilişkilendirildiği daha düşük kaygı düzeyiyle ilişkilendirildiği, daha az intihar dışı kendine zarar verme davranışı ile ilişkilendirildiği ve daha az intihar düşüncesi ve girişimleriyle ilişkilendirildiği çalışmalar mevcuttur.<sup>149,150</sup>

Azınlık stres modeli ile uyumlu olarak, sosyal destek gibi başa çıkma kaynakları kişilerin maruz kaldığı damgalama, ayrımcılık ve şiddetin yarattığı psikolojik sıkıntıların etkilerini tamponlamak için önemli bir öğedir.<sup>151</sup>

Özellikle aileden gelen sosyal destek, trans örneklemede refahın önemli bir göstergesidir ve daha iyi yaşam kalitesi ve azalmış psikolojik sıkıntı düzeyleriyle ilişkilidir.<sup>150,152</sup> Cinsiyet kimliğine dair damgalama yaşayan kişilerden daha yüksek düzeyde destek alanlar orta veya düşük düzeyde destek alanlarla kıyaslandığında yüksek düzeyin daha az ruhsal sorunla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Trans bireyler, trans olmayan kardeşleriyle karşılaştırıldığında da kendilerini aileden daha az sosyal destek görüyor olarak algıladıkları görülmüştür.<sup>153</sup> 16 yaşın üzerindeki trans bireylerle yapılan Kanada Trans PULSE Projesi çalışmasında, genel olarak sosyal desteğin artmasının intihar riskinin azalmasıyla ve aile bireylerinin cinsiyet kimliğiyle ilgili desteklerinin intihar düşüncesi olasılığının büyük ölçüde azalmasıyla ilişkili olduğu görülmüştür.<sup>154</sup> Bir başka çalışmada ailenin cinsiyet olumlayıcı bir tutumda olması durumunda trans bireylerin natrans control grubundan daha fazla psikiyatrik belirti göstermediği gösterilmiştir.<sup>155</sup> Bu bulgular ışığında aile desteğinin ruhsal problemleri azaltmada ve cinsiyete dayalı ayrımcılığın zararlı psikolojik etkilerini tamponlamada benzersiz bir rol oynayabileceği söylenebilir.

Bunlarla birlikte sosyal desteğin diğer bir ögesi olan arkadaş ve akran desteği de trans bireylerin ruhsal dayanıklılıkları için önemlidir. Literatürde trans bireylerin akranlarına göre toplumsal olarak kabulünün daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcut olmakla birlikte , aile desteği olmayan translarda akran desteği çok önemli bir öge halini alabilmektedir.<sup>156</sup> Akran desteğinin damgalanmayı ve ruhsal sorunları azaltma da, kimliğin daha kolay ifade edilmesinde önemli bir yeri vardır.<sup>138</sup> Akran desteğinin düşük olması zorbalığa uğrayan trans bireylerde artmış intihar düşüncesiyle de ilişkili olarak gösyerilmiştir.<sup>150</sup> Başka bir çalışmada transların bir araya geldiği sosyal ağları kullanan trans kadınlarda uygunsuz hormon kullanımının daha düşük olduğu gösterilmiştir.<sup>157</sup>

Sosyal desteğin üçüncü ögesi olarak romantik partnerler gösterilebilir. Romantik partnerler, kişinin arzulanmış cinsiyet kimliğini pekiştirebilen önemli yaşam arkadaşlarıdır.<sup>158</sup> Partnerin cinsiyet kimliğine tepkisi olumsuz olduğunda, bu genellikle ciddi bir ruhsal sorun kaynağı olabilmekte ve kişinin cinsiyet kimliğinin kabulünü daha da zorlaştırmaktadır.<sup>159</sup>

## **2.10. Trans Kimlik ve Psikiyatrik Komorbidite**

Araştırmalar trans popölasyonda natrans popölasyona göre ruh sağlık komorbiditesinin daha yüksek prevalansta göröldüğünü göstermektedir.<sup>160</sup>

. Cinsiyet disforisi bildirmiş kişilerde Eksen I tanısı değerlendiren bir sistematik gözden geçirme çalışmasında psikiyatrik komorbidite sıklığı 53.2% olarak bildirilmiş olup bu kişilerde 42.1% oranla en sık duygudurum bozuklukları, 26.8% oranla anskiyete bozuklukları, 14.7% oranla madde kullanım bozukluğu bildirilmiştir.<sup>161</sup>

Cinsiyetinden hoşnutsuzluk şikayetiyle başvuran bir kişinin farklı ruh sağlığı sorunlarının da değerlendirilmesi kapsamlı bir ruhsal değerlendirmenin parçasıdır. Herhangi bir psikiyatrik tanı, cinsiyet disforisi ile birlikte bulunabilir bu psikiyatrik tanı geçiş sürecinden önce, geçiş süreci sırasında veya geçiş sürecinden sonra görülebilir. Bu komorbiditeler doğrudan trans kimliğe dair gelişmiş olabilir, cinsiyet disforisiyle beraber görülebilir ya da cinsiyet disforisine dair belirtilerin sebebi olabilir. Herbiri farklı açılardan ele alınması gereken bu durumlar öncelikle bu nedenle ayrı ayrı incelenecektir.

### **Doğrudan Cinsiyet Disforisi Sonucu Geliştiği Düşünölen Psikiyatrik Bozukluklar**

Bazı hastalar sadece cinsiyet disforisine ilişkin kaygı veya duygudurum belirtileri bildirmektedir. Disforilerine yönelik tedavi sağlanırken, kaygı ve diğer ruhsal belirtilerin gerilediği gözlenir. Bu durum bir tür uyum bozukluğu olarak tariflenebilir ve uyum bozukluğunda olduğu gibi stres yaratıcı faktör kaybolunca belirtiler de çözölür. Stres ve disforiye uyum sağlamada güçlükler neden olarak gösterilebilir ve hastanın başa çıkma becerilerinin güçlendirilmesiyle de belirtilerin gerilediği görölür. Genellikle böyle psikiyatrik sorunlar daha hafif düzeylerde belirtilerle seyrederek ve muhtemelen cinsiyet disforisi stresi bağlamında doğal karşılanabilirler. Uzun süreli tedaviye ihtiyaç duyulmayan bu belirtiler sıklıkla geçiş sürecinin ilerlemesi ile çözölür.

### **Cinsiyet Disforisi ile Birlikte Olan fakat Cinsiyet Gelişimini Etkilemeyen Psikiyatrik Hastalıklar**

Bu gruptaki psikiyatrik bozukluklar genellikle daha ciddidir. Hasta genellikle geçişten önce, geçiş sırasında ve sonrasında daha yoğun tedavi gerektiren bir ruh sağlığı bozukluğu

seyri ile başvurur. Semptomlar, öncelikli olarak cinsiyet disforisi ile ilişkilendirilerek gerekçelendirilebilecek bir durumun ötesindedir; bu belirtiler cinsiyet gelişimi yörüngesini veya mevcut cinsiyet sunumunu doğrudan etkileyebilir, zorlaştırmayadabilir. Psikiyatrik ortamlarda görülen hastaların çoğu bu kategoriye girer ve tedavinin başlangıcından itibaren sürekli olarak ruhsal sağlıklarının, cinsel kimliğe dair ihtiyaçları ile birlikte kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini gerektir.

Bu özelliğe uygun psikiyatrik komorbiditelerin tedavisi natrans bireylerle genel hatlarıyla aynı olmakla birlikte trans kimliğe dair bazı hassasiyetler açısından farklılaşmaktadır. Geçişin her adımında uygulanacak müdahalelerin ne zaman güvenli olduğu, hormonların yan etkileri, depresyon, ruh hali değişiklikleri veya önceden var olan ruh sağlığı bozukluklarının nüksetmesi gibi durumların nasıl yönetileceği özellikle planlanmalıdır.

Madde kullanımı trans popülasyonlarında da yaygın olan ciddi bir konudur. Şiddetine bağlı olarak, geçiş süreci öncesinde, sonrasında ve / veya sırasında ayrı bir tedavi programı ile ele alınmalıdır. Madde kullanımında geçiş daha ayrıntılı planlanmalıdır. Cerrahi prosedürler için daha yüksek morbidite nedeni olabilecek nikotin ürünlerinin kullanımının değerlendirilmesi ve bağımlılık söz konusu olduğunda hastaya buna yönelik tedavi sunulması da önemlidir.

### **Doğrudan Cinsiyet Gelişimini Etkileyen veya Etkilediği Düşünülen Psikiyatrik Bozukluklar**

Cinsiyet ifadesini etkileyebilecek bazı teşhisler vardır. Trans gençlerde otizm spektrum bozukluklarının (OSB) daha yaygın olduğu düşünülmektedir. OSB ve cinsiyet disforisi arasındaki ilişkinin daha ayrıntılı incelenmesi gerekmektedir. Birlikte görülmeleri durumunda, geçiş planını daha iyi değerlendirmek ve yardımcı olmak ve ailelerle sorun çözmek için ruh sağlığı uzmanının OSB'ye aşina olması gerektiğinde konsültasyon istemesini gerektirebilir. Yaygın olarak görülen bir başka psikiyatrik sorun da travmadır. Cinsel travma dahil olmak üzere travma, cinsiyet gelişiminin seyrini etkileyebilir ve uyum bozukluğu ve TSSB belirtileri hastanın cinsiyet gelişimini incelemeyi zorlaştırabilir. Bu durumlarda, travmanın oldukça yaygın olduğunu ve cinsel istismarın kurbanı olmanın, cinsel azınlıklarda daha yüksek bildiriliyor olmasına rağmen, nedensel etki olmadığını bilmek önemlidir. Travma mağduru

olan trans bireylerde cinsel kimliklerini bu durumla açıklamak sıklıkla görülebildiğinden bunun terapötik süreçte ele alınması gerekebilir.

Cinsiyet disforisi olan kişilerde yeme bozukluğu varsa, herhangi bir tıbbi geçiş gerçekleşmeden önce tedavi edilmesi gerekebilir.

Nadiren görülebilecek bir başka durumsa kişide psikotik veya bilişsel bir bozukluğun sonucu olarak veya bu bozuklukların bir arada bulunması ile komplike olarak cinsiyet disforisinin görülmesidir. Bu durumda cinsiyet disforisinin başlangıcını ve bu durumun psikoz, mani veya bilişsel gerilemeden önce gelip gelmediğini belirlemek için kapsamlı bir psikiyatrik geçmiş öyküsü almak önemlidir. Durum tedavi edilebilirse, hastanın sosyal olarak desteklenmesi, ancak hasta stabil bir zihinsel duruma ulaşana kadar yeni bir biyolojik geçiş müdahalesinin başlatılmaması önerilir. Hastada bilişsel bir gerilik varsa, kişinin gerçeği değerlendirme yetisinin, yargılama yetisinin yani cinsiyeti derinlemesine anlama yeterliliğini ve yaşamının semptomlarından nasıl etkilendiğini derinlemesine incelemek önemlidir. Bunlarla birlikte kişinin semptomların kalıcılığını izlemek de gerekli bir diğer durumdur.

Yeme bozuklukları, madde kullanımı, geriatric psikiyatri, çocuk psikiyatrisi (özellikle OSB için) ve benzeri alanlarda yaşanan sorunlar ilgili alanda özelleşmiş uzmanlarla da değerlendirilebilir.

## **Ruh Sağlığı için Riskler ve Koruyucu Faktörler**

Mağduriyet yaşamak (sosyal damgalanma, ayrımcılık, transfobi, cinsel travma), transerkek olmaya göre trans kadın olma, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlere erişim güçlükleri<sup>160</sup> ve kişilerarası problemler ve sosyal desteği eksikliği, trans bireylerde özellikle depresyon ve anksiyete gibi ruh sağlığı sorunları geliştirme riskini artırmaktadır.<sup>131,160,162,163</sup> Sosyal desteğin daha iyi olması da ruh sağlığı açısından koruyucudur.

### **2.11. İntihar ve Trans Kimlik**

Ruh sağlığı sorunları sıklıkla intihar nedeni olarak bildiriliyorsa da intiharın toplumsal, ekonomik, ailevi, mesleki alanlarla ilişkisi net olarak bilinmemektedir. İntihar düşüncesi ve davranışı farklı faktörlerin beraber rol oynadığı çok etkenli bir kavram olarak değerlendirilebilir.<sup>164</sup> Araştırmalarda eşcinsel kadınların ve erkeklerin, biseksüel bireylerin,



trans bireylerin heteroseksüel ve natrans akranlarına göre daha sık olarak intihar girişiminde buldukları bilinmektedir.<sup>165</sup> Alkol, madde kötüye kullanımı, fiziksel ve cinsel istismar öyküsü, düşük sosyal destek gibi faktörler toplumda intihar girişimi için olası risk faktörleri olarak bilinmektedir ve bu nedenler LGB bireyler için de önemli faktörler olmaktadır.<sup>165</sup> Bu nedenlerin yanı sıra LGB ve transseksüel bireylerin savaşmak zorunda kaldığı ayrımcılık ve damgalanma da intihar riskini arttırabilmektedir.<sup>164</sup> İntihar istatistikleri belirtilirken cinsiyet kimliğinin de dahil edilmesi yeni başlayan bir durum olup trans bireylerin tamamlanmış intihar oranlarına dair henüz tam bilgimiz yoktur.

## **2.12. Toplumsal Cinsiyet Roller ve Trans Kimlik**

Doğumda atanmış cinsiyet insanları kadın ve erkek olarak ikili sınıflarken, toplumsal cinsiyet kavramı ise kişilerin toplumda kadın ve erkek kavramlarını algılama şeklini, sosyal olarak cinsiyetlere atfedilen rol, sorumluluk gibi bazı kalıpları anlatan kavramdır.<sup>165</sup> Cinsiyet şeması teorisine göre Bem<sup>166</sup> insanlar belirli cinsiyet özelliklerini benimsemek için genç yaştan itibaren çevresel etkiler yoluyla sosyalleşmektedir. Toplumsal öğrenme yoluyla, toplumun erkek ve dişi olarak kabul ettiği düşündüğü şey, kişinin benlik kavramına gömülür ve davranış ile benlik kavramının birbirini güçlendirdiği döngüsel bir ilişki oluşturur. Bu nedenle, erkek olmayı alkol tüketmeye eşitleyen toplumsal ipuçları ve kadın olmayı daha az içme (veya çekimser) ile ilişkilendiren ipuçları bir kişinin cinsiyet şemasına kodlanabilir. Cinsiyet rolleri, cinsiyet kimliğinin görünür olmasını sağlar.<sup>167</sup> Toplumsal bir yapılandırmacı perspektiften, toplumsal cinsiyet bir sosyal etkileşim olarak var olur ve bu nedenle toplumsal cinsiyet davranışı bir cinsiyet performansıdır.<sup>168</sup>

Toplumsal cinsiyet kalıp yargıları cinsiyet özellikleri ve cinsiyet rolleri kalıp yargıları olmak üzere iki bağlamda ele alınabilir. Toplumsal cinsiyet özellikleri toplum tarafından belirlenmiş, toplum tarafından belirlenmiş, kuşaktan kuşağa geçen kalıpyargılardır. Kadınlara daha çok duygusal, hassas, şefkatli gibi özellikler atfedilirken, erkeklerin bağımsız, baskın, güçlü gibi özelliklere sahip oldukları kabul edilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır.<sup>168</sup> Cinsiyet rolleri kalıp yargıları ise kültürün ve geleneğin kadın ve erkek olma rollerine yüklediği sorumluluklar, görevler ve davranış kalıpları olarak tanımlanmaktadır.<sup>169</sup> Toplumsal cinsiyet rollerine dair beklentiler kişinin; aile yaşamında, sosyal yaşamında, eğitim yaşamı ve meslek seçimine belirgin farklılıklar olarak yansiyabilir.

Toplumsal cinsiyet rolleri kalıpyargıları açısından geleneksel ve eşitlikçi olarak ayrılmış olup gelenekse rolde kadın ev işleriyle meşgul olan, erkekse evi geçindirme sorumluluğu olan kişi olarak tanımlanırken eşitlikçi tutumda bu roller eşit paylaşılır.<sup>170</sup>

Yurt içinde ve yurt dışında toplumsal cinsiyet rolü tutumları ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere nazaran nazaran daha eşitlikçi tutum ve rollere sahip oldukları erkeklerin daha geleneksel cinsiyet rollerine sahip oldukları belirtilmiştir.<sup>171</sup>

### **2.13. Cinsel Mitler**

Cinsellik insan yaşamının dinamik bir parçası ve sağlık durumunun önemli göstergelerinden biridir. Cinsel sağlık, hem fiziksel hem de zihinsel sağlığın önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.<sup>172</sup> Cinsel sağlık sadece kişinin cinsel olarak aktif olduğu dönemle sınırlı olarak değil çocukluktan yaşlılığa kadar bütün hayatı kapsayan karmaşık bir kavram olarak ele alınmalıdır. Cinsellik ve cinsel sağlık kavramına atfedilen anlam dini kurallardan, önyargılardan, tabulardan, geleneklerden önemli ölçüde etkilenir. Abartılı, yanlış, bilimsel temele dayanmayan, yukarıda belirtilen faktörler tarafından şekillendirilen veya gerçek olarak kabul edilen, ancak cinsellik açısından gerçek olmayan inançlar cinsel mitler olarak tanımlanmaktadır.<sup>173,174</sup>

Toplumda yerleşik mitler, cinsel rollerimizle de ilişkili olarak ortaya çıkabilir. Kız ve erkek çocukların, cinsiyet rollerine göre özellikli yetiştirilmeleri cinsiyet ayrılıklarını arttırıcı olmaktadır. İkili değer yargıları ve beklentiler içinde yetiştirilmiş kadın ve erkeklerin de bu mitleri taşımaları ve bunlardan etkilenmeleri beklenen bir durumdur.<sup>173</sup> Cinsellik ile ilgili mitler cinsel işlev bozukluğuna, cinsiyet kimliğinin olumsuz gelişimine ve cinsel ilişkinin kalitesinin düşmesine neden olabilir.<sup>175</sup> Bu bağlamda cinsiyet kimliği ifadesi ve gelişimi natrans bireylere göre daha zorlu ve karmaşık olarak ilerleyen trans bireylerde var olan cinsel mitler trans bireylerin cinsel kimliklerini geliştirme sürecini daha da karmaşık hale getiriyor olabilirler.

Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğine dair olumsuz ifadeler de cinsel mitler kavramı içerisinde değerlendirilmektedir. Trans bireylerin de bu cinsel mitlerin var olduğu toplumda

yetiştiği göz önüne alındığında bunlara immün olmadığı dolayısıyla bu mitler nedeniyle ruhsal iyilik hallerinin bozuluyor olabileceği mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Trans sağlığı ele alınırken cinsel mitler çoğunlukla gözden kaçan bir konu olabilmektedir. Bu bağlamda cinsel mitlerin bireylerin cinsel sağlığını olumsuz yönde etkilemelerini önlemek için güvenilir, yeterli, bilgiye dayalı eğitimin sunulması önem kazanmaktadır.

#### **2.14. Homofobi**

Homofobi yorumundaki tutarsızlık büyük ölçüde kavramın kökeni ile bağlantılıdır. Eşcinsellik, 1960'larda Amerika Birleşik Devletleri'nde klinik olarak bir ruhsal hastalığı olarak kabul edildiğinde, o zamanlar bir psikolog ve psikanalist olan George Weinberg, ruh sağlığı profesyonellerinin eşcinsel insanlara karşı ayrımcı tutumlarını tanımlamak için homofobi terimini ortaya attı.<sup>176</sup> Weinberg, psikanalistlerin eşcinsel insanlara yönelik damgalanma tipi tutumlarını bir tür fobiden kaynaklandığını düşünerek yeni bir kavram olan homofobiyi “eşcinsellerle yakın olma korkusu” olarak tanımladı.<sup>177</sup>

Bir tanım olarak homofobi, eşcinsellerin karşılaştığı çeşitli düşmanlık ve ayrımcılık biçimlerini tanımlamak için belirli bir etiket olmadığı bir dönemde ortaya çıktı ve terim, bilimsel toplulukta hızla popülerlik kazandı. Ancak popülerite arttıkça zaman içerisinde kavramda evrime uğradı. Homofobi bugünkü anlamıyla eşcinselliğe karşı geniş bir olumsuz tutum yelpazesi için tercih edilen ifadedir.<sup>177,178</sup>

Heteroseksist ve ataerkil toplum yapısının sonucu olan homofobi, heteroseksist düşüncüyü norm kabul etmenin doğal sonuçlarından biridir. Literatürde trans bireylerin homofobi düzeylerine dair yapılmış çalışma yetersiz olup klinik gözlemler önem kazanmaktadır. Trans kimlik ve homofobinin kişinin geçiş sürecinde yaşadığı cinsel yönelim sorgulaması ve kavramlara yabancı olduğu dönemde kendisini eşcinsel olarak niteleyebilmesi nedeniyle önemli bir konudur. Bunlarla birlikte açılma dönemi öncesi aynı biyolojik cinsiyetten partnerlerin bazen trans bireyleri eşcinsel olarak tanınması nedeniyle kişilerin homofobik tutumlarının belirgin olabileği klinik gözlemler arasındadır. Açılma sürecinde kişiyle cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim kavramları konuşulurken kişinin sıklıkla reaktif olarak geliştirdiği homofobik tutumunun kaybolduğu gözlenebilir.

## 2.15. Psikiyatri ve Cinsiyet Disforisi

### 2.15.1. Psikiyatristin Rolü - Kapı Bekçiliği- 'Gate Keeping'

Gate keeping yani karşılığı olarak tanımlanabilecek kapı bekçiliği rolü trans sağlığında ruh sağlığı uzmanlarının rolü olarak tanımlanabilmektedir.<sup>6</sup> Tarihsel bir perspektiften, cinsiyet kimliği tanılarının ruhsal bozukluklar olarak sınıflandırılmasının tesadüfi olduğu vurgulanmalıdır. O dönemlerde bu durum, mevcut bilimsel kanıtlardan ziyade egemen sosyal tutumlara dayanıyor gibi görünüyor. Örneğin, o dönemlerdeki toplumsal anlatı, transeksüalizmi “cinsel sapma” olmak yerine “hormon dengesizliği” ile ilişkilendirseydi, bugünkü sonuç, transeksüalizmin ICD-10’da “Endokrin, beslenme ve metabolik hastalıklar” bölümünde yer alması olabilirdi. Aslında, konunun etiyojisi geçmişte yerleştirme kararları alındığında da bilinmiyordu ve şimdi de bilinmemektedir. Normal ve patolojik cinsiyet kimliğini ve herhangi bir cinsiyet kimliğinin gelişme biçimini ayırt etmek için bilimsel temelli bir kriter yoktur, bu durum bir bilinmeyendir ve teorik bir spekülasyon meselesi olmuştur. Mevcut bilimsel veri tabanı ampirik olarak bu tanının biyolojik olanın aksine tamamen “ruhsal” bir olgu olup olmadığı sorusuna cevap veremez.<sup>179</sup> Bir dizi çalışmada trans sunumları ruhsal nedenlerden ziyade fizyolojiktir. Ek olarak, bugün öngörülen tedavilerin çoğu (örneğin, hormonal, cerrahi, ses terapisi, epilasyon) geleneksel ruhsal sağlık tedavileri olarak yorumlanamaz. Yani, bugünün cinsiyet hoşnutsuzluğu yaklaşımları, bireyin ruhunu değiştirmek yerine bedeni ve sosyal rolünü değiştirmeyi içerir. Bu yaklaşımın öngörülebilir gelecekte değişmesini beklemek için de bir neden yoktur.

Bunlarla birlikte, cinsiyet uyumsuzluğunun bir ruhsal bozukluk olarak sınıflandırılması ve onu diğer ruhsal bozukluklardan ayırt etme ihtiyacına dayalı olarak, pek çok ülkede trans bireyler için cinsiyet geçiş hizmetlerinde psikiyatristler ve diğer ruh sağlığı profesyonellerine *kapı bekçileri* olarak hareket etmeleri için ihtiyaç duyulur. Bazı ülkelerde, geçiş yapmak isteyen trans bireylerin psikiyatristlere “doğru” trans olduklarını ve hizmetlere hak kazanmak için yeterince uzun bir süredir böyle olduklarını kanıtlamaları gerekir. Geçiş yapmak isteyen birçok kişinin ruhsal bir bozukluğu ya da ruhsal sağlık tedavisini istememesi ve kapı bekçiliği işlevi gereksiz ve külfetli bir gereklilik olarak görülebildiğinden, bu durum bazı tartışmalara yol açmıştır. Kapı bekçiliği rolünün nasıl yerine getirildiği, ruh sağlığı uzmanları ve trans

savunucu gruplar arasında ciddi bir gerilime yol açmıştır. Kapı bekçiliği rolü bazen psikiyatristlerin ve diğer ruh sağlığı uzmanlarının geçiş sürecine yapabilecekleri olumlu katkıları engellemiştir. Danışmanlık ve terapötik yaklaşımlar, bireyin cinsiyet geçişinin kişisel ve sosyal etkilerine hazırlıklı olmasına ve başa çıkmasına yardım etmede çok önemli olabilir. Bu bakımdan, ruh sağlığı profesyonellerinin rolü, organ nakli gibi, diğer karmaşık, yaşamı değiştiren tıbbi tedaviler alan bireyler için değerlendirme ve tedavinin bir parçası olarak katılımlarından temel olarak farklı değildir.<sup>180</sup>

#### 2.15.2. Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Cinsiyet Değişim Protokolü

Cinsiyet disforisi hem toplumsal, hem ruhsal hem de hukuki nedenlerle pek çok disiplini birlikte ilgilendirdiği için multidisipliner yaklaşımla ele alınması gereken bir durumdur. Dünya Profesyonel Transgender Sağlığı Derneği (World Professional Association for Transgender Health, WPATH) tarafından düzenlenen Tedavi Standartları Kılavuzu (Standards of Care, SOC) dünyada trans sağlığı konusunda temel kaynaklardan biri sayılmakta olup özellikle batılı ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak Türkiye’de sağlık sistemi içinde henüz yaygın olarak kullanılmamaktadır.<sup>21</sup> Bu konuda Türkçe kaynak sınırlılığı nedeniyle klinikler, yasalar çerçevesinde belirlenen kendi protokollerini uygulamaktadır. Ayrıca Türkçe kaynak sınırlılığı nedeniyle bu alanda klinik deneyim önemlidir. Bu bölümde Kocaeli Üniversitesi Cinsiyet Kimliği Polikliniğinde (KOÜCKP) izlenen trans bireylerin tedavi süreci ele alınarak deneyim paylaşımı yapılması amaçlanmış ve Kocaeli Üniversitesi Cinsiyet Geçiş Protokolüyle ilgili paylaşım yapılması amaçlanmıştır.

Kocaeli Üniversitesi’nin Cinsiyet Kimliği Kliniği (KOUCKK) alanında ülkedeki en önemli sevk merkezlerinden biridir. Biyolojik cinsiyetiyle ilgili hoşnutsuzluk yaşayan kişilerin değerlendirilmesi, cinsiyet değiştirme süreci sırasında fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunmasının sağlanması, ve sürecin pek çok tıp dalını beraber ilgilendirmesi nedeniyle sürecin yönetimi için interdisiplinler ve multidisipliner bir bakış açısıyla (psikiyatrist, endokrinoloji uzmanı, kadın doğum uzmanı, üroloji uzmanı, plastik cerrahi uzmanı, adli tıp uzmanı ve yakın zamanda dahil edilen bir ses uzmanı ile) hizmet vermektedir. WPATH’ın önerileri ışığında trans ve cinsiyet çeşitliliğine sahip kişilere yüksek kaliteli bakım hizmetinin daha ulaşılabilir bir şekilde sunulmasını sağlamak için KOUCKK, 2004’ten beri 18 yaşın

üzerindeki bireylere tanı ve kapsamlı tedavi (psikolojik/ psikiyatrik, hormonal ve cerrahi) hizmeti sunmaktadır. Ayrıca tıp eğitiminin de sürdüğü bir merkez olması özelliğiyle tıp eğitimi programına 1. Sınıfta Cinsel Kimlik, Cinsiyet Rolü ve Cinsel Yönelim dersi ve 5.sınıfta Cinsiyet Disforisi dersleri eklenmiştir böylelikle tıp öğrencilerinin de ilgili durumlarla ve hastalara dair bilgilenmesi amaçlanmıştır.<sup>21</sup>

### 2.15.3. Psikiyatrik Yaklaşım

Cinsiyet kimliği ve cinsiyet hoşnutsuzluğu sorunlarına ilişkin psikiyatrik uygulamalar uzun yıllardır var olmasına rağmen Türkiye’de standart bir psikiyatrik yaklaşımdan söz edilemez. Bu konuda belirli hukuki düzenlemeler olmakla birlikte standardize edilmiş bir hukuki süreç ve yasal düzenlemeler mevcut değildir. Bu nedenle bilgi ve deneyim paylaşımı hem sağlık hem hukuk alanında oldukça önemli olmaktadır.

1979’da Uluslararası Harry Benjamin Cinsiyet Hoşnutsuzluğu Birliği trans bireylere yönelik tedavi ilkelerinin yer aldığı Bakım Kılavuzunu yayımlamıştır. Bu kılavuz günümüzde Dünya Profesyonel Transgender Sağlığı Derneği Tedavi Standartları Kılavuzu (World Professional Association for Transgender Health (WPATH) Standards of Care) olarak güncellenmiştir.<sup>181,182</sup> Ruh sağlığı uzmanlarının geçiş sürecindeki görevleri şöyle özetlenebilir:<sup>181,21</sup>

1. Cinsiyet disforisi tanısını koymak ve tanı sonrası süreç ve tedavi seçenekleri konusunda kişiyi bilgilendirmek,
2. Psikiyatrik eş tanıları değerlendirmek, yönetmek ve tedavi seçenekleri sunmak,
3. Kişinin cinsiyet düzeltici tıbbi müdahalelere hazır olup olmadığını belirlemek ve sürece hazırlamak,
4. Kişi değerlendirildikten sonra uygun koşullar oluştuğunda kişiyi hormon tedavisine hazırlamak ve yönlendirmek,
5. Değerlendirmeden sonra uygun koşullar oluştuğunda kişiyi cerrahi tedaviye hazırlamak ve yönlendirmek,
6. Tedavi süreci, açılma süreci ve beklentilerle ilgili olarak kişiye ve gerekli görüldüğünde ailesine ve yakınlarına ruhsal destek vermek.

Türkiye'deki cinsiyet geçiş süreci uygulamalarında psikiyatristin süreci yöneten kişi (gatekeeping) konumunda olduğu çok disiplinli bir ekip çalışması önerilmektedir, ancak uygulamalarda bu her zaman olası olamayabilir. Uygun hukuksal başvurulardan sonra cinsiyet geçiş sürecini başlatan trans bireyler psikiyatrik, endokrinolojik ve cerrahi tedavilerini yasal olarak yaptırabilmektedir. SGK'nın 10463188/3878389 sayılı yazısına göre, sağlık kurulu raporunu izleyerek bütün tedaviler genel sağlık sigortası kapsamında karşılanmaktadır.<sup>21</sup>

KOÜTF Cinsiyet Kimliği Kliniği 2004 yılından itibaren hizmet vermeye başlamış olup bu süreçte cinsiyetinden hoşnutsuzluk, cinsiyet kimliğiyle ilişkili problemlere başvuran hastaların ruhsal değerlendirilmesi, sürecin takibi, tedavi ve rapor düzenlenmesi yapılmaktadır. Cinsiyetinden hoşnutsuzluk yakınmasıyla psikiyatriye başvuran bir kişi tanısız değerlendirme amacıyla izlem programına alınır. Psikiyatrik öykü ve aile görüşmeleri planlanır, kişi için uygun olduğu düşünülen ve ENIGI protokolü temel alınarak planlanan psikometrik değerlendirme bataryası uygulanır. Standard bir test protokolü uygulanmakla birlikte süreçte kişiye özel durumlarda ihtiyaca göre ek değerlendirmeler planlanabilir.<sup>21</sup> Kişinin izlem süreci devam ederken kadın hastalıkları ve doğum, üroloji ve endokrinoloji bölümlerine ayırıcı tanı açısından danışılır. Psikiyatrik değerlendirmede en temel konu cinsiyet değiştirme isteği olan kişinin bu isteğiyle ilişkilendirilebilecek, gerçeği değerlendirme yetisini bozan başka bir psikiyatrik bozukluğunun (psikoz, zihinsel gerilik gibi) olup olmaması ve cinsiyetinden hoşnutsuzluk belirtilerinin bu bozukluğa bağlı gelişip gelişmediğini ayırt etmektir. Bunun dışında yer alan diğer eşanılar cinsiyet düzenleme programına katılmaya engel değildir.<sup>25</sup> İzlem sürecinde cinsiyet disfori tanısı kesinleşen bireyler iki koldan devam eden bireysel ve grup psikoterapi programlarına alınırlar. Bireysel grup terapi sıklığı kişinin ihtiyacına göre belirlenir. Yine kişinin ihtiyacına göre aile görüşmeleri bu izlem sürecinde gerçekleştirilir. Grup psikoterapisi ise her ay düzenli olarak gerçekleştirilmektedir.

Geçiş sürecine başlayan kişiler hormon ve cerrahi tedavi gerekliliğinin ve uygunluğunun ayrı ayrı değerlendirildiği Cinsiyet Düzenleme Konseyi (CDK)'ne çıkarılırlar. Bu konseyler hem hormon tedavisi onayı için hem cerrahi tedavi onayı için yılda iki defa düzenlenmektedir. Bu konsey psikiyatri anabilim dalının öncülüğünde kadın doğum, üroloji, endokrinoloji, plastik cerrahi, adli tıp ve yakın zamanda ekibe katılan kulak burun boğaz hekimlerinin de

katılımıyla oluşturulmuştur. Trans bireyler, 3-12 aylık bir izleme sonrasında yeterli gerçek yaşam deneyimi olduğu düşünülüyorsa ve hormon kullanımı ile ilgili istekleri varsa ilk CDK'ne çıkarılırlar. Bu kurulda hormon kullanımının gerekliliği ve uygunluğu açısından değerlendirilen kişilere hormon kullanımının uygunluğuna yönelik rapor düzenlenir. Bu ilk rapor düzenlenmesinin ardından konsey kararıyla hormon tedavisi başlanır. Hormon tedavi onayı alan kişilerin takipleri endokrinoloji ve psikiyatri tarafından eş zamanlı olarak yürütülür. Bu süreçte kişilerle cerrahi tedavi seçenekleri ve olası sonuçlarıyla ilgili görüşmeler ve gerçek yaşam deneyimiyle ilgili problemlerin temel alındığı görüşmeler sürdürülür. Kişilerin hormon tedavisine verdiği ruhsal tepkiler değerlendirilir. On iki- yirmi dört aylık bireysel ve grup psikoterapisine ek olarak hormon tedavisi ile izlenen kişiler icerrahi tedavi için yeniden CDK'ne yönlendirilir. Konsey sonucuna göre “cinsiyet düzenleme ameliyatı kişinin ruh sağlığı açısından zorunludur” anlatımını içeren son raporları düzenlenir. Bu rapor trans bireylerin cinsiyet düzenleme ameliyatı yaptırabileceklerine dair mahkemede sunabilecekleri çok hekim imzalı bir belgedir. Bu belgenin sunulmasıyla cinsiyet düzenleme operasyonlarını da SGK kapsamında yaptırabilirler.<sup>21</sup>

2002 yılında 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu'nun 40. maddesinde yapılan düzenleme gereği cinsiyet değişimine ilişkin sağlık kurulu raporu çıkarılması için kişinin üremeden sürekli yoksunluk koşulu aranmaktaydı.<sup>183</sup> Bununla birlikte yakın bir geçmişte üremeden sürekli yoksunluk koşuluna yapılan itirazların sonucunda Anayasa Mahkemesi ilgili koşulu iptal etmiş ve 20 Mart 2018 tarihli Resmi Gazetede 2017/174 Karar Sayısıyla yayımlanmıştır. Bu konuyla ilgili ileri yasal düzenlemelerin ivedilikle yapılması gereklidir. Bu değişikliği takiben tarafımızca düzenlenen raporlar bu ibareyle ilgili de bilgi içermekte ve üremeden yoksunluk şartı açısından kişinin değerlendirilmediği bilgisini içermektedir.<sup>21</sup>

Bir trans birey cinsiyet değişikliği istediğinde hekime başvurmadan önce cinsiyet değişim davası açarak da geçiş sürecini yasal olarak başlatabilir. Bu dava ile mahkeme tarafından belirlenmiş sağlık kuruluşlarına sevk edilir.<sup>21</sup> Eğer kişi bu süreçte izlendiği klinikten takip sürecinin devam ettiğine dair bir durum bildirir raporu mahkemeye sunarsa bu kişinin mahkemece o kliniğe sevk edilmesini sağlamak için yardımcı bir belge olabilir. Kişi



kliniğimize mahkeme tarafından yönlendirilse de izlem süreci aynı şekilde ilerler ve mahkemeye ara raporları takiben son rapor iletilir.<sup>21</sup>

## **Bireysel Psikoterapi**

Bireysel psikoterapinin temel amacı “gerçek yaşam deneyimi” olarak adlandırılan ve trans bireyin geri dönüşümsüz müdahaleler öncesi arzulanan cinsiyet özelliklerinde yaşadığı sürecin izlenmesidir. Gerçek yaşam deneyimi bireyin arzuladığı cinsel kimliği ile ilgili rolü benimsemesi, bu role uygun olarak hayatını şekillendirmes ve bu kimliği dışarıya göstermesi süreçlerini kapsar. Böylelikle kişinin kararı, istenilen cinsiyette yaşama kapasitesi ve sosyal, ekonomik, psikolojik desteklerin yeterli olup olmadığı değişimden önce test edilebilmiş olunur.<sup>182</sup> WPATH son kılavuzunda bu süreci sadece cerrahi tedavi için şart kabul edip hormon tedavisi öncesi bir zorunluluk olmaktan çıkarmışsa da kliniğimizde bu süreç hem hormon tedavisi hem de cerrahi müdahaleler öncesi zorunludur.

Bireysel psikoterapinin diğer hedefleri de tanının netleştirilerek geçiş sürecinin ve açılma sürecinin sağlıklı devam etmesi, geçiş süreci ve sonrasında beklenenin gözden geçirilmesi, kişinin karşılaşılabileceği potansiyel problemlerle baş etme becerilerinin güçlendirilmesi, aile ilişkilerinin desteklenmesi, ailenin bilgilendirilmesi, eğitim hayatı, işe girme süreçleri ve iş hayatıyla ilgili olarak kişinin desteklenmesidir.<sup>160,184</sup>

## **Grup Psikoterapisi**

Kliniğimizde izlenen ve uygun olduğu düşünülen tüm trans bireyler aylık olarak yapılan trans destek gruplarına yönlendirilir.<sup>21</sup> Grup tedavisine uygun ya da henüz hazır olmayan bireyler ise bireysel terapilere devam ederler. Kliniğimizde ayrıca trans geçiş sürecinde olan bireylerin ailelerine yönelik psikoeğitimin verildiği düzenli “aile bilgilendirme ve destek toplantıları” yapılmaktadır.

Seanslarda cinsiyet ifadeleri ve kavramlar, hormon tedavisi ve cerrahi tedaviye bağlı olası sağlık sorunları, homofobi/transfobi ve ayrımcılık, açılma süreci, reşit olmayan aile bireyelerine cinsiyet disforisini anlatmak, aile, arkadaşlık ilişkileri, cinsel hayat ve cinsel yolla bulaşan

enfeksiyonlar, iş ve eğitim hayatında yaşanan problemler, yasal süreçler ve haklar, sağlıkta ayrımcılık, üreme yetisinin korunmasıyla ilgili alternatifler (yumurta, sperm dondurma, taşıyıcı annelik vb.) ele alınmaktadır. Bazı seanslara bu konuda çalışan avukat, cerrah, halk sağlığı uzmanı, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyoneller de bilgilendirme amacıyla davet edilmektedir.<sup>21</sup>

Özetle bireysel ve grup psikoterapisi kişinin gerçek yaşam deneyimi süresince desteklenmesini ve trans bireyin yeni cinsiyet rolüyle ilgili çalışılması ve kişinin sosyal desteğine yaptığı katkı anlamında oldukça önemli bir destekleyici işlevi görebilmektedir. Grup terapisi, geçiş sürecinin herhangi bir aşamasındaki trans bireylere ek olarak, henüz geçiş sürecine başlamamış kişilere de fayda sağlayabailir. Ayrıca geçiş sürecinin erken dönemlerinde trans bireyin nasıl ilerleyeceğini anlaması için yol gösterici olabileceği gibi ayırıcı tanı açısından da hekime yardımcı olabilir.<sup>21</sup> Bireysel terapiden farklı olarak grup terapisi deneyim paylaşımı, başkalarıyla haberleşme, hikayelerini güvenli bir ortamda paylaşma, akran desteği almanın yanı sıra grup üyeleri ve terapistten geri bildirim alınmasına olanak sağlar.<sup>21</sup>

### 2.15.3. Endokrin Yaklaşım

Kliniğimizde izlenen bir trans bireyin endokrin tedavisine başlaması için:

1. Cinsiyet disforisi öyküsünün iyi dokümanite edilmesi
2. En az 6 aylık gerçek yaşam deneyiminin olması
3. Tedaviye istekli olması ve tedavi konusunda karar verme kapasitesine sahip olması
4. Reşit olması
5. Önemli ruhsal veya medikal problemler mevcutsa bunların yeterli düzeyde kontrol ediliyor olması gereklidir.<sup>21</sup>

### **Östrojen kullanan E→K transseksüel bireylerin takibi**

1. İlk yıl 2-3 ayda bir, sonra yılda 1-2 kez feminizasyon bulguları ve yan etki gelişimi açısından değerlendirilmektedir.

2. Testosteron ve estrodiol her 3 ayda bir ölçülmektedir;

- Serum testosteron düzeyi <55 ng/dl olmalı

- Serum estradiol düzeyi sağlıklı genç kadınlardakinden yüksek olmamalı (ideali <200 pg/dl)
- Estrogen dozu serum estrogen düzeyinin ölçümüne göre ayarlanmalıdır.

3.Spirolakton verilenlerde ilk yıl serum elektrolitleri (potasyum) 2-3 ayda bir ölçülmektedir.

4.Rutin kanser taraması (meme, kolon, prostat) yapılmaktadır.

5.Osteoporoz risk faktörü varsa kemik mineral dansitesi çekilmektedir, risk faktörü olmayanlarda ve

hormon tedavisine uyumsuz olanlarda 60 yaşında osteoporoz taraması yapılmaktadır.

### **Testosteron kullanan K→E transseksüel bireylerin takibi**

1.İlk yıl her 2-3 ayda bir, sonra yılda 1-2 kez uygun virilizasyon bulguları ve yan etki gelişimi açısından değerlendirilmektedir.

2.Her 2-3 ayda bir serum testosteronu sağlıklı erkeklerdeki düzeye gelene kadar ölçülmektedir.

- Testosteron enanthate/cypionate enjeksiyonu yapılanlarda serum testosteron düzeyi ortalarında olmalı, >700 ng/dl veya <350 ng/dl ise doz ayarlanmalıdır.
- Parenteral testosteron undecanoate uygulamasında testosteron bir sonraki enjeksiyondan hemen önce ölçülmeli
- Transdermal testosteron 1 hafta sonra herhangi bir zamanda ölçülebilir
- Oral testoteron undecanoate kullanımında, testosteron ölçümü ilacı içtikten 3-5 saat sonra yapılmalıdır
- Testosteron tedavisinin ilk 3-9 ayında total testosteron yüksek olabilir, serbest testosteron düzeyleri normaldir, bunun nedeni biyolojik kadınlarda SHBG düzeyinin yüksek olmasıdır

3.Testosteron tedavisinin ilk 6 ayında veya 6 aydır uterin kanama olmayana dek östradiol düzeyleri ölçülmelidir, serum östradiol düzeyi <50 pg/ml olmalıdır.

4.Tam kan sayımı ve karaciğer fonksiyon testleri ilk yıl her 2-3 ayda bir, sonra yılda 1-2 kez ölçülmelidir. Vücut ağırlığı, kan basıncı, lipidler, açlık glukoz düzenli olarak ölçülmektedir.

5.Osteoporoz risk faktörü varsa kemik mineral dansitesi çekilmektedir, risk faktörü olmayanlarda ve hormon tedavisine uyumsuz olanlarda 60 yaşında osteoporoz taraması yapılmaktadır.

6.Servikal doku varsa yıllık pap-smear yapılmaktadır.

7Mastektomi yapılmadıysa mamografi takibi yapılmaktadır.

8.Androjenler overlerde androjen reseptörlerini arttırarak over kanser riskini artırabileceğinden uygun takipler yapılmaktadır.

#### 2.15.4. Cerrahi Yaklaşım

Trans geçiş sürecinde cerrahi tedavi (özellikle genital cerrahi) en son ve çok iyi düşünülüp karar verilmesi gereken basamaktır. Pek çok cinsiyet disforisi olan birey sadece hormon tedavisine devam etmek isterken bazı kişiler için de cerrahi tedavi olmazsa olmazdır.<sup>21</sup>

#### **Cerrahi tedavi seçenekleri nelerdir?**

##### **Erkekten kadına (MtF) geçişte yapılabilecek cerrahi işlemler:**

1.Meme cerrahisi: Augmentasyon mammoplasti (implant/lipofilling)

2.Genital cerrahi: Penektomi, orşiektomi, vajinoplasti, klitoroplasti, vulvoplasti

3.Diğer müdahaleler: Yüz feminizasyon cerrahisi, liposuction, lipofilling, ses cerrahisi, tiroid kartilaj cerrahisi, gluteal augmentasyon (implant/ lipofilling), saç ekimi ve diğer estetik operasyonlar

##### **Kadından erkeğe (FtM) geçişte yapılabilecek cerrahi işlemler:**

1.Meme cerrahisi: Subkutanöz mastektomi

2.Genital cerrahi: Histerektomi/ovarektomi, metadioplasti/ falloplasti, vajinektomi, skrotoplasti, testis ve ereksiyon implantasyonu/ ve diğer protezler

#### **Uygun Olma Ölçütleri Nelerdir?**

WPATH her operasyon için ayrı kriterler belirlemiştir<sup>182</sup>:

1.Trans erkeklerde mastektomi ve erkek göğsü oluşturulması ve trans kadınlarda meme geliştirme implant/yağ enjeksiyonu) ölçütleri:

a)Kalıcı, iyi belgelenmiş cinsiyet disforisi öyküsü

b)Tedavi için rıza gösterme ve aydınlatılmış onam vermede yeterli kapasitede olma

c)Reşit olma

d)Eğer önemli tıbbi veya ruhsal sağlık sorunları varsa bunların yeterli derecede kontrol altında olması

Trans erkeklerin meme cerrahisi öncesi hormon tedavisi şartı yoktur. Trans kadınlarda kesin bir şart olmamakla beraber daha iyi cerrahi sonuç elde etmek için 12 ay boyunca hormon tedavisi almış olmaları önerilmektedir.

2.Trans erkeklerde histerektomi ve ooferektomi ile trans kadınlarda orşiektomi ölçütleri:

a)Kalıcı, iyi belgelenmiş cinsiyet disforisi öyküsü

b)Tedavi için rıza gösterme ve aydınlatılmış onam vermede yeterli kapasitede olma

c)Reşit olma

d)Eğer önemli tıbbi veya ruhsal sağlık sorunları varsa bunların yeterli derecede kontrol altında olması

e)Kişinin arzuladığı cinsiyete uygun şekilde 12 ardışık ay hormon tedavisi almış olması (tıbbi bir kontrendikasyonun veya kullanımını engelleyen başka bir durumun olması ile hormon kullanımını reddetmesi durumları dışında)

Hormon tedavisi şartında amaç bir süreliğine geri dönüşümlü şekilde östrojen veya testosteron baskılanması deneyimledikten sonra geri dönüşümsüz müdahalelerin gerçekleşmesini sağlamaktır.

3.Trans erkekler için metodioplasti veya falloplastı, trans kadınlar için vajinoplastı ölçütleri:

a)Kalıcı, iyi belgelenmiş cinsiyet disforisi öyküsü

b)Tedavi için rıza gösterme ve aydınlatılmış onam vermede yeterli kapasitede olma

c)Reşit olma

d)Eğer önemli tıbbi veya ruhsal sağlık sorunları varsa bunların yeterli derecede kontrol altında olması (psikotik bir süreç söz konusuysa cerrahi uygulanması önerilmemektedir)

e)Kişinin arzuladığı cinsiyete uygun şekilde 12 ardışık ay hormon tedavisi almış olması (tıbbi bir kontrendikasyonun veya kullanımını engelleyen başka bir durumun olması ile hormon kullanımını reddetmesi durumları dışında)

f) 12 ardışık ay cinsiyet kimliği ile uyumlu cinsiyet rolünde yaşamış olması

WPATH bütün bu süreçler için, zorunlu bir şart olmamakla beraber, düzenli psikiyatrik takibin devam etmesini de önermektedir.<sup>182</sup> Kocaeli Üniversitesi kliniklerinde yapılan bütün cerrahi operasyonlar içinse düzenli psikiyatri takibi sonucu Cinsiyet Düzenleme Konseyi

tarafından verilmiş rapor onayı aranmaktadır.<sup>21</sup> Ayrıca kliniğimizde kulak burun boğaz uzmanı tarafından yapılan ses değerlendirmesi, terapisi ve cerrahisi yapılmaktadır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Örneklem**

Çalışma Kocaeli Üniversitesi psikiyatri polikliniğine başvuran cinsiyet hoşnutsuzluğu olan bireylerin sağlık kurulu dosyalarının geriye dönük taranmasıyla gerçekleştirilmiştir. Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri Kliniği 2004 yılından beri cinsiyet hoşnutsuzluğu olan bireyler bireysel ve grup terapileri ile birlikte izlenmektedir. Trans geçiş sürecine başlayan bireyler en az 6 ay süreyle hormon onay kurulu ve takiben en az 1 sene süreyle cerrahi onay kurulu olmak üzere iki farklı kurul süreci ile izlenmektedir. Kişiler bu iki cinsiyet geçiş kurulunu tamamlayana kadar ortalama en az 18 ay süreyle aylık görüşmeler bireysel ve grup tedavi süreciyle izlenmektedir. Bu çalışmada hormon tedavisine henüz başlamamış ve hormon tedavisine başlayarak cerrahi cinsiyet düzenleme konseyi aşamasında olan iki grup kişilerden izlem sürecinde elde edilmiş olan veriler değerlendirilecektir. Çalışmaya katılan hiçbir trans birey cerrahi geçiş sürecini tamamlamamıştır. Aşağıda sözü geçen ölçekler trans bireyler ile yapılan rutin psikososyal değerlendirme görüşmelerinde terapötik sürecin izlemi için hali hazırda verilmekte ve dosyalarına kaydedilmektedir. Bu çalışmanın trans geçiş sürecine alınan kişilerin dosya bilgilerinin geriye dönük taranmasıyla oluşturulmuştur. Bu çalışmada Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği, SCID I, Cinsel Mitleri Değerlendirme Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Hudson ve Ricketts Homofobi Ölçeği, Dini Yönelim Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form, Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği uygulanmıştır.

Çalışma için Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Proje Numarası: KÜ GOKAEK 2020/7.14 2020/113 ) onay alınmasıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. DSM-5 tanı ölçütlerine göre Cinsel Kimliğinden Yakınma (Hoşnut Olmama) tanı kriterlerini karşılayan kişiler

2. 18-70 yaş arasında olan katılımcılar dahil edilecektir.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

1. Kişinin zeka geriliğinin olması
2. Konuşma ve anlamayı engelleyecek düzeyde dil sorununun olması
3. İşitme engeli olması
4. Görme engeli olması

### **3.2. Veri Toplama Araçları**

#### **3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu:**

Form katılımcılar hakkında gerekli bilgiyi sağlamak üzere şekillendirilmiş ve araştırmacı tarafından düzenlenmiştir. Formda sosyodemografik verileri edinmeye yönelik sorular, aile tutumuna dair sorular, kişilerin yaşadığı disforilerine dair değerlendirme soruları, cinsel hayat özelliklerine dair değerlendirme soruları, cinsiyet geçiş sürecine dair sorular ve psikiyatrik tedavi ve şikayet öyküsüne dair sorular bulunmaktadır. Form örneği ekler bölümünde yer almaktadır.

#### **3.2.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):**

Beck Depresyon Ölçeği depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtileri ölçmek üzere sıklıkla kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçeğin iki formu olup ikisi de Beck tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin 1961 formunun Türkçe uyarlaması Tegin, 1978 formunun Türkçe uyarlaması Hisli tarafından yapılmıştır.<sup>185,185</sup> Ölçek yirmi bir sorudan oluşmaktadır. Her bir madde, depresyonla ilişkili belirtileri sorgulayan azdan çoğa doğru derecelendirilmiş cümlelerden oluşmaktadır ve 0 ile 3 arasında bir puan almaktadır ve toplam puanı 0-63 arasında değişebilmektedir. Yüksek puanlar depresyonun şiddetinin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, belirtilerin derecesini objektif olarak sayılara dökmektir.<sup>185</sup> Depresyon şiddeti önceden belirlenmiş kesim noktalarına göre 4 gruba ayrılmıştır: 0-9 puan arası “minimal depresyon”, 0-16 puan arası “hafif düzeyde depresyon”, 17-29 puan arası “orta düzeyde depresyon”, 30-63 puan arası “şiddetli depresyon” göstergesidir.<sup>187</sup>

Hisli'nin üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ölçeğin Cronbach's alpha güvenilirlik katsayısı .80 ve iki yarım güvenilirliği .74 olarak bulunmuştur.<sup>185</sup> Form örneği ekler bölümünde yer almaktadır.

### 3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):

Kaygı şiddetini ölçmek için geliştirilen bu ölçek 1988'de Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından geliştirilmiştir. Ölçek toplamda 21 maddeden oluşmuş olup likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde semptom hiç yok, hafif düzeyde, orta düzeyde, ciddi düzeyde var şeklinde değerlendirilir. Alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın artması daha şiddetli kaygı düzeyine işaret eder. Ölçeğin Türkçe'ye çevirilmesi Doç. Dr. Nesrin Şahin tarafından yapılmıştır. Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını ise Dr. Mustafa Ulusoy yapmıştır.<sup>188</sup>

### 3.2.4. Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği (UCDÖ):

Cinsiyet disforisini ölçen bir ölçektir. Türkçeye uyarlaması tarafımızca yapılmaktadır. Biyolojik cinsiyeti kadın ve erkek olanlar için iki farklı formu bulunmaktadır.<sup>189</sup> Cinsiyet disforisi düzeyini belirleyen 12 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek (0) "Kesinlikle katılmıyorum", (1) "Nadiren katılıyorum", (2) "Bazen katılıyorum", (3) "Çoğunlukla katılıyorum", (5) "Tamamen katılıyorum" şeklinde 1'den 5'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Kadından erkeğe versiyonunda Madde 1, 2, 4-6 ve 10-12, 5'ten 1'e puanlanacak; madde 3 ve 7-9 1'den 5'e puanlanırken, erkekte kadına versiyonunda bütün maddeler 1'den 5'e puanlanır. Ölçekten en az 12, en fazla 60 puan alınabilmektedir. Daha yüksek puanlar daha güçlü disforiye işaret etmektedir.<sup>190</sup> Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması tarafımızca devam etmektedir.

### 3.2.5. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I):

SCID-I, DSM-IV Eksen I tanılarının değerlendirilmesi için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Sistematik ve yapılandırılmış bir ölçekle kişilerin değerlendirilmesini sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırır. Ölçek böylelikle tanılarının geçerliliğinin artırılmasını, standardize bir tanı koyma aracıyla belirtilerin sistematik değerlendirilmesi için oluşturulmuştur.



### 3.2.6. Cinsel Mitleri Ölçeği (CMÖ):

Cinsel Mitler Ölçeği, Gölbaşı, Evcili, Eroğlu ve Bircan<sup>191</sup> tarafından bireylerin cinsel mitlere sahip olma durumlarını belirlemeye yönelik geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek beşli Likert tipi sorulardan oluşur. Ölçeğin 28 maddesi ve 8 alt boyutu bulunmaktadır.

Bu alt boyutlar ve ilişkili sorular aşağıda belirtilmiştir:

Cinsel Yönelim (1,2,3,4,5,6),

Toplumsal Cinsiyet ( 7,8,9,10,11),

Yaş ve Cinsellik (12,13,14,15),

Cinsel Davranış (16,17,18),

Masturbasyon (19,20),

Cinsel Şiddet (21,22,23,24),

Cinsel İlişki (25,26),

Cinsel Memnuniyet (27,28).

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 28, en yüksek puan 140'dır. Alınan puanın artması daha yüksek mitlere sahip olma durumunu gösterdiği kabul edilir.<sup>191</sup>

### 3.2.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ):

Ölçek 1988'de Zimmet ve arkadaşları<sup>192</sup> tarafından geliştirilmiştir. Bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olup. Ölçeğin Türkçe versiyonunun ilk geçerlilik güvenilirlik çalışması 1995 yılında Eker ve Arkar<sup>193</sup> tarafından ikinci gözden geçirilmiş geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Eker ve arkadaşları<sup>194</sup> tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 12 madde içermektedir ve ölçek her maddenin 'kesinlikle hayır' ile 'kesinlikle evet' arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan) olarak puanlandığı Likert tipi bir ölçektir. Ölçek aile, arkadaş ve özel bir insan olarak belirlenmiş üç alandaki algılanan sosyal desteği göstermektedir. Özel insan tanımının Türkçede pek çok farklı anlamı karşılayabilmesi

nedeniyle kültürel olarak yaygın kullanılmamasının hesaplamalarda dikkate alınması gerektiği çalışmacılarca vurgulanmıştır.<sup>194</sup>

### 3.2.8. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-BREF-TR):

WHOQOL-BREF kişinin algıladığı yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçek olup Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir.<sup>195</sup> WHOQOL-BREF, yirmi soru, dört alandan oluşur. Bu alanlar Fiziksel, Ruhsal, Sosyal, Çevresel alanlara dair sorulardan oluşmakta ve bu alanlara dair iyilik halini ölçmektedir. Sorular 5'li Likert tipidir. Ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir alan maksimum 4-20 puan üzerinden skor alır. Yüzdelik skora da çevrilebilir. Yüksek puan daha iyi yaşam kalitesini ifade eder. Bu ölçeğin Türkçesinde Türkiye'ye özgü 1 ek soru daha vardır. Türkiye sürümü (27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında Çevre alan skoru çevre-TR olarak adlandırılır. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları<sup>195</sup> tarafından 1997 yılında yapılmış olup Türk toplumunda kullanıma uygun olduğu bildirilmiştir.

### 3.2.9. Hudson ve Ricketts Homofobi Ölçeği (HRHÖ):

Hudson ve Ricketts Homofobi Ölçeği, eşcinsel bireylere yönelik tutumları ölçmek amacıyla Hudson ve Ricketts<sup>196</sup> tarafından geliştirilmiş 25 maddeden oluşan bir ölçektir. Çalışmada, ölçeğin Sakallı ve Uğurlu<sup>197</sup> tarafından uyarlanan 24 maddelik Türkçe formu kullanılmıştır. Sakallı ve Uğurlu, ölçeği katılımcılara uygulamadan önce, “şehrin eşcinsellerin bulunduğu kesimlerinde rahat bir şekilde yürüyebilme” ile ilgili maddeyi, ölçeğin uygulandığı şehirde (Ankara) böyle bir bölge olmadığı için ölçekten çıkarmışlardır.<sup>197</sup> Böylece son şeklini alan ölçeğin Türkçe formu 24 madde olarak uygulanmaktadır. Ölçeğin orijinali Cronbach Alpha = .90 ve Türkçe formu ise Cronbach Alpha = .94 ile yüksek güvenilirliğe sahip bulunmuştur.<sup>196,197</sup> Ölçekte, her bir madde 1 (hiç katılmıyorum) ve 6 (çok katılıyorum) arasında derecelendirilir. Ölçekten alınan düşük skorlar düşük homofobi, yüksek skorlar, yüksek homofobi düzeyini göstermektedir. Ölçekte yer alan 5, 6, 8, 10, 11, 13, 17, 18, 23 ve 24. maddeler tersine çevrilerek hesaplanmıştır. Form örneği ekler bölümünde yer almaktadır.

### 3.2.10. Dinî Yönelim Ölçeği (DYÖ):

Kişilerin yaşamında yani düşünce, davranış ve duygularında dinin ne derecede yer aldığını tespit etmeyi amaçlayan bir ölçme aracıdır. 18 maddeden oluşturulmuştur.<sup>198</sup> Ölçekten alınabilecek en düşük puan 18 iken en yüksek puan 72'dir. Ölçekten alınan puanın 72'ye doğru artması daha yüksek dinî yönelim düzeyine işaret ederken, 18'e doğru düşmesi de azalan dinî yönelim düzeyini gösterir. Form örneği ekler bölümünde yer almaktadır.

### 3.2.11. Toplumsal Cinsiyet Roller Tutum Ölçeği (TCRTÖ):

TCRTÖ, 2008 yılında Zeyneloğlu<sup>199</sup> tarafından üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının incelenmesi için oluşturulmuştur. TCRTÖ 38 maddeden oluşur ve 5 alt boyutu vardır. Alt boyutlar Eşitlikçi Cinsiyet Rolü, Kadın Cinsiyet Rolü, Evlilikte Cinsiyet Rolü, Geleneksel Cinsiyet Rolü ve Erkek Cinsiyet Rolü'dür. Ölçek '5'li likert tipi' sorulardan oluşur. Bu ölçek, katılımcıların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutum cümlelerine; 'tamamen katılıyorum' ise 5 puan; 'katılıyorum' ise 4 puan; 'kararsızım' ise 3 puan; 'katılmıyorum' ise 2 puan; 'kesinlikle katılmıyorum' ise 1 puan olacak şekilde puanlandırılır. Toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin geleneksel tutum cümleleri ise; yukarıda belirtilen puanlamanın tam tersi ile; 'tamamen katılıyorum' ise 1 puan, 'katılıyorum' ise 2 puan, 'kararsızım' ise 3 puan, 'katılmıyorum' ise 4 puan, 'kesinlikle katılmıyorum' ise 5 puan ile puanlandırılır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 190'dır. Ölçekten elde edilen yüksek değerler bireyin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin daha eşitlikçi tutuma sahip olduğunu gösterir.

### 3.3. Verilerin Analizi

İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirildi ancak örneklem grubunun küçük olması nedeniyle karşılaştırmanın yapıldığı testlerde nonparametrik testler tercih edildi. Nümerik değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler ise frekans (yüzde) olarak verildi. Gruplar arasındaki farklılık kategorik değişkenler için Ki Kare testi, nümerik değişkenler için Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile belirlendi. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Spearman korelasyon analizleri kullanıldı. İlgilenilen ölçek puanları üzerinde etkisi olan faktörler çoklu doğrusal regresyon analizi ile belirlendi. Kategorik değişkenlerin incelenmesinde lojistik

regresyon doğrusal regresyon analizi yapıldı. İki yönlü hipotezlerin testi için  $p < 0.05$  istatistiksel anlamlılık için yeterli kabul edilirken regresyon analizlerinde bu düzey  $p < 0.10$  olarak belirlendi.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Genel Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 16 (%11,6) trans kadın ve 70 (%81,4) trans erkekten oluşan toplam 76 trans birey dahil edilmiştir. Katılımcıların toplam yaş ortalaması 26,63 ( $\pm 7,39$ ) olup trans kadınlar için bu sayı 26,25 ( $\pm 5,03$ ) iken trans erkek grubunda yaş ortalaması 26,71 ( $\pm 7,85$ ) olarak bulunmuştur. (Tablo 1) Katılımcıların tamamı bekar, aralarında daha önce evlenen yoktu. Kişinin günümüzdeki yaşı ile bir ruh sağlığı uzmanına ilk başvuru yaşı arasındaki fark ortalaması 3,44 ( $\pm 2,37$ ) olarak bulundu. Katılımcıların arzuladıkları cinsiyete dair kıyafet seçimlerinin başladığı ortalama yaş ise kişilerin başvurularından çok daha erken olup 12,32 ( $\pm 3,94$ ) olarak bulunmuştur. Katılımcıların diğer cinsiyetten olma fantezilerinin başladığını bildirdikleri ortalama yaş ise daha da erken olup 10,48 ( $\pm 4,26$ ) olarak bulunmuştur. Verilerimiz trans kadınların trans erkeklere göre ortalama olarak birkaç yıl daha sonra başlayan belirgin kıyafet değişimi olduğunu göstermektedir. (Tablo 1) Katılımcıların yaklaşık yarısı çalışıyordu, büyük kısmı ailesiyle yaşıyordu. Katılımcıların 65'i (%75,6) arzuladıkları cinsiyete ait hormon tedavisi alıyordu. Katılımcıların hiçbirisi henüz cerrahi geçiş operasyonunu gerçekleştirmemiştir. (Tablo 2)

**Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Yaş Özellikleri (n:86)**

	Ortalama $\pm$ SS  N:86		TE Ortalama $\pm$ SS N:70	TK Ortalama $\pm$ SS N:16	p
<i>Yaş</i>					
Yaş ortalaması	26,63 ( $\pm 7,39$ )		26,71 ( $\pm 7,85$ )	26,25 ( $\pm 5,03$ )	0,738
İlk başvuru yaşı	22,58 ( $\pm 6,14$ )		22,70 ( $\pm 6,55$ )	22 ( $\pm 3,57$ )	0,605
İBGS	3,44 ( $\pm 2,37$ )		3,13 ( $\pm 2,01$ )	5 ( $\pm 3,36$ )	0,149
Belirgin kıyafet değişimi başlangıç yaşı	12,32 ( $\pm 3,94$ )		11,68 ( $\pm 3,55$ )	17,67 ( $\pm 2,88$ )	<b>0,001</b>
Diğer cinsiyetten olma fantezisinin başladığı yaş	10,48 ( $\pm 4,26$ )		10,08 ( $\pm 4,30$ )	13,67 ( $\pm 2,25$ )	0,062

TE:Trans Erkek TK: Trans Kadın, İBGS: Ruh sağlığı uzmanına ilk başvurudan itibaren geçen süre

**Tablo 2. Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Özellikler (n:86)**

	N	%
<i>Demografik Değişkenler</i>		
Eğitim Durumu		
İlkokul	0	0
Ortaokul	8	9,3
Lise	34	39,5
Üniversite	44	51,2
Çalışma Durumu		
Öğrenci	26	30,2
Çalışıyor	45	52,3
İşsiz	15	17,4
Kiminle Yaşıyor		
Aile	54	62,8
Ev arkadaşı	12	14
Partner	20	23,3
Partner (+)	56	65,1
Sigara (+)	56	65,1
Alkol (+)	26	30,2
<i>Cinsiyet Kimliğine İlişkin Değişkenler</i>		
Aile desteği (+)	57	66,3
Sosyal desteği (+)	75	86,1
Dış görünüm arzulanan cinsiyetle uyumlu (+)	72	83,7
Hormon kullanımı (+)	65	75,6
<i>Ruh Sağlığına İlişkin Değişkenler</i>		
Psikiyatrik ek tanı varlığı	32	37,2
Psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü	30	34,9
İntihara İlişkin Değişkenler		
İntihar girişimi düşüncesi	54	62,8
İntihar girişimi öyküsü	33	38,4

## 4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Cinsiyet Kimliklerine Göre İncelenmesi

Katılımcılar cinsiyet değişkeni açısından gruplanarak sosyodemografik veriler tekrar değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilen trans erkekler ve trans kadınların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (p:0,001). Trans kadın katılımcılarda işsizlik oranı trans erkek katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p:0,001). Trans erkek katılımcıların %68,6'sı (n:48) ailesiyle, %8,6'sı (n:6) ev arkadaşıyla, %22,9'u (n:16) partneriyle yaşıyordu. Trans kadın katılımcıların %37,5'i (n:6) ailesiyle, %37,5'i (n:6) ev arkadaşıyla, %25'i (n:4) partneriyle yaşıyordu. Trans erkek katılımcılardan %67,1'inin (n:47) partneri varken trans kadınlar için bu oran %56,3 (n:9) olarak gözlemlendi. Bu oranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p:0,409). Trans erkek katılımcılardan %71,4'ü (n:50) sigara, %28,6'sı (n:20) alkol kullanırken trans kadınlar için bu oran hem sigara hem alkol için %37,5 (n:6) olarak gözlemlendi. Bu oranlar sigara için istatistiksel olarak trans erkeklerde anlamlı düzeyde yüksekken (p:0,001) alkol için istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p:0,483). Kendi beyanlarına göre trans erkek katılımcıların %71,4'ü (n:50) aile desteği, %97,1'i (n:68) sosyal desteği olduğunu bildirirken trans kadınlar için bu oran hem aile desteği için hem sosyal destek için %43,8 (n:7) olarak gözlemlendi. Her iki oran trans erkeklerde trans kadınlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Trans erkek katılımcılardan %91,4'ü (n:64) arzuladığı cinsiyete uygun giyindiğini belirtmişken, trans kadınlar için bu oran %50 (n:8) olarak gözlemlendi. Bu oran trans erkeklerde trans kadınlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p:0,001). Trans erkek katılımcıların %72,9'u (n:51) arzuladığı cinsiyete ait hormon kullanıyordu. Trans kadın katılımcıların %87,5'i (n:14) arzuladığı cinsiyete ait hormon kullanıyordu. Trans erkek katılımcıların %40'ında (n:28) psikiyatrik komorbidite ve ilaç kullanımı bildirilmiştir. Trans kadın katılımcıların %25'inde (n:4) psikiyatrik komorbidite olup psikotrop ilaç kullanma sıklığı 12,5% (n:2) olarak bildirilmiştir. İlaç kullanım sıklığı trans erkeklerde anlamlı düzeyde yüksekken (p:0,037), intihar düşüncesi öyküsü (p:0,549) ve intihar girişimi öyküsü (p:0,937) için iki grup arasında anlamlı farklılık gözlemlenmedi. (Tablo 3)

**Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Cinsiyet Kimliklerine göre İncelenmesi**

	Trans Erkek N:70 (%)	Trans Kadın N:16 (%)	p*
<i>Sosyodemografik Değişkenler</i>			
Eğitim Durumu			
İlkokul	0 (%0)	0 (%0)	<b>0,009</b>
Ortaokul	4 (%5,7)	4(%25)	
Lise	32 (%45,7)	2 (%12,5)	
Üniversite	34 (%48,6)	10(%62,5)	
Çalışma Durumu			
Öğrenci	22 (%31,4)	4(%25)	<b>0,001</b>
Çalışıyor	41(%58,6)	4(%25)	
İşsiz	7(%10)	8(%50)	
Kiminle Yaşıyor			
Aile	48 (%68,6)	6 (%37,5)	<b>0,007</b>
Ev arkadaşı	6 (%8,6)	6 (%37,5)	
Partner	16 (%22,9)	4 (%25)	
Partner (+)	47 (%67,1)	9 (%56,3)	0,409
Sigara (+)	50 (%71,4)	6 (%37,5)	<b>0,001</b>
Alkol (+)	20 (%28,6)	6 (%37,5)	<b>0,483</b>
<i>Cinsiyet Kimliğine İlişkin Değişkenler</i>			
Aile desteği (+)	50 (%71,4)	7 (%43,8)	<b>0,035</b>
Sosyal destek (+)	68 (%97,1)	7 (%43,8)	<b>0,001</b>
Dış görünüm arzulan cinsiyetle uyumlu (+)	64 (%91,4)	8 (%50)	<b>0,001</b>
Hormon kullanımı (+)	51 (%72,9)	14(%87,5)	0,219
<i>Ruh Sağlığına İlişkin Değişkenler</i>			
Psikiyatrik ek tanı (+)	28 (%40)	4(%25)	0,263
Psikiyatrik ilaç kullanımı (+)	28 (%40)	2 (%12,5)	<b>0,037</b>
<i>İntihara İlişkin Değişkenler</i>			
İntihar girişimi düşüncesi (+)	45 (%64,2)	9(%56,25)	0,549
İntihar girişimi öyküsü (+)	27 (%38,6)	6(%37,5)	0,937

\*:Ki Kare test sonucu



### 4.3. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanları

Katılımcıların ÇBSDÖ toplam ve alt ölçek puanları hesaplanmıştır. Ortalama ÇBSDÖ Aile alt ölçeği puanı  $19,86 \pm 7,37$ , ÇBSDÖ Arkadaş alt ölçeği puanı  $22,88 \pm 5,60$ , ÇBSDÖ Aile alt ölçeği puanı  $19,77 \pm 7,50$  ve toplam ÇBSDÖ puanı  $62,51 \pm 16,07$  olarak gözlenmiştir.

WHOQOL-BREF-TR ölçeği alt ölçek puanları hesaplanırken her bir alt ölçek için 4-20 arası puan skorlaması yapılmıştır. Buna göre ortalama WHOQOL-BREF-TR Fiziksel alt ölçek puanı  $15,27 \pm 2,66$ , Ruhsal alt ölçek puanı  $12,14 \pm 2,97$ , Sosyal alt ölçek puanı  $13,40 \pm 2,86$ , Çevresel alt ölçek puanı  $14,05 \pm 2,32$  ve son olarak Türkçe versiyonuna göre düzenlenmiş çevresel alt ölçek puanı  $13,60 \pm 1,99$  olarak gözlenmiştir.

Katılımcıların TCRTÖ toplam ve alt ölçek puanları hesaplanmıştır. Ortalama TCRTÖ Eşitlikçi alt ölçeği puanı  $38,26 \pm 2,67$ , TCRTÖ Kadın alt ölçeği puanı  $34,42 \pm 4,63$ , TCRTÖ Evlilik alt ölçeği puanı  $37,88 \pm 3,11$ , TCRTÖ Geleneksel alt ölçeği puanı  $31,93 \pm 5,80$ , TCRTÖ Erkek alt ölçeği puanı  $25,16 \pm 3,53$  ve toplam TCRTÖ puanı  $167,65 \pm 16,05$  olarak hesaplanmıştır.(Tablo 4)

**Tablo 4. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanları**

	Ortalama- SS	Aralık (Min-Max)
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b>		
Aile	19,86 ± 7,37	5-28
Arkadaş	22,88 ± 5,60	8-28
Özel	19,77 ± 7,50	4-28
TOPLAM	62,51 ± 16,07	30-84
<b>WHOQOL-BREF-TR</b>		
Fiziksel	15,27 ± 2,66	10,29-20
Ruhsal	12,14 ± 2,97	5,33-18
Sosyal	13,40 ± 2,86	6,67-18,67
Çevresel	14,05 ± 2,32	9-20
Çevresell-TR	13,60 ± 1,99	9,33-18,67
<b>Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği</b>		
Eşitlikçi	38,26 ± 2,67	27-40
Kadın	34,42 ± 4,63	20-40
Evlilik	37,88 ± 3,11	28-40
Geleneksel	31,93 ± 5,80	20-40
Erkek	25,16 ± 3,53	20-30
TOPLAM	167,65 ± 16,05	126-188
<b>Cinsel Mitler Ölçeği</b>		
Cinsel Yönelim	10,12 ± 3,95	5-22
Toplumsal Cinsiyet	10,21 ± 4,59	6-25
Yaş ve Cinsellik	9,02 ± 4,15	4-20
Cinsel Davranış	6,19 ± 3,42	3-15
Mastürbasyon	3,65 ± 1,75	2-10
Cinsel Şiddet	5,47 ± 2,61	4-16
Cinsel İlişki	6,17 ± 2,54	2-10
Cinsel Memnuniyet	5,79 ± 2,28	2-10
TOPLAM	56,60 ± 18,68	28-107
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>		
Beck Anksiyete Ölçeği	7,54 ± 7,39	0-27
Dini Yönelim Ölçeği	8,97 ± 10,13	0-39
Hudson Rickets Homofobi Ölçeği	48,65 ± 13,15	18-72
Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği	58,07 ± 21,22	26-117
Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği	58,86 ± 3,50	39-60

SS:Standard Sapma

#### **4.4. Ölçek Puanlarının Katılımcıların Cinsiyet Kimlikleri Açısından Karşılaştırılması**

Ölçek puanları normal dağılım için Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiş olup normal dağılıma uygun sonuçlar olsa da non parametrik testler kullanılmıştır. Cinsiyet kimlikleri açısından değerlendirilmek üzere iki grup arasında istatistiksel anlamlılık Mann- Whitney U testi kullanılarak kontrol edilmiştir.

ÇBASDÖ ölçeğinin Aile alt skoru iki grup için anlamlı farklılık göstermezken (p:0,138), ÇBASDÖ Arkadaş (p:0,008) ve Özel alt ölçekleri (p:0,001) ve ÇBASDÖ toplam skoru (p:0,001) trans erkek ve trans kadınlarda anlamlı düzeyde farklılık göstermekteydi. Bu bilgiler ışığında trans erkeklerde trans kadınlara göre belirgin düzeyde yüksek arkadaş ve partner desteği algılandığı ve algılanan toplam sosyal desteğin trans erkeklerde anlamlı düzeyde yüksek olduğu söylenebilir.

WHOQOL-BREF-TR ölçeği alt skorlarının ortalaması her ne kadar trans erkeklerde trans kadınlara göre yüksek gözlenmişse de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamıştır.

TCRTO toplam ve alt skorları trans erkek ve trans kadın olma açısından kıyaslandığında toplam puanda ve eşitlik, kadın, evlilik ve gelenek alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmezken erkek alt ölçeğinde iki grup arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür (p:0,041). Buna göre trans kadınların toplumsal cinsiyet rolü bağlamında erkek rolüne trans erkeklere göre daha geleneksel yaklaştığı söylenebilir.

CMÖ toplam ve alt skorları değerlendirildiğinde yalnızca mastürbasyon alt skoru açısından iki grup arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Trans erkeklerin mastürbasyona ilişkin cinsel mitlerinin daha fazla olduğu gözlenmiştir (p:0,013).

Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı trans kadınlarda trans erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek gözlenmiştir (p:0,032). Utrecht Ölçekleri toplam skorları kadın ve erkeklerde farklı versiyonlar kullanıldığı için karşılaştırmaya dahil edilmemiştir. HRHÖ toplam puanı trans erkeklerde trans kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p:0,035). (Tablo 5)

**Tablo 5. Ölçek Puanlarının Katılımcıların Cinsiyet Kimlikleri Açısından Karşılaştırılması**

	TE (n:70) Ortalama-SS	TK (n:16) Ortalama-SS	p*
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek</b>			
Aile	20,46 ± 7,24	17,25 ± 7,59	0,138
Arkadaş	23,54 ± 5,49	20,0 ± 5,14	<b>0,008</b>
Özel	21,26 ± 7,07	13,25 ± 5,74	<b>0,001</b>
TOPLAM	65,26± 15,63	50,5 ± 12,3	<b>0,001</b>
<b>WHOQOL-BREF-TR</b>			
Fiziksel	15,44 ± 2,81	14,50 ± 1,77	0,141
Ruhsal	12,23 ± 3,19	11,75 ± 1,79	0,187
Sosyal	13,64 ± 2,82	12,33 ± 2,90	0,200
Çevresel	14,17 ± 2,48	13,50 ± 1,37	0,372
Çevresell-TR	13,70 ± 2,13	13,17 ± 1,15	0,410
<b>Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği</b>			
Eşitlikçi	38,49 ± 2,15	37,25 ± 4,22	0,382
Kadın	34,34 ± 3,84	34,75 ± 7,30	0,094
Evlilik	37,80 ± 2,89	38,25 ± 4,02	0,112
Geleneksel	32,11 ± 5,52	31,13 ± 7,07	0,807
Erkek	25,57 ± 3,57	23,38 ± 2,83	<b>0,041</b>
TOPLAM	168,31 ± 14,99	164,75 ± 20,78	0,641
<b>Cinsel Mitler Ölçeği</b>			
Cinsel Yönelim	10,20 ± 4,01	9,75 ± 3,79	0,653
Toplumsal Cinsiyet	10,29 ± 4,27	9,88 ± 5,97	0,237
Yaş ve Cinsellik	9,17 ± 4,34	8,38 ± 3,18	0,703
Cinsel Davranış	6,29 ± 3,43	5,75 ± 3,49	0,485
Mastürbasyon	3,86 ± 1,77	2,75 ± 1,34	<b>0,013</b>
Cinsel Şiddet	5,34 ± 2,18	6 ± 4,03	0,645
Cinsel İlişki	6,11 ± 2,65	6,38 ± 2,06	0,737
Cinsel Memnuniyet	5,83 ± 2,41	5,63 ± 1,63	0,569
TOPLAM	57,09 ± 18,57	54,50 ± 19,62	0,594
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>			
Beck Depresyon Ölçeği	6,92 ± 7,31	13,0 ± 6,20	<b>0,032</b>
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>			
Beck Anksiyete Ölçeği	8,80 ± 10,32	9,90 ± 9,34	0,469
<b>Dini Yönelim Ölçeği</b>			
Dini Yönelim Ölçeği	49,37 ± 12,32	45,50 ± 16,41	0,306
<b>Hudson Rickets Homofobi Ölçeği</b>			
Hudson Rickets Homofobi Ölçeği	57,77 ± 20,32	48,63 ± 24,09	<b>0,035</b>
<b>Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği</b>			
Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği	58,60 ± 3,84	60,0 ± 0	-

\*: Mann Whitney U Test Sonucu, TE:Trans Erkek TK: Trans Kadın

#### 4.5. Hormon Tedavisi Alan Ve Almayan Grupların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

ÇBASDÖ ölçeğinin Özel ve Arkadaş alt skoru iki grup için anlamlı farklılık göstermezken, ÇBASDÖ Aile alt ölçeği (p:0,006) ve ÇBASDÖ toplam skoru (p:0,024) hormon kullanan ve kullanmayan bireylerde anlamlı düzeyde farklılık göstermekteydi. WHOQOL-BREF-TR ölçeği alt skorlarının tamamına hormon tedavisi görmeyen olumlu bir etkisi olduğu gözlenmiştir (p:0,001). DYÖ VE HRHÖ toplam skorları açısından hormon tedavisi gören ve görmeyen bireylerde anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları hormon tedavisi görmeyen bireylerde görenlere göre anlamlı olarak daha yüksek gözlenmiştir (p:0,001). (Tablo 6)

**Tablo 6. Hormon Tedavisi Alan ve Almayan Grupların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Hormon Tedavisi Alan (N:65)	Hormon Tedavisi Almayan (N:21)	p*
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek</b>			
Aile	20,98 ± 7,33	16,38 ± 6,48	<b>0,006</b>
Arkadaş	23,12 ± 5,90	22,14 ± 4,43	0,225
Özel	20,40 ± 7,69	17,81 ± 6,63	0,107
TOPLAM	64,51 ± 16,63	56,33 ± 12,64	<b>0,024</b>
<b>WHOQOL-BREF-TR</b>			
Fiziksel	16,06 ± 2,35	12,82 ± 2,03	<b>0,001</b>
Ruhsal	13,13 ± 2,42	9,08 ± 2,43	<b>0,001</b>
Sosyal	14,11 ± 2,58	11,17 ± 2,58	<b>0,001</b>
Çevresel	14,52 ± 2,17	12,57 ± 2,17	<b>0,001</b>
Çevresell-TR	13,95 ± 1,90	12,53 ± 1,93	<b>0,001</b>
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>			
Beck Anksiyete Ölçeği	5,24 ± 5,62	13,24 ± 8,30	<b>0,001</b>
	5,00 ± 5,66	20,05 ± 11,65	<b>0,001</b>

\*: Mann Whitney U Test Sonucu

#### **4.6. WHOQOL-BREF-TR Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Ve Alt Ölçek Puanlarının, Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği, Cinsel Mitler Ölçeği, Beck, Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Hudson Ve Rickets Homofobi Ölçeği, Dini Yönelim Ölçeği Toplam Puanlarının, Trans Bireyin Kendisinin Ve Ailesinin Eğitim Süreleri Ve İBGS ile Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları**

WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleri birbiriyle pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki içerisindedir. WHOQOL-BREF-TR Fiziksel alt ölçeği ÇBASDÖ Aile alt ölçeği ve ÇBASDÖ Toplam skoruyla pozitif yönde anlamlı ilişki içerisindedir. WHOQOL-BREF-TR Ruhsal ve Sosyal alt ölçekleriyse ÇBASDÖ alt ölçeklerinin tamamı ve toplam ÇBASDÖ skoruyla pozitif yönde anlamlı ilişki içerisindedir.

TCRTÖ tabloda verilmiş ölçeklerden yalnızca DYÖ ile negatif yönde anlamlı bir ilişki gösterirken, DYÖ aynı zamanda CMÖ ve HRHÖ ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki içerisindedir. Yani dindarlığın artmasının cinsel mitleri ve homofobiyi artırdığı söylenebilirken, toplumsal cinsiyet rollerinde daha geleneksel tutumlarla da ilişkili olduğu gözlenmiştir.

BDÖ VE BAÖ toplam puanlarının ilişkileri incelendiğinde ÇBASDÖ alt ölçeklerinin tamamı ve toplam ÇBASDÖ skoruyla negatif korelasyonu olduğu yani sosyal desteğin her alanda azalmasının hem depresif hem anksiyete şikayetlerini kötüleştirdiği söylenebilir.

Kişilerin eğitim gördükleri toplam yıl sayısı ile CMÖ ve HRHÖ skorları arasında anlamlı ilişki varken, anne ve baba eğitim süreleri CMÖ toplam skorlarıyla anlamlı olarak negative ilişki içerisindedir ( $p<0,05$ ). Yani cinsel mit düzeyleri anne baba eğitim süresi arttıkça anlamlı olarak düşme eğilimi göstermektedir. Anne ve baba eğitim düzeyiyle ÇBASDÖ Aile alt ölçeği skoru arasında anlamlı ilişki yoktur. (Tablo7)

**Tablo 7: WHOQOL-BREF-TR Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Ve Alt Ölçek Puanlarının, Toplumsal Cinsiyet Roller Tutum Ölçeği, Cinsel Mitler Ölçeği, Beck, Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Hudson Ve Rickets Homofobi Ölçeği, Dini Yönelim Ölçeği Toplam Puanlarının, Trans Bireyin Kendisinin Ve Ailesinin Eğitim Süreleri ve İBGS ile Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları**

	YK-B	YK-R	YK-S	YK -ÇT	TCRTÖ	CMÖ	HRHÖ	BDÖ	BAÖ	ES	İBGS	AE	BE
Ç- Aile	<b>.354**</b>	<b>.360**</b>	<b>.188**</b>	.155	-.040	.027	.152	<b>-.425**</b>	<b>-.313**</b>	-	<b>-.271*</b>	.145	-.050
Ç- Arkadaş	.167	<b>.288**</b>	<b>.420**</b>	<b>.264*</b>	.091	.014	-.042	<b>-.336**</b>	<b>-.236*</b>	-	-	-	-
Ç-Özel	<b>.330**</b>	<b>.378**</b>	<b>.454**</b>	<b>.247*</b>	-.211	.172	<b>.260*</b>	<b>-.445**</b>	<b>-.283*</b>	-	-	-	-
Ç-T-P	<b>.395**</b>	<b>.460**</b>	<b>.464**</b>	<b>.287**</b>	-.103	.079	.135	<b>-.493**</b>	<b>-.337**</b>	-	-	-	-
DYÖ	-.003	-.128	-.160	-.178	<b>-.274*</b>	<b>.435**</b>	<b>.407**</b>	.053	-.211	-.166	.151	<b>-.237*</b>	-.020
YK-F	-	<b>.831**</b>	<b>.638**</b>	<b>.625**</b>	-.080	.133	.029	<b>-.613**</b>	<b>-.560**</b>	-	-	-	-
YK-R	-	-	<b>.708**</b>	<b>.580**</b>	.084	.009	-.034	<b>-.693**</b>	<b>-.534**</b>	-	-	-	-
YK-S	-	-	-	<b>.552**</b>	.006	.029	-.203	<b>-.519**</b>	<b>-.488**</b>	-	-	-	-
YK -ÇT	-	-	-	-	.160	-.087	-.120	<b>-.463**</b>	<b>-.345**</b>	-	-	-	-
TCRTÖ	-	-	-	-	-	<b>-.739**</b>	<b>-.403**</b>	-.370	.100	.152	-.201	.172	.200
CMÖ	-	-	-	-	-	-	<b>.492**</b>	-.099	-.185	<b>-.278*</b>	.097	<b>-.266*</b>	<b>-.256*</b>
HRHÖ	-	-	-	-	-	-	-	.929	.500	<b>-.470*</b>	<b>.276*</b>	-.091	-.165

rs : Spearman korelasyon katsayısı; \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; diğer rs için p değerleri > 0,05. Anlamlı değerler koyu gösterilmiştir. TCRTÖ: Toplumsal Cinsiyet Roller Tutum Ölçeği, CMÖ: Cinsel Mitler Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, HRHÖ: Hudson ve Rickets Homofobi Ölçeği, DYÖ: Dini Yönelim Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, WHOQOL-BREF-TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu, YK F: Fiziksel Alan-WHOQOL, YK R: Ruhsal Alan-WHOQOL, YK S: Sosyal Alan-WHOQOL, YK ÇT: Türkçe Versiyonu Çevresel Alan-WHOQOL , ES: Trans bireyin eğitim gördüğü toplam yıl, İBGS: Ruh sağlığı uzmanına ilk başvurudan itibaren geçen süre, AE: Annenin eğitim gördüğü toplam yıl, BE: Babanın eğitim gördüğü toplam yıl

#### **4.7. Trans Bireylerdeki İntihar Düşüncesi Öyküsü Ve İntihar Girişimi Öyküsünün, Cinsel Mitler Ölçeği, Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği, Hudson Rickets Homofobi Ölçeği ve Dini Yönelim Ölçeği Toplam Puanlarına Etkileri Açısından Değerlendirilmesi**

İntihar düşüncesi öyküsü olan kişiler n: 54 (%62,8) ile intihar düşüncesi öyküsü olmayan kişiler n: 32 (%37,2) CMÖ, TCRTÖ, HRHTT ölçekleri açısından kıyaslanmıştır. İntihar düşüncesi öyküsü olan kişilerde CMÖ skoru  $64,56 \pm 18,15$  olarak bulunurken bu sayı intihar düşüncesi öyküsü olmayan kişilerde  $43,19 \pm 9,86$  olarak bulunmuş olup intihar düşüncesi öyküsü olan kişilerde CMÖ skorları anlamlı olarak yüksektir (p:0,001). Yani intihar düşüncesi öyküsü olan kişilerde daha yüksek cinsel mit düzeyleri olduğu gözlenmiştir. Bu iki grup TCRTTÖ toplam puanları açısından incelenmiş intihar düşüncesi öyküsü olan kişilerde TCRTTÖ skoru  $160,70 \pm 15,94$  olarak bulunurken bu sayı intihar düşüncesi öyküsü olmayan kişilerde  $179,38 \pm 15,94$  olarak bulunmuş ve iki grubun TCRTTÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği (p:0,001) gözlenmiştir. Düşük TCRTTÖ puanlarının daha geleneksel tutumla açıklandığı göz önüne alınırsa intihar düşüncesi öyküsü olan kişilerde daha geleneksel tutum gözlendiği söylenebilir. Bu iki grup HRHÖ toplam puanları açısından incelenmiş intihar düşüncesi öyküsü olan kişilerde HRHÖ skoru  $60,04 \pm 21,35$  olarak bulunurken bu sayı intihar düşüncesi öyküsü olmayan kişilerde  $49,38 \pm 19,54$  olarak bulunmuş ve iki grubun HRHÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği (p:0,019) gözlenmiştir. Yüksek HRHÖ puanlarının daha homofobik tutumla ilişkilendirildiği göz önüne alındığında intihar düşüncesi öyküsü olan kişilerde daha homofobik tutum görüldüğü söylenebilir.

İntihar girişimi öyküsü olan kişiler n: 33 (%38,4) ile intihar girişimi öyküsü olmayan kişiler n: 53 (%61,6) CMÖ, TCRTÖ, HRHTT ölçekleri açısından kıyaslanmıştır. İntihar girişimi öyküsü olan kişilerde CMÖ skoru  $66,24 \pm 16,82$  olarak bulunurken bu sayı intihar girişimi öyküsü olmayan kişilerde  $50,60 \pm 17,34$  olarak bulunmuş olup intihar girişimi öyküsü olan kişilerde CMÖ skorları anlamlı olarak yüksektir (p:0,001). Yani intihar girişimi öyküsü olan kişilerde de daha yüksek cinsel mit düzeyleri olduğu gözlenmiştir. Bu iki grup TCRTTÖ toplam puanları açısından incelenmiş intihar girişimi öyküsü olan kişilerde TCRTTÖ skoru



158,52  $\pm$  16,44 olarak bulunurken bu sayı intihar girişimi öyküsü olmayan kişilerde 173,34  $\pm$  12,99 olarak bulunmuş ve iki grubun TCRTTÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği (p:0,001) gözlenmiştir. Düşük TCRTTÖ puanlarının daha geleneksel tutumla açıklandığı göz önüne alınırsa intihar girişimi öyküsü olan kişilerde de daha geleneksel tutum gözlendiği söylenebilir. Bu iki grup son olarak HRHÖ toplam puanları açısından incelenmiş intihar girişimi öyküsü olan kişilerde HRHÖ skoru 65,33  $\pm$  19,94 olarak bulunurken bu sayı intihar girişimi öyküsü olmayan kişilerde 50,30  $\pm$  20,08 olarak bulunmuş ve iki grubun HRHÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği (p:0,001) gözlenmiştir. Yüksek HRHÖ puanlarının artmış homofobik tutumla ilişkilendirildiği göz önüne alındığında intihar girişimi öyküsü olan kişilerde daha homofobik tutum görüldüğü söylenebilir. DYÖ puanlarına bakıldığında intihar düşüncesi öyküsü olan grupta anlamlı farklılık varken, intihar girişim öyküsü olan grupta anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Bu bilgiler ışığında toplumsal cinsiyet rollerinin cinsel mitlerin ve homofobinin kişinin intihar düşüncesi ve davranışıyla, dindarlığın artışının da intihar düşüncesinin artışıyla ilişkisi olduğu söylenebilir.,

**Tablo 8. Trans Bireylerdeki İntihar Düşüncesi Öyküsü ve İntihar Girişim Öyküsünün, Cinsel Mitler Ölçeği, Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği, Hudson Ricketts Homofobi Ölçeği ve DYÖ Toplam Puanlarına Etkileri Açısından Değerlendirilmesi**

		CMÖ	p*	TCRTTÖ	p*	HRHÖ	p*	DYÖ	p*
<b>İntihar Düşüncesi Öyküsü</b>	<b>Var</b>	64,56 ± 18,15	<b>0,001</b>	160,70 ± 15,94	<b>0,001</b>	60,04 ± 21,35	<b>0,019</b>	60,04 ± 10,45	<b>0,020</b>
	<b>Yok</b>	43,19 ± 9,86		179,38 ± 15,94		49,38 ± 19,54		49,38 ± 15,60	
<b>İntihar Girişimi Öyküsü</b>	<b>Var</b>	66,24 ± 16,82	<b>0,001</b>	158,52 ± 16,44	<b>0,001</b>	65,33 ± 19,94	<b>0,001</b>	51,72 ± 12,53	0,175
	<b>Yok</b>	50,60 ± 17,34		173,34 ± 12,99		50,30 ± 20,08		43,47 ± 13,38	

#### **4.8. İntihar Girişimi Öyküsünün Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lojistik Regresyon Analizi**

İntihar girişim öyküsü bağımlı ve kategorik değişken alınarak lojistik regresyon analizi yapıldı. Anlamlı bir regresyon modeli kuruldu (**B= 0,523, df = 1, p = 0,019**). Nagelkerke R kare değeri: 0,563 olarak bulundu. Analize Cinsel Mitler Ölçeği, Hudson ve Ricketts Homofobi Ölçeği, Dini Yönelim Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt ölçekleri ve Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği dahil edilmiştir. Cinsel Mitler Ölçeği (p:0,009), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel alt skoru (p:0,044) ve Toplumsal Cinsiyet

Rolleri Tutum Ölçeği (p:0,003) regresyon analiz modeli açısından anlamlı sonuçlanmıştır. Buna göre intihar girişim öyküsüyle CMÖ puanının yüksek olması, ÇBASDÖ Özel ve Aile alt ölçeğinin düşük olması ve TCRTÖ puanının yüksek olmasının yordayıcı olduğu söylenebilir. (Tablo 9)

**Tablo 9. İntihar Girişim Öyküsünün Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lojistik Regresyon Analizi**

Model*	B	SH	Wald	p
CMÖ	0,107	0,041	6,895	<b>0,009</b>
HRHÖ	-0,005	0,019	0,072	0,788
DYÖ	-0,020	0,036	0,307	0,580
ÇBASDÖ-Aile	-0,092	0,055	2,760	<b>0,097</b>
ÇBASDÖ-Arkadaş	0,004	0,083	0,002	0,966
ÇBASDÖ-Özel	-0,136	0,068	4,045	<b>0,044</b>
TCRTÖ	-0,180	0,061	8,717	<b>0,003</b>
Sabit	28,509	10,434	7,466	0,006

\*Anlamlı bir ikili lojistik regresyon modeli kuruldu: (B= 0,523, df= 1, p = 0,019). SH: Standard Hata, TCRTÖ: Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutum Ölçeği, CMÖ: Cinsel Mitler Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ:Beck Anksiyete Ölçeği, HRHÖ: Hudson ve Rickets Homofobi Ölçeği, DYÖ: Dini Yönelim Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

#### **4.9. Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi**

Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı bağımlı değişken alınarak çok değişkenli lineer regresyon analizi yapıldı. Analize Dini Yönelim Ölçeği, Cinsel Mitler Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt ölçekleri ve Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutum Ölçeği skorları ve cinsiyet, eğitim yılı sayısı, hormon kullanım durumu kriterleri dahil edilmiştir. Anlamlı bir regresyon modeli kurulmuş olup (F=7,089 df = 9, p = 0,001), modelin düzeltilmiş R kare değeri: 0,486 olarak bulundu. Regresyon analizi sonucuna göre Beck Depresyon Ölçeği toplam puanını yordama açısından ÇBASDÖ tüm alt skorları, cinsiyet, eğitim süresi ve hormon kullanımı anlamlı sonuçlanmıştır. (Tablo 9) Buna göre hormon tedavisi alıyor olmak,

artmış sosyal destek Beck Depresyon Ölçeği üzerinde negatif etkiliyken eğitim süresi ve trans kadın olmak pozitif yönde etki yaratmaktaydı.

**Tablo 10. Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi**

Model*	B (SH)	B	t	p
Sabit	2,590 (19,355)		0,134	0,894
DYÖ	0,050 (0,062)	0,093	0,801	0,427
CMÖ	-0,088 (0,071)	-0,233	-1,249	0,217
Hormon tedavisi	-6,151 (1,890)	-0,380	-3,254	<b>0,002</b>
ÇBASDÖ-Aile	-0,334 (0,125)	-0,336	-2,679	<b>0,010</b>
ÇBASDÖ- Arkadaş	0,275 (0,158)	0,233	1,743	<b>0,088</b>
ÇBASDÖ-Özel	-0,205 (0,113)	-0,215	-1,814	<b>0,076</b>
Cinsiyet	7,009 (2,656)	0,289	2,639	<b>0,011</b>
Eğitim Süresi	1,042 (0,463)	0,222	2,253	<b>0,029</b>
TCRTÖ	-0,030 (0,083)	-0,066	-0,364	0,717

\*Anlamlı bir doğrusal regresyon modeli kuruldu (F= 7,089, df = 9, p = 0,001). SH: Standard Hata, DYÖ: Dini Yönelim Ölçeği, CMÖ: Cinsel Mitler Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, TCRTÖ: Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği

#### 4.10. WHOQOL-BREF-TR Fiziksel Alt Ölçek Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi

WHOQOL-BREF-TR Fiziksel Alt Ölçek toplam puanı bağımlı değişken alınarak çok değişkenli lineer regresyon analizi yapıldı. Analize, BDÖ toplam skoru ÇBASDÖ alt ölçekleri skorları ve cinsiyet, eğitim yılı sayısı, partner varlığı, hormon kullanım durumu, ruh sağlığı uzmanına ilk başvurudan itibaren geçen süre kriterleri dahil edilmiştir. Anlamlı bir regresyon modeli kuruldu (F= 8,371, df = 9, p = 0,001). Modelin düzeltilmiş R kare değeri: 0,556 olarak bulundu. BDÖ skoru, cinsiyet, İBGS, ÇBASDÖ özel alt ölçek skoru, partner varlığı regresyon analiz modeli açısından  $p < 0,100$  düzeyinde anlamlı sonuçlanmıştır. BDÖ skor artışı ve İBGS artışı negatif yordayıcı, ÇBASDÖ Özel alt ölçeği pozitif yordayıcı özelliktedir. Partner varlığı trans erkek olmak, hormon tedavisi kullanıyor olmak fiziksel yaşam kalitesine olumlu yordayıcı özelliktedir. (Tablo 11)

**Tablo 11. WHOQOL-BREF-TR Fiziksel Alt Ölçek Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi**

Model*	B (SH)	B	t	P
Sabit	19,489 (3,106)		6,275	0,001
Hormon tedavisi	1,349 (0,841)	0,221	1,603	0,116
BDÖ	-0,122 (0,051)	-0,339	-2,382	<b>0,022</b>
Cinsiyet	1,864 (0,983)	0,219	1,896	<b>0,065</b>
İBGS	-0,328 (0,138)	-0,243	-2,383	<b>0,022</b>
ÇBASDÖ-Aile	-0,010 (0,045)	-0,029	-0,232	0,817
ÇBASDÖ-Arkadaş	-0,068 (0,061)	-0,159	-1,101	0,277
ÇBASDÖ-Özel	0,077 (0,043)	0,224	1,794	<b>0,080</b>
Partner	-1,520 (0,699)	-0,276	-2,175	<b>0,035</b>
Eğitim Süresi	-0,196 (0,175)	-0,115	-1,119	0,269

\*Anlamlı bir doğrusal regresyon modeli kuruldu ( $F= 8,371$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,001$ ).  $p<0,100$  anlamlı kabul edildi. SH: Standard Hata, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, İBGS: Ruh sağlığı uzmanına ilk başvurudan itibaren geçen süre ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

#### **4.11. WHOQOL-BREF-TR Ruhsal Alt Ölçek Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi**

WHOQOL-BREF-TR Ruhsal Alt Ölçek toplam puanı bağımlı değişken alınarak çok değişkenli lineer regresyon analizi yapıldı. Analize, BDÖ toplam skoru ÇBASDÖ alt ölçekleri skorları ve cinsiyet, eğitim yılı sayısı, partner varlığı, hormon kullanım durumu, ruh sağlığı uzmanına ilk başvurudan itibaren geçen süre kriterleri dahil edilmiştir. Anlamlı bir regresyon modeli kuruldu ( $F= 19,502$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,001$ ). Modelin düzeltilmiş R kare değeri: 0,759 olarak bulundu. Hormon kullanım durumu, BDÖ skoru, İBGS, ÇBASDÖ özel alt ölçek skoru, partner varlığı, eğitim süresi durumu regresyon analiz modeli açısından  $p<0.100$  düzeyinde anlamlı sonuçlanmıştır. BDÖ skor artışı negatif yordayıcı, ÇBASDÖ Özel alt ölçeği pozitif yordayıcı özellikteydi. Partner varlığı ve hormon tedavisi kullanıyor olmak ruhsal yaşam kalitesine olumlu etki sağlarken, eğitim süresinin artması olumsuz bir yordayıcı olarak bulunmuştur. (Tablo 12)

**Tablo 12. WHOQOL-BREF-TR Ruhsal Alt Ölçek Puanının Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi**

Model*	B (SH)	B	t	p
Sabit	14,034 (2,622)		5,352	0,001
Hormon tedavisi	3,095 (0,710)	0,442	4,356	<b>0,001</b>
BDÖ	-0,087 (0,043)	-0,211	-2,005	<b>0,051</b>
Cinsiyet	1,118 (0,830)	0,114	1,347	0,185
İBGS	-0,339 (0,116)	-0,219	-2,911	<b>0,006</b>
ÇBASDÖ-Aile	-0,015 (0,038)	-0,036	-0,394	0,696
ÇBASDÖ-Arkadaş	0,009 (0,052)	0,019	0,175	0,862
ÇBASDÖ-Özel	0,104 (0,036)	0,263	2,862	<b>0,006</b>
Partner	-1,531 (0,590)	-0,243	-2,594	<b>0,013</b>
Eğitim Süresi	-0,253 (0,148)	-0,129	-1,706	<b>0,095</b>

\*Anlamli bir doğrusal regresyon modeli kuruldu (F= 19,502, df = 9, p = 0,001). p<0,100 anlamli kabul edildi.

SH: Standard Hata, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, İBGS: Ruh sağlığı uzmanına ilk başvurudan itibaren geçen süre ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

#### 4.12. WHOQOL-BREF-TR Sosyal Alt Ölçek Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi

WHOQOL-BREF-TR Sosyal Alt Ölçek toplam puanı bağımlı değişken alınarak çok değişkenli lineer regresyon analizi yapıldı. Analize, BDÖ toplam skoru ÇBASDÖ alt ölçekleri skorları ve cinsiyet, eğitim yılı sayısı, partner varlığı, hormon kullanım durumu, ruh sağlığı uzmanına ilk başvurudan itibaren geçen süre kriterleri dahil edilmiştir. Anlamli bir regresyon modeli kuruldu (F= 8,390, df = 9, p = 0,001). Modelin düzeltilmiş R kare değeri: 0,557 olarak bulundu. Hormon kullanımı, İBGS, ÇBASDÖ tüm alt ölçek skorları regresyon analiz modeli açısından p<0,100 düzeyinde anlamli sonuçlanmıştır. Sosyal yaşam kalitesi için hormon kullanıyor olmak ve ÇBASDÖ alt ölçek skorları pozitif yordayıcı özellikteyken, İBGS'nin uzaması negatif yordayıcı özellikte bulundu. (Tablo 13)

**Tablo 13. WHOQOL-BREF-TR Sosyal Alt Ölçek Puanının Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi**

Model*	B (SH)	B	T	p
Sabit	10,179 (3,353)		3,036	<b>0,004</b>
Hormon tedavisi	2,966 (0,908)	0,449	3,265	<b>0,002</b>
BDÖ	-0,005 (0,055)	-0,012	-0,084	0,933
Cinsiyet	-0,252 (1,061)	-0,027	-0,237	0,813
İBGS	-0,505 (0,149)	-0,345	-3,392	<b>0,001</b>
ÇBASDÖ-Aile	-0,094 (0,049)	-0,242	-1,938	<b>0,059</b>

ÇBASDÖ- Arkadaş	0,114 (0,066)	0,247	1,714	<b>0,094</b>
ÇBASDÖ-Özel	0,167 (0,046)	0,449	3,598	<b>0,001</b>
Partner	-0,038 (0,754)	-0,006	-0,050	0,960
Eğitim Süresi	-0,061 (0,189)	-0,033	-0,324	0,748

\*Anlamli bir doğrusal regresyon modeli kuruldu (F= 8,390, df = 9, p = 0,001). p<0.100 anlamlı kabul edildi. SH: Standard Hata, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, İBGS: Ruh sağlığı uzmanına ilk başvurudan itibaren geçen süre ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

#### 4.13. WHOQOL-BREF-TR Çevresel TR Alt Ölçek Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi

WHOQOL-BREF-TR Çevresel-TR Alt Ölçek toplam puanı bağımlı değişken alınarak çok değişkenli lineer regresyon analizi yapıldı. Analize, BDÖ toplam skoru ÇBASDÖ alt ölçekleri skorları ve cinsiyet, eğitim yılı sayısı, partner varlığı, hormon kullanım durumu, ruh sağlığı uzmanına ilk başvurudan itibaren geçen süre kriterleri dahil edilmiştir. Anlamli bir regresyon modeli kuruldu (F= 10,772, df = 9, p = 0,004). Modelin düzeltilmiş R kare değeri: 0,282 olarak bulundu. Cinsiyet ve partner varlığı regresyon analiz modeli açısından p<0,100 düzeyinde anlamlı sonuçlanmıştır. Partner varlığı ve trans kadın olmak çevresel yaşam kalitesine olumlu bir yordayıcı olarak bulunmuştur. (Tablo 14)

**Tablo 14. WHOQOL-BREF-TR Çevresel-TR Alt Ölçek Puanının Puanının Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lineer Regresyon Analizi**

Model*	B (SH)	B	t	p
Sabit	16,672 (3,103)		5,373	0,001
Hormon tedavisi	-0,330 (0,841)	-0,069	-0,393	0,696
BDÖ	-0,059 (0,051)	-0,209	-1,155	0,254
Cinsiyet	1,659 (0,982)	0,247	1,689	<b>0,098</b>
İBGS	-0,218 (0,138)	-0,205	-1,581	0,121
ÇBASDÖ-Aile	-0,017 (0,045)	-0,059	-0,371	0,713
ÇBASDÖ-Arkadaş	0,009 (0,061)	0,026	0,143	0,887
ÇBASDÖ-Özel	0,067 (0,043)	0,248	1,560	0,126
Partner	-1,693 (0,698)	-0,392	-2,424	<b>0,020</b>
Eğitim Süresi	-0,162 (0,175)	-0,120	-0,923	0,361

\*Anlamli bir doğrusal regresyon modeli kuruldu ( $F= 10,772$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,004$ ).  $p<0,100$  anlamlı kabul edildi. SH: Standard Hata, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, İBGS: Ruh sağlığı uzmanına ilk başvurudan itibaren geçen süre ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

## 5. TARTIşMA

Cinsiyetinden hoşnutsuzluk şikayeti başvuruları son yıllarda giderek artış gösteriyor olsa da cinsiyet disforisi hala henüz geniş bilgi sahibi olmadığımız, pek çok bilinmeyi barındıran bir durumdur. Hem cinsiyet gelişiminin ve açılma sürecinin pek çok farklı kültürel kodu içinde barındırması, hem cinsiyet geçiş sürecinin gerçek yaşam deneyimi, hormon tedavisi, cerrahi tedavi gibi farklı aşamalarının olması cinsiyetinden hoşnutsuzluk şikayetiyle başvuran kişilere dair detaylandırılmış değerlendirmeleri gerekli kılar. Trans bireylerin yaşamlarında sıklıkla ayrımcılık, damgalanma ve şiddet deneyimlerini yaşaması bu bireylerin ruh sağlığı sorunları yaşamasında neden olmaktadır. Bu bağlamda trans bireylerin ruh sağlığı sorunlarına dair yordayıcıların incelenmesi daha iyi bir ruh sağlığı hizmeti sunmamıza olanacak sağlayacaktır. Trans kadınların ve trans erkeklerin farklı psikiyatrik değerkenler açılardan ele alınması, hormon tedavisinin ruhsal duruma olası katkıları, ruh sağlığına ilişkin çeşitli özelliklerin yordayıcıları bu bağlamda tartışılacaktır.

### 5.1. Cinsiyet Kimliğinin Sosyodemografik Değerkenler İle İlişkisi

Çalışmamıza dahil edilen trans bireyler hem güncel yaşları hem ilk başvuru yaşları anlamında beklediğimiz üzere farklılık göstermemekteydi. Belirgin kıyafet değeriminin başladığı yaşın trans kadınlarda trans erkeklere göre daha yüksek olması kültürel kodlarla ilişkilendirdiğimiz bir sonuç oldu. Geleneksel cinsiyet kodları dikkate alındığında natrans bireylerde de diğer cinsiyetle zdeşleştirilmış kıyafet giymek kadınlar için erkeklere göre daha kabul edilebilir olduğundan trans kadınların arzuladıkları kıyafetleri giyerek toplumda yer almalarının daha geç gerçekleşebildiği söylenebilir. Katılımcı sayımız cinsiyet kimliğine göre incelendiğinde trans erkeklerin trans kadınlara göre fazla sayıda oldukları görülmektedir. Literatürde geçmişte sıklıkla doğumda atanmış cinsiyeti erkek olan bireyler lehine dair oranlar bildirilmış bunun istisnası olarak Japonya, Polonya rneklemi sunulmuştur.<sup>6,43,44</sup> Ancak son yıllarda doğumda atanmış cinsiyeti kadın olan bireylerin lehine başvuru oranları bildirilmeye



başlanmış ve bunun nedenine dair tartışmalar sürmektedir.<sup>45,46</sup> Hem bizim çalışmamızda hem de literatürde Türkiye’de yapılmış diğer çalışmalar incelendiğinde de trans erkek grubunun trans kadın grubuna göre daha fazla sayıda olduğu görülmektedir.<sup>152,164</sup> Trans erkekler ve trans kadınlar işsizlik açısından karşılaştırıldığında beklediğimiz üzere trans kadınlarda daha yüksek oranlar bildirilmişti. Bu durum trans kadınların daha fazla istihdam sorunu yaşadığı, daha fazla zorunlu seks işçiliği yapmak zorunda kalmaları gibi literatür bulgularıyla uyumluydu.<sup>200</sup> Grubumuzda düzeyleri incelenmeden bildirilen aile desteği ve sosyal destek oranları da beklediğimiz üzere trans erkeklerde daha fazlaydı. Dahil edilen trans kadınların pek çoğunun ailesiyle daha az görüştüğü geçiş sürecine dair daha olumsuz tutumları olduğu klinik gözlemlerimizde de yer almaktaydı. Türkiye’de yapılmış başka bir çalışmanın sonuçlarına benzer olarak psikiyatrik komorbidite oranları arasında farklılık gözlenmezken, trans erkeklerde sigara kullanımı anlamlı olarak bizim çalışmamızda da yüksek bulunmuştur.<sup>152</sup> İntihar girişimi düşüncesi ve intihar girişimi öyküsü açısından cinsiyet kimliklerine göre gruplar kıyaslandığında fark gözlenmemiş olup bu durum literatürde yer alan Türk trans örnekleminin incelendiği başka çalışmalarla da uyumludur.<sup>152,164</sup>

Aile eğitim düzeyi de dikkat çeken başka bir sosyodemografik değişken olup çalışmamızda aile sosyal destek aile alt ölçeği skorları ile arasında korelasyon bulunmamıştır. Her ne kadar kliniğimizde yapılmış bir tez çalışmasında aile bireylerinin eğitim düzeyiyle aile bireylerinin transfobi skorları ilişkili bulunmuş olsa da transların algıladıkları beyanın ölçüldüğü bu çalışmada anlamlı sonuç çıkmamıştır.<sup>201</sup>

## **5.2. Cinsiyet Kimliğinin Toplam Ölçek Skorları ile İlişkisi**

Trans erkek ve trans kadın gruplarında toplumdaki kadın algısı ve erkek algısı ve bunların arasındaki fark nedeniyle sosyal destek ve yaşam kalitesi gibi ölçümlerin farklı sonuçlanmasını bekliyorduk.

Sosyal destek açısından gruplar kıyaslandığında beklediğimiz üzere sosyal desteğin hem arkadaş alt ölçeği hem özel alt ölçek hem de toplam skorunun trans kadınlarda trans erkeklere göre anlamlı olarak düşük seyrettiğini gördük. Her ne kadar partner varlığı açısından

kıyaslandığında bu iki grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemişse de partnerlerin destek düzeylerinin farklı olduğu yani trans kadınların partnerlerinin trans erkekler kadar destek sağlayamadığı söylenebilir. İlginç olarak sosyal desteğin aile alt ölçeği puanlarında iki grup arasında fark olmadığını gördük. Bu durum tarafımıza başvuran trans kadınların halihazırda genel trans kadın popülasyonunu tamamen yansıtamayan ve aile desteğini sağladıktan sonra tarafımıza başvuran bir grup olmasıyla ilişkilendirilebilir. Literatürde yer alan benzer bir çalışmada bizim çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak sosyal desteğin her üç alanında iki grupta anlamlı olarak farklı olmayan sonuçlar bildirilmiştir.<sup>152</sup>

Yaşam kalitesi skorlarını değerlendirdiğimizde trans kadınlardaki yaşam kalitesi skorlarının trans erkeklere göre daha düşük olmasını bekliyorduk. Ancak verilerimiz trans kadın bireylerde toplam skorların sayısal değerinin görece düşük olduğunu gösterse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamıştır. Literatürde trans erkek ve trans kadın gruplarının yaşam kalitesi skorları açısından karşılaştırıldığı çalışmalarda fiziksel sağlık skorunda trans kadınların daha düşük yaşam kalitesi skorları bildirdiği, ağrı skorlarında ise trans erkeklerin daha yüksek skorlar bildirdiği de görülmektedir.<sup>202</sup> Aynı zamanda Türkiye’de yapılan başka bir çalışma da trans kadınları ve trans erkekleri yaşam kaliteleri ve sosyal destekleri açısından incelenmiş ve yaşam kalitesi skorlarının trans kadınlarda daha iyi bildirildiği belirtilmiştir.<sup>152</sup> Literatürde de natrans popülasyona bakıldığında natrans erkek bireylerin natrans kadınlara göre daha yüksek yaşam kalitesi skorları bildirdiği geniş çaplı çalışmalar mevcuttur.<sup>203</sup> Literatürdeki farklı bilgilerin de ışığında yaşam kalitesinin sadece cinsiyet kimliğiyle açıklanmasının zor olduğu, pek çok farklı yordayıcılarının da olduğu ve grupların bu bağlamda heterojenitesi gözönüne alınarak incelenmesi gerektiği düşünülebilir.

Dini Yönelim skorlarının iki grupta anlamlı farklılık göstermemesi yine beklediğimiz bir sonuçtu, cinsiyet kimliği ile dindarlık düzeyinin ilişkisiz olduğu düşüncemizi desteklemekteydi.

### **5.3. Hormon Kullanımının Yaşam Kalitesi, Depresyon, Kaygı Belirtileri Ve Sosyal Destek İle İlişkisi**

Biyolojik olarak, seks hormonları ruh sağlığı üzerinde farklı etkiler gösterebilir. Özellikle, östrojenler ruhsal sıkıntıyı artırabilir ve bireyleri endişe ve depresyona daha yatkın hale getirebilir.<sup>204</sup> Androjenler ise ruhsal sıkıntıyı azaltabilir, öfori ve enerj hissinin artırabilir ve aynı zamanda stres ve düşmanlık duygularını tetikleyebilir.<sup>205</sup> Natrans bireylerde bu etkiler cinsiyetler arası ruhsal belirti düzey farklılıklarını açıklayabilir ancak trans bireylerde durum biraz daha karmaşıktır. Trans bireyler arzuladıkları cinsiyete dair hormon kullanma sıklıkla daha iyi ruh sağlığı özellikleriyle ilişkilendirilir.<sup>206</sup> Bu bağlamda hormon kullanımının ruh sağlığı üzerine etkisi biyolojiktan daha çok disforinin yarattığı sıkıntıyı azaltmasıyla tek başına biyolojik olmaktan daha karmaşık gibi görünmektedir. Trans bireylerin arzuladıkları cinsiyete ait hormon kullanımları arzuladıkları bedensel değişimleri sağlamaya başlaması ve böylece yaşadıkları cinsiyet disforisini azaltmasıyla pek çok anlamda olumlu ruhsal etkiler sağladığı bilinmektedir.<sup>206</sup> Bizde çalışmamızda hormon tedavisi alan grupta daha iyi yaşam kalitesi skorları ve daha az depresyon ve kaygı belirti düzeyleri bekliyorduk.

Verilerimizde hormon kullanımının yaşam kalitesi üzerine etkisine baktığımızda yaşam kalitesi alt ölçeklerinin tamamında hormon kullanan grupta daha iyi skorlar elde edilmiştir. Fiziksel görünümleri ve hissettikleri kimlik arasındaki uyumsuzluk nedeniyle, hormon tedavisi almamış cinsiyet disforili bireyler, toplumsal cinsiyet kimliklerini sosyal düzeyde yönetmede büyük zorluklarla karşılaşabilirler. Bu nedenle hormon tedavisi hem bedensel sorunlarını azaltmasıyla, hem ruh sağlıklarına olumlu etki ederek, hem de bedensel değişimleriyle gelen sosyal olarak daha güçlü bir onaylama sunmasıyla yaşam kalitelerini her alanda artırıyor olabilir. Bulgularımıza paralel olarak literatürde yapılan pek çok çalışmada da hormon tedavisinin yaşam kalitesine olumlu etkisi gösterilmiştir.<sup>207,208</sup>

Hormon kullanımının depresif belirtiler ve kaygı belirtileriyle ilişkisi değerlendirildiğinde hormon tedavisi alan grupta beklediğimiz üzere anlamlı olarak düşük skorlar gözlenmiştir. Depresyon ve özellikleri, hormon tedavisi alan cinsiyet disforili bireylerde en sık araştırılan parametredendir. Literatüre bakıldığında hormon tedavisinin düşük depresyon skorlarıyla

ilişkili olduğunu gösteren pek çok farklı çalışma mevcuttur.<sup>163,206,209</sup> Bu çalışmalardan ikisinde aynı zamanda daha yüksek benlik saygısı da bildirildiği belirtilmiştir.

Çalışmamızda hormon tedavisi alan ve almayan gruplar sosyal destek açısından da kıyaslanmış olup hormon tedavisi alan grupta daha iyi algılanan aile desteği skorları ve algılanan sosyal destek toplam skoru olduğu görülmüştür. Bu durumun bir nedeni daha az aile desteği olan bireylerin sürecinin daha yavaş ilerliyor olması yani gerçek yaşam deneyimi aşamasında zorlanıyor olmaları ve hormon tedavisi almaya uygun hayat şartlarını daha zor hazır hale getiriyor olmaları olabilir. Bir başka neden ise ailenin kabulünün aşamalı olduğu bu süreçte hormon tedavisine başlamış çocuklarına karşı ailelerin kabule karşı dirençlerinin kırılması ve açılma sürecinde olan çocuklarının kimliğine yönelik red ve pazarlık aşamalarından kabul aşamasına daha kolay geçebilmeleri olabilir. Yani bu durum hormon kullanımı ve belki de bedensel değişimlerin başlamasıyla aile bireylerinin sürecin durmayacak olmasını daha net görerek kabul etmesi ve hormon tedavisine başlamış trans çocuklarına gösterdiği sosyal desteğini artırmaya başlaması ile açıklanabilir. Bu alanda yapılmış uzunlamasına çalışmalar bulguların yorumlanmasını kolaylaştırabilir.

#### **5.4. Trans Bireylerde Cinsel Mit Düzeyleri**

Cinsel mitler genel anlamda psikiyatri literatüründe görece kısıtlı çalışılan ve daha çok cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkilendirilen bir konudur.

Korelasyon tablomuz incelendiğinde cinsel mitlerin hem trans bireyin kendisinin hem de anne babasının eğitim düzeyiyle ters korele olduğu görülmektedir. Bu durum beklentimizle uyumludur. Aynı şekilde dinsel yönelim ölçek puanlarının artmasıyla cinsel mitlerin artışının ilişkili olması da beklentilerimizle uyuşan sonuçlardandır. Alanyazında cinsel mitlerin oluşumunda dindarlığın, ve anne baba eğitim düzeyinin yordayıcı olduğunu bildiren aynı ölçekle yapılmış bir çalışma da mevcuttur.<sup>210</sup> Bu bağlamda cinsel mitlerin oluşumunda dinin ve eğitimin yani sosyokültürel değişkenlerin önemli olduğu söylenebilir.

Bunlarla birlikte klinik gözlemimizde trans geçiş sürecindeki bireysel ve grup psikoterapide sıklıkla ele alınmalarının gerekmesi nedeniyle ruh sağlığı problemleri açısından

yordayıcı özellikleri olabileceğini düşünmekteydik. Klinik gözlemimizde cinsel mit düzeyleri yüksek olan trans bireylerin açılma döneminde daha fazla zorlandıklarını gözlemliyoruz. Bu nedenle başvuru öncesi intihar düşüncesi ve intihar girişimi davranışının cinsel mitlerle ilişkili olabileceğini düşünüyorduk. Burdan yola çıkarak intihar girişimi olan ve olmayan ve intihar düşüncesi öyküsü olan ve olmayan kişilerin sonuçlarını karşılaştırdık. İki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğunu gördük. Yani kişinin cinsel mit düzeylerinin artması açılma ve geçiş sürecindeki zorluklara dair ruhsal dayanıklılığını düşüren ve baş etmesini güçleştirerek kişinin intihar düşüncesi ve girişimi öyküsüne neden olduğu söylenebilir. Yine trans bireyleri trans erkek olma ve trans kadın olma açısından gruplandırarak mit düzeylerini karşılaştırdık. Biz çalışmamızda trans erkeklerde de trans kadınlara göre mit düzeylerinin daha yüksek olmasını bekliyorduk. Ancak transların cinsiyet kimliklerinin mastürbasyona dair cinsel mit düzeyleri hariç toplam cinsel mit düzeylerinde farklılığa sebep olmadığını gördük. Sadece mastürbasyon alt ölçeğinde trans erkeklerde daha yüksek düzeyler olduğunu gözlemledik. Bu durum trans erkeklerin cinselliğe karşı daha kaçınan tutumları olduğunu düşündüğümüz klinik gözlemimizle ilişkilendirilebilir. Alanyazına bakıldığında natrans bireyleri cinsiyetler açısından gruplandırılarak cinsel mit düzeylerine bakıldığında erkeklerin kadınlara göre mastürbasyon ve diğer alanlarda daha fazla cinsel mit düzeyleri bildirdiğini belirten çalışmalar vardır.<sup>211</sup> Yine alanyazında çalışmamızda da kullandığımız ölçeği kullanarak üniversite öğrencilerinin incelendiği bir çalışma yer almakta olup bu çalışmada da erkek öğrenciler kadın öğrencilere göre aynı ölçekte anlamlı olarak daha yüksek mit düzeyleri bildirmiştir.<sup>210,212</sup> Evcili ve Gölbaşı'nın yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinden oluşan bir örneklem seçilmiş olup alt ölçek ve toplam skorları bizim grubumuzla karşılaştırıldığında natrans üniversite öğrenci örnekleminde daha yüksek mit düzeyleri olduğu görülmektedir.<sup>212</sup> Alanyazında yer alan aynı ölçeğin kullanıldığı başka bir çalışmada hemşirelik öğrencileri örneklem olarak seçilmiştir.<sup>213</sup> Bu çalışmada da trans bireylere yakın ortalama alt skorlar gözlenmekle birlikte her iki çalışma için de istatistiksel olarak anlamlılığa dair yorum yapılamadığından farklılık değerlendirilememektedir. Bütün bu bilgiler ışığında trans bireylerde cinsel mit düzeylerinin intihar düşüncesi ve girişimi açısından önemli olması nedeniyle görece düşük cinsel mit düzeylerinin psikoterapötik süreçte aldatıcı olmaması gerektiği ve çalışılmalarının trans sağlığı açısından önemli olduğu söylenebilir.

### 5.5. Trans Bireylerde Toplumsal Cinsiyet Rollerini

Çalışmamızda TCRTÖ skorları dindarlık düzeyiyle negatif ilişki içerisinde bulunmuş yani dindarlık arttıkça daha geleneksel tutumlar izlendiği görülmüştür. Yine çalışmamızda TCRTÖ skorları cinsiyet kimlikleri açısından kıyaslanmış erkek alt ölçeği dışında farklılık bulunmamıştır. Kadın ölçeğinde görülmeyen bu farklılığın erkek alt ölçeğinde görülmesi trans kadınların erkeklik rolüne geleneksel yaklaşımları nedeniyle ilginç bir bulgudur. Bu bulgunun heteroseksüel trans kadınların partner ilişkileriyle beraber değerlendirilmesiyle daha iyi anlaşılabilmesi düşünülmüştür.

Alanyazında trans bireylerin cinsiyet rollerini araştıran çalışma sayısı çok kısıtlıdır ve sıklıkla bu bireylerle yapılan çalışmalarda toplumsal cinsiyet rollerini belirlemek amacıyla “Bem cinsiyet rolü envanteri” (BSRI) kullanılmıştır. Bu envanter Bem<sup>166</sup> tarafından 1974 yılında Avrupa-Amerika toplumsal cinsiyet kalıplarına bağlı olarak geliştirilmiştir. Bu envanterde kişiler; kadınsı (feminen), erkeksi (maskülen), androjen ve farklılaşmamış olarak gruplandırılmaktadır. Polonyada yapılan bir çalışmada trans kadın ve trans erkek grubuyla kontrol grubunu kıyaslamış ve BSRI'nın kadınsılık ve erkeksilik alt boyut skorlarının trans kadınlarda kontrol kadın grubuna, trans erkeklerde ise kontrol erkek grubuna benzer olduğunu belirtmiştir. Fakat bu sonuçların kültürler arası çalışmalarda tekrarlamaması nedeniyle genelleştirilemeyeceği bildirilmiştir.<sup>214</sup> 2012 yılında yayınlanmış İspanya’da gerçekleşmiş bir çalışmada trans kadın ve trans erkekler natrans kontrollerle beraber değerlendirilmiş, BSRI skorları açısından Herman-Jeglinska ve ark’nın<sup>215</sup> çalışmasına benzer şekilde kültürden bağımsız olarak trans kadınların kontrol kadın grubuna, trans erkeklerin ise kontrol erkek grubuna benzer skorlama yaptıkları belirtilmiştir. Trans kadınların cinsiyet rolü kalıpları biyolojik kadınların yansımasıyken, trans erkeklerin cinsiyet rolü kalıplarının biyolojik erkeklerin yansıması şeklinde olabileceği ifade edilmiştir. 2017 yılında yayınlanan başka bir çalışmaya trans kadın, trans erkek, gender queer bireyler ve bu bireylerin cisgender kardeşlerinin dahil edilmiş ve katılımcıların Bem cinsiyet rolü envanteriyle değerlendirilmesi sonucunda; trans erkeklerin kadınsılık ve erkeksilik öz bildirim puanlarının cisgender erkeklerinkine benzer olduğu bulunmuştur.<sup>216</sup>

Türkiye’de bu örneklemede toplumsal cinsiyet rolleri tutumlarını belirlemek için TCRÖ (Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği) kullanan sadece bir tez çalışması bulunmaktadır.<sup>217</sup> Bu çalışmada trans erkek bireyler ve partnerleri incelenmiştir. Bu tez çalışmasının sonuçlarında . romantik ilişki içinde trans erkekler ve partnerleri arasında TCRÖ toplam puan ve alt boyut puanlarında (geleneksel cinsiyet rolü alt boyutu hariç) anlamlı farklılık bulunmamıştır. Her iki grubun TCRÖ toplam puanlarına bakıldığında katılımcıların genel anlamda eşitlikçi tutuma sahip olduğu bulunmuştur. TCRÖ “Geleneksel cinsiyet rolü” alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış, romantik ilişkisi olan trans erkeklerin “geleneksel cinsiyet rolü“ alt ölçek puanlarının partnerlerinin puanından yüksek olduğu bulunmuştur. Toplum tarafından kadın ve erkeğe günlük yaşamında yüklenen roller ve sorumluluklar konusunda romantik ilişki yaşayan trans erkeklerin partnerlerine göre daha eşitlikçi tutuma sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öte yandan romantik ilişki içinde olan ve olmayan trans erkek grubunda TRCÖ toplam puan ve alt ölçek puanları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. TCRÖ toplam puanlarına bakıldığında katılımcıların genel anlamda eşitlikçi tutuma sahip olduğu bulunmuştur.

Ülkemizde TCRÖ kullanılarak yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere göre toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin daha fazla eşitlikçi rollere sahip oldukları belirlenmiştir. Bu çalışmaların çoğunluğu üniversite öğrencisi popülasyonunda yapılmıştır. Bu sonuçlar yorumlanırken toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin ölçeklerin cinsiyeti ikili sistem üzerinden değerlendirdiği dolayısıyla trans bireylerin değerlendirilmesinde her zaman uygun olmayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

### **5.6. Trans Bireylerde Homofobi**

Alanyazında farklı gruplar arasında homofobi düzeyi incelenmiş olsa da trans bireylerin homofobi düzeyine dair yapılmış sayı çok sınırlıdır. Çalışmamızda trans bireylerdeki homofobi düzeyi cinsiyet kimlikleri açısından incelenmiş ve trans erkeklerde daha fazla homofobik davranışın görülmesi beklentimize uygun bir sonuç elde edilmiştir. Bu sonuç natrans bireylerde de erkeklerin kadınlara oranla daha fazla homofobi düzeylerinin bildirildiği literatür çalışmalarıyla da uyumlu olmakla birlikte çalışmamızda natrans gruplara göre daha düşük ortalama puanlar bildirilmiştir.<sup>218,219</sup> Trans bireyle her ne kadar toplumsal kodlardan

muaf olmasalar ve cinsiyet kimlikleri bağlamında natrans bireylere benzer farklılıklar gösterse de heteronormativiteyle ilişkilerinin natrans bireylere göre daha farklı şekillendiğini söylemek mümkün olabilir.

Çalışmamızda aynı zamanda DYÖ ölçeğinin homofobi düzeyiyle pozitif, eğitim düzeyinin negatif ilişki içerisinde olduğu da gözlemlendi. Çalışmamıza benzer olarak natrans popülasyonda da dindarlık düzeyinin artmasıyla homofobi düzeyinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur.<sup>220,221</sup>

HRHÖ, cinsel mit düzeyleri ve TCRTÖ’de birbirleriyle beklediğimiz gibi ilişkili sonuçlandı. Bu bağlamda eşcinselliğe karşı tutumun toplumsal cinsiyet rolleriyle yani kültürel kodlarla ilişkili olduğu ve homofobik davranışın cinsel mitlerin bir parçası olarak görülebileceği söylenebilir.

### **5.7. Trans Bireylerde İntihar Düşüncesi Davranışı Ve Yordayıcıları**

İntihar girişimi olan ve olmayan kişiler homofobi, cinsel mit düzeyleri ve toplumsal cinsiyet rolleri düzeylerinde beklediğimiz üzere farklılık göstermekteydi. Bu durum bu konuların terapötik süreçte çalışılma gerekliliği açısından önemli bir bulgudur. Dindarlık düzeyi açısından kıyaslandığında ise intihar düşüncesi öyküsü olan trans bireylerde dindarlık düzeyinin anlamlı düzeyde daha fazla olduğu, ancak intihar girişimi olan ve olmayan trans bireyler kıyaslandığında dindarlık düzeyinin anlamlı ölçüde farklı olmadığı gözlemlenmiştir. Artmış dindarlık muhtemelen aile düzeyinde ve içselleştirilmiş düzeyde transfobiyle olan ilişkisinden dolayı kişide intihar düşüncesine neden olsa da bu düşüncenin davranışa dönmesinde muhtemelen dinin intiharı yasaklıyor olması koruyucu bir faktör olması rol almaktadır.<sup>222,223</sup> Yani transeksüalite söz konusu olduğu zaman dindarlığın artıyor olması natrans bireylere göre intihar düşüncesi ve girişimi riskinde farklı bir gözle incelenmesi gereken bir konu olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda ayrıca intihar girişim öyküsüne dair lojistik regresyon modeli kurularak yordayıcılar anlaşılmasına çalışılmıştır. İntihar girişimi öyküsü bulunan ve bulunmayan kişilerin mit düzeyleri, toplumsal cinsiyet rollerine dair kabulleri, aile ve özel alanda gördükleri sosyal destek intihar davranışıyla anlamlı ilişki göstermiştir. Natrans literature göre görece düşük mit



düzeyleri ve toplumsal cinsiyet rollerine görece daha az geleneksel yaklaşan bu grupta dahi bu alanların intihara ilişkin bir yordayıcı olması mitlerin ve toplumsal cinsiyet kavramının terapötik süreçte ele alınmasının trans intiharlarının engellenmesindeki önemini gösteriyor olabilir.

Bunlarla birlikte çalışmamızda sosyal desteğin bütün alt ölçek skorlarının yordayıcı olabileceğini bekliyorduk. Ancak arkadaş alt ölçeğinin yordayıcı özellikte görülmedi. Literatürde trans intiharlarının engellenmesinde aile sosyal desteğinin ve arkadaş sosyal desteğinin önemli olduğunu ifade eden çalışmalar mevcuttur.<sup>224,225</sup> Çalışmamızda arkadaş alt ölçeği anlamında farklı sonuçlanmış bu durum kişilerin intihar girişimi düşüncesi ve davranışının olduğu dönemdeki arkadaş destek düzeylerini bilmiyor olmamız nedeniyle böyle sonuçlanmış olabilir. Yani çalışmaya dahil edilen trans bireylerin halihazırda genel popülasyona göre arkadaş alanında iyi sosyal destek sağlayan ve belki de bunu geçiş takip sürecinde iyileştiren kişiler olmasıyla ilişkili değerlendirilebilir.

### **5.8. Trans Bireylerde Depresif Belirtilerin Yordayıcıları**

Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı bağımlı değişkeniyle yapılan regresyon analizi sonucuna göre Beck Depresyon Ölçeği toplam puanını yordama açısından ÇBASDÖ Aile alt skoru, cinsiyet, eğitim süresi ve hormon kullanımı anlamlı sonuçlanmıştır.

Hormon tedavisi alıyor olmanın azalmış depresif şikayetlerle ilişkisi yukarıda da tartıştığımız ve beklediğimiz bir sonuçtur. Trans kadınlarda artmış depresif şikayetler cinsiyet kimliklerinden dolayı trans erkeklere göre daha fazla olumsuz hayat deneyimi yaşıyor olmaları ve düşük sosyal destek skorlarıyla ilişkili değerlendirilebilir. Natrans bireylerde de kadınlarda depresif belirtilerin daha fazla olduğu bilinmektedir. Bu durum trans kadınların hem toplumda kadın olmanın getirdiği zorlukları yaşıyor olmaları, hem de trans erkeklere göre daha az istihdam olanağı bulması, daha fazla zorbalığa uğraması gibi pek çok farklı değişkenle ilişkilendirilebilir.<sup>226,227</sup>

Aile sosyal desteği ile depresif belirtiler arasında ilişki de beklediğimiz bir sonucu yansıtılmaktadır. Literatürde aile desteğinin ayrıcalıklı önemini vurgulayan pek çok çalışma mevcuttur.<sup>150,153,228</sup>

İlginç bir sonuç olan eğitim süresinin depresif şikayetlerle ilişkisi beklemediğimiz bir bulguydu. Bu durum kabulün eğitim düzeyinin artmasıyla zorlaşması ve belki de artan sosyal kayıpla ilişkili olmasıyla açıklanabilir.

### **5.9. Trans Bireylerde Yaşam Kalitesinin Yordayıcıları**

WHOQOL-BREF-TR Fiziksel alt ölçeği için BDÖ skoru, cinsiyet, İBGS, ÇBASDÖ özel alt ölçek skoru, partner varlığı regresyon analiz modeli açısından anlamlı sonuçlanmıştır. BDÖ skor artışı yaşam kalitesinin ruh sağlığının bozulmasıyla doğrudan bozması üzerinden beklenen bir sonuçtu. İBGS artışı negatif yordayıcı, ÇBASDÖ Özel alt ölçeği pozitif yordayıcı özellikteydi. Partner varlığı trans erkek olmak, hormon tedavisi kullanıyor olmak fiziksel yaşam kalitesine olumlu yordayıcı özellikteydi. WHOQOL-BREF-TR Ruhsal Alt Ölçek toplam puanı bağımlı değişken alındığında BDÖ skor artışı negatif yordayıcı, ÇBASDÖ Özel alt ölçeği pozitif yordayıcı özellikteydi. Partner varlığı ve hormon tedavisi kullanıyor olmak ruhsal yaşam kalitesine olumlu etki sağlarken, eğitim süresinin artması olumsuz bir yordayıcı olarak bulunmuştur. WHOQOL-BREF-TR Sosyal Alt Ölçek toplam puanı bağımlı değişken alındığında sosyal yaşam kalitesi için hormon kullanıyor olmak ve ÇBASDÖ alt ölçek skorları pozitif yordayıcı özellikteyken, İBGS'nin uzaması negatif yordayıcı özellikte bulundu. WHOQOL-BREF-TR Çevresel-TR Alt Ölçek toplam puanı bağımlı değişken alındığında partner varlığı ve trans kadın olmak çevresel yaşam kalitesine olumlu bir yordayıcı olarak bulunmakla birlikte trans popülasyon değişkenleriyle sağlıklı bir değerlendirmenin yapılmasının zor olduğu düşünölmüştür. Sonuçlar klinik gözlemlerimizle genel olarak uyumluydu.

Yaşam kalitesi skorları korelasyon tablomuzda tüm sosyal destek skorlarıyla anlamlı derecede ilişkili olarak gösterilmiştir. Sosyal desteğin varlığı yaşam kalitesi için önemli

olmakla birlikte dahil ettiğimiz grubun genel desteğinin görece yüksek olabilecek bir grup olması önemli bir ayrıntıdır.

Transseksüel popülasyonunda yaşam kalitesi yorumlamaları açısından farklı değişkenler dolayısıyla da farklı sonuçlar mevcuttur.<sup>134</sup> Literatür ağırlıklı olarak trans bireylerin genel popülasyona göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu desteklemektedir.<sup>137</sup> Yaşam kalitesinin hormon tedavisi ve cerrahi operasyonlar sonrası arttığı tekrarlayan çalışmalarda göstermiştir.<sup>134,229,230</sup> ancak bazı çalışmalar bu bulguları tekrarlamamıştır.<sup>231</sup> Bu karışık sonuçlar, popülasyon çalışmalarında homojenliğin sağlanamaması, farklı QoL tipleri ve farklı ölçüm yöntemi kullanımlarıyla açıklanabilir. Örneğin, hormon tedavisi ve genital cerrahinin trans bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi genel popülasyonla karşılaştırıldığında belirsizdir, çünkü çalışmalar genellikle tedavi durumu ve / veya farklı geçiş durumlarına odaklanan karışık örneklem seçilebilir. Murad ve arkadaşları<sup>232</sup> tarafından yapılan bir çalışmada, hormon tedavisinin yaşam kalitesini, cinsel ve psikolojik işleyişin yanı sıra cinsiyet disforisini azalttığını göstermiştir; ancak bu bulgular genellenebilir yorumlar için yetersizdir ve tıbbi ve sosyal geçişlerin yaşam kalitesi üzerindeki gerçek etkisinin daha iyi anlaşılması gerekmektedir.

Sosyal destek ve aile desteği, istihdam, partner varlığı, genç olma, yüksek eğitim alma, hane gelirinin daha yüksek olması ve geçmiş askerlik hizmetlerinin varlığı genel ve cinsiyetle ilgili daha iyi yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkilendirilmiştir.<sup>134,202, 233</sup>

Bunlarla birlikte, anksiyete, kötü uyku kalitesi, azalmış benlik saygısı ve yüksek kişilerarası sorunlar, hem trans kadın hem trans erkek popülasyonda hem de natrans popülasyonda düşük yaşam kalitesi düzeyleri ile bağlantılı olduğu gösterilmiş faktörlerdir.<sup>134,149,163,234</sup>

Önceki çalışmalarda, trans bireyin geçiş öncesi kurduğu ilişkilerde geçiş sürecine girmesinin partnerlerce olumsuz karşılanabileceği gösterilmiştir.<sup>235</sup> Gamarel ve arkadaşlarının<sup>236</sup> yaptığı bir çalışmada azınlık stresi, ruh sağlığı ve ilişki kalitesi arasındaki ilişki araştırılmış ve ilişkilerde partnerlerin de birbirine stres aktarabileceği gösterilmiştir. Bu çalışmada 191 trans kadın ve onların natrans partnerlerinden oluşan bir örneklem incelenmiş,partnerlerin

ilişkilerinin damgalandığını deneyimlediğinde, çiftin ilişki kalitesine ve ruhsal iyilik haline olumsuz yansıdığı bulunmuştur. Araştırmacılar, daha yüksek seviyelerde dış stres faktörlerinin ilişkiler içindeki iletişim becerilerini sınırladığı ve bu nedenle romantik ilişkilerdeki önemli başa çıkma kaynaklarını olumsuz etkilediği sonucuna varmıştır.

Kişinin cinsiyetinden hoşnutsuzluğunu farketmesi, bundan sosyal çevresine ve/veya ruh sağlığı çalışanına bahsedebilmesi ve geçiş sürecine girebilmesi süreçleri yani açılma sürecinin adımları kişiden kişiye değişken sürelerde seyredabilmektedir. Çalışmamızda kişinin açılma sürecinde cinsiyetinden hoşnutsuzluk şikayetinden bir ruh sağlığı çalışanına bahsetmesinden bu yana geçen süre bir yaşam kalitesi yordayıcısı olabilmesi açısından değerlendirilmiştir. Bu sürecin uzamasının çeşitli nedenleri olabilir. Bazen trans bireyin kendi hayatında geçiş sürecine uygun koşulları sağlayamamış olması yani maddi, sosyal koşulları uygun hale getirememesi bu süreci uzatırken, bazen de ruh sağlığı çalışanlarının transseksüaliteye yaklaşımları bu sürecin uzama nedeni olabilir. İBGS artışı üzerinde durulması gereken bir sonuçtur. Geçiş sürecinde sunulabilecek gerek hormon gerek cerrahi tedaviyi geciktirmenin trans bireyleri hayal kırıklığına uğrattığı ve sıkıntılarını artırdığı bildirilmiştir.<sup>237,238</sup> Geçiş sürecinde ruh sağlığı çalışanı elbette kişi tam hazır hale gelmeden onay veremeyecektir ancak trans kimlikten emin olduğunda da bu sürecin bir an önce tamamlanmasına ilişkin yasal ve tıbbi olanaklar konusunda trans bireye yol gösterici olması yaşam kalitesinin korunması konusunda etkili bir müdahale olacaktır.

## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

### **6.1. Sonuçlar**

1. Hormon kullanımının trans bireylerde daha düşük depresif belirtiler ve anksiyete belirtileriyle ve daha yüksek yaşam kalitesi düzeyleriyle ilişkisi vardır.
2. Sosyal desteğin trans sağlığında önemli bir yeri vardır. Yüksek sosyal destek azalmış ruhsal problemler ve artmış yaşam kalitesi düzeyleriyle ilişkilidir.
3. Trans bireylerde cinsel mitler, toplumsal cinsiyet rolleri ve homofobi düzeyleri intihar düşüncesi ve davranışı olan ve olmayan kişilerde farklı düzeydedir.
4. Trans bireylerde cinsel mit düzeyleri, toplumsal cinsiyet rollerine dair kabulleri, aile ve özel alanda gördükleri sosyal destek intihar davranışına ilişkin yordayıcılardır.
5. Trans bireylerde aile destek düzeyi, cinsiyet, eğitim süresi ve hormon kullanımı depresif belirti düzeylerine dair yordayıcıdır.
6. Trans bireylerde BDÖ skoru, cinsiyet, İBGS, ÇBASDÖ özel alt ölçek skoru, partner varlığı fiziksel yaşam kalitesinin yordayıcısıdır.
7. Trans bireylerde hormon tedavisi, BDÖ skoru, İBGS, ÇBASDÖ özel alt ölçek skoru, partner varlığı ve eğitim düzeyi ruhsal yaşam kalitesinin yordayıcısıdır.
8. Trans bireylerde hormon tedavisi, İBGS, ÇBASDÖ alt ölçek skorları sosyal yaşam kalitesinin yordayıcısıdır.

### **6.2. Öneriler**

-Trans geçiş sürecinde kapı bekçiliği görevi yapan psikiyatristlerin bu gruba dair daha fazla bilgi sahibi olması daha etkili bir ruhsal destek süreci sunulmasına olanak sağlar. Bu bağlamda literatürde trans grubunu çeşitli değişkenler açısından inceleyen çalışma sayısının artırılması gereklidir. Bu konu literatürde sık çalışılan bir konu olmadığından farklı klinikler ve farklı özellikteki örneklerle sonuçların karşılaştırılması ihtiyaçların netleştirilmesi için faydalı

olacaktır. Bu konuda gerek kesitsel gerek uzunlamasına yapılacak daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

-Trans bireylerin bireysel psikoterapisinde cinsel mitler ve toplumsal cinsiyet rolleri üzerine çalışmak bireyi kalıp yargılarından uzaklaştırarak daha sağlıklı bir cinsiyet kimliği inşasında yardımcı olabilir.

-Kültürümüzde ailenin bireysel hayatımızda da önemli bir yer tutması nedeniyle trans bireylerin ruhsal sağlıklarını iyileştirmek adına kişinin aileyle olan ilişkilerini incelemek, aileyle ilişkileri güçlendirmek için destek sağlamayı ihmal etmemek önemlidir.

-Akran desteğinin de trans bireylerin ruhsal sağlığında yadsınamaz bir yeri olduğundan trans bireylerle çalışırken sadece bireysel desteğin değil aynı zamanda grup destek toplantılarının düzenlenmesi faydalı olabilir.

-Psikiyatrik komorbidite ve intihar girişimi yüksek olan bu grupla çalışan ruh sağlığı çalışanları cinsiyet geçiş sürecinde sadece bir kontrol edici gibi hizmet sağlamamakta bu kapı bekçiliği görevinin yanında hem komorbiditelerin takibi, hem baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesi hem aileyle çalışmada aracı olması nedeniyle oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Yani geçiş süreci sadece hormon ve cerrahi tedavi onayının verilmesinden çok daha karmaşık ve çok yönlü bir süreç olduğundan sürece ruh sağlığı uzmanının dahil olması oldukça önemlidir.

-Geçiş sürecinin standart bir protokolden yoksun olması ve bazen de ruh sağlığı çalışanının bu konudaki yetersiz tecrübesi nedeniyle sürecin uzamasını engellemek de trans bireylerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından kritiktir. Bu bağlamda geçiş sürecine standart bir protokol kazandırılması ve bu alanda çalışabilecek donanıma sahip ruh sağlığı uzmanlarının yetiştirilmesi, ruh sağlığı uzmanlığı eğitiminde bu alana verilen önemin artırılması gereklidir.

- Geçiş sürecinde sürenin medikal ve yasal engeller nedeniyle uzaması yaşam kalitesini düşürdüğünde kişi hazır hale geldiğinde yasal ve tıbbi olanaklar konusunda trans bireye etkin bir şekilde yol gösterici olmak yaşam kalitesinin korunması konusunda etkili bir müdahale olacaktır. Süreci uzatan önemli bir neden olan nüfus ve kimlik bilgilerinin değişmesine yönelik hukuki sürecin standart bir prosedürden yoksun olması da bu bağlamda trans bireylerin yaşam kalitelerini düşürebilecek bir nokta olarak değerlendirilebilir. Trans bireylerin tekrarlayan davalar ve duruşmalar sonucunda kimlik, isim değişimleri ve cinsiyet operasyonlarını tamamlayabildikleri düşünüldüğünde bu konuda daha iyi ve standart yasal düzenlemelerin sağlanması sürecin hukuki ayağını da kısaltıp netleştirerek trans bireylerin ruh sağlığına olumlu katkı sağlaması için kritik bir öneridir.

### **6.3. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları**

Bu çalışma Türk trans örneklemini ruh sağlığı değişkenleri bağlamında çeşitli alanlarda ele alan literatürde çok az sayıda yer alan çalışmalardan biridir. Trans bireylerin cinsel mit düzeyleri, toplumsal cinsiyet rollerine karşı tutumları ve homofobi düzeyleri gibi literatürde ele alınmamış veya çok kısıtlı sayıda çalışmanın bulunduğu bu alana dair bilgi sunmaktadır.

Çalışmanın sadece KOÜTF psikiyatri polikliniğine cinsiyetinden hoşnutsuzluk şikayetiyle başvuran ve takip sürecinde olan kişilerle yapılması nedeniyle trans bireylerin genel popülasyondaki durumunu temsil etmede yetersiz kalması, çalışmada natrans bir kontrol grubunun olmaması, trans kadın katılımcı sayısının görece düşük olması ve çalışmanın cinsiyet geçiş operasyonunu tamamlamış katılımcılara dair veri sunamaması çalışmanın önemli kısıtlılıklarındandır.

## 7. ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada, bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine başvurarak cinsiyet geçiş sürecine girmiş trans bireylerin tanımlayıcı psikiyatrik değerlendirmesinin yapılması ve bazı ruh sağlığı sorunlarının yordayıcılarının belirlenmesi ve çeşitli değişkenler ve psikiyatrik özellikler açısından karşılaştırılmaları hedeflenmiştir.

**Metod:** Çalışmamızda 16'sı trans kadın 70'i ise trans erkek olan 86 trans birey değerlendirilmiştir. Bu kişiler Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği, Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçeği, SCID-I, Cinsel Mitler Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), WHOQOL-BERF-TR, Hudson ve Rickett Homofobi Ölçeği, Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçek sonuçları açısından incelenmiştir.

**Bulgular:** Transseksüel bireylerin yaşam kalite düzeyleri hormon tedavisi alan ve almayan gruplar için karşılaştırılmış, hormon almayan grupta anlamlı derecede düşük düzeyler gözlenmiştir ( $p<0,001$ ). Trans bireylerde cinsel mitler, toplumsal cinsiyet rolleri ve homofobi düzeylerinin intihar düşüncesi ve davranışı olan ve olmayan kişilerde anlamlı derecede farklı düzeyde oldukları gözlenmiştir ( $p<0,001$ ). Trans bireylerde cinsel mit düzeyleri, toplumsal cinsiyet rollerine dair kabulleri, aile ve özel alanda gördükleri sosyal destek intihar davranışı öyküsüyle ilişkili bulunmuş, aile destek düzeyi, cinsiyet, eğitim süresi ve hormon kullanımı ise depresif belirti düzeyleriyle ilişkili bulunmuştur. Trans bireylerde BDÖ skoru, cinsiyet, İlk Başvurudan İtibaren Geçen Süre (İBGS), ÇBASDÖ özel alt ölçek skoru, partner varlığı fiziksel yaşam kalitesinin yordayıcısıyken, hormon tedavisi, BDÖ skoru, İBGS, ÇBASDÖ özel alt ölçek skoru, partner varlığı ve eğitim düzeyi ruhsal yaşam kalitesinin ve hormon tedavisi, İBGS, ÇBASDÖ alt ölçek skorları da sosyal yaşam kalitesinin yordayıcısıdır.

**Sonuç:** Psikiyatrik komorbidite ve intihar girişimi yüksek olan bu grupla çalışan ruh sağlığı çalışanları cinsiyet geçiş sürecinde sadece bir kontrol edici gibi hizmet sağlamamakta, hem komorbiditelerin takibi, hem baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesi hem aileyle çalışmada aracı olması nedeniyle oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Yani geçiş süreci sadece hormon ve cerrahi tedavi onayının verilmesinden çok daha karmaşık ve çok yönlü bir süreçtir. Elde edilen veriler, trans bireylerin ruh sağlığı problemlerini ve bunlara ilişkin çeşitli değişkenleri daha iyi anlamamıza katkı sağlayarak daha iyi bir ruh sağlığı hizmeti sunumunda yol gösterici olabilir.

**Anahtar Kelime:** transseksüalite, trans, cinsiyet disforisi, benlik saygısı, yaşam kalitesi, cinsel mitler, toplumsal cinsiyet rolleri, homofobi, sosyal destek.



## 8. İNGİLİZCE ÖZET

**Aim:** In this study, it was aimed to make a descriptive psychiatric evaluation of trans individuals who started their gender transition process by admitting to psychiatry service of a university hospital and to determine the predictors of some mental health problems and to compare them in terms of various variables and psychiatric characteristics.

**Method:** In our study, 86 trans individuals including 16 trans women and 70 trans men were evaluated. These individuals are examined in terms of results of Sociodemographic Information Form, Beck Depression Scale (BDS), Beck Anxiety Scale, Utrecht Gender Dysphoria Scale, SCID-I, Sexual Myths Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), WHOQOL-BERF-TR, Hudson and Rickett Homophobia Scale and Gender Roles Attitude Scale.

**Results:** The quality levels of life of transsexual individuals were compared between groups getting and not getting taking hormone treatment, and significantly lower levels were observed in the group who are not getting hormone treatment ( $p < 0.001$ ). Sexual myths, social gender roles, and homophobia levels were found to be significantly different between transgender individuals with and without suicidal ideation and behavior ( $p < 0.001$ ). Sexual myth levels in transgender individuals, their acceptance of gender roles, and social support in family, friends and significant others were found to be related to suicidal behavior whereas family support level, gender, education period and hormone use were found to be related to depressive symptom levels. BDS score, gender, Time Since First Application (TSFA), MSPSS subscale score, and partner presence are predictors of the quality of physical life for transgender individuals, whereas hormone therapy, BDS score, TSFA, MSPSS subscale score, partner presence and education level are predictors of the mental health quality and hormone therapy, TSFA, MSPSS subscale scores are predictors of social life quality.

**Conclusion:** Mental health workers working with this group with high psychiatric comorbidity and suicide attempts, do not only serve as a controller-gate keeper in the gender transition process but also play an important role in terms of monitoring the comorbidities, strengthening coping mechanisms and acting as a mediatory when working with the family. In other words, the transition process is a much more complex and versatile process than giving hormonal and surgical treatment approval. Our findings can serve as a guide in providing a better mental health service by contributing to better understanding the mental health problems and various related variables of transsexual individuals.

**Keywords:** transsexuality, gender dysphoria, self-esteem, quality of life, sexual myths, gender roles, homophobia, social support

## **9. EKLER**

**EK-1: Sosyodemografik Bilgi Formu**

**EK-2: Beck Depresyon Ölçeği**

**EK-3: Beck Anksiyete Ölçeği**

**EK-4: Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçekleri**

**EK-5: Cinsel Mitler Ölçeği**

**EK-6: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği**

**EK-7: WHOQOL-BREF-TR**

**EK-8: Hudson ve Ricketts Homofobi Ölçeği**

**EK-9: Dini Yönelim Ölçeği**

**EK-10: Toplumsal Cinsiyet Rollerine Tutum Ölçeği**

**EK-1: Sosyodemografik Bilgi Formu**  
**TRANSSEKSÜELİTE DEĞERLENDİRME FORMU**

**Adı – Soyadı:**

**Tarih:**

**Adres:**

**Tel:**

1. Tarafımıza ilk başvuru tarihi:
2. Kullandığı isim (varsa) :
3. Biyolojik cinsiyet:
4. Doğum tarihi:
5. Dini:
6. Medeni durumu (varsa çocuk sayısı):
7. Eğitim durumu:
8. Askerlik durumu:
9. Mesleği:
10. Çalışma durumu:
11. Gelir durumu (geçimini kim sağlıyor?):
12. 15 yaşına kadar büyüdüğü yer:
13. Birlikte yaşadığı kişiler:
14. Baba eğitimi:
15. Baba mesleği:  
Babayla ilişki:
16. Anne eğitimi:
17. Anne mesleği:  
Anneyle ilişki:
18. Aile bütünlüğü (15 yaşına kadar):
19. Kardeş sayısı a) Biyolojik olarak aynı cinsiyetten:  
b) Biyolojik olarak karşı cinsiyetten:
20. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü:

21. Önceki psikiyatrik tedavi(ler) / varsa hastane yatışı:
22. Transseksüelite ile ilk başvuru yaşı, yılı, yeri:
23. Biyolojik cinsiyetinden rahatsız olmaya başladığı yaş (yıl):
24. Karşı cinsten olma fantezisinin başladığı yaş:
25. Belirgin giysi değişiminin başladığı yaş:
26. Dış görünümünün yakın olduğu cinsiyet:
27. Abartılı erkeksi / kadınsı davranış:
28. İşeme şekli:
29. Hormon kullanımı:
30. Ameliyat:
31. Aile TS olduğunu ilk ne zaman fark etmiş:
32. Ailede TS' yi ilk fark eden:
33. Ailenin tutumu:
34. Ailede aşırı karşı olan var mı:
35. Ailede çok anlayışlı olan var mı:
36. Yetiştığı ortamın dinsel özellikleri:
37. Yakın çevre (akraba, arkadaş) biliyor mu:
38. Yakın çevre tutumu
39. Menarş yaşı:
40. İkincil cinsiyet karakterlerinin gelişme yaşı:
41. İkincil cinsiyet karakterlerine karşı tutum:
42. Menstruasyon düzeni:
43. Menstruasyonla ilgili tutum:
44. Dismenore:
45. Hormonel patoloji / mens düzensizliği / over patolojisi:
46. Mastürbasyona başlama yaşı:
47. Mastürbasyon yaparken kendini hangi cinsiyette hayal ediyor:
48. Mastürbasyona karşı tutumu:
49. İlk cinsel ilişki yaşı: - Ön sevişme: - Koitus:

50. İlk cinsel ilişkide bulunduğu kişi:
51. a) Biyolojik hemcinsiyle fiziksel / duygusal ilişki var mı (ne zamandır):
- b) Biyolojik karşı cinsiyle fiziksel / duygusal ilişki olmuş mu:
52. Ailede TS' yi bilerek isteme, nişan vs olmuş mu:
53. Başvuru biçimi:
54. Bize ilk başvuru amacı: - Rapor - TS olmak için tedavi:  
- Ne olduğunu anlamak - Diğer:
55. Seçilen tedavi biçimi:
56. Psikiyatrik ek tanı:
58. İntihar düşüncesi (şu anda):
59. İntihar düşüncesi (geçmişte):
60. İntihar girişimi (sayısı, yöntemi):
61. Tedavi motivasyonu:
62. Grup terapisine devamı:

## **EK-2: Beck Depresyon Ölçeği**

## BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

### **AÇIKLAMA:**

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa size en iyi anlatanı seçiniz.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
  1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
  2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
  3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
  
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
  1. Gelecek hakkında karamsarım.
  2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
  3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
  
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
  1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
  2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
  3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
  
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
  1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
  2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
  3. Her şeyden sıkılıyorum.
  
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
  1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
  3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
  2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
  3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
  2. Kendime çok kızıyorum.
  3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
  2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
  3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
  2. Kendimi öldürmek isterdim.
  3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman iindem ağlamak geliyor.
  2. Çoğu zaman ağlıyorum.
  3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sınırlı değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
  2. Şimdi hep sınırlıyım.
  3. Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
  2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
  3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
  2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
  3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
  2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
  3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
  2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
  3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.



2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo verdim.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-3:

Beck Anksiyete Ölçeği

## Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

#### **EK-4: Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçekleri**

#### **UTRECHT CİNSİYET DİSFORİSİ ÖLÇEĞİ**

#### **Kadından Erkeğe Versiyonu**

**Cevap kategorileri tamamen katılıyorum, biraz katılıyorum, nötr, biraz katılmıyorum, tamamen katılmıyorum olarak belirlenmiştir.**

**Madde 1, 2, 4-6 ve 10-12, 5'ten 1'e puanlanacak; madde 3 ve 7-9 1'den 5'e puanlanacaktır.**

- (1) Erkek gibi davranmayı tercih ederim.
- (2) Ne zaman biri bana kız muamelesi yapsa inciniyorum.
- (3) Kız olarak yaşamayı seviyorum.
- (4) Bana sürekli erkek gibi davranılmasını istiyorum.
- (5) Bir erkeğin hayatı bana bir kızın hayatından daha çekici geliyor.
- (6) Kız gibi davranmam gerektiği için mutsuzum.
- (7) Kız olarak yaşamak benim için olumlu/iyi bir şey.
- (8) Çıplak vücudumu aynada görmek hoşuma gidiyor.
- (9) Cinsellikte kız gibi davranmayı seviyorum.
- (10) Adet görmekten nefret ediyorum çünkü kendimi kız gibi hissetmeme neden oluyor.
- (11) Göğüslerimin olmasından nefret ediyorum.
- (12) Keşke erkek olarak doğmuş olsaydım.

#### **EK-4: Utrecht Cinsiyet Disforisi Ölçekleri**

#### **UTRECHT CİNSİYET DİSFORİSİ ÖLÇEĞİ**

#### **Erkekten Kadına Versiyonu**

**Cevap kategorileri tamamen katılıyorum, biraz katılıyorum, nötr, biraz katılmıyorum, tamamen katılmıyorum olarak belirlenmiştir.**

- (1) Eğer erkek gibi yaşamak zorunda olsaydım, hayatım anlamsız olurdu.
- (2) Ne zaman biri bana erkek muamelesi yapsa üzülüyorum
- (3) Biri bana erkek derse mutsuz oluyorum
- (4) Erkek bedenine sahip olduğum için mutsuzum
- (5) Her zaman bir erkek olacağım fikri bende büyük bir ümitsizlik hissi yaratıyor.
- (6) Erkek olduğum için kendimden nefret ediyorum.
- (7) Her zaman ve her yerde erkek gibi davranmaktan rahatsız oluyorum.
- (8) Hayatım sadece kız olarak yaşarsam yaşamaya değer.
- (9) Ayakta işemekten hoşlanmıyorum
- (10) Sakalımın uzamasından memnun değilim çünkü erkek gibi görünmeme sebep oluyor.
- (11) Ereksiyon yaşamaktan/sertleşmekten hoşlanmıyorum.
- (12) Erkek gibi yaşamaktansa hiç yaşamamak daha iyidir.

## EK-5: Cinsel Mitler Ölçeği

### CİNSEL MİTLER ÖLÇEĞİ

Cinsellikle ilgili olarak aşağıda verilen ifadelerden her birini okuyarak size uygun olan seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız.

Teşekkür ederiz.

İFADELER	Asla Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Kısmen Katılmıyorum (4)	Kesinlikle Katılmıyorum (5)
1 Eşcinsellik bir hastalıktır.					
2 Eşcinsellik tedavi edilmelidir.					
3 Eşcinseller toplum için zararlıdır.					
4 Eşcinsel erkekler kadın gibi davranır.					
5 Bireyin cinsel yönelimi dış görünüşünden (giyimi, konuşması, davranışları) anlaşılır.					
6 Erkekler matematik gibi zeka gerektiren işlerde kadınlardan daha başarılıdır.					
7 Ev işleri kadınların görevidir.					
8 Erkeğin kararları kadınlara göre daha gerçekçi / mantıklıdır.					
9 Erkekler kadınlardan daha rekabetçidir.					
10 Kadınlar yardıma muhtaçtır.					
11 Erkek olmak, kadın olmaktan daha değerlidir.					
12 Yaşlı bireylerin cinsel ilişkide bulunması doğru değildir.					
13 Yaşlanma ile birlikte cinsel yaşam sona erer.					
14 Menopoza girmek (adetten kesilmek), kadının cinsel yaşamını sona erdirir.					
15 Doyumlu bir cinsel yaşam için genç olmak şarttır.					
16 Cinsel ilişkinin her aşaması erkeğin kontrolünde olmalıdır.					
17 Kadın, cinsel ilişkide eşinin isteklerine göre hareket etmelidir.					
18 Cinsel ilişkide eşini memnun etmek kadının görevidir.					
19 Mastürbasyon yapmak fiziksel hastalıkların gelişmesine neden olur.					
20 Mastürbasyon yapmak psikolojik sorunlara neden olur.					
21 Eşlerden birinin rızası dışında gerçekleşen cinsel ilişki "tecavüz" sayılmaz.					
22 Erkek çocuklar tecavüz kurbanı olmazlar.					
23 Tecavüze uğrayan erkek çocukları büyüdüklerinde eşcinsel olurlar.					
24 Kadınlar dış görünüşleri / giyimleri ile cinsel şiddetin ortaya çıkmasına neden olurlar.					
25 Cinsellik, cinsel ilişki (cinsel birleşme) demektir.					
26 Eşlerin cinsel hazzı yaşayabilmeleri için cinsel ilişki şarttır.					
27 Cinsel ilişki mutlaka orgazmla (haz / tatmin) sonuçlanmalıdır.					
28 Kadınlar yalnızca "cinsel ilişki" yoluyla orgazma ulaşabilirler.					

## EK-6: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

### **Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu**

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir.

Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.  
Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.  
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.  
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.  
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.  
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.  
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.  
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.  
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.  
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.  
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.  
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.  
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

## EK-7: WHOQOL-BREF-TR

## WHOQOL-BREF

## (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?	<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın	Doğum tarihiniz nedir?		
Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?			Medeni durumunuz nedir?		
<input type="checkbox"/> Hiç Eğitim Almadım	<input type="checkbox"/> İlkokul-Ortaokul	<input type="checkbox"/> Hiç Evlenmemiş	<input type="checkbox"/> Evli Gibi Yaşıyor	<input type="checkbox"/> Evli	
<input type="checkbox"/> Lise Veya Eşdeğeri	<input type="checkbox"/> Üniversite	<input type="checkbox"/> Boşanmış	<input type="checkbox"/> Ayrılmış	<input type="checkbox"/> Eşli Yaşamıyor	
Şu anda bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;		
Sizce bu nedir?	_____ (hastalık/sorun)				

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü <input type="checkbox"/> 1	Biraz kötü <input type="checkbox"/> 2	Ne iyi, ne kötü <input type="checkbox"/> 3	Oldukça iyi <input type="checkbox"/> 4	Çok iyi <input type="checkbox"/> 5
2 G4	Sağlığınızdaki ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil <input type="checkbox"/> 1	Çok az hoşnut <input type="checkbox"/> 2	Ne hoşnut, ne de değil <input type="checkbox"/> 3	Epeyce hoşnut <input type="checkbox"/> 4	Çok hoşnut <input type="checkbox"/> 5
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç <input type="checkbox"/> 5	Çok az <input type="checkbox"/> 4	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 2	Aşırı derecede <input type="checkbox"/> 1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 4	Son derecede <input type="checkbox"/> 5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 4	Tamamen <input type="checkbox"/> 5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## WHOQOL-BREF Sayfa-2

<b>15</b> F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Biraz kötü <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Ne iyi, ne kötü <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Oldukça iyi <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Çok iyi <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>16</b> F13.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Çok az hoşnut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Ne hoşnut, ne de değil <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Epeyce hoşnut <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Çok hoşnut <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>17</b> F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>18</b> F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>19</b> F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>20</b> F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>21</b> F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>22</b> F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>23</b> F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>24</b> F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>25</b> F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>26</b> F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	Nadiren <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Ara sıra <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Çoğunlukla <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Her zaman <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>27</b> U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Çok az <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Orta derecede <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Çokça <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Aşırı derecede <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		Bu formun doldurulması ne kadar sürdü? -----				

THE WHOQOL Group Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment (1998) Psychological Medicine, 1998, 28, 551-558

Skorlama Yönergesi		
Alt Parametre	Oluşturan sorular	
Genel sağlık durumu	1 ve 2. Soruların toplamı	Bu şekilde elde edilen skorlar "ham" skordur. Yüzelik sisteme değiştirmek için gerekli olan formül;
Fiziksel sağlık	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Soruların toplamı	
Psikolojik	5, 6, 7, 11, 19, 26. Soruların toplamı	
Sosyal ilişkiler	20, 21, 22. Soruların toplamı	
Çevre	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Soruların toplamı	



## EK-8: Hudson ve Ricketts Homofobi Ölçeği

Hudson ve Ricketts Homofobi Ölçeği (HRHO)

\*Lütfen aşağıdaki her bir ifade ile ne derece hemfikir olup olmadığınızı, verilen ölçekteki puanlardan birini seçerek ifadenin yanındaki boşluğa yazınız.

1 = Hiç katılmıyorum      2 = Oldukça katılmıyorum      3 = Birazcık katılmıyorum  
4 = Birazcık katılıyorum      5 = Oldukça katılıyorum      6 = Çok katılıyorum

- \_\_\_1. Bir eşcinsel grubun içinde olmaktan rahatsızlık duyarım.
- \_\_\_2. Kendi cinsimden birisi bana karşı cinsel ilgi gösterirse sinirlenirim.
- \_\_\_3. Çocuğumun eşcinsel olduğunu öğrenseydim hayal kırıklığına uğradım.
- \_\_\_4. Kardeşimin eşcinsel olduğunu öğrenseydim üzülürdüm.
- \_\_\_5. Eşcinsellerin katıldığı sosyal aktivitelere katılmaktan hoşlanırım.
- \_\_\_6. Kızımın öğretmeninin lezbiyen olduğunu öğrenmek beni rahatsız etmez.
- \_\_\_7. Kendi cinsimden birisi bana cinsel ilgi gösterirse canım sıkılır.
- \_\_\_8. Bir partide bir eşcinselle rahatça konuşurum.
- \_\_\_9. Oğlumun erkek öğretmeninin eşcinsel olduğunu öğrenmek beni rahatsız eder.
- \_\_\_10. Erkek bir eşcinselle beraber çalışmak beni rahatsız etmez.
- \_\_\_11. Kendi cinsimden birisinin bana cinsel ilgi göstermesi beni rahatsız etmez.
- \_\_\_12. Çocuğumun eşcinsel olduğunu öğrenirsem, iyi bir ebeveyn olmadığımı düşünürüm.
- \_\_\_13. Kendi cinsimden birisini çekici bulmaktan rahatsızlık duymam.
- \_\_\_14. Toplum içinde iki erkeğin el ele tutuştuğunu görmek beni iğrendirir.
- \_\_\_15. Doktorumun eşcinsel olduğunu öğrenmek beni rahatsız eder.
- \_\_\_16. Patronumun eşcinsel olduğunu öğrenmek beni rahatsız eder.
- \_\_\_17. Kendi cinsimden birisinin bana cinsel ilgi göstermesi beni gururlandırır.
- \_\_\_18. Bir kadın eşcinselle çalışmak beni rahatsız etmez.
- \_\_\_19. Esimin ya da partnerimin kendi cinsinden birisine ilgi duyması beni rahatsız eder.

- \_\_\_20. Komşumun eşcinsel olduğunu öğrenmek beni rahatsız eder.
- \_\_\_21. Eşcinsellerin gittiği bir barda görülmek beni rahatsız eder.
- \_\_\_22. Mensubu olduğumun dinin, din adamının eşcinsel olduğunu öğrenmek beni rahatsız eder.
- \_\_\_23. Kendi cinsimden en iyi arkadaşımın eşcinsel olduğunu öğrenmek beni rahatsız etmez.
- \_\_\_24. Kendi cinsimden insanların beni çekici bulmaları, beni rahatsız etmez.



## EK-9: Dini Yönelim Ölçeği

### DİNİ YÖNELİM ÖLÇEĞİ

**Açıklama:** Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlamak için kullandıkları bir dizi ifade sıralanmıştır. Bunlardan hiç birisi üzerinde fazla zaman harcamadan, genel olarak kanaatinizi ve hislerinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

		Hiç bir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1.	Dinin toplum hayatı açısından faydalı olduğunu düşünürüm				
2.	Dinî inancın gerekli olmadığını düşünürüm				
3.	İbadetlerimi yaparım				
4.	Dinin yasak ettiği şeyleri yaptığım olur				
5.	Dinin sosyal hayat ile ilgili kurallarını yerine getirmeye özen gösteririm				
6.	Hata işlediğim zaman Allah'tan af dilerim				
7.	Allah herkesi kendi niyetine göre değerlendirir diye düşünürüm				
8.	Dinî kuralları sıkıcı bulurum				
9.	Toplum huzurunun sağlanmasında dinin önemli bir katkısının olduğunu düşünürüm				
10.	İnancıma göre hareket etmediğimde, içimde bir huzursuzluk duyarım				
11.	Allah kıyamet günü bana da merhamet eder diye umarım				
12.	Kişinin din uğruna bir takım güçlüklerle katlanmasını anlamsız bulurum				
13.	Dinî kuralları yerine getirme zorunluluğu hissederim				
14.	Nafile (farz olmayan) ibadetler yaparım				
15.	Evlilik dışı ilişkileri normal karşılarım				
16.	Dua ederim				
17.	Toplumun geri kalmasına, dinî kuralların neden olduğunu düşünürüm				
18.	Dinimi başkalarına da anlatmaya çalışırım				

## EK-10: Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği

Tutum İfadeleri	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Kızlar, ekonomik bağımsızlıklarını kazandıklarında ailelerinden ayrı yaşayabilmelidir.					
2. Erkeğin evde her dediği yapılmalıdır.					
3. Kadının yapacağı meslekler ile erkeğin yapacağı meslekler ayrı olmalıdır.					
4. Evlilikte çocuk sahibi olma kararını eşler birlikte vermelidir.					
5. Bir genç kızın evleneceği kişiyi seçmesinde son sözü baba söylemelidir.					
6. Kadının erkek çocuk doğurması onun değerini artırır.					
7. Kadının doğurganlık özelliği nedeniyle, iş başvurularında erkekler tercih edilmelidir.					
8. Ailede ev işleri, eşler arasında eşit paylaşılmalıdır.					
9. Kadının yaşamıyla ilgili kararları kocası vermelidir.					
10. Kadınlar kocalarıyla anlaşamadıkları konularda tartışmak yerine susmayı tercih etmelidir .					
11. Bir genç kız, evlenene kadar babasının sözünü dinlemelidir.					
12. Ailenin maddi olanaklarından kız ve erkek çocuk eşit yararlanmalıdır.					
13. Çalışma yaşamında kadınlara ve erkeklere eşit ücret ödenmelidir.					
14. Bir erkeğin karısını aldatması normal karşılanmalıdır.					
15. Kadının çocuğu olmuyorsa erkek tekrar evlenmelidir.					
16. Kadının temel görevi anneliktir.					
17. Evin reisi erkektir.					
18. Dul kadın da dul erkek gibi yalnız başına yaşayabilmelidir.					
19. Bir genç kızın, flört etmesine ailesi izin vermelidir.					
20. Ailede kararları eşler birlikte almalıdır.					
21. Bir kadın akşamları tek başına sokağa çıkabilmelidir.					
22. Eşler boşandığında mallar eşit paylaşılmalıdır.					
23. Kız bebeğe pembe, erkek bebeğe mavi renkli giysiler giydirilmelidir.					
24. Erkeğin en önemli görevi evini geçindirmektir.					
25. Erkeğin maddi gücü yeterliyse kadın çalışmamalıdır.					
26. Evlilikte, kadın istemediği zaman cinsel ilişkiyi reddetmelidir.					
27. Mesleki gelişme fırsatlarında kadınlara ve erkeklere eşit haklar tanınmalıdır.					

<b>Tutum İfadeleri</b>	<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Tamamen Katılıyorum</b>
28. Evlilikte erkeğin öğrenim düzeyi kadından yüksek olmalıdır.					
29. Bir kadın cinsel ilişkiyi evlendikten sonra yaşamalıdır.					
30. Ailede erkek çocuğun öğrenim görmesine öncelik tanınmalıdır.					
31. Erkeğin evleneceği kadın bakire olmalıdır.					
32. Alışveriş yapma, fatura ödeme gibi ev dışı işlerle erkek uğraşmalıdır.					
33. Erkekler statüsü yüksek olan mesleklere çalışmalıdır.					
34. Ailede kazancın nasıl kullanılacağına erkek karar vermelidir.					
35. Bir erkek gerektiğinde karısını dövmelidir.					
36. Evlilikte gebelikten korunmak sadece kadının sorumluluğudur.					
37. Bir kadın hastaneye gittiğinde kadın doktora muayene olmalıdır.					
38. Evlilikte erkeğin yaşı kadından büyük olmalıdır.					

## 10. KAYNAKLAR

1. Cameron, D. The feminist critique of language: A reader London: Routledge.1998:154-155.
2. Zimman, L. Transgender language reform: Some challenges and strategies for promoting trans-affirming, gender-inclusive language. Journal of Language and Discrimination. 2017;1(1):83-104.
3. Bouman WP, Schwend AS, Motmans J ve ark Language and trans health. International Journal of Transgenderism. 2017;18:1-6
4. Fausto-Sterling, A. The sex/gender perplex. 2000:637-646
5. Money J. Gender role, gender identity, core gender identity: usage and definition of terms, J Am Acad Psychoanal, 1973;4:397-402
6. Sadock BJ, & Sadock VA Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. 2010:245-246
7. Başar K. Farklı Yönleri ile Cinsel Kimlik: Bedensel Cinsiyet, Cinsiyet Kimliği, Cinsiyet Rolü ve Cinsel Yönelim Toplum ve Hekim. 2014;29:4
8. Diamond LM, & Butterworth M. Questioning gender and sexual identity: Dynamic links over time. Sex roles. 2008;59:365-376.
9. Öztürk S. Cinsel yönelimler ve queer kuram. S Ozturk (Ed.), Cogito Dergisi, ikinci baskı, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları. 2011;65–66:5–8.
10. Anthony E, Baratz AB, Boney C ve ark. Clinical guidelines for the management of disorders of sex development in childhood. Intersex Society of North America 2006. [www.dsdguidelines.org](http://www.dsdguidelines.org)
11. Yücel B, & Polat A. A late sex reassignment in 5- $\alpha$  reductase deficiency: Case report. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2003;33(2):189-193.
12. Ali S & Barden S. Considering the Cycle of Coming Out: Sexual Minority Identity Development. Professional Counselor. 2015;5:4.

13. Jun H. Cissexism (Genderism or Binarism). In *Social Justice, Multicultural Counseling, and Practice*. Springer Cham. 2018:161-185.
14. Richards C, Bouman WP, Seal L ve ark. Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*. 2016;28(1):95-102.
15. Bockting WO. Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*. 2008;17(4):211-224.
16. Hines S. (Trans) forming gender: Social change and transgender citizenship. *Sociological Research Online* 2007;12(1):181-194.
17. Richards C & Barker M. *Sexuality and gender for mental health professionals: A practical guide*. Sage, 2013.
18. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev.: F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ). Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1992.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: Author. 2000.
20. DSM-5, Birliği, Amerikan Psikiyatri ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Beşinci Baskı (DSM-5). Tanı ölçütleri başvuru el kitabından çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2013.
21. Polat A, & Alioğlu F. Cinsiyet disforisi: Kocaeli Üniversitesi Hastanesi deneyimi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2019;20(1).
22. Haaga DA " Homophobia"?. *Journal of Social Behavior and Personality*. 1991;6(1):171-172.
23. Hill DB, & Willoughby BL. The development and validation of the genderism and transphobia scale. *Sex roles*. 2005;53(7-8):531-544.
24. Bockting, W. Internalized transphobia. *The international encyclopedia of human sexuality/* 2015:583-625.

25. Blackstone AM 2003. Gender roles and society. 2003.
26. Kitzinger C. Heteronormativity in action: Reproducing the heterosexual nuclear family in after-hours medical calls. *Social problems*. 2005;52(4):477-498.
27. Lehavot K, King KM, & Simoni JM. Development and validation of a gender expression measure among sexual minority women. *Psychology of Women Quarterly*. 2011;35(3):381-400.
28. Von Krafft-Ebing R. Psychopathia sexualis with special reference to contrary sexual instinct. *The transgender studies reader*. 2006:21-27.
29. Hirschfeld M. Magnus Hirschfeld. *Encyclopaedia Sexualis: A Comprehensive Encyclopaedia-Dictionary of the Sexual Sciences*. 1936;31:21.
30. Denny D. A selective bibliography of transsexualism. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*. 2002; 6(2):35-66.
31. Dillon M. *Self: a study in ethics and endocrinology*. Amsterdam: Elsevier (Original published in 1946). 1946/2013.
32. Walker P. Standards of care: the hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons. Paper presented at the Sixth International Gender Dysphoria Symposium. 1979.
33. Benjamin H. *The transsexual phenomenon*. Dusseldorf: Symposium Publishing (Original publication in 1966). 1966/1999.
34. Poretsky WCHL, & Hembree WC. *Transgender Medicine*. Springer International Publishing. 2019.
35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2d ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
36. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3d ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1980.



37. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., Revised. Washington, DC American Psychiatric Association; 1987.
38. Rachlin K, Dhejne C, & Brown GR. The future of GID NOS in the DSM 5: Report of the GID NOS Working Group of a consensus process conducted by the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*. 2010; 12(2):86-93.
39. Reed GM, First MB, Kogan CS ve ark. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019;18(1): 3-19.
40. Lev AI. *Transgender emergence*. New York, NY: Haworth Clinical Practice Press. 2004.
41. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health* 2017;14(5):404-411.
42. Conron KJ, Scott G, Stowell GS & Landers, S. J. Transgender health in Massachusetts: results from a household probability sample of adults. *American journal of public health*/ 2012;102(1):118-122.
43. Baba T, Endo T, Ikeda K, Shimizu A, Honnma H, Ikeda H, Saito T. Distinctive features of female-to-male transsexualism and prevalence of gender identity disorder in Japan. *J Sex Med* 2011;8:1686-1693.
44. Godlewski J. Transsexualism and anatomic sex ratio reversal in Poland. *Arch Sex Behav* 1988;17:547-548.
45. de Graaf NM, Giovanardi G, Zitz C, & Carmichael P. Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009-2016). *Archives of Sexual Behavior*. 2018;47(5):1301-1304.
46. Aitken M, Steensma TD, Blanchard R ve ark. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015;12(3):756-763.

47. Kohlberg L. A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes, in the development of sex differences. In: Maccoby EE, editor. Stanford University Press. 1966.
48. Martin CR, Ruble D. Children's search for gender cues. *CDPS*. 2004;13:67.
49. Zosuls KM. The acquisition of gender labels in infancy: implications for gender-typed play. *Dev Psychol*. 2009;45(3):688–701.
50. Lobel TE. Gender schema and social judgments: a developmental study of children from Hong Kong. *Sex Roles*. 2000;43(1/2):19–42.
51. Egan SK, Perry DG. Gender identity: a multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Dev Psychol*. 2001;37(4):451–463.
52. Carver PR, Yunger JL, Perry DG. Gender identity and adjustment in middle childhood. *Sex Roles*. 2003;49(3/4):95–109.
53. Byne W. Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of gender identity disorder. *Arch Sex Behav*. 2012;41(4):759–796.
54. Hill JP, Lynch ME. The intensification of gender-related role expectations during early adolescence, in girls at puberty. 1983:201–228.
55. Diamond LM, Butterworth M. Questioning gender and sexual identity: dynamic links over time. *Sex Roles*. 2008;59(5–6):365–376.
56. Bullough VL. Children and adolescents as sexual beings: a historical overview. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2004;13(3):447–459.
57. Mallon GP, DeCrescenzo T. Transgender children and youth: a child welfare practice perspective. *Child Welfare*. 2006;85(2):215–241.
58. Zucker KJ. Gender constancy judgments in children with gender identity disorder:

- evidence for a developmental lag. *Arch Sex Behav.* 1999;28(6):475–502.
59. Cohen-Kettenis PT. Gender identity disorders. In: Gillberg C, Steinhausen HC, Harrington R, editors. *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry.* Cambridge: Cambridge University Press. 2006:695–725.
60. Steensma TD ve ark. Resisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2011;16(4):499–516.
61. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(12):1413–23.
62. Steensma TD ve ark. Gender identity development in adolescence. *Horm Behav.* 2013;64(2):288–97.
63. Green R. *Sexual identity conflict in children and adults.* New York: Basic Books; 1974.
64. Stoller RJ. *Sex and gender.* New York: Science House; 1968.
65. Coates S. Ontogenesis of boyhood gender identity disorder. *J Am Acad Psychoanal.* 1990;18 (3):414–38.
66. Zucker KJ, Bradley S. *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents.* New York: Guilford; 1995.
67. Marantz S. Mothers of boys with gender identity disorder: a comparison of matched controls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1991;30(2):310–315.
68. Zucker KJ, Bradley SJ, Lowry Sullivan CB. Traits of separation anxiety in boys with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35(6):791–798.
69. Cohen-Kettenis PT. Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 2003;31(1):41–53.
70. Lee PA. Consensus statement on management of intersex disorders. *International*

Consensus Conference on Intersex. *Pediatrics*. 2006;118(2):488–500.

71. Ellis A. The sexual psychology of human hermaphrodites. *Psychosom Med*. 1945.

72. Money J. The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *J Sex Marital Ther*. 1994;20(3):163–77.

73. Cohen-Bendahan CCC, van de Beek C, Berenbaum SA. Prenatal sex hormone effects on child and adult sex-typed behavior: methods and findings. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005;29(2):353–384.

74. Berenbaum SA, Bailey JM. Effects on gender identity of prenatal androgens and genital appearance: evidence from girls with congenital adrenal hyperplasia. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88(3):1102–1106.

75. de Vries AL, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Disorders of sex development and gender identity outcome in adolescence and adulthood: understanding gender identity development and its clinical implications. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2007;4(4):343–51.

76. Dessens AB, Slijper FM, Drop SL. Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Arch Sex Behav*. 2005;34(4):389–397.

77. Meyer-Bahlburg HFL. Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Arch Sex Behav*. 2005;34(4):423–438.

78. Meyer-Bahlburg HF. Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Arch Sex Behav*. 2006;35(6):667–684.

79. Mazur T. Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Arch Sex Behav*. 2005;34(4):411–21.

80. Hyde C, Kenna JC. A male M Z twin pair, concordant for transsexualism, discordant for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1977;56(4):265–73.

81. Green R. Family cooccurrence of “gender dysphoria”: ten sibling or parent-child pairs. *Arch Sex Behav.* 2000;29(5):499–507.
82. Coolidge FL, Thede LL, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behav Genet.* 2002;32(4):251–7.
83. Heylens G. Gender identity disorder in twins: a review of the case report literature. *J Sex Med.* 2012;9(3):751–749
84. Diamond M. Transsexuality among twins: identity concordance, transition, rearing, and orientation. *Int J Transgenderism.* 2013;14(1):24–38.
85. Gomez-Gil E. Familiality of gender identity disorder in non-twin siblings. *Arch Sex Behav.* 2010;39(2):546–52.
86. Ngun TC. The genetics of sex differences in brain and behavior. *Front Neuroendocrinol.* 2011;32(2):227–46.
87. Henningsson S. Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism. *Psychoneuroendocrinology.* 2005;30(7):657–64.
88. Hare L. Androgen receptor repeat length polymorphism associated with male-to-female transsexualism. *Biol Psychiat.* 2009;65(1):93–6.
89. LeVay S. A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science.* 1991;253(5023):1034–1037.
90. Zhou JN. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature.* 1995;378(6552):68–70.
91. Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Funct Neurol.* 2009;24(1):17.
92. Kruijver FP. Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *J Clinical Endocrinol Metab.* 2000;85(5):2034–2041.

93. Garcia-Falgueras A. Galanin neurons in the intermediate nucleus (InM) of the human hypothalamus in relation to sex, age, and gender identity. *J Comp Neurol.* 2011;519(15):3061–3084.
94. Chung WC, De Vries GJ, Swaab DF. Sexual differentiation of the bed nucleus of the stria terminalis in humans may extend into adulthood. *J Neurosci.* 2002;22(3):1027–1033.
95. Chung WC, Swaab DF, De Vries GJ. Apoptosis during sexual differentiation of the bed nucleus of the stria terminalis in the rat brain. *J Neurobiol.* 2000;43(3):234–243.
96. Emory LE. Anatomic variation of the corpus callosum in persons with gender dysphoria. *Arch Sex Behav.* 1991;20(4):409–417.
97. Rametti G. White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *J Psychiatr Res.* 2011;45(2):199–204.
98. Luders E. Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *Neuroimage.* 2009;46(4):904–7.
99. Savic I, Arver S. Sex dimorphism of the brain in male-to-female transsexuals. *Cereb Cortex.* 2011;21(11):2525–2533.
100. Berglund H. Male-to-female transsexuals show sex-atypical hypothalamus activation when smelling odorous steroids. *Cereb Cortex.* 2007;18(8):1900–1908.
101. Gizewski ER. Original research—intersex and gender identity disorders: specific cerebral activation due to visual erotic stimuli in male-to-female transsexuals compared with male and female controls: an fMRI study. *J Sex Med.* 6(2): 440–448.
102. Flor-Henry P. EEG analysis of male to female transsexuals: discriminant function and source analysis. *Clin EEG Neurosci.* 2010;41(4):219–222.
103. Nawata H. Regional cerebral blood flow changes in female to male gender identity

- disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010;64(2):157–61.
104. Schöning S. Neuroimaging differences in spatial cognition between men and male-to-female transsexuals before and during hormone therapy. *J Sex Med*. 2010;7 (5):1858–67.
105. Scholz J. Training induces changes in white-matter architecture. *Nat Neurosci*. 2009;12 (11):1370.
106. Draganski B. Neuroplasticity: changes in grey matter induced by training. *Nature*. 2004;427(6972):311.
107. Benjamin H. *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Julian Press. 1966
108. Person E, & Ovesey L. The transsexual syndrome in males: I. Primary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*. 1974;28:4–20.
109. Person E, & Ovesey L. The transsexual syndrome in males: II. Secondary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*. 1974;28:174–193.
110. Docter RF. *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York, NY: Plenum Press. 1988.
111. Docter RF, & Prince V. Transvestism: A survey of 1032 cross-dressers. *Archives of Sexual Behavior*. 1997;26:589–605.
112. Buhrich N, & McConaghy N. The clinical syndromes of femmiphilic transvestism. *Archives of Sexual Behavior*. 1977;6:397–412.
113. Buhrich, N., & McConaghy, N. Three clinically discrete categories of fetishistic transvestism. *Archives of Sexual Behavior*. 1979;8:151–157.
114. Blanchard R. Typology of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*. 1985;14:247–261.

115. Blanchard R. The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Archives of Sexual Behavior*. 1989;18:315–334
116. Chivers ML, & Bailey JM. Sexual orientation of female-to-male transsexuals: A comparison of homosexual and nonhomosexual types. *Archives of Sexual Behavior*. 2000;29: 259–278.
117. Lawrence AA. Sexual orientation versus age of onset as bases for typologies (subtypes) for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*. 2010;39: 514–545.
118. Bockting WO, & Coleman E. Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery*. New York, NY: Haworth Press. 2007:185-208.
119. Fraser L. Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*. 2009;24:126–142.
120. Devor AH. Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*. 2004;8: 41–67.
121. Gagné P, Tewksbury R, & McGaughey D. Coming out and crossing over. *Gender and Society*. 1997;11:478–508.
122. Lewins F. *Transsexualism in society: A sociology of male-to-female transsexuals*. South Melbourne, Australia: Macmillan Education Australia. 1995.
123. Lev AI. *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: The Haworth Press. 2004.
124. Cashore C, & Tuason TG. Negotiating the binary: Identity and social justice for bisexual and transgender individuals. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*. 2009;21:374–401.
125. Levitt HM, & Ippolito MR. Being transgender: The experience of transgender identity development. *Journal of homosexuality*. 2014; 61(12):1727-1758.



126. Hughto JMW, Reisner SL, & Pachankis JE. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social science & medicine*. 2015;147:222-231.
127. DiPlacido J. *Minority stress among lesbians, gay men, and bisexuals: A consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatization*. Sage Publications, Inc. 1998
128. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*. 2003;129(5):674.
129. Frost DM, Lehavot K, & Meyer IH. Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *Journal of behavioral medicine*. 2015;38(1):1-8.
130. Rostosky SS, Riggle ED, Gray BE, & Hatton RL. Minority stress experiences in committed same-sex couple relationships. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2007;38(4):392.
131. Hendricks ML, & Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2012;43(5):460.
132. Bradford J, Reisner SL, Honnold JA, & Xavier J. Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American journal of public health*. 2013;103(10):1820-1829.
133. Goldblum P, Testa RJ, Pflum S ve ark. The relationship between gender-based victimization and suicide attempts in transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2012; 43(5):468.
134. Nobili A, Glazebrook C, & Arcelus J. Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*. 2018; 19(3):199-220.

135. World Health Organization. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002.
136. De Vries J, & Drent M. Quality of life and health status in interstitial lung diseases. *Current opinion in pulmonary medicine*. 2006;12(5):354-358.
137. Newfield E, Hart S, Dibble S, & Kohler L. Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*. 2006;15(9):1447-1457.
138. Bockting W, Coleman E, Deutsch MB ve ark. Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. *Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity*. 2016;23(2):188.
139. Hancock AB, Krissing J, Owen K. Voice perceptions and quality of life of transgender people. *J Voice*. 2011;25(5):553–558.
140. Meister J, Hagen R, Shehata-Dieler W, Kühn H, Kraus F, Kleinsasser N. Pitch elevation in male-to-female transgender persons—the Würzburg approach. *J Voice*. 2017;31(2):244–247.
141. Mora E, Carrillo A, Giribet A, Becerra A, Lucio MJ, Cobeta I. Translation, cultural adaptation, and preliminary evaluation of the Spanish version of the transgender voice questionnaire for male-to female transsexuals (TVQ MtF). *J Voice*. 2017
142. Bartolucci C, Gómez-Gil E, Salameo M ve ark. Sexual quality of life in gender-dysphoric adults before genital sex reassignment surgery. *J Sex Med*. 2015;12(1):180–188.
143. van de Grift TC, Kreukels BP, Elfering L ve ark. Body image in transmen: multidimensional measurement and the effects of mastectomy. *J Sex Med*. 2016;13(11):1778–1786.
144. Witcomb GL, Bouman WP, Brewin N, Richards C, FernandezAranda F, Arcelus J. Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: a matched control study. *Eur Eat Disord Rev*. 2015;23(4):287–93.

145. Jones BA, Arcelus J, Bouman WP, Haycraft E. Sport and transgender people: a systematic review of the literature relating to sport participation and competitive sport policies. *Sports Med.* 2017;47(4):701–16.
146. Jones BA, Haycraft E, Murjan S, Arcelus J. Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: a systematic review of the literature. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28(1):81–94.
147. WHO Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46(12):1569–85.
148. Pinto RM, Melendez RM, & Spector AY. Male-to-female transgender individuals building social support and capital from within a gender-focused network. *Journal of gay & lesbian social services.* 2008;20(3):203-220.
149. Boza C, & Nicholson Perry K. Gender-related victimization, perceived social support, and predictors of depression among transgender Australians. *International Journal of Transgenderism.* 2014;15(1):35–52.
150. Dowers E, White C, Cook K, & Kingsley J. Trans, gender diverse and non-binary adult experiences of social support: A systematic quantitative literature review. *International Journal of Transgender Health.* 2020:1-16.
151. Trujillo MA, Perrin PB, Sutter M, Tabaac A, & Benotsch EG. The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism.* 2017;18(1):39-52.
152. Başar K, Öz G, & Karakaya, J. Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *The journal of sexual medicine.* 2016;13(7):1133-1141.
153. Factor RJ, & Rothblum ED. A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support, and experiences of violence. *Journal of LGBT health research.* 2007;3(3):11-30.
154. Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, Travers R, & Hammond R. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC public health.* 2015;15(1):525.

155. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, & McLaughlin KA. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*. 2016;(3):137.
156. Fitzpatrick KK, Euton SJ, Jones JN, & Schmidt NB. Gender role, sexual orientation and suicide risk. *Journal of affective disorders*. 2005;87(1):35-42.
157. Clark K, Fletcher JB, Holloway IW, & Reback CJ. Structural inequities and social networks impact hormone use and misuse among transgender women in Los Angeles County. *Archives of sexual behavior*. 2018;47(4):953-962.
158. Alanko K, & Lund H. Transgender Youth and Social Support: A Survey Study on the Effects of Good Relationships on Well-being and Mental Health. *YoUng*. 2020;28(2):199-216.
159. Testa RJ, Sciacca LM, Wang F ve ark. Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2012;43(5):452.
160. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, & Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*. 2016;28(1):44-57.
161. de Freitas LD, Léda-Rêgo G, Bezerra-Filho S, & Miranda-Scippa Â. Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2020;74(2):99-104.
162. Bouman WP, Claes L, Brewin, N ve ark. Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*. 2017;18(1):16-26.
163. Witcomb GL, Bouman WP, Claes L, Brewin N, Crawford JR, & Arcelus J. Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of affective disorders*. 2018;235: 308-315.
164. Yüksel Ş, Ertekin BA, Öztürk M, Bikmaz PS, & Oğlağı Z. A clinically neglected topic: risk of suicide in transgender individuals. *Archives of Neuropsychiatry*. 2017;54(1):28.
165. Uzun Z, Erdem S, Güç K, Uzun AMŞ, & Erdem E. The effect of education on gender perception and gender role attitudes: An experimental study Toplumsal cinsiyet algısı ve toplumsal cinsiyet rollerine eğitimin etkisi: Deneysel bir çalışma. *Journal of Human Sciences*. 2017;14(1):678-693.

166. Bem SL. Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological review* 1981;88(4):354.
167. Miville ML, & Ferguson AD. Intersections of race-ethnicity and gender on identity development and social roles. In *Handbook of race-ethnicity and gender in psychology*. Springer, New York, NY. 2014:3-21.
168. Wilkinson AL, Fleming PJ, Halpern CT, Herring AH, & Harris KM. Adherence to gender-typical behavior and high-frequency substance use from adolescence into young adulthood. *Psychology of men & masculinity*. 2018;19(1):145.
169. Sunar DG. Female stereotypes in the United States and Turkey: An application of functional theory to perception in power relationships. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 1982;13(4):445-460.
170. Lindsey LL. *Gender roles: A sociological perspective*. Routledge. 2015.
171. Öngen B, & Aytaç S. Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları Ve Yaşam Değerleri İlişkisi/Attitudes Of University Students Regarding To Gender Roles And Relationship With Life Values. *Sosyoloji Konferansları*. 2013;(48):1.
172. Nusbbaum M, & Rosenfeld JA. *Sexual health across the lifecycle: a practical guide for clinicians*. Cambridge University Press. 2004.
173. Kora K, & Kayır A. Cinsel roller ve cinsel mitler. *Düşünen Adam*. 1996;9:55–58.
174. Torun F, Torun SD, & Özaydın AN. Men’s belief in sexual myths and factors affecting these myths. *DüşünenAdam*. 2011;24:24–31.
175. Nobre PJ, & Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of sex research*. 2006;43(1):68-75.
176. Herek GM. Beyond “homophobia”: Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy*. 2004;1(2):6-24.
177. Haaga DA. " Homophobia"?. *Journal of Social Behavior and Personality*. 1991;6(1):171.
178. Robinson RK, & Frost DM. The Afterlife of Homophobia. *Ariz. L. Rev*. 2018;60:213.
179. Ashley F. Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*. 2019;45(7):480-482.

180. Singh AA, & Burnes TR. Shifting the counselor role from gatekeeping to advocacy: Ten strategies for using the competencies for counseling with transgender clients for individual and social change. *Journal of LGBT Issues in Counseling*. 2010;4(3-4):241-255.
181. Coleman E, Bockting W, Botzer M ve ark. Standards of care for the health of transsexual, trans-gender, and gender-nonconforming people, Version 7. *Int J Transgend*. 2012;13:165-232.
182. World Professional Association for Transgender Health (WPATH), Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People: 7th Version. 2011.
183. Keskin N, Yapca G, Tamam L. Transsexualism: Clinical features and legal issues. *Curr App Psychiatry* 2015;7:1.
184. Wylie, K, Knudson G, Khan SI, Bonierbale M, Watanyusakul S, Baral S. Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *Lancet* 2016;388:401-411.
185. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 1988;6(2):118-122.
186. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7(23):3-13.
187. Smarr K, Keefer A. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care & Research*. 2011;63(11):454-466.
188. Ulusoy, M. Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.1993.
189. Kreukels BP, Jürgensen M, de Vries AL, & Cohen-Kettenis PT. The Utrecht Gender Dysphoria Scale: A Validation Study.
190. McGuire JK, Berg D, Catalpa JM ve ark. Utrecht Gender Dysphoria Scale-Gender Spectrum (UGDS-GS): construct validity among transgender, nonbinary, and LGBTQ samples. *International Journal of Transgender Health*. 2020;21(2):194-208.
191. Golbası Z, Evcılı F, Eroglu K, & Bırcan H. Sexual myths scale (SMS): development, validity and reliability in Turkey. *Sexuality and Disability*. 2016;34(1):75-87.

192. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, & Berkoff KA. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*.1990;55(3-4):610-617.
193. Eker D, & Sosyal AH. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği [Factorial Structure, Validity, and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support]. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995;45-55.
194. Eker D. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12:17-25.
195. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, & Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 1999;7(Suppl 2):23-40.
196. Hudson WW. Hudson WW, Ricketts WA A strategy for the measurement of homophobia. *Journal of homosexuality*. 1980;5:355-372.
197. Sakallı N., Uğurlu O. Effects of social contact with homosexuals on heterosexual Turkish university students' attitudes towards homosexuality. *Journal of Homosexuality*. 2001;42(1): 53-62.
198. Onay A. Religious attitudes and Muslim identity, with reference to Turkish university students. Unpublished doctoral dissertation, Department of Theology and Religious Studies, University of Leeds, Leeds, UK. 2000.
199. Zeyneloğlu S, & Terzioğlu F. Toplumsal cinsiyet rolleri tutum ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2011;40(2):409-420.
200. Sugano E, Nemoto T, & Operario D. The impact of exposure to transphobia on HIV risk behavior in a sample of transgendered women of color in San Francisco. *AIDS and Behavior*. 2006;10(2):217.
201. Gkiouler S. Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan bireylerde ailenin tutumu ve yordayıcıları. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kocaeli.2009.
202. Motmans J, Meier P, Ponnet K, & T'Sjoen G. Female and male transgender quality of life: socioeconomic and medical differences. *The Journal of sexual medicine*. 2012; 9(3):743-750.

203. Lee KH, Xu H, & Wu B. Gender differences in quality of life among community-dwelling older adults in low-and middle-income countries: results from the Study on global AGEing and adult health (SAGE). *BMC public health*. 2020;20(1):114.
204. Shors TJ, & Leuner B. Estrogen-mediated effects on depression and memory formation in females. *Journal of affective disorders*. 2003;74(1):85-96.
205. Su TP, Pagliaro M, Schmidt PJ, Pickar D, Wolkowitz O, & Rubinow DR. Neuropsychiatric effects of anabolic steroids in male normal volunteers. *Jama*. 2003;269(21):2760-2764.
206. Rowniak S, Bolt L, & Sharifi C. Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: a quantitative systematic review. *JB I database of systematic reviews and implementation reports*. 2019;17(9):1826-1854.
207. Gorin-Lazard A, Baumstarck K, Boyer L ve ark. Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *The journal of sexual medicine*. 2012;9(2):531-541.
208. White Hughto JM, & Reisner SL. A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgender health*. 2016;1(1):21-31.
209. Khobzi Rotondi N. Depression in trans people: A review of the risk factors. *International Journal of Transgenderism*. 2012;13(3):104-116.
210. Aker S, Şahin MK, & Oğuz G. Sexual Myth Beliefs and Associated Factors in University Students. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019;13(4):472-480.
211. Kukulcu K, Gürsoy E, & Sözer GA. Turkish university students' beliefs in sexual myths. *Sexuality and Disability*. 2009;27(1):49-59.
212. Evcili F, & Golbasi Z. Sexual myths and sexual health knowledge levels of Turkish university students. *Sexuality & Culture*. 2017;21(4):976-990.
213. Yilmaz DV, Emul TG, Uzel A ve ark. Determination of Nursing Students' Sexual Myths in Turkey. *The Journal of Sexual Medicine*. 2017;14(5):290.
214. Herman-Jeglińska A, Grabowska A, Dulko S. Masculinity, femininity, and transsexualism. *Archives of Sexual Behavior* 2002;31(6):527-34.



215. Gómez-Gil E, Gómez A, Cañizares S ve ark. Clinical utility of the Bem sex role inventory (BSRI) in the Spanish transsexual and nontranssexual population. *Journal of personality assessment* 2012;94(3):304-09.
216. Factor RJ, Rothblum ED. A Comparison of Trans Women, Trans Men, Genderqueer Individuals, and Cisgender Brothers and Sisters on the Bem Sex-Role Inventory: Ratings by Self and Siblings. *Journal of homosexuality* 2017:1-18.
217. Az Genç M. Cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama) tanısı olan bireyler ve partnerlerinde bağlanma tipi, çift uyumu ve toplumsal cinsiyet rolleri tutumunun araştırılması, Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir. 2018
218. Sanberk İ, Çelik M, & Gök M. An investigation of university students' homophobia levels regarding gender and gender roles Üniversitesi öğrencilerinin homofobi düzeylerinin cinsiyet ve cinsiyet rolleri açısından incelenmesi. *Journal of Human Sciences*. 2016;13(3):4011-4019.
219. Sargin N, & Circir O. The attitudes of prospective teachers toward homosexuality: A case study in Konya. *International Journal of Psychology and Educational Studies*. 2015;1(1):17-24.
220. Ghazzawi A, Suhail-Sindhu S, Casoy F ve ark. Religious faith and transgender identities: The Dear Abby project. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 2020;24(2):190-204.
221. Janssen DJ, & Scheepers P. How religiosity shapes rejection of homosexuality across the globe. *Journal of Homosexuality*. 2018;66(14):1974–2001.
222. Kidd JD, & Witten TM. Understanding spirituality and religiosity in the transgender community: Implications for aging. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. 2008;20(1-2):29-62.
223. Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, & Mann JJ. Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(12):2303-2308.
224. Moody C, & Smith, NG. Suicide protective factors among trans adults. *Archives of sexual behavior*. 2013;42(5):739-752.
225. Carter SP, Allred KM, Tucker RP, Simpson TL, Shipherd, JC, & Lehavot K. Discrimination and suicidal ideation among transgender veterans: The role of social support and connection. *LGBT health*. 2019;6(2):43-50.

226. Lombardi, E. Enhancing transgender health care. *American Journal of Public Health*. 2001;91(6):869.
227. Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, & Malouf D. Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *Journal of homosexuality*. 2002;42(1):89-101.
228. Puckett JA, Matsuno E, Dyar C, Mustanski B, & Newcomb ME. Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference?. *Journal of Family Psychology*. 2019.
229. Smith YL, Van Goozen SH, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychol Med*. 2005;35(1):89–99.
230. de Cuypere GR, Elaut E, Heylens GU ve ark. Long-term follow-up: psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Theol Sex*. 2006;15(2):126–133.
231. Wierckx K, Van Caenegem E, Elaut E ve ark. Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *J Sex Med*. 2011;8(12):3379–3388.
232. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol*. 2010;72(2):214–231.
233. Yang X, Zhao L, Wang L, Hao C, Gu Y, Song W, et al. Quality of life of transgender women from China and associated factors: a cross-sectional study. *J Sex Med*. 2016;13(6):977–987.
234. Schalock RL. The concept of quality of life: what we know and do not know. *J Intellect Disabil Res*. 2004;48(3):203–216.
235. Budge SL, Adelson JL, & Howard KA. Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2013;81(3):545.
236. Gamarel KE, Reisner SL, Laurenceau JP, Nemoto T, & Operario D. Gender minority stress, mental health, and relationship quality: A dyadic investigation of transgender women and their cisgender male partners. *Journal of Family Psychology*. 2014;28(4):437.

237. Colizzi M, Costa R, Todarello O. Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*. 2014;39:65–73.
238. Costa R, & Colizzi M. The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individuals' mental health: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*.2016:12

