

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI YAKLAŞIMA GÖRE
ERKEKLERİN DEPRESYON DENEYİMLERİ:
KARMA YÖNTEMLİ GÖMÜLÜ KURAM
ÇALIŞMASI**

**DOKTORA TEZİ
Bedia TARSUSLU**

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

**Tez Danışman: Doç. Dr. Gülgün DURAT
Eş Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Özge ÖNER**

ŞUBAT-2025

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI YAKLAŞIMA GÖRE
ERKEKLERİN DEPRESYON DENEYİMLERİ:
KARMA YÖNTEMLİ GÖMÜLÜ KURAM
ÇALIŞMASI**

DOKTORA TEZİ

Bedia TARSUSLU

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

**“Bu tez .../ .../ tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy çokluğu/Oy birliği ile
kabul edilmiştir.”**

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu tez çalışması, TC Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04.04.2022 tarihinde (Karar No:E-71522473-050.01.04-121342-90) onay alınarak hazırlandı. Bu tezin kendi özgün çalışmam olduğunu, planlama ve yazım aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, tez için gerekli tüm bilgileri akademik ve etik kurallara uygun olarak topladığımı, tez çalışmasından kaynaklanmayan tüm bilgi ve yorumlara atıf yaptığımı ve bunları kaynaklar listesine dahil ettiğimi, tezin araştırılması ve yazımı sırasında herhangi bir patent veya telif hakkı ihlali yapmadığımı beyan ederim.

25/02/2025

Bedia TARSUSLU

İmza

TEŞEKKÜR

Doktora eğitim sürecinde beni destekleyen değerli danışmanım **Doç. Dr. Gülgün Durat**'a ve eş danışmanım **Dr. Öğr. Üyesi Özge Öner**'e gösterdikleri rehberlik, destek ve teşvik için en derin şükranlarımı sunarım.

Ayrıca, tez izleme komitemin üyeleri olan **Doç. Dr. Ümit Sahranç** ve **Doç Dr. Havva Sert**'e tez çalışmam boyunca verdikleri destek için en içten teşekkürlerimi sunarım. Onların katkıları hem akademik gelişimimi hem de bu tezi önemli ölçüde şekillendirdi.

Bu tez konusunu kavramamda **Prof. Dr. John L. Oliffe**, **Prof. Dr. John S. Ogrodniczuk**, **Prof. Dr. Simon Rice**, **Prof. Dr. Ronald F. Levant** ve **Doç. Dr. David Kealy**'nin çalışmaları ve içgörülerinden büyük ölçüde esinlendim, deniz aşırı olmasına rağmen bana vermiş oldukları anlayışlı geri bildirimleri ve rehberlikleri için kendilerine son derece müteşekkirim. Özellikle bu süreçteki desteği ve danışmanlığı için **Prof. Dr. John L. Oliffe** ayrıca tekrar teşekkür ederim. Onların yenilikçi araştırmaları ve akademik camiaya katkıları araştırmam için çok önemli bir temel oluşturdu.

Sonsuz sevgileri, hoşgöruları ve destekleriyle bu yolda ilerlememi sağlayan **aileme** minnettarım. Onların bana olan güveni bana cesaret ve motivasyon verdi.

Son olarak, bu çalışmaya destek veren kurumlara ve akademik camiaya, özellikle de bu tezin geliştirilmesinde paha biçilmez bilgi ve deneyimleriyle katkıda bulunan **katılımcılara** teşekkür etmek isterim.

Bu tez çalışmasına, benim akademik ve kişisel gelişimime yaptığınız katkılar için hepinize teşekkür ederim.

KISALTMALAR

AGFI	: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
CFI	: Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSM-5 Edition	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
EDÖ	: Eril Depresyon Ölçeği
EDRÖ-22	: Erkek Depresyon Risk Ölçeği-22
ENUE-30	: Erkeklik Normlarına Uygunluk Envanteri-30
ERÖ	: Erkek Roller Ölçeği
GMDS	: Gotland Erkek Depresyon Ölçeği
GFI	: Uyum İyiliği İndeksi
HSA-4	: Hasta Sağlık Anketi-4
HSA-9	: Hasta Sağlık Anketi-9
IFI	: Fazlalık Uyum İndeksi
ICD	: International Classification of Diseases
KGİ	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlilik Ortalaması
RFI	: Göreli Uyum İndeksi
RMSEA	: Yakınsama Hatalarının Kareleri Ortalamalarının Karekökü
ROC	: Receiver Operating Characteristic
SRMR	: Standartlaştırılmış Artıkların Kareleri Ortalamasının Karekökü
TLI	: Tucker Lewis indeksi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞŞEKKÜR.....	ii
KISALTMALAR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
ÖZET.....	xiv
SUMMARY	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. DEPRESYON	5
2.1.1. Tanılama, Belirti ve Bulgular.....	5
2.1.3. Epidemiyoloji.....	6
2.1.4. Etiyoloji.....	7
2.1.5. Tedavi.....	8
2.2. ERKEKLERDE DEPRESYON VE GÖRÜNÜMÜ	9
2.3. BİLİŞSEL–DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM: TEORİK TEMELLERİ VE UYGULAMA ALANLARI.....	13
2.3.1. Bilişsel–Davranışçı Terapinin Temel Kavramları	14
2.3.2. Bilişsel–Davranışçı Terapinin Depresyon Tedavisindeki Yeri.....	16
2.3.3. Erkeklerde Depresyon Tedavisinde Bilişsel–Davranışçı Yaklaşım.....	18
2.4. HEMŞİRELİK VE DEPRESYON YÖNETİMİ.....	21
2.4.1. Depresyondaki Erkeklere Yönelik Hemşirelik Uygulamaları	22

2.5. ERKEKLERİN DEPRESYON DENEYİMLERİNDE BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI YAKLAŞIMIN ÖNEMİ.....	24
2.6. HEMŞİRELİK ARAŞTIRMALARINDA GÖMÜLÜ KURAMIN KULLANIMI.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. ARAŞTIRMA AMAÇ VE SORULARI.....	29
3.2. ARAŞTIRMANIN DESENİ.....	29
3.3. ARAŞTIRMA ALANI VE GRUBU	31
3.3.1. Araştırma Grubu Ölçütlerinin Belirlenmesi ve Tercih Edilen Örneklem Teknikleri	33
3.3.2. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	34
3.4. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI	35
3.4.1. Veri Toplama Tekniği.....	35
3.4.2. Nicel Veri Toplama Araçları.....	35
3.4.2.1. Tanıtıcı bilgi formu	35
3.4.2.2. Erkeklik normlarına uygunluk envanteri-30	35
3.4.2.2.1. Envanterin Türkçeye çevrilmesi	36
3.4.2.2.2. Envanterin geçerlik çalışmaları.....	36
3.4.2.2.3. Envanterin güvenirlik çalışmaları	41
3.4.2.3. Erkek depresyon risk ölçeği-22.....	43
3.4.2.3.1. Ölçeğin Türkçeye çevrilmesi	43
3.4.2.3.2. Ölçeğin geçerlik çalışmaları.....	44
3.4.2.3.3. Ölçeğin güvenirlik çalışmaları	52
3.4.2.4. Erkek rolleri ölçeği.....	53
3.4.2.5. Hasta sağlık anketi-4.....	54
3.4.2.6. Hasta sağlık anketi-9	54
3.4.3. Nitel Veri Toplama Araçları	54

3.4.3.1.	Görüşme kılavuzunun hazırlanması	54
3.4.4.	Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği.....	55
3.4.4.1.	Geçerlik	56
4.4.4.2.	Güvenirlik	57
3.5.	VERİ TOPLAMA SÜRECİ.....	58
3.5.1.	Nicel Veri Toplama Süreci.....	59
3.5.2.	Nitel Veri Toplama Süreci	60
3.6.	VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ.....	61
3.6.1.	Nicel Verilerin Çözümlemesi.....	61
3.6.2.	Nitel Verilerin Çözümlemesi ve Gömülü Kuram Araştırmasının Analiz Süreci	61
3.6.2.1.	Aşağıdan yukarıya kodlama	62
3.6.2.2.	Yukarıdan aşağıya kodlama ve revizyon	62
3.6.2.3.	Tematik kodlama.....	63
3.6.2.4.	Analitik not alma.....	63
3.7.	ARAŞTIRMACININ ROLÜ	65
3.8.	ETİK DEĞERLENDİRMELER	66
3.9.	ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	66
4.	BULGULAR.....	68
4.1.	NİCEL BULGULAR	68
4.1.1.	Katılımcıların Özellikleri (Nicel).....	68
4.1.2.	Tanımlayıcı İstatistikler ve Korelasyon Analizi	69
4.1.3.	Yapısal Eşitlik Modeli Analiz Bulguları.....	70
4.1.4.	Nitel Aşamaya Katılan Katılımcılara İlişkin Nicel Bulgular	72
4.1.4.1.	Katılımcıların özellikleri (nitel)	72
4.1.4.2.	Katılımcıların ölçeklerden almış oldukları puanlar.....	74

4.2. NİTEL BULGULAR	78
4.2.1. Depresyonun Tanımı	78
4.2.1.1. Savaş-mücadele	79
4.2.1.2. Duygusal zorlanma	80
4.2.1.3. Kara bulut	80
4.2.1.4. Kendini içten içe yormak	80
4.2.1.5. Sağlık sorunu	80
4.2.1.6. Zayıflık-güçsüzlük	81
4.2.1.7. Günlük yaşamı olumsuz etkileme	81
4.2.1.8. Yıkım	81
4.2.2. Bilişsel İnançlar	82
4.2.2.1. İşlevsel olmayan inançlar	82
4.2.2.1.1. Toplumun/insanların baskısı	82
4.2.2.1.2. Erkekler duygularını gizlemeli inancı	83
4.2.2.1.3. Erkekler güçlü olmalı inancı	83
4.2.2.1.4. Erkekler sorunlarını kendi içinde çözmeli inancı	83
4.2.2.1.5. Depresyondaki erkek dışlanır inancı	83
4.2.2.2. İşlevsel olan inançlar	84
4.2.2.2.1. Depresyonun kabulü/normalleştirilmesi	84
4.2.2.2.2. Erkeklerde duygusallığın kabulü	84
4.2.2.2.3. Düşünce kontrolü/gücü	85
4.2.2.2.4. İyileşme inancı	85
4.2.2.2.5. Allah'a teslimiyet	85
4.2.3. Depresyonun Nedenleri	86
4.2.3.1. Ekonomik sıkıntılar	87
4.2.3.2. Günlük hayatın stresli olması	87

4.2.3.3. İlişki sorunları	87
4.2.3.4. Yetersiz hissetme	88
4.2.3.5. Sorumluluğun fazla olması	88
4.2.3.6. Duyguları ifade güçlüğü/paylaşamama.....	88
4.2.3.7. Hormonlar ve genetik faktörler	89
4.2.3.8. Ailevi problemler	90
4.2.3.9. Gelecek kaygısı yaşama	90
4.2.4. Depresyon Belirtileri.....	91
4.2.4.1. Tipik depresyon belirtileri.....	91
4.2.4.1.1. Emosyonel belirtiler	91
4.2.4.1.2. Fizyolojik belirtiler.....	92
4.2.4.1.3. İlişki sorunları	93
4.2.4.2. Erkek depresyon belirtileri.....	94
4.2.4.2.1. Sigara, madde veya alkol kullanma	94
4.2.4.2.2. Riskli davranışlarda bulunma.....	95
4.2.4.2.3. Fiziksel aktiviteye yönelme.....	95
4.2.4.2.4. İşe odaklanma.....	96
4.2.4.2.5. Öfkeli ve agresif olma.....	96
4.2.4.2.6. İçine atma, kendi içinde çözmeye çalışma.....	97
4.2.4.3. İntihar	97
4.2.5. Yardım Almadaki Engeller	99
4.2.5.1. Destek almaktan çekinme ve damgalanma	99
4.2.5.2. Gurura yedirememe.....	100
4.2.6. Etkili Başetme Yöntemleri.....	101
4.2.6.1. Profesyonel destek alma.....	101
4.2.6.2. Sosyalleşme.....	101

4.2.6.3. Sevdiği hobilerle ilgilenme	102
4.2.6.4. Kabul etmek	102
4.2.6.5. Manevi uygulamalar.....	103
4.2.7. Depresyondaki Erkeğe Yönelik Tutum.....	104
4.2.7.1. Toplum baskısını dikkate almama	104
4.2.7.2. Erkeklerde depresyonun normal karşılaması ve bilinmesi.....	104
4.2.7.3. Depresyondaki erkeğe destek olma.....	105
4.3. GÖMÜLÜ KURAMIN BELİRLENMESİ	108
4.3.1. Depresyon Nedenleri ve Eril Normlara İlişkin İnançlar	110
4.3.2. Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki	110
4.3.3. İşlevsel Olmayan İnançların Rolü	110
4.3.4. İşlevsel Olan İnançlar ve Olumlu Sonuçlar	111
4.3.5. Başa Çıkma Stratejileri ve Tutumların Etkileşimi	111
4.3.6. Erkek Dostu Hemşirelik Girişimleri	111
4.3.7. Geliştirilen Kuramın Çerçevesinin Genel Dinamiği	111
5. TARTIŞMA	113
5.1. NİCEL BULGULARIN TARTIŞILMASI	113
5.1.1. Ölçek Tanımlayıcı İstatistikleri ve Korelasyon Analizi Sonuçlarının Tartışılması.....	113
5.1.2. Yapısal Eşitlik Modeli Analiz Bulgularının Tartışılması	114
5.2. NİTEL BULGULARIN TARTIŞILMASI	115
5.2.1. Depresyonun Tanımı	116
5.2.2. Bilişsel İnançlar.....	117
5.2.3. Depresyonun Nedenleri.....	121
5.2.4. Depresyon Belirtileri.....	122
5.2.5. Yardım Almadaki Engeller	124

5.2.6. Etkili Başetme Yöntemleri	125
5.2.7. Depresyondaki Erkeğe Yönelik Tutum.....	126
5.3. BELİRLENEN GÖMÜLÜ KURAMA İLİŞKİN TARTIŞMA	128
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	130
KAYNAKLAR	132
EKLER.....	162
Ek 1. Nicel veri toplama formu.....	162
Ek 2. Erkeklik Normlarına Uygunluk Envanteri (ENUE-30)-İngilizce Form.....	167
Ek 3. ENUE-30 yazar izni.....	168
Ek 4. ENUE-30 uzman görüş listesi	169
Ek 5. Erkeklik Normlarına Uygunluk Envanteri (ENUE-30)-Türkçe Form.....	170
Ek 6. Erkek Depresyon Risk Ölçeği (EDRÖ-22)-İngilizce Form.....	171
Ek 7. EDRÖ-22 Yazar izni	172
Ek 8. EDRÖ-22 uzman görüş listesi	173
Ek 9. Türk Dili ve Edebiyatı Uzman Listesi	174
Ek 10. Erkek Depresyon Risk Ölçeği (EDRÖ-22)-Türkçe Form	175
Ek 11. Hasta Sağlık Anketi-9.....	176
Ek 12. Görüşme Klavuzu	177
Ek 13. Görüşme klavuzu uzman görüş listesi	182
Ek 14. Etik kurul onay formu.....	183
Ek 15. Gönüllü Olur Formu	184
ÖZGEÇMİŞ	187

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Depresyon için tanı ölçütleri ve tanı dışı belirtiler.....	10
Tablo 2. İllere göre 25-64 yaş aralığında kadın ve erkek nüfus dağılımı (2007-2021)	32
Tablo 3. Dahil edilme ve dışlanma kriterleri.....	34
Tablo 4. Erkeklik Normlarına Uygunluk Envanteri (ENUE-30) maddeleri için kapsam geçerlik sonuçları	38
Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	39
Tablo 6. Araştırmada kullanılan uyum iyiliği indeksleri ve kabul edilebilir değer aralığı.....	41
Tablo 7. ENUE-30 ile ERÖ arasındaki korelasyon.....	41
Tablo 8. Cronbach α güvenilirlik katsayıları ve madde-toplam puan analizi.....	42
Tablo 9. ENUE-30'un toplam ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesi	43
Tablo 10. Erkek Depresyon Risk Ölçeği (EDRÖ-22) maddeleri için kapsam geçerlik sonuçları	45
Tablo 11. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri	46
Tablo 12. EDRÖ 22'nin uyum iyiliği indeksleri ve kabul edilebilir değer aralığı....	49
Tablo 13. Modelin cinsiyete göre farklılıklarının incelenmesi	49
Tablo 14. EDRÖ-22 ile ENUE-30 ve HSA-4 arasındaki korelasyon	50
Tablo 15. Duyarlılık ve seçicilik	51
Tablo 16. EDRÖ-22 cronbach alpha katsayısı, madde-toplam puan korelasyonu analiz sonuçları	52
Tablo 17. EDRÖ-22 toplam ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	53
Tablo 18. Katılımcıların özellikleri	69
Tablo 19. Ölçeklere ait tanımlayıcı istatistikler ve toplam puanlar arasındaki korelasyon	70
Tablo 20. Katılımcıların EDRÖ-22 puan aralığı dağılımı.....	70
Tablo 21. Uyum iyiliği indeks değerleri	71
Tablo 22. Direct ve indirect etkilerin incelenmesi	72
Tablo 23. Katılımcı sosyo-demografik özellikler (Nitel Aşama).....	73

Tablo 24. Katılımcıların ENUE-30'dan almış oldukları puanların dağılımı.....	75
Tablo 25. Katılımcıların EDRÖ-22'den almış oldukları puanların dağılımı	76
Tablo 26. Katılımcıların HSA-9'dan almış oldukları puanların dağılımı	77
Tablo 27. Depresyonun tanımı teması kod matris tarayıcısı	81
Tablo 28. Bilişsel inançlar teması kod matris tarayıcısı.....	86
Tablo 29. Depresyonun nedenleri teması kod matris tarayıcısı	91
Tablo 30. Depresyon belirtileri teması kod matris tarayıcısı	98
Tablo 31. Yardım almadaki engeller teması kod matris tarayıcısı	100
Tablo 32. Etkili başetme yöntemleri teması kod matris tarayıcısı	103
Tablo 33. Depresyondaki erkeğe yönelik tutum teması kod matris tarayıcısı	106



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Bilişlerin hiyerarşik modeli	16
Şekil 2. BDT temelli depresyon modeli.....	17
Şekil 3. ENUE-30'un 10 boyutlu 1. dereceden DFA modeli	40
Şekil 4. EDRÖ-22'nin 6 boyutlu 1. dereceden DFA modeli.....	48
Şekil 5. Erkekler (Grup 2) ve kadınlar için EDRÖ-22 faktör yapısı	50
Şekil 6. ROC analizi sonuçları.....	51
Şekil 7. Araştırma veri toplama süreci.....	59
Şekil 8. Path (yol) modeli	71
Şekil 9. Temalar.....	78
Şekil 10. Depresyonun tanımı.....	79
Şekil 11. Bilişsel inançlar	82
Şekil 12. Depresyonun nedenleri	86
Şekil 13. Depresyonun belirtileri	91
Şekil 14. Yardım almadaki engeller.....	99
Şekil 15. Etkili başetme yöntemleri	101
Şekil 16. Depresyondaki erkeğe yönelik tutum	104
Şekil 17. Kod bulutu	106
Şekil 18. Kod haritası.....	107
Şekil 19. Erkeklerin depresyon deneyimlerinden ulaşılan gömülü kuramının çerçevesi	109

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Depresyon kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülürken, erkeklerde benimsenen cinsiyet rol normlarının etkisi ile depresyonun deneyim ve dışa vurumu farklılık göstermektedir. Bu durum erkeklerde depresyonu tanılanama ve tedavi süreçlerini zorlaştırmaktadır. Bu tez çalışmasında, bilişsel-davranışçı yaklaşım perpektifinden erkeklerin depresyon deneyimlerini ele alan bir Gömülü Kuram (Grounded Teori) oluşturulması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmada karma yöntem araştırma desenlerinden “Açımlayıcı Sıralı Karma Yöntem” kullanıldı. İlk aşamada rastgele örnekleme yöntemi ile 1133 erkek katılımcıdan nicel veriler, Erkeklik Normlarına Uygunluk Envanteri (ENUE-30), Erkek Depresyon Risk Ölçeği-22 (EDRÖ-22), Hasta Sağlık Anketi-4 (HSA-4) kullanılarak, yapısal eşitlik modeli ile analiz edildi. Nitel veriler ise yarı yapılandırılmış bireysel görüşmeler aracılığıyla 23 katılımcıdan, gömülü kuramın analiz basamakları (aşağıdan yukarıya, yukarıdan aşağıya ve tematik kodlama) doğrultusunda toplandı ve analiz edildi.

BULGULAR: EDRÖ-22 ($p=0,001$, $Beta=-0,306$) ölçümü üzerinde ENUE-30 ölçümünün etkisinde HSA-4 ölçümünün aracı bir rol üstlendiği tespit edildi. Erkeklerin cinsiyet rolleri bağlamında depresyon deneyimlerine ilişkin niteliksel bulgular 7 tema üzerinde incelendi. Temalar; “Depresyonun tanımı, Bilişsel inançlar, Depresyonun nedenleri, Depresyon belirtileri, Yardım almadaki engeller, Etkili başetme yöntemleri, Depresyondaki erkeğe yönelik tutum” dur.

SONUÇ: Araştırma, nicel veriler ile erkeklik normlarına uyumun tipik depresif belirtilerin aracılığı yoluyla erkek depresyonunu etkilediğini ortaya koydu. Nitel veriler, erkeklerin deneyimlerine ilişkin bilişsel ve davranışsal perspektifleri vurguladı, bu bulgular nicel sonuçlar ile uyum sağlayarak geliştirilen gömülü kuramın çerçevesini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel-davranışçı yaklaşım, erkek, erkeklik, erkek depresyonu, depresyon, gömülü kuram

SUMMARY

Men's Experiences of Depression from the Perspective of Cognitive-Behavioural Approach: A Mixed Method Grounded Theory Study

INTRODUCTION AND AIM: Depression is more common in women than in men, but the experience and expression of depression differ in men due to the effect of gender role norms. This situation complicates the diagnosis and treatment processes of depression in men. This thesis, it was aimed to create a grounded theory from the perspective of the cognitive-behavioural approach in understanding men's experiences of depression.

MATERIAL AND METHOD: Exploratory Sequential Mixed Method, one of the mixed-method research designs, was used in the study. In the first stage, quantitative data from 1133 male participants were analyzed by using the Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI-30), Male Depression Risk Scale-22 (MDRS-22), Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4), and structural equation modelling. Qualitative data were collected and analyzed from 23 participants through semi-structured individual interviews in line with the analysis steps of grounded theory (bottom-up, top-down, and thematic coding).

RESULTS: It was determined that the PHQ-4 measurement was mediating the effect of the CMNI-30 measurement on the MDRS-22 ($p=0.001$, $\text{Beta}=-0.306$). Qualitative findings related to men's experiences of depression in the context of gender roles were analyzed on 7 themes. The themes are Definition of depression, Cognitive beliefs, Causes of depression, Symptoms of depression, Barriers to getting help, Effective coping methods, and Attitude towards depressed men.

CONCLUSIONS: The study used quantitative data to show that conformity to norms of masculinity influences male depression through the mediation of typical depressive symptoms. Qualitative data highlighted cognitive and behavioural perspectives on men's depression experiences; these findings align with quantitative results and support the framework of the developed grounded theory.

Keywords: Cognitive-behavioral approach, men, masculinity, male depression, depression, grounded theory



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine bakıldığında, depresyonun “Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları (Years Lost with Disability-YLD)” nedenleri arasında ilk 10 tıbbi durumdan biri olduğu ve ikinci sırada yer aldığı bildirilmektedir. Türkiye’de tüm yaş gruplarında hem erkeklerde hem kadınlarda hastalık yükü nedenlerine bakıldığında depresyonun ilk 10 tıbbi durumdan biri olduğu görülmektedir (WHO 2021). Ayrıca, intihar sonucu yaşamını kaybetme oranının erkeklerde kadınlara göre dört kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (CDC 2015). TÜİK, “Yaş grubu ve cinsiyete göre intiharlar, 2002-2019” verilerine bakıldığında 25-65 yaş aralığında toplam intihar sayısı erkeklerde 24,208 iken kadınlarda 7,677’dir (<https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101dil=1> Erişim Tarihi: 03.01.2021). İntihar davranışının altında yatan ana neden ise depresyondur (Öztürk ve Uluşahin 2020).

Depresyon, tüm yaş gruplarını etkilemekle birlikte yaşam boyu majör depresyon prevalansının kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Ertan 2008; Oliffe et al. 2016). Bununla birlikte, son araştırmalar, erkek cinsiyet rol sosyalleşmesinin yarattığı yaşam tarzı tercihlerinin erkeklerde gizli depresyona ve erkekler tarafından daha az yardım aramaya yol açtığını savunarak, erkekler ve kadınlar arasındaki depresyon oranlarındaki farklılığı sorgulamaktadır (Cochran and Rabinowitz 2000; Mansfield, Addis, and Mahalik 2003). Erkeklerde depresyonun önemli bir kısmı tespit ve tedavi edilememektedir. Erkeklerin erkeksi (eril) cinsiyet rolü beklentilerine bağlılığı, kadınlara kıyasla sağlıklarının daha kötü olmasına neden olmaktadır (Fields and Cochran 2011).

Erkeklerde görülen öfke, alkol kullanımı gibi depresif semptomlar, kötü ruh hali ve düşük düzeyde aktivite gibi semptomlara daha fazla öncelik veren mevcut depresyon tanı kriterleri tarafından sıklıkla göz ardı edilmektedir (Sharpley, Bitsika, and Christie

2014). Bu kriterler çoğunlukla kadınlarda daha sık görülen semptomlara dayanmaktadır (Brownhill et al. 2005). Depresyondan muzdarip erkekler depresyonu sıklıkla hissizleşme, kaçış (madde bağımlılığı, kumar gibi) ve kaçınma davranışları (aşırı çalışma gibi) ile dışa vurmakta, bu da semptomlarının yanlış anlaşılmasına veya göz ardı edilmesine neden olabilmektedir (Martin, Neighbors, and Griffith 2013; Ramirez and Badger 2014). Bu sorun, duygusal ifadeyi ve kabullenmeyi engelleyen eril rol sosyalleşmesi ile daha da kötüleşmektedir (Courtenay 2000; Ridge, Emslie, and White 2011). Ayrıca, erkeklerin sosyal tepkileri önlemek için depresif semptomları gizleme eğilimi, erkeklerde bildirilen depresyon sıklığının daha düşük olmasının nedeni olabilir (Galasinski 2008; Gough 2016).

Erkekler sertlik ve dayanıklılığı vurgulayan ve yardım istemeyi erkekliğe yakışmayan bir davranış olarak gören eril normlarla yetişmektedir (Athanasiadis, Gough, and Robertson 2018). Bu kültürel normlar erkeklerin depresyonu nasıl deneyimledikleri, yönettikleri ve ifade ettikleri üzerinde etkili olmakta ve sıklıkla mevcut tanı kriterlerine uymayan dışsallaştırılmış veya olağandışı semptomlarla sonuçlanmaktadır (Sharpley et al. 2014; Sharpley, Bitsika, and Christie 2016). Bu tez araştırmasının ana odak noktalarından biri, erkeklerde depresyonun daha iyi bilinmesi gerektiğidir, çünkü bu belirtiler uzmanlar tarafından genellikle göz ardı edilmektedir (Smith et al. 2008).

Erkeklerin depresyon ifadeleri eril cinsiyet rolünden etkilenebilir ve sıklıkla The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) tanı standartlarını karşılamayan semptomlara yol açabilir (Brownhill et al. 2005). Literatürde erkek depresyonu için iki bölümlü bir klinik inceleme önerilmiştir (Cochran and Rabinowitz 2000, 2003). İlk bölüm intihar düşünceleri, depresif ruh hali, anhedoni, uyku ve iştahta bozulma, suçluluk, değersizlik duyguları gibi DSM kriterlerini değerlendirmektedir. İkinci bölüm, artan öfke, madde kullanımı, fiziksel şikayetler, iş sorunları ve performans ile cinsiyet rolü beklentileri arasındaki çatışmalar gibi erkeklere özgü semptomlara odaklanmaktadır. Bu semptomlar intihar davranışı (Gvion and Apte 2011; Rice, Kealy, et al. 2018) ve DSM tarafından tanımlanan depresyon ile yakından ilişkilidir (Martin et al. 2013; Rice et al. 2013). Ancak bu semptomları gösteren erkeklere depresyon teşhisi konulması, bu şekilde tanımlanmaları veya bu durumla ilgili çalışmalara dahil edilmeleri daha az olasıdır.

Erkek dostu danışmanlık; genellikle erkekleri ve onların cinsiyet “kültürlerini” erkeklik çerçevesinde bağlamsallaştırmakta ve yorumlamaktadır. Erkeklik, toplumdaki erkeklerden ne beklendiğini ve erkek olmanın ne anlama geldiğine dair erkeklerin cinsiyet kimliği duygusunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Hearn 2007). Erkek dostu danışmanlık klinik değerlendirme, ittifak oluşturma ve tedavi tasarımıyla erkeklerin yaşamlarındaki özelliklerine, güçlü yönlerine, kırılganlıklarına ve etkilerine dikkat çekmektedir. Cinsiyet rolü çatışması ve cinsiyet rolü gerginliği gibi teorik kavramlar, hemşirelere erkeklerin erkeklikle ilgili değerleri ve yaşam zorlukları arasındaki ilişkileri, erkeklerin bunları sosyalleşme deneyimleriyle nasıl öğrendiklerini ve daha sonra güncel erkek kimliklerini nasıl şekillendirdiğini ve daha az müzakere etmelerine yardımcı olmak için erkeklikle ilgili bilgiler sağlamaktadır (O’Neil 2015; Pleck 1995). Bu yaklaşımlar, hasta katılımını arttırmayı, erkeklerin mevcut motivasyonunu ve güçlerini tedavi hedeflerine yönelik kullanmayı amaçlamaktadır (Englar-Carlson and Kiselica 2013; Kiselica and Englar-Carlson 2010). Araştırmacılar tarafından, erkek dostu danışmanlık önerilerinin bilişsel-davranışçı yaklaşım gibi uygulama yaklaşımlarına entegre edilebileceği önerilmektedir (Mahalik 2005). Hemşirelerin, erkekler ve erkeklerin sosyalleşmesi, erkek sosyalleşmesinin erkeklerin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri, erkeklere ilişkin kendi çelişkili beklentileri, erkeklerin tedavi deneyimleri ve tepkilerini nasıl etkilediği hakkında bilgi edinmeleri gerekmektedir.

Etkili olduğu kanıtlanmış tedavilerin belirli bir erkeksi cinsiyet rol unsuru içermemesine rağmen Mahalik (1999), depresyondan muzdarip erkeklerde, karşılaşılması muhtemel bir dizi toplumsal cinsiyet rolünden türetilmiş bilişsel çarpıtmanın ana hatlarını çizmiştir. Bu bilişsel çarpıtmalar, depresif erkeklere özgü bilişsel müdahalelerin rutin uygulamasını artırabilir. Depresif bir dönemin zeminini oluşturabilecek bu yaygın bilişsel çarpıtmalardan bazıları; bir erkeğin mutlu ya da tatmin olmakta başarılı olması gerektiği fikrini içerir; bir erkek duygularını başkalarıyla paylaşırsa, “zayıf” ya da “hanım evladı” olarak algılanacaktır (Fields and Cochran 2011). Kültürel olarak türetilmiş bu tür öğütlere katı bir şekilde uyulursa, kişi kendi yaşam deneyiminin biliş ve gerçekliği ile gerçek arasındaki boşlukları ele almak zorunda kalacak ve bu durum depresyona karşı bir savunmasızlık yaratacaktır. Cochran ve Rabinowitz (1996), toplumsal cinsiyete duyarlı bakış açılarını, bilişsel-

davranışçı yaklaşım da dahil olmak üzere, literatürde kanıt düzeyi yüksek olan uygulamaların süreç ve sonuçları ile birleştirmeyi önermektedir. Bu tür toplumsal cinsiyete duyarlı bakış açıları ile Bilişsel-Davranışçı yaklaşım temelli çalışmaların kadınlara yönelik gerçekleştirildiği ancak erkeklere yönelik uygulanmadığı görülmektedir (Kohn et al. 2002). Bu doğrultuda, Bilişsel Davranışçı Yaklaşım temelli uygulamaların depresyon tedavisindeki etkinliği göz önüne alındığında, bu yaklaşımın kültürel eril normlara göre uyarlanmış versiyonunun erkeklerdeki tipik ve atipik depresyon tedavisinde etkili olacağını düşündürmektedir. Tedavi sürecinin etkili bir şekilde planlanabilmesi için öncelikle erkeklerin depresyon deneyimlerinin bilişsel-davranışçı yaklaşım perspektifinden kavramsal olarak açıklanmasına gereksinim duyulmaktadır.

Karma yöntem olarak planlanan bu tez çalışmasında bilişsel-davranışçı yaklaşım perpektifinden erkeklerin depresyon deneyimlerini ele alan bir Gömülü Kuram (Grounded Teori) oluşturulması amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DEPRESYON

Depresyon; üzüntü, umutsuzluk, karamsarlık, duyarsızlaşma, konuşma, düşünce, fizyolojik işlevler ve hareketlerde yavaşlama ile birlikte güçsüzlük, günlük aktivitelere karşı ilgi kaybı, keyif alamama ve değersizlik duyguları ile karakterize bir sendromdur (Öztürk ve Uluşahin 2020; Townsend 2016).

2.1.1. Tanılama, Belirti ve Bulgular

Genel tıbbi bakımda, depresyon tanısı koymak zor prosedürler gerektirmektedir. Tanılamada geleneksel psikiyatrik tanı kriterlerinin aksine, hekimler sıklıkla hasta geçmişine ve mevcut ilişkilere dayalı yöntemler kullanmaktadır (Schumann et al. 2012). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ve International Classification of Diseases (ICD) gibi modern mevcut tanı sistemleri ve geleneksel depresyon kavramları, hasta gruplarını tanımlama yetenekleri açısından sınırlıdır (Huber and Gross 1991).

Depresyonu tanılamada kendi kendine ve sağlık profesyoneli tarafından uygulanan çeşitli tanı araçları mevcuttur. Bu araçlar eşik puanlarına bağlı olarak depresif belirtilerin şiddetini belirliyerek tanılamada yardımcı olmaktadır (Smith, Renshaw, and Bilello 2013). Depresyon tanısının kesinliğini artırmak için farklı değerlendirme tekniklerini birleştiren tanı yaklaşımlarının kullanılması tavsiye edilmektedir.

Major Depresif Bozukluk (MDB) teşhisi için tanı kriterleri DSM-5'te özetlenmiştir, hem klinik tedavi hem de araştırmalar için bu kriterler önemlidir. Tanı için gerekli olan ana semptomlar aşağıdaki gibidir:

- Depresif ruh hali,

- Anhedoni (ilgi veya zevk kaybı) (American Psychological Association (APA) 2013; Bader, Skurla, and Vahia 2020; Tolentino and Schmidt 2018).

İki haftalık bir süre boyunca, bu iki temel semptomun yanı sıra aşağıdaki ek semptomların varlığı da dahil olmak üzere en az beş semptom gözlemlenmelidir:

- Belirgin kilo kaybı veya alımı ya da iştahta azalma veya artış,
- Uykusuzluk veya aşırı uyuma,
- Psikomotor ajitasyon veya retardasyon,
- Yorgunluk veya enerji kaybı,
- Değersizlik veya aşırı suçluluk duyguları,
- Düşünme veya konsantre olma yeteneğinde azalma veya kararsızlık,
- Tekrarlayan ölüm düşünceleri veya intihar düşüncesi (APA 2013; Bader et al. 2020).

Depresyon tarama yöntemleri, özellikle temel sağlık hizmetlerinde depresyonda olan kişileri belirlemek için önemlidir. Depresyonu tanılamak için klinisyenler ve araştırmacılar tarafından bir çok ölçüm aracı kullanılmaktadır. En yaygın kullanılanlar şunlardır: “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ; Hisli 1989), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D; Akdemir et al. 2001), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS; Engindeniz, Küey, and Kültür 1997), Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9; Sari et al. 2016), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD; Tatar and Ayhan 2022), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D; Lehmann et al. 2011)”. Bu araçlar klinisyen ve araştırmacılara objektif kanıtlar sunmaktadır.

2.1.3. Epidemiyoloji

Depresyon toplum ve içindeki bireyleri etkileyen yaygın bir ruhsal bozukluktur. Epidemiyolojik çalışmalar depresyonun tedavisine, risk faktörlerine ve birçok kültür ve etnik gruptaki yaygınlığına ışık tutmaktadır. Depresyonu önleme ve etkili tedavi planları oluşturmak, depresyonun epidemiyolojisini anlamayı gerektirmektedir.

Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %2 ila %21 arasında değişmektedir (Gutiérrez-Rojas et al. 2020). 2020 yılında, Amerikalıların %9,2'si bir önceki yıl majör depresif atak geçirdiğini bildirmiştir; oranlar gençler ve genç yetişkinler arasında daha yüksektir (Goodwin et al. 2022). Birleşik Krallık'ta ise olası depresif hastalık

prevalansının %7,5 olduğu ve orta yaşta daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Arias de la Torre et al. 2021). Kadın cinsiyette olma, ayrılmış veya boşanmış olmak, düşük eğitim, ileri veya erken yaşta doğum, evlilikte bozulma, ve daha düşük sosyoekonomik konuma sahip olmak daha yüksek depresyon insidansı ile bağlantılı demografik özelliklerdir (Iranpour et al. 2022; Kessler and Bromet 2013). Artan prevalansa rağmen tedavi oranları hala düşüktür (Goodwin et al. 2022). Ayrıca, depresyonun diğerk ruhsal ve fiziksel durumlarla birlikte görölme oranı yüksektir (Gutiérrez-Rojas et al. 2020). Depresyon ciddi bir halk sağığı sorunudur.

Depresyon her yaştan insanı etkilemesine rağmen, kadınların yaşamları boyunca depresyon geçirme olasılığı erkeklerden iki kat daha fazladır (Ertan 2008; Lehtinen and Joukamaa 1994; Oliffe et al. 2016). Majör depresif bozukluğun yaygınlığı zaman içinde tutarlıdır; 2010 yılında küresel nokta yaygınlığı yaklaşık %4,4 olup, kadınlarda (%5,5) erkeklere (%3,2) kıyasla daha yüksektir (Ferrari et al. 2013). Depresyon, hem erkekler hem de kadınlar için ciddi bir sağık sorunudur ve tedavi edilmediğinde tıbbi hastalıklara yatkınlık, üretkenlik kaybı, kişilerarası sorunlar ve öz bakımda zorluk gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. En önemli sonuçlarından biri ise intihar riskinin artmasıdır (Loeppke et al. 2009). Dünya Sağık Örgütü (WHO)'ne göre depresyon, dünya genelinde özürölölükle kaybedilen yaşam yılları açısından ikinci sırada yer almaktadır. Türkiye'de de depresyon, hem erkeklerde hem de kadınlarda en sık görölren 10 tıbbi durum arasında yer almaktadır (WHO 2021). İntihar oranları incelendiğinde, erkeklerde kadınlara göre dört kat daha yüksek olduğı ve depresyonun bu davranışın ana nedeni olduğı belirtilmektedir. İntihar davranışının altında yatan ana neden ise depresyondur (Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2015).

2.1.4. Etiyoloji

Depresyonun etiyolojisi, tek bir nedeni olmayan karmaşık ve çok faktörlü bir yapıya sahiptir, genetik, biyolojik, çevresel ve psikolojik faktörlerin bir kombinasyonunu içermektedir. İkiz ve evlat edinme çalışmalarının da gösterdiğı üzere, genetik faktörler depresyon üzerinde önemli ölçüde etkilidir (Langlieb and DePaulo 2008; Watts and Markham 2005). Genetik faktörler, depresyon riskinin yaklaşık %40-%50'sine katkıda bulunmakta ve etiyolojisinde çeşitli genler ve genetik varyasyonlar yer almaktadır (Howard et al. 2019; Tubbs et al. 2020; Wang, Wang, and Chen 2021).

Nörobiyolojik mekanizmalar, nörotransmitter sistemlerinde ve serebral ağlarda meydana gelen değişiklikleri kapsamaktadır (Hu, Yiu, and Clark 2021; Pasquini, Berardelli, and Biondi 2014). Çocukluk çağı travması ve kentleşme gibi çevresel faktörler, genetik yatkınlıkla etkileşime girerek depresyon insidansının artışı üzerinde etkili olmaktadır (Hu et al. 2021). Ebeveyn-çocuk ilişkileri depresif bozuklukların başlangıcını ve prognozunu etkileyebilmektedir (Burbach and Borduin 1986). Bazı araştırmacılar, depresif semptomların enerji tasarrufu veya gelişmiş analitik düşünme gibi adaptif rolleri yerine getirebileceğini öne sürerek adaptasyoncu bir bakış açısını savunmaktadır (Durisko, Mulsant, and Andrews 2015). Mevcut depresyon tedavileri, monoamin sistemlerine yönelik antidepresanlar ve psikoterapiden oluşmaktadır; ancak çok sayıda hasta remisyona girememektedir (Kandemir 2023). Birçok etiyolojik kökenin anlaşılması, depresyon için daha özel ve etkili tedavi planlarının oluşturulmasını kolaylaştırmaktadır (Durisko et al. 2015).

Depresyonun etiyolojisi, biyolojik, genetik ve sosyal etkilerle şekillenmekte, görünümü cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. Kadınlar, kısmen biyolojik göstergelere, epigenetik düzenlemeye, hormonal değişiklikler ve stresle ilişkili nörotransmitter yollarına atfedilebilecek yüksek yaygınlık oranları sergilemektedir (Kawatake-Kuno, Murai, and Uchida 2021; Labaka et al. 2018). Serotonin taşıyıcı genin etkileşimleri de dahil olmak üzere genetik farklılıklar, cinsiyete göre depresyon riskini daha da farklılaştırmaktadır (Zhao et al. 2020). Toplumsal cinsiyet rolleri ve kültürel kısıtlamalar depresyon kalıplarını derinden etkilemektedir; kadınlar toplumsal beklentilerden, erkekler ise iş stresinden etkilenmektedir (Chavez Gonzalez 2024). Kadınların depresyonu daha sık bildirmesi ve ağır vakaların genellikle erkeklerde görülmesi nedeniyle cinsiyetler arasında tanısal önyargılar bulunmaktadır (Shi et al. 2021).

2.1.5. Tedavi

Depresyon etiyolojisinin genetik, biyolojik ve çevresel değişkenlerin karmaşık bir etkileşimden oluşması tedavide birçok farklı yaklaşımları gerektirmektedir (Sharma et al. 2023). Tedavi yöntemleri ilaç, psikoterapi ve somatik terapileri kapsamaktadır (Öztürk and Uluşahin 2020). SSRI'lar ve SNRI'lar dahil olmak üzere antidepresanlar sıklıkla reçete edilmekte ve nörotransmitter seviyelerini değiştirerek işlev görmektedir (Block and Nemeroff 2014; Godlewska and Harmer 2021). Bu tedavilere ek seçenekler

arasında elektrokonvulsif terapi, transkraniyal manyetik stimölasyon ve vagus sinir stimölasyonu yer almaktadır (Block and Nemeroff 2014). Bilişsel nöropsikolojik hipoteze göre, antidepresanlar olumsuz duygusal önyargıları azaltarak çalışmakta ve böylece ruh halini iyileştirmektedir (Godlewska and Harmer 2021). Literatürde akupunktur ve bitkisel ilaçlar gibi tamamlayıcı tedaviler umut verici sonuçlar göstermektedir (Arvind, Rani, and Mohan 2023; Dobrek and Głowska 2023).

Yukarıda belirtilen tedavi yöntemlerine ek psikososyal müdahalelerde, depresyondaki bireyin refahını arttırmada önemli katkılar sunmaktadır. Depresyonda başvuru alan en etkili yöntemlerden biri de bilişsel davranışçı yaklaşım temelli girişimlerdir (Yıldız ve Türkçapar 2021). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), etkinliği kanıtlanmış psikososyal girişimlerden biridir. Araştırmalar kontrol gruplarına kıyasla BDT'nin depresyon için orta ila iyi düzeyde etkili olduğunu göstermektedir. Uzun vadede hastanın yaşam kalitesini artırmaktadır (Cuijpers et al. 2023). Diğer yöntemler arasında kişilerarası terapiler, aile terapisi ve kısa süreli psikanalitik terapilerden faydalanılmaktadır. Ancak bu yöntemler BDT'ye göre daha az kullanılmaktadır. Bu psikoterapötik yöntemler her yaş grubundan çeşitli popölasyonlar üzerinde etkilidir (Cuijpers et al. 2019; Méndez et al. 2021).

2.2. ERKEKLERDE DEPRESYON VE GÖRÜNÜMÜ

Majör depresif bozukluk kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülse de (Möller-Leimkühler and Yücel 2010), bunun nedenleri tam olarak anlaşılmamıştır. Ancak erkeklerin intihar sonucu ölme olasılığının kadınlardan 2,3 kat fazla olması (WHO 2021), bu yüksek depresyon oranının intihar riskine yansımadığını göstermektedir. Bu durum, depresyonun cinsiyetler üzerindeki etkilerinin farklı şekillerde ortaya çıktığını düşündürmektedir. Erkeklerde depresyon oranının düşük rapor edilmesi, teşhis sürecinde erkeklerdeki depresyonun tam olarak tanılanıp-tanılanamadığı konusunda soru işaretleri yaratmaktadır (Athanasiadis et al. 2018). Araştırmalara göre, mevcut tanı kriterleri erkeklerin yaşadığı depresif belirtileri her zaman yansıtmayabilir (Sharples et al. 2014). Erkekler depresyonu öfke, alkol

kullanımı gibi atipik yollarla ifade edebilir, bu da teşhis edilmesini zorlaştırmaktadır (Athanasiadis et al. 2018).

Tablo 1, hangi semptomların cinsiyet farklılıklarına göre erkeklerde veya kadınlarda daha yaygın olduğunu göstermektedir. Bu kriterler çağdaş ruh sağlığı uygulamalarını tam olarak temsil etmeyebilir - örneğin, saldırganlık birçok uygulayıcı tarafından yetişkin depresyonunun bir parçası olarak kabul edilebilir - ancak bu liste en azından cinsiyetler arası farklılığı anlamamıza yardımcı olacaktır.

Tablo 1. Depresyon için tanı ölçütleri ve tanı dışı belirtiler

DSM Tanı Kriterleri
• Depresif ruh hali • İlgi veya zevk kaybı • Kilo kaybı • Uykusuzluk veya aşırı uyuma • Psikomotor ajitasyon • Yorgunluk • Değersizlik duyguları¹ • Azalmış konsantrasyon • Hareketlerde yavaşlama² • Konuşmada yavaşlama²
Tanı Dışı Belirtiler
• Duyguları bastırma² • Zor zamanlarda alkol/madde bağımlılığı² • Bedensel ağrılar¹ • Sinirlilik, öfke ve saldırganlık² • Düşmanca davranışlar (sözlü-sözsüz)² • Riskli davranışlar²

¹Kadınlarda daha sık görülen cinsiyet ayrımı yapan belirtileri tanımlamak için. ²Erkeklerde daha sık görülen cinsiyet ayrımı yapan belirtileri tanımlamak için. (Branney and White 2008; Brownhill et al. 2005; Rice et al. 2013)

Erkeklerin depresyon belirtilerini göstermekte zorlanmasının, toplumsal cinsiyet rollerinin etkisiyle duygularını ifade etme becerilerinin kısıtlanmasından kaynaklandığı öne sürülmektedir (Ridge et al. 2011). Ayrıca, erkekler depresif duygularını dile getirdiklerinde olumsuz tepkilerle karşılaşmaktan kaçındıkları için depresyon belirtilerini gizleyebilmektedirler (Gough 2016). Erkekler, depresyonu genellikle bir zayıflık olarak görmektedir (Brown et al. 2012; Hudson et al. 2018). Güçsüzlük, umutsuzluk ve kendini kontrol edememe gibi duygular, toplumun erkeklikten beklediği güçlü imajla çelişir. Bu yüzden erkekler, depresif durumlarını başkalarına anlattıklarında damgalanmış hissetme korkusuyla duygularını gizleyebilirler (Hudson et al. 2018). Bu yüzden birçok erkek, yardım aramadan

depresyonla yaşamaktadır. Başka bir deyişle kadın ve erkeklerin depresyonu ifade etme biçimleri farklıdır. Kadınlara depresyon teşhisi konma olasılığı daha yüksekken, erkekler genellikle depresif duygularını gizler. Araştırmacılar bu durumu "maskeli depresyon" olarak tanımlar (Brown et al. 2012; Brownhill et al. 2005; Magovcevic and Addis 2008). Bu durum dikkate alındığında, araştırmacılar erkek intiharlarını önlemek amacıyla, erkeklerde depresyonun daha iyi değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (APA 2024; Pitman et al. 2012).

Literatürde, akademisyenler kadınlar ve erkekler arasındaki depresif belirtiler farkını vurgulamanın önemini kabul etmiştir. Bu nedenle, Gotland Erkek Depresyon Ölçeği (GMDS, Zierau et al. 2002) ve Eril Depresyon Ölçeği (EDÖ, Magovcevic and Addis 2008) gibi erkeklerde depresyonu taramaya yönelik araçlar geliştirilmiştir. Ancak, her iki ölçek de hem yapısal geçerlik hem de güvenirlik açısından yeterli bulunmamıştır (Möller-Leimkühler and Yücel 2010; Rice et al. 2013, 2019). GMDS'nin teorik temellerinde yer alan cinsiyet ve toplumsal cinsiyet rolü farklılıklarına yönelik araştırma bulguları tutarsızlık göstermiş (Fields and Cochran 2011), EDÖ ise küçük bir örnekleme (N=102) yapıldığı için, faktör analizi dışsallaştırılmış depresif belirtileri yeterince ayırt edememiş ve iki alt ölçekten (içselleştirme ve dışsallaştırma) oluşan uzun bir ölçek ortaya çıkmıştır (Magovcevic and Addis 2008).

Türkçe literatürde ise erkeğe özgü depresif belirtileri değerlendirmek amacıyla EDÖ'nün Türkçe uyarlaması gerçekleştirilmiştir (Tarsuslu and Durat 2021). Ancak, uyarlama çalışmasının erken yetişkinlik dönemindeki üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilmesi ve faktör analizi sonucu elde edilen yapının EDÖ'nün orijinal yapısına benzemesine rağmen içselleştirme (15 madde) ve dışsallaştırma (3 madde) alt boyutlarına ait birçok maddenin ölçekten çıkarıldığı görülmektedir. Örneğin, dışsallaştırma alt boyutu sadece alkol ve madde kullanımına ilişkin maddeleri içermekte, sinirlilik, öfke, düşmanlık, saldırganlık, riskli davranışlar, sosyal geri çekilme, artan cinsel davranış ve hiperaktivite gibi dışsallaştırılmış davranışları içermemektedir (Tarsuslu and Durat 2021). Bu kısıtlılıkları nedeniyle, yetişkin Türk erkeklerinde erkeksi depresyon belirtilerini yakalamada yetersiz kalacaktır.

Araştırmacılar ve sağlık profesyonelleri erkeklik ile ilgili kültürel normlar bağlamında, erkeklerde depresyon belirtilerinin aktif ve etkili bir şekilde değerlendirilmesi

gerektiği konusunda fikir birliğindedirler. Yukarıda bahsedilen ölçüm araçlarına ait alandaki boşlukları doldurmak amacıyla ve etkili bir şekilde birden çok belirti alanını değerlendiren alt ölçeklerden oluşan Male Depression Risk Scale (MDRS-22; Erkek Depresyon Risk Ölçeği-22), Rice ve ark. (2013) tarafından geliştirilmiştir. MDRS-22, dışsallaştırıcı (öfke, saldırganlık, alkol/uyuşturucu kullanımı) ve dışsallaştırıcı olmayan (duygu bastırma, somatik belirtiler) depresyon semptomlarını değerlendiren bir ölçektir. Avustralya (Rice et al. 2013) ve Kanada'da (Rice et al. 2019) yapılan çalışmalar, MDRS-22'nin altı faktörlü yapısının geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir (Rice et al. 2015). Ayrıca, bu ölçek, geleneksel depresyon testlerinin kaçırabileceği ve intihar riski yüksek olan erkek vakalarını tespit etme konusunda daha duyarlı bulunmuştur (Rice et al. 2019; Rice, Kealy, et al. 2018; Zajac et al. 2022). Bununla birlikte, EDRÖ-22 çeşitli yaş gruplarında (genç, orta ve yetişkin yaşlılar), farklı kültürlerde (Avustralya, Kanada, Almanya ve Tayland) test edilmiş ve güvenilir sonuçlar göstermiştir. Ayrıca Herreen, Rice, ve Zajac (2022) Avustralyalı erkeklerle gerçekleştirdikleri çalışma sonuçları klinik olarak EDRÖ'nün kısa formunun erkeklerdeki depresif belirtileri yakalamada etkili olduğunu göstermektedir.

İntihar girişimi, intihar sonucu ölümün en önemli belirleyicisidir (WHO 2021). Bir kişinin intihar planını gerçekleştirme becerisi, sonraki intihar riskini artırmaktadır (Van Orden et al. 2010). Bu yüzden, intihar riski taşıyan erkekleri girişimde bulunmadan önce tespit etmek ve önleyici müdahalelere yönlendirmek kritik öneme sahiptir. Erkek tipi (maskeli) depresyon kavramı, mevcut tanı sistemlerinin tespit edemediği risk altındaki erkekleri daha iyi tanımlamak için geliştirilmiştir (Brownhill et al. 2005). MDRS-22'nin intihar girişimi planlayan ve/veya yapan erkekleri doğru şekilde ayırt etme yeteneği, bu ölçeğin faydasını göstermede önemli bir adımdır.

2.3. BİLİŞSEL–DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM: TEORİK TEMELLERİ VE UYGULAMA ALANLARI

Bilişsel-davranışçı yaklaşım, biliş, duygu ve davranış arasındaki etkileşimi vurgulayan önemli bir çerçevedir. Uyumsuz düşüncenin psikiyatrik bozuklukların temelini oluşturduğu ve bilişin değiştirilmesinin duygu ve eylemlerde değişikliklere yol açabileceği önermesine dayanmaktadır.

Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım, temel davranışçılıktan gelişmiş ve insan psikolojisini sistematik olarak incelemek için bilişsel teorileri bir araya getirmiştir. Kökenleri, Ivan Pavlov'un 19. yüzyılın sonlarında yaptığı ve öğrenilmiş eylemlerin anlaşılmasına zemin hazırlayan “klasik koşullanma” çalışmalarına kadar uzanmaktadır. John B. Watson, Pavlov'un kavramları üzerine gözlemlenebilir davranışları inşa ederek bağlamsal faktörlerin etkisini vurgulamıştır. Daha sonra B.F. Skinner, temel davranışsal etmenler olarak pekiştirme ve cezayı vurgulayarak edimsel koşullanmayı önermiştir (Türkçapar ve Sargın 2012).

20. yüzyılın ortalarında, bilişsel teoriler, algılama ve yorumlama gibi zihinsel süreçleri de dahil ederek katı davranışçılığın eksikliklerini gidermek için ortaya çıkmıştır. Albert Ellis ve Aaron Beck gibi önde gelen düşünürler, duygusal ve davranışsal sonuçlarda bilişin öneminin altını çizen yaklaşımlar formüle etmişlerdir. 1980'lerde, davranışsal ve bilişsel kavramların entegrasyonu, birçok ruhsal bozukluğu ele almada etkinliği yaygın olarak kabul edilen Bilişsel-Davranışçı Terapi'nin (BDT) gelişmesi ile sonuçlandı. Bu metodoloji, son bilimsel keşifler ile sürekli şekillendirilerek gelişmektedir. Çağdaş psikolojideki en etkili kavramlardan biri olmaya devam etmektedir (Beck 2019; Türkçapar ve Sargın 2012).

Bilişsel Davranışçı Terapi, genel tıbbi bozukluklara eşlik eden ruh sağlığı sorunlarında dahil olmak üzere çok yönlü ve ampirik olarak desteklenen bir yöntemdir. Depresyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve yeme bozuklukları gibi ruhsal bozuklukların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Blane et al. 2013; McManus 2022). Bunun yanında BDT'nin diyabetik bireylerde kronik ağrı, uyku güçlükleri, yorgunluk ve glisemik kontrolü artırmada etkili olduğu görülmektedir (Chodkiewicz and Miniszewska 2006; Kanapathy and Bogle 2019). BDT, madde bağımlılığıyla mücadele ve nüksün

önlenmesinde etkilidir (Nurlita, Desiningrum, and Ediati 2023; Sudhir 2018). Amacı, başa çıkma stratejilerini geliştirmek için hatalı bilişsel ve davranışsal süreçleri değiştirmektir (Kenardy and Adams 1993). Sadece hastalar için değil bakım verenler içinde etkili bir yöntemdir. Çevrimiçi platformlar ve mobil uygulamalar gibi son teknolojiler, zihinsel ve fiziksel sorunları ele almak için çevrimiçi bilişsel davranışçı terapiyi ve mobil uygulamaları kapsamaktadır (Kenardy and Adams 1993; Nakao, Shiotsuki, and Sugaya 2021).

2.3.1. Bilişsel–Davranışçı Terapinin Temel Kavramları

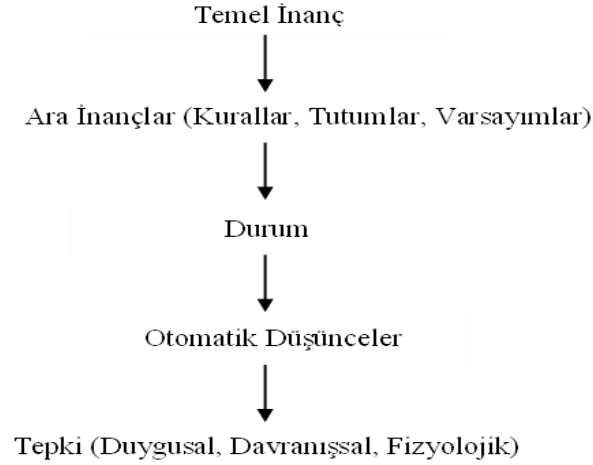
Beck, Albert Ellis'e benzer şekilde, nevrotik hastalıklara, özellikle de depresyona ilişkin psikanalitik bakış açılarına karşı çıkarak bilişsel terapinin formüle edilmesini sağladı. 1963 yılında, psikanalitik fikirlerin depresyondaki bilişsel unsurları ihmal ettiğini belirtti (Dobson and Dozois 2010). Beck, depresyondaki bireylerde “*otomatik düşünceler*” olarak adlandırdığı, benlik, dünya ve gelecekle ilgili olumsuz görüşler olarak sınıflandırdığı kalıcı olumsuz bilişsel kalıplar belirtti (Foreman and Pollard 2011). Bu kavramların ulaşılabilir ve uyarlanabilir olduğunu düşündü. Beck ayrıca, psikiyatrik sıkıntı sırasında ortaya çıkan “Keyfi Çıkarsama, Seçici Soyutlama, Aşırı Genelleme, Büyütme ve Küçültme, Kişiselleştirme, İkili Düşünme, Olumluyu Yok Sayma, Zihin Okuma, Geleceği Okuma, Felaketleştirme, Azımsama (Minimization), Duygusal Çıkarsama ve Dayatmalar (Should statements)” gibi sistematik düşünme hataları olan *bilişsel çarpıtmaları* da tanımladı. Bu hatalar, hatalı bilgi işleme nedeniyle duygusal acı ile sonuçlanan uyumsuz otomatik düşüncelerle sonuçlanmaktadır (Yıldız ve Türkçapar 2021).

Bilişsel terapi, danışanların bilişsel süreçlerine, özellikle de “otomatik düşüncelere” büyük önem vermektedir. Bunlar, davranışı etkileyen ve kasıtlı kontrol olmaksızın ortaya çıkan istemsiz düşünceler veya zihinsel temsillerdir (Greenberger and Padesky 2010). Psikiyatrik hastalıklarla ilişkilendirildiklerinde sıklıkla acı verici duygulara yol açmaktadırlar. Otomatik düşünceler bazen gerçekliği yanlış yansıtmakta; yine de bunların gerçekliğini sorgulamak semptomları önemli ölçüde hafifletebilmektedir (Sudak 2006).

Bilişsel terapide, terapist danışanın önemli otomatik düşüncelerini bulur ve bu düşünceleri değerlendirmek için “*Sokratik yöntem*” kullanır. Terapist, danışana

otomatik fikirlerini değerlendirmesi için talimat verir (Beck 2019). Bilişsel terapiyi kullanmak için, bireylere otomatik fikirlerini tanımlarını öğretmek esastır. Bilişsel kendini izleme, danışanların otomatik düşüncelerine ilişkin farkındalıklarını artırmak için mükemmel bir yöntemdir. Bilişsel kendini izleme yoluyla mantıksız veya uyumsuz inançların incelenmesi tedavi seanslarında başlar, ancak danışanların bu seansların ötesinde düşüncelerini izlemeye devam etmeleri çok önemlidir (Beck 2019). **Ara inançlar**, bilişsel terapide incelenen ek bir biliş düzeyini temsil etmektedir (Yıldız ve Türkçapar 2021). O an’a özgü ve yüzeysel olan otomatik düşüncelerin altında, açıkça dile getirilmeden davranışı etkileyen ara inançlar, kurallar ve varsayımlar yatmaktadır. Bunlar, bireyin kişisel ve gözlemlenen deneyimlerle şekillenen kalıcı beklentilerini ve yaşam yorumlarını temsil etmektedir. Örneğın, “İnsanları memnun edersem beni hoş görürler” ya da “Başarısız olursam sevilmem” gibi kurallar davranışı bilinçaltında düzenler (Beck 2019).

Ara inançlardan daha derin olan **temel inançlar**, psikolojik bilgi işleme ve davranışın temelini oluşturmaktadır. Bu ekirdek inançlar, benlik (örneğin, “Ben zekiyim”, “Ben zayıfım”), başkaları (örneğin, “İnsanlar güvenilirmezdir”) ya da genel olarak yaşam hakkındaki inançlar (örneğin, “İyi olayları kötü olaylar takip eder”) olarak sınıflandırılmaktadır (Greenberger and Padesky 2010). Çocukluk ve ergenlik döneminde gelişen temel inançlar, “Seviliyorum” ve “Sevilmiyorum” gibi çiftler halinde bulunmaktadır. Psikolojik olarak sağlıklı bireylerde olumlu çekirdek inançlar baskın kalırken, olumsuz olanlar reddedilme veya başarısızlık gibi olumsuz durumlarda geçici olarak aktive olmaktadır (Beck 2019). Şekil 1, otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel inançlar arasındaki bağlantıyı gösteren hiyerarşik biliş modelini göstermektedir (Beck 2019; Yıldız ve Türkçapar 2021).

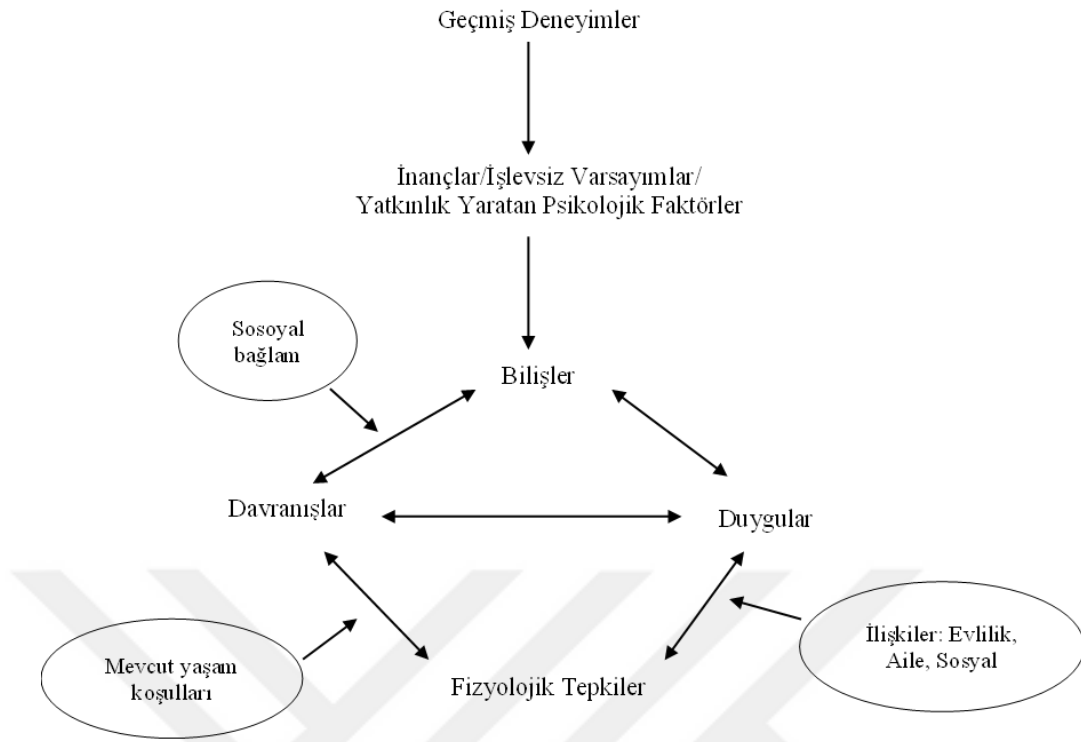


Şekil 1. Bilişlerin hiyerarşik modeli

2.3.2. Bilişsel–Davranışçı Terapinin Depresyon Tedavisindeki Yeri

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), depresyon için en etkili psikoterapotik yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Birçok demografi, bağlam ve uygulama yönteminde etkinliğini doğrulayan çok sayıda veri bulunmaktadır. Araştırmalar, BDT’nin, standart tedavi ve kontrol grupları da dahil olmak üzere kontrol koşullarına göre orta ila iyi düzeyde etkiler sağladığını ve bu etkilerin uzun vadede önemli ölçüde devam ettiğini tutarlı bir şekilde göstermektedir (Cuijpers et al. 2023). BDT'nin olumlu etkileri özellikle tedaviye dirençli depresyon, eşlik eden madde kullanım bozuklukları ve somatik hastalıkları olan hastalar için belirgindir (Beltman, Voshaar, and Speckens 2010; Hides, Samet, and Lubman 2010; Zakhour et al. 2020).

Bilişsel Davranışçı Terapi irrasyonel düşünceleri kontrol etme en uygun terapi olarak görülmektedir. Davranış ve duyguları etkileyen düşünceler arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Düşüncelerin, duyguların ve davranışların rolünü göstermek için kullanılan model, BDT’nin ABC (A: Olay, B:Düşünce, C:Tepki) modelidir (Beck 2019). Şekil 2, sosyal faktörlere vurgu yaparak bilişler, davranışlar, duygular ve fizyolojik tepkiler arasındaki etkileşimi açıklamak üzere depresyon için kullanılan modeli göstermektedir.



Şekil 2. BDT temelli depresyon modeli

BDT, alternatif psikoterapilerden bir miktar daha fazla etkinlik gösterse de, üstünlüğü tüm araştırmalarda tutarlı bir şekilde desteklenmemektedir. Bununla birlikte, bu terapi kısa vadede ilaç tedavisiyle karşılaştırılabilir derecede faydalıdır ve bu kanıt tamamen tutarlı olmasa da uzun vadede üstün etkinlik sergilemektedir (Cuijpers et al. 2023). Ayrıca, BDT ve farmakoterapiyi içeren kombine tedavinin tek başına farmakoterapiden daha etkili olduğu kanıtlanmıştır, yine de tek başına bir müdahale olarak BDT'nin daha iyi performans göstermesi beklenmemektedir (Cuijpers et al. 2023). Bu durum, BDT'nin depresyon için hem birincil hem de tamamlayıcı bir müdahale olarak işlevsel olduğunu göstermektedir.

BDT'nin etkinliği, bireysel terapi, grup terapisi, terapist destekli kendi kendine yardım ve yönlendirilmemiş kendi kendine yardım yöntemleri gibi çeşitli uygulama biçimlerini kapsamakta ve onu çok yönlü bir terapötik yöntem haline getirmektedir. Ayrıca, BDT ergenleri, yetişkinleri ve yaşlıları kapsayan farklı yaş gruplarında kalıcı avantajlar sergilemekte, katılımcıların %75'inden fazlası tedavi sonrası önemli ilerlemeler kaydetmektedir (Moorey and Hollon 2021; Zakhour et al. 2020). Araştırmalar, depresyonun yaygın olduğu ve çok sayıda hastanın ilaç tedavileri yerine psikoterapötik tedavileri tercih ettiği birinci basamak sağlık hizmeti ortamlarındaki

etkinliğini vurgulamıştır (Santoft et al. 2019). Depresyonu olan birinci basamak hastalarını içeren randomize kontrollü çalışmaların bir meta-analizi, BDT'nin kontrol koşullarından önemli ölçüde daha etkili olduğunu, takipte sürekli bir etki ve üstün yanıt sağladığını, remisyon oranlarını olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (Cuijpers et al. 2023).

Bilişsel Davranışçı Terapi yaygın olarak kullanılmasına ve önemli verilerle desteklenmesine rağmen, bazı çalışmalar, çalışma kalitesindeki farklılıklar nedeniyle etkilerinin abartılmış olabileceğini, daha yüksek kaliteli araştırmaların sıklıkla daha küçük etki boyutları ürettiğini göstermektedir (Cuijpers et al. 2013). Bununla birlikte, terapinin etkinliği ve uyarlanabilirliği, depresyon tedavisinin temel taşı olarak görülmektedir. BDT, depresyonu olan gazilerde semptomların hafifletilmesi ve nüksün önlenmesinde kayda değer bir etkinlik göstermiş, terapi sona erdikten sonra bile uzun vadeli etkileri gözlemlenmiştir (Moorey and Hollon 2021).

Uzun vadeli etkileri, kalıcı sonuçları, farklı demografik özellikler ve ortamlar arasında çok yönlülüğü nedeniyle BDT, depresyon tedavisinde kullanılan psikoterapotik yöntemler arasında altın standart olarak kabul edilmektedir. Özellikle hafif ve orta dereceli depresyonu olan hastalar için birinci basamakta birincil tedavi yöntemlerinden biri olarak uygulanması önerilmektedir. Gelecekteki araştırmalar, BDT'nin çeşitli sağlık sistemlerine dahil edilmesini sağlamak, özellikle uzun vadeli etkilerinin ve belirli uygulama yöntemlerinin geliştirilmesi için gerekli boşlukları kapatmaya odaklanmalıdır.

2.3.3. Erkeklerde Depresyon Tedavisinde Bilişsel–Davranışçı Yaklaşım

Farmakolojik tedavilerde olduğu gibi, standart psikoterapi müdahalelerinin de depresif erkekler için etkili olduğu görülmektedir. Erkeklerin depresyon için terapi arama olasılığı kadınlara göre daha az olsa da depresyon, kanıta dayalı yaklaşımlarla tedavi edildiğinde, tedavi arayan erkekler de kadınlar kadar fayda görmektedir (Fields and Cochran 2011). Bu tedavilerden bazıları, kişilerarası psikoterapi ve bilişsel-davranışçı terapi yöntemlerini içermektedir.

Son yıllarda araştırmacılar, erkekliğin erkekler üzerindeki etkisinin ve erkeklerin ruh sağlıkları, yardım arama isteklilikleri ve terapi deneyimlerinin giderek daha fazla farkına varmışlar, terapi yöntemlerinin erkeğe özgü biçimde yapılandırılması için

çağrıda bulunmaktadır. Psikososyal danışmanlıkta erkekler için katılımın ve terapötik değişimin nasıl arttırılacağına dair öneriler yayınlanmıştır. Beel ve arkadaşları (2018), 21 yıllık bir süre boyunca erkek dostu bireysel terapi alanındaki çalışmaları incelemiş ve erkekler, erkeklik ve sosyalleşme hakkında bilgileri içeren 4 tema oluşturmuşlardır. Bunlar; (1) erkekler, erkeklik ve sosyalleşme hakkında bilgi, (2) terapistin erkeksi normlara bağlılığı ve öz farkındalığı, (3) erkeklik alanında bilgili tedavi uyarlamaları ve (4) erkeklikle ilgili görevler ve hedefler'dir (Beel et al. 2018).

Erkek dostu danışmanlık; genellikle erkekleri ve onların cinsiyet “kültürlerini” erkeklik çerçevesinde bağlamsallaştırmakta ve yorumlamaktadır. Erkeklik, toplumdaki erkeklerden ne beklendiğini ve erkek olmanın ne anlama geldiğine dair erkeklerin cinsiyet kimliği duygusunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Hearn 2007). Çoğul biçimi olan erkeklikler ise, içinde bulunan grupları ve gelişim dönemlerinde erkek olmanın ne anlama geldiğine dair anlayışların çeşitliliğini kabul eden bir kavramdır (Kimmel 2004; Person 2006). Erkek dostu danışmanlık klinik değerlendirme, ittifak oluşturma ve tedavi tasarımıyla erkeklerin yaşamlarındaki özelliklerine, güçlü yönlerine, kırılganlıklarına ve etkilerine dikkat çekmektedir. Cinsiyet rolü çatışması ve cinsiyet rolü gerginliği gibi teorik kavramlar, terapistlere danışanların erkeklikle ilgili değerleri ve yaşam zorlukları arasındaki ilişkileri, erkeklerin bunları sosyalleşme deneyimleriyle nasıl öğrendiklerini ve daha sonra güncel erkek kimliklerini nasıl şekillendirdiğini ve daha az müzakere etmelerine yardımcı olmak için erkeklikle ilgili bilgiler sağlamaktadır (O'Neil 2015; Pleck 1995). Bu yaklaşımlar, hasta katılımını arttırmayı, erkeklerin mevcut motivasyonunu ve güçlerini tedavi hedeflerine yönelik kullanmayı amaçlamaktadır (Englar-Carlson and Kiselica 2013; Kiselica and Englar-Carlson 2010). Araştırmacılar tarafından, erkek dostu danışmanlık önerilerinin bilişsel terapi gibi terapi yaklaşımlarına entegre edilebileceği önerilmektedir (Mahalik 2005). Terapistlerin, erkekler ve erkeklerin sosyalleşmesi, erkek sosyalleşmesinin erkeklerin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri, erkeklere ilişkin kendi çelişkili beklentileri, erkeklerin tedavi deneyimleri ve tepkilerini nasıl etkilediği hakkında bilgi edinmeleri gerekmektedir.

Etkili olduğu kanıtlanmış tedavilerin belirli bir erkeksi cinsiyet rol unsuru içermemesine rağmen Mahalik (1999a; 1999b), depresyondan muzdarip erkeklerde, karşılaşılması muhtemel bir dizi toplumsal cinsiyet rolünden türetilmiş bilişsel

çarpıtmanın ana hatlarını çizmiştir. Bu bilişsel çarpıtmalar, depresif erkeklere özgü bilişsel terapi müdahalelerinin rutin uygulamasını artırabilir. Depresif bir dönemin zeminini oluşturabilecek bu yaygın bilişsel çarpıtmalardan bazıları; bir erkeğin mutlu ya da tatmin olmakta başarılı olması gerektiği fikrini içermektedir; bir erkek duygularını başkalarıyla paylaşırsa, “zayıf” ya da "hanım evladı" olarak algılanacaktır (Fields and Cochran 2011). Kültürel olarak türetilmiş bu tür öğütlere katı bir şekilde uyulursa, kişi kendi yaşam deneyiminin biliş ve gerçekliği ile gerçek arasındaki boşlukları ele almak zorunda kalacak ve bu durum depresyona karşı bir savunmasızlık yaratacaktır. Cochran ve Rabinowitz (1996), bu tür toplumsal cinsiyete duyarlı bakış açılarını, BDT ve kişilerarası psikoterapi de dahil olmak üzere, literatürde kanıt düzeyi yüksek olan psikoterapi süreç ve sonuçları ile birleştirmeyi önermektedir. Bu tür toplumsal cinsiyete duyarlı bakış açıları ile Bilişsel Davranışçı Terapi çalışmalarının kadınlara yönelik gerçekleştirildiği ancak erkeklere yönelik uygulanmadığı görülmektedir. Örneğin, Kohn, Oden, Muñoz, Robinson ve Leavitt (2002), Afrikalı-Amerikalı kadınlarda depresyona yönelik sosyokültürel olarak uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin, depresyon tedavisinde sosyokültürel olarak uyarlanmamış BDT'ye göre daha etkili olduğunu bulmuşlardır (Kohn et al. 2002). Bu doğrultuda, Bilişsel Davranışçı Terapinin depresyon tedavisindeki etkinliği göz önüne alındığında, BDT'nin kültürel eril normlara göre uyarlanmış versiyonunun erkeklerdeki tipik ve erkek depresyonu tedavisinde etkili olacağını düşündürmektedir.

Buraya kadar verilmiş olan literatürden de açıkça görüleceği üzere, erkeklerde depresyon araştırmalarının uygulamada etkili olabilmesi için erkek depresyonun nedenleri, nasıl geliştiği ve dışavurulduğu tanımlandıktan sonra, yaşanan sorunlara ilişkin çözüm yollarının üretilmesi gerekmektedir. Ancak, ilgili literatür incelendiğinde, cinsiyet rolü çatışmasının erkeklerde artmış depresif semptomatoloji düzeyi ile ilişkili olduğu görülmekle birlikte, özellikle depresif erkeklerde tedaviyi hedefleyen kanıt temelli kaynakların çok az olduğu görülmektedir. Bilişsel-Davranışçı Terapinin kültürel eril normlara göre uyarlandığı ve sonuçlarının deneysel olarak test edildiği çalışmalarda boşluk görülmektedir. Öte yandan, vurgulamak gerekir ki, batı kültüründe erkeklerin depresyon deneyimini inceleyen çalışmalar görülürken, Türk erkeklerinin depresyon deneyimi, tedavisi ve görüşlerinin tespit edildiği araştırmalarda açık bir boşluk olduğu görülmektedir. Bu alanda uluslararası yazında bazı başarılar

elde edilmiş olsa da, Türk kültüründe araştırılmayı ve çözümlenmeyi bekleyen birçok soru bulunmaktadır.

2.4. HEMŞİRELİK VE DEPRESYON YÖNETİMİ

Hemşirelik, özellikle psikiyatri hemşireliği, birey, aile ve toplumun ruh sağlığının geliştirilmesinde, ruhsal hastalık ve acı çekme yaşantısını önlemede ya da hastalıkla baş etme ve gerekirse bu yaşantılardan anlam bulmada profesyonel bir hemşirenin yardım ettiği kişilerarası bir süreçtir. Bu doğrultuda psikiyatri hemşiresinin uygulama standartlarından biri kanıta dayalı psikoterapötik uygulamaları ve hemşire-hasta terapötik ilişkilerini kullanarak bireysel, çift, grup ve aile psikoterapisini yönetmektir (Townsend 2016).

Hemşireler sağlık hizmetinin çeşitli alanlarında psikososyal destek sağlamada önemli roller üstlenmektedir. Özellikle yaygın olarak görülen depresyonun yönetiminde büyük rol oynamaktadırlar. Hemşireler disiplinler arası bakım sunarken hasta bakımında etkin roller üstlenmekte ve yaygın görülen depresyondan muzdarip hastaların refahını arttırmada süreklilik sağlamaktadırlar. Araştırmalar, hemşire liderliğindeki terapilerin, özellikle birinci basamak sağlık hizmeti ortamlarında depresif semptomları belirgin şekilde iyileştirdiğini göstermektedir (Adams 2019). Hastaların düzenli takipleri, semptomlarını izleme ve psikolojik destek tekniklerini de kullanarak hemşire liderliğindeki müdahaleler, depresyon hastalarını desteklemede başarılı olmaktadır (Adams 2019; Cranstoun et al. 2024; Sharmila and Selvam 2021). Depresyonda hemşirenin sunmuş olduğu bütüncül hemşirelik girişimleri hastaların yaşam kalitesini arttırmakta depresyonun olumsuz etkilerini azaltmaktadır (Liu and Xun 2021). Hemşireler daha ileri almış oldukları eğitimler ile depresyonu tarama, intihar riskini değerlendirme ve depresyondaki hastalara psikoeğitim sağlama becerilerini geliştirmektedirler (Mamta and Nebhinani 2022). Ayrıca, hemşirelerin hastalarla yakınlık kurma kapasitesi, depresyonun duygusal ve psikolojik yönlerini ele almak için gerekli olan güven ortamını geliştirmektedir. Sharmila ve Selvam (2021), hemşirelerin hastalara bilgi ve duygusal destek sağlama, böylece psikolojik refahlarını koruma ve yaşam kalitelerini artırma konusundaki önemli işlevini vurgulamaktadır. Öte yandan, hemşireler depresyonlu hastalarla ilgilenmeye yönelik genel olarak

olumlu bir tutum sergilemekte, bunu kolay bir iş olarak görmeseler de hastaya uyguladıkları girişimin sonuçlarını bir ödül olarak değerlendirmektedirler (López-Cortacans et al. 2015).

Hemşireler almış oldukları eğitimler ile birçok psikoterapötik becerilere sahiptir. Birçok ülkede, özellikle Birleşik Krallıkta, hemşireler BDT uygulamalarının yaygınlaşmasında önemli rol oynamıştır. 1970'lerde ruh sağlığı hemşireleri Londra'daki Maudsley Hastanesinde yetişkin nevrotik hastalar için üç yıllık sistematik BDT eğitimi alan ilk grup olmuştur. Marks ve ark. bu hemşire terapistlerin BDT'yi sağlamada psikiyatristler ve psikologlar kadar etkili olduğunu bildirmişlerdir (Marks, Bird, and Lindley 1978). Ayrıca, BDT uygulayan hemşirelerin 25 yıllık takibinin gerçekleştirildiği bir çalışmada, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı hizmeti sunumuna önemli katkılar sunduğu bildirilmektedir (Gournay et al. 2000). Araştırmalar, hemşire liderliğindeki BDT'nin birçok ruhsal bozukluklar için etkinliğini göstermektedir (Hyun, Chung, and Lee 2005). Horatio'dan (Avrupa Psikiyatri Hemşireleri) bir belgeye göre, şu anda Birleşik Krallık'ta tüm BDT terapistlerinin %90'ının psikiyatri hemşireliği geçmişine sahip olduğu bildirilmektedir (Horatio: European Psychiatric Nurses 2012). Günümüzde, hemşireler tarafından sağlanan etkili psikoterapötik yaklaşımlar (örneğin BDT), bütüncül bir çerçeveye bağlı olarak hemşirelik uygulamalarının bir parçası olarak görülmektedir (APRN Consensus Work Group & National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Council 2008). Ruhsal bozukluklar için bu tür psikoterapötik girişimleri uygulayan psikiyatri hemşireleri, özel olarak uygulama yapmak ve bireysel psikoterapi yürütmek de dahil olmak üzere ek değerlendirme, teşhis ve terapötik işlevleri yerine getirmektedir.

Hemşirelerin depresyondaki hastaların iyileşmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Hemşirelik girişimleri yalnızca hasta sonuçlarını iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda ruh sağlığı hizmeti sunumundaki boşluğu da gidermektedir. Hemşirelerin ruh sağlığı bakımı konusunda eğitilmesi ve güçlendirilmesi, çeşitli hasta gruplarında depresyon yönetimini geliştirmeye yönelik temel adımlardır.

2.4.1. Depresyondaki Erkeklerle Yönelik Hemşirelik Uygulamaları

Erkekler depresyonu kadınlardan farklı bir şekilde deneyimlemekte ve dışa vurmaktadır. Hemşireler depresyondaki erkeklerle yönelik girişimleri planlarken

cinsiyetler arasındaki bu farklılığı ve erkeklerin yardım aramada karşılaştıkları zorlukları dikkate alarak cinsiyete duyarlı yaklaşımlara odaklanmalıdır (Patrick and Robertson 2016). Erkekler depresif duygularını daha çok madde kötüye kullanımı, riskli davranışlarda bulunma gibi dışsallaştırıcı belirtiler ile ifade etmektedir. Bu durum cinsiyete duyarlı yaklaşım ve müdahaleleri getirmektedir. Hemşireler bu belirti ve bulguların farkında olmalı, benimsenen geleneksel eril normların erkeklerin ruh sağlığına yansımalarını kabul ederek bakım sağlamalıdır (Olfiffe et al. 2019; Patrick and Robertson 2016; Seidler et al. 2016). Yaygın hemşirelik tanıları arasında sosyal izolasyon, düşük benlik algısı ve intihar riski yer almaktadır (Prokofieva, Koukia, and Dikeos 2016).

Başarılı hemşirelik girişimleri hemşire-hasta arasında güvenin sağlanmasını, tutarlı tutum ve davranışları, semptom değerlendirmesi ve objektif bir şekilde formülasyon gerektirmektedir (Adams 2019; Bruce 2015). Hemşireler, depresyonun şiddetini azaltmada çeşitli psikoterapötik yaklaşımları kullanarak kanıta dayalı bütüncül girişimleri uygulamada önemli rol üstlenmektedirler (Carl and Pabillo 2017; Lima et al. 2021; Suhariyanti 2022). Erkeklerin depresyon gibi ruhsal sıkıntılara karşı savunmasızlık ve kırılganlıklarında etkili iletişim kilit bir öneme sahiptir. Hemşireler, bireyin yaşadığı sıkıntılı duyguları normalleştiren bir dille “erkek pozitif/erkek dostu” bir yaklaşım sergilemelidir. Planlanan girişimler, erkelerin aktif katılımını sağlamak amacıyla çözüm odaklı terapi veya BDT gibi gelecek ve eylem odaklı olmalıdır (Patrick and Robertson 2016; Spindelow 2015a).

Depresyondaki erkekler için, başa çıkma stratejilerine ve erkeksi bakış açılarına odaklanan cinsiyete özgü yaklaşımlar faydalı olmaktadır (Kaewjanta and Rungreangkulkij 2022). Erkek depresyonu ve hemşirelik girişimleri üzerine yapılan araştırmalar, bireye, kültüre ve cinsiyete özgü yaklaşımlara duyulan ihtiyacı göstermektedir. “Man Central” gibi web tabanlı müdahaleler depresyondaki erkeklerin yardım aramada ilgisini çekmektedir (Fogarty et al. 2017). Öte yandan, standart BDT’de erkeksi normları ele alarak davranışsal müdahalelere odaklanılabilmesi için değişikliklere gidilmesi önerilmektedir. Ancak, bu değişikliklere yönelik ampirik destek hala sınırlıdır ve daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir (Spindelow 2015a). Ayrıca, ruh sağlığı hizmetlerine erişemeyen erkekler için

günümüz koşulları gereği bu girişimlerin web tabanlı uygulamalarla desteklenmesi alternatif bir seçenek olarak görülebilir (Fogarty et al. 2017).

Hemşire liderliğinde grup çalışmaları da depresyonda etkili olmaktadır. Örneğin prostat kanseri gibi rahatsızlıkları olan erkeklerde depresif semptomların şiddetini azaltmada hemşire liderliğindeki grup çalışmalarının etkili olduğu bildirilmektedir. Bu tür girişimler, bireylere eğitim ve destek sağlayarak hem ruhsal hem hastalık süreci ile ilgili endişeleri azaltmaktır (Schofield et al. 2016).

Her ne kadar yukarıda belirtilen girişimler olumlu sonuçlansa da, benimsenen eril normlar erkeklerin yardım arama istekliliğini önemli ölçüde etkilemektedir. Erkeklerin ruh sağlığı hizmetlerine erişimini arttırmada, bu engelleri ortadan kaldırmada toplumsal farkındalığı artırma ve damgalanmayı azaltma önemli bir adımdır (Olliffe et al. 2019; Seidler et al. 2016). Depresyondaki erkeklere yönelik hemşirleik girişimleri cinsiyete duyarlı, erkek dostu, eylem odaklı ve işbirlikçi bakım yaklaşımını kapsamalıdır. Hemşirelerin, erkeklerin yardım almalarının önündeki engellerin ve yaşadıkları zorlukların farkında olması ruh sağlıklarının geliştirilmesi için önemli rol oynamaktadır.

2.5. ERKEKLERİN DEPRESYON DENEYİMLERİNDE BİLİŞSEL– DAVRANIŞÇI YAKLAŞIMIN ÖNEMİ

Depresyon üzerine yapılan kültürler arası araştırmalar, bilişsel örüntülerin depresif semptomların gelişimini ve süreğenliğini önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. İrrasyonel inançlar ve otomatik düşünceler ruhsal sıkıntı ile karmaşık bir şekilde bağlantılıdır ve otomatik düşünceler irrasyonel inançların çökkünlük üzerindeki etkisinde aracı bir görev üstlenmektedir (Szentagotai and Freeman 2007). Kültürel normlar, özellikle de erkeklikle ilgili normlar, depresif erkeklerin kendilerini damgalamalarına yol açarak yardım arama davranışlarını etkileyebilmektedir (Latalova, Kamaradova, and Prasko 2014). Olumsuz ve işlevsiz otomatik düşünce ve tutumları kapsayan bilişsel depresyon teorileri, hem Batılı hem de Batılı olmayan popülasyonlar dahil olmak üzere çeşitli kültürel gruplar arasında tutarlılık göstermektedir (Beshai et al. 2016; Hagmayer and Engelmann 2014). Bununla birlikte,

kadınların depresyonu daha fazla somatik semptomlar ile deneyimlemesi gibi farklılıklar mevcuttur (Alemi et al. 2017). Depresyon çaba gerektiren bilişsel işleyişi olumsuz etkilerken otomatik süreçler büyük ölçüde etkilenmez (Hartlage et al. 1993). Bu bilişsel eğilimlerin anlaşılması, çeşitli popülasyonlar arasında depresyon için kültürel olarak uyarlanmış terapilerin formüle edilmesi için gereklidir.

Kültürel normlar, depresyonun erkekler tarafından algılanma ve deneyimlenme biçimini etkilemektedir. Geleneksel eril normlara göre erkekler dayanıklı, güçlü, kendine güvenen ve duygusal kontrol gibi özellikler göstermelidir. Bu benimsenen eril normlar erkeklerde bilişsel hatalı inançlar ve çıkarımlara neden olmaktadır ve budurum erkeklerin ruhsal sıkıntı için yardım aramalarını engellemektedir. Bu normlara uyum, erkeklerde depresif semptomların yaygınlığının artmasıyla ilişkilendirilmiştir, çünkü kendine güven, izolasyon ve ruhsal sıkıntı duyguları arasındaki kargaşayı yoğunlaştırmaktadır (Goodwill, Johnson, and Watkins 2020). Erkeklerin duygusal sıkıntılarını inkar etmeleri depresyona yatkınlığı arttırmaktadır (Ezeugwu and Ojedokun 2020). Kültürel olarak bu beklentiler erkeklerde depresif semptomların dışı vurumunu etkilemekte ve sinirlilik, saldırganlık gibi atipik semptomlar görülmektedir (Krumm et al. 2017).

Duygusal kısıtlama, kendine güven ve baskınlığa öncelik veren kültürel normlar, erkeklerde depresyon belirtilerinin ortaya çıkışını derinden etkilemektedir. Bu normlar, öz değer in güc ve başarıyla ilişkilendirilmesi gibi temel inançların yanı sıra, yardım aramanın veya duygusal ifadenin bir zayıflık işareti olarak görülmesi gibi ara inançları da şekillendirmektedir (Buschmann et al. 2018). Bu tür inançlar sıklıkla duygusal bastırma, destek almaktan kaçınma, madde bağımlılığı veya saldırganlık gibi uyumsuz başa çıkma mekanizmalarıyla sonuçlanmaktadır (Dozois and Rnic 2015). Dolayısıyla, erkeklerdeki depresif belirtiler çökkünlük yerine sinirlilik, öfke veya risk alma davranışları olarak ortaya çıkabilmektedir. Otomatik düşüncelerden etkilenen bu eğilimler, yardım arama davranışını engelleyerek tedaviyi ertelemekte ve semptomları şiddetlendirmektedir (Brujniks, Los, and Huibers 2020). Terapide bu standartlar ve inançlarla yüzleşmek, daha sağlıklı başa çıkma mekanizmalarını ve duygusal ifadeyi kolaylaştırabilir.

Erkek depresyonu toplumsal normlar, otomatik düşünceler ve temel inançlarla yakından ilişkilidir. Geleneksel erkeklik standartları yardım arama davranışlarını

engelleyebilmekte ve depresyon belirtilerinin dışı vurumunu etkileyebilmektedir. İrrasyonel inançlardan etkilenen otomatik düşünceler depresyonun etiyolojisinde önemli bir rol oynarken, temel ve ara inançlar temel kırılganlık faktörleri olarak işlev görmektedir. Bu ilişkilerin anlaşılması, erkeklerde depresyon için etkili, kültüre duyarlı müdahaleler oluşturmak için hayati önem taşımaktadır.

2.6. HEMŞİRELİK ARAŞTIRMALARINDA GÖMÜLÜ KURAMIN KULLANIMI

“Teori” terimi Yunanca ‘vizyon’ anlamına gelen ‘theoria’ kelimesinden türetilmiştir (Biol 1997). Türk Dil Kurumu (TDK)’na göre teori (kuram), “Sistemli bir biçimde düzenlenmiş birçok olayı açıklayan ve bir bilime temel olan kurallar, yasalar bütünü; nazariyat, nazariye” olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 10.09.2024). Teorinin en yalın tanımı, verilere bir bakış açısı kazandırmak ya da onları sistematik olarak düzenlemek ve yorumlamaktır. Teoriler, tüm disiplinlerde sorgulama ve gerçeğin araştırılmasından doğmaktadır. Teoriler, gerçeklerin ortaya çıkarılmasına yardımcı olan mantıksal, bilişsel çerçevelerdir. Bu bilişsel süreç, ilişkileri karşılaştırmayı, değerlendirmeyi ve aydınlatmayı gerektirmektedir (Velioğlu 1999). Bir teori, bilgi edinme sürecinin herhangi bir aşamasında önerilen, bilimsel olarak yerleşik bilgiye dayanan, mantıksal olarak tutarlı bir açıklamadır. Teoriler, çeşitli olgular arasındaki ilişkileri aydınlatmaya ve bağlantıları geliştirmeye çalışır, böylece bu olayların “ne”, “neden” ve “nasıl” olduğunu açıklığa kavuşturur. Bir teori önermeler, kavramlar ve tanımlar olmak üzere üç temel bileşenden oluşmaktadır (Velioğlu 2012).

Bir teori, değişkenler arasındaki ilişkileri tanımlayarak bir olayı sistematik olarak analiz eden tanımlar (kavramlar) ve önermeler bütününden (Li et al. 2015), tanımlardan türetilen fikirler ve bu kavramlar üzerine kurulan önermelerden oluşmaktadır. Kavramlar, sosyal olay ve olgularda gözlemlenen ortak bir özelliği ifade etmektedir. Her bilimsel disiplin, bulgularını açıklamak için farklı kavramlar formüle etmektedir (Li et al. 2015).

Gömülü Kuram (Grounded Teori), doğrudan elde edilen verilerden türetilen sosyal süreçler ve insan davranışlarına ilişkin teoriler oluşturmak için hemşirelikte yaygın olarak kullanılan nitel bir araştırma metodolojisidir (Ravindran 2024). İlk olarak 1960'larda Glaser ve Strauss tarafından formüle edilen Gömülü Kuram, eş zamanlı veri toplama ve analizini, sürekli karşılaştırmayı, teorik örneklemeyi ve not almayı kapsar (Elliott and Lazenbatt 2005). Bu, özellikle hasta deneyimlerini anlamak ve başarılı hemşirelik girişimlerini formüle etmek için etkilidir (Ravindran 2024). Gömülü Kuram, kategorilerin oluşturulması ve teorinin oluşturulmasıyla sonuçlanan kđolamaları kapsayan sistematik bir metodoloji kullanır (Crossetti, Goes, and de Brum 2016). Strauss ve Corbin'in yaklaşımı da dahil olmak üzere çeşitli metodolojiler, ampirik gerçeklere dayanan teori sağlamayı amaçlamaktadır (Mairink, Gradim, and Panobianco 2021). Gömülü Kuramın pratik deneyime odaklanması, onu hemşirelik araştırmaları ve uygulamaların geliştirilmesi açısından önemli kılmaktadır (Nathaniel and Andrews 2010). Araştırmacılar, bulgularının bütünlüğünü garanti altına almak için Gömülü Kuramın inceliklerinin ve potansiyel yanlış yorumlamaların farkında olmalıdır (Chesnay 2015; McCann and Polacsek 2018).

Glaser ve Strauss tarafından oluşturulan nitel bir araştırma metodolojisi olan gömülü kuram, metodolojik olarak toplanan verilerden teorik fikirlerin türetilmesini kolaylaştırdığı için hemşirelik araştırmalarında önemlidir. "Gömülü Kuram" olarak adlandırılan metodolojik yaklaşım, araştırmacıların önyargısız bir şekilde veri toplamasını gerektirmekte ve böylece ortaya çıkan teorilerin araştırılan olguyu doğru bir şekilde yansıtmasını garanti altına almaktadır (Velioğlu 2012). Hemşirelikte, gömülü kuram, pratik hemşirelik deneyimlerini doğru bir şekilde temsil eden teorileri formüle etmek için çok önemli bir metodoloji olarak işlev görmekte ve böylece alanın ilerlemesine önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır.

Gömülü Kuram, karmaşık sağlık hizmeti etkileşimleri, klinik karar verme süreçleri ve hasta deneyimlerine ilişkin kapsamlı bir anlayış sunma kapasitesi nedeniyle hemşirelik araştırmalarında önemli bir yer tutmaktadır. Geleneksel hipotez odaklı araştırmaların aksine, gömülü kuram, veri analizinden ortaya çıkan kalıpları ve ilişkileri inceleyerek hipotezleri tümevarımsal olarak formüle etmektedir. Bu metodoloji, standartlaştırılmış teorilerin hasta bakımının inceliklerini tutarlı bir şekilde içermeyebileceği hemşirelik uygulamalarının dinamik ve sürekli değişen ortamına etkili bir şekilde karşılık

gelmektedir (Özsoy and Çetinkaya 2014). Gömülü Kuramın yinelemeli süreci, araştırmacıların bulgularını sürekli olarak iyileştirmelerine olanak tanıyarak bağlama uygun ve pratik hemşirelik teorilerinin oluşturulmasını teşvik etmektedir.

Hemşirelik araştırmalarında gömülü kuram kullanmanın temel faydalarından biri, teori odaklı uygulamaların geliştirilmesidir. Bu teknik, hemşire m dahalelerindeki, hasta sonuçlarındaki ve sağlık hizmeti ortamlarındaki eğilimleri tanımak için sistematik bir ereve sunar. Araştırmacılar, sürekli veri karşılaştırması ve teorik örnekleme kullanarak çeşitli hemşirelik fenomenleri arasındaki ilişkileri belirleyebilir ve böylece hem klinik uygulamaları hem de hemşirelik eğitimini geliştirebilecek teoriler formüle edebilir (Ay 2011). Ayrıca, gömülü kuram, teorilerin diğer alanlarından türetilen soyut kavramlardan ziyade doğrudan gözlemlerden ve gerçek yaşam deneyimlerinden oluşturulmasını garanti ederek ampirik gerçeklerin hemşirelik bilgisine dahil edilmesini teşvik eder (Velioğlu 2012). Ayrıca, gömülü kuram, hemşirelik bilgisinin organizasyonu ve analizi için kavramsal bir ereve sunduğundan hemşirelik eğitiminde önemli bir yere sahiptir. Gömülü kuram, hemşirelik kavramları arasındaki bağlantıları dikkatle analiz ederek, eğitimcilerin gerçek dünyadaki hemşirelik zorluklarını ve uygulamalarını doğru bir şekilde temsil eden müfredat tasarımlarını sağlamaktadır. Bu, hemşirelik  ğrencilerinin yetkin klinik karar vermeleri için gereken temel eleştirel düşünme ve analitik becerileri edinmelerini garanti etmektedir (Velioğlu 2012). Bu yöntem, aynı zamanda yansıtıcı uygulamayı ve hemşirelik müdahalelerinin sürekli değerlendirilmesini teşvik ederek hemşirelerin mesleki gelişimini desteklemektedir.

Özetle, gömülü kuram hemşirelikte önemli bir araştırma metodolojisidir ve hemşirelik bilgisi, uygulaması ve eğitiminin gelişimine önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır. Gömülü kuram, araştırmacıların veri odaklı teoriler oluşturmasını sağlayarak hemşirelik araştırmalarının yerinde, faydalı ve gerçek klinik deneyimleri temsil etmesini sağlamaktadır. Yöntemin ampirik verilere ve sistematik analize odaklanması, hemşireliğin dinamik doğasıyla uyumludur ve disiplinde hem teorik hem de pratik ilerleme için önemli bir araçtır ( zsoy and etinkaya 2014; Velioğlu 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA AMAÇ VE SORULARI

Karma yöntem olarak planlanan bu araştırmada, erkeklerin depresyon deneyimleri bilişsel-davranışçı yaklaşım perspektifinden ele alınarak bir Gömülü Kuram oluşturulması amaçlandı. Bu amaç doğrultusunda, aşağıda verilen araştırma soruları geliştirildi:

1. Erkeklerde tipik depresyon belirtileri, benimsenen erkeklik normları ve erkek depresyonu belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık etmekte midir?
2. Erkeklerin cinsiyet rolleri bağlamında depresyon deneyimleri nasıldır?
3. Erkeklerin depresyon deneyimleri bilişsel-davranışçı yaklaşım perspektifinden nasıl bir teorik yapı ile açıklanabilir?

3.2. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Bu doktora tez araştırmasında, hedefler ve ilgili alan yazınında daha önce yürütülen araştırmalarda benimsenen yöntemler sonucunda nicel ve nitel verilerin toplandığı, gömülü kuram süreci, içinde iki aşamada hem sıralı hem de eşzamanlı olarak verilerin analiz edildiği karma yöntem araştırma desenlerinden “Açımlayıcı Sıralı Karma Yöntem” kullanıldı. Bu desen, araştırma sorusuna birincil olarak karşılık veren nicel verilerin toplanması ve çözümlenmesiyle başlamaktadır. Bu aşamanın ardından nitel verilerin toplanması ve çözümlenmesi gelmektedir. Nitel aşamanın gerçekleştirilmesi, nicel aşama sonuçlarının takip edilmesiyle gerçekleşmektedir. Araştırmacı, nitel sonuçların ilk aşamadaki nicel sonuçların açıklanmasına nasıl yardımcı olduğunu yorumlamaktadır (Delice 2018).

Bu iki aşamalı karma yöntem araştırmanın hedefi; bir örneklemden istatistiksel yöntemler aracılığıyla nicel sonuçlara ulaşmak, sonrasında bazı katılımcılar ile görüşerek elde edilen sonuçları niteliksel yöntemle daha detaylı bir biçimde incelemek ve araştırmaktır. İlk aşamada, nicel önermeleri değerlendirmek amacıyla erkeklerin kültürel eril normları benimsemeleri ile tipik ve eril depresif belirtiler arasındaki ilişki, yapısal eşitlik modeli (path way analizi) ile incelendi. İkinci aşamada, yetişkin erkeklerin yarı yapılandırılmış nitel görüşmeler ile bilişsel-davranışçı yaklaşım perspektifinden depresyon deneyimleri Gömülü Kuram (Grounded Teori) ile ortaya konulmaya çalışıldı.

Gömülü Kuramda; araştırmaya problem ile başlanmamakta, problem verilerden çıkmakta, bireylerin kendi gerçekliklerini nasıl tanımladıklarını, kendi inançları ve gerçekleriyle ilişkili olarak nasıl davrandıklarını açıklanmaya ve anlamaya çalışılmaktadır (Chenitz and Swanson 1986). Gömülü Kuram oluşturma, birçok katılımcının görüşleri doğrultusunda elde edilen verilere dayanarak araştırmacının bir süreç, eylem ya da aralarındaki ilişkilere ilişkin açıklayıcı bir kuram ortaya koyduğu bir süreçtir (Charmaz 2015; Creswell and Clark 2020) . Bu yaklaşım hem tümden gelim hem de tümevarımsal mantık çerçevesinde kavramları ve aralarındaki ilişkiyi tanımlamaktadır (Erdoğan 2015). Grounded Kuram araştırmacıları, benzer koşulları paylaşan herhangi bir grup kişinin, mutlaka ifade edilmeyen temel bir sosyal, psikolojik problem yaşadığını varsaymaktadır (Glaser 1992). Araştırmacı, araştırma sürecinde sıklıkla veriye geri dönerek, araştırma sorularını gözden geçirmekte, eksik ya da gözden kaçan verileri bulmaya çalışmaktadır. Bu karşılaştırmalı analiz süreci, veri oluşturma boyunca devam etmektedir. Araştırmacılar için, Gömülü Kuram çalışması literatürün kullanılmasını, araştırma sorularının düzenlenmesini ve kuramın onaylanmasını sağlamaktadır (Erdoğan 2015; Glaser and Strauss 2006). Gömülü Kuram yaklaşımı ile erkeklerin depresyon deneyimleri ve eril normlar arasındaki ilişkiyi bilişsel-davranışçı yaklaşım penceresinden açıklayan teorik bir yapı ortaya konmaya çalışıldı.

3.3.ARAŞTIRMA ALANI VE GRUBU

Araştırma alanı olarak Türkiye'nin 81 ili seçildi. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) “2007-2021 il, yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus verileri”ne göre toplam nüfus 84 680 273’tür. Bu toplam nüfusun 42 428 101’ini erkekler, 42 252 172’sini kadınlar oluşturmaktadır. Kadınların 22 100 126’sı, erkeklerin 22 387 771’i 25-64 yaş aralığındadır (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayalı-Nüfus-Kayıt-Sistemi-Sonuçları-2021-45500dil=1> Erişim Tarihi: 03.01.2021). İllere göre 2021 yılı için 25-64 yaş aralığındaki kadın ve erkek nüfus dağılımı Tablo 1’de verildi. Araştırma Türkiye’nin 81 ilinde yaşayan, 25-64 yaş aralığındaki erkekler ile yürütüldü.

Tablo 2. İllere göre 25-64 yaş aralığında kadın ve erkek nüfus dağılımı (2007-2021)

İl	Erkek	Kadın	Toplam	İl	Erkek	Kadın	Toplam	İl	Erkek	Kadın	Toplam
Adana	585644	586869	1172513	Giresun	122133	115451	237584	Samsun	363324	369477	732801
Adıyaman	149780	145119	294899	Gümüşhane	39565	35298	74863	Siirt	68423	64038	132461
Afyonkarahisar	192609	189244	381853	Hakkâri	66662	59031	125693	Sinop	56180	54630	110810
Ağrı	112003	98919	210922	Hatay	411118	411753	822871	Sivas	160979	156337	317316
Amasya	87380	87645	175025	Isparta	115818	114897	230715	Tekirdağ	320622	301854	622476
Ankara	1578192	1622340	3200532	Mersin	498501	501556	1000057	Tokat	153437	152456	305893
Antalya	738829	736945	1475774	İstanbul	4523206	4477972	9001178	Trabzon	218087	213555	431642
Artvin	46740	43091	89831	İzmir	1252514	1259791	2512305	Tunceli	26242	21022	47264
Aydın	306864	306595	613459	Kars	68116	62015	130131	Şanlıurfa	413571	410017	823588
Balıkesir	344400	341529	685929	Kastamonu	97987	95349	193336	Uşak	101355	99887	201242
Bilecik	63751	58087	121838	Kayseri	370908	368971	739879	Van	251780	236818	488598
Bingöl	70853	67332	138185	Kırklareli	106689	99739	206428	Yozgat	106727	103220	209947
Bitlis	80150	70696	150846	Kırşehir	63545	62407	125952	Zonguldak	163408	164295	327703
Bolu	84285	82953	167238	Kocaeli	565250	551651	1116901	Aksaray	108186	105345	213531
Burdur	71671	68923	140594	Konya	570670	573242	1143912	Bayburt	21629	19027	40656
Bursa	873302	870743	1744045	Kütahya	154927	159018	313945	Karaman	67116	64478	131594
Çanakkale	153953	149754	303707	Malatya	206175	205701	411876	Kırıkkale	73208	70669	143877
Çankırı	51304	47788	99092	Manisa	399954	390909	790863	Batman	136900	131871	268771
Çorum	136743	136002	272745	Kahramanmaraş	285783	275024	560807	Şırnak	111852	101204	213056
Denizli	289359	286854	576213	Mardin	183620	182159	365779	Bartın	54449	53956	108405
Diyarbakır	403721	394593	798314	Muğla	296349	284406	580755	Ardahan	25110	21919	47029
Edirne	115344	110726	226070	Muş	86179	79146	165325	Iğdır	48157	43947	92104
Elazığ	149649	153964	303613	Nevşehir	79784	79210	158994	Yalova	77489	78192	155681
Erzincan	61834	57868	119702	Niğde	91737	88670	180407	Karabük	65262	64497	129759
Erzurum	179495	175921	355416	Ordu	204058	199230	403288	Kilis	33992	31872	65864
Eskişehir	250916	249902	500818	Rize	96700	90432	187132	Osmaniye	137561	135677	273238
Gaziantep	493172	478903	972075	Sakarya	284007	281249	565256	Düzce	108827	106284	215111
								Toplam	22387771	22100126	44487897

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Erişim linki: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayal%C4%B1-N%C3%BCfus-Kay%C4%B1t-Sistemi-Sonu%C3%A7lar%C4%B1-2021-45500&dil=1> Erişim tarihi: 03.01.2021

3.3.1. Araştırma Grubu Ölçütlerinin Belirlenmesi ve Tercih Edilen Örneklem Teknikleri

Eril kültürel normlar genç, orta ve ileri yaştaki erkeklerin depresyon deneyimlerini ve ifade ediş biçimlerini etkilemektedir (Herreen et al. 2021). Araştırmanın, erkeklik normlarına çeşitli düzeylerde bağlılığı olan ve farklı kültürel özelliklere sahip daha geniş bir örneklemle gerçekleştirilmesi sonuçların genellenebilirliğini artırmak için önemlidir. Bu doğrultuda, nicel aşamada araştırma alanından örneklem seçimi için *rastgele örneklem yöntemi* kullanıldı. Bu yöntem ile hedef popülasyonun bir parçası olan tüm bireylerin örneklem dâhil olma şansı eşit olmaktadır (Lavrakas 2008). Rastgele örneklem yönteminin, tarafsız olduğu düşünüldüğünden, sıklıkla incelenen nüfusu güçlü bir şekilde temsil etmektedir. Bu doğrultuda, araştırma örnekleme Türkiye'nin çeşitli ilerinde yaşamakta olan 1133 erkek katılımcı dâhil edildi.

Nitel ve nicel araştırmalar arasındaki farklardan biri örneklem seçimidir. Araştırmanın nitel aşamasında ilk olarak, kuramsal doygunluğa ulaşmak amacıyla gömülü kuram metodolojisinin temel bir ilkesi olan *amaçlı örneklem* kullanıldı (Charmaz 2015; Merriam and Tisdell 2015; Yıldırım ve Şimsek 2018). Nitel araştırmanın temsil edilebilirlik ve istatistiksel genelleme kaygılarının aksine bu yaklaşım, ilgilenilen olguyu ayrıntılı bir şekilde analiz edecek veriler sağladığı için sıklıkla tercih edilmektedir (Merriam and Tisdell 2015). O halde amaçlı örneklem, özel olarak seçilmiş kişileri, nesneleri veya olayları bir araya getirir (Charmaz 2015; Urquhart 2018). Başka bir deyişle, amaçlı örneklem, araştırmacının araştırma problemi hakkında mümkün olan en kapsamlı ve kesin şekilde veri toplayabileceği bir veya daha fazla katılımcıyı kasıtlı olarak seçme sürecidir (Creswell 2013; Creswell and Clark 2020; Merriam and Tisdell 2015).

İkinci aşamada *teorik örneklem* yöntemi kullanıldı. Teorik örneklem yöntemi ilk olarak beş katılımcı görüşmesinden toplanan verilerin analizi sırasında ortaya çıkan kavram ve olgulara dayalı olarak uygulandı. Teorik gelişmeler veri toplama sürecine rehberlik etmiştir. Bu prosedür, önceki verilerin analizi sırasında ortaya çıkan teorik gelişmelerle sürekli karşılaştırma yaklaşımının, sonraki verilerin toplanmasına yönelik teorik örneklem sürecini devam ettirmek için kullanıldığı anlamına gelmektedir. Teorik doygunluğa ulaşılması, teorik örneklemin temelini oluşturdu. Veri toplama ve çözümleme, araştırma grubunun büyüklüğü teorik doygunluğa yaklaşıncaya kadar

veya yeni veriler yeni teorik kavramlar ve olgular ortaya çıkarmaktan ziyade mevcut teorik kavramları ve olguları doğrulayana kadar devam etti. Veri toplama başladığında araştırma grubunun büyüklüğü araştırmacı tarafından bilinmemektedir ve veriler tekrarlanmaya başladığında yeterli sayıda veri kaynağına ulaşıldığı tespit edilebilir. Araştırmadaki ilk beş erkekten elde edilen verilere dayanarak kalan katılımcıları belirlemek için teorik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Toplanan verilerden türetilen kategoriler daha sonra sürekli karşılaştırma yöntemi kullanılarak kavramlar ve olgular teorik olarak tatmin edilene kadar devam ettirildi. Yeni bir kategori oluşturulamadığında, kategoriler birbirine yaklaştığında ve kategorilerin nitelikleri ve boyutları netleştğinde, teorik örneklemin temeli olan teorik doygunluk gerçekleştirilmiş oldu (Charmaz 2015; Creswell and Clark 2020; Yıldırım ve Şimsek 2018). Araştırmanın nitel bölümü yine ülkenin çeşitli illerinde yaşamakta olan ve belirlenen ölçütleri sağlayan 23 katılımcı ile tamamlandı.

3.3.2. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Tablo 3'te araştırma nicel ve nitel aşamalara dahil edilme ve dışlanma kriterleri belirtilmiştir. Belirtilen kriterleri sağlamayan katılımcılar araştırma dışı bırakıldı.

Tablo 3. Dahil edilme ve dışlanma kriterleri

Kriter	Nicel Aşama	Nitel Aşama
Türkiye'de yaşıyor olma	✓	✓
Etnik köken olarak Türk olma	✓	✓
Türkçe konuşuyor, yazıyor ve anlıyor olma	✓	✓
25-64 yaş aralığında olma	✓	✓
Bilişsel olarak araştırmaya katılmasına engel olacak bir rahatsızlığın olmaması	✓	✓
Erkek olma	✓	✓
Araştırmaya katılmaya gönüllü olma	✓	✓
İnternete bağlı bir bilgisayar veya akıllı telefon.	✓	✓
Nicel aşamaya katılmış olma	--	✓
Depresyon tanısı almış olma veya depresif hissetme öyküsü olma	--	✓

3.4. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI

3.4.1. Veri Toplama Tekniği

Bu araştırmada veriler, niceliksel ve niteliksel yöntemler kullanılarak toplandı. Nicel verilerin toplanmasında araştırma hedefine yönelik oluşturulan anket formu, nitel verilerin elde edilmesinde mülakat tekniği (yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme formu) kullanıldı.

3.4.2. Nicel Veri Toplama Araçları

Araştırmada nicel veriler Tanıtıcı bilgi formu, Erkeklik Normlarına Uygunluk Envanteri-30, Erkek Depresyon Risk Ölçeği-22, Erkek Roller Ölçeği, Hasta Sağlık Anketi-4 ve Hasta Sağlık Anketi-9 kullanılarak elde edildi (EK 1).

3.4.2.1.Tanıtıcı bilgi formu

Katılımcıların yaş, eğitim, medeni, ekonomik durumu, yaşanan yer, aile tipi gibi sosyo- demografik özelliklerini değerlendirmek üzere literatür doğrultusunda oluşturulan açık/kapalı uçlu sorulardan oluşturuldu (Chuick et al. 2009; Fogarty et al. 2015; Spillman 2006).

3.4.2.2.Erkeklik normlarına uygunluk envanteri-30

Erkeklik Normlarına Uygunluk Envanteri (ENUE; Conformity to Masculine Norms Inventory) uluslararası literatürde hegomonik erkeksi kültürün, 11 erkeksi norma (kazanma, duygusal kontrol, risk alma, şiddet, hâkimiyet, playboy, kendine güven, iş önceliği, kadınlar üzerinde güç, eşcinselliği hor görme ve statü sürdürme) uyumunu değerlendirmede yaygın olarak kullanılan bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin orijinal formu 94 maddeliktir (Mahalik et al. 2003). Ayrıca 11'den 55 maddeye kadar çeşitli uzun ve kısaltılmış formları bulunmaktadır (Hammer, Heath, and Vogel 2018; Owen 2011). Levant ve arkadaşları (2020), ENUE'nin diğer formlarını gözden geçirerek 30 maddelik, 10 alt boyutlu ENUE-30'u geliştirmişlerdir (Levant et al., 2020). Bu alt boyutlar; "duygusal kontrol, kazanma, playboy, şiddet, heteroseksüel kendilik koruması, statü arayışı, iş önceliği, kadınlar üzerinde güç, kendine yeterlik ve risk alma"dır (Levant et al. 2020) (EK 2). ENUE-30, dil geçerliği sağlandıktan sonra katılımcılara uygulandı.

3.4.2.2.1. Envanterin Türkçeye çevrilmesi

Öncelikle ENUE-30'u geliştiren araştırmacılardan Türkçe'ye uyarlama için izin alındı (EK 3). Daha sonra ölçüm aracının psikolinguistik özelliklerini incelemek amacıyla çeviri-geri çeviri tekniği kullanıldı (Aksayan and Gözüm 2003). Literatürde önerildiği üzere; orijinal envanterin kültürü hakkında bilgili, ancak anadili hedef kültürün (Türkçe) dilinde olan; ölçeğin terminolojisine aşina ve bu konuda deneyimli, birbirinden bağımsız üç profesyonel tarafından Türkçe'ye çevrildi. Bu süreçte çevirmenlerin her iki dildeki kültürel, psikolojik ve gramer farklılıklarını dikkate aldıklarından emin olundu (International Test Commission (ITC) 2018). Araştırmacı, tez danışmanı eşliğinde çevirileri gözden geçirdi ve Türkçe form oluşturuldu. Daha sonra Kapsam Geçerliğini değerlendirmek üzere, İngilizce ve Türkçe maddelerin birlikte yer aldığı form, alandaki ilgili uzmanlara gönderildi (EK 4). Uzman görüş ve önerileri doğrultusunda, envanterin Türkçe metni oluşturuldu. Daha sonra, birbirinden bağımsız ve envanterin orijinal İngilizce versiyonunu bilmeyen iki bağımsız uzman tarafından tekrar İngilizce'ye çevrildi. Çeviri metinler araştırmacı tarafından gözden geçirildi ve İngilizce geri-çeviri form oluşturuldu. Oluşturulan İngilizce form, envanteri geliştiren yazara (Ronald F. Levant) gönderilerek anlam açısından değerlendirilmesi istendi. Yazar 16. maddede küçük bir düzeltme önerdi. Yazar önerisi doğrultusunda ilgili madde gözden geçirildi. Daha sonra Türk Dili ve Edebiyatı alanında üç uzmandan Türkçe formun dil ve anlatım yönünden incelenmesi istendi (EK 9), görüş ve öneriler doğrultusunda envanterin son Türkçe sürümü elde edildi (EK 5).

3.4.2.2.2. Envanterin geçerlik çalışmaları

Kapsam Geçerliğini değerlendirmek üzere, İngilizce ve Türkçe maddelerin birlikte yer aldığı form, alandaki ilgili uzmanlara gönderildi. Bu adımın amacı, çevirideki yetersiz ifadeleri/ kavramları tanımlamak ve çözmek, aynı zamanda ileri çevirilerle iki dil arasındaki tutarsızlıkları tespit etmek ve çözmektir (Çapık, Gözüm, and Aksayan 2018). Uzman olarak tanımlanan kişiler (1) ilgili dilleri, (2) kültürleri, (3) ölçeğin içeriğini ve (4) ölçek uyarlama yöntemlerini bilmelidirler. ITC (2018), uzman olarak nitelendirilen kişi bulmanın uygulamada çok da kolay olmadığını, gerekirse bazı özellikleri taşıyan kişilerin eğitimden geçirilerek uzmanlaştırılmasını önermektedir. Literatürde uzman sayısının 5-40 arasında olabileceği bildirilmektedir (Alpar 2020).

Bu doğrultuda, erkekler ve erkeklik konularında çalışmalar yürüten sosyolog, sosyal çalışmacı ve psikologlardan oluşan 40 kişilik uzman listesi oluşturuldu ve ENUE-30 için 13 uzmandan geri dönüt alındı (EK 4).

Uzman görüşüne başvurmada kullanılan yaygın yöntemlerden biri Davis tekniğidir. Bu yöntemde uzmanlar görüşlerini “1= madde uygun değil”, “2= madde ciddi olarak gözden geçirilmeli”, “3= madde hafifçe gözden geçirilmeli” ve “4 = madde uygun” şeklinde dördü olarak derecelendirmektedir. Daha sonra “3= madde hafifçe gözden geçirilmeli” ve “4 = madde uygun” diyen uzman sayıları toplanıp, toplam uzman sayısına bölünerek, her bir madde için Kapsam Geçerlilik Ortalaması (KGO) değerleri hesaplanır. Elde edilen KGO değerleri 0,80’den küçük ise madde ölçekten çıkartılmalıdır. Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) ise yukarıda belirtilen değerlendirme sonucu kalan maddelerin kapsam geçerlik oranlarının ortalamasıdır. Bulunan değer 0,67’den büyük olması istenir (Alpar 2020).

ENUE-30’un kapsam geçerliği için 13 uzmandan alınan görüş sonucu, istatistiksel olarak her bir maddenin KGO değeri 0,80’den büyük bulunduğu için madde çıkarımına gidilmedi (Alpar 2020). ENUE-30’un tümü için KGİ değeri 0.98 ± 0.045 olarak belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda ENUE-30’un kapsam geçerliğini sağladığı saptandı. Sonuçlar Tablo 4’te verildi.

Tablo 4. Erkeklik Normlarına Uygunluk Envanteri (ENUE-30) maddeleri için kapsam geçerlik sonuçları

Maddeler	4-“Uygun” ve 3-“Madde hafifçe gözden geçirilmeli” seçeneklerini tercih eden uzman sayısı (3+4)	Toplam Uzman sayısı	Kapsam Geçerlilik Ortalaması
ENUE 1	13	13	1,00
ENUE 2	11	13	0,85
ENUE 3	13	13	1,00
ENUE 4	13	13	1,00
ENUE 5	13	13	1,00
ENUE 6	13	13	1,00
ENUE 7	12	13	0,92
ENUE 8	13	13	1,00
ENUE 9	13	13	1,00
ENUE 10	13	13	1,00
ENUE 11	13	13	1,00
ENUE 12	13	13	1,00
ENUE 13	13	13	1,00
ENUE 14	13	13	1,00
ENUE 15	13	13	1,00
ENUE 16	11	13	0,85
ENUE 17	13	13	1,00
ENUE 18	13	13	1,00
ENUE 19	13	13	1,00
ENUE 20	12	13	0,92
ENUE 21	13	13	1,00
ENUE 22	12	13	0,92
ENUE 23	13	13	1,00
ENUE 24	13	13	1,00
ENUE 25	13	13	1,00
ENUE 26	13	13	1,00
ENUE 27	12	13	0,92
ENUE 28	13	13	1,00
ENUE 29	13	13	1,00
ENUE 30	13	13	1,00
Toplam KGİ	0,98±0,045		

Yapı geçerliği için Türkçe ENUE-30’un faktör yapısının orijinal envanterin faktör yapısı ile uyumlu olup olmadığını test etmek amacıyla 1091 katılımcı sayısına sahip veri setine (Tablo 5) doğrulayıcı faktör analizi uygulandı.

Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

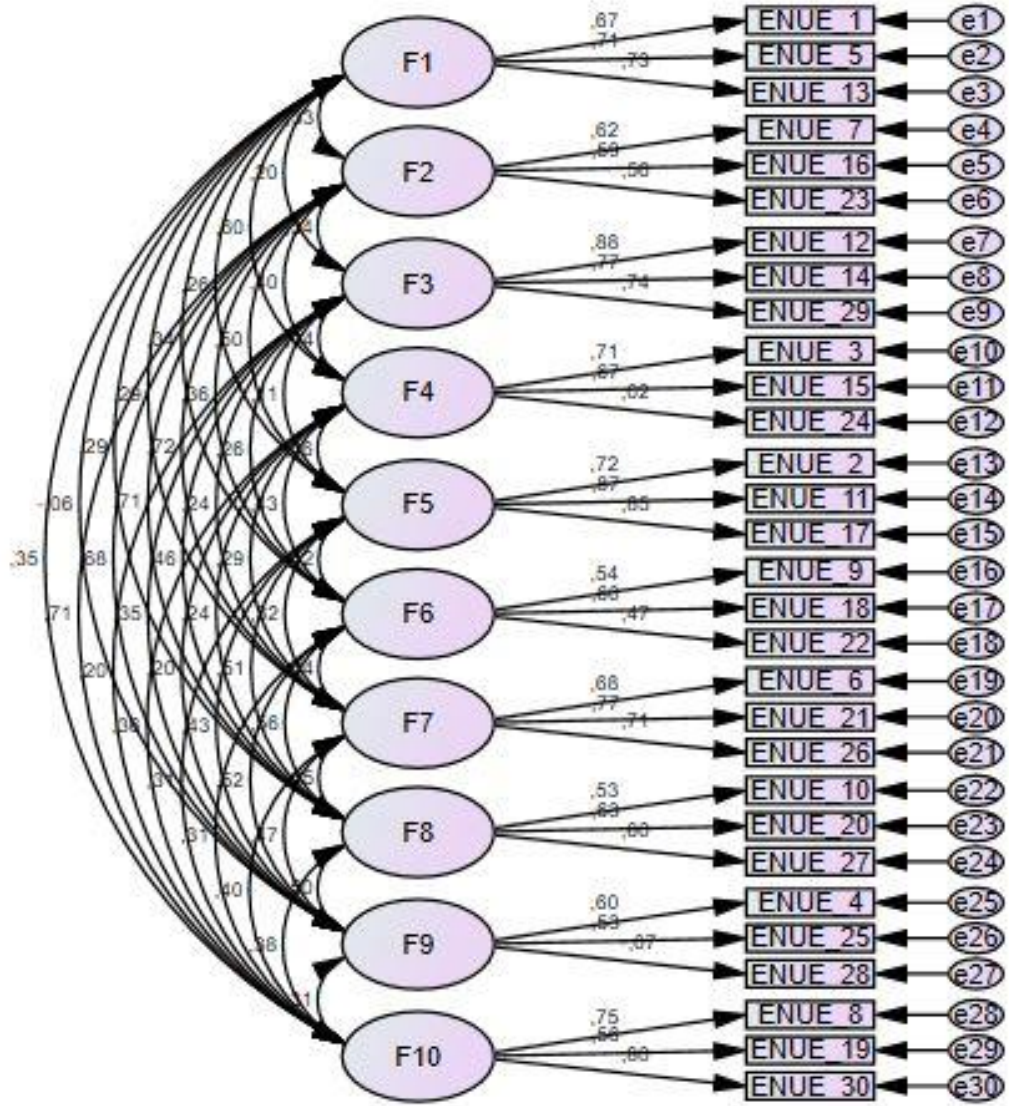
		n	%
Yaş		35,33±10,54	
Yaşanan yer	İl merkezi	568	52,1
	İlçe	462	42,3
	Köy	61	5,6
Medeni durum	Evli	690	63,2
	Bekar	351	32,2
	Nişanlı	15	1,4
	Boşanmış	33	3,0
	Dul	2	0,2
Eğitim durumu	Okur-yazar	4	0,4
	İlkokul	92	8,4
	Ortaokul	141	12,9
	Lise	417	38,2
	Ön lisans	125	11,5
	Lisans	275	25,2
	Yüksek lisans	34	3,1
	Doktora	3	0,3
Ortalama gelir	4,253 ve altı	487	44,6
	4,254–7,500	429	39,3
	7,501 ve 10,000	126	11,5
	10,001 ve üzeri	49	4,5
Alkol kullanma durumu	Hiç kullanmadım	535	49,0
	Denedim	112	10,3
	Daha önce kullandım, şimdi kullanmıyorum	161	14,8
	Ayda yılda bir/özel günlerde	207	19,0
	Ayda bir/birkaç kez	44	4,0
	Haftada bir/birkaç kez	26	2,4
	Hemen hemen hergün	6	0,5
Uyuşturucu madde kullanma durumu	Hiç kullanmadım	1027	94,1
	Denedim	34	3,1
	Daha önce kullandım, şimdi kullanmıyorum	24	2,2
	Ayda yılda bir/özel günlerde	3	0,3
	Ayda bir/birkaç kez	2	0,2
	Hemen hemen hergün	1	0,1
Toplam		1091	100

* Ondalık rakamların yuvarlanması nedeniyle % 100'e eşit olmayabilir.

İlk aşamada, 10 faktör-boyutun gizil faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 1. dereceden DFA modeli Şekil 3'te oluşturuldu. Gizil değişkenler metrik olmadıkları için parametre değerlerini tahmin edebilmek için gizil değişkenlerden, gözlenen (gösterge) değişkenlere doğru çizilen yollardan birine 1 değeri atanması (faktör yükünün 1'e eşitlenmesi) veya gizil değişkenin varyansına bir değer atanması (genelde 1) sağlanmalıdır (Hair et al. 2005).

İkinci aşamada, model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren maximum likelihood yöntemi kullanıldı, böylece gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, gizil

değişkenlerin varyansları ve gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlandı (Hu and Bentler 1999; Meydan ve Şeşen 2011; Tabachnick and Fidel 2015).



Şekil 3. ENUE-30'un 10 boyutlu 1. dereceden DFA modeli

Son aşamada ise 10 boyutlu 1. dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri incelendi. DFA sonuçlarına göre uyum indeksleri: $\chi^2/df = 4,869$, GFI=0,902, AGFI=0,873, TLI=0,834, CFI=0,863, RMSEA=0,060 ve SRMR=0,075'dir (Tablo 6). Tablo 6 incelendiğinde, ENUE'nin 30 ifadeden oluşan 10 faktörlü ölçek yapısının GFI, AGFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin kabul edilebilir olduğu görüldü (Hu and Bentler 1999; Meydan ve Şeşen 2011; Tabachnick and Fidel 2015).

Tablo 6. Araştırmada kullanılan uyum iyiliği indeksleri ve kabul edilebilir değer aralığı

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuçlar
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 4$	4,869
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	0,902
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$	0,873
TLI	$0,95 \leq TLI \leq 1$	$0,90 \leq TLI \leq 0,95$	0,834
CFI	$0,95 \leq CFI \leq 1$	$0,90 \leq CFI \leq 0,95$	0,863
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,060
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0,08$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,10$	0,075

Geçerliği test etmenin bir başka yolu da, ölçme aracının aynı kavramı veya kendisine ve orijinaline benzeyen diğer parametreleri araştıran benzer bir ölçme aracıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu varsayımına dayanan Yakınsak Geçerlik (Benzer Ölçek Geçerliği) yöntemidir (Büyüköztürk 2017). ENUE-30'un yakınsak geçerliği, ERÖ kullanılarak test edildi. Benzer ölçek korelasyonu incelendiğinde, ENUE-30 ile ERÖ ($r=-0,620$, $p<0,001$) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki bulundu (Tablo 7).

Tablo 7. ENUE-30 ile ERÖ arasındaki korelasyon

		ERÖ
ENUE-30	r	0,620
	p	0,000

3.4.2.2.3. Envanterin güvenirlik çalışmaları

Ölçüm araçlarının güvenirliğini değerlendirmede en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's alfa'dır. ENUE-30 için Cronbach's alfa değeri hesaplanmış ve 0,871 olarak bulunmuştur. Bu değer, genelde kabul edilebilir değer olan 0,70'ten (Nunnally and Bernstein 2010) yüksektir (Tablo 8).

İç tutarlılığı değerlendirmede kullanılan diğer bir ölçüt, madde-toplam puan analizidir. ENUE-30 için madde-toplam puan korelasyon katsayıları incelendiğinde 0,253 ile 0,541 arasında değiştiği görüldü. Madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0,30'un altında ise (eğer örneklem 400 veya daha fazla ise 0.20 de kabul edilmektedir) bu maddelerde ciddi bir sorun olduğu düşünülür ve bu maddeler ölçekten çıkartılabilir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının 0,30 ve üzeri olması güvenirlik için iyi olarak yorumlanır. Ancak bu değer altında bulunması, maddeleri elemek için tek başına kullanılmamakta, maddenin cronbach's alfa katsayısı üzerine etkisi değerlendirilerek karar verilmektedir (Alpar 2020; Şencan 2005). Bu araştırmada 25. ve 28. maddeler 0,30'un altında bulunmuştur. Fakat yapılan madde analizinde

maddeler envanterden çıkartıldığında, cronbach's alfa değeri önemli derecede değişmediği için ölçekten hiçbir maddenin çıkartılmamasına karar verildi (Tablo 8).

Tablo 8. Cronbach α güvenirlik katsayıları ve madde-toplam puan analizi

Maddeler	Madde-Toplam korelasyon	Madde çıkarıldığında Cronbach's alfa	Cronbach alfa
ENUE 1	0,322	0,869	0,871
ENUE 2	0,439	0,867	
ENUE 3	0,374	0,868	
ENUE 4	0,364	0,868	
ENUE 5	0,373	0,868	
ENUE 6	0,424	0,867	
ENUE 7	0,465	0,866	
ENUE 8	0,448	0,866	
ENUE 9	0,319	0,869	
ENUE 10	0,403	0,867	
ENUE 11	0,501	0,865	
ENUE 12	0,339	0,869	
ENUE 13	0,377	0,868	
ENUE 14	0,352	0,869	
ENUE 15	0,348	0,869	
ENUE 16	0,541	0,864	
ENUE 17	0,538	0,864	
ENUE 18	0,356	0,869	
ENUE 19	0,427	0,867	
ENUE 20	0,474	0,866	
ENUE 21	0,485	0,865	
ENUE 22	0,304	0,870	
ENUE 23	0,428	0,867	
ENUE 24	0,341	0,869	
ENUE 25	0,281	0,870	
ENUE 26	0,477	0,866	
ENUE 27	0,439	0,866	
ENUE 28	0,253	0,871	
ENUE 29	0,341	0,869	
ENUE 30	0,454	0,866	

İç tutarlılığı değerlendirmek amacıyla, ENUE-30'un alt boyutları ile toplam envanter puanları arasındaki korelasyon incelendi (Alpar 2020). Tablo 9 incelendiğinde, alt boyut puanları ile ENUE-30 toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

Tablo 9. ENUE-30'un toplam ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesi

		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	Toplam
F1	r	1	0,219	0,158	0,393	0,219	0,217	0,214	0,193	0,204	0,261	0,514
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
F2	r		1	0,258	0,354	0,356	0,213	0,495	0,432	0,436	0,504	0,707
	p			0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
F3	r			1	0,164	0,099	0,187	0,206	0,356	0,196	0,202	0,458
	p				0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
F4	r				1	0,421	0,308	0,276	0,282	0,376	0,317	0,642
	p					0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
F5	r					1	0,281	0,254	0,363	0,339	0,248	0,632
	p						0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
F6	r						1	0,224	0,329	0,333	0,226	0,538
	p							0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
F7	r							1	0,440	0,339	0,320	0,628
	p								0,000	0,000	0,000	0,000
F8	r								1	0,302	0,288	0,663
	p									0,000	0,000	0,000
F9	r									1	0,357	0,619
	p										0,000	0,000
F10	r										1	0,615
	p											0,000
Toplam	r											1
	p											

ENUE-30'un uygulamalar arasında tutarlı sonuçlar verme yeteneği, zamanla değişmezliği ve güvenilirliğini (n=141) belirlemek için test-tekrar test yöntemi kullanıldı (Büyüköztürk 2017; Güngör 2016). Uygulanan korelasyon analizi sonuçlarında zamana göre değişmezlik incelendiğinde, test ve tekrar test sonuçlarının ENUE-30 envanteri için $r=0,344$, $p<0,001$ olduğu tespit edildi.

3.4.2.3. Erkek depresyon risk ölçeği-22

Rice ve arkadaşları (2013) tarafından atipik, dışsallaştırılmış depresyon belirtilerini değerlendirmek için geliştirilen MDRS-22, yirmi iki maddelik bir öz bildirim derecelendirme ölçeğidir. Ölçek, “duyguları bastırma, uyuşturucu madde kullanma, alkol kullanma, öfke ve saldırganlık, somatik belirtiler ve risk alma” olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Katılımcılar her bir maddeyi “hiçbir zaman (0)” ilâ “neredeyse her zaman (7)” arasında değişen 7’li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir (Rice et al. 2013, 2017) (EK 6). MDRS-22, dil geçerliği sağlandıktan sonra katılımcılara uygulandı.

3.4.2.3.1. Ölçeğin Türkçeye çevrilmesi

İlk olarak EDRÖ-22’yi geliştiren araştırmacılardan Türkçe’ye uyarlama için izin alındı (EK 7). Daha sonra ölçüm aracının psikolinguistik özelliklerini incelemek amacıyla çeviri-geri çeviri tekniği kullanıldı (Aksayan and Gözüm 2003). Ölçeğin

terminolojisine aşına ve bu konuda deneyimli, birbirinden bağımsız üç profesyonel tarafından Türkçe'ye çevrildi. Daha sonra araştırmacı, çevirileri gözden geçirdi ve Türkçe form oluşturuldu. Kapsam Geçerliğini değerlendirmek üzere, İngilizce ve Türkçe maddelerin birlikte yer aldığı form, alandaki ilgili uzmanlara gönderildi (EK 8). Uzman görüş ve önerileri doğrultusunda, envanterin Türkçe metni oluşturulmuş, birbirinden bağımsız ve envanterin orijinal İngilizce versiyonunu bilmeyen iki bağımsız uzman tarafından tekrar İngilizce'ye çevrildi. Çeviri metinler araştırmacı tarafından gözden geçirilmiş ve İngilizce geri-çeviri forum oluşturuldu. Oluşturulan İngilizce form ölçeği geliştiren yazara (Ronald F. Levant) gönderilerek anlam açısından değerlendirilmesi istendi ve onay alındı. Daha sonra Türk Dili ve Edebiyatı alanında üç uzmandan Türkçe formun dil ve anlatım yönünden incelenmesi istendi (EK 9), görüş ve öneriler doğrultusunda ölçeğin son Türkçe sürümü elde edildi (EK 10).

3.4.2.3.2. Ölçeğin geçerlik çalışmaları

Türkçe taslağı oluşturulan ölçek, yönergesi ve maddelerin dil ve ifade açısından anlaşılabilirliğini değerlendirmeleri amacıyla ilgili alandaki çeşitli uzmanlara gönderildi ve konu ile ilgili görüşler alındı. Uzman görüşlerini değerlendirmede yukarıda belirtildiği gibi Davis tekniği kullanıldı. Toplam 14 uzmandan (EK 8) gelen görüşlerin değerlendirilmesinde, her bir madde için 3 (madde hafifçe gözden geçirilmeli) ve 4 (madde uygun) ile değerlendirilen uzman sayısının toplam uzman sayısına oranı hesaplanarak her bir maddeye ait Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) belirlendi. Daha sonra, hesaplanan KGO'ların ortalaması alınarak Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplandı (Tablo 10) (Aksayan and Gözümlü 2003). Bu değer, maddelerin hedeflenen olguyu ölçmede uygunluk düzeyi için hesaplandı. İstatistiksel olarak her bir madde için $KGO \geq 0,80$ değeri ölçüt alındı ve her bir maddenin KGO değeri 0,80'den büyük bulunduğu için madde çıkarımına gidilmedi (Alpar 2020). EDRÖ-22'nin tümü için KGİ değeri 0.96 ± 0.043 olarak belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda, EDRÖ-22'nin kapsam geçerliğinin sağlandığı görüldü. Sonuçlar Tablo 10'da verildi.

Tablo 10. Erkek Depresyon Risk Ölçeği (EDRÖ-22) maddeleri için kapsam geçerlik sonuçları

Maddeler	4-“Uygun” ve 3-“Madde hafifçe gözden geçirilmeli” seçeneklerini tercih eden uzman sayısı (3+4)	Toplam Uzman sayısı	Kapsam Geçerlilik Ortalaması
EDRÖ 1	14	14	1,00
EDRÖ 2	14	14	1,00
EDRÖ 3	14	14	1,00
EDRÖ 4	13	14	0,93
EDRÖ 5	13	14	0,93
EDRÖ 6	12	14	0,86
EDRÖ 7	14	14	1,00
EDRÖ 8	13	14	0,93
EDRÖ 9	13	14	0,93
EDRÖ 10	13	14	0,93
EDRÖ 11	13	14	0,93
EDRÖ 12	14	14	1,00
EDRÖ 13	14	14	1,00
EDRÖ 14	14	14	1,00
EDRÖ 15	14	14	1,00
EDRÖ 16	13	14	0,93
EDRÖ 17	14	14	1,00
EDRÖ 18	13	14	0,93
EDRÖ 19	14	14	1,00
EDRÖ 20	13	14	0,93
EDRÖ 21	13	14	0,93
EDRÖ 22	14	14	1,00
Toplam KGİ	0,96±0,043		

Yapı geçerliğini test etmek için 1500 kişilik ($n_{kadın}=367$, $n_{erkek}=1133$) veri seti üzerinde analiz yapıldı. Erkek 1133 katılımcı rastgele ikiye bölünerek Erkek Grup 1 ($n=567$) veri setine doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulandı. Daha sonra elde edilen yapıyı doğrulamak için Erkek Grup 2 ($n=566$) verileri kullanıldı. Ayrıca, EDRÖ-22'nin cinsiyet açısından tatmin edici uyum indekslerini değerlendirmek amacıyla kadın ($n=367$) örneklem verileri üzerinde analiz gerçekleştirildi (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

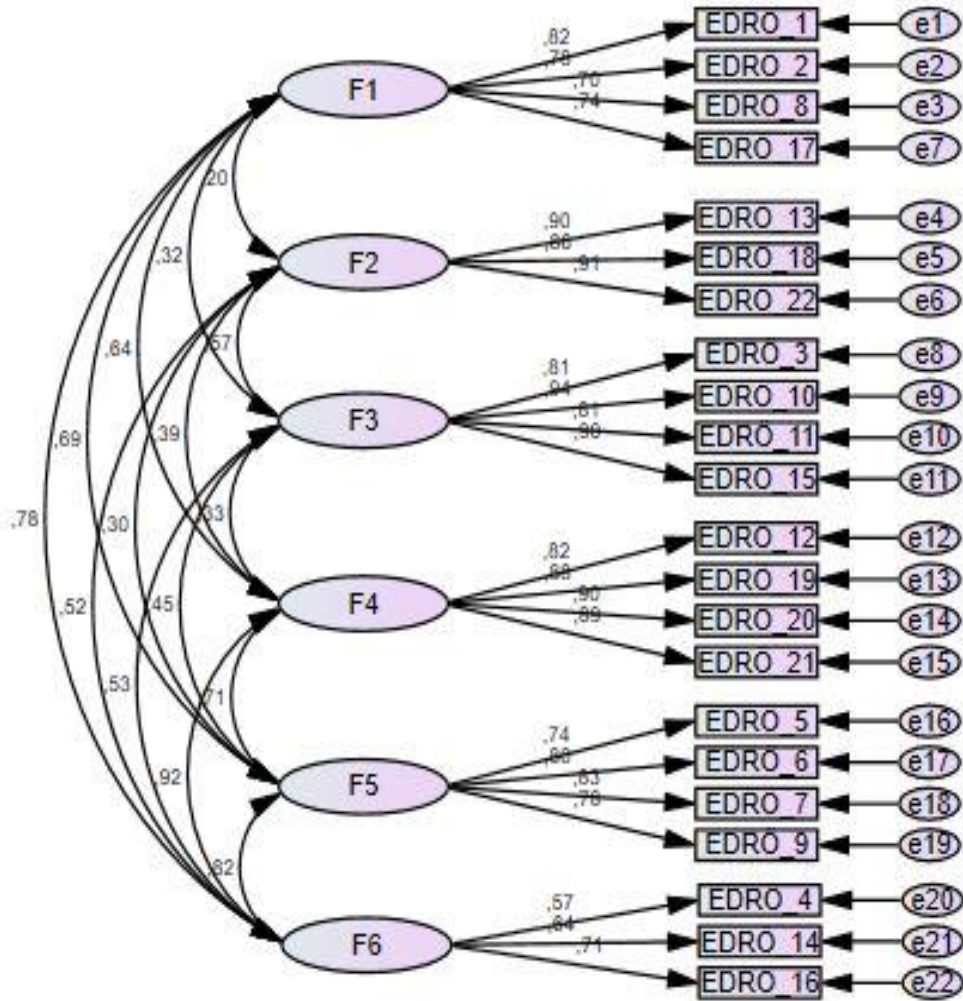
Değişken		Kadın		Erkek (Grup 1)		Erkek (Grup 2)	
		n	%	n	%	n	%
Yaş		32,54±7,98		35,99±16,89		35,03±12,18	
Yaşanan yer	İl merkezi	203	55,3	295	52,0	297	52,5
	İlçe	159	43,3	236	41,6	242	42,8
	Köy	5	1,4	36	6,3	27	4,8
Medeni durum	Evli	256	69,8	348	61,4	356	62,9
	Bekar	92	25,1	192	33,9	184	32,5
	Nişanlı	7	1,9	5	0,9	11	1,9
	Boşanmış	10	2,7	21	3,7	14	2,5
	Dul	2	0,5	1	0,2	1	0,2
Eğitim durumu	Okur-yazar	2	0,5	3	0,5	1	0,2
	İlkokul	7	1,9	50	8,8	42	7,4
	Ortaokul	21	5,7	69	12,2	76	13,4
	Lise	84	22,9	222	39,2	209	36,9
	Ön lisans	68	18,5	59	10,4	69	12,2
	Lisans	142	38,7	139	24,5	152	26,9
	Yüksek lisans	36	9,8	22	3,9	15	2,7
	Doktora	7	1,9	3	0,5	2	0,4
Ortalama gelir	4,253 ve altı	137	37,3	248	43,7	252	44,5
	4,254–7,500	123	33,5	223	39,3	217	38,3
	7,501 ve 10,000	77	21,0	65	11,5	68	12,0
	10,001 ve üzeri	30	8,2	31	5,5	29	5,1
Depresyon yaşama durumu	Depresyon tanısı almadım ancak depresif hissettim	244	66,5	320	56,4	347	61,3
	Depresyon tanısı almadım ve depresif hissetmedim	25	6,8	180	31,7	166	29,3
	Depresyon tanısı aldım	98	26,7	67	11,8	53	9,4
İntihar düşüncesi	Olmadı	292	79,6	469	82,7	470	83,0
	Oldu	75	20,4	98	17,3	96	17,0
İntihar girişimi durumu	Bulunmadı	49	65,3	56	57,1	59	61,5
	Bulundu	26	34,7	42	42,9	37	38,5

Tablo 11. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (devam)

Değişken		Kadın		Erkek (Grup 1)		Erkek (Grup 2)	
		n	%	n	%	n	%
Depresyon tedavisi hakkında görüş	İlaç tedavisi	120	32,7	157	27,7	125	22,1
	Bir terapistle bire bir bireysel psikoterapi	285	77,7	282	49,7	273	48,2
	Depresyonda olan diğer insanların yer aldığı Grup psikoterapisi	44	12,0	69	12,2	55	9,7
	Kendi kendine geçecektir	42	11,4	98	17,3	103	18,2
	Tedaviye gerek yok/bekle ve sonucu gör/akışına bırak	48	13,1	142	25,0	149	26,3
	Hiçbiri	13	3,5	73	12,9	77	13,6
Alkol kullanımı	Hiç kullanmadım	187	51,0	285	50,3	271	47,9
	Denedim	49	13,4	48	8,5	71	12,5
	Daha önce kullandım, şimdi kullanmıyorum	28	7,6	87	15,3	77	13,6
	Ayda yılda bir/özel günlerde	82	22,3	106	18,7	108	19,1
	Ayda bir/birkaç kez	15	4,1	20	3,5	27	4,8
	Haftada bir/birkaç kez	6	1,6	16	2,8	11	1,9
	Hemen hemen her gün	0	0,0	5	0,9	1	0,2
Uyuşturucu madde kullanımı	Hiç kullanmadım	353	96,2	535	94,4	532	94,0
	Denedim	6	1,6	17	3,0	18	3,2
	Daha önce kullandım, şimdi kullanmıyorum	5	1,4	11	1,9	13	2,3
	Ayda yılda bir/özel günlerde	3	0,8	3	0,5	1	0,2
	Ayda bir/birkaç kez	0	0,0	0	0,0	2	0,4
	Hemen hemen her gün	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Toplam		367	100,0	567	100,0	566	100,0

* Ondalık rakamların yuvarlanması nedeniyle % 100'e eşit olmayabilir.

Erkek (Grup 1) 567 kişilik veri setine, EDRÖ-22'nin faktör yapısının orijinal ölçeğin faktör yapısı ile uyumlu olup olmadığının test edilmesi için doğrulayıcı faktör analizi uygulandı. İlk aşamada Erkek Grup 1 (n=567) veri setine, 6 faktör-boyutun gizil bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 1. dereceden DFA modeli Şekil 4'te oluşturuldu. İkinci aşamada, model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren maximum likelihood yöntemi kullanılarak, gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, gizil değişkenlerin varyansları ve gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlandı (Alpar 2020; Hu and Bentler 1999; Meydan ve Şeşen 2011; Tabachnick and Fidel 2015).



Şekil 4. EDRÖ-22'nin 6 boyutlu 1. dereceden DFA modeli

Son aşamada ise 6 boyutlu 1. dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri incelendi. DFA sonuçlarına göre uyum indeksleri: $\chi^2/df = 3,055$, GFI=0,909, AGFI=0,881, TLI=0,947, CFI=0,955, RMSEA=0,060 ve SRMR=0,044 olarak bulundu (Tablo 12). Tablo 12 incelendiğinde, Erkek Depresyon Risk Ölçeğinin, 22 ifadeden oluşan 6 faktörlü yapısı için χ^2/df , GFI, AGFI, TLI, CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin kabul edilebilir olduğu görüldü (Hu and Bentler 1999; Meydan ve Şeşen 2011; Tabachnick and Fidel 2015).

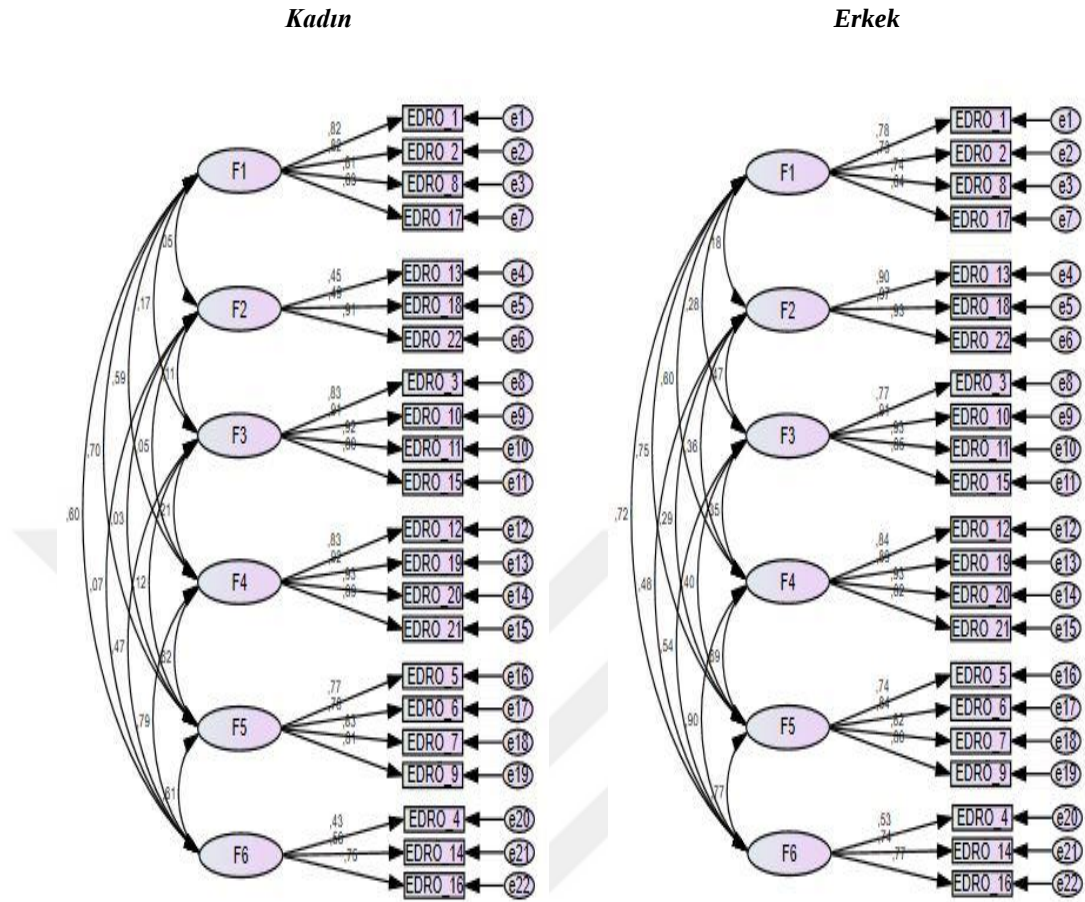
Tablo 12. EDRÖ 22'nin uyum iyiliği indeksleri ve kabul edilebilir değer aralığı

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuçlar
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 4$	3,055
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,909
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	0,881
TLI	$0.95 \leq TLI \leq 1$	$0.90 \leq TLI \leq 0.95$	0,947
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0,955
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,060
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.08$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,044

Daha sonra MDRS-22'yi doğrulamak için ayrı doğrulama grubundan [Erkek (Grup 2), n=566] veriler kullanıldı, bu da iyi model uyumunu gösterdi. Ayrıca, EDRÖ-22'nin kadın (n=367) örneklem için tatmin edici uyum indeksleri incelendi. Madde ve faktör yükleri için regresyon ağırlıklarının, Erkek Grup 1'deki ve Erkek Grup 2'deki erkekler için nispeten benzer olduğu ve cinsiyete göre modelin ölçüm yükleri, yapısal hata terimleri, ölçüm hataları bakımından farklı oldukları tespit edilmiştir (Tablo 13, Şekil 5).

Tablo 13. Modelin cinsiyete göre farklılıklarının incelenmesi

Model	DF	CMIN	p	NFI Delta-1	IFI Delta-2	RFI rho-1	TLI rho2
Measurement weights	16	29,400	0,021*	0,002	0,002	-0,001	-0,001
Structural residuals	37	443,986	0,000*	0,030	0,031	0,025	0,025
Measurement residuals	59	664,176	0,000*	0,045	0,046	0,034	0,035



Şekil 5. Erkekler (Grup 2) ve kadınlar için EDRÖ-22 faktör yapısı

Ölçeğin aynı kavramı, kendisine ve orijinaline benzeyen diğer parametreleri araştıran benzer bir ölçme aracıyla önemli ölçüde ilişkili olup olmadığını test etmek amacıyla Yakınsak Geçerlik yöntemi kullanıldı (Büyüköztürk 2017). EDRÖ-22'nin yakınsak geçerliği, ENUE-30 ve HSA-4 kullanılarak test edildi (Tablo 14). Benzer ölçek korelasyonu incelendiğinde, EDRÖ-22 ölçeği ile HSA-4 ($r=0,673$, $p<0,001$) ve ENUE-30 arasında pozitif yönde ($r=0,392$, $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulundu.

Tablo 14. EDRÖ-22 ile ENUE-30 ve HSA-4 arasındaki korelasyon

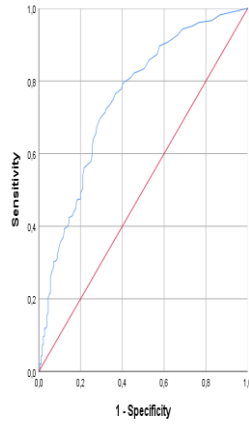
		HSA-4	ENUE-30
EDRÖ-22	r	0,673	0,392
	p	0,000	0,000

EDRÖ-22'nin katılımcıların depresif belirtiler gösterme/depresyon tanı alma öyküleri ve intihar girişiminde bulunma/planlama öykülerine göre kesme puan (cutt-off) değerlerini incelemek amacıyla Receiver Operating Characteristic (ROC) analizi uygulandı (Alpar 2021) (Tablo 15).

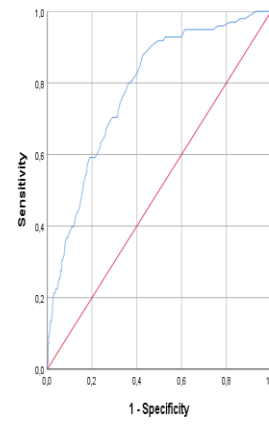
Tablo 15. Duyarlık ve seçicilik

	Cut-off değeri	Duyarlılık	Seçicilik	Alan	Std. Hata	p	95% CI	
							Alt sınır	Üst sınır
Depresyon öyküsü	20,5	0,713	0,683	0,749	0,022	0,000*	0,705	0,793
İntihar öyküsü	36,5	0,704	0,708	0,783	0,024	0,000*	0,736	0,830

Uygulanan ROC analizi sonucunda, EDRÖ-22 ölçüm puanları bakımından depresyon öyküsü olanlar için 0,713 duyarlılık ve 0,683 seçicilik değerinde 20,5 değerinin ve intihar öyküsü olanlar için 0,704 duyarlılık ve 0,708 seçicilik değerinde 36,5 değerinin kesme noktası olduğu tespit edildi (Şekil 6). Buna göre $x < 20,5$ = Düşük depresyon ve intihar riski; $20,5 \leq x < 36,5$ =Depresyonda ve düşük intihar riski; $x \geq 36,5$ = Depresyonda ve intihar riski yüksek'tir.



Depresyon öyküsü



İntihar öyküsü

Şekil 6. ROC analizi sonuçları

3.4.2.3.3. Ölçeğin güvenirlik çalışmaları

Ölçek güvenirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's alfa'dır. EDRÖ-22 için Cronbach's alfa değeri 0,929 olarak hesaplandı. Bu değer 0,70'ten yüksektir (Nunnally and Bernstein 2010) (Tablo 16).

EDRÖ-22 için madde-toplam puan analizi uygulandı ve madde-toplam puan korelasyon katsayısının 0,396 ile 0,749 arasında değiştiği görüldü. Madde-toplam puan korelasyon katsayısının 0,30 ve üzeri olması güvenirlik için iyi olarak yorumlanır. Ancak bu değer altında bulunan maddeleri elemek için tek başına kullanılmamakta, maddenin cronbach's alfa katsayısı üzerine etkisi değerlendirilerek karar verilmektedir (Alpar 2020; Şencan 2005). Bu araştırmada hiçbir madde 0,30'un altında bulunmadı. Ayrıca yapılan madde analizinde ölçekten herhangi bir madde çıkartıldığında cronbach's alfa değeri önemli derecede değişmediği için ölçekten hiçbir maddenin çıkartılmamasına karar verildi (Tablo 16).

Tablo 16. EDRÖ-22 cronbach alpha katsayısı, madde-toplam puan korelasyonu analiz sonuçları

Maddeler	Madde-toplam korelasyonu	Madde çıkarılırsa Cronbach alfa	Cronbach alfa
EDRÖ 1	0,644	0,925	0,929
EDRÖ 2	0,591	0,926	
EDRÖ 3	0,473	0,928	
EDRÖ 4	0,550	0,927	
EDRÖ 5	0,596	0,926	
EDRÖ 6	0,679	0,924	
EDRÖ 7	0,688	0,924	
EDRÖ 8	0,549	0,927	
EDRÖ 9	0,694	0,924	
EDRÖ 10	0,511	0,927	
EDRÖ 11	0,478	0,928	
EDRÖ 12	0,734	0,923	
EDRÖ 13	0,429	0,929	
EDRÖ 14	0,622	0,925	
EDRÖ 15	0,505	0,928	
EDRÖ 16	0,673	0,924	
EDRÖ 17	0,602	0,926	
EDRÖ 18	0,396	0,929	
EDRÖ 19	0,700	0,924	
EDRÖ 20	0,732	0,923	
EDRÖ 21	0,749	0,923	
EDRÖ 22	0,436	0,929	

EDRÖ-22'nin alt boyutları ile toplam ölçek puanları arasındaki korelasyon incelendi (Alpar 2020). Tablo 17 incelendiğinde, EDRÖ-22 alt boyut puanları ile toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

Tablo 17. EDRÖ-22 toplam ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesi

		F1	F2	F3	F4	F5	F6	Toplam
F1	r	1	0,172	0,279	0,566	0,601	0,598	0,794
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
F2	r		1	0,532	0,358	0,257	0,41	0,484
	p			0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
F3	r			1	0,313	0,416	0,429	0,587
	p				0,000	0,000	0,000	0,000
F4	r				1	0,645	0,746	0,844
	p					0,000	0,000	0,000
F5	r					1	0,632	0,839
	p						0,000	0,000
F6	r						1	0,847
	p							0,000
Toplam	r							1
	p							

Ayrıca zamana göre değişmezlik, korelasyon analizi ile incelendiğinde test ve tekrar test sonuçları EDRÖ-22 için $r=0,673$, $p<0,001$ olarak tespit edilmiştir (Alpar 2020).

3.4.2.4. Erkek rolleri ölçeği

Erkek Roller Ölçeği (ERÖ), erkekler için uygun davranışlar ve roller hakkındaki inançları değerlendirmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Yirmi altı maddelik ERÖ, (Thompson ve Pleck (1986) tarafından geliştirilmiş ve üç alt ölçekten (satatü, kadınsılık karşıtlığı, sertlik) oluşmaktadır. Katılımcılar, bu herbir maddeyi 1 (Kesinlikle katılmıyorum)'den 7'ye (Tamamen katılıyorum) kadar bir puanlama ile derecelendirir. Ölçek puanları, tüm maddelerin ham puanlarının ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Alınan skorlar 1-7 arasında değişmektedir. Katılımcının puanı ne kadar yüksekse, kültürüne özgü eril rol normlarını o kadar onayladığı ve içselleştirdiği kabul edilmektedir. Ölçekte 8. ve 19. maddeler ters çevrilerek kodlanmaktadır. Lease ve ark. (2009) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. ERÖ'nün özgün İngilizce versiyonunun iç tutarlılıkları 0,74 ile 0,81 arasında değişirken, ERÖ'nün Türkçe versiyonu için 0,73 ile 0,81 arasındadır (Lease et al. 2009). ENUE-30'un yakınsak geçerliğini test etmek amacıyla kullanıldı.

3.4.2.5.Hasta sağlık anketi-4

Hasta Sağlık Anketi-4 (HSA-4) Kroenke, Spitzer, ve Williams (2001) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenirlik alışması Demirci ve Ekşi (2018) yapılmıştır. HSA-4, ‘Depresyon’ ve ‘Kaygı’ olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. İç tutarlılık katsayısı anketin toplamı için 0,83, Depresyon ve Kaygı alt boyutları için ise sırasıyla 0,76 ve 0,68 olarak bulunmuştur. Kaygı alt leği = madde 1 ve 2’nin, depresyon alt leği madde 3 ve 4’n toplamıdır. Her alt ölçekte, tarama amacıyla 3 veya daha yüksek puan pozitif kabul edilir. HSA-4 toplam puanı 0 ile 12 arasında değişmektedir: 0-2 puan hiçbiri, 3-5 puan hafif, 6-8 puan orta, 9-12 puan şiddetli psikolojik stresi belirtmektedir (Demirci ve Ekşi 2018). Bu araştırmada, MDRS-22’nin yakınsak geçerliğini sınamak ve araştırmanın nicel aşamasında kullanıldı (EK 1).

3.4.2.6.Hasta sağlık anketi-9

Hasta Sağlığı Anketi-9 (HSA-9), DSM-IV’e göre depresif belirtiyi değerlendirmek için yüksek duyarlılık ve zglle sahip kısa bir araçtır. Araştırmacılar tarafından depresyon tanısı koymak ve şiddeti değerlendirmek için 0 (hiç) ile 3 (neredeyse her gün) arasında değişen puanlara sahip dokuz sorudan oluşmaktadır. Depresyon durumu toplam puanlara göre minimum (1-4 puan), hafif (5-9 puan), orta (10-14 puan), orta derecede şiddetli (15-19 puan) ve şiddetli (20-27 puan) olarak kategorize edilir (Sari et al. 2016). Bu araştırma nitel aşamaya katılan katılımcıların mevcut tanı kriterlerine göre depresyon durumlarını belirlemek amacıyla kullanıldı (EK 11).

3.4.3. Nitel Veri Toplama Araçları

Araştırmada nitel veriler Görüşme Kılavuzu (Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu) aracılığı ile elde edildi (EK 12).

3.4.3.1.Görüşme kılavuzunun hazırlanması

Araştırmada bireylerin benimsemiş oldukları eril normları ve depresif belirtileri deneyimleme ve dışa vurumlarını saptamak amacıyla Görüşme Kılavuzu (Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu) oluşturulmuş (EK 12) ve konuyla ilgili uzmanlardan görüş alınmıştır (EK 13) (Charmaz 2015). Uzman görüşleri doğrultusunda, forma son hal verilip, katılımcılar ile derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Erkeklerin depresyonu nasıl deneyimlediklerini araştırmak ve bu deneyimleri etkileyen fikirleri, olguları ve süreçleri açıklayıcı bir çerçevede belirlemek amacıyla

bu araştırmada yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme formu kullanılmıştır. Bu form başlangıç, ana görüşme ve son sorular olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Araştırmacı başlangıç bölümünde kendini tanıtmakta, araştırmanın amacını açıklamakta, katılımcının iznini ve onayını almakta (bilgilendirilmiş onam), gizlilik ve görüşme süresini açıklamakta ve katılımcıya teşekkür etmektedir (Charmaz 2015; Yıldırım ve şimsek 2018). İlk olarak araştırmacı, literatür doğrultusunda hazırladığı formda ana görüşme bölümü (8 soru) ve son bölümde (4 soru) toplam on iki açık uçlu soruya yer verdi. Daha sonra formun açık, uygun ve araştırmanın hedefleriyle uyumlu olmasını sağlamak için altı uzmandan (sosyologlar, sosyal hizmet uzmanları, erkekler ve erkeklik konusunda uzman psikologlar ve psikiyatri hemşireleri) görüş alındı. Form, bu girdilere yanıt olarak dört ana görüşme sorusu ve dört kapanış sorusu içerecek şekilde güncellenmiştir. Pilot araştırmaya beş erkek katılmış ve bulgular ışığında form yeniden düzenlenmiştir (Charmaz 2015; Creswell and Clark 2020) (EK 12).

Verilerdeki anlamları bulmak ve kategoriler arasında hiyerarşık bağlantılar oluşturmak, gömülü kuram araştırmasının hedefleridir.  st düzey anlamların kavramsal içeriği alt düzey anlamlardan etkilenir. Eş zamanlı veri toplama ve analiz prosedürleri, araştırmanın daha önce bilinmeyen soruları ortaya çıkarmasını sağlar. Yarı yapılandırılmış görüşme formu, bu soruların değiştirilmesiyle görüşme akışına uygun olarak modifiye edilebilir. Bu yinelemeli süreç, teorik doğgunluğa ulaşılana kadar devam eder (Charmaz 2015; Urquhart 2018).

Sonuç olarak, veri toplama ve analiz aşamaları teorik doğgunluk sağlanana kadar birbirini takip etmiştir. Araştırma konusunun esnek ve kapsamlı bir şekilde incelenmesi, gömülü kuram yaklaşımının yinelemeli karakteri sayesinde mümkün olmuş, bu da görüşme formunun gerektiği gibi düzenlenmesine olanak tanıdı.

3.4.4. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Nitel araştırmalarda araştırmacı, üzerinde çalışılan konuyla aktif bir şekilde etkileşime girerek kilit bir rol üstlenir (Yıldırım ve şimsek 2018). Bu duruşu nedeniyle nesnellik, bilimsel metodoloji tartışmalarında önemli bir konu haline gelmektedir. Veri toplama ve yorumlama süreçlerinde araştırmacının kişisel yargılarını ayıramaması anlamına gelen öznellik, sıklıkla nesnelliğin karşıtı olarak kullanılmaktadır. Öznellik sıklıkla

verileri çarpıtan ve sonuçların güvenilirliğini azaltan bir bileşen olarak görülür. Geniş anlamda geçerlik, araştırma bulgularının kesinliği ve güvenilirliğidir. İç geçerlik, araştırma kapsamındaki gerçekliği ortaya çıkarmada analitik sürecin titizliği ile ilgiliyken, dış geçerlik bulguların benzer gruplara veya koşullara uygulanması ile ilgilidir (Yıldırım ve Şimsek 2018).

Rockhill (1982), nitel araştırmada geçerlik için üç gerekliliği ana hatlarıyla belirtmiştir. Bunlardan ilki, yorumların ve yapıların mantıksal olarak tutarlı, şeffaf ve uyumlu olmasını garanti eden mantıksal sürekliliktir. Öznel yorumlama ikinci kriterdir ve bireyin gerçek deneyimleri ışığında eylemlerin öznel anlamlarını tam olarak aktarmayı amaçlar. Üçüncü kriter olan yetkinlik, ikinci dereceden yapıları kullanarak kişisel deneyimleri etkili bir şekilde değerlendirme ve anlama becerisini ifade eder (Rockhill 1982). Sonuç olarak, bilimsel araştırmada en önemli ölçütlerden birinin, geçerlik ve güvenilirliğin her ikisini de içeren araştırma bulgularının inandırıcılığı olduğu kabul edilmektedir (Yıldırım ve Şimsek 2018).

3.4.4.1.Geçerlik

Araştırmanın geçerliğini garanti altına almak için aşağıdaki ilkeler ve prosedürler kullanıldı:

- Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli izinler alındıktan sonra ülkenin çeşitli şehirlerinde yaşamakta olan 23 yetişkin erkek ile araştırma yürütüldü. Araştırma süreci Şekil 5'te verildi.
- Araştırmada teorik örneklem yöntemi ile katılımcılar belirlenmiş ve önceden belirlenmiş bir ölçüt listesi kullanıldı.
- Derinlemesine bireysel görüşmeler öncesi *Görüşme Klavuzunun* hazırlanmasında alan uzmanlarından görüş alındı (EK 13). Uzman görüşleri sonucunda klavuzda gerekli düzenlemeler yapıldı.
- Düzenlenen Görüşme Klavuzu pilot araştırma ile test edildi (5 yetişkin erkek). Pilot uygulama gerçekleştirilen katılımcıların araştırma hedef popülasyonu ile benzer özellikte olması sağlandı. Pilot uygulama ve danışman ile yapılan ön değerlendirme sonucunda veri toplama formlarında gerekli düzenlemeler yapıldı. Pilot uygulama gerçekleştirilen katılımcılar araştırmanın örneklemini dışında bırakıldı.

- Araştırmada yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme ve verileri kayıt etme, analitik not alma ve literatürdeki ikincil veri kaynakları olmak üzere dört tür veri toplama tekniği kullanıldı.
- Araştırmada katılımcılarla ilk tanışma, güvenme ve depresyon deneyimlerini açık bir şekilde ifade edebilmeleri için informal sohbet tarzı görüşme ve görüşme formu yaklaşımı ile birebir derinlemesine görüşmeler, uygun iletişim araçları ile gerçekleştirildi.
- Araştırmada görüşmelere başlanmadan önce katılımcının sözlü onamı alındı ve kayıt tutma görüşmenin başlangıcından itibaren gerçekleştirildi.
- Görüşmeler sırasında, ifadeleri doğrulamak ve yanlış anlamaları gidermek için “İfadelerinizden anladığım kadarıyla...”, gibi ifadeler ile teyit edildi; “Bu konuyu detaylandırabilir misiniz?” ve “bir örnekle açıklayabilir misiniz?” gibi sorular ile açıklamaları desteklendi. Doğruluk ve netliği sağlamak için görüşme katılımcıya özetlendi.
- Araştırmada görüşmeler yapılırken görüşmenin daha etkin ve verimli geçmesi için literatür doğrultusunda belirlenen ilkeler ve süreçlere uyuldu.
- MAXQDA Analytics Pro 24 (Release 24.6.0) programı, verileri işlemek için kullanıldı ve kodların, kategorilerin ve bunların bağlantılarının kapsamlı bir şekilde incelenmesini garanti altına alındı. Katılımcılara ait klasörler düzenlendi ve MAXQDA proje dosyasında saklandı.
- Araştırmada elde edilen veriler hem olumlu hem de olumsuz yönleri ile anlaşılır bir şekilde sunuldu.
- Araştırmada tema, kategori ve alt kategorileri oluşturan olgu ve kavramlar arasındaki ilişkiler incelenerek anlamlı bir bütün oluşturuldu. Danışman, eş danışman ve tez izlem komitesi üyeleriden araştırmanın tüm tema, kategori ve alt kategorilerini değerlendirmeleri istendi ve uygun düzenlemeler yapıldı.
- Araştırmada, oluşturulan kuramın bulgularının ve öncüllerinin kapsamlı bir açıklamasının yanı sıra kuramın diğer çalışmalarla tartışılmasına olanak tanıyacak düzeyde ayrıntılı bir şekilde sunuldu.

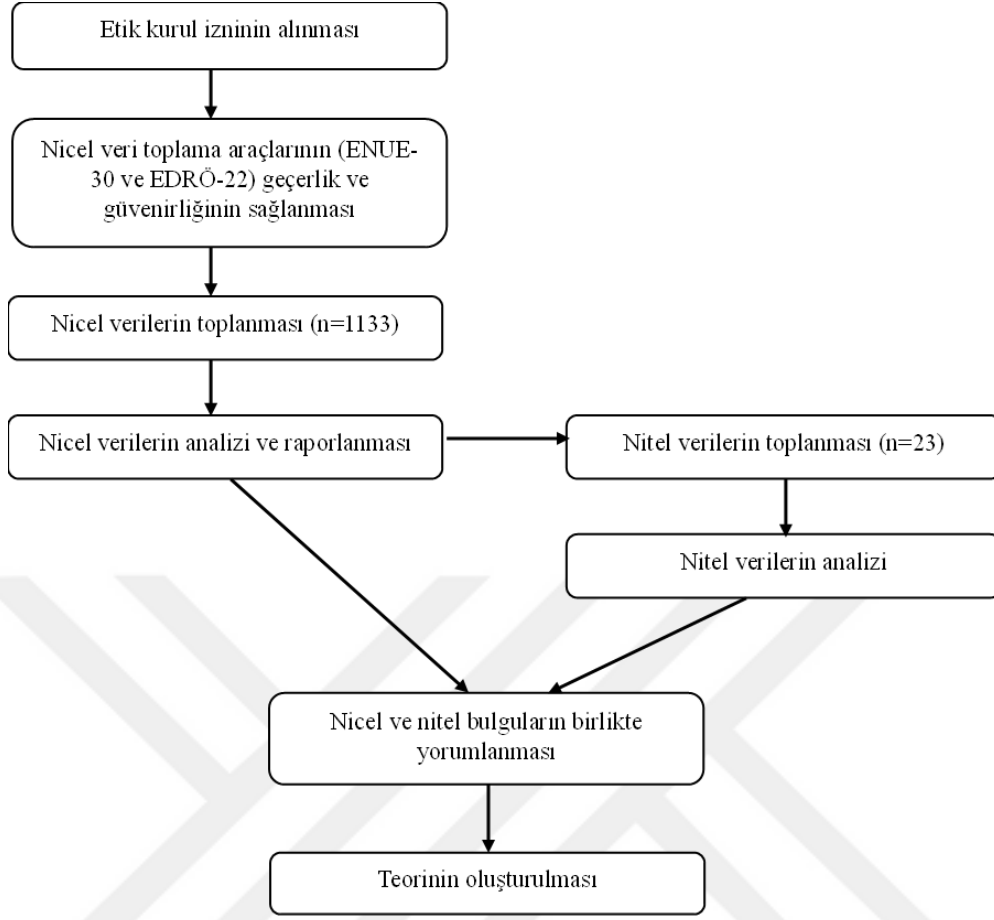
4.4.4.2.Güvenirlilik

Araştırmanın güvenirliliğini sağlamak için aşağıdaki ilkeler ve prosedürler uygulandı:

- Pilot uygulama, veri toplama formlarının uygun ve anlaşılır olduğunu ve literatüre uygun olarak üretildiğini garanti etti.
- Veri toplama formları uzman görüşleri doğrultusunda yeniden yapılandırıldı. Ayrıca, süreç boyunca çeşitli alternatif sorular ile katılımcıların deneyimlerini daha anlaşılır şekilde ifade etmeleri sağlandı.
- Materyal ve yöntem bölümünde veri toplama sürecinin ayrıntılı bir açıklamasına yer verildi.
- Verileri çözümlemek için gömülü kuram analizinin adımları kullanıldı ve veri toplama sürecine yardımcı olmak için yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler, veri kaydı, araştırmacı gözlemi, analitik not alma ve ikincil veri kaynakları kullanıldı.
- Verilerin çözümlenmesi sürecinde çoklu ve sistematik kodlama aşamaları gerçekleştirildi.

3.5. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Araştırmada öncelikle veri toplama araçlarının geçerlik ve güvenilirliği sağlandı. Daha sonra verilerin toplanması nicel veri toplama ve nitel veri toplama olmak üzere iki aşamada gerçekleştirildi. Veri toplama süreci Şekil 7’de verildi.



Şekil 7. Araştırma veri toplama süreci

3.5.1. Nicel Veri Toplama Süreci

Araştırmada nicel aşamadaki veri toplama süreci, araştırma evreninden tarafsız ve rastgele bir örneğin alınmasını sağlamak amacıyla Google.form. kullanılarak çevrimiçi gerçekleştirildi. Araştırmacı bu yöntemle, ülkenin çeşitli bölgelerinde yaşamakta olan katılımcıların gerçek anlamda rastgele örnekleme alınmasını ve araştırmacının kendi bulunduğu coğrafi konum dışındaki katılımcılara ulaşılmasını sağladı. Katılımcılar, çevrimiçi platformlarda (facebook, instagram, youtube vb.) ücretli dijital reklamalar aracılığı ile araştırmaya davet edilerek gönüllü olanların katılımı sağlandı. Formun ilk bölümünde katılımcılara katılımlarının gönüllü olduğu ve istedikleri zaman herhangi bir sonuç olmaksızın çalışmadan ayrılacakları bilgisi verildi. Katılımcıların çalışmaya katılmaya gönüllü olup olmadıklarını belirtmek için çevrimiçi form üzerinde bir onay düğmesi oluşturuldu. Form, katılımcıların bir sonraki soruya/forma geçmeden önce her soruyu yanıtlamasını sağlayacak şekilde tasarlandı. Katılımcılar soruları anonim olarak yanıtladı. Formun son bölümünde nitel aşamaya

katılıp-katılmamak istediklerine dair onay butonu eklendi ve kabul eden katılımcıların iletişim bilgileri alındı.

3.5.2. Nitel Veri Toplama Süreci

Bu çalışmada, erkeklerin depresyon deneyimlerini bilişsel-davranışçı bir bakış açısıyla incelemek amacıyla derinlemesine bireysel görüşmeler yoluyla gerçekleştirildi. Araştırmada katılımcıların depresyon deneyimine sahip olmaları ve yaşamış deneyimlerini açık bir şekilde ifade edebilmeleri temel amaç olmuştur. Araştırmanın nicel aşamasına katılan katılımcılardan gönüllü olanlar bireysel görüşme için davet edildi. Ülkenin çeşitli illerinde yaşamakta olan 23 katılımcı ile Zoom, WhatsApp ve telefon gibi platformlar kullanılarak ses kaydı yapılan bire bir çevrimiçi görüşmeler gerçekleştirildi. Katılımcı ile ilk görüşme sırasında, güven oluşturmak ve katılımcıları depresyonla ilgili deneyimlerini açıkça anlatmaya teşvik etmek için informal sohbet tarzı görüşme tekniği kullanıldı (Yıldırım ve Şimsek 2018). Bu yöntem ile katılımcıların araştırmacı ile güven ilişkisi kurması, kendilerini rahat hissetmeleri sağladı ve doğaçlama sohbete izin verildi (Yıldırım ve Şimsek 2018).

Ana görüşmeye başlamadan önce katılımcıların mevcut tipik ve eril depresyon belirti düzeyini belirlemek amacıyla HSA-9 ve EDRÖ-22 uygulandı. Daha sonra görüşme formu yaklaşımı ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yapmak için açık uçlu sorular içeren Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanıldı, böylece verilerin metodik ve kapsamlı bir şekilde toplanmasına olanak sağlandı. Yarı yapılandırılmış çerçeve, görüşmeler boyunca soruların gözden geçirilmesine ve uyarlanmasına izin vererek gömülü kuram ilkelerine uygun esneklik sağlandı (Charmaz 2015; Yıldırım ve Şimsek 2018).

Başlamadan önce sözlü onam alındı ve kayıt ekipmanının incelenmesi ve sessiz, dikkat dağınık olmayan yerlerin ayarlanması da dahil olmak üzere titiz bir planlama ile etkili veri toplanmasını sağladı (Charmaz 2015). Bu metodik teknik, tutarlı aktarımı garanti etmiş ve veri kaybını ortadan kaldırmıştır. Derinlemesine bireysel görüşmeler 23 katılımcı ile gerçekleştirildi.

3.6. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ

3.6.1. Nicel Verilerin Çözümlemesi

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics 23 ve IBM SPSS AMOS 23 programlarına aktararak tamamlandı. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verildi. Ölçek geçerlik ve güvenirlikleri için doğrualyıcı faktör analizi, Cronbach's alpha değeri ve madde-toplam korelasyonundan, ölçekler arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson korelasyon analizinden yararlanıldı. Benimsenen eril normlar ve eril depresyon belirtileri arasındaki ilişkide tipik depresyon belirtilerinin aracılık etkisini belirlemek amacıyla yapısal eşitlik modeli kullanıldı. Bu analiz değişkenler arasındaki ilişkilere dair objektif bir tahmin sunmakta ve moderatör etkileri ile değişkenler arasındaki ilişkilerin tahminini aynı anda yaparak araştırma hipotezini analiz etmektedir (Meydan ve Şeşen 2011). Modelin uygunluğunu değerlendirmek için χ^2 /Serbestlik Derecesi, Uyum iyiliği indeksi (Goodness of Fit Index [GFI]), Tucker Lewis indeksi (Tucker Lewis Index [TLI]), Fazlalık uyum indeksi (Incremental Fit Index [IFI]), Göreli uyum indeksi (Relative Fit Index [RFI]), Karşılaştırılmalı uyum indeksi (Comparative Fit Index [CFI]), Düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi (Adjusted Goodness of Fit Index [AGFI]), Yakınsama hatalarının kareleri ortalamalarının karekökü (Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA]) ve Standartlaştırılmış artıkların kareleri ortalamasının karekökü (Standardized Root Mean Square Residual [SRMR]) kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edildi (Hu and Bentler 1999; Meydan ve Şeşen 2011; Tabachnick and Fidel 2015).

3.6.2. Nitel Verilerin Çözümlemesi ve Gömülü Kuram Araştırmasının Analiz Süreci

Bu çalışmada, nitel veriler, yinelemeli ve yöntemsel kodlama sürecine özel bir odaklanma ile gömülü kuram kavramları kullanılarak incelendi. Gömülü kuram çalışmalarında şu kodlama yöntemleri kullanılmaktadır. Bunlar; yukarıdan aşağıya kodlama, aşağıdan yukarıya kodlama ve tematik kodlamadır. Mevcut çalışmada bu yöntemler kuram oluşturma sürecini destekleyen tema ve kategorilerin geliştirilmesine

her aşama büyük ölçüde yardımcı olmuştur. Veri çözümlemesinin aşamaları aşağıda açıklandı.

3.6.2.1.Aşağıdan yukarıya kodlama

Aşağıdan yukarıya doğru kodlama, kodların alanyazın tarafından değil, veri tarafından önerildiği kodlamadır. Gömülü kuramın tipik tümevarım yaklaşımında olduğu gibi, çalışma verilerinin çözümlenmesinde ilk adım olarak *aşağıdan yukarıya kodlama* gerçekleştirildi. Veriler, analize rehberlik edecek herhangi bir önyargılı çerçeve ya da teori olmaksızın satır satır analiz edildi; kodlar, katılımcıların deneyimlerini, ifadelerini ve bakış açılarını yansıtacak şekilde doğrudan ham verilerden oluşturuldu. Her bir veri parçasının anlam açısından analiz edildiği ve bunun sonucunda birçok açıklayıcı ve ayrıntılı kodun geliştirildiği açık bir kodlama süreci kullanıldı. Verilerin inceliklerini korumak için çaba gösterildi, kodların dış etki olmaksızın içsel anlamları yansıtması sağlandı (Urquhart 2018).

Bu aşamada, işlenmemiş haliyle verilerin özünü kapsayan karmaşık, zengin kodlardan oluşan bir kod listesi oluşturuldu. Bu aşağıdan yukarıya kodlama yöntemi, katılımcıların yaşadıkları gerçekliklerin yani ilk bilginin temelini oluşturulmasını sağladı.

3.6.2.2.Yukarıdan aşağıya kodlama ve revizyon

Yukarıdan Aşağıya Kodlamada veriler literatürden alınan kodlara tabi tutulur. Sonuç olarak, literatür tipik olarak bir kodlama stratejisi geliştirmek için kullanılır. Mevcut çalışmada ilk kodlar oluşturulduktan sonra, analizin tutarlı ve çalışmanın hedefleriyle uyumlu olduğundan emin olmak için tümdengelimci bir mercek ve teorik perspektifler kullanılarak kodları revize etmek için *yukarıdan aşağıya kodlama* yaklaşımı kullanıldı (Urquhart 2018). Öncelikle, aşağıdan yukarıya kodlama aşamasında oluşturulan ilk kodlar sistematik olarak gözden geçirildi ve düzenlendi. Yol gösterici teorik mercek olarak bilişsel-davranışçı yaklaşımsal bir çerçeve kullanıldı. Böylelikle verilerdeki örüntülerin, davranışların ve bilişsel süreçlerin belirlenmesine yardımcı olan kodların odaklanmış bir şekilde gözden geçirilmesine olanak sağlandı. Ayrıca ilgisiz veya çevresel kodlar elendi ve örtüşen kodlar birleştirildi, mevcut kodlar bilişsel-davranışsal yaklaşımın temel fikirlerine uyacak şekilde yeniden yapılandırıldı ve bilişsel süreçler ile davranışlar arasındaki etkileşimler vurgulandı. Veriler

kavramsal olarak düzenlenirken, bilişsel-davranışçı yaklaşımın dahil edilmesiyle temellendirilmişliği korundu (Charmaz 2015; Urquhart 2018).

3.6.2.3.Tematik kodlama

Araştırmanın son aşamasında kategorilerin ve temaların, verileri ve teorik çerçeveyi doğru bir şekilde yansıttığından emin olmak için yinelemeli bir gözden geçirme süreci uygulandı. Gözden geçirilmiş kodlar, verilerdeki önemli örüntüleri yakalayan daha geniş kategoriler halinde gruplandırıldı. Daha sonra çalışmanın temel bulgularını ve kavramsal içgörülerini temsil eden kapsayıcı temalar belirlendi ve ortaya çıkan temaları birbirine bağlayan tematik ağlar geliştirilerek kuram oluşturmaya zemin hazırlayan temalar oluşturuldu. Bu noktada üretilen temalar ve kategoriler, yukarıdan aşağıya revizyonun mantıksal titizliği ile aşağıdan yukarıya yöntemin tümevarımsal zenginliğini birleştiren mantıklı bir hikaye sunarak gömülü kuramın yapısal temelini oluşturdu (Urquhart 2018).

Gömülü Kuram yaklaşımına uygun olarak, nitel veri analizi düzenli ve yinelemeli bir şekilde gerçekleştirildi. Çalışmada, nicel veri sonuçlarının yanı sıra tematik analizi aşağıdan yukarıya ve yukarıdan aşağıya kodlama teknikleriyle bütünleştirerek sonuçların veriler tarafından desteklendiğinden ve bilişsel-davranışsal çerçevenin teorik temelleriyle tutarlı olduğundan emin olundu. Bu çalışmanın teorik katkılarına temel teşkil eden güçlü tema ve kategorilerin oluşturulması, bu çok aşamalı prosedür sayesinde daha kolay hale geldi (Charmaz 2015; Urquhart 2018). Araştırmada verileri kodlama süreçleri MAXQDA Analytics Pro 24 (Release 24.6.0) programı ile gerçekleştirildi.

3.6.2.4.Analitik not alma

Kuramın oluşturulmasına yön vermek amacıyla araştırma süreci boyunca düzenli olarak analitik notlar alındı. Yukarıda açıklanan üç kodlama süreci boyunca bu notlar gözlemleri, yansımaları ve yeni bilgileri belgelemiştir. Bu notlar, Gömülü Kuram tekniğini kullanmanın en iyi yolu olan metodik ve yinelemeli bir analitik yaklaşımı sürdürmek için kullanıldı.

Katılımcı görüşmeleri telefon üzerinden, Telefon, WhatsApp veya Zoom kullanılarak yapıldığından, eksiksiz dokümantasyonu garanti altına almak ve analitik notlar almak için özel teknikler kullanıldı (Charmaz 2015; Urquhart 2018):

1. **Gerçek Zamanlı Not Alma:** Her görüşme boyunca, katılımcıların hikayelerinin ve yüz ifadelerinin inceliklerine vurgu yapılarak, önemli içgörüler ve gözlemler gerçek zamanlı olarak kaydedildi.
2. **Görüşme Sonrası Yansımalar:** Yeni kavramları, eğilimleri ve bilgiler arasındaki olası bağlantıları belgelemek için her görüşmenin ardından daha fazla not alındı.
3. **Verilerle Entegrasyon:** Notların fikirlerle ve gelişen kuramla uyumlu olduğundan emin olmak için ham verilerle karşılaştırıldı. Bu teknik, temaların kendi içinde önemli özelliklerin, kategorilerin ve alt kategorilerin belirlenmesini kolaylaştırdı.

Taslak modeller, notlar, görüşme dökümleri ve literatürden elde edilen sonuçlardan oluşan veri havuzunun eksiksiz bir şekilde anlaşılmasını sağlamak için oluşturuldu. Kategori bağlantılarını bulmak ve gelişen teorik çerçeveyi iyileştirmek için bu modeller sürekli olarak karşılaştırıldı (Charmaz 2015).

Gömülü Kuram yaklaşımına uygun olarak, nitel veri analizi düzenli ve yinelemeli bir şekilde gerçekleştirildi. Çalışma, tematik analizi aşağıdan yukarıya ve yukarıdan aşağıya kodlama teknikleriyle bütünleştirerek sonuçların veriler tarafından desteklendiğinden ve bilişsel-davranışsal çerçevenin teorik temelleriyle tutarlı olduğundan emin olundu. Bu çalışmanın teorik katkılarına temel teşkil eden güçlü tema ve kategorilerin oluşturulması, bu çok aşamalı prosedür sayesinde daha kolay hale geldi.

3.7.ARAŞTIRMACININ ROLÜ

Nitel araştırmalarda araştırmacının rolü, çalışmanın geçerliliğini ve güvenilirliğini sağlamada kritik öneme sahiptir. İki temel faktör, araştırmacı önyargısı ve tepkiselliktir. Bu hususlar araştırmayı önemli ölçüde etkilemektedir. Araştırmacı önyargısı, kişisel teoriler, inançlar ve algılardan kaynaklanan öznelliği ifade etmektedir. Bu tür önyargıları ortadan kaldırmak mümkün olmasa da, bunları kabul etmek ve ele almak esastır. Araştırmacı potansiyel önyargıları belirler ve bunların etkilerini azaltacak stratejileri ana hatlarıyla belirleyerek çalışmaya dengeli bir yaklaşım sağlar (Charmaz 2015).

Tepkisellik, araştırmacının katılımcılar ve araştırma ortamı üzerindeki etkisiyle ilgilidir. Araştırmacı bu etkiyi ortadan kaldırmaya çalışmak yerine, onu anlamaya ve yapıcı bir şekilde kullanmaya çalışır. Araştırma süreci boyunca araştırmacı, karşıt perspektiflerin, sistematik prosedürlerin ve esneklik, bilimsel titizlik ve yaratıcılık arasındaki dengenin nasıl korunduğu üzerine düşünür. Ayrıca araştırmacı, kişisel ve sosyal özelliklerin araştırma konusunu nasıl etkilediğini inceler (Rockhill 1982; Yıldırım ve Şimsek 2018).

Araştırmacı, önyargıyı azaltmak için bulguları, kavramları ve bunların ilgili alanlardaki meslektaşlarıyla ilişkilerini çapraz kontrolden geçirir. Bu işbirlikçi çaba yeni içgörüler sunar ve teorik duyarlılığı artırır. Bulgular ve sonuçlar, araştırmacının önyargılarından ziyade görüşmelerden, gözlemlerden, notlardan ve katılımcıların yaşam deneyimlerinden elde edilir (Rockhill 1982; Yıldırım ve Şimsek 2018).

Yukarıda belirtilenler doğrultusunda araştırmacının mesleki ve iş yaşantısı, araştırma sürecinde önemli bir rol oynamıştır. Araştırmacı yüksek lisans tez çalışmasını aynı konu üzerinde yürütmüş ve bu süreçteki deneyimi doktora tez çalışması için temel oluşturmuştur. Daha sonraki eğitim hayatı süresinde bilişsel ve davranışçı terapi eğitimi almış, erkek ruh sağlığı ve erkek depresyonu ile ilgili nicel ve nitel yöntemlerin kullanıldığı araştırmalar gerçekleştirmiştir. Araştırmacının bu deneyimleri mevcut araştırma sürecinde erkeklerin depresyon deneyimlerini anlamasına yardımcı olmuştur. Araştırmacı, kendi önyargıları ve bakış açıları doğrultusunda, bulgularını ve sonuçlarını genellenebilirlik ve tekrarlanabilirlik ilkelerine değil, katılımcı görüşmelerine, gözlemlerine, notlarına, verilerine ve yaşam deneyimlerine

dayandırmıştır. Ayrıca, bir araştırma stratejisi olan gömülü kuram yöntemi de araştırmacının rolünü etkilemiştir. Gömülü kuram yaklaşımının yöntemsel stratejisinin, araştırmacının araştırmaya bağlı kalmasını garanti ettiği ve öznel değerlendirmeleri azalttığı söylenebilir. Bu nedenle, araştırmacı nesnelliği korumaya çok dikkat etmiş ve tüm araştırma boyunca genel araştırma ilke ve prosedürlerine bağlı kalmıştır.

3.8. ETİK DEĞERLENDİRMELER

Araştırmanın yürütülebilmesi amacıyla Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04.04.2022 tarihli (Karar No:E-71522473-050.01.04-121342-90) yazılı izin alındı (EK 14). Online veri toplama formunda katılımcılara katılımlarının gönüllü olduğu ve istedikleri zaman herhangi bir sonuç olmaksızın çalışmadan ayrılacakları bilgisi verildi (EK 15). Katılımcıların çalışmaya katılmaya gönüllü olup olmadıklarını belirtmek için çevrimiçi form üzerinde bir onay düğmesi oluşturuldu. Derinlemesine bireysel görüşme öncesi katılımcılara çalışmanın amacı sözel olarak açıklandı ve görüşmeyi kayıt altına almak için onamları alındı. Ayrıca, katılımcılara ölçeklerden (EDRÖ-22, HSA-9) aldıkları puan aralıklarına göre depresyon ve destek alabilecekleri sağlık profesyonelleri hakkında bilgi verildi.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırmanın çeşitli sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, çevrimiçi veri toplama yönteminde katılımcılar bilgisayar/akıllı telefon ve internet erişimi olanları kapsamaktadır ve bu da araştırılan araştırma grubunun kapsamını ve bulguların daha geniş erkek nüfusuna genellenebilirliğini sınırlandırabilir. Teknolojik olanaklara erişimi olmayan katılımcıları dahil etmek için alternatif yöntemler geliştirmek, Türk erkekleri hakkında ek bilgi sağlayabilir. Bu nedenle, katılımcıların internet erişimine ve anketi tamamlayabilecek okuryazarlığa sahip olduğunu vurgulamak önemlidir. İkinci olarak, bu tür yüksek motivasyonlu ve kendi kendini seçen örneklemelere dayanan bulguları

ihtiyatlı bir şekilde yorumlamak önemlidir. Çoğu anket çalışmasında olduğu gibi, öz bildirim bir sınırlamadır.

Üçüncüsü, nicel verilerin elde edilmesindeki kesitsel tasarımın ölçüm araçlarının zaman içindeki istikrarını ve tahmin gücünü yeterince değerlendirmesi gerekmektedir, bu da nedensel ilişkiler kurmayı zorlaştırmaktadır. Son olarak, nitel araştırma, doğası gereği, sonuçları yalnızca çalışmayla doğrudan ilgili durumlara geniş bir şekilde uyarlama pratiğini benimser. Nitel araştırma, nicel metodolojilerin aksine, örneklemden daha büyük popülasyona genelleme yapmaya çalışmayarak örneklemini tüm popülasyona eşitleyen indirgemeci bir yaklaşımdan kaçınır. Sonuç olarak, nitel araştırma bulgularını genellemek mümkün değildir. Kuramsal doygunluğa ulaşmak için bu çalışmada, gömülü kuram metodolojisinin temel bir ilkesi olan teorik örnekleme kullanılmış ve 23 erkek katılımcı yer aldı.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları ‘nicel bulgular’, ‘nitel bulgular’ ve ‘gömülü kuramın belirlenmesi’ olarak üç bölümde sunuldu.

4.1. NİCEL BULGULAR

Erkeklerde tipik depresyon belirtilerinin, benimsenen erkeklik normları ve erkek depresyonu belirtileri arasındaki ilişkideki aracılık etkisinin incelenmesine ilişkin bulgular bu bölümde verildi.

4.1.1. Katılımcıların Özellikleri (Nicel)

Katılımcıların yaş ortalaması $34,48 \pm 10,01$, %52,3’ü il merkezinde yaşamakta, %62,1’i evli, %38’i lise mezunudur. Katılımcıların 58,9’u depresyon tanısı olmadığını ancak depresif hissettiğini, %10,6’sı depresyon tanısı aldığını, %17,1’i intihar düşüncesinin olduğunu ve bunların %7,0’si intihar girişiminde bulunduğunu bildirdi. Ayrıca katılımcıların %49,0’u depresyon tedavisinde “bir terapistle bire bir bireysel psikoterapi”nin, %25,7’si “tedaviye gerek yok/bekle ve sonucu gör/akışına bırak”manın, %24,9’u “ilaç tedavisi”nin, %17,7’si “kendi kendine geçecek”i ve %10,9’u “depresyonda olan diğer insanların yer aldığı grup psikoterapisi”nin etkili olacağını bildirirken %13,2’si bu seçeneklerden hiçbirinin etkili olmadığını/olmayacağını bildirdi (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların özellikleri

Değişken		Ort±SS	Min-Max
Yaş		34,48±10,01	18-64
		n	%
Yaşanan yer	İl merkezi	592	52,3
	İlçe/Kasaba	478	42,2
	Köy	63	5,6
Medeni durum	Evli	704	62,1
	Bekar	376	33,2
	Nişanlı	16	1,4
	Boşanmış	35	3,1
	Dul	2	0,2
Eğitim durumu	Okur-yazar	4	0,4
	İlkokul	92	8,1
	Ortaokul	145	12,8
	Lise	431	38,0
	Ön lisans	128	11,3
	Lisans	291	25,7
	Yüksek lisans	37	3,3
	Doktora	5	0,4
Depresyon yaşama durumu	Depresyon tanısı almadı ancak depresif hissetti	667	58,9
	Depresyon tanısı almadı ve depresif hissetti	346	30,5
	Depresyon tanısı aldı	120	10,6
İntihar düşüncesi	Olmadı	939	82,9
	Oldu	194	17,1
İntihar girişimi durumu	Bulunmadı	115	10,2
	Bulundu	79	7,0
Depresyon tedavisi hakkında görüş	İlaç tedavisi	282	24,9
	Bir terapistle bire bir bireysel psikoterapi	555	49,0
	Depresyonda olan diğer insanların yer aldığı Grup psikoterapisi	124	10,9
	Kendi kendine geçecektir	201	17,7
	Tedaviye gerek yok/bekle ve sonucu gör/akışına bırak	291	25,7
	Hiçbiri	150	13,2
Toplam		1133	100,0

4.1.2. Tanımlayıcı İstatistikler ve Korelasyon Analizi

Araştırma değişkenlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendi. Katılımcıların EDRÖ-22, HSA-4 ve ENUE-30 puan ortalamaları sırasıyla 32,15±27,40; 4,62±3,43 ve 97,48±24,62'dir. Ölçek toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; EDRÖ-22 ile HSA-4 ($r=0,653$; $p<0,05$) ve ENUE-30 ($r=0,362$; $p<0,05$) arasında pozitif yönde

ilişki görüldü. Ayrıca HSA-4 ile ENUE-30 arasında pozitif ($r=0,343$; $p<0,05$) ilişki bulundu (Tablo 19).

Tablo 19. Ölçeklere ait tanımlayıcı istatistikler ve toplam puanlar arasındaki korelasyon

	Min-Max	Ort±SS	EDRÖ-22	HSA-4	ENUE-30
EDRÖ-22	0,00-154,00	32,15±27,40	r 1 p 0,001	0,653* 0,001	0,362* 0,001
HSA-4	0,00-12,00	4,62±3,43	r p	1	0,343* 0,001
ENUE-30	30,00-180,00	97,48±24,62	r p		1

Katılımcıların EDRÖ-22'den aldıkları puanların ölçek kesme puanlarına göre dağılımlarına bakıldığında %41,3'ü $<20,5$ puan, %36,4'ü $20,5 \leq x \leq 36,5$ ve %22,3'ü $>36,5$ aralığında olduğu görüldü (Tablo 20).

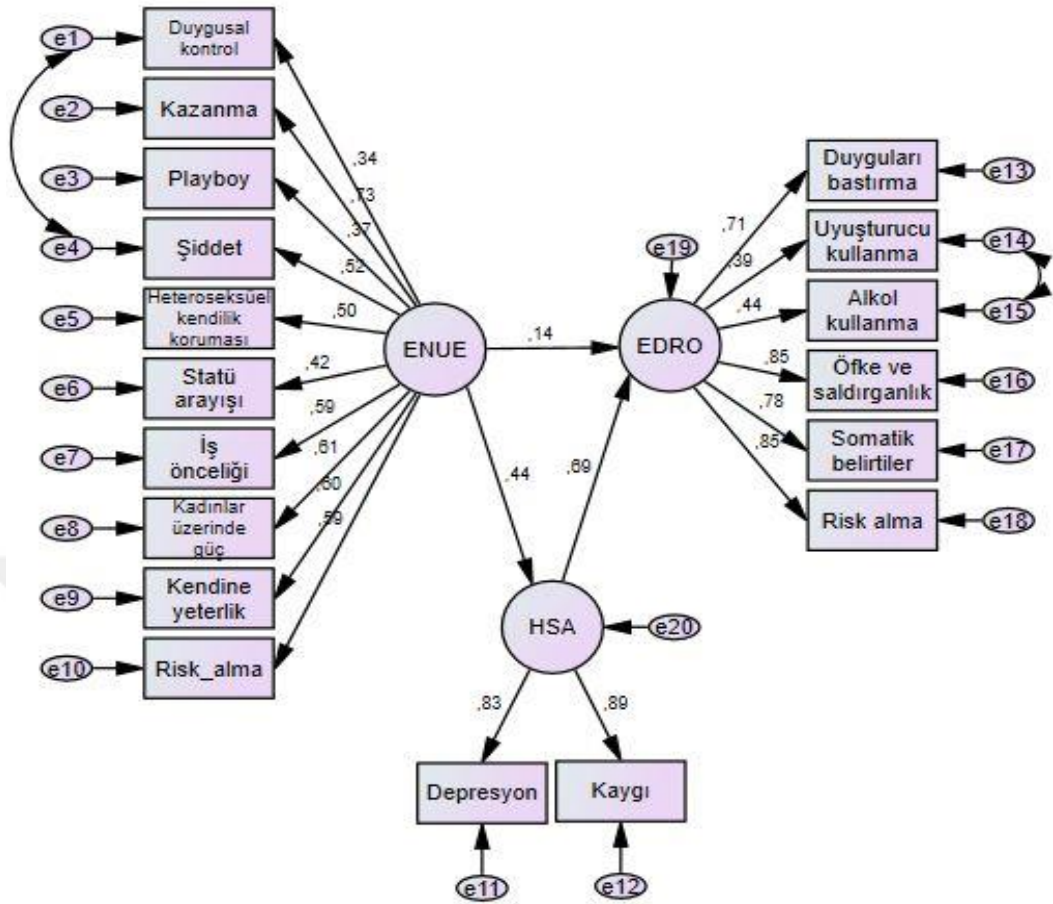
Tablo 20. Katılımcıların EDRÖ-22 puan aralığı dağılımı

EDRÖ-22 puan aralığı	n	%
$x < 20,5^a$	468	41,3
$20,5 \leq x \leq 36,5^b$	253	22,3
$x > 36,5^c$	412	36,4

^aDüşük depresyon ve intihar riski; ^bDepresif ve düşük intihar riski; ^cDepresyonda ve intihar riski yüksek

4.1.3. Yapısal Eşitlik Modeli Analiz Bulguları

Benimsenen eril normlar ve eril depresyon belirtileri arasındaki ilişkide tipik depresyon belirtilerinin aracılık etkisini belirlemek amacıyla yapısal eşitlik modeli kullanıldı. Bu modellemede, ilk olarak 3 faktör-boyutun gizil değişken (EDRÖ-22, HSA-4, ENUR-30) ve bu faktörleri oluşturan boyutların (duyguları bastırma, uyuşturucu madde kullanma, alkol kullanma, öfke ve saldırganlık, somatik belirtiler ve risk alma; depresyon, anksiyete; duygusal kontrol, kazanma, playboy, şiddet, heteroseksüel kendilik koruması, statü arayışı, iş önceliği, kadınlar üzerinde güç, kendine yeterli ve risk alma alt boyutlarının) gösterge değişken olarak yer aldığı yapısal eşitlik modeli Şekil 8'de oluşturuldu.



Şekil 8. Path (yol) modeli

Elde edilen modelin uyum indekslerine bakıldı ve modelin genel olarak iyi uyum sağladığı görüldü ($\chi^2/df=6,771$; $GFI=0,915$; $AGFI=0,889$; $TLI=0,883$; $CFI=0,901$; $RMSEA=0,071$ ve $SRMR=0,055$) (Tablo 21).

Tablo 21. Uyum iyiliği indeks değerleri

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuçlar
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 4$	6,771
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,915
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	0,889
TLI	$0.95 \leq TLI \leq 1$	$0.90 \leq TLI \leq 0.95$	0,883
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0,901
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,071
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.08$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,055

Daha sonra modelde yer alan yollar ve modele ilişkin parametre tahminleri incelendi, bulgular Tablo 22’de verildi. Path modeline göre ENUE-30 ölçümünün HSA-4 ölçümü üzerinde pozitif yönde ($p=0,001$, $Beta=0,441$) ve HSA-4 ölçümünün EDRÖ-22 ölçümü üzerinde pozitif yönde ($p=0,001$, $Beta=0,694$) etkisi olduğu bulundu. EDRÖ-22 ($p=0,001$, $Beta=-0,306$) ölçümü üzerinde ENUE-30 ölçümünün etkisinde HSA-4 ölçümünün aracı bir rol üstlendiği tespit edildi.

Tablo 22. Direct ve indirect etkilerin incelenmesi

	ENUE-30	HSA-4
	B-St error (%95 CI)	B-St error (%95 CI)
	p	p
HSA-4	0,441-0,030 (0,388-0,488) (0,001*)	-
EDRÖ-22	0,306-0,024 (0,266-0,346) (0,001*)	0,694-0,027 (0,648-0,736) (0,001*)

*: $p<0,05$

4.1.4. Nitel Aşamaya Katılan Katılımcılara İlişkin Nicel Bulgular

4.1.4.1. Katılımcıların özellikleri (nitel)

Katılımcıların yaş aralığı 25-55’tir (ort: $32,96\pm9,168$). Katılımcıların 5’i lise, 3’ü önlisans, 7’si lisans, 4’ü yüksek lisans, 1’i ilkokul, 1’i doktora mezunu iken 1’i lisans ve 1’i ön lisans öğrencidir. Katılımcıların 7’si evli, 4’ü bir işte çalışmamakta, aylık ortalama gelirleri 10.000 TL ile 75.000 TL arasında değişmekte, 13’ü gelir durmunu orta, 8’i yüksek ve 2’si düşük olarak değerlendirmektedir. Katılımcılar ülkenin çeşitli illerinde yaşamaktadır: Adana (n=1), Ankara (n=1), Aydın (n=1), Bingöl (n=1), Çanakkale (n=2), Gaziantep (n=1), Hatay (n=2), İstanbul (n=3), İzmir (n=2), Kahramanmaraş (n=4), Kayseri (n=1), Mersin (n=1), Niğde (n=2), Sakarya (n=1). Katılımcıların 14’ü il merkezinde, 9’u ilçede yaşamaktadır. Katılımcıların 11’ine depresyon tanısı konmamış ancak kendini depresif hissetmiş, 6’sına depresyon tanısı konmamış ve depresif hissetmemiş, diğer 6’sı tıbbi olarak depresyon tanısı almıştır (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcı sosyo-demografik özellikler (Nitel Aşama)

Katılımcı	Yaş	Eğitim durumu	Medeni durum	Çalışma Durumu	Aylık gelir	Algılanan gelir	Yaşanılan il	Şuan yaşınan yer	Depresyon tanısı
K1	32	Üniversite	Bekar	Çalışıyor	60.000	Orta	İstanbul	İl Merkezi	Depresyon tanısı konmuş
K2	29	Üniversite	Bekar	Çalışıyor	60.000	Orta	Kahramanmaraş	İl Merkezi	Depresyon tanısı konmuş
K3	55	Yüksek lisans	Evli	Çalışıyor	45.000	Düşük	Kahramanmaraş	İl Merkezi	Depresyon tanısı konmamış ancak depresif hissetmiş
K4	26	Üniversite	Bekar	Çalışmıyor	25.000-30.000	Düşük	Gaziantep	İl Merkezi	Depresyon tanısı konmamış ancak depresif hissetmiş
K5	37	Lise	Evli	Çalışıyor	30.000	Yüksek	İstanbul	İl Merkezi	Depresyon tanısı konmamış ve depresif hissetmemiş
K6	33	Yüksek lisans	Bekar	Çalışıyor	17.000	Düşük	İzmir	İl Merkezi	Depresyon tanısı konmamış ve depresif hissetmemiş
K7	25	Önlisans öğrenci	Bekar	Çalışıyor	35.000	Düşük	Niğde	İlçe	Depresyon tanısı konmamış ancak depresif hissetmiş
K8	31	Lise	Bekar	Çalışıyor	35.000-40.000	Düşük	Sakarya	İlçe	Depresyon tanısı konmamış ancak depresif hissetmiş
K9	30	Üniversite	Evli	Çalışıyor	26.000	Düşük	Hatay	İlçe	Depresyon tanısı konmamış ancak depresif hissetmiş
K10	55	İlkokul	Bekar	Çalışmıyor	11.000	Düşük	Adana	İlçe	Depresyon tanısı konmamış ancak depresif hissetmiş
K11	35	Yüksek lisans	Bekar	Çalışmıyor	10.000	Düşük	Hatay	İlçe	Depresyon tanısı konmamış ve depresif hissetmemiş
K12	25	Önlisans	Bekar	Çalışıyor	40000	Orta	Niğde	İl Merkezi	Depresyon tanısı konmamış ancak depresif hissetmiş
K13	29	Önlisans	Bekar	Çalışıyor	25.000-30.000	Düşük	Çanakkale	İlçe	Depresyon tanısı konmamış ve depresif hissetmemiş
K14	25	Lisans öğrenci	Bekar	Çalışmıyor	11.000	Orta	Aydın	İlçe	Depresyon tanısı konmamış ancak depresif hissetmiş
K15	25	Üniversite	Bekar	Çalışıyor	70.000	Yüksek	İzmir	İl Merkezi	Depresyon tanısı konmamış ve depresif hissetmemiş
K16	25	Önlisans	Bekar	Çalışıyor	10.000	Orta	Çanakkale	İlçe	Depresyon tanısı konmamış ancak depresif hissetmiş
K17	51	Lise	Evli	Çalışıyor	20.000	Düşük	Kahramanmaraş	İl Merkezi	Depresyon tanısı konmuş
K18	27	Üniversite	Evli	Çalışıyor	35.000-40.000	Orta	Kahramanmaraş	İl Merkezi	Depresyon tanısı konmuş
K19	29	Üniversite	Evli	Çalışıyor	60.000	Orta	İstanbul	İl Merkezi	Depresyon tanısı konmuş
K20	38	Lise	Diğer	Çalışıyor	17.000	Düşük	Kayseri	İl Merkezi	Depresyon tanısı konmuş
K21	33	Doktora	Bekar	Çalışıyor	75.000	Düşük	Bingöl	İl Merkezi	Depresyon tanısı konmamış ancak depresif hissetmiş
K22	27	Lise	Bekar	Çalışıyor	45.000	Düşük	Mersin	İlçe	Depresyon tanısı konmamış ancak depresif hissetmiş
K23	36	Yüksek lisans	Evli	Çalışıyor	65.000	Orta	Ankara	İl Merkezi	Depresyon tanısı konmamış ve depresif hissetmemiş

4.1.4.2. Katılımcıların ölçeklerden almış oldukları puanlar

Katılımcıların ENUE-30 puan dağılımları incelendi. Duygusal kontrol alt boyut puan aralığı 1,67-5,33; kazanma alt boyut puan aralığı 2,00-6,33; playboy alt boyut puan aralığı 1,00-6,33; şiddet alt boyut puan aralığı 2,33-4,66; heteroseksüel kendilik koruması alt boyut puan aralığı 1,67-6,33; statü arayışı alt boyut puan aralığı 1,33-5,66; iş önceliği alt boyut puan aralığı 1,33-6,00; kadınlar üzerindeki güç alt boyut puan aralığı 1,33-6,00; kendine yeterlilik alt boyut puan aralığı 2,33-4,66; risk alma alt boyut puan aralığı 1,33-6,33 ve toplam puan 2,80-4,83 aralığında değişmektedir (Tablo 24).

Katılımcıların EDRÖ-22 puan dağılımları incelendi. Duyguları bastırma alt boyut puan aralığı 0-26, uyuşturucu kullanma alt boyut puan aralığı 0-18, alkol kullanma alt boyut puan aralığı 0-28, öfke ve saldırganlık alt boyut puan aralığı 1-24, somatik belirtiler alt boyut puan aralığı 0-31, risk alma alt boyut puan aralığı 1-18 ve toplam puan 2-141 aralığında değişmektedir. Ayrıca depresyon ve intihar öykülerine göre kesme puan dağılımları incelendi. Buna göre katılımcıların 21'inde depresyon ve intihar riski var, 2'sinde depresyon ve intihar riski yoktur (Tablo 25).

Tablo 24. Katılımcıların ENUE-30'dan almış oldukları puanların dağılımı

Katılımcı	ENUE-30										Toplam
	Duygusal kontrol	Kazanma	Playboy	Şiddet	Heteroseksüel kendilik koruması	Statü arayışı	İş önceliği	Kadınlar üzerindeki güç	Kendine yeterlilik	Risk alma	
K1	2,33	4,67	5,33	3,33	5,00	1,33	5,33	5,33	3,67	5,33	4,17
K2	4,00	4,33	3,67	3,67	4,33	1,33	4,00	4,00	4,33	3,67	3,73
K3	5,00	3,00	3,33	4,00	2,67	4,67	3,00	2,33	3,33	2,67	3,40
K4	4,33	3,00	3,67	3,67	2,00	3,33	2,00	3,33	3,67	2,00	3,10
K5	5,00	2,00	2,33	4,33	2,00	5,67	1,67	1,33	2,67	1,67	2,87
K6	3,67	2,33	2,33	2,67	2,67	4,33	2,00	2,67	3,00	2,33	2,80
K7	2,67	2,00	3,00	4,00	2,67	4,67	2,67	3,33	4,00	2,00	3,10
K8	4,67	2,33	2,00	3,33	2,33	5,00	2,67	3,33	3,67	1,33	3,07
K9	3,33	3,00	2,00	3,00	2,00	4,33	2,33	2,67	4,33	3,00	3,00
K10	2,33	5,33	6,00	2,33	6,00	1,67	5,00	5,00	4,67	5,00	4,33
K11	5,00	3,67	2,00	3,00	2,33	4,67	2,33	3,00	3,33	3,00	3,23
K12	3,33	2,67	4,00	4,33	3,33	3,00	2,67	3,33	3,33	3,67	3,37
K13	5,33	2,33	1,67	3,67	1,67	5,00	2,00	2,33	2,33	2,00	2,83
K14	5,33	2,33	2,67	4,33	2,33	5,00	1,33	2,33	3,00	2,00	3,07
K15	4,67	2,67	1,00	4,67	2,33	4,67	2,00	1,67	3,33	1,33	2,83
K16	4,33	3,00	3,00	4,00	2,67	5,00	1,67	3,00	3,00	2,00	3,17
K17	4,33	4,33	6,33	3,33	5,00	2,33	5,00	5,33	3,67	5,67	4,53
K18	4,00	5,33	5,00	4,00	4,67	4,00	5,33	5,33	4,00	5,67	4,73
K19	1,67	5,00	5,33	4,33	5,00	4,00	6,00	6,00	3,00	5,00	4,53
K20	4,00	6,33	4,00	4,67	6,33	2,33	5,00	5,33	4,00	6,33	4,83
K21	3,67	3,00	2,00	3,67	4,00	4,00	2,00	2,67	4,00	2,67	3,17
K22	4,67	4,67	2,00	3,67	6,00	5,33	4,33	4,67	4,00	5,00	4,43
K23	3,33	4,33	1,00	3,33	6,00	4,67	2,00	2,67	3,33	5,00	3,57

Tablo 25. Katılımcıların EDRÖ-22’den almış oldukları puanların dağılımı

Katılımcı	EDRÖ-22						Toplam	Grup
	Duyguları bastırma	Uyuşturucu kullanma	Alkol kullanma	Öfke saldırganlık	Somatik belirtiler	Risk alma		
K1	23,00	18,00	23,00	23,00	20,00	15,00	122,00	Depresyon ve intihar riski var
K2	17,00	8,00	12,00	16,00	15,00	11,00	79,00	Depresyon ve intihar riski var
K3	9,00	6,00	9,00	6,00	9,00	5,00	44,00	Depresyon ve intihar riski var
K4	12,00	6,00	12,00	14,00	14,00	7,00	65,00	Depresyon ve intihar riski var
K5	6,00	4,00	7,00	9,00	5,00	6,00	37,00	Depresyon ve intihar riski var
K6	10,00	7,00	7,00	10,00	7,00	6,00	47,00	Depresyon ve intihar riski var
K7	9,00	13,00	9,00	11,00	12,00	8,00	62,00	Depresyon ve intihar riski var
K8	12,00	7,00	9,00	10,00	9,00	6,00	53,00	Depresyon ve intihar riski var
K9	8,00	8,00	12,00	12,00	10,00	10,00	60,00	Depresyon ve intihar riski var
K10	17,00	13,00	18,00	18,00	17,00	12,00	95,00	Depresyon ve intihar riski var
K11	7,00	12,00	9,00	9,00	10,00	6,00	53,00	Depresyon ve intihar riski var
K12	12,00	11,00	19,00	15,00	13,00	12,00	82,00	Depresyon ve intihar riski var
K13	9,00	7,00	6,00	7,00	6,00	6,00	41,00	Depresyon ve intihar riski var
K14	5,00	8,00	9,00	12,00	9,00	5,00	48,00	Depresyon ve intihar riski var
K15	6,00	6,00	8,00	6,00	6,00	6,00	38,00	Depresyon ve intihar riski var
K16	11,00	7,00	10,00	7,00	11,00	8,00	54,00	Depresyon ve intihar riski var
K17	19,00	18,00	18,00	24,00	14,00	15,00	108,00	Depresyon ve intihar riski var
K18	21,00	15,00	14,00	21,00	17,00	14,00	102,00	Depresyon ve intihar riski var
K19	20,00	16,00	21,00	19,00	21,00	17,00	114,00	Depresyon ve intihar riski var
K20	26,00	18,00	28,00	20,00	31,00	18,00	141,00	Depresyon ve intihar riski var
K21	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	2,00	Depresyon ve intihar riski yok
K22	13,00	0,00	0,00	17,00	3,00	7,00	40,00	Depresyon ve intihar riski var
K23	12,00	0,00	0,00	1,00	2,00	2,00	17,00	Depresyon ve intihar riski yok

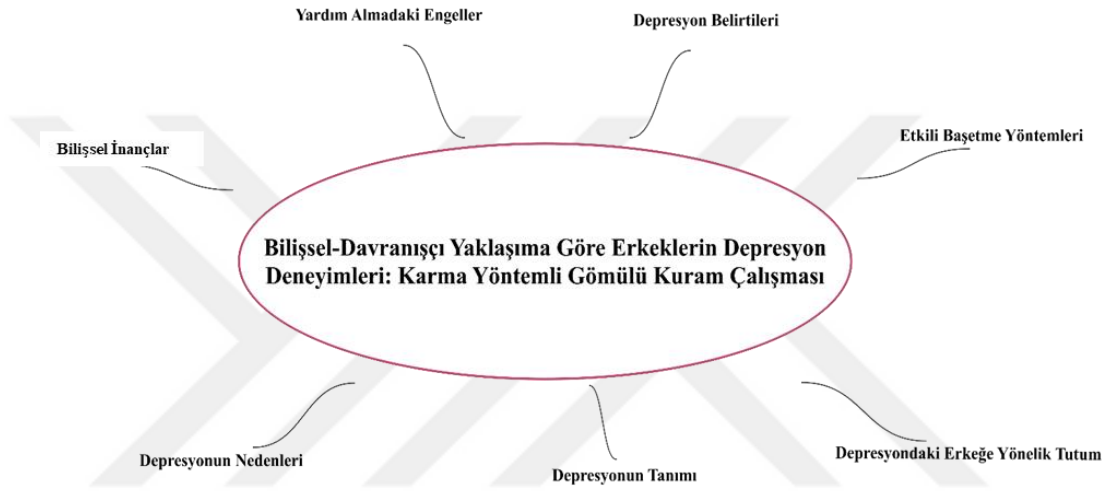
Katılımcıların HSA-9'dan almış oldukları puanların dağılımları incelendi. HSA-9 toplam puan dağılımı 2 ile 26 arasında değişmektedir. HSA-9 puanlarına göre katılımcıların 7'si orta derece depresyon, 7'si şiddetli depresyon, 6'sı hafif depresyon, 2'si kısmen şiddetli depresyon ve 1'i minimum düzeyde depresyon belirtileri göstermektedir (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların HSA-9'dan almış oldukları puanların dağılımı

Katılımcı	HSA-9	HSA-9 Grup
K1	21,00	Şiddetli depresyon
K2	17,00	Kısmen şiddetli depresyon
K3	7,00	Hafif depresyon
K4	10,00	Orta derece depresyon
K5	5,00	Hafif depresyon
K6	7,00	Hafif depresyon
K7	13,00	Orta derece depresyon
K8	13,00	Orta derece depresyon
K9	16,00	Kısmen şiddetli depresyon
K10	23,00	Şiddetli depresyon
K11	7,00	Hafif depresyon
K12	22,00	Şiddetli depresyon
K13	6,00	Hafif depresyon
K14	10,00	Orta derece depresyon
K15	5,00	Hafif depresyon
K16	12,00	Orta derece depresyon
K17	24,00	Şiddetli depresyon
K18	22,00	Şiddetli depresyon
K19	26,00	Şiddetli depresyon
K20	23,00	Şiddetli depresyon
K21	2,00	Minimumum
K22	11,00	Orta derece depresyon
K23	10,00	Orta derece depresyon

4.2. NİTEL BULGULAR

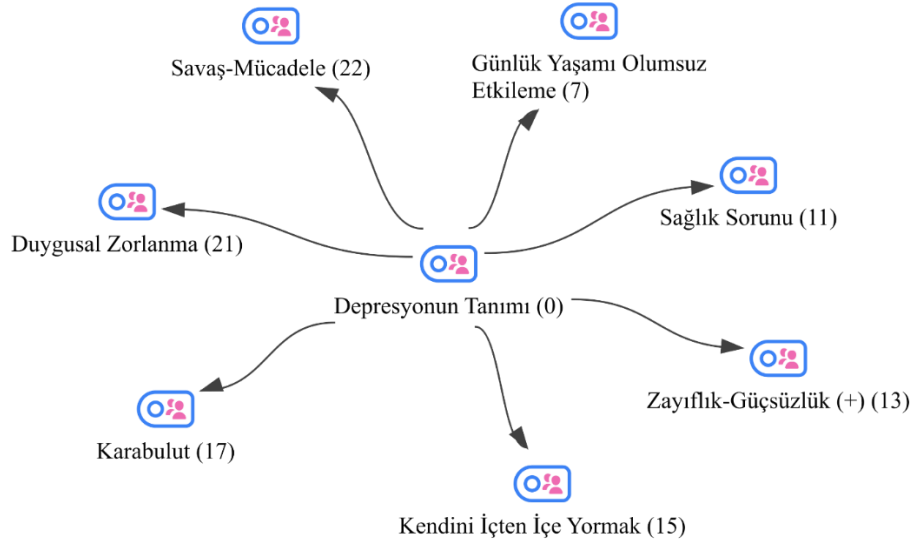
Bu bölümde erkeklerinin cinsiyet rolleri bağlamında depresyon deneyimlerine ilişkin niteliksel bulgular sunuldu. Veri çözümlemesi sonucu elde edilen bulgular 7 tema üzerinde incelendi ve bu temalara ilişkin kategori ve alt kategoriler aşağıda verildi. Temalar; “Depresyonun tanımı, Bilişsel inançlar, Depresyonun nedenleri, Depresyon belirtileri, Yardım almadaki engeller, Etkili başetme yöntemleri, Depresyondaki erkeğe yönelik tutum” dur (Şekil 9).



Şekil 9. Temalar

4.2.1. Depresyonun Tanımı

Araştırmanın ilk teması olan “Depresyonun Tanımı” teması 8 farklı kategori altında incelenmiştir. Bunlar; Savaş-mücadele, Duygusal zorlanma, Kara bulut, Kendini içten içe yormak, Sağlık sorunu, Zayıflık-güçsüzlük, Günlük yaşamı olumsuz etkileme, Yıkım’ dır (Şekil 10).



Şekil 10. Depresyonun tanımı

4.2.1.1. Savaş-mücadele

Bu alt kategori katılımcıların depresyonu yoğun bir iç mücadele ve duygusal savaş olarak algılamalarını yansıtmaktadır. İfadeler, bireylerin depresyonu kendi içlerinde süregelen bir mücadeleye benzeyen derin bir duygusal kargaşa durumu olarak nasıl tanımladıklarını göstermektedir.

Katılımcılar depresyonu metaforik olarak “karanlık bir duygusal durumda” olmaya veya “bir bataklığa batmaya” benzeterek deneyimin acımasız doğasını vurgulamışlardır. Mücadeleye ikili bir farkındalık damgasını vurmaktadır: Katılımcılar umutsuzluk tarafından tüketilmeye direnme çabalarının farkına varırken, aynı zamanda bunun tarafından boğulmuş hissetmektedirler. Bu gerilim depresyonun paradoksal doğasını, yaygın bir umutsuzluk duygusunun ortasında umut için verilen mücadeleyi yansıtmaktadır:

"Depresyon kelimesini duyduğumda aklıma ilk olarak insanların yaşadığı derin ve karanlık duygusal haller geliyor. Kafamda, kişisel ve duygusal bir savaş gibi bir şey canlanıyor. Yani, bir kişinin kendi içinde savaş verdiği, her şeyin zor ve ümitsiz olduğu bir dönem." (K4)

"Bana göre depresyon insanın kendini derin bir bataklıkta dibe batmamak için çırpınması gibi bir şey. Her çırpınmada aslında biraz daha battığının hem farkında olmak hem de olamamak. Çünkü hayatın sunduğu anlık iyilik ya da mutluluk depresyon tanısı koyulmuş insanlarda süreçlerinin bilinenden uzak olmasına sebep oluyor." (K1)

4.2.1.2. Duygusal zorlanma

Katılımcılar depresyonu duygusal bir zorlanma, bunaltıcı ve çözülmemiş duygular içinde kapana kısılmış olma hali olarak tanımlamıştır. Bu, depresyonun üzüntüden daha fazlası olarak algılandığını, çaresizlik ve iç kargaşa duygularını içerdiğini yansıtmaktadır.

“Depresyon bana göre duyguların içinde çıkmazda olmak diyebilirim.” (K3)

4.2.1.3. Kara bulut

Bu alt kategori depresyonu, hayatın üzerine yayılan, onu gölgeleyen ve parlaklığını azaltan metaforik bir “kara bulut” olarak tasvir etmektedir. Katılımcılar bu durumu, depresyonun yaygın ve ağır doğasını yansıtan baskıcı bir varlık olarak tanımlamıştır. Bu metafor, depresyonun hayatın tüm yönlerini nasıl etkilediğini, sürekli bir kasvet ve duygusal ağırlık hissi yarattığını vurgulamaktadır.

“Depresyonu kara buluta benzeterek aslında bu duygunun hayatımızı nasıl etkileyebileceğini anlatmak istedim. Kara bulutlar gökyüzünde gezinirken her şeyin üzerine karanlık bir örtü gibi yayılırlar. Aynı şekilde, depresyon da hayatın üzerine bir tür karanlık çökertir.” (K4)

4.2.1.4. Kendini içten içe yormak

Bu alt kategori, katılımcıların depresyonu kendi kendini yaralayan bir duygusal ve zihinsel yorgunluk hali olarak algılamalarını yansıtmaktadır. Tanım, bireylerin kendilerini nasıl aşırı düşünme ve kendini suçlama döngüsüne hapsolmuş hissedebileceklerini ve bunun da tükenmeye yol açabileceğini vurgulamaktadır. Katılımcılar, kendilerini duygusal acılarının hem nedeni hem de kurbanı olarak algıladıklarını ve mücadeleyi yoğunlaştıran sıkıntının tekrarlayan doğasını vurgulamıştır.

“Depresyon benim için kendini içten içe çok yormak. Bile isteye ben bazı durumlarda bunun bile isteğe olduğunu düşünüyorum. Kendini üzme düşünceleriyle yormak diyebilirim. Bir şey seni birden fazla kez üzüyorsa ve sen bunun sonucunda hala üzülüp kırılıp inciniyorsan hatalı da sensin bile bile kendini üzen de sensin.” (K5)

4.2.1.5. Sağlık sorunu

Bu alt kategori depresyonu bireyin ruh halini, düşüncelerini ve davranışlarını olumsuz etkileyen bir sağlık durumu olarak çerçevelemektedir. Katılımcılar depresyonun sadece duygusal bir durum değil, dikkat edilmesi gereken ciddi bir sağlık sorunu olduğunu vurgulayarak genel refah üzerindeki etkisini vurgulamışlardır.

“Bana göre depresyon insanın ruh halini düşüncelerini davranışlarını olumsuz yönde etkileyen bir sağlık durumudur.” (K2)

4.2.1.6. Zayıflık-güçsüzlük

Bu alt kategori, özellikle toplumsal beklentilerin depresif deneyimlerin kabul edilmesini veya ele alınmasını engelleyebildiğini; erkekler arasında, depresyonun bir zayıflık işareti olarak algılanmasını yansıtmaktadır.

“Yani güçlü olmazsan, sende oturup ağlayacaksan nasıl dönecek bu devran. Bana depresyon zayıflık gibi geliyor. Öyle söyleyeyim.” (K21)

“Ama erkekler için bu durum pek de geçerli değil. Erkekler bu durumu zayıflık, güçsüzlük olarak algıladıkları için belki de çoğu erkek depresyonun ne olduğunu bile bilmiyordur.” (K3)

4.2.1.7. Günlük yaşamı olumsuz etkileme

Katılımcılar depresyonu günlük yaşamı olumsuz etkileyen bir durum olarak tanımlamışlardır:

“Depresyon hani insanların kendini psikolojik olarak iyi hissetmediği ve hani günlük hayatını etkileyen karamsarlıklar bütünüdür diyebilirim. Yani insanların kendilerini kötü olarak hissettiği durumlar olarak nitelendirebiliriz.” (K9)

4.2.1.8. Yıkım

Bu alt kategoride katılımcılar depresyonun yıkım olduğunu belirtmiştir. Konuyla ilgili K23 kodlu katılımcı şunlardan bahsetmiştir:

“Bazı kelimelerin çağrıştırdıkları şeylerde değişti doğal olarak. Ya yaşadığımız deprem bizde sadece fiziksel yıkımlara sebep olmadı duygularımızı da yıktı götürdü. O yüzden depresyonu koca bir yıkıma da benzetebilirim.” (K23)

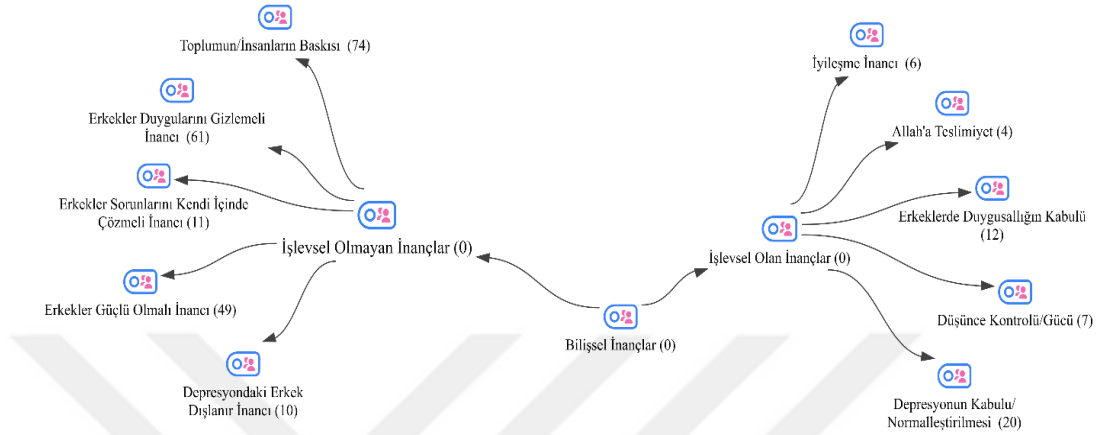
Tablo 27’de Depresyonun Tanımı temasına ilişkin katılımcıların ifadeleri yer almaktadır. Buna göre katılımcılar Savaş-Mücadele, Duygusal Zorlanma, Karabulut, Kendini İçten İçte Yorma kategorileri üzerine yoğunlaşmıştır.

Tablo 27. Depresyonun tanımı teması kod matris tarayıcısı

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	K20	K21	K22	K23	TOPL...
Depresyonun Tanımı																								0
Savaş-Mücadele																								22
Duygusal Zorlanma																								21
Karabulut																								17
Kendini İçten İçte Yorma																								15
Sağlık Sorunu																								11
Zayıflık-Güçsüzlük																								13
Günlük Yaşamı Olumsuz Etkileme																								7
TOPLAM	4	3	8	7	3	1	6	1	11	15	11	2	1	5	1	5	3	1	2	1	11	3	1	106

4.2.2. Bilişsel İnançlar

Araştırmanın diğer teması olan “Bilişsel İnanç” teması 2 farklı kategori altında incelenmiştir. Bunlar; İşlevsel olmayan inançlar, İşlevsel olan inançlar’dır. Buradaki inanç eril normlara ilişkin inançları ele almaktadır (Şekil 11).



Şekil 11. Bilişsel inançlar

4.2.2.1. İşlevsel olmayan inançlar

İşlevsel Olmayan İnançlar kategorisi 5 farklı alt kategoriden oluşmuştur. Bunlar; Toplumun/insanların baskısı, Erkekler duygularını gizlemeli inancı, Erkekler güçlü olmalı inancı, Erkekler sorunlarını kendi içinde çözmeli inancı, Depresyon ve dışlanma korkusu’ dur. Bu alt kategoriler erkeklerin depresyon deneyimlerini etkileyen işlevsel olmayan inançları kapsamaktadır.

4.2.2.1.1. Toplumun/insanların baskısı

Bu alt kategori, erkeklerin depresyon deneyimlerini ve ifadelerini şekillendirmede toplumsal ve kültürel baskıların rolünü vurgulamaktadır. Katılımcılar, geleneksel normların ve sosyal olarak yargılanma korkusunun erkekleri duygularını bastırmaya yönlendirdiğini ve yanlış bir dayanıklılık algısı yarattığını vurgulamışlardır. Toplumsal beklentilere dayanan bu bastırma, daha fazla psikolojik gerginliğe ve intihar gibi daha yüksek risklere katkıda bulunmaktadır:

“Ya erkekler belli etmiyor çünkü. Erkekler her şey yolunda gibi davranıyor. Aslında öğrendiği şeyi uyguluyor. Yansıtmadığı için erkekler depresyona girmiyor gibi gözüküyor. Ama işin aslı öyle değil. Erkekler de en az kadınlar kadar depresyona giriyor. Ama toplumsal ya da çevresinden bir dışlanma yaşamamak için bunu yansıtmıyor. Bu yüzden bütün mesele zaten. Erkeklerde çok fazla toplumsal ve çevresel baskı var. Bu da bizim adet gelenek göreneklerimizden kaynaklı. Bu yüzden erkeklerde

kadınlardan daha fazla intihar var. Bunun böyle olduğu 2 kere 2 eşittir 4 olduğu kadar açık ve belli diyebilirim.” (K6)

4.2.2.1.2. Erkekler duygularını gizlemeli inancı

Bu alt kategori, erkeklerin duygularını bastırmalarına yönelik toplumsal beklentiyi yansıtmakta ve kırılganlığı erkeklikle bağdaşmayan bir durum olarak görmektedir. Katılımcılar, kültürel normların, erkeklere kayıp gibi derin acı veren durumlarda bile güçlü ve duygusuz görünmeleri için nasıl baskı yaptığını anlatmıştır. Bu inanç, toplumsal cinsiyete dayalı kalıp yargıları sürdürmekte ve duygusal bastırmayı erkek davranışı için bir standart olarak pekiştirerek duyguları gizlemeyi vurgulamaktadır.

“Tabi, halkımız erkeklerden hep çok iyi olmasını bekliyor. Erkek gibi davranmasını asla eğilmemesini dimdik durmasını. Çoğu arkadaşımın biliyorum. Anne babalarının cenazelerinde ağlamıyorlar bile. Halbuki hakları ağlamak bir kayıp yaşıyoruz sonuçta değil mi? Ama neymiş efendim toplum içinde erkek ağlamazmış acı yaşama şeklimiz bile cinsiyetçi.” (K6)

“Çünkü diyorum ya zayıflık olarak algılanan bir şey bu. Duygular kapalı kapıların ardında kalmalı biz erkekler için. Ben kendim için de söylüyorum bunu tabi.” (K3)

4.2.2.1.3. Erkekler güçlü olmalı inancı

Bu alt kategori, erkeklerin erken yaşlardan itibaren güç ve dayanıklılık sergilemeleri gerektiği yönündeki toplumsal beklentiyi içselleştirmelerini yansıtmaktadır. Katılımcılar, kültürel normların erkeklere nasıl sorumluluk ve dayanıklılık odaklı roller yüklediğini vurgulamıştır:

“Erkeklere küçük çocukluklarından itibaren büyümek rolü veriliyor. Gez, eğlen ye iç ama ağlama. Ailene bak geçindir ama çökme.” (K5)

4.2.2.1.4. Erkekler sorunlarını kendi içinde çözmeli inancı

Bu alt kategori, erkeklerin duygusal mücadelelerini kendi başlarına halletmeleri gerektiği inancını vurgulamaktadır. Katılımcılar, toplumsal baskıların erkekleri sorunlarını içselleştirmeye, dış destek veya ifadeden kaçınmaya nasıl teşvik ettiğini, izolasyonu ve duygusal yükü daha da güçlendirdiğini anlatmıştır.

“Tabi ki de! Biz erkekler duygularını tek başına çözmeye çalışan, toplumun baskısı altında ezilen varlıklarız.” (K4)

4.2.2.1.5. Depresyondaki erkek dışlanır inancı

Bu alt kategori, erkeklerin depresyon belirtileri göstermeleri halinde sosyal veya mesleki olarak dışlanma korkusu yaşadıklarının altını çizmektedir. Katılımcılar, işyerinin ve toplumun, kırılganlık gösterdiğinde bir erkeğin gücünü ve otoritesini nasıl zayıflatabileceğini, bunun da daha fazla izolasyona ve ruh sağlığı mücadelelerini ele

alma konusunda isteksizliğe yol açabileceğini vurgulamıştır. Bu durum depresyondaki erkeklerin toplumda dışlanacağı inancını göstermektedir.

"Bir iş hayatında bir erkeğin depresyona girdiğini düşünelim. Bence dışlanır. Tüm gücü ayaklar altına alınabilir toplum tarafından daha doğrusu iş ortamı tarafından."
(K5)

4.2.2.2. İşlevsel olan inançlar

İşlevsel Olan İnançlar kategorisi 5 farklı alt kategoriden oluşmuştur. Bunlar; Düşünce kontrolü/gücü, İyileşme inancı, Depresyonun kabulü/normalleştirilmesi, Erkeklerde duygusallığın kabulü, Allah'a teslimiyet' dir. Bu alt kategoriler erkeklerin depresyon deneyimlerini etkileyen işlevsel olan inançları göstermektedir.

4.2.2.2.1. Depresyonun kabulü/normalleştirilmesi

Bu alt kategori, depresyonu bir damgalama veya zayıflık olarak görmek yerine yaygın ve tedavi edilebilir bir sağlık sorunu olarak görme ihtiyacını vurgulamaktadır. Katılımcılar, depresyonun migren veya soğuk algınlığı gibi diğer fiziksel hastalıklara benzer olarak kabul edilmesinin anlayış ve açıklığı teşvik edebileceğini vurgulamıştır. Toplumsal farkındalığın artırılması ve kabulün teşvik edilmesi, yardım aramanın önündeki engellerin azaltılması ve sorunun etkili bir şekilde ele alınmasında kilit adımlar olarak görülmektedir. Depresyonun normalleştirilmesi, depresyon yaşayan bireylere daha fazla destek verilmesini sağlayabilir ve onları tereddüt etmeden profesyonel yardım almaya teşvik edebilir.

"Kendi deneyimlerimden yola çıkarak bu farkındalığın artırılması gerektiğini ve normalleştirilmesi gerektiğini düşünüyorum." (K1)

"Ama bu bir sağlık sorunu. Tıpkı nezle olmak ne bileyim migren olmak gibi bir şey. Nasıl ki bu hastalıkları yaşadığımızda tedavi olmak için bilirkişilere danışıyoruz depresyon içinde öyle. Toplum en başta bunu kabul etmeli. Zaten bu kabul edilirse her şey çorap söküğü gibi gelir."(K2)

4.2.2.2.2. Erkeklerde duygusallığın kabulü

Bu alt kategori, duyguları yaşamanın ve ifade etmenin normallliğini ve insaniliğini vurgulayarak erkeklerde duygusal ifadeye ilişkin daha ilerici bir görüşü yansıtmaktadır. Katılımcılar, erkeklerin duygularını hissetme ve gösterme hakkına sahip olduğunu kabul ederek, duygusal ifadeyi zayıflıkla eş tutan geleneksel kalıp yargılara meydan okumuştur. Ağlamanın, sevinçten üzüntüye kadar çeşitli duygusal durumlara verilen doğal bir tepki olduğunu vurgulayarak daha kapsayıcı bir erkeklik anlayışını teşvik etmişlerdir.

"Ben endişe ederim duygularını yaşamadıkları için. Normal karşılarım yani. Duyguları yaşamaya hakkımız var." (K5)

"Gayet normal geliyor insani bir duygu insani bir davranış olarak geliyor. Yani çok normal bir duygu. Her insanın yaşaması normal karşılanması gereken bir duygu bence." (K16)

"Yok canım yanlış. Erkek adam ağlar ama yani öyle şey gibi ağlamaz. Ağlamak şey değil ki zayıflık değil ki, o duygu yoğunluğunun dışı yansıması yani. İnsan dua ederken de ağlar, annesinin elini öpünce de ağlar, annesinden ayrılırken de ağlar, çocuğuna kavuşunca da. Ne bileyim duygusu sevincinden ağlar. Hani bu o anki duygular çok da olur yani bunlar. Ama şey gibi değil dilenci vari ağlamaz. Yani ağlar yani ağlamayacak diye bir şey yok. O bir özellik. İnsan da var, onu da kullanır doğru yerde." (K23)

4.2.2.2.3. Düşünce kontrolü/gücü

Bu alt kategori, kişinin düşüncelerini yönetmesinin depresyon gibi duygusal zorlukların üstesinden gelmenin anahtarı olduğu inancını vurgular. Katılımcılar, bireylerin düşüncelerini kontrol etme ve düzenleme yeteneğine sahip olduğu fikrini vurgulayarak, zihinsel güç ve öz disiplini, duygusal refahı sürdürmek için çok önemli araçlar olarak çerçevelemiştir.

"Evet böyle bir durum var. Ama düşüncelerimizi yönetmek de bizim elimizde." (K5)

4.2.2.2.4. İyileşme inancı

Bu alt kategori depresyonun üstesinden gelme konusundaki iyimserliği ve inancı yansıtmaktadır. Katılımcılar bu deneyimi kara bulutların geçmesine benzeterek, mücadelenin süresi değişse de iyileşmenin nihayetinde başarılabılır olduğunu vurgulamışlardır. Bu inanç, umut ve ısrarın sürdürülmesinin önemini vurgulamakta ve erkekleri iyileşme ve kişisel gelişim sürecine güvenmeye teşvik etmektedir.

"Hah işte bence depresyonda öyle bir şey. Kara bulutlar gibi bazen hemen gidebilir, bazen de uzun bir süre kalabilir. Ama sonuçta bakmak gerekirse kara bulutlar illa ki dağılabilir. Güvenerek yola çıkmalı ve işin sonunda iyileşecek olmaya inanarak bu yolda yürümeliyiz diye düşünüyorum biz erkekler olarak." (K4)

4.2.2.2.5. Allah'a teslimiyet

Bu alt kategori, katılımcıların depresyonla başa çıkma mekanizması olarak dini inanç ve maneviyata olan güvenlerini yansıtmaktadır. Allah'a yönelmek ve sabırlı olmak, duygusal mücadelelere dayanmak için temel stratejiler olarak görülmüştür. Zor zamanlarda bile şükran ifadelerinin teselli ve güç sağladığı vurgulanmıştır. Katılımcılar, zorlukların Allah'tan geldiğine ve buna inanmanın dayanıklılık ve iyileşme için bir yol sunduğuna olan inançlarını vurgulamışlardır.

“Her zaman şükür etmişimdir. Hani her şey ne geliyorsa Hak’tan, Allah’tandır diye. O sıkıntılı zamanlarımızda eşimle beraber Allah’a şükür ettik diyebilirim yani.” (K9)

“...depresyon kendi kendine geçecek yani sabırla yönel Allah’a...” (K10)

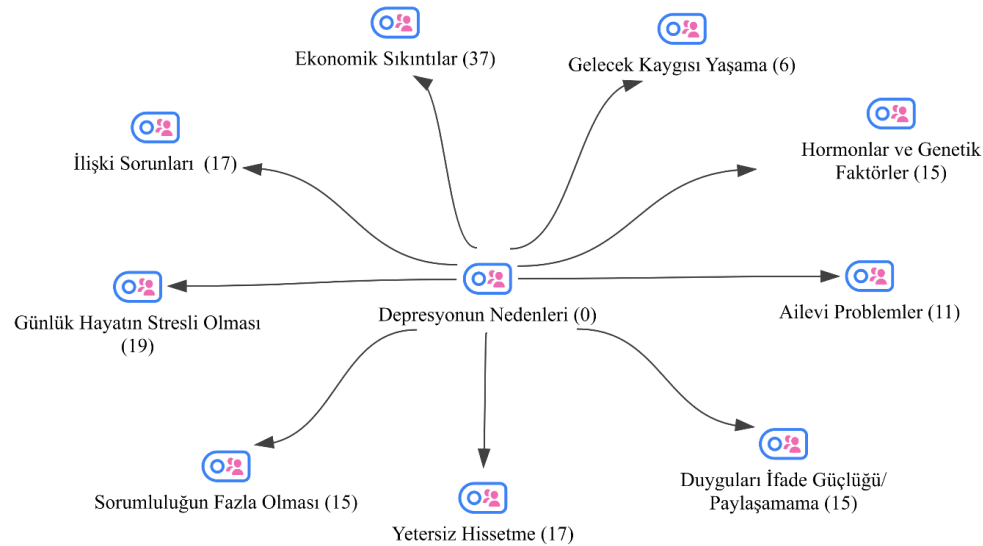
Tablo 28’de Bilişsel İnançlar temasına ilişkin kategori ve alt kategoriler yer almaktadır. Buna göre katılımcıların paylaşımları İşlevsel Olmayan İnançlar (Erkekler Duygularını Gizlemeli İnanıcı, Erkekler Güçlü Olmalı İnanıcı, Toplumun/İnsanların Baskısı) kategorisi üzerine yoğunlaşmıştır.

Tablo 28. Bilişsel inançlar teması kod matris tarayıcısı

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	K20	K21	K22	K23	TOPLAM	
▼ Bilişsel İnançlar																									0
▶ İşlevsel Olmayan İnançlar																									0
▶ Toplumun/İnsanların Baskısı	+	+	●	●	●	●	●		+		●		●	●	●	●		●	●		●	●			74
▶ Erkekler Duygularını Gizlemeli İr	+	+	●	+	●	●	●	+	+				+	●	●	●				●	●		+		61
▶ Erkekler Güçlü Olmalı İnanıcı			●		+	●	●		●		+		●	+	+	●	●		+		●				49
▶ Erkekler Sorunlarını Kendi İçinde							●									●						+			11
▶ Depresyondaki Erkek Dışlanır İn	+	+			●	+	+	+													+				10
▼ İşlevsel Olan İnançlar																									0
▶ Depresyonun Kabulü/Normalleş	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+										+		●			20
▶ Erkeklerde Duygusalılığın Kabulü	+	+			+	+			+	+													●		12
▶ Düşünce Kontrolü/Gücü									+								+								7
▶ İyileşme İnanıcı				●											+						+		+		6
▶ Allah'a Teslimiyet																							+		4
Σ TOPLAM	10	9	21	12	21	9	18	7	14	4	5	13	9	17	9	17	5	8	4	9	14	9	10		254

4.2.3. Depresyonun Nedenleri

Araştırmanın bir diğer teması olan “Depresyonun Nedenleri” teması 9 farklı kategori altında incelenmiştir. Bunlar; Ekonomik sıkıntılar, Günlük hayatın stresli olması, İlişki sorunları, Yetersiz hissetme, Sorumluluğun fazla olması, Duyguları ifade güçlüğü/paylaşamama, Hormonlar ve genetik faktörler, Ailevi problemler, Gelecek kaygısı yaşama’ dır (Şekil 12).



Şekil 12. Depresyonun nedenleri

4.2.3.1. Ekonomik sıkıntılar

Bu kategori, ekonomik zorlukları özellikle erkekler için önemli bir depresyon nedeni olarak tanımlamaktadır. Katılımcılar, yüksek hayat pahalılığı, aile geçimini sağlamada karşılaşılan zorluklar ve toplumun evin geçimini sağlamaya yönelik beklentileri gibi mali istikrarsızlığın yarattığı baskıları vurgulamıştır. Bu faktörler ağır bir yük oluşturarak genellikle stres ve duygusal sıkıntıya yol açmaktadır.

"Mesela ekonomik kaygılar. Bir günde dışarıda yiyip içtiğimizi hesaplasak, bunu aya vursak çok para. Bunu karşılayacak ekonomik gücü olmayan bir erkeği düşündüğümüzde sizce depresyona girmeme şansı var mıdır?" (K4)

"Yani şimdi yaşam sıkıntısı olabilir. Şu an günümüzde dediğim gibi ve geçinmek baya bir zor." (K8)

"Neden olabilir, kadınlar kendini daha iyi tanıyor olabilir erkeklere göre. Erkeklerin depresyon sebepleri de tabi ki önemli. Ya ataerki toplumlarda özellikle Türk toplumunda hani erkeklerini ev geçindiren, genelde parayı kazanan, çocukların tüm evin ekonomik sorumluluğunu üstlenen bir görevi var. Bu yani bu en büyük rolü budur. Maddi konular olabilir bu sıkıntılar, aile geçindirme sorumluluğu gibi. Yani erkeklerin depresyon deneyimlerinin sebepleri zaten bu ülkede %90 sebebi ekonomiktir." (K11)

4.2.3.2. Günlük hayatın stresli olması

Bu kategori, depresyona katkıda bulunan günlük stres faktörlerinin rolünü vurgulamaktadır. Katılımcılar modern yaşam koşullarını, sürekli endişeleri, gelecek kaygılarını ve günlük sorumlulukların biriken yükünü depresyon nedenleri arasında önemli faktörler olarak işaret etmişlerdir. Bu stres faktörleri toplu olarak ezici bir duygusal ağırlık yaratmakta ve depresif durumlara karşı kırılganlığı arttırmaktadır.

"Depresyonun insanların hayatına, yaşam biçimlerine göre birçok sebebi olabilir bence. Ayrıca günümüzde yaşam şartları, günlük stresler, sürekli endişe, gelecek kaygısı içinde yaşamakta bu süreci etkiliyor. Hepsi bir arada olunca tüm bu yükler gerçekten ağır geliyor." (K1)

"Kolay mı bugün artık bunlar benim babam mesela...alıyordu. Akşama kadar çalışıyorum derdi adam. Vakit ayırmazdı. Haklı adam akşama kadar çalışıyor, direksiyon sallıyor." (K10)

4.2.3.3. İlişki sorunları

Bu kategori, ilişki zorluklarını depresyona katkıda bulunan önemli bir faktör olarak tanımlamaktadır. Katılımcılar, ayrılıklar, romantik ilişkilerdeki çatışmalar ve çözülmemiş kişiler arası dinamiklerin neden olduğu duygusal kargaşa gibi konuların altını çizmişlerdir. Genellikle son derece kişisel ve üzücü olan bu deneyimler, reddedilme, yalnızlık ve duygusal tükenme hislerine yol açarak depresif durumları daha da kötüleştirebilmektedir.

"Vallahi kişiden kişiyeye değışebilir esasında bir sürü sebep var. Depresyona insanın itilmesinin bir sürü sebebi var. Ekonomik olabiliyor, duygusal olabiliyor, ikili ilişkilerdeki sorunlar olabiliyor, ailevi olabiliyor. Şu an bir sürü sebep olabiliyor." (K13)

"O dönemde Erzurum'a geçeceğim. O dönem evsiz kaldım parasız kaldım kız arkadaşım beni terk etti. Böyle evlenmeyi düşünüyordum. Onunla 2 senelik ilişkim vardı. O bayağı bir hırpaladı beni." (K21)

4.2.3.4. Yetersiz hissetme

Bu kategori, depresyonun birincil nedeni olarak yetersizlik duygularını vurgulamaktadır. Katılımcılar ezici sorumlulukların ve bunları yerine getirememenin nasıl derin bir başarısızlık duygusuna yol açabileceğini anlattılar. Özellikle erkekler için, yetersiz hissetme deneyimi ciddi bir duygusal yük olarak çerçevelenmekte ve potansiyel olarak derin bir sıkıntıya ve umutsuzluk hissine yol açmaktadır.

"Depresyonun sebebi nedir? Yetersizlik hissetmek. Bence yetersiz hissetmek. Evet. Sorumluluklarının fazla olması ve yerine getiremediğin de yetersiz hissediyor. Bir erkeğin yetersiz hissetmesi de gerçekten ölümdür." (K7)

4.2.3.5. Sorumluluğun fazla olması

Bu kategori, erkeklere yüklenen ağır sorumluluk yükünün depresyon gelişimine katkıda bulunduğunu vurgulamaktadır. Katılımcılar, toplumsal normların erkeklere özellikle ailelerinin geçimini sağlama ve mali istikrarı koruma konusunda orantısız miktarda sorumluluk yüklediğine dikkat çekmiştir. İş kaybı korkusu veya finansal istikrarsızlık gibi bu beklentileri karşılamaya yönelik sürekli baskı, bunaltıcı strese ve duygusal sıkıntıya yol açarak depresyona karşı savunmasızlığı artırabilir.

"Öyle görüldü öyle öğretildi... bu da bu yaşananlara neden oldu. Bu yüzden toplumda kadın ve erkek olmak farklı. Bu da toplum kaynaklı... erkeklerde çok fazla sorumluluk var." (K5)

"Erkeklerin depresyonu kadınlara oranla daha çok bunun bilinmesi lazım. sorumluluk erkeklerin üzerinde anlatabiliyor muyum? Yani n'olacak yarın işten mı çıkarılacak acaba iş yeri iflas mı edecek? İnsanın iş yerinin iflas etmesi demek o insanın işinin bitmesi demektir anlatabiliyor muyum?" (K10)

"Mesela birşeyleri gerçekleştirmek için yolun kendisinden geçtiğini düşünüyor Erkek olarak. Ben öyle düşünüyorum. Kadınlar biraz daha sosyal olduğu için Şey yapabiliyor. Sorumluluğu bir şekilde ailesine varsa eşine, arkadaşlarına böyle paylaştırabiliyor ya da suçlaya da biliyor yani. Arkadaşlarına da eşinden kaynaklı yaşadığını düşünüyor olabiliyor ya da ailesinden kaynaklı. Şimdi sorunun sebebinin bunlara bağlıyor aktarıyor. Hani sorumluluğu aktarıyor bana göre." (K22)

4.2.3.6. Duyguları ifade güçlüğü/paylaşamama

Bu kategori, özellikle depresyonla ilgili olarak, erkeklerin duygularını ifade etme ve paylaşma konusunda karşılaştıkları zorlukları vurgulamaktadır. Katılımcılar,

toplumsal beklentilerin duygusal açıklığı nasıl engellediğini ve erkeklere duygularını bastırmayı öğrettiğini anlatmışlardır. Duygusal sıkıntıyı ifade edememe durumu, içselleştirilmiş mücadelelere yol açmakta, bu da izolasyon ve hatta intihar gibi ciddi sonuçlara neden olabilmektedir. Duygusal ifadeyi çevreleyen kültürel damgalama, yardım aramanın veya duyguları paylaşmanın bir zayıflık işareti olduğu fikrini pekiştirerek erkeklerin yaşadığı ruh sağlığı sorunlarını daha da kötüleştirmektedir.

"Yani bir erkeğin depresyon yaşaması toplumda genellikle daha az konuşulan bir konu. Çünkü erkekler duygusal sıkıntılarını ifade etmekte zorlanır." (K1)

"Biz bir kere duygularını gizleme öğretisi almışız atamızdan. Yansıtmıyoruz. Yansıtmayınca ne oluyor birden bir ekonomik krizde falan direkt intihar. Biz erkekler yaşadıklarımızın farkına varsak ve özgürce yaşayabilme imkanı öğrensek kesinlikle çok düşer. Bu yüzden." (K5)

"Evet, şey yapmazlar. Hani sıkıntılarını, problemlerini dile getirmek onlar için şeydir. Bizim için güçsüzlük belirtisi. Bize göre o düşük insanların davranışudur. O yüzden çevresine, ailesine, arkadaşlarına bunu anlatmazlar. Çok zor durumda kalmadıkça psikoloğa gitmezler." (K7)

"Erkeklerin kadınlara göre daha fazla intihar etmesinin nedenleri karmaşık ve birden fazla sebebe dayanıyor. Öncelikle erkeklerin duygusal sorunlarını paylaşma konusunda daha ketum olduklarını düşünüyorum. toplum, erkekleri genellikle güçlü, duygularını belli etmeyen, bir sorun varsa kendi başına çözmesini bekleyen bireyler olarak yetiştiriyor. Bu da erkeklerin zorluklar karşısında destek aramaktan kaçınmalarını, duygularını içte yaşamalarına neden oluyor. Erkek de böyle bir durumda hislerini ifade etmek yerine genellikle öfkeleniyor, alkol ya da uyuşturucu gibi yollarla duygularını bastırmaya çalışıyor. Bu, zamanla birikmiş olan duygusal yükün daha da ağırlaşmasına sonra da intihar gibi yollara başvurmasına sebep oluyor. Bir de erkekler genellikle intihar ederken daha ölümcül yöntemler kullanıyorlar." (K3)

4.2.3.7. Hormonlar ve genetik faktörler

Bu kategori, özellikle kadınlarda depresyona katkıda bulunan bir faktör olarak hormonal dalgalanmaların rolünü araştırmaktadır. Katılımcılar, hormonal değişikliklerin ruh halini ve duygusal refahı etkileyebileceğine dikkat çekerek, kadınların hormonal değişimlerle bağlantılı hassasiyet veya duygusal tepkiler gibi faktörler nedeniyle depresyon yaşayabileceğini öne sürmüştür. Bu bakış açısı öncelikle kadınlara odaklanmakla birlikte, hormonlar da dahil olmak üzere biyolojik faktörlerin erkek ruh sağlığında da rol oynayabileceğine dair daha geniş bir anlayışı vurgulamaktadır.

"Ya hani az önce söylediğim gibi işte kadınların girdiği depresyon sebebi daha ufak tefek şeyler olabiliyor. Birini kıskanıyor ya da kendini boşlukta hissediyor ya da ne bileyim hormonal duygu durumlarından dolayı olabilir. Kadınlar böyle...sebeplerden dolayı depresyona giriyordur ve o depresyondan da çıkıyor." (K11)

“Çünkü kadınlar daha hassas oldukları için olabilir mi? Bence o yüzden kadınlar daha hassas çünkü erkeklere göre” (K18)

Ayrıca bu kategori, genetik yatkınlığın depresyon gelişimindeki rolünü vurgulamaktadır. Katılımcılar, ailede depresyon geçmişinin olmasının benzer ruh sağlığı sorunları yaşama olasılığını arttırabileceğini kabul etmişlerdir. Depresyon üzerindeki genetik etki, ailesinde depresyon geçmişi olan bireylerin depresyonun başlangıcına karşı daha savunmasız olabileceğini ve bu durumun depresyonun nedenlerini anlamada önemli bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

"Depresyonun insanların hayatına, yaşam biçimlerine göre birçok sebebi olabilir bence. Benim deneyimimde genetik faktörlerin büyük rol oynadığını düşünüyorum. Çünkü ailemde oldukça depresyon öyküsü var. Bu da benim bu süreci yaşama riskimi artırmıştır diye düşünüyorum." (K1)

4.2.3.8. Ailevi problemler

Bu kategori, depresyonun önemli bir nedeni olarak aile ile ilgili sorunları vurgulamaktadır. Katılımcılar, aile içinde uyum ve destek eksikliğinin nasıl duygusal sıkıntıya yol açabileceğini vurgulamıştır. Aile içinde iletişim kopuklukları, mali gerginlik veya kişiler arası çatışmalar gibi sorunlar toksik bir ortam yaratarak depresyonun başlamasına katkıda bulunabilir.

"Diğer birkaç aile problemlerim oldu onlardan. Yani geneli bunlardı nedeni." (K8)

"İlk başta aileden, ailede huzur olmazsa sohbet olmaz huzur olmaz ailesiyle geçim sıkıntısı şartlar götürmez ondan başlar." (K17)

4.2.3.9. Gelecek kaygısı yaşama

Bu kategori, özellikle finansal istikrar ve kişisel sorumlulukla ilgili gelecek kaygısının depresyona nasıl katkıda bulunduğunu vurgulamaktadır. Katılımcılar, özellikle iş güvencesi ve ekonomik koşullar açısından hayatın belirsizliğinin nasıl önemli bir stres yarattığını tartışmıştır. Bu korku, aileleri için ağır bir sorumluluk hisseden erkekler için genellikle daha da artmakta ve geleceğin ne getireceğini bilmemenin baskısı çaresizlik ve umutsuzluk duygularını daha da kötüleştirebilmektedir.

"Yani bunun birçok sebebi olabilir ama yani. Sebebi hayat şartları olabilir, ekonomi olabilir. Gelecek kaygısı özellikle günümüz gençlerinin büyük çoğunluğunda. Genel olarak bunlar olabilir evet?" (K16)

"Adamı işten çıkardılar. Veyahut da işi terk eder. İflas eder. Adam diyor ki 4 tane çocuğu var 52 lira...adam akşam duyuyor ki işten akşam eve geldi, işsiz kaldığında bu çocuklar o sorunu olacak diye kendini intihara atıyor. Ama kadın. Bu sorun olmadığı için. Yani orada. Yani karınca kararınca. Sabreder ama erkek. Sabah gitti işine sonra verildi mi akşama... acaba ben yarın ne yapacağım? Üstüne atıldı mı? Anlatabiliyor mu?" (K10)

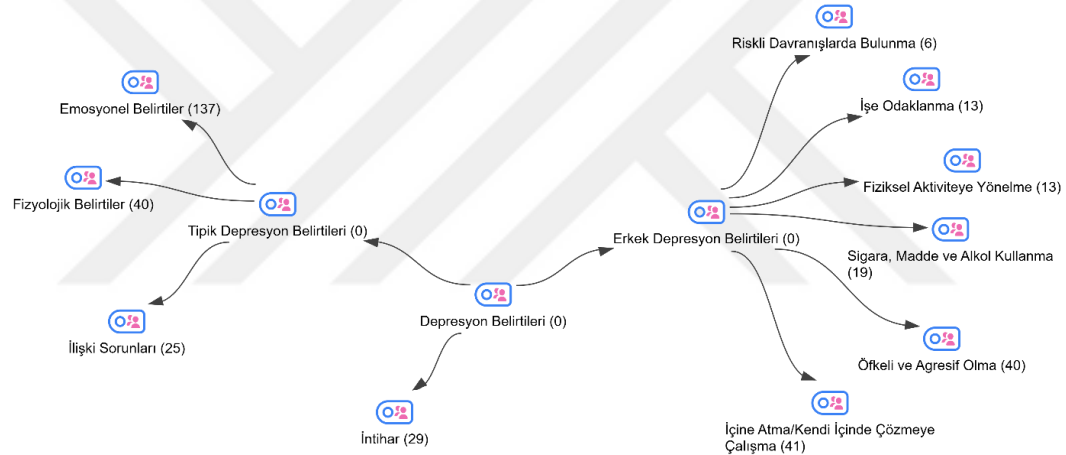
Tablo 29’da Depresyonun Nedenleri temasına ilişkin kategoriler yer almaktadır. Buna göre katılımcı ifadeleri Ekonomik Sıkıntılar, Yetersiz Hissetme, Sorumluluğun Fazla Olması kategorileri üzerine yoğunlaşmıştır.

Tablo 29. Depresyonun nedenleri teması kod matris tarayıcısı

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	K20	K21	K22	K23	TOPLAM
Depresyonun Nedenleri																								0
Ekonomik Sıkıntılar																								37
Günlük Hayatın Stresli Olması																								19
İlişki Sorunları																								17
Yetersiz Hissetme																								17
Sorumluluğun Fazla Olması																								15
Duyguları İfade Güçlüğü/Paylaşma																								15
Hormonlar ve Genetik Faktörler																								15
Ailevi Problemler																								11
Gelecek Kaygısı Yaşama																								6
TOPLAM	3	1	1	6	8	0	19	6	14	16	11	9	7	6	4	5	10	5	2	5	9	3	2	152

4.2.4. Depresyon Belirtileri

Depresyon Belirtileri teması Tipik depresyon belirtileri, Eril depresyon belirtileri ve İntihar olarak üç kategoride incelenmiştir (Şekil 13).



Şekil 13. Depresyonun belirtileri

4.2.4.1. Tipik depresyon belirtileri

Bu kategoride, mevcut tanı kriterlerine göre depresyon belirtileri ele alınmış ve 3 alt kategoride incelenmiştir: Emosyonel Belirtiler, Fizyolojik Belirtiler ve İlişki Sorunları.

4.2.4.1.1. Emosyonel belirtiler

Bu alt kategori depresyonla ilişkili duygusal deneyimleri kapsamakta ve bir dizi içsel mücadeleyi vurgulamaktadır. Katılımcılar değersizlik, aşırı düşünme ve içe kapanma duygularını tanımlamış, bu da genellikle derin bir izolasyon hissine yol açmıştır. Diğer duygusal semptomlar arasında üzgün ve mutsuz hissetmenin yanı sıra yaygın bir çaresizlik ve umutsuzluk hissi de yer almaktadır. Depresif bireyler ayrıca anhedoni

(daha önce keyif alınan faaliyetlerden zevk alamama), duygusal karmaşa ve yaygın bir boşluk hissi veya hissizlik yaşamaktadırlar. Bu duygusal semptomlar genellikle özsaygı ve güven kaybına katkıda bulunarak depresif deneyimi daha da yoğunlaştırmaktadır.

"Zihninizde dolaşan olumsuz düşünceler, kendinizi değersiz veya umutsuz hissetmenize neden olabilir." (K4)

"Kendini yalnız ve hüzünlü olarak hisseder insan, yani kendini depresif olarak hissettiğinde ve hani sürekli yalnız kalmak ister ve bu da insanların kendi çevresine karşı olan durumlarda hani hep bireysel olarak takılmak istediğinden dolayı bir iç gözünl olur, huzursuz olur, iş sıkıntıları olur. Yani yalnız kaldıkça daha farklı şeyler düşünebilir ama bunların da sonuçlarında. Kötü olarak işten içe bunalıma girer." (K9)

"Ben hiçbir işe yaramıyorum. Böyle kendimi çok değersiz hissediyordum o majör depresyon yaşadığım dönemde." (K21)

"Depresyona girdiğim zaman ben neler yaşıyorum ve neler yapıyorum? Şimdi ben çok kısa sürede hani bir kere depresyona girdim şu ana kadar. Bu depresyon süresi içinde de çevremden ve arkadaşlarımdan olabildiğince yardım aldım. Neler yaşadım işte kimseyle konuşasım gelmedi ve içine kapanıktım ama kendimi zorladım hep buna. İşte sorumluluklar aldım. Sorumluluklar almasaydım zaten hepten kendimi bırakırdım. O yüzden sorumluluklar olarak biraz da iş kolik oldum ama aynı zamanda aldığım sorumlulukları da yerine getirmedim hani. Bilmiyorum, bir şey olarak yerine getirmede şimdi bununla mı uğraşacağız. Çünkü hakkımda bitmemiş olan bir problem oluyor. Akılda sürekli dönen düşünceler oluyor, tekrarlayan şeyler oluyor ve geri kalan her şey insan Onu fixlendiği focuslandığı için odaklandığı için diğer olan her şey. Şimdi bununla mı uğraşacağım? Bir de bununla uğraşıyoruz giriyor. Ve o yüzden de sorumluluklarımı o kadar fazla yerine getiremedim ama o sorumlulukları almasaydım da sürecin daha kötü atlatabilirdim diye düşünüyorum." (K15)

"Evet, evet ağlama isteği oluyor, iştahsızlık oluyor. Üzgünlük zaten o her zaman oluyor o dönemde. Yani üzgün olmadığım zaman oluyor, olmadığım zaman depresyona çıkmış gibi bir şey oluyorum. Yoğun bir şey duygusundan bahsedebilirim, hiçlik duygusu. Hep olumsuz duygular var ama hiçlik duygusu çok basıyor. Yani nihilistik mi deniyor tam anlamıyor bilmiyorum ama hani hiçbir şekilde bir şeyden zevk almıyorum. Üzgün, üzüntü duygum yoğun oluyor. Hiçbir şeye anlam verememek, her şey boş vermişlik duygusu da var. Onlar ön plana çıkıyor bende." (K14)

4.2.4.1.2. Fizyolojik belirtiler

Bu alt kategori depresyonun fiziksel belirtilerine, özellikle de enerji kaybına, uyku düzenindeki bozulmalara ve iştahtaki değişikliklere odaklanmaktadır. Katılımcılar depresyonun enerjilerini nasıl tükettiğini, yataktan kalkmak ya da işle uğraşmak gibi temel aktiviteleri bile yorucu ve bunaltıcı hale getirdiğini anlatmıştır. Bu enerji tükenmesine genellikle çaresizlik ve harekete geçememe hissi eşlik etmiştir. Ek olarak, birçok katılımcı önemli uyku bozuklukları bildirmiş, bazıları bir kaçış biçimi olarak aşırı uyku yaşarken, diğerleri uykusuzlukla mücadele etmiştir. İştah değişiklikleri de

kaydedilmiş, bazı bireyler yemek yemeye olan ilgilerini kaybederek fiziksel ve duygusal gerilemelerine daha da katkıda bulunmuşlardır. Bu fizyolojik semptomlar yalnızca depresif deneyimin şiddetini yansıtmakla kalmayıp, aynı zamanda günlük işleyişin önünde engeller oluşturarak ruhsal sıkıntıyı ve izolasyon hissini artırmaktadır.

"Enerjim neredeyse hiç kalmıyor sabahları uyanmak bile çok zor geliyor. Hele iş konusunda bu duyguların ağır bastığı anlarda kendimi çok yetersiz buluyorum. Hissettiğim kaygı durumuyla da işte başarısız olacağımı düşünüp kendimi daha da çıkmaza sokabiliyorum. Bazen vücut direncim kalmıyor hiçbir şey yapamayacak hale geliyorum." (K2)

"Ya normalde ben iştahlı birisiyim. Hani o dönemlerde hiç iştahım olmadan yani hiçbir şey yapasım olmadı. Genelde zamanımın çoğunu uyuyarak geçirdim. Normalde telefonla da vakit geçiren birisiyim. Telefonla da geç bilgisayarda 15 dk vakit geçirmedi. Genelde yani %70 uyumakla vakit geçirdim. Yani boş bir şekilde anca o şekilde oldu. Yani bir süre çıkasım gelmedi. Telefonda hiçbir şey yapasım gelmedi. İştahım gitmişti. Benim hani depresyon sürecim genelde uyuma üzerine oluyor. Öyle söyleyeyim. Ya hiçbir şey yapasım gelmiyor." (K14)

4.2.4.1.3. İlişki sorunları

Bu alt kategori, depresyonun iş, sosyal çevre ve yakın kişisel bağlantılar da dahil olmak üzere çeşitli ilişki türleri üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Katılımcılar, depresyonun başkalarıyla olan etkileşimlerini önemli ölçüde etkilediğini, artan sinirlilik, öfke ve duygusal geri çekilmeye yol açtığını bildirmiştir. İşyerinde, bu duygusal mücadeleler meslektaşlarla, amirlerle çatışmalara ve profesyonel ilişkilerde genel bir düşüşe neden olabilir. Benzer şekilde, depresyon sosyal çevrelerde de kendini göstermektedir. Bireyler daha içe kapanık veya agresif hale gelebilmekte, çatışmalardan kaçınmak için çevrelerinden uzaklaşabilmektedir. Katılımcılar, aile veya arkadaşlar gibi yakın kişisel ilişkilerde, depresyonun nasıl sinirlilik, hayal kırıklığı ve empati eksikliğine neden olabileceğini, iletişimi ve duygusal bağı nasıl bozabileceğini paylaştı. Bu ilişki zorlukları duygusal sıkıntıyı daha da şiddetlendirerek bireyin depresif deneyimini derinleştiren bir döngü yaratmaktadır.

"Evet biraz agresiflik oluyor. O yüzden zaten çevremdekiler de hani uzaklaşma kararı alıyorum ki, kimseyi kırmayayım ya da ne bileyim. Tartışmayayım diye hani rahatlayınca daha sakin şekilde konuşmak tercihim derim." (K8)

"Hani bir şekilde kendi kendimi tedavi etmeye çalışıyorum. Hiç istemezsem bile dahi dışarı çıkasım bile olmasa tek başına kalınca insan kendi kendine bir şekilde bir şey yapmaya çalışıyor. Yani idare etmeye çalışıyor. Evet o sitede belli bir şeyim vardı. Arkadaşlarım bir şey dediği zaman umursamıyorum. Israr ettiklerinde direk kızıyorum. Normalde pek kızan birisi değilim zaten sakin bir yapım var ama o dönemlerde daha agresif olabiliyorum her an." (K14)

"Tabii ki etkiliyor özellikle eğer evin içinde oluyorsa... Bu öfke patlaması ailenle çocuklarına sonra iş yerine gidiyorsun iş yerindekilere yansıyor. Yani müdürün olsun şefin olsun iş arkadaşın olsun kim olursa olsun etkiliyor. Hem de olumsuz yönde etkiliyor." (K17)

"Tabii ki sadece alkol kullanımı değil öfke ve sinirlilik yani mesai saatleri içerisinde depresyon hali içerisindeysen ve bunun farkında değilsen işte personelle arkadaşlarımla olan ilişkilerim daha sinirli ve öfkeli geçiyor" (K19)

4.2.4.2. Erkek depresyon belirtileri

Bu kategoride erkeklerin deneyimlediği eril depresyon belirtileri 6 alt kategoride incelenmiştir. Bunlar; Sigara, madde veya alkol kullanma, Riskli davranışlarda bulunma, Fiziksel aktiviteye yönelme, İşe odaklanma, Öfkeli ve agresif olma, İçine atma/kendi kendine çözmeye çalışma'dır.

4.2.4.2.1. Sigara, madde veya alkol kullanma

Bu alt kategori, bazı erkeklerin depresif dönemlerde deneyimledikleri ruhsal sıkıntı sırasında sigara, alkol veya diğer maddelerin kullanımının artması da dahil olmak üzere benimsedikleri başa çıkma mekanizmalarını vurgulamaktadır. Katılımcılar bu davranışları duygusal acıyı uyuşturma, olumsuz düşüncelerden kaçma veya geçici rahatlama girişimleri olarak tanımlamıştır. Bununla birlikte, gergin ilişkiler, bağımlılık ve derinleşen umutsuzluk hissi gibi uzun vadeli sonuçlara da dikkat çekerek bu başa çıkma stratejilerinin ters etki yaratan doğasını ortaya koymuşlardır.

"Uyuşturucuya düşme ihtimalleri çok yüksek. Hani tabii kişiden kişiye değişir ve ortamdan ortama değişir ama şehirlerde büyük şehirlerde yaşıyorlarsa ve bir depresyon sürecinden geçiyorlarsa... Yüksek ihtimalle de uyuşturucu kullanmaya başlayabilirler. Çünkü ortam maalesef öyle değil gözlemlediğim kadarıyla çevremde...duyduklarım kadarıyla. Çünkü sizin dediğiniz gibi biraz daha bu süreç bizleri işte korona olsun, deprem olsun, biraz da ben merkezîyetçiliği dışında da bireyselleştirdi ve çözümlerimizi bizi bizimle baş başa bıraktı." (K15)

"Arkadaş ortamları ile arası bozulur aile sorunları başlar. Aile sorunları başladığı zaman da çocuklarıyla huzursuzlukları başlar. İş arkadaşlarıyla huzursuzluk başlar. Ondan sonra kendini sigara olsun alkol onlara kendini vurur." (K17)

"Ya bana göre aslında hiçbir şeyi değiştirmiyor fakat çevremizde gördüğümüz insanlarda ya bende de bu oluyor aslında şöyle söyleyeyim ilk önce başvurduğumuz olay alkol ve kötü alışkanlıklar sigara kullanımı sigara kullanım ve alkol kullanımı artıyor. Benim bir şeye canım sıkıldığında direkt depresyon halime girdiğimde işte kendimi rahatlatmak adına alkol kullanıyorum." (K19)

"Ya donuk yaşıyorlar bana göre kendilerine yazık ediyorlar. Düşünmemek için adam alkol alıyorsa kendini alkole vuruyor o haleti ruhiyeden kurtulmak için. İşte her ne kullanıyorsa, bir şeye bağımlıysa onu artırıyor." (K23)

4.2.4.2.2. Riskli davranışlarda bulunma

Bu alt kategori, bazı erkeklerin dikkatsiz araç kullanma, güvenli olmayan riskli davranışlar veya cinsel ilişkiler gibi yüksek riskli faaliyetlerde bulunarak depresyonla nasıl başa çıktıklarını ele almaktadır. Katılımcılar bu davranışları, duygusal kargaşanın ifadesi veya değersizlik duygularından kaçma girişimleri olarak vurgulamıştır. Bu tür eylemler anlık olarak deneyimlenen ruhsal sıkıntıdan uzaklaşmaya neden olurken, genellikle kişisel ve sosyal riskleri artırmakta ve depresif başa çıkma mekanizmalarının karmaşıklığının altını çizmektedir.

"Evet olabiliyor. Evet yani siz benim zaten bulunduğum ilçede bu yaz özellikle çok fazla genç çocuklar vefat etti. Motor kazasından gerek gerek denizde dalgalı denizde özellikle uzaklara kadar yüzüp orada boğulup vefat edenler var. Hani bunların hep saydıklarım hep erkek burada hani hızlı motor sürmeden tutun arabaya kadar her tür kazada yani hep bu şekilde yani riskli davranışları çok seviyoruz biz. Hani yani inan ki olmadık şey var oradayız." (K16)

Onun dışında alkolü kullanan bir arkadaş var. O çok alkole meyilliydi, kendini değersiz hissediyordu. O mesela şey de yapıyor. Depresyona girdiği zaman kendi şey yapıyordu. Şey cinsel ilişkide bulunuyordu. Şimdi Tinderdan insanlarla tanışıp şey yapıyordu. Yani riskli ilişkilerde bulunuyordu." (K21)

4.2.4.2.3. Fiziksel aktiviteye yönelme

Bu alt kategori, depresyon sırasında bir başa çıkma mekanizması olarak fiziksel aktivitenin rolünü vurgulamaktadır. Katılımcılar egzersiz, yürüyüş veya spor gibi faaliyetlerde bulunmanın ruh hallerini iyileştirmeye nasıl yardımcı olduğunu, ilerleme hissi sağladığını ve genel refahı artırdığını paylaşmıştır. Fiziksel aktivite sadece bir dikkat dağıtıcı olarak değil, aynı zamanda enerjiyi yeniden kazanma, stresi azaltma ve daha sağlıklı bir zihinsel durumu teşvik etme aracı olarak görülmekte ve genellikle sosyal destek ve terapötik uygulamalarla tamamlanmaktadır.

Tedavi sürecinde olan biri olarak, başa çıkmak için birkaç strateji geliştirmeye çalışıyorum. Terapistimle düzenli seanslar yapmaya çalışıyoruz. Yaşadığım şeyleri beni anlayan birine anlatmak bana iyi geliyor. Kendimi iyi hissettiğim günlerde egzersiz yapma, yürüyüş yapmak da iyi gelen şeylerden biri. Kısa süreli de olsa ilerleme kaydettiğimi görmeme sebep oluyor. Arkadaşlarımla, ailemle daha çok vakit geçirmeye çalışıyorum. Onların bana destek olması süreci daha iyi yönetmeme sebep oluyor." (K1)

"Hani kendilerini bir odaya kapatıp da sürekli bunalıp, sürekli sıkıntı yaşayacağına, hani sevdiği şeyleri yapıp bu durumu atlatması gerekiyor. Örneğin spor yapmayı seviyorsa spor yapıp kafasını dağıtabilir." (K9)

"Evet, spor ile uğraşıyorum. Çok ilgiliyim, yani sadece vücut gelişimi gibisine değil de aynı kafa olarak insana çok iyi geliyor." (K13)

"Yani şöyle hobilerimle ve ilgi alanlarımla... mesela keyif aldığım şeyler var bunlar arasındaki kitap okuma müzik dinlemek işte boş vakitlerimde canım sıkınsa evde oturmak yerine koşuya çıkıyorum spora spor salonuna gidiyorum arkadaşlarımla sohbet muhabbet ediyorum." (K19)

"Öyle düşünüyorum, erkekler biraz şöyle, ben açıkçası ben de spor yapıyorum Bir süredir bir de sigarayı bıraktım. Öfke düzeyim biraz daha da arttı. Ondan dolayı da arttı açıkçası. Mutlaka böyle eğlen, böyle şöyle endorfin salınacak, libidoyu yükseltecek şeyler olması gerekiyor. Çünkü bildiğim kadarıyla depresyonda libido'da çok düşüyor. Hani yaşam enerjisi de düşüyor. Ben çoğu zaman koşuya yönlendiriyorum ama." (K21)

4.2.4.2.4. İşe odaklanma

Bu alt kategori, erkeklerin duygusal mücadelelerden uzaklaşmak için kendilerini işe veya sorumluluklara adanarak depresyonla nasıl başa çıktıklarını araştırmaktadır. Katılımcılar, duygularıyla yüzleşmekten kaçınmanın, iç kargaşayı azaltmanın veya bir amaç duygusunu sürdürmenin bir yolu olarak görevlere odaklanmayı veya yeni sorumluluklar üstlenmeyi tanımlamıştır. Bu strateji geçici bir rahatlama sağlayabilirken, aynı zamanda aşırı çalışmaya ve ele alınmamış duygusal zorluklara da yol açabilmektedir.

"Genellikle erkekler hiç kimseye belli etmezler, yalnız kalmayı severler ve kendilerine işini adarlar. Ben oyun oynuyorum veya işime odaklanıyorum ve kafamdaki oluşan sesleri uzaklaştırmaya çalışıyorum." (K12)

"İşte sorumluluklar aldım. Zorunlu sorumluluklar almasaydım zaten hepten kendimi bırakırdım. O yüzden sorumluluklar alarak biraz da iş kolik oldum ama aynı zamanda aldığım sorumlulukları da yerine getirmedim hani." (K15)

"Bazen arkadaşlar kendini işe verir bazen arkadaşlar kendini işe vermez, kendini yiyerek bitirir. Yani ya kendini işe vererek çıkacak ya da çevresindekilere zarar vererek depresyondan çıkacak." (K17)

4.2.4.2.5. Öfkeli ve agresif olma

Bu alt kategori, erkeklerde depresyonun, kırılganlığı bastırmaya yönelik toplumsal beklentilerden etkilenerek, genellikle üzüntüyü ve ruhsal sıkıntıyı açık bir şekilde yansıtmaktan ziyade öfke ve saldırganlık olarak ortaya çıktığını vurgulamaktadır. Katılımcılar sinirlilik, artan hassasiyet ve küçük tetikleyicilere karşı patlayıcı tepkiler gibi davranışlar kaydetmiştir. Bu duygusal patlamalar, içsel mücadelelerin dolaylı ifadeleri olarak tanımlanmakta ve erkeklerin duygularını işleme ve açıkça iletme konusunda karşılaştıkları zorlukları yansıtmaktadır.

"Hah işte oradan anlayın. Her iki kesim de farklı yaşıyor. Bence erkekler daha perişan oluyor da kimse bu depresyonda demiyor yine neye heyheyleyi yükseldi diyor." (K5)

"Kendi içlerine çekilirler. Dediğim gibi depresyonda olduğunu dışarı yansıtmak toplumsal değerler nedeni ile pek belli edilmemesi gereken bir şey. Erkekler duygu

yaşamamalı gibi bir durum söz konusu. Bu yüzden de belli etmezler. İçlerine atarlar. Ama içlerine attıklarını bile unuturlar. Bu da işte erkeğin içten içe kendini yiyip bitirmesine neden olur. İşte bakarız mesela daha çabuk sinirlenirler. Olur olmadık yere, şeye her neyse sinirlenirler. Depresyona girmelerinin acısını bu gibi duygularla çıkarırlar. Aman kimse benim üzüldüğümü kötü hissettiğimi anlamasın derler." (K6)

"Depresyon dendiğinde aklıma. Asabilik, sinirlilik yani hayattan tat almamak, zevk almamak ve depresyon bence böyle tanımlıyorum. Yani mesela duyguların ölmesi, yaşama sevincinin ölmesi depresyon bana bunları hatırlatıyor. Sinirlilik, asabiyet." (K10)

Arkadaşlarım bir şey dediği zaman umursamıyorum. Israr ettiklerinde direk kızıyorum. Normalde pek kızan birisi değilim zaten sakın bir yapım var ama o dönemlerde daha agresif olabiliyorum her an." (K14)

4.2.4.2.6. İçine atma, kendi içinde çözmeye çalışma

Bu alt kategori, erkeklerin duygusal mücadelelerini içselleştirme ve bunları bağımsız olarak ele alma eğilimini yansıtmaktadır. Katılımcılar, erkeklerin güçlü ve kendine güvenli görünmesine yönelik toplumsal beklentilerin, duygusal ifadeyi ve yardım aramayı engellediğini vurgulamıştır. Bu davranış genellikle dile getirilmeyen duygusal yüklerle yol açarak bir izolasyon döngüsünü, işlenmemiş duyguları ve potansiyel olarak zararlı başa çıkma mekanizmalarını teşvik etmekte ve zaman içinde depresif semptomların şiddetini artırmaktadır.

"Bu konuda erkeklerin genellikle depresyonu içselleştirdiğini ve duygusal sıkıntılarını ifade etmekte zorlandıklarını düşünüyorum. Toplumumuzda erkeklerden genellikle güçlü ve dayanıklı olmaları bekleniyor. Bu durum duyguları yansıtmakta, paylaşmakta zorluk çıkarıyor. Böyle bir düzende erkeklerin destek almaya yanaşmaması gibi sorunlarda ortaya çıkabiliyor." (K1)

"Öncelikle erkeklerin duygusal sorunlarını paylaşma konusunda daha ketum olduklarını düşünüyorum. Toplum, erkekleri genellikle güçlü, duygularını belli etmeyen, bir sorun varsa kendi başına çözmesini bekleyen bireyler olarak yetiştiriyor. Bu da erkeklerin zorluklar karşısında destek aramaktan kaçınmalarını, duygularını içte yaşamalarına neden oluyor. Erkek de böyle bir durumda hislerini ifade etmek yerine genellikle öfkeleniyor, alkol ya da uyuşturucu gibi yollarla duygularını bastırmaya çalışıyor. Bu, zamanla birikmiş olan duygusal yükün daha da ağırlaşmasına sonra da intihar gibi yollara başvurmasına sebep oluyor." (K3)

"İşte içine atması gibi yani tüm meseleyi tüm sıkıntıyı içinde halledebilmesini düşünerek büyük bir algıya girip sonuçlarının daha kötü şeyler verdiğini kendi açımdan da yaşamış biri olarak bu şekilde anlatabilirim." (K20)

4.2.4.3. İntihar

Bu kategori, erkekler arasında depresyon ve intihar eğilimleri arasındaki ilişkiyi ele almaktadır. Katılımcılar, erkeklere güçlü görünmeleri, sorunları kendi başlarına çözmeleri ve yardım istemekten kaçınmaları yönünde baskı yapan toplumsal beklentilerin rolünü vurgulamıştır. Bu faktörler genellikle içselleştirilmiş duygusal

mücadelelere ve çözülmemiş sorunlara yol açarak bazı bireyleri çaresizlik ve umutsuzluk duygularına itmektedir. Ruh sağlığını çevreleyen damgalama, diğerlerinin verdiği tepkilerden ve algılanan sosyal yargılardan duyulan korkularla birleştiğinde, erkekleri daha da izole etmekte ve bunaltıcı sıkıntılarından kaçış olarak intihar riskini artırmaktadır.

"Kadın işte psikolojik gidiyim diyor. Destek alayım diye ama erkeğe baktığın zaman şimdi ben özel sektörde çalışan bir insanım. 4 tane 4 defa psikoloğa gitsem ilaç kullansam. Benden yarın belge isteyecek şirket psikolojik sorunları var. Beni işimden çıkaracak. Ben neden doktora gideyim mesela? Hani Türkiye’de böyle bir saçmalık var. O yüzden de erkeklerin %90’ı kendi imkanlarıyla çözmeye çalışıyor. Çözemezse de intihar ediyor. Çünkü gittiği zaman başına ne geleceğini biliyor. Diplomatik olarak da sıkıntı olduğu için. Tabi erkekler psikoloğa gitmek istemiyor yani bu. Bu yaşanmış olayların zaten birçoğu örnekleri de var. Diye düşünüyorum bu konuda." (K9)

"Kendilerini güçsüz hissederler, çaresiz hissederler. Zor durumda hissederler. İntihar etmeyi bile düşünürler depresyona girince." (K10)

"Evet aslında bakarsanız intihara giden yol, yollardan biri bu. Yani o çözümü problemi çözmeyi düşünmek yerine arabesk düşünce tarzıyla alkole vurup kendini problemi daha da büyütüyor kendi kafasında. Sonra da intihara gidiyordur." (K11)

"Benim düşüncem bence erkekler daha fazla depresyona giriyor ama erkekler pek insanlara içini yansıtamadığı için hani içinde yaşadığı için içinde fırtınalar koptuğundan artık çözüm yolunu bulamadığı için intihara yöneliyorlar. Böyle de oluyor. Kadınlar genelde içinde genelde kötü bir şey olsa depresyona girmiş olsa bile birine en azından birine anlatabiliyor yani. Genelde erkekler anlatmamayı tercih ediyor." (K13)

"Aynen öyle. Yani kendi duygularınız çok fazla süre yansıtmadıkları için genelde bu şekilde ilerliyor süreç. Hani yansıtmıyor ve her şeyi içlerine atıyorlar, içlerinde yaşıyorlar. Keza ben de aynı şekilde. Hani hiçbir şekilde dışarıya bir şey belli etmeyerek yani kendi içerisinde o acıyı, o duyguyu daha da çok arttırıyoruz. Böylece yani sonucu intihara sürüklenmesi gayet normal." (K16)

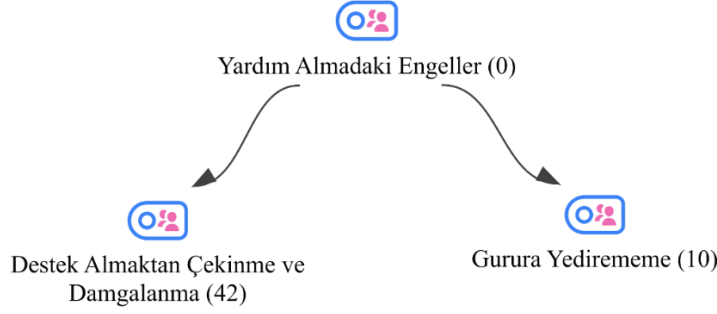
Tablo 30’te Depresyon Belirtileri temasına ilişkin kategoriler yer almaktadır. Buna göre katılımcı ifadelerinin emosyonel belirtiler, fizyolojik belirtiler, öfkeli ve agresif olma, içe atma ve kendi kendine çözme alt kategorileri üzerine yoğunlaştığı görülmektedir.

Tablo 30. Depresyon belirtileri teması kod matris tarayıcısı

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	K20	K21	K22	K23	TOPLAM	
Depresyon Belirtileri																									0
Tipik depresyon belirtileri																									0
Emosyonel belirtiler																									137
Fizyolojik Belirtiler																									40
İlişkî Sorunları																									25
Eri depresyon belirtileri																									0
Sigara, Madde ve Alkol Kullanım																									19
Riskli Davranışlarda Bulunma																									6
İçine Atma/Kendi İçinde Çözme																									41
Fiziksel Aktiviteye Yönelme																									13
İşe Odaklanma																									13
Öfkeli ve Agresif Olma																									40
İntihar																									29
TOPLAM	11	12	11	16	13	8	20	11	20	29	33	19	14	21	23	17	13	8	11	8	25	15	5		363

4.2.5. Yardım Almadaki Engeller

Bu temada erkeklerin yardım ve destek almasının önündeki engeller ele alınmıştır. Bunlar; Destek almaktan çekinme ve damgalanma, Gurura yedirememe olarak iki kategoride incelenmiştir (Şekil 14).



Şekil 14. Yardım almadaki engeller

4.2.5.1. Destek almaktan çekinme ve damgalanma

Erkekler için Destek Almadan Çekinme ve Damgalanma kategorisi, erkekleri özellikle ruh sağlığı bağlamında destek aramaktan caydıran toplumsal baskıları vurgulamaktadır. Erkeklerin kırılğanlıklarını ifade etmelerinin, özellikle de depresyonla ilgili olarak damgalanması nedeniyle, birçok erkek destek aramaktan çekinmektedir. Erkeklerin güçlü, duygusal açıdan dirençli ve kendi kendilerine yeterli olmaları gerektiğine dair kültürel beklentiler nedeniyle, depresyon yaşadığını kabul etmek genellikle bir zayıflık olarak görülmektedir. Bu damgalama, erkeklerin duygusal mücadelelerini ifade etmelerini ve profesyonel yardım aramalarını engelleyerek tedavide gecikmelere ve ruh sağlığının kötüleşmesine yol açmaktadır. Yargılanma korkusu ve içselleştirilmiş erkeklik kavramı, yardım arama konusundaki bu isteksizliğe önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır.

"Çoğu zaman içime atarım. Çünkü toplumumuzdaki algıya baktığımızda ister istemez bir çekince yaşıyorsunuz. Erkeklere karşı bu konuda bir baskı var. Bir erkek olarak depresyon yaşamanın genellikle toplumda erkeklere yönelik birçok yanlış anlaşılmayı ve ön yargıyı beraberinde getirdiğini düşünüyorum. Erkeklerin depresyon yaşaması, genellikle zayıflık olarak algılanabiliyor bu durumda da yardım almaktan çekince duyuluyor. Böyle olunca tedaviye başlamak gecikiyor." (K2)

"Toplumun erkeklerden güçlü ve duygularını kontrol edebilen bireyler olmalarını beklemesi, depresyon yaşadığında bunu açığa çıkarmayı zorlaştırıyor. Erkekler duygularını bu yüzden ifade etmekten kaçınıp yardım almaktan, aramaktan çekinebiliyor. Günümüzde bu durumun normal kabul edilmesi gerekiyor." (K3)

4.2.5.2. Gurura yedirememe

Bu kategori, birçok erkeğin destek aramasını engelleyen güçlü gurur duygusunu yansıtmaktadır. Bu gurur, erkeklerin kırılğanlıklarını kabul etmekte isteksiz oldukları için sorunlarını tek başlarına çözmeye çalışmalarına yol açmaktadır. Yardım veya terapi aramaya daha açık olabilen kadınların aksine, erkekler bazen yardım istemenin bir zayıflık işareti olduğunu düşünmekte, bu da izolasyona ve aşırı durumlarda ruh sağlıklarının kötüleşmesine, hatta intihar düşüncelerine kadar varabilmektedir. Kendi ayakları üzerinde durmalarına yönelik toplumsal baskı, bu gurur duygularını daha da şiddetlendirmekte ve erkeklerin duygusal mücadelelerini ele almalarını engellemektedir.

"Erkekler gurur yapıyor çünkü. Kendi hani kadınlar şimdi tabii söz oraya gidiyor da öyle anlaşılmasın her. Şöyle, erkeğin depresyona girmesi ile kadın depresyona girmesi arasında benim bildiğim kadarıyla şöyle bir fark var. Kadın depresyona girdiği zaman iş yerini yürüyebiliyor, işlerini işi gücü peşine devam edip akşam eve çekilme daha yoğun. O pik yaptığı dönemlerde işte hissiyatları yaşadığı dönemler olabiliyor diye biliyorum ben. Ama bir erkeğin işte psikolojisini depresyona girdiği süreçte her işi bırakması geliyor. Bu intihara bakacak olursak da benim düşünceme göre biraz önceki yorumum biraz sıkı kaldı ama. Biraz daha erkekler gurur yapıyor ve içine kapanıyor. Çözüm kendi kendine çözüm arıyor insanlarla iletişime açık olmuyor o kadar fazla. Yardım almayı birazda yediremiyor sanırım kendilerine erkeklerde düşünüyorum." (K15)

"Tabi ki de biz erkeklerin duygularını tek başına çözmeye çalışan, toplumun baskısı altında ezilen varlıklar olduğuna. Erkek adam gururu denen şeyle erkeklerde intihar oranı daha fazla çıkıyor olabilir bence. Çünkü kadınlar çözüm odaklıdır. Evet ruh hali izin vermeyebilir ama hem kendi hem ailesi için toparlanmak ister. Bunun için de destek alabilir, terapi alabilir, ilaç kullanabilir. Ama bir erkek için bu durumlar söz konusu olduğunda gurur devreye girer ve işler daha da çıkmaza girerek intihara kadar gidebilir. Ben bunları söylerken tüm erkekleri genelleyerek söylemiyorum bu arada. Herkes aynı olacak diye bir şart yok." (K4)

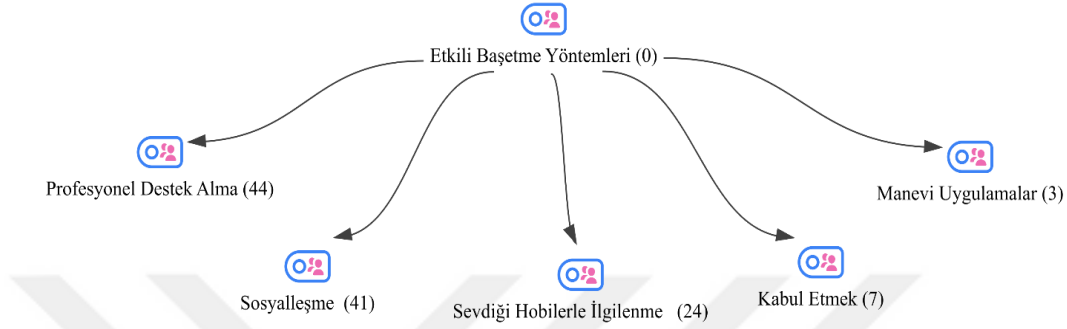
Tablo 31’de Erkeklerin Yardım Almadaki Engeller temasına ilişkin katılımcıların ifadeleri yer almaktadır. Buna göre katılımcılar, Destek Almadan Çekinme ve Damgalanma kategorisi üzerine yoğunlaşmıştır.

Tablo 31. Yardım almadaki engeller teması kod matris tarayıcısı

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	K20	K21	K22	K23	TOPLAM
Yardım Almadaki Engeller																								0
Destek Almadan Çekinme ve Damg																								42
Gurura Yedirememe																								10
TOPLAM	2	2	4	3	5	4	3	1	3	1	1	1	2	2	7	0	1	2	2	1	3	1	1	52

4.2.6. Etkili Başetme Yöntemleri

Bu temada katılımcıların depresyon belirtileri ile baş etmek için kullanmış oldukları etkili yöntemleri 5 kategoride ele alınmıştır: Bunlar; Profesyonel destek alma, Sosyalleşme, Sevdiği hobilerle ilgilenme, Kabul etmek, Manevi uygulamalar'dır (Şekil 15).



Şekil 15. Etkili başetme yöntemleri

4.2.6.1. Profesyonel destek alma

Bu kategori, depresyonun yönetilmesinde ilaçlar ve terapi gibi tıbbi tedavilerin olumlu etkisini vurgulamaktadır. Katılımcılar, terapötik desteğin yanı sıra uyku yardımcıları ve antidepresanlar da dahil olmak üzere ilaç kullanımının semptomlarıyla başa çıkmalarında kendilerine önemli ölçüde yardımcı olduğunu bildirmiştir. Terapi ve ilaçlar, duyguları ve davranışları üzerinde yeniden kontrol sahibi olmalarını sağlayarak bir rahatlama hissi vermiş ve bazıları kaydettikleri ilerlemeden gurur duyduklarını ifade etmiştir. Bu durum, özellikle sinirlilik, hayattan zevk almama ve uyku bozuklukları gibi semptomların ele alınmasında, ruh sağlığının iyileştirilmesinde tıbbi müdahalenin önemini vurgulamaktadır.

"Kullandığım ilaç ve almış olduğum terapiler bu durumları düzeltmemde bana oldukça yardımcı oldu. Kat ettiğim yola baktığımda kendimle gurur duyuyorum." (K2)

"Depresyon bence asabiyet, sinirlilik. Bende de var yani bu depresyon. Mesela sürekli hayattan zevk almamak depresyon. Ya mesela depresyona girdiğim zaman uyku sorunu yaşıyorum. Sürekli uyku sorunu yaşıyorum uyku hapi içiyorum. Psikolojik hapım var onu içiyorum. Yani bunlar rahatlatıyor yani bir süre de olsa rahatlatıyor." (K10)

4.2.6.2. Sosyalleşme

Sosyalleşme kategorisi, depresyonun yönetilmesinde sosyal bağlantıların önemini vurgulamaktadır. Katılımcılar, arkadaş ve aile gibi sevdikleriyle vakit geçirmenin duygusal destek ve rahatlama sağlamadaki olumlu etkisini vurgulamıştır. Bu

etkileşimler, kısa süreli de olsa, kendilerini daha iyi hissetmelerine ve duygusal durumlarını daha iyi kontrol edebilmelerine yardımcı olmuştur. Bazıları sosyalleşmenin her zaman etkili olmayabileceğini kabul etmekle birlikte, destekleyici insanlarla vakit geçirmeyi iyileşme süreçlerinin önemli bir parçası olarak görmüştür. Bu durum, güçlü bir sosyal destek ağının ruh sağlığı sorunlarının üstesinden gelmedeki öneminin altını çizmektedir.

“Tedavi sürecinde olan biri olarak, başa çıkmak için birkaç strateji geliştirmeye çalışıyorum. Kısa süreli de olsa ilerleme kaydettiğimi görmeme sebep oluyor. Arkadaşlarımla, ailemle daha çok vakit geçirmeye çalışıyorum. Onların bana destek olması süreci daha iyi yönetmeme sebep oluyor.” (K1)

“O şekilde hani sevdiğim insanlar iyi geliyor. O şekilde sevdiğim insanlar ile biraz vakit geçirmeyi diliyorum. Bazı dönemlerde o bile de fayda etmiyor.” (K7)

4.2.6.3. Sevdiği hobilerle ilgilenme

Bu kategoride, kişisel ilgi alanlarının ve faaliyetlerin depresyonu yönetmedeki rolü vurgulanmaktadır. Katılımcılar, duygusal sıkıntılarla başa çıkmanın etkili yolları olarak kitap okumak, müzik dinlemek ve yeni yerler keşfetmek gibi hobilerle uğraşmanın faydalarını vurgulamışlardır. Alkole yönelmek gibi geçici rahatlama yöntemlerinin aksine, bu faaliyetler zihni dağıtmak, rahatlamayı teşvik etmek ve genel refahı artırmak için daha sağlıklı ve sürdürülebilir bir yol sağlamaktadır. Bu kategorinin odak noktası, iyileşme ve duygusal düzenlemede önemli bir rol oynayabilecek kişisel tutkularda neşe bulmaktır.

“Yani yeterli yine bakıldığı zaman hani kendini alkole vuran birçok insan var hani ben bu işin içinden çıkamıyorum. Sıkıntılarımdan kurtulamıyorum deyip anlık bir şekilde kendini alkole verip o noktadan sonra. Belli bir süre beynini oluşturmaya çalışıyor ama benim şahsi düşüncem hani kitap okumak, farklı aktiviteler yapmak, müzik dinlemek daha sonra gezmek hani sevdiğin bir şeyi yapmak bence daha iyi olacağını düşünüyorum.” (K9)

4.2.6.4. Kabul etmek

Bu kategori, iyileşme sürecinde kritik bir ilk adım olarak kişinin mücadelesini kabullenmesinin önemini vurgulamaktadır. Katılımcılar, profesyonel yardım ihtiyacı da dahil olmak üzere ruh sağlığı sorunlarının gerçekliğini kabul etmenin iyileşme yolculuğunu önemli ölçüde kolaylaştırdığını paylaşmıştır. Bir katılımcı, depresyonu fiziksel ağrıya benzer meşru bir sorun olarak kabul etmenin ve uzman bir kişiden yardım istemenin süreci daha yönetilebilir hale getirebileceğini vurguladı. Bir diğeri ise zor duyguları ve geçmişteki hataları yargılamadan kabul etme ihtiyacını

vurgulayarak, bu kabulün duygusal dayanıklılığı teşvik ettiğini ve iyileşmenin kapısını açtığını belirtti.

"Ya ben gerçekten bu yola çıkana kadar çok ağır şeyler yaşadım. Bu yüzden süreci yaşayan birine vereceğim ilk tavsiye lütfen önce kabul edin. Az önce de dediğim gibi tıpkı bir baş ağrısı ya da migren gibi düşünüp bilen birinden yardım almayı kabul edin. İşin içine size yardımcı olacak biri girdiğinde her şey daha kolay ilerlemeye başlıyor. Bence hiç kimse depresyon tanısı koyulmadan tedavi görmeden yaşamına devam etmek istemez. Çünkü insanın da kaldırabileceği bir yük sınırı var. O yüzden kabullenmek ilk tavsiyem. İkinci tavsiyem de terapide alınan kararları eksiksiz bir şekilde uygulayarak süreci zorlaştırmak yerine kolaylaştırmak diyebilirim." (K2)

"Normal bulmadığın kendine yakıştırmadığın bir şeyi yaşamaman mümkün değil. Önce kabul etmek lazım. Bazı insanları çok düşünmeyeceksin bazı hataları da evet de yaptım öyle oldu de bir kabul et duygularını." (K5)

4.2.6.5. Manevi uygulamalar

Manevi Uygulamalar kategorisi, bazı bireylerin ruh sağlığı zorluklarıyla başa çıkma aracı olarak manevi veya dini uygulamalara nasıl başvurduklarını yansıtmaktadır. Bir katılımcı, normalde neşe getiren tipik faaliyetler artık yeterli olmadığında, rahatlık ve anlam bulmak için dua veya ibadet gibi dini uygulamalara daha fazla odaklandıklarını paylaştı. Ancak, bu manevi uygulamalar bile rahatlama sağlamadığında, birey alkol gibi uzun vadede etkisiz başa çıkma mekanizmalarına başvurduğunu ifade etmiştir. Bu durum, manevi uygulamalar ile diğer başa çıkma stratejileri arasındaki karmaşık etkileşimi vurgulamakta olup, din bazen bir destek kaynağı olarak ya da diğer yöntemler yeterli rahatlık sağlamadığında bir yedek olarak hizmet etmektedir.

"Beni normal şartlarda mutlu eden şeylerle uğraşmaya çalışıyor. Bu da duruma bağlı. Tabii bunlar beni tatmin ediyorsa toparlamaya çalışırım ama tatmin etmiyorsa buna dahil ettiği süreçlerde daha çok ibadete odaklanıyorum. Bu da kesmedi mi? Tam zıttı olan alkole başlıyorum." K7

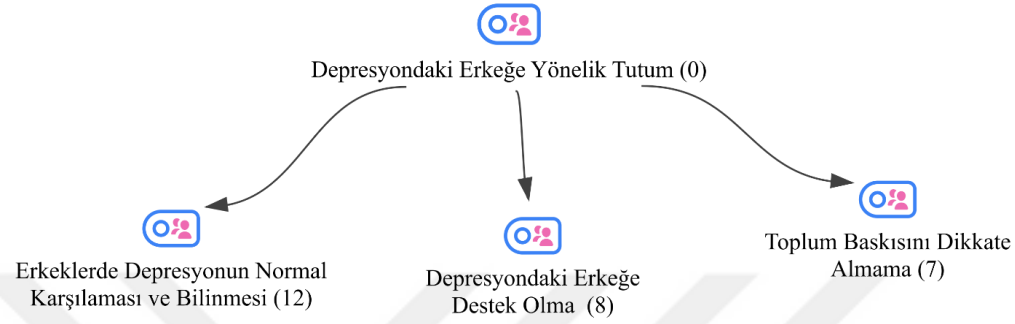
Tablo 32’de Etkili Başetme Yöntemleri temasına ilişkin kategoriler yer almaktadır. Buna göre katılımcı ifadeleri Profesyonel Destek Alma, Sosyalleşme, Sevdigi Hobilerle İlgilenme kategorileri üzerine yoğunlaşmıştır.

Tablo 32. Etkili başetme yöntemleri teması kod matris tarayıcısı

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	K20	K21	K22	K23	TOPLAM
▼ Etkili Başetme Yöntemleri																								0
Profesyonel Destek Alma																								44
Sosyalleşme																								41
Sevdigi Hobilerle İlgilenme																								24
Kabul Etmek																								7
Manevi Uygulamalar																								3
Σ TOPLAM	5	3	7	5	4	2	2	2	7	8	5	5	2	8	5	4	12	7	5	4	10	4	3	119

4.2.7. Depresyondaki Erkeğe Yönelik Tutum

Araştırmanın son teması olan “Depresyondaki Erkeğe Yönelik Tutum” teması üç farklı kategoride incelenmiştir. Bunlar; Toplum baskısını dikkate almama, Erkeklerde depresyonun normal karşılaması ve bilinmesi, Depresyondaki erkeğe destek olma’ dır (Şekil 16).



Şekil 16. Depresyondaki erkeğe yönelik tutum

4.2.7.1. Toplum baskısını dikkate almama

Bu kategori, depresyonu ele alırken toplumsal baskıları göz ardı etmenin önemini vurgulamaktadır. Bazı katılımcılar, bireylerin erkeklerde ruh sağlığı sorunlarını, özellikle de depresyonu çevreleyen toplumsal damgalamayı engellemeleri gerektiğini öne sürmektedir. Yardım aramanın çok önemli olduğunu ve toplumsal beklentilerin iyileşme yolculuklarını engellemesine izin verilmemesi gerektiğini vurgulamaktadırlar. Bu kişiler, erkekleri kırılganlığı damgalayabilecek toplumsal normlara uymak yerine kendi esenliklerine odaklanmaya teşvik ederek hem kişisel hem de toplumsal iyileşmenin gerçekleşebileceğine inanmaktadır.

"Benim verebileceğim en önemli tavsiye yardım almaktan asla ama asla çekinmemek. Çevreye kulaklarını tıkayarak bu yola çıkmaları. Çünkü bu süreç tek başına yürünülecek bir yol değil." (K1)

"Allah bir daha bize böyle bir felaket yaşatmasın. Bir erkek olarak çalışmanızda erkeklerin duygu durumlarını göz önüne aldığınız için teşekkür ederim. Umarım artık toplumun baskılarını bir kenara koyup hem kendilerinin hem de ailelerinin sağlıkları için depresyonun farkına varıp bunun kötü bir şey olmadığını öğrenirler. Gün gelir bir gün bende yaşayabilirim. Zaman ne gösterir bilmiyoruz. Ben böyle bir durumla karşılaştığımda çevreme örnek olmak isterim. Umarım sadece insan olarak üzülmeyen, daha sağlıklı toplumlarda yaşarız." (K3)

4.2.7.2. Erkeklerde depresyonun normal karşılaması ve bilinmesi

Bu kategori, depresyonun kabul edilmesi ve normalleştirilmesi gereken doğal ve insani bir deneyim olarak gören bir bakış açısını yansıtmaktadır. Katılımcılar, depresyonu

damgalanması veya gizlenmesi gereken bir şey değil, yaygın bir duygusal durum olarak kabul edilmesinin çok önemli olduğunu öne sürmektedir. Erkekler de dahil olmak üzere bireylerin duygusal zorluklar yaşamasının normal olduğunu vurgulayarak farkındalığın artmasını ve toplumsal görüşlerin değişmesini savunmaktadırlar. Katılımcılar, depresyonun insan deneyiminin bir parçası olarak çerçeveleyerek, insanların utanmadan veya tereddüt etmeden yardım aramalarının daha kolay olacağına inanmaktadırlar.

"Evet, yani bunun farkına varması lazım. Hani sonuçta bu da bir normal süreç." (K14)

"Kendi deneyimlerimden yola çıkarak bu farkındalığın artırılması gerektiğini ve normalleştirilmesi gerektiğini düşünüyorum." (K1)

"Gayet normal geliyor insani bir duygu insani bir davranış olarak geliyor. Yani çok normal bir duygu. Her insanın yaşaması normal karşılanması gereken bir duygu bence." (K16)

"Erkeklerin depresyonu kadınlar oranla daha çok bunun bilinmesi lazım." (K10)

4.2.7.3. Depresyondaki erkeğe destek olma

Bu kategori, depresyon yaşayan bireylere duygusal destek sağlamanın önemini vurgulamaktadır. Katılımcılar, özellikle depresyondaki hemcinslerini yargılamak yerine anlayış ve empati sunmaya istekli olduklarını vurgulamaktadır. Duygularını bastırabilen erkekler için endişelerini dile getirmekte, duygusal durumlarını doğrudan etiketlemeden aktif dinleme ve onaylama yoluyla destek sağlamayı savunmaktadırlar. Sağlanan destek, bireyin duygularını yönlendirmesine yardımcı olmayı ve daha sağlıklı başa çıkma mekanizmalarını teşvik etmeyi, refahlarına özen ve saygı göstermeyi amaçlamaktadır.

"Ben endişe ederim ya duygularını yaşamadıkları için. Normal karşılarım yani. Duyguları yaşamaya hakkımız var. Eğer bunu az önce dediğim gibi moda saymazsa. Bir davranış haline getirmezse. Çok normal karşılarım anormal olan bir şey yok sonuçta. Empati kurarım onu anlamaya çalışırım kendi adıma. Ama eğer çevremden biri ve söylemediyse ben hissettiysem destek veririm duygusal anlamda. Bunu ona aa işte sen depresyondasın bak diyerek değil de. Güncel durumu ne, niye depresyona girdi anlamaya çalışırım. Ona destek olmaya çalışırım." (K5)

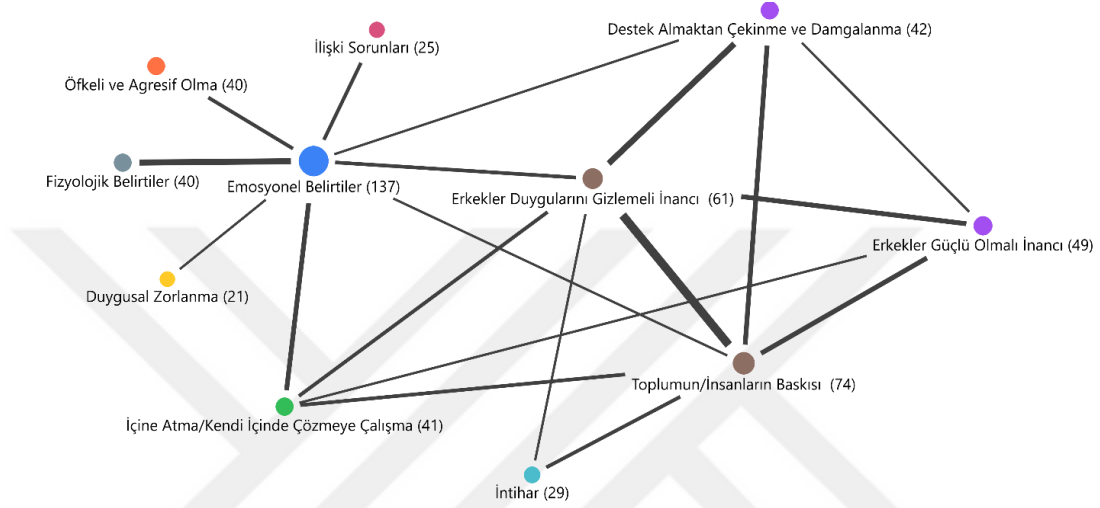
"Hani kızıyorum abi böyle şey mi olur? Ona değer veriyorum. Sen çok kıymetli değerli kıymetli bir insansın. Bunlar için üzülünür mü falan filan deyip, böyle aslında duygularını develiyorum. Hani azaltıyorum, yaşamaması gerektiğini düşünüyorum ve sürekli bir şeylere yönelmesi gerektiği konusunda teşvik ediyorum." (K21)

Tablo 33’de Depresyondaki Erkeğe Yönelik Tutum temasına ilişkin katılımcıların ifadeleri yer almaktadır. Buna göre katılımcılar Erkeklerde depresyonun normal karşılaması ve bilinmesi kategorisi üzerine yoğunlaşmıştır.

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	K20	K21	K22	K23	TOPLAM	
Depresyondaki Erkeğe Yönelik Tutum																									0
Toplum Baskısını Dikkate Almama	●		●		●	●	●							●											7
Erkeklerde Depresyonun Normal Ka	●		●		●	●	●			●	●			●		●		●							12
Depresyondaki Erkeğe Destek Olma					●				●								●		●		●	●	●		8
Σ TOPLAM	4	0	2	0	3	2	2	0	1	1	2	0	0	2	0	1	1	1	1	0	3	1	0		27



Katılımcıların sıkça birlikte bahsettiği kodlar Şekil 18’de gösterilmektedir. Birlikte daha sık bahsedilen kodların ilişkisini yansıtacak şekilde çizgiler daha geniş gösterilmiştir. Buna göre Erkekler duygularını gizlemeli inancı kodundan bahseden katılımcılar aynı zamanda İçine atma/kendi içinde çözmeye çalışma, Toplum/insanların baskısı, Destek almaktan çekinme ve damgalanma, Erkekler güçlü olmalı inancı, Emosyonel belirtiler ve İntihar kodlarından bahsetmişlerdir.

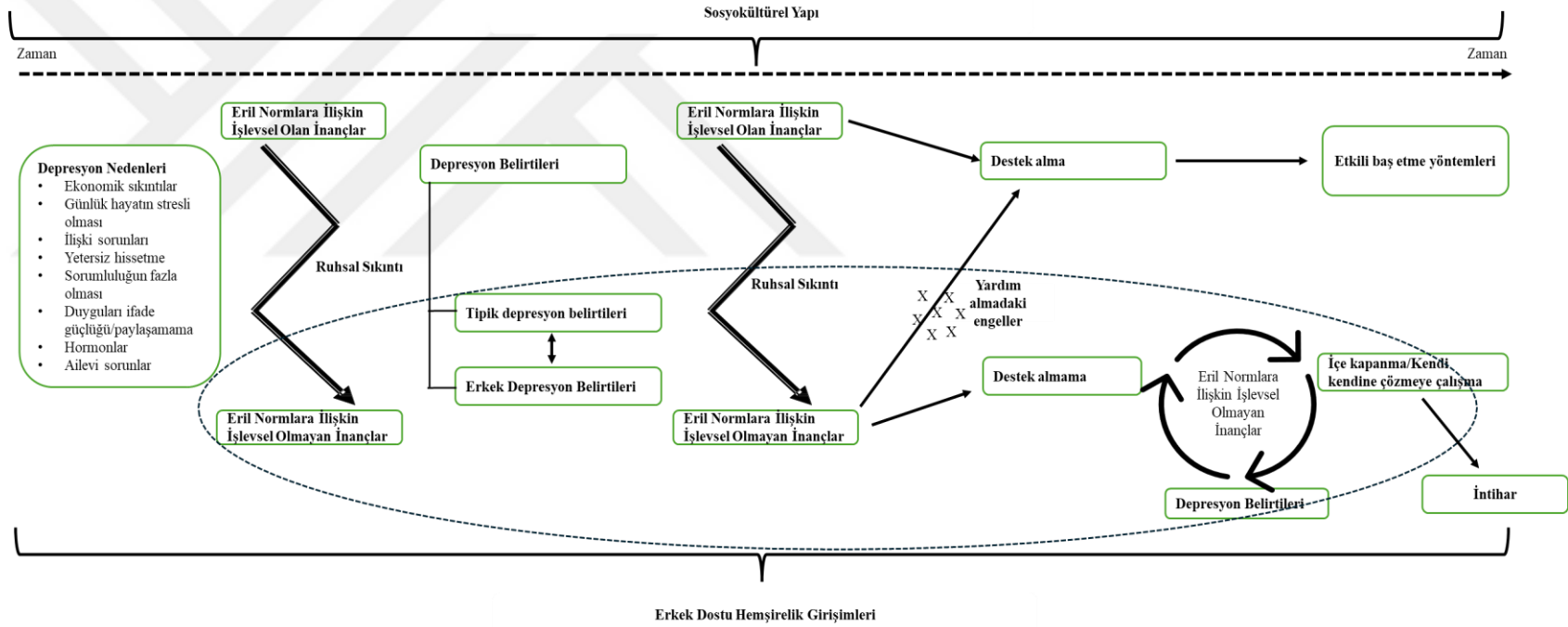


Şekil 18. Kod haritası

4.3. GÖMÜLÜ KURAMIN BELİRLENMESİ

Elde edilen niceliksel ve niteliksel bulgular doğrultusunda, erkeklerin depresyon deneyimlerine ilişkin bilişsel-davranışçı yaklaşım perspektifinden belirlenen Gömülü Kuram bu bölümde açıklandı.

Bu araştırma sonucu elde edilen çerçeve, depresyon nedenleri, eril normlara ilişkin bilişsel inançlar (işlevsel olan veya işlevsel olmayan), depresyon belirtileri ve başa çıkma stratejilerinin sonuçları arasındaki dinamik etkileşimi vurgulayarak, erkeklerin depresyon deneyimlerinden türetilen gömülü bir kuramı temsil etmektedir. Bu model, erkeklığe ilişkin sosyokültürel beklentilerin etkisiyle şekillenen bilişsel inançların erkekler arasında depresyon deneyimini, ifadesini ve yönetimini nasıl etkilediğini vurgulamaktadır (Şekil 19).



Şekil 19. Erkeklerin depresyon deneyimlerinden ulaşılan gömülü kuramının çerçevesi

4.3.1. Depresyon Nedenleri ve Eril Normlara İlişkin İnançlar

Ekonomik zorluklar, ilişki sorunları, aile sorunları ve duygusal zorlantı gibi depresyon nedenleri, erkeklerde tipik depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu semptomlar, erkeklerin duygusal ve psikolojik zorluklarla nasıl başa çıkmaları gerektiğine dair inançlarını şekillendiren eril normların merceğinden işlenmektedir.

Toplumsal erkeklik beklentileri (örneğin güçlü, metanetli, problem çözen ve kendine güvenen olmak) tarafından yönlendirilen işlevsel olmayan inançlara sahip erkeklerin ruhsal sıkıntı deneyimlemeleri durumunda destek arama olasılığı daha düşüktür ve bunun yerine mücadelelerini içselleştirmeye (içe atma ve kendi kendine çözmeye çalışma) başvurmaktadırlar. Yardım almayı gurura yedirememe, zayıf olarak algılanma korkusu ve toplum tarafından damgalanma gibi engeller erkeklerin profesyonel veya çevrelerinden sosyal desteğe erişmesini engellemektedir. Bu da sosyal bağlantılardan çekilme, duygusal kırılganlıkları inkâr etme ve sorunları tek başına çözmeye çalışma gibi kaçınma davranışlarına yol açarak kendi kendini güçlendiren bir döngü yaratmaktadır.

4.3.2. Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki

Model, tipik depresyon belirtileri (örn. üzüntü, umutsuzluk ve yorgunluk) ile erkek depresyon belirtileri (örn. öfke, sinirlilik, risk alma ve madde kullanımı) arasında iki yönlü bir ilişki olduğunu vurgulamaktadır. Erkeklerle özgü semptomlar genellikle altta yatan tipik semptomlar için bir maske görevi görmekte ve eril normlara ilişkin inançların etkisiyle erkeklerin durumlarını fark etmelerini zorlaştırmaktadır. Bu birbiriyle ilişkili semptomlar, işlevsel olmayan inançlar hâkim olduğunda daha da kötüleşerek izolasyona, yardım arama davranışının eksikliğine ve sürekli bir duygusal sıkıntı döngüsüne yol açmaktadır.

4.3.3. İşlevsel Olmayan İnançların Rolü

İşlevsel olmayan inançlar erkeklerin depresyona verdikleri tepkileri yönlendirdiğinde, yardım aramaktan kaçınmaktadırlar ve bunun yerine mücadelelerini çözmek için kendi çabalarına güvenmeyi seçmektedirler. Bu durum, çözülmemiş semptomların umutsuzluk duygularını arttırmasına ve nihayetinde intihar düşüncesi veya davranışı riskinin artmasına yol açan aşağı doğru bir sarmala katkıda bulunmaktadır.

4.3.4. İşlevsel Olan İnançlar ve Olumlu Sonuçlar

İşlevsel olmayan inançlara karşılık, işlevsel olan inançlara sahip erkekler, depresyonu destek ve müdahale gerektiren meşru bir durum olarak kabul ederek geleneksel eril normlara meydan okumaktadır. Bu bireylerin sosyal ağlar, terapi veya tıbbi tedaviler yoluyla yardım arama olasılıkları daha yüksektir. Bu da izolasyon ve duygusal sıkıntı döngüsünden kurtulmalarını sağlamakta ve depresyondaki hemcinslerine karşı destekleyici tutum geliştirmelerine katkıda bulunmaktadır.

4.3.5. Başa Çıkma Stratejileri ve Tutumların Etkileşimi

Etkili başa çıkma stratejileri uygulayan erkekler sadece depresif semptomlardan kurtulmakla kalmamakta, aynı zamanda depresyona karşı olumlu bir bakış açısı geliştirmektedirler. Bu, depresyonu bir insan deneyimi olarak normalleştirmeyi, mücadele eden diğerleriyle empati kurmayı ve akranlarını aktif olarak desteklemeyi içermektedir. Bu eylemler dayanıklılığı teşvik etmekte, erkeklerin ruh sağlığını çevreleyen damgalamayı azaltarak iyileşmeyi ve intihar gibi ciddi sonuçların önlenmesini destekleyen olumlu bir geri bildirim döngüsü yaratmaktadır.

4.3.6. Erkek Dostu Hemşirelik Girişimleri

Geliştirilen gömülü kuramın çerçevesi, yukarıda bahsedilen dinamikleri ele alan erkek dostu hemşirelik müdahalelerine duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Bu müdahaleler şunlara odaklanmalıdır:

- Erkeklik ve duygusal bastırma hakkındaki işlevsel olmayan inançları ele alma,
- Yardım arama, hobilerle uğraşma ve destekleyici ilişkiler kurma gibi etkili başa çıkma stratejilerini teşvik etme,
- Depresyonu normalleştirme ve damgalamayı azaltmak için eğitim sağlama,
- Erkekleri daha sağlıklı duygusal tepkiler benimsemeye ve profesyonel yardıma ihtiyaç duyulduğunda bunu fark etmeye teşvik etme.

4.3.7. Geliştirilen Kuramın Çerçevesinin Genel Dinamiği

Depresyon semptomları yaşayan erkekler, eril normlara ilişkin inanç sistemlerine bağlı olarak iki olası yol izlerler:

- ***İşlevsel Olmayan İnançlar Yolu:*** İşlevsel olmayan inançlara sahip erkekler yardım aramaktan kaçınmakta, duygularını ve yaşadığı ruhsal sıkıntıyı içe

atmakta, kendi kendine çözmeye çalışmakta ve semptomların kötüleştiği, potansiyel olarak intihar davranışıyla sonuçlanan kısır bir döngüye girmektedirler.

- ***İşlevsel Olan İnançlar Yolu:*** İşlevsel olan inançları benimseyen erkekler destek aramakta, etkili başa çıkma mekanizmaları uygulamakta ve ruh sağlığına yönelik olumlu tutumlar geliştirmektedirler. Depresif döngüden kurtulmakta, dirençli hale gelmekte ve benzer zorluklarla karşılaşan diğer erkekleri desteklemektedir.

Özetle, bu çerçevede eril normlara ilişkin inanç sistemlerinin erkeklerin depresyon deneyimleri ve sonuçları üzerindeki önemli etkisinin altını çizmektedir. Daha sağlıklı ruh sağlığı uygulamalarını teşvik etmek ve erkeklerde depresyonu çevreleyen damgalamayı azaltmak için toplumsal erkeklik algılarını değiştirme ihtiyacını vurgulamaktadır. Hemşireler eril normlara ilişkin işlevsel olan inançları ve destekleyici müdahaleleri teşvik ederek, erkeklerin ruh sağlığı sorunlarını daha iyi yönetebilir ve cinsiyet rolleri temelinde duygusal olarak erkeklerin daha tatmin edici yaşamlar sürdürebilmelerini destekleyebilirler.

5. TARTIŞMA

Araştırmanın bulgularına ilişkin tartışmalar ‘nicel bulguların tartışılması’, ‘nitel bulguların tartışılması’ ve ‘belirlenen gömülü kurama ilişkin tartışma’ olarak üç bölümde sunuldu.

5.1. NİCEL BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, erkeklerde tipik depresyon belirtilerinin, benimsenen erkeklik normları ve erkek depresyonu belirtileri arasındaki ilişkideki aracılık etkisine yönelik bulgular tartışıldı.

5.1.1. Ölçek Tanımlayıcı İstatistikleri ve Korelasyon Analizi Sonuçlarının Tartışması

Bu araştırmanın bulguları, Erkek Depresyon Risk Ölçeği (EDRÖ-22) gibi özel araçlar kullanılarak erkeklere özgü depresyon semptomlarının ve intihar riskinin değerlendirilmesinin gerekliliğinin altını çizen mevcut literatürü desteklemektedir. Örneklemimizde erkeklerin EDRÖ-22 kesme puanına göre %41,3’ü düşük depresyon ve intihar riski (<20,5 puan), %36,4’ü depresif ancak düşük intihar riski (20,5–36,5 puan), %22,3’ü ise yüksek intihar riski (>36,5 puan) grubunda olarak kategorize edilmiştir. Gözlemlenen bu oranlar, diğer araştırmalardaki dağılımlarla yakından uyumludur (Herreen, Rice, Ward, et al. 2022; Zajac et al. 2022) ve EDRÖ-22’nin çeşitli popülasyonlarda güvenilirliğini göstermektedir.

Bu araştırmada katılımcıların %22,3’ünü oluşturan yüksek riskli grup çok önemlidir. Bu bulgu, depresyon ve intihar riski yüksek olan tipik ve atipik semptomlar veya dışsallaştırılmış semptomlar sergileyen erkeklerin artan duyarlılığının altını çizen önceki çalışmalarla uyumludur (Herreen, Rice, Ward, et al. 2022; Owsiany 2022;

Zajac et al. 2022). Bu bireylerde tipik ve erkeklere özgü depresif semptomların eş zamanlı varlığı, erkek depresyonunun çok yönlü karakterini, EDRÖ-22 gibi cinsiyete duyarlı tanı araçlarına duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır (Herreen, Rice, and Zajac 2022a; Zajac et al. 2022).

Araştırmada erkeklerin %41,3'ünün düşük riskli ve %36,4'ünün düşük riskli olmasına rağmen depresyonda olarak sınıflandırılması, Herreen, Rice, and Zajac (2022a) ve Zajac ve ark.nın (2022) bulgularıyla örtüşmektedir. Bu popülasyonlar, akut intihar eğilimi göstermemelerine rağmen, tedavi edilmedikleri takdirde semptomların ilerleme riski nedeniyle yine de dikkat gerektirmektedir. EDRÖ-22'nin dışsallaştırıcı davranışlar gibi erkeklere özgü semptomları değerlendirmeye karşı hassasiyeti, geleneksel depresyon değerlendirmelerinde ihmal edilebilecek risk altındaki bireylerin tespit edilmesinde önemli bir araç olduğunu ortaya koymaktadır (Zajac et al. 2022). Bu bulgular, olağan semptomlarla birlikte erkeklere özgü semptomları ele alan müdahalelerin, erkeklerde intihar riskini önemli ölçüde azaltabileceğini ve ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirebileceğini göstermektedir.

5.1.2. Yapısal Eşitlik Modeli Analiz Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmanın bulguları, erkek normlarına bağlılık, tipik ve eril depresif belirtiler arasındaki karmaşık ilişkiye açıklık getirerek mevcut literatürü desteklemekte ve geliştirmektedir. Path modeli, ENUE-30 ölçümünün HSA-4 puanlarını önemli ölçüde pozitif yönde etkilediğini ($p=0.001$, $Beta=0.441$), HSA-4 değerlerinin de benzer şekilde EDRÖ-22 puanları üzerinde önemli bir pozitif etki yarattığını ($p=0.001$, $Beta=0.694$) göstermiştir. Ayrıca, tipik depresyon belirtileri (HSA-4), erkeklik normlarına uygunluk (ENUE-30) ve erkek depresyon (EDRÖ-22) puanları arasındaki ilişkide bir aracı olarak kabul edilmiş ($p=0.001$, $Beta=-0.306$) ve erkeksi normlar ile ruhsal sıkıntı arasındaki karmaşık etkileşime işaret etmiştir.

Bu sonuçlar, özellikle özgüven ve duygusal bastırma gibi alanlarda erkeklik normlarına daha fazla bağlılığın erkeklerde artan depresyon semptomlarıyla ilişkili olduğunu gösteren önceki çalışmalarla uyumludur (Iwamoto et al. 2018; Sileo and Kershaw 2020). Bulgularımız, Herreen, Rice, ve Zajac (2022b) ile Rice ve ark. (2016) tarafından vurgulanan, psikolojik esnekliğin aracı önemini doğrulamaktadır. Bu aracı rol, erkeklik normlarının depresif semptomların deneyimlenmesinde önemli bir

mekanizma olarak görüldüğünü, psikolojik esnekliği artırmayı amaçlayan müdahalelerin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Araştırmada ENUE-30 ve HSA-4 puanları arasında gözlemlenen pozitif korelasyon, Sileo and Kershaw (2020)'ın sertlik ve kadın karşıtlığı da dahil olmak üzere eril normların daha fazla onaylanmasının ruh sağlığı hizmetlerinden daha az yararlanılması ve depresif semptomların artmasıyla bağlantılı olduğunu gösteren bulgularını desteklemektedir. Sıklıkla, içselleştirilmiş bu damgalanma ve toplumsal normlardan etkilenen yardım arama konusundaki tereddüt, ruhsal sıkıntıyı yoğunlaştırabilir ve yardım almayı engelleyebilir.

Bu araştırmada ENUE-30 ile EDRÖ-22 arasındaki ilişkide HSA-4'ün aracılık işlevine dair sonuçlar, erkeklere özgü depresyon ölçütleri hakkındaki literatürle uyumludur. EDRÖ-22 gibi araçlar, geleneksel erkeklik normlarına sıkı sıkıya bağlı erkekler arasında daha yaygın olan dışsallaştırılmış semptomları belirlemede üstün etkinlik göstermiştir (Magovcevic and Addis 2008; Wide et al. 2011). Öfke ve risk alma davranışları da dahil olmak üzere dışsallaştırılmış semptomlar, sıklıkla altta yatan tipik depresyonu gizlemekte ve kesin değerlendirme ve müdahale için cinsiyete duyarlı yaklaşımlar gerektirmektedir.

Sonuç olarak, bulgularımız erkeklerin ruh sağlığının değerlendirilmesinde hem tipik hem de erkek depresyon belirtilerinin dikkate alınması gerektiğinin altını çizmektedir. PHQ-4'ün aracı işlevi, benimsenen erkeklik normlarının etkisiyle erkek depresyon gelişimini önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Bu durum, erkeklerde depresyon semptomlarının tamamını doğru bir şekilde yansıtmada cinsiyete duyarlı ölçümlerin önemini vurgulayan Herreen, Rice, ve Zajac (2022b) ve Rice, Kealy, ve ark.nın (2020) sonuçlarıyla örtüşmektedir.

5.2. NİTEL BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu araştırmada, erkeklerin toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında depresyon deneyimleri yedi ana tema üzerinden incelendi: Depresyonun tanımı, İnanç, Depresyonun nedenleri, Depresyon belirtileri, Yardım almadaki engeller, Etkili baş

etme yöntemleri, Depresyondaki erkeğe yönelik tutum. Sonuçlar, erkek depresyonunun çeşitli yönleri vurgulanarak literatürdeki araştırmalarla tartışıldı.

5.2.1. Depresyonun Tanımı

Katılımcıların depresyona ilişkin tanımlamaları, depresyonun erkekler tarafından nasıl algılandığını ve deneyimlendiğini çok boyutlu bir şekilde ortaya koymaktadır. Depresyonun tanımına ilişkin belirlenen bu sekiz alt tema (Savaş-mücadele, Duygusal zorlanma, Kara bulut, Kendini içten içe yormak, Sağlık sorunu, Zayıflık-güçsüzlük, Günlük yaşamı olumsuz etkileme ve Yıkım) depresyonun ruhsal, fizyolojik ve sosyal boyutunu kapsamaktadır. Bulgular, depresyonun sadece klinik bir sağlık sorunu ile karakterize edilmediğini, aynı zamanda katılımcıların duygusal, sosyal ve toplumsal koşullar içindeki algılarından da etkilendiğini göstermektedir.

Araştırmada katılımcılar depresyonu içsel bir mücadele ve savaş olarak tanımladılar. Bu tanımlama kişinin kendi içindeki duygusal ve ruhsal sıkıntı ile olan mücadelesini yansıtmaktadır. Erkekler benimsedikleri erkeksi normlar nedeniyle yaşadıkları sıkıntıları yansıtmayı “zayıflık”, erkeksi olmayan bir durum olarak algılamakta, kendi içlerinde mücadele etmektedirler. Benzer biçimde Rochlen ve ark.nın (2010) çalışmasında yetişkin erkekler depresyonu "zayıflık", "eksiklik" ve "güçsüzlük" olarak tanımlamış, bu durumun erkeksi rolleriyle çeliştiğini ifade etmişlerdir. Bu durum, erkeklerin depresyonu bir mücadele olarak gördüğünde, yardım aramaktan kaçınabileceği ve depresyonun kendi içinde verilmesi gereken bir savaş ve mücadele olarak deneyimlediklerini göstermektedir. Ayrıca katılımcıların depresyonu yalnızca bir üzüntü hali değil, yoğun duygusal zorlanma ve çıkmazda olma hali olarak tanımlamaları depresyonun erkekler tarafından duygusal bir yıkım süreci olarak algılandığını da göstermektedir. Milner ve ark. (2018), duygusal zorlanmanın erkeklerde depresif semptomların şiddetini arttıran bir faktör olduğunu belirtmektedir. Özellikle duygularını bastırmaya meyilli erkeklerde bu duygusal yük artmaktadır (Milner et al. 2018). Öte yandan katılımcıların depresyonu “kara bulut” metaforu ile tanımlamaları bireyin yaşadığı duygusal zorlanma, gerginlik ve mücadele ile karakterize edildiğini göstermektedir. Bu bulgu depresyonun yaygın ve sürekli doğasını vurgulayan çalışma sonuçları ile uyumludur (Amini et al. 2013; Krumm et al. 2017; Radfar, Ahmadi, and Fallahi Khoshknab 2014). Ayrıca, bu tür metaforların,

bireylerin depresyon deneyimlerini ifade etmede ne kadar önemli bir rol oynayabileceğini de göstermektedir.

Katılımcılar, depresyonu aşırı düşünme ve kendilerini suçlama döngüsü içinde tanımlamışlardır. Bu durum, erkeklerin depresif belirtilerini içe dönük bir şekilde deneyimleme eğiliminde olduklarını düşündürmektedir. Spendelow (2015b), bu durumu, erkeklerin genellikle depresyonla baş etme süreçlerinde kendilerini suçlama ve aşırı analiz etme eğiliminde olmalarıyla ilişkilendirmiştir. Erkekler, toplumun beklediği “sorun çözen” olma rolünü üstlenerek, kendi içinde zihinsel olarak yaşadıkları sıkıntıya çözüm bulmaya çalışmaktadırlar. Bu durum, bireyin duygusal ve zihinsel olarak tükenmesine neden olabilir. Öte yandan, katılımcıların depresyonu bir sağlık sorunu olarak tanımlaması, bireylerin depresyonu yalnızca duygusal bir zorluk olarak değil, aynı zamanda klinik olarak ele alınması gereken bir durum olarak gördüklerini de göstermektedir. Kroenke, Spitzer, ve Williams (2001) depresyonun hem fiziksel hem de zihinsel sağlık üzerindeki etkilerini ele alarak, bireylerin depresyonu sağlık perspektifinden algılamalarının tedaviye katılımı artırabileceğini belirtmiştir. Depresyon deneyimleyen erkeklerin, depresyonu bir sağlık sorunu olarak ele almaları erkekleri çözüm odaklı ve etkili baş etme yöntemlerine teşvik edecektir.

Genellikle bir sağlık sorunu ve zayıflık olarak görülen depresyonun günlük yaşam üzerinde olumsuz etkileri olmaktadır (Amini et al. 2013; Stiawa et al. 2020). Araştırmada erkeklerin depresyonu günlük yaşamı olumsuz etkileyen bir durum olarak tanımlamaları, depresyonun bireyin günlük yaşam becerileri işlevleri üzerindeki olumsuz etkilerine vurgu yapmaktadır. Bu durum, bir erkekten günlük hayatta beklenen rolleri yerine getirmesinde zorlanmasına neden olmaktadır. Ayrıca depresyon deneyimi, sadece bireyin kendi yaşantısını değil aileleri için de "çalkantılı bir hayat" içinde olmaktır (Radfar et al. 2014). Bu durum, erkeklerin ailede üstlendiği “düzen sağlama” rolünü gerçekleştirmesini zorlaştıracaktır. Bu bağlamda, depresyon tüm yönleriyle erkekler tarafından hayatlarını olumsuz etkileyen yıkıcı bir olay olarak algılanmaktadır.

5.2.2. Bilişsel İnançlar

Araştırmada erkeklerin eril normlar bağlamında depresyon deneyimlerini etkileyen inançları iki farklı kategori altında incelendi: İşlevsel olmayan inançlar, İşlevsel olan

inançlar. Bu inançlar erkeklerin depresyon deneyim sürecini etkileyen geleneksel eril normların etkilerini toplumsal, kültürel ve bireysel bağlamda, erkeklerin ruh sağlıklarına yönelik algı ve baş etme mekanizmalarını anlamamıza yardımcı olmaktadır.

Erkeklerin eril normlara ilişkin algıları ve inançları, depresyon deneyimlerini derinden etkilemektedir. Geleneksel erkeklığe yönelik işlevsel olmayan inançlar ruh sağlığını olumsuz etkilerken, erkekliklerin kırılğanlıklarını kabul eden ve yardım arayışını teşvik eden işlevsel olan inançlar refahı arttırabilmektedir. Ruh sağlığı müdahalelerinde bu inançların ele alınması depresyondan muzdarip erkekler için sunulan yardımı özelleştirebilir ve destekleyebilir.

Bu araştırmanın bulguları, toplumsal normlar ve sosyal beklentilerin erkeklerin depresyon deneyimlerini etkileyen işlevsel olmayan inançları ortaya koymaktadır. Belirlenen bu beş alt kategori -Toplumun/insanların baskısı, Erkekler duygularını gizlemeli inancı, Erkekler güçlü olmalı inancı, Erkekler sorunlarını kendi içinde çözmeli inancı, Depresyon ve dışlanma korkusu- geleneksel erkeklik normlarının erkeklerin ruh sağlığı üzerindeki karmaşık etkilerini vurgulamaktadır. Bu inançlar, erkeklerin depresif semptomları kabul etme, dile getirme ve yardım alma konusunda karşılaştıkları zorlukları arttırmaktadır.

Toplum erkeklerden dayanıklı olmalarını beklemektedir. Bu durumun erkekler üzerinde toplumsal ve sosyal bir baskı oluşturduğu ve ruh sağlıklarını olumsuz etkilediği görülmektedir. Erkekler duygusal metanet ve incinmezlik gibi geleneksel eril normlara ilişkin inançlar geliştirmekte, bu da tipik depresif semptomların inkâr edilmesi ve bastırılmasıyla sonuçlanmaktadır. Bu araştırma bulguları, bu tür baskılar nedeniyle erkeklerin olağandışı depresyon belirtilerini sergilediklerini ve müdahalenin ertelenmesine yol açtığını vurgulayan araştırma sonuçları ile örtüşmektedir (Krumm et al. 2017; Seidler et al. 2016). Erkekliğin geleneksel olarak ‘güçlü olma’ ile eşdeğer görülmesine ilişkin işlevsel olmayan inançlar nedeniyle oluşan toplumsal baskı, erkeklerde depresyonun tanınmasını ve ele alınmasını zorlaştırmaktadır.

Erkeklerin duygularını gizlemesi gerektiği inancı, toplumsal cinsiyet normlarından en yaygın olan örneklerdendir. Araştırmada bu inancın, erkeklerin duygusal sorunlarını ifade etmelerinin hemcinsleri ve toplumun diğer üyeleri tarafından ‘zayıflık’ olarak

algılanması nedeniyle geliştiği görülmektedir. Erkeklerin kırılganlıklarını ifade etmeleri, erkeklikle bağdaşmayan bir durum olarak algılanmaktadır (Rochlen et al. 2010). Bu durum erkeklerin tipik depresyon deneyimlerini bastırmalarına neden olmaktadır. Bu duygusal bastırma, Heifner (2009) ve Seidler ve ark.nın (2016a) da belirttiği gibi erkeklerin kırılganlık göstermesini ve yardım aramasını engelleyen bir “gizli benlik” geliştirmektedir. Duygusal ifadenin engellenmesi, depresif semptomların tanınmasını engellemekte, izolasyon ve duygusal yabancılaşmayı artırarak ruhsal sıkıntının şiddetini arttırmaktadır.

Toplumun erkeklerden güçlü olmaları gerektiği ve sorunları özerk bir şekilde çözmeleri gerektiğine ilişkin normlar, ruhsal sıkıntı durumunda etkisiz başa çıkma mekanizmalarını pekiştirerek erkeklerin depresyon deneyimlerini dışa vurumlarının farklılaşmasına neden olmaktadır. Bu bulgu literatürdeki geleneksel kendine güven kavramlarının yardım arama davranışlarını nasıl engellediğini ve madde kullanımı da dahil olmak üzere uyumsuz tepkileri nasıl teşvik ettiğini vurgulayan araştırmalarla örtüşmektedir (Heifner 2009; Seidler et al. 2016). Ayrıca bu inanç, erkeklerin duygusal mücadelelerini paylaşmak yerine içe atma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Erkeklerin profesyonel yardım alma konusundaki tereddütleri, savunmasız kalma korkusundan kaynaklanmakta ve böylece ele alınmamış bir ruhsal kargaşa döngüsünü sürdürmektedir. Bu durum, bu inançların yalnızca müdahaleyi ertelemekle kalmayıp aynı zamanda depresyon ataklarının şiddetini de artırdığının göstergesidir (Spendelow 2015b).

Katılımcılar depresyon belirtilerini sergilemenin sosyal ve iş yaşamında dışlanmaya yol açacağına ilişkin inançlarını paylaşmışlardır. Bu bulgu, Oliffe ve ark.nın (2016) erkek depresyonu ve intiharı ile ilgili damgalanmayı inceledikleri çalışma sonuçları ile örtüşmektedir. Erkeklerin depresyon belirtilerini tipik bir şekilde dışa vurmaktan (örn: üzüntü) kaçınmaları, bunun mesleki ve sosyal rollerine zarar verme endişelerinden kaynaklanmaktadır (Krumm et al. 2017). Bu korkular, erkekleri ruh sağlığı sorunları için formal veya informal kaynaklara başvurmadan alı koymaktadır. Aynı zamanda, geleneksel erkeklik normlarının yaygın etkisi ile oluşan bu işlevsel olmayan inançlara meydan okuyan toplumsal cinsiyete duyarlı yaklaşımlara duyulan ihtiyacı da ortaya koymaktadır.

Bu araştırma, beş alt kategoriye vurgulayarak erkeklerin depresyon deneyimlerini etkileyen işlevsel olan inançları açıklamaktadır: Düşünce kontrolü/gücü, İyileşme inancı, Depresyonun kabulü/normalleştirilmesi, Erkeklerde duygusallığın kabulü, Allah'a teslimiyet. Bu işlevsel olan inançlar, erkeklerin depresyon ile nasıl başa çıktıklarına incelikli bir anlayış sunmakta, erkeklik ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiye ışık tutmaktadır.

Katılımcılar, yaşamış oldukları zorlu duygusal sıkıntı karşısında düşünce kontrolünü sağlayabilmenin depresyonun üstesinden gelmede etkili bir araç olduğuna inanmaktadır. Bu bulgu, erkekler için zihinsel dayanıklılığın ve öz disiplinin depresyonla baş etmede etkili olduğunu göstermektedir (Spendelow 2015b). Depresyonun üstesinden gelinebileceğine ilişkin bu iyimser yaklaşım, bireylerin yaşadıkları zorlu mücadelede umutlarını sürdürmelerine yardımcı olmaktadır. Bu iyimserlik ve inanç, erkeklerin depresyonla mücadelesinde iyileşmeye olan inançlarında önemli bir rol oynamaktadır (Rochlen et al. 2010). Ayrıca, bu araştırmadaki diğer önemli bir bulgu da depresyonun erkekler arasında yaygın bir deneyim olarak, giderek daha fazla kabul görmesi ve normalleşmesine ilişkin inançtır. Buna göre, depresyonun tedavi edilebilir yaygın bir sağlık sorunu olarak kabul edilmesi erkeklerin yardım arama davranışlarını teşvik edecektir (Milner et al. 2018). Bu değişim, depresyonun bir zayıflık işareti olduğu yönündeki damgalamaya meydan okumakta ve erkeklerin daha etkili başa çıkma mekanizmalarını benimsemelerini sağlamaktadır (Krumm et al. 2017).

Katılımcılar duyguların ifadesinin kadınlar kadar erkekler için de kabul edilebilir olduğuna ilişkin düşüncelerini paylaşmışlardır. Bu bulgu erkeklerin refahında, duyguların ifade edilmesinin önemini göstererek geleneksel erkeklik normlarına meydan okumaktadır. Duygusal ifadenin özellikle arkadaşlık ilişkilerinde sosyal uyumu arttıran bir faktör olduğu görülmektedir (Pollastri et al. 2018). Bununla birlikte, toplumsal beklentiler nedeniyle erkeklerin duygularını ifade etmekten çekinmeleri ruh sağlıklarını olumsuz etkilemektedir (Dhamudia 2024). Stiawa ve ark. (2020), depresyonu etkili bir şekilde ele almada erkeklerin duygularını ifade etmeye teşvik edilmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu bulgular, duygusal açıklığı destekleyen ve kısıtlayıcı toplumsal cinsiyet normlarına karşı çıkan daha kapsayıcı bir erkeklik

anlayışını desteklemektedir (Nordin, Degerstedt, and Granholm Valmari 2024; Prakash Tode and Shukla 2023).

5.2.3. Depresyonun Nedenleri

Depresyonun nedenleri incelendiğinde ekonomik sıkıntılılar, toplumsal baskılar ve biyolojik faktörlerin etkili olduğu görülmektedir. Bu araştırmanın bulguları, erkeklerde depresyon nedenlerinin çok faktörlü bir yapıya sahip olduğunu ve toplumsal rollerden bireysel algılara kadar birçok faktörün depresyon gelişimini etkilediğini göstermektedir.

Ekonomik zorluklar, kişiler arası çatışmalar ve geleceğe ilişkin kaygılar, erkeklerde depresyon gelişimine katkıda bulunan faktörler olarak kabul edilmektedir (González and Vives 2019; Krumm et al. 2017). Bu araştırma bulgularına göre ekonomik sıkıntılar erkeklerde depresyona yol açan başlıca etkenlerden biridir. Maddi yükümlülüklerin erkekler üzerindeki etkisi ataerkil toplumda daha belirgindir. Özellikle “evi geçindiren” rolü erkekler üzerinde finansal sorumluluğu arttırmaktadır. İş kaybı korkusu ve ekonomik istikrarsızlık erkeklerde depresyon riskini arttıran bir faktördür (Milner et al. 2018). Bununla birlikte katılımcılar günlük yaşamın getirdiği stresi, depresyonun önemli bir nedeni olarak tanımlanmıştır. Brownhill ve ark. (2005), erkeklerin yaşam stresine verdikleri tepkinin, duygusal bastırma ve kaçış davranışları gibi mekanizmalarla ifade edildiğini belirtmiştir. Sürekli endişe ve iş yükü gibi faktörler, erkeklerde depresif belirtileri şiddetlendirmektedir. Ayrıca toplumsal beklenti ve sorumlulukların yerine getirilememesi cinsiyet rol çatışmasına neden olmakta ve yetersizlik hissini, depresyon ve anksiyete riskini arttırmaktadır (Addis 2008; Zamarripa, Wampold, and Gregory 2003). Geleneksel erkeklik normlarının yüklediği sorumluluğu yerine getirememesi başarısız olma korkusuna neden olmakta ve erkekler depresyonu zayıflık olarak algılama eğilimi göstermektedir (Addis 2008). Krumm ve ark. (2017), erkeklerin üstlendiği finansal sorumluluklar ve ailenin geçimi gibi yükümlülükler nedeniyle aşırı strese maruz kaldıklarını belirtmiştir. Erkeklere yüklenen bu ağır sorumlulukların getirdiği stres erkeklerde depresyon riskini arttırmaktadır.

İlişkilerde, özellikle romantik ilişkilerde, yaşanan çatışmalar yalnızlık ve reddedilme duyguları depresyonu tetikleyen önemli faktörlerdendir. Bu araştırmada, erkeklerin

duygusal sorunlar karşısındaki kırılganlıklarına ve bu sıkıntıların ‘güçlü-dayanıklı olma’ inançları ile içsel bir çatışma yaratabildiğini göstermektedir. İlişki problemleri erkeklerin kırılganlıklarını tetikleyerek depresyon belirtilerini ifade etmelerini daha da zorlaştırmakta ve bu durum yardım arama davranışlarını sınırlandırmaktadır (Krumm et al. 2017). Toplumsal normlar erkeklerin duygusal ifadesini engelleyerek depresyonun şiddetini artırmaktadır. Erkekler sıklıkla duygusal ifadeyi bir zayıflık işareti olarak algılamakta ve bu da duygularını bastırmalarına neden olmaktadır (Johnson et al. 2012).

Araştırmalar, genetik yatkınlık, nörotransmitter anormallikleri ve hormonal etkiler gibi biyolojik faktörlerin depresyon gelişimine önemli ölçüde katkıda bulunduğunu göstermektedir (Alshaya 2022; Hu, Yiu, and Clark 2021; Zhang 2024). Depresyonun başlangıcında genetik yatkınlık ve çevresel stres faktörleri arasındaki etkileşim esastır (Remes, Mendes, and Templeton 2021). Araştırmada erkeklerin depresyon nedenleri arasında biyolojik faktörleri belirtmeleri, erkeklerin hormonal veya genetik faktörler nedeniyle depresyon yaşanabileceğinin farkında olmaları, profesyonel sağlık hizmetlerine başvurularında ve destek almalarında teşvik edici bir rol oynayacaktır.

5.2.4. Depresyon Belirtileri

Depresyon belirtileri, emosyonel, fizyolojik ve ilişki problemleri gibi tipik semptomlarla birlikte, erkeklerde eril depresyon belirtileri ve intihar eğilimleri gibi daha karmaşık bir yapı sergilemektedir.

Mevcut tanı kriterlerine göre depresyonun ana belirtileri arasında çökkün ruh hali, üzüntü, ağlama, değersizlik, içe kapanma ve anhedoni gibi belirtiler yer almaktadır (APA 2013). Araştırmada katılımcılar, bu duygusal belirtileri deneyimlediklerini paylaşmış ve erkeklik normları nedeniyle duygusal mücadelelerini ifade etmekten kaçınma eğilimindedirler. Bu eğilim depresyon belirtilerinin şiddetinin artmasına neden olmaktadır (McKenzie et al. 2010). Bu durum, eril kültürel normların etkisiyle erkeklerin depresyonu kadıllardan farklı bir biçimde deneyimlemelerini anlamamıza katkıda bulunmaktadır (Cooper, Arulpragasam, and Treadway 2018). Depresyonun fiziksel belirtileri arasında uyku düzeninde bozulma, iştah problemleri ve enerji kaybı-düşüklüğü yer almaktadır. Erkeklerde bu belirtiler günlük aktivitelerde ciddi işlev kaybına neden olabilmektedir (Rodrigues et al. 2020). Bu fiziksel belirtiler

erkeklerden beklenen ‘fiziksel olarak güçlü olma’ rolüne karşı depresyonu ifade etme biçimlerini etkilemektedir. Erkekler, eril normlar nedeniyle yaşadıkları ruhsal sıkıntıyı bu belirtiler ile dışa vurmayı ‘zayıflık’ işareti olarak değerlendirmektedir (Gruber and Schwanda 2021). Depresyon tedavisine yönelik yeni yaklaşımlar, anhedoni gibi temel semptomları doğrudan ele almalıdır. Ketamin gibi hızlı etkili müdahaleler hem anhedoni hem de fiziksel depresif semptomlarda önemli iyileşmeler sağlayabilir (Rodrigues et al. 2020). Erkeklerde depresyon, erkeksi normlar ve biyolojik değişkenlerin etkisiyle şiddetlenirken duygusal ve fiziksel semptomlarla kendini göstermektedir. Depresyon tedavisinde bireysel gereksinimler ve erkeğe özgü girişimleri ön planda tutan yaklaşımlar daha başarılı sonuçlar verebilir.

Mevcut tanı kriterlerinde tanımlanan depresyon belirtileri deneyimleyen erkeklerde sigara, alkol ve madde kullanımı, genellikle ruhsal acıyı uyuşturma veya olumsuz düşüncelerden kaçma girişi olarak tanımlanmaktadır. Bu tür davranışlar, erkeklerin depresif duygularını dışsallaştırma eğilimiyle ilişkilendirilmektedir (Rice et al. 2019). Erkeklerde bu dışsallaştırılmış depresyon belirtileri sıklıkla depresyona özgü olmayan davranışlarla ortaya çıkmakta, bu da tanı ve tedaviyi zorlaştırmaktadır. Bu belirtiler sinirlilik, öfke, saldırganlık, risk alma davranışı, madde kullanımı ve zayıf dürtü kontrolünü kapsamaktadır (Olfiffe et al. 2019; Price et al. 2018; Rice, Aucote, et al. 2018; Rice et al. 2021; Smith, Mouzon, and Elliott 2018). Bu tür eylemler sıklıkla geleneksel eril normlarla ilişkilendirilmekte, bu da erkeklerin çökkünlük veya umutsuzluk gibi tipik depresif semptomlar sergilemesini engelleyebilmektedir (Price et al. 2018; Rice et al. 2021, 2022). Erkekler bu tipik semptomları, genellikle yaşamış oldukları duygusal sıkıntıyı ifade etmenin kabul edilebilir bir yolu olan dışsallaştırılmış semptomlarla göstermektedir (Winkler, Pjrek, and Kasper 2005).

Fiziksel aktivite ise erkeklerin depresyonla başa çıkmada başvurdukları etkili yöntemlerden biridir. Araştırmada katılımcılar deneyimledikleri duygusal belirtilerin yarattığı ruhsal sıkıntının üstesinden gelmede egzersize başvurumaktadırlar. Egzersizin ruh halini iyileştirme, stres azaltma ve genel refahı artırma konularında olumlu etkileri olduğu görülmektedir (Knäpen et al. 2015). Erkeklerin tipik depresyon belirtilerini hafifletmek amacıyla egzersize yönelmeleri cinsiyet rolleri ile daha uyumlu ve kabul edilebilirdir.

Erkeklerde depresyon ve intihar düşüncelerinin erkeklik rollerini yerine getirmede algılanan başarısızlık ile ilişkili olduğu görülmektedir (Olliffe et al. 2011). Erkeklerin duygusal zorlanmalarını ifade edememeleri, içe atmaları ve kendi başlarına çözmeye çalışmaları çözülmemiş sıkıntılara yol açarak intihar riskini arttırmaktadır (Rice et al. 2019; Rogers, Ringer, and Joiner 2018). Duyguları bastırma ve yardım aramanın engellenmesi, depresyonun kronikleşmesine ve ölümcül sonuçlara neden olabilmektedir (Gruber and Schwanda 2021). Araştırmada, benimsenen eril normların etkisiyle tipik depresyon belirtileri deneyimlemeleri durumunda, yaşadıkları ruhsal sıkıntıların dışı vurumunda eril depresyon belirtileri görülmektedir.

5.2.5. Yardım Almadaki Engeller

Bu araştırma bulgularına göre erkeklerin depresyon için yardım almasının önündeki engeller arasında çekinme, damgalanmaya maruz kalma ve yardım almayı erkeklik gururuna yedirememeye yer almaktadır. Bu engellerin kökenleri benimsenen erkeklik normlarına ve bireysel algılara dayanmaktadır.

Erkeklerin yardım arama davranışlarını etkileyen temel faktörlerden biri erkeklerin duygusal ve fiziksel olarak güçlü olmaları gerektiğine yönelik inançtır. Geleneksel erkeklik normları duygusal açıklığı zayıflık olarak görmektedir, bu da erkeklerin yardım kaynaklarına başvurmasını zorlaştırmaktadır. Bu engeller arasında, semptomları açıklama ve profesyonel destek arama konusunda isteksizliğe yol açabilen hem sosyal hem de içselleştirilmiş damgalama yer almaktadır (Covello 2020; Rice, Olliffe, et al. 2020). Erkekler depresif belirtilerini ifade etmekte ve yardım almakta daha az istekli olmaktadır, bu da sosyal olarak damgalanma korkusundan kaynaklanmaktadır (Latalova et al. 2014; Möller-Leimkühler 2002). Erkekler, “erkekler ağlamaz” gibi cinsiyetçi normların etkisiyle depresyon belirtilerini gizleme eğilimindedir ve bu da içselleştirilmiş damgalanmayı artırmaktadır (Latalova et al. 2014).

Yardım aramadaki bir diğer önemli engel, erkeklerin gurur duygusudur. Heath ve ark. (2017), erkeklerin yardım arama davranışlarını sınırlayan bir faktör olarak “öz-yeterlilik” ve “gurur” duygularını vurgulamıştır. Bu durum, erkeklerin yardımı ‘zayıflık’ olarak algılamasına neden olmaktadır (Heath et al. 2017). Benzer şekilde, Seidler ve ark. (2016) erkeklerin yardım arama davranışlarındaki değişimi incelemiş ve erkeklerin genellikle içsel çatışmalarını kendi başlarına çözmeye çalıştıklarını,

ancak bu durumun genellikle izolasyona ve daha fazla duygusal sıkıntıya yol açtığını belirtmiştir. Cinsiyet normlarına dayalı bu engeller, kültürel ve sosyal bağlamda daha da belirginleşmektedir. Damgalanma ve gurur gibi engellerin üstesinden gelmek için erkeklerin duygusal ihtiyaçlarını anlamaya yönelik cinsiyete duyarlı yaklaşımlar geliştirilmelidir. Öz-şefkat odaklı müdahaleler, erkeklerin kendilerine yönelik damgalama duygusunu azaltabilecek ve yardım arama eğilimlerini arttıracaktır (Komlenac et al. 2022). Ayrıca birinci basamak sağlık kuruluşlarında toplum temelli destek gruplarının oluşturulması faydalı olacaktır (Johnson et al. 2012).

5.2.6. Etkili Başetme Yöntemleri

Bu araştırma bulguları, depresyon belirtileriyle baş etmek için erkeklerin çeşitli yöntemler kullandığını göstermektedir. Bu yöntemler arasında profesyonel destek alma, sosyalleşme, hobilerle ilgilenme, kabul etme ve manevi uygulamalar önemli yer tutmaktadır.

Erkekler depresyonu önlemek ve yönetmek için sorunlar hakkında konuşmak, rutinleri sürdürmek ve plan yapma gibi çeşitli olumlu stratejiler kullanmaktadır. Erkeklerin başvurdukları bu stratejiler hem "tipik erkeksi" yaklaşımları hem de erkeklik beklentilerine meydan okuyan yaklaşımları içermektedir (Fogarty et al. 2015). Proudfoot ve ark.nın (2015) çalışmasında, Avustralyalı erkeklerin depresyon yönetiminde öz bakım, başarıya odaklanma ve bazı bilişsel yöntemleri kullandıkları görülmektedir. Benzer şekilde bu çalışmada katılımcıların hobilerle uğraşma ve sosyal ilişkilerini sürdürme gibi öz bakım uygulamalarını kullandıkları görülmektedir. Bu bulgular depresif duyguların yarattığı sıkıntılardan kurtulmada veya hafifletmede etkili birer yöntemdir. Özellikle erkeklerin hemcinsleri ile sosyalleşmesi yalnızlık duygularını hafifletmekte ve ruh halini iyileştirdiği için depresyon yönetiminde etkili olacaktır (Zamanian et al. 2021). Öte yandan bireysel olarak yapabilecekleri müzik dinlemek, doğada vakit geçirmek ve fiziksel aktiviteler depresyon semptomlarını hafifletmektedir (Estubo et al. 2024). Özellikle erkekliğin doğasına uygun bir şekilde fiziksel egzersiz, stres yönetiminde önemli bir araç olarak öne çıkmaktadır (Cooney et al. 2013; Mead et al. 2009).

Bireylerin depresyonla ilgili mücadelelerini kabul etmeleri, iyileşme yolculuğunun önemli bir aşamasıdır. Kabul, bireyin duygularıyla yüzleşmesini ve tedaviye daha açık

hale gelmesini sağlamaktadır (Pătru et al. 2022). Araştırmada katılımcıların bu yöntemi kullanmaları eril normlara karşı bir duruş sergileyerek, duygusal dayanıklılıklarını artırarak tedavi sürecine destek olmaktadır. Ayrıca depresyon tanısı konmuş erkeklerde manevi ve dini uygulamalara yönelmenin depresyon ve intihar davranışını azaltan faktörler arasında yer aldığı bildirilmektedir (Kielan et al. 2021). Dua, meditasyon ve manevi destek, bireylerin ruhsal huzur bulmasına yardımcı olmaktadır (Ginting et al. 2015). Manevi destek, erkeklerin stresle başetme mekanizmalarını güçlendirmede dikkate alınabilir.

Depresyonda yukarıda bahsedilen informal kaynaklar ve yöntemlerin dışında formal kaynaklara başvurmak önemlidir. Depresyon tedavisinde profesyonel destek alma özellikle ilaçlar ve terapi gibi tıbbi müdahaleler etkilidir. Bireysel veya grup terapileri ve antidepresanlar semptomların azaltılmasında önemli rol oynamaktadır. Özellikle grup terapilerinin depresyon ve anksiyete üzerinde anlamlı iyileşmeler sağladığı ve bu etkinin uzun vadede sürdürülebilir olduğu belirtilmiştir (Craig et al. 2017). Araştırmada katılımcıların eril normlara ve depresyona ilişkin işlevsel olan inançlarının profesyonel destek almada önemli rol oynadığı görülmektedir.

5.2.7. Depresyondaki Erkeğe Yönelik Tutum

Erkeklerin depresyondaki hemcinslerine karşı algı ve tutumları geleneksel erkeklik normlarından etkilenmektedir. Bu da damgalanmaya ve yardım almaktan çekinmeye neden olmaktadır. Erkeklerin bu bakış açıları geleneksel normlar, erkeklik ve ruh sağlığına ilişkin bireysel inançlarından etkilenmektedir. Bu araştırmada erkekler depresyondaki erkeklere yönelik toplum baskısını dikkate almama, erkeklerde depresyonun bilinmesi, normalleştirilmesi ve destek olma gibi tutumlar geliştirmişlerdir. Depresyondaki erkekler benimsenen eril normların etkisiyle kendini damgalama eğilimindedir ve erkek depresyonu hakkındaki damgalayıcı görüşleri onaylama olasılıkları daha yüksektir (Latalova et al. 2014; Oliffe et al. 2016). Bununla birlikte, bazı çalışmalar erkeklerin depresyona ilişkin algılarının olumlu yönde değişebileceğini ve erkeklere duyarlı destekleyici grupların faydalı olacağını göstermektedir (Staiger et al. 2020). Erkeklerin toplumsal beklentileri göz ardı etmeye teşvik edilmesi, daha sağlıklı başetme yöntemlerine yönelme olasılığını arttırmaktadır (Liddell and Andriopoulou 2021). Ayrıca, damgalamanın erkeklerin yardım arama davranışlarını olumsuz etkilediği ve destek aramayı geciktirdiği belirtilmektedir.

(Seidler et al. 2016). Bu araştırma bulguları, depresyon deneyimleyen erkeklerin toplum baskısını dikkate almamalarının onların depresyon ile baş etmede etkili oluğunu ve kendilerini geliştirici adımlar atmalarını desteklediğini göstermektedir.

Duygusal sıkıntıların kadınlar kadar erkekler tarafından da deneyimlenebileceğinin kabul edilmesi, erkeklerin depresif duygudurumlarını paylaşmaları ve yardım aramaları için güvenli bir ortam yaratabilir. Yapılan araştırmalar, depresyonun normalleştirilmesi gerektiğini ve bireylerin utanmadan yardım aramalarının daha kolay olacağını vurgulamaktadır (Mongrain and Shoikhedbrod 2021). Erkeklerdeki depresyonu sağlık profesyonelinin kendi cinsiyet normlarının etkisinden ayrı olarak ele alması, damgalamayı azaltabilir ve toplumsal farkındalığı artırılabilir (Reavley and Jorm 2011). Bu durum erkeklerin depresyon deneyimlemeleri durumunda profesyonel kaynaklara başvurmalarında teşvik edici olacaktır.

Depresyondaki bireye yönelik empati duyma ve destek olma, erkeklerin depresyonla mücadelesinde önemli rol oynamaktadır. Ruhsal sıkıntının paylaşıldığı kişilerin tutumları erkeklerin depresyon deneyimlerini etkileyecektir. Mongrain ve Shoikhedbrod (2021)'un araştırmasında, depresyondaki erkeğe yönelik empati eksiliğinin reddedilme hissine neden olduğu ve bunun iyileşme sürecini olumsuz etkilediği bildirilmektedir. Bu nedenle, destek sağlayıcıların depresyon hakkındaki damgalayıcı görüşlerden kaçınarak empati ve anlayış göstermesi gerekmektedir (Latalova et al. 2014). Ayrıca, bu araştırma bulguları doğrultusunda depresyon deneyimleyen erkeklerin depresyondaki hemcinslerine karşı empati geliştirmelerinin, depresyonun erkekler arasındaki kabulünü arttırmada önemli bir rol oynadığı söylenebilir. Erkeklerde depresyona yönelik daha fazla farkındalık ve empati ile destekleyici bir toplum yaratılabilir.

5.3. BELİRLENEN GÖMÜLÜ KURAMA İLİŞKİN TARTIŞMA

Bu bölümde, erkeklerin depresyon deneyimlerinin bilişsel-davranışçı yaklaşım perspektifinden analizi sonucu oluşturulan gömülü kuramın çerçevesi tartışıldı.

Erkeklerin depresyon deneyimlerinde etkili olan toplumsal normlar, bireysel inançlar ve baş etme stratejilerinin dinamik etkileşimi bilişsel davranışçı çerçevede ele alındı. Bu kapsamda, yapılan bu araştırma erkeklerin depresyonu nasıl deneyimlediği, ifade ettiği ve yönettiği konularına ışık tutmaktadır. Aşağıdaki tartışmada, bu alandaki temel bulgular vurgulanmaktadır.

Erkeklerde depresyonun nedenleri arasında ekonomik zorluklar, ilişki problemleri ve toplumsal baskılar gibi faktörler öne çıkmaktadır. Eril normlara ilişkin işlevsel olmayan inançlar (örneğin, zayıflığın kabul edilemez olduğu düşüncesi), erkeklerin duygusal sorunlarını ifade etmelerini ve yardım aramalarını engellemektedir. Erkeklerin bu durumu içselleştirme eğilimi, yardım aramayı daha da zorlaştırmaktadır (Staiger et al. 2020).

Depresyon belirtileri, eril normlara ilişkin işlevsel olmayan inançların etkisiyle erkeklerde tipik belirtilerden farklı olarak, öfke, risk alma ve madde kullanımı gibi davranışlarla maskelenebilir (Brownhill et al. 2005; Spendelow 2015b). Bu durum, yine bu inançların etkisiyle erkeklerin depresyonu tanımalarını zorlaştırarak profesyonel yardımı geciktirebilmektedir. Erkeklerin erkekliğe ilişkin benimsedikleri kalıcı olumsuz bilişsel kalıplar (otomatik düşünceleri) benlik, çevre ve geleceğe ilişkin bilişsel çarpıtmalara neden olarak depresyonlarını maskelemelerine neden olmaktadır. Maskelenmiş belirtiler, yalnızlaşma ve duygusal sorunların artması gibi sonuçlarla erkekleri kısır bir döngüye sokmaktadır (Krumm et al. 2017). Böylelikle erkekler arasında yardım arama davranışının düşük olması, toplumsal eril normların bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Yardım arama, erkekler için çoğu zaman zayıflıkla ilişkilendirilmektedir. Bu durum, erkeklerin profesyonel destek arayışını sınırlamakta ve depresyon semptomlarının daha da ağırlaşmasına neden olmaktadır (Stiawa et al. 2020). Bu bağlamda, eril normlara meydan okuyan tedavi yöntemleri daha etkili olacaktır (Walther and Eggenberger 2024).

Depresyona karşı etkili başetme stratejilerini benimseyen erkekler, sosyal destek arama ve duygusal sorunlarını kabul etme eğilimindedir. Bu stratejiler arasında terapi, sosyal destek grupları ve hobilerle ilgilenmek yer almaktadır (Patrick and Robertson 2016). Ayrıca, bilişsel-davranışçı terapilerin erkekler için özel olarak uyarlanması, terapiye katılım oranlarını artırabilir ve semptomları hafifletebilir (Spendelow 2015a). Erkeklerin depresyon deneyim ve dışı vurum süreçlerinde erkek dostu girişimler, özellikle hemşirelik ve terapi bağlamında, depresyonu normalleştiren ve damgalamayı azaltan yaklaşımları teşvik etmelidir. Bu girişimler, erkeklerin duygusal sorunlarıyla başetmelerini desteklemek için özelleştirilmiş olmalıdır (Ezeugwu and Ojedokun 2020). Erkek dostu danışmanlık; genellikle erkekleri ve onların cinsiyet “kültürlerini” erkeklik çerçevesinde bağlamsallaştırmakta ve yorumlamaktadır.

Bu araştırmada geliştirilen gömülü kuram çerçevesinde, kültürel ve eril normlar dikkate alınarak bilişsel-davranışçı yaklaşımın erkeklerde depresyonun ele alınmasındaki kritik rolü vurgulanmaktadır (Fields and Cochran 2011; James R Mahalik 1999; James R. Mahalik 1999). Bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoterapötik girişimlerden hem hızlı hem etkili sonuçlar alınması, bu yaklaşıma entegre edilen toplumsal cinsiyete duyarlı perspektifler, duygusal bastırma ve performans baskısı gibi toplumsal erkeklik beklentilerinden kaynaklanan bilişsel çarpıtmaları ele alarak etkinliğini arttıracaktır (Cochran and Rabinowitz 1996). Kanıtlar, Kohn ve ark. (2002) tarafından Afrikalı-Amerikalı kadınlar için gösterildiği gibi, kültürel olarak uyarlanmış bilişsel davranışçı müdahalelerin depresyonlu erkekler için de benzer şekilde sonuçları iyileştirebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, bütüncül ve toplumsal cinsiyete duyarlı bakımı içeren erkek dostu hemşirelik müdahaleleri, damgalanmayı azaltma ve daha iyi ruh sağlığı sonuçlarını teşvik etmede erkeklerin güçlü yönlerinden yararlanmak için gereklidir (Englar-Carlson and Kiselica 2013; Horatio: European Psychiatric Nurses 2012).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın nicel verileri, eril depresyon üzerinde erkeklik normlarına uygunluğun etkisinde tipik depresyon belirtilerinin aracı bir rol üstlendiğini gösterdi. Araştırma nitel verilerine dayanılarak oluşturulan temalar erkeklerin depresyon deneyimlerini bilişsel ve davranışçı yaklaşım perspektifinden ortaya koymuştur. Araştırma nicel bulgularının bu sonuçları desteklediği görüldü.

Erkeklerin depresyon deneyimlerinin tipik depresyon belirtileriyle görünen tek bir olgu olarak değil, belli aşamalar içinde eril normların etkisiyle oluşan bilişsel inançların etkilediği görüldü. Bu inançların etkisiyle yaşanan ruhsal sıkıntının dışa vurumunun benimsenen eril normlara uygunluk ile ilintili olarak ele alınması gereken bir süreç olduğu sonucuna varıldı. Erkeklerin erkeklikle ilgili süregelen olumsuz bilişsel kalıpları ve çarpıtmaları depresyonlarını maskeleymektedir. Öte yandan, bu kalıp ve inançlar daha işlevsel olanlar ile yer değiştirdiğinde erkekler ruh sağlıklarını geliştiren tutum ve davranışlar göstermektedirler. Geliştirilen gömülü kuramın çerçevesi ile alan yazındaki kavramsal ve kuramsal bilgilere yeni açılımlar kazandırabilecek nitelikte önermelere ulaşıldı.

Sonuçlara göre, özellikle duygusal kontrol ve kendine yeterliliği vurgulayan geleneksel eril normlara ilişkin inançlar depresyon semptomlarını kötüleştirdiğinden, bu normları sorgulayan odaklanmış müdahaleler oluşturulması tavsiye edilmektedir. Duygusal ifadeyi teşvik etmek ve damgalanmayı azaltmak için ruh sağlığı girişimleri, kültürel olarak uygun bilişsel-davranışçı yaklaşım temelli girişimleri ve erkek dostu danışmanlık gibi toplumsal cinsiyete duyarlı stratejileri içermelidir. Katı erkeklik idealleriyle bağlantılı ruh sağlığı sorunlarının ele alınması, özellikle birinci basamak sağlık hizmeti ortamlarında erkeklerin yardım aramaya teşvik edilmesini de gerektirir. Bu uygulamalar genel refahı artırabilir ve ruh sağlığı hizmetlerinin daha fazla kullanılmasını teşvik edebilir.

Erkeklerin ruh sağlığı ihtiyaçlarını ele alan toplumsal cinsiyete duyarlı teknikler - özellikle de geleneksel eril normların etkisi ışığında- hemşirelik uygulamalarına dahil edilmelidir. Hemşirelerin, duygusal kontrol, güçlü-dayanıklı olma ve kendine yeterlilik gibi normların erkeklerin yardım almaya ve duygularını iletmeye hazır olmalarını nasıl etkilediğini anlamaları önemlidir. Duygusal ifadeyi kolaylaştıran ve kalıp yargıların üstesinden gelen erkek dostu, şefkatli bakım sağlamak hayati önem taşımaktadır. Erkeklerin kaygı ve üzüntülerini yönetmelerine yardımcı olmak için hemşireler, tedavi planlarına kültürel olarak uygun bilişsel-davranışçı yaklaşım ve teknikleri de dahil etmelidir. Girişim sonuçlarının ve erkeklerin ruh sağlığını geliştirmeye katılımlarının artırılması, erkeklerin yaşadıkları zorluklar hakkında konuşma konusunda kendilerini güçlü hissettikleri güvenli ve kabul edici bir ortamın sağlanmasıyla başarılabilir.

KAYNAKLAR

- Adams EG. (2019). Treatment of Depression in Integrated Care: Implementation of the Nurse Care Manager. 5:1–9. <https://doi.org/10.1177/2377960819861862>
- Addis ME. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3): 153–168. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00125.x>
- Akdemir A, Türkçapar MH, Örsel SD, Demirergi N, Dag I, Özbay MH. (2001). Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2): 161–165. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.19756>
- Aksayan S, Gözüm S. (2003). A guide for transcultural adaptation of the scale II: Psychometric Characteristics and Cross-Cultural Comparison. *Hemşirelikte Araştırma Gelistirme Dergisi*, 1: 3–14.
- Alemi Q, Weller SC, Montgomery S, James S. (2017). Afghan Refugee Explanatory Models of Depression: Exploring Core Cultural Beliefs and Gender Variations. *Medical Anthropology Quarterly*, 31(2): 177–197. <https://doi.org/10.1111/maq.12296>
- Alpar R. (2020). Geçerlik ve Güvenirlik. In *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik* (6. Baskı, pp. 527–639). Detay Yayıncılık.
- Alpar R. (2021). *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler* (6th ed.). Detay Yayıncılık.
- Alshaya DS. (2022). Genetic and epigenetic factors associated with depression: An updated overview. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 29(8): 103311. <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2022.103311>
- American Psychological Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychological Association.
- American Psychological Association (APA). (2024). *Men: A Different Depression*. <https://www.apa.org/topics/men-boys/depression>

- Amini K, Negarandeh R, Cheraghi M., Eftekhari M. (2013). Major Depressive Disorder: A Qualitative Study on the Experiences of Iranian Patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(9): 685–692. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.789942>
- APRN Consensus Work Group National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Council. (2008). Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification Education. APRN Joint Dialogue Group Report, 1–41. https://www.ncsbn.org/Consensus_Model_for_APRN_Regulation_July_2008.pdf
- Arias de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, Dregan A, Ricci-Cabello I, Hatch SL, Serrano-Blanco A, Valderas JM, Hotopf M, Alonso J. (2021). Prevalence and age patterns of depression in the United Kingdom. A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 279: 164–172. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.129>
- Arvind A, Rani MS, Mohan GK. (2023). Alternatives for Managing Depression: Mechanisms and Efficacy. *Journal of Pharmaceutical Quality Assurance and Quality Control*, 5(2): 16–21. <https://doi.org/10.46610/JQAQC.2023.v05i02.003>
- Athanasiadis C, Gough B, Robertson S. (2018). What do counsellors need to know about male depression? *British Journal of Guidance and Counselling*, 46(5): 596–604. <https://doi.org/10.1080/03069885.2017.1346232>
- Ay AF. (2011). Kuram nedir? Mesleki kuramlar ve teorisyenler. İçinde Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler (pp. 44–58). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Bader CS, Skurla M, Vahia IV. (2020). Technology in the Assessment, Treatment, and Management of Depression. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(1): 60–66. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000235>

- Beck JS. (2019). Bilişsel Davranışçı Terapi Temelleri ve Ötesi (Cognitive Behaviour Therapy: Basics and Beyond) (M. Şahin I. T. Cömert, Eds.; 2. Basımdan Çeviri). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Beel N, Jeffries C, Brownlow C, Winterbotham S, Preez JD. (2018). Recommendations for male-friendly individual counseling with men: A qualitative systematic literature review for the period 1995-2016. *Psychology of Men and Masculinity*, 19(4): 600–611. <https://doi.org/10.1037/men0000137>
- Beltman MW, Voshaar RCO, Speckens AE. (2010). Cognitive–behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 197(1): 11–19. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.064675>
- Beshai S, Dobson KS, Adel A, Hanna N. (2016). A cross-cultural study of the cognitive model of depression: Cognitive experiences converge between Egypt and Canada. *PLoS ONE*, 11(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150699>
- Birol L. (1997). Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım (3. Baskı). Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.
- Blane D, Williams C, Morrison J, Wilson A, Mercer S. (2013). Cognitive behavioural therapy: why primary care should have it all. *British Journal of General Practice*, 63(607): 103–104. <https://doi.org/10.3399/bjgp.13X663235>
- Block SG, Nemeroff, C. B. (2014). Emerging antidepressants to treat major depressive disorder. *Asian Journal of Psychiatry* 12(1):7–16. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.09.001>
- Branney P, White A. (2008). Big boys don't cry: Depression and men. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(4): 256–262. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.003467>
- Brown A, Scales U, Beever W, Rickards B, Rowley K, O'Dea K. (2012). Exploring the expression of depression and distress in aboriginal men in central Australia: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 12(August):1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-97>

- 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>
- Bruce ML. (2015). Caring for depression in older home health patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 53(11): 25–30. <https://doi.org/10.3928/02793695-20151021-01>
- Bruijniks SJE, Los SA, Huibers MJH. (2020). Direct effects of cognitive therapy skill acquisition on cognitive therapy skill use, idiosyncratic dysfunctional beliefs and emotions in distressed individuals: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 67: 101460. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.02.005>
- Burbach DJ, Borduin CM. (1986). Parent-child relations and the etiology of depression. *Clinical Psychology Review*, 6(2): 133–153. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(86\)90009-7](https://doi.org/10.1016/0272-7358(86)90009-7)
- Buschmann T, Horn RA, Blankenship VR, Garcia YE, Bohan KB. (2018). The Relationship Between Automatic Thoughts and Irrational Beliefs Predicting Anxiety and Depression. *Journal of Rational-Emotive Cognitive-Behavior Therapy*, 36(2): 137–162. <https://doi.org/10.1007/s10942-017-0278-y>
- Büyüköztürk Ş. (2017). Sosyal Bilimler İçin Veri Analiz El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum (23rd ed.). Pegem Akademi Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Hizmetleri Tic. Ltd. Şti.
- Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. (2018). Intercultural Scale Adaptation Stages, Language and Culture Adaptation: Updated Guideline. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(3): 199–210. <https://doi.org/10.26650/fnjn397481>
- Carl ML, Pabillo J. (2017). Nursing Interventions in Depression Management [Bachelor of Science in Nursing]. Degree Thesis. Degree Programme: Bachelor of Science In Nursing (Supervisor (Arcada): Pamela Gray)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). Suicide Facts at a Glance 2015. <http://www.cdc.gov/>, Erişim Tarihi: 04.05.2021.

- Charmaz K. (2015). Gömülü (Grounded) Teori Yapılandırılması Nitel Analiz Uygulama Rehberi (R. Hoş, Ed.; 2. Baskı). Seçkin Yayıncılık.
- Chavez Gonzalez E. (2024). Factors Influencing the Relationship Between Gender and Depression. *Journal of Student Research*, 13(1). <https://doi.org/10.47611/jsrhs.v13i1.6183>
- Chenitz W, Swanson J. (1986). Qualitative research using grounded theory. In W. Chenitz J. Swanson (Eds.), *From practice to grounded theory: Qualitative research in nursing* (pp. 3–15). Addison-Wesley.
- Chesnay MD. (2015). *Nursing Research Using Grounded Theory Qualitative Designs and Methods in Nursing*. Springer Publishing Company.
- Chodkiewicz J, Miniszewska J. (2006). The present application and the perspective progress of cognitive-behavioural therapy. *Psychiatria Polska*, 40(2): 279–290.
- Chuick CD, Greenfeld JM, Greenberg ST, Shepard SJ, Cochran SV, Haley JT. (2009). A Qualitative Investigation of Depression in Men. *Psychology of Men and Masculinity*, 10(4): 302–313. <https://doi.org/10.1037/a0016672>
- Cochran SV, Rabinowitz FE. (1996). Men, loss, and psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(4), 593–600. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.4.593>.
- Cochran SV, Rabinowitz FE. (2000). *Men and Depression: Clinical and Empirical Perspectives*. San Diego: Academic Press.
- Cochran SV, Rabinowitz FE. (2003). Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(2): 132–140. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.2.132>
- Cooper JA, Arulpragasam AR, Treadway MT. (2018). Anhedonia in depression: biological mechanisms and computational models. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 22: 128–135. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2018.01.024>

- Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, McMurdo M, Mead GE. Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366.pub6>
- Crossetti MDGO, Goes MG, de Brum CN. (2016). Application of constructivist grounded theory in nursing research. *The Qualitative Report*, 21(13): 4853.
- Courtenay WH. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50(10): 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Covello K. (2020). Stigma and help-seeking behaviours of men with depression: a literature review. *Mental Health Practice*, 23(4): 17–23. <https://doi.org/10.7748/mhp.2020.e1474>
- Craig JA, Miner D, Remtulla T, Miller J, Zanussi LW. (2017). Piloting a Coping Skills Group Intervention to Reduce Depression and Anxiety Symptoms in Patients Awaiting Kidney or Liver Transplant. *Health Social Work*, 42(1): e44–e52. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw064>
- Cranstoun D, Baliousis M, Merdian HL, Rennoldson M. (2024). Nurse-Led Psychological Interventions For Depression in Adult Cancer Patients: A Systematic Review And Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Pain and Symptom Management*, 68(1): e21–e35. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.03.028>
- Creswell JW. (2013). *Araştırma Deseni Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları* (2. Baskı). Eğiten Kitap.
- Creswell JW, Clark VLP. (2020). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE.
- Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison with other Treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7): 376–385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, Plessen CY, Ciharova M, Ebert D, Karyotaki E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other

- psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22(1): 105–115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
- Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Cipriani A, Furukawa TA. (2019). Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression. *JAMA Psychiatry*, 76(7): 700-707. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0268>
- Delice A. (2018). Karma Yöntem Desen Seçimi. In S. Beşir. Çeviri Editörleri: Dede, Yüksel. Demir (Ed.), *Karma Yöntem Araştırmaları :Tasarımı ve Türütülmesi* (3. Baskı, pp. 61–116). Anı Yayıncılık.
- Demirci I, Ekşi H. (2018). Don't Bother Your Pretty Little Head Otherwise You can't Enjoy Life. *ERPA 2018: International Congresses on Education on Education*, August, 67–78.
- Dhamudia B. (2024). Unraveling Male Inexpressiveness: Causes, Effects and Strategies For Abrogation. *International Journal For Multidisciplinary Research*, 6(2):1-15. <https://doi.org/10.36948/ijfmr.2024.v06i02.18446>
- Dobrek L, Głowacka K. (2023). Depression and Its Phytopharmacotherapy—A Narrative Review. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(5), 4772. <https://doi.org/10.3390/ijms24054772>
- Dobson KS, Dozois DJA. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapies* (3rd ed, pp. 3–38). Guilford Press.
- Dozois DJ, Rnic K. (2015). Core beliefs and self-schematic structure in depression. *Current Opinion in Psychology*, 4: 98–103. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.008>
- Durisko Z, Mulsant BH, Andrews PW. (2015). An adaptationist perspective on the etiology of depression. *Journal of Affective Disorders*, 172: 315–323. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.032>

- Elliott N, Lazenbatt A. (2005). How to recognise a “quality” grounded theory research study. *The Australian Journal of Advanced Nursing : A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 22(3): 48–52.
- Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. (1997). Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*, 51–52.
- Englar-Carlson M, Kiselica MS. (2013). Affirming the strengths in men: A positive masculinity approach to assisting male clients. *Journal of Counseling and Development*, 91(4): 399–409. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00111.x>
- Erdoğan S. (2015). Nitel Araştırmalar. In S. Erdoğan, N. Nahcivan, N. M. Esin (Eds.), *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, uygulama ve kritik* (2.Baskı, pp. 131–166). Nobel Tıp Kitabevi Tic. Ltd. Şti.
- Ertan T. (2008). Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 62: 25–30.
- Estubo AG, Capino C, Paculba R, Valdehueza C, Buenaflor MF, Baybay A, Betonio RJ, Binag J, Rulona PJ, Cabajes C, Lamanilao RP. (2024). Coping strategies used by students in managing depression and their effectiveness: A quantitative assessment. *International Journal of Multidisciplinary Research and Growth Evaluation*, 5(3): 861–869. <https://doi.org/10.54660/ijmrge.2024.5.3.861-869>
- Ezeugwu CR, Ojedokun O. (2020). Masculine norms and mental health of African men: what can psychology do? *Heliyon*, 6(12): e05650. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05650>
- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Patten SB, Vos T, Whiteford HA. (2013). The Epidemiological Modelling of Major Depressive Disorder: Application for the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS ONE*, 8(7): e69637. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069637>

- Fields AJ, Cochran SV. (2011). Men and Depression: Current Perspectives for Health Care Professionals. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(1): 92–100. <https://doi.org/10.1177/1559827610378347>
- Fogarty AS, Proudfoot J, Whittle EL, Clarke J, Player MJ, Christensen H, Wilhelm K. (2017). Preliminary Evaluation of a Brief Web and Mobile Phone Intervention for Men With Depression: Men's Positive Coping Strategies and Associated Depression, Resilience, and Work and Social Functioning. *JMIR Mental Health*, 4(3): e33. <https://doi.org/10.2196/mental.7769>
- Fogarty AS, Proudfoot J, Whittle EL, Player MJ, Christensen H, Hadzi-Pavlovic D, Wilhelm K. (2015). Men's use of positive strategies for preventing and managing depression: A qualitative investigation. *Journal of Affective Disorders*, 188: 179–187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.070>
- Foreman E, Pollard, C. (2011). *Introducing cognitive behavioural therapy (CBT): A practical guide*. Icon Books Ltd.
- Galasinski D. (2008). *Men's discourses of depression*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Ginting H, Naring G, Kwakkenbos L, Becker ES. (2015). Spirituality and negative emotions in individuals with coronary heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(6): 537–545. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000201>
- Glaser B. (1992). *Basics of grounded theory analysis*. Sociology Press.
- Glaser BG, Strauss AL. (2006). *The Discovery of Grounded Theory Strategies for Qualitative Research*. Aldine Transaction.
- Godlewska BR, Harmer CJ. (2021). Cognitive neuropsychological theory of antidepressant action: a modern-day approach to depression and its treatment. *Psychopharmacology*, 238(5): 1265–1278. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05448-0>
- González G, Vives A. (2019). Work Status, Financial Stress, Family Problems, and Gender Differences in the Prevalence of Depression in Chile. *Annals of Work Exposures and Health*, 63(3): 359–370. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxy107>

- Goodwill JR, Johnson NC, Watkins DC. (2020). Adherence to masculine norms and depressive symptoms in young black men. *Social Work (United States)*, 65(3): 235–244. <https://doi.org/10.1093/sw/swaa029>
- Goodwin RD, Dierker LC, Wu M, Galea S, Hoven CW, Weinberger AH. (2022). Trends in U.S. Depression Prevalence From 2015 to 2020: The Widening Treatment Gap. *American Journal of Preventive Medicine*, 63(5): 726–733. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.05.014>
- Gough B. (2016). Men’s depression talk online: A qualitative analysis of accountability and authenticity in help-seeking and support formulations. *Psychology of Men Masculinity*, 17(2): 156–164.
- Gournay K, Denford L, Parr AM, Newell R. (2000). British nurses in behavioural psychotherapy: A 25-year follow-up. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2): 343–351. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01482.x>
- Greenberger D, Padesky CA. (2010). Evinizdeki terapist (Çev. Z. Armay, Ed.; 5. Basım). Altın Kitaplar Yayınevi.
- Gruber R, Schwanda M. (2021). Hopelessness during acute hospitalisation is a strong predictor of mortality. *Evidence Based Nursing*, 24(2): 53–53. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2019-103154>
- Güngör D. (2016). Psikolojide Ölçme Araçlarının Geliştirilmesi ve Uyarlanması Kılavuzu. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19(38): 104–112. <https://doi.org/10.11936/bjutxb2014100025>
- Gutiérrez-Rojas L, Porras-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, Cervilla JA. (2020). Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(6): 657–672. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0650>
- Gvion Y, Apte A. (2011). Aggression, Impulsivity, and Suicide behavior: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 15(2): 93–112. <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.565265>
- Hagmayer Y, Engelmann N. (2014). Causal beliefs about depression in different cultural groups-what do cognitive psychological theories of causal learning and

- reasoning predict? *Frontiers in Psychology*, 5: 1303 .
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01303>
- Hair JFJ, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. (2005). *Multivariate Data Analysis* (6th Editio). Pearson, Prentice Hall.
- Hammer JH, Heath PJ, Vogel DL. (2018). Fate of the total score: Dimensionality of the Conformity to Masculine Norms Inventory-46 (CMNI-46). *Psychology of Men and Masculinity*, 19(4): 645–651. <https://doi.org/10.1037/men0000147>
- Hartlage S, Alloy LB, Vázquez C, Dykman B. (1993). Automatic and effortful processing in depression. *Psychological Bulletin*, 113(2): 247–278. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.2.247>
- Hearn J. (2007). Masculinity/masculinities. In M. Flood, J. K. Gardiner, B. Pease, K. Pringle (Eds.), *International encyclopedia of men and masculinities* (pp. 390–394). Routledge.
- Heath PJ, Brenner RE, Vogel DL, Lannin DG, Strass HA. (2017). Masculinity and barriers to seeking counseling: The buffering role of self-compassion. *Journal of Counseling Psychology*, 64(1): 94–103. <https://doi.org/10.1037/cou0000185>
- Heifner C. (2009). The Male Experience of Depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 33(2): 10–18. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1997.tb00536.x>
- Herreen D, Rice S, Currier D, Schlichthorst M, Zajac I. (2021). Associations between conformity to masculine norms and depression: age effects from a population study of Australian men. *BMC Psychology*, 9(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00533-6>
- Herreen D, Rice S, Ward L, Zajac I. (2022). Extending the Male Depression Risk Scale for use with older men: the effect of age on factor structure and associations with psychological distress and history of depression. *Aging and Mental Health*, 26(8): 1524–1532. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1947966>
- Herreen D, Rice S, Zajac I. (2022a). Brief assessment of male depression in clinical care: Validation of the Male Depression Risk Scale short form in a cross-

sectional study of Australian men. *BMJ Open*, 12(3): e053650. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053650>

Herreen D, Rice S, Zajac I. (2022b). Psychological inflexibility mediates the relationship between conformity to masculine norms and depression: Preliminary support for a transdiagnostic approach to working therapeutically with men. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26: 210–216. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.10.007>

Hides L, Samet S, Lubman DI. (2010). Cognitive behaviour therapy (CBT) for the treatment of co- occurring depression and substance use: Current evidence and directions for future research. *Drug and Alcohol Review*, 29(5): 508–517. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00207.x>

Hisli N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. 7(23): 3–13.

Horatio: European Psychiatric Nurses. (2012). Psychiatric/mental health nursing and psychotherapy: the position of Horatio: European psychiatric nurses. In *Psychiatric/Mental Health Nurses and Psychotherapy Horatio Position Document*. http://www.horatio-web.eu/downloads/Psychotherapy_position_paper.pdf, Erişim Tarihi: 04.05.2021.

Howard DM, Adams MJ, Clarke TK, Hafferty JD, Gibson J, Shirali M, Coleman JRI, Hagenaaars SP, Ward J, Wigmore EM, Alloza C, Shen X, Barbu MC, Xu EY, Whalley HC, Marioni RE, Porteous DJ, Davies G, Deary IJ, ... McIntosh AM. (2019). Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. *Nature Neuroscience*, 22(3): 343–352. <https://doi.org/10.1038/s41593-018-0326-7>

Hu LT, Bentler PM. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1): 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

- Hu Y, Yiu V, Clark R. (2021). Etiology of Depression: Biological and Environmental Factors in the Development of Depression. *Journal of Student Research*, 10(4). <https://doi.org/10.47611/jsrhs.v10i4.2017>
- Huber G, Gross G. (1991). Diagnostic aspects of depression. *Recenti Progressi in Medicina*, 82(3): 173–180.
- Hudson DL, Eaton J, Banks A, Sewell W, Neighbors H. (2018). “Down in the Sewers”: Perceptions of Depression and Depression Care Among African American Men. *American Journal of Men’s Health*, 12(1): 126–137. <https://doi.org/10.1177/1557988316654864>
- Hyun MS, Chung HIC, Lee YJ. (2005). The effect of cognitive-behavioral group therapy on the self-esteem, depression, and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in South Korea. *Applied Nursing Research*, 18(3): 160–166. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2004.07.006>
- International Test Commission (ITC). (2018). Guidelines for translating and adapting tests. *International Journal of Testing*, 18(2): 101–134. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/15305058.2017.1398166>
- Iranpour S, Sabour S, Koohi F, Saadati HM. (2022). The trend and pattern of depression prevalence in the U.S.: Data from National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2005 to 2016. *Journal of Affective Disorders*, 298: 508–515. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.027>
- Iwamoto DK, Brady J, Kaya A, Park A. (2018). Masculinity and Depression: A Longitudinal Investigation of Multidimensional Masculine Norms Among College Men. *American Journal of Men’s Health*, 12(6): 1873–1881. <https://doi.org/10.1177/1557988318785549>
- Johnson JL, Oliffe JL, Kelly MT, Galdas P, Ogrodniczuk JS. (2012). Men’s discourses of help-seeking in the context of depression. *Sociology of Health and Illness*, 34(3): 345–361. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01372.x>
- Kaewjanta N, Rungreangkulkij S. (2022). How Thai men cope with depression: A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(2): 651–657. <https://doi.org/10.1111/ppc.12829>

- Kanapathy J, Bogle V. (2019). The effectiveness of cognitive behavioural therapy for depressed patients with diabetes: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 24(1): 137–149. <https://doi.org/10.1177/1359105317713360>
- Kandemir Ü. (2023). Etiopathogenesis of depression and experimental depression models used in preclinical studies. *European Journal of Life Sciences*, 2(2): 78–90. <https://doi.org/10.55971/ejls.1327521>
- Kawatake-Kuno A, Murai T, Uchida S. (2021). The Molecular Basis of Depression: Implications of Sex-Related Differences in Epigenetic Regulation. *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 14: 708004. <https://doi.org/10.3389/fnmol.2021.708004>
- Kenardy J, Adams C. (1993). Computers in cognitive-behaviour therapy. *Australian Psychologist*, 28(3): 189–194. <https://doi.org/10.1080/00050069308258900>
- Kessler RC, Bromet EJ. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34(1): 119–138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
- Kielan A, Jaworski M, Mosiolek A, Chodkiewicz J, Święcicki Ł, Walewska-Zielecka B. (2021). Factors Related to the Level of Depression and Suicidal Behavior Among Men With Diagnosed Depression, Physically Ill Men, and Healthy Men. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.644097>
- Kimmel M. (2004). Masculinities. In M. Kimmel A. Aronson (Eds.), *Men and masculinities: A social, cultural, and historical encyclopedia* (pp. 503–507). ABC-CLIO Inc.
- Kiselica MS, Englar-Carlson M. (2010). Identifying, affirming, and building upon male strengths: The positive psychology/positive masculinity model of psychotherapy with boys and men. *Psychotherapy*, 47(3): 276–287. <https://doi.org/10.1037/a0021159>
- Knapen J, Vancampfort D, Moriën Y, Marchal Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and Rehabilitation*, 37(16): 1490–1495. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.972579>

- Kohn LP, Oden T, Muñoz RF, Robinson A, Leavitt D. (2002). Adapted cognitive behavioral group therapy for depressed low-income African American women. *Community Mental Health Journal*, 38(6): 497–504. <https://doi.org/10.1023/A:1020884202677>
- Komlenac N, Maresch F, Lamp E, Hochleitner M. (2022). Conformity to masculine norms and self-stigma of help-seeking are not unique barriers to formal help-seeking in men, but are also relevant for women. *European Psychiatry*, 65(S1): S611–S612. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1566>
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. (2001). Validity of a brief depression severity inventory. *J Gen Intern Med*, 16(September): 606–613.
- Krumm S, Checchia C, Koesters M, Kilian R, Becker T. (2017). Men's Views on Depression: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Research. *Psychopathology*, 50(2): 107–124. <https://doi.org/10.1159/000455256>
- Labaka A, Goñi-Balentziaga O, Lebeña A, Pérez-Tejada J. (2018). Biological Sex Differences in Depression: A Systematic Review. *Biological Research for Nursing*, 20(4): 383–392. <https://doi.org/10.1177/1099800418776082>
- Langlieb AM, DePaulo JR. (2008). Etiology of Depression and Implications on Work Environment. *Journal of Occupational Environmental Medicine*: 50(4), 391–395. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31816fca08>
- Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. (2014). Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10: 1399–1405. <https://doi.org/10.2147/NDT.S54081>
- Lavrakas PJ. (2008). *Encyclopedia of Survey Research Methods* (2 volume). SAGE Publications Ltd.
- Lease S, Çiftçi A, Demir A, Boyraz G. (2009). Structural validity of Turkish version of the Gender Role Conflict Scale and Male Role Norms Scale. *Psychology of Men Masculinity*, 10(4): 273–287.
- Lehmann V, Makine C, Karşıdağ Ç, Kadioğlu P, Karşıdağ K, Pouwer F. (2011). Validation of the Turkish version of the Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in patients with Type 2 diabetes mellitus. *BMC*

- Medical Research Methodology, 11(1): 109. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-109>
- Lehtinen V, Joukamaa M. (1994). Epidemiology of depression: Prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(s377): 7–10. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05794.x>
- Levant R, McDermott R, Parent MC, Alshabani N, Mahalik JR, Hammer JH. (2020). Development and evaluation of a new short form of the conformity to masculine norms inventory (CMNI-30). *Journal of Counseling Psychology*, 67(5): 622–636. <https://doi.org/10.1037/cou0000414>
- Li Y, Turale S, Stone TE, Petrini M. (2015). A grounded theory study of “turning into a strong nurse”: Earthquake experiences and perspectives on disaster nursing education. *Nurse Education Today*, 35(9), e43–e49. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.020>
- Liddell SE, Andriopoulou P. (2021). Exploring public attitudes towards men with depression: a thematic analysis. *British Journal of Mental Health Nursing*, 10(3): 1–11. <https://doi.org/10.12968/bjmh.2020.0016>
- Lima TM, de Santana Silva V, da Silva Dantas LLM, Galvão AKDAA, de Souza VKS, de Lacerda SDL. (2021). Nursing interventions in depressed elderly: a literature review. *Brazilian Journal of Development*, 7(2): 11870–11883. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-014>
- Liu J, Xun Z. (2021). Evaluation of the Effect of Comprehensive Nursing in Psychotherapy of Patients with Depression. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 1: 2112523. <https://doi.org/10.1155/2021/2112523>
- Loeppke R, Taitel M, Haufle V, Parry T, Kessler RC, Jinnett K. (2009). Health and productivity as a business strategy: A multiemployer study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(4): 411–428. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181a39180>
- López-Cortacans G, Aragonès Benaiges E, Caballero Alías A, Piñol Moreso JL. (2015). Efecto de una intervención formativa en las actitudes de las enfermeras

- de atención primaria ante la depresión. *Enfermería Clínica*, 25(5): 254–261. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.03.007>
- Magovcevic M, Addis ME. (2008). The Masculine Depression Scale: Development and Psychometric Evaluation. *Psychology of Men Masculinity*, 3(9): 117–132. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.9.3.117>
- Mahalik JR. (1999a). Interpersonal Psychotherapy With Men Who Experience Gender Role Conflict. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(1): 5–13.
- Mahalik JR. (1999b). Incorporating a gender role strain perspective in assessing and treating men's cognitive distortions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(4): 333–340. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.4.333>
- Mahalik JR. (2005). Cognitive therapy for men. In G. E. Good G. R. Brooks (Eds.), *The new handbook of psychotherapy and counseling with men: A comprehensive guide to settings, problems, and treatment approaches* (pp. 217–233). Jossey-Bass.
- Mahalik JR, Locke BD, Ludlow LH, Diemer MA, Scott RPJ, Gottfried M, Freitas G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men Masculinity*, 4(1): 3–25. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.4.1.3>
- Mairink APAR, Gradim CVC, Panobianco MS. (2021). O uso da metodologia qualitativa da Teoria Fundamentada nos Dados na pesquisa em enfermagem. *Escola Anna Nery*, 25(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0494>
- McCann T, Polacsek M. (2018). Understanding, choosing and applying grounded theory: part 1. *Nurse Researcher*, 26(3): 36–41. <https://doi.org/10.7748/nr.2018.e1592>
- Mamta M, Nebhinani N. (2022). ANCIPS-2022 Abstract for e Poster Title- Role of nurses in combating Depression: A module based Workshop for Nursing Officers. *Indian Journal of Psychiatry*, 64(9): 672. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.341973>

- Mansfield A, Addis M, Mahalik J. (2003). ‘Why Won’t He Go to the Doctor?’: The Psychology of Men’s Help Seeking. *International Journal of Men’s Health*, 2(2): 93–109. <https://doi.org/10.3149/jmh.0202.93>
- Marks I, Bird J, Lindley P. (1978). Behavioural nurse therapists developments and implications. *Behav Cognit Psychother*, 6(2): 25e36.
- Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: Analysis of the national comorbidity survey replication. *JAMA Psychiatry*, 70(10): 1100–1106. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1985>
- McKenzie DP, Clarke DM, Forbes AB, Sim MR. (2010). Pessimism, Worthlessness, Anhedonia, and Thoughts of Death Identify DSM-IV Major Depression in Hospitalized, Medically Ill Patients. *Psychosomatics*, 51(4): 302–311. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.51.4.302>
- McManus F. (2022). *Cognitive Behavioural Therapy: A Very Short Introduction*. Oxford University Press.
- Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. (2009). Exercise for depression. In G. E. Mead (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley Sons, Ltd.
- Méndez J, Sánchez-Hernández Ó, Garber J, Espada JP, Orgilés M. (2021). Psychological Treatments for Depression in Adolescents: More Than Three Decades Later. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9): 4600. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094600>
- Merriam SB, Tisdell EJ. (2015). *Qualitative Research: A Guide To Design and Implementation*. (4th Edition). Jossey-Bass.
- Meydan CH, Şeşen H. (2011). *Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları*. Detay Yayıncılık.
- Milner A, Kavanagh A, King T, Currier D. (2018). The Influence of Masculine Norms and Occupational Factors on Mental Health: Evidence From the Baseline of the Australian Longitudinal Study on Male Health. *American Journal of Men’s Health*, 12(4): 696–705. <https://doi.org/10.1177/1557988317752607>

- Möller-Leimkühler AM. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1–3): 1–9. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00379-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00379-2)
- Möller-Leimkühler AM, Yücel M. (2010). Male depression in females? *Journal of Affective Disorders*, 121(1–2): 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.007>
- Mongrain M, Shoikhedbrod A. (2021). When Depression Breeds Rejection Rather Than Compassion: Disagreeableness, Stigma, and Lack of Empathic Concern Among Support Providers. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.594229>
- Moorey S, Hollon SD. (2021). Cognitive Behavioral Therapy for Depression. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. Oxford University Press.
- Nakao M, Shiotsuki K, Sugaya N. (2021). Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial Medicine*, 15(1): 16. <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00219-w>
- Nathaniel K, Andrews T. (2010). The modifiability of grounded theory. *The Grounded Theory Review*, 9(1): 79–107.
- Nordin T, Degerstedt F, Granholm Valmari E. (2024). A Scoping Review of Masculinity Norms and Their Interplay With Loneliness and Social Connectedness Among Men in Western Societies. *American Journal of Men's Health*, 18(6), 1–14. <https://doi.org/10.1177/15579883241304585>
- Nunnally JC, Bernstein IH. (2010). *Psychometric theory* (3rd Ed.). McGraw-Hill.
- Nurlita SI, Desiningrum DR, Ediat A. (2023). The Application of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in Drug Abuse Victims. *Proceedings of International Conference on Psychological Studies (ICPsyche)*, 4: 270–279. <https://doi.org/10.58959/icpsyche.v4i1.44>

- Oliff JL, Han CSE, Ogrodniczuk JS, Phillips JC, Roy P. (2011). Suicide From the Perspectives of Older Men Who Experience Depression. *American Journal of Men's Health*, 5(5): 444–454. <https://doi.org/10.1177/1557988311408410>
- Oliffe JL, Ogrodniczuk JS, Gordon SJ, Creighton G, Kelly MT, Black N, Mackenzie C. (2016). Stigma in Male Depression and Suicide: A Canadian Sex Comparison Study. *Community Mental Health Journal*, 52(3): 302–310. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9986-x>
- Oliffe JL, Rossnagel E, Seidler ZE, Kealy D, Ogrodniczuk JS, Rice SM. (2019). Men's Depression and Suicide. *Current Psychiatry Reports*, 21(103): 1–6.
- O'Neil JM. (2015). Men's gender role conflict: Psychological costs, consequences, and an agenda for change. American Psychological Association.
- Owen J. (2011). Assessing the factor structures of the 55- and 22-item versions of the conformity to masculine norms inventory. *American Journal of Men's Health*, 5(2): 118–128. <https://doi.org/10.1177/1557988310363817>
- Owsiany MT. (2022). Validity Evidence for the Male Depression Risk Scale-22 (MDRS-22) in Younger and Older Adult Males. the Eberly College of Arts and Sciences West Virginia University, Master of Science in Psychology. <https://researchrepository.wvu.edu/etd/11617>
- Özsoy S, Çetinkaya A. (2014). Nitel araştırma desenlerinden Gömülü Kuram. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(1): 153–164.
- Öztürk O, Uluşahin N. (2020). *Mental Health and Disorders* (16th ed.). Nobel Tıp Kitapevleri.
- Pasquini M, Berardelli I, Biondi M. (2014). Send Orders for Reprints to reprints@benthamscience.ae *Ethiopathogenesis of Depressive Disorders. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10, 166–171.
- Patrick S, Robertson S. (2016). Mental health and wellbeing: focus on men's health. *British Journal of Nursing*, 25(21): 1163–1169.
- Pătru S, Poenaru AM, Gheorman V, Bondari D, Alexandru DO, Pirlog MC. (2022). The Role of Cognitive Coping Mechanisms in the Psychotherapeutic Approach

- of the Major Depressive Disorder. *Current Health Sciences Journal*, 48(1): 102–109. <https://doi.org/10.12865/CHSJ.48.01.15>
- Person ES. (2006). Masculinities, plural. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(4): 1165–1186. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/00030651060540041501>
- Pitman A, Krysinaka K, Osborn D, King M. (2012). Suicide 2 Suicide in young men. *Lancet*, 379, 2383–2392. www.thelancet.com
- Pleck JH. (1995). The gender role strain paradigm: An update. In R. F. Levant W. S. Pollack (Eds.), *A new psychology for men* (pp. 11–32). BasicBooks.
- Pollastri AR, Raftery-Helmer JN, Cardemil EV, Addis ME. (2018). Social context, emotional expressivity, and social adjustment in adolescent males. *Psychology of Men Masculinity*, 19(1): 69–77. <https://doi.org/10.1037/men0000081>
- Prakash Tode S, Shukla J. (2023). A Study on Emotional Expression, Perceived Stress and Belief of Masculinity/Femininity Among Men. *International Journal for Multidisciplinary Research*, 5(3): 1–2. www.ijfmr.com
- Price EC, Gregg JJ, Smith MD, Fiske A. (2018). Masculine Traits and Depressive Symptoms in Older and Younger Men and Women. *American Journal of Men's Health*, 12(1): 19–29. <https://doi.org/10.1177/1557988315619676>
- Prokofieva M, Koukia E, Dikeos D. (2016). Mental Health Nursing in Greece: Nursing Diagnoses and Interventions in Major Depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(8): 556–562. <https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1169466>
- Proudfoot J, Fogarty AS, McTigue I, Nathan S, Whittle EL, Christensen H, Player MJ, Hadzi-Pavlovic D, Wilhelm K. (2015). Positive strategies men regularly use to prevent and manage depression: a national survey of Australian men. *BMC Public Health*, 15(1): 1135. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2478-7>
- Radfar M, Ahmadi F, Fallahi Khoshknab M. (2014). Turbulent life: the experiences of the family members of patients suffering from depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(3): 249–256. <https://doi.org/10.1111/jpm.12077>

- Ramirez JL, Badger TA. (2014). Men Navigating Inward and Outward Through Depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1): 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.001>
- Ravindran V. (2024). An introduction to basics of grounded theory methodology. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*, 25(1): 13–16. https://doi.org/10.4103/ijcn.ijcn_71_24
- Reavley NJ, Jorm AF. (2011). Stigmatizing Attitudes towards People with Mental Disorders: Findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(12): 1086–1093. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.621061>
- Remes O, Mendes JF, Templeton P. (2021). Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. *Brain Sciences*, 11(12): 1633. <https://doi.org/10.3390/brainsci11121633>
- Rice SM, Aucote HM, Eleftheriadis D, Möller-Leimkühler AM. (2018). Prevalence and Co-Occurrence of Internalizing and Externalizing Depression Symptoms in a Community Sample of Australian Male Truck Drivers. *American Journal of Men's Health*, 12(1): 74–77. <https://doi.org/10.1177/1557988315626262>
- Rice SM, Aucote HM, Möller-Leimkühler AM, Amminger GP. (2017). Confirmatory factor analysis of the Gotland Male Depression Scale in an Australian community sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 33(3): 190–195.
- Rice SM, Aucote HM, Möller-Leimkühler AM, Parker AG, Kaplan RA, Seidler ZE, Dhillon HM, Paulamming AG. (2016). Conformity to masculine norms and the mediating role of internalised shame on men's depression: Findings from an Australian community sample. *International Journal of Men's Health*, 15(2): 157–164.
- Rice SM, Fallon BJ, Aucote HM, Möller-Leimkühler AM. (2013). Development and preliminary validation of the male depression risk scale: Furthering the assessment of depression in men. *Journal of Affective Disorders*, 151(3): 950–958. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.013>

- Rice SM, Fallon BJ, Aucote HM, Möller-Leimkühler AM, Treeby MS, Amminger GP. (2015). Longitudinal sex differences of externalising and internalising depression symptom trajectories: Implications for assessment of depression in men from an online study. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(3): 236–240. <https://doi.org/10.1177/0020764014540149>
- Rice SM, Kealy D, Oliffe JL, Ogrodniczuk JS. (2018). Male-type depression symptoms linked to broader psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 235: 523–524. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.062>
- Rice SM, Kealy D, Seidler ZE, Oliffe JL, Levant RF, Ogrodniczuk JS. (2020). Male-type and prototypal depression trajectories for men experiencing mental health problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19): 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197322>
- Rice SM, Kealy D, Seidler ZE, Walton CC, Oliffe JL, Ogrodniczuk JS. (2021). Male-type depression symptoms in young men with a history of childhood sexual abuse and current hazardous alcohol use. *Psychiatry Research*, 304: 114110. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114110>
- Rice SM, Ogrodniczuk JS, Kealy D, Seidler ZE, Dhillon HM, Oliffe JL. (2019). Validity of the Male Depression Risk Scale in a representative Canadian sample: sensitivity and specificity in identifying men with recent suicide attempt. *Journal of Mental Health*, 28(2): 132–140. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417565>
- Rice SM, Oliffe JL, Kealy D, Seidler ZE, Ogrodniczuk JS. (2020). Men's Help-Seeking for Depression: Attitudinal and Structural Barriers in Symptomatic Men. *Journal of Primary Care and Community Health*, 11: 1–6. <https://doi.org/10.1177/2150132720921686>
- Rice S, Seidler Z, Kealy D, Ogrodniczuk J, Zajac I, Oliffe J. (2022). Men's Depression, Externalizing, and DSM-5-TR: Primary Signs and Symptoms or Co-occurring Symptoms? *Harvard Review of Psychiatry*, 30(5): 317–322. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000346>

- Ridge D, Emslie C, White A. (2011). Understanding how men experience, express and cope with mental distress: Where next? *Sociology of Health and Illness*, 33(1): 145–159. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01266.x>
- Rochlen AB, Paterniti DA, Epstein RM, Duberstein P, Willeford L, Kravitz RL. (2010). Barriers in diagnosing and treating men with depression: A focus group report. *American Journal of Men's Health*, 4(2): 167–175. <https://doi.org/10.1177/1557988309335823>
- Rockhill K. (1982). Halk eğitiminde “Katılma”nın Araştırılması: Niteliksel Yaklaşımın Gizil Gücü (S. Ayhan, Trans.). *Adult Education*, 33(1): 3–29.
- Rodrigues NB, McIntyre RS, Lipsitz O, Cha DS, Lee Y, Gill H, Majeed A, Phan L, Nasri F, Ho R, Lin K, Subramaniapillai M, Kratiuk K, Mansur RB, Rosenblat JD. (2020). Changes in symptoms of anhedonia in adults with major depressive or bipolar disorder receiving IV ketamine: Results from the Canadian Rapid Treatment Center of Excellence. *Journal of Affective Disorders*, 276: 570–575. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.083>
- Rogers ML, Ringer FB, Joiner TE. (2018). The association between suicidal ideation and lifetime suicide attempts is strongest at low levels of depression. *Psychiatry Research*, 270: 324–328. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.061>
- Santoft F, Axelsson E, Öst LG, Hedman-Lagerlöf M, Fust J, Hedman-Lagerlöf E. (2019). Cognitive behaviour therapy for depression in primary care: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(8): 1266–1274. <https://doi.org/10.1017/S0033291718004208>
- Sari YE, Kokoglu B, Balcioglu H, Bilge U, Colak E, Unluoglu I. (2016). Turkish reliability of the patient health questionnaire-9. *Biomedical Research (India)*, 2016(Special Issue 1): S460–S462.
- Schofield P, Gough K, Lotfi-Jam K, Bergin R, Ugalde A, Dudgeon P, Crellin W, Schubach K, Foroudi F, Tai KH, Duchesne G, Sanson-Fisher R, Aranda S. (2016). Nurse-led group consultation intervention reduces depressive symptoms in men with localised prostate cancer: a cluster randomised

controlled trial. BMC Cancer, 16(1): 637. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2687-1>

Schumann I, Schneider A, Kantert C, Lowe B, Linde K. (2012). Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. Family Practice, 29(3): 255–263. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr092>

Seidler ZE, Dawes AJ, Rice SM, Oliffe JL, Dhillon HM. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. Clinical Psychology Review, 49: 106–118. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>

Şencan H. (2005). Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik (1.Baskı). Seçkin Yayınevi.

Shraddha S, Aruna O, Manoj KS, Pramod B, Ratnesh KS. (2023). The role of ayurvedic medicine and shirodhara in avasada w.s.r depression – a review study Sanjeevani Darshan-National Journal of Ayurveda & Yoga, 1(2): 65-73: <http://doi.org/10.55552/SDNJAY.2023.1208>

Sharmila J, Selvam S. (2021). Roles and Responsibilities of Nursing Professionals in Providing Psychological Support Severe Ill Patients. Journal of Nursing Practices and Research, 1(1): 10–12. <https://doi.org/10.36647/JNPR/01.01.A003>

Sharpley CF, Bitsika V, Christie DRH. (2014). Diagnosing 'male' depression in men diagnosed with prostate cancer: The next step in effective translational psycho-oncology interventions? Psycho-Oncology, 23(9): 1042–1048. <https://doi.org/10.1002/pon.3530>

Sharpley CF, Bitsika V, Christie DRH. (2016). Factor structure of a combined measure of major depressive disorder and male depression in prostate cancer patients. Psycho-Oncology, 25(4): 475–477. <https://doi.org/10.1002/pon.3928>

Shi P, Yang A, Zhao Q, Chen Z, Ren X, Dai Q. (2021). A Hypothesis of Gender Differences in Self-Reporting Symptom of Depression: Implications to Solve

- Under-Diagnosis and Under-Treatment of Depression in Males. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.589687>
- Sileo KM, Kershaw TS. (2020). Dimensions of Masculine Norms, Depression, and Mental Health Service Utilization: Results From a Prospective Cohort Study Among Emerging Adult Men in the United States. *American Journal of Men's Health*, Jan-Feb: 1–16. <https://doi.org/10.1177/1557988320906980>
- Smith DJ, Kyle S, Forty L, Cooper C, Walters J, Russell E, Caesar S, Farmer A, McGuffin P, Jones I, Jones L, Craddock N. (2008). Differences in depressive symptom profile between males and females. *Journal of Affective Disorders*, 108(3): 279–284. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.001>
- Smith DT, Mouzon DM, Elliott M. (2018). Reviewing the Assumptions About Men's Mental Health: An Exploration of the Gender Binary. *American Journal of Men's Health*, 12(1): 78–89. <https://doi.org/10.1177/1557988316630953>
- Smith KM, Renshaw PF, Bilello J. (2013). The diagnosis of depression: current and emerging methods. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1): 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.06.006>
- Spendelow JS. (2015a). Cognitive–Behavioral Treatment of Depression in Men: Tailoring Treatment and Directions for Future Research. *American Journal of Men's Health*, 9(2): 94–102. <https://doi.org/10.1177/1557988314529790>
- Spendelow JS. (2015b). Men's self-reported coping strategies for depression: A systematic review of qualitative studies. *Psychology of Men Masculinity*, 16(4): 439–447. <https://doi.org/10.1037/a0038626>
- Spillman BD. (2006). Men's Experiences of Depression: A Phenomenological Men's Experiences of Depression: A Phenomenological Investigation. The University of Tennessee, Degree of Doctor of Philosophy in Education. https://trace.tennessee.edu/utk_graddiss
- Staiger T, Stiawa M, Mueller-Stierlin AS, Kilian R, Beschoner P, Gündel H, Becker T, Frasch K, Panzirsch M, Schmauß M, Krumm S. (2020). Masculinity and Help-Seeking Among Men with Depression: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.599039>

- Stiawa M, Müller-Stierlin A, Staiger T, Kilian R, Becker T, Gündel H, Beschoner P, Grinschgl A, Frasch K, Schmauß M, Panzirsch M, Mayer L, Sittenberger E, Krumm S. (2020). Mental health professionals view about the impact of male gender for the treatment of men with depression - A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 20(1): 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02686-x>
- Sudak DM. (2006). *Cognitive behavioral therapy for clinicians*. Lippincott Williams Wilkins.
- Sudhir P. (2018). Cognitive behavioural interventions in addictive disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(8): 479. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_15_18
- Suhariyanti E. (2022). A Philosophical Perspective on Nursing Intervention in Elderly with Depression. *MedRxiv*, 8. <https://doi.org/10.1101/2022.08.08.22278530>
- Szentagotai A, Freeman A. (2007). An Analysis of the Relationship between Irrational Beliefs and Automatic Thoughts in Predicting Distress. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7(1): 1–9.
- Tabachnick BG, Fidel LS. (2015). *Using Multivariate Statistics* (M. Baloglu, Trans.). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Tarsuslu B, Durat G. (2021). Psychometric properties of the Masculine Depression Scale in Turkish male university students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1): 287–294. <https://doi.org/10.1111/ppc.12561>
- Tatar A, Ayhan D. (2022). Klinik Olmayan Türk Örneklemede Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin Madde Tepki Kuramı ile Değerlendirilmesi. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 4(1): 84–93. <https://doi.org/10.35365/ctjpp.22.1.09>
- Thompson EH, Pleck JH. (1986). The Structure of Male Role Norms. *American Behavioral Scientist*, 29(5): 531–543. <https://doi.org/10.1177/000276486029005003>
- Tolentino JC, Schmidt SL. (2018). DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. *Frontiers in Psychiatry*, 9:450. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00450>

- Townsend MC. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Hemşirelik Süreci. In N. G. Çev. Edit. Celale Tangül Özcan (Ed.), Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri-Kanıtı Dayalı Uygulama ve Bakım Kavramları (6. Baskı, p. 141). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Tubbs JD, Ding J, Baum L, Sham PC. (2020). Systemic neuro-dysregulation in depression: Evidence from genome-wide association. *European Neuropsychopharmacology*, 39: 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.08.007>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2021a). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayalı-Nüfus-Kayıt-Sistemi-Sonuçları-2021-45500dil=1>, Erişim Tarihi: 03.01.2021
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2021b). Yaş grubu ve cinsiyete göre intiharlar, 2002-2019. TÜİK. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101dil=1>, Erişim Tarihi: 03.01.2021
- Türk Dil Kurumu (TDK). (2024). Güncel Türkçe Sözlük. Türk Dil Kurumu. <https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 10.09.2024
- Türkçapar MH, Sargın AE. (2012). Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Tarihçe ve Gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1): 7–14.
- Urquhart C. (2018). Nitel Araştırmalar İçin Temellendirilmiş Kuram Uygulama Rehberi (Z. Ünlü E. Külekçi, Eds.). Anı Yayıncılık.
- Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2): 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Velioğlu P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset Matbaası.
- Velioğlu P. (2012). Hemşirelikte kavram ve kuramlar (2. Baskı). Esen Ofset.
- Walther A, Eggenberger L. (2024). Evaluation of male-specific Psychoeducation for major depressive disorder compared to cognitive behavioral therapy Psychoeducation: A randomized controlled investigation in mentally distressed

men. Psychotherapy Research: 1–18.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2398085>

Wang HQ, Wang ZZ, Chen NH. (2021). The receptor hypothesis and the pathogenesis of depression: Genetic bases and biological correlates. *Pharmacological Research*, 167: 105542. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2021.105542>

Watts SJ, Markham RA. (2005). Etiology of Depression in Children. *Journal of Instructional Psychology*, 32(3): 266.

World Health Organization (WHO). (2021). Disease burden, 2000–2019. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>, Erişim Tarihi: 03.01.2021

Wide J, Mok H, McKenna M, Ogrodniczuk JS. (2011). Effect of gender socialization on the presentation of depression among men: A pilot study. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 57(2): e74-8.

Winkler D, Pjrek E, Kasper S. (2005). Anger Attacks in Depression – Evidence for a Male Depressive Syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(5), 303–307. <https://doi.org/10.2307/48511205>

Yıldırım A, Şimsek H. (2018). *Nitel Araştırma Yöntemleri* (11. Baskı).

Yıldız MA, Türkçapar MH. (2021). Bilişsel Davranışçı Terapilere Giriş-Bilişsel Terapi. In Z. Karataş MH. Türkçapar (Eds.), *Bilişsel Davranışçı Psikoterapide Yeni Gelişmeler* (1. Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.

Zajac IT, Rice S, Proeve M, Kealy D, Oliffe JL, Ogrodniczuk JS. (2022). Suicide risk, psychological distress and treatment preferences in men presenting with prototypical, externalising and mixed depressive symptomology. *Journal of Mental Health*, 31(3): 309–316. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1755026>

Zakhour S, Nardi AE, Levitan M, Appolinario JC. (2020). Cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression in adults and adolescents: a

systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42(1): 92–101.
<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0033>

Zamanian H, Amini-Tehrani M, Jalali Z, Daryaafzoon M, Ala S, Tabrizian S, Foroozanfar S. (2021). Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation model. *European Journal of Oncology Nursing*, 50: 101892.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101892>

Zamarripa MX, Wampold BE, Gregory E. (2003). Male gender role conflict, depression, and anxiety: Clarification and generalizability to women. *Journal of Counseling Psychology*, 50(3): 333–338. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.3.333>

Zhang J. (2024). The analysis of major depressive disorder. *Theoretical and Natural Science*, 63(1): 133–137. <https://doi.org/10.54254/2753-8818/2024.17937>

Zhao L, Han G, Zhao Y, Jin Y, Ge T, Yang W, Cui R, Xu S, Li B. (2020). Gender Differences in Depression: Evidence From Genetics. *Frontiers in Genetics*, 11: 562316. <https://doi.org/10.3389/fgene.2020.562316>

Zierau F, Bille A, Rutz W, Bech P. (2002). The Gotland Male Depression Scale: A validity study in patients with alcohol use disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(4): 265–271. <https://doi.org/10.1080/08039480260242750>

EKLER

Ek 1. Nicel veri toplama formu



12. Depresyon tedavisinde farklı yaklaşımlar vardır. Depresyon tedavisinde aşağıdaki hangi yaklaşımın sizin için en yararlı olacağını düşünmektesiniz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ İlaç tedavisi
- ☐ Bir terapistle bire bir bireysel psikoterapi
- ☐ Depresyonda olan diğer insanların yer aldığı grup psikoterapisi
- ☐ Kendi kendine geçecektir
- ☐ Tedaviye gerek yok / bekle ve sonucu gör/ akışına bırak
- ☐ Hiç biri

On ikinci (12.) soruyu cevapladıktan sonra 17. ve 18. soruya geçiniz

13. Daha önce doktor tarafından depresyon tanısı almadı iseniz hiç kendinizi depresyonda ya da depresif hissettiğiniz (üzüntülü, umutsuz, mutsuz, kederli, elemli, aşırı yemek yeme ya da az yeme, hiçbir şey yapmak istememe, çok ya da az uyuma vb.) oldu mu?

- ☐ Evet oldu (belirtiniz).....
- ☐ Hayır olmadı

14. Şuana kadar hiç intihar/kendinizi öldürme düşünceniz oldu mu?

- ☐ Evet oldu
- ☐ Hayır olmadı

15. On dördüncü (14.) soruya cevabınız “Evet oldu” ise intihar girişiminde veya intihar planında bulundunuz mu?

- ☐ Evet bulundum
- ☐ Hayır bulunmadım

16. Depresyon tedavisinde farklı yaklaşımlar vardır. Depresyonda olsaydınız, aşağıda verilen hangi yaklaşımın sizin için en yararlı olacağını düşünürdünüz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ İlaç tedavisi
- ☐ Bir terapistle bire bir bireysel psikoterapi
- ☐ Depresyonda olan diğer insanların yer aldığı Grup psikoterapisi
- ☐ Kendi kendine geçecektir
- ☐ Tedaviye gerek yok / bekle ve sonucu gör/ akışına bırak
- ☐ Hiç biri

17. Alkol kullanıyor musunuz?

- ☐ Hiç kullanmadım.
- ☐ Denedim
- ☐ Daha önce kullandım, şimdi kullanmıyorum.
- ☐ Ayda yılda bir/özel günlerde
- ☐ Ayda bir/birkaç kez
- ☐ Haftada bir/birkaç kez
- ☐ Hemen hemen hergün

18. Uyuşturucu/yasal olmayan madde kullanıyor musunuz?

- ☐ Hiç kullanmadım.
- ☐ Denedim
- ☐ Daha önce kullandım, şimdi kullanmıyorum.
- ☐ Ayda yılda bir/özel günlerde
- ☐ Ayda bir/birkaç kez
- ☐ Haftada bir/birkaç kez
- ☐ Hemen hemen hergün

Erkek Depresyon Risk Ölçeği (EDRÖ-22)

Anketi doldurma talimatları: Lütfen **geçtiğimiz ayı** düşünün ve her bir maddeyi, sizin için ne sıklıkla geçerli olduğunu düşünerek cevaplayın. 0 = hiçbir zaman ve 7 = neredeyse her zaman arasında bir cevap verin.

	Hiç bir zaman (0 gün)	Ara Sıra (1-4 gün)	Zamanın yaklaşık %25'inde (5-8 gün)	Zamanın yarısından biraz az (9-12 gün)	Zamanın yarısından biraz fazla (13-16 gün)	Zamanın yaklaşık %75'inde (17-20 gün)	Çoğu zaman (21-24 gün)	Neredeyse her zaman (25 günden fazla)
1. Olumsuz duygularımı içime attım.	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Karşılaştığım güçlüklerin üzerini örttüm.	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Her zamankinden daha fazla alkol tükettim.	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Öfkeli ya da tehlikeli bir şekilde araç kullandım.	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Mide yanmam her zamankinden daha fazla oldu.	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Sürekli baş ağrılarım oldu.	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Karın ağrılarım oldu.	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Sorunlarımı kendi başıma çözmek zorunda kaldım.	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Nedenini bilmediğim acı ve ağrılarım oldum.	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Gevşememe yardımcı olması için alkole ihtiyaç duydum.	0	1	2	3	4	5	6	7
11. Alkole kolay bir şekilde ulaşma ihtiyacı duydum.	0	1	2	3	4	5	6	7
12. Olaylara saldırgan davranışlarla aşırı tepkiler verdim.	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Uyuşturucu bulmaya çalıştım.	0	1	2	3	4	5	6	7
14. Davranışlarımın sonuçlarını umarsamayı bıraktım.	0	1	2	3	4	5	6	7
15. Alkol içerken artık kendimi çok kötü hissetmez oldum.	0	1	2	3	4	5	6	7
16. Gereksiz riskler aldım.	0	1	2	3	4	5	6	7
17. Moralinin bozuk olduğunu görmezden gelmeye çalıştım.	0	1	2	3	4	5	6	7
18. Olayların üstesinden gelebilmek için uyuşturucu kullandım.	0	1	2	3	4	5	6	7
19. Durup dururken insanlara sözlü olarak sert tepkiler gösterdim.	0	1	2	3	4	5	6	7
20. Başkalarına karşı sözlü olarak saldırgan davrandım.	0	1	2	3	4	5	6	7
21. Öfkemi kontrol etmekte zorlandım.	0	1	2	3	4	5	6	7
22. Uyuşturucu kullanmak geçici olarak rahatlamamı sağladı.	0	1	2	3	4	5	6	7

Erkeklik Normlarına Uygunluk Envanteri (ENUE-30)

Lütfen her bir ifadeye ne ölçüde katıldığınızı gösteren rakamı daire içine alarak bu anketi doldurun. Her bir ifade için yalnızca bir yanıt verin.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Duygularımı başkaları ile paylaşma eğilimindeyim.	1	2	3	4	5	6
2	İnsanlar, eşcinsel olduğumu düşünseydi sinirlenirdim.	1	2	3	4	5	6
3	Şiddetin hiçbir türünden hoşlanmam.	1	2	3	4	5	6
4	Yardım istemek zorunda kalmak canımı sıkar.	1	2	3	4	5	6
5	Başkalarıyla konuşurken duygularımı dile getiririm.	1	2	3	4	5	6
6	Benim için iş her şeyden önce gelir.	1	2	3	4	5	6
7	Benim için dünyanın en iyi hissi kazanmaktır.	1	2	3	4	5	6
8	Risk almayı severim.	1	2	3	4	5	6
9	Önemli biri olmaya çalışmanın zaman kaybı olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6
10	Hayatımdaki kadınlar bana itaat etmelidir.	1	2	3	4	5	6
11	Biri eşcinsel olduğumu düşünse öfkeden köpürürüm.	1	2	3	4	5	6
12	Mümkün olsa cinsel partnerimi sık sık değiştiririm.	1	2	3	4	5	6
13	Duygularım hakkında konuşmaktan hoşlanırım.	1	2	3	4	5	6
14	Aynı anda birden fazla kişiyle flört etmekten hoşlanırım.	1	2	3	4	5	6
15	Şiddete başvurmak benim için asla kabul edilemez.	1	2	3	4	5	6
16	Genel olarak kendi bildiğimi yaparım.	1	2	3	4	5	6
17	İnsanların eşcinsel olduğumu düşünmeleri feci bir şey olurdu.	1	2	3	4	5	6
18	Statü sahibi olmak benim için önemli değildir.	1	2	3	4	5	6
19	Kendimi riskli durumlara sokarım.	1	2	3	4	5	6
20	Erkekler yetkili olduğunda işler daha iyi olma eğilimindedir.	1	2	3	4	5	6
21	Önceliğim iş olduğunda kendimi iyi hissederim.	1	2	3	4	5	6
22	Önemli biri olsam bundan nefret ederdim.	1	2	3	4	5	6
23	Kazanmak için her şeyi yaparım.	1	2	3	4	5	6
24	Şiddetin bazen gerekli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6
25	Asla yardım istemem.	1	2	3	4	5	6
26	İşime başka şeylerden daha fazla öncelik vermeye ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4	5	6
27	Erkeklerin kadınların başında olması hoşuma gider.	1	2	3	4	5	6
28	Yardım istemekten utanmam.	1	2	3	4	5	6
29	Birçok cinsel partnerim olsaydı kendimi iyi hissederdim.	1	2	3	4	5	6
30	Risk alırım.	1	2	3	4	5	6

Hasta Sağlık Anketi-4

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan ne sıklıkla rahatsız oldunuz?	Hiç	Birkaç gün	Günlerin yarısından fazla	Hemen hemen her gün
1. Sinirli, kaygılı veya çok gergin hissetme	0	1	2	3
2. Kaygılarını durduramama veya kontrol edememe	0	1	2	3
3. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duyma	0	1	2	3
4. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetme	0	1	2	3

Araştırmanın ikinci aşamasında, kabul eden katılımcılar ile Zoom, WhatsApp ve telefon gibi platformlar kullanılarak bireylerin depresyon deneyimlerini incelemek amacıyla derinlemesine bireysel görüşmeler yapılması planlanmaktadır. Araştırmanın bu aşamasına katılıp katılmak istemediğinize yönelik uygun seçeneği işaretleyiniz.

- ☐ Evet katılmak istiyorum.
- ☐ Hayır Katılmak istemiyorum
- ☐ Kararsızım

Cevabınız “Evet katılmak istiyorum” veya “Kararsızım” ise lütfen iletişim bilgilerinizi yazınız (İletişim bilginiz araştırmacı tarafından sizinle iletişim kurabilmek amacıyla istenmektedir. Başka kişi/kurum/kuruluşlar ile paylaşılmayacaktır.)

Katılımınız için teşekkür ederiz ☺

Ek 2. Erkeklik Normlarına Uygunluk Envanteri (ENUE-30)-İngilizce Form

Please complete the questionnaire by circling the number which indicates your level of agreement or disagreement with each statement. Give only one answer for each statement.

		Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
1	I tend to share my feelings (R)	1	2	3	4	5	6
2	I would get angry if people thought I was gay	1	2	3	4	5	6
3	I dislike any kind of violence (R)	1	2	3	4	5	6
4	It bothers me when I have to ask for help	1	2	3	4	5	6
5	I bring up my feelings when talking to others (R)	1	2	3	4	5	6
6	Work comes first for me	1	2	3	4	5	6
7	For me, the best feeling in the world comes from winning	1	2	3	4	5	6
8	I enjoy taking risks	1	2	3	4	5	6
9	I think that trying to be important is a waste of time (R)	1	2	3	4	5	6
10	The women in my life should obey me	1	2	3	4	5	6
11	I would be furious if someone thought I was gay	1	2	3	4	5	6
12	I would change sexual partners often if I could	1	2	3	4	5	6
13	I like to talk about my feelings (R)	1	2	3	4	5	6
14	I would find it enjoyable to date more than one person at a time	1	2	3	4	5	6
15	It's never ok for me to be violent (R)	1	2	3	4	5	6
16	In general I must get my way	1	2	3	4	5	6
17	It would be awful if people thought I was gay	1	2	3	4	5	6
18	Having status is not important to me (R)	1	2	3	4	5	6
19	I put myself in risky situations	1	2	3	4	5	6
20	Things tend to be better when men are in charge	1	2	3	4	5	6
21	I feel good when work is my first priority	1	2	3	4	5	6
22	I would hate to be important (R)	1	2	3	4	5	6
23	I will do anything to win	1	2	3	4	5	6
24	I think that violence is sometimes necessary	1	2	3	4	5	6
25	I never ask for help	1	2	3	4	5	6
26	I need to prioritize my work over other things	1	2	3	4	5	6
27	I love it when men are in charge of women	1	2	3	4	5	6
28	I am not ashamed to ask for help (R)	1	2	3	4	5	6
29	I would feel good if I had many sexual partners	1	2	3	4	5	6
30	I take risks	1	2	3	4	5	6

For permission to use this scale, fill out a permission form available at DrRonaldLevant.com

Ek 3. ENUE-30 yazar izni



Ek 4. ENUE-30 uzman görüş listesi

Uzman Ünvan/Adı Soyadı	Çalışmakta Olduğu Kurum
1. Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK	Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
2. Doç. Dr. Cihat ATAR	Sakarya Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Yabancı Diller Eğitimi Bölümü, İngiliz Dili Eğitimi Anabilim Dalı
3. Prof. Dr. Murad ATMACA	Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Psikiyatri Anabilim Dalı
4. Doç. Dr. Esmâ Figen KARADAYI	Maltepe Üniversitesi, İnsan Ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Psikoloji Pr.
5. Doç. Dr. Göklem TEKDEMİR YURTDAS	İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı
6. Doç. Dr. Havva SERT	Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
7. Doç. Dr. Sinan AKÇAY	Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Toplumsal Gelişme ve Sosyal Politika Anabilim Dalı
8. Dr. Öğr. Üyesi	Sakarya Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Anabilim Dalı
9. Arş. Gör. Dr. Atilla BARUTÇU	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Genel Sosyoloji ve Metodoloji Anabilim Dalı
10. Arş. Gör. Dr. Çiçek Nilsu VARLIKLAR DEMİRKAZIK	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
11. Arş. Gör. Dr. Duygu ALTINOLUK DÜZTAŞ	Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Genel Sosyoloji ve Metodoloji Anabilim Dalı
12. Arş. Gör. Dr. Öznur BAYAR	Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı
13. Öğr. Gör. Güler Cansu AĞÖREN	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Bilim Tarihi Bölümü, Bilim Tarihi Anabilim Dalı

* İsimler, unvan ve alfabetik sıra dikkate alınarak hazırlanmıştır

Ek 5. Erkeklik Normlarına Uygunluk Envanteri (ENUE-30)-Türkçe Form

Lütfen her bir ifadeye ne ölçüde katıldığınızı gösteren rakamı daire içine alarak bu anketi doldurun. Her bir ifade için yalnızca bir yanıt verin.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Duygularımı başkaları ile paylaşma eğilimindeyim. (T)	1	2	3	4	5	6
2	İnsanlar, eşcinsel olduğumu düşünseydi sinirlenirdim.	1	2	3	4	5	6
3	Şiddetin hiçbir türünden hoşlanmam. (T)	1	2	3	4	5	6
4	Yardım istemek zorunda kalmak canımı sıkır.	1	2	3	4	5	6
5	Başkalarıyla konuşurken duygularımı dile getiririm. (T)	1	2	3	4	5	6
6	Benim için iş her şeyden önce gelir.	1	2	3	4	5	6
7	Benim için dünyanın en iyi hissi kazanmaktır.	1	2	3	4	5	6
8	Risk almayı severim.	1	2	3	4	5	6
9	Önemli biri olmaya çalışmanın zaman kaybı olduğunu düşünüyorum. (T)	1	2	3	4	5	6
10	Hayatımdaki kadınlar bana itaat etmelidir.	1	2	3	4	5	6
11	Biri eşcinsel olduğumu düşünse öfkeden köpürürüm.	1	2	3	4	5	6
12	Mümkün olsa cinsel partnerimi sık sık değiştiririm.	1	2	3	4	5	6
13	Duygularım hakkında konuşmaktan hoşlanırım. (T)	1	2	3	4	5	6
14	Aynı anda birden fazla kişiyle flört etmekten hoşlanırım.	1	2	3	4	5	6
15	Şiddete başvurmak benim için asla kabul edilemez. (T)	1	2	3	4	5	6
16	Genel olarak kendi bildiğimi yaparım.	1	2	3	4	5	6
17	İnsanların eşcinsel olduğumu düşünmeleri feci bir şey olurdu.	1	2	3	4	5	6
18	Statü sahibi olmak benim için önemli değildir. (T)	1	2	3	4	5	6
19	Kendimi riskli durumlara sokarım.	1	2	3	4	5	6
20	Erkekler yetkili olduğunda işler daha iyi olma eğilimindedir.	1	2	3	4	5	6
21	Önceliğim iş olduğunda kendimi iyi hissederim.	1	2	3	4	5	6
22	Önemli biri olsam bundan nefret ederdim. (T)	1	2	3	4	5	6
23	Kazanmak için her şeyi yaparım.	1	2	3	4	5	6
24	Şiddetin bazen gerekli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6
25	Asla yardım istemem.	1	2	3	4	5	6
26	İşime başka şeylerden daha fazla öncelik vermeye ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4	5	6
27	Erkeklerin kadınların başında olması hoşuma gider.	1	2	3	4	5	6
28	Yardım istemekten utanmam. (T)	1	2	3	4	5	6
29	Birçok cinsel partnerim olsaydı kendimi iyi hissederdim.	1	2	3	4	5	6
30	Risk alırım.	1	2	3	4	5	6

Ek 6. Erkek Depresyon Risk Ölçeği (EDRÖ-22)-İngilizce Form

Instructions for completion: Please think back over the last month and respond to each item considering how often it applied to you. Please respond where 0 = not at all; 7 = almost always.

	Not at all (0 days)	Occasionally (1-4 days)	Around 25% of the time (5-8 days)	Just under half the time (9-12 days)	Just over half the time (13-16 days)	Around 75% of the time (17-20 days)	Very frequently (21-24 days)	Almost always (25 + days)
1. I bottled up my negative feelings	0	1	2	3	4	5	6	7
2. I covered up my difficulties	0	1	2	3	4	5	6	7
3. I drank more alcohol than usual	0	1	2	3	4	5	6	7
4. I drove dangerously or aggressively	0	1	2	3	4	5	6	7
5. I had more heartburn than usual	0	1	2	3	4	5	6	7
6. I had regular headaches	0	1	2	3	4	5	6	7
7. I had stomach pains	0	1	2	3	4	5	6	7
8. I had to work things out by myself	0	1	2	3	4	5	6	7
9. I had unexplained aches and pains	0	1	2	3	4	5	6	7
10. I needed alcohol to help me unwind	0	1	2	3	4	5	6	7
11. I needed to have easy access to alcohol	0	1	2	3	4	5	6	7
12. I overreacted to situations with aggressive behaviour	0	1	2	3	4	5	6	7
13. I sought out drugs	0	1	2	3	4	5	6	7
14. I stopped caring about the consequences of my actions	0	1	2	3	4	5	6	7
15. I stopped feeling so bad while drinking	0	1	2	3	4	5	6	7
16. I took unnecessary risks	0	1	2	3	4	5	6	7
17. I tried to ignore feeling down	0	1	2	3	4	5	6	7
18. I used drugs to cope	0	1	2	3	4	5	6	7
19. I verbally lashed out at others without being provoked	0	1	2	3	4	5	6	7
20. I was verbally aggressive to others	0	1	2	3	4	5	6	7
21. It was difficult to manage my anger	0	1	2	3	4	5	6	7
22. Using drugs provided temporary relief	0	1	2	3	4	5	6	7

Ek 7. EDRÖ-22 Yazar izni



Ek 8. EDRÖ-22 uzman görüş listesi

Uzman Ünvan, Adı Soyadı	Çalışmakta Olduğu Kurum
1. Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK	Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
2. Doç. Dr. Cihat ATAR	Sakarya Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Yabancı Diller Eğitimi Bölümü, İngiliz Dili Eğitimi Anabilim Dalı
3. Prof. Dr. Murad ATMACA	Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Psikiyatri Anabilim Dalı
4. Prof. Dr. Orhan ÖZTÜRK (emekli öğretim üyesi)	Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Psikiyatri Anabilim Dalı
5. Doç. Dr. Esmâ Figen KARADAYI	Maltepe Üniversitesi, İnsan Ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Psikoloji Pr.
6. Doç. Dr. Göklem TEKDEMİR YURTDAS	İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı
7. Doç. Dr. Havva SERT	Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
8. Doç. Dr. Sinan AKÇAY	Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Toplumsal Gelişme ve Sosyal Politika Anabilim Dalı
9. Dr. Öğr. Üyesi Levent ERTUNA	Sakarya Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Anabilim Dalı
10. Arş. Gör. Dr. Atilla BARUTÇU	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Genel Sosyoloji ve Metodoloji Anabilim Dalı
11. Arş. Gör. Dr. Çiçek Nilsu VARLIKLAR DEMİRKAZIK	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
12. Arş. Gör. Dr. Duygu ALTINOLUK DÜZTAŞ	Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Genel Sosyoloji ve Metodoloji Anabilim Dalı
13. Arş. Gör. Dr. Öznur BAYAR	Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı
14. Öğr. Gör. Güler Cansu AĞÖREN	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Bilim Tarihi Bölümü, Bilim Tarihi Anabilim Dalı

* İsimler, unvan ve alfabetik sıra dikkate alınarak hazırlanmıştır.

Ek 9. Türk Dili ve Edebiyatı Uzman Listesi

Uzman Ünvan, Adı Soyadı	Çalışmakta olduğu kurum
1 Dr. Öğr. Üyesi Bahri KUŞ	Sakarya Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü, Yeni Türk Dili Anabilim Dalı
2 Öğr. İbrahim EŞMELİ	Milli Eğitim Bakanlığı, Konya Meram Nuri Pakdil Anadolu Lisesi, Türk Dili ve Edebiyatı Öğretmeni
3 Öğr. Mustafa SİNAN	Milli Eğitim Bakanlığı, Mut Osman Nuri Yalman Anadolu Lisesi, Türk Dili ve Edebiyatı Öğretmeni

** İsimler, unvan ve alfabetik sıra dikkate alınarak hazırlanmıştır.*

Ek 10. Erkek Depresyon Risk Ölçeği (EDRÖ-22)-Türkçe Form

Anketi doldurma talimatları: Lütfen **geçtiğimiz ayı** düşünün ve her bir maddeyi, sizin için ne sıklıkla geçerli olduğunu düşünerek cevaplayın. 0 = hiçbir zaman ve 7 = neredeyse her zaman arasında bir cevap verin.

	Hiç bi zaman (0 gün)	Ara Sıra (1-4 gün)	Zamanın yaklaşık %25'inde (5-8 gün)	Zamanın yarısından biraz az (9-12 gün)	Zamanın yarısından biraz fazla (13-16 gün)	Zamanın yaklaşık %75'inde (17-20 gün)	Çoğu zaman (21-24 gün)	Neredeyse her zaman (25 günden fazla)
1. Olumsuz duygularımı içime attım.	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Karşılaştığım güçlüklerin üzerini örttüm.	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Her zamankinden daha fazla alkol tükettim.	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Öfkeli ya da tehlikeli bir şekilde araç kullandım.	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Mide yanmam her zamankinden daha fazla oldu.	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Sürekli baş ağrılarım oldu.	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Karın ağrılarım oldu.	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Sorunlarımı kendi başıma çözmek zorunda kaldım.	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Nedenini bilmediğim acı ve ağrılarım oldum.	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Gevşememe yardımcı olması için alkole ihtiyaç duydum.	0	1	2	3	4	5	6	7
11. Alkole kolay bir şekilde ulaşma ihtiyacı duydum.	0	1	2	3	4	5	6	7
12. Olaylara saldırgan davranışlarla aşırı tepkiler verdim.	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Uyuşturucu bulmaya çalıştım.	0	1	2	3	4	5	6	7
14. Davranışlarımın sonuçlarını umarsamayı bıraktım.	0	1	2	3	4	5	6	7
15. Alkol içerken artık kendimi çok kötü hissetmez oldum.	0	1	2	3	4	5	6	7
16. Gereksiz riskler aldım.	0	1	2	3	4	5	6	7
17. Moralimin bozuk olduğunu görmezden gelmeye çalıştım.	0	1	2	3	4	5	6	7
18. Olayların üstesinden gelebilmek için uyuşturucu kullandım.	0	1	2	3	4	5	6	7
19. Durup dururken insanlara sözlü olarak sert tepkiler gösterdim.	0	1	2	3	4	5	6	7
20. Başkalarına karşı sözlü olarak saldırgan davrandım.	0	1	2	3	4	5	6	7
21. Öfkemi kontrol etmekte zorlandım.	0	1	2	3	4	5	6	7
22. Uyuşturucu kullanmak geçici olarak rahatlamamı sağladı.	0	1	2	3	4	5	6	7

Ek 11. Hasta Sağlık Anketi-9

HASTA SAĞLIK ANKETİ-9
(PHQ-9)

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti?
(Cevabınızı "✓" işaretiyle gösteriniz)

	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk, veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz — veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine— normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleri	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Ek 12. Görüşme Klavuzu

GÖRÜŞME KILAVUZU

Bu araştırmanın amacı, erkeklerin geleneksel erkek rolleri bağlamında depresyon hakkındaki düşünce, tutum ve depresif belirti deneyimlerinin nasıl olduğunu belirleyerek, bu deneyimlerini etkileyen kavram ve süreçleri ortaya koyan bir kuram geliştirmektir.

Bu bağlamda bu araştırmada nitel araştırma desenlerinden gömülü kuram yaklaşımı ile bir model ve orta düzey bir kuram geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Böylece araştırma psikiyatri hemşireliği, sosyoloji, antropoloji ve psikoloji disiplinlerinin bütüncül anlayışı ve yansımalarını taşımaktadır. Araştırmanın amacı doğrultusunda katılımcılar ile gerçekleştirilen görüşmelerde araştırmacıya rehber olması açısından **yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme formu** kullanılacaktır. Bu form; “başlangıç, ana görüşme ve son sorular” bölümlerinden oluşmaktadır.

Başlangıç Soruları: Araştırmacının kendini tanıtmayı, amacını açıklamayı, katılımcının izin ve onayının alınması (bilgilendirilmiş onam), kayıt yapma, gizlilik, görüşmenin muhtemel süresinin belirtilmesi, araştırmaya katılacağı için teşekkür edilmesini ve katılımcının sosyo-demografik özelliklerine yönelik soruları kapsamaktadır.

Ana Görüşme Soruları: Erkeklerin eril roller ve depresyon deneyimleri ile ilgili görüş, tutum, davranış ve yaşantılarının değerlendirilmesi amacıyla ulusal ve uluslararası literatür desteğiyle, konuyla ilgili nitel ve nicel araştırmalardan yararlanılarak ve tümevarımcı bir yöntemle hazırlanmış 12 açık uçlu sorudan ve her bir soru alt sorulardan (sonda sorular) oluşmaktadır.

Son Sorular: Katılımcıların görüşmeye ilişkin sorularının ve eklemek istedikleri paylaşımların olup-olmadığına yönelik soruları ve araştırmacı tarafından görüşmenin özetlenerek sonlandırılmasını kapsamaktadır.

Görüşmede katılımcıların erkeklik ve depresif belirtiler ile ilgili deneyimlere sahip olmaları ve deneyimlerini açık bir şekilde ifade edebilmeleri temel amacı oluşturmaktadır.

Dahil edilme kriteri:

- Erkek olma
- Türkiye’de yaşıyor olma
- Etnik köken olarak Türk olma
- Türkçe konuşuyor, yazıyor ve anlıyor olma
- 25-65 yaş aralığında olma
- Bilişsel olarak araştırmaya katılmasına engel olacak bir rahatsızlığın olmaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

Bu kılavuz, mülakat sürecinde katılımcı ile konuşulması gereken tüm başlıkların ele alınmasını sağlayan bir kontrol listesi (Patton, 2014) ve mülakatın ileriki safhalarında araştırmacıya hangi soruların yöneltileceğini gösteren, araştırmacının kendisini rahat hissetmesini sağlayan bir tekniktir (Merriam, 2015).

Görüşme No: ____
Rumuz: ____ / ____

Rumuz için: Ad ve soyadınızın ilk harfleri / Doğum yılının son iki hanesi

YARI YAPILANDIRILMIŞ DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME FORMU_TASLAK

Görüşme Yeri: () Online () Yüz yüze: _____

Tarih: __/__/__

Başlangıç Saati: _____

Bitiş Saati: _____

1- BAŞLANGIÇ SORULARI

Merhaba benim adım Bedia TARSUSLU. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında araştırma görevlisiyim. Doktora tez çalışmam kapsamında, depresyon çalışmaları daha çok kadınlarda yapılmış olduğundan erkeklerin bu hastalıkla ilgili deneyimlerini daha çok anlamak amacıyla bir araştırma yapıyorum ve sizinle erkeklerdeki depresyona ve depresif belirtilere ilişkin deneyimleriniz ile ilgili olarak konuşmak istiyorum. Bu görüşmede amacım, Türk erkeklerin geleneksel kültürel olarak benimsedikleri erkeklik rollerini ve bunun depresyon deneyimi ile olan ilişkisini ortaya çıkarmaktır. Bu araştırmada ortaya çıkacak sonuçların, ruh sağlığı profesyonellerinin erkeklere sunacağı hizmetin niteliğini arttırmasına katkıda bulunacağını ümit ediyorum. Bu nedenle sizin, erkeklik ve depresyona ilişkin görüş, düşünce ve deneyimlerinizi öğrenmek istiyorum.

- Bu görüşme sürecinde söyleyeceklerinizin tümü gizli kalacaktır. Bu bilgileri araştırmacı dışında herhangi bir kimsenin görmesi mümkün değildir. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken, görüştüğüm bireylerin isimlerini, kimlik bilgilerini kesinlikle rapora yansıtmayacağım (Elde edilen bulguların raporunda katılımcılar K1, K2 ... gibi kodlama yapılarak belirtilecektir).
- İstedığınız zaman görüşmeden ayrılabilir; ayrılmanız halinde elde edilen bulguların hiçbirini kullanılmayacak, istemediğiniz sorulara yanıt vermeme haklarına sahipsiniz.
- Başlamadan önce, bu söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?
- Görüşmeyi izin vererseniz kaydetmek istiyorum. Bunun sizce bir sakıncası var mı? Bu görüşmenin yaklaşık bir saat süreceğini tahmin ediyorum. İzninizle görüşmeye başlamak istiyorum. Ses kayıt cihazını açmama onay verdiğiniz için teşekkür ederim (katılımcının ONAYI KAYIT ALTINA alınacak). (İzin vermediği durumda not alınacağı belirtilcek).

➔ Etkili iletişim tekniklerini dikkat edilerek görüşme gerçekleştirmeye çalışılacak (aktif dinleme, empati kurma, açıklığa kavuşturma, yansıtma, kapalı/açık uçlu soru sorma, yargılamama, özetleme vb.)

1. Kendinizi tanıtır mısınız?

1.1. Yaşınız:

1.2. Eğitim durumunuz (son mezun olunan eğitim düzeyi, devam ediyor veya terk ise belirtilecek):

- | | |
|--|---|
| ☐ Okur-yazar değil | ☐ Üniversite |
| ☐ Okur-yazar | ☐ Yüksek Lisans |
| ☐ İlkokul | ☐ Doktora |
| ☐ Ortaokul | ☐ Terk /bıraktı |
| ☐ Lise | ☐ Devam ediyor |
| ☐ Önlisans | |

1.3. Medeni durumunuz:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar
- ☐ Nişanlı

- Boşanmış
- Diğer

1.4.Çalışıyor musunuz?

- Evet çalışıyorum (tam zamanlı, part time vb.).....
- Hayır çalışmıyorum (geçimini nasıl sağlıyor?).....

1.5.Mesleğiniz (çalışıyor ise yaptığı iş):

1.6. Aylık ortalama geliriniz:.....

1.7. Algılanan gelir:

- Düşük
- Orta
- Yüksek

1.8. Yaşamınızın büyük bölümünü nerede geçirdiniz?.....

- Büyükşehir-Nüfusu 2 milyon ve üzeri (Ankara, Adana, Antalya, Bursa, Gaziantep, İzmir, İstanbul, Konya, Mersin, Samsun, Şanlıurfa)
- İl (Nüfusu 2 milyon altı olan)
- İlçe/Kasaba
- Köy

1.9. Şuan yaşamakta olduğunuz yer?

- İl merkezi
- İlçe
- Köy

2. Daha önce veya şuan doktor tarafından depresyon tanısı aldınız mı?

- Evet aldım
- Hayır almadım

→Cevabı “Evet aldım” ise ana görüşme sorularına geç!

→Cevabı “Hayır almadım” ise bir sonraki soruya geç!

3. Kendinizi depresyondaymış gibi ya da depresif hissettiğiniz oldu mu?

- Evet oldu
- Hayır olmadı

2-ANA GÖRÜŞME SORULARI
(Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Soruları)

1. Size göre “Depresyon” ne demektir?

Alternatif: Depresyon hakkında neler söyleyebilirsiniz? Size neyi çağrıştırıyor?

Alternatif: Depresyonu tarif edebilir misiniz? Aklınıza neler geliyor? Depresyonda olan yakınınız oldu mu?

Alternatif: “Depresyon” kelimesini duyduğunuzda aklınıza ilk neler gelmekte, zihninizde neler (nasıl bir görüntü) canlanmaktadır?*

Sonda: Depresyonun sebebi ne?

Neye benziyor? Neden? (çünkü.....)

Verdiği his, tadı, dokusu, kokusu?

2. İstatistiklere bakıldığında, depresyon kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla görülmektedir.

Ancak, intihar oranı erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir Sizce bunun nedeni ne olabilir?

Alternatif: Kadınlar erkeklere göre daha fazla depresyona girmektedir. Sizce bunun nedeni ne olabilir?

Alternatif: Sizce kadınlar mı erkekler mi daha çok depresyona giriyor? Öyle görünüyor gibi olsada erkekler daha çok intihar ediyor bu konuda ne düşünüyorsunuz?

• **Sonda:** Neden? Nedenleri ne olabilir?

Kadın olmanın etkileri?

Erkek olmanın etkileri?

Cinsiyet rolleri farkı?

3. Erkekler depresif hissettiklerinde/depresyonda olduklarında neler yaşarlar? Nasıl baş ederler?

Alternatif: Erkekler depresyona girerlerse neler olur neler yaşarlar?

Alternatif: Erkeklerin güçlü olması

Alternatif: Erkekler depresyon yaşadıklarında nasıl/neler hissederler? Nasıl davranırlar?

Sonda: İçselleştirme belirtileri: üzgün, isteksiz, halsiz, umutsuz, ağlama, kaygılı vb.?

Sonda: Dışsallaştırma belirtileri (depresif eşdeğerler): alkol alma, öfke, sinirlenme, kendini işe verme, cinsel aktivite/cinsel davranışlarda artma gibi?

Sonda: Tipik veya maskeli, erkek tipi depresyon?

4. Bir erkek olarak bir erkeğin depresyon yaşaması hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Alternatif: Bir erkeğin depresyon yaşaması size nasıl geliyor? Bunu nasıl yorumluyorsunuz?

Alternatif: Erkekler depresyon yaşar mı? Yaşarlar ise nasıl yaşarlar?

Sonda: Aile, iş, sosyal yaşam vb. bakımından.

3- SON SORULAR

1. Bu deneyimlerinizden yola çıkarak kendini depresif hisseden ya da depresyonda olan bir erkeğe ne gibi tavsiyelerde bulunursunuz?
2. Depresif hissettiğinizde/Depresyonda iken yaşadıklarınız ile ilgili duygu ve düşünceleriniz ile ilgili eklemek istedikleriniz var mı?
Alternatif: Erkeklerin depresyon deneyimlerini daha iyi anlamam için, şunu da bilmelisiniz diyebileceğiniz birşeyler var mı?
3. Görüşme boyunca kendinizi nasıl hissettiniz?
Alternatif: Bu görüşme size kendinizi nasıl hissettirdi?
4. Bana sormak istediğiniz birşeyler var mı?

GÖRÜŞMEYİ SONLANDIRMA

- Görüşme araştırmacı tarafından özetlenir ve katılımcıya araştırmaya katıldığı için teşekkür edilir.
- Görüşme yazıya döküldükten sonar katılımcı ile paylaşılacağı, değiştirmek istediği bişey olursa değiştirebileceği belirtilecek.
- Bazı konular hakkında daha sonra anlaşılmayan bir husus olduğunda araştırmacı tarafından katılımcı ile tekrar iletişime geçilebileceği bildirilir.
- İletişime geçebilmek için katılımcının onayı alınır.
- Görüşme sonlandırılır.
- Araştırma sonunda katılımcılar depresyondan bahsettikleri için kendilerini daha mutsuz, yardıma ihtiyaç duyar halde, çaresiz hissedebilirler. Önlem olarak katılımcılar kendilerini böyle hissedelerse ruh sağlığı uzmanına yönlendirilmek üzere araştırmacıya başvurabilecekleri belirtilecek.

Tekrar iletişime geçmeyi: () Kabul etti ()Kabul etmedi

Ek 13. Görüşme klavuzu uzman görüş listesi

Uzman Ünvan/Adı Soyadı	Çalışmakta olduğu kurum
1 Doç. Dr. Aysel KARACA	Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
2 Doç. Dr. Semra KARACA	Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
3 Doç. Dr. Sinan AKÇAY	Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Toplumsal Gelişme ve Sosyal Politika Anabilim Dalı
4 Dr. Öğr. Üyesi Aynur ÇETİNKAYA	Manisa Celâl Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
5 Arş. Gör. Dr. Duygu ALTINOLUK	Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Genel Sosyoloji ve Metodoloji Anabilim Dalı
6 Arş. Gör. Dr. Öznur BAYAR	Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı

** İsimler, unvan ve alfabetik sıra dikkate alınarak hazırlanmıştır.*

Ek 14. Etik kurul onay formu



Ek 15. Gönüllü Olur Formu



eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim.)

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

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan **araştırmacının** Adı-soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar **tanıklık eden kuruluş görevlisinin** Adı-soyadı, İmzası, Görevi

haklarını ihlal etmemek ya da suç teşkil etmemek kaydıyla, sanat, tarih, edebiyat veya bilimsel amaçlarla ya da ifade özgürlüğü kapsamında işlenmesi."

Böylece elde edilen veriler yalnızca bilimsel araştırma kapsamında kullanılacak olup, kişisel veriler anonim hale getirilerek analizler gerçekleştirilecektir. (Kişisel bilgileriniz gizli tutulacak olup, sadece sizinle ihtiyaç duyulması halinde iletişim kurmak amacı ile kullanılacaktır).

Araştırmanın sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir. Ancak bu durumda kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Çalışmaya Katılma Onayı

Akademik bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim.)

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

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan **araştırmacının** Adı-soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar **tanıklık eden kuruluş görevlisinin** Adı-soyadı, İmzası, Görevi

ÖZGEÇMİŞ

Tarih	Eğitim
2018-2025	Doktora: Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Pr., Sakarya, Türkiye (GPA: 3.86/4.00)
2013-2018	Yüksek Lisans: Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Pr., Sakarya, Türkiye (GPA: 3.28/4.00)
2009-2013	Lisans: Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Pr., Karaman, Türkiye. (GPA: 3.65/4.00)

Tarih	Tecrübe
2018-2025	Araştırma Görevlisi: Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, Türkiye. (35. Madde-50/d)
2017-2018	Araştırma Görevlisi: Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ordu Üniversitesi, Ordu, Türkiye. (50/d)

Yayınlar

	1. MAKALELER
1.1a	SCI, SCI-E, SSCI veya AHCI kapsamındaki dergilerde yayımlanmış makale (Q1 olarak taranan dergide)
	Sahin, A., Tarsuslu, B., Yılmaz, A., Kuni, F., & Durat, G. (2024). Turkish psychometric characteristics of the humanistic practice ability of nursing scale: differences by education, working year, and professional satisfaction. BMC nursing, 23(1), 448.
1.1b	SCI, SCI-E, SSCI veya AHCI kapsamındaki dergilerde yayımlanmış makale (Q2 olarak taranan dergide)
	Snoubar, Y., Safia, B., Turan, Z., & Tarsuslu, B. (2025). Being an elderly asylum seeker in Türkiye: Predictors of mental health and quality of life. Aging & Mental Health. (Kabul Edildi Basım Aşamasında)
	Tarsuslu, B., Sahin, A., & Durat, G. (2023). Implicit affectivity as the predictor of the relationship between paternal postpartum depression and self-stigma in fathers: A structural equation modeling analysis. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 163(3), 972-977.
	Korkmaz, C., Durat, G., & Tarsuslu, B. (2022). An evaluation of the disability, insight and self-care agency of schizophrenia patients. Perspectives in Psychiatric Care, 58(3), 919-927.
	Tarsuslu, B., & Durat, G. (2021). Psychometric properties of the Masculine Depression Scale in Turkish male university students. Perspectives in Psychiatric Care, 57(1), 287-294.
1.1c	SCI, SCI-E, SSCI veya AHCI kapsamındaki dergilerde yayımlanmış makale (Q4 olarak taranan dergide)
	Tarsuslu, B., Durat, G., & Altinkaynak, S. (2020). Postpartum depression in fathers and associated risk factors: a systematic review. Türk Psikiyatri Dergisi, 31(4):280-9.

1.2	ESCI ve/veya SCOPUS kapsamındaki dergilerde yayımlanmış makale
	Tarsuslu, B., Sahin, A., Durat, G., & Arıkan, D. (2021). An analysis of parents' perceived stress and the parent-child relationship during the COVID-19 pandemic. Bangladesh Journal of Medical Science, 20(5), 97-107.
1.3	ÜAK ve Sakarya Üniversitesi senatosu tarafından belirlenen uluslararası alan endekslerinde taranan dergilerde yayımlanmış veya ULAKBİM, TR-DİZİN tarafından taranan ulusal hakemli dergilerde yayımlanmış makale
	Tarsuslu, B., Yaman, Ö., Durat, G., Aygin, D., & Gökçe, A. (2024). Examination of the psychometric properties of the "Masculinity in Chronic Disease Inventory" in men admitted to infertility outpatient clinic. Andrology Bulletin, 26(4), 248–256. https://doi.org/10.24898/tandro.2024.28863
	Tarsuslu, B., Sahin, A., Akçay, S., & Durat, G. (2024). COVID-19 Pandemisinin Babalık Rolüne Yansımaları: Bir Karma Yöntem Araştırması. Sağlık ve Toplum. 34 (2) 134-147
	Öner, Ö., Tarsuslu, B., & İnce, D. K. (2023). The Effect of Existential and Neurotic Anxiety Level on Sexual Life During the COVID-19 Lockdown Period. Journal of Education and Research in Nursing, 20(2), 133-142.
	Şahin, A., Sümer, M., Tarsuslu, B., & Tuncay, S. (2023). Gifted and Typically Developing Students Perceptions of the Covid-19 Outbreak. Sabuncuoglu Serefeddin Health Sciences, 5(1), 1-21.
	Karaköse, M., Tarsuslu, B., & Durat, G. (2022). COVID-19 Pozitif Tanısıyla Yatan Hastaların Uyku Kalitesinin İncelenmesi. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi, 5(1), 19-28. https://doi.org/10.54803/sauhsd.1033966
	Durat, G., & Tarsuslu, B. (2022). The Relationships Between Nursing and Midwifery Students' Cultural Sensitivity and Xenophobia. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 38(1), 11-20. https://doi.org/10.53490/eghehemsire.980700
	Tarsuslu, B., Şahin, A., & Durat, G. (2022). COVID-19 Fobisinin Babalık ve Erkek Rollerile İlişkisinin İncelenmesi. Masculinities: A Journal of Culture & Society, 17.
	Tarsuslu, B., Kaya, H., & Öner, Ö. (2021). COVID-19 Pandemisinin Erken Döneminde Anksiyete Düzeyi ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi. Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences, 6(12), 1-9.
	Korkmaz C, Çevirme A, Tarsuslu B. Reflection of COVID-19 on the Psychosocial Structure of Society. J Educ Res Nurs. 2021;18(2):206-209.
	Tarsuslu, B., Günaydın, N., & Koç, M. (2020). Relationship between educational stress and psychological resilience in nursing students. Journal of Human Sciences, 17(1), 79-91.
	Durat G, Atmaca G, Tarsuslu B, Erol A, Edin Z, Keleş M. (2020). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Psikolojik Dayanma Güçleri İle Öfke ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(3):519-527. doi:10.26453/otjhs.788933
1.4	Diğer ulusal hakemli dergilerde yayımlanmış bilimsel/sanatsal makale
	Tarsuslu, B., & Durat, G. (2018). Erkeklerde Depresyon, İntihar, Yardım Arama ve İyi Oluş. Journal of Human Rhythm, 4(2), 80-87.
	Solgun, C., Tarsuslu, B., Çulhacık, G. D., Durat, G. (2018). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Örgütsel Stres Düzeyleri İle Benlik Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Journal of Human Rhythm, 4(2), 126-133.

	2. ARAŞTIRMA PROJELERİ
2.1	TÜBA, TÜBİTAK (1001, 1003, 1004,1005, 1505, 1007, 2244, 3005, 2232, 2236, 3501, 1071, COST), ERA-NET, Uluslararası İkili ve Çoklu İş Birlikleri, Birleşmiş Milletler, BOREN, SSB, STB, TENMAK, TAGEM, TÜSEB, Diğer Bakanlıklar tarafından destekli projede araştırmacı olmak
	Tübitak 1001-(Devam Ediyor) Başlık: Gebeler İçin Afet Sonrası Bakım Protokolünün Geliştirilmesi ve Etkililiğinin Değerlendirilmesi: Hatay, Narlıca Örnekleme. Yürütücü: Hatice Tambağ, Araştırmacı: Bedia Tarsuslu , Araştırmacı:Zekiye Turan, Araştırmacı:Gülgün Durat, Araştırmacı:Ahsen Demirhan Kayacık, Araştırmacı:Çiğdem Şen Tepe, Araştırmacı:Döndü Sevimli Güler, Araştırmacı:Semiha Ünkan, Araştırmacı:Sevgi Köroğlu, Araştırmacı:Ali Kanatlı, Araştırmacı:Sibel Tolun, Danışman:Hilal Uslu Yuvacı
2.2	TÜBİTAK 2209-A, 2209-B, 2242 projelerinde danışman olmak
	2023 yılı 1. dönem kapsamında 1919B012303996 numaralı Proje:" <i>Sigara Kullanmada Kendini Damgalama Anketinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması</i> " Yürütücü: Öznur Bayram, Akademik Danışman: Bedia Tarsuslu
	2023 yılı 1. dönem kapsamında 1919B012303998 numaralı Proje: " <i>Hemşirelik öğrencilerinde çocukluk travmaları, ebeveyn tutumları ve kariyer gelişiminde ailenin meslek seçimi üzerindeki etkisinin incelenmesi</i> " Yürütücü: Elanur Keskin, Akademik Danışman: Bedia Tarsuslu
	2023 yılı 1. dönem kapsamında 1919B012304481 numaralı Proje:" <i>Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Sağlık İletişiminin Sigara Bırakma Niyeti ve Başarısı Üzerindeki Etkisi</i> " Yürütücü: Çağla Pürcü, Akademik Danışman: Bedia Tarsuslu
	2023 yılı 2. dönem kapsamında 1919B012325636 numaralı Proje: " <i>Erkek hemşirelerin cinsiyet rolleri penceresinden hemşirelik mesleğine yönelik deneyimleri: Fenomenolojik bir çalışma</i> " Yürütücü: Bircan Yılmaz, Akademik Danışman: Bedia Tarsuslu

	3. KİTAP
3.1	Uluslararası yayınevleri tarafından yayımlanmış özgün kitapta bölüm yazarlığı
	Tarsuslu, B. (2024). <i>Cerrahi müdahalenin çocuklar üzerindeki psikososyal etkileri</i> . In T. Suat & A. Sarman (Eds.), <i>Sağlık & Bilim 2024: Çocuk cerrahi hemşireliği ve bakım uygulamaları - II</i> (pp. 165–175). Efe Akademik Yayıncılık. ISBN: 978-625-392-404-1

	4. BİLDİRİLER
4.1	Uluslararası kongre ve sempozyumlarda davetli olarak sunulan tebliğ
4.2	Uluslararası kongre ve sempozyumlarda sözlü olarak sunulan ve tam metin olarak yayımlanan tebliğ
	Yaman, Ö., Doğan, S. G., Tarsuslu, B. , Aygin, D., & Yaylacı, S. (2023, August 26–27). <i>Yoğun bakım ünitesinde yatan COVID-19 pozitif hastalarda deliryum gelişimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve hemşirelik bakım stratejilerinin geliştirilmesi</i> . 13. Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırmaları Kongresi, Tam metin bildiri.
	Gedikli, Ş., Tarsuslu, B. , & Durat, G. (2022, December 24). <i>Egzersiz bağımlılığı ve anksiyete arasındaki ilişkiye bir bakış</i> . 4. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar ve İnovasyon Kongresi, Tam metin bildiri.
	Yıldız, E. N., Tarsuslu, B. , & Durat, G. (2022, December 25). <i>Psikiyatrik aciller: Başvuru nedenleri ve hemşirelik girişimleri</i> . 4. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar ve İnovasyon Kongresi, Tam metin bildiri.

	Cincioğlu, E., Tarsuslu, B. , Çulhacı, G. D., Korkmaz, C., & Durat, G. (2018, November 20–23). <i>Özel gereksinimi olan çocukların sosyal cevaplılığı ile annelerin sosyal bilişi arasındaki ilişki</i> . V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Tam metin bildirisi.
	Tarsuslu, B. , & Çevirme, A. (2018, November 15–17). <i>Hemşirelerin ahlaki kimlik ve etik durumları ile ilişkili bazı faktörler</i> . 1. Uluslararası 5. Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Tam metin bildirisi.
4.3	Uluslararası kongre ve sempozyumlarda sözlü olarak sunulan ve özet metin olarak yayımlanan tebliğ
	Keskin, E., & Tarsuslu, B. (2024, September 20–22). <i>Examination of childhood traumas, parental attitudes and the effect of family on career choice in career development in nursing students</i> . Bursa 3rd International Conference on Sport and Health Sciences, Bursa, Turkey.
	Bayram, Ö., & Tarsuslu, B. (2024, September 20–22). <i>Turkish Validity and Reliability Study of the Smoker Self-Stigma Questionnaire</i> . Bursa 3rd International Conference on Sport and Health Sciences, Bursa, Turkey.
	Pürcü, Ç., & Tarsuslu, B. (2024, September 20–22). <i>The Effect of Prenatal Attachment and Health Communication on Intention and Success of Smoking Cessation in Pregnant Women</i> . Bursa 3rd International Conference on Sport and Health Sciences, Bursa, Turkey.
	Cincioğlu, E., Şen Tepe, Ç., Tarsuslu, B. , & Durat, G. (2021, June 24–25). <i>Üniversite öğrencilerinde COVID-19 ile ilişkili stres, psikolojik sağlamlık ve ruhsal büyüme</i> . Uluslararası Pandeminin Ruh Sağlığına Yansımaları ve Psikososyal Bakım Kongresi, Özet bildirisi.
	Tarsuslu, B. , Şahin, A., & Durat, G. (2021, April 17–19). <i>COVID-19 fobisinin babalık ve erkek rolleri ile ilişkisinin incelenmesi</i> . IV. International Conference on COVID-19 Studies, Özet bildirisi.
	Tarsuslu, B. , & Durat, G. (2021, October 20–23). <i>COVID-19 pandemi sürecinde hemşirelerin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile iş yaşam kalitelerinin incelenmesi</i> . VI. Uluslararası X. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Özet bildirisi.
	Tarsuslu, B. , Cincioğlu, E., Şen Tepe, Ç., & Durat, G. (2021, October 20–23). <i>COVID-19 pandemisi döneminde online ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği dersinin öğrencilerin yardım arama tutumu ve damgalama üzerine etkisinin değerlendirilmesi</i> . VI. Uluslararası X. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Özet bildirisi.
	Şahin, A., Tarsuslu, B. , & Durat, G. (2020, June 21–23). <i>COVID-19 salgınının ebeveyn-çocuk ilişkisine etkisi</i> . International Conference on COVID-19 Studies, Özet bildirisi.
	Tarsuslu, B. , & Durat, G. (2019, November 1–3). <i>Hemşirelik ve ebellek öğrencilerinin kültürel duyarlılıklarının zenofobi ile ilişkisi</i> . I. Uluslararası Hemşirelik Bakımı ve Araştırma (INCARE) Kongresi, Özet bildirisi.
	Tarsuslu, B. , & Günaydın, N. (2019, November 1–3). <i>Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ruh sağlığı arasındaki ilişki</i> . I. Uluslararası Hemşirelik Bakımı ve Araştırma (INCARE) Kongresi, Özet metin bildirisi.
	Tarsuslu, B. , & Durat, G. (2019, November 1–3). <i>Lise öğrencilerinde algılanan yaşam doyumu düzeyi, sigaraya yönelik algı ve depresyon arasındaki ilişki</i> . I. Uluslararası Hemşirelik Bakımı ve Araştırma (INCARE) Kongresi, Özet bildirisi.
	Durat, G., Cincioğlu, E., Şen Tepe, Ç., Tarsuslu, B. , İlçioğlu, K., & Akduran, F. (2019, October 17–19). <i>Bir Sağlık Bilimleri Fakültesi İntörn Programının öğrenciler, hemşireler ve ebeler tarafından değerlendirilmesi</i> . 1. Uluslararası SABAK Kongresi, Özet bildirisi.
	Tarsuslu, B. , Altınkaynak, S., & Durat, G. (2019, September 12–14). <i>Babalarda postpartum depresyon ve ilişkili faktörler: Sistematik derleme</i> . 2. Uluslararası Erkekler ve Erkeklikler Sempozyumu, Özet bildirisi.
	Şen Tepe, Ç., Tarsuslu, B. , & Durat, G. (2019, December 19–21). <i>Gebelik dönemindeki kadınlarda gebelik deneyimlerinin, eş destek düzeyi ve depresyon ile ilişkisi</i> . 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Özet bildirisi.
	Tarsuslu, B. , & Durat, G. (2018, November 20–23). <i>Erkek üniversite öğrencilerinde depresyon, rol normları ve psikolojik yardım arama tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi</i> . V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Özet bildirisi.