

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

**FAZLA KİLOLU VE OBEZ KADINLARDA PLANLI
DAVRANIŞ TEORİSİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİM VE
DANIŞMANLIK MÜDAHALESİNİN SAĞLIK
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Seda GÖGER

Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Ayşe ÇEVİRME

MAYIS 2022

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16/12/2020 tarihli ve E-16214662-050.01.04-273 sayılı onay alarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

27/05/2022

Seda GÖGER

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında kendisinden çok şey öğrendiğim, bilgi, destek ve katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren saygıdeğer danışman hocam Sayın Prof. Dr. Ayşe ÇEVİRME'ye, Tez süresince yol gösterici ve destekleyici davranışları ile beni destekleyen tez izleme jürisi hocalarım Doç. Dr. Havva SERT'e ve Dr. Öğr. Üyesi Elif KÖSE'ye, Uzman görüşlerinde değerlendirme ve öneri ile çalışmamıza katkı sağlayan değerli hocalarıma, çalışmaya katılan değerli katılımcılara, her zaman desteğini ve sonsuz sevgisini hissettiğim, bana güç veren kıymetli anne ve babama, çalışmam boyunca geçirdiğim süreçte benden bir an olsun desteğini esirgemeyen değerli eşim Hakan GÖGER'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	vi
TABLolar	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
SUMMARY	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	2
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. OBEZİTE	7
2.1.1. Fazla Kilo ve Obezite Tanımı.....	7
2.1.2. Dünya’da ve Türkiye’de Obezite Prevelansı	7
2.1.3. Obeziteye Neden Olan Faktörler	10
2.1.4. Obeziteyi Saptama Yöntemleri.....	16
2.1.5. Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları.....	18
2.1.6. Obezite Tedavisi	20
2.1.7. Obezite Yönetiminde ve Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol Ve Sorumlulukları	23
2.2. PLANLI DAVRANIŞ TEORİSİ.....	24
2.2.1. Planlı Davranış Teorisinin Kapsamı	24
2.2.2. Planlı Davranış Teorisinin Yapısı.....	26
2.2.3. Hemşirelikte Model Kullanımı ve Sağlık Davranışı Kazandırmada Planlı Davranış Teorisi.....	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	33
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	33
3.3. ARAŞTIRMANIN GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİ YER.....	34
3.4. ARAŞTIRMA ZAMANI	34
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	34

3.5.1. Çalışma Grubu ve Power Analizi	36
3.5.2. Araştırmada Çalışma Gruplarının Oluşturulması	36
3.5.3. Randomizasyon ve Körleme	37
3.5.4. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Yönünden Karşılaştırılması	37
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	40
3.6.1. Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu (Ek-1).....	40
3.6.2. Antropometrik Ölçüm Formu (Ek-2).....	40
3.6.3. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) Kısa Form (Ek-3).....	40
3.6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) II (Ek-4)	41
3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	42
3.8. HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ.....	44
3.8.1. Obezite Eğitim Kitapçığının Hazırlanması.....	44
3.8.2. Obeziteye Yönelik Broşür Hazırlanması	45
3.8.3. Müdahale ve Kontrol Grubuna Yönelik Uygulamalar	46
3.8.4. İzlem	50
3.9. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	50
3.10. VERİLERİN ANALİZİ.....	51
3.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	52
3.12. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	53
4. BULGULAR	54
4.1. KONTROL VE MÜDAHALE GRUBUNUN ÖN VE SON TEST ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR (H1 Ve H4 Hipotezlerine Yönelik Elde Edilen Bulgular)	55
4.2. KONTROL VE MÜDAHALE GRUBUNUN FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMLARI İLE IPAQ KISA FORM ALT BOYUT VE TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ ÖN VE SON TEST ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR (H2 Ve H5 Hipotezlerine Yönelik Bulgular).....	57
4.3. KONTROL VE MÜDAHALE GRUBUNUN SYBDÖ II ALT BOYUTLAR VE TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ ÖN VE SON TEST ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR (H3 Ve H6 Hipotezlerine Yönelik Bulgular).....	60
4.4. SYBDÖ II TOPLAM PUANINA ETKİ EDEN BELİRLEYİCİLERE YÖNELİK BULGULAR (H7 ₀ Hipotezine Yönelik Bulgular).....	65

5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	78
KAYNAKLAR	81
EKLER.....	99
ÖZGEÇMİŞ.....	117



KISALTMA VE SİMGELER

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CI	: Confidence Interval
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GBD	: Küresel Hastalık Yüğü Obezite İşbirliği Grubu
IPAQ	: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi
ITT	: Intention to Treat
M	: metre
Kg	: Kilogram
MET	: Metabolik Eş Değer
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
PDT	: Planlı Davranış Teorisi
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization

TABLÖLAR

Tablo 1. Yetişkinlerde BKİ'ye Göre Antropometrik Değerlendirme Kategorileri ...	17
Tablo 2. Kontrol ve Müdahale Gruplarının Tanıtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (n=78)	39
Tablo 3. Ölçüm Araçları Müdahale ve Kontrol Grupları Uygulama Takvimi.....	43
Tablo 4. Müdahale Grubuna Verilen Eğitim Programının Kapsamı ve Eğitim Yöntem/Materyalleri	48
Tablo 5. Kontrol Grubuna Verilen Eğitim Programının Kapsamı ve Eğitim Yöntem/Materyalleri	50
Tablo 6. Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Analizler	52
Tablo 7. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Kadınların Antropometrik Ölçüm Ortalamalarının Ön Test- Son Test Ölçümlerine Göre Dağılımı (n=78)	57
Tablo 8. Kontrol ve Müdahale Grubunun Öntest-Sontest Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Kategorisel Olarak Sınıflandırılması (n=78).....	58
Tablo 9. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Kadınların Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu Puan Ortalamalarının Öntest ve Sontest Ölçümlerine Göre Dağılımı (n=78).....	60
Tablo 10. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Öntest ve Sontest Ölçümlerine Göre Dağılımı (n=78).....	64
Tablo 11. SYBDÖ II Toplam Puanını Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi (n=78)	65

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Dünya Geneline Obezite Prevelansı	8
Şekil 2. Türkiye’de Yıllar İçinde Fazla Kilolu ve Obez Bireylerin Oranındaki Değişimler (%) (TÜİK 2020).....	9
Şekil 3. Ajzen’in Planlı Davranış Teorisi (Ajzen 2019).....	26
Şekil 4. Çalışma Akış Şeması	44
Şekil 5. Çalışmanın Planlı Davranış Teorisine Göre Yapılandırılması	47
Şekil 6. Fazla kilolu ve obez kadınlarda planlı davranış teorisine göre verilen eğitim ve danışmanlık müdahalesinin sağlık davranışlarına etkisine yönelik çalışmanın müdahale ve kontrol grubu consort (2010) akış şeması.....	54

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Obezite gibi kronik bir hastalığın yönetiminde davranış değişikliği oluşturmak için teori temelli müdahalelerin uygulanması önemli bir adım olacaktır. Bu çalışma fazla kilolu ve obez kadınlara planlı davranış teorisine göre verilen eğitim ve danışmanlık müdahalesinin sağlık davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma Sakarya ilinde üç ayrı aile sağlığı merkezinde 5 Nisan 2021-17 Ocak 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Randomize ön test – son test kontrollü deneysel tasarımda olan çalışmanın, çalışma grubunu 18-49 yaş aralığında 39 müdahale ve 39 kontrol grubu olmak üzere toplam 78 fazla kilolu ve obez kadın oluşturmuştur. Müdahale grubundaki kadınlara planlı davranış teorisine göre yapılandırılmış altı oturumdan oluşan eğitim programı ve altı aylık danışmanlık hizmeti uygulanırken, kontrol grubundaki kadınlara standart obezite eğitimi verilmiş ve altı ay beklemeye alınmıştır. Verilerin toplanmasında, Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu, Antropometrik Ölçüm Formu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılmıştır.

BULGULAR: Müdahale grubunun son test antropometrik ölçüm değerlerinde ön teste göre azalma olurken, IPAQ Kısa Formu yürüme, şiddetli, orta şiddetli ve toplam fiziksel aktivite puan ortalamalarında artış olduğu ve ölçümler arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Müdahale grubunun son test SYBDÖ II sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve toplam puanları kontrol grubuna göre daha yüksek ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

SONUÇ: Fazla kilolu ve obez kadınlara planlı davranış teorisi temelli uygulanan eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin olumlu sağlık davranışı kazanmalarında etkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Kadınlar, Planlı Davranış Teorisi, Eğitim, Danışmanlık

SUMMARY

The Effect of Educational and Counseling Intervention Given According to Planned Behavior Theory on Health Behaviors in Overweight And Obese Women

INTRODUCTION AND PURPOSE: The application of theory-based interventions to create behavioral change in the management of a chronic disease such as obesity will be an important step. This study was conducted to determine the effect of the education and counseling intervention given to overweight and obese women according to the theory of planned behavior on their health behaviors.

MATERIALS AND METHODS: The research was carried out in three separate family health centers in Sakarya between 5 April 2021 and 17 January 2022. The study, which was in a randomized pre-test-post-test controlled experimental design, consisted of 78 overweight and obese women in total, 39 of whom were in the intervention group and 39 in the control group, between the ages of 18-49. While the women in the intervention group were given a six-month training program and six-month counseling service structured according to the theory of planned behavior, the women in the control group were given standard obesity training and were put on hold for six months. Women's Descriptive Characteristics Form, Anthropometric Measurement Form, International Physical Activity Questionnaire Short Form and Healthy Lifestyle Behaviors Scale II were used to collect data.

FINDINGS: While there was a decrease in the post-test anthropometric measurement values of the intervention group compared to the pre-test, there was an increase in the average of walking, vigorous, moderate and total physical activity scores of the IPAQ Short Form, and the difference between the measurements was found to be significant. The post-test SBYDO II health responsibility, physical activity, nutrition, stress management and total scores of the intervention group were higher than those of the control group, and the difference was significant. ($p < 0,05$).

RESULT: It has been determined that the education and counseling services applied to overweight and obese women based on the theory of planned behavior are effective in gaining positive health behaviors.

Key words: Obesity, Women, Planned Behavior Theory, Education, Counseling

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite vücutta sağlığı bozacak şekilde anormal ve aşırı miktarda yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır [Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2021]]. Diğer bir tanıma göre; boya göre sağlıklı kabul edilenden daha fazla kiloya sahip olunması olarak ifade edilmektedir [Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2021]. 21. yüzyılda hem gelişmiş ve hem de gelişmekte olan ülkelerde en önemli sağlık sorununun obezite olduğu, genetik ve çevresel faktörlere bağlı olarak obezite görülme sıklığının giderek arttığı bildirilmiştir (Rohde et al. 2019).

DSÖ verilerine göre; 2016 yılında dünya genelinde 18 yaş ve üstü 1.9 milyar yetişkin fazla kilolu iken 650 milyondan fazla yetişkin ise obezdir. Dünyada yetişkinlerdeki obezite oranı %13 olduğu gibi, bu oran erkeklerde %11, kadınlarda ise %15'tir (DSÖ 2021). Dünya Bankası'nın hazırlamış olduğu obezite raporuna göre ise dünya nüfusunun neredeyse yarısının obez olduğu bildirilmektedir (World Bank Group 2020). Ülkemizde ise yaşam tarzının hızla değişmesiyle birlikte obezite sıklığı giderek artış gösteren bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. DSÖ, Türkiye'nin % 29,5 prevalans ile Avrupa'da obezitenin en çok görüldüğü ülke olduğunu rapor etmiştir (DSÖ 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin yaptığı araştırmaya göre 15 yaş ve üzeri bireylerde 2016 yılında obezite görülme sıklığı %19,6 iken, 2019 yılında bu oran %21,1'e yükselmiştir. Cinsiyete göre ise obezite görülme oranının kadınlarda (%24,8) erkeklere (%17,3) göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (TÜİK 2020).

Obezite gelişiminde rol alan faktörler karmaşık olmakla birlikte genetik, fizyolojik, biyokimyasal, nörolojik, çevresel, sosyokültürel ve psikolojik birçok etmenin obeziteye neden olduğu düşünülmektedir. Bunların içinde yer alan cinsiyet faktörü kadınların bazı konularda dezavantajlı olması sebebiyle ayrı bir önem taşımaktadır. Kadınların yaşam döngülerinde deneyimlemiş oldukları gebelik, emzirme, oral kontraseptif kullanımı ve menapoz gibi olaylar obeziteye yatkınlığı arttırdığı gibi obeziteyle ilişkili diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, metabolik sendrom, osteoartrit gibi birçok sağlık sorununu da beraberinde getirmektedir (Can ve Şahin

2018; Ekinci 2018). Bütün bunların yanı sıra birçok kadının içinde bulunduğu toplumun sosyal ve kültürel nitelikleri onların en iyi sağlık seviyesine ulaşmasını engelleyebilmektedir. Bu yüzden kadınlar, obezite ile mücadelede olumlu sağlık davranışları kazandırabilmek adına üzerinde çalışılması gereken öncelikli grubu oluşturmaktadır (Ekinci 2018).

Obezite tanısı kolay konulabilen bir sağlık sorunu olsa da tedavisi zor olan bir hastalıktır. Obezite tedavisinde kullanılan farklı yöntemler vardır. Bunlar; sağlıklı ve dengeli beslenme, egzersiz, davranış değişikliği terapisi, ilaç ve cerrahi tedavidir. Ancak obezite ile mücadelede en etkin ve güvenilir tedavi yaklaşımı yaşam tarzı ve davranışsal değişikliklerin hayata geçirilmesi olacaktır. Obeziteye sebep olan faktörler arasında yer alan fiziksel aktivite yetersizliği, sedanter yaşam tarzı ve yanlış beslenme gibi bazı olumsuz sağlık davranışlarının, olumlu sağlık davranışlarına dönüştürülmesi ile obeziteye müdahale edilebilmekte ve insanların yaşam kalitesi artırılabilir (Önal ve Dönder 2018).

Obezite yönetiminde davranış değişikliği oluşturmak ilk ve en önemli adım olacaktır (Özdamar Ünal 2018). İnsan davranışlarını anlamak için ise çeşitli kuramsal yaklaşımlardan yararlanmak gerekmektedir. Bireylerin deneyimledikleri sağlık sorunlarının ne olduğu, neden olduğu, bu sorunlara zemin hazırlayan, sorunları devam ettiren veya koruyucu faktörlerin neler olduğunu açıklama ve tanımlamada kuramsal çerçeveler bir çözüm haritası oluşturmaktadırlar. Bu kuramsal çerçeve içerisinde teoriler sağlık davranışı anlayışımıza yol gösteren birer rehber olmaktadır (Pazarcıkcı ve Uçak 2021).

Hemşirelik hem bilim hem de sanattan ilham alan kuramsal ve uygulamalı bir meslektir. Hemşirelik mesleğinin gücünü arttırabilmek için kendi alanına özgü bilgi birikiminin kullanılması gerekmektedir. Buradan yola çıkarak hemşirelik araştırmalarında teorilerden yararlanmak mesleki eğitim ve bakım uygulamalarına bütüncül bir yaklaşımla yön verdiği gibi mesleki özerkliğin gelişimine de katkı sağlamaktadır. Teoriler, hemşirelik bakımının profesyonel olarak verilebilmesine yardımcı olur ve bakımın kalitesini artırır (Baykara, Çalışkan, Öztürk ve Karadağ

2019). Ayrıca teoriler, insan davranışlarını etkileyebilecek faktörleri bir bütün olarak görme, bakım verilen bireylerin sağlığını değerlendirme ve bakım sırasında elde edilen verileri açıklama fırsatı oluşturur. Hemşirelerin tıbbi uygulamalar yerine hemşirelik uygulamalarını dikkate almasına yardımcı olur. Araştırmalara kaynak oluşturma, hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi sağlama, araştırma probleminin kavramsallaştırılması ve araştırılabilir sorular ortaya çıkarma, eğitim, araştırma ve uygulamaya yönelik kullanıma uygun olan bir yapı oluşturmak teorilerin hemşirelik disiplinine sağladığı diğer katkılar arasındadır (Yaralı ve Hacıoğlu 2020).

Obezite yönetiminde davranış değişikliği oluşturmak için teori temelli müdahalelerin uygulanması gerekmektedir. Bu yüzden bireylerde alışlagelmiş olumsuz sağlık davranışlarının yerini olumlu sağlık davranışlarının alabilmesi için verilen sağlık eğitimlerinin bilimsel bir teoriye dayandırılması doğru bir yaklaşım olacaktır. Ancak bazı teorilerin davranış değişikliği sürecini açıklamakta yetersiz kaldığı bildirilmektedir (Teixeira ve Marques 2017). Gurlan ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir meta analiz çalışmasında da fiziksel aktiviteye yönelik uygulanmış olan 82 teori temelli müdahalenin davranış değişikliği oluşturmada etkisinin küçük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gurlan ve ark. 2015). Bu doğrultuda insanlarda davranış değişikliği bakım sürecini açıklayabilen sınırlı sayıda teorinin olması ve bu teorilerin çalışmalarda kullanılmaması girişimlerin davranış üzerinde etkisinin görünürlüğünü azalttığı düşünülmektedir. Ayrıca davranış değişikliği oluşturmada çoklu teoriler kullanmak yerine tek teori yaklaşımının daha etkili olduğu savunulmaktadır (Teixeira ve Marques 2017).

Planlı Davranış Teorisi (PDT) obezite yönetiminde davranış değişikliği oluşturabilmek için bireylerin kendi vermiş oldukları kararların sorumluluğunu alabilecekleri en uygun modeldir. Ayrıca tutumların davranışı nasıl etkilediğini açıklayabilecek en etkili teoridir. PDT algılanan davranışsal kontrol faktörü ile fazla kilolu ve obez bireylerin kilo verme motivasyonlarını artırma yeteneklerini uygun bir şekilde tanılamalarına yardımcı olur (Mazloomi-Mahmoodabad 2017).

İlk kez 1991 yılında Ajzen tarafından geliştirilen “Planlı Davranış Teorisi” insan davranışlarının nasıl yönlendirebileceği konusunda çalışmalara ışık tutar. Bu model Ajzen’in daha önce Fishbein ile 1977’de geliştirdikleri Mantıksal Davranış Teorisi (Theory of Reasoned Action)’nin genişletilmiş halidir. Ajzen ve Fishbein’in geliştirdikleri bu teoriye algılanan davranış kontrolü faktörünün dahil edilmesiyle PDT oluşturulmuştur (Ajzen 1985; Barbera and Ajzen 2020). Davranışlar üzerinde etkili olabilecek değişkenleri açıklayabilmesi yönünden PDT kapsamlı bir teoridir. Bu teoriye göre “davranışa yönelik tutum”, “özel norm” ve “algılanan davranış kontrolü” faktörlerinin üçü birlikte niyeti oluşturmakta, niyet ise bireyi davranışa götürmektedir. Teoride yer alan bu faktörlerden; “davranışa yönelik tutum” bireyin var olan bir davranış olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirmesini, “özel norm” davranış gerçekleştirilebilmek için bireyin üzerinde hissettiği sosyal baskıyı, “algılanan davranış kontrolü” kişinin davranış yapması için kendisinin tam kontrole sahip olup olmadığı düşüncesini, yeterlilik algısını ifade etmektedir. Bu üç faktörün belirlediği “niyet” ise bireyin davranış gerçekleştirmek için ortaya koyduğu çaba ve isteği olarak tanımlanmaktadır (Ajzen 1991; Ajzen 2020). Niyetin oluşumunda motivasyon faktörünün olması büyük önem taşımaktadır. Niyet ne kadar güçlü ise davranışın görülme şansı da o kadar artmaktadır (Ajzen 2020).

PDT günümüzde eğitim, psikoloji, işletme, halkla ilişkiler ve sağlık gibi birçok farklı alandaki çalışmalarda yer edinmiştir. İnsan sağlık davranışlarını incelemek ve açıklamak için kullanılabilen PDT’ nin kullanım alanı geniş olmasına rağmen literatür incelendiğinde ülkemizde sağlık alanındaki kullanımının yetersiz olduğu görülmektedir. Yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda adolesanlarda sigarayı bırakma niyeti (Pashaeypoor, Egarandeh and Abadi 2019), menopoz dönemindeki kadınlarda cinsel fonksiyonlar (Jalambadani ve ark. 2020), talesemili çiftlerin çocuklarında sağlığı geliştirme (Sarayloo ve ark. 2020), yetişkinlerde beslenme davranışı ve fiziksel aktivite (Jeihooni, Layeghiasl, Yari and Rakhshani 2022) gibi konularda PDT kullanıldığı görülmektedir. Ülkemizde ise emzirme davranışı (Karayağız 2011), sigarayı bırakma niyeti (Tırakoğlu 2016), eş şiddeti (Koştı 2018), astım yönetimi (Şanlıtürk 2018) ve el hijyeni (Uyanık 2020) konularında PDT’ den yararlanılmıştır. Literatürde yer alan çalışmalar ele alındığında yurtdışında yapılan çalışmalarda

obezite yönetiminde PDT' nin kullanıldığı araştırmaların yetersiz olduğu, ülkemizde ise obezite ile mücadele için verilen eğitim ve danışmanlık müdahalelerinde şu ana kadar PDT' nin kullanılmadığı tespit edilmiştir. Bütün bu bilgiler ışığında obezitenin tüm dünyada ve Türkiye'de zaman geçtikçe artan bir hastalık olduğu ve insanların yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilediği de göz önüne alınarak fazla kilolu ve obez kadınlar üzerinde PDT'ye göre verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin sağlık davranışlarına etkisini inceleyen bir çalışmaya gereksinim duyulmuştur. Bu sayede PDT'ne dayalı verilen eğitim ve danışmanlığın sadece beslenme ve egzersiz davranışlarına değil, aynı zamanda sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim gibi sağlık davranışlarına olan etkisinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

Bu çalışmanın amacı; fazla kilolu ve obez kadınlara planlı davranış teorisine göre verilen eğitim ve danışmanlık müdahalesinin sağlık davranışlarına etkisini belirlemektir. Çalışma sonunda elde edilecek sonuçların, obezite yönetiminde davranış değişikliği oluşturmaya yönelik, gelecekte yapılacak olan kanıta dayalı çalışmalara da rehberlik edeceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBEZİTE

2.1.1. Fazla Kilo ve Obezite Tanımı

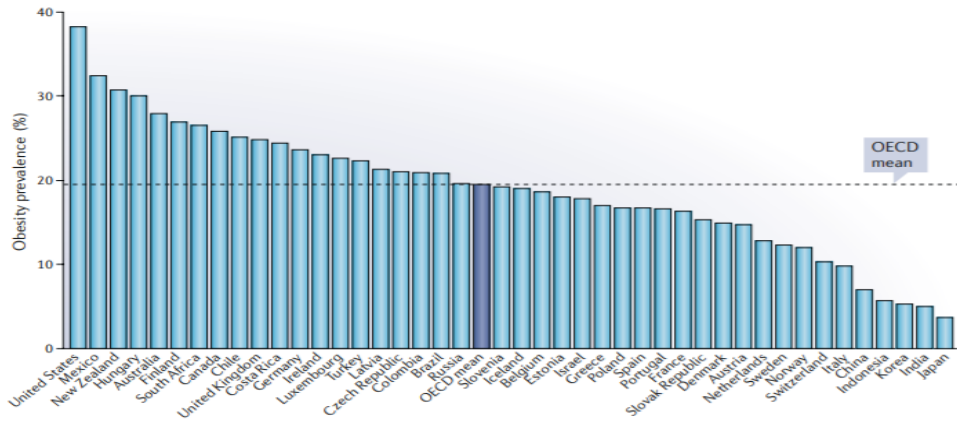
DSÖ tarafından obezite, sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır (DSÖ 2021). Centers for Disease Control and Prevention (CDC)'nin fazla kilo ve obezite tanımı ise; boya göre sağlıklı kabul edilenden daha fazla vücut ağırlığına sahip olunması şeklinde ifade edilmiştir (CDC 2021). İnsan vücuduna besinlerle alınan kalori miktarının harcanan kaloriden daha fazla olması enerji fazlalığı oluşmasına neden olur. Bunun sonucunda biriken enerji vücutta yağ olarak depolanarak fazla kilo ve obezite oluşumuna zemin hazırlar (Erbahçeci 2019).

Beden Kitle İndeksi (BKİ), bir bireyin kilogram (kg) cinsinden ağırlığının metre (m) cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle ($BKİ = \frac{kg}{m^2}$) elde edilen bir değerdir. Birey için bu değer 25'in üzerinde olması fazla kilolu, 30'un üzerinde olması ise obez olduğunu göstermektedir (DSÖ 2021). Obezite birçok ölümcül ve sistemik hastalıkların meydana gelmesine neden olan ve insan hayatı için tehlike oluşturan kronik bir sağlık sorunudur (Csige et al. 2018). Ayrıca, obezite günümüzde sigaradan sonra önlenabilir ölümlerin ikinci nedenini oluşturmaktadır ve 21. yüzyılda dünya üzerindeki en önemli toplum sağlığı sorunlarından biri olarak karşımıza çıkacağı bildirilmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2019).

2.1.2. Dünya'da ve Türkiye'de Obezite Prevelansı

Obezite, dünya üzerinde görülme sıklığını arttırmasıyla birlikte küresel bir sağlık sorunu haline gelmiştir. DSÖ'nün raporunda 2016 yılı verilerine göre, küresel boyutta 18 yaş ve üstü 1.9 milyar yetişkin fazla kilolu iken 650 milyondan fazla yetişkin ise obezdir. Dünyada yetişkinlerde fazla kilolu olanların oranı %39 (erkeklerin %39'u ve kadınların %40'ı) olmakla birlikte, obez bireylerin oranı ise %13'tür (erkeklerin %11'i, kadınların %15'i) (DSÖ 2021). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), dünya çapında yetişkinlerin %19.5'inin obez olduğu ve obezite prevelansının Meksika, Macaristan, Yeni Zelanda ve Amerika Birleşik

Devletleri'nde %30'u geçerek yüksek seviyelere ulaştığını göstermektedir. Japonya ve Kore'de ise obezite prevalansı %6'ının altına düşerek, obezite görülme sıklığının en az tespit edildiği ülkeler sınıfına girmiştir (Şekil 1). OECD raporuna göre 2030 yılına kadar ülkelerdeki obezite görülme sıklıklarında istikrarlı bir artış olacağı ve ABD'de yaşayan bireylerin yaklaşık yarısının obez olacağı bildirilmiştir. Obez birey sayısının az olduğu Kore ve İsviçre'de ise, obezite prevalansının daha hızlı bir artış göstereceği tahmin edilmektedir (OECD 2017).

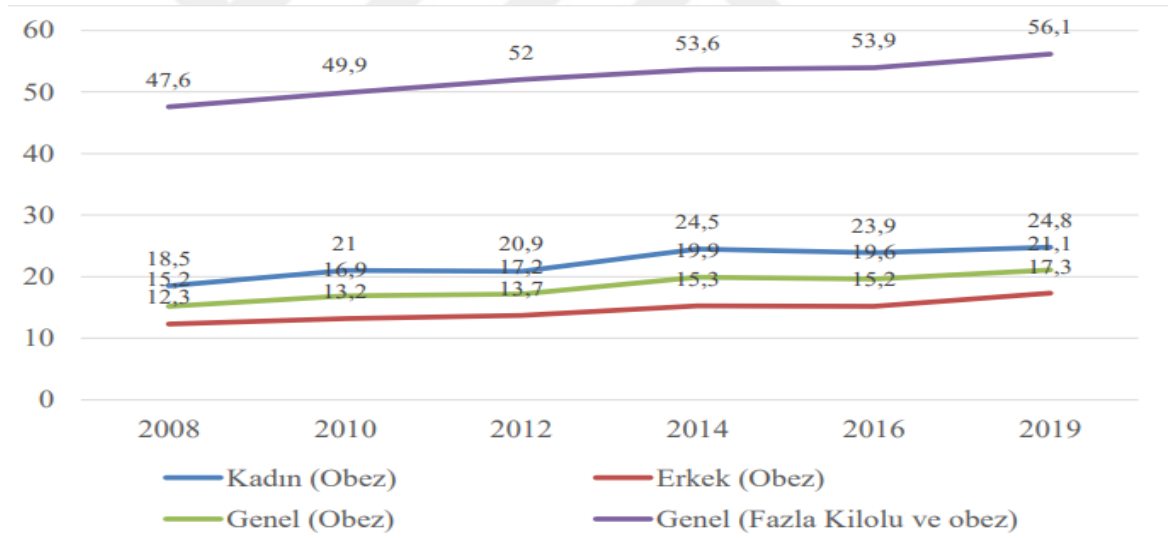


Şekil 1. Dünya Geneline Obezite Prevelansı (Blüher 2019; OECD 2017)

195 ülkeyi kapsayan ve Küresel Hastalık Yüklü Obezite İşbirliği Grubunun [Global Burden of Disease Obesity Collaborators (GBD)] yapmış olduğu araştırmada fazla kilo ve obezite prevalansını değerlendirmek amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda 1980 yılından günümüze kadar 70'den fazla ülkede obezite prevalansının ikiye katlandığı, 603,7'si yetişkin olmak üzere toplamda dünya üzerinde 711,4 milyon insanın obez olduğu rapor edilmiştir (GBD 2017). Dünya Bankası 2020 Obezite Raporunda bildirilene göre dünya nüfusunun neredeyse yarısının obez olduğu tahmin edilmektedir (World Bank Group 2020).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de obezite görülme prevalansı giderek artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelere paralel olarak ülkemizde, kentsel yaşama geçişin hızlanması ile birlikte sedanter yaşam tarzı benimsenmeye başlanmış ve obezite prevalansında artış meydana gelmiştir (Ecin ve Çalık Başaran 2017). DSÖ,

Türkiye'nin % 29,5 prevalans ile Avrupada obezitenin en çok görüldüğü ülke olduğunu rapor etmiştir (DSÖ 2017). OECD ülkeleri arasında Türkiye'nin obezite sıralamasında 13.sırada yer aldığı ve %22,3 oranla OECD ortalamasının (%19,5) üzerine çıktığı belirtilmiştir (OECD 2017). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması'nın sonuçları incelendiğinde 15 yaş ve üzeri bireylerin %64,4'ü fazla kilolu (kadınların %66'sı, erkeklerin %62,8'i), %28,8'i obez olduğu görülmektedir (kadınların %21,6'sı, erkeklerin %35,9'u) (Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2018). TÜİK'in aynı yaş grubu ile yaptığı araştırmaya göre ise, 2016 yılında %19,6 olan obezite prevelansı 2019 yılında %21,1'e yükselmiştir. Cinsiyet yönünden farklılık incelendiğinde kadınların %30,4'ünün fazla kilolu, %24,8'inin obez; erkeklerin %39,7'sinin fazla kilolu, %17,3'ünün obez olduğu bildirilmektedir (TÜİK 2020). Şekil 2'de ülkemizde yıllar içinde fazla kilolu ve obez bireylerin oranındaki değişim verilmiştir.



Şekil 2. Türkiye’de Yıllar İçinde Fazla Kilolu ve Obez Bireylerin Oranındaki Değişimler (%) (TÜİK 2020).

Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Araştırması (TURDEP) 20 yaş ve üzeri bireylerde 12 yıl arayla yapılmış olup, bu süre içerisinde kadınlarda obezite prevelansı %32,9’dan %44,2’ye, erkeklerde obezite prevelansı %13,2’den %27,3’e çıkmıştır. Ayrıca bu sonuçlara göre obezite artışının kadınlar için %34, erkekler için %107 olduğu bildirilmiştir (Satman 2016). Avrupa Kardiyoloji Derneği’nin yaptığı çalışmaya göre

Türkiye’de obezite sıklığı %40,7 olarak saptanmıştır (Tokgözoğlu ve ark. 2017). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yapılan ve 15-49 yaş aralığında bulunan tüm kadınları içine alan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)’nın 2014 verilerinde, kadınların %55’inin fazla kilolu iken %27’sinin obez olduğu belirtilmiştir (TNSA 2014). TNSA 2019 verilerinde ise bu değerlerin sırasıyla %59 ve %30’a yükseldiği bildirilmiştir (TNSA 2019). Sağlık Bakanlığı’nın birkaç üniversite ile işbirliği yaparak yürüttüğü Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması’nda ise 19 yaş ve üzeri gruptaki bireylerin %36,6’sı fazla kilolu, %34,1’i obez olarak saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2019). Literatürde yer alan bir meta-analiz çalışmasında ülkemize yönelik obeziteye ilişkin veriler içeren 12 epidemiyolojik araştırma değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ülkemizde 18 ve 20 yaş üzeri erişkin nüfusunun BKİ ortalaması 27,3 kg/m² iken, kadınlarda bu sayı 28,0 kg/m², erkeklerde ise 26,5 kg/m² olarak hesaplanmıştır. Aynı çalışmada Türkiye’de obezite görülme oranı kadınlarda %30, erkeklerde %17 bulunmuştur. Ayrıca çalışmada, ülkemizde her üç kadın ve her beş erkekten birinin obez olduğu sonucuna varılmıştır (Ural ve ark. 2018).

2.1.3. Obeziteye Neden Olan Faktörler

Obezitenin gelişmesine sebep olan etmenler arasında genetik ve biyolojik faktörler, psikolojik sorunlar, hormonal bozukluklar ve sosyoekonomik faktörlerin yer almasının yanı sıra beslenme, hareketsiz yaşam tarzı gibi davranışsal faktörlerin de rolü büyüktür. Özellikle beslenirken yüksek kalori içeren gıdaların tercih edilmesi ve sedanter yaşam tarzının benimsenmesi fazla enerjinin vücutta yağ olarak depolanmasına neden olur. Böylece bu durum fazla kilo ya da obeziteye zemin hazırlar (Gözel ve Kılınç 2018).

2.1.3.1. Genetik Faktörler

Obezitenin oluşumunda genetik faktörlerin rolü komplekstir. Sıklıkla ailesel geçiş sergileyebilen obezitenin görülme riski, ailesinde obez olan bireylerde daha fazladır. Bu bireyler kendi aileleri ile yaşamasalar dâhi bu risk devam etmektedir. Genler, beslenme düzeyini farklı şekillerde etkileyebilir. Bunlardan bir tanesi gevşeme mekanizması olarak iştahı arttıran ya da bireyi yemeye sevk eden psikolojik

faktörler, bir diğeri ise karbonhidrat ve yağ depolanması ile ilgili genetik bozukluklardır (Archer et al. 2018). Önder ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ebeveynlerinden en az birisi obez olan çocukların %55'inde obezite görüldüğü saptanmıştır (Önder ve ark.2018). Yapılan başka bir çalışmada ise ailesinde obez birey bulunan çocukların bulunmayanlara göre persentil değerlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Yılmaz ve Kocataş 2019).

2.1.3.2. Biyolojik Faktörler

Obeziteye neden olan faktörler arasında biyolojik faktörlerin etkisi kaçınılmazdır. Yetişkin bireylerde yaşın ilerlemesi ile birlikte karın bölgesindeki yağlarda önemli bir artış görülürken cilt altı yağ dokusu azalmaktadır. Ayrıca yaşlanma ile birlikte kas dokusunun yerini yağ dokusunun alması, sedanter yaşam tarzına eğilim olması ve bazal metabolik hızın azalması bireylerde obezite için tehdit oluşturmaktadır (Bölükbaşı 2020). Bütün bunların yanısıra obezite, sadece yetişkinlerde değil çocuk ve adölesanlarda da evrensel bir epidemiyeye dönüşmüştür. Yanlış beslenme, hareketsizlik ve ebeveyn tutumları gibi birçok etken çocuk çağı obezitesine yol açtığı düşünülmektedir (Arslan ve Ardıç 2020). Başar'ın (2019) 11-14 yaş arası ilkökul öğrencileri ile yaptığı çalışmada çocukların yarısının fazla kilolu ve obez olduğu görülmüştür (Başar 2019).

Cinsiyet açısından bakıldığında ise kadınlar obezite yönünden dezavantajlı bir grup olarak karşımıza çıkmaktadır. Ergenlik döneminin başlaması ile birlikte kadınlarda östrojen hormonunun etkisiyle vücut yağ dokusu oranında da artış meydana gelir. Bunun yanısıra yaşam evrelerinde deneyimledikleri gebelik, emzirme süresi, oral kontraseptif kullanımı, menopoz gibi olaylar kadınlarda obeziteye yönelik risk faktörlerini oluşturur (Can ve Şahin 2018). Gebelikte, anne adayında fizyolojik olarak gelişen yağ depolanması, vücuttaki toplam su ve plazma hacmindeki artışla ortaya çıkan kilo alımı, normal bir süreç olarak kabul edilmektedir. Ancak yanlış beslenme ve sedanter yaşamla birlikte gebelikteki kilo alımı önemli bir problem haline gelebilir. Bu dönemde oluşan insulin direnci, femoral bölgede yağ oranında artış ve hormonal değişimler kilo alımının nedenleri arasında yer almaktadır. Bütün bunların yanı sıra, preeklamsi, hipertansiyon gestasyonel diyabet gibi gebelik

komplasyonları obez olan kadınlarda daha sık gözlemlenir (Riley, Wertz and Mc Dowell 2018).

Obezite ile emzirme birbirleri ile yakından ilişkilidir. Birçok toplum tarafından da benimsenen aşırı kalorili ve karbonhidat içeren besinlerin süt üretimine ciddi bir katkısı olmadığı gibi annenin kilo almasına yol açabilir (Güngör Çalışkan ve Altınkaynak 2019). Diğer yandan alan yazında yer alan çalışmalarda, obez kadınlarda süt üretiminde gecikme ve emzirme süresinde azalma olduğu bildirilmektedir (Özgöl ve Taşpınar 2019; Yardımoğlu Yılmaz, Vural ve Çakıroğlu 2019).

Oral kontraseptifler genellikle doğum kontrolü amacıyla kullanılsa da özellikle düzensiz menstrüasyon, menstrüel ağrı ve uterus miyomları gibi çeşitli hastalıklarda tedavi amacı ile tercih edilmektedir. Oral kontraseptiflerin birçok yan etkisinin olmasının yanı sıra obezite riskini de arttırdığı bilinmektedir. Bu yüzden sağlık personelleri tarafından kadınlara oral kontraseptiflerin olumsuz sonuçlarından korunmaya yönelik danışmanlık hizmetleri verilmelidir. Aile planlamasında özellikle yaşlı ve obez kadınlarda bazı yöntem tercihleri değişebilir (Yalvaç 2021).

Menopoz döneminde östrojen düzeyindeki değişim (azalma) metabolizmayı etkileyerek iştahta artma, yeme alışkanlığında değişim, metabolik hızda azalma, kemik kütle yoğunluğu, kas kütle ve gücünde azalma ve visseral yağ oranındaki artış obeziteye yol açmaktadır. Ayrıca, menopozla birlikte abdominal yağlanma riski ve toplam yağ birikiminde de artış gözlenmektedir (Can ve Şahin 2018). Konu ile ilgili olarak, postmenopozal dönemde obezite oranlarının araştırıldığı bir çalışmada kadınların %43'ü fazla kilolu, %40.4'ü ise obez olarak tespit edilerek menopoz dönemindeki kadınlarda obezitenin ne kadar büyük bir problem olduğuna vurgu yapılmıştır (Tuna 2019).

2.1.3.3. Psikolojik Sorunlar

İnsan psikolojisi özellikle stres, öfke, kaygı, üzüntü ve korku içeren olaylar karşısında hızlı bir değişkenlik gösterebilir ve bunun sonucunda olumsuz sağlık

davranışları ortaya çıkabilir. Bu olumsuz sağlık davranışlardan birisi olan yeme bozuklukları toplumda çok fazla karşımıza çıkmaktadır. Tıkanırcasına yeme bozukluğu ise obezite ile en sık ilişkili bulunan yeme bozukluğudur. Bu sorunun temelinde negatif duyguların sebep olduğu ruhsal karmaşalar yer almaktadır ve buna tepki olarak gıda alımında kontrolsüzlük ortaya çıkmaktadır. İnsanlar, olumsuz duygulardan kurtulmak ve mutlu olmak için bu davranışı tercih etmektedirler (Todisco and Donini 2020; Melchior, Furchs and Scantamburlo 2021) . Öte yandan anksiyete, depresyon, düşük benlik saygısı gibi sorunlar obez bireylerde daha çok görülmektedir. Dolayısıyla kilolu bireyler, beden imgelerini kötü algıladıkları için çevresi tarafından ona olan davranışları olumsuz yorumlayabilmektedirler. Benlik saygısındaki bu azalma ise depresyonla sonuçlanabilmektedir (Mermi 2018).

2.1.3.4. Hormonal Faktörler

Kronik bir hastalık olan obezitenin nedenleri arasında hormonların rollerini açığa çıkarma ihtiyacı gün geçtikçe artmaktadır. Bu hormonlardan biri olan leptin, obezite ile mücadelede önemli bir yere sahiptir. Leptin hormonunun başlıca görevi, beyin üzerine olumsuz geribildirimde bulunarak enerji metabolizmasını ve enerji alımını düzenler. Böylece obezite riskini azaltır. Leptinin enerji tüketimimizi arttırıp, iştah hissimizi azalttığı göz önüne alınırsa obez kişilerde bu hormonun daha az olması beklenir (Izquierdo, Crujeiras, Casanueva and Carreira 2019). Obezite üzerine etkisi olan hormonlardan bir diğeri insulin hormonudur. Artmış açlık plazma insulin düzeyinin yanı sıra oral glukoz yüküne abartılı insulin yanıtı, obezite ile ilişkilidir. Hücre içine glukoz girememesinin bir sonucu olarak hücrelerde glukoz açlığı meydana gelebilir. Ortaya çıkan bu durum bireyde ileri derecede açlık duygusuna ve bol miktarda yeme gereksinimine neden olur. Dolayısıyla polifajiye bağlı obezite gelişebilir (Sınar, Acar ve Yıldırım 2020).

Ghrelin, kilo kontrolü sağlamada ve düzenli yeme davranışı sergilemede görevli bir hormondur. Başta büyüme hormonunun sentezinde görev almakla birlikte iştah hissinin arttırarak enerji dengesinin bozulmasına ve vücut ağırlığının artışına sebep olur (Makris et al. 2017). Büyüme hormonu ise enerji harcanmasını arttırır, lipid ve türevlerini parçalar, yağ kitlesinde önemli ölçüde bir kayıp oluşturur. Obez kişilerde

büyüme hormonunun yetersiz salgılandığı bildirilmektedir (Sınar, Acar ve Yıldırım 2020).

Tiroid hormonu özellikle morbid obezitenin tek başına bir sebebi olmamakla birlikte tiroid metabolizmasında yetersiz hormon salgılanmasının kilo alımına yol açtığı söylenmektedir. Kısaca, hipotiroidi olan bireylerde kontrollü bir şekilde gıda alımı yapılmaz ise kilo alımı söz konusu olabilir (Du, Kuang, Duan, Liu and Yu 2019). Son olarak kortizol hormonu ele alınırsa, glukokortikoid bir hormondur ve beyaz yağ dokusunun karın bölgesinde dağılımına neden olur. Yüksek dozda bu hormona maruz kalmak santral obezitenin yanında metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalıkların ortaya çıkmasına yol açar. Kortizol, bireyin iştahını arttırarak, enerjisi yoğun gıdaların tüketimine teşvik eder (Sınar, Acar ve Yıldırım 2020). Literatürde yer alan bir çalışmada da uzun süreli artan kortizol seviyesinin abdominal obeziteyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Van Der Valk, Savas and Van Rossum 2018).

2.1.3.5. Sosyoekonomik Faktörler

Bulaşıcı olmayan hastalık sınıfında yer alan obezitenin sosyoekonomik belirleyicilerinin tanımlanmasında genellikle bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi, ve ekonomik durumu gibi değişkenler kullanılmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde obez olan birey sayısının sürekli artış göstermesi ve obezite görülme yaşının düşüyor olması, bu sorunu önemli bir hale getirmektedir (Beyaz Sipahi 2021).

Ekonomik olarak gelir düzeyi yüksek olan ya da gelir artışı olan bireylerde ev dışı gıda tüketimi, gıdaya kolay ulaşma, hazırlanması kolay gıda tüketiminin artması ve sedanter yaşam tarzı gibi nedenlerle fazla kalori alımı obezite oluşumuna neden olurken, düşük gelir gruplarında ise kalorisi yüksek fakat fiyatı düşük olan sağlıksız gıda tercihi ve tüketiminin olması obezite açısından risk oluşturmaktadır (Beyaz Sipahi 2021). Obezitenin bir diğer sosyoekonomik belirleyicisi olan eğitim yönünden ele alınacak olursa, bireylerin eğitim seviyeleri arttıkça sağlık konusunda tutum ve davranışlarının olumlu yönde olacağı bildirilmektedir. Eğitimin fiziksel sağlığa katkı sağlaması, düzenli spor yapma alışkanlığı kazandırması ve dengeli beslenme gibi

kişilerin sağlık konusunda iyi seçim yapmalarını etkileyeceği söylenmektedir. Dolayısıyla eğitim seviyesi yüksek olan kişiler sağlıklarına daha çok önem verdikleri için obez olma riskleri daha azdır (Sağın ve Karasaç 2020).

Türkiye Sağlık Araştırması verileri yardımıyla yapılan bir çalışmada gelir düzeyi arttıkça obezite görülme sıklığının arttığı, eğitim seviyesinin yükselmesinin ise obezite riskini ciddi oranda azalttığı bulunmuştur. Ayrıca sosyoekonomik faktörler arasında eğitim seviyesinin, fazla kilo ve obeziteye yakalanma riskini düşüren en önemli değişken olduğu sonucuna varılmıştır (İpek 2019). 15-49 yaş grubu kadınlarla 11 farklı ülkede yapılan başka bir çalışmada ise ekonomik durumu ve eğitim seviyesi yüksek ve kentsel bölgede yaşayan kadınlarla obezite görülme sıklığı daha fazla bulunmuştur (Wariri, Alhassan, Mark, Adesiyan and Hanson 2021). Çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmesinin sebebi araştırmanın farklı kültürlerde yapılması olabilir.

2.1.3.6. Beslenme

Obezite oluşumuna neden olan faktörlerden bir diğeri yanlış ve dengesiz beslenmedir. Yaşam biçiminin kolaylaşmasına bağlı olarak beslenme alışkanlıkları değişmesi ile, ayaküstü hızlı sağlıksız gıdalar tüketme, bitkisel liflerden fakir, karbonhidratlardan zengin, aşırı yağlı ve enerji ağırlıklı beslenme tarzı obezite oluşumna zemin hazırlamıştır. Ayrıca öğün atlama, özellikle sabah kahvaltısı yapmama ya da düzensiz yapma, hızlı yeme gibi doğru olmayan beslenme davranışlarının kilo almaya etkisi olduğu bildirilmektedir (Cvetanov 2020). Bütün bu sağlıksız beslenme alışkanlıklarına sedanter yaşam tarzı veya fiziksel aktivite yetersizliği eşlik ettiğinde obezite kaçınılmaz bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2019). Literatürde yer alan bir çalışmada düşük yağ ve karbonhidratla beslenen bireylerde beden ağırlığında azalma ve metabolik parametrelerde iyileşmeler saptanmıştır (Zubrzycki, Kmiec, Kmiec and Wronska 2018).

2.1.3.7. Fiziksel Aktivite

İnsanların besinler ile aldıkları enerji miktarı, tükettikleri enerjiden fazla olması sonucu ortaya çıkan dengesizlik obeziteye yol açmaktadır. Dolayısıyla obezitenin en çok görülme nedenleri arasında fiziksel aktivite yetersizliği olduğu söylenebilir. Düzenli bir biçimde yapılan fiziksel aktivite ile bedendeki yağ miktarı azalır, kas kitlesinde ve bazal metabolizma hızında artış olur. Böylece obezite gibi kronik hastalıklardan oluşumu engellenebilir. Obez bireylerde yağ yakımını arttırmak için haftada en az 5 gün ve 30 dakikadan fazla süren egzersizlerin faydalı olacağı bildirilmektedir (Verboven and Hansen 2021). Egzersizin vücut kompozisyonuna etkisinin araştırıldığı bir meta-analiz çalışmasında, fiziksel aktivitenin yağ kütlesiyle birlikte vücut ağırlığını azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Hsu, Liao, Tsai and Chen 2019).

2.1.4. Obeziteyi Saptama Yöntemleri

2.1.4.1. Beden Kitle İndeksi

Obezitenin tanımlanmasında ve sınıflandırılmasında kullanılan yöntemlerden biri Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerinin hesaplanmasıdır. BKİ'nin hesaplanması için bireyin kilogram (kg) cinsinden vücut ağırlığının, metre (m) cinsinden boyunun karesine bölünmesi ile elde edilir ($BKİ = \text{kg/m}^2$). BKİ, vücut yağ dağılımı hakkında bilgi vermese de boy uzunluğuna göre beden ağırlığının tahmin edilmesinde yardımcı olmaktadır. Özellikle son yıllarda BKİ'nin obeziteyi saptamak için en çok kullanılan yöntem olduğu bilinmektedir (CDC 2021). Tablo 1'de yetişkinlerde BKİ'ye göre antropometrik değerlendirme kategorileri verilmiştir.

Tablo 1. Yetişkinlerde BKİ'ye Göre Antropometrik Değerlendirme Kategorileri

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Düşük Kilolu	<18,50
Normal	18,50-24,99
Fazla Kilolu	25,00-29,99
Obez	≥30
• 1.Derece	• 30,00-34,99
• 2.Derece	• 35,00-39,99
• 3.Derece	• ≥ 40,00

(CDC 2021)

2.1.4.2. Çevre Ölçümleri

Çevre ölçümleri, yağ dokusunun ve yağsız vücut dokusunun kitlesinin bir göstergesi olmakla birlikte enerji depoları hakkında da bilgi verir. Karın bölgesindeki yağ miktarının artması insülin direncinin habercisi olduğu gibi bel çevresi ölçüm değerinin kadınlarda 88 cm, erkeklerde ise 102 cm'in üzerine çıkması abdominal yağlanmayı ifade etmektedir. Öte yandan bel/kalça oranının erkeklerde 0,90, kadınlarda ise 0,85'ten yüksek olması android tip obezitenin göstergesidir Android tip obezitede, vücut yağı bel, üst karın ve göğüste toplanmaktadır ve tip 2 diyabet, metabolik ve kardiyavasküler hastalıklar için bir risk faktörüdür. Jinoid tip obezitede ise vücut yağı kalça, uyluk ve bacaklarda yoğunluk göstermektedir (İşler, Koç ve Özkoçak 2020).

2.1.4.3. Deri Kıvrımı Ölçümleri

Deri altında toplanan yağ dokusunu tespit etmek amacıyla kullanılan en önemli antropometrik ölçüm yöntemidir. Ölçümü yapabilmek için kısaç tipli ve skinfold caliber adı verilen alet, vücudun belirli bölgelerine uygulanır. Yetişkinlerde vücut yağının hesaplanmasında biceps, triceps, subscapular ve suprailiac deri kıvrım kalınlığının ölçüldüğü vücut bölgelerinden bazılarını oluşturmaktadır (İşler, Koç ve Özkoçak 2020).

2.1.5. Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları

Obezite en büyük küresel sağlık sorunu olmakla birlikte, obezitenin olumsuz sonuçları her geçen gün etkisini daha da arttırmaktadır. Obezite, çevresel ve fizyolojik bazı faktörlerden etkilendiği için obezite ilerledikçe bireylerde ruhsal sorunlar da dahil olmak üzere birçok sağlık problemi ortaya çıkabilmektedir. Tip 2 diabetes mellitus, yüksek kan basıncı, koroner arter hastalığı, dislipidemi, metabolik sendrom, kas ve iskelet sistemi problemleri, psikolojik hastalıkların yanı sıra birçok kanser türü obezitenin yol açtığı sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Gadde, Martin, Berthoud and Heymsfield 2018).

Obezite ve tip 2 diyabetin aralarındaki bağlantı insülin direnci ile ilişkilidir. İnsülin direnci, insüline bağlı olarak gerçekleşen glikozun hücreler tarafından alınması, depo edilmesi ve glikoz salınımının baskılanması evrelerinde direnç görülmesini ifade eder. Abdominal yağlanma, insülin direnci ile beraber kendini gösterir (Özbayer, Yağcı ve Kurt 2018). Obez olan bireylerde insülinin etkisinin ortaya çıkmasında gecikme olur ve insülinin etkisinde fonksiyonel olarak yetmezlik gelişir. Bu durum hiperinsülinemi ve pankreatik beta hücre harabiyetinin gerçekleşmesiyle birlikte tip 2 diyabete sebep olur. Ayrıca, obezitenin derecesi, süresi ve abdominal obezite varlığı tip 2 diyabet riskini arttırmaktadır. Dolayısıyla kilo vermenin, insülin direncinin yanı sıra tip 2 diyabetin şiddetini ve görülme sıklığını azaltacağı bildirilmektedir (Chobot et al. 2018).

Obez olan bireylerde artmış olan yağ dokusunun kan ihtiyacını karşılamak için total kan volümünde de artış meydana gelir. Böylelikle damarlarda hacim yükü fazlalaşır ve kompensasyon mekanizmalarının da etkisiyle kalbin yapısı ve işlevlerinde değişiklikler ortaya çıkar. Sonuç olarak kalbin sistolik ve diyastolik işlevleri bozulur. Volüm yüklenmesi hipertansiyona yol açtığı gibi, ikisi birlikte sol ventrikül hipertrofisine neden olur. Bu durumda obez olan kişilerin kilo vermesi kan hacmi ve kalbin yükünü azaltacağı için kan basıncı üzerinde antihipertansif ilaçlar kadar etkili olacaktır (Csige et al. 2018).

Koroner kalp hastalığında ciddi bir risk faktörü oluşturan çok sayıda dislipidemi tablosu obeziteye eşlik etmektedir. Bu dislipidemiler arasında hiperkolesterolemî, HDL ve LDL, kolesterol düzeyi, açlık ve tokluk trigliserid düzeyleri yüksekliği sayılabilir. Vücut ağırlığındaki her %10'luk artışın 10 mg/dL kadar kan kolesterolünü arttırdığı bildirilmektedir. Buradan yola çıkarak, hiperkolesterolemî riskinin normal kilolu bireylerle karşılaştırıldığında obez kişilerde daha fazla görüldüğü söylenebilir (Vekic, Zeljkovic, Stefanovic, Jelic-Ivanovic and Spasojevic-Kalimanovska 2019). Literatürde kadınlarla yapılan bir çalışmada da yüksek kan kolesterolünün abdominal obezite ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Dayuni and Yeni 2019).

Metabolik sendrom; abdominal obezite, diabetes mellitus, glukoz intoleransı, dislipidemi ve hipertansiyon gibi birbirleri ile ilişkili olan sistemik hastalıkların bir arada görüldüğü bir tablodur. Metabolik sendromun patogenezinin sorumlu faktörlerden biri abdominal obezite olduğu için obezitenin bütün komplikasyonları bu hastalıkta da karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde obezite prevalansı ve sedanter yaşam tarzının artması nedeniyle metabolik sendrom görülme sıklığı da artmıştır. Bu yüzden metabolik sendromun tüm bileşenlerinin tedavi edilebilmesinde ilk ve en önemli adım diyet ve düzenli fiziksel aktivite olacaktır (Gözel ve Kılınç 2018).

Obezite, kas ve iskelet sisteminde hastalıklara ve fonksiyonel olarak yetersizliğe yol açabilmektedir. Obezite, osteoartrit, osteoporoz ve sistemik enflamatuvar romatizmal hastalıklar gibi geniş bir yelpazeyi içeren kas ve iskelet sistemi ile ilgili hastalıklar üzerine etki etmektedir. Kilo artışı osteoartritle yakından ilişkili olmakla birlikte, obezite romatoid artrit ve gut gibi enflamatuvar romatizmal hastalıklar için tek başına bir risk faktörüdür. Osteoporoz açısından değerlendirildiğinde ise artmış BKİ, kalça gibi bazı bölgelerde kırık riskini azaltırken, üst bacak ve ayak bileği gibi yerlerde ise kırık riskini arttırmaktadır (Koçak ve Yüksel 2021).

Toplum için büyük bir toplum sağlığı sorunu olan obeziteyi bazı araştırmacılar psikosomatik bir hastalık olarak görmektedir. Obez bireylerde depresyon, anksiyete ve kişilik bozuklukların çok sık görüldüğü bildirilmektedir. Özellikle yaşanan toplumda şişmanlığa karşı sergilenen olumsuz tutumlar nedeniyle obez bireylerde

suçluluk duygusu, beden algı bozukluğu, düşük benlik saygısı ve öz yeterlilik, sosyal fobi, depresyon ve anksiyete gözlenebilmektedir (Özdamar Ünal 2018) Ayrıca bunlar gibi psikiyatrik sorunu olan kişilerde obezite, hastalık sürecini ve tedaviye yanıtı olumsuz etkilemektedir. Bu yüzden obezite tedavisinde bireyin psikiyatrik açıdan da değerlendirilip, gerekli ise yardım ve destek sağlanması yaşam kalitesinin artırılması için büyük önem arz etmektedir (Dąbrowska, Wójcik, Samek, Jańczyk, Bator and Milanowska 2020).

Birçok kronik hastalığa sebep olan obezite, özefagus, meme, mide, kolorektal, prostat, endometriyum gibi bazı kanser türleri ile de ilişkili bulunmuştur. Özellikle erkeklerde obezite ile birlikte rektum, kolon, prostat kanserinde artış görülürken kadınlarda meme, rahim ve yumurtalık kanseri riski artmaktadır (Yıldırım 2018). Obezite ve kanser arasındaki ilişkinin temelinde yer alan mekanizmalardan biri, obezitede adipoz dokunun fizyolojik fonksiyonlarında oluşan değişikliktir. Bu durum kanserin oluşumu ve ilerlemesinde etkili olan insülin direncine, endojen cinsiyet hormonlarında artışa, kronik inflamasyona ve adipokinlerin sekresyonunda değişikliğe yol açmaktadır. Kısaca obezite, kanser hücrelerinin çoğalmasını ve metabolizmasını desteklemektedir. Bu yüzden, obezite ile mücadelede kilo kontrolünün sağlanması, kanserin görülme sıklığını da azaltacaktır (Friedenreich, Ryder-Burbidge and McNeil 2021).

2.1.6. Obezite Tedavisi

Obezite tedavisinde amaç, obeziteye bağlı morbidite ve mortalite risklerini azaltmanın yanı sıra, bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığını kazandırarak yaşam kalitesini arttırmaktır. Obezite tedavisi sonucunda kilo verme, sağlık harcamalarına, yaşam süresine ve sağlığın korunmasına pozitif yararlar sağlamaktadır. Ayrıca obezitenin neden olduğu sağlık sorunlarının önlenmesine yardımcı olmaktadır. Obezite tedavisinde, sağlıklı ve dengeli beslenme, yeterli fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte, davranış değişikliği oluşturmaya yönelik tedavi, tıbbi ve cerrahi tedavi olmak üzere farklı yöntemler tek başına ya da kombine olarak kullanılabilir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2019).

2.1.6.1. Sağlıklı Beslenme Tedavisi

Yanlış beslenme davranışları bireyin kilo almasına neden olan en önemli faktörlerden bir tanesidir. Sağlıklı beslenme tedavisinde, bireye özgü basit, kolay uygulanabilen ve güvenilir beslenme programı oluşturulmalıdır. Ayrıca kas kütle kaybı yaşanmadan vücut yağ depolarının azalması sağlanarak istenilen kiloya ulaşılması ya da ideal kilonun korunması hedeflenmelidir. Diyet tercihinde obezitenin derecesi, risk durumu, eşlik eden sağlık sorunları, daha önceki kilo verme girişimleri ve bireysel kapasite göz önünde bulundurulmalıdır (Kurt, Zoba, Ateş ve Set 2019). Bireylerin enerji ihtiyaçlarına göre düşük kalorili diyetlerin uygulanması önerilmektedir. Beslenme tedavisinde en önemli bileşenlerden bazıları öğün atlamama, ayaküstü ve hızlı beslenme davranışlarından kaçınma, posalı besin alımının artırılması, günlük en az 2 litre su tüketilmesi, tuz tüketiminin günlük 5g/gün ile sınırlandırılmasıdır. Ayrıca günlük enerjinin %15-20'si proteinlerden, %25-30'u yağlardan, %50-55'i karbonhidratlardan sağlanması ve basit karbonhidratlardan ziyade kompleks karbonhidratların tercih edilmesi gerektiği bildirilmektedir (Trouwborst et al. 2018).

2.1.6.2. Egzersiz Tedavisi

Obezite oluşumunda en önemli faktörler arasında olarak fiziksel aktivite yetersizliği veya sedanter yaşam yer almaktadır. Obezite nedeniyle ortaya çıkan sağlık sorunlarının ve buna bağlı gerçekleşen ölümlerin azaltılması için bireyler tarafından düzenli fiziksel aktivite alışkanlığının kazanılması gerekmektedir. Bireyin kilosu, alışkanlıkları ve sosyokültürel özelliklerine göre egzersizin süresi, sıklığı ve türü belirlenmelidir. Genel olarak her yaştaki insan için haftada 3-4 kez, 30-60 dakikalık orta düzeyde fiziksel aktivite önerilmektedir. Sedanter yaşam tarzı olanlarda basit egzersiz ile başlanmalı ve egzersizin şiddeti 2-3 haftada bir kademeli olarak artırılmalıdır (Kurt, Zoba, Ateş ve Set 2019). Ayrıca yürüme mesafesinde gidilecek yerler için taşıt kullanılmaması, asansör yerine merdiven tercih edilmesi, bilgisayar ve televizyon karşısında 2 saatten fazla zaman harcanmaması, mümkün olan her koşulda yürüyüş yapılması kilo kontrolünde yararlı olacağı bildirilmektedir. Eğer düzenli fiziksel aktivite sağlıklı beslenme ile birlikte yapılırsa kilo kaybına ya da

ideal kilonun korunmasına, yağ dokusundan kayıp sağlayarak kas kütlesinin korunmasına yardımcı olacaktır (Önalan ve Dönder 2018).

2.1.6.3. Davranış Değişikliği Tedavisi

Davranış değişikliği tedavisi obezite yönetiminde her aşamada yer alması gereken bir yaklaşımdır. Bu tedavi yöntemiyle, kilo kontrolünün sağlanması için özellikle beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili olumsuz sağlık davranışlarının olumlu yönde değiştirilmesi, olumlu sağlık davranışlarının ise yaşam biçimi haline getirilmesi hedeflenir. Kendini ödüllendirme, uyarıcı kontrolü ve kendini izleme bileşenleri davranış değişikliği tedavisinde uygulanabilen yöntemlerdendir (Özdamar Ünal 2018). Bu yöntemler sayesinde yenilen miktarı azaltma, aşırı yeme isteğini ortadan kaldırma, düzenli fiziksel aktivite gibi yaşam biçiminin davranış değişikliği oluşturmak istenmektedir. Ayrıca, kilo kontrolünün kalıcı olması isteniyorsa, bireye başarabileceği duygusunun aşılanıp motivasyonunun artırılması gerekmektedir (Önalan ve Dönder 2018).

2.1.6.4. Farmakolojik Tedavi

Obezitede ilaç tedavisi beslenme, egzersiz ve davranış değişikliği ile birlikte kombine olarak uygulanmalı, hiçbir hastada tek başına tedavi yöntemi olarak kullanılmamalıdır. Farmakolojik tedavi, $BKİ > 27-30 \text{ kg/m}^2$ olması halinde ve obeziteye ilişkin sağlık sorunlarından (tip 2 diyabet, kalp-damar hastalıkları, dislipidemi, hipertansiyon vb.) en az birinin varlığı durumunda beslenme, egzersiz ve davranış değişikliği tedavilerinden herhangi bir yanıt alınamamışsa başvurulabilecek bir tedavi seçeneğidir. İdeal bir ilaç tedavisinin uygulanabilmesi için ilacın uzun süre kullanımında güvenilir olması, kilo kaybı sağlanması, ulaşılan hedef kilonun sürekliliğinin korunması, ilaca karşı tolerans gelişmemesi ve bağımlılık yapmaması beklenir (Kushner 2018).

2.1.6.5. Cerrahi Tedavi

Obezite tedavisi seçenekleri arasında yer alan cerrahi tedavi, obezite nedeniyle ortaya çıkan morbidite ve mortaliteyi azaltmak amacıyla tercih edilmektedir. Cerrahi tedavi $BKİ > 40 \text{ kg/m}^2$ ya da $BKİ 35-40 \text{ kg/m}^2$ arasında olup, obezite ile ilişkili herhangi bir

hastalık (hipertansiyon, tip 2 diyabet, dislipidemi, uyku apne sendromu vb.) riskinin olması veya varlığı durumunda uygulanabilen bir yöntemdir. Bu tedavi yöntemiyle hastaların kilo vermesinin yanı sıra yaşam kalitelerinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır. Cerrahi tedavi planlanan hastaların psikolojik olarak hazır olması, alkol ve ilaç bağımlılığının olmaması ve ameliyat sonrası uyum sağlayabilecek durumda olması gerekmektedir (Balcı ve Küçükkendirci 2019).

2.1.7. Obezite Yönetiminde ve Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol Ve Sorumlulukları

Obezite yönetiminde bireylerin ideal kiloya ulaşması, daha fazla kilo alımının engellenmesi, obeziteye neden olan risk faktörlerinin denetimi ve obezitenin yol açtığı sağlık sorunlarının tedavisini sağlamak temel amaçlar arasında yer almaktadır. Kilo kaybı ve ideal kilonun kalıcı olarak sağlanabilmesi için yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite gibi sağlık davranışlarının bireylerde alışkanlık haline getirilmesi gerekmektedir (Gadde, Martin, Berthoud and Heymsfield 2018). Yaşam tarzı değişikliklerini içeren ilaç dışı yöntemlerin risk taşıması, maliyet etkili olması, ruhsal sağlığı ve yaşam kalitesini pozitif olarak etkilemesi sebebiyle kilo kontrolünde başarılı olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla bireylerde yaşam tarzı değişikliğine gidilerek olumsuz sağlık davranışlarının olumlu sağlık davranışlarıyla yer değiştirmesi, olumlu sağlık davranışlarının ise desteklenmesi gerekmektedir (Braga, Jesus, Conz, Tavares, Silva and Merighi 2018).

Obezite yönünden risk oluşturan normal ya da fazla kilolu bireylere yönelik koruyucu önlemlerin alınmasının yanı sıra obez bireylere yönelik de tedavi uygulamaları ve obezitenin doğuracağı sağlık sorunlarının engellenmesi halk sağlığı açısından önemli olacaktır. Bireylere uygulanacak koruyucu uygulamalarda ve tedavide hekim, fizyoterapist, hemşire, diyetisyen gibi meslek gruplarının rol aldığı multidisipliner bir yaklaşım ele alınmalıdır (Yaralı ve Hacıoğlu 2020). Bu bağlamda halk sağlığı hemşireleri obezite yönetimi sürecinde eğitici, koruyucu, bakım verici, danışman, karar verici, rehabilite edici ve yönetici rollerini kullanarak önemli bir rol oynar. Bu süreçte bireyin hastalık öyküsünün alınması, risk faktörlerinin belirlenmesi, bireyin motivasyonunu yükseltmek ve istenilen davranışı

gerçekleştirebileceğine yönelik bireyin cesaretlendirilmesi hemşirenin görevleri arasında yer almaktadır. Ayrıca bireyleri kendi yaşam alanlarında daha çok görebilme ve değerlendirme fırsatı bulan halk sağlığı hemşireleri sağlığın daha iyi bir noktaya getirilmesi konusunda toplumun her kesimine gerekli eğitimi verebilecek fırsatı bulabilmektedir (Yeşilfidan ve Adana 2019).

2.2. PLANLI DAVRANIŞ TEORİSİ

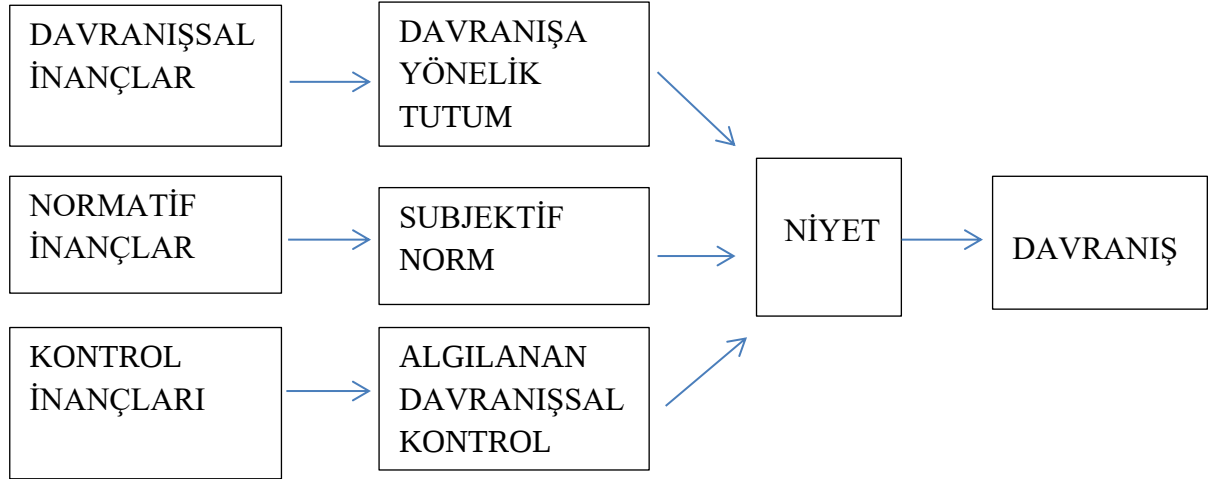
2.2.1. Planlı Davranış Teorisinin Kapsamı

Günümüzde insan davranışlarını açıklamada kullanılan ve bireylerin belirli davranışları niçin sergilediklerini tahmin etmeye yarayan PDT (Theory of Planned Behavior) sosyal psikolojik bir model olup Ajzen tarafından 1985 yılında geliştirilmiştir. Bu teori davranış, tutum, niyet arasındaki ilişkiyi açıklayan Mantıksal Eylem Kuramının (Theory of Reasoned Action) geliştirilmiş şeklidir (Ajzen 1991; Zhang 2018). Mantıksal Eylem kuramına göre bireyin tamamen kendi kontrolü altında olan davranışlar açıklanabilirken davranışın oluşma zamanı ile şartlar biribiri ile uygun olmayabilir. Böyle zamanlarda algılanan davranışsal kontrol faktörünün gerekli olduğu görülmektedir. Bu eksiklik Ajzen tarafından farkedilmiş olup kuram yeniden düzenlenmiş ve “algılanan davranışsal kontrol” bileşeni eklenerek “Planlı Davranış Teorisi” adı altında yeni bir kavram ortaya çıkarılmıştır. Her iki kuramda da geçerli varsayım, davranışlar belirli bir nedene dayalı olarak ortaya çıkmaktadır (Ajzen 1985; Zhang 2018).

PDT genellikle insan davranışlarının akla uygun olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bu varsayımına göre niyet, davranışın ortaya çıkmasında en önemli belirleyici faktördür. Aynı zamanda niyet, kişinin davranışı yapıp yapmayacağını kendi adına tahmin etmesi ve davranışı gerçekleştirmek için bireyin çabası ve eyleme geçme öngörüsüdür. Konuyla ilgili genel görüş ise, bireyin davranışı gerçekleştirmek için niyeti ne kadar güçlü olursa davranışın ortaya çıkma ihtimali de o kadar yüksek olur. Ancak, niyetin tek başına davranışı öngörmesi kişinin tamamen kontrolü altında olan davranışları için geçerlidir. Bazı davranışlar fırsatlar veya para, zaman, beceri vb. gibi kaynaklara sahip olup olmamaya bağlıdır (Ajzen 2002; Doanh and Bernat 2019).

Bu fırsat ya da kaynakların var olup olmaması davranışa yönelik niyeti ve davranışın uygulanabilirliğini etkileyecektir. Dolayısıyla Planlı Davranış Teorisinde yer alan “algılanan davranışsal” kontrol bileşeni hem davranışı hem de niyeti öngörebilmektedir. Algılanan davranışsal kontrol bileşeninin teoriye eklenmesiyle birlikte bireyin tamamen kontrolünde olan davranışların yanı sıra bütünüyle kontrolünde olmayan ve bir amaca yönelmiş davranışlar da açıklanabilmektedir. PDT’ye göre bireyin davranışı gerçekleştirme niyeti ve davranış için gerekli olan kaynaklara sahip olması davranışın oluşma şansını arttırmaktadır. Bütün bunların yanı sıra niyetin oluşumunda motivasyonel etkenler önemli bir yere sahiptir. Motivasyonu yüksek olan birey, istenilen davranışı gerçekleştirmek için vazgeçmeyecek ve tekrar tekrar deneyecektir. Niyet, yeterli kaynak ve fırsatların var olması durumunda davranışın ortaya çıkması beklenmektedir (Ajzen 2020).

PDT’de niyeti açıklayan 3 öge bulunmaktadır. Bunlar; tutumlar, subjektif (öznel) normlar ve algılanan davranışsal kontroldür. Tutumların gelişmesinde davranışsal inançlar ve inancın ortaya çıkardığı sonucuna yönelik bireyin değerlendirmeleri; subjektif normların oluşumunda normatif inançlar ve sahip olunan normlara ilişkin kişinin uyum gösterme motivasyonu; algılanan davranışsal kontrolün gelişmesinde ise kontrol inançları ve her bir kontrol faktörünün algılanan gücü etkili olmaktadır (Şekil 3). Böylece bireyin psikolojik özelliklerini yansıtan tutum, inanç, davranış ve niyet arasından neden sonuç ilişkisi incelenmektedir. Sergileyeceği davranış sayesinde yaşamında olumlu sonuçlar yaşayacağına inanan bireyler, olumlu bir tutum içinde olur, koruyucu davranışa yönelik inancı artar ve bu durum davranışlarına yansır (Ajzen 1991; Bosnjak, Ajzen and Schmidt 2020).



Şekil 3. Ajzen'in Planlı Davranış Teorisi (Ajzen 2019).

2.2.2. Planlı Davranış Teorisinin Yapısı

PDT'nin 3 ana bileşeni bulunmaktadır. Bunlar; Davranışa yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontroldür. Bu bileşenlerin altta yatan inanıştan etkileneceği tahmin edilmektedir. Bu inanışlar ise; davranışın olası sonuçlarını yansıtan davranışsal inançlar, gözle görülebilen sosyal baskıyı açıklayan normatif inançlar ve bireyin davranışlarını ne derece kontrol edebileceğine yönelik algısını ifade eden kontrol inançlarıdır. Teoriye göre davranışa yönelik tutum, öznel norm ve algılanan davranışsal kontrol bileşenleri ile niyet tanımlanır. Niyet, davranışların birincil belirleyicisi olarak karşımıza çıkar (Ajzen 1985; Sussman and Gifford 2018). Planlı Davranış Teorisi'nin üç bileşeni ve bu bileşenlere referans oluşturan inançlar ile ilgili açıklamalar aşağıda verilmiştir.

2.2.2.1. Davranışa Yönelik Tutum

Tutum, bireyin bir insana, nesneye, durum ya da olaya karşı olumlu veya olumsuz duygular hissetmesi ve bu duyguları davranışlarına yansıtmasına neden olan düşünceleridir. Tutum uzun süreli bir eğilim olmakla birlikte kısa sürede değişmez. Düşünce, duygu ve heyecan gibi duygusal faktörler ve gözlenebilen davranışsal faktörler tutumun kapsamında yer almaktadır. Temel özellik olarak tutumda iki zıt kutuplu değerlendirme mevcuttur ve insanlar bir nesneyi nötr bir noktadan başlamak üzere olumludan olumsuzu uzanan boyutta değerlendirir. Tutumlar bir olaya yönelik kişinin negatif ya da pozitif değerlendirmelerini yansıttığı için bireyin çevreye

uyumunu kolaylaştırdığı gibi bireylerin davranışlarını da yönlendirmektedir (Mıdık 2018).

Planlı Davranış Teorisi çerçevesinde tutum, niyet ve davranış arasındaki ilişkiyi belirlemek için önemli bir yere sahiptir. Kolay bir şekilde erişilebilen inançlar tarafından tutumların belirlendiği ve tutumu açıklayan en iyi etken olarak inançların olması gerektiğini varsayar. Bazı inançlar süreklilik gösterirken bazıları ise unutulur ve yerine yeni inançlar gelişir (Ajzen 2020).

Davranışa yönelik tutumda birey, bir davranış geçmişi deneyimlerinden, bilgi, algılama ve yorumlama özelliklerinden yola çıkarak olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirir. Birey burada kazanımlarını göz önünde bulundurur. Eğer davranış uygulandığında olumlu sonuçlar getireceğine inanılırsa genellikle o davranışa yönelik olumlu tutumlar sergilenecek iken, davranışın çoğunlukla olumsuz sonuçlara yol açacağına inanılıyorsa o davranışa karşı olumsuz tutumlar geliştirilir. Dolayısıyla bireyin davranış gerçekleştirme ihtimali o davranışa yönelik sahip olduğu tutuma bağlıdır. Bireyin tutum ve davranışlarının birbiri ile uyum içerisindeki varlığı ve konu ile ilgili olumlu düşüncelere sahip olması bireyin davranış yapma isteğini artırır (Ajzen 2005; Sussman and Gifford 2018).

2.2.2.2. Subjektif Norm

Bir toplumda veya grupta izin verilen ya da kabul edilen davranışları anlatan sosyal normlardır. PDT'ye göre subjektif norm, sosyal bir faktör olarak tanımlanmakla kalmayıp, niyeti etkileyen ikinci bileşen olduğu belirtilmektedir. Sosyal çevrenin insan davranışları ve niyet üzerine güçlü etkisinin olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Toplumda yer alan sosyal normlar o toplumun uygun gördüğü ya da onayladığı davranışları ifade etmektedir. Sosyal normlar davranışların uygunluğu yönünde yol gösterici olmakla birlikte bireyin davranışlarını sınırlandırmasına neden olabilir (Ajzen 2002; Barbera and Ajzen 2020).

Subjektif norm, bireyin davranış açığına çıkarmada referans aldığı aile, yakın arkadaş, uzman gibi kişilerin ya da örnek aldığı kurum ve kuruluşların davranışın

uygulanıp uygulanmamasıyla ilgili beklentilerini içermektedir. Subjektif norm kapsamında birey kendi davranışlarına yönelik başkalarının ne düşündüğüne dair ya da başkaları tarafından hangi davranışın uygun bulunup hangi davranışın uygun bulunmadığına ilişkin inaç geliştirir. Kısaca PDT'ye göre subjektif norm, belirli bir davranışa yönelik olarak kişinin algılamış olduğu sosyal baskıyı ifade etmektedir. Algılanan sosyal baskı ne kadar güçlü olursa davranışı gerçekleştirme niyetinin ortaya çıkma ihtimali artar. Örneğin bir birey önem verdiği referans kişi ya da grupların davranışı uygulaması gerektiğini düşündüklerine inanırsa üzerinde sosyal bir baskı olduğunu hissedecek ve davranışı sergilemeyi tercih edecektir. Burada görülen sosyal baskı bireyi motive ederek davranışın yapılmasına neden olmaktadır (Ajzen 1991; Barbera and Ajzen 2020).

2.2.2.3. Algılanan Davranışsal Kontrol

Algılanan davranışsal kontrol, kişinin herhangi bir davranışı sergilemesinin kendi denetiminde olup olmaması ile ilgili algılarını açıklamaktadır. Bireyin planlanan davranışı gerçekleştirmek için gerekli olan beceri ve yeteneklere sahip olduğuna inanması, bireysel yeterlilik duygusu ile birlikte karşısına çıkabilecek engelleri aşabilecek gücü kendinde hissetmesi ve bunlara yönelik algılarıdır. Bu bileşene göre bazı davranışlar diğerlerine göre daha çok kontrol altında tutulabilmektedir. Bireyin kendi davranışları ile ilgili kontrol algısı, davranışları gerçekleştirmek için motive edici bir faktördür ve davranışın ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Doanh and Bernat 2019).

Mantıksal Eylem Kuramında insanların planlanan davranışı gerçekleştirmede kendi kontrolleri ile ilgili düşüncelerinin yer almaması davranışı açıklamada yetersiz kalmaktaydı. Bu yüzden Mantıksal Eylem Kuramına sonradan algılanan davranışsal kontrol bileşeni eklenerek yeni bir kuram olan PDT geliştirilmiştir. Teoriye göre kendi davranışları üzerinde yeterli kontrole sahip olduğunu düşünen birey, var olan engelleri görmezden gelebilir ya da daha az olarak algılar, istenilen davranışı başarıyla gerçekleştirir. Bunun aksine kendi davranışları üzerinde kontrolünün yetersiz olduğunu düşünen birey, aşılması güç bir engelle karşılaştığında davranışın gerçekleştirilmesini zor olarak algılar ve bu konuda başarısız olabilir. Kişinin

algıladığı engeller azaldığında ya da sahip olduğu kaynak ve fırsatlar arttığında kendi davranışlarını kontrol edebildiğine dair algısı da artar (Ajzen 1985; Zhang 2018).

PDT’de, fırsat ve kaynaklar (para, zaman, işbirliği vs.) gibi motivasyonel olmayan faktörler bazı davranışların gerçekleştirilmesini etkiler. Dolayısıyla davranışın yapılmasında gerekli ve yeterli kaynak için fırsat bulan bir birey, söz konusu davranışı yapmaya yönelik istekli olursa (niyet) başarılı olabilir. Buradaki başarı, yetenek (davranış kontrolü) ve motivasyona (niyet) bağlıdır. Sonuç olarak, bir kişi belirli bir davranışı yapmak için olumlu tutumlara sahip olsa ve güçlü bir sosyal baskı algılasa dahi, eğer performansı üzerinde kontrol sahibi olmadığına inanırsa davranışa yönelik niyet oluşmayabilir ve o davranış gerçekleşmeyebilir (Bosnjak, Ajzen and Schmidt 2020).

2.2.2.4. Davranışsal İnançlar

İnanç, bir nesnenin belirli bir özelliğe sahip olmasının öznel olasılığı olarak tanımlanmaktadır. PDT’nde inançların, tutumların belirleyicisi ve açıklayıcı olması gerektiği varsayılır. Ortaya çıkan her bir inanç bir öz değerlendirmenin sonucudur. Teoride yer alan “davranışa yönelik tutum” bileşeni davranışsal beklentiler ve bu beklentilerin değerlendirilmesinin bilişsel bir boyutudur. Ortaya çıkacak davranışa yönelik olumlu ya da olumsuz tutumların ortaya çıkmasında davranışsal inançlar etkili olmaktadır. İnsanlar bir davranışı uygulama sürecinde birbiriyle uyumlu veya ilişkisiz birçok inanışa sahip olabilirler. Sahip olunan inanç ve tutum biçimlerinin toplamı davranışın ortaya çıkmasını sağlar (Ajzen 2005; Ajzen 2020).

2.2.2.5. Normatif İnançlar

Birey üzerinde etkili olan sosyal çevresinin, uygulanması hedeflenen davranışı yapması veya yapmamasına yönelik olarak kişinin oluşturduğu kendi inancıdır. PDT’nde bir davranışın gerçekleştirilme olasılığının kişinin davranışın sonuçlarına ilişkin olumlu olacağına dair inancına ve önem verdiği referans grubun normatif baskısına bağlı olduğu savunulmaktadır. Dolayısıyla, birey tarafından algılanan sosyal baskı, normlara uyma motivasyonu ve normatif inançların etkisi altındadır. Kısaca, normatif inançlar kolay bir şekilde görülebilen sosyal baskıyı

tanımlamaktadır. Normlara uyma motivasyonu yüksek olan kişilerin, çevresinde kendisini etkileyen grupların yönlendirmesine kapılma eğilimi de fazla olacaktır (Ajzen 2002; Barbera and Ajzen 2020).

2.2.2.6. Kontrol İnançları

Kontrol inançları, bireyin davranışlarının kendisi tarafından ne derecede kontrol edilebilir olduğuna ilişkin algısıdır. Yani yapılmak istenen davranışın zorluğu ya da kolaylığına yönelik bireyde var olan düşüncelerdir. Bireyin kontrol inancının yüksek olması yeterlilik, kararlılık ve irade gibi iç etkenlerin sorumlu olduğu temel bir beklentiyi temsil eder. Davranışın kontrol edilebilmesine yönelik inançlar, kişinin karşılaşmayı hayal ettiği engeller ve geçmişte yaşadığı deneyimler ile şekillenmektedir (Ajzen 1991; Doanh and Bernat 2019).

2.2.3. Hemşirelikte Model Kullanımı ve Sağlık Davranışı Kazandırmada Planlı Davranış Teorisi

Hemşirelik mesleği bilim ve sanatı içine alan, kuramsal olmakla birlikte uygulamalı da bir meslektir. Hemşireliğin mesleki gücünün artırılabilmesi için kendi alanına özgü bilgi birikiminin kullanılması gerekmektedir. Bu noktada, hemşirelik teori ve modelleri, mesleğe yönelik araştırmalara, bakım uygulamalarına ve eğitimlere yol göstererek mesleki özerkliğin gelişimine katkı sağlamaktadır. Teori ve modellerin kullanımı sayesinde hemşirelik uygulamaları daha görünür hale gelmekle birlikte hemşirelik bakımı profesyonel bir şekilde verilmekte ve değerlendirilmektedir (Baykara, Çalışkan, Öztürk ve Karadağ 2019). Teori ve modeller, hemşirelik bilgisini artırarak bakım esnasında bilinçli karar vermeye, hemşirelik uygulamalarının sistematize edilmesine ve hemşirelerin günlük bakımı organize etmelerine yardımcı olmaktadır. Böylece daha az iş gücü ile daha kaliteli bir bakım olanağı sunulmaktadır. Bütün bunların yanında teori ve modeller, hemşirelik bakımında gözden kaçabilecek uygulamalar için hatırlatıcı bir rol üstlenmektedir ve hemşirelerin tıbbi uygulamalardan ziyade hemşirelik uygulamalarına odaklanmasını sağlamaktadır (Yaralı ve Hacıoğlu 2020).

Günümüzde hemşirelik mesleğine yönelik eğitim ve uygulamaların teorilerden bağımsız olması düşünülemez. Hemşireler tarafından verilen bakımın bilimsel bir temele dayandırılabilmesi, uygulamada neler yapıldığını ve niçin yapıldığının açıklanabilmesi için teorilerin kullanılması gerekmektedir. Ayrıca diğer disiplinlerde olduğu gibi hemşirelik girişimlerine yol gösterebilmesi amacıyla kuramsal bir çerçeveye ihtiyaç duyulmaktadır (Yaralı ve Hacıaloğlu 2020). Bu gereksinime yönelik PDT, son yıllarda sıkça kullanılan bir davranış kuramı haline gelmiştir. PDT ile insan davranışları açıklanmaya çalışılmakta ve bunu yaparken davranışa yönelik amaç ölçülerek davranışın ortaya çıkma olasılığı tespit edilmektedir (Bosnjak, Ajzen and Schmidt 2020).

İnsan davranışlarını açıklamak zor olmakla birlikte karmaşık bir süreci oluşturmaktadır. Davranışlar, bireysel özelliklerin yanı sıra toplumsal ve kültürel özellikler gibi çevresel faktörlerin de etkisi altındadır. Bazı teoriler davranış değişikliği sürecini açıklamakta yetersiz kalmakla birlikte bu konuda sınırlı sayıda teori bulunmaktadır. Üstelik bu teoriler çalışmalarda çok fazla kullanılmamaktadır (Baykara, Çalışkan, Öztürk ve Karadağ 2019). PDT'nin, sağlık davranışı belirleyicilerini tanımlayabilen ve davranış değişikliği oluşturabilmek için bireylerin kendi vermiş oldukları kararların sorumluluğunu alabilecekleri en uygun model olduğu düşünülmektedir. Ayrıca tutumların davranışı nasıl etkilediğini açıklayan en etkili teori olduğu bildirilmektedir (Mazloomi-Mahmoodabad 2017).

Obezite gibi kronik bir hastalığın yönetiminde de teoriye dayalı müdahaleler büyük önem taşımaktadır. Bireylere verilecek eğitimlerin bilimsel bir teoriye dayandırılması ile alışlagelmiş olumsuz sağlık davranışlarının yerini olumlu sağlık davranışlarının alması kaçınılmaz olacaktır. PDT, algılanan davranışsal kontrol faktörü ile fazla kilolu ve obez bireylerin kilo verme motivasyonlarını artırma yeteneklerini uygun bir şekilde tanılamalarına yardımcı olacaktır (Mazloomi-Mahmoodabad 2017).

Sağlık alanında uluslararası literatür incelendiğinde PDT kullanılarak adolesanlarda beslenme davranışı, menopoz dönemindeki kadınlarda cinsel fonksiyonlar, talesemili çiftlerin çocuklarında sağlığı geliştirme, sigarayı bırakma niyeti gibi konulara

rastlanmıştır (Taghdisi ve ark. 2016; Jalambadani ve ark. 2020; Sarayloo ve ark. 2020; Pashaeypoor, Egarandeh and Abadi 2019). Ülkemizde ise emzirme davranışı, sigarayı bırakma niyeti, eş şiddeti, astım yönetimi, el hijyeni konularında Planlı Davranış Teorisinden yararlanıldığı görölmektedir (Karayağız 2011; Tırakoğlu 2016; Koştu 2018; şanlıtürk 2018; Uyanık 2020). Çalışma sonuçları doğrultusunda bireylerde olumlu sağlık davranışı geliştirmede ve kişiye özel girişimlerin planlanmasında bu teorinin etkili olduğu görölmüştür.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu çalışma; fazla kilolu ve obez kadınlarda planlı davranış teorisine göre verilen eğitim ve danışmanlık müdahalesinin sağlık davranışlarına etkisini incelemek amacıyla yapılmış olup, araştırmanın tipi; randomize ön test – son test kontrollü deneysel tasarımındadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1₀: Müdahale grubuna planlı davranış teorisine göre verilen eğitim ve danışmanlık müdahalesinden önce ve sonra antropometrik vücut ölçümleri arasında fark yoktur

H2₀: Müdahale grubuna planlı davranış teorisine göre verilen eğitim ve danışmanlık müdahalesinden önce ve sonra fiziksel aktivite durumları ile IPAQ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur.

H3₀: Müdahale grubuna planlı davranış teorisine göre verilen eğitim ve danışmanlık müdahalesinden önce ve sonra SYBDÖ II alt boyutlar ve toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur.

H4₀: Kontrol ile müdahale grubu arasında son test ölçümlerinde antropometrik ölçümler yönünden farklılık yoktur.

H5₀: Kontrol ve müdahale grubu arasında son test IPAQ kısa form alt boyut ve toplam puanları yönünden fark yoktur.

H6₀: Kontrol ve müdahale grubu arasında son test SYBDÖ II alt boyutlar ve toplam puan ortalaması yönünden fark yoktur.

H7₀: SYBDÖ II toplam puanına etki eden belirleyici değişkenler yoktur.

3.3. ARAŞTIRMANIN GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİ YER

Araştırma Sakarya ili, merkez ilçelerde konumlanmış Aile Sağlığı Merkez (ASM)'lerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın planlandığı tarihte, Adapazarı ilçesinde 25, Erenler ilçesinde 9, Serdivan ilçesinde ise 13 ASM bulunmaktadır. Her ilçeden basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçim sonucunda; Adapazarı ilçesinden Garajlar ASM, Erenler ilçesinden Dilmen ASM, Serdivan ilçesinden Arabacıalanı ASM verilerin toplanacağı yerler olarak belirlenmiştir.

Garajlar ASM'de dört hekim, üç hemşire, iki ebe, bir laborant ve bir yardımcı personel; Erenler ASM'de üç hekim, iki hemşire, bir ebe, bir laborant, bir yardımcı personel; Arabacıalanı ASM'de üç hekim, üç hemşire, bir ebe, bir laborant ve bir yardımcı personel çalışmaktadır. ASM'lerinin her birinde doktorlar için ayrı muayene odası, hemşire/ebeler için bir oda, gebe ve bebek izlem, pansuman/enjeksiyon/kan alma, emzirme odaları bulunmaktadır. Ayrıca personelin ve gelen hastaların kullanabileceği lavabo ve tuvaletler her merkezde mevcuttur. ASM'lerde kronik hastalıkların takibi, çocukluk çağı aşılarının yapılması, yara bakımı gibi hizmetlerin verilmesinin yanı sıra, 18-49 yaş grubu kadınlara yönelik aile planlaması danışmanlığı ve hizmetleri, meme ve rahim ağzı kanseri taramaları, gebe ve lohusa izlemeleri, kronik hastalıklar ve obezite, anne sütü ve emzirme danışmanlığı hizmetleri de sunulmaktadır.

3.4. ARAŞTIRMA ZAMANI

Araştırmanın ön test verileri 5 Nisan 2021, son test verileri ise 24 Aralık 2021 tarihlerinden sonra toplanmış ve 17 Ocak 2022'de araştırma tamamlanmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmada aile sağlığı merkezlerine gelen ve bu merkezlere kayıtlı olan 18-49 yaş aralığında, fazla kilolu (BKİ değeri 24.9-29.9 arasında) ve obez olan (BKİ değeri 30 ve üzerinde) 161 kadın değerlendirilmeye alınmıştır. Randomize kontrollü

çalışmanın dahil edilme kriterleri uygulandığında, 53 kişi bu kriterleri karşılamadığı, 14 kişi ise çalışmaya katılmayı istemediği için araştırmadan dışlanmıştır ve çalışma grubu 94 kadından oluşmuştur. Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı ASM'lere kayıtlı, fazla kilolu ve obez olan, 18-49 yaş aralığındaki 94 kadın oluşturmuştur.

Çalışma Grubuna Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- Garajlar, Dilmen ve Arabacıları ASM'lerinden birine kayıtlı olmak
- 18-49 yaş aralığında kadın olmak, (bu yaş grubundaki kadınların örnekleme seçilme sebebi hormonal faaliyetler açısından birbirleri ile benzerlik göstermeleridir)
- BKİ 25,0-30,0 kg/m² aralığında (fazla kilolu) veya 30,0 kg/m² üzerinde (obez) olmak,
- Diyabetes mellitus hastası olmamak,
- Hipertansiyon hastası olmamak,
- Menapoza girmemiş olmak
- Tiroid hastalığı bulunmamak,
- Polikistik over hastası olmamak,
- Hormonal kontraseptif ilaç kullanmamak,
- Metabolik bir rahatsızlığı olmamak,
- Gebelik ya da emzirme döneminde olmamak
- Fiziksel hareketliliğini kısıtlayan bir hastalığı bulunmamak,
- Akıllı telefona sahip olmak ve kullanabilmek
- Google da mail hesabına sahip olmak.

Çalışma Grubu Dışlama Kriterleri

- Dâhil edilme kriterlerini taşımayan kadınlar
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmama
- İletişim sorunu olan kadınlar
- Çalışmanın herhangi bir aşamasında onam vermeyen ve ayrılan kadınlar

3.5.1. Çalışma Grubu ve Power Analizi

Çalışmanın müdahale ve kontrol grubuna atanacak kadın sayısının belirlenmesinde G power 3.1 programından yararlanılmıştır. Çalışmada gruplar arasında uluslararası fiziksel aktivite ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek ortalamalarına dair farklılıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada yer alan gruplar arasındaki kaç birimlik farkın önemli olduğu bilinmediği durumlarda uygulanan yöntem olarak etki genişliği değeri 0,70 olarak alınmıştır. Etki genişliği değeri 0,20 çok yüksek bir kısıtı, 0,50 orta seviyede, 0,80 ise maksimum kabul kısıtı altında sonuçları vermektedir. %5 hata payı ve %81,17 güç düzeyinde etki genişliği değerinin 0,70 olduğu durumda gruplarda 34 hasta olmak üzere toplam hasta sayısı ise 68 olarak belirlenmiştir (Faul ve ark. 2013).

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Tail(s)	= Two
	Effect size d	= 0,7
	α err prob	= 0,05
	Power (1- β err prob)	= 0,80
	Allocation ratio N2/N1	= 1
Output:	Noncentrality parameter δ	= 2,8861739
	Critical t	= 1,9965644
	Df	= 66
	Sample size group 1	= 34
	Sample size group 2	= 34
	Total sample size	= 68
	Actual power	= 0,8116461

Araştırma süresince çalışmaya devam etmeyen katılımcıların olabileceği düşünülmüştür. Bu yüzden Orhan (2020)'ın yapmış olduğu çalışma baz alınarak eksilme (drop out) oranı %12,5 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak araştırmaya 39 müdahale ve 39 kontrol olmak üzere 78 kadın dahil edilmiştir.

3.5.2. Araştırmada Çalışma Gruplarının Oluşturulması

G power analizi sonucu belirlenen örneklem büyüklüğü doğrultusunda çalışma grubunun (78) belirlenmesi basit rastgele yöntem yoluyla evrenden seçilmiştir. Ayrıca araştırmada verilerin toplanacağı aile sağlığı merkezlerinden çalışmaya alınacak kadın sayısını hesaplamak için; tabakalı örnekleme metodu kullanılarak

örneklem sayısı, tespit edilen ASM' lerdeki 18-49 yaş grubu kadınların sayısına oranlanmıştır. Buna göre Garajlar ASM'den 30 (2906), Arabacıalanı ASM'den 25 (2532), Dilmen ASM'den 23 (2216) kadın çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5.3. Randomizasyon ve Körleme

Randomizasyon: Çalışmada seçim yanlılığını kontrol altına almak için randomize atama yapılmıştır. Katılımcıları eşit örneklem büyüklüğü ile sonuçlanan gruplara ayırmak için blok randomizasyon yöntemi uygulanmıştır. Bunun için iki harften oluşan dörtlü bloklar halinde 6 tane kombinasyon oluşturulmuştur (ABAB, AABB, BABA, ABBA, BAAB, BBAA). Bloklama işleminden sonra bilgisayar üzerinde basit randomizasyon yöntemi kullanılarak random sayılar dizisi oluşturulmuş olup müdahale (39) ve kontrol (39) gruplarına randomize atama yapılmıştır (<http://www.randomizer.org/>).

Körleme: Çalışmada tekli körleme (katılımcılar, istatistik uzmanı ve raporlama) uygulanmıştır. Müdahale ve kontrol grubunda bulunan kadınlardan randomizasyon gizlenmiştir. Katılımcılara eğitim ve müdahale girişimleri sonlandıktan ve son test verileri toplandıktan sonra, hangi grupta yer aldıkları ile ilgili bilgilendirme yapılmıştır. Araştırma verileri müdahale ve kontrol grupları belirtilmeden SPSS'e Ave B şeklinde kodlama yapılarak aktarılmıştır. Gruplar halinde kodlanan verilerin analizi bir istatistik uzmanı tarafından yapılmış ve araştırma raporu yazılmıştır. Böylece istatistik uzmanı körlenmiş olup, istatistik ve raporlama yanlılığı kontrol edilmiştir.

3.5.4. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Yönünden Karşılaştırılması

Tablo 1'de kontrol ve müdahale gruplarına atanan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırılması verilmiştir. Çalışmada iki grubun tanıtıcı özelliklerinden yaş, fazla kilolu veya obez olma durumu, medeni durum, eğitim durumu, ailenin ekonomik durumu, ailede obez birey varlığı, ailede obez kişinin akrabalık derecesi, hamilelik geçirme durumu, hamilelik sayısı, emzirme dönemi geçirme durumu, emzirme süresi, düşük yapma durumu, düşük sayısı, kontraseptif kullanma durumu

ve kontraseptif kullanım süresi bakımından benzer olduğu ($p>0,05$) fakat gruplar arasında aile türü ve meslek durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre müdahale grubunda çekirdek ailede yaşayanların (%94,9) ve ev hanımı olanların (%71,8) oranı kontrol grubuna göre daha yüksektir (Tablo 2).



Tablo 2. Kontrol ve Müdahale Gruplarının Tanıtıcı Özelliklere Karşılaştırılması (n=78)

		Kontrol		Müdahale		Test	p
		N	%	N	%		
Yaş	(ort±ss)	33,54±8,44		34,74±7,10		-0,682 ¹	0,497
Fazla Kilolu/Obez Olma Durumu	Fazla kilolu	19	48,7	18	46,2	0,051 ²	0,821
	Obez	20	51,3	21	53,8		
Medeni Durum	Evli	30	76,9	32	82,1	0,315 ²	0,575
	Bekar	9	23,1	7	17,9		
Aile Türü	Çekirdek aile	30	76,9	37	94,9	5,186 ²	0,023*
	Geniş aile	9	23,1	2	5,1		
Eğitim Durumu	İlkokul	14	35,9	14	35,9	2,885 ²	0,236
	Orta öğretim	10	25,6	16	41,0		
	Lisans ve üzeri	15	38,5	9	23,1		
Meslek	Ev hanımı	15	38,5	28	71,8	8,759 ²	0,003*
	Çalışan	24	61,5	11	28,2		
Ailenin Ekonomik Durumu	Düşük gelir	11	28,2	10	25,6	1,772 ²	0,412
	Orta gelir	19	48,7	24	61,5		
	Yüksek gelir	9	23,1	5	12,8		
Ailede Obez Birey Varlığı	Evet	21	53,8	26	66,7	1,338 ²	0,247
	Hayır	18	46,2	13	33,3		
Ailede Obez Olan Kişinin Akrabalık Derecesi	1.derece akraba	15	71,4	16	61,5	0,506 ²	0,477
	2.derece akraba	6	28,6	10	38,5		
Hamilelik Dönemi Geçirme	Evet	25	64,1	31	79,5	2,279 ²	0,131
	Hayır	14	35,9	8	20,5		
Hamilelik Sayısı	(ort±ss)	2,44±1,53		2,68±1,33		-0,622 ¹	0,537
Emzirme Dönemi Geçirme	Evet	22	56,4	28	71,8	2,006 ²	0,157
	Hayır	17	43,6	11	28,2		
Emzirme Süresi	(ort±ss)	27,22±12,34		32,64±13,66		-1,473 ¹	0,147
Düşük Yapma Durumu	Evet	11	28,2	17	43,6	2,006 ²	0,157
	Hayır	28	71,8	22	56,4		
Düşük Sayısı	(ort±ss)	1,91±1,30		1,24±0,44		1,659 ¹	0,124
Kontraseptif Kullanım Durumu	Evet	10	25,6	8	20,5	0,289 ²	0,591
	Hayır	29	74,4	31	79,5		
Kontraseptif Kullanım Süresi	(ort±ss)	6,9±3,28		6,25±4,17		0,371 ¹	0,650

1:Bağımsız örneklem t testi, 2:Ki kare testi

*:p<0,05

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.6.1. Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilmiş olup (Can ve Şahin 2018; İpek 2019; Edwards 2020, Endalifer ve ark. 2020; Beyaz Sipahi 2021) kadınlara yönelik yaş, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, çalışma durumu, ailenin ekonomik düzeyi, çocuk sahibi olma durumu, ailede obez bireylerin varlığı, ailede obez kişinin akrabalık derecesi, geçirilen gebelik ya da düşük sayısı, daha önce emzirme dönemi geçirme ve oral kontraseptifler kullanma durumu, oral kontraseptif kullanım ve emzirme süresi sorularını içeren toplam 16 maddeden oluşmaktadır.

3.6.2. Antropometrik Ölçüm Formu (Ek-2)

Kadınların, boy, kilo, BKİ, bel, kalça ve bel/kalça ölçüm sonuçlarının tarihleri ile birlikte yazılabileceği bir formdur.

3.6.3. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) Kısa Form (Ek-3)

Bu anket, tek bir toplum ya da dili baz almamıştır. Dünya üzerinde birçok farklı kültürde yer alan insanlar tarafından uygulanan pek çok fiziksel aktivite türü bulunmaktadır. Ankette farklı fiziksel aktivite düzeylerini yerleştirmek için aktivitelerin şiddetleri (hafif, orta, şiddetli) esas alınmıştır. Uygun şiddette uygulanacak fiziksel aktivitelerin Metabolik Eş Değer (MET) seviyeleri Ainsworth ve ark. (2000) tarafından bildirilmiştir. 7 soruluk kısa formunun yanı sıra 27 soruluk uzun formu da bulunmaktadır. IPAQ kısa formu oturma, yürüme, orta düzeyde ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi vermektedir.

IPAQ Kısa Formu Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği Sağlam ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır. Kısa formun toplam skorunun hesaplanmasında; son 7 gün baz alınarak hesaplamalar yapılmaktadır. Şiddetli fiziksel aktiviteler 8,0 (MET), orta şiddetli aktiviteler 4,0 MET, yürüme ise 3,3 MET değerindedir. İlgili aktivite grubuna ait dakika ve sıklık (gün) değerleri; MET değerleri ile çarpılmaktadır. Bulunan çarpım değerlerinden şiddetli, orta şiddetli fiziksel aktivite ve yürüme değerleri toplanarak toplam fiziksel aktivite değeri elde

edilmektedir. Oturma puanı ayrı olarak değerlendirilmektedir. Ankette toplam fiziksel aktivite puanına göre bireyler üç grupta sınıflandırılır. Bunlar; fiziksel olarak aktif olmayan (<600 METdk/ hafta), fiziksel aktivite düzeyi beklenenin altında olan (600-3000 MET-dk/hafta) ve fiziksel aktivite düzeyi beklenen seviyede olandır (sağlık açısından yararlı olan) (>3000 MET-dk/hafta) (Sağlam ve ark. 2010).

3.6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) II (Ek-4)

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan ölçek Pender'in sağlığı geliştirme modeli temel alınarak Walker ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı olan cronbach alpha (α) değeri 0,92 olarak tespit edilmiştir. Çalışmada kapsam geçerliğini saptamak için ölçek maddeleri altı uzman tarafından değerlendirilmiş ve uzman puanlarının istatistiksel olarak farklı olmadığı (Kendall W=0,188; P=0,246), uzmanlar arasında görüş birliği olduğu sonucuna varılmıştır. Bireylerin sağlık davranışlarını incelemeye yarayan ölçek, beslenme, manevi gelişim, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi olmak üzere altı alt boyuttan ve 52 maddeden meydana gelmektedir. Dörtlü likert tipte ölçeğin değerlendirilmesinde “hiçbir zaman” 1, “bazen” 2, “Sık sık” 3, “Düzenli olarak” 4 puan olarak derecelendirilmektedir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan davranış puanı arttıkça bireylerin belirtilen sağlık davranışlarını yerine getirme ihtimali de artmaktadır.

Ön Uygulama

Ölçek ve anketlerdeki soruların anlaşılabilirliğini ve uygunluğu tespit etmek amacıyla Dilmen ASM'ne kayıtlı olan toplam 10 kadına araştırmacı tarafından yüz yüze olmak üzere ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulamaya alınan kişiler araştırmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulama sonrası herhangi bir sorun tespit edilmemiş olup sorularda değişiklik yapılmamıştır. Formların doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

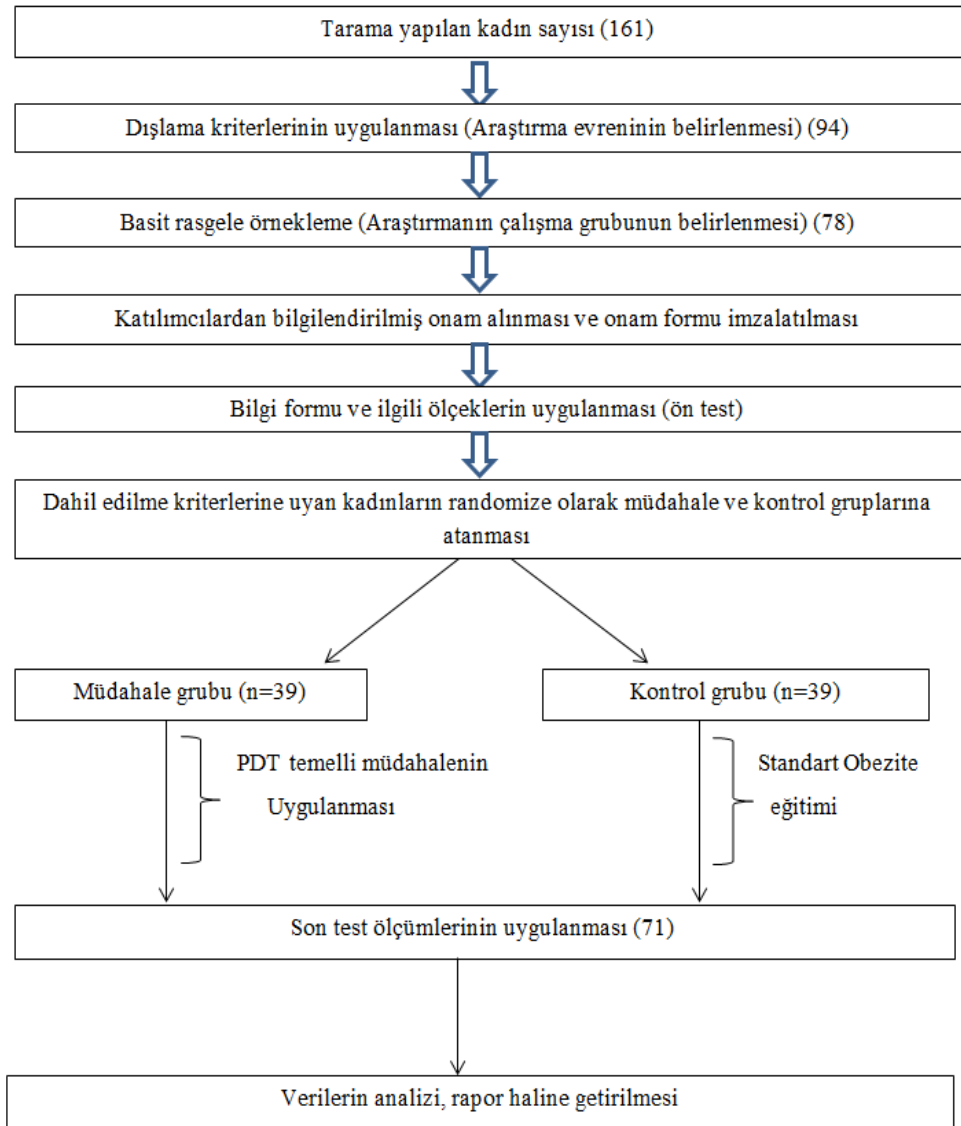
3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Müdahale ve kontrol gruplarına 5 Nisan-18 Haziran 2021 tarihleri arasında ön test, 24 Aralık 2021- 14 Ocak 2022 tarihleri arasında son test verileri toplanmış ve ölçümler yapılmıştır. Araştırmada ön test verileri kadınların kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezlerinde araştırmacı tarafından toplanmıştır. Ön testte, Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılmıştır. Katılımcıların vücut ağırlığı, boyu, bel ve kalça çevresi ölçümleri antropometrik ölçüm formuna kaydedilmiştir. Son test verilerinin toplanması için müdahale ve kontrol grupları ASM'ye davet edilmiştir. ASM' ye gelmeyen kadınlar için ise araştırmacı tarafından ev ziyareti yapılmıştır. ASM'lerindeki ölçümler için hemşire/ebe ya da emzirme odaları kullanılmıştır.

Vücut ağırlığının ölçümleri kadınların ayakkabıları olmadan dijital baskül ile yapıldı. Boy, bel ve kalça ölçümlerinde kullanılacak olan mezura ve baskül araştırmacı tarafından merkeze getirildi ve her ölçümde aynı araçlar kullanıldı. Antropometrik ölçümlerde katılımcıların kıyafetleri azami ölçüde çıkartıldı. Kadınların boy ölçümü düz bir zeminde baş, omuz, kalça ve topukları düz bir duvara temas edecek şekilde dik pozisyonda ve birey tam karşıya bakarken yapıldı. Bel ve kalça çevresi ölçümleri ise birey ayakta, dik bir pozisyonda, kollar iki yana açılmış ve ayaklar birbirine yakın olacak şekilde tamamlandı. Bel çevresi ölçümleri son kaburga kemiği ile krista iliakanın en üst noktasının arasında kalan bölgenin orta noktası tespit edilerek yapılmış olup, kalça çevresi ölçümleri ise mezura femurların trochanterion noktalarının hizasından geçecek şekilde yapılmıştır. Beden Kitle İndeksi değeri, Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite sınıflandırmasına göre tanımlanmıştır (25-29,9 fazla kilolu, >30 obez).

Tablo 3. Ölçüm Araçları Müdahale ve Kontrol Grupları Uygulama Takvimi

Ölçüm Araçları	Ölçüm Zamanları			
	Kontrol Grubu		Müdahale Grubu	
	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test
	1.Hafta	24.Hafta	1.Hafta	24.Hafta
Bilgi Formu	X	--	X	--
Antropometrik Ölçümler	X	X	X	X
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Form	X	X	X	X
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II Ölçeği	X	X	X	X



Şekil 4. Çalışma Akış Şeması

3.8. HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

3.8.1. Obezite Eğitim Kitapçığının Hazırlanması

Müdahale grubundaki fazla kilolu ve obez kadınlara planlı davranış teorisi temel alınarak hazırlanan obezite eğitim kitapçığı toplam 24 sayfadan oluşmaktadır. Kitapçığın içeriğinde obezite kavramı, Dünya ve Türkiye’de obezite görülme sıklıkları, obezite oluşumuna neden olan etmenler, obeziteyi saptama yöntemleri, obezitenin yol açtığı sağlık sorunları, obezite tedavisi, obeziteye yönelik tutumlar,

kilo kontrolünde sosyal desteğin önemi, yaşanan kültür ve obezite ilişkisi, geliştirilmesi gereken sağlık davranışının zorluğu ya da kolaylığına yönelik algılar, olumlu sağlık davranışı geliştirmede öz yeterliliğin rolü, “obezite ile mücadelede neler yapılmalıdır?” ve obeziteye yönelik sunulan hizmetler konuları yer almaktadır.

Eğitim kitapçığının anlaşılabilirliği ve okuma uygunluğunun tespit edebilmek için Kıray Vural ve Temel (2007) tarafından geliştirilen “Eğitim Kitapçığı Değerlendirme Formu” kullanılmıştır (EK 5) (Formu geliştiren araştırmacıdan mail yoluyla yazılı izin alınmıştır). Bu formda kitapçıkla ilgili olarak; dört madde kurgusal özellik, beş madde Türkçe anlatımı ile ilgili özellik, dört madde içerikle ilgili özellik ve üç madde basım niteliği ile ilgili özellik olmak üzere toplamda 16 özelliğe yer verilmiştir. Dörtlü likert tipte olan formda her bir soru için “tamamen uygun” 4, “uygun” 3, “uygun değil” 2, “hiç uygun değil” 1 şeklinde puanlandırılmıştır.

Eğitim kitapçığının içerik geçerliliğini saptamak amacıyla Eğitim Kitapçığı Değerlendirme Formu altı Halk Sağlığı Hemşireliği, bir Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, bir İç Hastalıkları Hemşireliği, bir Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, bir Fizyoterapi ve Rehabilitasyon uzmanı olmak üzere toplam 10 kişiye gönderilerek görüş alınmıştır. Elde edilen veriler Kendall Uyum İyiliği (Kendall'scoefficient of concordance) testi ile analiz edilmiş olup, uzmanlar arasında görüş farklılığı tespit edilmemiştir (Kendall's $W=0,086$, $p=0,605$). Uzmanlardan alınan görüşler ve öneriler doğrultusunda eğitim kitapçığında gerekli düzenlemeler yapılmış ve son hali verilmiştir (EK 6).

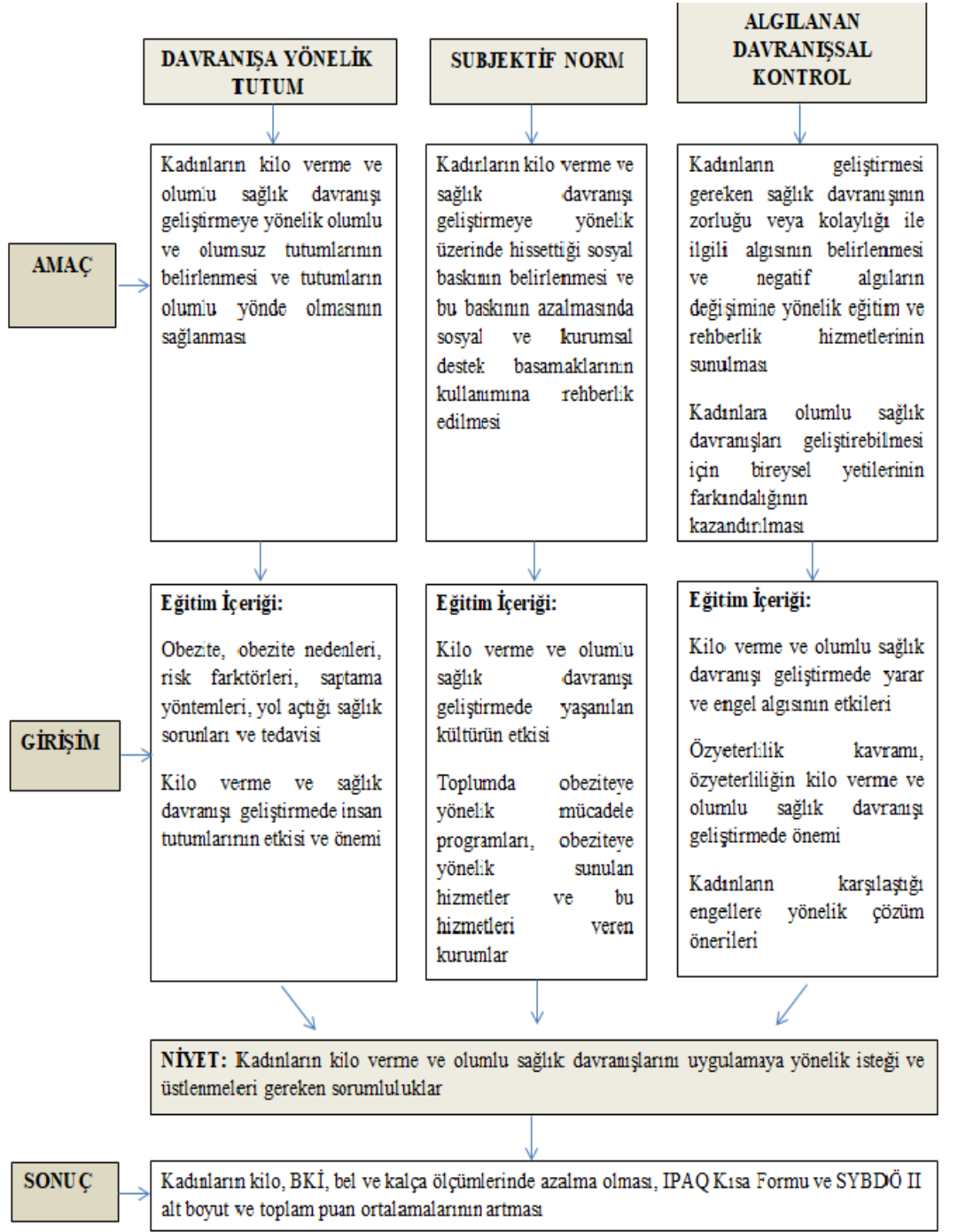
3.8.2. Obeziteye Yönelik Broşür Hazırlanması

Müdahale ve kontrol grubuna verilmesi için literatür incelenerek bir broşür hazırlanmıştır (Ek 8). Broşürün içeriğinde Obezite Nedir? Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları Nelerdir? Obezite ile Mücadelede Neler Yapılmalıdır? başlıkları yer almaktadır.

3.8.3. Müdahale ve Kontrol Grubuna Yönelik Uygulamalar

Müdahale Grubu: Müdahale grubuna, uzman kişilerle yapılan görüşmelerden elde edilen öneriler ve literatür doğrultusunda “Planlı Davranış Teorisi”ne göre yapılandırılmış eğitim programı uygulanmıştır (Şekil 5). Toplam 6 oturumdan oluşan obezite eğitimi haftada üç kez olmak üzere online olarak Google Meet programı üzerinden 5-6 kişilik gruplar halinde verilmiştir. Google Meet’te oluşturulan toplantı linki kadınlara Whatsapp yoluyla gönderilmiş olup, linke tıklayarak toplantıya katılmaları sağlanmıştır. Eğitim programını oluşturan oturumların her biri yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Eğitim sırasında anlatım yönteminin yanında soru-cevap ve tartışma teknikleri de kullanılmıştır. Ayrıca eğitimde yararlanılan materyaller arasında eğitim kitapçığı, power point sunumu, video gösterisi ve broşür yer almıştır. Kadınlara her seanstan sonra kilo verme hedeflerini yazmaları istenmiştir. Müdahale grubuna verilen eğitim programının kapsamı, kullanılan eğitim yöntem ve materyalleri tablo 4’te gösterilmiştir.

PLANLI DAVRANIŞ TEORİSİ



Şekil 5. Çalışmanın Planlı Davranış Teorisine Göre Yapılandırılması

Tablo 4. Müdahale Grubuna Verilen Eğitim Programının Kapsamı ve Eğitim Yöntem/Materyalleri

Oturum	PDT'nin Bileşenleri	Süre	Kapsam	Eğitim Yöntem ve Materyalleri
1	Davranışa yönelik tutum	30 dk.	Obezite tanımı Obezite nedenleri Obezite saptama yöntemleri Obezitenin yol açtığı sağlık sorunları Obezite tedavisi	Anlatım Soru-cevap Powerpoint sunum Eğitim kitapçığı
2	Davranışa yönelik tutum	30 dk.	Tutumların kilo verme ve sağlık davranışı geliştirme üzerine etkisinin anlatılması, Kadınların obeziteye yönelik olumlu ve olumsuz tutumların tartışılması <i>Kilo kontrolüne yönelik olumlu ve olumsuz düşünceler</i> <i>Kilo kontrolünde yaşanan olumlu ve olumsuz deneyimler</i> <i>Kilo kontrolünü sağlamak için şu an var olan davranışlar</i>	Anlatım Soru-cevap Tartışma Powerpoint sunum Eğitim kitapçığı
3	Subjektif Norm	30 dk.	Yaşanılan kültür ve obezite ilişkisinin anlatılması, Kadınlarda kilo vermeye yönelik hissedilen sosyal baskının belirlenmesi <i>Yaşanılan kültürün obezite oluşumuna etkisi</i> <i>Fazla kilolu ve obez bireylere karşı toplumun sergilediği tutumlar (farklı toplumlardan ve yaşanan toplumdan örneklerle)</i>	Anlatım Soru cevap Tartışma Powerpoint sunum Eğitim kitapçığı Video gösterimi

Oturum	PDT'nin Bileşenleri	Süre	Kapsam	Eğitim Yöntem ve Materyalleri
4	Subjektif Norm	30 dk.	Yaşanılan toplumda obeziteye yönelik sunulan hizmetler <i>Obeziteye yönelik var olan mücadele programları</i> <i>Obeziteye yönelik hizmet veren kurum ve kuruluşlar ve sunulan hizmetler</i>	Anlatım Soru-cevap Powerpoint sunum Eğitim kitapçığı Video gösterimi
5	Algılanan Davranışsal Kontrol	30 dk.	Kilo kontrolüne yönelik sağlık davranışının zorluğu veya kolaylığı ile ilgili algıların anlatılması, Olumlu sağlık davranışı geliştirebilmede özyeterliliğin rolünün anlatılması <i>Kilo kontrolüne yönelik engel algısı</i> <i>Kilo kontrolüne yönelik yarar algısı</i> <i>Özyeterlilik kavramı ve kilo kontrolü için önemi, var olan bireysel yetiler</i>	Anlatım Soru-cevap Tartışma Powerpoint sunum Eğitim kitapçığı
6	Algılanan Davranışsal Kontrol	30 dk.	Obezite ile mücadelede neler yapılması gerektiğinin anlatılması Kadınların kilo verme ve olumlu sağlık davranışı geliştirmede karşılaştığı engellere yönelik çözüm önerileri Soruların cevaplanması	Soru-cevap Tartışma

Kontrol Grubu: Kontrol grubuna ise tek seanstan oluşan sağlık bakanlığının web sitesinde obeziteye yönelik yer alan bilgileri içeren standart bir obezite eğitimi uygulanmıştır. Eğitim programı online olarak Google Meet programı üzerinden 5-6 kişilik gruplar halinde verilmiş ve yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Eğitim sırasında anlatım, soru cevap yöntemleri kullanılmış olup, eğitim materyali olarak power point sunum ve broşürden yararlanılmıştır. Kontrol grubuna verilen eğitim programının kapsamı, kullanılan yöntem ve materyaller tablo 5’te sunulmuştur.

Tablo 5. Kontrol Grubuna Verilen Eğitim Programının Kapsamı ve Eğitim Yöntem/Materyalleri

Oturum	Süre	Kapsam	Eğitim Yöntem ve Materyalleri
1	30 dk.	Obezite tanımı Obezite nedenleri Obezite saptama yöntemleri Obezitenin yol açtığı sağlık sorunları Obezite tedavisi	Anlatım Soru-cevap Powerpoint sunum Broşür

3.8.4. İzlem

Eğitim sonrası her iki grupta yer alan kadınlar izleme alınmıştır. Müdahale grubundaki kadınlara istediği zaman sorularını sorabilmek ve danışmanlık hizmeti alabilmeleri için araştırmacının iletişim bilgileri verilmiştir. Ayrıca obezite yönetimi ve sağlık davranışlarına ilişkin her ay motivasyonu artırıcı mesajlar gönderilmiş, kadınların soruları cevaplanmış ve telefonla aranarak izlemler yapılmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

1. Bağımlı Değişkenler (Çıktılar)

- Antropometrik Ölçümler: BKİ, Bel/Kalça Oranı,
- Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu puan düzeyi
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II Ölçeği ve alt boyut boyutları puan düzeyleri

2. Bağımsız Değişkenler

- Uygulanan Hemşirelik Girişimleri (Fazla kilolu ve obez olan kadınlara planlı davranış teorisine dayalı eğitim programı, araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı ve broşür, telefon aracılığı ile yapılan hatırlatma ve motivasyonu arttırıcı uygulamalar, danışmanlık hizmeti)

3. Kontrol Değişkenleri

- Kadınların temel özelliklerine ilişkin değişkenler (Yaş, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, çalışma durumu, ailenin ekonomik düzeyi, çocuk sahibi olma durumu, ailede obez bireylerin varlığı, geçirilen gebelik ya da düşük sayısı, daha önce emzirme dönemi geçirme ve oral kontraseptifler kullanma durumu, oral kontraseptif kullanım süresi)

3.10. VERİLERİN ANALİZİ

Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak tamamlanmıştır. Çalışma verileri analiz edilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı olarak sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistiklerden olan ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde sınanmıştır. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Analizler

İstatistik Yapılan Alanlar	Kullanılan İstatistiksel Yöntem
Kontrol ve müdahale gruplarının benzerlik analizi	Sayı, Yüzde ve ortalama-standart sapma, Chi-square (Pearson)
Kontrol ve müdahale gruplarının kilo, bel, kalça, BKİ, bel/kalça oranları, IPAQ ve SYBDÖ II puanlarının ön test ve son test karşılaştırılması	Bağımlı Gruplarda t Testi, ITT, Etki büyüklüğü (d), Güven Aralığı
Kontrol ve müdahale gruplarının kategorik fiziksel aktivite düzeylerinin ön test ve son test karşılaştırılması	Mcnemar testi
Kontrol ve müdahale grupları arasında kilo, bel, kalça, BKİ, bel/kalça oranları, IPAQ, SYBDÖ II ön test ve son test puanları farkının karşılaştırılması	Bağımsız Gruplarda t Testi, Etki büyüklüğü (d), Güven Aralığı
SYBDÖ II üzerine etki eden değişkenlerin belirlenmesi	Doğrusal regresyon analizi

Bağımlı değişkenlerin normallik analizi kayıp veriler için rastgelelik Little's MCAR testi ile bakılmış olup ($p>0,05$) rastgelelik varsayımı sağlandığı için ortalamalar ile ITT tekniği uygulanmıştır. Çalışmadan ayrılan katılımcılar olduğundan ITT analizi ile eksilme yanlılığı önlenmiştir. Gruplar ve zamanlar arasındaki fark sonuçlarında etki genişliği Cohen D değeri ve %95 güven aralıkları ile birlikte sunulmuştur. Hesaplamalar sonucu elde edilen Cohen D değeri 0,1'den küçükse etki yok, 0,1-0,3 arasında ise düşük etki düzeyine, 0,3-0,5 aralığında ise orta etki düzeyine, 0,5'ten büyük ise yüksek etki düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Etki büyüklüklerinin önünde yer alan negatif (-) ifade uygulanan girişimlerin olumsuz yönde etkisi olduğunu, pozitif (+) ifade ise girişimlerin olumlu yönde etkisinin olduğunu ifade etmektedir (Cohen 1988).

3.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışma üç bölgede yer alan üç ASM ile gerçekleştirildiği için örneklem bölgedeki tüm kadınları temsil niteliği taşımamaktadır. Araştırmada ön test verilerinin toplandığı zaman dilimi ve izleme başladıktan sonraki iki aylık süre COVID-19 pandemisinden dolayı ev karantinası ve sosyal uzaklaşmanın olduğu

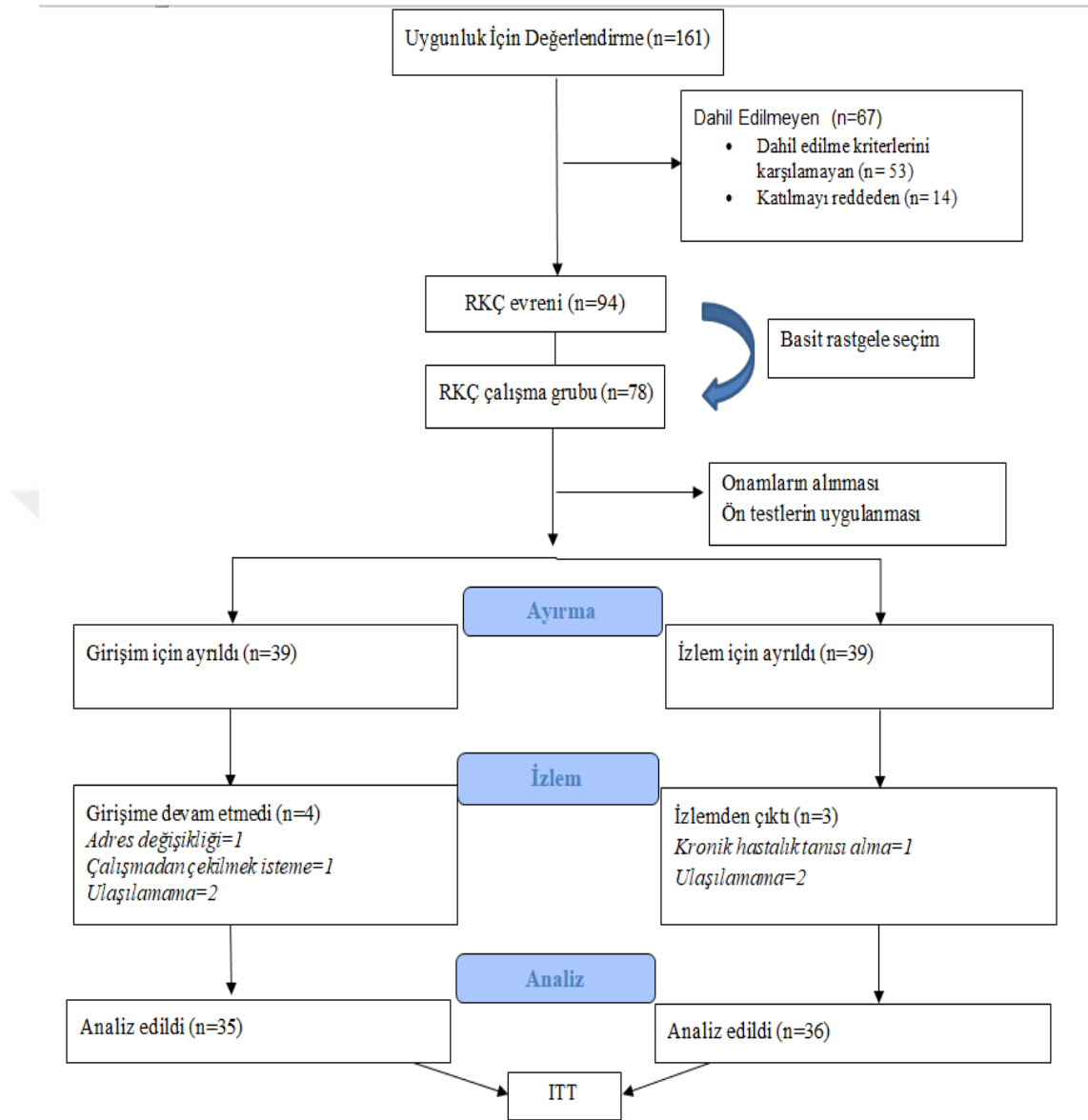
dönemde gerçekleşmiştir. Son test verileri toplandığında ise bu kısıtlamalar kalktığı için her iki grubunda fiziksel aktivite düzeylerinde artış yaşanmıştır. Bu durumun müdahale grubuna uygulanan girişimlerin fiziksel aktivite puanlarına etkisini belirlemede kısıtlılığa yol açtığı düşünülmektedir. Ayrıca pandemi sürecinde eğitimlerin online verilecek olması bilgisayar ya da akıllı telefon kullanamayan veya bu konuda yardım alacağı birileri olmayan kadınların araştırmadan dışlanmasına neden olmuştur. Tartışma bölümünde karşılaştırma yapmak istendiğinde literatürde yer alan çalışmalarda güven aralıklarının verilmemesi bu konuda çalışmayı sınırlandırmıştır. Literatürümüzde kapsamlı olarak benzer çalışmalara rastlanmadığı için tartışma bölümünde çoğunlukla yabancı literatüre yer verilmiştir.

3.12. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmaya başlamadan önce Sakarya Üniversitesi İlaç Dışı Klinik Uygulamalar Etik Kurulu'ndan 16/12/2020 tarih ve E-16214662-050.01.04-273 sayılı etik kurul izni (EK 9) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (EK 10) alınmıştır. Çalışma öncesi araştırmada kullanılacak ölçeklere ilişkin yazarlardan e-posta yoluyla izinler alınmıştır (EK 11). Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki kadınlara çalışmanın amacı, verilerin nasıl toplanacağı, cevapların gizliliği, elde edilen verilerin nasıl kullanılacağı hakkında bilgi verilerek aydınlatılmış sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK 12). Son testler uygulandıktan sonra müdahale grubu için hazırlanmış eğitim kitapçığı kontrol grubuna da verilmiştir.

Araştırmanın protokol kaydı: “Theory-Based Obesity Intervention Program for Women” başlığı ile ClinicalTrials.gov adresine, NCT05027750 kayıt numarası ile 4 Ağustos 2021’de tescil edildi (EK 13).

4. BULGULAR



Şekil 6. Fazla kilolu ve obez kadınlarda planlı davranış teorisine göre verilen eğitim ve danışmanlık müdahalesinin sağlık davranışlarına etkisine yönelik çalışmanın müdahale ve kontrol grubu consort (2010) akış şeması

Çalışmanın CONSORT 2010’a göre hazırlanmış olan müdahale ve kontrol grubunun akış şeması Şekil 6’ de verilmiştir. Araştırmanın yapıldığı ASM’lerine gelen kadınlardan toplam 161 kişi çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygunluk yönünden değerlendirilmiştir. Bunlardan 67’si kriterleri karşılamamış olup çalışmadan dışlanmış ve araştırma evrenini 94 kadın oluşturmuştur. 94 kadın arasından basit

rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 78 kişi çalışma grubunu oluşturmuştur. Seçilen 78 kadın müdahale ve kontrol gruplarına randomize olarak atanmıştır (www.randomizer.org). Girişimler başladıktan sonra müdahale grubundan 4 kadın, kontrol grubundan ise 3 kadın olmak üzere toplamda 7 kadın araştırmadan ayrılmıştır. Araştırmada yanlılığı önlemek için ITT analizinden yararlanılmıştır.

Fazla kilolu ve obez kadınlara planlı davranış teorisine göre verilen eğitim ve danışmanlık müdahalesinin sağlık davranışları üzerine etkisini değerlendirmeye yönelik yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular dört başlık altında toplanmıştır. Bunlar:

1. Kontrol ve müdahale grubunun ön ve son test antropometrik ölçümlerine ilişkin bulgular (H1 ve H4 hipotezlerine yönelik elde edilen bulgular)
2. Kontrol ve müdahale grubunun fiziksel aktivite durumları ile IPAQ kısa form alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ön ve son test ölçümlerine ilişkin bulgular (H2 ve H5 hipotezlerine yönelik bulgular)
3. Kontrol ve müdahale grubunun SYBDÖ II alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarının ön ve son test ölçümlerine ilişkin bulgular (H3 ve H6 hipotezlerine yönelik bulgular)
4. SYBDÖ II toplam puanına etki eden belirleyicilere yönelik bulgular

4.1. KONTROL VE MÜDAHALE GRUBUNUN ÖN VE SON TEST ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR (H1 Ve H4 Hipotezlerine Yönelik Elde Edilen Bulgular)

Tablo 7’de kadınların antropometrik ölçüm ortalamalarının gruplar arası ve ön test-son test farklarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çalışmada yer alan her iki grupta da girişim sonrası kilo ortalamasının (sırasıyla; 78,39±11,78; 78,50±11,20) girişim öncesine (sırasıyla; 78,90±11,96; 80,99±11,77) göre daha düşük olduğu ve uygulanan girişimlerin vücut ağırlığının azalmasında etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğünün kontrol grubunda -4,248 (CI: -4,697--3,799), müdahale grubunda ise -6,159 (CI: -6,638--5,680) bulunarak yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Gruplar

arasında ön test ve son test kilo ortalaması yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Kontrol grubunda girişim sonrası bel ($95,89\pm9,89$) ve kalça ($114,44\pm9,50$) çevresi ölçümleri girişim öncesi ölçümlere göre (sırasıyla; $95,87\pm10,42$; $114,41\pm9,42$) artış göstermiştir ancak ölçümler arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Müdahale grubunda ise girişim sonrası bel ($95,83\pm11,36$) ve kalça ($115,14\pm10,83$) çevresi ölçümleri girişim öncesine (sırasıyla; $97,18\pm12,04$; $116,28\pm11,06$) göre daha düşük ve yapılan girişimlerin bel ve kalça çevresi ölçümlerinin azalmasında etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğünün bel çevresi için $-0,7400$ (CI: $-7,868$ -- $-6,932$), kalça çevresi için $-12,675$ (CI: $-13,154$ -- $-12,196$) olarak yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasında bel ve kalça ön test ve son test ölçüm ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmada her iki gruptaki kadınların BKİ ortalamalarının girişim sonrası (sırasıyla; $30,65\pm4,61$; $30,68\pm4,42$) girişim öncesine (sırasıyla; $30,71\pm4,65$; $31,42\pm4,66$) göre daha düşük olduğu ve yapılan girişimlerin BKİ'nin azalmasında etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğü değerinin kontrol grubunda $-1,291$ (CI: $-1,735$ -- $-0,847$), müdahale grubunda ise $-4,886$ (CI: $-5,352$ -- $-4,421$) bulunarak yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gruplar arasında ön test ve son test BKİ ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol ve müdahale grubunda girişim sonrası bel/kalça oranları (sırasıyla; $0,84\pm0,07$; $0,83\pm0,06$) girişim öncesine (sırasıyla; $0,84\pm0,07$; $0,83\pm0,06$) göre daha düşük ve uygulanan girişimlerin bel/kalça oranının azalmasında etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğünün kontrol grubu için $-2,862$ ($-3,328$, $-2,397$), müdahale grubu için ise $-6,252$ ($-6,741$, $-5,763$) olarak yüksek düzeyde belirlenmiştir. Gruplar arasında ön test ve son test bel/kalça oranları bakımından istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). **H₁₀ hipotezi reddedilirken, H₄₀ hipotezi kabul edilmiştir.**

Tablo 7. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Kadınların Antropometrik Ölçüm Ortalamalarının Ön Test- Son Test Ölçümlerine Göre Dağılımı (n=78)

	Kontrol x±ss	Müdahale x±ss	Test/p¹	Cohen D (%95CI)
Ön test kilo	78,90±11,96	80,99±11,77	-0,778/0,439	0,176 (-0,269-0,621)
Son test kilo	78,39±11,78	78,50±11,20	-0,041/0,968	0,010 (-0,434-0,453)
Test/p²	2,083/0,045*	6,260/<0,001*		
Cohen D (%95CI)	-4,248 (-4,697--3,799)	-6,159 (-6,638--5,680)		
Ön test bel	95,87±10,42	97,18±12,04	-0,513/0,610	0,116 (-0,328-0,561)
Son test bel	95,89±9,89	95,83±11,36	0,024/0,981	-0,006 (-0,449-0,438)
Test/p²	1,605/0,117	6,518/<0,001*		
Cohen D (%95CI)	0,148 (-0,296-0,592)	-0,7400 (-7,868--6,932)		
Ön test kalça	114,41±9,42	116,28±11,06	-0,804/0,424	0,182 (-0,263-0,627)
Son test kalça	114,44±9,50	115,14±10,83	-0,289/0,773	0,069 (-0,375-0,513)
Test/p²	-0,239/0,812	5,276/<0,001*		
Cohen D (%95CI)	0,525 (0,082-0,969)	-12,675(-13,154--12,196)		
Ön test BKİ	30,71±4,65	31,42±4,66	-0,676/0,501	0,153 (-0,292-0,597)
Son test BKİ	30,65±4,61	30,68±4,42	-0,035/0,972	0,007 (-0,437-0,450)
Test/p²	2,050/0,048*	6,436/<0,001*		
Cohen D (%95CI)	-1,291 (-1,735--0,847)	-4,886 (-5,352--4,421)		
Ön test bel/kalça	0,84±0,07	0,83±0,06	0,261/0,795	-0,153 (-0,598-0,291)
Son test bel/kalça	0,84±0,07	0,83±0,06	0,470/0,640	-0,153 (-0,598-0,291)
Test/p²	2,068/0,046*	4,968/<0,001*		
Cohen D (%95CI)	-2,862 (-3,328,-2,397)	-6,252 (-6,741-5,763)		

Cohen D: <0,1 etki yok, 0,1-0,3 düşük etki, 0,3-0,5 orta etki, >0,5 yüksek etki
1:Bağımsız örneklem t testi, 2:Bağımlı örneklem t testi
**:p<0,05*

4.2. KONTROL VE MÜDAHALE GRUBUNUN FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMLARI İLE IPAQ KISA FORM ALT BOYUT VE TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ ÖN VE SON TEST ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR (H2 Ve H5 Hipotezlerine Yönelik Bulgular)

Tablo 8’de kontrol ve müdahale grubunun ön test-son test fiziksel aktivite düzeylerinin kategorisel sınıflandırılması gösterilmiştir. Uygulanan McNemar testi sonucunda, kontrol grubunda zamanla aktiflik durumlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim bulunmamakta iken (p>0,05) müdahale grubunda

zamanla aktiflik durumlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir değişim bulunmaktadır. Buna göre, müdahale grubunda inaktif oranı zamanla azalmakta iken minimal aktiflik oranı zamanla artmaktadır. Gruplar arasında ön test ve son test fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 8. Kontrol ve Müdahale Grubunun Ön test-Son test Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Kategorisel Olarak Sınıflandırılması (n=78)

		Ön test aktiflik durumu		Son test aktiflik durumu		t/p ¹
		N	%	N	%	
Kontrol	İnaktif	16	41,0	11	28,2	5,571/0,062
	Minimal aktif	13	33,3	16	41,0	
	Çok aktif	10	25,6	12	30,8	
Müdahale	İnaktif	16	41,0	6	15,4	9,444/0,024*
	Minimal aktif	15	38,5	21	53,8	
	Çok aktif	8	20,5	12	30,8	
t/p ²		0,365/0,833		2,146/0,342		

1: McNemar testi 2: Ki-kare testi *: $p<0,05$

Tablo 9’te kontrol ve müdahale grubundaki kadınların IPAQ kısa formu puan ortalamalarının ön test ve son test ölçümlerine göre dağılımı gösterilmektedir. Her iki grupta yer alan kadınların IPAQ şiddetli fiziksel aktivite puan ortalamalarının girişim sonrasında (sırasıyla; 616,81±580,93; 720,91±584,74) girişim öncesine (sırasıyla; 529,74±589,11; 491,28±544,75) göre daha yüksek olduğu ve yapılan hemşirelik girişimlerinin şiddetli fiziksel aktivite düzeyini arttırmada etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğü değerinin kontrol grubu için 0,966 (CI: 0,518-1,414), müdahale grubu için 0,816 (CI: 0,362-1,270) bulunarak yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasında IPAQ şiddetli fiziksel aktivite ön test ve son test puan ortalamaları bakımından istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubunun ön test ve son test IPAQ orta şiddetli fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Müdahale grubunda ise IPAQ orta şiddetli fiziksel aktivite puan ortalamaları girişim sonrası (296,29±146,83) girişim öncesine (228,21±125,97) göre daha yüksek ve uygulanan girişimin orta şiddette fiziksel aktivite düzeyini arttırmada etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğü değerinin 0,399 (CI: -0,052-0,849)

saptanarak orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında IPAQ orta şiddetli fiziksel aktivite ön test ve son test puan ortalamaları yönünden istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Araştırmada her iki grubun IPAQ yürüme fiziksel aktivite puan ortalamaları girişim sonrasında (sırasıyla; $445,36\pm167,20$; $442,05\pm160,43$) girişim öncesine (sırasıyla; $323,23\pm159,15$; $242,85\pm101,57$) göre daha yüksek olduğu ve uygulanan girişimlerin yürüme fiziksel aktivite puanının artmasında etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğünün kontrol grubunda 1,425 (CI: 0,951-1,899), müdahale grubunda 1,358 (CI: 0,822-1,894) bulunarak yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gruplar arasında farklılık incelendiğinde; ön testte IPAQ yürüme fiziksel aktivite puan ortalamasının kontrol grubunda ($323,23\pm159,15$) müdahale grubuna ($242,85\pm101,57$) göre daha yüksek bulunmuş ve etki büyüklüğü -0,602 (CI: -1,056--0,148) olarak yüksek düzeyde saptanmıştır. Son testte ise gruplar arasında IPAQ yürüme fiziksel aktivite puan ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol ve müdahale grubunda ön test ve son test IPAQ oturma puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Gruplar arası karşılaştırmada ise; kontrol ve müdahale grubunun IPAQ oturma ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol ve müdahale grubunda IPAQ toplam fiziksel aktivite puan ortalamaları girişim sonrasında (sırasıyla; $1329,22\pm754,32$; $1459,55\pm699,13$) girişim öncesine (sırasıyla; $1092,97\pm761,82$; $962,33\pm572,57$) göre daha yüksek ve uygulanan girişimlerin fiziksel aktivite düzeyi üzerine etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğü değeri kontrol grubunda 1,770 (CI: 1,311-2,229), müdahale grubunda ise 1,281 (CI: 0,803-1,758) olarak yüksek düzeyde tespit edildiği görülmüştür. Gruplar arasında ön test ve son test IPAQ toplam fiziksel aktivite puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). **H₂₀ hipotezi şiddetli ve orta şiddetli F.A., yürüme, toplam puanları yönünden reddedilirken, oturma puanı yönünden kabul**

edilmiştir. H₅₀ hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 9. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Kadınların Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu Puan Ortalamalarının Ön test ve Son test Ölçümlerine Göre Dağılımı (n=78)

	Kontrol ort±ss	Müdahale ort±ss	Test/p ¹	Cohen D (%95CI)
Ön test şiddetli F.A	529,74±589,11	491,28±544,75	0,299/0,765	-0,068 (-0,512-0,376)
Son test şiddetliF.A	616,81±580,93	720,91±584,74	-0,789/0,433	0,179 (-0,266-0,623)
Test/p²	-2,368/0,023*	-3,588/0,001*		
Cohen D (%95CI)	0,966 (0,518-1,414)	0,816 (0,362-1,270)		
Ön test orta şiddette F.A	240,00±155,39	228,21±125,97	0,368/0,714	-0,083 (-0,527-0,361)
Son test orta şiddette F.A	261,45±166,65	296,29±146,83	-0,980/0,330	0,222 (-0,223-0,667)
Test/p²	-1,970/0,056	-2,777/0,008*		
Cohen D (%95CI)	0,756 (0,309-1,202)	0,399 (-0,052-0,849)		
Ön test yürüme	323,23±159,15	242,85±101,57	2,659/0,010*	-0,602 (-1,056--0,148)
Son test yürüme	445,36±167,20	442,05±160,43	0,089/0,929	-0,020 (-0,464-0,424)
Test/p²	-6,449/<0,001*	-8,680/<0,001*		
Cohen D (%95CI)	1,425 (0,951-1,899)	1,358 (0,822-1,894)		
Ön test oturma	433,85±81,61	395,77±90,70	1,949/0,055	-0,441 (-0,891-0,008)
Son test oturma	431,42±81,58	400,43±89,88	0,514/0,609	-0,116 (-0,561-0,328)
Test/p²	2,324/0,056	-0,304/0,763		
Cohen D (%95CI)	-0,482 (-0,930--0,034)	0,046 (-0,398-0,490)		
Ön test toplam F.A	1092,97±761,82	962,33±572,57	0,856/0,395	-0,194 (-0,639-0,251)
Son test toplam F.A.	1329,22±754,32	1459,55±699,13	-0,791/0,431	0,179 (-0,266-0,624)
Test/p²	-4,630/<0,001*	-6,164/<0,001*		
Cohen D (%95CI)	1,770 (1,311-2,229)	1,281 (0,803-1,758)		

Cohen D: <0,1 etki yok, 0,1-0,3 düşük etki, 0,3-0,5 orta etki, >0,5 yüksek etki

1:Bağımsız örneklem t testi, 2:Bağımlı örneklem t testi

*:p<0,05

4.3. KONTROL VE MÜDAHALE GRUBUNUN SYBDÖ II ALT BOYUTLAR VE TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ ÖN VE SON TEST ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR (H3 Ve H6 Hipotezlerine Yönelik Bulgular)

Tablo 10’da kontrol ve müdahale grubundaki kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi

Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) II alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ön test ve son test ölçümlerine göre dağılımı verilmiştir. Kontrol grubunda ön test ve son test SYBDÖ II sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Müdahale grubunda SYBDÖ II sağlık sorumluluğu puan ortalaması girişim sonrasında ($23,05\pm2,91$) girişim öncesine ($18,44\pm2,20$) göre daha yüksek ve uygulanan girişimin sağlık sorumluluğu düzeyini arttırmada etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğü değerinin 1,702 (CI: 1,152-2,251) bulunarak yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında ön test sağlık sorumluluğu puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Son test sağlık sorumluluğu puan ortalamasının ise müdahale grubunda ($23,05\pm2,91$) kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, sunulan eğitim ve danışmanlık hizmetinin sağlık sorumluluğu puanını arttırmada etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğü değerinin 1,089 (CI: 0,613-1,564) saptanarak yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.

Araştırmada her iki grupta yer alan katılımcıların SYBDÖ II fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamalarının girişim sonrasında (sırasıyla; $12,77\pm1,67$; $16,56\pm2,49$) girişim öncesine (sırasıyla; $10,00\pm1,72$; $10,03\pm1,63$) göre daha yüksek, uygulanan girişimlerin fiziksel aktivite düzeyini arttırmada etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğünün kontrol grubunda 1,553 (CI: 1,045-2,061), müdahale grubunda ise 1,612 (CI: 0,977-2,246) bulunarak yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında ön test SYBDÖ II fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamaları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Son testte müdahale grubunun fiziksel aktivite puan ortalamasının ($16,56\pm2,49$) kontrol grubuna ($12,77\pm1,67$) göre arttığı, yapılan hemşirelik girişimlerinin etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğünün 1,788 (CI: 1,263-2,313) olarak yüksek düzeyde saptandığı görülmüştür.

Kontrol ve müdahale grubunda SYBDÖ II beslenme alt boyutu puan ortalamalarının girişim sonrasında (sırasıyla; $19,35\pm2,54$; $24,32\pm1,75$) girişim öncesine göre (sırasıyla; $18,51\pm2,58$; $17,36\pm2,36$) daha yüksek olduğu, yapılan girişimlerin beslenme davranışlarının olumlu yönde değişmesinde etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki

büyükliğünün kontrol grubunda 1,215 (CI: 0,760-1,669), müdahale grubunda ise 2,024 (CI: 1,452-2,595) bulunarak yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında öntest SYBDÖ beslenme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamazken ($p>0,05$) sontest puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre müdahale grubunun ($24,32\pm1,75$) son test beslenme alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubuna ($19,35\pm2,54$) göre arttığı, müdahale grubuna yapılan girişimin etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğü değerin 2,279 (CI: 1,709-2,849) bulunarak yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubunda ön test ve son test SYBDÖ II manevi gelişim alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Müdahale grubunda ise SYBDÖ II manevi gelişim alt boyut puan ortalaması girişim sonrası ($25,97\pm2,28$) girişim öncesine ($24,64\pm2,54$) göre daha yüksek ve yapılan girişimin manevi gelişim düzeyini arttırmada etkili olduğu ($p>0,05$), etki büyüklüğü değerin 1,349 (CI: 0,886-1,811) saptanarak yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmada kontrol grubunda ($26,33\pm2,53$) ön test manevi gelişim alt boyut puan ortalaması müdahale grubuna ($24,64\pm2,54$) göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı ve etki büyüklüğünün -0,667 (CI: -1,123--0,211) bulunarak yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Gruplar arası son test manevi gelişim alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Kontrol ve müdahale grubunda ön test ve son test SYBDÖ II kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Gruplar arası karşılaştırmada ise; kontrol ve müdahale grubunun SYBDÖ II kişilerarası ilişkiler alt boyutu ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmada her iki grubun SYBDÖ II stres yönetimi alt boyutu puan ortalamaları girişim sonrasında (sırasıyla; $20,73\pm2,31$; $22,31\pm1,62$) girişim öncesine (sırasıyla;

19,31±2,34; 18,41±1,92) göre daha yüksek ve uygulanan girişimlerin stres yönetimini arttırmada etkili olduğu ($p>0,05$) ve etki büyüklüğü değeri kontrol grubunda 1,427 (CI: 0,960-1,894), müdahale grubunda ise 2,377 (CI: 1,822-2,932) olarak yüksek düzeyde tespit edilmiştir. Gruplar arasında ön test SYBDÖ II stres yönetimi alt boyutu puan ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Son testte ise stres yönetimi alt boyutu puan ortalamasının müdahale grubunda (22,31±1,62) kontrol grubuna (20,73±2,31) göre arttığı, uygulanan girişimlerin etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğünün 0,792 (CI: 0,331-1,253) bulunarak yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kontrol ve müdahale grubunda SYBDÖ II toplam puan ortalaması girişim sonrasında (sırasıyla; 125,16±8,31; 138,39±8,94) girişim öncesine (sırasıyla; 119,79±9,36; 114,79±7,48) göre daha yüksek ve uygulanan girişimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkili olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğü kontrol grubu için 2,407 (CI: 1,927-2,886), müdahale grubu için 2,554 (CI: 1,909-3,200) olarak yüksek düzeyde saptanmıştır. Müdahale grubunun son test SYBDÖ II toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre arttığı, uygulanan eğitim ve danışmanlık müdahalesinin bireylerin sağlık davranışlarını olumlu etkilediği ($p<0,05$) ve etki büyüklüğü değerinin 1,533 (CI: 1,028-2,038) bulunarak yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. **H₃₀ hipotezi SYBDÖ II sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyutları ve toplam puanı yönünden kabul edilmemiştir ancak kişilerarası ilişkiler alt boyutu yönünden kabul edilmiştir. H₆₀ hipotezi ise sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve toplam puan yönünden kabul edilmemiştir ancak manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutları yönünden kabul edilmiştir.**

Tablo 10. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Ön test ve Son test Ölçümlerine Göre Dağılımı (n=78)

	Kontrol ort±ss	Müdahale ort±ss	Test/p	Cohen D (%95CI)
Ön test Sağlık Sorumluluğu	19,51±3,13	18,44±2,20	1,759/0,083	-0,396 (-0,844-0,053)
Son test Sağlık Sorumluluğu	19,86±2,95	23,05±2,91	-4,807/<0,001*	1,089 (0,613-1,564)
Test/p	-1,311/0,198	-10,802/<0,001*		
Cohen D (%95CI)	0,403 (-0,042-0,848)	1,702 (1,152-2,251)		
Ön test Fiziksel Aktivite	10,00±1,72	10,03±1,63	-0,068/0,946	0,018 (-0,426-0,462)
Son test Fiziksel Aktivite	12,77±1,67	16,56±2,49	-7,878/<0,001*	1,788 (1,263-2,313)
Test/p	-9,944/<0,001*	13,944/<0,001*		
Cohen D (%95CI)	1,553 (1,045-2,061)	1,612 (0,977-2,246)		
Ön test Beslenme	18,51±2,58	17,36±2,36	2,061/0,043	-0,465 (-0,915--0,015)
Son test Beslenme	19,35±2,54	24,32±1,75	-10,080/<0,001*	2,279 (1,709-2,849)
Test/p	-3,909/<0,001*	16,246/<0,001*		
Cohen D (%95CI)	1,215 (0,760-1,669)	2,024 (1,452-2,595)		
Ön test Manevi Gelişim	26,33±2,53	24,64±2,54	2,950/0,004*	-0,667 (-1,123--0,211)
Son test Manevi Gelişim	25,92±2,46	25,97±2,28	-0,093/0,926	0,021 (-0,423-0,465)
Test/p	1,881/0,068	-5,349/<0,001*		
Cohen D (%95CI)	-0,540(-0,986--0,094)	1,349 (0,886-1,811)		
Ön test Kişilerarası İlişkiler	26,13±2,95	25,92±2,51	0,331/0,742	-0,077 (0,521-0,367)
Son test Kişilerarası İlişkiler	26,54±2,85	26,19±2,71	0,555/0,581	-0,126 (0,570-0,318)
Test/p	-1,511/0,139	-1,443/0,157		
Cohen D (%95CI)	0,410 (-0,035-0,856)	0,531 (0,086-0,977)		
Ön test Stres Yönetimi	19,31±2,34	18,41±1,92	1,853/0,068	-0,420 (-0,869-0,028)
Son test Stres Yönetimi	20,73±2,31	22,31±1,62	-3,499/0,001*	0,792 (0,331-1,253)
Test/p	-5,858/<0,001*	-14,234/<0,001*		
Cohen D (%95CI)	1,427 (0,960-1,894)	2,377 (1,822-2,932)		
Ön test SYBDÖ Toplam	119,79±9,36	114,79±7,48	2,606/0,011*	-0,590 (-1,044-0--0,137)
Son test SYBDÖ Toplam	125,16±8,31	138,39±8,94	-6,764/<0,001*	1,533 (1,028-2,038)
Test/p	-7,440/<0,001*	-16,823/<0,001*		
Cohen D (%95CI)	2,407 (1,927-2,886)	2,554 (1,909-3,200)		

Cohen D: <0,1 etki yok, 0,1-0,3 düşük etki, 0,3-0,5 orta etki, >0,5 yüksek etki

1:Bağımsız örneklem t testi, 2:Bağımlı örneklem t testi

*:p<0,05

4.4. SYBDÖ II TOPLAM PUANINA ETKİ EDEN BELİRLEYİCİLERE YÖNELİK BULGULAR (H₇₀ Hipotezine Yönelik Bulgular)

Tablo 11’de SYBDÖ II toplam puanını etkileyen değişkenlerin incelenmesi verilmiştir. Yapılan regresyon analizi sonucuna göre; orta şiddette fiziksel aktivite ölçümlerinin SYBDÖ II üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde bir etkisi tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre, orta şiddette fiziksel aktivite ölçümündeki 1 birimlik artış SYBDÖ II’de 0,020 birimlik artışa neden olmaktadır ve orta şiddette fiziksel aktivite değişkeni ($\text{Exp [B]}= 0,325$, $P=0,043$) pozitif yönde SYBDÖ II toplam puanının yaklaşık %33’ünü yordamaktadır ($p<0,05$). **H₇₀ Hipotezi reddedilmiştir.**

Tablo 11. SYBDÖ II Toplam Puanını Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi (n=78)

Deney	Regresyon katsayısı		Standardize regresyon katsayısı (Exp [B])	t	P	95,0% CI	
	B	Std. Hata				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	132,520	3,123		42,429	<0,001*	126,192	138,849
Orta şiddetli F.A.	0,020	0,009	0,325	2,091	0,043*	0,001	0,039

F:4,373 p:0,043* R²=0,106

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı fazla kilolu ve obez olan kadınlara planlı davranış teorisine göre düzenlenen obezite eğitiminin, telefon yoluyla uygulanan takip ve danışmanlık hizmetinin ve motivasyonu arttırmaya yönelik uygulamaların kadınların sağlık davranışları üzerine etkisini incelemektir.

Araştırmada fazla kilolu ve obez kadınlara planlı davranış teorisine göre düzenlenen obezite eğitimi, telefonla takip ve danışmanlık hizmeti, motivasyonu artırıcı mesajlardan oluşan koruyucu girişimlerin sonuçlarına yönelik H_{10} (*müdahale grubuna planlı davranış teorisine göre verilen eğitim ve danışmanlık müdahalesinden önce ve müdahaleden sonraki antropometrik vücut ölçümleri arasında fark yoktur*) hipotezi reddedilirken H_{40} (*kontrol ile müdahale grubu arasında son test ölçümlerinde antropometrik ölçümler yönünden farklılık yoktur*) hipotezi kabul edilmiştir.

Çalışmada müdahale grubuna verilen eğitim ve danışmanlık hizmetleri sonrası antropometrik ölçüm sonuçlarından BKİ'nin son testte ön teste göre azaldığı görülmüştür. Yapılan girişimler kadınların kilo vermesinde ve BKİ'nin azalmasında etkili olmuş ve etki büyüklüğü değeri güçlü düzeyde belirlenmiştir. Son testte gruplar arasında BKİ puan ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır (Tablo 7). Eğitim, sağlık uygulamalarında profesyonelliğin ayrılmaz bir parçasıdır ve kaliteli bakımın sunulmasında gerekli bir unsurdur. Sağlık eğitimi bireylere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetir ve uygulamaya inandırır. Sağlık eğitimi ile birlikte bireyler sağlıklarını korumak ve geliştirmek için davranış değişikliği oluştururlar (FitzPatrick 2019). Çalışmada katılımcıların sağlık davranışı kazanmalarına yönelik yapılan girişimlerin, özellikle sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazanmalarına ve bu sayede kilo kontrolü ve ideal BKİ'ye ulaşmalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde fazla kilolu ve obez adölesanlarla yarı deneysel desenli yapılan bir çalışmada, planlı davranış teorisi temel alınarak altı

oturumdan oluşan bir eğitim programı dzenlenmiştir. Eğitimden altı hafta sonra katılımcıların BKİ değerlerinde anlamlı derecede azalma olduğu görülmüştür (Mazloomymahmoodabad 2017). Yarı deneysel olarak yapılan başka bir çalışmada, ilkokul öğrencilerine olumlu sağlık davranışı kazanabilmeleri için planlı davranış teorisi  ere evesinde bir eğitim programı hazırlanmış olup, araştırma öncesi psikososyal anketler uygulanmış ve kilo, BKİ  l  mleri yapılmıştır. 10 hafta süren eğitim ve motivasyonel görüşmeler sonrasında bireyler altı ay boyunca izleme alınmıştır. Bu süre sonunda katılımcıların BKİ değerlerinde azalma olsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Brown et al. 2018). Fazla kilolu ve obez yetişkinlerle yapılan çalışmada, müdahale grubuna ayrılan katılımcılara planlı davranış teorisi ile yapılandırılmış eğitim programı verilirken, kontrol grubuna girişim uygulanmamış ve eğitimden üç ay sonra eğitim verilen grubun BKİ değerlerinde istatistiksel açıdan anlamlı azalma olduğu belirlenmiştir (Sanaeinasab et al. 2020).

 nsan davranışları üzerinde çalışan farklı teori ve modellerle yapılmış çalışmalar incelendiğinde; Rabiei, Masoudi ve Lotfizadeh (2018)' in yaptıkları araştırmada 140 fazla kilolu ve obez adölesan randomize olarak müdahale ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Müdahale grubuna sağlık inanç modeline dayalı 6 oturumdan oluşan bir eğitim programı hazırlanmıştır. Katılımcıların eğitimden önce, eğitimden iki ve üç ay sonra BKİ' lerine bakılmıştır. Kontrol grubunda girişim öncesi ve sonrası BKİ değerleri arasında anlamlı bir fark bulunamazken müdahale grubunda BKİ değerlerinde anlamlı derecede azalma olduğu belirlenmiştir (Rabiei Masoudi R and Masoud 2017). Tayland'da fazla kilolu yüksek okul öğrencileri ile yapılan bir çalışmada müdahale grubunda yer alan öğrencilere sağlık inanç modeline göre dzenlenen, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularını içeren eğitim programı verilirken, kontrol grubuna okullarda standart uygulanan sağlık eğitimi verilmiştir. Eğitimden altı ay sonra ölçüm araçları tekrar uygulanmış kontrol grubunun BKİ değerlerinde artış gözlenirken, müdahale grubunda azalma olduğu tespit edilmiştir (Khumros, Vorayingyong, Suppapitiporn, Rattananupong and Lohsoonthorn 2018). Literatürde obeziteye yönelik model kullanılarak yapılan çalışmalarda ve planlı davranış teorisinin kullanıldığı bu araştırmada uygulanan girişimlerin kilo

kontrolünde etkili olduğu gör÷lmektedir. Teori ya da modeller, insan davranışlarını anlamada, açıklamada, tahmin etmede yararlı olan araçlardır. Kilo yönetiminde teori ya da model temelli müdahalelerin kullanılması kalıcı davranış değışikliği oluşturacağı ve kilo vermede etkili olacağı bildirilmektedir (Teixeira and Marques 2017).

Çalışmada müdahale grubunun girişim sonrasında bel çevresi ve bel/kalça oranı ölçümleri girişim öncesine göre anlamlı olarak azaldığı tespit edilmiştir (Tablo 7). Yapılan hemşirelik girişimlerinin etkinliğini arttırmak için modern hemşirelik rollerinin kullanılması kaçınılmazdır (Aydemir ve Gedük 2018). Bu çalışmada ise bakımın kalitesini arttırmada etkili olacak hemşirelik rolleri arasında yer alan eğitici, koruyucu, rehabilite edici ve danışman hemşirelik rollerinin kullanılmasının uygulanan girişimlerinin etkinliğini arttırdığı düşünülmektedir.

Konu ile ilgili yapılan yarı deneysel bir çalışmada fazla kilolu ve obez katılımcılara planlı davranış teorisine göre beş oturumdan oluşan bir obezite eğitimi verilmiştir. Eğitimden sonra 6 haftalık izlem yapılmış olup, çalışma sonlandıktan sonra antropometrik ölçümler tekrarlanmıştır. Buna göre araştırmaya katılan bireylerin bel çevresi ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu gör÷lmüştür (Mazloomi-Mahmoodabad 2017). Literatürde yer alan başka bir çalışma, fazla kilolu ve obez kadınlarla yapılmış olup araştırmada müdahale grubuna sosyal kognitif teori temel alınarak hazırlanmış egzersizin sağlık ve kilo vermeye etkisi temalı eğitim programı ayda 2 kez uygulamıştır. Ayrıca yedi ay danışmanlık hizmeti verilmiştir. çalışma sonunda uygulama grubunun bel çevresi ölçümlerinde azalma gör÷lse de kontrol grubu ile karşılaştırıldığında son testte iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Bagherniya et al. 2018). İran'da obez ve fazla kilolu erkeklerle yapılan başka bir çalışmada müdahale grubunda yer alan katılımcılara sağlık inanç modeline göre fiziksel aktiviteyi arttırmak amaçlı eğitim programı düzenlenmiştir. Eğitimden sonra 3.ay ve 6.ay da ölçümler tekrarlanmıştır. Araştırmanın sonunda müdahale grubunun zaman içinde bel/kalça oranında bir değışim olmadığı gibi gruplar arasında bel/kalça oranı yöünden anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Rezapour, Mostafavi, Khalkhali 2016). Afrikan Amerikalılar ile yapılmış bir

çalışmada ise obeziteyi azaltmak amaçlı sağlık inanç modeline dayanan sağlık koçluğu uygulaması yapılmıştır. Çalışmada müdahale grubunda olan katılımcılar 16 hafta boyunca iki haftada bir koçlarıyla kendi sağlık davranışları ile ilgili görüşmeler yapmış ve yeni hedefler belirlenmiştir. Çalışmada sonlandığında müdahale grubunun bel çevresi ölçümlerinde anlamlı ölçüde azalma olurken, kontrol grubunda herhangi bir farklılık gözlenmemiştir (Romano and Scott 2014). Yukarıdaki çalışma sonuçlarına göre; araştırmalarda katılımcılara uygulanan müdahale içeriklerinin farklı olması katılımcıların bel çevresi ya da bel/kalça oranlarında oluşabilecek değişimi etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca cinsiyete göre bölgesel yağlanma farklılıkları olacağından bir yöntemden yola çıkarak obezite ile ilgili karar verilmemesi gerektiği, BKİ, bel, bel/kalça gibi birden fazla yöntemin bir arada değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir (Taşlı ve Sağır 2021).

Araştırmada H₂₀ (*müdahale grubuna planlı davranış teorisine göre verilen eğitim ve danışmanlık müdahalesinden önce ve müdahaleden sonraki fiziksel aktivite durumları ile IPAQ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur*) hipotezi şiddetli ve orta şiddetli F.A, yürüme ve toplam puanları yönünden reddedilirken H₅₀ (*kontrol ve müdahale grubu arasında son test IPAQ kısa form alt boyut ve toplam puanları yönünden fark yoktur*) hipotezi kabul edilmiştir.

Çalışmada müdahale grubunda yapılan girişimler sonrası fiziksel aktivite düzeyi girişim öncesine göre artış göstermiştir. Müdahale grubunda inaktiflik oranı zamanla azalmakta iken minimal aktiflik oranının zamanla arttığı saptanmıştır (Tablo 8). Kontrol ve müdahale gruplarının son testte IPAQ fiziksel aktivite puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Tablo 9). Bu araştırmanın ön test verileri COVID 19 pandemisi süresinde ev karantinası ve sosyal uzaklaşmanın olduğu dönemde toplanmış olup, son test verileri ise bu kısıtlamalarda esnekliklerin yaşandığı dönemde elde edilmiştir. Bu yüzden her iki grupta da kısıtlamaların kalkması ile birlikte fiziksel aktivite düzeyinde artış olduğu düşünülmektedir. Nitekim literatürde COVID 19 sürecinde bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Tural 2020; Ercan ve Keklice 2020; Erdoğan Yüce ve Muz 2020). Ayrıca çalışmada müdahale grubundaki fiziksel

aktivite düzeyindeki artışın kontrol grubuna göre daha yüksek olması ve kontrol grubunun inaktiflik durumunda bir değişiklik olmazken müdahale grubunun inaktif oranının azalması, verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin bireylerin egzersiz motivasyonlarını arttırmada etkili olduğunu göstermektedir.

Literatürde kadınlar ile yapılan bir çalışmada katılımcılar tabakalı örnekleme yöntemiyle kontrol ve müdahale grubuna ayrılmıştır. Planlı davranış teorisine göre düzenlenen ve fiziksel aktiviteye bireyleri teşvik etmeyi amaçlayan bir eğitim programı müdahale grubuna uygulanmıştır. İki grupta girişim öncesinde IPAQ fiziksel aktivite puanları arasında anlamlı bir fark yok iken, girişim sonrasında ortalama puanlarda anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre eğitim verilen müdahale grubunun fiziksel aktivite puanları daha yüksek saptanmıştır (Taghipour, Shahrudi, Tabesh, Safari-Moradabadi and Anbarani 2019). Obeziteyi önleyici sağlık davranışlarını geliştirmede planlı davranış teorisinin etkinliğini araştırmayı amaçlayan bir çalışmada katılımcılar müdahale ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Müdahale grubuna beş oturumdan oluşan eğitim programı uygulanırken, kontrol grubuna ise herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Çalışma sonunda müdahale grubunun hafif ve şiddetli aktivite düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (Didarloo, Sharafkhani, Gharaaghaji and Sheikhi 2017). Fazla kilolu ve obez olan askeri personellerle yapılan başka bir çalışmada katılımcılardan uygulama grubunda olanlara fiziksel aktivite düzeyini arttırmaya yönelik planlı davranış teorine göre düzenlenmiş yedi oturumdan oluşan bir eğitim programı planlanmıştır. Müdahale grubunda eğitimden 3 ay sonra hafif ve orta şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi. İki grubun şiddetli fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sanaeinasab et al. 2020). Kadın işçilerle yapılan yarı deneysel bir çalışmada müdahale grubuna 4 oturum şeklinde planlı davranış teorisine göre düzenlenen eğitim programı uygulanmış, aynı gruba üç ay boyunca iki haftada bir olumlu sağlık davranışlarını geliştirmek için motivasyonu arttırmaya yönelik ikna edici mesajlar gönderilmiştir. Girişim sonrası müdahale grubunun IPAQ orta şiddetli fiziksel aktivite, yürüme ve toplam puanlarında girişim öncesine göre artış olurken,

kontrol grubunda azalma meydana gelmiştir (Shafieinia, Hidarnia, Kazemnejad and Rajabi 2016).

Konu ile ilgili literatürde insan davranışlarını açıklamaya yarayan başka modellerle yapılmış çalışmalar da yer almaktadır. Bagherniya ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada obez kadınlarda fiziksel aktiviteyi arttırmak amacıyla yapılan egzersiz planlamalarında sosyal kognitif teoriye başvurulmuştur. Çalışmanın sonucunda müdahale grubunun girişim sonrası fiziksel aktivite düzeyi girişim öncesine göre artmış, iki grubun son test puanları karşılaştırıldığında ise müdahale grubunun fiziksel aktivite düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Bagherniya et al. 2018). Fazla kilolu ve obez kadınlarda randomize kontrollü yapılan bir çalışmada müdahale grubunda yer alan katılımcılara 10-15'er kişilik gruplar halinde eğitim verilmiştir. Altı ay sonunda müdahale grubunun fiziksel aktivite anket formunda anlamlı bir artış olurken kontrol grubundaki artış anlamlı bulunmamıştır. Ayrıca son testte eğitim verilen grubun fiziksel aktivite düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir (Jeihooni, Layeghiasi, Yari and Rakhshani 2022). Başka bir araştırmada, fazla kilolu yetişkinlerde transteorik modele göre verilen eğitimin etkinliği beden imajı ve egzersiz davranışı üzerine etkisi değerlendirmek amaçlanmıştır. Bulgulara göre son testte müdahale grubunun adım sayıları ön teste göre anlamlı ölçüde artmış, girişim uygulanmayan kontrol grubunun ise adım sayılarında anlamlı bir artış olmamıştır. İki grup arasındaki karşılaştırmada müdahale grubunun egzersiz puanı kontrol grubuna göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tanyeri 2019). Fazla kilolu ve obez olan orta yaşlı kadınlarda yapılan yarı deneysel bir çalışmada müdahale grubuna sosyal kognitif teoriye göre yapılandırılmış web tabanlı eğitim programı uygulanmıştır. Eğitimden 3 ay sonra müdahale grubunun fiziksel aktivite düzeyinde anlamlı bir artış olurken, kontrol grubunda ise azalma meydana gelmiştir. Çalışma sonunda eğitim verilen grubun fiziksel aktivite düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür (Nazari, Reisi, Tahmasebi and Javadzade 2020). Fiziksel aktivite bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını koruması ve geliştirmesi açısından edinilmesi gereken olumlu sağlık davranışlarından bir tanesidir. Ancak fiziksel aktivitenin düzenli olarak sürdürülebilmesinde motivasyonu sağlamak için

takip ya da izlem, motivasyonu arttırıcı görüşmeler önemli bir yere sahiptir (Önalın ve Dönder 2018). Literatürde ve bu çalışmada katılımcılara takip, izlem yapılması ya da motivasyonu arttırıcı mesajlar atılarak görüşmeler yapılması fiziksel aktivitenin düzenli hale gelmesini ve zamanla artmasını sağlamıştır.

Araştırmada H_{30} hipotezi (*Müdahale grubuna planlı davranış teorisine göre verilen eğitim ve danışmanlık müdahalesinden önce ve müdahaleden sonraki SYBDÖ II alt boyutlar ve toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur*) SYBDÖ II sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyutları ve toplam puanı yönünden ve H_{50} hipotezi (*Kontrol ve müdahale grubu arasında son test SYBDÖ II alt boyutlar ve toplam puan ortalaması yönünden fark yoktur*) sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve toplam puan yönünden reddedilmiştir.

Çalışmada müdahale grubunun beslenme alt boyut puanında girişim sonrası girişim öncesine göre artış olduğu ve uygulanan eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Son testte ise müdahale grubunun beslenme alt boyutu puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek belirlenmiştir (Tablo 10). Kadınlar yaşam evrelerinde gebelik, emzirme, menopoz gibi dönemler geçirdikleri ve bu dönemlerde beslenme alışkanlıklarında da değişiklikler yaşadıkları için obezite yönünden riskli bir grubu oluşturmaktadırlar (Can ve Şahin 2018). Bu çalışmada olduğu gibi kadınlara sağlıklı beslenme davranışı kazanmaları amacıyla uygulanacak müdahale çalışmalarının etkili olacağı düşünülmektedir.

Randomize kontrollü olarak kadınlarla yapılan bir çalışmada müdahale grubuna planlı davranış teorisine göre eğitim verilmiş, eğitimden önce ve sonra beslenme anketi uygulanmıştır. Altı aylık izlem sonrası müdahale grubunun beslenme performans puanında anlamlı ölçüde artış olurken, son testte müdahale grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek beslenme puanına sahip olduğu görülmüştür (Jeihooni, Layeghiasi, Yari and Rakhshani 2022). Planlı davranış teorisine dayalı verilen eğitimin sebze ve meyve tüketimine etkisini incelemek için yürütölen yarı deneysel bir çalışmada eğitim uygulamasından 3 ay sonra, katılımcılara tekrar veri

toplama araçları uygulanmıştır. Buna göre müdahale grubunun günlük sebze ve meyve tüketim miktarlarında artış olurken, eğitim verilmeyen kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Son testte müdahale grubunun günlük sebze ve meyve tüketim düzeyi kontrol grubuna göre daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur (Taghdisi, Babazadeh, Moradi and Shariat 2016). Kanlayanee ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada fazla kilolu ve obez bireylerden oluşan katılımcılardan bir gruba Özerklik teorisine göre, bir gruba da sosyal kognitif teoriye göre 8 oturumdan oluşan obezite, beslenme, egzersiz, kilo kontrolü içerikli eğitim verilmiş, 6 ay sonunda uygulamaların etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda her iki grupta da sağlıklı beslenme motivasyonunda artış olduğu ve son testte iki grubun puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Kanlayanee, Tuicomepee, Kiamjarasransi and Sithisarankul 2017). İran'da fazla kilolu ve obez kadınlarla yapılan bir randomize kontrollü bir çalışmada müdahale grubuna sağlık inanç modeline göre hazırlanan 6 oturumdan oluşan eğitim programı düzenlenmiştir. Eğitim öncesi her iki gruba da beslenme davranışları anketi uygulanmış olup eğitimden 3 ay sonra ölçümler tekrarlanmıştır. Çalışmada girişim uygulanan grupta kontrol grubuna göre beslenme davranışları anketi puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksek ve uygulanan eğitim programının davranış değişikliği oluşturmada etkili olduğu görülmüştür (Baji et al. 2018).

Fazla kilolu ve obez kadınlara sağlığı geliştirme modeli kullanılarak beslenme davranışlarının geliştirilmesinin amaçlandığı bir çalışmada beslenme eğitimi verilmiş ve eğitimde yer alan beslenme programını uygulamaları istenmiştir. Girişimden 2 ay sonra müdahale grubunun beslenme davranışı puanı girişim öncesine göre daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Ayrıca müdahale grubunun kontrol grubuna göre son test beslenme davranışı puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir (Khodaveisi, Omid, Farokhi and Soltanian 2017). Literatüre benzer şekilde bu çalışmada da verilen eğitimlerin katılımcıların beslenme alışkanlıkları üzerine olumlu etki yaptığı görülmektedir. Bireylerin sağlıklı yemek yeme alışkanlığı kazanabilmeleri için yeterli düzeyde beslenme bilgisine sahip olmaları gerekmektedir. Eğitimler sayesinde, eğitim verilen konu hakkında kişilerde olumlu tutumlar gelişir ve istenilen davranışa ulaşılabilmesi için bireydeki dinamikler

harekete geçirilir. Beslenme eğitiminde, sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek adına beslenmenin sağlıklı ya da obezite gibi kronik hastalıklar ile ilişkisi anlatılır. Üstelik düzenlenen eğitimlerin model ya da teori temelli bir kanıta dayandırılması ve geliştirilmesi beklenen sağlık davranışının daha kalıcı olmasını sağlar (Nazari, Reisi, Tahmasebi and Javadzade 2020).

Çalışmada müdahale grubunun girişim sonrası SYBDÖ II kişilerarası ilişkiler alt boyutu dışında diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarında girişim öncesine göre artma gözlenmiştir ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Son testte ise müdahale grubunun SYBDÖ II beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi alt boyut ve toplam puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu ve yapılan girişimin kadınların sağlık davranışları üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu görülmüştür (Tablo 10). Bireylerde davranış değişikliği oluşturmak ya da yeni bir sağlık davranışı kazandırmak için uzun süreli müdahaleler daha etkili olmaktadır (Özdamar Ünal 2018). Bu çalışmada teori temelli verilen eğitimle birlikte takip, izlem ve danışmanlık müdahalesinin 6 aylık bir süreyi kapsamasının katılımcılara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmada büyük katkı sağladığı düşünülmektedir.

Literatürde obez adölesanlara sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim ve izlemin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada girişim yapılan katılımcılara 10-15'er kişilik gruplar halinde haftada bir kez 30 dakika olmak üzere 10 hafta eğitim verilmiştir. Eğitimden 3 ay sonra müdahale grubunun SYBDÖ II alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarında anlamlı artış olurken, kontrol grubundaki puan artışı anlamlı bulunmamıştır. Son testte müdahale grubunun SYBDÖ II alt boyutlar ve toplam puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır (Yavuz ve Hacıaloğlu 2018). Sonkaya ve Günay'ın yapmış oldukları çalışmada ise fazla kilolu ve obez üniversite öğrencilerine sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin sağlık davranışları üzerinde etkisine bakılmıştır. Eğitim 4 oturum şeklinde verilmiş olup, 3 ay sonra son ölçümler yapılmış ve bu sürede ayda bir kez telefonla ve e-posta yoluyla hatırlatıcı mesajlar gönderilmiştir. Çalışmada girişim sonrası müdahale grubunun SYBDÖ II sağlık

sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve toplam puan ortalamaları girişim öncesine göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Son testte müdahale ve kontrol grubu arasında SYBDÖ II alt boyutlar ve toplam puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (Sonkaya ve Günay 2020). Yapılan başka bir çalışmada, kalp hastalarında sağlığı geliştirmek amaçlı Pender'in sağlığı geliştirme modeli kullanılarak 6 oturumdan oluşan 10 kişilik gruplar halinde bir eğitim programı hazırlanmıştır. Eğitimlerden 3 ay sonra son test verileri toplanmıştır. Buna göre; müdahale grubunun SYBDÖ II fiziksel aktivite alt boyutu dışında diğer alt boyut ve toplam puanlarında girişim öncesine göre fark vardı ve bu fark anlamlıydı. Girişim uygulanmayan kontrol grubunda ise girişim öncesi ve sonrası SYBDÖ II alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarında fark bulunmamıştır. Gruplar arası karşılaştırmada ise müdahale grubunun beslenme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim alt boyutlar ve toplam puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır (Habibzadeh, Shariati, Mohammadi and Babayi 2021). Spor merkezine giden fazla kilolu ve obez kadınlarla yarı deneysel olarak yapılan bir çalışmada müdahale grubuna sağlığı geliştirme modeline göre eğitim verilmiş ve danışmanlık hizmeti sunulmuştur. 6 aylık izlem sonrası kadınlara antropometrik ölçümler ve SYBDÖ II tekrar uygulanmıştır ve müdahale grubunda girişim sonrası SYBDÖ II alt boyutlar ve toplam puanları girişim öncesine göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Müdahale grubunun kontrol grubuna göre SYBDÖ II beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi alt boyutlar ve toplam puan ortalamaları daha yüksek, aradaki fark anlamlı bulunmuştur (Cingil ve Göger 2019). Literatür ve çalışma bulgularına göre bireylere uygulanan teori veya model temelli müdahalelerin sağlık davranışı kazandırmada başarılı olduğu görülmektedir. Sağlık eğitiminde veya davranış değişikliği oluşturmaya yönelik yapılan müdahalelerde teori ya da modellerin kullanılması uygulamaların bilimsel bir temele dayandırılmasını ve sistematize edilmelerine yardımcı olmaktadır. Ayrıca teori veya modele dayalı yaklaşım sayesinde insan davranışları daha kolay açıklanabilmekte ve istenilen davranışın ortaya çıkması mümkün olmaktadır (Bosnjak, Ajzen and Schmidt 2020).

Araştırmada H_0 hipotezi (*SYBDÖ II toplam puanına etki eden belirleyici değişkenler yoktur*) reddedilmiştir. Buna göre; çalışmada orta şiddette fiziksel aktivite ölçümlerinin SYBDÖ II üzerinde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir etkisi tespit edilmiştir. Buna göre orta şiddette fiziksel aktivite düzeyinin artması SYBDÖ II toplam puanın arttırarak olumlu yönde etki etmektedir (Tablo 11). Sağlıklı yaşam biçimi kişinin sağlığı üzerinde etkili olabilecek tüm davranışlarını kontrol edebilmesi ve günlük aktivitelerinde sağlık statüsüne uygun olan davranışları seçebilmesidir. Bireylerin kendi sağlık davranışlarına yönelik sorumluluk alabilmesi, stresiyle olumlu yönde başedebilmesi, sağlıklı beslenme, kişilerarası ilişkilerinin iyi düzeyde olması ve manevi anlamda kendini geliştirmesi sağlık davranışlarının birer bileşeni olduğu gibi fiziksel aktivite de sağlıklı yaşam biçiminin ayrılmaz bir parçasıdır. Dolayısıyla fiziksel aktivite ya da sedanter yaşam değişkenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bir belirleyicisi olduğu bildirilmektedir (Güldür, Miyaç Göktepe ve Özkan 2020). Bu çalışmada da fiziksel aktivite değişkeninin SYBDÖ II üzerinde olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada “düzenli egzersiz yapmama” ve “sağlık algısının iyi olması” olması değişkenlerinin SYBDÖ II toplam puanını negatif yönde etkilediği saptanmıştır (Meydan Acımuş, Özcan ve Uzuner 2021). Kadınlar ile yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların BKİ değerlerinin SYBDÖ II toplam puanının %19’unu açıkladığı bulunmuştur (Göger ve Cingil 2022). Arıkan’ın yapmış olduğu çalışmada katılımcıların gelir düzeyinin az olması SYBDÖ puanını anlamlı ve olumsuz yönde etkilerken, sağlık okuryazarlığı puanlarının artması olumlu yönde etkilemekte ve arttırmaktadır (Arıkan 2020). Üreme çağında, gebe veya postpartum dönemde olan kadınlarla yapılan bir çalışmada ekonomik durum, aile türü ve fiziksel aktivite puanlarının SYBDÖ II puanını etkilediği, fiziksel aktivite düzeyinin artmasının SYBDÖ II puan ortalaması üzerine olumlu etkili faktörler olduğu belirlenmiştir (Kahyaoğlu Süt ve Hür 2020). Kırsal kesimde yaşayan adölesanlarda yapılmış başka bir çalışmada ise sosyodemografik özelliklerden yaş ve cinsiyetin SYBD II puanını yordayan değişkenler olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Hardin, Lander, Speck and Crawford 2018). Çalışma ve literatür sonuçları incelendiğinde SYBDÖ II puanı

üzerinde etkili olan çeşitli sosyodemografik faktörler ve katılımcılara ilişkin değişkenler olduğu görülmektedir. Çalışmalardan elde edilen bulguların farklılık göstermesinin nedeni olarak, yapılan bu araştırmaların amaç ya da hipotezlerinin veya çalışma gruplarının niteliklerinin farklı olmasının bir sonucu olduğu düşünülmektedir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Fazla kilolu ve obez kadınlarda planlı davranış teorisine göre düzenlenen eğitim, telefonla takip ve danışmanlık hizmeti, sosyal medya aracılığı ile gönderilen motivasyonu artırıcı mesajlardan oluşan koruyucu hemşirelik girişimlerinin sağlık davranışları üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları incelendiğinde;

- Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların yaş, fazla kilolu veya obez olma durumu, medeni durum, eğitim durumu, ailenin ekonomik durumu, ailede obez birey varlığı, ailede obez kişinin akrabalık derecesi, hamilelik geçirme durumu, hamilelik sayısı, emzirme dönemi geçirme durumu, emzirme süresi, düşük yapma durumu, düşük sayısı, kontraseptif kullanma durumu ve kontraseptif kullanım süresi bakımından gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak farklı olmadıkları ve grupların benzer olduğu görülmüştür.
- Kontrol ve müdahale grubunda aile türü ve meslek durumları bakımından aralarından istatistiksel bir fark olduğu, müdahale grubunda çekirdek ailede yaşayan ve ev hanımı olanların oranının kontrol grubuna göre daha fazla saptanmıştır.
- Müdahale grubunda antropometrik ölçümlerde zamana göre değişim incelendiğinde girişim sonrası kilo (-6,159 [CI: -6,638--5,680]), bel (-0,7400 [-7,868--6,932]) ve kalça çevresi (-12,675 [CI: -13,154--12,196]), BKİ (-4,886 [CI: -5,352--4,421]), bel/kalça oranlarında (-6,252 [CI: -6,741-5,763]) azalma olduğu, yapılan girişimlerin yüksek düzeyde etkili olduğu belirlenmiştir.
- Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların ön test ve son test antropometrik ölçüm sonuçlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
- Kontrol grubunun zamanla aktiflik durumlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmazken, müdahale grubunun zamanla inaktiflik oranı azalmakta, minimal aktiflik oranı ise artmaktadır.
- Müdahale grubunun girişim sonrası IPAQ kısa formu şiddetli (0,816 [CI: 0,362-1,270]) ve orta şiddetli fiziksel aktivite (0,399 [CI: -0,052-0,849]),

yürüme (1,358 [CI: 0,822-1,894]) ve toplam (1,281 [CI: 0,803-1,758]) puanlarının girişim öncesine göre olumlu yönde değiştiği saptanmıştır.

- Kontrol ve müdahale gruplarında IPAQ alt boyutlar ve toplam puan ortalamaları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
- Müdahale grubunun girişim sonrası SYBDÖ II sağlık sorumluluğu (1,702 [CI: 1,152-2,251]), fiziksel aktivite (1,612 [CI: 0,977-2,246]), beslenme (2,024 [CI: 1,452-2,595]), manevi gelişim (1,349 [CI: 0,886-1,811]), stres yönetimi (2,377 [CI: 1,822-2,932]), toplam (2,554 [CI: 1,909-3,200]) puan ortalamaları girişim öncesine göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan eğitim ve müdahalelerin bireylere sağlık davranışı kazandırmada etkili olduğu ve etki büyüklüğünün yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Müdahale grubunun son test sağlık sorumluluğu (1,089 [CI: 0,613-1,564]), fiziksel aktivite (1,788 [CI: 1,263-2,313]), beslenme (2,279 [CI: 1,709-2,849]), stres yönetimi (0,792 [CI: 0,331-1,253]) ve toplam (1,533 [CI: 1,028-2,038]) puanlarının kontrol grubuna göre arttığı, yapılan girişimlerin yüksek düzeyde etkili olduğu görülmüştür.
- Kontrol grubunda son test IPAQ alt boyut ve toplam puanları ile SYBDÖ II alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.
- Müdahale grubunda son test SYBDÖ II manevi gelişim alt boyutu puanı arttıkça orta şiddetli fiziksel aktivite düzeylerinin de arttığı, oturma puanının ise azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca SYBDÖ II toplam puanı arttıkça IPAQ orta şiddette fiziksel aktivite puanının da arttığı saptanmıştır.
- Orta şiddette fiziksel aktivitenin SYBDÖ II toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir etkisi olduğu ve orta şiddette fiziksel aktivite ölçümünde 1 birimlik artışın SYBDÖ II toplam puanında 0,020 birimlik artışa neden olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler üç başlık altında toplanabilir;

Eğitim ve Uygulamaya yönelik öneriler;

- Sağlık çalışanlarına sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla, obeziteye yönelik risk faktörlerini değerlendirme hususunda farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi,
- Birinci basamakta yer alan kurumlarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteye yönelik uygulamaların ücretsiz bir şekilde sunulması,
- Kadınlara sağlıklı yaşam tarzı oluşturmaları için eğitim programlarının oluşturulması
- Kadınların rahatlıkla ulaşabileceği ve spor yapabileceği sağlıklı yaşam merkezlerinin yaygınlaştırılması,
- Hemşirelerin hem eğitici hem de danışman rollerini kullanarak risk grubunda yer alan kadınlara yönelik girişimlerde bulunması,
- İnsan davranışlarını açıklayabilen ve davranış değişikliği oluşturmada etkili olan teori ya da model temelli müdahalelerin yaygınlaştırılması,
- Pandemi gibi beklenmedik ve olağanüstü durumlar ile karşılaşıldığında online eğitim, telefonla izlem ve takip, sanal ziyaret gibi yöntemlerle obezite yönünden riskli bireylere destek sağlanması,

Araştırmacılara yönelik öneriler;

- Antropometrik vücut ölçümlerinde belirgin bir değişiklik olabilmesi için bu tür eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin daha uzun süreli yapılması,
- Obezite yönünden riskli bir grubu oluşturan kadınlarda ideal kiloya ulaşmak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilebilmesi için benzer çalışmaların yürütülmesi,
- Obeziteyle mücadelede literatür bilgisi oluşturacak olan randomize kontrollü çalışma, sistematik derleme ve meta analiz araştırmaların sayısının arttırılması,
- Toplumda çeşitli yaş grubunda olan ve farklı cinsiyetlerden olan bireylere obeziteden korunmaya yönelik müdahale çalışmalarının uygulanması,
- Literatür bulguları ile kıyaslama yapabilmek için araştırmaların tartışma bölümünde ITT analizlerin yapılması, etki büyüklerinin ve güven aralıklarının hesaplanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ, O'Brien WL, Bassett DR, Schmitz KH, Emplainscourt PO, Jacobs DR, Leon AS. (2000). Compendium of physical activities: an update of activite codes and MET intensities. Med. Sci. Sport. Exerc, 32: 498-516.
- Ajzen I. (1985). Action control, from intentions to actions: A theory of planned behaviour, Part of series Springer Series in Social Psychology, Verlag Berlin Heidelberg, ss: 11-39.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50(2): 179–211.
- Ajzen I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control and the theory of planned behaviour. Journal of Applied Social Psychology, 32(4): 667.
- Ajzen I. (2005). Attitude, Personality and Behaviour. Open University Press, second eddition, USA. p: 8-124.
- Ajzen, I. (2019). *TPB Questionnaire Construction*. <https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf> Erişim Tarihi: 06.02.2022.
- Ajzen I. (2020). The theory of planned behavior: Frequently asked questions. Hum Behav & Emerg Tech, 2: 314-324.
- Alpar R. (2012). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 2. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık.

- Archer E, Lavie CJ, Hill JO. (2018). The contributions of ‘diet’, ‘genes’, and physical activity to the etiology of obesity: Contrary evidence and consilience. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 61: 89-102.
- Arıkan A. (2020). Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Yusuf Çelik).
- Arslan N, Ardıç A. (2020). Okullarda obezite ve önleme programları: Sistematiik derleme. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2): 73-88.
- Aydemir Gedük E. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Journal of Health Science and Profession*, 5(2): 253-258.
- Bagherniya M, Darani FM, Sharma M, Maracy MR, Birgani RA, Ranjpar G, Taghipour A, Safarian M, Keshavarz SA. (2018). Assessment of the efficacy of physical activity level and lifestyle behavior interventions applying social cognitive theory for overweight and obese girl adolescents. *Journal of Research in Health Sciences*, 18(2): e00409.
- Bahar Z, Ayşe B, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği 11’ nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1): 1-12.
- Baji Z, Baesi A, Shakerinejad G, Tehrani M, Hajinajaf S, Jarvandi F. (2018). The effect of education based on health belief model on eating behaviors and weight control on female high school students in Ahwaz. *Iran J Health Educ Health Promot*, 6 (3):231-240.
- Balcı H, Küçükendirci H. (2019). Obezite ve obezite cerrahisinde beslenme. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi*, 12(2): 45-50.

- Barbera FL, Ajzen A. (2020). Control interactions in the theory of planned behavior: rethinking the role of subjective norm. *Europe's Journal of Psychology*, 16(3): 401-417.
- Başar E. (2019). 11-14 yaş arası okul çağındaki çocuklarda obezite sıklığı. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 4(1): 53-66.
- Baykara ZG, Çalışkan N, Öztürk D, Karadağ A. (2019). Hemşirelikte teori ve model kullanımı: nitel bir çalışma. *Çukurova Med J*, 44(Suppl 1): 281-289.
- Beyaz Sipahi B. (2021). Türkiye’de obezite üzerine sosyoekonomik faktörlerin etkisi ve gelir eşitsizliği. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 76(2): 548-573.
- Blüher M. (2019). Obesity: Global epidemiology and pathogenesis. *Nature Reviews Endocrinology*, 15(5): 288-298.
- Bosnjak M, Ajzen I, Schmidt P. (2020). The theory of planned behavior: Selected recent advances and applications. *Europe's Journal of Psychology*, 16(3): 352–356.
- Bölükbaşı S. (2020). Yaşlı obezlerde egzersiz yaklaşımı ve etkileri. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 1: 54-59.
- Braga VAS, Jesus MCP, Conz CA, Tavares RE, Silva MH, Merighi MAB. (2018). Nursing interventions with people with obesity in primary health care: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da*, 51(0). <https://doaj.org/article/c55ba327d5564829810249fe8e110b94> Erişim Tarihi: 02.03.2022.
- Brown EC, Buchan DS, Drignei D, Wyatt FB, Kilgore L, Cavana J, Baker JS. (2018). Primary school children's health behaviors, attitudes, and body mass

index after a 10-week lifestyle intervention with follow-up. *Frontiers in Pediatrics*, 6: 1-8.

Can Z, Şahin S. (2018). Kadın sağlığında obezite. *Journal of Human Rhythm*, 4(2): 98-103.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (7 Haziran 2021). Defining Adult Overweight & Obesity. <https://www.cdc.gov/obesity/adult/defining.html> Erişim Tarihi: 14.12.2021.

Chobot A, Górowska-Kowolik K, Sokołowska M, Jarosz-Chobot P. (2018). Obesity and diabetes—not only a simple link between two epidemics. *Diabetes Metab Res Rev*, 34: e3042.

Cingil D, Göger S. (2019). Effect of education and counseling on anthropometric measures and healthy lifestyle behavior among overweight and obese women. *Translational Behavioral Medicine*, 10: 1450-1457.

Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2.Auflage). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

CONSORT 2010. The CONSORT Flow Diagram. <http://www.consort-statement.org/consort-2010> Erişim Tarihi: 16. 03.2022.

Csige I, Ujvárosy D, Szabó Z, Lőrincz I, Paragh G, Harangi M, Somodi S. (2018). The impact of obesity on the cardiovascular system. *Journal of Diabetes Research*, <https://doi.org/10.1155/2018/3407306> Erişim Tarihi: 01.02.2022.

Cvetanov T. (2020). The role of nutritional habits and behavior for the etiology of overweight and obesity. *Trakia Journal of Sciences*, 18(1): 168-173.

- Dąbrowska J, Wójcik M, Samek I, Jańczyk M, Bator D, Milanowska J. (2020). Obesity and mental health. *journal of education. Health and Sport*, 10(6):199-205.
- Dayuni R, Yeni. (2020). The correlation of central obesity with incident of high cholesterol on menopausal woman in Indonesia (Analysis Secondary Data IFLS 2007 and 2014). *Advances in Health Sciences Research*, 22: 321-326.
- Didarloo A, Sharafkhani N, Gharaaghaji R, Sheikhi S. (2017). Application of theory of planned behavior to improve obesity preventive lifestyle among students: A school-based interventional study. *International Journal of Pediatrics*, 5(11): 6057-6067.
- Doanh DC, Bernat T. (2019). Entrepreneurial self-efficacy and intention among vietnamese students: a meta-analytic path analysis based on the theory of planned behavior. *Procedia Computer Science*, 159: 2447–2460.
- Du FM, Kuang HY, Duan BH, Liu DN, Yu XY. (2019). Effects of thyroid hormone and depression on common components of central obesity. *Journal of International Medical Research*, 47(7): 3040–3049.
- Edwards P, Wright G. (2020). Obesity in pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology And Reproductive Medicine*, 30(10): 315-320.
- Ecın SM, Çalık Başaran N. (2017). Türkiye'de obezite ile mücadele. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 27(2): 20-24.
- Ekinci M. (2018). Obeziteye farklı bir bakış açısı. *Ayrıntı Dergisi*, 5(60): 51-54.
- Endalifer LM, Diress G, Addisu A, Linger B. (2020). The association between combined oral contraceptive use and overweight/obesity: a secondary data

analysis of the 2016 Ethiopia Demographic and Health Survey. *BMJ Open*, 10: e039229.

Erbahçeci F. (2019). *Temel Fizyoterapi Rehabilitasyon*. Ankara: Hipokrat Kitabevi.

Ercan Ş, Keklice H. (2020). COVID-19 pandemisi nedeniyle üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerindeki değişimin incelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2): 69-74.

Erdoğan Yüce G, Muz G. (2021). COVID-19 pandemisinin yetişkinlerin diyet davranışları, fiziksel aktivite ve stres düzeyleri üzerine etkisi. *Cukurova Medical Journal*. 46(1): 283-291.

Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. (2013). *G*Power Version 3.1.7* [computer software]. Universität Kiel, Germany.

FitzPatrick B. (2019). Validity in qualitative health education research. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 11: 211-217.

Friedenreich CM, Ryder-Burbidge C, McNeil J. (2021). Physical activity, obesity and sedentary behavior in cancer etiology: epidemiologic evidence and biologic mechanisms. *Molecular Oncology*, 15: 790-800.

Gadde KM, Martin CK, Berthoud HR, Heymsfield SB. (2018). Obesity pathophysiology and management. *Journal Of The American College Of Cardiology*, 71(1): 69-84.

Gourlan M, Bernard P, Bortholon C, Romain AJ, Lareyre O, Carayol M, Ninot G, Boiche J. (2015). Efficacy of theory-based interventions to promote physical activity. a meta-analysis of randomised controlled trials. *Health Psychology Review*, 10: 1–17.

- Göger S, Cingil D. (2022). Healthy lifestyle behaviors among 18- to 49-year-old women: a comparative study. *International Quarterly of Community Health Education*, 42(3): 239-244.
- Gözel N, Kılınç F. (2018). Obezite ve metabolik sendrom. *Fırat Tıp Dergisi*, 23 (Özel Sayı): 18-21.
- Güldür BB, Miyaç Göktepe M, Özkan A. (2020). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *International Journal of Contemporary Educational Studies*. 6(1): 112-126.
- Güngör Çalışkan S, Altınkaynak S. (2019). Emziriyorum bebeğim doymuyor: Yetersiz süt algısı. *SAUHSD*, 2(2): 1-9.
- Habibzadeh H, Shariati A, Mohammadi F, Babayi S. (2021). The effect of educational intervention based on pender's health promotion model on quality of life and health promotion in patients with heart failure: An experimental study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 21:478.
- Hardin HK, Lander V, Speck BJ, Crawford TN. (2018). Diminished Trust of Healthcare Providers, Risky Lifestyle Behaviors and Low Use of Health Services: A Descriptive Study of Rural Adolescents. *The Journal of School Nursing*. 34(6): 458-467.
- Hsu KJ, Liao CD, Tsai MW, Chen CN. (2019). Sarkopenik obeziteli erişkinlerde egzersiz ve beslenme müdahalesinin vücut kompozisyonu, metabolik sağlık ve fiziksel performans üzerine etkileri: Bir meta-analiz. *Nutrients*, 11(9): 2163.
- Izquierdo AG, Crujeiras AB, Casanueva FF, Carreira MC. (2019). Leptin, obesity, and leptin resistance: where are we 25 years later? *Nutrients*, 11(11): 2704.

- İpek E. (2019). Türkiye’de obezitenin sosyoekonomik belirleyicileri. *International Journal Of Economic And Administrative Studies*, (25): 57-70.
- İşler S, Koç F, Özkoçak V. (2020). Obezitenin antropolojik açıdan değerlendirilmesi. *Social Mentality And Researcher Thinkers Journal*, 6(31): 639-646.
- Jalambadani Z, Garmaroodi G, Yaseri M, Tavousi M, Jafarian K. (2020). Education based on theory of planned behavior over sexual function of menopausal women in Iran. *Journal of Mid-life Health*, 8(3): 124-129.
- Jeihooni AK, Layeghiasi M, Yari A, Rakhshani T. (2022). The effect of educational intervention based on the theory of planned behavior on improving physical and nutrition status of obese and overweight women. *BMC Women’s Health*, 22:13.
- Kahyaoglu Süt H, Hür S. (2020). Üreme çağında, gebe ve postpartum dönemde olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(2): 243-256.
- Kanlayanee N, Tuicomepee A, Kiamjarasrangi W, Sithisarankul P. (2017). Can the weight reduction program improve obese Thai adolescents’ body mass index and autonomous motivation? *Journal of Nepal Paediatric Society*, 37(1): 10-20.
- Karayağız Muslu G. (2011). Planlı Davranış Teorisine Göre Annelerin Emzirme Davranışlarını Ve Emzirmeyi Bırakma Eğilimlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Zümrüt Başbakkal)
- Khodaveisi M, Omid A, Farokhi S, Soltanian AR. (2017). The effect of pender’s health promotion model in improving the nutritional behavior of overweight

and obese women. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 5(2): 165-174.

Khumros W, Vorayingyong A, Suppakitiporn S, Rattananupong T, Lohsoonthorn V. (2018). Effectiveness of modified health belief model-based intervention to reduce body mass index for age in overweight junior high school students in Thailand. *Journal of Health Research*, 33(2): 162-172.

Kıray Vural B. (2007). Evlilik Öncesi Cinsel Danışmanlık Programının Yeni Evli Çiftlerin Cinsel Doyumuna Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Ayla Bayık Temel).

Koçak B, Yüksel A. (2021). Kemik-eklem hastalıklarının obezite ile ilişkisi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 3(1): 97-100.

Koştü N. (2018). Planlı Davranış Teorisine Dayalı Kadına Yönelik Eş Şiddeti Eğitim Programının Hemşirelerin/Ebelerin Şiddet Olgularına Yönelik Yaklaşımlarına Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aynur Uysal Toraman)

Kurt AK, Zoba CA, Ateş E, Set T. (2019). Birinci basamakta obezite yönetimi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 11(2): 55-60.

Kushner RF. (2018). Weight Loss Strategies for Treatment of Obesity: Lifestyle management and pharmacotherapy. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 61: 246-252.

Makris MC, Alexandrou A, Papatsoutsos EG, Malietzis G, Tsilimigras DI, Guerron AD, Moris D. (2017). Ghrelin and obesity: Identifying gaps and dispelling myths. *A Reappraisal In Vivo*, 31: 1047-1050.

Mazloommy-Mahmoodabad SS, Navabi ZS, Ahmadi A, Askarishahi M. (2017). The effect of educational intervention on weight loss in adolescents with overweight and obesity: application of the theory of planned behavior. *Arya Atherosclerosis*, 13(4): 176-183.

Melchior V, Furchs S, Scantamburlo G. (2021). Obesity and eating disorders. *Rev Med Liege*, 76(2): 134-139.

Mermi O. (2018). Obezite ve psikiyatri. *Fırat Tıp Dergisi*, 23(özel sayı): 54-60.

Meydan Acımiş N, Özcan B, Uzuner N. (2021). Bir tıp fakültesi intern hekimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *Sağlık ve Toplum*, 31(2): 67-73.

Mıdık Ö. (2018). Tıp Eğitiminde Ölçme ve Değerlendirme, Tutumun Ölçme ve Değerlendirmesi. 1. Baskı, Editör: Balkan A, Türkiye Klinikleri, Ankara. ss: 19-26.

Nazari LN, Reisi M, Tahmasebi R, Javadzade H. (2020). The effect of web-based educational intervention on physical activityrelated energy expenditure among middle-aged women with overweight and obesity: An application of social cognitive theory. *Obesity Medicine*, 18:100181.

Orhan İlksen. (2020). Menapozal Kadınlara Uygulanan Motivasyonel Görüşmenin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Malatya (Danışman: Prof. Dr. Yurdagül Yağmur).

Organisation for Economic Co-operation and Development. (OECD) (2017). Obesity Update. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>
Erişim Tarihi: 23.12.2022.

- Önalan E, Dönder E. (2018). Obezitede nonfarmakolojik tedavi. Fırat Tıp Dergisi, 23(Özel Sayı): 68-71.
- Önder A, Kavurma C, Çelmeli G, Sürer Adanır A, Özatalay E. (2018). Obezite tanılı çocuk ve ergenlerde psikopatoloji, yaşam kalitesi ve ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi, 8(1): 51-58.
- Özgül S, Taşpınar A. (2019). Maternal obezitenin anne ve yenidoğan sağlığına etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(3): 178-189.
- Özbayer C, Yağcı E, Kurt H. (2018). Obezite, tip 2 diyabet ve insülin direnci arasındaki bağlantı: İnflamasyon. Tıp Fakültesi Klinikleri, 1 (2): 27-36.
- Özdamar Ünal G. (2018). Obezitenin psikiyatrik yönü, tedavisinde davranışçı ve bilişsel davranışçı terapi. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 7(1): 31-41.
- Pashaeypoor S, Negarandeh R, Nikpeyma N, Abadi ZAM. (2019). Determinants of intentions toward smoking hookah in Iranian adolescents based on the theory of planned behavior. Iran J Public Health, 48(7): 1317-1325.
- Pazarcıkcı F, Uçak A. (2021). Hemşirelik eğitiminde hemşirelik kuram ve modellerinin kullanılmasının önemi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 4(2), 25-33.
- Rabiei L, Masoudi R, Lotfizadeh M. (2017). Evaluation of the effectiveness of nutritional education based on health belief model on self-esteem and BMI of overweight and at risk of overweight adolescent girls. International Journal of Pediatrics, 5(8): 5419-5430.

- Rezapour B, Mostafavi F, Khalkhali H. (2016). Theory based health education: application of health belief model for Iranian obese and overweight students about physical activity” in Urmia, Iran. *International Journal of Preventive Medicine*, 7: 115.
- Riley L, Wertz M, McDowell Ian. (2018). Obesity in pregnancy: Risks and management. *American Family Physician*, 9(1): 559-561.
- Rohde K, Keller M, Poulsen LC, Blüher M, Kovacs P, Böttcher Y. (2019). Genetics and epigenetics in obesity. *Metabolism Clinical and Experimental*, 92: 37-50.
- Romano V, Scott I. (2014). Using health belief model to reduce obesity amongst African American and Hispanic populations. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159: 707 – 711.
- Sağın A, Karasaç F. (2020). Obezitenin sosyo-ekonomik belirleyicileri: OECD ülkeleri analizi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 15(21): 183-200.
- Sağlam M, Arıkan H, Savcı S, İnal İnce D, Boşnak Güçlü M, Karabulut E, Tokgözoğlu L (2010). International physical activity questionnaire: reliability and validity of the Turkish version. *Perceptual and Motor Skills*, 111(1): 278-284. Doi: 10.2466/06.08.PMS.111.4.278-284.
- Sanaeinasab H, Saffari M, Dashtaki MA, Zarchi AK, Parpour AH, O’Garro KGN, Koenig HG. (2020). A theory of planned behavior-based program to increase physical activity in overweight/obese military personnel: A randomised controlled trial. *Applied Psychology: Health And Well-Being*, 12(1): 101-124.

- Sarayloo K, Moghadam ZB, Saffari M, Esmaily H, Najmabadi KM. (2020). The effect of educational program based on theory of planned behavior on health promotion and childbearing of minor thalassemia couples. *Journal of Education and Health Promotion*, 8: 1-8.
- Satman İ. (2016). Türkiye'de obezite sorunu. *Türkiye Klinikleri Gastroenterohepatoloji-Özel Konular*, 9(2): 1-11.
- Shafieinia M, Hidarnia A, Kazemnejad A, Rajabi R. (2016). Effects of a theory based intervention on physical activity among female employees: A quasi-experimental study. *Asian Journal of Sports Medicine*. 7(2): e31534.
- Sınar DS, Acar NE, Yıldırım İ. (2020). Enerji metabolizması, obezite ve hormonlar. *Türkiye Spor Bilimleri Dergisi*, 4(1);30-60.
- Sonkaya Zİ, Günay O. (2020). The impact of education given to obese and preobese university students according to the health promotion model on nutrition and physical activities. *Cukurova Medikal Journal*, 45(3): 795-806.
- Sussman R, Gifford R. (2018). Causality in the theory of planned behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 45(6): 920-933.
- Şanlıtürk D. (2018). Astımı Olan Bireylere Planlı Davranış Teorisine Göre Uygulanan Eğitim Programının Hastalık Kontrolü ve Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sultan Ayaz Alkaya).
- Taghdisi MH, Babazadeh T, Moradi F, Shariat F. (2016). Effect of educational intervention on the fruit and vegetables consumption among the students: applying theory of planned behavior. *Journal of Research in Health Sciences*, 16(4): 195-199.

- Taghipour A, Shahroudi MV, Tabesh H, Safari-Moradabadi A, Anbarani MA. (2019). The effect of educational intervention based on the theory of planned behavior and stages of change construct on women's physical activity. *Journal of Education and Health Promotion*, 8: 1-7.
- Tanyeri B. (2019). Fazla Kilolu Yetişkinlere Transteoretik Modele Göre Verilen Eğitimin Beden İmajı Ve Egzersiz Davranışı Üzerine Etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Fatoş UNCU)
- Taşlı H, Sağır S. (2021). Obezitenin belirlenmesinde kullanılan beden kitle indeksi, bel çevresi, belkalça oranı metotlarının karşılaştırılması. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1): 138-150.
- Teixeira PJ, Marques MM. (2017). Health behavior change for obesity management. *Obesity Facts*, 10: 666-673.
- The GBD 2015 Obesity Collaborators. (2017). Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New Engl J Med*, 377: 13-27.
- Tırakoğlu B. (2016). Sigara İçen Kişilerde Sigarayı Bırakmaya Yönelik Niyetin Planlanmış Davranış Teorisine Göre Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bursa, (Danışman: Doç. Dr. Gülay Dirik).
- Todisco P, Donini LM. (2020). Eating disorders and obesity (ED&O) in the COVID-19 storm. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(3): 747-750.
- Tokgözoğlu L, Kayıkçıoğlu M, Altay S, Aydoğdu S, Barçın C, Bostan C, Çakmak HA, Çatakoğlu AB, Emet S, Ergene O, Kalkan AK. (2017). EUROASPIRE-IV: Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin koroner arter hastalarında yaşam tarzı,

risk faktörleri ve tedavi yaklaşımı üzerine çalışması: Türkiye verileri. Türk Kardiyol Dern Ars, 45(2):134-144. doi: 10.5543/tkda.2016.82352.

Trouwborst I, Verreijen A, Memelink R, Massanet P, Boirie Y, Weijs P, Tieland M. (2018). Exercise and nutrition strategies to counteract sarcopenic obesity. Nutrients. 10: 605. doi:10.3390/nu10050605.

Tuna F. (2019). Postmenopozal kadınlarda obezite oranları ve kemik mineral yoğunluğu düzeyleri. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6(1): 3-7.

Tural E. (2020). Covid-19 pandemi dönemi ev karantinasında fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesine etkisi. Van Sağlık Bilimleri Dergisi, 13 (özel sayı): 10-18.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. (2014). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Ankara.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019, Ankara.

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). (2018). Editörler: Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2020). Türkiye Sağlık Araştırması 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkey-Health-Survey-2019-33661> Erişim Tarihi: 21.12.2021.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. (2019). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, TÜBİTAK. Ankara.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) (2019). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Yayın No:1132, Ankara.

Ural D, Kılıçkap M, Göksülük H, Karaaslan D, Kayıkçıoğlu M, Özer N, Barçın C, Yılmaz MB, Abacı A, Şengül Ş, Arınsoy T, Erdem Y, Sanisoğlu Y, Şahin M, Tokgözoğlu M. (2018). Türkiye’de obezite sıklığı ve bel çevresi verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 46(7): 577-590.

Uyanık G. (2020). Planlı Davranış Teorisi Temelli El Hijyeni Müdahale Programının İlkokul Öğrencilerinin Sağlık Çıktıları Ve Okul Devamsızlığına Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Şafak Dağhan).

Van Der Valk ES, Savas M, Van Rossum EFC. (2018). Stress and obesity: Are there more susceptible individuals? Curr Obes Rep, 7(2): 193–203.

Vekic J, Zeljkovic A, Stefanovic A, Jelic-Ivanovic Z, Spasojevic-Kalimanovska V. (2019). Obesity and dyslipidemia. Metabolism Clinical and Experimental, 92: 71-81.

Verboven K, Hansen D. (2021). Critical reappraisal of the role and importance of exercise intervention in the treatment of obesity in adults. Sports Medicine, 51: 379-389.

Walker SN, Hill-Polerecky DM. (1996). Psychometric evaluation of the health promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, Retrieved from http://app1.unmc.edu/Nursing/conweb/HPLPII_Abstract_Dimensions.pdf. Erişim Tarihi: 02.12.2021.

Wariri O, Alhassan JAK, Mark G, Adesiyan O, Hanson L. (2021). Trends in obesity by socioeconomic status among non-pregnant women aged 15–49 years: A cross-sectional, multi-dimensional equity analysis of demographic and health surveys in 11 sub-Saharan Africa countries, 1994–2015. *International Health*, 13: 436–445.

World Health Organization (WHO). 2017. WHO fact sheet on overweight and obesity. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim Tarihi: 15.12.2021.

World Bank Group. (2020). Obesity, Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge. Ed: Meera Shekar and Barry Popkin. Washington/USA. p:30-34. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/32383/9781464814914.pdf> Erişim Tarihi: 06.02.2022.

World Health Organization (WHO). (2021). Obesity. https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1 Erişim Tarihi: 14.12.2021.

World Health Organization (WHO). (2021). Obesity and Overweight. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Erişim Tarihi: 15.12.2021.

Yalvaç S, Toker E. (2021). Üreme çağındaki kadınlarda obezite ve ebelik bakımı. *Aydın Sağlık Dergisi*, 7(3): 175-189.

Yaralı S, Hacılioğlu N. (2020). Obezite yönetiminde sağlık inanç modelini kullanma ve hemşirenin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4): 407-415.

Yardımoğlu Yılmaz M, Vural B, Çakıroğlu AY. (2019). The effect of obesity on pregnancy in women. International Journal of Scientific and Technological Research, 5(4): 165-169.

Yavuz AY, Hacıoğlu N. (2018). The Effect Of Training Provided For Obese Adolescents Based On Health Promotion Model On Their Healthy Lifestyle Behaviors And Life Quality. Progress in Nutrition. 20(1): 146-160.

Yeşilfidan D, Adana F. (2019). Halk sağlığı hemşireliği bakış açısı ile ergenlerde obezite. Hemşirelik Bilimi Dergisi, 2(2): 38-44.

Yıldırım N. (2018). Obezite ve kanser. Fırat Tıp Dergisi, 23 (Özel Sayı): 61-67.

Yılmaz A, Kocataş S. (2019). Ortaokul öğrencilerinde obezite sıklığı, beslenme davranışları ve fiziksel aktivite düzeyleri. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 1(3): 66-83.

Zhang Ke. (2018). Theory of planned behavior: Origins, development and future direction. International Journal of Humanities and Social Science Invention, 7(5): 76-83.

Zubrzycki A, Kmiec C, Kmiec Z, Wronska A. (2018). The role of low-calorie diets and intermittent fasting in the treatment of obesity and type-2 diabetes. Journal of Physiology and Pharmacology, 69 (5): 663-683.

EKLER

Ek 1. Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu

1. Yaşınız:.....
2. Medeni Durumunuz:
1() Evli 2() Bekar
3. Aile türü:
1() Çekirdek Aile 2() Geniş Aile
4. Eğitim Durumunuz:
1() Okur-yazar olmayan 5() lise
2() Okur-yazar 6() Lisans
3() İlkokul 7() Lisansüstü
4() Ortaokul
5. Mesleğiniz:
1() İlkokul 3() Lisans ve üzeri
2() Ortaöğretim
6. Size göre ailenizin ekonomik durumu nasıldır?
1 () Düşük gelir 2 () Orta gelir 3 () Yüksek gelir
7. Ailede obez olan kimse var mı?
1() Evet 2() Hayır
8. 7.Sorunun cevabı evet ise, Ailede kimde veya kimlerde var?
.....
9. Hayatınızda hiç hamilelik geçirdiniz mi?
1() Evet 2() Hayır
10. 9.sorunun cevabı evet ise, kaç defa geçirdiniz?.....
11. Hayatınızda hiç emzirme dönemi geçirdiniz mi?
1() Evet 2() Hayır
12. 11.sorunun cevabı evet ise ne kadar süre emzirdiniz?.....
13. Hamilelikte hiç düşük yaptınız mı?
1() Evet 2() Hayır
14. 13.sorunun cevabı evet ise, kaç defa yaptınız?.....
15. Hayatınızda hiç Oral Kontraseptifleri kullandınız mı?
1() Evet 2() Hayır
16. 15. Sorunun cevabı evet ise, ne kadar süre kullandınız?.....

Ek 2. Antropometrik Ölçüm Formu

TARİH	Boy	Kilo	BKİ	Bel	Kalça	Bel/Kalça



Ek 3. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form)

Aşağıda son 7 gün içinde fiziksel olarak harcanan zaman hakkında sorular bulunmaktadır. Lütfen, kendinizi çok hareketli bir kişi olarak görmesiniz bile her soruyu cevaplayın. Ev ve bahçe işlerinizi, işyerinde yaptığınız aktiviteleri, bir yerden bir yere gitmek için yaptıklarınızı, boş zamanlarınızda yaptığınız egzersiz veya spor gibi aktiviteleri düşünün.

Son 7 gün içinde 10 dakika veya üstünde süren, nefesinizi hızlandıran, kuvvet gerektiren tüm yoğun faaliyetleri göz önünde bulundurun.

1. Son bir hafta içinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız?

☐ Haftada ____ gün ☐ Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → **(3.soruya gidin.)**

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Geçen bir hafta içinde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Bunlar 10 dakika veya daha uzun süren, orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir.

3. Son bir hafta içinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi orta dereceli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? (Yürüme hariç.)

☐ Haftada ____ gün ☐ Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → **(5.soruya gidin)**

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

☐ Günde ____ saat ☐ Günde ____ dakika ☐ Bilmiorum/Emin değilim

Geçen bir hafta içinde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu; işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Gecen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

☐ Haftada ____ gün ☐ Yürümedim. → **(7.soruya gidin)**

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

☐ Günde ____ saat ☐ Günde ____ dakika ☐ Bilmiyorum/Emin değilim.

Son soru, son bir hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Gecen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

☐ Günde ____ saat ☐ Günde ____ dakika ☐ Bilmiyorum/Emin değilim.

Ek 4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ankette şu anki yaşam tarzı alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığın olduğu uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				

21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				

43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

Ek 5. Eğitim Kitapçığı Değerlendirme Formu

Sayın Hocam,

Araştırmacı tarafından kadınların obezite hakkında bilgi sahibi olmaları ve başarılı kilo kontrolü sağlamaları amacıyla “Fazla Kilolu ve Obez Kadınlar İçin Obezite Eğitim Kitapçığı” hazırlanmıştır. Kitapçığın düzenlenmesinde beklenti ve öneriler yazarlara yararlı geri dönüt sağlayacaktır. Bu amaçla sizden istenen, kitapçığı okuduktan sonra aşağıdaki değerlendirme formundaki soruları yanıtlamanızdır. Değerli katkılarınız için teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Seda GÖGER

	Tamamen Uygun	Uygun	Uygun Değil	Hiç Uygun Değil
Kurgusal özellikler				
1- Alt başlıklar organize bir şekilde, mantıklı biçimde düzenlenmiş ve bölümler arasında bağ ve uyum kurulabiliyor.	4	3	2	1
2- Dikkatlice yazılmış.	4	3	2	1
3- Şekiller anlaşılır biçimde hazırlanmış, sayıca yeterli.	4	3	2	1
4- Genel olarak okuyucunun kavrayıp anlayabileceği biçimde ele alınmış, yazılmış, yararlı.	4	3	2	1
İçerik ile ilgili özellikler	4	3	2	1
5- Okuyucuyu konuyla ilgili başka kaynakları okuma ve düşünme açısından motive edici biçimde yazılmış.	4	3	2	1
6- Verilen bilgiler aydınlatıcı, işe yarar, kullanılabilir.	4	3	2	1
7- Kaynakları güncel ve konu ile ilgili.	4	3	2	1
8- Şekiller konunun daha iyi anlaşılmasını sağlıyor.	4	3	2	1
Türkçe anlatımı ile ilgili özellikler	4	3	2	1
9- Genel olarak okunduğunda kolay anlaşılıyor.	4	3	2	1
10- Gereksiz tekrarlar ve uzatmalar yok.	4	3	2	1
11- Anlamayı güçleştiren sözcükler yok, yabancı dildeki terimlerin Türkçe karşılığı verilmiş.	4	3	2	1
12- Yazım dili yalın, anlaşılır.	4	3	2	1
13- Yazım ve dilbilgisi kurallarına uygun yazılmış.	4	3	2	1
Basım niteliği ile ilgili özellikler	4	3	2	1
14-Yazının diziliş biçimi, sayfa düzeni ve harflerin büyüklüğü okuyucuyu sıkıyor.	4	3	2	1
15- Basım hatası ile yanlış yazılmış sözcükler yok.	4	3	2	1
16- Kitapçıkların kapağının organizasyonu ve kompozisyonu ilgi çekici hazırlanmış.	4	3	2	1

Ek 6. Eğitim Kitapçığı

FAZLA KİLOLU VE OBEZ KADINLAR İÇİN OBEZİTE EĞİTİM KİTAPÇIĞI



Hazırlayanlar: Prof. Dr. Ayşe ÇEVİRME, Öğr. Gör. Seda GÖGER
Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Ek 7. Eğitim Kitapçığı Görüş Bildiren Uzmanlar

GÖRÜŞ BİLDİREN UZMANLAR (Soyadına göre alfabetik sıralanmıştır)

Prof. Dr. Nursan ÇINAR (Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi)

Prof. Dr. Medine YILMAZ (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Birsen ALTAY (Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Dilek CİNGİL (Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Gülgün DURAT (Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi)

Doç Dr. Havva SERT (Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Kevser IŞIK (Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Gülcan KAR ŞEN (Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Gönül KILAVUZ ÖREN (Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Ayten Yılmaz YAVUZ (Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi)

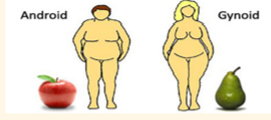
Ek 8. Eğitim Broşürü

OBEZİTE NEDİR?

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite, sağlıklı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının % 15-18'i, kadınlarda ise % 20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Bu oranın erkeklerde % 25, kadınlarda ise % 30'un üstüne çıkması obeziteyi oluşturmaktadır.



Bölgesel yağ dağılımı genetik olarak erkek ve kadınlarda farklılık göstermektedir. Android tip (erkek tipi) obezitede yağ vücudun üst bölümünde (elma tipi) bel, üst karın ve göğüs karında ve cilt altında toplanmaktadır. Jinoid tip (kadın tipi) obezitede ise yağ, vücudun alt bölümünde (armut tipi) kalça, uyluk, bacaklar ve cilt altında toplanmaktadır.



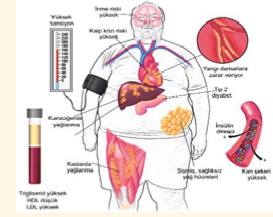
DSÖ'ne göre bel/kalça oranı kadınlarda 0,85'den ve erkeklerde ise 1,0'den fazla ise android tip obezite olarak kabul edilmektedir. Bel çevresi kadınlarda 88 cm, erkeklerde ise 102 cm üzerinde olması abdominal yağlanmayı gösterir.



Obeziteye neden olan etmenler tam olarak açıklanamamakla birlikte aşırı ve yanlış beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği obezitenin en önemli nedenleri olarak kabul edilmektedir.

OBEZİTENİN YOL AÇTIĞI SAĞLIK SORUNLARI NELERDİR?

Obezite, tüm dünyada ve ülkemizde hastalık görülme ve ölüm oranlarında ciddi bir artışa neden olmaktadır. Obezite görülme oranının artması ile birlikte obeziteye bağlı hastalıkların da sıklığında artış gözlenmektedir.



Tip 2 diyabet (şeker hastalığı), Yüksek tansiyon, kalp ve damar hastalıkları, yüksek kolesterol, safra kesesi hastalıkları, karaciğer yağlanması, solunum zorluğu, aşırı kullanma, ruhsal sorunlar ve bazı kanser türleri (barsak, yumurtalık ve meme kanseri vb.) obezitenin yol açtığı sağlık sorunlarından bazılarıdır.

OBEZİTE İLE MÜCADELEDE NELER YAPILMALIDIR?

Beslenme

Yağ ve şeker içeriği düşük olan besinler tercih edilmelidir

Besinler uygun porsiyonlarda tüketilmeli, aşırıya kaçılmamalıdır

Günde en az 1,5-2 litre su içilmelidir

Taze sebze ve meyveler, tahıllar (özellikle tam tahıl ürünleri), yağsız süt, balık, yağsız beyaz et ve kurubaklagiller tüketimine özen gösterilmelidir

Günde en az 3 öğün düzenli yemek yenilmeli, öğün atlanmamalıdır

Harcanandan fazla enerji almamaya özen gösterilmelidir



Fiziksel Aktivite

Güvenli olan ve mümkün olan her şartta yürüyüş yapılmalıdır

Haftada 3-4 kez, 30-60 dakikalık orta şiddette fiziksel aktivite yapılmalıdır

Yapmaktan hoşlanılan, yaşam şekline uygun ve uzun süre devam ettirilebilecek bir aktivite seçilmelidir

Televizyon ve bilgisayar başında 2 saatten fazla oturulmamalıdır

Her gün en az 10.000 adım atılmalı, adım sayısı diğer günlerde giderek artırılmalıdır

Uzun süre hareketsiz kaldığında esneme hareketleri yapılmalıdır

Asansör yerine merdivenler kullanılmalıdır



Egzersiz başlamadan önce doktorunuza danışın ve kendinize birden yüklenerek çok zorlamayın

Bedeninizi dinleyin Eğer baş dönmesi, mide bulantısı, ağrı ve çok fazla yorgunluk hissederseniz bu kısa bir süre içerisinde çok fazla egzersiz yaptığınızı göstergesidir



OBEZİTE

Hazırlayanlar

Prof. Dr. Ayşe ÇEVİRME

Öğr. Gör. Seda GÖGER

Ek 9. Etik Kurul İzni

«Evrak»Tarih ve Sayısı: 04.01.2021-E.194

 **SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : E-16214662-050.01.04- **273**
Konu : Etik Kurul Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Doç. Dr. Ayşe ÇEVİRME

Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

İlgi : 10.12.2020 tarihli ve 273 sayılı düzeltme başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Fazla Kilolu ve Obez Kadınlarda Planlı Davranış Teorisine Göre Verilen Eğitim ve Danışmanlık Müdahalesinin Sağlık Davranışlarına Etkisi**" isimli klinik araştırma başvuru dosyanız ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; etik ve bilimsel açıdan bir sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir ve uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Cemil BİLİR
Etik Kurulu Başkanı

Ek: 16.12. 2020 tarih ve 07 sayılı Etik Kurul Kararı (3 sayfa)

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Başkanı



Güvenli Elektronik
İmza Aslı ile Aynıdır.
04.01.2021

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BEB1BUY6D Pin Kodu :94402 Belge Takip Adresi : <http://193.140.253.232/envision/Signala/BelgeDogrulama.aspx?V=BEB1T776>

Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk,
Adapazarı/Sakarya
Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629
e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr

Bilgi için: Yücel Demir
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu



Telefon No: 2953129

Ek 12. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Fazla Kilolu ve Obez Kadınlarda Planlı Davranış Teorisine Göre Verilen Eğitim ve Danışmanlık Müdahalesinin Sağlık Davranışlarına Etkisi” başlıklı çalışma Öğr. Gör. Seda Göger’in doktora tez çalışmasıdır. Bu çalışma randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır. Araştırmacının amacı Fazla kilolu ve obez kadınlarda planlı davranış teorisine göre verilen eğitim ve danışmanlık müdahalesinin sağlık davranışlarına etkisini incelemektir. Bu çalışma kapsamında katılımcılara Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu, Antropometrik Ölçüm Formu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II uygulanacaktır. Bu işlemler sizin yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır.

Bu araştırmada herhangi bir risk yoktur. Sizden çalışmaya katılmanız doğrultusunda ölçek ve anket formu doldurmanız istenecektir. Gönüllüler araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahiptir. Gönüllüler istediği anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilir. Araştırma sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır ve araştırma yayınlandığında kimlik bilgileri verilmeyecektir. Bu araştırmada herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

(Katılımcının Beyanı)

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından sözlü olarak bilgilendirildim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, aktarılması ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zaman zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün;

Adı Soyadı:

E-mail

Tel:

Tarih ve İmza:

Açıklamayı Yapan Araştırmacının;

Adı Soyadı:

E-mail:

Tel:

Tarih ve İmza:

Ek 14. Eğitimde Kullanılan Power Point Sunumu

