

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEORİ TEMELLİ BİREYSEL DANIŞMANLIK
GİRİŞİMİNİN GEBELİKTE KİLO YÖNETİMİNE
ETKİSİ

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Doktora Tezi
Zeynep DAŞIKAN

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Şenay ÜNSAL ATAN
Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN

İZMİR
2012

TEZ ONAY SAYFASI

Kurum Adı : Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Anabilim Dalı : Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Programı : Doktora

Tez Konusu : Teori Temelli Bireysel Danışmanlık Girişiminin
Gebelikte Kilo Yönetimine Etkisi

Danışman : Yrd. Doç. Dr. Şenay ÜNSAL ATAN
Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN

Tezi Hazırlayan : Öğr. Gör. Zeynep DAŞIKAN

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ:

Başkan (1. Danışman) : Yrd. Doç. Dr. Şenay ÜNSAL ATAN

Başkan (2. Danışman) : Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN

Üye / İmza : Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL

Üye / İmza : Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

Üye / İmza : Doç. Dr. Oya KAVLAK

Tezinin Kabul Edildiği Tarih : 24.04.2012

ÖNSÖZ

Mesleki eğitim sürecimde ve doktora tez çalışmamda destek olan ve katkı sağlayan tüm hocalarıma; birinci tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Şenay ÜNSAL ATAN'a, ikinci tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN'e, tez jürimde yer alan Sayın Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL'e, Sayın Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN'a, Sayın Doç. Dr. Oya KAVLAK'a katkıları için çok teşekkür ederim.

Araştırmanın yapılmasına ve danışmanlık odası olarak Sağlık Grup Başkanlığı Eğitim Salonunu kullanmama izin veren Ödemiş Sağlık Grup Başkanlığına;

Ödemiş Sağlık Grup Başkanlığına bağlı 1-2-3-5-6 no'lu Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimi ve ebe/hemşire arkadaşlara; çalışmaya katılan tüm gebe kadınlara;

Araştırma yaptığım 3. no'lu Aile Sağlığı Merkezi ile aynı binada bulunan danışmanlık odası kullanımı ve barınma desteği sağlayan Ödemiş Belediyesi Huzurevi Yönetimine;

Araştırmanın ödüllendirme aşamasında yeni doğan paketi ile sponsor olan Ontex-Can Bebe ve Unı Baby firmalarına;

Çalışmamın istatistiki analizlerini yapan E.Ü. Bioistatistik Bölümünde çalışan Araş. Gör. Hatice ULUER'e; bana destek veren arkadaşlarıma;

Beni yetiştiren değerli aileme ve özellikle okumayı seven, eğitime önem veren rahmetli babam Mehmet Ali DAŞIKAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İZMİR, 24.04.2012

Zeynep DAŞIKAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	7
1.4. Araştırmanın Önemi	8
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	10
1.6. Tanımlar	10
1.7. Genel Bilgiler	11
1.7.1. Gestasyonel Kilo Alımı	11
1.7.1.1. Gestasyonel Kilo Alımı ile İlgili Geçmiş Yaklaşımlar	16
1.7.2. Aşırı Gestasyonel Kilo Alımının Maternal, Fetal ve Neonatal Sonuçlara Etkisi	16
1.7.3. Obezitenin Maternal, Fetal ve Neonatal Sonuçlara Etkisi	18
1.7.4. Gestasyonel Kilo Alımını Etkileyen Faktörler	20
1.7.4.1. Beslenme	20
1.7.4.1.1. Gebelikte Enerji Gereksinimi	22
1.7.4.1.2. Besin Grupları	22

1.7.4.1.3. Öğünler ve Öğün Zamanlarının Önemi	24
1.7.4.2. Gebelikte Fiziksel Aktivite /Egzersiz	25
1.7.4.2.1. Gebelikte Fiziksel Aktivitenin Kesin Kontraendikasyonları	27
1.7.4.2.2. Fiziksel Aktivitenin Sonlandırılması Gereken Durumlar	27
1.7.4.2.3. Fiziksel Aktivite Önerilmeden Önce Yapılması Gerekenler	27
1.7.4.2.4. Gebelikte Fiziksel Aktiviteye Başlama Zamanı	28
1.7.4.2.5. Gebelikte Önerilen Fiziksel Aktiviteler	28
1.7.4.2.6. Fiziksel Aktivitenin Sıklığı, Süresi ve Şiddeti	28
1.7.4.3. Gestasyonel Kilo Alımını Etkileyen Diğer Faktörler	29
1.7.5. Gebelikte Kilo Yönetiminde Yapılan Yaşam Tarzı Davranış Girişim Çalışmaları	32
1.7.6. Teorik Çerçeve	35
1.7.6.1. Sosyal Bilişsel Teori	36
1.7.6.1.1. Sosyal Bilişsel Teorinin Temel İlkeleri	36
1.7.6.2. Teoriler Üstü Model	45
1.7.6.2.1. Değişim Aşamaları	45
1.7.6.3. Motivasyonel Görüşme	47
1.7.6.3.1. Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri	49
1.7.6.3.2. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri	50
1.7.6. 4. Davranış Değiştirme (Davranış Modifikasyonu)	53
1.7.6.4.1. Davranış Değiştirme Teknikleri	54
1.7.7. Gebelikte Kilo Yönetiminde Hemşirenin Rolü	56

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM.....	60
2.1. Araştırmanın Tipi.....	60
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	60
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	60
2.4. Araştırmada Kullanılan Gereçler	66
2.5. Veri Toplama Yöntemleri	74
2.6. Gebelikte Kilo Yönetiminde Teori Temelli Bireysel Danışmanlık Girişim Programı	78
2.6.1. Bireysel Danışmanlık Girişim Programının Hazırlığı	78
2.6.2. Bireysel Danışmanlık Girişim Programı Bileşenleri	80
2.6.3. Bireysel Danışmanlık Girişim Programının Geliştirilmesi	82
2.6.3.1. Bireysel Danışmanlık Girişiminde Sosyal Bilişsel Teorinin Kullanımı	82
2.6.3.2. Bireysel Danışmanlık Girişiminde Teoriler Üstü Modelin Değişim Aşamalarının Kullanımı	83
2.6.3.3. Bireysel Danışmanlık Girişiminde Motivasyonel Görüşmenin Kullanımı	85
2.6.4. Gebelikte Kilo Yönetiminde Bireysel Danışmanlık Girişim Programının Uygulanması	89
2.6.5. Kontrol Grubunda Uygulama	92
2.7. Araştırmanın Değişkenleri	93
2.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	93
2.9. Süre ve Olanaklar	94
2.10. Etik açıklamalar	96

2.11. Araştırmada Yaşanan Güçlük ve Deneyimler	96

BÖLÜM III

BULGULAR	99

3.1. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler	99
3.2. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Maternal ve Neonatal Sonuçları....	105
3.3. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Beslenme Durumlarının İzlemlere Göre Karşılaştırılması.....	107
3.4. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Fiziksel Aktivite Düzeylerinin İzlemlere Göre Karşılaştırılması.....	116
3.5. Girişim Grubu Gebe Kadınların Davranış Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Karşılaştırılması.....	120
3.6. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınlarda Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının İzlemlere Göre Karşılaştırılması	127
3.7. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Gestasyonel Kilo Alım Durumları	131
3.8. Girişim/Kontrol Grubu Kadınların Gestasyonel Kilo Alımını Etkileyen Değişkenler	133

BÖLÜM IV

TARTIŞMA	146

4.1. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Gestasyonel Kilo Alımının İncelenmesi	146
4.2. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Gestasyonel Kilo Alımını Etkileyen Bireysel Özelliklerin İncelenmesi	150

4.2.1. Antropometrik Özelliklerin İncelenmesi	150
4.2.2. Sosyo-Demografik ve Doğurganlık Özelliklerinin İncelenmesi	152
4.2.3. Sağlık Alışkanlıkları, Beslenme, Fiziksel Aktivite Bilgisi ve Kilo Alım Önerisi Alma Durumlarının İncelenmesi	154
4.3. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınlarda Maternal ve Neonatal Sonuçların İncelenmesi	156
4.4. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Beslenme Durumlarının İncelenmesi	159
4.5. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Fiziksel Aktivite Düzeylerinin İncelenmesi	164
4.6. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Davranış Değişim Aşamalarının İncelenmesi	169
4.7. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınlarda Öz Etkililik-Yeterlik ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi	174
4.7.1. Öz Etkililik Yeterlik Puan Ortalamalarının İncelenmesi	174
4.7.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi	175

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	178
5.1. Sonuçlar	178
5.2. Öneriler	183
5.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler.....	183
5.2.2. Araştırmaya Yönelik Öneriler	184

BÖLÜM VI

ÖZET	186
ABSTRACT	190

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR	194

EKLER

EK 1. Birey Tanılama Formu	208
EK 2. Gebe Kilo İzlem Kartı	210
EK 3. Beslenme Alışkanlıkları ve Günlük Besin Tüketim Sıklığı Tanılama Formu	212
EK 4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi - IPAQ (Kısa Form)	213
EK 5. Davranış Değişim Aşaması Tanılama Kısa Soru Formu	214
EK 6. Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ)	215
EK 7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	216
EK 8. Fiziksel Aktivite Kendini İzleme Formu	217
EK 9. Üç Günlük Besin Tüketim Sıklığı İzleme Formu	218
EK 10. Telefon Görüşme Formu	219
EK 11. Gebe Ön Kayıt Formu	220
EK 12a-b. Bilgilendirilmiş Birey Onam Formu	221
EK 13. Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehberi Kitabı Değerlendirme Formu	223
EK 14. Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehberi	224
EK 15. Gebelikte Kilo Yönetiminde Teori Temelli Bireysel Danışmanlık Programı Eğitici Rehberi	225

EK 16. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurul İzin Belgesi	283
EK 17. Ödemiş Kaymakamlığı Sağlık Grup Başkanlığı Çalışma İzin Belgesi	284
EK 18. Ölçek Kullanım İzinleri	285
EK 19. Eğitim Materyalleri.....	286
EK 20. Sağlık Bakanlığı TSHGM. Beslenme ve Fiziksel Aktivite Daire Başkanlığı Yayınları	288
EK 21. Danışmanlık Odası ve Danışmanlık Görüşmeleri	289
ÖZGEÇMİŞ	291

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Gebelik Öncesi Vücut Kitle İndeksi Sınıflamasına Göre Gestasyonel Kilo Alım Oranları.....	13
Tablo 2. Gebelik Döneminde Önerilen Günlük Besin Miktarları	23
Tablo 3. Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeğinin Alt Grupları, Madde Sayısı ve Puan Aralığı.....	71
Tablo 4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Alt Grupları, Madde Sayısı ve Puan Aralığı.....	72
Tablo 5. Gebelikte Kilo Yönetiminde Sosyal Bilişsel Teori ve Teoriler Üstü Model Değişim Aşamalı Davranış Değişim Bileşenleri ve Teknikleri	87
Tablo 6. Gebe Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	99
Tablo 7. Gebe Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımları.....	101
Tablo 8. Gebe Kadınların Gebelik Öncesi Fiziksel (Antropometrik) Özelliklerine Göre Dağılımları.....	102
Tablo 9. Gebe Kadınların Sağlık Alışkanlıklarına Göre Dağılımları.....	103
Tablo 10. Gebe Kadınların Sağlık Personelinden Gebelikte Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Gebelikte Kilo Alım Önerisi Bilgisi Alma Durumuna Göre Dağılımları	104
Tablo 11. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Gebelikte Oluşan Sorunlara Göre Dağılımları.....	105
Tablo 12. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Doğum Sonuçlarına Göre Dağılımı.....	106

Tablo 13.	Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Gruplar Arası Ön izlem ve Son İzlem Beslenme Alışkanlıkları Karşılaştırması	108
Tablo 14.	Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Beslenme Alışkanlıklarının Grup İçi İzlemlere Göre Karşılaştırılması.....	109
Tablo 15.	Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Günlük Besin Tüketim Sıklıklarının Gruplar Arası Ön İzlem/ Son İzlem Karşılaştırması	112
Tablo 16.	Girişim Grubu Gebe Kadınların Günlük Besin Tüketim Sıklıklarının İzlemlere Göre Karşılaştırılması	113
Tablo 17.	Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Ön İzlem-Son İzlem Fiziksel Aktivite Düzeyi Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	117
Tablo 18.	Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Fiziksel Aktivite Düzeyi Puan Ortalamalarının Grup İçi İzlemlere Göre Karşılaştırılması.....	118
Tablo 19.	Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Ön izlem- Son İzlem Fiziksel Aktivite, Sebze-Meyve, Esmer/Kepekli Ekmek ve Tatlı Tüketimi Davranış Değişim Aşamalarının Karşılaştırılması	121
Tablo 19a.	Girişim Grubu Gebe Kadınların İzlemlere Göre Fiziksel Aktivite Yapma, Sebze-Meyve, Esmer/Kepekli Ekmek ve Tatlı Tüketimi Davranış Değişim Aşamalarının Karşılaştırılması.....	122
Tablo 20.	Girişim Grubu Gebe Kadınların Fiziksel Aktivite, Sebze-Meyve, Esmer/Kepekli Ekmek ve Tatlı Tüketimi Davranış Değişim Aşamalarının Girişim Öncesi İzlem ile 2. İzlem, 3. İzlem, 4. İzlem ve Son İzlem Arası Karşılaştırılması.....	123

Tablo 21. Kontrol Grubu Gebe Kadınların Fiziksel Aktivite, Sebze-Meyve, Esmer/Kepekli Ekmek ve Tatlı Tüketimi Davranış Değişim Aşamalarının Ön İzlem/ Son İzlem Karşılaştırılması	126
Tablo 22. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların İzlemlere Göre Öz-Etkililik Yeterlilik Ölçeği(ÖEYÖ) Puan Ortalamaları Karşılaştırması.....	129
Tablo 23. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların İzlemlere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puan Ortalamaları Karşılaştırması	130
Tablo 24. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Gestasyonel Kilo Alım (GKA) Ortalamalarının Dağılımı	131
Tablo 25. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların İOM Rehber Önerisine Uyum Durumu ve İOM Önerisine Göre Kilo Alım Durumu	131
Tablo 26. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların İOM Rehber Önerisine Göre Aşırı Gestasyonel Kilo Alım Durumu.....	132
Tablo 27. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Gebelik Öncesi VKİ ile İOM Rehber Önerisine Uyum Durumlarının Karşılaştırması	133
Tablo 28. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Gebelik Öncesi VKİ İle İOM Rehberine Göre Kilo Alım Durumlarının Karşılaştırması	134
Tablo 29. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Bireysel Özellikleri ile İOM Rehber Önerisine Uygun Kilo Alım Durumlarının Karşılaştırması.....	135
Tablo 30. Girişim/Kontrol Grubu Kadınların İOM Rehberine Göre Kilo Alım Durumları ile Doğum Şekli ve Bebek Doğum Kilosunun Karşılaştırması	138

Tablo 31.	Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Ön/Ara/Son İzlemlerde Ara Öğün Sayısı ve Günlük Tüketilen Besinler ile Gestasyonel Kilo Alımı Arasındaki İlişki.....	139
Tablo 32.	Girişim Grubu Gebe Kadınların Son İzlemde Günlük Tükettikleri Besin Grupları Porsiyon Ortalamaları ile İOM Rehber Önerisine Göre Kilo Alım Durumlarının Karşılaştırılması	140
Tablo 33.	Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Ön/Ara/Son izlem FA Düzeyleri ile Gestasyonel Kilo Alımı Arasındaki İlişki	141
Tablo 34.	Girişim /Kontrol Grubu Gebe Kadınların Ön İzlem /Son İzlem Toplam Fiziksel Aktivite ve Oturma Süresi Puan Ortalamaları ile İOM Rehberine Göre Kilo Alım Durumlarının Karşılaştırılması	142
Tablo 35.	Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Ön İzlem /Son İzlem ÖEYÖ ve Alt Grup, ÇBASDÖ ve Alt Grup Puan Ortalamaları ile Gestasyonel Kilo alımı Arasındaki İlişki	144

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1.	Kavramsal Çerçeve de Gebelikte Kilo Yönetiminin Etkileri 31
Şekil 2.	Sosyal Bilişsel Teorinin Temeli 40
Şekil 3.	Gebelikte Kilo Yönetiminde Sosyal Bilişsel Teorinin Kavramsal Çerçevesi ve Araştırma Hipotezleri 44
Şekil 4.	Prenatal Kilo İzlem Kartı 58
Şekil 5.	Araştırmanın Akış Şeması 65
Şekil 6.	Girişim/ Kontrol Grubu Gebe Kadınların Veri Toplama Süreci Zamanlaması 78
Şekil 7.	Girişim Grubu Gebe Kadınların Danışmanlık Programının Zamanlaması 92
Şekil 8.	Araştırmanın Zaman Çizelgesi..... 95

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Obezite, başta gelişmiş ülkeler olmak üzere dünyanın birçok ülkesinde gittikçe artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan araştırmalara göre, obezite özellikle son 20 yılda, bütün dünyada hızla artmakta ve bir salgın hastalık gibi yayılım göstermektedir (14, 115). Obezite ve fazla kiloluluk; bazı kanser türleri, tip 2 diyabet, hipertansiyon, kardiovasküler hastalıklar ve çeşitli psikososyal sağlık problemlerine neden olmaktadır (8, 65, 68). Uzmanlar bazı yaşam dönemlerinin başlangıcında obezite salgınının arttığından endişe duymaktadır. Örneğin gebelik ve doğum sonrası dönem obezitenin gelişimi ve kalıcı kilo kazanımı için kritik zamandır(127). Gebelik, fazla kiloluluk ve obezite için hazırlayıcı bir faktördür (65, 68, 92). Yapılan son araştırmalarda, aşırı kilo ve obezitenin doğurganlık döneminde daha tehlikeli düzeyde olduğu ve obezite ile gebelik arasında majör bir ilişki olduğu belirtilmektedir(14, 43,73).

Günümüzde obezite ve gebelik döneminde aşırı kilo alımı halk sağlığı için artan bir endişe kaynağıdır. Aşırı gestasyonel kilo alımı (GKA) uzun dönem maternal obezite için önemli bir belirleyici faktördür. Aşırı GKA; gestasyonel diyabetes mellitus(GDM), gebeliğe bağlı hipertansiyon, preeklamsi, sezaryen doğum, müdahaleli doğum, erken doğum gibi gebelik ve doğum komplikasyonları ve postpartum kilo tutulum riskini artırmaktadır (14, 25, 43, 57, 73, 115). Ayrıca bebek içinde hiperglisemi, hiperbilirubinemi ve makrozomi riski vardır (25, 57).

Aşırı GKA'nın önlenmesi potansiyel kötü maternal ve neonatal sonuçların gelişimini önler(57).

Gebelikte alınan aşırı kilo, postpartum kilo retansiyonunda başlıca ana faktörüdür. Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) önerilerinden daha fazla kilo alan kadınlarda, İOM önerilerine uyan kadınlara göre gebelik sonrası iki kat daha fazla kilo retansiyonu görülmektedir (14, 56, 65, 68, 109). Gebelik ve postpartum 42 günlük dönemde ölen kadınların yarısının obez ve pre obez olduğu saptanmıştır. Ölüm riskinin, vücut kitle indeksi (VKİ) $> 30 \text{ kg/m}^2$ üzerinde olan kadınlarda, VKİ $<30 \text{ kg/m}^2$ olan kadınlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır(102). Ayrıca, gebelikte alınan aşırı kilonun kendi başına sonradan oluşabilecek meme kanseri riskini artırdığı saptanmıştır (67).

Aşırı GKA aynı zamanda çocukluk obezitesini tetikleyen bir prenatal risk faktörüdür (115). Obeziteye neden olan etkenlerin ortaya çıkışı, bireyin intrauterin yaşamına kadar uzanmaktadır. Gebeliği sırasında önerilenden daha fazla kilo alan ve gebelik öncesinde obez kategorisinde bulunan annelerin bebekleride kilolu olma konusunda risk altındadır (73). Gebelik süresince alınan fazla kilolar uterin ortamı etkileyerek, çocuklarda obezite görülme riski üzerinde uzun süreli etkilere neden olmaktadır. Doğum kilosu fazla olan bebeklerde, çocukluk ve adolesan dönemde obezite, metabolik sendrom ve Tip II diyabet riski gelişme olasılığı yüksektir. Gebelik döneminde önerilen miktarlardaki kilo alımı, çocukluk çağı obezitesini önlemede de önemli bir yoldur (27, 49,111).

Barker (2004) “Yetişkin hastalıklarının fetal veya erken başlangıcı” hipotezinde, özellikle maternal beslenmenin ve çevresel faktörlerin, fetal beslenme metabolizması üzerinde hayat boyu sürecek etkileri olduğu ve birçok kronik yetişkin

çağı hastalığında (kardiyovasküler hastalık, diyabet ve metabolik sendrom) altta yatan temeli oluşturduğunu ileri sürmüştür(22). Maternal ağırlık kazanımı, bebek doğum ağırlığı ve yetişkin VKİ arasındaki ilişkinin en önemli belirleyicisidir (77).

Amerika’ da Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması taramasında (1999-2002), fazla kiloluluk ve obezite sıklığı 20 yaş ve üzeri yetişkinler arasında, %65 ve obezite sıklığı %30 olarak saptanmıştır(85). Finlandiya’da kadınların % 43’nün fazla kilolu ve obez olduğu belirtilmiştir (69). Walker Amerika’da doğurgan yaştaki kadınlar arasında obezitenin yüksek prevalansda olduğu ve obezitenin perinatal komplikasyonları etkilediğini belirtmiştir (127).

Türkiye’deki obezite prevalansı da gittikçe artmaktadır. Türkiye’de kadınlarda obezite oranı erkeklere oranla 1.5-2 misli daha fazla görülmektedir. Obezite ve Hipertansiyon Tarama (TOHTA) çalışmasında obezite oranı, kadınlarda %36, erkeklerde ise %21.5 olarak belirlenmiştir (53). Kozan ve arkadaşlarının Türkiye’de 47 ilde ve 87 noktada 4264 kişi üzerinde yapılan metabolik sendrom araştırması verilerine göre; obezite sıklığı ortalaması %36.2 olarak bulunmuş, kadınlarda obezite sıklığı %54.8, erkeklerde obezite sıklığı %17.2 olarak saptanmıştır (70). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA-2008) göre, annelerin %58’i fazla kilolu; % 24’ü ise obezdir. Bir başka ifade ile Türkiye’de her dört anneden biri obezdir(52). Türkiye’de kadınlarda artan obezite sıklığı ile birlikte çocuklarda da obezite sıklığı gittikçe artmakta ve çeşitli araştırmalara göre çocuklarda obezite prevalansının %1.9 ile %30.7 arasında değiştiği bildirilmektedir (96).

Sağlıklı anne ve fetus için gebelik süresince annenin yeterli ağırlık kazanımı önemlidir. Bu miktar ortalama 10-14 kg olarak kabul edilmektedir (104, 118).

Tayvan’da, anne ve fetüs sağlığı için kadınlara gebelik esnasında 10–14 kg (56), İngiltere’de de 7-15 kg alması önerilmektedir (103). Fakat bu öneriler kanıta dayalı ulusal bir rehberle göre yapılmamaktadır.

Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM- İntitute Of Medicine) ilk kez 1990 yılında, gebelik öncesi vücut kitle indeksine (VKİ) göre kilo alım rehberini sunmuştur. IOM rehberi Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) tarafından da benimsenmiştir. Gebelikte VKİ göre İOM rehber aralığında kilo alan kadınların aşırı veya az kilo alanlara göre daha iyi maternal ve neonatal sonuçlarının olduğunu saptanmıştır (103).

Tüm dünyada salgın halde olan obezite karşısında aşırı gestasyonel kilo alımını önlemek, anne ve bebekte gelişebilecek olumsuz sağlık sonuçlarını azaltmak için IOM tarafından 1990 yılında yayınlanan rehber komite tarafından 2009 yılında yeniden düzenlenmiştir. Yeni düzenlenen 2009 yılı IOM rehberine göre; gebelik öncesi VKİ sınıflama değerleri DSÖ kriterleri ele alınmış ve obez gebeler için kilo alım sınırları belirlenmiştir. Gebelik öncesi düşük kiloda olanların (VKİ < 18.5 kg/m²) toplam 12.5 -18 kg, normal kiloda olanların (VKİ 18.5–24.9 kg/m²) 11.5- 16 kg, fazla kiloluların (VKİ 25– 29.9 kg/m²) toplam 7-11.5 kg, obez olanların (VKİ ≥ 30 kg/m²) toplam 5-9 kg kilo alması önerilmiştir (103, 111).

Obstetri ve beslenme danışmanlığı için altın standart değerinde olan bu rehberle karşın birçok kadın gebelikte tavsiye edilen kilo alımını başaramamakta, IOM tarafından önerilen sınırların dışında kalmaktadır. Yapılan çalışmalarda kadınların yalnızca % 30-40’nın İOM önerileri aralığında kilo aldıkları belirtilmektedir (11, 14). Cedergren’e (2006) göre, Avrupa ve Amerika’da son yapılan çalışmalarda, gebe kadınların %20-40’nın önerilen kilodan fazla kilo

aldıkları belirtilmiştir (28). Wells ve Murray'ın (2003) Colorada'da 1997 ve 2000 yılları arasında yaptığı çalışmada, kadınların gebelik süresince %37.9'unun İOM rehberine uygun, %22.4'nin yetersiz, %39.6'nın ise aşırı kilo aldıkları saptanmıştır. Gebelikte İOM rehber aralığında kilo alan kadınların aşırı veya az kilo alanlara göre daha iyi maternal ve neonatal sağlık sonuçlarının olduğu belirlenmiştir(130).

Toplum temelli yapılan son çalışmalarda kadınların İOM rehber önerilerini aştığı, aşırı gestasyonel kilo alım oranlarının %43 ile %53 arasında yüksek oranlarda olduğu bildirilmiştir(14,57,126). Stuebe ve arkadaşlarının (2009) araştırmasında, kadınların % 51'nin aşırı gestasyonel kilo aldığı belirlemiştir(116).

Tıp Enstitüsü (IOM) sağlık profesyonellerine, her anne adayı için ilk prenatal izlemde VKİ'nin hesaplanmasını, VKİ uygun kilo artışının önerilmesini, beslenme ve fiziksel aktivite hakkında bilgi verilmesini önermektedir (34, 86, 103, 127). Gebelikte aşırı kilo alımının engellenmesi, doğurganlık çağındaki kadınlar arasında potansiyel obezite ve aşırı kiloluluk durumunun önlenmesi için önemlidir (9).

Gebelik döneminde kadınlar, iki can taşıyor ve iki kişi için beslenme inancı ile gereğinden fazla kilo almaktadırlar. Özellikle fazla kilolu ve obez kadınlarda gebelikte kilo alım oranları daha yüksek olmaktadır. Gebelik döneminde normal aktivite içinde olan kadınlara ek olarak 300 kcal ek besin alınması önerilmekte, gebelik döneminde aktivitesi belirgin bir biçimde azalan kadınlara ek kalori alımı bile önerilmemektedir (136).

Gebelikte VKİ uygun kilo almaları için, gebe kadınlara Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) tarafından önerilen haftada en az üç, tercihen beş kez orta dereceli 30 dakikalık fiziksel aktivite yapmaları ve sağlıklı beslenme önerisi vurgulanmalıdır(12). Gebelikte yapılan düzenli fiziksel aktivite/egzersiz, aşırı gestasyonel kilo alımını, preeklamsi, anormal glikoz toleransını ve gestasyonel

diyabet gelişimini ve postpartum kilo retansiyonunu engellemektedir (9, 12, 49, 65, 92, 117). Ayrıca, gebelik ve postpartum dönemde yapılan egzersizlerin depresif belirtileri azalttığı belirtilmiştir (92).

Gebelik sırasında düzenli egzersiz yapmanın sağlığa yararları bilinmesine rağmen, gebelerin fiziksel aktivite seviyelerinin gebelik süresince azaldığı saptanmıştır (41, 103, 117). Amerika’da Evenson ve ark. (2004) yaptığı çalışma da, gebelerin egzersiz yapma oranı %65.6, gebe olmayan kadınlar arasında egzersiz yapma oran ise %73.1 olarak belirlenmiştir(41). Balsak ve ark.(2007) yaptığı araştırmada, gebe kadınların üçte birinin (%27.9) gebelik egzersizleri hakkında bilgi sahibi olduğu saptanmıştır (17).

Yeni geliştirilen epidemiyolojik verilerde ve toplum sağlık rehberlerinin içeriğinde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili spesifik girişim mesajları verilmektedir. Toplum sağlık rehberlerinde, davranış değişimini etkileyen faktörler ve hastalıklar üzerine, diyet ve fiziksel aktivitenin etkileri ile ilgili veriler yer almaktadır. Beslenme rehberleri, sağlık için yararlı olan sebze ve meyvelerin ve lifli gıdaların tüketilmesinin gerekliliğini ve sınırlı yağ alımını vurgulamaktadır. Ayrıca, kilo kontrolünün sağlanması ve kronik hastalık riskinin azaltılmasında, planlanmış kısa süreli aktivitelerin ve kazanılmış yaşam tarzı değişikliği aktivitelerinin önemine değinilmektedir. Planlanmış kısa süreli aktiviteler ve yaşam tarzı değişiklikleri; gebelikte fizyolojik değişimler veya yaşam tarzları nedeni ile kendilerini istekli olarak kısıtlayan yeni gebeler için özellikle önemli bir konudur (35, 109).

Son zamanlarda gebelikte fazla kilo alımını önlemeye yönelik yaşam tarzı danışmanlık çalışmaları yapılmaktadır. Obezite prevalansı hızla artan toplumlarda kilo yönetimi stratejileri özellikle gebelik dönemine odaklanmaktadır(25, 48). Gebelik döneminde davranış değişimi sağlama yalnızca kadın sağlığının

iyileştirilmesi amacıyla değil, aynı zamanda bebeğinin sağlığının geliştirilmesi amacıyla güçlü bir motivasyonel faktördür. Gebelik döneminde hedeflenen diyet ve egzersiz davranışları değişimi bu süre içinde etkili olabilir. Sağlık profesyonelleri gebelikte sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılması girişimleri uygulandığında gebelikte kilo alımını sınırlandırılabilceğini kabul etmektedir. Fakat mevcut uygulamalarda gebelikte aşırı kilo alımının önlenmesi için etkili ve güvenli bir yaklaşım eksikliği mevcuttur (25).

Ülkemizde kadınlara, gebelikte fazla kilo almanın ve obezitenin riskleri konusunda bilgi verilmemekte veya gebelikte kilo yönetiminin önemi yeterince belirtilmemektedir. Sağlık profesyonelleri, gebe kadınlar ile kiloları hakkında konuşmalı, beslenme, fiziksel aktivite ve kilo izlemi danışmanlığı yapmalıdırlar.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, sosyal bilişsel teori ve teoriler üstü model'in değişim aşaması temelli sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite bireysel danışmanlık girişiminin, 2009 yılı İOM rehber önerisine göre gestasyonel kilo alımı, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışları üzerine etkisini değerlendirmektir.

1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₁= Teori temelli sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite bireysel danışmanlık girişimi gestasyonel kilo alımını azaltır.

H₂= Girişim grubu gebe kadınların Tıp Enstitüsü (İOM) rehber önerilerine uyum oranı, kontrol grubu gebe kadınlara göre yüksektir.

H₃ = Girişim grubu gebe kadınların kontrol grubu gebe kadınlara göre Tıp Enstitüsü (İOM) rehber önerilerine göre aşırı gestasyonel kilo alımı azdır.

H₄= Girişim/ kontrol grubu gebe kadınların son izlem sağlıklı beslenme alışkanlıkları arasında fark vardır.

H₅= Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların son izlem esmer/ kepekli ekmek ve tatlı besin tüketimi arasında fark vardır.

H₆ = Girişim/kontrol grubu gebe kadınların son izlem fiziksel aktivite düzeyleri arasında fark vardır.

H₇ = Fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan kadınların aşırı gestasyonel kilo alımı azdır.

H₈ = Girişim grubu gebe kadınların ön izlem-son izlem öz etkililik-yeterlik ölçeği toplam puanı kontrol grubuna göre farklıdır.

H₉ = Girişim grubu gebe kadınların ön izlem-son izlem çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı kontrol grubuna göre farklıdır.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Sağlığı geliştirme geleneksel olarak hemşireliğin temel bir fonksiyonudur ve sağlığı geliştirme davranışı üzerine çalışma yapmak hemşirelik biliminin gelişmesi için uygundur. Günümüz sağlık anlayışı, birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlığını geliştiren, koruyan ve sürdüren bakım yaklaşımlarını önermektedir. Bu anlayış bireyin iyilik halini koruyacak ve sürdürecektir davranışları kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar alması üzerine odaklanmıştır. Bireylerin sağlığını koruma ve geliştirme yaklaşımlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında sağlık insan gücü olarak hemşirelerin rol alması kaçınılmazdır (121).

Obezite, bazı kanser türleri, tip 2 diyabet, kardiovasküler hastalıklar gibi çeşitli hastalıkların şiddetini artıran büyük bir sağlık problemidir. Doğurganlık çağındaki kadınlar arasında obezite oranı gittikçe artmaktadır. Gebelik döneminde aşırı gestasyonel kilo alımı uzun dönem maternal obezite için önemli bir belirleyici faktördür. Obez ve aşırı kilolu gebe kadınlarda, riskli gebelik ve doğum komplikasyonlarında artış olmaktadır(14, 68, 69)

Gebe kadınlara antenatal girişimlerde uygun gestasyonel kilo alımını sağlamada, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite bilgisinin verilmesi önemlidir. Ülkemizde kentsel alanda yaşayan gebe kadınların %93'ü, kırsal alanda yaşayanların ise %79'u pratisyen hekim veya doğum hekiminden prenatal bakım almaktadır (52). Ancak prenatal bakımda verilen eğitimde standart bir yaklaşım yoktur. Eğitimin niteliği ve kalitesi eğitim veren kişiye göre değişmektedir. Amerika ve İngiltere de, prenatal bakım sağlık profesyonellerine gebe kadınlarda aşırı GKA azaltmak için dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite ulusal rehberi hazırlanmıştır(25).

Bu nedenle ülkemizdeki sağlık profesyonelleri özellikle ebe ve hemşireler prenatal izlemlerde, kanıta dayalı bir rehber olan İOM kilo alım rehberini kullanmalı, gebelere VKİ uygun kilo alım önerisinde bulunmalı, aşırı gestasyonel kilo alımının kötü perinatal sonuçları hakkında bilgilendirmeli, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlıkları konusunda eğitim ve danışmanlık yapmalıdırlar.

İOM rehberine uygun gestasyonel kilo alımı ve sağlıklı yaşam tarzı davranışları (beslenme ve fiziksel aktivite) ile ilgili geliştirici eğitim ve danışmanlık programları; kadınların öz-yeterliliğini, fiziksel aktivitesini, sağlıklı beslenme davranışını arttırarak, aşırı gestasyonel kilo alımı ve doğum sonrası kilo retansiyonunu azaltacaktır. Böylece anne ve çocukta oluşabilecek obezite ve obeziteyle ilişkili sağlık problemlerini büyük ölçüde azaltacak ve yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır (56).

Türkiye'de, bu konuda hemşirelik alanında özgün bir çalışmaya rastlanmamış olması nedeniyle bu çalışmanın hemşirelik uygulamalarında önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma İzmir/Ödemiş ilçesi merkezde bulunan 1-2-3-5-6 nolu Aile Sağlığı Merkezleri'ne (ASM) kayıtlı sağlıklı gebeler üzerinde yürütülmüştür. Ödemiş merkez de bulunan 4 ve 7 nolu ASM randomizasyonda seçilmediği için araştırma dışı kalmıştır. Araştırma zaman, maddi olanaklar nedeniyle sınırlı sayıda (98 gebe (48 girişim ve 50 kontrol) gebe kadın üzerinde yürütülmüştür. Gebe kadınların fiziksel aktivite düzeyleri kendilerinin yazılı ve sözel ifadeleriyle değerlendirilmiştir. Maddi olanaklar nedeniyle objektif ölçüm araçları (pedometre) kullanılamamıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda postpartum kilo retansiyonu değerlendirmesinde yapılmış, bu çalışmada zaman kısıtlılığı nedeniyle ele alınmamıştır.

1.6. TANIMLAR

Gestasyonel Kilo Alımı (GKA): Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine -IOM) gebelikte maternal kilo alımının gebelik öncesi VKİ göre kilo alınması olarak tanımlamıştır (103) .

Obezite (Şişmanlık): Vücudun yağ kütlelerinin, yağsız (kas) kütleye oranının aşırı artması sonucu boya göre ağırlığın olması gereken düzeyin üzerine çıkmasıdır. Vücutta yağ depolanmasının sebebi, alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olmasıdır (134).

Antropometri: Tüm yaş gruplarında insan vücudunun fiziksel boyutlarının, orantılarının ve kabaca bileşiminin ölçülüp değerlendirilmesidir (97).

Antropometrik Ölçümler: Bireyin beslenme durumunun saptanmasında sıklıkla kullanılan antropometrik ölçümler; vücut ağırlığı, boy uzunluğu, vücut kitle indeksi (VKİ) dir (97).

Vücut Kitle Endeksi (VKİ) : Kilogram cinsinden ağırlığın metre cinsinden boyun karesine oranıdır. Ağırlık (kg) / Boy (m²) (97).

Beslenme: Beslenme, insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini yeterli miktarlarda alıp vücudunda kullanmasıdır (97).

Fiziksel Aktivite: İskelet kasları tarafından üretilen ve enerji harcamasıyla sonuçlanan tüm bedensel hareketlerdir (ev işleri, alışveriş gibi günlük rutin aktiviteler) (5).

Egzersiz: Zindeliği ve sağlığı geliştirmek için özel olarak tasarlanmış planlı ve yapısal tekrarlayıcı belirli bir süre devam eden hareketlerdir (5).

Danışmanlık: Kişilerle yüz yüze görüşme ve konuşma ile gerçekleştirilen yöntemdir. Bu yöntem davranış değişikliği yapması gereken kişiler için kaçınılmaz bir yöntemdir. Doğru bilgilere sahip kişiler ile planlı yapısal değişim sağlayan kişiler arasındaki etkileşimdir (97, 121).

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. GESTASYONEL KİLO ALIMI

Gebelikte annenin aldığı kilo, fetüsün büyümesini ve doğum kilosunu etkiler. Annenin gebelik ilerledikçe yeterli miktarlarda kilo alması, kalori alımının yeterli olduğuna işaret eder. Ancak bu durum annenin mutlaka dengeli beslendiğini göstermez. Diyet, kalori açısından yeterli olsa da, her zaman kalite açısından yeterli olmayabilir. Bu nedenle gebelikte kilo alımını da ilerletecek kaliteli beslenmenin sürdürülmesi gerekir (119).

Gebelikte maternal kilo alımı bebeğin doğum ağırlığını büyük ölçüde etkiler ve yeni doğanın sağlığı açısından primer göstergedir. Gebelikte “*ideal maternal kilo alımı*” annenin boyu ve gebelik öncesi kilosuna dayanmaktadır. Annenin gebe kalmadan önceki kilosu gebelik öncesi beslenme durumunun basit bir göstergesidir.

Annenin gebelik süresince aldığı kilo ve gebe kalmadan önceki kilosu maternal ve fetal sağlığı etkileyen iki major faktördür (119,130).

Beslenme durumunu değerlendirmede ağırlığın boya oranının değerlendirmesi daha önemlidir. Ağırlığın boya oranı vücut kitle endeksini (VKİ) verir. Vücut ağırlığının (kg), boyun karesine (m²) bölünmesi ile VKİ hesaplanır. Gebelerin prenatal izlemde VKİ değerlendirmesinin yapılması ve kilo artışının bu doğrultuda düzenlenmesi önemlidir (130).

Gebelik, kilo değişimlerinin hızlı olarak yaşandığı bir dönemdir ve bu dönemdeki dengesiz artış ya da azalmalar, bebek ve anne açısından önemli sonuçlara yol açabilir. Gebelik süresince toplam ağırlık artış değerleri çeşitli aralıklarda önerilmekle birlikte gebelikten önce normal kiloda olan bir kadın için ilk trimestirde 1-2 kg, ikinci ve üçüncü trimestirde her hafta ortalama 500 gr artış olması gerekir. Obez kadınlar için gebelikte düşük ağırlık artışı, ayda 500 gr'dan az ve obez olmayan kadınlar için ise ayda bir (1) kg'ın altında olan değerler kabul edilmektedir. Ayda üç kg'ı geçen artışlar ise aşırı olarak kabul edilmektedir (11). Ancak, gebelik öncesi ağırlık bu kilo artışında belirleyicidir.

Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) ilk kez 1990 yılında gebelik öncesi VKİ sınıflamasına göre gebelik süresince önerilen kilo artışlarını belirlemiştir. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği de (ACOG) bu rehberi benimsemiştir. Bu rehber, Amerika da gebelik süresince kilo alımının değerlendirilmesinde kullanılan standart bir rehberdir (130).

Tüm dünyada salgın halde olan obezite karşısında aşırı gestasyonel kilo alımına önlemek, aşırı veya yetersiz kilo alımı sonucu anne ve bebekte gelişebilecek olumsuz sağlık sonuçlarını azaltmak için IOM tarafından 1990 yılında yayınlanan rehber komite tarafından 2009 yılında yeniden düzenlenmiştir(57, 103). Eski 1990

yılı İOM rehberine göre VKİ sınıflaması ve obez gebelerin kilo alım değerleri farklıdır. Yeni düzenlenen 2009 rehberinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) VKİ kategorileri ele alınmış ve en önemlisi ise obez kadınlar için göreceli olarak sınırlı oranda spesifik bir kilo alım önerisi yapılmıştır (103,129). Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda 1990 yılı İOM rehberi kilo alım önerileri kullanılmıştır (57,103).

İOM 1990 rehberine göre; gebelik öncesi VKİ düşük kiloda olanların (VKİ $< 19.8 \text{ kg/m}^2$) toplam 12.5 -18 kg (28 -40 lbs), normal kiloda olanların (VKİ $19.8\text{--}26 \text{ kg/m}^2$) 11.5- 16 kg (25-35 lbs), fazla kiloluların (VKİ $26\text{--}29 \text{ kg/m}^2$) 7-11.5 kg (15-25 lbs), obez olanların (VKİ $> 29 \text{ kg/m}^2$) en az 7 kg (15 lbs) alması önerilmiştir (103). Yeni düzenlenen 2009 yılı İOM rehberine göre GKA oranları aşağıda *Tablo 1*’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Gebelik Öncesi Vücut Kitle İndeksi Sınıflamasına Göre Gestasyonel Kilo Alım Oranları

Gebelik öncesi VKİ Sınıflaması*	VKİ (kg/m ²)	Total Önerilen Kilo (Kg)		2. ve 3. Trimester Kg/Hafta
		Kg Aralığı	*Ibs Aralığı	
Düşük kilolu	< 18.5	12.5-18	28- 40	0.5
Normal kilolu	$18.5\text{--}24.9$	11.5-16	25-35	0.4
Pre-obez /fazla kilolu	$25\text{--}29.9$	7-11.5	15-25	0.3
Obez(şişman)	≥ 30	5-9	11-20	0.2

Not: (*VKİ(Vücut kitle indeksi): 0.5–2 kg , 1.1–4.4 lbs olarak hesaplanır)

(Kaynak: 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.10.01.2010)

Geliştirilen yeni rehberde, 1990 yılındaki rehberden farklı olarak sadece bebeğin iyilik hali değil, annenin sağlık durumu da dikkate alınmaktadır. Bu rehberdeki kilo alımları fetal ve maternal sağlık sonuçları ile ilişkilidir. Sağlık

Çalışanları İOM rehberini kullanmalı, iyi bir klinik değerlendirme ile birlikte diyet ve egzersiz önerilerinde bulunmalıdırlar (13, 103). Gebelikte kilo alımıyla ilgili tek resmi rehber olan IOM nerileri, aşırı kilolu ve obez kadınlara, normal kiloda veya daha zayıf olan kadınlardan daha az kilo almalarını önermektedir (103, 109).

Obstetri ve beslenme danışmanlığı için altın standart değerinde olan bu rehberine rağmen, birçok kadın gebelikte tavsiye edilen kilo alımını başaramamakta, IOM ve ACOG tarafından önerilen sınırların dışında kalmaktadır. IOM tarafından önerilen, her anne adayı için ilk prenatal izlemde VKİ'nin hesaplanması ve kadına önerilen kilo alımı, beslenme ve fiziksel aktivite hakkında bilgi verilmesinin sağlanmasıdır (27, 34, 73, 112).

Gestasyonel Kilo Alımında İOM Rehberine Gereksinim Duyma Nedenleri:

Doğurganlık ağındaki kadınların %50'si aşırı kilolu (VKİ 25-29.9 kg/m²) ve obezdir (VKİ ≥ 30 kg/m²). İlk gebelik başlangıcında kadınların %18'i obezdir (120). Obez ve aşırı kilolu gebe kadınlarda, riskli gebelik ve doğum komplikasyonların da artış olmaktadır. Bu kadınlar için riskler; bozulmuş glikoz toleransı, dışuk, preeklamsi, tromboembolizm ve lumdır. Bu kadınlarda müdahaleli doğum veya sezeryan doğum olasılığı artmaktadır. Bebeklerde, fetal ölüm, makrozomi, konjenital anomali, ileri yıllarda obezite riskleri ile karşılaşılmaktadır(112). Gebelik ve postpartum 42 günlük dönemde ölen kadınların yarısının obez ve preobez olduğu saptanmıştır. VKİ>30 kg/m² üzerinde olan kadınlarda ölüm riskinin, VKİ<30 kg/m² olanlardan daha yüksek olasılıkta olduğu sonucuna varılmıştır (129).

İOM kadınlara gebelik ncesi VKİ göre kilo alımını önermektedir. Son yapılan araştırmalarda Avrupa ve Amerika da gebe kadınların %20-40'ının önerilen kilodan fazla kilo aldıkları belirlenmiştir (28).

Ne yazık ki gebelikte fazla kilo alım sıklığı artmaktadır. Ulusal Anne ve Bebek Sağlık Araştırması (NMIHS -National Maternal and Infant Health Survey) verilerine göre Amerika Birleşik Devletlerinde 1988 yılındaki canlı doğumlardaki kadınların %36'nın İOM tavsiye sınırını aştığı saptanmıştır. Fazla kilolu kadınların % 64'ü tavsiye edilen kilodan daha fazla kilo almış, normal kilodaki kadınların % 37'si öneri sınırlarını aşmıştır (14).

Wells ve Murray'ın (2003) Colorada'da 1997 ve 2000 yılları arasında yaptığı çalışmada, kadınların %37.9'unun gebelik süresince İOM rehberine uygun kilo aldıkları, %22.4' nün yetersiz, %39.6'nın ise aşırı kilo aldığını saptanmıştır. Aynı çalışmada, gebelikte İOM rehber aralığında kilo alan kadınların aşırı veya az kilo alanlara göre daha iyi maternal ve neonatal sağlık sonuçların olduğu belirlenmiştir. (130). Gebelikte beslenme tarama sistemi (Pregnancy Nutrition Surveillance System-PNSS) (2004) halk sağlığı programlarında düşük gelirli İspanyol olmayan beyaz kadınların %47.3'ünün, Amerikan ve Afrikalı kadınların % 42.2'sinin, İspanyol kadınların %38.2'sinin, yerli Amerikalı ve Alaskalı kadınların %44.5'sinin, Asya ve pasifik adalı kadınların %33.6'sının gebelikte aşırı kilo kazanımlarının olduğunu bildirmiştir. Gebelikte beslenme tarama sistemi(PNSS) bilgileri analiz edildiğinde etnik yapı ve gebelikteki VKİ arasında ilişki bulunmuştur (127).

Hui ve arkadaşlarının (2011) randomize kontrollü çalışmalarında aşırı GKA yaygınlığını 2009 yılı ve 1990 yılı İOM rehberi ile kıyaslama yapmış ve kontrol grubunda göreceli olarak yeni rehber göre beklenenden daha yüksek artış bulmuştur (% 44 karşısında, % 54). Girişim grubunda aşırı GKA sıklığı, 2009 yılı rehberine göre % 35 ve öncekine göre % 27 belirlenmiştir (57).

1.7.1.1.Gestasyonel Kilo Alımı İle İlgili Geçmiş Yaklaşımlar

Geçmiş yıllarda gebelik döneminde kilo alımıyla ilgili farklı yaklaşımlar olmuştur. Optimal gestasyonel kilo alımı için geçmiş yıllarda farklı kilo alımları önerilmekteydi. Amerika da, 1960 yılından önce gebelik süresince tüm kadınlara maximum 8-9 kg alması, 1960-1980 yılları arası minimum 11 kg alması önerilmekteydi. Gestasyonel kilo alımını azaltmadaki amaç, preeklamps ve eklampsinin engellenmesi ve iri bebekle ilişkili doğum komplikasyonlarını önlemektir. Preeklamps ve eklampside aşırı kilo alımı olduğunda, kilo alımını azaltmanın hastalığı engelleyeceği düşünülüyordu. Günümüzde, eklampside ödem nedeniyle ağırlık artışı olduğu bilinmektedir. Kilo kısıtlaması preeklamps ve eklampsinin görülme sıklığını azaltmaz. Bu yüzden 60'lı yıllardan sonra gebelik süresince minimum 11kg alınması tavsiye edilmeye başlanmıştır (69,136).

Gebelik döneminde kilo alımının kısıtlanması, düşük tartılı bebek doğumu gibi bazı kötü sonuçlar doğurabilir. Gebelikte yetersiz kilo alımı, özellikle gebelik öncesi düşük ağırlıkla birlikteyse fetal büyüme geriliği riskini artırır. Düşük (2500 gr'dan az) yada çok düşük bebek doğum tartısı (1000 gr'dan az) bebek ölüm riskini ciddi biçimde artırır. Aynı şekilde, hayatta kalan düşük doğum ağırlıklı bebeklerde, ağırlık artıkc morbidite ya da nörolojik bozukluk oluşma riski azalmaktadır (136).

1.7.2. AŞIRI GESTASYONEL KİLO ALIMININ MATERNAL, FETAL VE NEONATAL SONUÇLARA ETKİSİ

Gebelikte tavsiye edilen kilo alımı, maternal ve fetal sağlığı olumlu olarak etkilerken, aşırı kilo alımı maternal ve neonatal sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Gebelikte aşırı kilo alımı; düşük, gestasyonel diyabet, hipertansif durumlar (preeklamps, eklamps), pulmoner emboli, preterm doğum gibi riskli gebelik risklerini artırmaktadır. Gebelikte aşırı kilo alımı doğum eyleminde; induksiyon

uygulaması, epidural veya genel anestezi, operatif vajinal doğumlar ve sezeryan doğum oranını artırmaktadır. Yenidoğanda makrozomik bebek, omuz distososi ve bebek ölüm oranlarını yükseltmektedir(9, 14, 68, 69). Ayrıca, gebelikte alınan aşırı kilo kendi başına sonradan oluşabilecek meme kanseri riskini artırmaktadır (67).

Ağralı (2005) tarafından yapılan araştırmada, VKİ normal olan gebe kadınlarda gebelik diyabetine rastlanmazken, preobez ve obez gebelerde gebelik diyabeti saptanmış ve VKİ normal, preobez ve obez gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuştur (1).

Gebelikte alınan aşırı kilo, postpartum kilo retansiyonuna neden olan ana faktördür (14, 65, 125). Postpartum kilo retansiyonu, kadınlar arasında obezitenin artması ve obeziteyle ilişkili olan kardiovasküler hastalıklar, diyabet ve bazı kanser türlerinin artması ile ilişkilidir (59, 65, 68, 130).

Ulusal Anne ve Bebek Sağlık Araştırmasında, postpartum 10-18. aylarda kilo tutulumu değerlendirilmiş, IOM önerilerinin üstünde kilo alan beyaz kadınlarda 2.2 kg, önerilerine uyan beyaz kadınlarda 0.7 kg, IOM önerilerinin üstünde kilo alan Afrikalı-Amerikan kadınlarda 5.8 kg, IOM önerilerine uyan Afrikalı-Amerikan kadınlarda 3.3 kg postpartum kilo tutulumu saptanmıştır (14). Doğumdan 6–18 ay sonra kadınların %20'sinde beş kg'dan fazla kilo retansiyonu olmaktadır. Stockholm'de bir obezite birimine başvuran ağır obez kadınların %73'ünün doğumdan bir yıl sonra gebelikle ilişkili kilo retansiyonun en az 10 kg olduğu belirtilmiştir (109).

Postpartum kilo retansiyonu riskini artıran faktörler; gebelikte alınan kilo, gebelik öncesi yüksek VKİ, düşük sosyo-ekonomik düzeyde olma, primiparite, emzirme süresinin kısa olması, sigara içilmemesi, gebelik sonrası aile rolleri, etnik grup, ırk, yüksek kalorili diyetle beslenme, düşük fiziksel aktivitedir (63, 68, 69).

Kadınların, gebelikte VKİ > 25 olduğunda perinatal riskler artmaktadır (127). Gebelikte alınan aşırı kilo, doğum sonrası annede prolapsus, inkontinans, hemoraji gelişme risklerini arttırmaktadır. Ayrıca, anneler ileri dönemde obezite ve obezitenin getirdiği sağlık sorunları ile karşılaşmaktadır. Bebeklerde de ileriki yıllarda obezite ve diyabet gelişebilmektedir (25, 57, 68, 69, 79). Postpartum dönemde, beş veya daha fazla kilo retansiyonu olan kadınlarda koroner arter hastalıkları riski de artmaktadır (127).

1.7.3. OBEZİTENİN MATERNAL, FETAL VE NEONATAL SONUÇLARA ETKİSİ

Maternal obezitenin dezavantajları gebelik öncesi başlar. Birçok obez kadın arasında Polikistik Over Sendromu (PCOS), endokrin düzensizlik, amenore ve infertilite görülebilmektedir. Obez gebelerde en fazla tanımlanan komplikasyonlar; düşük, gestasyonel diabetes mellitus (GDM), gestasyonel hipertansiyon, preeklamsi ve eklamsi, tromboemboli ve preterm doğumdur. Gestasyonel diyabet kadının ileriki yaşamında diyabet gelişimini etkiler. Gestasyonel diyabetli obez kadınların %70'inde ve zayıf kadınların % 30'unda doğumdan sonraki 15 yıl içerisinde Tip 2 diyabet gelişebilmektedir. Obezite ve GDM'un beraber olması konjenital anomali gelişme riskini de artırmaktadır (34, 49, 116). Hekim, ebe ve hemşireler, obez gebe kadının abdominal değerlendirmesi ve prenatal ultrasonografik tanılmasında da güçlük yaşamaktadır. Ultrasonografik değerlendirmede bebeğin gelişimi, yatışı ve prezentasyonunu tanılama zor olmakta, buda hatalara neden olabilmektedir. Normal kilodaki gebe kadınlarda prenatal ultrason ile fetal anomaliler görüntülenebilmekte, obez gebe kadınlarda ise görülme riski yüksek olan fetal anomaliler görüntülenemeyebilmektedir (27,127).

Gebelikte obezite durumunda, doğum eyleminde indüksiyon uygulaması ve indüksiyon uygulamasında başarısızlık oranı yüksektir. Obez ve fazla kilolu kadınlar arasında sezaryen oranı ve postoperatif komplikasyonlardan yara yeri enfeksiyonları, postpartum kanama, postpartum endometritis gelişme oranı yüksektir. Ayrıca zor doğum eylemi, doğum eylemine müdahale, perine yırtıkları (3.ve 4. derece) ve makrozomik bebek nedeniyle omuz distosisi risklerinde artış saptanmıştır. Tüm bu risk ve komplikasyonlar hastanede kalış süresini artırmakta ve hasta bakım ücretlerinde artışa neden olmaktadır (34, 49, 73).

Obez gebe kadınlarda, sezaryen operasyonunda anestezi komplikasyonları da yaşanmaktadır. Anestezistler, genel, epidural veya spinal anestezide güçlükler yaşayabilmektedir. Sezaryene alınan kadında, genel anestezide zor veya başarısız entübasyon, epidural veya spinal anestezide iğnenin takılmasında başarısızlık, anestezi bloğunda başarısızlık ve solunum fonksiyonlarında bozulma yaşanabilir. Ayrıca, preeklamsi, GDM ve morbid obezli kadınlarda anestezi riskleri daha çok artmakta ve yoğun bakım tedavisini gerektirebilmektedir(34, 49, 73,106).

Postpartum dönemde ise; sezaryenle doğum yapan obez kadınlarda endometritis, insizyon yeri ve üriner enfeksiyonlarda artış görülebilmektedir. Ayrıca postpartum anemi, postpartum kanama, tromboflebit görülme riskide artmaktadır. Postoperatif solunum komplikasyonlarından pnömoni görülme oranı fazladır. Bu komplikasyonlar nedeniyle hastanede kalış süresi ve bakım ücretleri de artabilmektedir. Maternal obezitenin emzirme sıklığını azalttığı ve emzirme güçlüklerine neden olduğu bildirilmiştir (34,73) . Laktasyonda başarısızlık nedeniyle bebeğin yapay mamalar ile beslenmesi ile bebekte obezite riski artabilmektedir. Obez kadınlarda gebelikte kilo alımı ile iyice değişen beden imajı kadının yaşamına bakışını olumsuz yönde etkilemekte, kadının depresyon, stres ve beden imajı

sorunları yaşamasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla bu kadınlarda doğum sonrası depresyon görülme sıklığı artmaktadır (34, 62, 112).

Uzun dönemde obez annelerde kanser, felç, hipertansiyon, diyabet ve koroner kalp hastalıklarına yakalanma olasılığının arttığı, düşük yaşam kalitesi ve bu hastalıklara bağlı ölüm oranlarında artma olduğu bildirilmiştir (34,73).

Yapılan araştırmalarda, maternal obezite ile konjenital anomaliler arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Maternal obezite ile nöral tüp defektleri (örneğin anensefali ve spina-bifida), intestinal sistem özellikle karın duvarı defektleri (omfolosel), kalp anomalileri ve santral sinir sistemi arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (73, 106). Yine yapılan pek çok çalışmada, maternal obezite ve gebelikte fazla kilo alma ile makrozomik bebek doğumu arasında ilişkili olduğu saptanmıştır (1, 14). Obezite ve gebelik öncesi diyabet, bebeklerin gestasyonel kilosunu artıran bir risktir. Makrozomik bebekler, anormal pozisyonlara, doğum eyleminde omuz distosisi ve omuz distosisine bağlı brakial sinir yaralanmalarına ve obstetrik risklerin artmasına neden olmaktadır. Maternal obezitenin, ölü doğum ve perinatal ölümler ile iki kat daha fazla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca yapılan bazı araştırmalarda, obez annelerin yeni doğanlarında hipoglisemi, mekonyum aspirasyonu, düşük apgar skorlu bebek doğum oranının daha fazla olduğunu belirtilmektedir (34, 62, 73). Doğum kilosunu fazla olan bebeklerde, çocukluk ve adolesan dönemde obezite, metabolik sendrom ve Tip II diyabet gelişme riski de yüksektir (68,73, 103).

1.7.4. GESTASYONEL KİLO ALIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

1.7.4.1.Beslenme

Sağlıklı ve dengeli beslenme, hayatın her döneminde çok önemli olduğu gibi, gebelik döneminde de önemlidir. Bebeğin anne karnında sağlıklı gelişebilmesi için

birçok besin ögesi gereklidir ve bu besin ögelerini dengeli olarak sağlamanın en doğal yolu, sağlıklı beslenmedir (104). Gebelik beslenme gereksiniminin arttığı özel süreçlerden biridir. Bu dönemde yetersiz ve dengesiz beslenme maternal ve fetal sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (118).

Gebelikte beslenmenin değerlendirilmesine gebelikle birlikte başlanmamalıdır. Çünkü bir kadının gebe kalabilmesi, bebeğini gebelik sonuna kadar taşıyabilmesi, doğumdan sonra emzirebilmesi için gebe kalmadan önce düzenli beslenmesi ve sağlıklı olması gereklidir (119).

Gebelikte beslenmedeki temel amaç; annenin fizyolojik gereksinimlerini karşılamak, annenin besin ögesi depolarını dengede tutmak ve fetüsün normal büyüme ve gelişmesini sağlamak olarak sıralanabilir. Doğacak bebeğin büyümesi ve sağlıklı olması, ruhsal, fiziksel ve zihinsel yönden iyi gelişmesi, annenin sağlığı ve dengeli beslenmesiyle orantılıdır. Annenin günlük yaşantısını sürdürecektir yeterli enerji ve besin ögelerini alırken, doğal yollardan alacağı protein, enerji, vitamin ve mineraller hem kendisi hem de doğacak bebeğin sağlığı için önemlidir. Gebe anne iyi beslenmez ise; bebek, annenin vücudundaki besin depolarını tüketmeye başlar, anne ve bebeğin sağlığı tehlikeye girer (39, 104, 126). Normalin altındaki fetal büyüme ise fetal mortalite, hatta neonatal ve yenidoğan (infant) morbiditesi ve mortalitesi ile yüksek derecede ilişkilidir (126).

Gebelik döneminde annenin dengesiz beslenmesi ve aşırı kilo alımı doğum sonrası obezite riskini artırmaktadır. Ülkemizde gebelikte beslenme sorunlarının başlıca nedenleri; gebelikte artan ihtiyaçlara uygun olarak günlük beslenmeye ek yapılmaması, ekonomik yetersizlikler nedeniyle besin alımının azalması, gelenek ve göreneklerin etkisi nedeni ile yanlış besinlerin seçimi, yiyecek hazırlama ve saklamada yapılan yanlış uygulamalardır. Türkiye’de halkın beslenme durumu;

coğrafi bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Gebelikte yeterli ve dengeli beslenme; hem kadın sağlığının devamı, hem de fetusun fiziksel ve mental gelişimi için şarttır(118).

1.7.4.1.1. Gebelikte Enerji Gereksinimi

Enerji ihtiyacı, ilk trimesterde minimal olarak artarken, ikinci trimestere doğru hızla artar ve doğuma kadar yüksek devam eder. İkinci ve üçüncü trimester boyunca önerilen günlük enerji alımı bazal ihtiyacın 300 kcal üstündedir, bu da gebelik dışı dönemdeki kalori ihtiyacının %15 fazlasına karşılık gelir. Bu miktar normal aktivite içinde olan bir gebeye göre belirlendiği için, gebelik döneminde aktivitesi belirgin bir biçimde azalan kadınlarda ek kalori alımına gerek olmayabilir (72, 136). Gebelikteki total kalori alımı doğum kilosu üzerinde bilinen en önemli beslenme faktörüdür. Ayrıca gebelik öncesi VKİ gebelik süresince alınan kilodan bağımsız olarak, yenidoğanın kilosu üzerinde etkili olmaktadır (118).

1.7.4.1.2. Besin Grupları

Yemek alışkanlıkları ve koşullarına göre her ülkenin besin piramitleri değişiklik göstermektedir. Türkiye’de temel besin planlanmasında piramidin yerine dört yapraklı yonca simgesi kullanılmıştır. Ülkemizin besin üretimi ve beslenme durumunu dikkate alarak günlük alınması gereken temel besinlerin planlanmasında dört besin grubu



kullanılmasının daha uygun olduğuna karar verilmiş ve grupların şekil ile ifadesinde aşağıda görülen **dört yapraklı yonca** kullanılmıştır. Yonca şansı ve mutluluğu temsil simgelemektedir. Ayrıca yapraklar kalp biçiminde gösterilmiştir. Bu durum

kalp sağığı ve sevgiyi anlatmaktadır. Yoncanın üst, alt, sağı ve sol yapraklar içinde besin gruplarına ait resimler vardır. Üst yapraklarında süt ve süt ürünleri, et-yumurta-kurubaklagiller grubu, yoncanın alt yapraklarında sebze ve meyveler, ekmek ve tahıllar grubu yer almaktadır. Günlük tüketilmesi gereken besin miktarı "Dört Besin Grubu" temel alınarak belirlenir (122). Beslenme pramidlerinde ise ayrıca az tüketilmesi gereken yağlar ve tatlı grubunda yer almaktadır(42).

Gebelik döneminde günlük alınması önerilen besin öğeleri ve porsiyonları Tablo 2’de verilmiştir (42, 44, 122).

Tablo 2: Gebelik Döneminde Önerilen Günlük Besin Miktarları

Besin grupları	Normalde	Gebelikte
Et, balık, tavuk, yumurta, baklagiller, (Nohut, fasulye, mercimek vs), yağlı tohumlar (kuruyemiş ceviz, fındık, badem vs.)	2 porsiyon (2 yumurta 1 porsiyon, 1 et veya kuru baklagiller yemeğı veya etli sebze yemeğı 1 porsiyondur, 30 gr.(2-3 ceviz Kuruyemiş,.)	1 porsiyon daha fazla
Süt ve süt ürünleri (Süt/yoğurt /peynir, çökelek)	Günde 2 Porsiyon (1 su bardağı süt veya yoğurt bir porsiyondur, 2 kibrit kutusu kadar peynir veya çökelek 1 porsiyondur.)	1 porsiyon daha fazla
Taze Sebze ve Meyveler	Günde 5-7 porsiyon En az 2 porsiyonu yeşil yapraklı sebzelerden, turunçgillerden ve domatesten oluşmalı)	1-2 porsiyon daha fazla
Ekmek ve Tahıllar (Ekmek, pirinç, bulgur, makarna, tarhana, şehriye, börek, pasta, bisküvi) Tam tahıl ürünleri alınmalıdır.	6-11 porsiyon (6 dilim ekmek (kepekli ekmek tercih edilmeli) , 1 kepçe unlu çorba, 4 yemek kaşığı pilav gibi.)	1 dilim ekmek fazla
Yağ ve Şeker grubu (Hazır meyve suları, tatlılar, kızarmış kavrulmuş yiyecekler, cips)	Yağ 30-35 gr Şeker 30-35 gr	Hiç önerilmiyor

1.7.4.1.3.Öğünler ve Öğün Zamanlarının Önemi

Yemeklerin miktarı ve cinsi kadar, tüketim zamanları da büyük önem taşır. Vücuda alınan besinlerin sindirilmesi ve vücut tarafından kullanılması besinlerin bileşimlerine ve öğünler arasında geçen süreye bağlı olarak farklılık göstermektedir. Besinlerin karışımı, miktarı ve veriliş aralıklarına göre, vücutta hormonal ve enzimatik birtakım değişimler olmakta ve vücut yaşamını bu koşullara uydurarak sürdürmeye çalışmaktadır. Ancak tek yönlü beslenme, aç kalma veya aşırı beslenme gibi durumlarda organizmanın bu sistemlerde oluşturduğu değişimler, sonuçta sağlığın olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır. Organizma belirli bir süre aç kaldığında bu değişimler daha açıkça görülmektedir. Uzun aralıklarla beslenmede vücutun daha az protein ve su tuttuğu ve idrarla fazla azot (protein yapısında bulunur) atıldığı belirtilmektedir. Kısa aralıklarla yemek yendiğinde ise vücutta pozitif bir azot dengesi oluşmakta ve vücut proteinleri artmaktadır. Uzun aralıklarla beslenmede ise bunun aksine, vücutta yağ birikimi artar, bu durum kan yağları (kolesterol ve lipit) düzeyini arttırarak kalp hastalıkları ve diyabet oluşum riskini arttırır (122).

Yeterli ve dengeli beslenmede öğün sayısı kadar içeriği de önemlidir. Öğünlerde besin öğelerinin dağılımı ne kadar dengeli olursa metabolizmanın da o kadar düzenli çalıştığı bilinmektedir. Bu nedenle öğünlerin içeriğindeki günlük enerjinin %10-15'i proteinler, % 30'u yağlar ve % 60'i de kompleks karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Basit şeker dediğimiz çay şekeri ve benzeri besinlerin aşırı tüketiminden kaçınılmalıdır (122).

Öğünler içinde en önemlisi sabah kahvaltısıdır. Akşam yemeği ile sabah kahvaltısı arasında yaklaşık 11-12 saatlik bir süre geçmektedir. Kahvaltı yapılmadığında bu süre 16-17 saate çıkar. Uygun aralıklı öğün alınmasının yararları

dikkate alınırsa bu kadar uzun süre vücudu besinsiz bırakmanın zararı açıktır. Metabolizmanın düzenli çalışması için, günlük yaşam koşulları da dikkate alınarak, yiyeceklerin günde en az üç öğünde tüketilmesi ve öğünler arasında geçen sürenin dört- beş saat olması önerilmektedir. Kahvaltı yapmadan güne başlamak verimi düşürür. Sabah kahvaltısı yapılmazsa beyinde yeterince enerji oluşmaz. Bu durumda yorgunluk, baş ağrısı, dikkat ve algılama azlığı gibi sıkıntılar yaşanır. Güne istekli başlamada ve elverişli bir biçimde sürdürmede yenilen sabah kahvaltısının miktarı ve içeriği büyük önem taşır. Dengeli bir kahvaltıda günlük enerjinin en az 1/5'inin karşılanması gerekmektedir. Kahvaltıda meyve ya da sebze yenilmesi içerdikleri posa nedeniyle açlığı bastıracak ve kan şekerinin daha geç düşmesine neden olacaktır (122).

1.7.4.2. Gebelikte Fiziksel Aktivite/Egzersiz

Gebelik fiziksel, hormonal, psikolojik değişikliklerin olduğu uzun bir süreçtir. Bir hastalık durumu olmayan gebelik, kadın hayatının normal bir parçasıdır. Gebelikte egzersiz hem fiziksel hem de psikolojik yönden fayda sağlar (55,71). Gebelik süresince ve postpartum dönemde, kadınların yaklaşık olarak % 60-70'i hareketsizdir. Düşük aktivite ve hareketsiz yaşam tarzı hastalık ve ölüm oranları ile ilişkilidir. Bu nedenle gebelik süresince düzenli fiziksel aktivite alışkanlıklarının kazandırılması gerekir (41, 117).

Amerikan Spor Hekimliği Birliği (American Collage of Sports Medicine ACSM) ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) ve fizyolojik olarak sağlık problemi olmadığı belirlenen gebelerin, gebe olmayan kadınlarla eşit düzeyde günde en az 30 dakika orta yoğunlukta, haftada en az üç kez fakat tercihen 5 kez egzersiz yapabileceklerini belirtmiştir (12, 76).

Son yıllarda gebelikte yapılan egzersizler ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalara göre, gebelikte yapılan egzersizlerin; aşırı kilo alımı, gestasyonel diyabet, gebelik hipertansiyonu, fetal makrozomi, sezaryen doğum, bel ağrısı, bacak krampları, bulantı, özafagal reflü, ayrıca stres, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik durumları ve uzun dönemde oluşabilecek obezite riskini azalttığı belirtilmiştir (11, 33, 40, 41,55, 71, 76, 117). Günümüzde genel olarak toplumun % 45 egzersiz yaparken bu oran gebe kadınlarda daha düşük, sadece %15.1'dir (41). Gebelikte egzersiz yapan kadınlar, postpartum dönemde de devam ederlerse doğum sonrası iyileşme süreci hızlanır ve doğum sonrası postpartum kilo retansiyonu azalır. Tüm bu değişiklikler gebelikte oluşabilecek komplikasyonları azaltırken sağlıklı bir bebek doğurmaya yardımcı olur (71).

Gebelikte aşırı kilo alımı ve postpartum ilk 6 ayda fazla kiloları verememek uzun dönemde obeziteye neden olmaktadır. Gebelik süresince, dengeli beslenme ve egzersiz istenen kilo artışını sağlamaktadır. Ayrıca, bazı araştırmalarda, gebelik süresince yapılan egzersizin depresyonu azalttığı, beden imajını ve kendine olan güveni artırdığı, aşırı kilo alımını kontrol ettiği, egzersiz yapan gebelerde unutkanlık, stres, anksiyetenin daha az görüldüğü, gebelik ve doğum komplikasyonlarını azalttığı bulunmuştur (33, 55, 71, 117). Egzersiz yapan birçok kadın, kendilerini daha zinde hissettiklerini, buna bağlı olarak doğumun kolaylaştığını belirtmişlerdir (11).

Fiziksel Aktivite Ölçüm Yöntemleri: Fiziksel aktiviteyi değerlendirmek için birçok yöntem vardır. Bunlar; pedometre, akselerometre, kalp atım hızını kaydeden aletler, kinematik analiz, anketler, aktivite günlüğü ve doğrudan gözlemdir. Aktivitenin değerlendirilmesinde, genellikle süre, sıklık ve şiddetin belirlenebildiği fiziksel aktivite anketleri en yaygın kullanılan yöntemdir. Çünkü teknolojideki ilerlemeye

rağmen enerji harcamasını değerlendiren araçlar maliyetin yüksek olması ve uygulamadaki sınırlılıklar nedeniyle pratik değildir (95).

1.7.4.2.1. Gebelikte Fiziksel Aktivitenin Kesin Kontraendikasyonları: Preterm doğum riski, membran rüptürü, gebeliğin hipertansif hastalıkları, servikal yetersizlik, intrauterin gelişme geriliği, çoğul gebelikler, plasenta previa, 2. ve 3. trimester kanamaları ve ağır kronik medikal hastalıklarda (diyabet, tiroid hastalıkları, ciddi kardiyovasküler, respiratuvar ve sistemik hastalıklar) kontraendikedir (3, 11, 12, 71).

Gebe kadında morbid obezite, ileri derecede hareketsiz yaşam, kontrolü yapılamayan hipertansiyon, ağır sigara içimi (günde 20 taneden daha fazla), daha önce spontan abortus hikayesi, daha önce erken doğum öyküsü, hafif/orta derece kardiyovasküler hastalık, hafif/orta derece respiratuvar hastalık, ciddi anemi, malnutrisyon, yeme bozuklukları, aşırı kilo kaybı, 28.haftasını doldurmuş ikiz gebelik ve diğer önemli tıbbi hastalık durumlarında(kardiyak aritmi, kronik bronşit, zayıf kontrollü tip I diyabetes mellitus, ortopedik hastalıklar) fiziksel aktivite/egzersiz rölatif olarak kontraendikedir(12, 71).

1.7.4.2.2. Fiziksel Aktivitenin Sonlandırılması Gereken Durumlar: Nefes darlığı, vajinal kanama, baş ağrısı, göğüs ağrısı ve çarpıntı, kas güçsüzlüğü, bacak ağrısı ve şişlik, erken doğum eylemi, fetal hareketlerin azalması, amnion sıvısı gelişi, baş dönmesi, bayılma, bel ve kasık ağrısı durumunda egzersiz programı sonlandırılmalıdır (12, 71).

1.7.4.2.3. Fiziksel Aktivite Önerilmeden Önce Yapılması Gerekenler: Gebelikte fiziksel aktivite programına başlamadan önce, gebe genel olarak değerlendirilmeli, medikal ve obstetrik durumlar gözden geçirilip, aktiviteye engel olabilecek bir durumun olup olmadığı belirlenmelidir. Gebenin daha önceki aktivite durumu incelenmelidir. Daha önceden hareketsiz yaşam tarzı olan gebeler, aktiviteye

başlarken kısa sürelerle başlatılmalı ve gittikçe artırılmalıdır. Daha önceden fiziksel aktivitesi olan gebelerin ise aynı aktivite programına devam etmeleri önerilmektedir. Gebe kadın aktivite yaptığında aktivitenin gerektirdiği kalori ihtiyacı mutlaka alınmalıdır (ortalama 300 kkal/gün) (11, 12, 71).

1.7.4.2.4. Gebelikte Fiziksel Aktiviteye Başlama Zamanı: Hareketsiz olan gebelerin fiziksel aktiviteye(FA) başlamaları için en ideal zaman ikinci trimesterdir (12. haftadan sonra). Çünkü ilk trimesterde bulantı, kusma ve yorgunluk gibi sık görülen şikâyetler ilk trimesterin sonunda kaybolur. Gebe kalmadan önce FA yapan kadınlar aktivitelerine devam edebilir. Üçüncü trimester sonlarında fiziksel kısıtlama başladığı zaman aktivitenin kesilmesi uygun olur (71).

1.7.4.2.5. Gebelikte Önerilen Fiziksel Aktiviteler: Gebelikte denge kaybının ve fetal travmanın minimal olduğu aktiviteler seçilmelidir. Gebelikte önerilen aktiviteler; tempolu yürüyüş, hafif koşu, yüzme, bisiklete binme, aerobik, dans ve evde yapılan fiziksel aktivitelerdir (3, 12, 71).

1.7.4.2.6. Fiziksel Aktivitenin Sıklığı, Süresi ve Şiddeti: Gebe kadınlara haftada 3-5 kez günde en az 30 dk fiziksel aktivite yapması önerilmektedir (12). Gebelikte önerilen fiziksel aktiviteler orta ve hafif şiddette aktivitelerdir. Sedanter kadınlar, haftada 3 kez olmak üzere 15 dakikalık (dk) egzersizlerle başlamalı ve tedrici olarak arttırmalıdır. Devamlı egzersizden ziyade aralıklı egzersiz programlarında tercih edilebilir. Bu aralıklı programda 15 dk. periyotlarda egzersiz yapılmalı, 5-10 dakikalık ısınma ve soğuma periyotları uygulanmalıdır. Yorgunluk hissedince egzersize ara verilmeli, bitkinlik seviyesine kadar egzersiz yapılmamalıdır (12,44, 71). Fiziksel aktivite/egzersiz şiddetini belirlemede skrolama sistemi olarak maksimal kalp atım hızı ve talk testi kullanılmaktadır (71).

Maksimal kalp atımında gebe kadının egzersiz sırasında yaşa göre kalp atım hızının belirli sayıda tutulması hedeflenmiştir. Egzersiz sırasında gebelik öncesi sedanter yaşamı olan kadınlarda maksimal kalp atım hızının %60-70'i, gebelik öncesi egzersiz yapanlarda maksimal kalp atım hızının %60-90'ına çıkmak hedeflenmiştir. Maksimal kalp atım hızı belirlenirken hastanın yaşı 220'den çıkarılır. Örneğin hasta yaşı 20 ise maksimal kalp atım hızı $220-20=200$ 'dir. Bu nedenle aktivite en üst düzeyde yapıldığında 2-3 kez kalp atım hızına bakılmalı ve egzersiz yoğunluğu buna göre ayarlanmalıdır. Anne kalp atım hızının egzersize verdiği cevabın değişken olması nedeniyle egzersizin derecesini belirlemede maksimal kalp atım hızı yerine Talk test (Borg skala) kullanılması daha uygundur (12,71).

Talk testte (Borg Skala) egzersiz şiddeti, gebe kadın egzersiz yaparken rahat konuşabileceği şekilde ayarlanır. Kadın egzersiz sırasında normal konuşmasını sürdürmekte zorlanırsa egzersiz derecesi düşürmesi gerekir (71).

1.7.4.3. Gestasyonel Kilo Alımını Etkileyen Diğer Faktörler

Gebelik öncesi VKİ, gebelik süresince aşırı kilo kazanılmasını etkileyen önemli bir maternal faktördür (126). Birçok çalışmada, fazla kilolu ve obez kadınların İOM tavsiye önerilerinden daha fazla kilo aldığı belirtilmiştir (14, 68, 89, 116, 130).

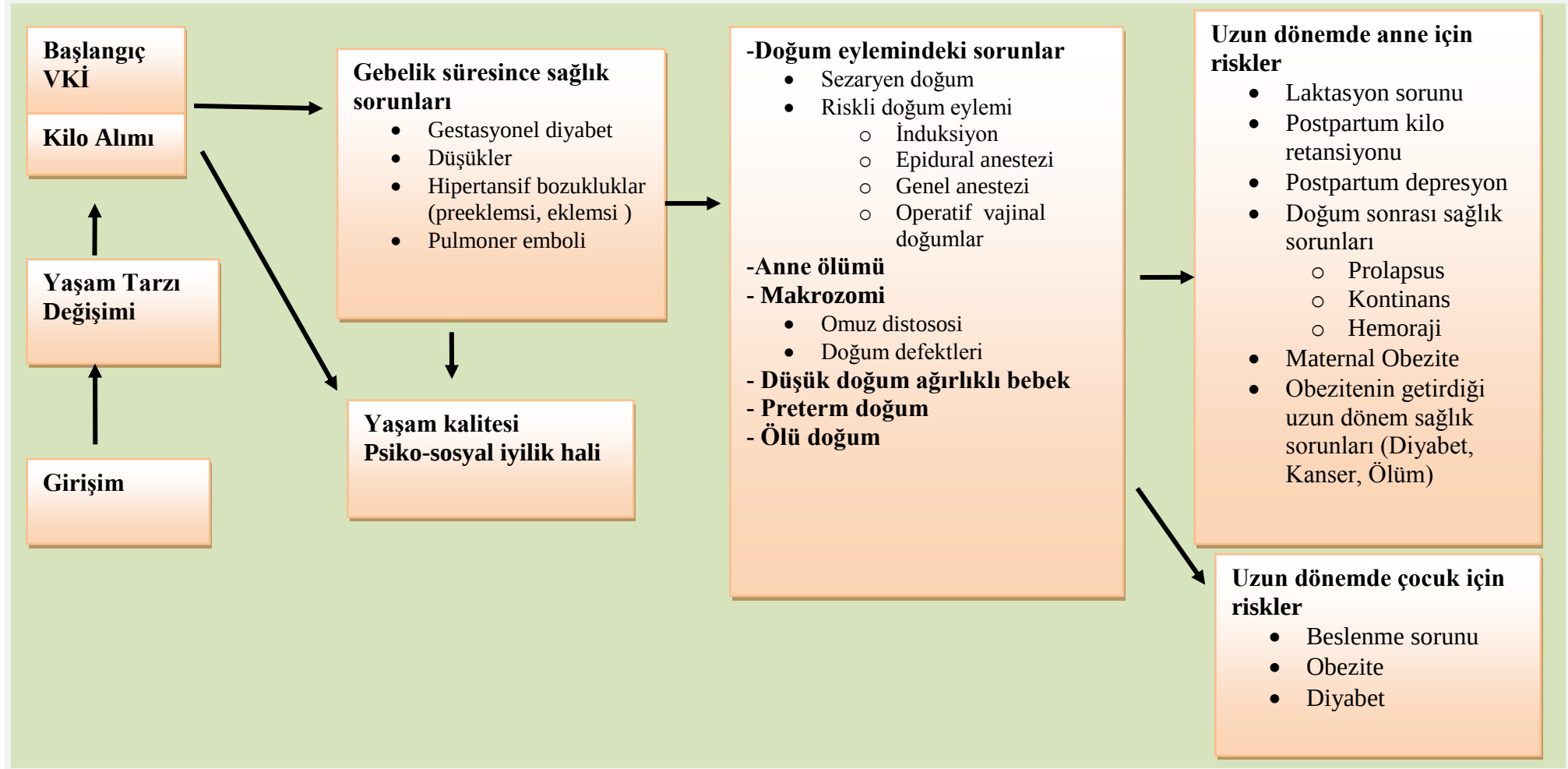
Gestasyonel kilo alımında etkili diğer bir faktör ise paritedir. Nullipar kadınlar daha önce doğum yapmış kadınlara göre gebelik süresince genellikle daha fazla kilo almakta ve sıklıkla İOM rehber önerilerini geçmektedir (14, 116, 126).

Stuebe ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada, maternal yaş, ırk, sigara içme durumu, gebeliğin ilk trimestirinde oluşan bulantı-kusma ve gebelik süresi ile aşırı gestasyonel kilo alımı arasında ilişki olduğu saptanmış ve 25-30 yaş grubu kadınların daha genç ve yaşlı kadınlara göre daha fazla kilo aldıkları belirlenmiştir(116).

Gestasyonel kilo alımında belirleyici olan diğer faktörler; annenin eğitim durumu, sosyo-ekonomik durumu, çalışması, alkol ve madde kullanımı, depresyon, ailenin etkisi, sosyal destek, sağlık durumu, gebeliğin istenme durumu, yetersiz prenatal bakım alma ve sağlık profesyonellerinin gebelikte kilo alım rehber önerileri hakkında gebeleri yetersiz bilgilendirmesidir(84, 116).

Yapılan randomize çalışmalarda, GKA üzerine, yaş gebelik öncesi VKİ, eğitim, sigara kullanma, sosyo ekonomik durum gibi faktörler etki göstermese de; randomize olmayan çalışmaların bazılarında yaş (108), sosyo ekonomik durum (31), gebelik öncesi VKİ, eğitim ve sigara alışkanlığı (68) ile ilgili sonuçlarda farklılık belirlenmiştir. Anne yaşının uç noktalarda olması GKA'nı etkilemektedir. Ancak sosyo ekonomik durum, eğitim ve sigara alışkanlığının GKA'na etkisini kanıtlayan kısıtlı sayıda kanıt vardır (115).

Gebelikte kilo yönetimini etkileyen faktörler, kavramsal çerçevede Şekil 1'de gösterilmiştir(69, 78,103).



Şekil 1. Kavramsal Çerçevede Gebelikte Kilo Yönetiminin Etkileri

1.7.5. GEBELİKTE KİLO YÖNETİMİNDE YAPILAN YAŞAM TARZI DAVRANIŞ GİRİŞİM ÇALIŞMALARI

Davranış değiştirme, deneysel olarak kanıtlanmış davranış prensiplerinin sorun olan davranışa uygulanması olarak tanımlanır (37). Kadınlar için gestasyonel kilo alımı (GKA) ve sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili geliştirici eğitim programları, onların öz-yeterliliğini, bedensel görüntü, beslenme davranışı ve fiziksel zindeliklerini arttırarak GKA kontrolünü, doğum sonrası kilo tutulmasının azaltılmasını ve genel sağlıklı hayat stilinin iyileştirmesini sağlayabilir. Öz-yeterlilik algısı davranış değişiminin güçlü bir belirleyicisidir. Öz-yeterliliğin sigara kullanımının bırakılması, kilo kontrolü, doğum kontrolü ve alkol kullanımını bırakma gibi sağlıklı davranışlar üzerinde güçlü bir pozitif etkisi olduğu belirtilmiştir (56).

Sağlıklı yaşam için, düzenli fiziksel aktivite yapmak ve sağlıklı beslenmek önemlidir. Gestasyonel kilo alımında, diyet ve fiziksel aktivitenin rolü hala tam olarak açıklanamamıştır. Fakat sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite davranışlarının artırılması ile uygun GKA sağlayarak ilerde oluşabilecek obezite ve obeziteyle ilişkili sağlık problemlerinin önlenmesi sağlanacaktır (9, 68).

Geçmişte gebelikte yapılan beslenme/diyet çalışmalarında, yetersiz GKA ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu arasında ilişkiyi belirlemeye odaklanılmıştır (110). Son yıllarda ise yüksek enerji alımı ile GKA arasında ilişkiyi belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmıştır. Lagiou ve arkadaşlarının (2004) Amerika’da yaptığı çalışmada, 224 gebe kadının ikinci trimestir süresince kilo alımları gözlenmiş, enerji alımı ile gestasyonel kilo alımı arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (75). Olafsdottir ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında; gebeliğin 26-29. haftalarında yüksek enerji alımı, aşırı GKA ile ilişkili bulunurken, glisemik indeks ile ilişkili

bulunmamıştır(87). Gebelik süresince besin miktarının artırılması, aşırı GKA ile ilişkilidir. Amerikada 622 gebe ile yapılan çalışmada, günde iki veya daha az porsiyon meyve ve sebze tüketen kadınların, daha fazla meyve ve sebze tüketen kadınlara göre GKA önerilerinden fazla kilo aldıkları belirlenmiştir (90). Yapılan başka bir çalışmada, fazla tatlı yenmesi ve fazla süt içimi ile aşırı GKA riski arasında ilişki olduğu saptanmıştır (87). Aşırı gestasyonel kilo alımında, yüksek enerji alımı, yüksek glisemik diyet, yüksek yağlı diyet ve beslenme alışkanlıkları belirleyici olmaktadır (75, 84). Gebelik süresince lifli gıdaların (meyve, sebze, kepekli ürünler) alımının artırılması, kilo alımını, glikoz intoleransını, dislipidemi, preeklamsi ve konstipasyonu azaltır (24).

Olson ve Streawderman'nın (2003) gebe kadınlarda yaptığı fiziksel aktivite çalışmasında; gebelik süresince fiziksel aktivitesini azaltan kadınlarda, gestasyonel kilo alımının yükseldiğini saptamıştır(90). Haakstadt ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında üçüncü trimestir süresince haftada 20 dakikadan az egzersiz yapan kadınların, fiziksel yönden daha fazla aktif olan kadınlara göre fazla kilo aldıkları belirlenmiştir(51). İsveç'te 2008 yılında yapılan çalışmada gebelik öncesi fiziksel aktivite seviyesi yüksek olan kadınlarda üçüncü trimestir süresince kilo alım oranlarının düşük olduğu belirlenmiştir (77).

Yapılan diyet yada fiziksel aktivite girişimlerinin GKA üzerine etkisi sorusu araştırıldığında sadece fiziksel aktivitenin artırılmasının GKA azaltmada etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır(115).

Son zamanlarda gebelikte fazla kilo alımını önlemeye yönelik yaşam tarzı (fiziksel aktivite ve beslenme) danışmanlık çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalar sağlıklı, tekil gebeliği olan kadınlarda diyet ve fiziksel aktivite düzenlemelerini içeren girişim grubu ile rutin prenatal bakım alan kontrol grubunu kıyaslanan

araştırmalardır(14, 57). Çalışmalarda GKA azaltmada yalnızca diyet danışmanlığının ya da fiziksel aktivite (FA) danışmanlığının etkisinin olmadığı, ancak ağırlık izlemi eşliğinde diyet ve FA içeren kombine eğitsel girişimlerin GKA azaltmada başarılı olabileceği belirtilmiştir(14, 43, 57, 114, 115). Müdahale geliştiriciler gebelikte sağlıklı beslenme ve FA'nin artırılması uygulandığında gebelikte kilo alımını sınırlandırılabilceğini benimsemektedir (43, 115).

Gebelikte kilo yönetimi için planlanan beslenme ve FA girişimlerinin kanıtları yetersizdir. Yapılan iki randomize kontrollü (RK) çalışmada (14,132) ve bir randomize olmayan çalışmada (31) gebelikte ağırlık artışını azaltmaya yönelik girişimlerin gestasyonel kilo alımını etkili bir şekilde azalttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte, üç diğer RK çalışmada (49, 58, 99) ve üç randomize olmayan çalışmada (47, 68, 89) yapılan girişimlerin GKA azaltmada istatistiksel olarak önemli bir etkisi olmamıştır.

Asbee ve arkadaşlarının (2009) RK çalışmasında girişim grubuna yoğun diyet ve yaşam tarzı danışmanlığı, kontrol grubuna rutin prenatal bakım verilmiş, diyet ve yaşam tarzı danışmanlığının GKA azalttığını belirlemiş, fakat aşırı GKA oranında girişim grubunun kontrol grubu ile karşılaştırmasında önemli ölçüde bir azalma belirlenmemiştir (14).

Pooley ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2002), yapılan girişimin IOM önerilerini aşan normal kilolu kadınların yüzdesini anlamlı bir şekilde azalttığı saptanmıştır (Girişim grubu % 33, kontrol grubu % 58, $p<0.05$). Ancak fazla kilolu kadınlarda zıt yönde anlamlı olmayan bir etki bulunmuştur. Girişim uygulanan grupta fazla kilolu ve obez kadınların %59 aşırı kilo almış, rutin bakım grubunda ise fazla kilolu ve obez kadınların %32'si aşırı kilo almıştır. Bu sonuçlar çelişkilidir (99).

Hui ve arkadaşlarının (2011) toplum temelli kentsel bölgede yaşayan gebe kadınlarda yaptığı çalışmasında, egzersiz ve diyet girişimlerinin aşırı GKA yaygınlığını anlamlı şekilde azalttığı bulunmuştur (57). Mottola ve arkadaşlarının (2010) kohort çalışmasında gebelik süresince beslenme ve egzersiz programı alan fazla kilolu ve obez kadınların %80' ninde aşırı GKA olmamıştır (83).

1.7.6. TEORİK ÇERÇEVE

Bu araştırmanın teorik çerçevesi, sosyal bilişsel teori, teoriler üstü model'in değişim aşamaları ve motivasyonel görüşme temellidir.

Birçok beslenme/ diyet ve fiziksel aktivite girişimleri, SBT/ TM ile oluşturulmuştur. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi artırma, sigarayı bırakma, obezlerde kilo yönetimi, gebelik ve doğum sonrası kilo yönetimi gibi bireylerde davranış değişiminin sağlanması veya desteklenmesine yönelik danışmanlık girişimlerinde sıklıkla kullanılmaktadır (7, 16, 35, 74, 91, 92, 121, 128).

1.7.6.1. Sosyal Bilişsel Teori

Albert Bandura 1977'de yayınladığı “Sosyal Öğrenme Teorisi’ni” 1980’lerin ortalarında genişleterek “Sosyal Bilişsel Teori” adını vermiştir. Sosyal Bilişsel Teori, davranışın hem dışsal uyarılardan, hem de içsel bilişsel süreçlerden etkilendiğini ileri sürmektedir (20). Bu teori, çevrenin insan üzerindeki etkilerini ve insanın çevre üzerindeki etkilerini ifade eden pek çok dinamik ilişkiyi içerir ve kişilerarası iletişime odaklanır. Bandura’ya göre, birey bilişsel ve çevresel faktörlerden etkilenecek bir davranışı ortaya koyar (21).

Bandura’nın sosyal bilişsel öğrenme teorisinin temel varsayımları;

- İnsanlar, başkalarının davranışlarını gözlem yoluyla öğrenebilir.
- Öğrenme, davranış değişikliğine yol açan veya açmayan içsel bir süreçtir.

- Davranış amaca yöneliktir.
- İnsanlar kendi davranışlarında öz düzenleme yapabilirler. Davranışlarını kontrol etmeyi ve sorumluluğunu almayı öğrenebilirler.
- Ödül ve ceza, davranışı doğrudan olduğu kadar dolaylı olarak da etkiler. Davranış, önceki deneyimlerden alınan ödül veya pekiştireçlerden daha fazla etkilenir (21).

1.7.6.1.1. Sosyal Bilişsel Teorinin Temel İlkeleri

Sosyal bilişsel öğrenme teorisinin başlıca altı temel prensibinden söz edilmektedir. Bu temel prensipler Bandura'ya göre aşağıdaki gibi açıklanmaktadır (20).

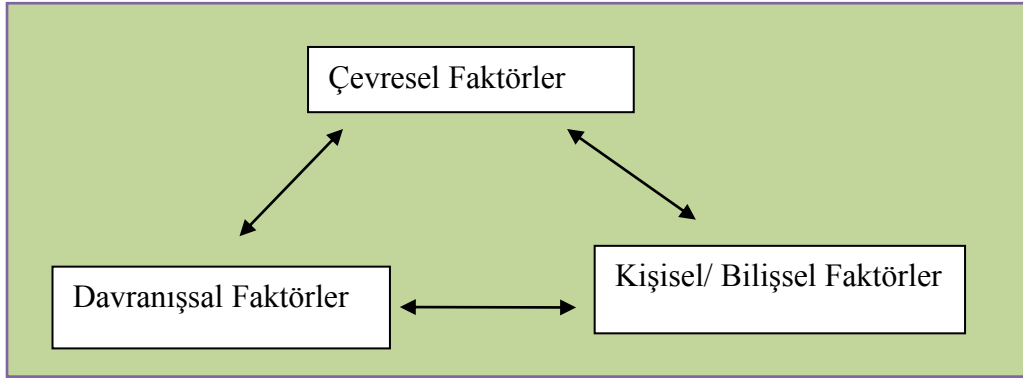
1.Karşılıklı Belirleyicilik (Reciprocal Determinism): Bandura'ya göre bireysel faktörler, bireyin çevre ve davranışı karşılıklı olarak birbirlerini etkilemekte ve bu etkileşimler bireyin sonraki davranışını belirlemektedir (20, 21, 61). Bireyin yeni davranışının ortaya çıkmasında; birey, çevre ve davranış eşit derecede etkili olmayabilir. Bazı davranışların görülmesinde bireysel özellikler, bazı davranışlarda ise çevresel faktörler daha ön plana çıkmaktadır (20, 21, 61).

- **Bireysel Özellikler-Davranış İlişkisi:** Yaş, cinsiyet, ırk gibi fiziksel özellikler, beklentiler, inançlar, benlik algısı, hedefler ve niyet davranışı şekillendirir ve yönetir (19).

-**Bireysel Özellikler- Çevre İlişkisi:** İnsanların beklentileri, inançları, duygusal isteği ve bilişsel yeterliği sosyal etki yoluyla düzenlenir ve geliştirilir. Ayrıca insanlar fiziksel özellikleri nedeniyle sosyal çevreden farklı tepkiler alabilir. Bu nedenle bireylerin sosyal statüsü ve gözlemlenebilen kişilik özellikleri sosyal çevreyi etkiler (19).

- **Davranış-Çevre İlişkisi:** Bandura, çevrenin değişmez bir varlık olmadığını savunmaktadır. Çevresel yapıyı; maruz kalınan çevre (fiziksel ve sosyokültürel çevre), seçilmiş çevre ve yapılandırılmış çevre olarak tanımlamaktadır. Bireyin ortamı, ilişkileri ve aktiviteleri seçilmiş çevreyi, sosyal çevresi ise yapılandırılmış çevreyi oluşturmaktadır. Bireyin çevresini; ailesi, akrabaları ve iş ortamı oluşturmaktadır. Yaşadığı bölge, kültür, ev ve iş yerinin fiziki yapısı bireyin maruz kaldığı çevreyi oluşturmaktadır. Bandura, davranışı değiştirmek için maruz kalınan çevrede değişiklik yapılmasının sınırlı olduğunu belirtmektedir (21).

Bu model, sosyal bilişsel teorinin temelini oluşturan üç boyuttan (çevresel, davranışsal ve kişisel/bilişsel) oluşmaktadır. Öğrenmeyi; birey, çevre ve davranış olarak üç temel faktör birlikte oluşturur. Sosyal bilişsel teorinin temelini oluşturan Model Şekil 2’de sunulmuştur. Bu model ışığında, Sosyal Bilişsel Teori davranışsal süreçleri açıklamaktadır (21).



Şekil 2. Sosyal Bilişsel Teorinin Temeli

2. Sembolleştirme Kapasitesi (Symbolizing Capability): Pek çok dış etken davranışın gerçekleşmesini bilişsel düzeyde etkiler. Sözel ifadeler, mesaj veren bir insan, semboller, formlar, resimler, davranışı destekler ve davranışın gerçekleşmesi için bireyin aklında bir rehber oluşturur. Bu süreçte gözlemlenen davranış, *model* alınır (20). Gelecekteki muhtemel davranışlar, zihinde sembolik olarak yapılır,

beklenir, merak edilir, test edilir. Geçmiş ve geleceğin sembolü ya da bilişsel temsilcisi olan düşünceler, sonraki davranışları etkileyen ya da onlara neden olan materyallerdir(107). İnsanlar deneyimlerini sembolleştirmeler yaparak anlamlandırır, yorumlar ve yaşamını sürdürür (20). Bandura, sözel ifadelerin davranışı göstermede daha etkili olduğunu belirtmektedir. İnsanlar, model aldıkları bireyin davranışını hatırlamak için sembollere dönüştürür. Davranışa ilişkin bilgileri sembolleştirir. Yetişkin eğitim programı hazırlarken de, sözel ifadelerin sembolleştirmede etkili olduğu göz önünde bulundurularak, eğitim içeriği onlara uygun olarak hazırlanmalı, açık, anlaşılır bir dil kullanarak sunulmalı, yetişkinin hatırlamasını kolaylaştıracak konunun önemini anlatan resim, şekil ve videolardan yararlanılmalıdır (20, 21).

3. Öngörülük Kapasitesi/İleri Görüş (Forethought Capability): Davranışı gerçekleştirmeye yönelik bireyin kendini motive edebilme ve gerçekleştireceği etkinliklere ilişkin bir plan oluşturabilme yeteneğidir. İnsanlar geçmişte yaşadıklarını, düşünce ve sembollerle zihinlerinde kodlayarak ileriye dönük planlar yapma gücüne sahiptirler. İnsanlar beklentilerini karşılama durumunu dikkate alarak hedefler oluştururlar ve gelecekle ilgili planlar yaparlar. Gelecekte başkalarından göreceği olası davranışlara nasıl davranması gerektiği ile ilgili ön hazırlık yaparlar. Kısacası düşünce davranıştan önce gelir (20).

4. Dolaylı Öğrenme Kapasitesi/Gözlem Yeteneği (Vicarious Capability): İnsanlar başkalarının davranışlarını ve o davranışların sonuçlarını gözlemleyerek öğrenirler. Başkalarını deneyimlerinden öğrenilmesi insanların öğrenme kapasitesini ve hızını yükseltir. Dolaylı öğrenme kapasitesine sahip olma, sosyal öğrenmede önemli bir ilkedir. Gözleyerek öğrenme (Observatioanal Learning) denilen bu öğrenmeye göre insanlar, deneme-yanılmaya gerek kalmadan, genel ve bütünleşmiş olmuş öğrenme kalıplarını kazanabilmektedir. Sosyal öğrenme teorisine göre öğrenmenin, model

alma yoluyla gerçekleştiği belirtilmektedir. Öğrenmenin etkililiği öğrenenin, modelden gözlemlediği davranışı ortaya koyabilme kabiliyetine bağlıdır. Gözlemlenen davranış, bireyin dikkatini eker, ona hedef davranışı sürekli hatırlatır, davranışın gerçekleşmesini ve davranışı devam ettirilmesi yönünde destek olur. Gözleyerek ğrenme veya modelden öğrenme süreci dört temel süreci kapsamaktadır. Bunlar; dikkat süreci (attention), hatırda tutma süreci (retention), uygulama veya davranışı meydana getirme süreci (motor reproduction) ve güdülenme süreçleridir (motivation) (20, 21, 22, 107).

Dikkat Etme Süreci: Gözlem yoluyla öğrenmenin temel koşulu dikkat etmektir. Bu yolla öğrenmenin gerçekleşebilmesi için bireyin modelin yaptıklarını izleyip doğru olarak algılaması gerekmektedir. Fakat dikkatin oluşmasına, model davranışı yapan kişi, model davranışın özelliği ve model davranışı öğrenen kişinin özelliği olmak üzere üç faktör etkilidir. Model davranışın özellikleri ise basit, açık, ilgi çekici ve işlevsel değerinin olmasıdır. Gözlemleyen kişinin durumu ve özelliği gözlemlenen davranışa dikkat sağlamasında önemli bir faktördür(61).

Hatırda Tutma Süreci: Geçmişte başkalarından gördüğümüz davranışlardan yararlanabilmek için hatırlamak zorundayız. Başkalarından gözlemlediğimiz davranışları beynimizde kodlarız. Bu kodlama işleminde semboller, resimler, hayali ve soyut nesnelerden yararlanırız. Gözlemleyerek kazanılan ve beyne kodlanan bilgilerin uygulanması ve zihinsel olarak deneme ve pratik yapılması unutmayı engeller. Gözlemlenen davranışın hatırlanmasında bireyin zihinsel yapısı ve kapasitesi durumu etkiler (61, 107).

Davranışı Meydana Getirme Süreci: Gözlemlenen davranışların bellekte kodlandıktan sonra birey tarafından davranışa dönüştürülmesidir. Kişi istenilen davranışı gördükten sonra kendisi yaparsa öğrenme olur. Davranışı meydana getirme

sürecinde model, öğretmen veya diğer kişilerin geri bildirimde bulunması davranışın istenilen düzeye getirilmesinde önemlidir. İstenilen düzeyde olmaması durumunda eksikliklerin görülerek giderilmeye çalışılması gereklidir(20,21,107).

Güdülenme Süreci: İnsanlar dışarıdan her gördüğü davranışı gözlemleyerek öğrenmezler. Gözlemlenen davranışın sonunda modelin çevreden almış olduğu tepki o davranışın gözlemleyen tarafından taklit edilip edilemeyeceği kararını vermede etkilidir. Eğer gözlemlenen davranışın sonunda model ödüllendirildi ise gözlemleyende aynı davranışta bulunma isteği oluşur. Genel olarak insanlar ödüllendirilen davranışı yapma eğilimindedirler (20, 21, 61, 107).

5. Öz Düzenleme Kapasitesi (Self Regulatory Capability): İnsanların kendi davranışlarını kontrol edebilme yeteneği demektir. İnsanlar ne kadar çalışıp ne kadar uyuyacağına, ne yiyip ne içeceğine ve toplumda nasıl davranacağına kadar pek çok davranışlarını kendileri kontrol eder (107). Bandura, insan davranışlarının uyarıcı tepki dizgesi içinde dışarıdan gelen ödüller ve cezalarla değil bireyin kendisi tarafından kontrol edildiğini düşünmektedir. Bireylerin davranışlarının kontrol edilmesinde dıştan verilen pekiştireçler ve cezalar değil bireyin içsel süreçleri (pekiştireçleri) önemlidir. Bireyin olayların kendi davranışları sonucunda olduğunu kabul etmesi içsel kontrol, şans, kader ya da başkaları tarafından olduğuna inanması ise dışsal kontrol olarak tanımlanmaktadır (18, 21).

6. Kendini Yargılama Kapasitesi ve Öz-yeterlilik (Self Reflective Capability): Bireylerin kendi deneyimlerini analiz edebilme, hissettikleri hakkında düşünebilme ve düşüncelerini bu doğrultuda değiştirebilme yeteneğidir. Bireyler kendi fikir ve düşüncelerini uyguladıktan sonra sonuçları değerlendirir ve kendilerini yargılayabilirler. Bandura, bireyin kendisi ile ilgili bu yargısına “özyeterlilik” adını vermektedir. Öz yeterlilik inancı, hedefleri başarmada, engelleri aşmada temel rol

oyunmaktadır. Özyeterlilik ne kadar yüksek ise davranışı yapma eğilimi o kadar yüksektir. Özyeterlilik sosyal öğrenme kuramının temel kavramıdır (20).

Öz yeterlilik algısı, bireyin istenilen davranışları başarıyla yerine getirebilmede kendisine olan inancıdır. Bu algı ne kadar güçlü olursa, birey amaca ulaşmak için o kadar çok çaba sarf eder. Dolayısı ile öz yeterlilik bireyin bir aktivite için hissettiği motivasyonun temel belirleyicisidir. Öz yeterlilik algısı güçlü olmayan insanlar, olayların görüldüğünden zor olduğunu düşünür, her şeye dar bir bakış açısıyla bakar ve karşılaştığı problemlere çözüm bulamaz(18).

Öz etkililik-yeterlilik, insan sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde önemlidir. Öz etkililik-yeterlilik düzeyinin düşük olması halinde, bireyde anksiyete, depresyon ve stresle baş edememe gibi problemler ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle davranış değişiminde bireyin öz etkililik-yeterlilik algısının belirlenmesi gerekir. Güçlü bir bireysel yeterlilik duygusunun daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve daha yeterli sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur(45).

-Öz-yeterlilik kaynakları: Öz etkililik-yeterlilik inancını belirleyen dört temel kaynak bulunmaktadır. Bu dört bilgi kaynağı; davranışa özgü bireyin önceki deneyimleri, bu davranışa ilişkin diğer bireylerin deneyimlerine tanık olma, davranışa ilişkin çevrenin desteği ve bu davranışa özgü bireyin psikolojik durumudur(10, 18, 20, 61).

- *Davranışa özgü bireyin önceki deneyimleri:* Bireyin bir davranış konusunda deneyim sahibi olması hissedeceği öz-yeterlilik algısını etkileyecektir. Burada önemli olan bireyin nasıl bir deneyime sahip olduğudur. Eğer birey daha önce sorunlara hep kolay yol ile çözüm bulmuşsa bundan sonra daha böyle olmasını bekleyecektir. Herhangi bir zorluk ile karşılaştığında bunu başarısızlık olarak

değerlendirecek ve öz yeterlilik algısı olumsuz etkilenecektir. Eğer birey daha önce zorluklar ile karşılaşmış ve çaba sonucu başarıya ulaşmışsa, başarıya ulaşmak için çaba sarf etmesi gerektiği bilecektir. Çaba sonucunda elde ettiği başarı bireyin öz-yeterliliğini olumlu etkileyecektir (18).

- *Davranışa ilişkin diğer bireylerin deneyimlerine tanık olma:* Kişiler kendi durumuna benzer durumda olan bireyleri model olarak etkilenecektir. Eğer birey model aldığı kişilerin çaba sonucunda başarıya ulaşmalarına tanık olmuşsa öz-yeterliliği olumlu yönde etkilenecektir, fakat olumsuz bir örnek ile karşılaşarsa ters yönde etki yaratacaktır.

-*Davranışa ilişkin çevrenin desteği:* Sosyal inanç, insanların inançlarını güçlendirmek üçüncü bir yoldur. Sosyal çevre tarafından davranışı başarı ile yerine getirebilme konusunda desteklenmek kişinin sonuca ulaşmada daha çok çaba sarf etmesine neden olacaktır. Süreçte yalnız kalan kişiler çabuk yorulabilir ve o davranışı gerçekleştirmekten kaçınabilmektedir. Özellikle bireyi motive eden kaynakların, sosyal çevresi tarafından vurgulanması öz-etkililiğin artırılmasında önemlidir. Çevredeki bireylerin (aile, akran, sağlık personeli) verdiği destek etkililiği artırır.

- *Davranışa özgü bireyin psikolojik(duygusal) durumu:* Bireylerin ruh hali hissedilen kişisel özyeterliliğin belirleyicisidir. Olumlu psikolojik durum öz-yeterliliği artırırken, olumsuz bir ruh hali ise azaltır (10, 18, 20, 61).

- Öz-Yeterlilik Gelişmesini Etkileyen Süreçler:

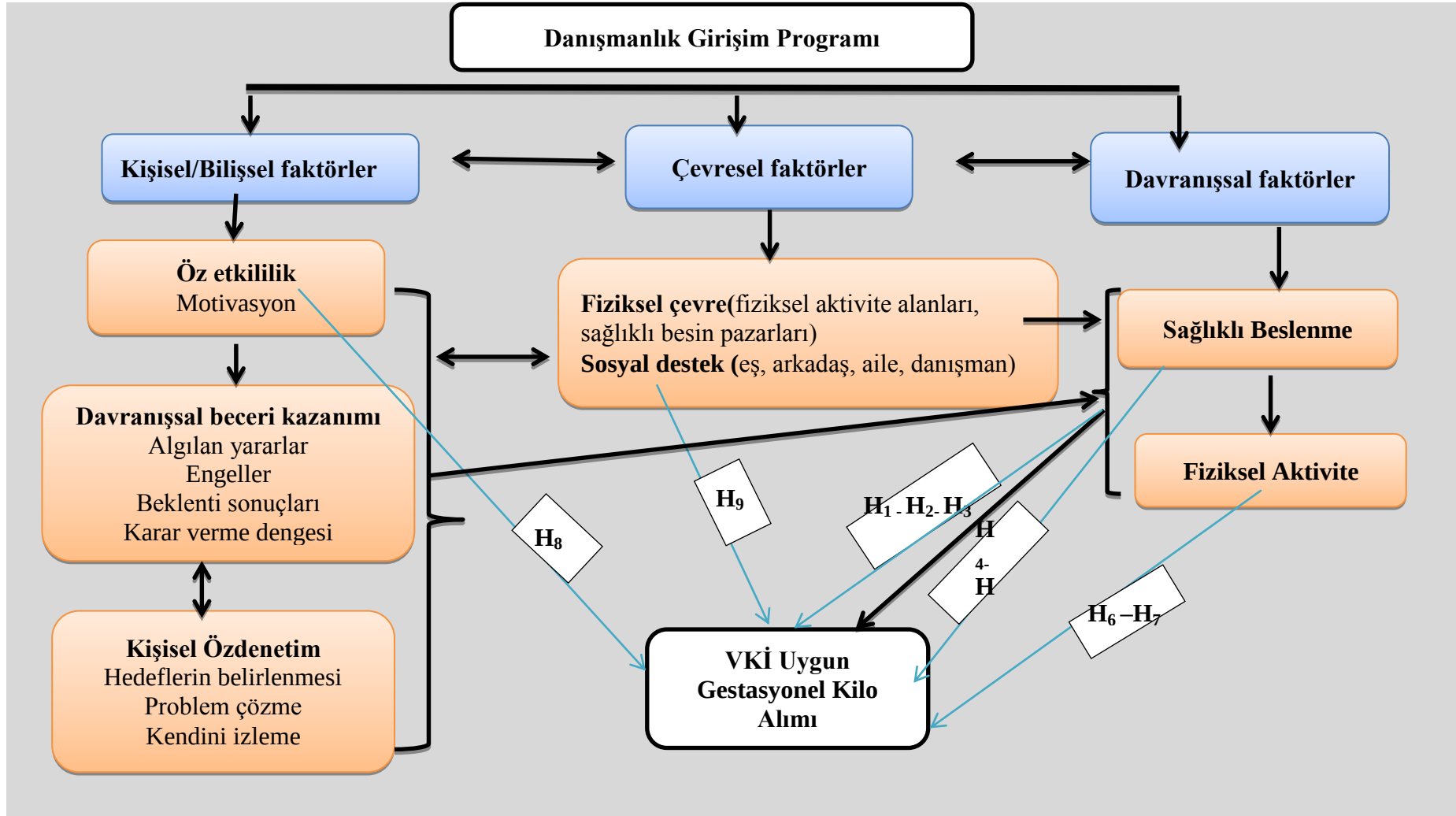
-*Bilişsel süreç;* Bir davranışa ilişkin kişinin ileriye dönük olarak oluşturduğu senaryolar davranışın sonucunu etkiler. Sonuca ilişkin sürekli negatif senaryolar kuran olumsuz düşünen bireyin öz-yeterlilik algısı düşük, pozitif düşünen bireylerin öz-yeterlilik algısı yüksek olmaktadır (18).

-Motivasyon süreci; İnsanların kendilerini bir davranış konusunda motive etme durumu davranış çıktısını etkilemektedir. Birey bir davranışı gerçekleştirmeyi çok isterse kendini motive eder ve öz-yeterlilik algısı olumlu yönde etkilenir (18, 19).

-Duygusal süreç; Davranış ile ilgili rahatsız edici duygular, anksiyete, stres gibi durumlar özyeterlilik gelişimini olumsuz etkilemektedir. Olumlu duygular öz-yeterlilik algısını olumlu olarak etkilemektedir.

-Seçim süreci; Bireylerin bir davranışı kendi seçimleri doğrultusunda gerçekleştiriyor olması kişinin davranış için hissedeceği öz-yeterliliği etkilemektedir. İnsanlar kendi çevrelerini kısmen kendileri yaratır(18, 20, 61).

Şekil 3 'de gebelikte kilo yönetimi girişim programında sosyal bilişsel teorisinin kavramsal çerçevesi ve araştırma hipotezleri gösterilmiştir (7, 91).



Şekil 3. Gebelikte Kilo Yönetiminde Sosyal Bilişsel Teorinin Kavramsal Çerçevesi ve Araştırma Hipotezleri

1.7.6.2. Teoriler Üstü Model

Teoriler üstü model, Prochaska ve Diclemente tarafından (1982) geliştirilmiştir (101). Model, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi amacıyla sigarayı bıraktırma, fiziksel aktiviteyi artırma, kanser çalışmalarında kullanılmıştır (16, 121).

Kişisel davranış değişiminde teoriler üstü modelin değişim aşamaları bireylerin niyet, tutum ve davranış değişikliklerinin zamanını, davranış değişiminin sağlanması, desteklenmesine yönelik danışmanlık görüşmelerinde kullanılmaktadır. Değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına en uygun girişimleri kullanır ve değerlendirir. Hemşirelik uygulamaları ile örtüşen bu modelin yaşama geçirilebilmesi için motivasyon görüşmeleri dahil, etkili eğitim tekniklerinin uygulanması gerekir (38,101).

1.7.6.2.1. Değişim Aşamaları

Değişim aşamaları, beş veya altı basamakta geliştiği ve zaman içerisinde oluşan bir süreç olduğu ifade edilmektedir (38, 121). Değişimin bir basamağı olarak görülen altıncı basamak relaps görülmesi normaldir. Bu model danışmana, farklı basamaklardaki kişilere farklı yaklaşım sağlamasını öngörür (38, 82,113,121).

1.Düşünmeme (Precontemplation): Bu aşamada bireyler gelecek altı ay içinde davranışlarını değiştirmeye istekli değildir, problemlerinin çok az farkında ya da tümüyle habersizdirler. Bununla birlikte aileleri ve diğer yakınları onların problemleri olduğunu farkındadır. Davranış değişimi düşünmeyen birey kendini çevresindekilerin baskısı altında hisseder ve bu baskıyı değişim için tehdit olarak algılar. Bireyler çoğu kez değişik zamanlarda değişimi denemiş ancak başarısız olmuşlardır. Bu nedenle değişime dirençlidir, motive olamaz ya da sağlığı geliştiren

programlar için hazır değildir. Yaygın olarak sürdürülen sağlığı geliştirme programları, bu aşamadaki bireylerin gereksinimlerini karşılayamaz (38, 101).

2. Düşünme/Niyet (Contemplation): Bireyler gelecek altı ay içinde davranış değiştirmeyi düşünürler. Problemin farkındadırlar, başa çıkma yöntemlerini düşünürler, ancak eyleme geçemezler. Değişimin kazanımları ve kayıpları arasındaki kararsızlık ve çelişkili duygular nedeniyle birey uzun yıllar bu aşamada kalabilir. Bu dönem sıklıkla, kronik düşünme, davranışı geciktirme ya da ağırdan alma olarak nitelendirilir. Bu aşamanın diğer önemli bir yönü, bireyin problem çözümünü düşünmesi ancak daha çok problemlili davranışları sürdürmenin kazanımları ile ilgili olmasıdır. Problemleri ile başa çıkmak için harekete geçme çabaları ve enerjileri yetersiz olduğu için eyleme dayalı programlar için hazır değildirler (38, 101).

3.Hazırlık (Preparation)(Karar Verme Aşaması). Bireyler bir sonraki ay içinde harekete geçmek niyetindedir ve çoğunlukla daha önce başarısızlıkla sonuçlanan girişimlerde bulunmuştur. Sağlık eğitimine katılmak, danışmanlık almak, sağlık çalışanları ile konuşmak, konu ile ilgili kitap satın almak, ya da değişimi denemek gibi hareket planları vardır ancak eylemleri düzenli ve etkili değildir. Prochaska ve Diclemente hazırlık aşamasını, eyleme geçişin ateşleyicisi olarak tanımlamaktadır. Bu basamakta kişi var olan sorununu tespit eder ve kabullenir. Kabullenme aşamasında, değişim için izlemesi gereken stratejilerini gözden geçirir ve kendisi için en makul olanı uygulamaya geçirmeye karar verir(38, 101).

4. Hareket/Eylem (Action): Bireyler problemlili davranışlarını bir gün-altı ay arasında başarı ile değiştirmiş ise hareket aşamasında kabul edilir. Bireyler problemleri ile başa çıkabilmek için davranışlarını, deneyimlerini ya da çevrelerini değiştirmeyi denerler. Hareket davranış değiştirme ile eş anlamlı düşünülür. Ancak TM’de, hareket aşaması sadece beş aşamadan biridir. Tek başına davranış değişimini

tanımlamaz. Örneğin, sigara sayısını azaltmak ya da düşük katranlı ve nikotinli sigara içmek, hareket olarak kabul edilir. Hareket aşaması aynı zamanda eski davranışa yeniden geri dönüşü (relaps) önlemek, kazanılan davranışı pekiştirmek çabalarını gerektiren kritik bir aşamadır (38, 101).

5. Devam Ettirme (Maintenance): Bu aşama değişimin başladığı ilk altı aydan sınırsız süreye kadar uzar. Bireylerin geri dönüşü önlemek ve hareket evresinde kazandıkları başarıları pekiştirmek için çalıştıkları bir aşamadır. Birey problemleri davranışı teşvik eden uyaranlardan daha az etkilenir ve değişimi devam ettirebileceklerine olan güvenleri artmıştır. Devamlılık durağan bir aşama değil, bir süreçtir. Bazı davranışlar için devamlılık ömür boyudur. Devam ettirme döneminde değiştirilen problemleri bir davranış, yeni alternatif davranışların kazanılması birlikte ele alınır (23, 38).

6. Relaps / Geriye Dönüş: Değişim arayışında ve uzun bir süreç içinde olan kişilerin, kayma ve geriye dönüşlerinin olması normaldir. Geri dönüş başarısızlık ve suçluluk hissedilmesine neden olur ve davranış değişimine direnç gelişir. Danışmanın buradaki görevi, kişinin cesaretinin kırılmasını ve moralinin bozulmasını önlemek, değişim düşüncesinin sürmesini ve yeniden karar almasını sağlamak ve eylemi kaldığı yerden sürdürmesine yardımcı olacak çalışmaları sürdürmektir (23, 38, 82).

1.7.6.3. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme, danışanların ambivalansı keşfedip çözümlemelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini çıkartmak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır. Temel hedefi ambivalansı (ikilemi) keşfetmek ve çözmektir. Bu yöntem özellikle değişim için isteksiz olan veya ambivalan olan

kişilerde kullanışlı bir yöntemdir. Ambivalansın çözülmesi ve kişinin değişime yönelmesine yardım etmek amacıyla kullanılır(82, 93, 113).

Motivasyon, kişinin spesifik değişim stratejilerine girme, sürdürme ve bunlara sıkı sıkıya yapışma ihtimalidir. Motivasyon dış faktörlerden etkilenen içsel bir durum olup, değişmeye hazır ya da istekli değildir ve duruma ve zamana göre değişkenlik gösterir. Motivasyonel görüşmede; danışanın şimdiki durumunun olumsuz yanlarının farkına varması, değişimin avantajlarının farkına varması, değişim yönündeki iyimserliğini göstermesi ve değişimden danışmanın ne demek istediğini anlaması ve değişim niyetini ifade etmesi gerekir (82, 93,135).

Motivasyonel görüşme programları herhangi bir teori üzerine oturtulmamıştır, ancak birey merkezli danışmanlık, bilişsel davranışsal tedavi, sosyal bilişsel teori, sağlık inanç modeli, transteoretik model gibi birçok modelden destek alınarak oluşturulmaktadır(82, 93).

Davranış değişiminde motivasyonel görüşme kullanımı son yıllarda giderek artmaktadır. Motivasyonel görüşme, William Miller ve Seven Rollnick tarafından (2002) oluşturulmuş ve etkinliği birçok araştırma yapılarak belirlenmiş bir yöntemdir (82, 93).

Motivasyonel Görüşmenin Kullanıldığı Alanlar: MG, davranış değişikliğinin önemli olduğu alanlarda yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. İlk başta alkol ve madde bağımlılığının tedavisinde etkin bir yöntem olarak kullanılmıştır. Günümüzde obezite, kronik ağrı, diyabet, diyet, fiziksel aktivite gibi yaşam biçimi değişikliklerinde, HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıklardan korunma, kazaları önleme, suç işleme davranışını değiştirme gibi konularda karar vermekte ve eyleme geçmekte zorlananlarda kullanılmaktadır (82, 92, 93).

1.7.6.3.1. Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri

- Kişi değişim yönünde karar vermediği sürece, MG sırasında çözüm önerileri sunulmaz.
- MG, danışan merkezlidir. Danışmanın yapılmasını gerekli olduğunu düşündüğü şeyler üstünde değil, danışanın sorunları üstünde durur.
- MG de danışan uzmandır, bilen danışandır. Danışman kendi düşüncelerini empoze etmez.
- Danışman otoriter üstün bir durumda olmaktan kaçınıp bunun yerine ortaklık benzeri bir ilişki kurar.
- Terapötik ilişki danışman/alıcı rolünden çok bir ortaklık/arkadaşlık ilişkisidir.
- MG tekniğinde danışman ikna etmeye çabalamaz. Değişim için sorumluluk danışana aittir.
- MG’de danışmanın rolü otoriter olmamalıdır. Danışan her zaman danışmanlığı alma ya da almama konusunda özgürdür. Değişip değişmemek kişinin özgür seçimidir. Amaç hastanın içsel motivasyonunu artırmaktır.
- MG, kişinin değişmesini sağlamak için bir tuzak görüşme değildir.
- MG, bir güreş değil, danstır. İnsani eşlik etmedir. Yargısız kabullenmedir. Danışman kişinin kendi enerjisini kullanmalı ve değişime yönelik isteği ortaya çıkarmalıdır.
- MG, insanlarla birlikte olmanın bir yoludur.
- Değişim motivasyonu danışandan alınır, dışarıdan dayatılmaz.
- Ambivalansı (karşıt/zıt durumlar) çözmek danışmanın değil danışanın görevidir.
- Doğrudan ikna, saldırgan yüzleştirme ve tartışma motivasyonel görüşmenin kavramsal karşıtlarıdır (82, 93).

- MG yöntemi, öneride bulunmaktan çok araştırma ve ikna etme ya da tartışma yerine desteklemeyi kapsar.
- MG düzgün şekilde yapıldığında, değişim için tartışmaları ortaya koyan danışmandan çok danışan olacaktır (82, 93).

1.7.6.3.2. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri

1. Empati Gösterilmesi. Sıcak, destekleyen, saygı duyan, ilgilenen bir yaklaşım kast edilmektedir. Amaç danışmanın kişinin yaşantılarıyla özdeşim yapabilme eğilimi değildir Başkasının anlatmaya çalıştıklarının ne olduğunu anlamaya çalışmaktır. Kabul etme değişimi kolaylaştırır. Etkin bir yansıtmalı dinleme empati gösterilmesinde esastır. Terapist kendi yargılarının ön plana geçmesine ve eyleme dönüşmesine izin vermemelidir (82, 93).

2. Zıt/Karşıt Durumların Ortaya Çıkarılması: Amaç kişinin şimdiki davranışları ile hedefleri arasındaki çelişkileri kişinin zihninde ortaya çıkarmaktır. Bu süreci tanımlamanın en iyi yolu kişinin bulunduğu durum yer ile olmak istediği durum arasındaki çelişkiyi anlamasını sağlamaktır(82, 93).

3. Dirençle çalışma/Direncin kırılması: Motivasyonel görüşme bir savaş değildir. Kazanan veya kaybeden yoktur. Danışmana düşen bireye değişim yönünde yeni bir ivme kazandırmaktır. Burada kastedilen algılamadaki değişikliklerdir. Yeni bakış açıları sunulur, fakat zorla kabul ettirilmeye çalışılmaz. Direnç en doğal, insani bir reflektir. Değişim zordur, direnç kolaydır. Bireyin kendisi sorunların çözümünü bulmak için kendisinin görmesi sağlanır 82, 93).

4. Öz-Etkinliği/Kendine Yeterliliği Desteklemek: Kendine yeterlilik” kişinin belli bir görevi ya da işi götürebilme ve başarabilme yeteneğidir. Kendine yeterlilik değişim için motivasyonda anahtar unsurdur. Motivasyonel görüşmenin genel amacı, danışanın engellerin üstesinden gelme ve değişimi başarma kapasitesine karşı güvenini geliştirmedir. Mesaj “*Eğer istersen kendini değiştirebilmen için sana yardım ederim*”. Danışman hastanın öz yeterliliğini geçmiş başarıların üzerinde durarak, başka bireylerin başarı hikâyelerini paylaşarak ve bireyin değişim potansiyeline olan inancını ifade ederek destekleyebilir (82).

Motivasyonel Görüşmede Temel Etkileşim Stratejileri Şunlardır:

İlk oturumdan itibaren ve aslında motivasyonel görüşme süreci boyunca faydalı olabilecek beş özgül yöntem; açık uçlu sorular sormak, yansıtma dinleme, özetleme, kabullenme ve değişimi konuşmaktır (82,93, 135).

Açık Uçlu Sorular: Kişinin kendi algılarını ve endişelerini araştırmak için açık uçlu sorular kullanılabilir. Danışanın konuşmanın büyük kısmını yapmasının bir anahtarı açık uçlu sorular sormaktır.

- *Bugün ne hakkında konuşmak isterdiniz?*
- *Sağlıklı beslenme, hareketli yaşam ve gebelikte kilo alımı hakkında konuşabilir en çok kaygılandığınız şey nedir? Belki de başka bir şey vardır?*
- *Tipik bir günün nasıl geçiyor?*
- *Sağlıklı beslendiğini düşünüyor musun?*
- *Yürüyüş yapma konusunda ne düşünüyorsun?*
- *Yürüyüş yapmak senin için zormu/kolay mı?*
- *Senin hayatında şu an önemli olan nedir?*

- *Bu ay fazla kilo almanıza ne sebep oldu?*
- *Anlattıklarım hakkında ne düşünüyorsun?*
- *Tam tahıl ürünleri-tam buğday ekmeği ile aran nasıl, biraz anlatır mısın?*
- *Sizin için beslenme ve fiziksel aktivite değişimin avantajları nelerdir?”*

Yansıtma Dinleme: Yansıtma dinlemenin temelinde konuşmacının kastettiğini tahmin etmeye çalışan bir açıklama yapmayı kapsar. İnsanlar her zaman kastettikleri şeyi söylemezler. Bu yüzden yansıtma, kişinin söylediklerinin belirli yönlerinin desteklenmesi ya da anlamın hafifçe değiştirilmesi için kullanılır. Motivasyonel görüşmede, örneğin, değişim konuşması tercihen yansıtılır, böylece insanlar kendi açıklamalarını en az iki kez duyarlar. *Tatlı besinleri geçen ay azaltmıştınız yine azaltacağınıza inanıyorum. Geçen ay gayet iyi yapmıştınız.*

Özetleme: Özetleme ifadeleri tartışılan malzemeyi birbirine bağlamak ve desteklemek için kullanılabilir. Kişide değişim konuşması ortaya çıkartmak istiyorsanız düzenli olarak özetlemek akılcıdır. *Aşırı kilo almak sizi kendinize kötü hissettirecek, sizi gerçekten korkutan durum bu mu?*

Onaylama: Danışma süreci boyunca danışanı doğrudan onaylamak ve desteklemek bir başka yakınlık kurma ve açık araştırmayı destekleme şeklidir. Bu, iltifatlar ya da takdir ve anlayış ifadeleriyle yapılabilir. Yansıtma dinleme süreci kendi içinde oldukça onaylayıcı olabilir fakat danışmada doğrudan onaylamanın da bir yeri vardır. *Güçlü, istekli ve akıllı bir kadınsınız. Zorlu değişimler yapmak için gerekli pek çok şeye sahipsiniz gibi görünüyor.*

Değişimi Konuşmak: Değişimi konuşmak için kullanılacak yöntemler arasında açıklayıcı sorular sormak, karar dengesini açığa çıkarmak, ayrıntılandırmak, uç durumları sorgulamak, geleceğe bakmak, hedefleri ve değerleri ortaya çıkarmak sayılabilir (82,93).

Değişim konuşmaları 4 genel kategoriye ayrılır:

1. Şimdiki durumun dezavantajlarını fark etme (aşırı gestasyonel kilo alımının, sağlıksız beslenme ve hareketsiz yaşamın riskleri)
2. Değişimin avantajlarını fark etme (fiziksel aktivite yapmanın ve sağlıklı beslenmenin ve ideal kilo alımının avantajları)
3. Değişimle ilgili iyimserlik ifade etme
4. Değişim niyeti ifade etme
 - *Bu değişimi yapmaya nasıl başlayabilirsiniz?*
 - *İyi bir ilk adım ne olabilir?*
 - *Ne gibi engeller görüyorsunuz ve bunlarla nasıl baş edebilirsiniz?*
 - *Size bunu yapabileceğinize dair güven veren nedir?(82).*

1.7.6.4. Davranış Değiştirme (Davranış Modifikasyonu)

Davranış değiştirme, deneysel olarak kanıtlanmış davranış değiştirme tekniklerinin sorun olan davranışa uygulanması olarak tanımlanabilir. Davranış değiştirme, vasıtalı şartlandırma yöntemi ile eşdeğer olarak da kullanılabilir. Pek çok yazar, davranışta değişiklik yapan her tür uygulamayı davranış değişikliği olarak değerlendirmektedir. Davranış değiştirme; yeni beceri ve bilgilerin öğrenilmesi, istenmeyen tepkilerin uzaklaştırılması ve kişinin değişiklik için daha iyi motive olmasıdır. Kilo yönetimi davranış değişikliği tedavisi; sağlıklı kilo alımını sağlamak için beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili istenmeyen davranışları, istenen davranışlarla değiştirmek veya istenen davranışları pekiştirerek yaşam tarzı haline gelmesini sağlamak amacıyla uygulanan tedavi şeklidir. Davranış değiştirme tedavisinin bileşenleri aşağıda verilmiştir(37, 82,113, 135).

1.7.6.4.1. Davranış Değiştirme Teknikleri

Bireylerde davranış değişikliği geliştirmek için çeşitli teknikler öğretilebilir. Davranış değiştirme teknikleri kanıta dayalı yöntemlerdir. Davranış değişikliği elde etmek için bireye özel tasarlanmış eylem planlarıdır. Teori ve modeller istenilen davranış değişikliğini artırmak için danışmanlık sürecinde sıklıkla davranış değişim tekniklerini kullanmaktadır. Danışmanlık yapan kişiler kendi beceri ve danışmanlık tarzına ve danışanın hedeflerine yönelik farklı teknikler kullanmaktadır(43, 81, 113).

Michie ve arkadaşları tarafından toplam 40 davranış değişikliği tekniği açıklanmıştır(81). Davranış değişiminde sosyal bilişsel teori ve teoriler üstü model tarafından kullanılan ve yararlı olduğu bilinen davranış değiştirme teknikleri şunlardır: Değişim yapılacak davranış hakkında genel bilgi verme, kendini izleme, hedef belirleme, uyaran kontrolü, alternatif davranış geliştirme, bilişsel yeniden yapılanma ve sosyal destek oluşturma, problem çözme, davranış sözleşmesi, kendini ödüllendirme-pekiştirme, motivasyonel görüşme sayılabilir (16, 35, 43,81, 91, 113).

Kendini İzleme(Self-Monitoring): Kendini izleme uygun olmayan davranışların farkındalığını artırır. Davranış değişim sürecinde ilişkili davranışların kişi tarafından gözlem, kayıt ve geri bildirimini içerir. Davranış danışmanı daha sonra beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarına bakarak değiştirilmesi gerekli yapıların tanınmasına yardımcı olur (37, 81, 113, 135).

Hedef Belirleme (Goal Setting): Bireylerin değiştirmek veya korumak istediği davranış hakkında teşvik edilmesidir. Hedefe ulaşmak için eylem planı yapılır. Örneğin; *“Ben haftada üç gün, 30 dakika süre ile fiziksel aktivite/yürüyüş yapacağım. 15 Nisan tarihinden 15 Temmuz tarihine kadar hedefime sadık kalacağım”* (37, 81, 135).

Uyaran Kontrolü(Stimulus Control): Uyaran kontrolü fazla yemeye veya az hareket etmeye neden olan sorunlu davranışların değiştirilmesine ve yerine sağlıklı davranışların yerleştirilip güçlendirilmesine dayanmaktadır ve davranış programlarının anahtar kısmıdır. Sağlıklı ve sorunlu alışkanlıkların saptanması ve değiştirilmesine dayanan bu teknikler kişiye göre seçilmelidir. *Örneğin, evde tatlılar ya da sağlıksız abur-cubur yiyecekler yerine sebze meyve tarzı sağlıklı yiyeceklerin bulundurulması, kısa mesafelerde taşıt kullanmamak, asansöre binmemek gibi*(37, 81, 135).

Alternatif Davranış Geliştirme (Alternative Behavior Development): Alternatif davranış geliştirme: Bireyin belirli aktivitelere yönlendirilebilmesidir. Bu amaçla ara öğünlerde ve atıştırma isteğinin duyulduğu dönemlerde yapılmak üzere “yapmaktan hoşlanılan aktiviteler” listesi önceden belirlenir ve en uygunu seçilir (37, 81, 135).

Bilişsel Yeniden Yapılanma(Cognitive Restructuring): Bireyin kendisi ile olan karşıt fikirleri fark etmesinin sağlanması ve ardından bu fikirlere karşı yeni fikirlerin geliştirilmesi ve bunları otomatik olarak kullanılmasına yardımcı olmaktır. Bu karşı fikirlerin sık sık tekrarlanması sonucunda, kişi önce kendisi inanmasa bile sonuçta faydalı olur. Aynada kendini gördüğünde veya aşırı kalorili yiyeceklerin yediğinde, kendini her şeyde başarısız biri olarak gören bir kişinin aynı zamanda kilo yönetimini başarı ile sürdürmesi imkânsızdır (37, 81, 135).

Sosyal Destek Sağlama(Social Support): Yüksek düzeylerde sosyal destek alan kişiler, davranış değişiminde güçlü destek sistemleri olmayanlara göre daha başarılı olmaktadır. Aile üyeleri, eşler, iyi arkadaşlar ve toplum temelli programlar bir destek ağı oluşturabilirler ve başarı oranını artırır. Bireyler uygun kişilerden destek almayı ve kilo yönetimi çabalarını tehdit eden sosyal etkileşimlerle mücadele etmeyi öğrenmek zorundadırlar (37, 81, 135).

Problem Çözme (Problem Solving): Davranışsal, duygusal, çevresel, sosyal veya fiziksel engelleri tanımlamak ve bu engellerle baş edebilmeyi öğrenmektir. Engeller için çözümler bulmayı içerir. Örneğin ev dışında yemek yenileceğinde düşük yağlı seçenekleri sormak ve istemek, hava koşullarının kötü olduğu durumda fiziksel aktivite yapılacak farklı seçenekler bulmak sorun çözme becerileridir(37, 81, 135).

Gösterme/Modelleme (Demonstration and Modeling): Bir davranışın nasıl yapılacağını davranışsal veya görsel olarak gösterilmesidir. Besin porsiyon büyüklüklerinin gösterilmesi gibi (37, 81, 135).

Davranış Sözleşmesi Yapılması (Behavioral Contracting): Davranış sözleşmeleri uyarı kontrolü ile ödüllendirme yöntemlerinin örtüşmesini sağlamak için yapılır. Davranış sözleşmeleri danışman-danışan ve diğer destek üyelerinin ortak olarak geliştirdikleri yazılı sözleşmelerdir. Tipik bir sözleşme ilerleyen bir davranış değişikliği için bir hedef ve bunun karşılığındaki ödülü net olarak belirler. Amaca ulaşılabilmesi ve sonuçta anlamlı bir davranış değişikliğinin sağlanabilmesi için davranış hedefleri adım adım ve gerçekçi bir şekilde saptanmalıdır (37, 81, 135).

Ödüllendirme-Pekiştirme(Rewards): Bu yöntem sağlıklı beslenme, fiziksel aktiviteyi artırma ve ideal kilonun korunmasına yönelik uygun davranışları ödüllendirerek, pekiştirmeyi amaçlar. Özel bir amaca ulaşmak için, arzu edilen bir şeyin alınması (örneğin; kıyafet, araç –gereç vb) pekiştirici rol oynayabilir (37, 81, 113,135).

1.7.7. GEBELİKTE KİLO YÖNETİMİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Gestasyonel kilo yönetiminde amaç; maternal ve fetal iyilik halini sağlamak, maternal ve fetal morbidite ve mortaliteyi önlemektir. Gebelikte kilo yönetimine

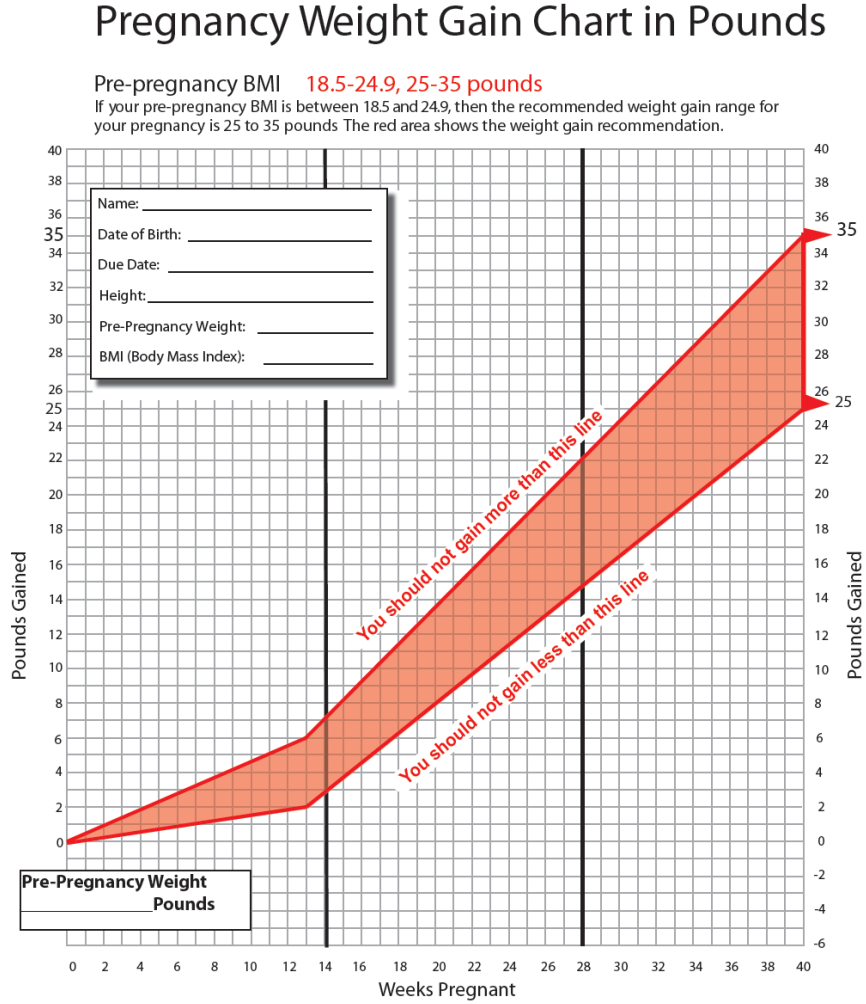
yaklaşım, multidisipliner ve bütüncül olmalıdır. Sağlık çalışanları arasında; aile hekimi, doğum uzmanı, diyetisyen, ebe, hemşire, egzersiz danışmanı olmalıdır (34).

Gebelik öncesinden başlayarak vücut ağırlığının kontrol altında tutulması ve ağırlık artışının belirli sınırlar içinde kalmasının sağlanması ile gebelik üzerinde olabilecek birçok olumsuz etkinin önlenebileceği belirtilmektedir (34, 73). Bu yüzden prenatal bakım hizmeti veren sağlık profesyonelleri, gebelikte uygun kilo alımı, postpartum kilo retansiyonu, obezite ve obezitenin uzun dönem risklerinin önlenmesi için düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme konusunda eğitim ve danışmanlık yapmalıdır (34, 86).

Aşırı GKA ve sonuçları hakkında, toplumun ve sağlık profesyonellerinin farkındalıkları artırılmalıdır. Gebeliğin başlangıcında fazla kilolu olan gebeler, yüksek risk taşır ve bakım almaları gerekir. Başka bir yüksek risk ise aşırı GKA olan annelerin bebeklerinin, çocukluk döneminde kilolu olma oranlarının artmasıdır. Gebe kadınların, GKA konusunda farkındalığını artırmak ve kilo alım süreçlerini izlemek için kilo izlem kartlarının kullanılması gerekir (89,126). Sağlık çalışanları; İOM önerileri doğrultusunda kilo alımı önerisinde bulunmalı ve kilo izlemi için kilo izlem kartlarını kullanmalıdır (127).

Sağlık çalışanları ilk prenatal görüşmede, gebelerin gebelik öncesi VKİ hesaplayarak, gebelik süresince İOM rehberine uygun kilo almalarını önermelidir. Gestasyonel kilo alımı, her prenatal kontrolde takip edilmelidir. Prenatal izlemlerde gestasyonel kilo alımını kontrol etmek için, Amerika’da prenatal kilo izlem çizelgeleri (Prenatal Weight Gain Grid) kullanılmaktadır (Şekil 4). Prenatal kilo izlem çizelgeleri ile İOM rehber önerilerinden sapmalar kolayca ayırt edilebilmektedir (100). Sağlık çalışanları ve hemşireler toplum sağlığında ve prenatal servislerde gebelikte sağlıklı kilo alımının sağlanması için işbirliği yapmalıdırlar.

Sağlık çalışanları, gebelikte uygun kilo alımını sağlamada gestasyonel kilo alım önerileri, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite önerilerinde bulunmalı ve psikososyal destek sağlamalıdır (68, 103).



Şekil 4. Prenatal Kilo İzlem Kartı

(Kaynak: 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.10.01.2010.)

Gebe kadınlar arasında gittikçe artmakta olan obezite prevalansı, anne ve çocuk sağlığı üzerinde kısa ve uzun dönemde sağlık problemlerine neden olmaktadır. Sağlık çalışanları doğurganlık çağındaki kadınlara prekonsepsiyonel danışmanlıkta

normal VKİ olmaları konusunda bilgi vermelidir. Prenatal bakımlarda rehberine uygun kilo almaları için diyet ve fiziksel aktivite danışmanlığı verilmelidir (88,103). Bu konuda klinik alanda araştırmalar yapılmalı ve gebelikte VKİ uygun kilo alımı konusunda duyarlı olunmalıdır. Özellikle ülkemizde bu konuda yapılan çalışma sayısı sınırlıdır.

Sağlık çalışanları arasında gebelikte uygun diyet ve egzersiz düzenlemesine karşı hala bir isteksizlik hâkimdir. Çok az sağlık çalışanı gebeleri, gebelikte fiziksel aktivite konusunda cesaretlendirmektedir. Sağlık çalışanları için gebelik olumlu yaşam tarzı değişimi motivasyonu ve maternal obeziteyi azaltmak için en uygun zamandır. Böylece gelecek nesillerin yaşamı da etkilenmiş olacaktır (13).

Ülkemizde gebelikte kilo yönetimine yönelik çalışmalara rastlanmamıştır. Gebelikte kilo yönetimine yönelik yaşam tarzı girişim çalışmalarına, aşırı gestasyonel kilo alımının anne bebek sağlığına etkileri konularında çalışmalara sağlık profesyonellerinin yer vermesi gerekmektedir.

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, teori temelli sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite bireysel danışmanlık girişiminin gebelikte kilo yönetimine etkisini inceleyen, ön test-son test, randomize kontrollü, yarı deneysel desende bir çalışmadır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, İzmir/Ödemiş ilçesi 1-2-3-5-6 no'lu Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı sağlıklı gebelerde yürütülmüştür.

Ödemiş ilçesi; İzmir'e 110 km uzaklıkta, ekonomisi tarıma ve büyük baş hayvan besiciliğine dayalı bir bölgedir. Ödemiş ilçesinin 2010 yılı nüfusu 128.797, gebe tespit sayısı 1563 kişidir. Ödemiş ilçesi 2007 yılında Aile Hekimliği sistemine geçmiş, 15 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) , 37 aile hekimi vardır. Aile Sağlığı Merkezlerinden 7' si Ödemiş merkezde, 8'i köy ve kasabalardadır.

Araştırma verileri 01 Eylül 2010- 30 Kasım 2011 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, 2010 yılı Ödemiş ilçesinde yer alan 15 Aile Sağlığı Merkezine(ASM) kayıtlı 1563 gebe oluşturmuştur.

Araştırma örneklemini belirlemede Ödemiş ilçesi merkezinde bulunan yedi ASM arasında randomizasyon yapılmıştır. ASM'ler önce merkezde ve kenar mahalle bulunan ASM şeklinde sınıflandırılmıştır. Çalışmada, girişim ve kontrol grubu gebelerin birbirlerinden etkileşimi önlemek için girişim ve kontrol grubu ASM'ler rastgele yöntem ile belirlenmiştir. Araştırmaya yedi ASM'den 1-2-3-5-6 no'lu

ASM'ler alınmış, 4-7 no'lu ASM'ler örneklem seçiminde araştırma dışı kalmıştır. ASM'lerden 1-2-6 no'lu merkezde, 3-5 nolu merkezden uzak kenar mahallede bulunmaktadır. Girişim grubuna kenar mahallede yer alan 3 no'lu ASM, kontrol grubunu 5 no'lu ASM seçilmiştir. Girişim grubuna 1-3-6 no'lu ASM' ler, kontrol grubuna 2 ve 5 no'lu ASM'ler seçilmiştir.

Çalışmaya alınan 1 no'lu ASM de altı aile hekimi, altı aile sağlığı elemanı, 2 no'lu ASM' de dört aile hekimi, dört aile sağlığı elemanı, 3 no'lu ASM de dört aile hekimi, dört aile sağlığı elemanı, 5 no'lu ASM de dört aile hekimi, dört aile sağlığı elemanı, 6 nolu ASM de iki aile hekimi, iki aile sağlığı elemanı bulunmaktadır.

Araştırmada; 01 Eylül 2010- 31 Ocak 2011 tarihleri arasında 1-2-3-5-6 no'lu ASM'de Gebe–Lohusa İzlem fişlerindeki bilgiler kullanılarak gebelik haftası uyan 180 gebe kadın belirlenmiştir. Örnekleme dahil olan 180 kadına katılımcı kriterlerine uygun olarak randomizasyon yapılmıştır.

Katılımcı Kriterleri: Araştırmaya dahil edilecek gebe kadınlar için, literatür doğrultusunda katılımcı kriterleri belirlenmiştir (2, 9, 14, 65, 66, 68, 92, 116). Bu kriterler şunlardır;

- 19-45 yaş arası olması(19 yaş altı adölesanların gelişimi tamamlamadığı için alınmamıştır),
- Gönüllü olması,
- Normal tekil gebelik olması,
- Kronik bir hastalığı olmaması (hipertansiyon, diyabet, troid, kalp hastalığı),
- Fiziksel bir engeli olmaması,
- Ruhsal bir hastalığı olmaması,

- Okuma yazma bilmesi ve iletişim becerisinin olması,
- Tüm katılımcıların 16. gebelik haftasından önce belirlenmesi,
- Gebelik öncesi VKİ düşük kilolu (18.5kg/m^2) ve morbiz obez ($>40\text{ kg/m}^2$) olmaması,
- Düşük veya 37 haftadan önce doğum yapmamış olması (preterm eylem),
- Yerleşim yerini değiştirmemesi,
- Danışmanlık sürecinde görüşmelere katılmasıdır.

Örneklem Büyüklüğü: Örneklem büyüklüğünü belirlemek için güç analizi (power analizi) uygulanmıştır. Araştırmanın gücü, iki uygulama arasında ki farkı ortaya koyabilme olasılığı olarak tanımlanmaktadır. Çalışmanın gücü $1 - \beta$ hata olasılığı olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmaların en az %80 güce sahip olması gerekmektedir (80).

Literatürde yer alan araştırmalara göre gebe kadınların % 30-40'nın İOM rehber önerisine uygun kilo aldıkları belirtilmektedir (11,14). Asbee ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada İOM rehber önerisine uygun kilo alanların oranını % 30 kabul etmiş ve buna göre bu oranı %55'e çıkartmayı hedefleyerek güç analizi yapmıştır (14).

Bu araştırmada iki kez güç analizi yapılmıştır. Araştırmanın başında İOM rehber önerilerine uyum sağlayanların oranı % 40 kabul edilmiş ve bu oranı bireysel danışmanlık girişimleri ile % 50 artırmak (% 40'dan %60'a çıkarmak) hedeflenmiştir. Araştırmanın başında, $\alpha = 0.05$ anlamlılık düzeyinde, % 80 gücü sağlamak için gerekli olan örneklem büyüklüğü her iki grup için 40 gebe kadın

olarak belirlenmiştir. Araştırmada kayıp yaşama olasılığına karşın 51 gebe kadın girişim grubuna, 50 gebe kadın kontrol grubuna alınmıştır.

Araştırmanın sonunda, elde edilen sonuçlar doğrultusunda (girişim grubu 48 gebe ve kontrol grubu 50 gebe) yapılan hesaplamalarda çalışmanın post-hoc gücü % 98 olarak belirlenmiştir.

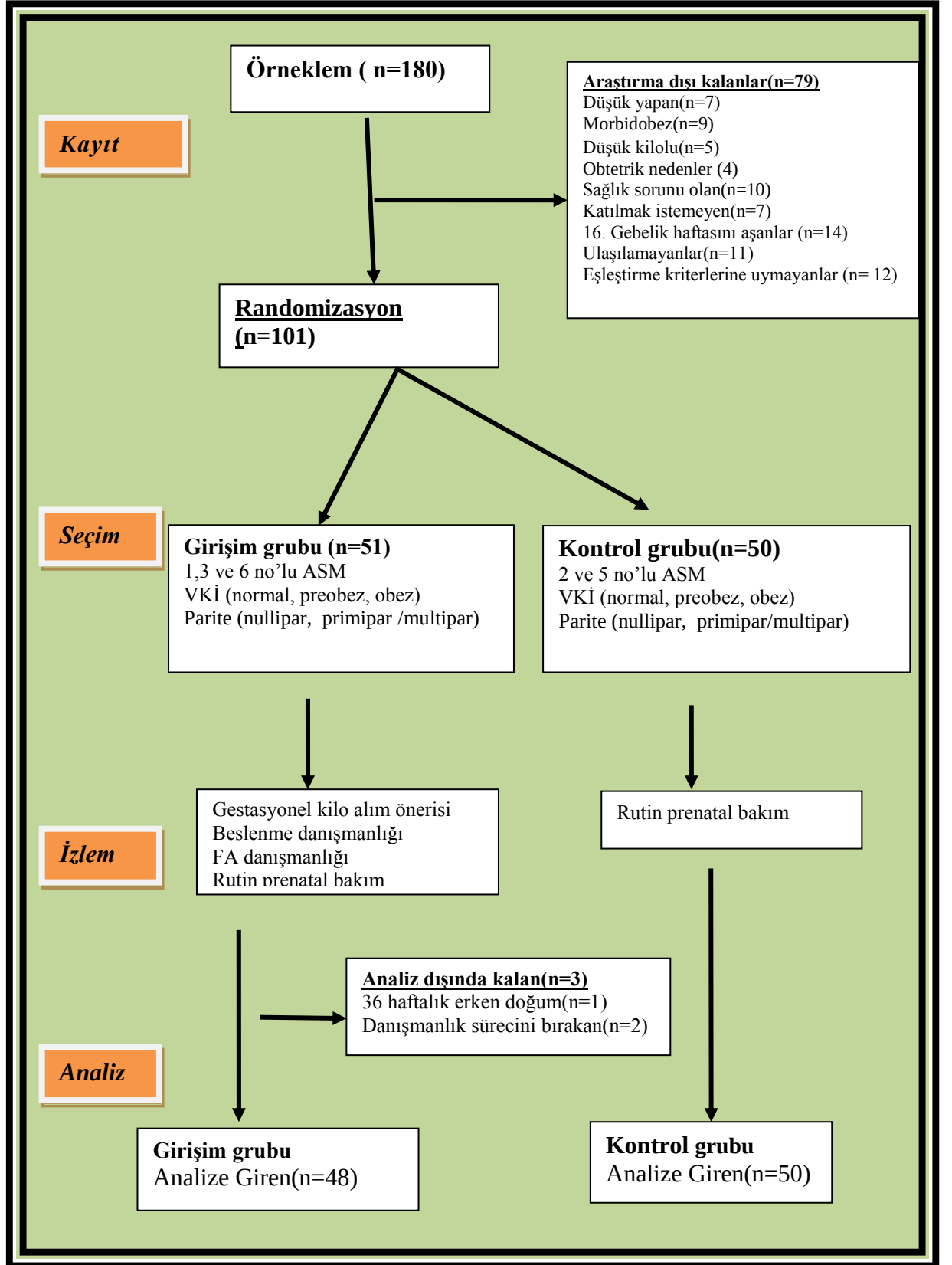
Randomizasyonun Uygulanma Şekli: Ödemiş merkezde aynı ASM'ye bağlı kişilerin çoğunun birbirine yakın oturması ve birbirlerini tanması nedeniyle kontrol grubunun girişim grubundan etkileşimini önlemek için girişim ve kontrol grubu ASM' ler rastgele yöntem ile ayrı belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini için Ödemiş ilçe merkezinde bulunan yedi ASM arasında randomizasyon yapılmıştır. ASM' lerden 1-2-6 no'lu, ilçe merkezinde 3-4-5-7 no'lu ASM'ler merkezden uzak kenar mahallelerde yer almaktadır. ASM seçiminde merkez ve merkezden uzak kenar mahallede bulunan ASM seçimi eşit alınmıştır. Girişim grubu için 1-6 no'lu merkez, 3 no'lu kenar mahalle ASM, kontrol grubu için 2 no'lu merkez, 5 no'lu kenar mahalle ASM rastgele seçilmiştir.

Araştırma örnekleminin belirlendiği 01 Eylül 2010/31 Ocak 2011 tarihleri arasında Gebe-Lohusa İzlem fişlerinden 180 gebe kadın(girişim grubu ASM'ler de 93, kontrol grubu ASM'ler de 87) belirlenmiştir. Gebe-Lohusa İzlem fişlerinden gebelerin yaşı, son adet tarihi, gebelik, doğum sayısı, boy ve ilk izlem kilosu ve adres bilgileri alınarak gebe ön kayıt formuna (Ek 11) aktarılmıştır. Bu formdaki iletişim bilgileri doğrultusunda gebelere ulaşılarak ilk görüşme randevusu verilmiştir. Örneklemeye dahil olan 180 kadına katılımcı kriterlerine uygun olarak randomizasyon yapılmıştır. Girişim ve kontrol grubunu oluşturan gebelerin ilk görüşmeleri eş zamanlı yapılmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki gebe kadınların gebelik öncesi VKİ (normal, preobez, obez) ve parite (nullipar, primipar veya multipar)

eşleştirilmesi yapılmıştır. Girişim grubunu 51, kontrol grubunu 50 gebe kadın oluşturmuştur. Örnekleme belirlenen 79 gebe kadın araştırma kriterlerine uymadığı için araştırma dışı kalmıştır. Araştırma dışı kalma nedenleri ise; düşük yapan 7 kişi, morbid obez 9 kişi, düşük kilolu 5 kişi, obstetrik nedenler 4 kişi (ikiz gebelik, tüp bebek vs), sağlık sorunu olan 10 kişi, katılmak istemeyen 7 kişi, 16. gebelik haftasını aşan 14 kişi, ulaşamayanlar 11 kişi, eşleştirme kriterlerine uymayan 12 kişi belirlenmiştir.

Araştırma süresince girişim grubu gebelerden bir kişi erken doğum (36 haftalık), iki kişi danışmanlık programını bıraktığı için analiz dışı bırakılmıştır. Aşağıda Şekil 5’ de araştırmanın akış şeması verilmiştir.

Girişim ve kontrol grubu gebe kadınlarda gebelik öncesi VKİ ve parite arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır($p>0.05$). Gruplar arasında homojen dağılım sağlanmıştır.



Şekil 5. Araştırmanın Akış Şeması

2.4. ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇLER

Araştırma verilerinin toplanmasında aşağıdaki araçlar kullanılmıştır.

- Birey Tanılama Formu (EK 1)
- Gebe Kilo İzlem Kartı (EK 2)
- Beslenme Alışkanlıkları ve Günlük Besin Tüketim Sıklığı Tanılama Formu (EK 3)
- Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi - IPAQ (Kısa Form) (EK 4)
- Davranış Değişim Aşaması Tanılama Kısa Soru Formu (EK 5)
- Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) (EK 6)
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK 7)
- Fiziksel Aktivite Kendini İzleme Formu (EK 8)
- Besin Tüketim Sıklığı Kendini İzleme Formu (EK 9)
- Telefon Görüşme Formu (EK 10)
- Gebe Ön Kayıt Formu (EK 11)
- Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehberi (EK 14)
- Gebelikte Kilo Yönetiminde Teori Temelli Bireysel Danışmanlık Programı Eğitici Rehberi (EK 15)

1. Birey Tanılama Formu (EK 1): Bu formda gebe kadınların, sosyo demografik ve doğurganlık özellikleri, gebelik öncesi kilosunu, sağlığını ve aktivitesini algılama

durumu, gebelik öncesi fiziksel aktivite durumu, gebelikte beslenme, fiziksel aktivite ve gebelikte kilo alım önerisi konusunda sağlık personelinin bilgi alma durumu sorularından oluşmaktadır (14, 56, 65, 68, 92, 109).

2. Gebe Kilo İzlem Kartı (EK 2): Araştırmacı tarafından, literatür doğrultusunda prenatal kilo alım izlem çizelgesi kartlarına uygun (Prenatal Weight Gain Grid) olarak hazırlanmıştır(100,103). Gebe kilo izlem kartında antropometrik ölçümler (boy, kilo, VKİ, kilo izlemi), gebelik haftasına göre yapılacak olan beş prenatal görüşmede annenin VKİ uygun kilo alım izlemi, laboratuvar bulguları, prenatal izlem sayısı, gebelikte oluşan sorunlar (preeklamsi, gestasyonel diyabet, gebelikte bulantı kusma vs.), doğum şekli, yeni doğan sağlık sonuçları(doğum kilosu, bebekte sorun var mı), gebelikte alınan toplam kilo, alınan kilonun 2009 yılı İOM rehberine uygunluk durumu yer almaktadır (14, 69, 100).

3. Beslenme Alışkanlıkları ve Günlük Besin Tüketim Sıklığı Tanılama Formu (EK 3): Bu form, gebelerin beslenme alışkanlıkları (günlük ana öğün sayısı, atlanan öğün, ara öğün sayısı, evde yemek yeme şekli) ve 24 saatte tükettiği besinleri (süt/yoğurt grubu, et/yumurta/ kuru baklagiller grubu, sebze/meyve grubu, ekmek/tahıl grubu, esmer/kepekli ekmek, tatlı ve yağlı/ kızartma grubu) porsiyon olarak sorgulayan sorulardan oluşmuştur. Besin tüketimini değerlendirmede 24 saatlik besin tüketim yöntemi sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Bireye son 24 saat içinde veya gün içinde tükettiği tüm besinler ve içecekler sorulur(97).

4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Formu)(EK 4): Uluslara arası fiziksel aktivite anketi (International Physical Activity Questionnaire- IPAQ) yetişkinlerin fiziksel aktivite ve sedanter hayat biçimlerini tespit etmek için kısa ve uzun form şeklinde tasarlanmıştır. IPAQ'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Craig ve ark.(2003) tarafından 1998-1999 yılları arasında toplam 12 ülke ve 14

araştırma merkezinde yapılmıştır. Craig ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında IPAQ kısa formun test-tekrar test güvenirliği $r=0.76$, IPAQ uzun formun ise $r=0.81$ olarak bulunmuştur(32). Türkiye’de Öztürk’ün (2005) yaptığı çalışmada IPAQ kısa formun test-tekrar test güvenirliği $r=0.69$, uzun formun ise $r=0.64$ olarak bulunmuştur. Kriter geçerliliği kısa formda $r=0.30$ ve uzun formda $r=0.29$ olduğu saptanmıştır. Anket, 18-69 yaşları arasındaki yetişkinlere uygulanması tavsiye edilmektedir(95).

Bu çalışmada IPAQ kısa form anketi kullanılmıştır. Araştırmalarda, IPAQ kısa form anketi gebe kadınların fiziksel aktivitesini ölçmek içinde kullanılmıştır (2,68). Kısa form anketi, dört ayrı bölüm ve toplam yedi sorudan oluşmaktadır. Gebelikte şiddetli fiziksel aktivite önerilmediği için şiddetli aktiviteleri sorgulayan bölüm sorgulamadan çıkarılmıştır. Anket son yedi günde en az 10 dakika yapılan FA ile ilgili soruları içermektedir (95).

- Uluslara Arası Fiziksel Aktivite Anketinin Puanlaması ve Skorlaması: Kısa form (7 soru), yürüme, orta şiddette ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır. Oturmada harcanan zaman ayrı bir soru olarak değerlendirilmektedir. Kısa formun toplam skorunun hesaplanması yürüme, orta şiddette aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir. Bu hesaplamalardan, MET-dakika olarak bir skor elde edilmektedir. Bir MET-dakika; yapılan aktivitenin dakikası ile MET skorunun çarpımı ile hesaplanmaktadır.

Metabolik değer (Metabolik equivalent) MET, istirahat metabolik hızının katlarıdır. Ortalama bir kişi için spesifik bir aktivitenin metabolik hızının istirahat metabolik hızına bölünmesine eşittir. Bir (1) MET istirahat oksijen tüketimine eşittir. Ortalama olarak dakikada 200-250 mL O₂ tüketildiğinden, 2 MET’lik iş için

istirahatın 2 misli veya 500 mL oksijen tüketimi gerekir. MET vücut ağırlığının birimi başına gerekli oksijen tüketimi olarak ifade edilir (mL/kg/dk) (95).

Uluslara arası fiziksel aktivite anketi (IPAQ) verilerinin analizi için aşağıdaki değerler kullanılmaktadır.

- 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; $3 \times 30 \times 3 = 297$ MET dk/ hafta olarak hesaplanmaktadır (95).

5. Davranış Değişim Aşaması Tanılama Kısa Soru Formu (EK 5): Davranış değişim aşaması tanılama formu *Teoriler Üstü Modele* temellendirilmiştir. Egzersiz değişim aşaması kısa soru formu Marcus ve arkadaşları(1992) tarafından uyarlanarak geliştirilmiştir(79). Beslenme davranışlarına uyarlamasını Plotnikoff ve arkadaşları (2009) kullanmıştır (98). Fiziksel aktivite ve sebze meyve, lifli gıdaların alımını artırmaya ve yağlı ve tatlı besinlerin alımını azaltılmasına yönelik birçok araştırmada davranış değişim aşaması sorusu kullanılmıştır (7, 16, 98,121). Egzersiz değişim aşaması kısa soru formunun geçerlilik ve güvenilirliği Ay ve Temel tarafından (2007) yapılmış ve kapa indeks geçerliliği 0.81 olarak belirlenmiştir(15).

Bu çalışmada; danışmanlık görüşmelerinde fiziksel aktiviteyi artırma, sebze meyve ve esmer/kepekli ekmek tüketimini artırma, tatlı besinleri alımını azaltmaya yönelik olmak üzere dört bileşenin davranış değişim aşaması sorgulanmıştır.

Form beş seçenekli sorudan oluşmakta ve araştırmaya katılan bireylerin davranış değişim aşaması düzeylerine uyan seçeneklerden bir tanesini seçmesi istenmektedir. Bu seçenekler bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasını ortaya koymaktadır. *Bunlar:*

- 1-) Hayır ve gelecek 6 ay içinde başlama niyetinde değilim yanıtını verenler düşünme öncesi aşamada,
- 2-) Hayır, ama gelecek 6 ay içinde yapmaya başlama niyetindeyim yanıtını verenler düşünme aşamasında,
- 3-) Hayır, ama gelecek 30 gün içerisinde başlama niyetindeyim yanıtını verenler hazırlık aşamasında,
- 4-) Evet, yapıyorum ama 6 aydan daha kısa süredir yapıyorum yanıtını verenler harekete geçme aşamasında,
- 5-) Evet, 6 aydan daha uzun süredir yapıyorum yanıtını verenler sürdürme aşamasında kabul edilmektedir(16, 98, 121).

6. Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) (EK 6): Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği Gözüm ve Aksayan (1999) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81, test-tekrar test güvenilirliği 0.92 olarak bulunmuştur (45). Bu araştırmada üçüncü trimesterdeki tüm gebelerdeki ölçümünde Cronbach alfa katsayısı 0.84 (girişim grubu 0.80, kontrol grubu 0.85) belirlenmiştir. Bu çalışmada ölçek herhangi bir özgül alana özgü olmayan, genel öz etkililik-yeterlilik algısını ölçmektedir. Yirmi üç ifadeden oluşan 5'li likert tipi ölçekten en az 23, en çok 115 puan alınabilmektedir. Ölçekte, her bir madde için 1-beni hiç tanımlamıyor, 2-beni biraz tanımlıyor, 3-kararsızım, 4- beni iyi tanımlıyor, 5-beni çok iyi tanımlıyor, seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmekte, her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Ancak; 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Alınan toplam puanın yüksek olması, genel öz etkililik-yeterlilik algısının yüksek olduğunu gösterir (45). 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 (45).

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

7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK 7): Zimet ve ark. (1988) literatürde bildirilen sosyal destek ölçeklerinin eksikliklerinden yola çıkarak "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini" geliştirmişlerdir (Multidimensional Scale of Perceived Social Support). Ölçek; bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yöneliktir. Türkiye’de Eker ve Arkar (1995) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış, cronbach alfa katsayısı 0.86 olarak bildirilmiştir (36). Bu araştırmada, üçüncü trimesterde ki tüm gebelerdeki ölçümünde cronbach alfa katsayısı 0.81 (girişim grubu 0.87, kontrol grubu 0.73) belirlenmiştir. Toplam 12 maddeden oluşan ölçek “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen yedi dereceli (1-7 puan), likert tipi bir ölçektir. Ölçek, "Aile", "Arkadaş", "Diğer önemli kişi" ya da "Özel bir kişi" gibi üç kaynaktan kaynaklanan desteğin yeterliliğini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Ölçeğin aile, arkadaş, özel kişi(eş) desteğini belirlemek üzere dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir. Özel bir insan alt boyut maddeleri; 1, 2, 5 ve 10. maddeler, aile alt boyutu maddeleri; 3, 4, 8 ve 11.

maddeler, arkadaş alt boyutu maddeleri ise 6, 7, 9 ve 12. maddelerdir (36). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt grupları, madde sayısı ve puan aralığı Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Grupları, Madde Sayısı ve Puan Aralığı

<u>Alt gruplar</u>	<u>Madde sayısı</u>	<u>Puan aralığı</u>
Özel İnsan	4	4-28
Aile	4	4-28
Arkadaş	4	4-28
TOPLAM (ÇBASDÖ)	12	12-84

8. Fiziksel Aktivite Kendini İzleme Formu (EK 8): Bireysel izlemin (Self-Monitoring) esası; beslenme ve fiziksel aktivite/egzersizle ilgili davranışların kaydedilmesidir. Birey bu şekilde değiştirilmesi gereken davranışlarının farkına varır. Kayıt tutma yöntemi, hem değerlendirmenin, hem de davranış değişimi sağlamanın temelini oluşturur. Birey de kendi kendini değerlendirme fırsatı bulmakta, hatalı davranışlarını tespit etmekte ve hangi davranışın ortadan kaldırılması ve yapılması gerektiğini görmektedir. Bireyin kendi yaptığı fiziksel aktiviteyi bir forma veya takvime kaydetmesi, kendini izleme olanağı verir ve fiziksel aktivite rutinlerine olan bağlılığını güçlendirmesi açısından yararlıdır (16, 121). Araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan bu form, katılımcının yaptığı fiziksel aktivitenin tipini süresini içermektedir. Fiziksel aktivite kendini izleme formu, bireylere ilk danışmanlık görüşmesinde verilmiş, nasıl dolduracakları anlatılarak, her izlemde geri getirmesi söylenmiştir.

9. Besin Tüketim Sıklığı Kendini İzleme Formu(EK 9): Bireyin günlük olarak aldığı besinleri kaydetmesi, kendini izlemesine ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmesine yardımcı olur. Besin tüketim sıklığı izlemi sıklıkla birbirini izleyen üç gün (iki günü hafta içi, bir günü hafta sonu) süre ile tekrarlanır (97). Üç günlük besin

alımı izleme formu; bireylere ilk danışmanlık görüşmesinde verilmiş, nasıl dolduracakları anlatılarak her izlemde geri getirmesi istenmiştir.

10. Telefon Görüşme Formu (EK 10): Literatüre göre davranış değişimine yönelik girişimlerin etkinliğinin değerlendirmesi amacıyla gerçekleştirilen izlemlerde, belli bir zamanda fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme davranışlarının sorgulandığı ve motive edildiği, kişinin sözel ifadesine dayalı izlemlerin yapılabilirliği vurgulanmaktadır (16).

Araştırma kapsamında planlanan beş danışmanlık görüşmesinden biri telefon görüşmesi şeklinde yapılmıştır. Telefon izlemlerinde tüm bireylerle aynı yapı içerisinde görüşme yapılması amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan görüşme formu kullanılmıştır. Bu formun içinde standart bir bilgilendirme metni, görüşme yapılan tarih, görüşme süresi, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarına yönelik davranış değişimleri yer almıştır. Gebelerle telefon görüşmesi sağlığa zarar vermemesi açısından öncelikli olarak ev telefonu tercih edilmiş, ev telefonu olmayanlarda cep telefonu ile görüşme yapılmıştır.

11. Gebe Ön Kayıt Formu(EK 11):Danışman tarafından geliştirilmiş ve aile sağlığı merkezinde 16 haftanın altında belirlenen gebelerin kayıtları bu forma aktarılmıştır. Araştırma için uygun olan gebeler ile iletişime bu formadaki iletişim bilgileri ile ulaşılmıştır.

12. Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehberi(EK 14): Rehber kitap literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Hazırlandıktan sonra 10 kişiden uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşü likert tipi birden beşe kadar puanlama yapılarak form üzerinde değerlendirilmiştir (Ek 13). Uzman görüşleri değerlendirme sonuçlarına Kendal Uyuşum Katsayısı analizi yapılmış ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Kendall's W: 0.560, X^2 : 80.634).

Rehber kitabın gebeler tarafından anlaşılabilirliğini değerlendirmek için araştırma kapsamı dışındaki beş gebe kadına verilmiş ve gebe kadınların kitap hakkındaki görüşleri alınmıştır. Gebeler kitabı anlaşılır ve yararlı bulmuşlardır. Uzman görüşü ve gebe değerlendirmesinden sonra hatalar düzeltilip kitabın basımı yapılmış, ilk görüşmede girişim grubundaki gebelere dağıtılmıştır.

“Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehber Kitabı” içerik olarak şu bölümlerden oluşmaktadır. Gebelikte kilo alımı, 2009 yılı İOM rehberi VKİ göre kilo alım oranları, gebelikte yetersiz ve aşırı kilo alımı sonucu oluşan sorunlar, obezitenin uzun dönemde anne ve bebek sağlığı için riskleri, sağlıklı beslenme, beslenmede alınması gereken besin grupları, gebelikte sağlıklı besin seçimimin yararları, sağlıklı beslenme ilkeleri, gebelikte fiziksel aktivite/egzersiz yapma, gebelikte fiziksel aktivite yapmanın yararları, sağlıklı beslenme ve aktif yaşam kontrol listesi, davranış değişimi geliştirmek için uygun hedef ve yaklaşımlar ve öneriler yer almaktadır. Kitap içeriğinde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite ve obezite ile ilgili renkli görsel resimler yer almıştır. Kitap toplam 60 sayfadan oluşmuştur.

13. Gebelikte Kilo Yönetiminde Teori Temelli Bireysel Danışmanlık Programı Eğitici Rehberi (EK 15): Danışman tarafından literatür doğrultusunda sosyal bilişsel teori ve teoriler üstü modelin değişim aşaması temelli hazırlanmıştır. Hazırlandıktan sonra beş kişiden uzman görüşü alınmış ve uygun bulunmuştur. Danışmanlık sürecinde bu rehber kullanılmıştır.

2.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMLERİ

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

Araştırma ölçeklerinden; birey tanılama formu, gebe kilo izlem kartı, beslenme alışkanlıkları ve günlük besin tüketim sıklığı tanılama formu, uluslararası fiziksel aktivite (FA) anketi, davranış değişim aşaması tanılama kısa soru formu araştırmacı tarafından sorulup doldurulmuş, ÖEYÖ, ÇBASDÖ doldurulması gebe kadınlar tarafından yapılmıştır.

Girişim ve kontrol grubunun ön test verileri 12-16. gebelik haftasında, son test verileri ise 36-38 gebelik haftasında toplanmıştır. Girişim grubunun ara izlem verileri 24-26 gebelik haftasında toplanmıştır.

Kontrol grubu gebe kadınların ön izlem ve son izlem verileri 2-5.no'lu ASM' de gebe izlem odasında toplanmıştır.

Girişim grubu gebe kadınların ön izlem verileri toplanması ve danışmanlık görüşmeleri 1-6 no'lu ASM'ye bağlı olarak oluşturulan danışmanlık odasında, 3.no'lu ASM'ki kadınların ise uygun oda olmadığı için üst katta bulunan huzur evinin psikolog odasında yapılmıştır. Ön izlem sonrası 3 no'lu ASM'ye bağlı gebeler danışmanlık odasına çağırılmış gelemeyen iki kişi için psikolog odası danışmanlık odası olarak kullanılmıştır. Psikolog odasının kullanımı için huzurevi yönetiminden izin alınmıştır.

Girişim grubunda birinci danışmanlık görüşmesinden sonra diğer dört danışmanlık görüşmeleri ASM prenatal izlem günleri ile eş zamanlı denk getirilmeye çalışılmıştır.

Her iki grupta öz-etkililik yeterlilik ölçeği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği verileri ön ve son izlemde alınmıştır. Birey tanılama formu ön izlemde doldurulmuştur. Girişim grubu gebe kadınların; davranış değişim aşaması tanılama formu birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü, beşinci izlemde toplanmıştır.

Gestasyonel Kilo Ölçümü ve İzlemi: Gebe kadınların ağırlık ölçümü için aynı tartı aleti kullanılmış, ölçümler ayakkabısız ve aynı ağırlıktaki kıyafetler ile yapılmıştır. İlk görüşmede boy ölçümü ayakkabısız olarak yapılmıştır.

Gebelik başlangıç kilosunu belirlemek için kadınlara gebe kaldığındaki kilosu sorulmuş ve bilenler için kendi bildirimleri kabul edilmiştir. Bilmeyenler ve bildirim tutarsız olanlar için ilk prenatal izlemde ölçülen kilosu (8 hafta altı) kabul edilmiştir. Gebe kadınların son kilo ölçümü doğumdan bir hafta önce yapılan son ölçüm kabul edilmiştir.

Gebelikte kilo izlemi için 2009 İOM rehber önerilerine oluşturulmuş gebe kilo izlem kartı kullanılmış ve 2009 İOM rehber kurallarına göre kilo alım tavsiyesinde bulunulmuştur. Girişim grubundaki kadınların kilo izlemi beş danışmanlık görüşmesinde yapılmıştır. Telefon danışmanlığında bağlı olduğu ASM’de ölçülen kilo sorgulanmıştır. Her bireysel danışmanlık görüşmesinde kilo izlemi yapılmış ve İOM rehberine göre uygun alıp almadıkları kontrol edilmiştir. Gebelikte alınan kilo İOM rehberi sınırları içindeyse kadınlar sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarına devam etmeleri konusunda desteklenmiştir. Uygun kilo artışı olmayan gebelerde beslenme ve fiziksel aktivite davranışları tekrar düzenlenmiş, engeller için çözüm yolları geliştirilmiş, beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını artırmaları veya azaltmaları konusunda önerilerde bulunulmuştur.

Beslenme ve Fiziksel Aktivite Davranışları Ölçüm ve İzlemi: Gebe kadınların beslenme alışkanlıkları ve günlük besin tüketim sıklığını değerlendirmek için günlük besin tüketim sıklığı soru formu kullanılmış ve tüketilen yiyecekler porsiyon olarak değerlendirilmiştir. Girişim grubu gebe kadınların ön izlem değerlendirmesinden sonra kendi izlemlerini değerlendirmesi için “Üç Günlük Besin Tüketim Sıklığı İzleme Formu” formu verilmiştir. İkinci ve üçüncü danışmanlık görüşmelerinde üç

günlük kayıt tutmaları istenmiş ve değerlendirmesi yapılmıştır. Beslenme alışkanlıkları incelenerek sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanması yönünde danışmanlık yapılmıştır. Girişim grubu gebe kadınların birinci(12-16.hafta), ikinci(24-26.hafta) ve üçüncü trimesterde (36-38.hafta) beslenme alışkanlıkları “Günlük Besin Tüketim Sıklığı Tanılama Formu” ile üç kez, kontrol grubunun ise birinci ve üçüncü trimesterde olmak üzere iki kez değerlendirmesi yapılmıştır.

Girişim grubu gebelerin FA kaydetmeleri için “Fiziksel Aktivite Kendini İzleme Formu” verilmiş, hatırlatıcı olması için evde uygun bir yere asmaları ve her görüşmede formlarını getirmesi istenmiştir. Girişim grubu gebe kadınlara verilen fiziksel aktivite kendini izleme çizelgesi aktivitelerini değerlendirmede ve danışmanlık sürecinde yardımcı olmuştur. Girişim grubunun FA değerlendirmesi birinci(12-16.hafta), ikinci (24-26.hafta) ve üçüncü trimesterde (36-38.hafta) yapılmış, kontrol grubunun ise birinci(ön izlem) ve üçüncü trimesterde (son izlem) olmak üzere iki kez değerlendirmesi yapılmıştır. Aktivite değerlendirmesinde uluslararası fiziksel aktivite anketi kullanılmıştır. Kadınların fiziksel aktivitesi kendi bildirimlerine göre değerlendirilmiş, bir ölçüm aracı (pedometer) kullanılmamıştır. Ev, iş veya bahçe, işlerinde yaptığı aktiviteler orta şiddetli fiziksel aktivite olarak değerlendirilmiştir.

Maternal ve Neonatal Sonuçların İzlemi: Gebelerin Hemoglobin değerleri ve şeker yükleme test sonuçları ASM gebe-lohusa izlem fişlerinden elde edilmiştir.

Doğum sonrası kadınların doğum bilgileri (doğum tarihi, doğum şekli, bebek doğum kilosu, bebekte sorun oluşma durumu) Ödemiş Devlet Hastanesi Kadın Doğum Kliniği kayıt verilerinden, kaydı olmayanlar için ise kadınların kendisinden telefon görüşmesi yapılarak elde edilmiştir.

Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların veri toplama süreci zamanlaması

Şekil 6’da verilmiştir.

Şekil 6: Girişim/ Kontrol Grubu Gebe Kadınların Veri Toplama Süreci Zamanlaması

Verilerin Toplanması/ Ölçüm Araçları	Gebelik Haftası/İZLEMLER					
	12-16 1. izlem	18-22 2. izlem	24-26 3. izlem	30-32 4. izlem	36-38 5. izlem	DS* İzlem
Girişim Grubu						
Birey Tanılama Formu	X					
Gebe Kilo İzlem Kartı	X	X	X	X	X	X
Beslenme Alışkanlıkları ve Günlük Besin Alım Sıklığı Tanılama Formu	X		X		X	
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	X		X		X	
Davranış Değişim Aşaması Tanılama Kısa Soru Formu	X	X	X	X	X	
Öz-Etkililik Yeterlilik Ölçeği	X				X	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	X				X	
<i>Bireysel Danışmanlık Programı</i>	X	X	X	X	X	
Kontrol Grubu						
Birey Tanılama Formu	X					
Gebe Kilo İzlem Kartı	X				X	X
Beslenme Alışkanlıkları ve Günlük Besin Alım Sıklığı Tanılama Formu	X				X	
Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	X				X	
Davranış Değişim Aşaması Tanılama Soru Formu	X				X	
Öz-Etkililik Yeterlilik Ölçeği	X				X	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	X				X	

*DS (doğum sonrası ilk iki hafta doğum bilgileri izlemi)

2.6. GEBELİKTE KİLO YÖNETİMİNDE TEORİ TEMELLİ BİREYSEL DANIŞMANLIK GİRİŞİM PROGRAMI

2.6.1. Bireysel Danışmanlık Girişim Programının Hazırlığı

Danışmanlık programına başlamadan önce, danışmanlık odası, eğitim materyalleri, “Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehberi” eğitim kitabı ve “Gebelikte Kilo Yönetiminde Teori Temelli Bireysel Danışmanlık Programı Eğitici Rehberi” hazırlığı yapılmıştır.

Danışmanlık Odası ve Eğitim Materyali Hazırlığı: Girişim grubu gebelere eğitim ve danışmanlık yapmak için danışmanlık odası hazırlanmıştır. Eğitim ve danışmanlık odası için Ödemiş Sağlık Grup Başkanlığı binasının alt katında yer alan eğitim salonu kullanılmıştır. Eğitim salonun kullanımı için Ödemiş Sağlık Grup Başkanlığından izin alınmıştır. Danışmanlık odasına baskül, boy ölçer, tansiyon aleti konmuştur. Girişim grubu gebe kadınlarla eğitim ve danışmanlık görüşmeleri bireysel, yüz yüze görüşme tekniği ile danışmanlık odasında yapılmıştır.

Danışman tarafından hazırlanan “Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehberi” kitabı, “Sağlıklı Beslenin, Aktif Yaşayın, Uygun Kilo Alın” içerikli bastırılan stiker ve magnet’ler gebelere ilk görüşmede verilmiştir.

Araştırmacı tarafından gebelikte uygun kilo alımı, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite posterleri eğitim materyalleri hazırlanmış ve danışmanlık odasına asılmıştır. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesinden Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktivite Daire Başkanlığı Yayınlarından poster, afiş, broşür, kitapçık alınmış ve eğitim ve danışmanlık odasında kullanılmıştır.

Danışmanlık görüşmelerinde beslenme eğitimi için doğal ve yapay besin modelleri kullanılmıştır. Danışmanlık odası, danışmanlık görüşmeleri ve danışmanlık eğitimde kullanılan materyaller ekler bölümünde verilmiştir (Ek 19, 20, 21).

Girişim grubundaki gebeleri davranış değişiminde ödüllendirmek ve kontrol grubunun katılımını sağlamak için Ontex-Can Bebe ve Unı Baby firmalarından yeni doğan hediye paketi talebi yapılmıştır. Doktora projesi firmalara tanıtılmış, her iki firma tarafından talep kabul edilmiştir. Ontex-Can Bebe firması “Hoş geldin Bebek Paketi”, Unı Baby firması “Yeni Doğan Paketini (Şampuan/ Islak mendil)” kargo ile ücretsiz göndermiştir. Girişim grubuna ara izlem ve son izlemde ödüllendirme

şeklinde iki kez hediye paketi verilmiş, kontrol grubuna son izlem katılımını sağlamak için hediye paketi verilmiştir.

Eğitcinin Hazırlığı: Eğitim ve danışmanlıklar araştırmacı tarafından yapılmıştır. Araştırmacı danışmanlığa başlamadan önce kilo yönetimi konusunda deneyim kazanmak için iki gün obezite okuluna gitmiştir. Araştırmacı “Doğum Öncesi Hazırlık Sınıfı Eğitici Eğitimi” kursuna katılmıştır.

2.6.2. Bireysel Danışmanlık Girişim Programı Bileşenleri: Gebelikte kilo alımının 2009 yılı İOM rehberine uygun olması için; gebelik öncesi VKİ göre gestasyonel kilo alım önerileri, sağlıklı beslenme, boş zamanlarda fiziksel aktivite yapma ve rutin prenatal bakım konuları ele alınmıştır.

Gestasyonel Kilo Alım Önerileri: Danışman tarafından ilk görüşmede katılımcı gebelerin boy ve kilo ölçümleri yapılmış ve gebelik öncesi VKİ hesaplanmıştır. Girişim grubu gebe kadınlara ilk danışmanlık görüşmesinde VKİ’ne göre 2009 yılı İOM rehber kurallarına göre alması gereken toplam kilo söylenmiştir. İOM rehberine göre; gebelik öncesi normal kiloda olan kadınlar (VKİ 18.5–24.9) 11.5-16 kg, fazla kilolu (pre-obez) olanlar (VKİ 25–29.9) 7-11.5 kg ve obez olanlar (VKİ $\geq$ 30) 5-9 kg arasında kilo alması gerektiği belirtilmiştir (103).

Kadınlara gebelikte aşırı veya az kilo almanın gebelik, doğum, doğum sonrası ve çocuk üzerine olan olumsuz etkileri belirtilmiştir. Aşırı kilo alımı sonucu oluşacak maternal obezitenin ileriki dönemde sağlık üzerine olan riskleri konusunda bilgi verilmiştir.

Beslenme/Diyet Danışmanlığı: Beslenme danışmanlığında amaç; katılımcıların sağlıklı beslenme davranışlarını kazanmasını sağlamak ve sağlıklı beslenme davranışlarını artırıcı olanakları belirlemek, olumlu beslenme davranışlarını desteklemek ve sürdürmesini sağlamak, olumsuz davranışları ortadan kaldırmak,

ortadan kaldırılamayan davranışları baskılamak veya azaltmak, olumlu beslenme davranışlarının sağlığa olan etkilerini tanımlamak ve davranış değişiminde motivasyonu artırmaktır (7, 9).

Beslenme/diyet danışmanlığında, gebelikte uygun kilo alımı sağlamak, aşırı kilo alımını önlemek ve sonraki yıllarda oluşabilecek maternal obeziteyi önlemek için, sağlıklı beslenme yolları gösterilmiştir. Sağlıklı beslenme ilkeleri için Sağlık Bakanlığı yayınları ve Türkiye'ye özgü beslenme rehberi temel alınmıştır (122).

Gebelikte uygun kilo alımını sağlamak için, beslenme danışmanlığında ele alınan konular;

- Günde üç ana öğün ve üç ara öğün şeklinde beslenmek,
- Kahvaltının önemini vurgulamak,
- Her öğünde dört temel besin grubundan dengeli bir şekilde beslenmek,
- Günde en az beş porsiyon (400gr) farklı çeşitlerde taze sebze ve meyve tüketmek,
- Beyaz ekmek yerine tam tahıl ürünlerinden esmer ekmek, tam buğday unu ekmeği, kepekli ekmek tüketilmesini sağlamak,
- Şeker oranı yüksek yiyecek ve içecek tüketimini azaltmak ve günde en fazla bir porsiyon tüketilmesini sağlamak(bir porsiyon tatlı; 50gr şeker, bir hamur işi, bir dilim kek, 2 bisküvi, 2 kaşık dondurma veya bir bardak tatlı içecek),
- Kızartmış ve yağlı besinlerin alımını azaltmak (42, 69,105,122).

Fiziksel Aktivite (FA) Danışmanlığı: Fiziksel aktivite danışmanlığında; gebe kadınların haftada en az üç kez, tercihen beş kez en az günde 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite (yürüyüş, yüzme vs.) yapması istenmiştir. Gebelik öncesi ve gebelik dönemindeki FA durumu belirlendikten sonra, FA artırmak için davranış değişim gereksinimleri belirlenmiştir. Her görüşmede, FA yararları ve FA ile ilgili engeller,

engelleri aşma ve problem çözme, FA hedefleri, haftalık FA sıklığı, süresi ve şiddeti, eylem planı, hakkında bilgi ve danışmanlık verilmiştir. Gebelere yürüyüş dışında evde, iş yerinde veya tarla bahçe işlerinde günlük fiziksel aktivitelerini artırmaları yönünde bilgiler verilmiştir.

Rutin Prenatal Bakım: Prenatal izlemler sırasında, gebe kadınların gereksinimlerine göre diğer prenatal bakım konuları hakkında bilgi verilmiştir. Bunlar; gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, prenatal testler, gebelik ve cinsellik, genital hijyen, doğum şekli, emzirmenin önemi gibi konulardır.

2.6.3. Bireysel Danışmanlık Girişim Programının Geliştirilmesi: Araştırmada uygulanan danışmanlık programının geliştirilmesinde kullanılan kavramsal model Sosyal Bilişsel Teori (SBT) (20), Teoriler Üstü Model 'in (TM) Değişim Aşamaları (101) ve Motivasyonel Görüşme (82) temellidir.

Bu girişim programının hedefi; gebe kadınlarda SBT/ TM ile bütünleştirilmiş motivasyonel bireysel danışmanlık görüşmeleri ile sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranış değişiminin gerçekleştirilmesi ve İOM rehberine uygun gestasyonel kilo alımının sağlanmasıdır.

Gebelikte kilo yönetiminde sosyal bilişsel teori ve değişim aşamaları temelli hazırlanan bireysel danışmanlık programı eğitici rehberi **Ek 15' de** verilmiştir.

2.6.3.1. Bireysel Danışmanlık Girişiminde Sosyal Bilişsel Teorinin Kullanımı:

Sosyal bilişsel teorinin temelini oluşturan üç temel boyut vardır. Bunlar; çevresel, davranışsal ve kişisel/bilişsel alanlardır.

1.Kişisel /Bilişsel faktörler: SBT de davranışı etkileyen kişisel / bilişsel faktörler, emosyonel, kültürel değerler, sosyal normlar, öz etkililik, öz denetim (kendini izleme, hedef belirleme), problem çözme ve beklenti sonuçlarından oluşmaktadır. Davranışı etkileyen diğer kişisel faktörler; kişinin beklentileri, beslenme ve fiziksel

aktivitenin değişiminden hoşlanma, risk algısı, davranış değişiminin yararları, kişinin motivasyonu, engellerin üstesinden gelme becerisidir (7, 91).

2.Çevresel faktörler: Fiziksel çevre, sosyal çevre ve sosyal destek oluşturmaktadır. Fiziksel aktivite ve beslenme davranışları için fiziksel çevre farkındalığı oluşturulmalıdır. Çevre hakkında destekleyici bilgi (park, yürüyüş yeri vs.), iklim değişikliklerine göre (yağmurlu, sıcak hava,) FA ayarlanması, toplum imkânları ve olanakları hakkında bilgi verilmesi uygun fiziksel aktivite olanağını sağlar. Beslenme ile ilgili, taze sebze ve meyveler, tam tahıl ürünlerinin ulaşabileceği pazar, market ve alternatif seçenekler hakkında bilgi verilmesi gerekir. Davranış değişiminde sosyal destek olarak eş, aile ve arkadaş ve danışman desteği sağlanmalıdır.

3. Davranışsal faktörler: Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılması ve ideal kilo alımına yönelik davranışlardır. Gebelikte kilo yönetiminde davranışsal faktörler, sağlıklı beslenme (sebze meyve alımını artırmak, şekerli ve tatlı yağlı besinleri azaltmak, düzenli öğün alışkanlığı ve kahvaltının önemi vs.) ve FA artırılması (haftada üç kez (tercihen beş) en az 30 dak. orta şiddette yürüyüş yapılması) ve böylece gebelikte kilo yönetiminin sağlanmasıdır.

2.6.3.2.Bireysel Danışmanlık Girişiminde Teoriler Üstü Modelin Değişim Aşamalarının Kullanımı

1. Düşünme öncesi:

Hedef; Değişim gereksinimi olan davranış için bilgi ve farkındalığı artırma.

Yaklaşımlar; Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite(FA) alışkanlıklarını

değerlendirme: Gebelikte sağlıklı beslenme ve FA konusundaki bilgi, inanç, tutum ve davranışların belirlenmesi, gebelikte iki kişilik mi beslenmek gerekir? gebelikte

fiziksel aktivite /egzersiz davranışının kişi için anlamı nedir? Ailenin beslenme ve aktivite tutum ve davranışları, ailesel görüş, besin seçimindeki belirleyici faktörleri belirleme (kişisel, ekonomik, çevresel).

Bilgi ve öneri verme: Gebelikte ideal kilo alımının önemi ve gebelikte VKİ uygun kilo alım önerileri hakkında bilgi verme, gebelikte fazla veya yetersiz kilo alımı sonucu annede, bebekte ve ileriki yaşamlarında oluşabilecek riskler, gebelikte aşırı kilo almanın ve obezitenin riskleri konusunda bilgi verme, sağlıklı ve dengeli beslenme ilkeleri, sağlıklı beslenmenin ve düzenli fiziksel aktivite/ egzersiz yapmanın yararları, gebeliğe ve uzun dönemde yaşama olan etkileri değinilmiştir.

Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehber kitabı, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konusunda yapışkan hatırlatıcı(sticker), mıknatıslı hatırlatıcı(magnet), üç günlük besin tüketim kaydı, fiziksel aktivite kaydı formu verme.

2. Düşünme:

Hedef; Değişim gereksinimi olan davranış için güvenini artırma ve motive etme.

Yaklaşımlar; Değişiklik yapılacak alanların belirlenmesi, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite değişim engellerinin belirlenmesi, engeller için çözümler oluşturma, uygun olmayan davranış modellerinin risklerini tanımlama, yeni davranış modelleri için seçenekler geliştirme, bilinçlenmeyi destekleme, geri bildirim yapma, bireye özgü sağlıklı beslenme modelleri oluşturma, besin porsiyon özelliklerini modelleme, gebelikte yapılacak aktiviteleri tanımlama, planlama, seçenekler geliştirme, hedef belirleme, sosyal destekleri tanımlama, kararsızlığı vurgulama, öz-etkililiği artırma, teşvik etme, toplumdaki olumlu rol modelleri örnekleri verme.

3. Hazırlık:

Hedef; Davranış değişimi için plan hazırlama, haftalık beslenme planı hazırlama, öğünleri planlama, fiziksel aktivite planı hazırlama.

Yaklaşımlar; Bilgilendirme, ilgileri keşfetme, karar vermede yardım, kişiye özel davranış değişim planına yardım etme, hedef oluşturma, hedef tarih belirleme, davranış sözleşmesi. Sağlıklı besin seçimi ve fiziksel aktivite /egzersiz alternatiflerini belirleme ve plan yapma, kadınların FA yapabileceği alanları belirleme (örneğin, park, yürüyüş alanı egzersiz salonları, ev- tarla- bahçe işleri), porsiyon büyüklüklerini ayarlama, yağlı ve tatlı besinleri azaltma, tam tahıl ürünlerini ve sebze/meyve alımını artırma, taze sebze/ meyve ve tam tahıl ürünlerini ulaşılabilir yerleri belirleme, sosyal etkinlikler ve işyeri ortamı için plan yapma.

4. Harekete Geçme:

Hedef; Davranış değişimlerini başlama ve uygulama planını yeniden gözden geçirme, uyum sağlama.

Yaklaşımlar; Başarıyı övme, yararları ve mevcut programı gözden geçirme, devam etmek için bir plan geliştirme, besin değişim listelerini kullanma, motivasyonu koruma, engelleri yok etme, güveni destekleme, eş/aile, /arkadaş gibi sosyal desteklerin tanımlanması, uyaran kontrolü, (örnek; tatlı yerine sütlü tatlı veya meyve seçmek, asansöre binmek yerine merdivenlerden yürümek), fiziksel aktivite ve besin alım günlükleri ve kilo izlemi ile kendini izleme, olumlu davranış değişiminde kendini ödüllendirme, danışman tarafından kilo izlem kartları üzerinde ilerlemeleri gösterme, olumlu geri bildirim verme.

5.Sürdürme:

Hedef; Yeni davranışları uygulamaya devam ettirme, sağlıklı beslenme ve aktif yaşam davranışlarında geriye dönüşleri engellemek için çözüm bulma.

Yaklaşımlar; sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktiviteyi sürdürmenin yeniden yararları üzerinde durma, hedefleri yeniden gözden geçirme, başarı ve başarısızlığı inceleme, istenen bilgiyi ve geribildirimini sağlama, uyarıcı kontrolü sağlamak için plan yapma, değişim listelerini kullanma, empati yapma, kendini izleme, sosyal destek sağlama, kendini ödüllendirme (7, 35, 37, 69).

Tablo 5'de sosyal bilişsel teori ve teoriler üstü model değişim aşamalı davranış değişim bileşenleri ve teknikleri verilmiştir (7, 35, 43,81, 91, 92).

Tablo 5. Gebelikte Kilo Yönetiminde Sosyal Bilişsel Teori ve Teoriler Üstü Model Değişim Aşamalı Davranış Değişim Bileşenleri ve Teknikleri

Davranış Değişim Bileşenleri	Girişim Tanımları	Davranış Değişim Teknikleri (Yöntemleri)
Kişisel /Bilişsel faktörler 1.Öz-etkililik	Danışmanlık programının amacının açıklanması, Bireysel sağlık risklerini değerlendirmek, Programdan beklentilerin alınması, Aşırı gestasyonel kilo alımının ve maternal obezitenin anne bebek sağlığına olan olumsuz etkileri konusunda farkındalık yaratma, Günlük tüketilen besinleri, Fiziksel aktivite ve Gestasyonel kilo alımını kayıt etmek, Gerçekçi kısa süreli başarılabilecek hedefler koymak, (Günde beş porsiyon sebze meyve yemek, günde bir porsiyon veya daha az tatlı yiyecekleri tüketmek, haftada üç kez 20 dakika yürüyüş yapmak)	Bilgi verme(sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, kilo alımı), Eğitim kitabı, Hedef koyma, Bilişsel yapılandırma, Kendini izleme/geri bildirim verme, Problem çözme, Motivasyonel görüşme
2. Algılanan Yararlar	Sağlıklı beslenmenin yararlarını tanımlanmak, Gebelikte aktif olmanın yararlarını tanımlanmak, Gebelikte uygun kilo alımının yararlarını tanımlamak,	Bilgi verme, Eğitim kitabı, Motivasyonel görüşme
3.Engeller	Sağlıklı beslenme ve FA davranışları engellerini tanımlamak, Engeller için çözüm yolları geliştirmek, Hoşlanacağı aktiviteleri ve sağlıklı beslenme davranışlarını belirlemek, Ara öğünlerde ve atıştırma isteğinin duyulduğu dönemlerde yapılmak üzere “yapmaktan hoşlanılan aktiviteler” listesi önceden belirlemek, Besin porsiyon özelliklerini tanımlamak, Besin gruplarını tanımlamak, Hava koşullarının kötü olduğu durumda fiziksel aktivite yapılacak farklı seçenekler bulmak, Tatlı ve yağlı yiyecekleri satın almamak, Kısa mesafe yerleri yürüyerek gitmek, Tatlı yerine meyve yemek, Gebelikte sağlıklı beslenmenin hareketsiz yaşamın kendi ve bebeğinin sağlığı için riskleri tanımlamak.	Motivasyonel görüşme, Özlü sözler, Eğitim Kitabı, Modelleme-gösterme, Problem çözme, Alternatif davranış geliştirme, Uyarı kontrolü, Bilişsel yeniden yapılanma
4.Sonuç Beklentileri	Sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite yapma, VKİ uygun gestasyonel kilo alımı için gerçekçi kişisel beklenti geliştirmek, Beslenme davranışlarını ve FA değiştirdiğinde kendisini uygun kilo artışında kendisini ödüllendirmesini sağlamak. Örnek; fazla kilolu gebenin gebelik süresince toplam 7-	Motivasyonel görüşme, Davranış için hedef geliştirmek, Beklenti sonucu

	11 kg arasında kilo alması, Davranış sözleşmesi yapmak (Gebeliğim süresince sağlıklı besleneceğime ve düzenli fiziksel aktivite yapacağıma dair kendime söz veririm).	için hedef belirleme, Davranış Sözleşmesi, Ödüllendirme
5.Kendini izleme/Geri bildirim	Günlük besin tüketim kaydı, Fiziksel aktivite kaydı, haftalık kilo izlem kaydı yapmak, Süreç hakkında geri bildirim almak, Sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını desteklemek ve cesaretlendirmek.	Kendini izlem- geri bildirim, Motivasyonel görüşme
Sosyal Faktörler (sosyal destek)	Sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve ideal kilo alımı için sosyal destek sistemlerini belirlemek, Eş, arkadaş, ailesi ve iş arkadaşlarından sağlıklı beslenme ve FA yapmasına destek olması ve katılmasını istemek, Davranış değişiminde başarılı olan diğer gebe kadınlar ve bireyleri örnek almak, Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının aile ve çocuklarının davranışlarını etkileyebileceği belirtmek.	Motivasyonel görüşme, Sosyal destek(danışman, eş, arkadaş, aile desteği), Modelleme
Çevresel faktörler 1.İmkânlara ulaşmak	Taze sebze/ meyve, tam tahıl ürünleri satılan Pazar ve marketleri belirlemek, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite programlarını dinleme, Kadınlara FA yapabileceği alanları listelemek (örneğin, park, yürüyüş alanı, egzersiz salonları gibi.), Çevresel koşullar, havanın durumuna göre (soğuk veya sıcak) seçenekler sunmak, Var olan toplum kaynaklarını kullanmasına olanak sağlamak,	Motivasyonel görüşme, Eğitim Kitabı, Alternatif davranış geliştirme, Uyarıcı kontrolü
2. Davranış değişimini artıracak imkânları sunmak, 3. Programa ulaşmak	Gebe kadınlara ailesi ile birlikte aktif olabileceği alanlar hakkında bilgi vermek, Sağlıklı beslenme ve FA artıracak davranışları belirlemek, Farklı FA seçeneklerini (evde müzik eşliğinde dans, tarla bahçede çalışmak, ev temizliği vs.) belirlemek, Diğer ulaşabilecekleri sağlık programlarını tanımlamak, sonraki danışmanlık görüşmeleri hakkında bilgi vermek.	Motivasyonel görüşme, Eylem planı / aktivite planı yapmak, Broşürler, TV programları, internet
Değişim Aşamaları Değişim aşamasına uygun girişim yönteminin kullanılması	Davranış değişimini artıracak ve değişimi sağlayacak hazırlığı yapmak, Gerekli bilgi ve becerileri tanımlamak, yaklaşımları açıklamak.	Motivasyonel görüşme, Davranış değişim aşaması izlemi, Ödüllendirme

2.6.4. Gebelikte Kilo Yönetiminde Bireysel Danışmanlık Girişim Programının Uygulanması

Girişim grubundaki gebe kadınlarla dört yüzü yüz yüze bir telefon danışmanlığı olmak üzere toplam beş bireysel danışmanlık görüşmesi yapılmıştır. Yüz yüze yapılan danışmanlık görüşmeleri için danışmanlık odası kullanılmış, telefon danışmanlığında tercihen ev telefonu yoksa cep telefonu kullanılmıştır.

Ön Belirleme (Gebelik haftası 14. haftanın altında olanlar):

Gebe kadınların ilk belirlenmesinde aile sağlığı merkezlerindeki gebe-lohusa izlem fişleri kullanılmıştır. Belirlenen 14. haftanın altında gebelerden araştırma kriterlerine uygun olanların bilgileri (yaş gebelik, parite sayısı, son adet tarihi, boy, ilk izlem kilosu, iletişim bilgileri) gebe ön kayıt formuna aktarılmıştır. Daha sonra gebeler ile telefon görüşmesi yapılmış, araştırma hakkında bilgi verilmiş, katılmak isteyenlere ilk görüşme için randevu verilmiştir.

Birinci Bireysel Danışmanlık:

Birinci bireysel danışmanlık görüşmesi gebelerin 12-16. gebelik haftasında yapılmıştır. İlk görüşmede, boy, kilo ölçümü yapılmış, ölçek ve sorular ile ön izlem verileri alındıktan sonra danışmanlık görüşmesi yapılmıştır. İlk danışmanlık görüşmesinde gestasyonel kilo alım önerileri, beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivite danışmanlığı ve gebelerin gereksinim duyduğu prenatal bakım konuları hakkında görüşme yapılmıştır. Danışmanlık yüz yüze motivasyonel görüşme şeklinde danışmanlık odasında yapılmıştır. Birinci danışmanlık görüşme süresi ortalama 60-90 dakika sürmüştür. Beslenme/diyet danışmanlığına; ilk danışmanlıkta 20-30 dakika, fiziksel aktivite danışmanlığına 20-30 dakika yer verilmiştir.

Bireysel danışmanlık programı dâhilinde gebe kadınlara ilk görüşmede;

-Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehberi Kitabı,

- “ Sağlıklı Beslenin, Aktif Yaşayın, Uygun Kilo Alın” içerikli Stiker ve Magnet,
- Sağlık Bakanlığı yayınlarından beslenme ve fiziksel aktivite broşürleri verilmiştir.
- Fiziksel Aktivite Kendini İzleme Formu(Ek 8)
- Üç Günlük Besin Tüketim Sıklığı İzleme Formu(Ek 9) verilmiştir.

Beslenme ve FA davranışlarını kaydetme kadınların kendisini gözleme/izleme fırsatı verir, danışman için davranış değişimini sağlama açısından önemlidir.

İkinci Bireysel Danışmanlık:

İkinci bireysel danışmanlık görüşmesi kadınların 18-22. gebelik haftasında bireysel yüz yüze motivasyonel görüşme şeklinde gerçekleştirilmiştir. Görüşme süresi ortalama 30-45 dakika sürmüştür.

İkinci bireysel danışmanlık konuları ise; maternal kilo izlemi ve İOM rehberine uygun kilo alımı, destekleyici beslenme/diyet danışmanlığı, FA danışmanlığı ve rutin prenatal bakım konularıdır.

Üçüncü Bireysel Danışmanlık:

Üçüncü bireysel destekleyici danışmanlık görüşmesi 24-26. gebelik haftasında bireysel yüz yüze motivasyonel görüşme şeklinde gerçekleştirilmiştir. Görüşme süresi ortalama 30-45 dakikada tamamlanmıştır.

Destekleyici motivasyonel görüşme konuları şunlardır; maternal kilo değişim izlemleri, kilo izlemindeki dengesizlikler, ilk görüşme sonrası karşıt olaylar, FA ile ilişkili karşıt durumlar, beslenme davranışlarında karşıt durumlar, plana uyumdaki engeller ve teşvik ediciler,

Ödüllendirme: Ödüllendirmenin davranış değişiminde motivasyonu artırdığı, değişime uyum sağlamada ve sürdürmede etkili olduğu bildirilmektedir (91).

Gebelere bu ara görüşmede davranış değişimi motivasyonu için Ontex-Can Bebe Hoş geldin Bebek Paketi verilmiştir.

Dördüncü Bireysel Danışmanlık:

Dördüncü bireysel destekleyici danışmanlık görüşmesi 30-32. gebelik haftasında motivasyonel telefon danışmanlığı şeklinde gerçekleştirilmiştir. Görüşme süresi ortalama 10 dakikada gerçekleştirilmiştir. Destekleyici motivasyonel danışmanlık konuları ele alınmıştır.

Beşinci Bireysel Danışmanlık:

Beşinci bireysel destekleyici danışmanlık görüşmesi 36-38. gebelik haftasında bireysel yüz yüze motivasyonel görüşme şeklinde gerçekleştirilmiştir. Görüşme süresi ortalama 20-30 dakikada gerçekleştirilmiştir. Destekleyici motivasyonel görüşme konuları ele alınmış, maternal kilo değişim izlemleri ve rutin prenatal bakım girişimleri yapılmıştır.

Ödüllendirme: Gebelere beşinci danışmanlık görüşmesinde davranış değişimi ödüllendirmesi için Unı Baby firması Yeni Doğan Paketi (Şampuan/ Islak mendil) verilmiştir.

Doğum Sonrası İzlem:

Doğum sonrası kadınların doğum bilgileri, Ödemiş Devlet Hastanesi Kadın Doğum Kliniği kayıt verilerinden, kaydı olmayanlar için ise kadınların kendisinden telefon görüşmesi yapılarak elde edilmiştir. Telefon görüşme süresi ortalama beş dakika almıştır.

Danışmanlık programının zamanlaması *Şekil 7’de* verilmiştir.

Şekil 7: Girişim Grubu Gebe Kadınların Danışmanlık Programının

Zamanlaması

Gebelik haftası	Danışmanlık Şekli/ Danışmanlık Süresi	Danışmanlık Girişim Bileşenleri
Ön Kayıt (14.haftaya kadar)	---	Katılımcı kriterlere uygun gebelerin belirlenmesi, randomizasyonun yapılması
12-16.hafta	<i>Yüz yüze bireysel danışmanlık, 60-90 Dakika</i>	VKİ belirlenmesi, VKİ uygun kilo alımı için öneriler, Beslenme/diyet danışmanlığı, FA danışmanlığı, Rutin prenatal bakım
18-22. hafta	<i>Yüz yüze bireysel danışmanlık, 30-45 Dakika</i>	Kilo değişim izlemi, Destekleyici beslenme danışmanlığı, Destekleyici FA danışmanlığı, Rutin prenatal bakım
24-26. hafta	<i>Yüz yüze bireysel danışmanlık, 30-45 Dakika</i>	Kilo değişim izlemi, Destekleyici beslenme danışmanlığı, Destekleyici FA danışmanlığı, Rutin prenatal bakım
30-32. hafta	<i>Telefon danışmanlığı, 10 Dakika</i>	Kilo değişim izlemi, Destekleyici beslenme danışmanlığı, Destekleyici FA danışmanlığı, Rutin prenatal bakım
36-38. hafta	<i>Yüz yüze bireysel danışmanlık, 20-30 Dakika</i>	Kilo değişim izlemi, Destekleyici beslenme danışmanlığı, Destekleyici FA danışmanlığı, Rutin prenatal bakım
Doğum Sonrası izlem (Doğum sonrası ilk 2 hafta)	<i>Telefon görüşmesi, 5 dakika Hastane doğum kayıtları</i>	Doğum sonrası anne ve bebekle ilgili bilgileri almak (doğum şekli, oluşan riskler, bebeğin kilosu, cinsiyeti, bebekte oluşan riskli durumlar)

2.6.5. Kontrol Grubunda Uygulama

Kontrol grubunda aile sağlık elemanlarının rutin prenatal izlemlerinde yaptığı girişimler yer almıştır. Danışman tarafından gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, prenatal testler, gebelik ve cinsellik, genital hijyen, doğum şekli, emzirmenin önemi gibi konularda bilgi verilmiştir. Danışmanlık girişim programında yer alan konular hakkında bilgi verilmemiştir.

Kontrol grubu ile iki kez görüşme yapılmış, birincisi 12-16. gebelik haftasında, ikincisi 36-38. gebelik haftasında yapılmıştır. İlk görüşmede, ön test verileri ve fiziksel ölçümleri, son görüşmede son test verileri ve fiziksel ölçümleri yapılmıştır. Son test verileri alındıktan sonra kontrol grubu kadınlara gebelikte uygun kilo alımı, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularında kısa bir bilgi verilmiştir.

Ayrıca kontrol grubu gebe kadınlara katılım gösterdikleri için son görüşmede “Ontex-Can Bebe Hoş geldin Bebek Paketi” hediye olarak verilmiştir.

2.7. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler: Gestasyonel kilo alımı ve kilo alımının 2009 yılı İOM rehberine göre uygunluk durumu.

Bağımsız Değişkenler: Davranış değişim aşaması temelli sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite bireysel danışmanlık girişimi, gebe kadınların sosyo-demografik, obstetrik özellikleri, fiziksel özellikleri (gebelik öncesi boy, kilo, VKİ), sağlık alışkanlıkları, maternal ve neonatal sonuçlar (gebelikte oluşan sorunlar, doğum haftası, doğum şekli, bebek doğum ağırlığı), beslenme alışkanlıkları ve besin tüketim sıklıkları, fiziksel aktivite düzeyleri, öz etkililik-yeterlik ölçeği puan ortalaması, sosyal destek ölçeği puan ortalaması.

2.8. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin istatistiksel analizleri SPSS 16.0 (Statistical Package For Social Sciences) paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlardan Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma, Medyan kullanılmıştır. Girişim ve kontrol grupları arasında homojenlik testi için demografik değişkenler ve diğer niteliksel verilerin

karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi, Fisher Ki-kare testi, niceliksel verilerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi ve bağımsız gruplarda t testi (Independent Samples Test) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluk analizi için Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin gruplar arası izlem karşılaştırmalarında normal dağılım göstermeyenlerde Mann Whitney U testi ve Kruskal Vallis Varyans Analizi, normal dağılım gösterenlerde bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grup ortalamalarının karşılaştırılmasında OneWay Anova, normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin grup içi izlem karşılaştırmasında Friedman Testi, Wilcoxon İşaretli Sıra Testi kullanılmıştır.

Niteliksel verilerin gruplara arası karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-kare testi, Fisher Ki-kare testi, grup içi izlem karşılaştırmalarında üç veya daha fazla eşleştirilmiş frekansların birbirlerinden farkını ölçmek için Cochran Q Testi, iki kategorili bağımlı iki örneklem ki-kare testinde McNemar Testi, ikiden fazla örneklem olanlarda McNemar Bowker Testi kullanılmıştır.

İki niceliksel verinin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren durumlarda Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılım göstermeyenlerde Sperman Sıralı Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.9. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma konusunun seçimi Temmuz- Eylül 2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma konusunun seçimi, planlaması ve öneri şeklinde hazırlanması tamamlandıktan sonra, doktora tezi olarak yürütülebilmesi için 11.03. 2010 tarihinde Tez İzleme Komitesi'ne sunulmuştur. Komitenin onayından sonra 07.04.2010

tarihinde etik kurul onayı çıkmış, 10.05.2010 tarihinde Ödemiş Sağlık Grup Başkanlığından araştırma izni alınmıştır. Nisan –Ağustos 2010 tarihlerinde araştırma ön hazırlığı (eğitim kitabı, eğitim materyalleri, danışmanlık programı) yapılmıştır. Çalışma verileri 01 Eylül 2010/ 30 Kasım 2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verileri, değerlendirme çalışmaları yürütüldükten sonra araştırma raporu Nisan 2012 de “Doktora Tez” çalışması olarak sunulmuştur.

Bu araştırma, Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi tarafından desteklenmiştir.

	Temmuz-2009	Eylül 2009	Şubat 2010	Mart-Mayıs 2010	Nisan-Ağustos 2010	Eylül 2010-Kasım 2011	Aralık 2011-Mart 2012	Nisan 2012
Literatür Taraması								
Tez Konusunun Belirlenmesi								
Tez Önerisinin Sunumu								
İzinlerin Alınması								
Girişim Programının Ön Hazırlığı								
Verilerin Toplanması ve Danışmanlık Programının Uygulanması								
Verilerin Analizi ve Değerlendirme								
Tezin Sunumu								

Şekil 8. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

2.10. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan 07.04.2010 tarihinde izin alınmıştır (Ek 16).

Çalışmanın İzmir/Ödemiş ilçesi merkez 1-2-3-5-6 no'lu Aile Sağlığı Merkezlerinde uygulanması için Ödemiş Sağlık Grup Başkanlığından 10.05.2010 tarihinde izin alınmıştır (Ek 17).

Araştırmada kullanılan ölçekler için (Uluslar Arası Fiziksel Aktivite Anketi, Öz-Etkililik Yeterlilik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği) yazarlarından kullanım izni yazılı olarak alınmıştır (Ek 18).

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubu kadınlara, çalışmanın amacı araştırmacı tarafından açıklanarak katılımları için yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (Ek 12a-b).

2.11. ARAŞTIRMADA YAŞANAN GÜÇLÜK VE DENEYİMLER

Araştırmanın yapıldığı Ödemiş İlçesi Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) dört farklı mahallede olduğu için araştırmacı tarafından ulaşımında zaman ve maddi olarak güçlük yaşanmıştır. Ayrıca danışmanlık süreci ve veri toplama aşamasının fazla zaman alması danışman için yorucu olmuştur.

Girişim grubu danışmanlık görüşmeleri için ASM'de uygun oda olmadığından 1. nolu ASM yanındaki Sağlık Grup Başkanlığı Eğitim Salonu danışmanlık odası olarak kullanılmıştır. Danışmanlık görüşmeleri için ASM'nin gebe izlem günleri olan perşembe, cuma günleri ayarlanmış ve bu günlerde saat 08.30. 17.00 saatleri arasında danışmanlık odasında kalınmıştır. Gebe kadınlara da perşembe ve cuma günleri danışmanın danışmanlık odasında sürekli bulunduğu bilgisi verilmiştir. İlk görüşmelerde haftanın beş gününde veri toplama için zaman harcanmıştır. Kontrol grubu için perşembe ve cuma günü dışı diğer günler

kullanılmıştır. Ayrıca ASM’ deki sağlık elemanları ile iletişim halinde olunmuş araştırmaya alınan gebenin gelmesi durumunda ebe tarafından danışmana haber verilmiş ve görüşme yapılmıştır.

Veri toplama ve danışmanlık görüşmeleri zaman planlamasında zorluklar yaşanmıştır. Çalışma, köye gitme, misafirin gelmesi, çocuğunu bırakacak kimse olmaması, gebelikte yaşanan rahatsızlıklar, hava şartları gibi çeşitli nedenlerle görüşme gününe gelemeyen kadınlar için bir iki hafta içerisinde uygun olduğu zamanda yeni görüşme günü ve saati verilmiştir. Bazı kadın üçüncü yüz yüze danışmanlık görüşmesine gelememiş, bu görüşme telefon danışmanlığı şeklinde yapılmış, dördüncü görüşme telefon danışmanlığı ise yüz yüze bireysel danışmanlık görüşmesi olarak yürütülmüştür.

Girişim grubunun alındığı 1-6 no’lu ASM’ deki gebelerin gelir seviyesinin biraz daha yüksek saptanması ve özel hekim muayenesi tercih etmesi nedeni ile ASM sağlık elemanı prenatal izlemlerine katılımları düzenli olmadığı görülmüştür. Girişim grubu gebe kadınların özel hekim muayenesi, ASM izlemi ve danışmanlık görüşmesi olmak üzere üç farklı görüşmeye gitmesi zaman planlamasında sorun oluşturmuştur. Danışmanlık görüşmelerinde aksamalar olduğunda, tekrar yeni bir görüşme günü planlanmıştır.

Kontrol grubunda ise aile sağlık elemanı ve gebeler arasında çok iyi bir iletişim gözlenmiştir. Danışman buradaki gebe ve sağlık elemanları arasında hiçbir güçlük yaşamamıştır. Kontrol grubu gebelerde beslenme, fiziksel aktivite davranış değişim aşamaları sorgulanırken farkındalık oluşmuş ve gebe kadınlar doğrusunun ne olduğunu sorgular konuma gelmiştir.

Araştırmaya başlamadan önce ASM’ ki aile hekimleri ve ebelere çalışma konusu hakkında bilgi verilmiştir. Girişim grubu aile sağlık elemanlarına eğitim

kitabını okuması ve incelemesi için verilmiştir. Fakat buradaki ebeler danışmanlık programı içeriği konusunda eğitilmemiştir. Gebe kadınların kilo izlemlerinde bazen ebeler ile zıt durumlar yaşanmıştır. Özellikle obez ve preobez gebelerin kilo izleminde fazla kilo alımı gözlemlendiğinde gebelere fazla aldığı vurgulanırken, ASM ebe izleminde normal aldığı söylendiği durumda gebe için çelişki yaratan durumlar oluşmuştur.

Kontrol grubu gebe kadınların beslenme ve fiziksel aktivite durumlarının değerlendirilmesinde sözel ifadeleri kullanılmıştır. Girişim grubu gebe kadınlara danışmanlık sürecinde verilen eğitimler doğrultusunda besin tüketim sıklıklarını ve fiziksel aktivite durumlarını izlemeleri için form verilmiş ve kendilerini gözlemeleri istenmiştir. Bu nedenle girişim grubu gebeler kontrol grubuna göre beslenme ve fiziksel aktivite durumları konusunda göre daha doğru bilgiler vermişlerdir.

Bireysel danışmanlık görüşmeleri esnasında ve sonunda gebe kadınlar tarafından çalışmayla ve kendileri ile ilgili olumlu görüş bildirmeleri danışmanı pozitif yönde etkilemiştir. Danışmanlık görüşmelerinden memnun kalmaları ve gebe arkadaşlarına danışmanlık programından bahsetmeleri, gebe arkadaşlarının katılıp katılamayacağı konusunda danışmaları ve görüşmelere yanında gebe bir arkadaşını getirmeleri danışman için sevindirici durumlardır.

Gebe kadınların sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını artırması, önceki gebeliğinde aşırı kilo aldığını ifade edip bu gebeliğinde uygun kilo alımını başarması kadınları son derece mutlu etmiştir.

Ön izlem ve son izlemlerde ÖEYÖ, ÇBASDÖ ölçeklerin doldurulmasını gebe kadınlar kendileri yapmıştır. İlk görüşmede biraz çekimser kalan kadınlar daha sonraki görüşmeler sonucu danışmana karşı güven duygusu geliştiğinden daha aktif davranmışlardır.

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. GİRİŞİM/KONTROL GRUBU GEBE KADINLARA İLİŞKİN TANITICI ÖZELLİKLER

Tablo 6. Gebe Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Sosyo-Demografik Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Yaş Grubu								
24 yaş ve altı	14	29.2	18	36.0	32	32.7	0.52	0.52 ^a
25 yaş ve üstü	34	70.8	32	64.0	66	67.3		
Yaş Ortalaması	26.81 ± 3.71		27.04 ± 4.44		26.93 ± 4.08			
Min-max.	20-35		20-37		20-37			
Eğitim Durumu								
İlköğretim	29	60.4	36	72.0	65	66.3	1.60	0.44
Lise	11	22.9	9	18.0	20	20.4		
Üniversite	8	16.7	5	10.0	13	13.3		
Çalışma Durumu								
Çalışan	7	14.6	10	20.0	17	17.3	0.50	0.59 ^a
Çalışmayan	41	85.4	40	80.0	81	82.7		
Sosyal Güvence								
Evet	44	91.7	40	80.0	84	85.7	2.72	0.14 ^a
Hayır	4	8.3	10	20.0	14	14.3		
Aylık Gelir Miktarı								
850 TL altı	19	39.6	26	52.0	45	45.9	2.88	0.23
851-1700 TL	16	33.3	17	34.0	33	33.7		
1701 TL üstü	13	27.1	7	14.0	20	20.4		
Aylık Gelir Ort.	1407.9± 1010.3		1058.2 ± 665.9		1229.4± 865.7			
Min-max.	300-5000		300-3500		300-5000			
En Uzun Yaşanan Yer								
Köy/kasaba(kırsal)	15	31.2	25	50.0	40	40.8	3.56	0.06 ^a
İl/ilçe(kentsel)	33	68.8	25	50.0	58	59.2		
Aile Tipi								
Çekirdek aile	45	93.8	45	90.0	90	91.8	0.45	0.71 ^a
Geniş aile	3	6.2	5	10.0	8	8.2		
TOPLAM	48	100.0	50	100.0	98	100.0		

^a (Fisher kesin ki-kare testi)

Bu bölümde gebe kadınların sosyo demografik (yaşı, eğitimi, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, en uzun yaşanan yer ve aile tipi), doğurganlık özellikleri ve sağlık alışkanlıkları, fiziksel (antropometrik) özellikleri, sağlık personelinin gebelikte beslenme, fiziksel aktivite, gebelikte kilo alım önerisi alma durumu gibi özellikler yer almaktadır.

Çalışmaya katılan girişim ve kontrol grubu gebe kadınların sosyo-demografik özellikleri *Tablo 6'da* gösterilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebe kadınların yaş ortalaması 26.93 ± 4.08 olup, % 66.3' nün ilk okul mezunu olduğu, %17.3'nün çalıştığı, aylık gelir ortalamasının 1229.4 ± 865.7 TL olduğu, %59.2'sinin en uzun süre kentsel alanda yaşadığı, % 91.8'inin çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır($p>0.05$). Gruplar arasında homojen dağılım sağlanmıştır.

Tablo 7. Gebe Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımları

Doğurganlık Özellikleri	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
İsteyerek Gebe Kalma Durumu								
Evet	41	85.4	40	80.0	81	82.7	0.50	0.59 ^a
Hayır	7	14.6	10	20.0	17	17.3		
Gebelik Sayısı								
Primigravida	19	39.6	21	42.0	40	40.8	0.06	0.84 ^a
Multigravida	29	60.4	29	58.0	58	59.2		
Gebelik Sayısı Ort.	1.85 ± 0.85		1.72 ± 0.70		1.78±0.77			
Min-max.	1-4		1-3		1-4			
Doğum Sayısı								
Nullipar	20	41.7	22	44.0	42	42.9	0.05	0.84 ^a
Multipar	28	58.3	28	56.0	56	57.1		
Doğum Sayısı Ort.	0.67 ± 0.63		0.62± 0.60		0.64±0.61			
Min-max.	0-2		0-2		0-2			
TOPLAM	48	100.0	50	100.0	98	100.0		

^a (Fisher kesin ki-kare testi)

Gebe kadınların doğurganlık özelliklerinin dağılımı *Tablo 7’de* gösterilmiştir. Gebe kadınların, % 82.7’nin planlayarak gebe kaldığı, %59.2’inin multigravida, % 57.1’nin multipar, %41.7’si nullipar olduğu belirlenmiştir. Kadınların gebelik sayısı ortalaması 1.78±0.77, doğum sayısı ortalaması 0.64±0.61 olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların doğurganlık özellikleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05). Gruplar arasında homojen dağılım sağlanmıştır.

Tablo 8. Gebe Kadınların Gebelik Öncesi Fiziksel (Antropometrik) Özelliklerine Göre Dağılımları

Fiziksel Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test	
	X±SD	Min-max	X±SD	Min-max	X±SD	Min-max	t	p
Katılım Haftası	13.9±1.5	12-16	13.3±1.6	12-16	13.6±1.6	12-16	921	.038 ^a
Gebelik Başlangıç Kilosu (kg)	71.4±11.4	52-91	68.9±12.1	49 -100	70.1± 11.8	49-100	1.03	0.30
Boy (cm)	161.3±5.5	152-172	159.4±6.0	150-170	160.3± 5.8	150-172	0.53	0. 12
Gebelik Öncesi VKİ	27.5± 4.6	18.6-37.5	27.1± 4.3	19.3-35.5	27.2±4.4	18.6-37.5	0.48	6.31
Gebelik Öncesi VKİ Sınıflaması	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Normal	15	31.2	16	32.0	31	31.6	1.52	0.92
Pre-obez	19	39.6	18	36.0	37	37.8		
Obez	14	29.2	16	32.0	30	30.6		
TOPLAM	48	100	50	100	98	100		

^a (Mann-whitney U testi),

Araştırmaya alınan gebe kadınların gebelik öncesi antropometrik özellikleri Tablo 8’ de verilmiştir. Kadınların gebeliğe başlangıç kilo ortalaması 70.1± 11.8, boy ortalaması 160.3± 5.8 ve vücut kitle indeksi(VKİ) ortalaması 27.2±4.4 olarak saptanmış ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır(p>0.05). Gruplar arasında homojen dağılım sağlanmıştır. Kadınların gebelik öncesi VKİ göre %31.6’sı normal kilolu, % 37.8’i preobez(fazla kilolu), %30.6’sı obez (şişman) olarak belirlenmiştir.

Gebe kadınların çalışmaya katılım gebelik haftası ortalaması girişim grubunda 13.9±1.5, kontrol grubunda 13.3±1.6 olarak belirlenmiş ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (p= 0.038, p<0.05).

Tablo 9. Gebe Kadınların Sağlık Alışkanlıklarına Göre Dağılımları

Sağlık Alışkanlıkları	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Sigara İçme Durumu								
Evet	2	4.2	5	10.0	7	17.3	1.25	0.43 ^a
Hayır	46	95.8	45	90.0	91	82.7		
Gebelik Öncesi Sağlık Algılaması								
Çok çok iyi/ çok iyi	12	25.0	20	40.0	32	32.6	2.93	0.23
İyi	32	66.7	25	50.0	57	58.2		
Orta	4	8.3	5	10.0	9	9.2		
Gebelik Öncesi Aktivitesini Algılaması								
Çok aktif	4	8.3	8	16.0	12	12.2	1.49	0.47
Aktif	38	79.2	35	70.0	73	74.5		
Oldukça hareketsiz	6	12.5	7	14.0	13	13.3		
Gebelik Öncesi FA Yapma Sıklığı								
Haftada 1 gün	1	2.1	3	6.0	4	4.1	3.43	0.18
Haftada 2gün	6	12.5	12	24.0	18	18.4		
Haftada 3 gün ve üstü	41	85.4	35	70.0	76	77.5		
TOPLAM	48	100	50	100	98	100		

^a (Fisher kesin ki-kare testi)

Tablo 9’ da görüldüğü gibi; gebe kadınların, %17.3’nün gebelikte sigara içtiği, %32.6’sının gebelik öncesi sağlığını çok çok iyi/çok iyi, % 74.5’inin gebelik öncesi aktivitesini aktif olarak algıladığı, %77.5’nin haftada üç kez ve üzeri en az 15 dakikayı içeren fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların sağlık alışkanlıkları ve sağlık algılamaları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05). Gruplar arasında homojen dağılım sağlanmıştır.

Tablo 10. Gebe Kadınların Sağlık Personelinden Gebelikte Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Gebelikte Kilo Alım Önerisi Bilgisi Alma Durumuna Göre Dağılımları

Bilgi Alma Durumları	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Test	
	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Gebelikte Beslenme İle İlgili Bilgi Alma Durumu						
Evet	30	62.5	42	84.0	5.80	0.02 ^a
Hayır	18	37.5	8	16.0		
Gebelikte FA İle İlgili Bilgi Alma Durumu						
Evet	21	43.8	30	60.0	2.59	0.15 ^a
Hayır	27	56.2	20	40.0		
Gebelikte Kilo Alım Önerisi Alma Durumu						
Evet	18	37.5	17	34.0	0.13	0.83 ^a
Hayır	30	62.5	33	66.0		
TOPLAM	48	100	50	100		

^a (Fisher kesin ki-kare testi)

Gebe kadınların, gebelikte beslenme, fiziksel aktivite ve kilo alım önerisi ile ilgili sağlık personelinden bilgi alma durumlarının dağılımı *Tablo 10’da* verilmiştir.

Kontrol grubu gebe kadınların (% 84) girişim grubu gebe kadınlara göre (% 62.5) sağlık personelinden daha fazla beslenme bilgisi aldığı ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gebe kadınların, gebelikte FA ile ilgili bilgi alma durumu karşılaştırıldığında, girişim grubu (%43.8) ve kontrol grubu (%60) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Sağlık personeli tarafından gebelikte kaç kilo almanız gerektiği ile ilgili size öneride bulunuldu mu?” sorusuna girişim grubunun %37.5’i, kontrol grubunun %34’ü evet yanıtını vermiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

3.2. GİRİŞİM/KONTROL GRUBU GEBE KADINLARIN MATERNAL VE NEONATAL SONUÇLARI

Bu bölümde gebe kadınların gebelikte yaşadığı sorunlar, doğum haftası, doğum şekli ve bebek doğum ağırlığı yer almıştır.

Tablo 11. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Gebelikte Oluşan Sorunlara Göre Dağılımları

Gebelik Sorunları	Girişim		Kontrol		Test	
	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Bulantı-kusma						
Evet	22	45.8	18	36.0	0.98	0.41
Hayır	26	54.2	32	64.0		
Gestasyonel Diyabet						
Evet	2	4.2	9	18.0	4.70	0.05
Hayır	46	95.8	41	82.0		
Gebelik Hipertansiyonu						
Evet	0	0.0	3	6.0	2.97	0.24
Hayır	48	100.0	47	94.0		
Erken Doğum Riski						
Evet	3	6.2	1	2.0	1.13	0.35
Hayır	45	93.8	49	98.0		
Anemi						
Evet	11	22.9	7	14.0	1.29	0.30
Hayır	37	77.1	43	86.0		
Maternal Stres						
Evet	16	33.3	7	14.0	5.09	0.03
Hayır	32	66.7	43	86.0		
TOPLAM	48	100.0	50	100.0		

X² (Fisher kesin ki-kare testi)

Tablo 11’de kadınların gebelik sürecinde yaşadığı sorunlar incelendiğinde; birinci trimesterde aşırı bulantı kusma yaşama, gebelik hipertansiyonu, gestasyonel diyabet, erken doğum riski ve anemi sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış (p>0.05), gebede stres yaratan durum oluşmasında (girişim %33.3,

kontrol % 14) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p < 0.05).

Tablo 12.Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Doğum Sonuçlarına Göre Dağılımı

Doğum Sonuçları	Girişim		Kontrol		Test	
	X±SD	Min-max	X±SD	Min-max	U	p
Gebelik Doğum Haftası	39.5± 1.03	38- 43	39.6± 0.9	37-42	-0.71	0.47
Doğum Şekli	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Vajinal doğum	18	37.5	27	54.0	2.74	0.25
Elektif sezaryen	18	37.5	13	26.0		
Sezaryen	12	25.0	10	20.0		
Bebek Doğum Ağırlığı						
4000gr altı ^a	42	87.5	43	86.0	.048	1.00 ^b
4000 gr ve üstü	6	12.5	7	14.0		
TOPLAM	48	100.0	50	100.0		

a (2500gr altında bir bebek var), b (Fisher kesin ki-kare testi) X² (ki-kare testi), U (Mann-whitney U testi)

Araştırmaya katılan kadınların doğum haftası açısından gruplar arasında (girişim grubu 39.5± 1.03, kontrol grubu 39.64±0.9) anlamlı bir fark saptanmamıştır(p>0.05). Girişim grubundaki gebe kadınların %25'i, kontrol grubu gebe kadınların %20'si endikasyon nedeniyle sezaryen doğum yapmıştır. Girişim grubunda 4000 gr ve üstü makrozomik bebek doğumu %12.5, kontrol grubunda ise %14.0 olarak belirlenmiştir. Girişim grubu bebek doğum ağırlık ortalaması 3411.77±442.41gr. (minimum maksimum dağılımı 2300-4400gr.), kontrol grubu bebek doğum ağırlık ortalaması 3476.1±441.1 gr. (minimum maksimum dağılımı 2700-4500gr) olarak saptanmıştır. Doğum şekli ve bebek doğum ağırlığı arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 12).

3.3. GİRİŞİM/KONTROL GRUBU GEBE KADINLARIN BESLENME DURUMLARININ İZLEMLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların ön izlem (ilk trimester) ve son izlem (son trimester) beslenme alışkanlıklarının karşılaştırılması *Tablo 13'de* verilmiştir. Birinci trimester ön izlemde (12-16. hafta) girişim ve kontrol grubu gebe kadınların beslenme alışkanlıklarında (ana öğün sayısı, atlanan öğün, yemek yeme şekli, ara öğün sayısı) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Girişim öncesi ön izlemde beslenme alışkanlıkları açısından gruplar arasında homojen dağılım sağlanmıştır. Üçüncü trimester son izlemde (36-38. hafta) girişim ve kontrol grubu gebe kadınlar arasında ana öğün sayısı ($p=.031$) ve yemek yeme şekli ($p=.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Girişim grubu gebe kadınların, ana öğün sayısı değişim frekanslarının, izlemler arası farkını ölçmek için Cochran's Q testi kullanılmış ön izlem, ara izlem ve son izlem arasında pozitif yönde anlamlı bir değişim bulunmuştur ($Q=28.44$, $p=0.000$, $p<0.001$). Bu ön değerlendirmeyi ileri analiz düzeyinde test etmek için "McNemar test" kullanılmış, girişim grubu gebe kadınların günde üç ana öğün yemek yeme alışkanlığı; ön izlemde(12-16. hafta) %58.3 iken, bu oran ara izlemde (24-26.hafta) %91.7'i gibi bir başarıya ulaşmış ve son izlemde (36-38.hafta) aynı düzeyi korumuştur. Girişim grubu gebe kadınların ana öğün değişimleri ön izlem-ara izlem ($p=.000$), ön izlem-son izlem($p=.000$) arasında anlamlı fark saptanmış($p<0.001$), ara izlem-son izlem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=1.00$, $p>0.05$) (*Tablo 14*).

Tablo 13. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Gruplar Arası Ön izlem ve Son İzlem Beslenme Alışkanlıkları Karşılaştırması

Beslenme alışkanlıkları	Ön izlem (12-16.hafta)						Son izlem (36-38.hafta)					
	Girişim		Kontrol		Test		Girişim		Kontrol		Test	
Ana öğün sayısı	Sayı	%	Sayı	%	X ²	P	Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
2 öğün	20	41.7	23	46.0	.187	.689 ^a	4	8.3	13	26.0	5.331	.031 ^a
3 öğün	28	58.3	27	54.0			44	91.7	37	74.0		
Atlanan öğün												
Öğün atlamayan	28	58.3	27	54.0	2.134	.344	44	91.7	37	74.0	.697	1.000 ^a
Sabah	15	31.3	15	30.0			4	8.3	11	22.0		
Öğle	5	10.4	8	16.0			-	-	2	4.0		
Yemek yeme şekli												
Ayrı tabak	22	45.8	17	34.0	3.903	.142	38	79.2	21	42.0	14.397	.001
Aynı tabak	12	25.0	22	44.0			7	14.6	23	46.0		
Her ikiside	14	29.2	11	22.0			3	6.2	6	12.0		
TOPLAM	48	100.0	50	100.0			48	100.0	50	100.0		
	Medyan	Min-max	Medyan	Min-max	U	p	Medyan	Min-max	Medyan	Min-max	U	P
Ara öğün sayısı	3	1-4	2	1-5	955	.062	3	1-7	3	1-6	1099.5	.446

X² (ki-kare), a(Fisher kesin ki-kare testi), U (Mann-whitney U testi)

Tablo 14. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Beslenme Alışkanlıklarının Grup İçi İzlemlere Göre Karşılaştırılması

Beslenme Alışkanlıkları	Girişim Grubu							Kontrol Grubu				
	Ön izlem (12-16.hafta)		Ara İzlem (24-26.hafta)		Son İzlem (36-38.hafta)		Test	Ön izlem (12-16.hafta)		Son İzlem (36-38.hafta)		Test
Ana Öğün Sayısı	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p ^a	Sayı	%	Sayı	%	p ^a
2 öğün	20	41.7	4	8.3	4	8.3	.000 ¹	23	46.0	13	26.0	.021
3 öğün	28	58.3	44	91.7	44	91.7	.000 ² 1.000 ³	27	54.0	37	74.0	
Atlanan Ana Öğün							p ^b					p ^b
Öğün atlamayan	28	58.3	44	91.7	44	91.7	1.000 ¹	27	54.0	37	74.0	1.000
Sabah	15	31.3	4	8.3	4	8.3	1.000 ²	15	30.0	11	22.0	
Öğle	5	10.4	--	--	--	--	--	8	16.0	2	4.0	
Yemek Yeme Şekli							p ^b					p ^b
Ayrı tabak	22	45.8	38	79.2	38	79.2	.035 ¹	17	34.0	21	42.0	.198
Aynı tabak	12	25.0	7	14.6	7	14.6	.000 ²	22	44.0	23	46.0	
Her ikisi de	14	29.2	3	6.2	3	6.2	.072 ³	11	22.0	6	12.0	
TOPLAM	48	100.0	48	100.0	48	100.0		50	100.0	50	100.0	
	Medyan	Min-max	Medyan	Min-max	Medyan	Min-max	z / p	Medyan	Min-max	Medyan	Min-max	Test z/p
Ara Öğün Sayısı	3	1-4	3	1-5	3	1-7	-2.277/ 0.023 ¹ -3.326/ 0.001 ² -2.859/ 0.004 ³	2	1-5	3	1- 6	-4.232/ 0.000 ²

^a(McNemar Test), ^b(McNemar-Bowker Test), Z (wilcoxon işaretli sıra testi), ¹Ön izlem- ara izlem, ²Ön izlem-son izlem, ³Ara izlem-son izlem

Girişim grubu gebe kadınların girişim öncesi ön izlemde en fazla (% 31.3) sabah kahvaltısını atladıkları, ara izlemde (% 8.3) bu oranın azaldığı ve son izlemde aynı kaldığı görülmüştür. Girişim grubu gebe kadınların atlanan öğün durumları ile izlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ön izlemde girişim grubu gebe kadınların % 45.8'inin ayrı tabaktan yemek yedikleri, bu oranın ara izlemde %79.2'ye ulaştığı ve son izlemde de aynı seviyede kaldığı saptanmıştır. Girişim grubu gebe kadınların ayrı tabaktan yemek yeme durumları bakımından yapılan istatistiksel analizde; ön izlem- ara izlem ($p=.035$, $p<0.05$), ön izlem-son izlem ($p=.000$, $p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış, ara izlem-son izlem ($p=.072$) karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (*Tablo 14*).

Girişim grubu gebe kadınların ara öğün sayısı izlemlerinin (ön izlem/ara izlem/son izlem) ön değerlendirmesi Friedman testi ile yapılmış ($\chi^2= 16.35$, $p=.000$) ve anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). Yapılan ileri analiz sonuçları *Tablo 14'de* verilmiş, ikili izlem karşılaştırmalarında ön izlem- ara izlem ($p=.023$), ön izlem-son izlem ($p=.001$) ara izlem-son izlem ($p=.004$) karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Girişim grubu kadınların ara öğün sayısı medyanı üç izlemde de üç olarak belirlenmiştir.

Tablo 14' de kontrol grubu gebe kadınların beslenme alışkanlıkları incelendiğinde; üç ana öğün sayısı ön izlemde %54 iken, son izlemde %74'e çıkarak artış göstermiş ve izlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur ($p=.021$, $p<0.05$). Kontrol grubu gebe kadınların atlanan öğün ve yemek yeme şekli karşılaştırılmalarında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır ($p >0.05$). Kontrol grubu ara öğün sayısı medyanı ön izlemde iki son izlemde üç

olarak belirlenmiş, ön izlem-son izlem karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=.000$, $p<0.05$).

Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların ön izlem ve son izlem günlük besin tüketim sıklıkları karşılaştırılması *Tablo 15*'de verilmiştir. Girişim ve kontrol grubu gebe kadınlara günlük tükettikleri besin grupları soru formu ile sorulmuş ve porsiyon olarak değerlendirilmiştir.

Girişim öncesi ön izlemde, girişim ve kontrol grubu gebe kadınlar arasında, besin gruplarından tahıl grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($p<0.05$), diğer besin grupları tüketim sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Girişim grubu gebe kadınlarda ön izlem tahıl grubu tüketim medyanı 7, kontrol grubunda ise 6 olarak belirlenmiştir(*Tablo 15*).

Gruplar arası son izlem (36-38 hafta) kıyaslamasında, esmer/ kepekli ekmek tüketiminde girişim grubunda (medyan 3) kontrol grubuna (medyan 0) göre artış olmuş ($p=.000$) ve kızartma grubunda az oranda artış olmuş (girişim medyan 0.14, kontrol medyan 0) ($p=.000$), tahıl grubu (girişim medyan 3, kontrol medyan 7) ($p=.000$) ve tatlı grubu (girişim medyan 0.43, kontrol medyan 1) ($p=.000$) tüketiminde azalma olmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p<0.001$). Süt ürünleri ($p=.282$), et/kuru baklagiller($p=.923$), ve sebze/meyve grubu($p=.500$), tüketiminde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (*Tablo 15*).

Tablo 15. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Günlük Besin Tüketim Sıklıklarının Gruplar Arası Ön İzlem/ Son İzlem Karşılaştırması

Besin Öğeleri	Grup	Ön izlem (12-16. hafta)				Test		Son İzlem (36-38.hafta)				Test	
		X±SD	Medyan	Min.	Max.	U	p	X±SD	Medyan	Min.	Max.	U	p
Süt grubu	Girişim	2.56±.79	3	1	4	1185.0	.911	2.96±.68	3	1	4	1062.0	.282
	Kontrol	2.28±.85	2	1	5			2.88±1.00	3	1	6		
	Toplam	2.42±.83	2	1	5			2.92±.85	3	1	6		
Et/kuru baklagiller	Girişim	2.25±.91	2	1	4	1048.0	.257	2.65±.72	3	1	4	1187.5	.923
	Kontrol	2.04±.94	2	1	4			2.66±1.02	3	1	5		
	Toplam	2.14±.93	2	1	4			2.65±.88	3	1	5		
Sebze meyve grubu	Girişim	6.46±2.47	6	2	17	977.0	.108	8.48±1.97	8.5	4	15	1106.5	.500
	Kontrol	5.62±2.20	6	1	13			9.02±2.95	9	3	20		
	Toplam	6.03±2.36	6	1	17			8.76±2.52	9	3	20		
Tatlılar	Girişim	1.28±1.25	1	0	5	1017.5	.186	.60±.64	.43	0	3	675.5	.000
	Kontrol	.99±1.04	1	0	5			1.17±.82	1	0	3		
	Toplam	1.13±1.15	1	0	5			.89±.79	1	0	3		
Kızartmalar	Girişim	.30±.46	.14	0	2	1076.5	.363	.140±.10	.14	0	.57	464.0	.000
	Kontrol	.45±.57	.14	0	2			.140±.40	0	0	2		
	Toplam	.38±.52	.14	0	2			.140±.29	0	0	2		
Esmer/kepekli ekmek	Girişim	.31±.82	0	0	3	1096.5	.276	2.94±2.34	3	0	7	646.0	.000
	Kontrol	.78±1.77	0	0	8			.98±1.93	0	0	6		
	Toplam	.55±1.40	0	0	8			1.94±2.35	0	0	7		
Tahıllar	Girişim	7.06±2.40	7	3	12	887.0	.025	3.71±2.33	3	0	10	472.0	.000
	Kontrol	5.84±2.72	6	1	12			7.20±3.35	7	2	15		
	Toplam	6.44±2.63	7	1	12			5.49±3.37	5	0	15		

U (Mann-Whitney U Testi)

Tablo 16. Girişim Grubu Gebe Kadınların Günlük Besin Tüketim Sıklıklarının İzlemlere Göre Karşılaştırılması

Besin grupları/gün	İzlemler	Min.	Max.	Medyan	χ^2	p	Z	p
Süt grubu	Ön İzlem	1	6	3	12.63	.002	-2.84	.004 ¹
	Ara izlem	2	5	3			-2.17	.030 ¹
	Son izlem	1	4	3			-1.09	.275 ³
Et/kuru baklagiller	Ön İzlem	1	4	2	11.28	.004	-2.44	.015 ¹
	Ara izlem	1	4	3			-2.48	.013 ²
	Son izlem	1	4	3			-.093	.926 ³
Sebze/meyve grubu	Ön İzlem	2	17	6	37.66	.000	-2.64	.000 ¹
	Ara izlem	1	10	8			-4.41	.000 ²
	Son izlem	4	15	8			-5.74	.000 ³
Esmer/kepekli ekmek	Ön İzlem	0	3	0	32.28	.000	-4.56	.000 ¹
	Ara izlem	0	8	3			-4.86	.000 ²
	Son izlem	0	7	3			-.906	.365 ³
Tahıllar	Ön İzlem	3	12	7	31.89	.000	-2.55	.000 ¹
	Ara izlem	1	13	4			-3.07	.000 ²
	Son izlem	0	10	3			-.59	.040 ³
Tatlılar	Ön İzlem	0	5	1	6.95	.031	-2.55	.011 ¹
	Ara izlem	0	3	.43			-3.07	.002 ²
	Son izlem	0	3	.43			-.59	.555 ³
Kızartmalar	Ön İzlem	0	2	.14	8.87	.012	-2.335	.020 ¹
	Ara izlem	0	.43	.14			-2.431	.015 ²
	Son izlem	0	.57	.14			-.410	.682 ³

χ^2 (Friedman test), Z (wilcoxon işaretli sıra testi)

¹Ön izlem- ara izlem, ²Ön izlem-son izlem, ³Ara izlem-son izlem

Girişim grubu gebe kadınların günlük besin tüketim sıklıklarının izlemlere göre karşılaştırılması Tablo 16'da gösterilmiştir. Besin gruplarının tüketim oranlarının izlemler arasındaki farkın değerlendirmesinde ön test olarak Friedman Testi kullanılmış ve tüm besin gruplarının izlemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). İzlemler arası anlamlı çıkan farkın hangi izlemlerden kaynaklandığını ölçmek için post-hoc test olarak Wilcoxon işaretli sıra

testi kullanılmıştır. Girişim grubu süt ürünleri tüketim medyanı üç izlemde de değişmemiş (medyan 3), ön izlem- ara izlem ($p=.004$) ve ön izlem-son izlem ($p=.030$) karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($p<0.05$), ara izlem-son izlem arasında ($p=.275$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Et/kuru baklagiller grubu günlük tüketim medyanı ön izleme göre (medyan 2) ara izlemde artış göstermiş (medyan 3) ve son izleme kadar aynı tüketim oranında devam etmiştir. Et/kuru baklagiller grubu ön izlem- ara izlem ($p=.015$) ve ön izlem-son izlem ($p=.013$) karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($p<0.05$), ara izlem-son izlem arasında ($p=.926$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (*Tablo16*).

Girişim grubunda ön izlemde belirlenen günlük sebze/meyve grubu tüketimi (medyan 6) ara izlem ve son izlemde (medyan 8) artış göstermiş, ön izlem-ara izlem ($p=.000$), ön izlem-son izlem ($p=.000$) ve ara izlem-son izlem ($p=.000$) karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$) (*Tablo16*).

Esmer/kepekli ekmek günlük tüketim medyanı girişim öncesi izlemde yok iken ara izlem ve son izlemde medyan 3'e çıkmıştır. Girişim öncesi izlem ile ara izlem ($p=.000$) ve son izlem ($p=.000$) karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($p<0.001$), ara izlem-son izlem ($p=.365$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$), (*Tablo16*).

Tahıl grubu tüketim meydanında girişim öncesi izleme göre (medyan 7) ara izlem (medyan 4) ve son izlemde (medyan 3) azalma gözlenmiştir. Tahıl grubu besinlerde girişim öncesi izlem ile ara izlem ($p=.000$, $p<0.001$) ve son izlem

($p=.000$, $p<0.001$), ara izlem-son izlem ($p=.040$, $p<0.05$) karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır(*Tablo16*).

Tatlı grubu besinlerin günlük tüketim medyanı ön izlemde “bir” iken, ara izlemde “bir” medyanın da altına düşmüş ve son izleme kadar aynı düzeyde kalmıştır. Tatlı grubu besin tüketim izlemlerinde ön izlem- ara izlem ($p=.011$) ve ön izlem-son izlem ($p=.002$) karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş($p<0.05$), ara izlem-son izlem karşılaştırmalarında ($p=.555$, $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır(*Tablo16*).

Kızartma grubu günlük besin tüketim medyanı üç izlemde “bir” medyanın altında belirlenmiş, ön izlem- ara izlem($p=.020$), ön izlem- son izlem ($p=.015$) karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($p<0.05$), ara izlem-son izlem karşılaştırmalarında ($p=.682$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (*Tablo 16*).

Kontrol grubu gebe kadınların son izleminde; et /kuru baklagiller grubu (medyan 3), sebze/meyve grubu (medyan 9), tahıl grubu(medyan 7) ve kızartma grubu (medyan 0.14) besinlerin günlük tüketiminde ön izleme göre artış olmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p<0.05$). Esmer/kepekli ekmek, tatlı grubu ve süt ürünleri grubu tüketim oranında bir değişiklik olmamış ön izlem-son izlem karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır($p>0.05$) (*Tablo16*).

3.4. GİRİŞİM/KONTROL GRUBU GEBE KADINLARIN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN İZLEMLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (International Physical Activity Questionnaire-IPAQ) kısa formuna göre fiziksel aktivite (FA) düzeyleri ve sedanter (oturma) davranışları *Tablo 17' de* gösterilmiştir. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi toplam puanı, bir haftalık orta şiddetli FA düzeyi ve yürüyüş puanının toplamıdır. Bu hesaplamalardan, MET-dk/hafta olarak bir skor elde edilmiştir. Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların birinci trimester ön izlem toplam FA puan ortalamaları ve sedanter davranış oturma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Gruplar arasında girişim öncesi fiziksel aktivite düzeyleri arasında homojen dağılım sağlanmıştır (*Tablo 17*).

Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların son izlem karşılaştırmasında, FA düzeyi puan ortalamaları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Fakat üçüncü trimester son izlemde kontrol grubu gebe kadınların günlük oturma süresi ortalaması, girişim grubu gebe kadınlardan daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=.027$, $p<0.05$) (*Tablo 17*).

Tablo 17. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Ön İzlem ve Son İzlem Fiziksel Aktivite Düzeyi Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Fiziksel Aktivite (FA) Düzeyi Puan Ortalaması	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Test	
Ön İzlem (12-16. Hafta)	X±SD	Min-max	X±SD	Min-max	U	P
Toplam FA Puanı (MET/dk/hafta)	1696.06 ±1589.98	198- 8400	1535.06 ± 1591.66	0- 6852	1053.5	.298
Orta Şiddetli FA Puanı (MET/dk/hafta)	1388.8 ±1569.83	0- 8400	1344.0 ±1543.13	0-6720	1109	.517
Yürüme FA Puanı (MET/dk/hafta)	307.1 ±320.68	0-1386	191.06 ±190.73	0-924	950	0.74
Oturma süresi (dk/gün)	512.50 ±165.11	180-780	544.80 ±195.39	180-840	1076	.373
Son İzlem (36-38.hafta)						
Toplam FA Puanı (MET/dk/hafta)	3543.0 ±1923.99	420-8697	3696.8±2509.82	480- 11958	1172.5	.845
Orta Şiddetli FA Puanı (MET/dk/hafta)	3177.9 ±1949.12	420-8400	3470.4±2503.77	480- 11760	1175.5	.860
Yürüme FA Puanı (MET/dk/hafta)	365.1 ± 346.50	0- 1386	226.38±211.51	0- 1039	947	.071
Oturma süresi (dk/gün)	441.25 ±149.29	180-840	529.20±204.88	120- 900	890.5	.027

U (Mann-Whitney U Testi)

Tablo 18. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Fiziksel Aktivite Düzeyi Puan Ortalamalarının Grup İçi İzlemlere Göre Karşılaştırılması

Grup	FA Düzeyi	İzlemler	X±SD	Min-Max.	χ^2	P	Z	P
Girişim Grubu	Toplam FA Puanı (MET/dk7hafta)	Ön izlem	1696.06 ±1589.98	198- 8400	38.524	.000	-5.159	.000^a
		Ara izlem	3995.35±2320.65	1098-11235			-4.862	.000^b
		Son izlem	3543.0 ±1923.99	420-8697			-.958	.338^c
	Yürüme FA Puanı (MET/dk/hafta)	Ön izlem	307.1 ±320.68	0-1386	21.157	.000	-4.003	.000^a
		Ara izlem	554.8± 423.47	0-2079			-.939	.348^b
		Son izlem	365.1 ± 346.50	0-1386			-3.321	.001^c
	Oturma süresi (dk/gün)	Ön izlem	512.5 ±165.11	180-780	25.077	.000	-4.66	.000^a
		Ara izlem	397.5±137.05	180-660			-2.33	.020^b
		Son izlem	441.25 ±149.29	180-840			-2.34	.019^c
Kontrol Grubu	Toplam FA Puanı (MET/dk7hafta)	Ön izlem	1535.06 ± 1591.66	0 -6852	--	--	-4.658	.000^b
		Son izlem	3696.8± 2509.82	480-11958				
	Yürüme FA Puanı (MET/dk/hafta)	Ön izlem	191.06 ±190.73	0-924	--	--	-1.198	.231^b
		Son izlem	226.38±211.51	0- 1039				
	Oturma süresi (dk/gün)	Ön izlem	544.80 ±195.39	180-840	--	--	-.775	.438^b
		Son izlem	529.20±204.88	120-900				

χ^2 (FriedmanTest) , Z (Wilcoxon işaretli Sıra Testi) , a. Ön izlem-ara izlem, b. Ön izlem –son izlem , c. Ara izlem son izlem

Tablo 18'de girişim ve kontrol grubu gebe kadınların Uluslar Arası Fiziksel Aktivite Anketi FA düzeyi puanı ve oturma süresi ortalamalarının grup içi karşılaştırması gösterilmiştir.

Girişim grubu gebe kadınların toplam FA düzeyi puanı, yürüyüş ve oturma süresi ortalamalarının izlemler arası farkını karşılaştırmak için Friedman Testi kullanılmış ve izlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=.000$, $p<0.001$). İzlemler arası anlamlı çıkan farkın hangi izlemlerden kaynaklandığını ölçmek için post-hoc test olarak wilcoxon işaretli sıra testi kullanılmıştır. Girişim grubu gebe kadınların toplam FA düzeyi girişim öncesi ön izleme göre ara izlem ($p=.000$, $p<0.001$) ve son izlem de ($p=.000$, $p<0.001$) artış göstermiş karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış), ara izlem-son izlem ($p=.338$) karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Girişim grubu gebe kadınların toplam FA düzeyi, ikinci trimester ara izlemde artış göstermiş, son trimester izlemde biraz düşme olsa da girişim öncesi ön izleme göre yüksek seyretmiştir. Girişim grubu gebe kadınların toplam yürüyüş FA puanı en fazla ara izlemde artış göstermiş ve ön izlem- ara izlem ($p=.000$, $p<0.001$) ara izlem –son izlem arasında ($p=.001$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Son trimester izlemde ise toplam yürüyüş FA puanında düşme gözlenmiş ve ön izlem-ara izlem arasında ($p=.348$, $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (*Tablo 18*).

Girişim grubu gebe kadınların sedanter davranış olarak günlük oturma sürelerine bakıldığında; ön izlemde oturma sürelerinin daha yüksek olduğu, ara izlem ve son izlemde azaldığı görülmüştür. Ön izlem-ara izlem ($p=.000$, $p<0.001$), ön izlem–son izlem($p=.020$), ara izlem-son izlem ($p=.019$) karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (*Tablo 18*).

Kontrol grubu gebe kadınların son izlem toplam FA düzeyleri ön izlem toplam FA düzeylerine göre artış göstermiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=.000$, $p<0.001$). Yürüyüş toplam puanı ile günlük oturma sürelerinde ise ön izlem ile son izlem karşılaştırmasında bir değişim olmamış ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır($p>0.05$) (*Tablo 18*).

3.5. GİRİŞİM GRUBU GEBE KADINLARIN DAVRANIŞ DEĞİŞİM AŞAMALARININ İZLEMLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Bu bölümde; girişim programında yer alan teoriler üstü modelin değişim aşamalarına temellendirilmiş davranış değişim aşamaları tanılaması yapılmıştır. Girişim grubundaki gebelerin uygun kilo alımı sağlamak için; fiziksel aktiviteyi, sebze/ meyve, esmer/kepekli ekmek besin tüketimini artırma ve tatlı tüketimini azaltmaya yönelik dört bileşenin davranış değişim aşamaları sorgulanmıştır.

Girişim öncesi ön izlemde, girişim ve kontrol grubu gebeler arasında fiziksel aktivite yapma, sebze/meyve, esmer/kepekli ekmek ve tatlı besinleri tüketme ile ilgili davranış değişim aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (*Tablo 19*).Gruplar arasında davranış değişim aşaması açısından homojen dağılım sağlanmıştır. Son izlemde gruplar arasında fiziksel aktivite ve esmer/kepekli ekmek tüketimi davranış değişiminde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış($p<0.05$), günde beş porsiyon ve üzeri sebze/meyve tüketimi ve günde bir porsiyon veya az tatlı besin tüketimini arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır($p>0.05$) (*Tablo 19*).

Tablo 19. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Ön izlem- Son İzlem Fiziksel Aktivite, Sebze-Meyve, Esmer/Kepekli Ekmek ve Tatlı Tüketimi Davranış Değişim Aşamalarının Karşılaştırılması

Davranış Değişim Aşamaları	Ön izlem			Son izlem		
Fiziksel Aktivite	Medyan	U	P	Medyan	U	P
Girişim	3	1150	.713	4	740.5	.001
Kontrol	2.5			2		
Sebze meyve						
Girişim	5	1065.5	.303	5	1116.5	.439
Kontrol	4			5		
Esmer/kepekli ekmek						
Girişim	2	1131.5	.602	4	505	.000
Kontrol	1			1		
Tatlılar						
Girişim	4	1024	.186	5	1041.5	.212
Kontrol	4			5		

U (Mann-Whitney U Testi)

Girişim grubu gebe kadınların, beş farklı zamanda yapılan izlemlerde fiziksel aktivite yapma, sebze-meyve, esmer/kepekli ekmek tüketimini artırma ve tatlı besin tüketimini azaltmaya yönelik davranış değişim aşamalarının minimum, maksimum ve medyan dağılımları *Tablo 19a'da* verilmiştir. Girişim grubu gebe kadınların girişim öncesi ön izlem (12-16. hafta), 2. izlem (18-22.hafta), 3. izlem (24-26. hafta), 4. izlem (30-32.hafta) ve son izlemde (36-38.hafta) fiziksel aktivite yapma ($p=.000$), günde beş porsiyon ve üzeri sebze-meyve tüketimi ($p=.000$), esmer/kepekli ekmek tüketimi ($p=.000$), günde bir porsiyon ve altı tatlı besin tüketimi ($p=.000$) ile ilgili davranış değişim aşamaları, Friedman testi” ile karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$).

Tablo 19a. Girişim Grubu Gebe Kadınların İzlemlere Göre Fiziksel Aktivite Yapma, Sebze-Meyve, Esmer/Kepekli Ekmek ve Tatlı Tüketimi Davranış Değişim Aşamalarının Karşılaştırılması

İzlemler	Davranış Değişim Aşamaları			Test	
	Medyan	Min.	Max.	χ^2	p
FA Yapma					
Ön izlem	3	1	5	58.279	.000
2. izlem	4	3	5		
3. izlem	4	1	5		
4. izlem	4	1	5		
Son izlem	4	1	5		
Sebze- meyve					
Ön izlem	4	1	5	56.866	.000
2. izlem	4	2	5		
3. izlem	4	3	5		
4. izlem	5	3	5		
Son izlem	5	3	5		
Esmer/kepekli ekmek					
Ön izlem	2	1	5	78.319	.000
2. izlem	3	1	5		
3. izlem	4	1	5		
4. izlem	4	1	5		
Son izlem	4	1	5		
Tatlılar					
Ön izlem	4	1	5	44.459	.000
2. izlem	4	1	5		
3. izlem	4	3	5		
4. izlem	5	3	5		
Son izlem	5	3	5		

χ^2 Friedman testi), 1.Düşünme öncesi aşaması(DO), 2. Düşünme aşaması(D),

3. Hazırlık aşaması (HA), 4.Hareket aşaması (H), 5. Sürdürme Aşaması (S)

Tablo 20. Girişim Grubu Gebe Kadınların Fiziksel Aktivite, Sebze-Meyve, Esmer/Kepekli Ekmek ve Tatlı Tüketimi Davranış

Değişim Aşamalarının Girişim Öncesi İzlem ile 2. İzlem, 3. İzlem, 4. İzlen ve Son İzlem Arası Karşılaştırılması

Değişim Aşamaları	Ön izlem (1. izlem)		2.izlem		3.izlem		4. izlem		Son izlem (5.izlem)		Test	
FA Yapma	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	Z	P
Düşünme öncesi(DO)	10	20.8	-		1	2.1	1	2.1	1	2.1	-4.551	.000 ^a
Düşünme (D)	10	20.8	-		-		4	8.3	13	27.1	-5.102	.000 ^b
Hazırlık (HA)	18	37.5	19	39.6	5	10.4	6	12.5	8	16.7	-4.402	.000 ^c
Hareket (H)	2	4.2	22	45.8	34	70.8	29	60.4	19	39.6	-2.728	.006 ^d
Sürdürme (S)	8	16.7	7	14.6	8	16.7	8	16.7	7	14.5		
Sebze/ meyve												
Düşünme öncesi(DO)	3	6.2	-		-		-		-		-1.812	.070 ^a
Düşünme (D)	1	2.1	1	2.1	-		-		-		-3.626	.000 ^b
Hazırlık (HA)	5	10.4	4	8.3	2	4.2	1	2.1	1	2.1	-4.068	.000 ^c
Hareket (H)	14	29.2	18	37.5	13	27.1	10	20.8	10	20.8	-4.068	.000 ^d
Sürdürme (S)	25	52.1	25	52.1	33	68.7	37	77.1	37	77.1		
Kepekli ekmek												
Düşünme öncesi(DO)	20	41.7	1	2.1	1	2.1	2	4.2	3	6.2	-5.339	.000 ^a
Düşünme (D)	7	14.6	3	6.2	1	2.1	7	14.6	8	16.7	-5.477	.000 ^b
Hazırlık (HA)	17	35.4	22	45.9	16	33.3	6	12.5	4	8.3	-4.949	.000 ^c
Hareket (H)	1	2.1	19	39.6	27	56.3	30	62.5	30	62.5	-4.973	.000 ^d
Sürdürme (S)	3	6.2	3	6.2	3	6.2	3	6.2	3	6.2		
Tatlılar												
Düşünme öncesi(DO)	7	14.6	1	2.1	-		-		-		-2.638	.008 ^a
Düşünme (D)	1	2.1	-		-		-		-		-3.355	.001 ^b
Hazırlık (HA)	8	16.7	7	14.6	5	10.4	5	10.4	4	8.3	-3.805	.000 ^c
Hareket (H)	15	31.2	23	47.9	19	39.6	16	33.4	17	35.5	-4.093	.000 ^d
Sürdürme (S)	17	35.4	17	35.4	24	50.0	27	56.2	27	56.2		

a. Ön izlem-2.izlem, b. Ön izlem-3.izlem, c. Ön izlem-4.izlem ,d. Ön izlem-son izlem, Z (Wilcoxon İşaretili Sıra Testi),

Girişim grubu bireylerin fiziksel aktivite (FA) yapma, sebze-meyve, esmer/kepekli ekmek ve tatlı tüketimi davranış değişim aşamalarının frekans dağılımları ve “Wilcoxon işaretli Sıra Testi” ile yapılan izlemler arası ileri analiz sonuçları *Tablo 20’de* gösterilmiştir.

Girişim grubu gebe kadınların ön izlem (12-16. hafta), fiziksel aktivite yapma(FA) davranışı değişim aşamaları incelendiğinde; % 20.8’i düşünme öncesi % 20.8’i düşünme, %37.5’i hazırlık, 4.2’si hareket, %16.2’si sürdürme aşamasında olduğu bulunmuştur. Gebe kadınların 2. izlemde(18-22.hafta) ; düşünme öncesi ve düşünme aşamasında olan yok, % 45.8’i hareket , % 39.6’sı hazırlık aşamasında, 3. izlemde(24-26.hafta); % 70.8’i hareket aşamasında, 4. izlemde (30-32. hafta) ; %2.1’i düşünme öncesi %8.3’ü düşünme , % 60.4’ü hareket aşamasında, son izlemde (36-38.hafta); % 27.1 ‘i düşünme % 2.1’i düşünme öncesi % 39.6’sı hareket aşamasında olarak belirlenmiştir. Fiziksel aktivite yapma davranışı için ön izlem ile 2. izlem ($p = .000$, $p < 0.001$), 3. izlem ($p = .000$, $p < 0.001$), 4. İzlem ($p = .000$, $p < 0.001$), ve son izlem($p = .001$, $p < 0.05$), arasında ikili karşılaştırmalar yapılmış ve izlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (*Tablo 20*).

Girişim grubu gebe kadınların günde en az beş porsiyon sebze-meyve tüketimi davranış değişim aşaması incelendiğinde; ön izlemde; %6.1 düşünme öncesi, %2.1 düşünme, % 52.1 sürdürme aşamasında, 2. izlemde; %2.1 düşünme aşamasında, düşünme öncesi aşamasında olan yok, % 52. 1’nin sürdürme aşamasında, 3. izlemde; düşünme öncesi ve düşünme aşamasında olan yok, % 68.8’nin sürdürme aşamasında, 4. ve 5. izlemde düşünme öncesi ve düşünme aşamasında olan yok, %77.1’nin sürdürme aşamasında olduğu bulunmuştur. Gebe kadınların sebze-meyve tüketimi davranış değişiminde ön izlem ile 2. izlem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış ($p = .070$, $p > 0.05$), ön izlem ile 3. izlem,

4. izlem ve son izlem arasındaki ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p = .000$, $p < 0.001$) (Tablo 20).

Girişim grubu gebe kadınların esmer /kepekli ekmek tüketimi için davranış değişim aşamaları incelendiğinde; ön izlemde % 41.7'si düşünme öncesi, %14.6'sı düşünme ve %35.4 hazırlık, %6.2'i sürdürme aşamasında, 2. izlemde; % 2.1'i düşünme öncesi, % 6.2'si düşünme, % 45.9'u hazırlık, % 39.6'sı hareket aşamasında, 3. izlemde; % 2.1'i düşünme öncesi, % 2.1'i düşünme, %33.3 hazırlık, % 56.3'ü hareket aşamasında, 4. izlemde % 4.2'si düşünme öncesi, %14.6'sı düşünme, % 62.5'i hareket aşamasında, 5. izlemde; % 6.2'si düşünme öncesi, %16.7'si düşünme ve % 62.5'i hareket aşamasında olduğu belirlenmiştir. Esmer /kepekli ekmek tüketiminin davranış değişiminde, ön izlem ile 2. izlem, 3. izlem, 4. izlem ve son izlem arasındaki ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p = .000$, $p < 0.001$) (Tablo 20)

Girişim grubu gebe kadınların günde bir porsiyon ve daha az tatlı besin tüketimi davranış değişim aşamaları incelendiğinde; ön izlemde %14.6' sının düşünme öncesi, %2.1'nin düşünme, % 35.4'nün sürdürme aşamasında, 2. izlemde; %2.1'nin düşünme öncesi, düşünme aşamasında olan yok, % 47.9'nun hareket aşamasında, 3-4-5. izlemlerde düşünme öncesi ve düşünme aşamasında olan yok, 3. izlemde % 50'sinin sürdürme, 4. ve 5. izlemde % 56.2'sinin sürdürme aşamasında olduğu belirlenmiştir. Gebe kadınların günde bir porsiyon ve daha az tatlı tüketimi davranış değişiminde ön izlem ile 2.izlem ($p = .008$, $p < 0.05$), 3. İzlem ($p = .001$, $p < 0.05$), 4.izlem ($p = .000$, $p < 0.001$) ve son izlem ($p = .000$, $p < 0.001$) arasında ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 21. Kontrol Grubu Gebe Kadınların Fiziksel Aktivite, Sebze-Meyve, Esmer/Kepekli Ekmek ve Tatlı Tüketimi Davranış Değişim Aşamalarının Ön İzlem/ Son İzlem Karşılaştırılması

Kontrol	Ön izlem		Son izlem		Test	
Fiziksel Aktivite	S	%	S	%	Z	P
Düşünme öncesi DÖ	10	20.0	19	38.0	-.815	.415
Düşünme (D)	15	30.0	9	18.0		
Hazırlık (HA)	14	28.0	7	14.0		
Hareket etme(H)	3	6.0	10	20.0		
Sürdürme (S)	8	16.0	5	10.0		
Sebze-meyve						
Düşünme öncesi DÖ	7	14.0	1	2.0	-4.366	.000
Düşünme (D)	5	10.0	-			
Hazırlık (HA)	2	4.0	-			
Hareket etme (H)	13	26.0	14	28.0		
Sürdürme (S)	23	46.0	35	70.0		
Esmer / Kepekli ekmek						
Düşünme öncesi DÖ	27	54.0	33	66.0	-.947	.344
Düşünme (D)	5	10.0	3	6.0		
Hazırlık (HA)	7	14.0	4	8.0		
Hareket etme (H)	8	16.0	5	10.0		
Sürdürme (S)	3	6.0	5	10.0		
Tatlılar						
Düşünme öncesi DÖ	4	8.0	6	12.0	-.199	.842
Düşünme (D)	5	10.0	4	8.0		
Hazırlık (HA)	2	4.0	5	10.0		
Hareket etme (H)	15	30.0	8	16.0		
Sürdürme (S)	24	48.0	27	54.0		

Z (Wilcoxon İşaretili Sıra Testi)

Tablo 21’ de kontrol grubu gebe kadınların fiziksel aktivite, sebze-meyve, esmer/kepekli ekmek ve tatlı tüketimi davranış değişim aşamalarının ön izlem/ son izlem yüzdelerik dağılımları ve karşılaştırma analiz sonuçları gösterilmiştir.

Kontrol grubu gebe kadınların fiziksel aktivite davranış değişim aşaması incelendiğinde; ön izlemde %30’ u düşünme, %28’i hazırlık,%16’sı sürdürme aşamasında, son izlemde % 38’i düşünme öncesi, % 20’ si hareket, %10’u sürdürme aşamasındadır (Tablo 21).

Kontrol grubu gebe kadınların günde en az beş porsiyon sebze-meyve tüketim sıklıkları ön izlemde %46'sı sürdürme, % 26'sı hareket aşamasında, son izlemde %70'i sürdürme, %28'i hareket aşamasındadır. Esmer /kepekli ekmek tüketimi davranış değişim aşamaları incelendiğinde; ön izlemde %54'ü düşünme öncesi, %16'sı hareket aşamasında, son izlemde ise %66'sı düşünme öncesi, % 10'u hareket ve %10'u sürdürme aşamasındadır. Günde bir porsiyon ve daha az tatlı besin tüketim davranış değişimi ise, ön izlemde % 48'i sürdürme, %30 hareket aşamasında, son izlemde; %54'ü sürdürme %16'sı hareket ,%12'si düşünme öncesi aşamasındadır.

Kontrol grubu gebe kadınların fiziksel aktivite yapma($p=.415$), esmer/kepekli ekmek($p=.344$) ve tatlı tüketimi($p=.842$) davranış değişim aşamalarının ön izlem-son izlem ikili karşılaştırma analizlerinde anlamlı fark saptanmamıştır($p>0.05$). Günde en az beş porsiyon sebze-meyve tüketimi ön izlem-son izlem ikili karşılaştırmasında ($p=.000$, $p<0.001$) istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı sonuç bulunmuştur (*Tablo 21*).

3.6. GİRİŞİM/KONTROL GRUBU GEBE KADINLARDA ÖZ ETKİLİLİK-YETERLİK ÖLÇEĞİ VE ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ İZLEMLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların, öz etkililik-yeterlik ölçeği (ÖEYÖ) toplam ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırması *Tablo 22' de* verilmiştir. Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların ÖEYÖ toplam puan ve alt grup puan ortalamalarının girişim öncesi ön izlem karşılaştırması ve son izlem karşılaştırmasında Mann-whitney U Testi kullanılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Girişim öncesi ön izlemde öz etkililik puanları açısından gruplar arasında homojen dağılım sağlanmıştır.

Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların ÖEYÖ toplam puan ve alt grup puan ortalamalarının grup içi ön izlem- son izlem karşılaştırmasında Wilcoxon işaretli sıra testi kullanılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 22).

Tablo 23'de girişim ve kontrol grubu gebe kadınların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) toplam ve alt grup puan ortalamalarının izlemler arası karşılaştırması verilmiştir.

Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların ÇBASDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının ön izlem ve son izlem gruplar arası karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Girişim grubu gebe kadınların ÇBASDÖ toplam puanı ön izlem- son izlem grup içi karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış($p>0.05$), ÇBASDÖ alt ölçeği özel insan(eş) destek puanında ön izleme göre son izlemde bir düşüş gözlenmiş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=.044$, $p<0.05$).

Kontrol grubu ÇBASDÖ toplam puan ($p=.008$) ve alt ölçek özel insan(eş) destek puanında ($p=.028$) son izlemde bir düşüş gözlenmiş ön izlem- son izlem karşılaştırmasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 23).

Tablo 22. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların İzlemlere Göre Öz-Etkililik Yeterlilik Ölçeği(ÖEYÖ) Puan Ortalamaları Karşılaştırması

ÖEYÖ ve Alt gruplar	Ön izlem				Girişim Ö/S		Son izlem				Kontrol Ö/S	
	Girişim	Kontrol	Test		Test		Girişim	Kontrol	Test		Test	
	X±SD	X±SD	U	P	Z	P	X±SD	X±SD	U	P	Z	P
Davranışa Başlama (DB)	30.14± 6.16	28.50 ± 6.62	1023.5	.209	-1.14	.254	31.20± 5.62	29.50 ± 6.70	1048.0	.279	-1.083	.279
Davranışı Sürdürme (DS)	26.14 ±5.51	24.50± 5.39	2270.0	.144	-6.53	.514	26.89 ± 5.24	25.76±5.29	1077.0	.380	-1.451	.147
Davranışı Tamamlama (DT)	20 ± 2.93	18.92 ±3.60	1033.5	.234	-.872	.383	19.35± 4.08	18.86 ± 3.78	1091.5	.439	-.223	.824
Engellerle Mücadele (EM)	8.71± 2.54	8.92 ± 2.51	1124.5	.589	-.751	.453	9±2.13	8.3 ± 2.73	965	.092	-1.637	.102
TOPLAM (ÖEYÖ)	85.0±12.92	80.84± 13.67	964.0	.093	-.880	.279	86.45±12.19	82.42± 14.46	1025.0	.213	-.970	.332

U (Mann-Whitney U Testi), Z (Wilcoxon İşaretli Sıra Testi) , Ö/S (Ön izlem-Son izlem)

Tablo 23. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların İzlemlere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puan Ortalamaları Karşılaştırması

ÇBASDÖ ve Alt Gruplar	Ön izlem				Girişim Ö/S		Son İzlem				Kontrol Ö/S	
	Girişim	Kontrol	Test		Test		Girişim	Kontrol	Test		Test	
	X±SD	X±SD	U	P	Z	P	X±SD	X±SD	U	P	Z	P
Özel insan (Eş)	26 ±3.92	26.64 ±2.40	1183	.888	-2.019	.044	25.02 ±4.46	25.12 ± 4.70	1193	.957	-2.658	.008
Aile	24.56 ±5.09	24.20 ±5.08	1083.5	.396	-.169	.866	25.04 ±4.60	24.10 ±4.81	1011	.167	-.474	.635
Arkadaş	20.39 ±6.98	19.42 ± 7.24	1100.5	.478	-1.564	.118	19.35 ±7.45	18.56 ±6.60	1090	.433	1.517	.129
TOPLAM (ÇBASDÖ)	70.95 ±11.81	70.26 ± 9.49	1083	.405	-1.432	.152	69.41 ±12.29	67.78 ±9.79	1002.5	.160	-2.204	.028

U (Mann-Whitney U Testi), Z (Wilcoxon işaretli Sıra Testi), Ö/S(Ön izlem-Son izlem)

3.7. GİRİŞİM/KONTROL GRUBU GEBE KADINLARIN GESTASYONEL KİLO ALIM DURUMLARI

Tablo 24. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Gestasyonel Kilo Alım (GKA) Ortalamalarının Dağılımı

<u>Girişim Grubu</u> GKA (kg)		<u>Kontrol Grubu</u> GKA (kg)		<u>Toplam</u> GKA (kg)		Test	
X±SD	Min-max	X±SD	Min-max	X±SD	Min-max	t	p
10.2 ± 4.40	(-1) - 20	13.8 ±5.4	2-26	12.02±5.21	(-1)- 26	-3.61	.000

Araştırma sonucu girişim grubu gebe kadınların gestasyonel kilo alım (GKA) ortalaması 10.2±4.40 kg, kontrol grubunun GKA ortalaması 13.8±5.4 kg olarak saptanmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=.000, p<0.001) (Tablo 24).

Tablo 25. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların İOM Rehber Önerisine Uyum Durumu ve İOM Önerisine Göre Kilo Alım Durumu

İOM Önerilerine Uyum Durumu	Girişim		Kontrol		Test	
	Sayı	%	Sayı	%	X²	P
Var	33	68.8	15	30.0	14.71	0.000^a
Yok	15	31.2	35	70.0		
İOM Rehberine Göre Kilo Alım Durumu						
Uygun Alan	33	68.7	15	30.0	21.10	0.000
Fazla (Aşırı) Alan	8	16.7	31	62.0		
Az Alan	7	14.6	4	8.0		
TOPLAM	48	100.0	50	100.0		

a. (Fisher kesin ki-kare testi), X² (ki-kare)

Araştırmaya katılan gebe kadınların 2009 yılı İOM rehber önerisine uyum durumu incelendiğinde; girişim grubu gebe kadınların % 68.7'si, kontrol grubunun % 30'nun IOM önerilerine uyum sağladığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır($p=0.000$, $p<0.001$). Girişim grubu gebe kadınlardan İOM rehber önerilerine uyum sağlamayanların %16.7'si aşırı, %14.6'sı az kilo almış, kontrol grubunda uyum sağlamayanların % 62'si aşırı, %8'si az kilo almıştır. Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların İOM rehber önerisine göre kilo alım durumları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.000$, $p<0.001$) (Tablo 25).

Tablo 26. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların İOM Rehber Önerisine Göre Aşırı Gestasyonel Kilo Alım Durumu

İOM Rehber Önerisine Göre Aşırı Kilo alım Durumu	Girişim		Kontrol		Test	
	Sayı	%	Sayı	%	X^2	P
Uygun veya Az Kilo Alan	40	83.3	19	38.0	21.00	0.000
Aşırı (fazla) Kilo Alan	8	16.7	31	62.0		
TOPLAM	48	100	50	100		

X^2 (Fisher kesin ki-kare testi),

Araştırmaya katılan girişim grubu gebe kadınların 2009 yılı İOM rehber kurallarına göre %16.7'i aşırı kilo almış, kontrol grubu gebe kadınların %62'si aşırı kilo almıştır. Gruplar arasında aşırı GKA açısından istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ($p=0.000$, $p<0.001$) (Tablo 26).

3.8. GİRİŞİM/KONTROL GRUBU KADINLARIN GESTASYONEL KİLO ALIMINI ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER

Tablo 27. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Gebelik Öncesi VKİ ile İOM Rehber Önerisine Uyum Durumlarının Karşılaştırması

Değişkenler	<u>Girişim</u>		<u>Kontrol</u>	
	İOM Önerilerine Uyum		İOM Önerilerine Uyum	
	Var	Yok	Var	Yok
Gebelik Öncesi VKİ /kg/m ²	S %	S %	S %	S %
Normal	12 (80.0)	3 (20.0)	7 (43.8)	9 (56.2)
Preobez	13 (68.4)	6 (31.6)	3 (16.7)	15 (83.3)
Obez	8 (57.1)	6 (42.9)	5 (31.2)	11 (61.8)
Test	x ² = 1.76 p= 0.41		x ² = 2.97 p= 0.22	

X² (ki-kare)

Gebelik öncesi VKİ, İOM rehber önerilerine uyumun en önemli belirleyicisidir. *Tablo 27’de* kadınların gebelik öncesi VKİ ile İOM kurallarına bağlılık durumu analiz edildiğinde; girişim grubunda VKİ normal sağlıklı kiloda (18.5–24.9 kg/m²) olanların bağlılık oranı %80, preobezlerde (25–29.9 kg/m²) 68.4, obezlerde (≥ 30 kg/m²) %57.1 olarak belirlenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır(p= 0.41, p> 0.05). Kontrol grubu gebe kadınların bağlılık oranı ise normal kilolu olanlarda %43.8, preobezlerde %16.7 ve obezlerde %31.2 olarak belirlenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p= 0.22, p> 0.05).

Tablo 28. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Gebelik Öncesi Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ile İOM Rehber Önerisine Göre Kilo Alım Durumlarının Karşılaştırması

Değişkenler	<u>Girişim</u>			<u>Kontrol</u>		
	İOM Rehberine Göre Kilo Alımı			İOM Rehberine Göre Kilo Alımı		
Gebelik Öncesi VKİ /kg/m2	Uygun	Fazla	Az	Uygun	Fazla	Az
	S %	S %	S %	S %	S %	S %
Normal	12 (80.0)	1 (6.7)	2 (13.3)	7 (43.8)	8 (50.0)	1 (6.2)
Preobez	13 (68.4)	3 (15.8)	3 (15.8)	3 (16.7)	13 (72.2)	2 (11.1)
Obez	8 (57.1)	4 (28.6)	2 (14.3)	5 (31.3)	10 (62.5)	1 (6.2)
Test	x ² =2.68 p= 0.61			x ² = 3.09 p= 0.54		

X²(ki-kare).

Gebelik öncesi VKİ'ne göre İOM rehber önerilerine göre kilo alım durumları incelendiğinde, girişim grubundaki normal kilodaki gebe kadınların % 80'nin uygun, % 6.7' sinin fazla, obez kadınların % 28.6'sının fazla, preobez kadınların %15.8'inin fazla kilo aldığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise; normal kilolu kadınların %50'si, preobez kadınların % 72.2'si, obez kadınların %62.5'i fazla kilo aldığı belirlenmiştir. Grupların gebelik öncesi VKİ ile İOM rehber önerilerine göre kilo alım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 28) .

Tablo 29. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Bireysel Özellikleri ile İOM Rehber Önerisine Uygun Kilo Alım Durumlarının Karşılaştırması

DEĞİŞKENLER	Girişim Grubu (n=48)			Kontrol Grubu (n=50)		
	İOM Rehberine Göre Kilo Alımı			İOM Rehber Göre Kilo Alımı		
	Uygun	Fazla	Az	Uygun	Fazla	Az
Eğitim Durumu	S %	S %	S %	S %	S %	S %
İlköğretim	21(72.4)	4 (13.8)	4 (13.8)	13(36.1)	19 (52.8)	4 (11.1)
Lise	8 (72.7)	2 (18.2)	1 (9.1)	1 (11.1)	8 (88.9)	0 (.0)
Üniversite	4 (50.0)	2 (25.0)	2 (25.0)	1 (20.0)	4 (80.0)	0 (.0)
Test	x ² = 1.81 p=0.76			x ² = 5.04 p= 0.28		
Aylık Gelir Durumu						
850 TL altı (düşük)	15 (78.9)	3 (15.8)	1 (5.3)	12 (46.2)	13 (50.0)	1 (3.8)
851-1700 TL (orta)	10 (62.4)	3 (18.8)	3 (18.8)	2(11.8)	14 (82.4)	1 (5.8)
1701TL üstü (yüksek)	8 (61.5)	2 (15.4)	3 (23.1)	1 (14.3)	4 (57.1)	2 (28.6)
Test	x ² =2.505, p= 0.644			x ² = 10.847, p= 0.028		
En Uzun Süre Yaşanan Yer						
Köy/ kasaba(kırsal)	9 (60.0)	3 (20.0)	3 (20.0)	12 (48.0)	11 (44.0)	2 (8.0)
İl/ilçe(kentsel)	24 (72.7)	5 (15.2)	4 (12.1)	3 (12.0)	20 (80.0)	2 (8.0)
Test	x ² = 0.827 p= 0.661			x ² = 0.013 p= 0.018		
Doğum Sayısı						
Nullipar	13 (65.0)	4 (20.0)	3 (15.0)	5 (22.7)	17 (77.3)	0 (0)
Multipar	20 (71.4)	4 (14.3)	4 (14.3)	10 (35.7)	14 (50.0)	4 (14.3)
Test	x ² = 0.303, p= .860			x ² = 5.314, p= .070		
1.Trimester Bulantı-kusma						
Evet	12 (54.5)	4 (18.2)	6 (27.3)	8 (44.4)	7 (38.9)	3 (16.7)
Hayır	21 (80.8)	4 (15.4)	1 (3.8)	7 (21.9)	24 (75.0)	1 (3.1)
Test	x ² = 5.732 p= 0.057			x ² = 7.020 p= 0.030		

χ^2 (ki-kare)

Girişim/kontrol grubu gebe kadınların bireysel özelliklerinden, eğitim durumu, aylık gelir durumu, en uzun süre yaşanan yer, doğum sayısı ve birinci trimesterde bulantı-kusma yaşama durumu ile İOM rehberine göre kilo alım durumlarının karşılaştırması *Tablo 29' da* gösterilmiştir.

Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların eğitim durumu ile İOM rehber kurallarına göre kilo alımları kıyaslandığında her iki grupta da üniversite ve lise mezunu olanların ilköğretim mezunlarına göre daha fazla kilo aldığı belirlenmiş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (*Tablo 29*).

Girişim grubu gebe kadınların aylık gelir durumu düşük olanların (850 TL altı) İOM rehberine göre uygun kilo aldığı, gelir durumu orta (851-1700TL) ve yüksek olanların (1701 TL üstü) fazla kilo aldığı görülmüş, fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=.644$, $p>0.05$). Kontrol grubunda ise gelir durumu orta düzeyde olanlar (%82.4) ve yüksek olanlar (%57.1) fazla kilo almış ve gelir durumu ile İOM rehberine göre kilo alım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=.028$, $p<0.05$) (*Tablo 29*).

Kontrol grubundaki gebe kadınlarda uzun süre kentsel bölgede yaşayanların (%80) kırsal bölgede yaşayanlara göre (%44) fazla kilo aldığı görülmüş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=.018$, $p<0.05$). Girişim grubu gebe kadınların uzun süre yaşadıkları yer ile İOM rehber önerisine göre kilo alımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$)

Girişim ve kontrol grubu nullipar kadınlarda multiparlara göre İOM rehber önerisine göre fazla kilo aldığı gözlenmiştir. Fakat her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (*Tablo 29*).

Gebe kadınların birinci trimesterde aşırı bulantı kusma yaşama durumları ile GKA karşılaştırıldığında; kontrol grubunda aşırı bulantı kusma yaşamayanların yüksek oranda fazla kilo aldığı (%75) yaşayanların ise uygun kilo aldığı (%44.4), belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=.030$, $p<0.05$). Girişim grubunda bulantı kusma yaşama durumları ile İOM rehber önerisine göre kilo alım durumları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (*Tablo 29*).

Girişim/kontrol grupları arasında İOM rehber önerisine göre kilo alım durumları ile yaş, çalışma durumu, aile tipi, sigara içme durumu ve sağlık algılamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 30' da aşırı GKA ile bebek doğum ağırlığı karşılaştırıldığında; kontrol grubunda 4000 gr ve üstü iri bebek doğuran kadınların %85.7'sinin aşırı kilo aldığı görülmüş fakat aralarında istatistiksel olarak bir fark belirlenmemiştir. ($p= .229$, $p>0.05$). Girişim grubunda bebek doğum ağırlığı ile GKA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınların doğum şekli ile aşırı GKA durumları karşılaştırıldığında kontrol grubunda fazla kilo alan kadınların % 90'ı, girişim grubunda % 25'i endikasyon nedeniyle sezaryen doğum yaptığı belirlenmiş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (*Tablo 30*).

Gruplar arasında İOM rehberine göre kilo alım durumları ile gebelikte oluşan preeklampsi, GDM, gebelik hipertansiyonu, gebelikte yaşanan stres arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 30. Girişim/Kontrol Grubu Kadınların İOM Rehberine Göre Kilo Alım Durumları ile Doğum Şekli ve Bebek Doğum Kilosunun Karşılaştırması

Değişkenler	<u>Girişim</u> İOM Rehberine Göre		<u>Kontrol</u> İOM Rehberine Göre	
	Uygun ve Az Kilo Alan	Aşırı kilo Alan	Uygun ve Az Kilo Alan	Aşırı Kilo Alan
Doğum şekli	S %	S %	S %	S %
Vajinal doğum	16 (88.9)	2 (11.1)	12 (44.4)	15 (55.6)
Elektif sezaryen	15(83.3)	3 (16.7)	6 (46.2)	7(53.8)
Sezaryen	9 (75.0)	3 (25.0)	1 (10.0)	9 (90.0)
Test	$\chi^2=1.000$, $P=0.60$		$\chi^2= 4.17$, $p=0.12$	
Bebek Doğum Ağırlığı (gr)				
4000 gr altı	36 (85.7)	6 (14.3)	18 (41.9)	25 (58.1)
4000 gr ve üstü	4 (66.7)	2 (33.3)	1 (14.3)	6 (85.7)
Test	$\chi^2= 1.371$ $p= .258$		$\chi^2=1.943$ $p= .229^a$	

χ^2 (ki-kare). a.(Fisher kesin ki-kare)

Tablo 31' de girişim/kontrol grubu gebe kadınların ön/ara/son izlemlerde ara öğün sayısı ve günlük tüketilen besinler ile GKA arasındaki korelasyon katsayıları verilmiştir.

Girişim grubu gebe kadınlarda, ara ve son izlemde süt/ yoğurt, et-kuru baklagiller tüketimi ile GKA arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Girişim grubu gebe kadınlarda ara izlem sebze-meyve tüketimi ile GKA arasında pozitif yönlü($p<0.05$), son izlemde sebze-meyve tüketimi ile GKA arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Girişim grubu ara izlem tatlı tüketimi ile GKA arasında pozitif yönlü ($p<0.05$), ön izlem esmer/kepekli ekmek tüketimi ile GKA arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 31).

Kontrol grubu son izlemde ara öğün sayısı ile GKA arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Kontrol grubu son izlemde süt/ yoğurt ve et-kuru baklagiller tüketimi ile GKA arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 31).

Tablo 31. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Ön/Ara/Son İzlemlerde Ara Öğün Sayısı ve Günlük Tüketilen Besinler ile Gastasyonel Kilo Alımı Arasındaki İlişki

Günlük Tüketilen Besin Grupları	İzlemler	Girişim (n=48) GKA		Kontrol (n=50) GKA	
		r	p	r	p
Ara öğün sayısı	Ön izlem	.068	.645	.093	.522
	Ara izlem	.253	.083	--	--
	Son izlem	.159	.280	.371**	.008
Süt yoğurt	Ön izlem	.188	.200	.101	.485
	Ara izlem	.433**	.002	--	--
	Son izlem	.383**	.007	.285*	.045
Et-kuru baklagiller	Ön izlem	.178	.227	.190	.187
	Ara izlem	.369**	.010	--	--
	Son izlem	.433**	.002	.303*	.032
Sebze- meyve	Ön izlem	.098	.510	.173	.229
	Ara izlem	.346*	.016	--	--
	Son izlem	.461**	.001	.005	.975
Tatlılar	Ön izlem	.129	.382	.233	.103
	Ara izlem	.313*	.030	--	--
	Son izlem	.205	.162	.181	.207
Kızartmalar	Ön izlem	-.213	.146	-.033	.822
	Ara izlem	.018	.901	--	--
	Son izlem	.020	.892	.073	.616
Esmer/kepekli ekmek	Ön izlem	.369**	.010	-.004	.978
	Ara izlem	.096	.518	--	--
	Son izlem	.196	.182	.195	.174
Tahıllar	Ön izlem	-.206	.161	.021	.883
	Ara izlem	.040	.789	--	--
	Son izlem	.153	.300	.020	.890

r (Spearman korelasyon), $p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$

Tablo 32. Girişim Grubu Gebe Kadınların Son İzlemde Günlük Tükettikleri Besin Grupları Porsiyon Ortalamaları ile İOM Rehber Önerisine Göre Kilo Alım Durumlarının Karşılaştırılması

Besin Tüketimi/gün	Girişim Grubu		Son İzlem		Test	
	IOM Önerisine Göre GKA	n	Ort.	Sd	KW	p
Süt yoğurt	Uygun Fazla Az	33 8 7	2.94 3.50 2.43	.49 .76 .97	8.67	.013
Et-kuru baklagiller	Uygun Fazla Az	33 8 7	2.58 3.25 2.29	.66 .70 .75	6.92	.031
Sebze- meyve	Uygun Fazla Az	33 8 7	8.30 10.13 7.43	1.79 2.10 1.81	8.86	.012
Tatlılar	Uygun Fazla Az	33 8 7	.4530 1.44 .38	.33 1.10 .317	7.89	.019
Kızartmalar	Uygun Fazla Az	33 8 7	.14 .15 .12	.094 .141 .096	.309	.857
Esmer/kepekli ekmek	Uygun Fazla Az	33 8 7	2.7 4.0 2.7	2.15 2.77 2.75	1.94	.379
Tahıllar	Uygun Fazla Az	33 8 7	3.4 5.0 3.4	2.33 2.00 2.50	4.28	.117

KW(Kruskal Wallis Varyans Analizi)

Tablo 32’de girişim grubu gebe kadınların son izlem günlük tükettikleri besin grupları porsiyon ortalamaları ile İOM rehber önerisine göre kilo alım durumlarının karşılaştırılması verilmiştir. Son izlemde; İOM rehber önerisine göre fazla kilo alan kadınların günlük süt/ yoğurt ($3.50 \pm .76$), et-kuru baklagiller($3.25 \pm .70$), sebze/meyve (10.13 ± 2.10) ve tatlı grubu (1.44 ± 1.10) besin tüketim oranları uygun ve az kilo alan gebe kadınlara göre fazla bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark

saptanmıştır ($p<0.05$). Girişim grubu gebe kadınların kızartma grubu, esmer/kepekli ekmek ve tahıl grubu günlük tüketimi ile GKA arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Kontrol grubu gebe kadınların ön izlem /son izlem günlük tükettikleri besin grupları ile İOM rehber önerisine göre GKA arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 33. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Ön/Ara/Son izlem Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Gestasyonel Kilo Alımı Arasındaki İlişki

FA Düzeyi	İzlemler	Girişim (n=48) GKA		Kontrol (n=50) GKA	
		r	p	r	p
Toplam FA (MET/dk/hafta)	Ön izlem	-.308*	.033	.009	.948
	Ara izlem	.037	.804	--	--
	Son izlem	-.293*	.043	-.295*	.037
Oturma süresi (dk/gün)	Ön izlem	.143	.333	-.053	.715
	Ara izlem	.077	.602	--	--
	Son izlem	.306*	.034	.464***	.001

r (Spearman korelasyon), $p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$

Girişim/kontrol grubu gebe kadınların fiziksel aktivite (FA) düzeyleri ile GKA arasındaki korelasyon katsayıları *Tablo 33'de* verilmiştir. Girişim grubu gebe kadınların ön izlem ve son izlem toplam FA düzeyleri ile GKA arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Son izlem günlük oturma süreleri ile GKA arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Kontrol grubu gebe kadınların son izlem toplam FA düzeyleri ile GKA arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Son izlem günlük oturma süreleri ile GKA arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$) (*Tablo33*).

Tablo 34. Girişim /Kontrol Grubu Gebe Kadınların Ön izlem /Son İzlem Toplam Fiziksel Aktivite ve Oturma Süresi

Puan Ortalamaları ile İOM Rehberine Göre Kilo Alım Durumlarının Karşılaştırılması

Girişim Grubu	IOM Rehberine Göre GKA	n	Ön izlem		Test		Son izlem		Test	
			Ort.	Sd	KW	p	Ort.	Sd	KW	p
Toplam FA (MET/dk/hafta)	Uygun	33	1481.04	1249.51	11 .183	.004	3512.92	1928.57	5.239	.073
	Fazla	8	921.0	477.19			2458.68	1250.49		
	Az	7	3595.5	2438.47			4923.85	1881.14		
Oturma süresi (dk/gün)	Uygun	33	505.45	176.86	.606	.738	414.54	147.24	5.738	.057
	Fazla	8	555.00	138.87			555.00	146.09		
	Az	7	497.14	145.79			437.14	113.38		
Kontrol Grubu										
Toplam FA (MET/dk/hafta)	Uygun	15	1836.36	1363.26	7.561	.023	5914.70	2963.40	17.589	.000
	Fazla	31	1535.46	1743.81			2586.33	1208.34		
	Az	4	402.0	361.80			3985.50	3139.44		
Oturma süresi (dk/gün)	Uygun	15	480.0	181.42	4.021	.134	356.00	146.03	16.500	.000
	Fazla	31	557.41	201.51			615.48	187.80		
	Az	4	690.0	114.89			510.00	77.45		

KW(Kruskal Wallis Varyans Analizi)

Girişim /kontrol grubu gebe kadınların ön izlem /son izlem toplam FA düzeyi ve oturma süresi puan ortalamaları ile İOM rehber önerisine göre kilo alım durumlarının karşılaştırılması *Tablo 34'de* verilmiştir.

Girişim grubu gebe kadınlarda ön izlem toplam FA düzeyi puanı az olan kadınların (921.0 ± 477.1) İOM rehber önerisine göre fazla kilo aldığı, toplam FA düzeyi puanı yüksek olanların (3595.5 ± 2438.4) az kilo aldığı belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=.004$, $p < 0.05$). Girişim grubu gebe kadınların son izlemde İOM rehber önerisine göre fazla kilo alan kadınların toplam FA puanı (2458.6 ± 1250.4), uygun kilo alan (3512.9 ± 1928.5) ve az kilo alan (4923.8 ± 1881.1) kadınlara göre düşük bulunmuş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=.073$, $p > 0.05$) Girişim grubu gebe kadınlarda sedanter davranış olarak günlük oturma süresi ortalaması ile İOM rehberine göre kilo alım durumları arasında ön izlem ($p=.738$) ve son izlemde ($p=.057$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (*Tablo 34*).

Kontrol grubu gebe kadınlarda, İOM rehberine göre uygun kilo alanların ön izlem FA toplam puanı (1836.3 ± 1535.4) ve son izlem FA toplam puanı (5914.7 ± 2963.4), fazla kilo alanlara göre yüksek bulunmuş ve ön izlemde ($p=.023$, $p < 0.05$) ve son izlemde ($p=.000$, $p < 0.001$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kontrol grubu kadınlarda son izlem günlük oturma süresi ortalaması fazla olanların (615.4 ± 187.8) İOM rehberine göre fazla kilo aldığı belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=.000$, $p < 0.001$) (*Tablo 34*).

Tablo 35. Girişim/Kontrol Grubu Gebe Kadınların Ön İzlem /Son izlem ÖEYÖ ve Alt grup, ÇBASDÖ ve Alt Grup Puan Ortalamaları İle Gestasyonel Kilo alımı Arasındaki İlişki

ÖEYÖ ve Alt gruplar	<u>Girişim Grubu</u> GKA				<u>Kontrol Grubu</u> GKA			
	Ön İzlem		Son İzlem		Ön İzlem		Son İzlem	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Davranışa Başlama (DB)	-.094	.525	.009	.951	.264	.064	.086	.551
Davranışı Sürdürme (DS)	-.055	.712	-.010	.948	.272	.056	.020	.892
Davranışı Tamamlama (DT)	-.019	.900	-.147	.317	.224	.119	.050	.729
Engellerle Mücadele (EM)	.076	.607	-.136	.357	.545**	.000	.159	.271
TOPLAM (ÖEYÖ)	-.054	.716	-.061	.682	.408**	.003	.045	.758
ÇBASDÖ ve Alt Gruplar	r	p	r	p	r	p	r	p
Özel insan (Eş)	.057	.701	-.001	.996	.171	.235	.085	.558
Aile	.098	.507	.147	.317	.092	.525	.145	.314
Arkadaş	-.020	.893	-.067	.649	.147	.310	.150	.298
TOPLAM (ÇBASDÖ)	.061	.681	.039	.791	.149	.303	.099	.492

*r (spearman sıra korelasyon), p<0.01***

Tablo 35’ de girişim/kontrol grubu gebe kadınların ön izlem/ son izlem ÖEYÖ ve alt grupları ve ÇBASDÖ ve alt grupları puan ortalamaları ile GKA arasındaki korelasyon katsayıları verilmiştir.

Girişim grubu gebe kadınlarda ön izlem/ son izlem ÖEYÖ toplam ve alt grup puanları ile GKA arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 35).

Kontrol grubu gebe kadınların ön izlem, ÖEYÖ toplam puanı ve alt gruplarından engellerle mücadele puanı ile GKA arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$) (*Tablo 35*). Kontrol grubu gebe kadınların ön izlem ÖEYÖ toplam puanı ve alt gruplarından engellerle mücadele puanı yüksek olan kadınların İOM rehber önerilerine göre fazla kilo aldığı ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır($p<0.05$).

Kontrol grubu gebe kadınlarda son izlemde ÖEYÖ toplam ve alt grupları ile GKA ve İOM rehber önerilerine göre kilo alımı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır($p>0.05$) (*Tablo 35*).

Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların ön izlem/ son izlem ÇBASDÖ toplam ve alt grup puan ortalamaları ile GKA arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon ilişkisi bulunmamıştır ($p> 0.05$) (*Tablo 35*).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu araştırma birinci basamak sağlık hizmeti verilen aile sağlığı merkezlerine kayıtlı yapılmıştır. Araştırma kırsal ve kentsel bölgede yaşayan düşük, orta ve yüksek sosyo ekonomik durumu olan gebelerde yürütülmüştür. Çalışma, SBT ve TM'in davranış değişim aşaması temelli sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite bireysel danışmanlık girişiminin rutin prenatal bakıma karşı gestasyonel kilo alımını inceleyen randomize kontrollü, yarı deneysel bir çalışmadır.

Araştırmada elde edilen bulgular araştırma hipotezleri dikkate alınarak literatür doğrultusunda yedi bölümde tartışılmıştır.

4.1. GİRİŞİM/KONTROL GRUBU GEBE KADINLARIN GESTASYONEL KİLO ALIMININ İNCELENMESİ

Bu çalışmada; SBT ve TM davranış değişim aşaması temelli yapılan sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi artırma bireysel danışmanlık girişiminin gebelikte kilo yönetiminde etkili olduğu belirlenmiştir. Araştırma da girişim grubunda gestasyonel kilo alımı ($10.2 \pm 4.40\text{kg}$) kontrol grubuna göre ($13.8 \pm 5.4\text{kg}$) daha az bulunmuş ve gruplar arasında anlamlı istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 24). Bu sonuç doğrultusunda **H₁ hipotezi** (Teori temelli sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite bireysel danışmanlık girişimi gestasyonel kilo alımını azaltır) kabul edilmiştir.

Literatürde gebelikte kilo yönetimine etkisini inceleyen bir dizi yaşam tarzı müdahalesi çalışmasında farklı bulgular saptanmıştır. Konu ile ilgili yapılan sekiz çalışmada (14,31,47,48,68,89,99,108) her antenatal izlemde düzenli kilo izlemi yapılmış ve sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik girişimlerde

bulunulmuş, 1990 yılı İOM rehber önerilerine göre GKA sağlanmaya çalışılmıştır (26,115). Asbee arkadaşlarının (normal, preobez, obez) randomize kontrollü (RK) çalışmasında, beslenme ve yaşam tarzı danışmanlığının GKA'nı azalttığı bulunmuş, fakat aşırı GKA oranında girişim grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında önemli bir azalma olmamış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p<0.05$) (14).

Claesson ve arkadaşlarının (2008) İsveç'te obez gebelerde yaptığı randomize olmayan çalışmada gebe kadınlarda yapılan egzersiz programının GKA'nı azalttığını belirlenmiştir (31). Wolff ve arkadaşlarının (2008) obez gebelerde yaptığı RK çalışmada beslenme danışmanlığının obez gebelerde GKA'nı önemli derecede azalttığı bulunmuş, fakat girişim ve kontrol grubu arasında aşırı GKA bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır(132).

Yapılan üç randomize kontrollü (RK) (49, 58, 99) ve iki randomize olmayan çalışmada (68, 89), yapılan girişimlerin girişim ve kontrol grubu arasında GKA ve aşırı GKA arasında önemli bir değişiklik oluşturmadığı saptanmıştır (26).

Olson ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada sağlık profesyonelleri tarafından yapılan gestasyonel kilo artışı izlemi ile mektupla hasta eğitimi programını kontrol grubu ile karşılaştırmışlar, çalışma popülasyonlarının sadece düşük gelirli alt-grubunda aşırı kilo artışı riskinin azalttığını saptamışlardır (89). Literatürde 2009 yılı İOM rehber önerilerine göre kadınların GKA'nı araştıran çalışmaların sayısı sınırlıdır. Hui ve arkadaşlarının (2011) yaptığı RK çalışmada gebelik süresince toplum temelli egzersiz ve bireyselleştirilmiş beslenme girişimlerinin, kentsel yaşam süren gebe kadınlarda İOM 2009 yılı rehber kurallarına göre gebelikte aşırı GKA yaygınlığını anlamlı düzeyde azalttığı bulunmuş ve bu

durumun FA artıran ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanan gebe kadınlarla da ilişkisi olduğu belirlenmiştir (57).

Bu araştırmada gebe kadınların İOM rehber önerilerine uyum durumu girişim grubunda % 68.8, kontrol grubunda % 30 bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p<0.001$) (Tablo 25). Araştırmanın başında, güç analizinde hedeflenen % 60 İOM rehber önerilerine uyum oranına ulaşılmıştır. Girişim grubu gebe kadınlarda İOM rehber önerilerine uyum sağlamayanların %16.7'sinde, kontrol grubunda % 62'sinde aşırı gestasyonel kilo alımı olmuştur. Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların 2009 yılı İOM rehber önerisine göre kilo alım durumları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 25). Gebelikte süresince yapılan yaşam tarzı girişimleri ile 2009 yılı İOM kurallarına göre aşırı GKA prevalansı, girişim grubunda (%16.7) kontrol grubuna göre (%62) anlamlı şekilde azalmıştır ($p<0.001$) (Tablo 26).

Asbee ve arkadaşlarının (2009) Amerika'da yaptığı çalışmada yoğun danışmanlık grubunda rutin bakım grubuna göre daha az ağırlık artışı olmasına rağmen, gruplar arasında İOM rehber önerilerine uyum durumları bakımından anlamlı fark saptanmamıştır. Aynı çalışmada yoğun danışmanlık grubundaki gebelerin %61.4'nün, rutin bakım grubunun %48.8'nin İOM önerilerine uyum sağladığı belirtilmiştir(14).

Hui ve arkadaşlarının (2011) Kanada da yaptığı RK çalışmada GKA açısından anlamlı bir fark saptanmamış fakat ilk kez yaşam tarzı girişimlerinin aşırı GKA' nı girişim grubu gebe kadınlarda (%35.3) kontrol grubuna göre (% 54.5) önemli derecede azalttığı bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir(57).

Mottola ve arkadaşlarının Kanada da (2010) fazla kilolu ve obez gebelerde yaptıkları tek kollu retrospektif kohort çalışmasında, 2009 yılı İOM rehberi kullanılmış ve gebelik süresince beslenme ve egzersiz programı alan fazla kilolu ve obez kadınlarda aşırı GKA'nın %80 azaldığı belirlenmiştir(83). Asbee, Hui (2011) ve Mottola'nın çalışmasındaki bulgular bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Aynı zamanda **H₂ hipotezi** (Girişim grubu gebe kadınların İOM rehber önerilerine uyum oranı kontrol grubu gebe kadınlara göre yüksektir) ve **H₃ hipotezi** (Girişim grubu gebe kadınların kontrol grubu gebe kadınlara göre Tıp Enstitüsü (İOM) rehber önerilerine göre aşırı gestasyonel kilo alımı azdır) olumlu yönde desteklenmiş ve kabul edilmiştir.

Literatürde bazı çalışmalarda kadınların yalnızca % 30-40' nın İOM önerilerine uygun kilo aldıkları belirtilmektedir (11, 14). Amerika da 2002–2003 yılları arası gebelik risk tanılamasında 1990 yılı rehberine göre gebe kadınların % 50–73 az veya aşırı kilo aldığı belirtilmiştir (103).

Toplum temelli yapılan son çalışmalarda, kadınların İOM rehber önerilerini aştığı, aşırı GKA oranlarının %43 ile %53 arasında yüksek oranlarda olduğu bildirilmiştir (116,126.). Walker ve arkadaşlarının(2009) yaptığı vaka-kontrol çalışmasında kadınların %35.7'sinin aşırı kilo aldığı %30.4'nün yetersiz kilo aldığı, % 33.9'nun İOM rehber önerilerine uygun kilo aldığı saptanmıştır(126). Stuebe ve arkadaşlarının (2009) Kohort araştırmasında kadınların % 51'nin aşırı gestasyonel kilo aldığı belirlenmiştir(116). Bu sonuçlar aşırı gestasyonel kilo alımının gittikçe arttığını göstermektedir.

Hui ve arkadaşlarının (2011) RK çalışmalarında aşırı GKA yaygınlığını 2009 yılı ve 1990 yılı İOM rehber önerilerini kıyaslamışlar, kontrol grubunda göreceli olarak yeni rehber göre aşırı GKA beklenenden daha yüksek olduğunu bulmuşlardır

(% 44 karşısında, % 54). Girişim grubunda aşırı GKA sıklığı 2009 yılı önerisine göre % 35 ve 1990 yılı rehberine göre % 27 belirlemiştir. Aynı çalışmada uygulanan yaşam tarzı girişimleri, 1990 ve 2009 yılı IOM önerileri kullanılarak değerlendirilmiş ve aşırı GKA azalttığı öne sürülmüştür (57).

Gebelikteki kilo alımının izlenmesi ve 2009 yılı IOM rehber önerilerine göre kilo yönetiminin yapılması gebe kadınlarda aşırı GKA'nı önleyebilir. Böylece maternal obezite gelişimi önlenerek kadın popülasyonunda ki obezite oranı azaltılabilir(57). Gebelikte İOM rehber önerilerine göre kilo alan kadınlarda aşırı veya az kilo alanlara göre daha iyi maternal ve neonatal sağlık sonuçları oluşmaktadır(130).

4.2. GİRİŞİM/KONTROL GRUBU GEBE KADINLARIN GESTASYONEL KİLO ALIMINI ETKİLEYEN BİREYSEL ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

4.2.1. Antropometrik Özelliklerin İncelenmesi

Gebe kadınların antropometrik özelliklerinden gebeliğe başlangıç kilosu, boy, gebelik öncesi VKİ ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (*Tablo 8*). Gruplar arasında homojen dağılım sağlanmıştır.

Gebelik öncesi VKİ, İOM rehber önerilerine uyumun en önemli belirleyicisidir. Bu çalışmada, gebelik öncesi VKİ normal kiloda ($18.5\text{--}24.9\text{ kg/m}^2$) olanların uyum oranı (girişim grubu %80, kontrol grubu %43.8), fazla kilolu ($25\text{--}29.9\text{ kg/m}^2$) ve obez ($25\text{--}29.9\text{ kg/m}^2$) kadınların uyum oranına göre en yüksek belirlenmiş, fakat aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır($p> 0.05$) (*Tablo 27*).

Bu çalışmada yapılan girişim sonucu, İOM rehber önerisine uygun kilo alımına bakılmış, gebelik öncesi VKİ normal kilolu kadınların girişim grubunda % 6.7'sinin aşırı, kontrol grubunda %50'sinin aşırı, fazla kilolu kadınların girişim grubunda % 15.8'nin aşırı, kontrol grubunda %72.2'nin aşırı, obez kadınların

girişim grubunda % 28.6'nın aşırı, kontrol grubunda % 62.5'nin aşırı kilo aldığı saptanmış fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 28).

Asbee ve arkadaşlarının(2009) çalışmasında, gebelik başlangıç VKİ göre fazla kilolu (VKİ 26-29) ve obez (VKİ> 29) olan kadınların İOM kurallarına bağlılık oranını daha az bulunmuş, yoğun danışmanlık ve rutin prenatal bakımda VKİ ile İOM rehberine uyum oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yoğun danışmanlık grubundaki gebelerin % 61.4'nün, rutin prenatal bakım grubunun % 48.8'nin İOM rehber önerilerine uyum sağladığı belirlenmiştir (14).

Stuebe ve arkadaşlarının (2009) Amerika'da yaptıkları Kohort çalışmasında, VKİ ile aşırı GKA arasında çok değişkenli lojistik regresyon ileri analizi yapılmış ve normal kilolu kadınlara kıyasla fazla kilolu kadınların ($26-29 \text{ kg/m}^2$) obez kadınlardan daha fazla aşırı kilo aldığı saptanmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır(116).

Pooley ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2002) yapılan girişimin İOM önerilerini aşan normal kilolu kadınların yüzdesini anlamlı bir şekilde azalttığını saptamışlardır (girişim grubu 33% , kontrol grubu % 58, $p<0.05$). Ancak, fazla kilolu kadınlarda zıt yönde anlamlı olmayan bir etki bulunmuştur. Girişim uygulanan grupta fazla kilolu ve obez kadınların %59'u aşırı kilo almış, rutin bakım grubunda ise fazla kilolu ve obez kadınların %32'si aşırı kilo almıştır. Bu sonuçlar çelişkilidir(99).

Bu araştırmada yürütülen danışmanlık girişimin İOM önerilerini aşan normal kilolu, fazla kilolu ve obez kadınlarda oldukça etkili olduğu görülmüştür. Gebelik süresince sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite danışmanlığı ve kilo izlemlerinin

yapılması gebelik süresince uygun ağırlık artışını sağlayacak ve İOM rehber önerilerine uyumu artıracaktır.

Uzmanlar, gebelik ve doğum sonrası dönem gibi yaşam dönemlerinin başlangıcında obezite salgınının arttığından endişe duymaktadır. Gebelik ve doğum sonrası dönem obezitenin gelişimi ve kalıcı kilo retansiyonu için kritik zamanlardır(104,127). Deneyimli uzmanlar, fazla kilolu ve obez kadınlarda gebelik döneminde oluşan birçok komplikasyonun asıl nedeninin, bu dönemde alınan fazla kilo olduğuna inanmaktadırlar. Günümüzde obez ve fazla kilolu kadınların gebelikleri süresince fazla kilo almaları, onların kilolarını artırmaktadır. Aşırı GKA gestasyonel diyabet, gebeliğe bağlı hipertansiyon, preeklamsi, operatif vajinal doğum, sezaryen doğum ve makrozomi gibi bir takım olumsuz gebelik, doğum sonuçları ve postpartum obezite ile ilişkili bulunmuştur. Aşırı GKA aynı zamanda çocukluk obezitesini tetikleyen önemli bir prenatal risk faktörüdür (1, 12, 14, 57, 73, 115).

Gebelikte kilo alımının azaltılması, gebelik ve doğum komplikasyonlarını, postpartum obezitenin ve obezite ile ilişkili, diabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalıkların azaltılmasını da sağlayacaktır (1, 12, 14, 57, 68, 73, 115).

4.2.2. Sosyo-Demografik ve Doğurganlık Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubu gebe kadınların yaş, eğitim, gelir, sosyal güvencesi olma durumu, en uzun süre yaşanan yer, aile tipi, gebelik öncesi aktivite durumu, parite ve sağlık alışkanlıkları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6, 7, 9).

Bu çalışmada girişim ve kontrol grubu gebe kadınların 2009 yılı İOM rehber önerilerine göre gestasyonel kilo alımları ile eğitim durumu, yaş, çalışma durumu,

aile tipi, sigara içme durumu ve sağlık algılamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Yapılan bazı RK çalışmalarda, gebelik öncesi VKİ, yaş, eğitim, sigara kullanma durumu, sosyo ekonomik durum gibi faktörlerin GKA üzerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir (14, 31, 57, 58, 115). Yapılan randomize olmayan çalışmaların bazılarında ise; yaş, (108), sosyo ekonomik durum (31), gebelik öncesi VKİ, eğitim ve sigara alışkanlığı (68) ile GKA arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar belirlenmiştir. Gebelik öncesi VKİ, GKA' ında belirleyici bir role sahiptir. Anne yaşının uç noktalarda olması GKA etkilemektedir. Fakat sosyo ekonomik durum eğitim ve sigara alışkanlığı faktörlerinin GKA etkisini kanıtlayacak az sayıda araştırma vardır (115).

Stuebe ve arkadaşlarının(2009) yaptığı kohort çalışmada aşırı GKA ile yaş grupları arasında yapılan çok değişkenli regresyon analizinde, 25-30 yaş grubunda 35 yaş üstü gruptan daha fazla kilo alımı olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir(116).

Bu araştırmada, girişim grubu gebe kadınlardan aylık gelir durumu düşük olanlar İOM rehberine göre uygun kilo almış, gelir durumu orta ve yüksek grupta olanlar ise aşırı GKA saptanmıştır. Fakat yapılan istatistiksel analizde iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Kontrol grubunda ise gelir durumu orta ve fazla düzeyde olanlarda aşırı kilo alımı fazla çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$) (Tablo 29).

Kontrol grubu gebe kadınlarda uzun süre kentsel bölgede yaşayanların (%80) kırsal bölgede yaşayanlara göre (%44) aşırı GKA olduğu bulunmuş ve aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 29). Girişim grubu gebe kadınlarda ise uzun süre kentsel ve kırsal bölgede yaşayanlar ile GKA arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 29). Walker ve arkadaşlarının yaptığı vaka kontrol çalışmasında kentsel bölgede yaşayanların kenar mahallelerde yaşayanlara göre aşırı GKA'nın yüksek olduğu ve aralarında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir(126). Araştırma bulgusu bu literatür bulgusu ile paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada, girişim ve kontrol grubu nullipar kadınların primipar ve multiparlara göre İOM rehber önerisine göre fazla kilo aldığı gözlenmiş fakat her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 29). Stuebe ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, aşırı kilo alımının multipar kadınlara göre nullipar kadınlarda daha fazla olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (116). Asbee ve arkadaşlarının(2009) çalışmasında, nullipar kadınların multipar kadınlara göre fazla kilo aldığı, iki grubun karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmış, yapılan ileri analizde doğum yapan kadınların doğum yapmayan kadınlara göre İOM kurallarına bağlı kalma olasılığının yaklaşık altı kat daha fazla olduğu belirlenmiştir(14).

4.2.3. Sağlık Alışkanlıkları, Beslenme, Fiziksel Aktivite Bilgisi ve Kilo Alım Önerisi Alma Durumlarının İncelenmesi

Araştırmada gebe kadınların %17.3'nün sigara içtiği, %32.6'sının gebelik öncesi sağlığını çok çok iyi/çok iyi, % 74.5'inin gebelik öncesi aktivitesini aktif olarak algıladığı, %77.5'nin haftada üç kez ve üzeri en az 15 dakikayı içeren fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların sağlık alışkanlıkları ve sağlık algılamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 9). Gruplar arasında homojen dağılım sağlanmıştır. Gestasyonel kilo alımı ile sağlık alışkanlıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Gebe kadınların sağlık personelinin gebelikte beslenme ile ilgili bilgi alma durumu kontrol grubunda (% 84), girişim grubuna (% 62.5) göre daha fazla belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 10). Bu durumun kontrol grubundaki gebe kadınların beslenme davranışlarını olumlu yönde etkilediği düşünülmüştür. Gebelikte FA ile ilgili bilgi alma bakımından, kontrol grubu (%60) girişim grubuna (%43.8) göre daha fazla bilgi almış, fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10). Girişim grubunun sağlık personelinin beslenme ve fiziksel aktivite bilgisi alma durumlarının düşük çıkması, danışmandan aldıkları eğitimle kıyasladıkları için yeterli bilgi almadıklarını düşündüklerinden olabilir. Sağlık personeli tarafından, girişim grubuna %37.5, kontrol grubuna %34 oranında gebelikte alması gerektiği kilo ile ilgili öneride bulunulmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 10). Araştırmaya katılan gebelerin gebelikte beslenme, fiziksel aktivite ve kilo alım önerisi bilgisi alma durumu ile GKA arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Gelişmiş ülkelerde gebe eğitimi doğum öncesi bakımın (DÖB) bir parçası olarak yapılmakta ve gebe kadınlara eğitim ve danışmanlık hizmetinde gebelikte beslenme, fiziksel aktivite ve gebelikte alınması gereken kilo konusunda bilgi verilmektedir (50, 103). Ülkemizde gebelere beslenme, FA ve kilo alım önerileri daha çok DÖB aldığı hekim veya ebe/hemşire tarafından, alışıla gelen rutin bilgilendirme tarzında gerçekleştirilmektedir. Gürel ve Kemik'in (2007) yaptığı çalışmada gebe kadınların % 66.7'nin beslenme ve kilo alımı, %19.7'nin gebelikte egzersiz bilgisinin olmadığı belirlenmiştir (50). Sağlık personeli tarafından kadınlara gebelikte aşırı kilo alımının ve obezitenin riskleri konusunda bilgi verilmeli ve gebelikte kilo yönetimi için beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığı yapılmalıdır.

Sağlıklı anne ve bebek için gebelik süresince annenin yeterli ağırlık kazanımı önemlidir. Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM- İntitute Of Medicine) 2009 yılında düzenlediği yeni rehberine göre, gebelik öncesi vücut kitle indeksine (VKİ) göre kilo alım önerisinde bulunulmasını önermiştir. Kanıta dayalı bir rehber olan İOM kilo alım rehberinin, sağlık profesyonelleri ve hemşireler tarafından kullanılması, gebelik öncesi VKİ uygun kilo alımını sağlayacaktır (86,103).

4.3. GİRİŞİM/KONTROL GRUBU GEBE KADINLARDA MATERNAL VE NEONATAL SONUÇLARIN İNCELENMESİ

Bu araştırmada, kadınların gebelik sürecinde yaşadığı sorunlardan aşırı bulantı kusma yaşama, gebelik hipertansiyonu, gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) , erken doğum riski ve anemi sorunları arasında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat girişim grubundaki gebe kadınların gebelikte stres yaşama durumu (%33.3), kontrol grubuna göre yüksek çıkmış (% 14) ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 11).

Bu araştırmada, kontrol grubunda birinci trimesterde aşırı bulantı kusma yaşamayan kadınların yaşayanlara göre fazla kilo aldığı belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p < 0.05$). Girişim grubunda bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 29). Yapılan bazı çalışmalarda, GKA ile birinci trimester bulantı kusma yaşama durumu arasında ilişki bulunmuştur (116,126). Araştırma bulgusu ile bu literatür bulgusu paralellik göstermektedir ($p > 0.05$).

Literatürde, gebelik öncesi VKİ artışı ile gebelikte aşırı kilo alımının GDM gelişimine, makrozomik fetüs, preeklampsi ve sezaryen doğum gibi perinatal komplikasyonlara yol açtığı gösterilmiştir (1, 6, 14). Bu araştırmada gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) kontrol grubunda (9 kişi) girişim grubuna (2 kişi) göre

fazla görülmüş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p < 0.05$) (Tablo 11). Her iki grupta GKA ile GDM arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p < 0.05$). Yapılan bazı RK çalışmalarda GDM oranına bakılmış (57,58 99,132) ve girişim grubu kadınlarda kontrol grubuna göre çok az GDM geliştiği görülmüş fakat istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır. Bu sonuçlar bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Girişim grubu gebe kadınlarda endikasyon nedeniyle sezaryen doğum oranı (%25) kontrol grubuna göre (%20) yüksek olarak belirlenmiş fakat gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 12). Girişim grubunda yüksek çıkmasının nedeni girişim grubu kadınların özel hekim muayenesine gitme oranlarının fazla olması olarak düşünülmüştür. Birçok ülkede ve Türkiye’de sezaryenle doğum oranı yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü’nün tıbbi sebeplerle kabul edilebilir bulduğu sezaryenle doğum sınırı % 15-18 aralığının dardır. Türkiye’de, TNSA 2008 yılı verilerine göre sezaryen doğum oranı % 37’dir (52). Ancak bu çalışmada sezaryen doğum oranı yüksektir. Bunun asıl nedeni olarak sezaryen doğumun normal doğumun alternatifi gibi görülmesi, özel hekim muayenesinin fazla olması sonucu isteğe bağlı sezaryen oranının fazla olması veya hekimin normal vajinal doğumda fazla zaman harcamak istememesi gibi faktörler belirtilmiştir (52).

Literatürde, obez gebeler ve gebelikte aşırı kilo alan kadınlar arasında sezaryen doğum oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu gebe grubunda sezaryen oranlarının yüksek olmasının nedenleri arasında, iri bebek oranlarının daha fazla olması, daha sık fetal distres görülmesi, ilerlemeyen eylem ve sefalopelvik uygunsuzluk endikasyonlarının daha fazla görülmesi sayılabilir (1,34).

Yapılan RK çalışmalarda (14, 57, 58 132) sezaryen doğum oranları, girişim grubunda kontrol grubuna göre daha az bulunmasına rağmen anlamlı fark saptanmamıştır (26). Asbee ve arkadaşlarının çalışmasında istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmasa da sezaryen doğum oranı rutin bakım grubunda (% 27.9) danışmanlık yaptığı gruba (%14.0) göre daha fazla bulunmuştur. Aynı çalışmada kilo alımı fazla olan gebelerde sezaryen doğum oranı yüksek saptanmış ve GKA ile sezaryen doğum arasında anlamlı fark bulunmuştur. Sezaryen nedeni olarak doğum eyleminde uzama rutin bakım grubunda %58, danışmanlık grubunda %25 olarak belirtilmiştir(14).

Bu araştırmada, kontrol grubunda endikasyon nedeniyle sezaryen doğum oranı aşırı GKA olan kadınlarda girişim grubuna göre fazla bulunmuş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır($p>0.05$) (*Tablo 30*).

Bu çalışmada makrozomik bebek (4000 gr ve üstü) doğumu girişim grubunda (%12.5), kontrol grubuna göre (%14.0) daha düşük belirlenmiş, bebek doğum ağırlığı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (*Tablo 12*). Kontrol grubunda 4000 gr ve üstü iri bebek doğum ağırlığı İOM önerisine göre aşırı GKA olan kadınlarda girişim grubuna göre fazla bulunmuş fakat aralarında anlamlı ilişki bulunmamıştır($p>0.05$) (*Tablo 30*).

Maternal obezite ve gebelikte alınan aşırı kilo sonucu son on yıl içinde doğum ağırlığı 4000 gr. üzerinde olan makrozomik bebek oranının %16.7'den %20'ye yükseldiği bildirilmektedir (34). Ağralı'nın (2005) çalışmasında VKİ değeri normal sınırlar içinde olan kontrol grubundaki gebelerde 4000 gr. üzerinde bebek doğum oranı %2.2, VKİ değerine göre yüksek olan grupta % 5.1, VKİ' ne göre çok yüksek olan grupta ise %15.2 olarak bulmuş ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (1).

Yapılan üç RK çalışmada (57, 58, 99) bebek doğum ağırlığı ve makrozomik bebek doğumu bakımından girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu veriler yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir.

4.4. GİRİŞİM/KONTROL GRUBU GEBE KADINLARIN BESLENME DURUMLARININ İNCELENMESİ

Araştırmada girişim öncesi ön izlemde (12-16.hafta) beslenme alışkanlıkları ve günlük tükettikleri besin grupları tüketim sıklıklarında gruplar arasında bir fark saptanmamıştır ($p<0.05$) (Tablo 13, 15).Gruplar arasında beslenme beslenme alışkanlıkları ve besin tüketim sıklıkları açısından homojen dağılım sağlanmıştır.

Araştırmanın son izleminde (36-38. hafta) girişim ve kontrol grubu arasında ana öğün sayısı ve aile içinde yemek yeme şekli (aynı tabak, ayrı tabak, her ikisi de) bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuç doğrultusunda **H₄ hipotezi** (Girişim/ kontrol grubu gebe kadınların son izlem sağlıklı beslenme alışkanlıkları arasında fark vardır) desteklenmiş ve kabul edilmiştir.

Girişim grubu gebe kadınların, günde üç ana öğün yemek yeme alışkanlığı ön izlemde (12-16.Hafta) %58.3 iken, bu oran ara izlem değerlendirmesinde (24-26.hafta) %91.7'i gibi bir başarıya ulaşmış ve son izlemde (36-38.hafta) aynı düzeyi korumuştur. Girişim grubu gebe kadınların ana öğün değişimlerinin ön izlem ile ara izlem ve son izlem karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($p<0.001$), ara izlem -son izlem kıyaslamasında anlamlı fark saptanmamıştır($p>0.05$) (Tablo 14) .

Girişim grubu gebe kadınların ön izlemde en fazla (% 31.3) sabah kahvaltısı öğününü atladıkları belirlenmiş ve bu oran ara izlem ve son izlemde (% 8.3) düşüş

göstermiş fakat izlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Ön izlemde girişim grubu gebe kadınların % 45.8' nin ayrı tabaktan yemek yedikleri, bu oranın ara izlemde %79.2'ye ulaştığı ve son izlemde de aynı seviyede kaldığı saptanmıştır. Girişim grubu gebe kadınların ayrı tabaktan yemek yeme alışkanlıkları bakımından, ön izlem-ara izlem($p<0.05$), ön izlem-son izlem ($p<0.001$) karşılaştırmasında anlamlı fark saptanmış, ara izlem-son izlem karşılaştırmasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14) .

Kontrol grubu gebe kadınların ön izlem ile son izlem kıyaslaması arasında üç ana öğün yemek sayısı ve ara öğün sayılarında artış gözlenmiş, ön izlem ve son izlem karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($p<0.05$), fakat aile içinde aynı tabaktan yemek yeme davranışında artış gözlenmiş ve anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).

Sağlıklı ve dengeli beslenme, hayatın her döneminde çok önemli olduğu gibi, gebelik döneminde de önemlidir. Bebeğin anne karnında sağlıklı gelişebilmesi için birçok besin ögesi gereklidir ve bu besin öğelerini dengeli olarak sağlamanın en doğal yolu, sağlıklı beslenmedir(105). Gebelik döneminde yetersiz ve dengesiz beslenme maternal ve fetal sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Gebelik döneminde annenin dengesiz beslenmesi ve aşırı kilo alımı doğum sonrası obezite riskini artırmaktadır (68).

Sağlıklı beslenme de yemeklerin miktarı ve cinsi kadar, tüketim zamanları da büyük önem taşır. Öğün atlama ve düzensiz beslenme alışkanlığı, öğünlerde tüketilen besinlerin türünü ve miktarını etkilemekte, aralarda açlığı bastırmak için seçilen besinlerin, yağ ve karbonhidrat içeriği yüksek besinlerden tercih edilmesine neden olmaktadır. Metabolizmanın düzenli çalışması için yiyeceklerin günde en az üç

öğünde tüketilmesi ve öğünler arasında geçen sürenin 4-5 saat olması önerilmektedir. Öğünleri birleştirmek kişinin bir seferde çok fazla yemek yemesine sebebiyet verecek ve bu da kişinin bu yiyecekleri düzgün bir şekilde enerjiye çevirmesine engel olacaktır. Bu da normal olarak kişide kilo artışına yol açacaktır (122). Önay'ın (2006) Konya ilinde yaptığı çalışmada; gebe kadınların %53.5'nin günde üç öğün yemek yediği belirlenmiş, en fazla atladıkları öğünler sırasıyla öğle öğünü (%56.6) ve sabah kahvaltısı (%50.0) olarak saptanmıştır (94).

Öğün atlama günümüzde sık rastlanan kötü beslenme alışkanlıklarından biridir ve alışkanlık haline geldiği zaman bireyin yeterli ve dengeli beslenmesi engellenmektedir. Yardımcı ve Özçelik'in (2006) Ankara'da yetişkin kadınların beslenme alışkanlıkları üzerine yaptıkları çalışmada; kadınların % 63.4'ünün günde üç ana öğün yediklerini belirlenmiş, öğün atlayan kadınların ise en fazla sabah kahvaltısını (% 61.0) atladıkları saptanmıştır (133).

Ankara'da üç kuşak kadının beslenme alışkanlıklarını araştıran, kız öğrenci ile anne ve anneanneleriyle yapılan araştırmada kızların yüzde 45.1'inin günde iki öğün, annelerin yüzde 66.9'ü ile anneannelerin yüzde 68.3'ünün günde üç öğün yemek yediği belirlenmiştir. Kızların % 63.8'nin en fazla atladığı öğün sabah kahvaltısı olurken, annelerin % 69.7'si ile anneannelerin de % 68.5'nin en çok atladığı öğünün öğlen yemeği olduğunu belirlenmiştir (64).

Yapılan çeşitli araştırmalarda da en çok atlanan öğünün sabah kahvaltısı olduğu belirtilmiştir (133). Günün en önemli öğünü kahvaltı, en kötü beslenme alışkanlığından birisi ise kahvaltıyı atlamaktır. Yapılan çalışmalar, kahvaltı yapmayanlarda verimliliğin kahvaltıyı yapanlara göre çok düşük olduğunu işaret etmektedir (122,133).

Yardımcı ve Özçelik'in (2006) çalışmasında; kadınların aile içinde % 86.6'sının ayrı kaptan, % 9.5'nin aynı kaptan yemek yediği belirlenmiştir. Özellikle kırsal yörelerimizde sofraya veya masanın üzerinde yemek yeme alışkanlığı tek kaptan yemek yemeyi geliştirmiştir. Tek kaptan yemek yeme küçük çocuklarda malnütrisyonu, yetişkinlerde şişmanlığa neden olmaktadır (133).

Bu araştırmada, yapılan bireysel danışmanlık girişimi ile girişim grubundaki gebe kadınların beslenme alışkanlıkları düzenlenmiş, günde üç ana öğün ve üç ara öğün yemek yeme alışkanlığı ve aile içinde ayrı tabakta yemek yeme alışkanlıkları kazandırılmıştır. En fazla atladıkları öğün olan sabah kahvaltısı yapma alışkanlığı artırılmıştır. Bireysel danışmanlık görüşmelerinde yapay ve canlı besin modelleri ile porsiyon büyüklükleri kadınlara öğretilmiştir. Gebe kadınların beslenme alışkanlıkları ile GKA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Fakat girişim grubunda kazandırılan sağlıklı beslenme davranışlarının girişim grubundaki gebelerin aşırı GKA alımının azalmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

Araştırmada gruplar arası son izlem (36-38 hafta) kıyaslamasında, girişim grubunda kontrol grubuna göre esmer/ kepekli ekmek tüketiminde ve az oranda kızartma grubunda artış olmuş, tahıl grubu ve tatlı grubu yiyecek tüketiminde azalma olmuş ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Süt ürünleri, et/kuru baklagiller ve sebze/meyve tüketiminde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 15). Bu sonuçlar doğrultusunda **H₅ hipotezi** (Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların son izlem esmer/ kepekli ekmek ve tatlı besin tüketimi arasında fark vardır) kabul edilmiştir.

Girişim grubu gebe kadınların günlük besin tüketim sıklıklarının ön izlem – ara izlem, ön izlem –son izlem kıyaslamalarında; süt ürünleri grubu ($p<0.05$), et/kuru baklagiller grubu($p<0.05$), sebze/meyve grubu($p<0.001$), esmer/kepekli ekmek grubu($p<0.001$), tahıl grubu, ($p<0.001$), tatlı grubu ($p<0.05$), kızartma grubunda ($p<0.05$), istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (*Tablo 16*).

Girişim grubu gebe kadınlarda ara izlem ve son izlem günlük tükettiği süt/yoğurt, et-kuru baklagiller ve sebze-meyve grubu yiyecekler, ara izlemde tatlı şekerli yiyecek tüketim oranları ile GKA arasında pozitif yönlü korelasyon ilişkisi bulunmuştur (*Tablo 31*).

Girişim grubu son izlemde (36-38 hafta), İOM rehber önerisine göre aşırı kilo alan kadınların, günlük süt/yoğurt ($3.50\pm.76$), et-kuru baklagiller ($3.25\pm.70$), sebze/meyve (10.13 ± 2.10) ve tatlı grubu (1.44 ± 1.10) besin tüketim oranları, uygun ve az kilo alan kadınlara göre fazla bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Kızartma grubu, esmer/kepekli ekmek ve tahıl grubu günlük tüketimi ile İOM önerisine göre GKA arasında anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0.05$) (*Tablo 32*).

Kontrol grubunda ise son izlemde günlük süt/yoğurt ve et-kuru baklagiller besin tüketimi ($p<0.05$) ve ara öğün sayısı($p<0.01$) ile GKA arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur (*Tablo 31*). Kadınların ön izlem /son izlem günlük tükettikleri besin grupları ile İOM rehberine göre GKA arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gestasyonel kilo alımı yönetimi için besin alımı hassas bir durumdur. Daha önce yürütülen çalışmalarda, diyet girişimlerinin GKA üzerine kısmen etkisinin olduğu veya konu ile ilgili çelişkili sonuçlar olduğu belirtilmektedir (48, 57).

Kinnunen ve arkadaşlarının (2007) RK olmayan çalışmasında 36-37. gebelik haftasında yapılan karşılaştırmada, sebze meyve ve kepekli ekmek tüketiminin girişim grubunda kontrol grubuna göre yüksek olduğu bulunmuş ve anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Fakat şekerli, tatlı gıda alımında girişim ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (68).

Stuebe ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında kızarmış yiyeceklerin günlük alım medyan değerlerinde bir fark saptamamış fakat aşırı GKA arasında bir fark bulunmuştur. Aynı çalışmada birinci trimesterde, vejetaryen diyet ile aşırı kilo alımı arasında ters yönde ilişki, toplam enerji alımı ve tam yağlı süt alımı arasında doğrudan ilişki saptanmıştır (116).

Lagiou ve arkadaşlarının (2004) Amerika'da yaptığı çalışmada, 224 gebe kadının ikinci trimester süresince kilo alımları gözlenmiş, enerji alımı ile GKA arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (75). Olafsdottir ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında; gebeliğin 26-29. haftalarında yüksek enerji alımı ile aşırı GKA ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada, fazla tatlı yenmesi ve fazla süt içimi ile aşırı GKA riski arasında ilişki olduğu saptanmıştır (87).

Amerikada 622 gebe ile yapılan çalışmada, günde iki veya daha az porsiyon meyve ve sebze tüketen kadınların, daha fazla meyve ve sebze tüketen kadınlara göre GKA önerilerinden fazla kilo aldıkları belirlenmiştir (90). Bu çalışmada ise aşırı GKA olan kadınların günlük sebze meyve tüketim porsiyonu ortalaması 10 porsiyon bulunmuştur.

4.5. GİRİŞİM/KONTROL GRUBU GEBE KADINLARIN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Gebelik sırasında düzenli fiziksel aktivite yapmanın sağlığa yararları bilinmesine rağmen, gebelerin fiziksel aktivite seviyelerinin gebelik süresince

azaldığı saptanmıştır. Gebelikte fiziksel aktivite yapılmasını; gebelik haftası, sık görülen şikâyetler (bulantı-kusma, yorgunluk, bel ağrısı, ruh hali değişiklikleri gibi), gebenin tutum ve algılamaları etkileyebilmektedir. Gebelikte fiziksel aktivite davranışında birinci, ikinci ve üçüncü trimesterlere göre de değişiklikler olabilir (54). Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği(ACOG) gebe kadınlara haftada en az üç, tercihen beş gün, günde 30 dakika orta derecede fiziksel aktivite yapmasını önermektedir (12).

Gebelikte egzersiz hem fiziksel hem de psikolojik yönden fayda sağlar. Gebelik süresince ve postpartum dönemde, kadınların yaklaşık olarak %60-70'i hareketsizdir. Düşük aktivite ve hareketsiz yaşam tarzı hastalık ve ölüm oranları ile ilişkilidir. Bu nedenle gebelik süresince sağlıklı FA alışkanlıklarının kazandırılması gerekir (40, 41, 117).

Bu çalışmada girişim grubu gebe kadınlara haftada en az üç kez 30 dakika yürüyüş yapması, evde ve toplum içinde boş zaman aktivitelerini artırması yönünde bireysel danışmanlık yapılmıştır. Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların son izlem karşılaştırmasında, FA düzeyi puan ortalamaları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Fakat kontrol grubunda sedanter davranış olarak oturma süresi ortalaması girişim grubu gebe kadınlardan daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 17). Bu sonuç doğrultusunda **H₆ hipotezi** (Girişim/kontrol grubu gebe kadınların son izlem FA düzeyi puanı arasında fark vardır) reddedilmiştir. Araştırmada kontrol grubu gebe kadınlarında son izlemde FA düzeyinin arttığı görülmüştür. Araştırmada mevsimsel özellikler dikkate alınmadığı için kontrol grubundaki kırsal kesimde yaşayan gebe kadınlarda ev ve bahçe işleri temelli orta şiddetli fiziksel aktiviteleri yüksek saptanmıştır. Fakat yürüyüş puanları

daha düşük bulunmuştur. Kontrol grubu gebe kadınların orta şiddetli FA fazla çıkması toplam FA düzeylerini yükseltmiştir.

Hui ve arkadaşlarının(2011) yaptığı yaşam tarzı çalışmasında, girişime başladıktan iki ay sonra girişim grubu gebelerin FA düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (57).

Araştırmada girişim grubu gebe kadınların FA düzeyi, girişim öncesi ön izleme göre ara izlem ve son izlem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). Girişim grubu gebe kadınların ikinci trimester FA düzeyi ara izlemde artış göstermiş ve son trimester izlemde biraz düşme olsa da girişim öncesi birinci trimester izleme göre yüksek seyretmiştir. Girişim grubunda yürüyüş toplam puanı, en yüksek ara izlemde (ikinci trimester) belirlenmiş ve ön izlem ile ara izlem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış($p<0.001$), son izlemde ise düşme görülmüş, ön izlem-son izlem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$). Girişim grubu kadınların sedanter davranış olarak günlük oturma sürelerine bakıldığında ön izlemde daha yüksek olduğu, ara izlem ve son izlemde azaldığı görülmüş, ön izlem-ara izlem ($p<0.001$), ön izlem-son izlem ($p<0.05$), ara izlem-son izlem ($p<0.05$) karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (*Tablo 18*).

Kontrol grubu gebe kadınların son izlem FA düzeyleri ön izlem FA düzeylerine göre artış göstermiş ve aralarında anlamlı fark saptanmıştır($p<0.001$). Yürüyüş toplam puanı ile günlük oturma sürelerinde ise ön izlem ile son izlem arasında bir değişim olmamış ve karşılaştırmasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (*Tablo 18*).

Girişim/kontrol grubu gebe kadınların FA düzeyleri ile gebelikte ağırlık artışı arasında korelasyon katsayıları incelenmiş, girişim grubu gebe kadınların ön izlem ve

son izlem toplam FA düzeyleri ile GKA arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubu gebe kadınların son izlem toplam FA düzeyleri ile GKA arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların son izlem günlük oturma süreleri ile GKA arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 33).

Girişim grubu gebe kadınların ön izlem toplam FA düzeyi puanı düşük olan kadınların İOM rehber önerisine göre aşırı kilo aldığı, FA düzeyi puanı yüksek olanların az kilo aldığı belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Son izlemde ise İOM rehber önerisine göre fazla kilo alan kadınların toplam FA puanı, uygun ve az kilo alan kadınlara göre düşük bulunmuş fakat aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Girişim grubu kadınların sedanter davranış günlük oturma süresi ortalaması ile İOM rehber önerisine göre kilo alımı arasında ön izlem ve son izlemde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 34).

Kontrol grubu gebe kadınlarda, İOM rehber önerisine göre uygun kilo alanların ön izlem ve son izlem FA toplam puanı fazla kilo alanlara göre yüksek bulunmuştur. Bu fark ön izlemde ve son izlemde ($p=.000$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubu kadınların son izlem günlük oturma süresi ortalaması fazla olanların İOM rehber önerisine göre fazla kilo aldığı belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 34). Bu sonuçlar doğrultusunda **H₇ hipotezi** (Fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan kadınların aşırı gestasyonel kilo alımı azdır) kabul edilmiştir.

Stuebe'nin (2009) çalışmasında ikinci trimesterde düzenli fiziksel aktivite ile aşırı GKA arasında ters yönde ilişki olduğu, sedanter yaşam tarzının aşırı kilo artışı riski ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (116). Bu sonuç bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Olson ve Streawderman'nın (2003) 622 gebe kadın ile yaptığı çalışmada; gebelik süresince fiziksel aktivitesini azaltan kadınlarda, gestasyonel kilo alımının yükseldiği saptanmıştır (90). Haakstadt ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında üçüncü trimestir süresince haftada 20 dakikadan az egzersiz yapan kadınların, fiziksel yönden daha fazla aktif olan kadınlara göre fazla kilo aldıkları belirlenmiştir(51). İsveç'te 2008 yılında yapılan çalışmada gebelik öncesi fiziksel aktivite seviyesi yüksek olan kadınların üçüncü trimestir süresince kilo alım oranlarının düşük olduğu belirlenmiştir (77).

Jiang ve arkadaşlarının (2012) Çin'de yaptıkları kohort çalışmasında; sedanter olan kadınların fiziksel olarak aktif olan kadınlara göre aşırı GKA'nın yüksek olduğu belirlenmiş, 2. trimesterde, aktif grup ile sedanter grup karşılaştırıldığında, aşırı GKA aktif grupta % 40 daha düşük bir oranda belirlenmiştir. Aynı çalışmada üçüncü trimesterde aşırı GKA ile aktivitesi düşük olan ve biraz aktif olan gebe kadın grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, aktif olan grupta sedanter gruba göre %35 oranında aşırı GKA arasında azalma gözlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Gebe kadınların 2.trimesterde %50'nin, 3.trimesterde % 60'nın fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiş ve 2-3. trimesterde fiziksel aktivite ile GKA arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Gebelikte fiziksel olarak aktif kalmanın aşırı GKA riskini azaltma ile ilişkili olduğu saptanmıştır(60).

Aşırı GKA önlemek için yapılan FA girişimleri RK çalışmaları meta analizinde, girişim grubu kadınların kontrol grubu kadınlardan daha az GKA olduğu analiz edilmiştir (114). Gebelik sırasında aşırı GKA'nı ve olumsuz gebelik sonuçlarını azaltmada kadınlar FA yapması konusunda teşvik edilmelidir.

4.6. GİRİŞİM/KONTROL GRUBU GEBE KADINLARIN DAVRANIŞ DEĞİŞİM AŞAMALARININ İNCELENMESİ

Bu bölümde; girişim programında yer alan teoriler üstü modelin değişim aşamalarına temellendirilmiş davranış değişim aşamaları tanılaması yapılmıştır. Girişim grubundaki gebelerin uygun kilo alımı sağlamak için; fiziksel aktivite (FA) yapma, günde beş porsiyon ve üzeri sebze/ meyve tüketimi, esmer/kepekli ekmek tüketimi ve günde bir porsiyon ve altı tatlı tüketimine yönelik dört bileşenin davranış değişim aşamaları sorgulanmıştır.

Girişim grubu gebe kadınların fiziksel aktivite (haftada en az üç kez, en az 30 dakika orta şiddette FA; tempolu yürüyüş, yüzme, egzersiz, tarla/bahçe işi vs.) yapma davranışı; ön izlemde (12-16.hafta) düşünme öncesi aşamasında olanların oranı % 20.8 (10 kişi), düşünme aşamasında olanların oranı % 20.8 iken, bu oran giderek azalmış, 2. izlemde düşünme öncesi ve düşünme aşamasında olan belirlenmemiş, 3. izlemde bir kişi düşünme öncesi aşamasında (% 2.1), 4.izlemde beş kişi düşünme öncesi ve düşünme aşamasında, son izlemde (36-38.hafta) gebelik haftasının ilerlemesine bağlı biraz artış olmuş 13 kişi (%27.1) düşünme ve bir kişi (%2.1) düşünme öncesi aşamasında belirlenmiştir. Bu düşüşler bireylerin aşamalarında olumlu yönde değişim olduğunun göstergesidir. Fiziksel aktivite harekete geçme aşaması incelendiğinde; ön izlemde %37.5 ve 2. izlemde %39.6 iken bu oran diğer iki izlemde giderek azalmış son izlemde ise (% 16.7) çok az bir artış göstermiştir. Ön izlemde hareket aşamasında(%4.2) ve sürdürme aşamasında(%16.7) olanların toplamı %20.9 iken bu oran 3.izlemde (24-26.hafta) en yüksek seviyeye ulaşmış(%87.5) ve son izlem ise %54.1'e düşmüştür (*Tablo 20*). Kadınların gebelik haftasına göre de fiziksel aktivitelerinde farklılıklar görülmüş ve gebeliğin son haftalarında fiziksel aktivitelerinde düşüş görülmüştür. Fiziksel aktivite yapma

davranışı için ön izlem ile 2. izlem ($p<0.001$), 3. izlem($p<0.001$), 4.izlem ($p<0.001$), ve son izlem($p<0.05$) arasında ikili karşılaştırmalar yapılmış ve izlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır(*Tablo 20*). Girişim grubu gebe kadınların çoğunluğu fiziksel aktivite yapma davranışında ilerleme yönünde değişim göstermişlerdir.

Literatürde Teoriler üstü model temelli yapılan fiziksel aktivite girişimi ile ilgili girişim çalışmalarının sonucunda, girişim gruplarında fiziksel aktivite oranlarının %50-67 oranında arttığı belirlenmiştir(16).

Kontrol grubu gebe kadınların düzenli fiziksel aktivite yapma davranış değişim aşaması incelendiğinde; ön izlemde %30' u düşünme, %20'si düşünme öncesi aşamasında, hareket (% 6) ve sürdürme aşamasında(%16) olanların toplamı %22'dir. Son izlemde ise % 38'i düşünme öncesi, % 18 düşünme, hareket (%20) ve sürdürme aşamasında (%10) olanların toplam oranı %30' dur. Kontrol grubu gebe kadınların düzenli fiziksel aktivite yapma davranış değişiminde ön izlem- son izlem karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır($p>0.05$) (*Tablo 21*).

Son izlem girişim ve kontrol grubu fiziksel aktivite davranış değişim aşaması kıyaslamasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p<0.05$) (*Tablo 19*).

Tümer'in çalışan yetişkinlerde fiziksel aktiviteyi artırma değişim aşamalı çalışmasında girişim grubundaki bireylerin son izlemde harekete geçme (%58.5) ve sürdürme aşaması (%12.2) oranlarının toplamı %70.7'i bulunmuştur (121). Türkiye de yetişkin çalışan bireylerde yapılan diğer bir değişim aşaması çalışmasında ise son izlemde bireylerin %35.8'i harekete geçme ve %17.0'si sürdürme aşamasında belirlenmiştir (16).

Girişim grubu gebe kadınların günde en az beş porsiyon sebze-meyve tüketimi davranış değişim aşaması incelendiğinde; ön izlemde; % 6.1 düşünme öncesi aşamasında , %2.1 düşünme aşamasında, %10.4'ü hazırlık, %29.2'si hareket, % 52.1 sürdürme aşamasında iken 2. izlemde; bir kişi (%2.1) düşünme aşamasında belirlenmiş daha sonra 3-4-5. izlemlerde düşünme ve düşünme öncesi aşamasında olan belirlenmemiştir. Son izlemde hareket (%20.8) ve sürdürme (%77.1) aşamasında olanların toplamı %97.9' dur. Sebze-meyve tüketimi davranış değişiminde ön izlem ile 2. izlem arasında anlamlı fark saptanmamış ($p>0.05$), ön izlem ile 3. İzlem, 4. izlem ve son izlem arasındaki ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 20).

Kontrol grubu gebe kadınların günde en az beş porsiyon sebze-meyve tüketimi ön izlemde düşünme öncesi (%14) ve düşünme (%10) aşamasında olanların toplamı %24, hareket (% 26) ve sürdürme (% 46) aşamasında olanların toplamı %72 dir. Son izlemde hareket (%28) ve sürdürme (%70) aşamasında olanların toplamı %98' dir. Kontrol grubu gebe kadınların günde en az beş porsiyon sebze-meyve tüketimi ön izlem- son izlem karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 21).

Son izlem girişim ve kontrol grubu arasında günde beş porsiyon ve üzeri sebze/meyve tüketimi davranış değişiminde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır($p>0.05$) (Tablo 19).

Girişim grubu gebelerde kadınlar da sebze meyve tüketim oranları; ön izlemde 6.46 ± 2.47 porsiyon /gün, son izlemde 8.48 ± 1.97 porsiyon /gün, kontrol grubunda ise; ön izlemde 5.62 ± 2.20 porsiyon /gün, son izlemde 9.02 ± 2.95 porsiyon /gün oranında saptanmıştır(Tablo 15). Girişim ve kontrol grubu gebelerin son izlemde sebze-meyve tüketim davranış değişiminin büyük çoğunluğunun sürdürme

aşamasında olduğu görülmektedir. Çalışma yapılan Ödemiş ilçesinin ekonomisinin tarıma dayalı olması ve mevsimsel özellikler nedeniyle sebze meyve tüketim oranı her iki grupta yüksek çıkmıştır.

Chung ve Hoerr'nin(2007) Kore'li kadınlarda yaptığı çalışmada; girişim grubu kadınlarda girişim öncesinde sebze meyve tüketim davranışı %29'u hareket, %26.9'u sürdürme aşamasında belirlenmiş, girişim sonrası %38.2'si hareket, %36'sı sürdürme aşamasında belirlenmiş fakat kontrol grubu ile arasında anlamlı fark saptamamıştır. Girişim grubu kadınlarda beş ya da daha fazla porsiyon meyve ve sebze yiyenlerin yüzdesini fazla bulmuştur(30). Yapılan bazı çalışmalarda sebze meyve tüketimini artırmaya yönelik girişimler yapılmış günlük alınan porsiyon sayısı ortalamasını girişim sonrası son izlemde beş porsiyona çıktığı görülmüştür (30).

Girişim grubu gebe kadınların esmer /kepekli ekmek tüketimi davranış değişim aşamaları incelendiğinde; ön izlemde düşünme öncesi (%14.6) ve düşünme (41.7) aşamasında olanların oranı %56.3 iken bu oran 3.izlemde iki kişiye düşmüş ve son izlemde ise (11 kişi) %22.9'e düşmüştür. Ön izlemde hareket ve sürdürme aşamasında olanların oranı dört kişi iken (%8.3), 4-5. izlemde hareket(% 62.5) ve sürdürme (%6.2) aşamasında olanların oranı % 68.7'ye çıkmıştır. Girişim grubu gebe kadınlarda esmer /kepekli ekmek tüketimi davranış değişiminde ön izlem ile 2. izlem, 3. izlem, 4. izlem ve son izlem arasındaki ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 20).

Kontrol grubu gebe kadınların esmer /kepekli ekmek tüketimi ön izlemde; %54'ü düşünme öncesi, %16'sı hareket aşamasında, % 6'sı sürdürme aşamasında, son izlemde ise %66'sı düşünme öncesi, % 20'si hareket ve sürdürme aşamasındadır. Kontrol grubu gebe kadınların esmer/kepekli ekmek tüketimi davranış değişim aşaması ön izlem- son izlem karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark

saptanmamıştır($p>0.05$) (Tablo 21). Son izlem girişim ve kontrol grubu arasında esmer /kepekli ekmek tüketimi davranış değişiminde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p<0.001$) (Tablo 19).

Gebelik sırasında lifli besinlerin tüketimini artırmak kilo artışı, glukoz intoleransı, pre-eklampsi ve kabızlık sorunlarını azaltabilir. Buss ve arkadaşlarının gebe kadınlarda yaptığı çalışmada toplam lifli gıda alımını 30gr./gün önerilen değerin üstünde bulmuştur (24). Gebelikte lif alımının yeterliliğini değerlendiren çok az çalışma vardır. Dünya Sağlık Örgütü günlük lif alımını 25 gr. olarak önermiştir. Gebelik süresince lifli gıdaların (meyve, sebze, kepekli ürünler) alımının artırılması, kilo alımını, glukoz intoleransını, dislipidemi, preeklamsi ve konstipasyonu azaltır (24).

Girişim grubu gebe kadınların günde bir porsiyon ve daha az tatlı besin tüketimi davranış değişim aşamaları incelendiğinde; ön izlemde %14.6'sı düşünme öncesi, %2.1 düşünme aşamasında iken 3-4-5. izlemlerde düşünme öncesi ve düşünme aşamasında olan yoktur. Hareket ve sürdürme aşamaları incelendiğinde, ön izlemde hareket (%31.2) ve sürdürme aşamasında (%35.4) olanların toplamı % 66.6 iken bu oran son izlemde % 91.7'e yükselmiştir. Günde bir porsiyon ve daha az tatlı tüketimi değişiminde ön izlem ile 2. izlem($p<0.05$), 3. izlem($p<0.05$), 4. izlem($p<0.001$) ve son izlem ($p<0.001$) arasında ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 20).

Kontrol grubu gebe kadınların günde bir porsiyon ve daha az tatlı besin tüketim davranış değişimi ise, ön izlemde düşünme öncesi (%8) ve düşünme aşamasında (%10) olanların toplamı %18, son izlemde ise düşünme öncesi ve düşünme aşamasında olanların oranı % 20'dir. Ön izlemde; hareket ve sürdürme aşamasında olanların oranı % 78 iken, bu oran son izlemde % 70'e düşmüştür.

Kontrol grubu gebe kadınların günde bir porsiyon ve daha az tatlı besin tüketimi davranış değişim aşaması ön izlem- son izlem karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır($p>0.05$) (*Tablo 21*).

Son izlem girişim ve kontrol grubu arasında günde bir porsiyon ve daha az tatlı besin tüketim davranış değişiminde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (*Tablo 19*).

4.7.GİRİŞİM/KONTROL GRUBU GEBE KADINLARDA ÖZ ETKİLİLİK-YETERLİK VE ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

4.7.1. Öz Etkililik Yeterlik Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Girişim grubu gebe kadınların grup içi, ön izlem- son izlem ÖEYÖ toplam puan ve alt grup puan ortalamalarının karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kontrol grubu gebe kadınların ÖEYÖ toplam puan ve alt grup puan ortalamalarının ön izlem- son izlem karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (*Tablo 22*). Bu sonuçlar doğrultusunda **H₈ hipotezi** (Girişim grubu gebe kadınların ön izlem-son izlem öz etkililik-yeterlik ölçeği toplam puanı kontrol grubuna göre farklıdır) reddedilmiştir.

Girişim ve kontrol grubu gebe kadınların ÖEYÖ toplam puan ve alt grup puan ortalamalarının ön izlem/ son izlem karşılaştırmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$) (*Tablo 22*).

Girişim grubu gebe kadınların ön izlem/ son izlem ÖEYÖ toplam ve alt grup puanları ile GKA arasındaki korelasyon katsayıları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p> 0.05$). Girişim grubu ÖEYÖ toplam ve alt grup puanları ile İOM rehberine göre kilo alımı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır($p>0.05$).

Kontrol grubu gebe kadınların ön izlem ÖEYÖ toplam puanı ve alt gruplarından engellerle mücadele puanı ile GKA arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0.01$) (*Tablo 35*). Ön izlem ÖEYÖ toplam puanı ve engellerle mücadele puanı yüksek olan kadınların İOM önerilerine göre fazla kilo aldığı ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubu gebe kadınların son izlem ÖEYÖ toplam ve alt grup puanları ile GKA ve İOM rehber önerisine göre kilo alımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır($p>0.05$).

Bireyin, davranışı yerine getirebilmek için sadece davranış konusunda yeterli bilgiye sahip olması değil, davranışa ilişkin öz-yeterlilik algısının yeterli olması gerekmektedir. Öz-yeterlilik algısı, bireyin istenilen davranışları başarıyla yerine getirebilme konusunda kendisine olan inancıdır. Bu algı ne kadar güçlü olursa, birey amaca ulaşmak için o kadar çok çaba sarf edecektir. Öz-yeterlilik algısı bireyin bir aktivite için hissedeceği motivasyonun temel belirleyicisidir. Algısı güçlü olmayan insanlar, olayları göründüğünden zor olduğunu düşünür, her şeye dar bir görüş açısından bakarlar ve karşılaştıkları problemlere çözüm bulamamaktadırlar. Fakat öz 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 (18).

Bu çalışmada öz etkililik yeterlilik algısını ölçmek için Bandura' nın genel öz etkililik yeterlilik ölçeği kullanılmış ve gruplar arasında bir fark saptanmamıştır. Fiziksel aktivite ve beslenme davranışlarını ölçen daha spesifik öz etkililik ölçeklerinin kullanılmasının gerektiği düşünülmüştür.

Gebelikte kilo yönetimine etkisini incelemek için yapılan beslenme ve fiziksel aktivite girişim çalışmalarının ikisinde teori kullanılmıştır. Bunlardan Gray

Donald ve arkadaşları (47) sosyal bilişsel teori, Kinnuen ve arkadaşları (68) preced-proced model-davranışsal grounded teori –teoriler üstü model kullanmış ve bu iki çalışmada ve diğer çalışmalarda öz etkililik ve sosyal destek değerlendirmesi yapılmamıştır.

4.7.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Kişinin, yaşamın zorlayıcı yönleriyle başa çıkmasında ve stresin olumsuz etkilerine direnç göstermesinde başkalarıyla olan sosyal ilişkilerinin önemli bir rol oynadığı öteden beri düşünülmektedir. Zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye, aile üyelerinin, akrabalarının yanı sıra diğer toplumsal ilişkilerinin sağladığı sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde de etkili olduğu vurgulanmaktadır. Gebelikte eş, aile ve/veya arkadaşlar tarafından sağlanan sosyal destek, gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, sosyal kaynaklardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkenleri ve kaygı ile daha kolay baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırmaktadır(124).

Araştırmada girişim/kontrol grubu gebe kadınların ÇBASDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının ön izlem- son izlem gruplar arası karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 23).

Girişim grubu gebe kadınların ön izlem ÇBASDÖ toplam puanı (70.95 ± 11.81) ve son izlem puanı (69.41 ± 12.29) karşılaştırmasında anlamlı fark saptanmamış ($p>0.05$), alt ölçek özel insan(eş) destek puanında ön izleme (26 ± 3.92) göre son izlemde (25.02 ± 4.46) bir düşüş gözlenmiş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 23).

Kontrol grubu gebe kadınların ÇBASDÖ toplam puanı (ön izlem 70.26 ± 9.49 , son izlem 67.78 ± 9.79) ve alt ölçek eş destek puanında (ön izlem 26.64 ± 2.40 ,

son izlem 25.12 ± 4.70) son izlemde bir düşüş gözlenmiş, ön izlem- son izlem karşılaştırmasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (*Tablo 23*).

Bu sonuç doğrultusunda **H₉ hipotezi** (Girişim grubu gebe kadınların ön izlem-son izlem çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı kontrol grubuna göre farklıdır) kabul edilmiştir.

Vırit ve arkadaşlarının 36. haftadaki gebelerde yaptığı çalışmada, ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 52.81 ± 13.32 , eş destek puan ortalaması 25.65 ± 4.73 olarak belirlenmiştir(124). Bu çalışma ile karşılaştırıldığında son trimester izlemdeki eş destek puanı benzerlik göstermekte birlikte, toplam ÇBASDÖ puanı bu çalışmada iki grupta da daha yüksek belirlenmiştir.

Girişim/kontrol grubu gebe kadınların ön izlem/ son izlem ÇBASDÖ ve alt grup puan ortalamaları ile GKA arasındaki korelasyon katsayıları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$) (*Tablo 35*).

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırma sonuçlarının genel bir değerlendirmesi yapılmış ve bu değerlendirmeler sonucunda hem uygulamaya hem de ileride bu alanda yapılacak araştırmalara yönelik öneriler sunulmuştur.

5.1. SONUÇLAR

Çalışmada, Sosyal Bilişsel Teori ve Teoriler Üstü Model'in Değişim Aşamaları temelli sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite bireysel danışmanlık girişiminin gestasyonel kilo alımına olan etkisi, rutin prenatal bakıma karşı değerlendirilmiştir.

Çalışmanın başında girişim ve kontrol grubu gebe kadınlar arasında, sosyo demografik, doğurganlık, antropometrik, beslenme, fiziksel aktivite, öz etkilik ve sosyal destek bulguları benzer özellik göstermiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında homojenlik sağlanmıştır.

Bu çalışmada; SBT ve TM davranış değişim aşaması temelli yapılan sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi artırma bireysel danışmanlık girişiminin gebelikte kilo yönetiminde etkili olduğu belirlenmiştir. Yapılan girişim sonucu, girişim grubu gebe kadınlarda GKA ve aşırı GKA'nın, kontrol grubu gebe kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır. Bu durumda, gestasyonel kilo alımı için yapılan araştırma hipotezleri doğrulanmıştır.

Girişim grubu gebe kadınların 2009 yılı IOM rehber önerilerine uyum durumu kontrol grubu gebe kadınlara göre yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Araştırmanın başında belirlenen istatistiksel güç analizine göre, posthoc istatistiksel güç analizi hedeflenen uyum oranının üstünde bulunmuştur.

Bu çalışmada, girişim/kontrol grubu gebe kadınların GKA ile gebelik ncesi VKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Fakat gebelik ncesi VKİ normal kiloda olan girişim ve kontrol grubu gebe kadınların İOM rehber önerilerine uyum oranı, fazla kilolu ve obez gebe kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Aşırı GKA, girişim grubunda en fazla obez gebelerde, kontrol grubunda ise en fazla preobez gebelerde saptanmıştır.

Bu çalışmada, girişim/kontrol grubu gebe kadınların GKA ile eēitim durumu, yaş, çalışma durumu, aile tipi, sigara içme durumu ve saēlık algılamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Nullipar kadınların multipar kadınlara göre, İOM rehber önerisine göre fazla kilo aldıēı saptanmış, fakat her iki grupta da GKA ile parite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Bu araştırmada, girişim grubu gebe kadınların aylık gelir durumu ve uzun süre yaşanan bölge ile GKA arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmaz iken, gelir durumu orta ve yüksek düzeyde olan ve kentsel bölgede yaşayan kontrol grubu gebe kadınların GKA yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Kontrol grubu gebe kadınların saēlık personelinden gebelikte beslenme bilgisi alma durumu girişim grubuna göre daha yüksek belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Gebelikte fiziksel aktivite ve kilo alım nerisi bilgisi alma durumu arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Girişim ve kontrol grubu gebe kadınlarda; gebelikte oluşan sorunlar (gebelik hipertansiyonu, gestasyonel diyabetes mellitus, erken doēum riski, maternal stres, anemi), sezaryen doēum, bebek doēum aēırlıēı ile GKA arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kontrol grubunda, birinci trimesterde aşırı bulantı

kusma yaşamayan gebe kadınların fazla kilo aldığı ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmış, girişim grubunda anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Girişim grubu gebe kadınların danışmanlık girişimi sonrası, beslenme alışkanlıklarından, günde üç ana öğün, üç ara öğün yemek yeme ve ayrı tabaktan yemek alışkanlığında olumlu yönde gelişme olmuş ve ön izlem ile ara izlem, son izlem karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yapılan girişim ile ara izlemde bir başarıya ulaşıldığı ve son izleme kadar aynı başarı oranı ile devam edildiği görülmüştür. Kontrol grubu gebe kadınlarda ise, ön izlem ile son izlem arasında üç ana öğün yemek yeme ve ara öğün sayılarında artış gözlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Araştırmanın son izleminde girişim grubu gebe kadınların beslenme alışkanlıklarından üç ana öğün yemek yeme ve aile içinde ayrı tabaktan yemek yeme alışkanlığı, kontrol grubuna göre yüksek çıkmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Girişim ve kontrol gebe kadınların beslenme alışkanlıkları ile GKA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Fakat girişim sonrası girişim grubundaki gebe kadınların günde üç ana öğün, üç ara öğün yemek yeme ve aile içinde ayrı tabaktan yemek yeme alışkanlıkları artmış ve GKA oranları azalmıştır.

Girişim grubu gebe kadınların ara izlem ve son izlemde günlük tükettiği süt/yoğurt, et-kuru baklagiller ve sebze-meyve grubu yiyecekler, ara izlemde tatlı şekerli yiyecek tüketim oranları ile GKA arasındaki korelasyon analizinde pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Son izlemde, girişim grubu gebe kadınlarda günlük süt/yoğurt, et-kuru baklagiller, sebze/meyve ve tatlı grubu besin tüketim oranları yüksek olanların, İOM rehber önerisine göre aşırı kilo aldığı belirlenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Kontrol grubu gebe kadınların son izleminde, günlük süt/ yoğurt ve et-kuru baklagiller besin tüketimi ile GKA arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur.

Son izlem gruplar arası kıyaslamasında, girişim grubunda kontrol grubuna göre esmer/ kepekli ekmek tüketiminde ve az oranda kızartma grubunda artış olmuş, tahıl grubu ve tatlı grubu yiyecek tüketiminde azalma olmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Araştırmada, girişim grubu gebe kadınların toplam FA düzeyi ön izleme göre girişim sonrası ikinci trimester ara izlemde ve üçüncü trimester son izlemde artış göstermiş, ön izlem ile ara izlem, son izlem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Girişim grubu gebe kadınların günlük oturma süreleri ön izlemde daha yüksek iken ara izlem ve son izlemde azalmış, ön izlem-ara izlem, ön izlem-son izlem, ara izlem-son izlem karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kontrol grubu gebe kadınlarında toplam FA düzeyleri son izlemde ön izleme göre artmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış, günlük oturma sürelerinde ise ön izlem -son izlem arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Son trimester izlemde gruplar arasında FA düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Fakat kontrol grubunda sedanter davranış olarak oturma süresi ortalaması kontrol grubunda girişim grubuna göre daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Girişim grubu gebe kadınların ön izlem, son izlem, kontrol grubunun son izlem FA düzeyleri ile GKA arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Girişim grubu gebe kadınların ön izlem toplam FA düzeyi puanı düşük olan kadınların İOM rehber önerisine göre aşırı kilo aldığı, FA düzeyi yüksek olanların az kilo aldığı belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Son izlemde ise FA düzeyi ile aşırı GKA arasında bir fark saptanmamıştır. Girişim ve kontrol

grubu gebe kadınların son izlem günlük oturma süreleri ile GKA arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur.

Ön izlem ve son izlem FA düzeyleri yüksek olan kontrol grubu gebe kadınların, İOM rehber önerisine göre uygun kilo aldığı belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Kontrol grubu kadınların son izlem günlük oturma süresi ortalaması fazla olanların İOM rehber önerisine göre aşırı kilo aldığı belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Girişim programında yer alan teoriler üstü modelin değişim aşamalarına temellendirilmiş fiziksel aktivite yapma, günde beş porsiyon ve üzeri sebze/ meyve tüketimi, esmer/kepekli ekmek tüketimi ve günde bir porsiyon ve altı tatlı tüketimine yönelik davranış değişim aşamaları, girişim grubu gebe kadınlarda; ön izlem ile 2. izlem, 3. izlem, 4. izlem ve son izlem karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Girişim grubu gebe kadınlar davranış değişiminde ilerleme yönünde değişim göstermişlerdir. Davranış değişim aşaması sonuçları Teoriler Üstü Modelin değişim aşamaları ile uyumludur.

Kontrol grubu gebe kadınların düzenli fiziksel aktivite yapma, esmer/kepekli ekmek tüketimi, günde bir porsiyon ve daha az tatlı besin tüketimi davranış değişim aşamasında ön izlem- son izlem karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış, günde en az beş porsiyon sebze-meyve tüketimi davranış değişiminde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Araştırmada girişim/kontrol grubu gebe kadınların ÖEYÖ toplam puan ve alt grup puan ortalamaları ve ÇBASDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile ön izlem- son izlem gruplar arası karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmada girişim grubu gebe kadınların ön izlem- son izlem ÖEYÖ ve ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Kontrol grubu gebe kadınların ön izlem ÖEYÖ toplam puanı ve alt gruplarından engellerle mücadele puanı ile GKA arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuş, ön izlem ÖEYÖ toplam puanı ve engellerle mücadele puanı yüksek olan kadınlar İOM önerilerine göre fazla kilo almış ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kontrol grubu gebe kadınların son izlem ÖEYÖ toplam ve alt grup puanları ile GKA ve İOM rehberine göre kilo alımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

5.2. ÖNERİLER

5.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

- İOM rehberi kilo alım önerileri konusunda sağlık profesyonellerinin eğitilmesi,
- Ülkemizdeki sağlık profesyonellerinin özellikle ebe ve hemşirelerin prenatal izlemlerde, kanıta dayalı bir rehber olan İOM kilo alım rehberini kullanması,
- Sağlık profesyonellerinin prenatal izlemlerde gebe kadınlara VKİ uygun kilo alım önerisinde bulunması, gebe kilo izlem kartlarının kullanması,
- Gebelikte kilo yönetiminde kilo alım önerileri, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlık hizmetlerinin rutin prenatal bakımda yer alması,
- Gebelikte aşırı kilo almanın olumsuz maternal, fetal sonuçları hakkında ve obezitenin riskleri konusunda kadınlara bilgi verilmesi,
- Ülkemizde prenatal izlemlerde kullanılan Gebe- loğusa izlem fişlerinde, VKİ göre gebe kilo izlem çizelgesinin yer alması,

- Geliştirilen “Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehberi” kitabının, prenatal bakım hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonelleri tarafından kullanılması, gebelik planlayan ve gebe olan kadınlara verilmesi önerilir.

5.2.2. Araştırmaya Yönelik Öneriler

- Sosyal Bilişsel Teori ve Teoriler Üstü Model’in Değişim Aşaması temelli sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite bireysel danışmanlık girişiminin kentsel ve kırsal bölgede yaşayan, normal, fazla kilolu ve obez gebe kadınların kilo alım yönetiminde etkisinin olduğu saptanmıştır.
- Gebelikte kilo yönetiminde yapılan beslenme ve fiziksel aktivite girişimleri çalışmalarında teori kullanımına yer verilmesi,
- Gebelikte kilo yönetimi için sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi artırmada teori temelli kantitatif ve kalitatif çalışmaların yapılması,
- Bu çalışma modelinin postpartum kilo yönetiminde de kullanılması,
- Gestasyonel kilo yönetimi ve postpartum kilo yönetimini bütüncül içeren daha uzun süreli geniş çalışmalara yer verilmesi,
- Ülkemizde bu konuda yapılan araştırmalara rastlanmadığı için, bu araştırma bulgularının daha sonra yapılacak olan araştırmalarda veri kaynağı olarak kullanılması,
- Bu çalışmada yapılan ASM randomizasyonunda her ASM nin prenatal girişimleri farklı belirlenmiştir. Bu nedenle yapılacak çalışmalarda grupların randomize seçilmesi,
- Çalışmanın bireysel danışmanlık görüşmeleri şeklinde yapılması girişimin etkinliğini artırmıştır, fakat zaman açısından araştırmacının çok zamanını alması nedeniyle grup eğitime de yer verilmesi,

- Bu araştırma modelinin farklı sosyo-ekonomik ve kültürel gebe örneklem gruplarında uygulanması,
- Bu çalışmada, fazla kilolu, obez, primipar, kentsel bölgede yaşayan, sosyo ekonomik seviyesi yüksek olan gebe kadınlarda gestasyonel kilo alımı fazla çıkmıştır. Bu nedenle yapılacak çalışmalarda bu riskli gruplara yer verilmesi,
- Bu çalışmada danışmanlık girişimi sonrası başarı düzeyi üçüncü görüşmede sağlanmıştır. Bu nedenle diğer çalışmalarda danışmanlık görüşme sayısı planlamasında dikkate alınması,
- Fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde objektif ölçüm araçlarının kullanılması (pedometer),
- Bu çalışmada beslenme alışkanlıklarına yönelik yapılan girişimlerde mevsimsel ve coğrafi özellikler gözardı edilmiştir. Bu nedenle yapılacak çalışmalarda bu özelliklere dikkat edilmesi,
- Özetkililik ve sosyal destek değerlendirmesinde beslenme ve fiziksel aktiviteyi değerlendiren bu konuda geliştirilern daha spesifik özetkililik ve sosyal destek ölçeklerinin kullanılması,
- Bu çalışmada danışmanlık görüşmeleri ve değerlendirme görüşmeleri aynı kişi tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu durum gebe kadınların ifadelerini etkilemiş olabilir. Yapılacak çalışmalarda değerlendirme görüşmelerini yapan kişinin farklı olması önerilmektedir.

ÖZET

TEORİ TEMELLİ BİREYSEL DANIŞMANLIK GİRİŞİMİNİN GEBELİKTE KİLO YÖNETİMİNE ETKİSİ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Sosyal Bilişsel Teori ve Teoriler Üstü Model'in Değişim Aşaması temelli sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi artırma bireysel danışmanlık girişiminin gebelikte kilo yönetimine etkisini incelemektir.

Yöntem: Bu araştırma, ön test-son test, randomize kontrollü, yarı deneysel desende bir çalışmadır. Araştırma, gerekli izinler alınarak 01 Eylül 2010- 30 Kasım 2011 tarihleri arasında, İzmir/Ödemiş ilçesinde 1-2-3-5-6 no'lu Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı gebe kadınlarda yürütülmüştür. Çalışma, kentsel ve kırsal bölgede yaşayan, farklı sosyo ekonomik yapıda olan normal, fazla kilolu ve obez sınıftaki 12-16. gebelik haftasında tespit edilen, araştırmayı kabul eden ve katılımcı kriterlerine uyan sağlıklı gebe kadınlarda yapılmıştır. Girişim grubundaki gebe kadınların kilo yönetiminde teori temelli bireysel danışmanlık programı uygulanmış(gebelik öncesi VKİ göre İOM (Tıp Enstitüsü) rehber önerisine uygun kilo alımı, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik beş bireysel danışmanlık görüşmesi yapılmış), “Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehberi” kitabı ve ödüllendirme ile desteklenmiştir. Kontrol grubuna ise rutin prenatal bakım verilmiştir. Her iki grupta araştırma ön test verileri 12-16. gebelik haftasında, son test verileri 36-38. gebelik haftasında toplanmış, girişim grubunda 24-26. gebelik haftasında fiziksel aktivite ve beslenme davranışları ara izlem değerlendirmesi yapılmıştır.

Araştırma verileri; Birey Tanılama Formu, Gebe Kilo İzlem Kartı, Beslenme Alışkanlıkları ve Besin Tüketim Sıklığı Tanılama Formu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, Davranış Değişim Aşaması Tanılama Kısa Soru Formu, Öz Etkililik-

Yeterlilik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulguların değerlendirilmesinde, SPSS 16 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlardan frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan kullanılmıştır. Gruplar arasında homojenlik testi için niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-kare testi, Fisher Ki-kare, niceliksel verilerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi ve bağımsız gruplarda t testi (Independent Samples Test) kullanılmıştır. Niceliksel verilerin gruplar arası izlem karşılaştırmalarında normal dağılım göstermeyenlerde Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi, normal dağılım gösterenlerde bağımsız gruplarda t testi , ikiden fazla grup ortalamalarının karşılaştırılmasında OneWay Anova, ileri analizlerde Bonferroni Post-hoc testi, normal dağılım göstermeyenlerde grup içi izlem karşılaştırmalarında Friedman Testi, Wilcoxon İşaretli Sıra Testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin gruplara arası karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-kare testi, Fisher Ki-kare, grup içi izlem karşılaştırmalarında Cochran Q Testi, McNemar Testi, McNemar Bowker Testi kullanılmıştır. İki niceliksel verinin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren durumlarda Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılım göstermeyenlerde Sperman Sıralı Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: *Bu çalışma, toplam 98 gebe kadında (girişim grubu 48, kontrol grubu 50) tamamlanmıştır. Araştırmaya katılan gebe kadınların yaş ortalaması 26.93 ± 4.08 , gebelik öncesi VKİ ortalaması 27.2 ± 4.4 olup, %41.7'si nullipardır. Girişim ve kontrol grubu gebe kadınlar arasında homojen dağılım sağlanmıştır($p > 0.05$).*

Araştırma sonucu girişim grubu gebe kadınların gestasyonel kilo alımı (GKA) (girişim grubu 10.2 ± 4.40 kg, kontrol grubu 13.8 ± 5.4 kg) ve aşırı GKA (girişim grubu %16.7, kontrol grubu % 62) kontrol grubuna göre düşük belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.001$). Girişim grubu gebe kadınların % 68.7'nin, kontrol grubunun % 30'nun 2009 yılı İOM (Institute of Medicine) rehber önerilerine uygun kilo aldığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Bireysel danışmanlık girişimi sonrası girişim grubu gebe kadınlarda, günde üç ana öğün, üç ara öğün ve ayrı tabaktan yemek yeme şeklinde olumlu beslenme alışkanlıkları gelişmiş ve izlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Kontrol grubu gebe kadınlarda ise; üç ana öğün yemek yeme ve ara öğün sayılarında artış gözlenmiş ve anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Son izlem (36-38.gebelik haftası) girişim grubu gebe kadınlarda; günlük süt/yoğurt, et-kuru baklagiller, sebze/meyve ve tatlı grubu, kontrol grubunda ise; günlük süt/yoğurt ve et-kuru baklagiller besin tüketim oranları yüksek olanların İOM rehber önerisine göre aşırı kilo aldığı belirlenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Girişim/ kontrol grubu gebe kadınların FA düzeyi ön izleme göre son izlemde artış göstermiş, her iki grupta da grup içi izlemler arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.001$). Son izlem girişim ve kontrol grubu FA düzeyleri karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Girişim grubu gebe kadınların ön izlem ($p < 0.05$) ve son izlem ($p < 0.01$), kontrol grubunun son izlem ($p < 0.05$) FA düzeyleri ile GKA arasında negatif yönlü, girişim grubu ($p < 0.05$) ve kontrol grubu ($p < 0.01$) son izlem günlük oturma süreleri ile GKA arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Girişim grubu gebe kadınların ön izlem FA düzeyi düşük olan kadınların İOM rehber

önerisine göre aşırı kilo aldığı, FA düzeyi yüksek olanların az kilo aldığı belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$). Ön izlem ve son izlem FA düzeyleri yüksek olan kontrol grubu gebe kadınların, İOM rehber önerisine göre uygun kilo aldığı belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p<0.05$).

Girişim programında yer alan teoriler üstü modelin değişim aşamalarına temellendirilmiş, fiziksel aktivite yapma, günde beş porsiyon ve üzeri sebze/ meyve tüketimi, esmer/kepekli ekmek tüketimi ve günde bir porsiyon ve altı tatlı tüketimine yönelik davranış değişim aşamaları, girişim grubu gebe kadınlarda; ön izlem ile 2. izlem, 3. izlem, 4. izlem ve son izlem karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: *Sonuç olarak Sosyal Bilişsel Teori ve Teoriler Üstü Model'in Değişim Aşaması temelli yapılan bireysel danışmanlık girişimi gebe kadınlarda sağlıklı beslenme alışkanlıklarının gelişmesine, fiziksel aktivitenin artmasını sağlamış, gestasyonel kilo alımı ve aşırı gestasyonel kilo alımını azaltmada etkili olmuştur.*

Anahtar kelimeler: *Beslenme, fiziksel aktivite, kilo alma, girişim, sosyal bilişsel teori, değişim aşaması, danışmanlık, yönetim, gebelik.*

ABSTRACT

THE EFFECT OF THEORY BASED INDIVIDUAL COUNSELING INTERVENTION TO WEIGHT MANAGEMENT IN PREGNANCY

Objective: *The purpose of this study is to observe the effect of individual counseling intervention based on Social Cognitive Theory and Transtheoretical Model Stages of Change for healthy nutrition and physical activity increasing to weight management in pregnancy.*

Method: *This research is a half experimental pattern study with pretest – posttest, randomized controlled. It was conducted in the pregnant women enrolled to Family Health Center, number 1-2-3-5-6 in Ödemiş country / Izmir. Study was done in healthy pregnant women in their 12-16th week of gestation from normal, overweight and obese group, accepting the research, matching participant criteria, living in urban and rural regions, in different socio-economic construction. In weight management for the intervention group pregnant women, there was implemented the theory based individual counseling program and it was supported by the book titled “Gestational Weight Gain, Healthy Nutrition and Physical Activity Guidelines” and an awarding. And routine prenatal care was given to the control group. Pre-test data of the research for both groups were collected in the 12-16th week of gestation, post-test data were collected in the 36-38th week of gestation and evaluation follow-up for physical activity and nutritional behaviours was done in intervention group in 24-26th week of gestation.*

In the study, Person Assessment Form, , Prenatal Weight Gain Charts, Dietary Habits and Daily Food Intake Record, International Physical Activity Questionnaire, A Diagnostic Form of Stage of Behaviour Change, Self- Efficacy Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) have been used

for gathering data. In the evaluation of findings got from research, SPSS ® for statistical analysis (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 16 packages have been used. Pearson chi-square test and Fisher chi-square test were used to compare the qualitative data for the homogenous test between groups, Mann Whitney U test was used to compare the quantitative data between groups and t test (Independent Samples Test) was used for the independent groups. Mann Whitney U test and Kruskal Wallis Analysis of Variance were used for the ones not showing a normal distribution in inter-groups follow-up comparisons of quantitative data, t test was used for the ones showing a normal distribution independent groups, One Way Anova test was used to compare averages of more than two groups, Bonferroni Post-hoc test was used for further analysis, Friedman test and Wilcoxon Signed Rank Test were used for the ones not showing a normal distribution in inter groups follow-up comparisons. Pearson chi-square test, Fisher chi-square test were used for inter groups qualitative data comparisons, Cochran Q Test, McNemar Test, McNemar Bowker Test were used for intra group follow-up comparisons. For comparing the two quantitative data, Pearson Analysis of Correlation was used in situations showing a normal distribution and Spearman Sequence Analysis of Correlation was used in the ones not showing a normal distribution. The results were evaluated with 95% confident interval and $p < 0.05$ significance level.

Results: This study has been completed in 98 pregnant women totally (intervention group 48, control group 50). The mean age of pregnant women surveyed was 26.93 ± 4.08 , average pre-pregnancy BMI was 27.2 ± 4.4 and 41.7% nullipar. A homogenous distribution was provided between intervention group and control group pregnant women ($p > 0.05$).

As the result of the research, it was determined that gestational weight gain (GWG) (intervention group 10.2 ± 4.40 kg, control group 13.8 ± 5.4 kg) and excessive GWG (intervention group 16.7%, control group 62 %) of intervention group women were lower than control group women and there was a statistically significant difference between groups ($p < 0.001$). It was determined that 68.7% of intervention group women and 30% of control group women were adherent to the recommendations of 2009 IOM guidelines and there was a statistically significant difference between groups ($p > 0.001$).

After individual counselling intervention, positive nutrition habits were developed in intervention group in the form of three main meals a day, three snacks and eating from separate plate and there was determined statistically significant difference between follow-ups ($p < 0.05$). And in control group pregnant women, three main meals and an increase in the number of snacks were determined and there was found statistically significant difference. According to the last follow-up (36-38th week of gestation) in intervention group women, it was determined that the ones with high daily nutrition consuming percentage of milk/yoghurt, meat-dry beans, vegetable/fruit and sweets group and the ones with high daily nutrition consuming percentage of milk/yoghurt, meat-dry beans in control group get over weight due to the suggestion of IOM guidelines and there was statistically significant difference between them ($p < 0.05$). FA level of Intervention/control group women showed increasement in last follow-up comparing with the first follow-up and there was statistically difference determined in intra-group comparison follow-ups in both groups ($p < 0.05$). In the last follow-up comparison of intervention and control groups, there was no significant different observed in terms of FA levels ($p > 0.05$). There was found a significant difference with negative direction between FA levels

and GWG in the preliminary and last follow-ups of intervention group women, in the last follow-up in control group and there was found a significant difference with positive direction between daily sitting time and GWG in the last follow-up of intervention/control groups. It was determined that the intervention group pregnant women, the women with low preliminary FA level get over weight according to IOM guidelines suggestion and the ones with high FA level get less weight and there was found a statistically significant difference. It was determined the control group pregnant women having high FA levels in preliminary and last follow-up get weight in an appropriate levels according to the suggestion of IOM guidelines and there was found a statistically difference.

In intervention group pregnant women, behavioral change stages in intervention program, based on Transtheoretical Model change stages such as doing physical activity, vegetable/fruit consumption as five portion and more in a day, high fibre bread meal consumption, consumption of sweet as once in a day and less, it was determined a statistically significant difference in preliminary, second, third, fourth and last follow-up comparisons ($p < 0.05$).

Conclusion: *As a result, individual counselling intervention done based on change stages of Social Cognitive Theory and Transtheoretical Model Stages of Change has helped to develop healthy nutrition habits and physical activity increasing in pregnant women. It has been effective in reducing gestational weight gain and excessive gestational weight gain.*

Keywords: *Nutrition, physical activity, weight gain, intervention, social cognitive theory, state of change, counseling, management, pregnancy.*

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

1. Ağralı G.(2005). Maternel Obezitenin Perinatal ve Neonatal Sonuçlar Üzerine Etkisi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
2. Aittasalo M, Pasanen M, Fogelholm M, Kinnunen TI, 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.
3. 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: 12.12.2009
4. Aksayan S, Gözüm S.(1998).Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz Etkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 2(1): 35-43.
5. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G.(2008). Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Şubat, Ankara, <http://www.beslenme.saglik.gov.tr/>. E.T.12.12.2009.
6. Alanbay İ, Çoksüer H, Ercan CM, Keskin U, Öztürk M, Karaşahin KE, ve ark. (2011).Gestasyonel Diyabetes Mellitus Olgularında Maternal Vücut Kitle İndeksi ve Kilo Alımı ile Maternal Biyokimyasal Değerler ve Fetal Doğum Ağırlığının Karşılaştırılması. Gülhane Tıp Dergisi; 53: 237-242.
7. Albright CL, Maddock JE, Nigg CR. (2009). Increasing Physical Activity in Postpartum Multiethnic Women in Hawaii: Results From a Pilot Study. BMC Women's Health; 9:4 doi:10.1186/1472-6874-9-4.
8. Alıcı M, Pınar R. (2008). Obez Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; 2:32-47.
9. Althuisen E, Van Poppel MN, Seidell JC, Wijden CV, Mechelen VN. (2006). Design of the New Life(style) Study: A Randomised Controlled Trial to Optimise Maternal Weight Development During Pregnancy. BMC Public

Health; 6:168, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/168>.
E.T:12.11.2010.

10. Aluş-Tokat M, Okumuş H.(2008). Başarılı Emzirme İçin Kuram ve Modele Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Nasıl Geliştirilir? Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; 2008, 3:51- 8.
11. Api A, Ünal O, Figen C.(2005). Gebelikte Beslenme, Kilo Alımı ve Egzersiz. Perinatoloji Dergisi;13(2):71-9.
12. Artal R, O'Toole M, White S.(2003). Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. Br J Sports Med; 37(1): 6–12.
13. Artal R.(2008) Weight Gain Recommendations in Pregnancy. Expert Rev. Obstet. Gynecol; 3(2):143-5.
14. Asbee SM, Jenkins TR, Butler JR, White J, Elliot M, Rutledg A. (2009). Preventing Excessive Weight Gain During Pregnancy Through Dietary and Lifestyle Counseling A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol;113:305–12.
15. Ay S, Temel AB.(2007).Teoriler üştü Model Temelli Egzersiz Davranışı Değişimi İçin; Egzersiz Değişim Aşaması, Egzersiz Değişim Süreçleri, Öz-Etkililik ve Karar Verme Dengesi Ölçeklerinin Türk Erişkinlerine Uyarlanması. 11. Ulusal Spor Hekimliği Kongresi, 6-9 Aralık, Antalya.
16. Ay S.(2008). Egzersiz Davranışını Geliştirmede ve Sürdürmede Teorilerüştü Model Temelli Girişimlerin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
17. Balsak D,Yıldırım Y, Avcı ME, Töz E, Gültekin E, Kayhan K, ve ark. (2007).Ege Bölgesinde Yaşayan Gebe Kadınların Gebelik Egzersizleri Hakkındaki Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi. Trakya Univ. Tıp Fak Derg; 24(3):200-4.
18. Bandura A.(1998). Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. Psychology and Health, 13, 249–623.
19. Bandura A.(2001). A Cognitive Theory: An Agentic Perspective, Annual Review of Psychology, 52, 1-26.

20. Bandura A.(1989). Social Cognitive Theory, in R.Vasta. (Ed.) *Annals Of Child Development, Six Theories of Child Development*, Vol: 6. (pp.1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
21. Bandura A.(1999). Social Cognitive Theory in Personality. In: Lawrence, AP, Oliver PJ. *Handbook of Personality. Theory and research* (pp. 154).
22. Barker DJ.(2004). The Developmental Origins of Adult Disease. *J Am Coll Nutr*; 23:588-595.
23. Burbank PM, Reibe D, Padula CA. and et al. (2002). Exercise and Older Adults: Changing Behavior with the Transtheoretical Model. *Orthopedic Nursing*; 21(4); 51-61.
24. Buss C, Nunes MA, Camey S, Manzolli P, Soares RM, Drehmer M. et.al.(2008). Dietary Fibre Intake of Pregnant Women Attending General Practices in Southern Brazil - The ECCAGE Study. *Public Health Nutrition*; p:1-7.
25. Campbell F, Johnson M, Messina J, Guillaume L, Goyder E. (2011). Behavioural Interventions for Weight Management in Pregnancy: A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Data. *BMC Public Health*; 11:491. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/491>.
26. Campbell F, Johnson M, Messina J, Guillaume L, Madan J, Goyder E. (2010). Weight Management Before, During and After Pregnancy: Evidence Review (PH27). www.nice.org.uk/. E.T: 12.12.2009.
27. Catalano P, Ehrenberg H.(2006) The Short- and Long-Term Implications of Maternal Obesity on the Mother and her off Spring. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*; 113:1126–1133.
28. Cedergren M (2006). Effects of Gestational Weight Gain and Body Mass Index on Obstetric Outcome in Sweden. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*; 93 (3): 269–74.
29. Chang WM, Nitzke S, Guilford E, Adair CH, Hazard, DH(2008). Motivators and Barriers to Healthful Eating and Physical Activity among Low-Income Overweight and Obese Mothers. *J Am Diet Assoc*; 108:1023-1028.
30. Chung SJ, SL Hoerr (2007). Evaluation of a Theory-Based Community Intervention to Increase Fruit and Vegetable Intakes of Women With Limited Incomes. *Nutrition Research and Practice*; 1, 46-51.

31. Claesson, IM, Sydsjo G, Brynhildsen J, Cedergren M, Jeppsson A, Nystrom F.et.al.(2008). Weight Gain Restriction for Obese Pregnant Women: A Case–Control Intervention Study. BJOG: An International Journal of Obstetrics&Gynaecology; 115: 44-50.
32. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE.et.al.(2003) International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity, Med. Sci. Sports. Exerc; 35: 1381-1395.
33. Cramp AG, Bray SR.(2009). A Prospective Examination of Exercise and Barrier Self-efficacy to Engage in Leisure-Time Physical Activity During Pregnancy. Ann. Behav. Med; 37: 325–334.
34. Daşıkan Z, Kavlak O.(2009) Maternal Obezite: Gebelik Komplikasyonları ve Gebe Kadının Yönetimi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci ; 1(1):39-46.
35. Ebbeling CB, Pearson MN, Sorensen G, Levine RA, Hebert JR, Salkeld JA. Et al.(2007). Conceptualization and Development of a Theory-Based Healthful Eating and Physical Activity Intervention for Postpartum Women Who Are Low Income, Health Promot Pract; 8; 50-9. DOI: 10.1177/152483990527893.
36. Eker D, Arkar H, Yıldız H (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi; 12 (1) :17-25.
37. Erge S. (2002) Diyet Tedavisi İle Birlikte Uygulanan Davranış Değişikliği Tedavisinin Şişman Kadınların Ağırlık Kaybı ve Korunması Üzerine Etkileri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
38. Erol S, Erdoğan S.(2007). Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek İçin Transteorik Modelin Kullanılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 10 (2): 86-94.
39. Evcil H, Malas A.(2008). Gebelikte Beslenmenin Fetal Büyüme Üzerine Etkileri. Selçuk Tıp Dergisi; 24(1) : 49-59.
40. 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.
41. Evenson KR, Savitz DA, Huston SL. (2004). Leisure-time Physical Activity among Pregnant Women in the US. Paediatr Perinat Epidemiol; 18:400-7.

42. Fowles ER.(2006). What's a Pregnant Woman to Eat? A Review of Current USDA Dietary Guidelines and My Pyramid. The Journal of Perinatal Education; 15(4): 28–33, doi: 10.1624/105812406X151394.
43. Gardner B, Wardle J, Poston L Croker H. (2011). Changing Diet and Physical Activity to Reduce Gestational Weight Gain: A Meta-Analysis. Obesity Reviews; 12: e602–e620 r_884 602.
44. *Gebenin El Kitabı* (2004), www.perinatology.org.tr/uploads/Dosyalar/pdf.E.T:12.11.2010.
45. Gözüm S, Aksayan S.(1999) Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlilik ve Geçerliliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 2: 21.
46. Gözüm S, Bağ B.(1998). Etkin Sağlık Eğitiminde Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının Kullanımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 1(2):32-43.
47. Gray-Donald K, Robinson E, Collier A, David K, Renaud L, Rodrigues S.(2000). Intervening to Reduce Weight Gain in Pregnancy and Gestational Diabetes Mellitus in Cree Communities: An Evaluation. CMAJ Canadian Medical Association Journal; 163(10): 1247-1251.
48. Guelinckx I, Devlieger R, Mullie P, Vansant G(2010). Effect of Lifestyle intervention on Dietary Habits, Physical Activity and Gestational Weight Gain in Obese Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. Am J Clin Nutr; 91:373–80.
49. Guelinckx I, Devliger R, Beckers K, Vansant G. (2008). Maternal Obesity: Pregnancy Complications, Gestational Weight Gain and Nutrition. Obesity Reviews; 9: 140 -150.
50. 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.
51. Haakstad LAH, Voldner N, Henriksen T, Bø Acta K. (2007). Physical Activity Level and Weight Gain in a Cohort of Pregnant Norwegian Women. Obstetricia et Gynecologica Scandinavica; 86(5) : 559-564.
52. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(2009). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması;2008,Ankara.

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf. E.T:11.10.2010.

53. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. (2002).Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması Sonuçları (TOHTA). Endokrinolojide Yönelişler Dergisi; 11:1–16.
54. Hausenblas H, Symons Downs D, Giacobbi P, Tuccitto D, Cook B. (2008). A Multilevel Examination of Exercise Intention and Behavior During Pregnancy. Social Science & Medicine; 66: 2555-2561.
55. Hausenblas HA, Symons Downs D. (2004). Prospective Examination of The Theory of Planned Behavior Applied to Exercise Behavior During Women’s First Trimester of Pregnancy. Journal of Reproductive and Infant Psychology; 22(3): 199–210.
56. Huang TT, Wang HS, Dai FT. (2008). Effect of Pre-Pregnancy Body Size on Postpartum Weight Retention. Midwifery; doi:10.1016/j.midw.2008.05.001.
57. Hui A, Black L, Ludwig S, Gardiner P, Sevenhuysen G, Dean H, Sellers E. et.al. (2011). Lifestyle Intervention on Diet and Exercise Reduced Excessive Gestational Weight Gain in Pregnant Women under A Randomised Controlled Trial. BJOG; 119:70–77.
58. Hui AL, Ludwig SM, Gardiner P, Sevenhuysen G, Murray R, Morris M. et.al. (2006). Community-based Exercise and Dietary Intervention During Pregnancy: A Pilot Study. Canadian Journal of Diabetes; 30(2): 169-175.
59. İrge E, Timur S, Zincir H, Oltuluoğlu H, Dursun S.(2005). Gebelikte Beslenmenin Değerlendirilmesi; STED; 14(7): 157-160.
60. Jiang H, Qian X, Li M, Lynn H, Fan Y, Jiang H.et.al. (2012).Can Physical Activity Reduce Excessive Gestational Weight Gain? Findings from a Chinese Urban Pregnant Women Cohort Study. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity; 9:12, doi:10.1186/1479-5868-9-12.
61. Karataş H, Öztürk C.(2009). Sosyal Bilişsel Teori İle Zorbalığa Yaklaşım, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi(DEYHYO ED); 2(2): 61-74.
62. Karen H, Reilly M, Reilly L. (2007). Caring for Obese Pregnant Women. JOGNN; 36: 482-9.

63. Keller C, Records K, Ainsworth B, Permana P, Coonrod DV.(2008) . Interventions for Weight Management in Postpartum Women. JOGNN; 37: 71-79, DOI: 10.1111/J.1552-6909.2007.00202.x.
64. Kılıç E, Şanlıer N.(2007). Üç Kuşak Kadınının Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması. Kastamonu Eğitim Dergisi; 15 (1):31-44.
65. Kinnunen TI, Pasanen M, Aittasalo M, Fogelholm M, Weiderpass E, Luoto R. (2007a) Reducing Postpartum Weight Retention – a Pilot Trial in Primary Health Care. Nutrition Journal; 6:21 doi:10.1186/1475-2891-6-21.
66. Kinnunen TI, Pasanen M, Koponen P, Ojala P, Mansikkaki K, Weiderpass E, Fogelholm M, Luoto R. (2008). Feasibility of a Controlled Trial Aiming to Prevent Excessive Pregnancy-Related Weight Gain in Primary Health Care. BMC Pregnancy and Childbirth, 8:37,1-8, doi:10.1186/1471-2393-8-37.
67. Kinnunen TI, Luoto R, Gissler M, Hemminki E and Hilakivi-Clarke L (2004). Pregnancy Weight Gain and Breast Cancer Risk. BMC Women's Health; 4:7 <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6874-4-7.pdf>. E.T:12.11.2010.
68. Kinnunen TI, Pasanen M, Aittasalo M, Fogelholm M Hilakivi-Clarke L, Weiderpass E, Luoto R. (2007b). Preventing Excessive Weight Gain During Pregnancy - a Controlled Trial in Primary Health Care, European Journal of Clinical Nutrition; 61:884-891.
69. Kinnunen TI.(2009). Preventing 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.
70. Kozan O, Oğuz A, Abacı A, Erol C, Ongen Z, Temizhan A. et al.(2007) . Prevalence of the Metabolic Syndrome among Turkish Adults. European Journal of Clinical Nutrition; 61(4): 548-553.
71. Köken G, Yılmaz M. (2007). Gebelik ve Egzersiz. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst Dergisi; 17:385-392.
72. Köksal G. (2008). Gebelikte ve Emzilikte Beslenme. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Şubat, Ankara, <http://www.beslenme.saglik.gov.tr/>.. E.T.10.01.2010.

73. Krishnamoorthy U, Schram C, Hill S. (2006). Maternal Obesity in Pregnancy: Is it Time for Meaningful Research to Inform Preventive and Management Strategies? BJOG ; 113 : 1134 – 1140.
74. Krummel DA, Semmens E, Boury J, Gordon PM, Larkin KT. (2004). Stages of Change for Weight Management in Postpartum Women. J Am Diet Assoc; 104:1102-1108.
75. Lagiou P, Tamimi RM, Mucci LA, Adami HO, Hsieh CC, Trichopoulos D. (2004). Diet During Pregnancy in Relation to Maternal Weight Gain and Birth Size. European Journal of Clinical Nutrition; 58: 231–237. doi:10.1038/sj.ejcn.1601771.
76. Lewis B, Avery M, Jennings E, Sherwood N, Martinson B, Crain A L.(2008). The Effect of Exercise During Pregnancy on Maternal Outcomes: Practical Implications for Practice. American Journal of Lifestyle Medicine; 2:4, DOI: 10.1177/1559827608320134.
77. Löf M, Hilakivi-Clarke L, Sandin S, Weiderpass E.(2008). Effects of Pre-pregnancy Physical Activity and Maternal BMI on Gestational Weight Gain and Birth Weight. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica; 87(5) : 524-530.
78. Madan J, Chilcott J.(2010). Weight Management in Pregnancy: Economic Modelling, www.nice.org.uk/. E.T: 14.11.2009.
79. Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, Rossi JS. (1992). Self-efficacy and the Stages of Exercise Behavior Change. Research Quarterly for Exercise and Sport, 63: 60-66.
80. Martin CD, Thompson DR. (2000). Study Sample Size Calculation. Design and Analysis of Clinical Nursing Research Studies. (1st.Ed. pp: 27-30) London: Routledge.
81. Michie M, Ashford S, Sniehotta FF; Dombrowski SU. Bishop A, French DP. (2011). A Refined Taxonomy of Behaviour Change Techniques to Help People Change Their Physical Activity and Healthy Eating Behaviours: The Calore Taxonomy; Psychology & Health, 26:11, 1479-1498.
82. Miller WR, Rollnick S. (2009). Motivasyonel Görüşme. İnsanları Değişime Hazırlama; Çeviren: Karadağ F, Ögel K, Tezcan AE. Hekimler yayın birliği. Ankara, 2009: 68-288.

83. Mottola MF, Giroux I, Gratton R, Hammond JA, Hanley A, Harris S, et al.(2010). Nutrition and Exercise Prevent Excess Weight Gain in Overweight Pregnant Women. *Med Sci Sports Exerc* ; 42:265–72.
84. Naomi E. Stotland MD. (2006). National Research Council, Institute of Medicine Workshop on the Impact of Pregnancy Weight on Maternal and Child Health, May 30-31, www.iom.edu. E.T: 14.11.2009.
85. National Center for Health Statistics. Prevalence of Overweight and Obesity among Adults:United States, 1999–2002. Available at: www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/obese/ E.T: 14.11.2009.
86. NICE Public Health Guidance 27.(2010). Dietary Interventions and Physical Activity Interventions for Weight Management Before, During and After Pregnancy. National Institute for Health and Clinical Excellence; London. www.nice.org.uk/nicemedia/.../49926.pdf, E.T: 14.12.2011.
87. Olafsdottir AS, Skuladottir GV, Thorsdottir I , Hauksson A, Steingrimsdottir L. (2006). Maternal Diet in Early and Late Pregnancy in Relation to Weight Gain. *International Journal of Obesity*; 30: 492–499. doi:10.1038/sj.ijo.0803184.
88. Olson CM .(2008). Achieving a Healthy Weight Gain During Pregnancy. *Annu. Rev. Nutr*; 28:411–23.
89. Olson CM, Strawderman MS, Reed RG.(2004). Efficacy of an Intervention to Prevent Excessive Gestational Weight Gain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*; 191(2): 530-536.
90. Olson CM, Strawderman MS.(2003). Modifiable Behavioral Factors in a Biopsychosocial Model Predict Inadequate and Excessive Gestational Weight Gain. *Journal of the American Dietetic Association*; 103(1): 48-54.
91. Østbye T, Krause KM, Lovelady CA, Brauwer RJN, Lovelady CA, Morey MC. et al.(2008). Active Mothers Postpartum (AMP): Rationale, Design, and Baseline Characteristics. *Journal of Women’s Health*; 17(10): 1567-1575, DOI: 10.1089/jwh.2007.0674.
92. Østbye T, Krause KM, Lovelady CA, Morey MC, Bastian LA, Peterson BL. et al. (2009). Active Mothers Postpartum A Randomized Controlled Weight-Loss Intervention Trial. *Am J Prev Med*; www.ajpm-online.net, E.T: 14.11.2009.

93. Ögel K. (2009). Motivasyonel Görüşme Tekniği. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2(2):41-4.
94. Önay D.(2006). Konya İl Merkezinde Gebe Kadınların Beslenme Alışkanlıkları, Beslenme Durumları ve Bunun Yeni Doğan Üzerine Etkisi. Ev Ekonomisi (Beslenme Bilimleri) Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
95. Öztürk M. (2005). Üniversitede Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslar Arası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
96. Parlak A. Çetinkaya Ş. (2007). Çocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 2(5): 24-35.
97. Pekcan G.(2008). Beslenme Durumunun Saptanması. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Şubat, Ankara, <http://www.beslenme.saglik.gov.tr/>, E.T: 14.11.2009.
98. Plotnikoff RC, Lippke S, Johnson ST, Hotz SB, Birkett NJ, Rossi SR. (2009). Applying the Stages of Change to Multiple Low-Fat Dietary Behavioral Contexts. An Examination of Stage Occupation and Discontinuity. Appetite, 53: 345–353.
99. Polley BA, Wing R R, Sims CJ. (2002). Randomized Controlled Trial to Prevent Excessive Weight Gain İn Pregnant Women. International Journal of Obesity; 26(11): 1494 – 1502.
100. Prenatal Weight Gain Grid , www.Healty-baby.org, E.T: 14.11.2009.
101. Prochaska JO, Velicer WF (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. American Journal of Health Promotion; 12(1): 38-48.
102. Public Health Guidance Scope, Weight Management in Pregnancy, www.nice.org.uk/, E.T: 14.11.2010.
103. 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.10.01.2010.
104. Samur G (2008a). Gebelik ve Emziliklik Döneminde Beslenme. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Şubat, Ankara, www.beslenme.saglik.gov.tr. E.T: 14.11.2009.
105. Samur G. (2008b). Obezite ve Gebelik. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Şubat, Ankara, (www.beslenme.saglik.gov.tr), . E.T: 14.11.2009.
106. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, et al. (2001). Maternal Obesity and Pregnancy Outcome: A Study of 287,213 Pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord*; 25(8):1175-82.
107. Senemoğlu, N. (2007) Gelişim Öğrenme ve Öğretim Kuramdan Uygulamaya. Gönül Yayıncılık, Ankara, 230-231.
108. Shirazian T, Monteith S, Friedman F, Rebarber A.(2010). Lifestyle Modification Program Decreases Pregnancy Weight Gain in Obese Women. *Am J Perinatol*; 27:411–4.
109. Shrewsbury VA, Robb ^{KA}, Power C, Wardle J.(2009). Socioeconomic Differences in Weight Retention, Weight-related Attitudes and Practices in Postpartum Women. *Matern Child Health J*; 13:231–240.
110. Siega-Riz AM, Evenson KR and Dole N (2004): Pregnancy-Related Weight Gain a Link to Obesity? *Nutr. Rev*; 7: S105-S111.
111. Skouteris, H, Hartley-Clark L, McCabe M, Milgrom L, Kent B, Herring SJ, & Gale J (2010). Preventing Excessive Gestational Weight Gain: A Systematic Review of Interventions. *Obes Rev*; 11:757 - 768.
112. Smith SA, Hulsey T, Goodnight W. (2008). Effects of Obesity on Pregnancy. *JOGNN*; 37: 176–184.
113. Spahn JM, Reeves RS, Keim KS, Laquatra İ, Kellogg M, Jortberg B, Clark NA (2010). State of the Evidence Regarding Behavior Change Theories and Strategies in Nutrition Counseling to Facilitate Health and Food Behavior Change. *J Am Diet Assoc*; 110: 879-891.
114. Streuling I, Beyerlein A, Rosenfeld E, Hofmann H, Schulz T, Von Kries R.(2011). Physical Activity and Gestational Weight Gain: A Meta-analysis of Intervention Trials. *BJOG*; 118:278–284.

115. Streuling I, Beyerlein A, Kries R.(2010) Can Gestational Weight Gain be Modified by Increasing Physical Activity and Diet Counseling? A Meta-analysis of Interventional Trials. *Am J ClinNutr*; 92: 678–87.
116. 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.
117. Symons Downs D, Hausenblas HA.(2007). Pregnant Women's Third Trimester Exercise Behaviors, Body Mass Index and Pregnancy Outcomes. *Psychol Health*; 22: 545–559.
118. Taş EE, Üstüner, Özdemir H, Dikeç A, Avşar AF.(2010). Gebe Kadınların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*; 2 (1): 7-12.
119. Taşkın L.(2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş 4. baskı. Ankara, 119-129.
120. The Information Centre (2008). Health Survey for England 2006: CVD and Risk Factors Adults, Obesity and Risk Factors Children. London: The Information Centre. www.ic.nhs.uk/hse. E.T: 14.11.2009.
121. Tümer A. (2007). Fiziksel Aktiviteyi Artırmada Değişim Aşaması Temelli Bireysel Danışmanlık Girişiminin Etkinliği, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
122. 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: 14.11.2009.
123. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Rossi JS, Redding CA, Laforge RG. et al. (2000). Using the Transtheoretical Model for Population-Based Approaches to Health Promotion and Disease Prevention. *Homeostasis in Health and Disease*; 40(5): 174-195.
124. Vırit 0, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H.(2008). Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisi. *Noropsikiyatri Arşivi*; 45:9-13.

125. Walker LO, Sterling BS, Kim M, Arheart KL, Timmerman GM. (2006). Trajectory of Weight Changes in the First 6 Weeks Postpartum. JOGNN; 35: 472-481.
126. 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
127. Walker LO. (2007). Managing Excessive Weight Gain during Pregnancy and the Postpartum Period. JOGNN; 36: 490-500.
128. Wee CC, Davis RV, Phillips RS.(2005) .Stage of Readiness to Control Weight and Adopt Weight Control Behaviors in Primary Care. J Gen Intern Med; 20:410–415.
129. Public Health Guidance Scope. Weight Management in Pregnancy (2009). www.nice.org.uk/, E.T: 14.12.2011.
130. Wells C, Murray EK. (2003) . Weight Gain During Pregnancy: Colorado Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 1997-2000 Colorado. Department Of Public Health And Environment; March, no. 51.
131. WHO, Obesity and Owerweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> E.T: 14.11.2009.
132. Wolff, S, Legarth J, Vangsgaard K, Toubro S, Astrup A.(2008). A randomized trial of the Effects of Dietary Counseling on Gestational Weight Gain and Glucose Metabolism in Obese Pregnant Women. International Journal of Obesity; 32(3): 495-501.
133. Yardımcı H, Özçelik AÖ.(2006). Ankara İli Gölbaşı İlçesinde Yetişkin Kadınların Antropometrik Ölçümleri ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerinde Bir Araştırma. Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksekokulu, Bilimsel Araştırma ve İncelemeler, Yayın no:13, Ankara Üniversitesi Basımevi 2006, www.ankara.edu.tr. E.T: 14.11.2009.

134. Yıldırım M, Akyol A, Ersoy G. (2008).Şişmanlık (Obezite) ve Fiziksel Aktivite, T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Şubat, Ankara, <http://www.beslenme.saglik.gov.tr/>. E.T: 14.11.2009.
135. Yiğit R.(2011). Çocukluk Dönemi Obezitesinin Yönetiminde Hemşirenin Rolü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi;1:71-80.
136. Yüzbir N, Şen C. (2001). Gebelik ve Süt Verme Döneminde Beslenme. Perinatoloji Dergisi; 9(1):1-8.

EKLER

EK 1. BİREY TANILAMA FORMU

1. Yaşınız
2. Eğitim durumunuz nedir?
 - 1.) İlköğretim
 - 2.) Lise
 - 3.) Üniversite
3. Çalışıyor musunuz? 1.) Evet 2.) Hayır 3) Gebelik öncesi çalışıyordum
4. Çalışıyorsanız ne iş yapıyorsunuz?
 - 1.) Çiftçi
 - 2.) Memur
 - 3.) İşçi
 - 4.) Esnaf
 - 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 ne kadardır?
8. En uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri neresidir? 1-) Köy /kasaba 2) İlçe 3-) İl
9. Aile tipiniz nedir? 1-) Çekirdek Aile 2-) Geniş Aile 3-) Parçalanmış Aile
10. Sigara içiyor musunuz?
 - 1-) Evet
 - 2-)Hayır
 - 3-) Gebelikten önce içiyordum şimdi içmiyorum
11. Sigara içiyorsanız günde kaç adet içiyorsunuz?.....
12. Alkol kullanıyor musunuz?
 - 1-)Hiç kullanmadım
 - 2-) Ara sıra kullanıyorum
 - 3-) Gebelik öncesi kullandım
13. Bu gebeliğiniz isteyerek planlayarak mı oldu ? 1-) Evet 2-)Hayır
14. Kaçınıcı gebeliğiniz?.....
15. Kaç doğum yaptınız?.....
16. Genel olarak gebelik öncesi sağlığınıza nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - 1.) Çok iyi
 - 2.) İyi
 - 3) Orta
 - 4) Kötü/zayıf
17. Gebelik öncesi fiziksel olarak ne kadar aktif/hareketli olduğunuzu en iyi ifade eden seçenek hangisidir?
 1. Fiziksel olarak çok hareketliydim
 2. Fiziksel olarak hareketliydim
 3. Oldukça hareketsizdim

4. Hiç hareketli değildim, hareketsizdim

18. Gebelik öncesi hiç egzersiz, tempolu yürüyüş, yüzme, bisiklete binme, bahçe ve tarlada çalışma gibi (Günde en az 15 dakika) fiziksel aktivite yaptınız mı?

1-) Evet 2-) Hayır

19. Yaptıysanız ne sıklıkla yaptınız?

1) . 15 günde bir 2.) Haftada 1 gün 3.) Haftada 2 gün
4.) Haftada 3 gün 5.) Haftada 4 gün 6.) Her gün (Haftanın 7 günü)

20. Gebelikte beslenme konusunda sağlık personeli tarafından size hiç bilgi, eğitim/ verildi mi ?

1-) Evet (Kim , ...) 2-)Hayır

21. Gebelikte fiziksel aktivite/egzersiz/yürüyüş konusunda sağlık personeli tarafından size hiç bilgi, eğitim/ veril dimi ? 1 -) Evet (Kim, ...) 2-)Hayır

22. Sağlık personeli tarafından gebelikte kaç kilo almanız gerektiği söylendi mi ?

1.Evet 2. Hayır

EK 2. GEBE KİLO İZLEM KARTI

ASM No:

Hekim :

Ebe:

Tel:

İletişim Bilgileri/ Adı Soyadı :

Adres:

Telefon:

Son Adet Tarihi : T. D.Tarihi :

Doğum Yaptığı Tarih.....

Antropometrik Ölçümler

1. Boy (Ayakkabısız):.....
2. Gebelik öncesi kilosu veya ilk izlem kilosu :
3. Gebelik öncesi VKİ:

	Gebelik öncesi VKİ Sınıflaması	2.ve 3. Trimester Haftalık ağırlık artışı	Total Önerilen Kg)
	Normal kilolu: 18.5–24.9	400 gr.	11.5- 16
	Hafif kilolu: 25–29.9	300 gr.	7- 11.5
	Obez(şişman): ≥ 30	200 gr.	5- 9
* Birinci trimester kilo alım ortalaması 1-2 kgdır.			

TARİH	Gebelik Haftası	Kilosu	TA	Ödem	Hb	Demir hapi Kullanımı	GDM/ OGTT	Bilgi ve Notlar (şikâyetler, ağırlık artışı vs.)
	ASM İlk izlem							
	14-16. hafta							
	20-22. hafta							
	26-28. hafta							
	32-34. hafta							
	36-37. hafta							
	ASM Son İzlem							

4. Toplam prenatal izlem sıklığı

6. Gebelikte alınan toplam kilonun 2009 yılı İOM rehber önerisine uygunluk durumu?

5. Gebelikte alınan toplam kilo? ...

1. İOM göre uygun

2. İOM den fazla

3. İOM den az

Gebelik, Doğum ve Yeni doğan Sağlık Sonuçları

7. Gebeliğin ilk 3 ayında aşırı bulantı kusma yaşandı mı?	1-) Evet	2-)Hayır
8. Gebelikte düşük tehdidi oldu mu ?	1-) Evet	2-)Hayır
9. Yüksek tansiyon oldu mu?	1-) Evet	2-)Hayır
10. Preeklamsi oldu mu?	1-) Evet	2-)Hayır
11. Anemi oluştu mu?	1-) Evet	2-)Hayır
12. Gebelik diyabeti oluştu mu?	1-) Evet	2-)Hayır
13. Erken doğum tehdidi oldu mu ?	1-) Evet	2-)Hayır
14. Enfeksiyon oluştu mu?	1-)Evet	2-)Hayır
15. Maternal Stres (gebelikte stres, üzüntü, depresyon yaratan bir durum yaşandı mı?(ailesel sorunlar, ekonomik, ölüm, ayrılık, kaza vs)	1-) Evet	2-)Hayır
Diğer		

16. Doğum şekli nedir?

1-) Vajinal doğum 2-) Sezaryen doğum 3) Elektif sezaryen

17. Sezaryen nedeni

18. Vajinal doğum ise operatif vajinal doğum oldu mu? (vakum, forseps, laserasyon vs)

1-) Evet 2-)Hayır

19. Kaç haftalık doğum yaptı?.....

20. Bebeğin cinsiyeti 1-) Kız 2-) Erkek

21. Bebeğin doğum kilosu?.....

22. Doğum sonu bebekte oluşan sorun var mı ?

1-) Evet (ne oldu?.....) 2-)Hayır

EK 3. BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE GÜNLÜK BESİN TÜKETİM SIKLIĞI TANILAMA FORMU

1. Günde kaç ana (sabah, öğle, akşam) öğün besleniyorsunuz?
2. Ana öğünlerden atladığınız yemediğiniz oluyor mu ? 1-) Evet 2-) Hayır
3. Oluyorsa hangi öğünü atlıyorsunuz? ... 1-) Sabah 2-) Öğle 3-) Akşam
4. Ana öğünler (sabah, öğle, akşam) dışında aralarda ara öğün (yiyecek, içecek) kaç kez besleniyorsunuz?
5. Evde yemek yeme şekliniz nasıldır?
1-) Ayrı tabak 2-) Aynı tabak 3-) Her ikisinde
6. Aşağıdaki besin gruplarından günlük ne kadar tüketiyorsunuz?

Besin Grupları	Günlük /porsiyon	Haftalık/ porsiyon
Günlük süt/yoğurt /peynir (1 su bardağı süt, bir kase yoğurt, 2 kibrit kutusu büyüklüğünde peynir, 2 bardak ayran)		
Et, balık, tavuk (2-3 parça), yumurta, kuru baklagiller (4 yemek kaşığı kuru fasulye, nohut, bir kase mercimek çorbası) , kuruyemiş (10 adet fındık, fıstık veya badem, 2-3 ceviz)		
Sebze ve Meyveler Sebzeler (havuç, marul, yeşillik, domates, salatalık, salata, 6 yemek kaşığı sebze yemeği vs.) Meyveler (orta boy elma, armut, muz, portakal, 3 adet kayısı, 12 adet kiraz, 12 adet çilek, 5 adet erik, bir dilim karpuz, 1 çay bardağı portakal suyu vs.)		
Şekerli Tatlı Yiyecek Ve İçecekler (çikolata, hazır meyve suları, kek, sütlu ve şerbetli tatlılar, reçel vs)		
Yağlı, Kızartma Tarzı Yiyecekler (cips, patates kızartması, diğer kızartmalar vs)		
Kepekli ekmek (bir dilim olarak)		
Ekmek ve Tahıl Grubu (Makarna, Pilav, Çorba, (Porsiyon), Beyaz ekmek (bir dilim olarak), börek, poğaç, kurabiye, 2 adet bisküvi vs.)		

EK 4. ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ – IPAQ (KISA FORM)

İnsanların günlük hayatlarının bir parçası olarak yaptıkları fiziksel aktivite tiplerini bulmayla ilgileniyoruz. Sorular son yedi 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, yürüyüş veya eğlence aktiviteleri.**

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

1. Geçen yedi gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans etme, düşük tempoyla yüzme, bahçe işleri gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? **Yürüme hariç.**

Haftada ____ gün

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (4 .soruya gidin.)

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

Günde ____ saat Günde ____ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen yedi 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.

3. Geçen yedi gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada ____ gün

Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde ____ saat Günde ____ dakika, Bilmiyorum/Emin değilim

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

4. Geçen yedi gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Günde ____ saat Günde ____ dakika, Bilmiyorum/Emin değilim

EK 5. DAVRANIŞ DEĞİŞİM AŞAMASI TANILAMA KISA SORU FORMU

Gebelikte haftada en az üç kez, günde en az 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite (Ör; tempolu yürüyüş, yüzme, egzersiz) yapmanız önemlidir. Aşağıda verilen beş cevaba göre fiziksel aktivite davranışınızı en iyi açıklayan ifadelerden birinin numarasını yazınız.

1. Haftada en az üç kez, en az 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite (Ör; tempolu yürüyüş, yüzme, egzersiz, tarla/bahçe işi vs.) yapıyor musunuz?

1.izlem	2. izlem	3. izlem	4. izlem	5. izlem

Bu cevaplar

1-) Hayır ve gelecek 6 ay içinde başlama niyetinde değilim. (Düşünme öncesi-DÖ)

2-) Hayır, ama gelecek 6 ay içinde yapmaya başlama niyetindeyim. (Düşünme aşaması-DA)

3-) Hayır, ama gelecek 30 gün içerisinde başlama niyetindeyim.(Hazırlık aşaması-HA)

4-) Evet, yapıyorum ama 6 aydan daha kısa süredir yapıyorum. (Harekete geçme aşaması-HG)

5-) Evet, 6 aydan daha uzun süredir yapıyorum. (Sürdürme aşaması-SA)

Gebelikte sağlıklı beslenme davranışınız için aşağıdaki üç kriteri uygulayıp uygulamadığınız önemlidir.

Yukarıda verilen beş cevaba göre sağlıklı beslenme davranışınızı en iyi açıklayan ifadelerden birini seçerek aşağıdaki görüşme tablosuna numarasını yazınız.

2. Günde en az beş porsiyon (yarım kilo kadar) farklı çeşitlerde taze sebze ve meyve yiyor musunuz?

1.izlem	2. izlem	3. izlem	4. izlem	5. izlem

3. Kepekli/esmer ekmek tüketiyor musunuz?

1.izlem	2. izlem	3. izlem	4. izlem	5. izlem

4. Şekerli yiyecekleri ve tatlıları (hazır meyve suları, tatlılar, çikolata, dondurma, pasta, kek vs.) günde bir porsiyondan az tüketiyor musunuz?

1.izlem	2. izlem	3. izlem	4. izlem	5. izlem

EK 6. 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 bekleyen 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 başarabilirim.	1	2	3	4	5

EK 7. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (MSPSS)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için birden yediye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan (eş) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan(eş) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan(eş) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

7. İşler kötüye gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan(eş) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede aile bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

EK 8. FİZİKSEL AKTİVİTE KENDİNİ İZLEME FORMU

Lütfen aşağıdaki forma yaptığınız (planlı ya da plansız) haftada üç ya da daha fazla ve her bir seferde en az 10 dakika veya daha fazla günde toplam en az 30 dakika nefes alma hızınızı artıran ve terlemenize sebep olan bir düzeyde yapılan, orta dereceli fiziksel aktivitelerin (ör; tempolu yürüyüş, bisiklete binme, yüzme veya eş değer fiziksel aktiviteler) süresini günlük olarak kaydediniz.

Aktivite Tipi /Süresi	Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar
Örnek	20 dak yürüyüş	---	30 dak	25 dak	----	30 dak	---
		20 dak	--	30 dak	----	30 dak	25 dak
14. Hafta							
15. Hafta							
16. Hafta							
17. Hafta							
18. Hafta							
19. Hafta							
20. Hafta							
21. Hafta							
22. Hafta							
23. Hafta							
24. Hafta							
25. Hafta							
26. Hafta							
27. Hafta							
28. Hafta							
29. Hafta							
30. Hafta							
31. Hafta							
32. Hafta							
33. Hafta							
34. Hafta							
35. Hafta							
36. Hafta							

EK 9. ÜÇ GÜNLÜK BESİN TÜKETİM SIKLIĞI İZLEME FORMU

Aşağıdaki tabloda her bir öğünde yediklerinizi ve içtiklerinizi porsiyon sayısı, miktarı ile birlikte yazınız. Üç gün boyunca ara vermeden yediğiniz besinleri yazınız Sıklıkla birbirini izleyen üç gün (iki günü hafta içi, bir günü hafta sonu olarak ayarlayınız)

Tarih:			
Öğün	Besin/ Yiyecek Adı ve Miktarı	Besin/ Yiyecek Adı ve Miktarı	Besin/ Yiyecek Adı ve Miktarı
Sabah/Kahvaltı			
Kuşluk (ara öğün)			
Öğlen yemeği			
İkinci (ara öğün)			
Akşam yemeği			
Gece (Ara öğün)			
Diğer atıştırmalar			

Örneğin: 1 dilim peynir, 1 bardak süt, 2 Dilim Ekmek, 1 Kase Yoğurt, 1 porsiyon köfte(4 adet), 1 porsiyon fasulye yemeği, 1 orta boy elma, 1 bardak meyve suyu, 1 küçük dilim kek gibi.

EK 10. TELEFON GÖRÜŞME FORMU

Katılımcı no:

Tarih :

Görüşme

Süresi:

Merhaba ben Zeynep DAŞIKAN, yaklaşık 6 aydır olarak benim yürütücülüğünü yaptığım gebelikte uygun kilo alımı sağlamak için fiziksel aktivite/ egzersiz ve sağlıklı beslenme davranış değişimi danışmanlık programına katılmıştınız. Bu konuyla ilgili sizinle görüşmek istiyorum, konuşmak için zamanınız var mı?

En son tartıldığınızda kaç kilo geldiniz?....

Son görüşme sonrası fiziksel aktivite davranışlarınızda bir değişiklik oldu mu?

1. Evet ... 2. Hayır

Son görüşme sonrası beslenme davranışlarınız da değişiklik oldu mu ?

1. Evet ... 2. Hayır

Aşağıdaki besin gruplarından günlük ne kadar tüketiyorsunuz? Bu konularda herhangi bir sorunuz veya bilmek istediğiniz bir şey var mı ?

İlginize teşekkürler..

BESİN GRUPLARI	Günlük /porsiyon	Haftalık/ porsiyon
Günlük süt/yoğurt /peynir (1 su bardağı süt, bir kase yoğurt, 2 kibrit kutusu büyüklüğünde peynir, 2 bardak ayran)		
Et, balık, tavuk (2-3 parça), yumurta, kuru baklagiller (4 yemek kaşığı kuru fasulye, nohut, barbunya, bir kâse mercimek çorbası,) kuruyemiş (10 adet fındık, fıstık veya badem, 2-3 ceviz)		
Sebze ve Meyveler Sebzeler (havuç, marul, yeşillik, domates, salatalık, salata, 6 yemek kaşığı sebze yemeği vs.) Meyveler (orta boy elma, armut, muz, portakal, 3 adet kayısı, 12 adet kiraz, 12 adet çilek, 5 adet erik, bir dilim karpuz, 1 çay bardağı portakal suyu vs.)		
Şekerli Tatlı Yiyecek ve İçecekler (çikolata, hazır meyve suları, kek, sütlü ve şerbetli tatlılar, reçel vs)		
Yağlı, Kızartma tarzı yiyecekler (cips, patates kızartması, diğer kızartmalar vs)		
Kepekli ekmek (bir dilim olarak)		
Ekmek ve Tahıl grubu (makarna, pilav, çorba, (porsiyon) beyaz ekmek (bir dilim olarak), börek, poğaça, kurabiye, 2 adet bisküvi vs.)		

EK 11. GEBE ÖN KAYIT FORMU

..... NO'LU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ					
Hekim Adı Soyadı: Hemşire Adı Soyadı:				İletişim/ Telefon :	
Gebenin Adı Soyadı	Yaş	Son Adet Tarihi	Gebelik, Doğum sayısı	Boy, İlk izlem Kilosu, BKİ	İletişim Bilgileri

EK 12a. BİLGİLENDİRİLMİŞ BİREY ONAM FORMU (Girişim Grubu)

Bu çalışma, gebelikte uygun kilo alımının sağlanmasında sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite/egzersiz davranışlarının artırılmasının anne ve bebek sağlığı üzerine olan etkilerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmada sizinle yaklaşık beş görüşme yapılacak ve her görüşmede size gebelikte sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve gebelikte ideal kilo alımının önemi konusunda bilgiler verilecektir. Her görüşmede kilonuz kontrol edilecek ve yaşadığınız sorunlar değerlendirilecektir. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarınız ve fiziksel aktivite/ egzersiz yapma davranışlarınız değerlendirilecek ve size göre plan yapılacaktır. Sizinle yapılan görüşme ve izlemler için sizden herhangi bir ücret alınmayacaktır.

Araştırmada toplanan bilgiler isim belirtilmeden bilimsel rapor haline getirilecektir. Verdiğiniz tüm bilgiler araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Herhangi bir yan etkisi olmayan bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınız da daha sonraki hizmette hiç olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim...

Zeynep DAŞIKAN

Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksek Okulu, Öğretim Görevlisi

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Öğrencisi

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Sorularıma kanımca yeterli yanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının Adı Soyadı:

İmzası:

EK 12b. BİLGİLENDİRİLMİŞ BİREY ONAM FORMU (Kontrol Grubu)

Bu çalışma, Teori Temelli Bireysel Danışmanlık Girişiminin Gebelikte Kilo Alımı Yönetimine Etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmada sizinle yüz yüze ve telefon ile görüşme yapılacaktır. İlk ve son görüşmede boy ve kilonuz ölçülecek ve gebelikte ilgili bazı sorular sorularak formlar doldurulacaktır. Daha sonraki görüşmelerde gebelikte yaşadığınız sorunlar ve gebelikte ilgili öğrenmek istediğiniz bilgiler verilecektir. Sizinle yapılan görüşme ve izlemler için sizden herhangi bir ücret alınmayacaktır.

Araştırmada toplanan bilgiler isim belirtilmeden bilimsel rapor haline getirilecektir. Verdiğiniz tüm bilgiler araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Herhangi bir yan etkisi olmayan bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınız da daha sonraki hizmette hiç olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim...

Zeynep DAŞIKAN

Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksek Okulu, Öğretim Görevlisi

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Öğrencisi

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Sorularıma kanımca yeterli yanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının Adı Soyadı:

İmzası:

EK 13. GEBELİKTE KİLO ALIMI, SAĞLIKLI BESLENME VE FİZİKSEL AKTİVİTE REHBER KİTABI DEĞERLENDİRME FORMU

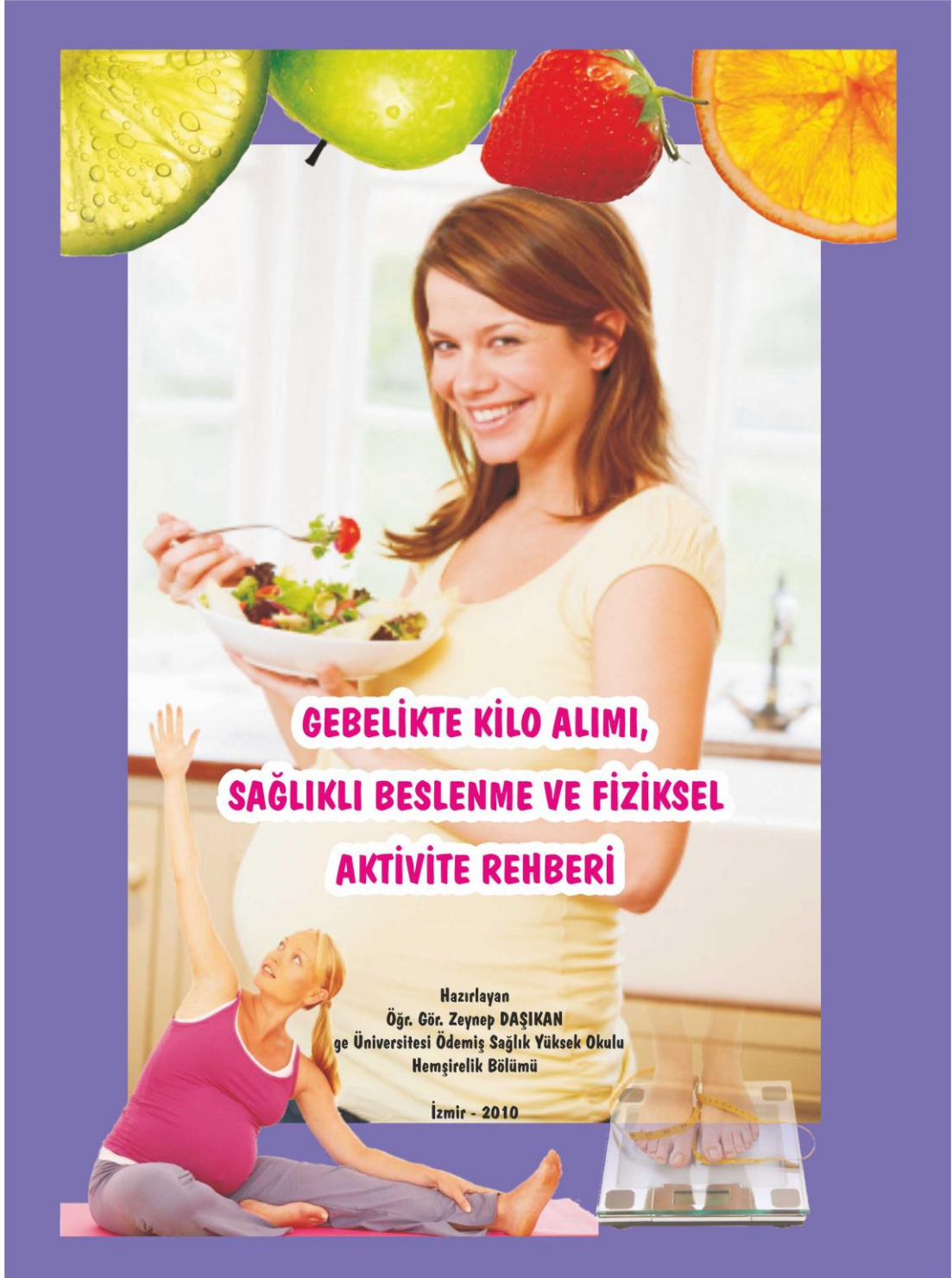
Sayın Öğretim Üyesi;

Araştırmacı tarafından “teori temelli sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite bireysel danışmanlık girişiminin gebelikte kilo yönetimine etkisi” doktora tez çalışması kapsamında gebelere verilmek üzere “Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehberi” kitabı hazırlanmıştır. Basım için kitapçığın düzenlenmesinde okuyucuların görüş, beklenti ve önerileri yazara yararlı geri dönüt sağlayacaktır. Bu amaçla sizden istenen, kitapçığı dikkatle okumanız ve aşağıdaki değerlendirme formundaki soruları yanıtlamanızdır. İlginize çok teşekkür ederim.

Öğretim Görevlisi. Zeynep DAŞIKAN

	Çok katılıyor	Orta derece katılıyor	Az katılıyor	Gereksiz	Fikrim yok	Görüşler
Kurgusal Özellikler						
1. Alt başlıklar organize bir şekilde , mantıklı biçimde düzenlenmiş ve bölümler arasında bağ ve uyum kurulabiliyor.						
2.Dikkatlice yazılmış						
3. Şekiller anlaşılır biçimde hazırlanmış						
4. Genel olarak okuyucunun kavrayıp anlayabileceği biçimde ele alınmış , yazılmış, yararlı						
İçerik İle İlgili Özellikler						
5.Okuyucuyu konuyla ilgili başka kaynaklar okuma ve düşünme açısından motive edici biçimde yazılmış.						
6.Verilen bilgiler aydınlatıcı, işe yarar, konu ile ilgili.						
7.Kaynakları güncel, konu ile ilgili.						
8. Şekiller konunun daha iyi anlaşılmasını sağlıyor						
Türkçe Anlatımı İle İlgili Özellikler						
9.Genel olarak okunduğunda kolay anlaşılıyor.						
10. Gereksiz tekrarlar ve uzatmalar yok.						
11.Anlamayı güçleştiren sözcükler yok.						
12.Yazım dili yalın ve anlaşılır.						
13.Yazım ve dilbilgisi kurallarına uygun yazılmış.						
Basım niteliği ile ilgili Özellikler						
14.Yazının diziliş biçimi, sayfa düzeni ve harflerin büyüklüğü okuyucuyu sıkıyor.						
15.Basım hatası ile yanlış yazılmış sözcükler yok.						
16.kitapçıkların kapağının organizasyonu ve kompozisyonu ilgi çekici hazırlanmış.						

**EK 14. GEBELİKTE KİLO ALIMI, SAĞLIKLI BESLENME VE FİZİKSEL
AKTİVİTE REHBERİ**



EK 15.

***GEBELİKTE KİLO YÖNETİMİNDE TEORİ TEMELLİ
BİREYSEL DANIŞMANLIK PROGRAMI EĞİTİCİ
REHBERİ***

Gebelikte Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Yapma Yolları



HAZIRLAYAN:

Öğr. Gör. Zeynep DAŞIKAN

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

Doktora Öğrencisi

İZMİR

2010

İÇERİK	Sayfa No ii-iii
Gebelikte Kilo Yönetiminde Teori Temelli Bireysel danışmanlık Programı Eğitici Rehberi İçerik	1
Giriş	2
Gebelikte Uygun Kilo Alımı İçin Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Yapma Davranış Değişimine Ne Kadar Hazırsınız?	2
1.Düşünme Öncesi Motivasyonel Görüşme	
o Hedef ve Yaklaşımlar	4
o Gebelikte Ne Kadar Kilo Almalısınız?	4
o Gebelikte Fazla veya Az Kilo Alımı ve Yetersiz Beslenme Sonucu Oluşan Sorunlar	5
o Sağlıklı Beslenme İlkelerini Uygulayın	7
o Gebelikte Sağlıklı Beslenme ve Sağlıklı Besin Seçiminin Yararlarını Belirlemek	9
o Düzenli Fiziksel Aktivite Yapmak Nedir?	9
o Gebelikte Düzenli Fiziksel Aktivite Yapmanın Yararlarını Belirlemek	11
o Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fizikse Aktivite İle İlgili Davranışlarınızı Anlayın	13
2. Düşünme Aşaması Motivasyonel Görüşme	13
o Hedef ve Yaklaşımlar	
o Değişimin Zararlarını Azaltmak	16
o Sağlıklı Beslenme Engelleri İçin Çözümler Listesi	17
o Fiziksel Aktivite Engelleri İçin Çözümler Listesi	18
o Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel aktivite İle İlgili Davranışlarınız Konusunda Daha Fazla Bilgi Edinin	18
o İmajınızı Değiştirmek	21
o Toplumsal Değişimi Fark Edin	24
o Küçük Adımlar Atmak	24
o Uzun-Dönem Amaç Belirleme	25
3. Hazırlık Aşaması Motivasyonel Görüşme	26
o Hedef ve Yaklaşımlar	27
o Sağlıklı Beslenen ve Fiziksel Aktivite Yapan Biri Olarak Kendinize Yeni Bir İmaj Yaratın	28
o Sağlıklı Düşünceler Edinin	28
o Kararlı Olun	29
o Beslenme Planı Yapın	29
o Besinlerin Porsiyon Miktarlarını Öğrenin	29
o Besinlerin Değişim Listelerini Öğrenin	30
o Fiziksel Aktivite Yapmaya Başlamak	31
o Hareket Planı Yapın	31
o Hatırlatıcılar Kullanın	33
o Başkalarına Kararlılığınızı Söyleyin	33

○ Kendinize Sosyal Destek Ağı Geliştiriniz	34
○ Başarınıza Bir Eylem Planı İle Bağlanın	34
○ Gelişiminizi/İlerlemenizi İzleyin	34
○ Kendinizi Ödüllendirin	36
4. Harekete Geçme Aşaması Motivasyonel Görüşme	37
○ Hedef ve Yaklaşımlar	37
○ Kararlı Olun	38
○ Beslenme Planınızı ve Fiziksel Aktivite Planınızı Tekrar Gözden Geçirin	38
○ Sözleşme	39
○ Avantajları Kendinize Hatırlatmak Konusunda Daha Fazla Bilgi Edinin	40
○ Uyarı Kontrolü	40
○ Gebelikte Fiziksel Aktivite Programı İçin Öneriler	40
○ Sağlıklı Seçimler Yapın	41
○ Çevrenizi Düzenleyin	42
○ Hatırlatıcılar Kullanmak	43
○ Başarı İçin Sözleşme	44
○ Destek Almak, Destek Ekibini Seçmek	44
○ Gelişiminizi/İlerlemenizi İzleme	45
5. Sürdürme Aşaması Motivasyonel Görüşme	47
○ Hedef ve Yaklaşımlar	47
○ Sağlıklı Beslenme Alışkanlıklarınıza Fiziksel Aktivite Yapmaya Ara mı Verdiniz? Kaldığınız Yerden Devam Edin	47
○ Engellerden Ders Alın	48
○ Sağlıklı Seçimler Yapmaya Devam Edin	48
○ Önceden Planlama Yapın	49
○ Amaçlar İçin Sözleşme Yapın	50
○ Kendinizi Ödüllendirin	51
○ Sağlıklı Beslenmenin ve Düzenli Fiziksel aktivite	51
○ Yapmayı Sürdürmenin Yolları	52
○ Bilgi Edinmeye Devam Edin	52
○ Engelleri Azaltın	52
○ Öz-güveni Sürdürme	52
	52
	53
KAYNAKLAR	54

BİREYSEL DANIŞMANLIK GİRİŞİM PROGRAMI İÇERİĞİ

Danışmanlık Zamanlaması	Danışmanlık Girişim Yöntemi/ Süresi	Danışmanlık Girişim Bileşenleri	Kullanılacak Araç Gereçler
1. Danışmanlık 12-16. Gebelik Haftası	Yüz Yüze Bireysel Danışmanlık, Motivasyonel Görüşme, 60-90 Dakika	-VKİ Belirlenmesi, -VKİ Sınıfına Uygun Kilo Alımı Önerisi, -Beslenme Danışmanlığı, -FA Danışmanlığı, -Rutin Prenatal Bakım	Gebe Kilo İzlem Kartı, Defter, Kalem, Baskül (Tartı), Mezura, Pedometer (Adımsayar) Projeksiyon Cihazı ve Power Point Sunu, Stiker, Magnet, Broşürler Poster ve Afişler, Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehber Kitabı Fiziksel Aktivite Kendini İzleme Formu, Üç Günlük Besin Tüketim Sıklığı İzleme Formu, Etkinlik Formları
2. Danışmanlık 18-22. Gebelik Haftası	Yüz Yüze Bireysel Danışmanlık, Motivasyonel Görüşme, 30-45 Dakika	-Kilo İzlemi, -Destekleyici Beslenme Danışmanlığı, -Destekleyici FA Danışmanlığı, -Rutin Prenatal Bakım	Gebe Kilo İzlem Kartı, Defter, Kalem, Baskül, Eğitim Kitabı, Etkinlik Formları Stiker, Magnet, Broşürler Poster ve Afişler, Gerçek ve Model Besin Porsiyon Örnekleri Fiziksel Aktivite Kendini İzleme Formu, Üç Günlük Besin Tüketim Sıklığı İzleme Formu, Etkinlik Formları
3. Danışmanlık 24- 26. Gebelik Haftası	Yüz Yüze Bireysel Danışmanlık, Motivasyonel Görüşme, 30-45 Dakika	-Kilo İzlemi, -Destekleyici Beslenme Danışmanlığı, -Destekleyici FA Danışmanlığı, -Rutin Prenatal Bakım	Gebe Kilo İzlem Kartı, Defter, Kalem Baskül, Eğitim Kitabı, Etkinlik Formları Poster ve Afişler, Gerçek ve Model Besin Porsiyon Örnekleri Fiziksel Aktivite Kendini İzleme Formu, Üç Günlük Besin Tüketim Sıklığı İzleme Formu, Ödüllendirme: Ontex-Can Bebe Hoşgeldin Bebek Paketi
4. Danışmanlık 30-32. Gebelik Haftası	Telefon Danışmanlığı, Motivasyonel Görüşme, 10 Dakika	-Kilo İzlemi, -Destekleyici Beslenme Danışmanlığı, -Destekleyici FA Danışmanlığı, -Rutin Prenatal Bakım	Gebe Kilo İzlem Kartı, Defter, Kalem Baskül, Eğitim Kitabı, Etkinlik Formları Gerçek ve Model Besin Porsiyon Örnekleri
5. Danışmanlık 36-38. Gebelik Haftası	Yüz Yüze Bireysel Danışmanlık, Motivasyonel Görüşme, 20-30 Dakika	-Kilo İzlemi, -Destekleyici Beslenme Danışmanlığı, -Destekleyici FA Danışmanlığı, -Rutin Prenatal Bakım	Gebe Kilo İzlem Kartı, Defter, Kalem Eğitim Kitabı, Etkinlik Formları Poster, Afiş, Broşür Gerçek ve Model Besin Porsiyon Örnekleri Ödüllendirme: Unı Baby Yeni Doğan Paketi

Giriş

Sağlıklı beslenmeniz ve fiziksel olarak aktif yaşamınız hem kendiniz hem de doğacak bebeğiniz için çok önemlidir. Gebelik süresince sağlıklı beslenmek ve fiziksel yönden aktif yaşamak gebelikte sağlıklı kilo almanıza, sağlıklı bir gebelik geçirmenize, kolay doğum yapmanıza ve sağlıklı bir bebeğe sahip olmanıza yardımcı olur. Sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam sağlıklı yaşam sürmenize, ideal kilonuzu korumanıza ve sağlıklı nesiller dünyaya getirmeniz için anahtardır.

Gebelikte Kilo Yönetiminde Bireysel Danışmanlık Programı, gebe kadının sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitesini artırmaya yönelik “Sosyal Bilişsel Teori ve Teoriler Üstü Modelin Davranış Değişim Aşaması” temelli oluşturulmuş özel bir programdır. Danışmanlık programı ile gebe kadınlara; sağlıklı beslenme, hareketli yaşam davranışları için yollar gösterilecek, sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam ile gebelikte ideal kilo alımı sağlanacaktır. Geliştirilen davranış değişimi; sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem geçirmenize, sağlıklı bir bebeğe sahip olmanıza yardımcı olacaktır.

Bu danışmanlık programı; 19-45 yaş grubu riskli bir gebeliği olmayan, normal tekil gebeliği olan, yeterli iletişim becerisi olan, gebelik öncesi vücut kitle indeksi (VKİ) 18.5 - 40 kg/m² arasında olan, 12- 38 gebelik haftaları arasında olan tüm gebelere uygundur. Gebelik davranış değişimi yapmak için çok uygun bir dönemdir ve bu davranış değişim yöntemlerini /yollarını doğum sonrası ve ileri tüm yaşamınızda kullanabilirsiniz.

Bu Hedef Nasıl Gerçekleştirilir?

Davranış değişikliği yapmanın ve bunlara sadık kalmanın her zaman için kolay olmadığını biliyoruz. Bu nedenle bu program kişisel ihtiyaçlarınıza yönelik düzenlenmiştir. Bu programda, gebelikte uygun kilo alımınızı sağlamak için sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteye başlama ve sürdürme için yollar gösterilecektir.

GEBELİKTE UYGUN KİLO ALIMINI İÇİN SAĞLIKLIL BESLENME VE FİZİKSEL AKTİVİTE DAVRANIŞ DEĞİŞİMİNE NE KADAR HAZIRSINIZ?

Gebelikte yeterli kilo alımı için sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik araştırma projesine katılmayı kabul ettiniz ve anket formlarını doldurdunuz. Size beslenme alışkanlıklarınız ve fiziksel aktivite davranışlarınızla

ilgili sorular sormak istiyorum.

Gebelikte sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarınız için aşağıdaki dört soru sorulacaktır.

Aşağıda verilen dört cevaba göre beslenme davranışınızı en iyi açıklayan ifadelerden birini seçerek aşağıdaki boşluğa numarasını yazınız.

- ☐ Günde en az beş porsiyon (yarım kilo kadar) farklı çeşitlerde taze sebze ve meyve yiyor musunuz?
- ☐ Kepekli/ esmer ekme yiyor musunuz?
- ☐ Şeker oranı yüksek, şekerli içecek (meyve suları) ve yiyecekleri (tatlılar, çikolata, dondurma, pasta vs.) günde bir porsiyondan(bir bardak veya bir porsiyon) az mı tüketiyorsunuz?
- ☐ Haftada 3 kez veya daha fazla, günde en az 30 dakika süreyle düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz? (Örn; tempolu orta şiddette yürüyüş, bisiklete binme, yüzme, müzik eşliğinde dans etme, tarlada/ bahçede çalışma, ev temizliği/ ev işi vs).

Aşağıdaki dört seçenekten size uygun olanın sayısını işaretleyiniz.

Bu cevaplar

- 1-) Hayır ve gelecek 6 ay içinde başlama niyetinde değilim. (Düşünme öncesi)
- 2-) Hayır, ama gelecek 6 ay içinde yapmaya başlama niyetindeyim. (Düşünme aşaması)
- 3-) Hayır, ama gelecek 30 gün içerisinde başlama niyetindeyim.(Hazırlık aşaması)
- 4-) Evet, yapıyorum ama 6 aydan daha kısa süredir yapıyorum.(Harekete geçme aşaması)
- 5-) Evet, 6 aydan daha uzun süredir yapıyorum. (Sürdürme aşaması)

Burada vermiş olduğunuz cevap sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarınız konusunda hangi aşamada olduğunuzu gösterir.

Bu rehber kitapçıkta,

- Düşünme Öncesi aşamasında iseniz sayfa 4
- Düşünme Aşamasında iseniz sayfa 16
- Hazırlık Aşamasında iseniz sayfa 28
- Harekete Geçme Aşamasında iseniz sayfa 38
- Sürdürme Aşamasında iseniz sayfa 48'den başlamayı öneriyoruz.

1. DÜŞÜNME ÖNCESİ AŞAMASI MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

Hedef; Değişim gereksinimi olan davranış için bilgi ve farkındalığı artırma.

Yaklaşımlar; Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite(FA) alışkanlıklarını değerlendirme: Gebelikte sağlıklı beslenme ve FA konusundaki bilgi, inanç, tutum ve davranışların belirlenmesi, gebelikte iki kişilik mi beslenmek gerekir? gebelikte fiziksel aktivite /egzersiz davranışının kişi için anlamı nedir? Ailenin beslenme ve aktivite tutum ve davranışları, ailesel görüş, besin seçimindeki belirleyici faktörleri belirleme (kişisel, ekonomik, çevresel).

Bilgi ve öneri verme: Gebelikte ideal kilo alımının önemi ve gebelikte VKİ uygun kilo alım önerileri hakkında bilgi verme, gebelikte fazla veya yetersiz kilo alımı sonucu annede, bebekte ve ileriki yaşamlarında oluşabilecek riskler, gebelikte aşırı kilo almanın ve obezitenin riskleri konusunda bilgi verme, sağlıklı ve dengeli beslenme ilkeleri, sağlıklı beslenmenin ve düzenli fiziksel aktivite/ egzersiz yapmanın yararları, gebeliğe ve uzun dönemde yaşama olan etkileri değinilmiştir.

Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehber kitabı, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konusunda yapışkan hatırlatıcı (sticker), magnet, üç günlük besin tüketim kaydı, fiziksel aktivite kaydı formu verme.

Şimdi size gebelikte sağlıklı kilo alımını için sağlıklı beslenme ve aktif yaşamının yolları hakkında eğitim ve danışmanlık yapacağım.

Gebelikte Ne Kadar Kilo Almalısınız?

Her Kadının Gebelik Öncesi Ağırlık Durumu Farklıdır, Her Gebe Kadının Gebelikte Alması Gereken Ağırlık Artışı Farklıdır.

Tablo 1: Gebelik Öncesi VKİ Göre Normal Bir Gebelikte Alınması Gereken Ağırlık Ne Kadardır?

Gebelik Öncesi Kilo Sınıflaması	Toplam Önerilen Ağırlık Artışı (kg)	4- 9 Ay Arası Ağırlık Artışı/Hafta
Düşük kilolu (VKİ: < 18.5)	12.5-18	500 gr
Normal kilolu (VKİ:18.5–24.9)	11.5- 16	400 gr
Fazla kilolu (VKİ:25–29.9)	7- 11.5	300 gr
Şişman(Obez) (VKİ: ≥ 30)	5- 9	200 gr
*İlk 3 ay ağırlık artış ortalaması 1-2 kg dır.		

(Kaynak: Institute of Medicine (IOM, 2009): Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines)

Haftada Bir Tartılıңыз!

- ✓ Sağlıklı kilo alımınızı izlemek için haftada bir tartılmalısınız.
- ✓ Kilo takibini mutlaka aynı tartıda, aynı ağırlıktaki kıyafetlerle ve ayakkabısız olarak yapınız.
- ✓ Tartılırken günün belirli bir saatini tercih ediniz.
- ✓ Rehber kitabınızdaki **Gebelikte Kilo İzlem Çizelgesine** haftalık olarak tartıldığınızda kilonuzu yazınız!

Gebeliğiniz süresince az veya fazla kilo alıyorsanız sağlık personeliniz (ebe, hemşire, doktor, diyetisyen) ile konuşunuz.

Gebelikte Fazla veya Az Kilo Alımı ve Yetersiz Beslenme Sonucu Oluşan Sorunlar

1-Gebelikte Fazla Kilo Alımı Sonucu Oluşan Sorunlar!

a) Gebelik Süresince Oluşan Sağlık Sorunları

- Gebelikte oluşan şeker hastalığı
- Yüksek tansiyon
- Gebelik zehirlenmesi (toksemi)
- Damar tıkanıklıkları
- Düşükler
- Erken doğum



b) Doğum Eyleminde Oluşan Sorunlar

- Zor doğumlar
- Doğum kanalında yırtıkların oluşması
- Sezaryen doğum oranında artış ve onun getirdiği riskler
- Anne ölümü

c) Doğum Sonrası Oluşan Sorunlar

- Emzirmede başarısızlık
- Doğum sonrası kanama
- Üreme organlarında sarkma, idrar kaçırma
- Enfeksiyon ve yara iyileşmesinde gecikme
- Doğum sonu depresyon

- Gebelikte alınan kiloların verilememesi

d) Annenin İleriki Yaşamında Oluşabilecek Sorunlar

- Meme kanseri riskinde artış
- Annede şişmanlık
- Şişman kadınlarda kanser, felç, yüksek tansiyon, şeker hastalığı, kalp hastalıklarına yakalanma olasılığında artış
- Kadında depresyon, stres ve vücut imajı sorunları



Kadınlarda şişmanlığın daha fazla görülmesinin nedenlerinin başında gebelik döneminde alınan fazla kilolar ve doğum sonrası verilemeyen kilolar gelmektedir.

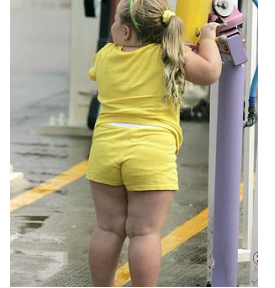
e) Bebekte Oluşan Sorunlar

- Kilolu bebek doğumu (tosuncuk)
- Çocukluklarda şişmanlık (obezite) oluşma olasılığı
- Bebeğin iri olması ve doğumun zor olmasına bağlı bebekte kol kırıkları, sinir zedelenmelerinin oluşma olasılığı
- Fazla kilolu ve şişman annelerin bebeklerinin anomalili (sakat) olma olasılığı
- Ölü doğum



f) Çocuğun İleri Yaşamında Oluşabilecek Sorunlar

- Beslenme sorunu
- Şişmanlık (Obezite)
- Şeker hastalığı, kalp hastalığı
- Alerji, astım
- Kanser



Gebelik döneminde önerilen miktarlardaki kilo alımını sağlamak, anne ve çocuğun ileriki yaşamında oluşabilecek şişmanlığı (obezite) önlemede önemli bir yoldur.

2- Gebelikte Az Kilo Alımı ve Yetersiz Beslenme Sonucu Oluşan Sorunlar!

- Annede kansızlık (anemi)
- Kemik dokusu bozuklukları
- Gebelik zehirlenmesi (toksemi)
- Zamanından önce erken bebek doğumu
- Düşük doğum ağırlıklı bebek
- Bebeğe zihinsel ve fiziksel gelişme geriliği
- Ölü doğumlar
- Anne ve bebek sağlığının bozulması
- Anne ve bebek ölümleri



Bebeğinizin ve Sizin Sağlığınızın Temel Taşlarından Birisi, Yeterli ve Dengeli Beslenmedir.

Sağlıklı Beslenme İlkelerini Uygulayın!

- ☐ Her öğünde dört temel besin grubundan(et grubu, süt grubu, sebze ve meyve grubu, tahıl grubu) yeterli miktarda tüketin.
- ☐ Besin çeşitliliği sağlayın ve tabağınızın renkliliğinden keyif alın.
- ☐ Bir günde gereksiniminiz olan besinleri üç ana (sabah, öğle, akşam) ve üç ara öğünde (kuşluk, ikindi, gece) tüketin.
- ☐ Öğün atlamayın ve öğünlerinizi zamanında yiyein.
- ☐ Her gün sabah kahvaltısı yapın.
- ☐ Öğünler içinde en önemlisi sabah kahvaltısıdır.
- ☐ Lifli/posalı gıda alımını artırın.
- ☐ Bol posa içeren sebze meyve, kepekli/esmer ekmek ve kuru baklagiller tüketiminizi artırın.
- ☐ Her gün 1 avuç fındık, ceviz ve badem içi yağlı tohumlardan tüketin.
- ☐ Beyaz ekmek yerine tam tahıl ürünlerini(tam buğday, kepekli ekmek vs.) tercih edin.
- ☐ Günde en az 5 porsiyon sebze meyve tüketin.
- ☐ Şeker, bal, çikolata, tatlı ve her türlü şekerli ve yağlı besinlerin alımını azaltın.
- ☐ Günde 8-10 bardak su için.
- ☐ Kendinize haftalık yemek listesi planı yapın.



Gebelikte Artan Enerji Gereksinimini İçin Sağlıklı Ara Öğünler Seçin!

Gebelik öncesi ağırlığa göre kadınlara ek enerji gereksinimi önerilir. Gebelik döneminde normal kiloda, hareketli, normal aktivitesi olan kadınlara gebeliğin ilk 3 ayından sonra günlük **300 kalori** (enerji) fazladan enerji alması önerilmektedir. Eğer düşük kilolu, şişman, ikiz veya daha fazla gebeliğe sahipse farklı oranlarda ek enerji (kalori) alması gerekir.

Gebe kadın, normal zamanda yediklerine ek olarak alması gereken 300 kalorilik enerji gereksiniminin karşılanabilmesi için sağlıklı besin öğelerinden seçim yapmalıdır. Gebe kadın, normal sağlıklı beslenme alışkanlıklarındaki yedikleri besinleri 1-2 kaşık artırarak ek kalori almış olur.

Ara öğünlerde kalorisi yüksek tatlı, yağlı, hamur işi, dondurma, cips, çikolata, tatlı, kızartma, pasta, hazır gıdalar, abur –cubur ürünler, hazır meyve suları gibi kalorisi yüksek besinleri tercih etmeyiniz. Tatlı besin canınız istediğinde bunun yerine bir dilim reelli kepek ekmeği veya doğal olan pekmez tercih ediniz.

Gebelikte 300 Kalorilik Sağlıklı Ara Öğün Seçenekleri

1. Seçenek

Bir orta boy muz,
Bir su bardağı süt,
Bir ince dilim yulaf/ kepek
veya esmer ekmek

2. Seçenek

Bir su bardağı kadar süt veya
kaymaksız yoğurt,
1 orta boy elma,
4 kaşık makarna

3. Seçenek

Küçük boy salata,
1 kase kaymaksız yoğurt,
1 dilim kepekli ekmek

4. Seçenek

2-3 kibrit kutusu kadar peynir veya 2 kaşık
Çökelek,
1 yumurta veya yumurta kadar et, tavuk,
balık,
1 orta boy nortakal

Unutulmamalıdır ki; önemli olan annenin fazla kilo alması değil, anne karnındaki bebeğin sağlıklı gelişimidir.

Gebelikte Sağlıklı Beslenme ve Sağlıklı Besin Seçiminin Yararlarını Belirlemek

- ☐ Kendinizi enerjik hissetmenizi sağlar.
- ☐ Gebelikte oluşabilecek bulantı kusma, kabızlık sorunlarını önler.
- ☐ Gebelikte oluşabilecek sağlık risklerini (gebelik şekeri, gebelik tansiyonu, gebelik zehirlenmesi gibi) azaltır.
- ☐ Sağlıklı bir gebelik geçirmenizi sağlar.
- ☐ Sağlıklı bebeğe sahip olmanızı sağlar.
- ☐ Sizin ve bebeğinizin uygun kilo almanızı sağlar.
- ☐ Doğum sonrası sağlıklı kilonuzu sürdürmenizi sağlar.
- ☐ Kendinizle gurur duymanızı sağlar.
- ☐ Eğlenceli kılar.
- ☐ Aile ve arkadaşlarınıza örnek davranış oluşturur.
- ☐ Değişik lezzetleri tatmanızı sağlar.
- ☐

Form 1. Sağlıklı Beslenme ve Sağlıklı Besin Seçiminin Sizin İçin Yararları Nelerdir? Yazınız.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

- ✓ *Gebelikte alınan fazla kilonun ve şişmanlığın gebelik ve bebek üzerindeki etkilerini biliyor musunuz?*
- ✓ *Gebelikte almanız gereken toplam ağırlığınızı biliyor musunuz?*

Düzenli Fiziksel Aktivite Yapmak Nedir?

Fiziksel aktivite; enerji tüketimi ile sonuçlanan herhangi bir vücut hareketidir. Haftada en az üç ya da daha fazla gün, 30 dakikalık veya daha uzun, orta dereceli fiziksel etkinlik düzenli egzersiz olarak tanımlanır ve her birey için önerilir. Orta dereceli egzersizler nefes alma hızınızı attıran ve terlemenize sebep olan aktivitelerdir.

Kadın doğum uzmanları gebe kadınlara haftada en az üç, tercihen beş gün günde 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite yapmasını önermektedir.

Sağlıklı gebe kadınlara önerilen aktiviteler hafif ve orta şiddetteki egzersizlerdir. Fiziksel aktivite sırasında bir arkadaşınızla konuşmayı sürdürebilmeniz gerekir. Eğer çok fazla nefes nefese iseniz ve konuşamıyorsanız, muhtemelen yüksek hızda egzersiz yapıyorsunuz demektir.

Günlük ne kadar yürüdüğünüzü belirlemenin bir diğer yolu adım sayar kullanmaktır.



Gebelikte Yapılabilecek Güvenli Fiziksel Aktiviteler Nelerdir?

Gebelik için en uygun fiziksel aktivite yürüme ve yüzmedir.

Yürüme: Gebelikte en çok tercih edilen aktivite yürümedir. Sağlıklı ve kaliteli bir yaşam için yürümek herkesin en rahat yapabileceği aktivitelerden birisidir. Araştırmalar bir kişinin günde 8 - 10 bin adım atması gerektiğini vurgulamaktadır.

Yüzme: Özellikle su içinde yapılan egzersizler oldukça yararlıdır ve giderek daha fazla ilgi görmektedir.



- Hafif koşu, hafif tempoda bisiklete binme
- Aerobik
- Müzik eşliğinde dans etmek
- Orta dereceli bahçe işleri, ev temizliği
- Yoga, pilates: Esneklik, solunum kontrolü ve gevşemeyi sağlayan egzersizlerdir.



Kegel Egzersizleri nedir?

Pelvik taban kaslarını güçlendirmek için yapılan egzersizlere kegel egzersizleri denir. Pelvik taban kasları makat (bağırsağın son kısmı), idrar borusu ve hazne (vajina) çevresindeki kasları içerir. Kegel egzersizleri gebelikte hazne etrafındaki kasları doğuma hazırlar, doğumu kolaylaştırır, doğum sonrası dönemde de eski haline dönmesini sağlar. Kegel egzersizi için idrarınızı tutuyormuş gibi

kaslarınız sıkınız ve gevşetiniz (ama bunu idrar yapmazken uygulayınız). Sıkma esnasında ve gevşetme esnasında da 1'den 5'e kadar içinizden sayın. Bu egzersiz her yapılda arka arkaya en az 10 kez yapılmalı ve günde 3 kez tekrarlanmalıdır. Kegel egzersizleri yataken, ayakta, evde, iş yerinde, yolda, kısacası her yerde uygulanabilir. Kegel egzersizleri idrar ve dışkı kaçırma sorununu önler, cinsel hazzı artırır, üreme organlarının sarkmasını önler. Yaşamın her döneminde uygulanmalıdır.

Gebelikte Düzenli Fiziksel Aktivite Yapmanın Yararlarını Belirlemek

Fiziksel aktivite değişim aşamalarından, düşünme öncesi aşamasındaki kişiler için fiziksel aktivitenin yararlarını ve avantajlarını düşünerek başlayabilirsiniz.

Size verilen gebelikte uygun kilo alımını için sağlıklı beslenme ve aktif yaşama el kitabında düzenli olarak fiziksel aktivite yapmanın yararları ve sağlıklı beslenme ve sağlıklı besin seçiminin yararları listelenmiştir. Bu listeden lütfen sizce en önemli olan yararları işaretleyiniz. Sizin için olan kişisel yararlarınızı listede boş kalan yerlere yazınız. Ne kadar fazla yarar işaretlediyseniz daha sonraki aşamaya geçmek, hazır olduğunuzda o kadar daha kolay olacaktır. Bu listeye sık sık başvuracaksınız.

Gebelikte Düzenli Fiziksel Aktivite Yapmanın Yararları

Lütfen Aşağıdaki Uygun Olan Seçenekleri Listenize İşaretleyiniz.

- ☐ Yaşam sürenizi uzatır.
- ☐ Kas ve kemiklerinizi geliştirir.
- ☐ Vücut direncinizi artırır ve enfeksiyonlara karşı koruma sağlar.
- ☐ Dolaşım ve sindirim işlevlerinizi düzenler.
- ☐ Gebelikte duruşunuzu düzenler.
- ☐ Annenin ve bebeğin sağlığını geliştirir.
- ☐ Gebelikte ve doğum sonrası dönemde oluşabilecek stres, huzursuzluk, mutsuzluk ve depresyonu azaltır.
- ☐ Gebelikte oluşan bel ağrısı, bacak krampları, bulantı-kusma, ayaklarda şişme, varis, gaz ve kabızlık şikâyetlerini azaltır.
- ☐ Gebelikte oluşabilecek gebelik diyabeti (gebelik şekeri) riskini azaltır.
- ☐ Gebelikte annenin ve bebeğin uygun kilo alımını sağlar.
- ☐ Annede oluşacak şişmanlık riskini azaltır.
- ☐ Kilolu bebek doğumunu azaltır.
- ☐ Doğum süresini kısaltır ve doğumu kolaylaştırır.
- ☐ Doğum sırasında, olabilecek zor doğum, doğum yırtıkları ve sezaryen doğum olası risklerini azaltır.

- ☐ Doğum sonrası oluşabilecek kanama, idrar kaçırma, enfeksiyon risklerini azaltır.
- ☐ Doğum sonrası hızlı iyileşme sağlar.
- ☐ Gebelik ve doğum sonrası idrar kaçırma problemini önler.

“Düzenli Fiziksel Aktivite Yapmak Yaşamınızda Hareketsizliğe Bağlı Olarak Gelişebilecek Sağlık Risklerini Azaltır.”

- ☐ Kalp- damar hastalıkları ve yüksek tansiyon riskini azaltır.
- ☐ Şeker hastalığı (diyabet) riskini azaltır.
- ☐ Şişmanlık (obezite) riskini azaltır.
- ☐ Kemik erimesi (osteoporoz) riskini azaltır.
- ☐ Barsak kanseri (kolon), meme kanseri riskini azaltır.
- ☐ Felç-inme riskini azaltır.
- ☐ Depresyon riskini azaltır.

Düzenli Olarak Yaptığınız Fiziksel Aktivite Tüm Yaşamınızda Önemli Değişiklikler Yapar!

- ☐ Bireysel imajınızı olumlu etkiler.
- ☐ Moralinizi yükseltir.
- ☐ Uykunuzu düzenler.
- ☐ Kendinize olan güveninizi artırır.
- ☐ Enerji düzeyinizi artırır, kendinizi zinde kılar.
- ☐ Daha iyi görünmenize yardım eder.
- ☐ Yaşamdan aldığınız zevki artırır.
- ☐ Kendinizi daha az sinirli/kaygılı hissedersiniz.
- ☐ Sırt ağrısını, bacak kramplarını önler ve azaltır.
- ☐ Cinselliğe karşı isteğinizi artırır.
- ☐ İştahınızı düzenler.

Form 2. Gebelikte Düzenli Fiziksel Aktivite Yapmanın Sizin İçin Yararları Nelerdir? Yazınız.

- 1.
- 2.
3. Gelecek hafta boyunca düzenli yürüyüş/egzersiz yapmanın daha fazla yararını düşünün!

Daha aktif olmayı istemek için diğer nedenleriniz nelerdir? Yazınız.

.....

Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fizikse Aktivite İle İlgili Davranışlarınızı Anlayın!

Düşünme öncesi aşamasındaki insanlar gebelikte ideal kilo alımı, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarının kendi ve bebeklerinin sağlığını nasıl etkilediği konusunda yeterli bilgiye sahip olmayabilirler. Bu aşamadaki kişiler davranış değişimi geliştirmekten kaçınırlar.

Yeni bir aşamaya geçebilmek için, gebelikte uygun kilo alımı, sağlıklı beslenme ve düzenli olarak fiziksel aktivite yapmanın sağlığımızı nasıl etkileyeceği konusunda yeni bilgiler edinmek gereklidir.

☺ İlk adımı atmak!

- ✓ Alışkanlıklarınızı değiştirmek imkânsız değildir! Değişim her zaman yapılabilir.
- ✓ Anahtar ilk adımı atmaktır ve herkesin ilk adımı farklıdır.
- ✓ Başlamak için plan yapmak birçok insan için ilk adımdır.
- ✓ Bazıları için bilgi almak ilk adımdır.
- ✓ Gebelikte kilo alımı, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili bilgileri araştırın.
- ✓ Gazetelerdeki, televizyonlardaki internetteki gebelikte kilo alımı, sağlıklı beslenme ve egzersiz hakkındaki programları izleyin/dinleyin/okuyun.
- ✓ Sağlıklı beslenen ve düzenli fiziksel aktivite yapan, gebelikte uygun kilo alımını başaran kişilerle konuşun, bu kişilerin öykülerini okuyun.

Gebelikte Sağlıklı Beslenen, Düzenli Fiziksel Aktivite Yapan ve Uygun Kilo Alımını Başaran Örnek Kişiler ☺

Şennur Hanım (yaş 35, gebelik iki, boy 155cm, gebelik öncesi kilosu 70kg): İlk gebeliğime 58kg ile başladım ve toplam 25 kg aldım. İlk gebeliğimde aldığım kiloları veremediğim için ikinci gebeliğime 70kg ile fazla kilolu olarak başladım. Gebelikte kilo alım yönetimi yapan sağlık danışmanı ile karşılaşmadan önce yine az beslendiğimi düşünüyordum ve daha önceden kalan fazla kilolarımı vermek için sürekli diyet uyguladığımdan gebelik dönemini her istediğimi yiyebileceğim bir izin dönemi olarak algılıyordum. Sağlık danışmanı ile yaptığım görüşmelerden sonra yanlış davranışlar uyguladığımı fark ettim. Sağlık danışmanıyla beraber beslenme davranışlarımı yeniden gözden geçirdik ve doğru beslenme alışkanlıkları kazandım, haftada üç kez günde en az 30 dakika yürüyüş planı yaptım ve uyguladım. Gebeliğim süresince toplam 10 kg aldım. Fazla kiloluların alması gereken hedef kilo ağırlığı olan 7-11.5 kg arasında kaldım. Bebeğim 3400 gr. olarak sağlıklı doğdu. Gebeliğim süresince kendimi mutlu ve enerjik hissettim. Sağlık danışmanımın sağlıklı davranış değişimi konusunda bana yol göstermesi ve benim sağlığımı düşünmesi beni çok mutlu etti. Teşekkür ederim.

Ayşe Hanım (yaş 25, ilk gebelik, boy 160, gebelik öncesi kilosu 55kg): Gebeliğime normal vücut ağırlığımda 55 kg ile başladım ve gebeliğin sonunda 68 kg oldum ve toplam 13 kg aldım. Sağlık danışmanımın önerileri ve gebelikte kilo alımı, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite rehber kitabındaki bilgileri uygulayarak sağlıklı bir gebelik geçirdim ve normal doğum yaptım. Doğumdan üç ay sonra 10 kg verdim ve 3 kg fazla ağırlık kaldı. Herkes doğum sonrası çok iyi göründüğümü ve gebelikte aldığım kiloları verdiğimi söylüyordu. Doğum sonu kendimi çok enerjik ve iyi hissettim ve bebeğimle daha iyi ilgilendim. Kendimle gurur duyuyorum. Teşekkürler.

Sağlık Danışmanı (Fatma hanım, yaş 23, ilk gebelik, normal kiloda): Fatma hanıma gebe kaldığında bebeği sağlıklı olsun diye herkes bir şeyler yemesini önermiş. İki can taşıdığını ve iki kişilik yemek yemesi gerektiği söylenmiş. İlk 4 ayda 10 kilo alan Fatma hanım hala yetersiz beslendiğini ve bebeğinin yeterli kilo almadığı düşüncesi içerisindeydi. Az yediği düşüncesi ile eşine sürekli farklı yemek siparişi yaptırıyordu. Gebe ile ilk danışmanlık görüşmesinden sonra gebelik döneminde sağlıklı beslenme alışkanlıkları, hareketli yaşamın önemi anlatıldı. Gebelikte iki kişilik yemek yeme inancının yanlış olduğu vurgulandı. Aşırı kilo alımı sonucu gebelik ve doğumun riskli olacağı, bebeğinin yaşamını tehlikeye gireceği anlatıldı. Gebeliğin kalan zamanında nasıl sağlıklı beslenebileceği bilgileri anlatılarak ve alışkanlıklarını olumlu yönde değiştirerek toplamda 16 kilo alması sağlandı. Bebeği 3200gr. ağırlıkta ve sağlıklı olarak normal doğumla dünyaya geldi. Gebeliği boyunca her ay bir kez görüşüldü ve yediklerini ve yaptığı aktiviteleri yazdığı kendini izleme formu beraber incelendi. Yapılması gerekenler planlandı ve sağlıklı beslenme ve aktif yaşama alışkanlığı kazandırıldı.

Buket Hanım (yaş 24, ikinci gebelik, boy 160, gebelik öncesi kilo 80kg): İkinci gebeliğime şişman vücut ağırlığımla başladım. Bir önceki gebeliğimde 18 kilo aldım ve sezeryan doğumla 4500 gr ağırlığımda bir kızım oldu. İkinci gebeliğimin 3. ayında de sağlık danışmanı ile tanıştım, gebeliğim süresince toplam 5- 9 kg arasında kilo almam gerektiği söylendi. Daha önceki gebeliğimde kaç kilo almam gerektiği bilgisi verilmemişti. Danışmanımın ve gebelikte kilo alımı, beslenme ve fiziksel aktivite rehber kitabındaki önerileri uygulayarak gebeliğim süresince toplam 6 kilo aldım. Bebeğim 3200 gr doğdu. Gebeliğimi enerjik, hareketli, mutlu ve bilinçli bir şekilde geçirdim. Danışmanlık programına katıldıktan sonra eşim bende çok olumlu değişiklikler olduğunu söyledi ve kendime olan güvenim arttı. Teşekkürler.

Gülşen Hanım (34 yaşında): Gülşen hanım ev hanımı ve 4 yaşında bir oğlu ve iki ay önce doğan bir kızı var. İkinci gebeliğine normal kiloda 60 kg ile başladı. Gebelikte kilo alımı, beslenme ve fiziksel aktivite rehber kitabındaki ve danışmanın önerilerini uygulayarak gebeliği süresince toplam 14 kilo aldı. Gebeliğinin 3 ayından başlayarak haftada üç gün 30 dakikalık yürüyüşler yaptı. İlk başlangıçta 10 dakikalık yürüyüş ile başlayıp bir ayın sonunda 30 dakikalık orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapar hale geldi. Çoğu zaman yürüyüşlerde eşi eşlik etmiş. Çarşı, pazar alışveriş işleri için kısa mesafeleri yürüdüğünü (20 dakika), çoğu zaman asansör yerine merdiven kullandığını, evde süpürme, yıkama ve yerleri silme gibi işleri kendisinin yaptığını, bahçe işlerinde annesine yardım ettiğini, çocuğu ile aktif oyunlar oynadığını, müzik eşliğinde dans ettiğini ifade etti. Günde üç ana öğün yemek yediğini ve öğünlerini aksatmadığını, günde en az beş porsiyon sebze ve meyve yediğini, esmer ekmek tercih ettiğini ve tatlıları günde bir porsiyondan az yediğini ifade etti. Gebeliğinde sağlıklı beslenmenin ve aktif yaşamının kendisini enerjik hissettirdiğini, normal doğum yaptığını, doğumunun kolay olduğunu kendisinin ve bebeğinin sağlıklı olduğunu belirtti.

- ✓ **Fiziksel aktiviteye başlamanın en güvenli yolu yavaş yavaş başlamak ve giderek arttırmaktır. Yaşam biçimi aktivitelerini arttırmak gibi.**

Yaşam Biçimi Aktivitelerinizi Artırın!

- * Oturmak yerine ayakta durmak
- * Arabanızı, işyerinden/dükkandan daha uzak bir yere park etmek
- * Otobüsten/trenden bir durak önce inmek ve geri kalan yolu yürümek
- * Asansör yerine merdivenleri kullanmak
- * İşe bisiklet ile veya yürüyerek gitmek
- * Kahve molası yerine, aktivite molası vermek
- * Markete veya pazara giderken en uzun yolu seçmek
- * Tuvalete gitmek veya su içmek için en uzun yolu izleyerek ulaşmak/gitmek
- * Akşam yemeğini hazırlarken radyo dinleyerek dans etmek
- * Çocukları parka, yürüyüşe götürmek, çocuklarla oynamak
- * Tarla bahçede çalışmak
- * Köpeği yürüyüşe çıkarmak
- * Evi süpürmek, yerleri silmek
- * Televizyonunuzun kanallarını uzaktan kumanda kullanmak yerine kalkarak değiştirmek
- * Reklamlar sırasında kolları ve bacakları hareket ettirmek
- * Aktif faaliyetlerde bulunmak; yürüyüş, yüzme, dans vs.



- ✓ **ÖNERİ !!! Sağlıklı beslenme davranışlarınız konusunda ve her zaman ne kadar ve ne şekilde fiziksel aktivite yapabileceğiniz konusunda sağlık personeli (doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist) ile konuşun.**

♥ Çocukları Düşünmek

Türkiye’de kadınlarda ve çocuklarda obezite oranı gittikçe artmaktadır. Obezitenin kadınlarda daha sık görülme nedenlerini başında gebelikte alınan fazla ağırlık artış gelmektedir. Obez kadınlarda ve gebelikte fazla kilo alan kadınların çocuklarında şişmanlık oranı ve anomalili çocuk doğurma oranı artmaktadır. İleriki yaşamında



şışman olan çocuklarda hastalık oranları da artmaktadır. Sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam alışkanlıklarının olmaması sonucu kadınlarda ve çocuklarda şışmanlığın yaygınlaşması göz önüne alındığında, alışkanlıklarınızın çocuklarınızı, genç insanları nasıl etkilediğini düşünmek gerekir.

SİZİN VE BEBEĞİNİZİN SAĞLIĞI İÇİN DOĞRU BESLENİN, HAREKET EDİN

Size daha detaylı bilgi için “Gebelikte Kilo Alımı, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehberi ” kitabını, yediğiniz besinleri kayıt etmeniz için “Üç Günlük Besin Tüketim Sıklığı İzleme Formu”, günlük orta yoğunluktaki fiziksel aktivitenizi kayıt etmeniz için “Fiziksel Aktivite Kendini İzleme Formu”, veriyorum. Size verilen kitabın içindeki kilo izlem çizelgesine tartıldığınızda kilonuzu kaydediniz. Lütfen bu formları doldurunuz ve bir sonraki görüşmemizde bu formları ve kitabınızı yanınızda getiriniz.

Size verilen kitapçıkta bilgileri ve önerileri kullanarak gebelik ve doğum sonrası yaşamınızda sağlıklı beslenme ve daha aktif yaşama planı yapabilirsiniz. Gebelik beslenme alışkanlıklarınızı ve yaşam tarzınızı düzenlemek için en iyi zamandır.

“Sağlıklı bir gebelik geçirerek sağlıklı bir bebeğe sahip olabilirsiniz.”

Konuyla ilgili sormak istediğiniz veya bilmek istediğiniz bir şey var mı?

Var ise nedir?.....

Daha sonraki sorularınız için görüşme tarihini beklemeden, beni verdiğim telefon numarasından arayabilirsiniz.

Bundan sonraki görüşmemiz belirlediğimiz.....tarih.....saatte.

Takviminize kaydediniz. Hedeflerinize ulaşmada bol şans diliyorum. Sağlıklı ve hareketli bir gebelik diliyorum. Hoşçakalın...

2. DÜŞÜNME AŞAMASI MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

Hedef; Değişim gereksinimi olan davranış için güvenini artırma ve motive etme.

Yaklaşımlar; Değişiklik yapılacak alanların belirlenmesi, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite değişim engellerinin belirlenmesi, engeller için çözümler oluşturma, uygun olmayan davranış modellerinin risklerini tanımlama, yeni davranış modelleri

için seçenekler geliştirme, bilinçlenmeyi destekleme, geri bildirim yapma, bireye özgü sağlıklı beslenme modelleri oluşturma, besin porsiyon özelliklerini modelleme, gebelikte yapılacak aktiviteleri tanımlama, planlama, seçenekler geliştirme, hedef belirleme, sosyal destekleri tanımlama, kararsızlığı vurgulama, öz-etkililiği artırma, teşvik etme, toplumdaki olumlu rol modelleri örnekleri verme.

Bu aşamadaki insanlar sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmayı ve düzenli olarak fiziksel aktivite yapmayı düşünürler, fakat hazır değildirler. Değişimin yararlarının farkındadırlar, ancak değişimin zararlarını/engellerini büyütüyorlardır.

- Yapamayabilirim.
- Yeterince isteğim yok.
- Yapabileceğimden emin değilim.
- Şu an fiziksel aktiviteye/egzersize başlamak için doğru zaman değil.
- Gebelikte sağlıklı beslenme davranışları konusunda kendimi kontrol edemem.

☺ **Karmaşık duygularınız varsa yalnız değilsiniz!**

-Düşünme aşamasındaki insanlar davranışlarını değiştirmeyi duyguları yüzünden erteler.

-Yürüyüş yapmayı ve sağlıklı beslenme davranışlarını uygulamayı düşünüyor, fakat nasıl başlanacağını bilmiyorsanız, bu program sizin rehberiniz olabilir.

Danışman danışanın duygu ve düşüncelerini açıklaması için açık uçlu sorular sormalıdır?

- *Senin hayatında şu an önemli olan nedir?*
- *Anlattıklarım hakkında ne düşünüyorsun?*
- *Sağlıklı beslendiğini düşünüyor musun?*
- *Yürüyüş yapma konusunda ne düşünüyorsun?*
- *Yürüyüş yapmak senin için zor mu/kolay mı?*
- *Eğer değişim yapmaya karar verirseniz nelerin farklı olabileceğini ümit ediyorsunuz? -*

-İlerlemek için bu stratejileri kullanın!

Değişimin Zararlarını Azaltmak:

- * Bunun yollarından biri düşünme öncesi bölümündeki sağlıklı beslenme/sağlıklı besin seçimi ve fiziksel aktivitenin yararları listesinden kendi yarar listenizi oluşturmaktır.
- * Kişisel yarar listeniz uzadığında, egzersiz yapma ve sağlıklı beslenme ve sağlıklı besin seçimi engelleriniz daha az önemli görünecektir.
- * Listenize en azından haftada bir yarar eklemeye çalışın!

Form 3. Sağlıklı Beslenme ve Sağlıklı Besin Seçiminin Sizin İçin Yararları Nelerdir? Yazınız.

Form 4. Düzenli Fiziksel aktivite Yapmanın Sizin İçin Yararları Nelerdir? Yazınız.

1.

2.

Daha aktif olmayı istemek için diğer nedenleriniz nelerdir? Yazınız

.....

Gebelikte Sağlıklı Beslenme ve Sağlıklı Besin Seçim Engelleri

- ☐ Kahvaltıyı geç yapmak (geç uyanmak, çocukları beklemek vs.)
- ☐ Evde yalnız olması ve düzensiz yemek yemesi
- ☐ Yalnız yemek yemekten hoşlanmamak
- ☐ Öğün atlamak ve günde iki ana öğün yemek yemek
- ☐ Atıştırma alışkanlığının olması

- ☐ Ara öğünlerde atıştırma olarak abur cubur, hazır gıdalar yemek (hazır meyve suyu, bisküvi, çikolata, patates cips gibi)
- ☐ Esmer ekmek sevmemek (tam buğday unu ekmeği, tam tahıl ve kepekli ekmek)
- ☐ Esmer /kepekli ekmeğin bulantı yapması
- ☐ Her zaman esmer ekmek veya buğday unu ekmeği bulamamak
- ☐ Bulantı ve kusmalar nedeniyle yemek yiyememek
- ☐ İştahın fazla olması ve aşırı yeme isteği
- ☐ Kızartma tarzı yemekleri fazla yemek
- ☐ Tatlıları sevmesi, tatlı yeme isteğinin fazla olması
- ☐ Hamur işi gıdaları fazla yemek
- ☐ Az beslendiğini düşünmek ve bebeğin kilo almayacağı düşüncesi
- ☐ Ailedeki bireylerin az yediğini düşünmesi
- ☐ İki can taşıdığı için iki kişilik beslenmesi gerektiği düşüncesi ile fazla yemek
- ☐ Yemek yemek istememesi, aç hissetmemek
- ☐ Bazı besinleri sevmemek
- ☐ Bazı besinlerin pahalı olması
- ☐ Taze sebze meyvenin olmaması
- ☐ Çalışırken taze sebze meyve tüketiminin az olması
- ☐ Sebze ve meyvelerin temizleme, hazırlama aşamasının zaman alması
- ☐ Her öğünde dört besin grubundan besin çeşitliliği sağlamadan yemek (besin grupları, süt/yoğurt/peynir grubu, et/yumurta/kuru baklagiller grubu, sebze/meyve grubu, ekmek/tahıl grubu)
- ☐ Ayrı tabakta yemek yemekle aileden aykırı düşmek
- ☐ **Sizi durduran diğer engeller, nedenler nelerdir? Yazınız.....**

Siz engellerden çok yararlarla sahipsensiz tamamdır, geçmişinizdeki engelleri düşünün ve yeni çözümler üretin.

Sağlıklı Beslenme Engelleri İçin Çözümler Listesi:



Beslenmenizde Aşamalı Değişiklikler Yapın.

- ✓ Doğru beslenme alışkanlıklarını bir gecede kazanamayacağınızı unutmayın.
- ✓ Hedefinizi belirlerken gerçekçi olun.
- ✓ Yeme alışkanlıklarınızda ve fiziksel aktivite düzeyinizde aniden çok kısıtlı ve kesin değişiklikler yapmaktan kaçının.

✓ Büyük değişiklikler yerine küçük değişiklikleri birleştirerek sonuca ulaşmayı seçin.

✓ Sabırlı olmalı, değişiklikleri yavaş yavaş yapmalısınız.

✓ Unutmayın beslenmeniz ve fiziksel aktivitenizde yapacağınız değişiklikler yaşam boyu sürmelidir.

✓ Bu nedenle hedefinize ulaşmada küçük adımlar çok önemlidir.

✓ Başarılı olmak için, kişinin gebelikte alması gereken ideal kilo hedefine sadık kalmayı istemesi gerekir. Bu konuda aile üyeleri ve arkadaşlar, hedefe ulaşmada destek kaynağı olmalıdır.



Besin Çeşitliliği Sağlayın ve Zamanında Yiyin.

✓ Öğün atlamayın ve öğünlerinizi zamanında yiyin.

✓ Zamansızlık, isteksizlik, geç uyanmak, yalnız yemekten hoşlanmamak, bulantı, aç hissetmemek gibi birçok nedenden dolayı öğün atlanmaktadır.

✓ Öğün atlama, ihtiyaç duyulan besin gruplarından ve besin öğelerinden bir yetersizliğe, bir sonraki öğünde ise daha fazla besin tüketmeye neden olmaktadır.

✓ Örneğin, ara öğünler ve istenen saatte yiyememe gibi bir problemle karşılaşılabilir (ulaşım, toplantı saatinin uzaması, çalışma saatlerinin düzensizliği vb). Böyle durumlarda çantada veya yanınızda tüketime uygun besinleri bulundurun.

✓ Elma, muz, armut, mandalina gibi meyvelerin hem taşınması kolaydır, hem de hazırlık gerektirmezler. Arabada, antanızda meyve taşımayı alışkanlık haline getirin.

✓ Taze sebze ve meyve bulabileceğiniz market ve pazarları keşfedin.



Alternatif Davranış Geliştirin.

✓ Kendinize beslenme planı yapın.

✓ Yemeklerinizi ve atıştırmalarınızı önceden belirleyin.

✓ Gelişigüzel yemek tüketimi çoğunlukla yüksek kalori alımına neden olur.

✓ şekerli yiyecekler, hamur işleri veya cips gibi atıştırmalar yerine sebze veya meyve atıştırmayı deneyin.

✓ Hazır meyve suyu yerine taze sıkılmış meyve sularını tercih edin

✓ Tatlı yerine meyve salatasını deneyin.

✓ Besin çeşitliliği vücudun gereksinimi olan besin öğelerini sağlar.

- ✓ Yiyecekleri fazla değil, yeterli tüketin.
- ✓ Porsiyon ölçülerinizi ayarlayarak ve besin çeşitliliği sağlayarak tüm besinleri keyif alarak tüketin.
- ✓ Yemek yerken başka hiç bir şey yapmayın (tv izleme, gazete okuma).
- ✓ Alışverişe çıkarken önceden ihtiyaçlarınızı belirleyin, bir liste yapın ve bu listeye sadık kalın.
- ✓ Sakıncalı gıdaları saklayın veya almayın.
- ✓ Kızgınlığınızı gidermek, rahatlamak, yalnızlığınızı unutmak veya sıkıntınızı gidermek amacıyla oluşan yeme isteğinden kaçın.
- ✓ Sıkıldığınız, üzüldüğünüz veya mutsuz hissettiğinizde yeme ihtiyacı duyuyorsanız bu duygularla baş etmek için başka seçenekler bulun.
- ✓ Aşırı yeme isteği duyduğunuzda (özellikle aç olmadığınızda) başka işlerle ilgilenin. Bir arkadaşınızla sohbet etmek, yürüyüşe çıkmak veya kitap okumak gibi..
- ✓ İştah artışına neden olan veya iştahı azaltan nedenleri belirleyin.
- ✓ Yapmaktan hoşlandığınız aktivitelerin bir listesini yapın (yürüyüşe ya da alışverişe çıkmak, çocuklarınızla oynamak, film seyretmek veya bir arkadaşınızla görüşmek gibi...) Bu listeyi buzdolabının kapağına yapıştırın. Sıkıldığınızda ya da üzgün olduğunuzda yemek yerine bu listeden bir aktivite seçin.



Kendi Kendinizi İzleyin

- ✓ Bunun için “Günlük Besin Tüketim Sıklığı İzleme Formu”nu doldurun. Yediğiniz besinleri kayıt ederek hangi besinleri ne sıklıkla yediğini fark edin, farkındalığınızı artırın.

Form 5. Sağlıklı Beslenme ve Sağlıklı Besin Seçim Engellerinizi Yazınız. Engelleriniz İçin Kendi Çözümlerinizi Yazınız.

Sağlıklı Beslenme ve Sağlıklı Besin Seçim Engellerinizi Yazınız.

Engelleriniz İçin Kendi Çözümlerinizi Yazınız.

Gebelikte Fiziksel Aktivite Yapma Engelleri:

- ☐ Yürüyüş ve egzersiz yapmanın gebelik için zararlı olacağı
- ☐ Gebelikte hareketlerin azaltılması gerektiği
- ☐ Ebeveynlik görevleri(ev işi, çocuk bakımı vs)
- ☐ Bir işte çalışıyor olmak
- ☐ Yürüyüş veya egzersiz yapmak için zamanın olmaması
- ☐ Yürüyüş ve egzersiz yapmak konusunda isteksizlik, plansızlık, tembellik
- ☐ Uygun olmayan hava koşulları (sıcak veya soğuk hava, yağışlı hava)
- ☐ Yürüyüş yapacak yerin olmaması
- ☐ Yürüyüş esnasında eşlik edecek birisinin olmaması, tek başına yürümekten kaçınma(sosyal destek eksikliği)
- ☐ Yürüyüş/ egzersiz yaparken veya egzersiz kıyafetleri ile görünmekten utanma, çekinme
- ☐ Fiziksel rahatsızlıklar
 - Bulantı-kusma ,
 - Ayaklarda şişme, bacaklarda kramp
 - Düşük tehdidi, kanama,
 - Erken doğum tehdidi,
 - Enfeksiyon geçirme vs.
- ☐ Yürüyüş ve egzersizden sonra bel ağrısı, acı, yorgunluk gibi yakınmaların olması.
- ☐ Sizi durduran diğer engeller, nedenler nelerdir?

Yazınız.....

☺ Fiziksel Aktivite Engelleri İçin Çözümler Listesi:

Engel 1. Fiziksel aktivite yapmak için zaman bulmak zorundayım!

Evde, işte her yerde zaman bulabilirsiniz. Önemli olan günlük programınız içinde fiziksel aktivite yapabileceğiniz anları keşfetmektir. Orta yoğunlukta fiziksel aktivitenin (tempolu yürüyüş gibi), haftanın en az üç veya daha fazla günü, toplam 30 dakika olarak önerildiğini anımsayın.

- Televizyonda bir programı daha az seyredeceğim (dizi film, gösteri, konser, maç, dizi vb.).
- Günlük işlerime yaşam biçimi faaliyetleri ekleyebilirim (Örneğin; asansör kullanmak yerine merdivenlerden çıkarak, arabayı park yerinden uzak bir köşeye park ederek yürümek gibi).

Listeye Kendi Çözümlerinizi Ekleyebilirsiniz.

.....

.....

✓ **Günlük Yaşamınızda Uygulayabileceğiniz Bazı Yaşam Biçimi Aktivitelerinizi Artırın!** (*Düşünme Öncesi Aşamasında Yer Alan Yaşam Biçimi Aktiviteleri Tekrar Bak*)

Engel 2: Egzersize nasıl başlamanız gerektiğini bilmiyorsunuz?

Önerilen Bazı Hatırlatmalar:

- Sağlık personelinin, sizin için hangi egzersizlerin güvenli olacağı konusunda bilgi vereceğini hatırlayın.
- Kendinize yavaş yavaş egzersiz yapmaya başlayacağınızı söyleyebilirsiniz.
- Son zamanlardaki aktivite düzeyinizi anımsayın.

Listeye kendi çözümlerinizi ekleyebilirsiniz.....

Engel 3: Hareketsiz olmak kolaydır.

Önerilen Bazı Hatırlatmalar:

- Ruhsal ve fiziksel sağlığınıza egzersiz yapmanın iyi geleceğini ve yararlı olacağını hatırlayın.
- Bir kez başladıktan sonra egzersizin çokta büyük bir yük olmadığını kendinize söyleyin.
- Egzersiz yaparak daha fazla enerjiye sahip olacağınızı ve daha fazla şey yapabileceğinizi kendinize hatırlatın.
- Sağlıklı besin seçiminin ve fiziksel aktivitenin yaşamınıza getireceği yararları düşünün.
- Ailenizde sağlık problemi olan kişiler varsa, sizde risk grubunda olduğunuzu unutmayın.

İlgi yoğunluğunuzu değiştirin!

Fiziksel aktivite Yapmanın ve Sağlıklı Besin Seçiminin Engelleri Yerine Yararlarına Odaklanın!

Form 6.Fiziksel aktivite Yapma Engelleriniz Nelerdir Yazınız. Engelleriniz İçin Çözüm Yöntemlerinizi Yazınız?

Fiziksel aktivite yapma engelleriniz nelerdir? Yazınız.

Engelleriniz için kendi çözümlerinizi üretiniz!

Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel aktivite İle İlgili Davranışlarınız Konusunda Daha Fazla Bilgi Edinin!

- ✓ Gebelikte sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite hakkında sağlıklı stratejiler kullanmanızı cesaretlendirecek kitap okuyun.
- ✓ Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite hakkındaki programları izleyin/dinleyin/okuyun.
- ✓ Gebelikte ve normal yaşamda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite hakkında güvenilir internet sitelerine bakın.
- ✓ Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, fizyoterapist) ile konuşun.
- ✓ Davranışınızı değiştirmek için davranışınızı neyin kontrol ettiğini bilmelisiniz.
- ✓ Tetikleyiciler ve sonuçlar davranışları etkileyebilirler ve alışkanlıkları oluşturabilirler.
- ✓ Sağlıklı beslenme alışkanlıklarınızı engelleyen, sizi egzersizden alıkoyan davranışların ne olduğunu bilmek önemlidir
- ✓ Davranışlarınızı neyin tetiklediğini ayırt etmeye başladığınızda, bu tetikleyicileri kontrol etmeye başlayabilirsiniz.
- ✓ Örneğin yorgun hissetme ve egzersiz yapmama, geç kalkma ve kahvaltı yapmama gibi.

♥ İmajınızı Değiştirmek:

- ✓ Kendinizi sağlıklı beslenmeyen, aktif olmayan/egzersiz yapmayan bir birey olarak mı görüyorsunuz? Aşağıda size uyan seçenekleri işaretleyiniz. Listeye yeni fikirler ekleyebilirsiniz.....
- ✓ Kendinizi sağlıklı beslenen aktif olan/yürüyüş yapan bir birey olarak mı

görüyorsunuz? Aşağıda size uyan seçenekleri işaretleyiniz. Listeye yeni fikirler ekleyebilirsiniz.....

☐ Sorumsuz	☐ Sorumlu
☐ Kuvvetli	☐ Zayıf
☐ Güvenli	☐ Güvensiz
☐ Enerjik	☐ Ağır hareket eden
☐ Biçimli	☐ Şekilsiz
☐ Gurur duyan	☐ Tatminsiz
☐ Sağlıklı	☐ Sağlıksız
☐ Başarılı	☐ Pişman
☐ Kararlı	☐ Tembel

✓ **Toplumsal değişimi fark edin!**

- Toplumun nasıl değiştiğini fark edin. Televizyon ve reklamlarda sağlıklı beslenme ile ilgili ve fiziksel aktiviteyi artırıcı programları fark ettiniz mi?
- Örneğin şehrinizde yeni yapılan yürüyüş yolunu, spor parklarını fark ettiniz mi? Şehirlerde, kasabalarda yürüme, bisiklet yolları, spor, dinlenme merkezleri kuruluyor.
- Birçok binada merdiven duvarlarında sağlıklı beslenme ve egzersize yönlendirmek/gayretlendirmek için posterler asılıyor.
- Gebelikte sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite, egzersiz doğuma hazırlık gebelik sınıfları açılıyor

✓ **Kendinize Yeni Bir İmaj Yaratın.**

- Kendinizi sağlıklı beslenen ve düzenli yürüyüş yapan veya aktif yaşayan biri olarak hayal edin!
- Kendinizi doğumdan sonra sağlıklı, enerjik ve doğum öncesi kilonuza gelmiş olarak hayal edin.

✓ **Kararlı olun!** Davranışlarınızı değiştirebilme yeteneğine inanmalısınız ve inancınıza göre hareket etmelisiniz.

- Gebelikte almanız gereken hedef kiloya ulaşmada kararlı olmalısınız.
- Başkalarına kararlılığınızı söyleyin! Mümkün olduğunca fazla kişiye sağlıklı beslenmeye ve yürüyüş yapmaya hazır olduğunuzu söyleyin.

✓ **Gebelikte ve Normal Yaşamda Fiziksel Hareketsizlik ve Dengesiz Beslenme Ciddi Bir sağlık sorunudur!**

☞ Gebelikte dengesiz beslenme ve hareketsiz yaşam nedeniyle yüksek

tansiyon, gebelik zehirlenmesi, gebelik şekeri geçiren, zor doğum veya sezaryen doğum yapan, iri bebek veya düşük kilolu bebek sahibi olan yakınlarınız var mı? Var ise bir örnek verebilir misiniz?

.....

☞ Gebelikte aldığı fazla kiloları doğum sonrası veremeyip vücut ağırlığı şişman grubuna giren yakınlarınız varmı? Var ise bir örnek verebilir misiniz?

☞ Koroner damar hastalığı, yüksek tansiyon, barsak (kolon) kanseri, şişmanlık (obezite), şeker (diyabet) hastalıkları gibi yanlış beslenme davranışları ve fiziksel hareketsizlik ile ilgili hastalıkları olan bir tanıdığınız/yakınınız var mı? Var ise bir örnek verebilir misiniz?

☞ Sağlıklı beslenen ve düzenli egzersiz yapan bir kişinin ismini verebilir misiniz?

♥ Küçük Adımlar Atmak:

- ✓ Hazırlık aşamasına geçmek için bazı küçük adımlar atmalısınız. Ufak adımlar atmak zaman içinde sizi büyük kazançlara ulaştırabilir.
- ✓ Fiziksel aktivite başlamanın en güvenli yolu yavaş yavaş başlamak ve giderek arttırmaktır.
- ✓ Hoşlandığınız ve yapabileceğiniz aktiviteleri düşünün. Hangi tür aktiviteyi yapmak istediğinize göre bir kâğıda yazın. Çeşitlilik olsun diye birden fazla seçim yapın.
- ✓ Sevdiğiniz sağlıklı besinleri düşünün, besin çeşitliliği sağlayın ve beslenme planı yapın.

Aşağıda belirtilen önümüzdeki hafta atacağınız küçük adımları işaretleyiniz.

- Uzun süre oturmak gibi aktiviteleri en aza indirin. Bir saatlik televizyon seyretme dönemini bir hobi ile değiştirmeye çalışın.
- Gününüze daha fazla fiziksel aktivite katın. Asansör yerine merdiven kullanın veya arabanızı varacağınız yerden uzağa park edin.
- Günlük işlerinize fiziksel aktivite de ekleyiniz. Gideceğiniz yere (alışveriş, postane vb.) yürüyün.
- Gününüze 10 dakikalık yürüyüş ekleyin.
- Günlük yaşamınıza yaşam biçimi aktivitelerini ekleyin.
- Günde üç öğün düzenli yemek yiye.
- Sabah kahvaltısını mutlaka yapın.
- Ara öğünlere meyve ekleyin.
- Ekmek olarak tam buğday unu ekmeği deneyin.

- Tatlı isteği yerine sütlü tatlıları tercih edin.

✓ **Fiziksel aktivite yapabileceğiniz başlıca olanaklarınız nelerdir! Gözden geçirin. Göreceksiniz pek çok seçeneğiniz var;**

- ☺ Eviniz ve yakın çevresi
- ☺ İş yeriniz ve yakın çevresi
- ☺ Yakın çevrenizdeki parklar ve bahçeler
- ☺ Piknik alanları
- ☺ Kent ormanı
- ☺ Şehir merkezi ve kampüste yürüyüş yolu
- ☺ Yaya kaldırımları (yürüyüş için)
- ☺ Spor tesisleri
- ☺ Yüzme havuzları
- ☺ Yerleşim yerinde faaliyet gösteren özel spor, aerobik, fitness veya benzeri salonlar
- ☺ Bahçe-ev işleri
- ☺ Diğer seçenekleriniz nelerdir?.....

- ☞ Düzenli yürüyüş yapmaya başlamayı düşündüğünüz bu zamanlarda, kendinize bunu yapabileceğinizi söyleyin.
- ☞ Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını ve yürüyüş yapmayı bir alışkanlık haline getirebileceğinize inanın.
- ☞ Küçük adımlar atmak sizi, hedefe ulaştırabilir.

- Hedefiniz haftada bir 30 dakikalık bir yürüyüş ise, bir hafta sonra buna bir gün daha ekleyebilirsiniz. Takip eden ayda yürüyüş süresini ve yürüdüğünüz günlerin sayısını arttırabilirsiniz. Hafta sonları bahçe işleri gibi başka aktiviteler de ekleyebilirsiniz.

♥ **Uzun-Dönem Amaç Belirleme**

- ✓ Sağlık uzmanlarının ve kadın doğum uzmanlarının gebeler için en az haftada 3 gün, 30 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite(yürüyüş veya bahçe işleri gibi) önerilerini aklınızda tutunuz.
- ✓ Sağlıklı beslenme alışkanlıklarından düzenli olarak günde 3 ana öğün ve 3 ara öğün olarak yemek yeme alışkanlığı kazanacağınızı,
- ✓ Günde en az beş porsiyon (yarım kilo kadar) farklı çeşitlerde taze sebze ve meyve yiyeceğinizi,
- ✓ Tam tahıl ürünleri veya kepekli ekmek tüketmeye çalışacağınızı,
- ✓ Şeker oranı yüksek içecek(meyve suları) ve yiyecekleri (tatlılar, çikolata,

dondurma, pasta vs.) günde bir porsiyondan(bir bardak veya bir porsiyon) az tüketeteceğinizi hedefleyin.

Bu uzun dönem amacınız olabilir, ama bu amaca haftalık, aylık gelişmelerle adım adım ulaşacaksınız.

Bundan sonraki görüşmemiz belirlediğimiz.....tarih.....saatte.

Takviminize kaydediniz. Hedeflerinize ulaşmada bol şans diliyorum.

3. HAZIRLIK AŞAMASI MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

Hedef; Davranış değişimi için plan hazırlama, haftalık beslenme planı hazırlama, öğünleri planlama, fiziksel aktivite planı hazırlama.

Yaklaşımlar; Bilgilendirme, ilgileri keşfetme, karar vermede yardım, kişiye özel davranış değişim planına yardım etme, hedef oluşturma, hedef tarih belirleme, davranış sözleşmesi. Sağlıklı besin seçimi ve fiziksel aktivite /egzersiz alternatiflerini belirleme ve plan yapma, kadınların FA yapabileceği alanları belirleme (örneğin, park, yürüyüş alanı egzersiz salonları, ev- tarla- bahçe işleri), porsiyon büyüklüklerini ayarlama, yağlı ve tatlı besinleri azaltma, tam tahıl ürünlerini ve sebze/meyve alımını artırma, taze sebze/ meyve ve tam tahıl ürünlerini ulaşılabilir yerleri belirleme, sosyal etkinlikler ve işyeri ortamı için plan yapma.

Hazırlık aşamasında iseniz sağlıklı beslenme alışkanlıklarını ve düzenli fiziksel aktivite yapmaya hazırsınız demektir. **Tebrikler...**

Aşağıdaki adımlar hedeflerinize ulaşmak için eylem planı geliştirmenizde size yardımcı olacaktır.

♥ Sağlıklı Beslenen ve Fiziksel Aktivite Yapan Biri Olarak Kendinize Yeni Bir İmaj Yaratın:

Kendinizi gebelik boyunca sağlıklı beslenen düzenli fiziksel aktivite yapan biri olarak hayal edin. Daha iyi uyuyorsunuz, daha verimlisiniz, kendinizi enerjik ve zinde hissediyorsunuz. Kendinize güveniyorsunuz, aile ve arkadaşlarınıza iyi bir rol modeli olduğunuzu biliyorsunuz.

Kendinizi sağlıklı beslenen ve düzenli fiziksel aktivite yapan biri olarak hayal edin!

Kendinizi nasıl göreceksiniz.....

Başkalarına kendinizi nasıl tanımlayacaksınız.....

♥ Sağlıklı Düşünceler Edinin!

Harekete geçmenizi zorlaştıracak sağlıksız düşüncelerin yerine harekete geçmenizi kolaylaştıracak sağlıklı, olumlu düşünceler üretin. Örneğin;

- Ara besin alımını unutuyorum. Ara öğünler için hatırlatıcılar kullanabilirim.
- Sebze ve meyve tüketimini artırabilirim. Masaya meyve sebze tabağı koyabilirim.
- Ara öğünlerde yanımda meyve taşıyabilirim.
- Hava kötü iken fiziksel aktivite yapmak kolay olmayacaktır. Hava kötü olduğu zaman da fiziksel aktivite yapabilirim, ev içinde hareketimi artırabilirim
- Olumsuz düşüncelere karşıt yerine olumlu düşünceler üretin.

♥ Kararlı olun!

Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yapma davranışınızı ilerletmek için, davranışınızı değiştirebilme yeteneğine inanmalısınız ve inancınıza göre hareket etmelisiniz. Kararlı olmanızın anlamı budur.

Kendi kendinize düşünce ve eylemlerinizi destekleyin. Bazı insanlar kendileri için destekleyici mesajlar bulurlar, teşvik için ev, araba veya ofislerine görebilecekleri yerlere yapıştırırlar.

- ✓ Sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandığınızı biliyorsunuz.
- ✓ Aileniz ve arkadaşlarınız için daha iyi bir rol modeli olduğunuzu biliyorsunuz.
- ✓ Kendinizi ve bebeğinizi sağlıklı hissediyorsunuz.
- ✓ Kendinizin, doğumdan sonra doğum öncesi kilonuza geldiğinizi hayal ediyorsunuz.
- ✓ Doğum sonrası kilo sorunu yaşamayacağınızı hayal ediyorsunuz.
- ✓ Gebelik döneminde “iki can taşıyorsun iki kişilik yemelisin” sözünün yanlış olduğunu biliyorsunuz.
- ✓ Gebelikte artan enerji gereksinimini için normal beslenmenize ek olarak 300 kalorilik sağlıklı ara öğünler seçiyorsunuz.
- ✓ Şimdi haftada üç gün egzersiz/yürüyüş yapıyorsunuz, kendinizi zinde ve

çekici hissediyorsunuz.

- ✓ En son egzersizi yaptınız.
- ✓ Daha iyi uyuyorsunuz ve daha enerjik ve zindesiniz.
- ✓ Kendinize daha çok güveniyor ve kendinizi kararlı hissediyorsunuz.

♥ Beslenme Planı yapın!

- ✓ Kendinize öğünlerde yiyeceğiniz besinlerin listesini yapın.
- ✓ Yemeklerinizi oturarak, yavaş yavaş ve iyice çiğneyerek tüketin.
- ✓ Kendinize ait ayrı tabakta yemek yiyin. Böylece ne kadar yediğinizi fark edin.
- ✓ Her besin grubundan ihtiyacınız kadar tüketmeye özen gösterin.
- ✓ Yeterli miktarda farklı çeşitlilikte yemek pişirin (sebze grubu, et veya kuru baklagiller grubu veya tahıl grubu (pilav, makarna, börek vs. veya ekmek).
- ✓ Besin çeşitliliğine önem verin ve tabağınızın renkliliğinden keyif alın. Bu şekilde pek çok vitamin ve minerali almanız mümkün olacaktır.
- ✓ Lifli/ posalı besin alımını artırın.
- ✓ Sebze ve meyveleri mutlaka her öğünde tüketmeye özen gösterin.
- ✓ Çiğ sebzeleri gün içinde acıktığınız anlarda dilediğiniz kadar tüketebilirsiniz.
- ✓ Öğünlerde bol miktarda salata veya söğüş sebzeyi menünüze ilave etmeyi unutmayın.
- ✓ Bol sıvı alın.
- ✓ Günlük yediğiniz besinleri besin günlüğünüze yazın.
- ✓ Besin günlüğü tuttuğunuzda ölçülü bilinçli beslenme farkındalığınız artar.

♥ Besinlerin Porsiyon Miktarlarını Öğrenin.

Süt grubu, et grubu, sebze meyve grubu ve tahıl grubundan olan besinlerin bir porsiyon (servis) miktarını öğrenin. Besin modelleri ile porsiyon büyüklüklerinin miktarlarını göstermek ve öğretmek iyi bir öğrenme tekniğidir.



Örnek Beslenme Planı

	1. Gün	2. Gün
Kahvaltı (Saat 07-09 arası)	Açık çay, 2 kibrit kutusu peynir, 1 yumurta Domates, salatalık, roka, tere, maydanoz vb. 2 Dilim Ekmek (tam buğday/yulaf veya çavdar)	Bir su bardağı süt Bir kibrit kutusu peynir 2 Dilim Ekmek Domates, salatalık veya 1 porsiyon meyve 5 adet badem veya fındık veya 2 adet ceviz
Kuşluk (ara öğün) (Saat 10-11)	1 Porsiyon Meyve	1 bardak süt veya yoğurt
Öğle Yemeği (Saat 12-14 arası)	2 yumurta büyüklüğünde et 4 yemek kaşığı sebze yemeği 1 kase yoğurt veya cacık 1-2 ince dilim kepekli ekmek	1 porsiyon fasulye/nohut yemeği, 1 kâse çorba veya 2 kaşık pilav veya makarna 1 porsiyon salata, Cacık
İkindi (ara öğün) (Saat 15-16 arası)	1 dilim kepekli ekmek, 1 dilim peynir	1 Porsiyon Meyve
Akşam yemeği (Saat 18-20 arası)	Bir porsiyon yayla/tarhana/mercimek veya domates çorbası 1 porsiyon sebze yemeği 2-3 köfte kadar et balık ya da tavuk 1 porsiyon salata 1-2 ince dilim kepekli ekmek	1 porsiyon etli sebze yemeği Yoğurt veya cacık, Salata 1-2 ince dilim kepekli ekmek
Gece (ara öğün) (Saat 22-23 arası)	Bir su bardağı süt	Bir porsiyon meyve

♥ Besinlerin değişim listelerini öğrenin!

Sizin için uygun olan servis (porsiyon) sayısını geçmeden bu listelerden gerekli seçimlerinizi yapabilirsiniz.

♥ Et Değişimi

Bir Adet Yumurta Büyüklüğünde Et Yerine Neler Yenilebilir?	
1 adet köfte 1 adet avuç içi kadar pirzola(kemiksiz) 1 köfte kadar kıyma 1 orta büyüklükte biftek 3 tane hamsi 1 kibrit kutusu beyaz peynir 2/3 kibrit kutusu kaşar peynir	1 yumurta 4 yemek kaşığı kuru fasulye 4 yemek kaşığı nohut 4 yemek kaşığı barbunya 4 yemek kaşığı bakla 1 su bardağı kıyılmış mantar 3 yemek kaşığı lor

♥ Süt değişimi

1 su bardağı süt
1 su bardağı yoğurt
2 su bardağı ayran
2 kibrit kutusu kadar peynir
2 yemek kaşığı çökelek
1 küçük kase muhallebi veya sütlaç

♥ Ekmek Değişimi

1 ince dilim ekmek (25 gr) yerine neler yenilebilir?	
1 kepçe tarhana orbası veya şehriye/pirinç orbası 2 yemek kaşığı pirinç, bulgur, erişte, makarna 2 kibrit kutusu kadar böreklik yufka 1 küçük boy patates 1/3 simit, 1.5 grisini	2 adet tuzlu bisküvi 1 su bardağı patlamış mısır Haşlanmış mısır ½ orta boy 3 kestane

♥ Sebze ve Meyve Değişimi

Sebzeler	Meyveler
6 yemek kaşığı taze fasulye 6 yemek kaşığı ıspanak 6 yemek kaşığı bamya 6 yemek kaşığı patlıcan 6 yemek kaşığı lahana 6 yemek kaşığı karnabahar 2 orta boy çiğ dolmalık biber 6 yemek kaşığı pazı 4 yemek kaşığı bakla 4 yemek kaşığı kereviz 4 yemek kaşığı havuç 4 yemek kaşığı bezelye 1 orta boy enginar	1 orta boy elma 1 orta boy portakal 2 küçük boy mandalina Yarım orta boy greylurt 1 adet muz (yerli) 3 adet kayısı 12 adet kiraz 15 iri tane üzüm 1 adet taze incir 6 adet yenidünya 5 adet erik 1 orta boy armut 12 adet ilek Yarım küçük boy nar 1 ince dilim karpuz veya kavun 1 çay bardağı portakal suyu 1 çay bardağı nar suyu 3 adet kuru kayısı

♥ Yağ değişimi

Sıvıyağ 1 tatlı kaşığı
Tereyağ 1 tatlı kaşığı
Zeytin 5 adet
Fındık fıstık 5 adet
Ceviz 2 adet

☺ Fiziksel Aktivite Yapmaya Başlamak

Haftanın bazı günlerinde en az 30 dakika egzersiz yapmak özellikle şu anda egzersiz yapmıyor iseniz, ilk anda yıpratıcı/yoğun gelebilir. Bu yüzden size yavaş yavaş başlamayı öneriyoruz! Hoşlandığınız bir egzersizi seçin.

Günlük en az 30 dakikalık fiziksel aktivite davranışı programınızı gün boyunca toplam olarak yapabilirsiniz, ancak egzersiz süresinin en az 10 dakika sürmesi gereklidir. Diğer bir yöntem ise aşağıdaki seçeneklerden birini uygulayabilirsiniz.

- 10 dakikalık 3 seans,
- 15 dakikalık 2 seans,
- 30 dakikalık bir seans olabilir.
- 10 dakikalık ve 20 dakikalık 2 seans

Sıkı bir programınız varsa, yürüme veya merdivenlerden çıkma gibi aktiviteleri gününüze katabilirsiniz.

Egzersiz videoları veya ev egzersiz aletleri gerekli miktarda egzersiz yapmanızı sağlar.

♥ Hareket Planı Yapın

Her yaklaşım tipi herkes için doğru olamaz. Küçük ve ulaşılabilir hedeflerle başlayın.

Bağlı kalacağınız bir plan ve düzenli egzersiz yapmanıza yardımcı olacak üç yol düşünün, bunlardan sizin için en uygun olanı seçin.

- ☐ Her gün 3 kez 10 dakikalık orta şiddette egzersiz yapmaya başlayın.
- ☐ Kademeli olarak 5 dakikadan 30 dakikaya çıkarın.
- ☐ Günlük işleyişinize küçük miktarda egzersiz ekleyin; örneğin otobüsten bir durak önce inmek, merdivenleri kullanmak, arabanızı dükkânlardan/işyerinizden daha uzağa park etmek gibi.

Yukarıdakilerden Neyi Seçtiniz?

Form 7. Örnek Fiziksel Aktivite Planı

-Haftada; 1-2 kez

-Egzersiz tipi: Yürüyüş

-Başlangıç Tarihi: 10 Ocak

-Zamanı: Yemekten sonra (tercihen 2-2.5 saat sonra)

-Amaç: Haftada 3 kez, 30 dakika yürümek

-Adımlar: Yürümekten hoşlanacağınız yerleri yazın, bir arkadaşınızdan sizinle yürümesini isteyin (Bu aktivitenizi haftalık izlem kartınızı işaretleyin).

-Ödül: Bu hedefe 2 hafta boyunca ulaşırsam, kendimi kazak/sinema ile ödüllendireceğim

♥ Hatırlatıcılar kullanın!

Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite/egzersiz alışkanlıklarınızı yapmayı hatırlatsın diye görebileceğiniz yerlere notlar yapıştırın.

Diğer.....

♥ Başkalarına kararlılığınızı söyleyin!

Kişiler değişimle ilgili olan hedeflerini/sözlerini sıklıkla kendilerine saklarlar. Belki de başaramazlar diye değişmeye çalıştıklarını başkalarına söylemezler. Hedeflerinizi kendinize saklamanızda, kararlılığınızı azaltır. Ortalıkta yapılan söz verme, kişisel söz vermeden daha güçlüdür.

Beklemeyin! Başkalarına da sözleşmenizi söyleyin! Mümkün olduğunca fazla kişiye söyleyin. Aile, eş, çocuk, arkadaşlar ve sağlık personelinin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite/egzersiz ile ilgili aldığınız kararları bilmelerine izin verin.

♥ Kendinize Sosyal Destek Ağı Geliştiriniz!

- ✓ İlerlemenizi arkadaşlarınızdan, ailenizden destek alarak gerçekleştirin!
- ✓ Başka birisi ile egzersiz, yürüyüş yapmak, egzersiz programınızı ve sağlıklı beslenme davranışlarınızı izlemenizi kolaylaştırır.
- ✓ Fiziksel aktivite yapmayı sıkıcı bulduğunuzda egzersizleri daha eğlenceli kılmak ve sosyal aktivite haline dönüştürmek için kendinize bir arkadaş bulun. Eğer evdeki iki kişi de hareketsiz ise, birlikte egzersiz yapma şanslarını arttırır. Bu nedenle eşinizle, bir arkadaşınızla veya aile bireyi ile

birlikte egzersiz yapmayı düşünün.

- ✓ Yaşamınızda sağlık davranışlarını değiştirmek isteyen birilerini bulun. Birbirinize destek olmanız, her ikiniz için de yararlı olabilir. İkiniz de farklı bir davranışı değiştirmek istiyor olabilirsiniz. Örneğin, gebelikte uygun kilo alımı için sağlıklı beslenmek ve egzersiz yapmak istiyorsunuzdur, fakat arkadaşınız kilo vermek istiyordur, dolayısıyla birbirinizi gayretlendirebilirsiniz. Deneyimlerinizi paylaşarak ve birbirinizi destekleyerek, hedeflerinize ulaşabilirsiniz.
- ✓ Aileniz, arkadaşlarınız, sağlık personeli destek sağlayabilir. Değişmeniz için gereken, destek olabilecek kişileri düşününüz. Sizi kimler cesaretlendirebilir, başlamanıza yardımcı olabilir, neden düzenli egzersiz yapmanız ve sağlıklı beslenmeniz gerektiğini hatırlatabilir veya size egzersiz hakkında iyi fikirler verebilir.
- ✓ İhtiyacınız olan desteği sormanız, engelleri/dezavantajları azaltacaktır. Aşağıda başkalarının sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz yapma konusunda size nasıl yardımcı olabileceğine, sizi nasıl cesaretlendirebileceğine dair birkaç örnek var:

Siz de listenize örnekler ekleyin.

- ☐ Sağlıklı beslenmenin ve fiziksel aktivitein yaşamınızda ne gibi değişiklikler yaptığını
- ☐ Sağlıklı beslenme davranışları ve düzenli fiziksel aktivite /egzersiz yapmak konusunda konuşmak istediğinizde sizi dinlemeleri
- ☐ Sizinle birlikte sağlıklı beslenme davranışları göstermeleri ve düzenli fiziksel aktivite yapmaları
- ☐ Önerilerde bulunmaları
- ☐ Her hafta size telefon ederek, konuşarak, e-posta göndererek nasıl gittiğini sormaları
- ☐ Size kararlarınızı hatırlatmaları
- ☐ Sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite yaptığınız zaman ödüllendirmeleri
- ☐ Sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite yapabileceğinizi söylemeleri
- ☐
- ☐

***** Size destek olabilecek en az 3 kişi belirleyiniz!**

Form 8. Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel aktivite Yapma Konusunda Size Destek Olacak Kişilerin İsmi ve Destek Tipini Yazınız.

İsim
Destek tipi.....
İsim
Destek tipi.....
İsim
Destek tipi.....

♥ Başarmıza Bir Eylem Planı İle Bağlanın!

Aşağıdaki "eylem planı" formunu doldurunuz. Size destek olan kişiler ile bu planı paylaşabilirsiniz. Daha sonra kararlılığınızı güçlendirmek ve başarı şansınızı arttırmak için eylem planınızı imzalayabilirsiniz.

Form 9. Fiziksel aktivite ve Sağlıklı Beslenme Eylem Planı Hedefinizi Yazın!

Eylem Planım Ben haftada..... gün,..... süre(dakika) ile fiziksel aktivite/yürüyüş yapacağım. tarihinden..... tarihine kadar hedefime sadık kalacağım. Düzenli olarak günde 3 ana öğün yemek yiyeceğim, günde en az beş porsiyon (yarım kilo kadar) farklı çeşitlerde taze sebze ve meyve tüketeceğim, kepekli ekmek ve tam tahıl ürünlerini tercih edeceğim, şeker oranı yüksek içecek ve yiyecekleri (tatlılar, çikolata, dondurma vs.) günde bir porsiyondan fazla almayacağım. tarihinden..... tarihine kadar bu hedeflerime sadık kalacağım. İmza:

Aşağıdaki stratejileri uygulayarak hedefinize ulaşabilirsiniz.

- ☐ Sağlıklı beslenmenin ve fiziksel aktivite yapmanın yararlarını belirleyerek
- ☐ Davranışlarınızı anlayarak
- ☐ Engelleri bilerek
- ☐ Ufak adımlar atarak
- ☐ Küçük ve ulaşılabilir hedefler koyarak
- ☐ Çocuklarınızı düşünerek
- ☐ Toplumsal çabayı fark ederek
- ☐ Sağlıklı düşünceleri benimseyerek
- ☐ İmajınızı değiştirerek

- ☐ Arkadaşlardan az bir yardım alarak
- ☐ Kararlı olarak
- ☐ Daha fazla bilgi öğrenerek
- ☐ Yapacağınız eylemleri hatırlatsın diye görebileceğiniz yerlere notlar asarak, hatırlatıcılar kullanarak
- ☐ Fiziksel aktiviteyi hatırlatsın diye spor ayakkabıyı görünür yere koyarak
- ☐ Ara öğünlerde sağlıklı beslenmek için sebze ve meyveleri görünen yerlere koyarak
- ☐ Hedeflere ulaşınca kendini ödüllendirerek

♥ **Gelişiminizi/İlerlemenizi izleyin**

Gelişiminizi izlemek önemlidir. Gelişiminizi izlemek için günlük orta yoğunluktaki fiziksel aktivitenizi kayıt etmeniz için “*Fiziksel Aktivite Kendini İzleme Formu*”na, yediğiniz besinleri kayıt etmeniz için “*Üç Günlük Besin Tüketim Sıklığı İzleme Formu*”na, ağırlık artışınızı izlemek için “*Kilo İzlem Çizelgesi*”ne kayıt yapmalısınız. Kilo alım hedeflerinize ulaşp ulaşmadığınızı kontrol etmelisiniz. Kendinizi izlemek, gerçekleştirdiğiniz ya da gerçekleştiremediğiniz değişime ilişkin farkında lığınızı arttırarak hedeflerinize ulaşmanızda yardımcı olabilir. Hedefinizi oluşturmak önemlidir. Örneğin; ilk hedefiniz haftada 2 kez, 30’ar dakika yürümek, günde bir porsiyon sebze/meyve tüketimini arttırmak, iki dilim kepekli ekmek tüketmek ise gelecek hafta bu hedefi gerçekleştirin.

♥ **Kendinizi Ödüllendirin**

- ☺ Fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarınızı ulaşınca kendinizi ödüllendirin!
- ☺ Motivasyonunuzun devamı için ödüller oluşturun.
- ☺ Hedefler oluşturup, hedeflerinize ulaşınca, kendinize veya çocuğunuza olanaklarınız dahilinde bir hediye alın.
- ☺ Fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarınız için hedefler oluşturdunuz ve bazı davranış değişiklikleri yaparak ilk adımları attınız. Davranış değişiminizi geliştirmeniz ve sürdürmeniz için bu çalışma dahilinde Ontex-Can Bebe firmasının katkısı olan Hoş geldin Bebek Paketi ile ödüllendirmek istiyorum.
Sağlıklı beslenme ve aktif yaşam davranışlarınızı sürdürmenizi diliyorum.

Form 10. Ödül Sözleşmem

AKTİVİTE PLANI

Ben, ...(isim)..... , önümüzdeki..... (gün sayısı)
..... gün için, sağlıklı beslenmeye ve egzersiz yapmaya başlamaya **SÖZ VERİYORUM.**

Bunu (gebeliğim süresince) gerçekleştirebilirim ve gebeliğim süresince uygun kilo (.....kg) alırsam kendime şu ödülü vereceğim.

Tanık

İmza

(Aileden biri veya sağlık danışmanı olabilir)

*Bundan sonraki görüşmemiz belirlediğimiz..... tarih.....saatte.
Takviminize kaydediniz. Hedeflerinize ulaşmada bol şans diliyorum. Hoş çakalın.*

4. HAREKETE GEÇME AŞAMASI MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

Hedef; Davranış değişimlerini başlama ve uygulama planını yeniden gözden geçirme, uyum sağlama.

Yaklaşımlar; Başarıyı övme, yararları ve mevcut programı gözden geçirme, devam etmek için bir plan geliştirme, besin değişim listelerini kullanma, motivasyonu koruma, engelleri yok etme, güveni destekleme, eş/aile, /arkadaş gibi sosyal desteklerin tanımlanması, uyaran kontrolü, (örnek; tatlı yerine sütlü tatlı veya meyve seçmek, asansöre binmek yerine merdivenlerden yürümek), fiziksel aktivite ve besin alım günlükleri ve kilo izlemi ile kendini izleme, olumlu davranış değişiminde kendini ödüllendirme, danışman tarafından kilo izlem kartları üzerinde ilerlemeleri gösterme, olumlu geri bildirim verme.

Harekete geçme aşamasında herkesçe anlaşılan, sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve düzenli fiziksel aktivite yapma davranışınız konusunda değişiklikler yapma yolundasınız.

Harekete Geçme Aşamasında Olduğunuz İçin Aşağıdakileri Yaptığınızı da Biliyorsunuzdur.

Gelecekteki hedeflerinize odaklanarak önemli bir adım attınız. Şimdi harekete geçme zamanı.

- ✓ Günlük öğün sayınızı artırıp, öğünlerinizi zamanında yiyorsanız
- ✓ Günde, 3 ana öğün ve 3 ara öğün toplam 6 öğün yemek yiyorsanız
- ✓ Öğünler arasında geçen sürenin 4-5 saat süre olması şeklinde düzenlemeler yapıyorsunuz
- ✓ Her gün sabah kahvaltısı yapıyorsunuz
- ✓ Ara öğünlerde; sebze, meyve, haşlanmış yumurta, kaymaksız yoğurt, süt, kuru yemiş (ceviz, badem, fındık gibi), kepekli ekmek gibi sağlıklı besinleri tercih ediyorsanız
- ✓ Her öğünde et, süt, sebze, meyve, tahıl grubundan yiyecek tüketmeye özen gösteriyorsanız
- ✓ Bol posa içeren sebze meyve ve kepekli ekmek tüketiminizi artırıyorsunuz
- ✓ Gebelikte iki kişilik beslenme inancı değil, günlük ek olarak 300 kalorilik besin alımı yapılması gerektiğini biliyorsunuz
- ✓ Kendinize haftalık beslenme planı yapıyorsunuz
- ✓ Haftada en az 3 gün, en az 30 dakikalık bir fiziksel aktivite yapıyorsunuz
- ✓ Gün içinde fiziksel aktivite yapmanın yollarını arıyorsunuz ve buluyorsanız
- ✓ Aktif olmanın yollarını arıyorsunuz; merdivenleri kullanmak, daha sık yürümek gibi.
- ✓ Düzenli fiziksel aktivite yapmakta kararlı iseniz
- ✓ Gelişiminizi izliyorsunuz (Kendinizi izlemek için besin günlüğü ve fiziksel aktivite izlem günlüğü ve kilo izlem çizelgesi tutuyorsunuz).

Bunları İyi Yaptığınız İçin Tebrikler...

Sağlıklı beslenme alışkanlıklarınızı ve düzenli fiziksel aktivite yapma ve sürdürmeniz konusunda yardım etmek istiyoruz. Sizin bir davranışı değiştirmenin ne kadar zor olduğunun bilincine varmanızı istiyoruz. Kişiler yeni bir düzeni devam ettirmekte zorlanabilirler. Ama burada belirtilen stratejileri kullanarak davranış değişikliği düzenini koruyabilirsiniz.

Bu rehberde daha önce tanımlanan bazı stratejiler, harekete geçme

aşamasında da yardımcı olabilir. Tekrar değişim aşamalarının başına dönmemize engel olabilir.

♥ Kararlı olun!

Daha fazla bilgi için kendinize verdiğiniz sözleri tekrarlayın! Kararlı olun!

Değişim aşamalarında ilerlemek için davranış değiştirebilme yeteneğinize inanmalısınız ve kararlı olmalısınız.

♥ Beslenme planınızı ve fiziksel aktivite planınızı tekrar gözden geçirin!

Örnek fiziksel aktivite planı ve beslenme planı oluşturun.

♥ SÖZLEŞME

- Başkalarına kararlılığınızı söyleyin!
- Kişiler değişimle ilgili olan hedeflerini/sözlerini sıklıkla kendilerine saklarlar.
- Başkalarına belki de başaramazlar diye değiştirmeye çalıştıklarını söylemezler.
- Maalesef hedeflerinizi kendinize saklamanız kararlılığınızı sadece azaltır.
- Yani başkalarına da hedeflerinizi söyleyin! Beklemeyin! Mümkün olduğunca fazla kişiye egzersiz yapmaya hazır olduğunuzu söyleyin.
- Düzenli egzersiz yapmak için kararlılığınızı kuvvetlendirin.

Kendi kendinize düşünce ve eylemlerinizi destekleyin.

Etrafınızda aktif yaşam şeklinizi destekleyen ve sağlıklı beslenen insanların olmasını sağlayın.

Aile üyeleri, iş arkadaşlarınız ve diğer arkadaşlarınız daha aktif olmanızı ve beslenme davranışlarınızı değiştirmenizi istemeyebilirler. Bu durumda onların dahil olmadığı yeni alışkanlıklar, yeni aktiviteler geliştirin.

Bazı insanlar kendileri için destekleyici mesajlar bulurlar, teşvik için ev, araç veya ofislerine görebilecekleri yerlere yapıştırırlar.

Size verdiğim hatırlatıcıları görebileceğiniz yerlere asın.

✓ Avantajları kendinize hatırlatmak konusunda daha fazla bilgi edinin!

Sağlıklı Beslenme, Sağlıklı Besin Seçimi ve Düzenli Fiziksel aktivite Yapma Yararlarını Gözden Geçirin (*Düşünme Öncesi Aşamasında Tekrar Bak*)

Kişisel yararlarınızı tablonuza yazın ve bunları önem sırasına göre diziniz.

☐

☐

Siz diğerleri için iyi bir örnek olabilirsiniz!

☐ Sağlıklı beslenme davranışları ve egzersiz yapmak, yaşamınızın başka alanlarında da sağlıklı seçim yapmanız için iyi bir örnek olur.

☐ Kendiniz, çocuklarınız ve çevreniz için sağlıklı bir rol modeli olacaksınız.

Eski alışkanlıklarınızı sağlıklı davranışlar ile değiştirin!

Örneğin; televizyon seyrederken, müzik dinlerken hareket halinde olmak, egzersiz yapmak, beyaz ekmek yerine kepekli ekmek tüketmek, sebze meyve tüketimini artırmak, her gün kahvaltı yapmak, günde üç ana üç ara öğün beslenmek gibi.

♥ Uyaran Kontrolü:

- ✓ Aşırı yemek yemeye veya tatlı, yağlı besinleri yemeye neden olan durumları ve duyguları belirleyin.
- ✓ İçsel ve dışsal uyaranları bilinçli bir şekilde kontrol altına alın.
- ✓ Hızlı yemek yemeyi yavaşlatın. Kişiye bir lokma yemek aldıktan sonra çatal ve kaşığı bırakıp ellerini masaya koyup yavaşça çiğnemesi söylenir.
- ✓ Daha yavaş yemek, yemeğin tadının daha iyi alınmasını ve yemenin daha zevkli bir eylem olmasını sağlar.
- ✓ Canınız tatlı yemek istediğinde taze ya da kuru meyve tercih edin.
- ✓ Meyve ve sebze tabağı hazırlayıp görünen yere koyun.
- ✓ Alışverişe çıkarken önceden ihtiyaçlarınızı belirleyin, bir liste yapın ve bu listeye sadık kalın.
- ✓ Şekerlemeler, cipsler, hamur işleri gibi yüksek kalorili besinleri evinizde bulundurmayın.
- ✓ Bunların yerine meyve, çiğ sebze ve diğer düşük kalorili besinleri görebileceğiniz yerlerde bulundurun.
- ✓ Hazır meyve suyu yerine taze sıkılmış meyve sularını tercih edin.
- ✓ Tatlı yerine meyve salatasını deneyin.
- ✓ Sakıncalı gıdaları saklayın veya almayın.

Haftalık veya Aylık Kilo Alımınız Fazla İse ;

- ✓ Abur cubur atıştırma öğünlerden kaçınınız.
- ✓ Az yağlı ürünleri tercih edin.
- ✓ Porsiyon büyüklüklerinizi azaltın.
- ✓ Ara öğünlerde kalorisi düşük gıdaları seçiniz.
- ✓ Düzenli fiziksel aktivite yapınız ve haftada en az üç kez 30 dakika yürüyüş yapınız.

♥ Fiziksel Aktivite Yapmaya Başlarken!

Haftanın bazı günlerinde en az 30 dakika egzersiz/yürüyüş yapmak ilk anda yıpratıcı/yoğun gelebilir, özellikle şu anda egzersiz yapmıyorsanız. Bu yüzden size yavaş-yavaş başlamayı önerebiliyoruz!

Eğer zevk alacağınız bir şey bulursanız, egzersizi bir alışkanlık haline getirmek çok daha kolaydır. Bazı insanlar parkta yürümeyi, bazıları bisiklet kullanmayı tercih eder. İşin sırrı/anahtarı hoşlanacağınız ve günlük yaşamınıza uyan bir şey bulana kadar değişik egzersiz tiplerini denemektir.

Siz günlük rutinlerinize fiziksel aktiviteyi dahil etmenin daha kolay yollarını bulabilir misiniz? Bunlardan ikisini kaydedin.....

Örnek Fiziksel Aktivite/ Egzersiz Planınızı Tekrar Yapın!

(Hazırlık aşamasında yaptığımız fiziksel aktivite planına bakın)

♥ Tebrik etme

Sağlıklı beslendiğiniz ve fiziksel olarak aktif olduğunuz için kendinizi tebrik edin. Yaşamınıza olan etkisini ve sağlık yararlarını arttırmak için daha büyük adımlar atabilirsiniz.

Motivasyonunuzun devamı için ödüller oluşturun.

Hedefler oluşturup, hedeflerinize ulaşınca, kendinize yürüyüş ayakkabısı gibi olanaklarınız dahilinde bir hediye alabilirsiniz.

Sizi ne motive edebilir?

Gebelikte Fiziksel Aktivite Programı İçin Öneriler!

- ☞ Gebelikte egzersiz programına başlamadan önce sağlık personelinizle görüşün.

- ☞ Gebelik öncesi aktivite durumunuzu sağlık personelinizle görüşün.
- ☞ Daha önceden hareketsiz yaşam tarzı olan gebeler; egzersize başlarken kısa sürelerle başlayın ve gittikçe süresini artırın (10 dakikadan 30 dakikaya).
- ☞ Daha önceden egzersiz yapan, aktif olarak yaşayan gebeler aynı egzersiz programına devam edin.
- ☞ Egzersiz yaparken gevşek/rahat kıyafetler giyin.
- ☞ Rahat bir yürüyüş ayakkabısı seçin.
- ☞ Egzersiz öncesi ve sonrası ısınma ve soğuma hareketleri yapın: Her egzersiz seansına en az 5 dakikalık bir ısınma ile başlayın ve 5 dakikalık soğuma ile bitirin.
- ☞ Isınma ve soğuma sırasında, aktivitelerinizi daha yavaş yapın. Örneğin; daha yavaş yürüyün.
- ☞ Aç ya da tok olarak egzersize başlamayın. Egzersizden 4 saat önce ana öğününüzü yiyin.
- ☞ Egzersize yemeklerden en az 1-2 saat sonra başlayın.
- ☞ Egzersiz öncesi ve sonrasında bol su için. Egzersiz esnasında yanınızda küçük bir su şişesi taşıyın.
- ☞ Çok sıcak, çok nemli ve çok soğuk günlerde egzersiz yapmaktan kaçının.
- ☞ Havanın kötü olduğu durumlarda kapalı ortamları, kapalı yüzme havuzu veya spor salonlarını tercih edin.
- ☞ Günün serin zamanlarında egzersiz yapmayı tercih edin (sabah erken veya akşam geç saatlerde).
- ☞ Dışarısı soğuk ise birkaç kat giyinin.
- ☞ Gebeliğin ilk üç ayından sonra sırt üstü yatar pozisyonda egzersiz yapmaktan kaçının. Çünkü sırtüstü yatma pozisyonunda bebeğe giden kan akımında azalma olmakta ve bebeğin kalp atımlarında azalmalar görülebilmektedir.
- ☞ Yapmaktan hoşlandığınız aktiviteleri seçin.
- ☞ Fiziksel aktivite Programınızı Çeşitleyin!



✓ Sağlıklı Seçimler Yapın!

Aşağıdaki tabloda, sağlıksız davranışları sağlıklı davranışlar ile nasıl değiştireceğinizi belirtiniz. Başardığınız zaman listede işaretleyiniz.

Yerine	Yapacağım
Asansör beklemek	Yürüyeceğim.
En yakın park alanını kullanmak	Arabamı uzağa park edeceğim.
Egzersiz yapmamak	Daha kısa süreli egzersiz yapacağım.
30 dakika televizyon seyretmek	Televizyon seyrederken 30 dakika egzersiz yapacağım.
Asansör kullanmak	Birkaç kat çıktıktan sonra asansöre bineceğim.
Hazır gıdalar kullanmak	Taze meyve sebze tüketeceğim
Beyaz ekmek	Tam tahıl ekmeği veya kepekli ekmek yiyeceğim
Günde 2 öğün yemek	Günde 3 ana 3 ara öğün yiyeceğim.
.....	

☺ Çevrenizi Düzenleyin!

Sağlıklı beslenme ve düzenli egzersize devam etme stratejilerinden biri çevrenizi düzenlemektir. Bu sizi, sağlıklı beslenme davranışlarınızdan veya egzersizden vazgeçirecek durumlardan kaçınmak ve sağlıklı davranış değişikliğinizin devamı için ortamı değiştirmek demektir.

Davranış değişimi yapanlar bize zaman zaman şunları söylerler:

- Sizi vazgeçirecek kişilerden, yerlerden ve şeylerden kaçın.
- Evinize sizin için zararlı olan, kalorisi yüksek besinleri almayın.
- Düzenli egzersiz yapmanızı ve sağlıklı beslenmenizi kolaylaştıracak kişiler, yerler, şeyler ile temasa geçin.
- Hatırlatıcılar kullanın.

☺ Hatırlatıcılar Kullanmak!

- Kendiniz için notlar yazın.
- Ev, araç ve iş yerinize destekleyici mesajlar yapıştırın.
- Resimler
- Karikatürler
- Takvimler
- Sticker, magnet

Size sağlıklı beslenmenizi ve yürüyüş/egzersiz yapmanızı hatırlatacak yollar nelerdir?

Aşağıdaki listeye bakın ve bu hafta kullanacağınız hatırlatıcıları düşünün.

Size yarayacak hatırlatıcıları düşünün ve yukarıdaki tabloyu doldurun.

- * Kendinize haftalık beslenme planı yapın.
- * Takviminize koyarak yürüyüş/egzersizi planlayın.
- * Yürüyüş ayakkabılarınızı görebileceğiniz yere koyun veya kapının tokmağına asın.
- * Panonuza egzersiz/yürüyüş yapan sebze meyve tüketen insanların fotoğraflarını ilaştırın.
- * Bir egzersiz sınıfına katılın ve egzersiz yapmak için özel bir zaman ayırın.
- * Arkadaşınızla egzersiz randevusu ayarlayın.
- * Ailenizin de beslenme davranışlarında size destek vermesini sağlayın.

☺ **Başarı İçin Sözleşme:**

—► Eğer hedeflerinizi yazarsanız, bu bir sözleşme haline gelir. Bu sözleşmeler arkadaşlarla, aile bireyleriyle veya kendiniz ile yapılabilir. Sözleşmeler size özel oldukları, yazıldıkları ve gerçekten istediğiniz ödülleri içerdiği zaman işe yararlar.

—► Sözleşmelerinizde kısa/uzun dönem hedefleriniz olduğundan emin olun. Örneğin; bir hafta boyunca/her gün egzersiz yapmak için hedefler koyabilirsiniz, ayrıca altı ayda nereye gelebileceğinize bir senede ne durumda olabileceğinize dair hedefler koyabilirsiniz.

Form 11. Başarım İçin Sözleşmem

Hedef:

Hedef zamanı:

Ödül:

...

Sözleşmenizi destek grubunuzdan birine gösterin. Daha kuvvetli bir söz verme için, bir veya daha fazla destek grubu ile birlikte sözleşme imzalayın.

Hedeflerinize uygun ödüller koymaya çalışın. Bu genelde kısa dönemli hedefler için ufak ödüller, uzun dönemli hedefler için daha büyük ödüllerdir.

ÖRNEK ÖDÜLLER

- ☺ Sağlıklı beslenme alışkanlıklarımı artırdığımda ve her yürüyüş/egzersiz yaptığımda kendimi ödüllendireceğim.
- ☺ İki hafta yürüyüş/egzersiz yaptığımda, kendime istediğim kazağı alacağım.
- ☺ Gebeliğim süresince düzenli egzersiz yaptığım zaman ve sağlıklı beslenme davranışlarını uyguladığım zaman kendime istediğim elbiseyi alacağım.
- ☺ Almam gereken ağırlık artışı uygun olduğunda kendimi sinema ile ödüllendireceğim.
- ☺



KENDİ KOÇUNUZ OLUN!

- Kendinize verdiğiniz ödüllerin yanı sıra, kendinize ve bebeğinize sağlıklı beslenerek ve düzenli egzersiz yaparak değer vermeniz ve kendinizi takdir etmeniz çok önemli olduğunu araştırmalar göstermiştir.
- Yalnızca başkalarının sizi ödüllendirmesini beklemeyin.
- * **Düzenli yürüyüş/egzersiz yapan ve sağlıklı beslenen kişilerin kendilerine söylediği bazı olumlu şeyler:**

- İyi iş!
- Yapabileceğimi biliyordum!
- Büyük başarı elde ettim!
- Ne büyük başarı!
- Kendimle çok gurur duyuyorum!
- Başarabilirim!
- Aileme iyi bir örnek oldum.
- Gebelikte almam gereken ideal kiloyu sağlayacağım.

© Siz kendinize ne gibi olumlu şeyler söylediniz?

.....

.....

- Bu destek ve cesaretlendirme sözleri kendinize herhangi bir durumda ve koşulda, herhangi bir zamanda vereceğiniz ödüller olabilir.

☺ **Destek Almak, Destek Ekibini Seçmek:**

Aileniz, arkadaşlarınız, sağlık personelleri destek sağlayabilir. Değişmeniz için gereken desteği sağlayabilecek kişileri düşününüz. Sizi kimler cesaretlendirebilir, yürüyüş/egzersiz yapmanıza ve sağlıklı beslenme davranışlarınıza başlamanıza kimler yardımcı olabilir, size neden düzenli aktivite/egzersiz yapma istediğinizi, bol sebze meyve tüketmenizi, günde üç ana üç ara öğün beslenmenizi, posalı gıdalar almanızı, sağlıklı ara öğünler seçmenizi hatırlatabilir veya egzersiz ve sağlıklı beslenme hakkında iyi fikirler verebilir. Aşağıdakileri göz önünde bulundurunuz.

- ☐ Çabalarınıza değer olduğunu hatırlatır.
- ☐ Sözleşmenizi size hatırlatır.
- ☐ Kışkırtıcı durumlarda, kalorisi yüksek gıdalardan uzak durmanıza yardım eder.
- ☐ Yürüyüş/egzersiz yaparken sizinle zaman geçirir.
- ☐ Konuşmaya ihtiyacınız olduğunda orada olur.
- ☐ Sizi ödüllendirir.
- ☐ Hayatınızdaki olumlu şeyleri belirleyin, daha iyi uyuyabilmek gibi.

☺ **Gelişiminizi/İlerlemenizi İzleme**

Gelişiminizi izlemek önemlidir. Bunun en kolay yolu fiziksel aktiviteleriniz için “*Fiziksel Aktivite Kendini İzleme Formu*”, yediğiniz besinler için “*Üç Günlük Besin Tüketim Sıklığı İzleme Formu*”, ağırlık artışınızı izlemek için “*Kilo İzlem Çizelgesi*”ne kaydetmektir. Kendinizi izlemek, gerçekleştirdiğiniz ya da gerçekleştiremediğiniz değişime ilişkin farkında lığınızı arttırarak hedeflerinize ulaşmanızda yardımcı olabilir.

5. SÜRDÜRME AŞAMASI MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

Hedef; Yeni davranışları uygulamaya devam ettirme, geriye dönüşü önleme. Yani uygun olmayan beslenme davranışları ve besin seçimini engellemek için ve

oluşabilecek hareketsizlik için çözüm bulma.

Yaklaşımlar; Kilo izlemi, gebelikte VKİ uygun kilo alımının desteklenmesi, yeniden yararların üzerinde durma, sağlıklı kalmak ve yaralanmalardan kaçınmak için öneriler, hedefleri yeniden gözden geçirme, başarı ve başarısızlığı inceleme, istenen bilgiyi ve geribildirimini sağlama, empati yapma, sağlıklı beslenme davranışlarına ve hareketsiz hale dönmeyi önlemeyi öğretme, sosyal destek, ödüllendirme.

Şimdiye kadar başarılarınız için tebrikler; 6 aydan daha fazla süredir sağlıklı beslenme ilkelerini uyguluyorsunuz ve düzenli fiziksel aktivite yapıyorsunuz. Sağlıklı beslenmeye ve düzenli yürüyüş/egzersiz yapmaya başladığınızda, sağlıklı bir yaşam, sağlıklı bir gebelik ve sağlıklı bir çocuk için önemli bir seçim yaptınız.

Bu bölümdeki stratejilerle, sizin gibi diğer insanlara da, yaşam boyu sağlıklı beslenmeleri ve düzenli egzersiz yapmaları konusunda yardımcı oldunuz.

Artık çok çalışmak zorunda değilsiniz, fakat durumunuzu korumalı ve beklenmeyen durumlara karşı dikkatli olmalısınız.

☺ **Sağlıklı Beslenme Alışkanlıklarınıza Fiziksel aktivite Yapmaya Ara mı Verdiniz? Kaldığınız Yerden Devam Edin:**

☞ Davranış değişim programında atlamamı oldu? Tekrar başlayın.

☞ Davranış değişimi yapmak zordur, fakat siz yapmayı seçtiniz ve elinizden geleni yaptınız. Eğer vazgeçerseniz veya atlarsanız/düzeninizi bozarsanız, tamamen bırakmama konusunda kendinizi cesaretlendirin. En kısa zamanda tekrar sağlıklı beslenme alışkanlıklarına ve fiziksel aktivite yapmaya başlayın.

☞ **Unutmayın!** Birçok kişi zaman zaman engellerle karşılaşmıştır.

Bunu Yapmanın Anahtarı

- Engelleri sürecin bir parçası olarak görün.
- Geçmiş başarılarınızı hatırlayın.
- Vazgeçmektense tekrar deneyin.
- Neden yapamıyorum değil nasıl yapmalıyım sorusunu kendinize sorun.

Sağlıklı Yaşam Davranış (Beslenme, Egzersiz) Programında Atlamalar/Kaymalar Oldu İse Ne yapmalıyız?

- Sağlıklı beslenme davranış döngüsüne geri dönün.
- Egzersiz yapmaya tekrar başlayın.
- Düzenli egzersiz programına bir an önce dönün. Geçici olarak egzersizi bırakmanın, sürekli olarak egzersizi bırakma durumu gibi olmadığını hatırlayınız.
- Aksamaların tamamen vazgeçmelere yol açmasına izin vermeyiniz. Aksama olunca kişiler genelde, geçen hafta egzersizi kaçırdım, bu haftada/bu günde kaçırabilirim derler. Aksamaları frenleyebilirsiniz ve büyük bir aksama olmasını engelleyebilirsiniz.

☺ Engellerden Ders Alın!

- Birçok davranış değişim programında kişiler, daha fazla çalışmaktansa daha akılcıca çalışmayı öğrenirler.
- Egzersiz yapmak için, sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinmek için herhangi bir engel olduğunda, bu durumu kendinizi suçlu hissetmenize bir neden olarak değil, öğrenme için bir fırsat olarak görün.
- Destek grubunuz (arkadaşlarınız) ve aileniz aksattığınız zaman, tekrar beslenme alışkanlıklarınızı düzenlemenizde ve egzersize başlamanız da size yardımcı olabilir. Öneriler verebilirler veya aksamalar hakkında konuşmak istediğinizde sizi dinleyebilirler. Sizin harekete geçmeniz konusunda destekleyebilirler.
- Destek grubunuzdan, size en yararlı olacak şekilde yardım isteyiniz.
- Egzersizi aksatırsanız cesaretiniz kırılmasın.
- Engeller herkesin başına gelebilir. Harekete geçmek için çaba gösterdiğiniz için memnun olun. Neyin yanlış gittiğini bulun ve deneyimlerinizden neler öğreneceğinizi ortaya koyun.

Ne Yanlış Gitti?

- Ne olduğunuzu kendinize sorun.
- Vazgeçmeye neyin/nelerin neden olduğunu düşünüyorsunuz?
- Yeni bir durum muydu? Stresli bir zaman mıydı? Hazırlıksız mı yakalandınız?
- Bu bilgiyi gelecekteki vazgeçmeler için nasıl kullanabilirsiniz?
- Bu durumun yinelenmesini nasıl önleyebilirsiniz?

- Bu durumla gelecek kez nasıl başa çıkabilirsiniz?
- Bu vazgeçmeniz ile mi sonuçlandı? Davranış değişikliği yapma konusunda kendinize inanmaktan vazgeçtiniz mi?
- Aktiviteye hızla tekrar katılmak konusunda kararlı mısınız?
- Herhangi bir düşünceyi çürüttünüz mü?
- Size en son zamanda ne yardım etti?
- Sizi ne engelledi?

Şimdi ne oldu?

- Vazgeçseniz de, başarınızın ışığını kaybetmeyin.
- Kendinizi değişime kararlı ve önemli başarıları olan bir insan olarak görmeye devam edin.
- Bu engellerin geçici bir durum olduğunu hatırlayın, başarısızlık değil.

☺ Bu engellerin üstesinden gelebilirsiniz!

Size Yardımcı Olacak!

- Sağlıklı beslenme, sağlıklı besin seçimi ve fiziksel aktivite yapma için nedenlerinizi gözden geçirin (sağlıklı besin seçiminin ve fiziksel aktivitenin yararlarına bakınız (**sayfa;9, 11-12**)).
- Başarılarınızı hatırlayın.
- Sağlıklı beslenmek ve egzersiz yapmak için kararlılığınızı destekleyin.
- Kendinize, sağlıklı beslenmek ve düzenli egzersiz yapabilmek için çevrenizi ve günlük rutininizi değiştirip değiştirmediginizi sorun.
- Kendinize, eski düşünme biçiminizi ve davranışınızı değiştirip değiştirmediginizi sorun.

☺ Sağlıklı Seçimler Yapmaya Devam Edin!

- Düzenli sağlıklı beslenmeyi ve fiziksel aktiviteyi kalıcı bir alışkanlık haline getirin. İlk eylemi yaptığınızda faaliyetlerinizi korumak için uyguladığınız stratejileri kullanmaya devam edin. Bu sağlıksız düşünceler ve davranışlar için seçenekler bulmak anlamına gelir. Aynı zamanda sizi yoldan çıkaracak zorlamaların kontrol altına alınması anlamına gelir.
- Düşüncelerinizi kontrol edin. Düşünceleriniz, davranışlarınızı ve duygularınızı etkiler.
- Düşünceler, problemlere yol açabilir.
- Düşünceler, değişim çabalarım destekler ve sizi davranış değişiminden

vazgeçirecek zorlu durumlardan kurtarır.

- **Olumsuz ve zararlı düşünceler enerjinizi düşürür, umudunuzu azaltır, moralinizi kötüleştirir.**

Örnekler:

- Davranış değişimi yapmak zaman alır.
- Davranış değişimi yapmak çaba gerektirir.
- Davranış değişimi yapmak para ister.
- **Olumlu ve yararlı düşünceler güç, enerji, umut verir ve moralinizi yükseltir. Örnekler:**

- Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yapmanın sağlığım ve bebeğim için büyük yararları vardır.
- Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yapmanın yararları çekilen zahmete değer.
- Sağlıklı beslenilen ve fiziksel aktivite yapılan her gün daha kolay geçer.
- Sağlıklı beslenmek ve fiziksel aktivite yapmak, egzersizin ve besinlerin maliyetine değer.

Form 12: Sağlıklı beslendiğinizde ve fiziksel aktivite yaptığınızda hissettiklerinizi yazınız.

♥ Önceden Planlama Yapın!

Olağan dışı durumlarda (beklenmedik durumlarda, seyahat, tatil vs.) davranış değişimine engel olabilecek yüksek bir risk ile karşılaşabilirsiniz. Önceden planlama, sizin zor ve olağan dışı bir duruma hazırlıklı olmanızı sağlar.

♥ Amaçlar İçin Sözleşme Yapın!

- ✓ Başarı sözleşmenizi, hedefinizi, hedef zamanınızı ve ödülünüzü tekrarlayın.

♥ Kendinizi ödüllendirin!

Form 13. Ödül Listem

Benim Ödül Listem
Aşağıya en az 4 ödül yazınız
1.....
2.....
3.....
4.....

♥ Sağlıklı Beslenmenin ve Düzenli Fiziksel aktivite Yapmayı Sürdürmenin Yolları:

- ☞ Değişim yolunda, bazı seçimler otomatikleşmiştir. Örneğin, taze sebze/meyve herkesin alışkanlığıdır. Artık düşünmez otomatik olarak yaparlar. Yeni davranışınızın otomatik olup olamayacağına söz veremeyiz. Bazı davranışlar ömür boyu süreklilik gerektirir.
- ☞ Düzenli egzersiz yapanlar, bu stratejileri yaşam boyu sürdürürler.
- ☞ Sağlıklı beslenme alışkanlıklarınızı ve düzenli orta derecede egzersizi yaşamınızın bir parçası yapınız ve bu rehberdeki stratejileri aklınızdan çıkarmayınız.

-Bilgi Edinmeye Devam Edin

-Gazete/kitap ve dergileri okuyunuz, fitnes gösterilerini/programlarını, haberlerdeki bilgileri izleyiniz, internetten bilgi kaynaklarına ulaşınız.

-Engelleri azaltın.

-Egzersiz yapmak ve sağlıklı beslenme davranışlarınız için engellerinizi azaltın.

- ✓ Amaçlar için sözleşme yapmak.
- ✓ Destek almak.
- ✓ Kendinizi kontrol etmek, izlemek.
- ✓ Davranış değişimi konusunda olumsuz düşüncelerinizi olumlu düşünceler ile değiştirmek.
- ✓ Düzenli egzersiz yaparken ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarınızdan vazgeçti iseniz tekrar başlamak.
- ✓ Kendinizi Ödüllendirmek.

-Öz-güveni Sürdürme

Yaşamınıza düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme davranışlarını yerleştirdiğinize dair güven duygusuna sahipsiniz. Daha enerjiksiz, aynı zamanda gebelikte, ileriki yaşamınızda ve bebeğinizde oluşabilecek sağlık risklerini azaltma gibi artı sağlık yararlarına sahipsiniz. Kendinizi iyi hissediyorsunuz. Bu duyguyu sürdürmek önemlidir. Fiziksel olarak aktif kalacağınıza ve sağlıklı besleneceğinize olan inancınız, güveniniz, başarıınızı devam ettirecektir.

Siz Diğerleri İçin İyi Bir Örnek Olacaksınız!

Yürüyüş/egzersiz yapma ve sağlıklı beslenme ilkeleri yaşamınızın başka alanlarında da sağlıklı seçim yapmanıza örnek olacaktır. Kendiniz, çocuklarınız, aileniz ve çevrenizdeki diğer insanlar için sağlıklı iyi bir örnek olacaksınız.

Bu rehberi, gebelik süresince, doğum sonrası dönemde ve tüm yaşamınızda kullanabilirsiniz.

Araştırmaya katıldığınız için sonsuz teşekkürler. Bu çalışma kapsamında sağlıklı beslenme ve aktif yaşam davranışlarınızla gebelikte ideal kilo alımını başardınız ve sağlıklı bir gebelik geçirdiniz. Size bu çalışmanın anısına Unı Baby firmasının katkısı olan Yeni Doğan Paketi ile ödüllendirmek istiyorum.

Sağlıklı Bir Yaşam ve Sağlıklı Nesiller Dileği ile...”

KAYNAKLAR

1. Akbayrak T, Kaya S. (2008).Gebelik ve Egzersiz. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme Ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Şubat, Ankara, <http://www.beslenme.saglik.gov.tr/>, E.T:10.10.2010.
2. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G.(2008). Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam; T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Şubat, Ankara, <http://www.beslenme.saglik.gov.tr/>, E.T:10.10.2010.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG(2002). Exercise during pregnancy and the postpartum period (ACOG Committee Opinion No 267). Obstet Gynecol; 99:171–3.
4. Api A, Ünal O, Figen C.(2005).Gebelikte Beslenme, Kilo Alımı ve Egzersiz. Perinatoloji Dergisi;13(2):71-9.
5. Artal R, O’Toole M, White S. (2003). Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. Br J Sports Med; 37: 1, pp.6–12.
6. Ay S.(2008). “Sağlıklı Yaşamın Yolları: Düzenli Egzersiz Yapma Rehberi” (Çeviri)ISBN:978-9944-0648-4.Atlı Matbacılık, Manisa. “Roadways to Healthy Living : A Guide For Exercising Regularly (2004). Pro-Change Behavior Systems , Inc.
7. Ay S.(2008). Egzersiz Davranışını Geliştirmede Ve Sürdürmede Teorilerüstü Model Temelli Girişimlerin Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
8. Bek N. (2008). Fiziksel Aktivite Ve Sağlığımız, Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme Ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, <http://www.beslenme.saglik.gov.tr/> , Erişim Tarihi:10.10.2010.
9. Changing Your Habits: Steps to Better Health.WIN-Weight-control Information Network, <http://www.win.niddk.nih.gov>), Erişim Tarihi :06.11.2010.
10. Evenson KR, Savitz DA, Huston SL. (2004).Leisure-time physical activity among pregnant women in the US. Paediatr Perinat Epidemiol; 18:400-7.
11. Healthy Eating & Active Living for pregnancy, www.healthyalberta.com/Documents/healthy-eating-pregnancy.pdf, E.T:10.08.2010.
12. *Healthy Eating & Physical Activity Across Your Life Span. Fit For Two: Tips For Pregnancy*, <http://www.win.niddk.nih.gov/publications/two.htm>, Erişim Tarihi:10.08.2010.
13. Institute of Medicine (IOM, 2009). Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: National Academy Press, May 2009. <http://www.nap.edu/catalog>. E.T:10.01.2010
14. Kinnunen TI, Pasanen M, Aittasalo M, Fogelholm M, Hilakivi-Clarke L, Weiderpass E, Luoto R. (2007) Preventing Excessive Weight Gain During Pregnancy – A Controlled Trial In Primary Health Care, *European Journal of Clinical Nutrition*; 61:884-891
15. Köken G, Yilmazer M. (2007). Gebelik ve Egzersiz. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst Dergisi;17:385-392.
16. Krishnamoorthy U, Schram C, Hill S. (2006).Maternal Obesity in Pregnancy: Is it time for meaningful research to inform preventive and management strategies? *BJOG* ;

17. Krummel DA., Semmens E, Boury A, Gordon, PM, Larkin KT. Stages of Change for Weight Management in Postpartum Women, *J Am Diet Assoc.* 2004;104:1102-1108.
18. Merdol TK.(2008) Beslenme Eğitimi ve Danışmanlığı, T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Şubat, Ankara, <http://www.beslenme.saglik.gov.tr/>, E.T: 10.10.2010.
19. Michie M, Ashford S, Sniehotta FF; Dombrowski SU. Bishop A, French DP. (2011). A Refined Taxonomy of Behaviour Change Techniques to Help People Change Their Physical Activity and Healthy Eating Behaviours: The Calore Taxonomy; *Psychology & Health*, 26:11, 1479-1498.
20. Miller WR, Rollnick S. (2009).Motivasyonel Görüşme. İnsanları Değişime Hazırlama. Çeviren: Karadağ F, Ögel K, Tezcan AE. Hekimler yayın birliği. Ankara, 2009: 68-288.
21. Miller WR, Rollnick S (2002). Motivational Interviewing. The Guilford Press, New York, London, 274-275,321
22. Ögel K. (2009). Motivasyonel Görüşme Tekniği, *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2(2):41-4
23. Pekcan G.(2008). Beslenme Durumunun Saptanması, T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Şubat, Ankara, <http://www.beslenme.saglik.gov.tr/>, E. T:10.10.2010.
24. Plotnikoff RC, Lippke S, Johnson ST, Hotz SB, Birkett NJ, Rossi SR. (2009). Applying the stages of change to multiple low-fat dietary behavioral contexts. An examination of stage occupation and discontinuity; *Appetite* 53 345–353
25. Roadways to Healthy Living: A Guide For Exercising Regularly, Pro-Change Lifestyle Management Manuel , page: 68, Revised January 2006.
26. Seals JG(2007). Integrating the transtheoretical model into the management of overweight and obese adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 19 ,63–71
27. Spahn JM, Reeves RS, Keim KS, Laquatra İ, Kellogg M, Jortberg B, Clark NA (2010). State of the Evidence Regarding Behavior Change Theories and Strategies in Nutrition Counseling to Facilitate Health and Food Behavior Change, *J Am Diet Assoc*; 110: 879-891.
28. 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.
29. Tümer A(2007). Fiziksel Aktiviteyi Artırmada Değişim Aşaması Temelli Bireysel Danışmanlık Girişiminin Etkinliği, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
30. Türkiye’ ye Özgü Beslenme Rehberi (2004). T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/beslenme_rehberi.pdf E. T:10.10.2010.
31. Yılmaz HÖ (2009). Obez Bireylere Verilen Beslenme Eğitiminin Vücut İmgesiyle Uğraşıya, Beslenme Davranışına ve Kilo Vermeye Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.

EK 16.



T.C.

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)**

SAYI : 2010-100
KONU .Araştırma Kararı hk.

Bornova/İZMİR
08.04.2010

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında doktora öğrencisi Zeynep DAŞIKAN ve Yard.Doç.Dr.Şenay UNSAL ATAN'ın sorumluluğunda 30 Nisan 2010 - 30 Nisan 2011 tarihleri arasında yapılması planlanan **"Teori Temelli Bireysel Danışmanlık Girişiminin Gebelikte Kilo Alımı Yönetimine Etkisi"** konulu araştırması 07.04.2010 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve **"Araştırmanın Yürütülmesi Uygun"** bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Prof.Dr.Leyla KHORSHID
Bilimsel Etik Kurulu Başkan

EK 17.

T.C.
ÖDEMİŞ KAYMAKAMLIĞI
Sağlık Grup Başkanlığı

SAYI :B.10.4.İSM.4.74.22 / 703
KONU: İzin hk.

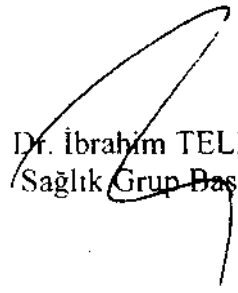
10/05/2010

SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDURLUGU'NE
ÖDEMİŞ

İLGİ: 10/05/2010 tarih ve 467 sayılı yazınız.

Yüksekokulunuzda görev yapan Öğr.Gör. Zeynep DAŞIKAN'ın doktora tez çalışmasını 20/05/2010 - 20/05/2011 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezlerimizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.


Dr. İbrahim TELLİEL
Sağlık Grup Başkanı

EK 18. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kullanım İzni

Re: Fw: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

From:  **melda ozturk** (ptmeldaozturk@yahoo.com)
Sent: Sat 2/20/10 4:28 PM
To: zdasikan@hotmail.com

Sayın Zeynep Hanım,

Anketi kullanabilirsiniz, yurtdışı yayın için cevap bekliyorum yayınlanırsa sadece ona atıf yapabilirsiniz sevinirim.

Eğer anketle ilgili bir sorunuz olursa bu mailden istediğiniz zaman bana ulaşabilirsiniz...

Melda Sağlam

Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği Kullanım İzni

RE: öz etkililik ölçeği kullanım izni

From:  **SEBAHAT GÖZÜM** (sgozum_25@hotmail.com)
Sent: Sat 4/03/10 6:42 PM
To: zdasikan@hotmail.com

Sayın Zeynep Daşikan,

Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliğini yaptığımız Öz etkililik-yeterlilik ölçeğini çalışmanızda kullanmanıza izin veriyorum. Yararlı olması dileğiyle.

Prof. Dr. Sebahat Gözüml
Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni

From:  **haluk.arkar@ege.edu.tr**
Sent: Fri 3/19/10 4:57 PM
To: Zeynep Daşikan (zdasikan@hotmail.com)

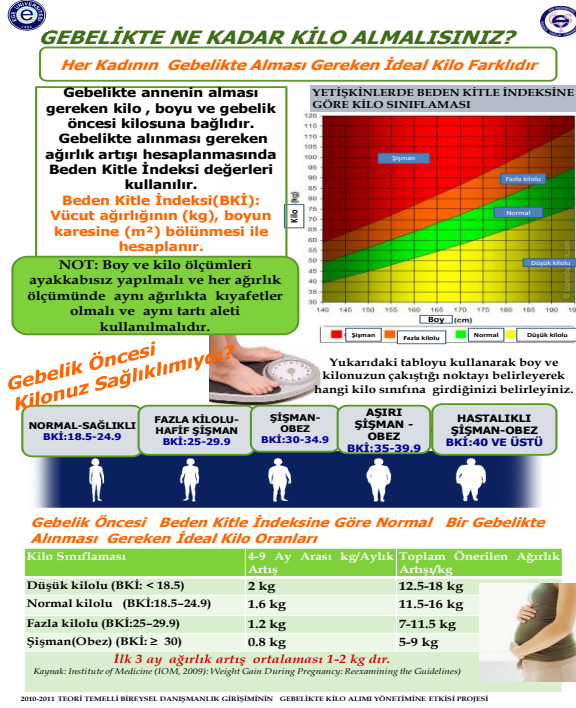
Zeynep hanım,

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Haluk Arkar

EK 19. EĞİTİM MATERYALLERİ

(Posterler , sticker ve magnet araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.)



SAĞLIKLI BİR GEBELİK VE İDEAL KİLO ALIMINIZ İÇİN

Yeterli ve dengeli beslenin

Öğün atlamayın

Bir günde gereksiniminiz olan besinleri üç ana öğün(sabah, öğle, akşam) ve üç ara öğün (kuşluk, ikindi, gece) yiyeceğiniz

Her gün kahvaltı yapın

Kahvaltı en önemli öğündür

Her öğünde dört temel besin grubu olan Et-yumurta-kurubaklagil grubu Süt grubu Sebze ve meyve grubu Tahıl grubundan Yeterli ve dengeli şekilde yiyeceğiniz

Günde en az beş porsiyon sebze meyve tüketin

Kepekli ekmek, esmer ekmek veya tam buğday undan yapılan ekmek yiyeceğiniz

Şekerli besinleri,tatlıları ve yağda kızarmış besinleri azaltın

Günde en az 8-10 bardak su için

Haftada en az üç kez 30 dakika yürüyüş yapın

SİZİN VE BEBEĞİNİZİN SAĞLIĞI İÇİN DOĞRU BESLENİN, HAREKET EDİN

2010-2011 TEORİ TEMELLİ BİREYSEL DANIŞMANLIK GİRİŞİMİNİN GEBELİKTE KİLO ALIMI YÖNETİMİNE ETKİSİ PROJESİ

EGE ÜNİVERSİTESİ ÖDEMİŞ SAĞLIK YÜKSEK OKULU

**SAĞLIKLI BİR GEBELİK/ SAĞLIKLI BİR YAŞAM İÇİN
HAFTADA EN AZ ÜÇ KEZ 30 DAKİKA FİZİKSEL
AKTİVİTE / EGZERSİZ YAPIN**

Düzenli Fiziksel Aktivite/Egzersizin Yararları

Kas ve kemiklerinizi geliştirir
Uygunuzu düzenler
Enerjinizi artırır
Gebelikte oluşan rahatsızlıkları azaltır
Gebelikte annenin ve bebeğin uygun kilo alımını sağlar
Doğum süresini kısaltır ve kolaylaştırır
Doğum sonrası hızlı iyileşme sağlar

**SAĞLIK İÇİN
HAREKET ET**

**İleriki yaşamınızda:
Şişmanlıktan
Kalp-damar hastalıklarından
Yüksek tansiyondan
Şeker hastalığından
Bazı kanser türlerinden KORUR**

**SAĞLIK İÇİN
HAREKET ET**

HAREKETLİ YAŞAM

HAREKETLİ YAŞAM

HAREKETLİ YAŞAM

2010-2011 TEORİ TEMELLİ BİREYSEL DANIŞMANLIK GİRİŞİMİNİN
GEBELİKTE KİLO ALIMI YÖNETİMİNE ETKİSİ PROJESİ
EGE ÜNİVERSİTESİ ÖDEMiŞ SAĞLIK YÜKSEK OKULU

10x8 sticker

8x5 magnet

**Sağlıklı Beslenin,
Aktif Yaşayın,
Uygun Kilo Alın!**

Sağlıklı Çocuklar Dünyaya Getirin!

2010-2011 TEORİ TEMELLİ BİREYSEL DANIŞMANLIK GİRİŞİMİNİN
GEBELİKTE KİLO ALIMI YÖNETİMİNE ETKİSİ PROJESİ

**Sağlıklı Beslenin,
Aktif Yaşayın,
Uygun Kilo Alın!**

Sağlıklı Çocuklar Dünyaya Getirin!

2010-2011 TEORİ TEMELLİ BİREYSEL DANIŞMANLIK GİRİŞİMİNİN
GEBELİKTE KİLO ALIMI YÖNETİMİNE ETKİSİ PROJESİ

**Sağlıklı Beslenin,
Aktif Yaşayın,
Uygun Kilo Alın!**

Sağlıklı Çocuklar Dünyaya Getirin!

2010-2011 TEORİ TEMELLİ BİREYSEL DANIŞMANLIK GİRİŞİMİNİN
GEBELİKTE KİLO ALIMI YÖNETİMİNE ETKİSİ PROJESİ

EK 20. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ , BESLENME VE FİZİKSEL AKTİVİTE DAİRE BAŞKANLIĞI YAYINLARI

BROŞÜRLER



AFİŞLER



EK 21. DANIŞMANLIK ODASI VE DANIŞMANLIK GÖRÜŞMELERİ



KONTROL GRUBU, GEBE İZLEM ODASI



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Zeynep DAŞIKAN

Medeni Durum: Bekâr

Doğum Tarihi: 05.04.1970

Doğum Yeri: Denizli

E-mail: zeynep.dasikan@ege.edu.tr / zdaskan@hotmail.com

Mesleki Bilgiler

Hemşirelik Eğitimi;

Başlangıç ► 1983-1987 Yılları Denizli Sağlık Meslek Lisesi

Ön Lisans Eğitimi ► 1987-1989 Yılları Marmara Üniversitesi

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü

Lisans Eğitimi

► 1992-1995 Yılları Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

► 1994-1995 Yılları Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi'nden

Öğretmenlik Formasyon Sertifikası

Yüksek Lisans

► 1995-2000 Yılları Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Eğitimi

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Tez: Çalışan Hemşirelerde Menstrual Yakınmaların İncelenmesi

Doktora Eğitimi

► 2007-2012 Yılları Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Tez: Teori Temelli Bireysel Danışmanlık Girişiminin Gebelikte

Kilo Yönetimine Etkisi

Yabancı Dil

► Orta Derece İngilizce

Mesleki Deneyim

24 yıllık mesleki deneyim;

► 13 yılı klinik hemşireliği

1987-1993 Yılları: İstanbul Numune Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Acil Servis

1993-2009 Yılları: İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

2009-2010 Yılları: Bornova Devlet Hastanesi Acil Servis

► 11 yılı akademik alanda çalışma

2010- : Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksek Okulunda

Öğretim Görevlisi olarak devam etmektedir.