DERLEME / Review Article

Erkeklerde Depresyon, İntihar, Yardım Arama ve İyi Oluş

Depression, Suicide, Help Seeking and Well-Being in Men

Bedia Tarsuslu[1], Gülgün Durat[2]

[1] Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
[2] Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Yazışma Adresi / Correspondence:
Bedia Tarsuslu
Ordu Üniversitesi Cumhuriyet Yerleşkesi Cumhuriyet Mah. Altınordu/ORDU 52200
T: **+90 544 516 65 13** E-mail: **tarsuslubedia@gmail.com**

Öz

Tüm dünya da erkeklerin ortalama yaşam süresi kadınlara göre daha kısadır. Cinsiyet ve yaşam süresi ile ilgili Türkiye'de ki veriler, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri ile benzerlik göstermektedir. Erkeksi normlar ve depresyonun ifade ediliş biçimi, intihar oranlarının fazla olması, ruhsal sağlığın sürdürülmesi için yardım aramada erkek cinsiyetine özel önemli kaygı alanları arasında sayılabilir. Bu makale, dilin önemi, duyguları normalleştirme, cinsiyete duyarlı müdahaleler ve erkeklerle çalışan hemşirelerin 'erkek pozitif' değerler göstermesine odaklanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Erkek ruh sağlığı, erkek intiharı, depresyon, cinsiyete duyarlılık, hemşirelik

Abstract

The life expectancy of men in the whole world is shorter than that of women. Data related to gender and life expectancy in Turkey shows similarities with the World Health Organization (WHO)'s data. Masculine norms and the expression of depression, the high rate of suicide in men's health are the major areas of concern for male when related to seeking help for mental health to maintain mental health. This article focuses on importance of language, emotional normalization, gender-sensitive interventions and nurses working with men need to demonstrate 'male-positive' values.

Key words: Men's mental health, male suicide, depression, gender-sensitive, nursing

Bu çalışma başka yerde yayınlanmamış ve bildiri olarak sunulmamıştır.

Giriş

Tüm dünyada erkeklerin ortalama yaşam süresi kadınlara göre daha kısadır. Dünya'da cinsiyetler arası ortalama yaşam süresi; 1990 yılında 4,5 yıl iken, 2015'te belirgin bir farklılık olmamıştır[1]. Cinsiyet ve yaşam süresi ile ilgili Türkiye'de ki veriler, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri ile benzerlik göstermektedir. Avrupa Birliğine üye ülkelerde de kadınlara göre, erkeklerin tüm yaş gruplarındaki ölüm oranları % 64 daha fazla bulunmuştur. Bu ülkelerde yılda 15-64 yaş arası 630 000 erkek ölür iken, bu kadınlarda 300 000'dir[2].

Kardiovasküler müdahalelerdeki gelişmeler ve sağlık konusundaki olumlu destekler sonucunda erkeklerin yaşam süresinde artış görülmektedir[3]. Erkek sağlığında farkındalık oluşturan ilk belge 1992'deki Chief Medical Officer'ın yıllık raporudur (Robertson, 1995; s:1163). Ayrıca bu raporda erkeklerin ruh sağlığına ilişkin teşviklerin eksiklikleri ve belirgin olarak değişmeyen intihar oranları da vurgulanmıştır[3]. DSÖ 2020 yılında insan yaşamını tehdit eden ve işlev kaybına neden olan hastalıklar arasında depresyonun kardiyovasküler hastalıklardan sonra 2. sırada olacağını belirtmektedir[4].

Günümüzde psikiyatrik hastalıkların tanılanması sağlık hizmetlerindeki gelişmelerle bağlantılı olarak daha doğru bir şekilde yapılmakta ve bu tür yakınmaları olan hastalar sağlık hizmetine daha kolay ulaşabilmektedir. Fakat psikiyatrik bozukluklarda doğru tanı ve tedaviye ulaşmada cinsiyete bağlı bazı özelliklerin etkilerinin olabileceği yönünde çalışmalar da mevcuttur. Kadınlar anksiyete, duygudurum bozuklukları, somatoform bozukluklar gibi alanlarda erkeklere göre daha fazla psikiyatrik tanı almaktadır[4]. Erkek nüfusta ise tanı konulmamış anksiyete bozuklukları ve depresyonlar önemli ruh sağlığı sorunlarındandır. Bu durum erkeklerin duygusal sorunlarla başa çıkma konusundaki isteksizliğinin ve erkeklerdeki anksiyete ve depresyon biçiminin tanınmamasının bir sonucudur[2]. Cinsiyetler arasındaki bu farkın ortadan kaldırılması için fiziksel, ruhsal sağlık ve refahın geliştirilmesinde doğru kaynak dağılımı ve eşitlik sağlanmalıdır[5].

Erkeklerde şizofreni, kişilik bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı gibi bozukluklar daha sık görülmektedir. Literatüre baktığımızda duygudurum bozukluklarının, özellikle depresyonun tanılanma oranlarının erkek nüfusta daha düşük olduğu söylenebilir.

Erkeklerde Depresyon

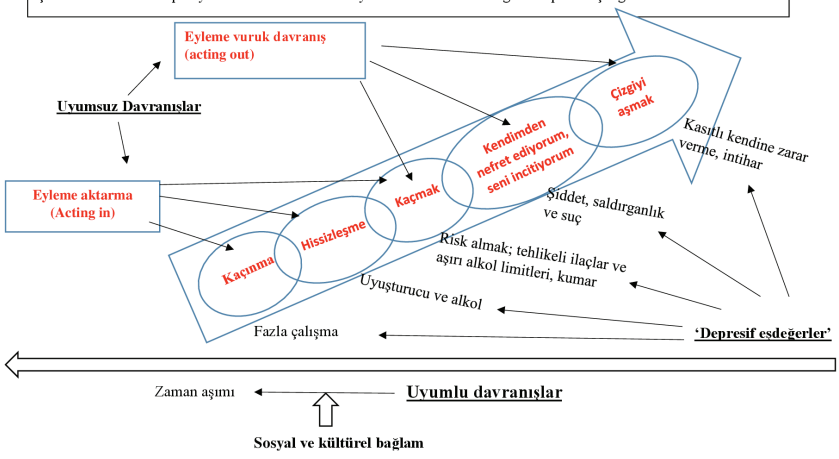
Depresyon, dünya genelinde kötü sağlık ve engelliliğin önde gelen nedenlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2017'de 300 milyondan fazla kişinin depresyon ile yaşamakta olduğu bildirilmektedir. 2005 ile 2015 yılları arasında depresyon görülme oranında % 18'in üzerinde bir artış olmuştur6. Depresyon ile intihar arasındaki ilişkiye bakıldığında, aralarında açık bir ilişki bulunmakta[7], kadınlar erkeklere göre iki kat daha fazla depresyon tanısı almaktadır[9,10]. Kadınların depresyonda daha hassas ve belirgin patolojilerinin olduğu varsayılırken; erkeklerin depresyonu daha sessiz belirtilerle yaşadıkları düşünülmektedir[11]. Erkekler depresyondayken, mevcut tanı ölçütlerine dâhil olanlardan farklı semptomlar yaşamaktadır. Depresyondaki kadınlar; stres, sinirlilik, anksiyete, kararsızlık, depresif ruh hali, şikâyette bulunma, uyku sorunları, iş, hobi ve kişisel ilişkilerinde ilgi kaybı yaşarken, erkekler kaçınma (fazla çalışma, kendini aşırı işe verme…), kaçma (risk almak; tehlikeli ilaçlar ve aşırı alkol kullanmı, kumar oynama…) ve hissizleşme davranışları deneyimlemektedir[12]. Bu davranışlar saldırganlık, şiddet ve intihara yol açabilmektedir. Toplumsal cinsiyet farklılıkları depresyon deneyiminde değil, depresyonun semptomlarında görülmektedir[11].

Erkeklerde depresyon; madde kullanımı, alkol bağımlılığı, kasıtlı kendine zarar verme, intihar, öfke, uygun olmayan cinsel davranışlar, kumar oynama, saldırganlık ve şiddet gibi anti sosyal davranışlarla gizlenmektedir[11,12]. Belirtiler mevcut tanı kriterlerinde depresyon semptomları olarak belirtilmemektedir. Bu durum depresif benzerlikler veya maskeli depresyon olarak anılmaktadır[11]. Dolayısıyla, erkeklerde depresyonun deneyimlenmesi ve ifade edilme şekli farklı biçimlerde olabilmektedir. Literatüre baktığımızda, ülkemizde erkeklerde depresyonda hissedilen ve gösterilen davranışlar arasındaki ilişkiyi araştıran, çalışmalar bulunmamaktadır.

Başka ülkelerde yapılmış çalışmalarda, erkeklerde madde kötüye kullanım problemleri ve diğer dışsallaştırma davranışları ile depresyonun gizlenebileceği belirtilmektedir. Erkeksi depresyon çerçevesinde cinsiyet normlarının depresyonun sunumunu etkilediği ve bozukluğun fenotipik bir varyantını oluşturduğu varsayılmaktadır[10]. Geleneksel erkeklik kavramları ile duygusal sıkıntının sınırlanması, erkeklerdeki depresyonun sık sık gizlenmesini, gözden kaçırılmasını, neden tartışılmadığını veya nasıl "harekete geçirildiğini" açıklayabilir. Erkeklerde depresyon semptomlarını tanımlamak için bireyin kendini ifade etmesini sağlayıcı sorular sorulmalıdır. Klinisyenler erkeklerde depresyonu değerlendirirken diğer sözel ve sözel olmayan ipuçlarını da dikkate almalıdır. Çünkü erkeklerde depresyonu tanımlamak daha zor olabilir. Depresif duygular nedeniyle ortaya çıkan bazı uyumsuz davranışlar toplumsal olarak cezalandırılabilir ve bunun sonucu olarak depresyon maskelenebilir[11]. Bu nedenle, erkeklerde depresyonun tanımlanamayan klasik belirtilerinin ortaya çıkarılması sağlanmalıdır.

Brownhill ve arkadaşları[11], 'Big Build' modeli'nde (Şekil 1) erkeklerde depresyonu tanımlarken 'depresif eşdeğerler' terimini kullanmışlardır. 'Depresif eşdeğerler' uygun olmayan davranışlar şeklinde 'eyleme aktarma (acting in)' ya da 'eyleme vuruk davranış (acting out)' olarak depresyonun uyumsuz davranışlar göstererek deneyimlenmesi anlamına gelmektedir.

Şekil 1: Erkeklerin depresyonu ifade etmesi ve deneyimlemesinin klinik bilgi ve depresif eşdeğerlerle sentezlenmesi



Kaynak: Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L., & Schmied, V. (2005). "Big build": Hidden depression in men. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39(10), 921–931. https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2005.01665.x

Eyleme aktarma (acting in); kaçınma (ör: kendini aşırı işe verme) ve hissizleşme (ör: alkol veya madde kötüye kullanımı) biçiminde olmaktadır. Kaçmak ise acı, yalnızlık veya sıkıntıyı yönetmenin bir yolu olarak daha fazla risk alma davranışlarıyla daha şiddetli bir kaçınma olarak eyleme aktarma (acting in) ve eyleme vuruk davranış (acting out) şeklinde yaşanmaktadır. Bu stratejinin başarısız olduğu durumlarda, uyumsuz davranışlar eyleme vuruk davranış (acting out)(şiddet ve saldırganlık

davranışları) sergilenerek artmaktadır. Kişinin yaşadığı sıkıntının yoğunluğu arttığında; kasıtlı olarak kendine zarar verme ve intihar davranışları da artmaktadır[11]. Bu model, erkeklerde bastırılmış duyguların öfke, şiddet veya saldırganlık biçiminde ortaya çıktığını ve zamanla arttığını göstermektedir. Brownhill ve ark.'nın da ifade ettiği gibi erkekler depresyonu psikolojik/ davranışsal ve duygusal olarak farklı bir şekilde yaşamaktadır. Bir ruhsal bozukluk tanısı almış ve intihar girişiminde bulunanların %80'nini depresif bozukluklar oluşturmaktadır. Türkiye'de ise intihar nedeni ile ölenlerin dörtte üçü erkektir[13].

İntihar ve Erkek Ruh Sağlığı

Dünya da her yıl yaklaşık 800 000 kişi intihar sonucu ölmektedir. Bu da her 40 saniyede bir intihar girişimi gerçekleştiği anlamına gelmektedir[14]. Birleşik Krallıkta ve Avrupa ülkelerinde 15-24 yaş grubunda intihar, kazalardan sonra ikinci ölüm nedenidir. İntiharların yarıdan fazlasının altında majör depresyon yatmaktadır. Alkol kötüye kullanımı, duygusal engellenmenin bir aracı olarak dürtüsel davranışı teşvik eder, sosyal rollerde ve ilişkilerde öz saygıyı azaltır, sosyal izolasyon ve destek kaybına neden olur. Bu durum, depresyon ve intihar riskini arttırmaktadır. Antidepresan tedavisi, depresyonun iyi tanılanması ve kadınların yardım arama davranışları intihar oranını düşürmektedir[15]. Yaygın ruhsal bozukluklar erkekler açısından önemlidir. Wilkins (2010) erkeklerde tanı konan kardiovasküler hastalık oranı ile yaygın ruhsal problemlerin aynı oranda olduğunu belirtmektedir. Yardım aramadaki kişisel ve sosyal engeller, baş etme mekanizmalarının yetersizliği ve yüksek intihar oranları, erkeklerin ruh sağlığı ile ilgili kaygı veren durumlardır[16]. İntihar, erkek ruh sağlığı ile önemli tartışma konularındandır[17]. İntihar ile ölümlerin %78'ini erkekler oluşturmaktadır[18]. Genç erkeklerde intihar oranlarının yüksek olduğu iyi bilinmektedir. Genç erkeklerin erkeklikle ilgili mantık ve gerçek dışı beklentileri, depresyon, madde bağımlılığı ve psikoz, intihar için risk faktörüdür[19]. İngiltere Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (2008) erkeklerin kadınlardan ortalama üç kat daha fazla intihar girişiminde bulunduğunu bildirmektedir[15]. Özellikle 30-39 yaş aralığında intihar ile yaşamı sonlandırma riski dört kat daha fazladır[20]. İntihar ve erken ölümlerde cinsiyetler arasındaki bu fark, sosyal rollerin algılanmasındaki olumsuzluklar ve toplumsal dışlanma ile açıklanmaktadır[15]. Erkeklerin kadınlara göre arkadaşları ve toplum ile yakın ilişki kurma eğilimleri daha azdır.

Kültürel cinsiyet rolleri çatışmaları negatif yönde yardım arama tutumu ve depresyonla ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle erkeklerin davranış ve tutumlarının belirli erkeksi normlar tarafından etkilendiği ve bu normların birçoğunun yardım arama davranışına engel olduğu belirtilmektedir[21]. Erkekler için, fiziksel veya ruhsal bir hastalık varlığı yaşanan duruma karşı sosyal olarak damgalanmaya, umutsuzluk ve depresyon düzeylerinin yükselmesine neden olabilir ve bu bireylerde intihar isteği bir kaçış olarak görülebilmektedir.

Yardım Arama ve Erkek Olmak

Yardım arama davranışında da cinsiyete göre farklılıklar görülmektedir. Erkekler fiziksel ve ruhsal semptomlar için yardım arama konusunda isteksizlerdirler[22]. Aşırı davranışlar sonucu ortaya çıkan kriz anına kadar bu tutumlarını sürdürürler[23].

Erkeklerin kendi hastalıkları hakkında konuşma konusundaki isteksizliklerinin ve duygusal dünyalarını çevreleyen geniş sessizliğin uzun bir geçmişi vardır. 18. ve 19. yüzyılın başlarında, erkeksi özelliklere sahip olma 'erdemli, bilgili' olmanın ve 'sinirsel açıdan sağlamlığın' bir göstergesi olmuştur. Haggett (2014), erkeksi özelliklerin kültürel olarak oluşturulduğunu ve erkeklerin baskın, sert, stoik

(dayanıklı) bir yapıya sahip olduğunu ileri sürmüştür. Stoik erkeklik unsurları günümüzde de hala varlığını sürdürmektedir. Erkekler duygusal sıkıntılarını yansıtmayı zayıflık olarak algılamaktadır. Bu durum yardım arama davranışını da engellemektedir[24]. Erkekleri psikolojik yardım istemek, almak ve devam ettirmek için ikna etmek zordur. Erkekler zayıf olmak ve erkeksi görünememekten korkmaktadırlar[25].

Erkekler kadınlara göre psikolojik yardım bulmakta da zorlanmaktadırlar[26]. Birçok erkek için geleneksel eril davranışın, ruh sağlığını sağlama ve sürdürme konusunda olumsuz etkileri vardır. Bazıları için duygusal ve psikolojik sorunlarda desteğe ihtiyaç duyduğunu kabul etmek zordur[17].

Erkekler çoğu zaman yaşadıkları duygusal sorunları, ağrı ve sızı şeklinde somatik veya psikosomatik semptomlar ile göstermekte, çektikleri acıyı somatizasyon yolu ile kültürel olarak daha kabul edilebilir hale getirmektedirler[24,27]. Psikolojik rahatsızlıklarda direkt olarak yardım arama davranışı, erkekler için engelleri olan bir alan gibi gözükmektedir. Sağlık personelinden yardım istemek onlar için karmaşık bir süreçtir[24].

Erkekler sosyal destek sistemlerini de kadınlara göre daha az kullandıklarını ifade etmektedirler. Bu önemli bir sonuçtur. Çünkü sosyal destek azlığı kötü ruh sağlığı ile ilişkilidir[17]. Başka bir deyişle, sosyal destek ve insanlara güven ne kadar az ise; öznenin sağlıksız duygu yaşama ve zayıf ruh sağlığına sahip olma ihtimali de o kadar yüksektir.

Deneyimlerimiz ve ilişkilerimizde toplumsal cinsiyetimiz önemli ve belirleyici bir faktördür[17]. Yardım arama davranışında cinsiyet farklılıkları erken yaşlarda görülmektedir. Bebeklik çağında geliştirilen iç çatışma modelleri, stres duygularını, bilinçsizce düzenleyen baş etme stratejilerini de düzenlemektedir. Gelişim döneminde bu durum, erkeklerde utanma duygusu ve öğrenilen psikolojik stresle ilişkilidir. Erken dönemlerdeki bu ilişki tarzı, erkeklerin daha sonraki vazgeçiş ve psikolojik yardım arama davranışından kaçınmalarını açıklamaktadır[27]. Erkeklerde belirgin olarak görülen kaçınma davranışı 'erkekliğin işareti' olarak görülmekte ve kötü ruh sağlığının predispozan faktörleri arasında sayılmaktadır. Bu durum erkeklerde, ruh sağlığındaki stigmatizasyon, stres hakkında konuşmayı normalleştirmeme ya da davranış ve tutumlardaki engellerle de ilişkilendirilmektedir[17].

Kingerlee (2012), psikolojik stresin erkeklerdeki güçlü 'erkeğe özgü profil'i şekillendirdiğini belirtmektedir. Bu profil de birey erkeklerde kabul gören erkeksi normları ve meta bilişsel inançları ortaya koymaktadır. Bunlar 'Zayıf ve savunmasız olmamalıyım', 'Duygularımı göstermemeliyim' , 'Ben böyle hissetmemeliyim' gibi inançlardır[27]. Erkekler duygularını ifade ederken, kadınlara göre daha fazla rahatsız olurlar. Psikolojik problemleri için yardım aramada daha az isteklidirler[24]. Açıkça yardım isteme, doğrudan, yüz yüze ve duyguları içeren ifade biçimi, ruh sağlığı bakımındaki geleneksel modellerin temelini oluşturmaktadır. Bu durum yardım arama konusunda erkekler için önemli bir engeldir[23].

Erkekler yardım istemek için başvurduklarında da, erkeksi tutumu sürdürebilirler. Böyle durumlarda, profesyoneller erkeklerdeki sıkıntı belirtilerini tanıma ve gözlemlemede yetersiz kalmaktadırlar. Erkeklerin psikolojik ihtiyaçlarını farklı şekilde deneyimledikleri ve ifade ettikleri göz önüne alındığında, bazı yeniliklerin yapıldığı görülmektedir. Geleneksel 'konuşma terapi' modelinin erkeklere özgü bir biçimde kullanılmasını buna örnek olarak verebiliriz[23]. Ayrıca, bir erkek kendinden beklenen

sosyal rolleri yerine getirebilme yeteneği tehlikeye girdiğinde, başkalarından yardım istemek ona mantıklı görünebilir[22]. Daha önce tedavi görmüş veya yardım arama girişiminde bulunmuşsa hiç yardım aramayanlara göre danışmanlık konusundaki tutumları daha farklı olacaktır[28].

Hemşirelik ve Erkek Ruh Sağlığının Desteklenmesi

Hemşireler koruyucu sağlık hizmetlerinde ve bakımda rol almaktadırlar. Bireyi; kendi kendine bakım, kendi sağlık ve refah amaçlarına ulaşmada motive edecek şekilde desteklemektedirler[29].

Ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ve şekillendirmesine yönelik çalışmalarda büyük oranda erkekler görev almaktadır. İngiltere'de ve diğer batı ülkelerinde psikolojik yardım sağlayan profesyonellerin %70-85'i (psikiyatristler hariç) kadındır. Psikolojik hizmet veren birimlerdeki yöneticilerin ise yaklaşık %65'i kadınlardan oluşmaktadır. Psikolojik terapilerin bütün dallarında da cinsiyetler arası eşitsizlikler bulunmaktadır. Bunun nedenlerinden biri erkeklerin hemşirelik gibi bakım odaklı, uygulamalı psikoloji vb. alanlarda daha az yer alması olabilir. Ayrıca, kullanılan terapötik yaklaşımlarda, kendine güven ve duyguları kontrol etme gibi geleneksel erkek normlarına ters düşebilecek bir ortam da yaratılabilir[30]. Bu nedenle utanç, korku, üzüntü vb. duygularını ortaya çıkarmak istemeyen bazı erkeklerin duygusal konuşmalar yapmaya karşı direnebilecekleri ileri sürülmektedir[19].

Sağlık profesyoneli sorunun nedenini öğrenmek için bireyle görüşür[31]. Erkekler ruh sağlığı ve iyi oluşla ilgili durumlarda sağlık profesyonelinin sorunu tahmin etmesini bekleyebilir. Erkeklerin sıkıntılarını kadınlardan daha farklı ifade ettikleri göz önüne alınmalıdır[11]. Bu durumda hemşireler etkin/proaktif bir yaklaşım göstermelidir. Bireyi aktif ve dikkatli bir şekilde dinleyerek ipuçlarını keşfetmeli ve sıkıntılarını nasıl ifade ettiğini değerlendirebilmelidir. Belki de birey kendisi için önemli olan şeyden, özellikle söz etmiyor olabilir.

İletişim, başarılı bakımın ve etkili takım çalışmasının merkezindedir[23]. İletişimde empatinin varlığı; hemşirenin yardım için başvuran erkekleri daha iyi anlamasına ve yardım etmesine olanak tanıyan, saygılı ve güvene dayalı bir iletişim kurulması sağlanır (McCabe ve Timmins 2006;s:1166) [3]. Duygularını yansıtmakta zorlanan erkek danışanlar ile ilişkide Chan (2014), zaman zaman hemşirelerin sıkıntı, korku veya endişe gibi sözlü/sözsüz ifadeleri, psikososyal ipuçlarını birbirinden ayrı değerlendirdiğini ve yok saydığını belirtmektedir[32]. Chan'ın belirttiği bu durum hemşirelik eğitiminde geliştirilen iletişim becerilerinin zayıflığı ile ilişkili olabilir.

Hemşire, birey ile görüşmelerinde kendisi ve birey için duraksamalara ve sessizliğe izin vermelidir. Değerlendirme yapmak ve ilişkiyi geliştirmek için iletişimin önemini vurgulamalıdır. Farklı ve gündelik konularda sohbet etmenin, bireyin kendini ifade etmesinde rahatlatıcı bir ortam yarattığının farkında olmalıdır. Açık uçlu soruların kullanımını, varsayımlara karşı nasıl davranılması gerektiğini bilmeli ve sessizliğin anlamını değerlendirebilmelidir. Birey için zaman ayırırken, kendini nasıl hissettiğini ifade etmesi için de fırsat tanımalıdır[32].

Cinsiyete dayalı motivasyonel görüşme (GBMI) de daha az damgalanmanın olduğu ve stresi azaltmaya yardımcı olunduğu bilinmektedir. GBMI ruhsal sıkıntıya yönelik alternatifler sunmaktadır. Damgalanmaya karşı şeffaflık ve saygı ile karakterize, cinsiyete dayalı, bilişsel, kişilerarası ve dilsel engellerin etkisinin azaltılması amaçlanmaktadır. Örneğin; psikoterapi sözcüğü yerine 'kişiselleştirilmiş geri bildirim', 'anksiyete' yerine 'stres' sözcüğünün kullanılması gibi[33].

Etkin ve benzer toplulukları kapsayan güvenli ve kültürel olarak duyarlı ortamlarda sunulan yaklaşımlar, erkek ruh sağlığını desteklemekte ve ruhsal sağlık çıktılarının iyileşmesini sağlamaktadır. Bu tür yaklaşımlarla, yardım isteme ve damgalanmayı azaltmada erkekler için anlaşılabilir tutumlar, dil ve üsluplar kullanılarak toplumsal cinsiyete duyarlılık oluşturulmaktadır[30].

Sonuç ve Öneriler

Sadece erkek olmak, bazı ruhsal sorunlar için birincil risk faktörüdür. Depresyon erkeklerde tam olarak tanımlanmamış bir teşhis olabilmektedir. Erkek nüfusunda intihar yoluyla ölümler kadınlardan daha fazla görülmektedir. Erkeklerin yüksek intihar oranları, birçok kişinin sıkıntı yaşadığında yardım aramada zorluk yaşadığını veya umutsuzluk duygusunun olduğunu göstermektedir. Psikolojik sıkıntıların bazıları (depresyon, kendine zarar verici davranışlar, intihar, alkol/madde kullanımı…) erkekler için özellikle önemlidir ve bu konularda erkek perspektifinden düşünmeye ihtiyaç vardır[17]. Erkekler ruhsal sıkıntılarını eyleme vuruk davranışlarla kadınlardan farklı biçimlerde deneyimlemektedirler. Birçok erkek yardıma ihtiyacı olduğunu dile getirmemekte ve bazıları toplum tarafından kabul edilmeyen yollarla bunu dile getirmektedir.

Hemşire kadınların ve erkeklerin ruhsal sıkıntılarındaki farklılıkların nedenlerini ve nasıl ortaya çıktığını anlamalıdır. İletişimde feminist bir dil ve damgalayıcı bir üslup kullanmaktan kaçınmalıdır. Umut hissi vermeli, duyguları normalleştirici ve motivasyonu olumlu yönde arttırıcı davranmalıdır. Ayrıca erkeklerin ruhsal sağlıklarını 'erkeklere karşı pozitif' tutumlarla ve cinsiyete duyarlı, eylem odaklı müdahalelerle destekleyebilir. Sorun yaşayan, fakat gerektiğinde ya da zamanında hizmete ulaşamayan kişiler için de, ruhsal sorunlarda başvurabilecekleri yardım hatları oluşturulabilir.

Journal of Human Rhythm
2018;4(2):80-87

1. World Health Organization. Life expectancy - Data by country [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Oct 12]. Available from: http://apps.who.int/gho/data/node.main.688
2. White A. The State of Men's Health in Europe and how we compare in the UK? Trends in Urology & Men's Health. 2011;2(5):12–6.
3. Patrick S, Robertson S. Mental health and wellbeing: focus on men's health. British Journal of Nursing. 2016;25(21):1163–9.
4. Yalvaç HD. Depresyonun Epidemiyolojisi. Turkiye Klinikleri. 2012;5(2):7–13.
5. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. Nöro Psikiyatri Arşivi.2013;50(4):344–51.
6. Millard C, Wessely S. Parity of esteem between mental and physical health. BMJ. 2014;349:6821–6821.
7. WHO. Depression [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Nov 5]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/
8. Luo X, Wang Q, Wang X, Cai T. Reasons for living and hope as the protective factors against suicidality in Chinese patients with depression: a cross sectional study. BMC Psychiatry. 2016;16(1):252.
9. Oliffe JL, Ogrodniczuk JS, Gordon SJ, Creighton G, Kelly MT, Black N, Mackenzie C. Stigma in Male Depression and Suicide: A Canadian Sex Comparison Study. Community Mental Health Journal 2016;52(3):302–310.
10. Addis ME. Gender and depression in men. Clinical Psychology: Science and Practice. 2008;15(3):153–68.
11. Brownhill S, Wilhelm K, Barclay L, Schmied V. "Big build": Hidden depression in men. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2005;39(10):921–31.
12. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women. JAMA Psychiatry. 2013;70(10):1100–6.
13. Koç M. Depressif (Çökkünlük) Bozukluklar. In: Gürhan N, editor. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. p. 475–538.
14. WHO. Suicide prevention. World Health Organization. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Nov 5]. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/
15. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2003;253(1):1–8.
16. Robertson S, Gough B, Hanna E, Raine G, Robinson M, Seims A, et al. Successful mental health promotion with men: the evidence from "tacit knowledge": Table 1: Health Promotion International. 2016;1–11.
17. Wilkins D. Untold problems: A review of the essential issues in the mental health of men and boys. Men's Health Form. 2010;1–50.
18. Robertson S, Baker P. Men and health promotion in the United Kingdom: 20 years further forward? Health Education Journal. 2017;76(1):103–13.
19. Williams J, Stephenson D, Keating F. A tapestry of oppression. The Psychologist. 2014;27(6):406–9.
20. Peate I. The mental health of men and boys: an overview. Journal of Nursing. 2010;19(19):1231–5.
21. Mansfield AK, Addis ME, Courtenay W. Measurement of Men ' s Help Seeking : Development and Evaluation of the Barriers to Help Seeking Scale. Psychology of Men & Masculinity. 2005;6(2):95–108.
22. Robertson S, Williams R. Men: showing willing. Community Practitioner. 2009;82(4):34–5.
23. Kingerlee R, Precious D, Sullivan L, Barry J. Engaging with the emotional lives of men. Psychologist. 2014;27(6):418–21.
24. Haggett A. Masculinity and mental health - the long view. Male Psychology. 2014;27(6):426–9.
25. Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. The American psychologist. 2003;58(1):5–14.
26. Berger JM, Levant R, McMillan KK, Kelleher W, Sellers A. Impact of Gender Role Conflict, Traditional Masculinity Ideology, Alexithymia, and Age on Men's Attitudes Toward Psychological Help Seeking. Psychology of Men & Masculinity. 2005;6(1):73–8.
27. Kingerlee R. Conceptualizing men: A transdiagnostic model of male distress [Internet]. Vol. 85, Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. Blackwell Publishing Ltd; 2012. p. 83–99.
28. Levant RF, Stefanov DG, Rankin TJ, Halter MJ, Mellinger C, Williams CM. Moderated path analysis of the relationships between masculinity and men's attitudes toward seeking psychological help. Journal of Counseling Psychology. 2013;60(3):392–406.
29. Willis, Lord. Raising the Bar:Shape of Caring: A Review of the Future Education and Training of Registered Nurses and Care Assistants [Internet]. Vol. 83, Harvard Business Review. 2005. Available from: http://www.redi-bw.de/db/ebsco.php/search.ebscohost.com/login.aspx%3Fdirect%3Dtrue%26db%3Dbth%26AN%3D17601869%26site%3Dehost-live
30. Morison L, Trigeorgis C, John M. Are mental health services inherently feminised? Psychologist. 2014;27(6):414–6.
31. Brownhill S, Wilhelm K. "For Men Only"A mental health prompt list in primary care. Australian Family Physician. 2003;32(6):443–50.
32. Chan EA. Cue-responding during simulated routine nursing care: A mixed method study. Nurse Education Today. 2014;34(7):1057–61.
33. Syzdek MR, Addis ME, Green JD, Whorley MSR, Berger JL. A pilot trial of gender-based motivational interviewing for help-seeking and internalizing symptoms in men. Psychology of Men and Masculinity. 2014;15(1):90–4.