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

# EŞCİNSELLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ DÜZEYİNİN CİNSEL DOYUM VE BEDEN ALGISI İLE İLİŞKİSİ

**Dr. Eda Ülger**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL - 2022**

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

# EŞCİNSELLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ DÜZEYİNİN CİNSEL DOYUM VE BEDEN ALGISI İLE İLİŞKİSİ

**Dr. Eda Ülger**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Filiz İzci**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL - 2022**

# TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin ilk günlerini olduğu gibi son günlerini de birlikte keyifle çalışarak geçirdiğim, akademik ve klinik anlamda gelişmeme önemli katkıları olan, eğitim sürecimdeki yol göstericiliği ve tez sürecimdeki desteği için minnettar olduğum, danışman hocam sayın Doç. Dr. Filiz İzci'ye;

Aktardığı tecrübeleri ile mesleki ve hayata dair bilgi birikimimi artırmamı sağlayan, kendisi ile çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, sayın hocam Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe'ye;

Erenköy Psikoterapi Merkezi'nde birlikte çalışarak bilgi ve deneyimlerinden faydalanma şansına sahip olduğum sayın hocalarım Prof. Dr. Medine Yazıcı, Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir'e ve uzmanlarım Uzm. Dr. Murat Yalçın, Uzm. Dr. Sevilay Kunt'a;

Bu süreçte desteği, ilgisi ve yardımları ile her an yanımda olan, hem hekimliğine hem arkadaşlığına hayran olduğum ve dostluğuna sahip olduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim Uzm. Dr. Alper Bülbül'e;

Erenköy'de geçirdiğim zamanı benim için bir eğitim sürecinden fazlasına dönüştüren dostlarım Uzm. Dr. Davut Genç, Uzm. Dr. Diğdem Göverti, Uzm. Dr. Elif Koyu, Dr. İpek Sarıkaya, Uzm. Dr. Mustafa Güneş, Uzm. Dr. Neval Ateş ve Dr. Velat Kurt'a;

Beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarım ve hastane çalışanlarına;

Annem, babam ve kardeşime;

Benim için her daim büyük önemleri olan canım dedem Arif Ülger ve babaannem Şaziye Ülger'e;

Ve çalışmama katılmayı kabul ederek bu konuda literatüre katkıda bulunmama yardımcı olan tüm katılımcılara;

En içten ve samimi duygularımla teşekkür ederim.

Dr. Eda Ülger

İstanbul- 2022

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... i
KISALTMALAR ..... ii
TABLO DİZİNİ ..... vi
ÖZET ..... vii
ABSTRACT ..... ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ ..... 1
2.GENEL BİLGİLER ..... 4
2.1. CİNSEL KİMLİK VE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR ..... 4
2.1.1. Biyolojik (Atanmış) Cinsiyet ..... 4
2.1.2. Cinsiyet Kimliği ..... 4
2.1.3. Cinsiyet İfadesi ..... 5
2.1.4. Toplumsal Cinsiyet ..... 5
2.1.5. Cinsel Yönelim ..... 5
2.1.6. Eşcinsellik ..... 6
2.1.7. Heteroseksizm ve Heteronormativite ..... 7
2.1.8. Homofobi ..... 8
2.1.9. İçselleştirilmiş homofobi ..... 10
2.2. MEYER'İN AZINLIK STRES TEORİSİ ..... 11
2.3. EŞCİNSELLİK VE RUH SAĞLIĞI ..... 12
2.4. CİNSELLİK, CİNSEL İŞLEVLER VE CİNSEL DOYUM ..... 14
2.5. EŞCİNSELLERDE CİNSEL İŞLEVLER VE CİNSEL DOYUM ..... 16
2.6. BEDEN ALGISI (BEDEN İMAJI) ..... 18
2.7. EŞCİNSELLİK VE BEDEN ALGISI ..... 22
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER ..... 24
3.1. ÖRNEKLEM VE YÖNTEM ..... 24
3.2. DAHİL ETME VE HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ ..... 24
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ ..... 24
3.4.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI ..... 25
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu ..... 25
3.4.2. İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği (İHÖ) ..... 25

3.4.3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) ..... 26
3.4.4. Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ) ..... 26
3.4.5. Beden Algısı/İmajı Ölçeği (BAÖ) ..... 26
3.4.6. Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği (HSA- SADBÖ) ..... 27
4. BULGULAR ..... 28
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ..... 28
4.2. KLİNİK VE AİLE ÖZELLİKLERİ ..... 30
4.3. AÇILMA VE ÇEVRE İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER ..... 33
4.4. LGBTİ+ GRUPLARLA İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER ..... 37
4.5. YAŞ, İNTİHAR ÖZELLİKLERİ VE PSİKOMETRİK ÖLÇÜMLERİN İNCELENMESİ ..... 38
4.6. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ, CİNSEL DOYUM, CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU, BEDEN ALGISI VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLARIN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ ..... 40
4.7. CİNSİYETE GÖRE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLER ..... 42
4.8. BEDEN ALGISINA GÖRE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLER ..... 42
4.9. İNTİHAR RİSKİNİ ARTIRAN FAKTÖRLER ..... 44
4.10. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİYİ AÇIKLAMADA ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER ..... 44
4.11. BEDEN ALGISINI AÇIKLAMADA ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER ..... 46
5. TARTIŞMA ..... 48
5.1. SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE AÇILMA İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER ..... 48
5.2.YAŞ, İNTİHAR VE PSİKOMETRİK ÖLÇÜMLER ARASINDAKİ İLİŞKİ ..... 51
5.3. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ VE CİNSEL DOYUM ..... 52
5.4. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ VE BEDEN ALGISI ..... 54
5.5. CİNSEL İŞLEVLER VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLAR ..... 55
5.6. BEDEN ALGISI VE CİNSEL DOYUM ..... 56
5.7. BEDEN ALGISI VE CİNSEL İŞLEVLER ..... 57
5.8. BEDEN ALGISI VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLAR ..... 58
5.9. CİNSİYET VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLER ..... 59

5.10.İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ VE İNTİHAR ..... 61
5.11. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİYİ YORDAYICI FAKTÖRLER ..... 62
5.12. BEDEN ALGISINI YORDAYICI FAKTÖRLER ..... 63
6. KISITLILIKLAR ..... 64
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER ..... 65
8. KAYNAKLAR ..... 67
9. EKLER ..... 84

# KISALTMALAR

**ACYÖ** : Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

**BAÖ** : Beden Algısı Ölçeği

**BMI** : Body Mass Index

**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders

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

**İHÖ** : İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği

**LGBTİ+** : Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transeksüel, İnterseksüel

**LGBT** : Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transeksüel

**LGB** : Lezbiyen, Gey, Biseksüel

**YCDÖ** : Yeni Cinsel Doyum Ölçeği

# TABLO DİZİNİ

**Tablo 1:** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri .....29
**Tablo 2:** Katılımcıların klinik ve aile özellikleri .....31
**Tablo 3:** Katılımcıların son bir aydaki psikiyatrik tanıları .....32
**Tablo 4:** Katılımcıların açılma ve çevre ile ilişkili özellikleri .....34
**Tablo 5:** Katılımcıların kendini tanımlama, dini görüş, damgalanma ve ayrımcılığa uğrama ile ilişkili özellikleri .....36
**Tablo 6:** Katılımcıların LGBTİ+ gruplarla ilişkili özellikleri .....38
**Tablo 7:** Katılımcıların yaş özellikleri, intihar özellikleri ve psikometrik ölçümleri arasındaki ilişki .....39
**Tablo 8:** Katılımcıların İHÖ, YCDÖ, ACYÖ, BAÖ ve HSA-SADBÖ skorları arasındaki korelasyon .....41
**Tablo 9:** Kadın ve erkek katılımcıların psikometrik özelliklerinin karşılaştırılması .....42
**Tablo 10:** Beden algısı olumsuz olan ve olmayan katılımcıların psikometrik özelliklerinin karşılaştırılması .....43
**Tablo 11:** İntihar riskini artıran faktörler .....44
**Tablo 12:** İHÖ skorlarını açıklamada etkili olan faktörler .....45
**Tablo 13:** BAÖ skorlarını açıklamada etkili olan faktörler .....47

# ÖZET

**Amaç:** İçselleştirilmiş homofobi, eşcinsel ve biseksüellerde artmış ruh sağlığı sorunları ile ilişkilidir. İçselleştirilmiş homofobinin kişi üzerindeki etkileri içinde bulunduğu toplumun sosyokültürel özelliklerine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bu çalışmada ülkemizdeki eşcinsellerde içselleştirilmiş homofobi düzeyinin, cinsel doyum ve beden algısı ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda içselleştirilmiş homofobinin cinsel doyum ve beden algısı ile ilişkisinin yanı sıra katılımcıların cinsel işlev bozuklukları, psikiyatrik semptomları, yaş ve intihar girişimi ile ilişkileri de incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamıza cinsel yönelimini eşcinsel olarak belirten 12 kadın, 71 erkek katılımcı dahil edildi. Katılımcılara kartopu örneklem yöntemi ile ulaşıldı. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği (İHÖ), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ), Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) ve PHQ15 (Somatik semptomlar), PHQ9 (Majör depresif bozukluk semptomları), GAD7 (Yaygın anksiyete bozukluğu semptomları), P5 (Kaygı atakları) alt ölçeklerini içeren Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği (HSA-SADBÖ) uygulandı.

**Bulgular:** Katılımcıların İHÖ skorları ile YCDÖ-ben merkezli alt boyut skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu (p=0,05). İHÖ skorları ile BAÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p=0,142). Katılımcıların yaşları ile İHÖ skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu (p=0,005). Erkeklerin İHÖ medyan değerleri kadınlara göre daha yüksek bulundu (p=0,025). Kadınların GAD7 medyan değerleri ise erkeklere göre daha yüksek bulundu (p=0,031). İHÖ skorlarının intihar riskini istatistiksel olarak anlamlı seviyede 1,13 kat artırdığı bulundu (p=0,019). Katılımcıların intihar girişimi sayısı ile PHQ15 skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (p=0,014). Katılımcıların ilk intihar girişimi yaşı ile YCDÖ-ben merkezli alt boyut skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon bulundu (p=0,018). Katılımcıların YCDÖ skorları ile ACYÖ (p<0,001),

PHQ15 (p=0,002), PHQ9 (p<0,001), GAD7 (p=0,003) skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu. Katılımcıların YCDÖ skorları ile BAÖ skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (p=0,002). Katılımcıların ACYÖ skorları ile BAÖ skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu (p<0,001). Katılımcıların BAÖ skorları ile PHQ15 (p<0,001), PHQ9 (p<0,001), GAD7 (p=0,025), P5 (p=0,033) skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu. BAÖ≥135 olan katılımcıların YCDÖ ve YCDÖ-ben merkezli alt boyut medyan değerleri, BAÖ<135 olan katılımcıların YCDÖ (p=0,016) ve YCDÖ-ben merkezli alt boyut (p=0,003) medyan değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. BAÖ<135 olan katılımcıların ACYÖ (p=0,032), PHQ15 (p=0,006), PHQ9 (p=0,006), GAD7 (p=0,035), P5 (p=0,010) medyan değerleri, BAÖ≥135 olan katılımcıların medyan değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. BAÖ skorlarını ACYÖ (p=0,001) ve PHQ9 (p=0,045) skorlarının yordadığı bulundu.

**Sonuç:** Çalışmamızda içselleştirilmiş homofobi ile cinsel doyum arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunurken, içselleştirilmiş homofobi ile beden algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Daha geniş ve heterojen örneklem gruplarıyla farklı değişkenlerin de incelendiği çalışmalara ihtiyaç vardır. Ruh sağlığı çalışanlarının içselleştirilmiş homofobi ve beden algısı kavramlarına dair farkındalık geliştirerek, tedavi ortamlarında eşcinseller ile karşılaştıklarında bu kavramları tanıyıp müdahale olanağı sağlaması önemli görünmektedir.

**Anahtar kelimeler**: eşcinsel, gey, lezbiyen, homofobi, içselleştirilmiş homofobi, cinsel doyum, beden algısı

# ABSTRACT

**Aim:** Internalized homophobia is related to increased psychological distress and disorders in LGB people. The effects of internalized homophobia on the person may vary according to the socio-cultural characteristics of the society in which they live. In this study, it was aimed to examine the relationship between the level of internalized homophobia, sexual satisfaction and body image of homosexuals in our country. In our study, the relationship between internalized homophobia and sexual satisfaction and body image, as well as the relationship between participants sexual dysfunction, psychiatric symptoms, age, and suicide attempts were investigated.

**Method and Matherials:** 12 female, 71 male participants who stated their sexual orientation as homosexual were included in our study. Participants were reached by snowball sampling method. The sociodemographic form, Internalized Homophobia Scale (IHS), Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX), New Sexual Satisfaction Scale (NSSS), Body Image Scale (BIS) and Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety and Depressive Symptoms (PHQ-SADS) which includes PHQ15 (Somatic symptoms), PHQ9 (Major depressive disorder symptoms), GAD7 (Generalized anxiety disorder symptoms), P5 (Anxiety attacks) subscales were applied to the participants.

**Results:** It was found that, there was a significant negative correlation between the participants IHS scores and their NSSS-self-centered sub-dimension scores (p=0,05). There was no statistically significant relationship between IHS scores and BIS (p=0,142). There was a significant negative correlation between the ages of the participants and their IHS scores (p=0,005). The median IHS values of the male participants were found to be higher than the female participants (p=0,025). Whereas, the median GAD7 values of the female participants were found to be higher than the male participants (p=0,031). It was found that, IHS scores increased the risk of suicide by 1,13 times at a statistically significant level (p=0,019). There was a significant positive correlation between the number of suicide attempts and the

PHQ15 scores of the participants (p=0,014). A significant positive correlation was found between the participants' age at first suicide attempt and their NSSS- self-centered sub-dimension scores (p=0.018). A significant negative correlation between the participants NSSS scores and ASEX (p<0,001), PHQ15 (p=0,002), PHQ9 (p<0,001), GAD7 (p=0,003) scores was found. There was a significant positive correlation between NSSS scores and BIS scores (p=0,002). A significant negative correlation between ASEX scores and BIS scores was found (p<0,001). There was a significant negative correlation between BIS scores and PHQ15 (p<0,001), PHQ9 (p<0,001), GAD7 (p=0,025), P5 (p=0,033) scores. Participants with BIS≥135 had higher median values of NSSS (p=0,016) and NSSS-self centered sub-dimension (p=0,003) than participants with BIS<135. Participants with BIS<135 had higher median values of ASEX (p=0,032) and PHQ15(p=0,006), PHQ9 (p=0,006), GAD7 (p=0,035), P5 (p=0,010) than participants with BIS≥135. ASEX (p=0,001) and PHQ9 (p=0,045) scores were found as the predictors of BIS scores.

**Conclusion:** In our study, while there was a negative significant relationship between internalized homophobia and sexual satisfaction, no statistically significant relationship was found between internalized homophobia and body image. There is a need for studies that examine different variables with larger and heterogeneous sample groups. It seems important for mental health professionals to raise awareness of the concepts of internalized homophobia and body image, and to recognize these concepts and provide an opportunity to intervene when they encounter homosexuals in treatment settings.

**Key words:** homosexual, gay, lesbian, homophobia, internalized homophobia, sexual satisfaction, body image

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsel kimlik oluşumu, birey ve toplum arasındaki etkileşimler ile gelişerek bireyin cinsel yönelimini kimliğinin bir parçası haline getirebilmesi ile devam eden aşamalı bir süreçtir (1). Eşcinsellik, cinsel kimliğin bir bileşeni olarak bir cinsel yönelim çeşidi olmasına rağmen bu yönelime sahip kişilerin açıkça eşitlikten uzak ve ayrıştırıcı tutumlarla karşılaştıkları, cinsel yönelimlerini neredeyse yasaklı bir durum olarak yaşamaya zorlandıklar, ve hatta bilimsel bir dayanağı olmayan ve etik açıdan tartışmalı bir uygulama olarak kabul edilen "onarım/dönüştürme" terapilerine maruz kalabildikleri görülmektedir (2). Eşcinseller direkt veya dolaylı olarak karşılaştıkları ayrımcılık, damgalanma, reddedilme ve şiddet bakımından evrensel deneyimler yaşamakta olup bu deneyimlerin sebep ve sonuçlarının sosyokültürel bağlamda ele alınması gerekmektedir. Eşcinselliğe dair yargılar, olumsuz tutum ve davranışlar olarak tariflenebilecek homofobi ise toplumsal açıdan irdelenmesi gereken bir kavram olmakla birlikte bireysel düzeydeki olumsuz etkileri artan biçimde araştırma konusu olmaya devam etmektedir (3).

Eşcinsel ve biseksüel kişilerin içinde bulundukları heteronormatif toplumlar aracılığıyla edindikleri, kendi cinsel yönelimine dair olumsuz his ve tutumlar olarak açıklanan içselleştirilmiş homofobi kavramı eşcinsellerin ruh sağlığı ve psikoseksüel matürasyonunu etkileyen temel unsur olarak ileri sürülmektedir (4). İçselleştirilmiş homofobi kişide yaratacağı suçluluk ve utanç gibi hislerin yanı sıra, başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere birçok ruhsal sorunla ilişkili görünmektedir (5)(6). Eşcinsellerin sahip oldukları sorunların ruh sağlığı alanında çeşitli boyutlarıyla ele alınabilmesi amacıyla, sağlık çalışanlarının farkındalığı ve müdahale becerilerinin artırılması gerekmektedir. Çalışmalar eşcinsellerin ruhsallığında önemli ölçüde etkileri olan homofobi ve içselleştirilmiş homofobinin, çeşitli etkileşim ve terapötik müdahaleler yoluyla azaltılabilir olduğunu ortaya koymaktadır (7)(8).

Cinsel sağlık, kişinin iyilik hali ve yaşam kalitesinin belirleyicilerinden biri olup, cinsel sağlığın göstergelerinden biri de cinsel doyumdur (9)(10). Cinsel doyum kişisel, ilişkisel, ailesel ve kültürel olarak sıralanabilecek birden çok faktörün etkileşimi sonucunda doğmaktadır. Heteroseksüel cinsel yönelim dışında kalan cinsel

yönelimlerin, yani literatürde kullanılan bir kavram olarak cinsel azınlıkların, karşı karşıya oldukları ayrımcılık ve damgalanmanın altında sağlıklı ve doyumlu ilişkiler geliştirebilmeleri için toplumun çoğunluğunu oluşturan heteroseksüellere kıyasla içsel ve dışsal birçok farklı zorlukla karşılaştıklarını söylemek mümkündür (11)(12)(13). Literatür incelendiğinde cinsel doyum çalışmalarının heteroseksüel evli çiftler üzerine yoğunlaştığı ve eşcinsellerle yapılmış çalışmaların oldukça az sayıda olduğu görülmektedir. Cinsel doyumun cinsel yönelim ile ilişkili olabilecek faktörlerin de etkisinde olabileceği ve içselleştirilmiş homofobinin çeşitli ruhsal sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, eşcinsellerde cinsel doyumun içselleştirilmiş homofobi ile ilişkisinin ele alınması önemli görünmektedir.

Beden imajı, kişinin genel iyilik hali ve sağlık üzerine önemli etkileri olması nedeniyle yeme bozuklukları, cinsiyet çalışmaları ve ruh sağlığı alanlarının dikkat çeken çalışma konularından biridir (14). Günümüzde görselliğe atfedilen önemin, kimi zaman farkında olmaksızın, kişilerin beden idealini şekillendirdiği ve bu ideale uyumsuz beden temsilinin yaratacağı psikolojik stresin neden olabileceği bedensel ve ruhsal sorunlarla sıklıkla karşılaşılmakta fakat beden imajı görünmez nedenlerden biri olarak kalabilmektedir. Kişinin zihinsel bir tasarım olarak sahip olduğu olumsuz beden imajı düşük fiziksel ve psikososyal işlevsellik ile ilişkili bulunmuştur (15). Olumsuz beden imajı, ruh sağlığı alanında fark edilebilir olduğu durumda, fiziksel ve ruhsal sağlık açısından uygun müdahaleler ile olumlu hale getirilerek elimine edilebilecek önemli bir risk faktörü olabilmektedir.

Tüm dünyada ve ülkemizde eşcinsellik giderek daha görünür hale gelmekle birlikte ülkemizde eşcinseller ile yapılmış çalışmaların sayı ve çeşitliliğinde kısıtlılık göze çarpmaktadır. Literatürde içselleştirilmiş homofobi ile ilişkili çalışmaların farklı kültürlerde farklı sonuçlar ortaya koyabildikleri görülmüştür. Ülkemiz literatüründe içselleştirilmiş homofobinin cinsel işlev bozukluğu, cinsel doyum veya beden algısı ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Ayrıca çalışmamız ülkemizde eşcinsellerden oluşan bir örneklemde beden algısını inceleyen ilk çalışma olma özelliğindedir.

İçselleştirilmiş homofobi, cinsel doyum ve beden imajı, özsaygı ve kendilikle ilişkili kavramlar olup, aralarındaki ilişkiyi ortaya koymanın ülkemizdeki

eşcinsellerin ruh sağlığı alanındaki başvurularında yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda eşcinsel kadın ve erkek örnekleminde içselleştirilmiş homofobinin cinsel doyum ve beden algısı ile ilişkisinin incelenmesi, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin incelenmesi, elde edilen verilerin ve sonuçların literatür ile karşılaştırılması, bu veriler ve sonuçlar ile eşcinsel bireylerin ruh sağlığı ile ilgili koruyucu önlemler ve daha etkin uygulamalar geliştirilebilmesi adına literatüre katkı sunulması amaçlanmıştır.

Çalışmamızın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

**Hipotez 1**: Eşcinsellerde içselleştirilmiş homofobi düzeyi ile cinsel doyum arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

**Hipotez 2**: Eşcinsellerde içselleştirilmiş homofobi düzeyi ile beden imajı memnuniyeti arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. CİNSEL KİMLİK VE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR

Kimlik kavramı, bireyin kendini nasıl tanımladığını ifade etmektedir (16). Cinsel kimlik bedensel, ruhsal ve sosyal değişkenlerin etkileşimi ile dinamik bir süreç içerisinde gelişmektedir. Bu süreç, çeşitli gelişim ve sentez aşamalarından oluşmaktadır. Cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim ise cinsel kimliği meydana getiren bileşenlerden bazılarıdır (17). Cinsiyet kavramının, dilimizde biyolojik (bedensel) cinsiyet ile eşanlamlı olarak kullanılmakta olsa da biyolojik cinsiyetle birlikte cinsiyet kimliği, cinsiyet ifadesi, toplumsal cinsiyet gibi birden çok boyutu vardır (18).

### 2.1.1. Biyolojik (Atanmış) Cinsiyet

İkili cinsiyet sistemine göre bedensel veya biyolojik cinsiyet, fetal yaşamdan itibaren sahip olunan dış genital organlara bakılarak "kadın" veya "erkek" olarak belirlenmektedir. Biyolojik cinsiyet anatomik, hormonal veya kromozomal ayrıma dayanarak belirlenmiş olması, yani kişinin bir seçiminin sonucu olmaması nedeniyle "atanmış cinsiyet" olarak da ifade edilmektedir (19). Bu ayrımın yapılamadığı, atanmış cinsiyeti her iki cinsiyete de bütünüyle uymayan kişiler geçmişte "hermafrodit" olarak tanımlanmış olup, günümüzde bunun yerine "interseks" sözcüğü tercih edilmektedir (20). İnterseks kavramı ile tanımlanan cinsiyet tek başına büyük bir çeşitliliği barındırmaktadır. Atanmış cinsiyeti interseks olan bireyler kendilerini kadın, erkek veya interseks olarak tanımlayabilmekte ve yaşamlarını kadın, erkek veya iki cinsiyete de uymayan biçimlerde sürdürebilmektedirler (21).

### 2.1.2. Cinsiyet Kimliği

Cinsiyet kimliği, kişinin kendi bedenini ve benliğini algıladığı, kabul ettiği cinsiyettir (22). Cinsiyet kimliği, ikili cinsiyet sistemi içinde kadın veya erkek olarak belirtilebileceği gibi ikisinden de özellikler taşıyan, ikisine de uymayan veya ikisinin de ötesinde çeşitliliklerde olabilir. Doğumda atanmış cinsiyet ile cinsiyet kimliği uyumlu olduğunda kişi "cis-gender" olarak tanımlanmaktadır (23). Kişinin doğumda atanmış cinsiyeti ile cinsiyet kimliği uyumsuz ise kişi "transgender" (trans) olarak

ifade edilebilir. Geçmişte trans sözcüğü cinsiyet uyumsuzluğu nedeniyle cinsiyet operasyonu geçirmiş kişileri ifade etmek için kullanılmıştır. Günümüzde ise kendi cinsiyetini algılayışı açısından toplumsal cinsiyet rolleri veya atanmış cinsiyeti ile uyum içinde olmayan tüm bireyleri kapsayabilen bir karşılığı vardır (24).

### 2.1.3. Cinsiyet İfadesi

Cinsiyet ifadesi, cinsiyet kimliğinin kişinin dış görünüşü, davranışları, jest ve mimikleri, ilgi alanları gibi öznel biçimlerde dışavurumudur (23). Bu dışavurumun çoğu zaman, toplumsal kabul ve beklentilerin dışına çıkmayan seçimler yapılarak, toplumsal cinsiyet rollerine uygun biçimlerde olduğu görülür.

### 2.1.4. Toplumsal Cinsiyet

İkili cinsiyet sistemi içinde toplumun kadını ve erkeği nasıl gördüğü, nasıl algıladığı ve nasıl davranmasını beklediğinin neticesinde belirlenen, cinsiyete atfedilmiş olan sosyal roller ve sorumluluklar toplumsal cinsiyet kavramı ile ifade edilir (25). Toplumsal cinsiyet, kültürel ve ideolojik nedenler doğrultusunda şekillenir. Kişi toplum içinde yerini aldıkça atanmış cinsiyetine atfedilen bu rolleri ve sorumlulukları içselleştirir ve çoğu zaman bunlara uygun davranışlar göstermek durumunda kalır. Toplumsal cinsiyetin "kadınlık" ve "erkeklik" kavramlarına çizdiği sınırlar, yüklediği anlamlar ve görevler ile cinsiyetlerin sosyokültürel olarak inşasına neden olduğu ve böylece toplumsal cinsiyet eşitsizliğine de temeli olmayan bir dayanak oluşturduğu söylenebilir (26).

### 2.1.5. Cinsel Yönelim

Cinsel yönelim kişinin duygusal, romantik ve/veya cinsel ilgisinin hangi cinsiyete yöneldiğini ifade eden bir kavramdır. "Yönelim" kelimesi ile ifade edilmesinin nedeni yapılmış ve değiştirilebilir bir tercih olmadığını vurgulamaktır. Cinsel yönelimin yaşamın erken dönemlerinde geliştiği ve değiştirilemez olduğu bilinmektedir. Kişi cinsel yönelimini kişisel ve çevresel birçok faktörün etkileşimi altında ergenlikte veya erişkinlik döneminde dahi fark edebilmektedir. Günümüzde gençlerin cinsel yönelimlerini geçmiş zamanlara kıyasla daha erken yaşlarda fark ettikleri bilinmektedir (27). Cinsel yönelimin değiştirilemez oluşunun yanı sıra

kişilerin cinsel ilgi ve davranışları zaman ve durum içinde akışkanlık gösterebilir ve bu durum “fluidity” kavramı ile açıklanır (28).

Kadının veya erkeğin ilgisinin kendi cinsiyet kimliğinden kişilere yönelmesi eşcinsellik (homoseksüelite), karşı cinsiyet kimliğinden kişilere yönelmesi heteroseksüelite (düzcinsellik), her iki cinsiyet kimliğinden kişilere yönelmesi ise biseksüellik olarak ifade edilir. Aseksüellik ise kişinin her iki cinsiyete de cinsel ilgi duymaması olarak tanımlanabilir (29). Panseksüellik durumunda ise kişi cinsiyet tanımına ihtiyaç duymaksızın bir kişiye karşı duygusal, romantik ve/veya cinsel ilgi duyabilmektedir (30). Yapılan tanımlamaların dışında yer alan cinsel yönelimlerin de olduğu bilinmekte ve LGBTİ+ hareketinin isminin sonuna eklenmiş olan ”+” işareti bu çeşitlilik durumunu temsil etmektedir.

### 2.1.6. Eşcinsellik

Amerikan Psikoloji Derneği’nin tanımına göre eşcinsel, kendi cinsiyetinden kişilere duygusal, romantik ve/veya cinsel ilgi duyan kişidir. Aynı cinsiyetten kişiler arasındaki cinsel etkileşim ve aktiviteleri ise eşcinsellik olarak tanımlamışlardır (31). Erkek eşcinseller “gey”, kadın eşcinseller “lezbiyen” olarak adlandırılmaktadır. Eşcinsellik bireyin cinsel yönelimini belirten genel bir kavram olmakla birlikte güncel pratikte gey ve lezbiyen ayrımı yapılarak ele alınmaktadır.

Gey kelimesi dilimize İngilizcedeki “gay”’ sözcüğünün karşılığı olarak geçmiş olup, eski Fransızcadaki “gai” kökeninden gelmektedir. Neşeli, renkli, gösterişli gibi anlamları olup 1960’lardan itibaren eşcinseller tarafından kendilerini tanımlamak için kullanılmaya başlanmış, günümüzde ise erkek eşcinselleri adlandırmak için kullanıma yerleşen bir sözcük olmuştur (32). Lezbiyen kelimesinin kökeni ise antik Yunan döneminde kadınlara yönelik tutkulu aşk şiirleri ile bilinen kadın şair Sappho’nun yaşamış olduğu “Lesbos” adasından gelmektedir (33).

Homoseksüellik ve heteroseksüellik kavramları tıbbi söylemde terimsel olarak ancak 19.yüzyıldan itibaren yer bulmuşlardır. Homoseksüel ifadesi ilk olarak 1868 yılında Karl Maria Kertbeny tarafından Almanya’da eşcinsel cinsel davranışların suç sayılmasının aleyhine yazılmış bir yazıda kullanılmış ve ardından tıp çevrelerince kabul görerek kullanıma girmiştir. Heteroseksüel kelimesinin bugün bilinen anlamı ile kullanımı ise bundan sonraki süreçte başlamıştır (34).

### 2.1.7. Heteroseksizm ve Heteronormativite

Heteroseksizm, heteroseksüelliğe uymayan tüm davranış, kimlik, ilişki veya grupların yok sayıldığı, kabul edilemez bulunduğu, kötülendiği ve damgalandığı ideolojik bir sistem olarak görülmektedir (35).

Heteronormativite ise heteroseksüelliğin sosyal yapılanma, sosyal pratik ve sosyal kurumlar yolu ile normalize edilmesidir. Heteronormatif toplumlar, özellikle eşcinselliği olmak üzere, heteroseksüellik dışındaki tüm cinsel yönelimleri aykırılaştırır ve normalin sınırlarının dışına iter (36). Cinsel yönelimleri açısından azınlık olan grupların, bireysel düzeyde doğrudan önyargılı veya ayrımcı bir tutum ile karşılaşmıyor olsalar dahi, toplumda diğer insanlara göre dezavantajlı bir konumda yer almasına neden olur (37).

Heteronormatif toplumlarda, cinsel yönelimi bakımından azınlık gruplardaki kişilerin çoğunlukla yüz yüze olduğu iki durumdan söz edilebilir. Bunlardan birincisi, toplum tarafından doğal ve "normal" olanın heteroseksüel cinselliği olduğu kabulüne dayanarak tüm insanların heteroseksüel olması gerektiği varsayımı sonucunda cinsel azınlıkların inkar ve reddedilmesi, adeta yok sayılması durumudur. Heteroseksüellik dışı cinsel yönelimlere sahip olan kişilerin tüm homofobik tutumlara rağmen topluma açılarak görünür olabildiği ikinci durumda ise heteroseksüel olmamak, eşcinsel davranış ve ilişkiler öfke, ayrımcılık ve şiddetin hedefi haline gelebilmektedir (38).

Heteronormativite yalnızca eşcinselliği karşısına alıyor olan bir duruş olmayıp, aynı zamanda heteroseksüelliğin toplumsal ve kültürel olarak inşasını da amaçlamaktadır (39). Kadın-erkek evlilikleri dışındaki evliliklerin resmi olarak gerçekleştirilememesi, medyada büyük oranda heteroseksüel ilişkilerin yer alıyor olması gibi toplumsal kabuller bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Bu gibi kabullerin etkisinin izlendiği, tüm bireylerin katılım ve eşit düzeyde yararlanma hakkına sahip olması gereken iş yaşamı, resmi kurumlar, eğitim ve sağlık gibi alanlarda LGBTİ+ gruptaki kişilerin görünür hale gelebilmek ve eşit koşullara sahip olabilmek adına diğer insanlara göre daha fazla çaba göstermeleri gerektiği yapılan çalışmalarca gösterilmiştir (40)(41)(42).

Heteronormativite kavramından ilk olarak Michael Warner 1991 yılında bir makalede söz edilmiş ve ardından bu kavram cinsiyet çalışmaları için önemli bir

konu haline gelmiştir (39). Bundan önce, 1978 yılında Foucalt "Cinselliğin Tarihi" isimli metninde heteroseksüelliğin kabullenilmiş bir sosyal norm olduğundan söz ederek heteronormativite kavramının temellerini atmıştır. 1980 yılına gelindiğinde yazar Adrienne Rich heteroseksüelliğin toplumsal ve kültürel bir zorlama sonucu geliştiğinden söz ederek "zorunlu heteroseksüellik" kavramını ortaya atar. 1990 yılında Judith Butler patriarkal düzenin kadın-erkek, heteroseksüel-heteroseksüel olmayan gibi sınıflamalar oluşturduğunu ve bu sınıflamaların "normal" olan ve olmayan gibi bir ayrımı getirdiğinden; 1984 ve 1993 yıllarında ise Gayle Rubin cinsiyet ve cinsel yönelim gibi iki ayrı kavramın patriarkal baskıların sosyal görüngüleri olmaları nedeniyle bir arada ele alındığı ve böylece ikili cinsiyet ve heteroseksüelliği ayrıcalıklı konuma getirdiğinden söz ederek heteronormativite kavramına katkıda bulunmuşlardır (43).

### 2.1.8. Homofobi

1970'lere gelindiğinde cinsel yönelimler ile ilişkili olarak tarihsel önemi bulunan iki olay göze çarpar. Bunlardan ilki, eşcinselliğin bir psikopatoloji olarak görülmemesinin gündeme getirilmesi neticesinde 1973 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından eşcinselliğin DSM tanı kategorilerinden çıkarılmasıdır. Bu değişim tıp, ruh sağlığı çalışanları ve davranış bilimleri gibi çevrelerce kabul görmüş ve böylece eşcinselliğe yaklaşım da değişmiştir. Eşcinsellik tedavi edilebilir veya değiştirilebilir bir durum olarak görülmekten çıkmaya ve giderek daha fazla araştırma konusu olmaya başlamıştır.

Bir diğer önemli olay ise, bir psikolog ve yazar olan George Weinberg'in eşcinsellere yönelik olumsuz his ve tutumları "homofobi" terimi altında kavramsallaştırmasıdır. Homofobi terimi kullanıma girdiği ilk zamanlarda, terimin içinde geçen "-fobi" ekine uygun olarak, heteroseksüellerin eşcinsellere ve eşcinselliğe dair irrasyonel bir biçimde korku duyması anlamında kullanılmıştır. Günümüzdeki karşılığı fobi durumlarında yaşanan korkuya eş bir durum olmamakla birlikte eşcinsellere ve eşcinselliğe yönelik aşağılayıcı, ayrıştırıcı, ötekileştirici, yargılayıcı, reddedici tüm olumsuz his ve tutumları tanımlamaktadır. Eşcinsellik karşıtı tutumlar eşcinselliğin eril cinsiyet normlarına ve ataerkil toplum düzenine bir tehdit olarak algılanması ile de ilişkilendirilmektedir (3). Gelenekçi ve ataerkil bir

toplum yapısından oluştuğu söylenebilecek olan ülkemizde erkeklerin kadınlara göre daha fazla cinsiyetçi ve homofobik tutumlar gösterdiği, aynı zamanda erkek eşcinselliğinin kadın eşcinselliğine göre daha kabul edilemez bulunduğu görülmektedir (44). Eşcinsel bir tanıdığı olan veya eşcinsel biriyle etkileşimde bulunmuş olan kişilerin eşcinsellere karşı daha olumlu tutumlar gösterdiğine dair veriler homofobinin bir önyargı biçimi olduğunu doğrular niteliktedir (45).

Günümüzde homofobi kavramı geçmişte vurgu yapılanın aksine bireysel bir tutum ve korku olarak değil, gruplar arası ideolojik bir süreç olarak sosyo-kültürel bağlamda ele alınmaktadır (46). Homofobi, heteroseksizmin doğurduğu sonuçlardan biridir (47). Dünya genelinde eşcinsellere yönelik olumsuz tutumların değişmeye başlaması ve eşcinsellik gitgide daha kabul görüyor olmasına rağmen birçok çalışma göstermektedir ki eşcinseller halen cinsel yönelimleri nedeniyle ayrımcılık ve nefret suçlarının hedefi haline gelebilmektedir. Ülkemizde de eşcinsellere yönelik önyargı ve olumsuz tutumların ön planda olduğu görülmektedir. Yakın zamanda ülkemizde yapılmış bir çalışma toplumumuzun 78%'inin eşcinselliği reddetmekte olduğunu, 85%'inin eşcinsel bir komşu istemediğini göstermiştir (48). Ülkemizdeki üniversite öğrencilerinin eşcinselliğe dair düşüncelerini ortaya koymayı hedefleyen bir çalışmada katılımcıların eşcinselliği çoğunlukla ruhsal bir bozukluk olarak gördükleri, eşcinsellik hakkındaki düşünce ve tutumlarının çoğunlukla olumsuz olduğu bildirilmiştir (49). Ülkemizde yaşayan LGBT kişilerin karşılaştığı tutumlara dair yapılan bir çalışma göstermektedir ki LGBT kişiler toplum ve aileleri tarafından ayrımcı ve baskıcı davranışlara maruz kalmaktadırlar (50). Başka bir çalışmanın sonuçlarına göre ise LGB kişiler evde veya işyerinde ayrımcılıktan, sözel taciz ve şiddet tehdidinden korunmak için cinsel yönelimlerini gizlemekte, gizlemeyenler ise ayrımcılığa uğramaktadırlar (51).

Hudson ve Ricketts tarafından eşcinselliğe karşıt tutumların tümünün homofobi yerine, kelime karşılığı olarak daha doğru bir anlama sahip olduğu düşünülerek, homonegativizm olarak adlandırılması önerilmiştir. Homofobiyi ise homonegativizmin boyutlarından biri olarak tariflemişlerdir (52). Günümüzde homofobi ile birlikte homonegativizm terimi de sık olarak kullanılmaktadır.

### 2.1.9. İçselleştirilmiş homofobi

Lev Vygotsky'nin sosyokültürel gelişim teorisi, bireyin gelişim sürecinde oluşan bilişlerin sosyal etkileşimler ve kültür etkisi altında şekillendiğini öne sürer. Bu teoriye göre birey, etkileşimler yolu ile toplumun beklentilerini öğrenerek bu doğrultuda düşünceler ve davranışlar geliştirir (53). Bu bağlamda içselleştirilmiş homofobi, eşcinsel ve biseksüel kişilerin içinde yaşadığı toplumun homofobik yargı ve tutumlarını çoğu zaman farkında olmaksızın kendi imgelerinde içselleştirmesi olarak tanımlanabilir. Kişi kendi cinsel yönelimini keşfetmeye başlamasından bile önce başlayan bir süreç boyunca toplumun eşcinselliğe karşı olan olumsuz yargı ve tutumlarını kabullenir ve cinsel yönelimini farketmesi ile kendi benliğine yöneltir (37). Toplumun kalıp kabuller ve beklentilerinin dışında yer alan eşcinsel arzuları ruhsal çatışmalara, kendilik bütünlüğünde ve kimlik gelişimi sürecinde bozulmalara neden olur. Yüksek düzeyde içselleştirilmiş homofobi, düşük benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur (54)(55). Kişi cinsel yönelimi nedeniyle diğer insanlar tarafından dışlanacağına inanır ve bu beklentisi doğrultusunda kabul görebilmek amacı ile kendini sınırlayıcı davranışlarda bulunur. İçselleştirilmiş homofobi düzeyi arttıkça eşcinsel çevrelerden kaçınmanın ve sosyal izolasyonun arttığı gösterilmiştir (56). Kişinin heteroseksist toplumun verdiği mesajlara yanıtı utanç ve suçluluk hisleri, cinsel yönelimini gizlemek, cinsel yönelimini değiştirmeye çalışmak ve hatta heteroseksist veya homofobik davranışlar göstermek şeklinde bile olabilir (57)(58).

Heterokseksist normların var olduğu bir toplumsal yapılanmada kişi eşcinsel hislerini keşfetmesi, kabullenmesi ve açığa vurması gibi aşamalarda içsel ve dışsal birçok zorluk ile karşı karşıya gelmektedir.

Cinsel yönelim kimliği oluşumunu açıklamayı hedefleyen modellerinden en bilineni ve kabul göreni Cass'ın modelidir. Bu modele göre cinsel yönelim kimliği oluşumu sırasıyla kimlik konfüzyonu, kimlik karşılaştırması, kimlik toleransı, kimlik kabulü, kimliğinden onur duyma ve kimlik sentezi aşamaları ile meydana gelmektedir (59). Eşcinsel yönelim kimliği oluşumundaki karmaşık sürecin ancak içselleştirilmiş homofobinin üstesinden gelmekle çözülebileceği öne sürülmektedir (55). Cinsel yönelim olarak azınlık gruplardaki kişiler için çoğu zaman oldukça zorlayıcı olduğu bilinen, kişinin cinsel yönelimi hakkında kendisine ve çevresine açılma (coming-out) sürecinin özellikle cinsel yönelimini diğer kişiler ile paylaşma

aşamasında içselleştirilmiş homofobinin önemli bir belirleyici olduğu düşünülmektedir (60). Kişi, cinsel yönelimini keşfinin ardından yönelimini kabul ediyor ve kendini gey veya lezbiyen olarak tanımlayabiliyor olsa dahi, erken yaşam öğrenileri ve toplumun süreğen bir şekilde gösterdiği eşcinselliğe karşıt duruş nedeniyle, belli bir düzeyde içselleştirilmiş homofobiye sahip olması ve LGB gruba yönelik homofobik tutumlara karşı kişisel duyarlılığının devam ediyor olması olasıdır (61). Gonsiorek bu durumu "gizli içselleştirilmiş homofobi" olarak tanımlamış ve içselleştirilmiş homofobinin bu formunu en yaygın olanı olarak belirtmiştir. Gizli içselleştirilmiş homofobisi olan kişilerin görünürde cinsel yönelimlerini kabul etmiş olmalarına rağmen birçok zaman kendilerini sabote edici davranışlar gösterdiklerini öne sürmüştür (62).

Anlamsal olarak fobik bir reaksiyonu ifade etmediği düşünülerek "homofobi" yerine homonegativizm teriminin tercih edilmeye başlanmasına benzer şekilde, içselleştirilmiş homofobi teriminin yerine kullanılmak üzere içselleştirilmiş heteroseksizm, içselleştirilmiş cinsel ayrımcılık, içselleştirilmiş cinsel damgalanma gibi terimler önerilmektedir fakat bu kavramın literatürde çoğunlukla içselleştirilmiş homofobi olarak karşılık bulduğu görülmektedir (3).

### 2.2. MEYER'İN AZINLIK STRES TEORİSİ

Bir psikiyatrik epidemiyolog olan Ilan Meyer, azınlık stres teorisini geylerin homofobik toplumlarda cinsel yönelimleri nedeniyle maruz kalıyor oldukları kronik stres temelinde oluşturmuştur. Bu teori azınlık grupların, baskın birtakım değerlerle örülü bir çevre içinde, azınlık olmaları nedeniyle yaşadıkları stresi odak noktasına alır (63).

Azınlık stres modeli, çoğunlukla azınlık olmaları nedeniyle damgalanmış ve ayrımcılığa uğramış gruplardaki bireylerin maruz kaldığı süreğen psikososyal stresi ve bu kişilerde meydana gelen ruh sağlığı sorunları ile ilişkisini açıklamayı amaçlar. Azınlık stresinde ayrımcılığa doğrudan veya dolaylı olarak maruziyet, kişide meydana gelen hassasiyet ve toplum tarafından kabul görmeyeceğine dair oluşan inanış, azınlık bir grupta olduğunu açığa vuramama ve tüm bu stresörler ile baş edebilmek için çeşitli yöntemler geliştirmek durumunda kalma, ortak deneyimlerdir. Bu stres, azınlık gruplardaki kişilerin baskın kültüre, sosyal yapılanmalara veya

toplumsal normlara uymaması nedeniyle oluşması bakımından süreğen ve sosyal temelli; bir insanın günlük olarak deneyimleyebileceği stresli yaşam olaylarına göre daha fazla baş etme çabası gerektirmesi bakımından da o azınlık grubuna özgündür (64). Ülkemizdeki eşcinsellerin azınlık statüleriyle başa çıkma stratejilerini araştıran bir çalışmada bu stratejiler cinsel yönelimini kabul sürecinde görülen inkar ve benzeri davranışlar, damgalanma ve önyargılarla başa çıkabilmek için kullanılan cinsel yönelimini gizleme gibi davranışlar, açılma sürecine özgü bazı stratejiler ve cinsel kimliklerini açık bir şekilde yaşayabilmek için kullanılan bazı stratejiler olarak belirlenmiştir (65).

Meyer, azınlık grupların maruz kalıyor oldukları stres faktörlerini "distal" ve "proksimal" olarak isimlendirerek iki gruba ayırmıştır. Distal stres faktörleri bireyin onları algılayış biçiminden bağımsız olan, objektif olarak gözlenebilen çevresel durum ve olaylardır. Fakat bu distal stres faktörlerinin kişideki etkileri o kişinin öznel deneyimleri ve bilişlerine bağlı olarak işlenmesi sonucunda meydana gelir. Proksimal olarak isimlendirilenler ise daha sübjektif stres faktörleri olup, kişinin benliği ile daha yakından ilişkilidir. Meyer geliştirdiği modelinde eşcinseller için distal stresörleri cinsel yönelimleri nedeniyle uğradıkları ayrımcılık ve şiddet gibi dışsal olaylar olarak belirtir. Proksimal stresörler olarak ise diğerleri tarafından reddedilme beklentisi, cinsel yönelimini gizleme davranışı ve içselleştirilmiş homofobiye işaret eder. Meyer bu stresörleri çevreden bireye doğru sıralarken, içselleştirilmiş homofobiyi eşcinsellerin ruhsallığındaki önemine vurgu yapacak biçimde en proksimale yerleştirir (66) (67).

### 2.3. EŞCİNSELLİK VE RUH SAĞLIĞI

1957 yılında Hooker ve arkadaşlarının eşcinsel ve heteroseksüel erkekleri ruh sağlığı açısından karşılaştırdığı çalışmalarında iki grubun benzer özelliklerde olduğunu ve eşcinselliğin bir psikopatolojiye eşlik etmesinin gerekmediğini göstermeleri ile eşcinselliğin ruhsal bir hastalık olmadığı kabulü gelişmeye başlamıştır (68). Eşcinsellik, farklı tanı kategorileri altında sınıflandırılarak DSM'nin birinci ve ikinci versiyonlarında yer almış fakat 1973 yılından itibaren DSM'de yer alan bir tanı olmaktan çıkarılmıştır (69). Bu gelişmeleri takip eden dönemde LGB çalışmaları artış göstermeye başlamış ve LGB'lerin heteroseksüellere göre daha fazla

ruh sağlığı sorununa sahip olma riski göstermesi sıkça araştırma konusu olmuştur. Bu alandaki öncül çalışmaların da çoğunlukla erkek eşcinseller ile yürütüldüğü görülmektedir. LGB'lerde en sık olarak depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere, kendine zarar verici ve riskli davranışlar, intihar davranışı, alkol ve madde kullanım bozuklukları heterokseksüellere göre daha yüksek oranlarda izlenmektedir (70)(71).

Geçmişte cinsel yönelimlerine atfedilen bu durum daha sonra, Meyer'in azınlık stres teorisi çerçevesinde, bu kişilerdeki içselleştirilmiş homofobi düzeyi ve bu kişilerin azınlık bir grupta olmaları nedeniyle bireysel veya toplumsal düzeyde maruz kaldıkları ayrımcılık, damgalanma gibi kronik stresörlerle ilişkilendirilmiştir. Kişinin ruh sağlığı sorunlarının cinsel yöneliminin doğrudan bir sonucu olarak değil, cinsel yönelimi nedeniyle maruz kaldığı ve mücadele etmesi gerektiği içsel ve dışsal olumsuz faktörlerin etkisi ile meydana geldiği sonucuna varılmıştır (72). Heteroseksüel, biseksüel ve eşcinsellerle yapılmış bir çalışmanın sonuçlarına göre, eşcinsel ve biseksüel kişiler her gün ve yaşam boyu daha fazla ayrımcılığa uğramaktadır ve algılanan ayrımcılık düşük yaşam kalitesi ve artmış psikiyatrik hastalık morbiditesi ile ilişkilidir (73).

Yapılan birçok çalışmada içselleştirilmiş homofobinin depresyon, distimi, riskli davranışlarda bulunma ve terapi görüyor olma ile güçlü bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir. İçselleştirilmiş homofobinin ayrıca cinsel sağlık ve psikoseksüel matürasyon ile de negatif yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır. İçselleştirilmiş homofobi arttıkça stres, depresyon, suçluluk hissi, yalnızlık, izolasyon, somatik belirtiler ve intihar davranışı da artmaktadır. İçselleştirilmiş homofobi azaldıkça ise kendilik değeri, cinsel işlevler, sosyal destek, açılma oranı, eşcinsel gruplara aidiyet hissi artış göstermektedir (6)(56)(74)(75)(76)(77).

Literatüre bakıldığında bireyin cinsel yönelimine dair farkındalığının çoğunlukla başladığı adölesanlık dönemindeki LGB'ler ile yapılan çalışmalar, bu kişilerin cinsel yönelimleri nedeniyle akranları tarafından fiziksel veya ruhsal şiddete maruz kalma oranlarının %94'lere vardığını göstermektedir (78)(79). Eşcinsel veya biseksüel yönelime sahip adölesanlar klinik olarak %30 oranında depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, alkol ve madde kullanım bozuklukları göstermekte ve heteroseksüel gruba göre yaklaşık üç kat daha fazla intihar

teşebbüsünde bulunmaktadırlar (80)(81)(82). Bu çalışmalar ile kişide sahip olduğu cinsel yönelimin değil, toplum temelli gelişen ve değiştirilebilir olan homofobi ve içselleştirilmiş homofobinin olumsuz sonuçları olduğunun ayrımına varmak önem taşımaktadır.

### 2.4. CİNSELLİK, CİNSEL İŞLEVLER VE CİNSEL DOYUM

Cinsellik, insanlık tarihi boyunca tüm yönleriyle büyük öneme sahip olmuş, biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik, politik, tarihsel, dini ve başka birçok faktörün etkileşimi altında şekillenen, bireye özgün bir deneyimdir. Cinsellik, kişinin sahip olduğu psikobiyolojik mekanizmalar ve yaşadığı kültürün etkileşiminin bir sonucudur (83). Bu nedenle cinselliği ele alabilmek biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel bakış açılarını gerektirmektedir. Biyolojik bakış açısı cinselliğin biyolojik temeline; psikolojik bakış açısı ise insan ruhsallığına vurgu yaparak beden fizyolojisini ve insan zihnini etkileyebilecek faktörlerin cinselliği de etkileyeceği düşüncesine dayanmaktadır. Sosyokültürel bakış açısına göre ise kişinin içinde yaşadığı toplumun cinselliğe bakışının kişinin cinsel tutum ve davranışları üzerinde belirleyici olacağı düşünülmektedir (84).

Masters ve Johnson tarafından, 1954 yılından itibaren gerçekleştirdikleri insan cinselliği ile ilişkili bir dizi klinik ve laboratuvar çalışması sonucunda oluşturulan cinsel yanıt döngüsü modeli uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evrelerinden oluşmaktadır (85). İlerleyen dönemde cinsel yanıt döngüsü modeline, insan cinselliğinin anlaşılmasına dair önemli çalışmaları olan Helen Singer Kaplan'ın katkısı ile, uyarılma evresinden önce gelen cinsel istek evresi de eklenmiştir (86).

Cinsel işlev bozuklukları, cinsel işlevleri oluşturan istek, uyarılma ve orgazm evrelerinden herhangi birinde görülebilen, kişinin cinsel aktiviteden alacağı haz ve doyuma engel olabilen kronik, edimsel veya durumsal bozukluklardır. DSM tanı sisteminde cinsel işlev bozuklukları başlığında kadın ve erkek için cinsel yanıt döngüsünün evreleri ile ilişkili olarak geç boşalma, sertleşme bozukluğu, kadında orgazm bozukluğu, kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu, erkekte düşük cinsel istek bozukluğu, erken boşalma, maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu, tanımlanmış bir diğer cinsel işlev bozukluğu ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu tanı başlıklarının yer aldığı görülür (87).

Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin yayınladığı Cinsel Haklar Bildirgesi'nde cinsel sağlığın da temel bir insan hakkı olması gerektiği belirtilmiştir (88). Cinsel sağlık kavramı anlamsal olarak cinsel yolla bulaşan hastalıklar, planlanmamış gebelikler, cinsel işlev bozuklukları veya cinselliğin diğer istenmeyen sonuçlarını düşündürmektedir (89). Fakat Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamalarına göre cinsel sağlık, kişinin bir hastalık veya cinsel işlev bozukluğu sahibi olmamasından öte bir anlam taşımaktadır. Kişinin cinselliği ile ilişkili fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik hali cinsel sağlığın belirleyicileridir. Cinsel sağlık, cinselliğe ve cinsel ilişkilere pozitif ve saygılı bir yaklaşımla birlikte güvenli, haz sağlayan; zorlama, ayrımcılık ve şiddet içermeyen cinsel deneyimleri gerektirmektedir (90). Cinsel sağlık bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilemekle birlikte bireyi aşarak sosyal sağlığı oluşturan etmenlerden biri olmaktadır. Kişinin cinsellikten alacağı haz ve doyumun cinsel sağlığı meydana getiren önemli bileşenlerden biri olduğu söylenebilir. Cinsel doyum kişinin beden ve ruh sağlığı, genel iyilik hali ve yaşam kalitesi ile ilişkili olarak görülmektedir (91).

Düşünceler, hisler, davranışlar ve inanışların biyolojik faktörler ile bir araya gelerek oluşturduğu bir deneyim olan cinsel doyuma dair birçok tanımlama yapılabilmektedir. Literatürdeki çalışmalarda, cinsel doyumun öznel bir veri olması nedeniyle, cinsel doyuma dair sınırları net bir tanımlama yapılamadığı göze çarpmaktadır.

Doyum kelime anlamı olarak haz ve memnuniyet sağlayan pozitif duygular deneyimlemek olarak tanımlanabilir (92). Cinsellikte doyum birçok farklı yolla sağlanabilmektedir. Cinsel doyumun, cinsel yanıt döngüsünün orgazm ve son evreleri ile ilişkili olarak yapılacak bir tanımlamasında, cinsel aktivitenin sonunda elde edilecek fizyolojik bir ödül gibi değerlendirilmektedir.

Orgazm, cinsel uyarılmayı takiben otonomik, periferik ve merkezi sinir sisteminin katılımıyla oluşan, kısa süreli yoğun bir haz deneyimidir (93). Orgazmın sıklığı ve yoğunluğu cinsel doyumun göstergesi olabilmektedir (94). Kişinin orgazm evresini yaşamasa bile, cinsel aktivite süresince edineceği veya partneri ile karşılıklı sağlayacakları bedensel bir haz veya emosyonel bir doyumdan da söz etmek mümkündür (95). Partnerli cinsellikte cinsel doyum, cinsel ilişkideki tüm öznel

değerlendirmeleri sonucunda kişide oluşan duygulanımsal bir cevap olarak tanımlanır (96).

Çalışmalarda cinsel doyumun çoğunlukla Bronfrenbrenner'in ekolojik teorisi çerçevesinde ele alındığı görülür. Bu teori bireyin çevre ile olan karşılıklı etkileşimini ve bu etkileşimlerin birey üzerindeki etkilerini birbiri ile ilişkili birden çok sistem içinde değerlendirir. Bu sistemleri bireyden çevreye doğru mikrosistem, mezosistem, egzosistem, makrosistem olarak adlandırır (97). Bu sistemler kişinin cinsel doyumu üzerine etkileri açısından incelendiğinde, mikrosistem bireysel düzeydedir ve kişideki inançlar, değerler, emosyonlar gibi bireysel düzeyde farklılık gösterebilecek tüm özellikleri kapsar. Mezosistem, mikrosistemden gelişerek oluşur ve genellikle eş veya partner ile kurulan yakın ilişkileri ifade eder. Egzosistem ise, yine mikrosistemden gelişerek oluşan, mezosistemi ve de kişinin inanç ve davranışlarını etkileyebilen, daha geniş fakat etkisi indirekt olan, ailesel destek ve sosyal destek gibi faktörleri ifade eder. Makrosistem ise yasalar, ideolojiler, kültürel inanışlar gibi toplumsal ve kurumsal faktörlerden meydana gelir (98).

Literatüre bakıldığında cinsel doyum ile ilgili çalışmaların çoğunlukla heteroseksüel evli çiftler üzerine yoğunlaştığı görülür. Fakat bu çalışmalarda, cinsel doyumun tanımı, kullanılan cinsel doyum modelleri ve cinsel doyum belirteçlerindeki farklılıklar nedeniyle bazı kısıtlılıklar göze çarpmaktadır (95).

## 2.5.EŞCİNSELLERDE CİNSEL İŞLEVLER VE CİNSEL DOYUM

Eşcinsellerin cinsel yaşamları ancak yakın geçmişten itibaren araştırma konusu olabilmeye başlamıştır. Çalışmalar ilk olarak HIV ile yaşayan eşcinsel erkeklere odaklanmış, ardından heteroseksüel ve eşcinsel erkekleri karşılaştırma çalışmaları yapılmaya başlanmıştır (99). Günümüzde eşcinsel cinselliği ile ilgili çalışmaların sayısı artış göstermiş olsa da halen heteroseksüel cinselliğine göre az çalışılmış bir konu olduğu söylenebilir.

Literatürde eşcinsellerde cinsel işlev bozuklukları ile ilgili oldukça az sayıda çalışma mevcuttur ve bu çalışmalar çoğunlukla heteroseksüeller ile karşılaştırma çalışmalarıdır. Kadın eşcinsellerle yapılmış çalışmaların erkek eşcinsellerle yapılmış olanlara göre daha az sayıda ve daha sonraki dönemde yapılmış olduğu görülmüştür. Heteroseksüellerden farklı olarak, eşcinsellerde cinsel işlev bozuklukları

gelişmesinde cinsel yönelim olarak azınlık bir grupta olmaları nedeniyle karşılaştıkları zorluklar, sahip oldukları stresörler, ilişki kurma ve sürdürme süreçlerindeki farklılıklar, HIV benzeri bir bulaşıcı hastalık taşıma riski gibi durumların da rol oynadığı ileri sürülmektedir (100)(101)(102).

Kadınlarla yapılmış bir çalışmada cinsel haz davranışları üzerinde cinsiyetin, cinsel yönelime kıyasla, daha etkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre cinsel istekler, haz alma ve orgazmda rol oynayan cinsel aktiviteler açısından lezbiyen kadınlar ile heteroseksüel kadınlar benzerlik göstermektedir (103). Fakat buna ek olarak, yapılan bazı çalışmaların sonuçlarına göre kişilerin cinsel aktivite özellikleri cinsel yönelimlere göre farklılık göstermektedir. Eşcinsel ilişkilerde cinsellik heteroseksüel ilişkilerdeki cinsellikten davranışlar, süre ve sıklık gibi özelliklerde farklılık gösterebilmektedir (104). Eşcinsel ve biseksüel kadınların cinsel aktiviteye ayırdıkları zamanın, cinsel isteklerinin, uyarılma ve cinsel doyumlarının daha fazla olduğunu bildiren, eşcinselliği artmış cinsel doyum ile ilişkilendiren çalışmalar mevcuttur (98)(105)(106).

Erkek eşcinsellerin, heteroseksüeller ile karşılaştırıldığında, cinsel aktivite sırasında farklı uyarılma ve haz davranışları deneyimleyebildikleri görülmektedir. Bu farklılığa anal seks sırasında inseptif veya reseptif olma durumlarındaki uyarılma ve haz deneyimleri örnek olarak gösterilebilir (107).

Literatüre bakıldığında eşcinsellerin cinsel sağlığına dair çalışmaların çoğunlukla damgalanmaya odaklandığı, cinsel açıdan iyilik hali ve cinsel doyumun geri planda kaldığı görülmektedir (108). Lezbiyen ve geylerin cinsel doyumunu etkileyebilecek faktörlere odaklanan az sayıda çalışma mevcuttur. Calvillo ve arkadaşları eşcinsellerde cinsel doyumu etkileyebilecek faktörleri ekolojik teori çerçevesinde ele alarak, açıklayıcı bir model geliştirmeyi hedeflemişlerdir. Bu modele göre eşcinsellerde cinsel doyum kişisel faktörler, kişilerarası faktörler, sosyal değişkenler ve ideolojik-kültürel değişkenler tarafından belirlenmektedir. Yapmış oldukları çalışmalarında içselleştirilmiş homofobiyi kişisel faktörlerden biri olarak; cinsel işlevler, bağlanma ve duygusal ilişki doyumunu kişilerarası faktörlerden olarak değerlendirilmişlerdir. Cinsel doyumun belirleyicilerinde kişisel ve kişilerarası faktörlerin önemine vurgu yapmışlardır (109).

İlişkilenme biçimleri açısından heteroseksüeller ve eşcinseller arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Eşcinsellerin düzenli bir ilişki sahibi olma oranları heteroseksüellere göre daha düşüktür (110). Geylerin, heteroseksüel erkeklere göre, belli bir zaman diliminde daha fazla cinsel partnerlerinin olduğu bilinmektedir (111). Bu durum cinsel yolla bulaşan hastalık riskini düşündürmekte ve çift ilişkilerini etkileyebilmektedir (112). Çalışmalar cinsel yönelimler arasında duygusal ilişki doyumu ve kalitesi açısından sıklıkla anlamlı bir fark saptanmadığını göstermektedir (113)(114)(115).

Farklı ülkelerde yapılan çalışmaların sonuçları karşılaştırıldığında cinselliğe ve dolayısı ile cinsel doyuma etki edebilecek olan faktörler ve etkileri kültürel olarak, ayrıca cinsiyet ve cinsel yönelime bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Ülkemizdeki eşcinsellerin cinsel doyumuna etki edebilecek faktörlerin oldukça az sayıda araştırmanın konusu olduğu görülmüştür. Bu alanda kısıtlı veriye sahip olunması eşcinsellerin cinsel tedavi başvurularında soruna yönelik çözümlerin sağlanmasını zorlaştırmaktadır.

## 2.6.BEDEN ALGISI (BEDEN İMAJI)

Beden algısı, veya beden imajı, kendiliğin bir parçası olup kişinin fiziksel özellikleri hakkındaki olumlu ve olumsuz düşünce, duygu ve davranışlarını tanımlamaktadır (116). Kişinin kendi bedenine dair sahip olduğu zihinsel bir temsil ve bu temsil ile kişide bilişsel, duygulanımsal ve davranışsal olarak etkiler oluşturan zihinsel bir süreci ifade eder. Kişinin kendi bedenini algılayış biçimi, beden görünümüne dair duygu ve davranışları, bedeninin işlevselliği ve estetikliğine dair inanışları, bedeninden memnuniyeti gibi algısal ve davranışsal bileşenlerden oluşur (117)(118). Subjektif bir değerlendirme olması nedeniyle bu imaj çoğu zaman diğer insanların kişiyi nasıl algıladığından farklı bir biçimdedir ve yaşam süresince değişim gösterebilir. Kişinin beden imajı ile idealize ettiği beden özellikleri arasındaki uyumsuzluk nedeniyle beden görünümünden hoşnut olmaması durumunun literatürde “beden imajı memnuniyetsizliği”, ”olumsuz beden imajı”, ”düşük beden algısı” ve benzeri şekillerde ifade edildiği izlenmiştir.

İlk olarak nöroloji hekimleri insan beyninin kilo, biçim, şekil ve büyüklüğü algılayarak bir şema halinde birleştirme yetisinin olduğunu belirlemişlerdir ve

böylece beden şeması veya beden algısı kavramı ortaya çıkmıştır. Nöroloji alanında kişinin kendi bedenine dair algısının bozulduğu nörolojik durum ve sendromları tariflemek için "beden şeması" terimi kullanılırken psikiyatri alanında "beden imajı" ve "beden algısı" terimleri daha çok tercih edilmektedir (119). Schilder bu kavramı psikolojik ve sosyolojik anlamda genişleterek beden algısını bedenimizin zihnimizde yarattığımız görüntüsü yani bedenimizin bize nasıl göründüğü şeklinde tanımlamış ve beden algısını, kişinin kendini nasıl algıladığı ve değerlendirdiği ile ilişkili olarak kimliği oluşturan parçalardan biri olarak belirtmiştir. Schilder ayrıca, bir başkasının bedeninin kısımlarının da kişinin kendi beden imajında yerinin olabileceğini öne sürmüştür (120). Buna göre beden imajını oluşturan yapılar psikanalitik olarak bazı sembolik anlamlar taşıyabilmekte ve beden uzuvlarından hoşnutsuzluk da ruhsal çatışmaların görüngüsü olabilmektedir (121).

Sonraki süreçte beden algısı tanımlanırken kişinin bedenine dair bilişler, duygu ve davranışlarına da vurgu yapılmıştır. Kişini fiziksel özelliklerini algılayışına dair bilişleri ve fiziksel görünümünü koruyabilmek veya değiştirmek, daha iyi hale getirebilmek adına gösterdiği davranışları içermektedir (122). Beden algısının nörolojik olarak duyusal sistem gelişimi ile; ruhsal olarak ise kişilik gelişimi, bireyselleşme ve sosyalleşme deneyimleriyle beraber kültürel ögelerin etkisi altında şekillendiği söylenebilir. Kişinin gözlem yoluyla bedenine dair oluşturduğu imaja ilişkin duygu ve davranışları kültürel edimler ile belirlenir (121).

Beden imajına dair endişeler her yaş grubunda görülebilmektedir. Çalışmalar 3-5 yaş grubundan itibaren beden görünümüne ilişkin davranışların başladığını ve beden imajı memnuniyetsizliğinin görülebildiğini göstermektedir (123)(124). Adölesan çağda vücuttaki değişimlerle beraber giderek artış göstermeye başlayan beden imajına dair endişeler genç yetişkinlik döneminden itibaren daha stabil ve olumlu bir hale gelmektedir (125)(126). Erişkinlerde beden algısının ilişkili olduğu sosyal, psikososyal ve cinsel işlevlerin araştırıldığı 18-86 yaş arası kadın ve erkeklerin dahil edildiği bir çalışmanın sonuçları şu şekildedir: Beden imajı tüm yaş gruplarında özsaygı ile ilişkilidir. Olumsuz beden imajı farklı yaş gruplarında sosyal ilişkilerde ve cinsel işlevlerde bozulma, depresyon ve anksiyete semptomları ile ilişkilidir (127).

Kültürel olarak belirlenmiş, zaman içinde değişkenlik gösteren ve medya yoluyla öne çıkarılan beden görünümleri kişilerin beden ideallerini belirleyici olmaktadır (117). Literatürde medya maruziyetinin hem kadın hem erkeklerde düşük beden algısı ile ilişkilendirildiği çalışmalar mevcuttur (128)(129). İnce beden görünümü ideali, adölesanlarda düşük beden imajı memnuniyetine sebep olmasının yanısıra düşük özsaygı ve ileri dönemde artmış depresyon riski ile de ilişkilendirilmiştir (130)(131). Yapılmış bir çalışma adölesanların farklı bir beden görünümüne sahip olma isteklerinin altında %58 oranında iyi görünmek, %15 oranında karşı cins tarafından beğenilmek, %14 oranında daha çok kişi ile arkadaş olmak, %8 oranında daha popüler olmak, %3 oranında sağlıklı olmak arzusunun yattığını göstermiştir (132).

Beden imajı memnuniyetsizliği yeme bozuklukları, depresyon ve obeziteye sıkça eşlik etmektedir. Beden imajı memnuniyetsizliğinin bu tıbbi durumların sebebi mi yoksa sonucu mu olduğu ise tartışmalıdır (133)(134). Beden memnuniyetsizliği arttıkça duygusal yeme, anormal yeme ve kilo kontrolü davranışları, bulimia nervoza semptomları, özgüven düşüklüğü, depresyon ve stres artış göstermektedir (135).

Beden imajı memnuniyetsizliği, beden kitle indeksinin ruh sağlığı üzerindeki düşük özgüven, depresif duygu durum gibi etkilerinin belirleyicisi olarak görülmektedir (136). Bu durumda kişinin beden kitle endeksinin değil, olumsuz beden imajının zayıf psikososyal işlevsellik ile ilişkili olduğunu söylemek mümkündür. Olumlu beden imajının beden kitle indeksinde artışın önüne geçen bir faktör olduğu, beden imajı memnuniyetsizliğinin ise zamanla kilo artışına yol açtığı görülmüştür (137).

Yapılan çalışmalar kadınların erkeklere kıyasla fiziksel görünümlerinden daha az memnun olduklarını göstermiştir (138)(139)(140). Bu durum daha çok, kadınların fiziksel görünümlerine daha fazla yatırım yapıyor olmaları ile ilişkilendirilmektedir. Kadınların yaş grubuna göre karşılaştırıldığı bir çalışmada, 25-35 yaş arası kadınların 65-80 yaş arası kadınlara göre ince bir beden görünümünü daha çok arzuladığı ve beden imajında toplumsal etkilerin daha fazla olduğunu, fakat iki yaş grubunda eşit oranda beden imajı memnuniyetsizliği bulunduğunu bildirmişlerdir (141).

Kadınlarda kilo arttıkça beden imajı memnuniyetsizliğinin arttığı, erkeklerde ise fazla kilolu kişiler daha zayıf olmak isterken kilosu normal veya zayıf olarak

nitelendirilebilecek kişilerin daha kaslı bir fiziksel görünüme sahip olmak istedikleri görülür (142). Bu durumun, kaslı ve iri vücut yapısının toplum tarafından maskülen bir görünümle ilişkilendirilmesi nedeniyle olabileceği ileri sürülmektedir (143). Bu durumda beden imajı memnuniyetsizliğinin kadınlarda kilo kaybını hedefleyen davranışlara neden olabilecekken, erkeklerde kilo kaybını veya kimi zaman da kas yapımını artırmayı hedefleyen davranış ve uğraşılara yol açabileceği belirtilmiştir (144).

Beden imajı, bozulmuş yeme davranışları gelişiminde önemli bir belirleyicidir. Beden imajı memnuniyetsizliği ise kişide yeme bozukluğu semptomları gelişiminde ve klinik olarak yeme bozukluğu meydana gelmesinde güçlü bir risk faktörüdür (145). Beden imajından memnun olmamak kişinin kilo kontrolünü sağlamak amacıyla kalori alımını kısıtlayıcı bir beslenme biçimine yönelmesine ve riskli yeme davranışları geliştirmesine neden olabilir (146). Yapılan bir çalışma heteroseksüel kadınlar ve eşcinsel erkeklerin, iki grubun da fiziksel çekicilik ve bu çekiciliğin günümüzdeki karşılığı olan ince beden görünümüne verdikleri önem nedeniyle, yeme bozukluğu geliştirme risklerinin daha yüksek olabileceğini öne sürmüştür (147). Toplum genelinde bakıldığında erkeklerin anoreksiya nevroza veya bulimia nevroza gibi yeme bozuklukları semptomları göstermeleri halinde, bu durumları "kadın hastalıkları" olarak görüp, sağlık hizmeti arayışına girmek konusunda çekincelerinin olabileceği ve kadınlara oranla daha az başvuruda bulunmaları nedeniyle yeme bozukluklarının daha düşük oranda tespit ediliyor olabileceği düşünülmektedir (148).

Kişinin bedenine dair değerlendirmelerini, bedenini değiştirme uğraşı vermeden, adaptif bir şekilde kabul edebilme davranışı beden imajı esnekliği (fleksibilitesi) olarak adlandırılmaktadır (149). Yapılan çalışmalar beden imajı esnekliğinin psikolojik esneklik ile aynı yönlü bir ilişki içindeyken beden imajı memnuniyetsizliği ve yeme bozuklukları ile ters yönlü bir ilişkisi olduğunu ve bu durumlar için koruyucu bir faktör olabildiğini göstermiştir (150). Olumlu beden imajı, bedenin tüm yönlerinden hoşnut olmak anlamına gelmemekle birlikte olumlu bir beden değerlendirmesine sahip olmak yeme bozuklukları, depresyon ve anksiyete için koruyucu bir faktör olarak görülmektedir (151).

## 2.7. EŞCİNSELLİK VE BEDEN ALGISI

Yakın zamanlı çalışmalarda beden imajı memnuniyetinin cinsel yönelim ile bağıntılı olduğu ileri sürülmektedir. LGB'lerde yaşam boyu anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıkanırcasına yeme bozukluğu gibi bir yeme bozukluğu tanısı alma veya uzun açlık süreleri, sık diyet uygulama, laksatif kullanımı, kendini kusturma, tıkanırcasına yeme gibi beslenme davranışlarının görülme olasılığı heteroseksüellere göre daha yüksektir (152)(153).

Çalışmalar, eşcinsel kadınlar ve heteroseksüel erkeklere kıyasla, heteroseksüel kadınlar ve eşcinsel erkeklerin beden imajının daha olumsuz olduğunu, bu kişilerin görünüşlerine daha fazla önem verdiğini, ayrıca kilo ve diyet uğraşılarının daha fazla olduğunu göstermektedir (146)(154). Fakat bazı çalışmalara göre eşcinsel ve heteroseksüel kadınların fiziksel özelliklerine dair benzer kaygılar yaşadıkları da görülmektedir (155). Lezbiyen ve biseksüel kadınlarda en sık rastlanan yeme bozukluğunun tıkanırcasına yeme bozukluğu olduğu bulunmuştur (156)(157). Bu kişilerde içselleştirilmiş homofobinin tıkanırcasına yeme bozukluğu gelişiminde etkili bir faktör olduğu ve bu etkisini cinsel yönelimine dair utanç duygusunun belirlediği gösterilmiştir (158). Literatürdeki çalışmalarda geylerin heteroseksüel erkeklere göre beden imajlarına ilişkin daha fazla endişe duyduğu ve yeme bozukluğu geliştirme olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (116)(140). Geylerin heteroseksüel erkeklere kıyasla kilo alımından daha fazla korku duydukları, bel çevresi ve gövde gibi bazı spesifik bölgelerden daha hoşnutsuz oldukları ve daha fazla diyet uyguladıkları görülmüştür (159)(160).

Batı toplumlarında, özellikle medya yoluyla, zaman içinde ince ve kıvrımlı kadın bedeni ile ince ve kaslı erkek bedeninin öne çıkarılarak bu kalıplara uyan bedenlerin çekici olduğu kabulü ortaya çıkmıştır. Eşcinsel kadın ve erkeklerin bu kalıp kabulleri farklı biçimlerde içselleştirdikleri düşünülmektedir. Eşcinsel kadınların baskın heteroseksist toplumsal kabullerin dışında bir duruş sergilediklerinden yola çıkarak ince kadın imajını çoğunlukla idealleştirmedikleri öne sürülmektedir (161). Literatüre bakıldığında heteroseksüel kadınlara kıyasla eşcinsel kadınların vücut ağırlıklarının daha fazla olduğu, hedef kilolarının daha yüksek olduğu, kilo ve dış görünüş ile uğraşılarının daha az olduğu, beden imajı memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu ve fiziksel çekiciliği daha az önemsedikleri

sonuçlarını gösteren çalışmalar mevcuttur (162)(163)(164). Eşcinsel erkekler ile yapılmış çalışmalarda ise çoğunlukla, sosyokültürel kabuller ile benzer biçimde, ince ve kaslı erkek imajını çekici buldukları saptanmıştır. Toplumda kaslı bir bedenin maskülenite ile eş görülmesinin eşcinsel erkekleri, ayrımcılığa uğramak endişeleri nedeniyle, kaslı bir vücut görünümüne sahip olma baskısı oluşturabileceği düşünülmektedir. Toplumdaki ayrımcılık ve damgalanmadan kaçınmak amacıyla cinsel yönelimlerine dair ipucu oluşturabilecek bir görünümdense toplumsal kabuller çerçevesinde heteroseksüel bir görünüme sahip olma gerekliliği hissedebileceklerine işaret edilmiştir (165). Çok ince bir beden görünümünün hastalıklar veya HIV ile ilişkili damgalanma nedeniyle eşcinsel erkeklerde beden imajı memnuniyetsizliği yaratabileceği de öne sürülmüştür (160)(166).

Yapılan bir çalışmada, eşcinsellerin dahil oldukları LGB grupları daha az yargılayıcı, daha hoşgörülü ve kabullenici olarak görmesine rağmen, bu gruplara dahil olduklarında da beden imajı memnuniyetsizliği yaşayabildiklerini ve idealleştirilmiş beden imgesine ulaşmak için oluşan baskının etkisi altında olduklarını belirtilmiştir (167).

İçselleştirilmiş homofobi, eşcinsel kimliği gelişimi aşamalarını ve böylelikle eşcinsellerde kendilik ve kimlik oluşumunu olumsuz etkileyen önemli bir faktördür. Kendiliğin bir parçası olarak tariflenen beden imajının da bu etkileşimler altında şekilleneceği düşünülebilir. Olumsuz beden imajı, cinsel yönelimden bağımsız olarak, düşük özsaygı ve riskli yeme davranışları geliştirme ile ilişkili bulunmuştur (168). Yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre geylerin kendi cinsel yönelimlerine karşı tutumları kendi görünümünü değerlendirme ve bu görünümden memnuniyeti ile özsaygısını yordamakta; kişinin diğer geylerin cinsel yönelimlerine karşı tutumu ise tıkanırcasına yeme ve kusma gibi bulimik davranışları yordamaktadır. Bu çalışmanın diğer bir sonucuna göre ise kişinin cinsel yönelimine dair hisleri kısıtlayıcı yeme davranışı ile ilişkili bulunmamıştır (169). Eşcinsellerde içselleştirilmiş homofobi ve beden algısı kavramlarının bu kişilerin ruh sağlığı alanındaki başvurularının ardındaki önemli nedenlerden olabileceği düşünülebilir.

# 3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

## 3.1. ÖRNEKLEM VE YÖNTEM

Çalışmaya SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine Haziran 2022-Ağustos 2022 tarihleri arasında başvuran kişiler ve bu kişiler aracılığıyla kartopu örneklem yöntemi ile ulaşılan, cinsel yönelimini eşcinsel olarak belirten, dahil etme ve hariç tutma kriterlerine göre değerlendirilip çalışmaya katılmayı kabul eden 71 erkek, 12 kadın katılımcı dahil olmuştur. Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı özelliktedir. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği, Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği uygulanmıştır.

## 3.2. DAHİL ETME VE HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ

Katılımcının cinsel yönelimini eşcinsel olarak tanımlaması, cinsel partnerinin olması, okur-yazar olması, 18 yaşından büyük olması, çalışmaya katılmayı kabul ederek gönüllü olur formunu imzalamış olması ve ölçeklerin uygulanması için yeterli bilişsel kapasiteye sahip olması dahil etme kriterleri olarak belirlenmiştir.

Katılımcının çalışmaya katılmasına engel olacak düzeyde mental retardasyon, ağır nörolojik ve/veya tıbbi hastalık, geçirilmiş kafa travması, madde etkisi gibi nedenlerle kooperasyon ve bilişsel fonksiyonlarda bozukluk olması ile çalışmaya katılacağı sırada aktif psikotik bozukluk ya da bipolar afektif bozukluk atak döneminde olması hariç tutma kriterleri olarak belirlenmiştir.

## 3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelendi. Araştırmada değerlendirilen katılımcıların yaş özellikleri, intihar özellikleri ve psikometrik ölçümleri arasındaki ilişki ve İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği, Yeni Cinsel Doyum Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği ve Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği skorları arasındaki korelasyon Pearson Korelasyon Analizi ve Spearman Korelasyon

Analizi kullanılarak incelenmiştir. Araştırmada değerlendirilen kadın ve erkek katılımcılar arasında ve Beden Algısı Ölçeği'ne göre beden algısı bozuk olan ve olmayan katılımcılar arasında psikometrik özelliklerin karşılaştırılması Mann Whitney U testine göre yapılmıştır. Araştırmada değerlendirilen katılımcılarda intihar riskini artırmada etkili olan faktörler Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi ile, İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği ve Beden Algısı Ölçeği skorlarını açıklamada etkili olan faktörler ise Hiyerarşik Regresyon Analizi ile incelenmiştir. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak belirlenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle (±1,5) kontrol edilmiştir. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

## 3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

### 3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmacı tarafından oluşturulan, çoktan seçmeli ve açıklı uçlu sorulardan oluşan bir formdur. Katılımcıların genel sosyodemografik bilgileri ve araştırma konusu ile bağlantılı olabilecek diğer bilgilerine dair sorular içermektedir. Daha önce Yalçınoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada kullanılan sosyodemografik veri formundan yararlanılmıştır (170).

### 3.4.2. İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği (İHÖ)

Eşcinsel ve biseksüel bireylerin içselleştirilmiş homofobi düzeylerini ölçmek amacıyla Herek, Cogan, Gillis, & Glunt tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (171). Kadın ve erkek formları vardır. Türkçeye uyarlanan ölçek 10 maddeden oluşmakta olup 5'li likert tip skala ile 1(kesinlikle katılmıyorum) ve 5(kesinlikle katılıyorum) arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen puanın yüksekliği bireyin içselleştirilmiş homofobi düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması ve geçerlilik güvenilirlik çalışması Gençöz ve Yüksel tarafından yapılmıştır (172).

### 3.4.3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)

Cinsel işlevleri değerlendirmek amacıyla kullanılan, 5 sorudan oluşan bir ölçektir. Kadın ve erkek formları bulunmaktadır. Cinsel işlevleri istek, uyarılma, penil ereksiyon/vajinal lubrikasyon, boşalma/orgazm ve tatmin yönünden 6'lı likert tipi skala (1-6) ile değerlendirmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puanın 19 ve üstü olması, herhangi bir soruya verilen yanıtın 5 puan olması veya en az 3 soruya 4 puan verilmesi şiddetli cinsel işlev bozukluğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Soykan tarafından yapılmıştır (173). Cinsel işlev bozukluğu için kesme puanı 11 olarak belirlenmiştir. Homoseksüel veya heteroseksüel bireylere, cinsel partner gereği olmaksızın uygulanabilmektedir.

### 3.4.4. Yeni Cinsel Doyum Ölçeği (YCDÖ)

Stulhofer ve arkadaşları tarafından cinsel doyum düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilen, 20 sorudan oluşan, 5'li likert tipi (1-5) bir ölçme aracıdır (174). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. Ölçeğin puanlaması maddelerin toplanmasıyla hesaplanır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği cinsel doyumun da yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeği ben merkezli ve partner merkezli olmak üzere iki alt boyut oluşturmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Tuğut tarafından yapılmıştır (175). Kişilere cinsel yönelimi, cinsiyeti ve ilişki durumundan bağımsız olarak uygulanabilmektedir.

### 3.4.5. Beden Algısı/İmajı Ölçeği (BAÖ)

Secord ve Jourard tarafından kişilerin çeşitli vücut özelliklerinden hoşnutluğunu ölçmek amacıyla geliştirilen, 40 maddeden oluşan, 5'li likert tipi skala ile 1(hiç beğenmiyorum) ve 5(çok beğeniyorum) arasında puanlanan bir öz bildirim ölçeğidir (176). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan 200 olup; yüksek puanlar olumlu değerlendirmedeki artışı yansıtmaktadır. Türkçe uyarlaması ve geçerlik güvenilirlik çalışmaları Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır (177). Ölçeğin kesme puanı 135 olarak belirlenmiş olup, ölçek puanı 135'in altında olan kişiler olumsuz beden imajına sahip olarak değerlendirilmektedir.

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

Kroenke ve arkadaşları tarafından geliştirilen, likert tipi skaladan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (178). Majör depresif bozukluk semptomları (PHQ9), yaygın anksiyete bozukluğu semptomları (GAD7), somatik semptomlar (PHQ15) ve kaygı ataklarını (P5) değerlendiren alt ölçeklerden oluşmaktadır. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Yazıcı Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (179).

# 4.BULGULAR

Çalışmamızda SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran, eşcinsel olduğunu beyan eden kişiler ve bu kişiler aracılığıyla kartopu örneklem yöntemiyle ulaşılan, dahil etme ve hariç tutma kriterlerine göre belirlenmiş 83 eşcinsel katılımcı değerlendirilmiştir. Çalışmamız ülkemizde içselleştirilmiş homofobinin cinsel doyum ve beden algısı ile ilişkisini inceleyen ilk çalışma olmakla birlikte ayrıca ülkemizde eşcinsellerin beden algısını inceleyen ilk çalışma olma özelliğindedir.

## 4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların 71'inin (%85,5) biyolojik cinsiyet ve cinsiyet kimliğini erkek, 12'sinin (%14,5) biyolojik cinsiyet ve cinsiyet kimliğini kadın olarak belirttiği, 83'ünün (%100) cinsel yöneliminin eşcinsel olduğu, 12'sinin (%14,5) doktora, 5'inin (%6) lise, 48'inin (%57,8) üniversite, 18'inin (%21,7) yüksek lisans eğitim düzeyine sahip olduğu, 64'ünün (%77,1) çalıştığı, 9'unun (%10,8) çalışmadığı, 2'sinin (%2,4) hiç çalışmadığı, 8'inin (%9,6) ise öğrenci olduğu, 80'nin (%96,4) bekâr olduğu, 58'inin (%69,9) ilişkisinin olduğu, 17'sinin (%20,5) aile ile 5'inin (%6) arkadaş ile 4'ünün (%4,8) diğer kişilerle, 30'unun (%36,1) partnerleriyle, 27'sinin (%32,5) ise yalnız yaşadığı, 83'ünün (%100) çocuğunun olmadığı, 26'sının (%31,3) 1-5 yıl arasında, 9'unun (%10,8) 11-15 yıl, 12'sinin (%14,5) 16 yıl ve üzeri, 12'sinin (%14,5) 6-10 yıl, 24'ün ise (%28,9) doğduğundan beri şu an yaşadığı şehirde yaşadığı, 56'sının (%67,5) yaşadığı şehre gelmeden önce en uzun yaşadığı şehrin Büyükşehir olduğu, 9'unun (%10,8) ilçe, 4'ünün (%4,8) köy, 14'ünün (%16,9) ise şehir olduğu, 14'ünün (%16,9) gelirinin giderinden az olduğu, 36'sının (%43,4) gelirinin giderinden fazla, 33'ünün (%39,8) gelirinin giderine denk olduğu bulundu (Tablo 1).

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların yaş ortalamalarının 31,18±6,29, ilişki süresi ortalamalarının ise 43,11±48,29 ay olduğu bulundu (Tablo 1).

**Tablo 1:** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

| | | n | % |
|---|---|---|---|
| Biyolojik (doğumda atanmış) cinsiyetiniz | Erkek | 71 | 85,5 |
| | Kadın | 12 | 14,5 |
| Cinsiyet kimliğiniz (kendinizi tanımladığınız cinsiyet) | Erkek | 71 | 85,5 |
| | Kadın | 12 | 14,5 |
| Cinsel yöneliminiz | Eşcinsel | 83 | 100,0 |
| Eğitim düzeyiniz | Üniversite | 48 | 57,8 |
| | Yüksek lisans | 18 | 21,7 |
| | Doktora | 12 | 14,5 |
| | Lise | 5 | 6,0 |
| Çalışma durumunuz | Çalışıyor | 64 | 77,1 |
| | Çalışmıyor | 9 | 10,8 |
| | Öğrenci | 8 | 9,6 |
| | Hiç çalışmamış | 2 | 2,4 |
| Medeni durumunuz | Bekar | 80 | 96,4 |
| | Evli | 3 | 3,6 |
| İlişki durumunuz | İlişkim var | 58 | 69,9 |
| | İlişkim yok/cinsel partnerim var | 25 | 30,1 |
| Kiminle yaşıyorsunuz? | Partner | 30 | 36,1 |
| | Yalnız | 27 | 32,5 |
| | Aile | 17 | 20,5 |
| | Arkadaş | 5 | 6,0 |
| | Diğer | 4 | 4,8 |
| Çocuğunuz var mı? | Yok | 83 | 100,0 |
| Kaç yıldır şu an yaşadığınız şehirde yaşıyorsunuz? | 1-5 yıl | 26 | 31,3 |
| | Doğduğundan beri | 24 | 28,9 |
| | 16 yıl ve üzeri | 12 | 14,5 |
| | 6-10 yıl | 12 | 14,5 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 11-15 yıl | 9 | 10,8 |
| Yaşadığınız şehre gelmeden önce, en uzun yaşadığınız yerleşim yeri | Büyük şehir | 56 | 67,5 |
| | Şehir | 14 | 16,9 |
| | İlçe | 9 | 10,8 |
| | Köy | 4 | 4,8 |
| Aylık gelir durumunuz | Gelirim giderimden fazla | 36 | 43,4 |
| | Gelirim giderime denk | 33 | 39,8 |
| | Gelirim giderimden az | 14 | 16,9 |
| | | Ort. | SS. |
| Yaş | | 31,18 | 6,29 |
| İlişki süresi (ay olarak) (n=58) | | 43,11 | 48,29 |

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma

### 4.2.KLİNİK VE AİLE ÖZELLİKLERİ

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların 36'sının (%43,4) haftada 1-5 defa, 5'inin (%6) hemen her gün, 42'sinin (%50,6) hiçbir zaman veya ayda 1-3 defa alkol kullandığı, 16'sının (%19,3) en az 1 defa madde kullandığı, 44'ün (%53) hiçbir zaman, 23'ünün (%27,7) ise üçten fazla defa madde kullandığı, 39'unun (%47) bilinen tıbbi bir hastalığının olduğu, 35'inin (%42,2) geçirilmiş herhangi bir tıbbi operasyon veya işleminin olduğu, 16'sının (%19,3) son bir aydır devam eden, tanı almış bir psikiyatrik hastalığının olduğu, 63'ünün (%75,9) daha önceden psikolojik destek aldığı, 14'ünün (%16,9) daha önceden intihar girişiminde bulunduğu, 42'sinin (%50,6) kullandığı bir ilaç tedavisinin olduğu bulundu (Tablo 2).

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların intihar girişimi ortalamalarının 1,50±0,76, ilk intihar girişimi yaşı ortalamalarının ise 19,86±5,10 olduğu bulundu (Tablo 2).

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların 21'inin (%25,3) annesinin eğitim durumunun ilkokul olduğu, 22'sinin (%26,5) lise, 5'inin (%6) okur yazar, 5'inin (%6) okur yazar değil, 7'sinin (%8,4) ortaokul mezunu 23'ünün (%27,7) ise annelerinin üniversite/yüksek okul mezun olduğu, 17'sinin (%20,5) babasının ilkokul mezunu, 18'inin (%21,7) lise, 4'ünün (%4,8) okur yazar, 2'sinin (%2,4) okur yazar değil,

13’ünün (%15,7) ortaokul mezunu, 29'unun (%34,9) babasının ise üniversite/yüksek okul mezunu olduğu, 14’ünün (%16,9) cinsel yönelim yaşayış biçimlerinin açık, 68’inin (%81,9) kısmen örtük, 1’inin ise örtük olduğu bulundu (Tablo 2).

**Tablo 2:** Katılımcıların klinik ve aile özellikleri

| | | n | % |
|---|---|---|---|
| Alkol kullanımı (son 6 ay içinde) | Hiçbir zaman veya ayda 1-3 kez | 42 | 50,6 |
| | Haftada 1-5 kez | 36 | 43,4 |
| | Hemen her gün | 5 | 6,0 |
| Madde kullanımı (son 1 yıl içinde) | Hiçbir zaman | 44 | 53,0 |
| | Üçten fazla kez | 23 | 27,7 |
| | En az 1 kez | 16 | 19,3 |
| Bilinen tıbbi hastalığınız var mı? | Var | 39 | 47,0 |
| | Yok | 44 | 53,0 |
| Geçirilmiş herhangi bir tıbbi operasyonunuz / işleminiz (estetik, kozmetik işlemler de dahil) var mı? | Var | 35 | 42,2 |
| | Yok | 48 | 57,8 |
| Son 1 aydır devam eden, tanı almış bir psikiyatrik hastalığınız var mı? | Var | 16 | 19,3 |
| | Yok | 67 | 80,7 |
| Daha önceden psikolojik destek aldınız mı? | Evet | 63 | 75,9 |
| | Hayır | 20 | 24,1 |
| Daha önceden intihar girişiminiz oldu mu? | Evet | 14 | 16,9 |
| | Hayır | 69 | 83,1 |
| | | Ort. | SS. |
| İntihar girişimi sayısı | | 1,50 | 0,76 |
| İlk intihar girişimi yaşı | | 19,86 | 5,10 |
| Kullanıyor olduğunuz bir ilaç tedavisi var mı? | Var | 42 | 50,6 |
| | Yok | 41 | 49,4 |
| Annenizin eğitim durumu | Üniversite / Yüksekokul mezunu | 23 | 27,7 |
| | Lise mezunu | 22 | 26,5 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | İlkokul mezunu | 21 | 25,3 |
| | Ortaokul mezunu | 7 | 8,4 |
| | Okur-yazar | 5 | 6,0 |
| | Okur-yazar değil | 5 | 6,0 |
| Babanızın eğitim durumu | Üniversite / Yüksekokul mezunu | 29 | 34,9 |
| | Lise mezunu | 18 | 21,7 |
| | İlkokul mezunu | 17 | 20,5 |
| | Ortaokul mezunu | 13 | 15,7 |
| | Okur-yazar | 4 | 4,8 |
| | Okur-yazar değil | 2 | 2,4 |
| Cinsel yöneliminizi yaşayış biçiminiz | Kısmen örtük / Kısmen açık (Bazı aile üyeleri, bazı arkadaşlar gibi sınırlı bir çevre) | 68 | 81,9 |
| | Açık (Tüm aile üyeleri, tüm arkadaşlar gibi) | 14 | 16,9 |
| | Örtük (Henüz kimseye açılmadım) | 1 | 1,2 |

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların son bir ayda 1'inin (%1,2) akut stres bozukluğu, 5'inin (%6) anksiyete bozukluğu, 1'inin (%1,2) bipolar duygulanım bozukluğu, 4'ünün (%4,8) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, 5'inin (%6) depresif bozukluk, 2'sinin (%2,4) panik bozukluk, 1'inin (%1,2) sosyal fobi tanısı aldığı bulundu (Tablo 3).

**Tablo 3:** Katılımcıların son bir aydaki psikiyatrik tanıları

| | n | % |
|---|---|---|
| Akut Stres Bozukluğu | 1 | 1,2 |
| Anksiyete Bozukluğu | 5 | 6,0 |
| Bipolar Duygulanım Bozukluğu | 1 | 1,2 |
| Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu | 4 | 4,8 |
| Depresif Bozukluk | 5 | 6,0 |
| Panik Bozukluk | 2 | 2,4 |
| Sosyal Fobi | 1 | 1,2 |

Not= Birden fazla tanısı olan katılımcı bulunmaktadır.

### 4.3. AÇILMA VE ÇEVRE İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların 33'ünün annelerine açılma yaşı ortalamalarının 21,18±4,63, 28'inin babalarına açılma yaşı ortalamalarının 20,14±4,22, 39'unun kardeşlere açılma yaşı ortalamalarının 22,74±4,30, 26'sının yakın akrabalara açılma yaşı ortalamalarının 20,31±4,36, 66'sının çevrelerindeki insanlara açılma yaşı ortalamalarının 21,52±4,50, 83'ünün kendi cinsel yönelimi kabul etme yaşı ortalamalarının 17,80±4,84 olduğu bulundu (Tablo 4).

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların 44'ünün (%53) cinsel yönelimini annesinin bilmediği, 5'inin (%6) annesinin hiç kabul etmediği, 19'unun (%22,9) kısmen kabul ettiği, 15'inin (%18,1) tamamen kabul ettiği bulundu. Katılımcıların 47'sinin (%56,6) cinsel yönelimini babasının bilmediği, 8'inin (%9,6) babasının hiç kabul etmediği, 21'inin (%25,3) kısmen kabul ettiği, 7'sinin (%8,4) ise tamamen kabul ettiği, 10'unun (%12) cinsel yönelimini bilen kardeşlerinin kısmen kabul ettiği, 33'ünün (%39,8) cinsel yönelimini bilen kardeşlerinin tamamen kabul ettiği, 27'sinin (%32,5) kardeşlerinin bu durumu bilmediği, 3'ünün (%3,6) kardeşlerinin kabul etmediği, 10'unun (%12) ise kardeşi bulunmadığı, 12'sinin (%) cinsel yönelimini yakın akrabalarının kısmen kabul ettiği, 16'sının (%19,3) tamamen kabul ettiği, 52'sinin (%62,7) yakın akrabasının bu durumu bilmediği, 3'ünün (%3,6) ise hiç kabul etmediği, 2'sinin cinsel yönelimini çevresindeki insanların bilmediği, 5'inin (%6) çevresinden bilenlerin kısmen kabul ettiği, 75'inin tamamen kabul ettiği, 1'inin ise hiç kabul etmediği bulundu (Tablo 4).

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların çevreleri tarafından 8'inin (%9,6) feminen özelliklerinin ön planda olduğu, 43'ünün (%51,8) her ikisine ait özellikler taşıdığı, 32'sinin (%38,6) ise maskülen özelliklerinin ön planda olduğu şeklinde tanımlandığı bulundu (Tablo 4).

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların 31'inin (%37,3) aileleri tarafından heteroseksüel ilişkiye girmeleri veya evlenmeleri için baskı yapıldığı, 13'ünün (%15,7) ailesinde LGBTİ+ bireyin olduğu, 7'sinin (%8,4) ailesinin tanıdığı veya bildiği LGBTİ+ bireylere destekleyici tepkilerde bulunduğu, 30'unun (%36,1) ön yargılı, homofobik tepkilerde bulunduğu, 46'sının (%55,4) ailesinin ise tepkisiz kaldığı bulundu (Tablo 4).

**Tablo 4:** Katılımcıların açılma ve çevre ile ilişkili özellikleri

| | | n | % |
|---|---|---|---|
| Anneniz cinsel yöneliminizi size göre ne kadar kabul ediyor? | Bilmiyor | 44 | 53,0 |
| | Hiç kabul etmiyor | 5 | 6,0 |
| | Kısmen kabul ediyor | 19 | 22,9 |
| | Tamamen kabul ediyor | 15 | 18,1 |
| Babanız cinsel yöneliminizi size göre ne kadar kabul ediyor? | Bilmiyor | 47 | 56,6 |
| | Hiç kabul etmiyor | 8 | 9,6 |
| | Kısmen kabul ediyor | 21 | 25,3 |
| | Tamamen kabul ediyor | 7 | 8,4 |
| Kardeş(ler)iniz cinsel yöneliminizi size göre ne kadar kabul ediyor? | Bilen(ler) kısmen kabul ediyor | 10 | 12,0 |
| | Bilen(ler) tamamen kabul ediyor | 33 | 39,8 |
| | Bilmiyor(lar) | 27 | 32,5 |
| | Hiç kabul etmiyor(lar) | 3 | 3,6 |
| | Kardeşim yok | 10 | 12,0 |
| Yakın akrabalarınız (teyze, amca, dayı, hala gibi) cinsel yöneliminizi size göre ne kadar kabul ediyor? | Bilenler kısmen kabul ediyorlar | 12 | 14,5 |
| | Bilenler tamamen kabul ediyor | 16 | 19,3 |
| | Bilmiyorlar | 52 | 62,7 |
| | Hiç kabul etmiyorlar | 3 | 3,6 |
| Çevrenizdeki insanlar (iş arkadaşlarınız, okul arkadaşlarınız, komşularınız) cinsel yöneliminizi size göre ne kadar kabul ediyor? | Bilenler kısmen kabul ediyorlar | 5 | 6,0 |
| | Bilenler tamamen kabul ediyor | 75 | 90,4 |
| | Bilmiyorlar | 2 | 2,4 |
| | Hiç kabul etmiyorlar | 1 | 1,2 |
| Çevrenizdekiler sizi nasıl tanımlar? | Feminen (kadınsı) özelliklerimin ön planda olduğunu söylerler. | 8 | 9,6 |
| | Her ikisine de ait özellikleri taşıdığımı söylerler. | 43 | 51,8 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Maskülen (erkeksi) özelliklerimin ön planda olduğunu söylerler. | 32 | 38,6 |
| Aileniz size, heteroseksüel ilişkiye girmeniz veya evlenmeniz için baskı yapıyor mu? | Evet | 31 | 37,3 |
| | Hayır | 52 | 62,7 |
| Ailenizde (çekirdek ve geniş aile) LGBTİ+ birey var mı? | Evet | 13 | 15,7 |
| | Hayır | 70 | 84,3 |
| Aileniniz tanıdığı / bildiği LGBTİ+ bireylerine tepkisi nasıldır? | Destekleyici | 7 | 8,4 |
| | Ön yargılı, homofobik | 30 | 36,1 |
| | Tepkisiz | 46 | 55,4 |
| | n | Ort. | SS. |
| Annenize açıldıysanız açılma yaşınız: | 33 | 21,18 | 4,63 |
| Babanıza açıldıysanız açılma yaşınız: | 28 | 20,14 | 4,22 |
| Kardeş(ler)inize açıldıysanız açılma yaşınız: | 39 | 22,74 | 4,30 |
| Yakın akrabalarınızdan herhangi birisine açıldıysanız ilk açılma yaşınız: | 26 | 20,31 | 4,36 |
| Çevrenizdekilere açıldıysanız ilk açılma yaşınız: | 66 | 21,52 | 4,50 |
| Kendi cinsel yöneliminizi kabul ettiğinizde kaç yaşındaydınız? | 83 | 17,80 | 4,84 |

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların 4'ünün (%4,8) feminen özelliklerinin ön planda olduğunu hissettiği, 57'sinin (%68,7) hem feminen hem de maskülen özellikleri taşıdığını hissettiği, 22'sinin (%26,5) maskülen özelliklerinin ön planda olduğunu hissettiği, 29'unun (%34,9) dindar olmadığı, 5'inin (%6) dindar olduğu, 49'unun (%59) ise dini inancının olmadığı, 4'ünün (%4,8) eşcinselliğin günah olduğuna inandığı, 28'inin (%33,7) geçmişte cinsel yönelimi nedeni ile kendisiyle nadiren dalga geçildiği, 14'ünün (%16,9) geçmişte asla dalga geçilmediği, 6'sının (%7,2) daima, 22'sinin (%26,5) sık sık, 13'ünün (%15,7) ise zaman zaman dalga geçildiği, 16'sının (%33,7) geçmişte cinsel yönelimi nedeniyle fiziksel şiddete nadiren maruz kaldığı, 59'unun (%71,1) fiziksel şiddete asla maruz

kalmadığı, 1'inin (%1,2) sık sık, 7'sinin (%8,4) ise zaman zaman maruz kaldığı, 15'inin (%18,1) çocukluğunda eşcinselliği normal olmadığına dair bilgiler nadiren duyduğu, 9'nun (%10,8) asla böyle bilgiler duymadığı, 15'inin (%18,1) daima, 27'sinin (%32,5) sık sık, 17'sinin (%20,5) ise zaman zaman duyduğu, 10'unun (%12,0) bugüne kadar heteroseksüelmiş gibi davranmak zorunda nadiren kaldığı, 5'inin (%6) heteroseksüelmiş gibi davranmak zorunda asla kalmadığı, 6'sının daima, 39'unun (%47) sık sık, 23'ünün (%27,7) ise zaman zaman kaldığı, 18'inin (%21,7) cinsel yönelimi nedeni ile ailelerinden uzaklaşmak zorunda nadiren kaldığı, 16'sının (%19,3) asla, 8'inin (%9,6) daima, 16'sının (%19,3) sık sık, 25'inin (%31,1) ise cinsel yönelim nedeniyle ailesinden zaman zaman uzaklaşmak zorunda kaldığı bulundu (Tablo 5).

**Tablo 5:** Katılımcıların kendini tanımlama, dini görüş, damgalanma ve ayrımcılığa uğrama ile ilişkili özellikleri

| | | n | % |
|---|---|---|---|
| Kendinizi nasıl tanımlarsınız? | Feminen (kadınsı) özelliklerimin ön planda olduğunu hissediyor / düşünüyorum. | 4 | 4,8 |
| | Her ikisine de ait özellikleri taşıdığımı hissediyor / düşünüyorum. | 57 | 68,7 |
| | Maskülen (erkeksi) özelliklerimin ön planda olduğunu hissediyor / düşünüyorum. | 22 | 26,5 |
| Dini görüşünüz? | Dindar değilim | 29 | 34,9 |
| | Dindarım | 5 | 6,0 |
| | Dini inancım yok | 49 | 59,0 |
| Eşcinselliğin günah olduğuna inanıyor musunuz? | Evet | 4 | 4,8 |
| | Hayır | 79 | 95,2 |
| Geçmişte ne sıklıkla cinsel yöneliminiz nedeni ile sizinle dalga geçildi? | Arasıra / Nadiren | 28 | 33,7 |
| | Asla | 14 | 16,9 |
| | Daima | 6 | 7,2 |
| | Sık sık | 22 | 26,5 |
| | Zaman zaman | 13 | 15,7 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Geçmişte ne sıklıkla cinsel yöneliminiz nedeni ile fiziksel şiddete maruz kaldınız? | Arasıra / Nadiren | 16 | 19,3 |
| | Asla | 59 | 71,1 |
| | Sık sık | 1 | 1,2 |
| | Zaman zaman | 7 | 8,4 |
| Çocukluğunuzda ne sıklıkla eşcinselliğin normal olmadığına dair bilgiler duydunuz? | Arasıra / Nadiren | 15 | 18,1 |
| | Asla | 9 | 10,8 |
| | Daima | 15 | 18,1 |
| | Sık sık | 27 | 32,5 |
| | Zaman zaman | 17 | 20,5 |
| Bugüne kadar ne sıklıkla heteroseksüelmiş gibi davranmak zorunda kaldınız? | Arasıra / Nadiren | 10 | 12,0 |
| | Asla | 5 | 6,0 |
| | Daima | 6 | 7,2 |
| | Sık sık | 39 | 47,0 |
| | Zaman zaman | 23 | 27,7 |
| Cinsel yöneliminiz nedeni ile ne sıklıkla ailenizden uzaklaşmak zorunda kaldınız? | Arasıra / Nadiren | 18 | 21,7 |
| | Asla | 16 | 19,3 |
| | Daima | 8 | 9,6 |
| | Sık sık | 16 | 19,3 |
| | Zaman zaman | 25 | 30,1 |

### 4.4. LGBTİ+ GRUPLARLA İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların 36'sının (%43,4) LGBTİ+ topluluk etkinliklerine katıldığı, 59'unun (%71,1) LGBTİ+ cafe-bara gittiği bulundu (Tablo 6).

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların 1'inin (%1,2) LGBTİ+ toplulukları ve etkinliklerin amacının dışına çıktığını düşündüğü, 24'ünün (%28,9) bu topluluklar ve etkinliklerinin kendisine bir etkisinin olmadığı, 1'inin (%1,2) LGBTİ+ toplulukları ve etkinliklerinin bastırmak zorunda olduğu bir şeyi ifade edebilmek için bir alanı olduğunu görmesini sağladığı, 1'inin (%1,2) LGBTİ+ toplulukları ve etkinliklerinin bazılarının aşırı ve genelini sadece sapkın diyebilecekleri şekilde gösterdiği, 2'sinin (%2,4) bu topluluklar ve etkinliklerin kendisini olumsuz etkilediği, 1'inin (%1,2) bunların ilgisini pek çekemediği, 1'inin

(%1,2) ise sadece kendini kabullenişin ötesinde politik bir mücadele olarak toplumsal dönüşüm için elzem olduğunu düşündüğü bulundu (Tablo 6).

**Tablo 6:** Katılımcıların LGBTİ+ gruplarla ilişkili özellikleri

| | | n | % |
|---|---|---|---|
| LGBTİ+ topluluk etkinliklerine katılır mısınız? | Evet | 36 | 43,4 |
| | Hayır | 47 | 56,6 |
| LGBTİ+ toplulukları ve etkinlikleri hakkında ne düşünüyorsunuz? | Amacının dışına çıktığını düşünüyorum | 1 | 1,2 |
| | Bana bir etkisi olmuyor | 24 | 28,9 |
| | Bastırmak zorunda olduğum bir şeyi ifade edebilmek için alanım olduğunu görmemi sağlıyor. | 1 | 1,2 |
| | Bazıları aşırı ve genelimizi sadece sapkın diyebilecekleri şekilde gösteriyor | 1 | 1,2 |
| | Beni olumsuz etkiliyor | 2 | 2,4 |
| | İlgimi pek çekemediler | 1 | 1,2 |
| | Sadece kendimi kabullenişimin ötesinde politik bir mücadele olarak toplumsal dönüşüm için elzem olduğunu düşünüyorum. | 1 | 1,2 |
| | Saygı duymak istiyorsak saygı göstermeliyiz. Saygı istiyorsan sen saygılı ol gerisi gelir. | 1 | 1,2 |
| | Toplumsal algı için faydalı | 1 | 1,2 |
| | Yalnız olmadığımı bilmek bana iyi geliyor | 50 | 60,2 |
| LGBTİ+ cafe-bara gider misiniz? | Evet | 59 | 71,1 |
| | Hayır | 24 | 28,9 |

### 4.5. YAŞ, İNTİHAR ÖZELLİKLERİ VE PSİKOMETRİK ÖLÇÜMLERİN İNCELENMESİ

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen katılımcıların yaşları ile İHÖ skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu (r=-0,304, p=0,005) bulundu (Tablo 7).

Spearman Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen katılımcıların intihar girişimi sayısı ile PHQ15-somatik semptomlar skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu (r=0,639, p=0,014) bulundu (Tablo 7).

Spearman Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen katılımcıların intihar girişimi yaşı ile YCDÖ-ben merkezli alt boyut skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu (r=0,619, p=0,018) bulundu (Tablo 7).

**Tablo 7:** Katılımcıların yaş özellikleri, intihar özellikleri ve psikometrik ölçümleri arasındaki ilişki

| | | Yaş | Kendi cinsel yöneliminizi kabul etme yaşınız | Babanıza açılma yaşınız (a) | Kardeş(ler)inize açılma yaşınız: | Yakın akrabalarınıza açılma yaşınız (a) | Çevrenizdekilere açılma yaşınız: | İntihar girişimi sayısı (a) | İlk intihar girişim yaşı(a) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| İHÖ | r | **-0,304**** | -0,010 | 0,039 | -0,163 | -0,035 | -0,058 | 0,058 | 0,224 |
| | p | **0,005** | 0,929 | 0,842 | 0,322 | 0,865 | 0,645 | 0,843 | 0,442 |
| YCDÖ | r | 0,127 | 0,046 | 0,116 | -0,045 | 0,122 | -0,003 | -0,243 | 0,522 |
| | p | 0,254 | 0,680 | 0,558 | 0,787 | 0,552 | 0,984 | 0,403 | 0,055 |
| YCDÖ-BEN MERKEZLİ | r | 0,155 | 0,094 | 0,185 | -0,053 | 0,249 | 0,040 | -0,317 | **0,619*** |
| | p | 0,161 | 0,398 | 0,345 | 0,749 | 0,220 | 0,748 | 0,270 | **0,018** |
| YCDÖ-EŞ MERKEZLİ | rho | 0,203 | -0,033 | -0,029 | -0,080 | -0,072 | 0,025 | -0,127 | 0,461 |
| | p | 0,066 | 0,767 | 0,883 | 0,630 | 0,725 | 0,843 | 0,665 | 0,097 |
| ACYÖ | r | -0,041 | -0,007 | -0,190 | 0,061 | -0,216 | 0,081 | 0,216 | -0,475 |
| | p | 0,713 | 0,952 | 0,333 | 0,711 | 0,289 | 0,516 | 0,458 | 0,086 |
| BAÖ | r | 0,216 | -0,119 | -0,182 | -0,183 | 0,063 | -0,165 | 0,041 | -0,067 |
| | p | 0,050 | 0,282 | 0,355 | 0,265 | 0,761 | 0,187 | 0,888 | 0,821 |
| PHQ15-SOMATİK SEMPTOMLAR | r | -0,151 | -0,116 | -0,357 | -0,190 | -0,169 | -0,153 | **0,639*** | -0,466 |
| | p | 0,174 | 0,295 | 0,062 | 0,247 | 0,411 | 0,219 | **0,014** | 0,093 |
| PHQ9-MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK SEMPTOMLARI | r | -0,144 | -0,119 | -0,340 | -0,098 | -0,229 | -0,003 | 0,361 | -0,458 |
| | p | 0,195 | 0,282 | 0,076 | 0,554 | 0,260 | 0,984 | 0,205 | 0,100 |
| GAD7-YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU SEMPTOMLARI | r | -0,194 | -0,008 | -0,266 | 0,055 | -0,176 | 0,022 | 0,524 | -0,390 |
| | p | 0,079 | 0,943 | 0,172 | 0,739 | 0,391 | 0,863 | 0,054 | 0,168 |
| P5-KAYGI ATAKLARI | r | -0,062 | 0,017 | -0,211 | -0,179 | 0,150 | 0,075 | 0,438 | -0,125 |
| | p | 0,575 | 0,877 | 0,281 | 0,274 | 0,465 | 0,549 | 0,117 | 0,670 |

r=Pearson Korelasyon Analizi, rho (a)=Spearman Korelasyon Analizi

### 4.6.İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ, CİNSEL DOYUM, CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU, BEDEN ALGISI VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLARIN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen katılımcıların İHÖ skorları ile YCDÖ-ben merkezli alt boyut (r=-0,221, p=0,045) skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 8).

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen katılımcıların YCDÖ skorları ile ACYÖ (r=-0,416, p<0,001), PHQ15-somatik semptomlar skorları (r=-0,333, p=0,002), PHQ9-majör depresif bozukluk semptomları skorları (r=-0,400, p<0,001), GAD7-yaygın anksiyete bozukluğu semptomları skorları (r=-0,318, p=0,003) arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak YCDÖ skorları ile BAÖ (r=0,328, p=0,002) skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 8).

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen katılımcıların YCDÖ-ben merkezli alt boyut skorları ile ACYÖ (r=-0,533, p<0,001), PHQ15-somatik semptomlar (r=-0,349, p=0,001), PHQ9-majör depresif bozukluk semptomları skorları (r=-0,423, p<0,001) GAD7-yaygın anksiyete bozukluğu semptomları skorları (r=-0,340, p=0,002) arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak YCDÖ-ben merkezli alt boyut skorları ile BAÖ (r=0,427, p<0,001) skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 8).

Spearman Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen katılımcıların YCDÖ-eş merkezli alt boyut skorları ile ACYÖ (r=-0,327, p=0,003), PHQ15-somatik semptomlar skorları (r=-0,279, p=0,011), PHQ9-majör depresif bozukluk semptomları skorları (r=-0,311, p=0,004) arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak YCDÖ-eş merkezli alt boyut skorları ile BAÖ (r=0,244, p=0,026) skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 8).

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen katılımcıların ACYÖ skorları ile BAÖ skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu (r=-0,408, p<0,001) bulundu (Tablo 8).

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen katılımcıların BAÖ skorları ile PHQ15-somatik semptomlar skorları (r=-0,432, p<0,001), PHQ9-majör depresif bozukluk semptomları skorları (r=-0,392, p<0,001), GAD7-yaygın anksiyete bozukluğu semptomları skorları (r=-0,247, p=0,025) P5-kaygı atakları skorları (r=-0,235, p=0,033) arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 8).

**Tablo 8:** Katılımcıların İHÖ, YCDÖ, ACYÖ, BAÖ ve HSA-SADBÖ skorları arasındaki korelasyon

| | | 1 | 2 | 3 | 4 (a) | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1-İHÖ | r | - | | | | | | | | |
| | p | - | | | | | | | | |
| 2-YCDÖ | r | -0,191 | | | | | | | | |
| | p | 0,084 | | | | | | | | |
| 3-YCDÖ-ben merkezli alt boyut | r | **-0,221** | **0,934** | | | | | | | |
| | p | **0,045** | **<0,001** | | | | | | | |
| 4-YCDÖ-eş merkezli alt boyut | rho | -0,183 | **0,930** | **0,735** | | | | | | |
| | p | 0,098 | **<0,001** | **<0,001** | | | | | | |
| 5-ACYÖ | r | -0,041 | **-0,416** | **-0,533** | **-0,327** | | | | | |
| | p | 0,714 | **<0,001** | **<0,001** | **0,003** | | | | | |
| 6-BAÖ | r | -0,163 | **0,328** | **0,427** | **0,244** | **-0,408** | | | | |
| | p | 0,142 | **0,002** | **<0,001** | **0,026** | **<0,001** | | | | |
| 7-PHQ15-SOMATİK SEMPTOMLAR | r | -0,003 | **-0,333** | **-0,349** | **-0,279** | 0,211 | **-0,432** | | | |
| | p | 0,982 | **0,002** | **0,001** | **0,011** | 0,055 | **<0,001** | | | |
| 8-PHQ9-MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK SEMPTOMLARI | r | -0,018 | **-0,400** | **-0,423** | **-0,311** | 0,151 | **-0,392** | **0,617** | | |
| | p | 0,873 | **<0,001** | **<0,001** | **0,004** | 0,172 | **<0,001** | **<0,001** | | |
| 9-GAD7-YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU SEMPTOMLARI | r | -0,029 | **-0,318** | **-0,340** | -0,210 | 0,114 | **-0,247** | **0,585** | **0,725** | |
| | p | 0,794 | **0,003** | **0,002** | 0,057 | 0,304 | **0,025** | **<0,001** | **<0,001** | |
| 10-P5-KAYGI ATAKLARI | r | -0,010 | -0,171 | -0,153 | -0,071 | -0,022 | **-0,235** | **0,479** | **0,381** | **0,487** |
| | p | 0,930 | 0,122 | 0,168 | 0,526 | 0,847 | **0,033** | **<0,001** | **<0,001** | **<0,001** |

r=Pearson Korelasyon Analizi, rho (a)=Spearman Korelasyon Analizi 1 ile hepsi

2-3-4 ile 5-6-7-8-9-10

5 ile 6-7-8-9-10

6 ile 7-8-9-10

### 4.7. CİNSİYETE GÖRE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLER

Mann Whitney U testine göre, biyolojik cinsiyeti erkek olan katılımcıların İHÖ medyan değerlerinin, biyolojik cinsiyeti kadın olan katılımcıların İHÖ medyan değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu (Z=-2,25, p=0,025); biyolojik cinsiyeti kadın olan katılımcıların ise GAD7 medyan değerlerinin biyolojik cinsiyeti erkek olan katılımcıların GAD7 medyan değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu (Z=-2,16, p=0,031) bulundu (Tablo 9).

**Tablo 9:** Kadın ve erkek katılımcıların psikometrik özelliklerinin karşılaştırılması

| | Biyolojik (doğumda atanmış) cinsiyetiniz | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Erkek | | | Kadın | | | | |
| | Medyan | %25 | %75 | Medyan | %25 | %75 | Z | p |
| İHÖ | 15,00 | 12,00 | 20,00 | 12,00 | 10,00 | 15,50 | -2,25 | **0,025** |
| YCDÖ | 74,00 | 62,00 | 78,00 | 70,00 | 62,50 | 76,00 | -0,32 | 0,750 |
| YCDÖ-BEN MERKEZLİ | 36,00 | 29,00 | 40,00 | 37,00 | 32,00 | 40,00 | -0,47 | 0,641 |
| YCDÖ-EŞ MERKEZLİ | 37,00 | 31,00 | 39,00 | 33,50 | 31,00 | 38,50 | -0,91 | 0,364 |
| ACYÖ | 11,00 | 9,00 | 13,00 | 11,50 | 9,50 | 13,00 | -0,43 | 0,667 |
| BAÖ | 151,00 | 137,00 | 163,00 | 142,50 | 125,00 | 169,00 | -0,75 | 0,456 |
| PHQ15-SOMATİK SEMPTOMLAR | 6,00 | 4,00 | 10,00 | 7,00 | 3,50 | 12,00 | -0,35 | 0,726 |
| PHQ9-MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK SEMPTOMLARI | 6,00 | 3,00 | 10,00 | 8,00 | 4,00 | 13,00 | -0,84 | 0,403 |
| GAD7-YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU SEMPTOMLARI | 5,00 | 2,00 | 9,00 | 7,50 | 4,50 | 19,50 | -2,16 | **0,031** |
| P5-KAYGI ATAKLARI | 1,00 | ,00 | 4,00 | 3,50 | ,50 | 5,00 | -1,57 | 0,117 |

Z=Mann Whitney U testi

### 4.8. BEDEN ALGISINA GÖRE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLER

Çalışmamızda katılımcıların %75,9'unun BAÖ≥135 ve %24,1'inin BAÖ<135 olduğu bulundu.

Mann Whitney U testinde BAÖ≥135 olan katılımcıların YCDÖ, YCDÖ-ben merkezli alt boyut medyan değerleri, BAÖ<135 olan katılımcıların YCDÖ (Z=-2,41, p=0,016), YCDÖ-ben merkezli alt boyut (Z=-2,99, p=0,003) medyan değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 10).

Mann Whitney U testinde BAÖ<135 olan katılımcıların ACYÖ, PHQ15-somatik semptomlar, PHQ9-majör depresif bozukluk semptomları, GAD7-yaygın anksiyete bozukluğu semptomları, P5-kaygı atakları semptomları medyan değerleri, BAÖ≥135 olan katılımcıların ACYÖ (Z=-2,14, p=0,032), PHQ15-somatik semptomlar (Z=-2,77, p=0,006) PHQ9-majör depresif bozukluk semptomları (Z=-2,75, p=0,006), GAD7-yaygın anksiyete bozukluğu semptomları (Z=-2,11, p=0,035), P5-kaygı atakları (Z=-2,59, p=0,010) medyan değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 10).

**Tablo 10:** Beden algısı olumsuz olan ve olmayan katılımcıların psikometrik özelliklerinin karşılaştırılması

| | BAÖ | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | <135 | | | ≥135 | | | | |
| | Medyan | %25 | %75 | Medyan | %25 | %75 | Z | p |
| İHÖ | 18,00 | 11,00 | 22,00 | 13,00 | 12,00 | 18,00 | -1,42 | 0,154 |
| YCDÖ | 63,50 | 54,00 | 75,50 | 74,00 | 65,00 | 79,00 | -2,41 | **0,016** |
| YCDÖ-BEN MERKEZLİ | 30,00 | 27,50 | 36,50 | 38,00 | 33,00 | 40,00 | -2,99 | **0,003** |
| YCDÖ-EŞ MERKEZLİ | 34,50 | 29,50 | 39,00 | 37,00 | 32,00 | 40,00 | -1,41 | 0,158 |
| ACYÖ | 13,00 | 10,50 | 15,00 | 11,00 | 9,00 | 13,00 | -2,14 | **0,032** |
| PHQ15-SOMATİK SEMPTOMLAR | 9,00 | 6,50 | 13,50 | 5,00 | 3,00 | 9,00 | -2,77 | **0,006** |
| PHQ9-MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK SEMPTOMLARI | 9,50 | 5,50 | 15,50 | 5,00 | 3,00 | 9,00 | -2,75 | **0,006** |
| GAD7-YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU SEMPTOMLARI | 8,50 | 4,50 | 13,50 | 4,00 | 2,00 | 9,00 | -2,11 | **0,035** |
| P5-KAYGI ATAKLARI | 3,00 | 1,50 | 5,00 | 1,00 | ,00 | 4,00 | -2,59 | **0,010** |

Z=Mann Whitney U testi

### 4.9. İNTİHAR RİSKİNİ ARTIRAN FAKTÖRLER

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre İHÖ skorlarının intihar riskini istatistiksel açıdan anlamlı seviyede 1,132 kat (p=0,019, GA;1,021-1,255) artırdığı bulundu (Tablo 11).

**Tablo 11:** İntihar riskini artıran faktörler

| | B | SH | Wald | df | p | Odds Ratio | 95% GA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | AL | ÜL |
| Yaş | ,060 | ,056 | 1,129 | 1 | ,288 | 1,061 | ,951 | 1,185 |
| Cinsiyet (erkek) | -1,280 | ,892 | 2,059 | 1 | ,151 | ,278 | ,048 | 1,598 |
| İHÖ | ,124 | ,053 | 5,510 | 1 | **,019** | 1,132 | 1,021 | 1,255 |
| BAÖ | -,013 | ,013 | 1,009 | 1 | ,315 | ,987 | ,962 | 1,013 |

SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, Nagelkerke R2=0,15, X2=7,66, p=0,105. Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi.

### 4.10.İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİYİ AÇIKLAMADA ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların İHÖ skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=2,28, p=0,109) ACYÖ ve YCDÖ skorları tarafından açıklanmadığı bulundu. Buna ek olarak model 1 incelendiğinde İHÖ skorlarını açıklamada sadece YCDÖ (p=0,039, GA:-0,232- -0,006) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu (Tablo 12).

Model 1'e BAÖ skorlarının eklenmesiyle İHÖ skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=2,24, p=0,091) açıklanmadığı bulundu (Tablo 12).

Model 2'ye PHQ15-somatik semptomlar, PHQ9-majör depresif bozukluk semptomları, GAD7-yaygın anksiyete bozukluğu semptomları ve P5-kaygı atakları skorlarının eklenmesiyle İHÖ skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=1,31, p=0,258) açıklanmadığı bulundu. Buna ek olarak model 3 incelendiğinde İHÖ skorlarını açıklamada sadece YCDÖ (p=0,029, GA:-0,259- -0,014) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu (Tablo 12).

**Tablo 12:** İHÖ skorlarını açıklamada etkili olan faktörler

| Model | | Standartlanmamış Katsayılar | | Standart Katsayılar | t | p | 95,0% GA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | B | SH | Beta | | | AL | ÜL |
| 1 | (Sabit) | 27,139 | 5,317 | | 5,104 | ,000 | 16,557 | 37,720 |
| | ACYÖ | -,249 | ,205 | -,145 | -1,216 | ,227 | -,656 | ,158 |
| | YCDÖ | **-,119** | **,057** | **-,251** | **-2,103** | **,039** | **-,232** | **-,006** |
| 2 | (Sabit) | 33,694 | 6,969 | | 4,835 | ,000 | 19,822 | 47,567 |
| | ACYÖ | -,347 | ,214 | -,203 | -1,618 | ,110 | -,773 | ,080 |
| | YCDÖ | -,103 | ,057 | -,218 | -1,804 | ,075 | -,217 | ,011 |
| | BAÖ | -,044 | ,031 | -,174 | -1,442 | ,153 | -,105 | ,017 |
| 3 | (Sabit) | 41,302 | 8,551 | | 4,830 | ,000 | 24,267 | 58,337 |
| | ACYÖ | -,398 | ,222 | -,233 | -1,798 | ,076 | -,840 | ,043 |
| | YCDÖ | **-,136** | **,061** | **-,288** | **-2,220** | **,029** | **-,259** | **-,014** |
| | BAÖ | -,064 | ,034 | -,253 | -1,887 | ,063 | -,132 | ,004 |
| | PHQ15-SOMATİK SEMPTOMLAR | -,049 | ,180 | -,042 | -,272 | ,786 | -,408 | ,310 |
| | PHQ9-MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK SEMPTOMLARI | -,155 | ,175 | -,157 | -,885 | ,379 | -,504 | ,194 |
| | GAD7-YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU SEMPTOMLARI | ,004 | ,178 | ,004 | ,024 | ,981 | -,349 | ,358 |
| | P5-KAYGI ATAKLARI | -,137 | ,397 | -,046 | -,345 | ,731 | -,929 | ,655 |

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit.

Model 1: F=2,28, p=0,109, R2=0,05

Model 2: F=2,24, p=0,091 R2=0,08

Model 3: F=1,31, p=0,258, R2=0,11

### 4.11. BEDEN ALGISINI AÇIKLAMADA ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların BAÖ skorlarının %20'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=9,81, p<0,001) ACYÖ ve YCDÖ skorları tarafından açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 1 incelendiğinde BAÖ skorlarını açıklamada sadece ACYÖ (p=0,004, GA:-3,703- -0,742) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu (Tablo 13).

Model 1'e İHÖ skorlarının eklenmesiyle BAÖ skorlarının %22'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=7,32, p<0,001) açıklandığı bulundu. Model 2 incelendiğinde ACYÖ (p=0,002, GA:-3,852- -0,883) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu (Tablo 13).

Model 2'ye PHQ15-somatik semptom skorları, PHQ9-majör depresif bozukluk semptom skorları, GAD7-temel anksiyete semptom skorları ve P5-kaygı atakları skorlarının eklenmesiyle BAÖ skorlarının %37'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=6,21, p<0,001) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 3 incelendiğinde BAÖ skorlarını açıklamada ACYÖ (p=0,001, GA:-3,749- -0,953) ve PHQ9-majör depresif bozukluk semptom skorlarının (p=0,045, GA:-2,294- -0,025) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu (Tablo 13).

**Tablo 13:** BAÖ skorlarını açıklamada etkili olan faktörler

| Model | | Standartlanmamış Katsayılar | | Standart Katsayılar | t | p | 95,0% GA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | B | SH | Beta | | | AL | ÜL |
| 1 | (Sabit) | 148,858 | 19,330 | | 7,701 | ,000 | 110,390 | 187,327 |
| | ACYÖ | **-2,223** | **,744** | **-,329** | **-2,987** | **,004** | **-3,703** | **-,742** |
| | YCDÖ | ,356 | ,206 | ,191 | 1,732 | ,087 | -,053 | ,766 |
| 2 | (Sabit) | 164,656 | 22,108 | | 7,448 | ,000 | 120,651 | 208,661 |
| | ACYÖ | **-2,368** | **,746** | **-,351** | **-3,174** | **,002** | **-3,852** | **-,883** |
| | YCDÖ | ,287 | ,210 | ,154 | 1,368 | ,175 | -,131 | ,705 |
| | İHÖ | -,582 | ,404 | -,148 | -1,442 | ,153 | -1,386 | ,222 |
| 3 | (Sabit) | 201,595 | 22,768 | | 8,854 | ,000 | 156,238 | 246,952 |
| | ACYÖ | **-2,351** | **,702** | **-,348** | **-3,350** | **,001** | **-3,749** | **-,953** |
| | YCDÖ | -,013 | ,211 | -,007 | -,060 | ,952 | -,433 | ,408 |
| | İHÖ | -,708 | ,375 | -,179 | -1,887 | ,063 | -1,455 | ,039 |
| | PHQ15-SOMATİK SEMPTOMLAR | -1,092 | ,587 | -,238 | -1,861 | ,067 | -2,260 | ,077 |
| | PHQ9-MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK SEMPTOMLARI | **-1,160** | **,570** | **-,297** | **-2,036** | **,045** | **-2,294** | **-,025** |
| | GAD7-YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU SEMPTOMLARI | ,797 | ,583 | ,196 | 1,367 | ,176 | -,365 | 1,959 |
| | P5-KAYGI ATAKLARI | -1,346 | 1,314 | -,113 | -1,025 | ,309 | -3,963 | 1,271 |

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit.

Model 1: F=9,81, p<0,001, R2=0,20

Model 2: F=7,32, p<0,001 R2=0,22

Model 3: F=6,21, p<0,001, R2=0,37

# 5.TARTIŞMA

## 5.1. SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE AÇILMA İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER

Çalışmamızda dahil etme ve hariç tutma kriterlerine göre belirlenen ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş, yaş ortalamaları 31,1 olan, biyolojik (atanmış) cinsiyetini ve cinsiyet kimliğini erkek olarak belirten 71 kişi, biyolojik (atanmış) cinsiyetini ve cinsiyet kimliğini kadın olarak belirten 12 kişi olmak üzere toplam 83 eşcinsel yönelimli katılımcı değerlendirilmiştir.

Çalışmamız katılımcılarının %6'sı lise düzeyinde eğitim seviyesine sahip olup, diğerleri üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahiptir. Katılımcıların %67,5 oranında büyük şehirde yaşadığı ve aylık gelir durumlarının toplam %83,2 oranında geliri giderine denk veya geliri giderinden fazla olduğu izlenmiştir. Çalışmamızın örneklem grubunun sosyodemografik verilerinin bazı özelliklerde yoğunlaşması çalışmamızda kartopu örneklem yönteminin kullanılmış olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamız katılımcılarının son 6 ay içindeki alkol kullanım miktarlarını %43,4 oranında haftada 1-5 kez, %6 oranında hemen her gün, %50,6 oranında ise hiçbir zaman veya ayda 1-3 kez olarak belirttikleri görülmüştür. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 yılı verilerine göre ülkemizde alkol kullanım oranı %14,9 olup toplumun %74,4'ü hayatı boyunca hiç alkol kullanmamıştır (180). Çalışmamızda katılımcıların son 1 yıl içindeki madde kullanım sıklıkları %19,3 oranında en az 1 kez, %27,7 oranında üçten fazla kez, %53 oranında hiçbir zaman olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalar cinsel azınlıklarda alkol ve madde kullanım oranlarının heteroseksüellere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (181)(182). Moody ve arkadaşları tarafından yapılmış, eşcinsel ve biseksüel erkeklerde içselleştirilmiş homofobi ile madde kullanımı arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan bir çalışmada içselleştirilmiş homofobinin depresyon ile pozitif yönde anlamlı ilişkili; depresyonun ise madde kullanımı ile pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu gösterilmiştir (183). Cinsel azınlıkların alkol ve madde kullanım oranlarındaki yüksekliğin sahip oldukları içselleştirilmiş homofobi veya maruz kaldıkları ayrımcılık ve damgalanmanın meydana getirdiği stres nedeniyle self-

medikasyon olarak, ayrıca LGBTİ+ gruplarla sosyalleşebilmenin bir yolu olarak görülmesi nedeniyle olduğu düşünülmektedir (184)(185).

Yapılmış bir sistematik gözden geçirme ve meta analiz çalışmasının sonuçlarına göre LGB'ler heteroseksüeller ile karşılaştırıldığında psikiyatrik hastalık, intihar düşüncesi, alkol-madde kullanımı ve kendine zarar verici davranışlarda bulunma açısından daha yüksek riske sahiptirler (71). Yapmış olduğumuz çalışmamızda katılımcılar %19,3 oranında son bir aydır devam eden tanı almış bir psikiyatrik hastalığının olduğunu, bu tanıların çoğunlukla depresyon ve anksiyete bozukluğu olduğunu, %75,9 oranında daha önceden psikolojik destek aldıklarını bildirmişlerdir. Bu bulgular literatürdeki cinsel azınlık gruplarla yapılan çalışmalarda en sık psikiyatrik hastalık olarak depresyon ve anksiyete bozukluklarının görülmesi ile uyumludur (186)(187). Ülkemizde yakın zamanlı olarak psikiyatrik hastalık sıklığını ortaya koyan bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte 1998 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda ülkemizde 18 yaş ve üzeri kişilerde ruh sağlığı hastalıkları görülme oranı %17,2 olarak belirtilmiştir (188). Çalışmamız katılımcıların %16,9 oranında daha önce intihar girişiminde bulundukları öğrenilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda erişkin gey ve lezbiyenlerin yaşam boyu intihar girişimi oranları %7 ile %20 arasında izlenmektedir (189)(190). Odabaşı tarafından eşcinsel erkekler ile yürütülen bir tez çalışmasında katılımcıların %12'sinin daha önce intihar girişiminin olduğu; Bülbül tarafından yapılan eşcinsel ve biseksüel erkekler ile yürütülen bir tez çalışmasında ise katılımcıların %22,9'unun daha önce intihar girişiminin olduğu bildirilmiştir (191)(192). Çalışmamız katılımcılarının ilk intihar girişimi yaş ortalamalarının 19,8 olması ve kendi cinsel yönelimlerini kabul ettikleri yaş ortalamasının 17,8 olması bulguları bir arada değerlendirildiğinde intihar girişimlerinin cinsel yönelimlerine dair açılma sürecinin neden olduğu stres ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Yapılan bir çalışma gey, lezbiyen veya biseksüel lise öğrencilerinin heteroseksüellere göre daha depresif, daha yalnız ve yaşamak için daha az sebepleri olduğunu ortaya koymuştur (193). Cinsel olarak azınlık grupların, kendine zarar verici davranışlar ve intihar davranışı yönünden yüksek riskli grupta olduğu belirlenmiştir (194)(195). Eşcinsellerde intihar düşüncesi ve davranışı riskinin en fazla olduğu dönemin aileye açılma dönemi olduğunu belirten bir çalışma mevcuttur (196). Cinsel yönelimi ile ilişkili olarak

ebeveynlerinden kabullenici yaklaşımlar görüyor olmanın eşcinsellerde içselleştirilmiş damgalanmanın yaratacağı strese karşı koruyucu olabileceği gösterilmiştir (197). Çalışmamızda katılımcıların cinsel yönelimlerini anne ve babalarının %53 ve %56,6 oranlarında bilmedikleri; bilenlerin ise annelerine açılma yaş ortalamasının 21,18 olduğu ve babalarına açılma yaş ortalamasının 20,14 olduğu bulunmuştur.

Ülkemizde ve dünyada yapılan çeşitli çalışmalar dindarlık ve özellikle geylere olmak üzere homofobik tutumlar arasında pozitif yönlü anlamlı ve güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (198)(199). Yapmış olduğumuz çalışmada katılımcıların %6'sı dindar olduğunu, geri kalanlar ise dindar olmadığını veya dini inancı olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %95,2'si eşcinselliğin günah olduğuna inanmadıklarını belirtmiştir.

Çalışmamızdaki katılımcıların cinsel yönelimlerini yaşayış biçimlerini %81,9 oranında kısmen örtük olarak belirttikleri, yani cinsel yönelimlerinin sınırlı bir çevre tarafından bilindiği öğrenilmiştir. Katılımcıların "Bugüne kadar ne sıklıkla heteroseksüelmiş gibi davranmak zorunda kaldınız?" sorusuna %47 oranında sık sık, %7,2 oranında daima yanıtını verdikleri görülmüştür. Literatürde cinsel yönelimini açık veya örtük yaşamaya dair farklı sonuçları olan çalışmalar mevcuttur. Cinsel yönelimini açık veya örtük olarak yaşayan LGB'lerin psikolojik stres ve iyilik halini karşılaştıran bir çalışmada açıklığın ayrımcılığa uğrama ve azınlık stresini tetikleme riskini artırdığı, bu nedenle depresif semptomları artırdığı öne sürülmüştür (200). Fakat bunun yanında, cinsel yönelimini ve/veya cinsiyet kimliğini açık biçimde yaşayan LGBT gençlerle yapılan bir çalışmada cinsel yönelimini açık olarak yaşamak yüksek kendilik değeri ve düşük depresyon riski ile ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada açıklığın şiddet görme riskini artırdığı da gösterilmiştir (201). Cinsel yönelimlerini açık biçimde yaşayan kişilerde depresyon riskini araştıran başka bir çalışmada ise eşcinsellerde depresyon görülme riskinde cinsel yönelimlerini yaşayış biçimleri yerine sahip oldukları sosyal desteğin etkin olduğu ileri sürülmüştür. Bu çalışmaya göre cinsel yönelimi yaşayış biçiminin depresyon riski üzerinde doğrudan bir etkisi olmamakta; sosyal desteğin zayıf olması ise depresyon riskini artırmaktadır (202).

Çalışmamızda değerlendirilen katılımcıların %43,4'ü LGBTİ+ topluluk etkinliklerine katıldığını, %71,1'i LGBTİ+ cafe-bara gittiğini belirtmiştir. Damgalanmış gruplardaki kişilerin kendisine benzer özellikteki kişilerle temas etmesinin kendilik değerini artıracağı ve ruh sağlığı açısından koruyucu olabileceği öne sürülmektedir (203). İçselleştirilmiş homofobinin LGBTİ+ gruplarla teması azalttığı ve LGBTİ+ gruplarla temasın da içselleştirilmiş homofobi düzeyinin azalmasında etkili olduğu bilinmektedir (204). Bu veriler ışığında, çalışmamıza dahil edilen katılımcıların içselleştirilmiş homofobi düzeylerinin düşük olabileceği yorumu yapılabilir.

## 5.2. YAŞ, İNTİHAR VE PSİKOMETRİK ÖLÇÜMLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Çalışmamızda katılımcıların yaşları arttıkça içselleştirilmiş homofobi düzeylerinin azaldığı bulunmuştur. Bu bulgu ülkemizde eşcinsel ve biseksüel erkeklerde içselleştirilmiş homofobi düzeyi ile ilgili yapılmış başka bir çalışmanın sonucu ile uyumludur (170). Farklı Avrupa ülkelerinden eşcinsel erkekler ile yapılan geniş çaplı bir çalışmada da daha genç yaşlarda içselleştirilmiş homofobi düzeyi daha yüksek bulunmuştur (205). Yaşları 14-21 arasında değişen LGB'ler ile yapılmış olan bir çalışmada da lezbiyen ve geylerde yaş azaldıkça içselleştirilmiş homofobi düzeyinin arttığı görülmüştür (206). Cinsel kimlik oluşumunun erken evrelerinde içselleştirilmiş homofobi düzeyinin en yüksek olduğu bilinmektedir (207)(208). Eşcinsellerin açılma süreciyle birlikte öz kabullenişlerinin artacağı ve içselleştirilmiş homofobi düzeylerinin azalacağı öngörülebilir, fakat kişilerin açılma süreçleri farklı yaşlarda başlayıp, farklı oranlarda gerçekleşebilip, farklı sürelerde seyredebilmektedir (66). Bu veriler doğrultusunda, erken dönemde cinsel çeşitlilikler bakımından yeterli bilgilerin edinilemediği durumlarda kişilerin yaşları ilerledikçe doğru bilgi ve eğitime ulaşabilmesi ve ayrıca kendilerine ait destekleyici sosyal çevreleri daha rahat inşa edebiliyor olması nedeni ile içselleştirilmiş homofobi düzeylerinin azalabileceği yorumu yapılabilir.

Çalışmamız katılımcılarının intihar girişimi sayısı ile somatik semptomlar skorları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu izlenmiştir. Kirmayer ve Robins somatizasyonu, çoğunlukla depresyon ve anksiyete olmak üzere, psikiyatrik

hastalıkların bir görüngüsü olarak veya tıbben açıklanamayan fonksiyonel bir semptom olarak iki klinik durum şeklinde ayırmışlardır (209). Somatize belirtiler depresyona sıkça eşlik etmekle birlikte somatizasyon bozuklukları da majör depresyon gelişimine neden olabilmektedir (210). Literatüde majör depresyona eşlik eden somatik yakınmaların intihar girişimi sayısını artırdığına dair çalışmalar mevcuttur. Chioqueta ve Stiles tarafından yapılan bir çalışmada somatizasyon bozukluğu hastalarında depresyon veya kişilik bozukluğu eşlik etmese dahi intihar riskinin göz ardı edilmemesi gerektiği belirtilmiştir (211). İsveç'te yapılan bir kohort çalışmasında 25 yıl süreyle takip edilen 3500'den fazla hastadan majör depresif bozukluk geliştirerek intihar girişiminde bulunmuş olanların çoğunda somatik yakınmaların bulunduğu ve bu yakınmaların depresif duygudurumu maskeleyerek tanı ve tedavi gecikmesine neden olduğu ileri sürülmüştür (212). Bu bulgular ışığında klinisyenlerin somatik yakınmalar ile başvuran kişileri eşlik eden depresyon ve intihar riski açısından değerlendirmeleri gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Depresyon, anksiyete, somatizasyon ve intihar gibi ruhsal sorunların görülme riskinin yüksek olduğu eşcinsellerin, karşılaştığı ruh sağlığı çalışanları tarafından bu risklerin değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

### 5.3. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ VE CİNSEL DOYUM

Çalışmamızdaki katılımcıların içselleştirilmiş homofobi düzeyleri arttıkça ben merkezli cinsel doyumlarının azaldığı görülmüş ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç çalışmamızın ilk hipotezini doğrular niteliktedir. Literatürde bu ilişkiyi inceleyen çalışmaların farklı sonuçlarının olduğu görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen, partneri olan gey ve lezbiyenlerde cinsel doyumun yordayıcılarını araştıran bir çalışmada, cinsel doyum beden imajı ile ilişkili bulunurken içselleştirilmiş homofobi ve cinsiyet ile ilişkili bulunmamıştır (213). Calvillo ve ark tarafından İspanya'da, eşcinsellerde cinsel doyumu açıklayıcı bir model geliştirilmek üzere, gey ve lezbiyenlerle yapılan bir çalışmada içselleştirilmiş homofobi düzeyi ile cinsel doyum arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (109). Lezbiyenlerle yürütülmüş bir başka çalışmada da içselleştirilmiş homofobinin cinsel doyumu negatif yönde etkilediği görülmüştür (98). Çalışmalar göstermektedir ki içselleştirilmiş homofobi ile cinsel doyum

arasındaki ilişki farklı kültürlerde farklı sonuçlarla ortaya konmuştur. Carvalheira ve Costa tarafından eşcinsel ve heteroseksüel erkeklerde cinsel doyumu etkileyen faktörlere dair yapılmış, Hırvatistan ve Portekiz'li 3253 erkeğin dahil edildiği bir çalışmanın regresyon analizi sonucuna göre eşcinsel katılımcıların hangi ülkede yaşadıkları cinsel doyumun yordayıcılarından biri olarak bulunmuştur (111). Bu sonuç, sosyokültürel değişkenlerin cinsel doyumu etkileyen faktörlerden biri olduğunu doğrular ve içselleştirilmiş homofobi ile cinsel doyum ilişkisini inceleyen farklı kültürlerdeki çalışmaların farklı sonuçlarını açıklar niteliktedir.

Çalışmamızda cinsel doyum ve cinsel işlev bozuklukları arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken içselleştirilmiş homofobi ve cinsel işlev bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Eşcinsel kadın ve erkeklerle yapılan çalışmalarda cinsel işlevselliği yüksek olan, cinsel bir sorun belirtmemiş olan kişilerin cinsel doyumu da yüksek bulunmuştur (98)(111). Bu durum heteroseksüel cinsellikte de benzerdir. Cinsel işlev bozukluklarının cinsel ilişkiden alınan haz ve doyumu azalttığı bilinmektedir (214)(215). Cinsel doyumu artırabilmek için cinsel işlev bozukluklarının tespiti önemli bir adımı oluşturmaktadır. Çalışmamızın bulgularından farklı olarak, Rowen ve Malcolm tarafından erkek eşcinsellerle yapılmış bir çalışmada içselleştirilmiş homofobi düzeyi arttıkça cinsellikten duyulan suçluluk hissinin ve cinsel işlev bozukluklarının arttığı görülmüştür (208).

Yapılan bir gözden geçirme çalışmasının sonuçlarına göre heteroseksüel erkekler ile karşılaştırıldığında eşcinsel erkeklerde erektil disfonksiyon daha sık görülmektedir ve eşcinsellerde azınlık stresi, riskli cinsel davranışlara ve cinsel işlev bozukluklarına neden olabilmektedir (216). Bunlara ek olarak, eşcinsellerin daha çok tercih ettiği oral seks, anal seks ve mastürbasyonla ilgili cinsel sorunlar ise uluslararası tanı sistemlerinde yer almamaktadır (99). Erkek eşcinseller ile yapılan bir çalışmada katılımcıların belirtmiş oldukları cinsel sorunların yalnızca 16%'sının DSM tanı sisteminde yer aldığı görülmüştür (217).

Örneğin anal seks sırasındaki ağrıyı tanımlayan anodisparoni ve kadın eşcinseller için cinsel aktivitelerde azalmayı tanımlayan "bed death" kavramı eşcinseller tarafından sıklıkla bildirilen fakat DSM'de yer almayan bozukluklardır

(218)(103). Bu doğrultuda mevcut tanı sistemleri içinde eşcinsellerin cinsel sorunlarının saptanmasında önemli bir yetersizliğin mevcut olduğu söylenebilir.

İçselleştirilmiş homofobinin LGB'leri açılma süreçlerini tamamlamış ve diğer LGB'ler ile temas halinde olsalar bile etkilemeye devam ettiği bilinmektedir (62). Bu nedenle ruh sağlığı çalışanlarının kendilerine başvuran LGB'lerin açılma süreçlerini tamamlamış, aktif cinsel yaşamları ve partnerleri olsa dahi bu kişilerdeki içselleştirilmiş homofobi birçok alanda kişiyi etkileyebilecek önemli bir faktör olarak akılda tutmalı ve sorgulanmalıdır.

### 5.4. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ VE BEDEN ALGISI

Çalışmamızın bir diğer hipotezi, eşcinsellerde içselleştirilmiş homofobi düzeyi ile beden algısı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğuydu. Çalışmamız sonucunda katılımcıların içselleştirilmiş homofobi düzeyleri ile beden algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Daha önceki bölümlerde de bahsettiğimiz üzere, Meyer azınlık stres teorisinde proksimal ve distal stresörler olarak belirttiği reddedilme duyarlılığı, cinsel yönelimini gizleme, içselleştirilmiş homofobi gibi faktörlerin cinsel azınlıklarda yaratmış olduğu kronik stres nedeniyle bu kişilerde ruhsal bozukluk ortaya çıkma riskinin arttığını öne sürmüştür ve içselleştirilmiş homofobinin eşcinsellerde özsaygı ve cinsel kimlik gelişimini olumsuz etkilediği ve birçok ruhsal soruna yol açtığı yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. Bununla birlikte, olumsuz beden imajının da düşük özsaygı, stres ve stresle ilişkili ruhsal sorunlarla birlikteliği gösterilmiştir (219). Literatürde içselleştirilmiş homofobinin beden imajı ile ilişkili bulunduğu çalışmaların çoğunlukta olduğu görülmüştür. Reilly ve Rudd'un yaptığı bir çalışmada geylerde içselleştirilmiş homofobi ile beden imajı arasında zayıf bir ilişki bulunmuş olup bu sonuç örneklem grubunun çoğunlukla içselleştirilmiş homofobi düzeyi düşük ve beden imajı memnuniyeti yüksek kişilerden oluşması ile ilişkilendirmişlerdir (169). Cinsel yönelim olarak azınlık gruptaki erkeklerde içselleştirilmiş homofobi ve beden imajı ilişkisine dair 12 çalışmanın dahil edildiği bir meta analiz çalışmasında içselleştirilmiş homofobi düzeyi arttıkça beden imajı memnuniyetsizliğinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (165). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış bir çalışmada lezbiyenlerde içselleştirilmiş homofobi beden

aşırı uğraşıları ve olumsuz beden imajı ile ilişkilendirilmiştir (220). Yapmış olduğumuz çalışmanın örneklem grubunun %75,9'unun olumlu beden algısına sahip olmasının ve örneklemimizin heterojen bir dağılım göstermemesinin çalışmamızın bu sonucunu etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

### 5.5. CİNSEL İŞLEVLER VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLAR

Cinsel doyum yaş, cinsel aktivite sıklığı, orgazm, ilişki durumu, partner sayısı, partnerle yakınlık, ruhsal durum, cinsel işlevler, cinsel işlev bozuklukları ve suçluluk hissi gibi faktörler ile ilişkilendirilmektedir (221)(98)(222)(223). Cinsel yönden sağlıklı erişkinler olabilmek için genç erişkinlik dönemindeki olumlu ve doyum sağlayıcı erken cinsel deneyimler belirleyici olmaktadır (224). Adölesanlık döneminin başlıca kendi zorluklarının yanı sıra adölesanlık ve erken erişkinlik dönemindeki genç eşcinsellerin cinsel kimlik gelişimi ve açılma süreçleri nedeniyle bu dönemi heteroseksüel akranlarına göre daha fazla stres ve stresle baş etme uğraşı ile geçirdikleri düşünülmektedir (225). Bu dönemde eşcinsel gençlerde ruhsal hastalıklar, madde kullanımı ve intihar oranlarının yüksek olduğu bilinmektedir (226)(227).

Ruh sağlığı ve cinsel işlevler arasındaki ilişki yapılan çalışmalarla ortaya konmuş ve ruhsal hastalıkların cinsellik üzerinde önemli etkileri olduğu gösterilmiştir (228). Ruhsal hastalıkların bir sonucu veya ilaç tedavilerinin yan etkisi olarak gelişebilen cinsel işlev bozuklukları ve bununla birlikte azalmış cinsel doyum izlenebilmektedir. Depresyon ilgi ve istek kaybı, enerjisizlik, azalmış özsaygı, zevk alamama gibi belirtilerle karakterizedir. Kişideki bu belirtilerin cinselliği de etkilemesi olasıdır. Tedavi alıyor olan veya tedavisiz depresyon hastalarında cinsel işlev bozuklukları ve azalmış cinsel doyum görülebilmektedir (229). Zürihte yapılan majör depresyon, distimi ve rekürren depresyon hastalarını içeren bir prospektif kohort çalışmasında bu kişilerde kontrol grubuna oranla 2 kat artmış cinsel sorunlar saptanmıştır (230). Cinsel istek, depresyonda en sık etkilenmesi beklenen cinsel işlevdir. Depresyon hastalarının sağlıklı kontrollere göre cinsel isteksizlik oranları 5.3 kat olarak bulunmuştur (231). Anksiyete cinsel işlevleri etkileyen temel unsurlardan biri olarak görülmekle birlikte anksiyete bozukluğu tanılı kişilerde cinsel işlev bozukluğu prevalansı yüksektir (232). Bu durum anksiyete durumundaki

sempatik sinir sistemi aktivasyonu ve bilişlerin cinsel işlevler üzerindeki olumsuz etkisi ile açıklanmaktadır. Carcedo ve ark tarafından yapılan bir çalışmada artmış cinsel doyum 14-17 yaş arası adölesanlarda düşük anksiyete düzeyi; 18-29 yaş arası erişkinlerde ise düşük depresyon düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur (233). Bancroft ve ark ise eşcinsel erkeklerle yaptıkları bir çalışmada katılımcıların bir kısmında depresyon veya anksiyetenin, cinsel istek ve cinsel yanıtlarını artırdığını bildirmişlerdir (234). Literatüre göre somatik yakınmaların da cinsel doyum ile ters yönlü bir ilişkisi mevcuttur (235). Somatik semptomların varlığı cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmekte veya var olan bozukluğu olumsuz etkileyebilmektedir (236)(237). Çalışmamızdaki katılımcıların hem ben merkezli hem de eş merkezli alt ölçeklerdeki cinsel doyum puanları ile majör depresif bozukluk semptomları, yaygın anksiyete bozukluğu semptomları, somatik semptomlar arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızın sonucu literatürdeki veriler ile uyumludur.

### 5.6. BEDEN ALGISI VE CİNSEL DOYUM

Çalışmamızdaki katılımcıların hem ben merkezli hem de eş merkezli alt ölçeklerdeki cinsel doyum puanları ile beden algısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aynı zamanda çalışmamızdaki katılımcılardan beden algısı olumlu olanların cinsel doyumları ve cinsel doyum ölçeğinin ben merkezli alt ölçek puanları beden algısı olumsuz olanlara göre anlamlı seviyede daha yüksek saptanmıştır. Literatürde cinsiyet ve cinsel yönelimlerine göre ayrılmış olan farklı örneklem gruplarında farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Milhausen ve ark tarafından 18-25 yaş arası heteroseksüel kadın ve erkekleri içeren bir çalışmanın sonuçları erkeklerde beden imajının cinsel doyum ile pozitif yönde ilişkili olduğu fakat kadınlarda beden imajı ile cinsel doyum arasında bir ilişki saptanmadığı şeklindedir (238). Traen ve ark tarafından yapılan bir çalışmada cinsel doyumun en önemli belirleyicileri olarak partnerle yakınlığa ve ardından beden imajı ve yaşa vurgu yapılmıştır. Aynı çalışmada beden imajının özellikle kadınlarda cinsel doyum ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (239). Holt ve ark tarafından yapılan, 130 kadın ve 44 erkek katılımcının olduğu bir çalışmada beden algısı ve cinsel doyum arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmış olup cinsiyetler arası istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (240). Pujols ve ark tarafından cinsel partneri olan 18-49 yaş arası kadınlarla yapılmış bir çalışmada cinsel işlevler, cinsel doyum ve beden algısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada cinsel doyumun kişinin bedenine dair özgüvenin yüksek olması ve cinsel ilişki sırasında bedenine dair düşüncelerin yoğun olmaması tarafından belirlendiği sonucuna da ulaşılmıştır (241). Ackard ve ark tarafından kadınlarla yapılan bir çalışmada beden imajı olumlu olanların daha çok orgazm yaşadıkları ve cinsel aktivite sırasında partnerine daha çok haz verdikleri belirtilmiştir (242). Shepler ve ark tarafından yapılan partnerli eşcinsel ve biseksüel kişilerde cinsel doyumu etkileyebilecek faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada kadın ve erkek grupları arasında belirgin bir fark olmamakla birlikte beden imajının cinsel doyumun belirleyicilerinden biri olduğu belirtilmiştir (213). Eşcinsel ve heteroseksüel erkeklerin karşılaştırıldığı bir çalışmada geylerin heteroseksüel erkeklere kıyasla daha olumsuz beden imajına sahip oldukları bulunurken cinsel doyumları ise daha yüksek bulunmuştur (243). Peplau ve ark tarafından heteroseksüel, gey ve lezbiyenlerin cinsel aktivite sırasındaki beden imajı memnuniyetine dair yapılan bir çalışmada geylerin beden algılarının diğer kişilere göre cinsel yaşantılarını daha yüksek oranda olumsuz etkilediği ve heteroseksüel erkeklerin diğer kişilere oranla beden algılarından ve cinsel yaşantılarından daha memnun oldukları görülmüştür. Bu çalışmada heteroseksüel kadınlar ve lezbiyenler arasında ise çok az fark bulunduğu bildirilmiştir (244). Çalışmamız katılımcılarının %85,5 oranında eşcinsel erkeklerden oluşması da göz önünde bulundurulduğunda beden algısının cinsel doyum ile ilişkili bulunması literatürle uyumlu görünmektedir.

### 5.7. BEDEN ALGISI VE CİNSEL İŞLEVLER

Çalışmamızdaki katılımcıların cinsel işlev bozukluğu ile beden algısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmış olup, beden algısı olumsuz olanların cinsel işlev bozukluğu puanları beden algısı olumlu olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Literatüre bakıldığında bu ilişkiyi inceleyen çalışmaların sıklıkla tıbbi bir durum nedeniyle fiziksel görünümleri etkilenmiş olan kadınlara odaklandığı görülmektedir. Bu alanda eşcinsel örneklem gruplarıyla yapılan çalışmaların sayıca azlığı göze çarpmaktadır. Çalışmamız bu anlamda literatür için önemli bir veri kaynağı

olmaktadır. Andersen ve LeGrand tarafından yapılmış bir çalışmada kadınlarda beden algısının cinsel aktivitenin başlangıç evreleri ile ilişkili olduğu fakat bu ilişkinin cinsel işlev bozukluklarının oluşumu veya gerilemesini yordayıcı bir faktör olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (245). Woertman ve Van Den Brink tarafından kadınlarda beden imajı ve cinsellik ilişkisine dair yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, beden imajının cinsel aktivite sırasındaki cinsel yanıt ve deneyimlerle birlikte cinsel davranışlar, cinsellikten kaçınma, riskli cinsel davranışlarda bulunma gibi cinselliğin farklı boyutlarını etkileyebildiği sonucuna ulaşılmıştır (246).

Levitan ve ark tarafından gey ve biseksüel erkeklerde beden algısının cinsel işlevler ile ilişkisini incelemeyi amaçlayan bir çalışmada olumsuz beden imajı erektil disfonksiyon ve prematür ejakülasyon ile ilişkili bulunmuştur (247). Milhausen ve arkadaşları tarafından heteroseksüel erkek ve kadınlarla yapılmış bir çalışmada beden imajının çeşitli boyutlarıyla cinsel işlevleri etkileyebildiği gösterilmiştir (238).

Gewirtz-Meydan ve ark tarafından eşcinsel ve heteroseksüel kadınlarla yapılan bir çalışmada, cinsel yönelimden bağımsız olarak, beden imajı ve cinsel işlev bozuklukları arasında ters yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (248).

McNabney tarafından yakın zamanlı yapılan bir sistematik gözden geçirme çalışmasında olumsuz beden imajının birbirinden bağımsız olarak hem cinsel yanıt döngüsünü hem de ruh sağlığını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (249).

Literatürdeki çalışmaların sonuçları birlikte düşünüldüğünde, cinsiyet ve cinsel yönelim farkı olmaksızın, beden algısı ve cinsel işlevlerin ilişkili olduğu yorumu yapılabilir. Çalışmamızın sonucu bu anlamda literatürü destekler niteliktedir.

### 5.8. BEDEN ALGISI VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLAR

Çalışmamız katılımcılarının beden algısı ile majör depresif bozukluk semptomları, yaygın anksiyete bozukluğu semptomları, somatik semptomlar, kaygı atakları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmış olup, beden algısı olumsuz olanların majör depresif bozukluk semptomları, yaygın anksiyete bozukluğu semptomları, somatik semptomlar ve kaygı atakları, beden algısı olumlu olanlara göre daha fazla saptanmıştır. Vücutta birçok değişimin başladığı adölesanlık döneminde beden imajına dair düşünce ve davranışların yoğunlaşması nedeniyle literatürde adölesanlarla yapılan çalışmaların sayıca fazlalığı göze çarpmaktadır.

Bucchianeri ve arkadaşları tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan toplum temelli 10 yıllık bir takip çalışmasında beden imajı memnuniyetsizliğinin adölesan ve genç erişkinlik döneminde artış gösterdiğini ve bu artışın BMI artışıyla paralel olduğunu bulmuşlardır (250). Adölesan çağda ortaya çıkmaya başlayan beden imajı memnuniyetsizliği ve depresif semptomlar, yeme bozuklukları da dahil olmak üzere, yaşam boyu ruhsal hastalık riskini artırmaktadır (251)(252)(253). Vannucci ve Ohannessian tarafından yaş ortalaması 16 olan kadın ve erkek adölesanlarla yapılmış bir çalışmada olumsuz beden imajının yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğunun başlangıç semptomları ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (254).

Literatüre bakıldığında olumsuz beden imajının erişkin kadın ve erkeklerde depresif semptomlarla ilişkili bulunduğu görülmektedir (255)(256). Wagenbach tarafından yapılan lezbiyenlerde beden imajı ve yeme davranışları ile ilişkili lezbiyen, heteroseksüel kadın ve geylerin dahil edildiği bir çalışmada lezbiyen kadınların beden görünümlerine heteroseksüel kadın ve geylere kıyasla daha az önem verdikleri, diyet uygulama ve ince bir bedene sahip olma uğraşılarının daha az görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (257). Çalışmaların lezbiyenlerde beden imajına dair benzer sonuçlar ortaya koyduğu görülmüş ve literatür incelendiğinde lezbiyenlerde beden imajı ile ruh sağlığı ilişkisinin incelendiği çalışma sayısında kısıtlılık izlenmiştir. Çin'de yapılmış bir çalışmada olumsuz beden imajı geylerde anksiyete ile ilişkili bulunmuşken lezbiyenlerde böyle bir ilişki bulunmamıştır (258). Blashill tarafından yapılmış bir çalışmada geylerde özellikle vücut yağ oranına dair beden imajı memnuniyetsizliğinin depresif semptomlar, yeme bozukluğu semptomları ve sosyal duyarlılığın yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (259).Yapmış olduğumuz çalışmada katılımcıların büyük oranda erkek eşcinsellerden oluşması göz önünde bulundurulduğunda sonucumuz literatürü destekler niteliktedir.

### 5.9. CİNSİYET VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLER

Çalışmamızdaki erkek katılımcıların içselleştirilmiş homofobi düzeyleri kadın katılımcılara göre anlamlı seviyede daha yüksek saptanmıştır. Çalışmalarda homofobi ve içselleştirilmiş homofobi düzeyleri açısından cinsiyetler arası farklılık

olduğu görülmektedir. Yapılan birçok çalışmada erkek eşcinsellerde içselleştirilmiş homofobi düzeyi kadın eşcinsellere kıyasla daha yüksektir (171)(260). Baydar tarafından gey, lezbiyen ve biseksüel kişilerle ülkemizde yapılmış bir tez çalışmasında benzer biçimde erkek katılımcıların içselleştirilmiş homofobi düzeyi kadın katılımcılara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (261). Literatüre bakıldığında, kişilerin kendi cinsiyetinden eşcinsellere karşı daha olumsuz tutumda olduklarını ve ayrıca heteroseksüel erkeklerin erkek eşcinselliğine karşı daha olumsuz tutumda olduklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (262)(263). Duyan ve Duyan tarafından ülkemiz üniversite öğrencilerinin cinselliğe yönelik tutumlarını araştıran bir çalışmada katılımcıların kendileri için eşcinselliği daha kabul edilemez bulurken ötekilerinin eşcinselliğini daha kabul edilebilir buldukları bildirilmiştir (264). Gelbal ve Duyan tarafından yapılan, ülkemiz üniversite öğrencilerinin gey ve lezbiyenlere karşı tutumlarını araştıran çalışmalarında katılımcıların eşcinsellere karşı genel olarak negatif tutumlara sahip olmakla birlikte lezbiyenlere karşı daha pozitif tutumlara sahip oldukları, ayrıca kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre gey ve lezbiyenlere karşı daha pozitif tutumlara sahip oldukları görülmüştür (265). Erkek eşcinselliğinin daha kabul edilemez oluşu geleneksel heteroseksist ve ataerkil toplum düzenine karşın bir tehlike olarak algılanması nedeniyle olabileceği gibi toplumsal cinsiyet rollerinin yüklediği heteroseksüel ve maskülen erkek rolünü aşan bir erkekliğin "normal" olmadığı kabülü ile ilişkili olabilir. Toplumsal cinsiyet rollerinin erkekliğe ilişkin katı normlarını içselleştirmeye başlayan gelişim sürecindeki çocuk ileri dönemde bu kalıpların dışındaki bir arzusunu fark ettiğinde toplumun homofobik tutumlarını kendi benliğine yansıtacak ve böylece içselleştirilmiş homofobi geliştirecektir. Çalışmamızın bu sonucu hem ülkemizin sosyokültürel yapılanması gereğince beklenen bir sonuçtur, hem de literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda kadın katılımcıların erkeklere göre daha yüksek oranda yaygın anksiyete bozukluğu semptomlarına sahip oldukları saptanmıştır. Literatür incelendiğinde gey ve lezbiyenlerde anksiyete bozukluğu ile ilişkili çalışmaların çoğunlukla heteroseksüeller ile karşılaştırma çalışmaları olduğu görülmektedir. Literatürde lezbiyen ve geylerde yaygın anksiyete bozukluğu semptomlarını karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Bostwick ve arkadaşları tarafından yapılan, kadın ve erkeklerde duygudurum ve

yaygın anksiyete bozukluğu da dahil olmak üzere bazı anksiyete bozukluklarının cinsel yönelime göre incelediği bir çalışmanın bazı sonuçları şu şekildedir: Cinsel yönelim açısından azınlık olan gruplardaki erkeklerde yaşam boyu duygudurum ve anksiyete bozukluğu görülme olasılığı cinsel yönelim açısından azınlık gruplardaki kadınlara göre daha yüksektir. Yalnızca eşcinsel ilişkileri olan kadınlarda, yaşam boyu ve geçen yılda, duygudurum ve anksiyete bozuklukları görülme olasılığı diğer cinsel yönelime sahip kadınlara göre de daha düşüktür (266). Çalışmamızın kadın katılımcı sayısının erkeklere göre düşük sayıda olmasının sonucumuzu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

### 5.10. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİ VE İNTİHAR

Çalışmamızda yapılan regresyon analizi sonucuna göre içselleştirilmiş homofobinin intihar riskini 1,13 kat artırdığı bulunmuştur.

Önceki bölümlerde ele aldığımız üzere LGB'ler ruhsal sorunlar açısından artmış riske sahiptir. King ve arkadaşları tarafından yapılmış bir sistematik gözden geçirme ve meta analiz çalışmasında LGB'lerde heteroseksüellere kıyasla intihar girişimi 2 kat; depresyon ve anksiyete hastalıkları riski 1,5 kat artmış olarak bulunmuştur. Buna ek olarak, aynı çalışmada yaşam boyu intihar girişimi, özellikle eşcinsel ve biseksüel erkeklerde yüksek olarak saptanmıştır (71).

McLaren tarafından Avustralya'da gey, lezbiyen ve biseksüellerle yapılmış, içselleştirilmiş homofobi ve inithar düşüncesi ilişkisini inceleyen bir çalışmada lezbiyenler ve geyler için farklı sonuçlar bildirilmiştir. İlgili çalışmada lezbiyenlerde içselleştirilmiş homofobi düzeyi ile intihar düşünceleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olmakla birlikte depresif semptomlar intihar düşüncesinin yordayıcısı olarak bulunmuş olup; geylerde hem içselleştirilmiş homofobi hem de depresif semptomlar intihar düşüncesinin yordayıcıları olarak bulunmuştur (267). Charmaine ve arkadaşları tarafından Filipinler'de geylerle yapılmış bir çalışmanın regresyon analizi sonuçlarına göre içselleştirilmiş homofobinin intihar düşüncesinin yordayıcısı olduğu sonucu bildirilmiştir (268). Igartua ve arkadaşları tarafından gey ve lezbiyenlerle yapılan bir çalışmada ise içselleştirilmiş homofobi ile intihar riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmakla birlikte bu ilişkide depresyonun aracı rolüne vurgu yapılmış

olup, bu kişilerde içselleştirilmiş homofobinin değil depresyonun intiharı yordayıcı bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır (196).

Depresif semptomlar, intihar ve içselleştirilmiş homofobi ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda klinisyenlerin eşcinsellerde depresyon ve intihar riskini azaltabilmek için içselleştirilmiş homofobiyi azaltmaya yönelik müdahaleleri önemli görünmektedir.

## 5.11. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ HOMOFOBİYİ YORDAYICI FAKTÖRLER

Çalışmamızda katılımcıların içselleştirilmiş homofobi düzeylerini açıklamada etkili olan faktörler incelenmiştir. Oluşturulan regresyon model analizinde cinsel doyum içselleştirilmiş homofobinin yordayıcısı olarak bulunmuş, fakat çalışmamızda incelemiş olduğumuz cinsel işlev bozukluğu, beden algısı, somatik semptomlar, majör depresyon semptomları, anksiyete semptomları ve kaygı ataklarının da dahil edilmesiyle oluşturulan çoklu regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Kişilerarası ilişkilerinde emosyonel olarak daha az hassasiyeti bulunan ve yaşamlarında genel olarak olumlu ilişkilere sahip kişilerin cinsel doyumlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir (269). Eşcinsellerin damgalanmış bir grupta olmaları ve azınlık stresine bağlı diğer faktörler nedeniyle toplumdaki dezavantajlı konumları olumlu ve destekleyici ilişkiler kurmalarını zorlaştırmaktadır. Çalışmamız sonuçlarına benzer olarak, Grabski ve arkadaşları tarafından yapılan eşcinsel ve biseksüel erkeklerin cinsel yaşamında azınlık stresinin rolünü inceleyen bir çalışmanın çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre içselleştirilmiş homofobi cinsel yaşam kalitesinin en güçlü yordayıcılarından biri olarak bulunmuştur (270). Bunun yanında, literatür incelendiğinde farklı çalışmalarda maskülen normlara uymak ve eşcinselliği maskülenitеye bir tehdit olarak algılamak, depresyon, cinsel yönelimle ilişkili sosyal destek, LGB gruplara dahil olma, cinsel yönelimine dair içsel çatışma içselleştirilmiş homofobinin yordayıcısı olarak bulunduğu görülmüştür (271)(272). Literatürdeki veriler ve çalışmamızın önceki bölümlerinde bahsedilmiş olan diğer bulgular ile bir arada yorumlandığında, eşcinsellerde cinsel doyum ve içselleştirilmiş homofobinin etkileşimlerinin olabileceği, ruh sağlığı alanında cinsel sorunlar

nedeniyle başvuran kişilerde akılda tutulmalıdır. Bu kişilerde içselleştirilmiş homofobi üzerine çalışılması fayda sağlayacaktır.

### 5.12. BEDEN ALGISINI YORDAYICI FAKTÖRLER

Çalışmamızda katılımcıların beden algısını açıklamada etkili olan faktörler incelenmiştir. Oluşturulan regresyon modellerinin analizinde katılımcıların beden algısını, cinsel işlev bozuklukları ve majör depresif bozukluk semptomlarının yordayıcı oldukları bulunmuştur. Oluşturulan modellerde beden algısını içselleştirilmiş homofobinin açıklamadığı görülmüştür.

Yapılan çalışmalarda, daha önceki bulgularımızı da ele alırken atıfta bulunduğumuz üzere, beden algısı ile cinsel işlevler ve depresif semptomlar arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Genç kadınlarla yapılmış birçok takip çalışmasında beden algısının depresif semptomların yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (131)(273)(274). Beden algısının cinsel işlevlerin yordayıcısı olduğu sonucunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (275). Çalışmamızın bu sonucuna göre, eşcinsellerde beden imajını iyileştirmek için cinsel işlev bozuklukları ve depresif semptomların tedavisinin yararlı olabileceği söylenebilir. Eşcinsellerde en sık olarak depresyon ve anksiyete bozukluğu semptomlarının görülme olasılığının artmış olması, bu kişilerin ruh sağlığı alanındaki başvurularının sıklıkla bu yakınmalar ile olabileceğini düşündürmektedir. Cinsel işlev bozuklukları veya depresif semptomlar ile başvuran eşcinsellerin beden algısını da değerlendirmek, aralarındaki korelasyon ilişkisi de göz önünde bulundurulduğunda, olumsuz beden algısının neden olabileceği ruhsal sonuçlar açısından önemli görünmektedir.

# 6. KISITLILIKLAR

Çalışmamızın kısıtlılıklarından bazıları şu şekilde sıralanabilir:

1. Çalışmamız katılımcılarına kartopu örneklem yöntemi ile ulaşılmış olması örneklemimizin benzer sosyodemografik özellikler gösteren kişilerden oluşmasına neden olmuş olabilir. Bu durum sonuçların toplumdaki eşcinsellere genellenmesini zorlaştırmaktadır.
2. Çalışmamızda erkeklere oranla daha az sayıda kadın katılımcıya ulaşılabilmiştir.
3. Çalışmamızda dahil edilen katılımcıların cinsel yönelimlerini eşcinsel olarak beyan eden kişilerden oluşması sebebiyle cinsel yönelimini örtük veya kısmen örtük olarak yaşayan kişilerin çalışmamıza dahil olmamış olabilecekleri; cinsel yönelimini eşcinsel olarak beyan ederek çalışmamıza dahil olan kişilerin ise açılma sürecinin ileri aşamalarında oldukları, bu nedenle örneklem olarak hiç açılmamış kişilere göre içselleştirilmiş homofobi düzeyi düşük bir gruba ulaşılmış olabileceği düşünülebilir.
4. Çalışmamızda, kişilerin partner ilişkilerine dair doyumu ve eşlik eden organik patolojiler gibi cinsel doyumu etkileyebilecek olan diğer faktörlerin aracı rolleri incelenmemiştir.
5. Katılımcıların cinsel işlev bozuklukları, kullanılan ölçek gereğince, DSM kategorilerinde yer alan başlıklar çerçevesinde sorgulanmış olup, eşcinselliğe özgü olabilecek ve DSM'de yer almayan cinsel işlev bozukluklarının varlığı sorgulanamamıştır.
6. Çalışmamızda incelenen bazı verilere dair literatür çoğunlukla heteroseksüellerle yapılmış çalışmalardan oluştuğu için çalışmamızın bazı sonuçları çoğunlukla bu çalışmaların sonuçları ile kıyaslanabilmiştir.
7. Çalışmamızda öz bildirim ölçeklerinin kullanılmış olması nedeniyle bazı sonuçların katılımcıların kendilerini iyi ya da kötü gösterme eğilimlerinden etkilenmiş olabileceği düşünülebilir.

# 7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. İçselleştirilmiş homofobi arttıkça cinsel doyumun azaldığı saptanmıştır.
2. İçselleştirilmiş homofobi düzeyi ile beden algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu ilişkinin daha geniş ve heterojen örneklem gruplarıyla çalışılarak incelenmesi önerilir.
3. Yaş arttıkça içselleştirilmiş homofobi düzeyinin azaldığı bulunmuştur.
4. Erkek eşcinsellerin kadın eşcinsellere göre içselleştirilmiş homofobi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.
5. Kadın eşcinsellerde erkek eşcinsellere göre yaygın anksiyete bozukluğu semptomları daha fazla bulunmuştur.
6. Somatik semptomlar arttıkça intihar girişimi sayısının arttığı bulunmuştur. Somatik semptomların intihar açısından bir risk faktörü olarak akılda tutulması önerilir.
7. Majör depresif bozukluk semptomları, yaygın anksiyete bozukluğu semptomları ve somatik semptomlar arttıkça cinsel doyumun azaldığı bulunmuştur.
8. Cinsel işlev bozukluğu semptomlarının artması ile cinsel doyumun azaldığı bulunmuştur. Eşcinsellere özgü olabilecek cinsel işlev bozukluklarının tanımlanması ve bu cinsel işlev bozukluklarını tarayabilecek ölçeklerin geliştirilmesi gerekmektedir.
9. Olumlu beden algısı artmış cinsel doyum ile ilişkili bulunmuştur. Cinsel doyumu artırabilmek amacıyla beden algısının da değerlendirilerek olumsuz beden algısını iyileştirebilecek müdahaleler önemli görünmektedir.
10. Olumsuz beden algısı artmış cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. Cinsel işlev bozuklukları ile başvuran eşcinsellerde beden algısının değerlendirilmesi önerilir.
11. Olumsuz beden algısı artmış somatik semptomlar, majör depresif bozukluk semptomları, yaygın anksiyete bozukluğu semptomları ve kaygı atakları ile ilişkili bulunmuştur. Eşcinsellerin psikiyatrik yakınmalar ile olan başvurularında olumsuz beden algısının bir etken olarak akılda tutulması ve değerlendirilmesi önerilir.

12. İçselleştirilmiş homofobi arttıkça intihar riskinin arttığı bulunmuştur. Tedavi ortamlarında eşcinseller ile karşılaşan klinisyenlerin, içselleştirilmiş homofobi kavramını tanımaları ve bu kavramın farkında olmaları önemli olacaktır.
13. Cinsel işlev bozuklukları ve majör depresif bozukluk semptomlarının, beden algısının yordayıcısı oldukları bulunmuştur.

Bu sonuçlar bağlamında, daha geniş ve heterojen örneklem gruplarıyla, farklı değişkenlerin de incelendiği çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Tedavi ortamlarında, cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim bakımından çeşitliliğin akılda tutulması gerekmektedir.

Çalışmamızın sonuçları doğrultusunda ruh sağlığı çalışanlarının eşcinsellerde ruhsal yakınmalarıyla ilişkili olabilecek önemli bir faktör olarak içselleştirilmiş homofobi ve beden algısı kavramlarına dair farkındalık geliştirmesi önemli görünmektedir.

# 8. KAYNAKLAR


1. Başar K. Eşcinsel yönelim kimliği gelişimi. Eşcinsellik Dosyası. İstanbul: CETAD; 2010.
2. Yetkin N. Tedavi Olmayan Tedavi Olarak "Onarım Terapisi." CETAD Eşcinsellik Dosyası. 2012.
3. Herek GM. Beyond "Homophobia": Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century. Vol. 1, SOCIAL POLICY Journal of NSRC. 2004.
4. Herek GM. Heterosexism and homophobia. In: n R. P. Cabaj & T. S. Stein (Eds.), editor. Textbook of homosexuality and mental health. American Psychiatric Association.; 1996. p. 101–13.
5. Lorenzi G, Miscioscia M, Ronconi L, Pasquali CE, Simonelli A. Internalized Stigma and Psychological Well-Being in Gay Men and Lesbians in Italy and Belgium. Soc Sci 2015, Vol 4, Pages 1229-1242. 2015 Dec 1;4(4):1229–42.
6. Newcomb ME, Mustanski B. Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2010 Dec;30(8):1019–29.
7. Rosser BRS, Bockting WO, Rugg DL, Robinson BE, Ross MW, Bauer GR, et al. Lowering internalized homonegativity in men who have sex with men: results from a randomized controlled intervention trial. Vol. 2, 13th World AIDS Conference. 2000. p. 176.
8. Simms SA. Gay images on television. Gayspeak Gay male lesbian Commun. 153(61).
9. Byers ES, Rehman US. Sexual well-being. APA Handb Sex Psychol Vol 1 Pers approaches. 2013 Oct 7;317–37.
10. Edwards WM, Coleman E. Defining Sexual Health: A Descriptive Overview. Arch Sex Behav 2004 333. 2004 Jun;33(3):189–95.
11. Song C, Buysse A, Zhang WH, Dewaele A. Perceived Discrimination and Relationship Satisfaction Among Same-Sex Couples: The Role of Dyadic Stress and Sex.
12. Song C, Buysse A, Zhang W, Lu C, Zhao M, Dewaele A. Coping with minority stress in romantic relationships among lesbian, gay and bisexual people. Curr Psychol 2020 4110. 2020 Nov 19;41(10):6922–33.
13. Gonçalves JAR, Costa PA, Leal I. Minority Stress in Older Portuguese Gay and Bisexual Men and Its Impact on Sexual and Relationship Satisfaction. Sex Res Soc Policy 2019 172. 2019 Mar 7;17(2):209–18.
14. Bucchianeri MM, Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction: An overlooked public health concern. J Public Ment Health. 2014;13(2):64–9.
15. Wilson RE, Latner JD, Hayashi K. More than just body weight: The role of body image in psychological and physical functioning. Body Image. 2013 Sep;10(4):644–7.
16. Yarhouse MA. Sexual identity development: The influence of valuative frameworks on identity synthesis. Psychotherapy. 2001;38(3):331–41.
17. Shively MG, De Cecco JP. Components of Sexual Identity. https://doi.org/101300/J

082v03n01_04. 2010 Jan 1;3(1):41–8.
18. Diamond M. Sex and Gender are Different: Sexual Identity and Gender Identity are Different. Vol. 7, Clinical Child Psychology and Psychiatry. SAGE Publications; 2002.
19. Rathus SA, Nevid JS, Fichner-Rathus L. Human sexuality in a world of diversity. 2008;700.
20. Kessler SJ. Lessons from the intersexed. NJ: Rutgers University Press; 1998.
21. Diamond M. Pediatric management of ambiguous and traumatized genitalia. J Urol. 1999;162 3 Pt 2, 1021-8.
22. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. In: 14th ed. 2016. p. 443.
23. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. Lancet. 2016 Jul;388(10042):390–400.
24. Moleiro C, Pinto N. Sexual orientation and gender identity: Review of concepts, controversies and their relation to psychopathology classification systems. Vol. 6, Frontiers in Psychology. Frontiers Research Foundation; 2015.
25. Akın A. Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayırımcılığı ve Sağlık. Toplum Hekim Bülteni. 2007;2(26).
26. Heise L, Greene ME, Opper N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, et al. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. Lancet. 2019 Jun 15;393(10189):2440–54.
27. Frankowski BL. Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care "Sexual Orientation and Adolescents." Vol. 113, Pediatrics. 2004.
28. Moser C. Defining Sexual Orientation. Arch Sex Behav. 2016 Apr 1;45(3):505–8.
29. Kelly G. Sexuality today: The human perspective. In New York: McGraw-Hill; 2004.
30. "What is the difference between bisexual and terms like pansexual, polysexual, omnisexual, ambisexual, and fluid?" American Institute of Bisexuality; 2014.
31. American Psychological Association. Sexual orientation and homosexuality [Internet]. [cited 2022 Nov 1]. Available from: https://www.apa.org/topics/lgbtq/orientation
32. Oxford English Dictionary. "Gay." 2003. Oxford University Press;
33. Mondimore FM. A Natural History of Homosexuality. 1996. 10–11 p.
34. Herek GM, Garnets LD. Sexual orientation and mental health. Vol. 3, Annual Review of Clinical Psychology. 2007. p. 353–75.
35. Herek GM. The Context of Anti-Gay Violence: Notes on Cultural and Psychological Heterosexism. J Interpers Violence. 1990;5(3):316–33.
36. Javaid A. Out of place: Sexualities, sexual violence, and heteronormativity. Vol. 39, Aggression and Violent Behavior. Elsevier Ltd; 2018. p. 83–9.
37. Herek GM. Confronting Sexual Stigma and Prejudice: Theory and Practice. Vol. 63, Journal of Social Issues. 2007.
38. Hegarty P, Pratto F. The Differences That Norms Make: Empiricism, Social Constructionism, and the Interpretation of Group Differences. Vol. 50, Sex Roles. 2004.
39. Herz M, Johansson T. The Normativity of the Concept of Heteronormativity. J Homosex. 2015

Aug 3;62(8):1009–20.

40. Göçmen İ, Yılmaz V. Exploring Perceived Discrimination Among LGBT Individuals in Turkey in Education, Employment, and Health Care: Results of an Online Survey. http://dx.doi.org/101080/00918369201612365 98. 2016 Jul 3;64(8):1052–68.
41. Şahin NH, Bilgiç D. Toplumda Eşcinsellere Yönelik Tutumlar ve Lezbiyen Kadınlarda Sağlık Eşitsizliği. J Heal Sci Prof. 2016 Sep 28;3(3):216–25.
42. Zeeman L, Sherriff N, Browne K, McGlynn N, Mirandola M, Gios L, et al. A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. Eur J Public Health. 2019 Oct 1;29(5):974–80.
43. Marchia J, Sommer JM. (Re)defining heteronormativity. Sexualities. 2019 Mar 1;22(3):267–95.
44. Sakalli N. The Relationship Between Sexism and Attitudes Toward Homosexuality in a Sample of Turkish College Students. http://dx.doi.org/101300/J082v42n03_04. 2008;42(3):53–64.
45. Sakalh N, Ugurlu O. Effects of Social Contact with Homosexuals on Heterosexual Turkish University Students' Attitudes Towards Homosexuality. https://doi.org/101300/J082v42n01_03. 2008;42(1):53–62.
46. Göregenli M. Ayrımcılık ideolojisi olarak homofobi. KAOS GL. 2006;
47. Başar K. Homofobi. Eşcinsellik Dosyası. CETAD; 2010.
48. Esmer Y. 2011 Türkiye değerler araştırması. 2011.
49. Güney N. KE. & Ç-OA. Üniversite öğrencilerinin eşcinsellik konusundaki görüşlerinin incelenmesi. Turkish J HIV/AIDS. 2004;7(4):131–7.
50. Kılıçarslan SC, Işık T. Being LGBTI in Turkey: Views of society, rights and violations. J Strateg Res Soc Sci. 2017;3(1):1–20.
51. Ozturk MB. Sexual orientation discrimination: Exploring the experiences of lesbian, gay and bisexual employees in Turkey. Hum Relations. 2011 Aug;64(8):1099–118.
52. Hudson WW, Ricketts WA. A Strategy for the Measurement of Homophobia. J Homosex. 1980 Jan 1;5(4):357–72.
53. Vygotsky L., Cole M. Mind in Society: Development of Higher Psychological Processes. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
54. Cabaj RP. Homosexuality and Neurosis. J Homosex. 1988 Jan 1;15(1–2):13–23.
55. Kahn MJ. Factors Affecting the Coming Out Process for Lesbians. J Homosex. 1991 Jan 1;21(3):47–70.
56. Rosser BRS, Bockting WO, Ross MW, Miner MH, Coleman E. The relationship between homosexuality, internalized homo-negativity, and mental health in men who have sex with men. J Homosex. 2008 Aug 14;55(2):185–203.
57. Phillips G, Feinstein BA, Levy M, Kuo I, Glick SN, Fields SD, et al. Changes in Sexual and Gender Identity and Their Associations with Internalized Homophobia Among Black Men Who Have Sex with Men in the HPTN 061 BROTHERS Cohort. Arch Sex Behav 2020 497. 2020 Jan 2;49(7):2375–87.
58. McDermott E, Roen K, Scourfield J. Avoiding shame: young LGBT people, homophobia and

self-destructive behaviours. http://dx.doi.org/101080/13691050802380974. 2008;10(8):815–29.
59. Cass VC. Homosexuality Identity Formation. J Homosex. 1979 Jan 1;4(3):219–35.
60. Szymanski DM, Kashubeck-West S, Meyer J. Internalized Heterosexism: Measurement, Psychosocial Correlates, and Research Directions. Couns Psychol. 2008;36(4):525–74.
61. Malyon AK. Psychotherapeutic Implications of Internalized Homophobia in Gay Men. http://dx.doi.org/101300/J082v07n02_08. 2010 Jan 1;7(2–3):59–69.
62. Gonsiorek JC. Mental health issues of gay and lesbian adolescents. J Adolesc Heal Care. 1988 Mar 1;9(2):114–22.
63. Meyer IH. Minority Stress and Mental Health in Gay Men*. Vol. 36, Journal of Health and Social Behavior. 1995.
64. Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. Vol. 129, Psychological Bulletin. 2003. p. 674–97.
65. Bakacak AG, Oktem P. Homosexuality in Turkey: Strategies for Managing Heterosexism. https://doi.org/101080/009183692014870453. 2014;61(6):817–46.
66. Herek GM, Society for the Psychological Study of Lesbian and Gay Issues. Stigma and sexual orientation : understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals. 1998 [cited 2022 Nov 8];278. Available from: https://books.google.com/books/about/Stigma_and_Sexual_Orientation.html?hl=tr&id=qofmCQAAQBAJ
67. Meyer IH. Prejudice and Discrimination as Social Stressors. 2003.
68. Hooker E. The Adjustment of the Male Overt Homosexual. http://dx.doi.org/101080/08853126195710380742. 2010 Mar 1;21(1):18–31.
69. Yetkin N, Kaptan S. Psikiyatrik Tanı Sistemlerinde Eşcinsellik. CETAD Eşcinsellik Dosyası.
70. Friedman RC. Homosexuality, Psychopathology, and Suicidality. Arch Gen Psychiatry. 1999 Oct 1;56(10):887–8.
71. 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 81. 2008 Aug 18;8(1):1–17.
72. Hatzenbuehler ML. How Does Sexual Minority Stigma "Get Under the Skin"? A Psychological Mediation Framework. Psychol Bull. 2009 Sep;135(5):707–30.
73. Mays VM, Cochran SD. Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. https://doi.org/102105/AJPH91111869. 2011 Oct 10;91(11):1869–76.
74. Cochran SD, Sullivan JG, Mays VM. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. J Consult Clin Psychol. 2003;71(1):53–61.
75. Feinstein BA, Goldfried MR, Davila J. The relationship between experiences of discrimination and mental health among lesbians and gay men: An examination of internalized homonegativity and rejection sensitivity as potential mechanisms. J Consult Clin Psychol. 2012 Oct;80(5):917–

27.
76. Lock J, Kleis BN. A Primer on Homophobia for the Child and Adolescent Psychiatrist. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998 Jun 1;37(6):671–3.
77. Shidlo A. Internalized Homophobia: Conceptual and Empirical Issues in Measurement. Lesbian Gay Psychol Theory, Res Clin Appl. 2014 Mar 5;176–205.
78. Greytak EA, Kosciw JG, Villenas C, Giga NM, Gay L. From Teasing to Torment : School Climate Revisited. A Survey of U.S. Secondary School Students and Teachers. :148.
79. Mustanski B, Andrews R, Puckett JA. The effects of cumulative victimization on mental health among lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents and young adults. Am J Public Health. 2016 Mar 1;106(3):527–33.
80. Mustanski B, Liu RT. A Longitudinal Study of Predictors of Suicide Attempts Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. Arch Sex Behav 2012 423. 2012 Oct 5;42(3):437–48.
81. Russell ST, Joyner K. Adolescent Sexual Orientation and Suicide Risk: Evidence From a National Study. Vol. 91, Research Articles | Peer Reviewed | Russell and Joyner Public Health. 2001.
82. Garofalo R, Wolf RC, Wissow LS, Woods ER, Goodman E. Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts Among a Representative Sample of Youth. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999 May 1;153(5):487–93.
83. Bancroft JHJ. Human Sexuality and its Problems [Internet]. [cited 2022 Nov 3]. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=bI-Jau14aLAC&oi=fnd&pg=PP1&dq=human+sexuality&ots=EdijGaWBxp&sig=9UMcWcsQad6UULvAy6XUu16eXXk&redir_esc=y#v=onepage&q=human sexuality&f=false
84. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Bilgilendirme Dosyası 1: Cinsel Yaşam ve Sorunları. p. 7.
85. Masters WJV. Human Sexual Response. In Boston: Little Brown; 1966.
86. Kaplan H. Hypoactive Sexual Desire. J Sex Marital Ther. 1977;
87. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013.
88. World Association for Sexual Health. Declaration of Sexual Rights. 14th World Congr Sexol. 1999;1–3.
89. Sandfort TGM, Ehrhardt AA. Sexual Health: A Useful Public Health Paradigm or a Moral Imperative? Arch Sex Behav 2004 333. 2004 Jun;33(3):181–7.
90. Sexual and Reproductive Health and Research (SRH) [Internet]. [cited 2022 Aug 27]. Available from:https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work / sexual-health/defining-sexual-health
91. Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, Davis SR. The Relationship between Self-Reported Sexual Satisfaction and General Well-Being in Women. J Sex Med. 2009 Oct 1;6(10):2690–7.
92. Mark KP, Herbenick D, Fortenberry JD, Sanders S, Reece M. A Psychometric Comparison of

Three Scales and a Single-Item Measure to Assess Sexual Satisfaction. http://dx.doi.org/101080/002244992013816261. 2014 Feb 1;51(2):159–69.

93. Safron A. What is orgasm? A model of sexual trance and climax via rhythmic entrainment. https://doi.org/103402/snp.v631763. 2016 Jan;6(1):31763.
94. Hurlbert DF, Apt C, Rabehl SM. Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in nondistressed marriages. http://dx.doi.org/ 101080/009262393084048 99. 2008;19(2):154–65.
95. Pascoal PM, Narciso IDSB, Pereira NM. What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. J Sex Res. 2014 Jan 1;51(1):22–30.
96. Lawrance K -A, Byers ES. Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. Pers Relatsh. 1995 Dec 1;2(4):267–85.
97. Bronfenbrenner U. Ecological models of human development. In: International Encyclopedia of Education. 1994. p. 1643–7.
98. Henderson AW, Lehavot K, Simoni JM. Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. Arch Sex Behav. 2009;38(1):50–65.
99. Hacıoğlu M, Coşut Çakmak A, Akgün Yıldırım E. Eşcinsel Kadın ve Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları. Nöro Psikiyatr Arşivi. 2011;48(suppl-1):1–1.
100. Sandfort TGM, de Keizer M. Sexual Problems in Gay Men: An Overview of Empirical Research: Annual Review of Sex Research: Vol 12, No 1 [Internet]. [cited 2022 Nov 8]. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10532528.2001.10559795
101. Catalan J, Meadows J. Sexual dysfunction in gay and bisexual men with HIV infection: Evaluation, treatment and implications. https://doi.org/101080/09540120050042927. 2010;12 (3):279–86.
102. Schwartz DR, Stratton N, Hart TA. Minority stress and mental and sexual health: Examining the psychological mediation framework among gay and bisexual men. Psychol Sex Orientat Gend Divers. 2016;3(3):313–24.
103. Nichols M. Lesbian sexuality/female sexuality: Rethinking "lesbian bed death." http://dx.doi.org/101080/14681990412331298036. 2010 Nov;19(4):363–71.
104. Blair KL, Pukall CF. Can less be more? Comparing duration vs. frequency of sexual encounters in same-sex and mixed-sex relationships. http://dx.doi.org/103138/cjhs2393. 2014 Jan 1;23(2):123–36.
105. Iasenza S. Beyond "Lesbian Bed Death." https://doi.org/101300/J155v06n01_10. 2008 Jan 1;6(1):111–20.
106. Matthews AK, Tartaro J, Hughes TL. A comparative study of lesbian and heterosexual women in committed relationships. J Lesbian Stud. 2003 Dec 12;7(1):101–14.
107. Hollows K. Anodyspareunia: a novel sexual dysfunction? An exploration into anal sexuality. http://dx.doi.org/101080/14681990701481409. 2007 Nov;22(4):429–43.
108. Fieland KC. WKL. SJM. MI. & NME. The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. 2007;

109. Calvillo C, Sánchez-Fuentes MDM, Sierra JC. An explanatory model of sexual satisfaction in adults with a same-sex partner: An analysis based on gender differences. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(10).
110. Kuyper L, Vanwesenbeeck I. Examining sexual health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual adults: The role of sociodemographics, sexual behavior characteristics, and minority stress. J Sex Res. 2011;48(2–3):263–74.
111. Carvalheira AA, Costa PA. The impact of relational factors on sexual satisfaction among heterosexual and homosexual men. http://dx.doi.org/101080/1468199420151041372. 2015 Jan 1;30(3):314–24.
112. Warren JT, Harvey SM, Agnew CR. One Love: Explicit Monogamy Agreements among Heterosexual Young Adult Couples at Increased Risk of Sexually Transmitted Infections. https://doi.org/101080/002244992010541952. 2010 Mar 1;49(2–3):282–9.
113. Wade JC, Donis E. Masculinity Ideology, Male Identity, and Romantic Relationship Quality Among Heterosexual and Gay Men. Sex Roles 2007 579. 2007 Sep 23;57(9):775–86.
114. Cusack CE, Hughes JL, Cook RE. Components of Love and Relationship Satisfaction: Lesbians and Heterosexual Women. Psi Chi J Psychol Res. 2012;17(4).
115. Chonody JM, Killian M, Gabb J, Dunk-West P. Relationship Quality and Sexuality: A Latent Profile Analysis of Long-term Heterosexual and LGB Long-term Partnerships. J Evidence-Based Soc Work (United States). 2020 Mar 3;17(2):203–25.
116. Morrison MA, Morrison TG, Sager CL. Does body satisfaction differ between gay men and lesbian women and heterosexual men and women?: A meta-analytic review. Body Image. 2004 May 1;1(2):127–38.
117. Gillen MM, Merkey CN. Body Image and Mental Health. In: Encyclopedia of Mental Health [Internet]. 2016 [cited 2022 Sep 14]. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=5aLxBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA187&dq=body+image+mental+health&ots=l1mDffDgdc&sig=v3edxss-l5kWy8m_4plVMtNYihM&redir_esc=y#v=onepage&q=body image mental health&f=false
118. Thompson JK. Body image disturbance: Assessment and treatment. Pergamon Press; 1990.
119. Denes G. Disorders of body awareness and body knowledge. Handb Clin Exp Neuropsychol. 2020 Mar 6;497–506.
120. Schilder P. The image and appearance of the human body. 1935.
121. Lacey JH, Birtchnell SA. Body Image And Its Disturbances. Vol. 30, Journal of Psychosomaric Research. 1986.
122. Cash TF. Cognitive-behavioral perspectives on body image. Encycl Body Image Hum Appear. 2012;1:334–42.
123. Spiel EC, Paxton SJ, Yager Z. Weight attitudes in 3- to 5-year-old children: Age differences and cross-sectional predictors. Body Image. 2012 Sep 1;9(4):524–7.
124. Tremblay L, Lovsin T, Zecevic C, Larivière M. Perceptions of self in 3–5-year-old children: A preliminary investigation into the early emergence of body dissatisfaction. Body Image. 2011

Jun 1;8(3):287–92.

125. Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Paxton SJ. Five-year change in body satisfaction among adolescents. J Psychosom Res. 2006 Oct 1;61(4):521–7.
126. Gillen MM, Lefkowitz ES. Gender and racial/ethnic differences in body image development among college students. Body Image. 2012 Jan 1;9(1):126–30.
127. Davison TE, McCabe MP. Relationships Between Men's and Women's Body Image and Their Psychological, Social, and Sexual Functioning. Sex Roles 2005 527. 2005 Apr;52(7):463–75.
128. Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The Role of the Media in Body Image Concerns Among Women: A Meta-Analysis of Experimental and Correlational Studies. Psychol Bull. 2008 May; 134(3):460–76.
129. Saucier DA. Meta-Analyses of the Effects of Media Images on Men's Body-image Concerns. Artic J Soc Clin Psychol. 2008;
130. Shaw J. Effects of fashion magazines on body dissatisfaction and eating psychopathology in adolescent and adult females. Eur Eat Disord Rev. 1995 Mar 1;3(1):15–23.
131. Stice E, Bearman SK. Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: a growth curve analysis. Dev Psychol. 2001;37(5):597–607.
132. Cunha DD', Prabhu S. Comparison of body image perception and the actual BMI and correlation with self-esteem and mental health: A cross-sectional study among adolescents . 2018 [cited 2022 Oct 19]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/337439673
133. Polivy J, Herman CP. Causes Of Eating Disorders. 2001;
134. Weinberger NA, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. Obes Facts. 2016 Jan 1;9(6):424–41.
135. Johnson F, Wardle J. Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: A prospective analysis. J Abnorm Psychol. 2005;114(1):119–25.
136. Mond J, Van Den Berg P, Boutelle K, Hannan P, Neumark-Sztainer D. Obesity, Body Dissatisfaction, and Emotional Well-Being in Early and Late Adolescence: Findings From the Project EAT Study. J Adolesc Heal. 2011 Apr 1;48(4):373–8.
137. van den Berg P, Neumark-Sztainer D. Fat 'n Happy 5 Years Later: Is It Bad for Overweight Girls to Like Their Bodies? J Adolesc Heal. 2007 Oct 1;41(4):415–7.
138. Rozin P. & FA. Body image, attitudes to weight, and misperceptions of figure preferences of the opposite sex: a comparison of men and women in two generations. ournal Abnorm Psychol. 1988;97(3):342.
139. Forbes GB, Adams-Curtis LE, Rade B, Jaberg P. Body Dissatisfaction in Women and Men: The Role of Gender-Typing and Self-Esteem. Vol. 44, Sex Roles. 2001.
140. Muth JL, Cash TF. Body-Image Attitudes: What Difference Does Gender Make?1. J Appl Soc Psychol. 1997 Aug 1;27(16):1438–52.
141. Pruis TA, Janowsky JS. Assessment of Body Image in Younger and Older Women.

http://dx.doi.org/101080/002213092010484446. 2010 Jun 1;137(3):225–38.

142. Phillips N. & de MAF. Weight Status and Body Image Satisfaction in Adult Men and Women. N Am J Psychol. 2010;12(1).
143. Klein AM. Little big men: Bodybuilding subculture and gender construction. 1993.
144. Grant JE, Potenza MN. Textbook of men's mental health. 2007 [cited 2022 Nov 8];452. Available from: https://books.google.com/books / about / Textbook _ of _ Men _s _ Mental _ Health. html ? hl=tr&id=JPcjcqDGUqgC
145. Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. J Psychosom Res. 2002 Nov 1;53(5):985–93.
146. Conner M, Johnson C, Grogan S. Gender, sexuality, body image and eating behaviours. Vol. 9, Journal of Health Psychology. 2004. p. 505–15.
147. Siever MD. Sexual Orientation and Gender as Factors in Socioculturally Acquired Vulnerability to Body Dissatisfaction and Eating Disorders. Vol. 62, Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1994.
148. Pope H, Pope H, Phillips K, Olivardia R. The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession. 2000 [cited 2022 Oct 9]; Available from: https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=Jo-LHyyIy_kC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Pope,+H.,+Phillips,+K.,+%26+Olivardia,+R.+(2000).+The+Adonis+complex.+The+secret+crisis+of+male+body+obsession.+New+York:+The+Free+Press.&ots=njGGOgIPN8&sig=MKHEO2KGeEKYSWM8jGbYgYA70AM
149. Linardon J, Anderson C, Messer M, Rodgers RF, Fuller-Tyszkiewicz M. Body image flexibility and its correlates: A meta-analysis. Body Image. 2021 Jun 1;37:188–203.
150. Ferreira C, Pinto-Gouveia J, Duarte C. The Validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: Exploring the Moderator Effect of Acceptance on Disordered Eating. Vol. 11, InternatIonal Journal of Psychology and PsychologIcal theraPy. 2011.
151. McCabe MP, Ricciardelli LA, Banfield S. Body image, strategies to change muscles and weight, and puberty: Do they impact on positive and negative affect among adolescent boys and girls? Eat Behav. 2001 Jun 1;2(2):129–49.
152. Kamody RC, Grilo CM, Udo T. Disparities in DSM-5 defined eating disorders by sexual orientation among U.S. adults. Int J Eat Disord. 2020 Feb 1;53(2):278–87.
153. Calzo JP, Blashill AJ, Brown TA, Argenal RL. Eating Disorders and Disordered Weight and Shape Control Behaviors in Sexual Minority Populations. Curr Psychiatry Reports 2017 198. 2017 Jun 29;19(8):1–10.
154. Gettelman TE, Thompson JK. Actual differences and stereotypical perceptions in body image and eating disturbance: A comparison of male and female heterosexual and homosexual samples. Sex Roles 1993 297. 1993 Oct;29(7):545–62.
155. Brand PA, Rothblum ED, Solomon LJ, Rothblurn D, Solomon LI. A Comparison of Lesbians, Gay Men, and Heterosexuals on Weight and Restrained Eating. Vol. 11, International journal of Eating Disorders. 1992.

156. Austin SB, Ziyadeh NJ, Corliss HL, Rosario M, Wypij D, Haines J, et al. Sexual Orientation Disparities in Purging and Binge Eating From Early to Late Adolescence. J Adolesc Heal. 2009 Sep 1;45(3):238–45.
157. Heffernan K. Eating Disorders and Weight Concern Among Lesbians. Vol. 19, lnternational journal of Fating Disorders. John Wiley & Sons, Inc;
158. Bayer V, Robert-McComb JJ, Clopton JR, Reich DA. Investigating the influence of shame, depression, and distress tolerance on the relationship between internalized homophobia and binge eating in lesbian and bisexual women. Eat Behav. 2017 Jan 1;24:39–44.
159. Wagenbach PM. The relationship between body image, sexual orientation and gay identity. Virginia Consortium for Professional Psychology (Old Dominion University).; 1998.
160. Kaminski PL, Chapman BP, Haynes SD, Own L. Body image, eating behaviors, and attitudes toward exercise among gay and straight men. Eat Behav. 2005 Jun;6(3):179–87.
161. Kilbourne J. Still killing us softly: Advertising and the obsession with thinness. In: In P. Fallon, M. A. Katzman, S. C. Wooley, editors. Feminist perspectives on eating disorders . 1994. p. 395–418.
162. Herzog DB, Newman KL, Yeh CJ, Warshaw M. Body Image Satisfaction in Homosexual and Heterosexual Women. Vol. 1, lnternational journal of Eating Disorders. John Wiley & Sons, Inc;
163. Bergeron SM, Senn CY. Body Image and Sociocultural Norms. https://doi.org/101111/j1471-64021998.tb00164.x. 2016 Jun 24;22(3):385–401.
164. Strong SM, Williamson DA, Netemeyer RG, Geer JH, Williamson D. Eating Disorder Symptoms And Concerns About Body Differ As A Function Of Gender And Sexual Orientation. Vol. 19, Journal of Social and Clinical Psychology. Herzog; 1992.
165. Badenes-Ribera L, Fabris MA, Longobardi C. The relationship between internalized homonegativity and body image concerns in sexual minority men: a meta-analysis. Vol. 9, Psychology and Sexuality. Routledge; 2018. p. 251–68.
166. Tate H, George R. The effect of weight loss on body image in HIV-positive gay men. AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV. 2001;13(2):163–9.
167. Smith ML, Telford E, Tree JJ. Body image and sexual orientation: The experiences of lesbian and bisexual women. J Health Psychol. 2019 Aug 1;24(9):1178–90.
168. Lennon SJ, Lillethun A, Buckland SS. Attitudes toward Social Comparison as a Function of Self-Esteem: Idealized Appearance and Body Image. Fam Consum Sci Res J. 1999 Jun 1;27(4):379–405.
169. Reilly A, Rudd NA. Is Internalized Homonegativity Related to Body Image? Fam Consum Sci Res J. 2006 Sep 1;35(1):58–73.
170. Yalçınoğlu N, Önal AE. Eşcinsel ve biseksüel erkeklerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi ve sağlık üzerine etkileri. 2014;12(2):100–12.
171. Gillis JR, Herek GM, Cogan JC, Gillis JR, Glunt EK. Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men . J Gay Lesbian Med Assoc. 1997;2:17–25.
172. Gençöz T, Yüksel M. Psychometric properties of the Turkish version of the Internalized

Homophobia Scale. Arch Sex Behav. 2006 Oct 10;35(5):597–602.
173. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. Int J Impot Res. 2004;16:531–4.
174. Stulhofer A, Buško V, Brouillard P. Development and Bicultural Validation of the New Sexual Satisfaction Scale. https://doi.org/101080/00224490903100561. 2009 Jul;47(4):257–68.
175. Tuğut N. Yeni Cinsel Doyum Ölçeği'nin Türkçe versiyonu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. J Happiness Well-Being. 2016;183–95.
176. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. J Consult Psychol. 1953 Oct;17(5):343–7.
177. Hovardaoğlu S. Vücut algısı ölçeği. Psikiyatr Psikoloji, Psikofarmakol Derg. 1993;
178. 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 Jul 1;32(4):345–59.
179. Yazici Güleç M, Güleç H, Şimşek G, Turhan M, Aydin Sünbül E. Psychometric properties of the Turkish version of the Patient Health Questionnaire–Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms. Compr Psychiatry. 2012 Jul 1;53(5):623–9.
180. TUİK. Bireylerin alkol kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı, 2010-2019.
181. Cabaj RP. Substance abuse in gay men, lesbians, and bisexuals. In: extbook of homosexuality and mental health. American Psychiatric Association.; 1996. p. 783–99.
182. Jordan KM. Substance Abuse Among Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender, and Questioning Adolescents. https://doi.org/101080/02796015200012086008. 2019;29(2):201–6.
183. Moody RL, Starks TJ, Grov C, Parsons JT. Internalized Homophobia and Drug Use in a National Cohort of Gay and Bisexual Men: Examining Depression, Sexual Anxiety, and Gay Community Attachment as Mediating Factors. Arch Sex Behav 2017 474. 2017 Jun 12;47(4):1133–44.
184. Bux DA. The Epidemiology Of Problem Drinking In Gay Men And Lesbians: A Critical Review. Vol. 16, Clinical Psychology Review. 1996.
185. Amadio DM. Internalized heterosexism, alcohol use, and alcohol-related problems among lesbians and gay men. Addict Behav. 2006 Jul;31(7):1153–62.
186. 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 Jun 1;98(6):1004–6.
187. 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 Dec 1;100(12):2426–32.
188. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara; 1998.
189. Bell AP, Weinberg MS. Homosexualities: A study of diversity among men and women. 1978;
190. Saghir MT, Robins E. Male and female homosexuality: A comprehensive investigation. Williams & Wilkins.
191. Ozan Odabaşı O. Eşcinsel Erkeklerde Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi İle İçselleştirilmiş

Homofobinin, Psikolojik Dayanıklılık Ve Anksiyete, Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. [İstanbul]: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2020.

192. Bülbül A. Eşcinsel Ve Biseksüel Erkeklerde Deneyimlenen Ve Algılanan Ayrımcılığın Psikolojik Dayanıklılık Ve İntihar Riski İle İlişkisi. [İstanbul]: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2020.
193. Westefeld JS, Maples MR, Buford B, Taylor S. Gay, lesbian, and bisexual college students: The relationship between sexual orientation and depression, loneliness, and suicide. J College Stud Psychother. 2001 Mar 23;15(3):71–82.
194. Risk S. Prevention for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. Newton, MA: Education Development Center, Inc.; 2008.
195. Batejan KL, Jarvi SM, Swenson LP. Sexual Orientation and Non-Suicidal Self-Injury: A Meta-Analytic Review. http://dx.doi.org/101080/138111182014957450. 2015 Apr 3;19(2):131–50.
196. Igartua KJ, Gill K, Montoro R. Internalized Homophobia: A Factor in Depression, Anxiety, and Suicide in the Gay and Lesbian Population. https://doi.org/107870/cjcmh-2003-0011. 2009;22(2):15–30.
197. Feinstein BA, Wadsworth LP, Davila J, Goldfried MR. Do parental acceptance and family support moderate associations between dimensions of minority stress and depressive symptoms among lesbians and gay men? Prof Psychol Res Pract. 2014;45(4):239–46.
198. Schulte LJ, Battle J. The Relative Importance of Ethnicity and Religion in Predicting Attitudes Towards Gays and Lesbians. http://dx.doi.org/101300/J082v47n02_08. 2008;47(2):127–42.
199. Saraç L. Relationships Between Religiosity Level and Attitudes Toward Lesbians and Gay Men Among Turkish University Students. http://dx.doi.org/101080/009183692014983386. 2014 Apr 3;62(4):481–94.
200. Riggle EDB, Rostosky SS, Black WW, Rosenkrantz DE. Outness, Concealment, and Authenticity: Associations With LGB Individuals' Psychological Distress and Well-Being. Psychol Sex Orientat Gend Divers. 2017;4(1):54–62.
201. 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 551. 2014 Apr 2;55(1):167–78.
202. van der Star A, Pachankis JE, Bränström R. Sexual orientation openness and depression symptoms: A population-based study. Psychol Sex Orientat Gend Divers. 2019 Sep 1;6(3):369–81.
203. Frable DES, Platt L, Hoey S. Concealable stigmas and positive self-Perceptions: Feeling better around similar others. J Pers Soc Psychol. 1998;74(4):909–22.
204. Meyer IH, Dean L. Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. In: Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals. 4th ed. 1998. p. 160–86.
205. Berg RC, Weatherburn P, Ross MW, Schmidt AJ. The Relationship of Internalized

Homonegativity to Sexual Health and Well-Being Among Men in 38 European Countries Who Have Sex With Men. http://dx.doi.org/101080/1935970520151024375. 2015 Jul 3;19(3):285–302.

206. Cox N, vanden Berghe W, Dewaele A, Vincke J. Acculturation Strategies and Mental Health in Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. J Youth Adolesc 2009 3910. 2009 Jul 14;39(10):1199–210.
207. Cass VC. Homosexual identity formation: Testing a theoretical model. http://dx.doi.org/101080/00224498409551214. 2010 May 1;20(2):143–67.
208. Rowen CJ, Malcolm JP. Correlates of Internalized Homophobia and Homosexual Identity Formation in a Sample of Gay Men. http://dx.doi.org/101300/J082v43n02_05. 2008;43(2):77–92.
209. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. J Nerv Ment Dis. 1991;179(11):647–55.
210. Lipowski ZJ. Somatization and Depression. Psychosomatics. 1990;31(1):13–21.
211. Chioqueta AP, Stiles TC. Suicide risk in patients with somatization disorder. Crisis. 2004;25(1):3–7.
212. Hagnell O, Rorsman B. Suicide and Endogenous Depression with Somatic Symptoms in the Lundby Study. Neuropsychobiology. 1978;4(3):180–7.
213. Shepler DK, Smendik JM, Cusick KM, Tucker DR. Predictors of sexual satisfaction for partnered lesbian, gay, and bisexual adults. Psychol Sex Orientat Gend Divers. 2018 Mar 1;5(1):25–35.
214. Mulhall J, King R, Glina S, Hvidsten K. Importance of and Satisfaction with Sex Among Men and Women Worldwide: Results of the Global Better Sex Survey. J Sex Med. 2008 Apr 1;5(4):788–95.
215. Rosen RC, Heiman JR, Long JS, Fisher WA, Sand MS. Men with Sexual Problems and Their Partners: Findings from the International Survey of Relationships. Arch Sex Behav. 2016 Jan 1;45(1):159–73.
216. Cheng PJ. Sexual Dysfunction in Men Who Have Sex With Men. Sex Med Rev. 2022 Jan 1;10(1):130–41.
217. Cove J, Boyle M. Gay men's self-defined sexual problems, perceived causes and factors in remission. Sex Relatsh Ther. 2002;17(2):137–47.
218. Damon W, Rosser BRS. Anodyspareunia in Men Who Have Sex with Men. https://doi.org/101080/00926230590477989. 2011 Mar;31(2):129–41.
219. Murray K, Rieger E, Byrne D. The Relationship Between Stress and Body Satisfaction in Female and Male Adolescents. Stress Heal. 2015 Feb 1;31(1):13–23.
220. Brown LS. Lesbians, weight, and eating: New analyses and perspectives. Lesbian Psychol Explor challenges,. 1987;294–309.
221. Carpenter LM, Nathanson CA, Kim YJ. Physical Women, Emotional Men: Gender and Sexual Satisfaction in Midlife. Arch Sex Behav 2007 381. 2007 Sep 13;38(1):87–107.
222. Dundon CM, Rellini AH. More than Sexual Function: Predictors of Sexual Satisfaction in a

Sample of Women Age 40–70. J Sex Med. 2010 Feb 1;7(2):896–904.

223. Kenneth Davidson J, Moore NB. Guilt and Lack of Orgasm During Sexual Intercourse: Myth Versus Reality Among College Women. http://dx.doi.org/101080/01614576199411074114. 2015;20(3):153–74.
224. Wight D, Parkes A, Strange V, Allen E, Bonell C, Henderson M. The Quality of Young People's Heterosexual Relationships: A Longitudinal Analysis of Characteristics Shaping Subjective Experience. Perspect Sex Reprod Health. 2008 Dec 1;40(4):226–37.
225. Graziani P. Stress and Homosexuality. 2013;
226. Cochran SD, Ackerman D, Mays VM, Ross MW. Prevalence of non-medical drug use and dependence among homosexuality active men and women in the US population. Vol. 99, Addiction. 2004. p. 989–98.
227. Teixeira-Filho FS, Rondini CA. Suicide thoughts and attempts of suicide in adolescents with hetero and homoerotic sexual practices. Saúde e Soc. 2012;21(3):651–67.
228. Hammen C. Interpersonal stress and depression in women. J Affect Disord. 2003 Mar 1;74(1):49–57.
229. Baldwin DS. Depression and sexual dysfunction. Vol. 57, British Medical Bulletin. 2001.
230. Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. Int Clin Psychopharmacol. 1998;13(SUPPL. 6).
231. Johnson SD, Phelps DL, Cottler LB. The Association of Sexual Dysfunction and Substance Use Among a Community Epidemiological Sample. Arch Sex Behav 2004 331. 2004 Feb;33(1):55–63.
232. Bradford A, Meston CM. The impact of anxiety on sexual arousal in women. Behav Res Ther. 2006 Aug 1;44(8):1067–77.
233. Carcedo RJ, Fernández-Rouco N, Fernández-Fuertes AA, Martínez-álvarez JL. Association between Sexual Satisfaction and Depression and Anxiety in Adolescents and Young Adults. Int J Environ Res Public Heal 2020, Vol 17, Page 841. 2020 Jan 29;17(3):841.
234. Bancroft J, Janssen E, Strong D, Vukadinovic Z. The Relation Between Mood and Sexuality in Gay Men. Arch Sex Behav 2003 323. 2003 Jun;32(3):231–42.
235. Schilling G, Müller MJ, Haidl G. Sexual dissatisfaction and somatic complaints in male infertility. - PsycNET [Internet]. [cited 2022 Oct 21]. Available from: https://psycnet.apa.org/record/1999-11756-001
236. Fanni E, Castellini G, Corona G, Boddi V, Ricca V, Rastrelli G, et al. The Role of Somatic Symptoms in Sexual Medicine: Somatization as Important Contextual Factor in Male Sexual Dysfunction. J Sex Med. 2016 Sep 1;13(9):1395–407.
237. Baldassarre M, Alvisi S, Mancini I, Moscatiello S, Marchesini G, Seracchioli R, et al. Impaired Lipid Profile is a Risk Factor for the Development of Sexual Dysfunction in Women. J Sex Med. 2016 Jan 1;13(1):46–54.
238. Milhausen RR, Buchholz AC, Opperman EA, Benson LE. Relationships Between Body Image, Body Composition, Sexual Functioning, and Sexual Satisfaction Among Heterosexual Young

Adults. Arch Sex Behav 2014 446. 2014 Jul 26;44(6):1621–33.

239. Traen B, Markovic A, Kvalem IL. Sexual satisfaction and body image: a cross-sectional study among Norwegian young adults. http://dx.doi.org/101080/1468199420151131815. 2016 Apr 2;31(2):123–37.
240. Holt A, Lyness KP. Body Image and Sexual Satisfaction. http://dx.doi.org/ 101300/ J398v06n03_03. 2008 Nov 28;6(3):45–68.
241. Pujols Y, Meston CM, Seal BN. The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women. J Sex Med. 2010 Feb 1;7(2):905–16.
242. Ackard DM, Kearney-Cooke A, Peterson CB. Effect of Body Image and Self-Image on Women's Sexual Behaviors. Vol. 28, Int J Eat Disord. 2000.
243. Gil S. Body image, well-being and sexual satisfaction: A comparison between heterosexual and gay men. Sex Relatsh Ther. 2007;22(2):237–44.
244. Peplau LA, Frederick DA, Yee C, Maisel N, Lever J, Ghavami N. Body Image Satisfaction in Heterosexual, Gay, and Lesbian Adults. Arch Sex Behav 2008 385. 2008 Aug 19;38(5):713–25.
245. Andersen BL, LeGrand J. Body image for women: Conceptualization, assessment, and a test of its importance to sexual dysfunction and medical illness. http://dx.doi.org/101080/ 00224499109551619. 2010 Aug 1;28(3):457–78.
246. Woertman L, Van Den Brink F. Body Image and Female Sexual Functioning and Behavior: A Review. https://doi.org/101080/002244992012658586. 2012 Mar 1;49(2–3):184–211.
247. Levitan J, Quinn-Nilas C, Milhausen R, Breuer R. The Relationship Between Body Image and Sexual Functioning Among Gay and Bisexual Men. J Homosex. 2019 Nov 10;66(13):1856–81.
248. Gewirtz-Meydan A, Mitchell KJ, Spivak-Lavi Z. Attachment and Sexual Functioning: Understanding the Mediating Role of Body Image Among LGB and Non-LGB Women. J Sex Med. 2021 Jul 1;18(7):1245–57.
249. McNabney SM. Obesity, Body Image Dissatisfaction, and Sexual Dysfunction: A Narrative Review. Sexes 2022, Vol 3, Pages 20-39. 2022 Jan 6;3(1):20–39.
250. Bucchianeri MM, Arikian AJ, Hannan PJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. Body Image. 2013 Jan 1;10(1):1–7.
251. Jacobi C, Hayward C, De Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. Psychol Bull. 2004 Jan;130(1):19–65.
252. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold Depression in Adolescence and Mental Health Outcomes in Adulthood. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jan 1;62(1):66–72.
253. Sharpe H, Patalay P, Choo TH, Wall M, Mason SM, Goldschmidt AB, et al. Bidirectional associations between body dissatisfaction and depressive symptoms from adolescence through early adulthood. Dev Psychopathol. 2018 Oct 1;30(4):1447–58.
254. Vannucci A, Ohannessian CMC. Body Image Dissatisfaction and Anxiety Trajectories During

Adolescence. https://doi.org/101080/1537441620171390755. 2017 Sep 3;47(5):785–95.

255. Jackson KL, Janssen I, Appelhans BM, Kazlauskaite R, Karavolos K, Dugan SA, et al. Body image satisfaction and depression in midlife women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Arch Women's Ment Heal 2014 173. 2014 Mar 13;17(3):177–87.
256. Cafri G, Strauss J, Thompson J. Male Body Image: Satisfaction and Its Relationship to Well-Being Using the Somatomorphic Matrix. Int J Mens Health. 2002 May 1;1(2):215–31.
257. Wagenbach P. Lesbian Body Image and Eating Issues. http://dx.doi.org/101300/J056v15n04_04. 2008 Nov 18;15(4):205–27.
258. Ying J, Liu S, Chen D, Xu Z, Gao Q, You J. Gender Differences in the Relationship Between Maladaptive Perfectionism, Negative Body Image, Anxiety, and Nonsuicidal Self-Injury in Chinese Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. Sex Res Soc Policy 2022. 2022 Aug 16;1–13.
259. Blashill AJ. Elements of male body image: Prediction of depression, eating pathology and social sensitivity among gay men. Body Image. 2010 Sep 1;7(4):310–6.
260. Cox N, Dewaele A, van Houtte M, Vincke J. Stress-related growth, coming out, and internalized homonegativity in lesbian, gay, and bisexual youth. an examination of stress-related growth within the minority stress model. J Homosex. 2011 Jan;58(1):117–37.
261. Baydar M. Gay, Lezbiyen Ve Biseksüel Bireylerde İçselleştirilmiş Homofobi Ve Psikolojik Sıkıntılar. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
262. Anderssen N. Does contact with lesbians and gays lead to friendlier attitudes? a two year longitudinal study. J Community Appl Soc Psychol. 2002 Mar 1;12(2):124–36.
263. Gentry CS. Social Distance regarding Male and Female Homosexuals. http://dx.doi.org/101080/0022454519879713680. 2010;127(2):199–208.
264. Duyan V, Duyan G. Turkish Social Work Students' Attitudes Toward Sexuality. Sex Roles 2005 529. 2005 May;52(9):697–706.
265. Gelbal S, Duyan V. Attitudes of University Students toward Lesbians and Gay Men in Turkey. Sex Roles 2006 557. 2006 Nov 28;55(7):573–9.
266. 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 Mar 1;100(3):468–75.
267. McLaren S. The Interrelations Between Internalized Homophobia, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Australian Gay Men, Lesbians, and Bisexual Women. J Homosex. 2016 Feb 1;63(2):156–68.
268. Charmaine Tan AC, Eric Reyes MS, Davis RD. Parental Attitude, Internalized Homophobia, and Suicidal Ideation Among Selected Self-Identified Filipino Gay Men in the Philippines.
269. Auslander BA, Rosenthal SL, Fortenberry JD, Biro FM, Bernstein DI, Zimet GD. Predictors of Sexual Satisfaction in an Adolescent and College Population. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2007 Feb 1;20(1):25–8.
270. Grabski B, Kasparek K, Müldner-Nieckowski Ł, Iniewicz G. Sexual Quality of Life in Homosexual and Bisexual Men: The Relative Role of Minority Stress. J Sex Med. 2019 Jun

1;16(6):860–71.

271. Thepsourinthone J, Dune T, Liamputtong P, Arora A. The relationship between masculinity and internalized homophobia amongst Australian gay men. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(15):1–13.
272. Szymanski DM, Chung BY, Balsam KF. Psychosocial correlates of internalized homophobia in lesbians. Meas Eval Couns Dev. 2001;34(1):27–38.
273. Stice E, Hayward C, Cameron RP, Killen JD, Taylor CB. Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. J Abnorm Psychol. 2000;109(3):438–44.
274. Rierdan J, Koff E, Stubbs ML. A Longitudinal Analysis of Body Image as a Predictor of the Onset and Persistence of Adolescent Girls' Depression. http://dx.doi.org/101177/0272431689094006. 2016 Jul 26;9(4):454–66.
275. Weaver AD, Byers ES. The Relationships Among Body Image, Body Mass Index, Exercise, and Sexual Functioning in Heterosexual Women. https://doi.org/101111/j1471-6402200600308.x. 2016 Nov 25;30(4):333–9.

# 9. EKLER

**SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

1. **Yaşınız:**

2. **Biyolojik (doğumda atanmış) cinsiyetiniz:**
   (1) Kadın
   (2) Erkek
   (3) Diğer

3. **Cinsiyet kimliğiniz (kendinizi tanımladığınız cinsiyet)**
   (1) Kadın
   (2) Erkek
   (3) Diğer

4. **Cinsel yöneliminiz**
   (1)Eşcinsel
   (2)Biseksüel
   (3)Diğer (…)

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

6. **Çalışma durumunuz:**
   (1). Çalışıyor
   (2). Çalışmıyor

(3). Hiç çalışmamış

(4). Emekli

(5). Öğrenci

**7. Çalışıyorsanız mesleğiniz:**

……

**8. Medeni durumunuz**

(1). Evli

(2). Bekar

(3). Boşanmış/Ayrı yaşıyor

(4). Eşi vefat etmiş

**9. Eşcinsel ilişki durumunuz:**

(1)İlişkim var

(2)İlişkim yok, cinsel partnerim/partnerlerim var

(3)İlişkim yok, cinsel partnerim yok

**10. İlişkiniz var ise süresi:…….**

**11. Kiminle yaşıyorsunuz?**

(1) Aile

(2) Arkadaş

(3) Partner

(4) Yalnız

(5) Diğer

**12. Çocuğunuz var mı?**

(1) Var

(2) Yok

**13. 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

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

(1) Köy

(2) İlçe

(3) Şehir

(4) Büyük şehir

**15. Aylık gelir durumunuz:**

(1) Gelirim giderimden az

(2) Gelirim giderime denk

(3) Gelirim giderimden fazla

**16. Alkol kullanımı (Son altı ay içinde)**

(1) Hiçbir zaman veya ayda 1-3 kez

(2) Haftada 1-5 kez

(3) Hemen her gün

**17. Madde kullanımı (Son bir yıl içinde)**

(1) Hiçbir zaman

(2) En az bir kez

(3) Üçten fazla kez

**18. Bilinen tıbbi hastalığınız var mı?**

(1) Yok

(2) Var

Varsa.....,

**19. Geçirilmiş herhangi bir tıbbi operasyonunuz/işleminiz (estetik, kozmetik işlemler de dahil) var mı?**

(1) Yok

(2) Var

Varsa.....,

**20. Son 1 aydır devam eden, tanı almış bir psikiyatrik hastalığınız var mı?**

(1) Yok

(2) Var

Varsa…….

**21. Kullanıyor olduğunuz bir ilaç tedavisi var mı?**

(1) Yok

(2) Var

Varsa…….

**22. Annenizin eğitim durumu:**

(1) Okur-yazar değil

(2) Okur-yazar

(3) İlkokul mezunu

(4) Ortaokul mezunu

(5) Lise mezunu

(6) Üniversite/yüksek okul mezunu

**23. Babanızın eğitim durumu:**

(1) Okur-yazar değil

(2) Okur-yazar

(3) İlkokul mezunu

(4) Ortaokul mezunu

(5) Lise mezunu

(6) Üniversite/yüksek okul mezunu

**24. 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)

**25. Anneniz cinsel yöneliminizi size göre ne kadar kabul ediyor?**

(1) Bilmiyor

(2) Tamamen kabul ediyor

(3) Kısmen kabul ediyor

(4) Hiç kabul etmiyor

**26. Annenize açıldıysanız açılma yaşınız:** …….

**27. Babanız cinsel yöneliminiz size göre ne kadar kabul ediyor?**

(1) Bilmiyor

(2) Tamamen kabul ediyor

(3) Kısmen kabul ediyor

(4) Hiç kabul etmiyor

**28. Babanıza açıldıysanız açılma yaşınız**: ……

**29. 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)

**30. Kardeş(ler)inize açıldıysanız açılma yaşınız:** …….

**31. 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

**32. Yakın akrabalarınızdan herhangi birisine açıldıysanız ilk açılma yaşınız:** ……..

**33. 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

**34. Çevrenizdekilere (iş arkadaşlarınız, okul arkadaşlarınız, komşularınız) açıldıysanız ilk açılma yaşınız:** ……..

**35. Kendi cinsel yöneliminizi kabul ettiğinizde kaç yaşındaydınız?.....**

**36. Kendinizi nasıl tanımlarsınız?**

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

**37. Çevrenizdekiler sizi nasıl tanımlar?**

(1) Maskülen (erkeksi) özelliklerimin ön planda olduğunu söylerler

(2) Feminen (kadınsı) özelliklerimin ön planda olduğumu söylerler

(3) Her ikisine de ait özellikleri taşıdığımı söylerler

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

(1) Evet

(2) Hayır

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

(1) Evet

(2) Hayır

**40. Ailenizin tanıdığı/bildiği LGBTİ+ bireylerine tepkisi nasıl?**

(1) Destekleyici

(1) Tepkisiz

(2) Ön yargılı, homofobik

**41. LGBTİ+ topluluk etkinliklerine katılır mısınız?**

(1) Evet

(2) Hayır

**42. 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): .....

**43. LGBTİ+ cafe-bara gider misiniz?**

(1) Evet

(2) Hayır

**44. Dini görüşünüz?**

(1) Dindarım

(2) Dindar değilim

(3) Dini inancım yok

**45. Eşcinselliğin günah olduğuna inanıyor musunuz?**

(1) Hayır

(2) Evet

**46. Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?**

(1) Evet

(2) Hayır

**47. Yanıtınız evet ise kaç kez oldu?.....**

**48. Yanıtınız evet ise ilk kez kaç yaşında oldu?.....**

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

(1) Evet

(2) Hayır

**50. 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

**51. Geçmişte ne sıklıkla cinsel yöneliminiz nedeni ile sizinle dalga geçildi?**

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

**52. Geçmişte ne sıklıkla cinsel yöneliminiz nedeni ile fiziksel şiddete maruz kaldınız?**

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

**53. Çocukluğunuzda ne sıklıkla eşcinselliğin normal olmadığına dair bilgiler duydunuz?**

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

**54. Bugüne kadar ne sıklıkla heteroseksüelmiş gibi davranmak zorunda 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

İçselleştirilmiş Homofobi Ölçeği

Aşağıda dokuz cümle ve her birinde cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 5'e kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede verilen bilginin sizin için ne kadar doğru olduğunu belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu değerlendirmede aşağıdaki açıklamaları dikkate alınız:

1= Kesinlikle katılmıyorum

2= Katılmıyorum

3= Kararsızım

4= Katılıyorum

5= Kesinlikle katılıyorum

**Erkek Formu:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Diğer eşcinsel ve biseksüel erkeklerle kişisel ya da toplumsal beraberliklerden mümkün olduğunca kaçınırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Genel olarak erkekleri çekici bulmamaya çalışırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Birisi bana tamamen heteroseksüel olma imkanı sağlasaydı, bu şansı kaçırmazdım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Keşke eşcinsel/biseksüel olmasaydım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Eşcinsel olduğum için kendime yabancılaştığımı hissediyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Keşke kadınlara karşı daha fazla cinsel ilgi duyabilseydim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Eşcinsel olmamın benim için kişisel bir eksiklik olduğunu hissediyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Cinsel yönelimimi eşcinselden heteroseksüelliğe çevirmek için bir uzmandan yardım almak isterdim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Kadınsı olan erkek eşcinsellerle ilişki kurmaktan ve birlikte görünmekten kaçınırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Kadınlara daha fazla cinsel ilgi duymak için çaba sarfediyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Kadın Formu:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.Diğer eşcinsel ve biseksüel kadınlarla kişisel ya da toplumsal beraberliklerden mümkün olduğunca kaçınırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.Genel olarak kadınları çekici bulmamaya çalışırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.Birisi bana tamamen heteroseksüel olma imkanı sağlasaydı, bu şansı kaçırmazdım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.Keşke eşcinsel/biseksüel olmasaydım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.Eşcinsel olduğum için kendime yabancılaştığımı hissediyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.Keşke erkeklere karşı daha fazla cinsel ilgi duyabilseydim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.Eşcinsel olmamın benim için kişisel bir eksiklik olduğunu hissediyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.Cinsel yönelimimi eşcinselden heteroseksüelliğe çevirmek için bir uzmandan yardım almak isterdim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.Erkeksi olan kadın eşcinsellerle ilişki kurmaktan ve birlikte görünmekten kaçınırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.Erkeklere daha fazla cinsel ilgi duymak için çaba sarfediyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## Yeni Cinsel Doyum Ölçeği

Aşağıda yer alan maddeleri okurken son altı ay içindeki cinsel yaşamınızı düşününüz. Son 6 ay içindeki cinsel yaşamınızı en iyi yansıtan, memnuniyet derecenizi belirten numarayı daire içine alınız.

| | Ölçek Maddeleri | Hiç memnun değilim | Biraz memnunum | Orta düzeyde memnunum | Çok memnunum | Son derece memnunum |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Cinsel uyarılma yoğunluğum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Cinsel boşalmanın (orgazm) kalitesi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Cinsel ilişki boyunca kendimi cinsel zevke teslim etme ve bırakmam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Cinsel ilişki boyunca odaklanmam/konsantrasyonum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Eşime/partnerime cinsel tepki biçimim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Vücudumun cinsel açıdan fonksiyonelliği (işlevselliği) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Cinsel ilişki sırasında duygusal serbestliğim (açılmam) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Cinsel ilişki sonrasındaki ruh halim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Cinsel boşalma (orgazm) sıklığı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Eşime/partnerime tattırdığım zevk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Cinsel ilişki sırasında aldığım ve verdiğim arasındaki denge | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Cinsel ilişki boyunca eşimin/partnerimin duygusal paylaşımı (açılması) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Cinsel ilişkiyi eşimin/partnerimin başlatması | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Eşimin/partnerimin cinsel boşalma (orgazm) becerisi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Eşimin/partnerimin kendisini cinsel zevk için teslim etmesi (bırakması) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Eşimin/partnerimin benim cinsel ihtiyaçlarımla ilgilenme tarzı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Eşimin/partnerimin cinsel yaratıcılığı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Eşimin/partnerimin cinsel ilişkiye hazır olması | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Cinsel ilişkimin çeşitliliği | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | Cinsel ilişkimin sıklığı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

# ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

## KADIN FORMU

Ad-Soyad:..... Tarih:.....

*Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin*

**Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?**

| 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ | 4 ☐ | 5 ☐ | 6 ☐ |
|---|---|---|---|---|---|
| Oldukça istekli | Çok istekli | Biraz istekli | Biraz isteksiz | Çok isteksiz | Tamamen isteksiz |

**Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?**

| 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ | 4 ☐ | 5 ☐ | 6 ☐ |
|---|---|---|---|---|---|
| Oldukça kolay | Çok kolay | Biraz kolay | Biraz zor | Çok zor | Oldukça zor |

**Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir ?**

| 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ | 4 ☐ | 5 ☐ | 6 ☐ |
|---|---|---|---|---|---|
| Oldukça kolay | Çok kolay | Biraz kolay | Biraz zor | Çok zor | Asla olmaz |

**Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?**

| 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ | 4 ☐ | 5 ☐ | 6 ☐ |
|---|---|---|---|---|---|
| Oldukça kolay | Çok kolay | Biraz kolay | Biraz zor | Çok zor | Asla boşalamam |

**Orgazmınız tatmin edici midir ?**

| 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ | 4 ☐ | 5 ☐ | 6 ☐ |
|---|---|---|---|---|---|
| Oldukça tatmin edici | Çok tatmin edici | Biraz tatmin edici | Pek tatmin etmiyor | Çok tatmin etmiyor | Orgazma ulaşamam |

# ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

## ERKEK FORMU

Ad-Soyad:..... Tarih:.....

*Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin*

**Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?**

| 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | 6 □ |
|---|---|---|---|---|---|
| Oldukça istekli | Çok istekli | Biraz istekli | Biraz isteksiz | Çok isteksiz | Tamamen isteksiz |

**Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?**

| 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | 6 □ |
|---|---|---|---|---|---|
| Oldukça kolay | Çok kolay | Biraz kolay | Biraz zor | Çok zor | Oldukça zor |

**Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü ?**

| 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | 6 □ |
|---|---|---|---|---|---|
| Oldukça kolay | Çok kolay | Biraz kolay | Biraz zor | Çok zor | Asla olmaz |

**Ne kadar kolay boşalırsınız ?**

| 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | 6 □ |
|---|---|---|---|---|---|
| Oldukça kolay | Çok kolay | Biraz kolay | Biraz zor | Çok zor | Asla boşalamam |

**Boşalmanız tatmin edici midir ?**

| 1 □ | 2 □ | 3 □ | 4 □ | 5 □ | 6 □ |
|---|---|---|---|---|---|
| Oldukça tatmin edici | Çok tatmin edici | Biraz tatmin edici | Pek tatmin etmiyor | Çok tatmin etmiyor | Hiç boşalamam |

## Beden Algısı/İmajı Ölçeği

| | Hiç Beğenmiyorum | Pek Beğenmiyorum | Kararsızım | Oldukça Beğeniyorum | Çok Beğeniyorum |
|---|---|---|---|---|---|
| Saçlarım | | | | | |
| Yüzümün rengi | | | | | |
| İştahım | | | | | |
| Ellerim | | | | | |
| Vücudumdaki kıl dağılımı | | | | | |
| Burnum | | | | | |
| Fiziksel gücüm | | | | | |
| İdrar – dışkı düzenim | | | | | |
| Kas kuvvetim | | | | | |
| Belim | | | | | |
| Enerji düzeyim | | | | | |
| Sırtım | | | | | |
| Kulaklarım | | | | | |
| Yaşım | | | | | |
| Çenem | | | | | |
| Vücut yapım | | | | | |
| Profilim | | | | | |
| Boyum | | | | | |
| Duyularımın keskinliği | | | | | |
| Ağrıya dayanıklılığım | | | | | |
| Omuzlarımın genişliği | | | | | |
| Kollarım | | | | | |
| Göğüslerim | | | | | |
| Gözlerinim şekli | | | | | |
| Sindirim sistemim | | | | | |
| Kalçalarım | | | | | |
| Bacaklarım | | | | | |
| Dişlerimin şekli | | | | | |
| Cinsel gücüm | | | | | |
| Ayaklarım | | | | | |
| Uyku düzenim | | | | | |
| Sesim | | | | | |
| Sağlığım | | | | | |
| Cinsel faaliyetlerim | | | | | |
| Dizlerim | | | | | |
| Vücudumun duruş şekli | | | | | |
| Yüzümün şekli | | | | | |
| Kilom | | | | | |
| Cinsel organlarım | | | | | |
| Hastalığa direncim | | | | | |

Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği (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 | | | |

## 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

## A- GAD.7

**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 |
|---|---|---|---|---|
| • Sinirli, kaygılı ya da sabırsız hissetme | | | | |
| • Endişelenmeyi kontrol altına alamama ya da durduramama | | | | |
| • Değişik şeyler hakkında çok fazla endişelenme | | | | |
| • Gevşemede zorlanma | | | | |
| • Hareketsiz oturmada zorlanacak kadar çok huzursuz olma | | | | |
| • Keyfin çabuk kaçması ve çabuk kırılma (alıngan olma) | | | | |
| • Sanki kötü bir şey olacak gibi korku hissetme | | | | |

## B- P.5

**Kaygı atakları ile ilgili sorular**

| | Evet | Hayır |
|---|---|---|
| a. Son 4 hafta içinde kaygı-endişe atağınız (birden korkma ya da panikleme) oldu mu? | | |
| b. Daha önce de oldu mu? | | |
| c. Bu ataklardan bazıları *birdenbire ansızın* (rahatsız ya da sinirli olmayı ummadığınız durumlarda) mı gelir? | | |
| d. Bu ataklar sizi çok mu rahatsız eder ya da başka bir atağın gelmesinden endişelenir misiniz? | | |
| e. Son ciddi kaygı atak esnasında, nefes darlığı, terleme veya kalp çarpıntısı şikayetleriniz oldu mu? | | |