T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Eşcinsel ve Biseksüel Erkeklerin Psiko-Sosyal Sorunları ve Bunları Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

(İstanbul 2012 Çalışması)

Dr. Nilgül Yalçınoğlu

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ayşe Emel Önal

İSTANBUL

2013

TEŞEKKÜR

Büyük bir merak ve ilgi ile seçtiğim bu tez konusunu onaylayan, destekleyen, karşılaştığım zorluklar karşısında beni yüreklendiren, sadece tezimin oluşma aşamasında değil asistanlık eğitim sürecimde her türlü sorunumla ilgilenen Prof. Dr. Bilge Hapçıoğlu'na,

Asistanlık eğitimime büyük katkıları olan, bu tez çalışmamın yürütülmesi ve tamamlamasında büyük emeği geçen danışman hocam Prof. Dr. A. Emel Önal'a,

Başta bölüm başkanımız Prof. Dr. Bedia Ayhan Özyıldırım olmak üzere bana asistanlık eğitimim boyunca çok değerli bilgi ve tecrübelerini aktaran, her konuda ihtiyacım olan desteği benden esirgemeyen hocalarım Prof. Dr. Günay Güngör, Prof. Dr. Selma Karabey, Prof. Dr. Nuray Özgülnar, Prof. Dr. Nurhan İnce ve Prof. Dr. Halim İşsever'e teşekkürü borç bilirim.

Bu çalışmada bana ilham kaynağı olan ve her tür desteği veren Lambdaistanbul LGBTT Yardım ve Dayanışma Derneği üyelerine, kapılarını ve kalplerini bana sonuna kadar açan LGBTT bar ve kafe çalışanlarına,

Asistanlığım boyunca beraber çalıştığım arkadaşlarıma ve tüm Anabilim Dalı çalışanlarına,

Bana her zaman destek olan aileme ve öğrencimiz Bayram Şahin'e ,

Teşekkür ederim.

19782 proje nolu bu çalışma İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR I

İÇİNDEKİLER II

ŞEKİL VE TABLOLAR V

I. ÖZET 1

II. ABSTRACT 2

III. GİRİŞ 3

IV. GENEL BİLGİLER 6

A. TANIMLAR 6

A. Cinsel Sağlık 6

B. Biyolojik Cinsiyet (Sex) 6

C. Cinsiyet (Gender) 6

D. Cinsiyet Kimliği (Gender İdentity) 7

E. Cinsiyet Rolü (Gender Expression) 7

F. Toplumsal Cinsiyet 7

G. Cinsel Yönelim 8

H. Eşcinsellik (Homosexuality) 9

İ. Cinsel Kimlik Bozuklukları 11

J. Homofobi, Homonegativizm, Heteroseksizm 13

K. Nefret Suçları 14

L. İçselleştirilmiş Homofobi 14

M. Açılma (Coming Out) 15

B. TARİHÇE 19

C. EŞCİNSELLİĞİ AÇIKLAYAN TEORİLER 23

D. LGB BİREYLERDE SIK GÖRÜLEN SAĞLIK SORUNLARI 25

A. HIV/AIDS 25

B. Eşcinsel Bireylerin Fiziksel Sağlık Sorunları 26

C. Eşcinsel Bireylerin Psikolojik Sorunları 27

D. İntihar 28

E. Madde Bağımlılığı 30

E. LGB BİREYLERDE SIK GÖRÜLEN SOSYAL SORUNLAR 31

A. LGB Bireylerin Okulda Yaşadığı Sorunlar 32
B. LGB Bireylere Sağlık Profesyonellerinin Tutumları 33
V. GEREÇ VE YÖNTEM 35
A. ARAŞTIRMANIN TİPİ 35
B. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ 35
C. GEREÇLER 36
1. Beck Depresyon Ölçeği 36
2. İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği 37
3. Genel Sağlık Anketi-12 37
4. Sosyal Sınıfın Belirlenmesi 38
D. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ 39
E. ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ 39
F. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİ 39
G. VERİ ANALİZİ 39
VI. BULGULAR 40
A. SOSYO-DEMOGRAFİK, SOSYO-EKONOMİK BULGULAR 40
B. MADDE KULLANIMI İLE İLGİLİ BULGULAR 43
C. GÜVENLİ CİNSELLİK İLE İLGİLİ BULGULAR 45
D. CİNSEL YÖNELİMLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR 46
E. CİNSEL YÖNELİMLERİNE ÖZEL DESTEK 47
F. HOMOFOBİ İLE İLGİLİ BULGULAR 49
G. BİREYLERİN AYRIMCILIKLA İLGİLİ DENEYİMLERİ 50
H. EŞCİNSEL ÖRGÜTLER HAKKINDA DÜŞÜNCELERİ 51
İ. BİREYLERİN SAĞLIK SORUNLARI 53
J. BİREYLERİN PSİKOLOJİK DURUMLARI 54
K. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ DURUMLARI 55
VII. TARTIŞMA 71
A. SOSYO-DEMOGRAFİK/ EKONOMİK GÖSTERGELER 71
1. Yaş 71
2. Medeni Durum 71
3. Eğitim 72
4. İstihdam 73
5. Aylık Gelir 73
6. İstanbul'a Geliş Nedeni 73

B. SİGARA, ALKOL VE MADDE KULLANIMI 74
C. HIV/AIDS 77
D. GÜVENLİ CİNSELLİK 78
E. EŞCİNSEL ERKEKLERİN PSİKOLOJİK SORUNLARI 78
F. **İNTİHARLAR 81**
G. **AYRIMCILIK DENEYİMLERİ 82**
H. **İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ 83**
İ. KISITLILIKLAR 84
VIII. SONUÇ VE ÖNERİLER 85
IX. KAYNAKLAR 88
X. EKLER 98
XI. ÖZGEÇMİŞ 112

ŞEKİL VE TABLOLAR

Şekil 1: Heteroseksüel- Homoseksüel Davranış Cetveli (Kinsey Skala)

Şekil 2: Uluslararası Bir İnsanlık Hakkı: Okullardaki Ergenler için Cinsellik Eğitimi, Sonuçlar

Şekil 3: Uluslar arası Bir İnsanlık Hakkı: Okullardaki Ergenler için Cinsellik Eğitimi, Kökler.

Tablo 1. Çalışmaya katılan bireylerin anne ve babalarının eğitim durumları

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Meslekleri

Tablo 3. Çalışmaya katılan bireylerin anne ve babalarının meslekleri

Tablo4. Katılımcıların gelir durumu

Tablo 5. Katılımcıların kiminle yaşadığı

Tablo 6. Katılımcıların İstanbul'a geliş nedenleri

Tablo 7. Katılımcıların sigara kullanma alışkanlıkları

Tablo 8. Katılımcıların son 30 gün içinde alkol kullanma oranları

Tablo 9. Katılımcıların yaşam boyu bağımlılık yapıcı madde/ilaç kullanma durumları

Tablo 10. Alkollü ve alkolsüzken yeni tanıştıkları biriyle anal seks sırasında kondom kullanma durumları

Tablo 11. Anal ilişkide kondom kullanma konusunda tutumları

Tablo 12. Son cinsel ilişkide kondom kullanma oranları

Tablo 13. Katılımcıların cinsel yönelimlerini ilk açıkladıkları kişiler

Tablo 14. Anne ve babaların cinsel yönelimi kabul etme durumları

Tablo 15. Kardeş ve yakın akrabaların cinsel yönelimi kabul etme durumları

Tablo 16. İş arkadaşları, komşuların cinsel yönelimi kabul etme durumları

Tablo 17. Ailelerin tanıdığı/bildiği LGBTT bireylere tepkisi

Tablo 18. Bireylerin ilk homofobik duyguları nerede/kimde hissettiklerinin dağılımı

Tablo 19. Bireylerin kendilerini korumak için cinsel yönelimlerini gizlemek zorunda kalma oranları

Tablo 20. Bireylere cinsel yönelimleri sebebiyle fiziksel travma uygulayan kişilerin dağılımı

Tablo 21. Cinsel yönelim sebebiyle bireyleri sözlü taciz eden kişilerin dağılımı

Tablo 22.Eşcinsel bireylerin cinsel yönelimlerini günah olarak değerlendirme durumları

Tablo 23. Katılımcıların eşcinsel kafe/bara gitme durumları

Tablo 24. Katılımcıların eşcinsel yayınları takip etme durumları

Tablo 25. Bireylerin eşcinsellikle ilgili ilk bilgileri nereden/kimden öğrendikleri

Tablo 26. Psikolojik yardım alanların başvuru nedenleri

Tablo 27. Katılımcıların bildikleri sağlık sorunları

Tablo 28. Katılımcıların Genel Sağlık Anketine göre dağılımları

Tablo 29. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğine göre dağılımları

Tablo 30. Katılımcıların içselleştirilmiş homofobisi olma/olmama durumlarına göre dağılımları

Tablo 31. Katılımcıların İçselleştirilmiş Homofobi Durumlarına göre GSA ve BDÖ sonuçları

Tablo 32. İçselleştirilmiş homofobisi olanların depresif olma durumlarına göre dağılımı

Tablo 33. Bireylerin cinsel yönelimlerine göre içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 34. Bireylerin eğitimlerine göre homofobik olma durumları

Tablo 35. Annelerin eğitimlerine göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 36. Babaların eğitimlerine göre bireylerin içselleşmiş homofobi durumları

Tablo 37. Bireylerin mesleklerine göre içselleşmiş homofobi durumları

Tablo 38. Annelerinin mesleklerine göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 39. Babalarının mesleklerine göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 40. Bireylerin çalışma durumlarına göre içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 41. Gelirlerine göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 42. Yaşadıkları yere göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 43. Sigara kullanmalarına göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 44. Alkol kullanmalarına göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 45. Madde/ilaç kullanmalarına göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 46. Annelerin kabulüne göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 47. Babaların kabulüne göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 48. İş arkadaşlarının kabulüne göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 49. Ailelerin evlilik baskısı yapmasına göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 50. Aile çevresinde LGBT bireyi olmasına göre bireylerin homofobik olma durumları

Tablo 51. Ailelerin tanıdığı/bildiği LGBT bireylerine tepkisine göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 52. Toplumda cinsel yönelimlerini gizleme ile içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 53. Sözlü tacize uğramalarına göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 54. Fiziksel travmaya uğramalarına göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 55. Cinsel yönelimleri sebebiyle ev değiştiren bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 56. Eşcinselliği günah kabul etmelerine göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 57. Eşcinsel kafe/bara gitmelerine göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

Tablo 58. Gey ve biseksüel erkeklerin GSA ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 59. Gey ve biseksüel erkeklerde BDÖ ve İHÖ ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 60. Sözlü tacize uğramalarına göre depresyon durumları

Tablo 61. Fiziksel travmaya uğramalarına göre depresyon durumları

I.ÖZET

Lezbiyen, gey ve biseksüel (LGB) bireylerin toplum içinde sosyal ayrımcılık gördüğü bilinmektedir. Bu grupların alkol, madde kullanımı gibi bazı alışkanlıklar, güvenli olmayan cinsel davranışlar ve bunlarla ilişkili sağlık sorunları açısından genel toplumdan daha yüksek riske sahip oldukları düşünülmektedir. Bu sebeplerden dolayı LGB sorunları bir halk sağlığı sorunudur.

Bu çalışmada amaç, gey ve biseksüel erkeklerin içselleştirilmiş homofobi düzeyini saptamak, içselleştirilmiş homofobiye sebep olan etkenleri belirleyip, sağlık ile ilişkisini araştırarak bu grupların sağlıklarını geliştirmelerine halk sağlığı yaklaşımı ile yardımcı olmaktır.

Kesitsel tipteki bu çalışmaya Lambdaistanbul LGB Derneğine üye olan gey, biseksüel erkek ile bu bireylerin yardımıyla kartopu örneklem yöntemi ile ulaşılan 210 eşcinsel erkek dahil edildi. Veriler İstanbul Beyoğlu İlçesinde 21 Nisan - 24 Haziran 2012 tarihleri arasında bireylere gözlem altında anket uygulanarak elde edildi. Ankette sosyo-demografik özellikler, madde kullanımı, güvenli cinsellikle ilgili tutumlar, cinsel yönelimleri ile ilgili yaşadıkları sorunlar, aile ve çevreden algıladıkları cinsel yönelime özel destek ve intihar davranışları sorgulandı. İçselleştirilmiş homofobi ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi-12 uygulandı.

Katılımcıların %21,9'unda içselleştirilmiş homofobi vardı. Bu bireylerde depresyonun daha fazla olduğu, genel sağlık durumu algılamalarının daha kötü olduğu tespit edildi. Ailesi homofobik olan, eşcinselliği günah kabul eden, her gün alkol kullanan bireyler kendi cinsel yönelimlerine karşı homofobik bulundu. Sözlü tacize uğrayan bireylerin depresyon durumu, uğramayan bireylere göre istatistiksel anlamlı olarak yüksekti.

Eşcinsel erkeklerin yaklaşık beşte birinde içselleştirilmiş homofobi vardır. İçselleştirilmiş homofobisi olanlarda depresyon ve genel sağlık durumunu kötü algılama daha yüksektir.

Anahtar kelimeler: gey, biseksüel, içselleştirilmiş homofobi, depresyon, genel sağlık anketi-12

II.ABSTRACT

It's known that lesbian, gay and bisexual (LGB) individuals are exposed to social discrimination in the community. Because these groups carry a higher risk than the general population due to alcohol and drug usege habits, unsafe sexual behaviour and associated health problems, the problems of LGB are a community health issue.

The aim of this research is to determine the level of internalized homophobia of gay and bisexual males, to investigate its relations with health by determining the factors causing internalized homophobia and to help them to promote their health with the viewpoint of community health.

In this study, gay and bisexual male members of Lambdaistanbul Association and others that were reached with the help of these members by snowball sampling method, totally 210 homosexual individuals were included.

Data were gathered by applying questionnaires to gay and bisexual individuals with under-observational method at Beyoğlu district of Istanbul, in April 21- June 24, 2012. Sociodemographic traits, drug usage, attitudes related to safe sex problems, problems confronted because of their sexual orientation and specific support and suicide behaviours perceived from their families and environment were interrogated. Internalized Homophobia Scale, Beck Depression Scale and General Health Questionnaire 12 were applied.

There was internalized homophobia in 21,9% of the participants. It was found that the rate of depression was higher and general health perception was worse among these individuals. The individuals with homophobic families, the ones perceiving homosexuality as a sin, abusing alcohol everyday are found to be homophobic against their sexual orientation. The depression level of the individuals verbally-harassed were found statistically higher than the ones not verbally-harrassed.

Internalized homophobia is seen in one of every five homosexual males. Among those who have internalized homophobia, the rate of depression and bad general health perception are higher.

Key Words: gay, bisexual, internalized homofobia, depression, general health questionnaire-12

III. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü 1948 yılında sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bu tanım cinsel sağlığı da kapsamaktadır. Cinsel sağlık bireylerin, çiftlerin, ailelerin, toplumların fiziksel ve duygusal sağlığının temelidir. Cinsel sağlık, cinselliğe ve cinsel ilişkilere pozitif ve saygılı bir yaklaşım gerektirir. İnsanların ayrımcılıktan ve şiddetten uzak bir şekilde cinsel sağlığa ulaşabilmeleri ve bu iyilik durumlarını devam ettirebilmeleri için, tüm insanların cinsel haklarına saygı duyulmalı, hakları korunmalıdır (1,2).

Kişinin kendisi ile aynı cinsten olan kişilere karşı, cinsel, duygusal ilgi ve isteğinin olmasına eşcinsellik ya da homoseksüellik; hem kendi cinsine, hem de karşı cinse duygusal ve cinsel ilgi hissetmesine biseksüellik denilmektedir. 1973 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), 1993 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) eşcinselliği hastalık sınıflandırmasından çıkarmıştır (1, 2, 3).

Cinsel yönelim kadınlara, erkeklere veya her iki cinse duyulan sürekli duygusal, romantik veya cinsel çekimi tanımlamak için kullanılır. Buna göre cinsel yönelim; heteroseksüellik (karşı cinse duygusal, romantik, cinsel ilgi duymak), gey-lezbiyenlik (kendi cinsine duygusal, romantik, cinsel ilgi duymak) ve biseksüellik (her iki cinse duygusal, romantik, cinsel ilgi duymak) olmak üzere üçe ayrılır. Cinsel yönelim bir kişinin hissettiği bu çekimlere bağlı olarak belirlediği kimliğiyle, bununla ilgili davranışlarıyla ve insan toplulukları içindeki aidiyet duygusuyla da ilişkilidir. Bu yüzden cinsel yönelim sadece kişisel bir özellik değildir, bireyin çevresi ile etkileşimiyle de ilgilidir ve çevresiyle olan ilişkilerini de etkiler (2).

Eşcinsellik DSM tanı sisteminden çıkarılmasına rağmen, lezbiyen, gey, biseksüel (LGB) bireyler cinsel yönelimleri sebebiyle toplumdaki birçok kesim tarafından ayrımcılığa ve damgalanmaya uğramakta, duygusal, sözel ya da fiziksel şiddete maruz kalmaktadır (2). Sosyal anlamda LGB insanlara karşı geliştirilen önyargı ve ayrımcılığın eşcinsel bireylerde görülen duygu-durum ve anksiyete bozuklukları, alkol-madde kötüye kullanımı ve intihar riskini artırdığı öne sürülmektedir (3,4, 5,6,). Araştırmalar LGB bireylere uygulanan sözlü saldırının, tacizin, ayrımcılığın neredeyse evrensel bir deneyim olduğunu göstermektedir (2,3, 4,6,7). Biseksüel bireylerle yapılan çalışmalarda ise, biseksüel bireylerin hem

heteroseksüellerden hem de eşcinsellerden ayrımcılık gördüğü ve bunun sonucunda yaşadıkları psikolojik travmanın daha da fazla olduğu saptanmıştır (2,8).

Eşcinsellere karşı gösterilen şiddet ve saldırganlığın altında yatan önemli bir neden homofobidir (4,9). Homofobi, eşcinselliğe veya eşcinsellere karşı akılcı olmayan şekilde duyulan korku, tiksinme ve nefret olarak tanımlanmıştır. Heteroseksist inanç sistemi, heteroseksüelliğin eşcinsellikten daha üstün ve doğal olduğu varsayımına dayanır (10). Araştırmalar eşcinsellerin uğradığı toplumsal baskılar ve damgalanmayla baş etmeye çalışırken sürekli stres altında olduklarını ve buna bağlı olarak heteroseksüel insanlardan daha fazla ruhsal ve fiziksel sağlık sorunu yaşadıklarını göstermektedir (2,11). Eşcinsellerde heteroseksüellerden daha fazla görülen sağlık sorunları; İntihar, sigara, alkol, madde kullanımı, depresyon, ve HIV/AIDS olarak saptanmıştır (3,4,7,12).

Toplumun bu tür önyargılı ve heteroseksist tutumlarından dolayı eşcinseller, cinsel yönelimlerini açıktan yaşayamamakta ya da kendi cinsel yönelimleriyle ilgili psikolojik ve sosyal açıdan problemler yaşamaktadırlar (2, 4, 5).

İçselleştirilmiş homofobi (internalized homophobia) ise lezbiyenlerin, geylerin ve biseksüellerin toplumun eşcinselliğe yönelik olumsuz yargılarını, tutumlarını içselleştirmesi olarak tanımlanmaktadır (13). Toplumdan izolasyon, kendini kandırma, gey/biseksüel değilmiş gibi davranma, kendinden nefret etme ve utanma, eşcinselliği ahlaki ve dini açıdan onaylamama, diğer lezbiyenlere/geylere yönelik olumsuz tutumlar gibi kendini gösteren içselleşmiş homofobinin, kişinin ruh sağlığını etkilediği düşünülmektedir (9,13,14).

1980'lerin başında AIDS'in ABD'inde önce eşcinsel erkeklerde tanımlanması, eşcinsellere karşı önyargı ve ayrımcılığı daha da artırmıştır. Ayrıca AIDS'in gey hastalığı olarak geniş halk kitlelerine duyurulması, insanlara AIDS'in herkese yaygın bir şekilde bulaşmayacağı düşüncesini vermiştir ve bu düşünce de HIV/AIDS salgınının yayılmasına sebep olmuştur (2,4). Araştırmalar da içselleştirilmiş homofobinin HIV önleme çalışmalarını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Çünkü kendinden nefret etme ve utanma, kendini kandırma gibi içselleşmiş homofobiye sahip olan bireylerin, cinsel ilişki öncesi alkol, madde kullanarak cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara sebep olacak riskli cinsel davranışlarda bulundukları saptanmıştır (11,15).

LGB kişiler sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda da birçok sorun yaşamaktadırlar. Sağlık çalışanları da toplumdaki ayrımcılık ve yaftalama eğilimlerinden etkilendikleri için

LGB kişilere karşı homofobik bir tutum gösterebilmektedirler. Eşcinsellere karşı sağlık hizmeti sunumunda oluşan veya oluşabileceği düşünülen bu ayrımcı tutumlar, eşcinsel bireylerin sağlık hizmetinden faydalanmalarını engellemektedir veya olumsuz etkilemektedir (2, 10, 16). Ayrıca okul ve iş hayatında LGB bireylere uygulanan ayrımcılık sonucunda, bu kişilerin meslek edinmeleri ve iş bulma olasılığı azalmaktadır. Bu durumda sağlık harcamalarını karşılamada yaşadıkları zorluklar, bu bireylerin sağlık sorunlarını daha da artırmaktadır (4).

Eşcinsel bireylerde heteroseksüel bireylerden daha sık olduğu bildirilen depresyon, alkol, sigara, madde kullanımı, intihar girişimlerinin bireylerin öznel patolojilerinden çok, toplumsal ayrımcı tutumlardan kaynaklandığı için bu durum, bir halk sağlığı sorunudur ve bu sorunun çözümü de halk sağlığı yaklaşımları ile mümkün olabilir (3, 18,19). Sayılan ruhsal hastalıklarla sosyal izolasyon, kişinin kendisini kabul edememesi, kendisini kötü değerlendirmesi, kendi içselleştirdikleri homofobileri arasında sıkı ilişkiler olduğu için, koruyucu ruh sağlığı girişimleri yanında halk sağlığı yaklaşımlarının da sorunların çözümlenmesinde katkısı olacaktır.

Bu çalışmada İstanbul'da yaşayan eşcinsel ve biseksüel erkeklerin ruh sağlığını etkileyen sosyal ayrımcılık, aile ve çevre desteği, içselleştirilmiş homofobi düzeyi ve nedenleri, alkol, sigara ve madde kullanımları, cinsel yönelimlerine yönelik şiddet ve ayrımcılık, güvenli cinsellikle ilgili tutumları, aldıkları psikolojik destek, intihar düşüncesi ve intihar eylemlerini araştırarak; biseksüel erkeklerin ve geylerin psiko-sosyal sorunlarını ortaya koymak amaçlanmıştır. İstanbul'da bu konuda yapılmış az sayıda araştırma vardır. Halk Sağlığı alanında bu konuda yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile biseksüel ve eşcinsel erkeklerin sorunlarında daha çok çevrenin etkisi araştırılmaya çalışılmış ve halk sağlığına yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir.

IV. GENEL BİLGİLER

A.TANIMLAR:

1.Cinsel Sağlık:

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinsel sağlığı: "Cinsellik fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerinin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için veya üreme amacıyla yaşama hakkı vardır. Cinsel sağlık, insanların bedensel, duygusal, toplumsal bütünlüğünü sağlar; kişilik gelişimini, toplumla iletişimini olumlu yönde etkiler. Cinsel sağlığın devam edebilmesi, insanların cinsel yaşamını bir zorlama olmadan, mutlu ve zarar görmeden sürdürebilmesi ile mümkün olur. Şiddet ve ayrımcılık riskinden bağımsız olarak kişiler, cinselliği istediği kişi ve istediği biçimde yaşamalıdır. İster ikisi de aynı cinsiyetten, ister farklı cinsiyetten olsun, zor ve baskı altında kalmadan, kişilerin cinselliği farklı boyutları ile yaşamaları en doğal insan hakkıdır" diye tanımlamıştır (1).

DSÖ'nün cinsellik tanımında, heteroseksüel olmak gibi eşcinselliğin de tam zamanlı, yaşamın özel ve kamusal alanlarını kapsayan, bir kimlik ve var oluş biçimi olduğu açıklıkla belirtilmektedir (19). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) 1975'den itibaren, tüm akıl sağlığı uzmanlarını, eşcinsellik üzerine damgalanmış olan akıl hastalığı tanımlamasını kaldırmak konusunda öncülük etmeye çağırmıştır (2).

2. Biyolojik cinsiyet (Seks):

Kişinin cinsel kimliği, doğduğundaki biyolojik durumuna göre kadın, erkek veya intersex olarak sınıflandırılır. Biyolojik cinsiyetin belirleyicileri; sex kromozomları, gonadlar, iç ve dış üreme organlarıdır (20).

3. Cinsiyet (Gender):

İnsanların yaşadıkları toplumun kültürüne göre biyolojik cinsiyetlerine uygun olarak davranışlarını, hareketlerini, duygularını ilişkilendirmesidir. Kültürel beklentilerle bağdaşan davranışlara normal cinsiyet (gender-normative), kültürel beklentilerle bağdaşmayan davranışlara uyumsuz cinsiyet (gender non-conformity) denilmektedir (20).

4. Cinsiyet Kimliği (Gender Identity):

Cinsiyet kimliği bir kişinin kendini erkek, kadın veya transcinsiyet (transgender) olarak hissetme durumudur. Eğer bir kişinin biyolojik cinsiyeti ile cinsiyet kimliği aynı değilse, bu kişi kendisini transseksüel veya başka bir transgender kategorisinde tanımlayabilir (20). Trans bireyler (transgender) toplumun belirlediği cinsiyet rollerine uymayan kişilerdir (gender nonconformity). İntersex bireyler, transseksüeller ve travestiler (karşı cinsin kıyafetlerini giyen insanlar) transcinsiyet bireyler olarak tanımlanırlar (21).

Transseksüellik, güçlü ve ısrarlı bir şekilde kendi biyolojik cinsiyetinden rahatsızlık duyma, diğer cinsin biyolojik özellikleri ve toplumsal cinsiyeti ile özdeşleşme isteği olarak tanımlanabilir. Eşcinsel bireyler her zaman biyolojik cinsiyetleri ile uyumludurlar. Hiçbir zaman cinsel organlarından rahatsızlık duymazlar. Ama transseksüel bireyler, kendi cinsel organlarından rahatsızlık duyarlar ve onlardan kurtulup, karşı cinsin cinsel organlarına sahip olmak isterler (22).

5. Cinsiyet Rolü (Gender Expression):

Kişilerin toplum içinde, diğer insanlarla olan ilişkilerinde cinsiyetini dışa vuran davranışlarına cinsiyet rolü (gender expression) denilmektedir. Hemen her toplumda erkeklerin ve kadınların yapması gereken davranışlara yönelik belli kurallar, beklentiler vardır. Toplum çocuğun biyolojik cinsiyetine uyan cinsiyet rolüne göre hareketlerde bulunmasını bekler. Erken çocukluk devresinde cinsiyet bilinci ile başlayan cinsiyet rolü çocuğun ilgi alanları, kişisel- sosyal özellikleri, cinsiyete bağlı sosyal ilişkileri, beden dili ve konuşma biçimi ile ifade edilir. Bazı bireylerin hareketleri, ilgi alanları sosyal olarak daha önceden belirlenen cinsiyet rolleri ile uyumlu olmayabilir (19, 20, 23).

6- Toplumsal Cinsiyet:

Toplumun kadın ve erkek için sosyal ve kültürel olarak tanımladığı tutumlar, davranışlar, beklentilerdir (24). Toplum, kişileri bireysel farklılıkları ile değil, kadın ve erkek olarak cinsiyetine göre belirlediği rollere, hareketlere, düşüncelere uymasını ister. Toplumsal cinsiyet rolleri, geleneksel olarak dişil (feminine) ve eril (masculine) olarak sınıflandırılan davranışları, tutumları, değerleri, konuşmayı, yürümeyi, giyinmeyi içerir (25). Toplumsal yaşamda, evlilik ve aile hayatında kadın ve erkeğin yapması gereken görevler, toplum tarafından cinsiyetlerine göre belirlenmiştir. Örneğin, kadın statüsü ve geliri daha düşük

işlerde çalışmalı, akşam tek başına sokağa çıkmamalı, evde çocuk bakımı ve temizlikle kadın ilgilenmeli, yalnız yaşamamalı gibi roller verilirken erkeklere ise kadın için belirlenen rollerin tam tersi yüklenmiştir (25).

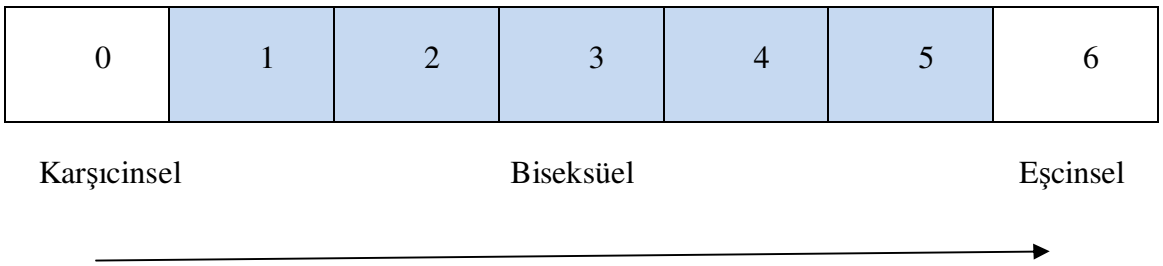
Toplumsal cinsiyet cinselliğe, cinsel yönelime de müdahale etmektedir. Uygun erkek davranışı erkeksi olmak ve cinsel yaşamını bir kadınla birlikte sürdürmektir. Uygun kadın davranışı da kadınsı olmak ve cinsel yaşamını bir erkekle birlikte sürdürmektir. Buna göre toplumun algılaması, eşcinsel olan kişinin toplumsal cinsiyetinin de değiştiği yönündedir. Ancak eşcinsel bireylerin cinsel yönelimlerinin kendi cinsine yönelik olması, karşı cinsin toplumsal rolünü de benimsediği anlamına gelmez. Ama toplum, toplumsal cinsiyet düzeninin korunması için geylerin kadının toplumsal cinsiyetine, lezbiyenlerin ise erkeklerin toplumsal cinsiyetine bürünmesini bekler. Bu yüzden toplum eşcinsel erkeklere kadınsı rolleri, lezbiyenlere de erkeksi rolleri uygun görür (26).

7. Cinsel Yönelim:

Cinsel yönelim kişinin cinsel ve duygusal olarak ilgi duyduğu insanların cinsiyetlerine göre tanımlanan bir kavramdır. Genel olarak kişinin kendi cinsiyetinden olan bireylere karşı cinsel ve duygusal ilgi hissetmesine eşcinsellik (homoseksüellik, homosexuality), karşı cinsiyetinden bireylere cinsel ve duygusal ilgi hissetmesine karşıcinsellik (heteroseksüellik), her iki cinse karşı cinsel ve duygusal ilgi hissetmesine biseksüellik denilmektedir (20). Günümüzde homoseksüel kelimesi yerine erkek eşcinseller için gey, kadın eşcinseller için lezbiyen terimleri de kullanılmaktadır. Bu sınıflandırma yaygın olarak kullanılsa da, araştırmalar cinsel yönelimin insanlarda keskin sınırlarla ayrılamayacağını, bazı insanlar için cinsel yönelimin akışkan olduğunu göstermektedir (2, 20,23).

Alfred Kinsey 1948 yılında ABD'de yaptığı araştırma sonucunda bütün insanları eşcinsel ve karşıcinsel diye ikiye ayrılamayacağını, doğada yaşayan canlılarda da sırf eşcinsellik veya karşıcinselliğin çok nadir görüldüğünü belirtmiştir (23). Primatlarla yapılan çalışmalarda eşcinsel ilişkiler kaydedilmiştir. Hatta aynı cins partnerler için rekabet ettikleri saptanmıştır (27).

Kinsey cinsel yönelimi bir uçta eşcinsellik diğer uçta karşıcinsellik, ortada biseksüellik olmak üzere altı basamaklı bir skalaya ayırmıştır. Bu üç cinsel yönelim haricindeki insanların da skalanın sağında veya solunda yer aldığını belirtmiştir (23). Kinsey bir insanın her yaşta bu skalada farklı bir basamakta olabileceğini vurgulamıştır.



Cinsel Yönelimin Farklı Varyasyonları

0: Tamamen karşıcinsel yönelimi olanlar

1: Ağırlıklı olarak karşıcinsel, çok az sıklıkla eşcinsel yönelimi olanlar

2: Ağırlıklı olarak karşıcinsel, az sıklıkla eşcinsel yönelimi olanlar

3: Eşit oranda karşıcinsel ve eşcinsel yönelimi olanlar (tamamen biseksüel)

4:Ağırlıklı olarak eşcinsel, az sıklıkla heteroseksüel yönelimi olanlar

5: Ağırlıklı olarak eşcinsel, çok az sıklıkla heteroseksüel yönelimi olanlar

6: Tamamen eşcinsel yönelimi olanlar.

Şekil 1: Heteroseksüel- Homoseksüel Davranış Cetveli (Kinsey Skala) (Kaynak: Johannsen M. 2005) (23)

8.Eşcinsellik:

Kişinin kendisi ile aynı cinsten olan kişilere karşı cinsel, duygusal ilgi ve isteğinin olması olarak tanımlanır. Eşcinsellik, biseksüellik ve heteroseksüellik gibi insanda tanımlanan üç cinsel yönelimden biridir ve üçü de normal kabul edilir. Eşcinseller biyolojik cinsiyetleri ile uyumlu kişiler olup, sadece cinsel arzu ve toplumdaki cinsiyet rolleri ile yaşamlarının tüm

alanlarında kendilerini ‘kendi cinsine yakınlık duyan ve hayatını böyle yaşayan’ bireyler olarak tanımlar (19). İnsanlar cinsel yönelimlerini diğer insanlara karşı davranışları ile dışa vururlar. Bu yüzden cinsel yönelim, bireyin içinde olan kişisel bir özellik değildir, bütün insanlarla olan ilişkilerini etkiler (2).

Çoğu toplumda eşcinsellik ve transseksüelliğin aynı olduğu düşünülür. Geleneksel cinsiyet rollerine uymadıkları, cinselliği üreme amaçlı kullanmadıkları, normal, doğru kabul edilen heteroseksüel ilişki yaşamadıkları için, toplum tarafından kolay kabul edilmezler. Uzun zaman eşcinsellik ve transseksüellik eşanlamlı olarak kullanılsa da, son zamanlarda cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğinin ayrı kavramlar olduğu anlaşılmıştır. Eşcinseller kendi biyolojik cinsiyetleriyle uyumlu insanlardır, kendi biyolojik cinsiyetlerinden rahatsız olmazlar. Eşcinsellik kişinin cinsel duygu, istek ve davranışlarının kendi cinsine dönük olması iken, transseksüellik kişinin kendisini biyolojik cinsiyetinden farklı olarak karşı cinsiyet kimliğinde (gender identity) hissetmesidir (28).

Araştırmacı Alfred Kinsey ve ark. geçen yüzyılın ilk yarısında Amerika’da insanların cinsel davranışları ile ilgili görüşmeler yapmıştır. 1948’de yayınlanan raporunda eşcinsel ilişki, evlilik öncesi ilişki, masturbasyon gibi tabulaşmış konuların toplumda tahmin edilenden daha yüksek olduğunu belirtmiştir. 5300 beyaz erkek ve 5940 beyaz kadınla yaptığı anket sonucunda, erkeklerin %46’sının hem kadın hem erkeklere cinsel açıdan tepki verdiğini, %37’sinin ergenlikle yaşlılık arasında bir şekilde eşcinsel aktivitede bulunduğunu bildirmiştir (23).

Yapılan araştırmalar, eşcinselliğin genel toplumun %5-10’unda görüldüğünü belirtmektedir. Bazı heteroseksüellerde alkol ve uyuşturucu etkisi ile eşcinsel ilişki yaşadığı ve cinsel yönelimler arasında kesin bir sınır olmadığı için net bir rakam vermek mümkün değildir (23). Eşcinselliğin kesin bir tanımı yapılamadığı için de prevalansın tahmini oldukça zordur. Eşcinselliğin tanımı için gerçek yaşanmış deneyimler mi, yoksa fanteziler mi hesaplanacak? Eşcinsel yaşam tarzını sosyal baskı ve iç çatışmaları yüzünden yaşayamayanlar nasıl tespit edilecek? Bu tür metodolojik zorluklar yüzünden kesin bir rakam verilememektedir (23).

Amerika Birleşik Devletlerinde 2001 yılında başlanan, 2010 yılında rapor edilen longitudinal survey çalışmasında 34 653 bireye ulaşılmıştır. Bu bireylerin %1,4’ü kendini lezbiyen, gey, biseksüel olarak tanımlamış; %3,4’ü yaşam boyunca kendi cinsi ile cinsel

davranışı olduğunu bildirmiş; yaklaşık %6'sı heteroseksüel olmayan cinsel ilgi duyduğunu ifade etmiştir (29).

Şehirleşmenin etkisi ile 19. yüzyıldan itibaren gizli gey ve lezbiyenlerin görünür hale gelmesi sonucu toplumda eşcinselliğin sıklığının artacağı düşünülse de, ABD'inde gey ve lezbiyenlerin sıklığı zamansal ve metodolojik farklılıklara, eşcinselliğin toplumdaki statüsündeki değişikliklere rağmen birkaç kuşak boyunca stabil kaldığı tespit edilmiştir (27). Kinsey'in 1948 yılında yayınladığı raporunda da, eşcinselliğin sıklığının yaşlı ve genç gruplar arasında bir fark olmadığı bildirilmiştir (27).

9.Cinsel Kimlik Bozuklukları:

DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabında Cinsel Kimlik Bozuklukları aşağıdaki gibi tanımlanmıştır (30):

A. Karşı cinsiyetle güçlü ve sürekli bir özdeşim kurma (sadece, diğer cinsiyette olmanın getireceği sanılan kültürel üstünlükler için bir istek duyma olarak değil).

Çocuklarda bu bozukluk aşağıdakilerden dördü (ya da daha fazlası) ile kendini gösterir:

(1) diğer cinsiyette olma isteğini ya da ısrarını yineleyici bir biçimde dile getirme

(2) erkek çocukların aykırı giyimi yeğlemesi ya da kadınsı giyim kuşamı taklit etmesi; kız çocukların sadece kalıplaşmış alışılagelen erkeksi giysiler giyme konusunda ısrar etmesi

(3) imgesel oyunlarda güçlü bir biçimde ve sürekli olarak karşı cinslerin rollerini oynamayı yeğleme ya da sürekli olarak diğer cinsiyette olma fantezileri taşıma

(4) karşı cinsin alışılagelmiş oyunlarına ve eğlencelerine katılma konusunda yoğun bir istek duyma

(6) özellikle karşı cinsten oyun arkadaşları seçme

Ergenlerde ve erişkinlerde bu bozukluk diğer cinsiyette olma isteğini dile getirme, sıklıkla kendini diğer cinsiyetteymiş gösterme, diğer cinsiyetteymiş gibi yaşamayı ya da davranılmayı isteme ya da diğer cinsiyete özgü duygularının ve tepkilerinin olduğuna ilişkin bir inanç taşıma gibi semptomlarla kendini gösterir.

B. Cinsiyetine ilişkin sürekli bir rahatsızlık duyma ya da cinsiyetinin gerektirdiği cinsel rol için uygun olmadığı duyumunun olması.

Çocuklarda bu bozukluk aşağıdakilerden herhangi biri ile kendini gösterir: Erkek çocuklarında, penis ya da testislerinin iğrenç olduğunu, ileride yok olacaklarını ya da bir penis sahibi olmamanın daha iyi olacağını öne sürme, kuralsız kaba saba oyunlardan tiksinme ya da erkeklere özgü oyuncakları, oyunları ve etkinlikleri reddetme; kız çocuklarında, oturarak idrar yapmayı reddetme, penisinin olduğunu ya da ileride bir penisinin olacağını öne sürme, göğüslerinin büyümesini ya da menstruasyon görmeyi istememe üzerinde durma ya da olağan kadınsı giysilere karşı ileri derecede tiksinti duyma.

Ergenlerde ve erişkinlerde bu bozukluk primer ve sekonder cinsiyet özelliklerinden kurtulma üzerine kafa yorma (örn. diğer cinsiyeti taklit etmek için cinsiyet özelliklerini fiziksel olarak değiştirmek üzere hormon, cerrahi ya da başka tür bir girişim uygulanmasını isteme) ya da yanlış cinsiyette doğduğuna ilişkin bir inanç taşıma gibi semptomlarla kendini gösterir.

C. Bu bozukluk fiziksel bir intersex durumu (örn. androjen duyarsızlık sendromu ya da konjenital adrenal hiperplazi) ile birlikte gitmemektedir.

D. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

O sıradaki yaşına göre kodlayınız.

302.6 Çocuklarda Cinsel Kimlik Bozukluğu

302.85 Ergenlerde ya da Erişkinlerde Cinsel Kimlik Bozukluğu

Varsa belirtiniz (cinsel yönden olgun bireylerde):

Cinsel yönden erkeklere ilgi duyan

Cinsel yönden kadınlara ilgi duyan

Cinsel yönden her iki cinse ilgi duyan

Cinsel yönden her iki cinse de ilgi duymayan.

10. Homofobi, Homonegativizm, Heteroseksizm:

Bu üç terim, eşcinsellere ve eşcinselliğe karşı akılcı olmayan şekilde hissedilen olumsuz duygu, düşünce, tutum ve davranışları ifade etmek için kullanılır. Homofobi terimi, Yunanca 'homos' (aynı) kökünden gelen homoseksüel ile 'phobos' (korku) sözcüğünün birleşmesinden oluşmuştur. Homofobi, eşcinsellere yönelik olumsuz, korkulu veya nefret dolu tutum ve davranışları ifade eder (31). Bu terim heteroseksüellerin gey karşıtı önyargılarını ifade etse de, bu durum klinik olarak fobi olmadığı ve bu kişiler fobi ile ilişkili fizyolojik reaksiyonlar yaşamadıkları için, bu terim yerine 'homonegativizm' terimi önerilmiştir. Homonegativizm, inanç ve değerlerle ilişkili olumsuz tutumları ifade eder (16).

Heteroseksizm doğal, normal, üstün ve kabul edilebilen tek cinsel yönelimin karşıcinsellik olduğunu kabul eden, heteroseksüel olmayan her türlü davranış, kimlik, ilişkiyi reddeden bir ideolojidir (16). Heteroseksizm kültürel ve bireysel seviyede olabilir. Kültürel heteroseksizm, toplumsal gelenek ve göreneklerde gözlenebilir. Örneğin eşcinsel birlikteliklerin yasal olarak kabul edilmemesi, eşcinsellerin askerlik yapamaması gibi ayrımcı tutumlar, buna örnek verilebilir (9).

Kabul edilebilir tek cinsel yönelim şeklinin heteroseksüellik olduğunu kabul eden heteroseksizm, bütün insanlara heteroseksüel gibi davranmalarını dayatır. Toplum, heteronormativizm denilen bu kurallara hem eşcinsellerin hem de heteroseksüellerin uymasını ister. Toplumsal cinsiyetin sürekliliği, heteroseksist inanç sistemi ile sağlanır (32).

Yapılan çalışmalarda bireylerin kendi cinsinden olan eşcinsellere karşı daha olumsuz düşünce ve duygu beslediğini bulmakla beraber, erkeklerin kadınlara oranla kendi cinsiyetinden eşcinsellere karşı daha olumsuz tutumlara sahip olduğu saptanmıştır (33,34). Bu cinsiyet farklılığı, erkeklerin eşcinselleri kendi cinsel kimliklerine ve erkeksiliklerine bir tehdit olarak algılamalarına bağlanmıştır (33,34). Eşcinselliğin nedeninin kişisel tercih veya seçeneğe değil, biyolojik ve genetik unsurlara bağlı olduğunun bilinmesinin, eşcinsellere karşı olumlu tutumları artırdığı belirtilmektedir. Çünkü biyolojik olan bir olayı kişiler kontrol edemez ve bu yüzden suçlanamazlar (34).

Geleneksel cinsiyet rollerine güçlü şekilde bağlı olan ve cinsiyet rollerini aşırı benimseyen bireylerin, eşcinsellere karşı daha olumsuz düşünceler taşıdığı bulunmuştur (33). Eşcinsellerle olumlu sosyal ilişkileri olan bireylerin ise eşcinsellere karşı önyargılarının

azaldığı saptanmıştır. Bu nedenle eşcinsellere karşı önyargıyı azaltmak için, eşcinsellerle sosyal ilişkilerin artırılması önerilmektedir (2, 35).

11- Nefret Suçu (Hate Crime):

Toplumda azınlık bir gruba mensup olup; dil, din, ırk, etnik köken, cinsiyet, cinsel yönelim, yaş, fiziksel veya zihinsel engeller gibi farklılıkları nedeniyle, toplumdaki diğer insanlardan sadece bu özellikleri sebebiyle sözlü taciz, tehdit, sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalınması ve yaşam haklarının ellerinden alınması (cinayetler) nefret suçu kapsamındadır. Bazı ülkelerde eşcinselliğe karşı ayrımcılık ve önyargıya bağlı şiddet olayları, nefret veya önyargı suçları olarak nitelendirilmektedir (36).

Eşcinsel bireyler hayatlarının birçok alanında cinsel yönelimlerinden dolayı ayrımcılığa ve şiddete maruz kalmaktadırlar (2). Çalışmalar Amerikalı kadın ve erkek eşcinsellerin cinsel yönelimlerinden dolayı aşağılanma, taciz ve şiddeti ortaya koymaktadır (37, 38,39). Nefret suçlarının nefret olmayanlara göre daha ağır suçlar olduğu ve mağdur olanların psikolojik anlamda daha fazla zarar gördüğü bildirilmiştir (36, 37).

Ayrımcı tutumlara dayanan nefret suçları ile mücadelede, çok boyutlu yapısı nedeniyle hukuk, medya, eğitim gibi toplumun bütün yapılarının sorgulanması ve yeniden yapılandırılması gerekir (36).

Kadınlar, Amerikalı siyahlar gibi azınlık ve dezavantajlı konumda olan gruplara olumsuz önyargılar besleyen kişilerin, eşcinsellere karşı da olumsuz tutumlar gösterdikleri bilinmektedir (34).

12. İçselleştirilmiş Homofobi:

Toplumun eşcinsellere karşı hissettiği önyargıların, olumsuz tutumların, bu toplumda heteroseksüel anne ve baba tarafından yetiştirilen eşcinsel bireyler tarafından içselleştirilmesidir. Eşcinseller yaşadıkları toplumun homofobik ve heteroseksist ideolojilerinden etkilenerek, kendi cinsel yönelimleriyle ilgili çatışma duygusu yaşamaktadır. Heteroseksüel olmayan kimliği, davranışı, insan grubunu inkar eden, dışlayan, yaftalayan toplumda büyüyen çocukların çoğu, küçük yaştan itibaren sosyal heteroseksizmin doğru olduğuna inanırlar. Sonuç olarak gay ve lezbiyenler ergenlik çağı veya yetişkinlikte kendi eşcinselliklerini fark ettiklerinde, kendilerine karşı negatif duygular yaşarlar. İçselleştirilmiş homofobi denen bu duygu, kimlik oluşum sürecini çok zorlaştırır. Gey ve lezbiyenlerin

hayatları boyunca depresyon, düşük benlik saygısı ve intihar eğilimi gibi psikolojik problemler yaşamasına sebep olabilir (13)

Her ne kadar içselleştirilmiş homofobinin LGB bireylerde psikolojik sorunlara sebep olduğu bilinmesine rağmen, çok az çalışma bunun yaygınlığını ve nedenlerini saptayabilmiştir. Bazı çalışmalarda yüksek içselleştirilmiş homofobi seviyesi, düşük benlik saygısı ve depresyon gibi büyük psikolojik sorunlarla alakalı bulunmuştur (6,13, 40,41).

İçselleştirilmiş homofobi sadece eşcinsellerin eşcinsel duygularından rahatsız olması değildir. Kendi eşcinselliğini kabul edip, diğer eşcinsel insanlara karşı reddedici tavırlar, eşcinsel hayat tarzını kabul etmemek, diğer insanlara açık olmayı reddetmek, eşcinsellere karşı aşağılamayı kabul edip kalıplaşmış önyargıları (stereotipik kalıpları) kabul etmek de içselleştirilmiş homofobi ile ilgilidir ve bu durum eşcinsel bireylerin sosyal destek almasını engeller (13).

13.Açılma (Coming Out):

Bir insanın kendi cinsel yönelimini keşfetmesi ve cinsel yönelimini kabul etme sürecine açılma (coming out) denir. Ayrıca kendini kabul ettikten sonra, diğer insanlara cinsel yönelimini açıklama sürecidir. Daha sonraki dönemde LGB dernekleri ile kendini eşleştirme sürecine girer (2,20). Çoğu eşcinsel önyargı ve ayrımcılığa uğramaktan korktuğu için, açılma konusunda tereddüt yaşamaktadır (2,19). Bazıları cinsel yönelimlerini bir sır olarak saklamayı tercih ederken, kimisi sınırlı sayıda insana açılmayı tercih eder. Açılma LGB'ler için önemli bir adımdır. İnsanın cinsel yönelimi hakkında iyi hislerinin olması ve bunu diğer insanlarla paylaşması iyi bir ruh sağlığına yardımcı olur. Cinsel yönelimi ile ilgili konuşabilir olması, sosyal desteğe ulaşma imkanını artırır. Heteroseksüel insanlar gibi eşcinsel insanların da kendi hayatlarını çevresindeki insanlarla paylaşmaya, aile, arkadaş ve çevreden destek görmeye ihtiyaçları vardır (2). Kabul edilme hissi, sosyal ortama entegre olma ve sosyal desteğin algılanması, LGB bireye damgalanma, düşmanlık ve sosyal dışlanma ile mücadele edip kimliğini geliştirmesine yardımcı olur (42).

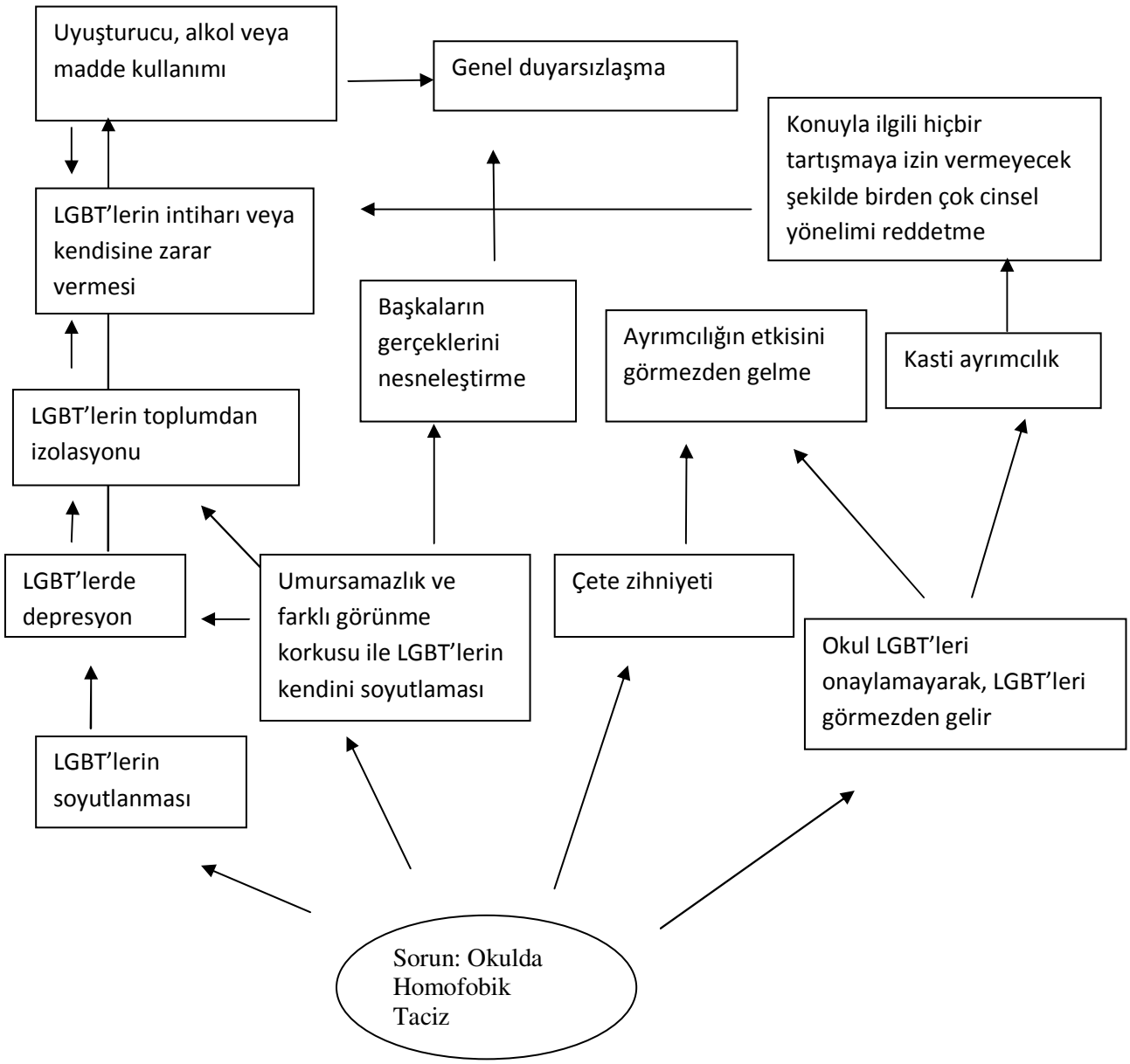
Açılma diye nitelendirilen bu süreçte, çoğu gey ve lezbiyen içselleştirilmiş homofobilerinin yarattığı psikolojik sorunlarla uğraşır. Bu süreçte reddedilmiş ve değersizleştirilmiş özelliklerini tekrar sahiplenebilir, cinselliklerinin de içinde bulunduğu kimliklerini oluşturabilirler. Cinsel yönelimini kabul eden ve diğer insanlarla paylaşanlarda psikolojik ve fiziksel sorunlar daha düşük bulunmuştur (2, 8,13).

LGB gençlerin ne zaman çevrelerine açılacağı konusunda tam bir cevap yoktur. Açılmanın riskleri ve yararları gençlerin sosyal konumlarına göre değişir. Gençlerin cinsel yönelimini destekleyen ailelerde, açılma süreci daha rahat olur. Aile desteğinin az olduğu durumlarda, gençler daha fazla risk altındadırlar. Açılan gençlerin çoğu aile, okul, iş çevresi, sosyal çevre, inanç çevresinde önyargı, ayrımcılık ve şiddetle karşılaşabilirler. Destekleyen aileler, arkadaş ve okul çevresinde oluşan bu negatif etkilere karşı tampon görevi görürler (2,42).

Yapılan çalışmalarda LGB insanlarla ilişkide olan heteroseksüellerin homofobi düzeyi düşük bulunmuştur (43). Bu yüzden LGB bireylerin açık olması ayrımcılığı azaltmakta etkilidir. Ama açılma sürecini güvenli hale getirmeleri önerilmektedir (2).

Türkiye'de eşcinsel bireylerde yönelimlerini fark etme ile birine açılma sürecinin uzun bir zaman aldığı ve bu bireylerin önergenlik ve ergenlik devrelerini çok çalkantılı, yalnız ve kaygılı geçirdikleri bilinmektedir (19). Türkiye'de eşcinsel ergenlerin kendilerine model alabilecekleri örnekler yoktur. LGB gençlerin kendilerini tanıma-keşfetme devresinde cinsel yönelimleri ile ilgili bilgi kaynaklara ulaşmaları çok sınırlıdır. Ailelerine kuşkularını ve yönelimlerini soramazlar. Sağlık personellerinden yardım alamazlar veya bu konuda doğru bilgiye sahip sağlık personeline ulaşmakta zorluk yaşarlar. Bu yaştaki en önemli destek kaynağı olan akran desteğini de kullanamazlar. Kendi bedenlerini ve cinsiyetlerini tanıdıkça durumlarını ve sorunlarını paylaşamamak ve suçluluk duygusu, onları toplumdan uzaklaştırır, kaygı, depresyon, intihar riskini artırır (19).

EŞCİNSELLERE KARŞI AYRIMCILIĞIN SONUÇLARI:

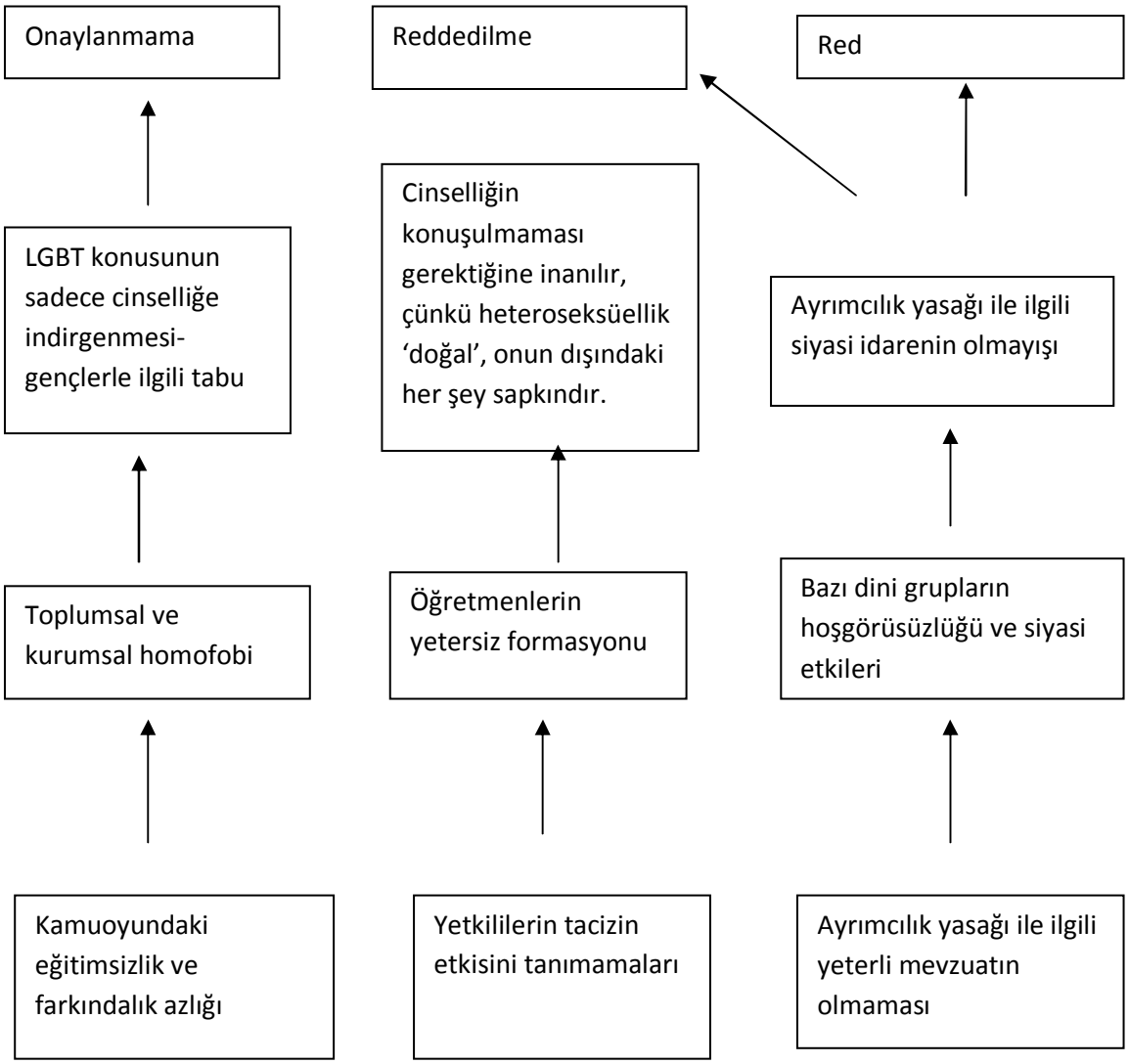


Şekil 2: Uluslararası Bir İnsanlık Hakkı: Okullardaki Ergenler için Cinsellik Eğitimi, Sonuçlar.

(Aengus C. Uluslar arası Lezbiyen, Gay, Biseksüel, Trans&İntersex Avrupa Bölgesi

(ILGA- EUROPE), 2010 Kaynak: 44).

EŞCİNSELLERE KARŞI AYRIMCILIĞIN KÖKLERİ:



Şekil 3: Uluslararası Bir İnsanlık Hakkı: Okullardaki Ergenler için Cinsellik Eğitimi, Kökler. (Aengus C. Uluslar arası Lezbiyen, Gay, Biseksüel, Trans&İntersex Avrupa Bölgesi (ILGA- EUROPE), 2010 Kaynak: 44).

B. TARİHÇE:

Eşcinsellik ile ilgili rastladığımız ilk kaynaklar Eski Mısır, Sümerler ve Hititlere aittir. Bu kaynaklarda eşcinselliğe bu güne göre daha hoşgörülü davranıldığı anlaşılıyor. Sümerlerde kutsal bir görev kabul edilen tapınak fahişeliğinin sadece kadınlar için değil, erkek eşcinseller için de görev olması, eşcinselliğin doğal kabul edildiğini göstermektedir (45).

Tarihte eşcinselliğin kötü olarak algılanması tek tanrılı dinlerin ortaya çıkmasıyla başlamıştır. Eski Ege ve Yunan uygarlıklarında eşcinsellik doğal bir durum olarak kabul edilirdi; birbirine bağlılık ve dayanışma daha güçlü olduğu için tüm askerleri eşcinsellerden oluşan ordular kurulurdu. Antik Avrupa kültüründe kadından hoşlanan erkekler kadınlarla daha fazla vakit geçirmek için onlar gibi davranır, kadınların hoşlandığı şeylerden hoşlanıp femine davranışlar gösterirlerdi. Kadınlardan ayrı kalmamak için savaşa gitmek istemezlerdi. Antik Yunan ve Roma zamanında feminenlik eşcinsel erkekler için değil, heteroseksüel erkekler için kullanılan bir terimdi (46). Antik Yunan'da Platon eşcinsel aşkı sadece cinsel haz amacıyla yaşandığı için, üreme amaçlı olan heteroseksüel aşktan üstün tutardı (47).

Orta Çağ İslam edebiyatında eşcinsel erotizm, klasik Yunan veya Roma eserlerinde olduğundan daha fazla dikkat çekmektedir. Klasik Arap eserlerinden olan 'Binbir Gece Masalları'nda eşcinsellerden sıkça, tarafsız olarak bahsedilmektedir (48).

Eşcinsellik ile ilgili metinlere Osmanlı kayıtlarında da sık olarak rastlanmaktadır. Osmanlı dönemindeki cinsel eğilimlerin eski Yunan toplumuyla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Kadınlarla ilişkinin sadece çocuk doğurma amacıyla olduğu, kadınların hiçbir şekilde erkekler arasına alınmaması, erkeklerin cinselliği bazen kendi aralarında yaşamaları daha çok biseksüel ilişkinin yaygın olduğunu düşündürmektedir (49).

Tanzimat'dan sonra yani 1839'dan sonra Osmanlı'nın modernleşme sürecinde Avrupalı yaşam tarzını benimsemesiyle eşcinsel ilişkiler azalmış veya gizlenmeye başlanmıştır. Osmanlı tarihçilerinden Cevdet Paşa'nın İkinci Abdulhamid'e sunduğu raporunda bu durum açık şekilde yazılmıştır:

> '*... Kadın düşkünleri çoğalıp, erkek sevgililer azaldı. Lut Kavmi sanki yere battı. İstanbul'da öteden beri delikanlılara karşı hissedilen ve geçerli olan aşk ve alaka, tabii şekli üzere kızlara döndü. Üst düzey arasında delikanlılara merakıyla meşhur olan Kamil ve Ali Paşalar ile onların yolundan giden kalmadı. Halbuki Ali*

Paşa yabancıların itirazından çekinerek delikanlılara merakını gizlemeye çalışırdı... (49).'

Görüldüğü gibi Osmanlı Döneminde eşcinsel ilişkiler normal karşılanmaktaydı.

Üç büyük tek Tanrılı dinlerin 'büyük günah' olarak kabul ettiği eşcinselliğe, Orta Çağ boyunca din dışında bir karşı çıkış olmamıştır. Din dışı yasaklama ilk kez 1533 yılında İngiliz Kral'ı VIII. Henry tarafından başlatılmıştır. Bu yasa 'sodomi' adı altında tanımlanan kadın-erkek, erkek-erkek, erkek-hayvan tüm anal ilişkiyi yasaklamıştır. Bu yasa 1563 yılında sadece erkekler arasında eşcinsel ilişkiyi yasaklayacak şekilde değiştirilmiştir. 1885 yılında erkekler arasında her türlü cinsel yakınlaşma suç kapsamına alınan İngiltere'de, eşcinsellik 1967 yılında suç kapsamından çıkarılmıştır (50).

İlk kez 1869 yılında 'homoseksüellik' terimi bir hastalık olarak kullanılmış ve o günden beri tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Özellikle ellili ve yetmişli yıllar arası, eşcinseller zorla hastanelere kapatılarak psikanaliz, elektrik şoku ve farklı tedavi yöntemleri uygulanarak tedavi edilmeye çalışılmıştır. Buna rağmen bu baskıcı uygulamalara son vererek, eşcinsel özgürlük hareketine destek, yine başta psikiyatrlar olmak üzere ruh sağlığı çalışanlarından gelmiştir (50). 1973 yılında eşcinselliğin hastalık kategorisinden çıkarılmasında büyük katkıları olan psikiyatr Dr. Juud Marmor, yaptığı çalışmalara dayanarak cinsel yönelimi eşcinsellikten karşı cinselliğe geçen tek bir hastasının olmadığını, homoseksüelliğin patolojik bir durum olmadığını ancak eşcinsellerin de diğer insanlar gibi psikolojik sorunları olabileceğini, eşcinsellere yönelimlerine ve sosyal hayata uyumlarını artırmak için dernekleşmelerine yardım etmenin daha faydalı olacağını belirtmiştir (51).

Altmışlı yılların özgürlükçü hareketleriyle birlikte eşcinsellerin seslerini duyurmaya başlamaları ve onlara destek olan ruh sağlığı çalışanlarının çabalarıyla eşcinsellik yetmişli yıllarla birlikte hastalık kategorisinden çıkarılmış ve istem dışı, zorla yapılan tedaviler son bulmuştur. Fakat Türkiye'nin de içinde bulunduğu birçok ülkede hala aileleri tarafından kendilerine getirilen eşcinselleri tedavi etmeye çalışan çok sayıda psikiyatrist ve psikolog vardır (51).

Eşcinsellik Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik El kitabının birinci baskısında (DSM-I) 1952'de 'sosyopatik kişilik bozukluğu' olarak kategorize edilmiştir. İkinci baskısının (DSM-II) yapıldığı 1968 yılında cinsel sapma kategorisinde ruhsal hastalık olarak kabul edilirken, 1973 yılında DSM'nin üçüncü baskısında (DSM-III) eşcinsellik cinsel

yönelim bozukluğu (Sexual Orientation Disturbance) olarak tanımlanmıştır. Böylece homoseksüelliğin değişmez bir ruhsal hastalık olmasıyla, tamamen normal bir cinsel durum olması arasında orta bir yol bulunmaya çalışılmıştır (52). Böylece kendi cinsiyetine cinsel ve duygusal olarak ilgi duyan insanların kişiliklerinin normal olduğu, sadece cinsel yönelimlerinin farklı olduğu ve bunun da doğuştan oluştuğu ifade edilmek istenmiştir (52). Bunun sonucunda eşcinsellik, 1973 yılından itibaren Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiş olan Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve Tedavi Rehberi sınıflandırılmasında (DSM) hastalık kategorisinden çıkarılmış oldu. 1980 yılında basılan DSM-III'te 'ego-distonik (benliğe yabancı) eşcinsellik' diye bir başlık olmakla birlikte, DSM-III-R'de (1987) 'kişinin cinsel yönelimine bağlı yaşadığı kalıcı ve belirgin rahatsızlık' adı altında 'başka türlü sınıflandırılamayan cinsel bozukluklar' kategorisinde yer almıştır (52). 1994 yılında yayınlanan DSM-IV'te ise Cinsel Kimlik Bozuklukları; 302.6 Çocuklarda Cinsel Kimlik Bozukluğu, 302.85 Ergenlerde ya da erişkinlerde Cinsel Kimlik Bozukluğu olarak kodlanmıştır (30). Cinsel yönden olgun bireylerde; cinsel yönden erkeklere ilgi duyma, cinsel yönden kadınlara ilgi duyma, cinsel yönden her iki cinse ilgi duyma ya da cinsel yönden her iki cinse ilgi duymama varsa sorgulanıp belirtilmesi önerilmiştir (30). 1992 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (WHO) eşcinselliği 'Ulusal Hastalık Sınıflandırması' dan (ICD-10) çıkarmış ve 'sadece cinsel yönelim bir bozukluk olarak kabul edilmemelidir' diye belirtmiştir (2,19).

1997 Amsterdam Anlaşması ile ilk kez cinsel yönelimlere yönelik ayrımcılığa karşı yaptırımlar getirildi ve bu anlaşma Avrupa Birliği anlaşmaları içine dahil edildi. Böylece cinsel yönelimlere karşı ayrımcılığı önleyici ve ayrımcılığa karşı koruyucu hukuki maddeler Avrupa Birliği Anayasasına girmiş oldu (53). 1989 yılında Danimarka Parlamentosu aynı cinsten kişilerin evliliğini 'Kayıtlı Partnerlik Yasası' ile yasalaştırmış oldu. Böylece bir eşcinsel evliliği ilk kez heteroseksüel evliliği ile eşit haklara sahip oldu (53).

Amerikan Psikiyatri Birliği 1998 yılında, eşcinselliğin bir akıl hastalığı olmadığını yineleyerek, eşcinsel yönelimi değiştirmeye yönelik 'düzeltici' veya 'dönüştürücü' terapi adı altındaki tedavilere karşı olduğunu açıkladı. Eşcinselleri 'düzeltmeye' yönelik girişimlerin hiçbir bilimsel yönü olmadığını ve bireylerin cinsel yönelimini değiştirmeye çalışmanın bu bireylere zarar verebileceğini belirtti (54).

Avrupa ve Amerika'da 70'li yıllarla başlayan özgürlük hareketleri içinde kendini gösteren eşcinsel hareketine Türkiye de 1990'lı yıllarda örgütlenme ve mücadele çalışmaları ile katılmıştır. 1993 yılında kurulan Lambdaistanbul LGBTT (Lezbiyen, gey, biseksüel,

transseksüel, travesti) Yardım ve Dayanışma Derneği ve 1994 yılında Ankara'da kurulan KAOS Gey ve Lezbiyen dernekleri, Türkiye'deki eşcinsellerin sorunlarını ortaya koymaya, toplumsal barış için çözüm önerileri geliştirmeye ve eşcinselleri görünürleştirerek, toplumsal önyargıları azaltmaya çalışmışlardır (55).

Türkiye'deki eşcinsel hareketin batıdaki eşcinsel hareketinden farkı, feminist hareket içinden çıkmamasıdır. Batıdaki feminist hareket zamanla içinde lezbiyen hareket oluşturmuşken, Türkiye'de geyler önce örgütlenip daha sonra içlerine lezbiyenleri ve transseksüelleri almıştır. Bir diğer fark, Türkiye Eşcinsel Hareketi batıda eşcinsel hareketin geçirdiği tarihsel değişimi yaşamadan, batıdaki eşcinsel hareketin deneyimleri ve tecrübelerinden faydalanmıştır. Bunun sonucunda, batıdaki eşcinsel hareketi bir alt kültür yaratıp gettolaşma eğilimi gösterirken, Türkiye'de eşcinsel hareketi gettolaşıp, kapalı bir çevre oluşturmaktansa, diğer sivil toplum kuruluşlarıyla ilişkiye girip sesini duyurmayı, eşcinsel kimlikleri ile var olmayı ve görünürlük kazanmayı tercih etmiştir (55).

Türkiye'de eşcinsellik yasal olarak hiçbir zaman suç olmamıştır. Ama TCK'da cinsel yönelime ait ayrımcılığı karşı yasal bir tedbir yoktur. Avrupa Birliği 2008'deki ilerleme raporunda, Türkiye'de ayrımcılıkla ilgili mevzuatın cinsel yönelim ayrımcılığını kapsamadığı, transseksüellere fiziksel saldırıların önlenemediği, homofobinin fiziksel ve cinsel şiddete dönüşebildiği ve mağdurların 'teşhircilik' ve 'genel ahlaka aykırı davranışlar' maddeleri sebebiyle haklarını koruyamadığını belirtmiştir (56).

Görüldüğü gibi eşcinseller dünyada yaşadıkları coğrafya ve kültürlere göre tarih içerisinde farklı koşullarda yaşamışlardır. Tarihte eşcinsellik tüm dünyada hukuk açısından suç, din açısından günah, tıp açısından hastalık olarak tanımlanırken, günümüzde eşcinsellere karşı ayrımcılık insan hakları çerçevesinde tartışılabilmektedir. Halen eski bakış açısı ve uygulamalara sahip geniş bir coğrafyada eşcinsel bireylere hapis veya ölüm cezası uygulansa da, dünyada hala yaygın olarak eşcinsellere karşı nefret suçları işlense de, son yıllarda eşcinsellere karşı tutumlarda belli bir yumuşama gözlenmektedir (55). Ancak genel olarak toplumsal önyargılar sonucu damgalanmış bir kimliğe sahip olan eşcinsel bireyler toplum dışına itilmekte, fiziksel ve sözel taciz görmekte; eğitim, iş imkanı, sağlık hizmetleri gibi temel insan hak ve özgürlüklerine ulaşamamakta, bu olumsuz şartlar sonucu bedensel ve ruhsal sağlıkları bozulmaktadır (56).

C. EŞCİNSELLİĞİ AÇIKLAYAN TEORİLER:

İnsanların cinsel yönelimlerinin neden farklılıklar gösterdiği bilinmemektedir. Neden bir insanın karşı cinsiyetten hoşlandığı bilinmediği gibi, eşcinselliğin de nasıl oluştuğu bilinmemektedir. Bir kişinin cinsel yöneliminin psikolojik, biyolojik, sosyokültürel veya kişinin tercihi ile mi oluştuğu net olarak açıklanamamıştır (57). Bu önemli bir problemdir çünkü bilimsel teorilerin eşcinselliği normal veya anormal olarak etiketlemesi, eşcinselliğin toplum tarafından kabul edilmesinde etkilidir. Eşcinselliğin nedeninin kişisel tercihe değil, biyolojik ve genetik nedenlere bağlanması, ön yargıları azaltabilmektedir (58). Çünkü biyolojik olarak ortaya çıkan bir durum kişinin kontrolünde olmadığı için, toplumdaki diğer insanlar tarafından davranışlarından sorumlu tutulamaz.

Eşcinselliği açıklamaya çalışan teorilerin iki farklı bakış açısı vardır. İngiliz sosyolog Jeffrey Weeks eşcinsel kimlik oluşumunu açıklamaya çalışan teorileri, 'esansiyel' veya 'yapısal' (constructional) olmak üzere iki farklı grupta tanımlamıştır. Eşcinselliğin nedenlerini 'esansiyel' olarak değerlendiren teorilere göre cinsellik insan olmanın temel ve özgün bir parçasıdır. 19. ve 20. yüzyılda eşcinselliği açıklamaya çalışan psikanalitik ve biyolojik teorilerin temelini oluşturur (59). Eşcinselliği 'yapısal' (constructional) temele dayandıran teorilere göre ise cinsellik öğrenilmiş bir davranış ve düşünce şeklidir (59). Bu ikinci görüş toplumsal olarak daha yaygın kabul gören teoridir. Her ne kadar birbiriyle çelişen iki fikir gibi görülse de, iki fikrin bir araya getirildiği bir yaklaşım da bazı kişiler tarafından olumlu karşılanır (59). Bu son görüşe göre eşcinsellik, insanın doğasından kaynaklanan özellikleri ile çevresel ve toplumsal etkilerin bileşimi olarak değerlendirilir.

Cinselliğe esansiyalist bir yaklaşımla bakıldığında, cinsel yönelim doğal şekilde ortaya çıkan bir durumdur. Biyolojik ve psikolojik nedensel teorilere dayanan bu yaklaşım tarzı, heteroseksüelliği normal ve doğal kabul ederken, eşcinselliği hatalı bir biyolojik veya patolojik bir psikolojik gelişimin sonucu olarak görür (59). Esansiyalist yaklaşımlar genel olarak Freud ve psikanalitik teoriler üzerine kuruludur. Freud eşcinselliği başarısız bir gelişim sürecinin doğal ama patolojik bir sonucu olarak değerlendirir (59).

Eşcinselliği açıklamaya çalışan teorilerin çoğu erkekler üzerinedir. Erkek eşcinselliğini psikodinamik sürece bağlayan açıklamaların temeli Freud'un teorilerine dayanır (57). Freud'a göre cinsellik ödipal kompleksin çözümlenmesinin ürünüdür. Bu çözümlemede erkek çocuk annesini arzuladığı için baba tarafından hadım edilme korkusuyla kendisini babası ile

özdeşleştirir ve karşı cinse ilgi duyar. Odipus kompleksinin hatalı gelişimlerinde ise, erkek çocuk kendisini anne ile özdeşleştirir ve erkeklere karşı cinsel ilgi geliştirir (57).

Freud eşcinselliği psikoanalitik olarak açıklayan teorilerden söz etmekle birlikte hiçbir zaman hastalık olarak değerlendirmemiştir. Ayrıca eşcinselliği sadece edinsel veya sadece konjenital olarak değerlendirilmemesi konusunda uyarmıştır (60).

Erkek eşcinselliğinin biyolojik olarak açıklayan teoriler vardır (57). Gebelikte erkeklik hormonunun erkeklerdeki azlığı veya kız çocukta fazlalığının hipotalamusu etkileyerek embriyonun eşcinsel yönelim kazandığını ifade eden teoriler vardır (61). Bazı memelilerde yapılan çalışmalar bu teoriyi desteklese de, insanda yapılan çalışmalarda biyolojik teoriyi açıklayan bir kanıt bulunamamıştır. İnsanda cinsel yönelim doğum öncesi dönemde biyolojik faktörlerden etkilense de, doğum sonrası sosyalleşmenin de cinsel yönelimi etkileyebileceği belirtilmiştir (61).

Genel olarak kabul edilen, genetik bir yapı üzerine çevresel ve toplumsal unsurların etkili olduğudur. Kesin olarak bilinen, insanların heteroseksüel olmak veya eşcinsel/biseksüel olmak arasında bir tercih yapmadıkları, yapamadıklarıdır. Bir kişinin cinsel denemelerinin cinsel yönelimini göstermediği de bilinmektedir. Kişiler çeşitli sebeplerle (zorla, hayatta kalmak, para gibi) veya sosyal kurallara uymak için cinsel yöneliminin tersi de olsa cinsel deneyim yaşayabilmektedirler (24).

Eşcinselliğin nedeniyle ilgili son yıllarda birçok çalışma yapılmıştır. Eşcinselliğin görülme sıklığı gey ve lezbiyenlerin yakınlarında toplumda görülme oranından yüksek olması, tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerinden daha yüksek oranda görülmesi, genetiğin rolü üzerinde durulmasına neden olmuştur (27). Ama bir 'eşcinsellik geni' bulunamamıştır. Bir durumun geninin olması veya olmaması onun patolojik olduğunu göstermez. İnsanların birçok özelliği genler tarafından kodlanmakta, çevresel koşulların etkisi ile son durum şekillenmektedir (32).

Eşcinselliğin nedeninin araştırılmasına yönelik çalışmalar eşcinselliğe karşı negatif tavırları daha da artırabileceği için, bazı LGB dernekleri tarafından tepki ile karşılanmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmaların, eşcinselliğin engellenmesi boyutuna geleceğinden korkulmaktadır. Ayrımcılığı ortadan kaldırmayı ve hoşgörüyü artırmayı amaçlayan çalışmalara daha fazla önem verilmesinin, eşcinsellerin yaşadığı sorunların çözümünde daha etkili olacağı düşünülmektedirler (23).

D. LGB BİREYLERDE SIK GÖRÜLEN SAĞLIK SORUNLARI:

A.B.D. Halk Sağlığı Birliği 1991 yılında transgender (transcinsiyet) bireyler ve eşcinsel bireylerin sağlık sorunları ile ilgilenmeye başlamıştır. Bu bireylerin sağlık sorunlarının neler olduğunu, cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimleri ile sağlık sorunları arasındaki ilişkileri ve bu konuda neler yapılabileceğini Halk Sağlığı açısından incelemeye ve çalışmaya başlamışlardır (62). LGBT bireyler kültür, yaş, gelir düzeyi, etnik köken, eğitim vb. çok değişik sosyo-demografik özelliklere sahiptirler. Bu yüzden LGBT bireylere herhangi bir sağlık konusunda yardımcı olmak için, davranışsal, ekolojik, sosyal açıdan incelemeler, araştırmalar yapmak gerekir. Hepatit B, kanser, intihar, yeme bozuklukları, HIV ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar, şiddet, obezite, alkol, sigara ve madde bağımlılığı kişinin cinsel yönelimi ve cinsiyet kimliği ile ilişkili olabilir (62). Bu sağlık sorunlarında risk altında olduklarını LGBT bireyler bilmeyebilir veya Halk Sağlığı hizmet sunanlar yeterli hizmeti götürmemiş olabilirler. Bu sağlık sorunları farklı popülasyonlarda (eğitim, yaş, yaşadığı kültür vb.) farklı şekillerde görülebilir. Homofobi ve ayrımcılık bu hassas gruplara karşı yapılan Halk Sağlığı hizmetlerini engelleyebilir. Bu yüzden Halk Sağlığı çalışanlarının bu spesifik popülasyonla çalışmaya cesaretlendirilmeleri ve cinsel oryantasyon alanında data oluşturulması için araştırmaların desteklenmesi gerekmektedir (62).

1. HIV/AIDS:

'HIV'li gey erkeklerle konuşurken çocukluk, ergenlik ve hayatlarının daha sonraki devrelerinde yaşadıkları önyargılar ve ayrımcılık deneyimlerinin, bu virusu kapmalarında etkili olduğunu fark ettim' .

Sir Elton John

(İngiltere Ulusal Sağlık Servisi (UHS) Gey Erkeklerin Sağlığı Grubu, Elton John AIDS Vakfı. Kaynak:63)

İnsan hakları ve halk sağlığının ortak amacı olan bütün bireylerin haklarını, haysiyetini, refahını korumak ve teşvik etmek için, ayrımcılığa uğrayanlara ve hakları ihlal edilenlere özellikle önem verilmelidir. Halk sağlığı hedeflerine ulaşabilmek için fiziksel, ruhsal ve sosyal tehlikelere karşı risk altında olan kişilere ulaşarak, toplumdaki herkesin sağlığı teşvik edilmelidir. İnsan haklarına saygı duyulmadan yapılan halk sağlığı girişimlerinden sonuç alınamamaktadır. Zorlayıcı ve cezalandırıcı HIV önleme ve bakım programlarından fayda

sağlanamamakla birlikte, enfeksiyon taşıyan kişilerin toplumda daha fazla yabancılaşmasına neden olunmaktadır. Özellikle HIV'le ilişkili danışmanlık ve destek almak isteyen kişilerin ayrımcılıkla karşılaşması sonucunda, bu insanlar bu hizmeti almayı reddetmektedir. Bu olumsuz şartlar davranış değişimi, bakım ve sağlık desteği yoluyla ulaşılmaya çalışılan halk sağlığı hedeflerinin başarısını engellemektedir (64).

HIV'le mücadelede halk sağlığı programlarını engelleyen diğer konular ise, HIV'ın kadınlar, çocuklar, yoksullar, azınlıklar, göçmenler, mahkumlar, seks işçileri, uyuşturucu kullananlar ve erkeklerle seks yapan erkekler gibi ayrımcılığa uğrayan ve yasal statüleri nedeniyle marjinalize edilen gruplarda yaygın olmasıdır. Zaten insan haklarına ulaşamayan ya da zor ulaşan bu gruplar HIV'den etkilenirlerse, hastalıkla mücadelede de güçsüz kalmaktadırlar (64).

UNAIDS 2010 (United Nations Program on HIV/AIDS) raporuna göre, HIV virüsü taşıyan insanların toplamı tahminen 34 milyondur (31.6 -35.2 milyon). 2010 yılı içinde yeni HIV enfeksiyonu sayısı 2,7 milyon (2.1-2.9 milyon) ve AIDS nedeniyle gerçekleşen ölümler yaklaşık 1,8 milyondur (65).

1981 yılında HIV/AIDS ilk kez fark edildiğinde bu hastalıktan sadece eşcinsel erkeklerin, uyuşturucu kullananların ve zencilerin etkilendiği düşüncesi ile bu hastalığa karşı duyarsız kalınan bir dönem olmuştur. Ancak sonradan bu virüsün bulaş yollarının cinsel ilişki, kan nakli, anneden gebelik sırasında bebeğe geçiş olduğu ve en çok etkilenen popülasyonun heteroseksüeller olduğu anlaşılmıştır. HIV/AIDS diğer enfeksiyonlardan farklı olarak sosyal, hukuki, ekonomik ve psikolojik sorunların da hastalara eklendiği küresel bir sağlık sorunudur. Virüsün güncel ilişkilerle bulaşmadığı, belirli gruplara özgü olmadığı, basit önlemlerle bulaşın engellenebileceği anlaşılmasına rağmen, yanlış inanışlar ve bilgi eksikliği hastalıkla savaşta büyük sorun oluşturmaktadır (64). Ancak günümüzde elde olan veriler HIV/AIDS'lilerin ne kadarının LGBT olduğunu gösterememektedir. Stall ve ark. eşcinsel erkeklerle yaptığı çalışmada, katılımcıların %18'inin HIV pozitif olduğunu bildirmişlerdir (66).

2. Eşcinsel Bireylerin Fiziksel Sağlık Sorunları:

Erkeklerle seks yapan erkeklerin HIV ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı risk altında oldukları bilinse de, yapılan çalışmalar azınlık cinsel yönelime sahip bireylerin psikiyatrik hastalık, ergenlik ve genç yetişkin dönemdeki intiharlar, alkol ve madde kullanımı,

sigara kullanımı ve sağlıklı yaşam konusunda da risk altında olduklarını göstermiştir (6, 40 , 66, 67). Bu durumun sonucu olarak, eşcinsel aktivitede bulunan kadın ve erkeklerin, heteroseksüel bireylerle karşılaştırıldıklarında, sadece cinsel yolla bulaşan hastalıklar dışında kardiyovasküler hastalıklar, fazla miktarda sigara kullanımına bağlı akciğer kanseri gibi fiziksel hastalıklara karşı da daha fazla risk altında oldukları gösterilmiştir (68, 69).

Hollanda'da Sandfort ve ark.nın yaptığı ulusal toplum tabanlı çalışma, gey, lezbiyen bireylerin heteroseksüellerden daha fazla akut ruhsal sağlık sorunları yaşadığını ve ruhsal sağlıklarının daha kötü olduğunu bildirmiştir. Aynı zamanda eşcinsel bireyler karşıcinsel bireylere göre daha fazla sıklıkta akut fiziksel semptomlar ve kronik hastalıklar tanımlamışlardır (70). Bu çalışmanın sonuçlarını Cochran ve Mays lezbiyen, gey, biseksüel ve eşcinsellerle deneyimi olan heteroseksüellerde yüksek seviyede olan psikolojik stresin, kronik hastalıklar ve kötü fiziksel sağlık durumu ile ilişkili olduğu şeklinde yorumlamıştır (71).

Bazen psikolojik stres fiziksel hastalığın bir sonucu aynı zamanda kişinin algıladığı fiziksel sağlık durumunun belirleyicisi olabilir. Stres, kronik hastalıklar ve algılanan fiziksel sağlık arasındaki ilişki komplekstir. Psikiyatrik hastalıklara sahip olanların somatik şikayetlerini ve fiziksel yetersizliklerini aynı seviyedeki fiziksel hastalara göre daha abartarak rapor ettikleri bilinmektedir (72). Cinsel yönelimle ilişkili bildirilen kronik sağlık sorunları (özellikle ağrı, güçsüzlük, kötü fiziksel sağlık gibi) cinsel yönelimin psikolojik stresle olan bağlantısını yansıtabilir.

3. Eşcinsel Bireylerin Psikolojik Sorunları:

Ruh sağlığı ile ilgili toplum tabanlı tarama ve tanı amaçlı yapılan çalışmalar, lezbiyen, gey ve biseksüel bireylerde heteroseksüel bireylere göre ruhsal hastalık prevalansının yüksek olduğunu göstermiştir (40,73). Kadın ve erkekler için bazı farklılıklar olsa da, azınlık cinsel yönelime sahip bireylerin spesifik psikiyatrik hastalıklar için yüksek risk taşıdığına dair kesin kanıtlar vardır (7). Cochran ve Mays'in 1996 yılında A.B.D.'lerinde madde bağımlılığı ile ilgili ulusal çalışmanın sonuç raporunda, kendi cinsi ile bir yıllık cinsel öyküsü olan erkeklerin, heteroseksüel aktif erkeklere göre major depresyon ve panik atak görülme sıklığının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (40). Cochran ve ark.'nın yaptığı aynı çalışmaya dayanan başka bir raporda, kendi cinsi ile bir yıllık cinsel öyküsü olan kadınlarda, heteroseksüel kadınlara göre alkol kullanımının ve alkolle ilgili sorunların daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (74).

LGB bireylerde yüksek sıklıkta görülen anksiyete, affektif bozukluk, madde bağımlılığı gibi ruh sağlığı sorunlarının kesin nedeni bilinmese de, sosyal faktörlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (75,76). Kessler ve ark. California'da yaşayan Meksikalı yetişkinlerde sosyal eşitsizliğin ruh sağlığına etkisini araştırmışlardır. Bu çalışma ırk, etnik köken, cinsiyet ve sosyoekonomik durum gibi sosyal statülerin saygınlık, kendine güven ve sosyal destek gibi sosyal ve bireysel sermayeyi etkilediğini göstermiştir (76). Ayrımcılık ve damgalama ile ilgili deneyimler çok ciddi kırılganlığa, depresif strese, anksiyeteye hatta yüksek oranda psikiyatrik rahatsızlıklara neden olabilir (76).

Lezbiyen, gey ve biseksüel bireylerin heteroseksüel bireylere göre algıladıkları yüksek seviyedeki sosyal ayrımcılık ile psikolojik rahatsızlıklar arasında güçlü bir bağ olduğu bildirilmiştir (7,18,77). Meyer, eşcinsel bireylerin ruhsal hastalık prevalansını saptamak için 2003 yılında bir metaanaliz çalışması yapmıştır. Bu çalışmada eşcinsel bireylerde heteroseksüel bireylere göre yüksek oranda görülen ruhsal hastalık riskini 'azınlık stresi' ne bağlamıştır. Yazar damgalanma, önyargılar ve ayrımcılığın ruhsal hastalıklara neden olan saldırgan ve stresli bir çevre yarattığını, cinsel yönelimin kendisi değil, önyargılı deneyimler yaşama, reddedilme beklentisi, cinsel yönelimini saklama, içselleştirilmiş homofobi gibi etkenlerin ruhsal hastalık riskini artırabileceğini belirtmiştir (18).

4. İntihar:

Her yıl dünyada 800.000 insan intihar girişiminde bulunmaktadır. İntiharların ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Servisi (US Department of Health and Human Sevices) 2007 raporuna göre, 15-24 yaş grubunda üçüncü ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir. Bunun yanında birçok genç intiharı düşünmekte, kendini öldürmek için plan yapmakta veya intihar girişiminde bulunmaktadır (78). Dünya Sağlık Örgütü'nün 1996 yılında yayınladığı rapor ve ABD Halk Sağlığı Servisi'nin 1999 yılında yayınladıkları rapor bu trajediye dikkat çekmiştir. İntihar davranışları yönünden risk altında olan grupları belirlemeye çalışan bu raporlar, yüksek riskli bir grubu daha belirlemiştir: Bu grup da lezbiyen, gey, biseksüel ve transcinsiyet gençlerdir. Bu çalışmalar sonucunda intiharları önleme çalışmaları, LGBT bireyler üzerinde yoğunlaşmıştır (78).

ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Servisi'nin 2008 yılında yayınladığı 'Ulusal İntihar Önleme Strateji'sinde tanımlanan 'intihar davranışı' (suisidal behavior) intihar düşüncesi, intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharı kapsayan bir terimdir. Bu stratejide 'genç' olarak

ifade edilen popülasyon 15-24 yaş arasını kapsamaktadır. Bu ulusal çalışmada 1996-2007 yılları arasındaki raporlar incelenerek, LGBT bireylere verilecek hizmetler planlanmıştır (78).

Aynı cinsiyetten partneri olanların ve azınlık cinsel yönelime sahip olanların, ergenlik ve genç erişkin yaş grubunda yüksek intihar riskine sahip olduklarını bildiren çalışmalar vardır (18, 73, 79,80). LGB insanlar kurumsallaşmış önyargı, sosyal stres, sosyal dışlanma (bu dışlanmaya aile bireyleri de dahil), anti-homoseksüel nefret ve şiddette maruz kalırlar ve sıklıkla cinselliklerine yönelik utanç duygusunu içselleştirirler (18, 79). Bu grupta alkol, madde kullanımı daha sıktır. Alkol, ilaç bağımlılığı gibi faktörler ayrıca morbiditeyi artırır ve intihar teşebbüslerini de artırır (18,81).

Kişilerin bilinçli olarak kendine zarar verecek davranışlarda bulunması, görünürdeki nedene bakılmaksızın kasıtlı olarak kendine zarar verme eylemi olarak tanımlanır (deliberate self harm). LGBT grupta bu tür davranışların da bulunduğu saptanmıştır (82).

Karşıcinsel olmayan insanlardan uygun örnekleme yapılmasındaki ve bu grubun tanımlanmasındaki güçlüklerden dolayı, eşcinsel insanların ruh sağlığı ile ilgili kanıtlar kısmen tutarsızdır. Cinsel yönelimin, kasıtlı olarak kendine zarar vermenin ve ruhsal hastalıkların tanımlanmasındaki farklılıklar, randomize örneklerin elde edilmesindeki güçlükler, hafıza sorunu ve insanların cinsel yönelim konusunda açık olmamaları araştırmalarda metodolojik engelleri oluşturur. Bu konuda sağlıklı veri toplanması bu nedenlerle çok zordur. İntihar kurbanlarının cinsel yönelimleri konusunda bilginin olmayışı, uygun kıyas gruplarını oluşturmada güçlükler, madde bağımlılığı ve kişilik faktörlerinin etkileri gibi kafa karıştırıcı faktörlerin varlığında, eşcinsel bireylerin ruhsal sağlıklarını etkileyen faktörleri anlama ve önleyici tedbirlerin alınabilmesi çok zordur. LGBT bireylerin intihar risklerini öğrenebilmek ve gerekli önlemleri acil olarak belirleyebilmek için, bu bireylerde görülen ruhsal hastalıkların, kendine kasıtlı olarak zarar verme ve intihar riskinin sayısal olarak belirlemesine ihtiyaç vardır (80).

King ve arkadaşları 2008 yılında yaptıkları çalışmalarında, LGB bireylerin ruhsal hastalıklar, intihar girişimi, madde kötüye kullanımı ve kasıtlı olarak kendine zarar verme riskinin heteroseksüel bireylere göre yüksek olduğunu göstermişler ve Halk Sağlığı çalışanlarını, klinisyenleri, Uluslarası İnsan Hakları Örgütlerini bu konuda uyarmışlardır (80). Bu çalışmada LGB bireylerin tamamlanmış intihar oranları açısından risk bulamasalar da, Ulusal İntihar Önleme Servislerinin intihar üzerine daha fazla kanıt beklemelerindense,

azınlık cinsel yönelime sahip bireyleri yüksek risk grubuna dahil etmelerini önermişlerdir (80).

Eşcinsel bireylerin psikolojik sorunları ile ilgili prospektif çalışmalar yapmak güçtür. Çünkü bu gruptan birçok insan geç adölesan hatta geç erişkinlik dönemine kadar kendi kimliğini belirleyememekte veya belirlememektedir. Bu yüzden duygusal hasarın nedeni ve tedbirlerinin alınması gecikmektedir (80). Cinsel yönelimin tanımlanmasındaki karışıklıklar da bu bireylerin tıbbi destek almalarını zorlaştırmaktadır. Bu yüzden cinselliğin gelişimini daha ayrıntılı açıklayacak araştırmalara ihtiyaç olmasının yanında, var olan bilgileri uygulamaya koyabilecek sağlık örgütlenmesi ve ekibine de gereksinim vardır (80).

5. Madde Bağımlılığı:

Eşcinsel bireylerde diğer önemli bir sağlık sorunu da alkol, sigara ve yasa dışı madde kullanımıdır. Amerika Tıp Örgütü'nün (American Medical Association) 1996 yılı raporunda, heteroseksüel bireylerde %10-12 oranında olan madde kullanım oranının eşcinsel erkekler arasında %28-35 arasında olduğunu bildirmiştir (83). Eşcinsel bireyler heteroseksüel bireylere göre daha çok risk altında oldukları bu sağlık sorunu nedeniyle daha fazla tıbbi sorunlar yaşamakta ve daha fazla koruyucu sağlık hizmetine gerek duymaktadırlar.

Cochran ve ark.nın 2004 yılında yaptıkları çalışmada, sadece karşı cinsten partneri olan bireylere göre eşcinsel deneyimi olan erkeklerin esrar, kokain ve eroin kullanma oranı daha yüksekken, yaşantısında eşcinsel deneyimi olan kadınların esrar ve analjezik kullanımını daha yüksek bulmuşlardır. Bu yüksekliğin daha önceki çalışmalara göre daha 'ılımlı' bir yükseklik olduğunu bildirmişlerdir. Bu yüksekliğe eşcinsel deneyimi olan genç ve yetişkinlerin evde, okulda ve sosyal çevrede yaşadıkları stresin etkili olduğunu, bu stres etkenlerinin de sözel veya fiziksel taciz ve genel olarak toplumsal homofobi olduğunu belirtmişlerdir (67). Gözden kaçırılmaması gereken ikinci bir nokta olarak da, gey ve lezbiyen topluluklarının toplanma yeri olan barların kültürel önemine değinmişlerdir. Gey barlarda sosyalleşmenin aşırı alkol, sigara ve madde kullanmaya fırsat yarattığını ve modelleşmeye, alt kültür gelişmesine neden olduğunu belirtmişlerdir. Gerilimi azaltma beklentisinin alkol ve ilaç kullanma üzerine önemli bir etkisi olup, bir sosyal kaynak olarak barların kullanılması, gey erkek ve lezbiyenlerin yüksek oranda madde bağımlılığını açıklayabilir (67).

İngiltere'de Ulusal Sağlık Servisi (NHS) Gey Erkeklerin Sağlık Örgütü'nün (UK Gay Men's Health Network) 2004 yılında yayınladıkları rapor, LGBT topluluğundaki alkol ve

madde kullanımının büyük bir problem olduğu ve stresle olan bağlantısına dikkat çekmiştir. Stresi engelleyecek pozitif olayların eksikliğinin ve içselleşmiş homofobinin alkol ve uyuşturucu bağımlılığına sebep olduğunu, gey eğlence tarzının daha çok birahane ve gece klüplerine dayandığı için alkol, tütün ve uyuşturucu tüketimin bu ortamlarda artabileceğini belirtmiştir (63). Hugles ve Eliason'ın 2002 yılında yaptıkları çalışma, LGBT bireylerde madde kullanımında iki unsuru öne çıkarmıştır (84):

1- Lezbiyen ve heteroseksüel kadınların alkol kullanım oranları birbirine yakın olsa da, lezbiyenler daha çok alkolle ilgili problemler dile getirmektedir.

2- Gey ve biseksüel erkeklerin bir kısmında daha fazla alkol tüketimi görülürken, diğer bir grupta ise heteroseksüellere göre alkolden daha çok uzak durdukları tespit edilmiştir. Bunun sonucunda eşcinsel ve heteroseksüel erkeklerin alkol kullanımı arasında belirgin bir fark saptanmamıştır. Genç gey erkekler arasında kokain ve esrar kullanımının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Eskiden yapılan çalışmalarda gey ve lezbiyenlerin heteroseksüellere göre çok yüksek alkol tüketimi olduğu bildirilse de, yeni çalışmalarda gey erkeklerin heteroseksüel erkeklere göre alkolle ilgili yüksek risk taşımadığı belirtilmektedir. LGB bireylerde madde kullanımı daha fazla gibi görülse de, bu konuda daha çok bilgiye ihtiyaç vardır (63).

E. LGB BİREYLERDE SIK GÖRÜLEN SOSYAL SORUNLAR:

Eşcinselliğin hastalık olmadığı yaygın olarak ifade edilse de, toplumlarda heteroseksist yaşam tarzı egemenliğini korumaktadır. Cinsel yöneliminin kendi cinsine dönük olduğunu hisseden bireyler, cinsel yönelim kimliği gelişim sürecinde çok zorlanmaktadır (32,56). O zamana kadar geliştirdiği heteroseksüel kimlikle uyumsuzluk nedeniyle kafa karışıklığı yaşadığı, çevrenin homofobik tepkileri ve reddedileceğinden kaynaklanan korku, kaygı, suçluluk ve utanç devreleri tanımlanmıştır (32,56). Kişisel gelişim ve çevre ile etkileşim sonucunda olumlu bir eşcinsel yönelim kimliği geliştirdikleri gösterilmiştir (32).

Ergenlik dönemi genel olarak birey ve onun çevresi tarafından çalkantılı ve kendine özgü sorunları olan zor bir devreyken, eşcinsel bireyler için özellikle önemli ve riskli bir devre kabul edilir. Hemcinslerinden cinsel açıdan etkilendiklerini hissettiklerinde yardım alacak kimse bulamamakta, yaşadıkları olumsuz, önyargılı deneyimler ileri yaşantılarını da etkileyebilecek sorunlara neden olabilmektedir (63). Hart ve Heimberg eşcinsel ergenlerin aile

içinde, okul ve iş çevrelerinde homofobik tavırlara maruz kaldıklarını ve depresyon, anksiyete, sosyal fobi, beden algısı bozukluğu açısından risk altında olduklarını göstermiştir (85).

1. LGB Gençlerin Okulda Yaşadığı Sorunlar:

Londra'da LGB insanlarda yapılan bir çalışma %47'sinin okulda fiziksel taciz ve şiddet yaşadığını, %83'ünün okulda sözlü tacize uğradığını göstermiştir (63). Çoğu okulda öğrenciler arasındaki homofobik davranışlar hiçbir engelle karşılaşmamaktadır. Homoseksüellikle ilgili aşağılayıcı terimler hiç kimse tarafından uyarılmadığı için okulda ve günlük dilde yaygın olarak kullanılmaktadır. Okulda bu konuda problem olduğunda çalışanlar genellikle okul değerlerinin yorumlanmasında ve kabul edilemez davranış ve konuşmanın hangisi olduğunu saptamada yetersiz bilgiye ve rehberliğe sahip olmaktadırlar. Bu yaşlarda sosyal çevrede başlayan zorbalığın etkileri hayat boyu sürebilir. Her çeşit taciz ve saldırı karşısında kurbanların zayıf kaldıkları ve bunların doğurduğu sağlık sonuçları ile hastalık ve mortalitenin arttığını biliyoruz. Genel olarak zorbalığın sonuçları güven kaybı, azalmış özsaygı, toplumdan soyutlanma, dikkat eksikliği, akademik başarısızlık, okula devamsızlık, okul korkusu ve intihara teşebbüs olarak tanımlanmıştır (63).

Ayrıca post-travmatik stres bozukluğu ve zorbalık arasında bağlantı vardır. Uzun vadede zorbalığın etkileri depresyon, anksiyete, düşük özsaygı, suçluluk duygusu, utanç, sosyal izolasyon, psikosomatik semptomlar, aşırı çekingenlik olarak tanımlanmıştır. Hem taciz ve saldırıyı yapanlar hem de kurbanların davranışsal zorluklar ve psikolojik problemler yaşadıkları gösterilmiştir. İngiltere ve Amerika'da yapılan çalışmalar LGB genç bireylerin %37'sinin okulda mağduriyet yaşadığını göstermiştir (63). Bu sonuçlara ebeveynleri eşcinsel olan çocuklar ve geleneksel cinsiyet rollerine uymayan bireyler katılmamıştır.

Okul çalışanları ve öğretmenlerin bir kısmı da kendini LGB birey olarak tanımladıklarında homofobik söylemlere maruz kalacaklardır. Eşcinsel öğretmenler, okulda sorun yaşamamak için kimliklerini gizli tutmak zorunda kalmaktadırlar (63).

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, eşcinsel erkeklerin en az %30'unun ergenlik ve yetişkin çağda tecavüz ve cinsel saldırıya uğradığını bildirmektedir (38,39). Çalışmalar, seksüel azınlıklara karşı yapılan bu cinsel saldırıların, depresyon, kimyasal bağımlılık ve posttravmatik stres bozukluğu semptomları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (39,63).

2. LGB Bireylere Sağlık Profesyonellerinin Tutumları:

Sağlık profesyonelleri arasında homofobi ve heteroseksizmin oldukça yaygın olduğu kanıtlanmıştır (63). Sağlık çalışanlarındaki bu homofobi, LGB bireylerin sağlık hizmetinden faydalanmalarını engellemektedir. Kendi cinsinden hoşlandığını hisseden ergenler, bu durumla ilgili hekime başvurduğunda bu konuda yeterli bilgisi olmayan hekim grubu ile karşılaşmakta, karşılaştığı olumsuz sağlık deneyimi sonucunda da ileride sağlık hizmetine gereksinim duyduğunda bu olumsuz önyargı nedeniyle sağlık hizmeti almakta zorlanmaktadır (63).

Sağlık uzmanlarındaki bilinçsizlik, LGB doktorlara desteğin yokluğu homofobinin devam etmesine neden olmakta ve LGB bireylerin sağlık çıktılarını etkilemektedir. Dini yetiştirme tarzlarının sağlık çalışanlarındaki negatif düşünceleri etkileyen önemli bir unsur olduğu kanıtlanmıştır. HIV'in bilinir hale gelmesi ile LGB doktorlara karşı homofobi artmıştır (63).

Londra'da gey erkekler üzerine yapılan bir çalışmada, hayatlarının büyük bölümünü cinselliklerini açıklayarak yaşayan gey erkeklerde bile, sağlık hizmeti ile ilgili bir durumda cinselliğin konuşulmasının ciddi bir korku ve ayrımcılık tehditi ortaya çıkardığı bulunmuştur (86). Bu durum cinsellikleri ile ilgili sağlık ihtiyaçlarında ve tedavilerinde LGB bireylerde büyük sorun oluşturmaktadır. Bu çalışma, gey ve biseksüel erkeklerin kendi kişisel ihtiyaçları ve sosyal ihtiyaçlarını sağlık çalışanlarına iletmelerindeki zorlukları ortaya koymaktadır.

Cinselliğin açıklanması ile ilgili endişeler sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğunda strese veya ertelemeye sebep olmaktadır. LGBT bireyler yaşanmış bir ayrımcılık deneyimleri olmasa bile, cinselliklerini açıklamaya çekinebilirler. Bu yüzden pozitif mesajların bu bireylere açık olarak belirtilmesi gerekmektedir. En iyi uygulama sağlık çalışanlarının cinsel yönelimi her uygulamada sormasıdır. Bu sorgulamadan sonra da önyargısız tıbbi bilgileri ışığında yardım gereken konularda yol gösterici olmasıdır (63).

Doktorlar arasında yaygın olarak tespit edilen homofobinin engellenebilmesi için, Tıp Fakültelerinde, hemşire ve diğer sağlık personeli yetiştiren okullarda cinsel yönelim ile ilgili konuların eğitimine ihtiyaç duyulduğu bilinmektedir. Tıp öğrencileri ve klinisyenler cinsellik ile ilgili hastayı sorgulamada ve cinsel yönelim, homofobi ile ilgili sorunları göz önüne almada başarısızlığa uğramaktadırlar (63).

Koruyucu ruh sağlığı uygulamaları, ruhsal hastalıkların önlenmesi, süresinin kısaltılması ve yeti yitiminin azaltılmasını amaçlayan çalışmalardır. Halk sağlığı ilkelerine göre, hastalıklarla mücadelede hastalıkların engellenmesi, hastalıkların tedavisinden daha etkilidir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin temelinde, hastalıklarla ilgili risk etkenlerinin olduğu ve bunlara yönelik politikalar geliştirilmesi gerektiği düşüncesi yatmaktadır (87). Heteroseksüellik dışındaki cinsel yönelimi olan bireylere yönelik sağlık hizmetleri, koruyucu ruh sağlığı ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi alanında değerlendirilmelidir. Çünkü eşcinsel bireylerin ruhsal sorunlarının sebebi cinsel yönelimlerinden değil, toplumda hakim olan heteroseksizmin sebep olduğu homofobi nedeniyle maruz kaldıkları ayrımcılık ve baskı, sözel ve fiziksel şiddet ve stresli sosyal çevredir (18,88). Bu yüzden koruyucu ruh sağlığı çalışmalarında eşcinsel bireylere karşı ayrımcı, önyargılı tutumlara karşı halkı bilgilendirmek, her türlü ayrımcılığı önlemek için gerekli tedbirleri almak gereklidir (18).

V. GEREÇ VE YÖNTEM

A. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

B. YÖNTEM

Bu çalışmaya Lambdaistanbul Lezbiyen, Gey. Biseksüel, Transseksüel, Travesti (LGBTT) Yardımlaşma ve Dayanışma Derneğine üye olan kendini gey, biseksüel erkek olarak tanımlayanlar ile bu bireylerin yardımıyla kar topu örneklem yöntemi ile ulaşılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, kendini gey ve biseksüel erkek olarak tanımlayanlar dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil olma kriterleri; Kendini gey veya biseksüel olarak tanımlayan erkek olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, okur yazar olmaktı.

Çalışmaya alınmama kriterleri; Kendini heteroseksüel olarak tanımlayan erkekler, biyolojik cinsiyeti kadın olanlar, kendisini transseksüel olarak tanımlayanlar, formları okuduğunda anlayamayacak kapasitede olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

Araştırmada hakkında veri toplanacak gruplara ulaşılması zor olduğu için ve vakaların nerelerden toplanacağı tam bilinemediği için olasılıklı olmayan örnek seçim yöntemlerinden kartopu yöntemi kullanıldı. Veriler, Lambdaistanbul LGBTT Yardım ve Dayanışma Derneği ile LGB bar ve kafelerin yoğun olduğu İstanbul Beyoğlu İlçesinde 21 Nisan - 24 Haziran 2012 tarihleri arasında toplandı. Lambdaistanbul LGBTT Yardımlaşma ve Dayanışma Derneğinin faaliyetleri hafta sonu olduğundan, LGB bar ve kafeler hafta sonu kalabalık olduğu için, veriler hafta sonu toplandı. Katılımcıların doldurması için kendilerine anket verildi. Anketlerde bireylerin yaş, biyolojik cinsiyet, cinsel yönelim, ailesinin ve kendisinin yaşadığı yer, anne-babası ve kendi eğitim durumu, anne-baba ve kendi mesleği, gelir durumu, medeni durumu, birlikte yaşadığı kişi, duygusal birliktelik yaşadığı kişinin varlığı gibi sosyo-demografik özellikleri sorgulandı. Sigara, alkol ve madde kullanımı, güvenli cinsellikle ilgili tutumları, eşcinselliğini kaç yaşında fark ettiği, kaç yaşında kabul ettiği, ilk kime ve ne zaman açıldığı, aile ve çevreden algıladığı cinsel yönelimine özel destek, ilk homofobik duyguları nereden ve ne zaman hissettiği, cinsel yönelimiyle ilgili fiziksel/sözel travma/tacize uğrayıp uğramadığı, intihar davranışları ile ilgili sorular soruldu. İçselleştirilmiş homofobi ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi-12 uygulandı. Anket formu toplam 111

sorudan oluşmaktaydı. Bu form, ilgili derneğin yardımıyla ulaşılan kişilere, araştırmacıların da bulunduğu alkollü ve alkolsüz ortamlarda, hafta sonları "Gözlem Altında Yanıtlama" metodu ile uygulandı. Alkol satışı yapılan yerlerde veriler saat 14.00 ile 18.00 arasında toplandı.

Çalışma için 30 Nisan 2012 tarih ve 767 sayı ile İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan izin alındı. Lambdaistanbul LGBTT Derneğine üye olanlar ve bu üyelerin yardımıyla ulaşılan çalışmaya katılmayı kabul edenler, konunun hassasiyeti nedeniyle onam kağıdına kendi isimleri ve adreslerini vermeyi kabul etmedikleri için, onam kağıdına ad ve soyadlarının baş harfleri yazıldı ve imzaları alındı. Bu durum etik kurula bildirildi.

Anketin pilot çalışması 07 Ocak- 22 Ocak 2012 tarihlerinde yapıldı, soruların anlaşılabilirliği değişik eğitim grubundaki bireylere test edilip, anket formuna son şekli verildi.

Lambdaistanbul LGBTT Yardım ve Dayanışma Derneği ilk 1993 yılında eşcinsel bireyleri AİDS ve cinsel sağlık konusunda bilinçlendirmek amacıyla kurulmuş bir dernektir. Dünya Sağlık Örgütünün maddi desteği ve AİDS Savaşım Derneği vasıtası ile çeşitli proje ve araştırmalar yürütmüştür. 1993 yılından beri Uluslararası Lezbiyen ve Gey Derneği (ILGA) üyesidir.

C. KULLANILAN GEREÇLER

1. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonal belirtileri ölçmek, depresyon için riski belirlemek amacıyla1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir (89). Ölçeğin amacı, depresyon tanısı koymak değil, depresif belirtilerin derecesini nesnel olarak ölçmektir. Yirmi bir maddelik ölçekte her maddede 4 seçenek bulunmakta, bir maddeden en fazla 3 puan alınabilmekte ve toplamda en yüksek 63 puana ulaşılabilmektedir. Beck depresyon için ölçek puanlarına göre; 0-13 puan: Depresyon yok, 14-24 puan: Orta derecede depresyon, 25 ve üzeri: Ciddi depresyon olarak tanımlanmıştır (90). Çalışmamızda Teğin (1980) tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan Beck depresyon ölçeğinin Türkçe formu kullanılmıştır (90).

2. İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği:

İçselleştirilmiş homofobi ölçeği 1997 yılında Herek ve ark tarafından geliştirilmiştir (13). İçselleştirilmiş homofobi ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması, Gençöz ve Yüksel tarafından yapılmıştır (91). İçselleştirilmiş homofobi ölçeği eşcinsel bireylerin cinsel yönelimleri ile ilgili rahatsızlıklarının ölçüsünü belirler. Bu skalanın orjinali 9 madde iken, Türkçe versiyonuna bir madde daha eklenmiştir. Bütün maddeler 5'li Likert tip skala ile 1 (kesinlikle katılmıyorum), 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında değerlendirilir. İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeğindeki maddeler Amerikan Psikiyatri Birliğinin 1980 DSM sınıflamasındaki ego-distonik homoseksüalite tanı kriterlerinin orijinal maddeleri kullanılarak oluşturulmuştur. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sırasında skalayı sonuçlandırmadan önce az sayıda gey erkek ile yüz yüze görüşmeler yapılmış ve bu görüşmeler sonucunda Türk eşcinsel erkeklerin eşcinsel olarak etiketlenmekten ve eşcinsel topluluğu ile ilişkilendirilmekten rahatsız oldukları tespit edilmiştir. Bu bilgiden yola çıkarak ölçeğin Türk versiyonu için bir madde daha eklenmiştir: 'Kadınsı olan erkek eşcinsellerle ilişki kurmaktan ve birlikte görünmekten kaçınırım'. Böylece Türk versiyonu 10 maddelik olmuştur (91).

Herek tarafından geliştirilen orijinal ölçekte, katılımcıların yüksek veya düşük İçselleştirilmiş homofobi düzeylerini belirlemek için, maddelerden en az bir tanesini 'katılıyorum' veya 'kesinlikle katılıyorum' olarak işaretleyenler, 'yüksek derecede içselleştirilmiş homofobisi var' olarak kabul edilmiştir. Bu beklentiye uygun olarak bu ölçekte yüksek puan alanların, az puan alanlara göre daha fazla psikolojik sorun beklenmektedir (13).

3. Genel Sağlık Anketi

1972 yılında Manchester Üniversitesinden Dr. David Goldenberg tarafından geliştirilen Genel Sağlık Anketi, hasta tarafından doldurulan, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılan ve psikiyatrik hastalıkları tarayan bir ölçektir (92). Genel Sağlık Anketinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 1996 yılında Cengiz Kılıç tarafından yapılmıştır (93). Dört alanda sorular içerir: depresyon, anksiyete, obsesif olarak gözlenen davranış ve hipokondriazis. 12 maddeden oluşan ankette her madde 'her zamankinden az' dan 'her zamankinden fazla'ya uzanan 4 şıklı cevaptan oluşur. GSA'nın puanlamasında bir yöntem dörtlü ölçeğin 0, 1, 2 ve 3 olarak puanlanmasıdır. Bir diğer yöntem ise 0 ve 1'lerin 0, 2 ve 3'lerin 1 şeklinde puanlanmasıdır. Buna göre ölçekten 2'den az puan alanlar düşük, 2-3 arası puan alanlar orta, 4 ve daha fazla puan alanlar yüksek puanlı olarak gruplanmaktadır.

GSA-12 ile vaka belirlemesinde 2 puan kesme noktası olarak kabul edilmektedir. Başka bir deyişle orta-yüksek puanlılar vaka olarak kabul edilmektedir (93).

12 soruluk Genel Sağlık Anketinin validitesi (General Health Quastionnaire) (GHQ-12) Goldberg ve ark. tarafından 1997 yılında GHQ-28'e göre Dünya Sağlık Örgütünün mental hastalıklar çalışması içinde yapılmıştır. (92).

4. Sosyal Sınıfın Belirlenmesi

Çalışmaya katılanların sosyal sınıflaması Boratav'ın geliştirdiği sosyal sınıf şemasına göre yapılmıştır. Boratav'ın sosyal sınıf şemasına göre yapılan değerlendirme aşağıdaki gibidir (94):

1- İşsizler: Çalışma uygulandığı anda iş arayan ancak işi olmayan kişilerdir.

2- Emekliler: Emekli olan ve çalışmayan grup olarak ele alınmıştır.

3- Yüksek Nitelikli Grup: Üniversite eğitimi veya daha yüksek eğitim sonucu elde edilen meslekleri ifade eder. Bazı istisnalar dışında hekimlik, hukuk, mühendislik gibi meslek gruplarını kapsar.

4- Beyaz Yakalı grup: Yüksek nitelikli gruptan daha düşük seviyede işlevsellik gösteren ve bir eğitim sonunda (yüksek öğrenim veya hizmet içi eğitim) belirli bir uzmanlığa sahip hemşire, diş teknisyeni, öğretmen, banka memuru gibi kişileri kapsar.

5- Niteliksiz Hizmet Grubu: Eğitim veya başka şekillerde kazanılan niteliğe sahip olmayı gerektirmeyen bekçilik, garsonluk, şoförlük gibi meslekleri kapsar.

6-Mavi Yakalı Grup: Beden veya kol gücüne dayalı olarak çalışan kişileri kapsar.

7- Küçük işveren: Kendi hesabına çalışan ve yanında bir veya iki kişi istihdam eden kişileri kapsar.

8- Orta-Büyük İşveren: Kendi hesabına çalışan ve yanında üç veya daha fazla işçi istihdam edenleri kapsar.

9- Esnaf-Marjinaller: Kendi hesabına çalışan ve yanında kimseyi istihdam etmemiş bir sınıfı ifade eder. Bu grupta küçük esnaf ve zanaatkarlar, el arabası ile çalışan işçi ile serbest çalışan doktor veya avukatı birbirinden ayırmak için eğitim durumuna göre sınıflama yapılmıştır.

D. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ:

1- Gey ve biseksüel erkeklerde içselleştirilmiş homofobi sıktır.

2- Gey ve biseksüel erkeklerde depresyon sıktır.

3-İçselleştirilmiş homofobisi yüksek olanlarda depresyon sıktır.

4-İçselleştirilmiş homofobisi düşük olanlarda GSA 12'ye göre ruhsal hastalık riski düşüktür.

5- İçselleştirilmiş homofobisi düşük olan bireylerin alkol, sigara, madde bağımlılığı azdır.

6- Aileden destek alan ve ailesine çevresine açık olan bireylerin içselleştirilmiş homofobileri buna bağlı olarak depresyon riski düşüktür.

E. ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER:

Cinsel yönelim, yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir durumu, anne- baba eğitimi, sigara, alkol, madde kullanımı, güvenli cinsellik ile ilgili tutum ve davranışlar, ailenin kabulü, aileye ve çevreye açık olmak.

F.ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİ:

Gey ve biseksüeller içinde içselleştirilmiş homofobisi olma.

G. VERİ ANALİZİ:

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 17 paket programı kullanıldı. Veriler frekans ve yüzde oran olarak değerlendirildi. Parametrik sürekli değişkenlerde ortalama, standart sapma, student-t testi kullanıldı; non parametrik sürekli değişkenlerde Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kesikli değişkenlerde ki-kare testi yapıldı. Sonuçların yorumlanmasında %95 güven düzeyinde $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

VI. BULGULAR

A. SOSYO-DEMOGRAFİK VE SOSYO-EKONOMİK BULGULAR

Biyolojik cinsiyeti erkek olan 210 eşcinsel bireyle görüşme yapıldı. Grubun yaş ortalaması 24.21± 5.53 (en küçük yaş 16, en büyük yaş 46) idi. Katılımcıların %82.9'u (n:174) kendisini gey, %17.1'i (n:36) biseksüel olarak tanımladı. Eğitim durumları incelendiğinde %36.7'si (n:77) üniversite, %48.1'i (n:101) lise, %13.3'ü (n:.28) ortaokul, %1.4'ü (n:3) ilkokul mezunu idi; %0.5'i (n:1) okuryazar idi. Bireylerin anne ve babalarının eğitim durumları Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Çalışmaya katılan bireylerin anne ve babalarının eğitim durumları

Eğitim	Anne		Baba	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
Okur yazar değil	18	8,6	4	1,9
Okuryazar	24	11,4	17	8.1
İlkokul	62	29,5	50	23.8
Ortaokul	28	13,3	35	16.7
Lise	54	25,7	63	30,0
Üniversite	23	11,0	38	18.1
Cevapsız	1	0.5	3	1.4
Toplam	210,0	100.0	210	100

Çalışmaya katılan 210 kişinin meslekleri Tablo 2'de, anne ve babalarının meslekleri Tablo 3'te görülmektedir. Küçük, orta, büyük işveren, esnaf ve marjinaller serbest meslek olarak gruplandırılmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde katılımcıların %64.8'i (n:136) çalıştığını, %35,2'si (n:74) çalışmadığını bildirdi.

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Meslekleri

Meslek	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yönetici	14	6,7
Beyaz Yakalı	53	25,2
Niteliksiz İş	10	4,8
Mavi yakalı	11	5,2
Öğrenci	85	40,5
Serbest	8	3,8
İşsiz	1	0,5
Total	182	86,7
Cevapsız	28	13,3
Toplam	210	100,0

Katılımcıların gelir durumu Tablo 4'de görünmektedir. Katılımcıların %95.7'si (n: 201) bekar, %2.4'ü (n:5) evli, %1.4'ü (n:3) dul veya boşanmış idi. %0.5'i (n:1) eşinden ayrı yaşıyordu. Bireylerin %37.6'sı (n:79) duygusal bir birliktelik yaşadığını, %62.4'ü (n:131) ise duygusal birliktelik yaşadığı partneri olmadığını belirtti.

Tablo 5'de bireylerin kiminle yaşadığı görülmektedir. Çalışmaya katılanların % 86.2'si (n:181) İstanbul'da yaşıyordu. %13.8'i (n:29) İstanbul dışında yaşıyordu. Katılımcıların %41,4'ü (n:87) İstanbul doğumlu idi. İstanbul'a geliş nedenleri sorgulandığında alınan cevaplar Tablo 6'da görülmektedir.

Tablo 3. Çalışmaya katılan bireylerin anne ve babalarının meslekleri .

Meslek	Anne		Baba	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
Emekli	11	5,2	60	28.6
Ev Hanımı	141	67,1	-	-
Yönetici	7	3,3	16	7.6
Beyaz Yakalı	17	8,1	30	14.3
Niteliksiz	13	6,2	16	7.6
Mavi Yakalı	2	1,0	13	6.2
Serbest	2	1,0	41	19.5
İşsiz	1	,5	5	2.4
Cevapsız	16	7,6	29	13.8
Toplam	210	100,0	210	100

Tablo4. Katılımcıların gelir durumu

Gelir	Sayı (n)	Yüzde (%)
Geliri yok	47	22,4
700 TL'den az	19	9,0
700-1499 TL	76	36,2
1500-2499 TL	39	18,6
2500-3499TL	14	6,7
3500 TL'den fazla	15	7,1
Toplam	210	100,0

Tablo 5. Katılımcıların kiminle yaşadığı

Yaşam Düzeni	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yalnız	40	19,0
Aile	124	59,0
Arkadaş	23	11,0
Sevgili	8	3,8
Akraba	8	3,8
Yurt	7	3,3
Toplam	210	100,0

Tablo 6. Katılımcıların İstanbul'a geliş nedenleri

Geliş Nedeni	Sayı(n)	Yüzde(5)
Cinsel Yönelim	21	10,0
İş	31	14,8
Göç	48	22,9
Okul	30	14,3
Tatil	3	1,4
Cevapsız	77	36,7
Toplam	210	100,0

Bireylerin %52.9' unun (n:111) en uzun süre yaşadığı yer büyükşehir idi. %20'si (n:42) en uzun süre şehirde, %16.2'si (n:34) ilçede, %9'u ise (n:19) en uzun süre daha küçük yerleşim yerinde yaşamıştı.

B. SİGARA, ALKOL, MADDE KULLANIMI İLE İLGİLİ BULGULAR

Katılımcıların alışkanlıkları sorgulandığında, sigara alışkanlıkları ile ilgili cevaplar Tablo 7'de, son 30 gün içinde alkol kullanma durumları Tablo 8'de görülmektedir. Katılımcıların %62.9'u (n:132) kendisini sosyal içici olarak tanımlarken, %13.8'i (n:29) son bir ay içinde alkol nedeni ile kendini kaybettiğini belirtti.

Tablo 7. Katılımcıların sigara kullanma alışkanlıkları

Sigara	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kullanmıyor	71	33,8
Ara sıra Kullanıyor	36	17,1
Günde 1-10 adet	35	16,7
Günde 11-20 adet	44	21,0
Günde 21 adetten fazla	15	7,1
İçiyordum bıraktım	9	4,3
Toplam	210	100,0

Tablo 8. Katılımcıların son 30 gün içinde alkol kullanma oranları

Alkol	Sayı(n)	Yüzde (%)
Hiç kullanmadım	50	23,8
Haftada birden az	82	39,0
Haftada en az bir	66	31,4
Her gün	12	5,8
Toplam	210	100,0

Bireylerin madde bağımlılığı ile ilgili cevapları Tablo 9'da görülmektedir.

Tablo 9. Katılımcıların yaşam boyu bağımlılık yapıcı madde/ilaç kullanma durumları

Bağımlılık yapıcı madde/İlaç	Sayı(n)	Yüzde (%)
Hiç kullanmadım	179	85,2
En çok üç defa	16	7,6
Yılda4-10 kez	7	3,3
Yılda11-20 kez	2	1,0
Sürekli kullanıyorum	2	1,0
Bıraktım	4	1,9
Toplam	210	100,0

C. GÜVENLİ CİNSELLİK İLE İLGİLİ BULGULAR

Bireylerin alkol ve cinsel ilişki birlikteliği sorgulandığında, bireylerin %1.9'u (n:4) her zaman bu iki durumun birlikte olduğunu, %30'u (n:63) ara sıra birlikte olduğunu, %68.1'i ise (n:143) cinsel ilişki ve alkolün birbiriyle bağlantılı olmadığını söylemişlerdir.

Alkollü ve alkolsüzken anal seks sırasında kondom kullanma durumu Tablo 10'da görülmektedir. Tablo 11'de katılımcıların anal ilişkide kondom kullanma konusunda tutumları gösterilmiştir. Son cinsel ilişkilerinde kondom kullanma durumları Tablo 12'de görülmektedir.

Tablo 10. Alkollü ve alkolsüzken yeni tanıştıkları biriyle anal seks sırasında kondom kullanma durumları

Yeni tanıştığınız biriyle kondom kullanmadan anal seks yapar mısınız?	**Alkollüyken**		**Alkolsüzken**	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hayır	121	57,6	128	61,0
Emin değilim	54	25,7	47	22,4
Evet	25	11,9	28	13,3
Cevapsız	10	4,8	7	3,3
Toplam	210	100,0	210	100,0

Tablo 11. Anal ilişkide kondom kullanma konusunda tutumları

Kondom kullanma	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Kesinlikle kullanmıyorum	15	7,1
Her ilişkide kullanıyorum	91	43,3
Ara sıra kullanıyorum	56	26,7
Yeni tanıştığım biriyse kullanıyorum	48	22,9
Toplam	210	100,0

Tablo 12. Son cinsel ilişkide kondom kullanma oranları

Son cinsel ilişkinizde kondom kullandınız mı?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	124	59,0
Hayır	68	32,4
Hatırlamıyorum	18	8,6
Toplam	210	100,0

Bireylerin %93.8'i (n:197) son bir yıl içinde cinsel yolla bulaşan hastalık geçirmediğini belirtirken, %6.2'si ise (n:13) son bir yıl içinde cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon geçirdiğini bildirdi. Cinsel yolla enfeksiyon geçiren bireylerin 7'si gonore, 1'i sifiliz, 1'i klamidya enfeksiyonu geçirdiğini bildirirken. 4 kişi hangi enfeksiyonu geçirdiğini bilmiyordu.

Katılımcıların %90'ı (n:189) HIV/AIDS ile ilgili bilgilendirici kampanyaların yararlı olduğunu, buna karşılık %4.3'ü (n:9) yararsız olduğunu, %5.7'si (n:12) ise korkutucu olduğunu belirtti.

D. CİNSEL YÖNELİMLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışmaya katılanların ilk olarak kendi cinsinden hoşlandığını anladığı yaş ortalaması ve standart sapması 11,82± 4,88 iken ortanca yaş 12 idi (en küçük yaş 3, en büyük yaş 29). Cinsel yönelimlerini kabul ettikleri yaş ortalaması ve standart sapması 17,03±5,16, ortanca yaş 17'dir (en küçük yaş 3, en büyük yaş 37). Bu soruya yanıt vermeyen 14 birey bir önceki soruda cinsel yönelimlerini fark ettiklerini bildirmiş olmalarına rağmen cinsel yönelimlerini kabul etme ile ilgili soruyu cevapsız bırakmış oldular. Bireylerin cinsel yönelimlerini fark etmelerinden kabul etmelerine kadar geçen sürenin ortalama ve standart sapması 6,36±5,40 yıl, ortancası 5 yıldır. Bireylerin cinsel yönelimlerini başkasına açıkladıkları yaş ortalaması ve standart sapması 18,75±4,85 ve ortanca yaş 18'dir (en küçük yaş 3, en büyük yaş 37). Cinsel yönelimlerini kabul ettiklerinde ilk kime açıldıkları Tablo 13'de görülmektedir. 34 birey hiç kimseye cinsel yönelimini açıklamamıştır.

Tablo 13. Katılımcıların cinsel yönelimlerini ilk açıkladıkları kişiler

İlk kime açıldın	Sayı(n)	Yüzde (%)
Anne	12	5,7
Baba	2	1,0
Kardeş	13	6,2
Arkadaş	121	57,6
Akraba	16	7,6
Açılmadım	34	16,2
Aileye	6	2,9
Kendileri Tahmin Etti	1	,5
Doktora	2	1,0
Öğretmene	3	1,5
Toplam	210	100,0

E. CİNSEL YÖNELİMLERİNE ÖZEL DESTEK

Anne ve babaların bireylerin cinsel yönelimlerini kabul etme durumları Tablo 14'de görülmektedir. Kardeş ve yakın akrabaların bireylerin cinsel yönelimini kabul etme durumları Tablo 15'de, iş arkadaşları, komşu gibi çevredeki insanların cinsel yönelimlerini kabul etme durumları Tablo 16'de görülmektedir.

Tablo 14. Anne ve babaların cinsel yönelimi kabul etme durumları

Cinsel yönelimi kabul etme	Anne		Baba	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde(%)
Bilmiyor	124	59,1	151	71,9
Tamamen Kabul Ediyor	22	10,5	10	4,8
Kısmen Kabul Ediyor	38	18,1	16	7,6
Hiç Kabul Etmiyor	26	12,4	33	15,7
Toplam	210	100,0	210	100,0

Tablo 15. Kardeş ve yakın akrabaların cinsel yönelimi kabul etme durumları

Cinsel yönelimi kabul etme	Kardeş		Yakın akrabalar	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bilmiyorlar	134	63,9	152	72,4
Kabul Ediyorlar	28	13,3	21	10,0
Kısmen Kabul Ediyorlar	37	17,6	20	9,5
Hiç Kabul Etmiyorlar	11	5,2	17	8,1
Toplam	210	100,0	210	100,0

Tablo 16. İş arkadaşları, komşuların cinsel yönelimi kabul etme durumları

Cinsel yönelimi kabul etme	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bilmiyorlar	93	44,3
Kabul Ediyorlar	83	39,5
Kısmen Kabul Ediyorlar	22	10,5
Hiç Kabul Etmiyorlar	12	5,7
Toplam	210	100,0

Çalışmaya katılan bireylerin %29,5'i (n:62) ailesinin karşı cinsle ilişkiye girmesi veya evlenmesi için baskı yaptığını, %70.5'i (n: 148) ise baskı yapmadığını belirtmiştir. Bireylerin %14.8'inin (n:31) aile çevresinde LGBTT bireyi olduğunu, %85.2'si (n:179) ise ailesinin tanıdığı LGBTT bireyi olmadığını belirtmiştir. Ailelerin tanıdığı/bildiği LGBTT bireylere tepkisi Tablo 17'de görülmektedir.

Tablo 17. Ailelerin tanıdığı/bildiği LGBTT bireylere tepkisi

LGBTT bireylere tepki	Sayı (n)	Yüzde (%)
Destekleyici	12	5,7
Tepkisiz	90	42,9
Önyargılı	93	44,3
Cevapsız	15	7,1
Toplam	210	100,0

F. HOMOFOBİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Bireylerin toplumdaki homofobik duyguları hissettikleri ortalama yaş ve standart sapma 14,1± 4,94, ortanca yaş 15'dir. Toplumdaki homofobiyi ilk olarak nerede/kimde hissettikleri Tablo 18'de görülmektedir. Toplumda kendilerine karşı olabilecek fiziksel/sözlü saldırıları engellemek için cinsel yönelimlerini gizleme gereği duyup duymadıkları Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 18. Bireylerin ilk homofobik duyguları nerede/kimde hissettiklerinin dağılımı

Homofobi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ailede	32	13,3
Akrabalarda	8	3,8
Arkadaşlarda	118	56,3
Komşularda	5	2,4
Yazılı-Sözlü Basın	35	16,7
Hepsi	5	2,4
Öğretmenlerde	3	1,5
Cevapsız	4	1,9
Toplam	210	100,0

Tablo 19. Bireylerin kendilerini korumak için cinsel yönelimlerini gizlemek zorunda kalma oranları

Cinsel Yönelimi Gizleme	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	95	45,2
Çoğu zaman	43	20,5
Ara sıra	38	18,1
Hayır	34	16,2
Toplam	210	100,0

G. BİREYLERİN AYRIMCILIKLA İLGİLİ DENEYİMLERİ

Bireylerin %33.3'ü (n:70) cinsel yönelimleri nedeni ile fiziksel travma yaşamıştı; %66.7'si (n:140) böyle bir travma yaşamamıştı. Fiziksel travma yaşayanlara bu travmayı uygulayanlar Tablo 20'de görülmektedir.

Tablo 20. Bireylere cinsel yönelimleri sebebiyle fiziksel travma uygulayan kişilerin dağılımı

Fiziksel Travma Uygulayan	Sayı (n)	Yüzde (%)
Arkadaş	14	6,7
Yakın Akraba	11	5,3
Tanımadığı insanlar	24	11,5
Eşcinseller	6	2,9
Komşular	6	2,9
Aile	1	,5
Tecavüz	1	,5
Askerde	1	,5
Sevgili	1	,5
Cevapsız	145	69,0
Toplam	210	100,0

Bireylerin %50'si (n:105) cinsel yönelimleri nedeniyle en az bir kez sözlü tacize uğradığını belirtirken, diğer %50'si (n:105) böyle bir durumla karşılaşmadığını belirtti. Sözlü tacize uğrayanların kimler tarafından sözlü tacize uğradığı Tablo 21'de görülmektedir.

Tablo 21. Cinsel yönelim sebebiyle bireyleri sözlü taciz eden kişilerin dağılımı

Sözlü Taciz Eden	Sayı (n)	Yüzde (%)
Arkadaş	35	16,5
Yakın Akraba	2	1,0
Tanımadığı insanlar	52	24,8
Aile bireyleri	4	2,0
Eşcinseller	3	1,4
Komşular	1	,5
Cevapsız	113	53,8
Toplam	210	100,0

Bireylerin %11.4'ü (n:24) cinsel yönelimleri nedeniyle yaşadıkları yeri/ evi değiştirmek zorunda kaldığını belirtti.

H. EŞCİNSEL ÖRGÜTLER HAKKINDA DÜŞÜNCELERİ

Çalışmaya katılanların %37,4'ü (n:79) eşcinsel toplulukları ile ilişkisi olduğunu bildirirken, %62,6'sı (n:131) herhangi bir eşcinsel topluluğu ile ilişkisi olmadığını bildirdi. Eşcinsel toplulukları ve etkinlikleri hakkındaki görüşleri sorulduğunda %73.8'i (n:155) bu toplulukların kendisini olumlu etkilediğini, %22,3'ü (n:47) kendisine bir etkisi olmadığını, %2,4'ü (n:5) kendisini olumsuz etkilediğini, 3' ü (%1,5) gereksiz bulduğunu belirtti.

Eşcinsel bireylerin kendi cinsel yönelimlerini dini açıdan değerlendirmeleri Tablo 22'de görülmektedir.

Tablo 22.Eşcinsel bireylerin cinsel yönelimlerini günah olarak değerlendirme durumları

Eşcinselliğin günah olduğuna inanıyor musunuz?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	66	31,5
Hayır	144	68,6
Toplam	210	100,0

Çalışmaya katılan bireylerin eşcinsel kafe/ bara gitme durumları Tablo 23'de, eşcinsel yayınları takip etme durumları Tablo 24'de gösterilmiştir. Katılımcıların eşcinsellikle ilgili ilk bilgileri öğrendikleri yaş ortalaması ve standart sapması 16,81±3,63, ortanca yaş 19'dur (en küçük yaş 7, en büyük yaş 29). Eşcinsellikle ilgili ilk bilgileri nereden/kimden öğrendikleri Tablo 25'de görülmektedir.

Tablo 23. Katılımcıların eşcinsel kafe/bara gitme durumları

Kafe/bara gitme	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet, gidiyorum	152	72,4
Ara sıra gidiyorum	50	23,8
Hayır, gitmiyorum	8	3,8
Toplam	210	100,0

Tablo 24. Katılımcıların eşcinsel yayınları takip etme durumları

Eşcinsel Yayın	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet, takip ediyorum	56	26,7
Ara sıra takip ediyorum	96	45,7
Hayır, takip etmiyorum	58	27,6
Toplam	210	100,0

Tablo 25. Bireylerin eşcinsellikle ilgili ilk bilgileri nereden/kimden öğrendikleri

Bilgi Kaynağı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aileden	2	1,0
Arkadaşlardan	35	16,6
Okuldan	7	3,3
Televizyondan	6	2,9
Gazeteden	39	18,4
İnternet	117	56,1
Hepsi	3	1,5
Tecavüzcüden	1	,5
Toplam	210	100,0

İ. BİREYLERİN SAĞLIK SORUNLARI

Çalışmaya katılan bireylerin % 37,1'sı (n:78) ruhsal sıkıntıları nedeniyle psikolojik yardım aldığını, %62,9'ü (n:132) böyle bir yardıma gereksinim duymadığını belirtti. Psikolojik yardım alanların alma nedenleri Tablo 26'da görülmektedir

Tablo 26. Psikolojik yardım alanların başvuru nedenleri

Psikolojik Yardıma Başvuru	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsel yönelimden bağımsız	24	11,4
Cinsel yönelimle ilgili, ailenin zoruyla	19	9,0
Cinsel yönelimle ilgili, kendi isteği ile	29	13,8
Cinsel yönelimden kurtulmak için	6	2,9
Toplam	78	100,0

Cinsel yönelimlerinden bağımsız psikolojik destek alanların 5'i depresyon, 4'ü obsesif kompulsif bozukluk, 2'si anksiyete, 1'i öfke kontrolü, 4'ü aşk acısı için destek aldığını belirtti. Çalışmaya katılan bireylerin %21'i (n:44) cinsel yönelimleri sebebiyle intihar düşüncesi olduğunu belirtirken, %72,9'u (n: 153) cinsel yönelimleri sebebiyle intihar etmeyi düşünmediklerini belirtti (bu soruya 13 kişi (%6.2) yanıt vermedi). Katılımcıların %26,7'si (n:56) intihar girişiminde bulunduklarını, %69,5'i (n:153) intihar girişiminde bulunmadığını bildirdi. %3,8 (n:8) katılımcı bu soruya yanıt vermedi. İntihar girişiminde bulunanların (n:56) ilk intihar girişiminde bulundukları yaş ortalama ve standart sapması 18,38±4,59 (en küçük yaş 7, en büyük yaş 35) ortanca yaş 17'dir. İntihar teşebbüsünde bulunanların ortalama teşebbüs sayısı 1,88±1,58 (en az 1, en çok 10) idi.

Katılımcılara tanı konulmuş hastalıkları sorulduğunda, alınan yanıtlar Tablo 27'de görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylere yaşam memnuniyetleri 1'den (1: hiç memnun değilim) 10'a kadar (10: çok memnunum) skorlanarak sorulduğunda, yaşam memnuniyeti ortalaması ve standart sapması 7,3±2,12, ortanca 8 olarak saptandı.

Tablo 27. Katılımcıların bildikleri sağlık sorunları

Sağlık Sorunları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Panik Atak	5	2,4
Sindirim Sistemi Hst.	6	2,9
Depresyon	4	1,9
Migren	3	1,4
Böbrek Hst.	1	,5
KVS Hst.	9	4,3
Allerji	3	1,4
Manik-Depresif	1	,5
Şeker Hst	1	,5
Kc Hst.	1	,5
İskelet Sistemi Hst.	2	1,0
Toplam	36	17,1

J. BİREYLERİN PSİKOLOJİK DURUMLARI

Katılımcıların Genel Sağlık Anketine (GSA) verdikleri cevaplar 0,1,2,3 olarak puanlandığında Genel Sağlık Anketi puan ortalamaları 8,87±6,60 (en az 0, en fazla 33) idi. 0,1 puan alan cevaplar 0 (sağlıklı); 2,3 puan alan cevaplar 1 (sağlık sorunu var) olarak tekrar puanlandığında anket sonuçlarına göre katılımcıların genel sağlık durumlarını nasıl algıladıkları Tablo 28'de görülmektedir. Bu tabloda toplam puanı 2'nin altında olanlar genel sağlık durumu iyi, 2-3 arasında olanlar orta, 4 ve üzerinde olanlar ise psikiyatrik ve psikolojik bozukluklar açısından riskli olarak değerlendirildi.

Tablo 28. Katılımcıların Genel Sağlık Anketine göre dağılımları

GSA Grup (GSA Puan Ort.)	Sayı (n)	Yüzde (%)
İyi (0-1)	137	65,3
Orta (2-3)	36	17,1
Kötü (4 ve üzeri)	37	17,6
Toplam	210	100,0

Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puan ortalamaları 9,99±9,11 (en az 0, en fazla 43) idi. Anket sonuçlarına göre katılımcıların depresif olma/olmama durumları Tablo 29'de görülmektedir.

Tablo 29. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğine göre dağılımları

BDÖ (Puan Ort.)	Sayı(n)	Yüzde (%)
Normal (0-13)	152	72,4
Depresif (14-24)	41	19,5
Ciddi depresif (25 ve üzeri)	17	8,1
Toplam	210	100,0

K. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ DURUMLARI

Katılımcıların İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeğinden (İHÖ) aldıkları puanların ortalaması 21,61±8,99 (en az 12, en fazla56) idi. Sorulardan en az birisine katılıyorum diyen (o sorudan 4 veya 5 puan alan) kişi içselleştirilmiş homofobisi var kabul edildi. Bu sınıflamaya göre katılımcılardan içselleştirilmiş homofobisi olan ve olmayanlar Tablo 30 da görülmektedir.

Tablo 30. Katılımcıların içselleştirilmiş homofobisi olma/olmama durumlarına göre dağılımları

İçselleştirilmiş Homofobi	Sayı (n)	%
Yok	164	78,1
Var	46	21,9
Toplam	210	100,0

İçselleştirilmiş homofobisi olmayan grubun (n:164) total GSA ortalaması 7,99±6,35, içselleştirilmiş homofobisi olan grubun (n.46) total GSA ortalaması 12,00±6,60 idi. İki grup arasında istatistiksel çok ileri derecede anlamlı fark vardı (t:-3,46 p:0,000) (Tablo 31).

İçselleştirilmiş homofobisi olmayan grubun (n:164) total Beck Depresyon Ölçeği ortalaması 8,71±8,50; içselleştirilmiş homofobisi olan grubun 14,57±9,82 idi. İki grup arasında istatistiksel çok ileri derecede anlamlı fark vardı (t:-3,98 p:0,000) (Tablo 31).

Tablo 31. İçselleştirilmiş Homofobi Durumlarına göre GSA ve BDÖ sonuçları

	İçselleştirilmiş Homofobi	Sayı (n)	Ortalama	Std. Sapma	t	p
GSA	Yok	164	7,99	6,35	-3,46	0,000
	Var	46	12,00	6,60		
BDÖ	Yok	164	8,71	8,50	-3,98	0,000
	Var	46	14,54	9,82		

Tablo 32. İçselleştirilmiş homofobisi olanların depresif olma durumlarına göre dağılımı

İçselleştirilmiş Homofobi	Depresyon			
	Yok (n) %	Hafif(n) %	Ciddi(n)%	Total (n)%
Yok	127 (77,4)	27 (16.5)	10 (6.1)	164 (100,0)
	83,6	65,9	58,8	78,1
Var	25 (54,3)	14(30,4)	7(15,2)	46 (100,0)
	16,4	34,1	41,2	21,9
Toplam	152 (72,4)	41 (19,5)	17 (8,1)	210 !00,0)
	100,0	100,0	100,0	100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir.
χ2: 9,93, sd:2 ,p:0,007

Bireylerin cinsel yönelimlerinin sırf kendi cinsine (gey) veya her iki cinse (biseksüel) karşı olması ile içselleştirilmiş homofobileri arasındaki ilişki Tablo 33'de görülmektedir. İki grup arasında içselleştirilmiş homofobi yönünden istatistiksel anlamlı fark yoktu.

Tablo 33. Bireylerin cinsel yönelimlerine göre içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş Homofobi	Yönelim		
	Gey	Biseksüel	Total
Yok	136(82,9)	28(17,1)	164(100)
	78,2%	77,8%	78,1%
Var	38(82,6)	817,4)	46(100)
	21,8%	22,2%	21,9%
Toplam	174(82,9)	36(17,1)	210(100)
	100,0%	100,0%	100,0%

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir.
χ2: 0,003 sd:1 ,p:0,96

Bireylerin eğitim durumları ortaokul ve altı, lise ve üniversite mezunları olarak gruplandırarak içselleştirilmiş homofobi seviyeleri ölçüldüğünde durumları Tablo 34'de görülmektedir.

Tablo 34. Bireylerin eğitimlerine göre homofobik olma durumları

İçselleştirilmiş Homofobi	Bireylerin Eğitim Durumları			
	Ortaokul ve altı	Lise	Üniversite	Toplam
Yok	26 (15,9) 81,3	8 (49,4) 80,2	57 (34,8) 74,0	164(100) 78,1
Var	6(13,0) 18,8	20(43,5) 19,8	20(43,5) 26,0	46(100) 21,9
Toplam	32(15,2) 100,0	101(48,1) 100,0	77(36,7) 100,0	210(100) 100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir.
χ2: 1,19, sd:2 ,p:0,55

Bireylerin annelerinin eğitim durumları ortaokul ve altı, lise ve üniversite mezunu olmalarına göre gruplandırarak, bireylerin içselleştirilmiş homofobi seviyeleri ölçüldüğündeki durumları Tablo 35'de görülmektedir.

Tablo 35. Annelerin eğitimlerine göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş Homofobi	Annelerin Eğitim Durumu			
	Ortaokul ve altı	Lise	Üniversite	Toplam
Yok	100(61,3) 75,8	42(25,8) 77,8	21(12,9) 91,3	163(100) 78,0
Var	32(69,6) 24,2	12(26,1) 22,2	2 (4,3) 8,7	46(100) 22,0
Toplam	132(63,2) 100,0	54 (25,8) 100,0	23 (11,0) 100,0	209 (100) 100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir.
χ2: 2,76, sd:2 ,p:0,25

Bireylerin babalarının eğitim durumları ortaokul ve altı, lise ve üniversite mezunu olmalarına göre gruplandırarak, bireylerin homofobi seviyeleri ölçüldüğündeki durumları Tablo 36'da görülmektedir. Bireylerin içselleşmiş homofobi durumlarının kendi eğitimlerine, anne-baba eğitimlerine göre dağılımında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır

Tablo 36. Babaların eğitimlerine göre bireylerin içselleşmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş Homofobi	Babaların Eğitim Durumu			Toplam
	Ortaokul ve altı	Lise	Üniversite	
Yok	82 (50,6) 77,4	49 (30,2) 77,8	31 (19,2) 81,6	162(100) 78,3
Var	24 (53,3) 22,6	14 (31,1) 22,2	7 (15,6) 18,4	45(100) 21,7
Toplam	106(51,2) 100,0	63 (30,4) 100,0	38 (18,4) 100,0	207 (100) 100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir.
χ2: 0,31, sd:2 ,p:0,86

Bireylerin, meslekleri yönetici grup (YNG), beyaz yakalı grup (BYG), niteliksiz grup (NTSG), mavi yakalı grup (MYG), öğrenci ve serbest olarak gruplandırarak bireylerin içselleştirilmiş homofobileri ölçüldüğünde durumları Tablo 37'de görülmektedir.

Tablo 37. Bireylerin mesleklerine göre içselleşmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş Homofobi	Bireylerin Meslekleri						Toplam
	YNG	BYG	NTSG	MYG	Öğrenci	Serbest	
Yok	10(7,0) 71,4	38(26,6) 71,7	8(5,6) 80,0	8(5,6) 72,7	71(49,7) 83,5	8(5,6) 80,0	143(100) 78,6
Var	4(10,3) 28,6	15(38,5) 28,3	2(5,1) 20,0	3(7,7) 27,3	14(35,9) 16,5	1(2,6) 20,0	39(100) 21,4
Toplam	14(7,7) 100,0	53(29,1) 100,0	10(5,5) 100,0	11(6,0) 100,0	85(46,7) 100,0	9(4,8) 100,0	182(100) 100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir.

Annelerin meslekleri yönetici grup (YNG), beyaz yakalı grup (BYG), niteliksiz grup (NTSG), mavi yakalı grup (MYG) ve serbest olarak gruplandırarak bireylerin içselleştirilmiş homofobileri ölçüldüğünde durumları Tablo 38'de görülmektedir.

Tablo 38. Annelerinin mesleklerine göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş Homofobi	**Annelerin Meslekleri**							
	Emekli	**Ev hanımı**	**YNG**	**BYG**	**NTSG**	**MYG**	**Serbest**	**Toplam**
Yok	9(5,9) 81,8	109(71,2) 77,3	6(3,9) 85,7	14(9,2) 82,4	10(6,5) 76,9	2(1,3) 100,0	3(2) 100,0	153(100) 78,9
Var	2(4,9) 18,2	32(78) 22,7	1(2,4) 14,3	3(7,3) 17,6	3(7,3) 23,1	0(0) ,0	0(0) ,0	41(100) 21,1
Toplam	11(5,7) 100,0	141(72,7) 100,0	7(3,6) 100,0	17(8,8) 100,0	13(6,7) 100,0	2(1) 100,0	3(1,5) 100,0	194(100) 100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir.

Babaların meslekleri yönetici grup (YNG), beyaz yakalı grup (BYG), niteliksiz grup (NTSG), mavi yakalı grup (MYG) ve serbest olarak gruplandırarak bireylerin içselleştirilmiş homofobileri ölçüldüğünde durumları Tablo 39'da görülmektedir.

Tablo 39. Babalarının mesleklerine göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş homofobi	Babaların Meslekleri							
	Emekli	YNG	BYG	NTSG	MYG	Serbest	İşsiz	Toplam
Yok	50(35) 84,7	9(6,3) 56,2	24(16,8) 80,0	10(7) 62,5	10(7) 76,9	36(25,2) 86,8	4(2,8) 80,0	143(100) 79,0
Var	9(23,7) 15,3%	7(18,4) 43,8%	6(15,8) 20,0%	6(15,8) 37,5%	3(7,9) 23,1%	6(15,8) 13,2%	1(2,6) 20,0%	38(100) 21,0%
Toplam	59((32,6) 100,0%	16(8,8) 100,0%	30(16,6) 100,0%	16(8,8) 100,0%	13(7,2) 100,0%	42(23,2) 100,0%	5(2,8) 100,0%	181(100) 100,0%

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir

Bireylerin çalışma durumuna göre sahip oldukları içselleştirilmiş homofobi durumu Tablo 40'da görülmektedir. Bireylerin çalışma durumu ile içselleştirilmiş homofobi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 40. Bireylerin çalışma durumlarına göre içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş homofobi	Bireylerin Çalışma Durumları		Toplam
	Çalışıyor	Çalışmıyor	
Yok	105(64,0) 77,2	59(36,0) 79,7	164(1 78,1
Var	31(67,4) 22,8	15(32,6) 20,3	46(100) 21,9
Toplam	136(64,8) 100,0%	74(35,2) 100,0%	210(100) 100,0%

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 0,18, sd:1 ,p:0,41

Bireylerin gelirlerine göre içselleştirilmiş homofobi durumları Tablo 41'de görülmektedir.

Tablo 41. Gelirlerine göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş homofobi	Bireylerin Gelir Durumları						Toplam
	Geliri yok	700den az	700-1459	1500-2459	2500-3459	3500den fazla	
Yok	38(23,2) 80,9	17(10,4) 89,5	59(36) 77,6	29(17,7) 74,4	12(7,3) 85,7	9(5,5) 60	164(100) 78,0
Var	9(19,6) 19,1	2(4,3) 10,5	17(37,0) 22,4	10(21,7) 25,6	2(4,3) 14,3	6(13,0) 40,0	46(100) 21,9
Toplam	47(22,4) 100,0%	19(9,0) 100,0%	76(36,2) 100,0%	39(18,6) 100,0%	14(6,7) 100,0%	15(7,1) 100,0%	210(100) 100,0%

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir

Bireylerin yaşadıkları yere göre içselleştirilmiş homofobi durumları Tablo 42'de görülmektedir. İçselleştirilmiş homofobisi olanlar ve olmayanlar arasında İstanbul içinde veya dışında yaşamaya göre istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır

Tablo 42. Yaşadıkları yere göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş homofobi	Bireylerin Yaşadıkları Şehir		
	İstanbul'da yaşayanlar	İstanbul dışında yaşayanlar	Toplam
Yok	141(86,0) 77,9	23(14,0) 79,3	164(100) 78,1
Var	40(87,0) 22,1%	6(13,0) 20,7%	46(100) 21,9%
Toplam	181(86,2) 100,0%	29(13,8) 100,0%	210(100) 100,0%

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 0,03, sd:1 ,p:0,54

Sigara kullanmayanlar ve bırakanlar ile ara sıra içenler, düzenli içenler ayrı gruplandırarak sigara içmelerine göre içselleştirilmiş homofobi durumları Tablo 43'de görülmektedir. Sigara içmelerine göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur.

Tablo 43. Sigara kullanmalarına göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş homofobi	Bireylerin Sigara Kullanma Durumları		
	Sigara kullanmayanlar	Sigara kullananlar	Toplam
Yok	64(39) 80,0	100(61) 76,9	164(100) 78,1
Var	16(34,8) 20,0	30(65,2) 23,1	46(100) 21,9
Toplam	80(38,1) 100,0	130(61,9) 100,0	210(100) 100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 0,27,p:0,6

Bireylerin alkol kullanma durumları hiç kullanmayanlar, ara sıra kullananlar ve sürekli kullananlar olarak gruplanarak içselleştirilmiş homofobi durumlarına bakılmıştır. Sonuçlar Tablo 44'de görülmektedir. Sürekli alkol kullananlarda içselleştirilmiş homofobi düzeyi hiç kullanmayanlarda ya da ara sıra kullananlarda istatistiksel olarak anlamlılık verecek düzeyde fazlaydı.

Tablo 44. Alkol kullanmalarına göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş homofobi	Bireylerin Alkol Kullanma Durumları			
	Hiç	Ara sıra	Sürekli	Toplam
Yok	36(22,0) 73,5	122(74,4) 82,4	6(3,7) 50,0	164(100) 78,5
Var	13(28,9) 26,5	26(57,8) 17,6	6(13,3) 50,0	45(100) 21,5
Toplam	49(23,4) 100,0	148(70,8) 100,0	12(5,8) 100,0	209(100) 100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 7,86, sd:2 ,p:0,02

Bireylerin madde/ilaç kullanmalarına göre içselleştirilmiş homofobi durumları Tablo 45'de görülmektedir. Hiç kullanmayanlar ile ara sıra kullananlar/sürekli kullananlar arasında içselleştirilmiş homofobileri yönünden istatistiksel anlamlı fark yoktur.

Tablo 45. Madde/ilaç kullanmalarına göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş Homofobi	Bireylerin Madde Kullanma Durumları		Toplam
	Hiç kullanmadım	Kullanıyorum	
Yok	141(86,0) 77,0	23(14,0) 85,2	164(100) 78,1
Var	42(91,3) 23,0%	4(8,7) 14,8%	46(100) 21,9%
Toplam	183(87,1) 100,0%	27(12,9) 100,0%	210(100) 100,0%

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 0,91, p:0,34

Annelerinin bireylerin cinsel yönelimini kabul etme durumları Tablo 46'da görülmektedir. Annelerin çocuklarının cinsel yönelimlerini kabul etme ile bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumlarında istatistiksel anlamlı fark yoktur.

Tablo 46. Annelerin kabulüne göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş homofobi	Annelerin Cinsel Yönelimlerini Kabul Durumları				Toplam
	Bilmiyor	Tamamen kabul ediyor	Kısmen kabul ediyor	Hiç kabul etmiyor	
Yok	94(57,7) 76,4	20(12,3) 90,9	32(19,6) 84,2	17(10,4) 65,4	163(100) 78,0
Var	29(63,0) 23,6	2(4,3) 9,1	6(13,0) 15,8	9(19,6) 34,6	46(100) 22,0
Toplam	123(58,9) 100,0	22(10,5) 100,0	38(18,2) 100,0	26(12,4) 100,0	209(100) 100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 5,58, sd:3 ,p:0,13

Babalarının cinsel yönelimlerini kabul durumuna göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi Tablo 47'de görülmektedir. Babaların kabulüne göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi düzeyinde istatistiksel anlamlı fark yoktur.

Tablo 47. Babaların kabulüne göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş homofobi	Babaların Cinsel Yönelimi Kabul Durumları				Toplam
	Bilmiyor	Tamamen Kabul Ediyor	Kısmen Kabul Ediyor	Hiç Kabul Etmiyor	
Yok	111(70,3) 77,6	10(6,3) 100,0	13(8,2) 81,3	24(15,2) 72,7	158(100) 78,2
Var	32(72,7) 22,4	0(0) ,0	3(6,8) 18,8	9(20,5) 27,3	44(100) 21,8
Toplam	143(70,8) 100,0	10(5,0) 100,0	16(7,9) 100,0	33(16,3) 100,0	202(100) 100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 3,49, sd:3 ,p:0,32

İş arkadaşlarının cinsel yönelimlerini kabul durumuna göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi Tablo 48'de görülmektedir. İçselleştirilmiş homofobinin olduğu durumda iş arkadaşları arasında bireylerin cinsel tercihlerini bilip kabul etme durumlarının daha düşük olduğu, aksine içselleştirilmiş homofobinin olmadığı durumda iş arkadaşlarının kabul etme durumlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 48. İş arkadaşlarının kabulüne göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş homofobi	İş Arkadaşlarının Cinsel Yönelimlerini Kabul Durumu					Toplam
	Bilmiyor	En az biri bilmiyor	Bilenler kabul ediyor	Bilenler kısmen kabul ediyor	Hiç kabul etmiyorlar	
Yok	63(38,7)	2(1,2)	72(44,2)	19(11,7)	7(4,3)	163(100)
	70,8%	66,7%	86,7%	86,4%	58,3%	78,0%
Var	26(56,5)	1(2,2)	11(23,9)	3(6,5)	5(10,9)	46(100)
	29,2%	33,3%	13,3%	13,6%	41,7%	22,0%
Toplam	89(42,6)	3(1,4)	83(39,7)	22(10,5)	12(5,7)	209(100)
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir

Ailelerin karşı cinsle ilişkiye girme veya evlilik baskısı yapmasına göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumu Tablo 49'da görülmektedir. Ailelerinden gördükleri bu baskı ile içselleştirilmiş homofobi düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur.

Tablo 49. Ailelerin evlilik baskısı yapmasına göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş homofobi	Ailelerin Evlilik Baskısı Yapma Durumları		Toplam
	Evlilik baskısı var	Evlilik baskısı yok	
Yok	47(28,8)	116(71,2)	163(100)
	75,8	78,9	78,0
Var	15(32,6)	31(67,4)	46(100)
	24,2	21,1	22,0
Toplam	62(29,7)	147(70,3)	209(100)
	100,0	100,0	100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir

$\chi 2$: 0,245, p:0,62

Ailenin tanıdığı LGBT bireyin olmasına göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi Tablo 50'de görülmektedir. Aile çevresinde LGBT birey olmasının bireylerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi ile istatistiksel anlamlı fark yoktur.

Tablo 50. Aile çevresinde LGBT bireyi olmasına göre bireylerin homofobik olma durumları

İçselleştirilmiş homofobi	Aile Çevresinde LGBT Bireylerin Varlığı		Toplam
	Evet	Hayır	
Yok	27(16,5) 87,1	137(83,5) 76,5	164(100) 78,1
Var	4(8,7) 12,9%	42(91,3) 23,5%	46(100) 21,9%
Toplam	31(14,8) 100,0	179(85,2) 100,0	210(100) 100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 1,72, p:0,19

Ailelerin tanıdığı/bildiği LGBT bireylere tepkisi ile bireylerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi arasındaki ilişki Tablo 51'de görülmektedir. İçselleştirilmiş homofobisi olanlarda ailelerin LGBT bireylere önyargılı olmasının, içselleştirilmiş homofobisi olmayanlara göre istatistik olarak çok ileri derecede anlamlılık verecek şekilde daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 51. Ailelerin tanıdığı/bildiği LGBT bireylerine tepkisine göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş Homofobi	Ailelerin LGBT Bireylere Tepkisi			Toplam
	Destekleyici	Tepkisiz	Önyargılı	
Yok	12(7,8) 100,0%	81(52,6) 90,0%	61(39,6) 65,6%	154(100) 79,0%
Var	0(0) ,0%	9(22,9) 10,0%	32(78) 34,4%	41(100) 21,0%
Toplam	12(6,2) 100,0%	90(46,2) 100,0%	93(47,7) 100,0%	195(100) 100,0%

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 19,82, sd:2 ,p:0,000

Bireylerin toplumda cinsel yönelimlerini gizleme ile içselleştirilmiş homofobi durumları Tablo 52'de görülmektedir. İçselleştirilmiş homofobisi olanlar olmayanlara göre toplumda cinsel yönelimlerini ileri derecede istatistik anlamlılık verecek şekilde gizledikleri tespit edilmiştir.

Tablo 52. Toplumda cinsel yönelimlerini gizleme ile içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş Homofobi	Bireylerin Toplumda Cinsel Yönelimlerini Gizleme Durumları				
	Evet	Çoğu Zaman	Ara Sıra	Hayır	Toplam
Yok	65(39,6) 68,4	36(22,0) 83,7	32(19,5) 84,2	31(18,9) 91,2	164(100) 78,1
Var	30(65,2) 31,6	7(15,2) 16,3	6(13,0) 15,8	3(6,5) 8,8	46(100) 21,9
Toplam	95(45,2) 100,0	43(20,5) 100,0	38(18,1) 100,0	34(16,2) 100,0	210(100) 100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2:10,23, sd:3 ,p:0,02

Bireylerin sözlü tacize uğramaları ile içselleştirilmiş homofobi durumları Tablo 53'de görülmektedir. Sözlü tacize uğrama ile bireylerin içselleştirilmiş homofobileri arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 53. Sözlü tacize uğramalarına göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş Homofobi	Sözlü tacize uğrama		
	Evet	Hayır	Toplam
Yok	83(50,6) 79,0	81(49,4) 77,1	164(100) 78,1
Var	22(47,8) 21,0	24(52,2) 22,9	46(100) 21,9
Toplam	105(50,0) 100,0	105(50,0) 100,0	210(100) 100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 0,111, sd:1 ,p:0,739

Bireylerin fiziksel travmaya uğramaları ile içselleştirilmiş homofobi durumları Tablo 54'de görülmektedir. Fiziksel travmaya uğrama ile bireylerin içselleştirilmiş homofobileri arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 54. Fiziksel travmaya uğramalarına göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş Homofobi	Fiziksel Travmaya Uğrama		
	Evet	Hayır	Toplam
Yok	52(31,9) 74,3	111(68,1) 79,9	163(100) 78,0
Var	18(39,1) 25,7	28(60,9) 20,1	46(100) 22,0
Toplam	70(33,5) 100,0	139(66,5) 100,0	209(100) 100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 0,84, sd:1 ,p:0,36

Cinsel yönelimleri sebebiyle ev değiştirmek zorunda kalan bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları Tablo 55'de görülmektedir. Bireylerin sık ev değiştirme ile içselleştirilmiş homofobileri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 55. Cinsel yönelimleri sebebiyle ev değiştiren bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş Homofobi	Ev Değiştirme		
	Evet	Hayır	Toplam
Yok	15(9,4) 62,5	145(90,6) 80,1	160(100) 78,0
Var	9(20,0) 37,5	36(80,0) 19,9	45(100) 22,0
Toplam	24(11,7) 100,0%	181(88,3) 100,0%	205(100,0) 100,0%

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 3,84, sd:1 ,p:0,05

Bireylerin eşcinselliği günah kabul etmeleri ile içselleştirilmiş homofobi durumları Tablo 56'da görülmektedir. İçselleştirilmiş homofobisi olan bireylerin içselleştirilmiş

homofobisi olmayanlara göre eşcinselliği çok ileri derecede istatistiksel anlamlılık verecek düzeyde günah kabul ettiği saptandı.

Tablo 56. Eşcinselliği günah kabul etmelerine göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş Homofobi	Eşcinselliği Günah Kabul Etme		Toplam
	Evet	Hayır	
Yok	40(24,4) 61,5	124(75,6) 86,7	164(100) 78,8
Var	25(56,8) 38,5	19(43,2) 13,3	44(100) 21,2
Toplam	65(31,3) 100,0	143(68,8) 100,0	208(100) 100,0

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 16,98, p:0,000

Eşcinsel kafe/bara gitmelerine göre içselleştirilmiş homofobi durumları Tablo 57'de görülmektedir. İçselleştirilmiş homofobisi olan ve olmayan bireylerin eşcinsel kafe/bara gitme durumları açısından aralarında istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptandı.

Tablo 57. Eşcinsel kafe/bara gitmelerine göre bireylerin içselleştirilmiş homofobi durumları

İçselleştirilmiş Homofobi	Eşcinsel Kafe/Bara Gitme			Toplam
	Evet	Arasıra	Hayır	
Yok	115(70,6) 75,7	40(24,5) 81,6	8(4,9) 100,0	163(100) 78,0
Var	37(80,4) 24,3	9(19,6) 18,4	0(0) ,0	46(100) 22,0
Toplam	152(72,7) 100,0%	49(23,4) 100,0%	8(3,8) 100,0%	209(100) 100,0%

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 3,12, sd:2 ,p:0,21

Gey ve biseksüel erkeklerin Genel Sağlık Anketi (GSA) puan ortalaması Tablo 58'de görülmektedir. Gey ve biseksüel erkeklerde GSA puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel anlamlı fark yoktur.

Tablo 58. Gey ve biseksüel erkeklerin GSA ortalamalarının karşılaştırılması

	Yönelim	Sayı (n)	Mean rank	Mann-Whitney U	z	p
GSA	gey	174	105,91	3060,00	-0,22	0,82
	biseksüel	36	103,50			

Gey ve biseksüel erkeklerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği (İHÖ) puan ortalaması Tablo 59'da görülmektedir. Gey ve biseksüel erkeklerde BDÖ ve İHÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel anlamlı fark yoktur.

Tablo 59. Gey ve biseksüel erkeklerde BDÖ ve İHÖ ortalamalarının karşılaştırılması

	Yönelim	Sayı (n)	Ortalama	Std. Sapma	t	p
BDÖ	gey	174	9,82	9,14	-,61	,55
	biseksüel	36	10,83	9,04		
İHÖ	gey	174	21,22	9,27	-1,39	0,16
	biseksüel	36	23,50	7,35		

Eşcinsel bireylerin cinsel yönelimleri sebebiyle sözlü tacize uğrama durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği sonuçları Tablo 60'da görülmektedir. Depresyon ve ciddi depresyonu olan bireyler depresif olarak gruplanmıştır.

Tablo 60. Sözlü tacize uğramalarına göre depresyon durumları

Beck Depresyon Ölçeği	Sözlü taciz		
	evet	hayır	Toplam
Normal	69(45,4) 65,7	83(54,6) 79,0	152(100) 72,4
Depresif	36(61,1) 34,3	22(37,9) 21,0	58(100) 27,6
Toplam	105(50,0) 100,0%	105(50,0) 100,0%	210(100) 100,0%

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 4,66, p:0,02

Eşcinsel bireylerin cinsel yönelimleri sebebiyle fiziksel travmaya uğrama durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği sonuçları Tablo 61'de görülmektedir. Depresyon ve ciddi depresyonu olan bireyler depresif olarak gruplanmıştır.

Tablo 61. Fiziksel travmaya uğramalarına göre depresyon durumları

Beck Depresyon Ölçeği	Fiziksel travma		
	Evet	Hayır	Toplam
Normal	48(31,6) 68,6%	104(68,4) 74,3%	152(100) 72,4%
Depresif	22(37,9) 31,4%	36(62,1) 25,7%	58(100) 27,6%
Toplam	70(33,3) 100,0%	140(66,7) 100,0%	210(100) 100,0%

*Parantez içindeki yüzdeler satır yüzdesidir
χ2: 0,76, p:0,23

VII. TARTIŞMA

A. SOSYO-DEMOGRAFİK VE SOSYO-EKONOMİK GÖSTERGELER

Kesitsel tipte tasarlanan bu araştırma, İstanbul ili Beyoğlu ilçesinde yapılmıştır. Çalışma için bu bölgenin seçilme sebebi, ulaşılması zor bir grup olan çalışma grubunun sosyalleşme mekanlarının neredeyse tamamına yakınının bu bölgede olmasıdır. LGBTT bireylerin farklı sosyo-ekonomik gruplarına hitap eden mekanların ve İstanbul'daki bütün LGBTT sivil toplum örgütlerinin bu bölgede toplanması, çalışmanın bu bölgede yapılmasını zorunlu kılmaktadır.

Lambdaistanbul LGBTT Yardım ve Dayanışma Derneği üyelerinin yardımıyla kartopu örneklem yöntemi ile 210 eşcinsel erkeğe ulaşıldı. Toplum tarafından damgalandıkları için bireylerin kendilerini gizlemek zorunda hissetmeleri, eşcinsellerle ilgili sorunları araştıran çalışmalarda veri toplanmasını güçleştirmektedir. AIDS Savaşım Derneği, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, AMATEM ve UNFPA desteği ile 2010 yılında İstanbul'da yapılan 'İncinebilir Gruplara Yönelik HIV ile ilgili Biyo-Davranış Araştırması' nda AIDS Savaşım Derneğinin yardımı ile İstanbul'da 229 erkeklerle seks yapan erkeklere ulaşılmıştır (95).

1. Yaş

Biyolojik cinsiyeti erkek olan çalışma grubumuzun yaş ortalaması 24,21± 5,53 olup en küçük 16, en büyük 46 yaş arasındadır. Çalıştığımız grubun ortanca yaşının 23,00 olması grubun büyük kısmının ergen ve genç yetişkin yaş grubunda olduğunu göstermektedir. İncinebilir Gruplarda HIV'in Önlenmesi- İstanbul Projesi 2010 raporunda erkeklerle seks yapan erkeklerin yaş ortalaması 28,93±6,9 olarak bildirilmiştir (95).

2. Medeni Durum

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) tarafından yayınlanan 2011 Adrese dayalı Nufüs Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre İstanbul'da yaşayan 15 yaş ve üstü bireylerin %62,7'si evli, %28,8'i hiç evlenmemiş, %4,0'ı boşanmış ve %4,5'i duldur (96). Bizim çalışmamızda katılımcıların %95,7'si bekar, %2,4'ü evli, %1,4'ü dul veya boşanmış idi. Çalışma grubumuz (yaş ortalaması 24,21±5,53) genç bireylerden oluşsa da, İstanbul ortalamasına göre evlilerin sayısının az olması, kanunların ve toplumsal kuralların eşcinsel evliliklerin heteroseksüel evlilikler gibi normal karşılanmamasından kaynaklanmaktadır.

İncinebilir Gruplarda HIV'in Önlenmesi- İstanbul Projesi 2010 raporunda da erkeklerle seks yapan erkeklerin yaş ortalaması bizim grubumuzdan yüksek olduğu halde (28,93±6,9), bekarların oranı %94,3 dür. Bu oran bizim oranımıza benzerdir.

Bu tez çalışmasında bireylerin %37,6'sı duygusal bir ilişkisinin olduğunu ve %3,8'i sevgilisi ile yaşadığını belirtti.

3. Eğitim

ADNKS 2011 sonuçlarına göre 15 yaş üstü İstanbul nüfusunun %11,7'si üniversite veya yüksekokul mezunu, %23,9'u lise mezunu, %24,8'i ortaokul/ilköğretim mezunu, %25'i ilkokul mezunu, %4,17'si okuma yazma bilen olarak belirtilmiştir (96). Bu tez çalışmasında bireylerin %36,7'si üniversite mezunu, %48,1'i lise mezunu, %13,3'ü ortaokul, %1,4'ü ilkokul, %0,5'i okuryazar idi. Kayı ve ark. 2011 yılında Ankara, İzmir, İstanbul'da yaptıkları 'Farklı Cinsel Yönelimi/Kimliği olan Bireylerin Demografik Özellikleri ile Algılanan Sosyal Destek Durumunun Araştırılması' isimli çalışmada 161 gey, 43 lezbiyen, 57 biseksüel, 42 travesti/transseksüel bireye ulaşılmıştır (97). Kayı'nın çalışmasında geylerin eğitim düzeyi; %6,2'si ortaokul mezunu, %23,6'sı lise mezunu, %70,2'si üniversite mezunu olarak bildirilmiştir. İncinebilir Gruplarda HIV'in Önlenmesi- İstanbul Projesi 2010 raporuna göre erkeklerle seks yapan erkeklerin yarısı (%54,5) üniversite öğrencisi veya mezunu olduğunu bildirmiştir (95). Bu raporda çalışma grubunu oluşturan kadın seks işçileri, transseksüel seks işçileri, madde bağımlıları arasında en eğitimli grubun erkeklerle seks yapan erkekler olduğu bildirilmiştir. Her üç çalışmada da dikkat çeken özellik gey grupta lise ve üniversite mezunu olanların oranının genel nüfustaki oranlarına göre daha yüksek olduğudur.

Çalışmaya katılan bireylerin anne ve babalarının eğitimi İstanbul geneli ile karşılaştırıldığında; ilkokul mezunu anne- baba oranı İstanbul ortalamasına (%25) yakın bulunmuştur (sırasıyla %29,5-%23,8). Ortaokul mezunu anne-babalar İstanbul ortalamasından (%24,8) daha düşüktür (sırasıyla %13,3-%16,7). İstanbul'da 15 yaş üzeri lise mezunu oranı %23,9 iken bu tez çalışmasında lise mezunu anne-baba oranı daha yüksektir (sırasıyla %25,7-%30,0). İstanbul'da üniversite/yüksek okul mezunu %11,7 iken, bu tez çalışmasın üniversite mezunu anneler bu orana yakın sınırlarda (%11,0), üniversite mezunu babaların oranı daha yüksektir (%18,1).

4. İstihdam

TÜİK verilerine göre 2012 Ekim dönemi işsizlik oranı %9,1'dir (98). Bu çalışmada işsiz olduğunu bildirenlerin oranı %0,5 iken çalışma durumunu cevapsız bırakanların oranı %13,3 bulundu. Uluslar arası Çalışma Örgütü'nün (ILO) Türkiye'de Mesleki Görünüm Raporunda, 2008 yılı Türkiye'de üst düzey yönetici oranı %8,8 olarak bildirmiştir (99). Bu oran bu tez çalışmasında %6,7 bulundu ve daha düşüktür. Vasıfsız işlerde çalışanların oranı 2008 yılı Türkiye genelinde %14,4 iken (99), bu tez çalışmasında bu oran %4,8'dir ve daha düşüktür. Çalışma grubunun %40,5'ini öğrenciler oluşturmaktadır.

Çalışma grubundaki bireylerin babalarının meslekleri incelendiğinde, üst düzey yönetici grubu, Türkiye geneline (%8,8) yakınken (%7,6), babaların vasıfsız işte çalışması %7,6 ile Türkiye ortalamasından daha düşüktür (%14,4) (99).

5. Aylık Gelir

Çalışma grubunda bir kişi işsiz olduğunu belirtirken %22,4'ü geliri olmadığını bildirdi. Katılımcıların %45,2'si 1 499 TL'den aşağı, %32,4'ünün 1 500 TL ve üzeri gelire sahip olduğunu belirtti. Çalışma grubunun %40,5'inin öğrenci olduğu, %62,8'inin ailesi veya akrabası ile yaşadığı ve çalışma grubunu oluşturan bireylerin yarısının ergen ve genç erişkin dönemde olduğu düşünülürse, aylık gelir dağılımının Türkiye genelinin üstünde olduğu söylenebilir. TÜİK 2011 Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması sonucuna göre, Türkiye'de hane halkı başına düşen ortalama yıllık kullanılabilir gelir 24 343 TL olarak bildirilmiştir (100). Bu tez çalışmasında veri topladığımız eşcinsel erkek grubu, eşcinsel yardım ve dayanışma derneğine üye olan, eşcinsel kafe ve barlara gidebilecek imkanı olanlardan oluştuğu için, gelir ve eğitim düzeyinin Türkiye genelinden yüksek olması beklenir. Eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gruba ulaşmamız, hem toplum baskıları hem ekonomik yoksunluk nedeni ile çok zordur.

6. İstanbul'a Geliş Nedeni

Çalışma grubundaki bireylerin %41,4'ü İstanbul doğumludur. %23,8'si 10 yıl ve üzeri İstanbul'da yaşadığını belirtirken, %33,8'i 10 yıldan az süredir İstanbul'da yaşadığını belirtti. Katılımcıların %10'u İstanbul'a geliş nedenini "cinsel yönelimi sebebiyle rahat ve özgür yaşamak için" olduğunu belirtirken, %14,3'ü okul, %14,8'i iş sebebiyle gelmişti. %22,9'u ise aile ile birlikte İstanbul'a göç etmişti.

1950'li yıllarla birlikte ekonomik nedenlerle İstanbul'a yoğun bir göç akımı başlamıştır. 1950'li yıllarda İstanbul doğumlu olanlar ve olmayanlar yarıya yakınken, daha sonra bu oran göç edenlerin artması ile İstanbul doğumluların aleyhine artmıştır, İstanbul doğumlular üçte birlik oranda kalmıştır (101). Bu tez çalışmasında da İstanbul doğumlular yarıdan azdır. İstanbul doğumluların az olmasının bir nedeni de, eşcinsel bireylerin bütün dünyada olduğu gibi Türkiye'de de rahat ve özgür yaşamak için büyük şehirleri tercih etmesi olabilir. İstanbul ayrıca LGBTT derneklerinin, kafe/barların olmasıyla da, Türkiye'deki diğer şehirlerden farklıdır. Bu yüzden LGBTT bireyler iş ve okul içinde İstanbul'u tercih etmiş olabilirler.

Anket uygulaması esnasında İstanbul dışında okuyanlar cinsel yönelimleri sebebiyle sıkıntı yaşadıklarını, okul idaresi tarafından cinsel yönelimlerinin ailelerine bildirildiğini, yurtlarda kalamadıklarını, fiziksel ve sözlü tacize uğradıklarını belirttiler. Bu bireylerin üniversite eğitimlerine ara vermek zorunda kaldıkları, eğitimlerini İstanbul'da sürdürebilmek için uğraştıkları gözlendi.

ABD'lerinde 1994 yılında yapılan bir çalışmada şehirlerde yaşayan eşcinsel yüzdesinin kırsal alanda yaşayanlardan fazla olduğu bildirilmiştir (27). Bu farklılığın nedeni olarak eşcinsel yönelime sahip olanların rahat ve özgür yaşamak için şehirleri tercih etmesi yanında, gey erkeklerin şehirde doğumlarının daha fazla gözlemlendiği belirtilmiştir. Bunun sebebi olarak da çevresel etkenler veya gey genlerine sahip olan taşıyıcıların şehir hayatına daha fazla uygun olup, şehir hayatını seçmiş olabilecekleri belirtilmiştir (27).

B. BİREYLERİN SİGARA, ALKOL VE MADDE KULLANIMI

Çalışma grubundaki bireylerin %23,8'i hiç alkol kullanmadığını belirtirken, %5,8'i her gün alkol aldığını belirtti. Son bir ay içinde alkol sebebiyle kendini kaybettiğini belirtenlerin oranı %13,8'di. Her gün alkol alan bireylerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi, hiç alkol kullanmayan ve ara sıra kullananlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,02).

İncinebilir Gruplarda HIV'in Önlenmesi- İstanbul Projesi 2010 Raporunda erkeklerle seks yapan erkeklerin %15,5'i son ay içinde alkol kullanmadığını bildirmiştir (95). Bu raporda erkeklerle seks yapan erkeklerin %42,2'sinin son bir ay içinde alkol sebebiyle bilincini kaybettiği belirtilmiştir. Bu raporda belirtilen alkol kullanma ve son bir ayda alkol sebebiyle kendini kaybedenlerin oranının yüksek olmasının nedeni, bu tez çalışmasında yaş ortalamasının küçük olmasından ve öğrenci sayısının fazla olmasından kaynaklanmış olabilir.

California Üniversitesi Halk Sağlığı Bölümü, ABD'inde şehirlerde yaşayan 2172 gey ve biseksüel erkeğe telefonla ulaşarak yaptıkları çalışma sonucunda; katılımcıların %52'sinin keyif verici madde kullandığı, %85'inin alkol kullandığı ve %12'sinin alkolle ilgili üç ve daha fazla problemi olduğunu bildirmişlerdir (66). Bu tez çalışmasında alkol kullananların oranı (%76,2) daha azdır ve en az bir kez bile madde kullananların oranı % 14,8'dir. Bu oranda ABD'deki çalışmaya göre düşüktür ama 15 yaş üstü bireylerde Sağlık Bakanlığının 1997 yılında yaptığı alkol, madde kullanımı oranlarına göre genel toplumdan yüksektir. Türkiye 15 yaş üstünde alkol kullanma oranı %42, bağımlılık yapıcı bir maddeyi en az bir kez deneyenlerin oranı %2,9'dur (102). İstanbul'da 2000 yılında 24 ayrı ilçede yaşayan 707 erişkin bireyle yüz yüze görüşme yöntemi ile alkol alışkanlıkları sorgulanmıştır. Hayat boyu en az bir kere alkol kullanma durumu %54,7 bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %73,4 iken, kadınlarda %35'dir (103). Bu sonuçlar (%73,4) tez çalışmasında katılımcıların eşcinsel erkekler olması nedeniyle (%76,2) uyumludur.

Türkiye'de 77 ilde 2002 yılında yüz yüze görüşme tekniği ile yapılan bir çalışmada, yaşam boyu en az bir kez madde kullanım oranı %1,3'dür. Bu oran erkeklerde kadınlara göre, 15-24 yaş arasında olanlarda 25 yaş üstünde olanlardan yüksek bulunmuştur (103).

Boğaziçi Üniversitesinde 2005 yılında 735 öğrenci ile yapılan araştırmada, yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %9,2, ecstasy kullanımı %2,7, eroin kullanımı %0,3, benzodiazepin kullanımı %3,4 bulunmuştur. Bu tez çalışmasında herkesin birbirini tanıdığı ortamlarda, anketler gözlem altında uygulandığı için katılımcılara ne tür bağımlılık yapıcı madde kullandıkları sorulmadı. Tez çalışmasında bulunan bağımlılık yapıcı madde kullanım oranları (%14,8) Boğaziçi üniversitesinde bulunan sonuçla uyumludur (103).

ABD'inde cinsel yönelim ile adolesan dönemde madde kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran bir meta-analiz çalışması yapılmıştır (104). Araştırma kriterlerine uygun 18 çalışma incelenmiştir. Bunun sonucunda eşcinsel adolesanların heteroseksüel adolesanlara göre daha yüksek oranda sigara, alkol, bağımlılık yapıcı madde kullandığı saptanmıştır (odds ratio yaşam boyu sigara kullanımı 4,23; yaşam boyu alkol kullanımı 2,23; yaşam boyu marihuana kullanımı 2,58; kokain kullanım 3,09) (104). Bu çalışmalardan hiç birinde cinsel yönelim ve madde bağımlılığı arasındaki ilişkiyi açıklayıcı faktörlerden bahsedilmemiştir. Araştırıcılar bundan sonraki çalışmalarda LGB bireylerin sözlü ve fiziksel taciz deneyimlerinin, yaşadıkları homofobik kültürde ayrımcılık ve dışlanma deneyimlerinin, fiziksel ve psikolojik sağlıklarına zarar veren cinsel azınlık durumlarına bağlı kronik stres durumlarının, madde

kullanımı gibi sağlıkları için risk oluşturan faktörlere etkisinin araştırılmasını önermişlerdir. Bu tez çalışmasında sürekli alkol kullanan bireylerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi, ara sıra kullanan ve hiç kullanmayan bireylerden istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,02). İçselleştirilmiş homofobi düzeyi yüksek olan bireylerin, Beck Depreyon Ölçeğinin puan ortalaması da istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,000). Bu sonuçlara dayanarak, LGB bireylerde heteroseksüel bireylerden anlamlı derecede yüksek olan alkol kullanımının, LGB bireylerde azınlık cinsel yönelime sahip olmanın getirdiği kronik strese, toplumdaki yaygın homofobik kültürü içselleştirmiş olmalarına bağlayabiliriz.

2005 yılında ABD'lerinde sosyal arkadaşlık sitelerinden 335 gey ve lezbiyen bireye ulaşılmıştır. Lezbiyen bireylerde içselleştirilmiş homofobi düzeyi yüksekliğinin alkol kullanımı ve alkolle ilgili sorunlar arasında istatistiksel anlamlı ilişki olduğu, gey erkeklerde ise böyle bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Bu tez çalışmasında ise sürekli alkol kullanan gey erkeklerde içselleştirilmiş homofobi düzeyi istatistiksel anlamlı olarak yüksek tespit edildi (p=0,02). İki çalışma arasındaki bu fark kültürel özelliklerden olabilir. Alkol kullanımı Türkiye'de ABD'ne göre yaygın değildir ve toplumsal olarak hoş karşılanmamaktadır. Ayrıca dini olarak günah kabul edilmektedir.(105)

Cohran ve ark. Ulusal Hane Halkı Madde Kullanımı Çalışması Veri Tabanı kullanarak "madde bağımlısı 98 eşcinsel ve 3922 heteroseksüel erkeğe ulaşmışlardır. Esrar ve kokain kullanımının eşcinsel madde bağımlısı erkeklerde heteroseksüel madde bağımlısı erkeklerden daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Cinsel yönelim açısından farklı bireylerin farklı keyif verici madde kullanım kalıplarının adölesan veya erken yetişkinlik döneminde oluştuğunu, eşcinsel bireylerin sosyalleşme mekanı olan barlarda alkol ve keyif verici madde kullanımına fırsat ve modelleştirme olanağı bulduğunu belirtmişlerdir (67). Bu tez çalışmasında sadece 8 birey (%3,8) eşcinsel kafe/bara gitmediğini belirtmiştir. Veri topladığımız alanların büyük çoğunluğunun eşcinsel kafe ve barlar olduğu için bu sonuç tam gerçeği yansıtmamaktadır. Veri topladığımız grubun sosyalleşme ortamı olarak kafe/barları kullanması kendi cinsel yönelimlerini kabul ettiklerini göstermektedir. Kendi cinsel yönelimini kabul etmemiş bireylere ulaşmamız mümkün değildir.

Sağlık Bakanlığı Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2010 sonuçlarına göre (106), Türkiye'de 15 yaş üstü erkeklerin %47,9'u sigara kullanmaktadır. Bu tez çalışmasına katılan eşcinsel erkek bireylerin %61,9'u sigara kullanmaktadır. ABD'inde 2001 yılında lezbiyen, gey ve biseksüel bireylerin sigara kullanımı ile ilgili, 12 çalışmanın sonuçlarını birleştiren

rapor sonucunda, eşcinsel genç bireylerde (13-21 yaş arası) sigara kullanım oranlarının %38 ile %59 arasında, yetişkin eşcinsellerde ise %11 ile %50 arasında olduğunu belirtmiştir. Bu oranlar genel ergen toplumun da %28-35, yetişkinlerde ise %28 olarak bildirilmiştir (106). 2007 yılında yayınlanan ABD'de genel toplum tabanlı çalışma sonucunda, sigara kullanımının tüm LGB gruplarında genel topluma göre daha fazla olmadığı bildirilmiştir (107).

C. HIV/AIDS

ABD'de New York şehrinde 2004-2005 yılında başlayan, gay ve biseksüel erkeklerin gittiği bar ve kafe gibi mekanlarda yapılan kohort çalışmasında, madde bağımlısı (ekstacy, kokain, ketamin, amfetamin gibi) 396 gey ve 54 biseksüel erkek bireyle yapılan çalışmada, laboratuar analizleri ile çalışma grubunun %36,9'unun HIV pozitif olduğu gösterilmiştir. Bu çalışma da bireylerin yaş ortalaması 33 ±7,93 (en küçük 18-en büyük 67) dir. Çalışmaya katılan bireylerin %51,4'ü üniversite ve üstü, %48,6'sı üniversite altı eğitim yapmış bireylerden oluşmaktadır. Bu çalışmadaki bulgular, ilerlemiş yaşın riskli cinsel ilişkiye girme yönünden koruyucu olduğunu göstermiştir (11). Bu raporda Amerikan Hastalık Kontrol Merkezi'nin (American Centre Disease Control (CDC)) verilerine dayanarak HIV vakalarının %68'inin 13-24 yaş grubu olduğu belirtilmiştir. CDC verilerine dayanarak, riskli cinsel ilişki ve HIV pozitif bireylerde etnik kökenin önemli olduğu, HIV pozitif 13-29 yaş arası genç insanların siyah olma olasılığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (11). Genç eşcinsel insanlarda HIV pozitifliğinin daha yaygın olmasını, genç eşcinsel insanların HIV ile ilgili daha az kaygıları olmasına, bu durumu bir problem olarak görmemelerine veya bu durumu eşcinselliğin bir sonucu olarak görüp, kabullenmelerine bağlamışlardır (11).

Stall ve ark. 2001 yılında ABD'de şehirlerde yaşayan 2172 gey ve biseksüel bireye telefonla ulaşarak yaptıkları çalışmada, katılımcıların %17'sinin HIV pozitif olduğunu bildirmişlerdir (66).

Dünya Sağlık Örgütünün 2009 AIDS Epidemiyoloji Raporunda, Kuzey Amerika ve Avrupa'daki gelişmiş ülkelerde HIV insidansının stabil kaldığını veya hafif yükseldiğini bildirmiştir. Yeni HIV enfeksiyonu vakalarının son 10 yıl içinde damar içi madde kullanıcılarındaki düşüşe rağmen, eşcinsel erkeklerde arttığını rapor etmişlerdir (109).

Likatavicius ve ark. 28 Avrupa ülkesinde 2009'da yeni HIV vakalarını incelemişlerdir. Yeni HIV enfeksiyonu vakalarının en sık erkeklerle seks yapan erkeklerde görüldüğünü (%35), bunu heteroseksüel erkeklerin izlediğini (%24) belirtmişlerdir (110).

Baliunas ve ark. 2010 yılında yayınladıkları meta-analiz çalışmasında alkol kullanımının HIV bulaşma riskini anlamlı şekilde artırdığını bildirmişlerdir (111). Alkol kullananlarda kullanmayanlara göre HIV bulaşma riskinin %77 daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca aşırı alkol tüketenlerde HIV bulaşma riskinin diğer kullanıcılardan iki kat fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Bu tez çalışmasında sürekli alkol kullanımı ve içselleştirilmiş homofobi arasında bulunan ilişki, eşcinsel bireylerdeki içselleştirilmiş homofobiyi azaltacak tedbirlerin, alkol kullanımını ve buna bağlı olarak eşcinseller arasında yaygın olan HIV/AIDS riskinin azaltılmasına yardımcı olacağını düşündürmektedir.

Bu tez çalışmasında HIV pozitif olduğunu bildiren kimse olmamıştır. Sadece 18 yaşında anket uyguladığımız barda çalışan bir garson, daha sonra telefonla bizi arayarak HIV pozitif olduğunu, fakat bu durumunu bildirirse işinden olacağından korktuğu için ankete yazmadığını bildirmiştir. İstanbul ili Beyoğlu semtinde gözlem altında yaptığımız bu çalışma, herkesin birbirini tanıdığı dar bir çevrede gerçekleştiği için, HIV gibi insanların bütün hayatını etkileyecek gerçek verilere ulaşamamış olabiliriz.

D. GÜVENLİ CİNSELLİK

Bu tez çalışmasına katılanların %1,9'u her zaman alkol ve cinsel ilişkinin birlikte olduğunu, %30'u ara sıra alkol ve cinsel ilişkinin birlikte olduğunu, %68,1'i ise hiçbir zaman alkol ve cinsel ilişkinin birlikte olmadığını belirtmişlerdir. Her anal ilişkide kondom kullandığını belirtenlerin oranı %43,3'dür. Son cinsel ilişkide kondom kullandığını belirtenlerin oranı %59'dur. Son cinsel ilişkide kondom kullandığını hatırlamayanlar ise, %8,6'dır. İncinebilir Gruplarda HIV'in Önlenmesi- İstanbul Projesi 2010 raporuna göre erkeklerle seks yapan erkeklerin %56,4'ü son erkek partnerle cinsel ilişkilerinde kondom kullanmıştır (95). Bu tez çalışması ile uyumlu bir sonuçtur.

E. EŞCİNSEL ERKEKLERİN PSİKOLOJİK SORUNLARI

2001 yılında yayınlanan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması Türkiye'de ruhsal hastalıkların sıklığı hakkında bilgi vermektedir (112). Bu çalışmada, yaşam boyu ruhsal hastalık geçirme sıklığının Türkiye nüfusunun %18'i olduğu, çocuk ve ergenlerde klinik

düzeyde sorunlu davranış oranının %11 olduğu bildirilmiştir. 2004 yılında Hıfzıssıhha Mektebi'nin yaptığı Türkiye Hastalık Yükü Çalışması'nda da benzer sonuçlar bulunmuştur. Ulusal düzeyde hastalık yükü nedenleri dağılımında psikiyatrik hastalık yükü, kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sırada gelmektedir (112).

ABD Ulusal Hastalık Çalışması 2005 sonuçları yetişkinlerde DSM-IV kriterlerine göre anksiyete bozukluğunun yaklaşık %29, yaşam boyu duygu-durum bozukluğunun ise yaklaşık %21 oranında görüldüğünü bildirmiştir (29). Bostwick ve ark.nın 2004-2005 yıllarında yapılan iki longitudinal survey çalışmasından faydalanarak 190 gey, 81 biseksüel, 14 109 heteroseksüel bireye ulaşarak yaptıkları çalışmada, gey erkeklerde duygu-durum bozukluğunu %42,3 tespit etmişlerdir. Bu oran heteroseksüel erkeklerde%19,8'dir. Yaşam boyu anksiyete oranı gey erkeklerde %41,2 bulunmuşken, bu oran heteroseksüel erkeklerde %18,6 olarak bildirilmiştir (29).

Bu tez çalışmasında, Beck Depresyon Ölçeğine göre bireylerin %8,1'i ciddi depresif olmak üzere, %27,6'sı depresif bulunmuştur. Bu oran Türkiye ve ABD'inde genel topluma göre yüksek bir oran olmakla birlikte, Bostwick ve ark.nın bulduğu sonuçlardan düşüktür. Beck Depresyon Ölçeği bireylerin son bir hafta içindeki durumunu ölçmektedir. Verilerin hafta sonu, bireylerin sosyalleştiği ve rahatladığı mekanlar da yapılması aradaki farkı açıklayabilir.

Katılımcıların %11,4'ünün cinsel yönden bağımsız nedenlerle psikolojik yardım alması yaş ortalaması göz önüne alındığında Türkiye Hastalık Yükü çalışmasıyla (112) (çocuk ve ergende tanı konmuş davranış bozukluğu oranı %11) uyumludur. Katılımcıların %25,7'si ise cinsel yönelimi ile ilgili sorunlar nedeni ile (%9'u ailesinin zoru ile, %16,7'si kendi isteği ile) psikolojik destek arayışında bulunmuştur. Bu tez çalışmasında katılan bireylerin % 37,1'inin psikolojik destek alması Bostwick ve ark. eşcinsellerde duygu-durum bozukluğu oranlarına yakındır (%42,3) (29).

Tez çalışma grubu kendi cinsel yönelimini fark etmiş (cinsel yönelimini fark etme yaş ortalaması ve standart sapması 11,82± 4,88), cinsel yönelimlerini kabul etmiş (cinsel yönelimi kabul etme yaş ortalaması ve standart sapması 17,03±5,16), cinsel yönelimini başkasına açıklamış (%83,8'i), eşcinsel bar/kafeye giden (%96,2) bireylerden oluşmaktadır. Cinsel yönelimini kabul etmeyen 14 birey vardır.

Bu tez çalışmasına katılanların cinsel yönelimlerini fark etmeleri ve kabul etmelerine kadar geçen sürenin ortalama ve standart sapması 6,36±5,40 yıl, ortancası 5 yıldır. Bireylerin cinsel yönelimlerini başkasına açıkladıkları yaş ortalaması ve standart sapması 18,75±4,85 ve ortanca yaş 18'dir. Bu sonuçlar Türkiye'deki eşcinsellerin cinsel yönelimlerini fark etme (cinsel yönelimini fark etme yaş ortalaması ve standart sapması 11,82± 4,88) ve açılma sürecinin (18,75±4,85) uzun olduğunu göstermektedir (19).

Bu tez çalışmasına katılanların büyük çoğunluğunun cinsel yönelimini (%57,6) ilk olarak arkadaşına açıkladığı görülmektedir. Sırası ile akrabalara (%7,6), kardeşe (%6,2), anneye (%5,7), aynı anda ailesine (%2,9), %1,0'i ise babasına açılmıştır. Açılmadığını belirtenler %16,2'dir.

Çocuklarının cinsel yönelimini öğrenen annelerin %12,4'ü kabul etmezken, babaların %15,7'si kabul etmemektedir. Kısmen veya tamamen kabul eden annelerin oranı %28,6 iken, babaların %12,4'ü kısmen veya tamamen kabul etmektedir. Annelerin %59,1'i, babaların ise %71,9'u çocuklarının cinsel yönelimini bilmemektedir.

Kardeş ve yakın akrabaların bireylerin cinsel yönelimini bilmeme oranı yüksekken (sırasıyla %63,9 ve %72,4), kabul etmeme oranları birbirine yakındır (sırasıyla %5,2 ve %8,1). İş arkadaşlarının cinsel yönelimlerini bilmeme oranı %44,3 iken, katılımcıların %50,0'si iş arkadaşlarının cinsel yönelimlerini kısmen veya tamamen kabul ettiklerini belirtmişlerdir. İlk açıldıkları kişinin arkadaş olması (%57,6), iş arkadaşlarının çoğunun cinsel yönelimlerini (%55,7) bilmesi ve yarısının kabul etmesi, bu bireylere en büyük desteğin arkadaşlardan geldiğini göstermektedir.

Katılımcıların %44,3'ü ailesinin LGBTT bireylere karşı önyargılı olduğunu belirtirken, %5,7'si ailesinin LGBTT bireylere karşı destekleyici olduğunu bildirmiştir.

Katılımcılar ilk homofobik duyguları arkadaşlarda (%56,3), yazılı-sözlü basında (%16,7) ve ailede (%13,3) hissettiklerini belirtmişlerdir. Eşcinsellik ile ilgili ilk bilgileri öğrendikleri yaş ortalaması 16,81±3,63'dür. Eşcinsellikle ilgili bilgileri %74,5 oranında gazete ve internetten öğrenmişlerdir.

Newcomb ve ark. içselleştirilmiş homofobi ve ruh sağlığı sorunları ile ilgili literatür taramasında 101 çalışmadan, araştırma kriterlerine uygun 31 araştırmayı seçip, meta-analiz sonuçlarını yayınlamışlardır (113). Çalışmaya alınan lezbiyen, gey, biseksüel kadın-erkek

5831 bireyin yaş ortalaması 32,70'dir. Yapılan analiz sonunda içselleştirilmiş homofobi ile ruhsal sağlık problemleri arasında (depresyon veya anksiyete) anlamlı ilişki bulunmuştur (p< 0,01). Kadın ve erkek katılımcılar arasında içselleştirilmiş homofobi açısından bir fark bulunmamıştır (p=0,864). İçselleştirilmiş homofobi ve ruh sağlığı sorunları arasındaki anlamlı ilişki her yaş gurubunda gözlenmiştir.

Meyer 1995 yılında New York'da yaşayan 741 gey erkekde yaptığı çalışmada içselleştirilmiş homofobinin azınlık stresinin bir komponenti olduğunu ve negatif ruh sağlığı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (114).

Cochran ve May, 2003 yılı Kalifornia Sağlık Çalışması verilerinden telefonla ulaştıkları 946 heteroseksüel, 101 gey, 29 biseksüel ve 23 eşcinsel deneyimi olan heteroseksüel bireyle yaptıkları çalışma sonucunda, gey, biseksüel ve eşcinsel deneyimi olan heteroseksüel erkeklerde, heteroseksüel erkeklere göre anlamlı yüksek seviyede psikolojik stres bildirmişlerdir (p<0,001) (71).

Bu tez çalışmasında literatürdeki verilerle uyumlu olarak içselleştirilmiş homofobi ile depresyon arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki vardır (p=0,007).

F. İNTİHARLAR

İntihar bütün dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. İntihar oranı, ülkeler arasında her 100 bin kişide 3 ile 45 arasında değişmektedir. T.C Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda 2011'de intihar girişiminin biyolojik, genetik, psikolojik, sosyolojik ve çevresel faktörler sonucu ortaya çıktığı belirtilmiştir. Bu raporda intihar oranının dünya genelinde 15-19 yaş grubundaki gençlerin ölüm sebebinin ilk beş nedeni arasında yer aldığı bildirilmiştir (112).Türkiye'de gençler arasında sık ve artan bir sorun olan intiharların önlenmesi için Milli Eğitim Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bu sorunla ilgili çalışmaktadır (112).

Bu tez çalışmasında katılımcıların %26,7'si (n:56) intihar girişiminde bulunduklarını bildirdi. İntihar girişiminde bulunanların (n:52) ilk intihar girişiminde bulundukları yaş ortalama ve standart sapması 18,38±4,59 (en küçük yaş 7, en büyük yaş 35) ortanca yaş 17'di. Bu oran eşcinsel bireylerin ergenlikte intihar açısından yüksek riskli grubu oluşturduğunu göstermektedir. İntihar teşebbüsünde bulunanların ortalama teşebbüs sayısı 1,88±1,58 idi.

Eşcinsel bireylerin ergenlik döneminin çok sancılı geçtiği, cinsel kimlik oluşum sürecinde çok zorlandıkları bilinmektedir (19). İntihar girişiminde bulunan %26,7 katılımcının, ilk intihar girişiminde bulundukları ortanca yaşın 17 olması da, en büyük psikolojik sıkıntıların ergenlikte yaşandığını göstermektedir.

G.AYRIMCILIK DENEYİMLERİ

Katılımcıların %45,2'si kendilerini korumak için cinsel yönelimlerini gizlemek zorunda kalırken, %16,2'si cinsel yönelimini gizlememektedir. Çoğu zaman-ara sıra gizlenme zorunda kalanların oranı ise %38,6'dır. Toplumda cinsel yönelimini gizleyen bireylerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,02). Toplumdaki anti-homoseksüel ön yargıları içselleştirdikleri için kendi cinsel yöneliminden utanmaları, eşcinselliğe ve eşcinsellere karşı homofobik duyguları olduğu için kendilerini toplumda gizlemeleri şaşırtıcı değildir.

Cinsel yönelimi sebebiyle fiziksel travmaya uğrayanların oranı %33,3'dür. Bu travmayı uygulayanlar; sırasıyla tanımadığı kişiler (%34,3), arkadaşlar (%20), yakın akrabalar (%15,7), komşular (%8,5) ve eşcinseller bireyler (%8,5) idi.

Katılımcıların %50'si cinsel yönelimleri sebebiyle en az bir kere sözlü tacize uğradıklarını bildirdiler. Sözlü taciz uygulayanlar tanımadığı insanlar (%49,5), arkadaşları (%33,3), yakın çevresi (%9,5) idi. Bu tez çalışmasına katılanların %11,4'ü cinsel yönelimleri sebebiyle ev değiştirmek zorunda kalmıştı.

ABD'de New York şehrinde 2004-2005 yılında başlayan, eşcinsel erkeklerin gittiği bar ve kafe gibi mekanlarda madde bağımlısı 396 gey ve 54 biseksüel erkek bireyle yapılan kohort çalışmasının amaçlarından biri fiziksel travma, algılanan ayrımcılık ile içselleştirilmiş homofobi seviyeleri arasındaki ilişkiyi incelemektir (11). Bu çalışmada fiziksel travma, algılanan ayrımcılık ve yüksek içselleştirilmiş homofobi ile HIV pozitifliğinin yüksek olmasının ilişkili olduğu bulunmuştur. Elde ettikleri veriler sonunda araştırmacılar, algılanan ayrımcılık ve içselleştirilmiş homofobi arasındaki ilişkiyi doğrulamıştır (11). Bu tez çalışmasında ise sözlü ve fiziksel tacize uğramaları ile içselleştirilmiş homofobi arasında bir ilişki yoktu.

Mays ve ark. ABD Ulusal Orta Yaş (25-74) Sağlık Gelişim Araştırmasından faydalanarak 73 gey-lezbiyen ve 2844 heteroseksüel bireye ulaşmıştır (7). Bu bireylerde

yaşam boyu ve günlük ayrımcılık deneyimleri ile bir yıllık depresyon, anksiyete ve madde bağımlılığı prevalansı, psikolojik stresleri araştırılmıştır. Eşcinsel bireylerin (%76) heteroseksüel bireylere (%65) göre daha fazla (odds oranı:2.00) yaşam boyu ve günlük ayrımcılığa uğradıkları belirlenmiştir. Eşcinsel bireylerin yaşadıkları ayrımcılığın %42'si cinsel yönelimleri ile ilişkili bulunmuştur. Eşcinsel bireylerde yüksek bulunan ayrımcılık deneyimlerinin, eşcinsel bireylerde yüksek görülen psikiyatrik hastalık prevalansı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (7). Bu tez çalışmasında bireylerin %50'si sözlü taciz deneyimi yaşadığını bildirmiştir. Sözlü tacize uğrayan bireylerin depresif olma durumu, uğramayan bireylere göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek idi (p=0,02).

H. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ

Bu tez çalışmasında içselleştirilmiş homofobisi olan grupla içselleştirilmiş homofobisi olmayan grubun Genel Sağlık Anketi sonuçları ile karşılaştırılmasında iki grubun puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı bulundu (p=0,000). Bu sonuçla içselleştirilmiş homofobisi olan grubun psikiyatrik ve psikolojik rahatsızlıklar açısından riskli olduğunu belirtebiliriz.

İçselleştirilmiş homofobi ile Beck Depresyon Ölçeği arasında da, benzer sonuçlar elde edildi. İçselleştirilmiş homofobisi olan grubun Beck Depresyon Ölçeği sonuçları da olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksekti (p=0,000). Bu sonuçla içselleştirilmiş homofobisi olan grubun depresyon açısından riskli olduğunu söyleyebiliriz.

Bu tez çalışmasına katılan bireylerin gey veya biseksüel olmaları ile içselleştirilmiş homofobileri arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (p=0,96). Bireylerin eğitim durumu, anne ve babalarının eğitimi ile içselleştirilmiş homofobileri arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu. İstanbul'da yaşayanlar ve İstanbul dışında yaşayanlar arasında da içselleştirilmiş homofobi yönünden istatistiksel anlamlı bir fark yoktu. Sürekli alkol kullananların içselleştirilmiş homofobi düzeyi hiç kullanmayan ve ara sıra alkol kullananlardan anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,02). Sigara kullananlar ve hayatında en az bir defa madde kullananlarda böyle bir ilişki bulunmadı. Anne ve babaların cinsel yönelimi kabul durumları ile içselleştirilmiş homofobi düzeyi arasında da istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktu.

Aileleri LGBTT bireylere önyargılı olan bireylerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi anlamlı olarak yüksekti (p=0,000). Bu sonuca dayanarak ailede homofobik kültürle yetişen

eşcinsel bireylerin, kendine ve diğer eşcinsel bireylere karşı homofobik duyguları olduğunu ve bu sürekli strese bağlı depresyon riski altında olduğunu söyleyebiliriz.

Bu tez çalışmasına katılan bireylerin %31,5'i eşcinselliği dini inançları yönünden günah kabul etmektedir. Eşcinselliği günah olarak kabul edenlerde içselleştirilmiş homofobi istatistiksel ileri derecede anlamlı olacak şekilde yüksekti (p=0,000).

Bütün bu sonuçlar bize bireylerin yetiştiği aile ortamının ve dini inançlarının bireylerin içselleştirilmiş homofobi düzeyinde etkili olduğunu göstermektedir.

İ. KISITLILIKLAR

Eşcinsel bireyler toplum tarafından damgalandıkları için 'gizlenmiş' gruplardır. Bu bireyler hakkında veri toplamak zordur. Bu tez çalışması kendi cinsel yönelimini fark etmiş, kabul etmiş, eşcinsel derneklerden sosyal destek alan, eşcinsel kafe ve barlarda sosyalleşme imkanı bulan bireylerde yapılmıştır; Dolayısı ile tüm gruplara ulaşılamamıştır. Eşcinsel bireylerin en sorunlu dönemlerinin önergenlik ve ergenlik olduğu bilinse de, cinsel kimlik gelişim sürecini tamamlamamış, cinsel yönelimini kabul etmemiş bireylere ulaşmak ve sorunlarını tespit etmek çok zordur. Ayrıca katılımcıların Beyoğlu'nda bar/kafe ve LGB Derneklerine gidebilecek ekonomik ve sosyal özgürlüğe sahip bireylerden oluşması da bu tez çalışmasının kısıtlılıklarından biridir.

VIII. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu grupla yapılan çalışmada toplumda lezbiyen, gey, biseksüellere karşı gelişmiş homofobi olduğu ve LGB bireylerin kendilerinde de içselleştirilmiş homofobi olduğu saptandı. Yapılan analizler LGB bireylerdeki içselleştirilmiş homofobinin toplumun kendilerine karşı duyduğu homofobi ile ileri derecede ilişkili olduğunu gösterdi. Bu grupta araştırılan bazı sağlık sorunlarının genel toplumdan çok farklı sıklıkta olmadığı saptandı. Buna karşılık bu grup içinde içselleştirilmiş homofobisi olanlarda depresyonun daha fazla olduğu ve genel sağlık durumunu algılamanın olmayanlara göre daha kötü olduğu saptandı.

LGB bireylerde içselleşmiş homofobinin ve dolayısı ile depresyon ve benzeri sağlık sorunlarının gelişmesini önleyecek önlemlere öncelik verilmelidir. Böylece bu grupların genel sağlık durumları yükselmiş olacaktır.

Ailesi eşcinsellere karşı homofobik ve önyargılı olan eşcinsel bireylerin kendilerine karşı da homofobik olduğu saptandı. Dini açıdan eşcinselliği günah kabul eden eşcinsel bireylerin de içselleştirilmiş homofobisinin yüksek olduğu görüldü. Bu sonuçlar bize eşcinsel bireylerin yaşam kalitesini düşüren, depresyon riskini artıran içselleştirilmiş homofobilerini azaltmak için sırf bireylere yönelik değil, topluma yönelik çalışmaların da yapılması gerektiğini göstermektedir.

Toplumda eşcinsellere karşı homofobik ve önyargılı tutumları etkileyen bir konu da HIV/AIDS'tir. Yapılan çalışmalarda yeni HIV vakalarının eşcinsel erkeklerde artması ve bu konuda alınan tedbirlerin etkili olmadığının görülmesi, dikkatleri içselleştirilmiş homofobi üzerine çekmiştir. Bu tez çalışmasında sürekli alkol kullanan bireylerin içselleştirilmiş homofobisinin yüksek olduğu tespit edildi. Alkol kullanımının da riskli cinsel ilişkilere sebep olduğu bilinmektedir. İçselleştirilmiş homofobisi olan eşcinsel bireylerin kendi homofobik duyguları sebebiyle cinsel yönelimlerinden utandıkları ve cinsel yönelimlerini kabul etmekte zorlandıkları için alkol kullanarak cinsel ilişkiye girmeleri, riskli cinsel ilişkilere sebep olmaktadır. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan HIV/AIDS'in önlenmesinde, eşcinsel bireylerin kendi cinsel yönelimlerini kabul etmeleri ve homofobilerini azaltacak önlemlerin alınması gerekmektedir. Bu grupların HIV/AIDS konusunda koruyucu önlemleri uygulamaları için, içselleştirilmiş homofobilerini yenmeleri gerektiği üzerinde durulmaktadır. HIV/AIDS'in önlenmesi için hizmet sunumunda bulunan personelin de bu konuda bilgili olması ve farkındalıkla bu bireylere yaklaşması, HIV/AIDS savaşını kolaylaştıracaktır.

Bu tez çalışmasında eşcinsel bireylerin cinsel yönelimlerini fark ettikleri ergenlik döneminin sorunlu geçtiği, intihar girişimlerinin bu dönemde fazla olduğu görüldü. Ergenlik döneminde intihar önemli bir ölüm sebebidir. Bu tez çalışması ergenlikte intiharları önlemek için, ergenlik döneminde cinsel yönelimin de göz önüne alınması gerektiğini göstermektedir. Özellikle ruh sağlığı çalışanlarının ve diğer sağlık personelinin ergenlik dönemi psikolojik sorunlarında bireylerin cinsel yönelimini sorgulamaları gerekmektedir. Bu konuda profesyonelleri bilinçlendirmek için tıp doktorlarının, hemşirelik ve yardımcı sağlık personelinin, rehberlik danışma, sosyal hizmet uzmanlarının, psikologların cinsel yönelim, cinsiyet kimliği konularında eğitilmeleri gerekmektedir.

Azınlık ve hassas gruplara yapılan her türlü ayrımcılığı önlemek için anaokulundan itibaren bu konuda duyarlılık yaratılmalıdır. Okullardaki eğitimciler, rehber öğretmenler bu konuda eğitilmelidir.

Cinsel yönelimleri sebebiyle azınlık durumunda olan eşcinsel bireylerin yaygın olan toplumsal homofobi nedeniyle karşılaştıkları şiddet, taciz olaylarının azaltılması, eğitim ve yaşam hakkı gibi temel insan haklarının güvence altına alınabilmesi için açık yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Her tür azınlık grubuna olduğu gibi eşcinsel bireylere de sırf cinsel yönelimleri sebebiyle yapılan suçlar 'nefret suçları' kapsamında değerlendirilmelidir. Buna göre yasal düzenlemeler yapılıp, azınlık gruplarına yapılan şiddet ve saldırılarda caydırıcılık sağlanmalıdır.

Ergen ve okul sağlığı hizmetleri planlanırken ve sunulurken gençler her yıl sağlık sorunları ve davranışları yanında cinsel yönelim ve davranışları konusunda da sorgulanmalı, gerekli tıbbi ve psikolojik yardım almaları sağlanmalıdır.

Bu tez çalışmasında cinsel yönelimini gizleyen bireylerin daha homofobik olduğu tespit edildi. Kendilerine karşı homofobik olan eşcinsel bireylerde de ruhsal sorunların daha fazla olduğu bilinmektedir. Bu tez çalışması da bunu doğrulamıştır. Aile ve yakın çevresi tarafından desteklenen ve kendi kabul sürecini tamamlamış, ekonomik bağımsızlığını kazanma sürecinde engele uğramamış eşcinsel bireylerin, toplumda görünür olmalarının genel toplumsal homofobiyi azaltmak üzerinde önemli faydaları olacaktır.

Halk sağlığı çalışanlarının toplumun hassas, incinebilir gruplarından birisi olan eşcinsellerin toplumsal ve içselleştirilmiş homofobilerinden ve buna bağlı karşılaşabilecekleri sağlık ve sosyal sorunlardan haberdar olmaları gerekir. Bu tez çalışması bu konuda veriler sağlamıştır. Bundan sonraki aşamada ise bu sorunların azaltılması amacı ile halk sağlığı çalışanlarının toplum tabanlı araştırmalar yapması faydalı olur. İçselleştirilmiş homofobinin

kaynağı olan genel toplumsal homofobinin azaltılması amacıyla sivil toplum örgütlerini de içerisine katan heteroseksüel bireyleri de kapsayan geniş tabanlı çalışmalara da ihtiyaç vardır. Bütün bunlar için, toplumu eğitici örgütlenmelere ve organizasyonlara katılıp aktif görev yapacak bireylere ihtiyaç vardır. Bu bireyler büyük olasılıkla halk sağlığı çalışanları arasından çıkacaktır.

IX.KAYNAKLAR

1. WHO. Developing Sexual Health Programmes. Department of Reproductive Health and Research. Geneva;2010.
2. American Psychological Association. Sexual Orientation and Homosexuality. İnternet Adresi: http://www.apa.org/helpcenter/sexual-orientation.aspx Erişim tarihi:5.9.2012).
3. Gay and Lesbian Medical Association, with experts from across the field and the National Coalition for LGBT Health. Healthy People 2010 Companion Document for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health. Retrived from http://glma.org/_data/n_0001/resources/live/HealthyCompanionDoc3.pdf Erişim Tarihi:19.09.2012.
4. Lombardi E, Bettcher T. Lesbian, Gay, Bisexal, and Transgender/ Transsexual Individuals. Levy BS, Sidel VW (editörler). Social Injustice and Public Health. Oxford University Press, New York 2006, p.130-144.
5. Yüksel Ş. Ruh Sağlığı ile İlgili Destek İsteyen GLB Bireyler ve Aileleri ile Çalışmak. Anti Homofobi Kitabı Uluslararası Homofobi Karşıtı Buluşma KAOS- GL. Erol A. (Editör)Ayrıntı Kitabevi Ostim Ankara, s.103-107, 2009.
6. D'augelli. Mental Health Problems among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths Ages 14 to 21. Clin Child Psychiatry, 7:433, 2002.
7. Mays V.M, Cochran S.D. Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. American Journal of Public Health, Vol 91, No.11, 2001.
8. Sheets R.L, Mohr J.J. Perceived Social Support From Friends and Family and Psychosocial Functioning in Bisexual Young Adult College Students. Journal of Conseling Psychology 2009, Vol. 56, No.1, 152-163.
9. Herek MG. Beyond 'homofobia': Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in teh Twenty-First Century. Sexuality Research& Social Policy, 1,2:6-24, 2004.
10. Çabuk D, Candansayar S. Tıp ve Homofobi. Anti-Homofobi Kitabı/2 Uluslar arası Homofobi Karşıtı Buluşma Kaos GL, Ed. Erol A, Öztop N. Ayrıntı Basımevi, Ostim,s.85-89, Ankara, 2010.
11. Dentato MP. Minority Stress Predictors of Substance Use and Sexual Risk Behavior Among a Cohort Sample of Men Who Have Sex with Men. A Dissertation Submitted

to The Faculty of the Graduate School in Candidacy fort he Degree of Doctor of Philosopy Program in Social Work. Loyola University Chicago,2011.

12. Doğan S. Cinsel Kimlik ve Cinsel Yönelimle İlişkili Sorunlarda Psikoterapötik Yaklaşımlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009;10 (Ek 1):33-34.
13. Herek G.M, Cogan J.C, Gillis JR, Glunt EK. Correlates of Internalized Homofobia in a Community Sample of Lesbians and Gay Men. Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, 2, 17-25, 1997.
14. Frost D.M, Meyer I.H. Internalized Homofobia and Relationship Quality among Lesbians, Gay Men and Bisexuals. Journal of Counseling Psychology 2009, 56:97-109.
15. Huebner D, Davis M.C, Nemeroff C.J, Aiken L.S. The Impact of Internalized Homofobia on HIV Preventive Interventions. American Journal of Community Psychology, Vol. 30, No.3, 2002.
16. Çabuk D. Tıp Öğrencileri ve Hekimlerin Eşcinsellik Hakkındaki Tutumları ve Gey ve Lezbiyenlerin Sağlık Hizmeti Deneyimleri. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2010.
17. Kaptan S. Transseksüalite, Psikiyatrik Hastalıklar, Aile ve Sosyal Destek. Bezmi Alem Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul 2010.
18. Meyer IH. Prejudice, Social Stress and Mental Health in Lesbian, Gay and Bisexual Populations: Conseptual Issues and Research Evidence. Psychol Bull. 129(5):674-697, 2003.
19. Yüksel Ş. Eşcinsellik, Sosyal Dışlanma ve Ruh Sağlığı Sorunlarına Yaklaşım. Anti-Homofobi Kitabı/2. Kaos GL Yayınları. Ed. Erol E, Öztop N. Ayrıntı Basımevi, Ostim Ankara, p.79-83, 2010.
20. American Psychological Association. The Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients, adopted by the APA Council of Representatives, February18-20,2011.İnternetAdresi: http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx Erişim tarihi 17,09.2012.
21. Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, Malouf D. Gender Violence: Transgender Experiences with Violence and Discrimination. Journal of Homosexuality, Vol.42(19) 2001.
22. Başar K. Lezbiyen ve Geylere Yönelik Psikiyatrik Tedavi Girişimleri: Etik Sorunlar. Kaos GL Sempozyumu Kitapcığı KAOS GL, Ankara 2003.

23. Johannsen M. Lebensbilder homosexueller Väter – Diplomprüfung im Studiengang Psychologie des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg 2005.
24. Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Gençlik Danışmanlık ve Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi.İnternetadresi: sbu.**saglik**.gov.tr/...**cinsel**ligi/2_06_Genclerin_**cinsel**ligi_A_1208200... Erişim Tarihi:19.9.2012
25. Amanat Ç. Erkek Homoseksüel ve Heteroseksüellerde Depresyon ve Suçluluk-Utanç Düzeylerinin Cinsiyet Rölüne Göre Karşılaştırılması. Maltepe Üniv. Sosyal Bilimler Ens. Psikoloji AD. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
26. Savran G.A. Heteroseksizm: Patriyarkanın En Güçlü Dayanağı. Anti -Homofobi Kitabı Uluslararası Homofobi Karşıtı Buluşma Açık Toplum Vakfı. Ed. Erol A. Ayrıntı Basınevi Ostim Ankara, s. 151-155, 2009 İnternet Adresi: http://www.aciktoplumvakfi.org.tr/pdf/homofobi.pdf Erişim Tarihi:19.09.2012.
27. Pillard R.C, Bailey J.M. Human Sexual Orientation Has a Harritabie Component. Human Biology; ProQuest Health & Medical Complete; 70(2), p. 347-365 Apr 1998.
28. Drescher J. Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. Arch Sex Behav 39:427-460, 2010.
29. Bostwick W.B, Boyd C.J, Hughes T.L, McCabe S.E. Dimensions of Sexual Orientation and the Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the United States. American Journal of Public Health Vol 100, No.3, Mrach 2010.
30. Köroğlu E. DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. Amerikan Psikiyatri Birliği. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
31. http://en.wikipedia.org/wiki/Homofobia
32. Başar K, Nil M.Ş, Kaptan S. Eşcinsellikle ilgili yaygın Yanlışlar, Bilimsel Doğrular. Anti-Homofobi Kitabı/2 Uluslar arası Homofobi Karşıtı Buluşma Kaos GL. Erol A, Öztop N.(Ed) Ayrıntı Basımevi, Ostim, Ankara, s.68-77, 2010.
33. Sakallı N. The Relationship Between Sexism and Attitudes Toward Homosexuality in a Sample of Turkish College Students. Journal of Homosexuality, 42, 53-63, 2002.
34. Uğurlu N.S. Eşcinsellere İlişkin Tutumlar: Türkiye'de Yapılan Görgül Çalışmalar. Türk Psikoloji Yazıları 9(17) 53-69, 2006.
35. Herek G.M, Capitanio J.P. 'Some of My Best Friends': Intergroud Contact, Concealable Stigma, and Heterosexuals' Attitudes Toward Gay Men and Lesbians. Personality and Social Psycgology Bulletin, 22, 412-424, 1996.

36. Rayburn N.R, Mendoza M, Davison G.C. Bystanders' Perceptions of Perpetrators and Victims of Hate Crime. Journal of Interpersonal Violence. Vol.18 No.19, p 1055-1074, 2003.
37. Herek G.M, Gillis J.R, Cohan J.C. Psychological Sequelae of Hate Crime Victimization Among Lesbian, Gay and Bisexual Adults. Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 1999; 67: 945-951.
38. Balsam K.F, Rothblum E.D, Beauchaine T.P. Victimization Over the Life Span: A Comparison of Lesbian, Gay, Bisexual and Heterosexual Siblings. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 477-487, 2005.
39. Heidt J.M, Marx B.P, Gold S.D. Sexual Revictimization Among Sexual Minorities: A Preliminary Study. Journal of Traumatic Stress, 18, 533-540, 2005.
40. Cochran D.S, Mays V.M Relation between Psychiatric Syndromes and Behaviorally Sexual Orientation in a Sample of the US Population. American Journal of Epidemiology, Vol.151, No.5,2000.
41. Sari D.G, Marx B.P, Levington J.M. Gay Male Sexual Assult Survivors: The Relations Among Internalized Homofobia, Experiential Avoidance, And Psychological Symptom Severity. Behaviour Research and Therapy, 45: 540-562, 2007.
42. Cohen S. Social Relationships and Health. American Psychologist, pg:676-684, November 2004.
43. Sakallı N, Uğurlu O. Effects of Social Contact With Homosexuals on Heterosexual Turkish University Students' Attitudes Towards Homosexuality. Journal of Homosexuality, 42(1), 53-61, 2001.
44. Aengus C. Etkili bir LGBT İnsan Hakları için Altı Adım. Uluslar arası Lezbiyen, Gay, Biseksüel, Trans&İntersex Avrupa Bölgesi (ILGA- EUROPE), 2010.
45. Çığ M.İ. Ortadoğu Uygarlık Mirası-1, Kaynak Yayınları, İstanbul, s.217, 2003.
46. Halperin D,M. How to do the History of Male Homosexuality. Duke Üniversity Press pp.87-124, 2000.
47. Candansayar Ş. Eşcinsel mi, İbne mi? Anti-Homofobi Kitabı/2. Uluslar arası Homofobi Karşıtı Buluşma Kaos GL Erol A, Öztop N.(Ed) Ayrıntı Basımevi, Ostim, Ankara, s.68,2010.
48. Boswell J. Devrimler, Evrenseller, Cinsel Kategoriler. Tarihten Gizlenenler Gey ve Lezbiyen Tarihine Yeni Bir Bakış. Ed. Duberman M, Vıcınus M, Chauncey G. Phonex Yayınevi, Ankara, s.27, 2001.

49. Bardakçı M. Osmanlı'da Seks. Ed. Öztoprak H. İnkilap Kitapevi, İstanbul, sy:93-95, 2005.
50. Tamagne F. A History of Homosexuality in Europe, Berlin, London, Paris 1919-1939. Algora Publishing, New York, p.173-203, 2004.
51. Candansayar S. Bir Ötekileştirme Pratiği Olarak Cinselliğin Tıbbileştirmesi ve Eşcinsellik. Anti -Homofobi Kitabı Uluslararası Homofobi Karşıtı Buluşma Kaos GL, Açık Toplum Vakfı. Ed. Erol A. Ayrıntı Basımevi Ostim, Ankara, sy: 69-72, 2009.
52. Spıtzer RI. The Diagnostic Status of Homsexuality in DSM-III : A Reformulation of the Issues. Am J Psychiatry 138:2, February 1981.
53. Kılıçer S. Avrupa Birliği. Kaos GL Sempozyum Kitapcığı KAOS GL Ankara, s.22, 2003.
54. Therapies Focused on Attemts to Change Sexual Orientation (Reparative or ConversionTherapies).http:/web.archive.org/web/20110110120228/http://www.psych.org/Departments/EDU/Library/APAOfficialDocumentsandRelated/Position Erişim Tarihi: 19.09.2012.
55. Toktaş Ş, Altunok G. Yeni Sosyal Hareketler Çerçevesinde Türkiye Gey-Lezbiyen Hareketi ve Siyasalın Dönüşümü. Kaos GL Sempozyum Kitapçığı, KAOS GL, Ankara, s.47-60, 2003.
56. Yetkin N. Psikiatrinin Homofobisi. Anti -Homofobi Kitabı Uluslararası Homofobi Karşıtı Buluşma, KAOS-GL Açık Toplum Vakfı. Ed. Erol A. Ayrıntı Basımevi Ostim, Ankara, sy: 79-83, 2009.
57. Weishut D.J.N. Attitudes Toward Homosexuality: An Overview. The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 37, 4:2000.
58. Oldman J.D, Kasser T. Attitude Change in Response to Information That Male Homosexuality has a Bioligical Basis. Journal of Sex&Marital Therapy, 25, 121-124, 1999.
59. Osteen P. The Formation of a Homosexual Identity: Moving Beyond Essentialism to Constructionism. Social Work and Theory, 2003. https://portfolio.du.edu/portfolio/getportfoliofile?uid=14308 Erişim Tarihi:12.11.2012
60. Drescher J. I'm Your Handyman: A History of Reparative Therapies. Journal of Gay&Lesbian Psychotherapy. 5(3-4), 5-24, 1998.
61. Swaab D.F, Gooren L.J.G, Hofman M.A. Brain Research, Gender and Sexual Orientation. Journal of Homosexuality, Vol:28, No:3/4, pp: 283-301, 1995.

62. Meyer I.H. Why Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Public Health. American Journal of Public Health. Vol.91, No.6, pp.856-859, June 2001.
63. Douglas-Scott S, Pringle A, Lumsdaine C. Sexual Exclusion-homofobia and Health Inequalities and Social Exlusion Experience by Lesbian, Gay and Bisexual People. UK Gay Men's Health Network, 2004.
64. AIDS, İnsan Hakları ve Yasalar. Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı. Türkiye Sağlık Bakanlığı, The Global Found, Pozitif Yaşam Derneği 2005.
65. UNAIDS World AIDS Day Report 2011. İnternet Adresi: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/jc2216_worldaidsday_report_2011_en.pdf Erişim Tarihi:19.12.2012.
66. Stall R, Paul J.P, Greenwood G, et al. Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men:the Urban Men's Health Study. Addiction; 96:1589-1601, 2001.
67. Cochran D.S, Acherman D, Mays V.M, Ross M.W. Prevalence of non- medical drug use and dependence among homosexually active men and women in the US population. Society fort he Study Addiction, 99, 989-998, 2004.
68. Cochran D.S, Mays V.M, Bowen D, et all. Canser related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbian and bisexual women. Am J Public Health 91:591-597, 2001.
69. Diamant A.L, Wold C. Sexual Orientation and Variation and Mental Health Status among Women. J Womens Health, 12:41-49, 2003.
70. Sandfort T.G, Bakker F, Schellevis F.G, Vanwesenbeeck I. Sexual Orientation and Mental and Physical Health Status: Findings from a Dutch Population Survey. Am J Public Health; 96:1119-1125, 2006.
71. Cochran S.D, Mays V.M. Physical Health Complaints Among Lesbians, Gey Men, and Bisexual and Homosexually Experienced Heterosexual Individuals: Results From the California Quality of Life Survey. American Journal of Public Health, Vol.97, No.11, 2045-2055, November 2007.
72. Koopmans G.T, Lamers L.M. Assessing the Construct Validity of Three Indicators of Psychological Distress in Relation to Perceived Health and Physical Illness. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol; 40:1012-1018, 2005.
73. Faulkner A.H, Cranston K. Correlets of same-sex sexual behavior in a random sample of younth. Am J Public Health, 88:262-266, 1998.

74. Cochran S.D, Keenan C, Schober C, Mays V.M. Estimates of Alcohol use and Clinical Treatment Needs Among Homosexuality Active Men and Women in the US Population. J Consult Clin Psychol. 68:1062-1071, 2000.
75. Dohrenwend B.P. The Role of Adversity and Stress in Psychopathology: Some Avidence and its Implications for Theory and Research. Health Soc Behav. 41:1-19, 2000.
76. Kessler R.C, Mickelson K.D, Williams D.R.The Prevalence, Distribution and Mental Health Correlates of Perceived Discrimination in the United States. J Health Soc Behav. 40:208-230, 1999.
77. Gilman S.G, Cochran S.D, Mays V.M, Huhes M. Ostrow D, Kessler R.C. Risk of Psychiatric Disorders Among Individuals Reporting Same-Sex Sexual Partners in tehe National Comorbidity Survey. American Journal of Public Health. Vol.91, No.6, June 2001.
78. Newton M.A. Suicide Risk And Prevention For Lesbian, Gay, Bisexual, And Transgender Younth. Suıcide Prevention Resource Center 2008. Erişim Adresi: http://www.sprc.org/library/SPRC_LGBT_Younth.pdf (Erişim Tarihi:03.12.2012).
79. King M, McKeown E, Warner J, Ramsay A,Johnson K, Cort C, Wrigt L, Blizard R, Davidson O. Mental Health and Quality of Life og Gey Men and Lezbians in England and Wales: a Contrlled, cross-sectional study. British Journal of Psychiatry 183:552-558, 2003.
80. King Michael, Semlyen J, Tai S.S, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, Nazareth I. A Systematic Review of Mental Disorder, suicide, and Deliberate Self Harm in Lesbian, gay and Bisexual People. BMC Psychiatry 8:70, 2008.
81. Gipson P. Gay Male and Lesbian younth Suicide. US Department of Health and Human Servises: Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. Volume 3. Washington DC, Government Printing Office; 115-142, 1989.
82. NHS Centre for Reviews and Dissemination Deliberate Self Harm. 4(6), 1989.
83. American Medical Association. Health Care Needs of Gay Men and Lesbians in the United States, Journal of the American Medical Association, 275 (17) 1354-1381, 1996.
84. Hugles T.L, Eliason M. Substance Use andA buse in Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Communities. 22 (3), pp:263-298 Spring 2002.

85. Hart T.A, Heimberg R.G. Presenting Problems Among Treatment-seeking Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. Journal of Clinical Psychology 57(5) 615-627, May 2001.
86. Cant B. An Exploration of the Views of Gay and Bisexual Men in one London Borough of Both their Primary Care Needs and the Practise of primary Care Practitioners. Primary Health Care Research&Development 3(2) pp:124-130, 2002.
87. Aksaray G, Kaptanoğlu C, Oflu S. Koruyucu Ruh Sağlığı. Yeni Symposium 37:55-59, 1999.
88. Diaz RM, Ayala G, Bein E, Henne J, Marin BV. The Impact of Homofobia, Poverty, and Racism on the Mental Health of Gay and Bisexual Latino Men: Findings From 3 US Cities. American Journal Of Public Health, Vol.91, No:6, 927-932, June 2001.
89. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An Inventory for Measuring Depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-71.
90. Önal E.A, Tümerdem Y, Arı D.Investigation of Depression Prevalence in the Population of 40 Years Old and Above with Beck Depression Inventory in Halkalı-Istanbul andEvaluation of the Internal Consistency of the Inventory. Türkiye Klinikleri Medical Research Vol:19, No:2, Agust 2002.
91. Gençöz T, Yüksel M. Psychometric Properties of the Turkish Version of the Internalized Homofobia Scale.Arch. Sex Behav. 35:597-602, 2006.
92. Goldberg DP,Hillier F.V. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine 9 (01) : 139-145, February 1979.
93. Demirüstü C, Binboğa D, Öner S, Özdamar K. The Relationship Between the Ways of Coping with Stress Invontory and the General Health Questionnaire-12 Scores Among UniversityStudents. Türkiye Klinikleri J Med Sci 29(1):70-6, 2009.
94. Kayı İ. İstanbul'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Nüfusta Sosyal Sermaye ve Sağlık Davranışlarının Araştırılması. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2012.
95. AIDS Savaşım Derneği, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İncinebilir Gruplara Yönelik HIV ile ilgili Biyo-Davranış Araştırması, İstanbul 2010; Araştırma Raporu. İstanbul 2010.
96. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemş Sonuçları 2011, TUİK Ankara, 2011 www.tuik.gov.tr (Erişim adresi: 17.01.2013).
97. Kayı İ, Yalçınoğlu N, Şahin B, Yalçınoğlu Z, Karabey S. Farklı Cinsel Yönelimi/Kimliği olan Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Algılanan Sosyal

Destek Durumunun Araştırılması. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon, Poster Bildiri,2011.

98. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Haber Bülteni. Hane halkı İşgücü Araştırması 2012 Ekim Sonuçları Sayı:13420 15 Ocak 2013.
99. Ercan H. Türkiye'de Mesleki görünüm. Uluslar arası Çalışma Örgütü (ILO). Ankara 2011.
100. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Haber Bülteni. Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması 2011. Sayı.10902, 17/09/2012.
101. Murat S. Doğum Yerlerine Göre İstanbul Nüfusu ve İç Göçler. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi Sayı.53, ss:83-140, 2007/2.
102. Tübitak-vizyon 2023 Ek 17-pdf. Erişim Adresi: **www.**tubitak**.gov.tr/**tubitak_**content_files/**vizyon2023**/si/**EK-17**.**pdf *Erişim Tarihi: 11.02.2013.*
103. Ögel K. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri 1(47):61-64, 2005.
104. Marhal M.P, Feiedman M.S, Stall R, King K.M, Miles J, Gold M.A, Bkstein O.G, Morse J.Q.Sexual Orientation And Adolescent Substance Use:A Meta-Analysis And Methodological Review. National Instıtutes of Health Public Access, Addiction 103(4), 546-556, April 2008.
105. Amadio D.M. Internalized Heterosexism, Alcohol use, and alcohol-related problems among lesbians and gay men. Addict Behav. Jul 31(7); 1153-67, 2006.
106. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2010 Raporu. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Hizmetler Genel Müdürlüğü. İnternet Adresi: www.havanikoru.org.tr Erişim Tarihi:22.01.2013.
107. Gruskin E.P, Greenwood G.L, Matevia M, Pollack L.M, Bye L.L, Albright V. Cigar and Smokeless Tobacco Use in the Lesbian, Gay, and Bisexual Population. Nicotine&Tobacco Research Vol. 9, Number 9, pp:937-940, 2007.
108. Ryan H, Wortley P.M, Easton A, Pedersonn L, Greenwood G. Smoking Among Lesbians, Gays, and Bisexuals A review of the Literature. Am J Prev Med 21(2) 2001.
109. World Health Organization, UNAIDS. AIDS Epidemic Update, 2009. İnternet Adresi: http://www.unaids.org/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=MmHLoBuB24 Erişim Tarihi:23.01.2013.

110. Likatavicius G, Van de Laar M. HIV and AIDS in the European Union 2009. Euro Surveill 2010.

111. Baliunas D, Rehm J, Irwing H, Shuper P.Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. Int J Public Health 55:159–166, 2010.

112. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), Ankara 2011. İnternet Adresi: http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73168/h/ulusal-ruh-sagligi-eylem-plani.pdf Erişim Tarihi:05.01.2013

113. Newcomd M.E, Mustanski B. Internalized Homofobia and Internalizing Mental Health Problems:A Mete-analitic Review. Clinical Psychology Review 30, 1012-1029, 2010.

114. Meyer I.H. Minority Stress and Mental Health in Gey Men. Journal of Health and Social Behavior, 36, 38-56, 1995.

EK 1. ÇALIŞMA ANKETİ

EŞCİNSEL VE BİSEKSÜEL ERKEKLERİN PSİKOSOSYAL SORUNLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ (İstanbul 2012 çalışması)

AÇIKLAMA

Bu çalışma eşcinsel ve biseksüksüel erkeklerin psikolojik ve sosyal sorunlarını ortaya koyarak, toplumda homofobi ile mücadeleye katkıda bulunmak amacıyla planlanmıştır. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı olarak, eşcinsel erkeklerde görülen ruh sağlığı sorunları ve bunları etkileyen faktörleri araştırarak, toplumda ve sağlık çalışanlarında bu konuda duyarlılık oluşturmak amaçlanmıştır.

Etik Kurul Onayı bulanan bu çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Katılsanız bile istediğiniz zaman sorulara yanıt vermekten vazgeçebilir veya verdiğiniz yanıtların araştırma kapsamından çıkarılmasını talep edebilirsiniz. Kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

İletişim: Nilgül Yalçınoğlu

Adres: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ÇAPA/İSTANBUL

Tel: 0212 414 20 00

Cep: 0535 315 51 97

e-posta: nilgulyalcinoglu@gmail.com

Aşağıdaki soruların bazıları noktalı boş alanlara yazarak, bazıları çoktan şeçmeli sorular için bir şıkkı işaretliyerek cevaplandırılmalıdır. Lütfen boş bırakmayınız.

1. Yaşınız:……
2. Biyolojik cinsiyetiniz: (1) Kadın (2) Erkek
3. Cinsel Yöneliminiz:

(1) Gey

(2) Biseksüel

4. Eğitim Düzeyiniz:

(1) Okur-yazar değil (2) Okur-yazar (3) İlkokul mezunu (4) Ortaokul mezunu

(5)Lise mezunu (6) Üniversite/yüksek okul mezunu (7) Halen okuyor

5. Annenizin eğitim durumu:

(1) Okur-yazar değil (2) Okur-yazar (3) İlkokul mezunu (4) Ortaokul mezunu

(5)Lise mezunu (6) Üniversite/yüksek okul mezunu

6. Babanızın eğitim durumu:

(1) Okur-yazar değil (2) Okur-yazar (3) İlkokul mezunu (4) Ortaokul mezunu

(5)Lise mezunu (6) Üniversite/yüksek okul mezunu

7. Sizin mesleğiniz (Öğrenci iseniz belirtiniz):.....
8. Annenizin mesleği:.....
9. Babanızın mesleği:.....
10. Çalışma durumunuz:

(1) Çalışıyorum (2) Çalışmıyorum

11. Sizin aylık toplam geliriniz:

(1) Düzenli bir gelirim yok (2) 700 TL'den az (3) 700-1500 TL

(4) 1501- 2 500 TL (5) 2 501- 3 500 TL (6) 3 501- 4 500 TL

(7) 4 500 TL'den fazla

12- Medeni durumunuz:

(1) Bekar (2) Evli (3) Dul/ Boşanmış (4) Ayrı yaşıyor

13- Kiminle yaşıyorsunuz?

(1) Yalnız (2) Aile (3) Arkadaş (4) Sevgili (5) Diğer (Belirtiniz).....

14- Yaşadığınız şehir: .....

15- Kaç yıldır bu şehirde yaşıyorsunuz?

(1) Doğduğumdan beri (2) 1-5 yıl (3) 6-10 yıl (4) 11-15 yıl

(5) 16 yıl ve üzeri

16- Yaşadığınız şehre geliş sebebiniz?

(1) Cinsel yönelimim sebebiyle, rahat ve özgür yaşamak

(2) İş sebebiyle

(3) Aile ile birlikte göç

(4) Diğer (Belirtiniz).....

17- Yaşadığınız şehre gelmeden önce, en uzun yaşadığınız yerleşim yeri:

(1) Köy (2) İlçe (3) Şehir (4) Büyük Şehir

18- Ailenizin en uzun yaşadığı yerleşim yeri:

(1) Köy (2) İlçe (3) Şehir (4) Büyük Şehir

19- Sigara içiyor musunuz?

(1) Hayır, içmedim

(2) Evet, ara sıra içiyorum

(3) Evet, günde 1-10 adet içiyorum

(4) Evet, günde 11-20 adet içiyorum

(5) Evet, günde 21 adetten fazla içiyorum

(6) İçiyordum,.....süre önce bıraktım.

20- Son 30 gün içinde alkollü içki içtiniz mi?

(1) Hiç içmedim (2) Evet, haftada bir kereden seyrek

(3) Evet, haftada en az bir kere (4) Evet, her gün

21- Yanıtınız evet ise son 30 gün içinde ne düzeyde alkollü içki içtiniz?

(1) Sosyal içici, kendimi hiç kaybetmedim

(2) Kendimi kaybettiğim oldu

22- Hayatınız boyunca bağımlılık yapıcı madde/ ilaç (esrar, uçucu maddeler, uyku ilacı, uyarıcı ilaç, eroin, kokain, ekstacy) kullanıdınız mı? (Sağlık nedeniyle veya hastalık tedavisi için alınanlar dahil değildir).

(1) Hiç kullanmadım

(2) Herhangi bir uyuşturucuyu hayatımda en çok 3 kez kullandım.

(3) Herhangi bir uyuşturucuyu son bir yılda 4-10 kez kullandım.

(4) Herhangi bir uyuşturucuyu son bir yılda 11-20 kez kullandım.

(5) Sürekli kullanıyorum

(6) Kullanıyordum, ...süre önce bıraktım.

23- Bağımlılık yapıcı madde/ilaç kullanıyorsanız, kaç yaşında kullanmaya başladınız?.....

Şu anda cinsel yaşamınız aktif olmasa da, aşağıdaki soruları gelecekte bu durumlarla karşılaşma olasılığını göz önüne alarak cevaplandırınız:

24- Cinsel ilişki öncesi-sırasında alkol-uyuşturucu kullanıyor musunuz?

(1) Evet, her zaman (2) Hayır, hiçbir zaman (3) Evet, ara sıra

25- Alkol- uyuşturucu aldığınızda, yeni tanıştığınız biriyle kondom kullanmadan anal seks yapar mısınız?

(1) Hayır (2) Emin değilim (3) Evet

26- Alkol- uyuşturucu kullanmadan, yeni tanıştığınız biriyle kondom kullanmadan anal seks yapar mısınız?

(1) Hayır (2) Emin değilim (3) Evet

27- Anal ilişkide kondom kullanma konusunda ne düşünüyorsunuz?

(1) Kesinlikle kullanmıyorum

(2) Her cinsel ilişkide kullanıyorum

(3) Ara-sıra kullanıyorum

(4) Yeni tanıştığım birisi ise kullanıyorum.

28- Son cinsel ilişkinizde kondom/prezervatif kullandınız mı?

(1) Evet (2) Hayır (3) Hatırlamıyorum

29- HIV- AİDS önleme kampanyaları hakkında ne düşünüyorsunuz?

(1) Yararlı olduğunu düşünüyorum

(2) Yararlı olduğunu düşünmüyorum

(3) Bu tür kampanyaların etkisiyle, anal ilişkiye girmek beni korkutuyor.

30- Son bir yıl içinde cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon geçirdiniz mi?

1- Evetse belirtiniz:..... 2- Hayır

31- İlk olarak kaç yaşında kendi cinsinizden hoşlandığınızı hissettiniz?.....

32- Kendi cinsel yöneliminizi kabul ettiğinizde kaç yaşındaydınız?.....

33- Cinsel yöneliminizi ilk kez kime açıkladınız?

(1) Anne (2) Baba (3) Kardeş (4) Arkadaş (5) Öğretmen

(6) Yakın akraba (7) Hiç kimseye açıklamadım

(8) Diğer (Belirtiniz).....

34- Cinsel yöneliminizi başkasına açıkladığınızda kaç yaşındaydınız?.....

35- Anneniz cinsel yöneliminizi size göre ne kadar kabul ediyor?

(0) Bilmiyor (1) Tamamen kabul ediyor (2) Kısmen kabul ediyor

(3) Hiç kabul etmiyor

36- Babanız cinsel yöneliminiz size göre ne kadar kabul ediyor?

(0) Bilmiyor (1) Tamamen kabul ediyor (2) Kısmen kabul ediyor

(3) Hiç kabul etmiyor

37- Kardeşleriniz cinsel yöneliminizi size göre ne kadar kabul ediyor?

(0) Bilmiyorlar (1) En az biri bilmiyor (2) Bilenler tamamen kabul ediyor

(3) Bilenler kısmen kabul ediyorlar (4) Hiç kabul etmiyorlar

38- Yakın akrabalarınız (teyze, amca, dayı gibi) cinsel yöneliminizi size göre ne kadar kabul ediyor?

(0) Bilmiyorlar (1) En az biri bilmiyor (2) Bilenler tamamen kabul ediyor

(3) Bilenler kısmen kabul ediyorlar (4) Hiç kabul etmiyorlar

39- Çevrenizdeki insanlar (iş arkadaşlarınız, komşularınız) cinsel yöneliminizi size göre ne kadar kabul ediyor?

(0) Bilmiyorlar (1) En az biri bilmiyor (2) Bilenler tamamen kabul ediyor

(3) Bilenler kısmen kabul ediyorlar (4) Hiç kabul etmiyorlar

40- Aileniz size, karşı cinsle ilişkiye girmeniz veya evlenmeniz için baskı yapıyor mu?

(1) Evet (2) Hayır

41- Aile çevrenizde LGBT bireyi var mı?

(1) Evet (2) Hayır

42- Ailenizin tanıdığı/bildiği LGBT bireylerine tepkisi nasıl?

(1) Destekleyici (2) Tepkisiz (3) Ön yargılı, homofobik

43- Toplumdaki homofobik duyguları ilk olarak kaç yaşında hissettiniz?.....

44- Toplumda homofobik duyguları ilk olarak nerede hissettiniz?

(1) Ailede

(2) Yakın akrabalarda

(3) Arkadaşlarda

(4) Komşularda

(5) Okulda öğretmenlerde

(6) Okulda arkadaşlarda

(7) Televizyonda

(8) Gazete- dergi gibi yazılı basında

(9) Diğer (Belirtiniz)……...

45-Toplumda fiziksel-sözlü saldırıları önlemek için cinsel yöneliminizi gizlemek zorunda kalıyor musunuz?

(1) Evet (2) Çoğu zaman (3) Ara sıra (4) Hayır

46- Cinsel yöneliminiz sebebiyle fiziksel travma veya tacize uğradınız mı?

(1) Evet .....kez uğradım (2) Hayır

47- Yanıtınız evetse kim ve kimler tarafından fiziksel tacize uğradınız, belirtiniz:.....

48- Cinsel yöneliminiz sebebiyle sözlü tacize uğradınız mı?

(1) Evet .....kez uğradım (2) Hayır

49- Yanıtınız evetse kim ve kimler tarafından sözlü tacize uğradınız, belirtiniz:.....

50- Cinsel yöneliminiz nedeniyle yaşadığınız yeri/evi değiştirmek zorunda kaldınız mı?

(1) Evet (2) Hayır

51-Evetse kaç defa cinsel yöneliminiz sebebiyle evinizi değiştirmek zorunda kaldınız?.....

52- Şu anda duygusal birliktelik yaşadığınız partneriniz var mı?

(1) Evet (2) Hayır

53- Partnerinizle nerede tanışıyorsunuz?

(1) Okulda

(2) İş ortamında

(3) Aile ortamında

(4) LGBT derneklerinde

(5) Cafe- bar gibi eğlence ortamlarında

(6) İnternet ortamında

(7) Diğer (Belirtiniz).....

54- Toplum içinde eşcinsel partnerinizle sevgi gösterisinde bulunabiliyor musunuz?

(1) Evet (2) Çoğu zaman (3) Ara sıra (4) Hayır

55- Herhangi bir eşcinsel topluluğu ile ilişkiniz var mı?

(1) Evet (2) Hayır

56- Herhangi bir eşcinsel topluluğu ile kaç yaşında ilişki kurdunuz?.....Cinsel yöneliminizi fark ettikten..... yıl, cinsel yöneliminizi kabul ettikten.....yıl sonra.

57- Eşcinsel toplulukları ve etkinlikleri hakkında ne düşünüyorsunuz?

(1) Yalnız olmadığımı görmek bana iyi geliyor

(2) Bana bir etkisi olmuyor

(3) Beni olumsuz etkiliyor.

(4) Diğer (belirtiniz):.....

58- Eşcinselliğin günah olduğuna inanıyor musunuz?

(1) Evet (2) Hayır

59- Eşcinsel cafe-bara gidiyor musunuz?

(1) Evet (2) Ara sıra (3) Hayır

60- Eşcinsel yayınları takip ediyor musun?

(1) Evet (2) Ara sıra (3) Hayır

61- Eşcinsellik ile ilgili ilk bilgileri kaç yaşında öğrendiniz?.....

62- Eşcinsellikle ilgili ilk bilgileri nereden öğrendiniz?

(1) Ailemden

(2) Arkadaşlarımdan

(3) Okuldan

(4) Televizyondan

(5) Gazete- dergi gibi yazılı basından

(6) İnternetten

(7) Diğer (Belirtiniz).....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

BD1- (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

BD2- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

(1) Gelecek için karamsarım.

(2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.

(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

BD3- (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.

(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

BD4- (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.

(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

(3) Her şeyden sıkılıyorum

BD5- (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

BD6- (0) Kendimden memnunum.

(1) Kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime kızgınım.

(3) Kendimden nefrete ediyorum.

BD7- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.

(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

BD8- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

BD9- (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

BD10-(0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

BD11-(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

BD12-(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

BD13-(0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

BD14-(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

BD15-(0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

BD16-(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

BD17-(0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

BD18-(0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

BD19-(0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

BD20- (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

BD21-(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımdan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

D22- Ruhsal sıkıntılarınız nedeniyle hiç profesyonel yardım aldınız mı?

(1) Evet (2) Hayır

D23- Evetse neden:

(1) Cinsel yönelimimden bağımsız,.....nedeniyle

(2) Cinsel yönelimim sebebiyle, ailemin zoruyla

(3) Cinsel yönelimim hakkında, kendi isteğimle

(4) Cinsel yöneliminden kurtulmak için

(5) Diğer (Açıklayınız).....

D24- Daha önce cinsel yöneliminiz sebebiyle intihar düşünceniz oldu mu?.....

D25- Daha önce hiç intihar girişiminiz oldu mu?

(1) Evet ..... defa intihar girişimim oldu (2) Hayır

D26- İntihar girişiminiz olduysa, ilk intihar girişiminizde kaç yaşındaydınız?:.....

D27- Bildiğiniz bir hastalığınız var mı?

(1) Evetse belirtiniz:.....

(2) Hayır

Aşağıda on cümle hakkında görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her cümlede verilen bilginin sizin için ne kadar doğru olduğunu belirtmek için o cümlenin yanındaki cevaplardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.

H-1 Diğer eşcinsel ve biseksüel erkeklerle kişisel ya da toplumsal beraberliklerden mümkün olduğunca kaçınırım.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

H-2 Genel olarak erkekleri çekici bulmamaya çalışırım.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
H-3 Birisi bana tamamen heteroseksüel olma imkanı sağlasaydı, bu şansı kaçırmazdım.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
H-4Keşke eşcinsel/biseksüel olmasaydım	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
H-5 Eşcinsel olduğum için kendime yabancılaştığımı hissediyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
H-6 Keşke kadınlara karşı daha fazla cinsel ilgi duyabilseydim.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
H-7 Eşcinsel olmamın benim için kişisel bir eksiklik olduğunu hissediyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
H-8 Cinsel yönelimimi eşcinselden heteroseksüelliğe çevirmek için bir uzmandan yardım almak isterdim	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
H-9 Kadınsı olan erkek eşcinsellerle ilişki kurmaktan ve birlikte görünmekten kaçınırım	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
H-10 Kadınlara daha fazla cinsel ilgi duymak için çaba sarfediyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayın**. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi** sorduğumuzu unutmayınız**.**

Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.

Teşekkür ederiz.

SON ZAMANLARDA

SA1-Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz	a.Hayır, hiç çekmiyorum	b.Her zamanki kadar	c.Her zamankinden sık	d.Çok sık
SA2-Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	a.Hayır, hissetmiyorum	b.Her zamanki kadar	c.Her zamankinden sık	d.Çok sık
SA3-Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	a.Her zamankinden iyi	b.Her zamanki kadar	c.Her zamankinden az	d.Her zamankinden çok daha az
SA4-İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz	a.Her zamankinden çok	b.Her zamanki kadar	c.Her zamankinden az	d.Her zamankinden çok daha az
SA5-Sorunlarla uğraşabiliyor musunuz?	a.Her zamankinden çok	b.Her zamanki kadar	c.Her zamankinden az	d.Her zamankinden çok daha az
SA6-Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	a.Hayır, hiç çekmiyorum	b.Her zamanki kadar	c.Her zamankinden sık	d.Çok sık
SA7-Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?	a.Hayır, hiç hissetmiyorum	b.Her zamanki kadar	c.Her zamankinden sık	d.Çok sık hissediyorum
SA8-Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	a.Her zamankinden çok	b.Her zamanki kadar	c.Her zamankinden az	d.Her zamankinden çok daha az

SA9-Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	a.Her zamankinden çok	b.Her zamanki kadar	c.Her zamankinden az	d.Her zamankinden çok daha az
SA10-Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?	a.Hayır, hiç hissetmiyorum	b.Her zamanki kadar	c.Her zamankinden sık	d.Çok sık
SA11-Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?	a.Hayır, hiç kaybetmiyorum	b.Her zamanki kadar	c.Her zamankinden sık	d.Çok fazla
SA12-Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	a.Hayır, hiç görmüyorum	b.Her zamanki kadar	c.Her zamankinden sık	d.Çok sık

HM1- Yaşadığınız hayattan memnuniyetinizi 1 (hiç memnun değilim) ile 10 (çok memnunum) arasında değerlendirirseniz kaç verirsiniz?

(Hiç memnun değilim)1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Çok memnunum)

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 767

Tarih : 30.04.2012

Konu : Prof.Dr.A.Emel ÖNAL

Prof.Dr.A.Emel ÖNAL
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi :Halk Sağlığı Anabilim Dalının 16.04.2012/Bila sayılı yazısı

Sorumlu araştırıcılığını üstlendiğiniz ve Dr. Nilgül YALÇINOĞLU'nun yürüteceği 2012/515-1009 dosya numaralı "Eşcinsel ve biseksüel erkeklerin psikososyal sorunları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi (İstanbul 2012 çalışması)" başlıklı tez çalışması kurulumuzun 27/04/2012 tarih ve 08 sayılı toplantısında etik yönden incelenmiş olup, uygun olduğuna karar verilmiş ve tutanak ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. A. Yağız ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: Tutanak

XI. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı-Soyadı: Nilgül Yalçınoğlu
Doğum Yeri: İzmir
Doğum Tarihi: 29.10.1966
Uyruğu: T.C
Medeni Durum: Evli, bir çocuk annesi
E.mail: nilgulyalcinoglu@gmail.com
Telefon: Cep: 0535 315 51 97 İş: (0212) 414 20 00-32404
Aders: Maden Mevki Atlantis Acarlar Sitesi E51 blok D:8 Sarıyer/İstanbul

Eğitim Bilgileri

İlkokul: Mehmet Akif Ersoy İlkokulu/İzmir 1973/1978
Ortaokul: Güzelyalı Ortaokulu/İzmir 1978/1981
Lise: Karataş Lisesi/İzmir 1981/1983
Üniversite: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 1983/1990
Tıpta Uzmanlık Eğitimi: 9 Eylül Üni. Tıp Fak. Anestezi ve Reanimasyon AD 1992-1998
Tıpta Uzmanlık Eğitimi: İst. Üni. İstanbul Tıp Fak. Halk Sağlığı AD 2008-

İş Deneyimi

1) Pratisyen Hekim: Altıntaş Sağlık Ocağı/Kütahya 1990-1992
2) Araştırma Görevlisi: 9 Eylül Üni. Tıp Fak. Anestezi ve Reanimasyon AD 1992-1998
3) Uzman Hekim (Anestezi): Denizli Devlet Hastanesi 1998-2008
4) Araştırma Görevlisi: İst. Üni. İstanbul Tıp Fak. Halk Sağlığı AD 2008-

Yabancı Dil : İngilizce
Bilgisayar Bilgisi: Microsoft Office Programları (World, Excel, Powerpoint)

Bildiri Sunumları

1. **Yalçınoğlu N**, Kayı İ, İşik Ş, Aydın T, Zengin Ş, Karabey S. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Tıp Eğitimi İle İlgili Görüşleri. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 4-7 Ekim 2011, Trabzon (Poster Sunum)
2. Kayı İ, **Yalçınoğlu N**, Şahin B, Yalçınoğlu Z, Karabey S. Farklı Cinsel Yönelimi/Kimliği Olan Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleriyle Algılanan Sosyal Destek Durumunun Araştırılması. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 4-7 Ekim 2011, Trabzon (Poster Sunum)
3. Önal A.E, **Yalçınoğlu N**, Erbil S, Sönmez N, Nizamoğlu K, Ayvaz Ö, Kıranlıoğlu Y, Boral Ö, Güngör G.Bir Üniversitenin Dersliklerinde İç Ortam Hava Kalitesinin Değerlendirilmesi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2-6 Ekim 2012, Bursa (Poster Sunum)
4. Gül H, **Yalçınoğlu N**, Erbaş G. Türkiye' De Çalışma Yaşamında Kadının Konumu ve Güncel Sorunlar. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2-6 Ekim 2012, Bursa (Poster Sunum)
5. Kepekçi M, **Yalçınoğlu N**, Devecioğlu E, Başsezen D, Doğan N, Gökçay G. Emzirme Danışmanlığı Birimine Başvuran Annelerin ve Bebeklerin İncelenmesi. 2. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi 7-11 Kasım 2012, İstanbul (Poster Sunum)

Yayınlar:

1. **Yalçınoğlu N**, Kayı İ, İşik Ş, Aydın T, Zengin Ş, Karabey S. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Tıp Eğitimi İle İlgili Görüşleri. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt:75, Sayı:3, 2012.

Katıldığı Kongreler:

1. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 18-22 Ekim 2010, İzmir.
2. 7. İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi 21-23 Nisan 2011 Adana.
3. 19. Dünya İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi 11-15 Eylül 2011 İstanbul
4. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 4-7 Ekim 2011, Trabzon.
5. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2-6 Ekim 2012, Bursa.
6. İş Sağlığı ve Güvenliği Sempozyumu Meska 7 Ekim 2009 İstanbul.

Katıldığı Eğitimler:

1. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Kursu 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon 2011.
2. İstatistik Kursu 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi İzmir 2010.
3. Neonatal Resüsitasyon Kursu Sağlık Bakanlığı Denizli 2000.
4. İşyeri Hekimliği Kursu Türk Tabipleri Birliği Eşkişehir 1991.