

Kadın Ruh Sağlığı: Ergenlikten Yetişkinliğe

Nargizahon Erkaboeva¹,
Yeter Çuvadar Baş²

Özet

Kadın ruh sağlığı, biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin karşılıklı etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Bu kitap bölümünde, kadınlarda yaşam döngüsü boyunca ortaya çıkan ruhsal sorunlar çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemleri temelinde ele alınmıştır. Çocukluk döneminde istismar, ihmal ve şiddetin kısa ve uzun vadeli ruhsal etkileri, bağlanma bozuklukları ve cinsel kimlik gelişimine yansımaları tartışılmış; erken müdahale ve çok sektörlü önleme yaklaşımlarının önemi vurgulanmıştır. Ergenlik döneminde ise madde bağımlılığı, yeme bozuklukları ve adolesan gebelikler gibi hem ruhsal hem de üreme sağlığını etkileyen sorunlar ele alınmış; bu sorunların biyopsikososyal risk faktörleri ve uzun dönemli sonuçları değerlendirilmiştir. Yetişkinlik döneminde kadınlarda daha sık görülen depresyon, anksiyete bozuklukları, intihar davranışları, madde bağımlılığı ve cinsel işlev bozuklukları kapsamlı biçimde incelenmiştir. Ayrıca, premenstrüel sendrom (PMS) ve premenstrüel döneme özgü duygudurum değişikliklerinin kadın ruh sağlığı üzerindeki etkileri, hormonal dalgalanmalar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi bağlamında ele alınmıştır. Bölüm genelinde, kadınlara özgü ruhsal sorunların erken tanınması, cinsiyete duyarlı ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve koruyucu-önleyici yaklaşımların güçlendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır. Bu çerçevede, kadın ruh sağlığının bütüncül ve yaşam döngüsü temelli bir bakış açısıyla ele alınması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

1. Giriş

Kadınların ruh sağlığı, biyolojik ve sosyal faktörlerin bir arada etkili olduğu çok faktörlü bir yapıya sahiptir. Kadınlarda ruhsal bozuklukların klinik profili, erkeklerle kıyaslandığında ruhsal hastalıkların dağılımında

1 YI Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, nargizerkaboeva95@gmail.com, 0009-0004-5000-6360

2 Öğr. Görevlisi, Gedik Üniversitesi, yeter.cuvadar@gedik.edu.tr, 0000-0001-9020-1655

belirgin farklılıklar olduğunu göstermektedir; kadınlar belirli ruhsal sorunlara karşı daha savunmasızdır. Bu savunmasızlık yalnızca fizyolojik değişikliklerden değil, aynı zamanda yoksulluk, cinsel istismar, stres, yakın partner şiddeti gibi sosyal faktörlerden de kaynaklanabilir. Üreme dönemiyle ilişkili durumlar, özellikle gebelik ve doğum sonrası dönem, tedavi edilmeyen maternal depresyonun hem anne hem de bebek üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle özel önem taşır. Ayrıca, infertilite, kadın sterilizasyonu ve üreme yolu şikayetleri gibi üreme sağlığı sorunları da kadınlarda ruhsal sorun riskini artırmaktadır (Chandra ve ark., 2017).

Literatürde, kadınların erkeklere kıyasla psikiyatrik destek arayışında daha aktif olduklarını göstermektedir. Bunun sebepleri arasında, erkeklerin genellikle fiziksel sağlık sorunları için destek aramaları ve psikososyal sıkıntılarını ya da streslerini daha az ifade etmeleri gösterilmektedir (Çuvadar, 2022; Keskin, 2013). Günümüzde, kadın ruh sağlığının ortaya çıkardığı benzersiz zorluklarla başa çıkmak için ruh sağlığı programlarının cinsiyete duyarlı bir yaklaşımla tasarlanması kritik öneme sahiptir. Bunun yanında, hizmetlere erişimi artırma ve etkililiği geliştirme potansiyeline sahip yenilikçi hizmet sunum yöntemlerinin araştırılması, kadınlar için ruh sağlığı hizmetlerinin kapsamını ve etkinliğini artırabilir (Chandra ve ark., 2017).

2. Çocukluk Döneminde Ortaya Çıkan Ruhsal Sorunlar

2.1. Çocuk İstismarı, İhmal ve Şiddet

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre “çocuk istismarı, 18 yaşın altındaki çocuklara yönelik istismar ve ihmali ifade eder”. Sorumluluk, güven veya güç ilişkisi bağlamında çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine veya onuruna fiili veya potansiyel zarar veren her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal, ihmal ve ticari veya diğer sömürüyü kapsar (WHO, 2024). Cinsel istismarın çeşidi kadar; süresi, sıklığı ve faille olan ilişkisi de istismar deneyimini etkileyen faktörlerdendir (Emül ve ark., 2023). Beş yaşın altındaki her on çocuktan yaklaşık altısı (yaklaşık 400 milyon çocuk), ebeveynleri veya bakım verenleri tarafından düzenli olarak fiziksel ceza veya psikolojik şiddete maruz kalmaktadır (UNICEF, 2024a). Araştırmalar, her beş kadından birinin ve her yedi erkekten birinin çocukluk döneminde cinsel istismara uğradığını göstermektedir (UNICEF, 2024b). Çocuklara yönelik kötü muamele, yaşam boyu sürebilen hem fiziksel hem de zihinsel sağlık sorunlarına yol açabilir ve sosyal ile mesleki yaşamı etkileyerek ülke düzeyinde ekonomik ve sosyal kalkınmayı yavaşlatabilir. Çocuk istismarı çoğu zaman gizli kalmakta ve mağdurların yalnızca küçük bir kısmı sağlık profesyonellerinden yardım almaktadır. İstismara uğramış

çocukların yetişkinlikte başkalarına şiddet uygulama olasılıkları daha yüksek olup, bu durum şiddetin nesiller arası aktarımına yol açabilir. Çocuk istismarını önlemek mümkündür; etkili yöntemler arasında ebeveynlere destek sağlamak, pozitif ebeveynlik becerilerini teşvik etmek ve şiddet içeren cezaları yasaklayan yasaların uygulanmasını güçlendirmek yer almaktadır (Chandra ve ark., 2017).

Çocuklara yönelik istismar ve ihmalin hem kısa hem de uzun vadede ciddi fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunlarına yol açtığı bilinmektedir. Bu etkiler arasında kafa travmaları ve ağır sakatlıklar, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon ve HIV gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar yer alır. Ergenlik çağındaki kızlar ayrıca jinekolojik sorunlar ve istenmeyen gebeliklerle karşılaşabilir. İstismar, bilişsel gelişimi ve akademik performansı olumsuz etkiler ve bulaşıcı olmayan hastalıklar için risk faktörleri olan alkol, sigara ve uyuşturucu kullanımına bağlı davranışlarla ilişkilidir (Chandra ve ark., 2017).

Erken yaşta yaşanan kötü muamele, aşırı stres yoluyla beyin ve bağışıklık sistemi gelişimini bozabilir. Bu çocuklar ileriki yaşamda şiddet uygulama veya maruz kalma, depresyon, obezite, yüksek riskli cinsel davranışlar ve madde kullanımı açısından daha yüksek risk altındadır. Ayrıca, çocuklukta şiddet görenlerin okuldan mezun olamama olasılığı %13 daha fazladır. Çocuk istismarı ve ihmali, sağlık ve sosyal hizmet maliyetleri ile eğitim ve uzun vadeli ekonomik yükler açısından da ciddi sonuçlar doğurmaktadır (Chandra ve ark., 2017).

2.1.1. Önleme

Çocuk istismarı ve ihmali, türü ne olursa olsun, çocuğun yaşamında kalıcı psikolojik ve fiziksel travmalara yol açarak bireyin sağlıklı gelişimini olumsuz etkiler ve toplumun genel ruhsal sağlığı üzerinde uzun vadeli sonuçlar doğurur. Bu nedenle, çocuklara yönelik istismar ve ihmal durumlarının erken dönemde fark edilmesi, önleyici girişimlerin zamanında başlatılması ve uygun yasal ve sosyal süreçlerin etkin biçimde uygulanması büyük önem taşımaktadır (Koyun ve ark., 2025). Çocuk istismarının önlenmesi ve müdahale edilmesi, çok sektörlü ve erken dönemde uygulanan yaklaşımlar gerektirir. Müdahaleler ne kadar erken yapılırsa, hem çocuklar (bilişsel, sosyal ve akademik gelişim) hem de toplum (suç ve riskli davranışların azalması) açısından faydaları o kadar büyük olur (Chandra ve ark., 2017).

Etkili önleme stratejileri şunları içerir:

- Ebeveyn ve bakıcı desteği: Ev ziyaretleri veya topluluk ortamında, besleyici ve şiddet içermeyen ebeveynlik becerilerini geliştiren eğitim ve destek programları.

- Eğitim ve yaşam becerileri: Çocukların dayanıklılığını artıran, risk faktörlerini azaltan kaliteli eğitim; cinsel istismarı önleme programları, olumlu okul ortamı ve ilişkileri güçlendiren müdahaleler.
- Normlar ve değerler: Zararlı toplumsal normları değiştirmek ve babaların besleyici rolünü teşvik etmek amacıyla toplumsal farkındalık ve eğitim programları.
- Yasaların uygulanması: Şiddet içeren cezaları yasaklayan ve çocukları cinsel istismardan koruyan düzenlemelerin uygulanması.
- Müdahale ve destek hizmetleri: Mağdurların ve ailelerinin erken tespiti ve sürekli destekle, kötü muamelenin tekrarlamasını önleme.

DSÖ, önleme ve müdahalelerin etkisini artırmak için dört adımlı bir halk sağlığı yaklaşımını önerir: sorunun tanımlanması, nedenlerin ve risk faktörlerinin belirlenmesi, riskleri azaltacak müdahalelerin tasarlanması ve test edilmesi ve etkili uygulamaların yaygınlaştırılması (Chandra ve ark., 2017).

2.2. Reaktif Bağlanma Bozuklukları

Reaktif bağlanma bozuklukları (RBB), genellikle 5 yaş öncesi çocuklarda görülen ve sosyal iletişim ile duygusal bağlanma süreçlerini etkileyen bir psikiyatrik durumdur. Bu bozukluk, çocuğun aile ortamından uzak büyümesi, yetersiz veya sağlıklı aile bakımı alması gibi erken dönem bakım eksikliklerinden kaynaklanmaktadır. Çocuk, gelişimsel olarak kritik dönemde fiziksel veya duygusal travmaya maruz kaldığında bağlanma mekanizmaları olumsuz etkilenir ve güvenli bağlanma oluşturma kapasitesi sınırlanır. Geçmişte, reaktif bağlanma bozukluklarının özellikle yetimhaneler veya aileden uzak bakım ortamlarında yetişen çocuklarda ortaya çıktığı düşünülmektedir, günümüzde ise, sağlıklı aile ortamlarının bulunmadığı, ihmale veya duygusal istismara maruz kalınan ev ortamlarında da bu bozukluğun gelişebileceğini göstermektedir. Bozukluğun klinik görünümü, çocukların sosyal ilişkiler kurma, duygularını ifade etme ve başkalarına güvenme kapasitelerinde belirgin zayıflıklarla karakterizedir. Ayrıca, RBB'ye sahip çocuklarda ilerleyen yaşlarda anksiyete, depresyon ve davranışsal sorunların görülme olasılığı artmaktadır. Bu bağlamda, erken müdahale ve destekleyici bakım ortamları, güvenli bağlanmanın sağlanması ve çocuğun duygusal gelişiminin korunması açısından kritik öneme sahiptir. Ebeveynlerin veya bakım verenlerin eğitimi, travmaya duyarlı bakım uygulamaları ve psikososyal destek programları, RBB'nin olumsuz etkilerini azaltmada etkili stratejiler olarak öne çıkmaktadır (Çuvadar, 2022).

2.3. Cinsel Kimlik Bozuklukları

Cinsel kimlik bozukluğu, bireyin doğuştan sahip olduğu biyolojik cinsiyeti veya toplumsal cinsiyet rolünü sürekli olarak rahatsız edici bulduğu bir durumdur. Bu bozukluğun ortaya çıkmasında aile tutumları, toplumsal öğrenme süreçleri, ebeveyn figürlerinin yetersizliği, çocukluk döneminde yaşanan cinsel travmalar ve aile beklentileri gibi faktörler etkili olabilir. Cinsel kimlik, kişinin kendini kadın veya erkek olarak nasıl algıladığını ve ifade ettiğini tanımlar. Sağlıklı bir cinsel kimliğe sahip birey, kendini açık ve tutarlı bir şekilde belirli bir cinsiyetle özdeşleştirir (Yüccetürk ve ark., 2025).

2.3.1. Cinsel Kimlik Uyuşmazlığı Belirtileri

Cinsel kimlik uyuşmazlığı olan çocuklarda gözlemlenen bazı davranış ve eğilimler şunlardır:

- Kendi biyolojik cinsiyetine karşılık gelmeyen cinsiyeti sürekli olarak ifade etme ve bu yönde ısrarcı olma.
- Karşı cinsin giysilerini, aksesuarlarını veya tarzlarını tercih etme.
- Oyun ve etkinliklerde karşı cinsin rollerini benimseme, kendi cinsiyetine ait rolleri reddetme.
- Karşı cinsin oyun ve aktivitelerine katılma isteği gösterme.
- Arkadaş seçimlerinde karşı cins yönünde tercih yapma.
- Erkek çocuklarda geleneksel erkek oyun ve spor aktivitelerinden kaçınma ve özellikle anne veya kadın figürüne aşırı bağlılık gösterme.
- Kız çocuklarda erkek giyim tarzını, konuşma ve davranış biçimlerini taklit etme; erkek ismiyle anılmayı isteme (APA, 2015; Yüccetürk ve ark., 2025).

3. Ergenlik Döneminde Ortaya Çıkan Ruhsal Sorunlar

3.1. Madde Bağımlılığı

Dünya Sağlık Örgütü madde bağımlılığı kavramını “kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelerden belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı” olarak tanımlamıştır (WHO, 2025).

Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde, sigara ve alkol kullanımı kimi zaman “büyümenin” ya da olgunlaşmanın bir göstergesi olarak algılanmakta ve bu nedenle kullanım sıklığının giderek arttığı görülmektedir. Buna ek olarak, özellikle esrar ve ekstazi gibi yasa dışı maddelerin kullanımında da artan

bir eğilim gözlenmektedir (WHO, 2025). Söz konusu dönemde başlayan bu riskli davranış biçimleri, erken yaşta edinilen alışkanlıklar nedeniyle bireyin ilerleyen yaşam dönemlerinde de devam etme eğilimi göstermektedir (Duyan & Gövebakan, 2021). Bu süreçte anne-baba ilişkileri, kişilik özellikleri, heyecan arayışı, risk alma eğilimi, akran grubunda madde kullanımı, ebeveynlerin tutumları ve aile ortamının niteliği gibi faktörler madde kullanım davranışının gelişiminde belirleyici rol oynamaktadır. Ayrıca, bazı çalışmalar ekonomik olarak desteklenen kız ergenlerin daha pahalı maddeleri tercih ettiklerini ve bu maddeleri genellikle grup ortamlarında, özellikle ev partilerinde kullandıklarını göstermektedir. Erken yaşta başlayan bu riskli davranış örüntüsü, bireyin yetişkinlik döneminde de madde kullanımını sürdürmesine zemin hazırlayabilmektedir (Koyun ve ark., 2025).

3.2. Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Ergenlik döneminde, özellikle kız çocuklarında beden imajı ve dış görünüşe ilişkin hassasiyetin artması, kilo kontrolü amacıyla yapılan bilinçsiz diyet uygulamalarıyla birleştiğinde yeme bozukluklarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Bu bozukluklar, ruhsal süreçler ile bedensel tepkiler arasındaki dengenin bozulduğu psikosomatik duyarlılıklara örnek teşkil eder. Bireyin bedenini ve duygularını bütüncül bir şekilde algılayamaması, ruh-beden bütünlüğünün zayıflamasına neden olur. Bu kişiler genellikle duygularını sözel olarak ifade etmekte zorlandıkları için, yaşadıkları içsel çatışmaları fiziksel yollarla dışa vururlar. Duygusal gerilimlerini bastıramayan bireyler, kimi zaman yeme davranışı üzerinden bir kontrol mekanizması geliştirir. Bu durum, besin alımını aşırı kısıtladıkları anoreksiya nervoza ya da aşırı yemek yeme sonrası çıkarmayla denge kurmaya çalıştıkları bulimia nervoza biçiminde kendini gösterebilir. Yapılan araştırmalara göre anoreksiya nervoza ergen kızlarda yaklaşık %0,5–1, bulimia nervoza ise %1–3 oranında görülmektedir (Çuvadar, 2022).

Yeme bozuklukları yalnızca psikolojik değil, aynı zamanda fizyolojik sistemleri de etkileyen ciddi sağlık sorunlarıdır. Bu durum endokrin ve metabolik dengesizliklere, elektrolit bozukluklarına, hipoglisemi ataklarına, gecikmiş ergenlik, menstrual düzensizlikler ve tiroid fonksiyon bozuklukları gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu nedenle yeme bozuklukları, erken tanı ve psikososyal destek gerektiren multidisipliner bir sorun olarak ele alınmalıdır (Çuvadar, 2022). Ayrıca, yeme bozukluğu tanısı alan bireylerde sıklıkla eşzamanlı başka psikiyatrik bozuklukların da görüldüğü bildirilmektedir. Literatürde yeme bozuklukları ile majör depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Bu bireylerin benlik algılarının genellikle normal popülasyona kıyasla daha düşük olduğu

ve bu durumun depresyonun gelişiminde etkili bir faktör olabileceği öne sürülmektedir (Koyun ve ark., 2025).

3.2.1. Anoreksiya Nervoz

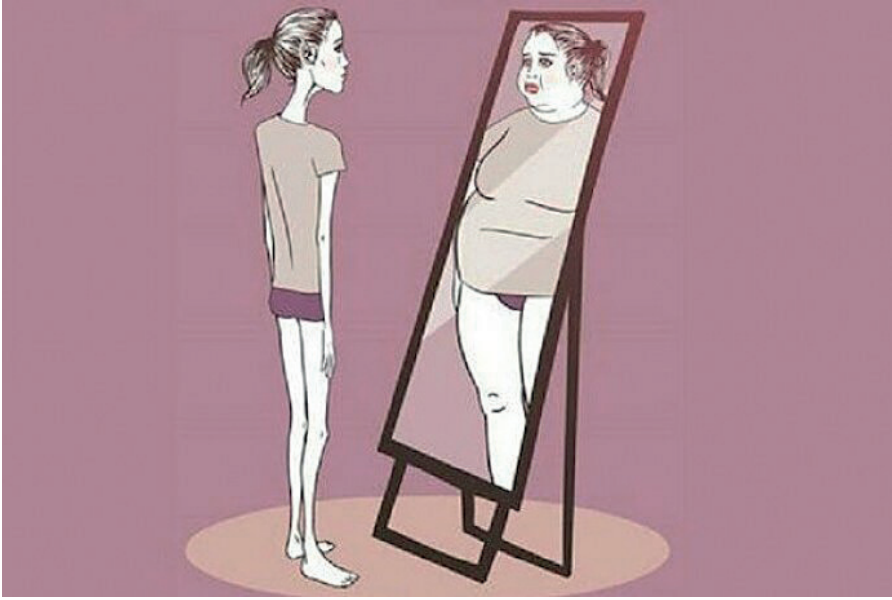
Yunanca “iştah kaybı” anlamına gelen ve sinirsel kökeni vurgulayan “nervoz” sözcüğünden türeyen anoreksiya nervoz, bireyin beden algısındaki bozulma ve kilo alma korkusu ile karakterize ciddi bir yeme bozukluğudur (APA, 2022). Günümüz kadınlarında toplumsal normlar ve medya etkisiyle “zayıf beden ideali” giderek yaygınlaşmış, bu durum genç kadınların kilo kontrolü uğruna aşırı çabalara yönelmesine neden olmuştur (Koyun ve ark., 2025). Anoreksiya nervoz, kilo kaybı, büyüme sürecinde uygun ağırlığa ulaşmayı reddetme, kilo almaktan yoğun korku duyma, bedenini olduğundan kilolu algılama ve amenore gibi belirtilerle seyretmektedir (Çuvadar, 2022).

Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülen bu bozukluk, genellikle ergenlik döneminde başlamakta ve kadınlığa geçiş sürecindeki psikolojik çatışmalarla ilişkilendirilmektedir. Bilinçsiz diyet uygulamaları sonucu hızlı kilo kaybı, hormonal ve metabolik dengesizliklere yol açarak tüm vücut sistemlerini olumsuz etkileyebilmektedir. Bunun sonucunda elektrolit bozuklukları, hipoglisemik ataklar, ergenliğin gecikmesi, menstrual düzensizlikler (oligomenore, amenore) ve tiroid fonksiyon bozuklukları gibi sağlık sorunları gelişebilmektedir (Çuvadar, 2022).

Tanı ölçütlerinde birkaç küçük ama önemli değişiklik yapılmıştır:

Kriter A, artık kilo alımını engellemeye yönelik davranışlara, örneğin kalori alımını kısıtlamaya odaklanmaktadır ve “kilo korumayı reddetme” ifadesi kaldırılmıştır. Çünkü “reddetme” sözcüğü hastanın bilinçli bir niyet taşıdığını ima eder ve bu durumun değerlendirilmesi her zaman kolay değildir.

DSM-IV’te yer alan ve en az üç adet döngüsünün olmaması (amenore) koşulunu içeren Kriter D çıkarılmıştır. Bu ölçüt; erkeklere, menarş öncesi kız çocuklarına, doğum kontrol hapı kullanan kadınlara ve menopoz sonrası dönemdeki kadınlara uygulanamaz. Ayrıca, bazı bireyler anoreksiya nervozanın tüm diğer belirtilerini taşımasına rağmen menstrüel döngülerinin kısmen devam ettiğini bildirmektedir (APA, 2022).



Şekil 1. Anoreksiya Nervosa

(<https://duruyasampsikoloji.com/hizmetlerimiz/yeme-bozukluklari/anoreksiya-nervosa>)

3.2.2. Bulimia Nervosa (Bulimia Nervosa)

Yunanca ‘ököz açlığı’ ve Latince ‘nervoz’ terimlerinden meydana gelen bir kelimedir.² Bulimia nervosa, sık sık ortaya çıkan tıknırcasına yeme atakları ve bunu takiben kilo alımını önlemek amacıyla kendini kusturma gibi uygunsuz davranışlarla karakterizedir. DSM-5 kriterlerinde, DSM-IV’te haftada iki kez olarak belirtilen tıknırcasına yeme ve telafi edici davranışların görülme sıklığı haftada bir kez olarak azaltılmıştır (APA, 2022).



Şekil 2. Bulimia Nervosa

(<https://www.evimdeterapi.com/blog/bulimia-nervosa-nedir/>)

3.3. Üreme Sağlığına Yönelik Sorunlar

Adolesanlık, bireyin çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecini tanımlayan bir dönemdir ve DSÖ tarafından 10–19 yaş aralığı olarak kabul edilmektedir (Güzel ve ark., 2016). Erken yaşta gerçekleşen gebelikler, istenmeyen gebelikler, yasadışı düşükler, düşüklerle bağlı komplikasyonlar ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, genç nüfusta üreme sağlığı sorunlarının başlıca nedenlerini oluşturmaktadır. Türkiye’de ergenlik döneminde yaşanan gebeliklerin önemli bir kısmı, kültürel faktörlerin etkisiyle erken yaşta yapılan evliliklerden kaynaklanmaktadır. Ülke verilerine göre, 15–19 yaş grubundaki kadınların yaklaşık %2,5’i evlilik yapmakta ve bu kadınların %6’sı anne olmaktadır. Bu dönemde ergenler, kendi kimlik gelişimlerini sürdürürken aynı zamanda anne olma sorumluluğuyla karşı karşıya kalmakta ve gebeliğin devam edip etmeyeceği konusunda karmaşık duygular yaşayabilmektedir (Taşkın, 2020).

Ayrıca, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde toplumsal sağlık açısından önemli bir sorun oluşturan adolesan gebelikler hem annenin hem de bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu gebelikler yüksek riskli olarak değerlendirilmektedir ve hem sağlık hem de sosyal açıdan çeşitli komplikasyonlara yol açabilmektedir (Güzel ve ark., 2016).

4. Yetişkinlik Döneminde Ortaya Çıkan Ruhsal Sorunlar

4.1. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları

Epidemiyolojik ve klinik araştırmalar, depresyonun farklı kültürlerde kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha sık görüldüğünü göstermektedir. Ergenlik öncesi ve ileri yaşlarda, kadın ve erkeklerde depresyon görülme sıklığı benzerdir. Cinsiyetler arasındaki farkın genellikle ergenlik sonrasında ortaya çıkması ve menopoza sonrası azalması, kadınların depresyona karşı daha yüksek duyarlılığında hormonal faktörlerin rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, ergenlik sonrası toplumdaki psikolojik durum ve toplumsal roller, kadınları stres dönemlerinde daha savunmasız bir konuma getirebilir. Depresyonun kadınlarda belirtileri erkeklerden farklılık gösterebilir; sıkça tıbben açıklanamayan ağrı ve rahatsızlıklarla kendini gösterebilir. Kadınlarda depresyonun başlangıcı genellikle ergenliğin ortalarına denk gelirken, erkeklerde çoğunlukla yirmili yaşlarda başlamaktadır. Kadınlarda depresyon daha tekrarlayıcı olma eğilimindedir ve bireysel ataklar daha uzun sürebilir. Ayrıca tiroid hastalıkları, migren ve romatolojik bozukluklar gibi eşlik eden tıbbi durumlar kadınlarda daha yaygındır. Kadınlarda depresyon sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklarla, özellikle panik bozukluk ve basit fobilerle birlikte görülür; yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları da depresyon

ile ilişkili olarak işlevsellik kaybını artırabilir ve tanı koymayı güçleştirebilir (Chandra ve ark., 2017).

Anksiyete bozuklukları arasında yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, fobiler ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yer almaktadır ve her bir bozukluk kategorisinde kadınların sayısı erkeklerden fazladır. Erkeklerle yalnızca TSSB geliştirme açısından daha yüksek risk taşımakla kalmaz, aynı zamanda erkeklerle kıyasla uzun süreli TSSB geliştirme olasılıkları da daha yüksektir ve bu bozukluklarda tıbbi ve psikiyatrik eşlik eden problemlerin görülme oranı kadınlarda daha fazladır (Chandra ve ark., 2017).

4.2. İntihar

İntihar davranışları, kadınlar arasında küresel hastalık yüküne önemli katkıda bulunan başlıca faktörlerden biri olarak tanımlanmaktadır. Her ne kadar erkeklerin intihar sonucu ölüm riski kadınlardan dört kat daha yüksek olsa da kadınlar intihar girişimini erkeklerle göre yaklaşık iki-üç kat daha sık bildirmektedir. Kendine zarar verme davranışları, intihar dahil olmak üzere, dünya genelinde kadınlar için hastalık yükünün en önemli 10 nedeni arasında 9. sırada yer almaktadır. İngiltere’de doğum sonrası ilk yıl maternal mortalite nedenlerini inceleyen yakın tarihli bir çalışmada, kadınlarda doğumdan sonraki ilk yıl içerisinde ölüme en sık yol açan nedenin intihar olduğu bildirilmiştir. Dünya genelinde, 15–29 yaş arasındaki kadınlarda intihar, ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Niyetli olarak kendine zarar verme davranışları, intihar dahil, dünya çapında kadınlar için önde gelen ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada ve hastalık yükünün en önemli 10 nedeni arasında dokuzuncu sırada yer almaktadır (Ribeiro ve ark., 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan araştırmalar, kadınlarda intihar düşüncesi yaygınlığının %1,9 ile %13,6 arasında değiştiğini ve intihar girişimlerinin ise %1 ile %8 arasında değişiklik gösterdiğini raporlamaktadır. Kadınlarda intihar düşüncesi ve girişimi riskini artıran faktörler arasında olumsuz çocukluk deneyimleri, genç yaş, boşanmış, dul veya ayrı yaşamak, yakın partner şiddeti ve partner dışı fiziksel şiddet önemli rol oynamaktadır (Devries ve ark., 2011). İntiharın önlenmesi bağlamında uygulanabilecek başlıca müdahale stratejileri arasında topluluk temelli önleme girişimleri, “gatekeeper” eğitimi ve bilinçlendirme programları yer almaktadır (Chandra ve ark., 2017).

4.3. Madde Bağımlılığı

Çeşitli çalışmalar, tüm madde kullanım oranlarında erkeklerin kadınlardan

belirgin şekilde fazla olduğunu göstermektedir. Ancak, son yıllarda bu farkın azaldığı gözlemlenmektedir. Kadınlarda madde kullanımına bağlı komplikasyonlar; alkolik karaciğer hastalığı, bilişsel bozukluklar da dahil nörolojik problemler ve madde kullanımının cinsel ve üreme sağlığı üzerindeki olumsuz etkiler ciddi işlev kayıplarına yol açmaktadır. Kadınlarda madde kullanım bozukluklarıyla birlikte ruh hali ve anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi durumların yüksek oranda eşlik etmesi, tedavi ve iyileşme sürecini daha da karmaşık hâle getirmektedir (Chandra ve ark., 2017).

Kadınlarda maddeye başlama ile kötüye kullanım ve bağımlılığa geçiş süreci erkeklere kıyasla daha hızlı ilerlemekte ve klinik profilleri daha şiddetli olabilmektedir. Bu olgu, “teleskopik ilerleme” (telescoping) olarak adlandırılmakta ve kadınların, erkeklere göre daha kısa sürede ve daha az miktarda madde tüketmelerine rağmen tıbbi, davranışsal, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşama riskini artırmaktadır.¹ Alkol ve diğer maddelere başlama nedenleri de cinsiyete göre farklılık göstermektedir; erkekler genellikle “keyif almak” amacıyla alkol tüketirken, kadınlarda depresif belirtiler nedeniyle alkol kullanımı daha yaygındır. Benzer farklılıklar eroin ve diğer maddelerde de gözlemlenmektedir. Kadınlar ayrıca madde bağımlılığı ile ilgili damgalanma ve sosyal stigma ile daha fazla karşılaşmaktadır. Çocuk bakımı, gebelik, şiddet ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar gibi kadınlara özgü ihtiyaçları hedefleyen cinsiyete özel tedavi yaklaşımları geliştirilmekte olsa da bu yöntemlerin etkinliğini belirlemeye yönelik araştırmalar hâlen yetersizdir (Greenfield ve ark., 2010).

4.4. Cinsel İşlev Bozuklukları

Kadın cinsel işlev bozuklukları; hipoaktif cinsel istek bozukluğu, cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, genitopelvik ağrı/birleşme bozukluğu, dispareni, vajinismus ve cinsel kaygı olarak sınıflandırılmaktadır (APA, 2013). Cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığı bölgelere göre değişmekle birlikte, kadınların %30 ila %50’sinde görüldüğü bildirilmiştir (Çuvadar & Özcan, 2025).

4.4.1. Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu

Bu bozukluk, kadının cinsel istek, fantezi ve düşüncelerinde belirgin ve sürekli azalma veya yokluk yaşamasiyla karakterizedir. Semptomlar en az altı ay sürmeli ve klinik olarak anlamlı sıkıntıya yol açmalıdır (Yüccetürk ve ark., 2025).

4.4.2. Cinsel İlgi ve Uyarılma Bozukluğu

Kadınlarda cinsel ilgi ve uyarılma eksikliği ile kendini gösterir. Fiziksel olarak vajinal nemlenmede azalma ve genital kan akışının düşmesi gözlemlenebilir. Bu durum, cinsel düşüncelerde azalma ve genital yanıt yetersizliği ile ilişkilidir (APA, 2013).

4.4.3. Orgazm Bozukluğu

Kadın, yeterli uyarı ve stimülasyona rağmen orgazmı gecikmeli, azalmış veya hiç deneyimlemeyebilir. Bu durum, en az altı ay sürmeli ve klinik açıdan belirgin sıkıntı yaratmalıdır (APA, 2013).

4.4.4. Genitopelvik Ağrı/Birleşme Bozukluğu

Cinsel ilişki sırasında vajinal girişte ağrı, pelvik kas spazmları (vajinismus) veya rahatsızlık ile ortaya çıkar. Bu durum, cinsel aktivitenin sürdürülmesini zorlaştırabilir veya engelleyebilir (APA, 2013).

4.4.5. Disparoni

Cinsel ilişki sırasında genital bölgede ağrı hissedilmesidir. Genellikle organik veya psikojenik nedenlerle ilişkilidir ve cinsel yaşamı olumsuz etkiler (APA, 2013).

4.4.6. Vajinismus

Vajinismus, vajinanın dış üçte birlik bölümündeki pelvik taban kaslarının istemsiz şekilde kasılması ile cinsel birleşmeyi engelleyen veya zorlaştıran tekrarlayıcı bir durumdur (Çuvadar & Çuvadar Baş, 2022; UNICEF, 2024b).

4.4.7. Cinsel Kaygı

Cinsel kaygı, bireyin cinsel ilişki öncesinde veya sırasında yoğun anksiyete, öz-değerlilikte azalma ve olumsuz duygulanım yaşamasıyla tanımlanan psikoseksüel bir durumdur (Yüçetürk ve ark., 2025).

Tablo 1. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri (Yücctürk ve ark., 2025).	
Faktörler	Nedenleri
Biyolojik Faktörler	Kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon vb.) Sürekli ilaç kullanımı (örn. antidepresanlar) Hormonal değişiklikler (gebelik, doğum sonrası, menopoz) Endokrin bozukluklar Nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar (örn. depresyon)
Psikolojik Faktörler	Cinsel travmalar (taciz, tecavüz vb.) Cinselliğe ilişkin suçluluk, utanç Edilgen kişilik, özsaygı eksikliği Cinsel kimlik ve yönelimle ilgili çatışmalar Partnerle ilgisizlik, ilişkisel doyumsuzluk
Sosyal ve Kültürel Faktörler	Yetersiz cinsel eğitim Cinselliğin tabu olarak görülmesi Kadının kendi bedenine yabancılaşması Toplumsal cinsiyet rolleri ve baskılar Bilgiye erişim eksikliği, kültürel normlar
Cinsel Fanteziler ve Kişisel Cinsel Gelişim	Mastürbasyon ve fantezilerle cinsel farkındalık kazanımı Cinsel yaşamın monotonluktan uzaklaştırılması Kültürel baskılar nedeniyle bastırma ve suçluluk duygusu

4.5. Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB)

Premenstrüel Disforik Bozukluk, ovulatuvar adet döngüsü sırasında cinsel hormon düzeylerindeki değişimlerle tetiklenen ve hem bedensel hem de psikolojik belirtilerle kendini gösteren bir durumdur. PMDB, premenstrüel sendromun daha şiddetli formu olarak kabul edilir ve belirgin belirtiler arasında irritabilite, sinirlilik, gerginlik, disfori ve duygu-durum dalgalanmaları bulunur. Kadınların büyük çoğunluğu premenstrüel dönemde hafif duygudurum ve uyku değişiklikleri veya bedensel belirtiler yaşasa da PMDB daha nadir görülür. Tedavi genellikle semptomlara yöneliktir; ağrı için analjezikler, anksiyete ve uykusuzluk için sedatifler kullanılabilir ve bazı hastalar kısa süreli Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) tedavisine yanıt verebilir. Sıvı retansiyonu durumunda diüretik tedavi uygulanabilir (Çuvadar, 2022).



Şekil 3. Premenstrüel Disforik Bozukluk
(<https://theforgerecovery.com/mental-disorders/premenstrual-dysphoric-disorder/>).



Şekil 4. Premenstrüel Sendrom (<https://www.nihankarakaya.com/jinekoloji/premenstruel-sendrom-pms-adet-oncesi-gerilim-sendromu/>).

4.6. Premenstrüel Sendrom (PMS)

Premenstrüel sendrom, adet döngüsünün luteal fazında ortaya çıkan

ve menstruasyonla birlikte kaybolan veya belirgin şekilde azalan fiziksel, davranışsal ve psikolojik belirtilerle tanımlanır. Bu belirtiler, alta yatan bir psikiyatrik hastalığa bağlı olmaksızın rahatsızlık yaratır. PMDB ile PMS arasındaki ayrım için standart bir ölçüt bulunmamakla birlikte, semptom yoğunluğu ve sıklığı PMDB'den farklılık gösterir. PMS görülme sıklığı dünya genelinde değişkenlik göstermekle birlikte, bazı Asya ülkelerinde %60-80 civarında, Türkiye'de yaklaşık %66 civarında raporlanmaktadır (Çuvadar, 2022).

5. Sonuç ve Öneriler

Kadın yaşam döngüsü; ergenlik, üreme çağı ve menopoza gibi biyolojik olarak belirgin dönemleri kapsamakla birlikte, her evre kendine özgü psikososyal dinamikleriyle ruhsal sağlığı farklı biçimlerde etkilemektedir. Ergenlik döneminde hormonal dalgalanmalar, kimlik gelişimi, bedensel değişimlere uyum ve toplumsal beklentiler, genç kızlarda anksiyete, depresyon ve beden algısı bozuklukları gibi sorunlara zemin hazırlayabilmektedir. Üreme çağına ise fertilité, gebelik, doğum ve cinsellikle ilgili süreçler kadınların ruhsal durumlarını doğrudan etkileyen kritik yaşam olayları arasında yer alır. Bu dönemde hormonal değişimlerin yanı sıra toplumsal roller, annelik sorumlulukları ve partner ilişkileri, kadının duygusal iyi oluş düzeyini şekillendirir.

Cinsel işlev bozuklukları, özellikle dispareni ve vajinismus gibi durumlar, kadınların yalnızca cinsel yaşamlarını değil, benlik algılarını ve partner ilişkilerini de olumsuz yönde etkileyerek depresif belirtiler, anksiyete ve özgüven kaybı gibi psikolojik sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle, cinsel sağlığın değerlendirilmesi yalnızca fizyolojik değil, psikososyal bir yaklaşım gerektirmektedir.

Genel olarak, kadın yaşam döngüsünde ruhsal sorunların temelinde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi bulunmaktadır. Bu nedenle kadın ruh sağlığının korunmasında multidisipliner yaklaşım önemlidir. Sağlık profesyonellerinin her yaş dönemine özgü psikososyal riskleri tanıması, erken dönemde müdahale ve yönlendirme yapabilmesi, ruhsal hastalıkların önlenmesinde belirleyici bir role sahiptir. Öneriler;

- ✓ Kadın yaşam döngüsünün her evresine özgü ruhsal değerlendirme protokolleri geliştirilmelidir.
- ✓ Ergenlik döneminde ruhsal destek ve beden algısı farkındalığını güçlendiren okul temelli programlar yaygınlaştırılmalıdır.
- ✓ Üreme çağındaki kadınlara yönelik cinsel sağlık ve psikolojik danışmanlık hizmetleri bütüncül bir yaklaşımla sunulmalıdır.

- ✓ Cinsel işlev bozukluklarında biyopsikososyal model esas alınmalı, kadınların mahremiyetine duyarlı terapötik yaklaşımlar benimsenmelidir.
- ✓ Toplumda kadın sağlığına yönelik farkındalığı artırmak amacıyla, sağlık eğitimi ve medya aracılığıyla bilgilendirme çalışmaları yürütülmelidir.

Sağlık profesyonellerinin (ebe, hemşire, psikolog, hekim vb.) kadın yaşam döngüsündeki ruhsal değişimlere ilişkin bilgi ve duyarlılıkları hizmet içi eğitimlerle güçlendirilmelidir.

Kaynaklar

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR): Feeding and eating disorders. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Eating-Disorders.pdf
- American Psychological Association. (2015). Gender dysphoria. *American Psychologist*, 70(9), 832–864.
- Chandra, P. S., Varghese, M., & Supraja, T. A. (2017). Women's mental health. In *International encyclopedia of public health* (2nd ed., Vol. 7, pp. 435–443). Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00496-3>
- Çuvadar, A. (2022). Yaşam dönemlerine göre kadın ruh sağlığı. In *Sağlık bilimlerinde araştırma ve değerlendirmeler-II* (pp. 331–345). Gece Kitaplığı.
- Çuvadar, A., & Çuvadar Baş, Y. (2022). Nursing/midwifery management in women with vaginismus. In D. Atik (Ed.), *New trends in health sciences* (Bölüm 17). ISBN: 978-625-8261-64-6
- Çuvadar, A., & Özcan, H. (2025). The effect of mindfulness-based cognitive therapies on sexual function, sexual distress, and depression in women: A meta-analysis study. *International Journal of Sexual Health*, 37(1), 46–59. <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2414064>
- Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., Heise, L., Durand, J., Mbawambo, J., Jansen, H., Berhane, Y., Ellsberg, M., & Garcia-Moreno, C. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 79–86.
- Duyan, V., & Gövbakan, R. (2021). *Madde bağımlılığı ve aile*. Yeni İnsan Yayınevi.
- Emül, E., Özerdoğan, N., & Kılıç, K. N. (2023). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarının Belirtileri, Açığa Çıkarılmasının Önündeki Engeller. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 4(3), 520-538.
- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 339–355.
- Güzel, A. İ., Tokmak, A., & Üstün, Y. E. (2016). Adolesan gebelikler. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(1), 28–31.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 344–351.

- Koyun, M., Uzşen, H., & Tural Büyük, E. (2025). Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik vaka tartışması yöntemi ile verilen eğitimin etkisi: Yarı deneysel bir araştırma. *Ege Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 41(1), 88–94. <https://doi.org/10.53490/egchemsirc.1254687>
- Ribeiro, P. S., Jacobsen, K. H., Mathers, C. D., & Garcia-Moreno, C. (2008). Priorities for women's health from the Global Burden of Disease study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 102(1), 82–90.
- Taşkın, L. (2020). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği* (16. baskı, ss. 584–592). Akademisyen Kitapevi.
- UNICEF. (2024a, June 11). *Nearly 400 million young children worldwide regularly experience violent discipline at home*. <https://www.unicef.org/press-releases/nearly-400-million-young-children-worldwide-regularly-experience-violent-discipline>
- UNICEF. (2024b). *Sexual violence*. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/sexual-violence/>
- World Health Organization. (2024). *Child maltreatment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- World Health Organization. (2025). *Alcohol, drugs and addictive behaviours*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/terminology>
- Yücetürk, S., Çuvadar, A., Özçalkap, N., & Baş, Y. Ç. (2025). Cinsel gelişim. In *Ebelik öğrencileri için cinsel sağlık ve üreme sağlığı* (Bölüm 2). Akademisyen Yayınevi. ISBN: 978-625-375-583-6.
- Şekil 1. <https://duruyasampsikoloji.com/hizmetlerimiz/ycmc-bozukluklari/anoreksiya-nervoza>
- Şekil 2. <https://www.evimdeterapi.com/blog/bulimia-nervoza-nedir/>
- Şekil 3. <https://www.nihankarakaya.com/jinekoloji/premenstruel-sendrom-pms-adet-oncesi-gcrilim-sendromu/>