

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

MENSTRUAL DİSFORİ YAŞAYAN ERGENLERDE MENSTRUASYON
SUPRESYONUNDA KULLANILAN YÖNTEMLERİN SEÇİLMESİNDE ETKİLİ
OLAN NEDENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Öykü SARIKAYA

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA

2024

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

MENSTRUAL DİSFORİ YAŞAYAN ERGENLERDE MENSTRUASYON
SUPRESYONUNDA KULLANILAN YÖNTEMLERİN SEÇİLMESİNDE ETKİLİ
OLAN NEDENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Öykü SARIKAYA

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Sinem AKGÜL

ANKARA

2024

ONAY SAYFASI



BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Prof. Dr. Sinem AKGL danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Dr. ykw SARIKAYA

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, çalışkanlığı ve ilkeli tutumuyla hayatımın her alanında bana örnek olan, ömürlük ilham kaynağım, danışman hocam Prof.Dr. Sinem AKGÜL'e,

Tezimin fikir aşamasından sonuçlanmasına kadarki süreçte değerli vaktini ve bilimsel desteğini sunan, ilerici bir bakış açısıyla özgürlükçü bir ortamda bilimsel araştırma yapma fırsatı oluşturan değerli hocalarım Prof.Dr. Orhan DERMAN, Doç.Dr. Melis PEHLİVANTÜRK KIZILKAN, Doç.Dr. Zeynep TÜZÜN, Prof.Dr. Zeynep Alev ÖZÖN, Doç.Dr. Koray BAŞAR'a,

Desteğini daima hissettiren ve beni cesaretlendiren, uzmanlık eğitimimin renkleri, dostlarım Dr. Nur MUTLU, Dr. Öykü Deniz KANBUR ve Dr. Elif İŞLER'e,

Büyük fedakarlıklarla beni bugüne getiren, sevgisini derinden hissettiğim, kızı olmaktan gurur duyduğum annem Refiye TEMUR'a,

Kendimi keşfetmemi ve gerçekleştirmemi mümkün kılan, ruhumu aydınlatan, en büyük destekçim ve hayallerimin ortağı olan hayat arkadaşım Taha Yasin SARIKAYA'ya

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Öykü SARIKAYA

ÖZET

SARIKAYA Ö. Menstrual disfori yaşayan ergenlerde menstruasyon supresyonunda kullanılan yöntemlerin seçilmesinde etkili olan nedenlerin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi. Ankara, 2023. Cinsiyet çeşitliliği (CÇ), kişinin doğumda atanan cinsiyetine atfedilen sosyal ve kültürel beklentilerden farklı bir cinsiyet kimliği olmasıdır; bu farklılıktan kaynaklanan sıkıntı veya rahatsızlık ise cinsiyet disforisi olarak tanımlanmaktadır. Menstruasyonla ilişkili sıkıntı veya rahatsızlık ise; menstruasyon disforisi olarak tanımlanmaktadır. Çalışmalar, menstruasyon sırasında CÇ olan bireylerde depresyon, kendine zarar verme ve intihar düşüncesinin arttığını göstermektedir. Menstruasyon supresyonu (MS), menstruasyon kanamasını azaltmak veya durdurmak için hormonal yöntemlerin geri dönüşümlü olarak kullanılmasıdır ve çalışmalar bunun menstruasyon disforisini hafifletebileceğini göstermektedir. Bu çalışmanın amacı, CÇ olan bireylerin menstruasyon deneyimini değerlendirmek ve MS yöntemi seçiminde etkili olan faktörleri belirlemektir. Çalışma popülasyonu, Aralık 2021-Eylül 2023 arasında Hacettepe Üniversitesine başvuran, CÇ olup menstruasyon ile ilişkili kaygı yaşayan, 12-24 yaş aralığındaki gençlerden oluşmaktadır. Araştırmacılar tarafından oluşturulan birinci anket ile katılımcıların cinsiyet özellikleri ve menstruasyon deneyimleri değerlendirilmiştir. Sonrasında katılımcılara MS hakkında danışmanlık verilmiştir. Danışmanlıktan sonra doldurulan ikinci anket ile her yöntemin seçilme ve seçilmeme nedenleri değerlendirilmiştir. Katılımcıların tamamı (n=21) menstruasyondan çok/aşırı rahatsızlık duymaktadır. Menstruasyon ilişkili durumlar arasında “menstruasyonun cinsiyet kimliği ile uyumlu olmaması” katılımcıların %95,2’si tarafından çok/aşırı rahatsız edici olarak tanımlanmıştır. “Hijyenik ürün taşımak ve değiştirmek”, aşırı rahatsızlıkla en sık (%95,2) ilişkilendirilen menstrüel durum olmuştur. “Hijyenik ürün satın almak” katılımcıların %90,5’i tarafından çok/aşırı rahatsız edici bulunmuştur. En fazla seçilen MS yöntemi kombine oral kontraseptif (KOK) (%63,1) olmuştur. Etonogestrel implantı (%10,2), depo medroksiprogesteron asetat enjeksiyon (10.2%) ve progesteron içeren hapın (%5,2) az seçildiği görülmüştür. Levonogestrel salınlı rahim içi araç hiç seçilmemiştir. Yöntemin seçilmesinde östrojen içeriği, uygulama şekli ve sıklığı, jinekolojik muayene gereksinimi, farklı sağlık birimine başvuru gereksinimi, takip sıklığı gibi çok sayıda faktörün etkili olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda en çok tercih edilen yöntemin KOK olduğu saptanmıştır. Tüm katılımcılara aynı danışmanlık verilmesine rağmen seçilen yöntemler ve nedenleri değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle, CÇ olan ergen popülasyonunun seçimlerine dair genellemeler önyargıya dönüşmemeli, danışmanlığa yön vermemelidir. Çalışmamız bireysel danışmanlığın önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Sözcükler: transgender, cinsiyet çeşitliliği, menstruasyon disforisi, menstruasyon supresyonu

ABSTRACT

Evaluation of the factors affecting the selection of methods used for menstrual suppression in adolescents experiencing menstrual dysphoria. Hacettepe University Medical Faculty Department of Pediatrics, Thesis in Pediatrics, Ankara, 2023. Gender diversity is having a gender identity that differs from the social and cultural expectations ascribed to one's gender assigned at birth. The distress or discomfort caused by this difference is defined as gender dysphoria. The distress or discomfort associated with menstruation is defined as menstrual dysphoria. Studies show that depression, self-harm, and suicidal ideation increase in individuals with gender diversity during menstruation. Menstruation suppression is the reversible use of hormonal methods to reduce or stop menstrual bleeding, and studies show that it may alleviate menstrual dysphoria. The aim of this study was to evaluate the menstruation experience of gender diverse individuals and to determine the factors affecting the choice of menstruation suppression method. The study population consisted of gender diverse youth aged between 12-24, experiencing menstruation-related anxiety, who applied to Hacettepe University between December 2021 and September 2023. Two surveys were developed by the researchers: The first survey aimed to evaluate the gender characteristics and menstruation experiences of the participants. After counseling the participants about menstruation suppression, the reasons for choosing and not choosing each method were evaluated with the second survey. All of the participants (n=21) felt very/extremely uncomfortable with menstruation. Among menstruation-related conditions, "menstruation not being compatible with gender identity" was defined as very/extremely disturbing by 95.2% of the participants. "Carrying and changing hygienic products" was the menstrual condition most frequently associated with extreme discomfort (95.2%). "Buying hygienic products" was found very/extremely disturbing by 90.5% of the participants. The most commonly chosen menstrual suppression method was the combined oral contraceptive (COC) (63.1%). Etonogestrel implant (10.2%), depot medroxyprogesterone acetate injection (10.2%) and the progesterone-containing pill (5.2%) were chosen less frequently, whereas the Levonogestrel-releasing intrauterine device was not chosen at all. Many factors such as estrogen content, method and frequency of application, need for gynecological examination, need to apply to a different medical department, and frequency of follow-up were effective in choosing the method. In our study, it was found that the most preferred method was combined oral contraceptive. Although all participants were given the same counseling, the methods chosen and reasons for choosing this method varied. Therefore, generalizations about the choices of youth with gender dysphoria should not guide our counseling. Our study highlights the importance of individual counseling in menstrual dysphoria.

Keywords: transgender, gender diversity, menstrual dysphoria, menstrual suppression

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----------|
| ONAY SAYFASI | iii |
| BEYAN | iv |
| TEŞEKKÜR | v |
| ÖZET | vi |
| ABSTRACT | vii |
| İÇİNDEKİLER | viii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR | x |
| ŞEKİLLER | xi |
| GRAFİKLER | xii |
| RESİMLER | xiii |
| TABLolar | xiv |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1. Terminoloji | 3 |
| 2.2. Cinsiyet Gelişimi | 5 |
| 2.3. Cinsiyet Disforisi | 7 |
| 2.3.1. Cinsiyet Disforisi Tanımı | 7 |
| 2.3.2. Ergenlik Döneminde Cinsiyet Disforisi | 8 |
| 2.3.3. Ergenlik Döneminde Cinsiyet Disforisi Epidemiyolojisi | 12 |
| 2.3.4. Cinsiyet Disforisi Etiyolojisi | 13 |
| 2.3.5. Cinsiyet Disforisi Tanı Kriterleri | 14 |
| 2.3.6. Cinsiyet Disforisinde Multidisipliner Yaklaşım ve Tedavi | 15 |
| 2.4. Menstruasyon Disforisi | 25 |
| 2.4.1. Menstruasyon Disforisi Tanımı | 25 |
| 2.4.2. Menstruasyon Disforisi Epidemiyolojisi | 26 |
| 2.4.3. Menstruasyon Disforisi Tedavisi | 26 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 37 |
| 3.1. Dahil olma ve Olmama Kriterleri | 37 |
| 3.2. Danışmanlık Öncesi Değerlendirme | 37 |
| 3.3. Danışmanlık | 39 |
| 3.4. Danışmanlık Sonrası Değerlendirme | 40 |

| | |
|---|-----------|
| 3.5. Takip | 41 |
| 3.6. Verilerin Analizi: | 41 |
| 4. BULGULAR | 42 |
| 4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri | 42 |
| 4.2. Katılımcıların Cinsiyet Özellikleri | 43 |
| 4.3. Menstruasyon Özellikleri | 45 |
| 4.4. Danışmanlığın Değerlendirilmesi | 48 |
| 4.5. Yöntem Seçiminde Etkili Olan Nedenlerin İncelenmesi | 48 |
| 4.6. Yöntemin Başlanması | 50 |
| 4.7. Takip Süreci | 50 |
| 5. TARTIŞMA | 53 |
| 5.1. Cinsiyet Özellikleri | 53 |
| 5.2. Sosyal Geçiş | 54 |
| 5.3. Psikiyatrik Özellikler | 55 |
| 5.4. Menarş Deneyimi | 56 |
| 5.5. Menstruasyon Deneyimi | 57 |
| 5.6. Menstruasyon Supresyonu Hakkında Bilgi Düzeyi | 60 |
| 5.7. Yöntem Seçiminde Etkili Faktörler | 61 |
| 5.8. Hekim Yönlendirmesi | 65 |
| 5.9. İzlem Süreci | 66 |
| 5.10. Çalışmanın Sınırlılıkları | 67 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 68 |
| 7. KAYNAKLAR | 71 |
| 8. EKLER | |
| EK-1: Cinsiyet ve Menstruasyon Özellikleri Değerlendirme Anketi | |
| EK-2: Danışmalık Kartları | |
| EK-3: Danışmanlık Sonrası Anketi | |
| EK-4: Takip Formu | |
| EK-5: Etik Kurul Onayı | |

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|----------------|--|
| ABD | Amerika Birleşik Devletleri |
| AMH | Anti-Müllerian Hormon |
| DMPA | Depo medroksiprogesteron asetat |
| DSM | Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| GnRH | Gonadotropin salgılatıcı hormon |
| GnRHa | Gonadotropin salgılatıcı hormon analogu |
| ICD-10 | Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10.Revizyonu |
| ICD-11 | Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 11.Revizyonu |
| KMY | Kemik mineral yoğunluğu |
| KOK | Kombine oral kontraseptif |
| LGBTQ | Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Trans, Kuir |
| LH | Luteinize edici hormon |
| LNG-RIA | Levonorgestrel salgılayan rahim içi araç |
| SRY | <i>"Sex determining region Y"</i> |
| VTE | Venöz tromboemboli |
| WPATH | Dünya Trans Sağlığı İçin Profesyoneller Birliği |

ŞEKİLLER

| Şekil | | Sayfa |
|--------------|---|--------------|
| 2.1. | Rahim içi araç | 32 |
| 4.1. | Katılımcıların yöntem seçimi ve başlama durumu. | 51 |



GRAFİKLER**Grafik****Sayfa****4.1.** Katılımcıların yöntem seçimleri.

49



RESİMLER**Resim****Sayfa****2.1.** Etonergestrel implantı

34



TABLÖLAR

| Tablo | | Sayfa |
|--------------|---|--------------|
| 2.1. | Östrojen içeren tedavi rejimlerinde fiziksel değişiklikler ve süreleri. | 22 |
| 2.2. | Cinsiyet Olumsuzlayıcı Hormon Tedavisi İle İlişkili Riskler. | 23 |
| 2.3. | Testosteron içeren tedavi rejimlerinde fiziksel değişiklikler ve süreleri. | 24 |
| 4.1. | Katılımcıların demografik özellikleri | 42 |
| 4.2. | Katılımcıların cinsiyet kimliği, cinsel yönelim ve aktivite bilgileri | 44 |
| 4.3. | Katılımcıların menarş deneyimi ve menstruasyon özellikleri | 46 |
| 4.4. | Menstruasyonla ilişkili durumlarda ortaya çıkan rahatsızlık düzeyi ve sıklığı | 47 |



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsiyet kimliği, kişinin derinden hissettiği ve doğuştan geldiği farz edilen; erkek, kadın ya da diğer cinsiyet kategorilerine dahil olma duygusudur. Kişinin doğumda atanan cinsiyetine atfedilen sosyal ve kültürel beklentilerden farklı cinsiyet kimliği ve/veya ifadesi olması cinsiyet çeşitliliği olarak tanımlanmaktadır (1). Cinsiyet disforisi, bir kişinin cinsiyet kimliğinin, doğumda atanan cinsiyete atfedilen kimlik özellikleriyle uyumsuz olması nedeniyle yaşanabilecek sıkıntı veya rahatsızlık durumudur (2).

Menstruasyon ilişkili sıkıntı veya anksiyete hissi menstruasyon disforisi olarak tanımlanmaktadır (3, 4). Menstruasyonun yanı sıra menstruasyon döneminde yaşanan bazı durumlar da disforiyi tetikleyebilmektedir. Örneğin; menstrüel ürünlerin satın alınması ve bu ürünlerin umumi tuvaletlerde kullanılması, erkek tuvaletlerinde çöp kutusu olmaması, ped ambalaj sesinin duyulması cinsiyet disforisini arttırabilmektedir. Tampon/adet kaplarının yerleştirilmesinde kullanılan bastırma teknikleri rahatsız edici olabilmektedir. Bu dönemde göğüs şişmesi nedeniyle göğüs bağı kullanımı zorlaşabilmektedir. Ayrıca menstruasyon sırasında, cinsiyet kimliğinin açığa çıkması nedeniyle kişisel güvenlik endişesi ortaya çıkabilmektedir (5).

Menstruasyon supresyonu, menstruasyon kanamasını azaltmak/durdurmak için hormonal yöntemlerin kullanılmasıdır. Bu yöntemler tamamen geri dönüşümlüdür ve çalışmalar, bu yöntemlerin yaşam kalitesini artırabileceği ve menstruasyon disforisini hafifletebileceğini göstermektedir (4). Bu tedavi, menstruasyon kanamasının baskılanmasının yanında kontrasepsiyon sağlamak veya testosteron tedavisi sırasında oluşabilecek düzensiz kanamayı iyileştirmek amacıyla da önerilebilmektedir (1).

Menstruasyon supresyonu için kullanılan yöntemler kombine olarak östrojen ve progesteron veya yalnızca progesteron içerebilmektedir. (6). Östrojen “kadınsı” bir hormon olarak algılanabileceğinden, cinsiyet çeşitliliği olan bireylerle tedavi seçenekleri tartışılırken, kombine oral kontraseptiflerden kaçınılabileceği akılda bulundurulmalıdır (7, 8). Sadece progesterin içeren kontraseptif yöntemler, günlük oral progesterin hapları, enjekte edilebilir depo medroksiprogesteron asetat (DMPA), deri

altı etonogestrel implantı ve levonorgestrel salgılayan rahim içi araç (LNG-RİA) gibi çeşitli formlarda kullanılabilir (9). Yalnızca progestin içeren haplar, cinsiyet çeşitliliği olan bireyler için östrojen içeren yöntemler tercih edilmediğinde veya kontrendike olduğunda iyi bir alternatif olabilmektedir. Ancak amenore elde etmede yetersiz performans göstermesi ve öngörülemeyen kanama paterni nedeniyle tipik olarak menstruasyon supresyonu için önerilmemektedir (7, 8, 10). DMPA, diğer progestinlere kıyasla daha androjenik olması, 10-12 haftada bir uygulanması ve uygulama için eğitilmiş klinisyene ihtiyaç olmaması nedeniyle cinsiyet çeşitliliği olan bireyler arasında popüler bir seçenektir (9, 10). LNG-RİA, yönteminin uzun kullanım süresi, sekonder amenore oranları ve kullanım kolaylığı, onu menstruasyon supresyonu için çekici bir seçenek haline getirmektedir. Ancak, yerleştirme prosedürüyle ilgili endişeler nedeniyle cinsiyet çeşitliliği olan bireyler arasında daha az tercih edilebilmektedir (8). Etonogestrel implantı, iyi bir kontraseptif seçenek olmasına rağmen, amenore oranı düşük olduğu ve kanama paternini düzensizleştirdiği için menstruasyon supresyonu için daha az tercih edilebilmektedir düşük amenore oranı ve düzensiz kanama paterni nedeniyle ile menstruasyon supresyonu için daha az tercih edilebilmektedir (7).

Bu çalışmanın amacı, doğumda atanmış cinsiyeti kız olup cinsiyet çeşitliliği olan genç bireylerin menstruasyon deneyimini değerlendirmek ve menstruasyon supresyonu amacıyla yöntem seçimlerine etkili olan faktörleri belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Terminoloji

Cinsiyet çeşitliliği olan topluluklarda kullanılan terminoloji kültürel ve hızla gelişmektedir. Bazı terim ve tanımlar herkes tarafından kabul edilmemekte, fikir uyuşmazlıkları yaşanmaktadır.

Amerikan Psikoloji Birliği (*American Psychological Association*)(11) ve Dünya Trans Sağlığı İçin Profesyoneller Birliği (*World Professional Association for Transgender Health, WPATH*) (1) kılavuzları gözden geçirildiğinde alanyazında mevcut tanım ve terimler aşağıdaki şekilde yer almaktadır.

Cinsiyet / Doğumda Atanan Cinsiyet (*sex, sex assigned at birth*): Genellikle doğumda (ya da ultrason yöntemiyle doğumdan önce), genital organların dış görünüşüne bakılarak belirlenmektedir. Genital organların dış görünüşünün yeterli olmadığı durumlarda, iç genital organlar, kromozomlar ve hormonlar incelenerek cinsiyet tayini yapılabilmektedir.

Cinsiyet Kimliği (*gender identity*): Kişinin derinden hissettiği ve doğuştan geldiği düşünülen; erkek, kadın ya da diğer cinsiyet kategorilerine dahil olma duygusudur.

Cinsiyet İfadesi (*gender expression*): Kişinin, görünüm ve davranışlarıyla günlük yaşamında cinsiyetini dışa vurma biçimidir. ifade etme şeklidir. Bu ifade giyim, saç modeli, aksesuar seçimi gibi fiziksel özellikler ve/veya konuşma, davranış kalıpları ve kullanmayı tercih ettiği isim gibi sosyal özellikler aracılığıyla olabilmektedir.

Cinsiyet Rolü (*gender role*): Belirli bir kültürde erkek ya da kadın olmakla ilişkili olduğu düşünülen dış görünüş, kişilik ve davranış kalıpları bütünüdür. Cinsiyet rolünün bazı özellikleri, toplum ve zamanın erkek ya da kadın olma ölçütlerine uyarken, bazıları uymayabilmektedir.

Cinsel Yönelim (*sexual orientation*): Bir kişinin başka bir kişiye cinsel ve duygusal olarak ilgi duyması ve bununla ilişkili davranış ve/veya sosyal aidiyet hissidir. Bu özellikler doğrultusunda bireyler kendilerini lezbiyen, gey, heteroseksüel,

biseksüel, kuir, panseksüel, aseksüel olarak ya da başka bir şekilde tanımlayabilmektedir.

Cinsiyet Çeşitliliği (*gender diversity*): Kişinin cinsiyet kimlik ve/veya ifadesinin, doğumda atanan cinsiyete atfedilen sosyal ve kültürel beklentilerden farklı olmasıdır.

Toplumsal Cinsiyete Uymayan (*gender nonconforming*): Cinsiyet ifadesi ve/veya cinsiyet kimliği, doğumda tayin edilen cinsiyetin normlarıyla örtüşmeyen kişiler için kullanılan bir terimdir.

Cinsiyet Uyumsuzluğu/ Cinsiyet Disforisi (*gender dysphoria*): Bir kişinin cinsiyet kimliği ile doğumda atanan cinsiyeti arasındaki belirgin uyumsuzluktan kaynaklanan rahatsızlık ya da sıkıntıyı ifade eder.

Cinsiyet Uyuşmazlığı (*gender incongruence*): Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 11. revizyonunda (ICD-11) kullanılan ve bir kişinin deneyimlediği cinsiyet ile doğumda atanan cinsiyeti arasındaki belirgin uyuşmazlığı ifade eden tanıdır.

Cinsiyet Uyum Süreci: Kişinin cinsiyet kimliği ile uyumlu olan cinsiyet ifadesine geçme sürecidir. Bu geçiş fiziksel ya da sosyal özelliklerin değişimi ile olabilmektedir. Geçiş, hormon tedavisi ve/veya ameliyatı içermek zorunda değildir.

İkili Cinsiyet (*gender binary*): Cinsiyetin kadın-erkek olarak birbirinden katı sınırlarla ayrılmış iki kategoriden oluştuğu düşüncesidir.

İkili Dışı Cinsiyet (*non-binary*): İkili cinsiyet (kadın ve erkek) sisteminin dışındaki cinsiyet kimliklerini (genderqueer, cinsiyet çeşitliliği, akışkan cinsiyet, demigender, bigender ve agender) ifade eder.

Cisgender (*cisgender*): Cinsiyet kimliği ve/veya cinsiyet ifadesinin, doğumda atanan cinsiyetle uyumlu olmasıdır.

Trans (*transgender*): Cinsiyet kimliği ve/veya cinsiyet ifadesi, doğumda atanan cinsiyetin tipik özellikleriyle örtüşmeyen kişilerin tamamını kapsayan bir şemsiye terimdir.

Transseksüel (*transsexual*): Cinsiyet kimliğiyle daha iyi örtüşmesi için tıbbi müdahaleler (hormon tedavisi, ameliyat, vb) yoluyla doğumda atanan cinsiyetten farklı bir cinsiyete geçiş yapan veya yapma sürecinde olan kişiler için kullanılan

terimdir. Transseksüellik, Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10. revizyonunda (ICD-10) tıbbi bir tanı olarak kullanılmıştır; ICD-11'de yer almamaktadır.

Trans Erkek / Transgender Erkek (*trans men, transgender men*): Erkek cinsiyet kimliğine sahip ancak doğumda kadın olarak atanmış kişidir.

Trans Kadın / Transgender Kadın (*trans women, transgender women*): Kadın cinsiyet kimliğine sahip ancak doğumda erkek olarak atanmış kişidir.

Genderqueer (*genderqueer*): Cinsiyet kimliği, ikili cinsiyet sistemi sınırları içinde ifade edilemeyen kişidir. Cinsiyet, ikili cinsiyet sistemi dışında tanımlanabilmekte ya da kişi kendisini bir cinsiyete ait olarak tanımlamayı reddedebilmektedir.

İnterseks (*intersex*): Biyolojik gelişimi kadın ya da erkek olağan gelişiminden farklı olan bireyleri ifade eder.

2.2. Cinsiyet Gelişimi

Bedensel Cinsiyet Özelliklerinin Gelişimi:

Fetusun kromozomal cinsiyeti fertilizasyon sırasında belirlenmektedir. Gestasyonun ilk 6. haftasına dek biyolojik erkek (46,XY) ve dişi (46,XX) embriyoda ayrılaşmamış gonadlar, Wolf (mezonefrik) ve Müllerian (paramezonefrik) kanalları bulunmaktadır. Erkek embriyoda, Y kromozomu üzerindeki "*sex determining region Y*" (SRY) geni ve bu genin ürünü "*testis determining factor*" varlığında gonadlar testis yönünde farklılaşmaktadır. Sertoli hücrelerinden salgılanan Anti-Müllerian Hormon (AMH), paramezonefrik kanalın gerilemesine neden olmaktadır. Leydig hücrelerinden salgılanan testosteron ise; epididim ve vaz deferensini oluşturmak üzere mezonefrik kanal gelişimini indüklemektedir. Testosteron ve türevleri; penis, skrotum oluşumunu ve üretra ağzının distale göçünü sağlamaktadır. Dişi cinsiyet gelişimi ise; SRY geninin olmadığı durumda, bipotansiyel gonadların over olarak gelişmesi ile başlamaktadır. AMH ve testosteron yokluğunda, paramezonefrik kanal fallop tüpleri, uterus ve üst

vajina bölümüne farklılaşırken; mezonefrik kanal gerilemektedir. Androjen yokluğunda klitoris, labialar gelişmektedir (12, 13).

Cinsiyet Gelişim Teorileri:

Kişinin cinsiyetine dair öz farkındalığı, bebeklik döneminden başlayarak kademeli olarak gelişmektedir. Bebeklerin 6.aydan itibaren kadın ve erkek yüzünü, sesini ayırt edebildiği; 9.aydan itibaren saç ve giyim özelliklerini cinsiyet ipucu olarak kullanarak, erkek ve kadın resimleri arasında ayırım yapabildiği bilinmektedir (14).

Çalışmalar, cinsiyet kimliği ve ifadesinin muhtemelen biyolojik, çevresel ve kültürel faktörlerin karmaşık bir etkileşimini yansıttığını düşündürmektedir; ancak bu faktörlerin rolü belirsizliğini korumaktadır ve tek etmenli açıklamaları destekleyecek kanıt bulunmamaktadır (11).

Toplumsal cinsiyetin açıklanmasına yönelik pek çok kuram bulunmaktadır. Bu kuramlar; cinsiyet ifadesinin, cinsiyet kimliği zemininde toplumsal etkileşim içinde gelişimini açıklamaya çalışmaktadır. Toplumsal cinsiyet çok etmenlidir ve bu kuramlardan biriyle açıklanamaz; ancak bu kuramlar ışığında daha iyi anlaşılabilir.

Toplumsal cinsiyetin gelişimini ele alan ilk kuram, **psikanalitik kuram**dır; toplumsal cinsiyet oluşumu libidoya, biyolojik ve toplumsal cinsiyeti organize eden biyolojik temelli bir cinsel enerjiye dayanarak açıklanmaktadır. Çocukların cinsiyetler arasındaki ayırt edici özelliklerin farkında olmadığı dönem, bu farklılıkları anlamaya çalıştığı dönem ve ödipal dönem olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır. Bu kuram, üzerine çalışılması ve kanıt elde edilmesi mümkün olmadığından, genellemelere imkan vermemektedir. **Sosyobiyolojik kurama** göre cinsiyet rolleri, insanlığın hayatta kalabilmek ve genlerini aktarabilmek amacıyla geliştirdiği bir sistemdir. **Sosyal öğrenme kuramına** göre, cinsiyete uygun davranışları ödüllendirme, uygun olmayan davranışları cezalandırma veya model alma yoluyla cinsiyet rolü şekillenmektedir. Bu kurama göre cinsiyet, kız ya da erkek olarak doğmanın bir sonucu değildir; öğrenme farklılıkları bu sonucu oluşturmaktadır (15). **Sosyal bilişsel kuram** toplumsal cinsiyeti,

kişisel faktörler, davranış örüntüleri ve çevresel olaylar arasındaki nedensellik ile açıklamaktadır (16).

Bilişsel gelişim kuramına göre, bilişsel olgunluğa ulaşan çocuklar zihinlerinde cinsiyetleri kategorize etmekte; kendi cinsiyetine uygun olan davranışları sergilemektedir. Bu kurama göre çocuklar cinsiyet rolü edinme sürecinde üç ana dönemden geçmektedir. Bunlar; cinsiyeti etiketleme, cinsiyetin kararlılığı ve cinsiyetin değişmezliği dönemleridir. 2-3 yaşındaki çocuklar, sosyal bir kategori olarak cinsiyeti algılamaya, kendi cinsiyetleriyle ilişkilendirilen nesnelere, oyunlara ve insanlara ilgi göstermeye, cinsiyet belirten kelimeleri kullanmaya başlamaktadır (cinsiyeti etiketleme). 4-6 yaştan itibaren, cinsiyetin kalıcı bir sosyal kategori olduğu anlaşılmaktadır (cinsiyet kararlılığı). 6-7 yaşından itibaren, görünüş ve faaliyetlerdeki değişikliklere rağmen cinsiyetin değişmeyeceği kabul edilmektedir (cinsiyet değişmezliği) (17, 18).

Toplumsal cinsiyet şeması kuramına göre, sosyal öğrenme ve bilişsel gelişim kuramının birleştirilmesi ile cinsiyet açıklanmaktadır. Bilişsel gelişim kuramı gibi sosyalleşme esnasında çocuğun aktif rol üstlendiği; sosyal öğrenme kuramı gibi cinsiyetleri gruplandırma ya da değiştirmenin zor olmadığı ifade edilmektedir. Öğrenilenler cinsiyet şeması aracılığıyla algılanmakta, bu şemaya göre cinsiyetleri tipleştirme/ayırıştırma gerçekleşmektedir. Bireyler feminenlik, maskülenlik ve sosyal beğenirlik ölçeklerinden oluşan Cinsiyet Rolü Envanteri aracılığıyla değerlendirilmektedir (15).

2.3. Cinsiyet Disforisi

2.3.1. Cinsiyet Disforisi Tanımı

Cinsiyet disforisi, bir kişinin cinsiyet kimliğinin, doğumda atanan cinsiyete atfedilen kimlikten farklı olması nedeniyle yaşanabilecek sıkıntı veya rahatsızlık durumudur. Cinsiyet disforisi, aynı zamanda Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5.baskı (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*,

DSM-5)'da kişinin doğumda atanan cinsiyeti ile yaşadığı/ifade ettiği cinsiyeti arasındaki uyumsuzluğu ifade eden bir tanıdır (2).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından oluşturulan ICD-10'a göre daha önce "cinsiyet kimlik bozukluğu (*gender identity disorder*)" olarak, "zihinsel bozukluklar (*mental disorders*)" başlığı altında kabul edilirken; ICD-11'de "cinsiyet uyumsuzluğu (*gender incongruence*)" olarak "cinsel sağlık durumları (*sexual health conditions*)" başlığı altında değerlendirmiştir. Bu sayede, cinsiyet disforisi olan bireylerin ötekileştirilmesinin önüne geçilmesi amaçlanmıştır (19).

2.3.2. Ergenlik Döneminde Cinsiyet Disforisi

Cinsiyet çeşitliliğinin farkındalığı sıklıkla çocukluk döneminde başlamaktadır (20). Cinsiyet disforisi nedeniyle takip edilen bireylerin cinsiyet kimliği ile uyumlu davranışları genellikle erken çocukluk dönemine uzanmaktadır. Ancak beden değişiminin yoğun olduğu ergenlik döneminin disforiye önemli etkileri bulunmaktadır (2).

Cinsiyet disforisi olan gençlerin birçoğu ergenlik döneminde değişen vücutlarından rahatsızlık duymaktadır. Doğumda kız olarak atananlarda, meme gelişimi ve menstruasyon; doğumda erkek olarak atananlarda ereksiyon, sesin kalınlaşması, vücut ve yüzde kıllanmanın artması önemli sıkıntı kaynağı olabilmektedir. Doğumda atanan cinsiyetin ikincil özelliklerinin ortaya çıkması, ergenler için istenmeyen bir fiziksel gelişim sürecinin kesinleşmesi anlamına gelmekte ve travmatik olarak deneyimlenebilmektedir (21). İkincil cinsiyet özelliklerinin gelişimi sosyal geçişi karmaşık hale getirmekte; fiziksel değişikliklerin yol açtığı endişe, cinsiyet kimliğinin keşfedilmesini karmaşıklştırmaktadır (22).

Ergenlik döneminde, fiziksel değişikliklerin yanı sıra, soyut düşünme, karmaşık akıl yürütme ve üst bilişte kazanımlar gelişmektedir. Bununla birlikte, riskli davranışlarda artış, bireyselleşme ve akran ilişkilerine odaklanma dikkat çekmektedir (1). Ergenliğin başlangıcında akran gruplarında cinsiyet rollerinin belirginleşmesi cinsiyet kimliğini tanımlamaya yönelik motive edici bir güç oluşmaktadır. Cinsiyet kimliği farkındalığı ve başkalarına açıklanması süreci bireyseldir; her genç için farklı

zamanlarda gerçekleşmektedir. Cinsiyet kimliğinin farkındalığı, yaş, doğumda atanan cinsiyet, cinsiyet kimliği, ırk, eğitim seviyesi, aile desteği gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (20). Farkındalık erken ergenlikte ortaya çıksa bile cinsiyet kimliğini başkalarına açıklamak genellikle yıllar almaktadır. Bazı bireyler açıklamayı tercih etmemektedir (23).

Cinsiyet kimliğini doğumda atanan cinsiyetinden farklı olarak tanımlayan tüm çocuk ve gençler sürekli cinsiyet disforisi yaşamamaktadır. Cinsiyet disforisi olan bireylerin bir kısmı cinsiyet geçişine yönelik güçlü ve ısrarlı bir isteğe sahip olabileceği gibi, bir kısmı da cinsiyet kimliklerine yönelik kararsızlık, kafa karışıklığı yaşayabilmekte veya fikrini değiştirebilmektedir (24). Geriye dönük araştırmalar, çocuklukta başlayan cinsiyet disforisinin %12-27 oranında yetişkinliğe kadar devam ettiğini göstermektedir (21). Ancak, ilk başvuruda yanlış tanı konulması, disfori kriterlerinin değişmesi ve cinsel yönelim farklılıklarının sevk edilirken cinsiyet disforisi olarak bildirilmesi gibi nedenlerin bu oranı düşürmeye katkısı olabileceği düşünülmektedir (22).

Ebeveynler, etnik köken, din, sosyal sınıf ve toplumsal faktörlerin şekillendirdiği zorluklarla karşı karşıya kalabilmekte; bu zorluklar ergenlerin alacağı desteği etkilemektedir. Ebeveyn desteğinin olmaması, ruh sağlığını olumsuz etkilenmesine ek olarak barınma olanaklarının yetersizliği ve evsizlikle ilişkilendirilmiştir (22).

Doğumda atanan cinsiyetle uyumlu olmayan davranışlar, akran gruplarında damgalanma, zorbalık ve tacize uğrama olasılığını artırmaktadır. Çalışmalar, cinsiyet disforisi nedeniyle takip edilen ergenlerin zorbalığa maruz kalma, ciddi bir fiziksel kavgaya girme, vurulma ve dövülme olasılıklarının genel popülasyondan yüksek olduğunu; bu nedenle ergenlerin kişisel güvenlik endişesi yaşadığını göstermektedir. Ebeveyn ve öğretmen değerlendirmeleri, aynı yaş grubu içinde cinsiyet çeşitliliği olan ergenlerin akran ilişkilerinin daha zayıf olduğunu işaret eder. Ergenlerin okulda sadece akranları tarafından değil, öğretmenleri tarafından da zorbalık ve ayrımcılığa maruz kaldıkları bildirilmiştir. Cinsiyetle ilgili mağduriyet, motivasyon, konsantrasyon

ve yeterlilik hissinin azalmasına, okulda uyum sorunlarına, devamsızlık artışına yol açarak akademik performansı olumsuz etkilemektedir (22).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışma, cinsiyet çeşitliliği olan gençlerin damgalanma nedeniyle düşük ücretli işlerde çalışma ve işsiz kalma olasılığının arttığını ve bu nedenle dezavantajlı bir sosyoekonomik statüye sahip olduğunu işaret etmektedir (25).

Cinsiyet disforisi olan ergenler, genel popülasyondan farklı olmaları, bedenleriyle ilgili rahatsızlık duymaları nedeniyle partner bulma konusunda akranlarına göre zorluk çekeabilmekte; flört, ilişki ve cinsellik konusunda önemli zorluklarla karşılaşabilmektedir. Partnere cinsiyet kimliğini açıklamak, kabul edilmeme, hayal kırıklığına uğrama gibi endişeleri beraberinde getirmekte; ergenlerin romantik duygularını ifade etmesini, ilişkiye başlamasını olumsuz etkilemektedir (26).

Cinsiyet çeşitliliği olan ergenler cinsel tacize uğrama konusunda önemli risk altındadır. Disfori nedeniyle ortaya çıkan psikolojik sorunlar, kendisini koruma becerisini azaltabileceğinden riskli davranışların sıklığı artabilmektedir. Cinsiyet çeşitliliği olan ergen ve genç yetişkinlerde, özellikle trans kadınlarda, insan immün yetmezlik virüsü ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların riski yüksektir (22).

Bu zorluklar göz önüne alındığında, cinsiyet disforisi olan ergenler, akran ve aile ilişkilerinde, okul performanslarında veya hayatlarının diğer alanlarında bozulma yaşayabilmektedir. Bu ergenler, genel popülasyona göre daha sık depresyon, kaygı bozukluğu, kendine zarar verme davranışı göstermektedir. Cinsiyet çeşitliliği olan gençlerin intihar düşüncesi ve girişimi, aynı yaş grubundaki cisgender gençlere kıyasla önemli derecede yüksektir (27). Özellikle intihar girişimindeki yükseklik dikkat çekicidir; Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde Ulusal Trans Ayrımcılık Anketi'nde %41'i intihar girişimi bildirilmiştir (28). İntihar girişimi; genç yaş (<25 yaş), depresyon, madde bağımlılığı, cinsiyet kimliğine yönelik ayrımcılığa maruz kalma ile ilişkilendirilmiştir (29). Az miktardaki veri, yeme bozukluklarının da toplumdan daha sık görüldüğünü işaret etmektedir (22). Bu durumun, cinsiyet azınlık statüsünün bir sonucu olarak maruz kaldıkları olumsuzluklarla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Azınlık stresi teorisine göre, toplum içinde azınlık bir gruba dahil olmaları nedeniyle kişilerin

hayatında mağduriyet, reddedilme, ayrımcılık, kişisel güvenlik endişesi gibi stres yaratan çevresel olaylar gerçekleşmektedir (30, 31). Bu durum, stresli olayların ortaya çıkacağına dair olumsuz bir beklentiye ve kendini korumaya yönelik uyanıklık durumuna yol açmakta, bazı bireylerin cinsiyet kimliğini gizlemesiyle sonuçlanmaktadır (32). Toplum kaynaklı olumsuz tutum ve önyargılar, içselleştirilmiş damgalanma duygusuna neden olabilmektedir. Bu sürecin, bireylerin başa çıkma yeteneği üzerinde olumsuz etkisi olabildiği, ruhsal bozuklukların artışına katkıda bulunduğu öne sürülmektedir (33).

Cinsiyet çeşitliliği olan çocuk ve ergenler için, cinsiyet kimliğinin gelişim ve keşfedilmesine yardımcı olacak, kendilerini ifade edebilecekleri güvenli ve olumluyıcı bir ortam yaratmak önemlidir. Bu ortam destekleyici aile, arkadaş, öğretmen ve akranlar tarafından sağlanabilmektedir (34). Sosyal destek, bireylerin seçtiği isim ve zamirleri doğru kullanmaktan, tanımlanan cinsiyet kimliğini daha iyi tanımaya çalışmaya kadar uzanmaktadır (28). Sosyal desteğin ruh sağlığına olumlu etkileri olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (35). Bireyler, daha fazla kimlik olumlama deneyimlediklerinde, içsel olarak kim olduklarından daha emin hale gelirler (35). Genel olarak desteklenmiş hissetmek, daha büyük bir tutarlılık duygusuna ve benlik kavramının netliğine yol açarak (28) benlik saygısının yüksek olmasını beraberinde getirebilmektedir (34).

Ebeveyn desteğinin, tatmin duygusunun artışı, trans olma yükünün hafiflemesi ve depresif belirtilerin azalması ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (36). Trans kadın ergen ve genç erişkinler ile yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısı, cinsiyet kimliğinin ebeveynleri tarafından desteklendiğini ve trans yetişkin bir birey olarak mutlu bir geleceğe sahip olabileceğine inandığını bildirmiştir (37).

Cinsel eğitim, gençleri sağlıklı cinselliğe teşvik etmenin önemli bir yoludur. Müfredat, sosyokültürel ve dini sebeplerle ülkeler ve okullar arasında büyük farklılık göstermektedir. Bir çalışmada, cinsiyet çeşitliliği olan gençlerin, kapsayıcı cinsel eğitimi arzuladığı ifade edilmektedir (22).

Cinsiyet olumsuzlayıcı psikolojik/tıbbi hizmetlere erişim ve yasal hakların korunması sayesinde cinsiyet disforisinin hafifletilebileceği düşünülmektedir (3, 23). Puberte baskılama ve cinsiyet olumsuzlayıcı hormon tedavisinin, beden hoşnutsuzluğu, depresyon ve kaygı açısından olumlu sonuçları olduğu bildirilmiştir (21). Tedavi maliyeti, sigorta kapsamı, cinsiyet çeşitliliği olan bireyler hakkında bilgili hekimlere ulaşmanın güçlüğü, cinsiyet olumsuzlayıcı bakımın önündeki bazı engellerdir (38). Erişim engeli olmasa bile bazı bireyler cinsiyet kimliği hakkında konuşmaktan rahatsızlık duymakta, ayrımcılığa maruz kalacağını düşünmekte, bazen de olumsuz deneyimler nedeniyle sağlık merkezine başvurmak istememektedir. Böyle durumlarda eczanelerden, internet üzerinden veya bir tanıdıkları aracılığıyla reçetesiz hormon temin edilebilmektedir. Bu gibi durumlarda, seks hormonu kullanımı yüksek dozlarda ve aralıklı olarak yapılabileceğinden, yan etkilerin ortaya çıkması daha olasıdır. ABD ve Kanada’da yapılan çalışmalarda cinsiyet hormonunun reçetesiz kullanımı %26,8-49,1 arasında saptanmıştır (39). Sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, cinsiyet çeşitliliği olan bireylerin ihtiyaç duydukları tedaviye güvenli ve tutarlı bir şekilde erişebilmelerini sağlamak çok önemlidir (40).

2.3.3. Ergenlik Döneminde Cinsiyet Disforisi Epidemiyolojisi

ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri’nin Davranışsal Risk Faktörü Sürveyans Sistemi’nde, cinsiyetini trans veya cinsiyet çeşitliliği olarak tanımlayan yetişkin bireylerin prevalansının % 0,6 olduğu belirtilmiştir. 18-24 yaş arasında prevalans %0,7 olarak daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet çeşitliliği olan bireylerin, ilk kez ortalama 8,5 yaşında cinsiyetlerini “farklı” olarak tanımladıkları; ancak ortalama 10 yıl sonrasına kadar bu durumu açıklamadıkları belirtilmiştir. Çocuk ve ergenler arasında kapsamlı epidemiyolojik çalışmalar yapılmamıştır ve yetişkin istatistiklerinin çocukları veya ergenleri yansıttığına dair hiçbir kanıt yoktur (31).

DSM-5'e göre, trans erkek prevalansı 5-14/100.000 iken, trans kadın prevalansı 2-3/100.000 olarak bildirilmiştir. Ancak bu veriler, ülkelere ve çalışmanın yapıldığı popülasyona göre değişkenlik göstermektedir (2).

Ülkemizde cinsiyet disforisi hakkında epidemiyolojik çalışma bulunmamaktadır.

2.3.4. Cinsiyet Disforisi Etiyolojisi

Cinsiyet disforisi etiyolojisi henüz aydınlatılamamıştır. Çalışmalar, cinsiyet kimliğinin muhtemelen genetik, endokrin, nöroanatomik ve psikososyal faktörlerin karmaşık bir etkileşimini yansıttığını desteklemektedir (11, 41).

Erken psikodinamik teorilerde, cinsiyet kimliğinin ebeveynlerle yaşanan sorun veya travmalardan kaynaklandığı varsayılmıştır. Ancak, bu teoriler yeterli bilimsel testlerden geçmemiştir. Bilişsel ve sosyal öğrenme teorilerine göre, insanların çevre ile sürekli etkileşimi cinsiyet kimliğinin öğrenilmesini ve geliştirilmesini sağlamaktadır (22). Cinsiyet disforisini açıklamak için çeşitli biyopsikolojik teoriler önerilmiş olsa da, şimdiye kadar bu teorileri destekleyen yeterince kanıt bulunmamaktadır. Son zamanlarda, araştırmaların odak noktası genetik ve histolojik çalışmalara kaymıştır (42).

Alanyazında, cinsiyet kimliği ile ilişkili genleri tanımlamaya yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır. Aile içinde birden fazla trans birey olabilmesi ve monozigotik ikizlerde, dizigotik ikizlere kıyasla trans bireylerin daha sık görülmesi kalıtsal geçişi işaret etmektedir. Araştırmalar, özellikle steroid reseptörlerindeki polimorfizme odaklanmıştır. Kalsiyum homeostazıyla ilgili RYR3 geni ile birlikte 17-a-hidroksilazı kodlayan CYP17 geninin, trans erkek kimlik ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (43). Ancak östrojen reseptörü beta (ER β) ve östrojen reseptörü alfa (ER α) geninin polimorfizmi üzerine yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Genel olarak, bu genetik çalışmalar sonuçsuzdur ve genlerin cinsiyet kimliğindeki rolü belirsizliğini korumaktadır (44).

Kadın ve erkek nöroanatomisinin farklılık gösterdiği bilinmekle birlikte, son yıllarda kortikal yapı ve fonksiyonlarında cinsiyet kimliği ilişkili değişiklikler olabileceği tartışılmaktadır. Bu nedenle, hem post-mortem hem de in-vivo nörogörüntüleme çalışmaları, trans ve cisgender bireyler arasındaki yapısal ve işlevsel farklılıklara odaklanmaktadır. Cinsiyet kimliğinin gelişiminin, stria terminalisin yatak çekirdeğinin

merkezi alt bölümü ve ön hipotalamusun üçüncü interstisyel çekirdeği ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (45).

Cinsiyet kimliği gelişiminde endokrin faktörlerin rolünü araştıran pek çok çalışma bulunmaktadır. Prenatal dönemde androjen maruziyetine yol açan durumların cinsiyet disforisi riskinde artışa yol açabileceği ileri sürülmüştür. Cinsiyet disforisi ile endokrin bozuklukların ilişkisini aydınlatmak için daha fazla sistematik çalışma gerekmektedir (45).

Sonuç olarak, genler, hormonlar, beyin yapısı ile cinsiyet disforisi arasındaki nedensellik hala sorgulanmaktadır ve bu faktörlerin ilişkisi bilinmemektedir.

2.3.5. Cinsiyet Disforisi Tanı Kriterleri

Cinsiyet disforisi teşhisi koymak için, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 2013 yılında revize edilen DSM-5'e göre; aşağıdaki kriterlerden en az ikisinin bulunması ve bu durumun klinik olarak belirgin bir sıkıntı ya da sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulma ile ilişkili olması gerekmektedir (2).

Ergenlerde ve Yetişkinlerde Cinsiyet Disforisi için Kriterler:

- A. Aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, kişinin yaşadığı/ifade ettiği cinsiyeti ile doğumda atanan cinsiyeti arasında en az 6 ay süreyle belirgin bir uyumsuzluk:
1. Kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsiyet kimliği ile birincil ve/veya ikincil cinsiyet özellikleri (veya genç ergenlerde beklenen ikincil cinsiyet özellikleri) arasında belirgin bir uyumsuzluk
 2. Kişinin yaşadığı/dışa vurduğu cinsiyet kimliğiyle belirgin uyumsuzluk nedeniyle birincil ve/veya ikincil cinsiyet özelliklerinden kurtulmaya yönelik güçlü bir istek (veya genç ergenlerde, beklenen ikincil cinsiyet özelliklerinin gelişimini engelleme isteği)
 3. Diğer cinsiyetin birincil ve/veya ikincil cinsiyet özelliklerine yönelik güçlü bir istek
 4. Diğer cinsiyetten (veya kişinin atanmış cinsiyetinden farklı alternatif bir cinsiyetten) olmaya yönelik güçlü bir istek

5. Kendisine diğ er cinsiyetten (veya kişinin atanmış cinsiyetinden farklı alternatif bir cinsiyetten) gibi davranılmasına yönelik güçlü bir istek
6. Diğ er cinsiyetin (veya atanmış cinsiyetinden farklı alternatif bir cinsiyetin) tipik duygu ve tepkilerine sahip olduğ una dair güçlü bir inanç

2.3.6. Cinsiyet Disforisinde Multidisipliner Yaklaşım ve Tedavi

Cinsiyet disforisi olan kişilerin cinsiyet kimliklerini keşfetmelerine yardımcı olmak ve cinsiyeti olumlu sosyal, psikolojik ve tıbbi hizmetlere erişimini sağlamak, toplumda yaşadıkları sıkıntıları hafifletmekte ve iyilik halini arttırmaktadır (3, 23).

Cinsiyet disforisi nedeniyle başvuran ergenlerin ergen sağlığı (olmadığı durumlarda çocuk hekimi), çocuk ve ergen ruh sağlığı ve çocuk endokrinoloji uzmanlarının bulunduğu multidisipliner merkezlerde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Cinsiyet geçişi, insanların genellikle doğumda atanan cinsiyetleriyle ilişkilendirilen yerine cinsiyet kimliklerine daha iyi uyan başka bir cinsiyet ifadesine geçme sürecini ifade eder. Geçiş, fiziksel anlamda bedeni değiştirmek için hormon tedavisi ve/veya ameliyatları içermek zorunda değildir. Geçiş süreci, tamamen geri dönüşümlü, kısmen geri döndürülebilir ve geri dönüşümsüz üç aşamadan oluşur:

Tamamen geri dönüşümlü aşama: Cinsiyet kimliği ile uyumlu sosyal geçiş, menstruasyon ve doğumda atanan cinsiyete ait pubertal bulguların baskılanmasını içerir. Puberte baskılama için GnRH analogu, buna erişimi olmayan ergenler için anti-androjenik progestinler veya spironolakton kullanılabilir.

Kısmen geri döndürülebilir aşama: Cinsiyet kimliği ile uyumlu bedensel özelliklerin ortaya çıkması için östrojen veya testosteron kullanılmasıdır. Trans kadınlarda östrojen, anti-androjen progesteronlar ile kombine edilebilir.

Geri dönüşümsüz müdahaleler: Cinsiyet kimliği ile uyumlu birincil veya ikincil cinsiyet özelliklerine yönelik cerrahi işlemlerdir (1).

Tamamen geri dönüşümlü aşama:

Sosyal geçiş süreci

Cinsiyet kimliği ile uyumlu olacak şekilde saç ve giyim tarzını değiştirme, isim ve zamir değiştirme; yeni davranış biçimleri ve faaliyetlere yönelme şeklinde olabilmektedir (46). Bireyler bunlardan sadece birkaçı veya hepsini kademeli olarak veya bir anda değiştirebilmektedir. Klinik deneyimler, çoğu gencin sağlık merkezine başvurmadan önce evde veya okulda sosyal olarak geçişe başladığını göstermektedir (21).

Bazı çocuklar, ergenlikten önce farklı bir cinsiyet rolüne sosyal geçiş yapmak istediklerini belirtirler. Bu durumda ebeveynler, çocuklarına güvenli bir ortam yaratmak için çocukların arkadaş ve öğretmenleri ile iş birliği içinde hareket edebilmektedir. Ancak bu tartışmalı bir konudur ve sağlık uzmanları tarafından farklı görüşler savunulmaktadır. Mevcut kanıtlar, cinsiyet rolü geçişini erken çocukluk döneminde tamamlamanın uzun vadeli sonuçlarını tahmin etmek için yetersizdir (1).

Cinsiyet disforisi olan ergenler için göğüs görünümü ve genital anatomi rahatsız edici olabilmektedir. Bu rahatsızlığın derecesini değerlendirmek, bunu azaltmaya yönelik tıbbi olmayan müdahaleler konusunda ergenleri eğitmek ve bu müdahalelerin güvenli kullanımını tartışmak önemlidir. Bu müdahaleler trans kadınlar için genital bölgeyi saklama (*tucking*) ve meme/kalça dolgusu (*padding*); trans erkekler için göğüs bağlama (*binding*) ve genital bölgeyi doldurma (*packing*) şeklindedir (1).

Göğüs bağlama (*binding*), göğsün daha düz görünmesi amacıyla meme dokusunun sıkıştırılması yöntemidir. Çalışmalar, trans erkeklerin %87'ye varan bir oranda göğüs bağlama yöntemini kullandığını göstermektedir. Bağlama yöntemleri, ticari bağlayıcı, spor sütyeni, elastik veya diğer bandajlar kullanılarak uygulanabilmektedir. Göğüs bağlamanın olumsuz etkileri arasında sırt/göğüs ağrısı, nefes darlığı yer almaktadır. Cilt enfeksiyonları, solunum yolu enfeksiyonları ve kaburga kırıkları gibi ciddi etkiler nadir olarak görülmektedir. Olumsuz etkileri azaltmak için yalnızca güvenli kabul edilen yöntemlerin kullanması önerilmelidir.

Bağlama için güvenli olmadığı düşünülen yöntemler arasında koli bandı, ince sargılar ve plastik sargılar bulunmaktadır. Günde 8 saatten fazla bağlamama ve özellikle uyurken ve ağır fiziksel spor yaparken bağlanmaması önerilmektedir (1, 47, 48).

Genital bölgeyi doldurma (*genital packing*), kıyafetlerin altında kalacak şekilde penis protezi veya farklı bir nesne yerleştirilmesiyle penis dış görünümünü oluşturulmasıdır. Medikal yapıştırıcı ile vücuda yapıştırılmak üzere penis protezleri satın alınabileceği gibi, evde yapılan nesnelere (çorap vb) de bu amaç için kullanılabilir. Lokal cilt etkileri dışında önemli bir sağlık problemine yol açması beklenmemektedir (1, 48).

Genital bölgeyi saklama (*tacking*), genital bölgenin çıkıntılı görünümünü azaltmak için penis ve testislerin sıkıştırılmasıdır. Penis ve testislerin bacakların arasına sıkıştırılması veya testislerin inguinal kanala itilerek penisin bacakların arasına sıkıştırılması sonrasında sıkı oturan iç çamaşırı veya *gaffe* olarak bilinen özel bir iç çamaşırı giyilmesi ile uygulanmaktadır (1). Lokal cilt etkilerine, üriner travma ve enfeksiyonlara yol açabilmektedir (48). Yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalar, sıkı iç çamaşırı ve yüksek skrotal sıcaklığın sperm konsantrasyonu ve hareketliliğinde azalmaya yol açtığını göstermektedir. Gençlerde yarar ve riskleri belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (48).

Meme ve kalça doldurma (*padding*), iç çamaşırları kullanılarak daha büyük göğüs ve/veya kalça görünümü oluşturulmasıdır. Dolgulu iç çamaşırları satın alınabileceği gibi dolgu materyalleri ile iç çamaşırlarının içi doldurulabilmektedir. Lokal cilt bulguları haricinde sağlık problemine yol açması beklenmemektedir (48).

Menstruasyon kanamasını azaltma/durdurma amacıyla hormon kullanımı tamamen geri dönüşümlü yöntemlerden biridir. Menstruasyon supresyonunun iyilik halini artırabileceği ve cinsiyet disforisini hafifletebileceğini bilinmektedir. Güncel kılavuzlar cinsiyet çeşitliliği olan ergenlerde rutin tedavinin bir parçası olarak önerilmesini vurgulamaktadır (1).

Puberte Baskılama

Doğumda atanan cinsiyete ait özelliklerin gelişimi, cinsiyet disforisi olan ergenler için oldukça sıkıntılı bir deneyimdir; ruh sağlığı ve işlevsellik yönünden ciddi şikayetlere yol açabilmektedir. Bu nedenle, pubertal gelişimi önlemek veya durdurmak amacıyla uzun etkili GnRH analogu (GnRHa) kullanılabilir (21). Pubertenin baskılanması, kişilerin rahatsız edici olabilecek cinsiyet özellikleri hakkında endişelenmeden cinsiyet kimliğini keşfetmesine olanak sağlamaktadır. Aynı zamanda, ruh sağlığı değerlendirmesinin tamamlanması, cinsiyet olumlu hormonlara erişim ve ailelerin değişikliklere uyum sağlaması için kişilere zaman kazandırmaktadır (1).

GnRHa, uzun süreli GnRH düzeyi sağlayarak hipofiz bezindeki GnRH reseptörlerini desensitize eder. Bu durum, luteinize edici hormon (LH) ve folikül uyarıcı hormon salgılanması, gonadal seks steroidlerinin salgılanmasını engeller ve puberte bulgularının gerilemesine yol açar. GnRHa, kas içi enjeksiyon ve implant formunda kullanılabilir (61).

Baskılama, ergenliğin erken döneminde başladığında pubertal değişikliklerin önüne geçer; herhangi bir cinsiyetle ilgili bedensel değişikliğe yol açmaz ve tamamen geri dönüşümlüdür. Pubertenin hangi döneminde başladığına göre baskılama derecesi değişmektedir. Doğumda erkek atanan ergenlerde yüz ve vücut kıllarını azaltır, henüz kalınlaşmamışsa sesin kalınlaşmasını önler ve penis büyümesini sınırlar; vücudu daha kadınsı yapmaz. Doğumda kız atanan ergenlerde ise meme gelişimini sınırlar veya durdurur ve menstruasyonu durdurur; vücudu daha erkeksi yapmaz. Tedaviye başladığında, pubertal özelliklerin daha fazla gelişmesi engellenir; ancak gelişen özelliklerin geriye çevrilmesi zordur. Puberte ilerlemiş olsa bile menstruasyonu ve ereksiyonu sınırlayabilmektedir (21).

Her iki cinsiyette de GnRHa kullanımı önerilen tedavidir; ancak tedavinin yüksek maliyeti ve sıklıkla sigorta kapsamı dışında olması nedeniyle bazı bireyler için tedaviye erişim zor olabilmektedir (1, 49). Alternatif yöntemlerin kullanılması, hekim ve hasta tercihinin bağlıdır. Trans kadın bireyler için spironolakton veya siproteron

asetat gibi anti-androjenler, trans erkek bireyler için androjenik etkili progestinler kullanılabilir (1, 21).

Mevcut fikir birliği, pubertal baskılamanın Tanner evre 2'den önce başlamaması gerektiği yönündedir. Tanner evre 2, doğumda kız atanan bireylerde ortalama 10,5 yaş, doğumda erkek atanan bireylerde ortalama 11,5 yaşta ortaya çıkar ve ikincil cinsiyet özelliklerinin ortaya çıkmaya başladığı aşamayı temsil eder. Puberte başlangıcı genellikle cinsiyet disforisi tanısını sağlamlaştırır. Bazı gençlerde ergenlik ile birlikte cinsiyet disforisinin arttığı görülür. Ancak bazı gençlerde puberte başladığında disforinin azaldığı fark edilir; bu durum pubertal değişikliklerinin başlamasına izin vermeyi önemli hale getirir (21).

Pubertal baskılamaya başlanması için uzun süreli ve ısrarlı bir cinsiyet disforisi olması, disforinin ergenlik ile başlaması veya kötüleşmesi gereklidir. Tedaviyi engelleyebilecek her türlü ruhsal/bedensel sağlık sorunu veya sosyal sorunun ele alınmasının ardından kişinin bu tedaviyi istemesi ve bilgilendirilmiş onam vermesinden (kendisi tıbbi onam verebilecek yaşta olmadığında yasal vasinin tedaviye onam vermesi) sonra tedaviye başlanmaktadır (1).

Puberteyi baskılamanın ruh sağlığını iyileştirdiği, depresyon ve kaygıyı azalttığı, kendine zarar vermeyle ilgili düşünce ve davranışları azalttığı; diğer gençlerle sosyal iletişim ve etkileşimi iyileştirdiği gösterilmiştir. Bunun yanında, ileride cinsiyet disforisi nedeniyle talep edilebilecek memelerin cinsiyete uygun hale getirilmesi, laringeal prominens düzeltilmesi (kondrolaringoplasti/trakeal shave) gibi cerrahi girişimlere gereksinimi azaltabilmektedir (1).

Ancak puberteyi baskılamanın, özellikle uzun kullanımda, kemik mineralizasyonu, fertilité ve beyin gelişimi üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir.

Kemik kütlelerinde artış genetik faktörler, cinsiyet hormonları, fiziksel aktivite, yeterli beslenme gibi faktörlerden etkilenmektedir. Mevcut veriler, pubertenin baskılanması sırasında kemik mineral yoğunluğunun (KMY) azalabildiğini ancak kemik kütle artışının korunduğunu göstermektedir (21). Kemik sağlığı üzerindeki uzun vadeli etkiler hala belirsiz olduğundan, KMY'nin ikili enerji X-ışını absorpsiyometrisi (DEXA) ile periyodik olarak izlenmesi önerilmektedir (42). Bununla birlikte kemik

sağlığını desteklemek için kalsiyum takviyesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir. D vitamini takviyesi ile ilgili herhangi bir çalışma yoktur; ancak D vitamini eksikliği olan ergenlere takviye önerilmelidir. Fiziksel aktivitenin kemik sağlığı için faydalı olması muhtemeldir. Tedavi sırasında ve tedaviden sonra büyüme paternleri hakkında yeterli bilgi olmadığından, hastaya ilaçların büyüme üzerindeki olası etkileri hakkında bilgi verilmelidir (11).

GnRHa kullanımının beyin gelişimine etkilerine ilişkin sınırlı veri mevcuttur. Tek bir kesitsel çalışma bilişsel işlevde bozulma olmadığını göstermiştir; ancak hayvan deneyleri GnRHa kullanımının bilişsel işlev üzerinde etkisi olabileceğini düşündürmektedir (11).

Tek başına GnRHa uygulamasının fertilitiyi etkilemesi beklenmemektedir. Bununla birlikte, GnRHa'dan sonra seks steroidi başlanması, gonadların olgunlaşmasını engelleyecektir; bu da sperm veya yumurta biriktirmeyi zorlaştırmaktadır. Bireylerin, tedavinin fertilitiyeye üzerindeki etkileri hakkında bilgilendirilmesi önemlidir (49).

Doğumda erkek atanan ve GnRHa kullanımına erken başlayan ergenler, bunun bazı cerrahi teknikler için yetersiz penis dokusuna yol açabileceği konusunda bilgilendirilmelidir (1).

Sıcak basmaları, yorgunluk ve duygudurum değişiklikleri ortaya çıkabilmektedir, bunlara yaklaşımla ilgili fikir birliği bulunmamaktadır (11).

Tedavi sürecinde ergenlerin fiziksel gelişiminin yakından izlenmesi, boy uzamasının yetersizliği, KMY düşüklüğü gibi durumlarda gerekli müdahale yapılabilmesi açısından önemlidir (1).

Kısmen geri döndürülebilir aşama

Pubertenin baskılanmasını takiben cinsiyet olumlayıcı hormon tedavisi kullanılmasıdır. Östrojen ve testosteron, istenen cinsiyetin ikincil cinsiyet özelliklerinin başlangıcını tetikleyerek kişinin görünüşünü kadınsılaştırır veya erkeksileştirir. Tedaviye başlanması için ruh sağlığı değerlendirmesinin

tamamlanması ve “persistan (ısrarlı) cinsiyet disforisi” tanısının doğrulanmış olması gerekmektedir (49).

Cinsiyet olumlayıcı hormon tedavisinin bazı etkileri geri döndürülemezken, diğerleri farklı derecelerde geri döndürülebilmektedir. Ergenlerin, geri döndürülemeyen etkileri anlama ve karmaşık risk-fayda oranlarına sahip kararlar verme konusunda yetkin hale geldikleri yaş farklılık gösterir (50).

Birçok ülkede ergenler 16 yaşından itibaren tıbbi karar verme konusunda yetkin kabul edilir; ancak diğer ülkelerde risk değerlendirmesinin yeterli yapılabilemesi için 18 yaşın doldurulması gerektiğine inanılmaktadır. Sağlık prosedürlerinin göreceli bir risk matrisine göre bölünmesi; böylece ergenlerin tanı testi ve yaygın tedaviler gibi düşük riskli prosedürler hakkında karar vermesi; ancak cerrahi tedavi gibi yüksek riskli prosedürler hakkında tek başına karar vermemesi önerilmektedir. Bu değerlendirme için objektif bir yöntem mevcut olmadığından hekimler bu yetkinliği bireysel olarak değerlendirmelidir (11). Kapsamlı bir yetkinlik değerlendirmesinde ruh sağlığı ve ergen sağlığı uzmanlarının görüşü önemlidir. Bunun yanında, kişinin cinsiyet disforisi öyküsü, puberte baskılama süresi, eşlik eden ruh sağlığı sorunları ve medikal sorunların varlığı, mevcut aile desteği tedavinin başlama zamanında belirleyicidir (50).

Trans ergenlerden elde edilen veriler, 16 yaşından itibaren cinsiyet olumlayıcı hormon kullanımını desteklemektedir. Ancak bazı ergenler için 16 yaşına kadar beklemek potansiyel risklere yol açmaktadır. Bu risklerden ilki, cinsiyet hormonlarına başlamadan önce 6-7 yıl boyunca puberte baskılanırsa, kemik sağlığı üzerinde oluşabilecek olumsuz etkilerdir. Diğer risk faktörü ise, 16 yaşına kadar ikincil cinsiyet özelliklerinin başlamamasının ruh sağlığı üzerinde oluşturabileceği olumsuz etkilerdir. Bununla birlikte, trans ergenlerde 16 yaşından daha önce cinsiyet olumlayıcı hormon kullanımını destekleyen az sayıda veri mevcuttur ve tedavi başlangıcındaki optimal yaşı belirlemek için uzun vadeli çalışmalara ihtiyaç vardır (49). *Endocrine Society* tarafından 2017 yılında güncellenen Cinsiyet Disforisi/ Cinsiyet Uyuşmazlığı olan Kişilerin Endokrin Tedavi Rehberi’nde önceki rehberlerinden farklı olarak, bazı ergenlerde 16 yaşından önce cinsiyet olumlayıcı hormonlara başlamak için zorlayıcı

nedenler olabileceği vurgulanmıştır (11). Tedaviye başlamak için bilgilendirilmiş onam ergen ve yasal vasiden alınmalıdır (50).

Trans kadın bireylerde östrojen ve anti-androjenik ilaçlar kullanılmaktadır. Östrojen olarak genellikle 17-beta estradiol tercih edilmekte, oral, enjekte edilebilir veya transdermal formlarda kullanılmaktadır. Düşük doz östrojen yamalarının olmaması nedeniyle, uygun doz elde etmek için yamaların kesilmesi gerekebilmektedir. Transdermal ve enjekte edilebilir estradiol formlarının yan etki profillerinin erişkinlerde daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte, klinik deneyimlere göre ergenler oral formu iyi tolere etmektedir. Genç, GnRH kullanmıyorsa, testosteronun etkisini baskılamak için östrojen genellikle anti-androjenik progesteron veya spironolakton ile birlikte kullanılmaktadır (49).

Feminizasyon, genellikle tedaviye başladıktan sonraki 3 ay içinde başlamaktadır. Meme büyümesi, testis hacmi, penis boyutunda azalma geri döndürülemez, vücut yağ oranının değişmesi, kas kitlesinin azalması, yüz ve vücut kıllarının azalması geri döndürülebilir etkilerdendir. Fiziksel değişimin derece ve zamanlaması değişken olabilmektedir. Beklenen etkiler ve ortaya çıkış süreleri Tablo 2.1.'de özetlenmiştir (1).

Tablo 2.1. Östrojen içeren tedavi rejimlerinde fiziksel değişiklikler ve süreleri.

| Etki | Beklenen başlangıç | Beklenen maksimum etki |
|---|--|------------------------|
| Vücut yağının yeniden dağılımı | 3-6 ay | 2-5 yıl |
| Kas kütlelerinde azalma | 3-6 ay | 1-2 yıl |
| Cildin yumuşaması / yağ oranında azalma | 3-6 ay | Bilinmiyor |
| Libidonun azalması | 1-3 ay | 1-2 yıl |
| Spontan ereksiyonun azalması | 1-3 ay | 3-6 ay |
| Erkek cinsel işlev bozukluğu | Değişken | Değişken |
| Meme büyümesi | 3-6 ay | 2-3 yıl |
| Testis hacminin azalması | 3-6 ay | 2-3 yıl |
| Sperm üretiminin azalması | Değişken | Değişken |
| Vücut ve yüz kıllarının incilmesi ve uzamasının yavaşlaması | 12ay | >3 yıl |
| Erkek tipi kellik | Yeniden büyüme yok, kayıp 1-3 ayda durmaktadır | 1-2 yıl |

(Coleman ve ark. (1) 'nden alınmıştır.)

Östrojenin olumsuz etkileri arasında venöz tromboemboli, safra taşı, hipertriglisedemi, hiperprolaktinemi, hipertansiyon, libido azalması yer almaktadır. Östrojen kullanımı ile ortaya çıkabilecek riskli durumlar Tablo 2.2. de gösterilmiştir. Anti-androjen olarak kullanılan spironolakton hiperkalemi ve kan basıncının düşmesine neden olabilmektedir (1, 49).

Tablo 2.2. Cinsiyet Olumlayıcı Hormon Tedavisi İle İlişkili Riskler.

| Risk seviyesi | Dişileştirici hormonlar | Erilleştirici hormonlar |
|---|--|--|
| Muhtemel artış | Venöz tromboembolik hastalık Safra taşları Karaciğer enzimlerinde artış Kilo alımı Hipertrigliseridemi | Polisitemi Kilo alımı Akne Androjenik alopesi (saçsız) Uyku apnesi |
| Ek risk faktörü varlığında muhtemel artış | Kalp-damar hastalığı | |
| Olası artış | Hipertansiyon Hiperprolaktinemi veya prolaktinoma | Karaciğer enzimlerinde artış Hiperlipidemi |
| Ek risk faktörü varlığında olası artış | Tip 2 Diyabet | Bazı psikiyatrik bozuklukların destabilizasyonu ^c Kardiyovasküler hastalık Hipertansiyon Tip 2 Diyabet |
| Riskte artış olmaması | Meme kanseri | Kemik yoğunluğu kaybı Meme kanseri Serviks kanseri Over kanseri Rahim ağzı kanseri |

(Coleman ve ark. (1) 'nden alınmıştır.)

Trans erkek bireylerde testosteron esterleri kullanılmakta; kas içi veya deri altına enjeksiyon şeklinde uygulanmaktadır. Testosteron kullanımında, yağ dengesinin değişmesi, kılınma artışı, menstruasyonun kesilmesi, kas kütlesinin artışı geri döndürülebilir, sesin kalınlaşması, klitoral büyüme geri döndürülemeyen etkiler arasındadır (49). Beklenen etkiler ve ortaya çıkış süreleri Tablo 2.3.'te yer almaktadır (1).

Tablo 2.3. Testosteron içeren tedavi rejimlerinde fiziksel değişiklikler ve süreleri.

| Etki | Beklenen başlangıç | Beklenen maksimum etki |
|--------------------------------|--------------------|------------------------|
| Cilt yağlanması/ Akne | 1-6 ay | 1-2 yıl |
| Yüz/ vucüt kıllarda uzama | 3-6 ay | 3-5 yıl |
| Alında açılma | >12 ay | Değişken |
| Kas kütlelerinde artış | 6-12 ay | 2-5 yıl |
| Vücut yağının yeniden dağılımı | 3-6 ay | 2-5 yıl |
| Adetlerin kesilmesi | 2-6 ay | - |
| Klitoriste büyüme | 3-6 ay | 1-2 yıl |
| Vajinal atrofi | 3-6 ay | 1-2 yıl |
| Seste kalınlaşma | 3-12 ay | 1-2 yıl |

(Coleman ve ark. (1) 'nden alınmıştır.)

Potansiyel yan etkiler arasında polisitemi, erkek tipi kellik (genetik yatkınlık varlığında), akne bulunmaktadır. Ayrıca miyokard enfarktüsü, hipertansiyon, hiperlipidemi ve kilo artışı gibi kardiyovasküler durumlarda artış görülebilmektedir (Tablo 2.) (1).

Cinsiyet olumlayıcı hormon tedavisi, kişinin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde bireyselleştirilmiş olsa da, kemik sağlığını desteklemek için hormon seviyelerinin uygun konsantrasyonda tutulması gerekmektedir. Kılavuzlar, cinsiyet hormonlarının seviyelerinin izlenmesini önermektedir (1, 11).

Puberte baskılanmasının ardından erken yaşta cinsiyet olumlayıcı hormon kullanımı, üreme kapasitesine ulaşmak için gereken pubertal gelişimi engellemekte ve fertilitenin azalmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle cinsiyet olumlayıcı hormon tedavisine başlanmadan önce fertilitte üzerine etkileri ve fertilitiyi koruma seçenekleri tartışılmalıdır (21).

Cinsiyet olumlayıcı hormon tedavisi kullanan ergenler, potansiyel tıbbi komplikasyonların izlenmesi ve geçiş sürecindeki başarının değerlendirilmesi amacıyla pediatrik endokrinolog ve ruh sağlığı uzmanı tarafından düzenli izlenmelidir. Tedavinin ilk yılında, özellikle hormon dozları düzenlenirken 3 ay aralıklarla, tedavi

rejimleri belirlendikten sonra daha seyrek aralıklarla izlem planlanabilmektedir. Spesifik dozlama ve izleme yönergeleri Amerikan Endokrin Derneği yönergeleri veya Vancouver protokollerinde bulunmaktadır (11, 49).

Geri Dönüşümsüz Aşama

Cinsiyet kimliği ile daha fazla uyum sağlamak amacıyla, birincil veya ikincil cinsiyet özelliklerine yönelik cerrahi müdahaleler yapılabilmektedir. Cinsiyet olumlayıcı cerrahi, tıbbi prosedürlere onay verecek reşit yaşa (18 yaş) gelene kadar yapılmamaktadır. Bunun yanında, bireylerin en az 12 ay cinsiyet kimliği ile uyumlu yaşam sürmeleri gerekmektedir. Bu prosedürün amacı, ergen ve genç erişkinlere geri dönüşü olmayan bir müdahale öncesinde arzulanan cinsiyet rolünü deneyimleme ve sosyal olarak uyum sağlama için fırsat yaratmaktır (1).

Çalışmalar, cinsiyet olumlayıcı cerrahinin iyilik hali üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Her trans bireyin operasyon isteği farklıdır. Trans kadınlar için cerrahi seçeneklerinden bazıları vajinoplasti, labioplasti, kondrolaringoplasti, liposuction, meme implantı, çene şekillendirme (41). Trans erkekler için mastektomi, neoskrotum yapımı, metoidioplasti veya falloplastisi, histerektomi ve ooferektomi uygulanabilecek cerrahi yöntemlerdir (49).

2.4. Menstruasyon Disforisi

2.4.1. Menstruasyon Disforisi Tanımı

Menstruasyon disforisi, menstruasyon ilişkili sıkıntı veya anksiyete hissi olarak tanımlanır. Cinsiyet çeşitliliği olan bireyler için ergenlik ve istenmeyen cinsiyet özelliklerinin gelişimi anksiyete sebebi olabilmekte ve cinsiyet disforisini tetikleyebilmektedir. Menarş, kişinin ait olmadığı cinsiyet kategorisini temsil ettiği için özellikle sıkıntılı olabilir. Çalışmalar, cinsiyet çeşitliliği olan bireylerde menstruasyon sırasında depresyon, kendine zarar verme ve intihar düşüncesinin arttığını göstermektedir (3, 4).

Menstruasyonun yanı sıra menstruasyon döneminde yaşanan bazı durumlar da disforiyi tetikleyebilmektedir. Örneğin, menstrüel ürünlerin satın alınması ve bu ürünlerin umumi tuvaletlerde kullanılması, erkek tuvaletlerinde çöp kutusu olmaması, ped ambalaj sesinin duyulması cinsiyet disforisini arttırabilmektedir. Tampon/adet kaplarının yerleştirilmesinde kullanılan bastırma teknikleri rahatsız edici olabilmektedir. Bu dönemde meme şişkinliği nedeniyle göğüs bağlama teknikleri zorlaşabilmektedir. Ayrıca menstruasyon sırasında, cinsiyet kimliğinin açığa çıkması nedeniyle kişisel güvenlik endişesi ortaya çıkabilmektedir (5).

2.4.2. Menstruasyon Disforisi Epidemiyolojisi

Cinsiyet çeşitliliği olan tüm bireylerin menstruasyon ile ilgili sıkıntı veya endişe yaşamadıkları kabul edilmekle birlikte, bu durum cinsiyet çeşitliliği alanyazınında sıkça yer almaktadır (5). Non-binary bireylerin de menstruasyon dönemlerinde rahatsızlık hissettiği varsayılmakla birlikte bu durumun şiddet ve sıklığına yönelik yeterli çalışma bulunmamaktadır (3). Menstruasyon disforisi hakkında epidemiyolojik veri sınırlıdır.

2.4.3. Menstruasyon Disforisi Tedavisi

Menstruasyon supresyonu, menstruasyon kanamasını azaltmak/durdurmak için hormonal yöntemlerin kullanılmasıdır. Bu yöntemler tamamen geri dönüşümlüdür ve çalışmalar, yaşam kalitesini artırabileceği ve menstruasyon disforisini hafifletebileceğini göstermektedir (4).

Kadın anatomisine sahip gençler, cinsiyet kimlikleri ne olursa olsun, menstruasyonu supresyonunu seçebilmektedir. Özellikle genç kadınlar arasında dismenore, menoraji gibi jinekolojik durumların yanında askeri mesleklerin seçimi, sportif aktivitelere katılım, cinsel yaşamın etkilenmesi, duygudurum değişiklikleri ve beden memnuniyetsizliği gibi nedenlerle bu yöntemler yaygınlaşmaktadır (51). Ayrıca fiziksel/zihinsel engelli hastalarda da menstrüel hijyende zorluk nedeniyle menstruasyon supresyonu planlanabilmektedir (51).

Cinsiyet çeşitliliği olan bir ergen, menstruasyon disforisi nedeniyle başvurduğunda, uygun yaklaşım için tıbbi ve cerrahi geçmiş, menstruasyon öyküsü ve ilaç kullanımı sorgulanmalıdır. Ayrıca, gencin puberte baskılama ve cinsiyet olumlayıcı hormon kullanımını isteyip istemediği, kontrasepsiyon ihtiyacı öğrenilmelidir (10).

Cinsiyet uyum sürecinde puberte baskılama amacıyla kullanılan GnRHa, menstruasyonu baskılamaktadır. 1 aylık kullanım sonrası amenore oranı %75-95 arasında bildirilmiştir (10). Geçiş sürecinde cinsiyet olumlayıcı hormon olarak kullanılan testosteron da amenore elde etmede oldukça etkilidir. 6 aylık kullanımda amenore oranı yaklaşık % 90 olarak bildirilmiştir. Bu nedenle menstruasyon disforisi nedeniyle değerlendirilen, cinsiyet çeşitliliği olan bireyin cinsiyet uyum sürecindeki beklentileri tartışılmalı ve tedavi bireyselleştirilmelidir (52). Menstruasyon supresyonu, cinsiyet uyum sürecinde, özellikle puberte baskılayıcı tedaviye erişimi olmayan, sigorta kapsamı, ebeveyn desteği gibi eksikleri olan veya puberte baskılamayı tercih etmeyen bireyler için yararlı olabilmektedir (53).

WPATH güncel kılavuzu, cinsiyet çeşitliliği olan bireylerde tedavi planlarının bir parçası olarak menstruasyon supresyonu önerilmesi gerektiğini vurgular. Menstruasyon kanamasının baskılanmasının yanında, cinsiyet disforisini hafifletmek, kontrasepsiyon sağlamak veya testosteron tedavisi sırasında oluşabilecek düzensiz kanamayı iyileştirmek amacıyla da önerilebilmektedir (1).

Menstruasyon baskılama için kullanılan yöntemler kombine olarak östrojen ve progesteron veya yalnızca progesteron içerebilmektedir.

Menstruasyon Supresyonunda Kullanılan Yöntemler

Östrojen ve progesteron içeren kombine yöntemler

Östrojen ve progesteron kombinasyonu içeren ilaçlar, amenore indüksiyonu için önemli bir ilaç sınıfıdır. Etki mekanizması, esas olarak gonadotropin salınımının baskılanmasıyla folikül olgunlaşması, preovulatuvar LH artışı ve ovülasyonun engellenmesidir (54).

Kombine oral kontraseptifler (KOK), progestin tipine ve östrojen dozuna göre farklılık gösterir; östrojen dozları 10-50 mcg etinil estradiol, 50 mcg'a kadar mestranol veya 20-30 mcg estradiol valerat olarak değişmektedir (6). Ülkemizdeki müstahzarlar 20-35 mcg etinil estradiol, 20 mcg estradiol valerat içermektedir; mestranol içeren preparat ülkemizde bulunmamaktadır. Progestin ise levonorgestrel, desogestrel, siproteron asetat, gestoden, drospirenolone, dienogestrel olarak bulunabilmektedir (54). Ülkemizdeki müstahzarlar 1-15 mcg levonorgestrel, 15 mcg desogestrel, 10-20 mcg siproteron asetat, 75 mcg gestoden, 20-40 mcg drospirenolone, 20-30 mcg dienogestrel içermektedir.

Düşük doz östrojen içeren formlarda öngörülemez kanamanın daha sık görülmesi sebebiyle, 20 mcg'dan düşük etinil estradiol içeren KOK'lar menstruasyon supresyonu amacıyla önerilmemektedir. Ayrıca, uzun süreli kullanımda ergen hastaların kemik mineral yoğunluğunun olumsuz etkilenmemesi için 30 mcg'dan fazla etinil estradiol içeren KOK'lar önerilebilmektedir (7).

KOK kullanımı siklik, uzatılmış siklik veya sürekli olarak planlanabilmektedir. Siklik kullanım, 21-24 gün hormon içeren tablet ardından, 4-7 gün plasebo kullanılması ya da ilaca ara verilmesidir. Hormon tabletlerinin bırakılması ile menstruasyon kanamasından daha az miktarda çekilme kanaması beklenmektedir. Uzatılmış siklik kullanım, 42, 63 veya 84 gün hormon içeren tablet ardından, 4-7 gün plasebo kullanılması veya ilaca ara verilmesidir. Benzer şekilde hormon alımı kesildikten sonra çekilme kanaması beklenmektedir. Sürekli kullanım, hormon içeren tabletin planlı bir çekilme kanamasına izin vermeden günlük olarak alınması anlamına gelir (6).

Menstruasyon supresyonu için önerilen yaklaşım uzatılmış siklik kullanım veya sürekli kullanımdır. Sürekli kullanım, siklik kullanımla karşılaştırıldığında, eşit derecede güvenli ve etkilidir. Siklik olmayan kullanımda öngörülemez kanama ve lekelenme, ilk birkaç ayda daha yaygındır ancak çalışmalarda, 1.yılın sonundaki amenore oranı yaklaşık %50 olarak bildirilmiştir (6, 8, 55, 56).

En sık görülen yan etki öngörülemez kanama olup kullanım süresiyle birlikte sıklığı azalma eğilimi gösterir. KOK kullanımında özellikle ilk 3 ayda bulantı, kilo artışı,

duygudurum değişiklikleri, memelerde hassasiyet ve baş ağrısı gibi hafif yan etkiler oluşabilmektedir. Bunlardan kilo artışı ve duygudurum değişikliği sıklığının plasebodan farklı olmadığı gösterilmiştir (54).

Premenopozal kadınlarda venöz tromboemboli (VTE) insidansı KOK kullanımıyla 2-5 kat artmaktadır. VTE riski tedaviye başlandıktan sonraki ilk aylarda artmakta, 4. ayda en yüksek düzeye ulaşmakta ve kullanım devam ettikçe azalmakta, ilacın kesilmesiyle bazal düzeyine inmektedir (54, 57). Kardiyovasküler risk faktörlerinin kombinasyonu (obezite, sigara), venöz tromboembolik risk faktörleri (trombofili, aile öyküsü, uzun immobilizasyon, antikoagulan tedavi ile akut derin ven trombozu), arteriyel risk faktörleri (hipertansiyon, auralı migren, kalp kapak hastalığı, geçmiş iskemik kalp hastalığı) olan durumlarda östrojen içeren yöntemler kullanılmamalıdır (58).

Östrojen “kadınsı” bir hormon olarak algılanabileceğinden, KOK kullanımı cinsiyet çeşitliliği olan bireyler tarafından rahatsız edici bulunabilmektedir. Tedavi seçenekleri tartışılırken, östrojen içeren yöntemlerden kaçınılabileceği akılda bulundurulmalıdır (7, 8).

Kombine hormonal yöntemler içinde vajinal kontraseptif halka ve transdermal yama alternatif seçeneklerdir. Bu iki yöntemin temel avantajı daha az uygulama sıklığı (aylık ve haftalık) iken, dezavantajı yüksek maliyettir. 1.yılda amenore sıklığı teorik olarak KOK ile benzer olsa da KOK kadar kapsamlı bir şekilde araştırılmamıştır (6). Bu yöntemler ülkemizde bulunmamaktadır.

Yalnızca progesteron içeren yöntemler

Doğal progesteron ve sentetik progestinlerden oluşan progestojenler, menstruasyon supresyonunda kullanılmaktadır. Progestojenler, etkilerinin çoğunu periferik olarak endometriyum seviyesinde anjiyojenezde değişikliklere yol açarak göstermektedir. Daha yüksek dozlardaki sistemik formlar, GnRH aktivitesini inhibe ederek hipotalamo-hipofiz-gonad ekseninin baskılanması ve hipotalamik amenoreye neden olabilmektedir. Her iki şekilde de endometriyumun proliferasyonunu inhibe

ederek ve östrojen reseptörlerinin azaltılması yoluyla östrojenin etkilerini ortadan kaldırmaktadır (9).

Progesteronların neredeyse tamamında öngörülemeyen kanama yaygındır ve özellikle tedavinin ilk birkaç ayında ilacın kesilmesine neden olabilmektedir. Bu durum, endometriyumdaki vasküler değişikliklerden kaynaklanmaktadır. Öngörülemeyen kanama ve lekelenme subjektif olduğundan prevalansı tahmin etmek zordur. Progestinlerin yan etkileri arasında androjenik etkiler, sıvı tutulumu, baş ağrısı ve duygudurum değişikliği yer almaktadır. Doğal progesteronların yan etkileri yorgunluk ve sedasyonla sınırlıdır ve yatmadan önce alınması önerilmektedir (9).

Progesteron kullanımı ile tromboembolik olay riski artmadığından, tromboz ve vasküler hastalık öyküsü olan kişilerde kullanılabilir.

Progesteron ve progestinler, oral, enjekte edilebilir, implante edilebilir ve intrauterin dahil olmak üzere farklı formülasyonlarda mevcuttur.

Yalnızca Progesteron İçeren Hap

Oral progestinler, menstruasyon supresyonu amacıyla kullanılabilir; ancak amenore elde etmedeki etkinlikleri doz ve uyuma bağlıdır (6). Bu ilaçların etki süresi ve yarı ömrü kısadır. Alındıktan sonra saatler içinde serumda en yüksek düzeye ulaşmakta ve etkileri yaklaşık 20-24 saat devam etmektedir. Bu nedenle ilacın her gün yaklaşık aynı saatte alınması önemlidir (8, 59).

İçeriği noretindron asetat, medroksiprogesteron asetat, noretindron, drospirenon, desogestrel olarak değişebilmektedir (9, 10). Ülkemizde 75 mcg desogestrel, 50 mcg noretindron içeren tabletler bulunmaktadır. Noretindron, ABD Gıda ve İlaç İdaresi tarafından kontraseptif yöntem olarak onaylanmıştır; fakat menstruasyon kontrolü zayıftır ve kullananların yalnızca %10'unda amenore elde edilmektedir. Medroksiprogesteron asetat ve noretindron asetat içeren formlar daha yüksek dozlarda progestin içerdiğinden menstruasyon supresyonunda daha etkilidir; ancak kontraseptif etkilerine yönelik kanıtlar sınırlıdır (10). Doz yükseltilebilir. Bununla birlikte, yalnızca progestin içeren hapların artan dozları,

kilo alımı ve ruh hali değişiklikleri gibi yan etkiler nedeniyle genellikle iyi tolere edilememektedir (7).

Sürekli progestin kullanımının en sık görülen yan etkisi düzensiz kanamadır. Bunun yanında progestinle ilişkili kilo alımı, ödem, depresif ruh hali görülebilir. Bu yöntem antiandrojeniktir ve akne, polikistik over sendromu olan hastalarda veya diğer yöntemlerde androjenik yan etki yaşayanlarda bir alternatif olabilmektedir. Meme kanseri ve aktif karaciğer hastalığı durumlarında kullanılması önerilmemektedir (9).

Sadece progestin içeren haplar, cinsiyet çeşitliliği olan bireyler için östrojen içeren yöntemler tercih edilmediği veya kontrendike olduğunda iyi bir alternatif olabilmektedir. Ancak amenore elde etmede yetersiz performans ve öngörülemeyen kanama paterni nedeniyle tipik olarak menstruasyon supresyonu için önerilmemektedir (7, 8, 10).

Enjekte Edilebilir Depo Medroksiprogesteron Asetat

Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA), enjekte edilebilir bir progestin türüdür. DMPA, kas içine enjekte edilen 150 mg/1 mL dozunda ve veya deri altına enjekte edilen 104 mg/0.65 mL dozunda üretilmektedir. Ülkemizde deri altına enjekte edilebilir formu bulunmamaktadır. Doz standarttır ve vücut ağırlığına göre ayarlama gerektirmez. Her 10-12 haftada bir uygulanır. Alanyazında, 1 yıllık kullanımda %50-60 amenore bildirilmiştir ve enjeksiyon sayısı arttıkça bu oran yükselmektedir (7, 8, 10, 56).

Yalnızca progestin içeren tüm yöntemlerde olduğu gibi, kanama paternleri değişkendir. Öngörülemeyen kanama epizodları en sık ilk 3-6 ayda görülür, ancak kanamanın sıklığı ve süresi, uzun süreli kullanımla azalmaktadır. Öngörülemeyen kanamalar genellikle bir sonraki doza yakın haftalarda görülmektedir. Bu nedenle DMPA menstruasyon supresyonu amacıyla kullanıldığında, enjeksiyonlar arası süre 10 haftaya kadar azaltılabilmektedir.

Kilo alımı, akne, depresyon ve göğüs ağrısı gibi olası androjenik yan etkiler görülebilmektedir. Kilo alımı, DMPA kullanmaya başlarken fazla kilolu/obez olan

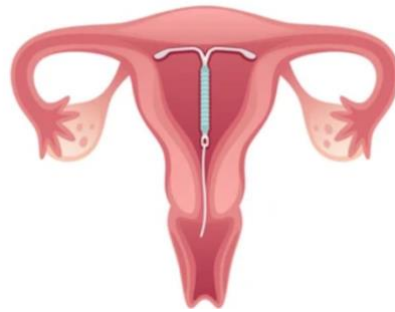
bireylerde daha yaygın görülmektedir ve 6 ayda başlangıç ağırlığının %5'inden fazla kilo alımı olması durumunda, kilo alımının devam etmesi beklenmektedir (8).

Kadın anatomisine sahip ergenlerde kemik gelişimi için östrojen gereklidir. DMPA, güçlü antigonadotropik etkisiyle endojen östrojen üretimini baskılamaktadır. Ergenlerde uzun süre DMPA kullanımının KMY'de azalmaya neden olabileceği bildirilmiştir. Bununla birlikte, birçok çalışma bu etkinin geri dönüşümlü olduğunu göstermiştir (9, 10). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu ajandan kaçınılmasını önermemektedir; ancak avantaj ve dezavantajlar hakkında danışmanlık verilmesi önemlidir (52).

DMPA çok etkili bir kontrasepsiyon yöntemidir ve kontraseptif etkisinin kaybolması uzun zaman almaktadır. Bu sebeple, yakın zamanda gebelik planlanandığında bu yöntem önerilmemelidir. Ayrıca, osteoporoz ve kırıklar için bilinen risk faktörü varlığında veya hipotalamik amenore, anoreksiya nervoza varlığında tercih edilmemelidir (9).

Cinsiyet çeşitliliği olan gençler arasında menstruasyon supresyonu için popüler bir seçenektir. Bunun nedenleri arasında diğer progestinlere kıyasla daha androjenik olması, 10-12 haftada bir uygulanması ve uygulama için eğitilmiş klinisyene ihtiyaç olmaması yer almaktadır.

Levonorgestrel Salgılayan Rahim İçi Araç



Şekil 2.1. Rahim içi araç

Levonorgestrel salgılayan rahim içi araç (LNG-RİA), uterus içine yerleştirilen 2-3 cm boyutunda, esnek, T şeklinde bir araçtır. (Şekil 2.1.) Kontrasepsiyon ve

menstruasyon supresyonu yanında dismenore ve pelvik ağrının azaltılması amacıyla da kullanılmaktadır (60).

LNG-RİA, 52 mg, 19,5 mg ve 13,5 mg olmak üzere farklı dozlarda üretilmektedir. LNG-RİA 52/5, 5 yıl boyunca 20 mg/gün LNG salgılamakta, 5 yıl sonra salınım hızı 10-14 mg/güne kadar azalmaktadır. Son veriler etkinliğin 7 yıla kadar uzayabildiğini göstermektedir (59). 52 mg LNG-RİA için paket bilgilerinde amenore oranı %20 olarak belirtilmiştir; ancak çalışmalar 1-2 yıllık kullanımda yaklaşık %50 amenore oranını işaret etmektedir (60). Amenore insidansı kullanım süresi uzadıkça ve LNG dozu arttıkça artmaktadır. (7).

Sadece progestin içeren tüm yöntemlerde olduğu gibi, kanama paternleri değişkendir. Ara kanama en sık kullanımın ilk 6 ayda görülmekte ve zamanla azalmaktadır. Meme hassasiyeti, ruh hali değişiklikleri ve akne daha seyrek görülen yan etkileridir (8).

RİA yerleştirilmesi birkaç dakika içinde tamamlanan basit bir işlemdir. İşlem öncesi jinekolojik muayene gerekir. Spekulum takılarak RİA yerleştirilir. Aracın çıkarılabilmesi için vajinanın içine sarkan küçük ipler bırakılır. İlk takıldığında karın ağrısı ve kramp hissedilmesi oldukça yaygındır, ancak bunların zamanla geçmesi beklenmektedir (6).

Pelvik muayene rahatsız edici ve ağrılı olabilmektedir; ayrıca cinsiyet çeşitliliği olan bazı bireyler için travmatik olup cinsiyet disforisinin tetiklemektedir. Muayene ve RİA yerleştirme aşamalarını hastaya anlatmanın yanı sıra, muayene sırasında duygusal ve fiziksel rahatlık için özel seçenekler sunmak önemlidir. Destek örnekleri arasında, spekulumun hasta tarafından yerleştirilmesi, muayene sırasında bir yakınının refakat etmesi ve müzik dinleyerek dikkatin dağıtılması seçenekleri bulunmaktadır. Ayrıca hasta deneyimi ve ağrı yönetimini iyileştirmek için muayeneden önce anksiyolitik ilaç kullanımı ve lokal anestezi ile paraservikal blok kullanılabilir. Son olarak, seçilmiş vakalarda ameliyathanede sedasyon ile RİA yerleştirilebilmektedir (10).

Kontrendikasyonlar arasında uterus kavitesinin ciddi deformitesi, aktif cinsel yolla bulaşan enfeksiyon, açıklanamayan vajinal kanama, meme kanseri, bilinen veya şüpheli gebelik yer almaktadır. Nulliparite, bir kontrendikasyon değildir (9).

LNG-RİA yönteminin uzun kullanım süresi, sekonder amenore oranları ve kullanım kolaylığı, onu menstruasyon supresyonu için çekici bir seçenek haline getirmektedir. Ancak, yerleştirme prosedürüyle ilgili endişeler nedeniyle cinsiyet çeşitliliği olan bireyler arasında daha az tercih edilebilmektedir (8).

Etonogestrel İmplantı

İmplant, üst kolda deri altına yerleştirilen, devamlı etonogestrel salınımı yapan, 4 cm x 2 mm boyutunda bir çubuktur (Resim 2.2.). Yerleştirme ve çıkarma için hastayla işbirliği veya analjezi gerekmektedir. İmplant yerleştirildikten sonra 3-5 yıl boyunca kullanılabilir. Salınım 70 mg/gün ile başlayıp 3 yıllık kullanımın sonunda 25-30 mg/gün'e kadar azalmaktadır (56, 59).



Resim 2.1. Etonogestrel implantı

Amenore oranı, bir yıllık kullanımın sonunda %14-20 olarak bildirilmiştir. Öngörülemeyen kanama insidansı yüksektir, yerleştirmeden sonraki ilk aylarda %40'a kadar çıkabilmektedir. Diğer yöntemlerin aksine, kullanım süresinin uzaması ile öngörülemeyen kanama sıklığı azalmamaktadır. Hastaların yaklaşık %10'u düzensiz kanama paterni nedeniyle implantın çıkarılmasını talep etmektedir (55, 56).

İmplantın mükemmel kontraseptif etkinliği vardır, başarısızlık oranı %1'in altındadır. Vücut ağırlığı üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur. Meme kanseri, aktif karaciğer hastalığı, karaciğer tümörlerinde kullanılmamalıdır (9).

Etonogestrel implantı, iyi bir kontraseptif seçenek olmasına rağmen, düşük amenore oranları ve düzensiz kanama paterni nedeniyle ile, cinsiyet çeşitliliği olan bireyle arasında menstruasyon supresyonu için daha az tercih edilebilmektedir (7).

Medikal Olmayan Yöntemler

Menstruasyon supresyonu için medikal tedavi kullanmak istemeyen, kontraendikasyonu olan veya medikal tedaviye erişimi olmayan bireylerde menstruasyon disforisini hafifletmek için farmakolojik olmayan yöntemler kullanılabilir. Bu yöntemler arasında menstruasyon iç çamaşırlarının kullanılması veya menstruasyon hijeninin iyileştirilmesi bulunmaktadır (61).

Menstruasyon iç çamaşırı, yüksek emicilik özelliği olan yeniden kullanılabilir bir çamaşır çeşididir; kanama görünümünü en aza indirmek için genellikle siyah renktedir. Bu ürünlerin cinsiyet çeşitliliği olan bireyler için üretilen "cinsiyetten bağımsız" modelleri de bulunmaktadır. Özellikle menstruasyon supresyonu için tıbbi müdahalelerin istenmediği aile yapısına sahip ergenler tarafından tercih edilmektedir (61).

Menstruasyon Supresyonunda Danışmanlık

Cinsiyet çeşitliliği olan bir ergen menstruasyon disforisi nedeniyle başvurduğunda beklentilerini anlamak önemlidir. Tüm bireylerin ihtiyaçlarını her koşulda karşılayan tek bir müdahale yoktur. Uygun yaklaşım için tıbbi ve cerrahi geçmiş, menstruasyon öyküsü ve ilaç kullanımı sorgulanmalıdır. Ayrıca, hastanın puberte baskılama ve cinsiyet olumlayıcı hormon kullanımını isteyip istemediği; kontrasepsiyon ihtiyacı öğrenilmelidir (10). Mevcut yöntemler konusunda, hastanın ihtiyaçları ve öncelikleri doğrultusunda bireyselleştirilmiş bir danışmanlık verilmelidir. Yöntemlerin olumlu yönleri ve riskleri gerçekçi bir şekilde tartışılmalı, hasta ve hekim tarafından ortak karar verilmelidir. Yöntemlerin çoğunun menstruasyon üzerindeki

etkisinin ortaya çıkması 3-6 ay gerektirdiğinden, etkinliğı belirlemek için en az 3 aylık deneme süresi planlanmalıdır (61).

3.ay kontrolünde ilaç etkinliğı ve yan etkiler değerlendirilmeli, gerekirse diğer yöntemler yeniden gözden geçirilmeli ve yöntem değişikliğı yapılmalıdır. Hiçbir yöntemin yüzde yüz amenore sağlamadığı ve her yöntemin her bireyde farklı sonuçlara neden olabileceğı anlatılmalıdır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan GO21/1347 sayılı etik kurulu onayı alındıktan sonra Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Ergen Sağlığı Bilim Dalı'nda Aralık 2021-Eylül 2023 aralığında prospektif olarak yapılmıştır. Çalışmanın süresi 21 ay olarak planlanmıştır. Bu sürenin ilk 19 ayında, çalışmaya katılacak vakalar değerlendirilmiş; son 2 ayında ise sonuçlar yorumlanarak rapor yazılmıştır. Tüm katılımcılardan ve reşit olmamaları durumunda ebeveynlerinden aydınlatılmış onam alınmıştır.

3.1. Dahil olma ve Olmama Kriterleri

Hacettepe Üniversitesi Ergen Sağlığı Polikliniği veya Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, cinsiyeti doğumda kız atanan, ancak kız cinsiyete atfedilen sosyal ve kültürel beklentilerden farklı cinsiyet kimliği ve/veya ifadesi olan ve bu sebeple rahatsızlık duyan, mensturasyon ile ilişkili sıkıntı ve aksiyete yaşayan, 12-24 yaş aralığındaki genç bireyler çalışmaya davet edilmiştir. Puberte baskılayıcı (GnRH analogu) ve/veya cinsiyet olumlayıcı hormon (testosteron) tedavisi kullanmış veya kullanmakta olan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.2. Danışmanlık Öncesi Değerlendirme

Menstruasyon disforisi nedeniyle danışmanlık isteyen bireyler, danışmanlık verilmeden hemen önce araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunu doldurmuştur (Ek-1).

Anketin ilk bölümünde (1-16.soru) katılımcının demografik verileri ve cinsiyet özellikleri sorgulanmıştır. 1-5.sorularda katılımcının yaşı, eğitim ve istihdam durumu, kaldığı yer ve birlikte yaşadığı kişiler çoktan seçmeli/kısa cevaplı sorular ile değerlendirilmiştir. 6-16.sorular, cinsiyet kimliği ve ifadesinin değerlendirilmesine yönelik hazırlanmıştır. Cinsiyet kimliği tanımı "Cinsiyet kimliği bir kişinin kendisini cinsiyet açısından nasıl tanımladığı, hangi cinsiyetten gördüğü ile ilgilidir" şeklinde

yapılıp katılımcıya cinsiyet kimliğini nasıl tanımladığı açık uçlu olarak sorulmuştur. Cinsiyet kimliğini aile ve arkadaşlarına açıklama durumu ve açıklamış ise bunu kaç yaşındayken yaptığı sorulmuştur. Uzun süreli duygusal birliktelik yaşayıp yaşamadığı, partnerine cinsiyet kimliğini açıklama durumu sorulmuştur. Ailesinin koyduğu isim yerine, cinsiyet kimliğini daha iyi yansıtan yeni bir isim belirleyip belirlemediği; belirlemişse ne zaman belirlediği ve bu ismi aile ve arkadaşlarının kullanma durumu ve zamanı sorulmuştur. Yasal olarak isim değişikliği yapıp yapılmadığı, yapılmışsa zamanı sorulmuştur. Yalnızken cinsiyet kimliği ile uyumlu giyinip giyinmediği, giyiniyorsa ne zamandan beri giyindiği sorulmuştur. Ailesinin yanında ve toplum içinde cinsiyet kimliği ile uyumlu giyinip giyinmediği ve giyiniyorsa ne zamandan beri olduğu sorulmuştur. Cinsiyet kimliği ile uyumlu giyinmeye başlama yaşı “3-5 yaş: erken çocukluk”, “6-11 yaş: orta çocukluk”, “12-14 yaş: erken ergenlik”, “15-17 yaş: orta ergenlik”, “18-21 yaş: geç ergenlik” olarak sınıflandırılmıştır.

Anketin ikinci bölümünde (17-24.soru), menarş deneyimi, adet düzeni ve dismenore değerlendirilmiştir. Katılımcıya menarş yaşı, menarştan önce adetin ne olduğunu bilip bilmediği ve biliyorsa bilgi kaynağının ne olduğu sorulmuştur. Menarş deneyimini anlamak için ilk adet gördüğünde ne hissettiği, bunu kiminle paylaştığı açık uçlu olarak sorulmuştur. Katılımcının belirttiği duygudurum ve duygu ifadeleri üç araştırmacı tarafından bağımsız olarak değerlendirilerek “olumlu”, “nötr” ve “olumsuz” olarak sınıflandırılmıştır. İki araştırmacı tarafından farklı sınıflandırılması durumunda, üçüncü araştırmacıdan görüş alınması planlanmıştır. Katılımcıya ilk defa adet gördüğünde ailesinin nasıl tepki verdiği açık uçlu olarak sorulmuş, cevabı aynı üç araştırmacı tarafından “olumlu”, “nötr” ve “olumsuz” olarak sınıflandırılmıştır. Katılımcıya adetlerinin düzenli olup olmadığı sorulmuştur. Adet sırasında hissettiği ağrıyı 0-10 arasında derecelendirmesi istenmiş, ağrı için ilaç kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa hangi ilacı kullandığı açık uçlu olarak sorulmuştur.

Anketin üçüncü bölümünde (25-27.soru), menstruasyon döneminde hissedilebilecek duygulardan oluşan 17 madde, “aşırı rahatsız ediyor”, “çok rahatsız ediyor”, “orta düzeyde rahatsız ediyor”, “biraz rahatsız ediyor”, “hiç rahatsız etmiyor” seçeneklerinden birinin seçilmesi ile değerlendirilmiştir. Belirtilen maddeler dışında

menstruasyon ile ilişkili rahatsızlık belirtmek isteyen katılımcılar için 26. soru açık uçlu olarak sunulmuştur ve yine derecelendirmesi istenmiştir. Bu bölümün son sorusu ise adet görüyor olmanın bir bütün olarak rahatsız etme derecesini anlamak için yine likert ölçeği ile sunulmuştur.

Anketin dördüncü bölümünde (28-29.soru) menstruasyon supresyonu hakkında bilgi düzeyini ölçmek için adetlerin baskılanabileceğini bilip bilmediği ve biliyorsa hangi yöntemleri bildiği sorulmuştur.

3.3. Danışmanlık

Anket uygulamasının ardından katılımcılara menstruasyon supresyonu hakkında danışmanlık verilmiştir. Danışmanlık görüşmesi, çalışma boyunca aynı iki araştırmacı (SA ve ÖS) tarafından yüzyüze gerçekleştirilmiş olup yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür. Görüşme içeriği yapılandırılmıştır ve her katılımcı için standart olması için Ek-2'de örneği bulunan danışmanlık kartları, bu çalışma için özel olarak oluşturulmuştur. Bu kartlar, katılımcıların değerlendirmesini kolaylaştıracak şekilde şematize edilmiştir.

Danışmanlık sırasında menstruasyon supresyonu yöntemlerinin nasıl kullanıldığı, etki mekanizmaları, yan etkileri, avantaj ve dezavantajları anlatıldıktan sonra danışanın sorularına zaman ayrılmıştır.

Ülkemiz şartlarında ulaşılabilirliği göz önünde bulundurularak menstruasyon supresyonunda kullanılan aşağıdaki yöntemlere yer verilmiştir.

- Östrojen ve progesteron içeren yöntemler (kombine oral kontraseptifler)
- Yalnızca progesteron içeren yöntemler
 - Yalnızca progesteron içeren haplar
 - Depo medroksiporgesteron asetat (DMPA) kas içi enjeksiyonu
 - Levonogestrel salınımlı rahim içi araç (LNG-RIA)
 - Etonogestrel implantı

Oral yöntemler ve DMPA enjeksiyonunun poliklinik şartlarında başlanabileceği; ancak LNG-RIA ve etonogestrel implantı seçilmesi durumunda katılımcıların Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na yönlendirilmesi gerektiği açıklanmıştır.

Katılımcının cinsel yönelimi, cinsel aktif olup olmadığı, cinsel aktif ise partnerinin doğumda atanan cinsiyeti ve kontrasepsiyon ihtiyacı, madde kullanımı rutin görüşme sırasında alınan psikososyal öykü ile değerlendirilmiştir. Ayrıca kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı ve yöntemler için kontraendikasyon oluşturan durumlar görüşme sırasında sorgulanmıştır. Östrojen kontrendikasyonu varlığında, yalnızca progesteron içeren yöntemler konusunda danışmanlık verilmesi planlanmıştır.

Kombine östrojen ve progesteron içeren vajinal halka ile transdermal yama, DMPA subkutan enjeksiyonu ülkemizde bulunmadığından danışmanlığa dahil edilmemiştir.

3.4. Danışmanlık Sonrası Değerlendirme

Danışmanlıktan hemen sonra araştırmacılar tarafından hazırlanan ikinci anket doldurulmuştur (Ek-3). 1.soruda danışmanlığın yeterli olup olmadığı evet/hayır işaretlemesi istenerek sorgulanmıştır. 2-3. soruda danışmanlık verilen yöntemlerin işaretlenmesi ve seçilen yöntemin belirtilmesi için kontrol listesi verilmiştir.

4. soruda katılımcılara, her yöntem için seçilme ve seçilmeme nedenine yönelik açık uçlu soru yöneltilmiştir. 5 ve 6. soruda hekim ve aile bireylerinin herhangi bir yöntem için yönlendirici olup olmadığı, olmuşsa hangi yönetime yönlendirdiği sorulmuştur. Katılımcıya neden özellikle bu yönetime yönlendirdiğini düşündüğü açık uçlu olarak sorulmuştur.

Danışmanlıktan sonra herhangi bir yönteme başlamak istediğini ifade eden katılımcılarla tedavi ve takip şeması oluşturulmuştur. Oral yöntemlerden biri veya DMPA enjeksiyonu tercih edenlere reçete yazılmış, LNG-RİA veya etonogestrel implantı tercih edenler Kadın Hastalıları ve Doğum Anabilim Dalı'na yönlendirilmiştir. 3.ay kontrolü planlanarak, yan etki ile karşılaşılması durumunda Ergen Sağlığı Polikliniği'ne başvurmaları önerilmiştir.

3.5. Takip

3. ay kontrolünde katılımcıların tedaviye devam edip etmediği, kanama paterni ve hasta memnuniyeti sorgulanmıştır (Ek-4). Başlanan menstruasyon supresyonu yöntemine devam edilip edilmediği basit ikili soru (evet/hayır) kullanılarak değerlendirilmiştir. Adet kanaması varlığı kısa cevaplı olarak sorgulanmıştır. Tedavi memnuniyeti için "ok memnunum", "memnunum", "ne memnunum, ne memnun değilim", "memnun değilim", "hiç memnun değilim" seçeneklerinden oluşan sıralama  leği kullanılmıştır. Bunlar neticesinde; gerekli g r lurse yöntem değişikliği planlanmıştır.

3.6. Verilerin Analizi:

Bu alışmada, IBM SPSS 26. Versiyon istatistik analiz programı (armonk, NY: IBM Corp) kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel analizler yapılmıştır. Sürekli değerkenler ortalama \pm standart sapma olarak, sıralı değerkenler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur.

Katılımcıların açık uçlu sorulara verdikleri cevapların incelenmesinde nitel bir değerlendirme yapılmıştır. Bu soruların değerlendirilmesi konuya ilişkin kuramsal arka plan konusunda araştırma deneyimine sahip 2 uzman tarafından gerçekleştirilmiştir. Verilen tüm cevaplardaki ortak ve anlamlı ifadeler tespit edilmiş, yakın anlam taşıyan ifadeler belirli temalar altında bir araya getirilmiş ve ana temalar oluşturulmuştur.

4. BULGULAR

Çalışmaya, 01.12.2021-01.07.2023 tarihleri arasında davet edilen 24 genç bireyden üçü, ebeveynleri kabul etmediği için çalışmaya dahil edilmemiştir. Dahil edilenlerin tamamına (n=21) birinci anket uygulanmış ve danışmanlık verilmiştir; ancak iki kişi düşünmek istediğini ifade ederek ikinci anket uygulamasını kabul etmemiştir.

4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri

Araştırmaya katılan 21 kişinin yaş ortalaması $17,95 \pm 2,90$ yıldır. Katılımcıların eğitim ve istihdam durumu, yaşadığı yer ve birlikte yaşadığı kişiler Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri

| Demografik Özellikler | Kişi sayısı, n=21 |
|----------------------------------|-------------------|
| Eğitim durumu | |
| Eğitimi devam etmekte | 15 (%71,4) |
| 8.sınıf | 1 (%6,6) |
| Lise 2.sınıf | 3 (%20) |
| Lise 3.sınıf | 4 (%26,6) |
| Lise 4.sınıf | 3 (%20) |
| Üniveriste 2.sınıf | 4 (%26,6) |
| Eğitimi tamamlanmış | 6 (%28,6) |
| Lise mezunu | 3 (%50) |
| Üniversite mezunu | 3 (%50) |
| Çalışıyor | 2 (%33,3) |
| Çalışmıyor | 4 (%66,6) |
| Yaşadığı yer ve kiminle yaşadığı | |
| Ev | 20 (%95,2) |
| Ailesi ile | 15 (%75) |
| Arkadaşları ile | 4 (%20) |
| Yalnız | 1 (%5) |
| Öğrenci yurdu | 1 (%4,8) |

Depresyon nedeniyle takip edilen iki katılımcıdan biri tedavisiz izlenmekte, diğeri antidepresan ilaç kullanmaktadır. Depresyon ve kaygı bozukluğu tanısı ile izlenmekte olan iki katılımcıdan biri antidepresan, diğeri antidepresan ve antipsikotik ilaç kullanmaktadır. Bir katılımcı anoreksiya nervosa tanısı ile takip edilmekte ve antidepresan ilaç kullanmaktadır. Bir katılımcı ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı ile metilfenidat kullanmaktadır. Diğer 14 katılımcının herhangi bir sağlık sorunu bulunmamaktadır. Katılımcılar arasında madde kullanan bulunmamaktadır.

4.2. Katılımcıların Cinsiyet Özellikleri

Katılımcıların cinsiyet kimliğini nasıl tanımladığı, yakınları ile ne zaman paylaştığı, cinsiyet kimliği ile uyumlu isim ve giyim özellikleri, cinsel yönelimi, cinsel aktivite durumu, partnerin cinsiyet özellikleri Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların cinsiyet kimliği, cinsel yönelim ve aktivite bilgileri

| Parametreler | n=21 Ortalama \pm Standart Sapma |
|--|---------------------------------------|
| Cinsiyet Kimliği tanımlama | |
| Erkek | 15 (%71,4) |
| Trans erkek | 4 (%19) |
| Nonbinary | 1 (%4,8) |
| Cinsiyetsiz | 1 (%4,8) |
| Cinsiyet kimliğini başkalarıyla paylaşma yaşı (n=21) | |
| Aile ile | 15,38 \pm 2,45 yıl |
| Arkadaşlar ile | 14,43 \pm 1,88 yıl |
| Geçmişte/devam eden duygusal birliktelik | 15 (%71) |
| Evet | 14 (%93,3) |
| Cinsiyet kimliğini partneri ile paylaşma | |
| Hayır | 6 (%28) |
| Cinsiyet kimliği ile uyumlu isim belirleme | 17 (%80) |
| Evet | 14,94 \pm 2,58 yıl |
| Yeni isim belirleme zamanı | 16,17 \pm 1,60 yıl |
| Aile tarafından kullanılma zamanı | 15,29 \pm 1,93 yıl |
| Arkadaşlar tarafından kullanılma zamanı | |
| Yasal isim değişikliği | 0 (%0) |
| Hayır (n=4) | 4 (%19) |
| İsmi cinsiyet kimliği ile uyumlu | 4 (%100) |
| Cinsiyet kimliği ile uyumlu giyim | |
| Yalnızken (n=21) | |
| Erken çocukluk (3-5 yaş) | 7 (%33) |
| Orta çocukluk (6-11 yaş) | 5 (%23,8) |
| Erken ergenlik (12-14 yaş) | 5 (%23,8) |
| Orta ergenlik (15-17 yaş) | 3 (%14,3) |
| Geç ergenlik (18-21 yaş) | 1 (%4,8) |
| Aile yanında (n=21) | |
| Erken çocukluk (3-5 yaş) | 6 (%28,6) |
| Orta çocukluk (6-11 yaş) | 4 (%19) |
| Erken ergenlik (12-14 yaş) | 6 (%28,6) |
| Orta ergenlik (15-17 yaş) | 4 (%19) |
| Geç ergenlik (18-21 yaş) | 1 (%4,8) |
| Toplum içinde (n=21) | |
| Erken çocukluk (3-5 yaş) | 6 (%28,6) |
| Orta çocukluk (6-11 yaş) | 4 (%19) |
| Erken ergenlik (12-14 yaş) | 6 (%28,6) |
| Orta ergenlik (15-17 yaş) | 4 (%19) |
| Geç ergenlik (18-21 yaş) | 1(%4,8) |

Tablo 4.2. (Devam) Katılımcıların cinsiyet kimliği, cinsel yönelim ve aktivite bilgileri

| Parametreler | n=21 Ortalama \pm Standart Sapma |
|---|---------------------------------------|
| <i>Cinsel Yönelim</i> | |
| <i>Kadın</i> | 11 (%52,4) |
| <i>Erkek</i> | 1 (%4,8) |
| <i>Kadın ve erkek</i> | 7 (%33,3) |
| <i>Bilinmiyor</i> | 2 (%9,5) |
| <i>Cinsel Aktivite</i> | |
| <i>Evet</i> | 11 (%52,4) |
| <i>Partnerin doğumda atanan cinsiyeti</i> | |
| <i>Kadın</i> | 10 (%90,9) |
| <i>Erkek</i> | 1 (%9,1) |
| <i>Kontrasepsiyon İhtiyacı</i> | |
| <i>Evet</i> | 1 (%9,1) |
| <i>Hayır</i> | 10 (%90,9) |
| <i>Hayır</i> | 10 (%47,6) |

4.3. Menstruasyon Özellikleri

Menarş deneyimi, adet düzeni ve dismenore varlığına yönelik bulgular Tablo 4.3.'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların menarş deneyimi ve menstruasyon özellikleri

| | |
|------------------------------------|----------------------|
| Menarş yaşı (ortalama \pm SS) | 12,62 \pm 1,35 yıl |
| Menarş öncesi bilgi sahibi olma | |
| Evet | 20 (%95,2) |
| Bilgi kaynağı | |
| Anne | 14 (%70) |
| Baba | 1 (%5) |
| Kardeş | 2 (%10) |
| Öğretmen | 2 (%10) |
| İnternet | 1 (%5) |
| Hayır | 1 (%4,8) |
| Menarş deneyimi | |
| İlk paylaşılan kişi | |
| Anne | 16 (%76,2) |
| Arkadaş | 3 (%14,3) |
| Öğretmen | 2 (%9,5) |
| Düzenli menstruasyon | |
| Evet | 17 (%81) |
| Hayır | 4 (%19) * |
| Menstruasyon sırasında ağrı (n=21) | |
| Ağrı skoru (1-10) | 5,24 \pm 2,46 |
| Ağrı kesici kullanımı | |
| Evet | 7 (%33) |
| NSAİD | 5 (%23) |
| Parasetamol | 2 (%9) |
| Hayır | 14 (67) |

* Menstruasyon düzensizliği olduğunu ifade eden dört katılımcı çalışma bitiminde ileri değerlendirme için ergen sağlığı polikliniğine yönlendirildi.

Bir (%4,8) katılımcı “büyümeye yönelik heyecan duyduğunu” ifade ederek olumlu duygu ifadesi belirtmiştir. İki (%9,6) katılımcı “büyüdüğü için normal olduğunu” ifade ederek nötr bir duygu ifadesi belirtmiştir. Geriye kalan 18 (%85,7) katılımcı, “bu bedende saklanamayacağını”, “iğrenç hissettiğini”, “kirli hissettiğini”, “rahatsızlık duyduğunu”, “cinsiyeti ile uyumsuz olduğu için karamsarlığa kapıldığını”, “üzgün olduğunu”, “kaygılı ve panik içinde olduğunu”, “farklı hissettiğini” belirterek olumsuz ifadeler kullanmıştır.

Aile bireylerinin menarşa verdiği tepki açık uçlu olarak sorgulandığına üç araştırmacı tarafından fikir birliği ile “olumlu”, “nötr” ve “olumsuz” olarak sınıflandırılmıştır. 16 (%76,2) katılımcı “mutlu”, “sevinçli” ve “heyecanlı” ifadelerini

kullanarak olumlu duygudurum ve duygu ifadesi bildirmiştir. Beş (%23,8) katılımcı ise, ailesinin tepkisini “normal” olarak ifade ederek nötr duygu ifadesi belirtmiştir.

Menstruasyon ilişkili bazı durumların sebep olduğu rahatsızlığın düzeyi Tablo 4.4.’de verilmiştir.

Tablo 4.4. Menstruasyonla ilişkili durumlarda ortaya çıkan rahatsızlık düzeyi ve sıklığı

| Menstruasyon ilişkili durumlar | Katılımcıların rahatsızlık düzeyi | | | | |
|---|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | Aşırı | Çok | Orta | Biraz | Hiç |
| Ağrı | %57,1 | %19 | %4,8 | %14,3 | %4,8 |
| Kanamamanın miktarı | %66,7 | %14,3 | %19 | %0 | %0 |
| Kanamamanın süresi | %66,7 | %19 | %14,3 | %0 | %0 |
| Menstruasyonun başkası tarafından anlaşılması | %81 | %14,3 | %4,8 | %0 | %0 |
| Hijyenik ürün taşımak ve değiştirmek | %95,2 | %0 | %0 | %4,8 | %0 |
| Hijyenik ürün satın almak | %85,7 | %4,8 | %9,5 | %0 | %0 |
| Bedende şişkinlik | %57,1 | %9,5 | %14,3 | %14,3 | %4,8 |
| Memede şişkinlik | %76,2 | %9,5 | %4,8 | %9,5 | %0 |
| Göğüs bağlama işlemi | %52,4 | %19 | %23,8 | %4,8 | %0 |
| Cinsiyet kimliğiyle uyumsuzluk | %81 | %14,3 | %4,8 | %0 | %0 |
| Üzgün/mutsuz hissetme | %66,7 | %14,3 | %9,5 | %4,8 | %4,8 |
| Endişeli/kaygılı hissetme | %57,1 | %19 | %9,5 | %4,8 | %9,5 |
| Öfkeli/sinirli hissetme | %66,7 | %14,3 | %0 | %9,5 | %9,5 |
| Kendine zarar verme düşüncesi | %28,6 | %14,3 | %9,5 | %19 | %28,6 |
| İntihar düşüncesi | %23,8 | %14,3 | %9,5 | %14,3 | %38,1 |
| Okula gitmek | %47,6 | %23,8 | %4,8 | %0 | %23,8 |
| Evden dışarı çıkmak | %38,1 | %19 | %28,6 | %0 | %14,3 |

Beş katılımcı tarafından yukarıda belirtilenlerden farklı rahatsız edici durumlar tanımlanmıştır. Bunlar; “kirli hissetme”, “kanama hissi”, “duş almanın zorluğu” “kan kokusu” “hareket kısıtlaması” olarak ifade edilmiştir ve “aşırı rahatsız ediyor” olarak derecelendirilmiştir.

Katılımcıların menstruasyonun bütünüyle ilgili duyduğu rahatsızlık iki katılımcı (%10) tarafından “çok rahatsız ediyor”, 19 katılımcı (%90) tarafından “aşırı rahatsız ediyor” olarak derecelendirilmiştir.

Danışmanlıktan önce katılımcıların 12’si (%57,1) menstruasyon supresyonu hakkında fikir sahibi olduğunu belirtmiştir. Bu kişilerden 8’i (%66,6) kombine oral kontraseptif (KOK), 2’si (%16,6) yalnızca progesteron içeren hap, 2’si (%16,6) GnRH

analoğu, 2'si (%16,6) testosteron, 1'i (%8,3) geleneksel olmayan yöntemleri bildiğini ifade etmiştir.

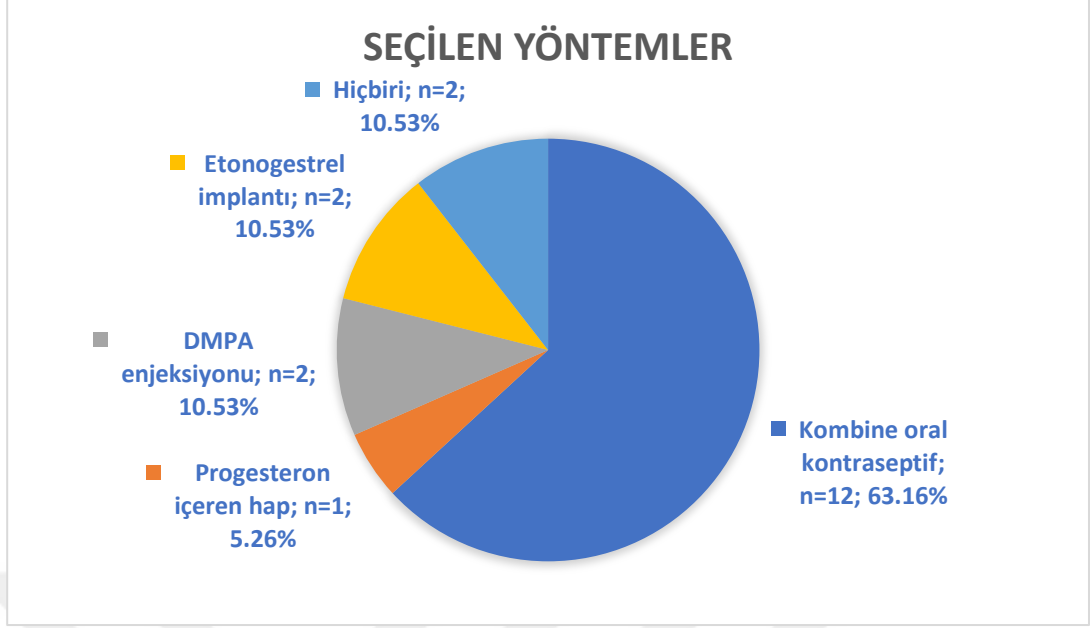
4.4. Danışmanlığın Değerlendirilmesi

Bir katılımcının babasında tekrarlayan derin ven trombozu olması nedeniyle östrojen içeren yöntemlerin kontraendike olduğu saptanmıştır ve danışmanlık yalnızca progesteron içeren yöntemlere yönelik verilmiştir.

Katılımcılardan ikisi danışmanlık sonrasında düşünmek istediğini ifade ederek, ikinci anketi doldurmamıştır. Bu nedenle danışmanlık yeterliliği 19 katılımcı tarafından değerlendirilmiştir. Tüm katılımcılar (n=19) danışmanlığın yeterli olduğunu ve tüm yöntemlerle ilgili danışmanlık verildiğini ifade etmiştir. Katılımcılardan dördü (%21), danışman tarafından "kullanım kolaylığı" nedeniyle KOK seçimine yönlendirildiğini düşündüğünü belirtmiştir. Bir (%5,2) katılımcı ise ailesi tarafından KOK kullanmaya yönlendirildiğini düşünmüştür, ancak bu düşüncesinin nedenini belirtmemiştir.

4.5. Yöntem Seçiminde Etkili Olan Nedenlerin İncelenmesi

Danışmanlıktan sonra ikinci anketi dolduran (n=19) katılımcılar tarafından en sık seçilen yöntem KOK olarak saptandı. İki (%10,5) katılımcı cinsiyet geçiş sürecine başlayacağı için herhangi bir yöntemi seçmediğini ifade etti. Katılımcıların seçtiği yöntemler grafikte gösterilmiştir (Grafik 4.1.).



Grafik 4.1. Katılımcıların yöntem seçimleri.

Yöntemlerin seçilme ve seçilmeme nedenleri açık uçlu olarak sorgulanmıştır.

KOK seçilme nedenleri arasında uygulama kolaylığı, amenore ihtimalinin yüksek olması, ara kanama olasılığının düşük olması yer almıştır. Diğer katılımcıların KOK seçmeme nedenleri ise östrojen içeriyor olması ve günlük kullanım gerektirmesi olarak ifade edilmiştir.

Yalnızca progesteron içeren hap seçen katılımcılar, uygulama kolaylığı ve östrojen içermemesinin seçimlerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Diğer katılımcılar ise her gün aynı saatte ilaç almanın zorluğu, ara kanama olasılığının yüksekliği ve akne artışına yol açabilmesi nedeniyle bu yöntemi tercih etmemiştir.

DMPA enjeksiyonu seçen katılımcılar, 2-3 aylık periyodlarla uygulanması nedeniyle bu yöntemi seçtiklerini belirtmiştir. Diğer katılımcılar; sağlık merkezine başvuru gerektirmesi, uygulamanın ağırlı olması, kemik sağlığını etkilemesi, kilo artışı ve akneye yol açabilmesi gibi nedenlerle bu yöntemi tercih etmemiştir.

LNG-RİA hiçbir hasta tarafından tercih edilmemiştir ve bunun sebebi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na başvuru gerektirmesi, öncesinde jinekolojik muayene yapılması, aracın girişimsel bir işlemle yerleştirilmesi olarak açıklanmıştır.

Etonogestrel implantın uzun etki süresi nedeniyle seçildiği ifade edilmiştir. Diğer katılımcılar ise Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na başvuru gerektirmesi ve girişimsel işlem ile yerleştirilmesi nedeniyle bu yöntemi tercih etmemiştir.

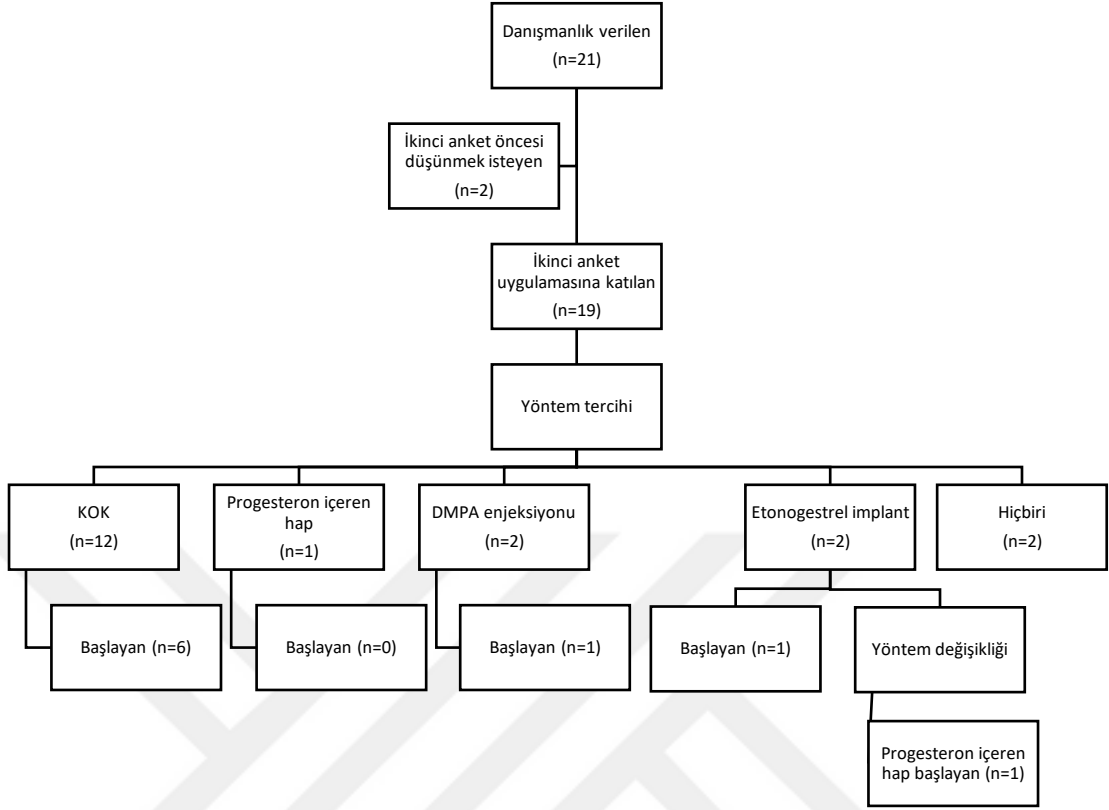
4.6. Yöntemin Başlanması

Danışmanlık ardından hormon içeren hap ve DMPA enjeksiyonu seçen katılımcılara reçete yazılmış, etonogestrel implantı seçenler Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na yönlendirilmiştir.

Etonogestrel implantı seçen katılımcılardan biri, aynı hafta içinde progesteron içeren hap kullanmaya karar vermiştir. 12 katılımcıya KOK, iki katılımcıya progesteron içeren hap, bir hastaya implant, iki hastaya DMPA enjeksiyonu başlanması plan olarak takip şeması oluşturulmuştur ve katılımcılar 3.ayda değerlendirilmek üzere kontrole çağırılmıştır.

4.7. Takip Süreci

Menstruasyon supresyonu başlanan katılımcılar üç ay sonra yeniden değerlendirildiğinde herhangi bir yönetime başlama durumları şekilde verilmiştir (Şekil 4.1.).



Şekil 4.1. Katılımcıların yöntem seçimi ve başlama durumu.

KOK reçete edilen katılımcılardan beşi, DMPA reçete edilen katılımcılardan biri, etonogestrel implantı için yönlendirilen katılımcılardan biri cinsiyet geçiş sürecine başladığı için menstruasyon supresyonuna başlamadığını belirtti. KOK reçete edilen katılımcılardan biri ailesinin tedavi ile ilgili olumsuz görüş bildirmesi nedeniyle fikrini değiştirdiğini belirtti. Progesteron içeren hap reçete edilen bir katılımcı, arkadaşının bu yöntemle ilgili olumsuz deneyimi olması nedeniyle başlamadığını ifade etti.

KOK tedavisine başlanan katılımcılar (n=6) tedavi memnuniyetleri açısından değerlendirildi. İki katılımcı amenoreye ulaştığını ve yöntemden “çok memnun” olduğunu belirtti. Bir katılımcı, bir defa öngörülemez kanaması olduğunu, yöntemden “memnun” olduğunu belirtti. Bir katılımcı, amenoreye ulaştığını ancak her gün ilaç almanın zor olması ve ilacın meme şişkinliğine yol açması nedeniyle

yöntemden “ne memnun olduğunu, ne de memnun olmadığını” ifade etti. Bir katılımcı ise, iki defa öngörülemeyen kanaması olması ve kilo alması nedeniyle yöntemden “memnun olmadığını” ifade etti.

Progesteron içeren hap başlanan katılımcı, amenoreye ulaştığını ve yöntemden “çok memnun” olduğunu bildirdi.

DMPA enjeksiyonu uygulanan hasta iki aydır çok sayıda öngörülemeyen kanaması olduğunu, bu nedenle yöntemden “memnun olmadığını” belirtti.

Değerlendirme sonucunda yöntemden memnun olmayan katılımcılar yeniden danışmanlık verilmek üzere Ergen Sağlığı Polikliniği’ne yönlendirildi.



5. TARTIŞMA

Cinsiyet çeşitliliği olan bireylerde menstruasyonun başlaması, kişinin ait olmadığı cinsiyet kategorisini temsil ettiği için cinsiyet disforisini tetikleyebilmektedir. Çalışmalar, menstruasyon sırasında cinsiyet çeşitliliği olan bireylerde depresyon, kendine zarar verme ve intihar düşüncesinin arttığını göstermektedir (3, 4). Dünya Trans Sağlığı İçin Profesyoneer Birliği (*World Professional Association for Transgender Health, WPATH*) güncel kılavuzu, cinsiyet çeşitliliği olan bireylere tedavi planlarının bir parçası olarak menstruasyon supresyonu önerilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (1). Bu çalışmada, menstruasyon disforisi olan cinsiyet çeşitliliği olan bireylerin menstruasyon deneyimleri ve menstruasyon supresyonu için kullanabilecekler yöntemler tartışılmaktadır.

5.1. Cinsiyet Özellikleri

Cinsiyet çeşitliliği olan gençler, süreci bir cinsiyet kimliğinden diğerine geçişten ziyade her zaman ait oldukları cinsiyetin onaylanması olarak görmektedir. Bu nedenle, bazı kişiler "trans" ön ekini kullanmak yerine kendilerini "kadın/erkek" olarak adlandırmayı tercih etmektedir (31). Anketimizde katılımcıların çoğu (%71) cinsiyetini "erkek" olarak, daha az bir kısmı (%19) "trans erkek" olarak tanımlamıştır. Birer katılımcı (%4) ise "nonbinary", "cinsiyetsiz" tanımlarını tercih etmiştir. Cinsiyet çeşitliliği alanyazını incelendiğinde, cinsiyet/cinsiyet kimliği tanımlarının değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Alaniz ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, doğumda atanan kız cinsiyeti olan katılımcıların çoğu (%95,9) cinsiyetini "trans erkek" olarak, yalnızca biri (%0,5) "erkek" olarak tanımlamıştır (62). Başka bir çalışmada, cinsiyet/cinsiyet kimliği tanımlamaları önemli ölçüde çeşitlilik göstermiştir (trans erkek, *non-binary*, *gender fluid*, *queer*, *demiboy*, *agender*, erkek *non-binary*, *agender/male* vb) (63). Çocuk ve ergen yaş gurubunda yapılan sekiz çalışma incelendiğinde, katılımcıların cinsiyet kimliklerinden ziyade, atandıkları cinsiyete göre 'erkek' ve 'kadın' olarak cinsiyet belirttiği görülmüştür (64). Cinsiyete dair tanımlamalarının farklılık ve çeşitliliği göz önünde bulundurulduğunda, cinsiyet

kategorilerinin her birey tarafından farklı algılanabileceği, cinsiyet tanımının bireysel olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmalardaki yıl, coğrafya, yaş grubu, eğitim durumu gibi değişkenlerin tanımlamaları nasıl etkilediği bilinmemektedir.

Cinsiyet çeşitliliği olan bireyler arasında, cinsel yönelim terminolojisinde de çeşitlilik izlenmektedir. Ancak bizim çalışmamızda, yanıt yelpazesinin yalınlığı alanyazından farklıdır. Frank ve ark.'nın çalışmasında olduğu gibi cinsel yönelim tanımlamalarında çeşitlilik (panseksüel, panromantik, demiseksüel, poliseksüel vb.) (63) saptanmamıştır. Katılımcılar tarafından “kadınlar”, “erkekler”, “her ikisi de” ve “bilmiyorum” cevapları verilmiştir. Kohortumuzdaki cevapların yalınlığında katılımcıların yarısının pediatrik popülasyondan olması, çoğunun cinsel aktif olmaması, ülke genelinde cinsiyet çeşitliliği olan bireylerin görünürlüğünün az olması ve Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Trans, Queer (LGBTQ) terminolojisinin kullanımının yaygın olmaması gibi nedenlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Cinsiyet ve cinselliğe dair tanımlamalara bireysel ve toplumsal faktörlerin etkisi daha fazla araştırılmalıdır.

5.2. Sosyal Geçiş

Erken çocukluk dönemi, cinsiyet gelişimi için önemlidir. Bu dönemde cinsiyet, çocukların tercihleri ve davranışları üzerinde güçlü bir motivasyon kaynağıdır. Çocuklar kıyafet ve oyuncaklarını cinsiyetleriyle ilişkilendirilen şekilde seçerler. Bu yaş grubunda, başkalarının görünüş ve faaliyetlerine ilişkin beklentilerinde cinsiyet belirleyicidir (17). Cinsiyet çeşitliliği olan ergen ve yetişkinlerin birçoğu, çocukluktan itibaren cinsiyetleri ile ilişkilendirilenden farklı davranışları ve tercihleri olduğunu ifade etmiştir (24, 42). Çalışmamızda, katılımcıların yaklaşık üçte birinin erken çocukluk döneminden itibaren giyim tercihlerinin değiştiği saptanmıştır. Çocukluk döneminde bireyler farklı kıyafetler, saç stilleri veya aksesuarlar, yeni bir isim ve zamir seçebilmekte, yeni aktivite ve tavırları benimseyebilmektedir. Bunların yalnızca birkaçı ya da çoğu, yavaş yavaş ya da aniden değiştirebilmektedir. Sosyal geçişin zamanlama ve derecesi her çocuğun kendi hızında gerçekleşmektedir (21, 65). Kohortumuzda, giyim tercihindeki değişikliğin erken çocukluktan ergenlik sonlarına uzanan bir aralıkta başlayabildiği gösterilmiştir. Bununla birlikte, ergenlik

döneminden önce kendi belirlediği ismi kullanan olmamıştır. Kohort içinde de, sosyal geçiş aşamalarının her birey için farklı zaman ve tempoda olduğu görülmektedir.

Katılımcılarımız giyim tercihi değişiminden bağımsız olarak, ergenlik dönemine kadar cinsiyet kimliğini başkalarıyla paylaşmamıştır. Bu durum, reddedilme, ayrımcılığa uğrama, kişisel güvenlik endişesi gibi nedenlerle bireylerin cinsiyet kimliğini açıklamakta zorlanabileceğini düşündürmektedir (32). Cinsiyet disforisine ilişkin duygular genellikle 10-13 yaşlar arasında kritik bir noktaya ulaşır; bu durum ergenliğin başlaması, cinsel istek ve akran gruplarında cinsiyet rollerinin daha güçlü temsil edilmesinden kaynaklanmaktadır (66). Ancak cinsiyet kimliğini başkalarıyla paylaşma sıklıkla geç ergenlik ve genç erişkinlik döneminde olmaktadır (23). Çalışmamızda, cinsiyet kimliğinin aile ile paylaşılma yaşı $15,38 \pm 2,45$ bulunmuştur. Olson ve ark. tarafından benzer yaş aralığında, cinsiyet çeşitliliği olan bireylerle yapılan bir çalışmada, cinsiyet uyumsuzluğunun ortalama 8,3 yaşında fark edildiği ancak gençlerin bu durumu aileler ile ortalama 17,1 yaşında paylaştığı görülmüştür. Bu örnekteki cinsiyet çeşitliliği olan gençlerin, cinsiyetlerini keşfettikten ortalama 10 yıl sonrasına kadar ailelerine açıklamadığı saptanmıştır (67).

Verilerimiz, tüm katılımcıların aile ve toplum içinde sosyal geçişe başladığını, cinsiyet kimliklerini yakınları ile paylaştığını göstermektedir. Güncel araştırmalar da benzer olarak, sağlık merkezine başvurudan önce çoğu gencin cinsiyet kimliğini aile ve arkadaşlarına açıkladığını, ev ve okulda sosyal olarak geçiş yaptığını ve belirlediği yeni ismi kullandığını göstermektedir (21, 60).

5.3. Psikiyatrik Özellikler

Kohortumuzda en sık görülen psikiyatrik hastalıklar depresyon (%19) ve aksiyete bozukluğu (%9) olarak saptanmıştır. Cinsiyet çeşitliliği olan çocuklar için ergenliğin başlangıcı, sıklıkla istenmeyen cinsiyet özelliklerinin gelişimini temsil etmekte ve cinsiyet disforisini tetiklemektedir. Artan beden hoşnutsuzluğu ile birlikte, depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu, yasa dışı madde kullanımı, yüksek riskli cinsel davranışlar ve intihar eğilimi de artış göstermektedir (49). Bunlar arasında en sık bildirilen, çalışmamızda da olduğu gibi depresyon ve anksiyete bozukluğudur (22).

Bununla birlikte, cinsiyet kimliğinin sosyal, yasal, tıbbi olarak onaylanmasına yönelik seçeneklerin araştırılması, destekleyici ebeveyn ve sağlık ekiplerinin varlığı ile kaygının önlenebileceği veya hafifletilebileceği gösterilmiştir (34, 68, 69). Bu veriler, çocukluk çağında depresyon ve kaygı bozukluğu gibi psikopatolojilerin trans olmanın mutlak bir sonucu olmadığını işaret etmektedir (64).

5.4. Menarş Deneyimi

Cinsiyet çeşitliliği olan ergenlerin menarşa yönelik tutumları değişkenlik göstermektedir. Bazıları için menstruasyonun başlaması, kişinin ait olmadığı cinsiyet kategorisini temsil etmesi nedeniyle stres, kaygı ve disforiye yol açmaktadır (63, 70); bazılarının ise menarşı kararsız, karışık veya olumlu duygularla karşıladığı bilinmektedir (51, 53, 63). Çalışmamızda, menstruasyon disforisi nedeniyle takip edilen katılımcıların üçü (%14) menarşı büyümeyle ilişkilendirerek olumlu veya nötr duygu ifadeleri bildirirken, katılımcıların büyük çoğunluğu (%85,7) bunu olumsuz deneyimlemiştir. Bu durum, tüm cinsiyet çeşitliliği olan bireylerin menarşla ilgili olumsuz deneyim yaşamadığını ve menstruasyon disforisinin menarşla birlikte başlamayıp ileri dönemlerde de ortaya çıkabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, olumsuz duygu ifadesi belirten katılımcıların birçoğu, “bu bedende saklanmanın mümkün olmadığı”, “farklı hissettiği”, “cinsiyeti ile uyumsuz olduğu” gibi ifadelerle cinsiyet disforisini işaret etmektedir. Frank ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, cinsiyet çeşitliliği olan gençlerin birçoğu (%42), menarşı cinsiyet disforisi ile ilişkilendirmiştir. Deneyimlerini, “cinsiyet beklentilerinden kopuk” “kendi kimlikleri ile çelişkili” olarak ifade etmişlerdir (63).

Gençler, menstruasyon hakkında ebeveynler, okul, arkadaşlar, internet gibi çeşitli kaynaklardan bilgi alma eğilimindedirler (71). Kohortumuzda menarş deneyimi çoğunlukla anneye paylaşılmış olup olumlu duygu ifadeleri ile karşılanmıştır. Hem cisgender hem de cinsiyet çeşitliliği olan bireylerde, menstruasyon ile ilgili bilgi kaynağı ve menarşın ilk paylaşıldığı kişi genellikle anne olmaktadır (63). Bu nedenle annelerin menarşa vereceği tepki önemlidir. Chang ve ark., menarş karşısında bazı

annelerin mutlu ve kutlamacı, bazılarının duygusal, bazılarının ise ilgisiz tutum sergilediğini bildirmiştir (72).

5.5. Menstruasyon Deneyimi

Menstruasyon, kadınlıkla ilişkili normatif biyolojik bir deneyim olarak toplumda kökleşmiştir (73). Erkek cinsiyet kimliğine sahip olan bireyler için bedenlerinin cinsiyet kimliğiyle uyumlu olmadığının aylık bir hatırlatıcısı olabilmektedir (51). Çalışmamızda, menstruasyonun cinsiyet kimliği ile uyumlu olmaması katılımcıların tümünü rahatsız etmekte, %95,3'ü tarafından çok/aşırı rahatsız edici bulunmaktadır. Trans erkeklerin menstruasyona yönelik tutumları genellikle kadınlardan daha olumsuzdur; menstruasyonu utanç verici bulma, tehlike ve damgalanma ile ilişkilendirmeleri daha sıktır (51). Frank ve ark. tarafından cinsiyet çeşitliliği olan bireylerle yapılan görüşmelerde menstruasyonun “cis kadınlar için” olduğu, bireylere “kimliğinin geçersiz kılındığını” ve “yabancı bir bedende büyüdüğünü” hissettiren “utanç kaynağı” bir deneyim olduğu, “cinsiyet disforisinin zirvesini” temsil ettiği ifade edilmiştir (63).

Kohortumuzda, hijyenik ürün satın almak tüm katılımcılar tarafından rahatsız edici bulunmuştur, %90,5'i rahatsızlığı çok/aşırı düzeyde derecelendirmiştir. Hijyenik ürün satın almanın cinsiyet çeşitliliği olan bireylerin birçoğu tarafından utanç verici bulunduğu ve cinsiyet kimliğinin ortaya çıkması endişesi yarattığı bilinmektedir (51, 63, 74). Ayrıca, hijyenik ürün ambalajlarının feminen tasarımı, reklamlarda “kadınlar için” ifadesinin sıkça kullanılması, cinsiyet çeşitliliği olan bireylerin bu ürün grubunda temsil edilmemesi rahatsız edici olabilmektedir (63, 74).

Menstruasyon sırasında kanamayı yönetmek, menstruel hijyen ürünlerini kullanmak sıkıntılı olabilmektedir. Hijyenik ürün taşımak ve değiştirmek, çalışmamızda aşırı rahatsızlıkla en sık (%95,2) ilişkilendirilen menstruel durum olmuştur. Cinsiyet çeşitliliği olan birçok birey için genital bölge ile etkileşime girmek ve vajinaya temas etmek rahatsız edicidir. Bu nedenle vajina ile temastan kaçınmak için bastırma/yerleştirme tekniği gerektirmeyen yöntemler tercih edilebilmektedir (51, 60, 63). Ek olarak, hijyenik ürünlerin ambalaj sesinin başkaları tarafından

duyulması endişeye yol açabilmektedir. Özellikle pedler açılmayı, soyulmayı, iç çamaşırına yerleştirmeyi ve daha sonra atılmak üzere buruşturmayı gerektirirler. Bu sesler, kişinin adet gördüğünün ortaya çıkarmasına yol açabilmektedir (63). Cinsiyet çeşitliliği olan bireyler bu gürültüyü önlemek için pedi tuvalete girmeden önce açmak, tuvalet boşalana kadar pedi değiştirmek için beklemek veya cinsiyet ayrımı gözetmeyen bir tuvalet aramak gibi stratejiler uygulamaktadır (51, 63). Erkek tuvaletlerinde çoğunlukla çöp kutusu olmadığından, kullanılmış hijyenik ürünleri atmak sıklıkla zorlayıcıdır. Frank ve ark., bir trans bireyin “dışarı çıkıp çöp kutusu bulana kadar kullanılmış pedi yanında taşımak zorunda kaldığını” bildirmiştir (63). Tüm bu zorluklar nedeniyle, cinsiyet çeşitliliği olan bireyler için menstruasyon sırasında umumi tuvaletlerin kullanılması stresli bir deneyimdir ve kişilerde kimliğin açığa çıkmasıyla ilgili korkuya, güvenlik endişesine yol açabilmektedir (51, 63, 70, 75). Chrisler ve ark. tarafından trans erkeklerin menstruasyon deneyimini değerlendiren bir çalışmada, katılımcıların çoğunun, ortaya çıkma ve anlaşılma korkusu nedeniyle menstruasyon dönemlerinde umumi tuvaletleri kullanırken kendilerini güvensiz/çok güvensiz (%66) ve rahatsız/çok rahatsız (%68) hissettiğini göstermiştir ve çalışmada erkekler tuvaletini kullanmanın tehlikeli olabileceği belirtilmiştir (51). Hijyenik ürün kullanımı, bunlara ek olarak kanama görüntüsü ve kokusuna bağlı duyuşal rahatsızlıklara yol açabilmektedir. Çalışmamızdaki üç katılımcı tarafından, ankette yer almadığı halde aşırı rahatsız edici olduğu belirtilen kan kokusu, kanama hissi, duş almak gibi durumlar da duyuşal rahatsızlığı işaret etmektedir.

Kanamının yanı sıra menstruasyonla ilişkili fiziksel semptomlar da cinsiyet çeşitliliği olan bireyler için rahatsız edici olabilmektedir. Katılımcıların çoğu (%71-85) tarafından memede şişkinlik ve göğüs bağlama işlemleri çok/aşırı rahatsız edici bulunmuştur. Frank ve ark.’nın çalışmasında tüm katılımcılar menstruasyon sırasında yaşadıkları kramp, sırt ağrısı, memede şişkinlik, yorgunluk gibi fiziksel semptomlara değinmiştir. Bir katılımcı “bedeni ve göğsündeki şişkinliğin iğrenç hissetmesine yol açtığını” ifade etmiştir (63). Meme dokusu birçok cinsiyet çeşitliliği olan birey için cinsiyet hoşnutsuzluğuna sebep olduğundan, memede şişkinlik, hassasiyet ve

bunların sebep olduğu ağırlı göğüs bağlama teknikleri rahatsızlığı arttırmaktadır. (65, 76, 77).

Cinsiyet çeşitliliği olan bireylerin menstruasyonu hakkındaki araştırmalar, bireylerin bu dönemde olumsuz duygular yaşayabileceğini, menstruasyonun bir stres, endişe ve disfori kaynağı olabileceğini göstermektedir (3, 52, 60, 70, 78). Çalışmamızda da katılımcıların büyük çoğunluğu (%75-80) menstruasyon döneminde üzgün, endişeli ya da öfkeli hissetmekten çok/aşırı rahatsız olduğunu belirtmiştir. Gözleme dayalı veriler, bazı cinsiyet çeşitliliği olan bireylerin menstruasyon sırasında kendine zarar verme ve intihar düşüncesinin arttığını bildirmektedir (60). Ancak çalışmamızda menstruasyonla ilişkili durumlar arasında rahatsızlıkla en az ilişkilendirilen intihar düşüncesi olarak saptanmıştır.

Her çocuğun okulda kendini güvende hissetmeye ve saygı görmeye hakkı vardır; ancak cinsiyet çeşitliliği olan gençler için okul hayatının neredeyse her yönü endişeye yol açabilmektedir. Çalışmamızda, katılımcıların çoğu (%71,4) menstruasyon sırasında okula gitmekten çok/aşırı rahatsızlık duyduğunu belirtmiştir. Menstruasyon döneminde tuvalet ve soyunma odalarının kullanımı, spor aktivitelerinde takımlaşma, akran grupları arasında yaşanabilecek tartışmalar zorlayıcı olabilmektedir (31). Ek olarak, cinsiyet çeşitliliği olan bireylerin menstruasyon deneyimini araştıran bir çalışmada, katılımcıların çoğu tarafından menstruasyon yönetiminin evde “kolay/çok kolay”; ancak okulda “zor/çok zor” olabileceğini bildirilmiştir (51). Cinsiyet çeşitliliği olan gençlerde menstruasyon, önemli işlev kaybına yol açabilmektedir (73) ve yaşam kalitesinde düşüş ve ciddi düzeyde okul devamsızlığı ile ilişkilendirilmiştir (79).

Kohortumuzda yalnızca bir nonbinary genç olması nedeniyle rahatsızlık durumu trans gençlerle karşılaştırılamamıştır. Yakın zamanda yapılan bir çalışmadaki nonbinary bireylerin tümü, menstruasyon döneminde cinsiyet hoşnutsuzluğunun kötüleştiğini bildirmiştir (3). Nonbinary gençlerin menstruasyon deneyimine yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Menstruasyonla ilgili çoğunlukla olumsuz kültürel inançlar bulunmaktadır. Çalışmamızda bir katılımcı menstruasyon döneminde “kirli hissetmesi” nedeniyle aşırı rahatsızlık duyduğunu belirtmiştir. Menstruasyonun “kirli olduğu”, “saklanması

gerektiği” ve “kalabalık ortamlarda konuşulmaması gerektiği” gibi kültürel tabularının sürdürülmesi, gençler üzerinde olumsuz bir etkiye yol açmaktadır (71).

Cinsiyet çeşitliliği olan bireylerin menstruasyon sırasında yaşadıkları olumsuzluklar düşünüldüğünde, menstruasyonun bütünüyle ilgili tüm katılımcıların çok/aşırı rahatsızlık duyması şaşırtıcı olmamıştır.

5.6. Menstruasyon Supresyonu Hakkında Bilgi Düzeyi

Menstruasyon supresyonu, menstruasyonu iyileştirmek veya durdurmak için hormon içeren ilaçların kullanılmasıdır. Cinsiyet çeşitliliği olan her birey menstruasyon supresyonu arzulamamaktadır, bunu isteyenlerin de farklı hedeflerinin olabileceği bilinmektedir (10). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, cinsiyet çeşitliliği olan gençler için birincil hedefin amenoreye ulaşmak olduğu ve pek çoğunun menstruasyon sırasında artan disforiyi hafifletmek için bunu arzuladığı gösterilmiştir (3). Cinsiyet çeşitliliği olan bireylerde menstruasyon supresyonuna ilişkin bilgiler çok sınırlı ve tamamen tanımlayıcıdır (52, 60, 70, 80). Yöntem seçimi, kullanım süresi, komplikasyonlarla ilgili olarak çok az çalışma bulunmaktadır (70). Bu bilgiler, hastalara danışmanlık yapmak ve uygun yöntemleri seçmelerine yardımcı olmak için çok önemlidir (81). Çalışmamızda, cinsiyet çeşitliliği olan bireylerin menstruasyonla ilgili rahatsızlıklarını tanımlamak, yöntemlerle ilgili beklentilerini belirlemek hedeflenmiştir.

Menstruasyon supresyonunda kullanılan birçok güvenli ve etkili yöntem vardır. Bu ilaçlar tek başına veya testosteron tedavisi ile birlikte kullanılabilir (53). Çalışma popülasyonumuzda hiçbir katılımcının önceden menstruasyon supresyon yöntemi kullanmadığı göz önünde bulundurulduğunda, katılımcıların çoğunun (%57,1) farkındalığının olması beklenin üstünde bulunmuştur. Chrisler ve ark. tarafından yapılan çalışmada, cinsiyet çeşitliliği olan katılımcıların %95'i menstruasyon supresyonu yöntemlerinin farkında olduğunu, %40'ı bu yöntemlerden birini daha önce kullandığını belirtmiştir (51). Bu oranlar cisgender kadınlar için bildirilenlerden çok daha yüksektir; örneğin Andrist ve ark. çalışmalarında, yöntemleri bilenlerin %27, kullananların %22 oranında olduğunu bildirmiştir (82). Cinsiyet

çeşitliliği olan bireyler, ayrımcılık ve damgalanma endişesi ile sağlık merkezi başvurusundan kaçınabilmektedir (63, 83, 84). Bunun bir sonucu olarak, cinsiyet çeşitliliği olan bireylerin tıbbi konularda daha fazla araştırma yaptığı, sağlık okuryazarlığının yüksek olduğu bilinmektedir. Menstruasyon supresyonu, kontrasepsiyon gibi konularda bilgi düzeylerinin cisgender bireylerden fazla olması şaşırtıcı değildir. Bu çalışmada yöntemler arasında en sık kombine oral kontraseptifler (KOK) bilinmektedir, bunun dışındaki yöntemleri bilenlerin sayısı düşüktür. Bu veriler, farkındalık beklenenin üstünde olmasına rağmen, bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

5.7. Yöntem Seçiminde Etkili Faktörler

Çalışmamızda en fazla seçilen menstruasyon supresyonu yöntemi KOK (%63,1) olmuştur; bunu eşit sıklıkta (%10,5) etonogestrel implantı ile depo medroksiporgesteron asetat (DMPA) enjeksiyonu, ardından progesteron içeren hap (%5,2) takip etmektedir. Mevcut alanyazın, östrojen kullanımının disforik etkileri nedeniyle yalnızca progestin içeren yöntemlerin cinsiyet çeşitliliği olan bireyler tarafından daha kabul edilebilir olabileceğini düşündürmektedir (56). Buna rağmen çalışmamızda en fazla seçilen, başlanan ve devam edilen yöntemin KOK olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetine başvurma konusundaki isteksizlik, pediatrik popülasyonda jinekolojik muayeneye sosyal ve kültürel olarak aşına olunmaması, jinekolojik girişimlerin sebep olduğu kaygı ve disfori göz önünde bulundurulduğunda sonuç şaşırtıcı bulunmamıştır. Schwartz ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, kendi kohortlarında menstruasyon supresyonu amacıyla kullanılan en yaygın (%45) yöntem KOK olarak bulunmuştur (3). Moussaoui ve ark. tarafından yapılan çalışmada, menstruasyon supresyonu için en sık kullanılan yöntemin (%46,6) KOK olduğu, bunun sırasıyla progesteron içeren hap ve DMPA enjeksiyonu tarafından takip edildiği bildirilmiştir (79).

Östrojen, cinsiyet çeşitliliği olan birçok birey tarafından “kadınlık hormonu” olarak algılanmaktadır ve bu durum, bazı endişelere zemin hazırlamaktadır. Kohortumuzda, KOK seçmeyen katılımcıların çoğu, nedenin “östrojen içeriği”

olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, yalnızca progesteron içeren yöntemleri seçen katılımcılardan bazıları, seçme nedenini “östrojen içermemesi” olarak açıklamıştır. Bazı gençler, cinsiyet kimliği ile uyumsuz bulduğu bu hormonun cinsiyet disforisini arttıracığından endişelenmektedir (53, 61, 80). Bazıları, testosteronun androjenik etkinliğini azaltmasından endişelenmektedir (1, 80, 85). Bildiğimiz kadarıyla KOK kullanımının, ekzojen testosteron etkinliği üzerine olumlu veya olumsuz etkilerini gösteren güncel bir araştırma bulunmamaktadır (80). Diğer bir endişe kaynağı ise, östrojenin meme hassasiyetine yol açabilmesidir. KOK kullanımının ilk aylarında görülen meme hassasiyeti genellikle kendini sınırlasa da, cinsiyet çeşitliliği olan bireyler için rahatsız edici olabilmekte ve göğüs bağlama yöntemlerini ağırlı hale getirebilmektedir (1, 77, 85). Bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda, genel popülasyonda menstruasyon supresyonu ve kontrasepsiyon için en sık kullanılan yöntem olan KOK’un (6), cinsiyet çeşitliliği olan bireyler tarafından tercih edilmeyebileceği bilinmektedir (4). Bu durum, östrojen içeriğinin yöntemlerin seçilme ve seçilmemesinde ne kadar etkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda, her iki oral yöntemin seçilme nedenleri arasında “uygulama kolaylığı” yer almaktadır. Tüm oral menstruasyon supresyonu yöntemleri günlük kullanım gerektirmesine karşın, kısa etki süresi nedeniyle progesteron içeren hapların her gün aynı saatte alınması daha önemlidir (6). Kullanım planının katılığı ve bazen ek doz gerektirmesi nedeniyle progesteron içeren hapların kullanımı, KOK ile kıyaslandığında zor olabilmektedir (57, 79). Çalışmamızda progesteron içeren hapın seçilmeme nedenlerinden biri olarak, “her gün aynı saatte ilaç almanın zorluğu” belirtilmiştir. Ayrıca oral olmayan yöntemlerin de, “günlük kullanım gerektirmemesi” nedeniyle seçildiği ifade edilmiştir. Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda, günlük ilaç kullanımının kişiye göre avantaj veya dezavantaj olabildiği görülmüş ve bireysel danışmanlığın önemi gözler önüne serilmiştir.

KOK seçiminin nedenleri arasında “ara kanama ihtimalinin daha düşük olması” yer almaktadır. Hijyenik ürünlerin satın alınması ve umumi tuvaletlerin kullanılması gibi zorluklar göz önünde bulundurulduğunda, kanamanın öngörülememesinin cinsiyet çeşitliliği olan bireylerin hayatında önemli sıkıntılara yol açabileceği

anlaşılmaktadır. Bu nedenle, danışmanlık sırasında düzensiz kanama ihtimaline değinmek, terapötik amenorenin sürekli kullanımla daha muhtemel olduğunu anlatmak ve gerçekçi beklentiler oluşturmak önemlidir. Aksi takdirde, yalnızca progesteron içeren yöntemlerin en sık görülen yan etkisi olan düzensiz kanama, ilk birkaç ayda tedavinin kesilmesine neden olabilmektedir (6). Etonogestrel implantı dışındaki tüm yöntemlerde, kullanım süresi arttıkça düzensiz kanamanın azalması beklenmektedir (55).

Akne, sıvı retansiyonu, kilo artışı progesteron kullanımında görülebilecek yan etkiler arasındadır (9). Çalışmamızda, bu durumların yöntem seçimlerinde etkili olduğu görülmektedir. Fiziksel değişikliklerin beden hoşnutsuzluğunu arttırdığı bu dönemde, kilo değişikliği ve akne gibi değişikliklerin ergenler için önemli rahatsızlık sebebi olabileceği danışmanlık sırasında göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmalar, ergenlerde DMPA kullanımının kemik mineral yoğunluğunda (KMY) azalma ile ilişkili olduğunu ancak DMPA'nın kesilmesinin ardından KMY kaybının büyük ölçüde veya tamamen geri döndürülebilir olduğunu göstermektedir (9, 10, 55, 86). Çalışmamızda, DMPA'nın kemik sağlığına etkileri geri dönüşümlü olsa bile, yöntemin seçilmemesine neden olarak gösterilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü ve Amerika Ergen Sağlığı Derneği, bu ajandan kaçınılmasını önermemektedir; ancak avantaj ve dezavantajlar hakkında danışmanlık verilmesi önemlidir (87, 88).

Kohortumuzda, DMPA enjeksiyonunun 3 aylık periyodlarla uygulanması seçilmesinde etkili olsa da, birçok katılımcı tarafından sağlık merkezine başvuru gerektirdiği için seçilmediği belirtilmiştir. DMPA enjeksiyonunun yılda 4-5 defa yapılması, bu yöntemi özellikle her gün ilaç kullanmak istemeyen ergenler arasında çekici kılmaktadır. Enjeksiyon için özel bir eğitim gerekmediğinden sağlık hizmetine erişim kolaydır. Ancak enjeksiyon için yılda 4-5 başvuru gerektirmesi, özellikle levonogestrel salınlı rahim içi araç (LNG-RİA) ve etonogestrel implantı gibi uzun etkili yöntemlerle karşılaştırıldığında dezavantaj olarak görülebilmektedir (6).

Cinsiyet çeşitliliği olan bireylere verilen danışmanlık sırasında, genital hoşnutsuzluk, jinekolojik muayene ve jinekolojik girişimler sırasında duyulabilecek rahatsızlık akılda tutulmalıdır. Çalışmamızda, jinekolojik muayene gerektirmesi ve

girişimsel bir işlemle yerleştirilmesi, LNG-RİA seçilmemesinin başlıca nedenleri olarak belirtilmiştir. Yerleştirme prosedürünün tolere edilemediği durumlarda işlemin sedasyon altında yapılması tartışılmalıdır (6). Aracın yerleştirilmesi sırasında müzik dinlenmesi, dikkat dağıtma tekniklerinin kullanılması, işlem öncesi ağrı kesici ilaç kullanımı gibi yöntemler önerilmektedir (10, 53, 60). Menstruasyon supresyonu için LNG-RİA kullanan cinsiyet çeşitliliği olan ergenlerin retrospektif incelemesinde, Akgül ve ark. tarafından RİA'nın sedasyonla yerleştirilme sıklığının cisgender kontrollere göre önemli ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur (60). Kanj ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, LNG-RİA yerleştirilen 14 hastadan dokuzunda LNG-RİA sedasyon altında yerleştirilmiştir. Sedasyon endikasyonları arasında en sık jinekolojik muayenenin reddedilmesi ve işlemin tolere edilememesi yer almaktadır (70). Çalışmalar, LNG-RİA yerleştirilme ve kullanılmasının iyi tolere edildiğini ve cinsiyet çeşitliliği olan bireylerde menstruasyon supresyonu amacıyla kullanımının faydalı olduğunu göstermektedir (7, 10, 61, 89). LNG-RİA kullanımına başlamak sağlık merkezine başvuru, jinekolojik muayene ve girişimsel işlem gerektirmekle birlikte, bu yöntemin uzun süre etkili olması, yerleştirmeden sonra sık hastane başvurusu gerektirmemesi onu gençler arasında avantajlı hale getirmektedir (6).

Schwartz ve ark.'nın çalışmasında menstruasyon supresyonu için seçilen yöntemler %70 progesteron içeren hap ve %20 LNG-RİA olarak bildirilmiştir (81). Kanj ve ark., trans erkek bireyler için menstruasyon supresyonu yöntemlerini değerlendirmiş ve DMPA'nın en sık seçilen yöntem olduğunu göstermiştir. DMPA'yı, eşit oranda seçilen KOK ve progesteron içeren hap takip etmiştir (70). Yöntemlerin seçilme oranındaki farklılık göz önünde bulundurulduğunda gençlerin seçimlerinde çok sayıda faktörün rol oynadığı anlaşılmaktadır. Etkili faktörlerin belirlenmesi ve menstruasyon supresyon danışmanlığının bireyselleştirilmesi için daha fazla prospektif çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda hiçbir katılımcının LNG-RİA seçmemesi ve başka merkeze başvuru gerektiren yöntemlerin bu nedenle seçilmediğinin sıkça belirtilmesi, ülkemizde cinsiyet çeşitliliği olan gençlerin sağlık hizmetlerine erişiminin zorluğunu işaret etmektedir. Sağlık hizmetlerinden kaçınma oranlarının cinsiyet çeşitliliği olanlar

arasında yüksek olduğu bilinmektedir. Bu durum olumsuz deneyimler, damgalanma korkusu, gençlerin sıklıkla cisgender ve heteroseksüel varsayıldığı görüşmelerin sebep olduğu rahatsızlık ile ilişkilendirilmiştir (63, 83, 84). 2015 yılında ABD’de yapılan bir araştırmada, bir yıl içinde sağlık merkezine başvuran trans bireylerin üçte biri, trans olmakla ilgili en az bir olumsuz deneyim bildirmiştir (90). Türkiye’de LGBTQ gençlerin tıbbi bakıma erişimini değerlendiren bir çalışmada, cinsiyet kimliğine dayalı ayrımcılık endişe verici oranda (%42) bildirilmiştir. Ayrıca, ayrımcılık trans hastalar tarafından, lezbiyen, gey ve biseksüel katılımcılara göre daha sık bildirilmiştir (91). Ne yazık ki, başka bir merkeze başvuru gereksinimi, DMPA, LNG-RİA ve implant kullanımı önünde engel teşkil etmektedir. Çalışmamızdan elde edilen veriler, Türkiye’de cinsiyet çeşitliliği dostu sağlık ortamlarının gerekliliğini göstermektedir. Ayrıca, gençlerin başka merkeze başvurudan kaçınma nedenlerine yönelik tanımlayıcı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

5.8. Hekim Yönlendirmesi

Menstruasyon supresyonu başlarken hastanın öncelikleri değerlendirilmelidir. Yöntemlerle ilgili, maliyet, temin edilebilirlik, 'normallik' algısı, mahremiyet ve etkinlik dahil olmak üzere birçok özellik araştırılmalıdır (6). Katılımcılarımızın dördü (%21), danışman tarafından “kullanım kolaylığı” nedeniyle KOK seçimine yönlendirildiğini düşünmüştür. Bunun sebepleri arasında başka merkeze başvurmak istemeyen katılımcıların oral yöntemlere yönelmesi, progesteron içeren hapların katı tedavi uyumu gerektirmesi, KOK’ların amenoreye ulaşmadaki etkinliğinin daha yüksek olması ve buna bağlı olarak KOK’un ergenlerin kullanımı için daha güvenli bir seçenek olarak görülmesi olabilir. Moussaoui ve ark. tarafından yapılan çalışmada, en sık seçilen yöntemin KOK olmasında klinisyenlerin daha deneyimli olduğu bu yöntemi reçetelemedeki motivasyonunun bu duruma etkili olabileceği ifade edilmiştir (79).

Mevcut alanyazın ve verilerimiz gözden geçirildiğinde, yöntemlerin seçilmesinde etkili olan faktörlerin bireysel olduğu görülmektedir; bu durum genellemeler ve yönlendirici danışmanlığın, gençlerin seçimlerini kısıtlayacağını düşündürmektedir. Ergen popülasyonun günlük ilaç kullanmakta zorlanacağı, östrojen

içeren yöntemlerin cinsiyet disforisini tetikleyeceği, jinekolojik muayenenin cinsiyet çeşitliliği olan bireyler tarafından kabul edilebilir bulunmayacağı gibi genellemeler danışmanlık sırasında göz önünde bulundurmakla birlikte danışmanlığa yön vermemelidir. Görülmektedir ki, her genç için menstruasyon supresyonu yöntemi seçiminde etkili faktörler farklılık göstermektedir. Hekimler kendi yanlılıklarının farkında olmalı ve yönlendirici olmamaya özen göstermelidir.

5.9. İzlem Süreci

3.ay kontrolünde bazı katılımcılar, cinsiyet geçiş sürecine başlaması veya tedavi hakkında yapılan olumsuz yorumlardan etkilenmesi nedeniyle seçtiği yöntemle başlamadığını bildirmiştir. Seçtiği yöntemle devam etmekte olan katılımcıların bazıları ise öngörülemeyen kanama, meme şişkinliği, kilo artışı gibi nedenlerle memnuniyetsizlik bildirmiştir. Kanj ve ark. tarafından yapılan çalışmada, menstruasyon supresyonu amacıyla başlanan yöntemlerin kesilme sebebi sıklıkla testosteron kullanımına bağlı menstruel kanamanın kesilmesi ve düzensiz kanama paterni olarak saptanmıştır. Çok az hasta, ruh hali değişiklikleri veya kilo alımı nedeniyle tedaviyi bıraktığını bildirmiştir (70). Light ve ark. tarafından yapılan çalışmada, KOK kullandığını bildiren katılımcıların neredeyse yarısı yan etkiler ve östrojen kullanımına bağlı rahatsızlık nedeniyle tedaviyi bırakmıştır (80). Tedavi sırasında ortaya çıkabilecek rahatsızlık ve yan etkiler göz önünde bulundurulduğunda, tarafımızca kontrol görüşmesinin daha erken yapılmasının faydalı olacağı düşünülmüştür. Özellikle düzensiz kanama paterni varlığında, sürekli kullanım ile amenore ihtimalinin artacağına hatırlatılması, hayal kırıklığı ve tedavi başarısızlığını önleyebilmektedir (4). Östrojen içeriğiyle ilgili disfori yaşanması durumunda, progesteron içeren yöntemlere geçiş planlanabilmektedir. Danışmanlıktan sonraki görüşmede bilgiler pekiştirilip beklentiler gözden geçirildiğinde, aile ve arkadaşlar tarafından yapılan olumsuz yorumların yarattığı şüphe ve kaygının önlenebileceği düşünülmektedir. Ayrıca, danışmanlık verilen yöntemlerin hiçbiri sigorta kapsamında olmadığından, maddi engellerle tedaviye erişimi olmayan hastaların daha hızlı tespit edilmesi mümkün olacaktır.

5.10. Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın en büyük sınırlaması, katılımcı sayısının azlığıdır; bu durum, klinik olarak anlamlı olabilecek farklılıkları saptama gücünü sınırlamıştır. Buna rağmen, ülkemizde cinsiyet çeşitliliği olan genç popülasyonun menstruasyon deneyimini konu alan ilk prospektif yarı yapılandırılmış çalışma olması nedeniyle, pediatrik popülasyonda az çalışılmış bir alanda yeni bilgiler sağlamak ve genel bir bakış açısı sunmaktadır.

Diğer önemli sınırlama ise, takip aralığının uzun olması nedeniyle tedaviye başlamayan ve devam etmeyen katılımcıların değerlendirilememesidir. Katılımcıların cinsiyet geçiş süreci, tedaviye bağlı yan etki ve rahatsızlıkları tanımlanamadığından, özel durumlara yönelik danışmanlık sürdürülememiştir ve bu durum, bazı katılımcıların tedaviyi bırakması ile sonuçlanmıştır. Çalışmamız, bu denli karmaşık ve çok değişkenli bir süreçte, olası zorlukların saptanabilmesi ve bunlara yönelik çözüm üretilebilmesi için gençlerle daha sık görüşülmesi gerektiği göstermiş ve hekimlere bu konuda ışık tutmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Katılımcıların %85,7'si menarşı olumsuz deneyimlemiş, bunların birçoğu olumsuz duygularını cinsiyet disforisi ile ilişkilendirmiştir.
2. Katılımcıların tamamı menstruasyondan çok/aşırı rahatsızlık duymaktadır.
3. Menstruasyon ilişkili durumlar arasında "menstruasyonun cinsiyet kimliği ile uyumlu olmaması" katılımcıların %95,2'si tarafından çok/aşırı rahatsız edici olarak tanımlanmıştır.
4. "Hijyenik ürün taşımak ve değiştirmek", kohortumuzda aşırı rahatsızlıkla en sık (%95,2) ilişkilendirilen menstruel durum olmuştur. "Hijyenik ürün satın almak" katılımcıların %90,5'i tarafından çok/aşırı rahatsız edici bulunmuştur.
5. Bazı katılımcılar tarafından "kan kokusu", "kanama hissi", "duş almak" gibi menstruasyonun duyuşal özellikleri aşırı rahatsız edici olarak tanımlanmıştır.
6. Bir katılımcı menstruasyon döneminde "kirli hissetmesi" nedeniyle aşırı rahatsızlık duyduğunu bildirmiştir. Menstruasyonun "kirli olduğu" gibi kültürel tabularının sürdürülmesi, gençlerin menstruasyon disforisine katkıda bulunabilmektedir.
7. Kohortumuzdaki hiçbir katılımcının önceden menstruasyon supresyonu deneyimlemediği düşünöldüğünde, katılımcıların çoğunun (%57,1) bu konuda farkındalığının olması beklenin üstünde bulunmuştur. Ancak kombine oral kontraseptifler (KOK) dışındaki yöntemler az sayıdaki katılımcı tarafından bilinmektedir. Bu veriler, bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu göstermektedir.
8. Çalışmamızda en fazla seçilen menstruasyon supresyonu yöntemi KOK (%63,1) olmuştur. İkinci sıklıkta eşit oranda (%10,5) etonogestrel implantı ve depo medroksiporgesteron asetat (DMPA) enjeksiyonu seçilmiştir, bunu progesteron içeren hap (%5,2) takip etmektedir. Levonogestrel salınımlı rahim içi araç (LNG-RİA) hiçbir katılımcı tarafından seçilmemiştir.
9. Çalışmamızda en fazla seçilen, başlanan ve devam edilen yöntem KOK olmuştur. Bunun nedenleri, sağık hizmetine başvurma konusundaki isteksizlik, jinekolojik muayeneye sosyal ve kültürel olarak aşına olunmaması, jinekolojik girişimlerin sebep olduğu kaygı ve disfori olarak belirlenmiştir.

10. Bazı katılımcılar tarafından KOK'un "östrojen içermesi" nedeniyle seçilmediği; bazı katılımcılar tarafından ise yalnızca progesteron içeren yöntemlerin "östrojen içermemesi" nedeniyle seçildiği gösterilmiştir. Alanyazın ile uyumlu olarak "östrojen içeriği" yöntem seçiminde etkili faktörlerden biri olarak tespit edilmiştir.
11. Çalışmamızda, yöntemlerin uygulama yoluna yönelik görüş farklılıkları saptanmıştır. Bazı katılımcıların "uygulama kolaylığı" nedeniyle oral yöntemleri; bazılarının ise "günlük kullanım gerektirmemesi" nedeniyle oral olmayan yöntemleri tercih ettiği görülmüştür. Bu veriler, günlük ilaç kullanımının kişiye göre avantaj veya dezavantaj olabileceğini göstermiştir ve bireysel danışmanlığın önemine dikkat çekmiştir.
12. Katılımcılar tarafından akne, kilo artışı gibi yan etkilerin yöntem seçimlerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Fiziksel değişikliklerin beden hoşnutsuzluğu arttırdığı ergenlik döneminde, kilo değişikliği ve akne gibi değişikliklerin ergenler için önemli rahatsızlık sebebi olabileceği danışmanlık sırasında göz önünde bulundurulmalıdır.
13. Çalışmamızda, jinekolojik muayene gerektirmesi ve girişimsel bir işleme yerleştirilmesi, LNG-RİA seçilmemesinin başlıca nedenleri olarak bildirilmiştir. Cinsiyet çeşitliliği olan bireylere verilen danışmanlık sırasında, genital hoşnutsuzluk, jinekolojik muayene ve jinekolojik girişimler sırasında duyulabilecek rahatsızlık akılda tutulmalıdır.
14. Çalışmamızda hiçbir katılımcının LNG-RİA seçmemesi ve başka merkeze başvuru gerektiren yöntemlerin bu nedenle seçilmediğinin sıkça belirtilmesi, ülkemizde cinsiyet çeşitliliği olan gençlerin sağlık hizmetlerine erişiminin zorluğunu işaret etmektedir. Verilerimiz, Türkiye'de cinsiyet çeşitliliği dostu sağlık ortamlarının gerekliliğini göstermektedir. Çocuk hekimleri, bu gençleri değerlendirme ve tıbbi karar vermeye yardımcı olacak kanıta dayalı bilgiler sağlamada önemli bir role sahiptir. Cinsiyet çeşitliliği olan gençlerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin tıp fakültesi müfredatına entegre edilmesi, hekimlerin bu özel hasta popülasyonuna kaliteli bakım sağlama konusunda daha yetenekli

olmalarına yardımcı olacaktır. Cinsiyet çeşitliliği olan gençlerin tercih ettiği adı ve zamiri kullanmak, destekleyici bir üslup kullanmak, Cinsiyet çeşitliliği ile ilişkili sağlık sorunlarıyla ilgili posterlerin sergilenmesi, kapsayıcılığı ve farkındalığı ortaya koyması açısından önemlidir. Ayrıca, gençlerin başka merkeze başvurudan kaçınma nedenlerine yönelik tanımlayıcı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

15. Cinsiyet geçiş sürecinde ortaya çıkabilecek olası zorlukların saptanabilmesi, tedavi sırasında ortaya çıkabilecek rahatsızlık ve yan etkilerin belirlenebilmesi, bunlara yönelik çözüm üretilebilmesi için takip görüşmelerinin kısa aralıklarla yapılması gerekmektedir.
16. Çalışmamızda, tüm katılımcılara aynı danışmanlık verilmesine rağmen seçilen yöntemler ve nedenleri değişkenlik göstermektedir. Bu değişkenlik göz önünde bulundurulduğunda, gençlerin seçimlerinde çok sayıda faktörün rol oynadığı anlaşılmaktadır. Çalışmamız, bireysel tedavinin önemini vurgulamaktadır. Etkili faktörlerin belirlenmesi ve menüstruasyon supresyonu danışmanlığının bireyselleştirilmesi için daha fazla prospektif çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.
17. Menüstruasyon supresyonu başlarken hastanın öncelikleri değerlendirilmelidir. Yöntemlerle ilgili, maliyet, temin edilebilirlik, etkinlik, cinsiyet kimliği açısından kabul edilebilirlik gibi birçok özellik sorgulanmalıdır.
18. Mevcut alanyazın ve verilerimiz gözden geçirildiğinde, yöntemlerin seçilmesinde etkili olan faktörlerin bireysel olduğu görülmektedir. Ergen popülasyonun günlük ilaç kullanmakta zorlanacağı, östrojen içeren yöntemlerin cinsiyet disforisini tetikleyeceği, jinekolojik muayenenin cinsiyet çeşitliliği olan bireyler tarafından kabul edilebilir bulunmayacağı gibi genellemeler danışmanlık sırasında göz önünde bulundurmakla birlikte önyargıya dönüşmemeli, danışmanlığa yön vermemelidir. Hekimler kendi yönlendirici olmamaya özen göstermelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022;23(Suppl 1):S1-S259.
2. American Psychiatric A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. [DSM V]. 5th edition ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013. 451-9 p.
3. Schwartz BI, Effron A, Bear B, Short VL, Eisenberg J, Felleman S, et al. Experiences with Menses in Transgender and Gender Nonbinary Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2022;35(4):450-6.
4. Akgul S, Tuzun Z, Pehlivanurk Kizilkan M, Ozon ZA. Menstrual Suppression in Gender Minority Youth. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2022;14(4):463-8.
5. Lowik AJ. "Just because I don't bleed, doesn't mean I don't go through it": Expanding knowledge on trans and non-binary menstruators. *Int J Transgend Health*. 2021;22(1-2):113-25.
6. Altshuler AL, Hillard PJ. Menstrual suppression for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2014;26(5):323-31.
7. Pradhan S, Gomez-Lobo V. Hormonal Contraceptives, Intrauterine Devices, Gonadotropin-releasing Hormone Analogues and Testosterone: Menstrual Suppression in Special Adolescent Populations. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019;32(5S):S23-S9.
8. Mehringer J, Dowshen NL. Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2019;49(9):100684.
9. Regidor PA. The clinical relevance of progestogens in hormonal contraception: Present status and future developments. *Oncotarget*. 2018;9(77):34628-38.
10. Berrahou IK, Grimes A, Autry AM, Hawkins M. Management of Menstruation in Transgender and Gender Nonbinary Adolescents. *Clin Obstet Gynecol*. 2022;65(4):753-67.
11. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869-903.
12. Sadler TW, Lippincott W, Wilkins. *Langman's medical embryology*. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 243-59 p.
13. Kliegman R, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS. *Nelson textbook of pediatrics*. Twenty-First edition. ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020. 2988-93 p.
14. Zosuls KM, Lurye LE, Ruble DN. Gender: Awareness, Identity, and Stereotyping. *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development*. 2020.
15. Smelser NJ, Baltes PB. *International encyclopedia of the social & behavioural sciences*. Oxford: Elsevier Science; 2001. 6020-7 p.
16. Martin CL, Ruble DN, Szkrybalo J. Cognitive theories of early gender development. *Psychol Bull*. 2002;128(6):903-33.
17. Fast AA, Olson KR. Gender Development in Transgender Preschool Children. *Child Dev*. 2018;89(2):620-37.

18. Steensma TD, Kreukels BP, de Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Gender identity development in adolescence. *Horm Behav.* 2013;64(2):288-97.
19. Organization WH. ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision : the Global Standard for Diagnostic Health Information. 11th ed: World Health Organization.
20. Turban JL, Dolotina B, Freitag TM, King D, Keuroghlian AS. Age of Realization and Disclosure of Gender Identity Among Transgender Adults. *J Adolesc Health.* 2023;72(6):852-9.
21. Bonifacio JH, Maser C, Stadelman K, Palmert M. Management of gender dysphoria in adolescents in primary care. *CMAJ.* 2019;191(3):E69-E75.
22. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Tyolajarvi M, Frisen L. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther.* 2018;9:31-41.
23. Doyle DM. Transgender identity: Development, management and affirmation. *Curr Opin Psychol.* 2022;48:101467.
24. de Vries ALC, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal H. Clinical Management of Gender Dysphoria in Adolescents. *Int J Transgenderism.* 2006;9(3-4):83-94.
25. Jacob M, Cox SR. Examining transgender health through the International Classification of Functioning, Disability, and Health's (ICF) Contextual Factors. *Qual Life Res.* 2017;26(12):3177-85.
26. Araya AC, Warwick R, Shumer D, Selkie E. Romantic Relationships in Transgender Adolescents: A Qualitative Study. *Pediatrics.* 2021;147(2).
27. Almeida J, Johnson RM, Corliss HL, Molnar BE, Azrael D. Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *J Youth Adolesc.* 2009;38(7):1001-14.
28. Doyle DM, Begeny CT, Barreto M, Morton TA. Identity-Related Factors Protect Well-Being Against Stigma for Transgender and Gender Non-Conforming People. *Arch Sex Behav.* 2021;50(7):3191-200.
29. Clements-Nolle K, Marx R, Katz M. Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *J Homosex.* 2006;51(3):53-69.
30. Fuss J, Auer MK, Briken P. Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. *Curr Opin Psychiatry.* 2015;28(6):430-4.
31. Rafferty J, Committee On Psychosocial Aspects Of C, Family H, Committee On A, Section On Lesbian GB, Transgender H, et al. Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2018;142(4).
32. Poquiz JL, Coyne CA, Garofalo R, Chen D. Comparison of Gender Minority Stress and Resilience Among Transmasculine, Transfeminine, and Nonbinary Adolescents and Young Adults. *J Adolesc Health.* 2021;68(3):615-8.
33. Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice.* 2012;43(5):460.
34. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics.* 2016;137(3):e20153223.

35. Hetzel CJ, Mann K. The social psychological dynamics of transgender and gender nonconforming identity formation, negotiation, and affirmation. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2021;38(9):2566-86.
36. Simons L, Schrage SM, Clark LF, Belzer M, Olson J. Parental support and mental health among transgender adolescents. *J Adolesc Health*. 2013;53(6):791-3.
37. Le V, Arayasirikul S, Chen YH, Jin H, Wilson EC. Types of social support and parental acceptance among transfemale youth and their impact on mental health, sexual debut, history of sex work and condomless anal intercourse. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(3 Suppl 2):20781.
38. Sanchez NF, Sanchez JP, Danoff A. Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *Am J Public Health*. 2009;99(4):713-9.
39. Maschiao LF, Bastos FI, Wilson E, McFarland W, Turner C, Pestana T, et al. Nonprescribed Sex Hormone Use Among Trans Women: The Complex Interplay of Public Policies, Social Context, and Discrimination. *Transgend Health*. 2020;5(4):205-15.
40. de Haan G, Santos GM, Arayasirikul S, Raymond HF. Non-Prescribed Hormone Use and Barriers to Care for Transgender Women in San Francisco. *LGBT Health*. 2015;2(4):313-23.
41. Claahsen-van der Grinten H, Verhaak C, Steensma T, Middelberg T, Roeffen J, Klink D. Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence-current insights in diagnostics, management, and follow-up. *Eur J Pediatr*. 2021;180(5):1349-57.
42. Cohen-Kettenis PT, Klink D. Adolescents with gender dysphoria. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2015;29(3):485-95.
43. Korpaisarn S, Safer JD. Etiology of Gender Identity. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019;48(2):323-9.
44. Roselli CE. Neurobiology of gender identity and sexual orientation. *J Neuroendocrinol*. 2018;30(7):e12562.
45. Ristori J, Cocchetti C, Romani A, Mazzoli F, Vignozzi L, Maggi M, et al. Brain Sex Differences Related to Gender Identity Development: Genes or Hormones? *Int J Mol Sci*. 2020;21(6).
46. Schwartz AR, Russell K, Gray BA. Approaches to Vaginal Bleeding and Contraceptive Counseling in Transgender and Gender Nonbinary Patients. *Obstet Gynecol*. 2019;134(1):81-90.
47. Lorde C. Safer Binding http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/Safer-Binding_2018_FINAL.pdf2020 [
48. TransCare PHSA-. Binding, Packing, Tucking & Padding 2020 [Available from: <http://www.phsa.ca/transcarebc/care-support/transitioning/bind-pack-tuck-pad>.
49. Olson J, Forbes C, Belzer M. Management of the transgender adolescent. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165(2):171-6.
50. Telfer MM, Tollit MA, Pace CC, Pang KC. Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Med J Aust*. 2018;209(3):132-6.
51. Chrisler JC, Gorman JA, Manion J, Murgu M, Barney A, Adams-Clark A, et al. Queer periods: attitudes toward and experiences with menstruation in the masculine of centre and transgender community. *Cult Health Sex*. 2016;18(11):1238-50.

52. Carswell JM, Roberts SA. Induction and Maintenance of Amenorrhea in Transmasculine and Nonbinary Adolescents. *Transgend Health*. 2017;2(1):195-201.
53. Hodax JK, Wagner J, Sackett-Taylor AC, Rafferty J, Forcier M. Medical Options for Care of Gender Diverse and Transgender Youth. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020;33(1):3-9.
54. Demir C, Tıraş B, Gökmen O. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Oral Kontrasepsiyon Kılavuzu: Cortex İletişim Hizmetleri A.Ş.; 2012.
55. Kantartzis KL, Sucato GS. Menstrual suppression in the adolescent. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2013;26(3):132-7.
56. American College of O, Gynecologists' Committee on Adolescent Health C. Committee Opinion No. 668: Menstrual Manipulation for Adolescents With Physical and Developmental Disabilities. *Obstet Gynecol*. 2016;128(2):e20-5.
57. Powell A. Choosing the Right Oral Contraceptive Pill for Teens. *Pediatr Clin North Am*. 2017;64(2):343-58.
58. Schoep ME, Nieboer TE, van der Zanden M, Braat DDM, Nap AW. The impact of menstrual symptoms on everyday life: a survey among 42,879 women. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;220(6):569 e1- e7.
59. Zigler RE, McNicholas C. Unscheduled vaginal bleeding with progestin-only contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(5):443-50.
60. Akgul S, Bonny AE, Ford N, Holland-Hall C, Chelvakumar G. Experiences of Gender Minority Youth With the Intrauterine System. *J Adolesc Health*. 2019;65(1):32-8.
61. Roden RC. Reversible interventions for menstrual management in adolescents and young adults with gender incongruence. *Ther Adv Reprod Health*. 2023;17:26334941231158251.
62. Alaniz VI, Sheeder JL, Whitmore GT, Wilde MD, Hutchens KJ, Nokoff NJ, et al. Menstrual Suppression in Adolescent and Young Adult Transgender Males. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2023;36(2):116-21.
63. Frank SE. Queering Menstruation: Trans and Non-Binary Identity and Body Politics. *Sociological Inquiry*. 2020;90(2):371-404.
64. Stynes H, Lane C, Pearson B, Wright T, Ranieri V, Masic U, et al. Gender identity development in children and young people: A systematic review of longitudinal studies. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2021;26(3):706-19.
65. Yee JK, Mao CS. Care of Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. *Adv Pediatr*. 2023;70(1):187-98.
66. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2011;16(4):499-516.
67. Olson J, Schrage SM, Belzer M, Simons LK, Clark LF. Baseline Physiologic and Psychosocial Characteristics of Transgender Youth Seeking Care for Gender Dysphoria. *J Adolesc Health*. 2015;57(4):374-80.
68. Fisher AD, Castellini G, Ristori J, Casale H, Cassioli E, Sensi C, et al. Cross-Sex Hormone Treatment and Psychobiological Changes in Transsexual Persons: Two-Year Follow-Up Data. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2016;101(11):4260-9.
69. de Vries AL, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar EC, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*. 2014;134(4):696-704.

70. Kanj RV, Conard LAE, Corathers SD, Trotman GE. Hormonal contraceptive choices in a clinic-based series of transgender adolescents and young adults. *Int J Transgend.* 2019;20(4):413-20.
71. McPherson ME, Korfine L. Menstruation across time: menarche, menstrual attitudes, experiences, and behaviors. *Womens Health Issues.* 2004;14(6):193-200.
72. Chang YT, Hayter M, Wu SC. A systematic review and meta-ethnography of the qualitative literature: experiences of the menarche. *J Clin Nurs.* 2010;19(3-4):447-60.
73. Weiselberg E. Menstrual considerations for transgender male and gender diverse adolescents who were assigned female at birth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2022;52(8):101239.
74. Rydstrom K. Degendering Menstruation: Making Trans Menstruators Matter. In: Bobel C, Winkler IT, Fahs B, Hasson KA, Kissling EA, Roberts TA, editors. *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies.* Singapore2020. p. 945-59.
75. Lane B, Perez-Brumer A, Parker R, Sprong A, Sommer M. Improving menstrual equity in the USA: perspectives from trans and non-binary people assigned female at birth and health care providers. *Culture, Health & Sexuality.* 2022;24(10):1408-22.
76. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgenderism.* 2012;13(4):165-232.
77. Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Contraception across the transmasculine spectrum. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(2):134-43.
78. Pfeffer CA, Oxford Scholarship Online P. *Queering families : the postmodern partnerships of cisgender women and transgender men.* New York, NY: Oxford University Press; 2017.
79. Moussaoui D, O'Connell MA, Elder CV, Grover SR, Pang KC. Characteristics of Menstrual Suppression and Its Association With Mental Health in Transgender Adolescents. *Obstet Gynecol.* 2023.
80. Light A, Wang LF, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception.* 2018;98(4):266-9.
81. Schwartz BI, Bear B, Short VL, Kazak AE. Outcomes of Menstrual Management Use in Transgender and Gender-Diverse Adolescents. *Obstet Gynecol.* 2023;141(4):748-55.
82. Andrist LC, Hoyt A, Weinstein D, McGibbon C. The need to bleed: women's attitudes and beliefs about menstrual suppression. *J Am Acad Nurse Pract.* 2004;16(1):31-7.
83. Zelin NS, Encandela J, Van Deusen T, Fenick AM, Qin L, Talwalkar JS. Pediatric Residents' Beliefs and Behaviors About Health Care for Sexual and Gender Minority Youth. *Clin Pediatr (Phila).* 2019;58(13):1415-22.
84. Hoffman ND, Freeman K, Swann S. Healthcare preferences of lesbian, gay, bisexual, transgender and questioning youth. *J Adolesc Health.* 2009;45(3):222-9.
85. Obedin-Maliver J, Makadon HJ. Transgender men and pregnancy. *Obstet Med.* 2016;9(1):4-8.
86. Agenor M, Cottrill AA, Kay E, Janiak E, Gordon AR, Potter J. Contraceptive Beliefs, Decision Making and Care Experiences Among Transmasculine Young Adults: A Qualitative Analysis. *Perspect Sex Reprod Health.* 2020;52(1):7-14.

87. Cromer BA, Scholes D, Berenson A, Cundy T, Clark MK, Kaunitz AM, et al. Depot medroxyprogesterone acetate and bone mineral density in adolescents--the Black Box Warning: a Position Paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 2006;39(2):296-301.
88. d'Arcangues C. WHO statement on hormonal contraception and bone health. *Contraception*. 2006;73(5):443-4.
89. Schwartz BI, Alexander M, Breech LL. Intrauterine Device Use in Adolescents With Disabilities. *Pediatrics*. 2020;146(2).
90. James SE, Herman J, Keisling M, Mottet L, Anafi Ma. 2015 U.S. Transgender Survey (USTS). Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor]; 2019.
91. Apali OC, Baba I, Bayrakci F, Degerli D, Erden A, Peker MS, et al. Experience of sexual and gender minority youth when accessing health care in Turkey. *Int J Adolesc Med Health*. 2020;33(6):445-8.



8. EKLER

EK-1: Cinsiyet ve Menstruasyon Özellikleri Değerlendirme Anketi

Sevgili katılımcı,

Aşağıda cinsiyet uyum süreci ve adet görmeyle ilgili sorular var. Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyup, yanıtlayınız ve seçenekli sorularda kendinize en uygun seçeneği işaretleyiniz. İfadelerde seçenekli sözcüklerden (örn. var/oldu) size uygun seçeneği yuvarlak içine alınız.

Bu anketi doldurduktan sonra doktorunuz size adet kanamasını baskılama/durdurma ile ilgili bilgi verecektir.

1. Doğum tarihiniz (gün/ay/yıl):
2. Halen okuyorsanız kaçınıcı sınıftasınız?
3. Eğer okumuyorsanız en son mezun olduğunuz okul hangisidir?
 - a. İlkokul
 - b. Ortaokul
 - c. Lise
 - d. Üniversite
 - e. Yüksek lisans
 - f. Diğer
4. Çalışıyorsanız mesleğiniz nedir?

5. Nerede yaşıyorsunuz?
- Ailemle
 - Yurttta
 - Tek başıma
 - Arkadaşlarla evde
 - Diğer (belirtiniz)
6. Cinsiyet kimliği bir kişinin kendisini cinsiyet açısından nasıl tanımladığı, hangi cinsiyetten gördüğü ile ilgilidir. Siz cinsiyet kimliğinizi ne olarak tanımlarsınız?
7. Cinsiyet kimliğimi aileme/aile üyelerimden birine açıkladım.
Evet Hayır
Evetse, ne kadar zamandır? _____
8. Cinsiyet kimliğimi bir veya daha çok arkadaşıma açıkladım.
Evet Hayır
Evetse, ne kadar zamandır? _____
9. Halen devam eden/geçmişte uzun süreli duygusal birlikteliğim var/oldu.
Evet Hayır
Evetse, partnerim cinsiyet kimliğimi biliyor(du) Evet Hayır
10. Ailemin koyduğu isim yerine, cinsiyet kimliğimi daha iyi yansıtan yeni bir isim belirledim.
Evet Hayır İsmim cinsiyetimle uyumlu/uyumlu değil
Evetse, ne kadar zamandır? _____

11. Halen ailem bana kendi belirlediğim ismimle sesleniyor.
Evet Hayır
Evetse, ne kadar zamandır? _____
12. Halen arkadaşlarım bana kendi belirlediğim ismimle sesleniyor.
Evet Hayır
Evetse, ne kadar zamandır? _____
13. Yasal olarak ismimi kendi belirlediğim isimle değiştirdim.
Evet Hayır Evetse, ne zaman? _____
14. Evde yalnız kaldığımda cinsiyet kimliğime uygun bulduğum kıyafetler giyiyorum.
Evet Hayır
Evetse, ne kadar zamandır? _____
15. Ailemin yanında cinsiyet kimliğime uygun bulduğum kıyafetler giyiyorum.
Evet Hayır
Evetse, ne kadar zamandır? _____
16. Toplum içinde cinsiyet kimliğime uygun bulduğum kıyafetler giyiyorum.
Evet Hayır
Evetse, ne kadar zamandır? _____
17. İlk kez kaç yaşında adet gördünüz?
18. İlk adetinizden önce adetin ne olduğunu biliyor muydunuz?
Evet Hayır
Eğer evetse, kimden ya da nereden bilgi almıştınız? Bilgi kaynağı (örn. Anne, baba, hala, arkadaşlar, öğretmen, internet vb): _____
19. İlk adet gördüğünüzde ne hissetmişsiniz?
-

20. İlk adet gördüğünüzde bunu kimlerle paylaşmıştınız?

21. Ailenizin tepkisi ne olmuştu?

22. Adet düzeninizin _____

Düzenli görüyorum

Düzensiz görüyorum

23. Adet sırasında hissettiğiniz ağrıyı 0-10 arası derecelendirebilir misin? (0 hiç ağrı hissetmiyorum-10 en şiddetli ağrı)

Ağrı skoru (0-10):

24. Adet ağrısı için herhangi bir ilaç alıyormu musunuz? Evetse ismi nedir?

Evet Hayır

Tedavi: Ağrı kesici doğum kontrol hapi diğer _____

25. Yalnız adet dönemini dikkate alarak aşağıdaki maddeleri değerlendirip size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz

| | Aşırı rahatsız ediyor | Çok rahatsız ediyor | Orta düzeyde rahatsız ediyor | Biraz rahatsız ediyor | Hiç etmiyor |
|--|-----------------------|---------------------|------------------------------|-----------------------|-------------|
| Adetin ağrılı olması | | | | | |
| Kanamamanın miktarı | | | | | |
| Kanamamanın süresi | | | | | |
| Adet görüyor olmamanın anlaşılma ihtimali | | | | | |
| Hijyenik ürün (Ped/tampon) taşımak ve değiştirmek | | | | | |
| Hijyenik ürün (Ped/tampon) satın almak | | | | | |
| Bedende şişkinlik | | | | | |
| Memede şişkinlik | | | | | |
| Meme bağlama (sarma, binder kullanma, sporcu sütyeni takma vb.) işlemi | | | | | |
| Cinsiyet kimliğimle uyumlu olmaması | | | | | |
| Kendimi üzgün/mutsuz hissetme hali | | | | | |
| Kendimi endişeli/kaygılı hissetme hali | | | | | |
| Kendimi öfkeli/sinirli hissetme hali | | | | | |
| Kendime zarar verme düşünceleri | | | | | |
| İntihar düşüncesi | | | | | |
| Okula gitmek | | | | | |
| Evden dışarı çıkmak | | | | | |

26. Adetlerinizle ilgili bunlar haricinde sizi rahatsız eden herhangi bir şey var mı?
Varsa yazın ve rahatsızlık derecenizi belirtin

| Diğer | Aşırı rahatsız ediyor | Çok rahatsız ediyor | Orta düzeyde rahatsız ediyor | Biraz rahatsız ediyor | Hiç etmiyor |
|-------|-----------------------|---------------------|------------------------------|-----------------------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

27. Adet görüyor olmanın bir bütün olarak sizi rahatsız etme derecesini aşağıdakilerden birini işaretleyerek belirtiniz?

- Aşırı rahatsız ediyor
- Çok rahatsız ediyor
- Orta düzeyde rahatsız ediyor
- Biraz rahatsız ediyor
- Hiç etmiyor

28. İlaç tedavisi ile adetlerin baskılanabileceğini (durdurulabileceğini) biliyor muydunuz?

Evet Hayır

29. Adet baskılamak için hangi yöntemleri biliyorsunuz? (Birden fazla yazabilirsiniz)

EK-2: Danışmalık Kartları

KOK

(Kombine Oral Kontraseptif)



Nedir?

- Östrojen ve progesteron içeren haplardır
- Sürekli kullanım gerektirir

Nasıl Etki Eder?

- Östrojen ve Progesteron salgısı, FSH ve LH isimli hormonların salgılanmasını baskılayarak yumurtlamayı, rahim duvarının kalınlaşmasını ve adet olmayı engeller

Ne Zaman Başlanır?

- Herhangi bir gün başlanabilir

Nasıl kullanılır?

- Günde bir kez, her gün aynı saatte alınır
- Ara verilmez
- Günlük rutininizde, dişlerinizi fırçalamak gibi her zaman yaptığınız başka bir aktivite sırada hapınızı almayı deneyebilirsiniz
- Hapı bıraktıktan sadece birkaç gün sonra etkileri geri çekilecektir
- Yıllar boyunca kullanılabilir

Avantajlar

- Kullanımı kolaydır - sadece suyla yutmak gerekir
- Cinsel ilişkiyi etkilemez
- Sivilce problemini azaltabilir
- Kemik yoğunluğu üzerine olumsuz etkisi yoktur
- Kalın bağırsak kanser riskini azaltır
- Yumurtalık ve rahim kanser riskini azaltır
- Meme ve yumurtalıklarda kist oluşumunu azaltır

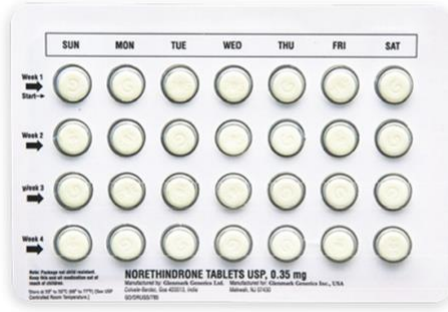
Dezavantajlar

- İlacı her gün aynı saatte almayı unutmamalısınız
- Venöz tromboemboli (damarlarda pıhtılaşma) riskini artırır(kullanım süresince)
- Ağrılı memeler, şişkinlik, ödem*
- Anksiyete, mide bulantısı*
- Östrojen içerir
- * Zamanla azalması beklenir



MINIHAP

(Sadece progesteron içeren günlük hap)



Nedir?

- Sadece sentetik progesteron içeren haplardır
- Sürekli kullanım gerektirir

Nasıl Etki Eder?

- Her gün düşük miktarda progesteron salgılar
- Böylelikle LH isimli hormon baskılanır ve yumurtlama engellenir
- Rahim duvar kalınlığı azaldığı için kanama miktarı azalır

Ne Zaman Başlanır?

- Herhangi bir gün başlanabilir

Nasıl kullanılır?

- Günde bir kez, her gün aynı saatte alınır
- Ara verilmez
- Günlük rutininizde, dişlerinizi fırçalamak gibi her zaman yaptığınız başka bir aktivite sırada hapınızı almayı deneyebilirsiniz
- Hapı bıraktıktan sadece birkaç gün sonra etkileri geri çekilecektir

Avantajlar

- Kullanımı kolaydır - sadece suyla yutmak gerekir
- Cinsel ilişkiyi etkilemez
- Hipertansiyona sebep olmaz
- Östrojen kullanmak istemeyenler için bir seçenek
- Migren, SLE, orak hücreli anemi, tromboemboli öyküsü olan hastalarda güvenli
- Kemik yoğunluğu üzerine olumsuz etkisi yoktur
- Rahim kanserine karşı korur
- Östrojenik yan etkilerden yakınarlarda uygundur (migren, bulantı, memede hassasiyet)

Dezavantajlar

- İlacı her gün aynı saatte almayı unutmamalısınız
- Gebelikten koruyucu etkisi görece düşüktür
- Ara kanamalara sebep olabilir *
- İştah değişimi ve kilo artışı *
- Ağrılı memeler, şişkinlik, ödem *
- Aksiyete *
- Sivilce problemini artırır *

* Zamanla azalması beklenir



Depo Progesteron

(3 ayda bir yapılan progesteron iğnesi)



Nedir?

- Progesteron içeren enjeksiyonlardır

Nasıl Çalışır?

- LH isimli hormon baskılır ve yumurtlama engellenir
- Rahim duvar kalınlığı azaldığı için kanama miktarı azalır

Ne zaman yapılır?

- Herhangi bir gün başlanabilir

Nasıl kullanılır?

- 3 ayda bir, kas içine progesteron enjekte edilir
- Enjeksiyon aralığı 2 haftadan fazla gecikirse etkinliği azalır
- Etkinliği hemen başlar
- Etkinin geri dönüşü 9-18 ayı bulabilir

Avantajlar

- Her gün ilaç almayı düşünmeniz gerekmez
- Dışarıdan anlaşılmaz
- 3 yıla kadar kullanılabilir
- Östrojen kullanmak istemeyenler için bir seçenek
- Cinsel ilişkiyi etkilemez
- Obezitede etkinliği azalmaz
- Rahim kanserine karşı korur

Dezavantajlar

- Uygulama sırasında ağrı olabilir
- Kemik yoğunluğunda azalmaya (osteopeni) sebep olabilir
- Ara kanamalara sebep olabilir*
- İştah değişimi ve kilo artışı*
- Ağrılı memeler, şişkinlik, ödem*
- Aksiyete *
- Sivilce problemini artırır *

* Zamanla azalması beklenir



RIA (Rahim İçi Araç)



Nedir?

- Rahim içine yerleştirilen küçük(2-3 cm kadar), esnek, T şeklinde bir araçtır
- Plastik, bakır yada hormonlu (progesteron) türleri vardır
- Kanama kontrolü için hormonlu olanı öneriyoruz

Nasıl Çalışır?

- Her gün düşük miktarda progesteron salgılar
- Böylelikle LH isimli hormon baskılanır ve yumurtlama engellenir
- Rahim duvar kalınlığı azaldığı için kanama miktarı azalır

Ne zaman takılır?

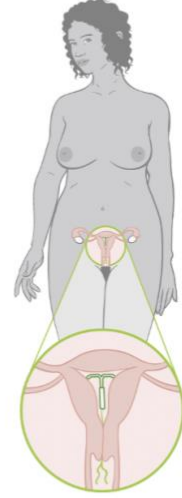
- Ayın herhangi bir günü uygundur
- Adet döneminin ortasında yaptırmak en rahatı olabilir (Rahim ağzının en çok açık olduğu zaman)

RIA nasıl takılır/ takip edilir ?

- RIA takılması birkaç dakika içinde yapılan bir işlemdir
- İşlem öncesi jinekolojik muayene ve USG ile rahim yapısı ve pozisyonu değerlendirilir
- Spekulum takılarak aplikatör vasıtasıyla RIA güvenli yerleştirilir
- RIA'nın çıkarılabilmesi için vajinanın içine sarkan küçük bir ipler bırakılır (İpler vajinanın dışına tampon gibi sarkmaz)

- RIA taktırdığınızda biraz kramp hissetmek oldukça yaygındır, ancak bunlar dinlenerek veya ağrı kesicilerle geçer Bazı insanlar da baş dönmesi hissedebilir, bazen ise çok hafif kanama olabilir

- RIA takıldığı an etkisi başlayacaktır
- RIA takıldıktan bir ay sonra kontrol USG ile değerlendirilir
- Ek bir sorun yoksa; yıllık kontroller yapılır



Avantajlar

- Her gün ilaç almayı düşünmeniz gerekmez
- Dışarıdan anlaşılmaz
- 3-5 yıla kadar kullanılabilir
- Östrojen kullanmak istemeyenler için bir seçenek
- Cinsel ilişkiyi etkilemez
- Kemik yoğunluğu üzerine olumsuz etkisi yoktur
- Rahim kanserine karşı korur

Dezavantajlar

- Takılma/çıkarılma işlemleri sırasında ağrı olabilir
- Kadın Hastalıkları Bölümü'ne başvuru gerektirir
- Ara kanamalara sebep olabilir*
- İştah değişimi ve kilo artışı*
- Ağrılı memeler, şişkinlik, ödem*
- Aksiyete *
- Sivilce problemini artış *

* Zamanla azalması beklenir



İMLANT

(Cilt altına yerleştirilen progesteron salgılayan çubuk)



Nedir?

- Kolunuzun iç kısmında cilt altına yerleştirilen küçük, yumuşak bir plastik çubuktur
- 4 cm uzunluğunda ve 2 mm çapındadır
- Progesteron salgılar

Nasıl Etki Eder?

- Her gün düşük miktarda progesteron salgılar
- Böylelikle LH isimli hormon baskılanır ve yumurtlama engellenir
- Rahim duvar kalınlığı azaldığı için kanama miktarı azalır

Ne Zaman Takılır?

- Herhangi bir gün başlanabilir

Nasıl takılır/ Nasıl takip edilir?

- Ağrı kesici ile kolunuzun küçük bir bölgesi iğne uyuşturulur ve implant derinizin altına yerleştirilir
- Çıkarma zamanı geldiğinde, kolunuz tekrar uyuşturulur ve küçük bir cilt altı kesisi açılarak implant çıkartılır
- Takıldığında etkisi başlar
- 3 yıl boyunca kullanılabilir

Avantajlar

- Her gün ilaç almayı düşünmeniz gerekmez
- Dışarıdan anlaşılmaz
- 3 yıla kadar kullanılabilir
- Östrojen kullanmak istemeyenler için bir seçenek
- Cinsel ilişkiyi etkilemez
- Kemik yoğunluğu üzerine olumsuz etkisi yoktur
- Rahim kanserine karşı korur

Dezavantajlar

- Takılma/çıkartılma işlemleri sırasında ağrı olabilir
- Farklı bir bölüme başvuru gerektirir
- Ara kanamalara sebep olabilir*
- İştah değişimi ve kilo artışı*
- Ağrılı memeler, şişkinlik, ödem*
- Aksiyete *
- Sivilce problemini artış *

* Zamanla azalması beklenir



EK-3: Danışmanlık Sonrası Anketi

Sevgili katılımcı,

Aldığınız adet baskılama (durdurma) danışmanlığından sonra hangi tedavi yöntemine karar verdiğiniz ve bu yöntemi seçmenizde etkili olan nedenlerle ilgili aşağıdaki maddeleri okuyup size en uygun olanı işaretleyiniz.

1. Aldığınız danışmanlık sizin için yeterli miydi?

Evet Hayır

2. Doktorunuz hangi yöntemlerle ilgili size danışmanlık verdi? Birden fazla işaretleyebilirsiniz.

- Östrojen ve progesteron içeren günlük alınan hap (Kombine oral kontraseptif)
- Sadece progesteron içeren günlük hap (Minihap)
- 3 ayda bir yapılan ve sadece progesteron içeren iğne (Depo Progesteron)
- Kol cildinin altına yerleştirilen ve progesteron salgılayan çubuk (İmplant)
- Sadece progesteron içeren ve rahim içine takılan cihaz (Levonorgestrel Rahim içi araç)

3. Adet baskılama için aşağıdaki yöntemlerden hangisini seçtiniz?

- Östrojen ve progesteron içeren günlük alınan hap (Kombine oral kontraseptif)
- Sadece progesteron içeren günlük hap (Minihap)
- 3 ayda bir yapılan ve sadece progesteron içeren iğne (Depo Progesteron)
- Kol cildinin altına yerleştirilen ve progesteron salgılayan çubuk (İmplant)
- Sadece progesteron içeren ve rahim içine takılan cihaz (Levonorgestrel Rahim içi araç)

4. Yöntemi seçme veya seçmeme nedeni

| Yöntem | Seçme nedeni | Seçmeme nedeni |
|--------|--------------|----------------|
|--------|--------------|----------------|

| | | |
|--|--|--|
| Östrojen ve progesteron içeren günlük alınan hap (Kombine oral kontraseptif) | | |
| Sadece progesteron içeren günlük hap (Minihap) | | |
| 3 ayda bir yapılan ve sadece progesteron içeren iğne (Depo Progesteron) | | |
| Kol cildinin altına yerleştirilen ve progesteron salgılayan çubuk (İmplant) | | |
| Sadece progesteron içeren ve rahim içine takılan cihaz (Levonorgestrel Rahim içi araç) | | |

5. Doktorunuzun bu 5 yöntemden özellikle birini seçmeniz için sizi yönlendirdiğini düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

Cevabınız evetse sizce hangi yönteme yönlendirdi?

Doktorunuzun sizi neden özellikle bu yönteme yönlendirdiğini düşünüyorsunuz?

6. Ailenizin bu 5 yöntemden özellikle birini seçmeniz için sizi yönlendirdiğini düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

Cevabınız evetse sizce hangi yönteme yönlendirdi?

Ailenizin sizi neden yönlendirdiğini düşünüyorsunuz?

EK-4: Takip Formu

1. Tedaviye devam ediyor musunuz: Evet/Hayır

2. Adet düzeni:

3. Hastanın memnuniyet düzeyi

Çok memnunum

Memnunum

Ne memnunum ne memnun değilim

Memnun değilim

Hiç memnun değilim

