

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**TRANS-ERKEK BİREYLERDE HORMONOTERAPİ
ÖNCESİ VE SONRASINDA AGRESYON VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Dr. Ömer Orhun ERCAN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2020

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**TRANS-ERKEK BİREYLERDE HORMONOTERAPİ
ÖNCESİ VE SONRASINDA AGRESYON VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Dr. Ömer Orhun ERCAN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Neşe DİREK TECİRLİ

İÇİNDEKİLER TABLOSU

TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	v
KISALTMALAR.....	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
ÖZET.....	9
ABSTRACT.....	11
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	13
1.1. Cinsiyet Kimliği İle İlgili Genel Kavramlar.....	15
1.1.1. Cinsiyetinden Yakınma (Hoşnut Olmama).....	17
1.2. Öfke.....	34
1.2.1. Öfkenin Tanımı.....	34
1.2.2. Öfke Kuramları.....	36
1.2.3. Öfke Türleri.....	37
1.2.4. Öfke İfade Tarzları.....	38
1.3. Toplumsal Cinsiyet ile İlgili Kavramlar.....	39
1.4. Beden Algısı.....	41
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	42
2.1. Çalışma Deseni.....	42
2.2. Örneklem.....	42
2.2.1. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri.....	42
2.2.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri.....	43
2.3. Kullanılan Ölçüm Araçları.....	43
2.3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	43
2.3.2. Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği.....	43
2.3.3. Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği.....	44
2.3.4. Çok Yönlü Beden-Benlik (Self) İlişkileri Ölçeği (MBSRQ-The Multidimensional Body- Self Relations Questionnaire):.....	45
2.4. İstatistiksel Değerlendirme.....	46
3. BULGULAR.....	47

3.1.	Hormonoterapi Alan ve Hormonoterapi Almayan Trans-erkek Bireylerin Demografik Özellikleri	47
3.2.	Hormonoterapi Alan ve Hormonoterapi Almayan Trans-Erkek Bireylerin Klinik Özellikleri	48
3.3.	Hormonoterapi Alma Durumuna ve Süresine Göre Toplam SÖÖİTÖ/ ÇYBSİÖ/ TCRTÖ Puanlarının Değerlendirilmesi	49
3.4.	Hormonoterapi Alma Durumuna ve Süresine Göre SÖÖTÖ/ÇYBSİÖ/TCRTÖ Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	50
3.4.1.	Hormonoterapi Alma Durumuna ve Süresine Göre SÖÖTÖ Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	50
3.4.2.	Hormonoterapi Alma Durumuna ve Süresine Göre ÇYBSİÖ Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	51
3.4.3.	Hormonoterapi Alma Durumuna ve Süresine Göre TCRTÖ Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	53
4.	TARTIŞMA.....	55
4.1.	Demografik ve Klinik Veriler	55
4.1.1.	Demografik Veriler	55
4.1.2.	Klinik Veriler.....	58
4.2.	Kısıtlılıklar	64
5.	SONUÇ ve ÖNERİLER.....	66
6.	KAYNAKÇA	68
EK-1	.....	82
EK-2	.....	85
EK-3	.....	87
EK-4	.....	90
EK-5	.....	92

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Hormonoterapi Almayan ve Alan Trans-erkek Bireylerin Demografik Özellikleri - 1..47	
Tablo 2 Hormonoterapi Almayan ve Alan Trans-erkek Bireylerin Demografik Özellikleri - 2...48	
Tablo 3 Hormonoterapi Almayan ve Alan Trans-erkek Bireylerin Klinik Özellikleri - 1.....49	
Tablo 4 Hormonoterapi Almayan ve Alan Trans-erkek Bireylerin Klinik Özellikleri - 2.....49	
Tablo 5 Hormonoterapi Kullanma Durumuna Göre Toplam SÖÖİTÖ/ÇYBSİÖ/TCRTÖ Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 6 Hormon kullanım süresine göre üç grupta (hiç almamış/6aydan kısa süre almış/6ay ve daha uzun süre almış) SÖÖİTÖ/ÇYBSİÖ/TCRTÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 7 Hormonoterapi alma durumuna SÖÖİTÖ alt ölçek sonuçları	51
Tablo 8 Hormonoterapi alma süresine göre (0, 6aydan az, 6 ay ve üzeri) SÖÖİTÖ alt ölçek sonuçları	51
Tablo 9 Hormonoterapi alma durmuna göre ÇYBSİÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	52
Tablo 10 Hormonoterapi süresine göre (0, 6aydan az, 6 ay ve üzeri) ayrılan grupların hormonoterapi almayan bireylerle, ÇYBSİÖ alt ölçekleri açısından karşılaştırılması	53
Tablo 11 Hormonoterapi alma durumuna TCRTÖ alt ölçek sonuçları.....	54
Tablo 12 Hormonoterapi süresine göre (0, 6aydan az, 6 ay ve üzeri TCRTÖ alt ölçek sonuçları	54

SEKİL LİSTESİ

Şekil 1 Cinsiyet Kurabiyesi	17
-----------------------------------	----

KISALTMALAR

CY: Cinsiyetinden yakınma¹

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

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

SPSS: Statistical Package viort he Social Sciences

WPATH: Dünya Transgender Sağlığı Meslek Birliği

SS: Standart Sapma

TCRÖ: Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği

SÖÖTÖ: Sürekli Öfke – Öfke İfade Tarzı Ölçeği

ÇYBSİÖ: Çok Yönlü Beden – Self İlişkileri Ölçeği

GNC: Gender Nonconforming²

LGB: Lezbiyen, gey, biseksüel

TE: Trans-erkek³

¹ Kişinin doğduğundaki bedensel cinsiyeti, birincil ve ikincil cinsiyet özellikleri ve cinsiyet rolüyle cinsiyet kimliği arasında örtüşmeme, uyumsuzluk nedeniyle yaşadığı sıkıntı ve stres olarak tanımlanan “gender dysphoria” DSM-5’in Türkçe versiyonunda “cinsiyetinden yakınma” şeklinde çevrilmiştir. Bu nedenle metin içerisinde “CY” kısaltması kullanılacaktır

² Evrensel kabul gören terminoloji olması sebebi ile metin içerisinde aslı gibi yer alacaktır.

³ Biyolojik cinsiyeti kadın, cinsiyet kimliği erkek olan kişi ‘trans-erkek’ olarak adlandırılmaktadır. Metin içerisinde cinsiyetinden yakınma tanılı biyolojik kadın bireyler için “TE” kısaltması kullanılacaktır.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca katkılarını esirgemeyen, sevgisini, desteğini ve anlayışını hissettiren, tecrübe ve birikimi ile bana yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Neşe Direk Tecirli'ye,

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli katkılarıyla beni meslek hayatıma hazırlayan, kendilerinden çok şey öğrendiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Hasan Can Cimilli, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Ayşegül Yıldız, Prof. Dr. Beyazıt Yemez, Prof. Dr. Berna Binnur Akdede, Prof. Dr. Behice Elif Onur Aysevener, Prof. Dr. Halis Ulaş ve Doç. Dr. İbrahim Tolga Binbay, Doç. İbrahim Emre Bora'ya,

Asistan hekimliğim süresince birlikte çalıştığım, iş arkadaşlığının ötesinde paylaşımlarda bulunduğum ve unutulmayacak birçok anı biriktirdiğim sevgili asistan arkadaşlarım Dr. Zeliha E. Sayın, Dr. Taha Selim Bilgin, Dr. H. Ece Arat, Dr. Emre Mısırs, Dr. Berkant Sağır, Dr. Ş. Saygın Demir, Dr. Mehtap Az Genç, Dr. Seçil Soylu, Dr. Nedim Özak, Dr. Bilge Targıtay, Dr. Fatih Özel, Dr. Mervegül Ertekin, Dr. Esin Düvek, Dr. Buğran Tan, Dr. Esat Yavaş, Dr. Çağrı Çimentepe, Dr. Mahmut Koçoğlu, Dr. Emin Demir, Dr. Eldem Güvercin, Dr. İsmail Güler, Dr. Yağmur Dokuyan, Dr. Burak Çelik, Dr. Simge Uzman Özbek, Dr. Elif Çümen, Dr. Cihan Doğan, Dr. Emre Özçoban, Dr. İsmail Türkeç, Dr. Yusuf Keleş'e,

Tez çalışmalarım aşamasında yardımlarını esirgemeyen sevgili asistan arkadaşlarım Dr. Halid Esad Yavaş'a, Dr. Mervegül Ertekin'e,

Eğitimime olan katkılarından dolayı Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ve Nöroloji Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma ve birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma,

Klinikte birlikte çalıştığım psikolog arkadaşlarıma, tüm hemşirelerimize, sekreterlerimize, sosyal hizmet uzmanımıza ve yardımcı personelimize,

Hayatım boyunca sonsuz destekleriyle her zaman arkamda olan, beraber olmaktan her zaman keyif aldığım canım annem, babam, Orçun ve Artun'a,

Eğlenerek öğrendiğim bakış açıları ve bilinç olarak deneyimime ayna olmaları bakımından bende ayrı bir değer olarak kalacaklarını umduğum Dr. Emre Yazgeç, Dr. Armağan İnceç ve Dr. Remzi Oğulcan Çıray'a,

Hayatıma girdiği günden bugüne bana en güzel duyguları yaşatan, sevgisi ve anlayışıyla hep yanımda olan, enerjisi ve gülen yüzü ile mutluluğumu katlayan sevgili ruhikim Esin'e,

Teşekkür ederim.



ÖZET

TRANS-ERKEK BİREYLERDE HORMONOTERAPİ ÖNCESİ VE SONRASINDA AGRESYON VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Dr. Ömer Orhun ERCAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

orhun.ercan@gmail.com

Tez danışmanı: Doç. Dr. Neşe DİREK TECİRLİ

Amaç: Cinsel kimlik disforisi ya da cinsiyetinden yakınma (CY), doğumda belirlenen cinsiyetle kişinin dışa vurduğu veya yaşadığı cinsiyet arasındaki farklılıktan duyulan rahatsızlık ile karakterize bir durumdur. Biyolojik cinsiyeti kadın olan ve kendisini erkek olarak tanımlayan kişiler olan trans-erkek bireylerde testosteron uygulaması tıbbi bakımda önemli bir yer almıştır. Şu ana kadar az sayıda çalışmada testosteron kullanımının CY'si olan bireylerde oluşturabileceği öfke dışavurumu, toplumsal cinsiyet rolleri ve beden algısı üzerindeki değişiklikler üzerine odaklanmıştır. Bu çalışmada trans-erkek bireylerde testosteron tedavisi ile öfke seviyesi arasındaki ilişkinin ve bu ilişkiye toplumsal cinsiyet rollerinin beden algısının etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışmaya hormonoterapi almayan (n=27) ve alan (n=30) toplam 57 trans-erkek dahil edilmiştir. Bireylerin sosyodemografik özellikleri, araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan bir form aracılığıyla toplanmıştır. Tüm katılımcılara Sürekli Öfke – Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ), Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği (TCRÖ) ve Çok Yönlü Beden-Benlik (Self) İlişkileri Ölçeği (ÇYBSİÖ) verilerek uygulanmıştır. Hormonoterapi alan grup altı aydan kısa süre hormonoterapi alan (n=10) ve altı ile daha uzun süre hormonoterapi alan (n=20) olmak üzere iki alt gruba ayrılmıştır. Analizler hem hormonoterapi alan ve almayan grup arasında hem de altı aydan kısa süre hormonoterapi alan, altı ay ve üzerinde hormonoterapi alan ve hormonoterapi almayan gruplar arasında yapılmıştır. Kategorik verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Pearson Chi-square ve Fisher's Exact testi, sürekli verilerin iki grup arasında karşılaştırılmasında

Mann Whitney U, ikiden fazla grup arasında karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H (anamlılık halinde posthoc Bonferroni düzeltmesi kullanıldı) istatistiksel analizleri kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda hormonoterapi alan ve almayan bireylerde SÖÖİTÖ puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hormonoterapi süresinde artış ile öfkelenmeye eğilimin artma trendinde olduğu saptanmıştır. Katılımcılarda ÇYBSİÖ ile beden algısı değerlendirildiğinde altı aydan uzun süreli hormonoterapi alan trans-erkek bireylerde, altı aydan kısa süreli hormonoterapi alan trans-erkek bireylere kıyasla ölçeceğinden anlamlı derecede beden algısının olumlu olduğu saptanmıştır. Katılımcıların toplumsal cinsiyet rol tutumları TCRTÖ ile değerlendirildiğinde grupların genel anlamda eşitlikçi tutuma sahip olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışma bildiğimiz kadarıyla CY'si olan trans-erkek bireylerde hormonoterapinin agresyon, beden algısı ve toplumsal cinsiyet rolleri tutumu üzerindeki etkisini inceleyen Türkiye'de yapılmış ilk çalışmadır. Çalışmamızda hormonoterapi ile beden algısında olumlu yönde değişim olduğu bulunmuştur. CY'si olan bireylerde beden algısında olumsuz atıfların ön planda olduğu ve insan yaşamında beden algısının psikososyal uyum ve iyilik hali ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda hormonoterapi ile öfkelenmeye eğilimin artma trendinde olduğu saptanılmıştır. Kişinin içe veya dışa yönelerek ifade ettiği öfke duygusunu sağlıklı düzlemde tutan, duygunun kontrol edilebilmesidir. Bu nedenle özellikle CY'si olan hormonoterapi alan trans-erkek bireylerin klinik değerlendirmesinde öfke eğilimi ve ifade tarzları, değerlendirmenin bir parçası haline getirilmeli, kişinin öfke kontrolünün artırılması amaçlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Cinsiyetinden yakınma, hormonoterapi, öfke, beden algısı, toplumsal cinsiyet rolleri tutum

ABSTRACT

AGRESSION AND RELATED FACTORS BEFORE AND AFTER HORMONOTHERAPY IN TRANS MEN

Dr. Ömer Orhun ERCAN

Dokuz Eylul University Psychiatry Department

orhun.ercan@gmail.com

Thesis Supervisor: Ass. Prof. Dr. Neşe DİREK TECİRLİ

Aim & Scope: Gender dysphoria is characterized by high discomfort from the differences between gender that is manifested at birth and by the person manifested or experienced. Testosterone treatment has an important place in medical care in trans male individuals who are born in female biology and who define themselves as male. However, few studies so far have focused on the anger expression, gender roles attitude and changes in body perception that testosterone use can create in individuals with gender dysphoria. In this study, it is aimed to investigate the relationship between testosterone treatment and anger level in transgender individuals and the effect of gender roles on this relationship.

Method: A total of 57 trans men who did not receive hormone therapy (n = 27) and received hormone therapy (n = 30) were included in the study. “Trait Anger and Anger Expression Scale”, “Gender Roles Attitude Scale” (GRAS) and “Multidimensional Body- Self Relations Questionnaire” (MBSRQ) applied to all participants . In addition, a data form was used to evaluate the socio-demographic characteristics of all participants. The data obtained were evaluated for both groups, and the group receiving hormone therapy was further divided into two subgroups: those who received hormone therapy for less than six months (n = 10) and those who received hormone therapy for six months and longer (n = 20). In statistical analysis, Pearson Chi-square and Fisher’s Exact test was used to compare categorical data between groups, and Mann Whitney U

was used to compare continuous data between two groups, and Kruskal Wallis was used to compare continuous data between more than two groups (posthoc Bonferroni correction was used for significance). The relationship between the variables was evaluated by pearson correlation analysis. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: In our study, we found that with an rise in the duration of hormone therapy the tendency towards anger increased. The positive body perception was significantly higher in trans male individuals who received hormonotherapy for more than six months compared to trans male individuals who received hormonotherapy for less than six months. When the gender role attitudes of the participants were evaluated with TCRT, it was found that the all groups had an egalitarian attitude in general.

Conclusion: To our knowledge this is the first study to examine the impact of hormonotherapy on trans male individuals of aggression, body image and gender role attitudes. In our study, it was found that there was a positive change in body perception with hormonotherapy. It is known that negative attributes in body perception are at the forefront in individuals with gender dysphoria and body perception in human life is related to psychosocial adjustment and well-being. In our study, it was found that the tendency to get angry is in an increasing trend with hormonotherapy. It is the ability to control the anger emotion, which keeps one's feeling of anger -expressed by directing them inside or outside- on a healthy state. Therefore, anger tendency and expression styles should be made a part of the psychiatric evaluation, especially in the clinical evaluation of trans male individuals receiving hormonal therapy.

Keywords: Gender dysphoria, hormonotherapy, anger, aggression, body image, gender roles attitude

1. GİRİŞ ve AMAC

Cinsel kimlik disforisi doğumda belirlenen cinsiyetle kişinin dışı vurduğu veya yaşadığı cinsiyet arasındaki farklılıktan duyulan rahatsızlıkla karakterize bir durumdur. Cinsel kimlik disforisi olan bireyi ifade etmek için kullanılan transgender terimi, Amerikan Psikoloji Derneği tarafından cinsiyet kimliği, toplumsal cinsiyetin dışı vurumu veya davranışları bakımından doğumsal cinsiyeti ile uyumlu olmayan kişiler için kullanılan kapsayıcı bir şemsiye terimdir[1]. DSM 5'te de benzer bir tanım kullanılarak 'cinsiyetinden yakınma' (gender dysphoria) tanı kategorisi belirlenmiştir [2].

Cinsiyetinden yakınması (CY) olan kişilerle ilgili günümüzde tıbbi bakımın standartları oluşturulmuştur. Burada temel amaç cinsiyet disforisinin en aza indirilmesidir ve bu yapılırken kişilerin ayrıntılı biyolojik, ruhsal ve sosyal durumu ele alınır. Dünya Transgender Sağlığı Meslek Birliği (WPATH), toplumsal cinsiyet uyumsuzluğu bulunan kişilerin değişik seviyelerde olduğunu; psikiyatrik, hormon ve cerrahi tedavi ihtiyaçlarının kişiye göre özelleşmesi gerektiğini belirtmiştir [3].

Kadın biyolojisinde doğan ve kendisini erkek olarak tanımlayan kişiler olan trans-erkek bireylerde testosteron tedavisi tıbbi bakımda önemli bir yer elde etmiştir [4]. Trans-erkek bireylerde fenotip ile cinsel aidiyetleri arasındaki dikotominin tıbbi tedavisinde köşe taşı olan testosteron tedavisinin cinsiyet onaylayıcı cerrahiden bağımsız olarak anksiyete, sosyal endişe, depresyon ve benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir [13]–[17]. Ancak az sayıda da olsa, testosteron tedavisinin öfke gibi bazı olumsuz duygularda artışa neden olduğu da gösterilmiştir.

Öfke herkes tarafından zaman zaman hissedilen ve klinik olarak anlamlı bir duygudur. Öfke genellikle bölünmez tek bir yapı olarak tanımlanmış olmakla beraber, son 30 yılda Spielberger'in teorisi uyarınca öfkenin çok-yönlü tanımlaması ön plana çıkmıştır [6]. Spielberger öfkenin durumsal (kişilerin o an nasıl hissettiği) ve sürekli (kişilerin genel olarak nasıl hissettiği) olarak anlaşılabilmesine işaret etmiştir. Durum-Tarz Öfke Teorisi olarak ifade edilen; öfkenin durum ve tarz yönleri arasındaki farkın, tekrarlı ve amprik olarak geçerliliği gösterilmiştir [7]. Öfke

linik ve klinik olmayan gruplarda birçok kez değerlendirilmiştir. Genel olarak klinik popülasyonlar genel popülasyonlara göre öfke deneyimini daha yoğun ve daha sık yaşantılamaktadır ve fiziksel ve sözel agresif davranışlarla dışavurma eğilimindedir [8]–[12]. Klinik popülasyon ve klinik olmayan popülasyon arasında öfke kontrolü açısından belirgin fark saptanmamıştır. Giovanna Motta ve ark. trans-erkek bireylerde testosteron kullanımının agresivite artışı ile korele olduğunu göstermişlerdir [5]. Bu çalışmada trans-erkek bireylerde testosteron tedavisi ile öfke dışa vurumu ve öfke uyanma kontrolünün arttığını ve mens devamlılığı ile eksen bir tanısının trans-erkek bireylerde öfke dışavurumu skorlarında artışa neden olabileceği gösterilmiştir [5]. Ancak Motta ve arkadaşlarının çalışmasında öfkedeki artışın nedeni olabilecek, testosteron tedavisi sonrası değişen toplumsal cinsiyet rolleri ve beden algısı gibi değişkenler hesaba katılmamıştır.

Bu çalışmada trans-erkek bireylerde testosteron tedavisi ile öfke seviyesi arasındaki ilişkinin ve bu ilişkiye toplumsal cinsiyet rollerinin ve beden algısındaki değişimin etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

1.1. Cinsiyet Kimliği İle İlgili Genel Kavramlar

Literatürde günlük dilde *sex* ile *gender* kavramlarının birbiri yerine kullanıldığı belirtilmiş olsa da [25] Türkçe’de bu birbirleri yerine kullanılan kelimelere karşılık olarak “biyolojik cinsiyet” (*sex*) ve “toplumsal cinsiyet” (*gender*) terimleri kullanılmaktadır. Biyolojik cinsiyet; kişiler arasında farklı tezahürleri olabilmekle beraber kadın ve erkek kıyasında biyolojik farklılığı tanımlar. Biyolojik cinsiyetin, kromozom, iç üreme organları, dış üreme organları, hormonlar, ikincil seks karakteristikleri gibi pek çok farklı boyutu vardır [26]. Cinsiyet kromozomlarında bulunan genlerde doğum öncesinden başlayan ifade değişiklikleri ile biyolojik farklılaşma süreci başlar ve şekillenir. Bireyin genetik materyali üzerinden genotipik cinsiyeti tanımlanır (yani kişinin genetik yapısının, kromozom dağılımının hangi cinsiyete karşılık geldiğinin ifadesi) ve genetik, biyokimyasal, hormonal faktörler üzerinden şekillenen fizyolojik ve anatomik cinsiyete dair özelliklere (fenotipik cinsiyet) temel oluşturur [27][28].

Cinsel yönelim; bireyde cinsel duygu, istek ve davranışların belli bir eşeye ya da nesneye çekimidir [29]. Yönelim kişinin kendi cinsiyet kimliğine yönelik olduğunda eşcinsel, diğer cinsiyet kimliğine yönelik olduğunda heteroseksüel, her iki cinsiyet kimliğine yönelik olduğunda biseksüel olarak adlandırılır [30]. Bireyler kadınlara, erkeklere, iki cinsiyete, hiçbirine, ya da androgynous, genderqueer veya başka cinsiyet kimlikleri ile tanımlanan bireylere duygusal ve cinsel ilgi gösterebilir. Kişiler kendilerini lezbiyen, gey, heteroseksüel, biseksüel, queer, panseksüel, aseksüel olarak ya da başka bir şekilde tanımlayabilir [31].

Toplumsal cinsiyet (*gender*); farklı kültürlerde, coğrafyalarda ve tarihsel zamanlarda kadınlara ve erkeklere toplumsal olarak yüklenen roller ve sorumluluklar bütünüdür. Toplumsal cinsiyet, bir toplum içerisindeki kişilerin cinsiyetlerini sergileme şekillerine dair sosyal ve kültürel olarak oluşan beklentiler [32]–[34] olarak da tanımlanmaktadır. Biyolojik cinsiyet farklılıkları evrensel bir nitelik taşır ve içeriği genetik ve fenotip ile belirlenen kadın ve erkek ayrımındaki fiziksel değişik özellikleri tanımlarken, toplumsal cinsiyet ise kadınlık ve erkeklik rollerinin kıyasındaki farklılıkları betimlemekte ve bu farklılıkların ne olduğu kültürel açıdan belirlenmekte ve kültürden kültüre değişiklik göstermektedir [35], [36].

Kişilerin toplumsal cinsiyeti çeşitli etkenlerce belirlenmekte ve toplumsal cinsiyet de bireylerin yaşamını her dönemde değişik yönlerde de olsa etkilemektedir. Kadın ve erkek bedensel özelliklerinden görece bağımsız şekilde, sosyal yaşamda şekil alan erkek / erkeklik / erkeksilik ve

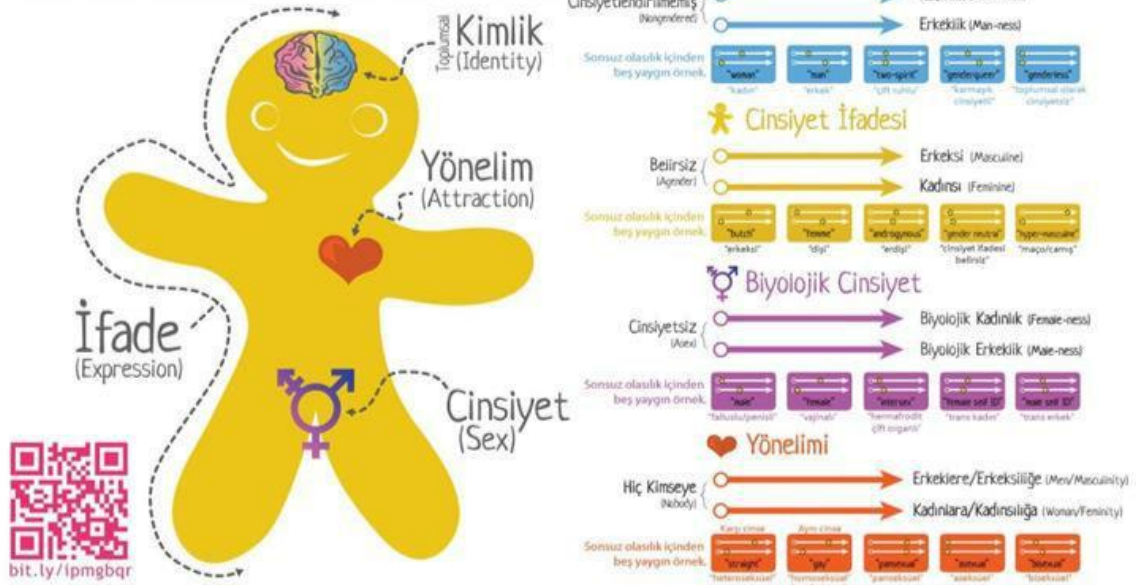
kadın / kadınlık/ kadınsılık mevcuttur. Toplumsal olarak her bir cinsiyet kategorisi ile ilgili beklenen özellikler, kültüre, zamana, coğrafyaya göre değişkendir[28]. Toplumsal cinsiyet kavramını Ann Oakley, “cinsiyet (seks) biyolojik açıdan erkek / kadın ayrımını anlatırken, toplumsal cinsiyet erkeklik ile kadınlık arasındaki toplumsal bakımdan eşitsiz bölünmeye gönderme yapmaktadır” diyerek açıklamıştır[37]. Toplumsal cinsiyeti Giddens, “toplumsal olarak kurulmuş erillik ve dişilik kavramlarıyla bağlantılıdır ve bireyin biyolojik cinsiyetinin doğrudan bir sonucu olmak zorunda değildir” şeklinde açıklamıştır[38]. Toplumsal cinsiyet doğumla birlikte öğrenilmeye ve öğretilmeye başlanır. Toplum içinde “Adam gibi..., karı gibi...”, “Kızlar böyle giyinir, erkekler böyle yürür.” gibi ifadelerle hayatın içine yerleşir. Zamanla bireylerin dış görünümü toplumsal cinsiyet ile örtüşmeye başlar. Saç şekilleri, giyim tercihleri, ayakkabı seçimleri gibi farklılıklar toplumsal cinsiyet ile uyumlu duruma gelmeye yönelik davranışlardır.

Toplumsal cinsiyet rolleri; toplumun kadın ve erkeklerden cinsiyetleriyle ilişkili beklentilerini ifade etmektedir [18]. Bem’e göre (1974) bireylerin, erkek ve kadınlara ait özelliklere sahip olma miktarlarının değişmesi toplumsal cinsiyet rollerini şekillendirmektedir. Bem, daha çok kadınsı özelliklere sahip bireylerin kadınsı (feminen) cinsiyet rollerini benimserken, daha çok erkeksi özelliklere sahip bireylerin de erkeksi (maskülen) cinsiyet rollerini benimsediğini belirtir. Ayrıca Bem’e göre androjen (androgyn) ifadesi, her iki cinsiyet özelliğinin de çok olması durumunda kullanılırken, ayrışmamış (undifferentiated) ifadesi her iki cinsiyet özelliğinin az olması durumunda kullanılmaktadır [39].

Cinsiyet Kurabiyesi v2.1 Tr

hazırlayan: [itspronouncedMETROsexual](http://itspronouncedmetrosexual.com)
çeviren: feministmutfak.com

Cinsiyet kavramını herkes bildiğini sanır. Cinsiyet tekil değildir, doğrusal değildir, ya hep ya hiç değildir, sadece organa bağlı değildir. Cinsiyet çeşitlidir, değişkendir, renklidir. Aynı bir kurabiye tarifi gibi. Her evin kurabiyesi lezzetlidir; ancak hepsinin yapılışı aynı mıdır?



Şekil 1 Cinsiyet Kurabiyesi

Cinsiyet kurabiyesi <http://itspronouncedmetrosexual.com> tarafından oluşturulmuş, <https://feministmutfak.tumblr.com/> üyeleri tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir.

1.1.1. Cinsiyetinden Yakınma (Hoşnut Olmama)

Cinsiyetinden hoşnutsuzluğu olan kişilere ICD-10'da 'transseksüalizm', DSM IV-TR'de 'cinsel kimlik bozukluğu' tanısı konulması ancak karşı cinsiyetle güçlü ve sürekli özdeşim kurma ile mümkündür [40] [41].

Kişinin biyolojik cinsiyeti, cinsiyet rolü, birincil ve ikincil cinsiyet özellikleriyle cinsiyet kimliğinin uyuşmamasından ötürü duyduğu rahatsızlık, yaşadığı sıkıntı olarak tanımlanan cinsiyetinden yakınmanın genç ve yetişkinlerdeki klinik görünümü DSM-5 tanı kriterlerinde belirlenen şekliyle üreme organlarından, ikincil cinsiyet özelliklerinden ve ilişkili fizyolojik süreçlerden rahatsızlık duyma, güçlü bir birincil / ikincil seks karakterlerinden kurtulma isteği, diğer cinsin birincil / ikincil cinsel özelliklerini çok isteme, kendisine diğer cinsiyettenmiş gibi davranılmasını isteme, diğer cinse özgü duygularının ve tepkilerinin olduğuna inanma şeklinde tanımlanmıştır. DSM-5'te cinsiyetinden yakınma yaygınlığı yetişkin biyolojik erkeklerde %0.005 ile %0,014, yetişkin biyolojik kadınlarda %0,002 ile % 0,003 olarak belirtilmiştir [2]. Farklı coğrafyalarda ve kültürlerde yapılan çalışmalarda yaygınlık oranları değişiklik göstermekte ve geniş bir aralıkta dağılmaktadır [42].

1.1.1.1. Tarihçe

Cinsiyet değiştirme kavramı antik çağlardan beri bilinmekle beraber 20.yy'den önce transseksüalizm ve transvestizm tek bir kavram olarak ele alınmaktaydı. Transseksüalitenin klinik tanımlamasında Magnus Hirschfeld (1910) ile ilk adımları atan Richard von Kraft-Ebing'in (1886) "Psychopathia sexualis" adlı yayını, erken dönemde "normal ve normalden sapma" gösteren cinselliğin tanımlanması ve klinik bir durum olarak ele alınmasını sağlayan bir kaynaktır[43]. Magnus Hirschfeld "transvesti" kavramını "diğer cinsiyete ait olan kılık kıyafetleri giyme" şeklinde tanımlasa da transvestinin sadece homoseksüalite, fetişizm ya da diğer bir psikopatoloji olarak tanımlanmayacağını, transvestinin tam kadın ve tam erkeklik arasında "arada bir cinsiyet" olacağı hipotezi ile dikotomik bakışa alternatif oluşturmuştur. Yalnızca kıyafet ile dış görünüm değil, bedensel bakımdan da karşı cinsiyete benzemeye çalışan bireyler için ise "seelischer transsexualismus", "psychic transsexualism" kavramını öne sürmüştür. Hirschfeld transbireyleri tedavi amaçlı cerrahiye yönlendiren ilk kişidir, tedavide hormonların kullanımı ise 1950 yılından sonra başlamıştır [43].

David Oliver Cauldwell "Psychopathia Transexualis" (1949) başlıklı makalesinde, Hirschfeld'in Almanca "Transsexualismus" terimini İngilizceye "Transsexual" olarak çevirmiş ve tanımlama içinde "tam olarak karşıt cinsiyette olma isteği"ne vurgu yapmıştır. Harry Benjamin bugünkü tanımlamayla örtüşen tanımlaması, basamaklı tedavi yapılandırması ve standardizasyonu getirmesi ile dikkate değer diğer isimdir. İlk cinsel kimlik kliniği de 1966 yılında John Hopkins Üniversitesi'nde endokrinolog olan Harry Benjamin ve bir grup doktor tarafından kurulmuştur[44].

Güncel terminolojiyle gender dysphoria (cinsiyetinden yakınma)- transeksüalite'nin tanımlanması; 18.yy'de normal ve normal olmayan cinsel davranışların sınıflanması, psikopatoloji olarak tanımlanması şeklinde başlayarak, 19.yy'da kavramsal tanımlamaların gelişimi, çeşitlenmesi, klinik tanımlamanın şekillenmesi, tedavilerin gündeme gelmesi ile devam etmiştir. Sınıflama sistemleri içerisinde tanı kriterleri özgül olarak belirlenmiştir. Çıkış noktası normal dışı "sapkın" cinsel davranışlar olan bu kavram, bugün her ne kadar mental bozukluklar arasında yer alsada güncel yaklaşımda "genel tıbbi bir durum" biçiminde değerlendirilmektedir. Gelişmeye devam eden dünyada tartışmaya açılmış olan toplumsal cinsiyet, cinsel yönelim için devam etmekte olan ayrımlar hızla geçerliliğini kaybetmektedir. Günümüzde transgender, genderqueer benzeri şemsiye terimler cinsiyet kimliği ile ilgili sınırlı, dikotomik cinsiyetçi bir ayrımdan uzaklaşmayı mümkün

kılmakta ve sosyal gerilimlerin yükselişe geçtiği bu dönemde ortaya çıkan yeni toplumsal hareketler içinde LGBT hareketi çok önemli bir yer almaktadır.[45]

1.1.1.2. Sınıflandırma Sistemleri ve Cinsiyet Kimliği

Cinsiyet kimliğiyle ilişkili ilk tanımlar olan “Transseksüalizm”, “Çocukluk Çağı Cinsel Kimlik Bozukluğu” ve “Atipik Cinsel Kimlik Bozukluğu” sınıflandırma sistemlerine “Psikoseksüel Bozukluklar” altında “Transeksüalizm” başlığı ile ilk kez DSM-III'le (1980) girmiş, Transseksüalizmin kardinal kriterleri; doğumsal cinsiyetinden rahatsızlık duyma ve uyumsuzluk, değişmeyen bir şekilde cinsel organlarından kurtulma ve diğer cinsiyette yaşama isteğinin bulunması olarak tanımlanmıştır[46].

DSM-III'te “Çocukluk Çağı Cinsel Kimlik Bozukluğu” tanısında; kızlarda kadın bedeninde olduğunu reddetme ve erkeklerde erkek vücudundan memnuniyetsizlik şeklinde mevcut olan cinsiyetlere dair farklılık; DSM-III-R, DSM-IV ve DSM-IV-TR boyunca devam etmiştir[46]–[48].

DSM III-R'deki değişiklikler Psikoseksüel Bozukluklar” kategorisi yerine “Cinsel Bozukluklar” kategorisi altında diğer tanımlarla yer alması; cinsel kimlik bozukluğunun “Genellikle Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlikte İlk Kez Ortaya Çıkan Bozukluklar” alt sınıfına alınması nedeniyle cinsel kimlik bozukluklarının neredeyse her zaman çocukluk döneminde başladığı yanlış varsayımın genelleşmesine katkıda bulunması; cinsiyet özelliklerinden kurtulma ile ilişkili iki yıl boyunca süren kaygının olmaması ve tıbbi müdahale arzusunun olmaması ile “Transeksüalizm”den ayrılan “Adölesan ve Erişkinlerde Cinsel Kimlik Bozukluğu, nontransseksüel tip”in tanımlanılması; şizofreni ve kromozomal ya da intereks durumlarının artık dışlama kriterlerine dahil edilmemesidir[49].

DSM-IV'te “Genellikle Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlikte İlk Kez Ortaya Çıkan Bozukluklar” başlığı lağvedilerek “cinsel kimlik bozuklukları” başlığı ile ayrı bir tanısal kategori oluşturularak yetişkin transseksüel bireylerin davranışsal öncüllerinin daima çocukluk çağında başladığı algısı ortadan kaldırılmış; “Adölesan ve Erişkinlerde Cinsel Kimlik Bozukluğu, nontransseksüel tip” tanısı kaldırılmış; “Çocukluk Çağı Cinsel Kimlik Bozukluğu” tanısının odak noktası karşı cinsiyet kimliğinden karşı cinsiyet davranışlarına kaymıştır[41], [50].

DSM 5'te tanı ölçütleri, cinsiyet kimliği ifadesinin farklı boyutlarında bedensel cinsiyetle tam veya kısmi örtüşmemeyi içerek şekilde geliştirilmiş, A-B kriterleri birleştirilmiş, dilde dikotomiden kaçınılarak cinsiyet kimliği ve rolü çok kategorili kavramlar ve spektrum olarak tanımlanmış, "kimlik" ve "bozukluk" tanı isminden çıkarılarak "Cinsiyetinden Yakınma (Hoşnut Olmama) (Gender Dysphoria)" tanımlamasıyla parafili ve cinsel işlev bozukluklarından ayırıştırılmış, DSM-IV-TR'de "Çocukluk Çağı Cinsel Kimlik Bozukluğu" tanısında var olan lakin zorunlu kriter olmayan bir kriter "Karşı cinsten olmayı çok isteme ya da karşı cinsten (ya da onun için belirlenen cinsiyetten değişik bir seçenekten) olduğu konusunda direktme" A1 kriteri şeklinde zorunlu kriter haline getirilerek "Çocuklukta Cinsiyetinden Yakınma" tanısını daha kısıtlayıcı kılmıştır[2], [51]–[53].

DSM 5'teki diğer değişiklikler interseks bireylerin ana tanıdan dışlanmaması ve izlem sürecinde belirleyici olması nedeniyle dışlama kriterinden çıkarılarak, "tıbbi girişim ya da tedavi uygulandığı"ni belirtme amacıyla oluşturulan "geçiş sonrası" gibi belirteç olarak tanımlanmasının istenmesidir.

ICD-10'da cinsel kimlik bozuklukları, yetişkin kişilik ve davranış bozuklukları bölümünde yer almaktadır ve cinsel kimlik bozukluğu (F64) için beş tanı kategorisi bulunmaktadır. ICD-11'de cinsiyet uyumsuzluğu (gender incongruence) başlığı altında, ruhsal bozukluklar grubundan çıkarılıp kendi başına bir grup ya da sağlık durumu ve sağlık hizmetleri ile etkileşimi etkileyen etkenler kategorisinde yer verilmesi konusunda tartışmalar sürmektedir[45].

1.1.1.3. Epidemiyoloji

DSM-5'te cinsiyetinden yakınma yaygınlığının biyolojik olarak erkek erişkinlerde %0.005 ile %0,014, biyolojik olarak kadınlarda %0,002 ile % 0,003 arasında bulunduğu belirtilmiştir[2].

Belçika'da yapılan bir çalışma CY prevalansını erişkin kadınlarda 1:33,800, erişkin erkeklerde 1:12,900 oranında bulmuştur [54]. Hollanda çalışması sonuçları da erişkin kadınlarda 1:30.400 ve erişkin erkekte 1:11,900 oranları ile benzer veriler ortaya koymuştur[55]. Hollanda'da 1976-1986 yılları arasında ülkedeki tek cinsiyet tedavi merkezinde yapılan prevalans çalışmalarındaki verilerle karşılaştırıldığında 1980-1986-1993 yılları arasında hem erişkin erkek hem de erişkin kadın prevalansında kronolojik bir yükseliş olduğu görülür; erişkin kadın 1:200,000/1:54,000/1:33,800, erişkin erkek 1:45,000/1:18,000/1:12,900[7], [56]. Yükselişin gerçek bir prevalans yükselişinden çok sağlık hizmetlerine başvuru sıklığının artması ile ilişkili olduğu düşünülmüş.

Başvuru sıklığında artış trendinin gelişmiş toplumlarla devam ettiğine işaret etmesi bakımından 2014 yılından itibaren yayılanan üç yeni çalışmayı gözden geçirdiğimizde 2010 yılında İsveç'te yasal isim değişikliğine başvuran 1:13,120 erişkin kadın ve 1:7,750 erişkin erkek nokta prevalansı saptandığı[57]; 2014 tarihli İrlanda çalışmasında hormon tedavisi için başvuruda erişkin kadınlarda prevalansın 1: 27,668 ve erişkin erkeklerde prevalansın 1: 10,154, olarak bulunduğu [58]; son olarak Madrid'de 2007-2015 yılları arasında uzmanlaşmış cinsiyet kimliği biriminde CY prevalansını kadınlarda 1: 7752, erişkin erkeklerde 1: 3205 civarında saptandığı [59] görülmektedir.

Özetle, yetişkinlerde ve çocukluk döneminde, erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek başvuru oranlarının olduğu, yetişkin cinsiyetinden yakınması (hoşnut olmama) olan bireylerde klinik başvuru prevalansında son dönemde artış trendinin devam ettiği bildirilmektedir.

Terminoloji ve tanı kriterlerindeki değişimlerin etkilediği yakınma yaygınlığının gerçek değerinin coğrafi ve kültürel farklılıklar, çalışmaların çoğunluğunun batı ülkelerinden olması gibi sınırlılıklar nedeniyle bu değerlerin üstünde olduğu düşünülmektedir.

1.1.1.4. Etiyoloji

Son yıllarda yapılan çalışmalar cinsiyetinden yakınma etiyojisinde cinsel kimlik gelişiminde etkisi olan ebeveyn özellikleri ve tutumları benzeri çevresel faktörlerin etkisine kıyasla, genetik faktörler ve prenatal hormonlara maruziyet gibi biyolojik etiyojinin ağırlıkla yer aldığına işaret etmekte[60].

1.1.1.4.1. Prenatal Hormonlar Doğum

Doğum öncesinde, uterin dönemde fetal androjenler genital organların kadın ve erkek açısından farklılaşmasının yanı sıra, beynin erkeklik ve kadınlık yönünde organizasyonunda kritik bir önem taşımaktadır. Genitallerin cinsiyete göre farklılaşması ilk trimesterde gerçekleşirken, beyindeki farklılaşma süreci gebeliğin ikinci yarısında başlamaktadır[61]. Bu iki sürecin birbirinden bağımsız ilerlediği varsayımı ile prenatal hormon düzeylerinin CY'de etiyojide yer alabileceği düşünülmüştür. Uterin dönemde organize olan beyin devrelerinin, ergenlik döneminde seks hormonları tarafından aktive edildiği düşünülmektedir [62].

Prenatal sex hormonlarına maruziyet düzeylerinin retrospektif değerlendirmesinde öne çıkan işaret parmağı/yüzük parmağı uzunluğu (2D/4D) oranının düşük olması yüksek androjen maruziyetine işaret eder ve erkeksi (maskülen) el yapısı şeklinde adlandırılır, yüksek olması durumunda kadınsı (feminen) el yapısı olarak tanımlanır[63]. 2D/4D oranı trans-kadınlarda erkeklere göre yüksek, kadınlarla benzer saptanmış; bununla birlikte trans-erkeklerde kadınlardaki beklenen aralıkta saptandığı bildirilmiştir[63]–[66].

Bulgular uterin androjen maruziyetinin en azından trans-kadınlarda etiyojide rol alabileceğine işaret etmektedir. Bununla beraber konjenital adrenal hiperplazi (KAH) tanılı kız çocuklarında androjenizasyonun cinsiyetinden yakınmayla ilişkili olmadığı saptanmıştır [67].

1.1.1.4.2. Genetik

Cinsiyet kimliği çoklu genetik ve çevresel etkenlerin bir kombinasyonundan oluşan karmaşık özelliklere sahiptir. Çoğu insan özellikleri ve hastalıkları poligenik bir yapıdadır. İkiz, evlat edinme ve aile çalışmaları bu faktörler değerlendirilebilir[42].

İkiz olgu sunumları üzerine yapılan bir çalışmada, monozigot ikizlerde CY konkordansının, dizigot ikizlerden fazla olduğunu saptamıştır[68]. 995 CY'li bireyle yapılan bir çalışma, kardeşlerde CY yaygınlığının genel topluma kıyasla yüksek olduğunu, trans-kadınların kardeşlerinde, trans-erkeklerin kardeşlerine kıyasla sık görüldüğünü bulmuştur[69]. Erişkin ikizlerin olduğu bir çalışmada, çocukluk çağında GNC belirtilerinin varlığı geriye dönük değerlendirilmiş ve kalıtsallığın erkeklerde tahmini 0.50-0.57 ve kadınlarda tahmini 0.37-0.40 arasında olduğu ortaya konmuştur[70].

CY'de öne çıkan androjen reseptörü (AR), östrojen reseptör β (Er β) ve aromataz genlerinde tekrar uzunluğu polimorfizmleri ile ilgili çelişkili veriler mevcuttur: bir çalışmada trans-kadınlarda AR geninde kontrol grubundaki erkeklerden daha uzun bir CAG-tekrar polimorfizmi saptanmıştır [71], lakin daha büyük bir örneklemlili başka bir çalışmanın sonuçları bu ilişkiyi gösterememiştir [72]. Er β CAG tekrar uzunluğu polimorfizmi trans-kadın[73] ve trans-erkeklerde CY ile ilişkili bulunmuştur [72].

Araştırılan diğer genlere kıyasla en tutarlı sonuçlar CYP17 geni polimorfizmlerinde elde edilmiştir, özellikle trans-erkeklerde CY için belirgindir. 104 trans-kadın ve 49 trans-erkek gerçekteştirilen bir çalışmada CYP17'nin trans-erkek için aday gen olabileceği, CYP17 T-34C

allelinin trans-erkeklerde CY ile ilişkili olmakla beraber trans kadınlarda ilişki bulunmadığı saptanmış [74].

Başka bir çalışmada CYP17 MspA1 polimorfizimi 151 trans-kadın, 142 trans-erkek bireyde değerlendirilerek, A2 alleli sıklığının trans-erkek bireylerde, trans-kadın bireylerden daha sık olduğunu gösterse de [75] 317 trans-kadın, 223 trans-erkek, 358 kontrol erkek ve 264 kontrol kadın ile daha geniş örnekleme yapılan çalışmada gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Kadın ve erkek beyni arasındaki yapısal farklılıklar ele aldığımızda erkek beyninin hacminin (1260 cc) kadın beyninden fazla olduğu (1130 cc); hemisferler, frontal ve temporal loblar, sol pariyetal volüm, insula ve serebellum erkeklerde büyük saptansa da total hemisferlere oranlandığında kadın ve erkekte büyüklüklerin yakın olduğu; benzer şekilde serebrospinal sıvı volümü, lateral ventriküller, sulkal volüm, ventriküler volüm ve intrakraniyal yapılar kraniyal büyüklüğe oranlandığında fark saptanmadığı [76]; kadınlarda frontal, temporal, pariyetal, oksipital loblarda, singulat girus ve insulada gri cevher oranının erkeklere kıyasla fazla olduğu ve bedensel ölçülere oranlandığında değişmediği görülmektedir.

Kadın ve erkek beyni arasında farklılıklar gösteren özellikli beyin yapıları olan stria terminalisin yatak nükleusu (BSTc) ve anterior hipotalamusun üçüncü intertstisyel nükleusu (INAH3) gibi alanlar seksüel dimorfik yapılar olup bu iki yapı erkeklerde daha büyük ve somatostatin nöronları bakımından zengindir. BSTc amigdala, hipokampus ve mediyal prefrontal korteks ile bağlantılı ve otonomik, nöroendokrin ve davranışsal yanıtlarda rol almakta olup, INAH3 cinsel ve maternal davranışlarla ve gonadotropinlerin salınımı ile ilişkilidir [61] [76].

BSTc morfolojisi ve somatostatin nöronlarını ele alan bir çalışmada trans-kadın bireylerde BSTc nöron sayısının kadınlara benzer, trans-erkeklerde ise erkeklere benzer olduğu belirtilerek CY'li bireylerde beyin ve genitaler arasında zıt gelişimi destekleyen bir çalışma olarak öne çıkmaktadır [77].

Başka bir seksüel dimorfik yapı olarak INAH3 ve 4'ten oluşan hipotalamik unikat çekirdeğin değerlendirildiği bir çalışmada INAH3'ün büyüklük ve hücre sayısı açısından trans-kadın bireylerle kadınlar arasında fark olmadığı, hormonoterapi alan trans-erkek bireylerde de erkeklerle benzer olduğu, cerrahi operasyon geçirmiş olan trans-erkek bireylerde ise kadınlar ve erkeklerin arasında bulunduğu saptanmıştır [78].

Jinefilik trans-kadınlarla yapılan bir araştırmada gri cevher volümleri erkeklerle büyük oranda benzer saptanmış[79]. Buna karşın androfilik trans-kadınlarda birçok kortikal alanda kontrol erkek grubu ve trans-erkeklere göre büyük gri cevher hacimleri bulunmuş[80]. Başka bir çalışmada trans-kadınlarda, kontrol kadın grubuyla uyumlu korteks kalınlığı saptanmış ve erkek kontrol grubunun sağ hemisferinin orbito-frontal, insular ve medial oksipital alanları ile kıyaslandığında korteks kalınlıkları artmış olarak saptanmıştır [81].

Trans kadınların sağ putamenleri, ilgili yapılan iki farklı çalışmada erkeklere kıyasla artmış ve azalmış büyüklük şeklinde çelişkili sonuçlar elde edilmiştir [79]

DTI çalışmalarında trans kadınların kontrol erkek ve kadın gruplarına kıyasla belirgin farklılık gösteren bir deseni olduğu[81], trans kadın jinoofilik ve androfilik gruplarında farklılık olduğu ve ortalama difüzivite değerlerinin kontrol erkeklere kıyasla fazla olduğu bulunmuş [82].Serebral serotonin taşıyıcı sistemlerindeki hemisferik asimetri dağılımını inceleyen çalışmada erkeklerde midsingulat kortekste saptanan sağa doğru asimetrisinin trans kadınlarda ve kadınlarda gösterilmemiş olmasının tamamlanmamış maskülenizasyonla ilişkili olabileceği düşünölmüştür [83].

Trans kadınlarda bölgesel beyin kan akımını (rCBF), inceleyen ve erkek kontrol grubu bulunmayan çalışmada biyolojik kadınlara kıyasla sol anterior singulat kortekste azalma ve sağ insulada artış saptanmıştır. Anterior singulatin seksual uyarılma ve insulanın beden duyularının farkındalığındaki rolü ve birbirleri ile olan bağlantısı ele alındığında çalışmanın bulgularının hissedilen bedensel duyuların cinsiyet kimliği ile uyumlu olmamasını desteklediği öne sürölmüş [84].

EEG çalışmalarında saptanan atipik bulgulara rağmen mevcut literatür, tanımlanan EEG anormalliklerinin CY komorbidite, tedavi durumları ya da diğer faktörlerle ilişkisinin olup olmadığı hakkında net bir sonuç verememektedir [60].

Özetle mevcut çalışmaların verileri beyindeki yapısal değişikliklerle CY arasında nedensellik bağı kurmaya yeterli değildir. CY'li bireylerin beyinlerindeki yapısal ve işlevsel değişiklikler atipik cinsel farklılaşmanın sonucu veya biyolojik cinsiyet ile cinsiyet kimlikleri arasındaki uyumsuzluğun sonucu olarak gösterilmektedir [42].

1.1.1.4.3. Psikososyal Faktörler

Bu konu ile ilgili yapılan çalışmaların ağırlıklı olarak retrospektif olduğu; ebeveyn patolojileri ve patolojilerle ilişkili çocuk yetiştirme şekli benzeri çevresel etmenlerin tüm CY'si olan bireylere genelleştirilemeyeceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çocukluk döneminde cinsiyet kimliğinin gelişiminde, ebeveyn özellikleri ve tutumları önemli yer tutmakla beraber, cinsiyetinden yakınma gelişimini yalnızca psikososyal faktörlerle açıklamanın günümüzde geçerliliği yoktur. Anneye yakınlık, ebeveynlerin atipik psikoseksüel gelişimleri, babanın yokluğu ya da ebeveyn dinamikleri CY'nin gelişiminden sorumlu tutulan ebeveyn karakterleri olmuştur. Belirli tekrar eden ebeveyn tutum ve davranışlarının çocuklukta hemcins ebeveynle yetersiz özdeşim kurulmasına ve / veya güçlü zıt cinsiyet modeline maruziyete sebep olduğu ileri sürülmekle beraber bu hipotezleri destekleyen sağlam bir kanıt bulunamamıştır [45]. Ebeveyn davranışları ve CY ilişkisinin incelendiği öz bildirim dayanan bir çalışmada ebeveyn davranışını reddeden, duygusal yakınlık kuran ve aşırı korumacı olmak üzere üç farklı boyut incelenmiştir [85]. Trans-kadınların kontrol erkek grubuna kıyasla anne davranışlarında fark saptanmamış olmakla beraber babaları önemli ölçüde reddedici, az sıcak ve aşırı korumacı olarak değerlendirilmiştir. Trans-erkekler de kontrol kadın grubuna kıyasla annelerini fazla reddedici, daha az sıcak ve aşırı korumacı olarak derecelendirmiş ve babalarını da reddedici ve az yakın olarak değerlendirmişlerdir.

Özetle cinsiyetinden yakınmanın etiolojisinde biyolojik faktörler öne çıkmakla beraber mevcut çalışma sonuçları, cinsiyetinden yakınmanın yalnızca tek başına genetik faktörler, fetal androjenler, yapısal değişimler, tüm beyinde tamamlanmamış maskülenizasyon / feminizasyon ile açıklanmasındansa, kompleks bir biyolojik etiyojiye işaret etmektedir.

1.1.1.5. Değerlendirme

Cinsiyetinden yakınma nedeniyle başvuran kişilerin sosyodemografik özellikler, aile ilişkileri, cinsiyetinden yakınmaya ilişkin yaşadığı zorluklar ve cinsel gelişim öyküsü ayrıntılı olarak öğrenilmelidir. Değişimle ilgili beklentileri ve bu beklentilerin gerçekçiliği değerlendirilmelidir. Psikiyatrik resmi sınıflama ölçütlerine (DSM veya ICD) dayanarak tanı oluşturulmalıdır. Ayrıca bireyin cinsiyet kimliği, cinsiyetinden yakınma hissinin oluşumu ve gelişimi, toplumsal cinsiyete uyumsuzluğa (gender nonconformity) bağlı damgalamanın ruh sağlığı üzerine etkisi, aile, arkadaş ya

da akranlarından alabileceği destek durumu (transseksüel, transgender ya da GNC bireylerle kişisel olarak veya online temas kurmak gibi) da değerlendirmeye dahil edilmelidir.

1.1.1.6. Klinik Görünüm ve Prognoz

CY'li bireylerin cinsel kimliklerini tanımlama aşamaları bireyler arasında değişkenlik gösterebilmektedir [86]. Bireyler iki yaş gibi erken dönemden başlayarak cinsiyet kimliğine uygun giyinmek, görünmek ve davranmak isteyebilmektedirler. Karşı cinsiyetin giysilerini giyme, karşı cinsin oynadığı oyunları, oyuncakları, etkinlikleri seçme, cinsel anatomisinden rahatsızlık duyma, oyunlarda karşı cinsin rollerini seçme, ait hissettiği cinsiyetin birincil / ikincil cinsel özelliklerini çok isteme, oyun arkadaşlarını karşı cinsten seçme belirtileri ile çocuklukta cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama) tanı kriterlerinin karşılanması ile tanı mutlak şekilde erişkinlikte geçerliliğini sürdürmemektedir. Yapılan ileriye dönük takip çalışmalarında oranlar çalışmalarda değişkenlik göstermekle beraber (%2-%27), veriler çocukların büyük çoğunluğunun ergenlikten sonra CY belirtilerinin gerilediğine işaret etmektedir [87].

CY genç ve yetişkinlerde ise tanı kriterlerinde belirtilen üreme organlarından, ikincil cinsiyet özelliklerinden ve ilişkili fizyolojik süreçlerden rahatsızlık duyma, güçlü bir birincil / ikincil seks karakterlerinden kurtulma isteği, diğer cinsin birincil / ikincil cinsel özelliklerini çok isteme, kendisine diğer cinsiyettenmiş gibi davranılmasını isteme, diğer cinsle özgü duygularının ve tepkilerinin olduğuna inanma şeklinde prezente olmaktadır [2]

Türkiye ve benzeri heteroseksist toplumlarda geleneksel cinsiyet normları ile uyumsuz bireylerin kimliklerinin yok edilmesi ya da gizli kalması dayatılmaktadır. Bu durum bireyleri cinsel kimliğini ve/veya cinsel yönelimini gizli tutarak yaşamaya zorlamaktadır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada CY'li bireylerin %84 oranında komorbid psikiyatrik tanı aldıkları ve bunun Almanya, Hollanda ve ABD gibi ülkelerdeki çalışmalarla uyumlu olarak en sık depresyon (%48), ikinci sıklıkta anksiyete bozukluğu (%6) olduğu saptanmış ve CY'li bireylerin aile ve sosyal desteğinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak düşük olduğu belirtilmiş, bu kaybın toplumdaki kaynaklanan ayrımcı tutumların bireyde oluşturacağı travmatik etkinin kişinin ruh sağlığını kaçınılmaz olarak olumsuz etkileyeceğine vurgu yapılmıştır [88].

İki meta analiz çalışmasında algılanan ayrımcılık ve önyargının, azınlık grubunda artmış ruh sağlığı sorunları ile ilişkili olduğu bulunmuştur [89] [90].

Birçok toplumda GNC ile ilişkili etiketlemeler, ön yargı ve ayrımcılığa neden olarak azınlık stresine (minority stress) neden olmaktadır [91]. Azınlık stresi transgender ve diğer GNC bireyleri, anksiyete ve depresyon benzeri ruh sağlığı konularında savunmasız hale getirebilmektedir [92]. CY'li bireylerde mevcut psikopatoloji prevalansı %30-40, yaşam boyu psikopatoloji prevalansı %50-80 oranlarında bulunmuştur [93]–[97]. Yapılandırılmış klinik görüşmelerle değerlendirilen araştırmalarda, kullanılmayanlara kıyasla yüksek komorbidite oranlarının saptandığı; farkın az ya da bulunmadığı çalışmalarda yapılandırılmış görüşmenin nadir kullanıldığı bildirilmiştir [98]. Yapılandırılmış klinik görüşmenin kullanılmadığı çalışmalarda eksen I komorbidite oranı %4-19 olarak saptanmıştır.

CY'li erişkinlerde genel topluma göre komorbid psikiyatrik hastalık yüzdesinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalarda duygudurum ve anksiyete bozukluk oranları ön plandadır [42]. Amerika'da erişkin CY'li gruplarla yapılan 4 farklı çalışmada psikiyatrik belirtileri taramak için öz bildirime dayalı değerlendirme araçları ile mevcut depresyon (%45-60) ve anksiyete (%35-40) prevalans oranı genel popülasyonun oranından yüksek saptanmıştır [92], [99]–[101].

CY'li bireylerin sık deneyimlediği önyargı, ayrımcılık, mağduriyet ve azınlık stresi etkisinin, artmış suid girişimi / düşüncesi gelişimine sebep olduğu düşünülmektedir. CY'li üç kişiden birinde suid girişimi, suid düşüncesi veya kendine zarar verici davranış öyküsü olduğu saptanmıştır [102].

Hormon kullanımı ve cinsiyet geçiş cerrahisi uygulamalarıyla psikopatoloji ilişkisini değerlendiren çalışmalar, CY'li bireylerde bu uygulamaların düşük psikopatoloji seviyeleri ile ilişkili olduğunu bulmuştur [14], [16], [17], [97], [103].

Hormon tedavisini ve gerçek yaşam deneyimini en az bir yıl boyunca uygulayan ve cinsiyet geçiş operasyonu nedeniyle başvuran bireylerde, hormon kullanımı olmayan bireylere kıyasla düşük psikopatoloji oranlarının olduğu saptanmakla beraber [104]; cinsiyet geçiş operasyonu başarıyla tamamlanana CY'li bireylerin kontrol gruplarına kıyasla yüksek prevalans oranlarında psikopatoloji ve intihar eğilimleri olduğu saptanmıştır [102] ve cinsiyet geçiş operasyonunun CY'yi azaltmakla beraber yeterli olmadığı, CY'li bireylerde cerrahi sonrası psikiyatrik ve tıbbi bakımın iyileştirilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır.

CY'li bireylerde hormonoterapinin uzun süreli etkileri, mortalite ve morbidite oranları, cinsiyet geçiş operasyonu sonrası bireylerin memnuniyeti ve yaşam kalitesinin araştırılmasına yönelik izlem çalışmaları değerlendirildiğinde hormon kullanımının uzun vadeli etkileri hakkında yapılan çalışmaların daha çok kardiyovasküler hastalık, kemik büyümesi ve hormona duyarlı maligniteler alanında yoğunlaşmıştığı görünmektedir [45].

Hormon kullanımının kardiyovasküler hastalıklara etkisinin değerlendirildiği 1471 trans-kadın ve 651 trans-erkek katılımcıyı içeren meta analizde belirgin bir etki saptanmadığı; trans-erkeklerde HDL (High Density Lipoprotein) değerinin düşük, östrojen kullanan trans kadınlarda ise HDL değerinin yüksek olduğu belirtilmiş [105]. Hormon tedavisinin uygulanma şeklinin kardiyovasküler hastalık gelişimiyle anlamlı olarak ilişkili olduğunu, transdermal östrodiol kullanımının trans-kadınlarda venöz tromboembolizm insidansını, oral östrojen preparatı kullanımına kıyasla anlamlı olarak düşük tuttuğu bulunmuştur [106].

Hormon tipinin kardiyovasküler hastalık gelişimiyle ilişkili olabileceği 2008'de yayınlı bir çalışmada belirtilmiştir [45]. Hollanda'da 1975-2006 arasında yürütülen, 2236 trans-kadın ve 876 trans-erkek bireyle yapılan hayat boyu izlem çalışmasında diğer östrojen tiplerinde saptanmayan venöz trombozun etinil östradiol kullanımı ile insidansı % 6-8 olarak saptanmıştır [107].

Trans-kadınlarda bir çalışmada hormon kullanımından önce ve sonraki kemik mineral dansitesi ölçümleri karşılaştırılmış ve kemik kütle yoğunluğunda düşüş saptanmış, bu durum androjen eksikliği ile ilişkilendirilmekle beraber [108] hormon kullanımı öncesi artmış kemik yoğunluğu ve menopoz sebebiyle kemik yoğunluğunda kayıp olmayacağından dolayı trans-kadınlarnn biyolojik kadınlara kıyasla osteoporoz riski düşük bulunmuştur [109]. Trans-erkeklerde hormon kullanımının osteoporoz riskini arttırmadığı, trans-erkeklerin uzun süreli hormon kullanımı sonucunda düşük kemik kitlesi riski taşımadıklarını göstermiştir [110], [111].

Beş ila 30 yıl hormon kullanımı olan 2,307 trans kadın ve 795 trans-erkek bireyle meme kanseri oluşumunu değerlendiren bir çalışmada karşı cins hormon kullanımının trans-kadın ve trans-erkek bireylerde meme kanseri gelişimi riskini yükseltmediği saptanmıştır[112].

Masklinizan hormonların meme kanseri hücrelerinde antiproliferatif bir etkiye sahip olabileceği [113] bilinmektedir ve trans-erkeklerde bildirilen meme kanseri vaka sayısı düşüktür [114].

CY'si olan bireylerle yapılan mortalite çalışmalarında, mortalite riskinde artış olduğu belirtilmiştir[45]. Cinsiyet dönüşüm operasyonu geçiren 324 CY'li bireyle yapılan 11.4 yıl izlemli kohort çalışmasında tüm nedenlere bağlı ölüm oranı kontrol grubundan üç kat yüksek saptanmıştır [102]. Başka bir kohort çalışmasında 966 trans-kadın, 365 trans-erkek değerlendirilerek trans-kadınlarda intihar, kazanılmış immün yetmezlik, kardiyovasküler hastalık, madde bağımlılığı ve bilinmeyen sebepler nedeniyle %51 oranında artmış mortalite riski bulunmuş; genel popülasyona göre trans-erkeklerde ölüm oranında artış bulunmamıştır [115].

Danimarka'da 1978-2010 yılları arasında gerçekleştirilen ülke bazındaki ilk kayıt izlem çalışmasında morbidite/mortalite oranlarıyla hormonoterapi/cinsiyet geçiş ameliyatı arasındaki nedensel ilişki bakımından kesin sonuçlar sunulamayacağı; cinsel azınlık gruplarındaki yaşam tarzı ve psikiyatrik sorunların artmasının kardiyovasküler hastalık ve mortalite riskini olumsuz etkileyebileceği bildirilmiştir [116].

Cinsiyet geçiş ameliyatı sonrası bireylerin memnuniyeti ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışma verileri memnuniyet oranlarının trans-kadın için % 87, trans-erkek için % 97 gibi yüksek bir düzeyde olduğunu, pişmanlık bildiriminin trans-erkek için % 1'den az, trans kadın için % 1-1.5 civarında olduğunu göstermiştir [3].

Belçika'da gerçekleştirilen tek merkezli kesitsel çalışmada hormonoterapi alan ve ortalama sekiz yıl önce cinsiyet geçiş operasyonu geçiren trans-erkeklerle mastürbasyon sıklığı, cinsel uyarılma ve orgazm yeteneğinde artış saptanmıştır [117].

Özetle genel olarak bireylerin hormon alımı ile yaşam kalitesinde artış saptandığı, bedenlerinden duydukları rahatsızlığın azaldığı, cerrahi tedavilerin ardından cinsellikle ilişkili beden bölgelerinden memnuniyetin arttığı görülmektedir.

1.1.1.7. Değerlendirme ve Yaklaşım

Erişkin cinsiyetinden yakınmaya yaklaşım, Dünya Transgender Sağlığı Meslek Birliği (World Professional Association For Transgender Health; WPATH), Amerikan Psikiyatri Birliği çalışma kolu [118], Endokrin Derneği [4], Royal College of Psychiatrists gibi profesyonel dernekler tarafından yayınlanan klinik klavuzların yardımıyla günümüzde gelişmiş ülkelerde büyük oranda

standardize edilmiştir. Bakım standartlarının amacı cinsiyet ilişkili yakınmaları olan bireylerin uygun olmayan yaklaşımlara maruziyetini engellemek, çeşitli alanlarda çalışan uzmanlarla iş birliği sağlanarak sürecin bütünlüğünün gerçekleştirilmesi, sağlık sistemi çerçevesinde uygun olan ve olmayan tedavi uygulamalarının değerlendirilebilmesine hizmet eden klavuz oluşturmaktır [3]. Bireyin psikolojik sağlığı ve kendine yeterliliğini sağlamak ve kendi cinsiyetini yaşam boyu güvenli olarak kazanmasına yardımcı olmaktır. Klavuzlar arasında kapsamlı olması bakımında da öne çıkan WPATH tarafından yedinci versiyonu 2011’de yayınlanan “Bakım standartları (Standards of Care; SOC)” adlı klavuz, bilinen en iyi ve en etkili kılavuzlar arasındadır [3]. Deneyimli klinisyen ve akademisyen görüşlerinden oluşan bu kılavuzların önerilerinin birçoğunun düşük kanıt niteliğine sahip olduğu belirtilmiştir [118].

SOC transseksüel, transgender ve GNC bireylerle çalışan uzmanlarca daha çok Kuzey Amerika ve Avrupa araştırma verilerine dayanarak düzenlenilmiş esnek bir rehber olarak ilkelerin uluslararası tanımlanmasının gerekliliği ve kültürel farklılıklara vurgu yapmıştır. Türkiye gibi cinsellik konusunun tabu olduğu toplumlarda değişiklikler gözlenmektedir [28].

WPATH, tedavinin bakım alanın gereksinimlerine uyacak şekilde kişiselleşebileceği, farklı seviyelerde toplumsal cinsiyete uyumsuzluk yaşayan bireylerin var olduğu, psikiyatrik, hormon ve cerrahi tedavi ihtiyacının kişiden kişiye farklılık gösterebileceğini belirtmektedir [3]. Bakım standartları, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve ruh sağlığı, kadın hastalıkları, üroloji, endokrinoloji benzeri değişik uzmanlık alanlarında değerlendirme ve takip gibi geçiş sürecinin barındırdığı çok sayıda seçeneğin bulunduğu tıbbi girişimlerle ilgili bir rehberdir [28]. CY’li bireylerle çalışan profesyonellerin konuyla ilgili, bilgili ve insan haklarına saygılı etik çalışan, genel klinik ruh sağlığı değerlendirmeyi bilen ve temel psikoterapötik yaklaşım uygulamalarında tecrübeli kişiler olması beklenmektedir. Bu nedenle DSM ve ICD sınıflamalarındaki klinik kriterlerle tanıyı değerlendirme bilgi ve deneyimi gerekliliği vurgulanmıştır [3].

Bakım standartları rehberinde tedavi seçenekleri: cinsiyet ifadesi ve rolündeki değişiklikler (tam zamanlı, yarı zamanlı), hormon tedavisiyle cinsiyet kimliğinin sürekli kadınsılaşması / erkeksileşmesi, cerrahi dönüşüm, psikoterapi (birey, çift, aile, grup) olarak sıralanmıştır [3].

1.1.1.7.1. Psikoterapi

Hormonoterapi ve operasyon öncesinde kesin şart olarak değerlendirilmeyen psikoterapide amaç kişinin cinsiyet kimliğini değiştirmek değil, bireyin genel psikolojik iyilik halini ve yaşam

kalitesini yükseltmek için yollar bulma, bireyim kendisini tanımasına yardım edecek soruları sansürlü, suçluluk hissi olmaksızın sormasını sağlayacak ortam oluşturma olduğu belirtilmiştir [3]. Bunun yanında psikoterapide, GNC bireylerde cinsiyet kimliği ve rolünü netleştirmek ve ortaya çıkarmak, etiketleme ve minör stresin bireyin yaşamında ve gelişimindeki etkisini belirtmek, içselleştirilmiş transfobiyi azaltmak, sosyal ve akran desteğini artırmak, dışa açılma sürecini kolaylaştırmaya yardımcı olmak, aile terapisi veya aile üyeleri / danışanlara yaşam boyunca izlem desteği sağlanmanın hedeflenmesi beklenir.

1.1.1.7.2. Hormon kullanımı

Çoğu transgender ve GNC birey için karşı cins hormon tedavisinin tıbbi olarak gerekli bir uygulama olduğu bilinmektedir [16]. Karşı cins hormon kullanımının dış görünüş üzerinden cinsiyet geçiş sürecinde önemli bir etkisi vardır. İnvazif bir işlem olan hormonoterapi öncesinde bireyin hormonun etkileri ve olası yan etkileriyle ilgili olarak aydınlatılması, anladığından emin olunarak onam formunun imzalatılması gereklidir. Hormon tedavisinin başlanması için bireylerin ruh sağlığı uzmanı tarafından endokrinoloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir. Hormon tedavisi, kişilerin hedefleri, ilaçların yarar / risk oranı, diğer tıbbi durumların varlığı, sosyal ve ekonomik durumları değerlendirilerek kişiselleştirilmelidir. Örneğin bireyler maksimum feminizasyon / maskülenizasyon tercih edebildiği gibi, hormon tedavisiyle ikincil cinsiyet özelliklerinin baskılanmasından kaynaklanan androjen görünüm ile rahatlamayı yeterli bulabilmektedirler [119]. Hormon tedavisi cinsiyet dönüşüm operasyonunu tercih etmeyen, sosyal cinsiyet rolü değişimine hazır olmayan ya da çevresel faktörlerin gerçekleştirilmesine izin vermediği bireylere büyük bir rahatlama sunabilmektedir [120].

WPATH, bakım ilkelerinde hormon tedavisi endikasyonu için kalıcı ve iyi belirlenmiş CY tanısı, bireyin tedavi için rıza ve aydınlatılmış onam verebilecek yetide olması, bulunduğu ülke yasalarınınca reşit olması ve önemli bir hastalığı olması durumunda dikkatle denetlenmesi olmak üzere dört kriter tanımlamıştır. Karşı cins hormonoterapilerde geri dönüşümsüz değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Aydınlatılmış onamda bireyin ortaya çıkacak psikososyal değişiklikler, muhtemel riskler hakkında bilgisinin olması, muhtemel değişikliklerin kendisini, yakınlarını ve iş arkadaşlarını etkileyeceğinin bilincinde olması ve ruhsal hastalığı olması durumunda tedavinin hastalığı etkileyeceğinin farkında olması amaçlanır.

Etkin karşı cins hormon tedavisi ile kişinin endojen hormon düzeyleri baskılanmak ve cinsiyet hormonlarının istenilen cinsiyet için uygun kan değerlerinde devamlılığı sağlanmak

hedeflenmektedir[121]. Kullanılacak hormon ve dozu bireyler arasında farklılık göstermektedir: komorbid bedensel hastalık veya yüksek yan etki riski mevcutsa hormon tedavileri bireye özgü olacak biçimde kişiselleştirilmelidir. Hormon tedavisinin temel iki amacı vardır; birincisi kişide endojen hormon düzeyini azaltarak biyolojik cinsiyetine ait sekonder seks karakterlerini geriletmek, ikincisi kişilerin olmak istediği cinsiyetin endojen seks hormonlarını hipogonadal hastalarda uygulandığı gibi gereken seviyeye çekmektir [122]. Gonadların çıkarılması durumunda hormon tedavisi ile ilgili kontrendikasyon olmaması durumunda yaşam boyu devam edilmektedir. Kadınsı ya da erkeksi fiziksel değişikliklerin çoğu hormon kullanmaya başladıktan sonra iki yıl içinde gerçekleşmekle birlikte değişikliklerin şiddeti ve hızının uygulanan medikasyona, doza ve uygulama şekline bağlı olduğu bilinmektedir.

Östrojen tedavisi uygulama yolları oral, transdermal veya parenteral östrojen esterleri olarak çeşitlilik göstermektedir. Oral olarak konjuge estrogen, 17 β estradiol ya da etinil estradiol değerlendirilebilir. Trans-kadınlarda antiandrogenler ya da GnRH agonistleri endojen testosteron düzeyini azaltmak ve ek olarak kullanılan östrojen dozunu azaltarak yan etkileri kontrol edebilme amacıyla kullanılabilir. Trans-kadınlarda feminizan hormon kullanımında meme gelişimi, testis hacminde azalma, libidoda azalma, terminal tüylerde azalma, kas kitlesine kıyasla beden yağ oranında artma, spontan ereksiyonda azalma, sperm üretiminde azalma görülür.

Trans-erkeklerde hormon kullanımı ile biyolojik erkeklerde saptanan testosteron düzeyini (320-1000ng/dl) sağlamak için parenteral veya transdermal preparatlar mevcuttur. Tedavi ile gerçekleşen değişiklikler kliteromegali, fertilitede azalma, seste kalınlaşma, menslerin kesilmesi, deride yağlanma, akne, saç kaybı, yüz ve beden tüylenmesi, vajinal atrofidir.

Hormon tedavisinin etkileri ilaca (doz, uygulama yolu) ve kullanan kişiye bağlı faktörlerle (yaş, komorbidite, aile öyküsü, fiziksel sağlığı) etkilenmektedir. Kardiyovasküler hastalık riski olanlar, sigara tüketimi, obezite, ileri yaş, pıhtılaşma bozuklukları, kanser ve çeşitli endokrin bozukluklar yan etkileri artırabilmekte ve hormon tedavisi için risk oluşturabilmektedir[45].

1.1.1.7.3. Cinsiyet geçiş ameliyatı

Geri dönüşü olmayan operasyonlar hakkında bilgi sahibi, hormon tedavisiyle farklılaşan bedensel cinsiyet özelliklerini içselleştiren, operasyon sonrası bakımında ihtiyacı olan ekonomik ve psikososyal desteği bulunan, beklentileri gerçekçi kişilerin cinsiyetlerini değiştirmek için hazır oldukları değerlendirilmektedir [28].

Cerrahi gibi geri dönüşsüz bir girişim sonrası cinsiyet rol değişimi sosyal açıdan zorluklar içerebilmektedir. Bireyin girişim öncesinde ailesel, kişiler arası, ekonomik ve yasal açılardan ne gibi zorlukları olduğunun farkında olması gerekmektedir [45].

WPATH Bakım standartları rehberinde, trans-erkeklerde mastektomi ve erkek göğsü oluşturulması ve trans-kadınlarda meme geliştirme (implant / yağ enjeksiyonu) operasyonunun gerçekleştirilebilmesi için hormonoterapi için olduğu gibi kişilerin kalıcı ve iyi belirlenmiş cinsiyetinden yakınma tanısının, tedavi için rıza gösterecek ve aydınlatılmış onam verebilecek yetide olmasının, bulunduğu ülkeye göre reşit olmasının ve önemli tıbbi veya ruhsal sağlık sorunları varsa bunların uygun şekilde kontrol altında olmasının gerekli olduğu vurgulanmıştır.

Trans-erkeklerde operasyon öncesinde hormonoterapi alınmış olması şart koşulmamakla beraber trans-kadınlarda açık bir ölçütle belirtilmese de, daha tatminkar bir cerrahi netice elde etmek adına meme gelişimini en üst dereceye çıkarmak için meme geliştirme operasyonundan minimum 12 ay öncesinden itibaren düzenli hormonoterapi almaları önerilmektedir. Trans-erkeklerde histerektomi, ooferektomi ve trans-kadınlarda orşiektomi yapılabilmesi için benzer şekilde bireylerin yukarıdaki mastektomi / meme gelişimi için belirlenen şartları sağlamasına ek olarak kişinin cinsiyet hedefine uygun şekilde 12 ardışık ay hormonoterapi almasının (tıbbi bir kontrendikasyonun veya kullanımını engelleyen başka bir durumun olması ve hormon kullanımını tercih etmeme dışında) gerekliliği belirtilmiştir. Bu ölçütlerin yanı sıra Trans-erkeklerde metodioplasti veya falloplasti, trans-kadınlarda vajinoplasti operasyonunun yapılması öncesinde 12 ardışık ay cinsiyet kimliği ile uyumlu cinsiyet rolü deneyiminin gerekli olduğu belirtilmiştir.

1.1.1.7.4. Ses ve iletişim terapisi

WPATH Bakım ilkeleri rehberi, bireylerin ses perdesi, tonasyonu, rezonansı, konuşma hızı ve vurgu kalıpları gibi vokal karakteristiklerini ve jestleri, postür / hareket ve yüz ifadeleri gibi sözel olmayan iletişim kalıplarını geliştirmede ses ve iletişim uzmanlarından yardım alabileceklerini ifade etmektedir.

1.2. Öfke

Toplumsal cinsiyet iki cinsiyet için beklenen toplumsal cinsiyet rolleri, iş, aile, toplum, romantik eş ile yaşanan pek çok ilişkiyi ve yaşam alanını etkiler [123]. Toplumsal cinsiyet rolleri bireylerin biyolojik cinsiyetlerinden bağımsız olarak kültürün oluşturduğu beklentilere ve kalıplara göre kadınsı veya erkeksi davranışlar ve yaşam stilleri sergilemesi olarak tanımlanır.

1.2.1. Öfkenin Tanımı

Beck'e göre, duygusal tepkiler karşılaşılan olayları algılama, tanıma ve yorumlama biçimine göre değişmektedir. İnsanda dört temel duygu vardır: Üzüntü, sevinç, bunaltı ve öfke. Öfke, kişiyi var olan tehlikeyi algılamaya ve tehlikenin ortadan kaldırılmasına yönelik kişiyi harekete geçirmeye yardımcı olan duygusal tepkidir [29].

Kişinin hakkından mahrum kaldığı, incindiği, ihtiyaçlarının veya isteklerinin beklenildiği biçimde karşılanmadığı, işlerinin yolunda gitmediği ve yaşantısında önemli bir duygusal sorunu ihmal ettiğinde deneyimlediği duygu öfkedir. Öfke güçlü bir duygu ve önemli bir işarettir [137]. Sözlük anlamı engellenme, incinme ya da gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi olan öfke, haz dünyasını engelleyecek her durum, olay ve kişi karşısında ortaya çıkan duygu olarak ifade edilebilir [138].

Kassinove öfkeyi, sosyal olarak inşa edilmiş ve pekiştirilmiş davranışlar ile ifade edilen belirli bilişsel, algısal çarpıtmalar, yetersizlikler ile bağlantılı olumsuz, fenomenolojik bir duygudurum olarak tanımlamaktadır[139].

Spielberger, öfkenin orta düzeyde bir rahatsızlık ve uyarılma durumundan yoğun bir düşmanlık ve saldırganlık durumuna kadar değişen yoğunluklarda yaşanabileceğini ifade etmiştir [6].

Berkowitz'e göre, öfkeye neden olan etmenlerin başında engellenme (frustration) gelmektedir [140]. Bir amaca ulaşması ya da ihtiyacının karşılanması engellendiğinde, birey kızgınlık ve saldırganlık duyguları yaşayabilmektedir.

Öfke, Kassinove ve Tafrate tarafından; kültüre özgü, deneyimleyen kişice öznel yaşanan ve genellikle öğrenilmiş bir duygu olarak tanımlanmıştır. Kassinove ve Tafrate göre öfke, kısmi olarak

doğuştan gelen lakin çoğunlukla aile, okul, dini eğitim veren yerler veya televizyon vb. model oluşturan kurumlardan öğrenilen, örgütlenmiş bir senaryodur. Buna göre insanların öfke öznesi, ortaya çıkış biçimi ve zamanı sosyal çevreden öğrenilir. Bu sebeple öfke uyandıran durumlar ve verilen tepkiler, cinsiyete, yaşa, sosyoekonomik düzeye, yaşanan ve yetişilen bölgeye, kültüre bağımlı olarak değişkenlik gösterirler[141].

Psikanalitik kuram, öfke ve saldırganlık duygularını, ölüm içgüdüsünün bir ifadesi olarak görür [142]. Psikoanalitik kuram dürtülerle ilişkilidir ve öfke gibi güçlü duyguların bastırılmasını sağlıklı olarak kabul etmektedir. Bu duygular boşaltılmazsa, psikolojik ve psikosomatik hastalıkların oluşacağı belirtilmektedir [143].

Kronik öfke halinin sağlık açısından olumsuzluklar oluşturduğu gösterilmiştir [143]–[145]. Bununla beraber öfke, yaşamın devamını sağlan bir duygudur. Bireyin tehlikelere karşı alert olmasını sağlar ve kendisini korumasını temin eder. Fakat sağlıklı ve işe yarar bir öfke için duygunun inkar edilmemesi, bastırılmaması, kabul edilmesi, tanınması ve kontrollü bir şekilde ifade edilebilmesi gerekir [144].

Öfke, bireyin planları, istek ve ihtiyaçları engellendiğinde; haksızlık, adaletsizlik ve kendi benliğine yönelik bir tehdit algıladığında yaşanan temel duygulardan biridir. Birey kendisini savunmak ve karşısındakini uyarmak amacıyla, yapıcı veya yapıcı olmayan bir şekilde, sözel, davranışsal ya da fizyolojik olarak öfkesini ifade eder [146].

Öfke vücutta kas tonusunun artması, kaşların çatılması, dişlerin gıcırdatılması, ters ters bakma, yumrukları sıkma, yüzde kızarma, titreme, uyuşma hissi, dispne, taşipne, seğirmeler, terleme, sıcaklık hissi, beynin zonklaması, baş ağrısı ve motor ajittasyon gibi fiziksel belirtiler ile beraber görülür[143].

1880'lerin sonlarında ortaya atılan James-Lange kuramı, vücudun itici uyaranlara belirli fizyolojik tepkiler verdiğini ve öfke gibi tüm duyguların da vücut tepkilerinin algılanması olduğunu söyler. Başka bir deyişle öfke duygusu, özgün vücut tepkilerinin algılanmasının ardından ortaya çıkar [145].

Bununla beraber konsantrasyon bozukluğu, düşük performans, unutkanlık, uykusuzluk, dikkatsizlik, ambivalans gibi zihinsel değişimlere neden olur[143]. Davranışsal değişimler ise ayağa

hızlı bir şekilde kalkma, yerinden fırlama, birisine bağırma, birisini azarlama, birisine karşı soğuk tavırlar sergileme, birisinin üstüne yürüme saldırma, dişlerini gıcırdatma, elindekileri fırlatma, homurdanma, söylenme, kaşlarını çatma, küfretme, yumruklarını sıkma, dik sert bakma, ağlama, gülme, küsme, topuğunu yere vurma, alkol-sigara içme, acele etme, ilaç kullanma, aşırı yemek yemedir [143].

1.2.2. *Öfke Kuramları*

Öfke ile ilgili psikodinamik, bilişsel davranışçı, sosyal öğrenme ve biyolojik olmak üzere dört ana kuram mevcuttur.

1.2.2.1. *Psikodinamik Kuram*

Freud'a göre öfke içgüdüsel ve saldırganlık "ölüm içgüdü" şeklinde adlandırdığı biyolojik bir temele dayanmaktadır. Freud saldırganlığın, doğuştan gelen bir özellik olduğundan kontrol altında alınamayacağını ve ölüm dürtüsünün bir şekli olduğunu söyler. Saldırganlık biyolojik hayatının bir parçasıdır. Saldırganlığın yıkıcı, şiddet yönü vardır [147]. Freud'a göre öfke, aslında kişisini kendine yönelik yıkıcı eğilimlerinin, dış dünyadaki nesnelere çevrilmesi olayıdır. Bu eğilimlerin dışa yönelmesine neden ise yok etme isteğinin yaşam içgüdüleri tarafından engellenmesidir [148].

Oral dönemdeki oral saldırganlık olarak adlandırılan ısırma, çiğneme, tükürme ve ağlama tepkileri, bireylerde bulunan yıkıcı yönelimlerin ilk belirtileridir[148]. Bu dönemde takılıp kalma veya oral döneme regresyon, saldırgan tutumların temeli olarak kabul görülür[149]. Anal dönemde tuvalet eğitiminin uygun şekilde tamamlanmaması gibi anal dönem sorunlarında farklı uyumsuz karakter özellikleri ortaya çıkabilir. Kızgınlık duygularını (dışkıyı) tutma girişimleri bütün duygusal reaksiyonların ketlenmesine neden olabilir (anal tutucu karakter). Annenin tutarsız davranışları veya ilgisizliği ise, karşıt duyguları (sevgi ve nefret) bir arada deneyimleme, öfke reaksiyonları gösterme, başkaldırma ve sadist- mazoşist eğilimlerin yaşam boyu devam etmesine neden olabilir[148], [149].

1.2.2.2. *Bilişsel Davranışçı Kuram*

Öfkenin bilişsel boyutu, öfke algısının kişinin kendi içinde yorumlanış tarzını açıklar [146]. İnsanların öfke, korku ve tedirginlik gibi olumsuz duygularının nedeni, olayın bireyin kendisiyle ilgili olmasından ziyade, bu olaylarla ilgili takındıkları kavramsal gözlükler veya zihindeki

sembollerden ibarettir[146], [147]. Bilişsel davranışçı kuram, öfkenin genellikle aykırı inançların, beklentilerin ve iç konuşmaların ardından belirlediğini, aynı zamanda kişilerin karşısındaki insanın aykırı inançlarını etkinleştirdiğinde de öfkenin ortaya çıktığını savunmaktadır. Öfkenin azaltılıp sona erdirilmesi için, akla uygun olmayan bu inançların değiştirilmesi gerekir.[150]

1.2.2.3. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme ve biliş kuramı çevre, bireysel etmenler (inanç, tercih, beklenti, kendilik algısı vs.) ile kişisel davranış arasındaki üç farklı alanda karşılıklı etkileşimi içermektedir. Ana düşüncesi insanların yön verdikleri davranış değişikliklerini gerçekleştirme gücüne sahip olduğu fikridir. Bandura'nın düşüncesine göre kişinin kendindeki etkililiği bir durumu yönlendirebilme ve istediği değişikliği yapabilme görüşü ile beklentisinin olmasıdır [149].

1.2.2.4. Biyolojik Kuram

Biyolojik kuram öfke davranışının sebebini merkezi sinir sistemi ve endokrin sistem gibi organizmanın işleyişindeki değişiklikler olarak gösterir. Nörotransmitter maddelerin saldırgan davranışlara neden olduğunu savunur [151]. Darwin, yüz ifade biçimlerinin evrensel olduğunu gözlemlemiş, bu ifadelerin biyolojik ve genetik olduğunu ve aktarıldığını savunmuştur. Yüz ifade ve şekillerinin, kişinin hissettiği duyguyu-hissi ifade etmede en etkili yöntem olduğunu belirtmiştir. Öfke neredeyse bütün kültürlerde yüzdeki çizgi ve mimiklerden saptanabilir. Öfkeli ve tehditkar bakışlarla ilgili 18 farklı kültürü içeren bir araştırmada destekleyici sonuçlar elde edilmiştir. Örnek olarak; yanaklar ile gözlerdeki üç köşeli, çapraz çizgilerin öfkeli ve tehdit edici bir ifade olarak anlamlandırıldığı belirlenmiştir [152].

1.2.3. Öfke Türleri

Öfke, çoğunlukla korku ile bağlantılı, içe yönelik veya dışa vurulan, kontrollü veya çözümlenmiş olan temel bir duygu olarak düşünülür. Öfke tepkisi bütün yaşlarda ve bütün kültürlerde görülen evrensel, doğal ve anlaşılabilen bir duygudur. Spielberger'e göre öfke, hem değişken bir duygusal durum hem de bir karakter özelliğidir. Öfke bir karakter özelliği olarak kişinin öfke deneyimlerinin sıklığına bağlıdır ve kişinin öfkeye eğilimini belirler. Ayrıca Spielberger, kişilerin öfkelerini ifade etme ya da bastırma biçimlerinin de farklılık gösterdiğini vurgulamıştır [153].

1.2.3.1. Sürekli ya da Yıkıcı Öfke:

Kişinin, 'öfkelenmeye eğilimli olma durumu'dur. Öfke düzeyinin yüksek olduğu durumlarda kontrol edememe mevcuttur.

1.2.3.2. Anlık, Durumluluk ya da Yapıcı Öfke

Öfke duygusunun ani olarak ortaya çıkışını ifade eder. Genel olarak öfke duygusunun bir göstereni, belirtilebilen bir sebebi mevcuttur.

1.2.4. Öfke İfade Tarzları

Spielberger öfkenin ifade ediliş tarzlarını içselleştirilmiş öfke, dışsallaştırılmış öfke ve öfke kontrolü şeklinde üç boyutta ele almıştır. İçselleştirilmiş öfke, öfkeli duyguları ve düşünceleri bastırma eğilimini göstermektedir. Dışsallaştırılmış öfke ise çevredeki eşya veya kişilere karşı öfkenin gösterilmesi eğilimini ifade etmektedir. Öfke kontrolü, öfkenin ifade edilmesini veya hissedilmesini engelleme kabiliyetini ifade etmektedir [6].

1.2.4.1. Öfkenin İç Yönelmesi

Öfke duygusunun kişinin yaşamında yarar sağlayan harekete geçiren bir işlevi de vardır. Fakat birçok duygu gibi öfke duygusunun ifade edilmesinden kaynaklanan problemler öfkenin bu işlevselliğine engel olmaktadır. Bazı kişiler bu duyguyu bastırıp içine atmakta ve kendine yönelmektedir [147].

1.2.4.2. Öfkenin Dış Yönelmesi

Öfkenin dışa yöneltilmesi, öfkenin kontrolsüz bir biçimde dışarıya salınması, sözel olarak ifade edilmesidir[154]. Dışa yöneltilen öfke sözel olabildiği gibi saldırgan tutumla da ifade edilebilir. Kişiler kendilerini böyle ifade ettiklerinde kişilerarası ilişkilerinde bozulmalar meydana gelebilir, geri dönüşü mümkün olmayan durumlarla da karşılaşabilmektedir [155].

1.2.4.3. Öfkenin Kontrol Edilmesi

Kişinin içe veya dışa yönelterek ifade ettiği öfke duygusunu sağlıklı düzlemde tutan, duygunun kontrol edebilmesidir. Öfkelenmelerinde kendisini yatıştırabilen kişiler içsel tepkileri üzerinde kontrol sahibidirler. Duygu olarak öfkenin farkına vararak, öfkenin ortaya çıkmasına neden olan ve kendisini olaylara karşı doğru şekilde ifade edebilen kişiler bu duyguyu yok saymayıp kontrollü bir şekilde yaşayabilmektedirler. Öfkesini sağlıklı bir şekilde yaşayan kişiler, kişilerarası

ilişkilerinde bununla ilgili sorun yaşamamanın yanı sıra sorunun çözümü için adım da atabilmektedirler [147].

1.3. Toplumsal Cinsiyet ile İlgili Kavramlar

Toplumsal cinsiyet iki cinsiyet için beklenen toplumsal cinsiyet rolleri, iş, aile, toplum, romantik eş ile yaşanan pek çok ilişkiyi ve yaşam alanını etkiler [123]. Toplumsal cinsiyet rolleri bireylerin biyolojik cinsiyetlerinden bağımsız olarak kültürün oluşturduğu beklentilere ve kalıplara göre kadınsı veya erkeksi davranışlar ve yaşam stilleri sergilemesi olarak tanımlanır.

Cinsiyet, kadın ve erkek olmanın biyolojik yönünü ifade ederken toplumsal cinsiyet ise toplumda kadın ve erkeğe yüklenen kültürel ve psikolojik özellikleri tanımlar. Toplumsal cinsiyet kültürler arasında değişkenlik göstermekle beraber kadınlar çoğunlukla feminen, erkekler genellikle maskülen olarak sosyalleştirilirler [124].

Cinsiyet (sex) ve toplumsal cinsiyet (gender) ile ilgili kavramların kavram karmaşası yaratacak şekilde birbirinin yerine kullanılmakta olması ilgili kavramların tanımlanmasını gerektirmektedir:

-Toplumsal Cinsiyet Kimliği (gender identity), bireyin kendisini kadın veya erkek olarak hissetmesi, tanımlamasıdır [23].

-Cinsel Kimlik (sexual identity) cinsel yönelimi ifade etmede kullanılır [124].

-Toplumsal Cinsiyet Rolü (gender role), kabaca kültürün kadından ve erkekten beklentilerini ifade eder. Genellikle erkeklerin maskülen, kadınların feminen cinsiyet rolü benimsemeleri beklenir [125].

- Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Tutumu kişilerin, toplumda kadın ve erkeklerin nasıl davranması gerektiği ile ilgili görüşleridir. Helgeson'a tutumları 3 farklı boyutta ele alınmıştır. İlki bilişsel boyut; bir konu hakkında sahip olunan fikir ve inançlardır. İkincisi duyguları içeren duygusal boyuttur. Üçüncüsü ise davranışsal boyut; davranış eğilimlerini içerir [125]. Kişilerin tutumları bu üç boyutla şekillenir [126].

-Toplumsal cinsiyet rolü kalıp yargıları toplumun kadın ve erkeklere yüklediği cinsiyete dayalı özellikleri, kadın ve erkeğe yönelik geliştirilmiş beklentileri tanımlar [124].

Kuramlar arasında öne çıkan sosyal rol kuramı, kadınlar ve erkekler arasındaki tüm davranışsal değişkenlikleri cinsiyet kalıp yargıları ve sosyal rollerle açıklar [124].

Eagly toplum içinde erkeğe kadınlardan daha yüksek statü verildiğini; hiyerarşik yapıda statüsü yüksek olanların, statüsü düşük olanlardan taleplerde bulunma hakkına sahip olduğunu; statüsü düşük olanların bu talepleri yerine getirmekle yükümlü tutulduğunu; bu statülerin toplumda kadın ve erkekten beklenen rollerin şekillenmesinde etkisi olduğunu; roller şekillendikçe insanların ait oldukları grubun etkinliklerini daha fazla sergilemeye başladığını, grupların bu etkinlikleri tekrarlaması ile, o gruba ait insanların bu etkinlikler için gerekli yetenek ve kişisel niteliklere sahip olduklarına inanıldığını söyler. Bu kurama göre kadın ve erkeklerin sosyal rolleri değiştikçe, cinsiyet farklılıklar da değişip azalacaktır [124], [127].

Yapılan araştırmalarda kız ve erkek öğrencilerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin farklı tutum içinde oldukları, kızların erkeklere nazaran daha eşitlikçi tutum ve rollere sahip oldukları, erkeklerin daha geleneksel cinsiyet rollerine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç 90'lı yıllarda yapılan ülkemizdeki benzer çalışmalarda yinelemiştir.

İlköğretim öğrencilerinin meslek seçimine dair tercihlerini saptamaya yönelik yapılan bir çalışmada, öğrencilerin mesleki ilgi alanlarını geleneksel cinsiyet rollerine göre seçme eğilimi gösterdikleri bulunmuştur [128]. Kız çocuklarının cinsiyet rollerinin gelişiminde ebeveynlerin rolünü değerlendiren bir çalışma kız çocuklarının toplumsal cinsiyete ilişkin gelişimlerinde, annenin etkisinin babadan daha fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır [129].

Türkiye'de üniversite öğrencilerinin değerlendirildiği çalışmalarda kız öğrencilerin, erkek öğrencilere göre daha fazla eşitlikçi toplumsal cinsiyet rollerine sahip oldukları belirlenmiştir [130]. Türkiye'de yapılan bir araştırmaya katılan ilköğretim öğrencilerinin toplumsal cinsiyet algılarının geleneksel kadın erkek rolleri ile uyumlu olduğu bulunmuştur [131].

Başar tarafından yayınlanan bir çalışmada öğrencilerin doğdukları ve yaşadıkları yer, annenin eğitim durumu, kardeş sayısı, aile tipi ve babanın eğitim durumu ile toplumsal cinsiyet

rollerine ilişkin tutumları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [132]. Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada benzer şekilde kadın üniversite öğrencilerinin anne ve babalarının öğrenim durumu yükseldikçe cinsiyet kalıp yargılarında ve geleneksel puanlarında anlamlı bir azalma olduğu belirtilmiştir [133].

Zeyneloğlu’nun tez çalışmasında 3’ten fazla kardeşi olan öğrencilerin daha az kardeşi olanlara kıyasla daha eşitlikçi tutumlara sahip oldukları; ilkokulu bitimine kadar orta gelişmişlik düzeyinde bir ilde yaşayan öğrencilerin, gelişmiş ve az gelişmiş bir ilde yaşayan öğrencilere kıyasla daha eşitlikçi tutumlara sahip oldukları saptanmıştır [134].

1.4. Beden Algısı

Cinsiyetinden yakınmaya sıklıkla fiziksel görünüşten hoşnutsuzluk ve beden algı sorunları eşlik eder. CY’de beden hoşnutsuzluğu sadece cinsiyet karakterleri ile sınırlı değildir. Uyumsuz fiziksel görünüm etiketleme ve ayrımcılığa daha fazla maruziyete ve zorlu psikolojik uyum sürecine neden olabilir.

CY’si olan trans-erkek ve trans kadınlarda beden algısının beden algısı ölçeği kullanılarak değerlendirilen bir çalışmada trans-erkeklerin trans kadınlara kıyasla daha olumlu beden algısının olduğu; trans kadınlar için sorun teşkil eden beden alanlarının postür, yüz ve saç olduğu; trans-erkeklerde ise genel olarak kalça ve göğüs bölgesi ile ilgili hoşnutsuzluk bulunduğu saptanmıştır. [135].

Trans kadın ve trans-erkeklerle yapılan başka bir çalışmada Yeme Bozukluğu Envanteri beden hoşnutsuzluğu alt ölçeği ve IMAGEN formu kullanılarak trans bireylerde bedenden hoşnutsuzluğun klinik popülasyona yakın saptandığı ve cinsiyet bakımından beden hoşnutsuzluğunda anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiş [136].

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Çalışma Deseni

Çalışma tek merkezli, kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır.

2.2. Örneklem

Çalışmanın örneklemini, Kasım-Aralık 2019 tarihlerinde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikiyatri Polikliniği, Cinsiyetinden Hoşnutsuzluk Birimi tarafından takip edilen, DSM-5 [2] tanı kriterlerine göre “cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama)” tanısı almış olan trans-erkekler davet edilmiştir. Toplam 59 birey çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Çalışmaya onam veren bireyler hormonoterapi almayan (n=27) ve hormonoterapi alanlar (n=30) olarak iki gruba ayrılmıştır.

Çalışmaya katılan bireylere, çalışmaya katılma kararlarının bireyin psikiyatrik değerlendirme ve izlem süreçlerini ve talep ediliyorsa cinsiyet geçiş sürecine yönelik müdahaleleri etkilemeyeceği açıkça bildirilmiştir ve hem sözlü hem de yazılı onamları alınmıştır.

Çalışmaya katılan trans-erkek bireylerin, psikiyatrik tanılarının değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Cinsiyetinden Hoşnutsuzluk Polikliniği değerlendirme ve takip formlarına dayanarak yapılmıştır.

2.2.1. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

- ✓ Trans-erkek birey olmak
- ✓ 18-65 yaş aralığında olmak
- ✓ Okur-yazar olmak
- ✓ Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve gönüllü onam formunu imzalamak
- ✓ Cinsel kimlik disforisi polikliniğince izlemde olmak
- ✓ Testosteron tedavisi için engel teşkil eden herhangi bir ruhsal ya da fiziksel bulgusu olmamak

2.2.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- ✓ Cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama) tanısının kesin olmaması
- ✓ Kişinin karar verme yetilerini etkileyebilecek major psikiyatrik patolojiler (psikotik bozukluklar, demans ve zekâ geriliği gibi) olması
- ✓ Major nörolojik patolojiler (bilişsel fonksiyonları etkileyen hastalıklar, epilepsi) olması

2.3. Kullanılan Ölçüm Araçları

2.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bireylerin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, gibi sosyodemografik özelliklerine dair sorular ve boyu, kilosu, sigara kullanımı, kronik hastalıkları, psikiyatrik hastalıkları, aile öyküsünde psikiyatrik hastalıklar ve hormonoterapi aldığı süre ile ilgili soruların yer aldığı bir form, araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Formun örneği “Ekler” bölümünde yer almaktadır.

2.3.2. Toplumsal Cinsiyet Rollerine Tutum Ölçeği

Araştırmada bireylerin toplumsal cinsiyet rollerine tutum algısını değerlendirmek için kullanılmıştır. Geçerlilik çalışması Zeyneloğlu ve Ark. Tarafından yapılan ve 38 soruya indirgenmiş bir ölçektir. Beş alt boyut içermektedir:

Eşitlikçi cinsiyet rolü; 4,8,12,13,18,20,22,27

Kadın cinsiyet rolü; 1,5,16,19,21,29,31,37,

Evlilikte cinsiyet rolü; 2,6,9,10,14,15,26,36,

Geleneksel cinsiyet rolü; 3,7,11,17,23,24,25,32,

Erkek cinsiyet rolü; 28,30,33,34,35,38 numaralı cümlelerden oluşmaktadır. 1-5 değerleri arasında puanlanan ölçekten alınabilecek en yüksek puan 190; en düşük puan ise 38’dir. Araştırmaya katılan bireyler toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutum cümlelerine (1,4,8,12,13,18,19,20,21,22,26,27); tamamen katılıyorsa “5” puan, katılıyorsa “4” puan, kararsızsa “3” puan, katılmıyorsa “2” puan, kesinlikle katılmıyorsa “1” puan; geleneksel tutum cümlelerine (2,3,5,6,7,9,10,11,14,15,16,17,23,24,25,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38) tamamen katılıyorsa “1” puan, katılıyorsa “2” puan, kararsızsa “3” puan, katılmıyorsa “4” puan, kesinlikle katılmıyorsa “5” puan olacak şekilde puanlandırılmıştır. Ölçekten alınan yüksek değerler bireyin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin ‘eşitlikçi tutuma sahip’ olduğunu, düşük değerler ise; kişinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin ‘geleneksel tutuma sahip olduğunu’ göstermektedir [156].

Buna göre ölçekten alınabilecek en yüksek puan 190; en düşük puan ise 38 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek değer bireyin eşitlikçi toplumsal cinsiyet rolleri tutumlarına sahip olduğunu, en düşük değer ise bireyin geleneksel toplumsal cinsiyet rolleri tutumlarına sahip olduğunu göstermektedir [157]. Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği maddelerinin faktör yüklerinin “.35-.79” arasında değiştiği ve ölçeğin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısının ise 38 madde için “.92” olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, ölçek maddelerinin birbiriyle yüksek iç tutarlılığa ve ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir [134].

2.3.3. Sürekli Öfke–Öfke İfade Tarzı Ölçeği

Bireyin öfke düzeyini değerlendirmek için 1988’de Spielberger, Jacobs, Russel ve Crane tarafından “Trait Anger and Anger Expression Scale” adıyla geliştirilen, geçerlik çalışması Özer tarafından yapılan, 1 ile 4 arasında puanlanan Likert tipi 34 sorudan oluşan bir ölçektir. Spielberger, öfkeyi ‘süreklilik’ ve ‘durumsallık’ kavramlarının ayrımı ile değerlendirmiştir. Durumsal öfke, ‘amaca yönelik davranışın engellenmesi veya haksızlık algılanması karşısında hangi ölçüde sinirlilik, kızgınlık, hiddet gibi subjektif duyumsamaların yaşandığını gösteren duygu durumu’dur. Sürekli öfke ise durumsal öfkenin genelde hangi sıklıkla yaşandığını göstermektedir [147]. Alt ölçekler Sürekli Öfke, Öfke Kontrol, Öfke İç ve Öfke Dış olmak üzere 4 ölçekten oluşur;

Sürekli öfke; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,
Öfkeyi içe tutma; 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27, 31,
Öfkeyi dışa vurma ölçeğinin 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32, 33,
Öfkeyi kontrol etme ise ölçeğinin 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 numaralı maddeler tarafından ölçülmektedir.

Öfke dışa, öfke içer ve öfke kontrol ölçekleri 8 ile 32 arasında; Sürekli Öfke ise 10 ile 40 arasında puanlanır. Sürekli öfke alt ölçeğindeki yüksek skorlar öfke seviyesinin yüksek olduğunu ve öfke kontrolündeki yüksek skorlar olumlu olarak öfke kontrolünün yüksek olduğunu; Öfke Dışa alt ölçeğindeki yüksek skorlar öfkenin dışavurumunun kolay olduğunu ve Öfke İç alt ölçeğindeki yüksek skorlar öfke baskılanımının yüksek olduğunu ifade eder.

Ölçeğin orijinalinin güvenilirlik çalışmalarında, ölçeğin iç tutarlığını sınamada madde toplam puan korelasyonları (.14 ile .56 arasında) ve Cronbach Alfa değerleri (.73 ile .84) arasında bulunmuştur [147]. Türkçe versiyonu ile yapılan çeşitli ölçümlerde sürekli öfke ölçeğinin alfa değerleri α : .67 ile α : .92; arasında, öfke kontrolü değerleri α : .80 ile α : .90; arasında, öfke dışa değerleri α : .69 ile α : .91 arasında ve öfke içte değerlerinin ise α : .58 ile α : .76 arasında olduğu

gözlenmiştir. Bu değerler kabul edilebilir sınırlar içinde olup ölçeklerin orijinalleriyle ilgili yayınlanmış olan verilerle genellikle tutarlılık göstermektedir.

2.3.4. Çok Yönlü Beden-Benlik (Self) İlişkileri Ölçeği (MBSRQ-The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire):

Winstead ve Cash tarafından 1984 yılında geliştirilen ‘‘Çok Yönlü Beden-Kendilik(Self) İlişkileri Ölçeği (ÇYBSİÖ) beden imgesinin yapısını ve kendi tutumsal yönlerini değerlendirmek için kullanılan likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Orijinali 140 madde olan ölçeğin 1986 yılında 54 maddelik kısa formu düzenlenilmiş ve kısa forma beden alanları doyum ölçeğini oluşturan 9 madde ile ağırlıkla ilgili 6 madde eklenerek 1990 yılında geçerlik güvenirlik çalışması yapılan 69 maddeden oluşan ölçek; duygusal, bilişsel ve davranışsal özellikler taşıyan üç ruhsal yönle; fiziksel görünüş, fiziksel yeterlilik ve biyolojik bütünlüğü içeren üç bedensel boyuttan oluşmaktadır. Bilişsel ve davranışsal yönler ‘‘yönelim’’ başlığı altında birleştirilmiş ve böylece ölçek altı alt gruptan oluşmuştur. Yedinci alt grup ise, beden alanlarından doyum skalasıdır [158].

1. Görünüş Değerlendirme (5, 9, 17, 23, 32, 40)
2. Görünüş Yönelimi (1, 2, 10, 18, 24, 25, 33, 34, 41, 42)
3. Fiziksel Yeterliliğini Değerlendirme (3, 11, 19, 26, 35, 43)
4. Fiziksel Yeterlilik Yönelimi (4, 12, 13, 20, 27, 28, 36, 44, 45)
5. Sağlık Değerlendirmesi (6, 14, 21, 29, 37, 46)
6. Sağlık Yönelimi (7, 8, 15, 16, 22, 30, 31, 38, 39, 47, 48)
7. Beden Alanlarında Doyum (49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57)

Ters anlatımlı maddelerin tümü şunlardır: 12, 13, 14, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 35, 37, 39, 40, 41.

Türkiye’de Orhan Doğan ve Selma Doğan tarafından çeviri işlemlerinden sonra madde analizi, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış, sonuçta Türk toplumu için, 57 maddeden oluşmasına karar verilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının $\alpha:0,94$ olduğunu saptamışlardır.

Toplam ölçek güvenirlik katsayısının (Alpha) .83 olduğu belirlenmiştir. Hesaplanan Alpha değerine göre Çok Yönlü Beden-Benlik (Self) İlişkileri Ölçeği’nin güvenilir bir veri toplama aracı olduğu söylenebilir.

Değerlendirilen bireylerden ölçekte yer alan anlatımın kendilerine ne kadar uyduğunu veya uymadığını verilen beş seçenektan birini işaretleyerek belirtmeleri istenir. Toplam puan denek sayısına bölünerek ölçek ortalama puanı, bir deneğin tüm maddelerden aldığı puanlar toplanarak ölçek toplam puanı, alt grup toplam puanı alt grup madde sayısına bölünerek alt grup ortalama puanı, bireyin ölçek toplam puanı ölçek madde sayısına bölünerek madde ortalama puanı bulunur. Beden imgesi bozukluğu için bir madde ortalama puanı yoktur. Ters anlatımlı 15 adet madde (12, 13, 14, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 35, 37, 39, 40, 41) bulunmaktadır. Doğrudan hesaplamalarda, “kesinlikle katılmıyorum” “1” puan alırken, ters ifade sorularda bu yanıt “5” puan almaktadır [158].

2.4. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS Statics Version 22 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogramla değerlendirilmiştir. Gerek örneklem büyüklüklerinin küçük olması, gerekse sayısal değişkenlerin normal dağılıma uymaması nedeniyle parametrik olmayan hipotez testleri kullanılmıştır.

İki grubun ölçek puanları açısından karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında ki-kare ya da uygun olduğunda Fisher’s Exact test kullanılmıştır. HT (+) olan bireyler hormonoterapi alma süresi 6 ay ve altı, 6 ay üstü olacak şekilde yeniden sınıflandırılmıştır ve sonrasında HT (-) olan bireylerle ölçekler açısından karşılaştırılmıştır. Bu amaçla Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır ve gruplar arası karşılaştırma için bir post-hoc test olan Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır. Gruplar içinde sayısal değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.-

3. BULGULAR

3.1. Hormonoterapi Alan ve Hormonoterapi Almayan Trans-erkek Bireylerin Demografik Özellikleri

Çalışmamızda hormonoterapi alan [HT (+)] trans-erkek (n=30) grubunun yaş ortalaması 25,07±6,94, eğitim yılı ortalaması 12,77±3,21 yıl, % 63,3'ü (n=19) çalışıyordu. Çalışanların %17,4'ü stresli, %47,8'i rahat ortamda çalıştığını belirtiyordu. Bireylerin %55,2'si (n=16) kendisini erkek olarak tanımlıyordu. %86,7'si (n=26) bekar, %3,3'ü (n=1) boşanmıştı. %83,3'ü (n=25) sigara kullanıyordu, %13,3'ünün (n=4) kronik hastalığı, %3,3'ünün (n=1) psikiyatrik hastalığı, %6,7'sinin (n=2) soygeçmişinde kronik hastalığı mevcuttu. HT (+) gönüllülerde 6 ay ve üzeri hormonoterapi alanların oranı %66,6 (n=20) idi. Çalışmamızda kontrol grubunu hormonoterapi almamış [HT(-)] trans-erkekler (n=27) oluşturmuştur. [HT(-)] grubunun yaş ortalaması 22,88±3,45, eğitim yılı ortalaması 12,67±3,12 yıldır. % 38,5'i (n=10) çalışıyor, %25'i stresli, %41,7'si rahat ortamda çalışıyordu. %54,2'si (n=13) kendisini erkek olarak tanımlamış, %92,6'sı (n=25) bekar, %3,7'si (n=1) boşanmış, %88,9'u (n=24) sigara kullanıyordu. %11,1'inin (n=3) kronik fiziksel hastalığı, %7,4'ünün (n=2) psikiyatrik hastalığı, %22,2'sinin (n=6) soygeçmişinde kronik fiziksel hastalığı mevcuttu. Hormonoterapi almayan trans-erkekler [HT (-)] (n=27) ve hormonoterapi alan trans-erkeklerin [HT (+)] (n=30) demografik özellikleri incelendiğinde gruplar arasında yaş, medeni durum, ekonomik durum, eğitim yılı, çalışma durumu, meslek dağılımı, çalışma ortamı değişkenlerinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Gönüllü trans-erkek bireylerin demografik özellikleri Tablo-1 ve Tablo-2'de sunulmuştur.

Tablo 1. Hormonoterapi Almayan ve Alan Trans-erkek Bireylerin Demografik Özellikleri - 1

	Hormonoterapi (-)	Hormonoterapi (+)	İstatistik	
	Ort.±SS	Ort.±SS	Z	P
Yaş	22,88±3,45	25,07±6,94	-1.11	.267
Eğitim Yılı	12,67±3,12	12,77±3,21	-.09	.928
Kişi Başı Gelir, tl/ay	2217,86±1021,80	2077,77±1106,96	-.46	.646
Ağırlık, kg	62,54±12,59	67,79±15,26	-.33	.742
Boy, cm	167,00±5,35	166,93±6,15	-.17	.862

Tablo 2 Hormonoterapi Almayan ve Alan Trans-erkek Bireylerin Demografik Özellikleri - 2

	Hormonoterapi (-)		Hormonoterapi (+)		İstatistik	
	n (27)	%	n (30)	%	χ^2	p
Cinsiyet					.005	.942
Kadın	11	45.8	13	44.8		
Erkek	13	54.2	16	55.2		
Medeni Durum					.908	.635
Bekar	25	92.6	26	86.7		
Boşanmış	1	3.7	1	3.3		
Diğer	1	3.7	3	10.0		
Meslek					3.329	.504
Memur	1	4.3	2	6.9		
İşçi	4	17.4	9	31.0		
Öğrenci	8	34.8	9	31.0		
Serbest	1	4.3	3	10.3		
Diğer	9	39.1	6	20.7		
Çalışma Durumu					.063	.107
Çalışıyor	10	38.5	19	63.3		
Çalışmıyor	16	61.5	11	36.7		
Çalışma Ortamı					.299	.861
Rahat	5	41.7	11	47.8		
Normal	4	33.3	8	34.8		
Stresli	3	25.0	4	17.4		
Gelir Düzeyi					2.712	.438
Çok Düşük	1	4.8	2	7.1		
Düşük	3	14.3	9	32.1		
Orta/Normal	15	71.4	14	50.0		
Normal Üzeri/İyi	2	9.5	3	10.7		

3.2. Hormonoterapi Alan ve Hormonoterapi Almayan Trans-Erkek Bireylerin Klinik Özellikleri

Her iki grup arasında boy, ağırlık, sigara kullanımı, beyan edilen özgeçmiş, psikiyatrik hastalık öyküsü ve soygeçmiş dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Gönüllü-trans-erkek bireylerin klinik özellikleri Tablo-3 ve Tablo-4'te sunulmuştur.

Tablo 3 Hormonoterapi Almayan ve Alan Trans-erkek Bireylerin Klinik Özellikleri - 1

	Hormonoterapi (-)		Hormonoterapi (+)		İstatistik	
	Ort.±SS		Ort.±SS		Z	P
Ağırlık	62,54±12,59		67,79±15,26		-.329	.742
Boy	167,00±5,35		166,93±6,15		-.174	.862

Tablo 4 Hormonoterapi Almayan ve Alan Trans-erkek Bireylerin Klinik Özellikleri - 2

	Hormonoterapi (-)		Hormonoterapi (+)		İstatistik	
	n(27)	%	n (30)	%	χ ²	p
Sigara Kullanımı					.557	.709
Kullanmıyor	3	11.1	5	16.7		
Kullanıyor	24	88.9	25	83.3		
Kronik Hastalık					.799	1
Hastalık var	3	11.1	4	13.3		
Hastalık yok	24	88.9	26	86.7		
Psikiyatrik Hastalık					.492	.599
Hastalık var	2	7.4	1	3.3		
Hastalık yok	25	92.6	29	96.7		
Soy Geçmiş					.091	.132
Hastalık var	6	22.2	2	6.7		
Hastalık yok	21	77.8	28	93.3		

3.3. Hormonoterapi Alma Durumuna ve Süresine Göre Toplam SÖÖTÖ/ ÇYBSİÖ/ TCRTÖ Puanlarının Değerlendirilmesi

HT (+) bireylerin SÖÖTÖ/ ÇYBSİÖ/ TCRTÖ toplam puan ortalamaları HT (-) bireylere kıyasla daha yüksek olmasına rağmen iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (SÖÖTÖ için p= 0.354/ÇYBSİÖ için p=0.565 /TCRTÖ için p=0.309) (Tablo 5). Alt grupları değerlendirmek üzere hormonoterapi alan bireylerin bulunduğu grup hormonoterapi kullanım süresine göre; 6 aydan kısa süredir hormonoterapi alan bireyler [HT (+<6Ay)], 6 ay ve daha uzun süredir hormonoterapi alan bireyler [HT (+>6Ay)] şeklinde iki alt gruba bölünerek toplamda üç grup elde edilmiştir. Üç grup arasındaki ölçek puanlarının karşılaştırması Tablo 6'da sunulmuştur. Üç

grup arasında ÇYBSİÖ toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p= 0,012$). Gruplar arası karşılaştırmada, sadece 6 aydan kısa süredir hormonoterapi alan bireyler ve 6 ay ve daha uzun süredir hormonoterapi alan bireyler arasındaki farkın anlamlı olduğu gösterilmiştir ($p=0.010$). Üç grup arasında SÖÖTÖ ve ÇYBSİÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.

Tablo 5 Hormonoterapi Kullanma Durumuna Göre Toplam SÖÖTÖ/ÇYBSİÖ/TCRTÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Hormonoterapi (-) (n=27)	Hormonoterapi (+) (n=30)	Z	p
Toplam SÖÖTÖ Puanı	71,96±16,36	76,87±9,57	-0,928	.354
Toplam ÇYBSİÖ Puanı	190,78±30,41	197,73±31,54	-0,576	.565
Toplam TCRTÖ Puanı	93,52±12,46	94,40±23,14	-1,018	.309

Tablo 6 Hormon kullanım süresine göre üç grupta (hiç almamış/6 aydan kısa süre almış/6 ay ve daha uzun süre almış) SÖÖTÖ/ÇYBSİÖ/TCRTÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Hormonoterapi (-) (n=27)	Hormonoterapi (+<6Ay) (n=10)	Hormonoterapi (+>6Ay) (n=20)	p
Toplam SÖÖTÖ Puanı	71,96±16,36	73,60±9,83	78,50±9,25	.218
Toplam ÇYBSİÖ Puanı	190,78±30,40	181,70±14,49	205,75±34,87	.012
Toplam TCRTÖ Puanı	93,52±12,46	97,80±20,82	92,70±24,55	.552

3.4. Hormonoterapi Alma Durumuna ve Süresine Göre SÖÖTÖ/ÇYBSİÖ/TCRTÖ Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

3.4.1. Hormonoterapi Alma Durumuna ve Süresine Göre SÖÖTÖ Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

HT (+) bireylerin SÖÖTÖ alt ölçeklerinin tamamında HT (-) kıyasla yüksek puan aldıkları saptanmakla beraber anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Hormonoterapi kullanım süresine göre oluşturulan üç grupta (hormonoterapi kullanmayan bireyler, 6 aydan kısa süredir hormonoterapi alan bireyler, 6 ay ve daha uzun süredir hormonoterapi alan bireyler) SÖÖTÖ alt ölçek puanları açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark

saptanmamıştır. Hormonoterapi kullanma durumuna göre oluşturulan iki grubun SÖÖTÖ alt ölçek puan özellikleri Tablo 7’de, Hormonoterapi kullanma süresine göre oluşturulan üç grubun SÖÖTÖ alt ölçek puan özellikleri Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 7 Hormonoterapi alma durumuna SÖÖTÖ alt ölçek sonuçları

SÖÖTÖ	Hormonoterapi (-) (n=27)	Hormonoterapi (+) (n=30)	Z	p
Sürekli Öfke Alt Ölçeği	18,78±5,08	21,13±4,90	-1.618	.106
Öfke İçer Alt Ölçeği	15,70±5,48	16,60±3,51	-.377	.706
Öfke Dışarı Alt Ölçeği	15,22±6,14	16,80±4,74	-.417	.677
Öfke Kontrol Alt Ölçeği	22,26±6,91	22,33±5,23	-.513	.608

Tablo 8 Hormonoterapi alma süresine göre (0, 6 aydan az, 6 ay ve üzeri) SÖÖTÖ alt ölçek sonuçları

SÖÖTÖ	Hormonoterapi (-) (n=27)	Hormonoterapi (+<6Ay) (n=10)	Hormonoterapi (+>6Ay) (n=20)	p
Sürekli Öfke Alt Ölçeği	18,78±5,08	19,60±5,60	21,90±4,46	.107
Öfke İçer Alt Ölçeği	15,70±5,48	16,10±3,38	16,85±3,63	.667
Öfke Dışarı Alt Ölçeği	15,22±5,14	16,10±3,54	17,15±5,28	.896
Öfke Kontrol Alt Ölçeği	22,81±6,91	21,80±4,54	22,60±5,63	.803

3.4.2. Hormonoterapi Alma Durumuna ve Süresine Göre ÇYBSİÖ Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Hormonoterapi almayan trans-erkek bireyler ile hormonoterapi alan trans-erkek bireylerin ÇYBSİÖ alt ölçekleri açısından karşılaştırılmasında, alt ölçeklerin iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği saptanmıştır. Beden alanlarında doyum alt ölçeği puanlarındaki anlamlılık sınırda olmakla birlikte, muhtemelen örneklem büyüklüğünün küçüklüğünden ötürü anlamlılığa ulaşmamıştır. Hormonoterapi kullanım süresine göre oluşturulan üç grupta (hormonoterapi kullanmayan bireyler, 6 aydan kısa süredir hormonoterapi alan bireyler, 6 ay ve daha uzun süredir hormonoterapi alan bireyler) ÇYBSİÖ alt ölçek puanlarının değerlendirilmesinde Görünüş Değerlendirme alt ölçeği (p=0.011) ve Beden Alanlarında Doyum alt ölçeği (p=0.007) dışında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Görünüş Değerlendirme alt ölçeğinde hormonoterapi

kullanım süresi altı aydan kısa süre olan alt grup ile hormonoterapi kullanım süresi altı ay ve daha uzun süre olan alt grup arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0.011). Bu iki grubun ayrı ayrı hormonoterapi kullanmayan bireylerle karşılaştırılmasında anlamlı fark saptanmamıştır. Beden Alanlarında Doyum alt ölçeğinde hormonoterapi kullanım süresi altı ay ve daha uzun süre olan alt grup ile diğer iki grup arasında anlamlı fark saptandı (HT (-) grup vs. HT [+>6ay] p=0.014, HT [+<6ay] vs. HT [+>6ay] p=0.040).

Hormonoterapi kullanma durumuna göre oluşturulan iki grubun ÇYBSİÖ alt ölçek puan özellikleri Tablo 9’da hormonoterapi kullanma süresine göre oluşturulan üç grubun ÇYBSİÖ alt ölçek puan özellikleri Tablo 10’da sunuldu.

Tablo 9 Hormonoterapi alma durumuna göre ÇYBSİÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

ÇYBSİÖ	Hormonoterapi (-)	Hormonoterapi	Z	p
	(n=27)	(+) (n=30)		
Görünüş Değerlendirme AÖ	18,04±4,70	18,76±5,33	-.75	.456
Görünüş Yönelimi AÖ	42,38±4,01	40,03±4,96	-1.61	.109
Fiziksel Yeterliliğini Değerlendirme AÖ	20,96±4,63	22,41±4,38	-.1	.316
Fiziksel Yeterlilik Yönelimi AÖ	30,31±7,10	32,14±4,99	-.898	.369
Sağlık Değerlendirmesi AÖ	20,38±4,70	21,97±2,81	-.810	.418
Sağlık Yönelimi AÖ	39,50±6,75	38,21±7,39	-.568	.570
Beden Alanlarında Doyum AÖ	21,81±6,73	27,24±10,40	-1.932	.053

Tablo 10 Hormonoterapi süresine göre (0, 6 aydan az, 6 ay ve üzeri) ayrılan grupların hormonoterapi almayan bireylerle, ÇYBSİÖ alt ölçekleri açısından karşılaştırılması

ÇYBSİÖ	Hormonoterapi	Hormonoterapi	Hormonoterapi	p
	(-) (n=27)	(+<6Ay) (n=10)	(+>6Ay) (n=20)	
Görünüş Değerlendirme AÖ	18,04±4,70	14,90±4,46	20,79±4,65	.011
Görünüş Yönelimi AÖ	42,38±4,01	38,80±4,71	40,68±5,09	.175
Fiziksel Yeterliliğini Değerlendirme AÖ	20,96±4,63	19,70±3,13	23,84±4,32	.068
Fiziksel Yeterlilik Yönelimi AÖ	30,31±7,10	29,30±4,24	33,63±4,79	.145
Sağlık Değerlendirmesi AÖ	20,38±4,70	20,80±1,69	22,58±3,11	.322
Sağlık Yönelimi AÖ	39,50±6,75	37,20±8,04	38,74±7,19	.836
Beden Alanlarında Doyum AÖ	21,81±6,73	21,00±5,46	30,53±10,97	.007

3.4.3. Hormonoterapi Alma Durumuna ve Süresine Göre TCRTÖ Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Hormonoterapi almayan trans-erkek bireyler ile hormonoterapi alan trans-erkek bireylerin TCRTÖ alt ölçeklerinin değerlendirilmesinde, TCRTÖ alt ölçeklerinin tümünün hormonoterapi alan bireylerde almayanlara göre daha düşük olduğu ancak iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hormonoterapi kullanım süresine göre oluşturulan üç grupta (hormonoterapi kullanmayan bireyler, 6 aydan kısa süredir hormonoterapi alan bireyler, 6 ay ve daha uzun süredir hormonoterapi alan bireyler) TCRTÖ alt ölçek puanlarının değerlendirmesinde TCRTÖ alt ölçeklerinin tümünde hormonoterapi almayan bireylerin yüksek puan aldığı, bu grubu 6 ay ve daha uzun süredir hormonoterapi alan bireylerin izlediği, TCRTÖ alt ölçeklerinin tümünde 6 aydan kısa süredir hormonoterapi alan bireylerin düşük aldığı ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Hormonoterapi kullanma durumuna göre oluşturulan iki grubun TCRTÖ alt ölçek puan özellikleri Tablo 11’de, Hormonoterapi kullanma süresine göre oluşturulan üç grubun TCRTÖ alt ölçek puan özellikleri Tablo 12’de sunuldu.

Tablo 11 Hormonoterapi alma durumuna TCRTÖ alt ölçek sonuçları

TCRTÖ	Hormonoterapi (-)	Hormonoterapi (+)	Z	p
	(n=27)	(n=30)		
Eşitlikçi Cinsiyet Rolü Alt Ölçeği	37,81±2,79	36,62±4,76	-.385	.700
Kadın Cinsiyet Rolü Alt Ölçeği	33,52±5,13	32,76±7,12	-.152	.879
Evlilikte Cinsiyet Rolü	36,70±3,43	35,72±5,97	-.245	.807
Değerlendirme Alt Ölçeği				
Geleneksel Cinsiyet Rolü Alt Ölçeği	33,04±6,56	31,31±8,44	-.780	.436
Erkek Cinsiyet Rolü Alt Ölçeği	27,70±3,14	26,76±4,12	-.632	.528

Tablo 12 Hormonoterapi süresine göre (0, 6aydan az, 6 ay ve üzeri TCRTÖ alt ölçek sonuçları

TCRTÖ	Hormonoterapi (-)	Hormonoterapi	Hormonoterapi	p
	(n=27)	(+<6Ay) (n=10)	(+>6Ay) (n=20)	
Eşitlikçi Cinsiyet Rolü Alt Ölçeği	37,81±2,79	34,40±6,54	37,79±3,12	.469
Kadın Cinsiyet Rolü Alt Ölçeği	33,52±5,13	32,40±8,49	32,95±6,54	.978
Evlilikte Cinsiyet Rolü	36,70±3,43	34,90±8,02	36,15±4,78	.941
Değerlendirme AÖ				
Geleneksel Cinsiyet Rolü AÖ	33,04±6,56	30,20±11,65	31,89±6,47	.641
Erkek Cinsiyet Rolü AÖ	27,70±3,14	26,10±5,82	27,11±3,02	.750

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama) tanısı konulmuş hormonoterapi almayan ve almakta olan trans-erkek bireyler değerlendirilmiştir. CY'si olan bireylerle ilgili yapılan araştırma sayılarında son yıllarda artış mevcuttur, çalışmalar genellikle etiyoloji, epidemiyoloji, tedavi ve yaşam kalitesi üzerine yoğunlaşmıştır. CY'si olan bireylerde hormonoterapi üzerine yapılan araştırmalar ise morbidite ve yaşam kalitesi üzerine odaklanmaktadır.

Testosteron seviyeleri ile insanlarda agresif davranış arasındaki ilişki tanımlanmış olsa da CY'si olan trans-erkek bireylerde hormonoterapinin öfke ile ilişkisi üzerine kısıtlı bilgi mevcuttur [5], [159]. CY'si olan bireylerde beden algısı rahatsızlığın önemli bir yönü olarak ele alınmaktadır. Daha önce CY'si olan bireylerde tıbbi müdahalelerin beden algısı üzerindeki etkisi üzerine yapılmış çalışmalar bulunmakla beraber öfke düzeyleri ilişkisini ele alan bir çalışma yapılmamıştır [136], [160]. Çalışmamızda ele alınan diğer bir alan olan toplumsal cinsiyet rollerine dair CY'si olan bireylerle yapılan az sayıda çalışma bulunamamakla beraber bu çalışmalar arasında tıbbi müdahalenin toplumsal cinsiyet rolleri tutumu ile ilişkisini ele alan bir çalışmaya rastlanılmamıştır [45]. Çalışmamız CY'si olan trans-erkek bireylerde hormonoterapi öncesi ile sonrasında agresyon değerlendirilmesi bakımında ülkemizde yapılan ilk çalışmadır. Ayrıca çalışmamızda beden algısı ve toplumsal cinsiyet rolleri tutumunun hormonoterapi ile ilişkisini değerlendirilmiş ve agresyon ile toplumsal cinsiyet rolleri tutumu ilişkisi ele alınmıştır.

4.1. Demografik ve Klinik Veriler

4.1.1. Demografik Veriler

Çalışmamızda Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Cinsiyetinden Yakınma Birimi tarafından takip edilen, hormonoterapi almayan (n=27) ve hormonoterapi alan (n=30) trans-erkek bireyler olmak üzere 57 kişi değerlendirilmiştir. Tüm atılımcılar biyolojik cinsiyet bakımından kadın olup Cinsiyetinden Yakınma Birimi tarafından takip sürecine alınmadan önce öğretim üyesi eşliğinde değerlendirilerek DSM-5 kriterlerine uygun olarak CY tanısı kesinleştirilmiş başvuranlardan oluşmaktadır. Türkiye'de CY tanısı üzerine yapılmış bir epidemiyolojik çalışma bulunmamaktadır. Son yıllarda yapılan yurtdışı merkezli çalışmalar; DSM-5'te belirtilen erişkin biyolojik erkekler için %0,005 ile %0,014, erişkin biyolojik kadınlarda %0,002 ile % 0,003 arasında verilen [2] prevelanslardan daha yüksek değerler saptama eğilimdedir. 2010

yılında İsveç'te yasal isim değişikliğine başvuran 1:13,120 erişkin kadın ve 1:7,750 erişkin erkek nokta prevalansı saptandığı[57]; 2014 tarihli İrlanda çalışmasında hormon tedavisi için başvuruda erişkin kadınlarda prevalansın 1: 27,668 ve erişkin erkeklerde prevalansın 1: 10,154, olarak bulunduğu [58]; Madrid'de 2007-2015 yılları arasında uzmanlaşmış cinsiyet kimliği biriminde CY prevalansını kadınlarda 1: 7752, erişkin erkeklerde 1: 3205 civarında saptandığı [59]; 2019 tarihli bir derlemede mevcut prevalansın trans-kadınlar için 1:2,800, trans-erkekler için 1:5,200 düzeyinde tahmin edildiği[161] görülmektedir. Türkiye'de poliklinik başvurularında kadından erkeğe cinsiyet değişimi için başvuran sayısının çoğunlukta olduğu görülmektedir[45]. Türkiye yapılan, CY'li kişilerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirildiği 102 trans-kadın, 37 trans-erkek ile yürütülen bir çalışmada trans-kadınların işsizlik oranlarının trans-erkeklerle kıyasla daha fazla olduğu, sağlık sigortasına sahip olma oranlarının trans-erkeklerle göre düşük olduğu, bu durumun bireylerin sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmalarına ve sağlık çalışanları tarafından daha fazla dışlanmalarına yol açabileceği belirtilmiştir. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Cinsiyetinden Yakınma Birimi takipli bireylerin genel çoğunluğu trans-erkek bireylerden oluşmakta olup, trans-kadın bireylerin yardım arayışının geri planda kalmasında muhtemelen aile ve sosyal desteğin trans-erkeklerle kıyasla daha az olması, sağlık sigortasını karşılayacak iş bulma konusunda işçi pazarında negatif ayrımcılığa uğramaları ve sağlık çalışanı ve memur tutumlarına yönelik olumsuz ön yargı yer tutuyor olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda hormonoterapi alan trans-erkek bireylerin yaş ortalaması $25,07 \pm 6,94$, hormonoterapi almayan bireylerin yaş ortalaması $22,88 \pm 3,45$ olup arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla beraber ($z=-1.110$, $p=.267$), 40 yaş üstü çalışmaya katılan 42 ve 46 yaşında olan her iki bireyin de hormonoterapi kullanan grupta yer alması hormonoterapi alan grubun yaş ortalamasını yukarıya çekmiştir. Eğitim yılları hormonoterapi alan grupta $12,77 \pm 3,21$, almayan grupta $12,67 \pm 3,12$ olarak tespit edilmiş olup Türkiye'de yapılan iki çalışmadan yüksek olarak bulunmuştur; yine Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Cinsiyetinden Yakınma Birimi takipli bireylerle yapılan başka bir çalışma ortalaması ile ($12,65 \pm 2,88$) uyumlu bulunmuştur[45], [162], [163].

İki grup arasında kişi başı gelir miktarlarında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı: HT (-) $2217,86 \pm 1021,80$, HT (+) $2077,77 \pm 1106,96$ ($Z=-.459$, $p=.646$). Kişiler gelir düzeyini HT (-) grupta %4,8 oranında "Çok Düşük", %14,3 "Düşük", %71,4 "Orta/Normal", %9,5 "Normal Üzeri/İyi" olarak tanımlarken HT (+) grupta %7,1 oranında "Çok Düşük", %32,1 "Düşük", %50,0 "Orta/Normal", %10,7 "Normal Üzeri/İyi" 10 kişi çalıştığını (%38,5), 16 kişi çalışmadığını (%61,5)

belirtirken 4 kişi çalışma durumu belirtmemiştir. HT (+) grupta 19 kişi çalışırken (%63,3) 11 kişi çalışmadığını (%36,7) bildirmiştir ($Z=0.063$, $p= .107$). Aradaki belirgin fark, anlamlılık düzeyine ulaşmasa da hormonoterapi alan bireylerin çalışma oranının yüksekliği bireylerin sosyal hayat ve çalışma hayatına entegrasyonlarının daha iyi olduğuna işaret etmektedir.

Medeni durum dağılımı HT (-) ve HT (+) gruplar arasında karşılaştırıldığında sırası ile “bekar” seçeneği için %92,6/%86,7; boşanmış seçeneği için %3,7/%3,3 ve katılımcıların hepsinin uzun ilişki olarak detaylandığı “diğer” seçeneği için %3,7/%10,0 olarak tespit edildi. Katılımcılar arasında evli birey yoktu. Biyolojik veya cinsel kimlik olarak detaylandırılmayan cinsiyet sorusu HT (-) grupta %45,8 oranında kadın, %54,2 oranında erkek olarak cevaplandırılırken 3 katılımcı soruyu cevapsız bırakmış; HT (4) grupta % 44,8 oranında kadın, %55,2 oranında erkek olarak cevaplandırılırken 1 katılımcı soruyu cevapsız bırakmıştı.

Bireylerin kendilerinin belirttiği boy ve ağırlık değerleri sırası ile HT (-) grupta $167,00\pm 5,35$ cm, $62,54\pm 12,59$ kg olup HT (+) grupta $166,93\pm 6,15$ cm, $67,79\pm 15,26$ kg olarak saptanmış ve gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (boy için $Z=-.174$, $p= .862$; ağırlık için $Z=-.329$, $p= .742$).

Kişilerin psikiyatrik hastalık öyküleri beyan esaslı olarak değerlendirilmiş olup HT (-) grupta iki kişi (%7,4), HT (+) grupta 1 kişi (%3,3) psikiyatrik hastalık öyküsü belirtmiştir. Yakın tarihli bir sistematik derlemede 233 çalışmadan beşi değerlendirilerek CY’si olan 577 bireyin psikiyatrik özgeçmişi incelenmiş, %53,2sinin hayat boyu en az bir psikiyatrik rahatsızlığının olduğu, birinci eksen rahatsızlıkları arasında en sık duygudurum bozukluklarının gözlemlendiği (%42,1) ve kaygı bozuklukları (%26,8) ile madde kullanımı/kötüye kullanım bozukluğunun (%14,7) takip ettiği belirtilmiştir[164]. Verilerimizin kişi bildirimine dayanması, çalışmaya dahil olan grubun sosyal desteğinin ve eğitim durumunun genel trans-birey popülasyonuna kıyasla daha iyi olmasının bu belirgin farka yol açmış olması muhtemeldir.

4.1.2. Klinik Veriler

4.1.2.1. Hormonoterapi Alma Durumu ve Süresine Göre Öfkellik Hali ve Öfke İfade Tarzlarının Değerlendirilmesi

Öfke herkes tarafından zaman zaman hissedilen ve klinik olarak anlamlı bir duygudur. Kan testosteron seviyeleri ile agresif davranım arasındaki ilişkiye işaret eden bilimsel veriler[165]–[167] olmakla beraber kan testosteron seviyeleri ile agresif davranım arasında direk nedensellik bağı sonucuna götürecek kesin bir kanıt yoktur. Bununla beraber testosteronun beyinde öfkenin algılanması bağlamındaki etkileri derinlemesine ele alınmamıştır [166] Her ne kadar alt yatan mekanizma açığa çıkarılamamışsa da kortizol seviyesinde bir artış olmadan kan testosteron seviyelerindeki artışın subjektif öfke hissi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir [168].

Öfke genellikle bölünmez tek bir yapı olarak tanımlanmış olmakla beraber, son 30 yılda Spielberger’in teorisi uyarınca öfkenin çok-yüzlü tanımlaması ön plana çıkmıştır [6]. Spielberger öfkenin durumsal (kişilerin o an nasıl hissettiği) ve sürekli (kişilerin genel olarak nasıl hissettiği) olarak anlaşılabilirliğine işaret etmiştir. Durum-Tarz Öfke Teorisi olarak ifade edilen; öfkenin durum ve tarz yönleri arasındaki fark, tekrarlı ve amprik olarak geçerliliği gösterilmiştir[7]. Öfke klinik ve klinik olmayan gruplarda birçok kez değerlendirilmiştir. Genel olarak klinik popülasyonlar genel popülasyonlara göre öfke deneyimini daha yoğun ve daha sık yaşantılamaktadır ve fiziksel ve sözel agresif davranışlarla dışavurma eğilimindedir [8]–[11]. Klinik popülasyon ve klinik olmayan popülasyon arasında öfke kontrolü açısından belirgin fark saptanılmamıştır. Öfke ölçümü için en sık kullanılan enstrüman Spielberger’in Durum-Tarz Öfke İfade envanteri 2 (STAXI-2) olmakla beraber [12]; çalışmamızda Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve Türkçe konuşan popülasyonlarda en sık kullanılan ölçek olan, STAXI-1in [6] Türkçe uyarlaması SÖÖİTÖ (Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği) kullanılmıştır [147].

Trans bireylerde öfkeyi ele alan literatürde üç çalışma mevcuttur. Bunlardan ikisinde; 2-16 yaş arası 70 trans-bireyde gonadotropin salgılatıcı hormon analogu kullanımı öncesi ve sonrası (GnRHa) öfke düzeylerini Spielberger’in "Trait Anxiety and Anger Scales" ölçekleri ile değerlendiren bir çalışmada öfke düzeylerinde anlamlı değişim saptanmamış[159]; diğer bir çalışma ise yaş ortalaması 6,83±1,99 olan 24 CY’li veya gendernonconforming (GNC) bireyde 40 evebeynin çocuklarında algıladığı öfke sorunlarını, çalışmada önceden belirtilmiş öfke alanları üzerinden

değerlendirilmesi istenmiş ve çocuklarda: %12,5 evebeyne yönelmiş öfke, %12,5 orantısız öfke, %22,5 hızlı öfkelenme, %10,0 bastırılmış öfke ve %30,0 öfke öncülleri tanımlanmış[169]. Erişkin trans-erkek bireylerde hormonoterapi öncesi ve sonrası öfke durumunu değerlendiren literatürde bulunan tek çalışmada ise 52 trans-erkek birey hormonoterapi öncesi ve hormonoterapinin en az yedinci ayında STAXI-2 ile değerlendirilmiş ve tüm alt ölçeklerde anlamlı yükselme saptanmış olup kan testosteron seviye ölçüm sonuçları ile ilişki ortaya konamamıştır.

Çalışmamızda SÖÖTÖ toplam puanı HT (-) ve HT (+) bireyler arasında anlamlılık değerine ulaşmayan bir fark ortaya koymuştur. HT (+) grup hormonoterapi süresi altı aydan kısa (HT [$+<6$ Ay], n=10) ve hormonoterapi süresi altı ay ve daha fazla (HT [$+>6$ Ay], n=20) olmak üzere ikiye ayrılarak toplam SÖÖTÖ puanları üç grupta değerlendirildiğinde de fark anlamlılık değerine ulaşmamış olarak bulunmakla beraber hormonoterapi süresi ile SÖÖTÖ puanlarının artma eğiliminde olduğu görülmüştür.

SÖÖTÖ alt ölçekleri ele alınarak değerlendirildiğinde HT (-) grup puanları tüm alt ölçeklerde daha küçük değerler vermekle beraber HT(+) ile anlamlı fark oluşturan bir alt ölçek olmamıştır. Sürekli Öfke Alt Ölçeği'nde tespit edilen farkın anlamlılık değerine en yakın ölçek olarak diğerlerinden ayrıştığı ifade edilebilir ($p=.106$).

Hormon kullanım süresine göre üç grup oluşturulduğunda Öfke Kontrol Alt Ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde hormon kullanım süresi ile bir artış trendinin olduğu, ölçek puan toplamının öfke kontrol düzeyini göstermesi bakımından diğer ölçeklerden ayrılan Öfke Kontrol Alt Ölçeği'nde ise en düşük değer HT ($+<6$ Ay) grubunda saptandığı görülmekle beraber gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Bu üç grup arasında yine Sürekli Öfke Alt Ölçeği'nde tespit edilen farkın anlamlılık değerine en yakın ölçek olarak diğerlerinden ayrıştığı ifade edilebilir ($p=.107$).

Ülkemizde trans-bireylerde öfke ifade tarzlarını ele alan bir çalışma olmamakla beraber SÖÖTÖ ile yapılan çalışmalar ele alındığında bu çalışmaların çoğunluğunun üniversite öğrencisi popülasyonunda yapıldığı görülmektedir.

2017 yılında yayınlanan, hemşirelik öğrencilerinin öfke ifade tarzları ile yalnızlık duyguları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada SÖÖTÖ ölçeği Sürekli Öfke Alt Ölçeği puan ortalamasının $21,94\pm 4,79$, Öfke İçer Alt Ölçeği puan ortalaması $15,83\pm 4,33$, Öfke Dışer Alt Ölçeği puan ortalaması $15,88\pm 3,25$, Öfke Kontrol Alt Ölçeği puan ortalamasının $22,57\pm 3,81$ olduğu ve

cinsiyetler arasında (Erkek n=93, Kadın n=273) farklılık gösteren tek alt ölçeğin Öfke Dışa Alt Ölçeği olmak üzere kadınlarda $15,46\pm 3,07$, erkeklerde $17,12\pm 3,45$ olarak saptandığı belirtilmiştir[170]. Türkiye’de farklı meslek gruplarından 298 kişi ile yapılan başka bir çalışmada Sürekli Öfke Alt Ölçeği puan ortalamasının $21,906\pm 7,038$, Öfke İçer Alt Ölçeği puan ortalaması $18,416\pm 4,913$, Öfke Dışa Alt Ölçeği puan ortalaması $17,050\pm 5,240$, Öfke Kontrol Alt Ölçeği puan ortalamasının $24,000\pm 5,172$ olduğu ve cinsiyetler arasında (Kadın n=181, Erkek n=117) anlamlı fark saptanmadığı belirtilmiştir[171]. Çalışmamızın verileri Türkiye popülasyonunda elde edilen verilerle uyumlu olarak klinik olmayan popülasyondan ayrışmadığı söylenebilir.

4.1.2.2. *Hormonoterapi Alma Durumu ve Süresine Göre Beden Algısının Değerlendirilmesi*

Beden algısı görünüm ve toplumsal normlarla ilişkili fiziksel ve psikolojik karakteristikleri içeren karmaşık bir yapıdır[172]. Bireyin beden algısının psikolojik yönleri kognisyon (ör. Beden idealleri, beden memnuniyeti), hisler (ör. Beden hassasiyeti) ve davranışları (ör. Diyet yapmak) içerir. CY tanımı gereği cinsiyet kimliği ile fiziksel görünüm arasındaki farkın verdiği rahatsızlığa vurgu yapmaktadır[2]. Bedenle ilişkilendirilen bu sıkıntılı hali, geçişle ilgili tıbbi müdahaleler öncesi olan beden memnuniyetsizliği ile korele görünmektedir [135], [160], [173]–[175]. Az sayıda çalışma tıbbi tedavi ile beden memnuniyetinin uzun dönemde artabileceğini göstermiştir [176]–[178]. Tercih edilen ameliyat ve/veya hormonoterapi kombinasyonları gibi tedavi taleplerindeki farklılıklara rağmen tüm trans-erkek bireylerin daha maskülen bir göğüs yapısı istediğini ortaya koyan bir çalışma, tedavi taleplerindeki farklılıkların nedenleri değişse de meme yapısından memnuniyetsizliğin ön planda olduğunu belirtmiştir[179]; başka çalışmalar da bu bulguyu destekler niteliktedir[135], [180].

CY’si olan bireylerin beden algısını değerlendirmek üzere literatürde kullanılan ölçekler arasında öncelikle “Body Image Scale” (BIS) olmak üzere ÇYBSİÖ ve IMAGEN’dir. BIS trans bireylerde fiziksel özelliklerden kaynaklanan rahatsızlık düzeyini birincil (ör. vajina, penis) ve ikincil (ör. meme, bel çevresi, boy ve yüzde kılınma) cinsiyet karakterlerini içeren 29 beden alanında değerlendirerek ölçmek üzere geliştirilen likert tipi ölçektir. BIS’in Türkçe’ye çevirisi ve geçerlik güvenirlik çalışmasının olmaması; ÇYBSİÖ’nün beden imgesinin yapısının yanında bireyin tutumsal yönlerini de değerlendirmesi nedeniyle çalışmamızda bireyler ÇYBSİÖ ile değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda ÇYBSİÖ toplam puanı HT (-) grubunda HT (+) bireylere kıyasla düşük olarak saptanmakla beraber gruplar arasında anlamlılık değerine ulaşmayan bir fark ortaya koymuştur. HT (+) grup hormonoterapi süresi altı aydan kısa (HT [$+<6$ Ay], n=10) ve hormonoterapi süresi altı ay ve daha fazla (HT [$+>6$ Ay], n=20) olmak üzere ikiye ayrılarak toplam ÇYBSİÖ puanları üç grupta değerlendirildiğinde en yüksek puan ortalaması HT ($+>6$ Ay) grubunda, en düşük puan ortalaması ise HT ($+<6$ Ay) grubunda bulundu. Kruskal Wallis testinde saptanan anlamlılık değeri post-hoc analizde değerlendirildiğinde HT ($+>6$ Ay) bireylerin HT ($+<6$ Ay) bireylere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı görülmüştür.

ÇYBSİÖ alt ölçekleri ele alınarak değerlendirildiğinde HT (-) grup puanları Görünüş Yönelimi Alt Ölçeği ve Sağlık Yönelimi Alt Ölçeği hariç tüm alt ölçeklerde daha küçük değerler vermekle beraber HT(+) grup ile anlamlılık değerine en yakın fark oluşturan alt ölçek Beden Alanlarında Doyum Alt Ölçeği olmuştur (p=.053). Görünüş Yönelimi Alt Ölçeği'nin de diğer alt ölçeklere göre anlamlılık değerine daha yakın olarak ayrıştığı ifade edilebilir (p=.109).

Hormon kullanım süresine göre üç grup oluşturulduğunda Görünüş Değerlendirme Alt Ölçeği ve Beden Alanlarında Doyum Alt Ölçeği dışında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamakla beraber Fiziksel Yeterliliğini Değerlendirme Alt Ölçeği'nin diğer alt ölçeklere göre anlamlılık değerine daha yakın olarak ayrıştığı ifade edilebilir (p=.145). Post-hoc analizlerde Görünüş Değerlendirme Alt Ölçeği'nde HT ($+>6$ Ay) bireylerin HT ($+<6$ Ay) bireylere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı; Beden Alanlarında Doyum Alt Ölçeği'nde ise HT ($+>6$ Ay) bireylerin hem HT ($+<6$ Ay) hem de HT (-) bireylere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı saptandı.

Ülkemizde trans bireylerde beden algısını ele alan bir çalışma olmamakla beraber ÇYBSİÖ ile yapılan çalışmalar ele alındığında Cushing Hastalığı'nda beden algısını inceleyen, sosyodemografik yapısı çalışmamıza benzer 40 sağlıklı kontrolün olduğu bir çalışmada ortalama alt ölçek puan toplamları Görünüş Değerlendirme Alt Ölçeği için 21,54, Görünüş Yönelimi Alt Ölçeği için 37,00, Fiziksel Yeterliliğini Değerlendirme Alt Ölçeği için 22,74, Fiziksel Yeterlilik Yönelimi Alt Ölçeği için 28,44, Sağlık Değerlendirmesi Alt Ölçeği için 22,14, Sağlık Yönelimi Alt Ölçeği için 38,61, Beden Alanlarında Doyum Alt Ölçeği için 34,02 olarak bildirilmiş [181] olup; Ankilozan Spondilit hastalarında beden algısını inceleyen, sosyodemografik yapısı çalışmamıza benzer 40 sağlıklı kontrolün olduğu başka bir çalışmada ortalama alt ölçek puan toplamları Görünüş Değerlendirme Alt Ölçeği için 20,58, Görünüş Yönelimi Alt Ölçeği için 34,40, Fiziksel Yeterliliğini

Değerlendirme Alt Ölçeği için 21,06, Fiziksel Yeterlilik Yönelimi Alt Ölçeği için 26,19, Sağlık Değerlendirmesi Alt Ölçeği için 21,04, Sağlık Yönelimi Alt Ölçeği için 35,42, Beden Alanlarında Doyum Alt Ölçeği için 32,85 ve ÇYBSİÖ toplam puanı için 190,85 olarak bildirilmiş[182].

Çalışmamızın sonuçları bu çalışmaların kontrol grubu ile karşılaştırıldığında Görünüş Değerlendirme Alt Ölçeği için görece HT (-) grupta düşük olan puan toplamının hormonoterapi ile kontrol grubunu yakaladığı; Görünüş Yönelimi Alt Ölçeği için trans bireylerin tamamının kontrol gruplarından yüksek puan ortalamasının olduğu; Fiziksel Yeterliliğini Değerlendirme Alt Ölçeği için HT(-) ve HT (<6Ay) gruplarında düşük olan puanın HT (>6Ay) grubunda kontrol gruplarının üstüne çıktığı, Fiziksel Yeterlilik Yönelimi Alt Ölçeği için tüm trans-bireylerin kontrol gruplarından yüksek puan aldığı; Sağlık Değerlendirmesi Alt Ölçeği ve Sağlık Yönelimi Alt Ölçeği için kontrol grupları ile benzer değerlerin elde edildiği; Beden Alanlarında Doyum Alt Ölçeği için tüm trans bireylerin kontrol gruplarından düşük puan aldığı ÇYBSİÖ toplam puanı için HT (-) bireylerin kontrol grubuna benzer, HT (<6Ay) bireylerin kontrol grubundan düşük, HT (>6Ay) grubundaki bireylerin kontrol grubundan yüksek puan ortalamasına sahip olduğunu kabaca söylenebilir.

ÇYBSİÖ ile 33 trans-erkek bireyde beden algısını mastektomi öncesi ve en az yedi ay sonrasında değerlendiren bir çalışmada Görünüş Değerlendirme Alt Ölçeği puanlarında mastektomi sonrasında anlamlı artış olduğu ($p<.01$), diğer alt ölçeklerde anlamlı bir fark tespit edilmediği; postoperatif dönemde TE bireylerin erkek ve kadın kontrol gruplarına kıyasla Görünüş Değerlendirme Alt Ölçeği, Görünüş Yönelimi Alt Ölçeği ortalama puanlarının düşük, Fiziksel Yeterlilik Yönelimi Alt Ölçeği ortalama puanlarının yüksek olduğu; Sağlık Yönelimi Alt Ölçeği ortalama puanlarında ise sadece kadın kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede düşük puan aldığı belirtilmiş[183]. Bu çalışmada kullanılan ölçekte Beden Alanlarında Doyum Alt Ölçeği bulunmayıp Hastalık Yönelimi Alt Ölçeği (illness orientation), Kilolu Uğraşları Alt Ölçeği (overweight preoccupation) ve Özıfılandırılmış Ağrlık (self-classified weight) ölçekleri mevcuttur. Farklı tıbbi müdahaleler üzerinden yürüyen iki çalışma kıyaslandığında çalışmamızda bulunan Beden Alanlarında Doyum Alt Ölçeği ortalama toplam puan farkları değerlendirilememekle beraber Görünüş Değerlendirme Alt Ölçeği puanlarında bulunan anlamlı fark literatür ile uyumlu olup genel popülasyonla olan farklılıklarda literatür ile farklı sonuçlar elde edilmiştir.

4.1.2.3. *Hormonoterapi Alma Durumu ve Süresine Göre Toplumsal Cinsiyet Rolü Algısının Değerlendirilmesi*

Literatürde CY’li bireylerle yapılan çalışmalarda toplumsal cinsiyet rollerini belirlemek amacıyla daha sık olmak üzere “Bem cinsiyet rolü envanteri” (BSRI) kullanılmıştır. Bem tarafından 1974 yılında Avrupa-Amerika toplumsal cinsiyet kalıplarına dayalı olarak geliştirilen[184] bu envanterde kişiler; kadınsı (feminen), erkeksi (maskülen), androjen ve farklılaşmamış olarak gruplandırılmaktadır. CY’si olan bireylerin BSRI ile değerlendirildiği sınırlı sayıdaki çalışmalara bakıldığında; Polonya’da trans-kadın (n=29) ve trans-erkek (n=103) gruplarının kontrol grubu ile kıyaslandığı bir çalışmada, BSRI’nın kadınsılık ve erkeksilik alt boyut skorlarının trans kadınlarda kontrol kadın grubuyla, trans-erkeklerde ise kontrol erkek grubuyla uyumlu olduğu görülmektedir. Bu sonuçların kültürler arası çalışmalarda tekrarlanamaması nedeniyle genelleştirilemeyeceği not edilmiştir [185]. 2012 yılında yayınlanan, İspanya’da 70 trans-kadın, 51 trans-erkek, 77 kontrol erkek, 79 kontrol kadın katılımcının BSRI skorlarının değerlendirildiği çalışmada, benzer şekilde kültürden bağımsız olarak trans-kadınlarda kontrol kadın grubuyla, trans-erkeklerde kontrol erkek grubuyla uyumlu puanlar aldıkları bulunmuştur [186]. Cinsiyet kalıplarının ve erkeksilik ve kadınsılığın bireyin bulunduğu sosyal yapı ve kültürle ilişkili olduğu göz önünde bulduğunda BSRI envanterinin herhangi bir kültürde trans birey ve kontrol gruplarının toplumsal cinsiyet rol tanımlamasını değerlendirmek için kısıtlı olduğu söylenebilir. Türkiye’de TE bireylerin toplumsal cinsiyet rolleri tutumlarını inceleyen bir çalışmada romantik ilişki içinde olan TE bireylerin (n=60) cis gender partnerine (n=50) kıyasla Geleneksel Cinsiyet Rolü Alt Ölçek puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve romantik ilişki içinde olan TE bireylerle romantik ilişkisi bulunmayan TE bireylerin TCRTÖ ve alt ölçekleri puanları bakımından ayrışmadığı belirtilmiştir[45]. Literatürde testosteronun güç elde etme, gücü elinde tutuma ve domine etmeye yönelik davranışları kolaylaştırabildiği belirtilse de TE bireylerde hormonoterapi ile toplumsal cinsiyet rolü tutumlarını değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır[168].

Bizim çalışmamızda katılımcıların toplumsal cinsiyet rolleri tutumlarını belirlemek için TCRTÖ (Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği) kullanılmıştır. Türkiye’de TCRTÖ kullanılarak yapılan çalışmalar literatürle uyumlu olarak kadınlarda erkeklere kıyasla toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin daha eşitlikçi ölçek skorları saptandığı belirtilmiştir. Çalışmalar genellikle üniversite öğrencilerinden oluşan örneklerde değerlendirilmiştir.

Bizim çalışmamızda hormonoterapi alma durumuna göre gruplar kıyaslandığında HT(-) TE bireylerle HT (+) TE bireyler arasında TCRTÖ toplam puanları ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamış olup hormon kullanım süresine göre de HT(-)/HT(<6Ay)/HT(>6Ay) grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. TCRTÖ toplam puanlarına bakıldığında katılımcıların genel anlamda eşitlikçi tutuma sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen TCTÖ ve SÖÖTÖ verileri değerlendirildiğinde iki ölçek arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. Toplum tarafından ikili cinsiyet sistemine göre oluşturulmuş toplumsal cinsiyet rolleri ve bu rollere ilişkin tutumların değerlendirilmesinde kullandığımız bu ölçeğin bu örneklem grubunun değerlendirilmesinde uygun olmadığı düşünülmektedir[45].

4.2. Kısıtlılıklar

Katılımcıların yalnızca üniversite hastanesine başvuran trans-erkek bireylerden oluşması bulguların genelleştirilebilirliğini sınırlamaktadır. Çalışmada değerlendirmenin öz bildirim ölçeklerine dayanması kısıtlılık oluşturmaktadır.

Araştırmamız, kesitsel desende olmasından dolayı neden-sonuç ilişkisi belirlenmemektedir. Çalışmaya katılmayı kabul eden CY'si olan katılımcıların, çalışmanın yapıldığı departmandan geçiş sürecinin takip edilmesi nedeniyle; çalışmaya dahil olma kararının bireyin psikiyatrik değerlendirme ve izlemine, talep ediliyorsa cinsiyet geçiş sürecine yönelik girişimleri etkilemeyeceği net bir biçimde belirtilmesine rağmen, katılımcıların cinsiyet geçiş sürecinin uzamasına ilişkin muhtemel korku ve kaygıları, öz bildirim ölçeklerinin değişkenlerine dair bilgiyi olduğundan düşük gösterme eğilimine neden açmış olabilir.

Çalışmamızdaki örneklem büyüklüğünün düşüklüğü, mevcut ilişkilerin saptanmasını engellemiş olabilir. Ayrıca farklı değişkenler için analizlerin kontrol edilmesi de örneklemin küçüklüğü nedeniyle mümkün olmamıştır. Daha büyük bir örneklem kullanarak yapılacak çalışmalar daha fazla bilgi verebilir.

Kısıtlılık olarak belirtilmesi gereken diğer bir etmen kullanılan değerlendirme ölçeklerinin cevaplanma süresinin görece uzun olmasıdır. Uzun süre alması sebebiyle bireyler ölçekleri sağlıklı şekilde dolduramamış olabilirler. Ölçeklerin özbildirime dayanması da, bu örnekleme ölçeklerin yanlış biçimde doldurulma riskini arttırmış olabilir.

Ülkemizde ve dünyada CY'si olan bireylerde toplumsal cinsiyet tutumlarını değerlendiren bir ölçek bulunmadığından, kullandığımız ölçek bu popülasyon için uygun olmayabilir.



5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Cinsiyet kimliği ve ilişkili kavramların gündemde edindiği yer süreklilik göstermeye devam etmektedir. Günümüzde dikotimik cinsiyet kavramı özellikle gelişmiş toplumlarda geniş bir şekilde tartışılmaktadır. Tartışılan alt başlıklarda cinsel yönelim, cinsiyet ifadesi ve toplumsal cinsiyet rolleri ön plandadır. Her alanda devam etmekte olan tartışmalarda dikotomi zemininden yelpazeye doğru tanımlarda değişme ve çeşitlenme gözlemlenmektedir. Tıbbın tabiatı ve insanın biyo-psiko-sosyal bir canlı olması nedeniyle cinsiyet kimliği ile ilgili konular tıbbın konusu olmaya devam etmekle beraber tanımlamalar arasında tanı olma özelliği cinsiyetinden yakınma (hoşnut olmama) ile sınırlanmaktadır. Bu tartışma zemininde yapılan araştırmalar CY ile başvuru ve tanı oranlarındaki artışa işaret etmektedir. Bu artış bireylerin sosyal desteğindeki artış, tıbbi personelin bilinçlenmesi gibi birçok nedenle ilişkilendirilmekte; literatürde yer alan çalışmalarda ağırlıklı olarak etiyojoloji, epidemiyoloji, tedavi ve takip ele alınmaya devam edilmektedir. Çalışmaların çoğunluğu kuzey Avrupa ülkeleri ve Amerika kıtası ön planda olmak üzere gelişmiş ülke örneklemelerinde yapılmıştır. CY’li bireylerde ön planda olan beden imgesi ile ilgili yakınmaların ele alınması bireylerin tedavi ve takibinde merkezde yer almaya devam etmektedir. Yapılan tıbbi müdahaleler arasında komorbid rahatsızlıklarla beraber ön sırada yer alan hormonoterapi ve mastektomi vb operasyonların değerlendirildiği çalışmalar psikiyatrik komorbiditede azalma daha iyi sosyal uyum ve iyilik haline işaret etmektedir. Bununla birlikte CY’li trans-erkek bireylerin testosteron kullanımında kardiyak yan etkiler ve kanser prevalansı ön planda çalışılmış olup kişinin sosyal etkileşimini, fiziksel iyilik halini ve işlevselliğini etkileyen öfke duygusu üzerine yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Literatürde CY’li bireylerde beden algısını ele alan çalışmalar bulunmakla beraber Türkiye’de benzer bir çalışmanın bulunmayışı ve toplumsal cinsiyet rolleri üzerine çok az çalışmanın yer alması nedeniyle çalışmamızın bu alanlarda ve de farklı bir kültürde yapılmış olması sebebi ile elde edilen verilerin literatüre önemli bir katkı sunabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda CY’si olan trans-erkek bireylerde hormonoterapi kullanımı ile öfke deneyimi, toplumsal cinsiyet rolleri tutumu ve beden algısının değerlendirilmesi amaçlanmış, gruplar arasında hormon kullanımı süresinde artma ile öfkelenmeye eğilimin artış trendinde olduğu gözlenirse de anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde daha önce belirtilmiş olan anlamlı farkın saptanmamasının örneklem genişliğindeki kısıtlılık ile açıklanabileceğini düşünüyoruz. Kişinin içe veya dışa yönelerek ifade ettiği öfke duygusunu sağlıklı düzlemde tutan, duygunun kontrol edilebilmesidir. Bu nedenle özellikle CY’si olan hormonoterapi alan trans-erkek bireylerin klinik

değerlendirmesinde öfke eğilimi ve ifade tarzları, değerlendirmenin bir parçası haline getirilmesinin, kişinin öfke kontrolünün artırılmasının amaçlanması gerektiğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda hormonoterapi ile beden algısında olumlu yönde değişim olduğu bulunmuştur. CY'si olan bireylerde beden algısında olumsuz atıfların ön planda olduğu ve insan yaşamında beden algısının psikososyal uyum ve iyilik hali ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda hormonoterapi ile öfkelenmeye eğilimin artma trendinde olduğu saptanmıştır. Hormonoterapi ile beden algısında oluşan olumlu etkinin hem hormonoterapi öncesinde bireysel görüşmelerde kişinin beklentilerinin ele alınması, süreç ile ilgili yaşanabilecek zorlukların birey tarafından değerlendirilmesinin sağlanması hem de hormonoterapi sürecinde bireysel ve/veya grup terapileri ile kişinin bedenindeki değişikliklere sağlıklı uyumunun desteklenmesinin gerekmektedir. Trans-birey popülasyonunda beden algısını değerlendirmek için özel olarak geliştirilmiş bir ölçek bulunmakla beraber (BIS), trans-bireylerde beden algısının kognisyon, his ve davranış olmak üzere farklı boyutlarını bir arada ele alan bir ölçek ihtiyacı belirgindir.

Çalışmamızda katılımcıların genel anlamda toplumsal cinsiyet rolüne dair eşitlikçi tutuma sahip olduğu, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptandı. Literatürde kadınların erkeklere kıyasla daha eşitlikçi tutuma sahip olduğu genellikle kültürler arası değerlendirmede de göze çarpan bir bulgu olmakla beraber cinsiyet kimliği nedeniyle sosyal desteğini kaybetme riski altında bulunan, toplum içinde ayrımcılığa maruz kalan trans-erkek bireylerde elde edilen bu sonuç benzer örnekte trans-erkek bireylerin değerlendirildiği çalışma sonuçları ile uyumlu olup, bireylerin ötekileştirilmelerinin trans-erkek bireyleri eşitlikçi tutum alma yönünde etkileyebileceği düşünülmektedir. Trans-bireylerde toplumsal cinsiyet rolleri tutumunun değerlendirilmesinde mevcut ölçeklerin sınırlılıkları mevcuttur, kültürel farklılıkları ele alan bu popülasyona özgü yeni araçların geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Bu konuyla ilgili olarak ülkemizde ve yurt dışında CY'si olan bireylerle yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmanın daha geniş bir örnekte, yapılandırılmış değerlendirme araçları kullanılarak, agresyonla ilişkili çocukluk çağı travmaları vb karıştırıcı faktörler kontrol edilerek, uzamsal izlemde yapılması faydalı olacaktır. Ayrıca cinsiyet kimliğine yönelik farklı dini ve sosyal tutumlara sahip toplumlarda ve etnik gruplarda bu çalışmanın tekrarlanmasının, farklı toplum ve kültürlerin öfke ifade tarzlarındaki farklılıkları ortaya çıkarabileceği düşünülmektedir.

6. KAYNAKÇA

- [1] APA, “About Transgender People, Gender Identity, And Gender Expression,” *The American Psychological Association*, 2014. [Online]. Available: <https://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.pdf>.
- [2] American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Publisher, 2013.
- [3] E. Coleman *et al.*, “Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7,” *Int. J. Transgenderism*, p. 41, 2012, doi: 10.1080/15532739.2011.700873.
- [4] W. C. Hembree *et al.*, “Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: An endocrine society*clinical practice guideline,” *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2017, doi: 10.1210/jc.2017-01658.
- [5] G. Motta, C. Crespi, V. Mineccia, P. R. Brustio, C. Manieri, and F. Lanfranco, “Does Testosterone Treatment Increase Anger Expression in a Population of Transgender Men?,” *J. Sex. Med.*, 2018, doi: 10.1016/j.jsxm.2017.11.004.
- [6] C. D. Spielberger, S. S. Krasner, and E. P. Solomon, “The experience, expression, and control of anger,” in *Individual differences, stress, and health psychology*, Springer, 1988, pp. 89–108.
- [7] J. L. Deffenbacher *et al.*, “State–trait anger theory and the utility of the trait anger scale.,” *J. Couns. Psychol.*, vol. 43, no. 2, p. 131, 1996.
- [8] K. A. Barbour, C. I. Eckhardt, G. C. Davison, and H. Kassinove, “The experience and expression of anger in maritally violent and maritally discordant-nonviolent men,” *Behav. Ther.*, vol. 29, no. 2, pp. 173–191, 1998.
- [9] S. Cullari, “LeveCullari, S. (1994). Levels of anger in psychiatric inpatients and normal subjects. *Psychological Reports*, 75(3), 1163–1168. Is of anger in psychiatric inpatients and normal subjects,” *Psychol. Rep.*, vol. 75, no. 3, pp. 1163–1168, 1994.
- [10] C. A. De Mojá and C. D. Spielberger, “Anger and drug addiction,” *Psychol. Rep.*, vol. 81, no. 1, pp. 152–154, 1997.
- [11] S. L. Etzler, S. Rohrmann, and H. Brandt, “Validation of the STAXI-2: A study with prison inmates,” *Psychol. Test Assess. Model.*, vol. 56, no. 2, p. 178, 2014.
- [12] C. D. Spielberger, “State-Trait Anger Expression Inventory-2: Professional Manual. Odessa:

Psychological Assessment Resources.” Inc, 1999.

- [13] E. Gómez-Gil *et al.*, “Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression,” *Psychoneuroendocrinology*, vol. 37, no. 5, pp. 662–670, 2012.
- [14] A. Gorin-Lazard *et al.*, “Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study,” *J. Sex. Med.*, vol. 9, no. 2, pp. 531–541, 2012.
- [15] A. Gorin-Lazard *et al.*, “Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals,” *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 201, no. 11, pp. 996–1000, 2013.
- [16] E. Newfield, S. Hart, S. Dibble, and L. Kohler, “Female-to-male transgender quality of life,” *Qual. Life Res.*, vol. 15, no. 9, pp. 1447–1457, 2006.
- [17] M. H. Murad *et al.*, “Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes,” *Clin. Endocrinol. (Oxf.)*, vol. 72, no. 2, pp. 214–231, 2010.
- [18] Z. Y. Dökmen, *Toplumsal Cinsiyet Sosyal Psikolojik Açıklamalar*, 10th ed. remzi kitapevi, 2019.
- [19] B. Öngen and S. Aytaç, “Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları Ve Yaşam Değerleri İlişkisi,” *Sosyol. Konf.*, 2013.
- [20] A. S. Çelik, T. Pasinlioğlu, G. Tan, And H. Koyuncu, “Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyet Eşitliği Tutumlarının Belirlenmesi,” *Florence Nightingale Hemşirelik Derg.*, 2014.
- [21] S. Kodan Çetinkaya, “Üniversite Öğrencilerinin Şiddet Eğilimlerinin Ve Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının İncelenmesi,” *Nesne Derg.*, 2013, doi: 10.7816/nesne-01-02-02.
- [22] F. Seçgin and A. Tural, “Sinif Öğretmenliği Bölümü Öğretmen Adaylarının Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları,” *Educ. Sci.*, 2011, doi: 10.12739/10.12739.
- [23] T. Surinya, “Gender role attitudes among Thai college students: traditional or egalitarian?,” 1997.
- [24] D. Yılmaz, S. Zeyneloğlu, S. Kocaöz, S. Kısa, L. Taşkın, and K. Eroğlu, “Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin görüşleri,” *Uluslararası İnsan Bilim. Derg.*, 2009.
- [25] “The Harry Benjamin Standards of Care,” 1979.
- [26] R. J. Stoller, *Sex and gender : the development of masculinity and femininity*. Karnac Books, 1984.
- [27] T. Shechner, “Gender identity disorder: a literature review from a developmental perspective.,” *The Israel journal of psychiatry and related sciences*. 2010.
- [28] Yüksel Ş; Başar K, K. Başar, and Ş. Yüksel, “Çocukluktan yetişkinliğe cinsiyet kimliği ile

- ilgili sorunlar:uygun değerlendirme ve izlem,” *Psikiyatr. Güncel*, vol. 4, no. 4, pp. 389–402, 2014.
- [29] O. Öztürk, “Ruh sağlığı ve bozuklukları,” *nobel tıp kitabeveleri*. p. 788, 2018.
- [30] K. Başar, “Bedensel cinsiyet, cinsiyet kimliği, cinsel yönelim,” in *Bilgilendirme Dosyası-10 Eşcinsellik*, 2013, pp. 14–17.
- [31] K. Başar, *Transgender Ve Toplumsal Cinsiyete Uymayan Kişilerle Psikolojik Uygulamalar Kılavuzu*. 2017.
- [32] C. Delphy, “Rethinking sex and gender,” *Womens. Stud. Int. Forum*, 1993, doi: 10.1016/0277-5395(93)90076-L.
- [33] J. W. Scott, “Gender: A useful category of historical analysis,” in *Theory and Method in Women’s History*, 2012.
- [34] J. Drescher, “Handle with care: The psychoanalysis of a touchy case,” *J. Gay Lesbian Ment. Heal.*, 2009, doi: 10.1080/19359700802303356.
- [35] C. West and D. H. Zimmerman, “Doing gender,” *Gend. Soc.*, vol. 1, no. 2, pp. 125–151, 1987.
- [36] M. Busse and C. Spielmann, “Gender Discrimination and the International Division of Labour,” *SSRN Electron. J.*, 2005, doi: 10.2139/ssrn.447460.
- [37] A. Oakley, *Sex, Gender and Society*. Ashgate Publishing, 2015.
- [38] A. Giddens, *SOSYOLOJİ. Kırmızı Yayınları*, 2008.
- [39] S. L. Bern, “Gender Schema Theory: A Cognitive Account of Sex Typing,” *Psychol. Rev.*, 1981.
- [40] World Health Organization, *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992.
- [41] American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- [42] K. J. Zucker, A. A. Lawrence, and B. P. C. Kreukels, “Gender Dysphoria in Adults,” *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2016, doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093034.
- [43] H. Oosterhuis, “Sexual modernity in the works of Richard von Krafft-Ebing and Albert Moll,” *Med. Hist.*, 2012, doi: 10.1017/mdh.2011.30.
- [44] G. Beemyn, “A presence in the past: A transgender historiography,” *Journal of Women’s History*. 2013, doi: 10.1353/jowh.2013.0062.
- [45] M. Az, “Cinsiyetinden Yakınma (Hoşnut Olmama) Tanısı Olan Bireyler Ve Partnerlerinde Bağlanma Tipi , Cinsiyetinden Yakınma (Hoşnut Olmama) Tanısı Olan Bireyler Ve Partnerlerinde Bağlanma Tipi ,” 2018.
- [46] R. L. Spitzer, J. B. Williams, and A. E. Skodol, “DSM-III: the major achievements and an

- overview.," *Am. J. Psychiatry*, vol. 137, no. 2, pp. 151–164, Feb. 1980, doi: 10.1176/ajp.137.2.151.
- [47] K. J. Zucker, "The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children," *Arch. Sex. Behav.*, 2010, doi: 10.1007/s10508-009-9540-4.
- [48] K. E. Bryant, "The politics of pathology and the making of Gender Identity Disorder," 2007.
- [49] American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
- [50] S. J. Bradley *et al.*, "Interim report of the DSM-IV Subcommittee on Gender Identity Disorders," *Arch. Sex. Behav.*, 1991, doi: 10.1007/BF01542614.
- [51] K. J. Zucker, P. T. Cohen-Kettenis, J. Drescher, H. F. L. Meyer-Bahlburg, F. Pfäfflin, and W. M. Womack, "Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5," in *Archives of Sexual Behavior*, 2013, doi: 10.1007/s10508-013-0139-4.
- [52] M. C. S. Paap, B. P. C. Kreukels, P. T. Cohen-Kettenis, H. Richter-Appelt, G. De Cuypere, and I. R. Haraldsen, "Assessing the Utility of Diagnostic Criteria: A Multisite Study on Gender Identity Disorder," *J. Sex. Med.*, 2011, doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02066.x.
- [53] P. T. Cohen-Kettenis and F. Pfäfflin, "The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults," *Arch. Sex. Behav.*, 2010, doi: 10.1007/s10508-009-9562-y.
- [54] G. De Cuypere *et al.*, "Prevalence and demography of transsexualism in Belgium," *Eur. Psychiatry*, 2007, doi: 10.1016/j.eurpsy.2006.10.002.
- [55] A. Bakker, P. J. M. van Kesteren, L. J. G. Gooren, and P. D. Bezemer, "The prevalence of transsexualism in the Netherlands," *Acta Psychiatr. Scand.*, 1993, doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x.
- [56] P. L. E. Eklund, L. J. G. Gooren, and P. D. Bezemer, "Prevalence of transsexualism in the Netherlands," *Br. J. Psychiatry*, 1988, doi: 10.1192/bjp.152.5.638.
- [57] C. Dhejne, K. Öberg, S. Arver, and M. Landén, "An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, Incidence, and Regrets," *Arch. Sex. Behav.*, 2014, doi: 10.1007/s10508-014-0300-8.
- [58] C. Judge, C. O'Donovan, G. Callaghan, G. Gaoatswe, and D. O'Shea, "Gender dysphoria - prevalence and co-morbidities in an Irish adult population," *Front. Endocrinol. (Lausanne)*, 2014, doi: 10.3389/fendo.2014.00087.
- [59] A. Becerra-Fernández *et al.*, "Prevalence, Incidence, and Sex Ratio of Transsexualism in the Autonomous Region of Madrid (Spain) According to Healthcare Demand," *Arch. Sex. Behav.*, 2017, doi: 10.1007/s10508-017-0955-z.

- [60] E. S. Smith, J. Junger, B. Derntl, and U. Habel, "The transsexual brain - A review of findings on the neural basis of transsexualism," *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2015, doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.09.008.
- [61] D. F. Swaab, "Sexual differentiation of the brain and behavior," *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2007, doi: 10.1016/j.beem.2007.04.003.
- [62] H. Asscheman, "Gender identity disorder in adolescents," *Sexologies*, 2009, doi: 10.1016/j.sexol.2009.02.001.
- [63] U. Zheng and M. J. Cohn, "Developmental basis of sexually dimorphic digit ratios," *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.*, 2011, doi: 10.1073/pnas.1108312108.
- [64] S. I. Hisasue, S. Sasaki, T. Tsukamoto, and S. Horie, "The Relationship Between Second-to-Fourth Digit Ratio and Female Gender Identity," *J. Sex. Med.*, 2012, doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02815.x.
- [65] B. Kraemer, T. Noll, A. Delsignore, G. Milos, U. Schnyder, and U. Hepp, "Finger length ratio (2D:4D) in adults with gender identity disorder," *Arch. Sex. Behav.*, 2009, doi: 10.1007/s10508-007-9262-4.
- [66] M. S. C. Wallien, K. J. Zucker, T. D. Steensma, and P. T. Cohen-Kettenis, "2D:4D finger-length ratios in children and adults with gender identity disorder," *Horm. Behav.*, 2008, doi: 10.1016/j.yhbeh.2008.05.002.
- [67] H. F. L. Meyer-Bahlburg, C. Dolezal, S. W. Baker, A. D. Carlson, J. S. Obeid, and M. I. New, "Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5-12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia," *Arch. Sex. Behav.*, 2004, doi: 10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51.
- [68] G. Heylens *et al.*, "Gender identity disorder in twins: A review of the case report literature," *J. Sex. Med.*, 2012, doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02567.x.
- [69] E. Gómez-Gil, I. Esteva, M. C. Almaraz, E. Pasaro, S. Segovia, and A. Guillamon, "Familiality of gender identity disorder in non-twin siblings," *Arch. Sex. Behav.*, 2010, doi: 10.1007/s10508-009-9524-4.
- [70] J. M. Bailey, M. P. Dunne, and N. G. Martin, "Genetic and environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian Twin sample," *J. Pers. Soc. Psychol.*, 2000, doi: 10.1037/0022-3514.78.3.524.
- [71] L. Hare *et al.*, "Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism," *Biol. Psychiatry*, 2009, doi: 10.1016/j.biopsych.2008.08.033.
- [72] R. Fernández *et al.*, "Association study of ER β , AR, and CYP19A1 genes and MtF transsexualism," *J. Sex. Med.*, 2014, doi: 10.1111/jsm.12673.

- [73] S. Henningsson *et al.*, “Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism,” *Psychoneuroendocrinology*, 2005, doi: 10.1016/j.psyneuen.2005.02.006.
- [74] E. K. Bentz, L. A. Hefler, U. Kaufmann, J. C. Huber, A. Kolbus, and C. B. Tempfer, “A polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism,” *Fertil. Steril.*, 2008, doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.05.056.
- [75] R. Fernández *et al.*, “The CYP17 MspA1 Polymorphism and the Gender Dysphoria,” *J. Sex. Med.*, 2015, doi: 10.1111/jsm.12895.
- [76] K. P. Cosgrove, C. M. Mazure, and J. K. Staley, “Evolving Knowledge of Sex Differences in Brain Structure, Function, and Chemistry,” *Biological Psychiatry*. 2007, doi: 10.1016/j.biopsych.2007.03.001.
- [77] F. P. M. Kruijver, J. N. Zhou, C. W. Pool, M. A. Hofman, L. J. G. Gooren, and D. F. Swaab, “Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus,” *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2000, doi: 10.1210/jcem.85.5.6564.
- [78] A. Garcia-Falgueras and D. F. Swaab, “A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: Relationship to gender identity,” *Brain*, 2008, doi: 10.1093/brain/awn276.
- [79] I. Savic and S. Arver, “Sex dimorphism of the brain in male-to-female transsexuals,” *Cerebral Cortex*. 2011, doi: 10.1093/cercor/bhr032.
- [80] L. Simon *et al.*, “Regional grey matter structure differences between transsexuals and healthy controls - A voxel based morphometry study,” *PLoS One*, 2013, doi: 10.1371/journal.pone.0083947.
- [81] G. Rametti *et al.*, “The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study,” *Journal of Psychiatric Research*. 2011, doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.11.007.
- [82] G. S. Kranz *et al.*, “White matter microstructure in transsexuals and controls investigated by diffusion tensor imaging,” *J. Neurosci.*, 2014, doi: 10.1523/JNEUROSCI.2488-14.2014.
- [83] G. S. Kranz *et al.*, “Cerebral serotonin transporter asymmetry in females, males and male-to-female transsexuals measured by PET in vivo,” *Brain Struct. Funct.*, 2014, doi: 10.1007/s00429-012-0492-4.
- [84] H. Nawata *et al.*, “Regional cerebral blood flow changes in female to male gender identity disorder,” *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2010, doi: 10.1111/j.1440-1819.2009.02059.x.
- [85] P. T. Cohen-Kettenis and W. A. Arrindell, “Perceived parental rearing style, parental divorce and transsexualism: A controlled study,” *Psychol. Med.*, 1990, doi: 10.1017/S0033291700017128.

- [86] J. Drescher, "Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual," *Arch. Sex. Behav.*, 2010, doi: 10.1007/s10508-009-9531-5.
- [87] K. D. Drummond, S. J. Bradley, M. Peterson-Badali, and K. J. Zucker, "A Follow-Up Study of Girls With Gender Identity Disorder," *Dev. Psychol.*, 2008, doi: 10.1037/0012-1649.44.1.34.
- [88] S. Kaptan, "Transseksüalite, Psikiyatrik Hastalıklar, Aile ve Sosyal Destek.," Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi, 2010.
- [89] E. A. Pascoe and L. S. Richman, "Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review," *Psychol. Bull.*, 2009, doi: 10.1037/a0016059.
- [90] A. L. Pieterse, N. R. Todd, H. A. Neville, and R. T. Carter, "Perceived racism and mental health among black american adults: A meta-analytic review," *J. Couns. Psychol.*, 2012, doi: 10.1037/a0026208.
- [91] I. H. Meyer, "Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence," *Psychological Bulletin*. 2003, doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674.
- [92] B. W. Graham R, Berkowitz B, Blum R, *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: Institute of Medicine, 2011.
- [93] U. Hepp, B. Kraemer, U. Schnyder, N. Miller, and A. Delsignore, "Psychiatric comorbidity in gender identity disorder," *J. Psychosom. Res.*, 2005, doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.08.010.
- [94] I. R. Haraldsen and A. A. Dahl, "Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults," *Acta Psychiatr. Scand.*, 2000, doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.102004276.x.
- [95] J. Guzmán-Parra *et al.*, "Sociodemographic Characteristics and Psychological Adjustment Among Transsexuals in Spain," *Arch. Sex. Behav.*, 2016, doi: 10.1007/s10508-015-0557-6.
- [96] E. Gómez-Gil, A. Trilla, M. Salamero, T. Godás, and M. Valdés, "Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain," *Arch. Sex. Behav.*, 2009, doi: 10.1007/s10508-007-9307-8.
- [97] M. Colizzi, R. Costa, and O. Todarello, "Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real?," *Psychiatry Res.*, 2015, doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.045.
- [98] M. Hoshiai *et al.*, "Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder," *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2010, doi: 10.1111/j.1440-1819.2010.02118.x.

- [99] S. L. Budge, J. L. Adelson, and K. A. S. Howard, "Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping.," *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2013, doi: 10.1037/a0031774.
- [100] L. Nuttbrock *et al.*, "Gender abuse, depressive symptoms, and HIV and other sexually transmitted infections among male-to-female transgender persons: A three-year prospective study," *Am. J. Public Health*, 2013, doi: 10.2105/AJPH.2011.300568.
- [101] K. Clements-Nolle, R. Marx, and M. Katz, "Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization," *J. Homosex.*, 2006, doi: 10.1300/J082v51n03_04.
- [102] C. Dhejne, P. Lichtenstein, M. Boman, A. L. V. Johansson, N. Långström, and M. Landén, "Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden," *PLoS One*, 2011, doi: 10.1371/journal.pone.0016885.
- [103] G. Heylens *et al.*, "Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries," *British Journal of Psychiatry*. 2014, doi: 10.1192/bjp.bp.112.121954.
- [104] E. Gómez-Gil, A. Vidal-Hagemeijer, and M. Salamero, "MMPI-2 characteristics of transsexuals requesting sex reassignment: Comparison of patients in prehormonal and presurgical phases," *J. Pers. Assess.*, 2008, doi: 10.1080/00223890802108022.
- [105] M. B. Elamin, M. Z. Garcia, M. H. Murad, P. J. Erwin, and V. M. Montori, "Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: A systematic review and meta-analyses," *Clinical Endocrinology*. 2010, doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x.
- [106] F. Laliberté, K. Dea, M. S. Duh, K. H. Kahler, M. Rolli, and P. Lefebvre, "Does the route of administration for estrogen hormone therapy impact the risk of venous thromboembolism? Estradiol transdermal system versus oral estrogen-only hormone therapy," *Menopause*, 2011, doi: 10.1097/gme.0b013e3182175e5c.
- [107] L. J. Gooren, E. J. Giltay, and M. C. Bunck, "Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: Extensive personal experience," *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2008, doi: 10.1210/jc.2007-1809.
- [108] A. Mueller *et al.*, "Body composition and bone mineral density in male-to-female transsexuals during cross-sex hormone therapy using gonadotrophin-releasing hormone agonist," *Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes*, 2011, doi: 10.1055/s-0030-1255074.
- [109] M. C. Meriggiola and G. Gava, "Endocrine care of transpeople part II. A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse effects in transwomen," *Clin. Endocrinol. (Oxf)*., 2015, doi: 10.1111/cen.12754.

- [110] E. Van Caenegem *et al.*, “Bone mass, bone geometry, and body composition in female-to-male transsexual persons after long-term cross-sex hormonal therapy,” *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2012, doi: 10.1210/jc.2012-1187.
- [111] M. C. Meriggiola and G. Gava, “Endocrine care of transpeople part I. A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse effects in transmen,” *Clin. Endocrinol. (Oxf)*., 2015, doi: 10.1111/cen.12753.
- [112] L. J. Gooren, M. A. A. van Trotsenburg, E. J. Giltay, and P. J. van Diest, “Breast Cancer Development in Transsexual Subjects Receiving Cross-Sex Hormone Treatment,” *J. Sex. Med.*, 2013, doi: 10.1111/jsm.12319.
- [113] C. Dimitrakakis and C. Bondy, “Androgens and the breast,” *Breast Cancer Research*. 2009, doi: 10.1186/bcr2413.
- [114] L. Gooren, M. Bowers, P. Lips, and I. R. Konings, “Five new cases of breast cancer in transsexual persons,” *Andrologia*, 2015, doi: 10.1111/and.12399.
- [115] H. Asscheman, E. J. Giltay, J. A. J. Megens, W. De Ronde, M. A. A. Van Trotsenburg, and L. J. G. Gooren, “A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones,” *Eur. J. Endocrinol.*, 2011, doi: 10.1530/EJE-10-1038.
- [116] R. K. Simonsen, G. M. Hald, E. Kristensen, and A. Giraldi, “Long-Term Follow-Up of Individuals Undergoing Sex-Reassignment Surgery: Somatic Morbidity and Cause of Death,” *Sex. Med.*, 2016, doi: 10.1016/j.esxm.2016.01.001.
- [117] K. Wierckx *et al.*, “Quality of Life and Sexual Health after Sex Reassignment Surgery in Transsexual Men,” *J. Sex. Med.*, 2011, doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x.
- [118] W. Byne *et al.*, “Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of gender identity disorder,” *Arch. Sex. Behav.*, vol. 41, no. 4, pp. 759–796, 2012.
- [119] R. Factor and E. Rothblum, “Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers,” *Heal. Sociol. Rev.*, 2008, doi: 10.5172/hesr.451.17.3.235.
- [120] W. J. Meyer, “World professional association for transgender health’s standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder,” *Int. J. Transgenderism*, 2009, doi: 10.1080/15532730903008065.
- [121] W. C. Hembree *et al.*, “Endocrine treatment of transsexual persons: An endocrine society clinical practice guideline,” *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2009, doi: 10.1210/jc.2009-0345.
- [122] Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, *Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Kılavuzu*. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2016.
- [123] C. L. Hendrick, *Gendered identity and sexual coercion in heterosexuals, gays and lesbians*.

The University of Wisconsin-Milwaukee, 2009.

- [124] Z. Y. Dökmen, “Toplumsal cinsiyet sosyal psikolojik açıklamalar.(4. basım) İstanbul: Remzi Kitabevi,” 2009.
- [125] V. Helgeson, *Psychology of gender*. Routledge, 2016.
- [126] N. Sakalli, “Sosyal Etkiler, Kim Kimi Nasıl Etkiler.[Social influences, How does who affect] Imge Yayinlari.” Ankara, 2001.
- [127] A. H. Eagly and V. J. Steffen, “Gender stereotypes stem from the distribution of women and men into social roles,” *J. Pers. Soc. Psychol.*, 1984, doi: 10.1037/0022-3514.46.4.735.
- [128] M. Warrington and M. Younger, “The other side of the gender gap,” *Gend. Educ.*, 2000, doi: 10.1080/09540250020004126.
- [129] J. A. Arditti, D. D. Godwin, and J. Scanzoni, “Perceptions of parenting behavior and young women’s gender role traits and preferences,” *Sex Roles*, 1991, doi: 10.1007/BF00289854.
- [130] G. B. Güvenç, “Kız ve erkek üniversite öğrencilerinin aile içi etkileşime ilişkin algıları ile toplumsal cinsiyet rolüne ilişkin tutumları arasındaki ilişki,” *Psikiyatr. Psikol. ve Psikofarmakol. Derg.*, vol. 4, no. 1, pp. 34–40, 1996.
- [131] F. Gümüšoğlu, “İlköğretim öğrencilerinin toplumsal cinsiyet algıları,” *Kadın Çalışmalarında Disiplinlerarası Buluşma, Yeditepe Üniversitesi Yayınları, İstanbul*, vol. 3, pp. 317–327, 2004.
- [132] F. Başar, “Türkiye’deki hemşirelik öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları.” Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2012.
- [133] S. Baykal, “Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyet Rollerine İlgili Kalıp Yargılarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi,” *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derg.*, 1991, doi: 10.17066/pdrd.95510.
- [134] S. Zeyneloğlu, “Ankara’da Hemşirelik Öğrenimi Gören Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları,” *Ankara Doktora Tezi, Hacettepe Univ. Sağlık Bilim. Enstitüsü*, 2008.
- [135] T. C. van de Grift *et al.*, “Body Satisfaction and Physical Appearance in Gender Dysphoria,” *Arch. Sex. Behav.*, 2016, doi: 10.1007/s10508-015-0614-1.
- [136] M. F. Rabito Alcón and J. M. Rodríguez Molina, “Body image in persons with gender dysphoria,” *Medwave*, 2015, doi: 10.5867/medwave.2015.04.6138.
- [137] H. Ç. S. G. Lerner, *Öfke Dansı*, 24th ed. İstanbul: Varlık, 2019.
- [138] Türk Dil Kurumu, *Türkçe Sözlük*. Ankara: Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Yayınları, 1988.
- [139] H. Kassinove and D. G. Sukhodolsky, “Anger disorders: Basic science and practice issues,” in

Anger Disorders: Definition, Diagnosis, and Treatment, 2014.

- [140] L. Berkowitz, "Frustration-Aggression Hypothesis: Examination and Reformulation," *Psychological Bulletin*. 1989, doi: 10.1037/0033-2909.106.1.59.
- [141] R. C. Tafrate and H. Kassirer, "Anger Management for Adults: A Menu-Driven Approach to the Treatment of Anger Disorders," in *Anger Related Disorders: A Practitioner's Guide to Comparative Treatments*, 2006.
- [142] E. Gençtan, *İnsan Olmak: Varoluşun Bireysel ve Toplumsal Anlamı*. Ankara: Adam Yayıncılık ve Matbaacılık, 1984.
- [143] F. Balkaya and N. H. Sahin, "Cok boyutlu öfke ölçegi.," *Türk Psikiyatri Derg.*, 2003.
- [144] Ç. SOYKAN, "Öfke ve Öfke Yönetimi," *Kriz Derg.*, 2003, doi: 10.1501/kriz_0000000192.
- [145] S. T. Sütçü, "Ergenlerde öfke ve saldırganlığı azaltmaya yönelik bilişeldavranışçı bir müdahale programının etkililiğinin değerlendirilmesi," *Yayımlanmamış doktora tezi, Ege Üniversitesi, İzmir*, 2006.
- [146] İ. Kısaç, "Üniversite öğrencilerinin bazı değişkenlere göre sürekli öfke ve öfke ifade düzeyleri," *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, 1997.
- [147] A. K. Özer, "Sürekli öfke (SL-ÖFKE) ve öfke ifade tarzı (ÖFKE-TARZ) ölçekleri ön çalışması," *Türk Psikol. Derg.*, vol. 9, no. 31, pp. 26–35, 1994.
- [148] E. Gençtan, *Psikanaliz ve sonrası*. Metis Yayınları, 2006.
- [149] M. Ş. Akkoç, "Acil servis sağlık çalışanlarının tolerans düzeyleri ile öfke kontrolleri arasındaki ilişki," 2011.
- [150] H. M. Kemal *et al.*, "Hemşirelik öğrencilerinin çocukluk çağı travmaları ile öfke ve öfke ifade tarzlarının incelenmesi," 2019.
- [151] M. E. Deniz, F. Kesen, and Ö. Üre, "Yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenlerin sürekli öfke ve öfke tarzı düzeylerinin incelenmesi üzerine bir araştırma," *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilim.*, vol. 6, no. 1, pp. 136–152, 2006.
- [152] M. Akdeniz, "Öfke kontrolü eğitiminin lise öğrencilerinin öfke kontrolü becerilerine etkisi," *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sos. Bilim. Enstitüsü. Adana, Türkiye*, 2007.
- [153] S. Fassino, A. Pierò, S. Boggio, V. Piccioni, and L. Garzaro, "Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: A controlled study," *Hum. Reprod.*, 2002, doi: 10.1093/humrep/17.11.2986.
- [154] T. Beyazaslan, "Öfke Kontrol Eğitiminin Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Öfke Ve Duygu Kontrol Durumlarının Etkisi," 2012.
- [155] J. M. Campbell, "Statistical comparison of four effect sizes for single-subject designs,"

Behavior Modification. 2004, doi: 10.1177/0145445503259264.

- [156] B. Gençtarıh, “Genç yetişkinlerde öğrenilmiş çaresizlik ve olumsuz değerlendirilme korkusu ile toplumsal cinsiyet rolleri tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi,” 2019.
- [157] S. Zeyneloğlu and F. Terzioğlu, “Toplumsal cinsiyet rolleri tutum ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri,” *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg.*, vol. 40, no. 2, pp. 409–420, 2011.
- [158] O. Doğan, *Çok yönlü beden-self ilişkileri ölçeği el kitabı*. Cumhuriyet Üniversitesi, 1992.
- [159] A. L. C. De Vries, T. D. Steensma, T. A. H. Doreleijers, and P. T. Cohen-Kettenis, “Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study,” *J. Sex. Med.*, vol. 8, no. 8, pp. 2276–2283, 2011, doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x.
- [160] I. Becker *et al.*, “A Cross-Sectional Multicenter Study of Multidimensional Body Image in Adolescents and Adults with Gender Dysphoria Before and After Transition-Related Medical Interventions,” *Arch. Sex. Behav.*, vol. 47, no. 8, pp. 2335–2347, 2018, doi: 10.1007/s10508-018-1278-4.
- [161] N. M. Nota, M. den Heijer, and L. J. Gooren, “Evaluation and Treatment of Gender-Dysphoric/Gender Incongruent Adults,” Eds. South Dartmouth (MA), 2019.
- [162] Ş. Yüksel, I. B. Kulaksızoğlu, N. Türksöy, and D. Şahin, “Group psychotherapy with female-to-male transsexuals in Turkey,” *Arch. Sex. Behav.*, vol. 29, no. 3, pp. 279–290, 2000.
- [163] Ş. Turan, C. A. Poyraz, E. İnce, A. Sakallı-Kani, H. M. Emül, and A. Duran, “Cinsiyet değiştirme ameliyatı için psikiyatri kliniğine başvuran transeksüel bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri,” *Türk Psikiyatr. Derg.*, vol. 26, no. 3, pp. 153–160, 2015.
- [164] L. D. de Freitas, G. Leda-Rego, S. Bezerra-Filho, and A. Miranda-Scippa, “Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review.,” *Psychiatry Clin. Neurosci.*, Oct. 2019, doi: 10.1111/pcn.12947.
- [165] A. J., G.-K. N., and D. M., “Testosterone and aggression: A reanalysis of Book, Starzyk, and Quinsey’s (2001) study,” *Aggression and Violent Behavior*. 2005.
- [166] J. M. Carré and N. A. Olmstead, “Social neuroendocrinology of human aggression: Examining the role of competition-induced testosterone dynamics,” *Neuroscience*. 2015, doi: 10.1016/j.neuroscience.2014.11.029.
- [167] A. Gray, D. N. Jackson, and J. B. McKinlay, “The relation between dominance, anger, and hormones in normally aging men: Results from the Massachusetts male aging study,” *Psychosom. Med.*, 1991, doi: 10.1097/00006842-199107000-00003.
- [168] C. K. Peterson and E. Harmon-Jones, “Anger and testosterone: Evidence that situationally-

induced anger relates to situationally-induced testosterone,” *Emotion*, 2012, doi: 10.1037/a0025300.

- [169] D. Chen, M. A. Hidalgo, and R. Garofalo, “Parental Perceptions of Emotional and Behavioral Difficulties Among Prepubertal Gender-Nonconforming Children,” *Clin. Pract. Pediatr. Psychol.*, vol. 5, no. 4, pp. 342–352, Dec. 2017, doi: 10.1037/cpp0000217.
- [170] Ö. Ş. Altun, S. A. S. İ. Karakaş, A. Okanlı, Z. Olçun, A. Yurttaş, And M. Bolat, “Hemşirelik Öğrencilerinin Öfke İfade Tarzları İle Yalnızlık Duyguları Arasındaki İlişki The Relationship Between Nursing Students’ anger Expression And Feelings Of Loneliness,” *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, p. 17.
- [171] H. Çağlar, “Farklı Meslek Gruplarının Narsistik Yapılanmaları İle Beden - Self İlişkisi Ve Öfke İfade,” İstanbul Gelişim Üniversitesi, 2019.
- [172] M. B. Tamburrino, “Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice,” *JAMA J. Am. Med. Assoc.*, 2003, doi: 10.1001/jama.289.14.1861.
- [173] M. Ålgars, P. Santtila, and N. K. Sandnabba, “Conflicted gender identity, body dissatisfaction, and disordered eating in adult men and women,” *Sex Roles*, 2010, doi: 10.1007/s11199-010-9758-6.
- [174] B. A. Jones, E. Haycraft, S. Murjan, and J. Arcelus, “Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature,” *International Review of Psychiatry*. 2016, doi: 10.3109/09540261.2015.1089217.
- [175] G. L. Witcomb, W. P. Bouman, N. Brewin, C. Richards, F. Fernandez-Aranda, and J. Arcelus, “Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: A matched control study,” *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 2015, doi: 10.1002/erv.2362.
- [176] Y. L. S. Smith, S. H. M. Van Goozen, A. J. Kuiper, and P. T. Cohen-Kettenis, “Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals,” *Psychol. Med.*, 2005, doi: 10.1017/S0033291704002776.
- [177] T. C. Van De Grift *et al.*, “Effects of Medical Interventions on Gender Dysphoria and Body Image: A Follow-Up Study,” *Psychosom. Med.*, 2017, doi: 10.1097/PSY.0000000000000465.
- [178] A. D. Fisher *et al.*, “Cross-Sex Hormonal Treatment and Body Uneasiness in Individuals with Gender Dysphoria,” *J. Sex. Med.*, 2014, doi: 10.1111/jsm.12413.
- [179] T. F. Beek, B. P. C. Kreukels, P. T. Cohen-Kettenis, and T. D. Steensma, “Partial Treatment Requests and Underlying Motives of Applicants for Gender Affirming Interventions,” *J. Sex. Med.*, 2015, doi: 10.1111/jsm.13033.
- [180] I. Becker *et al.*, “Body Image in Young Gender Dysphoric Adults: A European Multi-Center Study,” *Arch. Sex. Behav.*, 2016, doi: 10.1007/s10508-015-0527-z.

- [181] N. Alcalar *et al.*, “Evaluation of depression, quality of life and body image in patients with Cushing’s disease,” *Pituitary*, 2013, doi: 10.1007/s11102-012-0425-5.
- [182] G. Sarisoy, Ö. Böke, A. R. Şahin, D. Durmuş, and F. Cantürk, “Coping with stress and body image in patients with ankylosing spondylitis,” *Noropsikiyatri Ars.*, 2014, doi: 10.4274/npa.y6641.
- [183] T. C. van de Grift *et al.*, “Body Image in Transmen: Multidimensional Measurement and the Effects of Mastectomy,” *J. Sex. Med.*, vol. 13, no. 11, pp. 1778–1786, 2016, doi: 10.1016/j.jsxm.2016.09.003.
- [184] S. L. Bem, “The measurement of psychological androgyny,” *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1974, doi: 10.1037/h0036215.
- [185] A. Herman-Jeglińska, A. Grabowska, and S. Dulko, “Masculinity, femininity, and transsexualism,” *Arch. Sex. Behav.*, 2002, doi: 10.1023/A:1020611416035.
- [186] E. Gómez-Gil *et al.*, “Clinical utility of the bem sex role inventory (BSRI) in the Spanish transsexual and nontranssexual population,” *J. Pers. Assess.*, 2012, doi: 10.1080/00223891.2011.650302.

EK-1

SÖÖTÖ

I. BÖLÜM

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

Sizi ne kadar tanımlıyor?

Hiç Tümüyle
(1) (2) (3) (4)

1. **Çabuk parlarım.**

(1) (2) (3) (4)

2. Kızgın mizaçlıyım.

(1) (2) (3) (4)

3. **Öfkesi burnunda bir insanım.**

4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım. (1) (2) (3) (4)

5. **Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.** (1) (2) (3) (4)

6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim. (1) (2) (3) (4)

7. **Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim.** (1) (2) (3) (4)

8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir. (1) (2) (3) (4)

9. **Engellendiğimde içimden birilerini vurmaya gelir.** (1) (2) (3) (4)

10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim. (1) (2) (3) (4)

II. BÖLÜM:

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken

kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeyin.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	<u>Sizi ne kadar tanımlıyor?</u>			
	Hiç			Tümüyle
11. Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Kızgınlığımı gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Öfkemi içime atarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Somurtur ya da surat asarım.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	<u>Sizi ne kadar tanımlıyor?</u>			
	Hiç			Tümüyle
16. İnsanlardan uzak dururum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Soğukkanlılığımı korurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. İçin için köpürürüm ama gösteremem.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

<u>Sizi ne kadar tanımlıyor?</u>			
Hiç			Tümüyle

21. Davranışlarımı kontrol ederim. (1) (2) (3) (4)
22. Başkalarıyla tartışırım. (1) (2) (3) (4)
23. İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim. (1) (2) (3) (4)
24. Beni çileden çıkararak herneyse saldırırım. (1) (2) (3) (4)
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

- Sizi ne kadar tanımlıyor?
- Hiç Tümüyle
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm. (1) (2) (3) (4)
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir. (1) (2) (3) (4)
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim. (1) (2) (3) (4)
29. Kötü şeyler söylerim. (1) (2) (3) (4)
30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

- Sizi ne kadar tanımlıyor?
- Hiç Tümüyle
31. İçimden insanların farketmediğinden daha fazla sinirlenirim. (1) (2) (3) (4)
32. Sinirlerime hakim olamam. (1) (2) (3) (4)
33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim. (1) (2) (3) (4)
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim. (1) (2) (3) (4)

EK-2

ÇOK YÖNLÜ BEDEN-SELF İLİŞKİLERİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda bireylerin duygu, düşünce ve davranışları ile ilgili çeşitli anlatımlar verilmiştir. Lütfen her anlatımı dikkatle okuyarak size en uygun seçeneği, ilgili harfin altındaki boşluğa (X) biçiminde işaretleyerek belirtiniz

- A– Kesinlikle katılmıyorum,
B– Çoğunlukla katılmıyorum,
C– Kararsızım (ne katılıyorum, ne de katılmıyorum),
D– Çoğunlukla katılıyorum,
E– Tamamen (kesinlikle) katılıyorum.

	A	B	C	D	E
1. Dışarı çıkmadan önce görünüşüme daima dikkat ederim.					
2. Kendimi en iyi gösterecek giysileri almaya dikkat ederim.					
3. Fiziksel sağlık testlerinin çoğundan geçerim.					
4. Üst düzeyde fiziksel güce sahip olmak benim için önemlidir.					
5. Bedenim cinsel yönden çekicidir.					
6. Sağlığımı kontrol altında tutuyorum.					
7. Fiziksel sağlığımı etkileyen etkenler hakkında çok şey biliyorum.					
8. Bilinçli olarak sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirdim.					
9. Diğer insanların gördükleri halimden hoşnutum.					
10. Fırsat buldukça aynada görünüşümü kontrol ederim.					
11. Fiziksel yönden dayanıklı bir kişiyim.					
12. Sportif yarışmalara katılmak benim için önemli değildir.					
13. Fiziksel yönden iyilik halimi korumak için özel bir çaba harcamıyorum.					
14. Sağlık durumum beklenmedik iniş çıkışlar göstermektedir.					
15. Sağlıklı olmak yaşamımdaki en önemli şeylerden biridir.					
16. Sağlığımı bozabilecek herhangi bir şeyi yapmam.					
17. Birçok kişi benim iyi görüdüğüm düşüncesindedir.					
18. Her zaman iyi görünmek benim için önemlidir.					
19. Fiziksel becerileri kolayca öğrenirim.					
20. Fiziksel gücümü arttıracak şeyler yaparım.					
21. Nadiren hastalanırım.					
22. Kendim için sık sık sağlıkla ilgili kitap ve dergiler okurum.					
23. Giysisiz (elbisesiz) görünüşümü beğeniyorum.					
24. Görünüşüm uygun olmadığında tedirgin olurum.					
25. Genellikle nasıl görüldüğüme dikkat etmeden elime ne geçerse giyerim.					
26. Bedensel spor ve oyunlarda yetersizim.					
27. Atletik (sportif) becerilerim üzerinde pek düşünmem.					
28. Fiziksel dayanıklılığımı geliştirmeye çalışıyorum.					
29. Bedenimin bir günden bir güne nasıl olacağını hiç bilemiyorum.					
30. Hasta olduğumda hastalık belirtilerime fazla dikkat etmem.					

31. Dengeli ve besleyici bir diyet almaya özel çaba harcamam.					
32. Giydiklerimin üzerime uymasından hoşlanırım.					
33. İnsanların görünüşümle ilgili düşüncelerine aldırım.					
34. Saçlarımın güzel görünmesi için özel çaba harcarım.					
35. Fizik yapımı beğenmiyorum.					
36. Fiziksel yönden aktif (hareketli) olmaya çalışırım.					
37. Sıklıkla hastalıklara karşı dayanıksız olduğumu düşünürüm.					
38. Herhangi bir hastalık belirtisi ortaya çıktığında bedenimle yakından ilgilenirim.					
39. Grip veya soğuk algınlığına yakalandığımda bu durumu önemsemem ve normal yaşamımı sürdürürüm.					
40. Fiziksel yönden çekici değilim.					
41. Nasıl göründüğümü hiç düşünmem.					
42. Fiziksel görünüşümü daima iyileştirmeye çalışırım.					
43. Fiziksel görünüşüm uyumludur.					
44. Fiziksel sağlıkla ilgili çok şey biliyorum.					
45. Yıl boyunca düzenli spor yaparım.					
46. Fiziksel yönden sağlıklı biriyim.					
47. Fiziksel sağlığımdaki en küçük değişiklikleri bile fark ederim.					
48. Kendimde bir hastalığın ilk belirtileri ortaya çıktığında tıbbi yönden yardım isterim.					
49. Yüzümden hoşnutum (yüz şekli, görünüşü, cilt).					
50. Saçımdan hoşnutum (rengi, sıklığı, yapısı) .					
51. Alt gövdemden hoşnutum (kalçalar, bacak, uyluk).					
52. Orta gövdemden hoşnutum (mide, bel).					
53. Üst gövdemden hoşnutum (göğüsler, omuz, kollar).					
54. Kas yapısından hoşnutum (tonusu).					
55. Ağırlığımdan hoşnutum (kilo).					
56. Boyumdan hoşnutum.					
57. Tüm görünüşümden hoşnutum.					

EK-3

TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİ TUTUM ÖLÇEĞİ

Bu ölçekteki cümleler, sizin toplumsal **cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarınızı** belirlemek için hazırlanmıştır. Sonuçlar yalnızca araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu cümlelerden hiçbirisinin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Her cümle ile ilgili görüş, kişiden kişiye değişebilir. Bunun için vereceğiniz cevaplar sizin kendi görüşünüzü yansıtmalıdır. Her cümle ile ilgili görüşünüzü belirtirken, önce cümleyi dikkatlice okuyunuz sonra, cümlede belirtilen düşüncenin, sizin düşünce ve duygularınıza ne derecede uygun olduğuna karar veriniz.

Aşağıdaki cümleler size;

hiç uygun değilse**"Kesinlikle Katılmıyorum"**

uygun değilse**"Katılmıyorum"**

karar veremiyor iseniz**"Kararsızım"**

uygunsa**"Katılıyorum"**

tamamen uygunsa**"Kesinlikle Katılıyorum"**

Cümlenin karşısındaki yerlere aşağıdaki örneğe uygun olarak çarpı (X) koyarak işaretleyiniz. Bir cümleyi okuduktan sonra aklınıza ilk geleni işaretleyiniz ve **lütfen bütün cümleleri işaretlemeyi unutmayınız.**

Örnek:

Tutum Cümleleri	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Ailenin parasal harcamaları erkeğin kontrolünde olmalıdır.				X	

Katılımınız için teşekkür ederim.

Tutum İfadeleri	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle 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.					
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 mesleklerde 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.					

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

*Trans-erkek Bireylerde Hormonoterapi Öncesi ve Sonrasında
Agresyon ve İlişkili Faktörler*

Cinsel kimlik disforisi doğumda belirlenen ile kişinin dışı vurduğu veya yaşadığı cinsiyet farklılığından duyulan yüksek rahatsızlık ile karakterizedir. Kadın olarak doğan ve kendisini erkek olarak tanımlayan kişiler olan trans-erkek bireylerde testosteron tedavisi tıbbi bakımın önemli bir parçasıdır. Yapılan bir çalışma testosteron kullanımının trans-erkek bireylerde agresivite artışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Toplumsal cinsiyet rolleri bireylerin biyolojik cinsiyetlerinden bağımsız olarak kültürün oluşturduğu beklentilere ve kalıplara göre kadınsı veya erkeksi davranışlar ve yaşam stilleri sergilemesi olarak tanımlanır. Öfke herkes tarafından zaman zaman hissedilen ve klinik olarak anlamlı bir duygudur. Bu çalışmada amacımız hormon tedavisi ile öfke arasındaki ilişkinin araştırılması ve bu ilişkiyi toplumsal cinsiyet algısı, beden algısı ve sosyodemografik özellikler vb. değişkenler açısından incelemektir.

Bu araştırmanın Dokuz Eylül Üniversitesi Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı Cinsiyetinden Yakınma Polikliniği'ne başvuran 100 birey ile yapılması planlanmıştır.

Tüm katılımcılardan çalışmada görevli olan araştırmacı tarafından verilen bilgilendirme sonrasında yazılı ve sözlü onam alınmasının ardından sosyodemografik bilgi formu, Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ), Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği ve Çok Yönlü Beden Self/Kendilik İlişkileri Ölçeği (ÇYBSİÖ) doldurmaları beklenmektedir.

Tüm değerlendirme araçları kapalı zarf içinde verilecektir. Testler herhangi bir bedensel temas ya da girişimi gerektirmeyen testler olup uygulayıcının tek başına doldurması beklenmektedir, değerlendirme araçlarının doldurulması sırasında araştırmacı herhangi bir sorunuz olması durumunda size açıklayıcı bilgi verecektir.

Şu ana kadar konuyla ilgili kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur. Cinsiyetinden yakınması olan bireylerin görünürlüğünün ve kabul edilebilirliğinin artması için çalışma sayısının artması gerekmektedir.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve araştırma ile ilgili gerçekleştirilecek diğer işlemlerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili sağlık kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde tedavi ve klinikte takibinize yönelik bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Gönüllünün beyanı

Asistan Dr. Orhun Ercan tarafından “Trans-erkek bireylerde hormonoterapi öncesi ve sonrasında agresyon ve ilişkili faktörler” isimli bir araştırmanın yapılacağı bana belirtildi. Araştırmanın amacı ve uygulanma şekli ile verdiğim bilgilerin gizliliğın sağlanacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı. Araştırma sırasında temas kuracağım 0232 412 41 83 telefon numarası verildi. İstedığım zaman kendisiyle temasa geçebilirim. İstedığım zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmamam veya katılıp daha sonra araştırmadan çekilmem durumunda tedavi ve klinik takibime yönelik bir değişiklik olmayacağı belirtildi. Bu araştırmaya kendi gönüllü olurumla katılmayı kabul ediyorum.

Görüşme tarihi ve saati:

Gönüllü
Adı Soyadı / Tel / İmza:

Tanıklık Eden
Adı Soyadı / Tel / İmza:

Uygulayıcı
Adı Soyadı / İmza:



SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Adınız, Soyadınız:
2. Size ulaşabileceğimiz bir cep telefonu numarası:
Alternatif cep numaranız:
3. E-posta adresiniz:
4. Doğum tarihiniz:
5. Cinsiyetiniz:
 1. Kadın
 2. Erkek
6. Medeni durumunuz:
 1. Evli
 2. Bekar
 3. Boşanmış
 4. Diğer:...
7. Eğitim yılınız:
8. Hanenizde kişi başına düşen gelir:
9. Çalışma durumunuz:
 1. Çalışıyor
 2. Çalışmıyor
10. Çalışma ortamınız:
 1. Rahat
 2. Normal
 3. Stresli
11. Mesleğiniz?
 1. Ev Hanımı
 2. Memur
 3. İşçi
 4. Emekli
 5. Öğrenci
 6. Serbest
 7. Diğer:...
12. Gelir düzeyiniz:
 1. Çok Düşük
 2. Düşük
 3. Orta/Normal
 4. Normal Üzeri/İyi
 5. Çok iyi
13. Boyunuz:... Kilonuz:...
14. Sigara kullanıyor musunuz?
 1. Evet:... (paket/yıl)
 2. Hayır

15. Kronik bir hastalığınız var mı?

1. Var:...

2. Yok:...

16. Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?

1. Var:...

2. Yok

17. Ailenizdeki kronik ve psikiyatrik hastalıklar? 1. Derece

18. Hormonoterapi alıyor musunuz, kaç aydır alıyorsunuz?

..... ay yıl

