

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ GENÇLERİN
MENSTRÜEL SIKLUS ÖZELLİKLERİ VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Gözde ERÇETİN YAŞAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA**

ŞANLIURFA

2015

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ GENÇLERİN
MENSTRÜEL SIKLUS ÖZELLİKLERİ VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Gözde ERÇETİN YAŞAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ


**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA**

ŞANLIURFA


2015

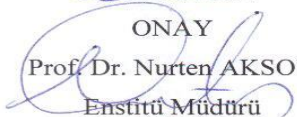
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Gözde ERÇETİN YAŞAR'ın hazırladığı “Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerde Menstrüel Siklus Özellikleri ve İlişkili Faktörler” konulu çalışma, 14/07/2015 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.


Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA (Danışman)
Harran Üniversitesi
Başkan


Prof. Dr. Kafiye EROĞLU
Koç Üniversitesi
Üye


Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN
Harran Üniversitesi
Üye

22.11.2015
ONAY

Prof. Dr. Nurten AKSOY
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tezimin hazırlanması aşamalarında, sonsuz destek, sabır ve anlayış gösteren tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA' ya, veri toplama aracının içerik yönünden incelenmesine katkı sunan Prof. Dr. Zeynep ŞİMŞEK'e, Prof. Dr. Ayşe AKIN'a ve Prof. Dr. Kafiye EROĞLU'na ve araştırmaya gönüllü katılarak çalışmanın gerçekleşmesine katkı veren gençlere ve ailelerine teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca çalışma sürecince manevi destek veren ailem ve eşim Murat YAŞAR'a teşekkür ederim.

Gözde ERÇETİN YAŞAR

2015

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜRLER.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	3
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Gençlik Dönemi ve Özellikleri.....	4
2.1.1.Gençlerde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişim.....	4
2.1.2.Gençlerde Psikososyal Gelişim.....	6
2.2.Puberte ve Menarş.....	7
2.3.Menstrüel Siklusun Fizyolojisi.....	8
2.3.1.Ovarial Siklus.....	9
2.3.2.Endometriyal Siklus.....	11
2.4.Menstrüel Siklusunu Etkileyen Faktörler.....	12
2.5.Menstrüel Siklus İle İlgili Sorunlar.....	14
2.5.1.Anormal Uterus Kanamaları.....	14
2.5.2.Disfonksiyonel Uterus Kanamaları (DUK).....	14
2.5.3.Dismenore.....	15
2.5.3.1.Primer Dismenore.....	16
2.5.3.2.Sekonder Dismenore.....	16
2.5.3.Premenstrüel Sendrom (PMS).....	16
2.6.Mevsimlik Tarım İşçiliği.....	17
2.6.1.Dünyada ve Türkiye’de Mevsimlik Tarım İşçiliği.....	17
2.6.2.Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerde Menstrüel Siklus Sorunları.....	20
2.6.Menstrüel Siklus Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları.....	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1.Araştırmanın Tipi.....	24
3.2.Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih.....	24

3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	24
3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	24
3.5.Araştırmanın Etik Boyutu.....	25
3.6.Verilerin Toplanması ve Araçlar.....	25
3.6.1.Ön Uygulama.....	26
3.6.2.Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	26
3.7.Tanımlar.....	26
3.8.Araştırmanın Değişkenleri.....	27
3.9.Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
4.BULGULAR.....	29
4.1.MTİ Gençlerin Tanıtıcı Özellikleri.....	29
4.2.MTİ Gençlerin Menstrüel Siklus Özellikleri ile İlişkili Faktörler.....	34
5.TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
6.1.Sonuçlar.....	49
6.1.1.MTİ Gençlerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar.....	49
6.1.2.MTİ Gençlerin Menstrüel Siklus Özellikleri ve İlişkili Faktörlere İlişkin Sonuçlar..	49
6.2.Öneriler.....	50
KAYNAKLAR.....	52
EKLER.....	59
Ek I. MTİ Genç Menstrüel Siklus Bilgi Formu.....	59
Ek II. Mevsimlik Göçebe Tarım İşçisi Stres Ölçeği.....	62
Ek III. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı.....	64
Ek IV. Sözlü Olur Formu.....	65
Ek V. Özgeçmiş.....	66

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1 MTİ gençlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	29
Tablo 4.2 MTİ gençlerin genel sağlık durumlarına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı.....	30
Tablo 4.3 MTİ gençlerin mevsimlik tarım işçiliği ile ilişkili özelliklerinin dağılımı.....	31
Tablo 4.4 MTİ Gençlerin Evde ve Tarlada Menstrüel Siklus Özelliklerinin Dağılımı	33
Tablo 4.5 MTİ gençlerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre evde ve tarlada yaşadıkları sürelerde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumu.....	34
Tablo 4.6 MTİ gençlerin genel sağlık durumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre evde ve tarlada yaşadıkları sürelerde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumu.....	37
Tablo 4.7 MTİ gençlerin mevsimlik tarım işçiliği ile ilişkili özelliklerine göre evde ve tarlada yaşadıkları sürelerde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumu.....	38
Tablo 4.8 Göçebe tarım işçisi stres ölçeğinden elde edilen puanların menstrual siklus özelliklerine göre ortalama ve standart değerleri.....	40
Tablo 4.9 MTİ gençlerin evde ve tarlada buldukları dönemde herhangi bir menstrüel siklus sorunu yaşama durumu ile ilişkili faktörlerin regresyon analizi özet sonuçları.....	41

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CGTH	: Koryonik Gonodotrop Hormon
DDT	: Dikloro DifenilTrikloroethan
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DUK	: Disfonksiyonel Uterus Kanamaları
E	:Estriol
FSH	: Foliküler Uyarıcı (Stimüle) Hormon
GNRH	: Gonadotropin Salgılatıcı (Releasing) Hormon
HCG	: Human Koryonik Gonodotrop Hormonu
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization)
LH	: Lüteinize Edici Hormon
MTİ	: Mevsimlik Tarım İşçisi
P	: Progesteron
PID	: Pelvik İnflamatuar Hastalığı
PMS	: Premenstrüel Sendrom
PRL	: Prolaktin
TNSA	: Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ GENÇLERİN MENSTRÜEL SIKLUS ÖZELLİKLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Gözde ERÇETİN YAŞAR

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Çalışma, Şanlıurfa'da Hayati Harrani ve Yenice mahallerinde yaşayan ve 1 yıl önce mevsimlik tarım işçisi (MTİ) olarak çalışmış, 15–24 yaşları arasındaki gençlerin menstrüel siklus özelliklerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte yapılmıştır. Çalışmanın örnekleme 330 MTİ genç alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan MTİ Genç Menstrüel Siklus Bilgi Formu ve Mevsimlik Göçebe Tarım İşçisi Stres Ölçeği aracılığı ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırma için Harran Üniversitesi Etik Kurul'undan yazılı, katılımcılardan ise sözlü onam alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, t-testi, ki-kare testi, Kappa tutarlılık testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırmada, MTİ gençlerin %63,3'ünün 7 yıl ve daha fazla süredir mevsimlik tarım işçisi olduğu, %65,2'sinin her yıl 6 ay ve üzerinde tarım alanlarında yaşadığı, %92,7'sinin ise günde 9 saat ve üzerinde tarlada çalıştıkları belirlenmiştir. Gençlerin yaklaşık %43,0'ünün evde yaşadıkları dönemde, %60,0'ının ise tarlada geçirdikleri dönemde herhangi bir menstrüel siklus sorunu yaşadığı; menstrüel siklus yönünden evde ve tarladaki dönemler arasında %77,5 düzeyinde tutarlılık, %22,5 düzeyinde ise tutarsızlık olduğu belirlenmiştir (K=0,56 P<0,05). Gençlerin yaşadığı menstrüel siklus sorunu ile doktor tarafından tanı konulmuş bir hastalık varlığı, tarlada dinlenen alanın gölgelik olmayışı, hanede konuşulan dil ve stres ölçeğinden elde edilen puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (P<0,05). Yapılan lojistik regresyon analizinde; psiko-sosyal ortam faktörlerinden elde edilen puanların, evde ve tarlada yaşanan sürede herhangi bir menstrüel siklus sorunu yaşama riskini 1,03 kat, hanede konuşulan dilin Kürtçe ya da Arapça olmasının tarlada yaşanan sürede menstrüel siklus sorunu yaşama riskini 3,79 kat artırdığı belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, MTİ gençlerin menstrüel siklusunun pek çok faktörden etkilendiği ve tarlada geçirilen süre arttıkça menstrüel siklus sorunları yaşamada artış olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda, MTİ gençlerin menstrüel siklus sorunlarına yönelik risk faktörlerinin önlenmesi, kontrol altına alınması,

yaşam koşullarının iyileştirilmesi için hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulamaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Menstrüel siklus, mevsimlik tarım işçisi genç, menstrüel siklus sorunları, menstrüel siklusu etkileyen faktörler

ABSTRACT

PROPERTIES OF MENSTRUAL CYCLE AT SEASONAL YOUNG FARMWORKER AND RELATED FACTORS

Gözde ERÇETİN YAŞAR

Department of Nursing Master Thesis

This cross-sectional study was conducted in Hayati Harrani and Yenice districts of Şanlıurfa. The aim of this study was to determine the properties and associated risk factors of menstrual cycle of adolescents (aged 15-24) who worked as seasonal farm worker (SFW). A total of 330 young SFW were included to this study. Data were collected during a face-to-face interview using a SFW Menstrual Cycle Information Form prepared by the investigator and Stress Scale of Seasonal Migratory Farmworkers and verbal informed consent was obtained from participants. This study was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Medicine at Harran University. Study data analyzed using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 11.5). The descriptive statistics, t-test, chi-square test, Kappa consistency test and logistic regression were used for the evaluation of data. In this study, it was determined that of all the young SWF 63.3 % were working as migratory farm workers for seven years or more, 65.2% were working on agricultural areas for six months for each year and 92.7% were working on agricultural areas for 9 hours or more. It was found that approximately 43% of young people had any menstrual cycle problem during living at home and 60% of young people any menstrual cycle problem during living on agricultural area. Regarding the menstrual cycle 77.5% consistency and 22.5% inconsistency was found between the periods of living at home and on agricultural area ($K=0.56$; $P<0.05$). There was a statistically significant association between menstrual cycle problem of young people and the presence of an illness diagnosed by a doctor, lack of shade on agricultural area for resting, spoken languages at homes, the scores obtained from the stress scale ($P<0.05$). According to the logistic regression analysis, it was found that the scores obtained from the psycho-social environment increased the risk of living menstrual cycle problem at home and on agricultural area about 1.03 times high in periods of living at home and on agricultural area. It was found that Speaking Kurdish or Arabic languages at homes increased the risk of living menstrual cycle problem about 3.79 times high on agricultural area. According to the results of the study, it was found that menstrual cycle affected by many factors. It was found that increasing

duration on agricultural area increased the living problems of menstrual cycle. As a conclusion, this study reveals that the implementation and planning nursing interventions should be implemented to control and prevent the risk factors of menstrual cycle problem and improve the living conditions.

Key words: Menstrual cycle, seasonal young farmworker, menstrual cycle problems, risk factors affecting menstrual cycle



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10–19 yaşları arası “*Adölesan Dönem*”, 15–24 yaşları arası ise “*Gençlik Dönemi*” olarak tanımlanmaktadır. Adölesan ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi nedeniyle 10–24 yaş grubu “*Genç İnsanlar*” olarak değerlendirilmektedir (1). Bugün dünyada 10-24 yaşları arasında 1,8 milyar genç bulunmaktadır. Gençler dünya nüfusunun dörtte birini oluşturmaktadır (2). Türkiye nüfusu 2014 yılında 77.695.904 kişi iken bu nüfusun 12.782, 381’i “15-24” yaş grubundaki genç nüfustan oluşmaktadır. Genç nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %16,5’dir. Genç nüfusun %51,2’si erkek, %48,8’i ise kadınlardan oluşmaktadır (3).

Ergenlik ya da halk arasında delikanlılık olarak ifade edilen bu dönemde, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden birçok değişikliklerin beraberinde birey ve çevresi için bazı güçlükler de yaşanabilmektedir (4). Bu dönemde görülen en önemli fizyolojik değişikliklerden biri de menstrüasyon görme ve menstrüel siklus özellikleridir. Menstrüasyon, menarşla başlayıp menapozla sona eren, üreme fonksiyonlarının normal devam edebilmesi için her ay düzenli olarak meydana gelen fizyolojik değişikliklerin olduğu bir dönemdir (5).

Menstrüasyon birçok faktörden etkilenebilen kompleks bir döngüdür ve özellikle genç kadınlarda ovulasyonun tam oturmamış olması siklusun dış etkenlerden daha fazla etkilenmesine neden olmaktadır (6). Yapılan araştırmalar toplumların yaşam biçimi, psikolojik stres (7), beslenme, kafein tüketimi, egzersiz, düşük ve yüksek BKİ, iş stresi (8, 9), kimyasal bileşikler, pestisit maruziyeti (10, 11, 12), sigara kullanımı, alkol tüketimi (13, 14), doğum sayısı (15), fiziksel ya da psikolojik hastalık varlığı, stres, menarş yaşı, yapay ve doğal ışık maruziyeti, sosyo-ekonomik durum, ikamet edilen yer, medeni durum, etnik köken, yüksek sıcaklık ve nem gibi faktörlerin menstrüel siklusu etkilediğini göstermiştir (6, 15, 16, 17).

Literatürde genel olarak kötü yaşam biçimi ve çalışma ortamının menstrüel siklus özelliklerini etkilediği vurgulanmaktadır (18,19). Kötü yaşam koşullarına sahip gruplardan biri de mevsimlik tarım işçisi (MTİ) genç kadınlardır (19). MTİ, kendisinin ya da başkasının tarım alanında ekim, yetiştirme, ilaçlama, hasat gibi tarımsal üretimin herhangi bir aşamasında çalışan, ücretli/yevmiyeli veya aynı ödeme karşılığı, sözleşmeyle veya sözleşme olmaksızın, o ülkenin vatandaşı ya da göçmen olup sürekli ya da gezici mevsimlik çalışan kişidir (20). Dünyada 1,3 milyar işçinin tarım alanında çalıştığı tahmin edilmektedir. Kadınlar

dünya tarım işgücünün neredeyse yarısını oluşturmaktadır (21). Türkiye’de ise tarım sektörünün istihdam içindeki payı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Hanehalkı İşgücü İstatistikleri Ağustos 2014’e göre %22,1’dir (5 milyon 815 bin kişi). Bu sayının yarısının mevsimlik tarım işçilerinden oluştuğu tahmin edilmektedir (22). Şanlıurfa ve Adıyaman il merkezlerinde yaşayan mevsimlik tarım işçileri üzerinde 2011 yılında yapılmış bir araştırmaya göre, MTİ ailelerinin %42,0’sini 15-24 yaş arasındaki genç kadınlar oluşturmaktadır (18).

MTİ’ler dünyada, yaşam koşullarının ve barınma koşullarının uygunsuzluğu, yetersiz dengesiz beslenme, kaza ve yaralanmalar, üreme sağlığı sorunları, pestisit etkilenimi, aşırı sıcak ve soğuk, hizmete erişememe nedeniyle erken ölümler ve hastalıkların yüksek olduğu bir grup olarak ele alınmaktadır (18). Özellikle MTİ kadınlar en hassas grup olarak tanımlanan ve üreme sağlığı sorunlarının en fazla görüldüğü gruptur (18, 23). MTİ kadınlarda uzun süre ayakta durma, dehidratasyon, kötü beslenme ve pestisit maruziyetinin erken doğum, fetal malformasyon ve gelişme geriliği gibi üreme sağlığı sorunlarını arttığı bildirilmektedir (24- 26).

Literatür incelendiğinde doğrudan MTİ genç kadınlarda menstrüel siklus sorunlarını inceleyen çalışmaların az sayıda ve genellikle kimyasal pestisitlerle sınırlı olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada pestisit etkileniminin MTİ genç kadınlarda uzun adet döngüsü, kanama miktarı ve düzensiz adet döngüsü ile ilişkili olduğu; Diklor Difenil Trikloretan’ın (DDT) kısalmış döngüler ve menstrüel bozukluklar ile ilişkili olduğu, Poliklorlu bifeniller dioksin ve diğer solventler gibi diğer çevresel kirleticilere maruziyetin adet döngüsü uzunluğunu ve düzenini değiştirdiği belirtilmektedir (10,11).

Şanlıurfa tarımsal üretimin ve tarım işçiliğinin yoğun olduğu bir bölgedir. Mevsimlik tarım işçiliği pek çok ailenin geçim kaynağıdır. Bu işçiler genellikle kentlerin yoksul mahallelerinde kırsal alanda yaşayan, eğitim olanaklarından yeterince yararlanamamış, nitelikli mesleki eğitimi ve donanımı olmayan yoksul kimselerdir (18). MTİ gençlerde genel sağlık düzeyinin düşük olması, ağır ve zor şartlarda uzun süre çalışma, uzun süre ayakta kalma, ağır yük taşıma, uygun ve güvenli olmayan çevresel şartlarda yaşama, olumsuz iklim koşulları, içme suyu bulma sıkıntısı, yetersiz beslenme, yetersiz genital hijyen, arazide tuvaletin bulunmaması ya da uzak olması, tarımda kullanılan ilaçlara maruz kalma gibi sorunlar sık görülmektedir, bu şartlar gençlerin üreme sağlığını olumsuz etkilemekte ve menstrüel siklus sorunlarını artmaktadır (15,27). MTİ gençlerin menstrüel siklus sorunlarını

ve bu sorunları etkileyen risk faktörlerini belirlenme; sorunların erken tanınmasına yönelik hemşirelik uygulamalarını ve konu ile ilgili sağlık politikalarını geliştirmede yararlı olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Şanlıurfa'da yaşayan 15–24 yaşları arasındaki MTİ gençlerin menstrüel siklus özelliklerini ve bunlarla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gençlik Dönemi ve Özellikleri

Adölesans “*Adolescere*” kelimesinden türetilmiş olup, bu kelime Latince’de “*Olgunluğa Doğru Büyüyen*” anlamına gelmektedir (28). Bu kavram ilk kez 1904’de Stanley Hall ile literatüre girmiş ve insan gelişiminde ayrı bir evre olarak yerini almıştır. Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı Psikiyatri Sözlüğü’nde ise ergenlik; fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, belirli olmayan bir zamanda sona eren; hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişmelerle karakterize kronolojik bir dönem olarak tanımlanmaktadır (27).

Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarakta adlandırılan ergenlik dönemi kişisel farklılıklar göstermekle birlikte kabaca 10-24 yaşlarını kapsar. Ergenlik=Puberte ise cinsel ve fiziksel gelişimin tamamlanarak bireyin cinsel olgunluk ve üreme yeteneğini kazanması olarak tanımlanabilir (29). 10–19 yaş grubu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “*Adölesan*” yaş grubu, 15–24 yaş ise “*Genç*” grubu olarak tanımlanmaktadır (1). Dolayısıyla adölesan dönem gençlik dönemi içerisinde yer alır. Bu nedenle bu dönemleri birlikte değerlendirmek gerekir.

DSÖ tarafından 10-24 yaş arası “*Genç İnsanlar*” olarak tanımlanmaktadır (1). Bugün Dünyada 1,8 milyar genç bulunmaktadır. Bu gençler dünya nüfusunun dörtte birini oluşturmaktadır. 10-24 yaş arasındakilerin küresel nüfusa oranı 2010 yılında %28,0 olmuştur. Asya’da bu oran biraz daha yüksek olurken, Afrika’da bu grup nüfusun %31,0’den fazlasını oluşturmaktadır (2). Türkiye nüfusu 2014 yılında 77.695.904 kişi iken bu nüfusun 12.782, 381 kişisi “*15-24*” yaş grubundaki genç nüfustan oluşur (3).

Adölesan dönem ve gençlik döneminde bireyde fiziksel, cinsel, psikososyal, ruhsal ve sosyal yönden birçok değişim yaşanır (27). Bu değişim basamakları aşağıda yer almaktadır.

2.1.1. Gençlerde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişim

Adölesan dönem, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönem fiziksel ve cinsel olarak hızlı büyüme gelişme ile karakterizedir. Gelişimin başlama yaşı genetik ve çevre faktörlerinden etkilenir ve kişiler arası farklılık gösterir (29). Bu dönemde görülen en önemli fizyolojik gelişme her iki cinsten de kendine özgü bir sırayı takip

eden sekonder seksüel karakterlerin gelişimi ile boy ve ağırlık artışıdır. Kız ve erkeklerde vücut boyutları ve vücut şeklinde olan değişiklikler birbirinden farklı hızda ve zamanda olmaktadır. Pubertenin başlaması kadın ve erkekte seks hormonlarının salgılanması ve buna bağlı olarak cinsel gelişme bulgularının belirlenmesi olarak kabul edilir (4).

Puberte, insan gelişiminde seksüel olgunlaşma ve büyümenin tamamlandığı, çocukluk ve yetişkinlik dönemleri arasında bir geçiş sürecidir. Pubertede oluşan major fiziksel değişiklikler sekonder cinsel özelliklerin belirginleşmesi, vücut yağ dağılımının değişimi, iskelet gelişiminde hızlanma ve boy uzamasında sıçrama, giderek epifizlerin kapanması ve final yetişkin boya ulaşma, erkeklerde spermatogenezin kızlarda ovulasyonun başlamasıdır (27). Ayrıca pubertede salgılanan cinsiyet hormonları adölesanın cinsel ve duygusal davranışlarında değişikliklere neden olmaktadır. Genel olarak kızlar 10-11, erkekler ise 12 yaş civarında bu döneme girerler (30).

Cinsel gelişim açısından kızlar için iki temel fiziksel değişime bakılmaktadır. Bu değişimler meme gelişmesi ve pubik bölgede kıllanmadır. Kızlarda cinsel gelişmenin ilk belirtisi memelerin büyümesidir, daha sonra boy uzama atağı görülmektedir. Kısa bir süre sonra pubik bölgede ve koltuk altında kıllanma oluşur. Memelerin gelişmesi (telarş) 11 yaşlarında başlarken, menarş, bundan yaklaşık iki yıl sonradır. Erişkin boy uzunluğunun %20-25,0'i adölesan dönemde kazanılmaktadır (29).

Kızlarda boy uzama atağı 12-13 yaşları arasında iken, erkeklerde 14-15 yaşlarında olmaktadır. Kızlardaki en hızlı boy uzaması ilk menstrüasyon olan menarş öncesinde olmaktadır. Kadınlık hormonu olan östrojen büyüme kıkırdağını, erkeklik hormonu testosterona göre daha hızlı kapatmaktadır. Bu nedenle menstrüasyondan sonra kızlarda boy uzaması yavaşlamaktadır (27). Adölesan döneminde kas-iskelet sistemi ve iç organlarda, el-bilek kemiklerindeki kıkırdak yapılarında kemikleşme olmakta ve kemikleşmede belirgin artışlar gözlenmektedir. Her iki cinsiyette de bağışıklık sisteminin önemli parçalarından olan lenf bezlerinde azalma olmaktadır. Adölesan dönemde erkeklerde cilt altı yağ dokusunda azalma ve omuzlarda genişleme, kızlarda ise kalçada genişleme belirginleşir. Bu değişiklikler seks hormonları etkisi ile oluşmaktadır (30).

Yapılan çalışmalar, genetik ve etnik özellikler, coğrafi koşullar, göç, sosyo-ekonomik faktörler, beslenme, genel sağlık durumu, kronik hastalıklar, yoğun fiziksel aktivite ve vücut kitle indeksinin (BKİ) pubertal zamanlamayı önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir (31, 32, 33).

2.1.2. Gençlerde Psikososyal Gelişim

Adölesanlar arasında fiziksel büyüme ve gelişme sürecinde olan farklılıklar gibi, psikososyal gelişimde de farklılıklar yaşanmaktadır. Biyolojik, sosyal, duygusal ve entellektüel büyüme birbirleri ile aynı dönemlere denk gelmemektedir (30). Adölesan dönem zor geçen bir dönem olmakla birlikte birçok adölesan bu güçlüklerle baş edebilmektedir. Ancak adölesanların bir kısmı bu dönemin zorlukları ile baş edememektedirler. Bu nedenle adölesanın psikososyal gelişiminin bilinmesi ve değerlendirilmesi, karşılaştığı sorunların tanımlanması ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi önemlidir (29). Psikososyal gelişim evreleri erken, orta ve geç adölesan dönem olarak üç evrede incelenmektedir (34):

1. Erken adölesan dönem (10–13 yaş),
2. Orta adölesan dönem (14–16 yaş),
3. Geç adölesan dönem (17–20 yaş) .

Erken adölesan dönemde; Adölesan dönemde pubertenin başlaması ile oluşan fiziksel değişimler ve bu değişimlerle birlikte psikososyal değişimler gözlenmektedir (28). Fiziksel karakteristiklerin hızlı olarak değiştiği bu dönemde neden-sonuç ilişkisi kurulamaz. Bu dönemde düşünme biçimi somuttur. Bu nedenle gerçekçi olmayan gelecek planları yapılır. Adölesan bu dönemde temel olarak fiziksel değişimleri özümsemeye ve bağımsızlık için mücadele etmeye çalışır (34). Puberte ile birlikte, kızlarda erkeklere göre bir iki yıl önce psikososyal ve duygusal değişimler ortaya çıkar. Birden uzayan kollar ve bacaklar sakarlıklara yol açar. Büyüyen göğüsler, yüzde çıkan aknelere gençte, bu değişimin sonucunun nereye varacağına yönelik kaygılar yaratır. Bu dönemdeki adölesanların çoğunun ayna karşısında bedenlerini inceleyerek geçirdikleri uzun süreler yeni bir beden imgesi edinme ve buna alışma çabalarının göstergesidir (28). Hızlı gerçekleşen fiziksel değişiklik nedeni sebebiyle bedeni ile aşırı ilgilenme ve bedenindeki değişiklikleri diğer yaşlılar ile karşılaştırma söz konusudur (34).

Bu dönemde aile ile ilişkiler bağımlılıktan bağımsızlığa doğru bir geçiş dönemi yaşanır; aile aktivitelerine ilgi azalır, ebeveynlerin kusurlarının farkına varılır, nasihat ve eleştiriler istenmez ve aile ile minimal çatışma vardır. Cinsellik açısından ise karşı cinsle ilişkinin sınırlı olduğu ve puberte gelişimine bağlı değişikliklerin keşfedilerek değerlendirilmeye çalışıldığı bir dönemdir (28).

Orta adölesan dönem; 14-15 yaşları arasında başlayıp, 16-17 yaşlarında bitmektedir. Sekonder seks karakteristiklerin ilerlediği ve büyümenin yavaşladığı bu dönemde soyut

düşünce biçimi olgunlaşır (34). Bu dönemde karşı cinse olan ilgi artar. Erişkinleri taklit etmeye; sigara ve alkol kullanma gibi gencin fiziksel gelişmesini olumsuz olarak etkileyen alışkanlıklara başlayabilmektedir (30). Bu dönemdeki adölesan baskı altında kaldığı takdirde gelişimi geriler (34). Aileler ile olan çatışmalar daha fazladır ve arkadaşları çok daha önemlidir. Birçok pubertal değişim sonuçlanmıştır ve değişimlerini daha az sorgulamaktadır. Bedenini kabul etmiştir ve rahatlar. Bedenine daha fazla vakit ayırır ve çekici görünmek için çok fazla vakit harcar (29).

Geç adölesan dönemde; büyüme ve gelişme tamamlandığı için, fiziksel değişikliklere ilişkin kuşkular kaybolmuş, cinsel kimlik gelişmiştir. Soyut düşünce yapısı yerleşmiştir. Genç geleceğe ilişkin kararlar verebilecek sosyal olgunluğa erişmiştir ve çevresi ile rahat ilişki kurabilmektedir (30). Bağımsızlık tam olarak kazanılmıştır; bağımsızlık sağlama alınmış hissedildiğinden artık ebeveynlerin değer yargıları tekrar önemsenmeye başlanır. Aile ile ilişki yetişkin-yetişkin modeli şeklindedir, ayrışma-bireyselleşme süreci tamamlanmıştır ve artık ailenin yardımını alabilir. Yaşıt grubunun yerini anlaşılan kişilerle kurulan arkadaşlıklar alır. Aile kurma ve evlilik planları yapılmaya başlanır (34).

Gençlik döneminde görülen en önemli değişikliklerden biri puberte ve menstrüel siklustur. Menstrüel siklus menarş ile başlayan menapoz ile sona eren bir dönem, puberte ise sekonder cinsiyet karakterlerinin ortaya çıktığı, büyümenin hızlandığı bir dönemdir (35).

2.2. Puberte ve Menarş

“*Puberte*” cinsel erişkin yaşamın, “*Menarş*” ise menstruasyonun başlaması demektir (35). Kızlarda çocukluk dönemi boyunca Gonotrop Releasing Hormon (GnRh), hipofizer gonadotropinler ve östrojen çok düşük düzeyde salgılanır. Bu nedenle foliküller olgunlaşamaz ve menstrüel siklus gerçekleşmez. Kadın cinsiyet organları çok küçük, işlevsiz ve sekonder cinsiyet özellikleri en alt düzeydedir. Beyin fonksiyonlarında meydana gelen değişiklikler ve GnRh sekresyon artışı puberte başlangıcının en önemli nedenidir. Artan GnRh salgısı ön hipofizden Folikül Stimüle edici Hormon (FSH) ve Luteinize edici Hormon (LH) sekresyonunu artırır, bu artış foliküler büyüme ve östrojen salgılanmasını uyarır (36). Hormonlardaki artış 8 yaşında başlar ve genellikle 11–16 yaşlar arasında (ortalama 13 yaşında), ilk menstrüasyon olan menarş ile en yüksek değere ulaşır (35). Hormonlardaki artış ve pozitif negatif geri bildirimlerle endometrium tabakası periyodik olarak dökülür ve bu dökülme ile dışarı atılan kanamaya menstrüasyon denir. İlk menstrüasyon kanaması

ovulasyonsuz ve düzensizdir. Ergenin 3-4 yıl içinde cinsel yönden tam bir olgunluğa erişmesi ile düzenli sikluslar oluşur (37). Genç bir kızın cinsel olgunlaşmasında kritik bir aşama olan menarşın başlama yaşı çeşitli faktörlere göre değişiklik gösterir (38). İklim kalıtım, ırk, beslenme, sosyo-ekonomik koşullar, fiziksel aktivite ve psikolojik durum (38,39) gibi değişik faktörlerin de menarş yaşını etkilediği, sıcak iklimde yaşayan kadınlarda menarşın erken yaşlarda başladığı ve menopozun daha ileri yaşlara kaydığı bilinmektedir (40). Yapılan araştırmalar menarş yaşının düştüğünü göstermektedir (41-44). 19. yüzyıl ortalarında menarş yaşı 16-17 yıl arasında değişmekteydi (42). 1960 ve 1990'lı yıllar arasında 67 ülkede yapılan çalışmalara dayanarak yayınlanmış, menarş yaşı ortalaması 13.53 yıl olarak bildirilmiştir (standart $0.98 \pm$ sapma) (43). Bu eğilim on yılbaşına 3 ila 4 aylık bir düşüş oranını göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ulusal bir çalışma menarş yaşının 12,3 olduğu göstermiştir (44). Menarşın başlama yaşı literatürlede ise 9-16 yaş olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde menarş yaşı ortalama 12-13 yaş olarak saptanmıştır (45,46).

2.3. Menstrüel Siklusun Fizyolojisi

Üreme fonksiyonlarının normal devam edebilmesi için üreme organlarında menarştan menapoza kadar devam eden ve her ay düzenli görülen bazı değişikliklerin olması gereklidir. Bu değişikliklerin hepsine birden siklus adı verilir. Siklus ortalama 28 gün devam eder. Bu süre menstrüel kanamanın başlangıcından diğer menstrüasyonun başlangıcına kadar geçen zamandır (37).

Menstrüel siklus döneminde iki önemli sonuç ortaya çıkar. İlk olarak, normalde her ay overlerden yalnız tek bir olgun ovum atılır ve her defasında tek bir fetus büyümeye başlar. İkinci olarak, uterus endometriyumu, ayın belirli günlerinde, döllenmiş ovumun implantasyonu için hazırlar (35). Eğer fertilizasyon olmamış ise endometriyumun hazırlanan fonksiyonel tabakası dökülür ve menstrüasyon olayı meydana gelir (37). Menstrüasyon ortalama ± 7 gün sürmektedir. Menstrüel siklus gerçekleşmesi kadınların üreme hayatı boyunca overlerden salınan östrojen ve progesteron hormonlarının döngüsel üretimine bağlıdır (47). Overlerin tüm fonksiyonları hipotalamus ve hipofizden salgılanan hormonlar tarafından kontrol edilmektedir. Bu nedenle adet döngüsü sadece endometriumdaki değişiklikleri değil, hipotalamus, hipofiz ve over hormonlarının döngüsel değişikliklerini de içermektedir. Adet döngüsünde etkili olan hormonlar LH, GnRh, FSH, progesteron (P), Estriol (E2) ve Prolaktin (PRL) dir (35).

Üreme siklusu overial ve endometriyal siklus olarak iki aşamada gerçekleşmektedir (37).

2.3.1. Ovarial Siklus

Kız çocukları doğduklarında, ovaryumlarında bulunan her bir ovum, tek tabaka halinde granulosa hücreleriyle kuşatılmış primordiyal foliküller şeklinde bulunur. Çocukluk çağı boyunca, granulosa hücreleri ovumun beslenmesini üstlenir (36). Aynı zamanda, oositlerin olgunlaşmasını baskılayan bir faktör, oosit-maturasyonunu inhibe edici faktörü salgılayarak ovumun mayozun profaz aşamasında, primordiyal halde kalmasında yardımcı olurlar. Puberte sonrasında, ön hipofiz bezinin büyük miktarda FSH ve LH salgılamasıyla, her iki over foliküllerle birlikte büyümeye başlar. Folikül gelişiminde ilk aşama, ovumun genişlemesiyle çapının 2-3 kat artmasıdır. Daha sonra, foliküle yeni granuloza hücre tabakalarının eklenmesi ve yapının primer folikül özelliği kazanması ile büyüme olayı sürer. Overial siklus üç fazda gerçekleşmektedir (35).

Foliküler Faz

Bu faza folikül olgunlaşması da denir. Ortalama 12-14 gün devam eder. Endometrial siklusun desquamasyon (dökülme-mesnrüasyon) safhasının sonuna doğru ovariumlarda pek çok yeni folikül FSH'nin etkisi ile olgunlaşmaya başlar ve her bir folikül belirli miktarlarda östrojen salgılar (37). Folikülde östrojen salgısının artması, ön hipofizden salgılanan LH'nin yükselmesi ile birlikte foliküler teka hücrelerinin proliferasyonuna neden olur ve aynı zamanda sekresyonunun artmasına yol açar. Bu nedenle, antral folikül büyümeye başladığında, ileri aşamalarda büyüme çok daha büyük bir hızla gerçekleşir (35). Bir hafta ya da daha uzun süreli büyüme olayından sonra ovulasyondan önce foliküllerden bir tanesi daha fazla büyümeye başlar ve diğerleri geriler. Bu olaya "Atrezi" adı verilir ve bu foliküllerin "Atretik" olduğu söylenir (37). Atrezinin nedenleri: Hızla büyüyen folikülden salgılanan östrojen hipotalamusa etki ederek ön hipofiz bezinden daha fazla FSH salgılanmasını baskılar. Bu yolla daha az olgun olan foliküllerin büyümesi engellenmiş olur. Böylece, en büyük folikül intrensek pozitif feedback etkilerle büyümeye devam ederken, diğer foliküllerde büyüme durur; hatta bu foliküller geriler (35). Her bir folikülde içte oosit, etrafında granuloza hücreleri en dışta da teka hücrelerinden oluşan bir tabaka bulunur. Teka hücrelerinin dış tabakasına teka eksterna iç tabakasına ise teka interna denir (36). Teka interna'da ovulasyona

yakın östrojenin etkisi ile vaskülizasyonda artma gözlenir. Bu sırada folikül içindeki oosit I büyür ve I.Meyoz bölünmesini gerçekleştirerek oosit II adını alır. Mukoid geçirgen bir membran olan zona pellusida, oosit I'in etrafını çevirir. Böylece gelişmiş olan folikül, graf folikülü veya veziküler folikülü adını alır. Graf folikülü, folikülün ovulasyondan hemen önceki halidir. Ovulasyondan hemen önce çapı 10-15 mm'ye ulaşır (37).

Ovulasyon fazı

Menstrüel siklusu normalde 28 gün olan bir kadında ovulasyon, menstrüasyonun başlangıcından 14 gün sonra gerçekleşir (35). Ovulasyon olayını başlatan neden, ön hipofiz bezinden aşırı miktarda LH'in salgılanmasıdır (47). Graf folikülü, içinde giderek artan foliküler mayinin iç basıncı, teka internadaki damarların dış basıncı ile en ince yerinden çatlar ve oosit II beraberinde folikül hücreleri ve foliküler mayi ile birlikte overlerden atılır. Bu olaya ovulasyon denir (37).

LH öncelikle, hızla başlangıçta progesteronun daha fazla olduğu foliküler steroid hormonların salgılanmasına bağlı teka eksterna (folikülün kapsülü) lizozomları proteolitik enzimleri salgılamaya başlar. Bu enzimler kapsül duvarının çözülmesine ve duvarın zayıflamasına neden olur. Böylece tüm folikül daha fazla şişer ve stigma dejenere olur. Bu etki, folikülün şişmesine ve eşzaman olarak stigmanın dejenerasyonuna folikülün yırtılmasına ve ovumun dışarı atılmasına neden olur (35).

Luteal Faz

Folikül yırtılması ve ovumun salınmasından önce granüloza hücrelerinin hacmi artmaya başlar. Lutein adlı sarı bir pigment birikimi ile karakteristik corpus luteum oluşur. Ovulasyondan sonraki 3 gün boyunca granüloza hücreleri genişlemeye devam eder (47). Korpus luteumdaki granuloza hücreleri çok büyük miktarlarda östrojen ve progesteron hormonu salgılar (35). Ovulasyondan sonra korpus luteumdan daha çok progesteron ve daha az östrojen salgılanmaktadır. Progesteron hormonu bu nedenle sadece ovulasyon olduğu durumlarda kanda mevcuttur (37). Normal bir kadında korpus luteum, ovulasyondan yedi-sekiz gün sonra gelişerek çapı 1.5 cm'ye ulaşır. Folikül daha sonra giderek küçülür, sekresyon fonksiyonu azalır, sarımsı rengini ve lipid özelliğini yitirir. Ovulasyondan yaklaşık 12 gün sonra korpus albicans'a dönüşür ve birkaç hafta içinde de yerini bağ dokusuna bırakır. Östrojen ve progesteron hormonlarının düzeyi düşer. Bu gerileme fazının sonunda korpus

luteum beyaz bir renk alır. Bu oluşuma korpus albicans denir (35). Hormon ifrazı kesildikten bir hafta sonra menstrüasyon başlar. Ovum fertilize olmuş ise korpus luteumun ömrü, fertilize ovumdan gelişmiş trofoblast hücreleri tarafından salgılanan Human Koryonik Gonodotrop Hormonu (HCG) tarafından uzatılır. Korpus luteum gebeliğin ilk üç ayında büyümeye devam ederek endometriumun devamı için gerekli olan östrojen ve progesteron hormonlarını salgılamaya devam eder. Sonra korpus luteumun görevini placentaya üstlenir (37). Ovulasyondan sonra, folikülün sekresyon yapan hücreleri korpus luteum haline dönüşür. Bu hücreler, büyük miktarlarda kadın hormonları, progesteron ve östrojen salgırlar. İki hafta sonra korpus luteum dejenere olur. Ovaryumda östrojen ve progesteronun çok azalmasıyla birlikte menstrüasyon başlar. Bunu, yeni bir ovaryum siklusu izler (35).

2.3.2. Endometrial Siklus

İkinci bir siklus, ovarial siklus tarafından etkilenecek fertilize ovumun implantasyonu için hazırlanan endometriyumda görülür. Endometriyumun üç tabakası vardır ve endometrial siklus fazlara bölünmüştür. Bunlar, proliferatif faz, sekretuar faz ve menstrüel fazlardır. Siklusun birinci günü menstrüel fazın ilk günüdür (37). Endometrial siklus aşağıda yer alan üç fazla gerçekleşmektedir.

Proliferatif Faz

Her ay siklusun başlangıcında, endometriyumun büyük bir kısmı menstrüasyon ile deskuamasyona uğrar. Menstrüasyondan sonra, geriye çok ince bir endometrial stroma kalır (35). Artan östrojen endometriyum epitelinin çoğalarak (proliferasyon) kalınlaşmasına neden olur (37). Menstrüasyon başlangıcında, 4 ile 7 gün içinde endometrial yüzey epitel hücreleriyle örtülür. Daha sonra, ovulasyon öncesi bir buçuk haftalık süreç içinde, endometriyumun kalınlığı artar, stromal hücreler sayıca çoğalır, endometriyum bezleri giderek büyür ve yeni kan damarları oluşur. Ovulasyon anında, endometriyum yaklaşık 3-4 mm kalınlığındadır (35).

Proliferatif faz menstrüel fazın başlangıcından itibaren yaklaşık beşinci günde başlar ve ovulasyona kadar, yaklaşık on dördüncü güne kadar devam eder (37).

Sekretuar Faz

Ovulasyon sonrası korpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu etkisi ile endometrium kalınlaşmaya devam eder (37). Progesteron da endometriyumda belirgin bir

şişme ile sekretuvar gelişmelere neden olur (35). Özellikle endometrial glandlar, fertilize ovumun gereksinimini karşılamak için müküs salgılamaya başlar. Bundan dolayı bu faza sekretuvar faz denir. Sekretuvar faz, ovarial siklusun luteal fazının kontrolü altındadır (37). Sekretuvar aktivite gelişimine bağlı olarak, endometriyumu besleyen kan miktarı artar. Sekresyon fazının pik noktasında, ovulasyondan yaklaşık bir hafta sonra endometriyumun kalınlığı 5-6 mm olur. Yapıda, büyük miktarda besin depolanır ve bu besin aylık siklusun son yarısında fertilize olmuş ovumun implantasyonu için hazırdır (35). Ovulasyondan sonra 24-48 saat içinde fertilizasyon onaylanır. Eğer fertilizasyon olmaz ise, korpus luteum geriler, östrojen ve progesteronun kandaki düzeyi düşer. Endometriyumun fonksiyonel tabakası geriler ve iskemi görülür. Sekretuvar fazın son günü, iskemik faz olarak da isimlendirilir. Ovulasyondan sonra 14 gün süren bu faza premenstrüel fazda denir (37).

Menstrüel Faz

Korpus luteumun dejenere olması sonucu, ürettiği hormonlar salgılanmaz. Bunun sonucu olarak endometriyum tabakasında gerileme başlar ve menstrüasyon onaylanır (37). Menstrüasyonun nedeni, aylık siklus sonunda östrojen ve progesteronun, özellikle progesteronun birden azalmasıdır. Endometriyal hücrelerin bu iki hormon tarafından uyarılmasının azalması ardından, endometriyum hızla geriler (involusyon) ve mevcut kalınlığının % 65,0'ini kaybeder (35). Endometriyumdaki spiral arterlerde östrojen ve progesteronun kandaki seviyelerinin düşmesi sonucu spazm meydana gelir. Bunun sonucunda fonksiyonel tabakaya kan akımı azalır ve iskemi ortaya çıkar. İskemi sonucu hücreler ölür, kan damarlarında kanama ve nekroz görülür (37). Sonuçta endometriyumun vasküler tabakasına kan sızmaya başlar ve hemorajik alanlar 24-36 saat içinde hızla genişler. Zamanla endometriyumun nekroze dış tabakaları hemorajik bölgelerde uterustan ayrılır. Menstrüasyonun başlaması ile 48 saat içinde endometriyumun yüzeysel tabakaları tamamen dökülür. Uterus boşluğundaki kan ve deskuame doku kitlesi uterus kontraksiyonlarını başlatır ve içeriğin atılımını sağlar (35). Menstrüasyondan 4-7 gün sonra, kan kaybı durur, çünkü bu süreç içinde endometriyum yeniden epitelize olur. Menstrüasyon sırasında endometriyum yüzeyi tamamen çıplak olduğundan, koruyucu etkinin önemi açıktır (37).

2.4. Menstrüel Siklusu Etkileyen Faktörler

Menstrüel siklus birçok faktörden etkilenebilen bir döngüdür ve özellikle gençlerde

ovulasyonun daha tam oturmamış olması döngünün dış etkilerden daha çok etkilenmesine neden olmaktadır. Beslenme ve beslenme alışkanlıklarının menstrüel siklus üzerine etkilerini incelediğimiz de hem yetersiz beslenme hem de aşırı beslenme üzerinden etkileri görülebilmektedir (6). Yetersiz beslenme ergenlerde anoreksiya, bulimia ve kadın atlet triadı gibi üç hastalık üzerinden görülür. Yapılan araştırmalar ideal kilosunun %15,0'den fazlasını kaybeden ergenlerin, GnRh, dopaminerjik ve opioid sistemler üzerindeki etkiler nedeniyle adet düzeninin bozulduğu ve kesildiği görülmüştür (48). Ayrıca anoreksiya nervoza tanısı alan hastaların %15-30,0'unda amenore sorunu saptanmıştır. Anoreksiya tedavisi görüp iyileşen kadınların %30,0 kadarında ise amenorenin devam ettiği belirlenmiştir (49).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde Beden Kitle İndeksinin menstrüel siklusu etkilediği görülmüştür (50,51). Türk genç kadınlarda yapılan bir çalışmada aşırı kilolu ya da obez olanlarda menstrüel düzensizliğin daha fazla görüldüğü saptanmıştır (50). Tayvan'da üniversiteli hemşirelik öğrencileri üzerine yapılan bir çalışmada, menarş yaşı, BKİ ve psikiyatrik stresin menstrüel siklus özelliklerini etkilediği bulunmuştur (51). Stres önemli sağlık sorunlarının başlıca nedenlerinden biridir. Yapılan çalışmalar stresin menstrüel siklusu etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğunu göstermektedir (17,50). Vardiyalı çalışan Japon kadın işçileri üzerinde yapılan bir çalışmada adet düzensizliği ile önemli ilişkili faktör stres olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ayrıca yaş, sigara kokusu ve sigara içilen ortamda bulunma, yüksek sıcaklık, nem, BKİ ve doğum sayısının menstrüel siklus ile ilişkili olduğu bulunmuştur (52).

Epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde kafein tüketimi, egzersiz, kimyasal bileşikler, çalışma koşulları (12,16,17) sigara ve ve alkol kullanımının menstrüel siklusu etkilediği görülmüştür (13,14). Ayrıca Danimarka Ulusal Devlet Sağlık Kurulu yüksek derecede alkol tüketiminin adet döngüsü bozuklukları ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (13). Vardiyalı çalışan hemşireler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise vardiyalı çalışma ile adet düzeni ve döngü uzunluğu arasında orta derecede ilişki bulunmuştur (53). Menstrüel döngü fiziksel ya da psikolojik hastalıklardan etkilenebilir (54). Menstrüel anormalliklerin, oligomenore, ve amenore gibi jinekolojik durumların epilepsi hastası olan kadınlarda daha fazla görüldüğü; Bunun nedeninin ise direkt olarak antikonvülzan ilaçların hipotalamik-hipofizeraks üzerindeki etkileri, ya da dolaylı olarak seks steroidlerinin metabolizmasındaki değişiklikler sonucunda olduğu belirtilmektedir (55).

2.5. Menstrüel Siklus İle İlgili Sorunlar

2.5.1. Anormal Uterus Kanamaları

Anormal uterus kanamaları, önemsiz fizyolojik değişiklikler nedeni ile ortaya çıkabildiği gibi, önemli hastalıkların bir belirtisi de olabilir. Anormal uterus kanamaları menstrüel kanamanın sıklığı, miktarı ve süresindeki değişikliklere göre isim alır. Normal siklus düzeninden sapmaları gösteren bu terimler (37):

Amenore: Menstrüasyonun olmaması anlamına gelir. Amenore bir semptomdur, gebelik ve laktasyonda olduğu gibi fizyolojik orjinli olduğu kadar patolojik orjinli de olabilir. 17 yaşa kadar menstrüasyon olmamasına “*Primer Amenore*”, normal menstrüasyonun 3 ay ve daha uzun süre kesilmesine “sekonder amenore” denir.

Menoraji: Menstrüel kanama miktarının fazla olması demektir.

Metroraji: Menstrüel kanamanın düzensiz olması veya menstrüel kanama dışında herhangi bir zamanda kanama olması.

Hipomenore: Menstrüel kanama miktarının az olması.

Oligomenore: Menstrüasyonun 35 günden daha uzun aralarla olması.

Polimenore: Menstrüasyonun 22 günden daha kısa aralarla olması.

Anormal uterin kanamalar çocukluktan ergenlik dönemine geçişte en sık karşılaşılan sağlık sorunlarından biridir. Bu sorun yaygın olmasına rağmen, nüfus kaynaklı prevalans oranları beklenenden düşüktür ve adölesan dönemi tam olarak yansıtmamaktadır. Yapılan küçük çalışmalar ancak, problemin etnik ve coğrafik sınırlarını aşan kısmını göstermektedir (56). Nijerya'daki ergenlerin %12,1'i (9), Hong Kong'taki yaş ortalaması 15 olan genç kızların %17,9'u (57) ve İsveç'teki yaş ortalamaları %16,7 olan kızların %37,0'si iş veya okul performansını etkileyen yoğun adet kanaması olduğunu bildirmiştir (57). Ayrıca benzer oranlar Malezya (58) ve Türkiye'de de bildirilmiştir (59).

2.5.2. Disfonksiyonel Uterus Kanamaları (DUK)

Yapısal anomali ve sistemik hastalık olmadan uzamış ve düzensiz menstrüel kanamalar disfonksiyonel uterus kanamaları olarak tanımlanmaktadır. Puberte sonrası kadınlarda anormal vajinal kanamanın en yaygın nedenidir (60). En sık neden hipotalamus-pituiter-ovarian-endometrial ekseninde fonksiyonel düzensizliğin bir sonucudur. Gonototrop ve ovarian hormonlar ile endometrial prostaglandinlerin salgılanmaması veya dengesindeki düzensizlikler, disfonksiyonel kanamaların olası nedenleridir. Östrojen yükselmesine yeterli

LH yanıtı olmaz. Ovülasyonun olmaması ya da yetersizliği, endometriumun sürekli ve sıklık olmayan bir şekilde östrojenle uyarılmasına ve aşırı şekilde kalınlaşmasına neden olur. Aşırı şekilde büyüyen endometrium, stabilizasyonunu sağlayacak progesteron eksikliği ve prostaglandinlere aşırı duyarlılık sonucu damarsal yapıların yetersizliği sonucu parçalanır ve uterusun ayrılır. Bu durum anormal vajinal kanamaya neden olur (37).

DUK adölesanlarda en sık görülen jinekolojik sorun olup aşırı, uzamış veya düzensiz bir uterin kanama ile karakterizedir. Hafif düzeyde DUK olan adölesanların uzun dönemdeki seyri genellikle iyidir. Çoğunlukla hastanın siklusları zamanla kendiliğinden düzene girebilmektedir. Ancak kanama 21 günden az sıklıkta, 7 günden fazla ve 80 ml den fazla ise tıbbi değerlendirme gereklidir (60). Yapılan çalışmalarda 25 yıldır anormal menstrüasyon kanaması olanların infertilite sorunu yaşadıkları ve düşük oranlarında da artış olduğu bulunmuştur (61, 62).

2.5.3. Dismenore

Dismenore ağrılı menstrüasyon durumudur. Dismenore de ağrı kramp ve kolik tarzında olup en fazla karın ve bel ağrısı şeklinde görülür. Bunların yanı sıra, bulantı, kusma, diyare, baş ağrısı, senkop ve bacak ağrısı gibi ekstra-genital belirtiler de görülmektedir. Bu dönemde dismenoreyle birlikte bulantı, kusma ve konstipasyon gibi gastrointestinal semptomların görülme nedeni, over hormonlarının gastrointestinal sistem düz kaslarını etkilemesinden kaynaklanmaktadır. Dismenore de ağrının şiddeti hafif olabileceği gibi, bireyin günlük yaşantısını aksatacak kadar fazla da olabilir. Dolayısıyla dismenore bireyin iş verimliliği ile çalışma kalitesinin azalmasına, kazalarda artmaya ve okul devamsızlığına neden olabilmektedir (63).

Dismenore adölesanlarda en sık görülen jinekolojik şikâyetlerin ve tekrarlayan kısa süreli okul ya da iş devamsızlıklarının önde gelen nedenidir (64). Kullanılan ölçüm yöntemine göre değişmekle birlikte genç kızlarda dismonere oranı %20-90,0 oranında görülmektedir. Ancak bu oranın %10,0'dan daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (64-67). Meksikalı lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin dismenore prevalansı %48,4 (68), Türkiye'deki Üniversite öğrencilerinde %87,8 (69), Nijerya'lı üniversite öğrencilerinde %53,3 (70), Malezya tıp ve diş üniversitesi öğrencilerinde ise %50,9 oranında görülmektedir. Dismenore 12 yaşında %38,0 ve 17 yaşlarında artış göstererek % 66-72,0 oranında görülür (71).

Adölesan ve genç yetişkinlerde dismenore prevalansı yüksek olmasına rağmen, çoğu adölesan tıbbi yardım ya da tedavi almamaktadır. Bir çalışmada ergenlerin %98,0'inin dismenore tedavisinde, ısı, dinlenme, ya da dikkat dağıtıcı farmakolojik olmayan yöntemler kullandığı görölmüştür. Farklı popölasyonlar da yapılan diğör çalışmalarda ise genç kızların %30,0 ile %70,0 arasında reçetesiz ağrı kesici ilaç kullandığı rapor edilmiştir (64).

2.5.3.1. Primer Dismenore

Pelvik bir patoloji ile ilişkili değildir. Genellikle ovulasyonlu siklulardan sonra görülür. Menarştan sonraki ilk 1-2 yılda ovulasyonun yerleşmesi ile ortaya çıkar, yirmili yaşların ortalarına kadar artma gösterir. Daha sonraki yıllarda, özellikle ilk vajinal doğumla beraber azalır. Dismenorenin uzun süren menstrüel kanamalar ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (37).

2.5.3.2. Sekonder Dismenore

Pelvik bir patoloji ile ilgilidir. Ağrı çoğunlukla pelvik lezyon ile ilişkili pelvik vasküler konjesyon nedeni ile ortaya çıkar. Sekonder dismonerede, ağrının belli bir bölgede yoğunlaştığı veya yalnız bir tarafta olduğu ve 20 yaştan sonra ortaya çıktığı durumlarda şüphelenilmelidir. Sekonder dismenoreye sebep olabilecek altta yatan başlıca organik nedenler aşağıda sıralanmıştır (37):

1. Pelvik inflamatuvar hastalığı (PID)
2. Endometriosis
3. Uterin miyomlar ve polipler
4. Uterus prolapsusu.

2.5.4. Premenstrüel Sendrom (PMS)

Menstrüel siklus ve affektif bozukluklar arasındaki ilişki Hipokrat tarafından gözlenmiş olmasına karşın, PMS kavramı ilk defa 1931 yılında RD. Frank tarafından tanımlanmıştır (72). Premenstruel sendrom yıl içindeki menstrüel döngülerin çoğunda, luteal evrenin son haftasında ortaya çıkan ve menstrüasyonun başlangıcıyla birlikte gerileyen fiziksel duygusal ve davranışsal semptomların bütünü olarak tanımlanmaktadır. Kadınların günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkileyebilir (73). Menstrüasyon gören kadınların yaklaşık %95,0'nin PMS yaşadığı tahmin edilmektedir. (74). Bu oran çalışılan nüfus ve değerlendirme aracı tipine göre değişmekle birlikte, Arap kadınlarda %37,5 (75), Japon

kadınlarda %17,5 (76), Brezilyalı kadınlarda %25,2-43,3 (77,78) ve Amerikalı kadınlarda %30,0-80,0 oranında görülmektedir (79) Avrupalı kadınlar yaklaşık %10,0-12,0 ile en düşük orana sahipken, Asyalı kadınlar %98,0 ile en yüksek orana sahiptir (80). Diyet, alışkanlıkları, fiziksel aktiviteler yaş, adet döngüsü özellikleri, sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi, hormonal kontraseptif kullanımı ve yaşam tarzı gibi faktörler PMS etkileyebilir (81, 82). Ayrıca, stres ve PMS arasında da bir ilişki vardır. Stres hipotalamusun düzgün işleyişini, hipofiz bezi üzerindeki kontrolünü ve düzenleyen hormonları bastırır. Araştırmacılar stresin seks hormonlarının seviyelerini değiştirerek PMS üzerinde doğrudan etkisi olabileceğini düşünmektedir (83).

PMS menarştan sonra herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. Ancak özellikle adölesan ve genç yaşta sık görülmektedir. Adölesan dönem yoğun fizyolojik, metabolik ve psikososyal değişikliklerin görüldüğü bir dönemdir. Bu dönemde sekonder seks karakterlerinde yaşanan hızlı gelişmeler pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir. Özellikle genç kızlarda menarşın başlaması ile birlikte yaşanan adet dönemi sorunları adölesan dönemin en önemli sorunları içerisinde yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda kadınların menstrüel problemler içerisinde en çok dismenore, PSM, amenore ve anormal uterus kanamaları yaşandığı görülmektedir (72).

2.6. Mevsimlik Tarım İşçiliği

2.6.1. Dünyada ve Türkiye’de Mevsimlik Tarım İşçiliği

Tarım, toprağı ve tohumu kullanarak, bitkisel ve hayvansal ürünler üretmek ve bu ürünlerden daha değerli mamüller elde etmek için yapılan ekonomik bir faaliyettir (84). Dünya çapında 1,3 milyar işçinin tarım alanında çalıştığı tahmin edilmektedir. Bu toplam, dünya işgücünün yarısını temsil etmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından, dünyada %35,0 ile tarımın 2. istihdam alanı olduğu, bu oranın bölgesel dağılımı incelendiğinde Sub-Saharan Afrika’da %59,0, Güney Asya %53,5, Güneydoğu Asya ve Pasifik’de %44,3, Doğu Asya’da %36,9, Latin Amerika’da %16,3, gelişmiş ekonomiler ve Avrupa Birliği ülkelerinde %3,7’dir. Kadınlar dünya tarım işgücünün neredeyse yarısını oluşturmaktadır (85).

Türkiye’de tarım sektörünün istihdam içindeki payı TÜİK Hanehalkı İşgücü İstatistikleri Eylül 2014’e göre %22,1’dir (5 milyon 625 bin kişi). Bu sayının yarısının mevsimlik tarım işçilerinden oluştuğu tahmin edilmektedir (22).

MTİ kendisinin ya da başkasının tarım alanında ekim, yetiştirme, ilaçlama, hasat gibi tarımsal üretimin herhangi bir aşamasında çalışan, ücretli/yevmiyeli veya aynı ödeme karşılığı, sözleşmeyle veya sözleşme olmaksızın, o ülkenin vatandaşı ya da göçmen olup sürekli ya da gezici mevsimlik çalışan kişidir (20). MTİ Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Nüfus Dairesi tarafından; 1) Bir ülkeden bir başka ülkeye tarımda çalışmak için göç edenler, 2) Aynı ülke içinde tam zamanlı ya da yarı zamanlı çalışmak için yer değiştirenler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (86). Gelişmiş ülkelerde tarımsal üretimin sürdürülmesinde istihdam edilenlerin çoğunluğunu mevsimlik tarım işçileri oluşturmaktadır. Avrupa'da, yaklaşık 500.000'i Avrupa dışından gelen 4,5 milyon tarım işçisi istihdam edildiği, bu sayının Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaklaşık 2,5 milyon olduğu bildirilmekte ve ABD'de tarımda istihdam edilenlerin %50,0'sinden fazlasının diğer ülkelerden göç ettiği bildirilmektedir (18). Yapılan araştırmalar toplumların yaşam biçimi ve çalışma koşullarının sağlık düzeyini belirleyen en önemli faktörler olduğunu göstermektedir (88,89). Tarımsal üretimin yaygın olduğu ülkelerde, kaza, yaralanma, hastalık ve erken ölümler açısından kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve mevsimlik tarım işçileri (MTİ) özel risk grubu olarak tanımlanmıştır. MTİ dünyada, yaşam koşullarının ve barınma koşullarının uygunsuzluğu, yetersiz dengesiz beslenme, kaza ve yaralanmalar, üreme sağlığı sorunları, pestisit etkilenimi, aşırı sıcak ve soğuk, hizmete erişememe nedeniyle erken ölümler ve hastalıkların yüksek olduğu bir grup olarak ele alınmaktadır (18).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde, Türkiye'de 3 ay ve üzerinde çalışan mevsimlik gezici nüfusun önemli kısmı Şanlıurfa, Adıyaman, Diyarbakır, Mardin illeri başta olmak üzere Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ikamet etmektedir. Ülkemizde Nisan-Kasım ayları tarım işçiliğinin en yaygın olduğu aylardır. Her beş aileden yaklaşık dördü çalışmaya tüm aile üyeleriyle birlikte gittiklerini belirtmişlerdir (89). Tarım işçileri genellikle, çeşitli yörelerde farklı isimler alan iş aracıları vasıtasıyla iş bulmaktadır. Bunun karşılığında iş aracıları (çavuş, dayıbaşı, elçi) işçi ve işverenden belli bir ücret almaktadır (23). Yılın belli aylarında iş bulup çalışabilen mevsimlik tarım işçileri, yılın diğer aylarında ya işsiz kalmakta, ya da kentsel alanlarda düşük ücretli, niteliksiz işler aramaktadırlar (90). Mevsimlik Tarım İşçilerinin Ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması sonucuna göre bir yıl içinde işçilerin 48 farklı ilde çalıştıkları saptanmıştır (18). Mevsimlik tarım işçileri, Doğu ve Güneydoğu Anadolu ile Orta Anadolu bölgelerinden pamuk, fındık, çay, tütün, üzüm, havuç ve şekerpancarı tarımının yoğun olarak yapıldığı bölgelere söz konusu ürünlerin çapa, sulama ve

hasat zamanlarında aileleri ile birlikte göçmektedir (90). Mevcut veriler, Dünyada ki tarım işçilerinin dağılımı ile yoksulluk insidansının orantılı olduğunu gösterir. Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 1,1 milyar insan yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. Bu insanların %60,0'ını ise tarım işçileri oluşturmaktadır. Kırsal alanlarda yoksulluk şiddeti ve insidansı daha yüksektir. Bu durum kırsal kesimde çoğunluğu oluşturan tarım işçileri ve küçük çiftçilerden kaynaklanmaktadır. Birçok ülkede tarım işçileri ücretsiz aile işçisi durumundadır (91). TÜİK 2012 araştırmasına göre, tarım işçilerinin %23,3'ü ve ücretsiz aile işçilerinin ise %29,6'sı yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır (92).

Sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel faktörler çiftçilerin ve tarım işçilerinin sağlık ve yaşam koşullarını etkilemektedir (91). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de MTİ için yeterli düzeyde temiz ve güvenli barınma koşulları öncelikli sorundur. Türkiye'de MTİ'lerin barınma koşulları incelendiğinde, tarla başlarında ya da köylere yakın yerlerde çoğunlukla bez ya da naylon çadır ya da biriket şeklinde yapılmış, korunaksız, uygun tuvalet, banyo, temiz içme-kullanma suyundan yoksun alanlarda yaşadıkları saptanmıştır (18).

Birleşmiş Milletler'in 2008 verisine göre; dünya nüfusunun % 39,0'u (2,6 milyar) temel sanitasyondan uzak yaşamakta, %17,0'si açık alanlara dışkılamakta, % 25,0 'i alt yapı yetersizliği nedeniyle sağlıklı su kullanmaktadır. Bu grup içinde mevsimlik işçiler önemli yer tutmaktadır (18). Toplum sağlığı açısından tarımsal mücadelede kullanılan kimyasallar (pestisitler) önemli risk faktörüdür. Bunlar, vücuda ağız, deri veya solunum yoluyla girmektedir. Pestisitlerin insanlar üzerindeki etkileri anne karnında başlamakta, plasentadan fetüse geçmekte, bunun sonucunda düşükler, anomalili doğumlar bildirilmektedir (93).

Isı, nem ve uzun saatler sıcak altında çalışmak bitkinlik ve felç gibi sorunlara neden açabilir. Ayrıca, organik toz maruziyeti astım, aşırı duyarlılık, pnömoni ve diğer solunum problemleri ile bağlantılıdır. MTİ ailelerin hareketliliği ve tıbbi kayıt eksikliği nedeni ile çok sayıda sağlık sorunları vardır (94). Düşük sosyo-ekonomik durum ve sağlık hizmetlerine yetersiz erişim de MTİ'lerin mevcut sağlık sorunlarına katkıda bulunur (95).

MTİ'lerde tekrarlayıcı fiziksel hareketler, stres, tekrarlayıcı ve şiddetli aktiviteler, uzun süreli çalışma, düşük-yüksek sıcaklık, ağır kaldırma, kafa üstünde, omuzda ya da sırtta yük taşıma nedeniyle kas iskelet sistemi ağrı ve yaralanmaları en sık görülen sağlık sorunlarından biridir (95).

Tarımda, kimyasal ve ergonomik riskler, pestisit uygulanması ve maruziyeti önemli tehlikeler oluşturmaktadır. Bu nedenle MTİ kadınlarda menstrüel siklus sorunları düşükler,

ölü doğumlar ve gebeliğe bağlı sağlık sorunları tarım işçisi olmayan kadınlara oranla daha fazla görülür. Pestisit maruziyet kadınlarda spontan düşüklere neden olmaktadır(18, 95, 97). Ayrıca tarımda kullanılan kimyasallara bağlı kısırlık, düşük doğum ağırlığı, gelişme geriliği ve doğumsal anomalilerde bildirilmektedir (98).

2.6.2. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerde Menstrüel Siklus Sorunları

Menstrüel siklus üzerinde çevre koşulları oldukça önemlidir. MTİ genç kadınlar kötü çevre ve yaşam koşullarına sahip olmaları nedeniyle menstrüel siklus sorunları görülebilecek riskli gruplardan biridir. Literatür incelendiğinde doğrudan MTİ genç kadınlarda menstrüel siklus sorunlarını inceleyen çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalar tarımdaki risk faktörlerinin menstrüel siklus üzerine olan etkilerini göstermektedir (12, 15, 16, 17). MTİ genç kadınlarda pestisit maruziyetinin uzun adet döngüsü, kanama miktarı ve düzensiz adet döngüsü ile ilişkili olduğu bulunmuştur. DDT kısaltmış döngüler ve menstrüel bozukluklar ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Poliklorlu bifeniller dioksin ve diğer solventler gibi diğer çevresel kirleticilere maruziyet ise adet döngüsü uzunluğu ve akış değişiklikleri ile ilişkili bulunmuştur (99, 100).

MTİ'ler uzun çalışma saatleri nedeniyle yoğun derecede güneş ışığına maruz kalmaktadırlar (18). Yapılan çalışmalar doğal ve yapay ışığın menstrüel siklusu etkilediğini göstermektedir (101). Tahmini yumurtlama günü doğrudan yapay ışığa maruz kalmak, adet döngüsünü kısaltabilir. Bu durum hipofizer üreme hormonlarının salgılanmasının uyarılması, over foliküllerinin büyümesi, gelişmesi ve ovulasyonun gerçekleşmesi sonucu foliküler fazın kısalması şeklinde açıklanabilir. Doğal ışığın da yapay ışık gibi adet döngüsü üzerine benzer etkileri vardır (16). Minnesota'da büyük bir popülasyon üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların adet döngüsünün kış aylarına oranla yaz aylarında daha kısa sürdüğü görülmüştür (102). Sibiryalı kadınlarla yapılan bir çalışmada kışın menstrüel döngülerin %29,0'u, yazın ise %3,0'ü ovulasyonsuz olduğu görülmektedir. Bu durum mevsimsel etkinin adet döngüsü üzerine güçlü etkileri olduğunu göstermektedir (103).

Toplum tabanlı bir dizi çalışma '*Normal*' menstrüel siklus fonksiyonu ve etkileyen faktörleri incelenmiştir. Bu çalışmalar, sosyo-ekonomik statü, ikamet yeri, medeni durum ve etnik köken gibi faktörlerin döngü uzunluğu, düzenliliği ve süresini etkilediğini göstermektedir. Genç kadınlar üzerinde var olan literatür açıkça normal üreme olgunlaşması

ve işleyişinde sosyo-ekonomik değişkenlerin kesin bir rolü olduğunu göstermektedir (17, 104).

Kişisel hijyen eksiliği genital enfeksiyonlara neden olan faktörlerden biridir. Yapılan çalışmalar genital enfeksiyonların ve kişisel hijyen eksikliğinin menstrüel siklusu olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (107,108).

2.6. Menstrüel Siklus Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşireler ve sağlık profesyonellerinin temel hedefi bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal ve cinsel hayatına etki eden tüm etkenleri ele alarak, bu doğrultuda bakım hizmeti sunmaktır. Bu hizmetin sunulabilmesi için hemşirelerin öncelikle hastalığın etiyojisi, tanı kriterleri, sıklığı, seyri, belirti-bulguları, bireyde meydana getirdiği kısa ve uzun dönem sağlık sorunları ve bu sorunların önlenmesinde gerekli olan çözüm yolları hakkında bilimsel bir bilgiye sahip olması gerekmektedir. Ayrıca hemşireler özel risk gruplarının tanıyabilmeli, sorunlarını ve ihtiyaçlarını belirleyerek etkin hemşirelik hizmeti sunabilmelidir (105).

Gençler üreme sağlığı sorunları açısından önemli risk gruplarından. Bu sorunlardan biride menstrüel siklus sorunlarıdır. Gençlerde menstrüel siklus ile ilgili görülen başlıca sorunlar, anormal uterus kanamaları, dismenore ve premenstrüel sendromdur (71, 83). Bu sorunların tanınması ve semptomlara yönelik tedavi planının uygulanmasında hemşireler kilit rol oynamaktadır. Sorunlara yönelik hemşirelik yaklaşımları aşağıda yer almaktadır.

PMS sorununa yönelik hemşirelik yaklaşımları (106):

- Gençlere PMS ile ilgili yaşadığı rahatsızlıkları belirlemede destekleyici olmak, PMS hakkında kadınlara bilgi vermek ve rahatsızlığın hayatı tehdit eden bir hastalık olmadığı konusunda danışmanlık yapmak.
- Genç kadınlara, PMS ile ilgili farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri hakkında bilgi (egzersiz ve diyet) ve önerilerde bulunmak. Özellikle PMS rahatsızlığı yaşayan kadınlarda düzenli egzersiz öfke ve iç sıkıntısını azaltarak rahatlama sağlamak, konstipasyon, meme şikâyetleri ve sıvı tutulumunun azalmasına yardımcı olmaktadır.
- Genç kadınlara premenstrüel dönemlerinde karbonhidrat yönünden zengin gıdalar ile beslenmeleri, az ve sık yemek yemeleri, az yağlı, alkolsüz ve kafeinsiz besinler tüketmeleri konusunda eğitim yapmak.

Dismenoreye yönelik hemşirelik yaklaşımları (106):

- Dismenorenin önlenmesinde genç kadınlara, kas gevşetme terapileri yöntemlerini öğretmek ve uygulama konusunda destek olmak.
- Dismenorenin önlenmesinde, kadınların lokal sıcak uygulama yapmaları ya da ılık banyo yapmaları kas kontraksiyonunu artırarak sirkülasyonu artırır ve iskemiye tedavi eder. Ayrıca sıcak menstrüel kan akımını artırarak bölgesel konjesyonu önler ve rahatlık sağlar. Bu doğrultuda hemşire tarafından kadına eğitim yapmak.
- Genç kadınlara düzenli egzersiz yapmaları konusunda destek olmak (haftada en az 3/gün 30-45 dakika).
- Dismenorenin önlenmesinde ve ağrı ile başetmede, yeterli ve dengeli beslenme ve düzenli uyuma konusunda eğitim yapmak.

Anormal uterus kanamalarına yönelik hemşirelik yaklaşımı:

- Hemşire bakımı yönünden önemli olan, hastanın güveninin yeniden sağlanmasıdır. Çünkü anormal vajinal kanamalar kadında daima korku ve güvensizlik yaratırlar. Hemşire hastayı hem fizyolojik hemde psikolojik yönden desteklemelidir (37).

Menstrüasyon dönemi özel bakım ve hijyen gerektiren bir dönemdir (108). Yapılan çalışmalar menstrüel sağlık ve menstrüel hijyen konularında gençlerin yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir (107,108). Kadınların %26,0'sının, genç kızların %40,5'inin menstrüasyon döneminde banyo yapmadığı ve banyo yapmaktan korktuğu, genç kızların ise % 81,5'inin perine bakımı konusunda yanlış uygulama yaptığı görülmüştür (108). Menstrüel siklus döneminde dikkat edilmesi gereken önemli noktalar vardır. Aşağıda yer alan noktalar hakkında hemşirenin genç kadınlara eğitim vermesi önemlidir (109).

- Menstrüasyon döneminde kanamanın yayılmaması için emici özelliği olan pedler kullanması gerektiği ve günde en az 3-4 ped değiştirmesi ve ped değiştirme sıklığını, kendi durumuna göre ayarlaması.
- Menstrüasyon sırasında iç çamaşırlarını sık sık değiştirmesi, perianal bölge temizliği sağlaması.
- Pedlerin, kullanım öncesi el temizliği de önemlidir. Ellerin önceden sabunlu su ile yıkanması ve pedin dış üreme organlarına temas edecek yüzüne dokunulmamasına gayret edilmesi.
- Menstrüasyon döneminde hijyen ve bakım çok önemlidir. Kişi bakımını tam yapmazsa enfeksiyon riski oluşabilir. Bu nedenle menstrüasyon sırasında ayakta duş alma şeklinde banyo yapılması.

Hemşireler gençlerde menstrüel siklus sorunlarının azaltılmasında yanlış bilgileri düzelterek, normalin ne olduğu konusunda doğru bilgileri sağlayan ve kişilere cinsiyetine ilişkin olumlu duygularını destekleyerek yardımcı olan ve kadının benlik imajı ve benlik kavramının değişmesinde yardımcı olabilecek en önemli kişidir (37).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, mevsimlik tarım işçisi gençlerin menstrüel siklus özelliklerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih

Araştırma Şubat-Mart 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Şanlıurfa İl Merkezi'nde muhtar bildirimlerine ve yapılan araştırmalara göre mevsimlik tarım işçilerinin en yoğun yaşadığı ilçe Eyyübiye ilçesidir. İlçenin Yenice, Hayati Harrani, Hacı Bayram, Selçuklu, Osmanlı, Muradiye, Onikiler, Sırrın, Yakubiye, Topdağı, Devteşti ve Süleymaniye mahalleleri en fazla tarım iş gücünün yaşadığı yerleşim birimleridir. Yenice ve Hayati Harrani mahallelerinde yaşayanların yaklaşık %70,0'i mevsimlik tarım işçisidir. Bu nedenle araştırma Şanlıurfa İl merkezinde tarım işçilerinin yoğun yaşadığı Hayati Harrani ve Yenice mahallerinde gerçekleştirilmiştir.

MTİ'lerin Bölgede sağlık hizmetleri Aile Hekimliği sistemi üzerinden yürütülmektedir. Ancak MTİ'lerin nüfusa kayıtsızlıklarının yüksek olması nedeniyle ASM hizmetlerinden yeterince faydalanamamaktadırlar (18). Araştırmanın yürütüldüğü Hayati Harrani mahallesinde Şanlıurfa Belediyesi bünyesinde 2009 yılında faaliyete geçen "*Hayati Harrani Gençlik Merkezi*" bulunmaktadır. Bu merkezde gençlere yönelik voleybol, futbol, basketbol, resim, müzik, spor etkinlikleri, kültür ve sosyal etkinlikler, seminer, bilgisayar işletmenliği, psikolojik danışmanlık ve İngilizce eğitimleri verilmektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa il merkezinde Hayati Harrani ve Yenice mahallelerinde yaşayan 15-24 yaş arasındaki MTİ evlenmemiş gençler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü olayın görülüş sıklığı bilinen durumlarda kullanılan örneklem hesaplama formülü ile hesaplanmıştır. Literatürde menstrüel siklus sorunlarının görülme sıklığı %20-90,0 arasında değişmektedir (22-24). Bu çalışmada aşağıdaki formül esas

alınarak, optimum örnek büyüklüğünü belirlemede görülme sıklığı %40,0 kabul edilmiş ve %95,0 güven düzeyinde 369 kişi optimum örnek büyüklüğü olarak belirlenmiştir.

$$n = \frac{t^2 \cdot (p \cdot q)}{d^2}$$

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer:1.96

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı): 0.40

q : incelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p) : 0.60

d : Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma:0.05 olarak simgelenmiştir.

Örnekleme sayısı araştırmanın yapılacağı mahallelerin nüfusuna göre tabakalandırılmıştır. Buna göre Yenice Mahallesi 100, Hayati Harrani Mahallesi 269 MTİ genç kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Her iki mahallenin de krokileri alınarak, sokak numaraları belirlenip listelenmiş, basit rasgele yöntemle sokaklar seçilerek örneklem sayısına ulaşılmıştır.

Her evde, yalnız bir 15-24 yaşları arasında genç kadınla görüşülmüştür. Evde aynı yaş aralığında, anketi yanıtlayabilecek birden fazla evlenmemiş genç kadın olduğunda, kişi seçme tablosu kullanılarak (kish yöntemi) bir kadınla görüşme yapılmıştır. Araştırma 330 kadın üzerinde tamamlanmış olup, cevaplama oranı %89,2'dir.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Şanlıurfa Valiliği ve Harran Üniversitesi Etik Kurulundan yazılı izinler alınmıştır (Ek III.). Örnekleme yer alan bireylerden ise sözlü onamları alınmıştır (Ek IV.)

3.6. Verilerin Toplanması ve Araçlar

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuş ve 5 uzman görüşü alınarak son şekli verilmiş olan MTİ Genç Menstrüel Siklus Bilgi Formu bilgi formu (Ek I.) ve Mevsimlik Göçebe Tarım İşçisi Stres Ölçeği (Ek II.) kullanılarak toplanmıştır.

MTİ Genç Menstrüel Siklus Bilgi Formu: Bu form 34 sorudan oluşmaktadır. Bu soruların, 16'sı tanımlayıcı özelliği, 8'i menstrüel özellikleri, 10'u ise menstrüel siklusu etkileyen faktörleri sorgulayan sorulardır.

Mevsimlik Göçebe Tarım İşçisi Stres Ölçeği: Bu ölçek Şimşek ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir (110). Bu ölçek toplam 48 maddeden ve 4 alt faktörden oluşur. Ölçeğin birinci faktörü “fiziksel faktörler”, ikinci faktör “psiko-sosyal ve ekonomik faktörler”, üçüncü faktör “sağlık sorunları”, dördüncü faktör ise “okul sorunları”dır. Her bir madde 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır; 0-‘hiç yaşamadım’, 1-‘stresli değil’, 2-‘biraz stresli’, 3-Orta derecede stresli’, 4-çok stresli’. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 192, en düşük puan 48’dir. Puan artışı stresin arttığını göstermektedir. Testin tümü için hesaplanan Cronbach Alfa değeri 0.96’dır. Ölçeğin tümü ile alt ölçekler arasındaki korelasyon 0.79 ile 0.97 arasındadır. (çalışma ortamı fiziksel faktörler alt ölçeği 0.95, psikososyal ve ekonomik çevre faktörleri 0.97, sağlık sorunları 0.89, ve okul alt ölçeği 0.79).

3.6.1. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarının eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi, uygulama planının belirlenmesi amacıyla 01.01.2014 - 08.01.2014 tarihleri arasında Şanlıurfa İli Bağlarbaşı Mahallesiinde yaşayan 40 MTİ genç kadın ile araştırmanın ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonunda, 51 sorudan oluşan veri toplama formu 34 soruya düşürülmüş ve formların uygulanabilirliği, anlaşılabilirliği test edilmiştir.

3.6.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmanın uygulama aşaması Şubat-Mart 2014 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu ve MTİ Göçebe Stres Ölçeği aracılığı ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yapılmıştır. Araştırmacı haftada 5 gün 09:00- 17:00 saatleri arasında, Hayati Harrani ve Yenice Mahallelerinde bulunmuştur. Çalışmanın amacı genç kadınlara açıklanmıştır. Okuma yazması olan gençlere sözlü onam formu okutularak, okuma yazması olmayan gençlere ise araştırmacı tarafından sözlü onam formu okutularak onamları alınmıştır (Ek. II). Gençlerin sözlü onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından kilo ve boy ölçümleri yapılmıştır. Günde 10 MTİ genç ile görüşme yapılmıştır. Görüşmeler ortalama 20-25 dakika sürmüştür.

3.7. Tanımlar

Ekonomik durum, genel sağlık algısı ve sağlığa özen gösterme gençlerin kendi ifadelerine göre değerlendirilmiştir

Hastalık varlığı: Son bir yıl içerisinde doktor tarafından tanı konulan bir hastalık olması.

Sürekli ilaç kullanımı: Herhangi bir hastalığa bağlı doktor tarafından reçeteli ilaç kullanım durumu.

Üzücü olay yaşama: Son bir yıl içerisinde günlük yaşantısını değiştirecek kadar üzücü olay yaşama durumu.

Beden Kitle İndeksi: Vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle elde edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından önerilen BKİ kesişim değerlerine göre değerlendirme yapılmıştır.

Herhangi bir siklus sorunu olma durumu: Kanama süresinin 2 günden az, 8 günden fazla, kanama miktarının anormal ve adet döngüsünün düzensiz olması sorunlarından en az birini yaşama durumu.

Herhangi bir siklus sorunu olmama durumu: Kanama süresinin 2-8 gün arasında, kanama miktarının normal ve siklusun düzenli olması durumu.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Menstrüel sıklusa ilişkin özelliklerdir (Menstrüel siklus düzeni, Kanama miktarı, kanama süresi).

Bağımsız değişkenler: Sosyo-demografik özellikler (yaş, kilo, boy, öğrenim durumu, annenin öğrenim durumu, sağlık güvencesi, ekonomik durum, evde konuşulan dil, sigara kullanımı, sağlık algısı, sağlığa özen gösterme), tarım işçiliğine ilişkin özellikler (tarım işçiliği süre, tarlada çalışma ay, tarlada çalışma yılı, tarlada ikamet edilen yer, tarım ilacı uygulama ya da uygulanan alanda bulunma, tarladanilenilen alanın gölgelik olma durumu) ve MTİ göçebe stres ölçeğidir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 11.5 istatistik programı kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzdelik hesaplaması ve tanımlayıcı istatistikler, t-testi, Kappa tutarlılık testi ve ki-kare testi kullanılmıştır. İkili analizlerde anlamlı bulunan değişkenlere lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Lojistik regresyon analizi yapılmadan önce veriler dikotom var, yok şeklinde kategorize edilmiştir. Model uyumluluğunu test

etmek için Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit testi yapılmıştır. Sonuçlar, %95,0'lik güven aralığı ve anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Nisan-Eylül ayları tarım işçiliğinin en yaygın olduğu aylardır. Ancak yılın her ayında tarım işçiliği yapılmaktadır. Her beş aileden yaklaşık dördünün ise çalışmaya tüm aile üyeleriyle birlikte gittiği bilinmektedir (18). Bu nedenle araştırmanın yapıldığı Şubat-Mart aylarında MTİ ailelerin göçü başladığı için hedeflenen örneklem büyüklüğünün %89,1'ine ulaşılabilmektedir.

Veriler araştırmaya katılan gençlerin beyanlarına göre toplanmıştır. Araştırma kapsamında kilo ve boy ölçümü dışında herhangi bir ölçüm yapılmamıştır. Çalışmamız Şanlıurfa il merkezindeki iki mahallede yapıldığı için tüm il için genellenemez.

Çalışmamızda epidemiyolojik araştırma tiplerinden olan kesitsel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Kesitsel araştırmalar değişim yönünü ve neden- sonuç ilişkisini kesin olarak gösterememesi ve hafızaya bağlı bias görülme olasılığının olması nedeniyle araştırmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

4.1. MTİ Gençlerin Tanıtıcı Özellikleri

MTİ gençlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Tabloda izlendiği gibi, gençlerin %76,4’ü 15–19 yaş grubunda olup, %40,0’i okur-yazar değil ya da ilkokulu bitirmemiştir. Gençlerin; annelerin %92,4’ü okur-yazar değildir. Gençlerin %14,2’si sağlık güvencelerinin olmadığını, yaklaşık %25,0’i ekonomik durumlarının kötü olduğunu bildirmişlerdir. Gençlere evde konuştıkları dil sorulduğunda yaklaşık %85,0’i Kürtçe ya da Arapça yanıtını vermişlerdir.

Tablo 4.1 MTİ Gençlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
15-19	252	76,4
20-24	78	23,6
Öğrenim Durumu		
Okur yazar değil	95	28,8
Okur yazar/İlkokulu bitirmemiş	37	11,2
Birinci kademe	110	33,3
İkinci kademe	66	20,0
Lise ve üzeri	22	6,7
Annenin Öğrenim Durumu		
Okur yazar değil	305	92,4
Okur yazar	25	7,6
Sağlık Güvencesi Durumu		
Var	283	85,8
Yok	47	14,2
Ekonomik Durum		
İyi	80	24,2
Orta	167	50,6
Kötü	83	25,2
Evde Konuşulan Dil		
Sadece Kürtçe	186	56,3
Sadece Arapça	124	37,5
Sadece Türkçe	20	6,2
Toplam	33	100,0

Tablo 4.2’de MTİ gençlerin genel sağlık durumlarına ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde; gençlerin %33,0’ünün sağlıklarını kötü olarak değerlendirdiği, %23,3’ünün sağlığına özen göstermediği, %11,8’inin zayıf ve %21,8’inin şişman beden kitle indeksine (BKİ) sahip olduğu; %3’ünün sigara kullandığı görülmektedir. Çalışmada gençlerin %16,1’inin doktor tarafından tanı koyulmuş bir hastalığının olduğu belirlenmiştir. Gençlerin %24,8’i son bir yıl içerisinde günlük yaşantısını değiştirecek kadar üzücü bir olay yaşadıklarını belirtmişlerdir. Gençlerin evde kaldıkları dönem içerisinde %69,4’ünün çay ve 15,5’inin kahve tüketme alışkanlıkları olduğu belirlenmiştir. Tabloya göre; genç kadınların %64,2’si günde 3 bardak ve üzeri çay, %9,8’i ise kahve tüketmektedir.

Tablo 4.2 MTİ Gençlerin Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı

Genel Sağlık Algısı	Sayı	Yüzde
Kötü	109	33,0
Orta	29	8,8
İyi	171	51,8
Bilmiyor belirtmiyor	21	6,4
Sağlığına Özen Gösterme Durumu		
Kötü	77	23,3
Orta	182	55,2
İyi	71	21,5
BKİ		
Zayıf	39	11,8
Normal	219	66,4
Şişman	72	21,8
Sigara Kullanımı		
Hayır	320	97,0
Evet	10	3,0
Tanlı Hastalık Varlığı		
Evet *	53	16,1
Hayır	277	83,9
Sürekli İlaç Kullanımı		
Evet	15	4,5
Hayır	315	95,5
Üzücü Olay Yaşama Durumu		
Evet	82	24,8
Hayır	248	75,2

Tablo 4.2 devamı MTİ Gençlerin Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Evde Kaldıkları Dönemde Çay Tüketme Alışkanlığı		
Var	229	69,4
Yok	101	30,6
Toplam	330	100
Evde Kaldıkları Dönemde Günde İçilen Çay Miktarı**		
1-2 bardak	82	35,8
3 bardak ve üzeri	147	64,2
Evde Kaldıkları Dönemde Kahve Tüketme Alışkanlığı		
Var	51	15,5
Yok	279	84,5
Toplam	229	100
Evde Kaldıkları Dönemde Günde İçilen Kahve Miktarı***		
1-2 bardak	46	90,2
3 bardak ve üzeri	5	9,8
Toplam	330	100

*Gençler tarafından bildirilen hastalıklar: %26,4'ü kansızlık, %20,8'i solunum sistemi, %17,0'ı nörolojik, %13,2'si jinekolojik, %7,5'i kas-iskelet sistemi, %7,5'i böbrek yetmezliği, %3,8'i alerji, %1,9'u sindirim sistemi ve dermatolojik, **n=229, ***n=51 olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.3'te MTİ gençlerin mevsimlik tarım işçiliği ile ilişkili özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde; gençlerin %63,3'ü 7 yıl ve üzerinde mevsimlik tarım işçisi olduğu, %65,2'sinin her yıl 6 ay ve üzerinde tarım alanlarında yaşadığı, %92,7'sinin ise 9 saat ve üzerinde çalıştığı görülmektedir. Tarlada çalışma döneminde gençlerin %59,7'si tarlaya uzakta çadırda ikamet ettiklerini ifade etmişlerdir. Tabloda görüldüğü gibi, gençlerin %68,8'inin tarlada dinlendikleri alanlarda gölgelik olmadığı, %23,6'sının tarım ilacı uyguladığı ya da uygulanan alanda bulunduğu, tarlada çalıştıkları dönemde %72,1'inin çay, %5,8'inin ise kahve içme alışkanlığı olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3 MTİ Gençlerin Mevsimlik Tarım İşçiliği ile İlişkili Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Tarım İşçisi Olma Süresi (yıl)		
6 yıl ve altı	121	36,7
7 yıl ve üzeri*	75	63,3

*Doğduğun buyana tarım işçisi olduğunu belirtenler bu gruba dahil edilmiştir.

Tablo 4.3 devamı MTİ Gençlerin Mevsimlik Tarım İşçiliği ile İlişkili Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Tarlada Çalışma Süresi (ay)		
5 ay ve altı	115	34,8
6 ay ve üzeri	215	65,2
Tarlada Çalışma Süresi (Saat)		
8 saat ve altı	24	7,3
9 saat ve üzeri	306	92,7
Tarlada İkamet Edilen Konutun Özellikleri		
Tarlaya uzakta çadır	197	59,7
Tarla başı çadır	113	34,2
Diğer**	20	6,1
Tarlada Dinlenen Alanın Gölge Olma Durumu		
Yok	227	68,8
Var	103	31,2
Tarım İlacı Uygulama/Yapılan Alanda Bulunma Durumu		
Yok	238	72,1
Var	78	23,6
Bilmiyorum	14	4,2
Tarlada Kaldıkları Dönemde Çay Tüketme Alışkanlığı		
Var	238	72,1
Yok	92	27,9
Tarla Kaldıkları Dönemde Günlük Çay İçme Sayısı***		
1-2 bardak	91	38,2
3 bardak ve üzeri	147	61,8
Tarlada Kaldıkları Dönemde Kahve Tüketme Alışkanlığı		
Var	19	5,8
Yok	311	94,2
Tarla Kaldıkları Dönemde Günlük Kahve İçme Sayısı****		
1-2 bardak	17	89,5
3 bardak ve üzeri	2	10,5
Toplam	330	100

Köy ya da ev, *n=238 olarak değerlendirilmiştir, ****n=19 olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmada MTİ gençlerin menarş yaş ortalaması $13,3 \pm 1,25$ yıl olarak saptanmıştır. Gençlerin %7,3'ü ise 11 yaş ve altında, %57,3'ü 12-13 yaş arasında, %35,5'i ise 14 yaş ve üzerinde menarş gördüklerini bildirmişlerdir.

Tablo 4.4'te mevsimlik tarım işçisi gençlerin evde ve tarlada buldukları dönemlerde menstrüel siklus özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Gençlerin evde kaldıkları sürede siklus özellikleri incelendiğinde; %42,7'si menstrüel siklus döneminde herhangi bir sorun yaşadığını, %2,1'i kanamasının iki günden az ya da sekiz günden fazla sürdüğünü, %30,0'u kanama miktarının normalden az olduğunu, %20,9'u menstrüel siklusunun düzensiz olduğunu bildirmiştir. Gençlerin %83,6'sı evde yaşadıkları sürede menstrüel siklus döneminde ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Gençlerin tarlada buldukları dönemde yaklaşık %59,7'sinin herhangi bir siklus sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Sorunların dağılımı incelendiğinde ise %2,4'ünün kanama süresinin 2 günün altında ya da 8 günün üzerinde olduğu, %44,8'inin kanama miktarının normal dışı olduğu, %39,7'sinin menstrüel siklusunun düzensiz olduğu, %86,1'inin ise menstrüel siklus döneminde ağrı yaşadığı görülmüştür.

Gençlerin evde ve tarlada menstrüel siklus döneminde en sık yaşadığı sorunlar incelendiğinde, %73,45'inin karın-bel ağrısı, %22,26'sının gerginlik-sinirlilik, %19,2'sinin mide bulantısı, %13,77'sinin ise memelerde şişlik ve hassasiyet yaşadığı görülmektedir.

Tablo 4. 4 MTİ Gençlerin Evde ve Tarlada Menstrüel Siklus Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Menstrüel Siklus Özellikleri			
	Evde yaşadıkları dönemde		Tarlada yaşadıkları dönemde	
Kanama Süresi	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
2-8 gün	323	97,9	322	97,6
>2 -<8 gün	7	2,1	8	2,4
Kanama Miktarı				
Normal	231	70,0	182	55,2
Normal Dışı	99	30,0	148	44,8
Menstrüel Siklus Düzeni				
Düzenli	261	79,1	199	60,3
Düzensiz	69	20,9	131	39,7
Adet Döneminde Ağrı Olma Durumu				
Evet	276	83,6	284	86,1
Hayır	54	16,4	46	13,9
Herhangi Bir Menstrüel Siklus Sorunu				
Var	189	42,7	133	59,7
Yok	141	57,3	197	40,3
Toplam	330	100	330	100

Tablo 4. 4 devamı MTİ Gençlerin Evde ve Tarlada Menstrüel Siklus Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Menstrüel Siklus Özellikleri			
	Evde yaşadıkları dönemde		Tarlada yaşadıkları dönemde	
Menstrüel Siklus Döneminde Yaşanılan Sorunlar*				
Karın/bel ağrısı	239	72,4	246	74,5
Gerginlik-sinirlilik	73	22,12	74	22,4
Mide bulantısı	64	19,4	63	19,0
Memelerde şişlik/hassasiyet	44	13,3	47	14,24
Baş ağrısı	15	4,5	11	3,3
Ayak/bacak ağrısı	6	1,81	5	1,5
Halsizlik/baş dönmesi	4	1,21	6	1,8
Sivilce	1	0,3	2	0,6

*Birden fazla kişi yanıt vermiştir. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

4.2. MTİ Gençlerin Menstrüel Siklus Özellikleriyle İlişkili Faktörler

Tablo 4.5'te MTİ gençlerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre evde ve tarlada yaşadıkları dönemlerde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, yaş, BKİ, öğrenim durumu, annenin öğrenim durumu, sağlık güvencesi ve ekonomik durum ile gençlerin evde ya da tarlada yaşadıkları dönemde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumu arasında ilişki bulunmamıştır ($P>0,005$). MTİ gençlerin hanede konuştukları dil ile tarlada yaşadıkları dönemde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumu arasında anlamlı ilişki saptanırken ($P<0,005$), konuşulan dil ile evde siklus sorunu yaşama durumu arasında ilişkili bulunmamıştır ($P>0,005$).

Tablo 4.5 MTİ Gençlerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Evde ve Tarlada Yaşadıkları Sürelerde Herhangi Bir Siklus Sorunu Yaşama

Sosyo-Demografik Özellikler	Menstrüel Siklus Sorunu											
	Evde						Tarlada					
	Var		Yok		Toplam		Var		Yok		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş Grupları sayı ve yüzdeler yer değiştirecek												
15-19 yaş	107	42,5	145	57,5	252	100	146	57,9	106	42,1	252	100
20-24 yaş	34	43,6	44	56,4	78	100	51	65,4	27	34,6	51	100
$X^2 :0,031; df:1 P=0,860$						$X^2 :1,373; df:1 P=0,241$						

Tablo 4.5 devamı MTİ Gençlerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Evde ve Tarlada Yaşadıkları Sürelerde Herhangi Bir Siklus Sorunu Yaşama Durumu

Sosyo- Demografik Özellikler	Menstrüel Siklus Sorunu											
	Evde						Tarlada					
	Var		Yok		Toplam		Var		Yok		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BKİ												
Normal	13	33,3	26	66,7	39	100	19	48,7	20	51,3	39	100
Normal olmayan	128	44,0	163	56,0	291	100	178	61,2	113	38,8	291	100
$X^2 :1, 595; df:1 P=0,207$						$X^2 :2, 216; df:1 P=0,137$						
Öğrenim Durumu												
Okur-yazar değil	41	43,2	54	56,8	95	100	59	62,1	36	37,9	95	100
Okur-yazar	12	32,4	25	67,6	37	100	18	51,4	37	48,6	19	100
Birinci kademe	51	46,4	59	53,6	51	100	65	59,1	45	40,9	110	100
İkinci kademe	24	36,4	42	63,6	66	100	37	56,1	29	43,9	66	100
Lise ve üzeri	13	59,1	9	40,9	22	100	17	77,3	5	22,7	22	100
$X^2 :5,704; df:1 P=0,222$						$X^2 :4,504; df:1 P=0,342$						
Annenin Öğrenim Durumu												
Okur-yazar değil	129	42,3	176	57,7	305	100	182	59,7	123	40,3	305	100
Birinci kademe ve üzeri	12	48,0	13	52,0	25	100	15	60,0	10	40,0	25	100
$X^2 :0,307; df:1 P=0,579$						$X^2 :0,001; df:1 P=0,974$						
Sosyal Güvence												
Yok	22	46,8	25	53,2	47	100	33	70,2	14	29,8	47	100
Var	119	42,0	164	58,0	283	100	164	58,0	119	42,0	283	100
$X^2 :0,373; df:1 P=0,541$						$X^2 :2,519; df:1 P=0,112$						
Ekonomik Durum												
Kötü	37	44,6	46	55,4	83	100	44	53,0	39	47,0	83	100
İyi ve Orta	104	42,1	143	57,9	247	100	153	61,9	94	38,1	247	100
$X^2 :0,155; df:1 P=0,694$						$X^2 :2,060; df:1 P=0,151$						

Tablo 4.5 devamı MTİ Gençlerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Evde ve Tarlada Yaşadıkları Sürelerde Herhangi Bir Siklus Sorunu Yaşama Durumu

Sosyo- Demografik Özellikler	Menstrüel Siklus Sorunu											
	Evde						Tarlada					
	Var		Yok		Toplam		Var		Yok		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hanede Konuşulan Dil												
Türkçe	26	52,0	24	48,0	50	100	40	80,0	10	20,0	50	100
Kürtçe ya da Arapça	115	41,1	165	58,9	280	100	157	56,1	123	43,9	280	100
<i>X² :2,071; df:1 P=0,150</i>						<i>X² :10,096; df:1 P=0,001</i>						
Toplam	141	42,7	189	57,3	330	100	197	59,7	133	40,3	330	100

Araştırmada MTİ gençlerin genel sağlık durumlarına ilişkin bazı özelliklere göre evde ve tarlada menstrüel siklus döneminde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumu değerlendirilmiştir. Çalışmada gençlerin sağlık algısı, sağlığa özen gösterme, sigara kullanımı, sürekli ilaç kullanımı, doktor tarafından tanı konulmuş hastalığının olması ve üzücü olay yaşama durumu ile evde yaşadıkları dönem içerisinde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumu arasında ilişki bulunmamıştır ($P>0,005$). Günlük çay içme sayısı ile evde yaşanan dönem içerisinde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($P<0,005$).

Gençlerin sağlık algısı, sağlığa özen gösterme, sigara kullanımı, günlük çay içme sayısı sürekli ilaç kullanımı ve üzücü olay yaşama durumu ile tarlada yaşadıkları dönem içerisinde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumu arasında ilişki bulunmamıştır ($P>0,005$). Doktor tarafından tanı koyulmuş bir hastalık olması ile tarlada yaşanan dönem içerisinde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($P<0,005$).

Tablo 4.6 MTİ Gençlerin Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Evde ve Tarlada Yaşadıkları Sürelerde Herhangi Bir Siklus Sorunu Yaşama Durumu

Özellikler	Menstrüel Siklus Sorunu											
	Evde						Tarlada					
	Var		Yok		Toplam		Var		Yok		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sağlık Algısı												
İyi ya da orta	125	41,1	176	58,5	301	100	177	58,8	124	41,2	301	100
Kötü	16	55,2	13	44,8	29	100	20	69,0	9	31,0	29	100
$X^2 :2,012; df:1 P=0,156$						$X^2 :1,135; df:1 P=0,287$						
Sağlığa Özen Gösterme												
İyi ya da orta	105	41,5	148	58,5	253	100	146	57,7	107	42,3	253	100
Kötü	36	46,8	41	53,2	77	100	51	66,2	26	33,8	77	100
$X^2 :0,665; df:1 P=0,415$						$X^2 :1,784; df:1 P=0,182$						
Sigara Kullanım Durumu												
Evet	4	40,0	6	60,0	10	100	7	70,0	3	30,0	10	100
Hayır	137	42,8	183	57,2	320	100	190	59,4	130	40,6	320	100
$X^2 :0,031; df:1 P=0,859$						$X^2 :0,455; df:1 P=0,500$						
Doktor Tarafından Tanı Konulmuş Hastalık												
Evet	26	49,1	27	50,9	53	100	39	73,6	14	26,4	53	100
Hayır	115	41,5	162	58,5	277	100	158	57,0	119	43,0	277	100
$X^2 :1,034; df:1 P=0,309$						$X^2 :5,062 ; df:1 P=0,024$						
Sürekli İlaç Kullanım Durumu												
Evet	6	40,0	9	60,0	15	100	10	66,7	5	33,3	15	100
Hayır	135	42,9	180	57,1	315	100	187	59,4	128	40,6	315	100
$X^2 :0,048; df:1 P=0,827$						$X^2 :0,317; df:1 P=0,573$						
Üzücü Olay Yaşama Durumu												
Evet	37	45,1	45	54,9	82	100	52	63,4	30	36,6	82	100
Hayır	104	41,9	144	58,1	248	100	145	58,5	103	41,5	248	100
$X^2 :0,256; df:1 P=0,613$						$X^2 :0,627; df:1 P=0,429$						
Günlük Çay İçme Sayısı*												
1-2 bardak	28	34,1	54	65,9	82	100	55	60,4	36	39,6	91	100
3 bardak ve üzeri	74	50,3	73	49,7	147	100	90	61,2	57	38,8	147	100
$X^2 :5,588; df:1 P=0,018$						$X^2 :0,015; df:1 P=0,904$						
Toplam	141	42,7	189	57,3	330	100	197	59,7	133	40,3	330	100

*Ev n=229, *Tarla n=238 olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.7’de MTİ gençlerin mevsimlik tarım işçiliği ile ilişkili özelliklerine göre evde ve tarlada menstrüel siklus döneminde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; gençlerin tarım işçiliği süresi, tarlada çalışma süresi (ay), tarla çalışma süresi (saat), tarla ikamet edilen konutun özellikleri ve tarım ilacı uygulama ya da yapılan alanda bulunma durumu ile evde menstrüel siklus döneminde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumu arasında ilişki bulunmamıştır ($P>0,005$). Tarlada dinlenen alanda gölgelik olma durumu ile evde menstrüel siklus döneminde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($P<0,05$).

Gençlerin tarım işçiliği süresi, tarlada çalışma süresi (ay), tarlada çalışma süresi (saat), tarla ikamet edilen konutun özellikleri ve tarım ilacı uygulama ya da yapılan alanda bulunma durumu ile tarlada menstrüel siklus döneminde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumu arasında ilişki bulunmamıştır ($P>0,005$). Tarlada dinlenen alanda gölgelik olma durumu ile tarla menstrüel siklus döneminde herhangi bir siklus sorunu yaşama durumu ile arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($P<0,05$).

Tablo 4.7 MTİ Gençlerin Mevsimlik Tarım İşçiliği ile İlişkili Özelliklerine Göre Evde ve Tarlada Yaşadıkları Sürelerde Herhangi Bir Siklus Sorunu Yaşama Durumu

Tanıtıcı Özellikler	Menstrüel Siklus Sorunu											
	Evde yaşadıkları dönemde						Tarlada yaşadıkları dönemde					
	Var		Yok		Toplam		Var		Yok		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tarım işçiliği süresi												
*6 yıl ve altı	57	47,1	64	52,9	121	100	70	57,9	51	42,1	121	100
7 yıl ve üzeri							127	60,8	82	39,2	209	100
$X^2 : 1,498; df: 1 P=0,134$						$X^2 : 0,271 df: 1 P=0,343$						
Tarlada Çalışma Süresi (ay)												
5 ay ve altı	48	41,7	67	58,3	115	100	66	57,4	40	42,6	115	100
6 ay ve üzeri	93	43,3	122	56,7	215	215	131	60,9	84	39,1	215	100
$X^2 : 0,070; df: 1 P=0,791$						$X^2 : 0,390; df: 1 P=0,532$						

*Doğduğundan bu yana tarım işçisi olduğunu bildirenler bu gruba dahil edilmiştir.

Tablo 4.7 devamı MTİ Gençlerin Mevsimlik Tarım İşçiliği ile İlişkili Özelliklerine Göre Evde ve Tarlada Yaşadıkları Sürelerde Herhangi Bir Siklus Sorunu Yaşama Durumu

Tanıtıcı Özellikler	Menstrüel Siklus Sorunu											
	Evde yaşadıkları dönemde						Tarlada yaşadıkları dönemde					
	Var		Yok		Toplam		Var		Yok		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tarlada Çalışma Süresi (Saat)												
8 saat ve altı	11	45,8	13	54,8	24	100	14	58,3	10	41,7	24	100
9 saat ve üzeri	130	42,5	16	57,5	306	100	183	59,8	123	40,2	306	100
$X^2 : 0,102; df: 1 P = 0,749$						$X^2 : 0,020; df: 1 P = 0,888$						
Tarlada İkamet Edilen Konutun Özellikleri												
Tarlaya uzakta çadır	89	45,2	108	54,8	197	100	121	61,4	76	38,6	197	100
Tarla başı çadır	42	37,2	71	62,8	113	100	65	57,5	48	42,5	113	100
Diğer*	10	50,0	10	50,0	20	100	11	55,0	9	45,0	20	100
$X^2 : 2,343; df: 3 P = 0,504$						$X^2 : 0,649; df: 2 P = 0,723$						
Tarlada Dinlenen Alanda Gölge Olma Durumu												
Evet	36	35,0	67	65,0	36	100	53	51,5	50	48,5	103	100
Hayır	105	46,3	122	53,7	227	100	144	63,4	83	36,6	227	100
$X^2 : 3,700; df: 1 P = 0,035$						$X^2 : 4,226; df: 1 P = 0,040$						
Tarım İlacı Uygulama/Yapılan Alanda Bulunma Durumu												
Evet	31	39,7	47	60,3	78	100	151	59,9	101	40,1	252	100
Hayır	110	43,7	142	56,3	110	100	46	59,0	32	41,0	78	100
$X^2 : 0,460; df: 1 P = 0,498$						$X^2 : 0,022; df: 1 P = 0,882$						
Toplam	141	42,7	189	57,3	330	100	197	59,7	133	40,3	330	100

* Köyde, evde

Tablo 4. 8'de stres ölçeğinden elde edilen puanların menstrüel siklus özelliklerine göre ortalama ve standart değerleri yer almaktadır. Menstrüel siklus düzeni ile stres ölçeği alt testlerinden elde edilen puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($P < 0,05$). Kanama süresi ve kanama miktarı ile stres ölçeği puanları arasında ilişki bulunmamıştır ($P > 0,005$).

Tablo 4.8 Göçebe Tarım İşçisi Stres Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Menstrual Siklus Özelliklerine Göre Ortalama ve Standart Değerleri

Siklus Özellikleri	Fiziksel Ortam Faktörleri $\bar{X} \pm Sd$	Psiko-Sosyal ve Ekonomik Faktörler $\bar{X} \pm Sd$	Sağlık Sorunları $\bar{X} \pm Sd$	Okul Sorunları $\bar{X} \pm Sd$	Toplam $\bar{X} \pm Sd$
Kanama Süresi					
2-8 gün	48,55±13,63	45,90±14,13	15,03±6,44	9,19±4,43	118,69±33,06
>2 -<8 gün	49,09±18,43	46,90±17,83	14,90±8,26	9,09±7,17	120,00±44,96
<i>t;p</i>	-0,127;0,89	-0,229;0,81	0,064;0,94	0,046;0,96	-0,096;0,92
Kanama Miktarı					
Normal	48,6±13,83	45,5±14,15	14,8±6,57	9,03±4,67	118,03±33,69
Normal Dışı	48,3±13,74	47,0±14,47	15,5±6,30	9,56±4,17	120,51±32,92
<i>t;p</i>	0,188;0,85	-0,888;0,37	-0,902;328	-0,957;0,33	-0,605;0,54
Siklus Düzeni					
Düzenli	44,9 ±13,9	41,9±14,09	13,54±6,00	8,3±4,30	108,6±32,81
Düzensiz	53,7±11,8	51,6±12,4	17,1±6,6	10,4±4,58	132,9±28,99
<i>t;p</i>	-6,219; 0,00	-6,627;0,00	-5,104; 0,00	-4,263; 0,00	-6,946; 0,00

Evde ve tarlada yaşanan dönemde menstrüel siklusu en çok etkileyen faktörü belirleyebilmek için istatistiksel değerlendirmelerde anlamı çıkan tüm faktörler lojistik regresyon analizine dahil edilmiştir. Yapılan analizde, evde yaşanan dönemde; tarlada gölgeliğin olmaması, üzücü olay yaşama durumu, fiziksel ortam faktörleri ve okul sorunlarının önemli bir risk faktörü olmadığı, psikososyal ortam faktörlerinin evde yaşanan dönemde menstrüel siklus sorunu yaşama riskini 1.03 kat artıran faktör olduğu belirlenmiştir. Tarlada yaşadıkları dönemde ise; tarlada gölgeliğin olmaması, tanı konulmuş hastalığının olması, fiziksel ortam faktörleri, sağlık sorunları ve okul sorunlarının önemli bir risk faktörü olmadığı, psiko-sosyal faktörün 1.03 kat, hanede konuşulan dilin 3,79 kat artıran faktör olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.9 MTİ Gençlerin Evde ve Tarlada Buldukları Dönemde Herhangi Bir Menstrüel Siklus Sorunu Yaşama Durumu İle İlişkili Faktörlerin Regresyon Analizi Özet Sonuçları

Değişkenler	B	P	OR	%95 CI
Evde Yaşadıkları Dönemde Herhangi Bir Menstrüel Siklus Sorunu				
Tarlada gölgelik yok	0,41	0,10	1,51	0,91-2,51
Üzücü olay yaşama durumu	0,10	0,70	1,10	0,66-1,85
Fiziksel ortam faktörleri	-0,22	0,07	0,97	0,95-1,04
Psiko-sosyal faktörler	0,32	0,01	1,03	1,02-1,05
Okul sorunları	0,03	0,20	1,03	0,98-1,09
Sabit	-1,29	0,04	0,27	
Tarla Yaşadıkları Dönemde Herhangi Bir Menstrüel Siklus Sorunu				
Tarlada gölgelik olmayışı	0,36	0,16	1,44	0,85-2,44
Tanımlı hastalık varlığı	0,39	0,27	1,47	0,73-2,96
Anadili Kürtçe/Arapça	1,33	0,00	3,79	1,74-8,24
Fiziksel ortam faktörleri	-0,04	0,74	0,99	0,97-1,02
Psiko-sosyal faktörler	0,03	0,03	1,03	1,02-1,05
Sağlık sorunları	0,01	0,60	1,01	0,96-1,06
Okul sorunları	0,05	0,06	1,05	0,99-1,12
Sabit	-0,59	0,28	0,55	

Araştırmada, MTİ gençlerin evde buldukları dönemde %57,3'ünün, tarlada ise %40,3'ünün menstrüel siklusunun sağlıklı olduğu belirlenmiştir. Evde ve tarlada yaşanan dönemde menstrüel siklus sorunu açısından tutarlılık olup olmadığı analiz edilmiştir. Menstrüel siklus yönünden evde ve tarladaki dönemler arasında %77,5 (K=0.56 P <0.001) düzeyinde tutarlılık vardır.

5. TARTIŞMA

Menstrüel siklus birçok faktörden etkilenebilen bir döngüdür ve MTİ gençlerin kötü yaşam, çalışma ve çevre koşullarına maruz kalmaları döngüyü dış etkilerin etkisine daha da açık hale getirmektedir. Bu nedenle MTİ gençlerin menstrüel siklus özelliklerini ve ilişkili faktörleri belirlemek önemlidir. Bu çalışmada %76,4'ü 15-19 yaşları arasında, %23,6'sı ise 20-24 yaşları arasında olan 330 MTİ genç kadının menstrüel siklus özellikleri ve ilişkili faktörler araştırılmıştır (Tablo 4.1).

Araştırmaya katılan 15-19 yaş arasındaki MTİ gençler arasında yaklaşık her beş kadından biri okur-yazar değildir. Üç kadından biri ilkokul birinci kademeyi, yaklaşık beş kadından biri ise ikinci kademeyi bitirmiştir (Tablo 4.1) Bu bulgu, 2011 yılında Şanlıurfa ve Adıyaman il merkezlerinde yaşayan mevsimlik tarım işçileri üzerinde yapılmış bir araştırmada da aynı yaş grubundaki kadınların öğrenim durumları ile benzerlik göstermektedir (18). Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin il merkezlerinde yaşayan tarımda çalışan 15-19 yaşları arasındaki MTİ genç kadınların %16,9'u, 20-24 yaşları arasındakilerin %43,6'sı hiç okula gitmemiş ya da ilkokulu bitirmemiştir (89). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 sonuçlarına göre, 15-19 yaş arasındaki genç kadınların Türkiye genelinde %3,1'i, 20-24 yaş arasındaki genç kadınların ise yaklaşık %11,0'i i okur-yazar değilken, bu oran Türkiye kırsalında sırasıyla %14,0 Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise %22,6 dır (111).

Çalışmamızda gençlerin annelerinin yaklaşık %90,0'nın yazar olmadığı görülmüştür (Tablo 4.1). Kırsal bölgedeki 15-24 yaş grubundaki kızlarla yapılan çalışmada annelerinin %48,7'sinin, 2007 Türkiye gençlerde cinsel sağlık ve üreme sağlığı araştırması sonuçlarına göre ise gençlerin 38,7'sinin annesinin okuma-yazması olmadığı görülmüştür (114). Bu araştırmadan elde edilen bulgu ile belirtilen çalışmalarla karşılaştırıldığında Şanlıurfa il merkezinde yaşayan MTİ genç kadınların ve ailelerinin öğrenim durumları açısından Güneydoğu Anadolu bölgesi yanı sıra, Türkiye kırsalı ve geneline göre oldukça dezavantajlı durumda olduklarını göstermektedir. Çalışmada MTİ genç kadınların %65,2'si altı ay ve üzerinde tarım alanlarında çalıştıklarını ve %63,3'ü ise 7 yıl ve üzerinde mevsimlik tarım işçisi olduğunu bildirmiştir (Tablo 4.3). Her iki bulgu bir arada değerlendirildiğinde, tarım alanlarının kentsel alanlara uzak yerlerde olması ve işgücü olarak görülmeleri nedeniyle okula gidemediklerini ya da bitiremediklerini göstermektedir. Tarım alanlarında çalışma süresi ile eğitim göstergeleri arasındaki ilişki diğer çalışmalarda da gösterilmiştir (18, 88, 89).

Araştırmaya katılan yedi gençten birinin sağlık güvencesi yoktur, dört gençten biri ise ekonomik durumunu kötü olarak değerlendirmektedir (Tablo 4.1). TNSA 2013 sonuçlarına göre 15-24 yaş arasındaki gençlerin %11,2'sinin (111), 2007 Türkiye geneli gençlerde yapılan araştırmaya göre ise %24,5'inin sağlık güvencesinin olmadığı ve %8,65'inin ise ekonomik durumunu kötü olarak değerlendirdiği görülmektedir (116).

Bu bulgular MTİ genç kadınların Türkiye genelindeki gençlere göre ekonomik durumlarını daha kötü değerlendirdiklerini göstermektedir. Bu durum MTİ ailelerin yoksulluk ve açlık sınırı altında yaşamalarının bir göstergesidir. Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 1,1 milyar insan yoksulluk sınırının altında yaşamakta ve bu insanların %60,0'ını ise tarım işçileri oluşturmaktadır (91). TÜİK 2012 verilerine göre MTİ ailelerinin %29,6'sı yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır (92).

Çalışmamızda MTİ gençlerin sigara içme oranı Türkiye genelinde yapılan çalışmalara göre oldukça düşük bulunmuştur (Tablo 4.2). Mardin kent merkezinde yapılan çalışmada 15-24 yaş arasındaki genç kadınların %20,7'si (115), 2007 yılında Türkiye geneli gençlerde yapılan çalışma sonuçlarına göre ise %19,35'i sigara kullanmaktadır (114). Bu durum görüşülen kişiden kaynaklanıyor olabilir.

Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de beslenme sağlık durumunun ve sorunlarının ortaya konulmasında önemli bir etkidir. Bu doğrultuda üç gençten birinin zayıf ya da şişman olduğu görülmüştür (Tablo 4.2). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Türkiye sağlık ve beslenme araştırması 2014 sonuçlarına göre 19-30 yaş arasındaki genç kadınların %15,5'i (116), TNSA 2013 sonuçlarına göre ise %15,1'inin zayıf ya da şişman olduğu görülmüştür (111). Bulgularımız MTİ gençlerin beslenme durumlarının diğer gruplara göre daha kötü olduğu göstermektedir. Bu durumun, MTİ ailelerinin ekonomik ve yaşam koşullarına bağlı olarak yetersiz ve dengesiz beslenmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (18).

Sağlıklı olma halini değerlendirmede subjektif sağlık algısı sıklıkla kullanılan bir göstergedir. Araştırmada her üç MTİ gençten biri sağlıklarını kötü olarak değerlendirmişler ve yaklaşık dört kişiden biri sağlığına özen göstermediğini ifade etmiştir (Tablo 4.1), 2011 yılında Şanlıurfa ve Adıyaman il merkezlerinde yaşayan mevsimlik tarım işçileri üzerinde yapılmış bir araştırmada, her üç gençten yaklaşık birinin sağlığını kötü olarak değerlendirdiği, yaklaşık %15,0'inin sağlığına özen göstermediği belirlenmiş olup, araştırma bulgularıyla benzerdir (18). GAP bölgesinde tarımda çalışan 24 yaş altı kadınlarla karşılaştırıldığında, %7'si sağlıklarını kötü olarak değerlendirmiş ve aynı oranda kadın sağlıklarına özen

göstermediğini ifade etmiştir (89). Türkiye genelinde 2007 yılında genç kadınlarda yapılan bir araştırmada ise %5,0'i sağlıklarının kötü olduğunu ve %14,0'ü sağlığına özen göstermediğini belirtmiştir (114). Sağlık algısı ve sağlığa gösterilen özen belirtilen araştırma gruplarıyla karşılaştırıldığında; mevsimlik tarım işçisi genç kadınların sağlık algılarının daha fazla oranda kötü ve sağlığa az ya da hiç özen göstermeme sıklığının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu tarım işçilerinin kötü yaşam koşullarının bir sonucu olabilir.

MTİ gençlerin son bir yıl içerisinde yaklaşık %16,0'sının tanı konulmuş bir hastalığı olup, %4,5'i sürekli ilaç kullanmaktadır (Tablo 4.2). Bu bulgu GAP Bölgesinde tarımda çalışan kadınların bildirdiği hastalık sıklığı ve ilaç kullanım sıklığı ile benzerlik göstermektedir (89).

Gençlerin mevsimlik tarım işçiliği özellikleri incelendiğinde; yaklaşık iki gençten birinin doğduğundan beri tarım işçisi olduğu, %65,2'sinin her yıl 6 ay ve üzerinde tarım alanlarında yaşadığı, %92,7'sinin ise 9 saat ve üzerinde çalıştığı görülmektedir. Tarlada çalışma döneminde iki gençten biri tarlaya uzakta çadırda ikamet etmektedir (Tablo 4.3). Bu bulgular 2011 yılında Şanlıurfa ve Adıyaman il merkezlerinde ve GAP bölgesinde yaşayan mevsimlik tarım işçileri kadınlarla yapılan çalışmalarla (18,89) benzerdir ve tarım işçilerinin ağır şartlar altında çalıştığını göstermektedir.

Araştırmada Göçebe Tarım İşçisi Stres Ölçeğinden elde edilen puanlar değerlendirilmiştir (Tablo 4.8). Değerlendirme sonuçlarına göre menstrüel siklus düzeni ile stres ölçeği alt testlerinden elde edilen puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. ($P < 0,05$). Ölçekten elde edilen puan arttıkça menstrüel siklus düzensizliğinin arttığı saptanmıştır. Düşük sosyo-ekonomik düzey, kötü yaşam ve çalışma koşulları, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişememenin MTİ gençlerde stresin artmasına neden olduğu düşünülmüştür.

Araştırmada MTİ gençlerin menarş yaş ortalaması $13,3 \pm 1,25$ yıldır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ulusal bir çalışmada menarş yaşının 12,3 olduğu belirtilmektedir (44). Ülkemizde ise menarş yaş ortalaması 11,5 olarak belirtilmektedir (4). Bu bulgulara göre MTİ genç kadınlarda menarş yaş ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde, son yıllarda beslenmenin iyileşmesine, kentleşmeye ve genel sağlık durumunun iyileşmesine paralel olarak menarş yaş ortalamasının düştüğü bildirilmektedir (117,118). MTİ'lerin düşük sosyo-ekonomik düzey ile birlikte tarım alanlarında yaşamalarına bağlı beslenme ve genel sağlık sorunlarının artışı menarş yaş ortalamasının yüksek olmasına neden olabilir.

Bu çalışmada genç kadınların tarlada kaldıkları dönemlerde daha fazla siklus sorunu yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.4). MTİ genç kadınlar 9 saat ve üzeri çalışmakta, 6 aydan daha fazla çadırlarda kalmakta ve yaşadıkları sağlık sorunları da göz önünde bulundurulunca tarla döneminde daha çok sorun yaşamaları beklenen bir durumdur.

Menstrüel siklus düzensizliği ve kanama miktarı bozuklukları tarlada yaşanan dönemdeki en sık görülen sorunlar içerisinde yer almaktadır (Tablo 4.4).

Araştırma kapsamında yaklaşık beş gençten biri evde yaşadıkları dönemde, üç gençten biri ise tarlada yaşadıkları dönemde menstrüel siklus düzensizliği yaşamaktadır (Tablo 4.4). Özdemir ve Pasinlioğlu'nun adet düzensizliği şikayeti olan bekar adölesanların anksiyete düzeylerini inceledikleri çalışmalarında, 15-21 yaş arasındaki genç kadınların %15,3'ünün menstrüel düzensizlik (119), Hızlı ve arkadaşlarının 15 farklı okulda 1309 öğrenci üzerinde yaptığı çalışmada ise gençlerin %8,1'inin menstrüel siklus düzensizliği yaşadığı saptanmıştır (50). Şanlıurfa ve Adıyaman il merkezlerinde yaşayan MTİ gençlerin yaklaşık %34'ü adet düzensizliğine ilişkin endişeler yaşadıklarını bildirmişlerdir (120). Widholm ve arkadaşlarının 5000 ergen üzerinde yaptığı çalışmada ise gençlerin %43,0'ünün siklusun ilk yılları içerisinde %20,0'sinin ise menarştan sonraki 5 yıl içerisinde menstrüel düzensizlik yaşadığı görülmüştür (121). Bu bulgular MTİ gençlerin daha fazla adet düzensizliği yaşadıklarını göstermektedir. Literatür incelendiğinde ise tarım alanlarında uzun süreli ayakta durma, çapalama, hasat, aşırı yorgunluk, kötü barınma ve yaşam koşulları, yetersiz beslenme, aşırı sıcak ve soğuk maruziyeti, sağlık hizmetine erişememe, pestisit ve diğer zirai kimyasallara maruz kalma gibi risk faktörlerinin tarım işçisi kadınlarda adet döngüsü bozukluklarına neden olabileceği belirtilmektedir (18, 95). Bu nedenle tarım işçisi gençlerde daha fazla siklus düzensizliği görüldüğü düşünülmektedir.

Çalışmada dismenore prevalansı yaklaşık %85,0 olup (Tablo 4.4), literatürde prevalans %48-98,0 arasında bildirilmiştir (67,71). Prevalansın yüksek olduğu grupların genel olarak zorlu yaşam koşullarında yaşayanlar olduğu görülmektedir. Dismenore genç adölesanlarda 12 yaşında %48,0, 18 yaş grubunda %79,0 oranında görülmektedir (122). Çalışmada en sık görülen karın ve kasıklarda ağrı ile halsizlik dalgınlık şikâyetleri, Coşkun ve Kızılkaya'nın 750 kadınlıkla yaptıkları PMS çalışmasındaki yakınmalarla benzerlik göstermektedir (123).

Toplum tabanlı bir dizi çalışmada 'normal' menstrüel siklus fonksiyonu ve etkileyen faktörleri incelenmiştir. Bu çalışmalar, sosyo-ekonomik statü ve ikamet yeri gibi faktörlerin döngü uzunluğu, düzenliliği ve süresini etkilediğini göstermektedir (8, 9, 10, 18, 83). Ancak

çalışmada demografik bulgular ve ikamet edilen yerin menstrüel siklus özelliklerini etkilemediği belirlenmiştir. Bu sonucun araştırma kapsamındaki gençlerin büyük çoğunluğunun 7 yıl ve üzerinde tarım işçiliği yapması ve buna, bağlı olarak yaşam koşulları ve maruziyetin sürekli olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada zayıf ya da şişman olan gençlerin normal BKİ'ye sahip gençlere göre daha fazla menstrüel siklus sorunu yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.5). Hızlı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada menstrüel düzensizliğin aşırı kilolu ve obez gruplarda daha fazla görüldüğü bulunmuştur (50). Bu bulgu çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Obezite yaşam boyunca menstrüel siklusu olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun nedeni postmenarşiyal dönemdeki kilolu kadınlar genellikle periferik androjenin östrojene dönüşmesi ve östrojen-progesteron oranlarının değişmesi sonucu disfonksiyonel uterus kanamaları yaşamalarıdır (124).

Çalışmada hanede Arapça ya da Kürtçe konuşan yaklaşık iki gençten birinin evde ya da tarlada kaldıkları dönemlerde herhangi bir siklus sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.5). İstatistiksel değerlendirmede etnik köken ile tarlada herhangi bir siklus sorunu yaşama durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($P<0,05$). Ancak menstrüel siklusun etnik farklılıklardan etkilendiğini gösteren çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bunun nedeninin genetik heterojenite dışında, irksal farklılıklara bağlı beslenme alışkanlıkları ve diğer kültürel faktörler olduğu düşünülmüştür.

Sigara içmek sağlığı olumsuz etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Yapılan bilimsel çalışmalarda sigaranın üreme sağlığını olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Sigaranın içerdiği nikotin kan damarlarının büzüşmesine ve organların oksijen ihtiyacının karşılanamamasına ve adet düzeninin bozulmasına yol açar (13, 14).

Çalışmamızda sigara kullanan gençlerin yaklaşık yarısının tarla ya da evde yaşanan dönemde herhangi bir siklus sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.6). Ancak sigara içme ile herhangi bir siklus sorunu yaşama durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($P>0,05$). Bu sonuç, çalışma kapsamındaki gençler arasında sigara içme prevalansının düşük olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada doktor tarafından tanı konulmuş bir hastalığı olan gençlerde, tarlada yaşanan dönemde daha fazla herhangi bir siklus sorunu yaşandığı belirlenmiştir ($P<0,05$), (Tablo 4.6.). Menstruasyon, ovaryan döngünün geniş fiziksel, sosyal ve davranışsal değişiklikler ile kendisi ilişkili olan tek bulgusudur. Bu nedenle, menstrüel döngünün sağlıkta

ve hastalıkta etkileyici rol oynaması yada döngünün fiziksel ya da psikolojik bir hastalık ile kolayca bozulabilmesi olağandır (54).

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, tarlada yaşama süresi, tarım işçiliği süresi ve günlük çalışma süresi ile evde ya da tarlada herhangi bir siklus sorunu yaşama arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($P>0,05$), (Tablo 4.7). Literatür incelendiğinde araştırmamızdan farklı olarak zor çalışma koşullarının menstrüel siklus özelliklerini etkilediği görülmektedir. Liu ve arkadaşlarının 20-44 yaşları arasındaki 403 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, yaşam tarzı faktörlerinin adet döngüsü özellikleri ile ilişkili olduğu, vardiyalı çalışan Japon kadınlarla yapılan bir çalışmada ise, uzun çalışma saatlerinin adet düzensizliğini 2 kat, siklus uzunluğunu ise 2,4 kat artırdığı görülmüştür (125).

Tarım işçilerinde sıcak stresine bağlı üreme sağlığı sorunları, tarım işçisi olmayanlara göre 4 kat daha fazla görülmektedir. Tarım işçilerinde sıcak stresinin artmasına dinlenme sürelerinin az olması, yorucu açık işgücü, içme suyu eksikliği, sıcak çarpması ve sıcak bitkinliği yüksek oranda katkıda bulunmaktadır (126). Çalışmamızda tarlada çalışırken dinlenen alanda gölgelik olmamasının evde ve tarlada herhangi bir siklus sorunu yaşama durumunu anlamlı bir şekilde artırdığı saptanmıştır ($P<0,05$), (Tablo 4.7) Yapılan çalışmalar doğal ışığın menstrüel siklusu etkileyebileceğini göstermektedir. Minnesota'da büyük bir popülasyon üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların adet döngüsünün kış aylarına oranla yaz aylarında daha kısa sürdüğü, Sibiryalı kadınlarda yapılan başka bir çalışmada ise kışın menstrüel döngülerin %29,0'unun, yazın ise %3,0'unun ovulasyonsuz olduğu görülmüştür (103). Bu durum mevsimsel etkinin adet döngüsü üzerine güçlü etkileri olduğunu göstermektedir. Bu bulgular hipofizer üreme hormonlarının salgılanmasının uyarılması, over foliküllerinin büyümesi, gelişmesi ve ovulasyonun gerçekleşmesi sonucu foliküler fazın kısalması şeklinde açıklanabilir.

Tarım işçileri tarım sezonu boyunca ve defalarca pestisite maruz kalmakta ve bu nedenle menstrüel siklus sorunları yaşamaktadırlar (11). Çalışmamızda tarım ilacı uygulama ya da uygulanan alanda bulunmanın tarlada herhangi bir siklus sorunu yaşama durumuna bağımsız etkisi olmadığı saptanmıştır ($P>0,05$), (Tablo 4.7). Literatür incelendiğinde bizim çalışmamızdan farklı olarak menstrüel siklus uzunluğu ve kanama süresinin kalıcı organik klorlu kirleticiler, poliklorlu bifeniller ve organik klorlu pestisitlerden etkilendiğini göstermektedir (10, 11, 97, 127). Tarım işçilerinde yapılan çalışmalarda DDT maruziyetinin menstrüel siklusun luteal fazının 1,5 gün kısalmasına neden olduğunu göstermektedir (12).

Yapılan prospektif kohort çalışmaları bu durumun nedeninin yumurtalık ve menstrüel döngüleri düzenleyen üreme hormonlarının etkilenmesinin önemli rolü olduğunu bildirmektedir (128). Bu durum kullanılan ölçüm tekniklerinin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada Mevsimlik Göçebe Tarım İşçisi Stres Ölçeği alt testlerinden el edilen puan arttıkça siklus düzensizliğinin anlamlı bir şekilde arttığı bulunmuştur ($P<0,05$), (Tablo 4.8) Yapılan regresyon analizi sonucu psiko-sosyal faktörlerin evde ve tarlada yaşanan sürede herhangi bir menstrüel siklus sorunu yaşama durumunu 1,03 kat artırdığı saptanmıştır ($P<0,05$), (Tablo 4.9) Bu bulgu Fenster ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile benzerlik göstermektedir (7). Yapılan çalışmalar menstrüel siklusun stresten etkilendiğini göstermektedir (17, 27, 122). Japon kadınlarda yapılan çalışmada menstrüel siklus düzensizlikleri ve menstrüel ağrı ile en önemli ilişkili faktör ise stres olarak bulunmuştur (128). Bu durumun en önemli nedeni stresin önemli sağlık sorunlarının başlıca nedeni olmasıdır. İnsan vücudu, kortizon ve adrenalin gibi stres hormonları salgılar. Bu hormonların salgılanması durumlarında, damarlar ve kaslar normal işleyişlerinin dışında çalışmaya başlarlar ve kasların kasılması, damarlarda büzülme gibi vücudun sağlıklı olarak işleyişine engel olan olarak sağlık sorunlarına neden olur.

Sonuç olarak bu araştırma MTİ gençlerin menstrüel siklus sorunu yaşadıkları belirlenmiş olup özelliklerini ve ilişkili faktörleri ortaya koyması, literatüre ve hemşirelik girişimlerine katkı sağlaması açısından önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Araştırma kapsamında aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir:

6.1.1. MTİ Gençlerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Gençlerin %28,8'i okur-yazar değildir (Tablo 4.1).
- Gençlerin annelerin %92,4'ü okur-yazar değildir (Tablo 4.1)
- Gençlerin %25,0'i ekonomik durumlarının kötü olduğunu bildirmiştir (Tablo 4.1).
- Gençlerin %33,0'ü sağlıklarını kötü olarak değerlendirdiğini, %23,3'ü ise sağlığınma özen göstermediğini bildirmiştir (Tablo 4.2).
- Gençlerin %16,8'i zayıf ya da şişman BKİ sahiptir (Tablo 4.2).
- Gençlerin %16,1'i doktor tarafından tanı koyulmuş bir hastalığı olduğunu bildirmiştir (Tablo 4.2).
- Gençlerin %63,3'ü 7 yıl ve üzeri mevsimlik tarım işçisidir (Tablo 4.3).
- Her yıl 6 ay ve üzerinde tarım alanlarında yaşamaktadırlar (Tablo 4.3).
- %92,7'si tarlada günde 9 saat ve üzerinde çalıştığını bildirmiştir (Tablo 4.3).
- Gençlerin %68,8'i tarlada dinlendikleri alanlarda gölgelik olmadığı ve %23,6'sı ise tarım ilacı uyguladığı ya da uygulanan alanda bulunduğunu bildirmiştir (Tablo 4.3).

6.1.2. MTİ Gençlerin Menstrüel Siklus Özellikleri ve İlişkili Faktörlere İlişkin Sonuçlar

- Gençlerin menarş yaş ortalaması $13,3 \pm 1,25$ yıldır.
- Genç kadınların %42,7'sinin evde kaldıkları sürede, %59,7'si ise tarlada yaşadıkları sürede herhangi bir siklus sorunu yaşadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 4.4). MTİ genç kadınlar tarlada yaşadıkları dönem içerisinde, daha fazla menstrüel siklus sorunu yaşamaktadırlar.
- Tarlada buldukları süre içerisinde yaşadıkları siklus sorunları ile stres, doktor tarafından tanı koyulmuş bir hastalığın varlığı, dinlenen alanda gölgelik olma durumu ve konuşulan dil arasında ilişki bulunmuştur ($P < 0,05$).

- Evde yaşanan süredeki siklus sorunları ile günde içilen çay miktarı ve sıcak maruziyeti arasında ilişki bulunmuştur ($P<0,05$).
- Evde ve tarlada yaşanan süredeki siklus düzensizliği ile mevsimlik göçebe tarım işçisi stres ölçeğinden elde edilen puanlar arasında ilişki bulunmuştur ($P<0,05$).
- Evde ve tarlada Psikososyal ortam faktörlerinin evde ve tarlada yaşanan dönemde menstrüel siklus sorunu yaşama riskini 1.03 kat artıran faktör olduğu belirlenmiştir ($P<0,05$).
- Hanede konuşulan dil Kürtçe ya da Arapça olması tarlada yaşanan dönemde menstrüel siklus sorunu yaşama riskini 3,79 kat artıran faktör olduğu belirlenmiştir ($P<0,05$).
- Menstrüel siklus yönünden evde ve tarladaki dönemler arasında %77,5 ($K=0.56$ $P<0.001$) düzeyinde tutarlılık vardır. Ancak, %22,5 düzeyindeki tutarsızlık ev ve tarlada yaşanan dönemler arasında menstrüel siklus açısından farklılıklar olabileceğine işaret etmektedir.

6.2 Öneriler

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Aile Sağlığı Merkezleri tarafından adölesan dönem rutin izlemlerinin yapılmasının, izlemlerde siklus sorunlarının sorgulanmasının,
- Danışmanlık sırasında tarlada dinlenen alanlara gölgeliklerin yapılmasının ve stresle başa çıkma eğitimlerinin verilmesinin,
- Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından ise, menstrüel siklus sorununa neden olan fiziksel ortam faktörleri başta olmak üzere stres faktörlerinin en aza indirilmesi için sektörler arası çalışmaların yapılmasının,
- Tarım alanlarında sunulan gezici sağlık hizmetleri kapsamında, genç kadınlarda siklus sorunlarına duyarlı olunması ve bu konuda gerekli danışmanlık ve hizmetlerin sunulmasının,
- Gençlerin halk sağlığı okur-yazarlığını artırıcı sağlık eğitimlerinin yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Ülkemizde son yıllarda MTİ ailelere yönelik programlar yürütülmesine rağmen MTİ genç kadınlara yeterince ulaşılmadığı görülmektedir. Bu nedenle MTİ genç kadınlara yönelik

sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi önerilmektedir. Sonuç olarak, siklus sorunlarının en aza indirilmesi ve risk faktörlerinin kontrol altına alınması için hemşirelik girişimleri doğrultusunda önleme ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi, üreme sağlığı eğitim çalışmalarının yapılması gerekir



7. KAYNAKLAR

1. WHO The Health Of Young People. Geneva, 1993;1.
2. 2014 Dünya Nüfus Günü “Gençlere Yatırım”, <http://www.unfpa.org.tr/v2/pages/posts/dunya-nuefus-guenue-2014-449> Erişim tarihi 22.04.2015.
3. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Gençlik, 2014. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18625> Erişim tarihi 22.04.2015.
4. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1. Cilt. 2.baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2012; 486-489.
5. Yazıcı S. Premenstrüel Şikayetler ve Hemşirelik Yaklaşımı. Sağlık Bilimleri Meslekleri Dergisi, 2014; 1(1): 58-67.
6. İyibozkurt C. Menstrüel siklusun kontrolü: beslenme ve reproduktif fonksiyon ilişkisi. Türk Ped Arşivi, 2011; 46: 107-10.
7. Fenster L, Waller K, Chen J, et al. Psychological stress in the workplace and menstrual function. Am J Epidemiol, 1999;149: 127–34.
8. Windham GC, Elkin EP, Swan SH, et al. Cigarette smoking and effects on menstrual function. Obstet Gynecol, 1999;93:59–65.
9. Barr S.I, Prior J C, Vigna Y.M. Restrained eating and ovulatory disturbances: possible implications for bone health. American Journal of Clinical Nutrition,1994; 59: 92–97.
10. Louis GM, Rios L, McLain A, Cooney PK, Sundaram R. Persistent organochlorine pollutants and menstrual cycle characteristics. NIH Public Access, 2011; 85 (11): 1742–1748.
11. Farr SL, Cooper GS, Cai J, Savitz DA, Sandler DP. Pesticide use and menstrual cycle characteristics among premenopausal women in the agricultural health study. American Chemosphere, 2011; 85: 1742–1748.
12. Ouyang F, Perry M J, Venners S A, Chen C, Wang B, Yang F Fang, Z, Zang T, Wang L, Xu X, Wang X. Serum DDT, age at menarche, and abnormal menstrual cycle length. Occup Environ Med, 2005; (62): 878–884.

13. Lyngso J, Toft G, Hoyer BB, Guldbrandsen K, Olsen J, Hansen R. Moderate alcohol intake and menstrual cycle characteristics. *Human Reproduction*, 2014; 29 (2): 351–358.
14. Sakai H, Ohashi K. Association of menstrüel phase with smoking behavior, mood and menstrual phase-associated symptoms among young Japanese women Smokers. *BMC Women's Health*, 2013; 13(10): 2-6.
15. Arcury T, Grzywacz J, Talton J, Haiying C, Quirina M, Leonardo G, Dana B, Sara A. Repeated pesticide exposure among North carolina migrant and seasonal. *American Journal Of Industrial Medicine*, 2010; 53:802–813.
16. Danilenko KV, Sergeeva OY, Verevkın EG. Menstrual cycles are influenced by sunshine. *Gynecological Endocrinology*, 2011; 27(9): 711–716.
17. Ray S, Mishra SK, Roy AG, Das BM. Menstrual characteristics: A study of the adolescents of rural and urban West Bengal, India. *Annals of Human Biology*, 2010; 37(5): 668–681.
18. Şimşek Z. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması 2011. 1. Baskı, Damla Matbaacılık Ltd. Şti, Ankara, 2012; 15-19.
19. Hurst P, Temrine P, Karl M. Agricultural workers and their contribution to sustainable agriculture and rural development. 2007;23-26.
20. Topsak F. Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırma Merkezi. Mevsimlik Tarım İşçileri Araştırma Raporu. Ankara, 2015; 1-2.
21. Hiring Seasonal Agricultural Workers, Description, <http://www.esdc.gc.ca/eng/jobs/foreignworkers/agriculture/seasonal//index.shtm> Erişim: 18.07.2015.
22. Hanehalkı İşgücü İstatistikleri, Eylül 2014. Türkiye İstatistik Kurumu İnternet Sitesi <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16014>, Erişim: 01.05.2015.
23. Yıldırak N, Gülçubuk B, Gün S, Olhan E, Kılıç M. Türkiye’de Gezici Ve Geçici Kadın Tarım İşçilerinin Çalışma Ve Yaşam Koşulları Ve Sorunları. Uluslararası Çalışma Örgütü Türkiye Temsilciliği. Ankara, 2012; 4.

24. Naidoo S, London L, Burdorf A, Naidoo R, Kromhout H. Spontaneous miscarriages and infant deaths among female farmers in rural South Africa. *Scand J Work Environ Health*, 2011; 37(3): 227–236.
25. Lambert MI. Migrant and seasonal farm worker women. *Journal of Obstetric and Neonatal Nursing*. 1995; 25-30.
26. İnakcı HI, Şimşek Z, Koruk İ, Tekin Koruk S. Coverage of tetanus vaccine after national tetanus vaccination campaign and basic determinants. *TAF Preventive Medicine Bulletin, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2009; 8(9):453-458.
27. Bülbül S, Kurt G, Ünlü E, Kırılı E. Adolesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2010; 53: 204-210.
28. Çuhadaroğlu F. Ergenlikte psikososyal gelişim. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi I. Ulusal Adolesan Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri, 2006: 40-45.
29. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı. Ankara, 2009; 2-23.
30. Özcebe H. Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. *Sted*, 2002; 11(10): 374.
31. Styne DM. Puberty, obesity and ethnicity. *TRENDS in Endocrinology and Metabolism*, 2004;15(10): 472-478.
32. Parent AS, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bourguignon JP. The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. *Endocrine Rev* 2003; 24(5): 668-693.
33. Georgopoulos N, Markou K, Theodoropoulou A, Paraskevopoulou P, Varaki L, Kazantzi Z, Leglise M, Vagenakis AG. Growth and pubertal development in elite female rhythmic gymnasts. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999; 84(12): 4525-4530.
34. Ercan O. Adolesanın psikososyal gelişimi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 2005; 43: 17-21.
35. Guyton AC, Hall JE. *Tıbbi Fizyoloji 12*. Türkçe baskı, Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, 2013; 929-939.
36. Widmaier EP, Raff H, Strang KT. *Vander İnsan Fizyolojisi*. 10. Basım çeviri, İzmir Güven Kitap Evi, İzmir, 2010;681-682.

37. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 12. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2014; 46-486.
38. Bata MS. Age at menarche, menstrüel patterns, and menstrüel characteristics in Jordanian adolescent girls. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2012; 119: 281–283.
39. Tunau KA, Adamu AN, Hassan MA, Ahmed Y, Ekele BA. Age at menarche among school girls in Sokoto. *Northern Nigeria*, 2012; 2: 11.
40. Al-Sahab B, Ardern CI, Hamadeh MJ, Tamim H. Age at menarche in Canada: results from the National Longitudinal Survey of Children & Youth. *BMC Public Health*, 2010; 10; 736.
41. Adair LS. Size at birth predicts age at menarche. *Pediatrics*, 2001; 107:59, Tam CS, Zegher F, Garnett SP, Baur LA, Cowell CT. Opposing influences of prenatal and postnatal growth on the timing of menarche. *J Clin Endocrinol Metab*, 2006; 91: 4369-4373.
42. Ong KK, Ahmed ML, Dunger DB: Lessons from large population studies on timing and tempo of puberty (secular trends and relation to body size). *The European trend. Mol Cell Endocrinol*, 2006; 254(255): 8-12.
43. Thomas F, Renaud F, Benefice E, de Meeus T, Guegan JF. International variability of ages at menarche and menopause: Patterns and main determinants. *Hum Biol*, 2001; 73: 271-290.
44. Anderson SE, Must A. Interpreting the continued decline in the average age at menarche: Results from two nationally representative surveys of U.S. girls studied 10 years apart. *J Pediatr*, 2005; 147:753-760.
45. Demirel S, Terzioglu F. Gaziantep il Sahinbey ilçesi ilköğretim okullarında öğrenim gören 5. ve 6. sınıf kız öğrencilerin menstruasyon fizyolojisine ilişkin bilgilerinin belirlenmesi. *Hemsirelikte Araştırma Gelistirme Dergisi*, 2003; (2):47-60.
46. Dündar B, Anıl H, Akyol P, Eren E, Dündar N. Isparta'daki kız çocuklarında ortalama menars yaşının ve menarsı etkileyen etmenlerin saptanması. 2008; *Türk Pediatri Arsivi*, 43(2):50-54.

47. M. Pfeifer S.NMS *Obstetrics and Gynecology*. 7. Edition, Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, Philadelphia, 2012; 212.
48. Klibanski A. Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Arch Intern Med* 2005; 165: 561-6 (Abstr.).
49. Falk JR, Halmi KA. Amenorrhea in anorexia nervosa: examination of the critical body weight hypothesis. *Biol Psychiatry* 1982; 17: 799-806 (Abstr.).
50. Hızlı D, Köşger H, Hacıvelioğlu S, Köşüş N, Köşüş A, Kamalak Z, Akçal B, Kafalı H, Turhan N. Türk adölesan kızlarda vücut kitle indeksinin akne, hirsutizm ve menstrüel düzensizlik semptomları üzerine etkisi. *Gazi Medical Journal*, 2013; 3(24) : 1-3.
51. Chang PJ, Chen PC, Hsieh CJ, Chiu LT. Risk factors on the menstrual cycle of healthy Taiwanese college nursing students. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009; 49: 689–694.
52. Nohara M, Momoeda M, Kubota T, Nakabayashi M. Menstrual Cycle and Menstrual Pain Problems and Related Risk Factors among Japanese Female Workers. *Industrial Health*, 2011; 49: 228–234.
53. Lawson CC, Whelan EA, Lividoti Hibert N, Spiegelman D, Schernhammer ES, Edwards W. Rotating shift work and menstrual cycle characteristics. *Epidemiology*, 2011; 22: 3.
54. Akar EM, Selam B. Menstrüel siklusun medikal rahatsızlıklar üzerindeki etkisi. *Türk Fertilite Dergisi*, 2005; 13 (1): 47-51.
55. Rosciszewska D, Buntner B, Guz I, Zawisza L. Ovarian hormones, anticonvulsant drugs, and seizures during the menstrual cycle in women with epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1986; 49: 47-51.
56. Chan S, Yiu K, Yuen P. Menstrual problems and health-seeking behaviour in Hong Kong Chinese girls. *Hong Kong Med J*, 2009; 15:18.
57. Friberg B, Orno A, Lindgren A. Bleeding disorders among young women: a population-based prevalence study. *Acta Obstet Gynecol*, 2006; 85: 200.
58. Lee LK, Chen P, Lee KK. Menstruation among adolescent girls in Malaysia: a cross-sectional school survey. *Singapore Med J*, 2006; 4: 869.

59. Cakir M, Mungan I, Karakas T. Menstrual pattern and common menstrual disorders among university students in Turkey. *Pediatr Int*, 2007; 49: 938.
60. Tanrıverdi A, Özbey B, Dilbaz S. Adölesanlarda anormal uterin kanama: 31 olgunun inceleme sonuçları. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 2005; 6: 59.
61. Snook M L, Nayak S, Lara-Torre E, Sanfilippo J S. Adolescent Gynecology: Special Considerations for Special Patients. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 2012; 55(3): 651-61.
62. Elford KJ, Spence JE. Pediatric and adolescent gynecological concerns and their reproductive consequences. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2002; 15(2): 65-77.
63. Erenel A, Şentürk İ. Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin dismenore yaşama durumları ve dismenore ile baş etmeye yönelik uygulamaları. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007; 48 60.
64. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: etiology and management. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2006; 19: 363–71.
65. Jamieson DJ, Steeg JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol*, 1996; 87:55–8.
66. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*, 2006; 332:749–55.
67. Patel V, Tanksale V, Sahasrabhojane M, Gupte S, Nevrekar P. The burden and determinants of dysmenorrhoea: a population-based survey of 2262 women in Goa, India. *BJOG*, 2006; 113:453–63.
68. Ortiz MI, Rangel-Flores E, Carrillo-Alarco'n LC, Veras-Godoy HA. Prevalence and impact of primary dysmenorrhea among Mexican high school students. *Int J Gynaecol Obstet*, 2009;107:240–3.
69. Polat A, Çelik H, Gurates B. Prevalence of primary dysmenorrhea in young adult female university students. *Gynecol Obstet*, 2009;279:527–32.

70. Loto OM, Adewumi TA, Adewuya AO. Prevalence and correlates of dysmenorrhea among Nigerian college women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2008;48: 442–4.
71. Wong LP, Khoo EM. Dysmenorrhea in a multiethnic population of adolescent Asian girls. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2010: 108; 139–142.
72. Kırcaç N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H. Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012; 13(1): 19-25.
73. İnce N, Adölesan dönemde premenstrual sendrom. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, 2001; 21:369-373.
74. Salamat S, Ismail KH, Brien S. Premenstrual syndrome. *Obstetrics, Gynaecology And Reproductive Medicine*, 2007;18(2): 29–32.
75. Rasheed P, Al-Sowielem LS. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome among college-aged women in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med*, 2003; 23:381–387.
76. Tanaka E, Momoeda M, Osuga Y. Burden of menstrual symptoms in Japanese women: an analysis of medical care-seeking behavior from a survey-based study. *Int J Womens Health*, 2014; 6: 11–23.
77. Silva CM, Gigante DP, Carret ML, Fassa AG. Population study of premenstrual syndrome. *Rev Saude Publica*, 2006; 40: 47–56.
78. Nogueira CW, Silva JLP. Prevalence of symptoms in premenstrual syndrome. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2000; 22: 347–351.
79. Singh BB, Berman BM, Simpson RL, Annechild A. Incidence of premenstrual syndrome and remedy usage: a national probability sample study. *Altern Ther Health Med*. 1998; 4: 75–79 (Abstr.).
80. Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A. Epidemiology of premenstrual syndrome (PMS) – a systematic review and meta-analysis study. *J Clin Diagn Res*, 2014; 8: 106–109.

81. Endrikat J, Sandri M, Gerlinger C, Rubig A, Schmidt W, Fortier M. A Canadian multicentre prospective study on the effects of an oral contraceptive containing 3 mg drospirenone and 30 µg ethinyl oestradiol on somatic and psychological symptoms related to water retention and on body weight. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2007; 12: 220–228.
82. Vishnupriya R, Rajarajeswaram P. Effects of aerobic exercise at different intensities in premenstrual syndrome. *J Obstet Gynaecol India*, 2011; 61: 675–682.
83. Arab M, Mirkhesht A, Noghabaei G, Ashori A, Ghasemi T, Hosseini-Zijoud S. The Effect of premenstrual syndrome and menstrual phase on postoperative pain. *Anesth Pain Med.*, 2015; 5(2): 19333.
84. Tarım İstatistikleri Sorularla Resmi İstatistikler Dizisi – 5. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2008; 1.
85. International Labor Office. Global Employment Trends 2011, International Labor Organization, 2011, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_150440.pdf; (Erişim Tarihi: 17.06.2015).
86. Donham KJ, Thelin A. Agricultural Medicine Occupational and Environmental Health for the Health Professionals. Blackwell Publishing All right reserved, 2006.
87. Öz C, Bulut E. Mevsimlik tarım işçilerinin Türk hukuk sistemi içerisindeki yeri. *ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi*, 2013; 1(1): 94-111.
88. Berkman LF, Kawachi I. Social Epidemiology. Oxford University Pres, 2000.
89. Harran Üniversitesi Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulama ve Araştırma Merkezi. GAP Tarımda Çalışanların Sağlığı Araştırması 2013. Sembol Ofset Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti, Şanlıurfa, 2013; 13.
90. Özbekmezci Ş, Sahil S. Mevsimlik tarım işçilerinin sosyal, ekonomik ve barınma sorunlarının analizi. *Gazi Üniv. Müh. Mim. Fak. Dergisi*, 2004; 19 (3): 261-274.
91. International Labour Office. ILO Safety and Health In Agriculture. Geneva, 2010; 2.
92. Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması 2012. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2014; 95.

93. Fuortes L, Clark MK, Kirchner HL. Association between female infertility and agricultural work history. *Am J Ind Med*, 1997; 31: 445-451.
94. Borjan M, Constantino P, Robson MG. New Jersey migrant and seasonal farm workers: enumeration and access to healthcare study. *New Solut*, 2008; 18(1): 77–86.
95. Mobed K, Gold EB, Schenker MB. Occupational health problems among migrant and seasonal farm workers. *The Western Journal Of Medicine*, 1992; 157(3): 367-73.
96. Arcury TA, Quandt SA. Delivery of health services to migrant and seasonal farmworkers. *Annu Rev Public Health*, 2007; 28: 345–363.
97. Şimşek Z, Koruk İ, Yentür Doni N. An operational study on implementation of mobile primary healthcare services for seasonal migratory farmworkers. *Matern Child Health*, 2012; 16: 1906–1912.
98. Naidoo S, London L, Burdorf A, Naidoo R, Kromhout H. Spontaneous miscarriages and infant deaths among female farmers in rural South Africa. *Scand J Work Environ Health*, 2011; 37(3): 227-236.
99. Chase HP, Barnett SE, Welch NN. Pesticides and U.S. farm labor families. *Rocky Mt Med J*, 1973; 70: 27–31.
100. Windham GC, Mitchell P, Petreas M. Exposure to DDT and DDE in relation to menstrual cycle length Laotian immigrants. *Epidemiology*, 2002; 13: 198 (Abstr.).
101. Danilenko KV, Samoilova EA. Stimulatory effect of morning bright light on reproductive hormones and ovulation: results of a controlled crossover trial. *PLoS Clinical Trials*, 2007; 7: 1-8.
102. Sundararaj N, Chern M, Gatewood L, Hickman L, McHugh R. Seasonal behavior of human menstrual cycles: a biometric investigation. *Hum Biol*, 1978; 50: 15–31.
103. Kauppila A, Kivela A, Pakarinen A, Vakkuri O. Inverse seasonal relationship between melatonin and ovarian activity in humans in a region with a strong seasonal contrast in luminosity. *J Clin Endocrinol Metab*, 1987; 65: 823–828.
104. Treloar AE, Boynton RE, Behn B, Brown BW. 1967. Variation of the human menstrual cycle through reproductive life. *Int J Fertil*, 1967; 12: 77–126.

105. Kadiođlu M, Kızılkaya Beji N. Polikistik over sendromu ve hemşirelik yaklaşımı. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2013; 3(21): 187-197.
106. Aktaş D, Şahin E, Gönenç DM. Kadın sağlığını etkileyen, sık görülen bazı jinekolojik problemler ve hemşirelik yaklaşımları. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 1(2): 38-53.
107. Gölbaşu Z, Dođaner G, Erbaş N. 6-8. Sınıf adolesan kızlara akran eğitimi yöntemiyle uygulanan menstruasyon sağlığı eğitiminin bilgi ve davranışlar üzerindeki etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012; 11(2): 191-198.
108. Arıkan D, Tortuluođlu G, Özyacıoğlu N. Öğrencilere verilen planlı eğitimin menstruasyon hijyen davranışlarına etkisi. Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi, 2004; 1303-5134.
109. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı. Hemşirelik Kişisel Hijyen ve Vücut Mekanikleri. Ankara, 2012; 16.
110. Simsek Z, Ersin F, Kirmizitoprak E. Development of the seasonal migrant agricultural worker stress scale in sanliurfa, southeast Turkey. J Agromedicine, 2014; 19(2): 240.
111. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Elma Teknik Basım Matbaacılık, Ankara, 2014; 25-171.
112. Lee PA. Puberty and Its Disorders. Pediatric Endocrinology, 4th edition. New York: Marcel Dekker, 2003: 211-238.
113. Kalkınma Atölyesi. Mevsimlik Tarım İşçiliği ve Çocuklar - Sorun Analizi ve Politika Önerileri. Kalkınma Atölyesi Yayınları, Ankara, 2013;17.
114. Özcebe H, Ünalın T, Türkyılmaz S, Coşkun Y. 2007 Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması. Ankara, 2012; 48-49.
115. Saka G, Ertem M, Çifçi S, Değer V, Keskin C. Mardin Kent Merkezinde 15 Yaş Üstü Kadınlarda Sigara İçme. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2008; 7(2): 141-146.
116. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2014; 473.

117. S. K. Gumanga, R. A. Kwame-Aryee. Menstrüel characteristics in some adolescent girls in accra, Ghana. *Ghana Medical Journal*, 2012; 46 (1): 3-7.
118. Adanu RM, Hill AG, Seffah JD, Darko R, Anarfi JK, Duda RB. Secular trends in menarcheal age among Ghanaian women in Accra. *J Obstet Gynaecol*, 2006; 26 (6): 550-4.
119. Özdemir F, Pasinoğlu T. Adet düzensizliği şikayeti olan bekar adölesanların anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007; 10: 1.
120. Şimşek Z, Kara B, Yaşar G, Yıldırımkaaya G. Mevsimlik tarım işçisi gençlerin adölesan dönemde büyüme-gelişmeye yönelik endişeleri ve sağlık hizmeti kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2015; 14 (3): 189-197.
121. Widholm OM. Menstrüel patterns of adolescent girls according to chronological and gynecologic ages. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1971; 14: 19.
122. Teperi J, Rimpela M. Menstrual pain, health and behaviour in girls. *Soc Sci Med* 1989; 29: 163–169 (Abstr.).
123. Kızılkaya N, Coşkun A. İstanbul ili cinsel olgunluk dönemi kadınların perimenstrual şikayetlerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Bülteni*, 1995; 9 (35): 35-44.
124. Körükcü Ö, Kukulu K. Obezitenin üreme sistemi üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2011; 10 (2): 231-238.
125. Liu Y, Gold EB, Lasley BL, Wesley OJ. Factors affecting menstrüel cycle characteristics. *American Journal of Epidemiology*, 2004; 160: 131–140.
126. Su SB, Lu CW, Kao YY, Guo HR. Effects of 12-hour rotating shifts on menstrüel cycles of photoelectronic workers in Taiwan. *Chronobiol Int*, 2008; 25: 237–248.
127. Small CM, Manatunga AK, Klein M, Dominguez CE, Feigelson HS, Chesney R, Marcus M. Menstrüel cycle variability and the likelihood of achieving pregnancy. *Rev. Environ. Health*, 2011; 25: 369–378.
128. Wang X, Chen C, Wang L. Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study. *Fertil Steril*, 2003; 79: 577–84.

EKLER:

Ek I. MTİ Genç Menstrüel Siklus Bilgi Formu

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	
1.Kaç yaşını bitirdin?
2.Kilosu
3.Boy
4.Öğrenim durumun nedir?	1.Okur yazar değil 2.Okur yazar 3.İlköğretim 1. kademe mezunu 4.İlköğretim 2. kademe mezunu 5.Lise ve üzeri 96.Diğer
5.Annenin öğrenim durumu nedir?	1.Okur yazar değil 2.Okur yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise ve üzeri
6.Babanın öğrenim durumu nedir?	1.Okur yazar değil 2.Okur yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise ve üzeri
7.Sağlık/sosyal güvencen var mı?	0.Yok 1.Var
8.Evde en çok kullanılan dil hangisi? <i>Birden fazla sık işaretleyebilirsiniz</i>	1.Türkçe 2.Kürtçe 3.Arapça 96.Diğer.....
9.Sana göre ailenin ekonomik durumu nasıl?	1.Kötü 2.Orta 3.İyi 4.Çok iyi
10.Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsun?	1.Çok Kötü 2.Kötü 3.Orta 5.Çok iyi 4.İyi 6.Bilmiyor, belirtemiyor
11.Sağlığına özen gösterir misin?	1.Hiç özen göstermiyorum 2.Çok az 3.Biraz 4.Çok 5. Aşırı özen gösteriyorum 96.Diğer.....

12.Sigara/tütün kullanıyor musun?	1.EvetNe kadar süredir 2.Hayır	
13. Kaç yıldır tarlada çalışıyorsun?	0. Doğduğumdan bu yanayıl	
14.Ortalama yılda kaç ay tarlalarda çalışırsın?	
15.Tarlada genellikle günlük ortalama kaç saat çalışırsın?	
16.Tarlaya çalışmaya gittiğinde genellikle nerde kalırsın?	1.Tarladan uzakta çadırda 2.Tarlada çadırda 3.Köyde 96.Diğer.....	
MENSTRÜEL SIKLUS ÖZELLİKLERİ		
17.İlk adetini kaç yaşında oldun? 98.Bilmiyor	
18.Adet görmeye başlamadan önce adet görmeyle ilgili başkasıyla görüştün mü?	1.Evet.....Kim 2.Hayır	
19.İlk adet olduğunda neler hissettin? <i>Birden fazla sık işaretleyebilirsiniz</i>	1.Hiçbir şey 2.Memnuniyet 3.Gurur 4.Rahatlama 5.Heyecan 6.İğrenme 7.Belirsizlik 8.Utanma 9.Korku 10. Telaş 96.Diğer.....	
20.Genellikle adetlerinin düzeni nasıldır?	Evde	Tarlada
	1.Düzenli 2.Düzensiz	1.Düzenli 2.Düzensiz
21.Adetlerin genelde kaç gün sürer?güngün
22.Kanama miktarın genelde nasıldır?	1.Az 2.Normal 3. Çok	1.Az 2.Normal 3. Çok
23.Adet döneminde ağrın olur mu?	Evde	Tarlada
	1.Evet 2.Hayır	1.Evet 2.Hayır
24.Adet döneminde en çok yaşadığın rahatsızlık nedir? <i>Birden fazla sık işaretleyebilirsiniz</i>	1.Sorun yaşamam 2.Memelerde şişlik/hassasiyet 3.Karın/bel ağrısı 4.Mide bulantısı 5.Gerginlik/sinirlilik 96.Diğer.....	1.Soru yaşamam 2.Memelerde şişlik/hassasiyet 3.Karın/bel ağrısı 4.Mide bulantısı 5.Gerginlik/sinirlilik

		96.Diğer.....
MENSTRÜEL SIKLUSU ETKİLEYEN FAKTÖRLER		
25.Doktor tarafından tanımlanmış/adı konmuş herhangi bir hastalığın var mı	1.EvetNedir 2.Hayır	
26.Sürekli kullandığın bir ilaç var mı?	1.Evet Nedir 2.Hayır	
27.Bugüne kadar senin günlük yaşantını değiştirecek kadar üzen bir olay yaşadın mı?	1.EvetNezamanNedir 2.Hayır	
28.Adet döneminde ağrı gibi nedenlerle herhangi bir ilaç kullanır mısın?	1.EvetNedir 2. Hayır	
	Evde	Tarlada
29.Genellikle en çok tükettiğin besinler nelerdir? <i>Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz</i>	1.Süt ve ürünleri 2.Tahıllar (Bulgur vb) 3.Sebze ve meyve 4.Et ve ürünleri 5.Ekmek ve çay 96.Diğer.....	1.Süt ve ürünleri 2.Tahıllar (Bulgur vb) 3.Sebze ve meyve 4.Et ve ürünleri 5.Ekmek ve çay 96.Diğer.....
30.Çay/kahve tüketme alışkanlığınız var mı?	1.Evet 2.Hayır Çay.....günde Kahve.....günde	1.Evet 2.Hayır Çay.....günde Kahve.....günde
	Evde	Tarlada
31.Asitli içecekler(kola/fanta gibi) tüketme alışkanlığın var mı?	1.Evet 2.Hayırgünde	1.Evet 2.Hayırgünde
32. En çok tükettiğin 3 besini söyler misin?	1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....
33.Tarlada genellikle dinlendiğiniz yer gölgelik midir?	1.Evet 2. Hayır	
34.Hiç tarlada böcekleri ya da yabancı otları öldürmek için ilaçlama yaptın mı? Ya da ilaçlama yapılırken tarlada bulundun mu?	1.Evet Kaç yıldır..... 2.Hayır 98.Bilmiyorum	

Ek II. Mevsimlik Göçebe Tarım İşçisi Stres Ölçeği

No	Durumlar	Hiç yaşamadım	Stresli değil	Biraz stresli	Orta derecede stresli	Çok stresli
Çalışma Ortamı Fiziksel Faktörleri						
1	Sürekli göç etme/yer değiştirme	0	1	2	3	4
2	Sağlıklı ve güvenli ev/barınma yeri olmaması	0	1	2	3	4
3	Temiz içme- kullanma suyu olmaması	0	1	2	3	4
4	Banyo yapacak yerin olmaması	0	1	2	3	4
5	Tuvaletin olmaması	0	1	2	3	4
6	Elektrik olmaması	0	1	2	3	4
7	Güvenli yolculuk yapamama	0	1	2	3	4
8	Soğuk havalarda çalışma	0	1	2	3	4
9	Sıcak havada çalışma	0	1	2	3	4
10	Sıcak havada çalışırken içecek soğuk su bulamama	0	1	2	3	4
11	Yiyecekleri saklayacak yer olmaması (Buzdolabı , soğuk alanlar vb)	0	1	2	3	4
12	Gıda maddesi olmaması	0	1	2	3	4
13	Şehre uzak yerlerde çalışma	0	1	2	3	4
14	Çok sigara içilmesi	0	1	2	3	4
15	Çok gürültü olması	0	1	2	3	4
16	İlaçlama yapılması	0	1	2	3	4
17	Çocuklar için güvenli alanların olmaması	0	1	2	3	4
Çalışma Ortamı Psiko-Sosyal ve Ekonomik Faktörler						
18	Sigortalı olmama	0	1	2	3	4
19	Çalışacak tarla bulamama	0	1	2	3	4
20	Ücretlerin düşük olması	0	1	2	3	4
21	Ücretlerin vaktinde ödenmemesi	0	1	2	3	4
22	Ailenin arayıp, sormaması	0	1	2	3	4
23	Tatil günlerinin olmaması	0	1	2	3	4
24	Uzun çalışma saatleri	0	1	2	3	4
25	Tarla işlerinin yanı sıra ev işlerinin olması	0	1	2	3	4
26	Tarlada işleri yapan kişi sayısının az olması	0	1	2	3	4
27	Arkadaş ve komşularla görüşememe	0	1	2	3	4

	Çalışma Ortamı Psiko-Sosyal ve Ekonomik Faktörler devamı	Hiç yaşamadım	Stresli değil	Biraz stresli	Orta derecede stresli	Çok stresli
28	Güvenebileceğim insanların olmaması	0	1	2	3	4
29	Tarım işçisi olduğu için kendini değersiz hissetme	0	1	2	3	4
30	Dertleşecek/sorunlarımı paylaşacak kimsenin olmaması	0	1	2	3	4
31	Televizyon olmaması	0	1	2	3	4
32	Alışverişe gidememe (.44)	0	1	2	3	4
33	Dil sorunları	0	1	2	3	4
34	Ayrımcılıkla karşılaşma	0	1	2	3	4
35	Tarlada çalışırken eşimden/ailemden dayak yeme	0	1	2	3	4
36	Tarlada çalışırken yarıcı/elçiden hakaret görme	0	1	2	3	4
	Çalışma Ortamında Sağlık Sorunları					
37	Tarlada hasta olma	0	1	2	3	4
38	Böcek/akrep/yılan sokması	0	1	2	3	4
39	Kaza ve yaralanmalar	0	1	2	3	4
40	Doktora, hemşireye gidememe	0	1	2	3	4
41	Aşırı fiziksel harekete bağlı ağrılar	0	1	2	3	4
42	Yeterli ve dengeli beslenememe	0	1	2	3	4
43	Ailede kronik hasta olması	0	1	2	3	4
	Okul Sorunları					
44	Çocukların okula gönderilmemesi	0	1	2	3	4
45	Çocukların okulda başarısız olması	0	1	2	3	4
46	Okuldan erken ayrılma	0	1	2	3	4
47	Açık ilköğretim-lise ücretlerinin ödenememesi	0	1	2	3	4
48	Açık ilköğretim-lise derslerine yönelik okullarda ders verilmemesi	0	1	2	3	4

Ek III. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 08.10.2013
OTURUM	: 09
SAAT	: 13:30

13/09/15	<p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Fatma GÖZÜKARA'nın sorumlu araştırmacı olduğu "Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerde Menstrual Siklus Özellikleri ve İlişkili Faktörler" başlıklı çalışmaya Etik Kurul Onayı verilmesine,</p> <p>Oybirliğiyle karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLI GİBİDİR Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU Etik Kurul Başkan Vekili</p>
-----------------	--

Ek IV. Sözlü Olur Formu

SÖZLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerde Menstrüel Siklus Özellikleri Ve İlişkili Faktörler

GÖRÜŞÜLEN KİŞİNİN ADI: _____

15–24 yaş arasındaki genç kadınların katıldığı bu çalışma bir tez çalışması olup, araştırmanın adı ‘Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerde Menstrüel Siklus Özellikleri Ve İlişkili Faktörler’dir.

Bu çalışmanın içerik ve amacı: Menstrüel siklus özellikleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir. Araştırmada katılımcılara Mevsimlik Tarım İşçisi Göçebe stres ölçeği, kişi soru kağıdı ve menstrüel siklus özelliklerini içeren soru kağıdı uygulanacaktır. Görüşmeler yaklaşık 20 dakika sürecektir. Bu çalışmada görüşülen kişi için ek riskler ve rahatsızlıklar söz konusu değildir. Kan örneği alınmayacaktır. Bu çalışmanın sonuçları tarımda çalışanların sağlığını koruma amaçlı programların geliştirilmesinde kullanılacaktır.

Çalışmaya katılım benim ve örneğe çıkan genç kadınların isteğine bağlıdır. Kişi araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmayı reddedebilir ve hiçbir ceza almadan araştırmadan ayrılabilir. Elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu çalışma Fakülte Etik Kurulu tarafından incelenerek Helsinki Deklarasyonunda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Bu olur formundaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Bana aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularına tatminkar cevaplar aldım. Çalışmanın yürütülmesinden sorumlu araştırmacılar veya destekleyen çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir. Bu çalışmanın kapsamındaki görüşmeler karşılığı benden hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmadan çıkarılan sonuçların tarımda çalışanların sağlığı ve güvenliği için kullanılabilir. Görüşmeler sırasında sorun olduğunda, araştırma sorumlusu Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA ve Gözde ERÇETİN tarafından gerekli girişimlerde bulunulacaktır (doğru bilgi verme). Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, bu çalışmadan istediğim an çıkabileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimin ve bu durumun şimdi ya da gelecekte ihtiyacım olan hizmetleri almamı etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında sorun çıktığında veya kafamda sorular belirdiğinde aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:

Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA: 0542 724 02 12

Gözde ERÇETİN: 0507 128 60 63

Bu çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra vazgeçtiğim takdirde hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Ek V. Özgeçmiş

1989 yılında Tokat'ta doğdu. İlköğretim ve ortaöğretimini Tokat'ta tamamladı. 2007 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümünü kazanarak 2011 yılında lisans eğitimini tamamladı. Eylül 2013'te Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı'nda halen devam ettiği yüksek lisans yapma hakkını kazandı.

