FAZLA KİLOLU KADINLARA TRANSTEORETİK MODEL TEMELLİ VERİLEN EĞİTİM VE İZLEMİN EGZERSİZ DAVRANIŞI KAZANDIRMAYA ETKİSİ

Hasret YALÇINÖZ BAYSAL

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Yard. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU

Doktora Tezi-2013

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FAZLA KİLOLU KADINLARA TRANSTEORETİK MODEL TEMELLİ VERİLEN EĞİTİM VE İZLEMİN EGZERSİZ DAVRANIŞI KAZANDIRMAYA ETKİSİ

Hasret YALÇINÖZ BAYSAL

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU

ERZURUM
2013

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

FAZLA KİLOLU KADINLARA TRANSTEORETİK MODEL TEMELLİ VERİLEN EĞİTİM VE İZLEMİN EGZERSİZ DAVRANIŞI KAZANDIRMAYA ETKİSİ

Hasret YALÇINÖZ BAYSAL

Tez Savunma Tarihi: 25.01.2013

Tez Danışmanı	: Yard. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU (Atatürk Üniversitesi)
Jüri Üyesi	: Prof. Dr. Behice ERCİ (İnönü Üniversitesi)
Jüri Üyesi	: Doç. Dr. Nadiye ÖZER (Atatürk Üniversitesi)
Jüri Üyesi	: Doç. Dr. Gülbu TANRIVERDİ (Çanakkale 18 Mart Üniversitesi)
Jüri Üyesi	: Doç. Dr. Dilek KILIÇ (Atatürk Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Doktora Tezi
ERZURUM-2013

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR…… III

ÖZET……... IV

ABSTRACT……. VI

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ…… VIII

ŞEKİLLER DİZİNİ…… VIII

TABLOLAR DİZİNİ…….. IX

1. GİRİŞ……..... 1

2. GENEL BİLGİLER……..... 5

2.1. Fazla Kilo ve Obezitenin Tanımı…….. 5

2.2. Fazla Kilo ve Obezitenin Sıklığı…… 6

2.3. Fazla Kilo ve Obezitenin Etiyolojisi……..... 7

2.4. Fazla Kilo ve Obezite İle İlişkili Hastalıklar……. 8

2.5. Obezitenin Tedavisi…….. 8

2.6. Fazla Kilo ve Obeziteden Korunmada Hemşirenin Rolü……..... 9

2.7. Sağlık Davranışı Kazandırmada Transteoretik Modelin Kullanımı……. 14

2.7.1. Değişim Aşamaları……. 16

2.7.2. Değişim Süreçleri…… 20

2.7.3. Değişim Seviyeleri…….. 21

3. MATERYAL VE METOT……... 23

3. 1. Araştırmanın Türü ……..... 23

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman……..... 23

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi ……..... 23

3.4. Verilerin Toplanması ……..... 23

3.4.1. Veri Toplama Araçları…… 23

3.4.2. Veri Toplama Yöntemleri……... 24

3.5. Hemşirelik Girişimi……... 29

3.5.1. Eğitim Materyalleri……... 29

3.5.2. Transteoretik Modele Göre Yapılandırılan Eğitimin Uygulanması……... 30

3.5.3. İzlemin Uygulanması…….. 31

3.6. Araştırmanın Değişkenleri …… 31

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ……..... 33

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri ……. 34

4. BULGULAR…… 36

5. TARTIŞMA…… 45

6. SONUÇ VE ÖNERİLER……..... 56
KAYNAKLAR…… 58
EKLER……. 67
EK-1. Kişisel Bilgi Formu…… 67
EK-2. Egzersiz Değişim Aşaması Kısa Soru Formu ……... 68
EK-3. Egzersiz Değişim Süreçleri Ölçeği……..... 69
EK-4. Egzersiz Öz-etkililik Ölçeği……... 71
EK-5. Egzersiz Karar Verme Dengesi Ölçeği…….. 72
EK-6. Egzersiz Değişim Aşamalarına Uygun Hedef ve Yaklaşımlar…….. 73
EK-7. Özgeçmiş……... 77
EK-8. Resmi İzin Yazısı……..... 78
EK-9. Etik Kurul Onay Yazısı…….. 80
EK-10. Tez Savunma Sınav Tutanağı……..... 84
EK-11. Eğitim Broşürleri……..

TEŞEKKÜR

Öncelikle tezimin planlanmasından sonlandırılmasına kadar bütün aşamalarında bana büyük katkı sağlayan tez danışmanım değerli hocam; Yard.Doç.Dr.Nazlı HACIALİOĞLU'na, tüm kalbimle teşekkür ederim. Tez izleme komitemde yer alan ve çalışmama önemli katkılar sağlayan değerli hocalarım; Prof.Dr.Behice ERCİ ve Doç.Dr.Nadiye ÖZER'e teşekkür ederim. Araştırmayı destekleyen Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü'ne; egzersiz eğitimlerinde yardımlarını esirgemeyen Atatürk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu öğretim üyesi Sayın Yard.Doç.Dr.Necip Fazıl KİSHALI'ya; çalışmaya katılan tüm kadınlara, tez dönemim boyunca beni destekleyen arkadaşlarıma; bu zorlu yolda, kendi yoğun çalışma temposuna rağmen beni hiç yalnız bırakmayan ve desteğini esirgemeyen eşim Dr.Abdullah BAYSAL'a, yoğun tez dönemimde varlığıyla bana yaşama sevinci veren kızım Rüya'ya, bu günlere gelmemde hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan ve her zaman destek olan sevgili aileme teşekkür ederim.

Hasret YALÇINÖZ BAYSAL

ÖZET

Fazla Kilolu Kadınlara Transteoretik Model Temelli Verilen Eğitim ve İzlemin Egzersiz Davranışı Kazandırmaya Etkisi

Amaç. Bu araştırma, fazla kilolu kadınlara Transteoretik Model'e göre verilen eğitim ve izlemin egzersiz davranışı kazandırmaya etkisini incelenmek amacıyla ön-son test, kontrol gruplu, yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metot. Araştırmanın evrenini; Şükrüpaşa ASM bölgesinde yaşayan, 20-45 yaş grubundaki kadınlar, örneklemini ise bu ASM'ye herhangi bir nedenle başvuran fazla kilolu (BKİ=25-29.9) olan ve güç analizi ile belirlenen 55 deney, 55 kontrol grubu olmak üzere 110 kadın oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçimi olasılıksız örnekleme yöntemiyle yapılmıştır. Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu, Egzersiz Değişim Aşaması Kısa Soru Formu, Değişim Süreçleri Ölçeği, Öz-Etkililik Ölçeği, Karar Verme Dengesi Ölçeği ve pedometre kullanılmıştır. Deney grubundaki kadınlara içinde bulundukları değişim aşamalarına göre Transteoretik Model'e göre yapılandırılmış "Eğitim Programı" (10 hafta) ev ziyareti yapılarak uygulanmış ve iki ayda bir toplam üç kez olmak üzere 6 ay süreyle "İzlem" yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik, ki kare, McNemar, bağımsız gruplarda t testi, eşleştirilmiş t testi ve varyans analizi testleri kullanılmıştır.

Bulgular. Ön test ölçümlerinde deney grubundaki kadınların yüzde 9'u hareket ve sürdürme aşamasında iken; son test ölçümlerinde bu oran yüzde 54.5'e yükselmiştir. Deney grubunda ön ve son test ölçümlerinde belirlenen değişim aşamaları arasındaki fark önemli bulunmuş ($p<0.001$), kadınların 76.3'ü ilerleme yönünde değişim göstermiştir. Eğitim ve izlem sonrası son testte kadınların egzersiz değişim süreçleri, öz-etkililik ve karar verme dengesi ölçekleri genel puan ortalamaları ön teste göre artmış ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur. Son testte, deney grubunun

günlük ortalama adım sayıları ön testte göre artarken, BKİ değerleri ön teste göre azalmış ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.001$).

Sonuç. Fazla kilolu kadınlara egzersiz davranışı kazandırmada Transteoretik Model'e göre verilen eğitim ve izlemin etkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fazla kilo, Egzersiz davranışı, Hemşire, Kadın, Transteoretik model.

ABSTRACT

The Effect of Transtheoretical Model-Based Education and Follow-up on Providing Overweight Women with Exercise Behavior

Aim. This research was conducted as a quasi-experimental study pre-post test design with a control group to examine the effect of Transtheoretical Model-based education and follow-up on providing overweight women with exercise behavior.

Material and Method. The population of the research consisted of women in the age group of 20-45 years, who lived in the region of Şükrüpaşa Family Health Center (FHC); and the sample included 110 overweight women (BMI=25-29.9) in total (55 experiment, 55 control subjects) who presented to this FHC for any reason and who were determined by power analysis. Data were collected using Personal Information Form, Stages of Change-Short Form, Processes of Change Scale, Self-Efficacy Scale, Decisional Balance Scale and pedometer. The women in the experiment group were visited at their home to receive "Education Program" (10 weeks) designed according to the Transtheoretical Model, depending on the women's stages of change, and they were followed-up for 6 months.

Results. While 9% of the women in the experiment group were found to be in the stages of action and maintenance in the pretest measurements, this ratio increased to 54.5% in the posttest measurements. In the experiment group, the difference between the stages of change determined in the pretest and posttest measurements was found to be significant ($p<0.001$), and 76.3% of the women showed progress. The overall mean scores of the processes of exercise change, self-efficacy, and decisional balance scale were observed to have increased in the posttest following education and follow-up, and the difference between the groups was significant. In the posttest the daily mean step counts in the experiment group increased compared to the pretest, while BMI values

decreased, and the difference between the groups was found to be significant ($p<0.001$).

Conclusion. Transtheoretical Model-based education and follow-up was determined to be effective in providing overweight women with exercise behavior.

Key Words: Overweight, Exercise behavior, Nursing, Women, Transtheoretical Model.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BKİ: Beden Kütle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TOAD: Türkiye Obezite Araştırma Derneği

TTM: Transteoretik Model

TTMÖ: Transteoretik Model Ölçekleri

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Şekil 3.1. Araştırma Planı……. 35

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 2. 1. BKİ'ye Göre Yetişkinlerde Zayıflık Fazla Kilolu Obezite Sınıflandırması ve Komorbidite Riski ……..... **5**

Tablo 2. 2. Değişim Aşamaları İçin Hedefler Süreçler ve Stratejiler ……..... **19**

Tablo 3. 1. Araştırmanın Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması…… **32**

Tablo 4. 1. Gruplar Arasında TTMÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……... **37**

Tablo 4. 2. Deney Grubunun Egzersiz Değişim Aşamalarının Ön Test ve Son Test Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması…….. **38**

Tablo 4. 3. Kontrol Grubunun Egzersiz Değişim Aşamalarının Ön Test ve Son Test Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması…….. **39**

Tablo 4. 4. Gruplar Arasında Son Test Egzersiz Değişim Aşamalarının Karşılaştırılması….. **39**

Tablo 4. 5. Deney Grubunun Egzersiz Değişim Süreçleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Tekrarlı Ölçümlere Göre Karşılaştırılması……... **40**

Tablo 4. 6. Deney Grubunun Egzersiz Öz-etkililik ve Karar Verme Dengesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Tekrarlı Ölçümlere Göre Karşılaştırılması……. **41**

Tablo 4. 7. Kontrol Grubunun Ön Test ve Son Test TTMÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…….. **42**

Tablo 4. 8. Gruplar Arasında TTMÖ Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…….. **42**

Tablo 4. 9. Deney Grubunun Son Test TTMÖ Puan Ortalamalarının Egzersiz Değişim Aşamalarına Göre Karşılaştırılması…… **43**

Tablo 4. 10. Gruplar Arasında Ön Test ve Son Test Ölçümlerine Göre Günlük Ortalama Adım Sayılarının ve BKİ Değerlerinin Karşılaştırılması……. **44**

1. GİRİŞ

Fazla kilo ve ardından gelen obezite, günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almakta ve sıklığı giderek artmaktadır.[1] Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre; dünyada yaklaşık 1.6 milyarın üzerinde fazla kilolu, 400 milyonun üzerinde obez birey bulunmaktadır. 2015 yılında bu sayıların fazla kilolu grupta 2.3 milyara, obez grupta ise 700 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir.[2] Dünya geneline bakıldığında, Amerika'daki yetişkinlerin yüzde 62'sinin fazla kilolu, yüzde 26'sının obez olduğu ve obezitenin en yaygın olarak Amerika'da görüldüğü belirtilmektedir.[3,4]

Türkiye Obezite Araştırma Derneği (TOAD) tarafından yapılan bir çalışmada; ülkemizdeki bireylerin yüzde 40'ının fazla kilolu, yüzde 30'unun obez olduğu saptanmıştır.[5] Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında (TNSA-2008); 15-49 yaş grubu kadınların yüzde 34.4'ü fazla kilolu, yüzde 23.9'u obez olarak bulunmuştur.[6] Yapılan diğer bazı çalışmalarda ülkemizde son 12 yılda obezite sıklığının yüzde 44 oranında arttığı belirtilmektedir.[7,8] Ayrıca Türkiye'de obezite sıklığının kadınlarda yüzde 24.6 ile yüzde 61 arasında değiştiği ve erkeklere göre kadınlarda yaklaşık iki kat daha fazla olduğu açıklanmaktadır.[9-11]

Küresel boyutta bir halk sağlığı sorunu olan obezite; kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon ve kanser gibi kronik hastalıklara zemin hazırlamaktadır.[12] Günümüzde kronik hastalıklar, sakatlık ve ölümlerin başlıca nedeni olarak görülmekte ve gelişen ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerdeki insanları da etkilemektedir. Sağlık Bakanlığının yaptığı Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkililik çalışmasına göre Türkiye'de ölümlerin yüzde 71'i kronik hastalıklara bağlı olarak olmaktadır.[13]

Obezite birçok hastalığın ortaya çıkmasına zemin oluşturan, önlenmediği takdirde yaşam süresini ve kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık

sorunudur. Bu nedenle korunmaya yönelik önlemlerin alınması çok önemlidir.[14] Bu amaca yönelik henüz obez olmayan ancak obezite gelişme riski taşıyan fazla kilolu bireylere (pre-obez BKİ=25-29.9) yönelik koruyucu önlemlerin alınması ve gruplara yönelik ağırlık koruma programlarının düzenlenmesi halk sağlığı açısından önemli bir uygulamadır. Obezitenin iki temel nedeninden biri yetersiz fiziksel aktivitedir. Bu nedenle fiziksel aktivitenin artırılması, obeziteyi önlemede halk sağlığı çalışmaları için tercih edilen bir stratejidir.[15]

DSÖ'ye göre hareketsizlik ve hareketsiz geçirilen bir hayat küresel ölümlerin dördüncü ana nedenidir. Fiziksel hareket alışkanlığının yeterli olması durumunda iskemik kalp hastalığına bağlı 31.519 ölümün, inmeye bağlı 10.269 ölümün, diyabete bağlı 1.663 ölümün önlenebileceği hesaplanmaktadır.[13] Düzenli fiziksel aktivite, enerji dengesinin düzenlenmesinin yanı sıra, obezite ile gelişen sağlık risklerinin ve bu risklere bağlı ölüm hızlarının azaltılmasında da önemli bir role sahiptir. Ne yazık ki yetişkinlerin yaklaşık yüzde 60-85'i sağlıklı olmak için yeterince hareket etmemektedir.[16] Sağlık Bakanlığının yaptığı bir çalışmada toplumun genelinde düzenli olarak fiziksel aktivite yapanların oranı yüzde 3.5 düzeyindedir. Diğer bir deyişle toplumun yüzde 96.5'i düzenli fiziksel aktivite yapmamaktadır.[17] Başka bir çalışmada; bireylerin yüzde 20.3'ünün hareketsiz yaşadığı, yüzde 16'sının ise yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır.[18]

Fiziksel aktivite alışkanlığını değerlendirmek üzere yapılan bu araştırmalar, ülkemizde fiziksel aktivitenin henüz bir yaşam tarzı haline gelmediğini göstermektedir. Bu nedenle, daha aktif ve düzenli egzersiz alışkanlığı edinilmesi konusunda toplumun bilinçlendirilmesi, özendirici ve cesaretlendirici olunması ve bu konuda yapılan çalışmalara ağırlık verilmesi gerekmektedir.[19]

Düzenli egzersiz yapma alışkanlığı; bireyleri obeziteden ve kronik hastalıklardan uzun süre koruyarak, hareketsiz yaşamın olumsuz etkilerini azaltmakta aynı zamanda kilo vermeyi ve verilen kilonun korunmasını sağlamaktadır.[14,20,21]

Sağlık davranış değişikliği sürecini geliştirmek ve en etkili sağlık davranış değişikliğini elde etmek için günümüzde yaygın olarak Transteoretik Model (TTM), kullanılmaktadır. Bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun girişim oluşturan TTM davranış değişimini kolaylaştıran bir rehber olarak kullanılmaktadır.[22-24] Bu modelin egzersize uyum olmak üzere birçok sağlık davranışıyla ilgili son derece etkili bir model olduğu kanıtlanmıştır.[25-28]

Geleneksel davranış değiştirme çalışmaları, bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasını genellikle dikkate almayan ya da tüm bireylerin davranış değişimi için hazır bulunuşluklarının aynı olduğunu kabul eden çalışmalarla yürütülmüştür.[29] Oysa TTM değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına en uygun girişimlerin kullanılması gerektiğini söylemektedir.[30] Araştırmalar, bireyin değişim basamaklarına yapılan girişimlerin, davranış değişimini sağlayan en etkili yol olduğunu göstermiştir.[22,28,31]

Yapılan bir çok çalışmada; egzersiz davranışı kazandırmak için değişik ülkelerde fazla kilolu kadınlar da dahil farklı gruplar üzerinde TTM'ye göre yapılan eğitim girişimlerinin etkili olduğu bulunmuştur.[32-35] Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde ise egzersiz ve fiziksel aktivite ile ilgili yapılan çalışmaların daha çok obez gruplarda[36] ve daha ziyade fiziksel aktivite sıklığı gibi tanımlayıcı araştırmalar olduğu,[37-41] fazla kilolu bireylere egzersiz davranışı kazandırmaya yönelik TTM'ye dayalı girişimsel çalışmaların olmadığı görülmüştür. TTM'ye göre uygulanan girişimlerin fazla kilolu kadınlara egzersiz davranışı kazandırma ve bu yolla obeziteyi önleme açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, fazla kilolu kadınlara TTM'ye göre verilen eğitim ve izlemin egzersiz davranışı kazandırmaya etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H1. TTM'ye göre verilen eğitim ve izlem, kadınların egzersiz yapma davranışlarının değişim aşamalarında ilerleme sağlar.

H2. TTM'ye göre verilen eğitim ve izlem, kadınların egzersiz değişim süreci puan ortalamalarını arttırır.

H3. TTM'ye göre verilen eğitim ve izlem, kadınların egzersiz öz-etkililik puan ortalamalarını arttırır.

H4. TTM'ye göre verilen eğitim ve izlem, kadınların egzersiz karar verme dengesi puan ortalamalarını arttırır.

H5. TTM'ye göre verilen eğitim ve izlem, kadınların egzersiz yapma davranışlarını arttırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Fazla Kilo ve Obezitenin Tanımı

Obezite, genellikle vücut yağ dokularında fazla yağ birikimi ile insan sağlığını tehdit eden bir durum olarak tanımlanmaktadır.[1] Vücut ağırlığındaki artışa yol açan temel neden; enerji alımının, enerji harcamasından fazla olmasıdır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının ortalama yüzde 12-18'ini, kadınlarda ise yüzde 20-30'unu yağ dokusu oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oranın yüzde 22-25, kadınlarda ise yüzde 32-30'dan fazla olduğunda obezite söz konusudur. Günümüzde obezite, beraberinde kişiye yüklediği ek hastalıklar ve toplumsal sorunlar nedeniyle kronik, ilerleyici, mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalık olarak kabul edilmektedir.[4]

İnsanların sağlıklı ağırlıklarının ne olduğunu belirlemek için; ağırlık ve boy arasındaki ilişkinin basit bir ölçümü olan Beden Kütle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ yetişkinlerde zayıflık, fazla kilolu ve obezite prevelansını belirlemek için yaygın olarak kullanılan basit bir indekstir. Boyun metre cinsinden karesinin, kilogram cinsinden vücut ağırlığına bölünmesi (kg/m^2) ile tanımlanmaktadır.[4] DSÖ'nün BKİ'ye göre yetişkinlerde zayıflık, fazla kilolu ve obezite sınıflandırması ve komorbidite riski Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 2.1. BKİ'ye Göre Yetişkinlerde Zayıflık Fazla Kilolu Obezite Sınıflandırması ve Komorbidite Riski[42]

Kategori	**BKİ (kg/m^2)**	**Komorbidite Riski**
Zayıf	<18,5	Düşük risk
Normal	18,5-24,9	Orta risk
Fazla Kilolu	≥25	Artmış risk
Pre-obez	25.0-29,9	Artmış risk
Sınıf 1 (Orta) obez	30 .0 – 34,9	Orta derece artan risk
Sınıf 2 (Şiddetli) obez	35.0 - 39,9	Yüksek risk
Sınıf 3 (Çok Şiddetli) obez	≥40	Çok yüksek risk

DSÖ; BKİ ≥25'i fazla kilolu, BKİ ≥30'u obez olarak tanımlamaktadır.[4] BKİ 25.0- 29.9 için artan komorbidite riski vardır.[42]

Fazla kilo ve obezite hızla önlenebilir ölüm nedeni haline gelmektedir. Dünya çapında her yıl en az 2.8 milyon kişi fazla kilo veya obezite sonucunda hayatını kaybetmektedir. Fazla kilo ve obezite; tansiyon, kolesterol, trigliserid ve insülin direnci üzerinde olumsuz metabolik etkilere neden olmaktadır. Koroner kalp hastalığı, inme ve tip 2 diyabet riskleri artan BKİ ile orantılıdır. Artmış BKİ aynı zamanda meme, kolon, prostat, endometrium, böbrek ve safra kesesi kanseri riskini de beraberinde getirmektedir. BKİ ile ölçülen fazla kiloluğun derecesi arttıkça ölüm oranları artmaktadır.[3]

2.2. Fazla Kilo ve Obezitenin Sıklığı

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada obezite sıklığı giderek artmaktadır. 1980 yılında dünyadaki erkeklerin yüzde 5'i, kadınların ise yüzde 8'i obez iken 2008 yılında bu oran erkeklerde yüzde 10, kadınlarda yüzde 14'e çıkmıştır. Dünya çapında (2008) 20 yaşın üzerinde yaklaşık 1.5 milyar yetişkinin fazla kilolu olduğu bunlardan 200 milyonunun erkek ve 300 milyonunun ise kadın olduğu bildirilmektedir. DSÖ; fazla kilo ve obezite sıklığının Amerika'da en yüksek, Güneydoğu Asya'da en düşük olduğunu, Avrupa, Doğu Akdeniz ve Amerika'daki kadınların yaklaşık yüzde 50'sinin fazla kilolu olduğunu ve tüm bölgelerde kadınların erkeklere oranla obez olma olasılıklarının çok daha yüksek olduğunu açıklamaktadır.[3]

Ülkemizde yetişkinlerde obezite sıklığını geniş çapta araştıran dört büyük çalışma bulunmaktadır. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan TEKHARF çalışmasında; 30 yaşın üzerindeki Türk erkeklerinin dörtte birinde (%25.2), kadınların yaklaşık yarısında (%44.2) obezite tespit edilmiştir.[9] Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-I) (1998),

TURDEP II (2010) ile kıyaslandığında, Türkiye'de son 12 yılda obezite sıklığının yüzde 44 oranında arttığı görülmektedir.[7,8] Türkiye Obezite Profili çalışmasında; ülkemizdeki bireylerin yaklaşık yüzde 40'ının fazla kilolu, yaklaşık yüzde 30'unun obez olduğu bulunmuştur.[5] Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması çalışmasında (2002) kadınların yüzde 36.2'sinin obez olduğu ve erkeklere göre obezite riskinin 1.8 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir.[11]

2.3. Fazla Kilo ve Obezitenin Etiyolojisi

Obezite genetik ve çevresel bileşenleri olan çok faktörlü bir hastalıktır. Obezite oluşumundaki en temel neden, enerji alımının enerji harcamasından fazla olması ve vücutta biriken enerjinin yağ dokusu şeklinde depo edilmesidir. Obezite temelde hareketsizlik ve aşırı beslenmenin bir sonucu olmakla birlikte, bu iki faktörün ortaya çıkışını, dolayısıyla obezite oluşumunu kolaylaştıran bireysel ya da toplumsal olmak üzere pek çok faktörün katkısı vardır.[43]

Obezitenin oluşmasında; yanlış beslenme alışkanlıkları, yetersiz fiziksel aktivite, yaş, sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel nedenler, hormonal, metabolik ve genetik nedenler, psikolojik problemler ve doğum sayısı başlıca risk faktörleri olarak belirtilmektedir.[19,44]

Yaş, cins, ırk ve yaşanılan yer obezitenin gelişiminde etkili olan faktörlerdendir. DSÖ'nün raporlarında dikkat çeken nokta obezite sıklığının yaşla birlikte ve özellikle gelişmiş ülkelerde belirgin şekilde artmasıdır. Obezite, 20 yaşından sonra yaşla birlikte giderek artmakta ve özellikle 50 yaşından sonra fiziksel aktivitenin azalmasına bağlı olarak obez kişilerin sayısında artış görülmektedir.[4]

Obezitenin kadın cinsiyette görülme oranı daha fazladır. Birçok kadın fazla kilolarını puberteden sonra alır, bu kilo kazanımı genellikle evlilik, gebelik, çok doğurganlık, oral kontraseptif kullanımı ve menapoz nedeniyle olmaktadır.[21]

Irklar arasında obezite sıklığındaki fark, toplumların gelişmişlik düzeyine göre değişmektedir. Toplumun yemek yeme alışkanlıkları, yaşadıkları iklim ve çevre koşulları obezite sıklığına etki etmektedir. Endüstriyel ve teknolojik ilerlemenin en üst düzeye yükseldiği günümüzde, kişiler daha hareketsiz bir yaşam tarzına ve düzensiz beslenmeye yönelmişlerdir. Günlük yaşantıdaki hareket azlığı obezitenin artmasına ve sağlıklı yaşamın tehlikeye girmesine neden olmaktadır. İlerleyen teknoloji, bilgisayarlar, mobil telefonlar, televizyon ve ulaşım araçları insanların fiziksel aktivitelerini sınırlamakta ve bütün bunlara bağlı olarak obezite gelişimi artmaktadır.[4]

2.4. Fazla Kilo ve Obezite İle İlişkili Hastalıklar

Dünya çapında her yıl en az 2.8 milyon kişi fazla kilo veya obezite sonucunda yaşamını kaybetmektedir.[3] Obezite neden olduğu ölümlerin yanı sıra; kardiyovasküler hastalıklar, insülin direnci sendromu, diabetes mellitus, hipertansiyon, bazı kanser türleri, obstrüktif uyku apne sendromu ve kireçlenme gibi pek çok hastalıkla da ilişkilidir.[12,43] Hipertansif hastaların en az 1/3 - 2/3'ü obezdir ve obezlerde hipertansiyon gözlenme olasılığı üç kat daha fazladır.[45] Tip 2 diyabet açısından fazla kilolu olma ve obezite tek başına bir risk faktörüdür. Tip 2 diyabet hastalarının yüzde 80'i obezdir. BKİ 35 kg/ m^2'nin üzerinde olan kişilerde diyabet görülme riski 80 kat artmaktadır.[46]

Obez bireylerde düşük beden imajı, benlik saygısında azalma, depresyon, toplumsal önyargılar nedeniyle evlenme, iş bulma ve öğrenimle ilgili sorunlar sık görülmektedir. Yaşanan bu sorunlar aynı zamanda obez bireylerin yaşam sürelerini ve kalitelerini de olumsuz yönde etkilemektedir.[47]

2.5. Obezitenin Tedavisi

Obezitenin tedavisinde yaşam tarzı değişikleri ve tıbbi tedavi olmak üzere iki yaklaşım kullanılmaktadır.[48] Tedavide öncelikle yaşam tarzı değişikliklerinin en az 6 ay süre ile uygulanması, başarısız olunduğu durumlarda ilaç tedavisi ya da cerrahi yöntemlere geçilmesi önerilmektedir.[49]

Yapılan çalışmalar; uygulanan yaşam tarzı değişikliklerinin, özellikle düzenli fiziksel aktivitenin obezite parametrelerinin, kan basıncı ve lipid değerlerinin azaltılmasında etkili olduğunu göstermiştir.[50,51] Normal ve obez bireylerin düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazanması kronik hastalıklardan uzun süre korumakta ve yaşam kalitesini arttırmaktadır. Bireylerin hareketsiz yaşamlarının olumsuz etkileri egzersiz ile azalmaktadır.[14] Egzersiz, obezite tedavisinde bir alışkanlık haline getirilirse hem bireyin kilo vermesinde, hem de kilosunda kalmasında yani tekrar şişmanlamamasında önemli faydalar sağlamaktadır.[21] Ayrıca egzersiz gibi ilaç dışı yöntemlerin ruhsal sağlığın artırılmasında da oldukça başarılı olduğu ortaya konulmuştur. Öte yandan ilaç dışı yöntemler, hem risk taşımaması hem de ucuz olması bakımından maliyet etkilidir.[36]

2.6. Fazla Kilo ve Obeziteden Korunmada Hemşirenin Rolü

Obezitenin giderek yaygınlaşan bir halk sağlığı sorunu haline gelmesi, tüm dünyada obezite ile mücadele çalışmalarının başlamasına neden olmuştur.[4] Ülkemizde obezite ile mücadele, ulusal sağlık politikasına ilişkin çeşitli yayınlarda yer almıştır. DSÖ'nün 21.yüzyıl hedeflerinden 11. hedef 2015 yılına kadar toplumdaki insanların sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemelerini vurgulayarak fiziksel aktiviteyle ilgili sağlık davranışlarını önemli ölçüde arttırmaları gerektiğini açıklamaktadır.[52]

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı'nda da pek çok kronik hastalık için risk faktörü olan obezitenin önlenmesi için ulusal bir program

hazırlanması hususu yer almıştır.[53] Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı'nda, 2014 yılına kadar obezite için risk oluşturan BKI 25 kg/m^2'den fazla olan kilolu bireylerde obezite gelişimini yüzde 5 azaltmak hedeflenmiştir. Bu programda ayrıca obeziteyi önlemeye yönelik olarak obezite riskinin azaltılması amacıyla topluma fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmanın önemine yer verilmiştir. Toplumu fiziksel aktivite konusunda bilinçlendirmek ve bireylere fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmaya yönelik fiziksel aktivite imkanlarını arttırmak amaçlanmıştır.[19]

Günümüzde obezite sıklığında gözlenen artış obezitenin bir salgın olarak değerlendirilmesine neden olmuştur. Bu nedenle, sağlık çalışanları obezitenin önlenmesi, tanı ve tedavisinde anahtar konumdadır. Sağlık ekibi içerisinde hemşireler özellikle de halk sağlığı hemşireleri primer, sekonder ve tersiyer korunmada yapacakları eğitimlerle çok önemli durumdadırlar.[47] Diğer bütün hastalıkların önlenmesinde olduğu gibi obezitenin önlenmesinde de eğitim faaliyetleri en önemli gücü oluşturmaya devam etmektedir. Ancak etkili olabilmesi için eğitimler sadece bilgi aktarımı (bilişsel) şeklinde değil, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanları göz önüne alınarak hedef davranışlar doğru olarak saptanmalı ve eğitimler hedef davranışlara göre yapılandırılarak verilmelidir.[54]

Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı'nda, halk sağlığı önlemleri içinde en başta obezitenin engellenmesi ve tedavisinin yer alması gerektiği vurgulanmaktadır.[19] Obezitenin önlenmesinde, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma ve normal vücut ağırlığını koruma son derece önemlidir. Sağlık çalışanları toplumun sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılmasında öncü kişilerdir. Fiziksel aktivitenin artırılması, obeziteyi önlemede halk sağlığı çalışmaları için tercih edilen bir stratejidir.[50] Halk sağlığı hemşireleri bireylerin sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde sorumluluk

almalı, davranış değiştirmede rehber olmalı ve toplumu hareketli yaşam için destekleyerek obeziteden korunmada önemli rol üstlenmelidir.

Obeziteden korunmada ve obezitenin tedavisinde egzersiz bir alışkanlık haline getirilirse kilo verilmesinde, verilen kilonun korunmasında ve komplikasyon riskinin azaltılmasında önemli yararlar sağlar.[21]

Hemşireler için tanımlanmış modele dayalı davranış değiştirme stratejileri bireylere, ailelere ve toplumlara olumlu sağlık davranışı kazandırmada ve istenilen değişimi desteklemede yardım etmekte ve bireylere kendini gerçekleştirme ve öz-etkililiğin devamı için beceri sağlamaktadır.[55]

Olumlu Sağlık Davranışı Kazandırma

Sağlık ve hastalık davranışlarında birçok faktör etkili olmaktadır. Sağlık, kötü yeme alışkanlıkları, egzersiz yapmama veya yetersiz yapma, değişik stresörler ve bireysel alışkanlıklar gibi faktörlerden etkilenmektedir. Birçok ülkede ulusal düzeyde yapılan çalışmalar, yıllık ölümlerin en az yüzde 50'sinin, bireylerin sağlıksız yaşam biçimlerinden kaynaklandığını bildirmektedir. Bu durum hastalıklardan korunmada ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam biçimlerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır. Hemşireler sağlıklı ve hasta bireylere stres, beslenme, yeterli uyku, ideal kilo ve kötü alışkanlıklardan kaçınmayı içeren olumlu yaşam değişikliklerinin önemini vurgulayarak bu davranışların kazanılmasında rehber rolü oynamaktadır.[15]

Sağlıklı yaşam biçimi aktivitelerinin kazandırılması ve sürdürülmesi, sağlığı geliştirme aktiviteleri içerisinde yer almaktadır. Sağlığı geliştirme, mevcut sağlık davranışlarından olumlu olanlarının pekiştirilmesine ve olumsuz davranışların değiştirilmesine yönelik hedefleri içermektedir. Gerek sağlık personelinin rolü, gerekse bireylerin öz sorumluluğu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları günlük yaşam

alışkanlıkları haline getirilmelidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireyin sağlık sorumluluğunu alma, kendini gerçekleştirme, sağlık kontrolü, stres yönetimi, beslenme ve egzersiz davranışlarını içermektedir. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların tümüdür.[15] Egzersiz, Sağlığı Geliştirme Modelindeki altı tane sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarından biridir.[55]

Egzersiz ve Önemi: Egzersiz; planlı, yapılandırılmış, istemli, fiziksel uygunluğun bir ya da bir kaç unsurunu geliştirmeyi amaçlayan sürekli yapılan fiziksel aktivitelerdir.[56] Egzersiz, fiziksel aktivitenin bir alt sınıfı olup fiziksel aktivite kas hareketleri olarak tanımlanır ve spordan yaşam tarzına kadar uzanabilir. Fiziksel aktivitenin başka bir tanımı, fiziksel uygunluğu arttırmak için vücudun planlanmış yapısal hareketidir.[57]

Hızlı kentleşme, teknolojik gelişmeler günümüz insanının hayatını her an etkilemekte ve daha pasif yaşama itmektedir. Hareketsiz bir yaşam tarzı; kalp-dolaşım hastalıkları, stres, eklemlerde deforme, hazımsızlık, yüksek tansiyon, obezite, omurga hastalıkları, psikolojik depresyonlar ve daha birçok hastalığın direk ya da indirek sebebi olarak görülmektedir.[58]

DSÖ'nün 21.yüzyıl hedeflerinden 11. hedef 2015 yılına kadar toplumdaki insanların sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemelerini vurgulayarak fiziksel aktiviteyle ilgili sağlık davranışlarını önemli ölçüde arttırmaları gerektiğini açıklamaktadır.[51] Sağlık yararının olabilmesi için fiziksel aktivitenin düzenli ve orta yoğunlukta yapılması önerilmektedir. Düzenli ve orta yoğunlukta fiziksel aktivite, haftanın en az 5 günü ve günde en az 30 dakikalık tempolu yürüyüş veya eşdeğer fiziksel aktivite yapma öyküsü şeklinde tanımlanmaktadır.[29]

Fiziksel aktivite; obezite, hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıkların çözümünde giderek daha önemli hale gelmektedir. Fiziksel aktivite; obezite, metabolik sendrom, tip 2 diyabet, kolon ve göğüs kanserlerini azaltmakta, kemik ve kasların güçlenmesini sağlamaktadır. Günlük egzersizler aynı zamanda osteoporozun ve yaşlı insanlarda görülen kırıkların azaltılmasında, yaşam süresinin ve kalitesinin arttırılmasında, ruh sağlığını geliştirmede ve sağlıklı vücut ağırlığını korumada önemli rol oynamaktadır.[29]

Düzenli aktivitenin halk sağlığı ve ekonomi üzerine yararları bilindiği halde, dünya nüfusunun önemli bir bölümü hareketsiz bir yaşam sürmekte veya düzensiz fiziksel aktivite yapmaktadır. ABD genel sağlık ve fiziksel aktivite raporlarına göre; yetişkinlerin yüzde 60'ından daha fazlası düzenli olarak aktif değildir ve daha da önemlisi yüzde 25'i tamamen hareketsizdir.[58]

Türkiye'de farklı illerde ve farklı yaş gruplarında yapılan çalışmalar düzenli ve orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapma oranının düşük olduğunu bildirmektedir.[36-38] Sağlık Bakanlığı tarafından 7 coğrafik bölgede yapılan bir çalışmada bireylerin fiziksel aktivite alışkanlığı sorgulanmış ve sadece yüzde 3.5' inin düzenli fiziksel aktivite yaptıkları saptanmıştır.[17] Ulusal Hanehalkı Araştırmasında (2003); ülkemizdeki bireylerin yüzde 20.32'sinin hareketsiz yaşadığı, yüzde 16'sının yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir.[18] Başka bir çalışmada ise yetişkin obezlerin fiziksel aktivite seviyelerinin normal bireylere göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur.[40]

Bireylerin fiziksel aktivite yapmasını engelleyen faktörler; zaman yokluğu, sosyal engeller, tembellik ve hastalık durumu olarak saptanmıştır.[59] Fiziksel aktivite düzeyi özellikle kadınlar arasında daha düşüktür. Yapılan bir çalışmada erkeklerin

yüzde 34'ü fiziksel aktivite düzeyi olarak yeterli bulunurken, kadınların sadece yüzde 19.2'si fiziksel aktivite düzeyi olarak yeterli bulunmuştur.[41]

Sağlık risklerine göre en etkili egzersiz türleri yürüyüş, koşu, dağ yürüyüşü, bisiklet, kürek ve yüzme gibi aerobik kapasiteyi artıran çalışmalardır. Özellikle obezite, kardiyovasküler hastalıklar ve kemiklerde deforme gibi sağlık problemlerinin giderilmesinde aerobik egzersizlerle yüksek verim elde edilebilir. Tempolu yürüyüş aerobik egzersiz türü olup rahatlıkla uygulanabildiği için önerilen ve en sık yapılan bir aktivitedir.[29]

Egzersizin, bireylerde bir yaşam biçimi şekline dönüştürülmesi önemlidir.[20] Normal ve obez bireylerin düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazanması kronik hastalıklardan uzun süre korumakta ve yaşam kalitesini arttırmaktadır. Bireylerin hareketsiz yaşamlarının olumsuz etkileri egzersiz ile azalmaktadır.[14] Egzersiz, obezite tedavisinde bir alışkanlık haline getirilirse hem bireyin kilo vermesinde, hem de kilosunda kalmasında yani tekrar şişmanlamamasında önemli faydalar sağlamaktadır.[21] Fiziksel aktivitenin artırılması, obeziteyi önlemede halk sağlığı çalışmaları için tercih edilen bir stratejidir.[15]

2.7. Sağlık Davranışı Kazandırmada Transteoretik Modelin Kullanımı

Egzersiz veya düzenli fiziksel aktivite ile ilgili sağlık programlarından sağlık yararları elde etmek için kullanılan mevcut teorilerin ve modellerin köklü olması gerekir. Model ve teoriler sistematik bir planlama yöntemi ve karar verme kılavuzudur. Diğer bir değişle teoriler planlama sürecinin temelidir ve modeller teorilerin alt kümeleridir. İyi tanımlanmış bir model, etkili sağlığı geliştirme programları için programa yön ve program geliştirme sürecine yapı sağlayabilir. Modeller esnek ve katılımcıların özel ihtiyaçlarına göre değiştirilebilir veya genişletilmiş olabilir. Sağlık davranış değişikliği sürecini geliştirmek ve en etkili sağlık davranış değişikliğinin nasıl

elde edileceğini açıklamaya yönelik ağırlıklı olarak Sağlık İnanç Modeli, Transteoretik Model ve Sosyal Öğrenme Teorisi kullanılmaktadır.[22,24]

Davranış değiştirmek için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun girişim oluşturan Transteoretik Model, günümüzde davranış değişimini kolaylaştıran bir rehber olarak kullanılmaktadır.[22,24] Bu modelin egzersize uyum olmak üzere birçok sağlık davranışıyla ilgili son derece etkili bir model olduğu kanıtlanmıştır.[25,28]

Geleneksel davranış değiştirme çalışmaları, bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasını genellikle dikkate almayan ya da tüm bireylerin davranış değişimi için hazır oluşluklarının aynı olduğunu kabul eden çalışmalarla yürütülmüştür. Oysa Transteoretik Model değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına en uygun girişimlerin kullanılması gerektiğini söylemektedir.[30]Araştırmalar, bireyin değişim basamaklarına yapılan girişimlerin, davranış değişimini sağlayan en etkili yol olduğunu göstermiştir.[22,28]

Transteoretik model bireysel karar verme üzerine odaklanan bilinçli bir davranış değiştirme modelidir.[60] TTM, 1982 yılında Prochaska ve Diclemente tarafından geliştirilmiştir Model, insanların sorunlu bir davranışı ya da sağlık davranışını nasıl değiştirdiği üzerine odaklanmıştır. İlk olarak sigarayı bırakma programlarında kullanılan bu model daha sonra; düşük yağlı diyet ve kilo kontrolü, egzersiz, stresle baş etme, madde bağımlılığı, mamografi çektirme, kondom kullanımı, güneşten korunma gibi sağlığı geliştirme programlarında farklı sağlık davranışlarına yönelik kullanılmıştır.[61] Bütünleştirici ve kapsamlı bir davranış değişim modeli olan TTM'nin diğer modellere üstün olan yönleri vardır. TTM, davranış değişiminin sonuçtan çok bir süreç olduğunu savunmaktadır.[62] Geleneksel davranışçı yaklaşımlarda, değişim keskin ve doğrudan sonuç olarak değerlendirirken, Prochaska ve Velicer[22] değişimi aşamalı, devamlı ve dinamik bir yapı olarak tanımlamaktadır.

Diğer modellerde bireylerin hazır bulunuşluk düzeylerine dikkat edilmeyip her an değişime hazır oldukları düşünüldüğü için problem davranışa yeniden dönme oranı daha yüksektir.[29] Hareket merkezli olan geleneksel girişimlerde yalnızca sonuç ölçümü kullanıldığı için kat edilen ilerlemeler fark edilemez. TTM, aşamalar arasında ilerlemeyi hassas ölçümlerle değerlendirir. TTM, değişimi; değişim aşamaları, değişim süreçleri, karar verme dengesi ve öz-etkililiğin oluşturduğu organizasyonel bir şemayla açıklayarak, birey-problem etkileşim örüntülerini ve problem çözme stratejilerini ortaya koyar.[61] TTM'nin; değişim aşamaları, değişim süreçleri ve değişim seviyeleri (öz-etkililik ve karar verme) olmak üzere üç temel boyutu vardır. Bunlar:

2.7.1. Değişim Aşamaları (Zamanla İlgili Boyut)

Değişim aşaması modelin anahtar yapısıdır.[61] Bireyler, davranışlarını birden değil, değişim aşamaları boyunca adım adım artırarak değiştirirler. Değişim aşamaları, sigarayı bırakma ile ilgili çalışmalardan yararlanılarak egzersiz davranışına uygulanmıştır.[63,64] Model kişilerin davranışlarını değiştirmek için çeşitli aşamalardan geçtikleri varsayımına dayanmaktadır. Değişim aşamaları dinamik olduğu için bireyler aşamalar arasında geçiş yapabilirler. TTM davranış değişimi için kişilerin beş aşamadan geçmesini ve davranışları değiştirirken çeşitli süreçler kullanmasını önermektedir. Düşünme öncesi, düşünme, hazırlık, hareket ve sürdürme aşamalarından oluşan davranış değişim aşamaları aşağıda açıklanmıştır.[61]

Düşünme Öncesi (Pre-contemplation): 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 olduğunun 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 dirençlidirler.[22]

Düşünme/Niyet (Contemplation): Bu aşamada bireyler; aktif olarak egzersize başlama çabasında değildir, ancak gelecek zaman sürecinde (genellikle altı ay içinde) başlamayı düşünmektedir.[61] Bu aşamadaki bireyler riskli davranışlarını sürdürmeye devam etmelerine rağmen problemin farkına varmaya başlar. Birey problem davranışa sahip olduğunun ve bu davranışın kendisine zarar verdiğinin bilincindedir. Bu aşamadaki insanlar değişimin artılarını ve eksiklerini düşünerek uzunca bir süre bu aşamada kalabilirler.[65] Değişimi gerçekleştirebilme yöntemlerini düşünürler ancak harekete geçme konusunda karar verememişlerdir. Bu dönem sıklıkla, kronik düşünme, davranışı geciktirme ya da ağırdan alma olarak nitelendirilir.[22] Bu aşamadaki kronik düşünenler, eyleme geçmek için küçük bir adım atmaya teşvik edilmelidir. Bireylere egzersizin kişisel riskler ve yararlarına ilişkin eğitim verilmeli, niyetleri arttırılmalı ve özgüven oluşturulmalıdır.[59,66]

Hazırlık (Preparation): Hazırlık aşamasındaki bireyler gelecek ay içinde egzersize başlama niyetindedir. Kişi değişime hazır olduğuna karar verir. Bu aşamadaki bireylerin, 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. Bu aşamada kullanılan stratejiler; kendi-kendini serbestleştirme sürecini ve ilişkilerde yardımı içerir. Bu aşamadaki bireylere, yıllık egzersiz yapma planı ve kendileri için uygun olan alternatif egzersiz programları sunulmalı, bunlardan birine başlamak için plan yapılması istenmelidir. Bu stratejiler gruplara ayrılarak yapılabilir. Örneğin, aynı planı ve alternatifi olanları belirli bir grupta toplamaktır.[59,60,66]

Hareket (Action): Bu aşamada bireyler, son altı ay içinde yaşam biçimlerinde ve davranışlarında önemli değişiklik yapmışlardır.[22] Hareket, davranış değiştirme ile eş anlamlı düşünülmektedir. Ancak TTM'de, hareket aşaması sadece beş aşamadan biridir. Tek başına davranış değişimini tanımlamaz. Bu aşama için hedef, kararlılığın tekrar vurgulanması ve izleminin yapılmasıdır. Örneğin; ilişkilere yardımcı olarak, karşıt koşullama, uyaran kontrolü gibi.[61] Bu aşamadaki bireylere, bireysel ve grup egzersizleri önerilebilir. Bireyselleştirilmiş ev-içi programı tasarlanabilir. Yürüme kulüpleri kurulabilir. Hemşireler katılımcılara küçük egzersiz hedeflerine ulaştıklarında, ödüllendirici olabilirler ve motivasyonları güçlendirmelerinde yardımcı olabilirler.[59,66]

Sürdürme (Maintenence): Bu aşamada bireyler, geri dönüşü önlemek ve hareket evresinde kazandıkları başarıları pekiştirmeye çalışmaktadırlar. Dairesel bir döngü içinde olan aşama geçişlerinde, harekete geçme ve sürdürme aşamasına ulaşmış olanlar için, daha geri aşamalara dönme (nüks-relaps) olası bir durumdur.[22]

Bu aşamadaki bireyler altı aydır egzersiz programına katılmaktadır. Hedef, egzersizi bırakmayı önlemek için bireyi aktif problem çözmeye cesaretlendirmektir. Stratejiler; bireylerin güdülerini sürdürmeleri için yardımcı olmasını içerir. Hemşireler bireylerle engelleri kaldırmak için çalışmalıdır, destek gruplar ve egzersiz yapılabilecek yerler bu dönemde yararlıdır. Katılımcılar oluşabilecek potansiyel problemler konusunda eğitilmeli, egzersizi bırakma durumu olursa, tekrar başlama stratejileri öğretilmelidir.[66]

Değişim aşamaları için değişim süreçleri, hedefleri ve stratejileri Tablo 2.2'de sunulmuştur.

Tablo 2.2. Değişim Aşamaları İçin Hedefler Süreçler ve Stratejiler[60]

Aşama	Hedef	Değişim Süreçleri	Değişimi Destekleme Stratejileri
Düşünme Öncesi	Değişim gereksinimi için farkındalığı arttırma	Bilinci arttırma Duygusal canlandırma Çevreyi yeniden değerlendirme	Değişimi düşünmeye cesaretlendirme Egzersiz hakkındaki duygu ve düşünceleri anlama, egzersiz davranışının yoksunluğunu tartışma Hareket ve hareketsizliğin kişi ya da aile için ne anlama geldiğini, hayatlarına ne gibi katkıda bulunduğunu tartışma Bir egzersiz programına başlamanın yararları hakkında kişiye özel bilgi vermek Hareketsizliğin rolü ve sosyal aktiviteleri nasıl etkilediğine ilişkin karşılıklı görüşme
Düşünme	Değişebilme güvenini arttırma ve motive etme	Bilinci arttırma Kendini yeniden değerlendirme Sosyal özgürleşme Kendi kendini özgürleştirme	Egzersiz hakkındaki soruları belirleme, egzersiz yapmamanın sağlığa ne tür etkileri olduğu ve egzersiz yapmanın sağlığa yararlarına ilişkin eğitimi sürdürme Egzersiz yapmaya engel olan durumları azaltmaya çalışma Hareketsizliğin yaşamlarını nasıl etkilediği konusunda gerçek olay ve kişiler gösterme Düzenli egzersiz yapan kişileri örnek gösterme Kendilerini değişime kesin olarak adamalarına yardımcı olma
Hazırlık	Egzersiz için bir plan hazırlama	Kendini yeniden değerlendirme Yardım edici ilişkiler Kendi kendini özgürleştirme	Egzersiz yapacak biri olarak kendine yeni bir imaj oluşturmak Egzersiz yapmak için toplumla bir bağlantı oluşturma Egzersiz yapmak için seçenekleri belirleme ve plan yapma Diğer destekleyicilerin de katılmasını kolaylaştırma Başarılı olabilecekleri alanda davranışsal değişime cesaretlendirme
Hareket	Egzersize başlama ve uygulama planını gözden geçirme	Güçlendirme yönetimi Yardım edici ilişkiler Uyaran kontrolü Karşıt/zıt durum	Düzenli egzersiz yapmak için ödüllerle birlikte sıkça olumlu destek vermek Yürüyüş kulüplerine başlatma Süreçte yer almak veya süreci desteklemek için sosyal desteklerin harekete geçirilmesi Ek egzersiz seçenekleri sunma Yapılan egzersiz etkinliklerinin her zaman kaydedilmesi
Sürdürme	Geriye dönüşü/ oluşabilecek hareketsizliği engellemek için çözüm bulma	Karşıt/zıt durum Yardım edici ilişkiler Güçlendirme yönetimi	Egzersizi aksatan uyaranlara karşı plan yapma Destek gruplarına katılma ya da egzersiz arkadaşları edinme Düzenli bir egzersiz için anlamlı bir ödül sağlama

2.7.2. Değişim Süreçleri (Bağımsız Değişken Boyutu)

Değişim süreçleri, TTM'nin ikinci ana boyutu olarak tanımlanmakta ve istendik sağlık davranışına yönelik geliştirilen girişim programlarına rehberlik sağlamaktadır. Değişim süreçleri, insanların değişim aşamaları arasında ilerlerken kullandıkları gizli ve açık faaliyetlerdir. Değişim süreçleri beş bilişsel ve beş davranışsal olmak üzere toplam on süreçten oluşmaktadır.[63,64]

Bilişsel Süreçler

a) Bilinçlenme**:** Bireyin sorun davranışının nedenleri, sonuçları ve tedavisi hakkında farkındalığının artmasıdır. Farkındalık; geribildirim, eğitim, yüzleştirme, yorumlama ve medya kampanyaları ile artırılabilir.

b) Dramatik yardım (duygusal canlandırma): Dramatik mesajların kullanımıyla (medya kampanyaları veya araştırma sonuçlarının duyurulması) hareketsiz yaşam sonuçları ile ilgili bireyin duygularının harekete geçirilmesidir.

c) Çevreyi yeniden değerlendirme: Bireyin, davranışın içinde yaşanılan sosyal çevreden nasıl etkilendiğini değerlendirmesidir. Aynı zamanda bireyin diğer insanlar için olumlu ya da olumsuz örnek olarak hizmet edebileceğinin farkında olmasını sağlar. Yeniden değerlendirme teknikleri arasında; empati eğitimi, yazılı döküman ve aile müdahaleleri sayılabilir.

d) Kendi kendini yeniden değerlendirme: Bireyin, sağlıksız bir alışkanlığa devam ederken ve bu alışkanlık olmadan kendi kişisel imajını değerlendirmesidir. Düşünme öncesi aşamasından hazırlık aşamasına geçen birey için en önemli süreçtir.[65] Bireylerin kendi görüntüleri ve sağlıklı rol modelleri bireyleri harekete geçirmede en sık kullanılan yöntemlerdir.[22]

e) Sosyal özgürlük (serbestlik): Sosyal ortamlardaki fırsatlar ve seçeneklerdeki artışı ifade etmektedir.

Davranışsal Süreçler

a) Karşıt (zıt) durum: Bireyin problemli davranışın yerine geçebilecek olan sağlıklı davranışı öğrenmesidir.

b) Yardım edici ilişkiler: Davranış değişiminde yardım edici ilişkiler; güven, açıklık, kabul etme ve destektir.

c) Güçlendirme yönetimi: Birey belirli bir davranış için sonuçları önceden hazırlar. Bunun için ödül ve ceza yöntemi kullanabilir. Birey fiziksel aktivite davranışını ödüllendirir. TTM kişisel değişimi yaşarken ödüllendirmenin cezalandırmadan daha etkin olduğunu vurgular.

d) Kendi kendini özgürleştirme: Bireyin değişime mümkün olduğunca inanması, fiziksel aktivite ile ilgili inanç ve amaçları, kendi seçimini yapması, karar vermesi ve bu yönde harekete geçmesidir.

e) Uyaran kontrolü: Bireyin sağlıksız davranışları tetikleyen uyarıcıları kaldırması ve bunların yerine sağlıklı davranışlara yönlendiren uyarıcıları eklemesidir.[63,64]

2.7.3. Değişim Seviyeleri (Bağımlı Değişken Boyutu)

TTM'nin bağımlı değişken boyutunu öz-etkililik ve karar alma ölçekleri oluşturmaktadır.

Öz-etkililik: Öz-etkililik bireyin belli bir davranışı başarı ile yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı ve inancı olarak tanımlanır. Bireylerin öz-etkililik düzeyleri harekete geçme motivasyonları üzerinde etkilidir. Örneğin, bireyin düzenli egzersiz yapmaya başlama sonrası davranışın sürdürülmesi ve geriye dönüşün engellenmesinde etkilidir. Egzersiz davranışına yönelik TTM'ye göre yapılan çalışmalarda; düşünme öncesi aşamadaki bireylerin öz-etkililiklerinin düşük olduğu,

değişimin daha ileri aşamalarında olan bireylerin ise öz-etkililiğinin doğrusal olarak arttığı belirlenmiştir.[67]

Karar Verme Dengesi: Karar verme dengesi, bireyde davranış değişiminin getireceği yararlar ve zararlar konusunda bireysel düşüncelerinin geliştiği karar verme sürecidir. Örneğin, TTM'de yarar ve zarar olarak ifade edilen, bireyin egzersiz yapmanın algılanan yararları ve egzersiz yapmamanın algılanan zararlarına ilişkin öznel değerlendirmesinin, egzersiz yapma davranışını değiştirmesine karar vermesinde, etkili olduğu belirtilmiştir.[61] İstenilen bir davranışın benimsenmesinde, bireyler öncelikle niyetlenir, sonra da uygulamaya koymaya çalışırlar. Karar verme dengesi niyet oluşumunda önemli bir belirleyicidir. Bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasıyla ilişkilidir.[61] Karar verme dengesinin öğeleri, uyaran ve öz-etkililiktir. Uyaran sağlıksız davranışı yapma yönünde bir arzudur. En önemli üç uyarıcı faktör; sosyal durumlar, emosyonel sıkıntı ve şiddetli arzulamadır.[24]

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön-son test, kontrol gruplu yarı deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ocak 2011 ile Ocak 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür. Erzurum ili belediye sınırları içinde, Şükrüpaşa Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde gerçekleştirilmiştir. Şükrüpaşa ASM; beş hekim, bir hemşire ve dört ebe ile yaklaşık 20000 nüfusa hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Şükrüpaşa ASM bölgesinde yaşayan, 20-45 yaş grubunda olan fazla kilolu (BKİ=25-29.9) kadınlar, örneklemini ise bu ASM'ye herhangi bir nedenle başvuran, örneklem seçim kriterlerine uygun, güç analizi ile belirlenen, 55'i deney 55'i kontrol olmak üzere toplam 110 kadın oluşturmuştur. Örneklemin evreni temsil düzeyi yüzde 100, etki büyüklüğü 0.8, yanılgı düzeyi 0.05 ve güven aralığı yüzde 95'dir. Evrenden kadınlar örneklem grubuna olasılıksız rastlantısal olarak alınmıştır. Deney ve kontrol grubuna bireyler, sırasıyla bir deney bir kontrol grubuna olacak şekilde alınmıştır. Örnekleme; eğitim düzeyi ilkokul ve üzerinde olan, gebelik durumu bulunmayan ve fiziksel aktivite yapmasını engelleyecek düzeyde herhangi bir fiziksel ya da mental engeli olmayan kadınlar alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınlardan herhangi biri araştırmadan çekilmediği için araştırma minumum örnek sayısı (55 deney+55 kontrol=110) ile tamamlanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formu; kadınların yaşını, medeni durumunu, aile tipini, eğitim durumunu,

sosyal güvencesini, mesleğini, gelirini, boy ve kilosunu, daha önce egzersiz yapma durumunu içeren toplam dokuz sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

Egzersiz Değişim Aşaması Kısa Soru Formu: Marcus ve ark.[63] tarafından geliştirilmiş; Ay ve Temel[31] tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Egzersiz Değişim Aşaması Kısa Soru Formu'nun Kappa index geçerliği (n=60) 0.81 olarak belirlenmiştir. Ölçek beş sorudan oluşmakta ve bu sorular bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasını ortaya koymaktadır. Bu değişim aşamaları; düşünme öncesi, düşünme, hazırlık, harekete geçme ve sürdürme aşaması olarak sıralanmaktadır.[64]

Düşünme öncesi aşamada birey; egzersiz yapmaya başlamayı hiçbir zaman düşünmemiştir ve gelecek altı aylık zaman sürecinde de düşünmemektedir. Düşünme aşamasındaki birey; aktif olarak başlama çabasında değildir, ancak gelecek altı aylık zaman sürecinde başlamayı düşünmektedir. Hazırlık aşamasındaki birey; gelecek 30 gün içinde düzenli olarak egzersiz yapmaya başlama niyetindedir. Harekete geçme aşamasındaki birey, altı aydan daha kısa süredir egzersiz yapmaya başlamıştır. Sürdürme aşamasındaki birey ise; harekete geçme aşamasında değişimi sürdürmeye devam eder, altı aydan daha uzun süredir egzersiz yapmaktadır ve eski alışkanlığına dönmeme konusunda kararlı ve emindir.[68,69] (Ek 2)

Egzersiz Değişim Süreçleri Ölçeği: Deneyimlerin bazı insanların egzersiz alışkanlıklarını nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla Marcus ve ark.[64] tarafından geliştirilmiş, Ay ve Temel[31] tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçeğin genel Cronbach's Alpha katsayısı 0.95, alt boyutları olan bilişsel süreçler için 0.91, davranışsal süreçler için 0.93 olarak saptanmıştır.[31] Egzersiz Değişim Süreçleri Ölçeği'nde değişimi kolaylaştıran bilişsel ve davranışsal süreçler vardır.[63,64]

a) Bilişsel Süreçler

Bilinç düzeyinde artış: Bireyde nedenler ve sonuçlar konusunda farkındalığın artmasıdır. Birey egzersiz hakkında yeni bilgi arar (ölçekte yer alan 1, 2, 3. maddeler).

Dramatik yardım (duygusal canlandırma): Dramatik mesajların kullanımıyla (medya kampanyaları veya araştırma sonuçlarının duyurulması) hareketsiz yaşam sonuçları ile ilgili bireyin duygularının harekete geçirilmesidir (ölçekte yer alan 4, 5, 6. maddeler).

Çevreyi yeniden değerlendirme: Bireyin, davranışın içinde yaşanılan sosyal çevreden nasıl etkilendiğini değerlendirmesidir (ölçekte yer alan 7 ve 8. maddeler).

Kendi kendini yeniden değerlendirme: Bireyin, sağlıksız bir alışkanlığa devam ederken ve bu alışkanlık olmadan kendi kişisel imajını değerlendirmesidir (ölçekte yer alan 9, 10, 11. maddeler).

Sosyal serbestlik (özgürlük): Sosyal ortamlardaki fırsatlar ve seçeneklerdeki artışı ifade etmektedir (ölçekte yer alan 12, 13, 14. maddeler).

b) Davranışsal Süreçler

Karşıt (zıt) durum: Bireyin problemli davranışın yerine geçebilecek olan sağlıklı davranışı öğrenmesidir (ölçeğin 15, 16, 17. maddeleri).

Yardım edici ilişkiler: Davranış değişiminde yardım edici ilişkiler; güven, açıklık, kabul etme ve destektir (ölçeğin 18,19. maddeleri).

Güçlendirme yönetimi: Birey, belirli bir davranış için sonuçları önceden hazırlar. Bunun için ödül ve ceza yöntemi kullanabilir. Birey fiziksel aktivite davranışını ödüllendirir. TTM kişisel değişimi yaşarken ödüllendirmenin cezalandırmadan daha etkin olduğunu vurgular (ölçeğin 20, 21, 22. maddeleri).

Kendi kendini özgürleştirme: Bireyin değişime mümkün olduğunca inanması, fiziksel aktivite ile ilgili inanç ve amaçları, kendi seçimini yapması, karar vermesi ve bu yönde harekete geçmesidir (ölçeğin 23, 24, 25. maddeleri).

Uyaran kontrolü: Bireyin sağlıksız davranışları tetikleyen uyarıcıları kaldırması ve bunların yerine sağlıklı davranışlara yönlendiren uyarıcıları eklemesidir (ölçeğin, 26,27 ve 28. maddeleri).

Egzersiz değişim süreçleri ölçeği 28 maddeden oluşan, 5 dereceli likert tipindedir. Bireyin ölçekteki her bir maddede belirtilen koşulda egzersizi ne kadar sıklıkla yaptığı, 1-5 arasında değişen bir dereceleme puanı ile belirlenmektedir. Görüşülen kişiden bu ölçeğin maddelerini okuyarak, her madde için "hiçbir zaman", "nadiren", "ara sıra", "sık sık", "tekrarlı olarak" seçenekleri arasından kendisine en uygun olanı seçmesi ve işaretlemesi istenmektedir. Ölçekte bir bireyin alabileceği en yüksek puan 140, en düşük puan 28'dir. Ölçeğin alt boyutları için en yüksek puan 70, en düşük puan 14'tür. Ölçek, tüm alt ölçeklerin madde puan ortalamalarından elde edilen puan ortalamasına göre değerlendirilmektedir.[31,64] (Ek 3)

Egzersiz Öz-Etkililik Ölçeği: Bireylerin farklı durumlarda egzersiz yapma davranışını kontrol edebilme konusunda kendi gücünü algılayışını değerlendirme amacıyla Marcus ve ark.[63] tarafından geliştirilmiş, Ay ve Temel[31] tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçeğin genel Cronbach's Alpha katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur.[31] Ölçek altı maddeden oluşmakta, 1'den 5'e kadar puanlanan likert tipi bir araçtır. Bireylerden; belirtilen durumda egzersiz yapma durumları emin olma derecesine göre 1 ile 5 arasındaki seçeceği uygun bir sayı ile puanlaması istenmektedir. Ölçekte bir bireyin alabileceği en yüksek puan 30, en düşük puan 6'dır. Ölçeğin genel değerlendirmesinde; madde puan ortalamalarından elde edilen genel puan ortalamasına

göre, puan ortalamasının altındakiler öz etkililiği düşük, puan ortalamasından yüksek değer alanlar öz-etkililiği yüksek olarak kabul edilmektedir.[31] (Ek 4)

Egzersiz Karar Verme Dengesi Ölçeği: Egzersiz davranışı için karar vermede bilişsel ve motivasyonel faktörleri ortaya koymak amacıyla Marcus ve ark.[69] tarafından geliştirilmiştir. 2007'de Ay ve Temel[31] tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Egzersiz yapmanın algılanan yararları ve egzersiz yapmanın algılanan zararları olmak üzere iki alt boyutu vardır. Ölçeğin tümü için; Cronbach's Alpha Katsayısı 0.86, algılanan yararlar için 0.87 ve zararlar için 0.70 olarak bulunmuştur.[30] Ölçek; egzersiz yapmamanın algılanan zararlarını (ölçeğin 2,4,6,8,10. maddeleri) ve egzersiz yapmanın algılanan yararlarını (ölçeğin 1,3,5,7,9.maddeleri) değerlendirme amacıyla oluşturulmuş ifadelerin yer aldığı 10 maddelik 5'li likert tipindedir. Görüşülen kişiden her madde için: "Hiç önemli değil (1)", "Bazen önemli (2)", "Orta derecede önemli (3)", "Çok önemli (4)", "Çok fazla önemli (5)" seçenekleri arasından kendisine en uygun olanı işaretlemesi istenmektedir. Yarar algısı için bir bireyin alabileceği max. puan 25, min. puan 5; zarar algısı için max. puan -25, min. puan -5'dir. Ölçeğin toplam puanı, egzersiz yapmanın algılanan yarar toplam puanından, algılanan zarar toplam puanının çıkarılması ile elde edilmektedir. Ölçekte bir bireyin alabileceği en yüksek puan 20, en düşük puan -20'dir. Çıkan sonucun negatif (-) olması, karar verme dengesinde egzersiz yapmamanın algılanan zararlarının baskın olduğunu, pozitif (+) olması, karar verme dengesinde egzersiz yapmanın algılanan yararlarının baskın olduğunu işaret etmektedir.[61,69] (Ek 5)

Pedometre: Pedometre fiziksel aktivite seviyesini ölçmeyi sağlayan objektif bir ölçüm aracıdır. Pedometreler adım sayısını ölçen küçük, basit ve ucuz gereçlerdir. Genellikle bel bölgesine takılır. Yürüme sırasında (gezinti sırasında yukarı- aşağı hareket) mekanik harekete duyarlı bir sensördür. Cihazın çıktısı bir adımı temsil eden

hareket sayısı olarak kolaylıkla anlaşılmaktadır.[70] Hastalığın önlenmesi ve daha sağlıklı bir yaşam tarzının teşviki için günde 10.000 adım atılmasının etkili olduğu ileri sürülmektedir. Bu nedenle genel popülasyonda yürümeyi teşvik etmek ve izlemek için pedometre önerilmektedir.[71]

Bel bölgesinde kemere takılabilen cepte ve çantada kolayca taşınabilen pedometrenin; adım sayma, saat, mesafe ve yedi günlük hafıza özellikleri vardır. Pedometre deney grubundaki kadınlara çalışmanın başında verilerek haftanın beş günü günde en az 30 dakika yürüyüş yapmaları yönünde eğitim verilmiştir.

3.4.2. Veri Toplama Yöntemleri

Veriler araştırmacı tarafından 07.11.2011-31.08.2012 tarihleri arasında ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmanın verileri deney grubunda eğitimden önce (ön test), eğitim bittikten hemen sonra (ara test) ve eğitimden 6 ay sonra (son test) olmak üzere üç farklı zamanda toplanmıştır. Kontrol grubunda ise 0 ve 6. aylarda toplanmıştır. Eğitimler Kasım 2011'de başlamış Mart 2012'de tamamlanmıştır. İzlem deney grubu için Mart 2012'de başlamış Ağustos 2012'de sona ermiştir. Ön test (0.ay) verilerinin toplanmasında deney ve kontrol grubundaki kadınlara; Kişisel Bilgi Formu, Egzersiz Değişim Aşaması Kısa Soru Formu, Egzersiz Değişim Süreçleri Ölçeği, Egzersiz Öz-Etkililik Ölçeği ve Egzersiz Karar Verme Dengesi Ölçeği uygulanmıştır.

Ara test verilerinin toplanmasında deney grubundaki kadınlara; kişisel bilgi formu hariç diğer veri toplama araçlarının tümü uygulanmıştır. Son test verilerinin toplanmasında deney ve kontrol grubundaki kadınlara; kişisel bilgi formu hariç diğer veri toplama araçlarının tümü uygulanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki kadınlara çalışmanın başında hareketlilik durumlarını ölçmek için pedometre verilmiştir. Kadınların hareketlilik durumları; ön

test ve son test verilerinin toplandığı sürede (0. ay ve 6. ay) pedometrelerindeki son yedi günlük adım sayılarının ortalaması alınarak belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınlara, pedometreleri çalışmanın başından itibaren çalışma süresince kendilerine verilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların pedometreleri, ön test verilerinin toplanması için çalışmanın başında ve son test verileri için 6. ayın sonunda bir hafta süreyle kendilerine verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların boy ve kilo ölçümleri araştırmacı tarafından Şükrüpaşa ASM'de yapılmıştır.

3.5. Hemşirelik Girişimi

Hemşirelik girişimleri; ön test uygulamasından sonra deney grubuna, "Transteoretik Model"e göre biçimlendirilmiş "Eğitim Programı" ve "İzlem" şeklinde, ev ziyaretleri yapılarak gerçekleştirilmiştir. Deney grubundaki kadınlara, egzersiz değişim aşamalarını, değişim sürecini ve egzersiz değişim seviyelerini (karar verme ve öz-etkililikleri) artırmak üzere, içinde bulundukları değişim aşamalarına göre hazırlanan eğitim programı (10 hafta) ve izlem (6 ay) uygulanmıştır. Kontrol grubuna eğitimsel bir girişim ve izlem uygulanmamış, bu grup altı ay bekleme sürecine alınmıştır.

3.5.1. Eğitim Materyalleri

Egzersiz Eğitim Broşürü: Marcus ve ark.nın[72] yaptıkları bir çalışmada, yazılı olarak biçimlendirilmiş materyal kullanıldığında katılımcıların çoğunda değişim aşamalarında ve egzersize uyumunda artış saptanmıştır. Bu nedenle araştırmacı tarafından fazla kilolu kadınlara egzersiz davranışı kazandırmaya yönelik TTM'ye göre biçimlendirilmiş "egzersiz eğitim broşürü" verilmiştir. Değişim aşamalarının her birine özgü olarak hazırlanan broşürler, deney grubundaki kadınlara içinde bulundukları aşamaya uygun eğitim uygulandıktan hemen sonra verilmiştir (Ek 11).

Egzersiz CD'si: Egzersiz yapmayı engelleyecek düzeyde herhangi bir sağlık problemi olmayan bireylerin, ev içinde egzersiz yapmalarını sağlamak için, başlangıç,

orta ve ileri seviye egzersizler olarak üç bölüm ve toplam 72 dakikadan oluşmaktadır. Isınma ve soğuma hareketleri, ev içinde pet şişe, iskemle ve minder gibi eşyalar yardımıyla zayıflama, form tutma, ağırlık kaldırma, kalp ve solunum gücünü arttırma hareketlerinden oluşmaktadır.

CD deney grubundaki kadınlardan; hazırlık, hareket ve sürdürme aşamasında olanlara verilmiştir. Kadınlara CD'deki egzersizlerden ilk zamanlar hafif yoğunluktaki egzersizleri yapmaları sonra orta ve daha sonra ağır egzersizlere geçmeleri önerilmiştir. Kendilerinden bu egzersizleri günde en azından bir kere izleyerek yapmaları istenmiştir. Özellikle yürüyüşe çıkamadıkları günlerde bu hareketleri birden fazla sayıda yapmaları önerilmiştir.

3.5.2. Transteoretik Modele Göre Yapılandırılan Eğitimin Uygulanması

Araştırma sürecinde deney grubundaki kadınlara verilen eğitimin süresi, sayısı, içeriği ve yoğunluğu içinde bulundukları aşamaya göre belirlenmiştir. Düşünme öncesi aşamasındaki kadınlara en az beş, düşünme aşamasındakilere en az dört, hazırlık aşamasındakilere en az üç, hareket aşamasındakilere en az iki ve sürdürme aşamasındakilere en az bir kez eğitim verilmiştir. Ancak bireysel öğrenme farklılıkları göz önüne alındığında iki düşünme öncesi ve bir düşünme aşamasında olan toplam üç kadında eğitim sayısının arttırılmasına gerek duyulmuş ve bu kadınlara birer eğitim fazladan verilmiştir.

On haftalık eğitim girişimi, tekrarlayan ev ziyaretleriyle iki haftada bir verilmiş ve her bir eğitim ortalama 30-45 dakika sürmüştür. Eğitimler bittikten hemen sonra yapılan ara test uygulamasından sonra, kadınların içinde bulundukları değişim aşaması ve değişim süreçlerine göre eğitimleri kısaca tekrar edilmiştir. Her eğitimden önce kadınlara TTM'ye özgü form ve ölçekler uygulanarak içinde bulundukları egzersiz

değişim aşaması ve süreçler belirlenerek bu aşama ve süreçlere özgü eğitimler verilmiştir.

Egzersiz yapma davranışı değişim aşamalarına uygun hedef ve yaklaşımları belirlemede; çevirisi Ay tarafından yapılan "Sağlıklı Yaşamanın Yolları, Düzenli Egzersiz Yapma Rehberi" isimli rehberden yararlanılmıştır.[66] Bireylerin eğitiminde egzersiz değişim aşamalarına uygun olarak hazırlanan hedef ve yaklaşımlar kullanılmıştır (Ek 6).

3.5.3. İzlemin Uygulanması

Deney grubundaki kadınların eğitimleri bittikten sonra davranış değişimlerini belirlemek amacıyla 6 ay süre ile (Mart-Ağustos 2012) izlem yapılmıştır. Bu süre içinde kadınlar iki ayda bir toplam 3 kez telefonla aranarak soruları yanıtlanmış ve harekete geçme konusunda motive edilmiştir. Kadınlara günlük kaç adım attıkları, kaç kilo verdikleri, CD'yi izleyip izlemedikleri sorulmuştur. Her bir telefon görüşmesi ortalama 10-12 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Kadınların egzersiz değişim aşaması, egzersiz değişim süreçleri ve egzersiz değişim seviyeleri (öz-etkililik ve karar verme) ve aktivite düzeyleri araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Eğitim ve izlem araştırmanın bağımsız değişkenidir.

Kontrol değişkenleri: Kadınların yaşı, medeni durumu, aile tipi, eğitim, çalışma, gelir ve daha önce egzersiz yapma durumu, egzersiz değişim aşamaları, günlük ortalama adım sayıları ve BKİ'si araştırmanın kontrol değişkenlerini oluşturmaktadır. Deney ve kontrol grubunda kontrol değişkenleri açısından önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Araştırmanın Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Kontrol Değişkenleri	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test ve Önemlilik
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Medeni durum					
Evli	48	87.3	44	80.0	X^2 =1.063
Bekar	7	12.7	11	20.0	p=0.303
Aile tipi					
Çekirdek aile	50	90.9	46	83.6	X^2 =1.310
Geniş aile	5	9.1	9	16.4	p=0.252
Eğitim durumu					
İlkokul	30	54.5	32	58.2	X^2 =0.973
Ortaokul	7	12.7	9	16.4	p=0.808
Lise	9	16.4	8	14.5	
Üniversite ve üzeri	6	16.4	6	10.9	
Çalışma durumu					
Çalışan	12	21.8	10	18.2	X^2 =0.227
Çalışmayan	43	78.2	45	81.8	p=0.634
Gelir					
Gelir giderden az	15	27.3	22	40.0	X^2 =1.996
Gelir gidere eşit	34	61.8	28	50.9	p=0.369
Gelir giderden fazla	6	10.9	5	9.1	
Daha önce düzenli egzersiz yapma durumu					
Egzersiz yapmış	6	10.9	5	9.1	X^2 =0.101
Egzersiz yapmamış	49	89.1	50	90.9	p=0.751
Egzersiz Değişim Aşamaları					
Düşünme öncesi	13	23.6	15	27.3	
Düşünme	23	41.8	22	40.0	X^2=0.202
Hazırlık	14	25.5	13	23.6	p=0.995
Hareket	4	7.3	4	7.3	
Sürdürme	1	1.8	1	1.8	
Ortalama Değerler	**X±SD**		**X±SD**		**Test ve Önemlilik**
Günlük Adım Sayıları	8153.81±1790.87		8029.63±1179.51		t=-0.429 p=0.668
BKİ	27.63±1.62		27.93±1.52		t=-0.997 p=0.321
Yaş	34.38±6.69		35.61±6.61		t=-0.974 p=0.332

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar istatistik paket programında (SPSS 10.0) yapılmıştır. Araştırmanın kontrol değişkenleri yüzdelik ve ki kare testi ile değerlendirilmiştir. Deney ve kontrol grubunun TTM ölçekleri (TTMÖ) ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki fark, bağımsız gruplarda t testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Deney grubunun egzersiz değişim aşamaları yüzdelik ile, aşamalar arasındaki ön test ve son test ölçümleri arasındaki fark, McNemar testi ile analiz edilmiştir.

Kontrol grubunun egzersiz değişim aşamaları yüzdelik ile, aşamalar arasındaki ön ve son ölçümler arasındaki fark McNemar testi ile değerlendirilmiştir.

Deney ve kontrol grubunun son test egzersiz değişim aşamaları arasındaki fark, ki kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Deney grubunun TTMÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların tekrarlı ölçümleri arasındaki fark, tek yönlü varyans analizi (Oneway ANOVA**)** ile değerlendirilmiş olup ölçümler arasındaki farkın tespiti için Duncan çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır.

Kontrol grubunun TTMÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların ön test ve son test ölçümleri arasındaki fark eşleştirilmiş t testi (Paired Samples T) ile değerlendirilmiştir.

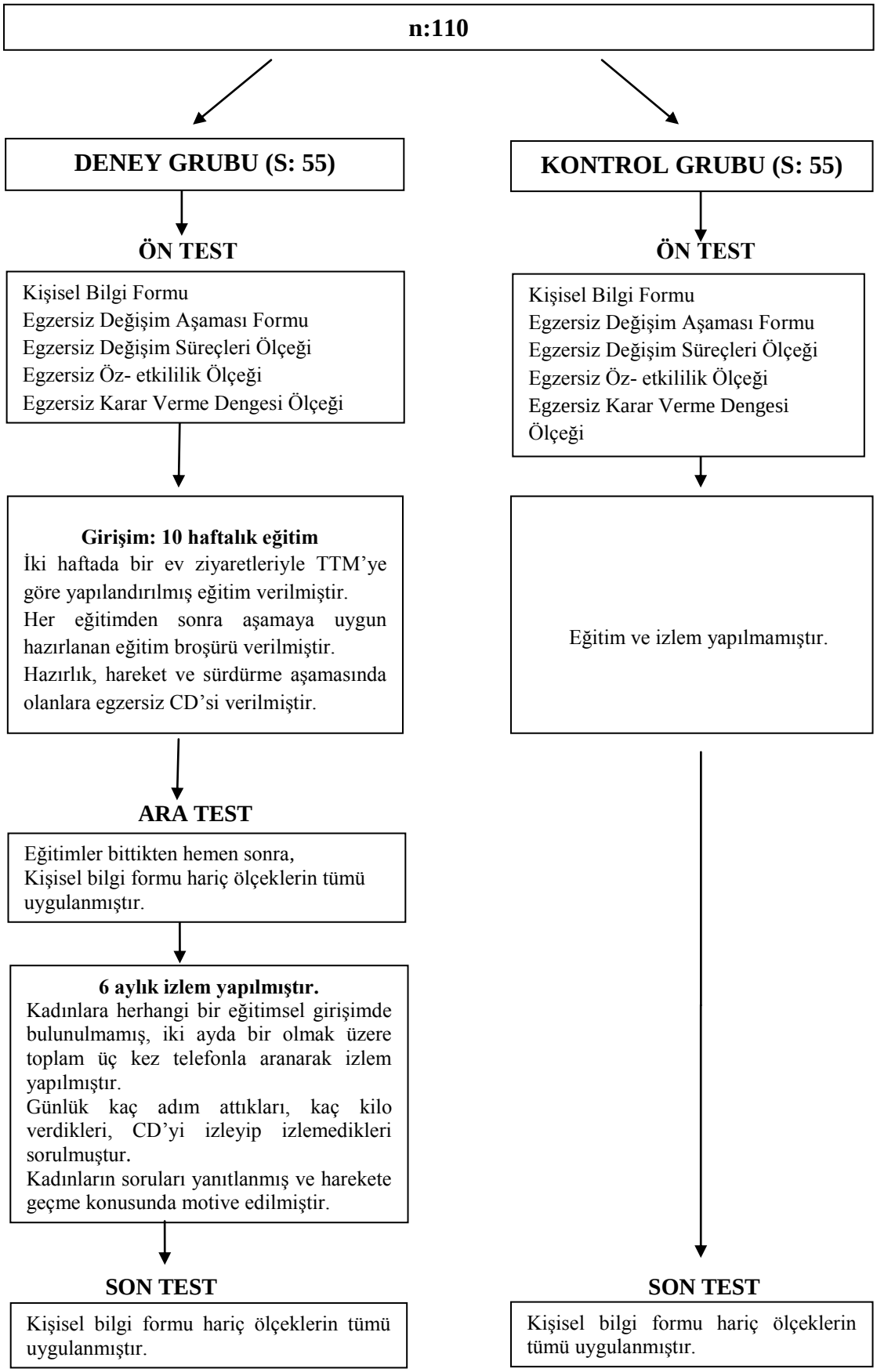
Deney grubu kadınların son test ölçümlerinde, egzersiz değişim aşamalarına göre TTMÖ puan ortalamalarının çoklu karşılaştırmalarında varyans analizi (Oneway ANOVA**)** kullanılmıştır.

Deney ve kontrol grubu kadınların ön-son test günlük ortalama adım sayıları ve BKİ değerleri arasındaki fark, bağımsız gruplarda t testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan onay, Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'nden resmi izin alınmıştır (Ek-8 ve Ek-9). Araştırma kapsamına alınacak kadınlarda gönüllülük esas alınmıştır. Son testlerin uygulanmasından sonra deney grubundaki kadınlara verilen eğitim ve egzersiz eğitim broşürleri, kontrol grubundaki kadınlara da verilmiştir.

ARAŞTIRMA PLANI



Şekil 3.1. Araştırma Planı

4. BULGULAR

Bu bölümde; fazla kilolu kadınlara Transteoretik Model'e göre verilen eğitim ve izlemin egzersiz davranışı kazandırmaya etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları sunulmuştur.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 3.1'de sunulmuştur. Deney ve kontrol grubundaki kadınlar sosyo-demografik özellikler açısından değerlendirildiğinde; gruplar arasında kontrol değişkenleri açısından önemli bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Tablo incelendiğinde; deney grubundaki kadınlardan yüzde 87.3'ünün evli, yüzde 91'inin çekirdek aile, yüzde 54.5'inin ilkokul mezunu, yüzde 78.2'sinin çalışmadığı, yüzde 61.8'inin gelirini giderine eşit olarak değerlendirdiği görülmüştür. Kontrol grubundaki kadınlardan yüzde 80'inin evli, yüzde 83.6'sının çekirdek aile, yüzde 58.2'sinin ilkokul mezunu, yüzde 81.8'inin çalışmadığı, yaklaşık yarısının (%51) gelirini giderine eşit olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Deney grubunda 34.38±6.69 olan yaş ortalamasının kontrol grubunda 35.61±6.61 olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların daha önce düzenli egzersiz yapma durumları sorgulandığında; hem deney hem de kontrol grubundaki kadınlardan yaklaşık yüzde 90'ının daha önce düzenli egzersiz yapmadığı görülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test ölçümlerine göre egzersiz değişim aşamaları incelendiğinde; yaklaşık 90'ının hareket öncesi aşamalarda yer aldığı, yüzde 9.1'inin hareketli olduğu (hareket ve sürdürme aşamasında), değişim aşamalarının her iki grupta da benzer olduğu ve yapılan istatistiksel analizde de önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Araştırma kapsamına alınan kadınların girişim öncesi günlük adım sayıları incelendiğinde; her iki gruptaki kadınların adım sayısının günlük önerilen 10.000 adımdan daha düşük (8.000)

olduğu ve gruplar arasında bu özellik açısından da bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 3.1)

Araştırma kapsamına alınan kadınların ön test ölçümlerine göre BKİ değerleri incelendiğinde; deney grubunda 27.63±1.62 olan değerin, kontrol grubunda 27.93±1.52 olduğu ve gruplar arasında bu özellik açısından bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 3.1).

Gruplar arasında TTMÖ ön test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Gruplar Arasında TTMÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler ve Alt Boyutları	**Deney Grubu Ort. ±SS**	**Kontrol Grubu Ort. ±SS**	**Test ve önemlilik**	
Değişim Süreçleri Ölçeği	71.09 ± 16.99	68.03±19.96	t=0.864	p=0.390
Deneyimsel Süreçler	37.20 ± 7.99	35.14±8.74	t=1.286	p=0.201
Davranışsal Süreçler	33.89 ± 9.63	32.89±11.78	t=0.487	p=0.627
Toplam	71.09 ± 16.99	68.03±19.96	t=0.864	p=0.390
Öz-Etkililik Ölçeği	14.32 ± 4.15	13.81±4.65	t=0.605	p=0.546
Karar Verme Dengesi Ölçeği	2.05 ± 4.91	1.25±4.76	t=0.867	p=0.388
Yarar algısı	16.32 ± 2.58	15.36±3.29	t=1.708	p=0.090
Zarar algısı	14.27 ± 3.23	14.10±2.97	t=0.276	p=0.783
Toplam	2.05 ± 4.91	1.25±4.76	t=0.867	p=0.388

Tablo incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki kadınların TTMÖ puanlarının benzer olduğu ve gruplar arasında da TTMÖ puanları açısından önemli bir fark olmadığı görülmüştür (p>0.05) (Tablo 4.1).

Araştırma kapsamına alınan kadınlara TTM'ye özgü; egzersiz değişim aşamaları soru formu, egzersiz değişim süreçleri ölçeği, egzersiz öz-etkililik ölçeği ve egzersiz karar verme dengesi ölçeği uygulanmış; elde edilen bulgular bu ölçeklere göre sıralanarak sunulmuştur.

1. Kadınların Egzersiz Değişim Aşamaları Bulgularının İncelenmesi

Deney grubunun egzersiz değişim aşamalarının ön test ve son test ölçümlerine göre karşılaştırılması Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Deney Grubunun Egzersiz Değişim Aşamalarının Ön Test ve Son Test Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması

Egzersiz Değişim Aşamaları	**Ön Test**		**Son Test**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Düşünme öncesi	13	23.6	3	5.5
Düşünme	23	41.8	8	14.5
Hazırlık	14	25.5	14	25.5
Hareket	4	7.3	23	41.8
Sürdürme	1	1.8	7	12.7
TOPLAM	55	100.0	55	100.0
Test* ve önemlilik		**p=0.000**		

*McNemar

Tablo incelendiğinde; hareket (%7.3) ve sürdürme (%1.8) aşamasındaki kadınların oranı ön test ölçümünde yüzde 9.1 iken, son test ölçümünde yüzde 54.5'e yükseldiği belirlenmiştir. Ön test ve son test ölçümlerinde belirlenen değişim aşamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ön test ve son test ölçümlerinde egzersiz değişim aşamalarında değişim olup olmadığını saptamak için McNemar testi yapılmış ve 43 kadında (%78.1) değişim aşamalarında ilerleme olduğu, 12 kadında (%21.9) aşama değişimi olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2).

Kontrol grubunun egzersiz değişim aşamalarının ön test ve son test ölçümlerine göre karşılaştırılması Tablo 4.3'de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Kontrol Grubunun Egzersiz Değişim Aşamalarının Ön Test ve Son Test Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması

Egzersiz Değişim Aşamaları	**Ön Test**		**Son Test**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Düşünme öncesi	15	27.3	14	25.5
Düşünme	22	40.0	22	40.0
Hazırlık	13	23.6	14	25.5
Hareket	4	7.3	3	5.5
Sürdürme	1	1.8	2	3.6
Toplam	55	100.0	55	100.0
Test* ve önemlilik		p=0.174		

* McNemar

Tablo incelendiğinde; hareket ve sürdürme aşamasında olan kadınların oranının ön test ölçümünde yüzde 9.1 olduğu, son test ölçümünde de bu oranın değişmediği görülmüştür. Kontrol grubunun ön test ve son test ölçümlerinde, 5 kadında (%9) değişim aşamalarında ilerleme olduğu, 50 kadında (%90) aşama değişimi olmadığı ve egzersiz değişim aşamaları ile ön test ve son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 4.3).

Gruplar arasında son test egzersiz değişim aşamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Gruplar Arasında Son Test Egzersiz Değişim Aşamalarının Karşılaştırılması

Egzersiz Değişim Aşamaları	**Deney Grubu**		**Kontrol Grubu**		**Test ve önemlilik**
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Düşünme öncesi	3	5.5	14	25.5	
Düşünme	8	14.5	22	40.0	X^2 =31.813
Hazırlık	14	25.5	14	25.5	**p=0.000**
Hareket	23	41.8	3	5.5	
Sürdürme	7	12.7	2	3.6	

Deney ve kontrol grubundaki kadınlar son test egzersiz değişim aşamaları açısından incelendiğinde; değişim aşamaları açısından gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ($p<0.001$) (Tablo 4.4).

2. Kadınların Egzersiz Değişim Süreçleri Ölçeğine Göre İncelenmesi

Deney grubunun egzersiz değişim süreçleri ölçeği puan ortalamalarının tekrarlı ölçümlere göre karşılaştırılması Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Deney Grubunun Egzersiz Değişim Süreçleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Tekrarlı Ölçümlere Göre Karşılaştırılması

Ölçek	**Ön test**	**Ara Test**	**Son Test**	**Test ve önemlilik**
	X±**SD**	X±**SD**	X±**SD**	
Egzersiz Değişim Süreçleri	71.09±16.99	101.63±18.37	100.98±16.63	F=55.61 **P=0.000**
Deneyimsel Süreçler	37.20±7.99	46.43±6.25	48.65±6.83	F=40.65 **P=0.000**
Davranışsal Süreçler	33.89±9.63	49.30±8.27	52.32±11.04	F=56.94 **P=0.000**
Toplam	71.09±16.99	101.63±18.37	100.98±16.63	F=55.61 **P=0.000**

Tablo incelendiğinde; ölçeğin genel puan ve alt ölçek puan ortalaması ön testte düşük iken, tekrarlayan testlerle birlikte artış göstermiş ve yapılan ölçümlerden ön test ile ara test ve ön test ile son test arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.5).

3. Kadınların Egzersiz Öz-etkililik ve Egzersiz Karar Verme Dengesi Ölçeğine Göre İncelenmesi

Deney grubunun egzersiz öz-etkililik ölçeği ile karar verme dengesi ölçeğinin puan ortalamalarının yapılan tekrarlı ölçümlere göre karşılaştırılması Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Deney Grubunun Egzersiz Öz-etkililik ve Karar Verme Dengesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Tekrarlı Ölçümlere Göre Karşılaştırılması

Ölçek	**Ön test**	**Ara Test**	**Son Test**	**Test ve önemlilik**	
	X±**SD**	X±**SD**	X±**SD**		
Öz-etkililik	14.32±4.15	20.47±3.57	21.56±4.46	F=50.27	**P=0.000**
Karar Verme Dengesi	2.05±4.91	4.70±3.70	6.40±3.14	F=16.57	**P=0.000**
Yarar algısı	16.32±2.58	16.49±1.83	17.21±1.22	F= 3.21	**P=0.043**
Zarar algısı	14.27±3.23	11.78±2.72	10.81±2.84	F=20.16	**P=0.000**
Toplam	2.05±4.91	4.70±3.70	6.40±3.14	F=16.57	**P=0.000**

Tablo incelendiğinde; deney grubunun öz-etkililik ölçeği genel puan ortalamasının ön testte düşük olduğu ancak tekrarlayan testlerle birlikte artış gösterdiği ve yapılan ölçümlerden ön test ile ara test ve ön test ile son test arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

Deney grubunun egzersiz karar verme dengesi ölçeği genel puan ortalaması ile ölçeğin alt boyutlarından olan egzersiz "yarar algısı" puan ortalamaları tekrarlayan testlerle birlikte artış göstermiş ve yapılan her üç ölçüm arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçeğin alt boyutlarından egzersiz "zarar algısı" puan ortalaması tekrarlayan testlerle azalmış ve yapılan tekrarlı ölçümler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4. 6).

Kontrol grubunun ön test ve son test TTMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7'de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Kontrol Grubunun Ön Test ve Son Test TTMÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ön test	Son Test	Test ve önemlilik	
	X±**SD**	X±**SD**		
Değişim Süreçleri Ölçeği	68.03±19.96	72.00±17.26	t=4.130	**p=0.000**
Deneyimsel Süreçler	35.14±8.74	37.29±7.23	t=4.404	**p=0.000**
Davranışsal Süreçler	32.89±11.78	34.70±10.64	t=3.284	**p=0.002**
Toplam	68.03±19.96	72.00±17.26	t=4.130	**p=0.000**
Öz-Etkililik Ölçeği	13.81±4.65	13.98±4.69	t=1.641	p=0.107
Karar Verme Dengesi Ölçeği	1.25±4.76	1.10±4.92	t=0.286	p=0.776
Yarar algısı	15.36±3.29	15.20±3.55	t=1.156	p=0.253
Zarar algısı	14.10±2.97	14.09±3.36	t=0.040	p=0.968
Toplam	1.25±4.76	1.10±4.92	t=0.286	p=0.776

Tablo incelendiğinde; kontrol grubunun egzersiz değişim süreçleri ölçeği genel ve alt ölçek puan ortalamasının ön testte düşük olduğu, son testte artış gösterdiği ve yapılan istatistiksel analizlerle de ölçümler arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Kontrol grubunun egzersiz öz-etkililik ölçeği, egzersiz karar verme dengesi ölçeği genel puan ve alt ölçek puan ortalamasının ön test ve son testte değişmediği ve istatistiksel olarak da ölçümler arasında önemli bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Gruplar arasında TTMÖ son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8'de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Gruplar Arasında TTMÖ Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler ve Alt Boyutları	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test ve önemlilik	
	X ±**SD**	X ±**SD**		
Değişim Süreçleri Ölçeği	100.98±16.63	72.00±17.26	t=8.964	**p=0.000**
Deneyimsel Süreçler	48.65±6.83	37.29±7.23	t=8.467	**p=0.000**
Davranışsal Süreçler	52.32±11.04	34.70±10.64	t=8.518	**p=0.000**
Toplam	100.98±16.63	72.00±17.26	t=8.964	**p=0.000**
Öz-Etkililik Ölçeği	21.56±4.46	13.98± 4.69	t=8.679	**p=0.000**
Karar Verme Dengesi Ölçeği	6.40±3.14	1.10±4.92	t=6.717	**p=0.000**
Yarar algısı	17.21±1.22	15.20±3.55	t= 3.979	**p=0.000**
Zarar algısı	10.81±2.84	14.09±3.36	t=-5.502	**p=0.000**
Toplam	6.40±3.14	1.10±4.92	t=6.717	**p=0.000**

Tablo incelendiğinde; deney grubundaki kadınların puan ortalamalarının bütün ölçeklerde kontrol grubuna göre yüksek olduğu, istatistiksel olarak da gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür ($p<0.001$) (Tablo 4.8).

Deney grubunun son test TTMÖ puan ortalamalarının egzersiz değişim aşamalarına göre karşılaştırılması Tablo 4.9'da sunulmuştur**.**

Tablo 4.9. Deney Grubunun Son Test TTMÖ Puan Ortalamalarının Egzersiz Değişim Aşamalarına Göre Karşılaştırılması

TTMÖ	**Düşünme Öncesi**	**Düşünme**	**Hazırlık**	**Hareket**	**Sürdürme**	**Test ve önemlilik**
	Ort.± sd	**Ort.± sd**	**Ort.± sd**	**Ort.± sd**	**Ort.± sd**	
Değişim Süreçleri Ölçeği	68.66±10.26	81.00±6.78	93.07±5.88	109.78±6.36	124.57±5.56	F=78.108 **p=0.000**
Deneyimsel Süreçler	37.33±4.61	40.12±2.99	45.78±3.51	51.91±3.24	58.28±2.92	F=44.962 **p=0.000**
Davranışsal Süreçler	31.33±7.57	40.87±5.59	47.28±6.05	57.86±6.03	66.28±5.52	F=33.420 **p=0.000**
Öz -etkililik Ölçeği	14.66±2.30	16.37±2.32	19.64±3.56	23.95±2.51	26.42±1.61	F=23.991 **p=0.000**
Karar Verme Dengesi Ölçeği	4.00±2.00	4.12±2.94	5.14±4.05	7.86±2.07	7.71±1.60	F=4.539 **p=0.003**
Yarar algısı	17.66±1.52	16.62±0.91	16.92±1.20	17.34±1.22	17.85±1.34	F=1.332 p=0.271
Zarar algısı	13.66±0.57	12.50±3.16	11.78±3.88	9.47±1.64	10.14±1.06	F=3.918 **p=0.008**
Sayı	3	8	14	23	7	

Tablo incelendiğinde; deney grubunun son test ölçümlerinde; TTM ölçeklerinin genelinin puan ortalamaları, egzersiz değişim aşamaları ilerledikçe artış gösterirken, egzersiz karar verme dengesi ölçeğinin "yarar algısı" alt boyutunda puan ortalaması değişmemiştir ($p>0.05$).

4. Kadınların Adım Sayısı ve BKİ Değerlerine Göre İncelenmesi

Gruplar arasında ön test ve son test ölçümlerine göre günlük ortalama adım sayılarının ve BKİ değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.10'da sunulmuştur.

Tablo 4.10. Gruplar Arasında Ön Test ve Son Test Ölçümlerine Göre Günlük Ortalama Adım Sayılarının ve BKİ Değerlerinin Karşılaştırılması

	Ölçümler	**Deney Grubu**	**Kontrol Grubu**	**Test ve önemlilik**	
Adım	Ön test	8153.81±1790.87	8029.63±1179.51	t= 0.429	p=0.668
Sayıları	Son test	12552.90±3731.50	8190.72±1154.81	t= 8.282	**p=0.000**
BKİ	Ön test	27.63±1.62	27.93±1.52	t= 0.997	p=0.321
	Son test	26.00±1.80	27.92±1.51	t= 6.028	**p=0.000**

Tablo incelendiğinde; ön testte deney ve kontrol grubundaki kadınların günlük ortalama adım sayıları benzerlik göstermiş, istatistiksel olarak da günlük ortalama adım sayıları bakımından gruplar arasında önemli bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Son testte ise günlük ortalama adım sayıları deney grubunda artış göstermiş, istatistiksel olarak da günlük ortalama adım sayıları bakımından gruplar arasında deney grubu lehine önemli bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.10).

Ön testte deney ve kontrol grubundaki kadınların BKİ değerleri benzerlik göstermiş, istatistiksel olarak da BKİ bakımından gruplar arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Son testte ise BKİ değerleri deney grubunda azalmış, istatistiksel olarak da BKİ bakımından gruplar arasında deney grubu lehine önemli bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.10).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde; fazla kilolu kadınlara Transteoretik Model'e göre verilen eğitim ve izlemin egzersiz davranışı kazandırmaya etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınlara; TTM'nin egzersiz değişim aşamaları, egzersiz değişim süreçleri ölçeği, egzersiz öz-etkililik ölçeği ve egzersiz karar verme dengesi ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca kadınların günlük adım sayıları ve BKİ değerleri hesaplanmıştır. Elde edilen bulgular söz konusu başlıklara göre beş bölümde incelenmiştir.

1. Kadınların Egzersiz Değişim Aşamaları

TTM, bireylerin davranışlarını değiştirmek için çeşitli aşamalardan geçtiklerini savunmaktadır.[61] Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki kadınların ön test ve son test ölçümlerinde içinde bulundukları egzersiz değişim aşamaları incelendiğinde; ön test ölçümlerinde kadınlardan yüzde 23.6'sının düşünme öncesi aşamada, yüzde 41.8'inin düşünme aşamasında olduğu son test ölçümlerinde ise düşünme öncesindeki kadın oranının 5.5'e, düşünme aşamasındaki kadın oranının yüzde 14.5'e düştüğü görülmüştür. Ön test ölçümünde yüzde 7.3'ü hareket, yüzde 1.8'i sürdürme aşamasında olan kadınların oranı artmış, son testte kadınların yüzde 41.8'i hareket ve yüzde 12.7'si sürdürme aşamasına geçmiştir. Deney grubundaki kadınların son testte, hareket (%41.8) ve sürdürme (%12.7) aşaması oranlarının toplamı yüzde 54.5'dir. Bu durum deney grubundaki 55 kadından 30'unun (%54.5) önerilen düzeyde egzersiz yapar hale geldiğini göstermektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların ön test ölçümlerinde daha önce düzenli egzersiz yapma durumları sorgulandığında; hem deney hem de kontrol grubundaki kadınlardan yaklaşık yüzde 90'ı daha önce düzenli egzersiz yapmadıklarını ifade etmiştir. Kadınların ön test ölçümlerinde hem deney hem de

kontrol grubunun yüzde 9.1'inin hareket ve sürdürme aşamalarında, yüzde 90.9'unun hareket öncesi aşamalarda olması bu bulguyu desteklemektedir.

Ön test ve son test karşılaştırmasında kadınların yüzde 76.3'ünün ilerleme yönünde değişim gösterdiği, yüzde 23.7'sinde ise aşama değişiminin olmadığı saptanmıştır. Deney grubunun ön test ve son test ölçümlerinde egzersiz değişim aşamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.2). Kontrol grubunun ön test ile son test ölçümlerinde egzersiz değişim aşamaları açısından istatistiksel olarak bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Ay ve Temel[31] egzersize uyumda TTM'ye göre yürüttükleri çalışmada; ön test ölçümlerinde düşünme öncesi aşamasında olanların oranı yüzde 22.6, düşünme aşamasında olanların oranı yüzde 30.2 iken; son test ölçümlerinde, düşünme öncesi aşamasında olanların oranı yüzde 5.7, düşünme aşamasında olanların oranı yüzde 11.3'e düşmüştür. Bireylerin ön test ölçümlerinde yüzde 26.4'ü hazırlık aşamasında iken; son izlemde bu oran artarak yüzde 30.2 olmuştur. Ön test ölçümlerinde yüzde 11.3'ü harekete geçme ve yüzde 9.4'ü sürdürme aşamasında olan bireylerin oranı artmış, son izlemde hareket yüzde 35.8 ve sürdürme yüzde 17'ye çıkarak hareketli (hareket ve sürdürme aşamasında) olanların toplam oranı yüzde 52.8 olmuştur.

Tümer'in çalışmasında[68] bir iş yerindeki bireylerin ön test ve son test değişim aşamaları incelendiğinde; deney grubundaki bireylerin ön testte yüzde 26.8'inin düşünme öncesi, yüzde 41.5'inin düşünme aşamasında olduğu, bu oranların son testte sırası ile yüzde 2.4 ve yüzde 7.3 olduğu, ön testte hazırlık aşamasındakilerin oranı yüzde 19.5 olduğu son testte de değişmediği bulunmuştur. Ön testte hareket aşamasında hiç birey olmadığı, sürdürme aşamasında olanların oranının ise yüzde 12.2 olduğu, son testte yüzde 58.5'inin hareket ve yüzde 12.2'sinin sürdürme aşamasında olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada ön testte hareketli (hareket ve sürdürme aşamasında)

olanların oranı yüzde 12.2 iken son testte yüzde 70.7' ye yükselmiştir. Deney grubunda son testte, değişim aşamasında ilerleme gösterenlerin oranı yüzde 82.9, aşama değişimi olmayanların oranı ise yüzde 17.1'dir.

Woods ve ark.'nın[32] üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; son testte (6.ayda) bireylerin yüzde 11.5'inin düşünme öncesi, yüzde 14'ünün düşünme, yüzde 30'unun hazırlık, yüzde 33'ünün harekete geçme ve yüzde 11.5'inin sürdürme aşamasında olduğu, son testte deney grubunun değişim aşamalarında yüzde 80 oranında ilerleme kaydedildiği bildirilmiştir. Bu araştırmada bulunan değişim aşamalarında ilerleme, Woods ve ark'nın[32] bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Kirk ve ark.[33] diyabetli yetişkin bireylerde fiziksel aktiviteyi artırmak için yaptıkları çalışmada, egzersiz danışmanlığı alan deney grubundaki bireylerin yüzde 83'ünün değişim aşamalarında ilerleme kaydettiğini, yüzde 17'sinde ise aşama değişiminin olmadığını bildirmişlerdir. Kirk ve ark.[73] yaptığı başka bir çalışmada; deney grubundaki bireylerin ön testte yüzde 60'ının düşünme öncesi ve düşünme aşamasında olduğunu, bu oranın son testte yüzde 8'e düştüğünü, ön testte yüzde 40'ının hazırlık aşamasında iken bu oranın son testte yüzde 31'e düştüğünü, ön testte harekete geçme ve sürdürme aşamasında olan birey yok iken, son izlemde bireylerin yüzde 19'unun harekete geçme, yüzde 42'sinin sürdürme aşamasında olduğunu saptamışlardır. Kirk ve ark.[74] yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada, TTM'ye göre yapılandırılmış egzersiz danışmanlığı alan deney grubunun yüzde 82 oranında, egzersiz değişim aşamalarında ilerleme kaydettiklerini saptamışlardır. Woods ve ark.'nın[32] sedanter üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları randomize kontrollü çalışmalarında TTM'ye göre ve aktif yaşam mesajına temellenen eğitim girişiminin, hareketsiz genç

yetişkinlerin egzersiz değişim aşamalarını ilerletmek için etkili bir yöntem olduğu bildirilmiştir.

Değişik gruplar üzerinde TTM'ye göre verilen eğitimlerin egzersiz değişim aşamalarında ilerleme sağladığı belirtilmektedir. Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre ön testte hareketli olanların oranı yüzde 9 iken son testte yüzde 54.5'e yükselmiş ve kadınların yüzde 76.3'ü ilerleme yönünde değişim göstermiş, yüzde 23.7'sinde ise aşama değişimi olmamıştır. Bu araştırmadan elde edilen sonuç diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bireylerin egzersiz değişim aşamalarında ilerlemelerinde TTM'ye göre verilen eğitimin etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Bu araştırma sonucu **"TTM'ye göre verilen eğitim ve izlem, kadınların egzersiz yapma davranışlarının değişim aşamalarında ilerleme sağlar"** hipotezini doğrulamaktadır.

2. Kadınların Egzersiz Değişim Süreçleri

TTM'ye göre bireyler, değişim aşamaları arasında ilerlerken bilişsel ve davranışsal bazı süreçlerden geçmektedir.[61] Deney grubundaki kadınların egzersiz değişim süreçleri ölçeği genel puan ortalamaları incelendiğinde; ön testte egzersiz değişim süreçleri ölçeği genel puan ortalaması (71.09±16.99), son testte (100.98±16.63) artmış, bu artış ölçeğin alt boyutları olan deneyimsel süreçler ve davranışsal süreçler için de saptanmıştır. Deney grubunun egzersiz değişim süreçleri ölçeği genel puan ortalamasında yapılan ölçümlerden ön test ile ara test ve ön test ile son test arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.5).

Deney ve kontrol grubunun ön test ölçümlerinde egzersiz değişim süreçleri ölçeği genel ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamış ($p>0.05$) (Tablo 4.1), son test ölçümlerinde ise puan ortalamaları arasındaki fark deney grubu lehine önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.8). Kontrol

grubunun ön test ve son test ölçümlerinde egzersiz değişim süreçleri ölçeği genel ve alt ölçek puan ortalamaları arasında fark önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.7). Bu puan artışının kontrol grubuna uygulanan anketler sırasında konuya duyarlı hale gelmelerinden ve grupların etkileşiminden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ay ve Temel'in çalışmasında[31] son testte deney grubundaki bireylerin egzersiz değişim süreçleri genel puan ortalamasının ön teste göre artış gösterdiği belirtilmiştir. Dallow ve Anderson[34] sedanter obez kadınlar üzerinde TTM'ye göre yürüttükleri randomize kontrollü çalışmada; deney grubunda 24 haftalık fiziksel aktivite girişiminden sonra değişim süreçlerinde pozitif yönde ilerleme saptamıştır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Deney grubunun son test egzersiz değişim süreçleri puan ortalamasının, kontrol grubuna göre artmış olmasında, fazla kilolu kadınlara egzersiz davranışı kazandırmaya yönelik verilen eğitim ve izlemin etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırma sonucu **"TTM'ye göre verilen eğitim ve izlem, kadınların egzersiz değişim süreci puan ortalamalarını arttırır"** hipotezini doğrulamaktadır.

3. Kadınların Egzersiz Öz-etkililikleri

Öz-etkililik bireyin belli bir davranışı başarı ile yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı ve inancı olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin öz-etkililik düzeyleri harekete geçme motivasyonları üzerinde etkili olmaktadır.[67] Deney grubundaki kadınların egzersiz öz-etkililik ölçeği genel puan ortalamaları incelendiğinde; son testte egzersiz öz-etkililik ölçeği genel puan ortalamalarının ön teste göre artış gösterdiği saptanmıştır (ön test 14.32±4.15, son test 21.56±4.46). Deney grubunun egzersiz öz-etkililik ölçeği puan ortalamalarının ön test ile ara test ve ön test ile son test ölçümleri arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.6). Kontrol grubunun ön test ve

son test ölçümlerinde egzersiz öz-etkililik ölçeği genel puan ortalamaları arasında fark önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Deney ve kontrol grubunun ön test ölçümlerinde egzersiz öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında fark bulunmamış ($p>0.05$) (Tablo 4.1), son test ölçümlerinde ise puan ortalamaları arasındaki fark deney grubu lehine önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.8). Deney grubunun son test ölçümlerinde öz-etkililik puanları, düşünme öncesi aşamadan sürdürme aşamasına doğru ilerledikçe artmıştır (Tablo 4.9)

Kim'in[75] çalışmasında düşünme öncesi aşamadan sürdürme aşamasına doğru ilerledikçe öz-etkililik algısının arttığı bulunmuştur. Sarkin ve ark'nın[76] çalışmasında fazla kilolu ve obez bireylerin, düşünme öncesi aşamadan sürdürme aşamasına doğru ilerledikçe öz-etkililik algısının arttığı bulunmuştur. Robinson ve ark.'nın[77] çalışmasında düşünme öncesi aşamadan sürdürmeye doğru gidildikçe öz-etkililik algısının arttığı bulunmuştur. Kirk ve ark.'nın[35] çalışmasında, düşünme öncesi aşamadan sürdürmeye doğru gidildikçe öz-etkililik algısının arttığı bulunmuştur. Ay ve Temel'in[31] çalışmasında, bireylerin ön test ile son test öz-etkililik puan ortalamaları arasında önemli bir fark olduğu ve bireyler aşama kaydettikçe öz-etkililik puanlarının doğrusal olarak arttığı bulunmuştur. Dallow ve Anderson'nın[34] çalışmasında deney grubunda 24 haftalık fiziksel aktivite girişiminden sonra öz-etkililik puanlarının arttığı bulunmuştur.

TTM'nin kaynak alınarak yapıldığı bu araştırmaların sonucunda, değişim aşamaları ile öz-etkililik arasında yüksek oranda ilişki olduğu saptanmıştır.[31,34,75-77] Literatürde egzersiz davranışı değişiminde, düşünme öncesi aşamadaki bireylerin öz-etkililiklerinin düşük olduğu, değişimin daha ileri aşamalarında olan bireylerde ise öz-etkililiğin doğrusal olarak arttığı belirtilmiştir.[78] Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, hem araştırma sonuçları ile hem de literatür bilgisiyle benzerlik göstermektedir.

Deney grubunun son test egzersiz öz-etkililik ölçeği puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre artmış olmasında, fazla kilolu kadınlara egzersiz davranışı kazandırmaya yönelik verilen eğitim ve izlemin etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırma sonucu **"TTM'ye göre verilen eğitim ve izlem, kadınların egzersiz öz-etkililik puan ortalamalarını arttırır**" hipotezini doğrulamaktadır.

4. Kadınların Egzersiz Karar Verme Dengesi

Karar verme dengesi, bireyde davranış değişiminin getireceği yararlar ve zararlar konusunda bireysel düşüncelerin geliştiği karar verme sürecidir. Egzersiz davranışı için karar vermede bilişsel ve motivasyonel faktörleri ortaya koymaktadır.[61] Deney grubundaki kadınların egzersiz karar verme dengesi ölçeği genel puan ortalamaları incelendiğinde; son testte egzersiz karar verme dengesi ölçeği genel puan ortalamasının ön teste göre artış gösterdiği saptanmıştır (ön test 2.05±4.91, son test 6.40±3.14) (Tablo 4.6). Son testte **"**yarar algısı" puan ortalaması ön teste göre artarken (ön testte 16.32±2.58, son testte 17.21±1.22), "zarar algısı" puan ortalaması ön teste göre azalmıştır (ön testte 14.27±3.23, son testte 10.81±2.84). Deney grubunun egzersiz karar verme dengesi ölçeği genel puan ortalaması; tekrarlayan testlerle birlikte artış göstermiş ve yapılan tekrarlı ölçümler arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.6). Kontrol grubunun ön test ve son test ölçümlerinde egzersiz karar verme dengesi ölçeği genel ve alt ölçek puan ortalamaları arasında fark önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Bu bulgular girişim sonrası deney grubunun davranış değişiminin getireceği yararlar ve zararlar konusunda bireysel düşüncelerinin egzersiz davranışını kazanma yönündeki kararlarında etkili olduğunu göstermiştir.

Deney grubunun son test ölçümlerinde egzersiz karar verme dengesi ölçek genel puan ortalamaları, düşünme öncesi aşamadan sürdürme aşamasına doğru ilerledikçe

artmıştır. Düşünme öncesi aşamadan sürdürme aşamasına doğru ilerledikçe zarar algısı puanları azalmış, yarar algısı puanları ise değişmemiştir (Tablo 4.9).

Sarkin ve ark'nın[76] çalışmasında, düşünme öncesi aşamadan düşünme ve hazırlık aşamasına doğru ilerledikçe bireylerin yarar algısı puanları artarken, zarar algısı puanlarının azaldığı bulunmuştur. Ay ve Temel'in[31] çalışmasında, bireyler aşama kaydettikçe yarar algısının arttığı, zarar algısının azaldığı bulunmuştur. Herrick ve ark.'nın[79] çalışmasına göre düşünme öncesi aşamada bireylerin zarar algısı, harekete geçme ve sürdürme aşamasında olanlarınkinden daha yüksektir. Harekete geçme ve sürdürme aşamasında olanların yarar algısı, düşünme öncesi aşamada olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Robinson ve ark.'nın[77] çalışmasında düşünme öncesi aşamadan düşünmeye doğru ilerledikçe yarar algısı puanları artmakta, zarar algısı puanları azalmaktadır. Marcus ve ark.'nın[69] çalışmasında, değişim aşamaları ile karar verme ölçeğinin yarar ve zarar algısı alt boyutları arasındaki ilişkinin önemli olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmadan elde edilen karar verme dengesi ve zarar algısı alt boyutu ile ilgili sonuçlar diğer çalışma sonuçlarıyla genel olarak benzerlik göstermektedir.

Deney grubunun son test ölçümlerinde; düşünme öncesi aşamadan sürdürme aşamasına doğru ilerledikçe, karar verme dengesi puanları artmış, zarar algısı puanları azalmış, yarar algısı puanları ise değişmemiştir. Bu durum eğitim ve izlem yapılan fazla kilolu kadınların aslında değişimin tüm aşamalarında egzersizin kendilerine sağlayacağı yararların bilincinde olduklarını; aşamalar arasında ilerleme oldukça egzersiz yapmamanın zararlarının ise farkına vardıklarını göstermektedir.

Deney grubunda egzersiz karar verme dengesi puanlarında kontrol grubuna göre ilerleme olmasında, fazla kilolu kadınlara egzersiz davranışı kazandırmaya yönelik verilen eğitim ve izlemin etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırma sonucu **"TTM'ye göre verilen eğitim ve izlem, kadınların egzersiz karar verme dengesi puan ortalamalarını arttırır"** hipotezini doğrulamaktadır.

5- Kadınların Adım Sayısı ve BKİ Değerleri

Bu araştırma, ülkemizde fazla kilolu kadınlara TTM'ye göre yapılandırılarak verilen eğitim ve izlemin egzersiz davranışı kazandırmaya etkisini belirlemeye yönelik pedometre gibi bir objektif ölçüm aracının kullanıldığı ilk çalışma özelliğini taşımaktadır.

Deney grubunun son testte günlük ortalama adım sayıları, ön testte göre artış göstermiştir (ön test 8153.81±1790.87, son testte 12552.90±3731.50). Deney ve kontrol grubunun ön test ölçümlerine göre günlük ortalama adım sayıları arasında bir fark olmadığı ($p>0.05$), son test ölçümlerinde ise gruplar arasındaki farkın deney grubu lehine önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.10).

Kirk ve ark.[73] çalışmasında diyabet hastalarının fiziksel aktivite düzeyini yedi günlük fiziksel aktivite kayıt formu ve akselerometre kullanarak ön test ve son test olmak üzere iki kez incelemişlerdir. Girişim sonrası deney grubunun son testte haftalık toplam aktivitesinin kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kim ve ark.'nın[80] çalışmasında; deney grubunun son testte kontrol grubuna göre fiziksel aktivite seviyelerinin arttığı belirlenmiştir. Dallow ve Anderson'ın[73] çalışmasında; deney grubunda 24 haftalık fiziksel aktivite girişiminden sonra, günlük enerji harcamasının arttığı ve TTM'ye dayalı girişimlerin obez kadınların fiziksel aktivitesini arttırmada geleneksel egzersiz programlarına göre daha etkili olduğu bulunmuştur. Dishman ve ark.[81] meta-analiz çalışmasında; fiziksel aktivite girişimi ile yapılan araştırmalarda uygulanan girişimlerin, deney grubu üzerinde fiziksel aktivite oranlarını yüzde 50-67 oranında arttırdığı bildirilmektedir. Vandolette ve ark.[82] çalışmasında, 3-6 ay süreli

izlemlerin yapıldığı çalışmaların fiziksel aktivite oranlarını yüzde 50 oranında arttırdığı bulunmuştur. Ay ve Temel'in[30] çalışmasında ön testte aktif olanların oranı yüzde 21 iken son testte yüzde 52.8'e yükselmiştir. Tümer'in çalışmasında[68] ön testte aktif olanların oranı yüzde 12.2 iken son testte yüzde 70.7'ye yükselmiştir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar diğer çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Bu araştırma sonucunda ön testte hareketli olanların oranı yüzde 9 iken, son testte yüzde 54.5'e yükselmiştir. Elde edilen bu bulgu deney grubundaki 55 kişiden 30'unun (%54.5) hareketli olarak egzersiz yapar hale geldiğini göstermektedir. Son test ölçümlerindeki günlük ortalama adım sayısının deney grubunda daha yüksek olması da bu bulguyu desteklemekte ve yapılan eğitim ve izlemin etkili olduğunu göstermektedir.

Deney grubunun son testte BKİ değerleri, ön testte göre azalmıştır (ön test 27.63±1.62, son testte 26.00±1.80). Deney ve kontrol grubunun ön test ölçümlerine göre BKİ değerleri arasında bir fark olmadığı ($p>0.05$), son test ölçümlerinde ise gruplar arasındaki farkın deney grubu lehine önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.10). Tuah ve ark.[83] fazla kilolu ve obez bireylere TTM'ye dayalı fiziksel aktivite ve diyet yaparak kilo verdirmeye dayalı çalışmasında; TTM'ye dayalı girişimlerin bu gruplarda en az 2 kiloluk bir ağırlık kaybı sağladığını bildirmiştir.

Bu araştırmadan elde edilen sonuç; eğitim ve izlem sonrası, egzersiz değişim aşamalarında ilerlemeye bağlı olarak günlük ortalama adım sayılarının arttığını, fazla kilolu kadınların daha hareketli bir yaşama başlayarak obeziteden korunma davranışına girdiklerini objektif olarak göstermektedir.

Bu araştırma sonucu **"TTM'ye göre verilen eğitim ve izlem, kadınların egzersiz yapma davranışlarını arttırır"** hipotezini doğrulamaktadır.

Davranış değişiminde TTM, bütünleştirici ve kapsamlı bir davranış değişim modeli olarak kabul edilmektedir. TTM değişimi; değişim aşamaları, değişim süreçleri,

karar verme dengesi ve öz-etkililiğin oluşturduğu bir yapı ile açıklayarak problem çözme stratejilerini ortaya koymaktadır. Bu model, bireylerin isteyerek davranış değişikliklerini gerçekleştirmesine yardım etmekte ve değişim sürecini anlaması üzerine odaklanmaktadır.[61]

Araştırmadan elde edilen sonuçlar TTM ile uyumlu olup literatür bulgularını desteklemektedir. Fazla kilolu kadınlara egzersiz davranışı kazandırmada elde edilen sonuçların, TTM'ye göre yapılandırılarak verilen eğitim ve izlemden kaynaklandığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Fazla kilolu kadınlara Transteoretik Model'e göre verilen eğitim ve izlemin egzersiz davranışı kazandırmaya etkisinin incelenmesi amacı ile yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- TTM'ye göre verilen eğitim ve izlem, kadınların egzersiz yapma davranışlarının değişim aşamalarında ilerleme sağlamıştır.
- TTM'ye göre verilen eğitim ve izlem, kadınların egzersiz değişim süreci puan ortalamalarını arttırmıştır.
- TTM'ye göre verilen eğitim ve izlem, kadınların egzersiz öz-etkililik puan ortalamalarını arttırmıştır.
- TTM'ye göre verilen eğitim ve izlem, kadınların egzersiz karar verme dengesi puan ortalamalarını arttırmıştır.
- TTM'ye göre verilen eğitim ve izlem, kadınların egzersiz yapma davranışlarını arttırmıştır.

Bu hipotez sonuçları; fazla kilolu kadınlara Transteoretik Model'e göre yapılandırılarak verilen eğitim ve izlemin egzersiz davranışı kazandırmada etkili bir model olduğunu göstermiştir. Ayrıca günlük ortalama adım sayılarında artma, BKİ değerlerinde azalma ve deney grubundaki kadınların aktif olarak egzersiz yapmaya başlaması yapılan eğitim ve izlemin etkili olduğunu objektif olarak desteklemektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Fazla kilo ve ardından gelen obeziteyi önlemek amacıyla, bu gruba birinci basamakta ASM'de çalışan hemşireler tarafından TTM'ye göre bireysel ya da grup eğitimlerinin verilmesi,

- Bireylere egzersiz davranışı kazandırmada eğitimlerin TTM'ye göre yapılandırılarak verilmesi araştırmanın etkinliğini arttıracağından farklı gruplarda TTM'ye göre çalışmaların yapılması,
- Bu konuda yürütülecek çalışmalarda araştırmacıların davranış değişikliği girişimlerinin etkilerini daha uzun dönem izlemeleri (12-24 ay) ve davranışların yaşam biçimine dönüşüp dönüşmediğini test etmeleri, önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Obesity and Overweight Fact Sheet No: 311, Geneva, WHO. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/. 1 Şubat 2011.

2. Akbulut G, Özmen M ve Besler T. Çağın hastalığı obezite. *TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi*. 2007, Mart: 2-15.

3. World Health Organization, Overweight: Situation and trends http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/ . 1 Şubat 2011.

4. Özarmağan S, Bozbora A. Obezitenin Tanımı ve Temel Bilgiler. İçinde: Orhan Y, Bozbora A.(Editörler), *Obezite Medikal ve Cerrahi Tedavi.* 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2008: 289-301.

5. Bağrıaçık N, Onat H, İlhan B, Tarakcı T, Ozar Z, Özyazar M, Hatemi H, Yıldız G. Obesity profile in Turkey. *International Journal of Diabetes and Metabolism*, 2009, 17: 5-8.

6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2008.

7. Satman İ, Yılmaz T, Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar İ, Tütüncü Y, Sargin M, Dinççağ N, Karşıdağ K, Kalaça S, Özcan C, King H. Population-based study of diabetes and risk characteritics in Turkey. *Diabetes Care*, 2002, 25: 1551-1556.

8. Satman İ ve TURDEP Çalışma grubu. TURDEP-II Sonuçlarının Özeti 2010 www.istanbul.edu.tr/itf/.../021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf. 3 Mayıs 2011.

9. Onat A. Türkiye'de obezitenin kardiyovasküler hastalıklara etkisi, Türk *Kardiyoloji Dergisi.* 2003, 31: 279-289

10. Kozan O, Oğuz A, Abacı A, Erol C, Ongen Z, Temizhan A, Çelik S. Prevalence of the metabolic syndrome among Turkish adults. *European Journal of Clinical Nutrition.* 2007, 61: 548-553.

11. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye'de obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA). *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi.* 2002, 11: 1-16.

12. Duval K, Marceau P, Perusse L, Lacasse Y. An overview of obesity specific quality of life in questionnaires, *Obesity Reviews.* 2006, 7: 347-360.

13. T.C. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yükü Ve Maliyet-Etkililik Projesi, Ankara, 2004.

14. Vatansev H, Çakmakçı E. The Effects of 8-week aerobıc exercıses on the blood lipid and body composıtıon of the owerweıght and obese females. *Scıence, Movement And Health.* 2010, 2.

15. Erci B. Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşam, İçinde Erci B.(editör). *Halk Sağlığı Hemşireliği*. 1. Baskı. Ankara, Göktuğ Yayıncılık, 2009: 193-200.

16. WHO, Global strategy on diet, physical activity and health, Physical Activity http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html. 1 Aralık 2011.

17. TC Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi Araştırma Raporu. Birinci baskı. 2004.

18. TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ulusal Hanehalkı Araştırması Temel Bulgular 2003. Birinci baskı, 2006.

19. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Obezite İle Mücadele ve Kontrol Programı 2010-2014. Birinci baskı. 2010: 30-32.

20. Adams J. White M. Are activity promotion ınterventions based on the transtheoretical model effective? A Critical Review. *British Journal of Sports Medicine*. 2003, 37: 106-114.

21. Erkol A, Khorshid L. Obezite; predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*. 2004, 14: 101-107.

22. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical model of behavior change. *American Journal of Health Promotion.* 1997, 12: 38-48.

23. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing*. London, The Guilford Press, 2002: 274-275, 321.

24. Shinitzky EH, Kub J. The art of motivating behavior change: the use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nursing.* 2001, 18: 178-185.

25. Marcus BH, Simkin-Silverman L, Rossi JS, Pinto BM. Longitudinal shifts in employees' stages and processes of exercise behavior change. *American Journal of Health Promotion*. 1996, 10: 177-182.

26. Greene GW, Rossi SR, Rossi JS, Velicer WF, Fava JL, Prochaska JO. Dietary applications of the stages of change model. *Journal of the American Dietetic Association*. 1999, 99: 673-8.

27. Rossi J, Blais LM, Redding CA, Weinstock MA. Behavior change for reduing sun and ultraviolet light exposure: implications for interventions. *Dermatologic Clinics.* 1995, 13: 613-622.

28. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Laforge RG, Rossi JS. Interactive versus noninteractive interventions and dose–response relationships for stage- matched

smoking cessation programs in a managed care setting. *Health Psychology*. 1999, 18: 21-28.

29. Centers for Disease Control and Prevention. Physical activity for everyone, Physical Activity and Health http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/guidelines/index.html. 3 Mart 2011.

30. Erol S, Erdoğan S. Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007, 10: 2.

31. Ay S, Temel AB. The Transtheoretical Model Of Behavioral Change to Exercise in Applying to Adult Turkısh People. *Gait Posture*. 2008, 28: 118.

32. Woods C, Mutrie N, Scontt M. Physical activity ıntervention: a transtheoretical model-based ıntervention designed to help sedantery young adults become active. *Health Education Research*. 2002, 17: 451-460.

33. Kirk A, Mutrie N, Maclntyre P, Fisher M. Increasing physical activity in people with type 2 diabetes, *Diabetes Care*. 2003, 26: 1186-1192.

34. Dallow CB, Anderson J. Using self-efficacy and a Transtheoretical Model to develop a physical activity intervention for obese women. *American Jounal of Health Promotion.* 2003, 17: 373-380.

35. Kirk A, MacMillan F, Webster N. Application of the Transtheoretical model to physical activity in older adults with Type 2 diabetes and/or cardiovascular disease. *Psychology of Sport and Exercise.* 2010, 11: 320-324.

36. Alıcı M, Pınar R. Obez hastalara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2008, 10: 32-47.

37. Savcı. S, Öztürk M, Arıkan H, İnce Dİ, Tokgözoğlu L. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. *Türk Kardiyoloji DerneğiArşivi,* 2006, 34: 166-172.

38. Vaizoglu S, Akça O, Akdağ A, Akpınar A, Omar AH, Coşkun D, Güler Ç. Genç erişkinlerde fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.*2004, 3: 63-71.

39. Arslan C, Koz M, Gür E, Mendeş B. Üniversite öğretim üyelerinin fiziksel aktivite düzeyleri ve sağlık sorunları arasındaki ilişkinin araştırılması, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2003, 17: 249-258.

40. Parmaksız H. Yetişkin Obezlerde Fiziksel Aktivite Seviyesinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2007.

41. Genç M, Eğri M, Kunçer A, Kaya M, Pehlivan E, Karaoğlu L, Güneş G. Malatya kent merkezindeki banka çalışanlarında fizik aktivite sıklığı. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2002, 9: 237-240.

42. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic 2004.

http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/20Mart 2011.

43. Dunitz M. *Obezite ve İlişkili Hastalıkların Tedavisi.* 1. Baskı.İstanbul, And Yayıncılık, 2001.

44. Baysal A. *Beslenme*. 9. Baskı. Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, 2002.

45. Kaya A. Obezite ve hipertansiyon. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism,* 2003, Supplement 2: 13-21.

46. Koyver EY. Obez, tip II diyabetli hastalarda insülin direnci ile IL-6, CRP ve fibrinojen ilişkisi. Uzmanlık tezi, Şişli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2005.

47. Pınar R. Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2002*, 6, 30-41.

48. Orhan Y. Şişmanlık. İçinde Editör: Sencer E (Ed.). *Endokrinoloji, Metabolizma ve Beslenme Hastalıkları,* 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 716-733.

49. Bertakis KD, Azari R. Obesity and use of health care services. *Obesity Research.* 2005, 13: 372-379.

50. Tekten T. Hipertansif hastalarda ilaç dışı tedavi yöntemleri. *Türk Kardiyoloji Seminerleri*. 2002, 2: 123-129.

51. Khaodhiar L, Blackburn GL. Kilo Kaybının Sağlık Yararları Ve Riskleri. In: Björntorp P. (Ed). *International Textbook of Obesity.* 1. Baskı. İstanbul, And Danışmanlık, 2002: 413-439.

52. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık 21 Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2001.

53. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı 2010-2014. 1. Baskı. 2008: 18-23.

54. Hacıalioğlu N. Öğrenme Alanları, Hemşirelikte Öğretim Öğrenme ve Eğitim. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2011.

55. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Physical Activity and Health Promotion, Health Promotion in Nursing Practice, Fifth Edition, New Jersey, Upper Saddle River, 2006: 66.

56. Damewood MB, Catalano JC. Physical activity deficit: a propesed nursing diagnosis, *Nursing Diagnosis.* 2000, 11: 24-31.

57. Marcus BH, Lewis BA. Physical activity and the stages of motivational readiness for change model. *President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest*. 2003, 4: 1-8.

58. Task Force On Community Preventive Services 2002. Recommendations to increase physical activity in communities. *American Journal of Preventive Medicine*. 22: 67-72.

59. Burbank PM, Padula CA, Nigg CR. Changing health behaviors of older adults. *Journal of Gerontological Nursing.* 2000, 26: 26-33.

60. Burbank PM, Reibe D, Padula CA, Claudio N. Exercise and older adults: changing behavior with the transtheoretical model. *Orthopedic Nursing.* 2002, 21: 51-61.

61. Transtheoretical Model, http://www.uri.edu/research/cprc/transtheoretical.htm. 10 Ocak 2011.

62. Marshall, SJ, Biddle, SJH. The transtheoretical model of behavior change: A meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Annals of Behavioral Medicine*. 2001, 23: 229-46.

63. Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, Rossi JS. Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 1992 (a), 63: 60-66.

64. Marcus BH, Rossi JS, Selby VC, Niaura RS, Abrams DB. The Stages and Processes of Exercise Adoption and Maintenance in a Worksite Sample. *Health Psychology.* 1992(b), 11: 386-385.

65. Patten S, Vollman A, Thurston W. The utility of the transtheoretical model of behavior change for HIV risk reduction in injection drug users. *Journal of the Associationof Nurses in AIDS Care.* 2000, 11: 57-66.

66. Roadways to Healthy Living: A Guide for Exercising Regularly" 2004, Pro- Change Behavior Systems. Çeviri: Ay S. *Sağlıklı Yaşamanın Yolları: "Düzenli Egzersiz Yapma Rehberi.* 1. Baskı. Manisa, Atlı Matbaacılık, 2008.

67. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Reviws of Psychology.* 2001, 52: 1-26.

68. Tümer A. Fiziksel Aktiviteyi Artırmada Değişim Aşama Temelli Bireysel Danışmanlık Girişiminin Etkililiği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2007.

69. Marcus BH, Rakowski W, Rossi JS. Assessing motivational readiness and decision-making for exercise. *Health Psychology*. 1992, 11: 257-61.

70. Chan CB, Ryan DA, Tudor-Locke C. Health benefits of a pedometer-based physical activity intervention in sedentary workers. *Preventive Medicine.* 2004, 39: 1215-1222.

71. Kahn E, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powel KE, Stone EJ, Rajab MW, Corso P. The Effectiveness of interventions to increase physical activity: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine.* 2002, 22: 73-107.

72. Marcus BH, Emmons KM, Simkin-Silverman L, Linnan LA, Taylor ER, Bock BC, Roberts MB, Rossi JS, Abrams DB. Evaluation of motivationally tailored versus self help physical activity intervention at the workplace. *American Journal Health Promotion.* 1998, 12: 246-253.

73. Kirk AF, Mutrie N, Maclntyre PD, Fisher BM. Promoting and maintaining physical activity in people with type 2 diabetes. *American Journal of Preventive Medicine.* 2004, 27: 289-296.

74. Kirk AF, Higgins LA, Hughes AR, Fisher BM, Mutrie N, Hillis S, MacIntyre PD. A randomized, controlled trial to study the effect of exercise consultation on the promotion of physical activity in people with type 2 diabetes: pilot study. *Diabetic Medicine.* 2001, 18: 877-882.

75. Kim YH. Application of the transtheoretical to identify psychlogical constructs influencing exercise behavior: Aquestoonnaire survey. *International Journal of Nursing Studies.* 2007, 44: 936-944.

76. Sarkin JA, Johnson SS, Prochaska JO, Prochaska JM. Applying the Transtheoretical Model to regular moderate exercise in an overweight population: validation of a stages of change measure. *Preventive Medicine.* 2001, 33:462-469.

77. Robinson AH, Norman GJ, Sallis JF. Calfas KJ, Rock CL, Patric K. Validating stage of change measures for physical activity and dietary behaviors for overweight women. *International Journal of Obesity*. 2008, 32: 1137-1144.

78. Prochaska JO. Marcus BH. The Transtheoretical Model. Applications to Exercise. In: Dishman RK. (ed) *Advances in Exercise Adherence.* Champaign, 1993: 161-180.

79. Herrick AB, Stone WJ, Metler MM. Stages of change, decisional balance, and selfefficacy across four health behaviors in a worksite environment. *American Journal Health Promotion.* 1997, 12: 49-56.

80. Kim CJ, Hwang AR, Yoo JS. The impact of a stage-matched intervention to promote exercise behavior in participants with type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies.* 2004, 41: 833-841.

81. Dishman RK, Buckworth J. Increasing physical activity: a quantitative synthesis. *Medicine Science in Sports Exercise.* 1996, 28: 706-715.

82. Vandelanotte C, Spathonis KM, Elizabeth BA, Eakin G, Owen N. Website-delivered physical activity ınterventions a review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine.* 2007, 33: 54-64.

83. Tuah NAA, Amiel C, Qureshi S, Car J, Kaur B, Majeed A. Transtheoretical model for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults (Review). *The Cochrane Library*. 2012, 8.

EKLER

EK-1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Lütfen aşağıdaki soruları size uygun şekilde cevaplayınız.

Adınız:…….

Soyadınız:……

Ev Adresiniz:……...

Telefon numaranız:……..

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Medeni durumunuz

1. Evli ( ) 2. Bekar ( ) 3. Dul ( )

3. Aile tipiniz?

1) Çekirdek aile ( ) 2) Geniş aile ( )

4. Eğitim durumunuz nedir?

1) İlkokul ( ) 2) Ortaokul ve dengi ( ) 3) Lise ve dengi ( ) 4) Üniversite ve üzeri ( )

5. Sosyal güvenceniz var mı?

1) Var ( ) 2) Yok ( )

6. Mesleğiniz nedir?.....

7. Gelir durumunuz nedir?

1.Gelir giderden az ( ) 2.Gelir gidere eşit ( ) 3.Gelir giderden fazla ( )

8. Boyunuz?.....**Kilonuz?**.....

9. Daha önce düzenli egzersiz yaptınız mı?

1.Evet ( ) 2.Hayır ( )

EK-2. EGZERSİZ DEĞİŞİM AŞAMASI KISA SORU FORMU

Düzenli Egzersiz: Fiziksel formu arttırmak için uygulanan herhangi bir (örneğin; tempolu yürüyüş, yavaş yavaş koşma, bisiklete binme, tenis, yüzme gibi) planlanmış fiziksel aktivitedir. Bu tür faaliyet; etkili olması için rahatsız edici olmamalı, nefes alma düzenini attıran ve ter atmanıza sebep olan bir düzeyde, haftada 3-5 kez, her bir seansta 20-60 dakika uygulanmalıdır. Bu tanıma göre aşağıdaki 5 ifade boş zamanlarınızda ne kadar egzersiz yaptığınızı değerlendirecektir.

Yukarıdaki açıklamaya göre düzenli egzersiz yapıyor musunuz? Lütfen aşağıdaki seçeneklerden sizin için uygun olan sadece bir seçeneği (rakamı) daire içine alarak cevaplayınız.

1) Evet, 6 aydan daha uzun süredir düzenli olarak egzersiz yapıyorum **(Sürdürme).**

2) Evet, egzersiz yapıyorum, ama 6 aydan daha kısa süredir egzersiz yapıyorum (**Harekete Geçme).**

3) Hayır, egzersiz yapmıyorum, ama gelecek 30 gün içinde düzenli olarak egzersiz yapmaya başlama niyetindeyim **(Hazırlık).**

4) Hayır, egzersiz yapmıyorum, ama gelecek 6 ay içinde düzenli olarak egzersiz yapmaya başlama niyetindeyim (**Düşünme)**.

5) Hayır, egzersiz yapmıyorum ve 6 ay içinde düzenli olarak egzersiz yapmaya başlama niyetinde değilim (**Düşünme Öncesi).**

EK-3. EGZERSİZ DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki deneyimler bazı insanların egzersiz alışkanlıklarına etki edebilir. Yapmakta olduğunuz veya geçmiş ayda yapmış olduğunuz buna benzer deneyimleri düşünün. Daha sonra bu olayın ne kadar sıklıkla yapıldığına ilişkin aşağıdaki ifadelerden; hiçbir zaman 1, nadiren 2, arasıra 3, sık sık 4 ile çok sık 5 seçeneklerinden, sizin için uygun olan bir tanesini daire içine alarak cevaplayınız.

	Hiçbir zamaan	**Nadiren**	**Ara sıra**	**Sık sık**	**Çok sık**
1. Daha fazla bilgi edinmek için egzersizle ilgili yazıları okurum.	1	2	3	4	5
2. Egzersizle ilgili bilgileri araştırırım	1	2	3	4	5
3. Egzersizle ilgili yeni yöntemleri araştırır bulurum.	1	2	3	4	5
4.Egzersiz yaptığında yarar görecek kişilerin, egzersiz yapmadıklarını gördüğümde üzülürüm	1	2	3	4	5
5.Egzersiz yapmadığımda, bunun sağlığıma vereceği zararlı sonuçlarından korkarım.	1	2	3	4	5
6.Sevdiğim insanların eğer egzersiz yaparlarsa daha sağlıklı olacaklarını fark ettiğimde egzersiz yapmadıkları için üzülürüm.	1	2	3	4	5
7. Düzenli egzersiz yapmazsam hastalanarak başkalarına yük olabileceğimin farkındayım. Düzenli egzersiz yaparak sağlık sistemine yük olmayacağımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
8.Düzenli egzersizin sağlık harcamalarını azaltmada etkili olabileceğini düşünüyorum	1	2	3	4	5
9.Düzenli egzersiz yaptığımda kendimi daha güvenli hissederim.	1	2	3	4	5
10.Düzenli egzersizin beni daha sağlıklı, daha mutlu insan yapacağına inanıyorum.	1	2	3	4	5
11. Egzersiz yaptığımda kendimi daha iyi hissediyorum.	1	2	3	4	5
12.Birçok insanın egzersizin kendileri için yararlı olduğunu bildiklerini fark ettim.	1	2	3	4	5
13. Daha çok insanın egzersizi hayatlarının bir parçası yaptıklarını fark ettim.	1	2	3	4	5

14.Ünlü insanların düzenli egzersiz yaptıklarını sık sık ilan ettiklerini fark ettim.	1	2	3	4	5
15. Kendimi yorgun hissetsem bile egzersiz yaparım. Çünkü daha sonra kendimi iyi hissedeceğimi bilirim.	1	2	3	4	5
16.İşten sonra istirahat edeceğime egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5
17.Yiyerek veya televizyon seyrederek rahatlamak yerine yürüyüşe çıkarım ya da egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5
18. Egzersiz yapmak istemediğimde beni egzersiz yapmaya teşvik eden bir arkadaşım var. Beni egzersiz yapmam için gayretlendirecek birisi var.	1	2	3	4	5
19.Arkadaşlarım beni egzersiz yapmaya teşvik ederler.	1	2	3	4	5
20.Düzenli egzersizin bir ödülü de kendimi daha iyi hissetmemi sağlamasıdır.	1	2	3	4	5
21.Egzersizi, vücudum için hem bir fiziksel çalışma hem de zihnimi arındıran bir zaman süreci olarak düşünüyorum.	1	2	3	4	5
22.Düzenli egzersiz yaparsam daha fazla enerji sağlayacağımı fark ettim.	1	2	3	4	5
23.Eğer yeteri kadar çabalarsam egzersiz yapmayı sürdürebileceğimi söyleyebilirim.	1	2	3	4	5
24.Egzersiz yapmak için fedakârlıklarda bulunurum.	1	2	3	4	5
25.Düzenli olarak egzersiz yapabileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
26.Fırsat bulduğumda egzersiz yapabilmem için, kullandığım giysilerimi uygun bir yerde hazır bulundururum.	1	2	3	4	5
27.Günlük programımı egzersiz zamanını planlamak için kullanırım	1	2	3	4	5
28.Her zaman temiz egzersiz kıyafetlerimin olmasını sağlarım.	1	2	3	4	5

EK-4. EGZERSİZ ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

Bu bölüm diğer koşullar uygun olmadığında, sizin egzersiz yapmak için ne kadar emin olduğunuzu gösterir. Aşağıdaki maddeleri okuyunuz ve boş zamanınızla ilişkili sizi en iyi ifade eden maddeyi, hiç emin değil iseniz 1, çok az emin iseniz 2, orta derecede emin iseniz 3, çok emin iseniz 4, tamamen emin iseniz 5 olan seçenekler arasında, sizin için uygun olan bir seçeneği daire içine alarak cevaplayınız.

	Hiç emin değilim	**Çok az eminim**	**Orta derecede eminim**	**Çok eminim**	**Tamamen eminim**
1.Çok stres altındayken de egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5
2.Zamanım olmasa da egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5
3.Yalnız başına egzersiz yapmak zorunda kalsam bile egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5
4.Egzersiz yapmak için araç, gereç, giysi vs. yoksa da egzersiz yaparım	1	2	3	4	5
5.Egzersiz yapmayan arkadaşlarımla veya ailemle zaman geçirirken de egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5
6.Yağmur veya kar yağsa bile egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5

EK-5. EGZERSİZ KARAR VERME DENGESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki maddeler bireyin boş zamanlarında egzersiz yapmak ya da yapmamak kararı ile ilgilidir. Bu maddeleri dikkatle okuyarak, sizin için ne derece önemli olduğunu belirtiniz. Hiç önemli değil ise 1, çok az önemli ise 2, orta derecede önemli ise 3, çok önemli ise 4, çok fazla önemli ise 5 olan seçeneklerinden size uygun gelen rakamı daire içine alarak cevaplayınız.

	Hiç önemli değil	**Çok az önemli**	**Orta derecede önemli**	**Çok önemli**	**Çok fazla önemli**
1. Düzenli egzersiz yaparsam ailem ve arkadaşlarım için daha fazla enerjim olur.	1	2	3	4	5
2. İnsanlar beni egzersiz yaparken görürse utanırım.	1	2	3	4	5
3. Düzenli egzersiz yaparsam daha az stresli olurum	1	2	3	4	5
4. Egzersiz yapmak arkadaşlarımla zaman geçirmemi engelliyor.	1	2	3	4	5
5. Egzersiz yapmak, günün geri kalan zamanında kendimi daha iyi hissetmemi sağlıyor.	1	2	3	4	5
6. Egzersiz kıyafetleri içinde kendimi rahatsız hissederim.	1	2	3	4	5
7. Düzenli egzersiz yaptığımda, fiziksel görünümümle ilgili olarak kendimi daha rahat hissederim.	1	2	3	4	5
8. Egzersiz hakkında öğreneceğim çok şey var.	1	2	3	4	5
9. Düzenli egzersiz yapmak, yaşama daha olumlu bakmama yardım eder.	1	2	3	4	5
10. Egzersiz yapmak önemsediğim yakınlarıma fazladan yük getiriyor.	1	2	3	4	5

EK-6. EGZERSİZ DEĞİŞİM AŞAMALARINA UYGUN HEDEF VE YAKLAŞIMLAR

Düşünme Öncesi

Hedef: Değişim gereksinimi için bireylerin farkındalığını artırmaktır.

Yapılan Eğitimin Ana Başlıkları Aşağıda Verilmiştir:

- Düzenli egzersiz yapmanın yararları
- Düzenli egzersiz yapmaya engel durumların tanımlanması
- Fazla kilonun sağlık üzerindeki etkileri
- Düzenli egzersiz yapmanın kilo vermeye etkisi
- Hareketsizliğin riskleri
- Düzenli egzersizin yaşam üzerindeki etkileri
- Bireysel imaj üzerindeki etkileri
- Hoşlanılan aktiviteleri tanımlama
- Kadınların bu konudaki davranış ve duygularını anlamak
- Örnek yaşam hikayeleri vererek bilinçlenmeyi desteklemektir.

Deney grubundaki düşünme öncesi aşamasında olan kadınlara bu konularla ilgili eğitim verildikten sonra düşünme öncesi aşaması eğitim broşürü verilmiştir.

Düşünme Aşaması

Hedef: Bireylerin değişebilme güvenini artırma ve onları motive etmektir.

Yapılan Eğitimin Ana Başlıkları Aşağıda Verilmiştir:

- Fazla kilonun sağlık üzerindeki etkileri
- Düzenli egzersiz yapmaya engeller için çözüm önerileri sunma
- Sosyal destekleri tanımlama
- Hoşlanılan aktiviteleri listeleme

- Daha aktif olmayı planlama
- Aktif olmanın sağlıklı yollarından söz etme
- Niyeti artırma
- Kararsızlığı vurgulama
- Öz-güven oluşturma
- Öz-etkililiği artırma
- Tercih edilen uygun aktiviteyi seçme
- Olumlu rol modelleri oluşturma
- Küçük adımlar için destek olmaktır.

Deney grubundaki düşünme aşamasında olan kadınlara bu konularla ilgili eğitim verildikten sonra düşünme aşaması eğitim broşürü verilmiştir.

Hazırlık Aşaması

Hedef**:** Egzersiz için bir plan hazırlamaktır.

Yapılan Eğitimin Ana Başlıkları Aşağıda Verilmiştir:

- Düzenli egzersiz yapmanın yararları
- İlgileri keşfetme
- Karar vermede yardım
- Kişiye özel egzersiz planına yardım etme
- Hedef oluşturma
- Hedef tarih belirleme
- Davranış sözleşmesidir.

Deney grubundaki hazırlık aşamasında olan kadınlara eğitim verildikten sonra hazırlık aşaması eğitim broşürü, ev içinde egzersiz yapmalarını sağlayacak egzersiz CD'si, yürüyüş programı verilmiştir.

Hareket Aşaması

Hedef: Egzersize başlama ve uygulama planını yeniden gözden geçirerek, motivasyonu koruma ve desteklemektir.

Yapılan Eğitimin Ana Başlıkları Aşağıda Verilmiştir:

- Başarıyı övme
- Yararları ve mevcut programı gözden geçirme
- Devam etmek için bir plan geliştirme
- Motivasyonu koruma
- Engelleri yok etme
- Güveni destekleme
- Sosyal desteklerin tanımlanması
- Uyaran kontrolü
- Kendini izleme
- Geri dönüşü ya da hareketsiz hale dönmeyi önlemedir.

Deney grubundaki hareket aşamasında olan kadınlara bu konularla ilgili eğitim verildikten sonra hareket aşaması eğitim broşürü verilmiştir.

Sürdürme Aşaması

Hedef**:** Geriye dönüşü, oluşabilecek hareketsizliği engellemek için çözüm bulmaktır.

Yapılan Eğitimin Ana Başlıkları Aşağıda Verilmiştir:

- Yeniden yararların üzerinde durma
- Sağlıklı kalmak ve yaralanmalardan kaçınmak için öneriler

- Hedefleri yeniden gözden geçirme
- Başarı ve başarısızlığı inceleme
- İstenen bilgiyi ve geribildirimi sağlama
- Empati yapma ve geri dönüşü önlemeyi öğretme
- Sosyal destek ve ödüllendirmedir.

Deney grubundaki sürdürme aşamasında olan kadınlara bu konularla ilgili eğitim verildikten sonra sürdürme aşaması eğitim broşürü verilmiştir.

EK-7. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Hasret YALÇINÖZ BAYSAL
Doğum tarihi	: 20.06.1983
Doğum yeri	: OSMANİYE
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C
Adres	: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/ERZURUM
Tel	: 0 442 231 1233
Faks	: 0 442 236 0984
E-mail	: h.yalcinoz@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Osmaniye İmam Hatip Lisesi (2000)
Lisans	: Atatürk Üniversitesi Erzurum Sağlık Yüksekokulu (2001-2005)
Yükseklisans	: Atatürk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (2005-2008)
Doktora	: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (2008-2013)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: İyi derecede (ÜDS 73.75 Mart 2012)
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	: THD
İLGİ ALANLARI, HOBİLER	

EK-8. RESMİ İZİN YAZISI

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : B.30.2.ATA.0.70.72.00/00-724 04.05.2011*008439
Konu : Tez Çalışması

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz doktora öğrencilerinden Hasret YALÇINÖZ'ün tez çalışması ile ilgili olarak Erzurum Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan 27/04/2011 tarih ve 11527-224 sayılı yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Ömer İrfan KÜFREVİOĞLU
Rektör Yardımcısı

Eki:1

Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi 25240 ERZURUM
Telefon: (0442) 2311601-2311343 (Büro) Faks: (0442) 2361916
e-posta:odaire@atauni.edu.tr

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
EVRAK KAYIT
Tarih : 04 MAY 2011
Sayı : 828
Dosya : Sağlık Doğ

T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B-10-4-İSM-4-25-00-09 / 11527/224
Konu : Anket izni

27 Nisan 2011

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
ERZURUM

İlgi:25.04.2011 tarih ve 7766 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi Hasret YALÇINÖZ BAYSAL'ın "Fazla Kilolu Kadınlarda Egzersiz Davranışı Kazandırmada Transteoretik Model Temelli Verilen Eğitim ve İzlemin Etkisi" konulu anket çalışmasını Şerifefendi ve Şükrüpaşa Aile Sağlığı Merkezlerinde bulunan Aile Hekimleri ile görüşülüp taraflarınca uygun görüldüğü takdirde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Serhat VANÇELİK
Vali a.
İl Sağlık Müdürü

EK-9. ETİK KURUL YAZISI

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

10 MAR 2011

Servisi : Enstitü Müdürlüğü
Sayı : B.30.2.ATA.0.Al./00/00/ 855
Konu : Etik Kurul

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız Lisansüstü öğrencilerinden Hasret YALÇINÖZ BAYSAL' ın Etik Kurul Bilimsel Araştırma ve Tez Başvuru Formları hakkında Enstitümüz Etik Kurulunun almış olduğu 28.02.2011 tarih ve "2011.1.1/5" numaralı kararları ektedir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurul Başkanı

EK: 1 Adet Karar

Dahili TLF : 0-442-231 4885-4886-4887-4891-4894-4895
HARİCİ TLF : 0 442 - 236 09 70
FAX : 0-442 - 236 09 69
E-mail:sagbilenst@atauni.edu.tr
Enstitüler Binası Kat : 1 25240 ERZURUM

"2011 .1.1/ 5 "SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 28.02.2011

1.1/5- Enstitümüz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Hasret YALÇINÖZ BAYSAL' ın **" Fazla Kilolu ve Obez Kadınlara Egzersiz Davranışı Kazandırmada Transteoritik Model Temelli Verilen Bireysel Danışmanlığın Etkinliği "** tez konusu görüşüldü;

İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile,

ADI SOYADI	GÖREVİ	İMZA
Prof.Dr.Türkan PASİNLİOĞLU	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanı	
Prof.Dr. Funda BAYINDIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof.Dr.İsmail CEYLAN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof.Dr.Mustafa ATASEVER	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
Prof.Dr. Zekeriya AKTÜRK	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
Prof.Dr.H.İnci GÜL	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
Doç.Dr.Hakan USLU	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç.Dr. Abdülkadir YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. İlhan ŞEN	Raportör	

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Servisi : Enstitü Müdürlüğü
Sayı : B.30.2.ATA.0.Al.00.00/ 1154
Konu :

20 NİS 2011

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız Doktora öğrencilerinden Hasret YALÇINÖZ BAYSAL' ın tez konu başlığının değiştirilmesine ilişkin Enstitümüz Yönetim Kurulunun almış olduğu 20.04.2011 tarih ve "2011.10.6/a" numaralı kararı ektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. İsmail CEYLAN
Enstitü Müdürü

EKİ: 1 Adet Karar

Dahili TLF : 0-442-231 4885-4886-4887-4894-4895
HARİCİ TLF : 0 442 - 236 09 70
FAX : 0-442 - 236 09 69
E-mail:sagbilenst@atauni.edu.tr
Enstitüler Binası Kat : 1 25240 ERZURUM

2011. 10. 6/a " ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI OTURUM TARİHİ: 20.04.2011

6/a- Enstitümüz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Hasret YALÇINÖZ BAYSAL'ın tez konu başlığının değiştirilmesine ilişkin Anabilim Dalı Başkanlığının 02.03.20011 tarih ve 82 sayılı yazısı görüşüldü.

Tez içeriği değişmediğinden tez konu başlığının Anabilim Dalı Başkanlığından geldiği şekli ile **(Fazla Kilo Kadınlara Egzersiz Davranışı Kazandırmada Transteoretik Model Temelli Verilen Eğitim ve İzlemin Etkisi)** olarak değiştirilmesine, kararın Anabilim Dalı Başkanlığına bildirilmesine mevcudun oy birliği ile

MÜDÜR
(İMZA)
Prof. Dr. İsmail CEYLAN

MÜDÜR YRD
(İMZA)
Doç. Dr. Bünyami ÜNAL

MÜDÜR YRD.
(İMZA)
Prof. Dr. Y.Ziya BAYINDIR

ÜYE
(İMZA)
Prof. Dr. Mustafa ATASEVER

ÜYE
(İMZA)
Doç. Dr. Ufuk ÖZGEN

ÜYE
İMZA
Doç. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Hilmi [illegible] YARBAKIR
Enstitü Sekreteri

EK-10 TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI
(Tez başlığı değişiklik önerisi olanlar için)

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı	: Hasret Yalçınöz Baysal	**Danışmanı**	: Yrd. Doç. Dr. Nazlı Hacıalioğlu
Programı (Fakülte/Y.Okul)	: Sağlık Bilimleri Fak. (Hemşirelik)	**Ortak Danışman**	: .....
Anabilim Dalı	: Halk Sağlığı Hemşireliği AD.		
Tezin Türü	: ☐ Y. Lisans ☒ Doktora		

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 10./01./2013 ve 2013.2.1/A sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, Fazla Kilo Kadınlara Egzersiz Davranışı Kazandırmada Transteoretik Model Temelli Verilen Eğitim ve İzlenin Etkisi başlıklı **~~yüksek lisans~~ / doktora tezini** incelemiş ve adayı 25./01./2013 tarihinde, saat 13⁰⁰ - 15⁰⁰ arasında tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

Sınav sonunda aday Hasret Yalçınöz BAYSAL'n **başarılı** / **~~başarısız~~** olduğuna, ancak konu ve içeriği değişmeksizin tez başlığının Fazla Kilolu Kadınlara Transteoretik Model Temelli Verilen Eğitim ve İzlenin Egzersiz Davranışı Kazandırmada Etkisi olarak düzenlenmesine ve tezinin **kabulüne** / **~~reddine~~** **oy birliği** / **~~oy çokluğu~~** ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Prof. Dr. Behice Erci	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Nazlı Hacıalioğlu	
Üye	Doç. Dr. Nadiye ÖZER	
Üye	Doç. Dr. Gülbin Tanrıverdi	
Üye	Doç. Dr. Dilek KILIÇ	