



T.C. DOĐUŐ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜŐÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

TRANS ERKEKLERDE HORMON TEDAVİSİNİN SOSYAL KABULÜ VE
PSİKOLOJİK İYİLİK HALİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

HAZIRLAYAN
HÜLYA AYDIN FİLİPOV

TEZ DANIŐMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ NEVZAT UÇTUM MUHTAR
İKİNCİ TEZ DANIŐMANI
DOÇ. DR. ŞENOL TURAN

İSTANBUL, 2019



T.C. DOĐUŐ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜŐÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

TRANS ERKEKLERDE HORMON TEDAVİSİNİN SOSYAL KABULÜ VE
PSİKOLOJİK İYİLİK HALİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

HAZIRLAYAN

HÜLYA AYDIN FİLİPOV

TEZ DANIŐMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ NEVZAT UÇTUM MUHTAR

İKİNCİ TEZ DANIŐMANI

DOÇ. DR. ŞENOL TURAN

İSTANBUL, 2019

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.



ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgileri ve sonsuz desteği ile yanımda olan, kendisiyle çalışma fırsatı bulduğum için sonsuz minnet duyduğum değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nevzat Muhtar Uçtum'a ,

Çalışmak istediğim alanda bana destek verip bu şansı yakalayabilme fırsatı sunan, bana sonsuz deneyim ve bilgi kazandıran, mesleğime yön veren değerli eş danışmanım Doç. Dr. Şenol Turan'a,

Kıymetli bilgilerini bizlerle paylaşan, ders alabilme şansına sahip olduğum tüm hocalarıma,

İstatistik bilgileriyle araştırmama yardımcı olan sevgili arkadaşım Oğuz'a,

Birlikte eğitim aldığım tüm arkadaşlarıma, benimle aynı heyecana ortak olan yol arkadaşım Psk. Buse Öztürk'e ve desteğini benden eksik etmeyen Uzm. Psk. Seda Narinç'e ve Psk. Tuğba Keser'e,

Eğitimim boyunca staj yaptığım ve çalışma fırsatı bulduğum İstanbul Üniversitesi psikiyatri servisi personel ve çalışanlarına,

Katılımcı olarak araştırmama destek veren tüm bireylere,

Maddi ve manevi desteğini eksik etmeyen, bana bu yolda inancını hiç yitirmeyen başta sevgili annem Sevim Filipov'a ve kardeşim Melin Filipov'a,

Beni büyütüp bugünleri görmemi sağlayan, kariyerimin ve hayallerimin mimarı değerli büyükannem İklime Vatansever'e ve merhum büyükdedem Kazım Vatansever'e ve tüm aileme teşekkür ederim.

Psk. Hülya Aydın Filipov

ÖZET

Cinsiyet Uyumsuzluğu (CU) tanısında; kişinin benimsediği cinsiyet kimliğiyle (*gender identity*), kişi için doğumda belirlenmiş olan biyolojik / bedensel cinsiyeti (*sex*) arasında belirgin bir uyumsuzluk durumu söz konusudur, bundan ötürü birey, karşı cinsin bir üyesi olarak yaşamını sürdürmeyi ve diğerleri tarafından kabul görmeyi arzulamaktadır. CU tanısı alan bireylere, ruhsal durumlarının daha iyi olmasını sağlamak amacıyla cinsiyet uyum yapmaları önerilmektedir. Cinsiyet uyum sürecinin önemli bir parçasını hormon tedavileri oluşturmaktadır. Bu araştırmada, CU olan bireylerde cinsiyet uyumuna yönelik uygulanan hormon tedavisinin sosyal kabul ve psikolojik iyilik hali üzerine etkisi incelenmiştir.

Araştırma İstanbul ilinde yaşayan 91 gönüllü katılımcıyla yürütülmüştür. Araştırmamızda değişkenlerin örneklem grubu içinde normallik dağılımının analizi için gerçekleştirilen Shapiro-Wilk Testinde Stresle Beden İmajı Ölçeği (S-W= .976, Sd.= 90, p=.093) normal dağılım sonucuna ulaşılmıştır. Benlik Saygısı Ölçeği (S-W= .974, Sd.=90, p=.064) normal dağılım bulunmuştur. SCL90 Ölçeği (S-W= .924, Sd.= 90, p=.000) normal dağılım göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır. Yaşam Kalitesi Ölçeği (S-W= .977, Sd.=90, p=.114) normal dağılım göstermiştir. Araştırmadan elde edilen veriler sonucunda, BİÖ puanlarının grup değişkenine göre; hormon kullanan grup ile hormon kullanmayan grup arasında hormon kullanan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık sonucuna ulaşılmıştır. Ruhsal alan alt boyutları puanlarının grup değişkenine göre; hormon kullanan grup ile kontrol grubu arasında kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Cinsiyet Uyumsuzluğu, Trans erkek, Psikolojik İyilik, Sosyal Kabul.

ABSTRACT

In gender dysphoria (GD) individuals adapted gender identity differences from his/her birth gender identity, therefore those individuals desired to be treated and accepted as opposite sex. Those who are diagnosed with GD are recommended to switch genders in order to improve their psychological conditions and help them to fulfil their potential. Hormonal treatment plays the major role on gender switch procedure. This paper researches the social acceptance and psychological improvement of GD diagnosis of people who chose to take gender switch procedure.

The Research is done in İstanbul with 91 volunteers. Variables in the research showed normal distribution between stress Body Image Shapiro-Wilk test which is used for Normal Distribution Analysis. Self-esteem scale. (S-W= .976, Sd.= 90, p=.093) displayed normal distribution. SCI90 scale (S-W= .924, Sd.= 90, p=.000) didn't show normal distribution. Life quality scale displayed normal distribution. Data analysis that is used in this research based on %95 reliability. According to data that is acquired from this research, which is related to BIÖ points; exists that there is a statistical difference between two groups who did use hormonal and who did not. Statistical difference favours the group which used hormonal treatment. There also exists a statistical difference between the control group and the group that uses hormonal treatment in psychological range extent points of variables. This statistical difference favours the group that uses hormonal treatment.

Key Words: Gender Dysphoria, Trans-man, Psychological Goodness, Social Acceptances

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
GİRİŞ	1
BÖLÜM I.....	4
1.1. Araştırmanın Problemi	4
1.2. Hipotezler	4
1.3. Araştırmanın Amacı	4
1.4. Araştırmanın Önemi:.....	4
1.5. Sayıtlar	5
1.6. Sınırlılıklar	5
1.7. Tanımlar	5
BÖLÜM II	6
KAVRAMSAL TEMELLER VE İLGİLİ LİTERATÜR.....	6
2. 1. Cinsellik Kavramı	6
2.2. Cinsiyet Kimliği	7
2.2.1. Cinsiyet Kimliğinin Gelişimi	8
2.2.2. Cinsel Yönelim.....	9
2.2.3. Cinsel Rol	10
2.3. Cinsel Kimlik Bozukluğu.....	11
2.3.1. Ergenlerde ve Yetişkinlerde Cinsel Kimlik Bozukluğu	12
2.3.2. Çocuklarda Cinsel Kimlik Bozukluğu.....	12
2.4.1. Cinsiyet Değişirme Cerrahisi	14
2.4.2. Hormon Tedavisi	15
2.5. Cinsiyet Uyumsuzluğunu Konu Alan Çalışmalar	18
2.6. Psikolojik İyi Olma Hali	20
2.7. Sosyal Kabul	24

BÖLÜM III	26
YÖNTEM	26
3.1.Araştırma Modeli	26
3.2.Çalışma Grubu	26
3.3.Araştırma Örneklemi.....	26
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	26
3.4.1. Beden İmajı Ölçeği (BİÖ)	26
3.4.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ).....	27
3.4.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ).....	27
3.4.4. Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90 R).....	27
3.5. Verilerin Analizi.....	27
BÖLÜM IV	29
BULGULAR.....	29
BEŞİNCİ BÖLÜM	43
TARTIŞMA VE YORUM.....	43
ÖNERİLER.....	48
KAYNAKÇA.....	50
EKLER.....	61
EK-1: KİŞİSEL BİLGİLER.....	61
EK-2:SCL-90-R	63
EK-3: BEDEN İMAJI ÖLÇEĞİ.....	67
EK-4: RBSÖ	68
EK-5: WHOQOL-BREF.....	69
ÖZGEÇMİŞ	72

TABLULAR LİSTESİ

SAYFA

Tablo 4.1. Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	29
Tablo 4.2 Beden İmajı Ölçeğinin Puanlarının Grup Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)...	33
Tablo 4.3 Benlik Saygısı Ölçeğinin Puanlarının Grup Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	34
Tablo 4.4 Benlik Saygısı Ölçeğinin Puanlarının Grup Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	35
Tablo 4.5 Örneklem Grubunun Eğitim Durumu Değişkenine Göre Şiddeti Derecelendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Non-Parametrik Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları	38

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Hormon Tedavisinin Etkileri..... 17



KISALTMALAR LİSTESİ

APA: American Psychiatric Assosiation

DSM-IV-TR: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı 4.Basım

DSM-5: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı 5. Basım

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

CKB: Cinsel Kimlik Bozukluğu

CU: Cinsiyet Uyumsuzluğu

CUS: Cinsiyet Uyum Süreci

Trans kadın: Doğumda belirlenen cinsiyeti erkek olup Cinsiyet Uyumsuzluğu belirlenen birey

Trans erkek: Doğumda belirlenen cinsiyeti kadın olup Cinsiyet Uyumsuzluğu belirlenen birey

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ 1992) tarafından “Cinsel Kimlik Bozuklukları” ve “Transeksüalizm”, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA 2013) tarafından ise “Cinsiyet Disforisi” (*gender dysphoria*) (CD) tanısında kişinin benimsediği cinsiyet kimliğiyle (*gender identity*), o kişi için doğumda belirlenmiş olan cinsiyeti (*sex*) arasında belirgin bir uyumsuzluk durumu söz konusudur, bundan ötürü birey karşı cinsin bir üyesi olarak yaşamayı sürdürmeyi ve kabul görmeyi arzulamaktadır. . DSM-V’te (2013) transseksüel kavramı “Cinsel Kimlik Bozukluğu” tanımlamasından çıkartılarak “Cinsiyet Uyumsuzluğu” (*gender dysphoria*) olarak revize edilerek yeni bir kategoride ele alınmıştır (Ignatavicius ve Fox 2012; Turan ve ark. 2015; Keskin, Yapça ve Tamam 2015, Hein ve Levitt 2014).

DSM-IV’ te (APA 1994) yaygınlığının doğumda belirlenen cinsiyeti erkek olanlarda 1/30000, kadın olanlarda 1/100000 oranında olduğu ifade edilirken, DSM-5’te doğumda belirlenen cinsiyeti erkek olan erişkinlerde % 0,005-0,014, kadın olan erişkinlerde % 0,002-0,003 oranında olduğu belirtilmiştir. Ancak bu oranların tıbbi girişim arayışı nedeniyle kliniğe başvuran bireylerden elde edildiği ve CU’nin yaygınlığının daha yüksek oranlarda olduğunun tahmin edildiği ifade edilmektedir (Ahs ve ark. 2018, Byne ve ark. 2018).

Yapılan birçok çalışmada CUS’deki bireylerin sosyal destek eksikliği, ayrımcılık, damgalanma, fiziksel ve sözel şiddete maruz kalma gibi olumsuz durumları yaşadıklarını bildirilmektedir (Begic, Korajlijia ve Jurin 2014, Mizock ve Mueser 2014). Pek çok ülkede bedensel cinsiyetin sınırlarının aşılması genel olarak sempati yerine ayıplanma tepkisine neden olurken, karşıt cinsiyet davranışlarının damgalanmaya neden olmadığı bazı kültürlerin varlığı da dikkati çekmektedir (World Professional Association for Transgender Health; WPATH). CU’ nun söz konusu olduğu kişiler değişen düzeylerde ayrımcılık yaşamakta ve şiddet görebilmektedir. Transfobi ve toplumsal önyargıların üstesinden gelebilmek, sağlıklı bir benlik algısı geliştirmesi için desteğe gereksinimi olan CU olan bireyler aslında yaşamın birçok alanında travmatik durumlar yaşayabilmekte, bundan dolayı kimliklerini gizleme eğilimine girebilmektedirler.

Pek çok CU olan kişi cinsiyet dönüştürme cerrahisinden ve kimliklerini de yasal olarak değiştirmelerinin akabinde yeni kimlikleriyle farklı bir ortam içinde hayatını sürdürmeyi tercih etmekte, trans olduklarını, geçmiş yaşamlarını saklamaktadırlar (Başar ve z 2016).

CU olan bireylerin deneyimledikleri travmaları psikolojik işlevselliklerine zarar vermekte, yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkilemektedir.

Yapılan alışmalar CU olan bireylerde depresyon yaşama ihtimalinin ve intihar oranlarının genel nüfustaki oranlardan çok daha yüksek olduğu sonucunu ortaya koymuştur. Bu bağlamda bilhassa toplumsal yaftalamaların söz konusu olması, dışlanmaların yaşanması sebebiyle benlik saygıları zarar gören CU olan ergenlik dönemindeki bireyler için de, araştırmalar bu bireylerin akranlarına göre artmış intihar oranına sahip olduklarına dikkat çekmektedir. Yaşam içinde gerçekleşen durumların her insan için öznel bir etkisi olsa bile, evre şartları da bireyi etkilemektedir. Bu sebepten ötürü sosyal çevrenin ve bilhassa bireylerin sahip olduğu anne babaların gösterdikleri tutumlar ve davranışlar, kişinin psikolojik sağlığı üzerinde oluşturacağı etkiler sebebiyle çok önemlidir (S. M. Stewart, T. H. Lato, C. Betson ve S. F. Chung).

CU'nun tanı ve tedavisini WPATH tarafından 2011 yılında 7.si yayınlanan standart bakım ilkeleri çerçevesinde yürütmek önerilmektedir. Cinsiyet uyum süreci (CUS) olarak ifade edilen bu süreç, cinsiyet kimliğinin ve rolünün dışavurumunda değişiklik yapma, psikoterapi, hormonal tedaviler ve cerrahi müdahaleler şeklinde dört başlık altında toplanmıştır (Bogliolo ve ark. 2014; Mohammadi ve ark. 2016, Hoebeke ve ark. 2005, Monstery, Ceulemans ve Hoebeke 2011, Yıldızhan ve ark. 2018). Cu tanısının konulması, cinsiyet kimliğinin ve rolünün çevreye açıklanmasında yaşanan negatif etkilerle baş etme, damgalanma, içselleştirilmiş transfobi, beden imajı ve dayanıklılık üzerine çalışmak; hormon tedavisi ve ameliyatlardan beklentilerin ve bu tedavilerden sonra yaşanabilecek güçlüklerin tartışılması; aile bilgilendirme ve destek toplantıları ruh sağlığı profesyonellerinin alanı içerisindedir. CU'nun tedavisi bireysel olmalıdır. Bazı bireyler sadece hormon tedavisi görmek istediklerini,

bazıları hem hormon hem de cerrahi tedavileri istediklerini ifade edebilirken, bazıları da kendi bedenlerine yönelik hiç bir müdahale istemediklerini söyleyebilirler.

Bu alan üzerine çalışmalarda bulunan uzmanlar, başvuru yapan bireyin (tedavi amaçlı da olabilir danışmak için de), cinsiyet kimliğini değerlendirmeli, oluşan hislerin hikayesini, gelişim sürecini ele almalı, eğer toplumsal bir damgalama var ise; bunun bireye etkisini iyi anlamalı ve sahip olunan sosyal desteğin de varlığını öğrenmelidir. Cinsiyet kimliği ile biyolojik / bedensel cinsiyet arasındaki uyumsuzluğun başka bir sebepten olmadığından ve başka tanılarla açıklanmasının mümkün olmayacağı kesin olarak bilinmelidir.

Bireyin söz konusu tıbbi tedavi alternatifleri hakkında, yapacağı seçimlerin gerek sosyal anlamda gerek fiziksel anlamda pek çok sonucunun olacağı hususunda bilgi sahibi olması gerekir. Bunun yanında bireysel psikoterapi desteği alması için, aile terapileri ve grup psikoterapileri için bir yönlendirme yapılması gerekmektedir. Bazı bireylerde psikiyatrik bozukluklar da görülebilmektedir. Bu bozukluklar; depresyon, madde kullanımı, kişilik bozuklukları olabilir. Eğer kişi uygun bir hasta olarak görülürse hormon tedavisinin gerçekleştirilmesi ve cinsiyet uyum tedavisi için yönlendirilir. (Bockting ve ark. 2006). Bu bağlamda kişinin öznel iyi oluşuna dair değerlendirmeyi kendisi yapmalıdır (The WHOQOL group, 1998).

BÖLÜM I

1.1.Araştırmanın Problemi

Trans erkeklerde hormon tedavisi ile sosyal kabul ve psikolojik iyilik hali arasında anlamlı düzeyde ilişkiler var mıdır?

1.2. Hipotezler

- a) CU olan bireylerde hormon tedavisi ile sosyal kabul arasında anlamlı düzeyde ilişki var mıdır?
- b) CU olan bireylerde hormon tedavisi ile psikolojik iyilik hali arasında anlamlı düzeyde ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı, trans erkeklerde hormon tedavisinin sosyal kabul ve psikolojik iyilik düzeyi üzerinde etkisinin incelenmesidir.

1.4. Araştırmanın Önemi:

CU çok sık görülmeyen bir durumdur (Green 2005). Bu konuda gerçekleştirilmiş araştırmalarının sayısının yeterli olmayışı da dikkat çeken bir noktadır. CU olan kişiler fiziksel şiddet yaşayabilmektedir, ekonomik anlamda zorlanmaktadırlar, bireylerin bazıları ciddi oranda işsizlik sorunu ile mücadele vermektedir (Clements-Nolle ve ark. 2006, Bockting ve ark. 2013, Nuttbrock ve ark. 2013). Bu çalışmada, ataerkil bir toplum yapısına sahip olan Türkiye’de hormon tedavisi gören trans erkeklerde beden imajlarının psikolojik iyilik haline etkisi; stigmatize edilme, aile baskısı ve toplum tarafından ötekileştirme gibi olumsuz durumlara karşı sosyal kabul üzerine etkisinin incelenmesi hedeflenmiştir. Çalışmamızda, trans erkeklerde hormon tedavisinin öznel iyi oluş haline etkisi ve sosyal kabul hedeflenmiştir. Bununla birlikte hormon tedavisi gören trans erkekler algıladıkları beden imajlarının benlik saygısı ve deneyimledikleri yaşam kalitesi sorunlarının ortaya konularak konuya ilişkin kısıtlı literatüre katkı sunulması ve klinikte karşılaşılan güçlüklerin

anlaşılabilirliğinin artırılması planlanmıştır. Ayrıca, çalışmamıza katılan bireylerin hormon tedavisine henüz 6 aydır kullandığı doğasıyla etkilerinin yeni yeni gözlemlemeye başladığımız kişilerle çalışılmıştır.

1.5. Sayıtlar

1. Çalışmaya katılan örneklemin, evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.
2. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının ölçmek istediği özellikleri geçerli ve güvenilir şekilde ölçtüğü varsayılmaktadır.
3. Çalışmamıza katılan bireylerin sorulan sorulara doğru, tarafsız ve eksiksiz cevap verdiği varsayılmaktadır.

1.6. Sınırlılıklar

1. Bu araştırmanın örneklemini 91 kişi ile sınırlıdır.
2. Araştırmada ölçülmek istenen nitelikler kişisel bilgi formu ve ölçeklerinin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

1.7. Tanımlar

Cinsiyet Disforisi: Kişinin doğduğundaki biyolojik / bedensel cinsiyeti (*sex*), birincil ve ikincil cinsiyet özellikleri ile cinsiyet kimliği (*gender identity*) birbiriyle tam olarak uyuşmaması ve söz konusu uyumsuzluktan ötürü yaşanan sıkıntı ve stres, cinsiyet hoşnutsuzluğu.

Sosyal Kabul: Kendini kabul kavramının sosyal karşılığıdır ve diğer insanların genel anlamdaki özellikleri ve karakterleriyle toplumun yorumlanmasıdır.

Psikolojik İyi Oluş: Huzurlu hayat ve işlevsel kişilerin olumlu özellikleri.

BÖLÜM II

KAVRAMSAL TEMELLER VE İLGİLİ LİTERATÜR

2. 1. Cinsellik Kavramı

Cinsellik; en temel içgüdüler arasında yer alır ve insan ırkı kadar eski bir kavramdır (Kadioğlu, 2005). İnsanın, doğumundan başlayıp ölümüne kadar süren yaşamının çok önemli bir parçasıdır (Karanisaoğlu, 1994). Toplumsal bağlamda ele alındığında ise; bireylerin hayatındaki birçok alan ile de ilişkilidir, toplumun sahip olduğu değer yargıları, yasalar, eş seçimi konuları, evlilik tercihleri gibi... (Özgüven, 1997).

Cinsellik; doğum öncesi başlayıp hayat boyu sürmektedir. İnsanların sahip olduğu değerler, kişilik özellikleri, gösterdikleri tutumlar, dış görünüşleri ve buldukları çevre ile cinselliği şekil almaktadır. Bu kavram sadece cinsel organları da kapsamamaktadır. Bireyin bedeni ve aklını da içermektedir (Bozdemir, 2011). Kişilerde cinsellik, bedenin olgunlaşmasıyla beraber ergenlik döneminde birden bire başlamamaktadır. İnsanlar yaşamın ilk dönemlerinden itibaren cinsel tepkiler ortaya koyabilmektedir. Doğumla erinlik arasındaki süreçte pek çok deneyim kazanılmakta, bunlar bireyin cinsel tutumlarına, cinsel rolünün gelişimine katkı sağlamaktadır.

Cinsellikle cinsiyet arasındaki ayrımı yapmak bu noktada önemlidir. Cinsiyet; erkekle kadın arasındaki biyolojik farklılıklardır. Cinsellik asla saf, hayvansal bir içgüdü, asla Schopenhauer'ın söylediği gibi insan soyunun sürdürülmesi için doğanın başvurduğu bir tuzak değil, insandaki bütün kişiliğin, dolayısıyla toplumsal yaşamla bağlantının derecesini ve ikili yaşama hazırlanmışlığını yansıtan yüksek düzeyde bir parçasıdır (Adler, 2017).

Cinsellik kavramını etkileyen unsurlar arasında psikolojik, kültürel, biyolojik faktörler de bulunmaktadır (WHO, 2006). Cinsellik pek çok şeyi etkilemektedir, örneğin kişinin başkaları ile olumlu ilişkiler kurabilmesi, kendi gelişimi gerçekleştirebilmesi, hayat gayesi ve öz kabul gibi birçok noktaya etki etmektedir.

2.2. Cinsiyet Kimliği

Cinsiyet kimliği kavramı ilk olarak 1960 yılında yapılmıştır. Terimi kullananlar ise; Hooker ve Stoller' dır (Zucker 2005). Stoller (1964) cinsiyet kimliğinin tanımını şu şekilde yapmıştır; bir çocuğun herhangi bir cinsiyete ait olma temel inancını çekirdek cinsiyet kimliğidir(*core gender identity*) . Kohlberg (1966) ise; cinsiyet kimliğini çocuğun erkekler ile kadınları doğru bir şekilde ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlamıştır (Zucker 2005, Ruble ve ark. 2007). Cinsellik, kişinin cinsiyet kimliğine sahip olmasını içerir, öte yandan üreme süreci ve erotik zevk duymayı da kapsamaktadır (Kadıoğlu, 2005).

Cinsiyet kimliğinin gelişimi konusunda karşımıza üç unsur çıkmaktadır (Bradley ve Zucker 1997, Sadock ve Sadock 2003). Bunlardan birincisi; bireyin cinsiyet kimliği ile gösterdiği özdeşimdir. Burada kişinin kendisini bir cinsiyete ait hissetmesi söz konusudur. Diğer unsur ise; kişinin cinsiyetinin farkında olmasını, kabul edebilmesini içerir. Sahip olduğu cinsiyet ile yaşadığı uyum ve güven duygusuna vurgu yapılır. Üçüncü unsur olarak ise; bu kimliğin dış görünüme yansısı, davranışları ile kendini göstermesidir. Cinsiyet kimliği, bireyin görünümü ve davranışları ile dışa vurulmaktadır.

Cinsiyet en yalın haliyle, erkeklik, dişilik arasındaki fark olarak tanımlanmaktadır. Cinselliği etkileyen çok sayıda etken vardır. Bunlar kromozomların kapsadığı cinsellik, gonadların içerdiği cinsellik, üreme organlarının i ve dış yapısı, cinsel rol gibi unsurlardır. Tüm bunlar birleşerek cinsiyet kimliğinin oluşmasını sağlar, bunların herhangi birinde bir aksama, bireyin cinsel gelişiminde bir sapmaya neden olabilir (Yavuzer, 1990). Bir insanla karşılaştığınız zaman yaptığınız ilk ayırım, “erkek mi, kadın mı?” ayırımı olur. Anatomi bilimi eminliğinizi sadece bir noktaya kadar paylaşır. Erkeğin cinsel ürünü yani spermeleri ve bunun aracı erkektir; yumurta ve yumurtalıklar kadındır. Her iki cinste de salt cinsel işlevlere hizmet eden organlar oluşmuştur bunlar belki de iki farklı biçime yönelik aynı yatkınlıktan kaynaklanmaktadır. Bilim sanki kafanızı karıştırmak istercesine beklentilerinize ters düşen bir şey söyler. Dikkatinizi erkek cinsel organlarının işlevini yitirmiş de olsa kısmen kadının vücudunda da bulunması gerçeğine eker ki bunun tersi de doğrudur. Gebeliğin ilk döneminde tek cinsiyet vardır yani bütün ceninler biyolojik olarak

dişidir, erkeklik özellikleri ancak daha sonra dişilik hormonunun bastırılmasıyla gelişir. Bilim bunların varlığını çift cinselliğin göstergeleri olarak sanki birey ne erkek ne dişi değilmiş aynı anda her ikisiymiş gibi biri diğerinden biraz daha fazla değerlendirir. Ama çok ender olayların dışında bir insanda sadece bir cinsel ürün, sperm ya da yumurta var olduğu için bu öğelerin belirleyici hattı konusunda kesin şüphe duyacak ve erkekliği ya da dişiliği meydana getiren şeylerin anatominin kavrayamayacağı bilinmeyen bir özellik olduğu sonucuna varacaksınız.

Bunu psikoloji yapabilir mi? Erkeklik ve dişiliği ruhsal özellikler olarak da kullanmaya alıştık aynı şekilde çift cinsellik görüşünü ruhsal yaşama da aktardık. İster erkek ister kadın olsun bir insan bir bağlamda erkeksi başka bir bağlamda ise kadınsı davranır. Aradaki fark ruhsal değildir, erkeksi genelde aktifliği, kadınsı pasifliği kasteder. Çünkü erkek cinsel hücresi aktiftir buna karşılık kadının yumurtası hareketsizdir ve pasif olarak bekler.

Burada cinsel yaşamın bir model oluşturduğu sınırlarla orantılı aktiflik ve pasiflik bir ölçüde yaşama aktarılabilir. Ama burada kadını pasif konuma sürükleyen geleneklerin etkisini küçümsememeliyiz (Freud, 2016).

2.2.1. Cinsiyet Kimliğinin Gelişimi

Cinsiyet kimliğinin gelişimini ele aldığımızda bireyin sahip olduğu cinsi ile ilgili üreme organlarının gelişimini ve bunlardan kaynaklı yaşanabilecek problemlerle ilgili davranış değişikliklerinin varlığını da ele almış olmaktadır. Cinsiyet kimliğinin gelişimi kişiliğin pek çok yönünü etkileyen bu unsurdur. Burada bilinmesi gereken bir diğer nokta, duygusal gelişimdir. Bireyin duygusal gelişimi cinsiyet kimliğinin gelişiminden etkilenir. Bu kimliğin oluşabilmesi ve kişinin bu kimliğe uygun şekilde davranışlar gösterebilmesi için cinsel gelişim oldukça önemli bir unsurdur. İnsan sosyal bir varlık olarak yaşamını sürdürmektedir. Bundan dolayı kişi içinde yaşadığı çevreden kendisini izole etmeyecek ve hayatının pek çok döneminde sahip olduğu rolleri, taşıdığı nitelikleri içselleştirmesi için sağlıklı bir çevrede bulunmaya gereksinimi vardır (Senemoğlu, 1998).

2.2.2. Cinsel Yönelim

Amerikan Psikoloji Derneği (2009) cinsel yönelim terimi ile ilgili şöyle bir tanımda bulunmaktadır: Kişinin diğerlerine karşı hissettiği, cinsel, romantik, duygusal uyarımlar, yaşadığı arzulardır. Kişinin sahip olduğu yönelimler aslında biyolojik yapısı, dürtüleri gibi pek çok şey ile ilişkilidir. Bu tanım ışığında yönelimin bir seçim olmadığını bilerek konuya yaklaşmalıyız. Bazı kişiler kendi cinsine de, karşı cinse karşı da bir ilgi hissetmemektedir. Bazı kişiler ise; kendi cinsindeki kişilere karşı ya da her iki cinse bir yönelim içinde olabilmektedir. Bazıları ise; üçüncü cinse ilgi duymakta bu söz konusu durum CU olan bireylere olan çekimi tanımlayan trans-yönelimli kavramıyla ifade edilmektedir (Eşel, 2006). Cinsel yönelim kimliği; bireyin cinsel yönelimi ile ilgili olarak kendisini tanımlamasını kapsar (Bradley, 1997). Cinsiyet kimliği (*gender identy*) ise; kişinin kendi kadınlığı ya da erkekliğine dair bir duyumsama olarak tanımlanır. İnsanlar yürümeye, bağımsız hareket etmeye başlamalarından kısa bir süre sonra kendisi ile ilgili cinsiyetine dair bir farkındalık edinir. Burada tabii ki ebeveynlerin de önemi söz konusudur. Başka bir deyişle yaşamın ilk dönemlerinden itibaren, 2-3 yaşından sonraki süreçte sosyal çevre cinsiyet kimliği noktasında oldukça önemlidir.

Öyleyse; cinsiyet kimliği sosyal, cinsel kimlik ise; biyolojiktir. Cinsiyet kimliğinin gelişiminde aile ortamındaki bireyler, arkadaşlık ilişkileri, öğretmenler gibi birçok kişiyle yaşanan deneyimler etkiye sahiptir (Keçe, 2014).

Erikson'a göre çocukluk döneminde sağlıklı psikolojik özdeşimler ve cinsel özdeşimler kurabilmek çok önemlidir. Çünkü bu özdeşimler kişinin kimlik oluşturmasında ve kendisinin kim olduğu konusunda bir karmaşa yaşamamasına hizmet eder. Özellikle yaşamın ilk yıllarında olumlu yönde cinsel özdeşimlerin kurulması gerekir. Eğer bu dönemde özdeşim kurmakta sıkıntı yaşandıysa ergenlik döneminde de birey cinsiyet kimliğine ilişkin şüphelere sahip olabilir. Öte yandan gerekli cinsel rollerin yerine getirilmesinde de karmaşalar yaşanabilir (Erikson, 1984).

2.2.3. Cinsel Rol

Cinsel rol (*gender role*) ise, doğumla başlayıp sosyalleşen, sosyal çevre tarafından devamlı pekiştirilmekte olan cinsiyet üzerine şekillenmiş stereotipik norm ve beklentileri kapsamaktadır. Cinsel rol davranışının cinsiyet kimliği ile ortaya çıktığını ifade edebiliriz. Bu rol davranışı bireyin erkek ya da kız statüsünü sağlamak adına gerçekleştirdiği davranışları, kullandığı sözcükleri, pek çok tavrı ve tutumu içerir. Bunun yanında aslında cinsel rol kavramı toplumsal cinsiyet kavramı şeklinde de ele alınır (Keçe, 2014). Burada önemli nokta; yine kişinin içinde bulunduğu çevrenin rolüdür. Çünkü cinsel rolde, çevre bireyin nasıl düşünüp hissedeceği konusunda belli bir oranda paya sahiptir (Kulaksızoğlu, 2011). Bireyin cinsel yönelimi farklı olduğunda cinsel tercihini özgür iradesi ile yaparak, bu tercihin onda bir çatışma yaratmaması durumunda benliği ile uyumlu bir durum söz konusu olur. Eğer eğilimlerini bedensel bir yakınlığa dönüştürmüyorsa bu kimseler örtülü veya gizli tanımını alır (AnaBritannica, 1998).

Çocuklar çevrelerinde olup biten şeyleri gözlemlerler ve gördüklerini etrafındaki cinsel rolleri taklit etme girişiminde bulunurlar. Bu noktada şüphesiz ki ebeveyn rolü önemlidir.

Bazı ailelerde görülen şudur ki, ödül ve yasak yöntemleri uygulanarak kızlarına daha kadınca, oğullarına da daha erkekçe davranmalarını sağlama girişiminde olurlar (Kulaksızoğlu, 2011).

Bebeklik ve ilk çocuklukta anne-babayla çocuğun yanlış ve yetersiz özdeşim kurması. Özellikle erkeklerin yaşadığı cinsel yönelimlerde babasız büyüdükleri veya çok pasif bir baba ile kendilerine aşırı düşkün bir anne ile yetiştirildikleri görülmektedir. Uygun bir kadın-erkek ilişkisi gözleyemeyen çocuk erkeksi rolleri benimsemeyerek kadınsı rolleri benimsemiştir. Kızlarda ise kendisine kadınsı davranma olanağı verilmemiş kadınsı duygularını reddetmişlerdir.

Psikanalitik görüş tarafından ileri sürülen varsayıma göre; anneleri tarafından erkeksi davranmaları istenmeyen erkek çocukların bilinçdışı olarak annelerini memnun etmek için cinsel tercihlerini farklı tutmaları söz konusu olabilmektedir (Koroğlu ve Güleç 2007). Uzun sembiyotik anne-oğul ilişkisi erkek çocuğunun çatışma

olmaksızın kendisini annesinin cinsel kimliğinde tanımlamasıyla neticelenebilir. Bu konuda vurgulanan bir nokta da; kişinin yaşadığı çatışmadır. Transseksüalite eşcinselliğe, narsisistik bir bozukluğa karşı bir savunma gibi görülür veya ayrışma-bireyselleşme evresinde oluşan bir çatışma gibi ele alınır. Borderline kişilik bozukluğunun ve bu bozuklukta karşımıza pek çok kez çıkan kronik anksiyete, yaygın anksiyete, depresyon, yalıtım ve strese dayanma gücünde azalma gibi belirtiler CU olan bireylerde yaygın olarak görülür, bu bireylerin dişilik ve erkekliğin yeterli bir şekilde bütünleştirilmediği ve kendilik yapılanmasının kusurlu geliştiği yönünde görüşler mevcuttur (Michel ve ark. 2001).

Bu konuda ortaya atılan iddalardan biri de; hormonol bir bozukluk olduğu görüşüdür. Fakat bu konuda yapılan çalışmalar göstermiştir ki; erkeklere verilen erkeklik hormonu bir etki oluşturmamış aksine bu kişilerde eşcinsel arzular yükselmiştir (Ekşi, 1982). Hirschfield araştırmaları sonucu bu eğilimdeki kişilerin genellikle karşı cinse istek duyabildiğini saptamıştır. Psikanalitik açıdan burada hadımlaştırılma anksiyetesine karşı güvence arama söz konusudur. Temelinde kadınların hadımlaştırılarak penislerini yitirmiş olduklarına dair çocukluk dönemine ait bir bilinçdışı inanç bulunduğu öne sürülmektedir. Bu kişilerde kadın giysisi varken, öte yandan penisin varlığını da hissetmektedirler. Bu durumda penise sahip kadın imgesi, hem bir özdeşim nesnesi, hem de sevgi nesnesi biçiminde kullanılmaktadır (Geçtan, 1984).

Cinsel sorunların, cinsel yönelimle ilgili değerlendirmelerin ve çözümlenmelerin yapılabilmesi için, cinsiyetle ilgili bedensel ve ruhsal özelliklerin belirlenmesi gereklidir. Öte yandan ne erkek ne kadın olan cinsel rolünü benimsemeyen insanlarda ruhsal bunalımlar sık görülmektedir (Köknel, 1985).

2.3. Cinsel Kimlik Bozukluğu

Popüler kullanımı halen transseksüellik olarak bilinen CKB, DSM-5'te yeni tanımlanan bozukluklardan biridir. CKB şimdilerde sık karşılaşılan bir bozukluk olarak görülmemektedir. Doğumdan itibaren erkeklerin % 1'inde, kadınların ise bu oranın yaklaşık üçte birinde görülmektedir. Erken çocukluk döneminde başlayıp, nedeni tam olarak bilinmemektedir (Morrison, 2017). DSM-5'e (Koroğlu, 2013)

gelindiğinde; Cinsel Kimlik Bozukluğu teriminin Cinsiyet Hoşnutsuzluğu olarak düzenlendiği görülmektedir. Yeni tanımlamada cinsiyetinden yakınma, karşı cinsten olmayı çok isteme, uyuşmazlık gibi ifadeler yer almaktadır. Bu söylemin bir tanı olarak yer alma sebebi de halen anormalliğin işlevsellik kaybıyla bağlantılandırılmasıdır (DSÖ, 1991).

2.3.1. Ergenlerde ve Yetişkinlerde Cinsel Kimlik Bozukluğu

CKB olan yetişkinler kendilerine yüklenen cinsiyet rollerinden rahatsızlık duymaktadır. Bazıları cinsel organlarından nefret ederler. Karşı cinsin bir üyesi olarak yaşamak isterler ve pek çoğu da karşı cinsin kıyafetlerini giyer ve tavırları da karşı cins gibidir. Karşı cinsin kıyafetlerini giymek tümünden cinsiyet değiştirmenin ilk adımudur. Sonrasında ise; kadınlar menstrüasyonu durdurmak, göğüslerini ortadan kaldırmak; erkekler ise, erkeksi özelliklerini baskılamak ve bedenlerinin görünümünü ve işlevselliğini değiştirmek için hormon almaya başlarlar. CKB olan bazı hastalar ise sembolik olarak ona yüklenen cinsiyet rollerinden o kadar rahatsız olmaktadır ki hormon tedavisi ya da cinsiyet değiştirme ameliyatını ihtiyaç görürler. Bu ameliyatı geçiren çoğu kişinin yaşamlarından memnun oldukları bilinmekte ve yeni cinsiyetleriyle mutlu hissetmekteyken bazıları ise cinsiyetlerini geri isteyebilmektedir. Bundan dolayı bazı erkekler cinsel organları ile hayatlarını sürdürür ancak kimyasal olarak ya da ameliyat sayesinde göğüslerini büyütür (Morrison, 2017).

2.3.2. Çocuklarda Cinsel Kimlik Bozukluğu

Üç veya dört yaşlarındaki çocuklar bile kendilerine yüklenen cinsiyet kimliğinden hoşnut olmayabilir. Genel nüfustaki erkek çocukların küçük bir kısmı % 1,2'si ve kızların daha küçük bir kısmı diğer cinsiyetten olmayı talep edebilmektedir. Bu konuda ebeveynler ise; kadınsı bir erkek çocuk için, erkeksi bir kız çocuğu için endişelendiklerinden daha fazla endişelenirler. Klinik değerlendirme için başvuranlar da dolayısıyla ağırlıklı olarak erkek çocuklarıdır. CKB yaşayan erkek çocukların daha çok gay olduğu küçük bir bölümünün ise heteroseksüel olarak yaşadığı görülmüştür. Yaklaşık olarak birkaçı ise CKB'si olan yetişkinler olmak da.

Çocuklarda CKB özellikleri yetişkinlerinkiyle aynıdır ancak bu özellikler yaşlarına uygun olarak meydana gelir. Öyle ki çocuklar güçlü şekilde karşı cinsten oldukları mevzusunda ısrarcı olur ve kendi cinsiyet özelliklerini reddederler.

Tanımlanmış veya Tanımlanmamış Diğer Cinsel Kimlik Bozuklukları

Bu kategorilerden birini tanısal kriterleri karşılamayan cinsel kimlik bozukluğu semptomları için kullanılır (Morrison, 2017).

Ayrırcı Tanı

İnterseks Bozukluklar

Dış genital yapının kız ya da erkek olduğunun şüpheli olduğu, genetik, anatomik ve fizyolojik bakımdan her iki cinsiyet özelliğinin bir arada görüldüğü bozukluklar “interseks” olarak tanımlanmaktadır. (Köroğlu ve Güleç 2007). CU’de ise; interseks durumlardan daha farklı şekilde kişi genetik, anatomik yahut fizyolojik bir bozukluk bulunmaksızın yanlış bedende doğduğu gibi bir his yaşamaktadır.

Transvestizm

Kişinin cinsel uyarılma yaşaması ve doyum elde etme arzusundan dolayı karşı cinsin kıyafetlerini giyinmesidir. Bu bağlamda CU ile karıştırılması söz konusudur ancak transvestizmde bireyin bedeninden hoşnut olduğunu belirtmek mümkündür öte yandan cinsiyet değiştirmek gibi bir ihtiyacı da görülmemektedir. Tabi bu bahsi geçen iki durum kimi zaman bir arada da bulunabilir (Sungur ve Yalnız 1999).

Şizofrenik Bozukluk

Bir şizofreni hastasında çok sık yaşanmasa da bazen karşı cinsiyette olma sanrısı karşılaşılabilen bir durumdur. Bu noktada bilmemiz gereken CU, şizofreninin nadir bir belirtisi şeklinde karşımıza gelebilmektedir. Ancak seyrek şekilde şizofreni sekonder CU sebebi olarak görülmüştür (Rameez 2008).

Erkeksi Lezbiyenler

Bu bireyler için ise; cinsel özdeşim anatomik cinsiyetleri ile paralel olduğunu ve cinsel kimlik değiştirme ihtiyacının bulunmadığını vurgulamak mümkündür

(Koroğlu ve Guleç 2007). Öte yandan eğer kişi bir stres yaşamakta ise belli bir dönem transseksüel özellikler içinde olabilir (Sungur ve Yalnız 1999).

2.4. Cinsiyet Değiştirme

Uyum Sonrası Belirteci

Bu kavram aslında hastanın artık istediği cinsiyette bir birey olarak yaşadığı ve bir ya da birden fazla cinsiyet değiştirme operasyonu geçirdiği veya geçiriyor olduğu anlamına gelmektedir. Bu da düzenli şekilde karşı cins hormonu alma tedavisi ve istenilen cinsiyete geçmek için cinsiyet değiştirme operasyonu gibi tedavileri kapsamaktadır.

Ameliyat genetik olarak erkek olanlarda testislerin cerrahi operasyonla çıkarılması, penisin cerrahi operasyonla çıkarılması ve vajinoplasti ve genetik olarak kadın olanlarda ise metoidiyoplasti ya da falloplasti işlemlerini kapsar (Morrison, 2017).

2.4.1. Cinsiyet Değiştirme Cerrahisi

Kadınlaştırma Cerrahisi

a. Meme Büyümesi ve Mamoplasti: Bireyin kadınlaştırılması sürecinde hormon tedavisi yer alır. Bu uygulama sayesinde memelerde büyüme gerçekleşir. Yapılan uygulamadan bireyin tatmin olmaması söz konusu olursa mamoplasti uygun olabilir (Cohen, Goren, 1999).

b.Genital rekonstrüksiyon

c.Vajinoplasti birkaç prosedür taşımaktadır. :

(a) Duyusal ve estetik açıdan kabul edilebilir düzeyde klitoris, labia minör ve majordan oluşan vulvanın oluşturulması,

(b) Üretranın kısaltılması,

(c) Vajinanın oluşturulması. Burada dikkat edilen; duyusal manada aktif bir yapının oluşturulabilmesidir ve vajina cinsel ilişkiye imkân verebilecek bir yapıda olmalıdır

(d) Cinsel uyarım sırasında üretral alanda daralma olmasını önlemek için erektil dokunun uzaklaştırılması (Cohen, Goren, 1999).

d. Kişideki erkeksi yüz hatlarını farklılaştırmak için yüz ve boyun cerrahisi gerçekleştirilir. Bu noktada bazı küçültme operasyonları da gerçekleşir, çenede ve adem elmasında küçültme girişimlerinde bulunulur, öte yandan dudaklara ve yanak bölgesine de dolgu eklenebilir (Ainsworth TA, Spiegel JH, 2010).

e. Ses teli cerrahisi: Larengeal yapının ve ses tellerinin cerrahi girişim ile değiştirilmesi. CU olan kadınlar seslerin bir değişim sağlanması için öncelikle konuşma terapistinden destek alabilirler eğer bu tedaviden fayda sağlanmaz ise; cerrahi bir uygulama gerçekleşir (Bowman C, Goldberg JM,2006).

f. Başka cerrahi girişimler: Kişiler arzu ederlerse saç nakli gerçekleştirilir. Yine CU olan kişinin arzusuna göre bel bölgesinde bir inceltme girişimi olabilir. Bunun için bazı kaburgaların çıkarılması gerekmektedir (Bowman C, Goldberg JM,2006).

2.4.2. Hormon Tedavisi

Erkekten kadına dönüşüm ameliyatında estradiol 100 µg/gün veya konjüge östrojen 2.5 mg/gün tercihi yapılır. Eğer kişi orta yaşlarda ise transdermal kullanımı uygun görülebilir.

Total testosteronun 25ng/dl altında olacak şekilde düzenlenmesi önerilmektedir. Eğer östrojen dozu önerilenin iki katına ulaşırsa, östrojen gereksinimini en aza indirmek için, spironolakton gibi antiandrojen ilaçlar eklenebilir. Değerlendirmeler ise 6 ay ile 1 sene içinde gerçekleşir (Cohen, Goren, 1999, Moore E, Wisniewski A, Dobs A.2003).

Hormon tedavisine başlama yaşına ilişkin görüş ise; 18 yaşın uygun bulunduğu yönündedir. Bu konuda özellikle de ergenlik sürecinde olan bireylerin hormon tedavisine başlayıp başlamaması konusu henüz tartışılmakta ancak sonuçlandırılmamaktadır. Burada öncelikli olan nokta; bireyin tanısında emin olmak, bu konuda uzmanların bir fikir birliği sağlamış olmasıdır. Diğer nokta; bireyin izlenmesi, tedavisinin başlatılıp başlatılmaması konusunda iyi bir gözlem yapılmasıdır. Yapılan çalışmalarda gözlenen ise; biyolojik kadınlara androjen,

biyolojik erkeklere östrojen, progesteron ve testosteron önleyici ilaçlar ile tedavi başladığında, bireylerin karşı cinsin görünüşüne sahip olmaya başlaması ve kendisini hissettiği cinsten biri olarak görmenin verdiği rahatlama duygusudur.

Hormonlar Tedaviyle Oluşan Değişimler

Biyolojik erkeklerin tedavisinde östrojen kullanımı söz konusudur. Bunun neticesinde kişilerde bir takım değişimler gerçekleşir; örneğin ciltlerinde bir yumuşama başlar. Memelerde de büyüme gerçekleşir. Kişilerin bedenlerinde yağ dağılımı da kadınların bedenlerindeki yağ dağılımı gibi olmaya başlar. Öte yandan bireylerin kıl miktarında da azalma gerçekleşir. Erkeklerin bu süreçte cinsel organlarının sertliğinde de azalmalar söz konusu olur. Normalde erkeklerin bedeninin üst kısmı kadınlardan daha güçlü bir yapıdadır ancak ilaçların etkisi ile bu üst kısımda da bir güç eksilmesi gerçekleşir. Burada bilinmesi gereken önemli noktalardan biri, tedavinin kesilmesi hususunda yaşanan değişimlerin geri dönüşümünün olabilmesidir. Bunların yanında hormon tedavisi başlayan bireylerde kalıcı değişiklikler de yaşanmaya başlar. Örneğin kadınlarda sesin daha derin bir şekilde çıkması, memelerde küçülmenin başlaması, bedendeki kıl miktarında bir artış görülmesi, vücudun üst tarafında gücün artışı, vücut yağlarında azalmaların başlaması, bedendeki tüyler artarken saçlarda ise erkeklerinki gibi bir açılmanın başlaması sayılabilir. Bunlar hormon tedavilerinde istenen ve beklenen sonuçlar olarak görülür.

Ancak tedavilerin getirdiği bazı tıbbi yan etkiler de söz konusudur. Burada özellikle kardiyovasküler hastalık riski olan kişiler önem arz etmektedir. Çünkü gerçekleştirilen hormon tedavisinin sonucunda önemli ölümcül neticelere dikkat çekilmektedir. Riskli grubun içinde; kalp hastası olan kişileri, sigara kullananları, kan pıhtılaşması sorunu yaşayanları sayabiliriz. Özellikle biyolojik erkeklerde bu konu ele alınmaktadır. Kadınlarda da erkeklerde de hormon ile tedavi olunması sonucunda pıhtılaşmaya eğilim söz konusu olabilmektedir. Bunun yanında memelerden sütün gelmesini sağlayan hipofiz prolaktinomaları gelişimi gerçekleşebilir.

Kadınların tedavisinde testosteron kullanımı sonucunda da bazı yan etkiler gelişir. Burada yine üreme konusundaki azalışlar meydana gelir. Kadınların da ruh halinde erkeklerdeki gibi değişimler meydana gelir. Karaciğerle ilgili sıkıntılar, erkekteki gibi kalp ve damar hastalıkları ile ilgili sorunlar olası yan etkiler arasında sayılabilir, kadınlar da psikiyatrik bozukluklar ile ilgili de bir artışın söz konusu olduğu belirtilmektedir (<http://www.cetad.org.tr/73/sik-sorulan-sorular/48/transseksuelite>).

Hormon tedavisine adım atılması için; öncelikle yukarıda da bahsettiğimiz gibi bir psikososyal değerlendirmenin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Değerlendirmelerin neticesinde hormon tedavisine başlanılacak ise; kişinin rızasını belirten bir form kullanılır. Burada bilinmesi gereken yapılacak tedavinin oluşturacağı riskler ve muhtemel yan etkilerdir. Çünkü tedavi fiziksel ve ruhsal pek çok sonuca gebedir. Bireyin tüm bunları iyi anlaması gerekmektedir.

Hormon tedavisi neticesinde meydana gelişen fiziksel değişimler aşağı yukarı iki sene içinde oluşur. Tabi ki burada bireysel farklılıklar da söz konusudur (Hembree ve ark. 2009). Ele alınan konulardan biri de bireyin gösterdiği klinik özellikleridir. Çünkü bu özellikler gözlenerek ilaçların uygulaması ve dozu farklılıklar göstermektedir (Hembree ve ark. 2009).

ETKİ	BAŞLANGIÇ	MAKSİMUM
Deride yağlanma, akne	1-6 ay	1-2 yıl
Yüz ve beden yağlanması	6-12 ay	4-5 yıl
Saç kaybı	6-12 ay	4-5 yıl
Kas kütlelerinde artma	6-12 ay	2-5 yıl
Menslerin kesilmesi	2-6 ay	2-5 yıl
Sesin kalınlaşması	6-12 ay	1-2 yıl
Yağ dağılımı	1-6 ay	2-5 yıl
Kiltoral büyüme	3-6 ay	1-2 yıl
Vajinal kalınlaşması	6-12 ay	1-2 yıl

Şekil 1: Hormon Tedavisinin Etkileri

2.5. Cinsiyet Uyumsuzluğunu Konu Alan Çalışmalar

Türkiye’de CU konusu ile ilgili araştırmalar yalnızca psikoloji ve psikiyatri alanında değil pek çok disiplin içinde de araştırma konusu olarak görülmektedir. Alan yazında Kaptan’ın 2010 yılında CKB olan 16-50 yaş arasında 50 transseksüel bireylerle gerçekleştirilen çalışmada sosyal destek ve psikiyatrik komorbidite ele alınmıştır.

Söz konusu araştırmada, transseksüel bireylerde kontrol grubuna göre daha yüksek psikiyatrik tanı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Mevcut tanılardan en çok karşımıza çıkan rahatsızlık ise; depresyon olmuştur. Araştırmada depresyon % 48 olarak bulunmuştur. Öte yandan anksiyete bozukluğu oranına baktığımızda ise % 6 olduğu bulgusu ile karşılaşmaktayız. Yine yapılan çalışmanın intihar girişimi oranlarına bakıldığında bu transseksüellerde yaşam boyu intihar girişimi her üç kişiden birinde görülmektedir. Bu oranın genel nüfus ve kontrol grubundan yüksek olduğu da bildirilmiştir. Öte yandan karşımıza çıkan diğer veri ise; cinsel travma öyküsüdür; Cu olan bireylerde bireylerde cinsel travma öyküsü, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda Cu olan bireylerin ailelerinden aldıkları sosyal düşük, Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin neredeyse tüm alanlarında (psikoloji, sosyal alan, genel yaşam kalitesi vb.) transseksüellerin anlamlı derecede düşük puanlar aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bir diğer araştırma ise; Ankara Üniversitesinde gerçekleştirilmiştir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası’nda yayınlanan derleme çalışmasında biyolojik mekanizmalar, toplumsal yaşam olayları, doğum sırası, anne ve babanın yaşı, meslekleri, evlilik ilişkileri, cinsel ilişkilerinin sıklığı ve döllenmenin gerçekleştiği mevsim gibi unsurların cinsiyet oranına etkisinin ele alındığı araştırma verileri mevcuttur. Buna ek olarak bir metaanaliz çalışması bulgularında da anne-baba maskülen bir mesleğe sahipse erkek çocuk, feminen bir mesleğe sahiplerse kız çocuk sahibi olma oranlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Özdemir ve Ark., 2005). Bu konuda ile ilgili araştırmalar da bulunmaktadır. Onları incelediğimizde ise; okul öncesi çocuklarda cinsel kimlik kazanım süreciyle ilgili bir araştırmada cinsel kimlik kazanımını etkileyen unsurların içinde anne-baba ile büyüme, çocuklara verilen oyuncaklar, kitap ve medya etkisi, annenin çalışması, erkek ya da kız çocuk beklentisi, baba yokluğu, babanın ya da annenin cinsel rollerini yerine getirmemesi gibi unsurlar söz konusudur (Ünlü, 2012).

Dikkat çeken hususlardan biri çevrenin, yani söz konusu erken dönem nesnelere çocuğun cinsel kimliğine olan etkisidir.

Bir diğere araştırma ise; şizofreni hastaları ile ilgilidir. Bu hastalarda fiziksel görünümüne dair oluşan sanrılar ve bireyin görünüşünü değıştirme arzularına rastlamak mümkündür. Sanrılar karşı cinse ait olduğı gibi şekillerde çok sık olmasa da karşılaşılan sanrı tipleridir. Bizler bu konuda bilmeliyiz ki bazen şizofreni ile transseksüalite birlikte görülebilir. Bu bağlamda ayırıcı tanı çok önemlidir, şizofreni ve transseksüalizmin gerçek komorbiditesi ile psikozun bir belirtisi olarak görülen transseksüalizmin ayırımı yapılmalıdır.

Bu bağlamda alanyazında antipsikotik tedavisinin gerçekleştirilmesi sonucunda psikozun düzelmesi söz konusudur, ilaçla birlikte bireyde transseksüel belirtiler de yok olmaktadır (Campo ve ark. 2001, Brune 1996, Caldwell ve Keshevan 1991, Commander ve Dean 1990). Gerçekleştirilen araştırmalar CKB olan çocuklarda bu durumun genelde devam etmediğı yönündedir, bunun yanında 12 yaş altı çocuklara müdahale yapılmamasına dair ortak bir görüş söz konusudur.

Fakat ergenlik konusunda bu alanda sınırlı araştırma yapılsa da ergenlik döneminde CKB'nin kalıcı olduğı verisi söz konusudur. Bu sebeplerden dolayı özellikle 12-16 yaş grubundaki kişilere uygulanan hormon tedavi programında yalnızca puberte bloke edici hormonların kullanılması tavsiye edilmektedir (Cohen-Kettenis ve ark 2008).

İkiz ve aile çalışmalarında CU konusu ile ilgili ulaşılan verilerde ise bu durumun kalıtsal olabileceğı sonucu mevcuttur (Green 2000).

Tüm bu çalışmaların sonucunda cinsiyet değıştirme ameliyatı sonrasında bireylerin bu durumdan memnuniyetini ele alan araştırmalarda; memnun olma %87-97 arasında (Green ve Fleming 1990), ameliyattan sonra pişman olan bireylerin oranı, CU olan kadınlarda %1-1.5, CU olan erkeklerde ise %1 olduğı sonucuna ulaşılmıştır (Pfaefflin 1993).

2.6. Psikolojik İyi Olma Hali

Sigmund Freud'a göre kişiler yaşamın içinde kimi zaman zorluklar yaşar, kimi zaman mutlu hissetmezler. Bunlar aslında her insan için kaçınılmaz olan durumlardır. Ancak ruhsal olarak sağlıklı olmak için bireyin yaşamında önemli olan iki nokta vardır. Bunlardan birincisi sevmektir, ikincisi çalışmaktır (Ewen, 1988; Akt: Cenkseven, 2004). Jung'un psikolojik sağlığı ele alırken, kişinin sahip olduğu yaşamın gereklerini yerine getirmesinin önemine vurgu yapmaktadır (Cenkseven, 2004). Adler, ise kişilerin üstün olma çabasına ve temel uğraşlarına vurgu yapmaktadır, bu bağlamda toplumun faydası yönünde çabalamak önemli görülmektedir. Üstünlük çabası kişinin kendi çıkarları için değil, toplumun çıkarları ve faydası için gösterilmelidir (Ewen, 1988).

Ryff (1989) tarafından ileri sürülen psikolojik iyi oluş modeli altı unsuru kapsamaktadır.

1-Kişinin o güne dek kendisi hakkında yaptığı olumlu değerlendirmeler. Burada değinilmek istenen kavram öz kabuldür. Kişinin kendisiyle olumlu bir diyalog halinde olması onun özgüveninin gelişimi için de önemli görülmektedir.

2.Bir diğer nokta ise; kişisel gelişimdir.

3.Hayatın anlamlı olduğuna dair bir kabulünün olması ve insanların bir yaşam amacına sahip olması.

4.Diğerleriyle kurulan ilişkilerde samimi olabilmek, etrafımızdaki insanlara karşı güven hissedebilmek ve ilişkilerimizin olumlu yönde sürmesi.

5.Kişinin sahip olduğu arzu ve gereksinimlerin neticesinde yaşadığı sorunlarda dışardan gelen etkileri manipüle etme gücü bir diğer deyişle çevresel bir hâkimiyetin varlığı önemlidir.

6. Kendi başına karar alma gücü - özerklik otonomi- (Ryff, 1989; Ryff ve ark., 1999).

Başkaları ile olumlu yönde ilişkilere sahip olmak, bireyin tüm sosyal yaşamını içeren bir faktördür. Bu ilişkilerde kişi diğerleri tarafından onaylanmayı, hissettiği duygulara cevap almayı arzu eder. Çoğu zaman ise duygularına ket vurur. Eğer kişi

istek ve duygularını fazlaca bastırır ise negatif duyguları da içinde taşımak zorunda kalır (Geçtan,2010). Yakınlaşmanın tek yolu da kendini ifade etmektir. Duygularımızı ve isteklerimizi, ihtiyaçlarımızı ifade etmek ilişkide bizi birbirimize iyice yakınlaştırır. Hayatta yol almak için aslında ihtiyacımız olan üç temel besin maddesinden bir tanesi sevgidir. Onu da ilişkiler içinde sağlayabiliriz. Aidiyet, sosyallik de bu ihtiyacı karşılamaya katkı sağlar. Sevgiyi en başta kendine sunan, kendini tanıyan, duygu ve düşüncelerinin farkında olan, sevilme ve ait olma ihtiyacının farkında olan, güçlü yanlarını ve geliştirmesi gereken özelliklerini ayırt edebilen, hayattan ve bir ilişkiden beklentilerini bilen insanlar kendi duygu, düşünce ve davranışlarını yönetebilir ve bu sayede başkalarının duygu, düşüncelerini, davranışlarını etkileyecek tepkiler gösterebilir (Tarhan, 2017).

Her insanın kendine özgü yetenekleri, zayıf ve güçlü yanları vardır. Hiçbir insan mükemmel değildir ve insanlar yaşamları boyunca karşılaştığı durumlarda iyi ve kötü düşüncelerle ile olumlu ve olumsuz duygular yaşamaktadırlar (Geçtan, 2000). Herkesin kendine has kendi ve çevresini algılayış şekli, alışlagelen tarz ve davranışları vardır. Kendimizi, başkalarını, olayları algılama ve yorumlama biçimimiz, duygusal tepkilerimizin yoğunluğu, şiddeti, biçimi, tutarlılığı ve uyumu hakkında bilgi sahibi olmak kendini tanımanın ilk adımıdır. Kendimize ait özellikleri biliyor olmak yaşamımızı etkileyebilme gücüne inanmak, amaçlar belirlemek, diğer insanları anlamak ve yaşama anlam kazandırmak açısından oldukça önemlidir (Tarhan, 2017).

Kendini tanıma sorusuna pozitif yönde bir yanıt almak için kişinin özenli bir şekilde benliğini sorgulaması ve kendini tanımak konusunda istek duyması önemlidir. Eğer bu arzusu içinde kararlı davranır ise; yalnızca kendisine dair pek çok şeyi öğrenmiş olmayacaktır. Burada aslında elde edeceği şey; psikolojik bir kazanımın da görülebilecek olmasıdır. Bunlar neticesinde kendisine karşı samimi, ilgi ve alakalı olabilecek ve iyi şeyler yaşamaya kendisini layık görmeye başlayacaktır (Jung, 2016).

Bu bilgiler ışığında kişilerin iyi hissetmeleri için öncelikle sahip oldukları niteliklerine karşı bir kabul duygusu içinde olmaları gerektiği ortadadır, öte yandan eğer bu kabul duygusu yüksek olur ise psikolojik iyi oluş da bundan etkilenecektir.

İyi hisseden kişilerin cinsel yaşamlarında da daha iyi hissettikleri bilinmektedir (Ryff, 1989).

Adler, Rogers ve Sullivan gibi birçok kuramcı, ilişkilere dair yaptıklarını tanımlamalarda iki kavrama dikkat çekmektedirler. Bunlardan birincisi samimiyet, bir diğeri ise güven hissidir. Ryff (1989) eğer kendimize karşı olumlu tavırlar içinde bulunursak daha olgun davranışlar içinde olucağımıza ve sahip olduğumuz yeteneklerimizi daha iyi şekilde kullanabileceğimize vurgu yapmaktadır. Kendimizi yakından tanımak konusunda arzu duyarsak ve ihtiyaçlarımızı, beklentilerimizi iyi anlarsak bu bizim davranışlarımızı da değiştirecektir. Olumlu yönde kendimizle kurduğumuz iletişim diğerleriyle olan ilişkilerimize de yansıtacaktır. Diğerlerinin bize gösterdikleri tepkileri de daha iyi anlamamız söz konusu olacaktır (Tarhan,2017).

Ryff (1989) pozitif psikolojik işlevselliğin 6 unsurundan oluşan bir model geliştirmiştir.

Psikolojik İyi Olma Modeli

Kendini Kabul/ Öz Kabul:

İyi oluşa dair pek çok bakış açısı söz konusudur. En çok ele alınan unsurlardan biri de kişinin kendini kabul duygusuna sahip olmasıdır. Öyle ki bu duygu kişinin zihinsel sağlığı için de çok önemli bulunmaktadır. Kuramlar da kişilik gelişimi için öncelikle geçmişin kabul edilmesi gerektiğine vurgu yapmıştır. Burada olumlu bir benlik değeri olması şarttır. Benlik değeri, benliğin duygusal ve değerlendirilebilir boyutudur. Çevre ile olan ilişki benlik değerine katkıda bulunur. Küçük yaştan itibaren benlik değerini arttırmak için yeterli oldukları ve başarılı olabilecekleri alanların bireylere tanıtılması, duygusal destek ve onay vererek güven duygularının pekiştirilmesi önerilmektedir (Santrock, 1993). Benlik saygısı ise; özsaygıdır. Bireyin benliğini beğenme derecesidir. Benlik saygısı benliğin duygusal yanıdır. Kişi hayatı boyunca benliğini sürdürme çabasında olur, benliğine yeni şeyler ekleyebilme, kendisini geliştirme gayesine girer. Gerçek şu ki; bireyin sahip olduğu içsel eğilimleri sağlığa ve bütünlüğe yöneliktir; normal koşullar içinde mantıklı ve yapıcı yollardan kişiliğini geliştirmeye çalışır (Geçtan, 1984).

Başkalarıyla Olumlu İlişkiler: Harry Stack Sullivan, kuramında kişiliğin öncelikle kişilerin birbirleriyle ilişkilerinin sonucu oluştuğuna inanıyordu. İki noktaya vurgu yapılmıştı; ihtiyaçlar ve sevgi. İhtiyaçlar yemek, oksijen ihtiyacı gibi fizyolojik ya da samimiyet ve şefkat ihtiyacı gibi kişilerarasıdır. Samimiyet bu açıdan yalnızlığı ve kaygıyı da azaltır. Kişilerarası gelişimi teşvik eder. Kaygının da kişilerarası ilişkilerde aksamaların temel sebebi olduğunu iddia etmiştir (Kleinman, 2015).

Otonomi/ Özerklik: Kendini gerçekleştirenler kültürlenmeye (çevresindeki kültürü kabullenmeye) karşı otonom /özerk işleyiş ve direnç gösteren kişiler olarak tanımlanmaktadır (Ryff ve Singer, 1996). İnsancıl psikologlar insanın yaşamın yönünü saptamada özgür olup olmadığı konusunda olumlu düşünürler. Günlük yaşamda insanın, bazı sınırlar içinde olsa da seçimlerini özgürce yapabileceğine ve olaylar üzerinde belirli bir denetime sahip olduklarını inanırlar. Bazı insanlar ise bu konuda kendini yaşama arzusunda olan kişinin kati suretle toplum içinde zıt davranışlarda bulunacağına dair inançlara sahiptirler ve bu da kişinin sosyal yaşamda izole olmasına neden olacak bir durum gibi algılanır (Geçtan, 2000). Eğer kişi otantik değil ise; dünyasında özerk olamaz, kendisini varoluş alanından ayırmış ve sorumluluğu kendine yabancı olan güçlere bırakmıştır (Özakkaş, 2017).

Çevresel Hâkimiyet: Bu noktada çevrenin bireye getirdiği kazanımlar ve çevre üzerindeki hâkimiyete vurgu yapılmaktadır. Kişinin kendi psikolojik durumuna uygun şekilde bir çevre, sosyal yaşam tercih etmesi gerekmektedir. Bireyin hayat boyu gelişimi için etrafındakilerine yönelik bir kontrol gücünün varlığı söz konusudur. Örneğin, etrafındaki fırsatları değerlendirmesi çevresinde gelişen durumlardan bir kazanım gerçekleştirmesi başarılı bir büyüme için gereklidir.

Burada bilinmesi gereken eğer kişi kendisini yetkin görebiliyor ise; bu girişimi gerçekleştirebilir. Öte yandan bir gerçek de şu ki; ne kadar yetkin ve özgüven sahibi insanlar olsak da sağlıklı ve verimli bir hayat sürmek için başkalarına ihtiyaç duyarız (Lerner, 2016).

Yaşam Amaçları: Her kişinin yaşamına dair amaçları, çabaları ve hayatlarına koydukları anlamlar vardır. Kuramlar da; yaşamda gelişim için üretken olabilmek,

yaratıcı olmak, amaç ve hedeflere sahip olmak konularına vurgu yapmaktadırlar (Geçtan, 1984).

Kişisel Gelişim: İnsanın kendini gerçekleştirme; var oluşunu olumlu ve anlamlı bir temele oturtup içsel bütünlüğü hissedebilmesi ancak kendini anlaması ve kendisini kabul edebilmesiyle mümkündür. İnsan kendini olumlu ve olumsuz özellikleriyle tanıır ve olduğu gibi kabul ederse kendisiyle bağı güçlü olur ve ancak o zaman insanın olumlu bir benlik algısına sahip olduğu söylenebilir. Olumlu benlik algısına sahip bireyler kendine güvenir, kişilik sınırlarının farkındadır. İç iletişimi sağlayamamış bir insanın ise, dış iletişimde başarılı olması beklenemez. Kendi benliğindeki eksik ve kusurları kabullenmeyen bir insan başkalarının da eksikliklerini, kusurlarını kabul edemez ve bu kabul edilemezliği ister istemez kuracağı ilişkilere davranışlara yansıtır (Tarhan, 2017).

2.7. Sosyal Kabul

Sosyal Kabul kendini kabul kavramının sosyal karşılığıdır ve diğer insanların genel anlamdaki özellikleri ve karakterleriyle toplumun yorumlanmasıdır. Kalıtım ve çevre bizi şekillendirir ve etkiler. Çevremizdeki en önemli erken etki ise; ailemizdir. Daha geniş bir kapsamda, aile ortamımız erken dönem dünyamızın şekillendiricisidir. Anne babamızın bize karşı gösterdiği onaylar ve başarılarımıza karşı tepkileri bizim kendimize güven duymamızda ve kabul edildiğimizi hissetmemizde oldukça önemlidir. Ancak ailemiz bize karşı duyarsız olursa ve gerekliliği görmez isek kendimize dair olumsuz inançlar geliştirebiliriz. Ortaya çıkan bu durum da başka inancın kaynağını oluşturabilmektedir. “Bir erkeğin ilgisinin devam etmesini sağlayamam.” gibi. Bu inançlar yüzünden birey reddedilebileceği koşullardan çekinme eğilimi gösterebilmektedir. Yabancı insanlardan oluşan bir gruba giren bir kişi “aptal görüneceğim” diye düşünüp adım atmakta tereddüt edebilir. Başka bir kişi “onları eğlendirebilirim” düşüncesi ile duruma tepki verebilir (Köknel, 1985) Ya da saldırgan ebeveynler davranışlarından dolayı çocuğu susturur, aşağılar, ona sürekli bağırır, kızar, onu döver. Bu yaklaşım çocukta, kendine güvensizlik, çekingenlik, düşük benlik saygısına neden olabilmektedir (Jacob, 2017). Küçük çocuklar, özellikle onlara kim olduklarını ve ne olmaya muktedir olduklarını söyleyen ebeveynlerine bağlıdırlar. Çocukların kendileri hakkında bir değer duygusu

geliştirebilmeleri için olumlu yorumları tekrar ve tekrar duymaya ihtiyaçları vardır (Ginott, 2014). Öyleyse sosyal kabul için ilk olarak karşımıza çıkan nokta ailedir.

Sosyal kabulü deneyimleyen bireyler başkalarına güvenir, diğer insanların da iyiliksever olabileceklerini düşünür ve insanların çalışkan, üretken olabileceklerine inanır. Sosyal kabul sahibi kişiler insan doğasıyla ilgili olumlu görüşlere sahiptir ve başkalarıyla birlikteyken rahat hissederler. Temel sosyal ihtiyaçların karşılanması birey için çok önemlidir. Bunlar; sevgi, saygı ya da kabul görme, ait olma, kimlik ve güvenliği kapsamaktadır (Taşdan, 2008).

Çekirge (1999)'ye göre; birey iç dünyası; arzuları, hayalleri, düşünceleri ile dış dünya arasında bir çatışma yaşar. Bir yandan da aile üyelerinden ve sosyal çevresinden kabul edilme gayretindedir. Oluşan bu gerginlikler bireyin kaygı hissetmesine ve nevrotik yakınmalar meydana gelmesine yol açmaktadır.

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1.Araştırma Modeli

Araştırma ilişkisel tarama modeli baz alınarak uygulanmıştır. İlişkisel tarama modeli iki veya daha fazla değişkenler arasındaki ilişkinin saptanmasına dayanmaktadır. Örneklem seçimi basit-rastgele örneklem seçimi türüne göre yapılmıştır. Araştırmanın 91 gönüllü katılımcıyla yürütülmüştür Katılımcılar İstanbul ilinde yaşayan bireylerden seçilmiştir. Katılımcıların onamları yazılı olarak alınmıştır.

3.2.Çalışma Grubu

Araştırma 91 gönüllü katılımcıyla yürütülmüştür. Katılımcılar İstanbul ilinde yaşayan bireylerden seçilmiştir.

3.3.Araştırma Örnekleme

Çalışmanın evrenini yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların evrenden seçkisiz seçilmesi ve sınırlılıkları dâhilinde eşdeğerliliği sağlayabilmek için gruplara seçkisiz atanması yapılacaktır. Seçkisiz Örnekleme Yöntemi, evrenden örneklem için birim çekme işleminin seçkisizlik ilkesine uygun olarak yapılmasıdır. Örneklem grubu basit seçkisiz örnekleme ile seçilmiştir.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.4.1. Beden İmajı Ölçeği (BİÖ)

Berscheid, Walster ve Bohrsbedt (1973) tarafından geliştirilmiş, uyarlama çalışmaları Gökdoğan (1988) ve Çok (1990) tarafından yapılmıştır. Maddeler "son derece hoşnutum"dan (5), "hiç hoşnut değilim"e (1) doğru sıralanır. Yüksek puan bedeninden hoşnut olmayı, düşük puan ise bedeninden hoşnut olmamayı ifade etmektedir Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Katsayısı, "kulaklar" maddesi dışındaki tüm maddelerde 0,05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin test tekrar test güvenirlik katsayısı $r = 0,88$ 'dir (Çok, 1988).

3.4.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Self-Esteem Scale), 1965 yılında Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Toplam 63 maddeden oluşan ölçeğin 10 maddeden oluşan benlik saygısı boyutu ayrı şekilde uygulanabilmektedir. Türkçe uyarlaması Çuhadaroğlu (1986) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin psikometrik özellikleri, Türkçe uyarlama çalışmasında 0,71 bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği 0,75' tir (Çuhadaroğlu, 1986).

3.4.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ)

Ölçekte yer alan konular, “Fiziksel fonksiyon, Sosyal fonksiyon, Fiziksel rol fonksiyonu, Emosyonel fonksiyon, Mental sağlık durumu, Enerji / yorgunluk, Ağrı, Genel sağlık algısıdır.” 8 alt skalada 36 soruyu kapsamaktadır.

3.4.4. Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90 R)

Kişilerin kendilerinin tanımladığı çeşitli ruhsal belirtileri ölçmek amacıyla 90 sorudan oluşan bir ölçektir. SCL-90 Johns Hopkins Üniversitesi psikometrik araştırma ünitesinde; Leonard R. Derogatis ve arkadaşları tarafından 1971 yılında Hopkins Symptom Checklist (HSCL) envanterinden yardım alarak geliştirilmiştir. HSCL'nin beş alt ölçeği olan: somatizasyon, obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı ve bunlara ek olarak öfke-düşmanlık, fobik reaksiyon, paranoid düşünce, psikotizm ek skalası eklenerek 0-1-2-3-4 olarak puanlanmaktadır. Dokuz alt ve bir ek skaladan oluşan on semptom gruplu bir kendini anlatma envanteri haline getirilmiştir. Doksan maddeden yedisi ek skalaya ait olup, ana gruplar dışında onuncu semptom grubu suçluluk duyguları, yemek yeme ve uyku bozukluğu gibi belirtileri içermektedir.

3.5. Verilerin Analizi

Veri toplama araçları ile elde edilen veriler bilgisayar ortamına sayısal ifade olarak girilmiş ve bu veriler sosyal bilimler için istatistik paket programı (SPSS 25) kullanılarak istatistiksel analizleri yapılmıştır.

Analizlere başlamadan önce veriler normal dağılım açısından incelenmiştir. Araştırma değişkenlerinin örneklem grubunda normallik dağılımının analizi için yapılan Shapiro-Wilk Testinde Stresle Beden İmajı Ölçeği (S-W= .976, Sd.= 90, p=.093) normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Benlik Saygısı Ölçeği (S-W= .974, Sd.=90, p=.064) normal dağılım gösterdiği görülmüştür.

SCL90 Ölçeği (S-W= .924, Sd.= 90, p=.000) normal dağılım göstermediği görülmüştür. Yaşam Kalitesi Ölçeği (S-W= .977, Sd.=90, p=.114) normal dağılım gösterdiği görülmüştür.

Uygulanan veri analizinde %95 güvenilirlik düzeyi temel alınmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Parametrik ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek Yönlü Varyans Analizi, parametrik olmayanlar için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

BÖLÜM IV BULGULAR

Bu bölümde araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formundan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

		Hormon Kullanan		Hormon Kullanmayan		Kontrol	
		f	%	f	%	f	%
Cinsiyet	<i>Kadın</i>	29	100,0	31	100,0	31	100,0
Cinsiyet Kimliği	Erkek	29	100,0	31	100,0	31	
Yaş	18-25	19	65,5	19	61,3	21	67,7
	25-30	4	13,8	9	29,0	6	19,4
	30-35	6	20,7	2	6,5	1	3,2
	35 yaş ve üzeri			1	3,2	3	9,7
	Toplam	29	100,0	31	100,0	31	100,0
Eğitim Durumu	İlkokul Mezunu	4	13,8	2	6,5	2	7,1
	Ortaokul Mezunu	8	27,6	3	9,7	16	57,1
	Lise Mezunu	14	48,3	19	61,3	9	32,1
	Üniversite Mezunu	3	10,3	6	19,4	1	3,6
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	17	58,6	23	74,2	14	46,7
	Çalışmıyorum	9	31,0	6	19,4	15	50,0
	İş Arıyorum	3	10,3	2	6,5	1	3,3
	Toplam	29	100,0	31	100,0	30	100,0
Medeni Durumu	Bekar	26	89,7	28	90,3	25	80,6

	Nişanlı	1	3,4	0	0,0	1	3,2
	Evli	0	0,0	0	0,0	4	12,9
	Birlikte Yaşıyorum	2	6,9	3	9,7	0	0
	Toplam	29	100,0	31	100,0	30	100,0
Aylık Gelir	0-1000 TL	10	34,5	6	19,4	11	35,5
	1001-2000 TL	8	27,6	14	45,2	10	32,3
	2001-3000 TL	8	27,6	8	25,8	8	25,8
	3001-4000 TL	0	0	1	3,2	1	3,2
	4000 ve üstü TL	1	3,4	2	6,5	1	3,2
Toplam Sosyal Güvence	Toplam	27	93,1	31	100,0	31	100,0
	Sosyal Güvencem						
	Yok	0	0	0	0	5	16,1
	Emekli Sandığı	3	10,3	5	16,1	1	3,2
	SSK	24	82,8	23	74,2	16	51,6
	Bağkur	0	0,0	0	0,0	4	12,9
	Diğer	2	6,9	3	9,7	5	16,1
	Toplam	29	100,0	31	100,0	31	100,0
Şu Anki Giyim Kuşam	Cinsiyetime uygun	29	0,0	31	0,0	30	96,8
	Olmayı İstediğim Cinsiyete Uyumlu	29	100,0	30	100,0	0	0,0

Cinsel İlgî

Sadece Kadınlara İlgi Duyuyorum	29	100,0	31	100,0	1	3,3
Sadece Erkeklere İlgi Duyuyorum	29	0,0	31	0,0	27	90,0
Hem Erkek Hem Kadınlara İlgi Duyuyorum	29	0,0	29	0,0	1	3,3
Ne Erkek Ne Kadınlara İlgi Duymuyorum	29	0,0	29	0,0	1	3,3
Toplam	29	0,0	29	0,0	30	100,0

Tabloda görüldüğü üzere, hormon kullananların %100,0'ı kadın, hormon kullanmayanların, %100,0'ı kadın, kontrol grubunun %100,0'ı kadındır.

Hormon kullananların %100,0'ının cinsiyet kimliği erkektir. Hormon kullanmayanların %100,0'ının cinsiyet kimliği erkek, hormon kullananların %65,5'i 18-25 yaş arası, %13,8'i 25-30 yaş arası, %20,7'si 30-35 yaş arası, hormon kullanmayanların %61,3'ü 18-25 yaş arası, %29,0'ı 25-30 yaş arası, %6,5'i 30-35 yaş arası, %3,2'si 35 yaş ve üzeri, kontrol grubunun %67,7'si 18-25 yaş arası, %19,4'ü 25-30 yaş arası, %3,2'si, %9,7'si 35 yaş ve üzeri, hormon kullananların %13,8'i ilkokul mezunu, %27,6'sı ortaokul mezunu, %48,3'ü lise mezunu, %10,3'ü üniversite mezunu, hormon kullanmayanların %6,5'i ilkokul mezunu, %9,7'si ortaokul mezunu, %61,3'ü lise mezunu, %19,4'ü üniversite mezunu, kontrol grubunun %7,1'i ilkokul mezunu, %57,1'i ortaokul mezunu, %32,1'i lise mezunu, %3,6'sı üniversite mezunu, hormon kullananların %58,6'sı çalışıyor, %31,0'ı çalışmıyor, %10,3'ü iş arıyor, hormon kullanmayanların %74,2'si çalışıyor, %19,4'ü çalışmıyor, %6,5'i iş arıyor, kontrol grubunun %46,7'si çalışıyor, %50,0'ı çalışmıyor, %3,3'ü iş arıyor.

Hormon kullananların %34,5'i 0-1000 TL gelire sahip, %27,6'sı 1001-2000 TL gelire sahip, %27,6'sı 2001-3000 TL geliri sahip, %3,4'ü 4000 TL ve üzeri gelire sahip, hormon kullanmayanların %19,4'ü 0-1000 TL gelire sahip, %45,2'si 1001-2000 TL gelire sahip, %25,8'i 2001-3000 TL gelire sahip, %3,2'si 3001-4000 TL gelire sahip, %6,5'i 4000 ve üstü TL gelire sahip, kontrol grubunun %35,5'i 0-1000 TL gelire sahip, %32,3'ü 1001-2000 TL gelire sahip, %25,8'i 2001-3000 TL gelire sahip, %3,2'si 3001-4000 TL gelire sahip, %3,2'si 4000 ve üzeri TL gelire sahip, hormon kullananların %89,7'si bekar, %3,4'ü nişanlı, %6,9'u birlikte yaşıyor, hormon kullanmayanların %90,3'ü bekar, %9,7'si birlikte yaşıyor, kontrol grubunun %80,6'ü bekar, %3,2'si nişanlı, %12,9'u evli, hormon kullananların %10,3'ü emekli sandığı, %82,8'i SSK, %6,9'u diğer, hormon kullanmayanların %16,1'i emekli sandığı, %74,2'si SSK, %9,7'si Bağkur, kontrol grubunun %16,1'inin sosyal güvencesi yok, %3,2'si emekli sandığı, %51,6'sı SSK, %12,9'u Bağkur, %16,1'i diğer, hormon kullananların %100,0'ı olmayı istediği cinsiyetle uyumlu giyiniyor, hormon kullanmayanların %100,0'ı olmayı istediği cinsiyete uyumlu giyiniyor, kontrol grubunun %96,8'i cinsiyetine uygun giyiniyor, hormon kullananların %100,0'ı sadece kadınlara ilgi duyuyor, hormon kullanmayanların %100,0'ı sadece kadınlara ilgi duyuyor, kontrol grubunun %90,0'ı sadece erkeklere ilgi duyuyor, %3,3'ü hem kadın hem erkeğe ilgi duyuyor, %3,3'ü ne kadın ne erkeğe ilgi duyuyor.

Tablo 4.2 Beden İmajı Ölçeğinin Puanlarının Grup Değişkenine Göre Farklılaşım Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

	N	\bar{X}	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
Hormon Kullanan Grup	29	3,6759	0,53014	Gruplar Arası	8,847	2	4,423	13,968	0,000
Hormon Kullanmayan Grup	31	3,0801	0,67511	Gruplar İçi	27,866	88	0,317		
Kontrol Grubu	31	3,7836	0,45914	Toplam	36,713	90			
Toplam Sonuçları	91	3,5096	0,63869						

Tabloda görülebileceği üzere, BİÖ'nün aritmetik ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=13,968$; $p<0,01$). Bu işlemin ardından ANOVA sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analiz tekniklerine geçilmiştir.

ANOVA sonrası hangi post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi sınanmış, varyansların homojen olduğu saptanmıştır ($LF=2,237$, $p>0,05$). Bunun üzerine varyansların homojen olması durumunda yaygınlıkla kullanılan LSD çoklu karşılaştırma tekniği tercih edilmiştir. LSD testinin tercih edilmesinin nedeni testin alpha tipi hataya karşı duyarlı olmasıdır. Gerçekleştirilen çoklu karşılaştırma analizi sonuçları aşağıda sunulmuştur.

BİÖ puanlarının grup değişkenine göre hangi alt gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonrası post-hoc LSD testi sonucunda hormon kullanan grup ile hormon kullanmayan grup arasında

hormon kullanan grup lehine istatistiksel olarak ($p < 0,05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu durum, hormon kullanan grubun hormon kullanmayan gruba göre BİÖ'den daha fazla puan aldıklarını ortaya koymaktadır.

Tablo 4.3 Benlik Saygısı Ölçeğinin Puanlarının Grup Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	N	\bar{X}	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
Hormon Kullanan Grup	29	3,0042	0,74132	Gruplar Arası	0,284	2	0,142	0,365	0,695
Hormon Kullanmayan Grup	31	2,9161	0,58600	Gruplar İçi	33,906	87	0,390		
Kontrol Grubu Toplam	30	3,0504	0,53228	Toplam	34,190	89			
	90	2,9893							

Tabloda görülebileceği üzere, BSÖ'nün aritmetik ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0,365$; $p>0,05$).

Tablo 4.4 Benlik Saygısı Ölçeğinin Puanlarının Grup Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Sonuçları

		N	\bar{X}	Ss.		K.T	Sd	K.O	F	p
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Hormon Kullanan Grup	29	3,3206	0,49870	Gruplar Arası	0,176	2	0,088	0,461	0,632
	Hormon Kullanmayan Grup	31	3,3103	0,45664	Gruplar İçi	16,793	88	0,191		
	Kontrol Grubu	31	3,4076	0,34516	Toplam	16,969	90			
	Toplam	91	3,3467	0,43422						
Bedensel Alan	Hormon Kullanan Grup	29	3,2365	0,47882	Gruplar Arası	0,135	2	0,067	0,330	0,720
	Hormon Kullanmayan Grup	31	3,2949	0,42847	Gruplar İçi	17,959	88	0,204		
	Kontrol Grubu	31	3,2028	0,44839	Toplam	18,093	90			
	Toplam	91	3,2449	0,44837						
Ruhsal Alan	Hormon Kullanan Grup	29	3,1092	0,68614	Gruplar Arası	4,954	2	2,477	7,461	0,001
	Hormon Kullanmayan Grup	31	2,9280	0,52790	Gruplar İçi	29,217	88	0,332		
	Kontrol Grubu	31	3,4828	0,50581	Toplam	34,172	90			
	Toplam	91	3,1747	0,61619						
Sosyal İlişkiler Alanı	Hormon Kullanan Grup	29	3,7931	0,83292	Gruplar Arası	0,758	2	0,379	0,555	0,576
	Hormon Kullanmayan Grup	31	3,5914	1,00262	Gruplar İçi	60,113	88	0,683		
	Kontrol Grubu	31	3,7742	0,59247	Toplam	60,872	90			
	Toplam	91	3,7179	0,82241						
Çevre Alanı	Hormon Kullanan Grup	29	3,3908	0,52840	Gruplar Arası	0,307	2	0,153	0,321	0,726

Hormon Kullanmaya n Grup Kontrol Grubu Toplam	31	3,5233	0,96745	Gruplar İçi	42,040	88	0,478
	31	3,4131	0,45252	Toplam	42,346	90	
	91	3,4435	0,68594				

Tabloda görülebileceği üzere, YKÖ'nün aritmetik ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0,632$; $p>0,05$).

Tabloda görülebileceği üzere, bedensel alan alt boyutu aritmetik ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0,720$; $p>0,05$).

Tabloda görülebileceği üzere, ruhsal alan alt boyutu aritmetik ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=7,461$; $p<0,01$). Bu işlemin ardından ANOVA sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analiz tekniklerine geçilmiştir.

ANOVA sonrası hangi post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi sınanmış, varyansların homojen olduğu saptanmıştır ($LF=2,054$; $p>0,05$). Bunun üzerine varyansların homojen olması durumunda yaygınlıkla kullanılan LSD çoklu karşılaştırma tekniği tercih edilmiştir. LSD testinin tercih edilmesinin nedeni testin alpha tipi hataya karşı duyarlı olmasıdır. Gerçekleştirilen çoklu karşılaştırma analizi sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Ruhsal alan alt boyutları puanlarının grup değişkenine göre hangi alt gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonrası

post-hoc LSD testi sonucunda hormon kullanan grup ile kontrol grubu arasında kontrol grubu lehine istatistiksel olarak ($p < 0,05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu durum, kontrol grubunun hormon kullanan gruba göre ruhsal alan alt boyutundan daha fazla puan aldıklarını ortaya koymaktadır.

Ruhsal alan alt boyutları puanlarının grup değişkenine göre hangi alt gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonrası post-hoc LSD testi sonucunda hormon kullanmayan grup ile kontrol grubu arasında kontrol grubu lehine istatistiksel olarak ($p < 0,05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu durum, kontrol grubunun hormon kullanmayan gruba göre ruhsal alan alt boyutundan daha fazla puan aldıklarını ortaya koymaktadır.

Tabloda görülebileceği üzere, sosyal ilişkiler alanı alt boyutu aritmetik ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0,576$; $p > 0,05$).

Tabloda görülebileceği üzere, çevre alanı alt boyutu aritmetik ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0,726$; $p > 0,05$).

Tablo 4.5 Örneklem Grubunun Eğitim Durumu Değişkenine Göre Şiddeti Derecelendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Yapılan Non-Parametrik Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

		N	S.O	Kruskal- Wallis H	Sd.	p
SCL90	Hormon Kullanan Grup	29	36,98	5,451	2	0,066
	Hormon Kullanmayan Grup	31	47,87			
	Kontrol Grubu	31	52,56			
	Toplam	91				
Somatizasyon	Hormon Kullanan Grup	29	36,41	6,042	2	0,049
	Hormon Kullanmayan Grup	31	48,32			
	Kontrol Grubu	31	52,65			
	Toplam	91				
Kişilerarası Duyarlılık	Hormon Kullanan Grup	29	39,21	3,920	2	0,141
	Hormon Kullanmayan Grup	31	52,68			
	Kontrol Grubu	31	45,68			
	Toplam	91				
Depresyon	Hormon Kullanan Grup	29	37,14	5,346	2	0,069
	Hormon Kullanmayan Grup	31	47,66			
	Kontrol Grubu	31	52,63			
	Toplam	91				

Öfke Düşmanlık	Hormon Kullanan Grup	29	43,24	0,701	2	0,704
	Hormon Kullanmayan Grup	31	45,68			
	Kontrol Grubu	31	48,90			
	Toplam	91				
Anksiyete	Hormon Kullanan Grup	29	40,09	4,605	2	0,100
	Hormon Kullanmayan Grup	31	43,52			
	Kontrol Grubu	31	54,02			
	Toplam	91				
Obsesif Kompulsif Belirtiler	Hormon Kullanan Grup	29	36,57	7,560	2	0,023
	Hormon Kullanmayan Grup	31	45,53			
	Kontrol Grubu	31	55,29			
	Toplam	91				
Fobik Anksiyete	Hormon Kullanan Grup	29	38,53	4,237	2	0,120
	Hormon Kullanmayan Grup	31	46,60			
	Kontrol Grubu	31	52,39			
	Toplam	91				
Paranoid Düşünceler	Hormon Kullanan Grup	29	40,02	3,395	2	0,183
	Hormon Kullanmayan Grup	31	45,15			
	Kontrol Grubu	31	52,45			
	Toplam	91				

	Toplam	91				
Psikotizm	Hormon Kullanan Grup	29	38,16	6,115	2	0,047
	Hormon Kullanmayan Grup	31	54,79			
	Kontrol Grubu	31	44,55			
	Toplam	91				
Ek Skalalar	Hormon Kullanan Grup	29	38,43	5,846	2	0,054
	Hormon Kullanmayan Grup	31	44,42			
	Kontrol Grubu	31	54,66			
	Toplam	91				

Tablodan anlaşılacağı gibi, SCL-90 R ölçeği sıralamalar ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2=5,451$; $sd=2$; $p>0,05$).

Tablodan anlaşılacağı gibi, somatizasyon alt boyutu sıralamalar ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=6,042$; $sd=2$; $p<0,05$). Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla kullanılan özel bir test tekniği bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda tercih edilen Mann Whitney-U uygulanmıştır. Analizlerin sonucunda farklılığın hormon kullanan grup ile kontrol grubu arasında kontrol grubu lehine gerçekleştiği belirlenmiştir ($U=289,00$; $z=-2,380$ $p<0,05$).

Tablodan anlaşılacağı gibi, kişilerarası duyarlılık alt boyutu sıralamalar ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda grupların sıralamalar

ortalamları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2=3,920$; $sd=2$; $p>0,05$).

Tablodan anlaşılacağı gibi, depresyon alt boyutu sıralamalar ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2=5,346$; $sd=2$; $p>0,05$).

Tablodan anlaşılacağı gibi, öfke düşmanlık alt boyutu sıralamalar ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2=0,701$; $sd=2$; $p>0,05$).

Tablodan anlaşılacağı gibi, fobik anksiyete alt boyutu sıralamalar ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2=4,237$; $sd=2$; $p>0,05$).

Tablodan anlaşılacağı gibi, obsesif kompulsif belirtiler alt boyutu sıralamalar ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=7,560$; $sd=2$; $p<0,05$). Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla kullanılan özel bir test tekniği bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda tercih edilen Mann Whitney-U uygulanmıştır. Analizlerin sonucunda farklılığın hormon kullanan grup ile kontrol grubu arasında kontrol grubu lehine gerçekleştiği belirlenmiştir ($U=268,00$; $z=-2,689$; $p<0,05$).

Tablodan anlaşılacağı gibi, paranoid düşünceler alt boyutu sıralamalar ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2=3,395$; $sd=2$; $p>0,05$).

Tablodan anlaşılacağı gibi, psikotizm alt boyutu sıralamalar ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=6,155$; $sd=2$; $p<0,05$). Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla kullanılan özel bir test tekniği bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda tercih edilen Mann Whitney-U uygulanmıştır. Analizlerin sonucunda farklılığın hormon kullanan grup ile hormon kullanmayan grup arasında hormon kullanmayan grup lehine gerçekleştiği belirlenmiştir ($U=278,00$; $z=-2.543$; $p<0,05$).

Tablodan anlaşılacağı gibi, ek skalalar alt boyutu sıralamalar ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2=5,846$; $sd=2$; $p>0,05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

Bu araştırmada cinsiyet değiştirme ameliyatı olmak isteyen trans erkeklerde hormon tedavisinin sosyal kabul ve psikolojik iyilik haline etkisi incelenmiştir. Aynı zamanda bu bireylerin sosyodemografik özellikleri ele alınmıştır. Olguların cinsiyeti kadın, cinsiyet kimliği ise erkektir. Bazı çalışmalarda erkekten kadına geçiş sürecinde hormon tedavisi görenlerin sayısının kadından erkeğe geçiş sürecinde olanlara göre daha yüksek olduğu bulgusu mevcuttur (Turan ve ark. 2015). Bizim araştırmamız çalışma grubu olarak doğumda belirlenen cinsiyeti kadın olup CU olanlar ile yapılmıştır. CU'nun görülme sıklığı erkeklerde %0,005-0,014 iken kadınlarda bu oran %0,002-0,003'tür (DSM-5). Bu bağlamda doğumda belirlenen cinsiyeti erkek olan kişilerde CU görülme olasılığı doğumda belirlenen cinsiyeti kadın olan kişilerdekine göre daha fazladır (Turan ve ark. 2017). Alanyazında erkekten kadına cinsiyet uyum isteyenlerin daha genç yaşta cinsiyet uyum ameliyatı başvurusu yaptıklarından söz edilirken, kadından erkeğe cinsiyet uyum ameliyatı için hekime başvuranların yaş ortalamasının daha büyük olduğu, başvuru grupları değerlendirildiğinde yaş açısından farklılıklar olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda ise doğumda belirlenen cinsiyeti kadın olan katılımcıların yaş ortalaması değişkenlik göstermektedir.

Araştırmanın bulgularına göre; BİÖ puanlarının grup değişkenine göre hormon kullanan grup ile hormon kullanmayan grup arasında hormon kullanan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Hormon tedavisi günümüzde CUS için önemli bir bileşen olarak görülmektedir (Coleman ve ark. 2012). Bu tedavinin cinsiyetini değiştirmek isteyen birey üzerinde önemli bir etkisi olduğu, kişinin ruh sağlığını olumlu açıdan etkilediği sonucu literatürde de bazı araştırmalarda gözlenmiştir. Gomez-Gil ve arkadaşları 2012 yılında çalışmamıza benzer bir araştırma yapmış ve hormon tedavisinin olumlu etkileri üzerine vurgu yapmıştır. Bir başka araştırmada da anksiyete ve depresyon semptomlarını hormon tedavisinin azalttığı, yaşam kalitesini geliştirdiği, hem erkeklerde hem de kadınlarda; kadından erkeğe geçiş ve erkekten kadına geçiş sürecinde kendine güveni geliştirdiği

bulgusuna ulaşılmıştır (Nyguen ve ark. 2018). Öte yandan bu tedavi intihar düşüncesini de azaltmaktadır. Alanyazında cinsiyet değiştirme ameliyatı olmak isteyen bireylerin hormon tedavisine kendi kendine başlamasının risklerinden de bahsedilmiştir. Hormon tedavisinin bireyin sağlığına zarar verme tehlikesinden dolayı bir hekim gözetiminde başlatılması gerekmektedir (Blanchard ve ark. 1987). Çalışmalarda kendi kendine hormon tedavisine başlama girişiminin düşük eğitim düzeyi ile ilişkisi olabileceği ya da bireylerin aile etkisine yakın olmamalarından kaynaklı olabileceği düşünölmüştür (Turan ve ark. 2015).

Araştırmamızda SCL-90 R ölçeği psikotizm alt boyutu analizlerinin sonucunda farklılığın hormon kullanan grup ile hormon kullanmayan grup arasında hormon kullanmayan grup lehine gerçekteştiği belirlenmiştir ($U=278,00$; $z=-2.543$; $p<0,05$). Literatürde Kayahan ve arkadaşlarının (2005) gerçekteştirdiği bir araştırmada birincil psikiyatrik hastalığın tanısı ve CU ile bağlantısı ele alınmış sertralin ve risperidon ile tam düzelme gösteren bir cinsiyet uyumsuzluğu olgusu bildirilmiştir. Yapılan araştırmalarda bir ya da daha fazla kişilik bozukluğunun bu olguların bazılarında görölebileceğinden söz edilmiştir. Campo ve arkadaşlarının 2001 yılında gerçekteştirdikleri bir çalışmada da antipsikotik tedavi ile psikozun düzeldiğinde transseksüel belirtilerde de azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öte yandan gerçekteştirilen araştırmalarda hormon tedavisi alan trans erkek olgularının tedavi amacıyla almış oldukları hormonların yan etkisi sonucunda psikiyatrik bozukluklarında bir artış gerçekteştiği sonucu da mevcuttur (Hembree ve ark. 2009). Okci'nin araştırmasında ise; kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce ve psikotizm heteroseksüel katılımcılarda en yüksek düzeyde çıkarken, diğer ruhsal bozukluk semptomları en fazla homoseksüel kadın katılımcılarda çıkmaktadır.

CU elde edilen bu verilere göre; günümüz toplumunda çok sık görölmeyen fakat farklı psikopatolojilerin de birlikte görölme ihtimalinin yüksek olduğu bir bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır. CU konusunda olgu sayısının yeterli olmayışı bu konuda araştırma yapan bireyler için bir engel olabilmektedir. CU bugün pek çok değişkenin tartışıldığı bir psikopatoloji olarak görölmektedir. Kültür, aile, sosyal çevre gibi pek çok değişken sorgulanmaktadır.

Literatürde CU yaşayan bireylerin öğrenim seviyelerinin daha çok lise düzeyinde olduğu, yükseköğrenim gerektirmeyen işlerde çalıştıkları saptanmıştır. Araştırmamızda bu bağlamda eğitim değişkenine bakılacak olursa hormon kullananların % 48,3'ü lise mezunudur. Kullanmayanların ise %61,3'ü lise mezunudur. Literatürde ise; erkekten kadına uyum isteyen bireylerin eğitim düzeylerinin; kadından erkeğe uyum isteyenlere göre daha düşük olduğudur (Verschoor ve Poortinga 1988, Tsoi 1992, DeCuypere ve ark. 1995).

Okci, 2017 yılında cinsel yönelimin bağlanma stilleri, cinsel doyum ve psikopatoloji yönünden değerlendirilmesini incelenmiş, 90 kişinin katıldığı çalışmadan elde edilen bulgularda, öfke, kaygı ve paranoid düşünce düzeylerinin üniversite mezunu olan kişilerde en yüksek ortalamaya sahip olduğu, diğer tüm boyutlarda en yüksek düzeylerin lise ve altında eğitime sahip bireylerde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alanyazında ise; eğitim düzeyinin bilhassa sorunlarla başa çıkmaya olan etkisinin önemine de vurgu yapılmaktadır (Amirkhan, 1990; Şahin ve Durak, 1995, Aysan, 1994). İyi bir eğitim düzeyine sahip olmak problemlerle başa çıkmak için önemli olsa bile tek değişken değildir, özellikle Okci'nin çalışmasında yüksek eğitilmiş kişilerin de bazı psikopatolojik belirtilere sahip olduğu bulgusu karşımıza çıkmaktadır.

Araştırmamızdaki bulgulara göre; YKÖ'de ruhsal alan alt boyutları puanlarının grup değişkenine göre hangi alt gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonrası post-hoc LSD testi sonucunda hormon kullanan grup ile kontrol grubu arasında kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bu durum, kontrol grubunun hormon kullanan gruba göre ruhsal alan alt boyutundan daha fazla puan aldıklarını ortaya koymaktadır. İlgili alan yazınına bakıldığında ise; Kaplan (2010)'ın araştırmasında 50 transseksüel bireyde kontrol grubuna kıyasla YKÖ sonuçlarına baktığımızda neredeyse tüm alanlarda transseksüel bireylerin kontrol grubundan anlamlı derecede düşük puan aldığı bulgusuna ulaşılmıştır.

Araştırmamızda SCL-90 R ölçeğinden elde edilen bulgularda ise; Somatizasyon alt boyutu sıralamalar ortalamalarının grup değişkenine göre grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=6,042$;

sd=2; p<0,05). Analizlerin sonucunda farklılığın hormon kullanan grup ile kontrol grubu arasında kontrol grubu lehine gerçekleştiği belirlenmiştir.

Whitley ve Aegisdottir (2000)'de yaptıkları araştırmalarında erkeksi bir kadının değersizleştirilmesinin toplumda bir onay görmemesinin kadınsı bir erkeğe göre daha az olduğu dolayısıyla, erkek cinsiyetinden kadın cinsiyetine geçme arzusu duyan kişilerin sosyal çevrelerinde kendilerini rahatsız hissettikleri olumlu bir tavır ile karşılaşma sıklığının düşük olduğu gözlenmiştir.

Yaşanan bu durumlar psikoterapi desteğinin önemini de göstermektedir, kişinin etrafı tarafından kabullenilme sürecinde ona destek olmak, aldığı sosyal desteğin artması ve bu durumun çevresi ile paylaşılması süreci gibi konular için terapi önerilmektedir. Bunun yanında bu kişiler ailelerinden giderek uzaklaşmakta, mesleki anlamda zorluk yaşamakta, seks işçisi olarak çalışabilmektedir. Araştırmamızdaki çalışma grubunun % 58,6'sı çalışmakta % 10,3'ü ise iş aramaktadır.

Araştırmamızda depresyon alt boyutu grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2=5,346$; sd=2; p>0,05). Alanyazında Carlson ve Baxter (1984) İrlanda' da gerçekleştirdikleri araştırmalarında erkek ve kadın homoseksüel ve heteroseksüellerde cinsiyet rolleri, benlik saygısı ve depresyon düzeylerini erkeksi cinsiyet rolüne sahip bireylerin en düşük depresyon puanlarını alırken; kadınsı cinsiyet rolüne sahip kişilerde depresyon puanlarının en yüksek düzeyde puanları aldığı bulgusuna ulaşmışlardır. Fitzpatrick ve ark. (2005)'nın gey, lezbiyen, biseksüel ve transseksüeller ile cinsel yönelim, cinsiyet rolü ve intihar riski arasındaki ilişkileri araştırdıkları çalışmalarında, cinsiyet rolünün depresyonu belirlemede bir tahmin gücü sağlamadığı sonucuna ulaşmışlardır. Bu bireylerde algılanan stres de yüksek bulunmuş ve bireylerin güvende hissetmedikleri bulgusuna ulaşılmıştır. Tedaviler sonucunda algılanan stresin azaldığı, tedavi öncesi ile sonrası arasında bu anlamda önemli farklılıklar olduğu belirtilmiştir (Collizi ve ark. 2013).

Araştırmamızda obsesif kompulsif belirtiler alt boyutu sıralamalar ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=7,560$; sd=2; p<0,05). Analizlerin sonucunda farklılığın hormon kullanan grup ile kontrol grubu arasında

kontrol grubu lehine gerçekleştiği belirlenmiştir ($U=268,00$; $z=-2.689$; $p<0,05$). Benzer bir araştırma Debra ve arkadaşları tarafından yapılmış ve cinsiyet değiştiren kişilerin Yale Brown leği puanları 12 olarak görülmüştür. Araştırmada bireylerin el yıkama kompulsiyonlarından bahsedilmiştir. Buna ek olarak depresyona dikkat çekilmiştir. OKB orta düzeyde iken depresyon yüksek düzeyde bulunmuştur. Bizim alışmamızda depresyon puanları için istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır.

Araştırmamızda BİÖ puanlarında da grup değişkenine göre kontrol grubunun hormon kullanmayan gruba göre BİÖ'den daha fazla puan aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. İderka ve arkadaşlarının (2013) beden imajı ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında, bu iki faktör arasında da ilişki saptanmıştır. Bu alanda yapılan olgu bildirimlerinde ise; transvestik fetişizm incelenmiş, farmakoloji tedavisi ile ilgili çalışmalarda bireylerin egoya yabancı kompulsif dürtüleri dürtü kontrol bozuklukları ve obsesif kompulsif spektrum bozukluklarına benzetilmektedir. İlgili alanyazında Stein ve arkadaşlarının 1992'de gerçekleştirdikleri transvestik fetişizm parafililerin impulsif tarafında olduklarını ileri sürmüşlerdir. Alan yazınında homoseksüel erkeklerde OKB alt boyutunun artıyor olması cinsel deneyimden kaçınma davranışını arttırabileceği sonucuna da vurgu yapılmıştır.

CUS'nin sadece bedensel anlamda bir değişimi getirmediği bireyin cinsel organlarının değişmesinin yanında hormonlar ve gerekli görülen ekstra müdahalelerin belirli etki ve bunlara ilaveten yan etkileri söz konusudur. Gerçekleştirilen müdahalelerin bedenin diğer cinsiyete uyumuna yönelik olduğunu da unutmamak gerekir. DSM-IV'de (APA 1994) ise her 30000 yetişkin erkekten ve her 100000 yetişkin kadından birinin bu operasyon için başvurduğunu ortaya koymuştur.

ÖNERİLER

Ülkemizde CU konusunda yapılacak sistematik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Gerçekleştirilen araştırma daha farklı örneklemeler ile farklı değişkenler ele alınarak gerçekleştirilebilir.

CU saptanan bireylerin bedensel değişim arzularını konuşmak gereklidir.

Günümüzde desteğe ihtiyaç duyan ve psikologlara başvuran, cinsiyetini desteklemeyen davranışlarda bulunan pek çok ergen bulunmaktadır. CU içinde olan ve buna bağlı ruhsal zorluktan geçen çok sayıda ergen ve yetişkin birey vardır. Özellikle günümüzde bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, gerek toplumsal alanda gerekse mesleki alanlarda bozulmaya yol açmaktadır. Bu bireylerin sorunlarına çözümler üretilmesi için desteğe ihtiyaçları vardır.

Bireyler üzerinde ciddi yıkıcı etkilere sebep olabilecek sosyal, kültürel, dini etmenlerin mahrem görülerek söze getirilmeyen cinsellik konusunun, sağlık profesyonelleri tarafından da ifade edilip ele alınmasında fayda vardır.

CU konusunda bu kişilerin obsesyonlarına yönelik çalışmalar gerçekleştirilmelidir. Öte yandan hangi takıntı ve zorlantıları olduğuna yönelik araştırmalar gerçekleştirilebilir.

Terapötik destek almak da pek çok kuramcının tartıştığı bir durumdur; bu bağlamda CU olan bireylerde görülen intiharlar gibi durumları düşündüğümüzde terapi desteğinin hayati bir önem taşıyabileceğini unutmamak gerekir.

Çocuklarda CU'nun egosintonik olduğu ve yalnızca diğer cinsiyet davranışları baskılandığında sorun yaşandığı ileri sürülmektedir. Bu bağlamda çocuğun davranışlarının çevresi tarafından kabul edilmesinin yaşanan rahatsızlıkları giderebilme ihtimali vardır.

CU olan bireylerin ancak kendi arzu ve gayretleri ile psikoterapi alabileceği de unutulmamalıdır.

CU'yi çözmek artık biliyoruz ki klinisyenlerin görevi değildir. Cinsiyet yönelimine giden ruhsal düzenekleri pek çok değişken açısından ele almak ve CU olan kişilerle bu süreçleri tartışarak araştırmalar yapmak ve değişime giden süreçte onlara eşlik etmek fayda sağlayacaktır. Çalışma daha geniş bir grupta gerçekleştirilebilir.

Çalışmamızda hormon kullanan katılımcılar 6 aydır hormon tedavisine devam etmektedir. Bu durum hormon etkilerinin yeni yeni gözlemlemeye başladığımız noktadır. 6 aydan fazla yani hormon etkilerinin maksimum seviyeye çıktığında araştırma yapılır ise benlik saygısı, beden imajı ve yaşam kalitesi daha farklı çıkabilir.

Çalışmamıza katılan Trans erkekler ile ön test ve son test olarak araştırma yapılabilir.

CU tanısı alan kişilerde cinsiyet uyum sürecindeyken karma desen çalışması yapılabilir ayrıca nitel bir araştırmada fayda sağlayabilir.

CU kişilerine sosyal destek sağlandığında faydalı olabilir.

KAYNAKÇA

- Adler, A., (2017), Eşcinsellik Üzerine, Ankara: Say Yayınları.
- Ainsworth TA, Spiegel JH., (2010), “Quality of Life of Individuals with and without Facial Feminization Surgery or Gender Reassignment Surgery”, *Quality of Life Research*, 19(7): 1019–24.
- Ahs JW, Dhejne C, Magnusson C ve ark. (2018) Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLoS One* 13:e0204606.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W ve ark. (2015) Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry* 30:807-15.
- Auyeung B, Baron-Cohen S, Ashwin E ve ark. (2009) Fetal testosterone predicts sexually differentiated childhood behavior in girls and in boys. *Psychol Sci* 20:144-48.
- Akın, A., (2013), *Güncel Psikolojik Kavramlar 1*, Pozitif Psikoloji, Sakarya: Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Yayınları 2.
- Baltaş, A.,& Baltaş, Z., (1987), *Stres ve Başa Çıkma Yolları*, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Baba T, Endo T, Honnma H, Kitajima Y, Hayashi T, (2007), “Association Between Polycystic Ovary Syndrome and Female-to-Male Rranssexuality.”, *Hum Reprod*, 22.

- Bao AM, Swaab DF (2011) Sexual differentiation of the human brain: Relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Front Neuroendocrinol* 32:214-26.
- Berenbaum SA, Beltz AM (2011) Sexual differentiation of human behavior: Effects of prenatal and pubertal organizational hormones. *Front Neuroendocrinol* 32:183-200.
- Berenbaum SA, Bryk KK, Nowak N ve ark. (2009) Fingers as a marker of prenatal androgen exposure. *Endocrinology* 150:5119-24.
- Breedlove MS (2010) Minireview: Organizational hypothesis: Instances of the fingerpost. *Endocrinology* 151:4116-22.
- Byne W, Karasic DH, Coleman E ve ark. (2018) Gender dysphoria in adults: An overview an primer for psychiatrists. *Transgender Health* 3.1:57-73.
- Bradley SJ., Zucker KJ.,(1997), “Gender Identity Disorder: A Review of the Past 10 Years”, *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*, 36.
- Burns, D., (2016), İyi Hissetmek, İstanbul: Psikonet Yay.
- Brown, GR., (1990), “A Review of Clinical Approaches to Gender Dysphoria”, *J Clin Psychiatry*, 51 (2).
- Bozdemir, N., Özcan, S.,(2011), “Cinsellik ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış” , *Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care*.
- Bockting, WO., Knudson G., Goldberg, JM., (2006), “Counseling and Mental Health Care for Transgender Adults and Loved Ones”, *Int J Transgend*, 9.
- Bezmez, S., Brown H., (2003), *Redhouse Sözlüğü (İngilizce-Türkçe/ Türkçe İngilizce) Genişletilmiş Baskı Redhouse Dictionary (EnglishTurkish/Turkish-English)*, Sev Yayıncılık.
- Berghan, S., (2006), *Transseksüel Kimlik ve Beden*, İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Bowman, C., Goldberg JM.,(2006), “ Care of the Patient Undergoing Sex Reassignment Surgery”, *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4): 135–65.

- Brune, M., (1996), "Delusional Pseudotranssexualism" in Schizophrenic Psychosis", *Psychiatr Prax*, 23(5): 246-247.
- Caldwell ,C., Keshavan, MS., (1991), "Schizophrenia with Secondary Transsexualism", *Can J Psychiatry*, 36 (4); 300-301.
- Campo, JM., Nijman, H., Evers, C., (2001), Gender Identity Disorders as a Symptom of Psychosis, Schizophrenia in Particular", *Ned Tijdschr Geheesk*, 145 (39):1876-1880.
- Civelek, A. H., (1990), Eğitilebilir Zihinsel Özürlü Çocukların Sosyal Kabul Görmelerinde Normal Çocukların Bilgilendirilmelerinin ve İki Grubun Resim-İş ile Beden Eğitimi Derslerinde Bütünleştirilmelerinin Etkileri. (Doktora tezi). <https://tez.yok.gov.tr> sayfasından erişilmiştir.
- Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ., (2008) "The Treatment of Adolescent Transexuals: Changing Insights", *J Sex Med*, 5:1892-1897.
- Cohen-Kettenis PT, Gooren LJG (1999) Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res* 46:315-33.
- Collin L, Reisner SL, Tangpricha V ve ark. (2016) Prevalence of transgender depends on the "case" definition: A systematic review. *J Sex Med* 13:613-26.
- Cole, CM., Emory LE., Huang T., (1994), "Treatment of Gender Dysphoria", *Tex Med*, 90 (5).
- Çavaş Ş. (Dnş: Doç. Dr. Medaim Yanık). Cinsel işlev bozuklukları polikliniğine başvuran vajinismus ve prematür ejakülasyon olgularında psikiyatrik komorbiditenin araştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2008.
- Çekirge, P. (1999). Psikososyal Açıdan Eşcinsellik. Yalnızlık Adasının Erkekleri. İstanbul: Arma eğitim gereçleri yayıncılık.
- Çok F (1990) Body Image Satisfaction in Turkish Adolescents , (98) 409 413.

- Çuhadaroğlu, F. (1986). Adölesanlarda Benlik Saygısı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak, Psikiyatri ABD Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Diener, E. Suh, M., Lucas, E., ve Smith, H.,(1999) “,Subjective Well-being: Three Decades of Progress”, Psychological Bulletin, 125(2).
- Diamond, M.,(2002), “Sex and Gender are Different: Sexual Identity and Gender Identity are Different”, Clinical Child Psychology&Psychiatry, July,vol 7 (3), 320-334.
- Eroğlu, A., (2016), Faktör Analizi. Ş. Kalaycı (Ed.), SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri içinde. Ankara: Asil Yayınları.
- Ekşi, A., (1982), Gençlerimiz ve Sorunları, İstanbul:İstanbul Üni. Yay. No: 292.
- Erikson, E.H.,(1984), İnsanın Sekiz Çağı, Ankara,:Birey ve Toplum Yayıncılık.
- Erickson-Schroth L (2013) Update on the biology of transgender identity. J Gay Lesb Ment Health 17:150-74.
- Eşel, E., (2006), “İnsan Cinselliğinin Biyolojik ve Evrimsel Temelleri”, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 16: 274-288.
- Freud, S., (1961), "The Dissolution of the Oedipus Complex", Reprint From Standard Edition.
- Freud, S. , (2016), Cinsellik Üzerine, İstanbul: Olympia Yayınları.
- Freud, S. , (2016), Psikanalize Yeni Giriş Dersleri, İstanbul: Öteki Yayınevi.
- Fitzpatrick, K. K. , Euton, S. J. , Jones, J. N. , & Schmidt, N. B. (2005). Gender role, sexual orientation and suicide risk. Journal of Affective Disorder 87: 35-42.
- Geçtan, E., (1984), Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar, Ankara: Maya Yayınları.
- Geçtan, E., (2000), İnsan Olmak, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Ginott, H., (2014), Anne Baba ve Çocuk Arasında, İstanbul: Okyanus Yay. ,7. Baskı.

- Güngör, A. (1989), *Lise Öğrencilerinin Özsaygı Düzeylerini Etkileyen Etmenler*, Basılmamış Doktora Tezi, Anklara: Hacettepe Üni.
- Güner, U., Kalkan, P., Öz, Y., Ceylan Özsoy, E., Söyle, F., (2011), “Türkiye’de Cinsel Yönelim veya Cinsiyet Kimliği Temelinde Ayrımcılığın İzlenmesi Raporu”, İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Hakları Hukuku Uygulama ve Araştırma Merkezi.
- Green, R., (2000), “Family Occurrence of Gender Dysphoria”: Ten Sibling or Parent-Child Pairs”, *Arch Sex Behav*, 29:499–507.
- Grimbos T, Dawood K, Burriss RP ve ark. (2010) Sexual orientation and the second to fourth finger length ratio: A meta-analysis in men and women. *Behav Neurosci* 124:278-87.
- Hare, L., Bernard, P., Sanchez, F., Baird, P., Vilain, E., Kennedy, T., et al. (2009). “Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism” *Biol Psychiatry*, 65.
- Hampson E, Ellis CL, Tenk CM (2008) On the relation between 2D:4D and sex-dimorphic personality traits. *Arch Sex Behav* 37:133-44.
- Henningsson, S., Westberg, L., Nilsson, S., Lundström, B., Ekselius, L., Bodlund, O., et al (2005) , “Sex Steroid-Related Genes and Maleto Female Transsexualism”, *Psychoneuroendocrinology*, 30.
- Hembree, WC., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, HA., Gooren, LJ., Meyer, III WJ., Spack, NP., et al (2009), “Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Societyclinical Practice Guideline”, *J Clin Endocrinol Metab*, 94.
- Hines M, Constantinescu M, Spencer D (2015) Early androgen exposure and human gender development. *Biol Sex Differ* 26:6:3.
- Hiraishi K, Sasaki S, Shikishima C ve ark. (2012) The second to fourth digit ratio (2d:4d) in a Japanese twin sample: Heritability, prenatal hormone transfer, and association with sexual orientation. *Arch Sex Behav* 41:711-24.

- Hisasue S, Sasaki S, Tsukamoto T ve ark. (2012) The relationship between second- to-fourth digit ratio and female gender identity. *J Sex Med* 9:2903-10.
- Hönekopp J, Barthold L, Beier L ve ark. (2007) Second to fourth digit length ratio (2D:4D) and adult sex hormone levels: New data and meta- analytic review. *Psychoneuroendocrinology* 32:313-21.
- Hönekopp J, Watson S (2010) Meta-analysis of digit ratio 2D:4D shows greater sex difference in the right hand. *Am J Hum Biol* 22:619-30.
- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Cuypere, GD., T'Sjoen, G., Weyers, S., Monstrey, S., (2005), "Impact of Sex Reassignment Surgery on Lower Urinary Tract Function", *European Urology*;47(3): 398–402.
- Jacob, G., Hannie, V.G., Laura, S., (2017), *Mod Terapisi*, İstanbul: Psikon
- Jung, G.,J., (2016), *Keşfedilmemiş Benlik*, İstanbul: Olympia Yay.
- Kadıoğlu, H., (2005), *Yetişkin ve Akran Liderli Cinsel Eğitimin İlköğretim 8. Sınıf Öğrencilerinin Cinsellikle İlgili Bilgi ve Tutumları Üzerindeki Etkileri*, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Kadıoğlu, D., Şatıroğlu, H. (2011), *Vajinismus*, İstanbul: Arkadaş Yayınevi.
- Karanisoğlu, H., (1994), "Sağlıklı Cinsel Yaşam ve Hemşirelik", *Hemşirelik Bülteni*, 8 (32):8-13.
- Keyes, C.L.M., (1998), *Social Well-being. Social Psychology Quarterly*, 61,121-140.
- Keçe, C., (2014), *Vajinismusun Üstesinden Gelmek*, Ankara: Pusula Yay.
- Kraemer B, Noll T, Delsignore A ve ark. (2009) Finger length ratio (2D:4D) in adults with gender identity disorder. *Arch Sex Behav* 38:359-63.
- Kleinman,, (2015), *Psiko101*, İstanbul: Okyanus Yayınları.
- Köknel, Ö. ,(1985), *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*, İstanbul: Altın Kitaplar.
- Koroğlu E, Güleç C., (2007), *Psikiyatri Temel Kitabı, İkinci Baskı*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- Kulaksızoğlu, A., (2011), Ergenlik Psikolojisi, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Keskin, N., Yapça, G., Tamam L., (2015),“Transseksüalizm: Klinik Özellikler ve Yasal Konular”, *Current Approaches in Psychiatry*, 7(4):436- 447.
- Kaptan, S., (2010), “*Transseksüalite, Psikiyatrik Komorbidite ve Sosyal Destek*”, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. & Ryff, C. D., (2002), “Optimizing Well-Being: The empirical Encounter of Two Traditions”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 1007-1022.
- Kulshreshtha B, Philibert P, Eunice M ve ark. (2009) Male gender identity in a patient with complete androgen insensitivity syndrome. *Arch Sex Behav* 38:873-75.
- Leinung MD, Wu C (2017) The biologic basis of transgender identity: 2D:4D finger length ratios implicate a role for prenatal androgen activity. *Endocr Pract* 23:669-71.
- Lippa RA (2003) Are 2D:4D finger-length ratios related to sexual orientation? Yes for men, no for women. *J Pers Soc Psychol* 85:179-188.
- Manning JT (2017) Prenatal sex steroids and transgender identity: is there a link with digit ratio? *Endocr Pract* 23:738-40.
- Manning JT, Bundred PE, Newton DJ ve ark. (2003) The second to fourth digit ratio and variation in the androgen receptor gene. *Evol Hum Behav* 24:399-405.
- Manning J, Kilduff L, Cook C ve ark. (2014) Digit ratio (2D:4D): A biomarker for prenatal sex steroids and adult sex steroids in challenge situations. *Front Endocrinol (Lausanne)* 5:9.
- Manning JT, Scutt D, Wilson J ve ark. (1998) The ratio of 2nd to 4th digit length: a predictor of sperm numbers and concentrations of testosterone, luteinizing hormone and oestrogen. *Hum Reprod* 13:3000–3004.

- Miller EM (1994) Prenatal sex hormone transfer: a reason to study opposite-sex twins. *Pers Individ Dif* 17:511-29.
- Moore, E., Wisniewski A., Dobs, A., (2003), “Endocrine Treatment of Transsexual People: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects” , *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(8): 3467–73
- Morrison, J. (2017), *DSM-5’ i Kolaylaştıran Klinisyenler için Tanı Rehberi*, İstanbul, Nobel Yayınevi.
- Michel, A., Mormont, C., Legros, JJ., (2001),” A Psycho-Endocrinological Overview of Transsexualism”, *Eur J Endocrinol*, 145.
- Nichols, M., (2013), *Aile Terapisi Kavramlar ve Yöntemler*, İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Özgüven, İ.E., (1997), *Cinsellik ve Cinsel yaşam*. Parem Yayınları.
- Özakkaş, T., (2017), *Bütüncül Psikoterapi*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Özdemir, O., Ocaktan, E., Kanyılmaz, D., (2005), “Toplumlarda Cinsiyet Oranı Ve Etkilendiği Düşünölen Faktörler / Sex Ratio And Effected Factors İn Society”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*,58(04).
- Pauly IB (1974) Female transsexualism. *Arch Sex Behav*, 6:487-526.
- Pfaefflin, F., (1993), “Regrets After Sex Reassignment Surgery”, *J Psychol Human Sex*, 5.
- Peters M, Manning JT, Reimers S (2007) The effects of sex, sexual orientation, and digit ratio (2D:4D) on mental rotation performance. *Arch Sex Behav* 36:251-60.
- Savic I, Garcia-Falgueras A, Swaab DF (2010) Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Prog Brain Res* 186:41-62.
- Schneider HJ, Pickel J, Stalla GK (2006) Typical female 2nd-4th finger length (2D:4D) ratios in male-to-female transsexualspossible implications for pre- natal androgen exposure. *Psychoneuroendocrinology* 31:265-69.

- Smith ES, Junger J, Derntl B ve ark. (2015) The transsexual brain - A review of findings on the neural basis of transsexualism. *Neurosci Biobehav Rev* 59:251-66.
- Swaab DF, Garcia-Falgueras A (2009) Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Funct Neurol* 24:17-28.
- Rameez Z (2008) Schizophrenia and Gender Identity Disorder, *Psychiatric Bull*, 32.
- Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57 (6). 1069- 1081.
- Ryff, C.D., Magee, W.J., Kling, K. C. & Wing, E.H. (1999). Forging macro-micro linkages in the study of psychological well being. In D. Ryff & V.W. Marshall, *The self and society in aging processes*. New York: Springer.
- Ryff, C. D., & Essex, M. J., (1991), *The Interpretation of Life Experience and Well-Being, The sample case of relocation*. *Psychology and Aging*, 7.
- Ryff, C. D., Singer, B., (1996). "Psychological Well-Being: Meaning, Measurement and Implications for Psychotherapy Research", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65.
- Santrock, John, W., (1993), "Adolescence An Introduction Wisconsin", Brown and Benckmark Publishers,
- Sungur. M., Yalnız, Ö., (1999), "Transseksüalite: İlgili Kavramlar ve Cinsiyet Düzenleme Girişimleri", *Klinik Psikiyatri Dergisi*.
- Sadock, BJ., Sadock, VA., (2008), "Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry", 3rd Edition. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins.
- Selvaggi G, Ceulemans P, De Cuypere G, VanLanduyt K, Blondeel P, Hamdi M, Bowman C, Monstrey S. (2005), "Gender Identity Disorder: General

overview and surgical treatment for vaginoplasty in male-to-female transsexuals”, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 116(6): 135e–45e.

Senemoğlu, N. (1998), *Gelişim Öğrenme ve Öğretim*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Şencan, H., (2005), *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*, Ankara: Seçkin Yay.

Tarhan, N., (2015), *10 Adımda Pozitif Psikoloji*, İstanbul: Timaş Yayınları.

Tarhan, N., (2017), *Duyguların Psikolojisi ve Duygusal Zeka*, İstanbul: Timaş Yayınları.

Taşdan, M. (2008), “Türkiye’deki Kamu ve Özel İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Bireysel Değerleri İle Okulun Örgütsel Değerleri Arasındaki Uyum Düzeyi, İş Doyumu ve Algılanan Sosyal Destek İle İlişkisi”, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Tapp AL, Mayberry MT, Whitehouse AJO (2011) Evaluating the twin testosterone transfer hypothesis: A review of the empirical evidence. *Horm Behav* 60:713-22.

Turan Ş, Aksoy Poyraz C, Usta Sağlam NG ve ark. (2018) Alterations in body uneasiness, eating attitudes, and psychopathology before and after cross-sex hormonal treatment in patients with female-to-male gender dysphoria. *Arch Sex Behav* 47:2349-61.

Van Anders SM, Vernon PA, Wilbur CJ (2006) Finger-length ratios show evidence of prenatal hormone-transfer between opposite sex twins. *Horm Behav* 49:315-19.

Voracek M ve Dressler SG (2007) Digit ratio (2D:4D) in twins: Heritability estimates and evidence for a masculinized trait expression in women from opposite-sex pairs. *Psychol Rep* 100:115-26.

Voracek M, Kaden A, Kossmeier M ve ark. (2018) Meta- analysis shows associations of digit ratio (2D:4D) and transgender identity are small at best. *Endocr Pract* 24:386-90.

- Vujovic S, Popovic S, Marojevic LM ve ark. (2014) Finger length ratios in Serbian transsexuals. *Scientific World J* 763563.
- WHO, (2006), Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva, World Health Organization.
- Wroblewski, P, Gustafsson, J., Selvaggi, G.,(2013), “Sex Reassignment Surgery for Transsexuals”, *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6): 570–4.
- Wallien MS, Zucker KJ, Steensma TD ve ark. (2008) 2D:4D finger-length ratios in children and adults with gender identity disorder. *Horm Behav* 54:450-54.
- Walinder J, Thuwe I (1975) A social - psychiatric follow - up study of sex-reassigned transsexuals. Gothenburg: Scandinavian University Books, Akademiförlaget.
- Xu Y, Zheng Y (2015) The digit ratio (2D:4D) in China: a meta-analysis. *Am J Hum Biol* 27:304-309.
- Xu Y, Zheng Y (2016) The relationship between digit ratio 2D:4D and sexual orientation in men from China. *Arch Sex Behav* 45:735-41.
- Yavuzer, H., (1990), Çocuk Psikolojisi, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Zhou, JN., Hofman, MA., Gooren, LJG., Swaab, DF., (1995),” A Sex Difference in The Human Brain and Its Relation to Transsexuality”, *Nature*, 378.
- Zheng Z, Cohn MJ (2011) Developmental basis of sexually dimorphic digit ratios. *Proc Natl Acad Sci USA* 108:16289-94.
- Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels BPC (2016) Gender dysphoria in adults. *Ann Rev Clin Psychol* 12:217-47.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21937168>

EKLER

EK-1: KİŞİSEL BİLGİLER

1. Hukuki (kimlik, ehliyet veya pasaportta yazılı olan) cinsiyetiniz [] Kadın [] Erkek
2. Ait olduğunuz hissettiğiniz cinsiyetiniz: [] Kadın [] Erkek
3. Yaşınız:.....(lütfen yazınız)
4. En son bitirdiğiniz okul:.....
5. Çalışma durumunuz nedir? [] Çalışıyorum [] Çalışmıyorum [] İşsizim; iş arıyorum
6. Siz hariç kaç kardeşiniz var?.....(lütfen yazınız)
7. Medeni durumunuz: [] Bekar [] Evli [] Nişanlı [] Birlikte yaşıyorum [] Boşandım [] Diğer
8. Aylık geliriniz nedir?
[] 0-1000 TL
[] 1001-2000 TL
[] 2001- 3000 TL
[] 3001- 4000 TL
[] 4001 ve üstü TL
9. Bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kurumu?
[] Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı değilim (sosyal güvencem yok)
[] Emekli sandığı
[] SSK
[] Bağkur
[] Diğer
10. Şu anki giyimim; saç şeklim vesaire:
[] Hukuki (kimlik, ehliyet veya pasaportta yazılı olan) cinsiyetimle uyumlu
[] Geçmeye/ olmayı istediğim cinsiyetle uyumlu
11. Giyiminiz, saç şekliniz vesaire kaç aydır bu şekilde (lütfen yazınız).....aydır
12. Diğer insanlara duyduğunuz cinsel ilgiyi nasıl tanımlarsınız?
[] Sadece erkeklere cinsel ilgi duyuyorum
[] Sadece kadınlara cinsel ilgi duyuyorum
[] Hem erkeklere hem de kadınlara cinsel ilgi duyuyorum
[] Ne erkeklere ne de kadınlara cinsel ilgi duyuyorum
[.....] Diğer (lütfen yazınız):.....
.....
13. Hiç geçmeyi istediğiniz cinsiyetin özelliklerine sahip olmak amacıyla hormon kullanımınız oldu mu?

- Evet
 Hayır

14. Hormon kullanımınız olduysa ne kadar zamandır kullanıyorsunuz?
..... aydır kullanıyorum
..... yıldır kullanıyorum (lütfen yazınız)
15. Hormon kullanımına nasıl başladınız?
 Kendim başladım
 Hekimin önerisi ile başladım



EK-2:SCL-90-R

(psikolojik belirti
tarama listesi)

ADI, SOYADI:.....

YAŞ:

CİNSİYETİ(E/K):

MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0 Örnek: 1.
(2) Baş ağrısı Çok az 1
Orta derecede 2
Oldukça fazla 3
İleri derecede 4

1. () Baş ağrısı
2. () Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. () Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. () Baygınlık ya da baş dönmesi
5. () Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. () Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. () Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. () Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. () Olayları anımsamadagüçlük
10. () Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. () Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. () Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. () Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. () Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. () Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. () Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. () Titreme
18. () Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. () İştah azalması
20. () Kolayca ağlama
21. () Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. () Tuzığa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. () Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. () Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. () Evden dışarı yalnız çıkmak korkusu
26. () Olanlar için kendisini suçlama
27. () Belin alt kısmında ağrılar
28. () İşlerin yapılmasında erteleme duygusu

29. () Yalnızlık hissi
30. () Karamsarlık hissi
31. () Her şey için çok fazla endişe duyma
32. () Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. () Korku hissi
34. () Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. () Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. () Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. () Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. () İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak



39. () Kalbin çok hızlı çarpması
40. () Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. () Kendini başkalarından aşağı görme
42. () Adale (kas) ağrıları
43. () Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. () Uykuya dalmada güçlük
45. () Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. () Karar vermede güçlük
47. () Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. () Nefes almada güçlük
49. () Soğuk veya sıcak basması
50. () Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. () Hiç bir şey düşünmemehali
52. () Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. () Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. () Gelecek konusunda ümitsizlik
55. () Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. () Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. () Gerginlik veya coşku hissi
58. () Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. () Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. () Aşırı yemek yeme
61. () İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. () Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. () Bir başkasına vurmaya, zarar vermeye, yaralamaya dürtülerinin olması
64. () Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. () Yılanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. () Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. () Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. () Başkalarının paylaşmaya kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. () Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetme
70. () Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. () Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. () Dehşet ve panik nöbetleri
73. () Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. () Sık sık tartışmaya girme
75. () Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. () Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. () Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. () Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. () Değersizlik duygusu
80. () Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. () Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. () Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. () Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu

84. () Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. () Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. () Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. () Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. () Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. () Suçluluk duygusu
90. () Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi



EK-3: BEDEN İMAJI ÖLÇEĞİ

BEDEN İMAJI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorularda belirtilen vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı en iyi anlatan ifadenin yanına X işareti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

	<u>Çok</u> <u>beğeniyorum</u>	<u>Oldukça</u> <u>beğeniyorum</u>	<u>Kararsızım</u>	<u>Pek</u> <u>beğenmiyorum</u>	<u>Hiç</u> <u>beğenmiyorum</u>
1. Saçlarım	_____	_____	_____	_____	_____
2. Yüzümün rengi	_____	_____	_____	_____	_____
3. İştahım	_____	_____	_____	_____	_____
4. Ellerim	_____	_____	_____	_____	_____
5. Vücudumdaki kıl dağılımı	_____	_____	_____	_____	_____
6. Burnum	_____	_____	_____	_____	_____
7. Fiziksel görünüm	_____	_____	_____	_____	_____
8. İdrar dışkı düzenim	_____	_____	_____	_____	_____
9. Kas kuvvetim	_____	_____	_____	_____	_____
10. Belim	_____	_____	_____	_____	_____
11. Enerji düzeyim	_____	_____	_____	_____	_____
12. Sırtım	_____	_____	_____	_____	_____
13. Kulaklarım	_____	_____	_____	_____	_____
14. Başım	_____	_____	_____	_____	_____
15. Çenem	_____	_____	_____	_____	_____
16. Vücut yapım	_____	_____	_____	_____	_____
17. Profilim	_____	_____	_____	_____	_____
18. Boyum	_____	_____	_____	_____	_____
19. Duyularımın keskinliği	_____	_____	_____	_____	_____
20. Ağrıya dayanıklılığım	_____	_____	_____	_____	_____
21. Omuzlarımın genişliği	_____	_____	_____	_____	_____
22. Kollarım	_____	_____	_____	_____	_____
23. Göğüslerim	_____	_____	_____	_____	_____
24. Gözlerim	_____	_____	_____	_____	_____
25. Sindirim sistemim	_____	_____	_____	_____	_____
26. Kalçalarım	_____	_____	_____	_____	_____
27. Hastalığa direncim	_____	_____	_____	_____	_____
28. Bacaklarım	_____	_____	_____	_____	_____
29. Dişlerimin şekli	_____	_____	_____	_____	_____
30. Cinsel gücüm	_____	_____	_____	_____	_____
31. Ayaklarım	_____	_____	_____	_____	_____
32. Uyku düzenim	_____	_____	_____	_____	_____
33. Sesim	_____	_____	_____	_____	_____
34. Sağlığım	_____	_____	_____	_____	_____
35. Cinsel faaliyetlerim	_____	_____	_____	_____	_____
36. Dizlerim	_____	_____	_____	_____	_____
37. Vücudumun duruş şekli	_____	_____	_____	_____	_____
38. Yüzümün şekli	_____	_____	_____	_____	_____
39. Kilom	_____	_____	_____	_____	_____
40. Cinsel organlarım	_____	_____	_____	_____	_____

EK-4: RBSÖ

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Tarih:

Sizin İçin Uygun Olanı Seçiniz

- 1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 7) Genel olarak kendimden memnunum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş ayrılmış
evli boşanmış
evli gibi yaşıyor eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığımız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığımızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınizi yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

ÖZGEÇMİŞ

Psikolog Hülya Aydın Filipov 18.01.1990 İstanbul doğumludur. Lisans eğitimini Beykent Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümünü tamamlamıştır. Bu dönemde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde 2 ay süre ile stajını yapmıştır. Ayrıca yüksek lisans döneminde İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisinde 6 ay süre ile stajını tamamlamış ve 1,5 yıl araştırma yapma fırsatı bulmuştur. Rorschach ve TAT projektif testler eğitimini tamamlamıştır. Cinsel terapi ve Aile ve Çift terapi eğitimini almıştır. Sosyal Politikalar, Cinsiyet Kimliği ve Cinsel Yönelim Çalışmaları Derneği “Spo”D derneğinde yaklaşık 7 aydır gönüllü psikoloji alanında aktif danışan almaya devam etmektedir. Halen Klinik Psikolog / Analist Aslı Day’ dan süpervizyon almaya devam etmektedir.

ÖZGEÇMİŞ

Psikolog Hlyya Aydın Filipov 18.01.1990 İstanbul doğumludur. Lisans eğitimini Beykent Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümünü tamamlamıştır. Bu dönemde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde 2 ay süre ile stajını yapmıştır. Ayrıca yüksek lisans döneminde İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisinde 6 ay süre ile stajını tamamlamış ve 1,5 yıl araştırma yapma fırsatı bulmuştur. Rorschach ve TAT projektif testler eğitimini tamamlamıştır. Cinsel terapi ve Aile ve Çift terapi eğitimini almıştır. Sosyal Politikalar, Cinsiyet Kimliği ve Cinsel Yönelim Çalışmaları Derneği “SPoD” derneğinde yaklaşık 7 aydır gönüllü psikoloji alanında aktif danışan almaya devam etmektedir. Halen Klinik Psikolog / Analist Aslı Day’ dan süpervizyon almaya devam etmektedir. Türk Psikologlar Derneği “TPD” LGBTİQ+ Çalışma Birim sorumlularından birisidir.