

Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

**ZNANJE I STAVOVI LIJEČNIKA I PSIHOLOGA PREMA
TRANSSEKSUALNIM OSOBAMA**

Diplomski rad

Joško Jurman

Mentorica: dr. sc. Nataša Jokić-Begić, red. prof.

Zagreb, 2014

SADRŽAJ

SAŽETAK

1. UVOD	1
2. CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA	7
3. METODOLOGIJA	7
• Mjerni instrument i postupak	7
• Sudionici	8
4. REZULTATI	10
• Znanje o transseksualnosti	11
• Stjecanje znanja	12
• Ishodi liječenja	14
• Dosadašnje iskustvo s transseksualnim osobama	15
• Etiologija poremećaja	16
• Liječenje poremećaja	18
• Liječnici obiteljske medicine	20
• Endokrinolozi	21
• Kirurzi	22
• Psiholozi i psihijatri	25
• Administrativna promjena spola	26
5. RASPRAVA	26
6. ZAKLJUČAK	31
7. LITERATURA	32
8. PRILOG	34

Znanje i stavovi stručnjaka u tretmanu transseksualnih osoba
The knowledge and attitudes of experts in treatment of transsexual individuals
Joško Jurman

SAŽETAK

U Hrvatskoj se javlja problem neadekvatnog pružanja pomoći transseksualnim osobama jer dijagnoza i tretman ovise o stavovima liječnika i ostalih stručnjaka kojima se osoba obrati za pomoć. Stoga je potrebno saznati nešto više o stavovima stručnjaka prema ovoj skupini ljudi te o tome na koji način postupaju, odnosno što misle kako bi trebalo postupati u radu s njima. Cilj istraživanja bio je ispitati znanje i stavove stručnjaka koji bi trebali biti uključeni u tretman transseksualnih osoba (liječnika obiteljske medicine, endokrinologa, kirurga, psihijatara, psihologa). Istraživanje je provedeno primjenom dubinskih intervjua s po tri pripadnika pojedinog zanimanja. Teme intervjua bile su dosadašnje iskustvo u radu s transseksualnim osobama, etiologija transseksualnosti te ishodi liječenja i vrsta liječenja koju smatraju nužnom. Također, stručnjaci su upitani koje korake bi sami poduzeli kada bi im se za pomoć obratila transseksualna osoba i kako vide rješenje problema administrativne promjene spola. Dobiveni rezultati ukazuju na nedostatak znanja i formalne edukacije u ovom području među većinom stručnjaka kao i na općenito slabu zastupljenost teme u stručnim okupljanjima. Također, iako stručnjaci uglavnom priznaju međusobni rad i potrebu različitih struka u tretmanu, možemo zaključiti kako postoji potreba za specijaliziranim timovima za tretman ovog poremećaja jer se čak i među stručnjacima vidi da se na transseksualnost u određenoj mjeri gleda kao na dominantno psihički poremećaj i da bi ishodi liječenja trebali biti usmjereni na psihološku komponentu.

Ključne riječi: transseksualnost, stavovi, stručnjaci, intervjua

ABSTRACT

The Croatian health system faces the problem of inadequate support for transsexual individuals, due to the fact that the diagnosis and treatment depend on the attitudes of the experts the individual reaches out to. It is necessary to gain more insight into the attitudes of professionals towards this group of people, as well as their opinions on how transsexual individuals should be treated. The aim of this study was to examine the attitudes of experts who are involved in the treatment of transsexual individuals (general practitioners, endocrinologists, surgeons, psychiatrists, psychologists). In-depth interviews were conducted with three experts of each profession. The subjects of the interviews were their work experience with transsexual individuals thus far, the aetiology of transsexuality, the type of treatment they considered necessary, as well as expected outcomes of treatment. Additionally, the experts were asked how they would proceed if a transsexual individual reached out to them for help, as well as what they think is a fitting solution to the administrative problem of sex reassignment. The results of this study indicate a lack of knowledge and formal education in this field amongst experts, as well as to an overall poor representation of this topic at professional gatherings. Moreover, although experts usually agree on the necessity of different professions in the treatment of transsexual individuals, it can be concluded that there is need for specialised teams for treatment of this disorder. This study has shown that even experts consider transsexuality a dominantly mental disorder and that treatment should be focused on the psychological component.

Keywords: transsexuality, attitudes, experts, interview

1. UVOD

Transseksualnost ili poremećaj rodnog identiteta prisutan je u svim društvima i civilizacijama, a pojavljuje su u dječjoj i odrasloj dobi. Transseksualna osoba doživljava trajnu neugodu zbog svog biološkog spola i spolne uloge, te se snažno identificira sa suprotnim spolom tako da vjeruje kako zaista jest suprotnog spola (Davison i Neale, 2002). Transseksualna osoba stoga najčešće nastoji otkloniti neugodu, odnosno rodnu disforiju s kojom živi što uglavnom rezultira željom za operativnom promjenom spola. Za razliku od njih, transrodne osobe također doživljavaju neugodu zbog spola u kojem se nalaze i rodnih uloga koje su društvom nametnute, ali ne teže fizičkoj promjeni vlastitog spola. Prema Američkoj psihijatrijskoj asocijaciji (2000) za dijagnostičko obilježje poremećaja rodnog identiteta moraju biti zadovoljene dvije komponente. Prvo, mora postojati dokaz trajnog i snažnog poistovjećivanja sa suprotnim spolom, a kojega čini želja da se bude (ili uporna tvrdnja da osoba jest) drugog spola. To poistovjećivanje sa suprotnim spolom ne smije tek biti želja za postizanjem kulturoloških prednosti koje ima suprotni spol. Drugo, mora postojati dokaz trajne nelagode zbog vlastitog spola ili osjećaj neprikladnosti spolne uloge vlastitog spola. Osim toga, dijagnoza se ne postavlja ako kod osobe nalazimo istovremeno tjelesno međuspolno stanje (npr. sindrom androgene neosjetljivosti¹ ili kongenitalna adrenalna hiperplazija²). Da bi se postavila dijagnoza, mora postojati dokaz klinički značajne smetnje ili manjkavosti u socijalnom, radnom te u drugim važnim područjima djelovanja. Etiologija transseksualnosti do danas nije u potpunosti razjašnjena, ali smatra se da se radi o biološki uvjetovanom poremećaju s tim da postoje i empirijski nepotvrđene psihosocijalne teorije nastanka poremećaja. Iako postoje bihevioralno – genetička istraživanja u kojima je pokazano da je poremećaj rodnog identiteta visoko nasljedan (Coolidge, Thede i Young, 2002), upravo su hormonalne teorije nastanka poremećaja dobile najviše empirijske podloge. Naime, nakon kromosomalne diferencijacije spola i razvitka muških i ženskih spolnih žlijezda dolazi do uključenja, odnosno utjecaja hormona na spolnu diferencijaciju mozga i to se naziva organizacija ili instalacija mozga, a završava nekoliko mjeseci nakon rođenja s ciljem pripreme središnjeg živčanog sustava za buduće spolno i rodno ponašanje koje će biti usklađeno sa spolom i aktivirano hormonima u pubertetu (Begić, 2013a).

¹ Androgena neosjetljivost – poremećaj kod 46 xy kariotipa povezan s x kromosomom kod kojeg su receptori neosjetljivi na androgene. Usprkos normalnom lučenju androgena muški se fetus ne maskulinizira.

² Kongenitalna adrenalna hiperplazija – genetski poremećaj koji dovodi do toga da kora nadbubrežne žlijezde luči previše androgena. Kod dječaka dovodi do ranijeg nastupa puberteta, a kod djevojčica rezultira maskuliniziranim genitalijama, muškobanjastim izgledom i maskuliniziranim ponašanjem.

Već iz rasprave o definiciji i etiologiji vidi se da je transeksualnost složen fenomen i da bi se za njegovo bolje razumijevanje mogli primijeniti biopsihosocijalni model zdravlja i bolesti (Engel, 1977). Iako je u teoriji navedeno je da se kod transeksualnosti radi o biološkoj etiologiji, ne treba zanemariti interakciju socijalnih i psiholoških čimbenika koji mogu pomoći ili odmoći transeksualnoj osobi u prilagodbi i načinu nošenja s problemom. Jokić-Begić (2013) navodi da moderno zapadno društvo prepoznaje isključivo binarnu spolnu podjelu na muško i žensko dok se svako odstupanje smatra poremećajem. Poznato je kako u nekim drugim vremenima i društvima pojam roda nije izjednačen s pojmom spola, te osobe koje su pokazivale varijacije u rodnom identitetu nisu bile stigmatizirane, diskriminirane i patologizirane. Primjerice, najraniji povijesni zapisi iz Mezopotamije govore o „ljudima koji nisu ni muškarci ni žene“, nego su prepoznati kao treći spol. U starom Izraelu su razlikovali šest rodni kategorija: muškarca, ženu, osobu s obje spolne karakteristike, osobu bez spolnih karakteristika, biološku ženu koja odrasta u muškarca i biološkog muškarca koji odrasta u ženu. Zatim, zanimljiva je tradicija eskimskih plemena koji su svojoj djeci davali imena prije nego što su rođena, te su ih po rođenju odgajali u skladu s rodnom pripadnošću imena, a ne s biološkim spolom. Često su bila djeca čiji spol nije odgovarao rodu imena kasnije u životu i ona su razvijala transrodni identitet (Jokić-Begić, 2013). O rijetkosti poremećaja govori podatak o prevalenciji poremećaja otprilike 1 na 30 000 muškaraca i 1 na 100 000 žena (Davison i Neale, 2002; APA, 2000). Najveća je učestalost poremećaja rodnog identiteta u dječjoj dobi i ona se odrastanjem smanjuje, a najviše odraslih osoba s poremećajem rodnog identiteta pojavljuje se u dobi od ranih dvadesetih godina (Begić, 2013a).

Tradicionalni medicinski tretmani za osobe s poremećajem spolnog identiteta uključuju tri faze: (1) realno životno iskustvo u željenoj ulozi, (2) hormone željenog spola i (3) operaciju promjene genitalija i ostalih spolnih karakteristika (Strong, Yarber, Sayad, i DeVault, 2008). No, dijagnoza poremećaja spolnog identiteta bi trebala uzeti u obzir puno širi spektar terapijskih i medicinskih djelovanja jer je željeni ishod tretmana nestanak neugode zbog osjećaja življenja u krivom spolu (WPATH, 2012). Standardi skrbi za osobe s poremećajem rodnog identiteta detaljno propisuju procedure prema osobama s poremećajima rodnog identiteta i odnose se na sve transeksualne i transrodne osobe bez obzira na uvjete u kojima žive propisujući proceduru biopsihosocijalne skrbi koja se pruža transeksualnim osobama (Jokić-Begić, 2013). Ovi su standardi prihvaćeni u zemljama Europske unije i SAD-u. Neki pacijenti trebaju hormonsku terapiju, promjenu u rodnoj ulozi, ali ne i operativnu promjenu spola. Drugim riječima, tretman rodne disforije je postao puno više individualiziran. Dakle, u jednom trenutku u životu transeksualne osobe primarna briga postaje pristup

prikladnim tretmanima u procesu tranzicije, uključujući psihološke, psihijatrijske, endokrinološke i kirurške stručnjake. Uz njih, liječnici obiteljske medicine postaju sastavni, ako ne i temeljni element u radu s pacijentom koji je ušao u sistem jer su oni stručnjaci koji imaju visoke šanse da će biti kontaktirani od strane transseksualne osobe, pogotovo u urbanim sredinama. Prema WPATH (2012), za poremećaje rodnog identiteta postoji nekoliko intervencija koje treba razmotriti. Broj i vrsta intervencija koje će se primijeniti razlikuje se od osobe do osobe, a među njima su moguće:

- Promjene u izražavanju rodne uloge što uključuje djelomično ili potpuno uživanje u drugu rodnu ulogu, sukladnu pojedinčevom rodnom identitetu
- Hormonska terapija s ciljem feminizacije ili maskulinizacije tijela
- Operativni zahvat s ciljem promjene primarnih i/ili sekundarnih spolnih karakteristika
- Psihološko savjetovanje za podršku u istraživanju nove rodne uloge, pomoć u nošenju s poteškoćama rodne disforije i stigmatizacije, osnaživanje socijalne podrške i slike o sebi
- Promjena imena i spola u dokumentima

Dakle, postoji jasna potreba za uključivanjem različitih ranije navedenih medicinskih struka u tretman kao i stručnjaka koji mogu pružiti adekvatnu psihološku pomoć. Kronološki prvi dio tretmana obuhvaća psihodijagnostiku i psihoedukaciju kojom se precizno utvrđuju psihološke karakteristike pojedinca, te izraženost rodne disforije i mogućih drugih psihičkih problema (Begić, 2013b). Idealno bi bilo za psihologe uključene u ovaj dio tretmana da ostvare otvorenu komunikaciju s drugim stručnjacima, kako u području psihološke pomoći tako i u medicinskom aspektu. Odnos stručnjaka uključenih u skrb za transseksualnu osobu trebao bi se odvijati u suradničkom dijalogu i uključivanjem različitih stručnjaka po potrebi. Ako nakon psihološkog savjetovanja osoba i dalje želi ući u proces tranzicije, tada se uvodi hormonalna terapija. Ona mora biti individualizirana prema pacijentovim željama, odnosu rizika i dobiti koje bi mogle i trebale proizaći iz terapije. Hormonska terapija može pružiti značajno olakšanje pacijentima koji ne žele potpunu tranziciju u smislu operativne promjene spola ili onima koji to ne mogu provesti (Meyer, 2009; prema WPATH 2012). Hormonska terapija je i najčešće preduvjet za operativnu promjenu spola kojoj se osoba podvrgava ako je i dalje odlučna promijeniti spol. Za neke pacijente je upravo operacija esencijalni i nužni dio smanjenja rodne disforije i predstavlja završni dio cjeline postupka tranzicije. Uz promjenu genitalija, mnogi pacijenti zahtijevaju i modifikaciju sekundarnih spolnih karakteristika kako bi bili još više usklađeni sa željenom rodnom ulogom. Praćenje osoba koje su prošle kroz

proces tranzicije spola pokazalo je nepobitne pozitivne učinke operativne promjene spola u seksualnom funkcioniranju pacijenta kao i na općoj dobrobiti (Klein i Gorzalka, 2009; Gijs i Brewaeys, 2007; Pfäfflin i Junge, 1998; prema WPATH, 2012; De Cuypere i sur., 2005).

No, uz medicinski proces, transseksualne osobe se isto tako trebaju podvrgnuti socijalnim i pravnim prilagodbama koje ne bi bile nužne u društvu koje nije bazirano na binarnom rodnom modelu. To uključuje priznanje i otvaranje obitelji, prijateljima i kolegama, oblačenje i ponašanje u skladu sa željenim rodom prije nego osoba bude i službeno priznata kao osoba drugog roda te ostale pravne procedure propisane državnim zakonom. Promjena imena i spola na dokumentima je često moguća samo nakon što tranzicija postane nepovratna, odnosno nakon operativne promjene spola. Također, duljina trajanja tranzicije varira značajno od države do države, ovisno koliko su ustanove i stručnjaci potrebni za pomoć u tranziciji dostupni te koje su administrativne promjene obavezne u tom procesu (Agius i Tobler, 2012).

Tranzicija u zapadnim zemljama se radi već u adolescenciji s ciljem umanjivanja osobne patnje koju donosi spolno sazrijevanje u neželjenom spolu. Osim toga, zaustavljanje biološkog puberteta i hormonalno „pokretanje“ puberteta željenog spola daje bolje somatske rezultate – kasnije je potrebno manje operativnih zahvata, tijelo izgleda usklađenije s „novim“ spolom. Pokazalo se i da adolescenti koji ulaze u proces operativnih zahvata imaju manje psihičkih smetnji nego odrasle osobe (de Vries i sur., 2011) što pokazuje da se pravodobnim tretmanom može spriječiti pojava komorbiditetnih psihijatrijskih smetnji i poboljšati opća kvaliteta života (Spack i sur., 2012). No, u ovoj je dobi detaljna psihodijagnostika posebno važna jer dijagnozu poremećaja rodnog identiteta treba postaviti tek kada sindrom zadovoljava sve kriterije, odnosno kada je prisutan u potpunosti (Begić, 2013a).

U Hrvatskoj do sada nema istraživanja ove problematike i kod nas se problemu transseksualnosti ne pristupa na način uobičajen u zapadnim zemljama. Prema epidemiološkim podacima iz drugih zemalja, za očekivati je da u Hrvatskoj živi najviše 200-tinjak transseksualnih osoba (Jokić-Begić, 2013). U Hrvatskoj smo nedavno bili svjedoci borbe za ravnopravnost tokom održavanja referenduma o braku te su u medijima vladale rasprave hoće li biti, odnosno jesu li ugrožena prava LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual, Transsexual) osoba. Prava LGBT osoba mogu biti ugrožena na više načina u rasponu od toga da im je npr. uskraćeno pravo na brak pa do toga da se u svakodnevnom životu susreću s drugačijim tretmanom pod utjecajem stavova ljudi s kojima se susreću. Ponašanje u skladu s rodnom ulogom se gotovo uvijek podrazumijeva i odstupanja od takvog ponašanja, pogotovo u odrasloj dobi, se često gledaju bez naklonosti. Uzmimo za primjer nošenje odjeće koje je karakteristično za suprotni spol pa možemo dobiti jasniju sliku koliko takvo ponašanje može

uzrokovati negodovanja u javnosti. Kulick (1999) u istom svijetlu raspravlja o povezanosti jezika, odnosno načina govora i spola. Smatra kako u današnje vrijeme postoji snažna veza između toga kako muškarci govore i „muškog jezika“, odnosno toga kako žene govore i „ženskog jezika“ u smislu da društvene norme još uvijek održavaju snažnu vezu između jezika i spola. Iako još uvijek posjedujemo ograničeno znanje u ovom području, razvija se sve aktivnija teza da genitalije nisu osnova za rodnu sliku o sebi niti je rodna uloga određena biološkim spolom efektivna u uspostavljanju rodnog identiteta (Vitale, 2005).

U cjelini, kultura koja se temelji na binarnom modelu spola ne predstavlja podržavajuću okolinu za osobe koje pate zbog nesklada rodnog identiteta i biološkog spola. Suočavanje s tim problemom izvor je stresa kako za samu osobu, tako i za njene bližnje. Stručnjaci koji bi trebali pružati skrb tijekom usklađivanja tjelesnih karakteristika s rodnim identitetom trebaju biti dobro educirani o ovoj problematici kako bi mogli pružiti odgovarajuću pomoć osobi i njezinoj obitelji u dugotrajnom procesu tranzicije spola. Dobra edukacija osigurava da će stručni rad biti temeljen na znanstvenim spoznajama, a ne na osobnim stavovima i uvjerenjima.

U europskoj studiji o iskustvima transrodnih osoba sa stručnjacima nalazi se podatak da je svega 30% transseksualnih osoba obuhvaćenih u istraživanju imalo susret sa stručnjakom koji je htio pomoći, ali nije imao potrebne informacije kako (Whittle, Turner, Combs i Rhodes, 2008). Iz istog istraživanja postoji podatak kako je velik broj transseksualnih osoba zapravo izbjegavalo pristupiti uobičajenim zdravstvenim službama jer su očekivale predrasudama uvjetovani tretman od strane stručnjaka. Opasnost koja iz toga slijedi jest ta da transseksualne osobe uzimaju liječenje u svoje ruke, dolaze do hormonskih pripravaka putem interneta i ne savjetuju se sa stručnjacima čime zapravo samo mogu pogoršati situaciju u kojoj se nalaze i ugroziti vlastito zdravlje.

Istraživanja o kvaliteti života transseksualnih osoba koje se podvrgnu tretmanu promjene spola pokazuju kako rana dijagnoza i intervencija smanjuju simptome rodne disforije i povećavaju kvalitetu života (Nakane i Ozawa, 2005). No, istraživanja o problemima transseksualnih osoba u obliku pristupa adekvatnoj zdravstvenoj skrbi govore kako dobar dio skrbi podbaci u tretmanu već pri prvom kontaktu jer su stručnjaci neinformirani ili loše informirani o vrsti problema s kojima pacijenti dolaze (Scottish Needs Assessment, 2001; Sperber i sur., 2005; Solymar, 2006; prema Whittle i sur., 2008). Iz toga proizlazi zaključak da usprkos dokazima o uspješnom liječenju i pozitivnim ishodima tretmana transseksualnih osoba, zbog nepristupačnosti zdravstvene skrbi pacijenti ostaju zakinuti. Kvalitativna istraživanja su pokazala da su neki stručnjaci odbili pružiti pomoć transseksualnoj osobi u

zdravstvenom sektoru gdje je norma neznanje, neosjetljivost i diskriminacija (Sperber i sur., 2005; prema Whittle i sur., 2008). Također, uzimajući u obzir povećanje kvalitete života kod pacijenata koji uđu u tretman promjene spola, financiranje tranzicije postaje značajan faktor u dobivanju skrbi koja im je potrebna. Rezultati mnogih istraživanja naglašavaju potrebu za dodatnim treningom stručnjaka u zdravstvenoj skrbi transseksualnih osoba jer su mnogi stručnjaci i željeli pomoći, ali im je nedostajalo informacija i smjernica za pravilan tretman (Lurie, 2005; prema Whittle i sur., 2008). Stoga se preporuča uspostava specifičnih klinika ili centara koji bi osiguravali dobivanje jasnih smjernica i informacija i koje bi ujedno služile kao prva točka javljanja za osobe koje žele ući u tretman (Nemoto, 2005). Takva praksa je prisutna u zapadnim zemljama gdje se skrb pruža u specijaliziranim centrima u kojima su zaposleni stručnjaci različitih profila i gdje procedura tretmana uključuje psihodijagnostiku i psihološko savjetovanje koje se provode prije ulaska u hormonalnu terapiju, zatim psihološki tretman tijekom i nakon ostalih tretmana uz godinu dana „iskustva pravog života“ tijekom koje osoba treba preuzeti socijalnu ulogu željenog spola, te endokrinološki tretman i kirurški tretman (Jokić-Begić, 2013). Kod nas, osim što nema nikakve sustavne mjere skrbi za transseksualne osobe niti ikakvih centara, liječenje takvih osoba uvelike ovisi o stavu i mišljenju stručnjaka kojem se transseksualna osoba javila. Poremećaj se često tretira kao isključivo psihijatrijski. Uz već spomenuti nedostatak istraživanja, a i prema prikupljenim iskustvima transseksualnih osoba jasno je da tretman više ovisi o nekim paramedicinskim odlukama (prvenstveno stavovi i uvjerenja liječnika), a ne o strukom vođenim odlukama (Jokić-Begić i sur., 2008).

Također, u Hrvatskoj ne postoji pravna regulativa koja bi osigurala prava transseksualne osobe tijekom procesa tranzicije u novi spol. Možemo reći da je kod nas tek u zadnjih par godina pokrenut sustavan pristup ovom poremećaju i radu na svim aspektima transseksualnosti. Iz navedenih razloga i nedostataka s kojima se susrećemo u našem okružju bitno je provesti dubinsko istraživanje stavova stručnjaka u Hrvatskoj, a koji se susreću ili imaju veću vjerojatnost susresti se s transseksualnom osobom. Kvalitativno istraživanje može pružiti podatke o znanju i stavovima stručnjaka koji bi prema standardima skrbi trebali biti uključeni u tretman transseksualnosti. Takvi podaci omogućili bi osmišljavanje šireg kvantitativnog istraživanja s ciljem dobivanja šire slike situacije u kojoj se nalazi skrb za transseksualne osobe u Hrvatskoj, te bi dali smjernice za implementaciju Standarda skrbi na način koji je kulturalno prilagođen i koji će izazvati najbolje prihvaćanje od strane stručnjaka.

2. CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

Glavni cilj istraživanja bio je ispitati znanje i stavove stručnjaka koji bi trebali biti uključeni u rad s transseksualnim osobama. To se odnosi na psihologe te na četiri struke iz područja medicine – liječnike obiteljske medicine, kirurge, endokrinologe i psihijatre. Kako u Hrvatskoj do sada nije bilo sličnih istraživanja, a radi se o pitanju koje je vrlo osjetljivo na socijalni kontekst, istraživanje je provedeno upotrebom kvalitativne metodologije.

Problemi

1. Ispitati znanje stručnjaka o definiciji transseksualnosti.
2. Ispitati način stjecanja znanja o transseksualnosti kod stručnjaka.
3. Ispitati znanje i stavove stručnjaka o ishodima liječenja transseksualnih osoba.
4. Ispitati stručnjake o dosadašnjem iskustvu s transseksualnim osobama.
5. Ispitati znanje stručnjaka o etiologiji transseksualnosti.
6. Ispitati znanje i stavove stručnjaka o toku liječenja transseksualnih osoba.
7. Ispitati znanje i stavove stručnjaka o vlastitoj ulozi i o ulozi ostalih stručnjaka uključenih u liječenje transseksualnih osoba.
8. Ispitati stavove stručnjaka o administrativnoj promjeni spola.

3. METODOLOGIJA

Mjerni instrument i postupak

Istraživanje je provedeno primjenom dubinskih intervjua. Nakon predstavljanja istraživanja i dobivanja usmenog pristanka za anonimno sudjelovanje u istraživanju, sudionici su upitani ima li nekih nejasnoća ili pitanja prije početka. Kad je sudionik bio spreman, intervjuer je upalio diktafon i to je označilo početak intervjua. Intervju je trebao pokriti niz tema o poznavanju, mišljenju i radu s transseksualnim osobama. Prvi dio intervjua se odnosio na znanje o transseksualnosti, konkretno s pitanjima o definiciji transseksualnosti, o kojoj vrsti poremećaja se radi i koji bi trebao biti ishod liječenja. Za one sudionike koji nisu znali definiciju pripremljena je vinjeta s definicijom koju su tada skupa pročitali intervjuer i sudionik kako bi bile osigurane iste informacije za sve, a koje neće otkrivati puno o smjeru i načinu liječenja kako ne bi utjecali na ostala postavljena pitanja. Tijekom intervjua se razgovaralo o slijedećim temama: (i) znanju o transseksualnosti; (ii) načinu stjecanja znanja; (iii) etiološkim tumačenjima poremećaja; (iv) načinima i ishodima liječenja; (v) stavovima o zakonskoj i administrativnoj regulativi. Detaljan vodič kroz intervjue se nalazi u Prilogu 1.

Treba napomenuti da su sve struke prošle kroz navedene teme, međutim pojedina pitanja su se prilagođavala pojedinoj struci, kako bi se dobili što informativniji odgovori sudionika. Intervjui su trajali između 30 i 45 minuta i snimani su diktafonom. Nakon toga rađeni su transkripti svakog intervjua.

Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 14 stručnjaka. Bila su to dva kirurga i po tri psihologa, psihijatra, endokrinologa i liječnika obiteljske medicine. Odabran je ovaj profil stručnjaka jer oni, prema standardima skrbi, sudjeluju u dijagnostici i tretmanu transseksualnih osoba. Konkretno, psihijatri i psiholozi mogu sudjelovati u dijagnostici i psihoterapijskoj odnosno psihološkoj pomoći prije, tijekom i nakon tranzicije. Endokrinološki i kirurški tretman je nužan za potpunu ili djelomičnu promjenu spola, a liječnici obiteljske medicine su često prva osoba koju pacijenti kontaktiraju i oni također predstavljaju oblik podrške i usmjeravanja tijekom tranzicije. Osim toga, u našem zdravstvenom sustavu, liječnici obiteljske medicine koordiniraju i odobravaju (putem izdavanja uputnica) specijalističke preglede i tretmane. Uzorak sudionika je odabran u urbanom području po različitim institucijama. Uvjet je bio da svaki sudionik ima više od 10 godina staža u neposrednom radu s ljudima, bez obzira na dosadašnje iskustvo u radu s transseksualnim osobama. Prije početka intervjua nitko od ispitanika nije znao o čemu će biti sadržaj intervjua tako da se nisu mogli unaprijed pripremiti za razgovor. Zbog lakšeg i preglednijeg čitanja rezultata i zadržavanja anonimnosti sudionici su imenovani svojom strukom u muškom rodu i brojem u navođenju citata (npr. Endokrinolog 1, Liječnik obiteljske medicine 3 itd.). Gotovo svi sudionici (12 od 14) su u braku, a razlikuju se po važnosti koju pridaju vjeri. Pregled demografskih podataka nalazi se u Tablici 1.

Tablica 1
Demografski podaci sudionika istraživanja o ispitivanju znanja i stavova stručnjaka u tretmanu transeksualnih osoba

Struka	Spol	Dob	Godine radnog staža	Godine specijalističkog staža	Bračno stanje	Važnost vjere u životu (1 – Izrazito nevažna, 5 – Izrazito važna)
Endokrinolog 1	M	56	32	22	U braku	1
Endokrinolog 2	Ž	60	35	28	U braku	2
Endokrinolog 3	M	66	40	36	U braku	3
Kirurg 1	M	49	25	17	U braku	4
Kirurg 2	M	44	20	11	U braku	1
Liječnik obiteljske medicine 1	M	48	24	7	U braku	4
Liječnik obiteljske medicine 2	Ž	59	34	22	U braku	1
Liječnik obiteljske medicine 3	Ž	63	38	33	U braku	2
Psihijatar 1	M	48	17	11	U braku	3
Psihijatar 2	Ž	45	19	10	Nije u vezi	2
Psihijatar 3	Ž	42	16	6	U braku	1
Psiholog 1	Ž	40	16		Nije u vezi	5
Psiholog 2	Ž	50	25		U braku	3
Psiholog 3	Ž	58	34		U braku	1

4. REZULTATI

Rezultati će prvo biti prikazani tabelarno (Tablica 2) s popisom tema i najvažnijih rezultata, a potom i uz detaljniji prikaz pojedine teme skupa s odabranim transkriptima.

Tablica 2

Sažeti prikaz rezultata znanja i stavova liječnika i psihologa prema transseksualnim osobama

Tema	Rezultati
Točna definicija transseksualnosti	Nitko od ispitanih nije naveo točnu definiciju transseksualnosti u potpunosti i vidljiva je nepreciznost i korištenje općenitih formulacija.
Formalno obrazovanje o transseksualnosti	Stručnjaci se slažu da su informacije o transseksualnosti slabo zastupljene i u osnovnoj i u medicinskoj literaturi, a neki (liječnik obiteljske medicine i endokrinolog) navode i da se u njihovo vrijeme na studiju o tome nije niti govorilo.
Stjecanje informacija o transseksualnosti nakon studija	Stručnjaci imaju različita iskustva kad je u pitanju stjecanje informacija o transseksualnosti nakon studija u pogledu da su ih dobivali u različitim prilikama. Tako su neki imali priliku čuti ponešto o problematici na stručnim kongresima ili specijalizaciji, a neki su se tek susreli s tim u vlastitoj praksi.
Ishodi liječenja	Jedino se kirurzi isključivo izjašnjavaju kako krajnji ishod uključuje i operativnu promjenu spola. Ostali ne isključuju operativnu promjenu spola, ali se više usmjeravaju na ostvarenje psihološke dobrobiti transseksualnih osoba. Psihijatri su orijentirani na prihvaćanje problema i stanja u kojem se osoba nalazi.
Iskustvo s transseksualnim osobama	Direktnog iskustva rada s transseksualnim osobama imaju samo kirurzi, jedan endokrinolog i jedan liječnik obiteljske medicine. Samo je jedan stručnjak (kirurg) naveo da u budućnosti ne bi htio raditi s transseksualnom osobom.
Etiologija transseksualnosti	Većina stručnjaka ima ideju o etiologiji transseksualnosti koja se proteže od usmjeravanja na genetiku do isključivo psihološkog poremećaja. Endokrinolog, liječnik obiteljske medicine i psiholog se izjašnjavaju kako ne znaju ništa o etiologiji transseksualnosti te nagađaju.
Liječenje poremećaja	Stručnjaci se slažu da bi dijagnozu poremećaja trebao postaviti endokrinolog ili netko od stručnjaka iz područja psihologije ili psihijatrije. Liječnici obiteljske medicine, psiholog i psihijatar smatraju da bi pri dijagnozi trebao postojati multidisciplinarni pristup. Stručnjaci su također

	<p>složni da bi cjelokupno liječenje trebalo biti timski odrađeno te da je liječenje dugotrajno (minimalno godinu dana). Za liječnike obiteljske medicine ostali stručnjaci smatraju da imaju savjetodavnu i konzultativnu ulogu dok kirurzi smatraju da služe samo za pisanje uputnica. Kirurzi također smatraju da njihov rad nije moguć bez endokrinološkog tretmana i općenito svi stručnjaci smatraju da bi s endokrinološkim tretmanom trebalo započeti sa završetkom adolescencije. Stručnjaci se slažu da je operativna promjena opravdana ako je osoba već krenula u proces tranzicije s tim da se orijentiraju da je za to potrebna određena razina psihološke stabilnosti koja nastupa nakon 20. godine života. Nitko od sudionika istraživanja se ne slaže s opcijom očuvanja reproduktivnih sposobnosti transseksualnih osoba. Stručnjaci smatraju kako psihijatri i psiholozi imaju podjednaku ulogu u liječenju transseksualnosti u pogledu pružanja psihološke pomoći te u dijagnostici i evaluaciji poremećaja.</p>
Administrativna promjena spola	<p>Po jedan psihijatar i liječnik obiteljske medicine smatraju da bi administrativnu promjenu spola trebalo iskoristiti kao oblik podrške transseksualnoj osobi u tranziciji. Ostali su smatrali da bi to trebalo dopustiti nakon završetka tranzicije, a to je, po njima, nakon operativne promjene spola.</p>

Znanje o transseksualnosti

Za početak nas je zanimalo koliko sudionici znaju o transseksualnosti. Za definiciju transseksualnosti važan je osjećaj nepripadanja biološkom spolu, činjenica da se radi o trajnom osjećaju praćenom snažnom nelagodnom i važna je želja da osoba živi i bude prihvaćena kao osoba suprotnog spola. Nitko od ispitanih nije naveo točnu definiciju transseksualnosti sa svim navedenim elementima. Većina stručnjaka navodi da se radi o osjećaju nepripadanja biološkom spolu, nitko ne spominje trajnost poremećaja, a tek manji broj ističe osjećaj nelagode (jedan liječnik obiteljske medicine, jedan psiholog i jedan endokrinolog).

Okvirno nekakve detalje ne mogu govoriti da znam. Pa recimo da se osoba ne snalazi u svojoj koži. Više se zapravo osjeća drugačijim nego što je okvirno. Možda i seksualno i ponašanjem i razmišljanjem. – Liječnik obiteljske medicine 2

Transeksualnost je pojam koji označava osobu koja se ne doživljava pripadnikom svog

biološkog spola. – Psihijatar 3

To su osobe koje se vode određenom spolu i onda se ne osjećaju dobro u tom spolu pa traže i osjećaju se kao da su drugog spola. – Psiholog 1

Poremećaj spolnog identiteta. To je neusklađenost psihičkog i fizičkog spola. – Kirurg 2

Dva sudionika (jedan liječnik obiteljske medicine i jedan endokrinolog) transseksualnost miješaju sa seksualnom orijentacijom dok psihijatar smatra da se radi o vrsti razvojnog zastoja.

Ja to ne definiram, nemam definiciju za to. Radi se o tome da postoje ljudi koji imaju orijentaciju prema osobama istog spola. – Endokrinolog 3

Nešto što je vezano za osjećaj identiteta i negdje izostanak poistovjećenosti sa svojim fizičkim spolom. Diskrepanca između fizičkog i psihičkog spola. Naravno da ima i ovih situacija koje su još kompleksnije gdje s fizičkim spolom nastane razvojna anomalija pa nije izdiferencirano niti u ovom niti u onom smjeru, postoje elementi i jednog i drugog. Sklon sam to vidjeti kao neku vrstu razvojnog zastoja. – Psihijatar 1

Ono što je svakako zanimljivo, jest da je kod svih vidljiva nepreciznost i korištenje vrlo općenitih formulacija, najčešće izbjegavajući pojmove spol, rod, muško, žensko.

Kad čovjek biološki je nešto, a on se osjeća kao nešto drugo. □Endokrinolog 2

Pojava kada se ne osjećaš ugodno u vlastitom tijelu i izgledu. I kad hoćeš postati nešto drugo. Promijeniti svoj xx u xy ili obratno. – Liječnik obiteljske medicine 3.

Stjecanje znanja

Sudionici uglavnom izvještavaju kako tijekom formalnog obrazovanja nisu gotovo ništa učili o transseksualnosti. Neki od njih navode da se radilo tek o sporadično navedenim informacijama i to bez dubinske analize poremećaja, dok drugi ističu da se u vrijeme njihovog studiranja o tome nije pričalo. Jednako tako navode da su informacije o transseksualnosti slabo zastupljene i u osnovnoj medicinskoj literaturi. Također, stručnjaci općenito ne vjeruju da su njihovi kolege išta više upoznati s tom temom nego oni sami i kako postoji kronični nedostatak dostatnih informacija kroz obrazovanje.

Vi otvorite endokrinologiju, tamo tog poglavlja nema. U internoj medicini nisam vidio da postoji, ali nisam ni tamo gledao. Ali ako nema u endokrinologiji nema ni u internoj jer ona je dio toga. – Endokrinolog 3

Možda ova mlađa generacija, možda oni više o tome znaju jer je sloboda, uvjetno rečeno, pričanja o tome veća nego što je to prije bilo. Jer je to bila nekakva stigma, o tome se šutilo, možda se o tome po kuloarima pričalo. Sadašnje kolegice i kolege možda više znaju, ali znaju li dovoljno ako se s tom problematikom ne bave s nekim posebnim slučajem mislim da ne baš. – Liječnik obiteljske medicine 2

U okviru formalnog obrazovanja ništa. U moje vrijeme ne. – Psiholog 3

Što se tiče stjecanja informacija nakon studija, sudionici imaju različita iskustva. Neki su o tome čuli tijekom specijalizacije, neki su se s transseksualnosti susreli prvi put tijekom radnog vijeka, a neki su o tome čuli nešto malo na stručnim kongresima. Jedan od kirurga izvještava da postoji timski način saznavanja informacija o problemu, u ovom slučaju o operativnoj promjeni spola, neposredno prije ulaska u takav projekt.

Dio je iz knjiga, dio iz prakse. Mi imamo pacijenata, nemamo ih puno, ali ih je bilo nekoliko, a onda imate naš udžbenik iz endokrinologije koji se bavi s transseksualnosti, koji je najzapatljiviji dio medicine, odnosno endokrine. – Endokrinolog 1

Kada se kreće u novi operacijski projekt skupi se sva literatura. Napravi se „task force“ da raspravite sa psihijatrima, psiholozima, endokrinolozima. Dakle, u toj jednoj interakciji stječete znanje. Ništa prije nisam znao. U tom trenutku smo naučili što smo trebali. – Kirurg 1

Sporadično čini mi se, onako baš da je cijeli kongres □nije, možda jedna tema, radionica bude prisutna, vjerojatno će biti više prisutna kod nekih specijalizacija tipa urologije, kirurgije gdje dolazi do zahtjeva za zamjenom spolnih značajki, onda kod možda psihijatara, u njihovom radu i sl. Pa kod psihologa i tako. – Liječnik obiteljske medicine 1

O transseksualnosti sam saznala iz stručne literature tijekom specijalizacije i pripremanja ispita ali samo u okviru klasifikacije DSM□a. Na studiju medicine i drugim stručnim i znanstvenim skupovima nikada nisam čula o tome.– Psihijatar 2

Ishodi liječenja

Kod razgovora o ishodima liječenja može se donekle vidjeti raznolikost u stavovima različitih struka. Jedino se kirurzi isključivo izjašnjavaju kako krajnji ishod uključuje i operativnu promjenu spola. Ostali stručnjaci, izuzev psihijatar, se uglavnom usmjeravaju na ostvarenje psihološke dobrobiti transseksualnih osoba, ali ne isključuju mogućnost operativne promjene spola.

Usklađivanje psihičkog i fizičkog spola. Potpuno? Da. – Kirurg 2

Vjerujem da je mnogima cilj, s obzirom da imaju loš osjećaj u svom spolu, da probaju živjeti s onim kako oni osjećaju, a to je drugi spol. – Psiholog 1

Ja sam sklon tome da prihvatimo njegovu želju, a da kažem da još uvijek ne znam zašto je i kako moguće da on uz sav ovaj somatski dio koji je adekvatan ipak želi nešto drugo i nije pritom poremećena osoba. Tako da onda treba udovoljiti njegovoj želji. – Endokrinolog 1

Psihijatri su više orijentirani na prihvaćanje problema i stanja u kojem se osoba nalazi te da se kroz to prihvaćanje smanji osobna patnja. Kod psihijatar, kad se govori o ishodima liječenja, vidi se fokus na kognitivni aspekt rješavanja problema odnosno fokusiraju se na, prema njima, psihološki aspekt transseksualnosti što je i u skladu s njihovim mišljenjem da se radi o primarno psihičkom poremećaju. To ne implicira da psihijatri smatraju da ne treba ili da su a priori protiv operativne promjene spola.

Pa neka vrsta izmirenja sa sobom. Pa kad se ja negdje nađem na tom terenu s pacijentom, čisto da malo banaliziram i krajnje reduciram, ja bih rekao da mu želim pomoći da razumije kad se osjeća više muškarcem, a kad više ženom. Pa da na temelju toga malo razumije kako njegov um kreira identitet. Malo da upoznaju um pa da vide. Nekako kroz ovo kad se obrane malo preslože pa možda manje rigidno moraju koristiti tako jednu radikalnu obranu, to je neka vrsta disocijativnog „switchanja“ identiteta. Pa kad se malo presloži možda malo manje moraju to koristiti. – Psihijatar 1

Ishod liječenja trebao bi biti upoznavanje sebe i prihvaćanje. Možda je to ekspresija nekih obrana od nečeg drugog s čime se ne znaju nositi pa im treba pomoći oko toga i vidjeti što je to što ih tjera na takve potrebe. – Psihijatar 2

Ne mislim da je posao psihijatra da izvodi osobu na tzv. pravi put ili nešto što si on misli kako bi se osoba trebala osjećati vezano uz rodnu ulogu. Pretpostavljam da čovjek dolazi s nekom

patnjom, da mu se smanji ta patnja, smanji stigma, da nekako nauči prihvatiti što treba prihvatiti. – Psihijatar 3

Dosadašnje iskustvo s transseksualnim osobama

Sudionici istraživanja uglavnom nemaju iskustva u radu s transseksualnim osobama. Oni koji imaju, a to su jedino kirurzi, jedan endokrinolog i jedan liječnik obiteljske medicine opet navode svega jedan ili dva slučaja. Ostali, endokrinolog i liječnik obiteljske medicine navode kako su postupili kako su najbolje znali, ali vidljiv je nedostatak znanja o konkretnim koracima koje bi trebalo poduzeti kad se javi transseksualna osoba.

Imala sam iskustvo i s muškom osobom koja je htjela postati žena i obratno. to je rijetko i pojma nisam imala, ja sad imam puno godina i u međuvremenu sam shvatila da nitko drugi ne zna ništa puno više od mene. – Endokrinolog 2

Nema tu nikakvih preferencijalnih stavova i negativnih stavova. Meni je to u to vrijeme bilo toliko zanimljivo da ja u biti pacijenta nisam promatrao kao osobu nego kao osobu na kojoj ćemo napraviti operaciju. To je to. Ovo ostalo me uopće ne zanima. Bilo mi je intrigantno i zanimljivo.. – Kirurg 1

Iz mog iskustva, iz mog rada u ovoj ambulanti trenutno imam kontakt s takvom jednom osobom koja se definirala u tom smislu, koja je započela određeni postupak promjene svog spolnog identiteta. Učinio sam sve što je pacijent tražio. Sve što sam mogao učiniti u dijagnostičkoj obradi. Isto tako neke dijagnoze nisam direktno pisao na uputnicu nego bih nešto slično napisao tako da ne stigmatiziram osobu kad ide u dijagnostički proces. – Liječnik obiteljske medicine 1

Sa sudionicima koji do sada nisu imali iskustava razgovarali smo o tome što bi učinili kad bi im se javila transseksualna osoba za pomoć. Stručnjaci uglavnom izvještavaju da bi, unatoč slabom znanju, pokušali dati osobi podršku te je uputiti nekome tko je, prema njihovim riječima, specijaliziran za rad s transseksualnim osobama. Samo je jedan sudionik (kirurg) naveo da ne bi radio s transseksualnom osobom.

S obzirom na ta iskustva s tim pacijentima koji su napravili suicid zapravo smatram da sam sudjelovao u nečemu protuprirodnom jer kao deklarirani vjernik smatram da sam radio nešto protiv. Bog ima svoje ideje kako s nama upravlja. I jednostavno sad na to gledam zrelije i

smatram da sam sudjelovao u nečemu što je dovelo do nečije smrti. Ja nisam za to odgovoran direktno ali indirektno jesam. – Kirurg 1

Ja bih pokušala na onoj ljudskoj razini porazgovarati onoliko koliko ja mogu. Kako su moja znanja u tretmanu opskurna onda se ne bih..., ali na ljudskoj, čisto kao podrška da to ne dožive kao tragediju da im daš nekakvu snagu, potporu da se probaju u toj ulozi snaći i funkcionirati što bolje. – Liječnik obiteljske medicine 2

Pitala bih koja su joj očekivanja od mene i od terapija, šta želi, tako da ovisi, ako bi problem bio neki iz života, ako nema striktno s transseksualnošću onda bi takvu osobu uzela u terapiju, a ako je tema transseksualnost onda bih ju uputila nekom tko je baš specijaliziran za rad s transseksualnim osobama, netko od psihologa za kog ja znam da puno više o tome znaju i da se s time bave, mislim da je to bolje. – Psiholog 1

Etiologija poremećaja

U sklopu pitanja o etiologiji poremećaja intervju se fokusirao na to kako poremećaj nastaje, kada nastaje te u kojoj se dobi pojavljuje. Ovisno o odgovoru tražilo se i pojašnjenje o tome koji su biološki, psihološki odnosno socijalni uzročnici nastanka poremećaja i koji je njihov udio.

Neki stručnjaci su se odmah ogradili da ne znaju kako bi opisali etiologiju transseksualnosti i uglavnom su govorili sa zadržkom te nagađali.

Ne znam. Ama baš ne znam ništa. – Endokrinolog 2

Zapravo ne znam, to je najjednostaviji odgovor. Ne bih htjela nikoga povrijediti svojim odgovorom. Čujte, ja mislim da je to pitanje neke neurokemije i neke hormonalne priče, da nije toliko pitanje odgoja ili ne znam čega što bi onda usmjerilo u tom smislu. Rođen si takav. Koliko ja znam, te spolnosti, te faze se u nekom ranom životnom dobu počinju iskazivati, samo ne znam o utjecaju okoline, odgoja, pojmova na formiranje te što onda može donekle promijeniti. – Liječnik obiteljske medicine 2

Precjenjujete moja znanja. Ja mislim da je kemija strašno moćna. Bilo kakav poremećaj u kemiji može dovesti do svakakvih poremećaja i na fizičkom i na psihičkom planu. I to još uvijek nije dovoljno istraženo, ali i hormoni...nekakva kemija definitivno je u pitanju. Ja mislim još i prije rođenja. – Psiholog 3

Ostali sudionici su imali određenu ideju o etiologiji transseksualnosti protežući se od isključivo psihološkog poremećaja do usmjerenja na genetiku i biološku podlogu. Za vrijeme nastanka poremećaja izjašnjavaju se kako smatraju da počinje već u trudnoći ili ranom djetinjstvu.

Po meni je to duboki psihološki poremećaj. Ja razumijem da je to takva identifikacija i ja to zbilja mogu razumjeti. – Kirurg 1

Uzrok je determiniran trenutkom začeća te osobe. Kad se manifestira ja to ne mogu reći. I to vam nitko ne može reći zato što ljudi to u različito vrijeme odluče objaviti svijetu. To ne može nitko reći da dijete s 3 god nema poremećaj spolnog identiteta. Vjerojatno ga ima, ali ga nije svjesno ni ono ni okolina. Na to pitanje se ne može odgovoriti. – Kirurg 2

Mislim da bi bilo ipak to da je rođenjem to da je tu čista genetika. Da tu nema baš utjecaja sa strane. Poremećaj nastaje još za vrijeme trudnoće i sve ostalo se zbiva □promjene koje su tako definirane. Vidi se već u ranom djetinjstvu kad dijete se počinje i tako ponašati i oblačiti i zanimaju ga druge igre u odnosu na vršnjake i slično. – Liječnik obiteljske medicine 1

Ja bih rekao da vrlo vjerojatno da nije jedan uzrok. Mislim da je tu čitava lepeza uzroka od nekih koji bi mogli biti vrlo biološki do nekih koji se tiču razvojnih problema. Mislim da kod pojedinih osoba dominira jedno ili drugo, ali nikad nije isključenost. – Psihijatar 1

Sigurno postoji neka biološka podloga. Genetski uzrok sigurno postoji, ali je pitanje fenotipa tj. hoće li se ispoljiti i neki hormonalni utjecaj. A to ovisi o psihološkim čimbenicima – od njih možda rani psihomotorni i emocionalni razvoj. Ne znam točno što od čimbenika. Rani „attachment“ . Podjednaku važnost imaju biološki i psihološki. – Psihijatar 2

Ne znam, to nisu još ni otkrili ja mislim, ali sigurno da mislim da tu biologija ima veze, sama trudnoća i biokemijski hormoni, razina hormona i ostalo mislim građa mozga, sve što utječe na razvoj spolnosti u organizmu. Ono što sam ja čula o tim ljudima, neki iskaz takvih ljudi, neki kažu da se kod nekih vidi već rano već oko 3-4 godine, ali da oni postanu svjesni, da su oni svjesni otkad znaju za sebe da su svjesni o tome. – Psiholog 1

Liječenje poremećaja

U ovom dijelu intervjua razgovor se usmjerio na mišljenje o tijeku liječenja poremećaja. Prvo pitanje se odnosilo na to tko bi uopće trebao dijagnosticirati poremećaj. Svi

stručnjaci smatraju kako bi dijagnozu poremećaja trebao postaviti endokrinolog ili netko od stručnjaka iz područja psihologije ili psihijatrije.

Mislím da je to endokrinolog, da nema tko drugi. – Endokrinolog 1

Mislím neka psiho struka, ili psihijatar ili psiholozi jer po definiciji to su ljudi koji nemaju endokrinološki poremećaj. Imate problema sa samim sobom ako vam hormoni krivo rade. Ne samo po spolu nego i po nekim drugim stvarima. A ovo mi se čini da je po definiciji to tako da nemaš tu što ispravljati. – Endokrinolog 2

Psihijatar prvenstveno. – Kirurg 1

Mislím da bi somatski doktor trebao biti uključen. To je recimo endokrinolog. – Psihijatar 3

U manjini su stručnjaci koji se odmah opredjeljuju za multidisciplinarni pristup pri postavljanju dijagnoze (dva liječnika obiteljske medicine, psiholog i psihijatar). No, također prvenstveno spominju endokrinologe, psihijatre i psihologe kao primarne postavljache dijagnoze transseksualnosti.

Grupa stručnjaka bi trebala odrediti poremećaj – psiholog, psihijatar, ginekološki pregled, urološki pregled, endokrinolog. – Liječnik obiteljske medicine 1

U svakom slučaju bi to moralo biti multidisciplinarno. Može krenuti od mene prema endokrinologu, psihijatru, urologu, ginekologu. Dakle, nekakav multidisciplinarni pristup mora biti. – Liječnik obiteljske medicine 3

Ovaj poremećaj treba dijagnosticirati tim stručnjaka (androlog, ginekolog, psiholog, psihijatar i netko sociološke struke jer se ove osobe moraju nositi s novim identitetom u sredini). Ne samo somatičari. – Psihijatar 2

Endokrinolozi, psiholozi, ali to ide zajedno s psihijatrima, mislím da zajedno donose dijagnozu i to je to za početak. Ako se ne pokaže indikacija da možda još nešto treba, možda neurologa, ali nisam sigurna. – Psiholog 1

Oko tijeka liječenja ponovno dolazi do nesigurnosti u odgovorima među većinom stručnjaka kao i kod pitanja tko bi trebao voditi pacijenta, odnosno tko odlučuje o tijeku liječenja. Nekoliko izuzetaka ima jasan stav o tome tko bi trebao voditi pacijenta (endokrinolog, kirurzi, liječnik obiteljske medicine). Ono u čemu su složni svi stručnjaci jest to da bi cjelokupno liječenje trebalo biti timski odrađeno.

Zna se da mora postojati šef i da šef mora biti endokrinolog. – Endokrinolog 1

Svakako bi obiteljski liječnik trebao voditi pacijenta, on bi trebao biti podrška jer mi moramo shvatiti kad pošaljemo pacijenta negdje u bolnicu znači u specijalizacijski dio, tu imamo jako puno tzv. kolateralnih pregleda koji će razvodniti to sve i svatko će se fokusirati na nešto. –

Liječnik obiteljske medicine 1

Definitivno mora biti interdisciplinarno, a tko bi bio nekako voditelj tima je manje bitno, to je tehničko pitanje. To može biti psiholog ili psihijatar koji koordinira sve ove ostale. –

Psihijatar 1

O dužini liječenja stručnjaci su složni da je dugotrajno i traje minimalno godinu dana, dok neki misle da je moguće doživotno trajanje liječenja.

Liječenje traje sigurno od par mjeseci do par godina. Sad koliko je tko imao sreće u cijeloj priči i novaca to je drugi par cipela po meni, ali mislim da ispod godinu to ne može završiti. –

Liječnik obiteljske medicine 1

To bi negdje bilo dvije godine. – Liječnik obiteljske medicine 3

Nekoliko godina. Mislim da i nakon promjene spola osobi, ako dođe do toga kirurškim zahvatom, da to osim što je to tjelesno zahtjevna operacija i ima faze i hormonalne tako da to sigurno traje dugo. Mislim da nakon toga treba čovjeka pratiti terapijski. Bar tri do pet godina. – Psiholog 1

Kod još jednog pitanja vezanog uz liječenje transseksualnih osoba stručnjaci u bili podijeljeni ili nisu znali odgovoriti. To je pitanje o mišljenju kome je lakše, muškarcima koji ulaze u tranziciju promjene spola u ženski ili obratno. Jokić-Begić i sur. (2008) navode kako postoje dvije skupine transseksualnih osoba – one koje prolaze proces tranzicije iz ženskog u muško, čime postaju transseksualni muškarci (ŽuM), te one koje iz muškog spola prelaze u ženski pa postaju transseksualne žene (MuŽ). Pitanje je ciljano na to kome je lakše u terminima prilagodbe na novu situaciju, tranzicije, partnerstva, društva i općenito života u novom spolu. Oni stručnjaci koji su se izjasnili po ovom pitanju vjeruju da je tranzicija MuŽ puno jednostavnija i lakša kada govorimo o kirurškom aspektu tranzicije (rekonstrukcija spolnih organa). Kad se odmaknemo od čisto operativnih elemenata tranzicije, tada neki smatraju da je lakša tranzicija ŽuM.

Puno je jednostavnije napraviti prelazak muškarca u ženu kirurški. Sociološki, socijalno, to je očito obrnuto, puno pametnije jer će bolje proći. Psihološki ovisi što je njemu, je li lakše psihološki muškarca pretvoriti u ženu ili ženu u muškarca, to stvarno ne znam. – Endokrinolog 1

To ne može nitko reći. Nije nitko imao jedan i drugi poremećaj pa da može reći što mu je bilo lakše. – Kirurg 2

Mislim da je ŽuM lakše jer ovi drugi, MuŽ, neće moći nikada zadovoljiti biološku ulogu majke koju će željom da budu žena sigurno i morati osjetiti jer je to dio identiteta žene. ŽuM mogu biti roditelj, ali nikada neće htjeti biti majka, a otac mogu biti. Isto tako MuŽ će se suočavati s pitanjima o toj ulozi od strane okoline. Takva osoba ne može biti kompletna jer nije postala majka. – Psihijatar 2

Razgovarajući o liječenju, kao što je spomenuto ranije, upitali smo stručnjake o potencijalnoj vlastitoj ulozi u liječenju transseksualnih osoba. Točnije, nakon što su sudionici nabrojali sve stručnjake za koje smatraju da bi trebali biti uključeni u liječenje transseksualnih osoba, za svakog od spomenutih stručnjaka koji su ujedno i zahvaćeni ovim istraživanjem su upitani koja bi bila njihova uloga u liječenju, odnosno zašto bi ili ne bi bili uključeni, kada bi bili uključeni i jesu li im prihvatljivi neki postupci koje bi određeni stručnjak trebao napraviti tokom liječenja. Nakon toga su upitani i za ostale struke koje eventualno nisu spomenuli, a od interesa su u ovom istraživanju.

Liječnici obiteljske medicine

Uz pitanje uloge liječnika obiteljske medicine, upitali smo sudionike kome bi prvo liječnici obiteljske medicine trebali uputiti transseksualnu osobu te je li im prihvatljivo da sama transseksualna osoba određuje smjer liječenja. Zanimljivo je da, osim liječnika obiteljske medicine, niti jedan stručnjak nije u startu spomenuo tu struku kao dio tima u tretmanu transseksualaca, nego tek kad bi ih se upitalo imaju li i oni kakvu ulogu i tada uglavnom ističu njihovu važnost. Svi su se složili da liječnici obiteljske medicine imaju ulogu u liječenju, ali u određenoj mjeri – kirurzi smatraju da služe samo za pisanje uputnica dok ostali vide u liječnicima obiteljske medicine savjetodavnu i konzultativnu ulogu te osobu od velikog značaja budući da su oni prvi s kojima bi transseksualna osoba trebala stupiti u kontakt. Očekivano, liječnici obiteljske medicine najdetaljnije opisuju svoju ulogu i pridaju si veću važnost u tretmanu nego što to ostali stručnjaci misle.

Kao u svemu, ne smije ih se preskočiti. Oni su s ljudima svaki dan. – Endokrinolog 2

Što i inače. Piše uputnice, da budemo jasni. Doktor obiteljske medicine bi ga trebao voditi. Trebao bi svakog pacijenta, ali to kod nas ne funkcionira. – Kirurg 2

Ako ćemo se na liječnika obiteljske bazirati onda mora biti sveobuhvatna, ne može biti parcijalna – nisam ja samo pisac uputnica kako nas žele prikazati specijalisti iz bolnica jer su oni uzeli alat u ruke – nisu viši i jači od nas – jedino ja poznajem svog pacijenta u potpunosti. – Liječnik obiteljske medicine 1

Kad vam netko dođe sa takvim definiranim stavom, onda je prvi odgovor jedna nelagoda jel, što ćeš ti meni govoriti što ću ti ja dati. Ali kad malo zagrebeti po površini onda vidite da je to jedan problem koji on ili ona na taj način želi riješiti, i ako vidim da bi to moglo uistinu biti korisno ja bih čak pristala na to iako u pravilu ne volim da mi se dirigira, ali tu bih čak možda i popustila. Nisam doma i ne bih htjela nikoga zakinuti i ne omogućiti mu maksimum. – Liječnik obiteljske medicine 2

Ja bih trebala biti netko tko njih sve povezuje. Netko tko je komunikacijski centar neke vrste jer za sve to treba ipak nekako uigrati nekako imati u vidu neke konzultante tako da ja nemam tu veliku medicinsku ulogu osim u organizacijskom smislu. Mislim da vrlo malo mogu savjetovati pacijenta što se tiče preporučenih lijekova. – Liječnik obiteljske medicine 3

Prvo i osnovno, prva instanca je doktor obiteljske medicine. – Psiholog 3

Endokrinolozi

Kod endokrinologa se prvenstveno razgovaralo o prihvatljivosti endokrinološkog tretmana i rizicima koje bi tretman mogao ostvariti na osobi. U ovom dijelu razgovora očekivano su se endokrinolozi najbolje snalazili i baratali su s najviše informacija. Mogli su preciznije od ostalih specificirati pozitivne i negativne strane endokrinološkog tretmana. Od toga na koji način bi se trebalo pristupiti u tretmanu, kada krenuti i tko bi sve trebao biti uključen u endokrinološki tretman.

Prihvatljivo mi je sve kad znam zašto to rade. Mislim da bi manje više trebali biti u početku da se ne dogodi da se propusti vidjeti neki stvarni endokrinološki poremećaj. Da jednostavno se malo to sve skupa posloži, jesi li biološki dobro ili kako si uopće biološki, a onda ćemo dalje razmišljati. – Endokrinolog 2

Ostale struke imaju različita mišljenja o prihvatljivosti i rizicima endokrinološkog tretmana. Ostavljen je općenito negativan dojam u smislu da bi rizici mogli prelaziti i dobrobiti, ali niti jedan odgovor nije dan sa sigurnošću. Općenito sudionici smatraju da bi s endokrinološkim tretmanom trebalo započeti sa završetkom adolescencije. Kirurzi su ponovno iznimka jer oni sa sigurnošću tvrde kako njihov rad nije ni moguć bez endokrinološkog tretmana.

Mora se. Endokrinološki tretman donosi neki rizik koji će se vidjeti kroz određeno razdoblje.
– Kirurg 1

Bez njega ne možete ništa raditi, treba vidjeti kakav je status, imamo li tu osobu koja ima možda neki poremećaj, neki hipogonadizam, da se već u startu događa nešto, je li nešto već propušteno u toku rasta i razvoja pa da se može na neki način nekom korekcijom osobi pomoći. Odmah ih treba uključiti. - Liječnik obiteljske medicine 1

Prihvatljiva mi je ideja endokrinološkog tretmana. O tome malo znam, ali sam siguran da postoje rizici. Po mom mišljenju nikako prije ove neke postadolescencije. Danas se to razvuče na 25-30. – Psihijatar 1

Kirurzi

Slično kao kod endokrinologa, i kod razgovora o djelatnosti kirurga u tretmanu transseksualnih osoba prvo se razgovaralo o prihvatljivosti ideje operativne promjene spola i o rizicima operativnih zahvata. Osim jednog kirurga, svi se slažu da postoje relativno veliki rizici, kao i kod drugih operacija, ali također svi smatraju da je operativna promjena opravdana ako je osoba već krenula u proces tranzicije kao neki završni element.

Operacija kao i svaka druga. Stravični su rizici. Svaka operacija je rizik. Jer ako se operacija radi u uvjetima kontroliranog rizika onda je to prihvatljiv rizik na koji pacijent mora pristati.
– Kirurg 1

Ja to priznajem kao poremećaj tako da smatram da se treba čovjeku pomoći koliko god medicina može pomoći. Kao i bilo koja druga operacija. Dakle, ne vidim tu nikakve posebne rizike sa kirurške strane. – Kirurg 2

Pa rizik određen postoji, čim počnemo dodavati androgene ili estrogene, svejedno, uvijek je to sa određenim rizikom. – Endokrinolog 1

Meni osobno baš i nije prihvatljiva ideja promjene spola tako da meni osobno nije prihvatljivo, ali moje osobno mišljenje je nevažno u kontekstu, a to mislim svatko mora vidjeti koliko je to njemu prihvatljivo za njegov osobni život. Veliki su rizici i nepovratno je. – Psiholog 1

Osim prihvatljivosti operativne promjene spola, upitali smo stručnjake koji bi, po njihovom mišljenju, trebali biti preduvjeti koji bi trebali biti zadovoljeni prije nego se osobu uputi na operativni zahvat te koju dob smatraju da je najprihvatljivija za takav zahvat. Sudionici se uglavnom slažu da treba postojati odgovarajuća psihijatrijska procjena da se radi o transeksualnoj osobi da bi ona uopće postala kandidat za operativnu promjenu spola, mada neki nisu sigurni ili ne znaju (endokrinolog). Također se orijentiraju na određenu razinu psihološke stabilnosti i to dovode u vezu sa starosti osobe koja nastupa nakon 20. godine života.

U dobi iznad 20 godina kad je osoba sposobna uloviti se u koštac s puno problema. Tad si psihički i fizički naj fit za to. – Liječnik obiteljske medicine 3

Da zadovoljava ova prva uvjeta, a to su psihološki, odnosno psihijatrijski i endokrini. – Kirurg 1

Vani postoje kriterij. Kao 2 godine moraju živjeti kao suprotan spol, ali ne znam sad to točno. – Kirurg 2

Od kompletne procjene pacijenta, psiholog, psihijatar, potpunog endokrinološkog statusa, plus ginekološki pregled, ultrazvučni pregled, što trebamo obraditi sa strane urologa i završna riječ. Možda kad jednostavno se završi rast i razvoj, možda s 20 godina, mislim da prije ne bih, mislim da ta osoba treba biti upoznata sa svime tako da možda poraditi s osobom, vidjeti s njom u mlađoj dobi je li to baš tako ili nešto što treba mijenjati. – Liječnik obiteljske medicine 1

Mislim da operativni zahvat bez endokrinološke obrade se ne radi, mislim da nije ok bez toga, da mora ići paralelno. Više stručnjaka treba biti uključeno pa onda valjda i kirurg ukoliko se osoba odluči za operativni zahvat isto od početka. – Psiholog 3

Pitanje koje je najviše negativnih odgovora potaknulo je mišljenje o očuvanju reproduktivnih sposobnosti transeksualnih osoba. Nitko od sudionika se ne slaže s tom

opcijom. Većina ih niti ne razumije isprve na što se u ovom slučaju misli, ali i nakon pojašnjavanja im je ta ideja odbojna.

Mislim znate, meni je to vrlo novi svijet. Mene takve stvari stvarno užasavaju. To je tako manipulativno – Endokrinolog 2

Ja mislim da to nema smisla. Ako se identificira kao suprotni spol šta će mu reproduktivni organi od kontra spola. Dakle, moje mišljenje je da tranzicija treba biti potpuna. – Kirurg 2

Ako je žena odlučila biti muškarac i poduzela je sve, čemu joj ostaviti maternicu, što će ona s njom, to joj je nepotreban organ, ona je muškarac. Jajnike pogotovo. To je čista glupost. Tako da mislim da tu kad se nešto radi da se treba to pošteno odraditi. Ili si jedno ili si drugo. – Liječnik obiteljske medicine 3

Što se očuvanja reproduktivnih funkcija tiče, to nikako ne bih dozvolila. – Psihijatar 2

To mi nije stvarno, nije prihvatljivo. To mi je ono pod protuprirodno, neprihvatljivo i igranje sa stvarima s kojima se ljudi ne bi trebali igrati. – Psiholog 1

Još jedno kontroverzno pitanje koje smo postavili, a tiče se i endokrinološkog tretmana i operativne promjene spola, je to trebaju li ti postupci biti pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranjem i zašto. Stručnjaci su donekle podijeljeni po tom pitanju argumentirajući da ako se ostali tretmani pokrivaju obaveznim zdravstvenim osiguranjem da ne vide razloga zašto ne bi i tretmani koje trebaju transseksualne osobe, naspram onih koji na situaciju gledaju kroz to da se danas ne financiraju i neki drugi zahvati pa da zašto bi se onda financirali ovi.

Apsolutno, kao i sve drugo. – Endokrinolog 1

Pa kad bi bilo love mislim da bi im trebalo to platiti. Terapija je vrlo dvojben. – Endokrinolog 3

Nikako HZZO. Kao prvo HZZO neće sada plaćati to kad se izdvoji iz riznice jer neće moći platiti jer nema love za takve gluposti. – Kirurg 1

Dao bih da cjelokupno bude pokriveno zdravstvenim osiguranjem. – Liječnik obiteljske medicine 1

Ako je to to treba zdravstveno pokriti. – Psihijatar 1

Dala bih da se rade osnovne operacije na teret države, ali ne sve. Ne znam koji minimum bi to trebao biti, ali nešto je nužno, a nešto i nije, npr. konstrukcija dojki nije nužna koliko promjena spolovila. Osnovna transformacija da, ostalo ne na teret HZZO-a. – Psihijatar 2

Meni to zvuči kao manipulacija čisto da se stavlja u rang s drugim operacijama. To nije tako po meni. Obzirom da ja osobno nisam za opće puštanje ljudi u takvu operaciju, osobno uopće ne bih ni došla do teme da još netko to mora platiti. Ali ako društvo prihvati da se takve operacije trebaju raditi onda nek se financira djelomično ili potpuno. Ako to netko radi, a nema nikakvih medicinskih indikacija za to onda mislim ne bih ja to nazvala luksuz, nego bi to onda bilo samo zato što netko ima neku ideju u glavi, onda bi to bilo potpuno medicinski neopravdano. Iz perspektive transseksualne osobe takve operacije su nužne za normalan život. - Psiholog 1

Psiholozi i psihijatri

Pri kraju razgovora o liječenju poremećaja upitali smo stručnjake i o ulozi psihologa i psihijatara u tretmanu transseksualnih osoba te u kojoj fazi liječenja bi trebali biti uključeni. Uglavnom su stručnjaci njihovu ulogu izjednačavali u smislu da te obje struke sudjeluju kroz pružanje psihološke pomoći te u dijagnostici i evaluaciji poremećaja. Jedino su upravo psiholozi i psihijatri bili precizniji o svojoj ulozi i davali su šire odgovore o svom potencijalnom radu s transseksualcima.

Važni svakako za procjenu i psihoterapiju i uključiti ih treba odmah. Praćenje i psihoterapija je također uloga psihijatra, nošenje s tranzicijom. – Psihijatar 2

Mislim da psihijatar koji je i psihoterapeut ima istu ulogu kao i psiholog, s tim da ako ima potrebe za lijekovima može biti komorbiditet nekog drugog poremećaja, mislim da on tu može odigrati ulogu s farmakoterapijom, ali isto oni koji su educirani za psihoterapeute rade isto što i psiholozi. Isto kao i psiholog od početka do kraja bi bio uključen. – Psiholog 1

Ovisi o tom osjećaju nelagode koliko je to izraženo od samog početka ili kasnije ili nakon nekakve tranzicije, o tome ovisi kad bih ih uključila. – Psiholog 3

Administrativna promjena spola

Za kraj intervjua predviđeno vrijeme je bilo za razgovor o temi administrativne promjene spola, odnosno promjene imena u dokumentima. Pitanje je postavljeno na način da su sudionici trebali pretpostaviti da rade u Ministarstvu na izradi novog pravilnika o

transseksualnim osobama. Sudionici istraživanja su imali poteškoća u izjašnjavanju o tome kada bi dopustili administrativne promjene jer su uzimali u obzir dugotrajan proces tranzicije. Oni koji su se mogli odlučiti izabrali su da taj trenutak bude nakon, po njima, završetka tranzicije, a to je operativna promjena spola. No, neki (psihijatar, liječnik obiteljske medicine) smatraju da bi administrativnu promjenu trebalo iskoristiti kao oblik podrške transseksualnoj osobi u tranziciji te bi je stoga dopustili već na početku tranzicije.

Nakon završenog kompletnog tretmana. Znači nakon operacije. – Kirurg 1

Po meni bi trebalo da ste na početku jedan spol, kada počnete tranziciju ste taj neopredjeljeni spol i kada završite sve u onaj spol koji ste htjeli. – Kirurg 2

Dopustio bih administrativnu promjenu spola kad se završi kompletna obrada i kad se završi kompletno liječenje, nakon operativnog zahvata. – Liječnik obiteljske medicine 1

Mislim da je to već nešto što bi se moglo u onih prvih šest mjeseci hodograma ostvariti. Već kad je odmakao u psihološkom i psihijatrijskom tretmanu, tu je već vidljivo nakon šest mjeseci. I tu treba dati ljudima mogućnost da promijene ime jer je i to vrsta podrške. – Liječnik obiteljske medicine 3

Što se promjene imena tiče, ne znam puno, ali mi ima smisla da to bude prije tranzicije jer će tijekom tranzicije doživljavati neugodnosti. – Psihijatar

5. RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati znanja i stavove stručnjaka koji bi trebali biti uključeni u rad s transseksualnim osobama i time je dobiven širi spektar informacija o znanjima i stavovima liječnika i psihologa. Radi se o prvom istraživanju stavova hrvatskih stručnjaka o transseksualnosti, te je stoga odabrana kvalitativna metodologija.

Temeljni rezultat provedenog istraživanja je da u Hrvatskoj stručnjaci gotovo da i nemaju iskustva rada s transseksualnim osobama, te isto tako nemaju niti potrebnih znanja za rad s njima. Razlog tome bi mogla biti niska prevalencija ovog poremećaja u populaciji, ali i nedostatak stjecanja znanja o poremećaju tijekom formalnog obrazovanja. Na transseksualnost se kod nas gleda uglavnom kao na psihijatrijski poremećaj, te nema organizirane skrbi niti prihvaćenih standarda dijagnostike i tretmana ovog poremećaja (Jokić-Begić, 2008). Kada bi se kod nas transseksualna osoba obratila za pomoć susrela bi se s

nizom predrasuda i krivih uvjerenja stručnjaka. Ne bi se znalo ni tko vodi čitav proces, ni od čega se sastoji tretman niti tko ga pruža. Stručnjaci koji bi trebali sudjelovati u skrbi za transseksualne osobe nisu upućeni u postupke skrbi za transseksualne osobe. Iz toga proizlazi zaključak da bi u hipotetskoj situaciji obraćanja transseksualne osobe za pomoć, smjer tretmana uvelike ovisio o tome kojem se stručnjaku osoba obratila. Nameće se pitanje kvalificiranosti stručnjaka za adekvatnu brigu o ovim pacijentima i čini se kako prostora za unapređenje postoji na nekoliko područja. Primarno, očita je potreba za edukacijom postojećih, ali i budućih stručnjaka koji rade i koji će raditi s transseksualcima. Neugodne posljedice koje mnoge transseksualne osobe dožive mogu biti ozbiljne zbog neodgovarajućeg pristupa koji može rezultirati stigmatizacijom, niskim samopoštovanjem i/ili povećanim rizikom za suicid. Rezultati provedenog istraživanja govore o nužnosti uključivanja sadržaja o varijacijama rodnog identiteta, te fenomenu transseksualnosti u formalno obrazovanje, kako na studijima medicine tako i na studijima psihologije. Osim toga, za postojeće stručnjake treba organizirati različite oblike radionica i seminara, jer je potpuno izvjesno da će se daljnjom modernizacijom društva sve više transseksualnih osoba obraćati po pomoć Kreukels, Steensma i de Vries (2014) naglašavaju da bi za optimalan rezultat operativne promjene spola bila potrebna uska suradnja različitih stručnjaka. U zemljama zapadne Europe se već desetljećima organiziraju specijalizirani centri za rad s transseksualnim osobama, ali svejedno niti tamo stručnjaci nemaju dovoljno znanja pa pacijenti često ne prime adekvatnu skrb. Oko 30% transseksualnih osoba koji su pristupili kliničkom tretmanu smatraju da je to što pate od tog poremećaja imalo presudnu ulogu u tome kako će se stručnjaci odnositi prema njima. Taj nalaz je potvrdio i kvalitativni dio istraživanja u smislu da su rezultati ukazivali na neprimjeren odnos stručnjaka prema transseksualnim osobama u tretmanu (Whittle i sur., 2008). U posljednjih nekoliko desetljeća istraživanja su pokazala da su transseksualne osobe pod većim rizikom i od zlostavljanja i udaljavanja od javnog života što uključuje fizičke i verbalne napade, ali i seksualno zlostavljanje (Clements-Nolle, Marx i Kazz, 2006; Lombardi, 2001; Denny, Green i Cole, 2007; prema Kooy, 2010). Za većinu operiranih transseksualnih osoba operativna promjena spola je proces koji unaprjeđuje kvalitetu života (Jokić-Begić i sur., 2008). No, treba spomenuti da transseksualne osobe nakon operativne promjene spola također imaju značajno viši mortalitet, suicidalno ponašanje i morbiditet za druge psihičke poremećaje nego što je to u populaciji (Dhejne i sur., 2011). Stoga dodatne poteškoće predstavljaju slučajevi u kojima stručnjaci nemaju adekvatno znanje ili iskustva u radu s transseksualnim osobama, što je zapravo česta pojava. Zanimljiv je izvještaj jednog kirurga u ovom istraživanju koji kaže kako u formalnom obrazovanju nema informacija o

transseksualnosti i tvrdi da ni ostali kolege ne znaju ništa puno više o tome. No, jedini izještava da postoji timski način saznavanja informacija o problemu, u ovom slučaju o operativnoj promjeni spola, neposredno prije ulaska u takav projekt. Ovo je jedan pozitivni primjer iz prakse koji bi mogao biti temelj za formiranje specijaliziranih timova stručnjaka koji bi pokrili cjelokupni tretman potreban transseksualnoj osobi.

Kulturalna osjetljivost je nužna za pružanje adekvatne skrbi bilo kojoj manjinskoj populaciji (Maguen, Shipherd i Harris, 2005). Stoga je važno uzeti u obzir specifično kulturalno okruženje u kojem se nalaze transseksualne osobe u Hrvatskoj i individualni pristup svakom pacijentu iz razloga što se ne mogu standardi skrbi automatski primijeniti u bilo kojim uvjetima. U prvom istraživanju provedenom u Hrvatskoj na osobama koje su prošle kroz operativnu promjenu spola, rezultati su pokazali važnost individualnih faktora u psihosocijalnoj prilagodbi pojedine transseksualne osobe i to u hostilnom okruženju prema njima. Nalazi tog istraživanja potvrđuju biopsihosocijalni model i osnovne principe standarda skrbi što ističe važnost upravo kulturalno specifičnog pristupa (Jokić-Begić, Lauri Korajlija i Jurin, 2014). Ovo je istraživanje pokazalo da je stručnjacima u Hrvatskoj ideja promjene spola još relativno daleka i stoga bi mehaničko primjenjivanje standarda skrbi možda imalo i neželjene učinke. U svijetlu toga je zanimljiv stav kirurga u ovom istraživanju koji navodi kako ga je dosadašnje iskustvo operiranja transseksualnih osoba promijenilo u smislu da to više ne želi raditi s pozivanjem na priziv savjesti. U Republici Hrvatskoj sloboda savjesti i vjeroispovijedi te sloboda javnog očitovanja vjere ili drugog uvjerenja zajamčena je člankom 40. Ustava Republike Hrvatske. Pravo na priziv savjesti utvrđeno je nizom zakona iz područja zdravstva. Članak 20. Zakona o liječništvu (NN – 121/03 i 117/08) propisuje da se liječnik radi svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno uvjerenja ima pravo pozvati na priziv savjesti te odbiti provođenje dijagnostike, liječenja i rehabilitacije pacijenta, ako se to ne kosi s pravilima struke te ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta. Liječnik mora pacijenta pravodobno izvijestiti o svojoj odluci te ga uputiti drugom liječniku iste struke, a o pozivu na priziv savjesti dužan je izvijestiti i svog nadređenog ili poslodavca (Članak 20. Zakona o liječništvu, NN - 121/03 i 117/08).

Stručnjaci su nesigurni u pogledu dužine i trajanja tretmana jer je vidljiva određena nesigurnost, odnosno neznanje o tome da je tranzicija proces koji uključuje doživotni endokrinološki tretman. Takav nalaz je moguć ako su pod terminom liječenja sudionici shvatili da se radi o procesu tranzicije samo do završetka neke operativne promjene, ne računajući na naknadnu hormonsku terapiju ili eventualnu psihološku pomoć. Iako dio stručnjaka u Hrvatskoj vidi neke od tretmana u tranziciji transseksualne osobe kao visoko

rizične, prvenstveno operativnu promjenu i hormonske terapije, u istraživanju provedenom na preko 2000 pacijenata u 13 zemalja zaključeno je da je promjena spola bila generalno učinkovita u razriješenju spolne disforije i da pozitivni rezultati uvelike nadmašuju bilo kakve negativne posljedice tranzicije (Pfaffin i Junge, 1998; prema Whittle i sur., 2008).

Mnoge transeksualne osobe bi htjele imati djecu, odnosno zadržati reproduktivnu sposobnost i nakon tranzicije. Prema nedavno provedenom istraživanju, oko 54% ŽuM transeksualnih osoba ima želju za djecom, te izjavljuju kako bi razmišljali o zamrzavanju spolnih stanica da je takva mogućnost bila prisutna u trenutku operativne promjene spola (Wierckx i sur., 2011). Stručnjaci uključeni u skrb za transeksualne osobe bi stoga trebali s pacijentom razmotriti opcije koje više neće biti moguće ako osoba napravi tranziciju u potpunosti, čak i ako pacijent u početku nije zainteresiran za buduće roditeljstvo. No, rezultati našeg istraživanja govore da naši stručnjaci imaju izrazito negativan stav prema očuvanju reproduktivnih funkcija. Posebno osjetljivo pitanje je plaćanje tretmana i cjelokupne tranzicije. U istraživanju Whittlea i sur. (2008) dobiven je nalaz da je više od 25% transeksualnih osoba izvijestilo da im je odbijen tretman jer netko od stručnjaka nije odobravao promjenu spola. U svijetlu tog nalaza bi trebalo ispitati gdje se nalazi granica odobravanja postupaka u tretmanu kod stručnjaka u Hrvatskoj. Transgender EuroStudy (Whittle i sur., 2008) je pokazala da 79% sudionika istraživanja nije moglo dobiti plaćenu hormonsku terapiju, 82% nije moglo dobiti plaćenu minimalnu operativnu promjenu za život u željenom spolu dok je 52% samo odlučilo platiti operaciju iako su neki od njih imali ispodprosječna primanja. Pristup plaćenom tretmanu je očito značajna barijera u ulasku ili završavanju tranzicije i neka istraživanja pokazuju da države u kojima obavezno zdravstveno osiguranje ne pokriva tretman transeksualnih osoba imaju manju prevalenciju osoba koje uopće traže ulazak u tretman što bi moglo značiti da se neke osobe ne usuđuju niti krenuti u proces tranzicije zbog financijskih razloga (Gil i sur., 2006). Još jedno pitanje ostavljeno za raspravu je primjena zakonodavstva u Hrvatskoj po pitanju administrativne promjene spola. Transeksualne osobe imaju nedostatnu pravnu sigurnost u dva područja – promjena podataka u maticama rođenih te eventualnu promjenu osobnog imena (Korać Graovac, 2013). Donekle je uređen način upisa promjene spola u maticu rođenih osobe te promjena osobnog imena, no potonje na općenitoj razini. Postavlja se mnogo pitanja o administrativnoj promjeni spola. Prvo od njih je kada uopće dopustiti promjenu: prije, tokom ili nakon tranzicije. S jedne strane bi već prije tranzicije administrativna promjena mogla pomoći kao svojevrsan oblik podrške osobi da se osjeća bolje i lakše prilagodi životu u novom rodu. S druge strane, javlja se problem regulacije i postavljanja granica oko prava u vezi mijenjanja imena. Otvorena su

pitanja tipa: što ako osoba nakon jedne promjene imena poželi promijeniti ime natrag? Što ako je već završila tranziciju? Treba li uopće zadržati oznaku spola u dokumentima? Sve su to pitanja koja će se razmatrati u nadolazećem pravilniku o transseksualnim osobama, gdje će se, s nadom u informiranje svih uključenih ljudi, donijeti odluke koje će moći koristiti transseksualnim osobama i pomoću kojih će biti zaštićeni od dosadašnjih oblika diskriminacije.

Na kraju, preporučuje se provjeriti rezultate dobivene u ovom istraživanju na reprezentativnom uzorku, koristeći kvantitativnu metodu radi ekonomičnosti i potencijalne generalizacije rezultata. Iz rezultata istraživanja proizlaze praktične implikacije za specifičnu edukaciju stručnjaka i budućih stručnjaka pomagačkih struka te rad na oformljivanju stručnog tima za rad s transseksualnim osobama u Hrvatskoj.

Metodološki nedostaci i preporuke za daljnja istraživanja

Kako kvalitativna metodologija korištena u ovom istraživanju pruža dubinsku, ali relativno usku količinu informacija o pravom stanju mišljenja stručnjaka pri radu s transseksualnim osobama u Hrvatskoj, rezultati istraživanja bi se trebali koristiti kao smjernice za buduća kvantitativna istraživanja. Time bi se doskočilo regionalnom ograničenju istraživanja koje bi se moglo proširiti na cijelu državu te dugotrajnosti provođenja istraživanja.

6. ZAKLJUČAK

Na kraju iscrpne analize transkripata provedenih intervjua dobiveno je mnogo informacija o stavovima i mišljenju stručnjaka o tome kakvih iskustava imaju i kako vide rad s transseksualnim osobama. Rezultati nam ne daju za pravo odrediti da neki stručnjaci imaju generalno bolji pristup problemu od ostalih iako se na različitim temama razgovora mogla vidjeti veća sigurnost u davanju odgovora kod određenih stručnjaka. Govoreći o znanju, počevši već od definicije transseksualnosti pa do znanja o etiologiji tog poremećaja, vidljiv je

nedostatak u formalnoj edukaciji kod svih stručnjaka. Tome ne pomaže niti slaba zastupljenost teme na stručnim skupovima i konferencijama te se dobivanje znanja svodi na vlastitu proaktivnost stručnjaka, odnosno po potrebi ako se u praksi javi neki slučaj.

Iz nedostatka iskustva u radu s transseksualnim osobama i formalnog obrazovanja pa tako i iz osobnih uvjerenja proizlaze rezultati u kojima se vidi da i neki stručnjaci transseksualnost vide kao dominantno ili djelomično psihosocijalno uvjetovani poremećaj i stoga smatraju da bi ishod liječenja trebao biti psihološki odnosno psihijatrijski, ali ipak time ne isključuju mogućnost operativne promjene spola kao ishod liječenja. Etiološki, mišljenje stručnjaka o poremećaju se proteže od isključivo psihološkog do usmjeravanja na genetiku i biološku podlogu. Drugim riječima, iz toga proizlazi moguće usmjeravanje i uvjeravanje pacijenta da primarno potraži psihološku pomoć ako želi riješiti problem u kojem se nalazi. Manji dio rezultata ukazuje na pozitivnu sliku stanja u skrbi za transseksualne osobe, a ti rezultati se odnose na međusobno priznanje stručnjaka u radu i pristupu s transseksualnim osobama i svjesnost da je za optimalni pristup problemu potreban timski rad. No, i dalje vlada individualizirani pristup rješavanja problema u smislu da tretman osobe izgleda tako da u većini slučajeva osoba odlazi od stručnjaka do stručnjaka bez potpune integracije slučaja što dovodi do sporijeg i manje učinkovitog tretmana u cjelini. Kad uključimo i administrativnu promjenu spola u cijelu priču, obzirom na rezultate gdje su stručnjaci neodlučni treba li uopće dopustiti, a ako smatraju da bi trebalo onda nisu sigurni u kojem trenutku, još više dolazi do izražaja nedostatak integracije cjelokupne pomoći transseksualnoj osobi.

Problem financiranja troškova tranzicije ovisi o drugim faktorima jer uključuje financiranje na razini države i teško je donijeti zaključak ili preporuku kako pristupiti rješavanju tog problema.

7. LITERATURA

Agius, S., i Tobler, C. (2012). *Trans and intersex people. Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union.

American Psychiatric Association (APA), (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association

Begić, D. (2013a): *Psihoterapijski aspekti transseksualnosti*, u Begić, D. i Jokić-Begić, N. *Suvremeni pristup transseksualnosti*. Zagreb, Medicinska naklada.

- Begić, D. (2013b): Transseksualnost kao interdisciplinarni entitet, u Begić, D. i Jokić-Begić, N. *Suvremeni pristup transseksualnosti*. Zagreb, Medicinska naklada.
- Coolidge, F. L., Thede, L. L., i Young, S. E. (2002). The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics*, 32(4), 251-257.
- Davison, G. C. i Neale, J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko, Naklada Slap.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., ... i Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of sexual behavior*, 34(6), 679-690.
- de Vries, A. L., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. i Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Comparing adult and adolescent transsexuals: an MMPI-2 and MMPI-A study. *Psychiatry research*, 186(2), 414-418.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N. i Landen, M. (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *Plos ONE* 6(2), e16885. Doi:10.1371/journal.pone.0016885.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, New Series*, 196, 4286, 129-136.
- Gil, G., García A. T., Godás S., T., Halperin Rabinovich I., Puig Domingo M., Vidal Hagemeyer A. i Peri Nogués J. M. (2006). Estimation of prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism in Catalonia according to health care demand. *Actas Espanolas De Psiquiatria* 35(5), 295-302.
- Jokić-Begić, N., Lauri Korajlija, A. i Jurin, T. (2014). *Psychosocial Adjustment to Sex Reassignment Surgery: A Qualitative Examination and Personal Experiences of Six Transsexual Persons in Croatia*. Hindawi Publishing Corporation, *The Scientific world Journal*, 960745.
- Jokić-Begić, N. (2013): Biopsihosocijalni aspekt transseksualnosti, u Begić, D. i Jokić-Begić, N. *Suvremeni pristup transseksualnosti*. Zagreb, Medicinska naklada.
- Jokić-Begić, N. (2008). Psihosocijalne karakteristike transseksualnih osoba u Hrvatskoj. *Socijalna Psihijatrija*, 36(3), 116-124.
- Jokić-Begić, N., Babić Čikeš, A., Jurin, T., Lučev, E., Markanović, D., Ručević, S. (2008). Transseksualnost: Život u krivom tijelu? *Liječ Vjesn*, 130, 237-247.
- Kooy, R. E. (2010). *Knowledge and Attitudes Toward Trans Persons*. Humboldt State University, 2010.
- Korać Graovac, A. (2013): Pravni okvir promjene spola. u Begić, D. i Jokić-Begić, N. (2013). *Suvremeni pristup transseksualnosti*. Zagreb, Medicinska naklada.
- Kreukels, B. P. C., Steensma, T. D. i de Vries, A. L. C. (2014). *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development. Progress in Care and Knowledge*. New York: Springer.

- Kulick, D. (1999). Transgender and Language. A Review of the Literature and Suggestions for the Future. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 5(4), 605 – 622.
- Maguen, S., Shipherd, J.C. i Harris, H.N. (2005). Providing Culturally Sensitive Care for Transgender Patients. *Association for Advancement of Behavior Therapy, Cognitive and Behavioral Practice* 12, 479 – 490.
- Nakane, H. i Ozawa, H. (2005). Clinical features of outpatients of Nagasaki University Hospital and Gender Clinic. *Acta Medica Nagasakiensia*, 50(2), 67-72.
- Narodne Novine - 121/03 i 117/08, Članak 20. Zakona o liječništvu.
<http://narodne-novine.nn.hr/default.aspx>
- Nemoto T., Operario, D. i Keatley, J. (2005). Health and Social Services for Male-to-Female Transgender Persons of Color in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, 8, 5-19.
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH), (2012). **Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People.**
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A. i Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418-425.
- Strong, B., Yarber, W. L., Sayad, B. W. i DeVault, C. (2008) **Human Sexuality.** New York: McGraw-Hill.
- Vitale, A. (2005). Rethinking the gender identity disorder terminology in the *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders V*. Predstavljeno na HBIKDA konferenciji 2005, Bologna, Italija.
- Whittle, S., Turner, L., Combs, R. i Rhodes, S. (2008). **Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care.** ILGA-Europe.
- Wierckx, K., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P., T'Sjoen, G., Van Caenegem i E. Pennings, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27(2), 483–487.

8. PRILOG

Prilog 1. Detaljan vodič kroz intervju

A) Znanje o transseksualnosti

1. Znate li što je to transseksualnost? ***filter***
2. Radi li se prvenstveno o psihijatrijskom ili tjelesnom poremećaju?
3. Što mislite koji bi trebao biti ishod liječenja TS osoba? - pustiti ih da sami navode **za one koje znaju...**

1. Iz kojih ste izvora saznali informacije o TS (jeste li ih slučajno stekli ili ciljano tražili, educirali se i sl.)?
2. Jesu li im dobivene informacije bile korisne i jesu li ih do sada trebali koristiti i zašto?
3. Ako ste sami tražili, od kuda?, Je li vam bilo dovoljno?
4. Jesu li im dobivene informacije bile korisne i jesu li ih do sada trebali koristiti i zašto?

***filter* za one koji nisu znali ili su mislili pogrešno:**

(objasniti što je ako ne znaju ili misle krivo Vinjeta) (pročitati i dati im da istovremeno gledaju: Transseksualnost je poremećaj koji karakterizira trajan osjećaj nelagode i nepripadanja spolu u kojem je osoba rođena uz težnju da se živi i bude prihvaćena kao osoba suprotnog spola).

1. Sad kad sam vam dao ove informacije, koliko su vam bile poznate? Što ste od ovog znali, a što vam je potpuno novo?

B) Stjecanje znanja kroz formalno obrazovanje

1. Jeste li tijekom formalnog obrazovanja (na fakultetu ili specijalizaciji, poslijedipl) čuli ili dobili informaciju o TS?
 - na kojoj razini obrazovanja?
 - koje informacije?
 - smatrate li do dostatnim?
 - u okviru kojih kolegija?
2. Što mislite koliko vaši kolege znaju o ovom poremećaju?
3. Koliko se među vašim kolegama (iste specijalizacije) razgovara o tome – mislim npr. na konferencijama, stručnim skupovima i sl.?
- 4.

C) Dosadašnja iskustva s TS osobama

1. Jeste li ikada imali iskustvo rada s TS osobom tj., je li vam se ikada javila takva osoba po pomoć?
2. Možete li opisati što je bilo kako ste se osjećali, što ste poduzeli?
3. Biste li danas učinili nešto drugačije? Što?

D) Etiologija poremećaja

1. Što je po vama uzrok ovog poremećaja? Kako nastaje?
2. Što mislite kada ovaj poremećaj nastaje? U kojoj dobi se pojavljuje?
3. Što mislite koliko je udio kojeg od ovih čimbenika? (ovo pitanje samo ako kaže da je kombinacija bio, psiho, socijalnih čimbenika, odnosno bilo koja od kombinacija.
4. Koji su to biološki uzročnici, koji psihološki ili koji socijalni?

E) Liječenje poremećaja

1. Rekli ste da bi po vama ishod liječenja TS osoba trebao biti....(ponoviti ono što su već ranije rekli).
2. Tko bi trebao dijagnosticirati ovaj poremećaja? po potrebi napisati:
3. Po vašem mišljenju koji je tijek liječenja ovih osoba?
4. Tko bi po vama trebao biti uključen u liječenje? (tko sve....) – po potrebi napisati:

-
- Timski ili pojedinačno?
5. Tko po vašem mišljenju bi trebao voditi takvog pacijenta? Tko je glavni tijekom liječenja?
 6. Koliko dugo traje liječenje?
 7. Što mislite kome je lakše, MuŽ ili ŽuM?
 - prilagodba
 - tranzicija
 - život
 - partnerstvo
 - društvo
 8. Jeste li upoznati sa standardima skrbi za TS osobe? (od kuda i zašto)

Rekli ste da bi po vama trebali biti uključeni u liječenje ovih osoba (nabrojati što su oni gore rekli). I onda ići od jednog do drugog, ostavljajući za kraj one koje nisu spomenuli. i za koje onda pitamo – što mislite bi li oni trebali biti uključeni, zašto da, zašto ne i koja bi bila njihova uloga.

F) Kirurzi

1. Koliko je vama prihvatljiva ideja operativne promjene spola TS osoba?
2. Što mislite koji je rizik od operativnih zahvata? Prelaze li rizici dobrobit?
3. Što bi po vama trebali biti preduvjeti koji bi trebali biti zadovoljeni prije nego se osobu uputi na operativni zahvat?
4. U kojoj dobi mislite da je najprihvatljivije učiniti operativni zahvat?
5. Što mislite o očuvanju reproduktivnih sposobnosti TS osoba?
6. Bi li operativni zahvat TS osoba trebao biti pokriven obaveznim zdravstvenim osiguranjem? Zašto? Koje operacije, tj. kojih dijelova tijela?
7. Smatrate li da je takva operacija nužnost za normalan život ili nepotreban luksuz?

ZA KIRUGE

1. Da vam se javi TS osoba što biste vi sve učinili?
2. Smatrate li da imate dovoljno operativnih vještina za ovu problematiku? Ako da, gdje ste ih stekli?
3. Što bi po vama trebali biti preduvjeti koji bi trebali biti zadovoljeni prije nego pristanete na operativni zahvat?
4. S kim bi se konzultirali u procesu liječenja?
5. Koga prvo? Zašto?

G) Endokrinolozi

1. Koliko je vama prihvatljiva ideja endokrinološkog tretmana TS osoba?
2. Što mislite koji je rizik tretmana? Prelaze li rizici dobrobit?
3. U kojoj fazi liječenja bi endokrinolozi trebali biti uključeni?
4. Trebaju li sve TS osobe biti uključene u endokrinološki tretman?
5. U kojoj dobi mislite da je najprihvatljivije započeti s endokrinološkim tretmanom?
6. Bi li endokrinološki tretman TS osoba treba biti pokriven obaveznim zdravstvenim osiguranjem? Zašto?

H) Psiholozi

1. Što bi po vama bila uloga psihologa u liječenju TS osoba?
2. U kojoj fazi liječenja bi psiholozi trebali biti uključeni?

I) Psihijatri

1. Što bi po vama bila uloga psihijatra u liječenju TS osoba?
2. U kojoj fazi liječenja bi psihijatri trebali biti uključeni?

J) Liječnici opće prakse

1. Koja je po vama uloga liječnika opće prakse u liječenju TS osoba? (savjetodavna, konzultativna, samo daje uputnice....)
2. Kome bi liječnik opće prakse trebao prvo uputiti TS osobu?
3. Je li vama prihvatljivo da sama TS osoba određuje smjer liječenja?

Vi ste rekli da je po vama prihvatljiv ovaj ishod liječenja TS osoba: Što mislite o ostalim opcijama: promjena spola, prihvaćanje spola u kojem žive, promjena spola bez operacije,...

Da radite u Ministarstvu zdravlja na pravilniku o TS osobama, što mislite u kojem trenutku bi trebalo dopustiti administrativnu promjenu spola, ime u dokumentima?

Za kraj, ima li još nešto što želite reći i komentirati o ovoj temi, a ja sam vas propustila pitati.