



**T.C SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**EŞCİNSEL VE BİSEKSÜEL ERKEKLERDE DENEYİMLENEN
VE ALGILANAN AYRIMCILIĞIN PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK VE İNTİHAR RİSKİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Alper Bülbul

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2020



**T.C SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EğİTİM VE
ARAşTIRMA HASTANESİ**

**EşCİNSEL VE BİSEKSÜEL ERKEKLERDE DENEYİMLENEN
VE ALGILANAN AYRIMCILIğIN PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK VE İNTİHAR RİSKİ İLE İLİşKİSİ**

Dr. Alper Bülbül

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim sürecinde kendisinden çok şey öğrendiğim, danışman hocam olduğu için kendimi mutlu ve şanslı hissettiğim, beni her zaman ve her konuda içtenlikle destekleyen, sayesinde birçok alanda önemli mesleki tecrübeler edindiğim, anlayışına sonsuz saygı duyduğum sayın hocam Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe'ye;

Engin mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, kendileri ile çalışma fırsatı bulduğum için şanslı hissettiğim hocalarım Doç. Dr. Filiz İzci'ye, Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç'e, Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir'e, Doç. Dr. Merih Altıntaş'a, Doç. Dr. Hüseyin Güleç'e, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar'a, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e ve başhekimimiz sayın Doç. Dr. Rabia Bilici'ye;

Rotasyonlarımda bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım başta sayın Doç. Dr. Füsün Mayda Domaç, Doç. Dr. Özalp Ekinci, Öğr. Gör. Dr. İbrahim Adak olmak üzere tüm nöroloji ve çocuk psikiyatrisi ekibine;

Hastanemizde beraber çalıştığım tüm psikolog ve hemşire ekibine, sağlık memuru, personel ve güvenlik görevlilerine;

Psikiyatri ile tanışmamı sağlayan, uzmanlık eğitimine başladığım Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde beraber çalışma fırsatı bulduğum, kendilerinden çok şey öğrendiğim, mesleki temelleri kendilerinden aldığım sayın hocam Prof. Dr. Erol Göka'ya, sayın hocam Doç. Dr. Makbule Çiğdem Aydemir'e, sayın hocam Doç. Dr. İhsan Tuncer Okay'a,

LGBTİ+ çalışmaları konusunda ufkumu açan sayın Doç. Dr. Koray Başar ve Uzm. Dr. Gökçe Sarıdoğan'a;

Ankara'da başta değerli abim Uzm. Dr. Hasan Kaya, İstanbul'da başta değerli ablam Uzm. Dr. Dicle Bilge Öğüt olmak üzere beraber çalışma fırsatı şansına eriştiğim Uzm. Dr. Rabia Nazik Yüksel'e, Uzm. Dr. Murat Yalçın'a, Uzm. Dr. Mine Ergelen'e ve diğer tüm uzmanlara;

Ankara'da asistanken beraber çalışma fırsatı yakaladığım, sonrasında uzmanlarım olarak bana yol gösteren, her zaman yanımda olduklarını hissettiren,

onları tanıdığım için hep şanslı hissettiğim Uzm. Dr. Aybeniz Civan Kahve'ye, Uzm. Dr. Diğdem Göverti'ye, Uzm. Dr. Didem Özkan'a;

Sayelerinde çokça güzel anılar biriktirdiğim, tanımaktan mutluluk duyduğum sevgili arkadaşlarım Dr. Merve Metin, Dr. Davut Genç, Dr. Berçem Arinci Kızılay, Dr. Aslı Kayacan, Dr. Mustafa Güneş'e;

Asistanlık sürecimde tanıdığım, beraber çalıştığım, tez yazma sürecinde de desteklerini her zaman hissettiğim başta Dr. Osman Ozan Odabaşı, Dr. Neval Ateş, Dr. Gonca Aşut, Dr. Atike Çakıl olmak üzere tüm asistan doktor arkadaşlarıma ve sonrasında uzman olan, tez yazma sürecimde beni yalnız bırakmayan Uzm. Dr. Nazmiye Güçlü ve Uzm. Dr. Didem Beşikçi Keleş'e;

Kendisinden hayata ve mesleğe dair çok şey öğrendiğim, varlığına her zaman “iyi ki” dediğim, beraber büyüdüğümüz sevgili Uzm. Dr. Ege Sipahi ve İstanbul'u evim yapan değerli ailesine;

Bugünlere gelmemde emekleri büyük olan, maddi manevi desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen, çalışkanlıkları ile bana örnek olan, hayatımı kolaylaştıran, evlatları ve meslektaşları olmaktan gurur duyduğum canım annem Uzm. Dr. Emine Kuset ve canım babam Uzm. Dr. Ahmet Bülbül'e;

Her zaman gurur duyduğum, dünyaya geldikleri günden beri hayatımı güzelleştiren canım kardeşlerim Bengisu Bülbül ve Ada Bülbül'e;

Ailemin diğer tüm üyelerine;

Son olarak, tezime katılmayı kabul edip benimle öykülerini paylaşan katılımcılara;

Gökkuşağı kadar renkli ve dayanışmanın olduğu bir dünya dileği ile,

En içten duygularım ve tüm samimiyetimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Alper Bülbül

İstanbul 2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DOĞUMDA ATANAN CİNSİYET	3
2.2. CİNSİYET KİMLİĞİ	3
2.3. CİNSİYET ROLÜ	3
2.4. TOPLUMSAL CİNSİYET	4
2.5. CİNSEL YÖNELİM.....	4
2.5.1. <i>Eşcinsellik</i>	5
2.5.2. <i>Biseksüellik</i>	5
2.6. HETEROSEKSİZM VE HETERONORMATİVİTE	6
2.7. QUEER KAVRAMI VE EŞCİNSEL HAREKET	7
2.8. HOMOFOBİ, BİFOBİ VE HOMONEGATİVİZM.....	7
2.9. AZINLIK STRES KURAMI	9
2.10. AYRIMCILIK, DAMGALANMA VE MİKROAGRESYONLAR	10
2.11. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	13
2.12. İNTİHAR VE DİĞER PSİKİYATRİK SORUNLAR	15
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	17
3.1. ÖRNEKLEM VE YÖNTEM.....	18
3.2. DAHİL ETME VE HARIÇ TUTMA KRİTERLERİ.....	18
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	18
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	19
3.4.1. <i>Sosyodemografik Veri Formu</i>	19
3.4.2. <i>Algılanan Bireye Yönelik Ayrımcılık Ölçeği (ABAÖ) ve Algılanan Gruba Yönelik Ayrımcılık Ölçeği (AGAÖ)</i>	19
3.4.3. <i>Columbia- İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ)</i>	20
3.4.4. <i>Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİDÖ)</i>	20
3.4.5. <i>Hasta Sağlık Anketi – Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği (HSA- SADBÖ)</i>	20

4.BULGULAR	21
4.1 SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	21
4.2 AİLE EĞİTİM DURUMU VE AİLE TUTUMU	24
4.3 CİNSEL YÖNELİMİ YAŞAYIŞ BİÇİMİ VE GÖRÜŞLERİ	25
4.4 AÇILMA VE AÇILMA YAPILAN KİŞİ TARAFINDAN KABULÜ	26
4.5 DENEYİMLENEN AYRIMCILIK	27
4.6 ALGILANAN AYRIMCILIK	30
4.7 İNTİHAR	32
4.8 EŞCİNSEL VE BİSEKSÜEL ERKEKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI . 32	
4.9 ALKOL- MADDE KULLANIMINA GÖRE PARAMETRELERİN İNCELENMESİ	34
4.9 PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜNE GÖRE PARAMETRELERİN İNCELENMESİ	36
4.10 PSİKOLOJİK DESTEK ALMA DURUMLARINA GÖRE PARAMETRELERİN İNCELENMESİ	38
4.11 PSİKOLOJİK DESTEK ALMA SEBEPLERİNE GÖRE PARAMETRELERİN İNCELENMESİ	39
4.12 CİNSİYET ROLÜ ÖZELLİKLERİNE GÖRE PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI	41
4.13 AİLEYE EN ERKEN AÇILMA YAŞI VE KENDİNİ KABUL ETME YAŞINA GÖRE PARAMETRELERİN İNCELENMESİ	42
4.14 ALGILANAN AYRIMCILIK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	44
4.15 ALGILANAN AYRIMCILIK VE İNTİHAR	45
4.16 ALGILANAN AYRIMCILIK VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLAR	46
4.16 DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	47
4.17 DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE İNTİHAR	49
4.18 DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLAR	49
4.19 DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE ALGILANAN AYRIMCILIK .	50
4.20 DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE ALGILANAN AYRIMCILIK İLE SOMATİK, ANKSİYETE VE DEPRESYON SEMPTOMLARININ İNCELENMESİ	50
4.21 PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE İNTİHAR	51
5. TARTIŞMA	53

5.1 KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ.....	53
5.2. ALGILANAN AYRIMCILIK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK.....	59
5.3. ALGILANAN AYRIMCILIK VE İNTİHAR.....	61
5.4. DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	62
5.5. DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE İNTİHAR	63
5.6 AYRIMCILIK VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLAR.....	64
6. KISITLILIKLAR.....	Error! Bookmark not defined.
7. SONUÇLAR	68
KAYNAKLAR	70
EKLER.....	84
EK 1: ETİK KURUL ONAYI	Error! Bookmark not defined.
EK-2 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	84
EK-3 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	87
EK-4 ALGILANAN BİREYE YÖNELİK AYRIMCILIK ÖLÇEĞİ (ABAÖ) VE ALGILANAN GRUBA YÖNELİK AYRIMCILIK ÖLÇEĞİ (AGAÖ) ..	95
EK-5 YETİŞKİNLER İÇİN DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ.....	97
EK-6 COLUMBİA- İNTİHAR ŞİDDETİNİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (C-İŞDÖ) UYGULAYICI SERTİFİKASI	Error! Bookmark not defined.
EK 7- HASTA SAĞLIK ANKETİ – SOMATİK, ANKSİYETE VE DEPRESYON BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ (HSA- SADBÖ).....	100

KISALTMALAR

AA: Algılanan Ayrımcılık

ABAÖ: Algılanan Bireye Yönelik Ayrımcılık Ölçeği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AGAÖ: Algılanan Gruba Yönelik Ayrımcılık Ölçeği

APA: Amerika Psikiyatri Birliği

ark.: Arkadaşları

C-İŞDÖ: Columbia İntihar Şiddetini Değerlendirme Ölçeği

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HIV: Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)

HSA- SADBÖ: Hasta Sağlık Anketi- Somatik, Anksiyete, Depresyon Belirtileri Ölçeği

LGB: Lezbiyen, Gey, Biseksüel

LGBTİ+: Lezbiyen, Gay, Biseksüel, Transeksüel, İnterseksüel

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

Ort.: Ortalama

PTSB: Post-travmatik Stres Bozukluğu

S.S.: Standart Sapma

SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Std.: Standart

YİDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği



TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Sosyodemografik Özellikler

Tablo 2: Alkol- Madde Kullanımı

Tablo3: Tıbbi ve Psikiyatrik Hastalık Tanısı

Tablo 4: Anne ve Baba Eğitim Durumu

Tablo 5: Aile Tutumu

Tablo 6: Cinsel Yönelimlerini Yaşayış Biçimleri ve Görüşleri

Tablo 7: Açılma Durumu ve Açılma Yapılan Kişi Tarafından Kabulü

Tablo 8: Açılma ve Kendini Kabul Etme Yaşları

Tablo 9: Deneyimlenen Ayrımcılık

Tablo 10: Deneyimlenen Ayrımcılık Puanları

Tablo 11: Bireye Yönelik Algılanan Ayrımcılık

Tablo 12: Gruba Yönelik Algılanan Ayrımcılık

Tablo 13: Algılanan Ayrımcılık Puanları

Tablo 14: İntihar Girişimi ve Yaşı

Tablo 15: Eşcinsel ve Biseksüel Erkeklerin Karşılaştırılması

Tablo 16: Alkol Alımına Göre Karşılaştırma

Tablo 17: Madde Kullanımına Göre Karşılaştırma

Tablo 18: Psikiyatrik Hastalık Tanısı Olan ve Olmayan Grubun Karşılaştırılması

Tablo 19: Psikolojik Destek Alma Durumlarına Göre Karşılaştırma

Tablo 20: Psikolojik Destek Alma Sebeplerine Göre Karşılaştırma

Tablo 21: Cinsiyet Rolü Özelliklerine Göre Karşılaştırma

Tablo 22: Aileye En Erken Açılma Yaşı ve Kendini Kabul Etme Yaşına Göre Karşılaştırma

Tablo 23: Algılanan Ayrımcılık ve Psikolojik Dayanıklılık

Tablo 24: Algılanan Ayrımcılık ve İntihar

Tablo 25: Algılanan Ayrımcılık ve Psikiyatrik Semptomlar

Tablo 26: Deneyimlenen Ayrımcılık ve Psikolojik Dayanıklılık

Tablo 27: Deneyimlenen Ayrımcılık ve İntihar

Tablo 28: Deneyimlenen Ayrımcılık ve Psikiyatrik Semptomlar

Tablo 29: Deneyimlenen Ayrımcılık ve Algılanan Ayrımcılık

Tablo 30: Deneyimlenen Ayrımcılık ve Algılanan Ayrımcılık İle Somatik, Anksiyete ve Depresyon Semptomları

Tablo 31: Psikolojik Dayanıklılık ve İntihar

ÖZET

Amaç: Cinsel yönelimi açısından azınlık grup da dahil olmak üzere azınlık gruplar, genel popülasyonun yaşam stresörlerinden farklı olarak azınlıklarına özgü birtakım stresörler ile karşı karşıya kalmaktadır. Cinsel yönelimi açısından azınlık olan kişilerin ön yargı, damgalanma, ayrımcılık ve şiddet gibi olumsuz yaşam olayları sebebi ile ruhsal hastalıkları ya da sorunları heteroseksüel kişilere göre daha sık yaşadıkları bilinmektedir. Kişilerin maruz kaldıkları stresli yaşam olayları olumsuz ruh sağlığı sonuçları için başlıca risk faktörü olmakla beraber ayrımcılık algıları, kendini etiketleme, içselleştirilmiş homofobi gibi subjektif ve azınlık gruba özgün farklı stresörleri de artırabilmektedir. Başta psikolojik dayanıklılık olmak üzere ruhsal iyilik hali için koruyucu olduğu bilinen faktörlerin, çevre ile ilişkisi göz ardı edilemeyeceğinden azınlık gruplardaki ruhsal sorunları ele alınırken bahsedilen dış ve iç stresörlerin iyi anlaşılması gerekmektedir. Bu çalışmada eşcinsel ve biseksüel erkeklerin deneyimledikleri ve algıladıkları ayrımcılığın, psikolojik dayanıklılık ve intihar ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya kendisini eşcinsel veya biseksüel erkek olarak tanımlayan 87 katılımcı dahil edildi. Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı özellikte olup katılımcılara kartopu yöntemi ile ulaşıldı. Katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan deneyimlenen ayrımcılık sorularının da dahil edildiği sosyodemografik ve klinik özellikleri veri formu, Algılanan Bireye Yönelik Ayrımcılık Ölçeği (ABAÖ), Algılanan Gruba Yönelik Ayrımcılık Ölçeği (AGAÖ), Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİDÖ), Hasta Sağlık Anketi- Somatik, Anksiyete, Depresyon Belirtileri Ölçeği (HSA-SADBÖ), Columbia İntihar Şiddetini Değerlendirme Ölçeği (C-İŞDÖ) uygulandı. Örneklemde algılanan ve deneyimlenen ayrımcılığın psikolojik dayanıklılık, intihar riski ve somatik, anksiyete, depresyon semptomları ile ilişkisine bakıldı.

Bulgular: Katılımcıların en az bir alanda hayat boyu cinsel yönelim temelli ayrımcılığa maruz kaldığı görüldü. Eşcinsel ile biseksüel erkekler arasında deneyimlenen ayrımcılık, ABAÖ ve AGAÖ puanları, C-İŞDÖ puanları, HSA-SADBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Deneyimlenen ayrımcılık puanları, ABAÖ ve AGAÖ puanları ile YİDÖ toplam puanı arasına ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu. YİDÖ alt ölçek puanlarının tümü ile ABAÖ puanı arasında ters yönlü istatistiksel anlamlı ilişki bulunurken, bu durumun AGAÖ puanı için geçerli olmadığı görüldü. AA toplam puanı ve deneyimlenen ayrımcılık toplam puanı ile C-İŞDÖ intihar düşüncesi (ömür boyu ve geçen ay) ve C-İŞDÖ intihar girişimi toplam (ömür boyu) arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Yine AA toplam puanı ve deneyimlenen ayrımcılık toplam puanı ile HSA-SADÖ alt ölçek puanları arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda eşcinsel ve biseksüel erkeklerde deneyimlenen ve algılanan ayrımcılık ile psikolojik dayanıklılık, intihar riski ve psikiyatrik semptomları arasındaki ilişki tartışılmıştır. Psikiyatri kliniklerinde, psikolojik destek sürecinde ve koruyucu ruh sağlığı uygulamalarında, geliştirilecek politikalarda cinsel yönelimi açısından azınlık olan eşcinsel ve biseksüel erkekler değerlendirilirken ayrımcılık deneyimleri ve algılarının olumsuz ruhsal etkileri dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: eşcinsellik, biseksüellik, ayrımcılık, dayanıklılık, intihar

ABSTRACT

Aim: Minority groups, including sexual orientation based minority groups, are faced with a number of minority-specific stressors, unlike the general population's life stressors. It is known that individuals with minority sexual orientation experience mental illnesses or problems more often than heterosexual individuals due to negative life events such as prejudice, stigma, discrimination and violence. These aforementioned stressful life events are one of the main risk factors for negative mental health outcomes, but they can also increase subjective and minority-specific stressors such as discrimination perceptions, self-stigma and internalized homophobia. Since the relation between external and internal stressors and protective factors for the state of mental well-being such as psychological resilience cannot be neglected, these stressors should be understood when dealing with mental problems in minority groups. In this study, it is aimed to investigate the correlation between experienced discrimination, perceived discrimination by gay and bisexual and psychological resilience, and suicide risk.

Materials and Methods: 85 males who stated that they are gay and bisexual men included in the study. The study is cross-sectional and descriptive, and the people participating in the study were reached by the snowball method. The socio-demographic form which includes questions of experienced discrimination prepared by the researcher, Perceived Discrimination Scale (PDS) which includes subscales as Perceived Individual Discrimination Scale (PIDS) and Perceived Group Discrimination Scale (PGDS), Patient Health Questionnaire–Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms (PHQ-SADS), The Resilience Scale for Adults (RSA), The Columbia–Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) were applied. The relation between discrimination perceived and experienced with psychological resilience, suicide risk and somatic, anxiety, and depression symptoms were examined.

Results: It was observed that the participants were exposed to discrimination based on lifelong sexual orientation in at least one area. It was found that there was no statistically significant difference between homosexual and bisexual men on PIDS and PGDS scores, C-SSRS scores, and PHQ-SADS scores. Also, it is found that there is a statistically significant negative correlation between the experienced discrimination scores, PIDS scores, PGDS scores and the total scores of RSA. While there was a statistically significant negative correlation between all of the RSA subscale scores and the PIDS score, this was not valid for the PGDS score. A statistically significant positive correlation was found between the total score of PDS, the total score of experienced discrimination and C-SSRS suicidal ideation (lifetime and last month) score, C-SSRS suicide attempt (lifetime) total score. Also, it was found that there was a statistically significant positive correlation between PDS total score, experienced discrimination total score and PHQ-SADS subscales scores.

Conclusion: In our study, the relation between experienced discrimination, perceived perceived discrimination in gay and bisexual men and psychological resilience, suicide risk and psychiatric symptoms were discussed. While evaluating gay and bisexual men -who are minorities by their sexual orientations- in psychiatry clinics, psychological support processes, preventive mental health practices or policies to be developed negative psychological effects of discrimination experiences and perceptions should considered.

Key-words: homosexuality, bisexuality, discrimination, resilience, suicide

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsel yönelim kimliği gelişimi, kişinin cinsel yöneliminin farkına varması, bunu zihin, duygu, davranış ve kimliğinin bir parçası haline getirmesi, yönelimini kişilerarası ilişkilerinde paylaşması, yönelimi doğrultusunda sosyal ilişkiler kurması süreci olarak tanımlanabilir. Bu süreç, birey ve toplum arasında gerçekleşen bir takım karşılıklı etkileşimle ilerler. Aynı zamanda bu süreç, toplumun heteronormatif yapılanması sebebi ile kişinin maruz kaldığı yaftalanmalar ile baş etmeye çalıştığı, kendisine bakışı ile toplumun kendisine bakışını da değerlendirdiği bir dönemdir (1).

Cinsel yönelimi açısından azınlık olan (heteroseksüel olmayan) kişiler, cinsel yönelimleri nedeni ile toplum tarafından çeşitli ayrımcılık ve damgalanmalara uğramakta ve duygusal, sözel ya da fiziksel şiddete maruz kalmaktadırlar. Yapılan araştırmalarda önyargı ve ayrımcılığa maruz kalan kişilerde başta duygudurum ve anksiyete bozuklukları olmak üzere, intihar düşüncesi ve girişimleri, alkol/madde kötüye kullanımı gibi bir çok sağlık probleminin riskini arttığı gösterilmiştir (2)(3).

Cinsel yönelimi nedeni ile oluşan damgalanma stresinin doğrudan etkilerinin yanı sıra, kişinin stresle başa çıkması ile ilgili gelişim içinde kazanılan özelliklerine de olumsuz etkilerinden bahsedilmekte ve bu stresin azınlık grupta yer alan kişileri kimi zaman daha kırılgan hale getirdiği de ifade edilmektedir. Azınlık gruplarda, benzer stres koşullarına maruz kalan kişilerin psikopatoloji geliştirme oranları farklılık göstermektedir. Bu farklılığı etkileyecek birçok faktör olmasına rağmen, en çok öne çıkanlardan bir tanesi kişilerin psikolojik dayanıklılıklarıdır. Psikolojik dayanıklılık çalışmalarına devam edilmesi azınlık stres modelinin daha iyi anlaşılmasına ve etkilerinin saptanmasına ışık tutacak olup, sosyal psikolojik kavramların sosyal çevreden bağımsız olarak düşünülmemesi gerektiğini destekleyecektir. Bu sebeple bireysel psikolojik dayanıklılıkların yanı sıra çevre ile ilgili etkilerin de psikolojik dayanıklılığı nasıl etkilediği üzerinde durulması önemlidir (4). Bugüne kadar yapılan az sayıdaki çalışmalarda ayrımcılığın psikolojik dayanıklılığı etkilediği, gruba ve bireye yönelik algılanan ayrımcılığın ve deneyimlenen ayrımcılığın etkilerinin birbirinden bağımsız olabileceği gösterilmiştir (5). Türkiye'nin toplumsal yapısı nedeni ile olan muhafazakarlık, ataerkil kültür ve gelenekçilik kişilerin daha fazla

önyargı ve ayrımcılığa maruz kalmasına sebep olmasına rağmen, Türkiye’de farklı cinsel yönelime sahip kişilerle yapılan araştırma sayısı oldukça yetersizdir (6).

Bu bağlamda; araştırmamızın amacı ülkemizde eşcinsel ve biseksüel erkeklerde deneyimlenen ve algılanan ayrımcılığın bireylerdeki psikolojik dayanıklılık ve intihar riski ile ilişkisini araştırmak, anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi ruhsal hastalıkların ve intihar girişimlerinin daha sık görüldüğü gösterilen cinsel yönelimi açısından azınlık olan bireylerde koruyucu ruh sağlığı uygulamaların, ayrımcılıklara yönelik düzenlemelerin ve alınması gereken önlemlerin hedeflerinin belirlenmesi konusunda literatüre katkı sunabilmektir.

Çalışmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

Hipotez 1: Eşcinsel ve biseksüel erkeklerde algılanan bireye ve gruba yönelik ayrımcılığın psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi vardır.

Hipotez 2: Eşcinsel ve biseksüel erkeklerde algılanan bireye ve gruba yönelik ayrımcılığın intihar riski ile ilişkisi vardır.

Hipotez 3: Eşcinsel ve biseksüel erkeklerde deneyimlenen ayrımcılığın psikolojik dayanıklılık ve intihar riski ile ilişkisi vardır.

Hipotez 4: Eşcinsel ve biseksüel erkeklerde deneyimlenen ve algılanan ayrımcılığın bireyin ruh sağlığı ile ilişkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DOĞUMDA ATANAN CİNSİYET

Cinsiyet, tipik olarak dış genital bölgelerin fenotipik özelliklerine göre doğumda veya doğum öncesinde ultrason görüntülerine göre atanır (7). Biyolojik cinsiyet ve bedensel cinsiyet olarak da bilinen doğumda atanan cinsiyet kavramı, ikili cinsiyet sisteminde “kadın” veya “erkek” olarak ifade edilir (8). Dış genital bölgeler, cinsiyet atamak için belirsiz olduğunda diğer göstergeler (örneğin; iç genital organlar, kromozomal ve hormonal göstergeler) cinsiyet atamak için kullanılmaktadır (7)(9). Kişiyi cinsiyet ataması yapmak %0,02- %0,06 oranında zor olabilmekte ve bu kişiler interseks olarak adlandırılmaktadır (8). “İnterseks” kavramı ilk kez 1917’de Richard Goldschmidt tarafından, hermafroditizm de dahil olmak üzere çeşitli ambigü genitalya tablolarını ifade etmek için kullanılmış ve giderek tıp profesyonelleri arasında kullanımı yaygınlaşmıştır (10).

2.2. CİNSİYET KİMLİĞİ

Cinsiyet kimliği, ikili cinsiyet sisteminde erkek veya kadın ya da ikisinin karışımı olarak ya da erkek ve kadının ötesinde (cinsiyetsiz, akışkan cinsiyet, gender-queer, non-binary gibi) kişinin kendisini tanımladığı cinsiyettir (11). Çoğunlukla cinsiyet kimliği ve rolü doğumda atanan cinsiyet ile uyumludur ve bu kişiler için “cis-gender” terimi kullanılmaktadır (7) (12). Kişinin doğumda atanan cinsiyeti (biyolojik cinsiyeti) ile cinsiyet kimliği aynı değil ise kişi kendisini transseksüel veya bir transgender kategorisinde tanımlayabilir (13). Trans kavramı bir şemsiye terim olup bu bireylerin cinsiyet kimliği doğumda atanan cinsiyetlerinden farklı ölçülerde değişiklik gösterebilmektedir (14).

2.3. CİNSİYET ROLÜ

Kişinin cinsiyet kimliğinin genellikle kıyafet görünüşü ve tarzı, davranış, ilgi alanları, beden dili ve konuşma biçimi ile ifadesidir. Cinsiyet rolü ifadesi genellikle cinsiyet kalıp yargılarından etkilenir (11)(15).

2.4. TOPLUMSAL CİNSİYET

Toplumsal cinsiyet, toplumun sosyal ve kültürel alanda kadın ve erkeklerden cinsiyet rolü beklentilerini ifade eder (16). Toplumsal cinsiyet ile biyolojik cinsiyet arasındaki fark ilk defa 1968 yılında psikiyatri profesörü Dr. Robert Stoller tarafından “Cinsiyet ve Toplumsal Cinsiyet” (Sex and Gender) adlı kitabında tanımlanmıştır (17). Toplumsal cinsiyet rollerine göre davranışlar ise “kadınsılık” ve “erkeksilik” kavramları ile değerlendirilir. Bu özellikler doğuştan gelen cinsiyet özelliklerinin aksine sonradan kazanılmaktadır (18). Bunlar kültürel olarak öğretilmiş roller olup, rollerin öğrenilmesinde toplumun diğer bireyleri etkili olmaktadır. Toplumsal cinsiyet rolleri kültürel olarak inşa edilmiş olsalar da, şekillenmelerinde ideolojik nedenler de etkilidir (19). Bu bağlamda, toplumsal cinsiyet erkekler ve kadınlar arasındaki eşitsizliğin cinselleştirilmesinin katılaşmış hali olarak düşünülmektedir (20). Cinsiyet kavramının bireye özgü olması nedeni ile doğumda atanan cinsiyetin nasıl ikili cinsiyet sisteminin dışında tartışılması gerekiyorsa, toplumsal cinsiyet kavramı da ikili cinsiyet sistem özelinde düşünülmemelidir (21).

2.5. CİNSEL YÖNELİM

Cinsel yönelim, kişinin cinsel ve/veya romantik olarak hangi cinse ilgi duyduğunu ifade eder. Bu kavram, kişinin cinsiyetinden ve cinsiyet kimliğinden bağımsızdır. Kişinin hangi cinse ait hissettiği ile ilgili değil, hangi cinsten kişilere erotik ve/veya romantik ilgi duyduğunu ve “erotik nesne seçimini” ifade etmektedir (22). Burada bahsi geçen “seçim” bilinçli bir tercih olmayıp psikolojik ve biyolojik sistemler ile ilgilidir. Kişinin cinsel yönelimi iradesi ile karar verip “tercih” yapabileceği bir durum olmaması nedeni ile “cinsel tercih” kavramı yerine zamanla “cinsel yönelim” kavramının kullanımı yaygınlaşmıştır. Cinsel yönelim sınıflamasında kişinin kendi cinsine ilgi duyması eşcinsellik (homoseksüelite), karşı cinse ilgi duyması düzcinsellik (heteroseksüelite), her iki cinse de ilgi duyması biseksüellik olarak ifade edilir (23). Bu üç kategori dışında, aseksüellik kişinin cinsel olarak her iki cinse de ilgi duymaması olarak adlandırılırken, aseksüel kişiler romantik ilgilerine göre kendilerini homoromantik veya heteroromantik olarak tanımlamaktadırlar (24). Bazı kişiler ise cinsel yönelimleri açısından kendilerini panseksüel veya queer olarak tanımlamakta olup bu kişiler cinsel ve/veya romantik ilgi duyması için cinsiyet kavramına ihtiyaç duymamaktadırlar (23)(25). Bu

kategoriler yaygın olarak kullanılmaya devam ederken, araştırmalar cinsel yönelimin her zaman bu tür tanımlanabilir kategorilerde görünmediğini, bunun yerine bir akışkanlık içerisinde olduğunu ileri sürmektedir. Son yıllarda “LGBTİ+”de kullanılan “+” işareti, bahsi geçen çeşitliliği simgelemektedir. (26)(27).

2.5.1. Eşcinsellik

Kişinin kendi cinsinden kişilere erotik ve/veya romantik ilgi ve isteği olması olarak tanımlanmaktadır (15). Bazı toplumlarda eşcinsellik ve transseksüellik kavramları karıştırılmakta olup bu gruplara dahil olan kişiler cinselliği üreme odaklı kullanmadıkları, toplum tarafından beklenen kalıplaşmış cinsel yargılara uymadıkları için kabul görmemektedirler. Fakat daha önce de bahsedildiği gibi eşcinsellik bir cinsel yönelim olup kişinin cinsiyet kimliğinden ve/veya cinsiyet rollerinden bağımsız bir kavramdır (28).

Homoseksüel (eşcinsel) terimi ilk olarak 1869’da Karoly Maria Kertbeny tarafından kullanılmıştır . Kelime kökeni olarak Yunanca “*homo*” (eş, aynı) ve Latince “*seksualis*” (cinsel) kelimelerinden gelmektedir (29). Günümüzde homoseksüel kelimesi yerine kullanılmakta olan “*gay*” terimi 1960’larda kadın ve erkek eşcinseller için kullanılmaya başlanmıştır. Bu terim Fransızca “*gai*” kökeninden gelmiş ve zamanla “*gay*” (gey) terimi erkek eşcinseller için kullanılan bir terim olmuştur. “Gey” kelimesi Eylül 2006’dan bu yana Türk Dil Kurumu sözlüğünde de “erkek eşcinsel” olarak karşılık bulmaktadır. Kadın eşcinselleri tanımlamak için Fransızca kökenli “*lesbienne*”den gelen lezbiyen terimi kullanılmaktadır (30). Yapılan araştırmalarda kendisini heteroseksüel (düzcinsel) olarak tanımlayan kişilerin de zaman zaman eşcinsel ilişki yaşayabilmesi nedeni ile cinsel yönelimler arasında keskin sınırların olamayacağı ve bu sebeple cinsel yönelimlerin görülme oranları hakkında net bir oran verilemeyeceği gösterilse de eşcinselliğin toplumda %5-10 oranı arasında olabileceği belirtilmektedir(31) .

2.5.2. Biseksüellik

Kişinin her iki cinse de erotik ve/veya romantik ilgi duymasıdır (23). Her ne kadar tarih boyunca ve kültürler arasında biseksüellik belgelenmiş olsa da, eşcinselliğe kıyasla kronolojik olarak daha sonra tanımlandığı belirtilmektedir (32). Biseksüel kişiler 1970’lerde sosyal ve politik gruplar oluşturup, 1980’lerin sonlarına doğru

biseksüel hareket ile beraber kendilerini daha görünür kılmışlardır. 1990'ların başlarına gelindiğinde birçok eşcinsel organizasyon ve etkinlik isimlerine “biseksüel” ilavesi eklenmiş ve LGBT hareketinde aktif rol oynamışlardır (33). Kinsey araştırmaları kadınların %15-25 oranında, erkeklerin %33-46 oranında biseksüel olduklarını ifade etmiştir (34). Farklı çalışmalarda ise, cinsel yönelimler için net rakamlar verilemeyeceği fakat yaklaşık %6'lık bir popülasyonun heteroseksüel olmayan cinsel ilgi duyduğunu belirtilmiştir (35). Biseksüel kişilerin çoğunlukla heteroseksüel ilişki yaşadıkları dönemlerde toplumun belirlediği normlara uygun yaşamakta ve biseksüel yönelimlerinde görünür olmamayı tercih ediyor olabilecekleri öne sürülmüştür. Bu durumun kişilerin açılma süreçlerine ve dolayısı ile sağlıklı bir cinsel yönelim kimliği geliştirmelerine engel teşkil edebileceğinden biseksüel kişilerin, daha fazla stresöre maruz kalıp daha büyük ruhsal sorunlar yaşayabilecekleri ifade edilmiştir (36). Fakat bunun yanında heteroseksüel ilişki yaşadıkları dönemlerde biseksüel yönelimlerinin görünür olmamasının, toplumsal ayrımcılıklara uğrama oranlarının eşcinsel kişilere kıyasla daha az olabileceğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (37).

2.6. HETEROSEKSİZM VE HETERONORMATİVİTE

Heteroseksizm, ideolojik bir kavram olup heteroseksüellik haricindeki cinsel yönelimleri ve heteroseksüellikten beklenen roller dışında sergilenen tüm rolleri reddeden tutumların tümünü tanımlamaktadır (38). İlk olarak LGBTİ+ bireylere yönelik giderek artan sistematik baskı sonrasında, sorunun tanımlanması amacı ile ortak bir dil oluşturmak için kullanılmıştır (39). Heteroseksist sistemin ürünleri olarak bazı ülkelerde görülen heteroseksüel dışı ilişkilere yönelik yasal kısıtlamalar, LGBTİ+ bireylere karşı nefret söylemleri ve suçları, LGBTİ+ bireylere yönelik zorbalıklar, sosyal red, heteroseksüel olmayı küçümseyen tutumlar örnek verilebilir. Heteroseksizm halen heteroseksüel olmayanlara yönelik fiziksel ve/veya psikolojik şiddete ve sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere pek çok alanda ayrımcılıklara neden olabilmektedir (40)(41). Heteroseksizm temelli toplumda heteroseksüel kişi ve ilişkilerin tek norm olarak kabul görmesi ise “heteronormativite” olarak adlandırılmaktadır. İlk olarak Michael Warner tarafından 1993 yılında ana sosyal teorilerin heteroseksüel olanı tek yönlü bakış açısıyla ele almasını eleştirmek amacı ile kullanılmıştır (42). Heteronormativite ve temellerini aldığı heteroseksist sistem, cinsel

yönelim ve/veya cinsiyet kimliklerini tek yönlü ele almanın yanında din, ekonomi, aile sistemleri, politika gibi toplumsal kavramları heteroseksüel kişiler ve ilişkiler çevresinde şekillenmesine neden olmaktadır (43).

2.7. QUEER KAVRAMI VE EŞCİNSEL HAREKET

“Queer” kelimesi İngilizce kökenli olup fiil olarak bozmak, mahvetmek anlamına gelmektedir. İsim olarak ise acayip, muammalı, şüpheli, hasta, tuhaf, kaçık kelimelerine karşılık olmaktadır. Bu kavram LGBTİ+ topluluğu tarafından 1990’ların başında benimsenmiş, heteroseksist sisteme karşı eşit haklar mücadelesi manası kazanmış ve kelime anlamı olarak da iyileştirilmiştir (44). Önceleri eşcinsel erkekleri (geyleri), sonrasında eşcinsel kadınları (lezbiyenleri) tanımlamak için kullanılmaya başlanmış ve sonrasında dışlanan “ötekileri” kapsayarak daha geniş bir kavram haline gelmiştir (45).

Zamanla gelişen Queer Teori cinsiyeti, doğumda atanan cinsiyet ve toplumsal cinsiyet ile beraber inşa edilen ve toplumsal kabulden ibaret olan bir kavram olarak tanımlar. Queer teoriye göre sorunsallaştırılan ve yapı-söküme uğratılan cinsiyet kavramı “eril” bir bedeni erkek, “dişil” bir bedeni kadın cinsiyeti olarak tanımlıyor ise bunun tam tersi de mümkün olabilmelidir. Toplumsal cinsiyete yönelik eleştiriler içeren bu teoride, cinsiyetin de sorunsuzca kabul edilmesi, söylemsellik ve kültür öncesi bir tanımmış gibi ele alınması tartışılır. Teorinin önemli yazarlarından Butler “biyoloji kaderdir” söyleminin karşısına “kültür kaderdir” ifadesini yerleştirir (21).

Eşit hak mücadelesi içerisinde olan eşcinsel hareketin belirgin olarak 1960’ların sonlarında cinsel devrim ve Stonewall ayaklanmaları ile başladığı varsayılmaktadır. Ülkemizde ise özellikle 1990’ların başlarından itibaren eşcinsel hareket daha görünür olmuş ve LGBTİ+ bireyler KaosGL gibi örgütler aracılığı ile cinsel yönelim ve kimliklerini savunarak belirgin olarak sivil topluma dahil olmaya başlamışlardır (46).

2.8. HOMOFOBİ, BİFOBİ VE HOMONEGATİVİZM

Homofobi, en kapsamlı anlamıyla, eşcinselliğe ve heteroseksüellik haricindeki cinsel yönelimlere karşı düşmanlık, olumsuz duygular, tutumlar veya davranışlar olarak tanımlanmaktadır (47)(48). Homofobi terimi ilk kez 1972’de psikolog G. Weinberg tarafından tanımlanmıştır (49). Weinberg’in literatüre kazandırdığı

homofobi tanımının birtakım sınırlamaları da vardır. Bunlardan en önemlisi eşcinselliğe karşı düşmanca tutumların, klinisyenlerin kişinin hayatını olumsuz yönde etkileyen ve hoş olmayan fizyolojik semptomlarla ilişkili yoğun kaygı ve korku yanıtını içeren ve kişinin mantıksız olarak kabul ettiği bir “fobi” olarak varsayılmış olmasıdır (47). Heteroseksüellik haricindeki cinsel yönelimlere karşı olumsuz tutumların bir “fobi” olarak kavramsallaştırılması, eşcinsellere karşı olan kalıp yargıların kültürel ideolojilerden kaynaklanan sosyal bir fenomen oluşuna vurgu yapamamıştır. Homofobinin klinik anlamda da diğer fobiler gibi fobiyle ilişkili fizyolojik tepkileri genellikle içermediği, öfke ve tiksinti gibi duyguların korkudan daha ön planda olduğu gösterilmiştir (50)(51). Homofobi kavramının eşcinselliğin yanında, heteroseksüellik haricindeki diğer cinsel yönelimlere yönelik olumsuz tutumu kapsadığı söylene de güncel literatürde biseksüellik ve biseksüelliğe yönelik olumsuz tutumları tanımlayan ve ilk kez 1992 yılında Kathleen Bennett tarafından tanımlanan “biseksüelliğe karşı önyargı” anlamına gelen “bifobi” kavramı da kullanılabilmektedir (52).

1980 yılında Hudson ve Ricketts, olumsuz tutumların daha çok inanç ve değer sistemleri ile ilgili olan kısmına işaret etmek amacı ile, çok boyutlu bir kavram olan “homonegativizm” terimini önermiştir (53).

Yapılan çalışmalarda toplumsal cinsiyete ilişkin kalıp yargıları olan bireylerin daha çok homofobik tutum sergiledikleri ve eşcinsellere yönelik şiddetin altında yatan önemli sebebin homofobi olduğu gösterilmiştir (47)(39)(54). Günümüze kadar homofobi farklı kuramlar ve teoriler çerçevesinde ele alınmıştır. Homofobi gibi dışlanma mekanizmalarının “düzen”in bozulmasından kaygılanan “kendisi gibi” olmayana yönelik duyulan korkunun, “öteki”ye benzemekten duyulan endişe ve nefretin yaşama yansımaları olarak görülmektedir (55). Conolly, “kimlik var olmak için farklılığa ihtiyaç duyar ve kendi kesinliğini güven altına almak için farklılığı ötekililiğe dönüştürür.” şeklinde belirtmiştir (56). Ötekileşmedeki farklılık imgeleri, aşırı olumsuz kalıp yargılar, stereotipiler ve damgalanmalar şeklinde karşımıza çıkmaktadır (57). Heteronormatif düzeni bozan ve toplum tarafından belirlenen “kadınlık”, “erkeklik”, “normal” kavramlarının sınırlarından çıkan LGBTİ+ bireyler düzenin ötekileştirdiği konuma sokulup homofobik tutumların birincil hedefinde olmaktadır (55). Connell hegomonik erkeklik kavramını; homofobiyi diğer erkekler

üzerinde güç sahibi olmak, kendilerini “gerçek erkek” olarak tanımlamak için kullanan, kendini kadınlardan ve diğer erkeklerden üstün gören erkeklik olarak tariflemiştir. Aynı erkeklik kavramı Carrigan tarafından ise “belirli erkek gruplarının güç ve zenginliği nasıl ellerinde tuttukları, tahakkümü yaratan toplumsal ilişkileri nasıl meşrulaştırdıklarını ve yeniden ürettiklerini” açıklamaya çalışan kavram olarak ifade edilmiştir (56)(58).

2.9. AZINLIK STRES KURAMI

Meyer’in ilk olarak 1995’te cinsel yönelimleri açısından azınlık olan kişiler için tanımladığı azınlık stres modeli temel olarak 3 ana katmandan oluşmakta olup bunlardan ilki kişinin dışında gelişen, çevresel stresli yaşam olayları, ikincisi bu olaylar nedeni ile aşırı duyarlılık ve tetikte olma hali, son olarak da sosyal temelli olay ve tutumları içselleştirme olarak özetlenebilir (59). Azınlık stres modeli, damgalanma, ayrımcılık ve önyargı ile karşılaşan farklı cinsel yönelimdeki kişilerin psikolojik streslerinde de artış olabileceğini öne sürer. Ve bu model, genel popülasyonun deneyimleyebileceği genel stres modelinden farklı olarak, sosyal temelli ve kronik olup deneyimleyen kişilerin ötesinde katı sosyal yapı ve normlardan kaynaklanmaktadır. Azınlık stres modelinin bu özellikleri ışığında; azınlık gruba ait olan kişilerin azınlık olmayan kişilere göre daha farklı koşullarda bulundukları, damgalayıcı tutumlara maruz kalan kişilerin damgalayıcı tutumlara maruz kalmayan kişilere kıyasla adaptasyon için daha fazla çaba sarf etmek durumunda kaldıkları, sosyal temelli olması nedeni ile istikrarlı bir maruziyete maruz kaldıkları ifade edilmektedir (60). Azınlık stres süreçleri hem dışsal (eksternal) hem de içsel (internal) olabilir. Eksternal olarak kişilerin deneyimledikleri reddedilme ve ayrımcılıklar, internal olarak da eksternal faktörlerin ürünleri olan kişinin algıladığı ayrımcılıklar, zarar görmekten duyduğu endişe ve azınlık kimliğini saklaması örnek verilebilir (61). Meyer daha sonra azınlık stres kavramındaki stresörleri uzak (distal) stresörler ve yakın (proksimal) stresörler olarak iki ana başlıkta toplamıştır. Uzak stresörler arasına kişinin deneyimlediği ayrımcılıklar, mikroagresyonlar, reddedilme ve basmakalıp önyargılara maruziyeti dahil edilirken, yakın stresörler arasına kimliğini gizleme, basmakalıp tutumlara ve önyargılara maruz kalma korkusundan kaynaklanan aşırı duyarlılık ve hassasiyet, algılanan ayrımcılık, içselleştirilmiş homofobi de dahil olmak

üzere ait olunan azınlık gruba yönelik olumsuz duygular besleme dahil edilmektedir (62)(63).

Sosyal desteğin, kendini kabul etmenin ve azınlık kimliğinin entegrasyonunun azınlık stresini iyileştirebileceği gösterilmiştir (60)(64). Cinsel yönelim kimliği gelişiminin önemli bir unsuru olarak kabul edilen ve daha sonra Türkçe'ye "açılma" olarak çevrilen "*coming out*" evresi, kişinin uzak stresör grubu ile ilk karşılaşma anı olarak görülebilir (65)(66)(67). Bunun yanında bazı çalışmalarda açılmanın azınlık stresinin etkilerine karşı baş etmeyi kolaylaştırdığı da bildirilmiştir (68).

Cinsel yönelimi nedeni ile uzak (dİstal) stresörlere maruz kalan kişilerde, bu stresörlere sekonder gelişen yakın (proksimal) stresörlerin daha şiddetli yaşandığı, bunların da kişide anksiyete, depresyon ve intihar düşüncelerine sebep olduğu gösterilmiştir (69).

Bahsedilen azınlık stres modeli her ne kadar cinsel yönelim açısından azınlıklar için geliştirilse de, son zamanlarda yapılan araştırmalarda azınlık stres modelinin transgender ve cinsiyet disforisi olan kişilerde de geçerli olacağı gösterilmiştir (61)(70)(71).

LGBT kişilerde azınlık stres modeli konusunda yapılan çalışmalarda incelenmiş olan kimliği ilgilendiren birkaç önemli soru olduğu görülmüştür. Buna örneklerden bir tanesi kişinin azınlık kimliği ile özdeşleşmesinin stresle karşılaşmasını nasıl etkileyeceği ve bu özdeşleşmenin koruyucu bir faktör mü yoksa bir risk faktörü mü olacağı konusudur. Stres yaratabilecek bir önyargı ile karşılaşıldığında, güçlü bir azınlık kimliği hem kişiyi daha çok savunmasız bırakabilirken hem de kişiyi saldırılara karşı koruyan bir güç kaynağı olabilmektedir (72).

2.10. AYRIMCILIK, DAMGALANMA VE MİKROAGRESYONLAR

Cinsel yönelim temelli ayrımcılık, kökenlerini heteronormativite ve homofobiden alan, kültürel temelli damgalanmalar ile ilişkili, heteroseksüel ve eril normlara uymayan kişilerin hedef alındığı ayrımcılıklar bütünü olarak adlandırılmaktadır (73)(74). Diğer damgalanma ve ayrımcılıklar gibi, cinsel damgalanma ve ayrımcılıklar da etkilerini hem toplumlarda hem de bireylerde göstermektedir. Toplum içerisinde, din, yasalar, tıp sistemi de dahil olmak üzere,

çeşitli kurumlarda eşcinsellerin heteroseksüellere kıyasla daha arka planda kalması tarih boyunca meşrulaştırılmıştır. Toplumda ilk olarak herkesin heteroseksüel olduğu varsayılarak eşcinsel ve biseksüel kişiler çoğu sosyal ortamda görünmez kılınmakta, bu aşamayı geçebilen ve cinsel yönelim kimlikleri ile görünür olan kişiler sonrasında da heteroseksizmin getirdiği sorunlar ile karşılaşmaktadırlar. Heteroseksist sistemde heteroseksüel olmayan bütün davranış ve ilişkilerin anormal, tedavi gerektirir, aşağıda, ayrımcılık hatta saldırganlıklara hedef olarak gösterilirken, bütün heteroseksüel davranışların normal ve doğal olduğu varsayılmaktadır.

Cinsel ayrımcılık ve damgalanmanın bireysel boyutunda ise 3 ana başlık olduğu ifade edilmiştir.

- 1- Deneyimlenen damgalanma (experienced/enacted stigma)
- 2- Algılanan damgalanma (perceived/felt stigma)
- 3- Kendini damgalama (self stigma)

Deneyimlenen damgalanma yaşanan şiddet olayları, cinsel yönelimi olarak azınlık gruba ait olan kişiye yönelik ayrımcılıklar, bu kişilere yönelik işlenen suçlar, istismarlar, zorbalıklar ve dışlanma gibi açık davranışsal ifadeleri kapsamaktadır. Son yıllarda yapılan bir araştırmada (75), kendisini lezbiyen, gey, biseksüel olarak tanımlayan katılımcılardan yaklaşık %21'inin daha önce cinsel yönelimleri nedeni ile şiddete uğradığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada, sözü geçen grup içerisinde eşcinsel erkeklerin %38 oran ile en fazla eşcinsel karşıtı işlenen suça maruz kaldığı, tüm katılımcıların %23'ünün şiddet tehdidi ile karşılaştığı, %49'unun ise sözel şiddet deneyimi olduğu gösterilmiştir. Deneyimlenen damgalanmaların, deneyimleyen kişilerde fiziksel zararın yanında önemli ölçüde psikolojik hasarlanmalar yarattığı, tüm şiddet mağdurları içerisinde nefret suçu mağdurlarının daha yüksek oranda etkilendiği ifade edilmiştir.

Cinsel yönelimi açısından azınlık olan kişilerin etkilenmesi için bir ayrımcılık veya damgalanmayı deneyimlemesi şart değildir. Bazı durumlarda kişiler, cinsel yönelimleri nedeni ile damgalanmamak ve ayrımcılığa uğramamak için davranış ve tutumlarını değiştirmek zorunda kalmaktadırlar. Kişideki algılanan damgalanmanın özünü, cinsel damgalanmanın farklı durumlarda ortaya çıkabileceği yönündeki hassasiyeti veya uyarılmışlığı oluşturmaktadır. Algılanan damgalanma kişide aynı

zamanda çeşitli ayrımcılıklar ile ilgili baş etme stratejileri geliştirmesine, zaman zaman heteroseksüelmiş gibi davranması da dahil olmak üzere olası bir damgalanma veya ayrımcılık deneyimden kaçınmak için ortaya koyduğu davranış değişikliklerine de neden olmaktadır (76). Kişi ayrımcılık ve damgalanmalara karşı baş etme stratejileri geliştirebilse de, bu davranışlar kişide davranışsal kısıtlılıklara, artmış psikolojik stres yüküne, artmış fiziksel hastalık riskine ve sosyal destek fırsatlarını kaçırmasına da yol açmaktadır (77). Kişinin cinsel yönelimi gizlenebilir ve sonuç olarak birçok sosyal etkileşimde belirsiz kalabileceği için, algılanan ayrımcılık etkileri nedeni ile topluluk içerisinde heteroseksüel kişiler de eşcinsel veya biseksüel olarak etiketlenmekten kaçınılmaktadırlar.

Algılanan damgalanma, kişinin bu damgalanmayı kabul edip etmemesinden bağımsız olarak heteroseksüellik dışındaki cinsel yönelimlerin damgalandığı bilgisinden kaynaklanmaktayken; içselleştirilmiş homofobi (49), içselleştirilmiş heteroseksizm (78), içselleştirilmiş homonegativizm (79) olarak da adlandırılan kendini damgalama kavramında ise cinsel damgalanma öğeleri kişi tarafından kabul edilip kişinin kendi değer sisteminin bir parçası haline gelmiştir. Literatürde benzer olaylar karşısında kişilerin algılarının birbirinden farklı olmasının sebebini araştıran çalışmalar mevcuttur. Örneğin; Zakalik ve ark. (80) aynı olaylar karşısında algılanan ayrımcılık boyutlarının farklı olmasını kişideki bağlanma kaygısı düzeyi ile açıklamaya çalışmıştır. Aynı çalışmada, bağlanma kaygısı yüksek olan kişilerin çevreden gelen reddedici tutumlara daha çok dikkat harcadığı, dolayısıyla algıladıkları ayrımcılık seviyelerinin daha olduğu olduğunu belirtmiştir.

Kendini damgalama da azınlık grubun fiziksel ve psikolojik sağlığı için olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (76). İçselleştirilmiş homofobi kişinin açılmasından daha önce kendini gösterir ve kimlik oluşum sürecini zorlaştırarak eşcinsellerin hayat boyunca depresyon, düşük benlik saygısı ve intihar riski gibi psikolojik zorlanmalar yaşamasına sebep olabilir. İçselleştirilmiş homofobi yalnızca kişinin eşcinselliğinden rahatsız olması olarak ele alınmamalıdır. Kişinin kendi eşcinselliğini kabul edip, diğer eşcinsel kişilere karşı reddedici tavırlar sergilemesi, eşcinsel hayat tarzlarını kabul etmemesi, açık olmayı reddetmesi, eşcinsellik ve eşcinseller ile ilgili kalıp yargıları kabul etmesi de içselleştirilmiş homofobi ile ilgilidir (81). Cox ve arkadaşları, içselleştirilmiş homofobi düzeyi ile açılma sürecinin yakından ilişkili olduğunu

vurgulamış ve açılmanın içselleştirilmiş homofobinin azalması olarak düşünülebileceğini öne sürmüşlerdir (82).

Zaman zaman ayrımcılık, ayrımcılığı yapan kişiler tarafından farkında olmadan gerçekleştirilmektedir. Bu doğrultuda önyargı ile karşılaşan kişiler de bu maruziyeti anlamayabilmektedirler. Asburn ve arkadaşları fark edilemeyen ayrımcılık tarzlarını tanımlamak için mikroagresyon (mikrosaldırganlık) terimini kullanmıştır. Mikrosaldırganlıklar, bir kişi veya gruba karşı aşağılayıcı, genellikle otomatik, kasıtlı veya kasıtsız gerçekleştirilen sözel, davranışsal ve sistemik adaletsizlikler olarak tanımlanabilir. Sözel olarak yapılan mikrosaldırganlıklar şaka niyeti, geçmişte edinilen bilgileri sınama merakı, çevreden alınan duyular ya da sadece diyalog başlatma isteği ile de görülebilmektedir. Mikrosaldırganlık uygulayan kişi, ayrımcılık davranışı göstermediğini varsaydığı için karşı tarafın neden tepki göstermiş olabileceğini anlamlandıramamakta ve böylece mikrosaldırganlık içeren tutumlar bulaşıcı bir davranış örüntüsü haline gelebilmektedir (83). Mikrosaldırganlıkların da, diğer ayrımcılık türleri gibi, anksiyete ve depresyon gibi olumsuz psikolojik sonuçlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (84). LGBTİ+ bireylerin toplum içerisindeki görmezden gelinmeleri, normatif toplumsal cinsiyet rollerinin güçlü bir şekilde desteklenmesi, “Nasıl yani bir işte çalışıyor musunuz?”, “Ailenizin bundan haberi var mı?” gibi toplumda sosyal varlıklarını sürdürmelerinin kusurlu olduğuna ilişkin sorgulamalar yapılması, cinsel yönelimin cinsel davranışa indirgeme eğilimi gösterilmesi, lezbiyen ilişkileri erkeklerin zevkine yönelik cinsel etkinliklerle ilişkilendirilmesi, “Nasıl cinsel ilişkiye giriyorsunuz?” gibi özel hayatlarına ve bedensel mahremiyetlerine yönelik söylemler ve tutumlar LGBTİ+ bireylere yönelik mikrosaldırganlık türlerine örnek olarak verilebilir (83)(85).

2.11. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Stresli yaşam olayları ve bu olaylara verilen yanıtlar kişiler için farklı nitelikler taşıyabilmekte, psikolojik dayanıklılık da bu streslere karşı kişinin uyum sağlama süreci olarak tanımlanmaktadır. Literatürde psikolojik dayanıklılık bir kişilik özelliği gibi tanımlanmasının yanı sıra maruz kalınan stresler karşısında öğrenilen gelişimsel bir kavram olarak da tanımlanmıştır (86)(87). Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında temel olarak üç kategoriden bahsedilmektedir. Bunlar; aile uyumu ve desteği, kişisel yapısal özellikler ve dış destek sistemleridir.

Dayanıklılık kavramı olumsuz olaylar ile baş etme, uyum sağlama, “olağan sihir” (“*ordinary magic*”), dayanıklılığın göstergesi olarak ruh sağlığındaki iyilik hali, esneyebilme becerisi olarak beş farklı temadan oluşmaktadır.

Psikolojik dayanıklılığı olumsuz yaşam olayları ile baş etme becerisi olarak tanımlayan araştırmalar travmadan veya olumsuz/zorlu yaşam olaylarından önceki ruhsal yapılanma ile olaylardan sonraki ruhsal yapılanmanın birbirinden farklı olduğunu ileri sürer. Bu bilgi ışığında, psikolojik dayanıklılığın olumsuz yaşam olayları ve travmalar ile arttığı ifade edilmektedir (88). Bahsi geçen çalışmaların yanında, dayanıklılık için zorlu durumlar ile sağlıklı şekilde uyum sağlayabilme becerisi tanımını da kullanan yayınlar bulunmaktadır (89).

Masten tarafından tanımlanan, dayanıklılığın her insanda bulunan, günlük hayatın bir parçası olarak görülen, sevgi ve aile gibi ilişkisel kavramlardan beslenen bir kavram olduğunu ifade eden “olağan sihir” kavramında ise zorlu yaşam olayları karşısında kişinin dayanıklı olma halinin önceki yaşam deneyimleri ve sosyal çevre desteği ile şekillendiği belirtilmektedir (90).

Psikolojik dayanıklılık kavramı dilimize “*resilience*”tan çevrilmiştir. Kelime, “*re*” ve “*salire*” kökenlerinden oluşmakta ve “yeniden sıçramak, atlamak” anlamına gelmektedir. Bu bağlamda, psikolojik dayanıklılık kişinin esneyebilme becerisi, olumsuz yaşam olayları sonrasında önceki stabil ruhsal yapıya geri dönebilme becerisi olarak da tanımlanabilir (91). Bu çerçevede, olumsuz yaşam olaylarına rağmen ruhsal işleyişin devam etmesi dayanıklılığa ruhsal bir bağışıklık sistemi işlevi anlamını yüklemektedir. Psikiyatrik hastalıklar ve psikolojik dayanıklılık arasında ilişki kuran çalışmalar da bulunmaktadır (92). Psikolojik dayanıklılık sadece psikopatoloji bulunmamasını ifade etmemektedir. Yaşamda ortaya çıkan ciddi zorluklara karşı uyum sağlayan dinamik bir süreçtir. Psikolojik dayanıklılık hem zorluk sonrası ruh sağlığında bozulmanın önlenmesi veya azaltılması sürecini hem de ruh sağlığının hızlı iyileşmesi sürecini etkilemektedir (93). Yapılan çalışmalarda; açıklık, dışadönüklük ve uyumluluk gibi kişilik boyutlarının, öz yeterliliğin, kendine güvenin, olumlu bilişsel değerlendirmenin, zihinsel işlevselliğin, bilişsel esnekliğin, sosyal bağlanmanın, olumlu kendilik kavramının, duygusal regülasyonun, maneviyat hissinin ve iyimserliğin psikolojik dayanıklılık ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (61)(94)(95)(96).

Azınlık gruplarda dayanıklılığın mevcut politik yapı, sosyoekonomik durum, eşitsiz koşullar, homofobi, cinsiyetçilik gibi farklı unsurlardan etkilenebileceği ifade edilmiştir (97). Meyer, azınlık stres modelinin ışığında bireysel psikolojik dayanıklılığa odaklanılmasının, var olan stresi geri planda bırakma tehlikesini de içerdiğini belirtmekte olup uzak stresör olarak tanımlanan ayrımcılık deneyimlerinin kaynaklarına özellikle dikkat çekmektedir (72). Sosyal paylaşım, pozitif LGBTİ+ rol modelleri, medyada LGBTİ+ popülasyonlarının olumlu temsil edilmesi, aile kabulü, pozitif okul veya çalışma ortamları, güvenli alanlara erişebilme, LGBTİ+ topluluklarıyla bağlantı kurma gibi daha geniş kişilerarası, toplumsal ve çevresel faktörlerin de bireysel düzeyde psikolojik dayanıklılığı arttıran faktörler olduğu ifade edilmiştir. Öyleyse LGBTİ+ bireyler için kendini gerçekleştirme ve açılma süreçlerinin önemi düşünülürse, psikolojik dayanıklılığın bireyin yaşam biçimi ile çok yakından ilişkili olduğu söylenebilir (96). Stres teorisine göre, stresin sağlık üzerindeki etkisi patojenik stres süreçleri ve salutojenik (sağlık kaynaklı, koruyucu) başa çıkma süreçlerinin karşılıklı etkileşimleri sonucunda ortaya çıkmaktadır. Benzer şekilde de, psikolojik dayanıklılık stres ile karşı karşıya kalma durumlarında daha büyük bir önem arz edeceğinden, psikolojik dayanıklılığın azınlık stresinin önemli bir ögesi olduğu söylenebilir (72).

Literatürde psikolojik dayanıklılığın intihar riski ile ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Yapılan çalışmalarda psikolojik dayanıklılık ve psikolojik dayanıklılığı olumlu yönde etkileyen faktörler ile kişilerin intihar girişim ve intihar düşünceleri arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu gösterilmiştir (98)(99)(100).

2.12. İNTİHAR VE DİĞER PSİKİYATRİK SORUNLAR

İntihar (özkıym), İngilizce’de “*suicide*” olarak ifade edilip kökenlerini Latince “*sui*” (kendi) ve “*caedere*” (öldürmek) kelimelerinden alır (101). Dünya Sağlık Örgütü, intihar davranışını; düşünce, plan, girişim ve tamamlanmış intiharı kapsayacak şekilde tanımlamaktadır (102). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ise; düşünce, niyet, girişim, tamamlanmış intihar, davranışın ölümcüllüğü ve kasıtlı kendine zarar verme şeklinde daha geniş bir spektrumda değerlendirmektedir (103). İntihar düşünceleri; eyleme geçmemiş fakat kişinin kendini nerede, ne zaman, nasıl öldüreceği hakkındaki düşünceler ile karakterize niyet ve planlardır. İntihar niyeti; ölmek için kendine zarar verici davranışta bulunma isteğidir. Ölümle sonuçlanmayan

intihar davranışı intihar girişimi, ölümle sonuçlanan ise tamamlanmış intihar ya da intihar olarak adlandırılır (104). Kasıtlı kendine zarar verme (self mutilatif eylem) ise vücut dokusunun kasıtlı, doğrudan yıkımı ya da bozulması olarak tanımlanır (105). İntihar davranışının ölümcüllüğü; herhangi bir intihar yöntemi ya da eyleminin yarattığı nesnel hayati tehliktir (103). Literatürde terminoloji tutarlılık göstermese de, aslında kullanılan terimler kısmen birbirlerini kapsamaktadır. İntihar sebebiyle ölüm; tüm ölüm nedenleri arasında 15. sırada, 15-29 yaş arası grupta ise 2. sırada yer almaktadır. 2016 verilerine göre dünya genelinde yaşa göre standardize edilmiş intihar oranı her 100.000 kişide 10.5 olarak belirtilmiştir (106) . Dünya Sağlık Örgütü intihar davranışı risk etmenlerini beş farklı kategoride ele almış olup bunlar; bireysel (genetik yatkınlık, ruhsal hastalık, kişide intihar girişimi öyküsü, ailede intihar girişimi öyküsü, umutsuzluk fikirleri, maddi kayıplar, alkol/madde kötüye kullanımı, kronik ağrı, fiziksel hastalıklar), ilişkisel (kişiler arası ilişki sorunları, sosyal yalıtılmışlık, sosyal destek azlığı veya yokluğu), çevresel (travma, istismar, ayrımcılık, kültürel yabancılık veya göçe bağlı stres, doğal afetler ve savaşlar), toplumsal (medyada yer bulan intihar, intihar araçlarına kolay ulaşımın olması) ve sağlık sistemiyle (sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük) ilgili etmenler olarak belirtilmektedir (102). Literatürde intiharı önleme çalışmalarında belirtilen, intiharı önleyen etmenler olarak sınıflandırılan koruyucu faktörler belirtilmiştir. Bunlar; iş sahibi olmak, çocuk sahibi olmak, hamilelik, aileye karşı kuvvetli sorumluluk duygusu, güçlü dini inanç, stresörlere karşı başa çıkma yetisi, güçlü sosyal destek, pozitif terapötik ilişki varlığı ve ruhsal hastalığın olmaması, psikolojik dayanıklılık, öznel mutluluk hissi ve yaşamaya dair memnuniyet halidir (107)(108).

Kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışları ve ruhsal hastalıkların tanımlanmasındaki farklılıklar, randomize örneklerin elde edilmesindeki güçlükler, hafıza sorunu, damgalanma korkusu ile cinsel yönelim konusunda kişilerin açık olmamaları gibi etmenler yapılan araştırmalarda metodolojik engeller oluştursa da literatürde cinsel yönelimi açısından azınlık olan kişilerde, heteroseksüel kişilere kıyasla kasıtlı olarak kendine zarar verme ya da intihar davranışı ve düşüncelerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (60)(109)(110)(111)(112).

LGBTİ+ bireylerde damgalanma ve ayrımcılıklara maruz kalma, içselleştirilmiş homofobi gibi etkenler sebebi ile depresyon, travma sonrası stres

bozukluğu ve travmaya bağlı ruhsal sorunlar başta olmak üzere anksiyete bozuklukları, alkol/madde kullanım bozuklukları, somatizasyon bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıkların heteroseksüel kişilere kıyasla daha fazla görüldüğu saptanmıştır (112)(113)(114).



3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 ÖRNEKLEM VE YÖNTEM

Çalışmaya SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine Haziran 2020-Temmuz 2020 tarihleri arasında başvuran ve bu başvuran kişiler aracılığıyla ulaşılan, eşcinsel veya biseksüel olduğunu ifade eden, dahil etme ve hariç tutma kriterlerini karşılayan, çalışmaya katılmayı kabul ederek aydınlatılmış onam formunu imzalayan 87 erkek alınmıştır. Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı özellikte olup çalışmaya katılan kişilere kartopu yöntemi ile ulaşılmıştır. Çalışmaya araştırmacı tarafından hazırlanan deneyimlenen ayrımcılık sorularını da içeren sosyodemografik form ve çalışmanın değişkenleriyle ilgili veri toplama formu ile Algılanan Bireye Yönelik Ayrımcılık Ölçeği, Algılanan Gruba Yönelik Ayrımcılık Ölçeği, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Hasta Sağlık Anketi- Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği, Columbia- İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği uygulandı.

Tez çalışmasının herhangi bir aşamasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Çalışma, aynı hastanenin etik kurulu tarafından 11/05/2020 tarih ve 9 No.lu kararı ile onaylanmıştır.

3.2. DAHİL ETME VE HARIÇ TUTMA KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil etme ölçütleri olarak; kişilerin 18 yaşından büyük olması, kendisini eşcinsel veya biseksüel olarak tanımlaması, okur yazar olması, çalışmaya gönüllü olarak katılıp onam formunu imzalaması şartları aranmıştır. Çalışmanın hariç tutma ölçütleri olarak ise; okur-yazar olmaması, nörobilişsel bozukluk ve zeka geriliği bulunması, aktif psikotik bozukluk olması sıralanmıştır.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 17.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca değerler kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) değişkenler iki grup arasında değerlendirilirken Mann Whitney U Testi, ikiden fazla grup arasında değerlendirilirken Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi'nden faydalanılmıştır. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya katılacak olan kişilerin özellikleri ve çalışmanın amacı gözetilerek araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan veri toplama formudur. Çoktan seçmeli sorular ve açık uçlu sorular içermektedir. Form oluşturulurken benzer popülasyonla daha önce çalışma yapmış olan Yalçınoglu ve ark. tarafından oluşturulan formdan yararlanılmıştır (2). Sosyodemografik veri formuna bireylerin deneyimledikleri ayrımcılıkları sorgulamak amacı ile daha önce Diaz ve ark. (115) ve Muller ve ark. (114) tarafından yapılan çalışmalarda da kullanılan bireylerin çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde deneyimlenen homofobik ve cinsel yönelim nedenli ayrımcılığı sorgulayan 11 adet beşli Likert tipi sorular eklenmiştir. Deneyimlenen ayrımcılık için sorulan soruların Cronbach alfa katsayısı 0,813 olarak hesaplanmıştır.

3.4.2. Algılanan Bireye Yönelik Ayrımcılık Ölçeği (ABAÖ) ve Algılanan Gruba Yönelik Ayrımcılık Ölçeği (AGAÖ)

Ruggiero ve Taylor (116) tarafından geliştirilen Algılanan Ayrımcılık Ölçeği'nin bileşenleridir. Kişinin kendisine yönelik ve dahil olduğu kimlik grubuna yönelik ayrımcılıkla ilgili algısının ayırt edilebilir şekilde değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Bu çalışmada ölçeklerin Türkçe'ye uyarlanmış formundaki maddeler eşcinsel/biseksüel yönelime yönelik ayrımcılığı yansıtmak şeklinde değiştirilmiştir. Maddelere beşli Likert tarzında yanıtlar verilmekte, katılımcıdan söz konusu olan ayrımcılığın ne sıklıkla yaşandığını belirtmesi istenmektedir. Artan puanlar daha yüksek ayrımcılık algısına karşılık gelmektedir. ABAÖ bireye yönelik ayrımcılıkla ilgili 4 madde (örneğin; 'Eşcinsel olduğum için dalga geçildim ve hakarete uğradım') içermektedir. Alınabilecek puanlar 4-20 aralığındadır. AGAÖ Türkiye'de eşcinsel/biseksüel bireylerin maruz kaldığı ayrımcılıkla ilgili yedi madde (örneğin; 'Türkiye'de eşcinseller/biseksüeller ne sıklıkla iş ararken ayrımcılık yaşıyor?') içermektedir. Alınabilecek puanlar 7-35 aralığındadır. ABAÖ'de kabul görmeme, kendisine karşı olunduğunu hissetme, dalga geçilmesi ve hakarete uğrama, dışlanma

ve uzaklaşılma sorgulanmaktadır. AGAÖ’de ise iş ararken, ev ararken, sokakta, alışveriş yaparken, okulda, iş yerinde ve sağlık kurumlarında ayrımcılık deneyimi sorulmaktadır (5)(117)(118)(119). ABAÖ için Cronbach alfa katsayısı 0,837, AGAÖ için Cronbach alfa katsayısı 0,913, AA toplam için Cronbach alfa katsayısı 0,899 olarak hesaplanmıştır.

3.4.3. Columbia- İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ)

İntihar düşüncesi, düşüncelerin yoğunluğu, intihar davranışı ve gerçekleşmiş intiharları, bu girişimlerin ciddiyetini sorgulayan 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Columbia- Suicide Severity Rating Scale (Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği/C-İŞDÖ) Prof. Dr. Kelly Posner tarafından geliştirilmiştir. Farklı örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalarla ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur. İntihar riskini yarı yapılandırılmış bir görüşme formatında değerlendirilmesine olanak sunmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Adem Güneş tarafından 2015’te uzmanlık tezi olarak yapılmıştır (120)(121).

3.4.4. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YİDÖ)

Friborg ve ark. (122) tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenirliği Basım ve Çetin tarafından yapılmıştır (123). Beşli Likert tipi yanıtlanan 33 maddeden oluşan ölçeğin kendilik algısı (6 madde), gelecek algısı (4 madde), yapısal tarz (4 madde), sosyal yeterlilik (6 madde), aile uyumu (6 madde), sosyal kaynaklar (7 madde) alt boyutları vardır. Toplam puanın artması ruhsal dayanıklılığın arttığını gösterir.

3.4.5. Hasta Sağlık Anketi – Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği (HSA- SADBÖ)

Kroenke ve arkadaşları (124) tarafından geliştirilmiştir. Hasta tarafından doldurulan öz bildirimli ölçektir. Hem araştırmada hem de günlük klinik uygulamada kullanılabilir. Major depresif bozukluğun 9 alanını değerlendiren PHQ-9, 7 temel anksiyete semptomlarını değerlendiren GAD-7, somatik semptomları değerlendiren PHQ-15 ve kaygı ataklarını değerlendiren P-5 alt ölçeklerinden oluşur. Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye uyarlanmış olup ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Yazıcı Güleç ve arkadaşları (125) tarafından yapılmıştır.

4.BULGULAR

4.1 SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya dahil edilen 87 katılımcının sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $28,05 \pm 4,68$, cinsel yönelimi eşcinsel olan 71 kişi (%81,61), biseksüel olan 16 kişiydi. (%18,39). Katılımcıların hepsi kendisini “cis-gender” erkek olarak tanımlıyordu. Eğitim düzeyleri ise lise olan 5 kişi (%5,75), üniversite ve üstü olan 82 kişi (%94,25) olduğu görüldü.

Katılımcılardan çalışan kişi sayısı 62 (%71,26) iken, 6 kişinin (%6,9) çalışmıyor olduğu ve 19 kişinin (%21,84) öğrenci olduğu görüldü. Medeni durumları açısından incelendiğinde 63 kişi(%72,41) bekar, 1 kişi evli (%1,15), 1 kişi boşanmış (%1,15), 22 kişi (%25,29) partneri ile birlikte yaşamaktaydı . Çocuğu olan 2 kişi (%2,3) vardı.

Katılımcılardan 14 kişi (%16,09) şehir merkezinde yaşamaktayken, 73 kişi (%83,91) büyük şehir merkezinde yaşıyordu. Ayrıca, 39 kişi yalnız (%44,83), 27 kişi (%31,03) ailesi ile, 12 kişi (%13,79) arkadaşı ile, 9 kişi (%10,34) ise sevgilisi ile yaşıyordu. Çalışmaya katılan kişilerin büyük bir kısmı (n:38, %43,68) yüksek düzeyde aylık geliri olduğunu belirtirken, aylık geliri orta olan olan 28 kişi (%32,18) vardı. 7 kişinin (%8,05) düşük gelir düzeyi varken, 14 kişi (%16,09) düzenli geliri olmadığını ifade ediyordu.

Sosyodemografik veri formuna, çalışmaya katılan kişilerin alkol ve madde kullanım sıklığını değerlendirmek amacıyla için Ögel ve ark. (126) geliştirdiği BAPİRT ölçeğinin ilk sorusu eklenmiştir. Verilen yanıtlara göre son altı ay içinde; 44 kişi (%50,57) hiçbir zaman veya ayda 1-3 kez, 39 kişi (%44,83) haftada 1-5 kez, 4 kişi (%4,60) ise hemen her gün alkol kullandığını belirtti. Son bir yıl içinde; 33 kişi

(%37,93) hiçbir zaman madde kullanmadığını, 25 kişi (%28,74) en az bir kez kullandığını, 29 kişi (%33,33) ise üçten fazla kez kullandığını belirtti (Tablo 2).

Çalışmaya katılanların çoğu (n:74, %85,06) herhangi bir tıbbi hastalık tanısı almadığını belirtti. 1 kişi (%1,15) dolaşım sistemi, 2 kişi (%2,30) solunum sistemi, 2 kişi (%2,30) sindirim sistemi, 2 kişi (%2,30) nörolojik sistem ile ilgili bir hastalık tanısı olduğunu belirtirken 4 kişi (%4,60) bulaşıcı bir hastalığı olduğunu belirtti. Bulaşıcı hastalığı olan gruba dahil olan bireyler HIV pozitif tanısı olan kişilerdi. Katılımcılardan 57 kişi (%65,52) bugüne kadar herhangi bir psikiyatrik tanı almamışken, 10 kişi (%11,49) anksiyete bozuklukları, 6 kişi (%6,90) depresif bozukluklar, 5 kişi (%5,75) OKB, 2 kişi (%2,30) duygudurum bozuklukları tanısı almıştı. DEHB veya PTSD tanısı alan toplam 7 kişi (%8,05) olup, kişiler diğer psikiyatrik hastalık grubunda değerlendirildi.

Katılımcılardan 58 kişi (%66,67) bugüne kadar psikolog veya psikiyatriste başvurarak psikolojik destek almışken, 29 kişi (%33,33) bugüne kadar psikolojik destek almamıştı. Psikolojik destek alan gruba, psikolojik destek alma nedenleri sorulduğunda 40 kişi (%68,97) başvuru nedeninin cinsel yöneliminden bağımsız olduğunu, 9 kişi (%15,52) cinsel yönelimi ile ilgili kendi isteği ile başvurduğunu, 6 kişi (%10,34) kendi isteği dışında cinsel yönelimi ile ilgili aile zoruyla başvurduğunu, 3 kişi ise (%5,17) cinsel yöneliminden kurtulmak için başvurduğunu belirtti. (Tablo 3)

Tablo 1: Sosyodemografik Özellikler

		n	%
Yaş*		28,05±4,68	27,00
Cinsel yönelim	Eşcinsel	71	81,61
	Biseksüel	16	18,39
Eğitim düzeyi	Lise	5	5,75
	Üniversite ve üstü	82	94,25
Çalışma durumu	Çalışıyor	62	71,26
	Çalışmıyor	6	6,90
	Öğrenci	19	21,84
Kiminle yaşadığı	Yalnız	39	44,83
	Aile	27	31,03
	Arkadaş	12	13,79
	Sevgili/Partner	9	10,34
Medeni hali	Evli	1	1,15
	Partneri var	22	25,29
	Bekar	63	72,41
	Boşanmış/Ayrı yaşıyor	1	1,15

Gelir düzeyi	Düzenli gelirim yok	14	16,09
	Düşük	7	8,05
	Orta	28	32,18
	Yüksek	38	43,68
Yaşanan şehir	Şehir merkezi	14	16,09
	Büyük şehir	73	83,91
Çocuk sayısı	Yok	85	97,70
	Bir çocuk	1	1,15
	İki çocuk	1	1,15

(*n yerine ortalama $\pm$ s.s, % yerine medyan verilmiştir.)

Tablo 2: Alkol-Madde Kullanımı

		n	%
Alkol	Hiçbir zaman veya ayda 1-3 kez	44	50,57
	Haftada 1-5 kez	39	44,83
	Hemen her gün	4	4,60
Madde	Hiçbir zaman	33	37,93
	En az bir kez	25	28,74

Tablo 3: Tıbbi ve Psikiyatrik hastalık

		n	%
Tıbbi hastalık	Yok	74	85,06
	Dolaşım Sistemi	1	1,15
	Solunum Sistemi	2	2,30
	Sindirim Sistemi	2	2,30
	Nörolojik	2	2,30
	Bulaşıcı Hastalık	4	4,60
	Diğer	2	2,30
Psikolojik hastalık	Yok	57	65,52
	Depresif Bozukluklar	6	6,90
	Duygudurum Bozuklukları	2	2,30
	Anksiyete Bozuklukları	10	11,49
	OKB	5	5,75
	Diğer	7	8,05
Psikolojik destek	Evet	58	66,67
	Hayır	29	33,33
Psikolojik destek aldıysanız sebebi?	Cinsel yönelimimden bağımsız	40	68,97
	Cinsel yönelim ile ilgili, aile zoruyla	6	10,34
	Cinsel yönelim ile ilgili, kendi isteği ile	9	15,52
	Cinsel yönelimden kurtulmak için	3	5,17

4.2 AİLE EĞİTİM DURUMU VE AİLE TUTUMU

Çalışmaya katılanların annelerinin eğitim durumları incelendiğinde %5,75'inin (n=5) okur yazar olmadığı, %4,6'sının (n=4) okur yazar olduğu, %17,24'ünün (n=15) ilkokul mezunu olduğu, %12,64'ünün (n=11) ortaokul mezunu olduğu, %27,59'unun (n=24) lise mezunu olduğu, %32,18'inin (n=28) üniversite ve üstü mezunu olduğu saptandı. Katılımcıların babalarının eğitim durumları incelendiğinde %2,30'unun (n=2) okur yazar olduğu, %18,39'unun (n=16) ilkokul mezunu olduğu, %5,75'inin (n=5) ortaokul mezunu olduğu, %28,74'ünün (n=25) lise mezunu olduğu, %44,83'ünün (n=39) üniversite ve üstü mezunu olduğu saptandı (Tablo 4).

Katılımcıların %37,93'ü (n=33) ailesi tarafından heteroseksüel ilişkiye girmesi için baskı gördüğünü ifade ederken, %62,07'si (n= 54) bu yönde bir baskı görmediğini belirtti. Çalışmaya katılan kişilerin %20,69'unda (n=18) geniş veya çekirdek ailesinde LGBTİ+ üye var iken, %79,31'inin (n=69) ailesinde LGBTİ+ üye yoktu. Katılımcılara ailelerinin LGBTİ+ kişilere yaklaşımı sorulduğunda %44,83'ü (n=39) ailelerinin tepkisiz, %41,38'i ön yargılı/homofobik, %13,79'u (n=12) ise destekleyici olduğunu belirtti (Tablo 5).

Tablo 4: Anne ve Baba Eğitim Durumu

		n	%
Anne eğitim	Okur-yazar değil	5	5,75
	Okur-yazar	4	4,60
	İlkokul mezunu	15	17,24
	Ortaokul mezunu	11	12,64
	Lise mezunu	24	27,59
	Üniversite ve üstü	28	32,18
Baba eğitim	Okur-yazar değil	0	,00
	Okur-yazar	2	2,30
	İlkokul mezunu	16	18,39
	Ortaokul mezunu	5	5,75
	Lise mezunu	25	28,74
	Üniversite ve üstü	39	44,83

Tablo 5: Aile Tutumu

		n	%
Aile hetero ilişki baskısı	Evet	33	37,93
	Hayır	54	62,07
Ailede LGBTİ üye	Evet	18	20,69

Ailenizin LGBTİ bireylere tepkisi	Hayır	69	79,31
	Destekleyici	12	13,79
	Tepkisiz	39	44,83
	Ön yargılı/Homofobik	36	41,38

4.3 CİNSEL YÖNELİMİ YAŞAYIŞ BİÇİMİ VE GÖRÜŞLERİ

Katılımcıların cinsel yönelimlerini yaşayış biçimleri ve görüşleri Tablo 6'de verilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin %89,66'sı (n=78) cinsel yönelimini kısmen örtük/kısmen açık, %10,34'ü (n=9) açık yaşadığını belirtirken, tamamen örtük yaşadığını belirten kişi olmamıştır.

Katılımcıların %55,17'si (n=48) LGBTİ+ etkinliklerine katılım gösterirken, %44,83'ü bu etkinliklere katılmıyordu. %45,98'i LGBTİ+ cafe veya barlara ara sıra gidiyor, %34,48'i (n=30) bu mekanlara gidiyorken %19,54'ü (n=17) LGBTİ+ cafe veya barlara gitmeyi tercih etmiyordu. LGBTİ+ etkinliklerine dair düşünceleri sorgulandığında %57,47'si (n=50) yalnız olmadığını görmenin kendisine iyi geldiğini, %35,63'ü (n=31) etkinliklerin herhangi bir etkisi olmadığını, %6,9'u (n=6) etkinliklerin kendisini olumsuz yönde etkilediğini belirtti.

Tablo 6: Cinsel Yönelimlerini Yaşayış Biçimleri ve Görüşleri

		n	%
Cinsel yönelim yaşayış biçiminiz	Kısmen örtük /Kısmen açık	78	89,66
	Açık	9	10,34
LGBTİ etkinliklerine katılım	Evet	48	55,17
	Hayır	39	44,83
LGBTİ etkinlik düşünce	Yalnız olmadığımı görmek bana iyi geliyor	50	57,47
	Bana bir etkisi olmuyor	31	35,63
	Beni olumsuz etkiliyor	6	6,90
LGBTİ cafe-bar	Evet	30	34,48
	Ara sıra	40	45,98
	Hayır	17	19,54
Dini görüş	Dindarım	7	8,05
	Dindar değilim	31	35,63
	Dini inancım yok	49	56,32
Günah olduğunu düşünme	Hayır	74	85,06
	Evet	7	8,05
	Fikrim yok	6	6,90

4.4 AÇILMA VE AÇILMA YAPILAN KİŞİ TARAFINDAN KABULÜ

Açılma durumu ve kişilerin açıldığı kişiler tarafından kabul edilme durumu Tablo 7’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılanların %62,07’si (n=54) annesine açılmadığını, %11,49’u (n=10) açılma sonrasında annesinin tamamen kabul ettiğini, %19,54’ü (n=17) annesinin kısmen kabul ettiğini, %6,9’u (n=6) annesinin hiç kabul etmediğini belirtti. Katılımcıların %78,16’sı (n=68) babasına açılmadığını, %2,3’ü (n=2) açılma sonrasında babasının tamamen kabul ettiğini, %9,2’si (n=8) babasının kısmen kabul ettiğini, %10,34’ü (n=9) babasının hiç kabul etmediğini belirtti. Çalışmaya katılanların %13,79’unun (n=12) kardeşi yoktu. Kardeş(ler)e açılma ve kardeş(ler)in kabulü sorgulandığında katılımcıların %37,93’ü (n=33) kardeş(ler)ine açılmadığını, %33,33’ü (n=29) açılma sonrasında kardeş(ler)inin tamamen kabul ettiğini, %11,49’u (n=10) kardeş(ler)inin kısmen kabul ettiğini, %3,45’i (n=3) ise kardeş(ler)inin hiç kabul etmediğini ifade etti. Katılımcıların %63,22’si (n=55) akrabalarından herhangi bir tanesine açılmamış olup, %83,91’i (n=73) açılma sonrasında akrabaları tarafından tamamen kabul görmüş, %9,2’si (n=8) akrabaları tarafından kısmen kabul görmüş, %4,6’sı (n=4) akrabaları tarafından hiç kabul görmemiş idi. Çalışmaya katılanların okul, iş gibi sosyal çevrelerine açılıp açılmadıkları sorgulandığı zaman sadece %4,6’sının (n=4) hiçbir sosyal çevresine açılmadığı görüldü. %83,91’i (n=73) açılma sonrasında sosyal çevresinden tamamen kabul gördüğünü, %11,49’u (n=10) sosyal çevresinden kısmen kabul gördüğünü ifade etti. Açılma sonrasında sosyal çevresi tarafından hiç kabul edilmeyen katılımcı yoktu.

Anneye, babaya, kardeş(ler)e, akrabalar, çevreye açılma yaşayanların açılma yaşları da sorgulanmıştır. Açılma yaşayan katılımcıların anneye açılma yaş ortalaması $20,25 \pm 4,73$, babaya açılma yaş ortalaması $19,73 \pm 3,07$, kardeş(ler)e açılma yaş ortalaması $20,81 \pm 4,48$, akrabalara açılma yaş ortalaması $20,56 \pm 4,50$, çevreye açılma yaş ortalaması $20,97 \pm 4,69$ olarak saptandı. Katılımcıların kendi cinsel yönelimlerini kabul etme yaş ortalaması ise $17,35 \pm 4,43$ idi. (Tablo 8)

Tablo 7: Açılma Durumu ve Açılma Yapılan Kişi Tarafından Kabulü

		n	%
Anneniz cinsel yöneliminizi ne kadar kabul ediyor?	Bilmiyor	54	62,07
	Tamamen kabul ediyor	10	11,49
	Kısmen kabul ediyor	17	19,54

	Hiç kabul etmiyor	6	6,90
Babanız cinsel yöneliminizi ne kadar kabul ediyor?	Bilmiyor	68	78,16
	Tamamen kabul ediyor	2	2,30
	Kısmen kabul ediyor	8	9,20
	Hiç kabul etmiyor	9	10,34
Kardeş(ler)iniz cinsel yöneliminizi ne kadar kabul ediyor?	Kardeşim yok	12	13,79
	Bilmiyor(lar)	33	37,93
	Bilen(ler) tamamen kabul ediyor	29	33,33
	Bilen(ler) kısmen kabul ediyor	10	11,49
	Hiç kabul etmiyor(lar)	3	3,45
Akrabalarınız cinsel yöneliminizi ne kadar kabul ediyor?	Bilmiyor(lar)	55	63,22
	Bilenler tamamen kabul ediyor	20	22,99
	Bilenler kısmen kabul ediyor	8	9,20
	Hiç kabul etmiyorlar	4	4,60
Çevrenizdekiler cinsel yöneliminizi ne kadar kabul ediyor?	Bilmiyorlar	4	4,60
	Bilenler tamamen kabul ediyor	73	83,91
	Bilenler kısmen kabul ediyor	10	11,49
	Hiç kabul etmiyorlar	0	,00

Tablo 8: Açılma ve Kendini Kabul Etme Yaşları

	Ort	s.s	Medyan
Anneye açılma yaşı	20,25	N=4,73	20,00
Babaya açılma yaşı	19,73	N=3,07	19,00
Kardeşe açılma yaşı	20,81	N=4,48	21,00
Akrabalara açılma yaşı	20,56	N=4,50	20,00
Çevreye açılma yaşı	20,97	N=4,69	20,00
Kendini kabul yaşı	17,35	N=4,43	17,00

4.5 DENEYİMLENEN AYRIMCILIK

Katılımcılara deneyimlenen ayrımcılıkları sorgulamak amacı ile Diaz ve ark. (115) ve Muller ve ark.(114) tarafından yapılan çalışmalarda da kullanılan bireylerin çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde deneyimlenen homofobik ve cinsel yönelim nedenli ayrımcılıklar hakkında çocuklukta/ergenlikte dalga geçilme, çocuklukta/ergenlikte fiziksel şiddet, yetişkinlikte dalga geçilme, yetişkinlikte fiziksel şiddet, eşcinsellerin/biseksüellerin yalnız yaşadığını duyma, eşcinselliğin/biseksüelliğin normal olmadığını duyma, aileyi incittiğini/utandırdığını düşünme, heteroseksüel gibi davranma, işte ayrımcılık, aileden uzaklaşma, polis zorbalığı olmak üzere toplam 11 başlık sorulmuştur.

“Çocukluğunuzda /ergenliğinizde ne sıklıkla yöneliminiz nedeni ile dalga geçildi?” sorusuna 10 kişi (%11,49) asla, 17 kişi (%19,54) ara sıra/nadiren, 28 kişi (%32,18) zaman zaman, 21 kişi (%24,14) sık sık, 11 kişi (%12,64) daima yanıtını vermiştir.

“Çocukluğunuzda /ergenliğinizde ne sıklıkla yöneliminiz nedeni ile fiziksel şiddet gördünüz?” sorusuna 59 kişi (%67,82) asla, 15 kişi (%17,24) ara sıra/nadiren, 7 kişi (%8,05) zaman zaman, 5 kişi (%5,75) sık sık, 1 kişi (%1,15) daima yanıtını vermiştir.

“Yetişkinliğinizde ne sıklıkla yöneliminiz nedeni ile dalga geçildi” sorusuna 35 kişi (%40,23) asla, 38 kişi (%43,68) ara sıra/nadiren, 9 kişi (%10,34) zaman zaman, 5 kişi (%5,75) sık sık yanıtını vermiştir. Bu soruya hiçbir katılımcı daima yanıtını vermemiştir.

“Yetişkinliğinizde ne sıklıkla yöneliminiz nedeni ile fiziksel şiddet gördünüz?” sorusuna 73 kişi (%83,91) asla, 11 kişi (%12,64) ara sıra/nadiren, 2 kişi (%2,30) zaman zaman, 1 kişi (%1,15) sık sık yanıtını vermiştir. Bu soruya hiçbir katılımcı daima yanıtını vermemiştir.

“Çocukluğunuzda ne sıklıkla eşcinsellerin/biseksüellerin yalnız yaşlandıklarına dair bilgiler duydunuz?” sorusuna 34 kişi (%39,08) asla, 19 kişi (%21,84) ara sıra/nadiren, 13 kişi (%14,94) zaman zaman, 17 kişi (%19,54) sık sık, 4 kişi (%4,60) daima yanıtını vermiştir.

“Çocukluğunuzda ne sıklıkla eşcinselliğin/biseksüelliğin normal olmadığına dair bilgiler duydunuz?” sorusuna 3 kişi (%3,45) asla, 8 kişi (%9,20) ara sıra/nadiren, 26 kişi (%29,89) zaman zaman, 31 kişi (%35,63) sık sık, 19 kişi (%35,63) ise daima yanıtını vermiştir.

“Çocukluğunuzda ne sıklıkla yöneliminizin ailenizi incittiğiniz/utandırdığınızı düşündünüz?” sorusuna 24 kişi (%27,59) asla, 16 kişi (%18,39) ara sıra/nadiren, 22 kişi (%25,29) zaman zaman, 9 kişi (%10,34) sık sık, 16 kişi (%18,39) daima yanıtını vermiştir.

“Ne sıklıkla heteroseksüelmiş gibi davranmak zorunda kaldınız?” sorusuna 6 kişi (%6,90) asla, 17 kişi (%19,54) ara sıra/nadiren, 21 kişi (%24,14) zaman zaman, 34 kişi (%39,08) sık sık, 9 kişi (%10,34) daima yanıtını vermiştir.

“İş yerinde ne sıklıkla yöneliminiz nedeni ile ayrımcılığa maruz kaldınız?” sorusuna 52 kişi (%59,77) asla, 21 kişi (%24,14) ara sıra/nadiren, 9 kişi (%10,34) zaman zaman, 5 kişi (%5,75) sık sık yanıtını vermiştir. Katılımcılardan hiçbiri daima yanıtını vermemiştir.

“Ne sıklıkla ailenizden uzaklaşmak zorunda kaldınız?” sorusuna 26 kişi (%29,89) asla, 14 kişi (%16,09) ara sıra/nadiren, 16 kişi (%18,39) zaman zaman, 26 kişi (%29,89) sık sık, 5 kişi (%5,75) daima yanıtını vermiştir.

“Ne sıklıkla polis zorbalığına maruz kaldınız?” sorusuna 58 kişi (%66,67) asla, 21 kişi (%24,14) ara sıra/nadiren, 5 kişi (%5,75) zaman zaman, 3 kişi (%3,45) sık sık yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılanların hiçbiri bu soruya daima yanıtını vermemiştir. (Tablo 9)

Katılımcıların deneyimlenen ayrımcılık ortalama puanları ise Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 9: Deneyimlenen Ayrımcılık

		n	%
Çocukluğunuzda /ergenliğinizde ne sıklıkla yöneliminiz nedeni ile dalga geçildi	Asla	10	11,49
	Arasra/Nadiren	17	19,54
	Zaman zaman	28	32,18
	Sık sık	21	24,14
	Daima	11	12,64
Çocukluğunuzda /ergenliğinizde ne sıklıkla yöneliminiz nedeni ile fiziksel şiddet gördünüz?	Asla	59	67,82
	Arasra/Nadiren	15	17,24
	Zaman zaman	7	8,05
	Sık sık	5	5,75
	Daima	1	1,15
Yetişkinliğinizde ne sıklıkla yöneliminiz nedeni ile dalga geçildi	Asla	35	40,23
	Arasra/Nadiren	38	43,68
	Zaman zaman	9	10,34
	Sık sık	5	5,75
	Daima	0	,00
Yetişkinliğinizde ne sıklıkla yöneliminiz nedeni ile fiziksel şiddet gördünüz?	Asla	73	83,91
	Arasra/Nadiren	11	12,64
	Zaman zaman	2	2,30
	Sık sık	1	1,15
	Daima	0	,00
Çocukluğunuzda ne sıklıkla eşcinsellerin/biseksüellerin yalnız yaşlandıklarına dair bilgiler duydunuz?	Asla	34	39,08
	Arasra/Nadiren	19	21,84
	Zaman zaman	13	14,94
	Sık sık	17	19,54
	Daima	4	4,60
	Asla	3	3,45
	Arasra/Nadiren	8	9,20

Çocukluğunuzda ne sıklıkla eşcinselliğin/biseksüelliğin normal olmadığını dair bilgiler duydunuz?	Zaman zaman	26	29,89
	Sık sık	31	35,63
	Daima	19	21,84
	Asla	24	27,59
Çocukluğunuzda ne sıklıkla yöneliminizin ailenizi incittiğinizi/utandırdığınızı düşündünüz?	Arasıra/Nadiren	16	18,39
	Zaman zaman	22	25,29
	Sık sık	9	10,34
	Daima	16	18,39
Ne sıklıkla heteroseksüelmiş gibi davranmak zorunda kaldınız?	Asla	6	6,90
	Arasıra/Nadiren	17	19,54
	Zaman zaman	21	24,14
	Sık sık	34	39,08
İş yerinde ne sıklıkla yöneliminiz nedeni ile ayrımcılığa maruz kaldınız?	Daima	9	10,34
	Asla	52	59,77
	Arasıra/Nadiren	21	24,14
	Zaman zaman	9	10,34
Ne sıklıkla ailenizden uzaklaşmak zorunda kaldınız?	Sık sık	5	5,75
	Daima	0	,00
	Asla	26	29,89
	Arasıra/Nadiren	14	16,09
Ne sıklıkla polis zorbalığına maruz kaldınız?	Zaman zaman	16	18,39
	Sık sık	26	29,89
	Daima	5	5,75
	Asla	58	66,67
	Arasıra/Nadiren	21	24,14
	Zaman zaman	5	5,75
	Sık sık	3	3,45
	Daima	0	,00

Tablo 10: Deneyimlenen Ayrımcılık Puanları

	Ort	s.s	Medyan
Çocuklukta/ergenlikte dalga geçilme	3,07	±1,19	3,00
Çocukluk/ergenlikte fiziksel şiddet	1,55	±0,95	1,00
Yetişkinlikte dalga geçilme	1,82	±0,84	2,00
Yetişkinlikte fiziksel şiddet	1,21	±0,53	1,00
Eşcinsellerin/biseksüellerin yalnız yaşlandıklarını duyma	2,29	±1,29	2,00
Eşcinselliğin/biseksüelliğin normal olmadığını duyma	3,63	±1,04	4,00
Aileyi incittiğini/utandırdığını düşünme	2,74	±1,44	3,00
Heteroseksüelmiş gibi davranmak zorunda kalma	3,26	±1,10	3,00
İş yerinde ayrımcılık	1,62	±0,89	1,00
Aileden uzaklaşma	2,66	±1,34	3,00
Polis zorbalığına uğrama	1,46	±0,76	1,00
Deneyimlenen ayrımcılık	25,30	±6,93	24,00

4.6 ALGILANAN AYRIMCILIK

Çalışmaya katılanlara 4 soru bireye yönelik algılanan ayrımcılık, 7 soru gruba yönelik algılanan ayrımcılık sorusu olmak üzere toplam 11 adet algılanan ayrımcılık sorusu sorulmuştur. Bireye yönelik algılanan ayrımcılık soruları kabul edilmeme, karşı olunma, hakaret edilmesi, dışlanma alt başlıklarını içermektedir. Katılımcıların bireye yönelik algılanan ayrımcılık sorularına verdikleri yanıtların analizi Tablo 11’de gösterilmiştir. Gruba yönelik algılanan ayrımcılık soruları iş arama, ev arama, sokak, alışveriş, okul, iş yeri, sağlık kurumu alt başlıklarını içermektedir. Katılımcıların gruba

yönelik algılanan ayrımcılık sorularına verdikleri yanıtların analizi Tablo 12’de gösterilmiştir.

Bireye yönelik algılanan ayrımcılık puan ortalaması, gruba yönelik algılanan ayrımcılık puan ortalaması, algılanan ayrımcılık toplam puan ortalaması ise Tablo 13’te gösterildiği gibidir.

Tablo 11: Bireye Yönelik Algılanan Ayrımcılık

		n	%
ABAÖ1-Kabul edilmeme	Asla	19	21,84
	Arasıra/Nadiren	24	27,59
	Zaman zaman	27	31,03
	Sık sık	14	16,09
	Daima	3	3,45
ABAÖ2-Karşı olunma	Asla	23	26,44
	Arasıra/Nadiren	29	33,33
	Zaman zaman	17	19,54
	Sık sık	17	19,54
	Daima	1	1,15
ABAÖ3-Hakaret edilmesi	Asla	22	25,29
	Arasıra/Nadiren	25	28,74
	Zaman zaman	24	27,59
	Sık sık	15	17,24
	Daima	1	1,15
ABAÖ4-Dışlanma	Asla	30	34,48
	Arasıra/Nadiren	34	39,08
	Zaman zaman	14	16,09
	Sık sık	8	9,20
	Daima	1	1,15

Tablo 12: Gruba Yönelik Algılanan Ayrımcılık

AGAÖ1-İş arama	Asla	1	1,15
	Arasıra/Nadiren	7	8,05
	Zaman zaman	14	16,09
	Sık sık	47	54,02
	Daima	18	20,69
AGAÖ2-Ev arama	Asla	4	4,60
	Arasıra/Nadiren	10	11,49
	Zaman zaman	17	19,54
	Sık sık	42	48,28
	Daima	14	16,09
AGAÖ3-Sokak	Asla	1	1,15
	Arasıra/Nadiren	6	6,90
	Zaman zaman	18	20,69
	Sık sık	43	49,43
	Daima	19	21,84
AGAÖ4-Alışveriş	Asla	4	4,60
	Arasıra/Nadiren	18	20,69
	Zaman zaman	22	25,29
	Sık sık	32	36,78
	Daima	11	12,64
AGAÖ5-Okul	Asla	2	2,30
	Arasıra/Nadiren	4	4,60
	Zaman zaman	16	18,39
	Sık sık	38	43,68
	Daima	27	31,03
AGAÖ6-İş yeri	Asla	2	2,30
	Arasıra/Nadiren	8	9,20
	Zaman zaman	19	21,84

	Sık sık	42	48,28
	Daima	16	18,39
AGAÖ7-Sağlık kurumu	Asla	4	4,60
	Arasıra/Nadiren	23	26,44
	Zaman zaman	21	24,14
	Sık sık	31	35,63
	Daima	8	9,20

Tablo 13: Algılanan Ayrımcılık Puanları

	Ort	s.s	Medyan
ABAÖ1-Kabul edilmeme	2,52	N=1,11	3,00
ABAÖ2-Karşı olunma	2,36	N=1,11	2,00
ABAÖ3-Hakaret edilmesi	2,40	N=1,08	2,00
ABAÖ4-Dışlanma	2,03	N=,99	2,00
AGAÖ1-İş arama	3,85	N=,88	4,00
AGAÖ2-Ev arama	3,60	N=1,04	4,00
AGAÖ3-Sokak	3,84	N=,89	4,00
AGAÖ4-Alışveriş	3,32	N=1,08	3,00
AGAÖ5-Okul	3,97	N=,95	4,00
AGAÖ6-İş yeri	3,71	N=,95	4,00
AGAÖ7-Sağlık kurumu	3,18	N=1,07	3,00
ABAÖ-Bireye yönelik algılanan ayrımcılık	9,31	±3,53	9,00
AGAÖ-Gruba yönelik algılanan ayrımcılık	25,47	±5,58	27,00
Algılanan ayrımcılık toplam	34,78	±7,91	35,00

4.7 İNTİHAR

Çalışmaya katılan kişilerin %22,99'u (n=20) daha önce intihar girişiminin olduğunu, %77,01'i (n=67) ise daha önce intihar girişiminin olmadığı saptandı. Daha önce intihar girişiminde bulunan grupta, ilk intihar girişimi yaş ortalaması ise $18,30 \pm 4,35$ idi. (Tablo 14)

Tablo 14: İntihar Girişimi ve Yaşı

		n	%
İntihar girişimi öyküsü	Evet	20	22,99
	Hayır	67	77,01
İlk intihar yaşı *		$18,30 \pm 4,35$	18,50

(*n yerine ortalama±s.s, % yerine medyan verilmiştir.)

4.8 EŞCİNSEL VE BİSEKSÜEL ERKEKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmaya katılan kişilerin cinsel yönelimlerine göre ortalama deneyimlenen ayrımcılık puanları, ABAÖ puanları, AGAÖ puanları, algılanan ayrımcılık toplam puanları, PHQ 15-somatik semptomlar skorları, GAD7-temel anksiyete skorları, P5-kaygı atakları skorları, PHQ 9-majör depresif bozukluk skorları, C-İŞDÖ alt

ölçeklerinden olan intihar düşüncesi toplam puanları (ömür boyu ve geçen ay), intihar düşüncesi yoğunluğu toplam puanları (ömür boyu/geçen ay), intihar girişimi toplam puanları (ömür boyu/son 3 ay), gerçek girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), engellenen girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), durdurulan girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), YİDÖ alt ölçeklerinden yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve YİDÖ toplam puanları hesaplanmıştır. Eşcinsel grubun YİDÖ alt ölçeklerinden yapısal stil ortalaması (14,45±2,98), biseksüel gruba göre (12,31±3,26) yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,041). Yine eşcinsel grubun YİDÖ alt ölçeklerinden gelecek algısı ortalaması (14,96±3,16), biseksüel gruba göre (12,56±3,76) yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,012). Diğer parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (Tablo 15)

Tablo 15: Eşcinsel ve Biseksüel Erkeklerin Karşılaştırılması

	Cinsel yönelim						p
	Eşcinsel			Biseksüel			
	Ort	s.s	Medyan	Ort	s.s	Medyan	
Deneyimlenen ayrımcılık	25,45	±6,96	25,00	24,63	±6,96	22,50	0,535
ABAÖ-Bireye yönelik algılanan ayrımcılık	9,24	±3,39	9,00	9,63	±4,19	9,50	0,800
AGAÖ-Gruba yönelik algılanan ayrımcılık	25,52	±5,28	27,00	25,25	±6,96	27,50	0,882
Algılanan ayrımcılık toplam	34,76	±7,61	35,00	34,87	±9,40	35,50	0,856
Phq15-Somatik semptomlar	8,37	±5,81	6,00	8,94	±5,27	7,00	0,475
Gad7-Temel anksiyete	7,68	±6,03	7,00	5,44	±4,18	4,00	0,247
P5-Kaygı atakları	2,35	±1,95	3,00	2,44	±1,90	2,00	0,880
Phq9-Majör depresif bozukluk	9,48	±6,08	9,00	8,69	±5,11	7,50	0,510
Düşünce toplam- ömür boyu	2,20	±1,75	2,00	1,69	±1,99	1,00	0,215
Düşünce toplam-geçen ay	,30	±,66	,00	,31	±,48	,00	0,478
Yoğunluk toplam-ömür boyu	14,53	±4,95	14,00	15,20	±4,39	16,00	0,737
Yoğunluk toplam-geçen ay	8,76	±4,52	9,00	9,40	±3,78	10,00	0,723
Girişim toplam-ömür boyu	,68	±1,12	,00	,63	±1,31	,00	0,707
Girişim toplam-son 3 ay	,01	±,12	,00	,00	±,00	,00	0,635
Gerçek girişim sayısı-ömür	,59	±1,76	,00	,44	±,89	,00	0,847
Gerçek girişim sayısı-son 3 ay	,01	±,12	,00	,00	±,00	,00	0,635
Engellenen girişim sayısı-ömür	,20	±1,21	,00	,06	±,25	,00	0,946
Engellenen girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	1,000
Durdurulan girişim sayısı-ömür	,24	±,76	,00	,19	±,75	,00	0,514
Durdurulan girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	1,000
Yapısal stil	14,45	±2,98	14,00	12,31	±3,26	13,00	0,041
Gelecek algısı	14,96	±3,16	15,00	12,56	±3,76	12,00	0,012
Aile uyumu	17,66	±4,55	18,00	17,63	±3,74	18,00	0,908
Kendilik algısı	22,30	±3,89	22,00	21,56	±3,98	21,50	0,513
Sosyal yeterlilik	23,20	±4,41	23,00	22,94	±4,39	23,50	0,943
Sosyal kaynaklar	28,13	±3,99	28,00	27,56	±3,56	28,50	0,531
Psikolojik dayanıklılık toplam	120,69	±14,48	121,00	114,56	±17,07	116,50	0,303

Mann Whitney U Testi

4.9 ALKOL- MADDE KULLANIMINA GÖRE PARAMETRELERİN İNCELENMESİ

Çalışmaya katılanların alkol alma durumlarına göre ortalama ortalama deneyimlenen ayrımcılık puanları, ABAÖ puanları, AGAÖ puanları, algılanan ayrımcılık toplam puanları, PHQ 15-somatik semptom skorları, GAD7-temel anksiyete semptom skorları, P5-kaygı atakları semptom skorları, PHQ 9-majör depresif bozukluk semptom skorları, C-İŞDÖ alt ölçeklerinden olan intihar düşüncesi toplam puanları (ömür boyu ve geçen ay), intihar düşünce yoğunluğu toplam puanları (ömür boyu/geçen ay), intihar girişimi toplam puanları (ömür boyu/son 3 ay), gerçek girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), engellenen girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), durdurulan girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), YİDÖ alt ölçeklerinden yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve YİDÖ toplam puanları hesaplanmıştır.

Son 6 ay içerisinde hemen her gün alkol alan bireylerin somatik semptomlar ortalaması ($12,75 \pm 5,56$), diğer iki gruba göre yüksektir ($p:0,023$) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yine son 6 ay içerisinde hemen her gün alkol alan bireylerin kaygı atakları ortalaması ($3,75 \pm 5,50$), diğer iki gruba göre yüksektir ($p:0,026$) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (Tablo 16)

Tablo 16: Alkol Alımına Göre Karşılaştırma

	Alkol									p
	Hiçbir zaman veya ayda 1-3 kez			Haftada 1-5 kez			Hemen her gün			
	Ort	s.s	Medyan	Ort	s.s	Medyan	Ort	s.s	Medyan	
Deneyimlenen ayrımcılık	24,95	±6,69	25,00	26,03	±7,30	24,00	22,00	±5,94	23,50	0,738
ABAÖ-Bireye yönelik algılanan ayrımcılık	9,32	±3,61	9,00	9,21	±3,48	9,00	10,25	±3,77	10,00	0,904
AGAÖ-Gruba yönelik algılanan ayrımcılık	24,66	±6,45	27,00	26,03	±4,26	27,00	29,00	±6,06	29,50	0,538
Algılanan ayrımcılık toplam	33,98	±8,99	35,50	35,23	±6,28	34,00	39,25	±9,74	39,50	0,660
Phq15-Somatik semptomlar	7,00	±5,20	5,50	9,69	±5,85	7,00	12,75	±5,56	13,00	0,023
Gad7-Temel anksiyete	6,55	±6,36	4,50	7,77	±5,13	7,00	10,25	±4,65	9,50	0,144
P5-Kaygı atakları	1,84	±1,87	2,00	2,82	±1,93	3,00	3,75	±5,50	4,00	0,026
Phq9-Majör depresif bozukluk	8,55	±5,80	8,00	9,95	±5,88	9,00	12,00	±7,35	8,50	0,440
Düşünce toplam- ömür boyu	2,07	±1,92	1,00	2,18	±1,64	2,00	1,75	±2,36	1,00	0,736
Düşünce toplam-geçen ay	,34	±,75	,00	,26	±,50	,00	,25	±,50	,00	0,996
Yoğunluk toplam-ömür boyu	15,44	±4,33	15,50	13,48	±5,11	14,00	20,50	±,71	20,50	0,086
Yoğunluk toplam-geçen ay	9,36	±4,65	11,00	9,00	±3,83	9,50	3,00	±,	3,00	0,382
Girişim toplam-ömür boyu	,75	±1,31	,00	,59	±,97	,00	,50	±1,00	,00	0,909
Girişim toplam-son 3 ay	,02	±,15	,00	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	0,613
Gerçek girişim sayısı-ömür boyu	,57	±1,62	,00	,54	±1,70	,00	,75	±1,50	,00	0,876
Gerçek girişim sayısı-son 3 ay	,02	±,15	,00	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	0,613
Engellenen girişim sayısı-ömür boyu	,32	±1,54	,00	,03	±,16	,00	,00	±,00	,00	0,384
Engellenen girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	1,000
Durdurulan girişim sayısı-ömür boyu	,23	±,68	,00	,26	±,88	,00	,00	±,00	,00	0,756
Durdurulan girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	1,000
Yapısal stil	14,30	±3,08	14,00	13,90	±2,94	14,00	13,00	±5,77	13,00	0,763
Gelecek algısı	14,32	±3,42	15,00	14,72	±3,43	15,00	14,75	±3,20	16,00	0,851
Aile uyumu	18,07	±4,71	20,00	17,10	±3,98	17,00	18,50	±5,20	18,00	0,379

Kendilik algısı	22,45	±4,35	22,50	21,90	±3,27	22,00	21,50	±5,00	22,00	0,808
Sosyal yeterlilik	23,11	±4,65	23,00	22,95	±4,22	22,00	25,50	±2,65	25,00	0,454
Sosyal kaynaklar	28,23	±3,63	28,50	27,90	±4,25	28,00	27,00	±3,92	27,50	0,802
Psikolojik dayanıklılık toplam	120,48	±15,99	118,50	118,46	±14,24	121,00	120,25	±15,84	122,50	0,691

Kruskal Wallis Testi

Çalışmaya katılanların madde kullanma durumlarına göre ortalama deneyimlenen ayrımcılık puanları, ABAÖ puanları, AGAÖ puanları, algılanan ayrımcılık toplam puanları, PHQ 15-somatik semptom skorları, GAD7-temel anksiyete semptom skorları, P5-kaygı atakları semptom skorları, PHQ 9-majör depresif bozukluk semptom skorları, C-İŞDÖ alt ölçeklerinden olan intihar düşüncesi toplam puanları (ömür boyu ve geçen ay), intihar düşünce yoğunluğu toplam puanları (ömür boyu/geçen ay), intihar girişimi toplam puanları (ömür boyu/son 3 ay), gerçek girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), engellenen girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), durdurulan girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), YİDÖ alt ölçeklerinden yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve YİDÖ toplam puanları hesaplanmıştır.

Son 1 yıl içerisinde üçten fazla kez madde kullanan bireylerin ortalama kaygı atakları değeri ($3,41 \pm 1,68$), diğer gruplara göre yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0,002$). Son 1 yıl içerisinde en az bir kez madde kullanan bireylerin kendilik algısı ortalaması ($23,36 \pm 3,38$), üçten fazla kez kullanan bireylere göre ($20,86 \pm 3,74$) yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0,031$). (Tablo17)

Tablo 17: Madde Kullanımına Göre Karşılaştırma

	Madde									p
	Hiçbir zaman			En az bir kez			Üçten fazla kez			
	Ort	s.s	Medyan	Ort	s.s	Medyan	Ort	s.s	Medyan	
Deneyimlenen ayrımcılık	24,45	±5,96	24,00	25,76	±7,98	23,00	25,86	±7,13	26,00	0,540
ABAÖ-Bireye yönelik algılanan ayrımcılık	9,91	±3,71	10,00	8,80	±3,33	9,00	9,07	±3,49	8,00	0,392
AGAÖ-Gruba yönelik algılanan ayrımcılık	25,88	±5,50	27,00	24,48	±4,38	26,00	25,86	±6,59	27,00	0,299
Algılanan ayrımcılık toplam	35,79	±8,21	37,00	33,28	±5,68	32,00	34,93	±9,17	35,00	0,338
Phq15-Somatik semptomlar	7,42	±4,60	6,00	7,20	±4,74	5,00	10,76	±6,92	11,00	0,089
Gad7-Temel anksiyete	6,24	±5,33	5,00	6,16	±4,71	4,00	9,38	±6,65	7,00	0,115
P5-Kaygı atakları	1,76	±1,87	1,00	1,96	±1,84	2,00	3,41	±1,68	4,00	0,002
Phq9-Majör depresif bozukluk	8,64	±5,77	8,00	8,12	±4,93	8,00	11,17	±6,53	11,00	0,104
Düşünce toplam- ömür boyu	1,97	±1,86	1,00	2,20	±1,73	2,00	2,17	±1,83	2,00	0,832
Düşünce toplam-geçen ay	,36	±,82	,00	,20	±,50	,00	,31	±,47	,00	0,505
Yoğunluk toplam-ömür boyu	13,52	±3,74	14,00	15,05	±5,29	14,00	15,50	±5,49	16,00	0,356
Yoğunluk toplam-geçen ay	10,12	±3,23	11,00	8,20	±6,69	9,00	8,22	±3,80	9,00	0,594
Girişim toplam-ömür boyu	,42	±,79	,00	,76	±1,30	,00	,86	±1,33	,00	0,410
Girişim toplam-son 3 ay	,00	±,00	,00	,04	±,20	,00	,00	±,00	,00	0,289
Gerçek girişim sayısı-ömür boyu	,21	±,55	,00	,60	±2,02	,00	,93	±2,02	,00	0,137
Gerçek girişim sayısı-son 3 ay	,03	±,17	,00	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	0,441
Engellenen girişim sayısı-ömür boyu	,06	±,24	,00	,04	±,20	,00	,41	±1,88	,00	0,879
Engellenen girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	1,000

Durdurulan girişim sayısı-ömür boyu	,09	±,38	,00	,44	±1,16	,00	,21	±,62	,00	0,256
Durdurulan girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	1,000
Yapısal stil	14,33	±2,81	14,00	14,00	±3,15	15,00	13,79	±3,52	14,00	0,898
Gelecek algısı	14,61	±3,47	16,00	15,32	±3,24	16,00	13,72	±3,35	14,00	0,148
Aile uyumu	18,91	±4,41	20,00	16,96	±3,87	16,00	16,83	±4,60	17,00	0,074
Kendilik algısı	22,39	±4,15	23,00	23,36	±3,38	23,00	20,86	±3,74	20,00	0,031
Sosyal yeterlilik	23,12	±4,57	22,00	22,48	±3,77	23,00	23,76	±4,70	24,00	0,358
Sosyal kaynaklar	27,82	±4,04	27,00	27,68	±4,18	29,00	28,55	±3,55	29,00	0,664
Psikolojik dayanıklılık toplam	121,18	±15,80	125,00	119,80	±15,09	122,00	117,52	±14,49	116,00	0,363

Kruskal Wallis Testi

4.9 PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜNE GÖRE PARAMETRELERİN İNCELENMESİ

Çalışmaya katılan kişilerin bugüne kadar psikiyatrik hastalık tanı alıp almamalarına göre ortalama deneyimlenen ayrımcılık puanları, ABAÖ puanları, AGAÖ puanları, algılanan ayrımcılık toplam puanları, PHQ 15-somatik semptom skorları, GAD7-temel anksiyete semptom skorları, P5-kaygı atakları semptom skorları, PHQ 9-majör depresif bozukluk semptom skorları, C-İŞDÖ alt ölçeklerinden olan intihar düşüncesi toplam puanları (ömür boyu ve geçen ay), intihar düşünce yoğunluğu toplam puanları (ömür boyu/geçen ay), intihar girişimi toplam puanları (ömür boyu/son 3 ay), gerçek girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), engellenen girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), durdurulan girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), YİDÖ alt ölçeklerinden yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve YİDÖ toplam puanları hesaplanmıştır.

Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin ortalama deneyimlenen ayrımcılık değeri ($27,37 \pm 7,01$), olmayan bireylere göre ($24,21 \pm 6,69$) yüksektir ($p:0,033$).

Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin ortalama PHQ 15-somatik semptom skoru ($11,27 \pm 6,63$), hastalığı olmayan bireylere göre ($7,00 \pm 4,53$) yüksektir ($p:0,003$). Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin ortalama GAD 7-temel anksiyete skoru ($10,03 \pm 6,45$), hastalığı olmayan bireylere göre ($5,81 \pm 4,85$) yüksektir ($p:0,002$). Psikiyatrik hastalık tanısı olmayan bireylerin ortalama P 5- kaygı atakları skoru ($1,86 \pm 1,81$), hastalığı olan bireylere göre ($3,33 \pm 1,81$) düşüktür ($p:0,001$). Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin ortalama PHQ 9- majör depresif bozukluk skoru ($11,43 \pm 6,34$), hastalığı olmayan bireylere göre ($8,23 \pm 5,38$) yüksektir ($p:0,007$).

Yine psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin ortalama C-İŞDÖ alt ölçeklerinden intihar düşüncesi toplam- ömür boyu puanı ($3,10 \pm 1,65$), hastalığı olmayan bireylere göre ($1,58 \pm 1,66$) yüksektir ($p < 0,001$). Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin ortalama C-İŞDÖ intihar düşüncesi toplam- geçen ay puanı ($0,50 \pm 0,82$), hastalığı olmayan bireylere göre ($0,19 \pm 0,48$) yüksektir ($p:0,030$). Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin ortalama intihar düşüncesi yoğunluğu toplam-ömür boyu puanı ($16,71 \pm 4,67$), hastalığı olmayan bireylere göre ($13,13 \pm 4,46$) yüksektir ($p:0,006$). Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin ortalama intihar girişimi toplam-ömür boyu puanı ($1,30 \pm 1,56$), hastalığı olmayan bireylere göre ($0,33 \pm 0,66$) yüksektir ($p:0,001$). Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin ortalama gerçek intihar girişim sayısı-ömür boyu puanı ($0,97 \pm 1,94$), hastalığı olmayan bireylere göre ($0,35 \pm 1,42$) yüksektir ($p:0,002$). Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin engellenen intihar girişimi sayısı-ömür boyu değeri ($0,50 \pm 1,85$), hastalığı olmayan bireylere göre ($,00 \pm ,00$) yüksektir ($p:0,002$). Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin durdurulan intihar girişimi sayısı-ömür boyu değeri ($0,57 \pm 1,19$), hastalığı olmayan bireylere göre ($,05 \pm ,23$) yüksektir ($p:0,008$). Ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. (Tablo 18)

Tablo 18: Psikiyatrik Hastalık Tanısı Olan ve Olmayan Grubun Karşılaştırılması

	Psikiyatrik Hastalık						p
	Yok			Var			
	Ort	s.s	Medyan	Ort	s.s	Medyan	
Deneyimlenen ayrımcılık	24,21	±6,69	23,00	27,37	±7,01	26,00	0,033
ABAÖ-Bireye yönelik algılanan ayrımcılık	8,81	±3,40	9,00	10,27	±3,61	9,50	0,093
AGAÖ-Gruba yönelik algılanan ayrımcılık	25,00	±5,41	26,00	26,37	±5,89	27,50	0,150
Algılanan ayrımcılık toplam	33,81	±7,60	34,00	36,63	±8,27	36,50	0,098
Phq15-Somatik semptomlar	7,00	±4,53	6,00	11,27	±6,63	12,50	0,003
Gad7-Temel anksiyete	5,81	±4,85	5,00	10,03	±6,45	9,00	0,002
P5-Kaygı atakları	1,86	±1,81	2,00	3,33	±1,81	4,00	0,001
Phq9-Majör depresif bozukluk	8,23	±5,38	7,00	11,43	±6,34	10,00	0,007
Düşünce toplam- ömür boyu	1,58	±1,66	1,00	3,10	±1,65	3,00	<0,001
Düşünce toplam-geçen ay	,19	±,48	,00	,50	±,82	,00	0,030
Yoğunluk toplam-ömür boyu	13,13	±4,46	14,00	16,71	±4,67	17,00	0,006
Yoğunluk toplam-geçen ay	8,60	±4,88	9,00	9,17	±3,93	10,50	0,551
Girişim toplam-ömür boyu	,33	±,66	,00	1,30	±1,56	1,00	0,001
Girişim toplam-son 3 ay	,02	±,13	,00	,00	±,00	,00	0,468
Gerçek girişim sayısı-ömür boyu	,35	±1,42	,00	,97	±1,94	,00	0,002
Gerçek girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,03	±,18	,00	0,168
Engellenen girişim sayısı-ömür boyu	,00	±,00	,00	,50	±1,85	,00	0,002
Engellenen girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	1,000
Durdurulan girişim sayısı-ömür boyu	,05	±,23	,00	,57	±1,19	,00	0,008

Durdurulan girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	1,000
Yapısal stil	14,21	±3,03	14,00	13,77	±3,35	14,00	0,868
Gelecek algısı	14,79	±2,99	15,00	14,00	±4,03	14,00	0,501
Aile uyumu	18,23	±4,20	19,00	16,57	±4,61	16,00	0,096
Kendilik algısı	22,72	±4,07	23,00	21,10	±3,34	20,00	0,052
Sosyal yeterlilik	23,28	±4,18	23,00	22,90	±4,81	23,50	0,847
Sosyal kaynaklar	27,96	±3,85	28,00	28,13	±4,07	29,00	0,657
Psikolojik dayanıklılık toplam	121,19	±15,05	121,00	116,47	±14,88	117,00	0,186

Mann Whitney U Testi

4.10 PSİKOLOJİK DESTEK ALMA DURUMLARINA GÖRE

PARAMETRELERİN İNCELENMESİ

Çalışmaya katılanların psikolojik destek alma durumuna göre ortalama deneyimlenen ayrımcılık puanları, ABAÖ puanları, AGAÖ puanları, algılanan ayrımcılık toplam puanları, PHQ 15-somatik semptom skorları, GAD7- temel anksiyete semptom skorları, P5-kaygı atakları semptom skorları, PHQ 9-majör depresif bozukluk semptom skorları, C-İŞDÖ alt ölçeklerinden olan intihar düşüncesi toplam puanları (ömür boyu ve geçen ay), intihar düşünce yoğunluğu toplam puanları (ömür boyu/geçen ay), intihar girişimi toplam puanları (ömür boyu/son 3 ay), gerçek girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), engellenen girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), durdurulan girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), YİDÖ alt ölçeklerinden yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve YİDÖ toplam puanları hesaplanmıştır.

Bu bağlamda, psikolojik destek alan bireylerin GAD 7- temel anksiyete skor ortalaması ($8,36 \pm 6,35$), psikolojik destek almayan bireylere göre ($5,07 \pm 3,62$) yüksektir ($p:0,032$). Psikolojik destek alan bireylerin P 5-kaygı atakları semptom skor ortalaması ($2,69 \pm 1,86$), diğer gruba göre ($1,72 \pm 1,94$) yüksektir ($p:0,035$). Yine psikolojik destek alan bireylerin intihar düşüncesi toplam- ömür boyu puan ortalaması ($2,45 \pm 1,82$), destek almayan bireylere göre ($1,41 \pm 1,57$) yüksektir ($p:0,011$).

Psikolojik destek alan bireylerin gerçek C-İŞDÖ intihar girişimi sayısı-ömür boyu puan ortalaması ($,78 \pm 1,94$), diğer gruba göre ($,14 \pm ,52$) yüksektir ($p:0,015$).

Psikolojik destek almayan bireylerin YİDÖ aile uyumu ortalaması ($19,17 \pm 4,83$), diğer gruba göre ($16,90 \pm 3,99$) yüksektir ($p:0,032$). Psikolojik destek almayan bireylerin Yine psikolojik destek almayan bireylerin YİDÖ kendilik algısı

ortalaması (23,52±4,20), diğer gruba göre (21,48±3,57) yüksektir (p:0,024). Ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. (Tablo 19)

Tablo 19: Psikolojik Destek Alma Durumlarına Göre Karşılaştırma

	Psikolojik destek						p
	Evet			Hayır			
	Ort	s.s	Medyan	Ort	s.s	Medyan	
Deneyimlenen ayrımcılık	25,64	±7,01	25,00	24,62	±6,82	24,00	0,623
ABAÖ-Bireye yönelik algılanan ayrımcılık	9,59	±3,52	9,00	8,76	±3,53	8,00	0,256
AGAÖ-Gruba yönelik algılanan ayrımcılık	25,62	±5,59	27,00	25,17	±5,64	26,00	0,632
Algılanan ayrımcılık toplam	35,21	±7,67	35,00	33,93	±8,43	33,00	0,479
Phq15-Somatik semptomlar	9,34	±6,06	7,00	6,72	±4,47	6,00	0,059
Gad7-Temel anksiyete	8,36	±6,35	7,00	5,07	±3,62	4,00	0,032
P5-Kaygı atakları	2,69	±1,86	3,00	1,72	±1,94	1,00	0,035
Phq9-Majör depresif bozukluk	10,21	±6,16	9,00	7,59	±4,98	8,00	0,057
Düşünce toplam- ömür boyu	2,45	±1,82	3,00	1,41	±1,57	1,00	0,011
Düşünce toplam-geçen ay	,31	±,65	,00	,28	±,59	,00	0,777
Yoğunluk toplam-ömür boyu	15,48	±5,00	15,00	12,47	±3,76	13,00	0,051
Yoğunluk toplam-geçen ay	8,56	±4,62	10,00	9,83	±3,43	9,00	0,882
Girişim toplam-ömür boyu	,86	±1,32	,00	,28	±,53	,00	0,062
Girişim toplam-son 3 ay	,00	±,00	,00	,03	±,19	,00	0,157
Gerçek girişim sayısı-ömür boyu	,78	±1,94	,00	,14	±,52	,00	0,015
Gerçek girişim sayısı-son 3 ay	,02	±,13	,00	,00	±,00	,00	0,480
Engellenen girişim sayısı-ömür boyu	,26	±1,35	,00	,00	±,00	,00	0,106
Engellenen girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	1,000
Durdurulan girişim sayısı-ömür boyu	,33	±,91	,00	,03	±,19	,00	0,089
Durdurulan girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	1,000
Yapısal stil	13,86	±3,05	14,00	14,45	±3,31	14,00	0,731
Gelecek algısı	14,57	±3,59	15,00	14,41	±2,98	15,00	0,700
Aile uyumu	16,90	±3,99	17,00	19,17	±4,83	20,00	0,032
Kendilik algısı	21,48	±3,57	21,00	23,52	±4,20	23,00	0,024
Sosyal yeterlilik	23,26	±4,37	23,50	22,93	±4,47	23,00	0,704
Sosyal kaynaklar	27,84	±4,03	28,00	28,38	±3,67	29,00	0,530
Psikolojik dayanıklılık toplam	117,91	±14,15	116,50	122,86	±16,53	127,00	0,089
Kruskal Wallis Testi							

Kruskal Wallis Testi

4.11 PSİKOLOJİK DESTEK ALMA SEBEPLERİNE GÖRE PARAMETRELERİN İNCELENMESİ

Bugüne kadar psikolojik destek aldığını ifade eden katılımcıların psikolojik destek alma sebeplerinin ortalama deneyimlenen ayrımcılık puanları, ABAÖ puanları, AGAÖ puanları, algılanan ayrımcılık toplam puanları, PHQ 15-somatik semptom skorları, GAD7- temel anksiyete semptom skorları, P5-kaygı atakları semptom skorları, PHQ 9-majör depresif bozukluk semptom skorları, C-İŞDÖ alt ölçeklerinden olan intihar düşüncesi toplam puanları (ömür boyu ve geçen ay), intihar düşünce yoğunluğu toplam puanları (ömür boyu/geçen ay), intihar girişimi toplam puanları (ömür boyu/son 3 ay), gerçek girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), engellenen girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), durdurulan girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), YİDÖ alt ölçeklerinden yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve YİDÖ toplam puanları hesaplanmıştır.

Cinsel yönelim ile ilgili, aile zoruyla destek alan bireylerin C-İŞDÖ intihar girişimi toplam-ömür boyu puan ortalaması ($2,33 \pm 1,63$), diğer gruplara göre yüksektir ($p:0,044$). Yine cinsel yönelim ile ilgili, aile zoruyla destek alan bireylerin C-İŞDÖ gerçek intihar girişimi sayısı-son 3 ay puan ortalaması ($1,17 \pm 0,41$), diğer gruplara göre yüksektir ($p:0,034$). Ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. (Tablo 20)

Tablo 20: Psikolojik Destek Alma Sebeplerine Göre Karşılaştırma

	Psikolojik destek alıyorsanız sebebi?												p
	Cinsel yöneliminden bağımsız			Cinsel yönelim ile ilgili, aile zoruyla			Cinsel yönelim ile ilgili, kendi isteği ile			Cinsek yönelimden kurtulmak için			
	Ort	s.s	Medyan	Ort	s.s	Medyan	Ort	s.s	Medyan	Ort	s.s	Medyan	
Deneyimlenen ayrımcılık	24,60	±6,86	24,00	26,83	±8,82	26,00	29,56	±6,41	29,00	25,33	±5,51	25,00	0,229
ABAÖ-Bireye yönelik algılanan ayrımcılık	9,42	±3,21	9,00	9,83	±6,21	8,00	10,56	±3,24	11,00	8,33	±2,52	8,00	0,630
AGAÖ-Gruba yönelik algılanan ayrımcılık	26,23	±5,13	27,50	20,83	±7,36	22,50	26,22	±5,74	27,00	25,33	±5,69	27,00	0,379
Algılanan ayrımcılık toplam	35,65	±7,34	36,00	30,67	±11,93	26,50	36,78	±6,69	35,00	33,67	±3,21	35,00	0,576
Phq15-Somatik semptomlar	8,45	±5,37	6,00	11,17	±8,86	13,00	12,44	±6,75	14,00	8,33	±5,77	5,00	0,373
Gad7-Temel anksiyete	7,90	±5,54	7,00	9,00	±9,61	5,50	10,33	±6,91	9,00	7,33	±10,21	3,00	0,769
P5-Kayı atakları	2,65	±1,86	3,00	2,83	±2,32	3,50	3,00	±1,94	4,00	2,00	±1,00	2,00	0,791
Phq9-Majör depresif bozukluk	9,68	±5,69	8,50	9,83	±6,21	12,00	13,22	±8,51	11,00	9,00	±3,61	8,00	0,595
Düşünce toplam-ömür boyu	2,40	±1,95	2,50	3,67	±1,03	3,00	1,89	±1,27	2,00	2,33	±2,31	1,00	0,323
Düşünce toplam-geçen ay	,30	±,72	,00	,33	±,52	,00	,44	±,53	,00	,00	±,00	,00	0,376
Yoğunluk toplam-ömür boyu	14,97	±5,16	15,00	17,83	±4,02	18,00	16,38	±5,66	16,00	13,67	±2,52	14,00	0,557
Yoğunluk toplam-geçen ay	8,10	±4,75	9,50	8,50	±6,36	8,50	9,75	±4,79	11,00	.	±.	.	0,746
Girişim toplam-ömür boyu	,75	±1,19	,00	2,33	±1,63	2,00	,56	±1,33	,00	,33	±,58	,00	0,044
Girişim toplam-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	1,000
Gerçek girişim sayısı-ömür boyu	,68	±1,76	,00	,83	±,41	1,00	1,33	±3,32	,00	,33	±,58	,00	0,176
Gerçek girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,17	±,41	,00	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	0,034
Engellenen girişim sayısı-ömür boyu	,08	±,35	,00	,33	±,52	,00	1,11	±3,33	,00	,00	±,00	,00	0,158
Engellenen girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	1,000
Durdurulan girişim sayısı-ömür boyu	,35	±,95	,00	,50	±1,22	,00	,22	±,67	,00	,00	±,00	,00	0,855
Durdurulan girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	,00	±,00	,00	1,000
Yapısal stil	13,68	±2,82	14,00	13,67	±3,72	14,00	14,89	±4,11	16,00	13,67	±1,15	13,00	0,578
Gelecek algısı	15,03	±3,43	15,50	14,33	±5,13	16,50	12,78	±3,07	13,00	14,33	±4,04	12,00	0,336
Aile uyumu	17,33	±3,88	17,00	13,17	±3,82	13,00	16,56	±3,84	17,00	19,67	±2,52	20,00	0,083
Kendilik algısı	21,67	±3,55	21,00	21,00	±4,43	19,50	21,11	±3,02	22,00	21,00	±5,57	20,00	0,918
Sosyal yeterlilik	22,65	±4,46	23,00	24,67	±5,65	27,50	24,11	±2,71	24,00	26,00	±4,36	28,00	0,362
Sosyal kaynaklar	27,60	±3,89	28,00	27,17	±5,49	27,50	29,22	±3,53	29,00	28,33	±5,51	31,00	0,701

Psikolojik dayanıklılık toplam	117,95	±14,70	115,50	114,00	±18,80	117,00	118,67	±7,84	116,00	123,00	±16,52	122,00	0,914
--------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	-------	--------	--------	--------	--------	-------

Kruskal Wallis Testi

4.12 CİNSİYET ROLÜ ÖZELLİKLERİNE GÖRE PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmaya katılanların kendilerini tanımladıkları cinsiyet rollerine göre ortalama deneyimlenen ayrımcılık puanları, ABAÖ puanları, AGAÖ puanları, algılanan ayrımcılık toplam puanları, PHQ 15-somatik semptom skorları, GAD7-temel anksiyete semptom skorları, P5-kaygı atakları semptom skorları, PHQ 9-majör depresif bozukluk semptom skorları, C-İŞDÖ alt ölçeklerinden olan intihar düşüncesi toplam puanları (ömür boyu ve geçen ay), intihar düşünce yoğunluğu toplam puanları (ömür boyu/geçen ay), intihar girişimi toplam puanları (ömür boyu/son 3 ay), gerçek girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), engellenen girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), durdurulan girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), YİDÖ alt ölçeklerinden yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve YİDÖ toplam puanları hesaplanmıştır.

Her iki özelliğe sahip bireylerin deneyimlenen ayrımcılık değeri ortalaması ($26,89 \pm 7,32$), maskülen özelliği ön planda olan bireylere göre ($22,27 \pm 5,10$) yüksektir ($p:0,022$). Yine her iki özelliğe sahip bireylerin C-İŞDÖ intihar düşüncesi toplam-geçen ay puan ortalaması ($37 \pm 7,0$), maskülen özelliği ön planda olan bireylere göre ($10 \pm 3,1$) yüksektir ($p:0,013$).

Maskülen özellikleri ön planda olan bireylerin C-İŞDÖ intihar düşüncesi yoğunluğu toplam-geçen ay puan ortalaması ($12,00 \pm 2,16$), her iki özelliğe sahip bireylerin ortalamasından ($7,76 \pm 4,04$) daha yüksektir ($p:0,042$). Ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. (Tablo 21)

Tablo 21: Cinsiyet Rolü Özelliklerine Göre Karşılaştırma

	Kendinizi nasıl tanımlarsınız									p
	Maskülen özelliklerim ön planda			Feminen özelliklerim ön planda			Her ikisine de ait özellikler			
	Ort	s.s	Medyan	Ort	s.s	Medyan	Ort	s.s	Medyan	
Deneyimlenen ayrımcılık	22,27	±5,10	22,50	27,00	±.	27,00	26,89	±7,32	26,00	0,022
ABAÖ-Bireye yönelik algılanan ayrımcılık	8,40	±3,55	8,00	9,00	±.	9,00	9,80	±3,48	9,00	0,264
AGAÖ-Gruba yönelik algılanan ayrımcılık	24,93	±6,30	27,00	24,00	±.	24,00	25,79	±5,24	27,00	0,702
Algılanan ayrımcılık toplam	33,33	±8,91	34,50	33,00	±.	33,00	35,59	±7,35	35,00	0,571
Phq15-Somatik semptomlar	7,17	±5,21	5,50	5,00	±.	5,00	9,23	±5,88	7,00	0,164
Gad7-Temel anksiyete	6,50	±5,05	6,00	1,00	±.	1,00	7,79	±6,13	7,00	0,338

P5-Kaygı atakları	1,87	±2,03	1,50	,00	±.	,00	2,68	±1,82	3,00	0,087
Phq9-Majör depresif bozukluk	8,17	±5,80	7,00	12,00	±.	12,00	9,91	±5,95	9,00	0,261
Düşünce toplam- ömür boyu	1,70	±1,82	1,00	3,00	±.	3,00	2,30	±1,78	2,00	0,248
Düşünce toplam-geçen ay	,10	±,31	,00	2,00	±.	2,00	,37	±,70	,00	0,013
Yoğunluk toplam-ömür boyu	14,67	±4,98	15,00	16,00	±.	16,00	14,58	±4,89	14,00	0,842
Yoğunluk toplam-geçen ay	12,00	±2,16	11,50	16,00	±.	16,00	7,76	±4,04	9,00	0,042
Girişim toplam-ömür boyu	,43	±,77	,00	,00	±.	,00	,80	±1,30	,00	0,470
Girişim toplam-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±.	,00	,02	±,13	,00	0,758
Gerçek girişim sayısı-ömür boyu	,17	±,59	,00	,00	±.	,00	,79	±1,96	,00	0,086
Gerçek girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±.	,00	,02	±,13	,00	0,758
Engellenen girişim sayısı-ömür boyu	,03	±,18	,00	,00	±.	,00	,25	±1,37	,00	0,737
Engellenen girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±.	,00	,00	±,00	,00	1,000
Durdurulan girişim sayısı-ömür boyu	,20	±,92	,00	,00	±.	,00	,25	±,67	,00	0,555
Durdurulan girişim sayısı-son 3 ay	,00	±,00	,00	,00	±.	,00	,00	±,00	,00	1,000
Yapısal stil	14,80	±2,89	14,00	11,00	±.	11,00	13,71	±3,21	14,00	0,275
Gelecek algısı	14,77	±2,82	15,50	13,00	±.	13,00	14,41	±3,69	15,00	0,800
Aile uyumu	18,50	±4,82	19,00	14,00	±.	14,00	17,27	±4,14	17,50	0,337
Kendilik algısı	22,37	±3,45	22,00	28,00	±.	28,00	21,95	±4,09	21,00	0,269
Sosyal yeterlilik	22,93	±3,81	23,00	20,00	±.	20,00	23,32	±4,70	24,00	0,499
Sosyal kaynaklar	27,60	±3,76	29,00	29,00	±.	29,00	28,23	±4,02	28,00	0,797
Psikolojik dayanıklılık toplam	120,97	±13,12	119,50	115,00	±.	115,00	118,89	±16,20	120,00	0,915

Kruskal Wallis Test

4.13 AİLEYE EN ERKEN AÇILMA YAŞI VE KENDİNİ KABUL ETME YAŞINA GÖRE PARAMETRELERİN İNCELENMESİ

Çalışmaya katılan bireylerin aileye en erken açılma yaşı ve kendini kabul etme yaşı ile ortalama deneyimlenen ayrımcılık puanları, ABAÖ puanları, AGAÖ puanları, algılanan ayrımcılık toplam puanları, PHQ 15-somatik semptom skorları, GAD7-temel anksiyete semptom skorları, P5-kaygı atakları semptom skorları, PHQ 9-majör depresif bozukluk semptom skorları, C-İŞDÖ alt ölçeklerinden olan intihar düşüncesi toplam puanları (ömür boyu ve geçen ay), intihar düşünce yoğunluğu toplam puanları (ömür boyu/geçen ay), intihar girişimi toplam puanları (ömür boyu/son 3 ay), gerçek girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), engellenen girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), durdurulan girişim sayısı (ömür boyu/son 3 ay), YİDÖ alt ölçeklerinden yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve YİDÖ toplam puanları hesaplanmıştır.

Aileye en erken açılma yaşı ile ABAÖ toplam puanı ($p:0,012$) arasında, PHQ 9- majör depresif bozukluk semptom skoru ($p:0,041$) arasında, C-İŞDÖ engellenen intihar girişimi sayısı ömür boyu puanı ($p:0,039$) arasında negatif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Aileye en erken açılma yaşı ile YİDÖ sosyal yeterlilik alt ölçek puanı arasında ise pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. ($p:0,031$)

Kendini kabul etme yaşının ise sadece deneyimlenen ayrımcılık puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (p:0,038). (Tablo 12)

Tablo 22: Aileye En Erken Açılma Yaşı ve Kendini Kabul Etme Yaşına Göre Karşılaştırma

		Aileye en erken açılma yaşı	Kendini kabul etme yaşı
Deneyimlenen ayrımcılık	r	-,157	-,224*
	p	,266	,038
ABAÖ-Bireye yönelik algılanan ayrımcılık	r	-,344*	-,113
	p	,012	,298
AGAÖ-Gruba yönelik algılanan ayrımcılık	r	-,097	,070
	p	,493	,521
Algılanan ayrımcılık toplam	r	-,226	,013
	p	,107	,906
Phq15-Somatik semptomlar	r	-,191	-,106
	p	,175	,330
Gad7-Temel anksiyete	r	-,201	-,108
	p	,153	,322
P5-Kaygı atakları	r	-,153	-,187
	p	,280	,085
Phq9-Majör depresif bozukluk	r	-,285*	-,130
	p	,041	,234
Düşünce toplam- ömür boyu	r	-,084	-,007
	p	,555	,949
Düşünce toplam-geçen ay	r	,154	,187
	p	,276	,084
Yoğunluk toplam-ömür boyu	r	-,245	-,060
	p	,139	,633
Yoğunluk toplam-geçen ay	r	,448	,082
	p	,108	,723
Girişim toplam-ömür boyu	r	-,078	-,016
	p	,582	,887
Girişim toplam-son 3 ay	r	,131	-,066
	p	,354	,547
Gerçek girişim sayısı-ömür boyu	r	-,169	-,170
	p	,232	,117
Gerçek girişim sayısı-son 3 ay	r	-,056	,061
	p	,693	,575
Engellenen girişim sayısı-ömür boyu	r	-,287*	-,196
	p	,039	,071
Durdurulan girişim sayısı-ömür boyu	r	-,184	,060
	p	,192	,582
Yapısal stil	r	,119	-,047
	p	,401	,667
Gelecek algısı	r	-,014	-,170
	p	,921	,117
Aile uyumu	r	-,012	,000
	p	,933	1,000
Kendilik algısı	r	,037	-,168
	p	,795	,121
Sosyal yeterlilik	r	,299*	,201
	p	,031	,063
Sosyal kaynaklar	r	,190	-,006
	p	,178	,954
Psikolojik dayanıklılık toplam	r	,190	-,034
	p	,177	,754

Spearman Korelasyon Testi

4.14 ALGILANAN AYRIMCILIK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Katılımcıların YİDÖ alt ölçekleri ve toplam puanları ile ABAÖ ve AGAÖ alt başlıkları ve toplam puanları arasındaki korelasyon incelenmiştir.

YİDÖ alt ölçek puanları ile bireye yönelik algılanan ayrımcılık alt başlıkları arasındaki korelasyon incelendiğinde; YİDÖ yapısal stil alt ölçek puanı ile ABAÖ alt başlıklarından karşı olunma ($p:0,045$) ve hakaret edilmesi ($p:0,042$) arasında, YİDÖ gelecek algısı alt ölçek puanı ile ABAÖ alt başlıklarından kabul edilmeme ($p:0,033$) ve karşı olunma ($p:0,042$) arasında, YİDÖ aile uyumu alt ölçek puanı ile ABAÖ alt başlıklarından hakaret edilmesi ($p:0,005$) arasında, YİDÖ kendilik algısı alt ölçek puanı ile ABAÖ alt başlıklarından dışlanma arasında ($p:0,001$) negatif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bunun yanında, YİDÖ alt ölçek puanlarından sosyal yeterlilik ve sosyal kaynakların ABAÖ alt başlıklarının hepsi ile negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu görülmüştür.

YİDÖ alt ölçek puanları ile gruba yönelik algılanan ayrımcılık alt başlıkları arasındaki ilişki incelendiğinde; AGAÖ'nün sağlık kurumu alt başlığı ile YİDÖ alt ölçeklerinden yapısal stil ($p:0,021$), gelecek algısı ($p:0,013$), aile uyumu ($p:0,001$) ve sosyal kaynaklar ($p:0,004$) arasında, AGAÖ'nün okul alt başlığı ile YİDÖ alt başlıklarından aile uyumu ($p:0,003$) arasında, AGAÖ'nün alışveriş alt başlığı ile YİDÖ alt ölçeklerinden sosyal kaynaklar ($p:0,000$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

ABAÖ ve AGAÖ toplam puanları ile YİDÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; ABAÖ toplam puanı ile YİDÖ alt ölçeklerinden yapısal stil ($p:0,028$), aile uyumu ($p:0,026$), sosyal yeterlilik ($p:0,010$), sosyal kaynaklar ($p:0,000$) arasında, AGAÖ toplam puanı ile YİDÖ alt ölçeklerinden gelecek algısı ($p:0,035$), aile uyumu ($p:0,018$), sosyal kaynaklar ($p:0,021$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Ayrıca, ABAÖ ile YİDÖ toplam puanı arasında ($p:<0,001$) ve AGAÖ ile YİDÖ toplam puanı arasında ($p:0,002$) negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. (Tablo 23)

Tablo 23: Algılanan Ayrımcılık ve Psikolojik Dayanıklılık

		Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Psikolojik dayanıklılık toplam
ABAÖ1-Kabul edilmeme	r	-,173	-,229	-,166	-,165	-,217	-,367
	p	,110	,033	,123	,126	,044	,000
ABAÖ2-Karşı olunma	r	-,216	-,218	-,070	-,061	-,224	-,321
	p	,045	,042	,519	,572	,037	,002
ABAÖ3-Hakaret edilmesi	r	-,219	-,048	-,296	-,113	-,241	-,315
	p	,042	,662	,005	,296	,024	,003
ABAÖ4-Dışlanma	r	-,132	-,184	-,287	-,336	-,234	-,443
	p	,223	,089	,007	,001	,029	,000
ABAÖ-Bireye yönelik algılanan ayrımcılık	r	-,236	-,200	-,238	-,207	-,275	-,437
	p	,028	,064	,026	,054	,010	,000
AGAÖ1-İş arama	r	-,117	-,178	-,084	-,161	,015	-,150
	p	,279	,098	,437	,136	,888	,166
AGAÖ2-Ev arama	r	-,026	-,136	-,184	-,093	-,015	-,158
	p	,815	,209	,088	,391	,893	,145
AGAÖ3-Sokak	r	-,090	-,203	-,193	-,116	-,051	-,241
	p	,408	,059	,073	,285	,642	,025
AGAÖ4-Alışveriş	r	-,089	-,161	-,131	-,177	-,176	-,317
	p	,412	,136	,228	,101	,102	,003
AGAÖ5-Okul	r	-,203	-,163	-,319	-,115	-,051	-,276
	p	,059	,132	,003	,287	,639	,010
AGAÖ6-İş yeri	r	-,092	-,159	-,074	-,139	,119	-,107
	p	,399	,140	,494	,198	,273	,324
AGAÖ7-Sağlık kurumu	r	-,248	-,264	-,342	-,147	-,169	-,402
	p	,021	,013	,001	,174	,118	,000
AGAÖ-Gruba yönelik algılanan ayrımcılık	r	-,158	-,226	-,253	-,196	-,076	-,326
	p	,143	,035	,018	,069	,484	,002
Algılanan ayrımcılık toplam	r	-,234	-,266	-,277	-,237	-,198	-,441
	p	,029	,013	,009	,027	,067	,000

Spearman Korelasyon Testi

4.15 ALGILANAN AYRIMCILIK VE İNTİHAR

Çalışmaya katılanların AGAÖ toplam puanı, ABAÖ toplam puanı ve AA toplam puanı ile C-İŞDÖ intihar düşüncesi toplam puanları (ömür boyu/geçen ay), C-İŞDÖ intihar düşüncesi yoğunluğu toplam puanı (ömür boyu/geçen ay) ve C-İŞDÖ intihar girişimi toplam puanı (ömür boyu/son 3 ay) arasındaki korelasyon incelenmiştir.

C-İŞDÖ intihar düşüncesi ömür boyu puanı ile ABAÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardır ($p < 0,001$). Yine C-İŞDÖ intihar düşüncesi ömür boyu toplam puanı ile AGAÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p = 0,011$).

C-İŞDÖ intihar düşüncesi ömür boyu toplam puanı ile AA toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p:0,001).

C-İŞDÖ intihar düşüncesi geçen ay toplam puanı ile ABAÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardır (p:0,001). Yine, C-İŞDÖ intihar düşüncesi geçen ay toplam puanı ile AA toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p:0,003).

C-İŞDÖ intihar girişim ömür boyu toplam puanı ile ABAÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p:0,008). Yine, C-İŞDÖ intihar girişimi ömür boyu toplam puanı ile AA toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p:0,017). (Tablo 24)

Tablo 24: Algılanan Ayrımcılık ve İntihar

		Düşünce toplam- ömür boyu	Düşünce toplam- geçen ay	Yoğunluk toplam- ömür boyu	Yoğunluk toplam- geçen ay	Girişim toplam- ömür boyu	Girişim toplam- son 3 ay
ABAÖ-Bireye yönelik algılanan ayrımcılık	r	,381	,348	,192	-,022	,282	,002
	p	<,001	,001	,120	,923	,008	,984
AGAÖ-Gruba yönelik algılanan ayrımcılık	r	,272	,182	,154	-,104	,182	,006
	p	,011	,092	,214	,644	,092	,953
Algılanan ayrımcılık toplam	r	,353	,317	,192	-,105	,254	,026
	p	,001	,003	,119	,642	,017	,813

Spearman Korelasyon Testi

4.16 ALGILANAN AYRIMCILIK VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLAR

Örnekleme ABAÖ, AGAÖ, AA toplam puanları ile HSA-SADBÖ alt ölçekleri olan PHQ 15- somatik, GAD 7- temel anksiyete, P 5- kaygı atakları, PHQ 9- depresif semptom skorları arasındaki korelasyon incelenmiştir.

ABAÖ puanı ile PHQ 15-somatik semptom skoru (p:0,002), GAD 7-temel anksiyete semptom skoru (p<0.001), P5-kaygı atakları semptom skoru (p:0,008) ve PHQ 9-majör depresif bozukluk (p<0,001) semptom skoru arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

AGAÖ puanı ile GAD 7-temel anksiyete semptom skoru (p:0,041), P5- kaygı atakları semptom skoru (p:0,008) ve PHQ 9-majör depresif bozukluk semptom skoru (p<0,010) arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

AA toplam puanı ile PHQ 15-somatik semptom skoru (p:0,017), GAD 7-temel anksiyete semptom skoru (p:0,003), P5-kaygı atakları semptom skoru (p:0,010) ve PHQ 9-majör depresif bozukluk semptom skoru (p:0,001) arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. (Tablo 25)

Tablo 25: Algılanan Ayrımcılık ve Psikiyatrik Semptomlar

		Phq15-Somatik semptomlar	Gad7-Temel anksiyete	P5-Kaygı atakları	Phq9-Majör depresif bozukluk
ABAÖ-Bireye yönelik algılanan ayrımcılık	r	,327	,394	,282	,416
	p	,002	<,001	,008	<,001
AGAÖ-Gruba yönelik algılanan ayrımcılık	r	,167	,220	,240	,232
	p	,121	,041	,025	,031
Algılanan ayrımcılık toplam	r	,256	,320	,275	,348
	p	,017	,003	,010	,001

Spearman Korelasyon Testi

4.16 DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Deneyimlenen ayrımcılık alt başlık puanları ve deneyimlenen ayrımcılık toplam puanı ile YİDÖ alt ölçek puanları ve YİDÖ toplam puanı arasındaki korelasyon incelenmiştir.

Çocuklukta/ergenlikte dalga geçilme sıklığı ile YİDÖ aile uyumu alt ölçek puanı arasında (p:0,010), çocuklukta/ergenlikte fiziksel şiddet görme sıklığı ile YİDÖ aile uyumu (p:0,017), sosyal yeterlilik (p:0,002), sosyal kaynaklar (p:0,002) alt ölçek puanları arasında, yetişkinlikte dalga geçilme sıklığı ile YİDÖ yapısal stil (p:0,001) alt ölçek puanı arasında, yetişkinlikte fiziksel şiddet görme sıklığı ile YİDÖ gelecek algısı (p:0,031) alt ölçek puanı arasında, eşcinsellerin/biseksüellerin yalnız yaşlandığını duyma sıklığı ile YİDÖ sosyal yeterlilik (p:0,000) , sosyal kaynaklar (p:0,000) alt ölçek puanları arasında, eşcinselliğin/biseksüelliğin normal olmadığını duyma sıklığı ile YİDÖ yapısal stil (p:0,040), aile uyumu (p:0,004), kendilik algısı (p:0,026), sosyal yeterlilik (p:0,017), sosyal kaynaklar (p:0,021) alt ölçek puanları arasında, aileyi incittiğini /utandırdığını düşünme sıklığı ile YİDÖ gelecek algısı (p:0,014), aile uyumu (p:0,017), kendilik algısı (p:0,003), sosyal kaynaklar (p:0,028) alt ölçek puanı

arasında, heteroseksüelmiş gibi davranmak zorunda kalma sıklığı ile YİDÖ gelecek algısı (p:0,03) arasında, iş yerinde ayrımcılığa maruz kalma sıklığı ile YİDÖ gelecek algısı (p:0,009), sosyal kaynaklar (p:0,016) alt ölçek puanı arasında, aileden uzaklaşmak zorunda kalma sıklığı ile YİDÖ gelecek algısı (p:0,014), aile uyumu (p:0,000), sosyal kaynaklar (p:0,029) alt ölçek puanları arasında, polis zorbalığına maruz kalma sıklığı ile YİDÖ yapısal stil (p:0,01), gelecek algısı (p:0,003), aile uyumu (p:0,000) alt ölçek puanları arasında ters yönlü ilişki vardır. Ve bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bunun yanında, deneyimlenen ayrımcılık toplam puanı ile YİDÖ alt ölçek ve toplam puanları arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. (Tablo 26)

Tablo 26: Deneyimlenen Ayrımcılık ve Psikolojik Dayanıklılık

		Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar	Psikolojik dayanıklılık toplam
Çocuklukta/ergenlikte dalga geçilme	r	-,117	,011	-,277	-,121	-,085	-,015	-,180
	p	,279	,922	,010	,265	,433	,888	,095
Çocukluk/ergenlikte fiziksel şiddet	r	-,086	-,121	-,256	-,156	-,323	-,328	-,383
	p	,431	,263	,017	,148	,002	,002	,000
Yetişkinlikte dalga geçilme	r	-,344	-,207	-,152	-,206	-,199	-,175	-,300
	p	,001	,054	,159	,056	,065	,105	,005
Yetişkinlikte fiziksel şiddet	r	-,091	-,231	-,124	-,148	-,147	-,174	-,216
	p	,401	,031	,254	,171	,174	,107	,044
Eşcinsellerin/biseksüellerin yalnız yaşlandıklarını duyma	r	-,013	-,198	-,055	-,058	-,387	-,367	-,276
	p	,903	,066	,610	,596	,000	,000	,010
Eşcinselliğin/biseksüelliğin normal olmadığını duyma	r	-,221	-,199	-,306	-,238	-,256	-,248	-,375
	p	,040	,064	,004	,026	,017	,021	,000
Aileyi incittiğini/utandırdığını düşünme	r	-,110	-,263	-,255	-,318	-,195	-,236	-,363
	p	,309	,014	,017	,003	,071	,028	,001
Heteroseksüelmiş gibi davranma	r	-,066	-,312	,026	-,188	-,081	-,176	-,157
	p	,545	,003	,811	,081	,457	,103	,146
İş yerinde ayrımcılık	r	-,135	-,278	-,097	-,084	-,172	-,257	-,247
	p	,212	,009	,372	,440	,110	,016	,021
Aileden uzaklaşma	r	-,133	-,264	-,484	-,134	-,025	-,235	-,322
	p	,221	,014	,000	,217	,818	,029	,002
Polis zorbalığına uğrama	r	-,343	-,314	-,397	-,161	-,148	-,185	-,367
	p	,001	,003	,000	,136	,170	,087	,000
Deneyimlenen ayrımcılık	r	-,222	-,367	-,382	-,305	-,289	-,379	-,502
	p	,039	,000	,000	,004	,007	,000	,000

Spearman Korelasyon Testi

4.17 DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE İNTİHAR

Katılımcıların deneyimlenen ayrımcılık puanları ile C-İŞDÖ alt ölçek puanları arasındaki korelasyon Tablo 22’de gösterilmiştir. Deneyimlenen ayrımcılık puanları ile C-İŞDÖ intihar düşüncesi ömür boyu toplam puanı ($p<0,001$), C-İŞDÖ intihar düşüncesi geçen ay toplam puanı ($p<0,001$), C-İŞDÖ intihar girişimi ömür boyu toplam puanı ($p:0,001$) arasında aynı yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. (Tablo 27)

Tablo 27: Deneyimlenen Ayrımcılık ve İntihar

		Deneyimlenen ayrımcılık
Düşünce toplam- ömür boyu	r	,418
	p	<0,001
Düşünce toplam-geçen ay	r	,368
	p	<0,001
Yoğunluk toplam-ömür boyu	r	,207
	p	0,093
Yoğunluk toplam-geçen ay	r	-,067
	p	,766
Girişim toplam-ömür boyu	r	,352
	p	,001
Girişim toplam-son 3 ay	r	,041
	p	0,707

Spearman Korelasyon Testi

4.18 DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLAR

Katılımcıların deneyimlenen ayrımcılık puanları ile HSA-SADBÖ alt ölçekleri olan PHQ 15- somatik, GAD 7- temel anksiyete, P 5- kaygı atakları, PHQ 9- depresif semptom skorları arasındaki korelasyon incelenmiştir.

Deneyimlenen ayrımcılık ile PHQ 15- somatik semptom ($p:0,005$), GAD 7- temel anksiyete ($p:0,003$), P 5- kaygı atakları ($p:0,002$) ve PHQ 9-major depresif bozukluk ($p<0,001$) semptom skorları arasında aynı yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. (Tablo 28)

Tablo 28: Deneyimlenen Ayrımcılık ve Psikiyatrik Semptomlar

		Deneyimlenen ayrımcılık
Phq15-Somatik semptomlar	r	,296
	p	,005
Gad7-Temel anksiyete	r	,312
	p	,003
P5-Kaygı atakları	r	,326
	p	,002
Phq9-Majör depresif bozukluk	r	,376
	p	<0,001

Spearman Korelasyon Testi

4.19 DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE ALGILANAN AYRIMCILIK

Çalışmaya katılanların deneyimlenen ayrımcılık puanları ile ABAÖ, AGAÖ ve AA toplam puanları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Deneyimlenen ayrımcılık puanları ile ABAÖ ($p<0,001$), AGAÖ ($p<0,001$) ve AA toplam puanları ($p<0,001$) arasında aynı yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. (Tablo 29)

Tablo 29: Deneyimlenen Ayrımcılık ve Algılanan Ayrımcılık

		Deneyimlenen ayrımcılık
ABAÖ-Bireye yönelik algılanan ayrımcılık	r	,536
	p	<0,001
AGAÖ-Gruba yönelik algılanan ayrımcılık	r	,402
	p	<0,001
Algılanan ayrımcılık toplam	r	,510
	p	<0,001

Spearman Korelasyon Testi

4.20 DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE ALGILANAN AYRIMCILIK İLE SOMATİK, ANKSİYETE VE DEPRESYON SEMPTOMLARININ İNCELENMESİ

Katılımcıların deneyimlenen ayrımcılık puanları, AGAÖ puanları, ABAÖ puanları ve AA toplam puanları ile HSA-SADBÖ alt ölçekleri olan PHQ 15- somatik, GAD 7- temel anksiyete, P 5- kaygı atakları, PHQ 9- depresif semptom skorları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Deneyimlenen ayrımcılık puanları ile PHQ 15- somatik ($p:0,005$), GAD 7- temel anksiyete ($p:0,003$), P 5- kaygı atakları ($p:0,002$), PHQ 9- majör depresif

bozukluk ($p<0,001$) semptom skorları arasında aynı yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

ABAÖ puanları ile PHQ 15- somatik ($p:0,002$), GAD 7- temel anksiyete ($p<0,001$), P 5- kaygı atakları ($p:0,008$), PHQ 9- majör depresif bozukluk ($p<0,001$) semptom skorları arasında aynı yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardır. AGAÖ puanları ile GAD 7- temel anksiyete ($p:0,041$), P 5- kaygı atakları ($p:0,025$), PHQ 9- majör depresif bozukluk ($p:0,031$) semptom skorları arasında aynı yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

AA toplam puanları ile PHQ 15-somatik ($p:0,017$), GAD 7- temel anksiyete ($p:0,003$), P 5- kaygı atakları ($p:0,010$), PHQ 9- majör depresif bozukluk ($p:0,001$) semptom skorları arasında ise aynı yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. (Tablo 30)

Tablo 30: Deneyimlenen Ayırmıcılık ve Algılanan Ayırmıcılık İle Somatik, Anksiyete ve Depresyon Semptomları

		Deneyimlenen ayırmıcılık	ABAÖ-Bireye yönelik algılanan ayırmıcılık	AGAÖ-Gruba yönelik algılanan ayırmıcılık	Algılanan ayırmıcılık toplam
Somatik semptomlar	r	,296	,327	,167	,256
	p	,005	,002	,121	,017
Temel anksiyete	r	,312	,394	,220	,320
	p	,003	<,001	,041	,003
Kaygı atakları	r	,326	,282	,240	,275
	p	,002	,008	,025	,010
Majör depresif bozukluk	r	,376	,416	,232	,348
	p	<,001	<,001	,031	,001

Spearman Korelasyon Testi

4.21 PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE İNTİHAR

Katılımcıların YİDÖ toplam ve alt ölçek puanları ile C-İŞDÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 26'da gösterilmiştir.

Bu bağlamda, C-İŞDÖ intihar düşüncesi ömür boyu toplam puanı ile YİDÖ alt ölçeklerinden aile uyumu ($p:0,029$), kendilik algısı ($p:0,009$), sosyal kaynaklar

(p:0,022) ve YİDÖ toplam puanı (p:0,004) arasında ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. C-İŞDÖ intihar düşüncesi geçen ay toplam puanı ile YİDÖ alt ölçeklerinden olan yapısal stil (p:0,036) , gelecek algısı (p:0,000), aile uyumu (p:0,012), kendilik algısı (p:0,012) ve YİDÖ toplam puanı (p<0,001) arasında ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. (Tablo 31)

Tablo 31: Psikolojik Dayanıklılık ve İntihar

		Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar	Psikolojik dayanıklılık toplam
Düşünce toplam-ömür boyu	r	-,131	-,121	-,234	-,277	-,083	-,246	-,305
	p	,226	,264	,029	,009	,442	,022	,004
Düşünce toplam-geçen ay	r	-,225	-,399	-,268	-,287	-,178	-,205	-,398
	p	,036	,000	,012	,007	,099	,057	<,001
Yoğunluk toplam-ömür boyu	r	-,121	-,005	-,168	-,165	-,169	-,128	-,234
	p	,331	,966	,175	,182	,172	,303	,057
Yoğunluk toplam-geçen ay	r	,105	-,281	-,200	,105	-,085	,065	-,017
	p	,642	,205	,373	,642	,706	,772	,940
Girişim toplam-ömür boyu	r	-,017	,002	-,205	-,197	-,046	-,087	-,179
	p	,873	,987	,057	,067	,671	,421	,097
Girişim toplam-son 3 ay	r	-,125	-,069	,028	-,103	-,043	,026	-,071
	p	,248	,525	,797	,340	,692	,812	,514
Gerçek girişim sayısı-ömür boyu	r	-,088	-,018	-,127	-,211	-,001	-,126	-,167
	p	,419	,871	,241	,050	,996	,244	,122
Gerçek girişim sayısı-son 3 ay	r	,142	,155	-,123	,136	,181	-,058	,127
	p	,188	,151	,257	,210	,094	,592	,242
Engellenen girişim sayısı-ömür boyu	r	-,028	-,093	-,206	-,025	-,116	-,186	-,187
	p	,793	,393	,056	,818	,286	,084	,083
Engellenen girişim sayısı-son 3 ay	r							
	p							
Durdurulan girişim sayısı-ömür boyu	r	-,019	-,018	-,081	-,151	-,088	-,033	-,130
	p	,863	,870	,454	,164	,418	,759	,229
Durdurulan girişim sayısı-son 3 ay	r							
	p							

Spearman Korelasyon Testi

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza dahil etme kriterlerine uyan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve kendisini eşcinsel veya biseksüel olarak tanımlayan 87 erkek dahil edilmiştir. Ülkemizde LGBTİ+ kişiler ile yapılan çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Literatürde farklı gruplarda algılanan ayrımcılığın psikolojik dayanıklılık ile ilişkisini inceleyen çalışma mevcuttur (5). Ancak literatürde yapılan eşcinsel ve biseksüel erkeklerde deneyimlenen ve algılanan ayrımcılığın psikolojik dayanıklılık ve intihar riski ile ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu ilişkiyi araştıran ilk çalışma özelliği taşımaktadır. Bu nedenle tartışmada konu ile ilişkili olabilecek benzer araştırmaların verileri kullanılmıştır.

5.1 KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 28,05 ($\pm 4,68$) idi. Katılımcıların %81,61'i cinsel yönelimini eşcinsel olarak tanımlarken, %18,39'u cinsel yönelimini biseksüel olarak tanımlıyordu. Ülkemizde 2014 yılında eşcinsel ve biseksüel erkekler ile yapılan çalışmada katılımcılarda benzer yaş ortalaması ve eşcinsel/biseksüel oranı saptanmıştır (2).

Çalışmamıza katılanların eğitim durumuna bakıldığında; %94,25'inin üniversite ve üstü olduğu, %5,75'inin lise mezunu olduğu saptandı. Katılımcıların %43,68'inin gelir durumunun yüksek, %32,18'inin orta, %8,05'inin düşük olduğu ve %16,09'unun düzenli gelirin olmadığı saptandı. Katılımcıların %16,09'u şehir merkezinde yaşıyor iken, %83,91'i büyük şehir merkezlerinde yaşıyordu. Eşcinsel ve biseksüel erkekler ile yapılan çalışmalarda yaşanan bölge özellikleri, eğitim ve gelir durumlarının oransal olarak farklılık göstermektedir (2)(115). Bizim çalışmamızda bu oranların, katılımcıların kar topu örneklem yöntemi ile çalışmaya dahil edilmiş olmaları nedeni ile yüksek çıkmış olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda katılımcıların son 6 ay içerisinde %50,57'sinin alkol kullanımının hiç olmadığı veya ayda 1-3 kere olduğu, %44,83'ünün haftada 1-5 kez olduğu ve %4,60'ının hemen hemen her gün olduğu gösterildi. Son 1 yıl içerisinde %37,93'ü madde kullanımının hiç olmadığını, %28,74'ü en az bir kez madde kullanımı olduğunu, %33,33'ü ise üçten fazla kez madde kullanımı olduğunu ifade

etti. Literatürde eşcinsel ve biseksüel erkeklerde alkol ve madde kullanımının, heteroseksüel akranlarına göre daha yüksek oranda olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (127)(128). Çalışmamızın sonuçları literatürdeki verileri destekler nitelikte saptandı.

Çalışmaya katılan kişiler HIV seropozitifliği açısından sorgulanmadı fakat sosyodemografik veri formunda ek tıbbi hastalık olup olmadığı sorusuna yanıt verenlerin %4,6'sı öz bildirim ile HIV+ olduğunu bildirdi. 2001 yılında ABD'de yapılan, eşcinsel kişilerde psikiyatrik hastalık riskini araştıran bir çalışmada; katılımcılarda öz bildirim ile %4 oranda HIV pozitifliği saptanmıştır(129). Çalışmamızdaki veriler ilgili yazınla uyumludur.

Katılımcıların bugüne kadar tanı almış olduğu psikiyatrik hastalıkları sorgulanmış ve %65,52'si herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almadığını, %11,49'u anksiyete bozukluğu tanısı aldığını, %6,9'u depresif bozukluk tanısı aldığını, %5,75'i OKB tanısı aldığını, %2,3'ü duygudurum bozukluğu tanısı aldığını, %8,05'i de DEHB (n=5), PTBS (n=1), kişilik bozukluğu (n=2) tanısı aldığını belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların %66,67'sinin daha önce psikolog veya psikiyatrist başvurusu ile psikolojik destek aldığı, %33,33'ünün daha önce psikolojik destek almadığı saptandı. Bulgularımız yapılan çalışmalarla uyumlu olup yapılan çalışmalarda cinsel yönelimi olarak azınlık olan gruplarda, heteroseksüellere kıyasla başta anksiyete bozuklukları ve majör depresif bozukluk olmak üzere daha fazla psikiyatrik hastalık gözlemlenebileceği belirtilmektedir (129)(130)(131)(132).

Farklı cinsel yönelimler ile yapılan çalışmalarda genelde biseksüel, lezbiyen ve geyler bir arada değerlendirilmiştir. Literatürde az sayıdaki çalışmalarda biseksüel ve eşcinselleri ayrımcılık ve ayrımcılığın birey üzerine etkileri açısından karşılaştırıldığı görülmüştür (133). Biseksüel kişilerin, aynı eşcinsel kişiler gibi heteroseksüel olmamaları nedeni ile ayrımcılığa maruz kalmalarının yanında LGBTİ+ grup içerisinde de "eşcinsel olmamaları" nedeni ile damgalanma ve ayrımcılıklara maruz kaldıkları bildirilmiştir. Bu bağlamda aynı çalışmalarda biseksüellerin, eşcinsellere kıyasla daha fazla ayrımcılık ve damgalanmayı deneyimledikleri, daha az aile ve sosyal çevre desteklerinin olduğu ve dolayısı ile depresyon ve intihar risklerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (36)(134)(135)(136). Bunun tersine biseksüel ve

eşcinsel kişiler arasında önemli farklar olmadığını, her iki grupta benzer oranlar olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (137). Çalışmamızda eşcinsel erkeklerin deneyimlenen ayrımcılık puan ortalamasının, biseksüel erkeklerden daha yüksek olduğunu saptandı. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Eşcinsel erkeklerin biseksüel erkeklere kıyasla psikolojik dayanıklılık alt ölçeklerinden yapısal stil ve gelecek algıları daha yüksekti. Basım ve ark. (138) tarafından yapısal stil “kişinin bir bakıma kendine güveni, güçlü tarafları ve özdisiplini gibi bireysel özelliklerinden oluşmaktadır” şeklinde tanımlanırken, gelecek algısı ise “olumlu bakış açısı çerçevesinde kişinin geleceğe yönelik algılarını kapsamaktadır” olarak tanımlanır. Eşcinsel erkeklerde, biseksüel erkeklere kıyasla özdisiplin ve geleceğe olumlu bakış açısının yüksek olması, çalışmamızda incelenmeyen kişilik özellikleri gibi psikolojik dayanıklılığı etkileyen diğer değişkenler ile açıklanabilir. Bu anlamda literatürde daha büyük örneklem sayısı ve farklı değişkenlerin de dahil edildiği kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Maskülenite ve femininite kavramları günlük dilde de kullanılan kavramlar haline gelmiştir. Bu terimler ikili cinsiyet sisteminde erkek ve kadın arasındaki fiziksel ve biyolojik farklılık beklentileri ile ilişkili olup toplum temelli inşa edilmişlerdir. Kavramların anlam ve değerleri zaman ve kültürlerarası değişse de toplumdaki baskın olan grup kimin nasıl davranması gerektiğini belirlemektedir. Toplum tarafından inşa edilen bu kavramların heteroseksüel erkek ve kadınlarda olduğu gibi, farklı cinsel yönelimdeki kişiler için de stres oluşturabileceği yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir (139). Eşcinsel erkekler ile yapılan çalışmalarda katılımcıların çoğunun kendisini maskülen olarak tanımlamayı arzuladıkları, feminen özellikleri istemedikleri ve maskülen özelliklerde biri ile ilişki kurmak istedikleri görülmüştür (140)(141)(142). Bu çerçevede çalışmamızda kendisini hem feminen hem maskülen özellikleri ön planda olarak tanımlayan eşcinsel ve biseksüel erkeklerin, kendisini maskülen özellikleri ön planda olarak tanımlayan gruba göre daha fazla ayrımcılık deneyimi yaşaması beklenen bir sonuçtur. Coleman ve ark. (143) intihar ve toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgili yaptığı çalışmada kazanma tutkusu, öfke duygusunun diğer duygular üzerine olan hakimiyeti, bilişsel katılık ve kuralcılık gibi geleneksel erkeksiliğin intihar oranlarını arttırdığını bildirilmiştir. Yine benzer bir çalışmada geleneksel erkeksilik çerçevesinde “zayıf” duygularını gizlemesi öğretilerek yetiştirilen

çocuklarda ruhsal sıkıntıların dile getirme oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür (144)(145). Bu çerçevede, feminen olma korkusu maskülen erkekleri de etkileyeceğinden ve ruhsal sıkıntıları nedeni ile daha az yardım almış olabilecekleri göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızda kendisini maskülen özellikleri ön planda olarak tanımlayan grubun, hem maskülen hem feminen özellikleri ön planda olarak tanımlayan gruba göre son bir ayda intihar düşüne yoğunluklarının daha yüksek olması açıklanabilir.

Çalışmamızda örneklem olarak aldığımız cinsel yönelimi açısından azınlık grubun heteroseksüel kişilere göre maruz kaldıkları ayrımcılıklar sebebi ile daha fazla strese maruz kaldığı söylenebilir. Dolayısıyla psikolojik stres seviyeleri yüksek olan bu grup psikiyatrik hastalıklar açısından daha fazla risk altındadır. Çalışmamızdaki verilerde alkol kullanımı daha sık olan grupta, diğerlerine kıyasla somatik ve kaygı atakları semptomlarının daha fazla olması ve yine madde kullanımı sık olan grupta diğerlerine kıyasla kaygı atakları semptomlarının daha fazla olması beklenen bir sonuçtur. Regier ve ark. (146) alkol kullanım bozuklukları veya madde kötüye kullanımı olanlarda %53 oranında ek psikiyatrik hastalık tanısı olduğunu göstermişlerdir. Yine yapılan çalışmalarda sosyal anksiyete bozukluğu, agorafobi, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu başta olmak üzere PTSS, duygudurum bozukluğu gibi bir çok psikiyatrik hastalığa alkol ve madde kötüye kullanımının eşlik ettiği bildirilmiştir (147)(148)(149). Alkol madde kullanım bozukluklarında ek tanı durumlarını açıklamaya çalışan etiyolojik çalışmalar “self medikasyon” teorisi ile alkol ve maddenin farmakolojik ve/veya psikolojik etkilerinin anksiyete belirtilerini yatıştırdığını, böylece alkol madde kullanımının devam ettiğini açıklamanın yanında, alkol madde kullanımının biyopsikososyal sonucu olarak anksiyete bozuklukları gibi ek psikiyatrik hastalıkların gelişebileceğini ifade etmektedir(150).

Kişilerin cinsel yönelimleri nedeni ile deneyimledikleri ayrımcılık ve damgalanmaların psikiyatrik hastalıklara yol açabildiği bilinmektedir. Ayrımcılık ve damgalanmanın getirdiği psikolojik stresin yanında, kişide oluşan psikiyatrik hastalıklar da intihar için başlı başına bir risk faktörü olabilmektedir. Cinsel yönelimi açısından azınlık gruplarda yüksek intihar oranları özellikle genç yaşlarda dikkat çekmektedir (130)(151)(152). Çalışmamızda, örneklem bugüne kadar psikiyatrik tanı alıp almaması durumlarına göre karşılaştırılmış ve literatürle uyumlu olarak bugüne

kadar psikiyatrik hastalık tanısı alan grupta ayrımcılık deneyimlerinin, somatik belirtilerinin, depresif belirtilerinin, anksiyete belirtilerinin, intihar düşüncelerinin, intihar düşünce yoğunluklarının, intihar girişimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Tüm örneklem bir arada değerlendirildiğinde ise, yine mevcut literatür ile uyumlu olarak katılımcılarda %22,99 oranında daha önce intihar girişimi öyküsü bulunduğu ve ilk intihar yaşı ortalamasının literatürü destekler nitelikte $18,30 \pm 4,35$ olduğu gösterilmiştir.

Psikiyatrik yakınması olan kişilerin daha çok psikolojik destek aldıkları bilinmektedir. Bu anlamda, çalışmamızda bugüne kadar psikolojik destek alan grubun, psikolojik destek almayan gruba göre anksiyete ve kaygı atakları semptomlarının daha fazla olması beklenebilir bir sonuçtur. Psikolojik dayanıklılık ile beş faktör kişilik özelliklerini (nevrotiklik, dışadönüklük, gelişime açıklık, uyumluluk, özdisiplin) inceleyen çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda elde edilen bulguların analizinde kendilik algısının nevrotiklik kişilik özelliği ile ters, aile uyumunun ise uyumluluk özellikleri ile aynı yönlü ilişki olduğu ortaya koyulmuştur (122)(138). Biz çalışmamızda psikolojik destek almayan grupta, psikolojik destek alan gruba göre kendilik algısı ve aile uyumunun daha yüksek olarak saptadık. Nevrotiklik kişilik özelliğinin psikiyatrik hastalık ve belirtiler için bir risk, uyumluluğun ise koruyucu olduğu düşünüldüğünde çalışmamızdaki bu veri mevcut literatürü destekler niteliktedir.

Katılımcıların farklı sebeplerle psikolojik destek aldığı görülmüştür. Günümüzde herhangi bir bilimsel geçerliliği olmayan ve APA gibi birçok dernek tarafından onaylanmayan “Onarım Terapisi” kimi zaman kişilerin psikolojik destek alma ve hatta aileleri tarafından psikolojik destek almaya zorlanma motivasyonu haline gelmektedir. Homofobinin sadece heteroseksüeller arasında değil, aynı zamanda eşcinseller arasında da yaygın olduğu ülkemizde “onarım terapisi” gibi uygulamalar eşcinsel kişilerin ruh sağlığı için risk oluşturmaktadır (153). ABD’de son zamanlarda aileleri tarafından “onarım terapisi” veya benzeri stratejilerin uygulanması için cinsel yönelimleri ile ilgili zorla terapistle veya dini lidere götürülen LGBT adölesanlar ile yapılan bir çalışmada, aileleri tarafından zorla götürülen grubun diğerlerine kıyasla genç erişkinlik dönemlerinde artmış intihar davranışları ve depresif semptomları olduğu gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada aileleri tarafından zorla

terapist ve ya dini lidere götürülen gençlerin, diğ er gruba kıyasla erişkinlik dönemlerinde daha az yaşam doyum, sosyal destek ve sosyoekonomik duruma sahip oldukları belirtilmiştir (154). Çalışmamızda cinsel yönelimi ile ilgili aile zoruyla psikolojik destek alan grubun, diğ erlerine göre ömür boyu intihar girişim oranlarının daha yüksek olduğu saptandı. Özellikle ergen ve genç erişkinlerin aile baskısından kurtulmalarının daha zor olduğunu göz önünde bulundurursak, sözde “onarım terapi”lerinin uygulanmaması ve LGBTİ+ haklarının korunması için geliştirilecek uygulamalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Kişinin cinsel yönelimini çevresi ile paylaşması olan açılma süreci, çeşitli sosyal ortamlarda (aile, iş, okul, arkadaş) ve çeşitli oranlar ile gerçekleşebilir. Literatürde açılmanın kişi üzerine sosyal destek, güven hissi, iyilik hali, yaşam doyumunu gibi olumlu sonuçları olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. İlgili yazında sözü geçen olumlu psikolojik sonuçların koruyucu etmenler olduğu, psikolojik dayanıklılığı güçlendirdiği ve böylece açılma yaşamış kişilerin ayrımcılıklar karşısında daha sağlıklı kalabildiği, bu kişilerde anksiyete ve depresyon semptomlarının daha az görüldüğü gösterilmiştir (155)(156)(157)(158). Bu verilerin değerlendirildiği bir derleme çalışmasında, açılma sürecinin mi olumlu psikolojik sonuçlara yol açtığı yoksa olumlu psikolojik faktörlerin var olduğu kişi ve ortamlarda mı açılmanın daha yüksek oranda olduğunun net olmadığı ve bu değerşenlerin karşılıklı olarak birbirini etkiliyor olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (159). Bunun yanında, açılma ile psikolojik dayanıklılık ve psikolojik sağlıklılık hali arasında olumlu ilişkisinin evrensel olmadığını ifade eden çalışmalar da vardır. Bu çalışmalarda, psikolojik dayanıklılığın açılma ile değeril, sosyal destek ile doğrudan ilişkili olduğu vurgulanmış olup; açılmanın olumsuz sonuçlarının da görülebileceği, açılmanın kişinin azınlık stres modelindeki stresörler ile ilk karşılaşma basamağının olduğu gösterilmiştir (160)(161)(162)(163). Lewis ve ark. (164) tarafından yapılan çalışmada açılmanın aile stresi ile ilişkili olduğu ve bu sürecin, kişinin cinsel yönelimi ile ilgili çevresi tarafından yanlış anlaşılmasına yol açıp kaygı seviyesini arttırdığı gösterilmiştir. Yine ilgili yazında erken açılmanın intihar düşüncesi ve girişimlerini, maruz kalınan ayrımcılık ve şiddet olaylarını arttırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (165)(166)(167)(168). Çalışmamıza katılanların büyük bir kısmı kendisini kısmen açık/kısmen örtük olarak tanımlıyordu. Kendisini rtk olarak tanımlayan katılımcı

olmamasına rağmen, katılımcıların aileye açılma oranlarının düşük olduğu görüldü. İlgili yazını destekler nitelikte, kısmen açık olan katılımcılar sıklıkla ilk önce sosyal çevrelerine, daha sonra akrabalarına, onları takiben anne veya babalarına açılıyordu. Bu durum, Türkiye’de aileye açılmanın diğer kişilere açılmaktan daha zor ve sona bırakılan bir evre olduğu şeklinde yorumlanabilir. Aynı zamanda çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak, aileye açılma yaşı düştükçe major depresif bozukluk semptomlarının, ömür boyu engellenen intihar girişimi sayısının ve bireye yönelik algılanan ayrımcılık seviyelerinin arttığı saptandı. Yine çalışmamızda aileye açılma yaşı yükseldikçe, psikolojik dayanıklılık unsurlarından olan sosyal yeterlilik artıyordu. Bu bağlamda, Türkiye’de geleneksel aile yapısı ve katılımcıların ailelerinin az oranda LGBTİ+ kişilere destekleyici bir yaklaşımda oldukları göz önünde bulundurulursa, açılma yaşının düşmesi ile kişilerde psikolojik olumsuz sonuçlar görülebileceği, yaşla beraber kişinin sosyal yeterliliği arttıkça açılmanın daha sağlıklı sonuçlar verebileceği söylenebilir. Açılmanın kişi üzerinde olumlu sonuçlarının görülebilmesinin ancak destekleyici bir ortamda ve kişinin kendi yeterliliklerini sağladığı koşullarda mümkün olacağı şeklinde yorumlanabilir.

5.2. ALGILANAN AYRIMCILIK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Algılanan ayrımcılık, azınlık stres modeli içerisinde yakın (proksimal) stresörler grubunda yer almaktadır. Algılanan ayrımcılıkların, deneyimlenen ayrımcılıklar ile pekiştiği belirtilmiş olup deneyimlerden farklı olarak kişinin subjektif beklentileri ve ayrımcılıkları yaşama kaygısı ile ilgilidir (72). Birçok alanda algılanan ayrımcılık düzeylerinin psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiş olup kişilerin aynı yaşam olaylarını farklı oranlarda algılamaları nedeniyle kişilerde farklı seviyelerde ruhsal sonuçlar görülebileceği ifade edilmiştir (169)

Ramirez ve ark. (170) tarafından yapılan çalışmada cinsel yönelim temelli ayrımcılıkların olumsuz ruhsal sonuçları için kişinin bizzat ayrımcılık ve damgalanmaları deneyimlemesine gerek olmadığı, kişinin ait olduğu gruptaki diğer kişilerin karşılaştığı ayrımcılıkları bilmesinin yeterli olacağı gösterilmiştir.

Bokting ve arkadaşlarının (61) 2013 yılında ABD’de yaptıkları, transseksüel kişilerde ayrımcılık ve damgalanmanın ruhsal sağlık ve psikolojik dayanıklılık ile ilişkisini incelendiği çalışmada, deneyimlenen ve algılanan ayrımcılıkların kişinin

ruhsal sağlığı ve psikolojik stresi üzerine farklı derecede sonuçları olduğu gösterilmiştir. Deneyimlenen ayrımcılığın erken açılma yaşı ile beraber arttığı fakat aynı ilişkinin algılanan ayrımcılık ile erken açılma yaşı arasında olmadığı ifade edilmiştir. Ayrıca, akran desteğinin deneyimlenen ayrımcılık ile psikolojik stres arasında moderatör olarak rol aldığı, aynı durumun algılanan ayrımcılık ile söz konusu olmadığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada genel bakış açısı ile deneyimlenen ve algılanan ayrımcılığın psikolojik stresi arttırdığı, artan psikolojik stresin de koruyucu faktör olan psikolojik dayanıklılığı azalttığı saptanmıştır.

Cinsel yönelimleri açısından azınlık olan kadınlarda yapılan bir çalışmada ise deneyimlenen ayrımcılıkların kişide cinsel yönelimleri nedeni ile reddedilme/kabul görmeme hassasiyeti yarattığı; bu hassasiyetin internal negativizm ve diğer yakın stresörlere yol açtığı gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada ortaya çıkan stresörlerin kişide motivasyon kaybına, kendisini gizleme ihtiyacına, sosyal izolasyona, zor yaşam olaylarına, damgalanma ile yüksek düzeyde meşguliyele sebep olduğu saptanmıştır (171).

Farklı etnik köken, dini görüş ve cinsiyet kimliği ile yapılan algılanan ayrımcılık çalışmalarında bireye yönelik ve gruba yönelik algılanan ayrımcılıkların farklı sonuçlara neden olabileceği gösterilmiştir (5)(117)(118). Ayrıca, algılanan ayrımcılığın bu iki farklı boyutunun birey üzerindeki etkilerinin farklı olması; kişinin gruba aidiyet süreciyle ve kendisini toplumun geneli yerine grup üyeleri ile karşılaştırma yoluyla daha yüksek benlik saygısı geliştirmesi ile ilişkilendirilmiştir (119)(172).

Başar ve ark. (5) tarafından cinsiyetinden hoşnutsuzluğu olan bireylerde psikolojik dayanıklılık ile algılanan sosyal destek ve algılanan ayrımcılık ilişkisinin ele alındığı çalışmada, bireye ve gruba yönelik algılanan ayrımcılıkların psikolojik dayanıklılık ile ilişkilerinde farklılık olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada, bireye yönelik algılanan ayrımcılığın psikolojik dayanıklılığı olumsuz etkilediği saptanırken, gruba yönelik algılanan ayrımcılığın psikolojik dayanıklılık unsurları ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Ayrıca, bireye yönelik algılanan ayrımcılık başlıklarından olan kabul görmeme, herkesin kendine karşı olduğunu hissetme ve hakarete uğramanın psikolojik dayanıklılığı farklı oranlarda etkilediği ifade edilmiştir.

Çalışmamızda hipotezimizi destekler nitelikte, bireye ve gruba yönelik algılanan ayrımcılık arttıkça psikolojik dayanıklılığın düştüğü saptandı. Alt ölçek ve alt başlıklar ile değerlendirildiğinde; her alandaki bireye yönelik algılanan ayrımcılık arttıkça kişideki sosyal yeterliliğin ve toplam psikolojik dayanıklılığın düştüğü görüldü. Bireye yönelik algılanan ayrımcılığın her alanı ile psikolojik dayanıklılık arasındaki bu ilişki gruba yönelik algılanan ayrımcılığın her alt başlığı ile psikolojik dayanıklılık arasında mevcut değildi. Bu çerçevede gruba yönelik algılanan ayrımcılığa kıyasla bireye yönelik algılanan ayrımcılığın psikolojik dayanıklılık üzerine olumsuz etkileri açısından daha büyük bir risk olduğu yorumu yapılabilir.

Algılanan ayrımcılık, kendini etiketleme, içselleştirilmiş homofobi gibi azınlık stres modelinin yakın stresörleri ile psikolojik dayanıklılık ilişkisini incelerken her iki taraftaki değişkenlerin birbiri üzerine olan etkilerini de akılda tutmak gerekir. Kişinin algıladığı ayrımcılıklar sosyal destek sistemlerine ulaşmasına zorluk yaratabilir. Diğer yandan psikolojik dayanıklılık bireye özgü bir özellik olarak ele alınırsa; psikolojik dayanıklılığı daha düşük olan kişilerin sosyal yeterliliklerinin de düşük olduğu ve dolayısıyla ayrımcılığın daha çok içselleştirilmesine zemin hazırlayacağı söylenebilir.

5.3. ALGILANAN AYRIMCILIK VE İNTİHAR

Yapılan birçok çalışmada heteroseksüel akranlarına kıyasla eşcinsel ve biseksüel erkeklerde daha yüksek oranda intihar davranışı olduğu gösterilmiştir. King ve ark. (112) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında biseksüel ve eşcinsel erkeklerin yaşam boyu intihar girişimlerinin, heteroseksüel erkeklere göre 4 kat fazla olduğu bildirilmiştir. Yine aynı konuda Yu ve ark. (173) yaptıkları çalışmada eşcinsel erkeklerde intihar düşüncesi, planı ve girişiminin toplum oranına göre 3-4 kat fazla olduğunu göstermiştir. Eşcinsel ve biseksüel erkeklerde gözlemlenen yüksek intihar davranışı oranlarını açıklamak için farklı teoriler mevcut olsa da çalışmamızın da temellerini aldığı azınlık stres modeli en çok kullanılan teorilerden bir tanesidir.

Meyer (59), 741 eşcinsel erkeği dahil ederek yaptığı çalışmada içselleştirilmiş homofobi, algılanan ayrımcılık ve deneyimlenen ayrımcılığın eşcinsel erkeklerde ruhsal sağlığa etkisini incelemiştir. Aynı çalışmada, bu 3 parametrenin de azınlık stres modelinde belirtildiği gibi psikolojik stresi arttırdığı dolayısıyla artmış intihar davranışlarına neden olabileceği belirtilmiştir.

Çalışmamızda ilgili yazınla uyumlu ve hipotezimizi destekler nitelikte algılanan ayrımcılığın artması ile kişideki intihar düşüncesi (ömür boyu ve geçen ay) ve ömür boyu intihar girişimi oranının arttığı saptandı. Mevcut literatüre ek olarak bireye yönelik ve gruba yönelik algılanan ayrımcılık ile intihar arasındaki ilişkiyi ayrı değerlendirdiğimizde; bireye yönelik algılanan ayrımcılığın artması ile intihar düşüncesi (ömür boyu ve geçen ay) ve ömür boyu intihar girişimi oranlarının arttığı saptanırken gruba yönelik ayrımcılık ile sadece ömür boyu intihar düşüncesinin arttığı gösterildi. Ayrıca, gruba yönelik ayrımcılık alt başlıklarından ev arama, sokak ve iş yeri alanları ile intihar davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Elde edilen veriler ışığında algılanan ayrımcılığın intihar riskini arttırdığı söylenebilir. Ayrıca bireye yönelik algılanan ayrımcılığın intihar riskini yordamada, gruba yönelik algılanan ayrımcılığa kıyasla daha etkin olduğu ifade edilebilir.

5.4. DENEYİMLENEN AYRIMCILIK VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Azınlık stres modeli çerçevesinde kişilerin deneyimledikleri ayrımcılıklar ise uzak (distal) stresörler dahilinde ele alınmaktadır. Azınlık stres modeline göre uzak stresörler kendi etkilerinin yanında yakın stresörlerin oluşmasına zemin hazırlayarak kişinin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (69). Meyer (72), psikolojik dayanıklılığın ancak stres varlığında anlaşılabileceğini ifade eder. Ve azınlık stres modeli içerisinde psikolojik dayanıklılığın sadece bireysel olarak ele alınmaması gerektiğini, çevrenin de kişilerin dayanıklılık sürecinde etkili olduğunu, toplumdaki homofobik/bifobik eylemlerin sosyal destek gibi güçlendirici unsurları azaltabileceğini belirtir.

Bugüne kadar yapılan çalışmaların çoğu cinsel yönelim temelli deneyimlenen ayrımcılıklar karşısında psikolojik dayanıklılığı güçlendiren aile desteği, akran desteği, organizasyonlara katılım gibi faktörler üzerine odaklanmıştır (95)(174)(175). İlgili yazında net olmayan unsur eşcinsel ve biseksüel erkeklerde bahsedilen koruyucu faktörlerin nasıl geliştiği, süreçleri ve engel yaratan bariyerlerin neler olduğu konusudur.

Kosciw ve ark. (176) tarafından 7816 LGBT öğrenci ile yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılık için koruyucu faktör olan açılmanın cinsel yönelimi temelli

mağduriyetleri arttırabileceği ve ayrımcılık deneyimlerinin ise psikolojik dayanıklılık gelişim süreçlerine olumsuz etkilerinin olabileceği gösterilmiştir.

Garnet ve ark. (177), azınlık grupta deneyimlenen ayrımcılık ve şiddet olaylarının kişiler üzerindeki etkilerini araştırmış ve azınlık grubun bir çok alanda maruz kaldığı bu durumların, mağdur kişilerde dünyayı anlamlı ve düzen içerisinde algılamalarına engel olduğunu dolayısı ile self devalüasyona neden olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda ilgili literatürler incelenerek oluşturulan hipotezimizi destekler nitelikte, kişilerde ayrımcılık deneyimleri arttıkça psikolojik dayanıklılıklarının düştüğü saptandı. İlgili yazında deneyimlenen ayrımcılığın hangi alanlarının psikolojik dayanıklılığın hangi alt ölçekleri ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmaya rastlanmamıştır. Verilerimizde ön planda, çocukluğunda eşcinselliğin/biseksüelliğin normal olmadığına dair bilgiler duyma sıklığı artan kişilerin gelecek algısı hariç her alanda psikolojik dayanıklılıklarının düştüğü saptanmıştır. “Normal” olmadığına dair bilgiler duyarak büyüyen kişilerin birçok alandaki gelişim süreçleriyle ilgili zorluk yaşadığı yorumu yapılabilir. Bu çerçevede başta aileler olmak üzere cinsel yönelim farklılıkları konusunda bireylere doğru bilgiler verilmesinin önemli olduğu söylenebilir.

5.5. DENEYİMLENEN AYIRIMCILIK VE İNTİHAR

Cinsel yönelimden bağımsız olarak yapılan çalışmalarda intihar davranışlarının yaklaşık %90 oranda ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (178). Heteroseksüel kişiler için de geçerli olan genel intihar davranışı risk faktörlerinin sabit tutulduğu çalışmalarda LGBT bireylere özgü birtakım riskler olduğu net olarak gösterilmiştir. Bu çalışmalarda en öne çıkan özgün risk faktörlerinden bir tanesinin cinsel yönelim temelli ayrımcılık deneyimleri olduğu gösterilmiştir (179).

Ayrıca Hatzenbuehler ve arkadaşları (180) tarafından yapılan bir çalışmada; deneyimlenen ayrımcılıkların ayrı bir başlık altında LGBT’ye özgü intihar davranışı için risk faktörü olabileceği gibi, azınlık stres kuramı dahilinde uzak stresör işlevi ile yakın stresörlere yol açarak dolaylı bir risk faktörü de olabileceği gösterilmiştir.

McDaniel ve arkadaşları (181), cinsel yönelim ile intihar riski arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, kişilerin cinsel yönelimi temelli deneyimledikleri ayrımcılıkların intihar riskini arttırdığını ve genel intihar risk faktörlerinin de varlığında bu riskin katlandığını göstermişlerdir.

Mustanski ve ark. (182) LGBT bireylerde intihar davranışlarının prediktörlerini inceledikleri bir takip çalışmada; cinsel yönelimi temelli deneyimlenen ayrımcılıkların, umutsuzluk hissinin, major depresif bozukluk semptomlarının, davranış bozukluklarının, dürtüsellüğün, intihar girişimi öyküsünün eşcinsel ve biseksüel erkeklerde intihar davranışı riskini arttırdığını göstermişlerdir. Yine aynı çalışmada ayrı bir risk faktörü olmasının yanında cinsel yönelimi temelli deneyimlenen ayrımcılıklara, koruyucu faktörlerden olan aile ve akran desteğini azaltabilmesi, umutsuzluk ve depresif semptomlar gibi risk faktörlerini artırabilmesi, major depresif bozukluk ve davranış bozukluğu ile intihar davranışı arasında mediatör olabilmesi nedeni ile dikkat çekilmiştir.

Çalışmamızda literatür ile uyumlu ve hipotezimizi destekler nitelikte, kişilerde ayrımcılık deneyimleri arttıkça, intihar düşüncesi (ömür boyu ve geçen ay) ve intihar girişiminin (ömür boyu) arttığı saptandı.

Bir halk sağlığı sorunu olan intihar davranışlarının nedenlerini anlamak; yüksek riske sahip kişileri korumak ve klinik açıdan değerlendirebilmek dolayısıyla tekrarlayabilecek intihar davranışlarını önlemek açısından kritik öneme sahiptir. Mevcut veriler doğrultusunda, birçok alanda ayrımcılığı deneyimleyen, cinsel yönelimi açısından azınlık olan kişilerin geliştirilecek yasalar/politikalar ile koruma altına alınmasının, kişilere yönelik nefret söylemlerinin önüne geçilmesinin, kişilere eşit haklar sağlanmasının hayati bir önem taşıdığı söylenebilir.

5.6 AYRIMCILIK VE PSİKIYATRİK SEMPTOMLAR

Eşcinsel ve biseksüellerin, heteroseksüel akranlarına kıyasla cinsel yönelimleri nedeni ile daha fazla ayrımcılığa maruz kaldıklarını gösteren birçok çalışma mevcuttur.

Literatürde uzak stresörler olan önyargı, damgalanma ve ayrımcılık deneyimleri ve bu deneyimlerin içselleştirilmesi ile artan yakın stresörler olan kendini

damgalama, algılanan ayrımcılık, içselleştirilmiş homofobinin kişideki ruhsal sonuçlarını araştıran çalışmalar görülmüştür. Azınlık stres modeli kapsamında hem uzak hem yakın stresörlerin psikolojik stresi arttırdığını, bu sebeple olumsuz ruhsal (depresyon, anksiyete, madde kullanım bozuklukları, intihar gibi) ve fiziksel (astım gibi) sonuçlara yol açtığı yapılan çalışmalarca gösterilmiştir (128)(183).

Keating ve ark. (114) tarafından ayrımcılığın kişiler üzerindeki etkisini araştırmak amacı ile yapılan çalışmada homofobi/bifobi temelli travma yaşayan kişilerde daha yüksek oranlarda PTST semptomları, dissosiyatif semptomları, duygusal disregülasyon saptanmıştır. Aynı çalışmada kaçınan ve kaygılı bağlanma stilleri olan kişilerde yaşanan travmaların daha yüksek oranda ayrımcılık ile ilişkilendirdiğini belirtilmiştir.

LGBTİ+ bireylerde ayrımcılığın ruhsal sağlık üzerine etkilerinin incelendiği, ABD’de yapılan başka bir prospektif çalışmada, eşcinsel evliliklerinin yasal olmadığı eyaletlerde yaşayan kişilerin eşcinsel evliliğin yasal olduğu eyaletlerde yaşayan kişilere göre daha yüksek oranda psikiyatrik hastalık tanısına sahip oldukları gösterilmiştir. (184).

D’augelli ve arkadaşlarının (63) eşcinsel ve biseksüel gençler ile yaptığı bir çalışmada ise cinsel yönelimi temelli ayrımcılığa daha sık maruz kalanlarda somatik, depresif, anksiyete ve kaygı atakları semptomlarının yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca, ayrımcılık deneyimlerinin sözel veya fiziksel olmasının bu skorlarda anlamlı bir değişiklik yapmadığı gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada, ayrımcılığa uğrama korkusu ile somatik, depresif, anksiyete ve kaygı atakları semptomları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır.

Bockting ve ark. (61) tarafından yapılan çalışmada, transseksüellerde algılanan ve deneyimlenen ayrımcılıkların ruh sağlığına etkilerini ayrı ele almıştır. Bu çalışmada deneyimlenen ve algılanan ayrımcılıklar ile somatik, depresif ve anksiyete semptomları arasındaki ilişkinin aynı yönlü ve anlamlı olduğu gösterilmiştir. Ayrıca deneyimlenen ayrımcılıkların psikolojik stresi arttırdığı, artan psikolojik stresin ise algılanan ayrımcılıkları arttırdığı ve bunların sonucu olarak koruyucu ruhsal faktörlerin (psikolojik dayanıklılık, aile desteği, akran desteği, kimlik onuru gibi) azaldığı gösterilmiştir.

Çalışmamızda da ilgili yazın ile uyumlu olarak, katılımcıların ayrımcılık deneyimleri ve algıları arttıkça somatik, depresif, anksiyete ve kaygı atakları semptomlarının arttığı saptandı. Ek olarak, bireye ve gruba yönelik algılanan ayrımcılıklar ayrı olarak ele alındığında; bireye yönelik algılanan ayrımcılık arttıkça somatik, depresif, temel anksiyete ve kaygı atakları semptomları artıyordu. Gruba yönelik algılanan ayrımcılık arttıkça yine depresif, temel anksiyete ve kaygı atakları semptomlarında artış saptanırken somatik semptomlar ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmadı. Ayrıca, çalışmamızda ilgili yazın ile uyumlu olarak kişilerde ayrımcılık deneyimleri arttıkça, algıladıkları ayrımcılık seviyeleri de artıyordu.

İlgili literatür bilgisi ve bu veriler ışığında deneyimlenen ayrımcılıkların olumsuz ruhsal sonuçlar için ayrı bir risk faktörü olmasının yanında, psikolojik stresi arttırması nedeni ile hipervijilansa sebep olup algılanan ayrımcılık düzeyini arttırdığı ve dolayısıyla sosyal yetersizlik gibi psikolojik dayanıklılığı azaltan durumlara yol açtığı yorumu yapılabilir. Yine bu bilgilerle ayrımcılığın her boyutunun psikiyatrik hastalıklar için zemin hazırladığı ve ayrımcılığın önlenmesiyle ileride gelişebilecek psikiyatrik hastalıkların da önlenmesinin mümkün olacağı söylenebilir.

6. KISITLILIKLAR

Katılımcılara kar topu yöntemi ile ulaşılması katılımcı sayısını artırsa da benzer sosyokültürel seviyedeki kişilere ulaşılmasına sebep olabileceğinden mevcut verilerin farklı sosyokültürel özellikteki gruplarla da karşılaştırılması sonraki çalışmalar için faydalı olacaktır. Ülkemizde cinsel yönelimi açısından azınlık grupla çalışmanın özgün kısıtlılıklarından bir tanesinin de kişilerde cinsel yönelimlerini paylaşma kaygısının olması ve dolayısıyla görüşmeci de dahil olmak üzere herhangi bir kişiye açılmayan (örtük) bireylerin çalışmaya dahil edilemiyor olması sayılabilir. Kullanılan ölçeklerin çoğunun öz bildirime dayalı ölçekler olması başka bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Katılımcıların algılanan ayrımcılıklarını ölçmek amacı ile kullanılan AGAÖ ve ABAÖ Türkçe yazında farklı azınlık gruplarda kullanılmasına rağmen Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Başka bir potansiyel kısıtlılık ise hayat boyu sorgulanan deneyimler açısından hatırlama yanlılığıdır. Çalışmanın kesitsel tasarımı ve psikolojik dayanıklılığın dinamik yapısı analiz edilen değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü belirlememize izin vermemektedir. Bu nedensellik ilişkilerinin kesin olarak ortaya konması ve bulgularımızın doğrulanması için daha geniş örneklem sayısı ile birçok değişkenin de dahil edildiği farklı tasarımdaki çalışmalara ihtiyaç vardır. İleride yapılacak çalışmalarda psikolojik dayanıklılık ile etkisi olduğu gösterilen sosyal destek sistemleri, bağlanma stilleri, kişilik örüntüleri gibi faktörlerin de incelenerek daha kapsamlı değerlendirmeler yapılması önerilir.

7. SONUÇLAR

1. Çalışmamıza dahil edilen, kendisini eşcinsel veya biseksüel erkek olarak tanımlayan katılımcıların en az bir alanda hayat boyu cinsel yönelimleri nedeni ile ayrımcılığa maruz kaldığı görülmüştür.
2. Sorgulanan ayrımcılık deneyimleri arasında en yüksek oranın eşcinselliğin/biseksüelliğin normal olmadığını dair bilgiler duyma başlığında olduğu saptanmıştır.
3. Katılımcıların ayrımcılıkları algılama düzeylerinin birbirinden farklı olduğu ve hepsinin ayrımcılık algısına sahip olduğu saptanmıştır.
4. Eşcinsel ve biseksüel erkekler arasında deneyimlenen ve algılanan ayrımcılık seviyeleri, intihar riskleri ve mevcut psikiyatrik semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.
5. Cinsel yönelimi nedeni ile ailesi tarafından zorla psikolojik destek alan katılımcılarda, diğer sebeplerle psikolojik destek alan gruba kıyasla ömür boyu intihar girişimi oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
6. Aileye açılma yaş ortalaması düştükçe kişide majör depresif bozukluk semptomlarının, engellenen intihar girişim sayılarının arttığı saptanmıştır. Bunun yanında, aileye açılma yaş ortalaması arttıkça kişinin psikolojik dayanıklılığın unsurlarından olan sosyal yeterliliğinin arttığı gösterilmiştir.
7. Bireye ve gruba yönelik algılanan ayrımcılık arttıkça psikolojik dayanıklılığın azaldığı saptanmıştır.
8. Algılanan ayrımcılık ve psikolojik dayanıklılık ilişkisi alt ölçek ve alt başlıklar ile değerlendirildiğinde; her alandaki bireye yönelik algılanan ayrımcılık arttıkça kişideki sosyal yeterliliğin ve toplam psikolojik dayanıklılığın düştüğü ama bahsedilen ilişkinin gruba yönelik algılanan ayrımcılık için geçerli olmadığı saptanmıştır.
9. Algılanan ayrımcılık arttıkça kişide intihar düşüncesi (ömür boyu ve geçen ay) ve intihar girişimi (ömür boyu) oranının arttığı saptanmıştır.
10. Deneyimlenen ayrımcılık arttıkça psikolojik dayanıklılığın azaldığı saptanmıştır.

11. Deneyimlenen ayrımcılık arttıkça kişide intihar düşüncesi (ömür boyu ve geçen ay) ve intihar girişimi (ömür boyu) oranının arttığı saptanmıştır.
12. Deneyimlenen ayrımcılık ve algılanan ayrımcılık arttıkça kişide somatik, genel anksiyete, depresif, kaygı atakları semptomlarının arttığı saptanmıştır.
13. Deneyimlenen ayrımcılık arttıkça kişide algılanan ayrımcılığın da arttığı saptanmıştır.
14. Cinsel yönelimi açısından azınlık grupta yer alan eşcinsel ve biseksüel erkeklerle yapılan bu çalışmanın odağına deneyimlenen ve algılanan ayrımcılık alınarak psikolojik dayanıklılık, intihar davranışları riski ve somatik, depresif, anksiyete semptomları ile olan ilişkileri tartışılmıştır. Genel olarak verilerimiz ışığında cinsel yönelim temelli deneyimlenen ve algılanan ayrımcılığın eşcinsel ve biseksüel erkeklerde ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Çalışmamız ile elde ettiğimiz veriler cinsel azınlık gruplarıyla çalışan ruh sağlığı çalışanlarının uygulamaları, koruyucu ruh sağlığı çalışmaları ve ayrımcılıkları önleyici düzenlemeler için yol gösterici olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Cass VC. Homosexual identity formation: a theoretical model. J Homosex. 1979;
2. Yalçinoğlu N, Önal AE. Eşcinsel ve biseksüel erkeklerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi ve sağlık üzerine etkileri/The internalized homophobia level of the homosexual and bisexual men and its effect on the health. Türkiye Halk Sağlığı Derg. 2014;
3. Herek GM, Garnets LD. Sexual orientation and mental health. Annu. Rev. Clin. Psychol.. 2007 Apr 27;3:353-75.
4. Collier KL, Bos HMW, Sandfort TGM. Intergroup contact, attitudes toward homosexuality, and the role of acceptance of gender non-conformity in young adolescents. J Adolesc. 2012;
5. Başar K, Öz G. Cinsiyetinden Hoşnutsuzluğu Olan Bireylerde Psikolojik Dayanıklılık: Algılanan Sosyal Destek ve Ayrımcılık ile İlişkisi = Resilience in individuals with gender dysphoria: Association with perceived social support and discrimination. Türk Psikiyatr Derg. 2016;
6. Yılmaz V, Göçmen I. Summary results of the social and economic problems of lesbian, gay, bisexual and transsexual (LGBT) individuals in Turkey research. Center for Policy and Research on Turkey. 2015;4:97-105.
7. American Psychological Association. (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. American Psychologist, 70(9), 832-864. doi.org/10.1037/a0039906.
8. Rathus SA, Nevid JS, Rathus LF (2010). Human Sexuality in a World of Diversity. Allyn & Bacon. p. 168. ISBN 0205786065.
9. Jacobson, R., & Joel, D. (2020). Gender identity and sexuality in an online sample of intersex-identified individuals: a descriptive study. Psychology & Sexuality. doi:10.1080/19419899.2019.1711447.
10. Russett C, Dreger AD. Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex. Am Hist Rev. 1999;
11. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. The Lancet. 2016.
12. Tate CC, Ledbetter JN, Youssef CP. A two-question method for assessing gender categories in the social and medical sciences. J Sex Res. 2013;
13. American Psychological Association. The Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients, adopted by the APA Council of Representatives, February 18-

20,2011.

14. Richards C, Bouman WP, Seal L, Barker MJ, Nieder TO, Tsjoen G. Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*. 2016.
15. 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.
16. Demirel G. Toplumsal cinsiyet mağduriyetinde erkek. In: 1st. International Scientific Researches Congress Humanity an Social Sciences; 2016. p. 254-264.
17. R. J. Stoller, Sex and gender: On the development of masculinity and femininity., Londra: Hogarth Press, 1968.
18. Ayten Zara - Burçak Özdemir, "Cinsiyet Roller", Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı, Çalışma Birimleri Dizisi 16, Ed: Şahika Yüksel, Leyla Gülseren, Ayşe D. Başterzi, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, , Ankara, 2013, ss.3-13.
19. Ebru Güzel, "Toplumsal Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık ve Medyanın Rolü", *Global Media Journal: TR Edition*,4(8), Spring 2014, s. 186.
20. Mackinnon CA. *Feminism unmodified: Discourses on life and law*. Harvard university press, 1987.
21. Butler J. *Cinsiyet belası*. Metis Yayıncılık, İstanbul, 2008.
22. Wishik, H., & Pierce, C. (1995). *Sexual orientation and identity: Heterosexual, lesbian, gay, and bisexual journeys*. New Dynamics Publ.
23. American Psychological Association & National Association of School Psychologists. (2015). Resolution on gender and sexual orientation diversity in children and adolescents in schools. Retrieved from <http://www.apa.org/about/policy/orientation-diversity>.
24. Kelly GF. *Sexuality today: The human perspective*. Chapter 12. New York: McGraw-Hill, 2004.
25. "What is the difference between bisexual and terms like pansexual, polysexual, omnisexual, ambisexual, and fluid?". American Institute of Bisexuality, 2014.
26. Ott MQ, Corliss HL, Wypij D, Rosario M, Austin SB. Stability and change in self-reported sexual orientation identity in young people: Application of mobility metrics. *Arch Sex Behav*. 2011;
27. Diamond LM. A Dynamical Systems Approach to the Development and Expression of Female Same-Sex Sexuality. *Perspect Psychol Sci*. 2007;

28. Drescher J. Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. Arch Sex Behav. 2010;
29. Baird, V. (2004). Cinsel çeşitlilik: yönelimler, politikalar, haklar ve ihlaller. (H. Doğan, Çev.). İstanbul: Metis Yayınları.
30. KaosGL Sözlük, <http://www.kaosgldernegi.org/belge.php?id=sozluk>.
31. Johannsen M. (2005) Lebensbilder homoseksueller Väter – Diplomprüfung im Studiengang Psychologie des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg.
32. STEIN TS. Homosexuality/Heterosexuality: Concepts of Sexual Orientation. Am J Psychiatry. 1992;
33. Herek GM. Heterosexuals' attitudes toward bisexual men and women in the United States. J Sex Res. 2002;
34. Kinsey Institute, Retrieved 16 February 2007. "Frequently Asked Sexuality Questions to the Kinsey Institute".
35. Bostwick WB, Boyd CJ, Hughes TL, McCabe SE. Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. Am J Public Health. 2010;
36. Jorm AF, Korten AE, Rodgers B, Jacomb PA, Christensen H. Sexual orientation and mental health: Results from a community survey of young and middle-aged adults. Br J Psychiatry. 2002;
37. Kuyper L, Fokkema T. Minority stress and mental health among dutch LGBs: Examination of differences between sex and sexual orientation. J Couns Psychol. 2011;
38. Herek GM. The Context of Anti-Gay Violence: Notes on Cultural and Psychological Heterosexism. J Interpers Violence. 1990;
39. Rothblum E, Bond L, Kitzinger C. Speaking of Oppression: Psychology, Politics, and the Language of Power. In: Preventing Heterosexism and Homophobia. 2014.
40. Herek GM, Gillis JR, Cogan JC. Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. J Consult Clin Psychol. 1999;
41. Iwasaki Y, Ristock JL. The nature of stress experienced by lesbians and gay men. Anxiety, Stress Coping. 2007;
42. Warner, M. Fear of a queer planet: Queer politics and social theory. Minneapolis:University of Minnesota press, ed. 1993.
43. Allen L. Queer pedagogy and the limits of thought: teaching sexualities at university. High Educ Res Dev. 2015;

44. Jagose, 1996, *Queer Theory: An Introduction*.
45. Özkazanç, Alev., 2015. *Feminizm ve Queer Kuram*. Ankara: Dipnot Yayınları.
46. Erdoğan B, Köten E. Yeni Toplumsal Hareketlerin Sınıf Dinamiği: Türkiye LGBT Hareketi
The Class Dynamics of New Social Movements: LGBT Movement in Turkey. Marmara
Üniversitesi Siyasal Bilim Derg. 2014;
47. Herek GM. Beyond “Homophobia”: Thinking about sexual prejudice and stigma in the
twenty-first century. *Sex Res Soc Policy*. 2004;
48. Budak, Selçuk (2003) *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
49. Weinberg, George (1972). *Society and The Healty Homosexual*. Boston: M.A. Alyson.
50. Shields SA, Harriman RE. Fear of male homosexuality: cardiac responses of low and high
homonegative males. *J Homosex*. 1984;
51. Giner-Sorolla R, Bosson JK, Caswell TA, Hettinger VE. Emotions in sexual morality: Testing
the separate elicitors of anger and disgust. *Cogn Emot*. 2012;
52. Monro, Surya (2015). *Bisexuality: Identities, Politics, and Theories*. Basingstoke: Palgrave
Macmillan. p. 23.
53. Hudson WW, Ricketts WA. A Strategy for the Measurement of Homophobia. *J Homosex*.
1980;
54. Lombardi E, Bettcher T. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender/Transsexual Individuals.
In: *Social Injustice and Public Health*. 2009.
55. ÖZCAN ELÇİ, Dicle. AYRIMCILIK, NEFRET SÖYLEMİ/SUÇLARI VE TRANSFOBİ İLE
DAMGALANAN TRANS KADINLAR. *Journal of International Social Research*, 2018,
11.55.
56. Connolly, William. E (1995). *Kimlik ve Farklılık*, (Çev. F. Lekesizalın). İstanbul: Ayrıntı
Yayınları.
57. Nahya, Z. Nilüfer (2011). İmgeler ve Ötekileştirme. *Atılım Sosyal Bilimler Dergisi*, S, 1(1), s.
27- 38.
58. Connell, Raewyn, W (2005). *Masculinities*. Canada: Available in United States.
59. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav*. 1995;
60. Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual
Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*. 2003.
61. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental

- health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. 2013;
62. D'Augelli AR, Grossman AH, Starks MT. Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *J Interpers Violence*. 2006;
 63. D'Augelli AR. Mental health problems among lesbian, gay, and bisexual youths ages 14 to 21. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2002;
 64. Hilbert RA, Jones EE, Farina A, Hastorf AH, Markus H, Miller DT, et al. *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. Contemp Sociol. 1985;
 65. Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. Predicting different patterns of sexual identity development over time among lesbian, gay, and bisexual youths: A cluster analytic approach. *Am J Community Psychol*. 2008;
 66. Başar.K (2010) Eşcinsel Yönelim Kimliği Gelişimi, Antihomofobi kitabı-2. Ankara, KaosGL.
 67. Cass V. Sexual orientation identity formation: A Western phenomenon. In: *Textbook of homosexuality and mental health*. 1996.
 68. Morris JF, Waldo CR, Rothblum ED. A model of predictors and outcomes of outness among lesbian and bisexual women. *Am J Orthopsychiatry*. 2001;
 69. Kelleher C. Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Couns Psychol Q*. 2009;
 70. Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Prof Psychol Res Pract*. 2012;
 71. Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W. Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2015;
 72. Meyer IH. Resilience in the Study of Minority Stress and Health of Sexual and Gender Minorities. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2015;
 73. Westbrook L, Schilt K. *Doing Gender, Determining Gender: Transgender People, Gender Panics, and the Maintenance of the Sex/Gender/Sexuality System*. Gend Soc. 2014;
 74. Frye V, Nandi V, Egan J, Cerda M, Greene E, Van Tieu H, et al. Sexual Orientation- and Race-Based Discrimination and Sexual HIV Risk Behavior Among Urban MSM. *AIDS Behav*. 2015;
 75. Herek GM, Sims C. Sexual Orientation and Violent Victimization: Hate Crimes and Intimate Partner Violence among Gay and Bisexual Males in the United States. In: *Unequal*

- Opportunity: Health Disparities Affecting Gay and Bisexual Men in the United States. 2009.
76. Herek GM. Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *J Soc Issues*. 2007;
 77. Cole SW. Social Threat, Personal Identity, and Physical Health in Closeted Gay Men. In: *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people*. 2006.
 78. Szymanski DM, Chung YB. Feminist attitudes and coping resources as correlates of lesbian internalized heterosexism. *Fem Psychol*. 2003;
 79. Mayfield W. The development of an internalized homonegativity inventory for gay men. *J Homosex*. 2001;
 80. Zakalik RA, Wei M. Adult attachment, perceived discrimination based on sexual orientation, and depression in gay males: Examining the mediation and moderation effects. *J Couns Psychol*. 2006;
 81. Herek GM. Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men. *J Gay Lesbian Med Assoc*. 1998;
 82. Berghe W Vanden, Dewaele A, Cox N, Vincke J. Minority-specific determinants of mental well-being among lesbian, gay, and bisexual youth. *J Appl Soc Psychol*. 2010;
 83. Kültüre Duyarlı Psikolojik Danışma Bağlamında Mikrosaldırıcılık: Ayrımcılığın Örtük Hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derg*. 2018;
 84. Torres L, Driscoll MW, Burrow AL. Racial microaggressions and psychological functioning among highly achieving African-Americans: A mixed-methods approach. *J Soc Clin Psychol*. 2010;
 85. Nadal KL, Skolnik A, Wong Y. Interpersonal and systemic microaggressions toward transgender people: Implications for counseling. *J LGBT Issues Couns*. 2012;
 86. Buckner 1, Mezzacappa J, Beardshee E. Aspects of Recovery and Resilience – Factors enabling an independent and fulfilling life Phase 1 (Focus Groups) Results. *Eur Psychiatry*. 2003;
 87. Funder DC, Block J. The role of ego-control, ego-resiliency, and IQ in delay of gratification in adolescence. *J Pers Soc Psychol*. 1989;
 88. Garmezy N, Masten AS, Tellegen A. The study of stress and competence in children: a building block for developmental psychopathology. *Child Dev*. 1984;
 89. Hegney DG, Buikstra E, Baker P, Rogers-Clark C, Pearce S, Ross H, et al. Individual resilience in rural people: a Queensland study, Australia. *Rural Remote Health*. 2007;

90. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *Am Psychol*. 2001;
91. Edward KL, Welch A, Chater K. The phenomenon of resilience as described by adults who have experienced mental illness. *J Adv Nurs*. 2009;
92. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*. 2010.
93. Rutten BPF, Hammels C, Geschwind N, Menne-Lothmann C, Pishva E, Schruers K, et al. Resilience in mental health: Linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2013.
94. Andersen AL. Strengths of gay male youth: An untold story. *Child Adolesc Soc Work J*. 1998;
95. Dickinson P, Adams J. Resiliency and mental health and well-being among lesbian, gay and bisexual people. *Int J Ment Health Promot*. 2014;
96. Craig SL, Austin A, McInroy LB. School-Based Groups to Support Multiethnic Sexual Minority Youth Resiliency: Preliminary Effectiveness. *Child Adolesc Soc Work J*. 2014;
97. Merton RK. Social theory and social structure. New York, NY:Free Press. (Original work published 1957).
98. Heisel, M.J., & Flett, G.L. (2007). Meaning in life and resilience to suicidal thoughts among older adults. In P.T.P. Wong, L.C.J. Wong, M. McDonald, & D. Klaassen (Eds.), *The positive psychology of meaning and spirituality* (pp. 183–196). Abbotsford, BC: .
99. Heisel MJ, Flett GL. Purpose in Life, Satisfaction with Life, and Suicide Ideation in a Clinical Sample. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004;
100. Heisel MJ, Flett GL. Psychological resilience to suicide ideation among older adults. *Clin Gerontol*. 2008;
101. <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/suicide?q=suicide>. (23.06.2020).
102. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative: World Health Organization. 2014.
103. JACOBS DG et al. Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *APA Pract Guidel*. 2010;
104. Odağ C. İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. *Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri.Yayınları*; 2008. s. 3-125.
105. Feldman MD. The challenge of self-mutilation:a review. *Compr Psychiatry* 1988;29(3):252-69.

106. World Health Organization. National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators. 2018.
107. Kutcher S, Chehil S. Protective factors for suicide. *Suicide Risk Management A Manual for Health Professionals*. 2007.
108. Siegmann P, Teismann T, Fritsc N, Forkmann T, Glaesmer H, Zhang XC, et al. Resilience to suicide ideation: A cross-cultural test of the buffering hypothesis. *Clin Psychol Psychother*. 2018; 25(1): e1–e9.
109. Van Heeringen C, Vincke J, Van Heeringen C. Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: A study of prevalence and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000;
110. A.H. F, K. C. Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *Am J Public Health*. 1998;
111. King M, McKeown E, Warner J, Ramsay A, Johnson K, Cort C, et al. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: Controlled, cross-sectional study. *Br J Psychiatry*. 2003;
112. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 2008.
113. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry*. 1999;
114. Keating L, Muller RT. LGBTQ+ based discrimination is associated with ptsd symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among LGBTQ+ adults who have experienced Trauma. *J Trauma Dissociation*. 2020;
115. Díaz RM, Ayala G, Bein E, Henne J, Marin B V. The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: Findings from 3 US cities. *Am J Public Health*. 2001;
116. Ruggiero KM, Taylor DM. Coping With Discrimination: How Disadvantaged Group Members Perceive the Discrimination That Confronts Them. *J Pers Soc Psychol*. 1995;
117. Baysu G (2007). The effects of intergroup perceptions and in group identifications on the political participation of the second-generation Turkish migrants in The Netherlands. *Yayınlanmamış doktora tezi. ODTÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.*
118. Akbaş G (2010) Social identity and intergroup relations: The case of Alevis and Sunnis in Amasya. *Yayınlanmamış doktora tezi. ODTÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2010.*

119. Schmitt MT, Branscombe NR. The Meaning and Consequences of Perceived Discrimination in Disadvantaged and Privileged Social Groups. *Eur Rev Soc Psychol*. 2002;
120. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova K V., Oquendo MA, et al. The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;
121. Güneş, A. (2015). Columbia İntihar Şiddeti Derecelendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi.
122. Friberg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2005;
123. Basim HN, Çetin F. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. = The reliability and validity of the Resilience Scale for Adults-Turkish Version. *Türk Psikiyatr Derg*. 2011;
124. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;
125. Yazıcı Güleç M, Güleç H, Şimşek G, Turhan M, Aydın Sünbül E. Psychometric properties of the Turkish version of the Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms. *Compr Psychiatry*. 2012;
126. Ögel K, Koç C, Görücü S. Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Ölçeğinin (Bapirt) Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. 9. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi, Edirne. 10 nolu poster bildirisi. 2015.
127. Stall R, Paul JP, Greenwood G, Pollack LM, Bein E, Crosby GM, et al. Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: The urban men's health study. *Addiction*. 2001;
128. Marshal MP, Friedman MS, Stall R, King KM, Miles J, Gold MA, et al. Sexual orientation and adolescent substance use: A meta-analysis and methodological review. *Addiction*. 2008.
129. Gilman SE, Cochran SD, Mays VM, Hughes M, Ostrow D, Kessler RC. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the national comorbidity survey. *Am J Public Health*. 2001;
130. Meyer IH, Dietrich J, Schwartz S. Lifetime prevalence of mental disorders and suicide attempts in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *Am J Public Health*. 2008;
131. Mustanski BS, Garofalo R, Emerson EM. Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *Am J Public*

- Health. 2010;
132. Sandfort TGM, de Graaf R, Bijl R V., Schnabel P. Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;
 133. Moradi B, Mohr JJ, Worthington RL, Fassinger RE. Counseling Psychology Research on Sexual (Orientation) Minority Issues: Conceptual and Methodological Challenges and Opportunities. *J Couns Psychol*. 2009;
 134. Balsam KF, Mohr JJ. Adaptation to Sexual Orientation Stigma: A Comparison of Bisexual and Lesbian/Gay Adults. *J Couns Psychol*. 2007;
 135. Udry JR, Chantala K. Risk assessment of adolescents with same-sex relationships. *J Adolesc Heal*. 2002;
 136. Ochs R. Biphobia: it goes more than two ways. In: Firestein BA, ed. *Bisexuality: The Psychology and Politics of an Invisible Minority*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1996:217–239.
 137. Saewyc EM, Skay CL, Hynds P, Pettingell S, Bearinger LH, Resnick MD, et al. Suicidal ideation and attempts in north american school-based surveys: Are bisexual youth at increasing risk? *J LGBT Health Res*. 2008;
 138. Çetin F, Yeloğlu HO, Basım HN. Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: Bir kanonik İlişki analizi = The role of big five personality on predicting the resilience: A canonical relation analysis. *Türk Psikol Derg*. 2015;
 139. Sánchez FJ, Greenberg ST, Liu WM, Vilain E. Reported Effects of Masculine Ideals on Gay Men. *Psychol Men Masculinity*. 2009;
 140. Bailey JM, Kim PY, Hills A, Linsenmeier JAW. Butch, femme, or straight acting? Partner preferences of gay men and lesbians. *J Pers Soc Psychol*. 1997;
 141. Phua VC. Sex and Sexuality in Men's Personal Advertisements. *Men Masc*. 2002;
 142. Taywaditep KJ. Marginalization among the marginalized: Gay men's anti-effeminacy attitudes. *J Homosex*. 2001;
 143. Coleman PHD D, Kaplan DRPH MS, Casey PHD JT. The Social Nature of Male Suicide: A New Analytic Model. *Int J Mens Health*. 2011;
 144. Addis ME, Mahalik JR. Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking. *American Psychologist*. 2003.
 145. Connell RW. Gender. *Short introductions*. Short Introductions. 2009.
 146. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of Mental

- Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA J Am Med Assoc.* 1990;
147. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 1990;
 148. Schneider U. Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. *Alcohol Alcohol.* 2001;
 149. Franklin JE, Frances RJ. Psychiatric disorders in general hospital patients: substance related disorders. Rundell JR, Wise MG (Eds), *Textbook of Consultation Liaison Psychiatry.* Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996:426-466.
 150. Kushner MG, Abrams K, Borchardt C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: A review of major perspectives and findings. *Clin Psychol Rev.* 2000;
 151. Scourfield J, Roen K, McDermott L. Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's experiences of distress: Resilience, ambivalence and self-destructive behaviour. *Heal Soc Care Community.* 2008;
 152. Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health.* 2001;
 153. Yetkin N. 12.2. Tedavi Olmayan Tedavi Olarak "Onarım Terapisi". *Eşcinsellik.*:95.
 154. Ryan C, Toomey RB, Diaz RM, Russell ST. Parent-Initiated Sexual Orientation Change Efforts With LGBT Adolescents: Implications for Young Adult Mental Health and Adjustment. *J Homosex.* 2020;
 155. Beals KP, Peplau LA, Gable SL. Stigma management and well-being: The role of perceived social support, emotional processing, and suppression. *Personal Soc Psychol Bull.* 2009;
 156. Vaughan MD, Waehler CA. Coming out growth: Conceptualizing and measuring stress-related growth associated with coming out to others as a sexual minority. *J Adult Dev.* 2010;
 157. Jordan KM, Deluty RH. Coming out for lesbian women: Its relation to anxiety, positive affectivity, self-esteem, and social support. *Journal of Homosexuality.* 1998.
 158. Lehavot K, Simoni JM. The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. *J Consult Clin Psychol.* 2011;
 159. Kwon P. Resilience in Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Personal Soc Psychol Rev.* 2013;
 160. Frost DM, Meyer IH. Internalized Homophobia and Relationship Quality Among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *J Couns Psychol.* 2009;

161. Lewis RJ, Derlega VJ, Griffin JL, Krowinski AC. Stressors for gay men and lesbians: Life stress, gay-related stress stigma consciousness, and depressive symptoms. *J Soc Clin Psychol.* 2003;
162. Oetjen H, Rothblum ED. When lesbians aren't gay: Factors affecting depression among lesbians. *J Homosex.* 2000;
163. Huebner DM, Davis MC. Gay and bisexual men who disclose their sexual orientations in the workplace have higher workday levels of salivary cortisol and negative affect. *Ann Behav Med.* 2005;
164. Lewis RJ, Derlega VJ, Berndt A, Morris LM, Rose S. An empirical analysis of stressors for gay men and lesbians. *J Homosex.* 2001;
165. D'Augelli AR, Grossman AH, Salter NP, Vasey JJ, Starks MT, Sinclair KO. Predicting the Suicide Attempts of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2005;
166. Remafedi G, Farrow JA, Deisher RW. Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics.* 1991;
167. Russell ST, Seif H, Truong NL. School outcomes of sexual minority youth in the United States: Evidence from a national study. *J Adolesc.* 2001;
168. Russell ST, Ryan C, Toomey RB, Diaz RM, Sanchez J. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescent School Victimization: Implications for Young Adult Health and Adjustment. *J Sch Health.* 2011;
169. Major B, Sawyer PJ. Attributions to discrimination: Antecedents and consequences. In: *Handbook of Prejudice, Stereotyping, and Discrimination.* 2009.
170. Ramirez JL, Paz Galupo M. Multiple minority stress: The role of proximal and distal stress on mental health outcomes among lesbian, gay, and bisexual people of color. *J Gay Lesbian Ment Heal.* 2019;
171. Dyar C, Feinstein BA, Eaton NR, London B. The Mediating Roles of Rejection Sensitivity and Proximal Stress in the Association Between Discrimination and Internalizing Symptoms Among Sexual Minority Women. *Arch Sex Behav.* 2018;
172. Turner J. Some current issues in research on social identity and self-categorization theories. Blackwell, Oxford, UK. 1999;
173. Yu L, Li Y, Liu L, Li S, Na J, An X, et al. Association of recent gay-related stressful events and emotional distress with suicidal behaviors over 12 months in Chinese men who have sex with men. *Asia-Pacific Psychiatry.* 2018;

174. Mustanski B, Newcomb ME, Garofalo R. Mental health of lesbian, gay, and bisexual youths: A developmental resiliency perspective. *J Gay Lesbian Soc Serv.* 2011;
175. King SD, Richardson VE. Influence of income, being partnered/married, resilience, and discrimination on mental health distress for midlife and older gay men: mental health distress among midlife and older gay men: the importance of partners and resilience.
176. Kosciw JG, Palmer NA, Kull RM. Reflecting Resiliency: Openness About Sexual Orientation and/or Gender Identity and Its Relationship to Well-Being and Educational Outcomes for LGBT Students. *Am J Community Psychol.* 2014;
177. Garnets L, Herek GM, Levy B. Violence and Victimization of Lesbians and Gay Men: Mental Health Consequences. *J Interpers Violence.* 1990;
178. Spirito A, Esposito-Smythers C. Attempted and Completed Suicide in Adolescence. *Annu Rev Clin Psychol.* 2006;
179. Wichstrøm L, Hegna K. Sexual orientation and suicide attempt: A longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *J Abnorm Psychol.* 2003;
180. Hatzenbuehler ML. How Does Sexual Minority Stigma “Get Under the Skin”? A Psychological Mediation Framework. *Psychol Bull.* 2009;
181. McDaniel JS, Purcell D, D’Augelli AR. The Relationship Between Sexual Orientation and Risk for Suicide: Research Findings and Future Directions for Research and Prevention. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2001;
182. Mustanski B, Liu RT. A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Arch Sex Behav.* 2013;
183. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Barkan SE. Disability among lesbian, gay, and bisexual adults: Disparities in prevalence and risk. *Am J Public Health.* 2012;
184. Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Keyes KM, Hasin DS. The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study. *Am J Public Health.* 2010;



EKLER

EK-2 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

“Eşcinsel ve Biseksüel Erkeklerde Deneyimlenen ve Algılanan Ayrımcılığın Psikolojik Dayanıklılık ve İntihar Riski ile İlişkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlıklarını bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve çalışmacıyla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Araştırmamızın amacı ülkemizde eşcinsel ve biseksüel erkeklerde deneyimlenen ve algılanan ayrımcılığın bireylerdeki psikolojik dayanıklılık ve intihar riski üzerine etkisini araştırmak, anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi ruhsal hastalıkların ve intihar girişimlerinin daha sık görüldüğü gösterilen cinsel yönelimi açısından azınlık olan bireylerde koruyucu ruh sağlığı uygulamaları ve ayrımcılıklara yönelik düzenlemelerin ve alınması gereken önlemlerin hedeflerinin belirlenmesi konusunda literatüre katkı sunabilmektir.

Araştırmada, araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formu, araştırma ile ilgili ölçekler kullanılacaktır, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde bu ölçek ve formları doldurmanız beklenmektedir.

Bu araştırmaya 18 yaş ve üstünde olan, kendisini eşcinsel veya biseksüel erkek olarak beyan eden, içirme ve dışlama kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların alınması planlanmıştır. Araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı kabul edenler dahil edilecektir.

Araştırma Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar vererseniz bu yazılı bilgilendirilmiş onam formu, imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

Bana önerilen araştırma yöntemi dışında başka alternatif yöntemler var mı?

Araştırmamızın amacı ülkemizde günümüz koşullarında homofobik/bifobik ayrımcılığa maruz kalan eşcinsel ve biseksüel erkeklerde, kişiler tarafından deneyimlenen ve algılanan ayrımcılığın bireylerin psikolojik dayanıklılığı ve intihar riski üzerine etkisini ortaya koymak, birbirleri arasındaki ilişkiyi bulmak ve sonuçlarla cinsel yönelimi nedeni ile cinsel azınlık olarak kabul edilen kişilerde ayrımcılığın sebep olduğu ruhsal bozukluklara ve homofobik/bifobik ayrımcılığa yönelik koruyucu önlemler alınması bakımından hedeflerin belirlenmesi konusunda literatüre katkı sunabilmektir.

Sözel değerlendirme dışında herhangi bir girişimsel uygulama yapılmayacaktır.

Aydınlatılmış Onam Formu

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, göreceğim olası bir zarar durumunda ne yapılacak ?

Araştırmada hastalığınız açısından güvenli olmayan bir müdahale ya da girişim olmayacaktır. Bu inceleme sırasında herhangi bir komplikasyon veya yan etki beklenmemektedir. Bilinmeyen etkilerden dolayı değerlendirme sırasında ortaya çıkabilecek olası bir zararın giderilmesi için gerekli her türlü tıbbi müdahale yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar tarafımızca üstlenilecektir.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir ?

Araştırmamızın amacı ülkemizde günümüz koşullarında homofobik/bifobik ayrımcılığa maruz kalan eşcinsel ve biseksüel erkeklerde, kişiler tarafından deneyimlenen ve algılanan ayrımcılığın bireylerin psikolojik dayanıklılığı ve intihar riski üzerine etkisini ortaya koymak, birbirleri arasındaki ilişkiyi bulmak ve sonuçlarla cinsel yönelimi nedeni ile cinsel azınlık olarak kabul edilen kişilerde ayrımcılığın sebep olduğu ruhsal bozukluklara ve homofobik/bifobik ayrımcılığa yönelik koruyucu önlemler alınması bakımından hedeflerin belirlenmesi konusunda literatüre katkı sunabilmektir

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir ?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. (ulaşım ve yemek paraları da dahil olmak üzere gönüllülere herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.)

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak ?

Araştırma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz araştırma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır..Araştırmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma sonuçları araştırma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Gönüllüler nasıl korunur ?

Gönüllünün serbest iradesi ile araştırmaya dahil edileceğine dair oluru alınır ve bu durum (c) bendinde yer alan bilgilendirmeye yönelik hususları kapsayan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile belgelenir. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllüye verilir, diğeri ise araştırmacıda kalır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim ?

Araştırma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da araştırma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: ALPER BÜLBÜL

GÖREVİ: PSİKİYATRİ
HEKİMİ

TELEFON:
+905362150364

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Dr. Alper Bülbül tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)..*

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence

verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Alper Bülbül'ü , +90 5362150364 numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Dr Alper Bülbül

Tel:05362150364

İmza:

Tarih

EK-3 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsel yöneliminiz:

- (1) Eşcinsel
- (2) Biseksüel
- (3) Diğer (...)

3. Eğitim düzeyiniz:

- (1).Hiç okula gitmedim
- (2). İlkokul
- (3). Ortaokul
- (4). Lise
- (5). Üniversite
- (6). Yüksek lisans
- (7).Doktora

4. Çalışma durumunuz:

- (1). Çalışıyor
- (2). Çalışmıyor
- (3). Hiç çalışmamış
- (4). Emekli
- (5). Öğrenci

5. Çalışıyorsanız mesleğiniz:

.....
.....

6. Medeni durumunuz

- (1).Evli
- (2).Partneri var
- (3).Bekar
- (4).Boşanmış/Ayrı yaşıyor
- (5).Eşi vefat etmiş

7. Çocuğunuz var mı?

- (1). Yok
- (2).Bir çocuk
- (3). İki çocuk
- (4). Üç ve üzeri

8. Yasadığınız şehir:

9. 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

10. Yaşadığınız şehre gelmeden önce, en uzun yaşadığınız yerleşim yeri:

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

11. Aylık toplam geliriniz:

- (1). Düzenli gelirim yok
- (2). 2000 TL ve altı
- (3). 2000-4000 TL
- (4). 4000-6000 TL
- (5). 6000-8000 TL
- (6).8000 TL ve üstü

12. Kiminle yaşıyorsunuz?

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

13. Alkol kullanımı (Son altı ay içinde)

- (1).Hiçbir zaman veya ayda 1-3 kez
- (2).Haftada 1-5 kez
- (3).Hemen her gün

14. Madde kullanımı (Son bir yıl içinde)

- (1).Hiçbir zaman
- (2).En az bir kez
- (3).Üçten fazla kez

15. Bilinen tıbbi hastalığınız var mı?

- (1).Yok
- (2).Var
- Varsa.....

16. Tanı almış bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

- (1) Yok
- (2) Var
- Varsa.....

17. Annenizin eğitim durumu:

- (1) Okur-yazar değil
- (2) Okur-yazar
- (3) İlkokul mezunu
- (4) Ortaokul mezunu
- (5) Lise mezunu
- (6) Üniversite/yüksek okul mezunu

18. Babanızın eğitim durumu:

- (1) Okur-yazar değil
- (2) Okur-yazar
- (3) İlkokul mezunu
- (4) Ortaokul mezunu
- (5) Lise mezunu
- (6) Üniversite/yüksek okul mezunu

19. Cinsel yöneliminizi yaşayış biçiminiz:

- (1).Örtük (Henüz kimseye açılmadım)
- (2).Kısmen örtük/Kısmen açık (Bazı aile üyeleri, bazı arkadaşlar gibi sınırlı bir çevre)
- (3).Açık (Tüm aile üyeleri, tüm arkadaşlar gibi)

20. Anneniz cinsel yöneliminizi size göre ne kadar kabul ediyor?

- (1) Bilmiyor
- (2) Tamamen kabul ediyor
- (3) Kısmen kabul ediyor
- (4) Hiç kabul etmiyor

21. Annenize açıldıysanız açılma yaşıınız:

22. Babanız cinsel yöneliminiz size göre ne kadar kabul ediyor?

- (1).Bilmiyor
- (2).Tamamen kabul ediyor
- (3).Kısmen kabul ediyor
- (4).Hiç kabul etmiyor

23. Babanıza açıldıysanız açılma yaşıınız:

24. Kardeş(ler)iniz cinsel yöneliminizi size göre ne kadar kabul ediyor?

- (1) Bilmiyor(lar)
- (2) Bilen(ler) tamamen kabul ediyor
- (3) Bilen(ler) kısmen kabul ediyorlar

(4) Hiç kabul etmiyor(lar)

25. Kardeş(ler)inize açıldıysanız açılma yaşıınız:

26. Yakın akrabalarınız (teyze, amca, dayı, hala gibi) cinsel yöneliminizi size göre ne kadar kabul ediyor?

- (1).Bilmiyorlar
- (2).Bilenler tamamen kabul ediyor
- (3).Bilenler kısmen kabul ediyorlar
- (4).Hiç kabul etmiyorlar

27. Yakın akrabalarınızdan herhangi birisine açıldıysanız ilk açılma yaşıınız:

28. Çevrenizdeki insanlar (iş arkadaşlarınız, okul arkadaşlarınız, komşularınız) cinsel yöneliminizi size göre ne kadar kabul ediyor?

- (1).Bilmiyorlar
- (2). Bilenler tamamen kabul ediyor
- (3).Bilenler kısmen kabul ediyorlar
- (4).Hiç kabul etmiyorlar

29. Çevrenizdekilere (iş arkadaşlarınız, okul arkadaşlarınız, komşularınız) açıldıysanız ilk açılma yaşıınız:

30. Kendi cinsel yöneliminizi kabul ettiğinizde kaç yaşındaydınız?.....

31. Kendinizi nasıl tanımlarsınız?

- (1) Maskülen (erkeksi) özelliklerimin ön planda olduğumu hissediyor/düşünüyorum
- (2) Feminin (kadınsı) özelliklerimin ön planda olduğumu hissediyor/düşünüyorum
- (3) Her ikisine de ait özellikleri taşıdığımı hissediyor/düşünüyorum

32. Çevrenizdekiler sizi nasıl tanımlar?

- (1) Maskülen (erkeksi) özelliklerimin ön planda olduğunu söylerler
- (2) Feminin (kadınsı) özelliklerimin ön planda olduğumu söylerler
- (3) Her ikisine de ait özellikleri taşıdığımı söylerler

33. Aileniz size, heteroseksüel ilişkiye girmeniz veya evlenmeniz için baskı yapıyor mu?

- (1) Evet
- (2) Hayır

34. Ailenizde (çekirdek ve geniş aile) LGBTİ+ birey var mı?

- (1) Evet
- (2) Hayır

35. Ailenizin tanıdığı/bildiği LGBTİ+ bireylerine tepkisi nasıl?

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

36. LGBTİ+ topluluk etkinliklerine katılır mısınız?

- (1).Evet
- (2).Hayır

37. LGBTİ+ 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):

38. LGBTİ+ cafe-bara gider misiniz?

- (1).Evet
- (2).Ara sıra
- (3).Hayır

39. Dini görüşünüz?

- (1).Dindarım
- (2).Dindar değilim
- (3).Dini inancım yok

40. Eşcinselliğin/Biseksüelliğin günah olduğuna inanıyor musunuz?

- (1).Hayır
- (2).Evet

41. Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?

- (1).Evet
- (2).Hayır

42. Yanıtınız evet ise kaç kez oldu?.....

43. Yanıtınız evet ise ilk kez kaç yaşında oldu?.....

44. Daha önce psikolojik destek aldınız mı? (Psikolog veya psikiyatrist başvurusu)

- (1).Evet
- (2).Hayır

45. Aldıysanız sebebi ne olmuştu?

- (1).Cinsel yönelimden bağımsız
- (2).Cinsel yönelimle ilgili, ailemin zoruyla
- (3).Cinsel yönelimle ilgili, kendi isteğim ile
- (4).Cinsel yönelimden kurtulmak için

46. Çocukluğunuzda ne sıklıkla cinsel yöneliminiz nedeni ile sizinle dalga geçildi?

- (1) Asla
- (2) Arasıra/Nadiren
- (3) Zaman zaman
- (4) Sık sık
- (5) Daima

47. Çocukluğunuzda ne sıklıkla cinsel yöneliminiz nedeni ile fiziksel şiddete maruz kaldınız?

- (1) Asla
- (2) Arasıra/Nadiren
- (3) Zaman zaman
- (4) Sık sık
- (5) Daima

48. Yetişkinliğinizde ne sıklıkla cinsel yöneliminiz nedeni ile sizinle dalga geçildi?

- (1) Asla
- (2) Arasıra/Nadiren
- (3) Zaman zaman
- (4) Sık sık
- (5) Daima

49. Yetişkinliğinizde ne sıklıkla cinsel yöneliminiz nedeni ile fiziksel şiddete maruz kaldınız?

- (1) Asla
- (2) Arasıra/Nadiren

- (3) Zaman zaman
- (4) Sık sık
- (5) Daima

50. Çocukluğunuzda ne sıklıkla eşcinsellerin/biseksüellerin yalnız yaşlandıklarına dair bilgiler duydunuz?

- (1) Asla
- (2) Arasıra/Nadiren
- (3) Zaman zaman
- (4) Sık sık
- (5) Daima

51. Çocukluğunuzda ne sıklıkla eşcinselliğin/biseksüelliğin normal olmadığına dair bilgiler duydunuz?

- (1) Asla
- (2) Arasıra/Nadiren
- (3) Zaman zaman
- (4) Sık sık
- (5) Daima

52. Çocukluğunuzda ne sıklıkla cinsel yöneliminizin ailenizi incittiğini veya utandırdığını hissettiniz?

- (1) Asla
- (2) Arasıra/Nadiren
- (3) Zaman zaman
- (4) Sık sık
- (5) Daima

53. Bugüne kadar ne sıklıkla heteroseksüelmiş gibi davranmak zorunda kaldınız?

- (1) Asla
- (2) Arasıra/Nadiren
- (3) Zaman zaman
- (4) Sık sık
- (5) Daima

54. İş yerinde ne sıklıkla cinsel yöneliminiz nedeni ile ayrımcılığa maruz kaldınız?

- (1) Asla
- (2) Arasıra/Nadiren
- (3) Zaman zaman
- (4) Sık sık
- (5) Daima

55. Cinsel yöneliminiz nedeni ile ne sıklıkla ailenizden uzaklaşmak zorunda kaldınız?

- (1) Asla
- (2) Arasıra/Nadiren
- (3) Zaman zaman
- (4) Sık sık
- (5) Daima



EK-4 ALGILANAN BİREYE YÖNELİK AYRIMCILIK ÖLÇEĞİ (ABAÖ) VE ALGILANAN GRUBA YÖNELİK AYRIMCILIK ÖLÇEĞİ (AGAÖ)

Bireyde cinsel duygu, istek ve davranışların belli bir cinsiyete ya da nesneye çekimidir. Cinsiyet kimliği bireyin kendini hangi cinsiyetten hissettiği ile ilgiliyken, cinsel yönelim hangi cinsiyete ilgi duyduğu ile ilgilidir. Yönelim kişinin kendi cinsiyet kimliğine yönelik olduğunda eşcinsel (homoseksüel), diğer cinsiyet kimliğine yönelik olduğunda heteroseksüel, her iki cinsiyet kimliğine yönelik olduğunda biseksüel olarak adlandırılır. Bu bölümde sizden eşcinsel veya biseksüel bireylerle ilgili bir takım ifadeleri değerlendirmeniz istenmektedir. Bu testte geçen “eşcinsel” terimi, kişinin kendi cinsiyetinden olan kişilere karşı cinsel ilgi duyması anlamında ve “biseksüel” terimi kişinin hem kendi cinsinden hem de kendi cinsinden farklı kişilere karşı cinsel ilgi duyması anlamında kullanılmıştır.

Bu ifadeler herhangi bir duruma ya da görüşe dayanmamaktadır. Dolayısıyla hiçbirinin doğru veya yanlış cevabı yoktur. Sadece sizin nasıl düşündüğünüz ve algınız önemlidir. Sizin görüş ve düşüncenize karşılık gelen seçeneği (rakamı) 1’den (hiç) 5’e (her zaman) kadar değerlendirilmiş ölçek üzerinde daire içine alarak belirtiniz. Lütfen ölçekte bulunan tüm ifadeleri değerlendiriniz.

Lütfen her ifadenin karşısındaki en uygun rakamı daire içine alarak belirtiniz.

1	2	3	4	5
Asla	Arasıra/nadiren	Zaman zaman	Sık sık	Daima

Bireysel ayrımcılık

Eşcinsel veya biseksüel olmayanlar tarafından kabul görmediğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
Eşcinsel veya biseksüel olmayanların bana karşı olduklarını hissediyorum.	1	2	3	4	5
Eşcinsel veya biseksüel olduğum için dalga geçildim ve hakarete uğradım.	1	2	3	4	5
Eşcinsel veya biseksüel olduğum için insanlar benden uzaklaştı ya da aralarına almadılar.	1	2	3	4	5

Gruba ayrımcılık

Türkiye’de eşcinsel veya biseksüel bireyler ne sıklıkla iş ararken ayrımcılık yaşıyor?	1	2	3	4	5
Türkiye’de eşcinsel veya biseksüel bireyler ne sıklıkla ev ararken ayrımcılık yaşıyor?	1	2	3	4	5
Türkiye’de eşcinsel veya biseksüel bireyler ne sıklıkla sokakta ayrımcılık yaşıyorlar?	1	2	3	4	5

Türkiye’de eşcinsel veya biseksüel bireyler ne sıklıkla alışveriş yaparken (örneğin, giyim ya da gıda malzemesi alırken, cafe veya lokantaya gittiğinde) ayrımcılık yaşıyorlar?	1	2	3	4	5
Türkiye’de eşcinsel veya biseksüel bireyler ne sıklıkla okulda ayrımcılık yaşıyorlar?	1	2	3	4	5
Türkiye’de eşcinsel veya biseksüel bireyler ne sıklıkla işyerinde ayrımcılık yaşıyorlar?	1	2	3	4	5
Türkiye’de eşcinsel veya biseksüel bireyler ne sıklıkla sağlık hizmeti alırken ayrımcılık yaşıyorlar?	1	2	3	4	5



EK-5 YETİŞKİNLER İÇİN DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...						
Her zaman bir çözüm bulurum	1	2	3	4	5	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...						
Başarılması zordur	1	2	3	4	5	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...						
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	1	2	3	4	5	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum						
Diğer kişilerle birlikte	1	2	3	4	5	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...						
Benimkinden farklıdır	1	2	3	4	5	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...						
Hiç kimseyle tartışmam	1	2	3	4	5	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...						
Çözemem	1	2	3	4	5	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...						
Nasıl başaracağımı bilirim	1	2	3	4	5	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ...						
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	1	2	3	4	5	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak						
Önemli değildir	1	2	3	4	5	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim						
Çok mutlu	1	2	3	4	5	Çok mutsuz
12. Beni ...						
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir	1	2	3	4	5	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...						
Olduğuna çok inanırım	1	2	3	4	5	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum						
Ümit verici	1	2	3	4	5	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...						
Zamanımı planlama	1	2	3	4	5	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir						
Kolayca yapabildiğim	1	2	3	4	5	Yapmakta zorlandığım

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...										
Birbirinden bağımsız					1	2	3	4	5	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ...										
Zayıftır					1	2	3	4	5	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...										
Çok fazla güvenmem					1	2	3	4	5	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...										
Belirsizdir					1	2	3	4	5	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...										
Günlük yaşamımda yoktur					1	2	3	4	5	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...										
Benim için zordur					1	2	3	4	5	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...										
Geleceğe pozitif bakar					1	2	3	4	5	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...										
Bana hemen haber verilir					1	2	3	4	5	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken										
Kolayca gülerim					1	2	3	4	5	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:										
Birbirlerini desteklemez biçimde					1	2	3	4	5	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım										
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden					1	2	3	4	5	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır										
Her şeyi umutsuzca gören bir					1	2	3	4	5	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...										
Zordur					1	2	3	4	5	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...										
Bana yardım edebilecek kimse yoktur					1	2	3	4	5	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...										
Başa çıkmaya çalışırım					1	2	3	4	5	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...										
İşleri bağımsız olarak yapmayı					1	2	3	4	5	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...										
Yeteneklerimi beğenirler					1	2	3	4	5	Yeteneklerimi beğenmezler

**EK 7- HASTA SAĞLIK ANKETİ – SOMATİK, ANKSİYETE VE
DEPRESYON BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ (HSA- SADBÖ)**

A-PHQ.15

Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiç rahatsız olmadım (1) Biraz rahatsız oldum (2) Çok rahatsız oldum

	0	1	2
• Karın ağrısı			
• Sırt ağrısı			
• Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
• Yorgunluk ve enerji azlığı			
• Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
• Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
• Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
• Baş ağrısı			
• Göğüs ağrısı			
• Baş dönmesi			
• Fenalık hissi			
• Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
• Nefes darlığı			
• Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
• Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

A-PHQ.15

Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiç rahatsız olmadım (1) Biraz rahatsız oldum (2) Çok rahatsız oldum

	0	1	2
• Karın ağrısı			
• Sırt ağrısı			
• Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
• Yorgunluk ve enerji azlığı			
• Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
• Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
• Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
• Baş ağrısı			
• Göğüs ağrısı			
• Baş dönmesi			
• Fenalık hissi			
• Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
• Nefes darlığı			
• Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
• Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

C- PHQ.9

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Sadece birkaç gün (2) Günün yarısından fazla (3) Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
1. Bir şey yapmaktan az zevk alma ve ilgide azalma				
2. Çökkün, düşkün ya da umutsuz hissetme				
3. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma				
4. Yorgun hissetme veya az enerjiye sahip olma				
5. İştahsızlık veya aşırı yeme				
6. Kendini kötü hissetme-bir hata yaptığını veya ailesini üzdüğünü sanma				
7. Televizyon izlemede veya gazete okumada yoğunlaşamama				
8. Dışardan fark edilir biçimde konuşma ve hareketlerde yavaşlama, ya da tam tersi huzursuzluk nedeniyle kendi etrafında sürekli dolanma				
9. Ölsem daha iyi olur düşünceleri veya kendine zarar verme düşünceleri olma				

D- Bu ankette sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmada, evle ilgilenmenizde veya insanlarla geçinmenizde ne kadar zorluk çıkardı?

() Hiç zorluk çıkarmadı

() Biraz zorluk çıkardı

() Çok zorluk çıkardı

() Aşırı derecede zorlandım