T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

TIP ÖĞRENCİLERİ VE HEKİMLERİN EŞCİNSELLİK HAKKINDAKİ TUTUMLARI VE GEY VE LEZBİYENLERİN SAĞLIK HİZMETİ DENEYİMLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr.F.DUYGU ÇABUK

TEZ DANIŞMANI
Prof.Dr.SELÇUK CANDANSAYAR

ANKARA
NİSAN 2010

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Minesota Çokyönlü Kişilik Envanteri)

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı)

DSM-2: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, second edition (Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı, ikinci sürüm)

DSM-3: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı, üçüncü sürüm)

DSM-3-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third Edition, Revised (Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı, gözden geçirilmiş üçüncü sürüm)

DSM-4: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, forth edition (Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı, dördüncü sürüm)

GLBT: Gey- lezbiyen- biseksüel- transseksüel

GLB: Gey- lezbiyen- biseksüel

GL: Gey- lezbiyen

HIV: Human immunodeficiency virus (İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)

AIDS: Acquired immunodeficiency syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay

Kısaltmalar

İçindekiler

1. GİRİŞ **1**

2.GENEL BİLGİLER **4**

2.1 Eşcinselliğin Tarihi **4**

2.2 Tıbbın Eşcinselliğe Bakışı **10**

2.3 Homofobi , Homonegativizm, Heteroseksizm **18**

2.4 Eşcinsel Bireylerin Sağlık Hizmeti Deneyimleri **25**

2.5 Hekimlerin Eşcinsellikle İlgili Tutumları **31**

2.6 Tıp / Tıp Dışı Üniversite Eğitimi ve Homofobi **37**

3. GEREÇ VE YÖNTEM **43**

3.1 Katılımcıların Seçimi **43**

3.2 Veri Toplama Araçları **44**

3.2.1 Psikiyatr Anket Formu **44**

3.2.2 Psikiyatri Dışı Hekim Anket Formu **46**

3.2.3 Öğrenci Anket Formu **47**

3.3 Veri Toplama Süreci **48**

3.4 İstatistiksel Değerlendirme **49**

4. BULGULAR **50**

4.1 Anket Çalışması ve Uygulama Sonuçları **50**

4.2 Ölçeğin İç Tutarlılığı ve Geçerliği **59**

4.3 GL Bireylerle Yapılan Derinlemesine Görüşmelerde Elde Edilen Bulgular **73**

5.TARTIŞMA **80**

6. SONUÇLAR **94**

7. KAYNAKLAR **96**

8. ÖZET **108**

9. SUMMARY **110**

10. EK **112**

EK: Anket Formu **112**

Tablo 1: **Grupların demografik özellikleri 51**

Tablo 2: **Eşcinselliğin olası nedenleri hakkında psikiyatr ve psikiyatri dışı hekimlerin görüşleri.....52**

Tablo 3: **Eşcinselliğin olası nedenleri hakkında tüm grupların görüşleri...54**

Tablo 4: **Psikiyatrların tanı ve tedavi alanlarındaki özgül yaklaşımları.....55**

Tablo 5: **Psikiyatrların gey ve lezbiyen hasta deneyimleri..... 56**

Tablo 6: **Psikiyatrların eşcinselliğin tedavisinde etkili buldukları yöntemler.....57**

Tablo 7: **Psikiyatrların hasta-hekim ilişkisindeki tutumları.....57**

Tablo 8: **Psikiyatrların eşcinselliğin DSM sınıflamasından çıkarılmasının nedeni hakkındaki görüşleri.....58**

Tablo 9: **Eşcinsellik DSM tarafından yeniden hastalık kategorisi olarak kabul edilirse psikiyatrların tutumu.....59**

Tablo 10: **Ölçeğin faktör yükleri, faktör analizi ve geçerlilik sonuçları.....61**

Tablo 11: **Ölçek ve alt ölçeklerin birbirileriyle korelasyonu.....65**

Tablo 12: **Ölçeğin yaş ile korelasyonu.....66**

Tablo13: **Demografik özelliklerine göre ölçeğin toplam ve alt ölçek puanlarının dağılımı.....66**

Şekil 1: **Katılımcıların aile kökenleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki....70**

Şekil 2: **Katılımcıların dini inançları ile ölçek puanları arasındaki ilişki.....70**

Şekil 3: **Katılımcıların medeni durumları ile ölçek puanları arasındaki ilişki.....71**

*Şekil 4:***Ölçek toplam puanlarının öğrenci, psikiyatri dışı hekim ve psikiyatrlardaki dağılımı.....71**

Şekil 5: **Ölçek puanının tıp eğitimi süresi ile ilişkisi.....72**

Şekil 6: **Çalışılan kurum ile ölçek puan ilişkisi.....72**

I. GİRİŞ

Eşcinsellik, insan cinsel yaşamının üzerinde en çok tartışılan boyutlarından biridir. Olağan cinsel etkinliklerden biri olarak değerlendirildiğinde günah, suç ve ahlaksızlık olarak damgalandığı da olmuştur; ancak yoğun tartışmalar sonucunda XIX. yüzyıl sonlarından başlayarak bir hastalık kategorisi olarak kabul edilmiş, 1973 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği, 1992 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nce hastalık kategorisi olmaktan çıkarılıncaya kadar tedavi edilmeye çalışılmıştır. Günümüzde bu tartışma dini, politik ve tıbbi alanlarda sürmektedir. Her ne kadar resmi sınıflama sistemlerinde hastalık olarak görülmese de, gerek sağlık çalışanları gerekse toplum içinde eşcinselliği hastalık olarak gören gruplar vardır.

Eşcinsel bireylerin toplumdaki birçok kesim tarafından ayrımcılık ve damgalanmaya uğradığı, duygusal, sözel ya da fiziksel şiddete maruz kaldığı çok sayıda araştırmada gösterilmektedir. Yaygın ve şiddetli ayrımcılık ve istismarın; eşcinsel bireylerde görülen duygudurum ve anksiyete bozuklukları, alkol-madde kötüye kullanımı ve intihar riskini artırdığı öne sürülmektedir. Eşcinsel bireyler çoğu zaman toplum içinde açıkça tehdit altında yaşamakta ve bedensel, ruhsal, sosyal bütünlükleri tehlike altına girmektedir. Eşcinsellere karşı gösterilen şiddet ve saldırganlığın altında yatan önemli bir neden homofobidir.

Homofobi terimi; eşcinsel bireylere karşı duyulan nefret, korku, takınılan olumsuz tutum ve davranışlar ile eşcinsellikle ilgili olumsuz inançları tanımlar. Homofobi, toplumda yaygın olmakla birlikte yapılan birçok çalışmada sağlık hizmeti veren hekimler arasında da homofobik tutum ve davranışların oldukça fazla olduğu gösterilmiştir. Karşılaştıkları önyargılar, olumsuz tutum ve

davranışlar göz önüne alındığında ve artan psikiyatrik sorunların varlığı düşünüldüğünde; sağlık çalışanlarında da homofobinin yaygın oluşu, eşcinsel bireyleri olumsuz etkilemekte, çaresiz bırakmakta ve temel insan haklarından biri olan sağlık hakkından yoksun bırakmaktadır.

Eşcinsellik, hastalık sınıflamasından çıkartılalı otuz yıldan fazla olduysa da, sağlık çalışanlarının konuya ilişkin bilgisi oldukça yetersiz ve eksiktir. Bunun nedenlerinden birisi hekimlerin, eğitimlerinin temelini aldıkları tıp fakültelerinde okutulan cinsellik ve eşcinsellik ile ilgili derslerin yetersizliği olabilir. Yapılan birçok çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin de büyük oranda eşcinselliğe olumsuz baktıkları ve çeşitli önyargıları olduğu gösterilmiştir.

Bu çalışmanın ana amacı; sağlık hizmeti sunan psikiyatri hekimleri, psikiyatri dışı hekimler ve tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin eşcinsellik hakkındaki tutum ve yargılarının saptanması ile, gey ve lezbiyen cinsel yönelimi olan insanların sağlık hizmeti alırken yaşadıkları deneyimlerin araştırılması ve karşılaştırılmasıdır. Diğer bir amaç ise, hekim ve hekim adayları arasında homofobik tutumları araştırmak için yeni ve geçerli bir ölçek geliştirmektir. Türkiye'de hekimlerin eşcinselliğe bakışı ile ilgili kapsamlı bir çalışma yapılmamıştır. Bunun yanı sıra bu çalışmada olduğu gibi psikiyatrların, psikiyatri dışı hekimlerin, tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin eşcinselliğe bakış açısının değerlendirildiği ve değerlendirme sonuçlarının eşcinsel bireylerin sağlık sektöründe yaşadıkları deneyimlerle karşılaştırıldığı bir çalışma ne Türkiye'de ne de yurt dışında yapılmıştır.

Çalışmanın hipotezleri; toplumda sık gördüğümüz homofobik tutum ve davranışların hekimler arasında da yaygın olduğu, homofobinin hekimlerde açıktan ziyade örtük bir şekilde var olduğu, eşcinsel bireylerin sağlık sisteminde

mağdur oldukları, psikiyatr ve psikiyatri dışı hekim grupları arasında homofobik tutumların birbirinden farklı şekilde kendisini belli ettiği, tıp fakültesi eğitimi boyunca eşcinsellik ve cinsellik ile ilgili eğitimin yetersiz olduğudur.

Bahsedilen hipotezleri araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmanın; hem Türkiye'deki tıp eğitiminin kalitesini artırmaya, hem eşcinsel bireylerin hak ve özgürlüklerinin toplumdaki diğer bireylerle eşit düzeye taşınmasına, hem de sağlık sektöründe çalışan hekimlerin eşcinsellik ve eşcinsel bireylerle ilgili farkındalıklarını artırmaya katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

II. GENEL BİLGİLER

2.1 Eşcinselliğin Tarihi

Eşcinsellik (homoseksüellik, homosexuality); aynı cinsin bireyleri arasında kurulan cinsel nitelikteki duygusal ya da bedensel bağlılık olarak tanımlanmaktadır (13). Buradaki homos- Yunanca "aynı", -sexualis ise Latince "cinsellik" anlamına gelmektedir. Kadın eşcinselleri tanımlamak için lezbiyen (Fr. lesbienne), erkek eşcinselleri tanımlamak için ise sıklıkla gey (Fr. gai, İng. gay) terimleri kullanılmaktadır ve burada da bu şekilde ifade edilecektir.

Tarih boyunca insanların doğayı, olayları, durumları açıklama yolları sürekli değişiklik göstermiştir. Bunu; var olan bilgi birikimi, yaşanılan toplumun inançları, gelenekleri, içinde bulunulan kültürel, siyasi ve sosyal yapı gibi birçok etken etkilemiş ve yönlendirmiştir. Eşcinsellik de çağlar boyunca çok değişik bakış açılarından açıklanmaya çalışılan; kimi yer ve zamanlarda günah, ayıp ve suç kabul edilirken kimi yer ve zamanlarda hoşgörü ile karşılanan ama sürekli olarak üzerinde konuşulan, yorum ve araştırma yapılan belirsiz bir alan olmuştur. Çeşitli dinler, politika ve özellikle psikiyatri alanı olmak üzere tıp disiplini; eşcinsellik üzerine birçok söylem üretmiştir.

Tek Tanrılı dinler olan Yahudilik, Hıristiyanlık ve İslamiyet eşcinselliği günah olarak kabul eder. Tevrat'ta *"Bir erkek başka bir erkekle, bir kadınla olduğu gibi yatmamalıdır, bu tiksindiricidir."* (Leviticus 18:22) denilmektedir. Ancak belli Yahudi grupları, eşcinselliği bir seçim olarak kabul etmektedir (11). Hıristiyanlıktaki en büyük kilise olan Roman Katolik Kilisesi ve sonrasında Reformcu ve Protestan kiliseler geleneksel olarak aynı cinsler arasındaki cinsel ilişkileri kınamışlardır. İncil'de iki erkeğin birlikte yatmasının anlatıldığı bir bölüm vardır. Ancak günümüzde birçok kilise, eşcinselliğe hoşgörü ile

bakmaktadır (11). Kuran'da Şu'arâ Suresinin 165, 166. ayeti *"Rabbinizin, sizin için yarattığı eşlerinizi bırakıyor da insanlar arasından erkeklere mi yanaşıyorsunuz? Siz gerçekten haddi aşan bir topluluksunuz."*, A'râf Sûresinin 81.ayeti *"Hakikaten siz kadınları bırakıp, şehvetle erkeklere yaklaşıyorsunuz. Hayır, siz haddi aşan bir toplumsunuz."* denilmektedir (12). İslamiyet de diğer iki tek Tanrılı din gibi eşcinselliği yasaklamaktadır. Dinlerin eşcinselliğe karşı bu yasaklayıcı ve reddedici tutumu, tarih boyunca yoğrulan eşcinselliğe yönelik ayrımcılığın ve homofobi hamurunun vazgeçilmez bir ana maddesi olmuştur. Yalnızca dini çevreleri değil; tıp, politika, eğitim gibi alanları da etkilemiş ve eşcinsellikle ilgili kabul gören birçok stereotipin temellerini atmıştır.

Erkek eşcinselliğine karşı olan dini yasaklamanın (1) yasayla da desteklenmesi İngiltere'de ilk kez 1533 yılında VIII. Henry zamanında olmuştur. Buna göre sodomi, erkek-kadın, erkek-erkek veya erkek-hayvan arasında olan yasadışı cinsel ilişki olarak tanımlanmıştır (2) (Sodomi Hollanda'da XVI. yüzyıl ortalarında kullanılmakta olan ve aslında anal seks anlamına gelen bir terimdir). 1563 yılında yenilenen bu yasa, 1885 yılına kadar olan tüm erkek eşcinselliği suçlarına temel oluşturmuştur. 1885 yılında, Suç Değerlendirme Yasası (Criminal Assessment Act) erkekler arasında her türlü cinsel ilişkiyi kapsayacak şekilde yaptırımları genişletmiştir (2).

Eşcinselliğe karşı dini kabullenmeler ile şekillenen olumsuz tutumlar, XVIII. yüzyılda bu kez tıbbi açıklamaların etkisinde kalarak sürmüştür. Bu dönemde sağlık çalışanlarının artan ilgi alanı haline gelen cinsellik ve cinsel sapmalar üzerinde geleneksel dini dogmaların yerini alan tıbbi düşünceler söz sahibi olmaya başlamıştır. O güne kadar dini ve sosyal bakış açıları ile günah, şeytani, sapkın olarak değerlendirilen çeşitli cinsel davranışlar, bu tarihten sonra

hastalık durumları olarak kabul edilmeye başlanmış; bu şekilde cinselliği ve eşcinselliği açıklayan tıbbi bir model oluşmaya başlamıştır. Bu model aslında geçmişten gelen din temelli önyargıların, bu kez tıbbi kanıtlarla süslenmiş halinden başka bir şey olmamıştır. Bu değişimde, sekülerleşen toplumda dinsel yasak ve engellemelerin yeterince etkili olamamaya başlaması rol oynamıştır (8).

Eşcinselliğin cinsel sapma olarak kabul edildiği bu tıbbi modelde, üretken olmayan her türlü cinsel eylem eleştirilmiş ve hastalık olarak kabul edilmiştir. Bununla ilgili olarak tarihe baktığımızda, bilimcilerin özellikle mastürbasyon üzerine yoğunlaştıklarını görmekteyiz.

Amerikan tarihçi ve seksoloğu olan Vern Leroy Bullough'a göre cinselliğin tıbbi modelinin oluşmasında anahtar figür, cinsellikle ilgili geleneksel Hıristiyan önyargılarını tıbbi modele taşıyan Hermann Boerhaave (1668-1738) adlı botanik ve tıp profesörüdür. Yazılarında semenin boşa harcanmasının kişiyi hastalandıracağını ifade etmiştir (149). 1728 –1797 yılları arasında yaşamış olan ve özellikle migren çalışmaları ile bilinen Samuel Auguste André David Tissot ise *"Onania, or a Treatise upon the Disorders Produced by Masturbation"* adlı kitabında mastürbasyonun vücutta yarattığı hastalık belirtilerinden bahsetmektedir. Burada semen kaybı ile deliliğe kadar gidebilen düşünce bulanıklığı, öksürük, ateş ve tükenme ile sonuçlanan beden gücünde azalma, akut baş ağrısı, romatik ağrı ve uyuşmalar, yüzde sivilceler, burun/meme ve uylukta süpüratif kabarcıklar ve ağrılı kaşınma, empotans, prematür ejakulasyon, gonore, priapizm, mesane tümörü ile kısırlık gelişmesi, barsakların çalışmasında düzensizlik, kabızlık, hemoroid ve benzeri yakınmalar gelişmekte olduğunu iddia etmiştir. Yine kadında mastürbasyon ile bunlara ek olarak histerik krizler, iyileştirilemez sarılık, midede şiddetli kramplar, burun ağrısı, serviks ve uterusta

ülserler ve titremeler geliştiğini söylemiştir. Ayrıca mastürbasyonun kadınları, aşırı şehvet duyan bir hayvan seviyesine indirdiğini ve kadınları erkeklerden daha çok sevmelerine yol açtığını ifade etmiştir. Yine mastürbasyonu, evlilikte veya evlilik öncesinde yapılan zinadan daha tehlikeli olarak düşünmüş ve genç insanlarca yapılırsa sinir sistemine fazla gerilim yükleyerek zihinsel işlevleri bozacağını söylemiştir (149). Geçmişte mastürbasyon tedavisi olarak mekanik olarak cinsel organlara erişimi engelleyen çeşitli araçlar, genitallerin koterizasyonu, klitoridektomi, spermatik duktusun çıkarıldığı çeşitli kastrasyon yöntemleri uygulanmıştır (10).

Alman filozof İmmanuel Kant (1724 –1804); eşcinsel davranışların, mastürbasyonun ve diğer türlerle cinsel ilişkinin doğamıza karşı işlenmiş üç büyük suç olduğunu söylemiştir (9).

Yine üretken olmayan bir cinsel eylem olarak eşcinsellik; birçok araştırmacı, bilim adamı, sanatçı ya da yazara konu olmuştur. Fransız bir hekim olan Auguste Ambroise Tardieu (1818–1879); eşcinsel veya benzer tutumları olan tüm insanların suçlu veya bozuk ahlaklı olduklarını ifade etmiştir. Richard von Krafft-Ebing (1840–1902) adlı Alman seksolog ve psikiyatr; bazı insanların bu şekilde doğarken bazılarının sonradan eşcinsel olduğunu söylemiştir. Yazar ayrıca; geylerde, gey olmayanlara göre zihinsel anormalliklerin ve entellektüel bozuklukların daha yaygın olduğunu, lezbiyenliğin ise merkezi sinir sisteminin kalıtsal bir hastalığına işaret eden serebral bir anomali olduğunu söylemiştir.

Cinsellik üzerine edinilmiş tıbbi ilgi XIX. yüzyılda oluşmuş olup Viktoriyanizm ile ilişkilidir. Viktoryan Çağı, 1837-1901 yılları arasında tahtta kalmış olan İngiliz Kraliçesi Viktorya'nın yönetimde olduğu dönemin tutumları, sanatı ve kültürüne verilen isimdir (7). Bu dönemde bilim egemen paradigma

olmaya başlamıştır. Birçok konuda olduğu gibi cinsellik için de eski dini gerekçeler bu kez bilimin diline çevrilmiştir (149). Viktoryan Çağı'nda, eşcinseller nefret edilen kişilerken eşcinsellik de yasadışı olmuştur. Anal seks anlamına gelen sodomi XIX. yüzyılda, kabul görmeyen her türlü cinsel davranış için kullanılmaya başlanmış, sadece günah değil suç olarak da kabul edilerek bazı yerlerde ölümle cezalandırılmıştır. Lezbiyenler için kullanılan terim ise "tribadi" olmuştur. Sodomi veya tribadi, bireyin nadiren yapabileceği bir aktivite olarak düşünülmiş ve XIX. yüzyıl sonlarına değin kişinin karakteri, doğası olarak kabul edilmemiştir.

XIX. yüzyıl sonları ve XX. yüzyıl başlarında homoseksüalite terimi kullanılmaya başlanmış; İngiltere, Almanya, İtalya ve ABD'deki hekim, psikolog ve seksologlar tarafından birçok teori öne sürülmüştür. Birçoğu eşcinselliğin doğuştan getirilen bir özellik olduğunu, bu nedenle günah olmadığını ama tedavi edilmesi gereken bir hastalık olduğunu söylemiştir. Ardından eşcinselleri heteroseksüel kişilere çevirmeye yönelik tedaviler gündeme gelmiştir (3). Bu uzmanlar eşcinselliğin nedenleri, tedavisinin ne olduğu ve eşcinsellerin nasıl tanınacağı ile ilgili teorilerden bahsetmeye başlamıştır.

1950' lerde psikoloji ve psikiyatri alanında birçok isim eşcinsellik üzerine uç ve saptırılmış görüşler öne sürmeye başlamıştır. Bunlardan biri olan psikolog Albert Ellis, önceden eşcinselleri ciddi nevrotikler olarak gördüğünü ama zaman içinde fikrinin onların psikotik oldukları yönüne kaydığını belirtmiştir (20).

Yetişkin erkekler arasında cinsel ilişkinin suç olmaktan çıkarılması İngiltere'de 1967 yılına rastlarken, eşcinselleri heteroseksüel yapma amaçlı tedaviler en çok 1960-1970' li yıllarda yaygınlaşmıştır (4).

1960’ larda artık daha çok eşcinsel insan cinsel yönelimini açıklar olmuş, politik olarak daha aktif hale gelmiş ve gey organizasyonları daha görünürleşmiştir. Amerika’daki eşcinsel hareketlerinden en önemlisi Stonewall’da yaşanılanıdır. 1969 yılında New York Greenwich Village’teki Stonewall adlı eşcinsel barına düzenlenen polis baskını sırasında, o bölgede yaşayan eşcinseller polisle çatışmış ve ilk kez haklarını aramışlardır. Bu olay eşcinsellerin özgürleşmesi için sembol niteliği taşımaktadır. Stonewall yıllar geçtikçe eşcinsel direnişi ve baskısının diğer ismi haline gelmiştir (17).

Eşcinsellik 1973 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği’nce “hastalık sınıflandırması”ndan; 1992 tarihinde ise Dünya Sağlık Örgütü’nce (WHO) "Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması" ndan çıkartılmıştır.

Son yıllarda ise eşcinsellikle ilgili tartışmalar farklı bir boyuta geçmiş, eşcinselliğin bir seçim olup olmadığı üzerinde durulmaya başlanmıştır. Eğer bu bir seçim ise eşcinsellere diğer bireylerle eşit haklar verilmemesi, bir seçim değilse ise verilmesi tartışılmaktadır. Bu tartışma her iki açıdan bakıldığında da oldukça düşündürücüdür. Halen bazı ülkelerde eşcinsel bireylere hapis veya idam cezası uygulansa, çoğu toplumda yaygın olarak eşcinsellere karşı nefret suçları işlense de; son yıllarda eşcinsel bireylerin haklarını savunan birçok sivil toplum kuruluşu ve derneğin çabaları ve değişen sosyal, politik normlar sayesinde eşcinselliğe bakış eski yıllara oranla daha yumuşamıştır. Ancak genel olarak bakıldığında; eşcinselliğe karşı toplumda mevcut olan kültürel kabullenme ve önyargılar, birçok alanda eşcinsel bireyleri toplumun dışına itmekte, temel insan hak ve özgürlüklerinden mahrum bırakmakta, bedensel ve ruhsal açıdan olumsuz etkilemektedir.

2.2 Tıbbın Eşcinselliğe Bakışı

Eşcinselliğin bir hastalık olarak değerlendirilmeye başlanması XVIII. yüzyıldan itibaren olmuş, XIX. ve XX. yüzyıl başlarında da sürmüştür. Her ne kadar eşcinselliğin normalden sapma veya bir eksiklik olduğu düşünülse de, olduğu tahmin edilen patoloji üzerinde tam bir uzlaşma sağlanamamıştır. Biyolojik faktörler üzerinde durulmuşsa da, daha çok psikodinamik açıklamalar getirilmeye çalışılmıştır. Eşcinselliğin gelişimsel bir duraklama, ailelerin yanlış eğitimi veya bazı bilinçdışı çatışmalar ile ilgili olduğu iddia edilmiştir. Freud, eşcinsel oğlu olan bir kadına yazdığı 1935 tarihli ünlü mektubunda eşcinselliğin bir hastalık olmadığını belirtse de, bu durumun cinsel gelişimdeki duraksamadan kaynaklanan bir cinsel varyasyon olduğunu eklemiştir (18, 27).

Freud'un eşcinsellikle ilgili teorileri Lewes tarafından 4 başlıkta incelenmiştir. Freud ilk çalışmalarında, eşcinselliğin Oedipus kompleksinden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Buna göre, anneyle normal bir erotik bağlanma yaşayan erkek çocuk, annenin çocuğuna gösterdiği aşırı hassasiyet sonucunda penisin önemiyle ilgili obsesif hale gelmektedir. Diğer bir teoriye göre kendilik ve öteki arasındaki ayrımı yapamayan çocuk, annesinin anatomisini kendisiyle eş tutmaktadır. Ancak narsisistik dönemde anneden ayrılmanın farkına varır ve erotik duygularına ceza olarak kastrasyon tehdidi altında kaldığını hissederek penisiyle obsesif uğraşısı başlamaktadır. Diğer bir teoriye göre annesinin penisi olmadığını farkeden çocuğun anneye olan sevgisi nefrete dönüşür ve bundan sonra penisli bir kadını, yani efemine bir erkeği seçer. Dördüncü teorisi de yine Oedipus kompleksi ile ilgili olup, babasını aşırı derecede kıskanan çocuğun annesine karşı çok yoğun bir sevgi geliştirmesi ve bunun sonucunda babaya karşı hissettiği sadistik fantazi ve öldürme isteğini reaksiyon formasyon yolu ile

eşcinsel aşka dönüştürdüğü şeklinde olmuştur (54). Her bir teoride Freud, eşcinselliğin kaynağında olasılıkla rolü olabilecek farklı psikogelişimsel olaylara atıfta bulunmuştur (55). Freud eşcinselliği psikoanalitik olarak açıklamışsa da, sadece edinilmiş veya sadece konjenital olarak görülmemesi konusunda uyarmıştır (56). Freud, yaşamı boyunca eşcinsellikle ilgili çeşitli teorilerden söz etmiş olmakla birlikte eşcinselliğin bir hastalık olduğunu hiçbir zaman söylememiştir.

Eşcinsel bireylerin cinsel yönelimlerini değiştirme amacı ile yapılmaya başlanan "dönüştürme" ya da "onarım" tedavilerinin (conversion/reparative therapy) ilk kez 1800'lü yıllarda ortaya çıktığı düşünülmektedir. İlk kez eşcinsel bir erkeğe, hemcinslerine karşı duyduğu cinsel isteklerinden kurtulması için bisiklet sürmesi önerilmiştir (41). Dönüştürme amaçlı uygulanan davranışsal tedavi yöntemlerinin altında yatan mantık, eşcinsel davranışların yerine adaptif olan heteroseksüel davranışların geçmesinin, bireyin cinsel yönelimini değiştireceği şeklinde olmuştur. Davranışçı okula mensup profesyoneller, gey bireyleri hetereroseksüel hale getirmek amacıyla üç tip tiksindirme terapisi uygulamışlardır. Bunlardan birisi, geylere çeşitli çıplak erkek resimlerinin gösterildiği ve kişi bu resimlere erotik bir yanıt verdiğinde uygulanan elektrik şokundan oluşan "elektriksel aversiyon terapisi" olmuştur (28). Diğeri örtülü duyarlılaştırma (covert sensitization) olarak bilinen bir yöntem olup burada kişiden, hemcinsi ile ilgili bir cinsel uyarılma yaşadığında, olumsuz sonuç veya fiziksel duyumları hayal etmesi istenmekteydi ve nefret duygusu veya kusma imajlarının eşcinsel isteği düzelteceği düşünülüyordu (29). O dönemde birçok araştırmacı, bu yöntemi uygulayarak eşcinsel bireylerde başarı sağladığını bildirmiştir (30,31,32). Üçüncü yöntem ise apomorfinle yapılan kusturma

yöntemiydi (33). Burada apomorfin enjeksiyonu sonrasında gelen kusma hissi sırasında gey bireylere, çıplak erkek resimleri gösteriliyordu. Bu yöntemle de başarı elde edildiğini iddia eden olgu bildirimleri literatürde bulunmaktadır (34). Bazı programlarda bu tiksindirme terapilerinin etkisini güçlendirme amaçlı olarak, gey bireylere kadınlarla nasıl çıkılacağı gibi bazı eğitici bilgiler de verilmiştir.

Diğer davranışçı tedavilerden birisi de Davison'un uygulamış olduğu "playboy terapisi" dir. Davison, sadistik cinsel fantazilerini tedavi etmeye çalıştığı kişilerden Playboy magazinlerine bakarak mastürbasyon yapmalarını istiyordu. Bu yöntemin daha sonra gey bireylerin cinsel yönelimlerini değiştirmede de etkili olacağını düşünerek, çıplak kadın resimlerine bakarak mastürbasyon yapmalarını önermiştir (35). Masters ve Johnson, 54 eşcinselden oluşan bir örneklem ile çalışmış ve 5 yıllık takiplerinde %73 başarı sağladıklarını öne sürmüşlerdir (36,37). Ancak sonradan örneklem seçimleri ve yöntemleri birçok kez eleştirilmiş, örneklemin hepsinin eşcinsel olmadığı iddia edilmiştir (38). Diğer bir yöntem de Heath tarafından uygulanmıştır. Araştırıcı; beynine elektrotlar yerleştirdiği gey bireyleri, odaya giren bir kadın fahişe ile baştan çıkarmaya çalışırken eş zamanlı olarak beyinlerindeki zevk merkezlerini uyarmaktaydı. Üç saat süren seanslar esnasında ödül döngüsünü ortalama 1500 kez uyardığı eşcinseller üzerinde başarı sağlayamamıştır (39,40).

İkinci Dünya Savaşı dönemi olan 1940'larda, Amerikan ordusundaki eşcinsel kişiler saptanmaya çalışılmıştır (19). Bu kişileri psikiyatrik hasta olarak değerlendirip ordudan çıkarmak bu insanları damgalama adına yeni bir darbe olmuştur.

1970'li yılların başından itibaren Amerika'nın çeşitli eyaletlerinde, cinsel yönelimini değiştirmek istemeyen ama çeşitli ruhsal zorluklar yaşayan gey bireyler için düşük tedavi ücretleri olan psikoterapiler yapılmaya başlanmıştır. Bu merkezlerde "gey destekleyici terapiler" (gay-affirmative psychotherapies) uygulanmış, başvuran kişilerin cinsel yönelimleri değiştirilmeye çalışılmamış, sadece homofobi, aile ilişkileri, içselleştirilmiş homofobi, duygudurum bozuklukları gibi alanlarda psikoterapiler yapılmıştır (46,47,48,49,50).

Eşcinsel bireyleri heteroseksüel yapma amacıyla kullanılan diğer yöntemler ise "biyolojik" olmuştur. Özellikle Alman ve Amerikalı araştırıcılar; bazı cerrahi teknikleri ve hormon kullanımını içeren tedavi yöntemleri ortaya atmış ve prenatal araştırmalar yapmıştır. Cerrahi alanında ilk kez 1971 yılında Steinach, eşcinsel bir erkeği tek taraflı olarak kastre etmiş ve hetereoseksüel bir erkeğin testis dokusunu bu kişiye nakletmiştir (51). Eşcinselliğin bir tür hermafrodizm olduğunu düşünmüştür. Bu şekilde eşcinselliğin üçüncü cinsiyet olduğu düşüncesi ortaya çıkmıştır. Yaklaşık 11 erkeğe bu işlem uygulanmış ama beklenenin aksine bu kişilerin cinsel yönelimlerinde bir değişme olmamıştır. 1962 yılında ise Roeder tarafından eşcinsel erkeklere hipotalamotomiler uygulanmış (52,53) ve başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Sonradan bu operasyonlar etik ve ahlaki nedenlerle durdurulmuştur. Eşcinsellik, erkekteki yetersiz maskülinite ve kadındaki hipermaskülinite olarak görüldüğü için buna yönelik hormon tedavileri de uygulanmıştır.

2004 yılında yayımlanan bir çalışmada, İngiltere'de 1950 yılından sonra eşcinsel seçimlerini değiştirmeleri için tedavi alan (davranışsal yaklaşımlar, elektrik şoku ile tiksinme terapisi, libidoyu azaltmak için östrojen tedavisi, psikoanaliz, dini danışmanlık, elektrokonvülzif tedavi, hipnoz, psikodrama, fobi

tedavisi gibi) 29 kişi ile görüşülmüş ve bu girişimlerin kişilerin hayatları üzerine uzun dönem olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir (5). Yine aynı çalışmanın bu kez tedavileri gerçekleştiren sağlık çalışanları ile yapılan kısmında; bu kişilerin çoğunun şu an aynı cinse ilgi duymanın ruh sağlığı ile uyumlu olduğuna, küçük bir azınlığın ise isteyen kişilerde heteroseksüel olabilme seçeneğinin mümkün olabileceğine inandıkları bulunmuştur (6). Yazarlar tartışmada, ruhsal patoloji olarak kabul edilen durumların altında bazen sosyal ve politik baskı ve varsayımların yattığını vurgulamışlardır (6).

Bir taraftan eşcinselleri heteroseksüel yapmayı amaçlayan onarım terapileri sürerken bir yandan da 1960'lı yıllarda, ruh sağlığı alanında değişmeler başlamıştır. Neyin normal neyin hastalık olduğu tartışılmaya başlandıkça, psikiyatrinin de psikiyatrik hastalıklara bakış açısı değişmeye başlamıştır (21). Eşcinselliğin hastalık sınıflamaları içinde oluşu ile ilgili psikiyatri dünyasında tartışmalar baş göstermiştir. Zaten eşcinselliğin hastalık olarak kabul edilmesinin altında destek görmemiş teoriler ve yanlı çalışmalar yatmaktadır (22). Sonradan yapılan birçok çalışmada eşcinsellik ile psikopatoloji arasında bir bağlantı gösterilmemiştir. Gey ve gey olmayan erkeklerin Rorschach testi ile değerlendirildiği bir çalışmada gruplar arasında fark bulunmamıştır (23). Standardize psikolojik ölçeklerin kullanıldığı başka çalışmalarda da eşcinsellik ile psikopatoloji arasında bir bağlantı gösterilmemiştir (24,25). Örneğin MMPI uygulanan gey ve lezbiyen bireylerde psikiyatrik bozukluk açısından kontrol grubu ile farkın bulunmadığı bildirilen çalışmalar vardır (42,43). Yine gey bireylerin, 16 Kişilik Faktörü ve Eysenck Kişilik Envanteri ile değerlendirildiği bir çalışmada yazarlar, katılımcılarda bir patoloji saptamamıştır (44). Başka bir çalışmada da, Sıfat Tarama Listesi (Adjective Checklist) ile değerlendirilen gey

ve lezbiyen bireyler, heteroseksüel kontrol grubu ile karşılaştırılmış ve aralarında psikopatoloji açısından bir fark bulunmamıştır (45).

Bütün bu gelişmeler sonucunda psikiyatrinin giderek eşcinselliğe bakışı değişmeye başlamıştır. DSM'nin ilk baskısında transvestizm, pedofili, fetişizm ve seksüel sadizm ile birlikte cinsel sapkınlıklar arasında yer alan; 1968 yılındaki ikinci baskı olan DSM-2'de ise ayrı bir cinsel sapkınlık olarak kişilik bozuklukları kategorisinde bulunan eşcinselliğin sınıflandırmadaki yeri sorgulanmaya başlanmıştır. 1973 yılında yapılan bir toplantıda Spitzer, eşcinselliğin; işlevsellikte bozulma ve öznel stres yaratma gibi ruhsal hastalıklarda bulunması beklenen iki kritere uymadığını söylemiştir (26). Bu sırada Judd Marmor adlı Amerikalı bir psikiyatr da kendisine eşcinsel yönelimini değiştirmek için gelen eşcinseller ile çalışmaktaydı. Zaman içinde eşcinselliğin bir hastalık olmadığını savunmaya başlayan Marmor'un büyük rol oynaması ile eşcinsellik, 1973 yılında, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hastalık sınıflamasından çıkartılmıştır. 1980 yılında basılan DSM-3'te "ego distonik eşcinsellik" diye bir başlık olmakla birlikte yoğun baskılar sonucunda DSM-3-R'de sadece "kişinin cinsel yönelimine bağlı yaşadığı kalıcı ve belirgin rahatsızlık' adı altında, "başka türlü adlandırılamayan cinsel bozukluklar" başlığı altında kalmıştır. DSM 4'te ise hiçbir tanı kategorisi içinde yer almamıştır.

Eşcinselliğin bir hastalık olmadığı bilim dünyasında kabul edilmiş, eşcinsellik hastalık sınıflandırmalarından çıkartılmış olsa da; eşcinselliği tedavi etme iddiası halen bazı dini, tıbbi ve politik çevrelerde sürmektedir. Exodus International* gibi dini gruplar ve NARTH (National Association for Research and Therapy of Homosexuality) gibi organizasyonlar herhangi bir biyolojik predispozisyona rağmen uygun terapi ile eşcinsel davranışlara direnilebileceğini

ifade etmektedir. Türkiye'de de bazı kuruluşlar, merkezler ve hekimler; halen eşcinselliğin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu iddia etmekte, bu amaçla çeşitli terapiler uygulamaktadır. Yıllar öncesinde hastalık olmaktan çıkartılmış olmasına rağmen çeşitli çevrelerce hâlâ tedavi edilmeye çalışıyor olması, eşcinsellik üzerinde sadece tıbbi değil; politik, dini, kültürel önyargı, öğreti ve inanışların ne kadar çok etki ve baskısı olduğunu kanıtlamaktadır.

1998 yılında onarım veya dönüştürme terapilerine karşı çıktığını bildiren Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000 yılında yeni bir bildirge yayımlamıştır. Burada; eşcinsel kişileri heteroseksüel yapma amacı güden bu tür terapilerin etkinliği ile ilgili kesin veriler olmadığı, uzun dönem sonuçlarının bilinmediği, literatürde çelişkili ve yetersiz bilgilerin bulunduğu, etik tartışmaların devam ettiği, bu tür terapileri savunan kişilerin eski psikoanalitik kuramlarla katı dini genellemeleri birleştirerek bilimselliği arka plana ittikleri ve dinin etkisi altında kaldıkları ifade edilmiştir. Dolayısıyla Amerikan Psikiyatri Birliği, sözü edilen onarım terapilerini onaylamadığını her fırsatta tekrar belirtmektedir (57). Amerikan Psikoloji Birliği, Kraliyet Psikiyatri Koleji, Avustralya Psikoloji Derneği yurt dışında; Türkiye Psikiyatri Derneği ise yurt içinde faaliyet gösteren ve benzer görüşlere sahip organizasyonlardır.

Zaman zaman Türkiye'de eşcinsellikle ilgili tartışmalar medyada alevlenmektedir. Genellikle eşcinselliğin hastalık olup olmadığı ve tedavi edilip edilemeyeceği ile ilgili konular tekrar tekrar gündemi işgal etmektedir. Böyle zamanlarda özellikle Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) gibi meslek derneklerinin basın açıklaması yaparak toplumu bilgilendirmeleri gerekli olmaktadır. Psikiyatrinin; psikoloji, nöroloji, sosyoloji gibi farklı disiplinlerle ortak alanlarının oluşu zaman zaman görüş farklılıklarına ve meslek sınır ihlallerine

neden olduğu için, eşcinsellikle ilgili toplumda var olan önyargı, stereotip ve olumsuz tutumları değiştirmek güçleşmektedir. Bu nedenle yine tıp eğitimi önem kazanmakta, cinsellik ve eşcinsellik gibi konularla ilgili olarak hekim adaylarının daha iyi eğitilmeleri gerekliliği bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

***Exodus International**: 1976 yılında kurulmuş olup, katılımcılarını klinik tedaviler yerine çeşitli onarım terapileri kullanarak eşcinsellikten kurtarmayı vaad eden Hıristiyan temelli uluslararası bir organizasyondur (http://en.wikipedia.org/wiki/Exodus_International)*

2.3 Homofobi , Homonegativizm, Heteroseksizm

Eşcinsellere ve eşcinselliğe karşı olumsuz duygu, düşünce, tutum ve davranışları anlatmak amacıyla temel olarak üç terim kullanılmaktadır; homofobi, homonegativizm ve heteroseksizm. Bunlardan ilki olan "homofobi", Yunanca "homos" (aynı) kökünden gelen homoseksüel ile "phobos" (korku) sözcüğünün birleşmesinden oluşmuştur. Homofobi; gey ve lezbiyenlere yönelik olumsuz, korkulu veya nefret dolu tutum ve davranışları ifade etmektedir. Terim ilk kez 1972 yılında, psikolog George Weinberg'in *"Society and the Healthy Homosexual"* kitabında kullanılmıştır (117).

Homofobi yaygın şekilde kullanılan bir terim olmakla birlikte birkaç nedenden dolayı eleştirilmektedir. Her ne kadar heteroseksüellerin gey karşıtı önyargılarını ifade etse de, bu tutumun klinik anlamda fobi olmadığı ve bu kişilerin diğer fobilerdeki gibi fobiyle ilişkili fizyolojik reaksiyonları yaşamadıkları gösterilmiştir (60). Ayrıca terimin içindeki –fobi sözcüğü nedeniyle, bireysel ve klinik bir durum akla gelmekte ve bu nedenle de eşcinsellere karşı olan önyargıların kültürel ideolojilerden köken alan sosyal bir fenomen oluşuna vurgu yapılmamaktadır. Bu terim eşcinselliğe karşı olumsuz tutumun daha çok affektif (korku) yanını vurguladığı için (58) bunun yerine Hudson ve Ricketts tarafından "homonegativizm" terimi önerilmiştir (59).

Homonegativizm gey karşıtı tutum, inanç ve yargıları içeren çok yönlü bir yapıya sahipken; homofobi, kişinin gey kişilerle olan ilişkilerde yaşadığı daha çok çeşitli emosyonel yanıtlardan (korku, öfke ve nefret gibi) oluşan tek boyutlu bir yapıya sahiptir. Yani homonegativizm, olumsuz tutumların daha çok inanç ve değer sistemleri ile ilgili olan kısmına işaret etmektedir.

Heteroseksizm doğal, normal, üstün ve kabul edilir olan cinsel yönelimin hetereoseksüellik olduğunu öne süren; heteroseksüel olmayan her türlü davranış, kimlik veya ilişkiyi damgalayan, reddeden ve aşağılayan ideolojik sistem anlamına gelir (61). Heteroseksizme, kültürel ve bireysel seviyelerde bakılabilir. Kültürel heteroseksizm, görünmez bir şekilde çalışarak toplumsal gelenek ve görenekleri istila etmektedir. Örneğin eşcinsel birlikteliklerin yasal olarak tanınmaması, eşcinsellerin askeriyede maruz kaldığı tutumlar gibi ayrımcılıklar buna örnek oluşturmaktadır. Psikolojik heteroseksizm ise bireysel olup, kişinin eşcinsellere karşı duyduğu nefret, saldırganlık duyguları şeklinde yansıtılmaktadır (62). Kısacası bugüne kadar toplumda yerleşmiş, kalıplaşmış olan kadın ve erkek rollerine uymayan, bir anlamda genelden "farklı" olarak görülen eşcinsel bireyler bu anlayış çerçevesinde fiziksel, duygusal ve psikolojik saldırılara maruz kalmaktadır. İşte bu saldırılara genel olarak "nefret suçu" denilmektedir.

Nefret suçu, toplumda azınlık bir gruba mensup olup; dil, din, ırk, etnik köken, cinsiyet, cinsel yönelim, yaş, fiziksel veya zihinsel engeller gibi farklılıkları nedeniyle diğerleri tarafından bir takım olumsuz stereotiplerle tanımlanan kişilere karşı uygulanan sözlü taciz, tehdit, sözlü ya da fiziksel şiddete denilmektedir (70,71).

Amerika'daki Ulusal Gey ve Lezbiyen Görev Gücü (1984)' nün araştırmasına göre, katılımcı eşcinsellerin %94'ü cinsel yönelimleri nedeniyle

hayatları boyunca bazı mağduriyetlere uğramıştır ki bu kişilerin neredeyse yarısı fiziksel şiddet ile tehdit edilmiştir. Bir çalışmada, görüşülen gey ve lezbiyenlerin %90'dan fazlasının sözel saldırı yaşadığını ve üçte birinden fazlasının da doğrudan cinsel yönelimleri ile ilgili olmak üzere kişiler arası şiddete maruz kaldığını bildirilmiştir (63). Diğer bir çalışmada, eşcinsellere karşı şiddetin ABD'de oldukça yaygın olduğu gösterilmiştir (64). Yine geçmiş yıllarda yapılmış çalışmalarda Amerikalıların eşcinselliği ve eşcinsel davranışları ahlaki olarak günah ve yanlış olarak nitelendirdiği, doğal görmediği, nefret duyduğu bildirilmiştir (65,66).

1989 yılında eşcinsel bireylerle telefonla görüşülerek yapılan bir araştırmada, görüşülen erkeklerin %5 ve kadınların %10'u, önceki sene fiziksel olarak hakarete uğradıklarını söylemişlerdir. Bu kişilerin neredeyse yarısının ise hayatlarının bir döneminde cinsel yönelimleri nedeniyle bazı ayrımcılıklara uğradığı (iş, ev, sağlık ve sosyal alanlarda) öğrenilmiştir (67).

Diğer araştırmalarda da anlamlı sayıdaki eşcinselin sözel istismar, ayrımcılık veya fiziksel hakarete uğradıkları gösterilmiştir. Berrill bu alandaki çalışmaları derleyerek; katılımcı eşcinsellerin %44'ünün saldırı ile tehdit edildiklerini, %33'ünün takip edildiklerini veya kovalandıklarını, %25'inin üzerine nesne fırlatıldığını, %13'ünün üzerine tükürüldüğünü ve %80'inin sözel hakarete maruz kaldığını göstermiştir. Fiziksel şiddeti ise ayrıntılandırarak %9 katılımcıya bir silah ile saldırıldığını, %17'sine daha basit fiziksel saldırılarda bulunulduğunu, %19'una vahşi şekilde saldırıldığını bildirmiştir (68, 69).

Heteroseksüellerin eşcinsel bireylere karşı olan olumsuz tutumlarının altında farklı nedenler yatmaktadır ve bu tutumların farklı işlevleri vardır (72). Deneysel işlev; öncesinde tanımış olduğu bir eşcinsele karşı duyduğu olumsuz ya

da olumlu duyguyu tüm eşcinsellere genelleme durumudur. Diğer taraftan hiç eşcinsel birisini tanımayan heteroseksüeller için eşcinsellik sadece bir semboldür. Bir sembol olarak eşcinsellik, kişinin kendisinden uzaklaştırdığı ve olmak istemediği şeyi temsil etmektedir. Böylece kişi, bu sembolü reddederek aslında kendisini tanımlıyor ve kendine olan beğenisini artırıyordur. Bunu da üç şekilde sağlamaktadır. Birincisi, kişi kendini heteroseksüellik ile bütünleşmiş olan önemli değerler ve inançlara bağlı kalmış hisseder (değer belirten işlev). İkincisi belirli bir gruba aidiyet hissini güçlendirir (heteroseksüel grup) ve önemli gördüğü bireylerden kabul görmeyi sağlar (sosyal işlev). Son olarak da kişi cinsellik veye cinsiyet ile ilgili bilinçdışı psikolojik çatışmalarını ile ilgili olan anksiyetesini azaltır (ego koruyucu işlev) (62). Yani nefret suçunu işleyen kişi aslında "öteki" olarak gördüğü mağdur üzerinden kendisini tanımlamaktadır. Eşcinsel olduğu için farklı, aşağı, kötü ya da günahkar olarak tanımladığı kişi sayesinde kendisi de bunun dışında olan yani kabul gören, sevilen, iyi ve doğru olan kişi olmaktadır.

Heteroseksüellerin, eşcinsellere karşı olan bu olumsuz tutum ve davranışlarının altında yatan diğer bir neden ise eşcinsellerle ilgili yerleşmiş olumsuz "stereotip" lerdir. Yunanca'daki stereos (katı) ve typos (nitelik, tip) sözcüklerinden oluşan stereotip terimi önceleri matbaacılıkta kullanılmaktaysa da, XVIII. yüzyıl başlarından itibaren sosyal psikologlar tarafından; dünyayı sınıflandırmamızı sağlayan, kafamızdaki sabit, katı, keskin sınırlı, dar ufuklu resimleri karşılayacak şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Basite indirgenmiş, basmakalıp genelleme anlamına gelmektedir. Dünyaya stereotipler ile bakar, birey ve grupları bu bakış açısı ile gruplandırırız. Bu nedenle stereotiplerin oluşumu, normal psikososyal gelişim sürecinde gerekli ve kaçınılmazdır. (73).

Olumsuz stereotipler; sosyal bir grup veya sınıfa ait olan kişilere karşı abartılı, yerleşik ve alçaltıcı inançlardır. Başka azınlıklarla ilgili diğer olumsuz stereotipler gibi eşcinsellerle ilgili olanlar da tarihten gelen kültürel ideoloji ve inanç sistemlerinin içselleştirilmesini yansıtmaktadır. Bu ideolojiler popüler kültürde çok yaygın olduğu için de stereotipler sürekli taze tutulmaktadır. Eşcinsellikle ilgili en yaygın stereotiplerden birisi eşcinsel yönelimin kalıtımsal şekilde cinsiyet rolüne uygunsuzluk ile ilişkili olduğudur. Yani lezbiyenlerin maskülen, geylerin ise feminen özellikleri olduğu yönünde bir yargı vardır. Bu nedenle davranış ve görünüşü kültürel cinsiyet tanımı ile uymayan kişiler daha fazla oranda eşcinsel olarak etiketlenmektedir (62). Bazı çalışmalarda stereotipik beklentilere uymayan eşcinsel kadın ve erkeklerin uyanlara göre heteroseksüeller tarafından daha yoğun şekilde nefret uyandırmakta olduğu gösterilmiştir (74). Diğer stereotipler de genel, tipik olarak kabul edilenin dışında kalarak tehdit unsuru oluşturan ve baskın gruba göre daha aşağı kabul edilen dışlanmış gruplarla ilgili kültürel ideolojileri yansıtır. Örneğin eşcinseller, siyah ırktan kişiler ve Yahudiler ile ilgili kültürel imajları araştıran bir çalışmada; genel olarak bu kişilerin aşırı cinsel iştahı olan, hayvansı, aşırı göze batan, sapkın, komplocu oldukları şeklinde stereotipler saptanmıştır (75). Bu tür olumsuz stereotipler, geçmişte ve günümüzde eşcinsel bireylere karşı işlenmiş ve işlenmekte olan nefret suçlarının ve homofobinin beslendiği kaynaklardandır.

Homofobik tutumlar kişiden kişiye de farklılık göstermektedir. Herek; homofobinin, hetereoseksüel maskülinitenin tamamlayıcı bir bileşeni olduğunu öne sürmüştür (76). Yine literatürde homofobi ve maskülinite arasında ilişki olduğuna dair kanıtlar vardır. Geleneksel erkek rolüne olan bağlılık artmış homofobi seviyesi ile ilişkilidir (77,78,79). Cinsiyetlerin karşılaştırıldığı

çalışmalarda da, cinsiyet rollerine daha güçlü bağlılığın yüksek homofobi seviyesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (80,81). Hipermaskülinite denilen durum, bir erkeğin cinsiyetine özgü abartılmış performanslara katılımına olan eğilimini yansıtır (82). Bir kişinin maskülinitesinin tehdit edilmesi; erkekler, kadınlar ve çevre ile ilişkilerde güç ve baskınlığı ispat etme isteği ile sonuçlanır, fiziksel ve cinsel saldırganlık gelişir (83). Yapılan çalışmalara eşcinsel bir uyaran karşısında homofobik erkeklerin homofobik olmayanlara oranla daha yüksek oranda fiziksel saldırganlık ve öfke ile karşılık verdiği gösterilmiştir (84). Ancak halen hipermaskülinite ve homofobi arasındaki özgül ilişki tam olarak değerlendirilmemiştir.

Yapılan çalışmalarda eşcinsel bireylere karşı takınılan tutumların birçok psikolojik, sosyal ve demografik değişkenden etkilendiği gösterilmiştir. Örneğin olumsuz tutuma sahip kişilerin daha az oranda eşcinsel bireylerle ilişkilerinin olduğu, daha güçlü dini veya muhafazakar dini ideolojiye sahip oldukları, geleneksel cinsiyet rollerini daha çok destekledikleri, cinsel yönelimin kişisel bir seçim olmadığına daha çok inandıkları, daha yaşlı ve düşük eğitim seviyeli oldukları, daha çok kırsal kesimde yaşadıkları gösterilmiştir (46,47,61,71). Ek olarak heteroseksüel erkeklerin heteroseksüel kadınlara oranla, özellikle geylere karşı olmak üzere eşcinsellere, daha önyargılı oldukları bilinmektedir. Bu fark, heteroseksüel kadınların eşcinsel erkekler ile daha çok tanışması ve dolayısıyla onları daha çok kabullenmekle ilgili olabilir (85). Çünkü erkeklerin üzerinde, kültürel olarak maskülen kabul edilmeyeni (erkek eşcinselliği) ve erkekliğin önemini olumsuzlayanı (lezbiyenlik) reddederek kendi erkekliklerini onaylatmalarına yönelik sosyal ve psikolojik baskılar vardır. Heteroseksüel kadınların ise kendi cinsiyet kimliklerini korumak için eşcinselliği reddedişe

ihtiyaç duymamaları, onların eşcinsellere karşı daha az önyargılı olmalarına ve daha çok gey birey ile tanışma olanağı bulmalarına yol açmaktadır (62).

Eşcinselliğin toplum tarafından kabul edilebilir bir şey olup olmaması, bireysel bir seçim olup olmadığı ile yakın olarak ilişkilidir. Haider-Markel ve Joslyn, homofobi ile ilgili 2003 yılında yapılmış bir araştırma üzerinde çalışarak "atıf teorisi" ni eşcinsellikle ilgili tutumlar için test etmişlerdir. Weiner'in kontrol edilebilirlik atfı teorisine göre; gözlenen bir davranışa karşı takınılan tutum, o davranışın kişi tarafından kontrol edilebilir olup olmadığı ile yakından ilişkilidir. Yazarlar bu teoriyi eşcinselliğe karşı takınılan tutumlara uygulamışlardır. Buna göre eşcinsellik; kişinin kontrol edebileceği yani öğrenilmiş veya kişi tarafından seçilmiş bir durum olarak kabul edildiğinde, eşcinsellere karşı olumsuz tutumlar artmakta ve destekleyici politikalara katılım azalmaktadır. Tam tersine eşcinsellik, doğuştan getirilen ve kişinin kontrol edemeyeceği yani değiştiremeyeceği bir durum olarak düşünüldüğünde, olumlu duygularda ve destekleyici politikalara katılımda artış olmaktadır. Yazarlar daha önceki çalışmalarda vurgulandığı üzere, eşcinselliğe bakış açısında dini inanç ve ideolojilerin önemli olduğundan bahsetmiş; ancak en güçlü belirleyicinin politika tarafından şekillenen atıflar olduğunu söylemişlerdir (15).

Dini inançlar açısından bakıldığında ise literatürde birbiri ile uyumlu sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Kiliseye gitme sıklığı arttıkça eşcinsellere karşı olan saldırgan tutumların da arttığı, muhafazakar ve Protestan dini grupların liberal ve Protestan olmayan gruplara göre daha homofobik oldukları birçok çalışmada gösterilmiştir (86,87,88,89). Bahsedildiği üzere tek Tanrılı üç din, eşcinselliği kesin bir şekilde yasaklamaktadır. Bu nedenle daha dindar olmak homofobik tutum ve davranışları artırıyor olabilir.

2.4 Eşcinsel Bireylerin Sağlık Hizmeti Deneyimleri

Hekimlerin gördükleri hastaların %3-6'sının gey ve lezbiyen olduğu tahmin edilmektedir (126). Eşcinsel popülasyonun, heteroseksüellerden farklı olabilen sağlık ihtiyaçları olduğu bilinmektedir (127). Eşcinsellerin aldıkları sağlık hizmeti ile ilgili tatminsizlik yaşadıkları bildirilmiştir (132). Bu nedenle eşcinsel hasta ve klinisyen arasındaki ilişkinin yakın şekilde incelenmesi gerekmektedir.

Yapılan araştırmalar eşcinsel bireylerin sağlık hizmeti alımında eşitsizlik yaşantıladıklarını göstermektedir (102). McNair ve arkadaşları 2001 yılında yaptıkları bir çalışmada, eşcinsel bireylerin sağlık hizmetinden eşit yararlanamamasını stres, damgalama, homofobi ve sosyal desteğin azlığı ile ilişkilendirmektedir (103). Yazarlar eşcinsel bireylerin hetereroseksüellere göre daha az miktarda sağlık hizmeti arayışına girdiklerini göstermiş; 791 lezbiyeni değerlendirdiklerinde, bu kişilerin hem temel hem alternatif sağlık hizmetlerinden, heteroseksüel kadınlara göre daha az yararlandıklarını bulmuşlardır. Yine bir çalışmada eşcinsel bireyler için en anlamlı tıbbi riskin, rutin sağlık taramalarından kaçınmaları olduğu belirtilmiştir (127). Son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda eşcinsel kadınların, hetereoseksüel olanlara göre PAP (Papanicolaou) smear ya da mammografi gibi kanser tarama hizmetlerinden daha az yararlandıkları bildirilmiştir (128,129,130). Benzer şekilde geylerin de koruyucu sağlık hizmetlerini hetereseksüel erkeklerden daha az aldıkları gösterilmiştir (131). Yine 14-21 yaş arası 750 lezbiyen, gey ve biseksüel ile yapılan bir çalışmada; katılımcıların sağlık hizmeti almaktan kaçındıkları gösterilmiştir (104). Bu çalışmada, katılımcıların sadece %11'inin, bir sağlık

sorunu ile karşılaştıklarında hizmet arayışına girdikleri bulunmuştur. Bazı yazarlar, bunu, cinsel kimliklerini açıklamak zorunda kalma ve sağlık personelinden duyarsız davranış görme korkusuna bağlamışlardır (133). Bazıları ise, temel sağlık hizmeti aldıkları kişilerle iletişim kurma zorluklarıyla ilişkili bir durum olduğunu öne sürmüştür (132).

Hasta memnuniyetsizliği eşcinsel bireyler arasında yaygındır. Yapılan bir çalışmada birçok eşcinsel birey, hekimlerinin kendi özel sağlık ihtiyaçlarına karşı hassas olmadıklarını bildirmiştir (134). Homofobik görüşler nedeniyle birçok gey ve lezbiyenin cinsel yönelimlerini gizli tuttukları gösterilmiştir (127). Tüm bunların yarattığı sosyal destek eksikliği sonucunda eşcinsel bireyler arasında alkol ve madde kötüye kullanım oranları da artmaktadır (135).

Heteroseksüel ve GLBT (Gey, Lezbiyen, Biseksüel, Transeksüel) bireylerin karşılaştırıldığı çalışmalarda; ayrımcılık davranışlarına maruz kalmanın psikolojik stres ve ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. İngiliz araştırmacılar GLBT bireylerin heteroseksüel bireylerden daha fazla psikolojik sorun yaşadıklarını göstermişlerdir (105). Aynı araştırıcılar, homofobinin özellikle ruhsal durum üzerine ciddi olumsuz etkisi olduğunu ve depresyon, anksiyete bozukluğu ve benlik saygısında azalmaya yol açtığını belirtmişlerdir. 2000 yılında 408 gey bireyin değerlendirildiği bir çalışmada; %27'sinin major depresyonda olduğu (genel popülasyondan 8 kat fazla), %27'sinin distimik olduğu (genel popülasyondan 12 kat fazla) gösterilmiştir (106). Başka bir çalışmada gey bireylerin; madde kullanımı, intihar ve diğer ruhsal rahatsızlıklar açısından riskli olduğu belirtilmiştir (107).

Bir metaanalizde; GLB bireylerin heteroseksüellerden daha çok ruhsal hastalık riski taşıdığı gösterilmiştir. Yazar bunu azınlık stresi ile açıklamış;

damgalanma, önyargılar ve ayrımcılığın ruhsal hastalıklara neden olan saldırgan ve stresli çevreyi yarattığını belirtmiştir (108). Sonuçta cinsel yönelimin kendisi değil; önyargılı deneyimler yaşama, reddedilme beklentisi, saklanma, içselleştirilmiş homofobi gibi süreçlere bağlı olarak bir artmış ruhsal hastalık riskinden söz edilebilir.

Genel olarak eşcinsellerde alkol ve madde kullanım bozuklukları da yüksek oranda izlenmektedir. Bir çalışmada; heteroseksüel bireylerde %10-12 arasında olan madde kullanım oranının, geyler arasında %28-35 arasında olduğu bulunmuştur (109). İngiliz araştırmacılara göre eşcinsel bireyler alkol, sigara ve yasa dışı maddeleri daha çok kullanılmaktadır ve bunun nedeni sosyal ve ilişki sorunları olabilir (105). 1998 yılında Avustralya'da 20-29 yaş arası 500 GLBT bireyle yapılan bir çalışmaya göre; eşcinseller arasında alkol ve madde kullanımı heteroseksüellere göre 2-4 kat fazladır. Ayrıca katılımcıların ¾'ünün amfetamin türevlerini denediği bulunmuştur ki aynı maddenin genel popülasyondaki denenme oranı %20'dir (110). Dolayısıyla GLBT bireyler, artmış madde kullanımının yarattığı çeşitli tıbbi sorunlar nedeniyle, sağlık hizmetlerine daha da çok ihtiyaç duymaktadır.

Eşcinsel bireylerin hayatlarında özellikle önemli ve riskli olan bir dönem de ergenlik dönemidir. Hemcinslerinden cinsel açıdan etkilendiklerini farkeden ergenler, bu durum nedeniyle hekime başvurduklarında; bununla nasıl başa çıkacağını bilmeyen ve sıklıkla yetersiz bilgisi olan bir hekim grubu ile karşılaşmaktadır. Bu ergenlerin bir kısmının eşcinsel cinsel yönelimi olacağını düşünürsek; karşılaştıkları olumsuz sağlık hizmeti deneyimi sonucunda, ileride de ihtiyaç duyacağı bir alanla ilgili nasıl olumsuz bir önyargıya sahip olacaklarını anlayabiliriz. Ayrıca ergenlerin bu dönemde yeterli destek alamamaları, ileri

yaşantılarına da yansıyacak belli sorunlara neden olmaktadır (105). Hart ve Heimberg, ergen grubun; otorite figürleri, aile ve arkadaşların homofobik tutumlarına maruz kalma, depresyon, intihar, sosyal anksiyete, beden algısı bozukluğu ve madde kötüye kullanımı açısından risk altında olduğunu göstermiştir (111). ABD'deki gey ergenlerin %30'unun, en az bir kez intihar girişimi olduğu gösterilmiştir (112).

Genel olarak bakıldığında sağlık çalışanlarının örtük ya da açık homofobik tutum ve davranışlarının; eşcinsel bireylerin sağlık sektörüne başvurma motivasyonlarını, hekim-hasta ilişkisindeki güveni ve açıklığı azalttığını söyleyebiliriz. 622 eşcinsel kadın ve erkek, sağlık çalışanlarına cinsel yönelimleri hakkında açık olmalarını etkileyen etmenler açısından 1980 yılında yapılan bir anket çalışmasında incelenmiştir. Katılımcıların %49'u eşcinsel olduklarını sağlık çalışanlarına açık şekilde belirtirken, %11'i sağlık çalışanının bunu bildiğini varsaymış ve sadece %7'si hiçbir şartta bunu paylaşmayacağını belirtmiştir. Yine katılımcıların %27'si daha önce başvurdukları bir sağlık çalışanının eşcinsellere karşı önyargılı olduğunu hissettiklerini ifade etmiştir (99).

Bir çalışmada 575 eşcinsel bireye anket uygulanarak sağlık hizmeti deneyimleri sorulduğunda; %87'si temel sağlık hizmeti aldığı hekimin kendisine heteroseksüellerle aynı kalitede hizmet verdiğini ve eşit davrandığını, %71'i eşcinsellerle ilgili konulara karşı hassas olduğunu söylemiştir. Katılımcıların %70'i cinsel yönelimini hekimi ile paylaştığını, %29'u hekimin kendisinin sorduğunu ifade etmiştir. Hekime açılmama nedeni olarak katılımcıların %47'si kötü tepki ve tedavi almaktan endişe ettiklerini belirtmiştir. %17'si ise cinsel yönelimleri nedeniyle hekime başvurmayı erteleddiklerini söylemiştir (113).

Lezbiyenlerin genel pratisyenlerine cinsel yönelimlerini açmaları ile ilgili deneyimlerini araştırmak amacıyla 28-59 yaş arasında altı kadın ile görüşme yapılmıştır. Sonuçta lezbiyen hastaların hekimlerine cinsel yönelimlerini açmak isteyebilecekleri ama bazı engellerle karşılaştıkları ve hekimlerin açık ve güvenilir bir ortam oluşturmasının bunu kolaylaştıracağı saptanmıştır (114).

47 biseksüel ve lezbiyen kişi ile yapılan bir araştırmada, katılımcıların olumlu ya da olumsuz davranan hekimler ile deneyimleri olduğu, bazılarının tıbbi açıdan gerekli görünse bile cinsel yönelimlerini açıklamadıkları veya kabullenici bir hekim aramaya başladıkları bulunmuştur (115).

53 lezbiyen bireyle, aile hekimleriyle olan deneyimlerinin görüşüldüğü bir başka çalışmada; katılımcıların çoğu cinsel yönelimlerini hekimlerine söylemenin önemli olduğunu belirtmiş ve çoğu da bunu gerçekleştirdiğini ifade etmiştir. Her ne kadar bir kısmı hekimlerine açıldıktan sonra, aldıkları hizmetin kalitesinde düşme hissettiyse de; genel olarak grup, aldığı hizmetin kalitesiyle ilgili bir sorun yaşamadığını bildirmiştir. Çoğu, kadın hekim tercih ettiğini ifade etmiştir. Kadın hekimleri daha çok açık, şefkatli, kabullenici görürlerken; erkek hekimleri daha çok tahammülsüz ve homofobik olarak nitelendirmişlerdir. Ancak cinsel yönelimlerini açıkladıktan sonra hekimlerinden gelen tepkilere bakıldığında, erkek ve kadın hekimler arasında fark saptanmamıştır (116).

Özetle, eşcinsel bireylerin gereksinimleri olduğunda bile hekime başvurmaktan çekinmelerinin nedenleri; daha önce sağlık hizmeti alırken yaşamış oldukları olumsuz deneyimler, karşılaştıkları açık ya da örtük homofobik ve heteroseksist tutumlar, hekimlerin eşcinsellik ve cinsellik konusundaki yetersiz bilgilerinin olması gibi nedenlere bağlanabilir. Eşcinsel bireylerin yaşadıkları

toplumda maruz kaldıkları duygusal, psikolojik ve fiziksel şiddet; yardım almaları gereken bir alan olan sağlık sektöründe de karşılarına çıkmaktadır.

2.5 Hekimlerin Eşcinsellikle İlgili Tutumları

Eşcinsellik 1973 yılında psikiyatrik bir hastalık olmaktan çıkartılmış olsa da, hekimlerin eşcinselliğe ve eşcinsellere olan bakış açıları, tutum ve davranışlarında bu denli keskin değişmeler olmamıştır. Olasılıkla eşcinsellikle ilgili yargı ve düşünceleri şekillendiren etkenlerin sadece tıbbi olmayışı; bu yargı ve düşüncelerin dini inanışlar, politik inançlar, kültürel yapı, kişisel özellikler, stereotipler gibi birçok etken tarafından etkileniyor olması buna yol açmaktadır. Literatüre baktığımızda; hekimlerin eşcinsellikle ilgili tutumlarını araştıran eski ve yeni birçok araştırma ile karşılaşmaktayız.

Modern Tıp Dergisi'nde 1969 yılında yayımlanan bir araştırmada (ki bu çalışma yapıldığında eşcinsellik hâlâ hastalık sınıflamalarında yer almaktaydı) ABD'de çalışan; %8'i psikiyatr, %26'sı genel pratisyen ve %10'u genel cerrah olan 17741 hekime anket yolu ile ulaşılmıştır. Bu ankette küretaj, esrarın yasallaşması gibi konuların yanısıra eşcinselliğin yasallaşması ile ilgili de sorular sorulmuştur. Psikiyatrların %92'si yani 2041 kişi, eşcinsel ilişkilerin yasallaşmasını destekler yönde yanıt vermiştir. Eşcinselliğin yasallaşmasını en az destekleyen 3 uzmanlık alanı genel cerrahi (%59), genel pratisyenlik (%59) ve ortopedi (%58) olarak bulunmuştur (92). 1973 yılında İngiltere'de yapılan bir başka çalışmada rastgele seçilen 150 genel pratisyen ve 150 psikiyatra anket verilmiştir. Psikiyatrların eşcinselliği daha çok doğuştan gelen bir durum olarak gördükleri, genel prastisyenlerin %4'ünün ve psikiyatrların %8'inin eşcinselliği hastalık olarak gördükleri saptanmıştır (93). 1974 yılında Avustralya'da yapılan

bir araştırmada; örneklemi oluşturan psikiyatrların %35'inin ve psikiyatri asistanlarının ise %19'unun eşcinselliği nevrotik bir hastalık olarak gördüğü bildirilmiştir (94).

Diğer bir çalışmada aynı coğrafi alandaki 510 psikiyatra ve eşit sayıdaki genel pratisyene mektup şeklinde, erkek eşcinselliği ile ilgili bazı ifadeleri içeren anketler yollanmıştır. Anketlerde; "eşcinsellik bir hastalıktır", "geyler nevrotiktir", "geyler feminendir", "geyler çocuklar için tehlikelidir" gibi ifadeler bulunmaktadır. Psikiyatrların %45'i ve genel prastisyenlerin %39'u ankete yanıt vermiştir. Eşcinselliğin bir hastalık olduğuna psikiyatrlar daha az katılmıştır. Genel pratisyenlerin pedofili ve eşcinselliğin farkını psikiyatrlardan daha az bildikleri ve psikiyatrların %19'unun eşcinselleri nevrotik olarak değerlendirdikleri gösterilmiştir (95).

1983 yılında 510 psikiyatr ve psikiyatri asistanına, 94'ü gey olmak üzere yine 510 genel pratisyene ve 510 gey bireye; erkek eşcinselliği ile ilgili sorulardan oluşan anket posta yoluyla gönderilmiştir. Eşcinsel hekimlerin %56'sı, psikiyatrların %45'i, genel pratisyenlerin %38'i ve gey grubunun %34'ü ankete yanıt vermiştir. Yapıldığı tarih olarak henüz AIDS pandemisinin etkilerinin İngiltere'de görülmediği bir zaman olan çalışmanın tartışmasında yazarlar; hekimlerin kendi cinsel yönelimlerinin ve uzmanlık alanlarının eşcinselliğe bakış açılarını etkilediğini bildirmişlerdir (96).

1982 yılında Kaliforniya'da yapılan bir çalışmada 2364 hekime; eşcinselliğe, eşcinsel meslektaşlarına ve hastalarına karşı olan tutumlarını ölçmek amaçlı olarak anket gönderilmiş ve %43'ü yanıt vermiştir. Katılımcıların yaklaşık dörtte biri eşcinselliğe karşı güçlü olumsuz duygular hissetmekte olduğunu, %30'u eşcinsel bir adayı tıp fakültesine kabul etmeyeceklerini, %40'ı eşcinsel

hekimlerin pediyatri veya psikiyatri uzmanlığı almasını desteklemeyeceklerini belirtmiştir. Daha çağdaş mezunların, eski meslektaşlarına oranla eşcinselliğe karşı daha kabullenici tutum içinde oldukları ve uzmanlık alanları arasında da eşcinselliğe bakış açısından anlamlı farklar olduğu bulunmuştur (97).

1974 yılında 908 psikiyatra, kadın eşcinselliğinin tedavisi ile ilgili tutumlarını araştıran bir anket uygulanmış. %42 oranında yanıtlanan ankette; katılımcıların %98'i eşcinsel ilişkinin yasallaşmasını savunmuş, %66'sı lezbiyen eşcinsel davranışlarını psikiyatrik terimlerle tanımlamaya karşı çıkmış, %87'si "ruhsal açıdan sağlıklı" tanımlamaları içine eşcinsel bir kadını koyabileceklerini belirtmiş, %66'sı lezbiyenliğin hastalıklı olma hali olduğuna dair var olan geleneksel inanca itiraz etmiştir (98).

5 kadın (3'ü lezbiyen) ve 23 erkek (17'si gey) hekim ile yüzyüze, yarı yapılandırılmış şekilde görüşmelerin yapıldığı bir çalışmada; hekimler arasında daha çok örtük olmak üzere homofobik tutumların bulunduğu, eşcinsel hekimlerin profesyonel hayatlarında eşcinsel olmanın zorluklarını yaşadıkları bildirilmiştir (90).

New Mexico'da yapılan bir çalışmada, 1949 hekime e-posta yolu ile eşcinselliğe bakışlarını ölçmek amaçlı anketler gönderilmiştir. Gelen yanıtlara göre katılımcılar homofilik, nötr ve homofobik olarak tanımlanmıştır. Ankete yaklaşık %50 oranında katılım sağlanmıştır. Erkek katılımcıların %8'i, kadın katılımcıların %1,6'sı homofobik olarak değerlendirilmiştir. Yazarlar cinsiyet, uzmanlık dalı, yaşanılan yerin büyüklüğü ve kişisel deneyimler gibi değişkenlerin; hekimlerin eşcinselliğe bakışlarını etkilediğini bulmuşlar ve tıp alanında homofobinin önceki dönemlere göre azalmakla birlikte halen sürdüğünü belirtmişlerdir (91).

Türkiye'de yaş ortalaması 26 olan 329 katılımcının eşcinsel kadın ve erkeklere yönelik olumsuz tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %44'ü üniversite öğrencisi, %24'ü öğretmen, %12'si polis ve %20'si hekim olarak belirtilmiştir. Erkek katılımcıların, hem kadın hem erkek eşcinsellere yönelik olumsuz tutum puanlarının kadın katılımcılardan yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada; üç meslek grubu içinde en yüksek olumsuz puana sahip grup polisler, ardından hekimler, ardından öğretmenler olarak görülmüştür (16).

Genel olarak sağlık çalışanlarının, bir dereceye kadar homofobik ve eşcinselliğe karşı önyargılı sayılabilecekleri ifade edilmiştir (118). İngiltere'de 2004 yılında yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarında homofobi ve heteroseksizmin yaygın olduğu gösterilmiştir (102)

Hekimlerin ve toplumun homofobik ve önyargılı tutumlarını etkileyen bir konu da HIV/AIDS'tir. 1985 yılında yapılan bir çalışmada; hekimlerin %10'unun, HIV kapan kişilerin bunu hakettiğini düşündüğü gösterilmiştir (119). 1988'de yapılan bir çalışmada da hekimlerin benzer düşüncelerinin sürdüğü ifade edilmiştir (120).

Birçok klinisyen, hastalarla cinsel konularda konuşmaktan utandığını veya endişe duyduğunu belirtmektedir. Bunun nedeni, yetersiz olduklarını bildikleri bir alanla ilgili korku duymaları olabilir. Pediyatristler üzerinde yapılan bir araştırmada, %90'ının bilgi ve beceri eksikliği nedeniyle cinsel yönelim konusuna yaklaşmada tereddüt yaşadıkları bildirilmiştir. Ancak birçok klinisyen eşcinsel bireylerin ihtiyaçları ile ilgili öğrenmeye istek duymaktadır ve bunların %72'si gey sağlığı ile ilgili daha çok bilgi isterken, %48'i ileri eğitim beklemektedir (137).

Klinisyenler, farkında olmadan söyledikleri bazı sözler veya yaptıkları bazı davranışlar ile de eşcinsel hastaları olumsuz etkilemektedirler. Hastanın cinsel yönelimini bilmeden heteroseksüel olarak kabul etmek ve buna yönelik öykü almak bunların en önemlilerinden birisidir. Yapılan birçok çalışmada bu tutumun sağlık hizmetinin kalitesini düşürdüğü gösterilmiştir (132,144,145). Bir diğer hatalı tutum ise, tüm gey ve lezbiyen bireylerin ortak endişe ve davranışları paylaştığı şeklinde bir düşünce ile hastalara yaklaşmaktır. Örneğin bir çalışmada, lezbiyenlerin %77'sinin heteroseksüel cinsel ilişki öyküsü olduğu bildirilmiştir (146). Eğer ayrıntılı bir cinsel öykü alınmazsa, tıbbi müdahale ve önerilerde eksiklik olabilmektedir. Bunun dışında bazen sözel veya sözel olmayan davranışlarla hastaya olumsuz mesajlar yollanabilmektedir, bu nedenle eşcinsel hastalar için güvenli bir ortam oluşturmak önemlidir. Eşcinsel hastaların aile yapıları da hekim tarafından anlaşılmalı ve aileler desteklenmelidir (147).

Vreeland ve arkadaşları; 508 psikiyatrın, erkek eşcinselliğinin etyolojisi ile ilgili 12 hipoteze olan inançlarını sorgulamışlar. Bunlardan dört tanesi biyolojik (genetik kalıtım, prenatal hormonal gelişim, hipotalamusun yapısal farkları, beyin organizasyonu), kalan sekiz tanesi ise çevresel etkenlerle ilgili hipotezlerdir (baskın anne, zayıf baba, hemcinsi bir yetişkin tarafından baştan çıkartılma, çocuğun karşı cins gibi giydirilmesi, ebeveynlerin karşı cinste bir çocuk beklentisi, ebeveynlerin evlilik yapısı, tek çocuk olma, doğum sırası). Buna göre psikiyatrın ait olduğu okulun ve psikiyatri alanında çalıştığı sürenin, etyolojik bakış açısı üzerine anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Psikoanalitik okula ait olanlar çevresel etkenleri diğer psikiyatrlardan daha önemli bulmuşken, otuz yıldan fazla psikiyatri pratiği olanlar en çok inandıkları ilk dört hipotez içine çevresel bir etkeni de dahil etmişlerdir. Bunlardan bağımsız şekilde genel olarak

katılımcılar; eşcinselliğin etyolojisi ile ilgili hipotezlerden, en çok biyolojik faktörleri (genetik kalıtım ve prenatal hormonal gelişim) anlamlı bulmuştur (14).

Sonuç olarak hekimlerin eşcinselliğe bakış açılarının sadece tıbbi bir çerçevede olmadığını söylemek yanlış olmayacaktır. Aldıkları eğitim, geçmişten getirdikleri kemikleşmiş öğreti ve inançlar, bağlı bulundukları okul, uzmanlık alanları gibi birçok faktörün da etkisiyle hekimlerin eşcinsellik hakkındaki düşünce, tutum, yargıları değişmekte; eşcinsel hastalara karşı etik hatalar yapmalarına giden yolu da açmaktadır.

2.6 Tıp / Tıp Dışı Üniversite Eğitimi ve Homofobi

Yukarda verilen tarihsel gelişim ve çalışmalara bakıldığında, hekimlerin eşcinselliğe ve eşcinsel bireylere karşı homofobik tutumlarının hiç de az olmadığı sonucuna varılabilir. Bunun olası birçok nedenlerinden birisi de hekimlerin tıp fakültesinde cinsellik, cinsel yönelimler, eşcinsellik gibi konularda yeterli eğitim almamaları olabilir.

1986 yılında Mississipi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada, 2. ve 3. sınıftaki 119 öğrenciye öyküde bazı ortak özelliklerin olduğu 4 farklı hasta örneğinden birisi okutulmuştur. Burada bahsi geçen hasta eşcinsel bir lösemi hastası, heteroseksüel bir lösemi hastası, eşcinsel bir AIDS hastası ya da heteroseksüel bir AIDS hastası olarak betimlenmiştir. Hasta örnekleri rastgele seçilmiş olup her öğrenci tek bir örnek okumuştur. Sonrasında katılımcı öğrencilere, öyküsünü okudukları hastaya karşı tutumlarını ölçen soruların olduğu formlar verilmiştir. Sonuçta öğrencilerin hem AIDS'li hem eşcinsel hastalara karşı olumsuz ve önyargılı tutumları olduğu bulunmuştur. Yazarlar tıp fakültesindeki eğitimcileri bu konuyla ilgili duyarlı olmaya çağırmıştır (143).

1990 yılında yapılan bir çalışmada Kolombiya Üniversitesi 3. sene tıp öğrencilerinin %69'u AIDS hastaları, eşcinsel erkekler ve damar içi madde kullanımı olan hastalara karşı olan tutumları ile ilgili bir ankete yanıt vermiş ve yanıtları Mississippi Üniversitesi'ndeki öğrencilerle karşılaştırılmıştır. Mississippi Üniversitesi'ndeki öğrencilerin AIDS hastaları ve eşcinsel erkeklere karşı oldukça yüksek oranlarda olumsuz tutum ve önyargı gösterirken, Kolombiya Üniversitesi öğrencilerinin eşcinsel erkeklere olumsuz tutum içinde olmadıkları ve AIDS hastalarına da çok daha az oranda önyargılı oldukları bulunmuştur. Ancak damar içi madde kullanımı olan hastalara karşı oldukça fazla olumsuz tutumları olduğu saptanmıştır. Yazarlar tıp eğitimi sırasında öğrencilerin tutumlarını çok sayıda değişkenin etkilediğini belirtmişlerdir (100).

GLBT olan hastalara karşı olan tutumlarını değerlendirmek amacıyla, metropoldeki bir tıp fakültesinin 3. ve 4. yıl öğrencilerine, 2004 yılında 64 sorudan oluşan bir ankete internet üzerinden katılım daveti gönderilmiştir. 320 öğrencinin 248'i (%77.5) davete yanıt vermiştir. GLBT olan hastalarla daha fazla klinik deneyimi olan öğrencilerin; daha fazla sayıda cinsel öykü aldıkları, GLBT olan hastalara karşı daha olumlu tutumlara sahip oldukları ve GLBT sağlık sorunları ile ilgili daha fazla bilgi sahibi oldukları saptanmıştır (101).

İngiltere'deki tıp fakültesi öğrencilerinin geylere karşı olan tutumlarını değerlendirmek amacıyla, 1994-1997 yılları arasında 428 öğrenciye (yarısı erkek) anket uygulaması yapılmıştır. Katılımcıların %10-15 kadarının, özellikle de dini inanışlarının fikirlerini çok belirlediğini söyleyen öğrencilerin; erkek eşcinsellere, biseksüellere ve AIDS hastalarına daha olumsuz tutumları olduğu bulunmuştur (125).

Tıp dışı üniversite öğrencilerinin eşcinselliğe bakış açıları ile ilgili olarak Türkiye'de yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi ve Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi'nde farklı bölümlerde öğrenim görmekte olan 70 kadın, 20 erkek toplam 90 üniversite öğrencisinin eşcinsellikle ilgili görüşlerinin incelendiği bir araştırmada; katılımcıların eşcinselliğin nedenlerini birey dışındaki etkenlere yükledikleri, eşcinselliği ruhsal bir bozukluk olarak gördükleri, eşcinselliğe yönelik olumsuz yaklaşımlar içinde oldukları ve kişinin eşcinsel bireylere yakınlık derecesi arttığında yaklaşımların olumsuz yönde değişim gösterdiği bulunmuştur (121). Başka bir çalışmada 140 kadın 194 erkek toplam 334 üniversite öğrencisinin; eşcinsellikle ilgili en olumsuz tutumları gey bireylere atfettiği gösterilmiştir (122). Ortadoğu Teknik Üniversitesi'de okuyan ve daha önce hiçbir eşcinsel bireyle tanışıklığı olmayan 54 heteroseksüel öğrenciye Hudson ve Ricketts'in "Eşcinsellere Karşı Tutum Ölçeği" nin Türkçe versiyonu uygulanmıştır. 45 gün sonra katılımcılar deney ve kontrol grubu olarak rastgele ayrılmıştır. Deney grubundaki öğrenciler sınıf ortamında bir lezbiyen birey ile tanıştırılmıştır. Lezbiyen birey kendisi ile ilgili bilgi vermiş ve öğrencilerin sorularını yanıtlamıştır. Sonrasında her iki gruba da aynı ölçek uygulandığında iki grup arasında anlamlı bir fark çıktığı bulunmuştur (123). Bu çalışma, eşcinsel kişilerle temas ve tanışmanın, öğrencilerin kafasındaki olumsuz yargı ve inançları değiştirebileceğini göstermesi açısından anlamlıdır. Yine 77 kadın ve 106 erkek heteroseksüel üniversite öğrencisinin değerlendirildiği bir çalışmada, erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre eşcinsellere karşı daha stereotipik tutumları olduğu saptanmıştır. Yine daha önceden herhangi bir eşcinselle sosyal teması olmayan kişilerin de daha stereotipik tutumları olduğu gösterilmiştir (124).

Hindistan'daki bir tıp fakültesindeki 365 öğrencinin katıldığı bir ankette %41'inin eşcinselliği normal karşıladığı, %8.7'sinin suç olarak gördüğü, %8.5'inin günah ve %1.4'ünün anormal bir davranış olarak gördüğü bildirilmiştir. Katılan öğrencilerin %84,1'i, cinsellik eğitiminin okul ya da üniversitede verilmesini istediklerini ifade etmiştir. Yazarlar genel olarak katılımcıların cinsellik ile ilgili bilgilerini yeterli bulmuş ancak sistematik bir eğitim ile bilgi eksikliklerinin doldurulabileceğinden bahsetmişlerdir (141).

1999 yılında Batı Avustralya'daki tıp fakültesi ve hemşirelik fakültesi öğrencilerine cinsellikle ilgili bilgilerini öğrenmek amacıyla anket uygulaması yapılmıştır. Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile, cinsel tutum ve cinsellik bilgileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Dini inanç ile cinsellik hakkındaki tutum ve bilgi arasındaki ilişkinin en güçlü olduğu gösterilmiş olup, dini uygulamaları sık gerçekleştiren öğrencilerin cinsellikle ilgili daha olumsuz tutum ve bilgileri olduğu ifade edilmiştir. Yine cinsellikle ilgili bilginin azlığının, eşcinsel davranışlara karşı olumsuz tutumlarla ilişkili olduğu gösterilmiştr. Olumsuz tutumlar ile ilişkili diğer sosyodemografik özelliklerin ise; hiç cinsel ilişki yaşamamak, sağ politik görüşe sahip olmak gibi özelliklerle bağlantılı olduğu bildirilmiştir. Sonuçta yazarlar; cinsel konularda verilen eğitimi artırmanın, cinsel öykü almada ve cinsel danışmanlıkta daha beceri sahibi hekimlerin yetişmesini sağlayacağını belirtmişlerdir (142).

Tıp fakültesi öğrencilerinin değerlendirildiği Türkiye kaynaklı çalışmalar ise oldukça kısıtlıdır. 2001-2002 öğretim yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. ve 6. sınıfa devam eden 201 öğrenciye cinsel tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla anket uygulanmıştır. Anketin tartışma ve sonuç kısmında yazarlar, tıp fakültesi öğrencilerinin cinsellik ile ilgili tutum ve bilgilerinin yeterli

olmadığı, cinsel tutum ve davranışlarında erkek-kadın farkının ve cinsiyet ayrımcılığını körükleyen geleneksel yapının etkilerinin sürmekte olduğunu, cinsellik alanında eğitimin desteklenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (138).

Yurt dışı kaynaklı bir çalışmada mezun hekimler, tıp fakültesindeki iletişim becerileri eğitiminde en çok üzerinde durulmasını istedikleri üçüncü konunun cinsel öykü alma olduğunu ifade etmişlerdir (139).

ABD'nin çeşitli tıp fakültelerinin dahil edildiği bir araştırmada, 4 yıllık tıp öğretiminde eşcinsellik konusuna ayrılan sürenin ortalama olarak 3 saat 26 dakika olduğu saptanmıştır. Bu sürenin çoğu, insan cinselliği ile ilgili derslere ayrılmaktadır. Ayrıca araştırma, tıp fakültelerinde eskiden beri insan cinsel sağlığına sınırlı önem verildiğini göstermiştir. Sonuçta mezun olan hekimlerin, birçok cinsel konuda hastalara hizmet vermede yetersiz olduğu belirtilmiştir (136).

İngiltere'deki iki tıp fakültesinde ortak yürütülen bir cinsel eğitim kursu gerçekleştirilmiştir. Kurs konuları içinde eşcinsellikle ilgili bilgi ve becerilerin kazandırılması da işlenmiştir. Kursun sonunda öğrencilere anket uygulandığında, katılımcılar birçok alandaki bilgi ve kendine güvenlerinin anlamlı derecede arttığını, eşcinsel bireylerle daha iyi iletişim kurabileceklerini, eşcinsel bireylerin karşılaştıkları sorunların ne oldukları hakkında bilgi sahipleri olduklarını ifade etmişlerdir (140).

Avrupa Birliği'nin Türkiye Üreme Sağlığı Programı çerçevesinde "Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Mezuniyet Öncesi Eğitim Kapasitesini Güçlendirme Projesi" oluşturulmuştur. Projenin tıp eğitimi müfredatı içeriğinde; cinsel sağlık, üreme sağlığı, güvenli annelik, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, adolesan ve gençler için cinsel sağlık ve üreme sağlığı, ileri yaş

cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunları gibi konular bulunmaktadır. “Gençlerin cinselliği” konulu başlık altında toplumsal cinsiyet ve kimlik, eşcinsellik, homofobi gibi kavramların da öğretilmesi amaçlanmıştır.

Benzer proje veya kurslar, tıp fakültesinde okumakta olan öğrencilerin cinsellik ve cinsel yönelimler gibi konularda bilgilenmesini sağlayabilir; ancak ideal olanın bu konularla ilgili eğitime tıp eğitimi müfredatı içinde yeterince yer vermek olacağını düşünmekteyiz (148).

III. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamızda sağlık hizmeti sunan psikiyatri hekimleri ve psikiyatri dışı hekimler ile tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin eşcinsellik hakkındaki tutum ve yargılarının saptanması ile; gey ve lezbiyen cinsel yönelimi olan insanların sağlık hizmeti alırken karşılaştıkları tutumların araştırılması ve karşılaştırışması hedeflenmiş ve bu amaçla dört grup oluşturulmuştur.

3.1 Katılımcıların Seçimi

Birinci grup:

Hedeflenen katılımcı kitlesi Türkiye'deki özel sağlık kuruluşları, eğitim, devlet ve üniversite hastaneleri veya tam zamanlı serbest muayenehanelerde çalışmakta olan uzmanlık öğrencisi, uzman veya akademisyenlerden oluşan yaklaşık 2000 psikiyatr olup, cinsiyet ya da yaş sınırlaması yoktu. Psikiyatrların üye oldukları psikiyatri meslek e-posta grubuna gönderilen ankete, 147 psikiyatrdan yanıt geldi.

İkinci grup:

Bu grupta Ankara'daki Üniversite ve Devlet hastanelerinde çalışmakta olan uzmanlık öğrencisi, uzman veya akademisyenlerden oluşan psikiyatri dışı alan hekimleri yer aldı. Ankete katılmak isteyen 224 hekim çalışmaya alındı.

Üçüncü grup:

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencileri ise üçüncü grubu oluşturdu. Gazi Tıp Fakültesi'nden 280 öğrenci anket formlarını doldurdu.

Dördüncü grup:

Bu gruba, KaosGL Derneği ile aracılığıyla ulaşılan gey ve lezbiyen cinsel yönelimli kişiler alındı. Çalışmaya tek dahil etmeme kriteri, "okuma yazma

bilmemek" ti. Diğer gruplarda olduğu gibi cinsiyet ve yaş sınırlaması bulunmuyordu. Araştırıcılara ulaşan 21 eşcinsel yönelimli kişiyle, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş yarı yapılandırılmış bir form kullanılarak derinlemesine görüşme yapıldı.

3.2 Veri Toplama Araçları

3.2.1 Psikiyatr Anket Formu

Kullanılan anket formu araştırıcılar tarafından oluşturuldu. Kabaca dört bölümden oluşan ankette ilk 9 madde sosyodemografik bilgileri sorgulamaktaydı. Bunlar; yaş, cinsiyet, medeni hal, cinsel yönelim, mezun olunan ortaöğretim kurumu, köken, dini inanç, çalışma süresi ve çalışılan kurumun niteliğiydi. Sonraki 22 soru, katılımcıların klinik pratiklerinde eşcinsel hastalar ile yaşadıkları deneyimleri ve eşcinselliğe bakış açılarını sorgulamaktaydı. Takip eden üçüncü bölümde eşcinselliğin olası nedenleriyle ilgili olarak sıralanan 12 görüşe ne kadar katıldıkları, son bölümde ise eşcinsellik ve eşcinsellerle ilgili olan 48 ifadeye ne kadar katıldıkları Likert tipi bir sistemle değerlendirilmekteydi. Anketteki toplam soru sayısı 91'di.

Anket formundaki ilk iki bölüm tamamen araştırıcılar tarafından oluşturulmuş olup, son iki bölümün hazırlanmasında aşağıda belirtilen geçmiş çalışma ve ölçeklerden yararlanılmıştır.

Ankette "eşcinselliğin olası etyolojik nedenleri" ile ilgili oniki görüşün yer aldığı bölümün hazırlanmasında, Vreeland ve arkadaşlarının 508 psikiyatr üzerinde yaptığı bir çalışma temel alınmıştır. Bu çalışmada sorgulanan oniki görüşün dördü biyolojik (genetik kalıtım, prenatal hormonal gelişim, hipotalamusun yapısal farkları, beyin organizasyonu), kalan sekiz tanesi ise

çevresel etkenlerle ilgili hipotezlerdir (baskın anne, zayıf baba, hemcinsi bir yetişkin tarafından baştan çıkartılma, çocuğun karşı cins gibi giydirilmesi, ebeveynlerin karşı cinste bir çocuk beklentisi, ebeveynlerin evlilik yapısı, tek çocuk olma, doğum sırası) (14) ve Psikiyatr Anket Formu'na da değiştirilmeden aynı şekilde alınmıştır.

Anketin son bölümünde yer alan 48 ifadenin hazırlanmasında Raja ve Stokes tarafından geliştirilen "Modern Homofobi Skalası" (150), Wright, Adams ve Bernat tarafından geliştirilen "Homofobi Skalası" (151), Doğan ve arkadaşları tarafından geliştirilen "Eşcinsellik Tutum Ölçeği" (152) ve Riddle tarafından geliştirilmiş "Riddle Homofobi Skalası" ndan adapte edilerek hazırlanmış "Farklılığa Karşı Tutum Anketi: Riddle Skalası" ndan (153) yararlanılmıştır.

Raja ve Stokes tarafından 1998 yılında geliştirilen "Modern Homofobi Skalası"; hem ayrı ayrı lezbiyen ve geylere karşı takınılan homofobik tutumları, hem de homofobinin bireysel ve durumsal bileşenlerini ölçmektedir. Lezbiyen/geylere karşı duyulan kişisel rahatsızlık, lezbiyen/geylere karşı duyulan durumsal homofobi, kadın/erkek eşcinselliğinin sapması/değişebilirliği gibi faktörleri yansıtan maddeler içermektedir (150).

Wright, Adams ve Bernat tarafından 1999 yılında geliştirilen "Homofobi Skalası" homofobinin bilişsel, affektif ve davranışsal bileşenlerini değerlendirmektedir. Ölçekte üç faktörden oluşan 25 madde bulunmaktadır. Bu faktörlerden biri temel olarak eşcinsellikle ilişkili olumsuz kognisyonları, diğeri birincil olarak eşcinsel bireylerden kaçınma ve onlara duyulan olumsuz affekti, diğeri ise eşcinsel bireylere karşı saldırganlık ve onlara duyulan olumsuz affekti değerlendirmektedir (151).

2008 yılında Doğan ve arkadaşları, temel olarak eşcinselliğe yönelik bilgi ve tutumları değerlendirmek amacıyla "Eşcinsellik Tutum Ölçeği" ni geliştirmişlerdir. Yazarlar 56 maddelik bu ölçeğin, eşcinsellikle ilgili bilgi ve tutumları geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçtüğünü ve araştırmalarda kullanılabileceğini düşündüklerini bildirmişlerdir (152).

Psikolog Dorothy Riddle tarafından geliştirilmiş "Riddle Homofobi Skalası" dördü homofobik dördü olumlu olan sekiz tutum içermektedir. Bu ölçekten yararlanılarak hazırlanmış "Farklılığa Karşı Tutum Anketi: Riddle Skalası" ölçeği ise eşcinsellik ve eşcinsellerle ilgili 16 maddeden oluşmaktadır. Bu ifadelere katılım belirtilen 8 tutum ile eşleştirilmekte ve bu şekilde kişinin eşcinselliğe ve eşcinsellere karşı yargı ve inançları ile ilgili bir sonuç elde edilmektedir (153).

3.2.2 Psikiyatri Dışı Hekim Anket Formu

Bu anket formu üç bölümden oluşmaktaydı. Birinci bölümdeki ilk 10 madde katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulamakta olup, bunların ilk 9'u olan yaş, cinsiyet, medeni hal, cinsel yönelim, mezun olunan ortaöğretim kurumu, köken, dini inanç, çalışma süresi ve çalışılan kurumun niteliği "Psikiyatr Anket Formu" ile ortaktı. Ek olarak hekimlerin çalıştıkları tıp alanı 10. maddede sorulmaktaydı.

Takip eden ikinci bölümde katılımcıların; eşcinselliğin olası nedenleriyle ilgili olarak sıralanan 12 görüşe ne kadar katıldıkları, son bölümde ise eşcinsellik ve eşcinsellerle ilgili olan 48 ifadeye ne kadar katıldıkları Likert tipi bir sistemle değerlendirilmekteydi. Bu iki bölüm de Psikiyatr Anket Formu ile ortaktı. Ankette toplam 70 soru yer almaktaydı.

3.2.3 Öğrenci Anket Formu

Tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerine verilen anket formunda ilk 7 madde; yaş, cinsiyet, medeni hal, cinsel yönelim, mezun olunan ortaöğretim kurumu, köken, dini inanç gibi sosyodemografik özelliklerini sorgulamaktaydı.

Diğer iki gruba verilen anket formlarında yer alan eşcinselliğin olası nedenleriyle ilgili olarak sıralanan 12 görüş, öğrencilerin bilgi birikimine uygun olmadığı için "biyolojik/genetik ve aile/çevre etkisi"şeklinde iki başlık halinde özetlendi. Yanıtlar aynı şekilde Likert tipi bir değerlendirmeyle istendi.

Yine diğer iki grupta ortak son bölüm olan eşcinsellik ve eşcinsellerle ilgili 48 ifadeye ne kadar katıldıkları ile ilgili kısım bu anket formunda da aynı şekilde yer aldı. Bu şekilde Öğrenci Anket Formu'nda toplam 67 soru yer almaktaydı.

3.3 Veri Toplama Süreci

Araştırıcılar tarafından hazırlanan "Psikiyatri Dışı Hekim Anket Formları" çalışmaya katılmak isteyen hekimlere, Şubat 2010-Mart 2010 tarihleri arasında elden verildi. Kimliklerin açık edilmesi nedeniyle yanıtların güvenirliğinin etkilenebileceği düşünüldüğü için; bilgilendirilmiş olur formunun yazılı olarak doldurulması yerine, formun okunarak katılımcı olurunun sözel olarak alınması tercih edildi. Anketler kişilerin iş ortamlarında kendilerine teslim edildi. 224 katılımcının yanıtladığı anket formları, çalışmacılar tarafından en erken aynı gün, en geç on gün içinde toplandı.

Yine çalışmaya katılmak isteyen öğrencilere "Öğrenci Anket Formları", Şubat 2010-Mart 2010 tarihleri arasında elden verildi. Aynı şekilde bilgilendirilmiş olur formu okunarak katılımcıların oluru sözel olarak alındı. Gazi

Tıp Fakültesi'nden 280 öğrenciye kendi anfilerinde uygulanan anket formları, aynı gün içinde araştırıcılar tarafından toplandı.

Psikiyatrların üye oldukları psikiyatri meslek e-posta grubuna, hazırlanan "Psikiyatr Anket Formu"; çalışma ile ilgili bilgi ile birlikte Mart 2010'da elektronik olarak gönderilerek ankete katılım çağrısı yapıldı. Beş gün sonra bir kez daha e-posta yolu ile katılım çağrısı tekrarlandı. Ankete yanıt veren 147 psikiyatrdan gelen verilerin toplanması onbeş gün içinde tamamlandı.

Araştırmanın dördüncü grubunu oluşturan eşcinsel kişilere ulaşmak için Ocak 2010 tarihinde KaosGL Derneği Ankara Şubesi ile iletişime geçildi. Hem yüz yüze olarak dernek yöneticilerine, hem de derneğin e-posta gruplarına çalışma ile ilgili ayrıntılı şekilde bilgi gönderilerek çalışmaya katılım çağrısı yapıldı. Bu çağrı belli aralıklarla birkaç kez telefon ve e-posta aracılığıyla tekrarlandı. Şubat 2010-Mart 2010 tarihleri arasında telefon ve e-posta yolu ile araştırıcılara ulaşan 21 eşcinsel yönelimli kişiyle, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş yarı yapılandırılmış bir form kullanılarak derinlemesine görüşme yapıldı. Görüşmeler hastane ortamında veya KaosGL Derneği'nin Ankara şubesinde gerçekleştirildi.

3.4 İstatistiksel Değerlendirme

Ölçeklerin iç tutarlılığı için cronbach alfa yöntemi kullanılmıştır. Madde ve toplam puan korelasyon analizinde Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Bu çalışmada geçerlik çalışması olarak iki işlem gerçekleştirilmiştir. İlki, örnekleme sunulan ölçme aracı önce pilot bir kesime uygulanmış, daha sonra bazı değişiklikler yapılarak asıl örneklem kesimine uygulanmıştır. İkinci olarak, ölçek maddelerinin yapı geçerlilik testi için "temel bileşenler (principal components)

faktör analizi" tekniklerinden yararlanılmıştır. Faktör analizi, "Varimax with Kaiser Normalization" tekniği ile rotasyona tabi tutulmuştur. Faktör analizinin yorumlanabilir olduğuna KMO ve Bartlett Testi sonuçlarına bakılarak karar verilmiştir (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy ve Bartlett's Test of Sphericity). Sürekli değişkenlerin gruplar arasındaki karşılaştırılmasında Student's t testi, One-way Anova kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ise Ki Kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel işlemler SPSS 15.0 istatistik paket programı ile yapılmıştır.

IV. BULGULAR

4. 1. Anket Çalışması ve Uygulama Sonuçları

Çalışmayı 280 öğrenci, 224 psikiyatri dışı hekim ve 147 psikiyatr olmak üzere toplam 651 denek tamamlamıştır. Deneklerin yaş ortalaması öğrenciler için 18,8±0,8, psikiyatri dışı hekimler için 32,9±9,5, psikiyatrlar için ise 37,8±10,3 olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Araştırmaya alınan grupların demografik özellikleri tablo-1'de gösterilmiştir. Buna göre gruplar arası cinsiyet farkı yoktur. Çalışmaya alınanlar içinde bekar olanlar evli olanlara göre anlamlı oranda fazladır ama bu yükseklik öğrenci grubunun %98,9'unun bekar olmasından kaynaklanmaktadır. Hekim grubunda bekar olma oranı psikiyatri dışı hekimler için %50,9, psikiyatri hekimleri için %32'dir. Araştırmaya katılanların mezun oldukları lisenin türü ağırlıklı olarak Anadolu Lisesidir. Mezun oldukları lisenin türü açısından gruplar arasında, Anadolu lisesi ve düz lise lehine anlamlı farklılık vardır. Katılımcıların kökenlerine bakıldığında ağırlıklı olarak kent kökenli oldukları görülmektedir. En az sayıda %10,9'luk oran ile kır kökenliler vardır. Çalışmaya katılan deneklerin statüleri arasında anlamlı fark vardır. Ağırlıklı olarak öğrenciler ve araştırma görevlileri çalışmada yer almıştır. Kurumlara bakıldığında üniversite hastanesinde çalışanların en büyük grubu oluşturduğu ve gruplar arası farkın anlamlı olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların %98,3'ü heteroseksüel cinsel yönelime, %1,7'si eşcinsel cinsel yönelime sahiptir. Çalışmaya alınan deneklerin inançları arasında anlamlı fark vardır. %69,6'sı kendisini bir dine inanan ve kimi gereklerini yerine getiren olarak tanımlarken, %5,2'si inandığı dinin tüm gereklerini yerine getirdiğini belirtmiştir.

Tablo-1. Grupların demografik özellikleri

	Öğrenci		Psi. Dışı		Psikyatr		Toplam		p
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	
Cinsiyet									
Kadın	150	53,6	107	47,8	73	49,7	330	50,7	
Erkek	130	46,4	117	52,2	74	50,3	321	49,3	0,415
Medeni Durum									
Bekar	277	98,9	114	50,9	47	32,0	438	67,3	
Evli	3	1,1	110	49,1	100	68,0	213	32,7	0,000
Eğitim									
Düz lise	15	5,4	66	29,5	68	46,3	149	22,9	
Anadolu lisesi	212	75,7	130	58,0	64	43,5	406	62,4	
Özel okul	43	15,4	27	12,1	13	8,8	83	12,7	
Meslek Lisesi	10	3,6	1	,4	2	1,4	13	2,0	0,000
Yaşadığı yer									
Kırsal	38	13,6	16	7,1	17	11,6	71	10,9	
Göç	86	30,7	52	23,2	40	27,2	178	27,3	
Kentli	156	55,7	156	69,6	90	61,2	402	61,8	0,024
Statü									
Öğrenci	280	100,0					280	43,0	
Ar.gör.			162	72,3	61	41,5	223	34,3	
Uzman			10	4,5	56	38,1	66	10,1	
Akademisyen			52	23,2	30	20,4	82	12,6	0,000
Kurum									
Eğitim hast.			42	18,8	59	40,1	101	27,2	
Özel sağlık kur			-	-	30	20,4	30	8,1	
Üniversite hast			182	81,2	58	39,5	240	64,7	0,000
Cinsel Tercih									
Heteroseksüel	277	98,9	224	100,0	139	94,6	640	98,3	
Eşcinsel	3	1,1	0		8	5,4	11	1,7	0,000
Inanç									
Ateist	10	3,6	15	6,7	54	36,7	79	12,1	
Deist	13	4,6	37	16,5	35	23,8	85	13,1	
bir dine inanıyor	235	83,9	162	72,3	56	38,1	453	69,6	
Dindar	22	7,9	10	4,5	2	1,4	34	5,2	0,000
Yaş									
Ort±SS	18,8±0,8		32,9±9,5		37,8±10,3				
Medyan(min-max)	19(17-23)		28 (23-66)		35(25-70)				0,000
Toplam	280		224		147				

Tablo-2'de psikiyatri dışı hekim ve psikiyatrların eşcinselliğin olası nedenleriyle ilgili biyolojik/kalıtsal ve aile/çevresel etkileri hakkındaki düşünceleri ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Buna göre ebeveynin karşı cins çocuk

arzusunu ve tek çocuk olmayı eşcinselliğin olası nedeni olarak görme konusu dışında, psikiyatri dışı hekimlerle psikiyatrlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Genetik kalıtım, annenin baskın karakterli olması, babanın zayıf olması, hemcins ebeveynin sedüktif olması ve kardeşler arası doğum sırası gibi olası etkenleri psikiyatrlar, psikiyatri dışı hekimlere göre daha önemli bulmaktadırlar. Psikiyatri dışı hekimlerin ise intrauterin hormonal gelişim, hipotalamustaki yapısal farklılıklar, beyin gelişimi ve yapısı gibi biyolojik etkenleri daha önemli buldukları görülmektedir. Çocukken karşı cins giysilerinin giydirilmesini ve ebeveynlerin evlilik yapısı ve ilişkilerini psikiyatri dışı hekimler önemli bir etken olarak görürlerken, psikiyatrlar bunu önemli bulmamışlardır.

Tablo-2 Eşcinselliğin olası nedenleri hakkında psikiyatr ve psikiyatri dışı hekimlerin görüşleri

	Psik. dışı		Psikiyatr		
	n	**%**	**n**	**%**	p
İntrauterin hormonal gelişim					
Uygun	136	60,7	78	53,1	
Fikrim yok	60	26,8	28	19,0	
Uygun değil	28	12,5	41	27,9	0.001
Hipotalamustaki yapısal farklılıklar					
Uygun	127	56,7	78	53,1	
Fikrim yok	83	37,1	38	25,9	
Uygun değil	14	6,3	31	21,1	0.0001
Beyin gelişimi ve yapısı					
Uygun	117	52,2	75	51,0	
Fikrim yok	73	32,6	29	19,7	
Uygun değil	34	15,2	43	29,3	0.001
Annenin baskın karakterli olması					
Uygun	121	54,0	89	60,5	
Fikrim yok	47	21,0	9	6,1	
Uygun değil	56	25,0	49	33,3	0.0001
Babanın zayıf olması					
Uygun	113	50,4	86	58,5	
Fikrim yok	55	24,6	14	9,5	
Uygun değil	56	25,0	47	32,0	0.001
Hemcins ebeveynin sedüktif					

(baştan çıkarıcı) olması					
Uygun	69	30,8	58	39,5	
Fikrim yok	89	39,7	33	22,4	
Uygun değil	66	29,5	56	38,1	0.002
Çocukken karşı cinsin giysilerinin giydirilmesi					
Uygun	148	66,1	67	45,6	
Fikrim yok	33	14,7	21	14,3	
Uygun değil	43	19,2	59	40,1	0.0001
Ebeveynin karşı cins çocuk arzusu					
Uygun	112	50,0	72	49,0	
Fikrim yok	52	23,2	26	17,7	
Uygun değil	60	26,8	49	33,3	0.272
Ebeveynlerin evlilik yapısı ve ilişkileri					
Uygun	152	67,9	86	58,5	
Fikrim yok	39	17,4	17	11,6	
Uygun değil	33	14,7	44	29,9	0.001
Tek çocuk olmak					
Uygun	27	12,1	12	8,2	
Fikrim yok	69	30,8	35	23,8	
Uygun değil	128	57,1	100	68,0	0.103
Kardeşler arasındaki doğum sırası					
Uygun	8	3,6	21	14,3	
Fikrim yok	76	33,9	36	24,5	
Uygun değil	140	62,5	90	61,2	0.0001
Genetik kalıtım					
Uygun	120	53,6	83	56,5	
Fikrim yok	54	24,1	15	10,2	
Uygun değil	50	22,3	49	33,3	**0.002**

Tablo 3'te ise öğrenciler, psikiyatri dışı hekimler ve psikiyatrların eşcinselliğin olası nedenleri olarak biyolojik/kalıtsal ve aile/çevresel etkenlere verdikleri ağırlık gösterilmiştir. Öğrenciler hem biyolojik/ kalıtsal etkenlerin hem de aile/ çevre etkisinin eşcinselliğin etkeni olduğunu ağırlıklı olarak düşünmekte ama biyolojik/ kalıtsal etkeni daha önemli bulmaktadırlar. Psikiyatrlar aile/çevresel etkenleri düşük oranda etken olarak görürlerken, biyolojik/ kalıtsal etkenlere daha önemli bulmuşlardır. Ancak psikiyatrların arasında eşcinselliğin

nedeni olarak her iki durumu da görmeyen ya da bu konuda fikri olmadığını söyleyenler daha çoktur. Psikiyatri dışı hekimler de daha çok biyolojik/ kalıtsal etkenleri önemli bulmuşlardır ancak aynı şekilde en çok bu konuda fikrim yok seçeneğini işaretlemişlerdir. Üç grubun eşcinselliğin olası nedenleri hakkındaki düşünceleri arasında anlamlı fark vardır.

Tablo-3 Eşcinselliğin olası nedenleri hakkında tüm grupların görüşleri

	Öğrenci		Psik. dışı		Psikiyatr		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Biyolojik/kalıtsal									
Uygun	169	60,4	77	34,4	54	36,7	300	46,1	
Fikrim yok	52	18,6	114	50,9	52	35,4	218	33,5	
Uygun değil	59	21,1	33	14,7	41	27,9	133	20,4	0,0001
Aile ve çevre etkisi									
Uygun	200	71,4	30	13,4	20	13,6	250	38,4	
Fikrim yok	64	22,9	138	61,6	77	52,4	279	42,9	
Uygun değil	16	5,7	56	25,0	50	34,0	122	18,7	0,0001

Tablo-4'te psikiyatrların tanı ve tedavi alanlarında özgül yaklaşımlarını nasıl tanımladıkları gösterilmiştir. Hem tanı koyma hem tedavi sürecinde psikiyatrlar istatistiksel olarak anlamlı fark göstermeyerek psikodinamik, biyolojik ve bilişsel davranışçı yöntemleri kullandıklarını ifade etmişlerdir. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da biyolojik yönelimli tedaviler daha ağırlıklı olarak uygulanmaktadır.

Tablo-4 Psikiyatrların tanı ve tedavi alanlarındaki özgül yaklaşımları

	n	%
Tanı koyma sürecinde		
Sadece psikodinamik yönelim	1	,7
Diğerleri de olmakla birlikte ağırlıklı olarak psikodinamik yönelim	39	26,5
Diğerleri de olmakla birlikte ağırlıklı olarak biyolojik yönelim	36	24,5
Diğerleri de olmakla birlikte ağırlıklı olarak bilişsel davranışçı yönelim	31	21,1
Hiç ayrım yapmayan	33	22,4
Yukarıdakilerden hiçbiri beni tanımlamıyor	7	4,8

Tedavi uygulama sürecinde		
Sadece psikodinamik yönelim	1	,7
Sadece biyolojik yönelim	1	,7
Diğerleri de olmakla birlikte ağırlıklı olarak psikodinamik yönelim	33	22,4
Diğerleri de olmakla birlikte ağırlıklı olarak biyolojik yönelim	45	30,6
Diğerleri de olmakla birlikte ağırlıklı olarak bilişsel davranışçı yönelim	34	23,1
Hiç ayrım yapmayan	26	17,7
Yukarıdakilerden hiçbiri beni tanımlamıyor	7	4,8

Tablo-5'te psikiyatrların gey ve lezbiyen hastaları olup olmadığı bilgisi yer almaktadır. Katılımcı psikiyatrların, lezbiyen hastalara göre gey hastalarının daha çok olduğu görülmektedir. 6 aydan uzun süre eşcinsel hasta takiplerine bakıldığında gey hastaların lezbiyen olanlara göre daha fazla oranda olduğu görülmektedir. Psikiyatrların %16,3'ü, lezbiyen cinsel yöneliminden şikayetçi olup heteroseksüel olma isteği ile kendisine başvuran hastası olduğunu ifade etmişken geyler için bu oran %46,3'tür. Katılımcı psikiyatrlardan %97,3'ü lezbiyenlere bu amaca yönelik bir tedavi vermezken %2,7'si vermiştir. Aynı şekilde gey hastalarının bu taleplerine psikiyatrların %11,6'sı yanıt vermişken %88,4'ü bu amaçla bir tedavi vermediğini belirtmiştir. Psikiyatrların %70,7'sinin gey cinsel yönelimi dışı psikiyatrik yakınmalar ile başvuran hastasının, %55,1'inin lezbiyen cinsel yönelimi dışı psikiyatrik yakınmalar ile başvuran hastasının olduğu görülmektedir. Yine psikiyatrların %59,2'si kendisine başvuran kişi cinsel yönelimini söylemediği halde bu kişinin gey olduğunu, %30,6'sı ise lezbiyen olduğunu anladığını söylemiştir.

Tablo-5 Psikiyatrların gey ve lezbiyen hasta deneyimleri

	n	%
Bugüne kadar hiç gey hastanız oldu mu		
Evet	119	81,0
Hayır	28	19,0
Gey hastalarınızdan 6 aydan daha uzun süreli takip ettikleriniz oldu mu?		
Evet	78	53,1
Hayır	69	46,9
Gey cinsel yöneliminden şikayet edip heteroseksüel olma isteğiyle size başvuran oldu mu?		
Evet	68	46,3
Hayır	79	53,7
Olduysa bu amaçla tedavi verdiniz mi?		
Evet	17	11,6
Hayır	130	88,4
Bugüne kadar hiç lezbiyen hastanız oldu mu		
Evet	98	66,7
Hayır	49	33,3
Lezbiyen hastalarınızdan 6 aydan daha uzun süreli takip ettikleriniz oldu mu?		
Evet	58	39,5
Hayır	89	60,5
Lezbiyen cinsel yöneliminden şikayet edip heteroseksüel olma isteğiyle size başvuran oldu mu?		
Evet	24	16,3
Hayır	123	83,7
Olduysa bu amaçla tedavi verdiniz mi?		
Evet	4	2,7
Hayır	143	97,3

Tablo-6'de eşcinsel bireyleri heteroseksüele dönüştürme yöntemi olarak neyi etkin buldukları sorulan psikiyatrların sadece 11'inin yanıt verdiği ve %90,9 oranında (10 kişi) bilişsel davranışçı terapinin etkili olabileceğini söyledikleri görülmektedir.

Tablo-6 Psikiyatrların eşcinselliğin tedavisinde etkili buldukları yöntemler

	n	%
Heteroseksüel olmak isteyen bir geyin tedavisinde daha etkili		
Bilişsel davranışçı terapi	1	9,1
Diğer	10	90,9
Total	11	100,0
Heteroseksüel olmak isteyen bir lezbiyenin tedavisinde daha etkili		
Bilişsel davranışçı terapi	1	9,1
Diğer	10	90,9
Total	11	100,0

Tablo-7'de çalışmaya katılan psikiyatrların eşcinsel hastalar ve eşcinsellik hakkındaki düşüncelerinin hasta-hekim ilişkisine yansıması konusundaki yaklaşımları yer almaktadır. Psikiyatrlar, hasta gey ya da lezbiyen olduğunu söylemediği halde bunu anladıklarını düşünseler bile, hem gey hem de lezbiyen hastalarıyla bunu paylaşmamaktadırlar. İstatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da hastanın lezbiyen olduğunu düşündüğünde paylaşmayanların sayısı, hastanın gey olduğunu düşündüğünde paylaşmayanların sayısından fazladır.

Tablo-7 Psikiyatrların hasta-hekim ilişkisindeki tutumları

	n	%
Aşağıdakilerden hangisi sizi daha iyi tanımlar?		
Bana gelen gey hastaların çoğu görüşmenin başında cinsel yönelimlerini açıklar	24	16,3
Görüştüğüm hastaların gey olabileceklerini anladığımda cinsel yönelimlerini sorarım	26	17,7
Görüştüğüm hastaların gey olduğunu anlasam bile o bu konuda konuşmazsa sormam	87	59,2
Hiçbiri	10	6,8
Aşağıdakilerden hangisi sizi daha iyi tanımlar?		
Bana gelen lezbiyen hastaların çoğu görüşmenin başında cinsel yönelimlerini açıklar	15	10,2
Görüştüğüm hastaların lezbiyen olabileceklerini anladığımda cinsel yönelimlerini sorarım	26	17,7
Görüştüğüm hastaların lezbiyen olduğunu anlasam bile onlar bu konuda konuşmazsa sormam	90	61,2
Hiçbiri	16	10,9

Eşcinselliğin DSM sınıflamasından çıkarılmasının nedeni hakkındaki görüşlerini sadece 8 psikiyatr açıklamıştır. Tablo 8'de bu açıklamalar verilmiştir.

Tablo-8 Psikiyatrların eşcinselliğin DSM sınıflamasından çıkarılmasının nedeni hakkındaki görüşleri

	n	%
Eşcinselliğin DSM sınıflamasından çıkarılmasının nedeni:		
1. Tüm seçeneklerde doğruluk payı vardır.	8	
2. Parafililer hastalıktır ancak eşcinsellik parafili veya herhangi bir hastalık değildir.		
3. Sağlık sigorta sistemlerinin baskısı.		
4. Eşcinsel lobi çalışmaları ve cinsel yönelimin psikiyatrik bir hastalık kategorisi olmaması.		

5. Başımıza ek iş açmamak
6. DSM hazırlanmasında görev alan kişilerin gey olması.
7. Vahşi hümanizm akımı
8. Fikrim yok.

Eşcinselliğin DSM tarafından yeniden hastalık kategorisi olarak kabul edilmesi durumunda takınacakları tutum sorusuna yalnızca 36 psikiyatr yanıt vermiştir. Tablo-9'da bu yanıtların dökümü verilmiştir. Sadece bir psikiyatr o da tedavi sürecini direkt etkiliyorsa tanıyı kullanacağını yazarken diğer 35 kişi tanı kategorisi olarak kullanmayacaklarını ifade etmişlerdir. Sınıflama sistemlerinin klinik uygulamayı bağlayıcı güçte olmadığını düşünenler olduğu gibi, kararsız kalacağını, dosyaya eşcinselliği tanı olarak yazmayacağını, depresyon ve benzeri başka bir tanı kodu kullanacağını ifade edenler ağırlıktadır. Yalnızca bir kişi kaldırılması için yasal yollara başvuracağını ifade etmiştir.

Tablo-9 Eşcinsellik DSM tarafından yeniden hastalık kategorisi olarak kabul edilirse psikiyatrların tutumu

Eşcinsellik DSM tarafından yeniden hastalık kategorisi olarak kabul edilirse, tutumunuz ne olurdu?
1. Hasta doktor mahremiyetine göre
2. Umarım böyle bir şey olmaz
3. Hastanın ne istediğine bakarım
4. Eskiden tutumum neyse onu sürdürürdüm (5)
5. Yasal yollara başvurup bunun değiştirilmesini isterim
6. Bunu tanı olarak kabul etmem, dosyaya işlemem (10)
7. Fikrim yok (3)
8. Depresyon deyip geçebilirim
9. DSM'ye sıkı sıkıya bağlı olarak çalışmıyorum
10. Yasal zorunluluk dahi olsa fişlememek adına bunu kaydetmem ortalama bir tanı yazarım
11. Yasal zorunluluk olsa dahi tanıyı; eşcinsellik olarak yazmam çünkü eşcinsellik bir tanı olamaz.
12. Arada derede kaldım bence şu an hastalık değil, o zaman DSM hastalık derse kafam karışır
13. Sadece durum tanımlaması için kullanırım
14. Esas başvuru nedeni değilse tanıyı dosyaya da işlemem
15. Benim tedavi protokolümü etkilemez
16. Ara bir tanı koyar, tedavi uygulamam. Başka psikiyatrik tanısı varsa onu tedavi ederim
17. Tedavi konusu?

18. Kişinin yakınma nedenine dönük tanı ve tedavi uygularım, DSM ya da ICD vb. hastaya yardımda önemsizdir
19. Yılmadan anlama çabalarına devam
20. Tedavi sürecini direkt etkiliyorsa tanıyı da dosyaya işleyebilirim aksi halde dosyaya da işlemem
21. Şiddetle karşı çıkarım ve tanı koymam

4.2 Ölçeğin İç Tutarlılığı ve Geçerliği

651 deneğe toplam 48 maddeden oluşan ölçek verilmiştir. İstatistiksel değerlendirme sırasında 5'li Likert 3'lü Likert tipine dönüştürülmüş, *kısmen uygun* yanıtı *uygun* ve *kısmen uygun değil* yanıtı da *uygun değil* yanıtıyla birleştirilmiştir. Deneklere 5'li Likert tipi verilmesinin nedeni yanıtlama konusunda kendilerini daha rahat hissetmeleri ve kesin yargıda bulunmaktan kaçınanların da ölçeği doldurmalarının sağlanmasıdır. Tablo 10'da ölçek maddelerinin faktör yükleri, faktör analizi ve geçerlik sonuçları bulunmaktadır. Faktör analizi sonucunda ölçek maddelerinin 4 alt ölçek oluşturacak şekilde kümelendiği görülmüştür. Yapılan güvenirlik çalışmalarında; 48 maddeden 5' inin iç tutarlılığı ve geçerliliğinin olmadığı anlaşıldığından, ölçek bu maddeler çıkarıldıktan sonra diğer değişkenlerle incelenmiştir. Ölçeğin yapı geçerliği için temel bileşenler faktör analizi ile gerçekleştirilmiştir. 43 maddelik ölçeğe varimax rotasyonu uygulanmış faktör analiz sonucu, ölçeğin dört faktörde toplandığı saptanmıştır. Alt ölçeklerin güvenirlik çalışmalarında iç tutarlık-Cronbach Alfa katsayısı bakılmıştır. Dört alt ölçekten oluşan ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (*Cronbach Alfa)* α=0.97 olarak bulunmuştur. Dört faktörde kümelenen maddeler gözden geçirilerek alt ölçek olarak değerlendirilmiş, bu alt ölçekler *"heteroseksizm", "homofobi", "homonegativizm"* ve *"yansızlık"* olarak adlandırılmıştır. Öz değerleri 1'in üstünde olan bu 4 faktör için hesaplanan toplam

varyans %62.7'dir. Toplam ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.97 dir. Alt ölçeklerin cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,85, 0,95, 0,95 ve 0,85'tir. Ölçeğin faktör yükleri 0.52 ile 0.76 arasında bulunmuştur. Faktör analizinin yorumlanabilir olduğuna KMO=0,981 ve Barlett testi=22170.0 (p=0.000) sonuçlarına bakarak karar verilmiştir. Maddeler arasındaki korelasyonlar 0.44-0.63 aralığında değişmektedir. Tüm grupta "çocuğumun eşcinsel olduğunu düşünmek bile beni rahatsız eder" (3,99±1,21), "Çocuğumun eşcinsel bir öğretmeni olmasını istemem" (3,63±1,42) " Oda arkadaşımın eşcinsel olması beni rahatsız eder" (3,63±1,42) soruları en yüksek puan ortalamasına sahiptir.

Tablo 10 Ölçeğin faktör yükleri, faktör analizi ve geçerlilik sonuçları

			heteroseksizm	**homofobi**	**homonegativizm**	**yansızlık**
	Ort.±	SS	1. faktör yükü	2. faktör yükü	3. faktör yükü	4. faktör yükü
SORU1 Cinsel sapkınlıklar eşcinsellerde heteroseksüellerden daha sık görülür	2,98±	1,15	,572			
SORU4 Erkek eşcinsellerin cinsel dürtüleri heteroseksüel erkeklerden azdır	2,53±	0,92	,690			
SORU29 Kadın eşcinsellerin cinsel dürtüleri heteroseksüel kadınlardan azdır	2,51±	0,86	,687			
SORU17 Kadın eşcinselleri erkek eşcinsellere göre daha zararsız buluyorum	2,69±	1,19	,602			
SORU13 Eşcinsel iki erkeğin arasındaki aşk, heteroseksüel iki kişi arasındaki	3,22±	1,21	,600			

aşktan farklıdır				
SORU33 Eşcinsel iki kadının arasındaki aşk heteroseksüel iki kişi arasındaki aşktan farklıdır	3,13±	1,16	,620	
SORU2 Eşcinsel olduğunu bildiğim birinin sözüne güvenmem	2,09±	1,09		,721
SORU5 Hemcinsim bir eşcinsel bana kur yaparsa şiddete başvurabilirim	2,84±	1,45		,586
SORU12 Bir arkadaşımın eşcinsel olduğunu öğrenseydim arkadaşlığımı bitirirdim	2,29±	1,26		,671
SORU7 Eşcinseller genellikle seks hakkında konuşurlar	2,49±	1,02		,611
SORU9 Apartman sakinlerinin eşcinsel bir kiracı istememe hakları olmalıdır	2,55±	1,35		,662
SORU10 Eşcinsel olan bir insana güvenilmeyeceğini hissediyorum	2,17±	1,11		,767
SORU14 Her karakol kendi sorumluluk bölgesindeki eşcinselleri kayıt altına almalıdır	2,19±	1,24		,693
SORU38 Eşcinsel bir erkek üst düzey devlet görevine getirilmemelidir	2,60±	1,45		,665
SORU39 Ahlaklı bir hayatı ve iş olanağı olsa bile bir eşcinsel fuhşa yatkındır	2,33±	1,17		,674

SORU25 Eşcinseller özellikle açık saçık giyinirler	2,48±	1,08	,547	
SORU37 Eşcinsel davranış, suç olarak kabul edilmelidir	2,01±	1,05	,696	
SORU45 Eşcinseller suç işlemeye eğilimlidirler	2,33±	1,03	,616	
SORU30 Eşcinsellere özel bar ve eğlence yerlerine ruhsat verilmemelidir	2,31±	1,14	,533	
SORU41 Eşcinsel olduğunu bildiğim bir hemcinsimle tokalaşıp öpüşmek beni rahatsız eder	2,72±	1,44	,627	
SORU43 İş arkadaşımın eşcinsel olması beni rahatsız eder	2,75±	1,45	,595	
SORU23 Eşcinsellik ahlaksızlıktır	2,61±	1,36	,560	
SORU40 Toplumsal yapımız eşcinselleri mağdur etmektedir	2,00±	0,97	,521	
SORU21 Aile yapısı bozuk insanların çocukları eşcinsel olmaya yatkındırlar	3,48±	0,97		,538
SORU31 Çocuğumun eşcinsel olduğunu düşünmek bile beni rahatsız eder	3,99±	1,21		,660
SORU19 Eşcinsellerin evlat edinip, yetiştirmelerine izin verilmemelidir	3,16±	1,28		,557

SORU27 Çocuklarımın eşcinsellerle konuşmasını, arkadaşlık etmesini veya aynı ortamda bulunmasını istemem	3,43±	1,36	,657
SORU35 Çocuğumun eşcinsel bir öğretmeni olmasını istemem	3,63±	1,42	,615
SORU42 Eşcinsel evlilikleri yasal olmalıdır	3,19±	1,33	,639
SORU47 Eşcinseller çocuk bakıcılığı gibi işlerde çalıştırılmamalıdır	3,44±	1,43	,624
SORU3 Eşcinsel haklarını tanıtan ve geliştiren organizasyonlar gereklidir	2,49±	1,28	,535
SORU32 Medya eşcinselliği yaygınlaştırmakta dır	3,15±	1,24	,599
SORU28 Eşcinsellerin evlenmeleri bana aptalca geliyor	3,24±	1,44	,594
SORU44 Toplumda eşcinselliğin daha kabul edilebilir olması ahlaki yozlaşmayı artırmaktadır	3,04±	1,42	,634
SORU11 Eşcinselliği normal bir durum olarak görüyorum	2,84±	1,32	,573
SORU18 Eşcinsellik günahtır	2,94±	1,53	,583
SORU34 Eşcinsellik ruhsal bir hastalıktır	3,14±	1,24	,577

SORU24 Oda arkadaşımın eşcinsel olması beni rahatsız eder	3,63±	1,42	,545	
SORU20 Eşcinsellerin gittiği bar ya da eğlence yerine gitmek beni rahatsız etmez	3,04±	1,39		,527
SORU22 İki eşcinseli halka açık bir yerde el ele görmek beni rahatsız etmez	2,92±	1,39		,539
SORU46 Arkadaşlarımın eşcinsel ya da heteroseksüel olmaları benim için fark etmez	2,87±	1,39		,518
SORU16 Yakın bir arkadaşımın eşcinsel olduğunu öğrenmek beni üzmez	3,05±	1,43		,480
SORU36 Hemcinslerim tarafından çekici bulunmak beni rahatsız etmez	3,19±	1,42		,567

Tablo-11'de toplam ölçek ve alt ölçeklerin birbirleri ile korelasyonuna bakıldığında alt ölçekler arasında 0.65 ile 0.96 arasında değişen korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Tablo- 11 Ölçek ve alt ölçeklerin birbirileriyle korelasyonu

		heteroseksizm	homofobi	homonegatizm	yansızlık	toplam
Heteroseksizm	r	1	0,70	0,74	,65	0,80
	p	-.	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

Homofobi	r			0,85	0,81	0,95
	p		.	0,0001	0,0001	0,0001
Homonegativizm	r				0,82	0,96
	p			.	0,0001	0,0001
Yansızlık	r				1	0,88
	p				-	0,0001
Madde sayısı		6	17	15	5	43
Puan Ort±SS		17,0±4,9	40,7±16,2	48,7±15,4	15,1±5,6	121,6±39,1
Cronbach Alfa		,85	,95	,95	,85	,97

Tablo 12'de ölçeğin anket katılımcılarının yaşlarıyla olan korelasyonu gösterilmiştir. Yaş arttıkça korelasyon azalmaktadır.

Tablo 12: Ölçeğin yaş ile korelasyonu

	YAS r p
toplam	-0,50
	0,0001
heteroseksizm	-0,45
	0,0001
homofobi	-0,48
	0,0001
homonegativizm	-0,45
	0,0001
yansızlık	-0,46
	0,0001

Tablo 13'de ölçeğin toplam ve alt ölçek puanlarının çalışma grubunun demografik özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Şekil 1, 2, 3, 4, 5 ve 6'da bu korelasyonlar grafik olarak gösterilmiştir.

Tablo 13 Demografik özelliklerine göre ölçeğin toplam ve alt ölçek puanlarının dağılımı

	Alt Ölçek Puanı Ort±SS Med(min-max)				**Toplam Ölçek** Ort±SS Med(min-max)
	heteroseksizm	**homofobi**	**homonegativizm**	**Yansızlık**	**TOPLAM**
Cinsiyet					
Kadın	16,6±4,8 18(6-26)	38,8±15,0 38(17-73)	47,6±15,2 50(15-74)	14,6±5,5 15(5-25)	117,5±37,4 121,5(43-184)
Erkek	17,5±5,1 19(6-30)	42,8±17,2 44(17-81)	49,9±15,6 54(15-73)	15,6±5,7 17(5-25)	125,9±40,5 137(43-202)

P	0,012	0,001	0,053	0,021	0,006
Medeni Durum					
Bekar	18,3±4,3	45,0±15,6	52,3±13,9	16,5±5,3	132,1±35,8
	19(6-28)	46(17-81)	55(15-74)	17(5-25)	141(43-202)
Evli	14,5±5,3	32,0±13,8	41,4±15,8	12,1±5,0	100,0±36,9
	15(6-30)	28(17-72)	42(15-72)	11(5-25)	97(43-183)
P	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Eğitim					
Düz lise	14,8±5,3	33,9±15,5	42,9±16,3	12,6±5,2	104,1±39,1
	15(6-30)	29(17-81)	44(15-72)	12 (5-25)	99(43-192)
Anadolu Lisesi	17,7±4,6	42,9±15,7	50,8±14,5	15,9±5,5	127,3±37,2
	18(6-28)	43,5(17-81)	54(15-74)	17(5-25)	133(43-202)
Özel Okul	17,3±5,1	40,5±16,5	48,3±16,0	15,1±5,6	121,2±40,1
	19(6-27)	39(17-72)	50(15-72)	16(5-25)	126(43-183)
İmam Hatip Lisesi	20,5±3,0	52,3±13,0	48,5±8,8	13,0±2,7	134,3±20,9
	20(18-24)	55,5(34-64)	48(39-59)	12(11-17)	143,5(103-147)
Meslek Lisesi	20,4±3,1	54,4±12,1	56,5±11,9	17,2±5,6	148,5±28,7
	19 (17-25)	58 (29-66)	60 (31-70)	17 (8-24)	147 (86-184)
p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Yaşadığı yer					
Kırsal	18,0±3,9	46,3±16,5	53,1±14,2	16,4±6,2	133,7±37,7
	19(6-25)	50(17-77)	57(15-73)	17(5-25)	141(44-193)
Göç Etmiş	17,3±5,2	41,9±16,4	49,6±16,0	15,7±5,5	124,5±40,3
	18(6-30)	44(17-78)	53(15-72)	17(5-25)	136(44-196)
Kentli	16,8±5,0	39,3±15,9	47,6±15,3	14,6±5,5	118,2±38,5
P	0,113	0,002	0,017	0,008	0,005
Cinsel Tercih					
Heteroseksüel	17,1±4,9	41,0±16,2	49,1±15,3	15,1±5,6	122,3±38,8
	18(6-30)	41(17-81)	52(15-74)	16(5-25)	127(43-202)
Eşcinsel	12,6±6,4	26,4±10,9	30,7±14,2	10,6±5,4	80,3±35,3
	11(6-22)	21(17-47)	29(15-56)	9(5-19)	67(43-134)
p	0,002	0,003	0,0001	0,008	0,0001
Inanç					
Ateist	11,8±4,9	24,2±10,0	29,9±12,6	9,4±4,6	75,3±29,4
	11(6-24)	21(17-64)	27(15-72)	9(5-25)	67(43-180)
Deist	14,3±5,2	29,2±11,4	38,1±13,8	11,5±4,2	93,0±31,0
	15(6-24)	26(17-67)	37(15-72)	10(5-21)	93(43-176)
Bir dine inanıyor	18,3±4,2	44,8±14,9	53,3±12,7	16,4±5,1	132,9±33,4
	19(6-30)	45(17-81)	55(15-74)	17(5-25)	139(43-202)
Dindar	19,3±2,7	53,9±13,2	59,2±8,4	18,7±3,9	151,1±24,2
	19(13-24)	55,5(22-77)	61(38-73)	19(10-25)	155,5(83-193)
p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Statü					
Öğrenci	19,8±3,0	50,4±13,4	56,4±10,7	18,2±4,4	144,8±27,6
	20(7-28)	52,5(18-81)	58(18-74)	18(5-25)	148(50-202)
Ar. Gör.	16,1±4,9	36,5±14,5	46,6±15,2	13,7±5,3	113,0±36,7
	17(6-30)	36(17-81)	48(15-72)	14(5-25)	115(43-192)
Uzman	12,0±4,9	26,9±10,4	34,9±14,0	10,3±4,4	84,0±30,9
	12(6-25)	23(17-53)	33,5(15-70)	9(5-22)	76(43-163)
Akademisyen	14,4±4,9	30,3±13,4	39,5±16,3	12,0±5,2	96,2±36,6
	14(6-25)	25,5(17-65)	36(15-70)	11(5-25)	84,5(44-177)
p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Kurum					

Eğitim hastanesi	14,1±5,6	31,6±14,0	39,8±16,7	11,9±5,4	97,5±39,2
	14(6-30)	26(17-65)	36(15-72)	11(5-25)	90(43-177)
Özel sağlık kuruluşu	11,4±4,0	23,7±8,3	31,8±10,1	9,3±3,3	76,2±22,7
	12(6-19)	21,5(17-50)	31(15-50)	9(5-20)	74(43-136)
Üniversite hastanesi	15,8±4,8	35,4±14,3	45,7±15,4	13,5±5,2	110,4±36,2
	17(6-25)	34,5(17-81)	47(15-72)	13(5-25)	112(43-192)
p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Grup					
Psikiyatri dışı hekim	17,5±4,1	39,5±13,9	50,5±13,3	15,0±4,9	122,3±32,3
	18(6-30)	38(17-81)	52(15-72)	15(5-25)	125,5(48-192)
Öğrenci	19,8±3,0	50,4±13,4	56,4±10,7	18,2±4,4	144,8±27,6
	20(7-28)	52,5(18-81)	58(18-74)	18(5-25)	148(50-202)
Psikiyatr	11,2±4,2	24,2±8,6	31,6±12,4	9,3±3,8	76,4±26,0
	11(6-22)	21(17-53)	30(15-66)	9(5-20)	70(43-148)
p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Toplam	17,1±5,0	40,8±16,2	48,8±15,4	15,1±5,6	121,6±39,1
	18(6-30)	40(17-81)	52(15-74)	16(5-25)	126(43-202)

Buna göre çalışma grubunda kadınlarla erkekler arasında hem toplamda hem de alt ölçeklerde anlamlı fark saptanmıştır. Erkekler hem toplamda hem de alt ölçeklerde kadınlara göre daha yüksek puan almışlardır.

Aynı farklılık medeni durum değişkeninde de gözlenmektedir. Hem toplamda hem de alt ölçeklerde bekarlar evlilere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır.

Üniversite öncesi eğitimde gruplar arasında hem toplamda hem de alt ölçeklerde anlamlı fark vardır. Toplam puanda en yüksek puanı meslek lisesi ve imam hatip lisesi mezunları almışlardır. En düşük puanı ise düz lise mezunları almışlardır.

Toplam ve alt ölçek puanlarının deneklerin kendi kökenleri ile ilişkisi anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre en yüksek puan hem toplamda hem de alt ölçeklerde kır kökenlilerde görülmekte ve toplam ve alt ölçek puanları kentlileştikçe azalmaktadır.

Katılımcıların cinsel yönelimlerine göre değerlendirildiğinde hem toplamda hem de alt ölçeklerde heteroseksüeller eşcinsel yönelimlilere göre istatistiksel olarak daha yüksek puan almışlardır.

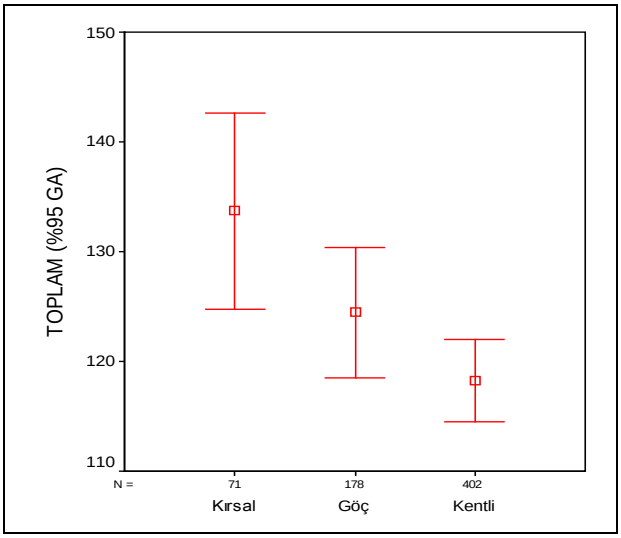
Katılımcıların dindarlık düzeyleriyle eşcinsellik karşıtı tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Dindarlık ne kadar yüksekse hem toplamda hem de alt ölçeklerde puanlar o kadar yükselmektedir.

Katılımcıların tıp eğitiminde geçirdikleri süre değerlendirildiğinde hem toplamda hem de alt ölçekler puanlarında istatistiksel olarak anlamlı en yüksek puanları öğrencilerin aldıkları görülmektedir. Burada akademisyenlerin uzmanlara göre hem toplamda hem de alt ölçeklerde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.

Benzer özellik çalışılan kurumda da kendini göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı olmak üzere en yüksek puanlar üniversite çalışanlarında görülürken en düşük puanlar özel sağlık kuruluşlarında ya da muayenehane hekimlerinde saptanmıştır.

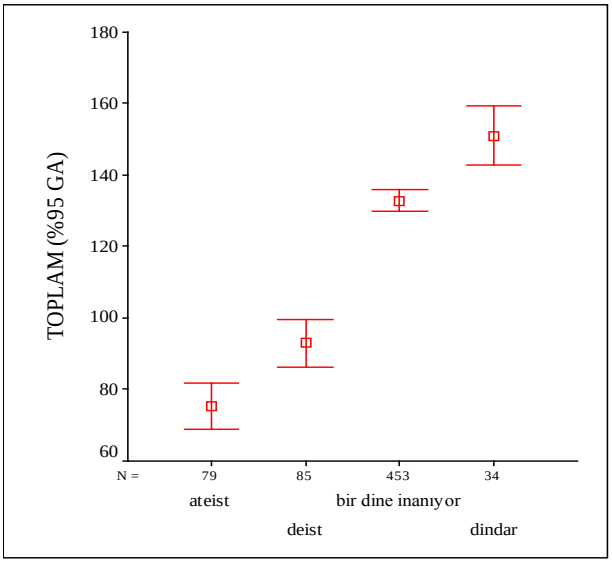
Tıp öğrencileri, psikiyatri dışı hekimler ve psikiyatrlar karşılaştırıldığında hem toplamda hem de alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı en yüksek puanları öğrenciler alırken en düşük puanları psikiyatrlar almışlardır.

Şekil 1'de katılımcıların aile kökenleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki gösterilmektedir. Grafikten anlaşıldığı gibi en yüksek puan kır kökenlilerde görülürken kentlilik arttıkça ölçek puanı düşmektedir.



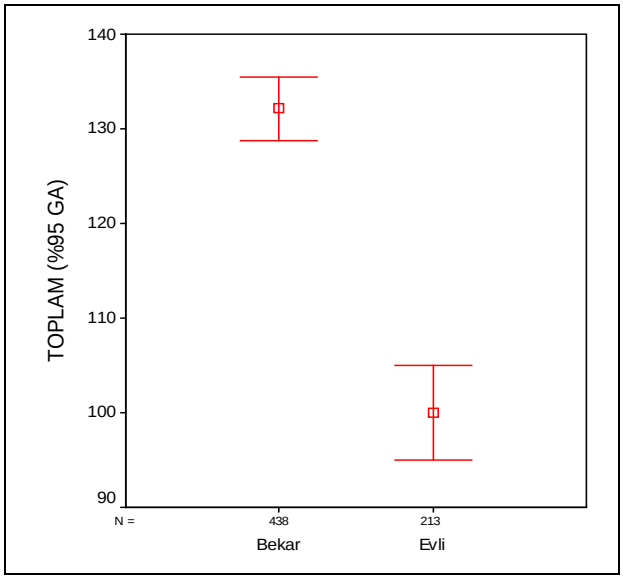
Şekil-1 katılımcıların aile kökenleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki

Benzer durum şekil 2'de dini inançlar ile ölçek puanları için de geçerlidir.



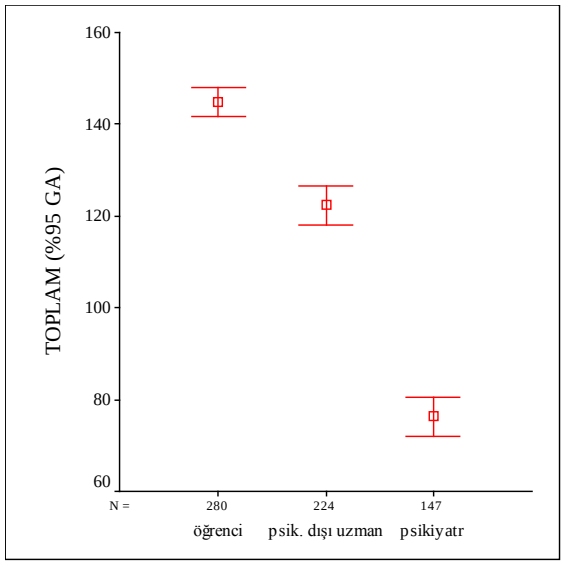
Şekil 2 katılımcıların dini inançları ile ölçek puanları arasındaki ilişki

Şekil 3'de medeni durum ölçek puan ilişkisine bakıldığında evlilerde bekarlara göre daha düşük ölçek puanı saptandığı görülmektedir.



Şekil 3 katılımcıların medeni durumları ile ölçek puanları arasındaki ilişki

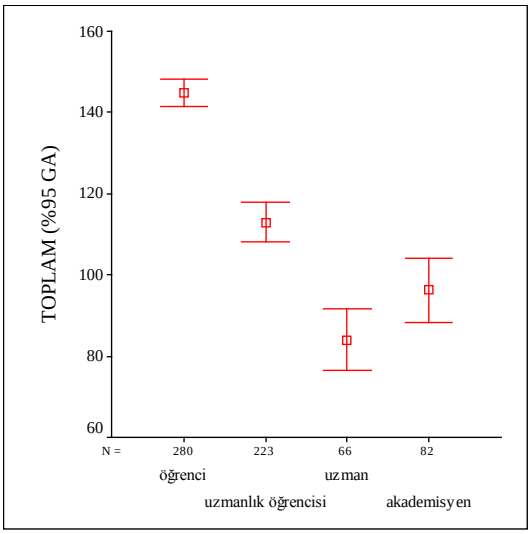
Şekil 4'de ölçek toplam puanlarının öğrenci, psikiyatri dışı hekim ve psikiyatrlardaki dağılımı görülmektedir. Buna göre üç grubun birbiri ile kesişmediği aralarında geçiş olmadığı anlaşılmaktadır.



Şekil 4 Ölçek toplam puanlarının öğrenci, psikiyatri dışı hekim ve psikiyatrlardaki dağılımı

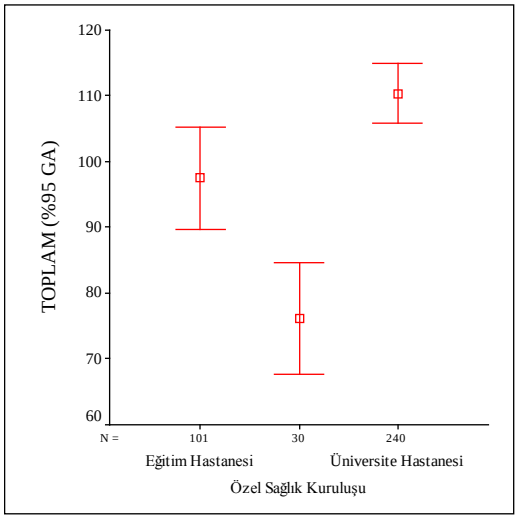
Şekil 5'te ölçek toplam puanının tıp eğitimi süresi ile ilişkisi gösterilmektedir. Buna göre en yüksek puanları öğrenciler alırken, uzmanlık

öğrenciliğinde puan düşmekte, uzmanlarda ise daha da azalmaktadır. Ancak ölçek puanı akademisyenlerde yeniden yükselmektedir.



Şekil 5 Ölçek puanının tıp eğitimi süresi ile ilişkisi

Şekil 6'da çalışılan kurum ile ölçek puan ilişkisine bakıldığında en düşük puanın özel sağlık kuruluşunda çalışanlarda, en yüksek puanın ise üniversite hastanesinde çalışanlarda görüldüğü anlaşılmaktadır.



Şekil 6 Çalışılan kurum ile ölçek puan ilişkisi

4.3 GL Bireylerle Yapılan Derinlemesine Görüşmelerde Elde Edilen Bulgular

Çalışmanın dördüncü grubunu oluşturan 21 eşcinsel katılımcının; 16'sı gey, 5'i lezbiyen cinsel yönelimi olan bireylerdi. Yaş ortalamaları 24,2'ydi (18-32) . Eğitim seviyeleri; 3 ortaokul, 12 lise, 4 üniversite ve 2 yüksek lisans mezunu şeklindeydi. Katılımcıların 13 tanesi öğrenci, 1 tanesi yüksek lisans öğrencisi, 1 tanesi araştırma görevlisiydi ve 6 tanesi çeşitli işlerde çalışmaktaydı.

21 kişiden 6'sı gey ya da lezbiyen olduklarını ilk fark ettiklerinde kendileri de bu durumu bir hastalık olarak düşündüklerini daha sonra okuyup araştırdıkça hastalık olmadığını anlayıp rahatladıklarını ifade etmişlerdi.

21 kişiden 7'si sadece psikiyatra, 1'i sadece psikoloğa, 1'i sadece psikolojik danışma ve rehberlik uzmanına başvurmuştu. 5'i hem psikiyatr hem psikoloğa, 1'i hem psikoloğa hem psikolojik danışma ve rehberlik uzmanına gitmişken , 5'i psikiyatr, psikolog ya da psikolojik danışma ve rehberlik uzmanına başvurmamıştı.

8'i cinsel yönelimlerini ailelerine açmıştı, 2'si kendileri söylemediği hale ailelerinin bildiğini düşünüyordu, 11'i ise cinsel yönelimlerini ailelerine hiçbir şekilde açıklamamışlardı.

Görüşülen bireylerden 3'ünü aile eşcinsel olabileceği şüphesi ile muayeneye gitmeye zorlamış ama onlar reddetmişti, 4'ünü aile zorla götürmüştü. Psikiyatra başvuranlardan 5'i psikiyatr ile 6 aydan uzun süreli hasta-hekim ilişkisi kurabilmiştir. Psikolog ve psikolojik danışma ve rehberlik uzmanına başvuranların hiçbiri 6 aydan uzun süre görüşme yapmamıştır. Psikiyatra başvuranlardan sadece 1 kişi 4 senedir düzenli görüşme yaparken diğerleri 1 kez ya da 1-2 aylık süreyle görüşmüşlerdir. 21 kişiden 4'ü psikoterapi gördüğünü

söylemiştir, bunların tümü psikiyatrlar tarafından yapılmıştır. 21 kişiden 4'ü sağlık hizmeti alırken açıkça ahlaki yargıya maruz kaldığını ifade etmiştir. Bu ahlaki yargıların 1'i hemşire, 1'i psikolog, 1'i pdr uzmanı ve 1'i de enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından bulunulmuştur. Başvurulan psikiyatrlardan hiçbiri açıkça ahlaki yargıda bulunmamıştır.

Sağlık hizmeti alırken 3'ü cinsel tacize uğramıştır. Tacizcilerin 1'i genel cerrah, 1'i endokrinolog, diğeri ise sağlık memurudur. Genel cerrah, anal fissür muayenesi sırasında muayenenin süresini uzatarak hastaya işlemi anlatmayarak ve başlangıçta kayganlaştırıcı kullanmayarak, canının çok acıdığını söylemesi üzerine kullanarak muayeneyi tamamlamıştır. Hasta yapılan işlemin tıbbi bir işlem olmadığı duygusunu yaşamıştır. Endokrinoloğun tacizine uğradığını hisseden katılımcı, hipertansiyon nedeniyle başvurmuş olmasına karşın hekimin kendisine ayrıntılı genital muayene de yaptığını, daha sonra buna gerek olmadığını öğrendiğinde taciz edilmiş gibi hissettiğini bildirmiştir. Üçüncü kişi kalçasındaki apse nedeniyle pansuman yaptırmak üzere başvurduğu sağlık memurunun kalçalarını tümüyle açtırarak pansuman yaptığını, o sırada işlemin bu şekilde olması gerektiğini düşündüğünü ancak bir sonraki pansuman için gittiği aynı kurumdaki başka bir sağlık memurunun yalnızca yara bölgesini açarak pansuman yapması üzerine doğru işlemin bu olduğunu anladığını ve ilk pansumanı yapan tarafından taciz edildiğini hissettiğini bildirmiştir.

Katılımcıların 17'si psikiyatri dışı hekim başvurusu olduğunu bildirmiş, bunların 7'si bu başvurular sırasında hekimlerin negatif tutumlarına maruz kaldıklarını hissettiklerini söylemişlerdir.

Görüşme yapılan 21 kişiden 7'si psikiyatri ve psikiyatri dışı başvurularında cinsel yönelimlerini hekime belirtirken 14'ü belirtmemiştir.

Sağlık hizmeti alma kararı verdiklerinde 10'u gidecekleri psikiyatrın eşcinsellik hakkındaki tutumunu önceden öğrenmek için öneri aldıklarını, 6'sı ise psikiyatri dışı hekimi seçerken de aynı amaçla öneri aldıklarını bildirmişlerdir.

Hekim seçerken hekimin cinsiyetine 6 kişi önem verdiğini söylemiştir. Bunlardan 2 gey ve 3 lezbiyen kadın hekim tercih edeceklerini, 1 gey ise erkek hekim tercih edeceğini söylemiştir.

Sağlık hizmeti alırken 13'ü cinsel yönelimini paylaşmayacağını belirtmiş, cinsel yönelimini hekimle ne zaman paylaşırsınız sorusuna ise 6'sı hekimin tutumuna göre o anda karar vereceğini, 2'si ya hiç paylaşmayıp sorulursa söyleyeceğini ya da hekimin tutumuna göre o anda karar vereceğini, 7'si sağlık sorunu ile ilgili olduğunu düşünürse ya da sorulursa söyleyeceğini, 1'i hiç paylaşmayıp sorulursa söyleyeceğini ya da hekimin tutumuna göre o anda karar vereceğini, 1'i hiç paylaşmayıp sorulursa heteroseksüel olarak söyleyecğini, 1'i hekim sormadan daha görüşmenin başında söyleyeceğini, 1'i ise hiç paylaşmayıp sorulursa söyleyeceğini belirtmiştir.

Çalışmaya katılanlardan 13'ü dermatoloji, üroloji, kadın hastalıkları doğum ve enfeksiyon hastalıkları hekimlerine başvurmuşlardır. Bu başvurulardan 7'si cinsel yönelimlerinin hekimlerce ya hiç sormadan heteroseksüel kabul edilmesi nedeniyle kendilerini zor durumda hissetmiş, ya da cinsel yönelimlerini açıkladıklarında aşağılanmaya uğradıklarını ya da hekimlerinin sağlık sorunları ile ilgili olmayan meraklı sorularına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Örneğin lezbiyen olduğunu öğrenen kadın doğumcu hastanın bakire olmadığını fark edince *"E peki bu nasıl oldu o zaman?"* diye sormuş, hastanın *"anlatmamı mı istiyorsunuz?"* sorusu karşısında ise *"yok yok"* diyerek konuyu kapatmıştır. Myomları nedeniyle gittiği kadın doğumcunun *"Çocuğun olsa rahmini alırız ve*

rahat edersin ama daha çocuk yapmadığın için bu şekilde tedavi etmeliyiz" dediği, defalarca laparoskopik cerrahi geçiren lezbiyen cinsel yönelimli hasta bir türlü hekimine lezbiyen olduğunu ve hiçbir zaman hamile kalamayacağını, hekim ailesini tanıdığı için, söyleyememiş ve her defasında laparoskopi olmak zorunda kalmıştır. ELISA testi yaptırmak için başvurduğu enfeksiyon hastalıkları uzmanı gey cinsel yönelimli hastaya *"E tabi geysen olabilirsin"* diye yargılayıcı ve aşağılayıcı tutum takınmıştır.

Psikiyatr, psikolog ve psikolojik danışma ve rehberlik uzmanı görüşmelerindeki ortak temalar ve ayırt edici özellikler aşağıdaki şekilde saptanmıştır.

1. Hekimini empatik bulmaması ve aşırı profesyonel davrandığı hissi nedenleriyle sormasına rağmen cinsel yönelimini açıklamama;

2. Cinsel yönelimini söylediği psikoloğun *"sen şimdi bana hasta olarak geldin, dışarıda karşılaşsak senin yüzüne bile bakmadan geçerim. Ama hasta olarak geldiğin için sana yardım etmek görevim"* demesi üzerine yoğun öfke duyma ve bir daha gitmeme;

3. Bipolar depresyon tanısı konulan ve 4 yıl boyunca aynı hekim tarafından tedavi edilen hastanın, kendisinin gerek duymaması, hekimin de sormaması nedeniyle cinsel yönelimini açıklamaması;

4. Ailesinin zoruyla gitmesi nedeniyle psikiyatrına *"geyim ama değişmek istiyorum"* demesi, hekimin eşcinselliğin bir hastalık olmadığını doğrudan söylememesi, bunun yerine *"her zaman değiştirilebilir bir şey değil"* diyerek psikoloğa yönlendirmesi, yönlendirilen psikoloğun içinde kadın geçen cinsel fanteziler kurmaya zorlaması ve bir kadınla duygusal ilişki yaşamasını önermesi;

5. Lezbiyen olduğu şüphesi ile bu şüpheden söz etmeden götürüldüğü ve ailesinin hekimle daha önceden görüşmüş olduğunu fark ettiği hekim tarafından bir açıklama yapmadan ilaç verilip psikoloğa yönlendirilme;

6. Gey cinsel yönelimini değiştirme konusunda yardım almak için başvurduğu psikoloğun *"tecavüze uğradın mı, küçükken başına bir şey geldi mi?"* gibi soruları karşısında rahatsızlık hisseden ve psikoloğun eşcinsellikten kurtulabileceğini doğrudan söylememesi ama ima etmesi;

7. Poliklinikte muayene olduğu psikiyatra gey olduğunu söylediğinde hekimin *"bu bir hastalık ve tedavi olmalısın"* diyerek MMPI vermesi ve ilaç önermesi, daha sonra başvurduğu bir başka psikiyatr tarafından feminen davranışlarını değiştirmek üzere "Vücut Dili" diye bir kitap önermesi, ardından aileyi tedavi programına katması, kadınlarla birlikte olmayı önermesi ve yine tedavi yöntemi olarak ilişkide kendisini aktif olarak hayal etmesini istemesi;

8. Gittiği psikolojik danışma ve rehberlik uzmanının görüşmenin hemen başlarında *"seni feminen görüyorum cinsel tercihin farklı mı?"* sorusuna *"lezbiyenim"* yanıtı üzerine *"bu toplumda çok zorluk yaratacak bir ahlaksızlık"* yanıtını vermesi;

9. Cinsel yönelimini hekimi soğuk ve saygısız bulduğu için söylememe;

10. 4-5 yaşlarındayken ailesinin *"ben erkeğim"* demesi ve mastürbasyon yapması nedeniyle götürüldüğü hekimin aileye *"etek giydirin, kız gibi davranın"* ve kendisine de *"bir daha oranla oynarsan sana plastik don giydiririm"* şeklinde korkutmasını hatırlayan lezbiyen hasta;

11.Bipolar affektif bozukluk tanısı ile yatarak tedavi görürken lezbiyen olduğunu söyleyince, *"sen şimdi hastasın, o yüzden lezbiyen olduğunu sanıyorsun"*

denmesi, hastalanmadan çok uzun yıllar öncesinden beri lezbiyen olduğunu söyleyince de *"o zaman da hastaymışsın bilememişsindir"* denmesi.

Bu vakalar dışında 2 vakanın sağlık hizmeti deneyimleri daha ayrıntılı olarak verilecektir.

> *İlk vaka pratisyen hekim olmasına karşın kamuoyunda kendisini seks terapisti olarak tanıtan bir hekimle yaşanan deneyimdir. Birlikte olduğu kişi ile ilgili ilişki sorunları yaşadığı kötü bir döneminde olan hasta sıkıntılarını güvendiği bir yakınına anlatmış. O yakını aracılığıyla pratisyen hekimin muayenehanesine gitmşi. Hasta ilişkisini orada hekime kabaca anlatmış ama cinsel yönelimini söylememiş. Hekimin bunu fark ettiğini ama sormadığını söylüyor. Hekim bunu sormamış ve kendi karısı ile yaşadığı sorunları ve E'nin yaşındayken kadınlarla yaşadığı cinsel deneyimlerini anlatmış. 1 saat süren görüşmelere 1,5 ay kadar devam eden hasta 6-7 seans kadar hekime gitmiş ve maddi açıdan çok zorlanmış. Seanslarda korku, endişe duyguları yaşamış ve hekimin, cinsel yönelimini değiştirmeye çalıştığını hissetmiş, kendi isteği ile gitmeyi bırakmış.*

> *İkinci vaka bir üniversite hastanesinin psikiyatri polikliniğine cinsel yönelim dışı yakınmalarla başvuran bir geyin deneyimidir. Görüşmede "sevgilimle sorunlarım var" diyerek cinsiyet belirtmemiş ve hekimin ne diyeceğini merak etmiş. Gittiği tüm psikiyatrlar kız arkadaşın diye devam etmişler. Böyle yaptıklarında cinsel yönelimini söylemiyormuş. Önce SSGI (seçici seratonin geri alım inhibitörü) verilmiş başlangıçta çok iyi gelmiş, birkaç ay sonra yeniden sıkıntıları başlayınca tekrar başvurmuş. Bu kez "test yapalım" diye psikoloğa yönlendirmişler. Psikolog testten sonra "senin biseksüel olduğunu düşünüyorum" diyerek hekime yönlendirmiş, hasta da "kabul etmiyorum çünkü geyim" demiş. Hekime gittiğinde dosyaya bakıp "kayıt yaptırmamışsın" diye dosyayı ona verip vezneye göndermiş. O da dosyadaki test raporunu okumuş. Kaçıngan kişilik zemini üzerinde CKB(cinsel kimlik bozukluğu-biseksüel), bu eğilime sekonder depresif belirtilerin önplanda olduğu mazokistik uğraşlarla giden kişilik organizasyonu yazıyormuş. Canı sıkılmış ve hekime (bu kez üç kişiymişler ve açıklama yapmamışlar) "tanıya katılmıyorum" demiş. Çok şaşırarak "tanını nerden biliyorsun" demişler. Yanıt olarak "dosyaya baktım" deyince "senin kendi dosyana bakmaman gerekiyordu" diyerek tepki göstermişler, "sen tanıya takılma" deyip yine aynı SSGI'ı vermişler. Çok kızdığı için ilacı bu kez almamış.*

Görüşmelerde en çok karşılaşılan tutum, gidilen psikiyatr ve diğer ruh sağlığı çalışanlarının cinsel yönelim hakkındaki tutum ve yargılarının danışan eşcinsellerce dolaylı yollarla anlaşılmaya çalışılmasıdır. GL bireylerin büyük

bölümü sevgililerinden söz ederken kız arkadaşım ya da erkek arkadaşım yerine cinsiyetsiz bir ifade olan *"sevgilim"* sıfatını kullanmakta ve ruh sağlığı çalışanının görüşme sürerken beraber olduğu kişiyi cinsiyetli olarak ifade edip etmediğine dikkat etmektedir. Örneğin gey hasta beraber olduğu kişiden *"sevgilim"* diye söz etmekte, ruh sağlığı çalışanı *"kız arkadaşınız"* diye devam ederse cinsel yönelimini söylememeye karar vermektedir.

V. TARTIŞMA

Cinsel yönelim ve cinsel davranışların XIX. yüzyıl sonundan başlayarak tıp disiplini kapsamında sağlık ve hastalık boyutlarıyla değerlendirilmeye başlanması çok sayıda yeni soruna neden olmuştur. O zamana dek günah ve suç kavramları üzerinden ayrımcılık ve dışlanmaya maruz kalan eşcinseller, bu kez tedavi uygulamalarının nesnesi haline getirilmiş ve örselenmişlerdir. 1970'li yıllardan sonra eşcinselliğin hastalık kategorisi olmaktan çıkarılması önceki dönemlerde yapılan tedavi çabalarının olumsuz etkilerinin daha nesnel değerlendirilebilmesini sağlamıştır. Eşcinselleri "heteroseksüel yapma" olarak tanımlanabilecek onarım ve dönüştürme tedavilerinin hem eşcinseller hem de bu tedavileri uygulamak zorunda kalan hekimlerde olumsuz etkilere neden olduğu bilinmektedir (6, 7).

Eşcinselliğin hastalık olarak değerlendirilmesi, tıpkı şizofreni ve benzeri ağır psikiyatrik hastalıklara yakalanmış bireylerin maruz kaldıkları "stigmatizasyon"a onların da hedef olmasını ve toplumda ayrımcılığa uğramalarına yol açmıştır. Bu ayrımcılık, başta homofobi olmak üzere değişik adlandırmalarla tanımlanmaya çalışılmıştır.

Temel insan haklarından olan sağlık hakkını kullanmak için sağlık kuruluşlarına başvuran ve sağlık çalışanlarıyla iletişime geçen eşcinseller, hem kurumsal yapının özelliklerine (resmi sınıflama sistemleri, sağlık geri ödeme sistemleri) hem de sağlık çalışanlarının eşcinselliğe yönelik ayrımcı bilgi, tutum ve davranışlarına maruz kalmaktadırlar.

Bu çalışmada sağlık hizmeti alma hakkını kullanan eşcinsellerin, sağlık çalışanlarının eşcinsellik hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları nedeniyle olumsuz ve örseleyici deneyimler yaşadıkları öngörüsü ile bu bilgi, tutum ve

davranışların saptanması ve önlenmesine yönelik politikaların geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Bu amaçla Türkiye ve Türkiye dışı ülkelerde yapılmış eşcinselliğe karşı ayrımcı bilgi, tutum ve davranışları ölçen çalışmalar gözden geçirilerek, Türkiye'de ve Türkçe olarak değerlendirilebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmek istenmiştir. İkinci aşamada bu ölçekle sağlık çalışanlarının eşcinsellik hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını ölçmek, bu değişkenleri etkileyen olası etmenleri belirlemek amaçlanmıştır. Son olarak sağlık hizmeti alan eşcinsellerin deneyimleri derinlemesine görüşme yöntemiyle ortaya çıkarılarak sağlık hizmeti sunan çalışanların bilgi, tutum ve davranışlarıyla karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya 280 tıp fakültesi birinci sınıf öğrencisi ile aralarında araştırma görevlisinden profesöre kadar değişik mesleki ve akademik düzeylerde bulunan 224 psikiyatri dışı hekim ve 147 psikiyatr dahil edilmiştir.

Psikiyatri dışı hekimler arasında anket doldurması için aydınlatılmış onam görüşmesi yapılan 274 kişiden 50'si, "*vaktim yok; bu beni bozar; beni nereden buldun; neden bizim branşa geldin*" gibi çoğu zaman aşağılayıcı ve alaylı bir üslupla çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Bu reddetme tutumu ve reddederken kullanılan üslup, sağlık hizmeti çalışanlarının eşcinselliği bir yandan tıbbi bir hastalık olarak görürken öte yandan başka bir hastalık kategorisine karşı göstermeleri beklenmeyecek bir dışlama/reddetme davranışı takındıklarını göstermektedir. Bu tutum daha çalışmaya başlarken ve anket doldurma aşamasında bile eşcinselliğe karşı sağlık hizmeti çalışanlarının olumsuz bilgi, tutum ve davranışları olduğunun anlaşılmasını sağlamaktadır.

Psikiyatrlara anket, Türkiye'deki 2000'i aşkın psikiyatrın üye olduğu ve düzenli takip ettiği psikiyatrlara özel bir e-posta grubu üzerinden duyurulmuş ve

bir online site aracılığıyla anketi doldurmaları beklenmiştir. Anketi dolduran 147 kişi grubun yaklaşık %7,3'ünü karşılamaktadır. Bu rakam yeterli kabul edilmiştir.

Çalışmaya alınan toplam 651 kişinin demografik verileri tablo-1'de yer almaktadır. Buna göre gruplar cinsiyet dışında medeni durum, mezun olunan lise, aile kökeni, mesleki düzey ve çalışılan kurum ile dini inanç değişkenleri yönünden birbirinden anlamlı oranda farklıdır. Bu anlamlı fark çalışmanın bilgi, tutum ve davranış ölçme amacıyla uyumlu bulunmuştur. Bu sayede farklı kültürel, inanç ve mesleki deneyime sahip gruplar üzerinde çalışma olanağı sağlanmıştır.

Eşcinselliğin hastalık olarak görülmesi, bu hastalığa neden olabilecek etkenlerin uzun yıllar boyunca araştırılmasına yol açmıştır. Tıp literatüründe eşcinselliğin olası nedeni olarak biyolojik/genetik etmenler, çevresel etmenler ve aile özellikleri ve çocuk yetiştirme pratiklerinin rol oynadığını savunan/ kanıtladığını iddia eden çok sayıda çalışma vardır (14). Bu çalışmalar, temel olarak araştırmayı yürütenlerin psikiyatrik hastalıkların etyopatogenezi ile ilgili genel kuramsal yönelimleri ile paralel olmuştur. Psikanalitik yönelimli araştırmacılar ebeveyn tutumu, psikoseksüel gelişim gibi değişkenleri göz önünde tutarken; biyolojik yönelimli araştırmacılar eşcinsellerde beyinde yapısal/ genetik/ dejeneratif değişiklikler aramışlardır.

Bu çalışmalar eşcinsellik 40 yıl önce hastalık olmaktan çıkarılmasına rağmen günümüzde de etkinliklerini sürdürmektedirler. Tıp eğitimi içinde cinsellik, eşcinsellik, cinsel yönelim konularında çağdaş, bilimsel programlar olmaması tıp eğitimi alan hekimlerin eşcinsellik hakkında daha önce üretilmiş etyopatogenetik modelleri benimsemelerine neden olmaktadır. Öte yandan hastalık kategorisi olarak değerlendirmekte ısrar eden kimi sağlık çalışanları hala

eşcinselliği açıklayacak tıbbi modeller kurma peşindedirler. Bu modeller, hastalık olarak görülmese de "bir insan neden eşcinsel oluyor" sorusu üzerinden kurulmaktadır.

Tablo-2'de psikiyatr ve psikiyatri dışı hekimlerin eşcinselliğin olası nedenleri hakkındaki bilgileri araştırılmıştır. Psikiyatr ve psikiyatri dışı hekimlerin bu konudaki düşünceleri birbirinden anlamlı oranda farklıdır. Buna göre intrauterin hormonal gelişme, hipotalamusta yapısal farklılıklar gibi daha biyolojik yönelimli modelleri psikiyatri dışı hekimler yakın bulurken; annenin baskın karakterli olması, babanın zayıf olması, hemcins ebeveynin sedüktif olması gibi psikanalitik yönelimli modelleri psikiyatrlar daha yakın bulmuşlardır. Çocukken karşı cinsin giysilerinin giydirilmesi ve ebeveynin karşı cins çocuk arzusunun eşcinselliğin nedeni olarak görülmesi psikiyatri dışı hekimlerde daha çoktur. Bu fark, psikiyatri dışı hekimlerin eşcinselliğe tıbbi bir bilgiden çok folklorik/popüler yargılarla baktıklarını kanıtlar görünmektedir. Bu bakış, girişte söz edilen stereotipik düşünme kalıplarına uygundur. Bu durum, psikiyatri dışı hekimlerin eşcinselliğe tıbbi nesnellikle bakmaktan uzak olduklarını; psikiyatrların ise eşcinselliği psikanalitik kuram ile değerlendirdiklerini kanıtlamaktadır. Tıp fakültesi 1. sınıf öğrencilerinin daha ağırlıklı olmak üzere psikiyatr dışı hekimlerin psikiyatrlara göre biyolojik etkenleri daha önemli bulmaları, tıptaki genel hastalık modeliyle uyumludur. Bir durumun hastalık olarak görülmesi ancak biyolojik bir değişimin olması durumunda mümkün görülmektedir. Başka bir deyişle bir şey hastalıksa mutlaka biyolojiyi değiştirir diye beklenmektedir. Bu durum eşcinselliğe bakışla ilgili değil, hastalık kavramına bakışla ilgilidir. Ayrıca eşcinselliğin günah, suç ya da ahlaksızlık olarak değil hastalık olarak da görüldüğünü göstermektedir.

Çalışmada kullanılmış olan eşcinselliğin olası nedenlerini açıklayan on iki görüşle ilgili olarak psikiyatrlar üzerinde yapılan Türkiye dışı kaynaklı başka bir araştırmada; genel olarak psikiyatrların bu görüşlerden en çok biyolojik olanları uygun bularak ilk sıralara koydukları, ancak bağlı bulunulan okulun, çalışma süresinin ve çalışılan kurumun özelliklerinin bu tutumu etkilediği gösterilmiştir (14). Bahsedilen çalışmada psikiyatrlardan, olası on iki görüşü olabilirliğine göre sıraya koymaları istenmiş ve biyolojik olan dört görüşün tamamını ilk 4 sıraya yerleştirdikleri görülmüştür. Bizim çalışmamıza katılan psikiyatrların en çok uygun buldukları üç görüş çevresel etmenler ve aile özellikleri ile ilişkiliyken, biyolojik görüşlerden birisi olan genetik kalıtım ancak dördüncü sırada uygun bulunmuştur. Diğer üç biyolojik görüş (intrauterin hormonal gelişim, hipotalamustaki yapısal farklılıklar, beyin gelişimi ve yapısı) ise 5., 6., ve 7. sıraya yerleşmiştir. Bu noktada Türkiye'deki psikiyatrların batıdaki meslektaşlarına göre eşcinselliğe neden olduğu iddia edilen çevresel ve aile özellikleri gibi etmenleri daha önemli buldukları ama biyolojik etmenleri de önemsedikleri söylenebilir. Her iki çalışmada ortak olarak tek çocuk olmak ve kardeşler arasındaki doğum sırası, en az desteklenen görüşler olmuştur.

Çalışmaya katılan psikiyatrların hem tanı hem de tedavi uygulamasında eklektik oldukları Tablo 4' ten anlaşılmaktadır. Biyolojik, psikanalitik ve bilişsel davranışçı kuramları bir arada kullanmakta, sadece üçünden birini kendisine daha yakın bulmaktadırlar. Ancak uygulamada herhangi bir kurama körü körüne bağlı olduklarını ifade edenler çok az bir bölümü oluşturmaktadırlar.

Tablo-5'te psikiyatrların eşcinsel hastalarla ilgili olarak yaşadıkları deneyimler gösterilmiştir. Psikiyatrların çoğunun gey veya lezbiyen hastasının olduğunu, ancak hastaların 6 aydan uzun süreli olarak takibi noktasında oranların

düştüğünü görmekteyiz. Çalışmada bugüne kadar aldıkları sağlık hizmetleri hakkında görüşülen eşcinsel bireylerin; çoğunun kendi istekleri dışında ruh sağlığı çalışanına gittiği, cinsel yönelimlerini hekime açıklamadıkları, büyük kısmının dolaylı şekilde hekimlerin aşağılayıcı veya heteroseksist tutumlarına maruz kaldıklarını bildirdikleri ve 6 aydan uzun süre hekime devam etme oranlarının düşük olmasıyla, psikiyatrların 6 aydan uzun süreli olarak eşcinsel hastalarını takip oranlarının düşük olmasıyla uyumludur. Ancak çalışmanın genel bütününe bakıp psikiyatrların eşcinselliğe ve eşcinsellere karşı olumsuz tutum, düşünce ve davranışlarını göz önüne alındığında, 6 aydan uzun süreli hasta takibi oranlarındaki düşüşte psikiyatrların da büyük rol oynadıkları söylenebilir. Eşcinsel bireyler psikiyatrlara çeşitli sebeplerle başvurmakta, ancak olasılıkla karşılaştıkları olumsuz tutumlar nedeniyle bazen gerçekten ihtiyaç duydukları halde hasta-hekim ilişkisi kuramamaktadırlar. Bu şekilde eşcinsel bireylerin sağlık hizmeti haklarından dolaylı bir şekilde mahrum kalmalarının söz konusu olduğu görülmektedir.

Katılımcı psikiyatrlar düşük bir oranda, kendilerine eşcinsel cinsel yönelimlerini değiştirme isteğiyle başvuran hastalarının olduğunu belirtmişlerdir. Yine hekimlerin az bir kısmı bu nedenle tedavi verdiklerini de bildirmişlerdir. Burada gey bireylere lezbiyenlerden daha fazla oranda tedavi verilmeye çalışıldığı da görülmektedir. Eşcinsellikle ilgili yapılan çalışmaların ağırlıklı olarak erkek eşcinselliği ile ilgili olduğu görülmektedir. Yaşanılan toplumlarda erkek egemen bir yapının olması ve gey olmanın bu yapıyı sarsacak bir tehdit olarak algılanırken kadın eşcinselliğinin bir tehdit unsuru olarak algılanmaması, tıptaki tedavi modellerini de etkilemektedir. Yani hekimler gey bireyleri lezbiyen bireylere göre daha çok tedavi etme (heteroseksüel yapma) ihtiyacı

hissetmektedirler. Bu durum süreç içinde tıp disiplini içerisinde hasta ve hastalık kavramlarına olan yaklaşımların; politik, kültürel ve sosyal baskı ve normlardan ne kadar fazla etkilenebildiğini göstermesi açısından önemlidir. Bu durumun bir başka nedeni lezbiyenlerin daha örtük ve görece gizli bir hayat yaşamaları, hekime başvurularının daha az olması gibi etkenlerden de kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya katılan eşcinsel bireylerin bir kısmı eşcinselliklerini fark etmeye başladıkları dönemlerde aileleri tarafından istekleri dışında hekime getirildiğini, bir kısmı yönelimlerini ilk fark ettiklerinde hasta olduklarını düşündüklerini fakat sonradan araştırdıkça bundan uzaklaştıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular eşcinsel yönelimlerini değiştirme amaçlı olarak başvuran kişilerin çeşitli çevresel baskılara ikincil olarak ruh sağlığı çalışanlarına geldiklerini gösteriyor olabilir. Yani yapılan başvurular tamamıyla kişilerin kendi özgür iradesi ile olmayabileceği gibi, "cinsel yönelimini değiştirme isteği" nin altında birçok farklı motivasyon da yatıyor olabilmektedir. Diğer taraftan katılımcı psikiyatrların büyük çoğunluğu, cinsel yönelim dışı nedenlerle kendilerine başvuran eşcinsel hastaları olduğunu belirtmiştir. Bu durumda psikiyatrların kendilerine cinsel yönelimini değiştirme isteği ile gelen kişilerin çoğunlukla aslında farklı amaç ve nedenleri olduğunu göz önünde bulundurmaları gerektiği ön plana çıkmaktadır.

Çalışmada yer alan psikiyatrların yarısından fazlası kendilerine başvuran ancak cinsel yönelimini belirtmeyen hastaların gey olduğunu anladıklarını belirtmiştir. Lezbiyen hastalar için bu oranın neredeyse yarısı geçerlidir. Psikiyatrların geyleri daha çok tanıdıklarını belirtmeleri algıda seçicilikleri olduğunu göstermektedir. Yani hekimler gey cinsel yönelimine işaret edeceğini düşündükleri belli özelliklere, lezbiyen cinsel yönelimine işaret edeceğini

düşündükleri belli özelliklerden daha fazla dikkat etmektedirler. Yine burada erkek egemen bir toplum yapısı içinde kadınlık rolüne atfedilen belli özelliklerin erkekte olmasının daha dikkat çekici olması, ancak erkeklik rolüne atfedilen belli özelliklerin kadında olmasının daha kabul edilir görüldüğü anlaşılmaktadır. "Feminen bir erkek" olma toplum yapısının üzerine kurulu olduğu temelleri sarsma olasılığını ortaya çıkarmakta, ancak "erkek gibi kadın" olma yine masküliniteye işaret ettiği için görece daha olumlu karşılanmaktadır.

Kendilerine başvuran hastalarının eşcinsel olduklarını fark ettiklerinde katılımcı psikiyatrların büyük çoğunluğu bunu hastalarla paylaşmamaktadır. Bu noktada daha önce de bahsedilen stereotipik düşünme kalıplarının görüşme sırasında; hastaların olasılıkla giyim tarzları, konuşma şekilleri, ses tonu, kullandıkları dil, yürüyüşleri gibi bazı özelliklerinden yola çıkarak tetiklendiğini öngörebiliriz. Bunun sonucunda hekimin kafasında, karşısındaki kişinin cinsel yönelimi ile ilgili bir fikir oluşmakta ve çoğunlukla da bunu o kişiye sormamayı tercih etmektedir. Psikiyatrların yarısından fazlası hastalarının eşcinsel yönelimlerini anlasalar bile hasta bu konuda bilgi vermezse sormadıklarını ifade etmektedirler. Bu durumda psikiyatrların eşcinsel olabileceğini düşündükleri hastalara bunu sormadan onları öyle kabul ederek görüşmeyi sürdürdükleri anlaşılmaktadır. Bu durum çok sayıda sakınca içerir. İlkin psikiyatrların tanı görüşmesinde cinsellik, cinsel yönelim gibi konuları sormadıkları, bu alanda hastayı konuşmaya cesaretlendirmedikleri anlaşılmaktadır. Bu, hastanın sağlıklı ve doğru değerlendirilip anlaşılmasını engelleyeceği gibi çoğu zaman psikiyatrın bu alanda önyargısına göre karar verip davranmasına yol açabilecektir. Eşcinsel olmamasına karşın, psikiyatrı tarafından eşcinsel olarak kabul edilen ya da eşcinsel olmasına karşın psikiyatrı tarafından heteroseksüel kabul edilen çok

sayıda hastanın olduğu söylenebilir. Bu araştırmada geliştirilen ölçekten anlaşıldığı gibi psikiyatrların eşcinselliğe karşı olumsuz inanç, tutum ve yargıları yüksektir. Bu olumsuzluk hekimin hastası ile cinsellik ve cinsel yönelim konularında konuşmaktan kaçınmasına ve önyargıları ve sterotipik düşüncelerine göre davranmasına neden olacaktır. Bu önyargılı tutumun hem eşcinsel hem de heteroseksüel bireylerce anlaşılmaması, sezilmemesi olası değildir.

Eşcinselliğin DSM sınıflamasından çıkarılmasının nedenlerinin sorulduğu anket sorusuna çok az sayıda psikiyatr yanıt vermiştir. Eşcinselliğin yeniden DSM sınıflamasına girmesi durumunda nasıl davranacakları sorusuna ise yine çok az sayıda psikiyatr yanıt vermiştir. Bu iki soruya verilen yanıtlar azdır. Verilen yanıtların bir bölümü bilimsel bir ankete verilmesi beklenen bilimsel yanıtlar olmaktan uzaktır. Bu durum tıpkı araştırmaya katılmayı reddeden psikiyatri dışı hekimlerin alaycı, aşağılayıcı tutumlarıyla benzerlik göstermektedir. *Vahşi hümanizm akımı, DSM'yi hazırlayanların gey olması, başımıza ek iş açılmaması* gibi yanıtlar anketi dolduran hekimin alaycılığını düşündürtmektedir.

Eşcinsellik hakkında konuşmak zorunda kalan çoğu kişinin alay, espri gibi komikliklere yönelmesi bu konu hakkında konuşmanın kaygı verici olmasından ve homofobik tutumdan kaynaklanıyor olabilir.

Ölçek;

Her üç anket formunda da ortak olan eşcinsellikle ilgili 48 maddenin faktör analizi sonucunda bu maddelerin 4 alt ölçekte kümelendikleri görülmüştür. Bu alt ölçekler araştırmacılarca "heteroseksizm", "homofobi", "homonegativizm" ve "yansızlık"' olarak adlandırılmıştır. Daha önce bahsedildiği gibi eşcinselliğe yönelik tutumları ölçmede homofobi kavramı tek başına yetersiz kalmaktadır. Eşcinsellikle ilgili bilgi, tutum ve davranışları yalnızca kişinin hissettiği olumsuz

duygularla ilişkilendirmek; oldukça karmaşık bir kavramı basitleştirmek olacaktır. Bireyin eşcinselliğe ve eşcinsellere karşı tutumları, sadece bu kişilere duyulan irrasyonel nefret, korku ya da hoşnutsuzluk ile değil (homofobi); kişinin cinsellikle ilgili sahip olduğu kemikleşmiş "normal" kavramı (heteroseksizm), heteroseksüel olmayanlara karşı sahip olunan olumsuz stereotip/ önyargı ve yapılan ayrımcılık ile kendisini gösteren öğrenilmiş belli inanış/davranışları kalıpları (homonegativizm), toplumda yaşayan bireylerin temel hak ve özgürlüklerine takınılan tutum (yansızlık) gibi farklı açılardan da tanımlanmalıdır. Bu nedenle çalışmadaki alt ölçekler, eşcinselliğe ve eşcinsellere takınılan tutumları birçok yönden ele almayı sağlamıştır. Bu dört kavram aşağıda açıklanmıştır.

Homofobi; eşcinsel kişilerle temastan kaçınma,

Homonegativizm; eşcinsel bireylerin toplumsal alanda bulunmasına karşı olma durumu,

Heteroseksizm; heteroseksüel cinsel yönelimi doğal bulma ve yüceleştirme,

Yansızlık; kişilerin cinsel yönelim haklarına karşı yargısız olma ve ayrımcılık yapmama özelliğidir.

Eşcinselliğe ve eşcinsellere olan tutum ve davranışları değerlendirirken bu başlıkları da göz önünde bulundurmanın yararlı olacağı, bu amaçla geliştirilen ölçeğin diğer araştırıcılara yardımcı olacağı düşünülmektedir.

İç tutarlılığı ve geçerlik güvenirliğinin yüksek olduğu anlaşılan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen puanların incelenen değişkenlerle ilişkisi oldukça anlamlı ve daha önceki çalışmalarla uyumlu sonuçlar göstermektedir.

Erkek, kır kökenli, bekar, genç ve dini inançları güçlü olmak ölçek ve alt ölçeklerden yüksek puan alınmasıyla ilişkili bulunmuştur. Türkiye dışında yapılan çalışmalarda da bu özelliklerin homofobik tutumların daha yüksek olmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. kültürel farklardan bağımsız olarak homofobinin evrensel bir sorun olduğu ve heteroseksizm ve erkek egemenliğiyle bağlantılı olduğu anlaşılmaktadır. İmam Hatip ve Meslek Lisesi mezunu hekim ve hekim adayları diğerlerine göre daha yüksek puanlar almaktadırlar. Aynı şekilde kır kökenliler daha yüksek puan alırlarken göç edenler daha az, kentliler ise daha da düşük puanlar almaktadır. Ancak puanlar şekil üzerinden değerlendirildiğinde bu anlamlı farkların birbirlerinden tümüyle kopuk durumda olmadıkları görülmektedir. Kentli olanların bazıların kır kökenlilerden daha yüksek puanlar görülebilmektedir. Bu iç içelik eşcinsellik karşısındaki olumsuz tutumların kentlileştikçe azalmakla birlikte kırdan kente her kökenden insanda olduğunu göstermektedir.

Dini inanç ve medeni durum değikenleri arasında ile hiç kesişmeyen bir farklılık vardır. Ateistler ve deistler kesişmemekle birlikte daha düşük puan alırlarken dine inananlar ve dindarlar çok yüksek puanlar almışlardır.

Tıp eğitimi boyunca hekimlerin eşcinsellik hakkındaki olumsuz tutum ve yargılarının giderek azaldığı görülmektedir. Ancak bu durumun sadece tıp eğitimine bağlı olduğu sanılmamaktadır. Daha çok yaş arttıkça ortaya çıkan bir değişime bağlı gibi görünmektedir.

İlgi çekici olarak üniversitede çalışanlar ve akademisyenler daha yüksek puanlar almışlardır. Bu durumun akademik koruyuculuk hissiyle bağı olduğu düşünülebilir. Üniversitede akademisyen olarak çalışanların kendi yargılarını hastalarına ifade etmekten daha az kaçındıkları anlaşılmaktadır. Bu rahatlığın

kendisini akademinin “koruyucu” ortamında ve hastaya daha tepeden bakan bir yaklaşımla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. En düşük puanları özel sağlık kuruluşlarında (özel hastane, muayenehane) çalışanlar almışlardır. Bu düşük puanların birden fazla nedeni olabilir. Hekimin kendisini hastasına karşı daha dikkatli ve özenli davranmak zorunda hissetmesi, eşcinsellerin özel sağlık kuruluşu ve muayenehaneyi daha çok tercih etmesi dolayısıyla bu hastalarla daha çok karşılaşıyor olma olasılığı gibi etkenler rol oynayabilir.

Çalışmanın eşcinsel bireylerle yapılan derinlemesine görüşme kısmından önemli olduğunu düşündüğümüz sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre eşcinsel bireyler sağlık hizmeti alırken çeşitli homofobik ve heteroseksist tutumlar ve davranışlarla karşılaşmaktadırlar. Bu tutum ve davranışlar sıklıkla örtük şekilde olmakla birlikte açıkça yargıda bulunan ya da taciz eden hekimlerin olduğu da görülmektedir. Bu nedenle eşcinsel bireyler hekime yeterince açık davranamamaktadır. Çoğu cinsel yönelimini açıklayıp açıklamayacağına hekimin tutumuna göre o anda karar vereceğini, sağlık sorunu ile ilgili olduğunu düşünürse ya da sorulursa söyleme gibi yollar tercih edeceğini belirtmektedirler. Hekimlerin sadece olumsuz tutum ve davranışları değil, aynı zamanda eşcinsellik ve cinsellik konularında yetersiz ve bilgisiz olması da eşcinsel cinsel yönelime sahip bireylerin sağlıklı bir hizmet almasını engellemektedir.

Ruh sağlığı alanında çalışan farklı disiplinlerden uzmanların da benzer bilgi eksikliği olduğu, eşcinsel bireylerin deneyimlerinden anlaşılmaktadır. Eşcinsel cinsel yönelimini değiştirme isteği ile psikiyatra başvuranların sayısının oldukça az olduğunu ve bu amaçla giden kişilerin de çoğunun farklı motivasyonları olduğu göz önünde bulundurulduğunda, ruh sağlığı alanında çalışan uzmanların, danışanlara ne kadar dikkatli bir şekilde yaklaşmaları

gerektiği anlaşılmaktadır. Uzmanların, cinsel yönelimi değiştirmeye çalışmanın kişilere verdiği zararların farkına varıp, eşcinsel bireylerin yaşadıkları toplumun kültürel, sosyal, politik baskıları sonucu yaşadıkları ruhsal sorunlarını çözmelerine yardımcı olmaya çalışmaları gerekmektedir.

Çalışmanın öğrenci grubunun yer aldığı kısmında, öğrencilerin üç grup içinde en homofobik tutumlara sahip olduğu görülmüştür. Tıp fakültesini bitirip uzman olunduğunda bu tutumların azalması, eğitimle bunun değiştiğini göstermektedir. Ancak çalışma sonuçlarının da gösterdiği gibi verilen eğitim oldukça yetersizdir. Bu noktada ilk aşamada özellikle tıp fakülteleri olmak üzere diğer yüksek öğrenim kurumlarında da, cinsellik ve eşcinsellik ile ilgili eğitimin yoksa verilmesi, varsa da iyileştirilmesinin gerekli olduğu görülmektedir.

Çalışmanın sınırlılıkları;

Her ne kadar kimlik bilgileri istenmemiş olsa da psikiyatri dışı hekimlere anketlerin elden verilmesi ve toplanması nedeniyle, cinsel yönelim gibi bazı bilgilerin güvenirliği düşük olabilir.

Görüşülebilen eşcinsel bireylerin yüksek eğitimli olmaları nedeniyle daha düşük sosyoekonomik düzeydekilerin deneyimleri çalışmada yer alamamıştır. Bu gruplara mensup eşcinsel bireylerle de araştırmanın sürdürülmesi gereklidir.

VI. SONUÇLAR

Bu araştırma aracılığıyla elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

1) Çalışmada eşcinselliğe ve eşcinselliğe karşı tutumları belirlemek için 4 alt ölçekten oluşan (heteroseksizm, homofobi, homonegativizm, yansızlık) geçerli ve güvenilir yeni bir ölçek oluşturulmuştur. **Çabuk Candansayar Cinsel Yönelim Tutum Ölçeği** olarak adlandırılan ölçeğin Türkiye'de cinsel yönelim hakkındaki bilgi ve tutumu ölçme konusunda yararlı bir araç olduğu düşünülmektedir.

2) Eşcinselliğe karşı olan tutumları değerlendirmede tek başına homofobi yeterli bir kavram değildir. Bu nedenle eşcinsellerin karşılaştıkları ayrımcılık, aşağılama ve dışlama tutumlarını ölçerken bakılması ve araştırılması gereken 4 terim önerilmiştir.

Homofobi; Cinsel yönelimi heteroseksüel olmayan bireylerle karşılıklı ilişkiden rahatsız olma, çekinme, reddetme.

Homonegativizm: Cinsel yönelimi heteroseksüel olmayan bireylerin toplum içinde görünür olmaları ve heteroseksüellerle eşit haklara sahip olmalarına karşı olma.

Heteroseksizm: Heteroseksüelliği yüceltme, normal, doğal ve üstün bulma.

Yansızlık: Cinsel yönelim farklılıklarına hiyerarşi atfetmeme, anormallik/ hastalık olarak değerlendirmeme ve yakın ilişkiden rahatsız olmama.

3) Sağlık çalışanlarının eğitimin başında olandan kıdemli olanına kadar geneli, eşcinsellik karşısında yoğun olumsuz duygular beslemekte ve tutum takınmaktadırlar. Tıp fakültesi birinci sınıf öğrencileri psikiyatri dışı hekimlerden, psikiyatri dışı hekimler de psikiyatrlardan daha olumsuzdur.

4) Kır kökenlilikten kentliliğe geçiş eşcinsellik karşıtı tutumlarda kademeli bir azalmaya neden olmaktadır.

5) Dini inanç arttıkça eşcinselliğe karşı olumsuz tutumlar da artmaktadır.

6) Eşcinsel bireyler temel bir insan hakkı olan sağlık hizmeti alma haklarını kullanırken, sağlık sektörü çalışanlarının homofobik ve hetereoseksist tutum ve davranışlarına maruz kalarak mağdur olmaktadırlar.

7) Tıp eğitiminde cinsellik ve cinsel yönelim hakkındaki çağdaş bilimsel görüşleri içeren eğitim programlarına gerek vardır.

8) Psikiyatri dışı hekimlerin eşcinsellik hakkındaki olumsuz tutum ve yargılarına yönelik eğitim programları geliştirilmelidir.

9) Psikiyatrlar kendilerine başvuran hastaların cinsel yönelimlerini hiç sorgulamadan heteroseksüel olarak kabul etmekten vazgeçmeli, tanı görüşmesi ve öykü alma sırasında diğer alanları sorduğu gibi cinsel yönelimi de sormaktan kaçınmamalıdır.

10) Eşcinsel bireyler sağlık hizmeti alırlarken eşcinsellik karşıtı bir tutumla, aşağılama ya da tacizle karşılaştıklarında meslek örgütlerine, kurum yöneticilerine şikayet etmekten kaçınmamalıdırlar.

11) Bu araştırmada geliştirilen ölçeğin farklı gruplarda farklı değişkenlerle kullanılarak cinsel yönelim hakkındaki toplumun genel tutumunun ne olduğu ve bu tutumu belirleyen diğer olası etkenlerin neler olduğu araştırılmalıdır.

VII. KAYNAKLAR

1. Davenport-Hines R. Sex, death and punishment.Attitudes to sex and sexuality in Britain since the Renaissance. London: Collins, 1990.

2. Weeks J. Coming out. Homosexual politics in Britain from the nineteenth century to the present. London: Quartet Books, 1990.

3. Foucault M. The history of sexuality. Vol 1. An introduction. Penguin: Harmondsworth, 1981.

4. King MB, Bartlett A. British psychiatry and homosexuality. Br J Psychiatry 1999;174:106-13.

5. Smith G, Bartlett A, King M. Treatments of homosexuality in Britain since the 1950s--an oral history: the experience of patients. BMJ. 2004 Feb 21;328(7437):427. Epub 2004 Jan 29.

6. King M, Smith G, Bartlett A. Treatments of homosexuality in Britain since the 1950s--an oral history: the experience of professionals. BMJ. 2004 Feb 21;328(7437):429. Epub 2004 Jan 29.

7. http://en.wikipedia.org/wiki/Victorianism

8. Candansayar S. Bir Ötekileştirme Pratiği Olarak Cinselliğin Tıbbileştirilmesi ve Eşcinsellik. Uluslararası Homofobi Karşıtı Buluşma, Anti Homofobi Kitabı. Ankara: Ayrıntı Basımevi, 2009;69-72

9. Kant, I. (1963). Lectures on ethics. (L. Infield, Trans.). New York: Harper & Row.

10. Donald Capps. From Masturbation to Homosexuality: A Case of Displaced Moral Disapproval. Pastoral Psychology, Vol. 51, No. 4, March 2003

11. http://en.wikipedia.org/wiki/Religion_and_homosexuality

12. http://www.diyanet.gov.tr

13. http://tdkterim.gov.tr/bts/

14. Vreeland CN, Gallagher BJ 3rd, McFalls JA Jr. The beliefs of members of the American Psychiatric Association on the etiology of male homosexuality: a national survey. J Psychol. 1995 Sep;129(5):507-17.

15. Donald P. Haider-Markel and Mark R. Joslyn Beliefs About the Origins of Homosexuality and Support For Gay Rights An Empirical Test of Attribution Theory Public Opinion Quarterly 2008 72(2):291-310

16. Akdaş Mitrani AT. Eşcinsellere Yönelik Olumsuz Tutumlar: Meslek Grupları ve İlişkili Özellikler. Adli Bilimler Dergisi / Turkish Journal of Forensic Sciences, 7 (4): 23 - 30, 2008

17. http://tr.wikipedia.org/wiki/Stonewall_ayaklanmaları

18. Freud S: Historical notes: aletter from Freud (1935). Am J Psychiatry 107:786-787, 1951

19. Berube A: Coming Out Under Fire. New York, Free Press, 1990

20. Ellis A: Homosexuality: Its Causes and Cure. New York, Lyle Stuart, 1965

21. Offer D, Sabshin M: Normality Theoretical and Clinical Conceps of Mental Health. New York, Basic Books, 1966

22. Gonsiorek JC: Results of psychological testing on homosexual populations, in Homosexuality Social, Psychological and Biological Issues. Edited by Weinrich PW, Gonsiorek JC, Hotvedt ME. Beverly Hills, CA, Sage, 1982, pp 71-88

23. Hooker E: The adjustment of a male overt homosexual. Journal of Projective Techniques 21:18-31, 1957

24. Freedman M: Homosexualty and Psychological Functioning. Belmont, CA, Brooks/Cole, 1971

25. Meredith RL, Reister RW: Psychotherapy, responsibility and homosexuality: clinical examination of socially deviant behavior. Professional Psychology 11:174-193, 1980

26. Spitzer RL: A proposal about homosexuality and the American Psychiatric Association nomenclature: homosexuality as an irregular form of sexual behavior and sexual orientation disturbance as a psychiatric disorder. Am J Psychiatry 130:1214-1216, 1973

27. Freud S: Some neurotic mechanisms in jealousy, paranoia and homosexuality (1922), in standart edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol 18. Translated and edited by Strachey J.London, Hogarth Press, 1955, pp 223-232

28. Feldman MP,MacCulloch MJ: Homosexual Behavior:Therapy and Assesment. New York, Pergamon Press, 1971

29. Cautela J:Covert sensitization. Psychol Rep 20:459-468, 1967

30. Callahan, E. J. (1976). Covert sensitization for homosexuality. In J. Krumboltz & C. Thoresen (Eds.), Counseling methods (pp. 234-245). New York: Holt, Rinehart and Winston.

31. Mandel, K. (1970). Preliminary report of a new aversion therapy for male homosexuals. Behavioral Research and Therapy, 8, 93-95.

32. Segal, B., & Sims, J. (1972). Covert sensitization with a homosexual: A controlled replication. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39, 259-263.

33. McConaghy N, Proctor D, Barr R: Subjective and penile plethysmography responses to aversion therapy for homosexuality: a partial replication. Arch Sex Behav 2:65-78, 1972

34. James B. Case of homosexuality treated by aversion therapy. The British Medical Journal, Vol. 1, No. 5280 (Mar. 17, 1962), pp. 768-770

35. Davison GC: Elimination of a sadistic fantasy by a client-controlled counterconditioning technique. J Abnorm Psychol 73: 84-90, 1968

36. Masters WH, Johnson VE: Homosexuality in Perspective. Boston, MA, Little Brown, 1979

37. MF Schwartz, WH Masters. The Masters and Johnson treatment program for dissatisfied homosexual men Am J Psychiatry 1984; 141:173-181

38. Gonsiorek, J. (1981). Review of Homosexuality in perspective, by Masters and Johnson. Journal of Homosexuality, 6(3), 81 -88.

39. Moan, C.E., & Heath, R.G. Septal stimulation for the initiation of heterosexual activity in a homosexual male. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3, 23-30, 1972.

40. Heath RG: Pleasure and brain activity in man. J Nerv Ment Dis 154:3-18, 1972

41. Murphy, T. F. (1992). Redirecting sexual orientation: Techniques and justifications. The Journal of Sex Research, 29(4), 501-523.

42. Pierce, D. M. (1973). Test and non-test correlates of active and situational homosexuality. Psychology,
10(4), 23-26.

43. Ohlson, E. L., & Wilson, M. (1974). Differentiating female homosexuals from female heterosexuals by use of the MMPI. Journal of Sex Research, 10, 308-315.

44. Turner, R. K., Pielmaier, H., James, S., & Orwin, A. (1974). Personality characteristics of male homosexuals referred for aversion therapy:Acomparative study. British Journal of Psychiatry, 125, 447-449.

45. Thompson, N. L., McCandless, B. R.,&Strickland, B. (1971). Personal adjustment of male and female homosexuals and heterosexuals. Journal of Abnormal Psychology, 78, 237-240.

46. Herek GM: Beyond "homophobia": a social psychological perspective on attitudes toward lesbians and gay men. J Homosex 10:1-21, 1984a

47. Herek G: Heterosexuals' attitudes toward lesbians and gay men: correlates and gender differences: J Sex Res 4:451-477;1989

48. Smith J: Psychopathology, homosexuality, and homophobia, in Psychopathology and Psychotherapy in Homosexuality. Edited by Ross MW. New York, Haworth, 1988, pp 59-74

49. Hall M: Sex therapy with lesbian couples: a four stage approch, in Psychotherapy with Homosexual Men and Women: Integrated Identity Approaches for Clinical Practice. Edited by Coleman E. New York, Haworth, 1987, pp 137-156

50. Reece R: Causes and treatment of sexual desire discrepancies in male couples, in Psychotherapy with Homosexual Men and Women: Integrated Identity Approaches for Clinical Practice. Edited by Coleman E. New York, Haworth, 1987, pp 157-172

51. Schmidt G: Allies and persecutors: science and medicine in the homosexual issue. J Homosex 10:127-140, 1984

52. Rieber I, Sigusch V: Guest editorial: psychosurgery on sex offenders and sexual "deviants" in West Germany. Arch Sex Behav 8:523-527, 1979

53. Schmidt G, Schorsch E: Psychosurgery of sexually deviant patients: review and analysis of new empirical findings. Arch Sex Behav10:301-323, 1981

54. Lewes, K. (1988). The psychoanalytic theory of male homosexuality. New York: Simon and Schuster.

55. Drescher, J. (2001). I'm your handyman: A history of reparative therapies. Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 5(3-4), 5-24.

56. Murphy, T. (1992). Freud and sexual orientation therapy. Journal of Homosexuality, 23(3), 21-38.

57. http://www.psych.org/Departments/EDU/Library/APAOfficialDocumentsandRelated/PositionStatements/200001.aspx

58. Logan, C. (1996) Homophobia? No, homoprejudice. Journal of Homosexuality, **31**, 31-53

59. Hudson, W. and Ricketts, W. (1980) A Strategy for the measure of homophobia. Journal of Homosexuality, 5, 357-372

60. Shields SA, Harriman RE: Fear of male homosexuality: cardiac responses of low and high homonegative males. J Homosex 10:53-67, 1984

61. Herek GM: The context og anti-gay violence: notes on culturel and psychological heterosexism. Journal of Interpersonel Violence 5:316-333, 1990

62. Textbook of Homosexuality and Mental Health. ed. R. Cabaj & T. Stein. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, pp.101-111.

63. Fassinger, R. (1991). The hidden minority: Issues and challenges in working with lesbian women and gay men. Counseling Psychologist, 19, 157–176.

64. Berrill, K. T. (1992). Antigay violence and victimization in the United States: An overview. In G. M. Herek, & K. T. Berrill (Eds.), Hate crimes: confronting violence against lesbians and gay men (pp. 19–45). Newbury Park: Sage.

65. Herek GM: Assessing attitudes toward lesbians and gay men: a review of empirical research with the ATLG scale, in Lesbian and Gay Psychology: Theory, Research, and Clinical Applications. Edited by Greene B, Herek GM. Newbury Park, CA, Sage, 1994, pp 206-228

66. Wood FW (ed): An American Profile: Opinions and Behavior 1972-1989. Detroit, MI, Gale Research, 1990

67. San Fransico Examiner: Results of poll. San Fransico, CA, San Fransico Examiner, June 6, 1989, p AI9

68. Berrill KT: Antigay violence and victimization in the United States: an overview, in Hate Crimes: Confronting Violence Against Lesbians and Gay Men. Edited by Herek GM, Berrill KT. Newbury Park, CA,Sage, 1992, pp 19-45

69. Berrill KT, Herek GM: Primary and secondary victimization in anti-gay hate crimes: offical response and public policy, in Hate Crimes: Confronting Violence Against Lesbians and Gay Men. Edited by Herek GM, Berrill KT. Newbury Park, CA,Sage, 1992, pp 289-305

70. Rayburn N R, Mendoza M, Davison G C. Bystanders' Perception of Perpetrators and Victims of Hate Crimes. Journal Of Interpersonal Violence. (2003). Vol. 18(9), p 1055-1074

71. Herek GM. Hate Crime Against Lesbians and Gay Men. American Psychologist.(1989). Vol. 44, p 948-955

72. Herek GM: Can functions be measured? A new perspective on the functional approach to attitudes. Social Psychology Quarterly 50:285-303, 1987

73. Sander L. Gilman. Difference and Pathology: Stereotypes of Sexuality, Race and Madness. Cornell University Press (October 1985)

74. Laner MR, Laner RH: Personal style or sexual preference: why gay men are disliked. International Review of Modern Sociology 9:215-228, 1979

75. Adam BD: The Survival of Domination: Inferiorization and Everyday Life, New York, Elsevier, 1978

76. Herek, G. M. (1986). On heterosexual masculinity: Some psychical consequences of the social construction of gender and sexuality. American Behavioral Scientist, 29, 563–577.

77. Krulewitz, J. E., & Nash, J. E. (1980). Effects of sex role attitudes and similarity on men's rejection of male homosexuals. Journal of Personality andSocial Psychology, 38, 215–228.

78. Weinberger, L. E., & Millham, J. (1979). Attitudinal homophobia and support of traditional sex roles. Journal of Homosexuality, 4, 237–245.

79. Patel, S., Long, T. E., McCammon, S. L., & Wuensch, K. L. (1995). Personality and emotional correlates of selfreported antigay behaviors. Journal of Interpersonal Violence, 10, 354–366.

80. Black, K. N., & Stevenson, M. R. (1984). The relationship of self-reported sex-role characteristics and attitudes toward homosexuality. Journal of Homosexuality, 10, 83–93.

81. Stark, L. P. (1991). Traditional gender role beliefs and individual outcomes: an exploratory analysis. Sex Roles, 24, 639–650.

82. 14. Mosher, D. L. (1991). Macho men, machismo, and sexuality. Annual Review of Sex Research, 2, 199–249.

83. Mosher, D. L., & Sirkin, M. (1984). Measuring a macho personality constellation. Journal of Research on Personality, 18, 150–163.

84. 16. Bernat, J. A., Calhoun, K. S., Adams, H. E., & Zeichner, A. (2001). Homophobia and physical aggression toward homosexual and heterosexual individuals. Journal of Abnormal Psychology, 110, 179–187.

85. Herek GM, Glunt EK: Interpersonal contact and heterosexuals' attitudes toward gay men: results from a national survey. J Sex Res 30:239-244, 1993

86. Bouton RA, Gallaher PE, Garlinghouse PA, Leal T, Rosenstein LD, & Young RK, (1987), Scales for measuring fear of AIDS and homophobia. Journal of Personality Assessment, 51, 606-614,

87. Gallagher, J, (1997), Silent but deadly The Advocate, 728, 26-32,

88. Kane, G, P, (1997), Homophobia, adulterophobia, gamblophobia. Headway, 9 (1), 24,

89. Young, R, K,, Gallaher, R, Barr, A,, Belasco, J, & Webber, A, W, (1991), Changes in fear of AIDS and homophobia in a university population. Journal of Applied Social Psychology, 21 (22), 1848-1858

90. L Rose. Homophobia among doctors. BMJ 1994;308:586-587

91. C Téllez, M Ramos, B Umland, T Palley, B Skipper. Attitudes of Physicians in New Mexico Toward Gay Men and Lesbians Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, Vol. 3, No. 3, 1999

92. Anon (1969) The Modern Medicine poll on socio-medical issues. Modern Medicine, 37,18-25.

93. Morris, P. A. (1973) Doctors' attitudes to homosexuality. British Journal of Psychiatry, 122,435-436.

94. Barr, R. F. & Catts, S. V. (1974) Psychiatric opinion and homosexuality: a short report. Journal of Homosexuality, 213-215.

95. Bhugra D. Doctors' attitudes to male homosexuality: a survey. Psychiatric Bulletin (1989), 13,426-428

96. Bhugra D., King M. Controlled comparison of attitudes of psychiatrists, general practitioners, homosexual doctors and homosexual men to male homosexuality. Journal of the Royal Society of Medicine volume 82, october 1989

97. W.C. Mathews, M.W. Booth and J.D. Turner, Physicians’ attitudes toward homosexuality—survey of a California County Medical Society. West. J. Med. 144 (1986), p. 106.

98. Gartrell, N,, Kraemer, H., & Brodie, HKH (1974). Psychiatrists' attitudes toward female homosexuality. Journal of Nervous and Mental Disease, 759,141-144.

99. Dardick L, Grady K.E., Openness Between Gay Persons and Health Professionals. Ann Intern Med July 1, 1980 93:115-119

100. McGrory BJ, McDowell DM, Muskin PR. Medical students' attitudes toward AIDS, homosexual, and intravenous drug-abusing patients: a re-evaluation in New York City. Psychosomatics 1990; 31:426-433

101. Sanchez NF; Rabatin J; Sanchez JP; Hubbard S; Kalet A. Medical Students' Ability to Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgendered Patients. Medical Student Education Vol. 38, No. 1

102. Douglas-Scott, S., Pringle, A., & Lumsdaine, C. (2004). Sexual Exclusion – homophobia and health inequalities: a review of health inequalities and social exclusion experienced by lesbian, gay and bisexual people. UK Gay Men's Health Network.

103. McNair, R., Anderson, S., & Mitchell, A. (2001). Addressing health inequalities in Victorian lesbian, gay, bisexual and transgender communities. Heath Promotion Journal of Australia, 11 (1) 32-39.

104. Hillier, L., Dempsey, D, Harrison, L, Beale, L, Matthers, L & Rosenthal, D (1998).Writing themselves in: A national report on the sexuality, health and well-being of same sex attracted young people in Australia. Australian Research Centre in Sex, Health and Society. Latrobe University, Melbourne

105. Douglas-Scott, S., Pringle, A., & Lumsdaine, C. (2004). Sexual Exclusion – homophobia and health inequalities: a review of health inequalities and social exclusion experienced by lesbian, gay and bisexual people. UK Gay Men's Health Network.

106. Rogers, G. (2000). Gay men, depression and dysthymia. Conference paper, Australian Society for HIV medicine, Melbourne, October 2000.

107. McNair, R., & Ruthborn, L. (2001). The politics of inclusion of lesbian health into medical education. National Women's Health Conference, Melbourne.

108. Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin 129 (5) 674-697.

109. American Medical Association (1996) Health care needs of gay men and lesbians in the United States, Journal of the American Medical Association, 275 (17) 1354-1381.

110. Murnane, A., Smith, A., Crompton, L., Snow, P. & Munro, G. (2000). Beyond perceptions; A report on alcohol and other drug use among gay, lesbian, bisexual and queer communities in Victoria. Melbourne; The Also Foundation, Australian Drug Foundation, VicHealth.

111. Hart, T. A., & Heimberg, R. G. (2001). Presenting problems among treatment-seeking gay, lesbian, and bisexual youth. Journal of Clinical Psychology. 57 (5) 615-627.

112. Remafedi, G., Farrow, J. A., & Deisher, T. W. (1991). Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. Paediatrics. 87, 869-875.

113. Stein GL, Bonuck KA. Physician–Patient Relationships Among the Lesbian and Gay Community. Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, Vol. 5, No. 3, 2001

114. Bjorkman M, Malterud K. Being lesbian - does the doctor need to know? Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2007; 25: 58-62

115. Mulligan E, Heath M. Seeking open minded doctors – how women who identify as bisexual, queer or lesbian seek quality health care. Australian Family Physician Vol. 36, No. 6, June 2007

116. Geddes VA; Lesbian expectations and experiences with family doctors- How much does the physician's sex matter to lesbians? Canadian Family Physician Vol 40: May 1994

117. http://en.wikipedia.org/wiki/Homophobia

118. Saunders, D., Oxley, J., & Harvey, D. (2000). The medical profession has a reputation for being conservative, so does being gay impede your career? British Medical Journal Careers, 320 (7233) 1-5.

119. Douglas, C., Kalman, C., & Kalman, T. (1985). Homophobia among physicians and nurses: An empirical study. Hospital and Community Psychiatry. 36 (12) 1309-1311.

120. Prichard, J. G., Dial, L. K., Holloway, R. L., & Mosely, M. (1988). Attitudes of family medicine residents toward homosexuality. Journal of Family Practice. 27 (6) 637-639.

121. N. Güney, E. Kargı, A Çorbacı-Oruç, Üniversite öğrencilerinin eşcinsellik konusundaki görüşlerinin incelenmesi, Türk HIV/AIDS Tıp Dergisi, Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi, 2004

122. Cirakoğlu OC. Perception of homosexuality among Turkish university students: the roles of labels, gender, and prior contact. J Soc Psychol. 2006 Jun;146(3):293-305.Links

123. Sakalli N, Uğurlu O. The effects of social contact with a lesbian person on the attitude change toward homosexuality in Turkey. J Homosex. 2002;44(1):111-9.Links

124. Sakalli N. Pictures of male homosexuals in the heads of Turkish college students: the effects of sex difference and social contact on stereotyping. J Homosex. 2002;43(2):111-26.

125. Parker A.; Bhugra D. Attitudes of British medical students towards male homosexuality. Sexual & Relationship Therapy, Volume 15, Number 2, 1 May 2000 , pp. 141-149(9)

126. Laumann EO, Michael RT, Gagnon GH. Sex in America—definitive survey. Boston: Little, Brown and Company; 1994.

127. Harrison AE, Silenzio VMB. Comprehensive care of lesbian and gay patients and families. Prim Care 1996;23:31–47.

128. Aaron DJ, Markovic N, Danielson ME, Honnold JA, Jonosky JE, Schmidt NJ. Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians. Am J Public Health 2001;91:43–6.

129. Cochran SD, Mays VM, Bowen D, Gage S, Bybee D, Roberts SJ, et al. Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women. Am J Public Health 2001;91:591–7.

130. Rankow E, Tessaro I. Cervical cancer risk and Papanicolaou screening in a sample of lesbian and bisexual women. J Fam Pract 1998;47:139–43.

131. Wadsworth E, McCann K. Attitudes towards and use of general practitioner services among homosexual men with HIV infection or AIDS. Br J Gen Pract 1992;42:107–10.

132. White JC, Dull VT. Health risk factors and health seeking behavior in lesbians. J Womens Health 1998;6:103–12.

133. Trippet SE, Bain J. Reasons American lesbians fail to seek traditional health care. Health Care Women Int 1992;13:145–53.

134. Schatz B, O'Hanlan KA. Antigay discrimination in medicine: results of a national survey of lesbian, gay and bisexual physicians. San Francisco (CA): Gay and Lesbian Medical Association; 1994.

135. Dean L, Mayer IH, Robinson K, Sell RL, Sember R, Silenzio VMB, et al. Lesbian, gay, bisexual and transgender health: findings and concerns. J Gay Lesbian Med Assoc 2000;4:101–51.

136. Wallick MM, Cambre KM, Townsend MH. How the topic of homosexuality is taught at US medical schools. Acad Med 1992;67:601–3.

137. East JA, Rayess FE. Pediatricians approach to the health care of lesbian. J Adolesc Health 1998;23:191–3.

138. Özan S, Aras Ş, Şemin S, Orçın E. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranış Özellikleri. 2004 DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 18 Sayı 1, (nisan) 2004: S 27-39

139. Grant VJ, Hawken SJ. What do they think of it now? Medical graduates' views of earlier training in communication skills, Med Teac 2000;22:260-263.

140. Dixon-Woods M, Regan J, Robertson N, Young B, Cordle C, Tobin M. Teaching and learning about human sexuality in undergraduate medical education. Med Educ. 2002 May;36(5):432-40.

141. Aggarwal O, Sharma AK, Chhabra P. Study in Sexuality of Medical College Students in India. Journal of Adolescent Health 2000;26:226–229

142. McKelvey RS, Webb JA, Baldassar LV, Robinson SM, Riley G. Sex knowledge and sexual attitudes among medical and nursing students. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1999; 33:260–266

143. Kelly JA, St Lawrence JS, Smith S Jr, Hood HV, Cook DJ. Medical students' attitudes toward AIDS and homosexual patients. J Med Educ. 1987 Jul;62(7):549-56.

144. Siegel K, Krauss B, Karus D. Reporting recent sexual practices: gay men's disclosure of HIV risk by questionnaire and interview. Arch Sex Behav 1994;23:217–30.

145. Allen LB, Glicken AD, Beach RK, Naylor KE. Adolescent health care experience of gay, lesbian, and bisexual young adults. J Adolesc Health 1998;23:212–20.

146. Johnson SR, Smith EM, Guenther SM. Comparison of gynecologic health care problems between lesbians and bisexual woman. J Reprod Med 1987;32:805–11.

147. Bonvicini K.A., Perlin M.J. The same but different: clinician–patient communication with gay and lesbian patients. Patient Education and Counseling 51 (2003) 115–122

148. http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/06C_Tip_Mufredati_t.pdf

149. Vern L. Bullough. Sex and the Medical Model. The Journal of Sex Research Vol. 11, No.4, pp.291-303 november 1975

150. Raja S, Stokes JP. Assessing Attitudes Toward Lesbians and Gay Men: The Modern Homophobia Scale. Journal of Gay, Lesbian, and Bisexual Identity, Vol. 3, No. 2, 1998

151. Wright LW Jr., Adams HE, Bemat J. Development and Validation of the Homophobia Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, Vol. 21, No. 4, 1999

152. Doğan S, Doğan M, Beştepe E, Eker E. Eşcinsellik Tutum Ölçeği geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması: Bir ön çalışma. Anatolian Journal of Psychiatry 2008; 9:84-90

153.
http://www.hawaii.edu/hivandaids/Attitudes%20Toward%20Difference%20Survey%20%20%20The%20Riddle%20Scale.pdf

VIII. ÖZET

Tıp Öğrencileri Ve Hekimlerin Eşcinsellik Hakkındaki Tutumları Ve Gey Ve Lezbiyenlerin Sağlık Hizmeti Deneyimleri

Eşcinsellik uluslararası sınıflandırma sistemlerinden uzun yıllar önce çıkartılmış olsa bile bazı tıp çevrelerinde halen tedavi edilmeye çalışılan bir durum olmaya devam etmektedir. Eşcinsel bireylerin toplumda karşılaştığı olumsuz tutum ve davranışlar, bir takım ruhsal sorunlar yaşamalarına neden olduğu gibi benzer tutum ve davranışlara sağlık çalışanlarından da maruz kalmaları, sağlık hizmeti alma temel haklarını engellemektedir.

Bu çalışmada; sağlık hizmeti sunan psikiyatri hekimleri, psikiyatri dışı hekimler ve tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin eşcinsellik hakkındaki tutum ve yargılarının saptanması ile gey ve lezbiyen cinsel yönelimi olan insanların sağlık hizmeti alırken karşılaştıkları tutumların araştırılması hedeflenmiştir.

Çalışmada eşcinselliğe karşı tutumları belirlemek için 4 alt ölçekten oluşan (heteroseksizm, homofobi, homonegativizm, yansızlık) geçerli ve güvenilir yeni bir ölçek oluşturulmuştur.

Çalışmanın sonuçlarına göre tüm gruplarda erkeklerin kadınlara, bekarların evlilere, meslek lisesi ve imam hatip lisesi mezunlarının düz lise ve anadolu lisesi mezunlarına, öğrenciler ve akademisyenlerin uzmanlara, üniversitede görev yapanların diğer kurumlarda görev yapanlara oranla eşcinselliğe karşı daha olumsuz tutumlar taşıdıkları saptanmıştır. Kırdan kente geçtikçe ve dini inançlar arttıkça yine olumsuz tutumlar artmaktadır. Üç grup içinde en olumsuz grup öğrenci grubuyken, onları sırasıyla psikiyatri dışı hekimler ve psikiyatrlar izlemiştir.

Eşcinsel bireylerin yaşadıkları deneyimlerden; eşcinsel bireylerin sağlık sisteminde de olumsuz tutum ve davranışlara maruz kaldıkları ve mağdur oldukları, homofobik ve heteroseksist tutumların özellikle ruh sağlığı alanında daha ziyade örtük şekilde kendisini gösterdiği ve hekimlerin eşcinsellik konusunda oldukça bilgisiz oldukları sonuçları ortaya çıkmıştır.

Bu sonuçlara bakıldığında; Türkiye'deki özellikle tıp eğitimi başta olmak üzere yüksek öğretimin kalitesini artırmanın, hem eşcinsel bireylerin hak ve özgürlüklerinin toplumdaki diğer bireylerle eşit düzeye taşınmasına, hem de sağlık sektöründe çalışan hekim ve diğer uzmanların eşcinsellik ve eşcinsel bireylerle ilgili farkındalıklarını artırmada gerekli ve önemli olduğu ortaya çıkmaktadır.

Anahtar sözcükler: cinsel yönelim, eşcinsellik, homofobi, sağlık hizmeti

IX. SUMMARY

Attitudes of Medical Students and Physicians about Homosexuality and Health Care Experiences of Gays and Lesbians

Homosexuality is still being considered as a situation “to be cured” in some medical settings, despite the fact that homosexuality had been excluded from international classification systems many years ago. Social negative attitudes and behaviors faced by homosexual individuals may cause mental health problems, yet the same negative attitudes and behaviors of health caregivers may limit their rights to get medical care.

This study aimed to investigate attitudes and opinions of psychiatrists, physicians other than psychiatrists, and first grade medical students about homosexuality, as well as attitudes of health caregivers faced by gays and lesbians.

In this study, a new valid and reliable scale that measures attitudes toward homosexuality consisting of 4 subscales (heterosexism, homophobia, homonegativism, neutrality) was developed.

Results of this study indicate that a negative attitude towards homosexuality was related to being male versus female, being single versus married, being graduated from vocational high schools or vocational religious high schools versus public high schools / science high schools / Anatolian high schools or similar high schools, being medical student or academic versus medical specialists, working at university versus other institutions. Negative attitudes towards homosexuality were higher in rural versus urban areas, and in more religious individuals. Student group was the most homophobic group of all

and it was followed by physicians other than psychiatrists and psychiatrists respectively.

With regard to experiences of homosexual individuals, it was found that; homosexual individuals were faced with negative attitudes and behaviors in health care system and were unjustly treated, homophobic and heterosexist attitudes were especially seen implicitly in mental health area and physicians were rather uninformed about homosexuality.

When these results are considered, qualifying university education - especially medical education- in Turkey seems rather necessary and important, in order to advance homosexual people rights and freedom for social equality, as well as increase awareness of physicians and other specialists working at health care about homosexuality and homosexual individuals.

Key words: sexual orientation, homosexuality, homophobia, health care

X. EK

ANKET FORMU

Aşağıda yer alan her bir ifadede, size uygun olan seçeneğin başındaki rakamı yuvarlak içine alınız.

(ilk 7 soru her 3 gruba da uygulanmıştır)
Yaşınız : .....
Cinsiyetiniz : 1. kadın 2. erkek
Cinsel yöneliminiz :
1. heteroseksüel (karşı cins tercihi olan)
2. eşcinsel (hemcins tercihi olan)
3. biseksüel (her iki cins tercihi de olan)
4. transseksüel (karşı cinse benzeme isteği duyan)

Medeni durumunuz :
1. bekar 2. evli 3. boşanmış 4. dul 5. birden fazla evlilik yapmış

Bitirdiğiniz ortaöğretim kurumu:
1. Düz lise
2. Anadolu lisesi, fen lisesi, süper lise
3. Özel okul
4. İmam hatip lisesi
5. Anadolu imam hatip lisesi
6. Meslek lisesi

Aşağıdakilerden hangisinin sizin ve ailenizin kökenini daha iyi tanımladığını düşünüyorsunuz?
1. Kır kökenli
2. Kırdan kente göç etmiş
3. Kentli

Aşağıdakilerden hangisi inancınızı en iyi tanımlar?
1. Tanrı'ya inanmıyorum.
2. Tanrı'ya inanıyor; ama dine inanmıyorum.
3. Bir dine inanıyor ve kimi gereklerini yerine getiriyorum.
4. İnandığım dinin tüm gereklerini yerine getiriyorum.

(aşağıdaki 2 soru öğrenci grubu dışındaki 2 gruba uygulanmıştır)
Aşağıdakilerden hangisi şimdiki durumunuzu daha iyi tanımlıyor?
1. uzmanlık öğrencisi
2. 10 yıldan az süredir uzman
3. 10 yıldan uzun süredir uzman
4. 10 yıldan az süredir akademisyen
5. 10 yıldan uzun süredir akademisyen

Halen çalışmakta olduğunuz kurum:
1. eğitim hastanesi

2. özel sağlık kuruluşu
3. tam zamanlı serbest muayenehane
4. üniversite hastanesi
5. devlet hastanesi

(aşağıdaki 22 soru sadece psikiyatr grubunda uygulanmıştır)

Size başvuran bir hastayı <u>anlayıp, değerlendirip tanı koyma sürecinde</u> aşağıdaki yaklaşımlardan hangisi sizi daha iyi tanımlar?

1. sadece psikodinamik yönelim
2. sadece biyolojik yönelim
3. sadece bilişsel davranışçı yönelim
4. diğerleri de olmakla birlikte ağırlıklı olarak psikodinamik yönelim
5. diğerleri de olmakla birlikte ağırlıklı olarak biyolojik yönelim
6. diğerleri de olmakla birlikte ağırlıklı olarak bilişsel davranışçı yönelim
7. hiç ayrım yapmayan
8. yukarıdakilerden hiçbiri beni tanımlamıyor

Psikiyatrik <u>tedavi uygulamanızda</u> aşağıdaki yaklaşımlardan hangisi sizi daha iyi tanımlar?

1. sadece psikodinamik yönelim
2. sadece biyolojik yönelim
3. sadece bilişsel davranışçı yönelim
4. diğerleri de olmakla birlikte ağırlıklı olarak psikodinamik yönelim
5. diğerleri de olmakla birlikte ağırlıklı olarak biyolojik yönelim
6. diğerleri de olmakla birlikte ağırlıklı olarak bilişsel davranışçı yönelim
7. hiç ayrım yapmayan
8. yukarıdakilerden hiçbiri beni tanımlamıyor

Bugüne kadar hiç <u>gey</u> hastanız oldu mu?

1. evet 2. hayır

Bugüne kadar hiç <u>lezbiyen</u> hastanız oldu mu?

1. evet 2. hayır

<u>Gey</u> hastalarınızdan 6 aydan daha uzun süreli takip ettikleriniz oldu mu?

1. evet 2. hayır

<u>Lezbiyen</u> hastalarınızdan 6 aydan daha uzun süreli takip ettikleriniz oldu mu?

1. evet 2. hayır

<u>Gey</u> cinsel yöneliminden şikayet edip heteroseksüel olma isteğiyle size başvuran oldu mu?

1. evet 2. hayır

Olduysa bu amaçla tedavi verdiniz mi?

1. evet 2. hayır

Lezbiyen cinsel yöneliminden şikayet edip heteroseksüel olma isteğiyle size başvuran oldu mu?
1. evet 2. hayır

Olduysa bu amaçla tedavi verdiniz mi?
1. evet 2. hayır

Sizce aşağıdaki yöntemlerden hangisi heteroseksüel olmak isteyen bir geyin tedavisinde daha etkili olabilir?
1. Biyolojik tedaviler
2. Bilişsel davranışçı terapi
3. Psikodinamik yönelimli psikoterapi
4. Psikanaliz
5. Hiçbir yöntem etkili olamaz.
6. Diğer (belirtiniz)

Sizce aşağıdaki yöntemlerden hangisi heteroseksüel olmak isteyen bir lezbiyenin tedavisinde daha etkili olabilir?
1. Biyolojik tedaviler
2. Bilişsel davranışçı terapi
3. Psikodinamik yönelimli psikoterapi
4. Psikanaliz
5. Hiçbir yöntem etkili olamaz.
6. Diğer (belirtiniz)

Gey cinsel yönelimi dışı psikiyatrik yakınmalarla size başvuran gey hastanız oldu mu?
1. evet
2. hayır
3. Geylerin cinsel yönelimlerinden bağımsız psikiyatrik sorunu olamaz.

Lezbiyen cinsel yönelimi dışı psikiyatrik yakınmalarla size başvuran lezbiyen hastanız oldu mu?
1. evet
2. hayır
3. Lezbiyenlerin cinsel yönelimlerinden bağımsız psikiyatrik sorunu olamaz.

Cinsel yöneliminin gey olduğunu söylemediği halde sizin anladığınız hastalarınız oldu mu?
1. evet
2. hayır

Bunu anladıktan sonra -ya da eğer böyle bir hastanız olsaydı- ile ilgili aşağıdakilerden hangisi sizi daha iyi tanımlıyor?
1. Anladığımı belli etmeden tedaviyi sürdürdüm/ olsaydı sürdürürdüm.
2. Anladığımı hasta ile paylaştım/olsaydı paylaşırdım.
3. Tedavi yaklaşımımı değiştirdim/ olsaydı değiştirirdim.

4. Yukarıdakiler sizi tanımlamıyorsa lüften tutumunuzu yazınız.
.....
.....

Cinsel yöneliminin lezbiyen olduğunu söylemediği halde sizin anladığınız hastalarınız oldu mu?
1. evet
2. hayır

Bunu anladıktan sonra -ya da eğer böyle bir hastanız olsaydı- ile ilgili aşağıdakilerden hangisi sizi daha iyi tanımlıyor?
1. Anladığımı belli etmeden tedaviyi sürdürdüm/ olsaydı sürdürürdüm.
2. Anladığımı hasta ile paylaştım/olsaydı paylaşırdım.
3. Tedavi yaklaşımımı değiştirdim/ olsaydı değiştirirdim.
4. Yukarıdakiler sizi tanımlamıyorsa lüften tutumunuzu yazınız.
.....
.....

Aşağıdakilerden hangisi sizi daha iyi tanımlar?
1. Bana gelen gey hastaların çoğu görüşmenin başında cinsel yönelimini ben sormadan söyler.
2. Görüştüğüm hastaların gey olabileceklerini anladığımda cinsel yönelimlerini sorarım.
3. Görüştüğüm hastaların gey olduğunu anlasam bile o bu konuda konuşmadıkça sormam.
4. Hiçbiri

Aşağıdakilerden hangisi sizi daha iyi tanımlar?
1. Bana gelen lezbiyen hastaların çoğu görüşmenin başında cinsel yönelimini ben sormadan söyler.
2. Görüştüğüm hastaların lezbiyen olabileceklerini anladığımda cinsel yönelimlerini sorarım.
3. Görüştüğüm hastaların lezbiyen olduğunu anlasam bile onlar bu konuda konuşmadıkça sormam.
4. Hiçbiri

Eşcinselliğin DSM sınıflamasından çıkarılmasının sizce en önemli nedeni nedir?
1. eşcinsel lobi çalışmaları
2. psikiyatrinin çağdaşlaşması
3. cinsel yönelimin psikiyatrik bir hastalık kategorisi olmaması
4. diğer (belirtiniz)
.....

Eğer eşcinsellik DSM tarafından yeniden hastalık kategorisi olarak kabul edilirse, tutumunuz ne olur?
1.yasal zorunluluk varsa tanıyı dosyaya işler ve hastaya söylerim ama tedaviyi üstlenmem
2. tedavi rehberinde önerilecek tedavi yöntemlerini uygularım

3. diğer
belirtiniz.....

(aşağıda 1'den 12'ye kadar olan ifadeler öğrenci grubu dışındaki 2 gruba uygulanmıştır)

Eşcinselliğin olası nedenleriyle ilgili aşağıda sıralanan görüşlerin her biri için size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

1. Genetik kalıtım
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

2. İntrauterin hormonal gelişim
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

3. Hipotalamustaki yapısal farklılıklar
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

4. Beyin gelişimi ve yapısı
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

5. Annenin baskın karakterli olması
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

6. Babanın zayıf olması
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

7. Hemcins ebeveynin sedüktif olması
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

8. Çocukken karşı cinsin giysilerinin giydirilmesi
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

9. Ebeveynin karşı cins çocuk arzusu
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

10. Ebeveynlerin evlilik yapısı ve ilişkileri
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

11. Tek çocuk olmak
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

12. Kardeşler arasındaki doğum sırası
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

(aşağıda 1'den 48'e kadar olan ifadeler her 3 gruba da ortak olarak uygulanmıştır)

A**şağıda sıralanan ifadelerin her biri için size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.**

1. Cinsel sapkınlıklar eşcinsellerde heteroseksüellerden daha sık görülür.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

2. Eşcinsel olduğunu bildiğim birinin sözüne güvenmem.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

3. Eşcinsel haklarını tanıtan ve geliştiren organizasyonlar gereklidir.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

4. Erkek eşcinsellerin cinsel dürtüleri heteroseksüel erkeklerden azdır.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

5. Hemcinsim bir eşcinsel bana kur yaparsa şiddete başvurabilirim.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

6. İş arkadaşımın eşcinsel bir kadın olması beni rahatsız eder.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

7. Eşcinseller genellikle seks hakkında konuşurlar.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

8. Eşcinsellik doğuştan gelen bir durumdur.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

9. Apartman sakinlerinin eşcinsel bir kiracı istememe hakları olmalıdır.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

10. Eşcinsel olan bir insana güvenilmeyeceğini hissediyorum.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

11. Eşcinselliği normal bir durum olarak görüyorum.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

12. Bir arkadaşımın eşcinsel olduğunu öğrenseydim, arkadaşlığımı bitirirdim.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

13. Eşcinsel iki erkeğin arasındaki aşk, heteroseksüel iki kişi arasındaki aşktan farklıdır.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

14. Her karakol kendi sorumluluk bölgesindeki eşcinselleri kayıt altına almalıdır.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

15. Erkek çocuğumun eşcinsel olduğunu düşünmek bile beni rahatsız eder.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

16. Yakın bir arkadaşımın eşcinsel olduğunu öğrenmek beni üzmez.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

17. Kadın eşcinselleri erkek eşcinsellere göre daha zararsız buluyorum.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

18. Eşcinsellik günahtır.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

19. Eşcinsellerin evlat edinip, yetiştirmelerine izin verilmemelidir.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

20. Eşcinsellerin gittiği bar ya da eğlence yerine gitmek beni rahatsız etmez.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

21. Aile yapısı bozuk insanların çocukları eşcinsel olmaya yatkındırlar.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

22. İki eşcinseli halka açık bir yerde el ele görmek beni rahatsız etmez.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

23. Eşcinsellik ahlaksızlıktır.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

24. Oda arkadaşımın eşcinsel olması beni rahatsız eder.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

25. Eşcinseller özellikle açık saçık giyinirler.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

26. Eşcinsellerle dalga geçilmesi ve onlarla ilgili şakalar yapılması beni rahatsız etmez.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

27. Çocuklarımın eşcinsellerle konuşmasını, arkadaşlık etmesini veya aynı ortamda bulunmasını istemem.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

28. Eşcinsel iki kadının evlenmeleri bana aptalca geliyor.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

29. Kadın eşcinsellerin cinsel dürtüleri heteroseksüel kadınlardan azdır.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

30. Eşcinsellere özel bar ve eğlence yerlerine ruhsat verilmemelidir.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

31. Kız çocuğumun eşcinsel olduğunu düşünmek bile beni rahatsız eder.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

32. Medya eşcinselliği yaygınlaştırmaktadır.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

33. Eşcinsel iki kadının arasındaki aşk heteroseksüel iki kişi arasındaki aşktan farklıdır.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

34. Eşcinsellik ruhsal bir hastalıktır.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

35. Çocuğumun eşcinsel bir öğretmeni olmasını istemem.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

36. Hemcinslerim tarafından çekici bulunmak beni rahatsız etmez.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

37. Eşcinsel davranış, suç olarak kabul edilmelidir.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

38. Eşcinsel bir erkek üst düzey devlet görevine getirilmemelidir.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

39. Ahlaklı bir hayatı ve iş olanağı olsa bile bir eşcinsel fuhşa yatkındır.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

40. Toplumsal yapımız eşcinselleri mağdur etmektedir.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

41. Eşcinsel olduğunu bildiğim bir hemcinsimle tokalaşıp öpüşmek beni rahatsız eder.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

42. Eşcinsel evlilikleri yasal olmalıdır.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

43. İş arkadaşımın eşcinsel bir erkek olması beni rahatsız eder.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

44. Toplumda eşcinselliğin daha kabul edilebilir olması ahlaki yozlaşmayı artırmaktadır.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

45. Eşcinseller suç işlemeye eğilimlidirler.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

46. Arkadaşlarımın eşcinsel ya da heteroseksüel olmaları benim için fark etmez.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

47. Eşcinseller çocuk bakıcılığı gibi işlerde çalıştırılmamalıdır.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil

48. Eşcinsel iki erkeğin evlenmeleri bana aptalca geliyor.
1. tümüyle uygun 2. kısmen uygun 3. fikrim yok 4. uygun değil 5. hiç uygun değil