



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**GEBELİK SÜRESİNCE ALINAN KİLO İLE GEBELERİN
DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, GENEL SAĞLIK
DURUMLARI, ALIŞKANLIKLARI VE GEBELİK BİLGİLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

DR. OKAN AĞDAŞ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DOÇ.DR. ÖZGÜR ENGİNYURT
TEZ DANIŞMANI

ORDU-2019

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**GEBELİK SÜRESİNCE ALINAN KİLO İLE
GEBELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ,
GENEL SAĞLIK DURUMLARI,
ALİŞKANLIKLARI VE GEBELİK BİLGİLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

DR. OKAN AĞDAŞ

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Özgür Enginyurt

ORDU-2019

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

İmza

Okan AĞDAŞ

ONAY

**T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Eğitimi Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından **Tıpta Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20/09/2019

BAŞKAN

İmza
Doç. Dr. Özgür ENGİNYURT
Ordu Üniversitesi

ÜYE

İmza
Prof. Dr. Turan SET
Karadeniz Teknik Üniversitesi

ÜYE

İmza
Dr. Öğr. Üyesi Arzu AYRALER
Giresun Üniversitesi

ÖZET

GEBELİK SÜRESİNCE ALINAN KİLO İLE GEBELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, GENEL SAĞLIK DURUMLARI, ALIŞKANLIKLARI VE GEBELİK BİLGİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Giriş: Bu çalışmada gebelikte uygun olmayan (yetersiz ve aşırı) kilo kazanımının artan prevalansı ve sonucunda kısa ve uzun vadede anne ve bebeğinin sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmek amacıyla GKK (gebelikte kilo kazanımı) ile ilgili olabilecek faktörler üzerinde çalışıldı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada gebelikte alınan kilo ile gebelerin demografik özellikleri, genel sağlık durumları, alışkanlıkları ve gebelik bilgileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Haziran 2018 – Haziran 2019 tarihleri arasında Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde, doğum sonrasında yatmakta olan 18 yaş ve üzeri 300 kadına yüz yüze anket tekniği kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan kadınların yaş ortalaması 28.12 ± 5.69 , boy ortalaması $160 \pm 0,06$, gebelik öncesi kilo ortalaması 65.85 ± 13.71 'dir. Çalışmaya katılan kadınların gebelik öncesi ortalama BKİ (beden kitle indeksi) 25.56 ± 5.18 'dir. Kadınların gebelik sonrası kilo ortalaması 78.10 ± 13.76 olarak ölçülmüş olup gebelikte ortalama kilo kazanımının 12.76 ± 6.11 olduğu görülmüştür.

Sonuç: Çalışmada kadınların %40'ı fazla, %36'sı ideal ve %24'ü yetersiz kilo kazandı. Çalışma sonucunda gebenin yaşı, eğitim düzeyi, paritesi, diyeti, gebelik öncesi BKİ, gebelik ile ilgili bilgi düzeyi, gebelikte kazanılması gereken kilo hakkında bilgi sahibi olması, gebelikte ortaya çıkan bir hastalığının olması (gestasyonel diyabet, gestasyonel hipertansiyon, troid hastalığı, anemi vb.) durumlarının gebelikte kilo kazanımı üzerinde etkili olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, kilo kazanımı, beden kitle indeksi

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN WEIGHT GAIN DURING PREGNANCY AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS, GENERAL HEALTH STATUS, HABITS AND PREGNANCY INFORMATION OF PREGNANT WOMEN

Introduction: In this study, factors that may be related to weight gain during pregnancy in order to minimize the negative effects on the health of the mother and her baby in the short and long term as a result of the increasing prevalence of inappropriate (inadequate and excessive) weight gain during pregnancy were studied.

Materials and Methods: This study was conducted between June 2018 - June 2019 in Ordu University Training and Research Hospital Obstetrics and Gynecology Department by using face-to-face questionnaire technique for 300 women aged 18 years and older who were hospitalized after childbirth to investigate the relationship between weight gain during pregnancy and demographic characteristics, general health status, habits and pregnancy information of pregnant women.

Results: The average age of the women who participated in our study was 28.12 ± 5.69 , average height was 160 ± 0.06 , and the average weight before pregnancy was 65.85 ± 13.71 . The average body mass index of the women participating in the study before pregnancy was 25.56 ± 5.18 . The average post-pregnancy weight gain of women was 78.10 ± 13.76 and the average weight gain during pregnancy was 12.76 ± 6.11 .

Conclusion: In the study, 40% of women had much weight, 36% gained ideal weight and 24% insufficient weight. At the consequence of the study, the pregnant woman's age, education level, parity, diet, BMI before pregnancy, information about pregnancy, have information about the weight gain during pregnancy, having a disease during pregnancy (gestational diabetes, gestational hypertension, thyroid disease, anemia, etc.). were found to be effective on weight gain during pregnancy.

Keywords: Pregnancy, weight gain, body mass index

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesinden faydalandığım, meslek hayatım boyunca rol modelim olacak olan değerli hocam ve Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Özgür ENGİNYURT'a,

Tez çalışmamın istatistik aşamasında kısıtlı zamanında bana vakit ayırıp göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı Başkanımız Dr. Öğr. Üyesi Yeliz KASKO ARICI'ya,

Tez çalışmamın imla ve yazım kurallarına uygun hale gelmesinde yardımına başvurduğum değerli arkadaşım Türkçe öğretmeni Emre Fatih BATIBAY'a,

Asistanlık süremın büyük bir kısmını birlikte geçirmiş olduğum palyatif bakım merkezinin değerli hemşire ve personeline, branş rotasyonlarımda yardımlarını esirgemeyen ve eğitimime katkı sağlayan hocalarıma, asistan arkadaşlarıma ve diğer tüm klinik çalışanlarına,

Bütün tıp eğitimim boyunca yanımda olan ve her zaman yanımda olacaklarını bildiğim sevgili annem, babam ve ablalarıma,

Uzmanlık eğitimimin başlangıç tarihi ile nerdeyse aynı tarihlerde yolumun kesiştiği ve o günden beri gerek uzmanlık eğitimim gerekse bu çalışmamın sonuçlanmasında hep ve en büyük destekçim olan sevgili eşim Asiye AĞDAŞ'a ve bu zorlu süreçte hayatıma renk ve anlam katan biricik oğlum Bulut Tuğra'ya sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ BİLDİRİMİ	I
ONAY	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
TEŞEKKÜR	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar DİZİNİ	VIII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Problemi Tanıma ve Önemi.....	2
2.2. Gebelikte Yetersiz, Yeterli ve Aşırı Kilo Kazanımı.....	8
2.3. Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri ve Önemi.....	11
2.3.1. Doğum Öncesi Bakım.....	11
2.3.2. Doğum Öncesi Bakımda Tartımın Önemi.....	12
2.3.3. Bakım Hizmeti Sağlayıcıların Davranışları.....	13
2.3.4. Türkiye’de ve Dünyada Doğum Öncesi Bakım Hizmeti.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Evreni.....	16
3.2. Veri Toplama Aşaması.....	16
3.3. Kullanılan Yöntemler.....	17
3.4. Verilerin Analizi.....	17
4. BULGULAR	19
4.1. Çalışmaya Katılan Gebelerin Frekans Analizi.....	19
4.2. Çalışmaya Katılan Gebelerin BKİ Sınıfları ile GKK Arasındaki İlişki.....	29
4.3. Çalışmaya Katılan Gebelerin BKİ Sınıfları ile GKKD Arasındaki İlişki.....	30
4.4. Çalışmaya Katılan Gebelerin BKİ Sınıflarına Göre Yaş, Eğitim ve Çalışma	

Durumu ile GKKD Arasındaki İlişki	31
4.5. Gebelerin BKİ Sınıflarına Göre Aylık Gelir, Hane Halkı Sayısı ve Yaşadığı Yer ile GKKD Arasındaki İlişki.....	34
4.6. Gebelerin BKİ Sınıflarına Göre Obstetrik Özellikleri ile GKKD Arasındaki İlişki.....	36
4.7. Gebelerin BKİ Sınıflarına Göre Gebelik Özellikleri ile GKKD Arasındaki İlişki.....	38
4.8. Gebelerin BKİ Sınıflarına Göre Gebelik, GKK Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve GKK'na Verdikleri Önem ile GKKD Arasındaki İlişki.....	40
4.9. Gebelerin BKİ Sınıflarına Göre Genel Sağlık Bilgileri ile GKKD Arasındaki İlişki.....	44
4.10. Gebelerin BKİ Sınıflarına Göre Kullandıkları İlaçlar ile GKKD Arasındaki İlişki.....	49
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
7. KAYNAKLAR	66
8. EKLER.....	74
Ek 1. Gebelik Süresince Alınan Kilo ile Gebelerin Demografik Özellikleri, Genel Sağlık Durumları , Alışkanlıkları ve Gebelik Bilgileri Arasındaki İlişki Anketi...	74
Ek 2. Bilgilendirilmiş Olur Formu	78
Ek 3. Etik Kurulu Kararı	79
9. ÖZGEÇMİŞ.....	80

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. IOM 2009 kılavuzu önerileri.....	4
Tablo 2.2. Gebelik ve emzicilik döneminde beslenme modülü kilo önerisi.....	6
Tablo 2.3. Dünya sağlık örgütü BKİ sınıflandırması ve 2009 IOM önerileri.....	8
Tablo 4.1. Çalışmaya katılan gebelerin antropometrik özellikleri	19
Tablo 4.2. Çalışmaya katılan gebelerin tanıtıcı özellikleri.....	21
Tablo 4.3. Çalışmaya katılan gebelerin obstetrik özellikleri.....	23
Tablo 4.4. Çalışmaya katılan gebelerin gebelikleri ile ilgili özellikleri	25
Tablo 4.5. Çalışmaya katılan gebelerin genel sağlık bilgileri ile ilgili özellikleri	27
Tablo 4.6. Çalışmaya katılan gebelerin GKK üzerine etkili olabileceğini düşündüğü en önemli üç faktör.....	29
Tablo 4.7. Gebelikte kazanılan kilo miktarının BKİ grupları ile arasındaki ilişki	30
Tablo 4.8. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıfları ile GKKD arasındaki ilişki....	31
Tablo 4.9. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre yaş, eğitim ve çalışma durumu ile GKKD arasındaki ilişki	33
Tablo 4.10. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre aylık gelir, hane halkı sayısı ve yaşadığı yer ile GKKD arasındaki ilişki	35
Tablo 4.11. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre obstetrik özellikleri ile GKKD arasındaki ilişki.....	37
Tablo 4.12. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre gebelik özellikleri ile GKKD arasındaki ilişki.....	39
Tablo 4.13. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre gebelik bilgi düzeyi, GKK hakkındaki bilgi düzeyleri ve GKK'na verdikleri önem ile GKKD arasındaki ilişki.....	42
Tablo 4.14. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre genel sağlık bilgileri ile GKKD arasındaki ilişki.....	46

Tablo 4.15. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre kullandıkları ilaçlar ile GKKD arasındaki ilişki..... 50



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DÖBH	: Doğum Öncesi Bakım Hizmeti
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GKK	: Gebelikte Kazanılan Kilo
GKKD	: Gebelikte Kazanılan Kilo Durumu
IOM	: İnstitute Of Medicine (Tıp Enstitüsü)
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
χ^2	: Pearson Ki-kare değeri
LR χ^2	: Likelihood Ratio ki-kare değeri
CC	: Kontingensi katsayısı (Contingency Coefficient)

1. GİRİŞ

Anne adayının hamilelik sırasında sağlıklı beslenmesi gebelikte, doğumda ve doğum sonrasında anne ve bebek sağlığı üzerine ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Gebelik sırasında fizyolojik bir durum olan kilo kazanımı dikkat edilmezse anne ve bebek için morbidite ve mortalitelere neden olabilir. Gebelikte kazanılan kilo anne adaylarının sosyoekonomik durumlarına, beslenme özelliklerine, yaşam tarzlarına, antropometrik ve obstetrik özelliklerine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir.

Gebelik sürecinde hem obezite hem de malnutrisyon istenilen bir sonuç değildir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda idealin dışında kilo (yetersiz veya fazla kilo) kazanımının arttığı gözlemlenmektedir. Gestasyonel kilo kazanımının fazla veya yetersiz olmasına sebep olan faktörlerin başında gebelik öncesi BKİ gelmektedir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde özellikle obezite prevalansı her geçen gün artış göstermektedir (Dünyada Obezitenin Görülme Sıklığı, 2019). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması raporuna göre kadınların %20.9'unun obez olduğu saptanmıştır (2017 Yılı Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2018).

Gebeliğe obez olarak başlayan kadınlarda görülen fazla kilo kazanma riski bazı komplikasyonlarında (gestasyonel hipertansiyon, gestasyonel diyabet, sezaryen doğumlarda artış, makrozomik bebek, erken doğum, ölü doğum ve doğum sonrası kilo tutma vb.) beraberinde getirmiştir (Guelinckx ve ark., 2008).

Her ne kadar dünyada obezite prevalansı artmış olsa bile gebeliklerine zayıf olarak başlayan gebeler olduğu gibi, gebeliklerinde yetersiz kilo kazanan gebelerde mevcut olup bu durum da anne ve bebeği için risk (erken doğum, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği, hastanede yatış sürelerinde artış, anemi vb.) teşkil etmektedir.

Gebelik sırasında, doğumda ve sonrasında anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek istiyorsak, konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılmalı, gebelere eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmeli ayrıca klinisyenler gebelere kilo alımı ile ilgili gerekli tavsiyelerde bulunmalıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Problemi Tanıma ve Önemi

İyi yönetilmiş bir gebelik süreci anne ve bebek sağlığının önemli bir belirleyicisidir. Gebelik sırasında oluşabilecek istenmeyen durumların hem anne hem de bebek üzerine olumsuz etkileri ve bunların toplumsal sonuçlarından dolayı gebelik bütünüyle bir halk sağlığı meselesidir. Yetersiz ve aşırı kilo kazanımı sadece annenin hamilelik ve bebeğin yenidoğan dönemlerinde önemli olmayıp, aksine yaşamı boyunca anne ve bebeğin sağlığını etkilediği gerçeği giderek artan bir şekilde kabul görmektedir (Soltani ve ark., 2017). Türkiye’de 2003 yılından beri uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi öncelikli konular arasında yer almıştır. Bu çerçevede yapılan çalışmalar sonucunda anne ve bebek ölümlerinde önceki yıllara göre çok daha yüksek oranlarda azalmalar sağlanmıştır. 2002 yılında anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 64 iken 2016 yılında bu oran yüz bin canlı doğumda 14.7’ye düşmüştür. Bebek ölüm hızı ise 2002 yılında binde 31.5 iken 2016 yılında binde 7.3’e düşmüştür. Bu sonuçların alınmasında Türkiye’deki sosyoekonomik düzeyin genel olarak iyileşmesinin yanı sıra, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak güçlendirilmesinin büyük katkısı olmuştur (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018). Anne adaylarının gebelik öncesi kilosu ve gebelikte kilo kazanımı, bakım hizmetleri sırasında izlem gerektiren, yeterli danışmanlık hizmeti verilmesi gereken, takibi öncelikli konular arasındaki yerini korumakta ve yapılan son çalışmalarla dikkatleri daha fazla üzerine çekmektedir. Anne için sağlıklı bir gebelik ve gebelik sonrası dönem, doğacak bebek içinde sağlıklı bir yaşam öngörebilmek için gebelik süresince kazanılan kilo, kilo kazanımında etkili olan faktörler ve bunların gebelik öncesi, gebelik ve gebelik sonrası anne ve bebek sağlığı üzerine etkileri iyi bilinmelidir.

Gestasyonel kilo kazanımının öneminin anlaşılmasından sonra kilo kazanımına nasıl müdahale edileceği öncelikli konularından biri haline gelmiştir. Kilo kazanımına müdahale edilip edilemeyeceği birçok çalışmaya konu olmuştur. Müdahale çalışmalarında özellikle diyet ve fiziksel aktiviteye odaklanılmış, bu faktörler tek tek veya ikili kombinasyon şeklinde denenmiştir. Konu üzerine yapılan bir araştırmada

gebelere diyet ve/veya egzersiz düzenlemeleri ile müdahale girişiminde bulunmuş ve çalışma sonucunda tek başına diyet, egzersiz veya ikili kombinasyon halinde müdahale girişiminin tamamı GKK'nı ortalama olarak %20 oranında azalttığı gözlemlenmiştir. Bununla birlikte gebelik komplikasyonlarından olan preeklamsi, makrozomi ve sezeryan için fark gözlemlenmemiştir (Fealy ve ark., 2017). Sagedal ve ark. (2017), hamilelikteki diyet ve yaşam tarzı müdahalelerini değerlendiren çalışmasında, müdahale grubundaki kadınlar ile kontrol grubundaki kadınların gebelikteki ağırlık artışları karşılaştırılmıştır. Araştırmanın sonunda müdahale grubundaki kadınların, mütevazı ancak anlamlı bir şekilde 1.3 kg daha düşük ağırlık artışına sahip olduğu gösterilmiştir.

Gebelik sonuçları itibariyle anne ve bebeğini yaşamları boyunca etkilemektedir. Öyle ki, düşük doğum ağırlığı ile doğmuş bebekler erişkinliklerinde yüksek hipertansiyon riski ile karşı karşıya iken gebelik öncesi BKİ yüksek olan kadınlardan doğmuş bebeklerin ise çocukluklarında obezite riskinin daha yüksek olduğu kanıtlanmıştır (Soltani ve ark., 2017). Sağlıklı bir gebelik için sadece gebelik döneminin kontrol altına alınması ve düzenli takiplerin yapılmasının yetmediği, gebelik öncesi dönemin de aynı şekilde kontrol altında olmasının temel gereklilikler arasında olduğu ve annenin gebeliğe hazırlanması gerektiği anlaşılmıştır. Doğum öncesi bakımın önemini anlamak için yapılan çalışmalarda uygun kiloda olmayan, fazla kilolu kadınların bebeklerini başarıyla emzirilmeleri daha az olası ve bebeklerinin yoğun bakım ünitesinde takip edilme riskinin daha fazla olduğu gösterilmiş olup, düşük kilolu, fazla kilolu ve obez kadınların, BKİ normal olan kadınlara kıyasla, sağlık harcamalarına daha fazla doğum masrafı getirdikleri gösterilmiştir (Soltani ve ark., 2017).

Gebelikte kazanılan uygunsuz kilo, kısa vadede gebe ve fetus üzerindeki olumsuz sonuçların, uzun vadede doğum ve sonrasında anne ve bebekte meydana gelebilecek olası sağlık sorunlarının belirteçidir (Suliga ve ark., 2018). Gebelikte anormal kilo kazanımının gebelik boyunca ve sonrasında anne ve bebek sağlığı için artmış mortalite ve morbidite ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu sebeple son yıllarda dikkatleri üzerine çekmiş ve gebelikte odak noktası haline gelmiştir.

Kilo kazanımı fetüsün büyümesini ve gelişimini destekleyen fizyolojik bir süreçtir ve birçok bileşenden oluşur. Gebelikte ağırlık artışının yaklaşık %30'unun fetüs, amniyotik sıvı ve plasentan oluştuğu, kalan %70'inin uterus, meme dokusunun genişlemesi, artan kan hacmi, hücre dışı sıvı ve yağ depolarından kaynaklandığı öne sürülmektedir (Pitkin, 1976).

Gebelikte alınması gereken ideal kilo her gebe için farklılık göstermekte olup ideal kilodan kasıt, anne ve bebeği için sağlıklı bir gebelik, sorunsuz bir doğum ve doğum sonrası sürece uygun olan kiloyu ifade etmektedir. Dünya sağlık örgütü (DSÖ) kilo ile ilgili BKİ sınıflandırmalarını yaparken gebe olan ve olmayan kadınlar için ayrı bir sınıflandırmadan bahsetmemiştir. Gebelikte kazanılan kilonun öneminin anlaşılmasından sonra 2009 yılında Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine; IOM) gebelerin alması gereken kiloyu gebelik öncesi beden kitle indekslerine göre kategorize etmiştir. IOM 2009'a göre gebe kalınmadan önceki BKİ 18.5 kg/m² altında olan anne adayları zayıf, 18.5-24.9 kg/m² olan anne adayları normal, 25.0-29.9 kg/m² olan anne adayları fazla kilolu, 30.0 kg/m² ve üzeri olan anne adayları obez olarak kabul edilmiştir. IOM 2009'un gebelikte alınması gereken ideal kilo önerisi; gebelik öncesi dönemde BKİ'i düşük olan kadınlar için 12.5-18 kg iken normal olan kadınlar için 11.5-16 kg, fazla kilolu olanlar için 7.0-11.5 kg ve obez kadınlar için 5.0-9.0 kg'dır (Rasmussen ve ark., 2009).

Tablo 2.1. IOM 2009 kılavuzu önerileri

Gebelik Öncesi Kilo Sınıflaması	Gebelik Öncesi BKİ (kg/m ²)	Gebelikte Kazanılması Gereken İdeal Kilo (kg)
Zayıf	<18.5	12.5-18
Normal	18.5-24.9	11.5-16
Fazla Kilolu	25.0-29.9	7.0-11.5
Obez	≥30	5.0-9.0

İlk olarak 1970 yılında gebelikte kazanılan kilonun gebelik sonuçları ve bebek üzerindeki etkileri dikkate alınarak ideal gestasyonel kilo kazanımını belirlemek için IOM tarafından bir rehber hazırlanmış olup bu rehber yapılan çalışmalar ışığında 1990 ve 2009 yıllarında revize edilmiştir (Ismail ve ark., 2016). IOM 2009 rehberi halen tüm dünyada en yaygın kullanılan rehberdir. Çeşitli ırk ve etnik gruplara uygulanabilir olmakla birlikte, bu kılavuz esas olarak Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa Birliği'nde (AB) yaşayan kadınlardan elde edilmiştir. Bazı çalışmalar IOM 2009 verilerinin sınırlı bir popülasyondan elde edildiğini ve gebelik öncesi maternal antropometrik, demografik ve sosyoekonomik özelliklerin GKK üzerine olan etkileri düşünüldüğünde farklı popülasyonlarda ideal kilonun belirlenmesi için yeni araştırmaların yapılmasının önemli olduğunu vurgulamıştır (Soltani ve ark., 2017).

DSÖ yapılan çalışmalar sonucunda popülasyonlar arasındaki farklılıkların ortaya çıkması üzerine Asya popülasyonunda aşırı kilolu ve obez sınıflarını belirlemek için BKİ sınıflarının değerlerini revize etmiştir. DSÖ uzman danışmanlığı, bu konuyu Asyalıların BKİ, vücutta yağ biriktirme ve sağlık riski açısından Avrupalılardan farklı bir korelasyon gösterdiği gerekçesiyle gündeme almıştır (WHO, 2004). DSÖ'nce belirlenmiş olan BKİ tablosunun ırklara göre revize edildiği bir dönemde BKİ baz alınarak hazırlanan IOM 2009 kriterlerinin gözden geçirilmesi kaçınılmazdır. Kore popülasyonunda yapılmış olan bir araştırmada farklı ırklar için bu rehberi doğrulama çalışmalarının yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Choi ve ark., 2017).

Farklı popülasyonlar için farklı sınıflandırmaların kullanılmasını öneren kaynaklar olduğu gibi popülasyonlar arasında anlamlı farkların olmadığını söyleyen çalışmalarda mevcuttur. Komplike olmayan sağlıklı gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada Avrupa, Kuzey Amerika ve Okyanusya'daki kadınlar için farklı gebelik öncesi BKİ gruplarına özel gebelik kilo alma çizelgeleri geliştirilmiştir. Çalışmada gebelerin, gebelik öncesi BKİ grubuna göre gestasyonel kilo kazanımının kuvvetle farklı olduğu, kilo kazanımının artan BKİ gruplarında kademeli olarak daha düşük olduğu gösterilmiştir. Ayrıca tüm BKİ gruplarında gebelik boyunca kilo alımının doğrusal olmayan bir yörüngeyi izlediği ve kilo alma hızının, hamileliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde ilk trimesterden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen bir diğer sonuç gebelik kilo alımını güçlü bir şekilde etkileyebilecek kültürler, davranışlar, klinik uygulamalar ve geleneklerin çeşitliliğine rağmen,

kohortlar ve ülkeler arasındaki kilo alma modellerinde farklılıklar gözlemlenmemiştir. Bu bulgular neticesinde, hamilelikte fizyolojik olan kilo alma sürecinin Avrupa, Kuzey Amerika ve Okyanusya'daki farklı popülasyonlar arasında değişkenlik göstermediği sonucuna varılmıştır (Santos ve ark., 2018).

2008 yılında Türkiye'de Sağlık Bakanlığının hazırlanmış olduğu Gebelik ve Emziliklik Döneminde Beslenme modülünde gebeler için tavsiye edilen ideal kilo alım miktarları; yetişkin sağlıklı kadınlar için 10-14 kg, gebelik başlangıcında zayıf olan kadınlar için 14-16 kg olup hamileliğin başlangıcında şişman (fazla kilolu ve obez) olan kadınlar için ise gebelikte kazanılması gereken ideal kilo için net ifade kullanılmamış olup gebelikte fazla ağırlık kazanmalarına gerek olmadığı ve tüm gebeler için 6 kg'dan düşük kilo kazanımını yetersiz kilo kazanımı olarak belirtilmiştir. Ayrıca bu rehber de ağırlık kazancının miktarı kadar ağırlık kazanım hızının da sağlıklı bir gebelik için önemli olduğu ve hamileliğin ilk trimesterinde beklenen ağırlık kazancı sağlıklı yetişkinlerde 1-2 kg iken adölesanlarda 2-3 kg olduğu ve sonraki trimesterlerde haftalık ağırlık kazanımının 0.3-0.5 kg civarında olmasının gerektiği belirtilmektedir (Samur, 2008).

Tablo 2.2. Gebelik ve Emziliklik Döneminde Beslenme, 2008

Gebelik Öncesi Ağırlık	BKİ (kg/m ²)	Önerilen Ağırlık Kazanımı (kg)
Zayıf	<18.5	14.0-16.0
Normal	18.5-24.9	10.0-14.0
Fazla Kilolu	25.0-29.9	???
Obez	≥30.0	???

Yetersiz ve aşırı kilo kazanımı prevalansı popülasyonlar arasında değişkenlik göstermektedir (Suliga ve ark., 2018) ve bu sebepten birçok çalışma farklı popülasyonlardaki gebelerin IOM 2009 rehberi önerilerine uyumlarını incelenmiştir. Konu ile ilgili yapılan araştırmaların çoğunluğu, kadınların IOM 2009 kurallarının üzerinde kilo alması durumunun, kuralların içinde veya altında kilo alması

durumundan daha yaygın olduğunu göstermektedir. ABD’de 20 456 gebenin katılımıyla yapılan geniş katılımlı bir çalışmada, aşırı gestasyonel kilo kazanımı olan gebelerin %43 ile, kilo kazanımı sınırlarının içindeki (%37) ve altındaki (%20) gebelere kıyasla daha yaygın olduğu gözlemlenmiştir (Stotland ve ark., 2006).

İtalya’da yapılan bir çalışmada 14 000’den fazla kadından oluşan bir grupta, çalışma sonucunda kadınların %40.8’i önerilen gebelik kilo kazanımı aralığında kilo alırken %30.1’inin yetersiz ve %29.1’inin kılavuzlardan daha yüksek miktarda kilo aldığı anlaşılmıştır (Alberico ve ark., 2014). Benzer şekilde Almanya ve Polonya’da yapılan çalışmalarda, IOM 2009 kriterlerine göre Alman kadınların %37.0’sinin aşırı, %27.4’ünün yetersiz kilo kazanımı olduğu vurgulanırken (Beyerlein ve ark., 2012) Polonyalı kadınların %48.0’inin hamilelikte önerilen değerlerin üzerinde ağırlık kazandığı, %37.8’inin ideal ve %14.2’sinin önerilenden daha düşük ağırlık kazandığı görülmüştür (Wierzejska ve ark., 2011). Kilo kazanımı ile ilgili yapılan ulusal bazdaki çalışmaların sonuçlarının benzer olduğu ve gebelerin çoğunluğunun önerilen IOM 2009 sınırlarının dışında kaldığı anlaşılmaktadır.

Dünya genelinde gebelikteki kilo alımının yeterliliğini değerlendirmek için farklı kılavuzlar kullanılmaktadır. IOM önerileri 1990’dan bu yana konuyla ilgili farkındalık oluşturması, sınıflandırmalar yapması ve ideal kilodan bahsetmesi açısından önemli bir mihenk taşıdır ve revize edilmiş haliyle (IOM 2009) halen dünyada en yaygın olarak kullanılan ölçektir (Godoy ve ark., 2015). Yaygın olarak kullanılıyor olmasına rağmen; bu rehberdeki verilerin elde edilmesinde baz alınan kadınların dar bir popülasyondan seçilmiş olması, gebelik sürecine etki eden faktörlerin çokluğu, kilo kazanımı ile ilgili yapılan çalışmalardan elde edilen verilere bu faktörlerin ne kadar tesir ettiğinin tam olarak bilinmemesi ve BKİ’i ≥ 30 kg/m² olan kadınlara sınıflandırma (obezite sınıf I, sınıf II, sınıf III) yapılmadan ortak kilo önerisinde bulunulması IOM 2009’un kısıtlayıcı ölçütlerindedir.

Rasmussen ve ark. (2009), yaptığı araştırmalar sonucunda IOM 1990 önerilerine göre kilo alan hamilelerde hamilelik sonuçlarının daha iyi olduğu gösterilmiştir. Ancak araştırmaların bütünüyle gözlem sonuçlarına dayandığını ve bu nedenle iyi olarak nitelendirilen sonuçların IOM 1990 önerilerine göre ideal kilo alan kadınların demografik ve davranış özelliklerinden mi yoksa kılavuzun önerilerine uygun kilo

kazanımı olduğundan mı kaynaklandığı anlaşılamamıştır. Ayrıca gebelikte bu sınıflandırmalara uymayan kadınlarda da çok kötü sonuçlarla karşılaşılması, kilo alımı dışındaki faktörlerin de gebelik sonuçları üzerinde etkin olduğunu işaret etmektedir (Suliga ve ark., 2018).

IOM 2009 rehberinin tartışmaya açık yanlardan biri olan BKİ'i ≥ 30 kg/m² kadınlarda sorun, obezite sınıflandırması (sınıf I, sınıf II, sınıf III) yapılmadan ortak kilo önerisinde bulunulmasıdır. BKİ ≥ 30 kg/m² olan kadınlar DSÖ'nün yapmış olduğu gibi sınıflara ayrılmayıp, hepsine birden ortak kilo kazanımı aralığı önerilmiştir. Yapılan çalışmalarda bu gruptaki kadınların ortak ideal kilo sınırlarına uymakta zorlandığının aşikar olduğu gösterilmiştir (Faucher ve Barger, 2015).

Tablo 2.3. Dünya sağlık örgütü BKİ sınıflandırması ve 2009 IOM önerileri

SINIFLANDIRMA	BKI (kg/m ²)	2009 IOM lbs (kg)
ZAYIF KİLOLU	<18.5	28-40 (12.5-18)
NORMAL KİLOLU	18.5-24.9	25-35 (11.5-16)
FAZLA KİLOLU	25-29.9	15-25 (7-11.5)
OBEZ	≥ 30	11-20 (5-9)
SINIF I	30-34.9	11-20 (5-9)
SINIF II	35-39.9	11-20 (5-9)
SINIF III	≥ 40	11-20 (5-9)

2.2. Gebelikte Yetersiz, Yeterli ve Aşırı Kilo Kazanımı

Dünya sağlık örgütü BKİ 18.5 kg/m² ve altında olanları zayıf, 18,5-24.9 kg/m² arasında olanları normal, 25-29.9 kg/m² arasında olanları fazla kilolu, 30 kg/m² ve üzerinde olanları obez olarak sınıflandırmıştır. DSÖ (2018), yayınladığı raporunda obezitenin dünya genelinde 1975'ten bu yana neredeyse üç kat arttığını, 1.9 milyardan fazla yetişkinin (≥ 18 yaş) aşırı kilolu olduğunu ve bunların 650 milyondan fazlasının obez olduğunu belirtmiştir.

Kore’de kadınlar arasında aşırı kilolu olanların prevalansı fazla kilolu ve obez kategoriler birleştirildiğinde %47.8’e yükselmektedir. 1998 yılından 2001 yılına doğru gelindiğinde, obezite prevalansı Koreli kadınlar arasında %25.9’dan %29.1’e yükselmiştir. Kore Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinden elde edilen veriler 2005’ten 2013’e doğru Koreli kadınlar arasında obezite prevalansında önemli bir değişiklik olmadığı yönündedir. Ancak obezite oranının gebelik çağındaki kadınlarda yaşla birlikte hızla artması ve Koreli kadınlarda ileri yaşta hamile kalan gebe sayısındaki artış dikkate alınarak son veriler değerlendirildiğinde, gebelerde obezite riskinin yüksek olduğu görülmektedir (Choi ve ark., 2017). ABD’de yapılan bir çalışma sonucunda son on yılda, aşırı kilolu ve obez kadınların prevalansında keskin bir artış olup en büyük artışın üreme çağındaki kadınlar arasında meydana geldiği gösterilmiştir (Gunderson ve ark., 2000). Avustralya’da yapılan bir başka araştırma da yetişkin kadınların (≥ 18 yaş) % 63.0’ünün aşırı kilolu (BKI 25.0-29.9 kg/m²) veya obez (BKI ≥ 30 kg/m²) kategoride olduğu bildirilmektedir (Fealy ve ark., 2017). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) sonuçlarına göre; Türk kadınlarında son 12 yılda obezitenin %34.0 oranında arttığı anlaşılmıştır. Türkiye Sağlık Bakanlığı verilerine bakıldığında 2016’da Türk kadınlarının %23,9’unun obezite problemi yaşadığı ve %30,1’inin ise obezite öncesi dönemde olduğu anlaşılmaktadır (Can ve Şahin, 2018).

Gebeliğe fazla kilolu veya obez olarak girmek gebelik ve doğumda karşılaşılabilecek komplikasyon riskini artırırken, gebelikte aşırı kilo kazanımı da anne ve bebek sağlığı için olumsuz sonuçlara sebep olmaktadır. Yapılan bazı araştırmalar, hamileliğin başlangıcındaki anne kilosunun, anne ve çocuk sağlığı üzerindeki etkisinin hamilelik boyunca kazanılmış kilodan daha büyük bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Koletzko ve ark., 2013). Fazla kilolu ve obez kadınlar, gestasyonel diyabet, hipertansiyon, preeklampsi, astım ve venöz tromboemboli gibi gebelik komplikasyonları için yüksek risk altındadır (Mighty ve Fahey, 2007; Langford ve ark., 2011) ve bu kadınlarda sezeryen ve gebelik sonrası kilo tutma riski de yüksektir (Langford ve ark., 2011). Aynı zamanda maternal obezite ile preterm doğum, konjenital anomaliler, makrozomi ve omuz distosisi gibi olumsuz fetal sonuçlar arasında önemli bir ilişki olduğu bilinmektedir (Davies ve ark., 2010). Yapılan bazı çalışmalarda BKİ ≥ 30 kg/m² olan kadınların gebeliğe yüksek riskle başlamalarına

rağmen bu kadınların %72'sinin tüm risklere rağmen mevcut IOM 2009 tavsiyesine uymadığı ve idealin üzerinde GKK'na sahip olduğu gösterilmiştir (Faucher ve Barger, 2015).

2015 yılında on makalenin değerlendirilmesi sonucunda yapılan sistematik derlemede 4 farklı ülkeden yaklaşık 740 000 obez kadın incelenmiş ve önerilen sınırlarda kilo kazanan obez kadınlarda SGA ve LGA bebek sahibi olma sıklığı araştırılmıştır. Obezite şiddetinin SGA ve LGA oranlarını önemli derecede değiştirdiği sonucuna varılmıştır. Çalışmada obez gebeler DSÖ sınıflamasına göre sınıf I, sınıf II ve sınıf III obez olarak sınıflara ayrılmış olup gestasyonel kilo kazanımı önerilen miktar olan 5-9 kg arasında olan gebelerde, obezite şiddeti arttıkça LGA riskinin artmakta olduğu ve tam tersi olarak SGA bebek doğurma riskinin obezite şiddeti ile azalmakta olduğu gösterilmiştir. Derlemeden elde edilen bir diğer sonuç; sınıf III obezitesi olan kadınlar dışındaki obez kadınların ortalama GKK'nın, IOM 2009 önerisini aştığıdır. Derlemeden elde edilen sonuçlara göre obez kadınların %47-72'sinin 5-9 kg'ı aştığı anlaşılmıştır (Faucher ve Barger, 2015).

Sorunsuz bir gebelik ve gebelik sonrası ortaya çıkabilecek birtakım olumsuzluklardan kurtulmak için sadece gebelik öncesinde ideal kiloda olmanın yetmediği ve bu ideal durumu gebelik boyunca sürdürmek gerektiği unutulmamalıdır. Aksi takdirde aşırı veya yetersiz kilo kazanımına bağlı risklerle anne ve bebeğin yüzleşmek zorunda kaldığı birçok çalışmayla ispatlanmıştır. Gebelikte aşırı kilo kazanımından kaynaklanan fetal riskler; ölü doğum, düşük, malformasyon, makrozomi, erken bebek ölümü, daha uzun süre hastanede kalma (Baugh ve ark., 2016) ve nesiller arası obezite riskinin artmasıyla (Slvyka ve ark., 2015), aşırı gestasyonel kilo alımının maternal riskleri; gestasyonel diyabet (Hantoushzadeh ve ark., 2016), hamileliğe bağlı hipertansiyon (Baugh ve ark., 2016), sezaryen doğum/enstrümental vajinal doğum (Suliga ve ark., 2018) ve annenin hamilelikte kazandığı kiloların doğum sonrasında devam etmesidir (Moll ve ark., 2017).

Gelişmiş ülkelerde gebelikte aşırı kilo alımı ana sorun olsa da düşük ve orta gelirli ülkelerin kırsal alanlarında gebelikte yetersiz kilo alımı ön plandadır (Hasan ve ark., 2018) ve gebelik sürecinde yetersiz kilo alımının da anne ve bebek sağlığı üzerine olumsuz etkileri olmaktadır. Kuzey Carolina'da 2011-2012 yılları arasında 197 354

gebede yapılan bir çalışmada, gebelerin %20'sinin IOM 2009 rehberine göre yetersiz kilo alığı ve gebelik öncesi BKİ düşük olan anne adaylarının yetersiz kilo alımı riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Yeo ve ark., 2016). Sara limberd ve ark. (2016), yapmış olduğu çalışmada BKİ'nin her iki ucundaki kadınların yetersiz kilo almasının daha muhtemel olduğu gösterilmiştir. Gebelik öncesi BKİ'ne göre önerilenden daha az ağırlık kazanmış olan kadınlarda sezaryan olma oranı azalmışken, spontan preterm doğum ve SGA'lı bebek doğurma riski ve buna bağlı mortalite ve morbidite riski artmıştır (Drehmer ve ark., 2013; Johnson ve ark., 2013).

2.3. Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri ve Önemi

2.3.1. Doğum Öncesi Bakım

Tıp literatürüne bakılacak olunursa doğum öncesi bakımın (DÖB) aslında oldukça yeni bir tıbbi gelişme olduğu söylenebilir. DÖB, Boston'da yirminci yüzyılın başında ilk defa gündeme gelmiştir. Hamile kadınların sağlıklarına katkıda bulunabilmek amacıyla Boston Hemşire Birliği'nde çalışan hemşireler, bölgede yaşayan tüm gebelere ev ziyaretleri yapmaya başlamışlardır. Daha sonralarda hekimlerin de bu ziyaretlere katılmasıyla büyük başarılar elde edilmiş ve doğum öncesi bakım hizmeti (DÖBH) fikrinin ortaya çıkmasına yol açmışlardır (Pernoll ve ark., 1994). DÖB'ün temel amacı kadınların sağlıklı bir gebelik dönemi geçirmelerini ve sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır. Bu amaca yönelik olarak DÖBH kapsamında, anne adaylarında gebelikten önce var olan hastalıklar, riskli olabilecek gebelikler, gebelik komplikasyonu olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanısı, tedavisi ve gerekirse sevki sağlanır, fetüs intrauterin olarak izlenir, doğumun nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacağına karar verilir. Anneye gebelikte ve doğum sonrasında beslenme, öz bakım, bebek bakımı ve doğum sonrasında kullanabileceği aile planlaması yöntemleri konusunda eğitim verilir (Bertan ve Güler, 1997). Gebelikte alınan kilonun anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkilerinin daha iyi anlaşılması sonucunda bu konuya olan ilgi ve doğum öncesi bakım hizmetlerinin popülaritesi artmıştır. Bu dönem gebenin eğitimi için iyi bir fırsat olarak görülmele birlikte yalnızca gebeleri hedef alan girişimlere odaklanmak yeterli değildir aynı zamanda doğum öncesi bakım sağlayıcıların da yeterliliklerini arttırmaya yönelik girişimler olmalıdır (Piccinini-Vallis, 2017). Gebelik öncesi, gebelik ve sonrasında

sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, sağlık hizmetlerinden faydalanma ve bu hizmetlerin kalitesi, anne ve yenidoğan için mortalite ve morbiditeye neden olacak sağlık sorunlarını önlemede oldukça önemlidir (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2010). Türkiye’de DÖBH birinci basamakta aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tarafından, ikinci ve üçüncü basamakta ise kadın doğum uzmanları tarafından verilmektedir.

2.3.2. Doğum Öncesi Bakımda Tartımın Önemi

Rutin antenatal bakım randevularında tartılmak, gebelik sırasında kilo kazanımına müdahale etmek için düşük maliyetli ve uygulanması kolay bir yöntemdir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları düşük riskli kadınlar için gebelikte 7-12 defa düzenli ziyaretten oluşan doğum öncesi bakım randevuları ile sağlığın teşviki ve geliştirilmesine müdahale için önemli fırsatlar sunmaktadır. Ziyaretler ayrıca potansiyel davranış ve yaşam tarzı değişikliği için de bir fırsat penceresi olmaktadır (Phelan ve ark., 2014). Tartım ilk olarak 1940’lı yıllarda, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin ve gebelikte preeklemsinin tespitinde faydalı olduğu düşünülen, önemli bir hamilelik belirtisi olarak ortaya konulmuştur. Ancak yıllar içinde pratikte azalmış ve etkili bir tarama aracı olduğuna dair kanıt eksikliğinden ötürü, 2003 yılında İngiliz Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) tarafından olumsuz gebelik sonuçlarının işareti olarak önerilmekten vazgeçilmiştir (Allen-Walker ve ark., 2016). Gebelik sürecindeki etkinliği tam olarak anlayamayan tartım uygulaması Avustralya ve Birleşik Krallık’ta ilk doğum öncesi bakım ziyaretiyle sınırlandırılmış ve yalnızca hamilelik öncesi BKİ’ni hesaplamak amacıyla kullanılmıştır (Shanna ve ark., 2017). IOM 2009 gebelikte kilo alma rehberi sınırlarının dışına çıkan kadınlardaki sağlık risklerinin ispatlanmaya başlanması ve ideal sınırların dışına çıkılmasındaki yaygınlık, sağlık hizmeti sağlayıcılarda endişelere neden olmuş ve doğum öncesi bakım ziyaretleri sırasında tartıma geri dönülmesi önerilmiştir (Fealy ve ark., 2014). Dimperio ve ark., tartımın olumsuz gebelik sonuçları için tanısal bir araç yerine değerli bir tarama aracı olduğu ve gebelik sırasında kazanılan kiloya ideal sınırların dışına çıkılmadan müdahale edilmesine fırsatı verdiği için gebelikteki yerinin önemi üzerinde durmuşlardır (Dimperio ve ark., 1992). Düzenli tartımın rutin doğum öncesi bakım sırasında uygulanabilirliğini değerlendiren bir çalışmada, ağırlık ölçümünün bir ebeğin

zamanının ortalama 1-2 dakikasını aldığı, ölçümü yapmanın basit olduğu ve ebelerin mevcut iş yükünü önemli ölçüde etkilemediği bildirilmiştir (Daley ve ark., 2016).

2.3.3. Bakım Hizmeti Sağlayıcıların Davranışları

Doğum öncesinde bakım hizmetinin verilmesi kadar verilen hizmetin kalitesi de önemlidir. Hizmetin kalitesi, hizmet sağlayıcıların donanımı ve fiziki şartların yeterliliğine bağlıdır. Bakım hizmetinin gelişimine katkı sunmak amacıyla yapılan bir çalışma DÖBH sağlayıcıların kilo alımı, beslenme ve fiziksel aktivite konusunda gebelerle olan iletişimlerinin yetersiz olduğunu ve kadınların yaklaşık %30-50'sinin hamilelikte kilo alımı konusunda bir bakım hizmeti sağlayıcıdan tavsiye almadığını göstermiştir (Taffel ve ark., 1993). Hizmet sağlayıcıların gebelere yardımcı olacak şekilde yeterli donanımda olmaları ve sunulacak hizmetin standardize edilmesi amacıyla 2013 yılında Amerikan Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji (ACOG) bir rapor yayınlamıştır. Bu raporda DÖBH'ni sağlayıcıların yapılacak ilk ziyarette gebenin BKİ'ni belirlemelerini, uygun kilo alımı ve fiziksel aktivite konusunda danışmanlık yapmalarını önermiş, aşırı veya yetersiz kilo kazanımına bağlı uygunsuz gebelik sonuçlarını önlemek için beslenmenin önemine vurgu yapılmasını istemiştir (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013). Klinisyenlerin bu konudaki davranışlarını inceleyen çalışmalarda bazı noktalar özellikle dikkat çekmiştir. Öncelikle klinisyenler gebelikte kilo kazanımını hassas bir konu olarak gördüklerini ve bu konuyu gündeme getirerek kadınları rahatsız etmekten, kızdırmak veya utandırmaktan çekindiklerini ifade etmişlerdir (Stotland ve ark., 2005; Duthie ve ark., 2013). DÖBH ile ilgili yapılan bir çalışmada klinisyenler; nullipar, yüksek eğitime sahip, sosyoekonomik düzeyi yüksek, fazla kiloya bağlı komorbiditelerin mevcut olduğu, hastanın kültürel geçmişine dair bilgi sahibi olduğu ve hasta hekim ilişkisinin iyi olduğu durumlarda kadınlara gebelikte kilo alımı hakkında tavsiye sağlama olasılıklarının daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Ancak klinisyenlerin, ideal kilodan fazla kilo almak ile aşırı kilo almanın karıştırıldığı, zamanla ilgili sorunların olduğu ve gebelerin BKİ'ni kendi BKİ'lerinden daha yüksek olarak algıladıkları durumlarda konu hakkında konuşmaktan kaçınma eğiliminde oldukları anlaşılmıştır (Piccinini-Vallis, 2017).

2.3.4. Türkiye’de ve Dünya’da Doğum Öncesi Bakım Hizmeti

Türkiye’de DÖBH, tüm ülkeyi temsil eden ve her beş yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) ile hem nicelik hem de nitelik olarak değerlendirilmektedir. DÖBH, Sağlık Bakanlığınca 2008 yılında çıkarılan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi ile standardize edilmiştir. Rehberde her gebenin birinci takibinin ilk 14 hafta içinde yapılması ve sonrasında 18–24, 30–32 ve 36–38 haftalar arasında olmak üzere en az 4 kez izlenmesi gerektiği ve her izlemde yapılması gereken muayene, ölçüm, test ve danışmanlık hizmetleri tanımlanmıştır (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2014).

Bursa’da 2013 yılında aile hekimleri ve kadın doğum uzmanlarının verdikleri doğum öncesi bakım hizmetlerinin nitelik ve niceliğini değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi’nde belirtildiği gibi her gebenin gebelik haftasına uygun sayıda muayene edilmesi ve ilk doğum öncesi bakım hizmetinin 14 hafta içinde yapılmasına uyum şartı, her iki hekim grubu birlikte değerlendirildiğinde yeterli bulunmuştur. Ancak hekim grupları ayrı ayrı değerlendirildiğinde aile hekimlerinin vermiş olduğu DÖBH öngörülen değere yaklaşmış iken kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının vermiş olduğu bakım hizmetinin yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Diğer yandan her iki hekim grubu ayrı ayrı değerlendirildiğinde gebelere yeterli kalitede DÖBH verildiğini söylemek oldukça güçtür. Aile hekimleri daha çok ağırlık, kan basıncı ölçümü, emzirme, beslenme ve gebelikte olabilecek yakınmalar konusunda bilgilendirmeyi öncelemiş iken, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları kan, idrar tetkiki ve doğumun nerede yapılacağına planlanmasını öncelemiştir. Elde edilen verilere bakıldığında Bursa’da gebelere yeterli sayıda ancak düşük kalitede DÖBH verildiği anlaşılmış olup DÖBH veren sağlık personeline düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimler verilmesi ve doğum öncesi bakım yönetim rehberinin aktif kullanımının sağlanması gerekliliği anlaşılmıştır (Çatak ve ark., 2014).

Dünya genelindeki gebe kadınların yalnızca %70.0’i gebelikleri boyunca sağlık hizmeti sağlayıcılar tarafından izlenmektedir. DÖBH’den yararlanma sıklığı ülkelerin gelişmişlik durumlarına göre değişmektedir. Gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelerde en az bir defa bakım hizmeti alan gebe oranı %98.0 iken, az gelişmiş ülkelerde bakım

hizmeti alma oranı %65.0'dir. Bu konudaki en kötü verilere Asya ülkeleri sahiptir. Güney Asya'da kadınların yaklaşık yarısı gebelikleri sırasında bakım hizmeti alamamaktadır. Tam tersi olarak Latin Amerika/Karayipler'de hamile kadınların neredeyse tamamı DÖBH almaktadır (Sönmez, 2007).

Türkiye de yapılan benzer saha çalışmalarından olan Burdur'da yapılan çalışmaya bakıldığında gebelerin tamamı en az bir kez DÖBH almış iken, Adıyaman'da yapılan çalışmada gebelerin %1,7'sinin, İstanbul'da yapılan çalışmada ise %0,6'sının aile hekimi ve/veya kadın hastalıkları ve doğum uzmanından hiç DÖBH almadığı gösterilmiştir. 2008 yılı TNSA verilerine göre de Bursa'nın da içinde bulunduğu Doğu Marmara'da gebelerin %1,9'u DÖBH hiç yararlanmamıştır (Çatak ve ark., 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırma Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini Haziran 2018 - Haziran 2019 tarihleri arasında Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde, doğum sonrasında yatmakta olan 18 yaş üstü gönüllü kadınlar oluşturmuştur.

Bu araştırma kesitsel tipte tanımlayıcı ve ilişki çıkarıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Kesitsel tipte bir araştırma planlandığı için çalışmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlar oluşturacaktır.

3.2. Veri Toplama Aşaması

Araştırma gebelikte alınan kilo ile gebelerin demografik özellikleri, genel sağlık durumları, alışkanlıkları ve gebelik bilgileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yeni doğum yapmış ve kadın doğum servisinde yatmakta olan 300 kadına yüz yüze anket tekniği kullanılarak yapılmıştır. Verilerin toplanmasında uygulanacak olan anket formu araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır. Anket formu kadınların demografik verilerini, genel sağlık bilgilerini, alışkanlıklarını ve gebelikleriyle ilgili genel bilgilerini içermekte ve 4 bölüm 44 sorudan oluşmaktadır. Araştırma için Ordu İl Sağlık Müdürlüğünden izin alındıktan sonra Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay alınmıştır.

Anketin demografik özellikler kısmı; yaş, boy, gebelik öncesi kilo, gebelik sonrası kilo, eğitim durumu, çalışma durumu, gebelik sayısı, düşük ve/veya kürtaj öyküsü, aylık kazanç, hane halkı sayısı, birlikte yaşadıkları aile büyüğünün olup olmaması ve yaşadıkları yerden oluşturulmuşken genel sağlık bilgiler kısmı; kan grubu, kronik hastalık öyküsü, gebelikte ortaya çıkan hastalık öyküsü, birinci derece akrabalarda obez öyküsünden, alışkanlıklar kısmı; sigara ve alkol kullanım öyküsünden, gebelik bilgileri ise; doğum haftası, bebek cinsiyeti, gebeliğin planlı olup/olmaması, yardımcı üreme tekniği kullanılıp/kullanılmaması, düşük tehlikesi olup/olmaması, düzenli takiplere gidilip/gidilmemesi, folik asit, d vitamini, demir ilacı, vitamin kompleksi veya uzun süreli başka ilaç kullanma öyküsü, diyet öyküsü, egzersiz

öyküsü, gebelik bilgi durumu, bilgi edinilen kaynak ve gebelik kilo kazanımı hakkındaki bilgi durumundan oluşan 44 sorudan oluşmaktadır.

3.3. Kullanılan Yöntemler

Çalışmadan elde edilecek verilerin öncelikle frekans analizi yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin değerlendirilmesinde tek-yönlü varyans analizi (One-way ANOVA) ve Tukey çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde iki-yönlü ki-kare testi (two-way Chi-Square test) kullanılmıştır. Ki-kare testlerinde, beklenen frekanslar ≥ 5 ise Pearson ki-kare değeri (χ^2), < 5 ise Likelihood ratio ki-kare değeri ($LR\chi^2$) hesaplanmıştır. Ki-kare testi sonucunda değişkenler arasında ilişki bulunması durumunda bağımlılık (ilişki) miktarı Kontingens katsayısı (CC) ile belirlenmiştir. Hesaplamalarda ve yorumlamalarda %5 önem düzeyi (α) dikkate alınmıştır.

Tüm hesaplamalar SPSS v25 (IBM Inc., Chicago, IL, USA) istatistik paket programı ile yapılmıştır. Tüm hesaplamalarda ve yorumlamalarda istatistik önem düzeyi (α) %5 olarak dikkate alınacaktır.

3.4. Verilerin Analizi

Yeni doğum yapmış annelere yüz yüze anket uygulanması yöntemiyle demografik özellikleri, genel sağlık durumları, alışkanlıkları ve gebelik bilgileri ile ilgili sorular sorulacaktır. Çalışmaya dahil edilen hastalar gebelik başlangıcındaki BKİ bakımından düşük kilolu, normal kilolu, preobez/fazla kilolu ve obez (şişman) olmak üzere 4 gruba ayrılacaktır. Ayrıca gebelikteki kilo kazanımları bakımından yetersiz, normal ve fazla kilo kazanımı olanlar olmak üzere 3 gruba ayrılacaktır. Böylece gebelik başlangıcındaki ve gebelik sonundaki gruplar arası farklılıklar incelenecektir

Yapılacak istatistik analizlerde testlerin istenilen güç ve güvenilirlik değerlerine ulaşabilmesi için Güç Analizi (Power Analysis) yapılmış ve olması gereken en az örneklem genişliği hesaplanmıştır. G-Power 3.0.8 paket programı ile literatürde bildirilen normalin dışında kilo kazanımı olanların oranı %24 (Sangi-Haghpeykar et al., 2014) olarak dikkate alınarak yapılan power analizi sonucunda; %95 güven aralığında %80 güç ile örneklem genişliği 242 birey olarak hesaplanmıştır. İstatistik

testlerin güç ve güvenilirliğinin artırılması amacıyla toplam örneklem genişliği 300 hasta olacak şekilde belirlenmiştir.

Hastalardan anket aracılığıyla toplanan verilerin analizi Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Ana Bilim Dalı iş birliğiyle yapılmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Çalışmaya Katılan Gebelerin Frekans Analizi

Çalışmaya katılan gebelerin antropometrik özellikleri ile ilgili frekans dağılımları tablo 4.1’de verilmiş olup çalışmaya Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Bölümünde doğum yapmış ve anket sırasında serviste yatan 300 kadın dahil edilmiştir. Çalışmamıza katılan kadınların en küçüğü 18 yaşındayken en büyüğü 41 yaşında olup yaş ortalaması 28.12 ± 5.69 ’dur. Kadınların boy ölçüm dağılımına bakıldığında en uzununu 1.77 cm, en kısası 1.35 cm iken boy ortalaması 160 ± 0.063 ’tür. Gebelik öncesi en düşük kiloya sahip olan gebe 35 kg iken en yüksek kiloya sahip olan 122 kg’dır ve kadınların gebelik öncesi kilo ortalaması 65.85 ± 13.71 ’dir. Çalışmaya katılanların BKİ maksimum ve minimum olarak sırasıyla 14.56 kg/m^2 ve 47.65 kg/m^2 olup ortalama BKİ 25.56 ± 5.18 ’dir. Kadınların gebelik sonrası kilolarının frekans analizine bakılacak olursa en düşük kiloda olan 45 kg iken en yüksek kiloda olan 125 kg’dır ve gebelik sonrası kilo ortalaması 78.10 ± 13.76 olarak ölçülmüştür. Gebelik öncesi ve sonrası kilo kazanımına bakıldığında en düşük farkın -10 kg olduğu ve gebenin hamilelik sırasında kilo kaybettiği görülürken en yüksek farkın 33 kg olduğu ve ortalama kilo kazanımının 12.76 ± 6.11 olduğu görülmüştür.

Tablo 4.1. Çalışmaya katılan gebelerin antropometrik özellikleri

	Ortalama±Std. Sapma	Min.	Maks.
Yaş	28.12±5.69	18.00	41.00
Boy	1.60±0.063	1.35	1.77
Gebelik öncesi kilo	65.85±13.71	35.00	122.00
Gebelik öncesi BKİ	25.56±5.18	14.56	47.65
Gebelik sonrası kilo	78.10±13.76	45.00	125.00
Gebelik öncesi ve sonrası kilo kazanım farkı	12.76±6.11	-10.0	33.00

Araştırmaya dahil olan kadınların tanıtıcı özellikleri ile ilgili frekans dağılımı tablo 4.2’de verilmiştir. Tablo 4.2’ye bakıldığında kadınların %64.0’ünün <30 yaşından olduğu, %36’sının ise ≥ 30 yaşından olduğu anlaşılmaktadır. Eğitim durumları incelendiğinde kadınların %99.3’ünün okur-yazar olduğunun, okur-yazar grup içerisinde lise mezunu (%35.31) olanların sayısının en fazla olduğunun ve bunu sırasıyla ortaokul mezunu (%31.0), ilkokul mezunu (%19.3) ve üniversite mezununun (%13.7) takip ettiği, %0.7’lik kısmın ise okur-yazar olmadığı görülmektedir. Çalışma durumları analiz edildiğinde kadınların büyük çoğunluğunun çalışmadığı görülmüş olup, çalışan ve çalışmayan kadınların oranlarının sırasıyla %19.0 ve %81.0 olduğu anlaşılmıştır. Yaşadıkları evdeki kişi sayılarına bakıldığında ≤ 2 kişi ile birlikte yaşayanların en düşük frekansa sahip olup bu oran %0.3 iken 3-4 kişi ile yaşayanların oranının %15.7 olduğu ve >4 kişi ile birlikte yaşayanların oranının %84.0 ile en yüksek oran olduğu görülmektedir. Evlerinde bir aile büyüğü ile birlikte yaşayan kadınların oranı %28.7 iken, aile büyüğü ile birlikte yaşamayanların oranı %71.3’tür. Kadınlar ailelerinin aylık gelir düzeyine göre sınıflandırıldığında yüzdesi en yüksek olan sınıf (%54.0) 0 - 2 000 TL arasında aylık kazanç elde edenlerden oluşurken 6 000 TL ve üzeri aylık kazanç elde eden sınıfın (%2.7) yüzdesinin en düşük olduğu görülmektedir. Diğer sınıflardan 2 000 - 4 000 TL arası kazananların %36 ile ikinci sırada olduğu ve 4 000 - 6 000 TL kazananların %7.3 ile üçüncü sırada olduğu görülmektedir. Yaşadıkları yere bakılacak olursa kadınların %82.6 ile büyük çoğunluğu il ve ilçelerde yaşıyor olup ilde yaşayanların oranı %59.3 iken ilçede yaşayanların oranı %23.3’dür, bunları sırasıyla köy ve köy altı yerleşim yerlerinde yaşayanlar %16.7 ve %0.7 ile takip etmektedir.

Tablo 4.2. Çalışmaya katılan gebelerin tanıtıcı özellikleri

		n	%
Yaş	<30	192	64.0
	≥30	108	36.0
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	2	0.7
	İlkokul mezunu	58	19.3
	Ortaokul mezunu	93	31.0
	Lise mezunu	106	35.3
	Üniversite mezunu	41	13.7
Çalışma durumu	Çalışıyor	57	19.0
	Çalışmıyor	243	81.0
Hane halkı sayısı	≤2	1	0.3
	3-4	47	15.7
	>4	252	84.0
Birlikte yaşadığı aile büyüğü	Hayır	214	71.3
	Evet	86	28.7
Ailenin aylık kazancı	0-2 000 TL	162	54.0
	2 000-4 000 TL	108	36.0
	4 000-6 000 TL	22	7.3
	6 000 TL ve üzeri	8	2.7
Yaşadığı yer	Köy Altı	2	0.7
	Köy	50	16.7
	İlçe	70	23.3
	İl	178	59.3

n; frekans, %; yüzde frekans

Tablo 4.3'te araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerinin frekans dağılımlı gösterilmiştir. Tablo 4.3'e göre kadınların çoğunluğu multipar olup multipar ve primipar kadınların yüzdeleri sırasıyla %7.7 ve %28.3'tür. Kadınların düşük ve/veya kürtaj öykülerine bakıldığında %23.7'sinin öyküsünün mevcut olduğu %76.3'ünün öyküsünün olmadığı grlmştir. Çalışmaya dahil olan kadınların bebeklerinin cinsiyet ve doğum kilolarının frekans dağılımına bakıldığında erkek bebek doğum oranının (%52.7), kız bebek doğum oranından (%47.3) daha yüksek olduğu, bebeklerin büyük çoğunluğunun %91.3 ile ideal kiloda doğduğu ancak %4.7'sinin fazla kilolu ve %4'ünün yetersiz doğum kilosunda olduğu görülmektedir. Doğum haftaları incelendiğinde en fazla doğum %31.3 ile 39. haftada da olmuş iken en az doğum %0.3 ile 42. haftada olmuştur. Diğer haftalardaki doğum oranları yüksekten düşüğe doğru sırasıyla %25.7 ile 38. hafta, %19.7 ile 40. hafta, %12.7 ile 37. hafta ve %11.0 ile 41. hafta şeklinindedir.

Tablo 4.3. Çalışmaya katılan gebelerin obstetrik özellikleri

		n	%
Gebelik sayısı	Pirimipar	85	28.3
	Multipar	215	71.7
Düşük veya kürtaj öyküsü	Hayır	229	76.3
	Düşük veya Kürtaj	71	23.7
Bebğin cinsiyeti	Kız	142	47.3
	Erkek	158	52.7
Bebğin doğum kilosu	Düşük	12	4.0
	Normal	274	91.3
	Fazla	14	4.7
Gebelik haftası	37.Hafta	36	12.0
	38.Hafta	77	25.7
	39.Hafta	94	31.3
	40.Hafta	59	19.7
	41.Hafta	33	11.0
	42.Hafta	1	0.3

n; frekans, %; yüzde frekans

Çalışmaya katılan kadınların gebelikleri ile ilgili özellikleri tablo 4.4’de verilmiştir. Gebeliklerinin planlı bir gebelik olup olmadığı sorulan kadınlar bu soruya %67.0 oranla planlı bir gebelik, %33.0 oranla plansız bir gebelik olduğunu söylemiştir. Gebelerin neredeyse tamamı (%95.7) gebe kalabilmek için yardımcı üreme tekniği kullanmaz iken az bir kısmı (%4.3) çeşitli yardımcı üreme tekniklerinden (ovulasyon indüksiyonu, in vitro fertilizasyon (İVF), intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (İCSİ), aşılama) faydalandıklarını belirtmiştir. Gebelerin %93.7 ile büyük çoğunluğu düzenli

olarak takiplere gitmişken %6.3'lük bir kısım düzenli olarak takiplere gitmediğini bildirmiştir. Çalışmaya katılan kadınlar "Takiplerde bebeğinizle ilgili bir sorun olduğu söylendi mi?" sorusuna %89.0 oranla söylenmedi cevabını vermişken %11.0 oranla çeşitli sorunların (gelişme geriliği, kesede suyun azlığı, anomali riski, hidrosefali, kalp problemi) olduğunu söylemiştir. Tablo 4.4'e göre kadınların %86.3 ile büyük çoğunluğu düşük tehlikesi yaşamamışken sadece %13.6'sı düşük tehlikesi yaşamıştır ve düşük tehlikesi yaşayanların %9.3'ü düşük tehlikesine karşı ilaç kullanmışken %4.3'ü ilaç kullanmamıştır. Kadınlara gebelikle ilgili bilgi düzeylerini kendilerinin nasıl değerlendirdiği sorulduğunda, yarısı (%50.3) gebelikle ilgili bilgi düzeylerini iyi olarak görürken kalan yarısı bilgi düzeylerinin orta (%46.0) veya kötü (%3.7) olduğunu ifade etmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %84.0'ü gebelik süreci ile ilgili bilgi edindiğini beyan etmişken %16'sı ise bilgi edinmediğini beyan etmiştir. Kadınların GKK hakkındaki bilgisini ölçmek için sorulan soruya kadınların %60.0'ı evet (%47.7) veya kısmen (%12.3) cevabı vererek gebelikte yaklaşık olarak almaları gereken kiloyu bildiklerini, gebelerin %40'ı ise gebelikleri süresince yaklaşık olarak almaları gereken ideal kiloyu bilmediklerini söylemişlerdir. Ankete katılan kadınlara sorulan "Gebelikte yetersiz veya aşırı GKK'nın anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkileri hakkında bilgi sahibi miydiniz?" sorusuna %62.0 oranla evet (%43) veya kısmen (%19.0) cevabı verilmiş olup %38.0'lik bir kısım bilgi sahibi olmadığını söylemiştir. Tablo 4.4 incelendiğinde kadınların çoğunluğunun (%61.3) gebelikte kazanılan kilonun kendileri için önemli olduğunu belirttiği görülmektedir.

Tablo 4.4. Çalışmaya katılan gebelerin gebelikleri ile ilgili özellikleri

		n	%
Gebeliğiniz planlı bir gebelik midir?	Evet	201	67.0
	Hayır	99	33.0
Gebe kalabilmek için yardımcı üreme tekniği kullandınız mı?	Evet	13	4.3
	Hayır	287	95.7
Gebelik takiplerine düzenli olarak gittiniz mi?	Evet	281	93.7
	Hayır	19	6.3
Takiplerde bebeğiniz ile ilgili bir sorun olduğu söylendi mi?	Evet	33	11.0
	Hayır	267	89.0
Gebelikte düşük tehlikeniz oldu mu ve düşük tehlikesine karşı ilaç kullandınız mı?	Hayır	259	86.3
	Evet, kullanmadım	13	4.3
	Evet, kullandım	28	9.3
Gebelik ile ilgili bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?	İyi	151	50.3
	Orta	138	46.0
	Kötü	11	3.7
Gebeliğiniz süresince gebelik ile ilgili bilgi edindiniz mi?	Evet	252	84.0
	Hayır	48	16.0
Gebelikte yaklaşık olarak ne kadar kilo almanız gerektiğini biliyor muydunuz?	Evet	143	47.7
	Hayır	120	40.0
	Kısmen	37	12.3
Gebelikte yetersiz ya da aşırı kilo almanın anne bebek sağlığı üzerine etkileri hakkında bilgi sahibi miydiniz?	Evet	129	43.0
	Hayır	114	38.0
	Kısmen	57	19.0
Gebelik sürecinde alınan kilo sizin için önem arz ediyor muydu?	Evet	184	61.3
	Hayır	116	38.7

n; frekans, %; yüzde

Tablo 4.5'te çalışmaya katılan kadınların genel sağlık bilgileri ile ilgili frekans dağılımı verilmiştir. Tablo 4.5 incelendiğinde kadınların büyük çoğunluğunun (%82.7) gebelik öncesinde bir kronik hastalığı olmadığı ancak bir kısmının (%27.0) gebelikte ortaya çıkan bir hastalığı (diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalığı, kansızlık, vertigo, hiperemesis gravidarum, varis) olduğu gözlemlenmiştir. Gebelikten önce kronik hastalığı (diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalığı, kansızlık, astım, migren, irritabl barsak sendromu) olanlarında (%17.3) azımsanmayacak oranda olduğu görülmekte ve gebelerin %17.7'lik bir kısmının gebeliklerinde vitamin ilaçları dışında uzun süre kullandıkları başka ilaçlarının olduğu anlaşılmaktadır. Folik asit kullanımı analiz edildiğinde kadınların %81.0'inin gebe kaldıktan (%72.0) veya gebe kalmadan önce (%9.0) folik asit kullandığı ancak %19.0'unun hiç kullanmadığı anlaşılmaktadır. Demir ilacı, d vitamini ve vitamin kompleksi kullananların oranları sırasıyla %84.0, %79.7 ve %73.0 olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan kadınların %59.3'ü "Gebeliğinizde diyetinize dikkat ettiniz mi?" sorusuna evet veya kısmen yanıtı vermişken %40.7'si diyetlerine dikkat etmediklerini söylemişlerdir. Kadınların %28.0'i her gün, %29.7'si haftada birkaç gün ve %7.0'si haftada bir yada daha az olmak üzere toplamda %64.7'si düzenli olarak egzersiz veya yürüyüş yaptıklarını belirtirken, %35.3'ü egzersiz veya yürüyüş yapmadığını belirtmiştir. Çalışmaya dahil olan kadınların %18'inin birinci derece akrabalarında (anne, baba, kardeş, çocuk) aşırı kilolu olanların mevcut olduğu, %82.0'sinin ise birinci derece akrabalarından aşırı kilolu kimsenin olmadığı anlaşılmaktadır. Tablo 4.5'e göre kadınların %90.7'sinin gebeliklerinde sigara içmediği ve bu gebelerin %82.0'sinin hiç sigara kullanmadığı ancak %8.7'sinin normalde sigara kullanırken gebelikte kullanmadığı anlaşılmaktadır. Alkol kullanım durumu incelendiğinde kadınların tamamının gebelikte alkol kullanmadığı gözlemlenmiş olup, %97.3'ünün hiç alkol kullanmadığı ve %2.7'sinin ise normalde alkol kullandığı ancak gebelikte alkol kullanmadığı anlaşılmıştır. Kadınların kan gruplarına bakıldığında en sık A kan grubu (%37.7) sonrasında sırayla 0, B ve AB kan grupları (%36.0, %19.3, %7.0) görülmektedir.

Tablo 4.5. Çalışmaya katılan gebelerin genel sağlık bilgileri ile ilgili özellikleri

		n	%
Gebelik öncesinde doktor tarafından teşhisi konulmuş herhangi bir hastalığınız var mıydı?	Yok	248	82.7
	Var	52	17.3
Gebelikte ortaya çıkan hastalıklarınız var mı?	Yok	219	73.0
	Var	81	27.0
Gebelikte uzun süre kullandığımız başka ilaç var mı?	Yok	247	82.3
	Evet	53	17.7
Gebelikte folik asit kullanmaya ne zaman başladınız?	Gebe Kalmadan Önce	27	9.0
	Gebe Kaldıktan Sonra	216	72.0
	Kullanmadım	57	19.0
Gebelikte demir ilacı kullandınız mı?	Evet	252	84.0
	Hayır	48	16.0
Gebelikte d vitamini kullandınız mı?	Evet	239	79.7
	Hayır	61	20.3
Gebelikte vitamin kompleksi içeren ilaç kullandınız mı?	Evet	219	73.0
	Hayır	81	27.0
Gebeliğinizde diyetinize dikkat ettiniz mi?	Evet veya Kısmen	178	59.3
	Hayır	122	40.7
Gebeliğinizde düzenli olarak egzersiz veya yürüyüş yaptınız mı? Ne sıklıkla yaptınız?	Hayır	106	35.3
	Her gün	84	28.0
	Haftada Birkaç Gün	89	29.7
	Haftada bir ya da daha az	21	7.0

Tablo 4.5 (Devam). Çalışmaya katılan gebelerin genel sağlık bilgileri ile ilgili özellikleri

Birinci derece akrabalarınızda aşırı kilolu olan var mı?	Yok	246	82.0
	Var	54	18.0
Sigara içiyor musunuz?	Hayır, Hiç İçmedim	246	82.0
	Gebelikte Hiç İçmedim	26	8.7
	Gebelikte İçtim	28	9.3
Alkol kullanıyor musunuz?	Hayır, hiç kullanmadım	292	97.3
	Gebelikte hiç kullanmadım	8	2.7
	Gebelikte Kullandım	0	0.0
Kan Grubunuz Nedir?	0	108	36.0
	A	113	37.7
	B	58	19.3
	AB	21	7.0

n; frekans, %; yüzde

Araştırmaya katılan gebelerin GKK üzerine etkili olabileceğini düşündüğü faktörler tablo 4.6'da gösterilmiştir. Kadınların %78.3'ü GKK üzerine etkili faktörler olabileceğini söylemiş olup, GKK üzerine etkili olabilecek olan seçeneklerden 3 tanesini seçmesi istendiğinde, en sık seçilen üç seçenek sırasıyla; beslenme alışkanlıkları (%21.9), egzersiz/yürüyüş yapmak (%13.6) ve genetik faktörler (%10.6) olmuştur.

Tablo 4.6. Çalışmaya katılan gebelerin GKK üzerine etkili olabileceğini düşündüğü en önemli üç faktör

		n	%
Sizce kilo alımı üzerine etkili en önemli üç faktör nelerdir? Sıralayınız.*	Genetik Faktörler	95	10.6
	Beslenme Alışkanlıkları	197	21.9
	Ekonomik Durum	88	9.8
	Bebeğin Cinsiyeti	23	2.6
	Bebeğin Kilosu	89	9.9
	Egzersiz/Yürüyüş yapmak	122	13.6
	Bilinçli Olmak	85	9.4
	Diğer	6	0.7
	Total	705	78.3

*; Bu soruda ankete katılan her birey 3 cevap vermiştir, n; frekans, %; yüzde

4.2. Çalışmaya Katılan Gebelerin BKİ Sınıfları ile GKK Arasındaki İlişki

Gebelikte kazanılan kilo miktarının BKİ gruplarına göre tanıtıcı istatistik değerleri ve karşılaştırma sonuçları Tablo 4.7’de verilmiştir. Yapılan varyans analizi sonucunda, gebelikte kazanılan ortalama kilo bakımından BKİ grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Tukey testine göre, $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$ olan gebelerin ortalama kilo kazanımları diğer BKİ grubundaki gebelerden anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). $BKİ < 18.5 \text{ kg/m}^2$, $18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$ arasında ve $25.0-29.9 \text{ kg/m}^2$ arasında olan gebelerin ortalama kilo kazanımları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.7. Gebelikte kazanılan kilo miktarının BKİ grupları ile arasındaki ilişki

BKİ grubu	n	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Maks.	p
<18.5	12	13.17 ^a	4.78	8.00	22.00	
18.5-24.9	138	13.36 ^a	5.40	1.00	26.00	0.000***
25.0-29.9	94	12.33 ^a	5.86	-7.00	33.00	(F=6.325)
≥30	56	9.29 ^b	7.48	-10.00	29.00	

F, Tek-yönlü varyans analizi, ***; p<0.001

Tukey testine göre, ortak harfi olmayan gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

4.3. Çalışmaya Katılan Gebelerin BKİ Sınıfları ile GKKD Arasındaki İlişki

Tablo 4.8’de çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıfları ile gebelikte kilo kazanım durumu (GKKD) arasındaki ilişki gösterilmektedir. Tablo 4.8 incelendiğinde, GKKD ile BKİ sınıfı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0.001). GKKD ile BKİ sınıfı arasındaki ilişkinin derecesi %28.5 olarak hesaplanmıştır. Gebelerin BKİ sınıfı arttıkça fazla kilo kazanma riskleri de artmaktadır. En yüksek idealden fazla kilo kazanımı oranı %51.8 ile BKİ ≥30 kg/m² olan grupta görülmüş iken, en fazla yetersiz (%41.7) ve ideal (%41.7) kilo kazanımı BKİ <18.5 kg/m² olan grupta görülmüştür.

Tablo 4.8. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıfları ile GKKD arasındaki ilişki

		Gebelikte kilo kazanımı durumu		
		Yetersiz	İdeal	Fazla
BKİ Sınıfı	<18.5	5(41.7)	5(41.7)	2(16.7)
	18.5-24.9	47(34.1)	49(35.5)	42(30.4)
	25.0-29.9	9(9.6)	38(40.4)	47(50.0)
	≥30	11(19.6)	16(28.6)	29(51.8)
p		0.000*** (LR χ^2 =28.491)		
		CC=0.285		

BKİ; beden kitle indeksi, n(%), LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare, CC; Kontingensi katsayısı, ***; p<0.001

4.4. Çalışmaya Katılan Gebelerin BKİ Sınıflarına Göre Yaş, Eğitim ve Çalışma Durumu ile GKKD Arasındaki İlişki

Tablo 4.9’de çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre yaş, eğitim ve çalışma durumu ile GKKD arasındaki ilişkisi gösterilmektedir. Tablo 4.9 incelendiğinde BKİ sınıfı 18.5-24.9 kg/m² olanların GKKD ile gebenin yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Bu ilişkinin derecesi %23.8 olarak hesaplanmıştır. BKİ’nin diğer sınıflarında ise GKKD ile gebelik yaşının birbirinden bağımsız olduğu anlaşılmıştır (p>0.05). 18.5-24.9 kg/m² arasında BKİ’ne sahip gebeler içerisinde yaşı <30 olanlarda ideal kilo kazanımı oranı (%44.7) daha yüksek iken, yaşı ≥30 olan gebelerde yetersiz kilo kazananların oranı (%43.4) daha yüksek bulunmuştur. Elde edilen verilere bakıldığında BKİ olarak normal olan gebelerde yaş arttıkça yetersiz kilo kazanma riskinin arttığı söylenebilir. Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumları ile BKİ ve GKKD arasındaki ilişki incelendiğinde BKİ 18.5-24.9 kg/m² olanlarda eğitim durumları ile GKKD birbirlerine göre değişim göstermiştir (p<0.05). BKİ 18.5-24.9 kg/m² olanların eğitim durumları ile GKKD arasındaki ilişkinin derecesi %34.5 olarak hesaplanmıştır. Kalan BKİ sınıflarındaki gebelerin GKKD ile eğitim durumlarının ilişkisiz olduğu anlaşılmıştır (p>0.05). BKİ

18.5-24.9 kg/m² arasında olan gebelerde en yüksek frekanslar sırasıyla, eğitim durumu okur yazar olmayan ve ilkokul mezunu olanlarda yetersiz kilo kazanımında (%100.0, %44.4), ortaokul mezunu olanlarda ideal kilo kazanımında (%44.4), lise ve üniversite mezunu olanlarda fazla kilo kazanımında (%37.5, %58.8) gözlenmiştir. Bu bulgular ışığında, BKİ bakımından normal olan gebelerde eğitim düzeyi arttıkça gebelikte fazla kilo kazanımını söz konusu olduğu söylenebilir. İdeal kilo kazanım durumu en sık BKİ 25.0-29.9 kg/m² arasındaki ilkokul mezunu kadınlarda görülmüş olup, frekansı %53.3'tür. İdealden fazla kilo kazanımı olan gebeler en sık BKİ ≥ 30 kg/m² ve lise mezunu olan kadınlar arasında (%66.7) görülmektedir. Tablo 4.9 incelendiğinde gebelerin BKİ sınıfına göre GKGD'nun çalışma durumlarından bağımsız olduğu anlaşılmaktadır (p>0.05).

Tablo 4.9. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre yaş, eğitim ve çalışma durumu ile GKKD arasındaki ilişki

		BKİ Sınıfları											
		<18.5			18.5-24.9			25.0-29.9			≥30		
		Gebelikte Kilo Kazanım Durumu											
		Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla
Yaş	<30	5(50.0)	3(30.0)	2(20.0)	24(28.2)	38(44.7)	23(27.1)	6(8.7)	27(39.1)	36(52.2)	3(10.7)	7(25.0)	18(64.3)
	≥30	0(0.0)	2(100.0)	0(0.0)	23(43.4)	11(20.8)	19(35.8)	3(12.0)	11(44.0)	11(44.0)	8(28.6)	9(32.1)	11(39.3)
	p	0.130(LR χ^2 =4.083)			0.016*(χ^2 =8.306)			0.757(LR χ^2 =0.557)			0.122(χ^2 =4.212)		
		CC=0.238											
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	İlkokul mezunu	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	12(44.4)	9(33.3)	6(22.2)	0(0.0)	8(53.3)	7(46.7)	4(28.6)	5(35.7)	5(35.7)
	Ortaokul mezunu	2(50.0)	1(25.0)	1(25.0)	15(41.7)	16(44.4)	5(13.9)	5(13.5)	17(45.9)	15(40.5)	4(25.0)	4(25.0)	8(50.0)
	Lise mezunu	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	16(28.6)	19(33.9)	21(37.5)	4(13.3)	9(30.0)	17(56.7)	1(5.6)	5(27.8)	12(66.7)
	Üniversite mezunu	1(25.0)	2(50.0)	1(25.0)	2(11.8)	5(29.4)	10(58.8)	0(0.0)	4(33.3)	8(66.7)	2(25.0)	2(25.0)	4(50.0)
	Lisans üstü	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	p	0.869(LR χ^2 =2.496)			0.012*(LR χ^2 =19.636)			0.144(LR χ^2 =9.570)			0.516(LR χ^2 =5.217)		
		CC=0.345											
Çalışma Durumu	Çalışıyor	2(50.0)	2(50.0)	0(0.0)	7(25.0)	12(42.9)	9(32.1)	0(0.0)	5(35.7)	9(64.3)	1(9.1)	4(36.4)	6(54.5)
	Çalışmıyor	3(37.5)	3(37.5)	2(25.0)	40(36.4)	37(3.6)	33(30.0)	9(11.3)	33(41.3)	38(47.5)	10(22.2)	12(26.7)	23(51.1)
	p	0.403(LR χ^2 =1.816)			0.493 (χ^2 =1.414)			0.164(LR χ^2 =3.622)			0.543(LR χ^2 =1.220)		

Parantez içinde verilen değerler yüzdeleri yansıtmaktadır. χ^2 ; Pearson ki-kare, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare, CC; Kontingensi Katsayısı, *; p<0.05

4.5. Gebelerin BKİ Sınıflarına Göre Aylık Gelir, Hane Halkı Sayısı ve Yaşadığı Yer ile GKKD Arasındaki İlişki

Tablo 4.10'da gebelerin dahil oldukları BKİ sınıflarına göre aylık gelir, hane halkı sayısı ve yaşadığı yer ile GKKD arasındaki ilişki gösterilmiş olup, yapılan istatistiksel analiz sonucunda gebelerin tüm BKİ sınıflarında aylık gelir, hane halkı sayısı ve yaşanan yer değişkenleri ile GKKD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.10. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre aylık gelir, hane halkı sayısı ve yaşadığı yer ile GKGD arasındaki ilişki

		BKİ Sınıfları											
		<18.5			18.5-24.9			25.0-29.9			≥30		
		Gebelikte kilo kazanım durumu											
		Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla
Ailenizin Aylık Kazancı Ne Kadardır?	0-2 000 TL	3(50.0)	2(33.3)	1(16.7)	27(35.5)	30(39.5)	19(25.0)	5(11.1)	14(31.1)	26(57.8)	7(20.0)	14(40.0)	14(40.0)
	2 000-4 000 TL	2(66.7)	0(0.0)	1(33.3)	15(34.1)	15(34.1)	14(31.8)	4(9.3)	21(48.8)	18(41.9)	3(16.7)	2(11.1)	13(72.2)
	4 000-6 000 TL	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	5(35.7)	2(14.3)	7(50.0)	0(0.0)	3(60.0)	2(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(100.0)
	6 000 TL ve üzeri	0(0.0)	2(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(50.0)	2(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)
	p	0.190(LR χ^2 =8.720)			0.214(LR χ^2 =8.349)			0.440(LR χ^2 =5.849)			0.057(LR χ^2 =12.215)		
Hane Halkı Sayısı	≤2	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	3-4	1(20.0)	3(60.0)	1(20.0)	3(13.0)	11(47.8)	9(3.9)	0(0.0)	5(41.7)	7(8.3)	0(0.0)	2(28.6)	5(71.4)
	>4	4(66.7)	1(16.7)	1(16.7)	44(38.3)	38(33.0)	33(28.7)	9(11.0)	33(40.2)	40(48.8)	11(22.4)	14(28.6)	24(49.0)
	p-değeri	0.312(LR χ^2 =4.763)			0.066(χ^2 =5.444)			0.266(LR χ^2 =2.646)			0.176(LR χ^2 =3.479)		
Nerede Yaşıyorsunuz?	Köy Altı	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)
	Köy	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	9(36.0)	11(44.0)	5(20.0)	1(6.7)	8(53.3)	6(40.0)	2(22.2)	2(22.2)	5(55.6)
	İlçe	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	11(34.4)	11(34.4)	10(31.3)	1(4.3)	7(30.4)	15(65.2)	2(15.4)	5(38.5)	6(46.2)
	İl	3(37.5)	3(37.5)	2(25.0)	27(33.3)	27(33.3)	27(33.3)	7(12.5)	23(41.1)	26(46.4)	7(21.2)	9(27.3)	17(51.5)
	p	0.598(LR χ^2 =4.589)			0.774 (χ^2 =1.793)			0.398(LR χ^2 =4.058)			0.902(LR χ^2 =2.181)		

Parantez içinde verilen değerler yüzdeleri yansıtmaktadır. χ^2 ; Pearson ki-kare, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare, TL; türk lira

4.6. Gebelerin BKİ Sınıflarına Göre Obstetrik Özellikleri ile GKKD Arasındaki İlişki

Araştırmaya dahil edilen gebelerin BKİ sınıflarına göre GKKD ile obstetrik özellikleri arasındaki ilişki tablo 4.11’de gösterilmektedir. Tablo 4.11’e bakıldığında BKİ ≥ 30 kg/m² olan gebelerin GKKD ile gebelik sayıları arasında anlamlı bir ilişki mevcut olup (p<0.05), bu ilişkinin derecesi %28.6 olarak hesaplanmıştır. BKİ <30 kg/m² olan gebelerde gebelik sayısı ile GKKD’nun birbirinden bağımsız olduğu anlaşılmaktadır (p>0.05). BKİ ≥ 30 kg/m² primipar kadınlarda fazla kilo kazanımı en yüksek frekansta görülürken (%87.5), aynı BKİ grubundaki multipar kadınlarda da fazla kilo kazanımı en yüksek ancak primipar kadınlara kıyasla daha düşük oranda (%45.8) görülmektedir. BKİ ≥ 30 kg/m² olan primipar ve multipar kadınlarda yetersiz kilo kazanımı frekansları sırasıyla %0.0 ve %22.9’dur. En yüksek yetersiz kilo kazanma riski BKİ <18.5 kg/m² olan multipar gebelerde görülmekte iken (%60.0), en yüksek fazla kilo kazanma riski BKİ ≥ 30 kg/m² olan primipar gebelerde (%87.5) görülmektedir. Araştırma neticesinde BKİ ≥ 30 kg/m² olan primipar ve multipar kadınlarda en yüksek oranla fazla kilo kazanımı görülmesine rağmen gebelik sayısı arttıkça yetersiz kilo kazanma oranının yükseldiği sonucuna varılmıştır. Çalışmaya katılmış olan gebelerin düşük ve/veya kürtaj öyküleri ile BKİ sınıflarına göre GKKD’nun birbirlerine göre değişim göstermediği görülmektedir (p>0.05). Bebeğin cinsiyeti ile gebenin BKİ sınıfı ve GKKD arasındaki ilişkiye bakıldığında, sadece BKİ <18.5 kg/m² olan gebelerde GKKD ile bebek cinsiyeti arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (p<0.01). BKİ <18.5 kg/m² olan gebelerde GKKD ile bebek cinsiyeti arasındaki ilişkinin derecesi %64.2 olarak hesaplanmıştır. BKİ <18.5 kg/m² olup bebek cinsiyeti kız olan gebelerde en yüksek frekansta (%100.0) yetersiz kilo alımı görülürken, bebek cinsiyeti erkek olan gebelerde en fazla (%62.5) ideal kilo kazanımı görülmüştür. Elde edilen veriler BKİ <18.5 kg/m² sınıfında erkek bebek sahibi olacak gebelerin kız bebek sahibi olacak gebelerden daha fazla kilo kazandığını göstermektedir. Yapılan çalışmada bebeğin doğum kilosu ile gebenin BKİ sınıfı ve GKKD arasında bir ilişki bulunamamıştır (p>0.05).

Tablo 4.11. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre obstetrik özellikleri ile GKKD arasındaki ilişki

		BKİ Sınıfları											
		<18.5			18.5-24.9			25.0-29.9			≥30		
		Gebelikte Kilo Kazanım Durumu											
		Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla
Gebelik Sayısı	Pirimipar	2(28.6)	3(42.9)	2(28.6)	10(22.7)	19(43.2)	15(34.1)	3(11.5)	12(46.2)	11(42.3)	0(0.0)	1(12.5)	7(87.5)
	Multipar	3(60.0)	2(40.0)	0(0.0)	37(39.4)	30(31.9)	27(28.7)	6(8.8)	26(38.2)	36(52.9)	11(22.9)	15(31.3)	22(45.8)
	p	0.242(LR χ^2 =2.840)			0.150(χ^2 =3.790)			0.649(LR χ^2 =0.864)			0.041*(LR χ^2 =6.397)		
		CC=0.286											
Düşük veya Kürtaj Öyküsü	Hayır	3(30.0)	5(50.0)	2(20.0)	38(34.9)	42(38.5)	29(26.6)	6(8.5)	28(39.4)	37(52.1)	6(15.4)	11(28.2)	22(56.4)
	Düşük veya Kürtaj	2(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	9(31.0)	7(24.1)	13(44.8)	3(13.0)	10(43.5)	10(43.5)	5(29.4)	5(29.4)	7(41.2)
	p	0.130(LR χ^2 =4.083)			0.140(χ^2 =3.934)			0.707(LR χ^2 =0.693)			0.435(LR χ^2 =1.665)		
Bebeginizin Cinsiyeti	Kız	4(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	21(31.3)	23(34.3)	23(34.3)	4(9.8)	14(34.1)	23(56.1)	6(20.0)	8(26.7)	16(53.3)
	Erkek	1(12.5)	5(62.5)	2(25.0)	26(36.6)	26(36.6)	19(26.8)	5(9.4)	24(45.3)	24(45.3)	5(19.2)	8(30.8)	13(50.0)
	p	0.006**(LR χ^2 =10.272)			0.612(χ^2 =0.981)			0.533(LR χ^2 =1.259)			0.944(χ^2 =0.116)		
		CC=0.642											
Bebeginizin Doğum Kütüsü	Düşük	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(50.0)	3(50.0)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)	1(50.0)	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)
	Normal	4(36.4)	5(45.5)	2(18.2)	43(33.9)	44(34.6)	40(31.5)	8(9.0)	38(42.7)	43(48.3)	8(17.0)	15(31.9)	24(51.1)
	Fazla	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(20.0)	2(40.0)	2(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(100.0)	2(33.3)	0(0.0)	4(66.7)
	p	0.391(LR χ^2 =1.880)			0.294(LR χ^2 =4.937)			0.105(LR χ^2 =7.660)			0.290(LR χ^2 =4.975)		

Parantez içinde verilen değerler yüzdeleri yansıtmaktadır. χ^2 ; Pearson ki-kare, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare, CC; Kontingensi katsayısı, *, p<0.05, **, p<0.01

4.7. Gebelerin BKİ Sınıflarına Göre Gebelik Özellikleri ile GKKD Arasındaki İlişki

Tablo 4.12’de çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre gebelik özellikleri ile GKKD arasındaki ilişki gösterilmektedir. Gebeliklerinin planlı olup olmaması durumu ile gebelerin BKİ sınıfı ve GKKD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p>0.05$). Tablo 4.12’ye bakıldığında gebe kalabilmek için yardımcı üreme tekniği kullanımı ile BKİ sınıfı ve GKKD arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Gebelerin BKİ sınıfı ve GKKD ile gebelik takiplerine düzenli olarak gitme durumlarının birbirlerine göre değişkenlik göstermediği anlaşılmıştır ($p>0.05$). Takiplerde bebekleri ile ilgili bir sorun olup olması durumu ile gebelerin BKİ sınıfı ve GKKD’nun birbirinden bağımsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışmaya katılan gebelere sorulan “Gebeliğinizde düşük tehlikeniz oldu mu ve düşük tehlikesine karşı ilaç kullandınız mı?” sorusuna BKİ $<18.5 \text{ kg/m}^2$ olan gebelerin tamamı düşük tehlikesi yaşamadıklarını belirttikleri için bu BKİ sınıfında ki-kare testi yapılamamıştır. Gebeliklerinde düşük tehlikesi yaşamayanlar ve düşük tehlikesi yaşayıp düşük tehlikesine karşı ilaç (progesteron tablet, jel veya ampul) kullanan veya kullanmayanlar ile GKKD arasındaki ilişki sadece BKİ $18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$ arasında olanlarda anlamlı bulunmuş olup ($p<0.05$), ilişkinin derecesi %24.7 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.12. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre gebelik özellikleri ile GKGD arasındaki ilişki

		BKİ Sınıfları												
		<18.5			18.5-24.9			25.0-29.9			≥30			
		Gebelikte Kilo Kazanımı Durumu												
		Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla	
Gebeliğiniz Planlı Bir	Evet	5(45.5)	5(45.5)	1(9.1)	32(32.3)	37(37.4)	30(30.3)	4(7.1)	25(44.6)	27(48.2)	8(22.9)	10(28.6)	17(48.6)	
Gebelik Midir?	Hayır	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	15(38.5)	12(30.8)	12(30.8)	5(13.2)	13(34.2)	20(52.6)	3(14.3)	6(28.6)	12(57.1)	
	p	0.128(LR χ^2 =4.111)			0.721(χ^2 =0.655)			0.462(LR χ^2 =1.545)			0.705(LR χ^2 =0.698)			
Yardımcı Üreme	Evet	0(0.0)	2(100.0)	0(0.0)	2(66.7)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	2(28.6)	5(71.4)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	
Tekniği Kullandınız	Hayır	5(50.0)	3(30.0)	2(20.0)	45(33.3)	48(35.6)	42(31.1)	9(10.3)	36(41.4)	42(48.3)	11(20.0)	15(27.3)	29(52.7)	
Mı?	p	0.130(LR χ^2 =4.083)			0.272(LR χ^2 =2.601)			0.316(LR χ^2 =2.303)			0.279(LR χ^2 =2.551)			
Takiplerinize Düzenli	Evet	5(45.5)	5(45.5)	1(9.1)	45(34.4)	47(35.9)	39(29.8)	8(9.1)	34(38.6)	46(52.3)	10(19.6)	14(27.5)	27(52.9)	
Olarak Gittiniz Mi?	Hayır	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	2(28.6)	2(28.6)	3(42.9)	1(16.7)	4(66.7)	1(16.7)	1(20.0)	2(40.0)	2(40.0)	
	p	0.128(LR χ^2 =4.111)			0.775(LR χ^2 =0.509)			0.213(LR χ^2 =3.096)			0.825(LR χ^2 =0.385)			
Takiplerde Bebeğiniz	Hayır	3(30.0)	5(50.0)	2(20.0)	41(34.5)	42(35.3)	36(30.3)	9(10.0)	37(41.1)	44(48.9)	8(16.7)	14(29.2)	26(54.2)	
ile İlgili Bir Sorun	Olduğu Söylendi Mi?	Evet	2(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	6(31.6)	7(36.8)	6(31.6)	0(0.0)	1(25.0)	3(75.0)	3(37.5)	2(25.0)	3(37.5)
	p	0.395(LR χ^2 =4.083)			0.075(LR χ^2 =14.256)			0.46(LR χ^2 =1.521)			0.206(LR χ^2 =8.461)			
Gebelikte Düşük	Hayır	5(41.7)	5(41.7)	2(16.7)	41(34.5)	43(36.1)	35(29.4)	9(10.8)	35(42.2)	39(47.0)	8(17.8)	11(24.4)	26(57.8)	
Tehlikenez Oldu Mu?	Evet.	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(71.4)	0(0.0)	2(28.6)	0(0.0)	2(66.7)	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	
Düşük Tehlikesine	İlaç													
Karşı İlaç Kullandınız	Kullanmadım													
Mı?	Evet,	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(8.3)	6(50.0)	5(41.7)	0(0.0)	1(12.5)	7(87.5)	2(25.0)	4(50.0)	2(50.0)	
	İlaç Kullandım													
	p	-			0.020*(LR χ^2 =11.647)			0.135 (LR χ^2 =7.026)			0.451 (LR χ^2 =3.679)			
		CC= 0.247												

Parantez içinde verilen değerler yüzdeleri yansıtmaktadır. -, Yeterli frekans olmadığı için hesaplanamamıştır. χ^2 ; Pearson ki-kare, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare, CC; Kontingensi katsayısı, *; p<0.05

4.8. Gebelerin BKİ Sınıflarına Göre Gebelik, GKK Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve GKK'na Verdikleri Önem ile GKKD Arasındaki İlişki

Araştırmaya dahil olan Gebelerin BKİ sınıflarına göre GKK hakkındaki bilgi düzeyleri ve GKK'na verdikleri önem ile GKKD arasındaki ilişki tablo 4.13'de verilmiştir. Gebelik bilgi düzeyleri ile GKKD arasındaki ilişki yalnızca BKİ 18.5-24.9 kg/m² arasında olan gebelerde anlamlı bulunmuş olup (p<0.05), ilişkinin derecesi %25.5 olarak hesaplanmıştır. GKKD yetersiz olan gebelerin çoğunluğunun bilgi durumunun orta düzeyde olduğu görülürken, GKKD ideal ve fazla olan gebelerin çoğunluğunun bilgi durumunun iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Tablo 4.13'e göre BKİ ≥ 30 kg/m² olan gebelerin GKKD ile gebelikte bilgi edinilmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). BKİ ≥ 30 kg/m² olan gebelerde GKKD ile gebelikte bilgi edinilmesi arasındaki ilişkinin derecesi %32.1 olarak hesaplanmıştır. BKİ ≥ 30 kg/m² olup gebelikte bilgi edinen ve edinmeyen her iki grupta da fazla kilo kazanımı frekansı daha yüksek olup sırasıyla %51.1 ve %55.6'dır. BKİ ≥ 30 kg/m² olup gebelikte bilgi edinmeyen grupta fazla (%55.6) ve yetersiz (%44.4) kilo kazanma riski bilgi edinen grupla kıyaslandığında daha yüksek oranlarda görülmektedir. Araştırmaya katılan gebelerin BKİ sınıfı ve GKKD'nun bilgi edindikleri kaynaktan bağımsız olarak değiştiği görülmektedir (p>0.05). Tablo 4.13 incelendiğinde BKİ 18.5-24.9 kg/m² olan gebelerde GKKD ile gebelikte yaklaşık olarak kazanılması gereken kilonun bilinmesi durumu arasında anlamlı ilişki olduğu görülmekte olup (p<0.05), bu ilişkinin derecesi %23.9 olarak hesaplanmıştır. BKİ 18.5- 24.9 kg/m² arasında ve gebelikte yaklaşık olarak ne kadar kilo kazanmasını bilen grupta en yüksek oranda fazla kilo kazanımı (%39.7) görülmektedir. BKİ 18.5- 24.9 kg/m² arasında ve gebelikte yaklaşık olarak ne kadar kilo kazanması gerektiğini kısmen bilen grupta eşit oranlarda ideal (%46.7) ve yetersiz (%46.7) kilo kazanımı görülmektedir. BKİ 18.5- 24.9 kg/m² arasında olup gebelikte ne kadar kilo kazanması gerektiğini bilmeyen grupta ise yetersiz kilo kazanımı (%40.0) en yüksek oranlarda görülmektedir. Araştırmadan elde edilen veriler ışığında BKİ 18.5- 24.9 kg/m² arasındaki gebelerde yaklaşık olarak gebelikte kazanılması gereken kilonun bilinmesi durumunda yetersiz kilo kazanımı oranının azaldığı anlaşılmaktadır. Araştırma sonucuna göre BKİ sınıfı ve GKKD'nun gebelikte kilo kazanımının anne ve bebek

sağlığı üzerindeki etkilerini bilmesi ya da bilmemesi ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı anlaşılmıştır ($p>0.05$). Çalışmaya katılan gebelere sorulan “Gebelik sürecinde alınan kilo sizin için önem arz ediyor muydu?” sorusuna verilen evet/hayır cevapları ile gebelerin BKİ sınıfı ve GKKD arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Evet cevabı verip BKİ $<18.5 \text{ kg/m}^2$ olanların kendileri için önemli olmasına sebep olan nedenler ile GKKD’nun birbirine göre anlamlı miktarda değiştiği anlaşılmıştır ($p<0.05$). Aralarındaki ilişkinin derecesi %76.9 olarak hesaplanmıştır. BKİ $<18.5 \text{ kg/m}^2$ olan gebelerden kilo kazanımının görsellikten dolayı önemli olduğunu belirtenlerde en yüksek oranda ideal kilo kazanımı görülürken (%66.7), anne sağlığı cevabı verenlerde fazla kilo kazanımı (%100.0), bebek sağlığı cevabı verenlerde yetersiz kilo kazanımı (%100.0) görülmektedir. Kendileri için kazanılan kilonun önemli olduğunu belirten tüm gebelerin en sık verdikleri cevap %47.8 ile bebek sağlığı olmuşken, en az verilen cevap %2.7 ile diğer sebepler (kiloya bağlı olarak hareketlerinin kısıtlanması, erken doğum korkusu, psikolojik sebepler) olmuştur.

Tablo 4.13. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre gebelik bilgi düzeyi, GKK hakkındaki bilgi düzeyleri ve GKK'ne verdikleri önem ile GKKD arasındaki ilişki

		BKİ Sınıfları											
		<18.5			18.5-24.9			25.0-29.9			≥30		
		Gebelikte Kilo Kazanımı Durumu											
		Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla
Gebelik ile İlgili Bilgi Düzeyiniz	İyi	4(40.0)	5(50.0)	1(10.0)	18(26.1)	30(43.5)	21(30.4)	5(9.8)	23(45.1)	23(45.1)	5(25.0)	2(10.0)	13(65.0)
	Orta	0(0.0)	0(0.0)	1(100)	28(46.7)	14(23.3)	18(30.0)	4(9.5)	14(33.3)	24(57.1)	6(17.1)	14(40.0)	15(42.9)
	Kötü	1(100)	0(0.0)	0(0.0)	1(12.5)	4(50.0)	3(37.5)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100)
	p	0.214(LR χ^2 =5.809)			0.042*(LR χ^2 =9.890)			0.509(LR χ^2 =3.299)			0.110(LR χ^2 =7.548)		
Gebelik ile İlgili Bilgi Edindiniz Mi?	Evet	3(30.0)	5(50.0)	2(20.0)	36(31.3)	42(36.5)	37(32.2)	8(10.0)	32(40.0)	40(50.0)	7(14.9)	16(34.0)	24(51.1)
	Hayır	2(100)	0(0.0)	0(0.0)	11(47.8)	7(30.4)	5(21.7)	1(7.1)	6(42.9)	7(50.0)	4(44.4)	0(0.0)	5(55.6)
	p	0.130(LR χ^2 =4.083)			0.298 (χ^2 =2.422)			0.935(LR χ^2 =0.133)			0.016*(LR χ^2 =8.293)		
Hangi Kaynaktan Daha Çok Bilgi Edindiniz?	Yazılı Kaynak	0(0.0)	0(0.0)	1(100)	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	0(0.0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(50.0)
	Televizyon	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)	1(33.3)	2(66.7)	1(100)	0(0.0)	0(0.0)
	İnternet	1(33.3)	2(66.7)	0(0.0)	15(24.6)	26(42.6)	20(32.8)	2(4.7)	17(39.5)	24(55.8)	3(13.0)	10(43.5)	10(43.5)
	Eş-Dost	0(0.0)	1(100)	0(0.0)	2(16.7)	3(25.0)	7(58.3)	1(12.5)	4(50.0)	3(37.5)	0(0.0)	3(60.0)	2(40.0)
	Anne / Kayınvalide	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)	1(50.0)	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	0(0.0)	2(40.0)	3(60.0)
	Sağlık Çalışanı	2(40.0)	2(40.0)	1(20.0)	17(48.6)	11(31.4)	7(20.0)	4(19.0)	8(38.1)	9(42.9)	3(27.3)	1(9.1)	7(63.6)
	p	0.398(LR χ^2 =6.225)			0.202(LR χ^2 =13.398)			0.781(LR χ^2 =6.390)			0.115(LR χ^2 =15.485)		

Tablo 4.13 (Devam). Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre gebelik bilgi düzeyi, GKK hakkındaki bilgi düzeyleri ve GKK'ne verdikleri önem ile GKKD arasındaki ilişki

Gebelikte Yaklaşık Olarak Ne Kadar Kilo Almanız Gerektiğini Biliyor Muydunuz?	Evet	1(20.0)	3(60.0)	1(20.0)	14(24.1)	21(36.2)	23(39.7)	3(5.9)	23(45.1)	25(49.0)	4(13.8)	9(31.0)	16(55.2)
	Hayır	4(57.1)	2(28.6)	1(14.3)	26(40.0)	21(32.3)	18(27.7)	5(16.7)	10(33.3)	15(50.0)	3(16.7)	4(22.2)	11(61.1)
	Kismen	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	7(46.7)	7(46.7)	1(6.7)	1(7.7)	5(38.5)	7(53.8)	4(44.4)	3(33.3)	2(22.2)
	p	0.408(LR χ^2 =1.794)			0.049*(LR χ^2 =9.548)			0.574(LR χ^2 =2.905)			0.248(LR χ^2 =5.407)		
Bebek Anne Sağlığı Üzerindeki Etkileri Sahibi Bilgi Hakkında Myıldınız?	Evet	1(25.0)	2(50.0)	1(25.0)	14(24.6)	24(42.1)	19(33.3)	6(12.5)	21(43.8)	21(43.8)	2(10.0)	4(20.0)	14(70.0)
	Hayır	3(42.9)	3(42.9)	1(14.3)	23(41.1)	14(25.0)	19(33.9)	3(9.4)	11(34.4)	18(56.3)	4(21.1)	7(36.8)	8(42.1)
	Kismen	1(100)	0(0.0)	0(0.0)	10(40.0)	11(44.0)	4(16.0)	0(0.0)	6(42.9)	8(57.1)	5(29.4)	5(29.4)	7(41.2)
	p	0.681(LR χ^2 =2.299)			0.107(χ^2 =7.619)			0.368 (LR χ^2 =4.295)			0.308 (LR χ^2 =4.805)		
Gebelik Sürecinde Alınan Kilo Sizin İçin Önemli Arz Ediyor Muydu?	Evet	3(42.9)	2(28.6)	2(28.6)	28(36.4)	25(32.5)	24(31.2)	3(4.9)	26(42.6)	32(52.5)	9(23.1)	10(25.6)	20(51.3)
	Hayır	2(40.0)	3(60.0)	0(0.0)	19(31.1)	24(39.3)	18(29.5)	6(18.2)	12(36.4)	15(45.5)	2(11.8)	6(35.3)	9(52.9)
	p	0.242(LR χ^2 =2.840)			0.685(χ^2 =0.756)			0.127(LR χ^2 =4.123)			0.541(LR χ^2 =1.227)		
Cevabımız Evet İse En Önemli Nedeni Nedir?	Görsellik	1(33.3)	2(66.7)	0(0.0)	8(47.1)	3(17.6)	6(35.3)	0(0.0)	3(23.1)	10(76.9)	0(0.0)	2(40.0)	3(60.0)
	Anne Sağlığı	0(0.0)	0(0.0)	2(100)	7(31.8)	7(31.8)	8(36.4)	1(4.3)	13(56.5)	9(39.1)	2(33.3)	0(0.0)	4(66.7)
	Bebek Sağlığı	2(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	13(36.1)	13(36.1)	10(27.8)	2(8.3)	10(41.7)	12(50.0)	7(26.9)	7(26.9)	12(46.2)
	Diğer	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(100)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100)	0(0.0)	1(50.0)	1(50.0)
	p	0.024*(LR χ^2 =11.278)			0.316(LR χ^2 =7.053)			0.270(LR χ^2 =7.583)			0.246(LR χ^2 =7.889)		
		CC=0.769											

Parantez içinde verilen değerler yüzdeleri yansıtmaktadır. χ^2 ; Pearson ki-kare, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare, CC; Kontingensi katsayısı, *, p<0.05

4.9. Gebelerin BKİ Sınıflarına Göre Genel Sağlık Bilgileri ile GKGD Arasındaki İlişki

Araştırmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre genel sağlık bilgileri ile GKGD arasındaki ilişki tablo 4.14'de gösterilmiştir. Araştırma sonucunda gebelik öncesi kronik hastalık öyküsünün olup olmaması ile BKİ sınıfı ve GKGD arasında anlamlı bir fark olmadığı anlaşılmıştır ($p>0.05$). BKİ sınıfı 18.5-24.9 kg/m² arasında olan gebelerin GKGD ile gebeliklerinde ortaya çıkan hastalıklarının olup olmaması durumunun istatistiksel olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir ($p<0.05$). BKİ 18.5-24.9 kg/m² arasında olan gebelerde GKGD ile gebelikte ortaya çıkan hastalıkların olup olmaması durumu arasındaki ilişkinin derecesi %33.5 olarak hesaplanmıştır. BKİ 18.5-24.9 kg/m² olup gebelikte ortaya çıkan hastalığı olmayan gebelerde ideal kilo kazanma oranı en yüksek olarak görülürken (%39.2), gebelikte ortaya çıkan hastalığı olan gebelerde en yüksek olarak yetersiz kilo kazanımı (%38.8) görülmektedir. Elde edilen veriler sonucunda gebelikte ortaya çıkan hastalığı olan kadınların hem yetersiz hem de fazla kilo kazanma risklerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Birinci derece akrabalarında aşırı kilolu olan ya da olmayan gebelerin tüm BKİ sınıflarında GKGD ile arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). BKİ ≥ 30 kg/m² olan gebelerin GKGD ile diyetlerine dikkat edip etmeme durumu birbirleri ile ilişkili bulunmuş olup ($p<0.05$), aralarındaki ilişkinin derecesi %42.3 olarak hesaplanmıştır. BKİ ≥ 30 kg/m² grupta diyetine dikkat edeler içinde ideal (%43.8) ve fazla (%43.8) kilo kazanımı oranları en yüksek oranda görülürken diyetine dikkat etmeyen gebelerde fazla kilo kazanımı (%62.5) en yüksek oranda görülmektedir. BKİ ≥ 30 kg/m² grupta gebelerin diyetlerine dikkat etmediği takdirde yetersiz ve fazla kilo kazanma risklerinin arttığı ideal kilo kazanımının azaldığı görülmektedir. Ayrıca tüm BKİ sınıflarında diyetine dikkat eden gebelerde görülen yetersiz kilo kazanma riski aynı BKİ grubunda bulunan diyetine dikkat etmeyen gebelere kıyasla daha düşüktür. Çalışmaya katılan gebelerden diyetine dikkat edip diyetteki önceliğini (sadece kalori hesabı, protein ağırlıklı diyet, karbonhidrat ağırlıklı diyet, sebze-meyve ağırlıklı diyet) belirtenlerden yalnızca BKİ <18.5 kg/m² olanların GKGD ile diyetteki öncelikleri arasında anlamlı fark olduğu anlaşılmış olup ($p<0.05$), aralarındaki farkın derecesi %70.7 olarak bulunmuştur. Araştırmaya dahil edilip BKİ <18.5 kg/m² olan gebelerden diyetinde sadece kalori hesabı

yapan kimse olmazken, protein ağırlıklı diyetle beslenenlerin daha çok ideal kilo kazandığı (%80.0), karbonhidrat ve sebze-meyve ağırlıklı diyetle beslenen gebelerin tamamının (%100.0) yetersiz kilo kazandığı görülmektedir. Çalışmaya katılan tüm gebelerin yarısından fazlası (%54.4) sebze-meyveden zengin diyetle beslendiklerini belirtmişlerdir. Protein ağırlıklı diyetle beslendiğini belirten gebelerden BKİ <25 kg/m² olanlarda ideal kilo kazananların, BKİ ≥25 kg/m² olanlarda fazla kilo kazananların en yüksek oranda olduğu görülmüştür. Sebze-meyve ağırlıklı diyetle beslenen gebelerde BKİ <25 kg/m² olanlarda yetersiz kilo kazananların, BKİ ≥25 kg/m² olanlarda ise ideal kilo kazananların oranları en yüksektir. Karbonhidrat ağırlıklı diyetle beslenen gebelerden BKİ ≥18.5 kg/m² olan tüm gebelerde fazla kilo kazanımı oranları en yüksektir. Tablo 4.14 incelendiğinde tüm BKİ gruplarında GKKD ile gebelerin yaptıkları egzersiz veya yürüyüş arasında anlamlı ilişki bulunamamış (p>0.05) olup gebelerin %64.6'sının düzenli olarak egzersiz veya yürüyüş yaptığı görülmektedir. Egzersiz veya yürüyüş yaptığını belirten gebeler genellikle (%29.6) haftada birkaç gün yapabildiklerini belirtmişlerdir. BKİ <18.5 kg/m² olan gebelerin GKKD ile kan grupları arasındaki ilişki istatistiksel olarak ilişkili olup (p<0.05), bu ilişkinin derecesi %55.8 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları ile GKKD arasında anlamlı ilişki kurulamamıştır (p>0.05). Gebelikte sigara kullanan grupta BKİ arttıkça fazla kilo kazanma riski yetersiz kilo kazanma riskinden fazladır. Gebelikte sigara kullanmaya ara veren grupta BKİ arttıkça yetersiz kilo kazanma riski azalıp fazla kilo kazanma riski artmaktadır. Gebelikte ve öncesinde hiç sigara kullanmayanlarda BKİ sınıflarına göre GKKD sigara içme öyküsü olanlara kıyasla daha homojen dağılmış olup BKİ arttıkça fazla kilo kazanma riski artmaktadır.

Tablo 4.14. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre genel sağlık bilgileri ile GKGD arasındaki ilişki

		BKİ Sınıfları											
		<18.5			18.5-24.9			25.0-29.9			≥30		
		Gebelikte Kilo Kazanım Durumu											
		Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	5(45.5)	5(45.5)	1(9.1)	37(33.3)	40(36.0)	34(30.6)	8(10.1)	31(39.2)	40(50.6)	8(17.0)	14(29.8)	25(53.2)
	Var	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	10(37.0)	9(33.3)	8(29.6)	1(6.8)	7(46.6)	7(46.6)	3(33.3)	2(22.2)	4(44.4)
	p	0.128(LR χ^2 =4.111)			0.362(LR χ^2 =10.948)			0.295(LR χ^2 =11.858)			0.603(LR χ^2 =6.391)		
Gebelikte Ortaya Çıkan Hastalık Öyküsü	Yok	5(45.5)	4(36.4)	2(18.2)	33(32.4)	40(39.2)	29(28.4)	8(12.1)	26(39.4)	32(48.5)	8(20.0)	14(35.0)	18(45.0)
	Var	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	14(38.8)	9(24.9)	13(36.3)	1(3.5)	12(42.0)	15(52.5)	3(18.8)	2(12.5)	11(68.8)
	p	0.391(LR χ^2 =1.880)			0.017* (LR χ^2 =21.631) CC=0.335			0.106 (LR χ^2 =15.776)			0.440 (LR χ^2 =7.929)		
Birinci Derece Akrabalarınızda Aşırı Kilolu Olan Var mı?	Yok	4(36.4)	5(45.5)	2(18.2)	40(33.1)	44(36.4)	37(30.6)	9(11.7)	29(33.7)	39(50.6)	9(24.3)	8(21.6)	20(54.1)
	Var	1(100)	0(0.0)	0(0.0)	7(58.3)	5(41.6)	5(41.6)	0(0.0)	9(52.9)	8(47.04)	2(10.5)	8(42.1)	9(47.3)
	p	0.391 (LR χ^2 =1.880)			0.984 (LR χ^2 =1.660)			0.382 (LR χ^2 =6.383)			0.203 (LR χ^2 =8.512)		
Gebeliğinizde Diyetinize Dikkat Ettiniz Mi?	Evet	3(37.5)	4(50.0)	1(12.5)	28(33.7)	32(38.6)	23(27.7)	5(9.1)	20(36.4)	30(54.5)	4(12.4)	14(43.8)	14(43.8)
	Hayır	2(50.0)	1(25.0)	1(25.0)	19(34.5)	17(30.9)	19(34.5)	4(10.3)	18(46.2)	17(43.6)	7(29.2)	2(8.3)	15(62.5)
	p	0.377(LR χ^2 =4.222)			0.367(χ^2 =4.300)			0.445(LR χ^2 =3.722)			0.013*(LR χ^2 =12.679) CC=0.423		

Tablo 4.14 (Devam). Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre genel sağlık bilgileri ile GKGD arasındaki ilişki

Kan Grubunuz Nedir?	Gebeliğinizde Egzersiz veya Yürüyüş Yapmış Mı? Ne Sıklıkla Yaptınız?	Düzenli Olarak	Cevabınız Diyetteki Mısınız?	Evet Veya Önceliğinizi		Evet Veya Önceliğinizi		Evet Veya Önceliğinizi		Evet Veya Önceliğinizi		Evet Veya Önceliğinizi				
				Belirtir	Belirtir	Belirtir	Belirtir	Belirtir	Belirtir	Belirtir	Belirtir					
				Sadece Kalori Hesabı	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(14.3)	4(57.1)	2(28.6)	0(0.0)	0(0.0)	5(100.0)	1(25.0)	1(25.0)	2(50.0)
				Protein Ağırlıklı	0(0.0)	4(80.0)	1(20.0)	4(20.0)	10(50.0)	6(30.0)	2(11.1)	5(27.8)	11(61.1)	0(0.0)	3(42.9)	4(57.1)
				Karbonhidrat Ağırlıklı	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(28.6)	2(28.6)	3(42.9)	1(16.7)	1(16.7)	4(66.7)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)
				Sebze-Meyve Ağırlıklı	2(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	21(42.9)	16(32.7)	12(24.5)	2(7.7)	14(53.8)	10(38.5)	3(15.0)	10(50.0)	7(35.0)
				p	0.032*(LR χ^2 =10.585) CC=0.707			0.418(LR χ^2 =418)			0.081(LR χ^2 =11.265)		0.530(LR χ^2 =5.108)			
				Hayır	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	15(33.3)	17(37.8)	13(28.9)	3(8.1)	15(40.5)	19(51.4)	7(31.8)	4(18.2)	11(50.0)
				Her gün	2(50.0)	1(25.0)	1(25.0)	11(28.9)	13(34.2)	14(36.8)	1(4.2)	9(37.5)	14(58.3)	2(11.1)	6(33.3)	10(55.6)
				Haftada Birkaç Gün	2(33.3)	3(50.0)	1(16.7)	16(36.4)	18(40.9)	10(22.7)	4(14.8)	11(40.7)	12(44.4)	2(16.7)	4(33.3)	6(50.0)
				Haftada Bir Ya Da Daha Az	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(45.5)	1(9.1)	5(45.5)	1(16.7)	3(50.0)	2(33.3)	0(0.0)	2(50.0)	2(50.0)
				p	0.836(LR χ^2 =1.449)			0.376 (LR χ^2 =6.439)			0.809(LR χ^2 =3.000)		0.470(LR χ^2 =5.594)			
				0	1(14.3)	4(57.1)	2(28.6)	21(43.8)	12(25.0)	15(31.3)	5(16.1)	12(38.7)	14(45.2)	6(27.3)	6(27.3)	10(45.5)
				A	4(80)	1(20.0)	0(0.0)	17(33.3)	23(45.1)	11(21.6)	2(5.6)	15(41.7)	19(52.8)	2(9.5)	4(19.0)	15(71.4)
				B	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	7(25.9)	8(29.6)	12(44.4)	2(10.0)	8(40.0)	10(50.0)	3(27.3)	4(36.4)	4(36.4)
				AB	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(16.7)	6(50.0)	4(33.3)	0(0.0)	3(42.9)	4(57.1)	0(0.0)	2(100.0)	0(0.0)
				p	0.043*(LR χ^2 =6.293) CC= 0.558			0.128(LR χ^2 =9.932)			0.740(LR χ^2 =3.532)		0.110 (LR χ^2 =10.361)			

Tablo 4.14 (Devam). Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre genel sağlık bilgileri ile GKKD arasındaki ilişki

Sigara İçiyor Musunuz?	Hayır, Hiç	4(40.0)	4(40.0)	2(20.0)	36(33.3)	42(38.9)	30(27.8)	7(8.8)	32(40.0)	41(51.3)	10(20.8)	13(27.1)	25(52.1)
	İçmedim												
	Gebelikte Hiç	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	6(42.9)	3(21.4)	5(35.7)	1(11.1)	4(44.4)	4(44.4)	0(0.0)	1(33.3)	2(66.7)
	İçmedim												
	Gebelikte İçtim	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	5(31.3)	4(25.0)	7(43.8)	1(20.0)	2(40.0)	2(40.0)	1(20.0)	2(40.0)	2(40.0)
p		0.669 (LR χ^2 =0.805)			0.501 (LR χ^2 =3.353)			0.946 (LR χ^2 =0.739)			0.783 (LR χ^2 =1.740)		
Alkol Kullanıyor Musunuz?	Hayır, Hiç	4(36.4)	5(45.5)	2(18.2)	47(34.8)	47(34.8)	41(30.4)	9(9.9)	38(41.8)	44(48.4)	11(20.0)	16(29.1)	28(50.9)
	Kullanmadım												
	Gebelikte Hiç	1(100)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(66.7)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	3(100)	0(0.0)	0(0.0)	1(100)
	Kullanmadım												
	Gebelikte	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
Kullandım													
p		0.391 (LR χ^2 =1.880)			0.254 (LR χ^2 =2.743)			0.119 (LR χ^2 =4.258)			0.513 (LR χ^2 =1.333)		

Parantez içinde verilen değerler yüzdeleri yansıtmaktadır. χ^2 ; Pearson ki-kare, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare, CC; Kontingensi katsayısı, *; p<0.05

4.10. Gebelerin BKİ Sınıflarına Göre Kullandıkları İlaçlar ile GKKD Arasındaki İlişki

Araştırmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre kullandıkları ilaçlar ile GKKD arasındaki ilişki tablo 4.15’de gösterilmiştir. Tablo 15’e göre tüm BKİ gruplarında folik asit kullanım öyküsü ve kullanmaya başladığı zaman ile GKKD arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir ($p>0.05$). Gebelerin %81.0’i folik asit kullanmışken, folik asit kullananların sadece %9.0’u gebe kalmadan önce folik asit kullanmaya başlamıştır. Gebelerin BKİ ve GKKD ile demir ilacı kullanımı öyküsü birbirinden bağımsızdır ($p>0.05$). BKİ sınıflarına göre GKKD ile gebelikte D vitamini kullanımı arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Yapılan çalışmada vitamin kompleksi içeren ilaçların kullanımı ile gebelerin BKİ grubu ve GKKD arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Gebelikte uzun süre kullandığı farklı bir ilacı (diyabet ilacı, tansiyon ilacı, hipo-hipertiroidi ilacı, kalp yetmezliği ilacı, irritabl barsak sendromu ilaçları, gastrit ilacı, migren ilacı, psikiyatri ilaçları) olan gebeler ile BKİ grubu ve GKKD arasında anlamlı ilişki olmadığı gösterilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Çalışmaya katılan gebelerin BKİ sınıflarına göre kullandıkları ilaçlar ile GKGD arasındaki ilişki

		BKİ Sınıfları											
		<18.5			18.5-24.9			25.0-29.9			≥30		
		Gebelikte Kilo Kazanım Durumu											
		Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla	Yetersiz	İdeal	Fazla
Gebelikte Uzun Süre Kullandığımız Başka İlaç Var mı?	Yok	5(50.0)	3(30.0)	2(20.0)	33(29.7)	44(39.6)	34(30.6)	8(9.8)	32(39.0)	42(51.2)	7(15.9)	13(29.5)	24(54.5)
	Evet	0(0.0)	2(100.0)	0(0.0)	14(51.8)	5(18.5)	8(29.6)	1(8.3)	6(50.0)	5(41.7)	4(33.3)	3(25.0)	5(41.7)
	p	0.130(LR χ^2 =4.083)			0.137(LR χ^2 =12.321)			0.381(LR χ^2 =8.558)			0.377(LR χ^2 =8.604)		
Gebelikte Folik Asit Kullanmaya Ne Zaman Başladınız?	Gebe Kalmadan Önce	1(25.0)	2(50.0)	1(25.0)	5(38.5)	2(15.4)	6(46.2)	0(0.0)	1(20.0)	4(80.0)	0(0.0)	1(20.0)	4(80.0)
	Gebe Kaldıktan Sonra	1(25.0)	2(50.0)	1(25.0)	36(36.4)	36(36.4)	27(27.3)	7(9.7)	30(41.7)	35(48.6)	11(26.8)	12(29.3)	18(43.9)
	Kullanmadım	3(75.0)	1(25.0)	0(0.0)	6(23.1)	11(42.3)	9(34.6)	2(11.8)	7(41.2)	8(47.1)	0(0.0)	3(30.0)	7(70.0)
	p	0.471 (LR χ^2 =3.542)			0.300 (LR χ^2 =4.877)			0.641 (LR χ^2 =2.521)			0.067 (LR χ^2 =8.770)		
Gebelikte Vitamin Kompleksi İçeren İlaç Kullandınız mı?	Evet	4(50.0)	2(25.0)	2(25.0)	36(35.3)	37(36.3)	29(28.4)	8(11.6)	28(40.6)	33(47.8)	6(15.0)	13(32.5)	21(52.5)
	Hayır	1(25.0)	3(75.0)	0(0.0)	11(30.6)	12(3.3)	13(36.1)	1(4.0)	10(4.0)	14(56.0)	5(31.3)	3(18.8)	8(50.0)
	p	0.170(LR χ^2 =3.542)			0.690(LR χ^2 =0.742)			0.459(LR χ^2 =1.558)			0.326(LR χ^2 =2.243)		
Gebelikte Demir İlacı Kullandınız mı?	Evet	3(33.3)	4(44.4)	2(22.2)	39(32.5)	42(35.0)	39(32.5)	8(10.3)	29(37.2)	41(52.6)	7(15.6)	15(33.3)	23(51.1)
	Hayır	2(66.7)	1(33.3)	0(0.0)	8(44.4)	7(38.9)	3(16.7)	1(6.3)	9(56.3)	6(37.5)	4(36.4)	1(9.1)	6(54.5)
	p	0.414 (LR χ^2 =1.762)			0.366 (χ^2 =2.012)			0.370 (LR χ^2 =1.988)			0.134 (LR χ^2 =4.015)		
Gebelikte D Vitamini Kullandınız mı?	Evet	4(36.4)	5(45.5)	2(18.2)	42(37.8)	35(31.5)	34(30.6)	8(10.5)	29(38.2)	39(51.3)	8(19.5)	9(22.0)	24(58.5)
	Hayır	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(18.5)	14(51.9)	8(29.6)	1(5.6)	9(50.0)	8(44.4)	3(20.0)	7(46.7)	5(33.3)
	p	0.391(LR χ^2 =1.880)			0.086(χ^2 =4.913)			0.592(LR χ^2 =1.047)			0.165(LR χ^2 =3.602)		

Parantez içinde verilen değerler yüzdeleri yansıtmaktadır. χ^2 ; Pearson ki-kare, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare

5. TARTIŞMA

Bu araştırma gebelikte alınan kilo ile gebelerin demografik özellikleri, genel sağlık durumları, alışkanlıkları ve gebelik bilgileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde, doğum sonrasında yatmakta olan 300 kadına yüz yüze anket tekniği kullanılarak yapılmıştır.

Gebelikte fazla veya yetersiz kilo alımı gebelik süresince, doğum aşamasında ve doğum sonrasında anne ve bebek adına birtakım komplikasyonları beraberinde getirmektedir. Bu komplikasyonları en aza indirmek için gebelikte alınan kilo üzerine etkili faktörleri iyi bilmek ve gebelikte kilo alımını kontrol altında tutmak gerekmektedir. Bu sebeple yapmış olduğumuz çalışmamızda kadınların tanıtıcı özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, ailenin aylık geliri, hane halkı sayısı ve yaşadığı yer), obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, düşük-kürtaj öyküsü, bebeğin cinsiyeti ve bebeğin kilosu), gebelik özellikleri (planlı-plansız gebelik, yardımcı üreme tekniği kullanma öyküsü, takiplere düzenli gidilmesi-gidilmemesi durumu ve gebelik sırasında düşük tehlikesi yaşanılması-yaşanılmaması durumu), bilgi düzeyi (gebenin gebelik bilgi düzeyini nasıl değerlendirdiği, gebelikle ilgili bilgi edindi mi?, En çok hangi kaynaklardan bilgi edindi?, GKK hakkında bilgi sahibi mi?), genel sağlık bilgileri (kr. hastalık öyküsü, gebelikte ortaya çıkan hastalık öyküsü, kan grubu, diyet ve egzersiz öyküsü) ve gebelikte kullanılan ilaçlar (folik asit, d vitamini, demir, vitamin kompleksi ve uzun süre kullanılan diğer ilaçlar) ile kadınların hamilelik sürecinde kazandığı kilo arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların gestasyonel kilo kazanımını değerlendirmek için gebelik öncesi ve doğum öncesi kiloları kullanılmış olup, boy ölçümü yapılarak gebelik öncesi ve sonrası BKİ ve gebelikte kazanılan kilo hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlar ile IOM 2009 rehberinin gebeler için önerdiği sınıflandırma kullanılarak gebeler kategorize edilmiştir. Gebelerin kilo kazanımına etki edebilecek faktörler belirlenerek, bu faktörler ile gebelikte yetersiz, ideal veya fazla kilo kazanımı arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Gebelikte kazanılan ortalama kilo ile BKİ grupları arasında yapılan varyans analizi sonucu, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tukey testine göre BKİ ≥ 30

kg/m² olan gebelerin ortalama kilo kazanımları diğer BKİ grubundaki gebelerden anlamlı derecede düşük bulunmuştur. BKİ <18.5 kg/m², 18.5-24.9 kg/m² arasında ve 25.0-29.9 kg/m² arasında olan gebelerin ortalama kilo kazanımları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır. Araştırmaya dahil edilen gebelerin yaklaşık yarısının (%46.0) gebelik öncesinde normal BKİ'ne sahip (18.5-24.9 kg/m²) olduğu ve tüm BKİ grupları değerlendirildiğinde gebelerin genellikle (%40.0) fazla kilo kazandığı anlaşılmaktadır. Gebelikte fazla kilo kazanımı oranı en yüksek (%51.8) BKİ ≥30 kg/m² olan gruptaki gebelerde görülmekte iken, yetersiz kilo kazanma oranı en yüksek (%41.7) olarak BKİ <18.5 kg/m² olan grupta görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların gebelikten önceki BKİ'leri ile gebelikte aldıkları kilo arasında yapılan ki-kare analizine göre gebelik öncesi BKİ arttıkça gebelerin fazla kilo kazanma riskinin arttığı saptanmıştır. Avusturalya'da 664 kadın üzerinde yapılan prospektif bir kohort çalışmasında, kilolu veya obez (BKİ ≥25 kg/m²) olan kadınlar BKİ düşük veya ideal kiloda (BKİ <25 kg/m²) olan kadınlar ile karşılaştırıldığında aşırı gestasyonel kilo kazanım oranları daha yüksek olup sırasıyla %56.0 ve %30.0 olarak gösterilmiştir (Jersey ve ark., 2012). Yapılan başka bir çalışmada düşük kilolu olmanın (BKİ <18.5 kg/m²), GKK'nın yetersiz olması riskinin daha yüksek olduğu sonucuna varılırken, hamile kalma anında aşırı kilolu veya obez olmanın, aşırı gebelik kilo kazanımı riski ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Suliga ve ark., 2018).

Kadınların yaş dağılımına bakıldığında %64.0'ünün <30 yaşından ve %36.0'sının ≥30 yaşından olduğu görülmekte olup <30 yaşından gebelerde fazla ve ideal (%41.2, %39.1) kilo kazanımı sık görülürken, ≥30 yaş olan gebelerde fazla ve yetersiz (%37.9, %31.5) kilo kazanımı en sık olarak görülmektedir. Her iki yaş grubunda idealin dışında kilo kazanma oranı ideal kilo kazanma oranından daha yüksek olmakla birlikte ≥30 yaş olan gebelerde bu oran daha yüksektir. BKİ sınıfı 18.5-24.9 kg/m² olanların GKKD ile gebelik yaşı arasında yapılan analiz anlamlı olarak bulunmuştur. Bu gruptaki ≥30 yaş olan gebelerin, daha çok yetersiz kilo kazanımı sonucunda (%43.4) idealin dışında kilo alma riski artmışken (%79.2), diğer BKİ sınıflarında gebelik yaşının GKK'nı etkilemediği saptanmıştır. Anne yaşı ve kilo kazanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların çoğunluğu çalışmamızla paralel olarak, ileri anne yaşının varlığında (>35 yaş) hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gestasyonel kilo kazanımının yetersiz olma riskinin yüksek olduğu (Restall

ve ark., 2014) sonucuna varmıştır. Ancak aralarında önemli ilişki bulunmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (Weisman ve ark., 2010).

Lise ve üzeri okul mezunu olan kadınlar, tüm kadınların yarısından biraz fazlasını (%53.6) oluşturuyor iken çoğunluğu %40.0 ile lise mezunudur. Ortaokul ve daha düşük eğitim seviyesine sahip olan gebelerde kilo kazanımı nerdeyse homojen (yetersiz kilo kazananlar %32.3, ideal kilo kazananlar %33.8 ve fazla kilo kazananlar %33.8) dağılmıştır. Lise ve üzeri eğitim alan gebelerde en sık fazla kilo kazanımı (%45.3) görülmeyle birlikte ortaokul ve altı eğitim seviyesi ile karşılaştırıldığında ideal kilo kazanan gebelerin sayısı artmış (%37.8) ve yetersiz kilo kazananların sayısı (%16.7) azalmıştır. Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumları ile BKİ ve GKKD arasındaki ilişki incelendiğinde BKİ 18.5-24.9 kg/m² olanların eğitim durumları ile GKKD birbirlerine göre değişim göstermiş olup, lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan kadınlarda yetersiz ve ideal kilo kazanımı azalmışken, fazla kilo kazanımı artmıştır. Diğer BKİ sınıflarında kilo kazanımı ile eğitim durumunun ilişkisiz olduğu görülmüştür. Benzer çalışmalarda lise eğitiminden daha az eğitim görmüş olan kadınların yetersiz GKK riskinin daha yüksek olduğu bulunmuş olup (Deputy ve ark., 2015), İran'da yapılmış olan bir başka çalışmada yüksek eğitime sahip kadınların düşük eğitimi kadınlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek kilo alımına sahip olduğu gösterilmiştir (Abbasalizad Farhangi, 2016).

Çalışma durumu değerlendirildiğinde kadınların büyük çoğunluğunun çalışmadığı görülmüş olup, çalışan ve çalışmayan kadınların oranlarının sırasıyla %19 ve %81 olduğu gözlemlenmiştir. Her iki grupta da idealin dışında kilo kazanımı riski yüksek olup, çalışmayan kadınların hem yetersiz hem de fazla kilo kazanma riskleri daha fazladır. Yapılan ki-kare testi sonrası BKİ ve gebelikte kilo kazanımının gebelerin çalışma durumuyla ilişkisiz olduğu saptanmıştır. 2006-2009 yılları arasında Güney Kore'de yapılan bir çalışmada düşük gelirli ve işsiz olan kadınların çoğunlukla obez olduğu ve obezitenin aşırı GKK riski ile yüksek oranda ilişkili olduğu gösterilmiştir (Han ve ark., 2011).

Sosyoekonomik düzeyin GKK üzerine olan etkisini incelemek amacıyla ABD'de yapılan bir çalışma sonucunda düşük gelirli kadınların yetersiz kilo kazanma riski fazla iken yüksek gelirli kadınların aşırı kilo kazanma riski yüksek bulunmuştur

(Lindberg ve ark., 2017). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada düşük gelirli olan kadınların hem aşırı hem de yetersiz GKK için risklerinin artmış olduğunu sonucuna ulaşılmıştır (Suliga ve ark., 2018). Araştırmamızda anket yapılan kadınların %54'ünün aylık geliri 2 000 TL ve altında olup asgari ücret sınırında veya altında olduğu anlaşılmaktadır. Kadınlar 4 farklı gelir seviyesine göre ayrılmış olup sonuç olarak gelir seviyeleri ile GKKD ve BKİ sınıfları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Kadınların %82.6 ile büyük çoğunluğu il ve ilçelerde yaşıyor olup, ilde yaşayanların oranı %59.3 iken ilçede yaşayanların oranı %23.3'tür. Bunları sırasıyla köy ve köy altı yerleşim yerlerinde yaşayanlar (%16.7) ve (%0.7) takip etmektedir. İl ve ilçede ikamet eden gebelerin idealin dışında kilo kazanma riski artmış olup (%65.2), bu kadınlar daha çok fazla kilo kazanımı (%41.5) ile karşı karşıya kalmaktadır. Köy ve daha küçük yerleşim merkezlerinde yaşayan gebelerde de idealin dışında kilo kazanımı (%57.6) riski yüksektir. İstatistiksel inceleme sonrası kadınların gebelikte kazandıkları kilo ve BKİ grupları ile yaşadıkları yer arasında ilişki bulunamamıştır. Pennsylvania'nın kırsal bölgelerinde 18 000'den fazla kadına yönelik 2006 ve 2015 yılları arasında yapılan bir araştırma sonucunda, bu popülasyondaki kadınların sadece % 25.8'ünün önerilen aralıkta kilo aldığı, %21.3'ünün yetersiz, % 52.9'unun IOM 2009 rehberindeki aralığın üzerinde olmak üzere toplamda %74.2 gebenin idealin dışında kilo kazandığı sonucuna varılmıştır (Power ve ark., 2018).

Çalışmaya katılan kadınların çoğunluğu multipar olup, multipar ve primipar kadınların yüzdeleri sırasıyla %71.7 ve %28.3'tür. BKİ ≥ 30 kg/m² olan gebelerin GKKD ile gebelik sayıları arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur. BKİ ≥ 30 kg/m² primipar (%87.5) ve multipar (%45.8) kadınlarda fazla kilo kazanımı en yüksek frekansta görülmektedir. BKİ ≥ 30 kg/m² olan primipar ve multipar kadınlarda yetersiz kilo kazanımı frekansları sırasıyla %0.0 ve %22.9'dur. Araştırma neticesinde BKİ ≥ 30 kg/m² olan primipar ve multipar kadınlarda en yüksek oranla fazla kilo kazanımı görülmesine rağmen gebelik sayısı arttıkça yetersiz kilo kazanma oranının yükseldiği sonucuna varılmıştır. Bangladeş Matlab'ta kırsal kesimdeki gebeler üzerinde yapılan benzer bir çalışmada parite sayısının artması yetersiz kilo kazanımı için risk faktörü olarak gösterilmiştir (Tafsir Hasan ve ark., 2018). Polonya'da gebeler üzerinde yapılan başka bir çalışmada primipar olmanın gebelikte aşırı kilo alımına engel olduğu gösterilmiştir (Suliga ve ark., 2018). Konu ile ilgili yapılan bir meta-analize dahil

edilen çalışmalarda paritenin GKK rolü üzerine olan etkileri araştırılmış olup, bazı çalışmalarda GKK'na pozitif bazılarında ise negatif etkilerinin olduğu görülmüştür. Meta-analiz sonucunda paritenin gebelik öncesi BKİ ile ilişkili olduğu ancak GKK ile arasındaki ilişkinin belirsizliğini koruduğu kanaatine varılmıştır (Hill ve ark., 2017).

Gebelik ve egzersiz üzerine yapılan bir çalışmada kadınların gebeliğin 6. ayından sonra yürüyüşe devam ettiği ancak orta ve şiddetli fiziksel aktivitelerinde azalma olduğu anlaşılmıştır (Pereira ve ark., 2007). 2005-2007 yılları arasında Çin'in Changzhou kentinde gebelerin fiziksel aktivite düzeyleri pedometre kullanılarak değerlendirilmiş, adım sayısına göre hamile kadınlar 4 farklı fiziksel aktivite grubuna (Sedanter, Düşük Aktif, Biraz Aktif ve Aktif) ayrılmıştır. Araştırma sonucunda aktif gruptaki gebeler sedanter gruptaki gebelerle karşılaştırıldığında 1.45 kg daha az gestasyonel kilo kazanımına sahip olduğu sonucu elde edilmiştir (Jiang ve ark., 2012). Çalışmamıza katılan kadınların %28.0'i her gün, %29.7'si haftada birkaç gün ve %7.0'si haftada bir yada daha az olmak üzere toplamda %64.7'si düzenli olarak egzersiz veya yürüyüş yaptıklarını belirtirken, %35.3'ü egzersiz veya yürüyüş yapmadığını belirtmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda BKİ ve GKKD ile egzersiz/yürüyüş yapmak arasında ilişki bulunamamıştır. Sonucun negatif çıkması üzerinde ilerleyen gebelik haftalarında gebelerin düzenli egzersiz yapmalarına rağmen bazı sebeplerden (düşük tehlikesi, hareket kısıtlılığı, ağrı, vb.) dolayı egzersiz şiddetini ve temposunu azaltması sonucunda efektif bir aktivite yapılamaması gösterilebilir. Çalışmamızla paralel olarak yapılan araştırmaların bazıları fiziksel aktivite ile GKK arasında anlamlı bir ilişki olduğunu doğrulamamıştır (Schlaff ve ark., 2014).

Diyet kalıpları, ülkeler ve popülasyonlar arasında farklılıklar gösterebilir (Hill ve ark., 2017). Gebelikte yapılan diyet çalışmalarının bir kısmı diyet ve gestasyonel kilo alımını doğrudan ilişkili bulurken bir kısmı diyet ve kilo kazanımını ilişkilendirememiştir. Çalışmalarda özellikle geleneksel ve bölgesel diyetlere uygun beslenme, diyet modellerinin farklı trimesterlerdeki farklı etkileri ve diyet içerikleri üzerinde durulmuştur (Wrottesley ve ark., 2017). Yapmış olduğumuz çalışmaya katılan kadınların %59.3'ü "Gebeliğinizde diyetinize dikkat ettiniz mi?" sorusuna evet veya kısmen yanıtı verirken %40.7'si diyetlerine dikkat etmediklerini söylemişlerdir. Yapılan istatistiksel analiz sonrasında sadece BKİ ≥ 30 kg/m² olan gebelerin GKKD ile diyetlerine dikkat edip etmeme durumunun birbirleriyle ilişkili olduğu

anlaşılmıştır. BKİ ≥ 30 kg/m² grupta gebelerin diyetlerine dikkat etmediği takdirde yetersiz ve fazla kilo kazanma risklerinin arttığı ideal kilo kazanımın azaldığı görülmektedir. Ayrıca tüm BKİ sınıflarında diyetine dikkat edenler daha az yetersiz kilo kazanma riski ile karşı karşıyadır. Çalışmaya katılan gebelerden diyetine dikkat edip diyetteki önceliğini (sadece kalori hesabı, protein ağırlıklı diyet, karbonhidrat ağırlıklı diyet, sebze-meyve ağırlıklı diyet) belirtenlerden yalnızca BKİ < 18.5 kg/m² olanların GKKD ile diyetteki öncelikleri arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan tüm gebelerin yarısından fazlası (%54.4) sebze-meyveden zengin diyetle beslendiklerini belirtmişlerdir. Protein ağırlıklı diyetle beslendiğini belirten gebelerden BKİ < 25 kg/m² olanlarda ideal kilo kazananların, BKİ ≥ 25 kg/m² olanlarda ise fazla kilo kazananların en yüksek oranda olduğu görülmüştür. Sebze-meyve ağırlıklı diyetle beslenen gebelerde BKİ < 25 kg/m² olanlarda yetersiz kilo kazananların, BKİ ≥ 25 kg/m² olanlarda ise ideal kilo kazananların oranları en yüksektir. Karbonhidrat ağırlıklı diyetle beslenen gebelerden BKİ ≥ 18.5 kg/m² olan tüm gebelerde fazla kilo kazanımı oranları yüksektir. Diyet ve GKK arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla yapılan bir sistematik analize dahil edilen çalışmaların beş tanesi enerji alımı ile GKK arasında anlamlı pozitif ilişki olduğunu söylerken üç çalışmada aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sistematik analiz sonucunda yüksek protein tüketimi, hayvansal lipid tüketimi ve yüksek kalorili diyet ile beslenmenin fazla GKK ile ilişkili olduğu, karbonhidrat ve vejeteryan diyetin daha az GKK'na neden olduğu gösterilmiştir (Streuling ve ark., 2011). Konuyla ilgili Hollanda da yapılan bir başka çalışmada gebelerin diyetlerindeki ana bileşenler esas alınarak üç diyet modeli belirlenmiş (sebze, yağ, balık; fındık, yüksek lifli tahıllar, soya; margarin, şeker, atıştırmalık) ve araştırma sonucunda hiçbir diyet paterni ile GKK arasında tutarlı bir ilişki kurulamamıştır (Tielemans ve ark., 2015).

Başlı başına bir halk sağlığı meselesi olan sigara kullanımı, gebelikte özellikle dikkat edilmesi gereken bir durumdur. Gebelikte sigara kullanımı fetal büyümenin azalmasına ve preterm doğuma sebep olmaktadır. Preterm doğum nedeniyle annenin yeterli kilo kazanmak için gerekli zamanının olmamasından dolayı bebeklerin sağlıklı doğum kilosuna ulaşmasına engel teşkil etmektedir (Wen ve ark., 1990). Gebelikte kilo kazanımı ve sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılan çalışmalar daha çok günlük içilen sigara miktarı, sigaranın gebelikte içilmeye devam

edilip edilmemesi gibi değişkenlerle korele edilerek ve farklı trimesterlardaki etkisine bakılarak anlaşılmaya çalışılmıştır. Gebelikte kilo kazanımı ve sigara arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla yapılan bir çalışmada sigara içen kadınların, hiç sigara içmemiş ya da önceden sigara içen ama gebelikte sigara içmeyen kadınlara kıyasla yetersiz kilo kazanımı için yüksek risk altında olduğu bulunmuş ve sebep olarak sigaralardaki nikotin gösterilmiştir. Nikotinin iştah kesici olduğu ve kendisinden mahrum bırakılmasının iştahta artış sonrası kilo alımına yol açtığı öngörülmüştür (Lindberg ve ark., 2016). Yapılan başka bir çalışmada gebeliğin ilk haftasında sigaradan vazgeçenlerin gebelik boyunca sigara kullananlara göre daha fazla GKK ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Suliga ve ark., 2018). Sigara bırakma ile ilgili yapılan benzer bir çalışmada gebelikte sigaraya devam edenlerin hiç sigara içmemiş kadınlardan daha fazla gebelik sonrası kilo problemi yaşadığı anlaşılmiştir (Favaretto ve ark., 2007). Gebeleri günlük içilen sigara adedine göre gruplara ayıran bir araştırma sonucunda ise ağır sigara içicilerin (günde ≥ 25 sigara) diğer sigara kullanan gruplara göre daha fazla kilo aldığı gösterilmiştir (Veldher ve ark., 2015). Yapmış olduğumuz araştırmaya dahil edilen kadınların %90.7'sinin gebeliklerinde sigara içmediği ve bu gebelerin %82'sinin hiç sigara kullanmadığı ancak %8.7'sinin normalde sigara kullanırken gebelikte kullanmadığı anlaşılmaktadır. Çalışmamızda elde edilen veriler ışığında kadınların sigara kullanma öyküleri ile GKKD arasında anlamlı istatistiksel analiz saptanamamıştır. Çalışma sonucunda elde edilen verilerin genel literatürden farklı olmasında; sigara içen kadınların günlük içtikleri sigara adedi, kaç yıldır sigara içiyor oldukları ve pasif içiciliğe maruziyet durumlarının bilinmemesi sebep olmuş olabilir. Ayrıca sigara kullanımı ile GKK arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalara rağmen yapılan bazı çalışmaların sigara içimi ile GKK arasındaki ilişkiyi doğrulamadığını belirtmekte de fayda vardır (Weisman ve ark., 2010).

Doğum öncesi bakım anne ve onun bebeği için maksimum sağlık sonuçları elde etmek amacıyla ortaya çıkmıştır. Günümüzde ileriye dönük sağlık hizmet giderlerini azaltmak için birçok ülkede devlet politikası haline gelmiştir. Araştırmamızda gebelerin büyük kısmının (%93.7) takiplere düzenli olarak gittiği ancak TNSA 2013 verilerine göre Türkiye ortalamasının (%98) altında kaldığı görülmektedir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013). Takiplere düzenli giden gebelerin %35.6'sı gebelikte ideal kilo alırken, düzenli olarak takiplere gitmeyen gebelerin %42.1'i ideal

kilo almıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre BKİ ve GKKD ile gebelik takiplerine düzenli olarak gitme/gitmeme durumlarının birbirlerine göre değişkenlik göstermediği anlaşılmıştır. Bakım hizmeti alan gebelerin istenilen oranlarda yeterli kilo alamamalarının nedeni hizmetin kalitesi ve gebelerin hizmete ulaştıkları trimester ile ilişkili olabilir. Gebelerin kilo almaya başladıkları dönem esas itibarıyla ikinci trimester ve sonrası olduğu için kilo üzerine verilecek tavsiyeler ilk trimesterde hatta gebelik öncesi dönemde verilmelidir. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin kalitesi hakkında ulusal çapta diyetisyenlere yönelik yapılan bir araştırmada danışmanlık yaptıkları gebelerin, gebelik sırasında yirmi kilodan fazla kilo almaması gerektiğine ve obez kadınların hiç kilo almaması gerektiğine inandıkları tespit edilmiştir (Taffel ve ark., 1993). Kuzey Carolina’da 2011 ve 2012 yıllarında tekil doğum yapan kadınların dahil edildiği bir çalışmada DÖBH ve gebelik kilo kazanımının IOM 2009 yönergelerine uyum ilişkisi incelenmiş ve DÖBH’nin yetersiz kilo alımını önlemede etkili olduğu anlaşılmış ancak aşırı kilo alımı riskinin azaltması ile ilişkili bir veri elde edilememiştir (Yeo ve ark., 2016).

Gebelikle ilgili bilgi düzeylerini nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda, kadınların yaklaşık olarak yarısı (%50.3) gebelikle ilgili bilgi düzeylerini iyi olarak görürken, diğer kadınlar bilgi düzeylerinin orta (%46.0) veya kötü (%3.7) olduğunu ifade etmiştir. Kadınların GKK hakkında bilgisini ölçmek için sorulan soruya kadınların %60.0’ı evet (%47.7) veya kısmen (%12.3) cevabı vererek gebelikte yaklaşık olarak almaları gereken kiloyu bildiklerini, gebelerin %40.0’ı ise gebelikleri süresince yaklaşık olarak almaları gereken ideal kiloyu bilmediklerini söylemişlerdir. GKKD yetersiz olan gebelerin çoğunluğunun bilgi durumunun orta düzeyde olduğu görülürken, GKKD ideal ve fazla olan gebelerin çoğunluğunun bilgi durumunun iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Elde edilen verilere ışığında BKİ normal olan gebelerin gebelikte yaklaşık olarak kazanılması gereken kiloyu bilmesi durumunda yetersiz kilo kazanımı riskinin belirgin olarak azaldığı ancak fazla kilo kazanma riskinin mevcut olduğu anlaşılmıştır. San Francisco’da yapılan bir çalışma sonucunda birçok kadının gebelikte kilo kazanımı hakkında yanlış bilgiye ve inanışa sahip olduğu, özellikle gebelik öncesi BKİ düşük veya yüksek olan sınıflardaki gebeler yanlış kilo kazanma hedeflerine sahip oldukları için idealin dışında kilo kazanma risklerinin yüksek olduğu öngörülmüştür (Stotland ve ark., 2005).

Araştırmaya katılan kadınların %84,0'ü gebelik süreci ile ilgili bilgi edindiğini, %16,0'sı ise bilgi edinmediğini beyan etmiştir. Araştırma neticesinde BKİ yüksek ve bilgi edinmeyen grupta idealin dışında kilo kazanma (fazla ve yetersiz kilo kazanımı) riskinin arttığı söylenebilir. Ayrıca gebelerin BKİ sınıfı ve GKKD ile bilgi edindikleri kaynak (yazılı kaynak, televizyon, internet, eş-dost, anne/kayınvalide, sağlık çalışanı) arasında ilişki olmadığı görülmüştür. Araştırmaya dahil edilen kadınlara sorulan “Gebelikte yetersiz veya aşırı GKK'nın anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkileri hakkında bilgi sahibi miydiniz?” sorusuna %62,0 oranla evet (%43,0) veya kısmen (%19,0) cevabı verilmiş olup %38,0'lik bir kısım bilgi sahibi olmadığını söylemiştir. Verilerin analizi sonucunda BKİ sınıfı ve GKKD'nin gebelikte kilo kazanımının anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkilerinin bilinmesi ya da bilinmemesi ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı anlaşılmıştır. 2015 yılında Sidney de yapılan bir çalışma sonucunda çalışmamıza benzer olarak kadınların yarısı (%51) gebelikte aşırı kilo kazanımının bebekleri üzerindeki etkisinden emin olmadığını, %11'i aşırı kilo kazanımının bebeğin doğum ağırlığını etkileyeceğine inanmadığını ve %14'ü ise aşırı kilo kazanımının bebekleri için uzun vadeli sağlık sonuçları olacağına inanmadığını belirtmiştir. Çalışma sonucunda önerilerin üzerinde kilo kazanma riskinin, GKK'nin gelecekteki anne ve bebek sağlık sonuçları üzerindeki olumsuz etkilerine inanmayan kadınlarda görülme ihtimalinin daha yüksek olduğu kanaatine varılmıştır (Cheney ve ark., 2017).

Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğu (%61,3) gebelikte kazanılan kilonun kendileri için önemli olduğunu belirtmiş olup önem arz etmesine sebep olarak bebek sağlığı (%47,8), anne sağlığı (%28,8), görsellik (%20,6) ve diğer nedenler (%2,7) gösterilmektedir. Çalışma sonucunda gebelikte alınan kilonun kendisi için önemli olduğunu belirten gebeler ile kendileri için kilo kazanımının önemli olmadığını belirten gebeler arasında gebelikte kilo alımı için fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Kazanılan kilonun önemli olduğunu ifade eden kadınların %65,6'sı idealin dışında kilo kazanma eğilimindeydi. Bu konuda kadınların kendileri için ideal kilo kazanma sınırlarını bilmemesi, bilinçsiz yapılan diyet ve egzersiz programları etkili olmuş olabilir. Tüm BKİ grupları değerlendirildiğinde kazanılan kilonun görselliğini etkileyeceği korkusu yaşayan bayanlar da fazla kilo alma riski mevcutken, anne sağlığı

konusunda endişe eden bayanlar da ideal kilo kazanımını ve bebek sağlığı için kilo kazanımını önemseyenlerde ise yetersiz kilo alma riski olduğu anlaşılmaktadır.

Gebelik boyunca fetüs vitamin ve mineraller dahil olmak üzere tüm ihtiyaçlarını anneden karşılamaktadır. Bu sebeple gebelikte belirli vitamin ve minerallere olan ihtiyaç fazla miktarda artmakta ve gebelerde vitamin ve mineral eksiklikleri sık sık ortaya çıkmaktadır. Gebelikte ortaya çıkan vitamin ve mineral yetersizliğini sadece diyetle tedavi edebilmek çoğu zaman mümkün değildir. Alman Ulusal Beslenme Anketi II'nin verilerine göre çocuk doğurma çağındaki kadınlarda ortalama besin alımının yetersiz olduğu anlaşılmaktadır (Diemert ve ark., 2016). Bu sebeple gebelere özellikle folik asit, d vitamini, demir ve multi vitamin/mineral içeren ilaç kullanmaları tavsiye edilmektedir. Replasman yapılmadığı takdirde koenzim ve kofaktör olarak çalışan vitamin ve minerallerin eksikliği sonucunda anne ve bebekte ciddi sağlık sorunları ortaya çıkabilir. Gebeliğin, anne ve fetüs sağlığını korumak amacıyla diyet davranışını değiştirmek için eşsiz bir fırsatı teşkil ettiği düşünüldüğünde, tüm gebe kadınlara verilecek olan beslenme ve yaşam tarzı danışmanlığının son derece yerinde olacağı anlaşılmaktadır. Çalışmamıza katılan kadınların folik asit kullanımı analiz edildiğinde %81.0'inin gebe kaldıktan (%72.0) veya gebe kalmadan önce (%9.0) kullandığı ancak %19.0'unun hiç kullanmadığı anlaşılmaktadır. Demir ilacı, d vitamini ve vitamin kompleksi kullananların oranları sırasıyla %84.0, %79.7 ve %73.0 olduğu görülmektedir. Çalışmamız sonucunda vitamin ve mineral içeren ilaçların kullanımı ile gebelikte kilo kazanımı arasında anlamlı ilişki olmadığı anlaşılmıştır. Ancak konuyla ilgili yeterli araştırma mevcut olmadığı için yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmaya dahil olan kadınların bebeklerinin cinsiyet ve doğum kilolarının frekans dağılımına bakıldığında doğan erkek bebeklerin (%52.7), kız bebeklerden (%47.3) daha fazla olduğu ve bebeklerin büyük çoğunluğunun %91.3 ile ideal kiloda doğduğu ancak %4.7'sinin fazla kilolu ve %4'ünün yetersiz doğum kilosunda olduğu görülmektedir. BKİ <18.5 kg/m² olan gebelerde GKKD ile bebek cinsiyeti arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. BKİ <18.5 kg/m² olup bebek cinsiyeti kız olan gebelerde en yüksek frekansta (%100.0) yetersiz kilo alımı görülürken, bebek cinsiyeti erkek olan gebelerde en fazla (%62.5) ideal kilo kazanımı görülmüştür. Elde edilen veriler BKİ <18.5 kg/m² olup erkek bebek sahibi olacak gebelerin kız bebek sahibi olacak

gebelerden daha fazla kilo kazandığını göstermektedir. Yapılan çalışmada bebeğin doğum kilosunu ile gebenin BKİ sınıfı ve GKKD arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ancak araştırmamızla paralellik göstermeyen araştırma sonuçları da mevcut olup kilolu bebeklerin, hamileliklerinde aşırı kilo kazanan annelerin bebekleri olduğuna dikkat çekilmiştir (Kabali ve Werler, 2007).

Gebeliklerinin planlı olup olmadığı sorulan kadınlar bu soruya %67.0 oranla planlı, %33.0 oranla plansız bir gebelik olduğunu söylemiştir. Çalışmamız sonucunda gebeliğin planlı olup olmaması durumu ile gebelerin BKİ sınıfı ve GKKD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır. Gebelerin planlı gebelikten algıladığı anlamın farklılıklar içermesi araştırma sonucunu etkilemiş olabilir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada gebelikte kullanılan planlı/plansız, istemli/istemli ve amaçlanan/amaçlanmayan gibi bazı terimlerin gebeler tarafından farklı algılandığı ortaya çıkmıştır. Gebelerin çoğunluğu, negatif anlam içerdiğini düşündükleri istemli gebelik terimini kullanmak istemezken, planlı gebelik diyebilmek için dört önemli kriterin (korunma yöntemini bırakmak, hamile kalabilmek, partner ile aynı fikirde olmak ve yaşam tarzı değişikliği yapılabilecek doğru zamanda olmak) aynı anda olması gerektiğine inanmaktaydı (Barret ve Wellings, 2002).

Çalışmaya katılan kadınların bir kısmının (%17.3) gebelik öncesinde bir kronik hastalığı (diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalığı, kansızlık, astım, migren, irritabl barsak sendromu) mevcutken ve bir kısmının da (%27.0) gebelikte ortaya çıkan bir hastalığı (diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalığı, kansızlık, vertigo, hiperemesis gravidarum, varis) olduğu gözlemlenmiştir. Araştırma sonucunda gebelik öncesi kronik hastalık öyküsünün olup olmaması ile BKİ sınıfı ve GKKD arasında anlamlı bir fark olmadığı anlaşılmıştır. Ancak BKİ normal olan gebelerin GKKD ile gebeliklerinde ortaya çıkan hastalıklarının olup olmaması durumunun istatistiksel olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir. BKİ normal olup gebelikte ortaya çıkan hastalığı olmayan gebelerde ideal kilo kazanma oranı en yüksek olarak görülürken (%39.2), gebelikte ortaya çıkan hastalığı olan gebelerde en yüksek olarak yetersiz kilo kazanımı (%38.8) görülmektedir. Elde edilen veriler sonucunda gebelikte ortaya çıkan hastalığı olup BKİ normal olan gebelerin yetersiz kilo kazanma riski mevcutken, BKİ ≥ 25 kg/m² olan gebelerde aşırı kilo kazanımı riskinin mevcut olduğu saptanmıştır. Gebelik

öncesinde ve gebelikte ortaya çıkabilecek hastalıkların çok çeşitli olmasından dolayı bu konuyla ilgili olarak hastalık özelinde gebelikte kilo kazanımını değerlendirebilecek çalışmalara ihtiyaç olduğu aşıkardır.

Yaşadıkları hanedeki kişi sayılarına bakıldığında ≤ 2 kişi ile birlikte yaşayanlar en düşük frekansa sahip olup bu oran %0.3 iken 3-4 kişi ile birlikte yaşayanların oranının %15.7 olduğu ve >4 kişi ile birlikte yaşayanların oranının %84 ile en yüksek oranda olduğu görölmektedir. Toplamda 3-4 kişiden oluşan bir ailede gebeler genellikle ideal kilo kazanırken, >4 kişiden oluşan ailelerde gebeler BKİ $< 25 \text{ kg/m}^2$ olan grupta yetersiz kilo kazanma eğilimindeyken BKİ $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ olan grupta fazla kilo alma eğilimindedir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda tüm BKİ sınıflarında hane halkı sayısı ile GKGD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Hane halkının >4 kişiden oluştuğu ailelerde gebelerin sorumlulukların artması sonucunda öz bakım ve gebelik ile ilgili konulara muhtemelen yeterli önemin verilememesinden dolayı, BKİ düşük ve normal olan gebelerde yetersiz kilo kazanımı görölmektedir. BKİ yüksek olan gruplarda ki gebeler zaten fazla kilo kazanmaya meyilli olduğu için bu gruplarda hane halkının sayısının gebelikte kilo kazanımı üzerindeki etkisi net anlaşılamamıştır.

Kadınların düşük ve/veya kürtaj öykülerine bakıldığında %23.7'sinin öyküsünün mevcut olduğu %76.3'ünün öyküsünün olmadığı görölmüştür. Çalışmaya katılmış olan gebelerin düşük ve/veya kürtaj öyküleri ile BKİ sınıflarına göre GKGD'nin birbirlerine göre değişim göstermediği görölmektedir. Mevcut gebeliklerinde kadınların %86.3 ile büyük çoğunluğu düşük tehlikesi yaşamamışken sadece %13.6'sı düşük tehlikesi yaşamıştır. Düşük tehlikesi yaşayanların %9.3'ü düşük tehlikesine karşı ilaç kullanmışken %4.3'ü ilaç kullanmamıştır. Çalışmaya katılan gebelere sorulan “Gebeliğinizde düşük tehlikeniz oldu mu ve düşük tehlikesine karşı ilaç kullandınız mı?” sorusuna BKİ $<18.5 \text{ kg/m}^2$ olan gebelerin tamamı düşük tehlikesi yaşamadıklarını belirttikleri için bu BKİ sınıfında ki-kare testi yapılamamıştır. Gebeliklerinde düşük tehlikesi yaşamayanlar ve düşük tehlikesi yaşayıp düşük tehlikesine karşı ilaç (progesteron tablet, jel, ampul ve diğer) kullanan veya kullanmayanlar ile GKGD arasındaki ilişki sadece BKİ normal olan gebeler arasında anlamlı bulunmuştur. Gebenin obstetrik özelliklerinin kilo kazanımı

üzerindeki etkisi tam olarak aydınlatılamamış olup daha fazla çalışmanın yapılmasına ihtiyaç vardır.

Gebelerin neredeyse tamamı (%95.7) gebe kalabilmek için yardımcı üreme tekniği kullanmamış iken az bir kısmı (%4.3) çeşitli yardımcı üreme tekniklerinden (ovulasyon indüksiyonu, in vitro fertilizasyon (İVF), intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (İCSİ), aşılama) faydalandıklarını belirtmiştir. Gebe kalabilmek için kullanılan yardımcı üreme tekniklerinin birbirlerine kıyasla BKİ sınıfı ve GKKD arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Hamile kalabilmek için herhangi bir yardımcı üreme tekniği kullanan gebelerin genelde (%46.1) ideal kilo kazanma durumu, doğal yolla hamile kalan gebelere kıyasla daha fazla yaşam tarzı değişikliği yapmaları ve tedavi sürecinde daha fazla doğum öncesi bakım hizmeti ile buluşma fırsatı elde etmeleri ile ilişkili olabilir.

Kadınların %18.0'inin birinci derece akrabalarında (anne, baba, kardeş, çocuk) aşırı kilolu olanların mevcut olduğu, %82.0'sinin ise birinci derece akrabalarından aşırı kilolu kimsenin olmadığı anlaşılmaktadır. Birinci derece akrabalarında aşırı kilolu olan ya da olmayan gebelerin tüm BKİ sınıflarında GKKD ile arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Aşırı kilolu birinci derece akrabası olan kadınların fazla kilo kazanma riski %40,7 iken birinci derece akrabalarından hiç kimsede aşırı kilo öyküsü olmayan gebelerin fazla kilo kazanma riski %39,8 olup, birbirlerine benzer oranlardır. Obezitenin fenotipik ve genotipik birçok bileşeni varken ailesinde aşırı kilolu birey olan gebelerin daha yüksek oranlarda fazla kilo kazanmamasının nedeni olarak, gebelerin anket sorusunda geçen aşırı kelimesinden anladıkları/algıladıkları kilonun farklılıklar içermesinin yol açtığı bir durum söz konusu olabilir.

Kadınlar ankette sorulan “Takiplerde bebeğinizle ilgili bir sorun olduğu söylendi mi?” sorusuna %89.0 oranla söylenmedi cevabını vermişken %11.0 oranla çeşitli sorunların (gelişme geriliği, kesede suyun azlığı, anomali riski, hidrosefali, kalp problemi) olduğunu söylemiştir. Takiplerde bebekleri ile ilgili bir sorun olup olması durumu ile gebelerin BKİ sınıfı ve GKKD'nin birbirinden bağımsız olduğu saptanmıştır. Konuyla ilgili yeterli çalışma olmaması ve kilo alımını etkileyebilecek çok sayıda değişkenin olmasından dolayı yeni çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Kadınların kan gruplarına bakıldığında en sık A kan grubu (%37.7) sonrasında sırayla 0, B, AB kan grupları (%36, %19.3, %7) görülmektedir. Çalışma sonucunda BKİ'si zayıf olan gebelerin GKKD ile kan grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkili olduğu anlaşılmıştır. A, B ve 0 kan grubuna sahip kadınlarda en sık fazla kilo alımı görülürken, AB kan grubuna sahip kadınlarda en sık ideal kilo kazanımı görülmektedir.

Gebelerin %17.7'lik bir kısmının gebeliklerinde vitamin ilaçları dışında uzun süre kullandıkları başka ilaçlarının olduğu anlaşılmıştır. Gebelikte uzun süre kullandığı farklı bir ilacı (diyabet ilacı, tansiyon ilacı, hipo-hipertiroidi ilacı, kalp yetmezliği ilacı, irritabl barsak sendromu ilaçları, gastrit ilacı, migren ilacı, psikiyatri ilaçları) olan gebeler ile BKİ grubu ve GKKD arasında anlamlı ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak çalışmamız ilaçlara spesifik olmayıp uzun süre kullanılan ilacı olup olmayan gebelerin BKİ sınıfı ve GKKD üzerine etkisi incelediği için uzun süre ilaç kullanımı ile kilo alımı arasında anlamlı ilişki bulunamamış olabilir. Konunun daha iyi aydınlatılabilmesi için yapılacak yeni çalışmaların ilaçlar özelinde yapılması önerilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada gebelikte uygun olmayan (yetersiz ve aşırı) kilo kazanımının artan prevalansı ve sonucunda kısa ve uzun vadede anne ve bebeğinin sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmek amacıyla gebelikte kilo kazanımı ile ilgili olabilecek faktörler üzerinde çalışıldı. Çalışma sonucunda kadınların %40.0'ı fazla, %36.0'sı ideal ve %24.0'ü yetersiz kilo kazandı. Gebelik öncesinde BKİ 18.5-30 kg/m² olan gebeler daha çok ideal miktarda kilo kazanırken obez (BKİ ≥30 kg/m²) olan gebelerin fazla ve zayıf olan gebelerin (BKİ <18.5 kg/m) ise yetersiz kilo kazanma riski ile karşı karşıya olduğu anlaşılmaktadır. Fazla kilo kazanımı ile ilişkili olan faktörler; ≥30 yaş, lise ve üzeri eğitim seviyesi, primipar olmak, gebelikle ilgili bilgi düzeyinin kötü olması, yaklaşık olarak kazanılması gereken kilo hakkında bilgi sahibi olmak, kilo alımını anne sağlığı için önemsemek, gebelikte ortaya çıkan bir hastalığın olması, diyetle dikkat etmemek, karbonhidrat ağırlıklı diyetle beslenmek ve yüksek gebelik öncesi BKİ'ne sahip olmak olarak saptanmıştır. Yetersiz kilo alımına eşlik eden faktörler; ≥30 yaş, ortaokul ve daha düşük eğitim seviyesi, multipar olmak, gebelik ile ilgili bilgi düzeyinin iyi olması, gebelikle ilgili bilgi edinmemek, yaklaşık olarak kazanılması gereken kilo hakkında bilgi sahibi olmak, gebelikte ortaya çıkan bir hastalığın olmaması, diyetle dikkat etmemek, sebze-meyve ağırlıklı beslenmek ve düşük gebelik öncesi BKİ'ye sahip olmak olarak saptanmıştır. Kısa ve uzun vadede anne ve bebeğin sağlık problemlerini önlemek ve sağlık giderlerine yapılan harcamaların azaltılması amacıyla uygun olmayan kilo kazanımının önüne geçilmesi gerekmektedir. Bu bakımdan gebelik öncesi, gebelik ve gebelik sonrası dönemlerin birbiriyle ilişkili olduğu unutulmamalı ve gebelerin kazandığı kiloyu optimize hale getirebilmek amacıyla tüm kadınların DÖBH'den yeterince yararlanması sağlanmalı, DÖBH'nin kalitesi artırılmalı, IOM 2009 rehberinin önerdiği sınırların Türk toplumu için geçerliliği araştırılmalı ve hatta Türk kadınları için spesifik kilo kazanma rehberinin oluşturulması gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. 2017 Yılı Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması. Erişim: 17 Ağustos 2019, <https://balikesirism.saglik.gov.tr/TR,43758/2017-yili-turkiye-beslenme-ve-saglik-arastirmasi.html>
2. Abbasalizad Farhangi, M. (2016). Gestational weight gain and its related social and demographic factors in health care settings of rural and urban areas in northwest Iran. *Ecology of food and nutrition*, 55(3), 258-265.
3. Alberico, S., Montico, M., Barresi, V., Monasta, L., Businelli, C., Soini, V., ... & Maso, G. (2014). The role of gestational diabetes, pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on the risk of newborn macrosomia: results from a prospective multicentre study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 23.
4. Allen-Walker, V., Woodside, J., Holmes, V., Young, I., Cupples, M. E., Hunter, A., & McKinley, M. C. (2015). Commentary on Routine weighing of women during pregnancy-is it time to change current practice. *BJOG*, 123(6), 871-74.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). ACOG Committee opinion no. 548: weight gain during pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 121(1), 210.
6. Barrett, G., & Wellings, K. (2002). What is a 'planned' pregnancy? Empirical data from a British study. *Social science & medicine*, 55(4), 545-557.
7. Baugh, N., Harris, D. E., Aboueissa, A. M., Sarton, C., & Lichter, E. (2016). The impact of maternal obesity and excessive gestational weight gain on maternal and infant outcomes in Maine: analysis of pregnancy risk assessment monitoring system results from 2000 to 2010. *Journal of pregnancy*, 1-10.
8. Bertan, M., Güler, Ç. (1997). Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ankara: Güneş Kitabevi.
9. Beyerlein, A., Nehring, I., Rzehak, P., Heinrich, J., Müller, M. J., Plachta-Danielzik, S., ... & von Kries, R. (2012). Gestational weight gain and body mass index in children: results from three german cohort studies. *PloS one*, 7(3), e33205.
10. Can, Z. ve Şahin, S. (2018). Kadın Sağlığında Obezite. *Journal of Human Rhythm*, 4(2), 98-103.

11. Cheney, K., Berkemeier, S., Sim, K. A., Gordon, A., & Black, K. (2017). Prevalence and predictors of early gestational weight gain associated with obesity risk in a diverse Australian antenatal population: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, *17*(1), 296-304.
12. Choi, S. K., Lee, G., Kim, Y. H., Park, I. Y., Ko, H. S., & Shin, J. C. (2017). Determining optimal gestational weight gain in the Korean population: a retrospective cohort study. *Reproductive Biology and Endocrinology*, *15*(1), 67.
13. Çatak, B., Öner, C., Gülay, M., Baştürk, S., Oğuz, İ., & Özbek, R. (2014). Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği. *Türk Aile Hek Derg*, *18* (2): 63-69
14. Daley, A. J., Jolly, K., Jebb, S. A., Roalfe, A. K., Mackillop, L., Lewis, A. L., ... & Aveyard, P. (2015). Effectiveness of regular weighing, weight target setting and feedback by community midwives within routine antenatal care in preventing excessive gestational weight gain: randomised controlled trial. *BMC obesity*, *3*(1), 7.
15. Davies, G. A., Maxwell, C., McLeod, L., Gagnon, R., Basso, M., Bos, H., ... & Mundle, W. (2010). Obesity in pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *32*(2), 165-173.
16. de Jersey, S. J., Nicholson, J. M., Callaway, L. K., & Daniels, L. A. (2012). A prospective study of pregnancy weight gain in Australian women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *52*(6), 545-551.
17. Deputy, N. P., Sharma, A. J., Kim, S. Y., & Hinkle, S. N. (2015). Prevalence and characteristics associated with gestational weight gain adequacy. *Obstetrics and gynecology*, *125*(4), 773-781.
18. Diemert, A., Lezius, S., Pagenkemper, M., Hansen, G., Drozdowska, A., Hecher, K., ... & Zyriax, B. C. (2016). Maternal nutrition, inadequate gestational weight gain and birth weight: results from a prospective birth cohort. *BMC pregnancy and childbirth*, *16*(1), 224-232.
19. Dimperio, D. L., Frentzen, B. H., & Cruz, A. C. (1992). Routine weighing during antenatal visits. *BMJ: British Medical Journal*, *304*(6825), 460.
20. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi (2010). T.C. Sağlık Bakanlığı, B100AÇS0110000-010.06.01/832-1106, 26 Şubat 2010.

21. Drehmer, M., Duncan, B. B., Kac, G., & Schmidt, M. I. (2013). Association of second and third trimester weight gain in pregnancy with maternal and fetal outcomes. *PloS one*, 8(1), e54704.
22. Duthie, E. A., Drew, E. M., & Flynn, K. E. (2013). Patient-provider communication about gestational weight gain among nulliparous women: a qualitative study of the views of obstetricians and first-time pregnant women. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 231.
23. Dünyada Obezitenin Görülme Sıklığı. Erişim: 17 Ağustos 2019, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/dunyada-obezitenin-gorulme-sikligi.html>
24. Faucher, M. A., & Barger, M. K. (2015). Gestational weight gain in obese women by class of obesity and select maternal/newborn outcomes: a systematic review. *Women and Birth*, 28(3), 70-79.
25. Favaretto, A. L., Duncan, B. B., Mengue, S. S., Nucci, L. B., Barros, E. F., Kroeff, L. R., ... & Schmidt, M. I. (2007). Prenatal weight gain following smoking cessation. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 135(2), 149-153.
26. Fealy, S. M., Taylor, R. M., Foureur, M., Attia, J., Ebert, L., Bisquera, A., & Hure, A. J. (2017). Weighing as a stand-alone intervention does not reduce excessive gestational weight gain compared to routine antenatal care: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 36.
27. Fealy, S., Hure, A., Browne, G., & Prince, C. (2014). Developing a clinical care pathway for obese pregnant women: A quality improvement project. *Women and Birth*, 27(4), e67-e71.
28. Godoy, A. C., Nascimento, S. L. D., & Surita, F. G. (2015). A systematic review and meta-analysis of gestational weight gain recommendations and related outcomes in Brazil. *Clinics*, 70(11), 758-764.
29. Guelinckx, I., Devlieger, R., Beckers, K., & Vansant, G. (2008). Maternal obesity: pregnancy complications, gestational weight gain and nutrition. *Obesity reviews*, 9(2), 140-150.

30. Gunderson, E. P., Abrams, B., & Selvin, S. (2000). The relative importance of gestational gain and maternal characteristics associated with the risk of becoming overweight after pregnancy. *International journal of obesity*, 24(12), 1660.
31. Han, Y. S., Ha, E. H., Park, H. S., Kim, Y. J., & Lee, S. S. (2011). Relationships between pregnancy outcomes, biochemical markers and pre-pregnancy body mass index. *International Journal of Obesity*, 35(4), 570-577.
32. Hantoushzadeh, S., Sheikh, M., Bosaghzadeh, Z., Ghotbizadeh, F., Tarafdari, A., Panahi, Z., & Shariat, M. (2016). The impact of gestational weight gain in different trimesters of pregnancy on glucose challenge test and gestational diabetes. *Postgraduate medical journal*, 92(1091), 520-524.
33. Hasan, S. T., Rahman, S., Locks, L. M., Rahman, M., Hore, S. K., Saqeeb, K. N., ... & Ahmed, T. (2018). Magnitude and determinants of inadequate third-trimester weight gain in rural Bangladesh. *PloS one*, 13(4), e0196190.
34. Hill, B., Bergmeier, H., McPhie, S., Fuller-Tyszkiewicz, M., Teede, H., Forster, D., ... & Skouteris, H. (2017). Is parity a risk factor for excessive weight gain during pregnancy and postpartum weight retention? A systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews*, 18(7), 755-764.
35. Ismail, L. C., Bishop, D. C., Pang, R., Ohuma, E. O., Kac, G., Abrams, B., ... & Papageorghiou, A. T. (2016). Gestational weight gain standards based on women enrolled in the Fetal Growth Longitudinal Study of the INTERGROWTH-21st Project: a prospective longitudinal cohort study. *bmj*, 352, i555.
36. Jiang, H., Qian, X., Li, M., Lynn, H., Fan, Y., Jiang, H., ... & He, G. (2012). Can physical activity reduce excessive gestational weight gain? Findings from a Chinese urban pregnant women cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 1-7.
37. Johnson, J., Clifton, R. G., Roberts, J. M., Myatt, L., Hauth, J. C., Spong, C. Y., ... & Peaceman, A. M. (2013). Pregnancy outcomes with weight gain above or below the 2009 Institute of Medicine guidelines. *Obstetrics and gynecology*, 121(5), 969.
38. Kabali, C., & Werler, M. M. (2007). Pre-pregnant body mass index, weight gain and the risk of delivering large babies among non-diabetic mothers. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 97(2), 100-104.

39. Koletzko, B., Bauer, C. P., Bung, P., Cremer, M., Flothkötter, M., Hellmers, C., ... & Schäfer, T. (2013). German national consensus recommendations on nutrition and lifestyle in pregnancy by the 'Healthy Start-Young Family Network'. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 63(4), 311-322.
40. Langford, A., Joshi, C., Chang, J. J., Myles, T., & Leet, T. (2011). Does gestational weight gain affect the risk of adverse maternal and infant outcomes in overweight women?. *Maternal and child health journal*, 15(7), 860-865.
41. Lindberg, S., Anderson, C., Pillai, P., Tandias, A., Arndt, B., & Hanrahan, L. (2016). Prevalence and predictors of unhealthy weight gain in pregnancy. *WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 115(5), 233.
42. Mighty, H. E., & Fahey, J. O. (2007). Obesity and pregnancy complications. *Current Diabetes Reports*, 7(4), 289-294.
43. Moll, U., Olsson, H., & Landin-Olsson, M. (2017). Impact of pregestational weight and weight gain during pregnancy on long-term risk for diseases. *PLoS One*, 12(1), e0168543.
44. National Research Council. (2010). *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines*. National Academies Press.
45. Obesity and Overweight. Erişim: 17 Ağustos 2019, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
46. Pereira, M. A., Rifas-Shiman, S. L., Kleinman, K. P., Rich-Edwards, J. W., Peterson, K. E., & Gillman, M. W. (2007). Predictors of change in physical activity during and after pregnancy: Project Viva. *American journal of preventive medicine*, 32(4), 312-319.
47. Pernoll, M. L. (1994). *Çağdaş Obstetrik Jinekolojik Teşhis ve Tedavi*. İstanbul: Barış Kitabevi.
48. Phelan, S., Phipps, M. G., Abrams, B., Darroch, F., Grantham, K., Schaffner, A., & Wing, R. R. (2013). Does behavioral intervention in pregnancy reduce postpartum weight retention? Twelve-month outcomes of the Fit for Delivery randomized trial. *The American journal of clinical nutrition*, 99(2), 302-311.
49. Piccinini-Vallis H. (2017). Clinician self-efficacy in initiating discussions about gestational weight gain. *Canadian Family Physician*, 63(7), e341-e349.

50. Pitkin, R. M. (1976). Nutritional support in obstetrics and gynecology. *Clinical obstetrics and gynecology*, 19(3), 489-513.
51. Power, M. L., Lott, M. L., Mackeen, A. D., DiBari, J., & Schulkin, J. (2018). A retrospective study of gestational weight gain in relation to the Institute of Medicine's recommendations by maternal body mass index in rural Pennsylvania from 2006 to 2015. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 239.
52. Restall, A., Taylor, R. S., Thompson, J., Flower, D., Dekker, G. A., Kenny, L. C., ... & McCowan, L. M. (2014). Risk factors for excessive gestational weight gain in a healthy, nulliparous cohort. *Journal of obesity*, 2014, 1-9.
53. Sagedal, L. R., Sanda, B., Øverby, N. C., Bere, E., Torstveit, M. K., Lohne-Seiler, H., ... & Vistad, I. (2017). The effect of prenatal lifestyle intervention on weight retention 12 months postpartum: results of the Norwegian FIT for DELIVERY randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(1), 111-121.
54. Sağlık Bakanlığı (2014). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
55. Samur, G. E. (2008). Gebelik ve emzicilik döneminde beslenme. *Klasmat Matbaacılık, Ankara*.
56. Santos, S., Eekhout, I., Voerman, E., Gaillard, R., Barros, H., Charles, M. A., ... & Costet, N. (2018). Gestational weight gain charts for different body mass index groups for women in Europe, North America, and Oceania. *BMC medicine*, 16(1), 201.
57. Schlaff, R. A., Holzman, C., Mudd, L. M., Pfeiffer, K. A., & Pivarnik, J. M. (2014). Body mass index is associated with appropriateness of weight gain but not leisure-time physical activity during pregnancy. *Journal of Physical Activity and Health*, 11(8), 1593-1599.
58. Slyvka, Y., Zhang, Y., & Nowak, F. V. (2015). Epigenetic effects of paternal diet on offspring: emphasis on obesity. *Endocrine*, 48(1), 36-46.
59. Soltani, H., Lipoeto, N. I., Fair, F. J., Kilner, K., & Yusrawati, Y. (2017). Pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain and their effects on pregnancy and birth outcomes: a cohort study in West Sumatra, Indonesia. *BMC women's health*, 17(1), 102.

60. Sönmez, Y. (2007). Doğum öncesi bakım hizmetleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 16(1), 9-12.
61. Stotland, N. E., Cheng, Y. W., Hopkins, L. M., & Caughey, A. B. (2006). Gestational weight gain and adverse neonatal outcome among term infants. *Obstetrics & Gynecology*, 108(3), 635-643.
62. Streuling, I., Beyerlein, A., Rosenfeld, E., Schukat, B., & von Kries, R. (2011). Weight gain and dietary intake during pregnancy in industrialized countries—a systematic review of observational studies. *Journal of perinatal medicine*, 39(2), 123-129.
63. Suliga, E., Rokita, W., Adamczyk-Gruszka, O., Pazera, G., Cieśla, E., & Głuszek, S. (2018). Factors associated with gestational weight gain: a cross-sectional survey. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 465.
64. Taffel, S. M., Keppel, K. G., & Jones, G. K. (1993). Medical advice on maternal weight gain and actual weight gain. Results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 678, 293-305.
65. Tielemans, M., Eler, N., Leermakers, E., van den Broek, M., Jaddoe, V., Steegers, E., ... & Franco, O. (2015). A priori and a posteriori dietary patterns during pregnancy and gestational weight gain: the generation R study. *Nutrients*, 7(11), 9383-9399.
66. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Erişim: 17 Ağustos 2019, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
67. Veldheer, S., Yingst, J., Zhu, J., & Foulds, J. (2015). Ten-year weight gain in smokers who quit, smokers who continued smoking and never smokers in the United States, NHANES 2003–2012. *International journal of obesity*, 39(12), 1727.
68. Weisman, C. S., Hillemeier, M. M., Downs, D. S., Chuang, C. H., & Dyer, A. M. (2010). Preconception predictors of weight gain during pregnancy: prospective findings from the Central Pennsylvania Women's Health Study. *Women's Health Issues*, 20(2), 126-132.
69. Wen, S. W., Goldenberg, R. L., Cutter, G. R., Hoffman, H. J., Cliver, S. P., Davis, R. O., & DuBard, M. B. (1990). Smoking, maternal age, fetal growth, and

gestational age at delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 162(1), 53-58.

70. WHO, E. C. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet (London, England)*, 363(9403), 157.
71. Wierzejska, R., Jarosz, M., Stelmachów, J., Sawicki, J., & Siuba, M. (2011). Gestational weight gain by pre-pregnancy BMI. *Postępy Nauk Medycznych*, (9), 718-723.
72. Wrottesley, S., Pisa, P., & Norris, S. (2017). The influence of maternal dietary patterns on body mass index and gestational weight gain in urban black South African women. *Nutrients*, 9(7), 732-745.
73. Yeo, S., Crandell, J. L., & Jones-Vessey, K. (2016). Adequacy of prenatal care and gestational weight gain. *Journal of Women's Health*, 25(2), 117-123.

8. EKLER

Ek 1. Gebelik Süresince Alınan Kilo ile Gebelerin Demografik Özellikleri, Genel Sağlık Durumları, Alışkanlıkları ve Gebelik Bilgileri Arasındaki İlişki Anketi

Bu çalışma Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı tarafından yürütülen “ Gebelik süresince alınan kilo ile gebelerin demografik özellikleri, genel sağlık durumları, alışkanlıkları ve gebelik bilgileri arasındaki ilişki ” nin araştırıldığı bilimsel bir çalışmadır. Gebelikte fazla veya yetersiz kilo alımı gebelik süresince, doğum aşamasında ve doğum sonrasında anne ve bebek adına bir takım komplikasyonları beraberinde getirmektedir. Bu komplikasyonları en aza indirmek için gebelikte kilo alımını kontrol altında tutmak önemlidir. Bu sebeple gebelikte alınan kilo üzerine etkili faktörlerin iyi bilinmesi gerekmektedir. Bu çalışmamızda gebelikte alınan kilo ile gebelerin demografik özellikleri, genel sağlık durumları, alışkanlıkları ve gebelik bilgileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Anket 4 bölüme oluşmaktadır. Birinci bölüm demografik özellikleriniz, ikinci bölüm genel sağlık durumunuz, üçüncü bölüm alışkanlıklarınız ve dördüncü bölüm gebelik bilgileriniz ile ilgilidir. Bilgileriniz siz izin vermediğiniz sürece gizli tutulacaktır.

A. DEMOGRAFİK VERİLER

1. ADI:

2. SOYADI:

3. TC NO VEYA HASTA NO:

4. İLETİŞİM BİLGİSİ:

5. YAŞ :

6. BOY:

7. GEBELİK ÖNCESİ KİLO:

8. GEBELİK ÖNCESİ BKİ:

9. GEBELİK SONRASI KİLO:

10.EĞİTİM DURUMU:

A) OKUR YAZAR DEĞİL

B) İLKOKUL

C) ORTAOKUL

D) LİSE

E) ÜNİVERSİTE

F) L. ÜSTÜ

11. ÇALIŞMA DURUMU: ÇALIŞIYOR ()

ÇALIŞMIYOR ()

12. GEBELİK SAYISI:

() 1.

() 2.

() 3.

() 4.

() 5. ve ÜZERİ

13. DAHA ÖNCEKİ GEBELİKLERİNİZDE DÜŞÜK VEYA KÜRTAJINIZ OLDU MU? KAÇ DEFA OLDU?

A) HAYIR

B) DÜŞÜK

C) KÜRTAJ.....

14. AİLENİZİN AYLIK KAZANCI NE KADAR?

A) 0 – 2000

B) 2000 – 4000

C) 4000 – 6000

D) 6000 ‘den fazla

15. HANE HALKI (SİZ DAHİL) KAÇ KİŞİDEN OLUŞMAKTADIR?

16. EVİNİZDE BİRLİKTE YAŞADIĞINIZ HERHANGİ BİR AİLE BÜYÜĞÜNÜZ VAR MI ?

A) HAYIR B) ANNE C) KAYINVALİDE D) BAŞKA BİRİ.....

17. NEREDE YAŞIYORSUNUZ ?

A) KÖY ALTI B) KÖY C) İLÇE D) İL

18. KAN GRUBUNUZ NEDİR ?

B. GENEL SAĞLIK DURUMUNUZ

19. DOKTOR TARAFINDAN TEŞHİSİ KONULMUŞ HERHANGİ BİR KRONİK HASTALIĞINIZ VAR MI ?

A) YOK B) DİYABET C) HİPERTANSİYON D) TİROİD HASTALIĞI E) KANSIZLIK F) DİĞER

20. GEBELİKTE ORTAYA ÇIKAN HASTALIKLARINIZ VAR MI?

A) YOK B) DİYABET C) HİPERTANSİYON D) TİROİD HASTALIĞI E) KANSIZLIK F) DİĞER

21. BİRİNCİ DERECE AKRABALARINIZDA (anne, baba, kardeş, çocuk) AŞIRI KİLOLU OLAN VAR MI?

A) YOK B) ANNE C) BABA D) KARDEŞ E) ÇOCUK

C. ALIŞKANLIKLARINIZ

22. SİGARA İÇİYOR MU SUNUZ?

A) HAYIR, HİÇ İÇMEDİM B) GEBELİKTE HİÇ İÇMEDİM C) GEBELİKTE İÇTİM

23. ALKOL KULLANIYOR MU SUNUZ?

A) HAYIR, HİÇ KULLANMADIM B) GEBELİKTE HİÇ KULLANMADIM C) GEBELİKTE KULLANDIM

D. GEBELİK BİLGİLERİNİZ

24. GEBELİĞİNİZİN KAÇINCI HAFTASINDA DOĞUM YAPTINIZ ?

25. BEBEĞİNİZİN CİNSİYETİ NEDİR? A) KIZ B) ERKEK

26. BEBEĞİNİZ KAÇ KİLO DOĞDU?

27. GEBELİĞİNİZ PLANLI BİR GEBELİK MİDİR? A) EVET B) HAYIR
28. GEBE KALABİLMEK İÇİN YARDIMCI ÜREME TEKNİĞİ KULLANDINIZ MI?
A) OVULASYON İNDÜKSİYONU B) AŞILAMA C) İVF D) İCSİ E) HAYIR
29. GEBELİKTE DÜŞÜK TEHLİKENİZ OLDU MU VE DÜŞÜK TEHLİKESİNE KARŞI İLAÇ KULLANDINIZ MI?
A) HAYIR B) EVET, İLAÇ KULLANMADIM C) PROGESTERON TB. D) PROGESTERON AMP.
E) PROGESTERON JEL F) DİĞER
30. GEBELİK TAKİPLERİNE DÜZENLİ OLARAK GİTTİNİZ Mİ? A) EVET B) HAYIR
31. TAKİPLERDE BEBEĞİNİZ İLE İLGİLİ BİR SORUN OLDUĞU SÖYLENDİ Mİ?
A) HAYIR B) ANOMALİ RİSKİ C) GELİŞME GERİLİĞİ D) KESEDE SUYUN AZLIĞI E) DİĞER
32. GEBELİKTE FOLİK ASİT KULLANMAYA NE ZAMAN BAŞLADINIZ?
A) GEBE KALAMADAN ÖNCE B) GEBE KALDIKTAN SONRA C) KULLANMADIM
33. GEBELİKTE VİTAMİN KOMPLEKSİ İÇEREN İLAÇ KULLANDINIZ MI? A) EVET B) HAYIR
34. GEBELİKTE DEMİR İLACI KULLANDINIZ MI? A) EVET B) HAYIR
35. GEBELİKTE D VİTAMİNİ KULLANDINIZ MI? A) EVET B) HAYIR
36. GEBELİKTE UZUN SÜRE KULLANDIĞINIZ BAŞKA İLAÇ VAR MI?
A) YOK B) DİYABET İLACI C) TİROİD İLACI D) TANSİYON İLACI E) DİĞER
37. GEBELİĞİNİZDE DİYETİNİZE DİKKAT ETTİNİZ Mİ?
A) EVET B) HAYIR C) KİSMEN
38. CEVABINIZ EVET VEYA KİSMEN İSE DİYETTEKİ ÖNCELİĞİNİZİ BELİRTİR MİSİNİZ?
A) SADECE KALORİ HESABI B) PROTEİN AĞIRLIKLI C) KARBONHİDRAT AĞIRLIKLI E) SEBZE- MEYVE
AĞIRLIKLI
39. GEBELİĞİNİZDE DÜZENLİ OLARAK EGZERSİZ VEYA YÜRÜYÜŞ YAPTINIZ MI? NE SIKLIKLA YAPTINIZ?
A) HAYIR B) HER GÜN C) HAFTADA BİRKAÇ GÜN D) HAFTADA BİR YA DA DAHA AZ
40. GEBELİK İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİNİZİ NASIL DEĞERLENDİRİNİZ? A) İYİ B) ORTA C) KÖTÜ
41. GEBELİĞİNİZ SÜRESİNCE GEBELİK İLE İLGİLİ BİLGİ EDİNDİNİZ Mİ? A) EVET B) HAYIR
42. BİLGİ EDİNDİYSENİZ HANGİ KAYNAKTAN DAHA ÇOK BİLGİ EDİNDİNİZ?

A) YAZILI KAYNAK B) TELEVİZYON C) İNTERNET D) EŞ –DOST E) ANNE/ KAYINVALİDE
F) SAĞLIK ÇALIŞANI

43. GEBELİKTE YAKLAŞIK OLARAK NE KADAR KİLO ALMANIZ GEREKTİĞİNİ BİLİYORMUYDUNUZ?

A) EVET B) HAYIR C) KISMEN

44. GEBELİKTE YETERSİZ YADA AŞIRI KİLO ALIMININ ANNE VE BEBEK SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ HAKKINDA BİLGİ SAHİBİ MİYDİNİZ? A) EVET B) HAYIR C)KISMEN

45. GEBELİK SÜRECİNDE ALINAN KİLO SİZİN İÇİN ÖNEM ARZ EDİYOR MUYDU?

A) EVET B) HAYIR

46. CEVABINIZ EVET İSE NEDENİ NEDİR?

A) GÖRSELLİK B) ANNE SAĞLIĞI C) BEBEK SAĞLIĞI D) DİĞER

47. SİZCE GEBELİKTE ALINAN KİLO ÜZERİNE ETKİLİ FAKTÖRLER VAR MIDIR? A) EVET B) HAYIR

48. VAR OLDUĞUNU DÜŞÜNÜYORSANIZ SİZCE KİLO ALIMINI ÜZERİNE ETKİLİ EN ÖNEMLİ 3 FAKTÖR NELERDİR? SIRALAYINIZ

() GENETİK FAK. () BESLENME ALIŞKANLIKLARI () EKONOMİK DURUM () BEBEĞİN CİNSİYETİ () BEBEĞİN KİLOSU () EGZERSİZ / YÜRÜYÜŞ () BİLİNÇLİ OLMAK
() DİĞER

ANKETİMİZ BİTMİŞTİR TEŞEKKÜR EDERİZ

Ek 2. Bilgilendirilmiş Olur Formu



BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "gebelik süresince alınan kilo ile gebelerin demografik özellikleri, genel sağlık durumları, alışkanlıkları ve gebelik bilgileri arasındaki ilişki"dır. Bu araştırmanın amacı gebelikte fazla veya yetersiz kilo alımına sebep olan faktörleri bulmak ve fazla veya yetersiz kilo alımı sonrasında anne veya bebek adına oluşacak komplikasyonları en aza indirmektir. Bu araştırma için yüz yüze anket yapma yöntemi uygulanacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 10 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 300 'dür.

Bu araştırma ile ilgili olarak ankete doğru cevaplar vermek sizin sorumluluklarınızdır.

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Özgür ENGİNYURT tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0452 225 23 42 no.lu telefondan Özgür ENGİNYURT 'a başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır ayrıca, bu çalışma kapsamında sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu çalışma Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi – Eğitim ve Araştırma Hastanesi (kurum/kuruluş) tarafından desteklenmektedir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi çalışmadan çıkarabilir. Biyotıp Sözleşmesi VII Bölüm Madde 22'de belirtildiği üzere "Bir müdahale sırasında insan vücudunun herhangi bir parçası alındığında bu parça yalnızca uygun bilgilendirme ve muafakat alma işlemlerini uyulduğu takdirde çıkarılma amacından başka bir amaç için saklanabilir ve kullanılabilir". Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Ek 3. Etik Kurulu Kararı



ORDU
ÜNİVERSİTESİ



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
09/08/2018	17	15.30	2018-189

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2018/ 189

Sorumlu yürütücü Doç. Dr. Özgür ENGİNYURT'un KAEK 189 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Gebelik Süresince Ahnan Kilo İle Gebelerin Demografik Özellikleri, Genel Sağlık Durumları, Ahşkanlıkları ve Gebelik Bilgileri Arasındaki İlişki*" başlıklı araştırmanın etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-İmzalıdır

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Okan AĞDAŞ
Doğum Yeri : Kars
Doğum Tarihi : 11.01.1988
Yabancı Dili : İngilizce
E-mail : drokanagdas@hotmail.com
İletişim Bilgileri : 0552 206 03 47
Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Tıp Fakültesi	Erciyes Üniversitesi	2014
Y. Lisans	Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı	Ordu Üniversitesi	2019

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Pratisyen Hekim	Selim Toplum Sağlığı Merkezi SELİM/KARS	2014-2016
Ast. Doktor	Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2016-2019

