

Transseksüel bireylerde cinsiyet değiştirme cerrahisi ve hemşirelik yaklaşımları

Dr. Kadriye Acar¹, Doç. Dr. Dilek Aygün²

¹Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

²Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Cinsel kimlik, transseksüellik kavramı ve epidemiyolojisi

Cinsel kimlik; bireyin biyolojik, fiziksel, psikolojik, zihinsel ve sosyal süreçler ile birlikte cinselliğin farklı boyutları olarak oluşur, gelişir ve olgunlaşır. Cinsel kimlik, bireyin kendi bedenini ve benliğini belirli bir cinsiyet içinde algılaması, duygu, tutum ve davranışlarının bu cinsiyete uygun olarak yönelmesidir (1,2). Cinsel yönelim ise; kişinin düşünce, duygu ve davranışsal olarak cinsel çekim duymasıdır (3). Özellikle çocuklarda ve ergenlerde cinsel kimlik gelişimi ve bozuklukları ile ilgili konular son yıllarda bilim dünyasının ilgi alanına girmiştir. Cinsel Kimlik Bozukluğu tanısı konan çocuklarda klinik belirti ve bulguların ya da prognozun farklılık gösterdiği, eş-hastalanım oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (4).

Transseksüellik kavramı ilk olarak, psikoseksüel bozukluk başlığı altında Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı DSM III'te yer aldı. Endokrinolog Harry Benjamin'in, 1950'lerde ve 1960'larda transeksüalite kavramının yayılmasında önemli etkisi olmuştur. DSM IV'te, "cinsel kimlik bozukluğu" olarak belirlenen transeksüalite "çocukluk çağı, adölesan ve yetişkin cinsel kimlik bozukluğu" şeklinde ayrı olarak ele almaktadır. DSM V'te ise "cinsel kimliğinden yakınma (hoşnut olmama)" olarak tanımlanmakta ve "çocuklarda cinsel kimliğinden yakınma" ve "gençlerde ve erişkinlerde cinsel kimliğinden yakınma" olarak incelenmektedir (5).

Transseksüalite; bireyin anatomik cinsiyetini reddetmesi ve karşı cinsin birincil (kızlarda vajina, erkeklerde penis, vb) ve ikincil (ses kalınlaşması, tüylenme, meme ve kalçanın oluşumu vb.) cinsiyet özelliklerine sahip olmak istemesi ve kişinin hissettiği cinsel kimlik ile biyolojik cinsiyeti arasındaki çatışma olarak tanımlanan cinsel kimlik bozukluğudur (5). Transseksüalitenin tanımlanmasında, bireylerin cinsiyetleri organik ve psikolojik süreçlerle belirlenmekte ve cinsiyetten söz ederken bireyin hormonal, anatomik ve psikolojik özel-

likleri dikkate alınmakta ve bu doğrultuda karar verilmektedir. Bir kişinin transseksüel olarak kabul edilebilmesi için karşı cinsin tüm özelliklerini benimsemesi gerekmektedir (6).

Transseksüel ve sınırları belirsiz bir gruba ait olan ve "cinsel kimlik disfori sendromu" olarak tanımlanan hastalar, sıklıkla cinsiyet değiştirme ameliyatlarını talep eden gruplardır (7). Cinsel kimlik disfori sendromu, kişinin cinsel kimliği ile anatomik cinsiyeti arasında uygunsuzluğun bulunduğu bir klinik tablodur. Transseksüalizm cinsel kimlik disfori sendromunun en ağır formu olup nadir görülmekle birlikte bu sendromun klinik görünümüne bakıldığında dalgalanmalar (remisyon ve alevlenmeler) dikkati çekmektedir. Remisyon dönemi uzun dönem devam edebilmekte, kimi zaman bu dalgalanmalar komorbid psikopatoloji ile birlikte de görülebilmektedir (7).

Kadın ve erkek transeksüalizminin prevalansı dünyada ve ülkemizde tam olarak bilinmemektedir. Dünya Profesyonel Transseksüel Sağlığı Birliği'nin (The World Professional Association for Transgender Health, WPATH) bildirdiğine göre; araştırma sonuçları prevalansın geniş oranda olduğunu göstermektedir. Buna göre WPATH; kadın transeksüellerin oranını 1/30.400 ile 1/200.000 arasında, erkek transeksüellerin oranını ise 1/11.900 ile 1/45.000 arasında belirtmiştir (5).

Ülkemizde, toplumun transeksüelleri ötekileştirdiği dikkati çekmektedir ve ötekileştirmenin bir sonucu olarak da transeksüellerin ataerkilliğe bir karşı duruş sergilediği görülmektedir. Bu durumun sosyal etkileri olarak; transeksüel bireylerin sahip oldukları mesleklerini sürdürmedikleri, iş bulamadıkları ve seks işçiliğine zorlandıkları bilinmektedir (8). Bu önyargılarla da ilişkili olarak transeksüel bireylerin ülkemizdeki gerçek prevalansı bilinmemektedir.

Transseksüalite ile ilgili biyolojik görüş

Hormonlar, cinsiyet ve cinsel davranışın ifade edilmiş biçimini etkilemekle birlikte cinsel kimliğin oluşumunu

etkilememektedir. Biyolojik görüşe göre transseksüalite; yaşanan toplum ve zamandan bağımsız bir fenomen olarak insan türünün başlangıcından itibaren var olmuştur (1). Yüzyılın başında, cinsiyetin erkek ve kadın olarak farklılaşmasının dış genital organların varlığı ile ilişkili olmadığı; aynı zamanda beyinin de cinsiyeti konusunda farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Beyinin gelişim döneminde testosteron yoksunluğunun olması biyolojik cinsiyet erkek olmasına karşın, beyinin algıladığı cinsiyetin kadın olmasına yol açabilir. Yapılan hayvan deneylerinde, gelişmekte olan beyinde, cinsiyet hormonlarının varlığı ve yokluğunun, beyinin nükleusu üzerinde morfolojik değişikliklere uğradığı göstermiştir (9).

Transseksüel bireylerde cinsiyet değiştirme cerrahisi ve hemşirelik yaklaşımı

1. Ameliyat öncesi hazırlık süreci

Cerrahi girişim öncesi transseksüel bireyin ruh sağlığının değerlendirilmesi

Transseksüel hastaların birçoğu ameliyat öncesi dönemde psikiyatriste başvurma nedenleri genellikle tanı ve cerrahi onay içindir. Ameliyat öncesi karar aşamasında psikiyatriste gitmek önemlidir (10). Ameliyat öncesi hasta hem fiziksel hem de psikolojik olarak ameliyata hazır olmalıdır (11).

Transseksüellere ve ailelerine bakım veren sağlık profesyonelleri ve diğer meslek grupları ön yargılarından dolayı hastalara negatif tutum içinde olmaktadır. Bu önyargılı tutum, hastanın sağlık çalışanı ile güven ilişkisi kurmasını engellerken, güven ilişkisinin bozulması hastanın danışmanlık almasını da zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla, hastanın bu süreçteki ihtiyaçlarının ve endişelerinin giderilmesi gerekmektedir (12).

Öncelikli olarak hastaya, kendisine nasıl hitap edilmesini (bay/bayan) istediği sorulmalıdır (13). Hasta ile güven ilişkisi kurulduktan sonra da ameliyat öncesi hazırlık sürecinde ayrıntılı bir şekilde hasta öyküsü alınmalı ve fiziksel muayene yapılmalıdır (12,14). Hastaya yapılacak müdahale ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmeli ve bilgilendirilmiş onay alınmalıdır. Bilgilendirilmiş onay içerisinde; ameliyatın risklerinden ve komplikasyonlarından bahsedilmeli, alternatif prosedürler anlatılmalıdır (11).

Psikolojik değerlendirme; diğer hastalara yapılan değerlendirmeden farklı değildir. Yapısal olarak sorular; çocukluk, adolesan ve yetişkinlik döneminin psikolojik ge-

lişimini kapsamaktadır (15). Ek olarak transseksüel kimlik gelişimi, cinsiyet geçişi ile ilgili düşünceleri, cinsellik, transseksüel yaşam deneyimleri ile ilgili anksiyete ve depresyon, aile/partner ilişkileri, ailenin ameliyatı bilip bilmediği, hastaya karşı tutumu, iş durumu, madde bağımlılığı, transseksüel sağlık sorunları, şuan ki cinsiyeti ile ilgili uyumsuzluğu hakkındaki endişelerini de içeren ayrıntılı bir öykü alınmalıdır (12,13). Bu konularla ilgili olarak; sağlık çalışanının bilgili olması, bireylere danışmanlık verebilmesi için önemlidir (12). Önce hasta; transeksüel sağlık uzmanlığı konusunda uzmanlaşmış bir ruh sağlığı profesyoneli tarafından, göğüs/meme cerrahisi açısından uygunluğu iki ruh sağlığı uzmanı tarafından değerlendirilmelidir. Bu doğrultuda değerlendirmeyi yapan ruh sağlığı ekibi hastanın bu durumu zihnen kabul edip etmediği açısından, ameliyata uygun olup olmadığına dair bir rapor sunmalıdır. Ancak, ruhsal açıdan bir endişesinin olmaması hastanın ameliyata hazır olduğu anlamına gelmez. Hastanın bilinçli olarak kararının arkasında olması, bu duruma fiziksel, duygusal ve sosyal olarak hazır olması ve sonuçları ile başa çıkmak için hazırlıklı olması gerekmektedir (11).

Transseksüel bireylerde suid girişimin yüksek olduğu görülmektedir (16,17). Suid girişim açısından; umutsuzluk, mağduriyet ve çocuklukta cinsiyet uygunsuzluğu birer risk faktörüdür (18). Ameliyat öncesi hastalara, ameliyattan sonra ruh sağlığı ve sosyal hizmetlerine başvuru yapabileceği bilgisi verilmelidir. Hastaların psikolojik ve fiziksel sağlığı için oluşan olumsuz sonuçlar bu sayede azaltıla bilinir (19).

Cerrahi girişim öncesi transseksüel bireyin fiziksel muayenesi

Cerrahi öncesi girişimde hastanın fiziksel sağlığı ve medikal tedavi süreci standart olarak uygulanan ameliyat öncesi prosedürlerdir. Öncelikli olarak karaciğer ve diğer organ sistemleri üzerinde endokrin tedavisinin etkisini de içeren değerlendirmeler yapılır. HIV ya da hepatit testleri rutin olarak yapılmalı ve bu testlerin gerekliliği ve önemi hastaya açıklanmalıdır. Ameliyat kararı bu test sonuçlarının pozitif olmasına bağlı değil, hastanın genel sağlık durumunun kapsamlı bir değerlendirmesi ile elde edilen sonuca göre yapılmalıdır (11).

2. Cinsiyet değiştirme cerrahisinde uygulanan girişimler

Kadınlaştırma cerrahisi

(erkekten kadına cinsiyet değiştirme)

a. Meme Büyümesi ve Mammoplasti: Kadınlaştırma

tedavi sürecinde uygulanan hormon tedavisi ile birlikte meme büyümesi gözlenen bir durumdur (9,11) ancak hormon etkisi ile elde edilen meme büyümesi, transseksüel bireyi tatmin edici düzeyde olmayabilir ve mammaplasti gerekli olabilir. Böyle durumlarda plastik cerrahi ile işbirliği halinde, meme dokusunun altına salınan implantlar yerleştirilmesi tercih edilmektedir. Kadınlara uygulanan mammaplasti ile benzer bir girişim olmasına karşın; erkek ve kadın göğüs kafesindeki anatomik farklılıklar nedeniyle cerrahi girişimde kullanılan tekniklerde farklılık olabilmektedir (11).

b. Genital rekonstrüksiyon: Vajinoplasti birkaç prosedürü bir arada barındırır: (a) Duyusal ve estetik açıdan kabul edilebilir düzeyde klitoris, labia minör ve majordan oluşan vulvanın oluşturulması, (b) üretranın kısaltılması, (c) duyusal olarak aktif ve cinsel birleşmeye olanak tanıyacak yapıda bir vajinanın oluşturulması, (d) cinsel uyarım sırasında üretral alanda daralma olmasını önlemek için erektil dokunun uzaklaştırılması (11). Oluşturulan vajina için sıklıkla penis ve skrotumu saran cilt ters çevirilerek kullanılmaktadır (20,21). Vajina oluşturulmasında penis cildinin tercih edilmesinin en önemli nedenleri arasında; cerrahi girişim sonrası küçülme riskinin az olması, rektuma olabilecek istenmeyen bir hasar kolayca onarılabilmesi, ameliyat sonrası hızlıca vaskülarize olması ve cildin kıl kökü bulundurmaması sayılabilir (21,22). Labia majorun oluşturulmasında ise sıklıkla var olan skrotum dokusu yeniden şekillendirilir. Kozmetik sonuçların iyileşmesi için revizyon cerrahisi gerekli olabilir (21).

c. Fasiyal kadınlaştırma: Fasiyal kadınlaştırma cerrahisi; bireydeki maskülen yüz özelliklerini feminen özelliklere değiştirmek için yapılan, yüz ve boyun cerrahisini kapsayan birtakım girişimleri içerir. Uygulanan girişimler arasında; rinoplasti, kaş çıkıntısının azaltılması, dudak ve yanak dolgu su, zigomatiklerin genişletilmesi, çenenin küçültülmesi ve adem elmasının küçültülmesi yer almaktadır (11,23).

d. Ses teli cerrahisi: Larengeal yapının ve ses tellerinin cerrahi girişim ile değiştirilmesi, konuşma terapisinden yarar görmeyen transeksüel kadınlara uygulanabilecek bir cerrahi girişimdir (11).

e. Diğer cerrahi girişimler: Diğer cerrahi girişimler arasında; belden alınan yağın kalça ve baldırlara enjekte edilmesi, saç nakli, nadir durumlarda cerrahlarca önerilmekle birlikte, transseksüel bireyin talebine göre belli inceltmek için 11. ve 12. kaburgaların çıkarılması sayılabilir (11).

Erkekleştirme cerrahisi

(kadından erkeğe cinsiyet değiştirme)

a. Subkütan mastektomi: Mastektomi prosedürü düz bir göğüs elde etmekten çok; estetik açıdan erkeksi hatlara sahip, sağlıklı duyuları olan ve en az düzeyde skara sahip olan bir görüntü elde etmeyi amaçlamaktadır. Bu girişimde meme dokusunun büyük bir kısmı, fazla cilt dokusu ve inflamatuvar katman çıkarılır. Meme ucu ve areolar kısım erkeksi boyutlara uygunsu aynı bırakılır, değilse rekonstrüksiyon ile yeniden şekillendirilir (11).

b. Histerektomi ve ooforektomi: Uzun dönem testosteron kullanımının over ve uterus kanseri oluşumundaki etkisi net olarak bilinmemekle beraber koruyucu histerektomi ve ooforektomi önerilmektedir. Aynı zamanda cinsiyet değiştirme cerrahisi sonrası menstrüasyon kanamaları da böylece önlenmiş olmaktadır (11).

c. Genital rekonstrüksiyon: Erkek genital organların oluşturulması için; vajinanın çıkarılması, üretranın uzatılması, protez erektil araç ile birlikte kullanılacak, cinsel birleşme için yeterli boyutta bir penis yapılması, penisin aynı zamanda ayakta miksiyona imkan vermesi hedeflenmektedir (11). Penisin rekonstrüksiyonunda sıklıkla radyal önkol flepleri kullanılmakta ve yeni penisin hazırlandığı sırada erektil fonksiyon için erektil implant penis içerisine yerleştirilmektedir (21). Estetik açıdan bütünlüğü oluşturması için labia major dokusu ile skrotum yapılması uygulanan yöntemler arasındadır (9,11,20). Skrotum kesesi oluşturulduktan sonra testis protezleri kullanılarak istenen skrotum görünümüne ulaşılması hedeflenmektedir (21).

d. Diğer cerrahi girişimler: Stereotipik feminen özellikleri maskülen özelliklere çevirmek için plastik cerrahi girişimlerine gerek duyulabilir. Fasiyal enjeksiyonlar ile özellikle çenede ve kaş çıkıntılarında daha erkeksi bir görünüme ulaşılmaya çalışılmaktadır. Penis implantasyonundan yaklaşık 6–8 ay sonra dövme ile estetik görüntü kazanılması yönünde uygulamalar yapılabilmektedir (11).

3. Ameliyat sonrası tedavi ve rehabilitasyon süreci

Ameliyat sonrası dönemde uygulanan tıbbi tedaviler

Ameliyat sonrası uygulanan tedavi; hormon düzenleme tedavisini içermektedir. Ameliyat sonrası dönemde önerilen hormon tedavisi erkekten kadına dönüşüm ameliyatı için Estradiol 100 µg/gün veya konjüğe östrojen 2.5 mg/gün olarak tercih edilmektedir. 40 yaş üzerindeki için transdermal kullanım önceliklidir. Total testosteronun

25ng/dl altında olacak şekilde düzenlenmesi önerilmektedir. Eğer östrojen dozu önerilenin iki katına ulaşırsa, östrojen gereksinimini en aza indirmek için, Spironolaktone gibi antiandrojen ilaçlar eklenebilir. İlk kontrolde PSA (prostat spesifik antijeni), yağ oranı ve karaciğer enzimleri kontrol edilmelidir. Her 3–6 ayda bir stabil olana kadar testosteron seviyesi, kan estradiol seviyesi, karaciğer fonksiyonları ve lipid profili kontrol edilmelidir. Her 6 ay-1 yılda östrojen seviyesi ve osteoporoz için değerlendirilmelidir. Kadından erkeğe dönüşüm ameliyatı sonrasında önerilen hormon tedavisi; haftada 200 mg testosteron veya 5g/gün transdermal testosterondur. İlk kontrolde kilo, lipid ve glukoz profili değerlendirilmelidir. Her 3–6 ayda bir lipid profili, polisitemiyi ekarte etmek için tam kan sayımı, testosteron seviyesi, karaciğer fonksiyon testleri kontrol edilmelidir. Her 6 ay-1 yıl da serum testosteron seviyesinin 500 µg/dl olarak titre edilmesi önerilmektedir (9,10,24).

Ameliyat sonrası dönemde uygulanan hormon tedavilerinin pozitif ve negatif etkilerinden bahsedilecek olursa; erkekten kadına dönüşüm sonrası uygulanan hormon tedavisinin pozitif etkileri olarak; jinekomasti, areola ve meme hacminde artış, yumuşak cilt, testiküler hacim azalması, spontan ereksiyonun ve libidonun azalması, kılınmanın azalması şeklinde gelişirken bu tedavinin negatif etkileri ise; venöz tromboz, kolelitiazis, prolaktin yükselmesi, karaciğer enzimlerinin yükselmesi, depresyon, hemogloblin değerinin düşmesi, hipofiz tümörü, meme kanseri, orşiektomi sonrası prostat karsinomu, insülin duyarlılığının azalması, immunglobulin faktörlerin azalması şeklinde sıralanabilmektedir (11,24).

Kadından erkeğe dönüşüm sonrası uygulanan hormon tedavisinin pozitif etkileri; ses kalınlaşması, menstrüasyonun kesilmesi, hirsütizm, klitoral alanın 4–5 cm büyümesi, larenks çıkıntısının belirginleşmesi, libidonun artması, meme dokusunun küçülmesi, doku yağ dağılımının değişmesi ve kas oranının artmasıdır. Negatif etkileri ise; akne, kilo artışı, karaciğer enzimlerinin yükselmesi, hematokrit seviyesinin yükselmesi, endometrium hiperplazisi, uyku apnesi, hiperseksüalite, insülin duyarlılığının azalması, gonadektomi sonrası kemik mineral dokusunun azalması ve over kanseridir (11,24).

Ameliyat sonrası dönemde görülen fizyolojik sorunlar

Erkekten kadına dönüşüm ameliyatları sonrası görülen komplikasyonlar; kanama/hematom, enfeksiyon, seroma, yara iyileşme problemleri, asimetri, kapsül kontraktürü,

hatalı implant veya implantın çıkması gibi yeniden manipülasyon gerektiren durumlar, hipertrofik skar dokusu, rektovajinal fistül gelişimi, klitoris kaybına yol açabilen kısmi veya tam flap nekrozu, vajinal darlık, üretral darlık, üretral meatusta şekil bozukluğu veya şişlik, vajinal prolapsus, vajina içi kılınma olarak açıklanabilir. Bu komplikasyonlar medikal ve cerrahi revizyon gibi uygulamalarla kontrol altına alınabilir (11).

Kadından erkeğe dönüşüm ameliyatları sonrası görülen komplikasyonlar; kanama/hematom, enfeksiyon, seroma, yara iyileşme problemleri, mastektomi flap nekroz, meme dokusunda meme kaybına yol açabilecek nekroz, şekil anormallikleri, meme asimetrisi, hipertrofik skar, penis kaybına yol açabilen kısmi veya tam flap nekrozu, üretral fistül ve darlık, implant çıkması veya enfeksiyonu, penis yapımı sonrası kolda ve bilekte hareket azalması ve uyuşukluk, erektil protezin mekanik problemi/erektil disfonksiyon, hipertrofik skar olarak sıralanabilir. Bu komplikasyonlar erkekten kadına dönüşüm ameliyatlarından sonra görülen komplikasyonlarda olduğu gibi medikal ve cerrahi revizyon gibi uygulamalarla kontrol altına alınabilmektedir (11).

Ameliyat sonrası dönemde görülen ruhsal sorunlar

Kişilik bozuklukları, iş ve sosyal hayata dair problemler, partner (eş) problemi, yalnızlık hissi, suid riski (25), depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (19), üriner inkontinans (stres, miks, urge; ani gelen idrar hissi ve inkontinans) dizüri, pollaküri, cinsel birleşme sonrası üriner enfeksiyon (20) gibi memnuniyeti ve ruhsal sağlığı olumsuz etkileyen sorunlar olarak açıklanabilir. Ameliyat sonrası dönemde yaşam kalitesini ve hasta memnuniyetini belirlemek için Kuhn ve arkadaşlarının (26) yaptığı çalışmada, cinsiyet değiştiren bireylerde hasta memnuniyetinin ve yaşam kalitesinin cinsiyet değiştirmeyen transeksüellere göre anlamlı oranda düşük olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada kısıtlılıklar olmakla birlikte memnuniyetsizlik nedeni olarak üriner ve cinsel problemler ve iyimser/kötümser bakış açılarındaki farklılıklar gösterilmiştir. Ameliyat sonrası cinsel davranışlar da değişebilmektedir ve yeni kimliğine alışan bireylerin %16–17'sinin karşı cinsle evlendiği belirtilmektedir.

Transeksüel cerrahi öncesi danışmanlık ve destek oranı yeterli olmayan bireylerde yeni kimliğine uyum sorunu (%40 oranında) görülmektedir. Bu nedenlerden dolayı da memnuniyetin ve yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmektedir. ABD'de yaşayan transeksüellerin %60'ının ameli-

yat sonrası dönemde yoksulluk sınırının altında yaşadığı, %40'ının sosyal güvencesinin bulunmadığı belirtilmektedir. Tüm bu sebepler ruhsal sağlığı olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (5).

Hemşirelik yönetimi

Hemşirelik bakımında holistik yaklaşım çerçevesinde; tüm hastaların kültür, ırk, cinsiyet farklılıklarına karşı saygılı olunması, transseksüel cerrahi öncesi ve sonrası en önemli kuraldır. Ayrıca hemşirenin perioperatif süreçte ekibin etkin üyesi olması hasta izleminin ve yaşanan sorunların kontrolünü daha etkili hale getirecek ve dolayısıyla cerrahi uygulamanın başarısını arttıracaktır. Transseksüel bireylerin sağlığı ile ilgili bilgilendirme/bilinçlendirme toplantılarının yapılması faydalı olacaktır. Ayrıca profesyonel sağlık

eğitim müfredatına transseksüel sağlık içeriklerinin eklenmesi sosyal uyumu ve başarıyı arttıracaktır. Transseksüel bireylerin haklarının yasal olarak da korunması bilinçlenmenin artırılması bu konudaki uyumsuzlukların önüne geçecektir. Hemşire tüm bakım sürecinde önyargıdan uzak olduğunu hissettirmelidir ve negatif tutumdan uzak olmalıdır. Hemşirelik alanındaki resmi organizasyonların, transseksüel hastaların bakımı için kılavuz hazırlaması başarıyı arttıracaktır. Transseksüel hormon tedavisinin yan etkileri konusunda bilinçli olmak bu sürecin yönetimini kolaylaştıracaktır. Hemşirelerin bu doğrultuda transseksüel bireylerle ilişki kurma, bilgilerini güncel tutma ve politika geliştirme hedefleri vardır. Tanı, tedavi ve süreç yönetiminde hemşirelik rollerinin geliştirmesi bu bireylerin yaşam kalitelerinin yükselmesini sağlayacaktır (27,28).

Kaynaklar

1. Sungur MZ, Yalnız Ö. Transseksüalite: ilgili kavramlar ve cinsiyet düzenleme girişimleri. *Klinik Psikiyatri* 1999;2(1): 49-54.
2. Yüksel Ş. Cinsel yönelimler. *Türkiye Aile Sağlığı ve Planlama Vakfı Görünüm Dergisi* 2013;13: 2-15.
3. Bozdemir N, Özcan S. Cinsellik ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2011;5(4): 37-46.
4. Özşungur B. Gender identity development and gender identity disorder: Psychosocial characteristics. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi / Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health* 2010; 17(3): 163-174.
5. Aydın-Beşen ÖGM, Aslan E. Transseksüalite: Genel bakış. *Androloji* 2014;57: 145-48.
6. Biçer Ü, Çolak B, Bilgili M, Dinçmen K. Transseksüalite mi, homoseksüalite mi? *Adli Tıp Bülteni* 1996;1(2): 89-93.
7. Kayahan B, Ozan E, Atalay ND, Mete HE. Cinsel kimlik disfori sendromu: Olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri* 2005; 8:141-5.
8. Sevençan F, Aslan D, Akın A, Akın L. Seks çalışan kadınlar, erkeklerle cinsel ilişkiye giren erkekler ve transseksüellerin toplumsal cinsiyet hakkındaki görüşleri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2012;16(2): 47-57.
9. Cohen-Kettenis PT, Gooren LV. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research* 1999;46(4): 315-33.
10. Chokrungravanont P, Selvaggi G, Jindarak S, Angspatt A, Pungrasmi P, Suwajo P, Tiewtranon P. The development of sex reassignment surgery in Thailand: A social perspective. *The Scientific World Journal* 2014.
11. Bowman C, Goldberg JM. Care of the patient undergoing sex reassignment surgery. *International Journal of Transgenderism* 2006;9(3-4): 135-65.
12. Burnes TR, Singh AA, Harper A, Pickering DL, Moundas S, Scofield T, Maxon W, Harper B, Roan A, Hosea J. Association of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues in Counseling: Competencies for counseling with transgender clients. Approved by American Counseling Association Governing Council: 2009 http://www.counseling.org/docs/competencies/algbtic_competencies.pdf?sfvrsn=3
13. Gelfer MP. Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology* 1999;8(3): 201-8.
14. Akdemir A, Güriz O, Örsel S, Karaoğlan A. Erkek pseudohermafroditizmi: Bir olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2006;9(1): 49-52.
15. Costa EMF, Mendonca BB. Clinical management of transsexual subjects. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia* 2014;58(2): 188-96.
16. Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson AL, Långström N, Landén M. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS one* 2011; 6(2): e16885.
17. Liu RT, Mustanski B. Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine* 2012; 42(3): 221-8.
18. Mustanski B, Liu RT. A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Archives of sexual behavior* 2013;42(3): 437-48.
19. JokiĀ-BegiĀ N, Korajlija AL, Jurin T. Psychosocial adjustment to sex reassignment surgery: A qualitative examination and personal experiences of six transsexual persons in Croatia. *The Scientific World Journal* 2014.
20. Hoebeke P, Selvaggi G, Ceulemans P, Cuypere GD, T'Sjoen G, Weyers S, Monstrey S. Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European urology* 2005;47(3): 398-402.
21. Wroblewski P, Gustafsson J, Selvaggi G. Sex reassignment surgery for transsexuals. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity* 2013;20(6): 570-4.
22. Selvaggi G, Ceulemans P, De Cuypere G, VanLanduyt K, Blondeel P, Hamdi M, Bowman C, Monstrey S. Gender identity disorder: General overview and surgical treatment for vaginoplasty in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2005;116(6): 135e-45e.
23. Ainsworth TA, Spiegel JH. Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research* 2010;19(7): 1019-24.
24. Moore E, Wisniewski A, Dobs A. Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2003; 88(8): 3467-73.
25. De Cuypere G, Elaut E, Heylens G, Van Maele G, Selvaggi G, T'Sjoen G, Rubens R, Hoebeke P, Monstrey S. Long-term follow-up: Psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies* 2006; 15(2): 126-33.
26. Kuhn A, Bodmer C, Stadlmayr W, Kuhn P, Mueller MD, Birkhäuser M. Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility* 2009;92(5): 1685-89.
27. Zunner BP, Grace PJ. The ethical nursing care of transgender patients. *AJN The American Journal of Nursing* 2012;112(12): 61-4.
28. Brennan AMW, Barnsteiner J, Siantz MLDL, Cotter VT, Everett J. Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. *Journal of Professional Nursing* 2012;28(2): 96-104.