

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM SONRASI MATERNAL KİLO TUTULUMUNUN VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Araş. Gör. Nigar ÇELİK

TEZ DANIŞMANI

Yard. Doç. Dr. Şenay ÜNSAL ATAN

Bornova-İZMİR

2012

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM SONRASI MATERNAL KİLO TUTULUMUNUN VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Araş. Gör. Nigar ÇELİK

TEZ DANIŞMANI

Yard. Doç. Dr. Şenay ÜNSAL ATAN

Bornova-İZMİR

2012

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan (Danışman) : Yrd.Doç.Dr.Şenay ÜNSAL ATAN



Üye / İmza : Doç.Dr.Oya KAVLAK



Üye / İmza : Doç.Dr.Hafize ÖZTÜRK CAN



Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 06.09.2012

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Şenay ÜNSAL ATAN'a, araştırmamın yürütülmesi sırasında önerilerini ve desteklerini gördüğüm Sayın Doç. Dr. Oya KAVLAK'a ve Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN'a,

Araştırmamın uygulanmasına olanak sağlayan T. C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ndeki yetkililere ve Gaziemir Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Gaziemir 3 No'lu Gazikent Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına, araştırmaya katılmayı kabul eden ve soruları içtenlikle yanıtlayan annelere,

Araştırmanın istatistiksel analizlerini yapan E.Ü. Biyoistatistik Bölümünde çalışan Sayın Arş.Gör.Hatice ULUER'e

Tez çalışmalarım sırasında bana sürekli destek olan arkadaşım Arş.Gör. Ayşegül SAVCI'ya; diğer tüm arkadaşlarıma ve hocalarıma,

Beni yetiştiren, sevgi ve fedakarlıklarını esirgemeyen, sürekli yanımda olduklarını hissettiren sevgili anne ve babam, Kadriye-Mevlüt ARDIÇ'a, iyi ve kötü günümde her zaman yanımda olduğunu bildiğim kardeşim İbrahim ARDIÇ'a,

Benden desteğini, sevgisini ve sabrını esirgemeyen hayatımın anlamı sevgili eşim Coşkun ÇELİK'e ve varlığından her zaman güç aldığım, sabırla boş zamanlarımı bekleyen canım kızım ÖYKÜ'me,

Sonsuz saygı ve sevgilerimi sunar teşekkür ederim...

İZMİR, 14.08.2012

NİGAR ÇELİK

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	6
1.4. Sayıtlar.....	6
1.5. Araştırmanın Önemi	6
1.6. Sınırlılıklar.....	9
1.7. Tanımlar	10
1.8. Genel Bilgiler.....	10
1.8.1. Gebelikte Maternal Kilo Alımı	10
1.8.2. Doğum Sonrası Maternal Kilo Tutulumu	13
1.8.3. Doğum Sonrası Kilo Tutulumunu Etkileyen Faktörler	17
1.8.3.1. Beslenme	17
1.8.3.2. Fiziksel Aktivite	19
1.8.3.3. Diğer Faktörler	21
1.8.4. Teorik Çerçeve	22
1.8.4.1. Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı	22

1.8.4.2. Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının Dayandığı Temel İlkeler...	24
1.8.4.2.1. Karşılıklı Belirleyicilik	24
1.8.4.2.2. Sembolleştirme Kapasitesi	25
1.8.4.2.3. Öngörülük Kapasitesi	25
1.8.4.2.4. Dolaylı Öğrenme Kapasitesi	25
1.8.4.2.5. Öz Düzenleme Kapasitesi	26
1.8.4.2.6. Öz Yargılama Kapasitesi	26
1.8.4.2.7. Öz-Yeterlik, Öz-Etkilik	27
1.8.5. Doğum Sonrası Maternal Kilo Tutulumu ve Öz-Etkililik-Yeterlilik....	30
1.8.6. Doğum Sonrası Maternal Kilo Tutulumu ve Sosyal Destek.....	31
1.8.7. Doğum Sonrası Maternal Kilo Tutulumu ve Anksiyete	33
1.8.8. Doğum Sonrası Maternal Kilo Tutulumu ve Hemşirelik	35

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM	37
2.1. Araştırmanın Tipi	37
2.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler	37
2.2.1. Veri Toplama Araçları	37
2.2.1.1 Anne Tanıtım Formu (EK-I)	37
2.2.1.2 Uluslar Arası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form) (EK II).....	38
2.2.1.3 Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (EK III)	40
2.2.1.4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK IV)	42
2.2.1.5 Beck Anksiyete Envanteri (EK V)	43
2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	43
2.4. Araştırmanın Evreni	43

2.5. Araştırmanın Örneklemi	44
2.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	45
2.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	45
2.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi	46
2.9. Süre Ve Olanaklar	46
2.10. Etik Açıklamalar	48

BÖLÜM III

BULGULAR	49
3.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	49
3.2. Annelerin Şimdiki Gebeliğine ve Doğumuna İlişkin Bulgular	54
3.3. Annelerin Beslenme Uygulamalarına Ait Bulgular	61
3.4. Annelerin Gebelik Öncesinde ve Gebelikte Kilo Alım Durumlarına İlişkin Bulgular	63
3.5. Annelerin Doğum Sonrası 12.-18. Aylardaki Kilo Durumlarına İlişkin Bulgular...	65
3.6. Annelerin Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	67
3.7. Doğum Sonrası Maternal Kilo Tutulumunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	71

BÖLÜM IV

TARTIŞMA 96

4.1. Annelerin Gebelik Öncesinde ve Gebelikte Kilo Alım Durumlarına İlişkin

Bulguların İncelenmesi 96

4.2. Annelerin Doğum Sonrası 12.-18. Aylardaki Kilo Durumlarına Ait Bulguların

İncelenmesi 98

4.3. Doğum Sonrası Maternal Kilo Tutulumunu Etkileyen Faktörlere İlişkin

Bulguların İncelenmesi 99

4.4. Annelerin Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form), Öz-Etkililik-

Yeterlilik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Beck Anksiyete

Ölçeği Puan Ortalamaları İle Doğum Sonrası Kilo Tutulum Durumunun

İncelenmesi.....110

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER 113

5.1. Sonuç 113

5.2. Öneriler 122

BÖLÜM VI

ÖZET VE ABSTRACT 123

6.1. Özet 123

6.2. Abstract 126

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR	128
EKLER	144
EK I Anne Tanıtım Formu	144
EK II Uluslar Arası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form)	147
EK III Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği	149
EK IV Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	151
EK V Beck Anksiyete Envanteri	152
EK VI Aydınlatılmış Onam Formu	154
EK VII Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurul İzin Belgesi	155
EK VIII Sağlık Bakanlığı Gaziemir Sağlık Grup Başkanlığı İzin Belgesi	156
EK IX Uluslar Arası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form) İzin Yazısı	157
EK X Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği İzin Yazısı	158
EK XI Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni	159
ÖZGEÇMİŞ	160

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. ATE’ ye göre Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksine (BKİ) Göre Gebelik Boyunca Alınması Önerilen Toplam Kilo Oranları.....	12
Tablo 2. Öz-Etkililik-Yeterliliği Yüksek ve Düşük Olan Bireylerin Özelliklerinin Karşılaştırılması	27
Tablo 3. Öz-Etkililik Yeterlilik Ölçeğinin Alt Grupları, Madde Sayısı ve Puan Aralığı.....	41
Tablo 4. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	49
Tablo 5. Annelerin Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımları.....	52
Tablo 6. Annelerin Alkol Alma Durumlarına Göre Dağılımları.....	52
Tablo 7. Annelerin Kronik Hastalık Bulunma Durumlarına Göre Dağılımları.....	53
Tablo 8. Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımları.....	54
Tablo 9. Annelerin Gebeliklerinde Kilolarını Algılama Durumlarına Göre Dağılımları.....	55
Tablo 10. Annelerin Gebeliklerinde Fiziksel Aktivite Yapma Durumları, Fiziksel Aktivite Türü, Fiziksel Aktivite Yapma Süresi ve Sıklıklarına Göre Dağılımları.....	56
Tablo 11. Annelerin Gebeliklerinde Fiziksel Aktivitelerini Algılama Durumlarına Göre Dağılımları.....	57
Tablo 12. Annelerin Gebeliklerinde Sağlıklarını Algılama Durumlarına Göre Dağılımları.....	57

Tablo 13. Annelerin Gebeliklerinde Beslenme, Kilo Alımı ve Gebelikte Fiziksel Egzersiz Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımları.....	58
Tablo 14. Annelerin Gebelikleri Süresince Destek Aldığı Kişiye Göre Dağılımları.....	58
Tablo 15. Annelerin Doğum Şekline Göre Dağılımları.....	59
Tablo 16. Annelerin Bebeklerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	59
Tablo 17. Annelerin Bebeklerini Emzirme Durumlarına Göre Dağılımları.....	60
Tablo 18. Annelerin Günde Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımları	61
Tablo 19. Annelerin Gebelikleri Süresince ve Doğum Sonrası Diyet Yapma Durumlarına Göre Dağılımları.....	62
Tablo 20. Annelerin Gebelik Öncesi Fiziksel (Antropometrik) Özelliklerine Göre Dağılımları.....	63
Tablo 21. Annelerin Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksi (BKİ) Sınıflandırmasına Göre Dağılımları.....	63
Tablo 22. Annelerin Gebelikte Kilo Alım Durumlarına Göre Dağılımı.....	64
Tablo 23. Annelerin Gebelikte BKİ Sınıflandırmasına Göre Dağılımları.....	64
Tablo 24. Annelerin Gebeliklerinde ATE Rehber Önerisine Uygun Kilo Alım Durumlarına Göre Dağılımları.....	65
Tablo 25. Annelerin Doğum Sonrası Bulunduğu Ay'a Göre Dağılımları.....	65
Tablo 26. Annelerin Doğum Sonrası 12.-18. Aylardaki BKİ Sınıflandırmasına Göre Dağılımları.....	66
Tablo 27. Annelerin Doğum Sonrası 12.-18. Aylardaki Kilo Tutulum Oranlarına ve Kilo Tutulumu Durumlarına Göre Dağılımları.....	66

Tablo 28. Annelerin Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinden (Kısa Form) Aldığı Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	67
Tablo 29. Annelerin Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeğinden (ÖEYÖ) Aldığı Puan Ortalamalarının, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden (ÇBASDÖ) Aldığı Puan Ortalamalarının, Beck Anksiyete Ölçeğinden Aldığı Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	69
Tablo 30. Annelerin Yaş Gruplarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları	71
Tablo 31. Annelerin Eğitim Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları	71
Tablo 32. Annelerin Çalışma Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	72
Tablo 33. Annelerin Gelir Durumu Algılarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları	73
Tablo 34. Annelerin Yaşadığı Aile Tipine Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları	73
Tablo 35. Annelerin Sigara İçme Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları	74
Tablo 36. Annelerin Kronik Hastalık Bulunma Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımı	75
Tablo 37. Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları	76
Tablo 38. Annelerin Gebeliklerinde Kilolarını Algılama Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	77

Tablo 39. Annelerin Gebelikte Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarına, Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	78
Tablo 40. Annelerin Gebeliklerinde Fiziksel Olarak Kendini Algılama Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	79
Tablo 41. Annelerin Gebeliklerinde Beslenme, Kilo Alımı Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	80
Tablo 42. Annelerin Gebeliklerinde Fiziksel Egzersiz Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	81
Tablo 43. Annelerin Doğum Şekline Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	81
Tablo 44. Annelerin Günlük Beslenme Alışkanlıklarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	82
Tablo 45. Annelerin Gebelikte Diyet Yapma Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	83
Tablo 46. Annelerin Doğum Sonrası Diyet Yapma Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	84
Tablo 47. Annelerin Gebelik Öncesi Kilo ve BKİ Ortalamaları ile Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	85
Tablo 48. Annelerin Gebelik Öncesi BKİ Sınıflandırmasına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	86
Tablo 49. Annelerin Gebeliklerinde Aldıkları Kilo ortalamaları ile Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	87

Tablo 50. Annelerin Gebelikte Aldıkları Kilonun ATE Kriterlerine Uygunluk Durumuna göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımı.....	88
Tablo 51. Annelerin Fiziksel Aktivite Düzeyi Puan Ortalamaları ile Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	89
Tablo 52. Annelerin Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) Puan Ortalamaları ile Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	91
Tablo 53. Annelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puan Ortalamaları ile Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	93
Tablo 54. Annelerin Beck Anksiyete Envanteri Puan Ortalamaları ile Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları.....	93
Tablo 55. Annelerin Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumlarının Bağımsız Değişkenlerle Lojistik Regresyon Modeli.....	95

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Karşılıklı Belirleyicilik.....	24
Şekil 2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	47

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Kadın hayatının belirli bir dönemini kapsayan doğum öncesi ve sonrası süreçte kadınların bir kısmı normal kilo alırken, bazıları şişmanlamakta ve bazıları da obez olmaktadır (120). Obezite, bazı kanser türleri, tip II diyabet, kardiyovasküler hastalıklar gibi çeşitli hastalıkların şiddetini artıran bir problem olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, obezite gebelikte morbidite ve prematüre mortalitenin önemli bir nedeni olarak belirtilmektedir (57).

DSÖ kriterlerine göre gebe kadınlar arasında obezite prevalansı (Beden Kitle İndeksi (BKİ) >30 kg/m²) %1.8 ile %25.3 arasındadır (39). Pek çok ülkede gebe kadınlar arasında, gebelikte fazla kilo alımı ve obezite prevalansında artış görülmektedir. İngiltere’de 2006 yılında gebe kadınlar arasında yapılan bir çalışmada obezite prevalansı %18.5 olarak saptanmıştır (65). Amerika’da ise bu oran %18.5 ile %38.3 arasındadır (36). Ülkemizde de benzer olarak gebe kadınlarda fazla kiloluk ve obezite oranı %27.2 olarak saptanmıştır (31,52). Ayrıca, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’na (TNSA 2008) göre ülkemizde kadınlarda obezite görülme sıklığı %23.9 olarak saptanmıştır (108). Ülkemizdeki kadınların kilolu olması, gebelikte alacağı kilolarla beraber doğum sonrası dönemde aşırı kilo tutulumu ile karşı karşıya kalabileceğinin bir göstergesidir. Doğum sonrası dönemdeki annelerle yapılan bir çalışmada, kadınların %20’sinde 6-18. aylarda en az 5 kg kilo tutulumlarının olduğu

belirlenmiştir (40). Literatürde, doğum sonrası dönemde annelerin kilo tutulumunu inceleyen ülkemizde yapılmış araştırmaya rastlanmamıştır.

Gebelik öncesi kilo ve gebelikte aşırı kilo kazanımı, doğum sonrası dönemdeki kilo tutulumu için primer risk faktörleridir (45). Bununla beraber yaş, eğitim, etnik köken, ırk, çalışma durumu, doğum sonu aile rolleri, annenin primipar olması, emzirme süresinin kısa olması, sigara içmemesi, yüksek enerjili besin alması ve düşük fiziksel aktivitesinin olması, gebelik sayısı, doğum şekli, sosyoekonomik durum, emzirme, gebelikler arasındaki süre, medeni durum, gebelik süresi ve sigara kullanımı doğumdan sonra kilo tutulumunu etkileyen diğer faktörlerdir (41,57,61,88,89). Ayrıca sosyo-psikolojik değişkenler de kadınlarda doğum sonrası kilo tutulumu ile bağlantılıdır. Bu değişkenler beden algısı, anksiyete, depresyon, öz-yeterlilik, sosyal destek ve yaşam tarzı değişiklikleridir (41,46,74).

Amerikan Tıp Enstitüsü (ATE) [Institute of Medicine (IOM)] tarafından ilk kez 1990 yılında gebelik öncesi vücut ağırlığı veya BKİ'ne göre, gebelik süresince önerilen kilo artışları, sunulmuş ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) tarafından da benimsenmiştir (31,65,103,120). ATE tarafından 1990 yılında yayınlanan rehber komite tarafından 2009 yılında yeniden düzenlenmiştir. Yeni düzenlenen 2009 yılı ATE rehberine göre; gebelik öncesi BKİ sınıflama değerleri DSÖ kriterleri ele alınmış ve obez gebeler için kilo alım sınırları belirlenmiştir. Gebelik öncesi düşük kiloda olanların ($BKİ < 18.5 \text{ kg/m}^2$) toplam 12.5-18 kg, normal kiloda olanların ($BKİ 18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$) 11.5-16 kg, fazla kiloluların ($BKİ 25-29.9 \text{ kg/m}^2$) toplam 7-11.5 kg, obez olanların ($BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$) toplam 5-9 kg kilo alması önerilmiştir (122).

Amerikan Tıp Enstitüsü (ATE), sağlık profesyonellerine anne adaylarının BKİ'lerini izlemelerini, BKİ'lerine uygun kilo artışıını önermelerini, beslenme ve fiziksel aktivite hakkında bilgi vermelerini önermektedir. Gebelikte ve gebelik sonrasında fiziksel olarak aktif olan kadınların, hareketsiz bir gebelik geçiren kadınlara göre, doğum sonrası fazla kilolardan daha çabuk kurtuldukları belirlenmiştir (61,104).

Doğum sonrası dönemde, yapılan beslenme kısıtlamaları ve egzersiz kombinasyonu gibi yaşam tarzı değişiklikleri vücut ağırlığını korumak için önemli ve etkili olabilmektedir Bireyler sağlığı geliştirici davranışları gerçekleştirme ve karar verme için gerekli bilgi, tutum ve beceri geliştirme yeteneğine sahiptir (41,66,74,80,118).

Sağlıkla ilgili davranış değişimini açıklamak için birçok teorik model ileri sürülmüştür. Bandura'nın öz-yeterlilik mekanizması sosyal öğrenme kuramında, bireyin davranışlarını değiştirmede rolü olan bilişsel algılama etkenlerinden sadece birisi olup, aynı zamanda kişinin kendinin farkında olması olarak açıklanmıştır. Öz-etkililik-yeterlilik bireyin bir davranışa ulaşmada, başlangıç kararını tetikleyen ve davranış değişiminin güçlü bir öngörücüsü olarak görülen bir kavramdır. Bu mekanizma ile hemşireler bireylerin kendi potansiyellerini, tutum ve davranışlarını etkileyen faktörleri belirleyip, öz-etkililik-yeterlilik algılarını yükselterek, sağlıksız davranış bırakma ve sağlıklı davranış başlatarak sürdürme konusunda kadınlara yardımcı olabilirler (6). Doğum sonrası ilk 12 ayda egzersiz, beslenme değişiklikleri ile psikososyal özellikler arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, doğum sonrası dönemde kilo/davranış hedeflerine ulaşmada öz-etkililik-yeterlilik algısının etkili olduğu belirtilmiştir (118).

Öz-etkililik-yeterlilik algısı dört kaynaktan etkilenmektedir. Bunlar; kişinin önceki deneyimleri, başkasının deneyimleri, sosyal destek ve psikolojik durumudur (18,19).

Sosyal öğrenme kuramına göre, bireysel davranışlar sadece iç psikolojik güçler tarafından değil, aynı zamanda sosyal çevre tarafından şekillenmektedir (16). Bireye ait kişisel ve bilişsel etkenlerle çevresel etkenler karşılıklı etkileşim içindedir. Bireyler olumsuz çevre baskılarına direnip üstesinden gelerek destekleyici bir çevre oluşturdıkları zaman büyük olasılıkla başarılı olurlar (6).

Sosyal destek, bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddi, manevi yardım olarak tanımlanmaktadır. Doğum sonrası dönemdeki sosyal destek ise anneye yakın çevresi tarafından sağlanan bebek bakımına destek, ev işlerine yardım ve duygusal desteği içermektedir. Sosyal destek, stres olsun ya da olmasın kişinin sağlığını doğrudan olumlu yönde etkilemektedir ve stres oluşturacak yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumaktadır. Aynı zamanda sosyal destek annelerde, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu artırarak anksiyete, depresyon görülme riskini azaltmakta ve bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (23).

Sosyal desteğin güçlü algılanması, öz-etkililik-yeterlilik beklentilerini geliştirerek daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasını sağladığı ve bireylerin iyilik halini dolaylı olarak geliştirdiği ileri sürülmüştür (56,68,106). Özellikle aile, arkadaş ve eş olmak üzere bu üç kaynaktan yüksek seviyede sosyal destek alan doğum sonrası dönemdeki kadınların, bu kaynaklardan daha az sosyal destek alan kadınlara göre, durumlarla etkili bir şekilde başa çıkmada daha güçlü öz-etkililik-yeterlilik duygusuna sahip oldukları bulunmuştur (70). Buna karşın yapılan çalışmalarda

sosyal destek yetersizliğinin gebelikte ve doğum sonrasında ruhsal sağlığı bozarak, depresyon ve anksiyete gibi negatif psikososyal durumlara neden olabildiği, annenin hayat tarzını etkilediği, diyet alışkanlığını bozduğu, sigara, alkol ve madde kullanımında artışa neden olduğu ve bu durumların da gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını bozabildiği açıklanmıştır (51,98,114,126).

Doğum sonrası depresyon ve anksiyete, kadının kilo kontrolünü, benlik saygısını, yeteneklerini, çocuklarının yaşamını, bakımını ve gelişimini, aile ve eşı ile ilgili sorumluluk ve rollerini olumsuz yönde etkileyebilir (63). Ayrıca, kadınlarda doğum sonrası kilo tutulumu da kadının yaşama bakış açısını olumsuz etkilemekte, depresyon, anksiyete ve beden imajı sorunları yaşamasına neden olabilmektedir (31). Doğum sonrası dönemde görülen depresyonun ve anksiyetenin sadece anne için değil, bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçları olabileceğinden özel bir yaklaşım gerekmektedir. Kadınlar, doğum sonrası gelişebilecek ruhsal sorunlar açısından bilgilendirilmeli ve mümkünse takibe alınmalıdır (63).

Bu bağlamda, hemşireler doğum sonrası dönemdeki kadınların potansiyel güçlerini ortaya çıkararak öz-etkililik-yeterliliklerini geliştirmede ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirip sürdürmelerinde anahtar rol oynayabilirler. Doğum sonrası kilo tutulumunun ve etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi ile anne sağlığının yükseltilmesine katkı sağlanacağı düşünöldüğünden, annelerin doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumlarının ve etkileyen faktörlerin kilo tutulumu üzerine etkisinin incelenmesi, bu çalışmanın konusunu oluşturmuştur.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma, annelerin doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumlarının ve etkileyen faktörlerin kilo tutulumu üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın amacına yönelik hipotezler;

H₁: Kadınların doğum sonrası kilo tutulumu ile gebelik öncesi BKİ ortalamaları arasında ilişki vardır.

H₂: Kadınların doğum sonrası kilo tutulumu ile gebeliklerinde ATE rehber önerilerine uygun kilo alım durumları arasında ilişki vardır.

H₃: Kadınların doğum sonrası kilo tutulumu ile fiziksel aktivite durumu arasında ilişki vardır.

H₄: Kadınların doğum sonrası kilo tutulumu ile öz-etkililik-yeterlilik düzeyleri arasında ilişki vardır.

H₅: Kadınların doğum sonrası kilo tutulumu ile sosyal destek düzeyleri arasında ilişki vardır.

H₆: Kadınların doğum sonrası kilo tutulumu ile anksiyete düzeyleri arasında ilişki vardır.

1.4. SAYILTILAR

Evren, örneklem, veri toplama teknikleri, analiz yöntemleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amaçlarını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSO) “küresel epidemi” olarak açıkladığı obezite, günümüzde tüm toplumlar ve yaş gruplarını ilgilendiren, görülme sıklığı giderek

artan, sosyal ve psikolojik yönleriyle de çok önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tüm dünyada bir milyanın üzerinde fazla kilolu, 300 milyon kadarda obez kişinin bulunduğu ve obezitenin kadınlarda daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (71,124). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda (2008) kadınlarda şişmanlık görülme sıklığı %23.9 olarak saptanmış, TNSA 2003 verilerine (%22.7) göre bir artış gözlenmiştir (107,108).

Gebelik, beslenme gereksiniminin arttığı özel süreçlerden biridir. Gebelikte beslenme konusu gebelikte birlikte başlamamalıdır. Çünkü, bir kadının gebe kalabilmesi, bebeğini gebelik sonuna kadar taşıyabilmesi, doğumdan sonra emzirebilmesi ve doğum sonu kilo tutulumunu azaltmak için gebe kalmadan önce düzenli beslenmesi ve sağlıklı olması gereklidir (65). Buna rağmen pek çok ülkede gebe kadınlar arasında, gebelik öncesi fazla kilo alımı ve obezite prevalansında da artış görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre gebe kadınlar arasında obezite prevalansı (BKİ >30 kg/m²) %1.8 ile %25.3 arasındadır (39). Ülkemizde bu konuyla ilgili yapılan yeterli sayıda çalışma olmamakla beraber yapılan bir çalışmada gebe kadınlarda fazla kiloluluk ve obezite oranı %27.2 olarak saptanmıştır (52). Bu bağlamda hangi faktörlerin kadınları doğum sonrası aşırı kilo alma riskiyle karşı karşıya bıraktığının belirlenmesi önemlidir (48).

Gebelikte fazla kilo alınması doğumdan sonra bu kiloların daha kalıcı olmasına neden olmaktadır. Gebelikteki kilo alımı 9 kg'dan 23 kg'a yükseldiği zaman kilodaki kalıcı artış 1.4 kg'dan 8 kg'a yükselmektedir (66). Ledermann ve arkadaşlarının (1993) Amerikalı beyaz kadınlarda yaptığı bir çalışmada doğum sonrası altıncı ayda vücut ağırlığında 1.4 kg'lık, 12. ayda; gebelik öncesi döneme göre 1.5 kg'lık bir artış görülmektedir. Gebelik öncesi fazla kilolu olan kadınlarda ise 1.9 kg'lık artış olduğu

belirlenmiştir (66). Bu nedenle gebelikte aşırı kilo alımı ve fazla kiloların doğum sonrası altı ay süresince kaybedilmemesi uzun dönemde obeziteye neden olmaktadır. Obez annelerde yaşam kalitesinin düştüğü, uzun dönemde kanser, felç, hipertansiyon, diyabet, koroner kalp hastalıklarına yakalanma olasılığının arttığı ve bu hastalıklara bağlı ölüm oranlarında artma olduğu bildirilmiştir (65,103). Bununla birlikte gebelik süresince fazla kilolu olan kadınlarda safra kesesi taşı oluşumunda artış olduğu ve doğum sonrası 12 ay içerisinde kolesistektomi riskinin arttığı, emzirme sıklığının azaldığı ve emzirme güçlüklerinin (prolaktin seviyesinde azalma, emme yanıtının azalması, erteleme) ortaya çıktığı bildirilmiştir. Emzirmedi başarısızlık nedeniyle bebeğin yapay mamalar ile beslenmesi bebekte obezite riskini artırırken aileye de ekonomik yük getirmektedir (65). Kilosu fazla olan bebeklerde ise çocukluk ve adölesan dönemde obezite, metabolik sendrom ve Tip II diyabet riski gelişme olasılığı yüksektir (39).

Doğum sonrası kilo tutulumu değerlendirilmesi yapılırken, bazı kadınların doğum sonrası dönemde de kilo artışının olabileceği unutulmamalıdır. Doğum sonrası 12. ayda kadınların %9'unda 2 kg'lık artış saptanmıştır. Bu artışta yaşam tarzındaki değişiklikler, sürekli evde kalma ve sigaranın bırakılması gibi faktörlerin etkisinin olabileceği belirtilmiştir (66). Amerika'da yapılan Ulusal Anne ve Bebek Sağlığı Araştırması sonuçlarına bakıldığında, Amerikalı ve Afrika kökenli kadınların %46'sının, beyaz kadınların %25'inin doğum sonrası 10-18. aylarda dokuz veya daha fazla kilo tutulumlarının olduğu bulunmuştur (120). Kuzey Caroline'de yapılan araştırmada, doğum sonrası 7-12. aylarda Afrikalı kadınların, beyazlardan daha kilolu olduğu belirlenmiştir (65). Bu kilo tutulumlarının kadınlarda beden imajında olan değişimler nedeniyle kısa ve uzun dönemde kadının sağlığını, mutluluğunu,

yaşama bakış açısını, emzirme durumunu ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği vurgulanmıştır (65,120).

Bu araştırma, gebelik öncesi kilo, BKİ değerleri ve gebelik süresince değişen kilo farklılıklarının doğum sonrası kilo tutulumu üzerine etkilerinin belirlenmesi, doğum sonu fazla kiloların verilmesi ve obezitenin uzun dönem risklerinin (hipertansiyon, diyabet gibi) azaltılmasında, bilgi verilmesinde hemşire ve ebelerin etkili bir role sahip olduğunun vurgulanması açısından önemlidir. Ayrıca bunların yanı sıra kilo tutulumunu etkileyebilecek diğer faktörlerden kişinin öz-etkililik yeterlik algısı, anksiyete düzeyi, sosyal destek ve yaşam tarzı değişikliklerinin saptanması, kişi ve yakın çevresine öz-etkililik-yeterlilik algısını güçlendirecek girişimlerde bulunulması ve danışmanlık verilebilmesi için durum saptama çalışmalarının yapılması açısından da önemlidir. Böylece, hemşirelere doğum sonu kilo tutulumu riskinin azaltılması, annenin ve bebeğin sağlığının korunması, geliştirilmesine önemli katkı sağlayabilirler. Ayrıca literatürde ülkemizde gebelikte kilo alımına yönelik yapılmış çalışmalar olmasına rağmen, doğum sonrası kilo tutulumu ile ilgili yapılan çalışmaya rastlanılmamış olması da araştırmaya önem katan diğer bir etkidir.

1.6. SINIRLILIKLAR

Araştırmaya, İzmir /Gaziemir Sağlık Grup Başkanlığı'ndaki ki diğer Aile Sağlığı Merkezleri de alınmak istenmiş, ancak zaman kısıtlılığı ve ulaşım problemleri nedeni ile araştırma Gaziemir 3 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür.

1.7. TANIMLAR

Antropometrik Ölçümler: Bireyin beslenme durumunun saptanmasında sıklıkla kullanılan antropometrik ölçümler; vücut ağırlığı, boy uzunluğu, beden kitle indeksi (BKİ) dir (90).

Beden Kitle İndeksi (BKİ): Beden kitle indeksi, bireylerde vücut ağırlığının (kilogram cinsinden) boyun (metre cinsinden) karesine bölünmesiyle hesaplanır (90).

Fiziksel Aktivite: İskelet kasları ile yapılan ve enerji açığa çıkması (harcanması) ile sonuçlanan tüm vücut hareketlerine denir (49).

Kilo Tutulumu: Annelerin doğum sonrası 12-18. aylardaki kiloları ile gebelik öncesi kiloları arasındaki farktır (61).

Öz-etkililik-yeterlilik: Bireyin bir davranışı başarma yeteneğine olan inancıdır, kişinin kendisi ve davranışları hakkında ne hissettiği, ne düşündüğüyle ilişkilidir(18).

Anksiyete: Yaygın, hoş olmayan, nedensiz bir tedirginlik haline genellikle baş ağrısı, titreme, terleme, çarpıntı, göğüste sıkışma gibi bedensel belirtilerin de eşlik ettiği normal dışı bunalıtı duygusu anksiyete olarak tanımlanır (64).

1.8. GENEL BİLGİLER

1.8.1. Gebelikte Maternal Kilo Alımı

Gebelik fetüs, plasenta ve maternal dokuların büyümesinin sağlanması amacıyla duyulan enerji, besin ve sıvı ihtiyacının arttığı özel süreçlerden biridir. Bu nedenle gebelik, kilo değişimlerinin hızlı olarak yaşandığı bir dönemdir (31). Gebe kadının beslenmesi ile anne karnındaki bebeğin sağlığı arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Anne karnındaki bebeğin bedensel ve zihinsel olarak büyümesi ve gelişmesi annenin gebeliği süresince yeterli ve dengeli beslenmesi ile mümkündür (96).

Gebelikte sağlıklı beslenme, termde gelişimini tamamlamış fetüsü, komplike olmamış bir gebelik sürecini ve doğumu, başarılı bir laktasyon döneminin olasılığını arttırırken, doğum sonrası obezite riskini azaltarak uzun dönemde anne sağlığını iyi yönde etkiler. Gebelikte sağlıklı beslenme ile maternal kilo alımı ve yeni doğanın kilosu arasında pozitif doğrusal ilişki vardır. Bu ilişki, gebelik öncesi BKİ, gebelik süresince alınan kilodan bağımsız olarak, yeni doğanın kilosu üzerindeki etkisinden ileri gelmektedir. Gebeliğe düşük kilolu olarak başlayan ve düşük kilo alımı olan annelerin düşük doğum ağırlıklı (<2500 g) bebek doğurma olasılığı artmakta, gebelik öncesi kilolu olan kadınların ise makrozomik bebek doğurma olasılığı artmaktadır. Yani, doğum kilosu üzerinde bilinen en önemli beslenme faktörü, gebelikteki total kalori alımıdır. Gebelikte beslenme; genetik, sosyal, kültürel, ekonomik ve kişisel birçok faktörden etkilenir. Bu nedenle, beslenmenin gebenin sağlığı üzerindeki etkilerini belirlemek oldukça güçtür. Ayrıca, yetersiz beslenmenin gebelik sonuçları üzerindeki etkisini belirlemek nadiren mümkün olmuştur (60).

Gebelikte, gebelik öncesi dönemin ihtiyacının üzerine ekstra 300 kkal/gün kadar enerji alımı gerektirmektedir ki, bu da ortalama termde 10-12 kg.lık bir maternal ağırlık artışına denk gelir (12). Genel olarak zayıf veya yetersiz beslenen gebelerin daha çok enerji alımına ihtiyacı olsa da, gerçek enerji gereksinimlerini kestirmek çok kolay gözükmemektedir. Bu nedenle, pratikte en geçerli olan yol, gebelikteki ağırlık artışının enerji alımının bir barometresi olarak kullanılması olmalıdır. Kilo alımının yeterli olması enerji alımının iyi olduğu sonucunu doğururken; az veya çok olması ise kişisel beslenmenin değerlendirilmesini ve beraberinde uygun düzeltmelerin yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Gebelik süresince toplam ağırlık artış değerleri çeşitli aralıklar da önerilmekle birlikte

gebelikten önce normal kilo da olan bir kadın için ilk trimestir de 1-2 kg, ikinci ve üçüncü trimestir de her hafta ortalama yarım kg artış olması gerekir (22,26). Obez kadınlar için gebelikte düşük ağırlık artışı; ayda 0.5 kg'dan az ve obez olmayan kadınlar için ise; ayda 1 kg'ın altında olan değerler olarak kabul edilmektedir. Ayda 3 kg'ı geçen artışlar ise aşırı olarak kabul edilmektedir (12).

Ancak, gebelik öncesi ağırlığın bu kilo artışın da ki belirleyici etkisi önemlidir (22,26). Amerikan Tıp Enstitüsü (ATE) tarafından 2009 yılın da önerilen uygun kilo artışları ve kilo alım hızları Tablo 1'de gösterilmektedir. Bu gebelik öncesi BKİ göre, gebelikte amaçlanan kilo kazanımı Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) tarafından da benimsenmiştir (31,65,103,120).

Tablo 1: ATE'ye göre Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksine (BKİ) Göre Gebelik Boyunca Alınması Önerilen Toplam Kilo Oranları

Obezite sınıflaması (NIH)*	BKİ(kg/m ²)	Total önerilen kilo(Kg)(ACOG)		2. ve 3. trimester kilo alım oranı Kg/Hafta
		Kg Aralığı	*Ibs Aralığı	
Düşük kilolu	<18.5	12.5-18	28-40	0.5
Normal kilolu	18.5-24.9	11.5-16	25-35	0.4
Pre-obez/hafif şişman	25-29.9	7-11.5	15-25	0.3
Obez	>30	5-9	11-20	0.2

(NIH: Ulusal Sağlık Enstitüsü, ACOG: Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği, BKİ: Beden Kitle indeksi. Not: BKİ: 0.5-2kg, 1.1-4.4 lbs olarak hesaplanır.)

Kaynak: Weight Gain During Pregnancy (2009), www. IOM.edu. 15.11.2010

Abrams ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan bir çalışmada, ATE tarafından önerilen sınırlar arasında kilo alan kadınların maternal ve fetal sonuçlar (düşük doğum tartısı, makrozomi, spontan preterm doğum oranları, sezaryen doğum, maternal doğum sonrası obezite) açısından en sağlıklı gebelik sonuçlarına sahip

oldukları görülmüştür. Ancak, kadınların yalnızca %30-40'ının önerilen aralıkta kilo alabildiği belirtilmiştir (2). Yine aynı çalışmada, ikinci trimesterdeki kilo alımının birinci ve üçüncü trimestere göre fetal büyüme ile daha yakından ilişkili olduğu ve üçüncü trimesterde düşük kilo alımının spontan preterm doğum ile ilgili olabileceği belirtilmiştir (2). Enerji gereksinimi 10-30. haftalar arasında en fazla olmakla beraber; bu dönemde depolanan maternal yağ deposu üçüncü trimesterde fetal büyüme ve laktasyonun sağlanması için kullanılmaktadır (12). Tüm bu bilgilere rağmen, gebelikteki ağırlık artışını yorumlamak oldukça zordur. Çünkü iyi gebelik sonuçlarına ulaşmış çoğu gebenin ağırlık artışları ATE ve ACOG tarafından önerilen sınırların dışında kalmaktadır. Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından önerilen, her anne adayı için ilk prenatal vizitte uygun bir kilo artış hedefinin belirlenmesi ve anne adaylarına beslenme ile fiziksel aktivite hakkında bilgi verilmesinin sağlanmasıdır. Ağırlık artışı hedeflenenin dışında kalan gebeler, diyetleri ve fiziksel aktiviteleri konusunda incelenmeli ve gerekli iyileştirmeler sağlanmalıdır. Yapılacak iyileştirme hem sağlıklı bir gebelik sürecine katkıda bulunacak hem de doğum sonrası obezitenin önlenmesini sağlayacaktır (12,31).

1.8.2. Doğum Sonrası Maternal Kilo Tutulumu

Doğum sonrası maternal kilo tutulumu, gebelik öncesi kilo ve doğum sonrası kilo (genellikle belirli bir zamandaki kilo) arasındaki fark olarak tanımlanır. Doğumdan sonraki ilk günlerde kilo kaybı, gebelikte biriken ekstra vücut sıvıları daha hızlı kaybolduğu için hızlı, sonraki günlerde anneye ait yağ dokuları daha yavaş kaybolduğundan daha yavaş olmaktadır. Ancak gebelik öncesi kiloya dönmek ya da aşırı kilo tutulumunu en aza indirmek için ideal zaman konusunda literatürde fikir birliği yoktur (11,62). Bunun yanı sıra yaşam tarzı ile ilgili nedenlerin vücut ağırlığı

üzerine olan etkisinin, biyolojik nedenlerden daha fazla olduğu düşünüldüğünden doğum sonrası kilo tutulumunu değerlendirmek için en uygun sürenin 12-18. aylar ile sınırlı olması gerektiği ileri sürülmüştür (101).

Türkiye’de doğum sonrası kilo tutulumunu inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda doğum sonrası 12 ayda ortalama kilo tutumu 0.6 kg ile 2.5kg aralığında olduğu belirlenmiştir (53,77). Rössner ve Öhlin (1995) tarafından yapılan sistematik incelemede, 1990 yılından önce yayınlanmış çalışmalarda doğum sonrası ortalama kilo tutulumu 0.5 ile 2.4kg arasında saptanmıştır (95). Olson ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada da kadınlarda doğum sonrası 12. ayda kilo tutulumu ortalaması 1.51 ± 5.95 kg (-19.1-27.5) ve kadınların yaklaşık % 25’in de 4.55 kg veya daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiştir (78). O ’Toole ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada ise kadınların % 58’inde doğum sonrası ilk yılda kilo tutulumu saptanmıştır(80). Amerika’da yapılan Ulusal Anne ve Bebek Sağlığı çalışması sonuçlarına bakıldığında, Amerikalı ve Afrika kökenli kadınların %46’sının, beyaz kadınların %25’inin doğum sonrası 10-18. aylarda dokuz veya daha fazla kilo tutulumlarının olduğu belirlenmiştir (120). Kuzey Caroline’de yapılan araştırmada, doğum sonrası 7-12. aylarda Afrikalı kadınların beyazlardan daha kilolu olduğu bulunmuştur (65). Althuizen ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada, doğum sonrası 12. aydaki kadınların %20’sinde kilo tutulumlarının beş kilodan fazla olduğu belirlenmiştir (10). Bu kilo kazanımlarının kadınlarda beden imajında olan değişimler nedeniyle kısa ve uzun dönemde kadının sağlığını, mutluluğunu, yaşama bakış açısını, emzirme durumunu ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği vurgulanmıştır (66,120).

Doğum sonrası kilo tutulumuna neden olan ana faktör, gebelikte alınan aşırı kilolardır (15,61,120). Gebelikteki kilo alımı 9 kg'dan 23 kg'a yükseldiği zaman kilodaki kalıcı artış 1.4 kg'dan 8 kg'a yükselmektedir (66). Ledermann ve arkadaşlarının (1993) Amerikalı beyaz kadınlarda yaptığı bir çalışmada doğum sonrası altıncı ayda vücut ağırlığında 1.4 kg'lık, 12. ayda gebelik öncesi döneme göre 1.5 kg'lık bir artış görülmektedir. Gebelik öncesi fazla kilolu olan kadınlarda ise 1.9 kg'lık artış olduğu belirlenmiştir (66). Rode ve arkadaşlarının (2012) gebelikte kilo alımı, BKİ ve doğum sonrası maternal kilo tutulumu arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, gebelik öncesi BKİ'ne göre gebelikte ATE rehber önerilerinden fazla kilo alan kadınlarda doğum sonrası kilo tutulumu riskinin fazla olduğunu belirlemişlerdir (93).

Gebelikte aşırı kilo alımı ve fazla kiloların doğum sonrası altı ay süresince kaybedilmemesi uzun dönemde obeziteye neden olmaktadır. Obez annelerde yaşam kalitesinin düştüğü, uzun dönemde kanser, felç, hipertansiyon, diyabet, koroner kalp hastalıklarına yakalanma olasılığının arttığı ve bu hastalıklara bağlı ölüm oranlarında artma olduğu bildirilmiştir (65). Bununla birlikte gebelik süresince fazla kilolu olan kadınlarda safra kesesi taşı oluşumunda artış olduğu ve doğum sonrası 12 ay içerisinde kolesistektomi riskinin arttığı, emzirme sıklığının azaldığı ve emzirme güçlüklerinin (prolaktin seviyesinde azalma, emme yanıtının azalması, erteleme) ortaya çıktığı bildirilmiştir (65). Ayrıca emzirmede başarısızlık nedeniyle bebeğin yapay mamalar ile beslenmesi bebekte obezite riskini artırırken aileye de ekonomik yük getirmektedir (65). Kilosu fazla olan bebeklerde ise çocukluk ve adölesan dönemde obezite, metabolik sendrom ve Tip II diyabet riski gelişme olasılığı yüksektir (39). Bununla beraber yaş, eğitim, gebelikler, doğum şekli, sosyoekonomik

durum, emzirme, gebelikler arasındaki süreler, medeni durum, gebelik süresi ve sigara kullanımı (41,89) doğumdan sonra kilo tutulumunu etkileyen diğer faktörlerdir.

Ancak bu faktörlerin dışında doğum sonrası kilo tutulumu değerlendirilmesi yapılırken, bazı kadınların doğum sonrası dönemde de kilo artışının olabileceği unutulmamalıdır. Doğum sonrası 12. ayda kadınların %9'unda 2 kg'lık artış saptanmıştır. Bu artışta yaşam tarzındaki değişiklikler, sürekli evde kalma ve sigaranın bırakılması gibi faktörlerin etkisinin olabileceği belirtilmiştir (66).

Ayrıca sosyo-psikolojik değişkenler de kadınlarda doğum sonrası kilo tutulumu ile bağlantılıdır. Bu değişkenler beden algısı, anksiyete, depresyon, öz-etkililik-yeterlilik, sosyal destek ve yaşam tarzı değişiklikleridir (41,46,74).

Amerikan Tıp Enstitüsü, sağlık profesyonellerine annelerin BKİ'lerini izlemelerini, BKİ'lerine uygun kilo artışını önermelerini, beslenme ve fiziksel aktivite hakkında bilgi vermelerini önermektedir. Gebelikte ve gebelik sonrasında fiziksel olarak aktif olan kadınların, hareketsiz bir gebelik geçiren kadınlara göre, doğum sonrası fazla kilolardan daha çabuk kurtuldukları belirlenmiştir (3,9,61,79,104). Bireyler sağlığı geliştirici davranışları gerçekleştirme ve karar verme için gerekli bilgi, tutum ve beceri geliştirme yeteneğine sahiptir. Bu bağlamda hemşireler doğum sonrası dönemdeki kadınların kendi potansiyel güçlerini ortaya çıkararak, sağlıklarının geliştirilmesinde anahtar rol oynarlar.

1.8.3. Maternal Kilo Tutulumunu Etkileyen Faktörler

1.8.3.1. Beslenme

Hayatın her döneminde önemli olan sağlıklı ve dengeli beslenme doğum sonrası dönemde de önemlidir. Bu yüzden gebelik döneminde alınan fazla kiloların doğumdan sonra verilmesinde dengeli beslenme ve spor yapmak en çok dikkat edilmesi gereken konuların başında gelmekle birlikte doğumdan sonra kilo verme sorunu neredeyse her bayanın en önemli sorunları arasında yer almaktadır (96).

Doğumdan sonraki ilk iki hafta süresince, fiziksel iyileşme ve laktasyonun oluşturulması nedeni ile beslenme önemlidir. Doğumdan sonraki dönemde beslenme, yeterli süt desteğini sürdürme, sağlıklı kilo verme ve aktivite durumuna göre yeterli ve dengeli beslenmeyi sürdürecektir nitelikte olmalıdır (55).

Günümüzde doğum sonrası dönemde beslenme önerilerinde anne sağlığının korunması ve yenidoğan gelişimin sağlanabilmesi için annenin kilo kontrolü ve yeterli kalori, protein, vitamin, mineral alımı üzerinde durulmaktadır (128). Uygun beslenme planı gebelik ve doğumdaki mevcut ya da potansiyel problemler, kullanılan ilaçlar, besin tercihi, besinlerin hazırlanmasını etkileyen kültürel ve sosyal faktörler dikkate alınarak hazırlanmalıdır. Bunun yanı sıra metabolizmanın düzenli çalışması için günlük yaşam koşulları dikkate alınarak yiyeceklerin günde en az üç öğünde tüketilmesi ve öğünler arasında geçen sürenin dört beş saat olması önerilmektedir(116). Emziren kadının ilave besine ihtiyacı vardır. Günlük kalori alımı kadının durumuna göre 1800-2700 kcal./gün olmalıdır. Laktasyon döneminde genel olarak annenin gebelik öncesi aldığı günlük kalori miktarının üzerine yaklaşık 500 kcal. ilave edilmesi yeterlidir. Bu miktar annenin daha az aktif olduğu dönemlerde azaltılabilir ya da daha çok aktif olduğu dönemlerde artırılabilir. Anne

3000 cc/gün sıvı almaya teşvik edilmelidir. Emziren kadın kafein, alkol ve tatlandırıcı içeren besinleri azaltmalı ya da hiç tüketmemelidir (55).

Doğum sonrası kilo tutumu ve beslenme düzeni arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürde az sayıda çalışma vardır. Bu araştırmalardan üçü, doğum sonrası gıda alımını artıran kadınların diğerlerine kıyasla daha fazla kilo tutulumu gösterdiğini ortaya koymuştur (46,78,81). Öhlin ve Rössner'in (1994) yaptığı araştırmada, 1423 İsveçli kadın gebeliğin başından doğum sonrası 12. aya kadar izleme alınmıştır. Kilo tutulumu; öğün miktarını ve atıştırma sıklığını gebelik öncesi ve sonrası arttıran, atıştırma sıklığını doğum sonrasında günde üç kez veya daha fazlasına çıkaran kadınlarda daha fazla olmuştur (81). Amerika da Olson (2003) tarafından yürütülen çalışma da 540 kadın doğum sonrası 12 ay boyunca takip edilmiştir. Son altı ay içerisinde ortalama gıda alımını değiştirmeyen ya da arttıran kadınlar, gıda alımını azaltan kadınlardan daha fazla kilo tutulumu göstermiştir. Buna ilaveten, gıda alımını arttıran kadınların, doğum sonrası 12 ay içerisinde kilo tutulumu için 3.5 kat daha fazla risk taşıdığı bulunmuştur (78). Diğer bir çalışmada, 345 siyah ve beyaz kadın açısından doğum sonrası 7-12 ay arasında enerji alımı, yağ oranı ve kilo tutulumu arasındaki ilişki incelenmiştir. Beyaz kadınlara oranla, siyahi kadınlar daha fazla kilo tutulumu göstermiştir (24). Oken ve arkadaşlarının (2007) yaptığı araştırmada, doğum sonrası 12 ay içerisinde trans yağın yüksek miktarda alınımının, en az beş kiloya kadar olan kilo tutulumu riskini artırdığı gösterilmiştir (77).

Diğer çalışmalarda, doğum sonrası 12 ayda gıda alımındaki artışın daha fazla kilo tutulumuna neden olduğu belirlenmiştir (46,66). Doğum sonrası kilo tutulumu ve beslenme düzeni arasındaki ilişkiyi inceleyen farklı metodlarla yapılmış daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

1.8.3.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, bazal seviyenin üstünde enerji harcamasını arttıran, iskelet kaslarının kontraksiyonu ile oluşan vücut hareketleri olarak tanımlanır (90). Enerji harcamasına yol açan tüm aktiviteler fiziksel aktivite olarak bilinir (85).

Fiziksel aktiviteyi; psikolojik, biyolojik, fiziksel, çevresel birçok faktör etkileyebilir. Bunlar; yaş, eğitim, cinsiyet, kalıtım, sosyoekonomik durum, medeni durum gibi sosyo-demografik faktörler, sağlık ve egzersiz hakkında bilgi, ruhsal durum bozukluğu, zamanın olmaması, kişilik değişiklikleri, egzersizin algılanan engelleri, kendine güven, motivasyon gibi psikolojik faktörler, çocukluk ve yetişkinlik dönemindeki aktivite öyküsü, beslenme alışkanlıkları, okul sporları, alkol sigara kullanımı, engellerle başa çıkma becerileri gibi davranışsal faktörler, grup uyumu, sosyal izolasyon, aile ve arkadaşlardan sosyal destek, geçmiş aile etkileri gibi sosyal-kültürel faktörler, hizmetlerden yararlanma, mevsim, hava, rekreasyonel alanların varlığı ve bu alanların kolay ulaşılabilir olması, güvenlik gibi çevresel faktörlerdir (73, 85).

Symonns ve Hausenablas (2007) yaptığı çalışmada, toplumun %45'inin egzersiz yaptığı buna karşın, kadınların %60-70'inin gebelik ve doğum sonrası dönemde hareketsiz olduğu saptanmıştır (104). Literatürde doğum sonrası, ilk 12 ayda kilo tutulumunu ve fiziksel aktivite seviyesi arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalarda, doğum esnası ya da sonrasında düşük fiziksel aktivite seviyesi, doğum sonrası daha fazla kilo tutulumu ile ilişkili bulunmuştur (46,78). Ayrıca, gebelikte ve gebelik sonrasında fiziksel olarak aktif olan kadınların, hareketsiz bir gebelik geçiren kadınlara göre, doğum sonrası fazla kilolardan daha çabuk kurtuldukları belirlenmiştir (3,9,61,79,104).

Düzenli fiziksel aktivitenin fiziksel sağlığı koruma ve geliştirmenin yanında psikolojik yararları olduğu da belirtilmektedir. Özellikle stres ve anksiyete belirtilerini, öfke ve saldırganlık gibi olumsuz duyguları azalttığı, uyku kalitesini arttırdığı, depresyon gibi birçok klinik hastalık üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (14). Ayrıca US Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsani Hizmetler Bölümü (Department of Health and Human Services) (1996) düzenli fiziksel aktivitenin 11 faydasına dikkati çekmiştir. Bunlar:

1. Prematüre ölümleri azaltır.
2. Kardiyovasküler hastalık riskini azaltır.
3. Tip 2 diabet riskini azaltır.
4. Yüksek kan basıncı gelişme riskini azaltır.
5. Kolon kanseri riskini azaltır.
6. Depresyon ve anksiyete duygularını azaltır.
7. Yüksek kan basıncını azaltır.
8. Kilo kontrolünü sağlar.
9. Eklem, kemik ve kas yapısını güçlendirir ve korur.
10. Yaşlı yetişkinlerin daha güçlü olmasına yardım eder ve daha rahat hareket edebilmelerini sağlar.
11. Psikolojik iyilik halini güçlendirir.

Bu nedenlerle anneler, hemşireler tarafından diyetleri ve fiziksel aktiviteleri konusunda incelenmeli ve gerekli iyileştirmeler sağlanmalıdır. Yapılacak iyileştirme hem sağlıklı bir doğum sonrası süreçte katkıda bulunacak hem de obezitenin önlenmesini sağlayacaktır(117).

1.8.3.3. Diğer Faktörler

Çalışmalarda, gebelikte ATE'nin tavsiyelerinin üzerinde kilo alımının doğum sonrası fazla kilo tutulumu için en güçlü risk faktörü olduğu gösterilmiştir (45,61). Rode ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarında gebelik öncesi BKİ ile gebelikte ATE önerilerinden fazla kilo alan kadınlarda doğum sonrası kilo tutulumu riskinin fazla olduğunu belirlemişlerdir (93).

Yaş, eğitim, gebelikler, doğum şekli, düşük sosyoekonomik durum, emzirme, gebelikler arasındaki süreler, medeni durum, gebelik süresi ve sigara kullanımı (37,41,57,62,89) doğumdan sonra kilo tutulumunu etkileyen diğer faktörlerdir. Bazı çalışmalarda, gebelik öncesi fazla kilonun doğum sonrası 7-12. aylarda daha fazla kilo tutulumuna ve doğum sonrası ilk iki yılda daha az kilo kaybına neden olduğunu ortaya koyulmuştur (24,62). Başka bir çalışmada ise gebelik öncesi obez kadınların %73'ünde doğum sonrası 12. ayda en az 10 kg kilo tutulumunun olduğu belirtilmiştir (118).

Araştırmalarda, gebelik yaşı ve doğum sayısı doğum sonrası kilo tutulumuna etkisi ile ilgili bulgularda tutarsızlık vardır (24,78,82). Gunderson ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmada, kadınların %14-%20'sinde doğum sayısının fazla olmasına bağlı olarak, 5 kg kilo tutulumu olduğu belirlenmiştir(40). Başka bir çalışmada da, üç ve üzeri sayıda doğum yapanlarda, daha az sayıda doğum yapanlara göre doğum sonrası daha fazla kilo tutulumlarının olduğu belirlenmiştir (7).

Diğer bazı çalışmalar, en az 12 ay emziren kadınların diğer kadınlara oranla daha az kilo tutulumu ya da doğum sonrası 12 aya kadar daha fazla kilo kaybı gösterdiklerini ortaya koymuştur (69,78,81). Bir başka çalışmada, doğum sonrası altı aya kadar daha fazla emziren kadınların, daha az emziren kadınlara göre daha fazla

kilo kaybettiikleri bulunmuştur (82). Sigara içme davranışı, kadınlarda doğum sonrası fazla kilo tutulumu için risk faktörü olarak göz önüne alındığından, sigara içmeyi bırakma davranışı gebelikte ve doğum sonrasındaki bayanlara aşılanmalıdır (62).

1.8.4. Teorik Çerçeve

1.8.4.1. Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme kuramı, bilişsel davranışının sadece iç psikolojik güçler tarafından değil, aynı zamanda sosyal çevre tarafından şekillendiğini savunmaktadır. İnsan davranışları, dışsal olaylar ile kişisel donanım gibi kişisel belirleyicilerin karşılıklı etkileşiminin bir sonucudur. Sosyal Öğrenme Kuramı'na göre, insan davranışı, bilişsel, davranışsal ve çevresel faktörler arasındaki sürekli etkileşimden etkilenmekte ve buna göre düzenlenmekte ve açıklanmaktadır (16).

Sosyal Öğrenme Kuramı, insan davranışının öğrenilmesi ve deneyimlere bağlı olarak zaman içinde değişikliğe uğramasının, şart ve gerekçeleri ile yakından ilgilenmektedir. Buna göre, insan davranışı gözlemlerden olduğu kadar, doğrudan deneyimden de etkilenmektedir. Bandura'ya göre, sosyal etkileşim, insan davranışının şekillenmesi ve değişmesinde temel etkenlerden biridir (16). Toplumda her birey, diğerini gözler ve diğerlerinden bir şeyler öğrenir. Akers ve arkadaşları (1989), insanın öğrenme sürecinde, yakın ilişkide bulunduğu sosyal grupların önemli bir etkisi olduğunu vurgulamaktadır (5).

Rotter, davranışın muhtemel belirleyicilerini şöyle sıralamıştır: “Sosyal kabul, sosyal değişim, diğer doyum araçlarındaki azalma, genelle uyum, şahsi tercihlere uygunluk” (94). Sosyal kabul, dikkat edileceği gibi, listenin en üst sırasındadır. Birey, yapacağı her türlü eylem ya da davranışın, yaşadığı sosyal ortamda kabul

görmesini sağlar. Kişinin sosyal ortamdan alacağı onay, tercihinin ya da davranışının temellerinin sağlamlaşmasını sağlar (59).

Sosyal öğrenme insan davranışlarının her aşamasında önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık davranışlarının öğrenilmesi açısından bakıldığında; bireyin sosyal çevresinden yararlı ya da zararlı birçok davranışı öğrendiği görülmektedir. Sağlık eğitimini etkileyen çevresel faktörler olarak kabul ettiğimiz sosyal kültürel çevreden insanların özellikle geleneksel sağlık davranışlarını öğrendiği bir gerçektir (6). Bandura ve Rotter, insan sağlığını etkileyen anormal ve istenmeyen davranışların birçoğunun sosyal öğrenme teorisinin model alma ilkesi yoluyla gerçekleştiğini ifade ederler (16,94).

Sosyal öğrenme teorisinin temel kavramlarından olan, model alma ile öğrenmenin; model alma (modeling), gözlemleyerek öğrenme (observational learning), taklit (imitation), özdeşleşme (identification), içselleştirme (internalization) gibi terimlerle açıklandığı görülmektedir (21).

Model alınanın statüsü, rekabet gücü ve düzeyi ve modelin toplumda diğerleri ile olan etkileşimi, model davranışının öğrenilip uygulanmasının ardından ne kadar kabul göreceği konusunda da bazı ipuçları verir. Bandura, insanların çevrelerindeki kişilerin davranışlarını gözlediklerini, buradan bazı sonuçlar çıkararak kendileri için yararlı olan davranışı yaptıklarını öne sürer ve öğrenmenin pekiştirmeye gerek olmadan sürekli meydana geldiğini; ancak; o bilgiye ihtiyaç duyulduğunda gözlenebilir olarak ortaya çıktığını ve bu şekilde pek çok şeyi öğrenebileceğini savunur (21). Gözleyerek öğrenme (observational learning) denilen bu öğrenmeye göre insanlar, deneme yanılmaya gerek kalmadan, genel ve entegre olmuş öğrenme kalıplarını kazanabilmektedir. Gözlemci, yapacağı gözlemi sırasında, uygun

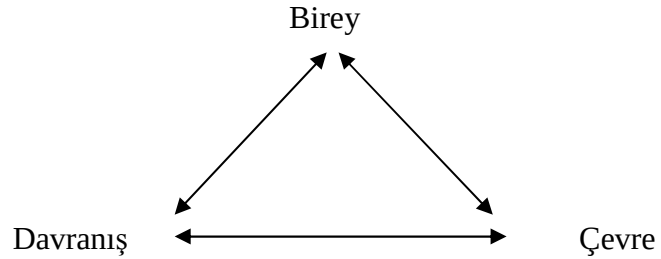
davranışlara yol gösterici olan, model aldığı davranışların sembolik temsillerini kazanmaktadır. Buna göre model almaya dayalı öğrenme birbirine bağlı dört aşamalı bir sürece dayanmaktadır. Bu süreçler şöyle sıralanmaktadır:

1. Dikkat süreci (Attention)
2. Hatırda tutma süreci (Retention)
3. Uygulama veya davranışı meydana getirme süreci (Motor Reproduction)
4. Güdülenme süreci (Motivation)

1.8.4.2.. Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının Dayandığı Temel İlkeler

1.8.4.2.1. Karşılıklı Belirleyicilik

Bandura'nın karşılıklı belirleyicilik kavramı, öğrenen ile çevresi arasındaki ilişkiyi sosyal bilişsel bakış açısına göre tarif etmektedir. Buna göre, genel anlamda insanlar çevrelerinden etkilendikleri gibi, aynı zamanda çevrelerini etkileme gücüne de sahiptirler (35).



Şekil 1. Karşılıklı Belirleyicilik (Yeşilyaprak, 2002:208)

Öğrenmeyi; birey, çevre ve davranış olarak üç temel faktör birlikte oluşturur. Bireyin karakteristik özellikleri, kişiliği, düşünceleri, beklentileri ve inançları üçgenin bir köşesinde yer almaktadır. Diğer köşede ise davranış yer almaktadır. Kişi kendi davranışı ile hem kendi kararlarını etkilemekte, hem de diğerlerinin kişiye göstereceği tepkiye neden olmaktadır. Üçüncü köşede ise; çevre yer almaktadır. Bir yandan çevresel faktörler bireyin kararlarını etkilerken diğer yanda çevrede olan

olaylar, bireye nasıl davranması gerektiği ile ilgili olarak yol gösterici olabilmektedir (125).

1.8.4.2.2. Sembolleştirme Kapasitesi

Bandura'ya göre insanlar dünyada gördüklerini zihinlerinde sembolleştirirler. Semboller insanların zihninde dünyadaki gördüklerinin temsilcileridir. Bu durum, insanlara düşünme ve düşüncelerini ifade etmede dili kullanma gücünü sağlar (125). Sembolleştirme kapasitesi, bireyin geçmiş yaşantılara ilişkin izlenimleriyle, geleceği kestirme becerisini tanımlamaktadır. Buna göre birey geçirdiği yaşantılar aracılığıyla, sonraki davranışlara ilişkin öngörü kazanırken, aynı zamanda bu referans sisteminde yer alan bilişsel yapılarla kendini şekillendirir, bilgileri sembolleştirir (18).

1.8.4.2.3. Öngörülük Kapasitesi

İnsanlar geçmişte yaşadıklarını, düşünce ve sembollerle zihinlerine kodlayarak ileriye dönük planlar yapma gücüne sahiptirler. İnsanlar beklentilerini karşılama durumunu dikkate alarak hedefler oluştururlar ve gelecekle ilgili planlar yaparlar. Gelecekte başkalarından göreceği tahmini davranışlara nasıl davranması ile ilgili ön hazırlık yaparlar. Kısacası düşünce davranıştan önce gelir (125).

1.8.4.2.4. Dolaylı Öğrenme Kapasitesi

Bandura'ya göre, eğer bilgi ve beceriler yalnızca doğrudan deneyimlerle gerçekleşseydi, sosyal ve bilişsel gelişim süreci fazlasıyla yavaş, sıkıcı ve riskli olurdu (18). İnsanlar bir davranışı sadece kendisi deneyimleyerek değil, başkalarının davranışlarını ve deneyimlerini de gözlemleyerek öğrenirler. Başkalarının deneyimlerinden öğrenilmesi insanların öğrenme kapasitesi ve hızını yükseltir. Bu

nedenle, dolaylı öğrenme kapasitesine sahip olma sosyal öğrenmede önemli bir ilkedir (125).

1.8.4.2.5. Öz Düzenleme Kapasitesi

Bandura'ya göre insanlar yalnızca öğrenme ya da uygulama değil; aynı zamanda kendi davranışlarını kontrol etme yetisine de sahip olan varlıklardır (20). Çünkü insanlar kendi hayatlarını kontrol etme ve düzenleme gücüne sahiptirler. Beslenme, çalışma durum ve şekilleri, toplumda yaşayış biçimleri, dinleme ve eğlenme biçimleri gibi tüm kişisel işlerde insanlar kendi yaşantılarını başkalarına göre değil kendilerine göre ayarlayabilirler. Hatta, insanlar bir faaliyet veya iş için kendilerine göre içsel standartlar ve motivasyon oluşturarak çalışırlar (125).

1.8.4.2.6. Öz Yargılama Kapasitesi

Bandura'ya göre öz yargılama kapasitesi insanlara deneyimlerini analiz etme ve düşünce süreçlerini tekrar değerlendirme imkânı sunar (18). İnsanlar, kendileri hakkında düşünür ve düşündüklerini açıklayabilirler. Bireyler, kendi fikir ve düşüncelerini uyguladıktan sonra sonuçları değerlendirir ve kendilerini yargılayabilirler (125). Geçmiş, kişinin düşündüklerini veya yaptıklarını görme açısından büyük bir öneme sahiptir. Kişi davranışlarının sonuçlarına bakarak, bireysel denetleme yapacak ve düşüncelerinin yeterliğini test edecektir. Bandura, yetenekli ve belirli bir kapasiteye sahip olan bireylerin çalışmalarında başarılı olacaklarını belirtmiştir. Bu değerlendirme kapasitesine öz yeterlilik kapasitesi adını vermiştir (18). Sosyal bilişsel öğrenme kuramında üzerinde durulması gereken bir diğer önemli başlıkta öz-yeterliliklerdir.

1.8.4.2.7. Öz- Etkililik, Öz-Yeterlilik

Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının temel kavramlarından biri olan öz etkililik ilk kez Albert Bandura tarafından 1977 yılında ileri sürülmüş olup kişinin kendinin farkında olmasıdır (16). Bandura'ya göre, birey bilişsel ve çevresel faktörlerden etkilenecek bir davranışı ortaya koyar. Bilişsel faktörlerden biri de bireyin davranışına ilişkin algıladığı öz-etkililik-yeterlilik algısıdır. Bireyin yapması gereken performans ile kendi kapasitesini karşılaştırıp duruma göre harekete geçmesidir. Bireyin karşılaşmış olduğu güçlüklerde nasıl başarılı olabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki inancı, kısaca kişinin kendini bilmesi olarak da tanımlanabilir (125). İnsanların sahip oldukları bu öz-etkililik-yeterlilik inançları onların nasıl hissedeceklerini, düşüneceklerini, davranacaklarını ve kendilerini nasıl motive edeceklerini belirler (18, 127).

Tablo2. Öz-Etkililik-Yeterliliği Yüksek ve Düşük Olan Bireylerin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Öz-Etkililik-Yeterliliği Yüksek Olan Bireylerin Özellikleri	Öz-Etkililik-Yeterliliği Düşük Olan Bireylerin Özellikleri
- Karmaşık olaylarla baş edebilme - Problemlerin üstünden gelme - Çalışmalarında sabırlı olma - Başarmak için kendilerine güvenme - Okulda daha başarılı olma - Meslek hayatlarında daha başarılı olma	- Olaylarla baş edememe - Umutsuzluk ve mutsuzluk - Problemlerle karşılaştıklarında kendilerini yetersiz bulma - İlk denemelerinde başarısız olurlarsa tekrar denemekten kaçınma - Kendi gayretlerinin sonucu pek değiştiremeyeceğine inanma

Kaynak: Yeşilyaprak, B. (2002). Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi, Pegem Yayıncılık, Ankara. s:209).

Bandura'ya göre kişilerin kabiliyetleri ile ilgili algıları, kendi düşünce kalıplarını ve çevre ile olan etkileşimlerini etkileyecektir. Öz-etkililik-yeterliliği

yüksek ve düşük olan bireylerin özellikleri karşılaştırılmalı olarak Tablo 2’de verilmiştir. Algılanılan öz-etkililik-yeterliliği yüksek olan birey, herhangi bir işin üstesinden gelmek için düşük olan bireye göre daha çok çaba harcar, daha ısrarlı ve sabırlıdır. Ayrıca algılanılan öz-etkililik-yeterliliği yüksek olan birey, bir şeyi denemekten düşük olana göre daha az korkar ve çevreyi daha çok kontrol edebileceğinden olayların üstesinden gelebilir (6,38,50). Zor bir problemle karşılaştıklarında öz-etkililik-yeterliliği yüksek olanlar başarısızlıklarının nedenini yeterince çalışmamalarına bağlayabilirler. Öz-etkililik-yeterliliği düşük olanlar ise başarısızlıklarının nedenini kabiliyetsizliklerine bağlayacaklardır (18).

Bireyin davranışlarında oldukça önemli olan Öz-etkililik-yeterlilik algıları dinamikler ve dört temel kaynaktan etkilenmektedir (86).

-Başarı Performans/Başarılı Deneyimler: Öz-etkililik-yeterliliği arttırmada en etkili yoldur. Kişinin kendi deneyimleri, başarıları, kişinin öz-yeterliliğini güçlü şekilde inşa eder. Başarısızlıklar ise öz-yeterliliği sarsar.

-Dolaylı Yaşantılar: Dolaylı yaşantılar, sosyal modellerin yaşantıları, deneyimleridir. Başka kişilerden alınan model kişilerin, başarılı ya da başarısız yaşantıları bireyin öz-etkililik-yeterliliğini etkiler. Birey, model aldığı kişinin kendisine ne kadar çok benzediğini düşünürse, öz-etkililik-yeterliliği o kadar çok etkilenir.

-Sosyal İkna: Sosyal çevresinin, bireylerin davranışı gerçekleştirmeleri yönündeki desteklemesidir. Sosyal çevre, davranışları gerçekçi olarak desteklemelidir. Çünkü gerçekçi olmayan destekler, bireyi hayal kırıklığına uğratabilir ve davranışı gerçekleştirmesini engeller. Özellikle bireyi motive eden kaynakların, sosyal çevresi

tarafından vurgulanması öz etkililik-yeterliliğin arttırılmasında önemlidir. Çevredeki bireylerin (aile, akran, sağlık personeli) verdiği destektir.

- Psikolojik/Duygusal Durum: Bireyin negatif duygularının ve yanlış anlama eğilimlerinin değiştirilmesidir. Öz-etkililik-yeterlilik düzeyinin yüksek olması, enerjinin hemen harekete geçirilerek davranışın başarıyla gerçekleşmesini sağlar. Duygu durumu kişilerin öz-etkililik-yeterliliğine ilişkin kararlarını etkiler. Pozitif ruh hali öz-etkililik-yeterliliği arttırır, olumsuz bir ruh hali ise azaltır. Ayrıca algılanan öz etkililik-yeterlilik düzeyi yüksek olan birey, herhangi bir şeyi denemekten, yaşantı geçirmekten düşük olana göre daha az korkar. Algılanan öz-etkililik-yeterlilik düzeyi yüksek olan insanlar, çevreyi daha çok kontrol edebileceğinden olayların üstesinden gelebilir ve dolayısıyla da yeni şeyleri denemekten korkmazlar. Öz-etkililik-yeterliliği düşük olan birey, yetenekleri ve yapabilecekleri konusunda kötümserdir, düşündüklerini hayata geçirmekte güçlük yaşar. Güçlü bir öz-etkililik-yeterlilik, bireyin iyilik halini ve başarıma gücünü arttırır. Öz-etkililik-yeterliliği yüksek olan birey, zor durumları meydan okuyucu olarak algılar. Yüksek öz-etkililik-yeterlilik düzeyi, sağlığı geliştirici davranışların arttırılması ve daha iyi sağlık sonuçları ile ilişkilidir (18,19).

Bandura'ya göre öz-etkililik-yeterlilik duygularının güçlü olması pek çok alanda kişisel iyilik hali ve insan başarısını geliştirerek daha sağlıklı olmayı, daha yüksek başarı ve uyumu, stres sürecinin düzenlenmesini, kendine daha fazla değer vermesini ve aynı zamanda sosyal ilişkilerin artmasını sağlar (56,68,106). Ayrıca, insanların davranışlarının etkili yönlerinin farkına varmalarını ve problemlere uygun çözümler aramak için ihtiyaç duydukları motivasyonu sağlayarak bilişsel fonksiyonlarını etkiler (8).

Bandura'nın öz-etkililik-yeterlilik mekanizması, Sosyal Öğrenme Teorisi'nde, bireyin davranışlarını değiştirmede rolü olan bilişsel algılama faktörlerinden sadece birisi olarak gösterilmiş olup insan sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemlidir (17). Bu teoriye göre, bireysel davranışlar sadece iç psikolojik güçler tarafından değil, aynı zamanda sosyal çevre tarafından şekillenmektedir. Bireye ait kişisel ve bilişsel faktörler ile çevresel faktörler karşılıklı etkileşim içerisinde. Bireyler negatif çevre baskılarına direnir üstesinden gelerek destekleyici bir çevre oluşturdıkları zaman büyük olasılıkla başarılı olurlar. Bu nedenle davranış değişiminde bireyin öz-etkililik-yeterlilik algısını belirlemesi gerekir (6).

1.8.5. Doğum Sonrası Maternal Kilo Tutulumu ve Öz-Etkililik-Yeterlilik

Öz etkililik -yeterlilik “bireyin belirli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol edebilme algısı, yargısı ya da bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı” olarak tanımlanmaktadır(6). Hemşirelik kuramcılarının Orem; “birey yaşamını, sağlık ve iyilik durumunu korumak için kendine düşeni yapmalıdır ve bir erişkinin kendi sağlık ve iyiliği için sürekli kişisel çabası olmalıdır” şeklindeki görüşü ile yeterli öz-bakım gücüne sahip olunması gerektiğini vurgulamıştır (119).

Bandura öz-etkililik-yeterliliğin bireylerde her zaman aynı düzeyde olmadığına öz-etkililik-yeterlilik algılamalarının durum ve davranışa özgü olduğuna dikkat çekmektedir. Yani çok sayıdaki değişik durum ve koşullarda başarılı olan bireylerin değişik yeni bir durumda başarısız ya da başarısı sınırlı olan bireylerden daha olumlu öz-etkililik-yeterlilik algılarına sahip olmaları gerekir. Bir başka anlatımla değişen durumlarda başarılı ve başarısız geçmiş deneyimleri olan birey kendisi için genel bir yargı oluşturur ve bu genel onun duruma özel beklentisini etkiler (6). Bandura'nın

davranış üzerine etkili olduğunu düşündüğü temel kavramlardan biri olan öz etkililik-yeterlilik sosyal öğrenme kuramının temel bileşenlerinden birisidir.

Doğumdan sonra ilk 12 ayda egzersiz, beslenme değişiklikleri ve psiko-sosyal karakteristikler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, doğum sonrası kilo/davranış hedeflerine ulaşmada öz-etkililik-yeterliliğin önemi vurgulanmaktadır (74,118). Ayrıca öz-etkililik-yeterliliğin doğum sonrası kilo kontrolü gibi sağlıklı davranışlar üzerinde güçlü bir pozitif etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (48).

1.8.6. Doğum Sonrası Maternal Kilo Tutulumu ve Sosyal Destek

Bandura'ya (1977) göre, öz-etkililik-yeterlilik güçlü bir sosyal destek ağı ile sağlanabilir. Sosyal destek çok boyutlu bir kavramdır ve genellikle stres altındaki ya da güç durumdaki bireye, çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş gibi) tarafından sağlanan yardım (maddi, manevi) ve bireyin çevresindeki diğer insanlardan ilgi, sevgi, değer ve saygıyı algılaması ve tecrübe etmesi olarak ifade edilmiştir (16,56).

Sosyal desteğin sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fiziksel ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu biçim de etkilediği ve yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin önemli bir yardımcısı olduğu belirtilmektedir (8). Doğum sonrası dönemdeki sosyal destek ise anneye yakın çevresi tarafından sağlanan bebek bakımına destek, ev işlerine yardım ve duygusal desteği içermektedir (23). Yapılan çalışmalarda, doğum sonrası kilo tutulumu ile sosyal destek (41,74) arasında ilişki saptanmıştır.

Sosyal destek azlığı, hastalık ve ölüm oranlarını arttıran davranış şekillerine yol açması veya psikososyal süreçler üzerinde doğrudan etki göstermesi ile fiziksel sağlığı etkileyen depresyon ve anksiyete gibi negatif psikososyal durumlara neden olabilir. Yapılan çalışmalarda daha az sosyal desteğin, bireylerin psikososyal

işlevselliklerinin bozulmasına ve hastalıklara karşı daha savunmasız olmasına neden olduğuna yönelik ilişkiler bulunmuştur. Sosyal ilişkiler yetersiz ya da bozuk olduğunda, ruhsal bir hastalık geliştirme riskini artıran anksiyete ve değersizlik duyguları sık yaşanır (70).

Sosyal destek, bireylerin öz-etkililik-yeterliliklerini ve kişisel kontrol duygularını geliştirerek olumsuzluklar karşısındaki esnekliklerini arttırabilir. Sosyal destek ağı aynı zamanda stres, depresyon, anksiyete ve fiziksel hastalıklara karşı savunmasızlığı da azaltır. Bu destekleyici çevre engeller karşısında daha azimli olmayı, problemlerle daha etkili başa çıkma stratejileri geliştirmeyi ve yeterli başa çıkma davranışlarını gerçekleştirmede rol model olmayı sağlar (8).

Öz-etkililik-yeterlilik ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi destekleyen bazı deneysel araştırmalar bulunmaktadır (29, 70). Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin, öz-etkililik-yeterlilik algılamasını doğrudan etkilediği, aynı zamanda öz-etkililik-yeterliliği ve bireylerin sağlık ve iyilik halini de dolaylı olarak geliştirdiği ileri sürülmüştür (29). Özellikle aile, arkadaş ve eş olmak üzere bu üç kaynaktan yüksek seviyede sosyal destek alan kadınların, bu kaynaklardan daha az sosyal destek alan kadınlara göre durumlarla etkili bir şekilde başa çıkmada daha güçlü öz-etkililik-yeterlilik duygusuna sahip oldukları bulunmuştur (70). Sosyal desteğin güçlü algılanması öz-etkililik-yeterlilik beklentilerini geliştirerek daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasını sağlar (56). Yapılan çalışmalarda sosyal destek yetersizliğinin gebelikte ve doğum sonrasında ruhsal sağlığı bozarak, depresyon ve anksiyete gibi negatif psikososyal durumlara neden olabildiği, annenin hayat tarzını etkilediği, diyet alışkanlığını bozduğu, sigara, alkol ve madde kullanımında artışa

neden olduğu ve bu durumların da gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını bozabildiğı gösterilmiştir (51,98,114,126).

1.8.7. Doğum Sonrası Maternal Kilo Tutulumu ve Anksiyete

Anksiyete her insanın hayatının bazı dönemlerinde bir biçimde yaşadığı, yakından tanıdığı bir yaşantıdır (64).

İnsanların varoluşundan bu yana anksiyete ve korku her türlü tehlikeyi savuşturmak için sıklıkla kullanılan nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacaktıymış endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur (64).

Anksiyete, iç ve dış çevreden kaynaklanan, temel gereksinimlerin karşılanmasını engelleyen, doğal dengeyi bozan ya da bozmak için tehdit eden bir olay olarak tanımlanır, olumlu ya da olumsuz olaylar nedeniyle gelişebilir. Sıklıkla planlanan ve mutluluk vermesi beklenen gebelik, doğum gibi olaylar rol değişikliğini gerektirdiğı için bu durumu yaratabilir (25). Epidemiyolojik çalışmalar gebelik ve doğum sonrası dönemin birçok ciddi psikiyatrik hastalık için özel bir risk oluşturduğunu göstermiştir (27,58). Doğum sonrası dönemde psikoz ve duygu-durum bozukluklarının görülme sıklığının arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Doğum sonrası dönemde anksiyete bozuklukları (ilk bir ayda %37.1) depresyondan daha sık görülmektedir, fakat önemsenmemiştir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiye dair araştırma sayısı sınırlıdır (43).

Doğum sonrası dönem aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğı dönemdir. Bebeğine, doğum sonrası rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene uyum yapmak zorunda olan anne için bu dönem oldukça zordur. Doğum sonrası ilk birkaç günde anne pasif ve bağımlıdır. Doğum süreci onu yormuştur.

Uykuya eğilimlidir, ilgiye gereksinimi vardır. Doğumu izleyen dönemin, bazı kadınlarda psikolojik ya da ruhsal sorunları artırma riskini taşıdığı uzun zamandır bilinmektedir (91). Doğum sonrası dönem ailede fiziksel, sosyal ve duygusal değişimlerin meydana geldiği önemli bir gelişimsel geçiş sürecidir. Doğum sonu dönemde babanın ve annenin yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolü, bebeğini kabullenmesi ve eve gittiğinde kendine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması gerekir (64). Gebelik ve doğum sonrası süreçte, ebeveyn olarak psikolojik ve sosyal değişiklikler anksiyete ve depresyon semptomlarının artmasına neden olabilir (98).

Doğum sonrası depresyon ve anksiyete ise kadının kilo kontrolünü, benlik saygısını, yeteneklerini, çocuklarının yaşamını, bakımını ve gelişimini, aile ve eşi ile ilgili sorumluluk ve rollerini olumsuz yönde etkileyebilir (63). Ayrıca kadınlarda doğum sonrası kilo tutulumu da kadının yaşama bakış açısını olumsuz etkilemekte, depresyon, anksiyete ve beden imajı sorunları yaşamasına neden olabilmektedir (31). Yapılan çalışmalarda, doğum sonrası kilo tutulumuyla psikolojik faktörler de ilişkilendirilmiştir (41,46,88,89,120). Doğum sonrası 7-12. aylarda Kuzey Caroline’de yapılan bir araştırmada kilo kazanımlarının kadınlarda beden imajında olan değişimler nedeniyle kısa ve uzun dönemde kadının sağlığını, mutluluğunu, yaşama bakış açısını, emzirme durumunu ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği vurgulanmıştır (65,120). Doğum sonrası dönemde görülen depresyona ve anksiyeteye sadece anne için değil, bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçları olabileceğinden özel bir yaklaşım gerekir (63). Kadınlar doğum sonrası ruhsal sorun gelişim riski açısından bilgilendirilmeli ve takibe alınmalıdır. Kadınlarda kilo tutulumu için potansiyel bir faktör olarak tespit edilmiş olan, BKİ ve

duygusal bozukluklar arasındaki ilişkiyi anlamak doğum sonrası kilo tutulumunun önlenmesi ya da tedavisinde faydalı olabilir.

1.8.8. Doğum Sonrası Maternal Kilo Tutulumu ve Hemşirelik

Bireyler sağlığı geliştirici davranışları gerçekleştirme ve karar verme için gerekli bilgi, tutum ve beceri geliştirme yeteneğine sahiptir (18). Hemşireler, doğum sonrası dönemdeki kadınların kendi potansiyel güçlerini ortaya çıkararak, sağlıklarının geliştirilmesinde anahtar bir role sahiptir. Ülkemizde, gebelik öncesi kilo, BKİ değerleri ve gebelik süresince değişen kilo farklılıklarının, doğum sonrası kilo tutulumu üzerine etkilerinin belirlenerek, hemşirelik girişimlerinin bu doğrultuda planlanması; doğum sonu fazla kiloların verilmesi ve obezitenin uzun dönem risklerinin (hipertansiyon, diyabet gibi) azaltılması, annenin ve bebeğin sağlığının korunması, geliştirilmesi bakımından önemlidir (31,65).

Hemşireler, gebelik öncesinden başlayarak vücut ağırlığının kontrol altında tutulması, gebelikte uygun kilo alımı, doğum sonrası kilo tutulumu, obezite ve obezitenin uzun dönem risklerinin önlenmesi için düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme konusunda eğitim ve danışmanlık yapmalıdır (31).

Doğum sonrası kilo tutulumu, etkileyen faktörler ve sonuçları hakkında, toplumun ve sağlık profesyonellerinin farkındalıkları artırılmalıdır (78,120). Danışmanlık programında kadınların fiziksel değerlendirilmesinde annenin kilo tutulumu izlem çizelgeleri ile izlenerek diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği yapılmalıdır. Bunun yanı sıra annenin kilosunu etkileyebilecek durumlar, fiziksel aktivite düzeyleri, beslenme alışkanlıkları, gelenekleri ve kültürleri araştırılmalıdır. Beslenme durumundaki değişiklikler için kısa ve uzun vadeli hedefler oluşturulmalı, annenin bu konudaki endişe ve kaygılarını ifade etmesi sağlanmalıdır. Hedeflenen

kiloyu koruması için riskler belirlenerek gerekli önlemler alınmalı ve psikososyal destek sağlanmalıdır. Doğum sonrası dönemde kilo tutulumu çok olan kadınlara sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite önerilerinde bulunulmalı, morbid obez kadınlar ($BKİ>40$) ise diyetisyene yönlendirilmelidir. Bu konularda klinik alanda araştırmalar yapılmalı, gebelikte BKİ 'ne uygun kilo alımı ve doğum sonu kilo kontrolü konusunda duyarlı olunmalıdır(31,120). Özellikle ülkemizde sağlık profesyonelleri, gebelik ve doğum sonrası kilo yönetimine yönelik çalışmalara daha fazla yer vermelidir.

Ayrıca bunların yanı sıra doğum sonrası kilo tutulumunu etkileyebilecek diğer faktörlerden kişinin öz-etkililik-yeterlilik durumu, anksiyete, sosyal destek ve yaşam tarzı değişikliklerinin saptanması, anne ve yakın çevresine algıyı güçlendirecek girişimlerde bulunulması ve gerekli konularda danışmanlık verilmesi önemlidir. Böylece, hemşire/ebeler annelerin öz-etkililik-yeterliliğini, bedensel görüntü, beslenme davranışı ve fiziksel aktivitelerini arttırarak, doğum sonu kilo tutulumunun azaltılması ile anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesine önemli katkı sağlayabilirler (48).

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma, doğum sonrası 12-18. aylarda maternal kilo tutulumunu ve etkileyen faktörlerin kilo tutulumu üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇLER

Araştırma verilerinin toplanmasında;

- Örneklemeye alınan annelerin sosyo-demografik ve diğer değişkenlerin özelliklerini belirleyen “Anne Tanıtım Formu”(EK I)
- Uluslar Arası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form) (EK II)
- Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (EK III)
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK IV)
- Beck Anksiyete Ölçeği (EK V) kullanılmıştır.

2.2.1. Veri Toplama Araçları

2.2.1.1. Anne Tanıtım Formu: Araştırmada veri toplamak amacıyla, araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen “Anne Tanıtım Formu” kullanılmıştır (48,61,79,120). Anne Tanıtım Formu, annelerin sosyo-demografik özellikleri, gebelik ve doğum öyküleri, gebelik öncesi kilosunu, sağlığını ve aktivitesini algılama durumu, gebelikte fiziksel aktivite durumu, gebelikte beslenme,

fiziksel aktivite ve gebelikte kilo alımı konusunda sağlık personelinden bilgi alma durumu, beslenme alışkanlıkları, gebelikte alınan kilo ve doğum sonrası 12-18. aylardaki kiloları ile ilgili verileri içeren toplam 47 sorudan oluşmuştur. Annelerin kilo tutulumu durumları, doğum sonrası 12-18. aylardaki kiloları ile gebelik öncesi kiloları arasındaki fark olarak hesaplanmıştır.

2.2.1.2. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Formu) yetişkinlerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (85). Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi geliştirme çalışmaları 1998 yılında Cenevre’de başlamıştır ve bunu 12 ülkede yapılan geçerlik güvenirlik çalışmaları izlemiştir. Sonuçlar ölçeğin toplumda fiziksel aktiviteye katılma yaygınlığını gösterebileceğini ve bu amaçla ölçeğin birçok farklı kültür ve ortamda uygulanabileceğini düşündürmüştür. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi’nin dört kısa ve dört uzun formdan oluşan sekiz sürümü bulunmaktadır. Bunlar telefon, görüşme veya kendi kendine uygulanabilir yöntemler olarak bilinmektedir. Ayrıca ‘son 7 gün’ veya ‘herhangi bir haftada uygulanabilecek şekilde soru tipleri değişebilmektedir (49). Bu çalışmada ölçeğin kendi kendine uygulanabilen son 7 gün kısa formu kullanılmıştır.

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Formu) oturma, yürüme, orta düzeyde şiddetli aktiviteler ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır. Kısa formun toplam skorunun hesaplanması, yürüme, orta düzeyde şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir (49). Oturma puanı (sedanter davranış düzeyi) ayrı olarak hesaplanmaktadır. Bütün aktivitelerin değerlendirilmesinde her bir aktivitenin tek seferde en az 10 dakika yapılıyor olması ölçüt alınmaktadır (109). Bu

hesaplamalardan ‘MET-dakika/hafta’ olarak bir skor elde edilmektedir. MET, metabolik eşdeğer anlamına gelir. Bir MET vücudun kg başına yaklaşık 3.5 ml oksijen tüketimine eşittir (1 MET, kitap okurken, telefonda konuşurken veya otururken vücut tarafından kullanılan enerjidir). Vücut aktivite sırasında ne kadar çok çalışırsa, MET değeri o kadar yüksek olur. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form) için hesaplamalar yapılırken dakika, gün ve MET değeri (istirahat oksijen tüketiminin katları) çarpılarak ‘MET-dakika/hafta’ olarak bir skor elde edilmektedir (109).

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi verilerinin analizi için aşağıdaki değerler kullanılmıştır:

- Yürüme=3.3 MET
- Orta şiddetli fiziksel aktivite=4.0 MET
- Şiddetli fiziksel aktivite=8.0 MET

Örneğin haftada 3 gün 30 dakika yürüyen bir kişinin yürüme MET-dk/hafta skoru; $3.3 \times 30 \times 3 = 297$ MET-dk/ hafta olarak hesaplanmaktadır. Bu sürekli skorlamayla birlikte, elde edilen kategorisel sayısal verilerle, kategorisel skorlama yapılmaktadır (85).

Kişisel bildirime göre temellendirilmiş MET hesaplamasına göre, fiziksel aktivitenin sıklığı ve şiddetine göre katılımcılar düşük, orta ve yüksek aktivite gruplarında sınıflandırılırlar (28). Düşük grup (sedanter, inaktif) 600 MET-dk/hafta’ dan az egzersiz katılımı olduğunu bildiren gruptur. Orta düzeydeki fiziksel aktivite grubu 601-3000 MET-dk/hafta aralığında egzersiz katılımı olduğunu bildiren gruptur. Fiziksel olarak aktif grup 3000 MET-dk/hafta’ dan fazla egzersiz katılımı olduğunu bildiren gruptur (28).

Çok aktif olarak sınıflandırmak için 2 ölçüt vardır:

1. En az 1500 MET-dk/haftayı sağlayan en az 3 gün şiddetli aktivite veya

2. En az 3000 MET-dk/haftayı sağlayan en az 7 veya daha fazla gün yürüme,

orta şiddetli veya fiziksel aktivitenin kombinasyonu (85).

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form) oturma sorusu ek bir belirleyicidir. Fiziksel aktivitenin skorlamasının bir parçasında yer almaz. Oturma verisi ortanca ve çeyrekliklerle rapor edilmemektedir. Sedanter(oturma) davranışları üzerine çok az veri vardır ve kategorisel seviye olarak gösterilen kabul edilmiş bir eşik değeri yoktur (85).

Bu çalışmada kullanılan Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form) geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Craig ve arkadaşları (2003) tarafından 1998-1999 yılları arasında toplam 12 ülke ve 14 araştırma merkezinde yapılmıştır. Craig ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında Uluslararası Fiziksel Aktivite (Kısa Form) test-tekrar test güvenirliği $r=0.76$, uzun formun ise $r=0.81$ olarak bulmuştur (30). Türkiye’de Öztürk’ün (2005) çalışmasında, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form) test tekrar güvenirliği $r=0.69$, uzun form için $r=0.64$ olarak bulunmuştur. Kriter geçerliliği kısa formda $r=0.30$, uzun formda $r=0.29$ olduğu tespit edilmiştir (85).

2.2.1.3. Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği: Kendi kendine değerlendirme ölçeğidir. Bireyin etkililiği-yeterliliğini algılayabilmesi bakımından ergen ve yetişkinlere uygulanır. Zaman sınırlaması yoktur, 5-6 dakika uygulanabilir, 23 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Her madde için 1- Beni hiç tanımlamıyor, 2- Beni biraz tanımlıyor, 3- Kararsızım, 4- Beni iyi tanımlıyor, 5- Beni çok iyi tanımlıyor, seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmektedir. Her soru için verilen

puanlar esas alınmaktadır. Ancak 2-4-6-7-10-11-12-14-16-17-18-20-22 numaralı sorular ters yönde puan almaktadır. Böylece her birey en düşük 23, en yüksek 115 arasında bir toplam puan almaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği genel öz-etkililik-yeterlilik algısının yüksek, toplam puanın düşüklüğü ise genel öz-etkililik-yeterlilik algısının düşük seviyede olduğuna işaret etmektedir (38,99). Ölçeğin dört alt grubu vardır. Bunlar:

1. Davranışa Başlama (DB): 2, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 22. maddelerini,
2. Davranışı Sürdürme (DS): 4, 5, 6, 7, 10, 16, 19. maddelerini,
3. Davranışı Tamamlama (DT): 3, 8, 9, 15, 23. maddelerini,
4. Engellerle Mücadele (EM): 1, 13, 21. maddelerini içermektedir (38).

Tablo 3: Öz-Etkililik Yeterlilik Ölçeğinin Alt Grupları, Madde Sayısı ve Puan Aralığı

Alt Gruplar	Madde Sayısı	Puan aralığı	Düşük	Orta	Yüksek
Davranışa başlama (DB)	8	8-40	8-18	19-29	30-40
Davranışı sürdürme (DS)	7	7-35	7-16	16.5-25.5	26-35
Davranışı tamamlama(DT)	5	5-25	5-11	12-18	19-25
Engellerle mücadele (EM)	3	3-15	3-7	7.5-11.5	12-15
Toplam (ÖEY)	23	23-115	23-53	54-84	85-115

Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği Sabahat Gözüm ve Seçil Aksayan tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Öz-etkililik-yeterlilik ölçeğinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur (38). Daşkan'ın (2012) çalışmasında üçüncü trimestirdeki tüm gebelerdeki ölçümünde Cronbach alfa katsayısı 0.84 (girşim grubu 0.80, kontrol grubu 0.85) belirlenmiştir (32). Bu araştırmada da doğum sonrası 12-18. aylardaki

tüm annelerdeki ölçümde Cronbach alfa katsayısı 0.76 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada ölçek herhangi bir alana özgü olmayan genel öz-etkililik yeterlilik algısını ölçmektedir.

2.2.1.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğinin öznel değerlendirilmesi amacıyla kullanımı kolay, kısa bir ölçek olarak geliştirilmiştir (33). Toplam 12 maddeden oluşur ve her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç alt grubu içerir. Bunlar; “aile” (3., 4., 8. ve 11. maddeler), “arkadaş” (6., 7., 9. ve 12. maddeler) ve “özel bir insan”dır (eş gibi) (1., 2., 5. ve 10. maddeler). Her bir madde 1-7 arasında puanlanır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilir ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12 ve en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise desteğin algılanmadığını ya da destek azlığını veya yoksunluğunu gösterir (33). Eker, Arkar ve Yıldız tarafından faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği 1995 yılında yapılmış, ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.86 olarak belirlenmiştir (33). Daşkan’ın (2012) çalışmasında üçüncü trimestirdeki tüm gebelerdeki ölçümünde Cronbach alfa katsayısı 0.81 (girşim grubu 0.87, kontrol grubu 0.73) belirlenmiştir (32). Bu araştırmada da doğum sonrası 12-18. aylardaki tüm annelerdeki ölçümünde Cronbach alfa katsayısı 0.88 olarak belirlenmiştir.

2.2.1.5. Beck Anksiyete Envanteri (BAE): Beck Anksiyete Envanteri, Beck ve arkadaşları tarafından (1988) tarafından geliştirilmiştir. Kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek üzere hazırlanmıştır. Ülkemizde güvenilirlik ve geçerliliği Ulusoy tarafından (1993) tarafından yapılmıştır. Yirmi bir belirti kategorisini içeren her bir seçeneğin 0-3 arası puanlandığı ve alınan en yüksek puanın 63 olduğu likert tipinde bir tür kendini değerlendirme envanteridir. Kişilerin her madde için “Hiç” (0), “Hafif Düzeyde” (1), “Orta Düzeyde” (2), “Ciddi Düzeyde” (3), seçeneklerinden birini işaretlemeleri gerekmektedir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Öner’in yaptığı çalışmada envanterin Cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur (83). Bu araştırmada, doğum sonrası 12-18. aylardaki annelerde yapılan ölçümde Cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak belirlenmiştir.

2.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, 1 Ocak - 31 Haziran 2012 tarihleri arasında, İzmir ili, Gaziemir Sağlık Grup Başkanlığı’na bağlı Gaziemir 3 No’lu Gazikent Aile Sağlığı Merkezin de yapılmıştır.

Gaziemir 3 No’lu Gazikent Aile Sağlığı Merkezi altı aile hekimi ve altı hemşire ile 24.000 nüfusa hizmet vermektedir.

2.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, veri toplama sürecinde İzmir ili, Gaziemir Sağlık Grup Başkanlığı’na bağlı Gaziemir 3 No’lu Gazikent Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı anneler oluşturmuştur. Aile sağlığı merkezi kayıtlarından elde edilen verilerde, 2011 yılına ait doğum sayısı 350’dir.

2.5. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırma da, gelişigüzel örnekleme yöntemi ile 1 Ocak - 31 Haziran 2012 tarihleri arasında Gaziemir Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 3 No'lu Gazikent Aile Sağlığı Merkezine başvuran, doğum sonrası 12-18. aylarda olan toplamda 261 anneye ulaşılmıştır. Veri toplama süresince 22 anne araştırmaya katılmayı kabul etmemiş, araştırma 239 anne ile tamamlanmıştır. Annelerin araştırmaya katılım oranı %91.5'tir.

Örneklem Büyüklüğü: Örneklem büyüklüğünü belirlemek için güç analizi (power analizi) uygulanmıştır. Çalışmanın gücü $1-\beta$ hata olasılığı olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmanın en az %80 güce sahip olması gerekmektedir (84).

Literatürde yapılan çalışmalara göre; gebelik öncesi BKİ'ne göre gebelikte ATE rehber önerilerinden fazla kilo alan kadınlarda doğum sonrası kilo tutulumu riskinin fazla olduğunu belirlemişlerdir (15,93). Bu çalışmada da ATE rehber önerilerinden fazla kilo alanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın evreni 350 kişi, bu evrenden gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilen örneklem hacmi 261 kişi olup araştırmanın sonucunda 239 kişiye ulaşılabilmektedir. Bu veriler kapsamında yapılan güç analizi sonucu 239 kişiden oluşan örneklem hacmi kapsamında araştırmanın post-hoc gücü %91 olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- Okuma yazma bilen,
- Termde doğum yapan,
- Sağlıklı bebeği olan (Anomalisi olmayan, ayına göre boy ve kilosu uyumlu olan),
- Doğum sonrası 12.-18. aylarda olan

- Gebelik öncesi kilosunu bilen,
- Doğumda aldığı toplam kiloyu bilen,
- Yeterli iletişim becerisine sahip,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan anneler araştırma kapsamına alınmıştır.

2.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler: Maternal kilo tutulumu araştırmanın bağımlı değişkenidir.

Bağımsız Değişkenler: Annelerin yaşları, eğitim durumları, çalışma durumları, gebelik sayıları, sigara içme durumları, emzirme süreleri, gebelik öncesi kiloları ve gebelikte aldığı toplam kiloları, BKİ ortalamaları, fiziksel aktivite düzeyleri, Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları, Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları ve Beck Anksiyete Envanteri puan ortalamaları araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

2.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Veri toplamaya başlamadan önce, araştırma grubu dışında 10 anne ile ön uygulama yapılarak araştırmada kullanılacak ölçek ve formların anlaşılabilirliği ve formların uygulama süresi değerlendirilmiştir.

Araştırmanın verileri, Gaziemir Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Gaziemir 3 No'lu Gazikent Aile Sağlığı Merkezlerine doğum sonrası 12. ve 18. aylarda bebeklerine aşı yaptırmak için gelen annelerden elde edilmiştir.

Anne tanıtım formu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form), Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Beck Anksiyete Envanteri belirtilen aile sağlığı merkezinde, annelerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

2.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE BULGULARIN ANALİZİ

Araştırmanın verilerinin analizi bilgisayarda Statistical Package For Social Science (SPSS) 15 paket programında gerçekleştirilmiştir.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlardan frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerde niteliksel verilerin doğum sonrası 12-18. aylarda kilo tutulumu ile karşılaştırılmasında Pearson Ki- kare testi, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki den fazla niceliksel verinin karşılaştırılmasında bağımlı ve bağımsız değişkenler arası ilişkiyi incelemek için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırmada hipotez testleri $\alpha = 0.05$ önem düzeyine göre değerlendirilmiştir.

2.9. SÜRE VE OLANAKLAR

Nisan 2010 – Mayıs 2010 döneminde araştırma planı yapılmış, ilgili literatürler taranmış, tez konusu belirlenmiştir. Araştırma, 1 Kasım 2011 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Veriler 1 Ocak 2012–31 Haziran 2012 tarihleri arasında toplanmıştır.

Şekil 2: Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Yapılan Çalışmalar	TARİH							
	Nisan 2010 Mayıs 2010	Kasım 2010 (Doğum İzni)	Kasım 2011	Kasım 2011	Ocak 2012- Haziran 2012	Temmuz 2012	Temmuz Ağustos 2012	Eylül 2012
Literatür İnceleme ve Konu Seçimi								
Araştırma Deseninin Seçimi								
Tez Önerisi								
Düzeltilmeler in Yapılması- Pilot Çalışma								
Veri Toplama Aşaması								
Verilerin Değerlendirilmesi- Analizi								
Tez Yazımı								
Tez Savunması								

2.10. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın yapılabilmesi için; Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan (Ek VII) izin alınmıştır. Araştırmada kullanılacak ölçeklerin geçerlilik ve güvenirliğini yapan kişilerden mail yolu ile izin alınmıştır (EK IX-X-XI). Araştırmanın uygulanabilmesi için Gazıemir Sağlık Grup Başkanlığı'ndan gerekli izin yazıları alınmıştır (EK VIII). Ayrıca annelere görüşme öncesi, araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılarak yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (EK VI).

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. ANNELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.A: Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

Tanıtıcı özellikler	Sayı	%
Yaş Grubu		
18-30	116	48.5
31 yaş ve üzeri	123	51.5
Eğitim Durumu		
İlköğretim	50	20.9
Lise	68	28.5
Fakülte/Yüksekokul ve üzeri	121	50.6
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	150	62.8
Çalışıyor	89	37.2
Sağlık Güvencesi		
Var	224	93.7
Yok	15	6.3
TOPLAM	239	100.0

Tablo 4.B: Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

Tanıtıcı özellikler	Sayı	%
Sağlık Güvence Türü		
Emekli Sandığı	130	58.0
SSK	75	33.5
Bağ-kur	11	4.9
Özel Sigorta	8	3.6
TOPLAM	224	100.0
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	224	93.7
Geniş Aile	15	6.3
Gelir Durumu Algısı		
Gelir Giderden Fazla	26	10.9
Gelir Gidere Denk	173	72.4
Gelir Giderden Az	40	16.7
Aylık Gelir Durumu		
500 TL altı	6	2.5
501-1000 TL	44	18.4
1001 TL üzeri	189	79.1
En Uzun Yaşadığı Yerleşim Yeri		
Köy	13	5.4
İlçe	44	18.4
İl	182	76.2
En Uzun Yaşadığı Bölge		
Ege	175	73.2
İç Anadolu	19	7.9
Marmara	20	8.4
Karadeniz	5	2.1
Akdeniz	5	2.1
Doğu Anadolu	10	4.2
Güney Doğu Anadolu	5	2.1
TOPLAM	239	100.0

Araştırmada, yaşları 18 ile 42 arasında değişen annelerin yaş ortalaması 30.81 ± 4.59 olup; %48.5'inin 18-30 yaş grubunda, %51.5'inin 31 yaş ve üzeri grubunda olduğu belirlenmiştir. Annelerin, %50.6'sının fakölte/yüksekokul ve üzeri, %28.5'inin lise düzeyinde eğitim aldığı, %62.8'inin çalışmadığı, %93.7'sinin sağlık güvencesinin olduğu bulunmuştur (Tablo 4.A).

Araştırmada, annelerin %93.7'sinin çekirdek ailede yaşadığı, %79.1'inin gelirinin 1001 TL üzerinde, %18.4'ünün gelirinin ise 501-1000 TL arasında olduğu, annelerin algılarına göre; %72.4'ünün gelirinin gidere denk olduğu, %16.7'sinin ise gelirinin giderden az olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.B).

Annelerin %73.2'sinin Ege, %8.4'ünün Marmara Bölgesinden olduğu, %76.2'sinin en uzun süre ilde, %18.4'ünün ilçede yaşadığı (Tablo 4.B) ve annelerin tamamının resmi nikahının olduğu saptanmıştır.

Tablo 5: Annelerin Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Sigara İçme Durumu		
Evet	55	23.0
Hayır	174	72.8
Gebelikten önce içiyordum şimdi içmiyorum	10	4.2
TOPLAM	239	100.0
Sigara Adet /Gün		
1-5 adet	20	36.4
6-10 adet	22	40.0
11 ve üzeri adet	13	23.6
TOPLAM	55	100.0

Annelerin sigara içme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %23'ünün sigara içtiği, sigara içen annelerin %40'ının 6-10 adet, %36.4'ünün 1-5 adet sigara tükettiği belirlenmiştir (Tablo 5). Günlük içtiği sigara sayısı 1 ile 20 arasında değişen annelerin, içtikleri sigara ortalaması 9.09 ± 5.86 'dır.

Tablo 6: Annelerin Alkol Alma Durumlarına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Alkol Alma Durumları		
Hiç	192	80.3
Nadiren	47	19.7
TOPLAM	239	100.0

Annelerin alkol alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %80.3'ünün hiç alkol almadığı, %19.7'sinin nadiren, alkol tükettiği belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7: Annelerin Kronik Hastalık Bulunma Durumlarına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Kronik Hastalık Olma Durumları		
Var	31	13.0
Yok	208	87.0
TOPLAM	239	100.0
Kronik Hastalık Türü		
Hipotiroidi	18	58.1
Kalp/Hipertansiyon	7	22.6
Diğer Sistemik Hastalıklar	6	19.3
TOPLAM	31	100.0

Annelerin kronik hastalık bulunma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %13'ünün kronik hastalığı olduğu, kronik hastalığı olanların %58.1'inin Hipotiroidi hastası olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

3.2. ANNELERİN ŞİMDİKİ GEBELİĞİNE VE DOĞUMUNA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 8: Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımları

	Sayı	%
Gebeliği İsteme Durumu		
Evet	203	84.9
Hayır	36	15.1
Gebelik Sayısı		
1	104	43.5
2	79	33.1
3 ve üzeri	56	23.4
Doğum Sayısı		
1	126	52.7
2 ve üzeri	113	47.3
TOPLAM	239	100.0
En Son İki Doğum Arası Süre		
1-5 yıl	64	55.2
6-10 yıl	34	31.9
11-15 yıl	10	8.6
16-20 yıl	5	4.3
TOPLAM	113	100.0

Araştırmada, annelerin %84.9'unun gebeliği istediği, %43.5'inin ilk gebeliği, %33.1'inin ikinci gebeliği olduğu, %52.7'sinin bir doğum yaptığı, %55.2'sinin son doğumuyla arasındaki sürenin 1-5 yıl olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 9: Annelerin Gebeliklerinde Kilolarını Algılama Durumlarına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Gebelikte Kilolarını Algılama Durumu		
Zayıf	9	3.8
Normal	136	56.9
Hafif Kilolu	43	18.0
Şişman	51	21.3
TOPLAM	239	100.0

Araştırmada, annelerin %39.3'ünün gebeliklerinde kilolarını hafif kilolu ve şişman olarak algıladığı belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 10: Annelerin Gebeliklerinde Fiziksel Aktivite Yapma Durumları, Fiziksel Aktivite Türü, Fiziksel Aktivite Yapma Süresi ve Sıklıklarına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Gebelikte Fiziksel Aktivite Yapma		
Evet	136	56.9
Hayır	103	43.1
TOPLAM	239	100.0
Fiziksel Aktivite Türü		
Yürüyüş	126	92.6
Egzersiz	10	7.4
Fiziksel Aktivite Süresi /dk		
15 - 29dk.	33	24.3
30 - 59dk.	78	57.3
60 ve üzeri	25	18.4
Fiziksel Aktivite Sıklığı		
Haftada 1 Gün	7	5.1
Haftada 2 Gün	19	13.9
Haftada 3 Gün ve daha fazla	110	81.0
TOPLAM	136	100.0

Araştırmada, annelerin %56.9'unun gebelikte fiziksel aktivite yaptığı, fiziksel aktivite yapan annelerin %92.6'sının yürüyüş yaptığı, %57.3'ünün ortalama 30-59 dk, %81.0'inin haftada üç gün ve üzeri fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 11: Annelerin Gebeliklerinde Fiziksel Aktivitelerini Algılama Durumlarına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Fiziksel Aktivitelerini Algılama Durumu		
Fiziksel Olarak Çok Aktifim	58	24.3
Fiziksel Olarak Aktifim	142	59.4
Oldukça Hareketsizdim	24	10.0
Hiç aktif değildim, hareketsizdim	15	6.3
TOPLAM	239	100.0

Araştırmada, annelerin %59.4'ünün gebeliklerinde kendilerini fiziksel olarak aktif, %24.3'ünün çok aktif algıladığı belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 12: Annelerin Gebeliklerinde Sağlıklarını Algılama Durumlarına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Sağlıklarını Algılama Durumu		
Mükemmel	23	9.6
Çok iyi	64	26.8
İyi	95	39.7
Orta	51	21.4
Kötü/zayıf	6	2.5
TOPLAM	239	100.0

Araştırmada, annelerin %39.7'sinin gebelikte sağlığını iyi, %23.9'unun sağlıklarını orta ve kötü/zayıf olarak algıladığı belirlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 13: Annelerin Gebeliklerinde Beslenme, Kilo Alımı ve Gebelikte Fiziksel Egzersiz Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Gebelikte Beslenme ve Kilo Alımı Konusunda Eğitim Alma Durumu		
Evet	99	41.4
Hayır	140	58.6
Gebelikte Fiziksel Egzersiz Konusunda Eğitim Alma Durumu		
Evet	42	17.6
Hayır	197	82.4
TOPLAM	239	100.0

Tablo 13’de, annelerin gebeliklerinde beslenme, kilo alımı ve fiziksel egzersiz konusunda bilgi alma durumları görülmektedir. Annelerin %58.6’sının gebeliklerinde beslenme ve kilo alımı, %82.4’ünün fiziksel egzersiz konusunda bilgi almadığı belirlenmiştir (Tablo 13).

Tablo 14: Annelerin Gebelikleri Süresince Destek Aldığı Kişiye Göre Dağılımları

	Sayı	%
Destek Aldığı Kişi		
Eş	167	69.9
Aile	53	22.2
Arkadaş	19	7.9
TOPLAM	239	100.0

Annelerin gebelikleri süresince destek aldığı kişilere göre dağılımları incelendiğinde; %69.9’unun eşlerinden, %22.2’sinin ailesinden destek aldığı saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 15: Annelerin Doğum Şekline Göre Dağılımları

	Sayı	%
Doğum Şekli		
Vajinal doğum	67	28.0
Sezaryen doğum	172	72.0
TOPLAM	239	100.0

Araştırmada annelerin %72.0'sinin sezaryen doğum yaptıkları bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 16: Annelerin Bebeklerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

	Sayı	%
Bebek Cinsiyet		
Kız	121	50.6
Erkek	118	49.4
Doğum Ağırlığı		
2500 gr ve altı	14	5.9
2501-3999 gr	210	87.9
4000 gr ve üzeri	15	6.2
TOPLAM	239	100.0

Tablo 16'da, annelerin bebeklerinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Bebeklerin %50.6'sının kız olduğu bulunmuştur. Ağırlıkları 1800-4950 gr arasında değişen bebeklerin doğum ağırlığı ortalaması 3312.90 ± 492.56 olup, %87.9'unun 2501-3999 gr arasında doğduğu bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 17: Annelerin Bebeklerini Emzirme Durumlarına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Emzirme Durumu		
Evet	231	96.7
Hayır	8	3.3
TOPLAM	239	100.0
Emzirme Süresi		
1-6 Ay	29	12.6
7-12 Ay	91	39.3
13-18 Ay	111	48.1
TOPLAM	231	100.0

Annelerin bebeklerini emzirme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %96.7'sinin bebeklerini emzirdikleri, bebeğini emziren annelerin % 48.1'nin 13-18 ay, %39.3'ünün 7-12 ay emzirdikleri belirlenmiştir (Tablo 17).

3.3. ANNELERİN BESLENME UYGULAMALARINA AİT BULGULAR

Tablo 18: Annelerin Günde Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımları

Değişkenler	Sayı	%
Ana Öğün Atlama Durumu		
Evet	157	65.7
Hayır	82	34.3
TOPLAM	239	100.0
Atlanılan Öğün Durumu		
Sabah	34	21.7
Öğle	116	73.8
Akşam	7	4.5
TOPLAM	157	100.0
Ara Öğün Alma Durumu		
Evet	200	83.7
Hayır	39	16.3
TOPLAM	239	100.0
Ara Öğün Sayısı		
1 ara öğün	43	21.5
2 ara öğün	98	49.0
3 ara öğün	46	23.0
4 ara öğün ve Üzeri	13	6.5
TOPLAM	200	100.0
Yemek Şekli		
Ayrı Tabaktan	209	87.4
Aynı Tabaktan	30	12.6
TOPLAM	239	100.0

Tablo 18’de annelerin beslenme alışkanlıkları incelendiğinde; %65.7’sinin ana öğün atladığı, öğün atlayanların % 73.8’inin öğle yemeğini atladığı belirlenmiştir. Annelerin % 83.7’sinin ara öğün aldığı, ara öğün alanların %49.0’unun iki, %23.0’ünün üç ara öğün aldığı, %87.4’ünün ayrı tabaktan yemek yedikleri belirlenmiştir (Tablo 18).

Tablo 19: Annelerin Gebelikleri Süresince ve Doğum Sonrası Diyet Yapma Durumlarına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Gebelikte Diyet Yapma Durumu		
Evet	40	16.7
Hayır	199	83.3
Doğum Sonrası Diyet Yapma Durumu		
Evet	35	14.6
Hayır	204	85.4
TOPLAM	239	100.0

Araştırmada, annelerin %16.7’sinin gebeliklerinde, %14.6’sının doğum sonrası diyet yaptığı belirlenmiştir (Tablo 19).

3.4. ANNELERİN GEBELİK ÖNCESİNDE VE GEBELİKTE KİLO ALIM DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 20: Annelerin Gebelik Öncesi Fiziksel (Antropometrik) Özelliklerine Göre Dağılımları

Fiziksel Özellikler	Sayı	X ± SS	Min	Max
Gebelik Öncesi Kilo(kg)	239	60.88±9.65	42	98.00
Boy(m)	239	1.64±0.05	1.50	1.80
Gebelik Öncesi BKİ	239	22.58±3.30	15.97	34.53

Tablo 21: Annelerin Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksi (BKİ) Sınıflandırmasına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Gebelik Öncesi BKİ Sınıflandırması		
Düşük Kilolu	17	7.1
Normal Kilolu	179	74.9
Fazla Kilolu	32	13.4
Obez(şişman)	11	4.6
TOPLAM	239	100.0

Annelerin gebelik öncesi antropometrik özellikleri Tablo 20’de verilmiştir. Annelerin gebelik öncesi kilo ortalaması 60.88±9.65, boy ortalaması 1.64±0.05 ve beden kitle indeksi(BKİ) ortalamaları 22.58±3.30 olarak bulunmuştur.

Gebelik öncesi BKİ sınıflamasına göre annelerin %7.1’i düşük kilolu, %74.9’u normal kilolu, %18.0’i fazla kilolu ve obez (şişman) olarak belirlenmiştir (Tablo 21).

Tablo 22: Annelerin Gebelikte Kilo Alım Durumlarına Göre Dağılımı

	Sayı	%
Gebelikte Alınan Kilo (kg)		
1-7 kg	21	8.8
8 -14 kg	102	42.7
15-21 kg	98	41.0
22-28 kg	12	5.0
29-35 kg	6	2.5
TOPLAM	239	100.0

Gebelikte 2 ile 35 kilogram arasında kilo alan annelerin, gebelikte aldıkları kilo ortalamaları 14.47 ± 5.56 kg olup, annelerin %42.7'si 8-14kg, %41.0'inin 15-21 kg aldığı belirlenmiştir (Tablo 22).

Tablo 23: Annelerin Gebelikte BKİ Sınıflandırmasına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Gebelikte BKİ Sınıflandırılması		
Normal Kilolu	42	17.6
Fazla Kilolu	137	57.3
Obez (şişman)	60	25.1
TOPLAM	239	100.0

Annelerin gebelikte BKİ ortalamaları 27.97 ± 3.26 olarak bulunmuştur. Annelerin BKİ sınıflamasına göre %17.6'sı normal kilolu, %57.3'ü fazla kilolu ve %25.1'i obez (şişman) olarak belirlenmiştir (Tablo 23).

Tablo 24: Annelerin Gebeliklerinde ATE Rehber Önerisine Uygun Kilo Alım Durumlarına Göre Dağılımları

	Sayı	%
ATE Kriterlerine Uygunluk		
ATE'ye göre uygun	87	36.4
ATE'den fazla	94	39.3
ATE'den az	58	24.3
TOPLAM	239	100.0

Araştırmaya katılan annelerin, %39.3'ü gebeliklerinde 2009 yılı ATE rehber önerisine göre fazla, %24.3'ü az kilo almıştır (Tablo 24).

3.5. ANNELERİN DOĞUM SONRASI 12.-18. AYLARDAKİ KİLO DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 25: Annelerin Doğum Sonrası Bulunduğu Ay'a Göre Dağılımları

	Sayı	%
Doğum Sonu Ay		
12. -14.ay	111	46.5
15. -17.ay	50	20.9
18.ay	78	32.6
TOPLAM	239	100.0

Annelerin %46.5'inin doğum sonrası 12.-14. aylarda olduğu, bulunduğu ay ortalamasının 14.98 ± 2.56 olduğu bulunmuştur (Tablo 25).

Tablo 26: Annelerin Doğum Sonrası 12.-18. Aylardaki BKİ Sınıflandırmasına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Doğum Sonrası BKİ Sınıflandırılması		
Düşük Kilolu	5	2.1
Normal Kilolu	156	65.3
Fazla Kilolu	57	23.8
Obez Şişman	21	8.8
TOPLAM	239	100.0

Araştırmada, doğum sonrası 12.-18. aylar arasındaki kiloları 46 ile 104 kg arasında değişen annelerin doğum sonrası kilo ortalamaları 64.98 ± 10.27 kg ve beden kitle indeksi (BKİ) ortalamaları 24.11 ± 3.57 (min-max 15.43-36.73) olup; %65.3'ünün normal kilolu, %23.8'inin fazla kilolu olduğu belirlenmiştir (Tablo 26).

Tablo 27: Annelerin Doğum Sonrası 12.-18. Aylardaki Kilo Tutulum Oranlarına ve Kilo Tutulumu Durumlarına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Kilo Tutulum Durumu		
Tutulum Var	182	76.2
Tutulum Yok	57	23.8
Kilo Tutulumu (Kg)		
-9 – -0.5 kg	32	13.3
0 kg	25	10.5
0.5-5 kg	106	44.4
5.5-10 kg	49	20.6
11-15 kg	21	8.8
16-27 kg	6	2.4
TOPLAM	239	100.0

Araştırmada, doğum sonrası 12.-18.aylar arasındaki kilo tutulumları -9 ile 27 kilo arasında değişen annelerin doğum sonrası kilo tutulumu ortanca değeri 4.00 olup; % 44.4'ün de 0.5-5 kilo, %20.6'sında 5.5-10 kilo tutulum olduğu belirlenmiştir. Annelerin % 76.2'sinde kilo tutulumunun olduğu belirlenmiştir (Tablo 27).

3.6. ANNELERİN ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ, ÖZ-ETKİNLİLİK-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ, ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ VE BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 28: Annelerin Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinden (Kısa Form) Aldığı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Fiziksel Aktivite Düzeyi Puan Ortalaması	Sayı	Med	Min	Max
Toplam FA Puanı(MET/dk/hafta)	219	346.50	0	8316.00
Şiddetli FA Puanı(MET/dk/hafta)	236	0.00	0	4320.00
Orta Şiddetli FA Puanı(MET/dk/hafta)	235	0.00	0	3600.00
Yürüme FA Puanı(MET/dk/hafta)	225	297.00	0	8316.00
Oturma Süresi(dk/gün)	118	240.00	0	840.00

Tablo 28’de doğum sonrası 12.-18. aylardaki annelerin Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formuna göre fiziksel aktivite (FA) düzeyleri ve oturma davranışları puan ortalamaları gösterilmiştir. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi toplam puanı, bir haftalık şiddetli FA, orta şiddetli FA ve yürüme FA puanının toplamıdır. Bu hesaplamalardan, MET-dk/hafta olarak bir skor elde edilmiştir. Toplam FA düzeyi ortanca değeri 346.50 ve oturma süresi ortanca değeri 240.00 bulunmuştur (Tablo 28).

Tablo 29: Annelerin Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeğinden (ÖEYÖ) Aldığı Puan Ortalamalarının, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden (ÇBASDÖ) Aldığı Puan Ortalamalarının, Beck Anksiyete Ölçeğinden Aldığı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Öz –Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ve Alt Gruplar	X ± SS	Min	Max	Ölçekten Alınması Gereken Puan	
				Min	Max
Davranışa Başlama (DB)	32.24±4.83	14.00	40.00	8.00	40.00
Davranışı Sürdürme (DS)	25.27±3.77	10.00	35.00	7.00	35.00
Davranışı Tamamlama (DT)	20.16±3.27	8.00	25.00	5.00	25.00
Engellerle Mücadele (EM)	9.66±2.50	4.00	15.00	3.00	15.00
TOPLAM (ÖEYÖ)	87.35±10.47	47.00	111.00	23.00	115.00
ÇBASDÖ ve Alt Gruplar	X± SS	Min	Max	Min	Max
Özel İnsan (Eş)	23.89±6.01	4.00	28.00	4.00	28.00
Aile	25.74±4.30	4.00	28.00	4.00	28.00
Arkadaş	21.87±6.85	4.00	28.00	4.00	28.00
TOPLAM (ÇBASDÖ)	71.51±13.34	15.00	84.00	12.00	84.00
Beck Anksiyete Envanteri	Med	Min	Max	Min	Max
TOPLAM	5.00	0.00	50.00	0.00	63.00

n:239

Tablo 29’da doğum sonrası 12.-18. aylardaki annelerin, Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) toplam puan ve alt gruplarından aldığı puan ortalamaları, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplam puan ve alt gruplarından aldığı puan ortalamaları ve Beck Anksiyete Envanteri ortanca değerlerinin dağılımları gösterilmiştir. Annelerin doğum sonrası 12.-18. aylarda öz-etkililik-yeterlilik algıları incelendiğinde; Davranışa Başlama puan ortalaması 32.24 ± 4.83 olarak yüksek seviye de, Davranışı Sürdürme puan ortalaması 25.27 ± 3.77 olarak orta seviye de, Davranışı Tamamlama puan ortalaması 20.16 ± 3.27 olarak yüksek seviyede, Engellerle Mücadele puan ortalaması 9.66 ± 2.50 olarak orta seviye de olup; toplam ÖEYÖ puan ortalaması da 87.35 ± 10.47 olarak yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir (Tablo 29).

Annelerin, alt ölçek özel insan(eş) destek puan ortalaması 23.89 ± 6.01 , aile destek puan ortalaması 25.74 ± 4.30 , arkadaş destek puan ortalaması 21.87 ± 6.85 ve toplam çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalaması 71.51 ± 13.34 olarak belirlenmiştir (Tablo 29).

Annelerin Beck Anksiyete Envanteri ortanca değeri ise 5.00 olarak, düşük seviyede bulunmuştur (Tablo 29).

3.7. DOĞUM SONRASI MATERNAL KİLO TUTULUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 30: Annelerin Yaş Gruplarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Yaş	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
18-30 yaş	28	24.1	88	75.9	116	100.0
31 yaş ve üzeri	29	23.6	94	76.4	123	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=0.010$		p=0.919			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin yaş grupları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.010$, $p>0.05$) (Tablo 30).

Tablo 31: Annelerin Eğitim Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Eğitim	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlköğretim	13	26.0	37	74.0	50	100.0
Lise	16	23.5	52	76.5	68	100.0
Fakülte/yüksekokul ve üzeri	28	23.1	93	76.9	121	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=0.165$		p=0.921			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin eğitim durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulum durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.165$, $p>0.05$) (Tablo 31).

Tablo 32: Annelerin Çalışma Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Meslek	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çalışmıyor	35	23.3	115	76.7	150	100.0
Çalışıyor	22	24.7	67	75.3	89	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=0.059$		p=0.808			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin çalışma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulum durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.059$, $p>0.05$) (Tablo 32).

Tablo 33: Annelerin Gelir Durumu Algılarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Gelir Durumu	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gelir giderden az	5	19.2	21	80.8	26	100.0
Gelir gidere denk	41	23.7	132	76.3	173	100.0
Gelir giderden fazla	11	27.5	29	72.5	40	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=0.601$		p= 0.740			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin gelir durumu algısı ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.601$, $p>0.05$) (Tablo 33).

Tablo 34: Annelerin Yaşadığı Aile Tipine Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Aile Tipi	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çekirdek	54	24.1	170	75.9	224	100.0
Geniş Aile	3	20.0	12	80.0	15	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=0.131$		p= 0.718			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin yaşadığı aile tipleri ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.131$, $p>0.05$) (Tablo 34).

Tablo 35: Annelerin Sigara İçme Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Sigara	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	10	18.2	45	81.8	55	100.0
Hayır	45	25.9	129	74.1	174	100.0
Gebelikten önce içiyordum, şimdi içmiyorum	2	20.0	8	80.0	10	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=1.442$		p= 0.486			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin sigara içme durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulum durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.442$, $p>0.05$) (Tablo 35).

Tablo 36: Annelerin Kronik Hastalık Bulunma Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımı

Kronik Hastalık	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	12	38.7	19	61.3	31	100.0
Hayır	45	21.6	163	78.4	208	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=4.331$		p= 0.037			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin kronik hastalık bulunma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde kronik hastalığı olmayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=4.331$, $p<0.05$) (Tablo 36).

Tablo 37: Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Gebeliği İsteme	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	47	23.2	156	76.8	203	100.0
Hayır	10	27.8	26	72.2	36	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=0.360$		p= 0.548			
Gebelik Sayısı						
1	28	26.9	76	73.1	104	100.0
2	22	27.8	57	72.2	79	100.0
3 ve üzeri	7	12.5	49	87.5	56	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=5.208$		p= 0.074			
Doğum Sayısı						
1	30	23.8	96	76.2	126	100.0
2 ve üzeri	27	23.9	86	76.1	113	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=0.000$		p= 0.988			
χ^2 (ki-kare)						

Annelerin gebeliği isteme durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.360$, $p>0.05$) (Tablo 37).

Annelerin gebelik sayıları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. ($\chi^2=5.208$, $p>0.05$) (Tablo 37).

Annelerin doğum sayıları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2= 0.000$, $p>0.05$) (Tablo 37).

Tablo 38: Annelerin Gebeliklerinde Kilolarını Algılama Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Gebelikte Kilo Algı Durumu	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Zayıf	3	33.3	6	66.7	9	100.0
Normal	39	28.7	97	71.3	136	100.0
Hafif Kilolu	9	20.9	34	79.1	43	100.0
Şişman	6	11.8	45	88.2	51	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=6.493$		p= 0.090			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin gebeliklerinde kilolarını algılama durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulum durumu incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2= 6.493$, $p>0.05$) (Tablo 38).

Tablo 39: Annelerin Gebelikte Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarına, Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Gebelikte Egzersiz	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	36	26.5	100	73.5	136	100.0
Hayır	21	20.4	82	79.6	103	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=1.194$		p= 0.275			

Annelerin gebeliklerinde fiziksel aktivite yapma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.194$, $p>0.05$) (Tablo 39).

Tablo 40: Annelerin Gebeliklerinde Fiziksel Olarak Kendini Algılama Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Gebelikte Fiziksel Olarak Kendini Algılama	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Fiziksel olarak çok aktiftim	14	24.1	44	75.9	58	100.0
Fiziksel olarak aktiftim	36	25.4	106	74.6	142	100.0
Oldukça Hareketsizdim	5	20.8	19	79.2	24	100.0
Hiç aktif değildim, hareketsizdim	2	13.3	13	86.7	15	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=1.213$		p= 0.750			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin gebeliklerinde fiziksel olarak kendilerini algılama durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.213$, $p>0.05$) (Tablo 40).

Tablo 41: Annelerin Gebeliklerinde Beslenme, Kilo Alımı Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Beslenme, Kilo Alımı ile İlgili Eğitim Alma	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	28	28.3	71	71.7	99	100.0
Hayır	29	20.7	111	79.3	140	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=1.829$		p= 0.176			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin gebeliklerinde beslenme, kilo alımı konusunda eğitim alma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.829$, $p>0.05$) (Tablo 41).

Tablo 42: Annelerin Gebeliklerinde Fiziksel Egzersiz Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Egzersiz Konusunda Eğitim Alma	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	18	42.9	24	57.1	42	100.0
Hayır	39	19.8	158	80.2	197	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=10.137$		p= 0.001			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin gebeliklerinde fiziksel egzersiz konusunda eğitim alma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulum durumu incelendiğinde, gebelikte egzersiz konusunda eğitim almayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş; aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=10.137$, $p<0.05$) (Tablo 42).

Tablo 43: Annelerin Doğum Şekline Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Doğum Şekli	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal	17	25.4	50	74.6	67	100.0
Sezeryan	40	23.3	132	76.7	172	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=0.119$		p= 0.730			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin doğum şekli ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.119$, $p>0.05$) (Tablo 43).

Tablo 44: Annelerin Günlük Beslenme Alışkanlıklarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
Ana Öğün Atlama						
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	44	28.0	113	72.0	157	100.0
Hayır	13	15.9	69	84.1	82	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=4.394$		p= 0.036			
Atlanılan Ana Öğün						
Sabah	7	20.6	27	79.4	34	100.0
Öğle	33	28.4	83	71.6	116	100.0
Akşam	4	57.1	3	42.9	7	100.0
TOPLAM	44	28.0	113	72.0	157	100.0
Test	$\chi^2=3.885$		p= 0.143			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin ana öğün atlama durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, ana öğün atlamayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=4.394$, $p<0.05$) (Tablo 44).

Annelerin atladıkları ana öğün ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulum durumu incelendiğinde, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.885$, $p>0.05$) (Tablo 44).

Tablo 45: Annelerin Gebelikte Diyet Yapma Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Gebelikte Diyet	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	11	27.5	29	72.5	40	100.0
Hayır	46	23.1	153	76.9	199	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=0.353$		p= 0.553			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin gebeliklerinde diyet yapma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.353$, $p>0.05$) (Tablo 45).

Tablo 46: Annelerin Doğum Sonrası Diyet Yapma Durumlarına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Doğum Sonrası Diyet	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	11	31.4	24	68.6	35	100.0
Hayır	46	22.5	158	77.5	204	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=1.297$		p= 0.255			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin doğum sonrası diyet yapma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.297$, $p>0.05$) (Tablo 46).

Tablo 47: Annelerin Gebelik Öncesi Kilo ve BKİ Ortalamaları ile Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

	Kilo Tutulumu						
	Tutulum Yok			Tutulum Var			
	Sayı	X ± SS	Min-Max	Sayı	X ± SS	Min-Max	
Gebelik Öncesi Kilo Ortalama	57	63.47±10.25	47.00-97.00	182	60.07±9.33	42.00-98.00	
Test	U=4121.0	p=0.019					
Gebelik Öncesi BKİ Ortalama	57	23.24±3.40	16.36-33.56	182	22.37±3.25	15.97-34.53	
Test	U=4290.50	p=0.049					

U(Mann-Whitney*U*Testi)

Annelerin gebelik öncesi kilo ortalamaları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelemesinde Mann-Whitney U testi kullanılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir (U=4121.0, p<0.05). Annelerin gebelik öncesi kilo ortalaması daha düşük olanlarda kilo tutulumu vardır (Tablo 47).

Annelerin gebelik öncesi BKİ ortalamaları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelemesinde Mann-Whitney U testi kullanılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (U=4290.5, p<0.05). Annelerin gebelik öncesi BKİ ortalaması daha düşük olanlarda kilo tutulumu vardır (Tablo 47).

Tablo 48: Annelerin Gebelik Öncesi BKİ Sınıflandırmasına Göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Gebelik Öncesi BKİ	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum Yok		Tutulum Var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Düşük Kilolu	3	17.6	14	82.4	17	100.0
Normal Kilolu	42	23.5	137	76.5	179	100.0
Fazla Kilolu	8	25	24	75.0	32	100.0
Obez (şişman)	4	36.4	7	63.6	11	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=1.347$		p= 0.718			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin gebelik öncesi beden kitle indeksi (BKİ) sınıflandırması ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.347$, p>0.05) (Tablo 48).

Tablo 49: Annelerin Gebeliklerinde Aldıkları Kilo ortalamaları ile Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

	Kilo Tutulumu						
	Tutulum Yok			Tutulum Var			
	Sayı	X ± SS	Min-Max	Sayı	X ± SS	Min-Max	
Gebelikte Aldıkları Kilo Ortalama	57	12.45±4.69	3.00-21.00	182	15.10±5.67	2.00-35.00	
Test	U=3863.0		p=0.009				

U(Mann-Whitney*U*Testi)

Annelerin gebeliklerinde aldıkları kilo ortalamaları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelemesinde Mann-Whitney U testi kullanılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (U=3863.0, p<0.05). Annelerin gebelikte aldıkları kilo ortalaması daha yüksek olanların doğum sonrası kilo tutulumu olduğu belirlenmiştir (Tablo 49).

Tablo 50: Annelerin Gebelikte Aldıkları Kilonun ATE Kriterlerine Uygunluk Durumuna göre Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımı

ATE’ne Uygunluk	Kilo Tutulumu				TOPLAM	
	Tutulum yok		Tutulum var			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
ATE’ne göre uygun	16	18.4	71	81.6	87	100.0
ATE’den fazla	17	18.1	77	81.9	94	100.0
ATE’den az	24	41.4	34	58.6	58	100.0
TOPLAM	57	23.8	182	76.2	239	100.0
Test	$\chi^2=12.961$		p= 0.002			

χ^2 (ki-kare)

Annelerin gebelikte aldıkları kilonun ATE rehber önerilerine uygunluk durumunu ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, ATE rehber önerilerinden fazla kilo alanlarda, daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş; aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=12.961$, p<0.05) (Tablo 50).

Tablo 51: Annelerin Fiziksel Aktivite Düzeyi Puan Ortalamaları ile Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Fiziksel Aktivite Düzeyi (FA) Puan Ortalaması	Kilo Tutulumu							
	Tutulum Yok			Tutulum Var			Test	
	Sayı	Med	Min-Max	Sayı	Med	Min-Max	U	p
Toplam FA Puanı (MET/dk/hafta)	51	198.00	0.00-8316.00	168	453.75	0.00-6942.00	3198.5	0.006
Şiddetli FA Puanı (MET/dk/hafta)	56	0.00	0.00-1440.00	180	0.00	0.00-4320.00	4542.5	0.068
Orta Şiddetli FA Puanı(MET/dk/hafta)	56	0.00	0.00-720.00	179	0.00	0.00-3600.00	4552.5	0.128
Yürüme FA Puanı(MET/dk/hafta)	53	198.00	0.00-8316.00	172	297.00	0.00-3168.00	3982.0	0.163
Oturma Süresi(dk/gün)	25	300.00	60.00-540.00	93	240.00	60.00-840.00	1137.5	0.868
U(Mann-Whitney U Testi)								

Annelerin doğum sonrası 12.-18. Aylarda Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi kısa formuna göre fiziksel aktivite düzeyleri ve oturma davranışları puan ortanca değerleri ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları Tablo 51’de gösterilmiştir. Toplam FA puan ortanca değeri ve oturma süresi ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, kilo tutulumu olanlarda Toplam FA puanı ortanca değeri (453.75) daha yüksek olarak belirlenmiş, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo51).

Tablo 52: Annelerin Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) Puan Ortalamaları ile Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

ÖEYÖ ve Alt Gruplar	Kilo Tutulumu							
	Tutulum Yok			Tutulum Var			Test	
	Sayı	X ± SS	Min-Max	Sayı	X ± SS	Min-Max	U	p
Davranışa Başlama (DB)	57	32.05±4.30	20.00-38.00	182	32.30±5,00	14.00-40.00	4823.0	0.423
Davranış Sürdürme(DS)	57	25.52±3.70	10.00-31.00	182	25.19±3.80	13.00-35.00	4959.0	0.615
Davranış Tamamlama (DT)	57	20.19±3.34	8.00-25.00	182	20.15±3.26	8.00-25.00	5103.0	0.853
Engellerle Mücadele (EM)	57	9.80±2.32	4.00-15.00	182	9.61±2.56	4.00-15.00	4889.5	0.510
TOPLAM (ÖEYÖ)	57	87.57±8.88	61.00-103.00	182	87.28±10.94	47.00-111.00	5139.5	0.917

U(Mann-Whitney U Testi)

Annelerin Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) toplam puan ve alt grup puan ortalamaları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelemesinde Mann-Whitney U testi kullanılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 52).

Tablo 53: Annelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puan Ortalamaları ile Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

ÇBASDÖ ve Alt Gruplar	Kilo Tutulumu							
	Tutulum Yok			Tutulum Var			Test	
	Sayı	X ± SS	Min-Max	Sayı	X ± SS	Min-Max	U	p
Özel insan (Eş)	57	24.29±5.74	4.00-28.00	182	23.76±6.10	4.00-28.00	5004.0	0.665
Aile	57	24.68±5.44	4.00-28.00	182	26.08±3.83	5.00-28.00	4594.0	0.132
Arkadaş	57	20.54±7.35	4.00-28.00	182	22.29±6.65	4.00-28.00	4419.0	0.084
TOPLAM (ÇBASDÖ)	57	69.52±15.64	15.00-84.00	182	72.14±12.52	22.00-84.00	4790.5	0.378

Tablo 54: Annelerin Beck Anksiyete Envanteri Puan Ortalamaları ile Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumu Dağılımları

Beck Anksiyete Ölçeği	Kilo Tutulumu					
	Tutulum Yok			Tutulum Var		
	Sayı	Med	Min-Max	Sayı	Med	Min-Max
TOPLAM	57	7.00	0.00-45.00	182	5.00	0.00-50.00
Test	U= 4499.0		p=0.130			

U(Mann-Whitney U Testi)

Annelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplam puan ve alt grup puan ortalamaları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelemesinde Mann-Whitney U testi kullanılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 53).

Annelerin Beck Anksiyete Envanteri puan ortanca değerleri ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelemesinde Mann-Whitney U testi kullanılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 54).

Tablo 55: Annelerin Doğum Sonrası 12.-18. Aylarda Kilo Tutulumlarının Bağımsız Değişkenlerle Lojistik Regresyon Modeli

Değişkenler	Düzy	β i	S.E	Wald	df	p	Exp β
Kronik Hastalık Bulunma durumu	1.evet 2.hayır	1.272	0.483	6.933	1	0.008	3.570
Gebelikle İlgili Egzersiz Eğitim Alma Durumu	1.evet 2.hayır	1.577	0.432	13.296	1	0.000	4.839
Ana Öğün Atlama Durumu	1.evet 2.hayır	1.073	0.403	7.074	1	0.008	2.924
Gebelikte ATE Önerilerine Uygun Kilo Alma Durumu	1.uygun	1.389	0.435	10.213	1	0.000	4.009
	2.fazla	1.677	0.452	13.768	1	0.000	5.351
	3.az						

Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre; doğum sonrası 12-18. aylarda kronik hastalığı olmayan annelerde, kronik hastalık olanlara göre kilo tutulum riski 3.570 kat daha fazla, gebelikte egzersiz eğitimi almayanlarda, eğitim alanlara göre kilo tutulumu riski 4.839 kat daha fazla; ana öğün atlamayanlarda, ana öğün atlayanlara göre kilo tutulumu riski 2.924 daha fazla olduğu saptanmıştır. Annelerin gebelikte ATE önerilerine uygun kilo alma durumlarına bakıldığında gebelikte ATE önerilerine uygun kilo alanlarda doğum sonrası 12-18. aylarda kilo tutulum riski, ATE önerilerinden az kilo alanlara göre 4.009 kat daha fazla, ATE önerilerinden fazla kilo alanlarda az kilo alanlara göre kilo tutulum riski 5.351 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 55).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Doğum sonu 12.-18. aylarda maternal kilo tutulumunun ve etkileyen faktörlerin incelendiği bu araştırmada, elde edilen bulgular araştırma hipotezleri dikkate alınarak literatür doğrultusunda bu bölümde tartışılmıştır.

4.1.ANNELERİN GEBELİK ÖNCESİNDE VE GEBELİKTE KİLO ALIM DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Çalışmaya katılan annelerin gebelik öncesi BKİ incelendiğinde %74.9'unun normal kilolu, % 18'inin fazla kilolu ve obez olduğu saptanmıştır (Tablo 21). Çalışmamızla benzer olarak, yapılan çalışmalarda kadınların yarısından fazlasının gebelik öncesi BKİ'sinin normal olduğu belirlenmiştir (10,69). Kac ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada ise kadınların %54.2'sinin gebelik öncesi fazla kilolu ve obez olduğu saptanmıştır (54).

Çalışmada, gebelikte 2 ile 35 kilo arasında kilo alan annelerin kilo ortalamaları 14.47 ± 5.56 olup, annelerin %42.7'si 8-14kg, %41.0'inin 15-21 kg aldığı belirlenmiştir (Tablo 22). Yapılan farklı çalışmalarda, 1980'li yıllarda annelerin doğum sonrası kilo alımları 13.3 -16.1 kg (1,72,82,87) ve 1990'lı yıllarda 13.6- 16.8 kg olarak saptanmıştır (67,76,112,113). Kac ve arkadaşlarının (2004) Brezilyalı kadınlarda yaptıkları çalışmada, gebelikte -6 – 30 kg arasında kilo alan annelerin, kilo ortalaması 13 kg olarak saptanmıştır (54). Tsukomoto ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada da gebelikte -9.6-24 kg kilo arasında kilo alan annelerin, kilo

ortalamaları 9.6 ± 3.7 olarak belirlenmiştir (115). Nohr ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada ise çalışmamızla benzer olarak annelerin gebelikte aldıkları kilo ortalaması 15.1 ± 5.9 olarak bulunmuştur (75).

Ayrıca annelerin % 57.3'nün gebelikte BKİ sınıflamasına göre fazla kilolu, % 25'inin ise obez olduğu bulunmuştur (Tablo 23). Ülkemizde bu konu ile ilgili yeterli sayıda çalışma olmamakla beraber, İrge ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada gebelerde fazla kilolu ve obezite oranı bizim çalışmamızdan farklı olarak %27.2 bulunmuştur (52). Stuebe ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada ise kadınların %51'nin gebeliklerinde aşırı kilo aldığı belirlenmiş olup, bu sonuç çalışmamızla uyumlu bulunmuştur (97). Walker ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada kadınların %35.7'sinin gebeliklerinde aşırı kilo aldığı, %30.4'ünün yetersiz kilo aldığı saptanmıştır (121). Bu sonuçlar doğrultusunda gebelikte kilo alımının giderek artış gösterdiği görülmekte ve bu durum maternal obezite için önemli bir belirleyici faktör olarak düşünülmektedir. Aşırı kilo alımının, gebelik ve doğum komplikasyonlarını ve postpartum kilo tutulum riskini artırdığı belirtilmektedir (15,65).

Araştırmaya katılan annelerin gebeliklerinde 2009 yılı ATE rehber önerisine göre; %39.3'ünün fazla kilo aldığı, %24.3'ü az kilo aldığı ve % 36.4'ünün uygun kilo aldıkları belirlenmiştir (Tablo 24). Çalışmamızla benzer olarak, yapılan bazı çalışmalarda kadınların sadece %30-40'nın ATE önerilerine uygun kilo aldıkları saptanmıştır (12,15). Wells ve Murray'ın (2003) çalışmasında, gebelik süresince kadınların %37.9'unun ATE rehberine uygun, %22.4'ünün yetersiz, %39.6'nın aşırı kilo aldıkları belirlenmiştir (123). Amerika da 2002-2003 yılları arası gebelik risk tanılmasında 1990 rehberine göre gebe kadınların %50-73'ünün az veya aşırı kilo

aldığı belirtilmiştir (92).Toplum temelli yapılan son çalışmalarda da, kadınların ATE rehber önerilerinden fazla kilo aldığı ve buna bağlı olarak gebelikte kilo alım oranlarının %43 ile %53 arasında yüksek oranlarda olduğu bildirilmiştir (97,121).

4.2.ANNELERİN DOĞUM SONRASI 12.-18. AYLARDAKİ KİLO DURUMLARINA AİT BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırmada, doğum sonrası 12.-18.aylar arasındaki kiloları 46 ile 104 arasında değişen annelerin doğum sonrası kilo ortalamaları 64.98 ± 10.27 ve beden kitle indeksi (BKİ) ortalamaları 24.11 ± 3.57 (min-max 15.43-36.73) olup; %65.3'ünün normal kilolu, %23.8'inin fazla kilolu olduğu belirlenmiştir (Tablo 26). Çalışmada, doğum sonrası 12-18.aylar arasındaki annelerin, doğum sonrası kilo tutulum ortanca değeri 4.00 olup (-9-27 kg), %76.2'sinde kilo tutulumu olduğu; %44.4'ün de 0.5-5 kilo, %20.6'sında 5.5-10 kilo tutulum olduğu belirlenmiştir (Tablo 27). Türkiye'de yapılmış çalışmalarda doğum sonrası kilo tutulumunu inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Rössner ve Öhlin (1995) tarafından yapılan sistematik incelemede, 1990 yılından önce yayınlanmış çalışmalarda doğum sonrası ortalama kilo tutulumunun 0.5 ile 2.4kg arasında olduğu belirlenmiştir(95). Yapılan bazı çalışmalarda doğum sonrası 12. ayda ortalama kilo tutulumunun 0.6 kg ile 2.5kg aralığında olduğu belirlenmiştir (53,77). Öhlin ve Rössnerin (1990) İsveçli kadınlarda yaptığı çalışmada doğum sonrası kilo tutulumu ortalama 1.5 kg olarak saptanmıştır (82). Benzer şekilde Olson ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada da kadınlarda doğum sonrası 12. ayda kilo tutulumu ortalaması 1.51 ± 5.95 kg (-19.1-27.5) olarak belirlenmiş ve kadınların yaklaşık % 25'in de 4.55 kg veya daha fazla kilo tutulumu olduğu bulunmuştur (78). O 'Toole ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada doğum sonrası ilk yılda kilo tutulumu %58 olarak saptanmış olup,

çalışmamıza göre daha düşük bulunmuştur (80). Amerika da yapılan Ulusal Anne ve Bebek Sağlığı çalışması sonuçlarına bakıldığında; Amerika ve Afrika kökenli kadınların % 46'sının, beyaz kadınların %25'inin doğum sonrası 10-18. aylarda dokuz ve daha fazla kilo tutulumlarının olduğu belirlenmiştir (120). Althuizen ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada, doğum sonrası 12. aydaki annelerin %20'sinde beş ve daha fazla kilo tutulumları olduğu belirlenmiştir (10). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer olarak kadınların doğum sonrası en az beş kilo ve üzerinde kilo tutulumlarının olduğu saptanmıştır (40,48). Doğum sonrası bu kilo kazanımlarının kadınlarda beden imajında meydana getirebileceği değişimler kısa ve uzun dönemde, kadının bedensel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir.

4.3.DOĞUM SONRASI MATERNAL KİLO TUTULUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırmaya katılan annelerin çoğunluğu 31 ve üzeri yaş grubunda olup, 31 ve üzerin yaş grubunda olanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 30). Olson ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada 40 yaş ve üstünde olan kadınlarda doğum sonrası daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (78). Ayrıca yapılan başka çalışmalarda da yaşın doğum sonrası kilo tutulumunu etkileyen bir faktör olduğu belirtilmiştir (40,53). Bu durumun yaşla birlikte metabolizmanın yavaşlamasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüş ve metabolizmada ki bu yavaşlamanın, anatomik ve fizyolojik olarak da değişikliklere neden olabileceği bu yüzden de beslenme planı yapılırken bu değişikliklerin dikkate alınması gerektiği vurgulanmıştır (47).

Çalışmaya katılan annelerin %50.6'sı fakülte/yüksekokul ve üzeri mezunudur. Eğitim durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde; fakülte/yüksekokul mezunu olanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 31). Gore ve arkadaşları (2003) ve Gunderson ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmalarda ise çalışmamızdan farklı olarak eğitim durumları ile kilo tutulumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (37,41).

Annelerin çalışma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde; çalışmayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 32). Toplumsal yaşamda ev hanımı bayanların fiziksel güce dayalı ev işlerinde de azalma meydana gelmiştir. Ev işlerindeki bu hareketler tekrarlı ve tekdüze oldukları için enerji harcanımı da buna bağlı olarak düşmekte ve vücut ağırlığını korumak zorlaşmaktadır (13). Bu durum kadınlarda daha fazla kilo tutulumu olmasına yol açabilmektedir. Tezcan ve arkadaşlarının (2003) 15-49 yaşlarında Türk kadınlarının bazı tanımlayıcı özelliklerinin ve bu grupta obezite prevalansı ve etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla yaptıkları çalışmada, obezite ile yaş, öğrenim durumu, medeni durum, ailenin geliri, kadının ev dışında çalışma durumu, gebelik ve canlı doğum sayısı, doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmışlardır (110).

Annelerin gelir durumu algısı ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde; gelir giderden az olarak algılayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark

saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 33). Literatürde, gelir durumunun kilo tutulumunu etkileyen bir faktör olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (37,41,89). Keller ve arkadaşlarının (2008) ve Kinnunen ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmalarda düşük sosyo-ekonomik düzeyi olanlarda, doğum sonrası kilo tutulumunun daha fazla olduğu saptanmıştır (57,62). Araştırma sonucu, literatürü desteklemektedir.

Doğum sonrası süreçte kilo alımının, devam etmesini tetikleyen diğer bir faktör kültürel yaklaşımdır. Türk kültüründe, lohusa olan bireye anne sütünü arttırmak gayesi ile gıda alımında artışla birlikte aşırı derecede karbonhidratlı besin yemeye teşvik etmek kabul gören bir davranıştır. Gün içerisinde her şeyin tadına bakan, komşusunun getirdiği her yemeği yemek durumunda kalan lohusanın kilolu olması kaçınılmazdır. Anne bebeğini emzirdiği sürece diyet yapmak gibi bir davranıştan bahsedilemeyeceği gibi günlük karbonhidrat tüketimini iki üç katına çıkarır (105). Geleneksel bu yaklaşımların geniş aile tipinde çok fazla görüldüğü düşünülmektedir. Bu çalışmada da istatistiksel olarak doğum sonu 12-18. aylarda kilo tutulumu ile anlamlı ilişki saptanmamasına karşın, geniş aileye mensup olan kilo tutulumu olan annelerin oranı, çekirdek aileye mensup kilo tutulumu olan annelerden fazladır($p>0.05$)(Tablo34).

Çalışmamızda annelerin sigara içme durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde; sigara içenlerde ve gebelikle birlikte sigarayı bırakanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 35). Gebelik döneminde sigarayı bırakmak durumunda kalan bireylerin, iştahlarında artma olabileceği ve kilo tutulumlarının daha fazla yeme alışkanlığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Öhlin ve Rössner (1990) tarafından yapılan

çalışmada, gebeliğin erken dönemlerinde sigarayı bırakan ve doğum sonrası sigara içmeye devam etmeyen kadınların, doğum sonrası 12. ayda sigara içen ve içmeyen kadınlara göre daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiştir (82). Harris ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları çalışmada da, sigara içme durumu ve doğum sonrası kilo tutulumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır(46). Schauburger ve arkadaşlarının (1992) yaptıkları çalışmada ise sigara içmeyenlerde, doğum sonrası ilk 6 ayda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiştir (100).

Annelerin gebeliği isteme durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde; gebeliği isteyenlerde daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 37). Bu sonuç gebeliğin istenmesi ve benimsenmesinin beslenme davranışını arttırdığını göstermektedir. İsteyerek gebe kalan kadınların, beslenme alışkanlıkları incelenmeli, toplumumuzda yaygın olan çift kişilik yeme davranışları düzeltilmelidir.

Çalışmaya katılan annelerin gebelik ve doğum sayıları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde; üç ve üzeri gebeliği olanlarda, daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş fakat istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 37). Gunderson ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında, artan gebelik ve doğum sayısının obezite ile ilişkili olduğu, doğum sonrası kilo tutulumuna, gebelikte alınan kiloları verememe, hormonal, beslenme ve yaşam tarzındaki değişikliklerin neden olduğu belirtilmiştir (40). Başka bir çalışmada da, üç ve üzeri doğum yapan kadınların, bir-iki doğum yapanlara oranla daha fazla kilo tutulumlarının olduğu belirtilmiştir (7).

Çalışmamızda, annelerin gebeliklerinde kilolarını algılama durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamasına rağmen kilolarını şişman olarak algılayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 38). Bu durum kültürün gebelikteki beslenme alışkanlıklarına olan etkisi ile açıklanabilir. Bir gebe ya da doğum sonrasında emziren bir anne Türk kültüründe besin kısıtlamasına gitmeyeceği gibi, sütün artırılması için çevreden karbonhidratlı besinler yemesi için teşvik edilmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin yarısından fazlasının (%56.9) gebeliklerinde fiziksel aktivite yaptığı, gebeliklerinde fiziksel aktivite yapmayanlarda doğum sonrası 12.-18. aylarda daha fazla kilo tutulumu olduğu, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 39). Literatürde, gebelikte egzersizin gestasyonel diyabet, gebelik hipertansiyonu, anksiyete, depresyon gibi birçok sağlık probleminin önlemesinin yanısıra aşırı kilo alımı ve uzun dönemde oluşabilecek obezite riskini azalttığı belirtilmiştir (12,34). Amerikan Spor Hekimleri Birliği ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği tarafından fizyolojik olarak sağlık problemi olmayan gebelerin, gebe olmayan kadınlarla eşit düzeyde, günde en az 30 dakika orta yoğunlukta, haftada en az üç-beş kez egzersiz yapabilecekleri ifade edilmiştir (80). Gebelikte denge kaybının ve fetal travmanın minimal olabileceği tempolu yürüyüş, yüzme, hafif koşu, bisiklete binme, aerobik, pilates, yoga, dans ve evde yapılan fiziksel aktiviteler önerilmektedir (4). Gebelikte aktivite ve egzersiz yapma durumu; bireyin gebelik algısı, bebeğini koruma içgüdüğü, modern toplumlarda gebelerin daha az aktif olmaları gibi faktörlerden etkilenmektedir. Türk kültüründe kırsal alanda gebelerin aktivitelerini kısıtlaması

gibi bir durum olmadığı gibi, doğum zamanına kadar sağlıklı bir gebe normal bir birey kadar aktiftir. Ancak çalışmanın yapıldığı bölgede, şehir yaşamı ile birlikte bireylerin daha az aktif olduğu, çoğunlukla sedanter bir yaşam biçimini tercih ettikleri düşünülmektedir.

Annelerin gebeliklerinde fiziksel olarak kendilerini algılama durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde; “hiç aktif değildim, hareketsizdim” olarak ifade edenlerde daha fazla kilo tutulumu olduğu, ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 40). Althuizen ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada kişilerin kendilerini fiziksel olarak aktif algılayanlarda daha az kilo tutulumu olduğu belirlenmiştir (10). Ayrıca, yapılan bazı çalışmalarda da gebelikte ve gebelik sonrasında fiziksel olarak aktif olan kadınların, hareketsiz bir gebelik geçiren kadınlara göre, doğum sonrası kilo tutulumlarının daha az olduğu belirtilmektedir (9,79,104). Araştırma sonucu literatürdeki çalışmaları desteklemektedir.

Annelerin gebeliklerinde fiziksel egzersiz konusunda eğitim alma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde; gebelikte egzersiz konusunda eğitim almayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 42). Ayrıca yapılan regresyon analizi sonucunda, gebelikte egzersiz konusunda eğitim almayanlarda, eğitim alanlara göre kilo tutulumu riski 4.839 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 55). Kilo tutulumu olan kadınlarda, gebelikte fazla kilo almanın ve obezitenin riskleri konusunda yeterince bilgi verilmemekte olduğu düşünülmektedir. Gelişmiş ülkelerde, doğum öncesi bakımın (DÖB) bir parçası olarak yapılmakta olan gebe eğitiminde, gebe kadınlara eğitim ve danışmanlık

hizmetinde gebelikte beslenme, fiziksel aktivite ve gebelikte alınması gereken kilo konusunda bilgi verilmektedir (44). Ülkemizde ise doğum öncesi gebelere eğitim, hekim veya ebe/hemşire tarafından sağlık merkezine gelen gebelere kısa bilgilendirmeler şeklinde gerçekleştirilmektedir. Gürel ve Kemik'in (2007) yapmış oldukları çalışmada; gebe kadınların % 66.7'sinin beslenme ve kilo alımı, %19.7'sinin gebelikte egzersiz bilgisinin olmadığı belirlenmiştir (44). Kadınlara, sağlık personeli tarafından gebelikte aşırı kilo alımı, doğum sonrası kilo tutulumu ve obezitenin riskleri konusunda eğitim verilmelidir. Ayrıca kilo yönetimi için beslenme ve fiziksel aktivite konusunda danışmanlık yapılmalıdır.

Annelerin doğum şekli ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde; sezeryan ile doğum yapanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 43). Sezaryen ameliyatının cerrahi bir girişim olması sebebiyle, ameliyat sonrası bireylerde aktivite kısıtlaması söz konusu olabileceğinden, sezaryen olan annelerde kilo tutulumunun daha fazla olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada annelerin ana öğün atlama durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde; ana öğün atlamayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 44). Yapılan regresyon analizinde de ana öğün atlamayanlarda, ana öğün atlayanlara göre kilo tutulumu riski 2.924 daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 57). Sağlıklı ve dengeli beslenme hayatın her döneminde olduğu gibi doğum sonrası dönemde de önemlidir. Anne sağlığının korunması, yeterli süt desteğini sürdürme, yenidoğan gelişiminin sağlanabilmesi ve annenin sağlıklı kilo kontrolünü sağlaması için yeterli kalori içeren, protein, vitamin ve minerallerden zengin

beslenmesi gereklidir (55,128). Doğum sonrası dönemde dengesiz beslenme obezite riskini artırmakta ve buna bağlı olarak gelişen sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (61). Metabolizmanın düzenli çalışması için yiyeceklerin günde en az üç öğünde tüketilmesi ve öğünler arası geçen sürenin 4-5 saat olması önerilmektedir (116).

Araştırmada annelerin büyük çoğunluğu (%83.7) öğünlerini ara öğünlerle desteklemektedirler (Tablo 18). Literatürde doğum sonrası kilo tutulumu ve beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında; doğum sonrası süreçte gıda alımını artıran kadınların diğerlerine kıyasla daha fazla kilo tutulumu gösterdiğini ortaya koymaktadır (46,66,78,81). Öhlin ve Rössner'in (1994) yaptığı araştırmada, gebelik öncesi ve sonrası öğün miktarı ve atıştırma sıklığını artıran kadınlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiştir (81). Olson (2003)'nun çalışmasında doğum sonrası ortalama gıda alımını değiştirmeyen ve artıran kadınlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiştir (78).

Çalışmaya katılan annelerin gebelik öncesi kilo ve BKİ ortalamaları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelemesinde, doğum sonrası 12.-18 aylarda kilo tutulumu olan annelerin, gebelik öncesi kilo ve BKİ ortalaması daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($U=4121.0$, $p<0.05$) (Tablo 47). Bu sonuç doğrultusunda **H₁ hipotezi** (Kadınların doğum sonrası kilo tutulumu ile gebelik öncesi BKİ ortalamaları arasında ilişki vardır) desteklenmiş ve kabul edilmiştir. Gebelik öncesi düşük kiloda olan bireylerin doğum sonrası kilo tutulumlarının fazla olmasının, bireylerin düşük kiloda olması sebebiyle gebelikleri süresince, bebeğin gelişimini desteklemek ve Türk kültüründe iki canlı olan annenin daha çok yemesi gerektiği mantığı ile beslenme

alışkanlıklarında herhangi bir kısıtlamaya gitmemeleri ile ilişkisi olabileceği düşünülmektedir. Maddah ve Nikooyeh'in (2008) İranlı kadınlarla yaptıkları çalışma, bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Maddah ve Nikooyeh'in (2008) çalışmalarında, gebelik öncesi BKİ'si düşük olanların, doğum sonrası 12. ayda daha fazla kilo tutulumu olduğunu belirlemiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (69). Ancak literatürde doğum sonrası kilo tutulumuna neden olan faktörlerden biri olarak gebelik öncesi fazla kilo alımı belirtilmektedir (45). Öhlin ve Rossner (1990)'nin çalışmalarında, gebelik öncesi fazla kilolu kadınların, doğum sonrasında kilo tutulumu olma riskinin fazla olabileceğini belirtilmiştir (82). Başka bir çalışmada da gebelik öncesi BKİ değeri 26 veya daha fazla olan kadınların doğum sonrası bir yıl içerisinde kilo tutulumlarının fazla olduğu saptanmıştır (102). Stockholm'de, bir obezite birimine başvuran ağır obez kadınların büyük çoğunluğunda (%73) doğumdan bir yıl sonra kilo tutulumunun en az 10 kg olduğu bulunmuştur (118). Gebelikte alınan aşırı kiloların ise doğum sonrası kilo tutulumundaki ana faktör olduğu belirtilmiştir (15,61,120). Dengesiz beslenmeye bağlı gebelik döneminde görülen şişmanlık doğumu güçleştirebileceği için de istenmeyen bir durumdur (47). Gebelikleri süresince ortalama 15.10 ± 5.67 kg alan annelerin doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumlarının daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 49). Huang ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada da doğum sonrası 6. Ayda kilo tutulumu ortalaması 14.06 ± 4.36 olarak bulunmuş ve gebelikte aldıkları kilo ile kilo tutulumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (48). Uluslararası literatürde, gebelikte alınan kilo ile doğum sonrası kilo tutulumu arasında ilişkiyi inceleyen birçok çalışma vardır. Thorsdottir ve Birgisdottir'in (1998) gebeliklerinde

normal kilo alan kadınlarla, fazla kilo alan kadınların karşılaştırıldığı çalışmalarında, doğum sonrası 18. ayda, normal kilo alanlarda 0.1 kg, fazla kilo alanlarda ise 2.6 kg kilo tutulumu olduğu belirlenmiştir (111). Gunderson ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada, gebeliklerinde 17.3-25.5 kg arasında kilo alan annelerin doğum sonrası 12.ayda ortalama kilo tutulumu ortalaması 0.8 ± 4.5 olarak belirlenmiştir (42). Gebelik süresince kilo alımı Türk kültüründe toplumun ve ailenin gebeye yaklaşımı ile açıklanabilir (105). Ülkemizde gebelikte gelenek ve göreneklerin etkisi ile yanlış besinlerin seçimi, yiyecek hazırlamada ve saklamada yapılan yanlış uygulamalar ve dengesiz beslenme sonucu aşırı kilo alımına neden olmaktadır. Geleneksel Türk kültüründe “iki canlı” olarak görülen annenin daha çok yemek yemesi gerekliliği yanlış inancı sonucunda gebelikte alınan kilonun fazla olması normal olarak görülmektedir. Ayrıca Türk kültürünün bir parçası olan “aşırme” inancı ile yenilen besinlerin bir kısmını gebe kişinin canının çekeceğini düşünerek paylaşmak istemesi sonucu bu davranış aile büyükleri tarafından gebeye zorla yemek yedirmeye dönüştürülmektedir. Bu sonuç ATE rehber önerilerine uygun kilo alımının önemini göstermektedir. Amerikan Tıp Enstitüsü rehber önerilerinde gebelerin BKİ’lerine göre gebelik süresince almaları gereken kilo belirlenmiştir. Bu sebeple her gebenin alması gereken kilo değişiklik göstermektedir (92).

Çalışma sonuçlarına göre; ATE rehber önerisinden, fazla kilo alanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş; aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 50). Ayrıca yapılan regresyon analizinde, gebelikte ATE önerilerine uygun kilo alanlarda doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulum riski ATE önerilerinden az alanlara göre 4.009 kat daha fazla, ATE önerilerinden fazla kilo alanlarda az kilo alanlara göre kilo tutulum riski 5.351 kat daha fazla

olduğu saptanmıştır (Tablo 55). Bu sonuç doğrultusunda **H₂ hipotezi** (Kadınların doğum sonrası kilo tutulumu ile gebeliklerinde ATE rehber önerilerine uygun kilo alım durumları arasında ilişki vardır) desteklenmiş ve kabul edilmiştir. Ulusal Anne ve Bebek Sağlık Araştırmasında da doğum sonrası 10-18.aylarda kilo tutulumu değerlendirilmiş, ATE önerilerinden fazla kilo alan beyaz kadınlarda 2.2kg, önerilere uyan beyaz kadınlarda 0.7 kilo, ATE önerilerinden fazla kilo alan Afrikalı-Amerikan kadınlarda 5.8 kg, ATE önerilerine uygun kilo alan Afrikalı-Amerikan kadınlarda 3.3kg doğum sonrası kilo tutulumu saptanmıştır (15). Rode ve arkadaşlarının (2012) gebelikte kilo alımı, BKİ ile doğum sonrası maternal kilo arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, gebelik öncesi BKİ'ne göre gebelikte ATE rehber önerilerinden fazla kilo alan kadınlarda doğum sonrası kilo tutulumu riskinin fazla olduğunu belirlemişlerdir (93).

Ülkemizde gebelikte kilo alımı takibinin yapılması ve ATE rehber önerileri doğrultusunda kilo yönetiminin sağlanması gebelikte aşırı kilo alımını engelleyebilir. Bu sayede, doğum sonrası maternal kilo tutulumu, toplumdaki obezite oranı ve obeziteye bağlı hastalıkların gelişimi önlenabilir (32). Gebelikte kilo alımı için ATE önerilerinde, bireylerin BKİ doğrultusunda oranlar verilse de bireylerin yaşam biçimi davranışlarının oluşmasında, kendilerini nasıl algıladıklarının öneminin olduğu düşünülmektedir. Gebenin kendisini normal kiloda olarak algılaması ya da toplumun gebelikte aldığı fazla kiloyu yadırgamaması bireylerin beslenme alışkanlıklarında daha esnek davranmalarına sebep olarak kilo tutulumunu tetiklemektedir. Bu nedenle etkili doğum sonrası kilo yönetiminin sağlanması için hemşirelerin kadınlara, gebelik öncesinden başlayarak gebelikte ve doğum sonrası kilo alımı,

sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve sağlığı olumlu etkileyen yaşam tarzı davranışları konusunda danışmanlık vermesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

4.4.ANNELERİN ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA FORM), ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ, ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ VE BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI İLE DOĞUM SONRASI KİLO TUTULUM DURUMUNUN İNCELENMESİ

Annelerin Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Toplam FA puan ortanca değeri ve oturma süresi ile doğum sonrası 12.-18. Aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde; kilo tutulumu olanlarda Toplam FA puan ortanca değeri daha yüksek olarak belirlenmiş, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 51). Bu sonuç doğrultusunda **H₃ hipotezi** (Kadınların doğum sonrası kilo tutulumu ile fiziksel aktivite durumu arasında ilişki vardır) desteklenmiş ve kabul edilmiştir. Ancak toplam FA puanı arttıkça kilo tutulumunun azalması beklenirken bizim çalışmamızda yüksek olmasının nedeni; annelerin kilo tutulum oranının yüksek olmasına bağlı olarak, bu kilolardan kurtulmak için fiziksel aktivite davranışlarında da artış göstermeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Doğum sonrası 12. ayda toplam fiziksel aktivite seviyesi ile doğum sonrası kilo tutulumu arasındaki ilişkiyi belirleyen bazı çalışmalarında doğum sonrası fiziksel aktivite seviyesi düşük olanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu saptanmıştır (46,77,78). Benzer şekilde Althuisen ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da, doğum sonrası fiziksel aktivite seviyesi yüksek olanlarda daha az kilo tutulumu riski olduğu belirlenmiştir(10).

Annelerin doğum sonrası 12-18. aylarda kilo tutulum durumu ile Öz-etkililik-yeterlilik ölçeği (ÖEYÖ) toplam puan ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde;

aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 52). Bu sonuç doğrultusunda **H₄ hipotezi** (Kadınların doğum sonrası kilo tutulumu ile öz-etkililik-yeterlilik düzeyleri arasında ilişki vardır) reddedilmiştir. Öz-etkililik-yeterlilik algısı güçlü olan insanlar, zor işlerde ve olaylarda daha rahat, güvenli ve güçlü olmaktadır. Başarısızlıkla karşılaştıklarında daha çok çaba sarf ederek sorunu ortadan kaldırmaya çalışmaktadırlar. Güçlü bir öz-etkililik-yeterlilik, bireyin iyilik halini ve başarıma gücünü artırır. Ayrıca öz-etkililik algısının sigara ve alkol kullanımının bırakılması, kilo kontrolü ve doğum kontrolü gibi sağlıklı davranışlar üzerinde güçlü bir pozitif etkisi olduğu belirtilmiştir (48). Literatürde doğum sonrası 12 ayda egzersiz, beslenme değişiklikleri ve psikososyal faktörler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, kilo/davranış hedeflerine ulaşmada öz-etkililik yeterliliğin önemi vurgulanmaktadır (74,118).

Bireyin, yaşamındaki stresin olumsuz etkilerine karşı direnç göstermesinde ve zorluklarla başa çıkmasında sosyal ilişkilerin önemli olduğu düşünülmektedir. Araştırmada annelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplam puan ve alt puan ortalamaları üst sınıra yakın olup algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu belirlenmiş, fakat ÇBASDÖ toplam puan ve alt grup puan ortalamaları ile doğum sonrası 12-18. aylarda kilo tutulum durumu incelemesinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 53). Bu sonuç doğrultusunda **H₅ hipotezi** (Kadınların doğum sonrası kilo tutulumu ile sosyal destek düzeyleri arasında ilişki vardır) reddedilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda da bizim çalışmamızdan farklı olarak, doğum sonrası kilo tutulumu ile sosyal destek arasında ilişki saptanmıştır (41,74). Harris ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları çalışmada sosyal destek azlığının doğum sonrası kilo tutulumu riskini artırdığı

belirlenmiştir(46). Doğum sonrası dönemde eş, aile ve /veya arkadaşlar tarafından sağlanan sosyal desteğin anneyi, duygusal ve bilişsel olarak rahatlatması ile açıklanabilir. Çünkü yüksek seviyede sosyal destek alan kadınların, daha az sosyal destek alan kadınlara göre stres, depresyon, anksiyete ve çeşitli problemlerle daha etkili, kolay bir şekilde başa çıkmada daha güçlü öz-etkililik-yeterlilik duygusuna sahip oldukları belirlenmiştir (70).

Çalışmaya katılan annelerin Beck Anksiyete Envanteri puan ortanca değerleri ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulum durumu incelemesinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 54) ve bu sonuç doğrultusunda **H₆ hipotezi** (Kadınların doğum sonrası kilo tutulumu ile anksiyete düzeyleri arasında ilişki vardır) reddedilmiştir. Bu çalışmada, kilo tutulumu olan ve olmayan annelerde anksiyete puan ortalamaları düşük ve birbirine yakın bulunmuştur. Genellikle stres altında ya da zor durumda olan bireye, yakın çevresindeki insanların yanı sıra diğer toplumsal ilişkilerinin sağladığı sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (8). Doğum sonrası dönemde de anksiyete ve depresyon, kadının kilo kontrolünü, benlik saygısını, yeteneklerini, çocukların bakım ve gelişimini, aile ve eşi ile ilgili sorumluluk rollerini olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir (63).

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Doğum sonrası maternal kilo tutulumunun ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırma bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar;

Araştırmada, yaşları 18 ile 42 arasında değişen annelerin yaş ortalaması 30.81 ± 4.59 olup; %48.5'inin 18-30 yaş grubunda, %51.5'inin 31 ve üzeri yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Annelerin, %50.6'sının fakülte/yüksekokul ve üzeri, %28.5'inin lise düzeyinde eğitim aldığı, %62.8'inin çalışmadığı, çalışan annelerin %27.2'sinin memur olduğu, %93.7'sinin sağlık güvencesinin olduğu, %93.7'sinin çekirdek ailede yaşadığı, %79.1'inin gelirinin 1001 TL üzerinde olduğu, annelerin algılarına göre; %72.4'ünün gelirinin gidere denk olduğu, %73.2'sinin Ege Bölgesinde, %76.2'sinin ilde yaşadığı, annelerin tamamının resmi nikahının olduğu saptanmıştır.

Annelerin sigara içme durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %23'ünün sigara içtiği, sigara içen annelerin %40'ının 6-10 adet sigara tükettiği, %80.3'ünün hiç alkol almadığı, belirlenmiştir.

Annelerin kronik hastalık bulunma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %13'inin kronik hastalığı olduğu, kronik hastalığı olanların %58.1'inin Hipotiroidi hastası olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada, annelerin %84.9'unun gebeliği istediği, %43.5'inin ilk gebeliği, %33.1'inin ikinci gebeliği olduğu, %52.7'sinin bir doğum yaptığı, %55.2'sinin son doğumuyla arasındaki sürenin 1-5 yıl olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada, annelerin %39.3'ünün gebeliklerinde kilolarını hafif kilolu ve şişman olarak algıladığı, %56.9'unun gebelikte fiziksel aktivite yaptığı, fiziksel aktivite yapan annelerin %92.6'sının yürüyüş yaptığı, %57.3'ünün ortalama 30-59 dk, %81.0'ının haftada üç gün ve üzeri en az 15 dakikayı içeren fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir.

Araştırmada, annelerin %59.4'ünün gebeliklerinde kendilerini fiziksel olarak aktif, %24.3'ünün çok aktif algıladığı, %39.7'sinin gebelikte sağlığını iyi, %22.8'inin sağlıklarını orta ve kötü/zayıf olarak algıladığı belirlenmiştir.

Annelerin %58.6'sının gebeliklerinde beslenme ve kilo alımı, %82.4'ünün fiziksel egzersiz konusunda bilgi almadığı, %69.9'unun eşlerinden, %22.2'sinin ailesinden destek aldığı saptanmıştır.

Annelerin gebelikleri süresince destek aldığı kişilere göre dağılımları incelendiğinde; %69.9'unun eşlerinden, %22.2'sinin ailesinden destek aldığı saptanmıştır.

Araştırmada, annelerin %72.0'sinin sezaryen doğum yaptıkları, bebeklerin %50.6'sının kız olduğu, %87.9'unun 2501-3999 gr arasında doğduğu, %96.7'sinin bebeklerini emzirdikleri, bebeğini emziren annelerin %48.1'nin 13-18 ay, %39.3'ünün 7-12 ay emzirdikleri belirlenmiştir.

Annelerin; %65.7'sinin ana öğün atladığı, öğün atlayanların % 73.8'inin öğle yemeğini atladığı, % 83.7'sinin ara öğün aldığı, ara öğün alanların %49.0'unun iki,

%23.0'ünün üç ara öğün aldığı, %87.4'ünün ayrı tabaktan yemek yedikleri, %16.7'sinin gebeliklerinde, %14.6'sının doğum sonrası diyet yaptığı belirlenmiştir.

Annelerin gebelik öncesi kilo ortalaması 60.88 ± 9.65 , boy ortalaması 1.64 ± 0.05 ve beden kitle indeksi(BKİ) ortalamaları 22.58 ± 3.30 , gebelik öncesi BKİ sınıflamasına göre annelerin %7.1'i düşük kilolu, %74.9'u normal kilolu, %18.0'i fazla kilolu ve obez (şişman) olarak belirlenmiştir.

Gebelikte 2 ile 35 kilo arasında kilo alan annelerin, gebelikte aldıkları kilo ortalamaları 14.47 ± 5.56 olup, %42.7'si 8-14kg, %41.0'inin 15-21 kg aldığı, gebelikte BKİ ortalamaları 27.97 ± 3.26 , BKİ sınıflamasına göre %17.6'sı normal kilolu, %57.3'ü fazla kilolu ve % 25.1'i obez (şişman) olarak belirlenmiş, annelerin %39.3'ü gebeliklerinde 2009 yılı ATE rehber önerisine göre fazla, %24.3'ü az kilo almıştır.

Annelerin %46.5'inin doğum sonrası 12.-14. aylarda olduğu, bulunduğu ay ortalamasının 14.98 ± 2.56 olduğu, doğum sonrası kilo ortalamaları 64.98 ± 10.27 ve beden kitle indeksi(BKİ) ortalamaları 24.11 ± 3.57 (min-max 15.43-36.73) olup; %65.3'ünün normal kilolu, %23.8'inin fazla kilolu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada, doğum sonrası 12.-18.aylar arasındaki kilo tutulumları -9 ile 27 kilo arasında değişen annelerin doğum sonrası kilo tutulum ortanca değeri 4.00 olup; % 44.4'ünde 0.5-5 kilo, %20.6'sında 5.5-10 kilo tutulum olduğu belirlenmiştir. Annelerin, % 76.2'sinde kilo tutulumunun olduğu belirlenmiştir.

Doğum sonrası 12.-18. aylardaki annelerin toplam FA düzeyi ortanca değeri 346.50 ve oturma süresi ortanca değeri 240.00 bulunmuştur, öz-etkililik-yeterlilik algıları incelendiğinde; davranışa başlama puan ortalaması 32.24 ± 4.83 olarak yüksek seviye de, davranışı sürdürme puan ortalaması 25.27 ± 3.77 olarak orta

seviyede, davranışı tamamlama puan ortalaması 20.16 ± 3.27 olarak yüksek seviyede, engellerle mücadele puan ortalaması 9.66 ± 2.50 olarak orta seviyede olup; toplam ÖEYÖ puan ortalaması da 87.35 ± 10.47 olarak yüksek seviyede olduğu, belirlenmiştir.

Annelerin, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt ölçek özel insan(eş) destek puan ortalaması 23.89 ± 6.01 , aile destek puan ortalaması 25.74 ± 4.30 , arkadaş destek puan ortalaması 21.87 ± 6.85 ve toplam çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması 71.51 ± 13.34 olarak , annelerin Beck Anksiyete Envanteri ortanca değeri ise 5.00 olarak bulunmuştur.

Annelerin yaş grupları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, 31 ve üzeri yaş grubunda olanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.010$, $p>0.05$).

Annelerin eğitim durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulum durumları incelendiğinde, Fakülte/yüksekokul ve üzeri mezunu olanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.165$, $p>0.05$).

Annelerin çalışma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulum durumları incelendiğinde, çalışmayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu, belirlenmiş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.059$, $p>0.05$).

Annelerin gelir durumu algısı ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, geliri giderden az olarak algılayanlarda daha fazla kilo

tutulumu olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatiksels olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.601$, $p>0.05$).

Annelerin yaşadığı aile tipleri ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, geniş ailede yaşayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatiksels olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.131$, $p>0.05$).

Annelerin sigara içme durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulum durumları incelendiğinde, sigara içenlerde daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatiksels olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.442$, $p>0.05$).

Annelerin kronik hastalık bulunma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde kronik hastalığı olmayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, aralarında istatiksels olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=4.331$, $p<0.05$).

Annelerin gebeliğı isteme durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, gebeliğı isteyenlerde daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, aralarında istatiksels olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.360$, $p>0.05$).

Annelerin gebelik sayıları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, üç ve üzeri gebeliğı olanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatiksels olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=5.208$, $p>0.05$).

Annelerin doğum sayıları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, bir doğum yapanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu

belirlenmiş, fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2= 0.000$, $p>0.05$).

Annelerin gebeliklerinde kilolarını algılama durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulum durumu incelendiğinde kilolarını şişman olarak algılayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2= 6.493$, $p>0.05$).

Annelerin gebeliklerinde fiziksel aktivite yapma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, gebeliklerinde fiziksel aktivite yapmayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.194$, $p>0.05$).

Annelerin gebeliklerinde fiziksel olarak kendilerini algılama durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, “hiç aktif değildim, hareketsizdim” olarak ifade edenlerde daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.213$, $p>0.05$).

Annelerin gebeliklerinde beslenme, kilo alımı konusunda eğitim alma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, gebelikte beslenme kilo alımı konusunda eğitim almayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.829$, $p>0.05$).

Annelerin gebeliklerinde fiziksel egzersiz konusunda eğitim alma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulum durumu incelendiğinde, gebelikte egzersiz konusunda eğitim almayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu

belirlenmiş; aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=10.137$, $p<0.05$).

Annelerin doğum şekli ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, sezeryan ile doğum yapanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.119$, $p>0.05$).

Annelerin ana öğün atlama durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, ana öğün atlamayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=4.394$, $p<0.05$).

Annelerin atladıkları ana öğün ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulum durumu incelendiğinde sabah öğününü atlayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş fakat aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.885$, $p>0.05$).

Annelerin gebeliklerinde diyet yapma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, gebeliklerinde diyet yapmayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.353$, $p>0.05$).

Annelerin doğum sonrası diyet yapma durumları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, doğum sonrası diyet yapmayanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.297$, $p>0.05$).

Annelerin gebelik öncesi kilo ortalamaları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelemesinde Mann-Whitney U testi kullanılmış ve

aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($U=4121.0$, $p<0.05$). Annelerin gebelik öncesi kilo ortalaması daha düşük olanlarda kilo tutulumu vardır.

Annelerin gebelik öncesi BKİ ortalamaları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelemesinde Mann-Whitney U testi kullanılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($U=4290.5$, $p<0.05$). Annelerin gebelik öncesi BKİ ortalaması daha düşük olanlarda kilo tutulumu vardır.

Annelerin gebelik öncesi beden kitle indeksi (BKİ) sınıflandırması ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, gebelik öncesi BKİ düşük kilolu olanlarda daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş, fakat aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.347$, $p>0.05$).

Annelerin gebeliklerinde aldıkları kilo ortalamaları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelemesinde Mann-Whitney U testi kullanılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($U=3863.0$, $p<0.05$). Annelerin gebelikte aldıkları kilo ortalaması daha yüksek olanların doğum sonrası kilo tutulumu olduğu belirlenmiştir.

Annelerin gebelikte aldıkları kilonun ATE rehber önerilerine uygunluk durumunu ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, ATE rehber önerilerinden fazla kilo alanlarda, daha fazla kilo tutulumu olduğu belirlenmiş; aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=12.961$, $p<0.05$).

Annelerin Toplam FA puan ortanca değeri ve oturma süresi ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelendiğinde, kilo tutulumu olanlarda Toplam FA puanı ortanca değeri (453.75) daha yüksek olarak belirlenmiş, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Annelerin Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) toplam puan ve alt grup puan ortalamaları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelemesinde Mann-Whitney U testi kullanılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Annelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplam puan ve alt grup puan ortalamaları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelemesinde Mann-Whitney U testi kullanılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Annelerin Beck Anksiyete Envanteri puan ortalamaları ile doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelemesinde Mann-Whitney U testi kullanılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre doğum sonrası 12-18. aylarda kronik hastalık olmayan annelerde kronik hastalık olanlara göre kilo tutulum riski 3.570 kat daha fazla, gebelikte egzersiz eğitimi almayanlarda eğitim alanlara göre kilo tutulumu riski 4.839 kat daha fazla, ana öğün atlamayanlarda ana öğün atlayanlara göre kilo tutulumu riski 2.924 daha fazla olduğu saptanmıştır. Annelerin gebelikte ATE önerilerine uygun kilo alma durumları değişkenine bakıldığında, ATE önerilerine uygun kilo alanlarda doğum sonrası 12-18. aylarda kilo tutulum riski ATE önerilerinden az kilo alanlara göre 4.009 kat daha fazla, ATE önerilerinden fazla kilo alanlarda az kilo alanlara göre kilo tutulum riskinin 5.351 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.

5.2.ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda;

- Ülkemizde Sağlık Profesyonellerinin salgın bir hastalık olan obezite, gebelikte kilo alımı, yönetimi ve doğum sonrası kilo yönetimi konusunda eğitilmesi,
- Ülkemizde gebelikte kilo alımı takibinin yapılması ve ATE rehber önerileri doğrultusunda kilo yönetiminin sağlanması,
- Doğum sonrası dönemde kadınların BKİ ve kilo takibinin yapılması,
- Doğum sonrası kilo tutulumunun azaltılması için; kadınlara gebelikte kilo alımı, aşırı kilo alımının maternal, fetal sonuçları, doğum sonrası kilo tutulumu, fiziksel aktivite ve sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili geliştirici eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hemşirelerin doğum sonrası kilo yönetimini sağlamada kadınlara; beslenme, fiziksel aktivite, sağlığı etkileyen olumlu yaşam tarzı davranışları ve obezitenin uzun dönem riskleri konusunda danışmanlık vermesi,eğitim programları düzenlenmesi,
- Kadınlarda kilo yönetimi için, gebelik ve doğum sonrası dönemi içeren bireysel danışmanlık girişimli çalışmalar yapılması,
- Beslenme ve fiziksel aktivite değerlendirmesinde daha objektif ölçüm araçlarının kullanılması,
- Bu çalışmanın farklı sosyo-kültürel yapıya sahip bölgelerde ve daha geniş örneklem grubuna uygulanması önerilir.

BÖLÜM VI

ÖZET

DOĞUM SONRASI MATERNAL KİLO TUTULUMUNUN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Bu araştırma, annelerin doğum sonrası 12.-18. aylarda kilo tutulumlarının ve etkileyen faktörlerin kilo tutulumu üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini, İzmir ili Gaziemir Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Gaziemir 3 No'lu Gazikent Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı anneler oluşturmuştur (n=350). Araştırmanın örneklemini ise; yukarıda belirtilen aile sağlığı merkezine gelişigüzel örnekleme yöntemi ile belirlenmiş 31 Ocak - 31 Haziran 2012 tarihleri arasında başvuran, doğum sonrası 12-18. aylarda olan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 239 anne oluşturmuştur.

Veri toplama aracı olarak, annelerin sosyo-demografik ve diğer değişkenlerin özelliklerini belirleyen Anne Tanıtım Formu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form), Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Beck Anksiyete Envanteri kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Pearson Ki-kare testi, Mann-Witney U testi, Lojistik Regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmada, doğum sonrası 12.-18. aylar arasındaki kiloları 46 ile 104 arasında değişen annelerin doğum sonrası kilo ortalamaları 64.98 ± 10.27 ve beden kitle indeksi (BKİ) ortalamaları 24.11 ± 3.57 (min-max 15.43-36.73) olup; %65.3'ünün normal kilolu, %23.8'inin fazla kilolu olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, doğum sonrası 12-18. aylar arasındaki annelerin, doğum sonrası kilo tutulum ortalamaları 4.09 ± 4.90 olup (-9-27 kg), %76.2'sinde kilo tutulumu olduğu; % 44.4'ün de 0.5-5 kilo, %20.6'sında 5.5-10 kilo tutulum olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin, gebelik öncesi kilo ortalamaları, gebelik öncesi BKİ ortalamaları, gebelikte aldıkları kilo ortalamaları, gebelikte ATE rehber önerisine uygun kilo alım durumları ile doğum sonrası 12-18. aylarda kilo tutulumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$).

Annelerin gebelikte egzersiz eğitimi alma durumları, gebelikteki sağlık algıları, kronik hastalık olma durumları, beslenme alışkanlıklarında ana öğün atlama durumları ve doğum sonrası 12-18. aylarda Toplam Fiziksel aktivite düzeyi puan ortalamaları ile doğum sonrası 12-18. aylarda kilo tutulumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

Annelerin Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) toplam puan ve alt grup puan ortalamaları, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplam puan ve alt grup puan ortalamaları, Beck Anksiyete Envanteri puan ortalamaları ile doğum sonrası 12-18. aylarda kilo tutulumu durumları incelemesinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Bu çalışmanın sonucunda; doğum sonrası 12-18. aylarda annelerde kilo tutulumunun olduğu ve kilo tutulumunu etkileyen pek çok faktör olduğu belirlenmiş

olup, bu faktörlerden en önemlisinin gebelikte alınan aşırı kilolar olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: gebelik, doğum sonrası, kilo tutulumu,

ABSTRACT

INVESTIGATION OF FACTORS AFFECTING AND POSTPARTUM MATERNAL WEIGHT RETENTION

This study has been made to examine postpartum weight retention 12 to 18 months and factors which have effects for weight retention. The study population consisted of women registered to Numbered 3 Family Health Center in Gaziemir, linked to Gaziemir/ Izmir Health Group Precidency (n= 350). The study sample included 239 women who were at postpartum 12 to 18 months, applied to the health center above in between 31 October and 20 June, eligible for the study criteria, volunteer for the study and chosen by a randomized sample method.

Mother Information Form, International Physical Activity Questionnaire (Short Form), Self-efficiency Scale, Multidimensional Social Support Scale, Beck Anxiety Inventory which specified the features of other variables and sociodemographic attributes of mothers were used as a means of data collection.

The findings were evaluated by using numbers, percentage, average/mean, standart deviation, Pierson Chi-Square test, Man- Wtiney U test, logistic regression analysis. Results were evaluated at %95 confidential interval(CI) and $p < 0.05$ siginificance level

Women, whose weight postpartum 12 to 18 months were between 46 to 104 had 64.98 ± 10.27 postpartum weight on avarage and body mass index (BMI) 24.11 ± 3.57 (max.-min. 15.43-36.73) on avrage in this study. Also, this study reported that % 65.3 of women were normal weight and % 23.8 of women are overweight. In this study, it is concluded that posparpartum women at 12 to 18

months had 4.09 ± 4.90 (-9-27 kg) postpartum weight retention on average. This study found that 79% of women had weight retention. 44% of women had 0.5-5kg to weight retention whereas weight retention varied from 5.5 to 10 kg in 20.6% of women.

The association between pre-pregnancy weight on average, pre-pregnancy BMI on average, average weight during pregnancy, weight gain which is suitable for IOM (Institute Of Medicine) counselling's recommendations and postpartum weight retention at 12 to 18 months is statistically significant among women in the study ($p < 0.05$).

The study has found statistically significant association between Physical activity training, sense of health during pregnancy, chronic disease, situation, skipping the main meal in their dietary habits and total physical activity levels on average postpartum at 12 to 18 months and postpartum weight retention at 12 to 18 months ($p < 0.05$).

The study has examined the relationship between Self-Efficacy Sufficiency Scale (SESS) total points and sub-group average points, multidimensional social support scale total and sub group average points, Beck anxiety inventory average points and postpartum weight retention at 12 to 18 months. It is reported that there is no association between them ($p > 0.05$).

It is reported that there are many factors that have effects for weight retention and women have weight retention postpartum at 12 to 18 months. Furthermore, excessive weight gain during pregnancy is regarded as the most important factor in these studies.

Key words: pregnancy, postpartum, weight retention,

BÖLÜM VII

7. YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Abrams B and Parker JD (1990): Maternal weight gain in women with good pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 76:1–7.
2. Abrams B, Altman SL, Pickett KE:(2000) Pregnancy weight gain: still controversial. *American Journal Clinical Nutrition*; 71(5):1233S-41S.
3. Aittasalo M, Pasanen M, Fogelholm M, Kinnunen T.I, Ojala K, Luoto R. (2008). “Physical activity counseling in maternity and child health care – a controlled trial” *BMC Women's Health*, 8:14 doi:10.1186/1472-6874-8-14
4. Akbayrak T, Kaya S.(2008). Gebelik ve Egzersiz, Şubat, Ankara,T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı <http://www.beslenme.saglik.gov.tr/> E.T:05.08.2012
5. Akers R, La Greca A, Cochran J, Sellers C. (1989). Social Learning Theory and Alcohol Behavior Among Elderly, *The Sociological Quarterly*, 30 (4): 689.
6. Aksayan S, Gözüm S, (1998) Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik-Yeterlilik Algısının Önemi, Cumhuriyet Üniversitesi, HYO Dergisi, 2: 1-3.
7. Aktener AY, Dülger Hİ, Erkayhan G.E, Görmeli G, Kafadar FS, Yıldız M, Keskinoglu P, Soyer A. (2006).Yarı Kırsal Bir Bölgede 20-64 Yaş Üreme

- Çağı ve Menopoz Sonrası Kadınlarda Şişmanlık Sıklığı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 23(3):119-126
8. Albal E. (2009). Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik İle Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İstanbul
 9. Althuisen E, Van Poppel NM, Seidell JC, Wijden CV, Mechelen WV. (2006). Design of the New Life(style) study: a randomised controlled trial to optimise maternal weight development during pregnancy. BMC Public Health, 6:168 doi:10.1186/1471-2458-6-168
 10. Althuisen E, Van Poppel NM, H de Vries J, Seidell JC, Mechelen WV. (2011). Postpartum behaviour as predictor of weight change from before pregnancy to one year postpartum. BMC Public Health, 11:165 1471-2458/11/165
 11. Amorim A.R, Rössner S, Neovius M, Lourenco P.M, Linne Y.(2007). “Does Excess Pregnancy Weight Gain Constitute a Major Risk for Increasing Long-term BMI?” OBESITY Vol. 15 No. 5 May 1278-1286
 12. Api A, Ünal O, Şen C. (2005). “Gebelikte Beslenme Kilo Alımı ve Egzersiz” Perinatoloji Dergisi; 13(2):71-9
 13. Arslan C, Ceviz D. (2007). Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 21 (5): 211 - 220
 14. Artal M, Sherman C. (1998). Exercise Against Depression. The Physician and Sports Medicine, 26(10): 57-61.

15. Asbee SM, Jenkins TR, Butler JR, White J, Elliot M, Rutledge A. (2009). Preventing Excessive Weight Gain During Pregnancy Through Dietary and Lifestyle Counseling A Randomized Controlled Trial, OBSTETRICS & GYNECOLOGY;113:305-12
16. Bandura A. (1977). USocial Learning Theory, NJ: Prentice-Hall.
17. Bandura A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency, American Psychologist, 37
18. Bandura A. (1989). Social Cognitive Theory, Annals Of Child Development, Six Theories of Child Development, Vol: 6.
19. Bandura A. (1999). Social Cognitive Theory: an agentic perspective . Journal of Social Psychology, 2 (1), 21-41
20. Bandura A. (2001). Social Cognitive Theory of Mass Communications, Media Effects : Advances in Theory and Research, Hillsdale, Nj:Lawence Erlbaum.
21. Bandura A. (2011). <http://www.learning-theories.com/social-learning-theory-bandura.html> Tarama Tarihi: 02.09.11
22. Baeten JM, Bukusi EA, Lambe M. (2001). Pregnancy Complications And Outcomes Among Overweight And Obese Nulliparous Women. Am J Public Health;91(3):436-40.
23. Bingöl Y.T, Tel H. (2007). Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek Ve Depresyon Düzeyleri ile Etkileyen Faktörler Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10:3
24. Boardley DJ, Saargent RG, Coker AL, Hussey JR, Sharpe PA. (1995). The relationship between diet, activity, and other factors, and postpartum weight change by race. Obstet Gynecol. 86:834-8.

25. Bussel JCH, Spitz B, Demyttenaere K. (2009). Anxiety in pregnant and postpartum women. an exploratory study of the role of maternal orientations. J Aff Disor; 114:232–242.
26. Catalano PM, Ehrenberg HM. (2006). The Short And Long-Term Implications Of Maternal Obesity On The Mother And Her Offspring. BJOG;113(10):1126-33.
27. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. (2002). Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi Ve Sosyal Destek İle İlişkisi. Kriz Dergisi; 10(1): 11-18.
28. Cengiz C. (2007). Physical Activity and Exercise Stages of Change Levels of Middle East Technical University students., Uzmanlık Tezi, Department of Physical Education and Sports, Middle East Technical University, Ankara.72s
29. Chung E. (1995). Social support and self efficacy as mediators between stress and depressive symptoms .n older adults. Doctoral dissertation, University of Michigan, Michigan USA.
30. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE. et.al.(2003). İnternational Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity, Med.Sci.Sports.Exerc;35:1381-1395.
31. Daşıkkan Z, Kavlak O, (2009). Maternal Obezite: Gebelik Komplikasyonları ve Gebe Kadının Yönetimi, Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2009;1(1):39-46
32. Daşıkkan Z. (2012). Teori Temelli Bireysel Danışmanlık Girişiminin Gebelikte Kilo Yönetimine Etkisi Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi İzmir.

33. Eker D, Arkar H, Yıldız H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunu Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi: 12(1); 17-25.
34. Evenson KR, Bradley CB.(2009) Beliefs About Exercise and Physical Activity Among Pregnant Women. Patient Educ Couns;doi:10.1016/j.pec.2009.07.028.
35. Fetsco T, McClure J. (2005). Educational Psychology an Integrated Approach to Classroom Decisions, Pearson Education Inc.
36. Galtier-Dereure F, Boegner C, Bringer J. (2000) Obesity and Pregnancy: Complications and Cost The American Journal Of Clinical Nutrition;71(suppl):1242S-8S
37. Gore SA, Brown DM, West DS: (2003) The role of postpartum weight retention in obesity among women: a review of the evidence. Ann Behav Med,26:149-159.
38. Gözüm S.(1999). Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliliği, Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi, 2(1): 21-35
39. Guelinckx I, Devlieger R, Beckers K. (2008). Maternal obesity: Pregnancy Complications, Gestational Weight Gain and Nutrition Journal Compilation The International Association for The Study of Obesity. Obesity Reviews 9, 140–150
40. Gunderson EP, Abrams B. (2000). Epidemiology of Gestational Weight Gain and Body Weight Changes After Pregnancy. Epidemiol Rev, 22:261-274.
41. Gunderson EP, Murtaugh MA, Lewis CE, Quesenberry CP, West DS, Sidney S. (2004). Excess gains in weight and waist circumference associated with

- childbearing: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study (CARDIA) *International Journal of Obesity* 28,525–535
42. Gunderson EP, Rifas-Shiman SL, Oken E, Rich-Edwards JW, Kleinman KP, Taveras EM and Gillman MW. (2008). Association of fewer hours of sleep at 6 months postpartum with substantial weight retention at 1 year postpartum. *Am J Epidemiol* 167:178–187.
43. Gülpek D, Akbay Pırıldar ğ, Bayraktar E. (2005) Gebelikte Ve Doğum Sonrası Dönemde Panik Bozukluğu Ve Tedavisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*;15(2):84-92.
44. Gürel SA. Kemik VD.(2007). Gebeliğe İlişkin Bilgi Düzeyi, Etkenleri ve Bunun Doğum Öncesi Bakım Üzerine Etkisi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*;17:101-109.
45. Haiek LN, Kramer MS, Ciampi A, Tirado R,(2001). Postpartum Weight Loss and Infant Feding JABFP Vol. 14 No. 2
46. Harris H.E, Ellison G.T.H, Clement S. (1999). Relative importance of heritable characteristics and lifestyle in the development of maternal obesity *Epidemiol Community Health* 53:66–74
47. Horasan E. (2012). Beslenme. Ed: Atabek Aştı T, Karadağ A. *Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilim ve Sanatı. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul.* Bölüm:38, Sayfa: 897-902.
48. Huang T-T, Wang H-S, TaiDai F. (2008). Effect of pre-pregnancy body size on postpartum weight retention, *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2008.05.001

49. IPAQ research committee Guidelines for data processing and analysis of International Physical Activity Questionnaire (2005-2006)
<http://www.ipaq.ki.se> (13.09.10)
50. Işık İ. (2001). Öz-Etkililik-Yeterlilik İnancı: Yönetici Rollerini Açısından Bir İnceleme (Yayınlanmış Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
51. İlkaracan P, İlkaracan İ (1998). “1990’ lar Türkiye’ sinde Kadın ve Göç” Bilanço 98: 75 Yılda Köylerden Şehirlere, Tarih Vakfı Yayınları, İstanbul, 305-322.
52. İrge E, Timur S, Zincir H, Oltuluoğlu H, Dursun S. (2005). Gebelikte Beslenmenin Değerlendirilmesi STED;14(7)157-160
53. Janney CA, Zhang D and Sowers M. (1997). Lactation and weight retention. American Journal Clinical Nutrition. 66:1116–1124
54. Kac G, Benicio M, Velasquez-Melendez G, Valente JG, Struchiner CJ.(2004). Gestational Weight Gain and Pre-pregnancy Weight Influence Postpartum Weight Retention in a cohort of Brazilian Women J.Nutr.134-661-666
55. Karaçam Z. (2008). Normal Doğum sonrası Dönemin Fizyolojisi ve Bakımı, Kadın Sağlığı, (Ed(s)):A.Şirin, O.Kavlak, Berkay Yayıncılık, İstanbul, s:735-736
56. Karademas E.C. (2006). Self-efficacy, Social Support and Well-being: The Mediating Role Of Optimism. Personality and Individual Differences, 40, 1281-1290.

57. Keller C, Records K, Ainsworth B, Permana P, Coonrod D.V. (2008). Interventions for Weight Management in Postpartum Women JOGNN, 37 , 71-79;.
58. Kendell R E, Chalmers J C, Platz C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. The J Clin Psyc; 150: 73-662.
59. Kırhan A. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Tematik Televizyon Kanal Tercihleri Kullanımlar ve Doyumlar Kuramı–Sosyal Öğrenme Kuramı Çerçevesinde Maltepe Üniversitesi’nde Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
60. King JC. (2000). Physiology of Pregnancy And Human Metabolism. Am J Clin Nutr;71 (5 Suppl):1218S-25S.
61. Kinnunen T.I, Pasanen M, Aittasalo M, Fogelholm M, Weiderpass E, Luoto R. (2007). Reducing postpartum weight retention –a pilot trial in primary health care, Nutrition Journal 6:21
62. Kinnunen T.I. (2009). Prevention of excessive Pregnancy-Related Weight Gain, Academic Dissertation, University Of Tampere School of Public Health The UKK Institute for Health Promotion Research Doctoral Programs in Public Health Finland, February.
63. Kocamanoğlu B. (2008). Doğum sonrası Dönemde Görülen Ruhsal Sorunların Sosyo-demografik, Psikiyatrik ve Obstetrik Özellikler Yönünden Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, On dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalı, Samsun
64. Köroğlu E, Güleç C. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı 2. Ankara: Medico Graphics Matbaası,:296-360.

65. Krishnamoorthy U, Schram CM, Hill SR. (2006). Maternal Obesity in Pregnancy: Is it time for meaningful research to inform preventive and management strategies? BJOG;113(10):1134-40.
66. Ledermann SA. (1993). The effect of pregnancy weight gain on later obesity. Obstet. Gynecol. 82(1):148-155
67. Lederman SA, Paxton A, Heymsfield SB, Wang J, Thornton J and Pierson RN Jr (1997). Body fat and water changes during pregnancy in women with different body weight and weight gain. Obstet Gynecol 90:483–488.
68. Luszczynska, Aleksandra, Scholz, Urte, Schwarzer, Ralf. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied. Vol 139(5) Sep, 439-457.
69. Maddah M, Nikooyeh B.(2009). Weight retention from early pregnancy to three years postpartum: a study in Iranian women. Midwifery;25,731-737
70. Mazzarelle D. (2006). The Mediating Effects Of Perceived Control, Self Efficacy, And Coping On The Relationship Between Social Support And Adjustment To Illness. Doctoral Dissertation, University of Denver, Denver.
71. Monteiro CA, Conde WL, Lu B, Popkin BM. (2004). Obesity and inequities in health in the developing world. IntJ Obes Relat Metab Disord;28:1181-6.
72. Muscati SK, Gray-Donald K and Koski KG (1996). Timing of weight gain during pregnancy: promoting fetal growth and minimizing maternal weight retention. Int J Obes 20:526–532.
73. Nahas M. V, Goldfine B, Collins, M.A. (2003). Determinants of Physical Activity in Adolescents and Young Adults: The Basics for High School and

College Physical Education to Promote Active Lifestyles. *Physical Educator* 60(1); 42-56

74. Nothwehr F. (2004). Attitudes and behaviors related to weight control in two diverse populations, *Preventive Medicine* 39 674–680
75. Nohr EA, Vaeth M, Baker JL, Sørensen TIA, Olsen J and Rasmussen KM (2008). Combined associations of prepregnancy body mass index and gestational weight gain with the outcome of pregnancy. *Am J Clin Nutr* 87:1750–1759.
76. Ochsenein-Kölble N, Roos M, Gasser T and Zimmermann R. (2007). Cross-sectional study of weight gain and increase in BMI throughout pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 130:180–186.
77. Oken E, Taveras E.M, Popoola F.A, Rich-Edwards J.W, Gillman M.W.(2007). Television, Walking, and Diet: Associations with Postpartum Weight Retention NIH Public Access Published in final edited form as: *Am J Prev Med*. April ; 32 (4): 305–311.
78. Olson C.M, Strawderman MS, Hinton PS, Pearson TA. (2003). Gestational weight gain and postpartum behaviors associated with weight change from early pregnancy to 1 y doğum sonrası *International Journal of Obesity* , 27, 117–127
79. ØstbyeT, Krause KM, Lovelady CA, Brauwer RJN, Morey MC. Bastian LA,et al.(2008). Active Mothers Postpartum (AMP) Rationale, Design, and Baseline Characteristics; *Journal Of Women's Health*, Volume 17, Number 10,1567-1575, DOI:10.1089/jwh.2007.0674.

80. O'Toole M.L, Sawicki M.A, Artal R. (2003). Structured Diet and Physical Activity Prevent Postpartum Weight Retention Journal of Women's Health. December 12(10): Volume: 12 Issue 10: July
81. Öhlin A, Rössner S. (1994). Trends in eating patterns, physical activity and socio-demographic factors in relation to postpartum body weight development. Br J Nutr. 71: 457–470.
82. Öhlin A. and Rossner S. (1990). Maternal body weight development after pregnancy. International Journal of Obesity 14, 159-173.
83. Öner N. (2006). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler, 2 C, 2. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
84. Özdamar K. (2003). Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Kaan Kitabevi, Eskişehir, ss:134
85. Öztürk M. (2005). Üniversitelerde Eğitim-Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenirli ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. s: 69
86. Öztürk A. (2008). Ortopedi ve Travmatoloji Kliniklerinde Yatan Kadın Hataların Osteoporoz Bilgi Düzeyi Ve Özetkililik Algılarının Değerlendirilmesi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 15s
87. Parker JD and Abrams B. (1992). Prenatal weight gain advice: an examination of the recent prenatal weight gain recommendations of the Institute of Medicine. Obstet Gynecol 79:664–669.

88. Parker SM, Abrams BF. (1993a). Changes in Energy Intakes during Pregnancy and Lactation in a National Sample of US Women Vol. 83, No. 8
89. Parker JD and Abrams B. (1993b). Differences in postpartum weight retention between black and white mothers. *Obstet Gynecol* 81:768–764.
90. Pekcan G. (2008). “Beslenme Durumunun Saptanması” T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Başkanlığı, Şubat, Ankara.
91. Peköz A. (2009). “Edirne İli Merkezinde 0-1 Yaş Arası Bebeği Olan Annelerin Anksiyete Düzeyleri Ve Yardım Arama Davranışları” Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi
92. Rasmussen KM, Yaktine AL.(2009). Weight Gain During Pregnancy; Reexamine the Guidelines. Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Washington, DC:Institute of Medicine;National Research Council.USA <http://www.nap.edu/catalog/12584.html>. E.T:06.08.2012
93. Rode L, Kjærgaard H, Ottesen B, Damm P, Hegaard KH.(2012). Association Between Gestational Weight Gain According to Body Mass Index and Postpartum Weight in a Large Cohort of Danish Women. *Matern Child Health J* (2012) 16:406–413
94. Rotter J.B. (1982). The Development and Applications of Social Learning Theory, NY: Praeger Publishers, s.305.
95. Rössner S and Öhlin A. (1995). Pregnancy as a risk factor for obesity:lessons from theStockholm Pregnancy and Weight Development Study. *Obes Res* 3(Suppl 2):S267-S275.

96. Samur G. (2008). “Gebelik ve Emzilik Döneminde Beslenme” Sağlık Bakanlığı Yayınları, (www.beslenme.saglik.gov.tr.)
97. Stuebe AM, Oken E, Gillman MW. (2009). Associations of Diet and Physical Activity During Pregnancy With Risk For Excessive Gestational Weight Gain. *Am J Obstet Gynecol*; 201:58.e8.
98. Sevil Ü, Saruhan A, Ertem G, Kavlak O. (2004). “Kadınların Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Ve Bunlara Etki Eden Faktörlerinin İncelenmesi” *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* cilt 18, Sayı 1, Nisan: S 67-76
99. Shere M. (1994). The Self-Efficacy Scale Construction and Validation, *Advanced Nursing*, 26(3): 613-618.
100. Schauburger CW, Rooney BL, Brimer LM. (1992). Factors that influence weight loss in the puerperium. *Obstetrics and Gynecology*. 79:424–429.
101. Schmitt N.M, Nicholson W.K, Schmitt J. (2007). The Association Of Pregnancy And The Development Of Obesity Results Of A Systematic Review And Meta-Analysis On The Natural History Of Postpartum Weight Retention *International Journal of Obesity*. Nov, Vol. 31, No. 11: 1642-1651
102. Scholl TO, Hediger ML, Schall JI, Ances IG, Smith WK. (1995). Gestational weight gain, pregnancy outcome, and postpartum weight retention. *Obstetrics and Gynecology*. 86:423–427.
103. Smith SA, Hulsey T. Goodnight W. (2008). Effects Of Obesity On Pregnancy. *JOGN*;37:176-184.

104. Symons Downs D. and Hausenblas H.A. (2007). Pregnant Women's third trimester exercise behavior, body mass index and pregnancy outcomes. *Psychology and Health*, 22,545-559.
105. Taşcı Duran E, Sevil Ü. (2012). Prenatal ve Postnatal Dönemde Kültürel Yaklaşım. *Kültürlerarası Hemşirelik (Ed(s)):Ü. Seviğ, G. Tanrıverdi, İstanbul Tıp Kitabevi S:325-352*
106. Taylor D.G. and Bury M. (2007). Chronic Illness, Expert Patients And Care Transition. *Sociol Health Illn.*, Jan; 29(1), pp. 27-45.
107. T.C. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2003). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara,
108. T.C. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara,
109. Tekkanat Ç. (2008). Öğretmenlik Bölümünde Okuyan Öğrencilerde Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Denizli
110. Tezcan S, Yiğit E. ve Çakır E. (2003). 15-49 yaş Türk kadınlarında obezite prevalansının bazı risk faktörlerine göre araştırılması. IV. uluslararası beslenme ve diyetetik kongresi, s. 212, Antalya.
111. Thorsdottir I, Birgisdottir BE. (1998). Different weight gain in women of normal weight before pregnancy: Postpartum weight and birth weight. *Obstetrics and Gynecology*. 92:377–383.

112. Thorsdottir I, Torfadottir JE, Birgisdottir BE and Geirsson RT (2002). Weight gain in women of normal weight before pregnancy: complications in pregnancy or delivery and birth outcome. *Obstet Gynecol* 99:799–806.
113. To WW and Cheung W. (1998). The relationship between weight gain in pregnancy, birth-weight and postpartum weight retention. *Austr N Z J Obstet Gynaecol* 38:176–179.
114. Topçu S. (2006). Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Bilim Uzmanlığı Tezi, İzmir.
115. Tsukamoto H, Fukuoka H, Inoue K, Koyasu M, Nagai Y and Takimoto H. (2007). Restricting weight gain during pregnancy in Japan: A controversial factor in reducing perinatal complications. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 133:53–59.
116. Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi (TÖBR 2004).T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara. www.beslenme.saglik.gov.tr. E.T:04.08.2012.
117. US Department of Health and Human Services, A Report of the Surgeon General.(1996).Physical Activity and Health Adults, <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/execsumm.pdf> (15.09.11)
118. Vanessa A. Shrewsbury, Kathryn A. Robb, Chris Power and Jane Wardle.(2009). Socioeconomic Differens in Weight Retention, Weight Related Attitudes and Practices in Postpartum Women *Matern child HealthJ* 13:231-240

119. Velioğlu P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, İstanbul, Alaş Ofset, s.323-346.
120. Walker LO. (2007). Managing Excessive Weight Gain During Pregnancy and The Postpartum Period, JOGNN, 36, 490-500
121. Walker LO, Hoke MM, Brown A. (2009). Risk Factors for Excessive or Inadequate Gestational Weight Gain Among Hispanic Women in a U.S.-Mexico Border State. JOGNN;38:418-429; DOI:10.1111/j.1552-6909.2009.01036.x
122. Weight Gain During Pregnancy .(2009). www. IOM. Edu E.T: 15.11.2010
123. Wells C, Murray EK.(2003). Weight Gain During Pregnancy: Colorado Pregnancy Risk Assesment Monitoring System (PRAMS), 1997-2000 Colorado. Department Of Public Health And Environment; March, no.51.
124. WHO (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a consultation. World Health Organ Tech Rep Ser;894:i-xii, 1-253.
125. Yeşilyaprak B. (2002). Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi, Pegem Yayıncılık, Ankara.
126. Yılmaz TT. (2005). Göç’ ün Kadın Yaşamı Üzerindeki Etkileri. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Van.
127. Yiğitbaş Ç, Yetkin A. (2003). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz-Etkililik-Yeterlik Düzeyinin Değerlendirilmesi C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1)
128. Yüzbir N, Şen C. (2001). “Gebelik ve Süt Verme Döneminde Beslenme” Perinatoloji Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 1/Mart, sy:1-8

EK-I: ANNE TANITIM FORMU

Anket No:

Tarih:

Adres:

Tel No:

Aile Sağlığı Merkezi:

1. Kaç yaşındasınız?

- 1) 18-22 2) 23-27 3) 28-32 4) 33-37 5) 38 yaş ve üstü

2. Eğitim durumunuz nedir?

- 1)Okur Yazar değil 2) Okuryazar 3) İlkokul 4)Ortaokul 5) Lise
6) Fakülte /Yüksekokul 7) Diğer....

3. Medeni durum

- 1)Evli 2)Bekar 3)Dul 4)Boşanmış 5)Ayrı

4. Mesleğiniz nedir?

- 1)Ev Hanımı 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest meslek 5) Diğer...

5. Sosyal güvenceniz var mı?

- 1) Evet 2)Hayır

6. Gelir durumunuz nedir?

- 1-) Gelir-Giderden Az 2-) Gelir-Gidere Denk 3-) Gelir-Giderden Fazla

7. Aylık gelir durumunuz nedir?

- 1)500 TL'den az 2)501-1000 TL arası 3)1001 TL üzeri

8. En uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri neresidir? 1) Köy/Kasaba 2) İlçe 3) İl

9. En uzun yaşadığınız bölge? (.....)

10. Aile tipiniz nedir?

- 1) Çekirdek aile 2)Geniş aile (kimler)
3)Parçalanmış

11- Sigara içiyor musunuz?

- 1) Evet 2)Hayır 3) Gebelikten önce içiyordum, şimdi içmiyorum

12. Sigara içiyorsanız günde kaç adet içiyorsunuz?.....

13. Alkol kullanıyor musunuz?

- 1)Hiç kullanmadım 2)Nadiren kullanıyorum 3)Sık sık kullanıyorum

14. Herhangi bir hastalığınız var mı(şeker, tiroit, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, kanser vb.)? 1) Evet..... 2)Hayır

15. Gebeliğiniz isteyerek planlayarak mı oldu? 1) Evet 2)Hayır

16. Gebelik sayınızı yazınız? a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri
17. Doğum sayınızı yazınız? a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri
18. En son iki doğumunuz arasındaki süre?
19. Yaşayan kaç çocuğunuz var? a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri
20. Gebelikte kilonuzu nasıl algılıyordunuz?
1)Zayıf 2)Normal 3) Hafif kilolu 4)Şişman
- 21.Gebelikte hiç egzersiz, yürüyüş, yüzme, vb. (Günde en az 15 dakika) gibi fiziksel aktivite yaptınız mı? 1) Evet ise türü ortalama kaç dk yapıyordunuz ?..... dk
2) Hayır
22. Yaptıysanız ne sıklıkla yaptınız?
1) Haftada 1 gün 2)Haftada 2 gün 3) Haftada 3 gün ve daha fazla
4) İki haftada bir gün 5) Ayda bir gün
- 23.Gebelikte fiziksel olarak ne kadar aktif olduğunuzu en iyi ifade eden seçenek hangisidir?
1) Fiziksel olarak çok aktiftim
2) Fiziksel olarak aktiftim
3) Oldukça hareketsizdim
4) Hiç aktif değildim, hareketsizdim
- 24.Genel olarak gebelikteki sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?
1) Mükemmel 2) Çok iyi 3) İyi 4) Orta 5) Kötü/zayıf
- 25.Gebeliğinizde “Gebelikte Beslenme, Kilo Alımı” konusunda eğitim aldınız mı?
1) Evet 2)Hayır
26. Evet ise kimden aldınız?
1) Doktor 2) Hemşire 3) Ebe 4) Diğer.....
27. Gebeliğinizde “Gebelikte Fiziksel Egzersiz” konusunda eğitim aldınız mı?
1) Evet 2)Hayır
28. Evet ise kimden aldınız?
1) Doktor 2) Hemşire 3) Ebe 4) Diğer.....
29. Gebeliğiniz süresince diyet uyguladınız mı? 1)Evet 2) Hayır
30. Gebeliğiniz süresince gerek duyduğunuzda en çok kimden yardım/destek aldınız?
1)Eş 2) Aile 3)Arkadaş
31. Doğum yaptığınız tarih?.....

32. Doğum şekliniz? 1) Normal doğum 2) Sezaryen 3 Vakum/Forseps yardımı ile
33. Bebeğinizin cinsiyeti nedir? 1) Kız 2) Erkek
34. Bebeğinizin doğum kilosuz?.....
35. Bebeğinizi emzirdiniz mi? 1)Evet emzirdim 2) Hayır emzirmedim
36. Doğum sonrası diyet uyguladınız mı? 1)Evet 2) Hayır
37. Günde kaç ana (sabah, öğle, akşam) öğün besleniyorsunuz?
38. Ana öğünlerden atladığınız yemediğiniz oluyor mu? 1) Evet 2) Hayır
39. Oluyorsa hangi öğünü atlıyorsunuz? 1) Sabah 2) Öğle 3) Akşam
40. Ana öğünler (sabah, öğle, akşam) dışında aralarda ara öğün (yiyecek, içecek) kaç kez besleniyorsunuz?
41. Evde yemek yeme şekliniz nasıldır? 1-) Ayrı tabak 2-) Aynı tabak 3-) Her ikisinde

Antropometrik Ölçümler

42. Gebelik Öncesi

1.Boy (Ayakkabısız):.....

2.Gebelik öncesi kilosuz:.....

3.Gebelik öncesi BKİ?

- 1)Düşük kilolu < 18.5 2)Normal kilolu 18.5–24.9
3)Pre-obez /fazla kilolu 25–29.9 4)Obez(şışman) $\geq$ 30

43. Gebeliğinizde Toplam Kaç Kilo Aldınız?:.....

44. Gebelikte BKİ?

- 1)Düşük kilolu < 18.5 2)Normal kilolu 18.5–24.9
3)Pre-obez /fazla kilolu 25–29.9 4)Obez(şışman) $\geq$ 30

45. Gebelikte aldığınız toplam kilo İOM önerisine uygun mu?

- 1) İOM göre uygun 2) İOM den fazla 3) İOM den az

46. Doğum Sonrası 12-18. aydaki Kilosu:.....

47. Doğum Sonrası 12-18. aydaki BKİ:.....

EK-II: ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA FORM)

İnsanların günlük hayatlarının bir parçası olarak yaptıkları fiziksel aktivite tiplerini bulmayla ilgileniyoruz. Sorular son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zamanla ilgili olarak sorulacaktır. Lütfen yaptığınız aktiviteleri düşünün; işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence aktiviteleri.

Son 7 günde yaptığınız şiddetli aktiviteleri düşünün. Şiddetli fiziksel aktiviteler zor fiziksel efor yapıldığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız bu aktiviteleri düşünün.

1.Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftada___gün

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

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

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3.Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden 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

Bilmiyorum/Emin değilim

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

Günde ____ saat

Günde ____ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

EK-III: ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen maddeleri dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz.

1. Beni hiç tanımlamıyor
2. Beni biraz tanımlıyor
3. Kararsızım
4. Beni iyi tanımlıyor
5. Beni çok iyi tanımlıyor

Maddeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
1-Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim.	1	2	3	4	5
2-Yapmam gereken bir işe girişmeme gibi bir problemim vardır.	1	2	3	4	5
3- Bir işi bir seferde yapamıyorsa, yapıncaya kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
4-Kendim için hedefler koyduğumda nadiren başarırım.	1	2	3	4	5
5-İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.	1	2	3	4	5
6- Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
7- Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem.	1	2	3	4	5
8- Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
9- Bir şeye yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.	1	2	3	4	5

10-Yeni şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olmazsam hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11- Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.	1	2	3	4	5
12-Benim için zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
13-Başarısızlık beni daha çok teşvik eder.	1	2	3	4	5
14-Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem.	1	2	3	4	5
15-Ben kendime güvenen bir insanım.	1	2	3	4	5
16-Kolaylıkla vazgeçerim.	1	2	3	4	5
17-Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulmam.	1	2	3	4	5
18-Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.	1	2	3	4	5
19-Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.	1	2	3	4	5
20-Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan vazgeçerim.	1	2	3	4	5
21-Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem.	1	2	3	4	5
22-Sosyal toplumlarda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5
23-Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle başara bilirim.	1	2	3	4	5

EK –IV: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle Hayır						Kesinlikle Evet
1.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
2.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
3.Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
5.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var	1	2	3	4	5	6	7
6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8.Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim	1	2	3	4	5	6	7
9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var	1	2	3	4	5	6	7
10.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
11.Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

EK-V: BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddenin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

0 = HİÇ

2 = ORTA DERECEDE

1 = HAFİF DERECEDE

3 = CİDDİ DERECEDE

Sizi ne kadar rahatsız etti?

- | | |
|---|-----------------|
| 1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma | (0) (1) (2) (3) |
| 2.Sıcak/ateş basmaları | (0) (1) (2) (3) |
| 3.Bacaklarda halsizlik titreme | (0) (1) (2) (3) |
| 4.Gevşeyememe | (0) (1) (2) (3) |
| 5.Çok kötü şeyler olacak korkusu | (0) (1) (2) (3) |
| 6.Baş dönmesi veya sersemlik | (0) (1) (2) (3) |
| 7.Kalp çarpıntısı | (0) (1) (2) (3) |
| 8.Dengeyi kaybetme duygusu | (0) (1) (2) (3) |
| 9.Dehşete kapılma | (0) (1) (2) (3) |
| 10.Sinirlilik | (0) (1) (2) (3) |
| 11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu | (0) (1) (2) (3) |
| 12.Ellerde titreme | (0) (1) (2) (3) |
| 13.Titreklilik | (0) (1) (2) (3) |
| 14.Kontrolü kaybetme korkusu | (0) (1) (2) (3) |

15.Nefes almada güçlük	(0)	(1)	(2)	(3)
16.Ölüm korkusu	(0)	(1)	(2)	(3)
17.Korkuya kapılma	(0)	(1)	(2)	(3)
18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	(0)	(1)	(2)	(3)
19.Baygınlık	(0)	(1)	(2)	(3)
20.Yüzün kızarması	(0)	(1)	(2)	(3)
21.Terleme (Sıcağa bağlı olmayan)	(0)	(1)	(2)	(3)

EK VI: AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Yaptığımız bu araştırmada amaç doğum sonrası annelerin 12.-18. aylarda kilo tutulumlarının, etkileyen faktörlerin ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin kilo tutulumu üzerine etkisinin incelenmesidir. Bu çalışma siz ve sizin gibi benzer sıkıntılar yaşayan bireylere daha iyi destek verilmesini sağlayacak ve bundan sonraki çalışmalara veri teşkil edecektir. Size soracağım anketlerdeki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir.

Bu çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır ve bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak istemezseniz veya herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırabilirsiniz. Bu durum hizmet almanızı hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Bu çalışmada kullanılan sizin ile ilgili bütün veriler, yasaların öngördüğü şekilde gizli tutulacaktır.

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

Saygılarımla;

Arş. Gör. Nigar ÇELİK

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları

Hemşireliği A.D. Bornova /İzmir

Yukarıdaki açıklamayı okudum ve anladım. Araştırmacı tarafından yukarıdaki çalışma bana sözlü olarak anlatıldı ve sorularıma cevap verildi. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı ve çalışmanın sonuçlarının yayınlanmasını kabul ediyorum.

Tarih:

Gönüllünün Adı-Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmzası:

**EK VII: EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU BİLİMSEL ETİK
KURUL İZİN BELGESİ**



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

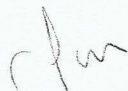
SAYI : 2011-205
KONU : Araştırma Kararı hk.

Bornova /İZMİR
23.12.2010

E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Arş.Gör.Nigar ÇELİK'in sorumluluğunda Ocak 2012 – Haziran 2012 tarihleri arasında yapılması planlanan "Doğum Sonrası Maternal Kilo Tutulumunun ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu araştırması 23.12.2010 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve "Araştırmanın Yürütülmesi Uygun" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.


Prof.Dr.Ümran SEVİL
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

**EK VIII: SAĞLIK BAKANLIĞI GAZİEMİR SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI İZİN
BELGESİ**

T.C.
İZMİR İL
SAĞLIK MÜDÜ

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
(Giden Evrak)

18.01.2012 16:10:20 / 7018
EĞİTİM

SAYI: Egt.Şb.B.104.İSM.4350009/
KONU: Araştırma İzni

Kayıt yapan : FİGEN TURAN

EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Şenay ÜNSAL ATAN ve Araştırma Görevlisi Nigar ÇELİK'in, "Doğum Sonrası Materyal Kilo Tutulumunun ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu araştırması ile ilgili başvurusu tarafımızca değerlendirilmiştir.

Çalışma sonucunun rapor halinde Müdürlüğümüze bildirilmesi koşuluyla, araştırmanın Gaziemir Sağlık Grup Başkanlığına bağlı tüm Aile Sağlığı Merkezlerinde Ocak-Haziran 2012 tarihleri arasında yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Şenol SARIYICI
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK IX: ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA FORM) İZİN YAZISI

 **nigar ardıç** 09 11 2010 ☆  
Kime: ptmeldaozturk ▾
Sayın Uzm.Fzt. **Melda Öztürk**,
2005 yılında geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğunuz "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) kısa formunu" yüksek lisans tezimde kullanmak üzere izninizi istiyorum.
...

 **melda ozturk** ptmeldaozturk@yahoo.com 12 11 2010 ★  
Kime: bana ▾
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği araştırma görevlisi Nigar Ardıç'ın yüksek lisans tezinde Türkçe geçerlilik ve güvenirliği tarafımdan çalışılmış IPAQ - Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'ni kullanmasında sakınca yoktur.
Melda Sağlam, Uzm. Fzt.
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

Melda Sağlam, MSc, PT

Hacettepe University

EK X: ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

Ölçek İzin  Gelen Kutusu x   

 **nigar ardıç** 09 11 2010   

Kime: sgozum 

Sayın Prof.Dr.Sebahat GÖZÜM,

1999 yılında geçerlik ve güvenirliğini yaptığınız "Öz-etkililik-yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunu" yüksek lisans tezimde kullanmak üzere izninizi istiyorum.

İyi çalışmalar dilerim...

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D.
Araştırma Görevlisi Nigar ÇELİK

 **Sebahat GOZUM** sgozum@akdeniz.edu.tr 09 11 2010   

Kime: bana 

Sayın Nigar Ardıç,

Dilimize adaptasyonunu Sayın Seçil Aksayan ile yaptığımız Öz-etkililik-yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunu tez çalışmanızda atıf göstermek koşuluyla kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim

Prof. Dr. Sebahat Gözum

Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu

Antalya

EK XI: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Ölçek İzin  Gelen Kutusu x   

 **nigar ardıç** 9.11.2010   

Kime: haluk.arkar 

Sayın Doç.Dr.Haluk ARKAR,

1995 yılında geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğunuz "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini" yüksek lisans tezimde kullanmak üzere izninizi istiyorum.

İyi çalışmalar dilerim...

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D.
Arş.Gör. Nigar ÇELİK
05052936946

 **haluk.arkar@ege.edu.tr** 15.11.2010   

Kime: bana 

> Sayın Nigar ÇELİK,
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.
Başarılar dilerim.
Doç. Dr. Haluk Arkar


EGE ÜNİVERSİTESİ

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER:

Adı Soyadı: Nigar ÇELİK
Medeni Durum: Evli ve bir çocuk annesi
Doğum Tarihi/Yeri: 16.12.1980/Merzifon
E-posta: nigarardic@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLER:

Başlangıç: Hemşirelik Eğitimi
1994-1998 İstanbul Şişli Sağlık Meslek Lisesi
Ebelik Bölümü
Lisans Eğitimi: 1999-2004 Dumlupınar Üniversitesi Sağlık
Yüksekokulu/ Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans Eğitimi: 2009-2012 Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü/Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

MESLEKİ DENEYİM:

1999: Erzincan Üzümlü Devlet Hastanesi Acil Servis/
Hemşire-Ebe
1999-2006: Kütahya Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi ve
Kadın Doğum Servisi, Hemşire
2006-2009: Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Kadın
Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Araştırma Görevlisi
2009-devam ediyor: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Kadın
Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Araştırma Görevlisi