OBEZİTE CERRAHİSİ ÖNCESİ VE SONRASI HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ

Burcu BAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Eylül, 2018

OBEZİTE CERRAHİSİ ÖNCESİ VE SONRASI HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ

Burcu BAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şenay ÖZTÜRK

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Eylül, 2018

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Burcu BAŞ "Obezite Cerrahi Öncesi ve Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesi" başlıklı tezi 17/09/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca, Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi **oy birliğiyle / oy çokluğuyla** olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	: Dr. Öğr. Üyesi Şenay ÖZTÜRK	.....
Üye	: Doç. Dr. Aysel GÜRKAN	.....
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Sebahat ATEŞ	.....

Prof. Dr. Zeliha ÖZER
Enstitü Müdürü

İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu tezin bana ait özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarda bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

02/10/2018

BURCU BAŞ

TEŞEKKÜR

Tezimde bana danışmanlık yapan Sayın Dr.Öğr.Üyesi Şenay ÖZTÜRK'e, çalışmayı yaptığım kurum olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki tüm çalışma arkadaşlarıma bana gösterdikleri desteklerden dolayı teşekkür ederim. Hiçbir zaman bana desteğini esirgemeyen **babama**, **anneme** ve **ablama** tez sürecimde sürekli arkamda olduklarını hissettirdikleri için çok teşekkür ederim.

BURCU BAŞ
EKİM 2018

ÖZ

OBEZİTE CERRAHİSİ ÖNCESİ VE SONRASI HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ

Burcu BAŞ
Yüksek Lisans Tezi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şenay ÖZTÜRK
Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018

Son zamanlarda bariatrik cerrahi uygulanması dünya genelinde giderek yaygınlık kazanmıştır. Bariatrik cerrahi ile obeziteye bağlı gelişen hastalıkların ciddi oranda azaldığı ya da tamamen ortadan kalktığı yapılan araştırmalarla ortaya çıkmıştır. Bariatrik cerrahi sonrası hastaların yaşam kalitelerini ölçen yeterli sayıda kaynak bulunamaması bizi bu çalışmayı yapmaya yönlendirmiştir. Bu çalışma, bariatrik cerrahi sonucunda verilen kilonun yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi' ne bariatrik cerrahi olmak için başvuran hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden 53 obez hasta oluşturmuştur. Verilerimizi Kişisel Veri Toplama Formu ve Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi – Kısa Sürüm (IWQOL-Lite) kullanılarak toplanmıştır. Obez bireylerin kiloları ve beden kitle indeksleri azaldıkça Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi – Kısa Sürüm (IWQOL-Lite)' nden aldıkları puanların düzenli olarak arttığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak morbid obez hastalara uygulanan bariatrik cerrahi kilo kaybı açısından son derece etkili bir yöntemdir. Hastalar kilo verdikçe ameliyat sonrası dönemdeki yaşam kaliteleri artmıştır.

Anahtar Sözcükler: Bariatrik cerrahi; Hemşirelik; Obezite; Yaşam kalitesi

ABSTRACT

THE QUALİTY OF LİFE OF PATİENTS BEFORE AND AFTER OBESİTY SURGERY

Burcu BAŞ
Master Thesis
Surgical Nursing Programme Thesis
Advisor: Asst.Prof. Şenay ÖZTÜRK
Maltepe University Health Sciences Graduate School, 2018

Recently, the practice of bariatric surgery has become increasingly widespread throughout the world. Bariatric surgery, obesity due to the development of diseases significantly decreased or completely eliminated has emerged from research. The inability to find sufficient resources to measure the quality of life of patients after bariatric surgery led us to do this study. The aim of this study was to investigate the effect of bariatric surgery on quality of life. The population of our study consisted of patients who applied for bariatric surgery to University of Health Sciences Antalya Training and Research Hospital. The sample of the study consisted of 53 obese patients who agreed to participate in the study. Our data were collected using the Personal Data Collection Form and the Questionnaire on Quality of Life Impact Questionnaire - Short Version (IWQOL-Lite). As the weight of obese individuals and body mass index decreased, the number of points they received from the Questionnaire on Quality of Life - Short Version (IWQOL-Lite) increased regularly. In conclusion, bariatric surgery applied to morbidly obese patients is a very effective method in terms of weight loss. As patients lose weight, their quality of life has increased in the postoperative period.

Keywords: Bariatric surgery; Nursing; Obesity; Quality of life

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iv
TEŞEKKÜR vi
ÖZ vii
ABSTRACT viii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR ve ŞEKİLLER LİSTESİ xi
KISALTMALAR xiii
ÖZGEÇMİŞ xiv
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1. Problem 1
1.2. Araştırmanın Amacı ve Sorusu 3
1.3. Önem 3
1.4. Varsayımlar 5
1.5. Sınırlıklar 5
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER 6
2.1. Obezite 6
2.1.1. Obezitenin Tanımı 6
2.1.2. Obezite Tipleri 7
2.1.2.1. Jinoid Tip Obezite 7
2.1.2.2. Android Tip Obezite 7
2.1.3. Obezitenin Epidemiyolojisi 8
2.1.5. Obezitede Risk Faktörleri 9
2.1.6. Obezitenin Etiyolojisi 9
2.1.7. Obezitenin Komplikasyonları 10
2.1.7.1. Obezite ve İnsülin Direnci 11
2.1.7.2. Obezite ve Kalp Damar Hastalıkları 11
2.1.7.3. Obezite ve Tip 2 DM 12
2.1.7.4. Obezite ve Metabolik Sendrom 12
2.1.7.5. Obezite ve Dislipidemi 12
2.1.7.6. Obezite ve Nonalkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı (NAYK) 12
2.1.7.7. Obezitenin Üreme Sistemine Etkileri 12
2.1.7.8. Obezite ve Solunum Sistemi 13
2.1.7.9. Obezite ve Cinsellik 13
2.1.8. Obezitenin Tedavisi 13
2.1.8.1. Diyet 15

2.1.8.2. Egzersiz Tedavisi 15
2.1.8.3. Davranış Değişikliği Tedavisi 16
2.1.8.4. Farmakolojik (İlaç) Tedavi 17
2.1.8.5. Cerrahi Tedavi 17
2.1.8.5.1. Hasta Seçimi 19
2.1.8.5.2. Obezite Cerrahisinde Kullanılan Yöntemler 20
2.1.8.5.2.1. Mide Balonu (Instragastric Balloon) 20
2.1.8.5.2.2. Laparoskopik Ayarlanabilir GAstrik Band (LAGB) 20
2.1.8.5.2.3. Sleeve Gastrektomi (Vertikal Gastrektomi) 20
2.1.8.5.2.4. Biliopankreatik Diversiyon ve Duodenal Switch (BPD-DS) 21
2.1.8.5.2.5. Laparaskopik Roux-en-Y Gastrik Bypass (LRYGB) 21
2.2. Yaşam Kalitesi 21
2.2.1. Obezite Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi 23
2.2.2. Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik 24
2.3. Obezite Cerrahisinde Hemşirelik Girişimleri 25

BÖLÜM 3. YÖNTEM 28

3.1. Araştırma Modeli 28
3.2. Evren ve Örneklem 28
3.3. Veriler ve Toplanması 29

3.3.1. Kişisel Veri Toplama Formu 29
3.3.2. Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi – Kısa Sürüm (IWQOL-Lite) ... 29

3.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 30

BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR 32

BÖLÜM 5. TARTIŞMA 58

BÖLÜM 6. SONUÇ 63

6.1. Özet 63
6.2. Yargı 64
6.3. Öneriler 64

EK'LER 65

EK 1 : BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU 65
EK 2 : KİŞİSEL VERİ TOPLAMA FORMU 66
EK 3 : Beden Ağırlığının Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi – Kısa Sürüm 67
EK 4: KURUMDAN ALINAN İZİN 70
EK 5 : AMELİYAT SONRASI DÖNEM İÇİN HASTA BİLGİLENDİRMESİ 72
EK 6 : ÖLÇEK İZNİ 74
EK 7 : IWQOL-LİTE ÖLÇEĞİNİN SKORLANMASI 75

KAYNAKÇA 77

TABLOLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Cerrahi Öncesi Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı 32
Tablo 2. Katılımcıların Cerrahi Öncesi IWQOL-Lite ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımları 33
Tablo 3. Katılımcıların Cerrahi Sonrası 3. Ayda Bazı Özelliklerinin Dağılımı 34
Tablo 4. Katılımcıların Cerrahi Sonrası 3. Ayda IWQOL-Lite ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımları 34
Tablo 5. Katılımcıların Cerrahi Sonrası 6. Ayda Bazı Özelliklerinin Dağılımı 35
Şekil 1. Sigara, Alkol Kullanımı, Başka Hastalık ve Egzersiz Yapma Durumları İçin Cerrahiden Önce, 3 ve 6 Ay Sonraki Dağılım 37
Tablo 6. Katılımcıların Cerrahi Sonrası 6. Ayda IWQOL-Lite ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımları 38
Tablo 7. Katılımcıların Cerrahi Öncesi, Cerrahiden 3 ve 6 Ay Sonra IWQOL-Lite ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması 39
Tablo 8. Katılımcıların Cerrahi Öncesi Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması 41
Tablo 9. Cerrahi Öncesi Ölçek Puanları ile Yaş ve BKI Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 43
Tablo 10. Katılımcıların Cerrahi Sonrası 3. Ay Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması 46
Tablo 11. Cerrahiden 3 Ay Sonra Ölçek Puanları ile Yaş ve 3. Ay BKI Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 50
Tablo 12. Katılımcıların Cerrahi Sonrası 6. Ay Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması 52
Tablo 13. Cerrahiden 6 Ay Sonra Ölçek Puanları ile Yaş ve 6. Ay BKI Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 56

KISALTMALAR

BKİ : Beden Kitle İndeksi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

kg : Kilogram

m^2 : Metre kare

TBSA : Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

DM : Diabetes Mellitus

MS : Metabolik Sendrom

NIH : National Institutes of Health

RYGB : Roux-en-Y Gastrik BY-pass

LAGB : Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band

LSG : Laparoskopik Sleeve Gastrektomi

LBPD/DS: Laparoskopik Biliopankreatik Diversiyon / Duodenal Switch

DS : Duodenal Switch

MDB : Majör Depresif Bozukluk

TEMD : Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizme Derneği

TURDEP : Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalansı

ÖZGEÇMİŞ

Burcu BAŞ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Ls.	2009	Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
Lise	2005	Antalya Çağlayan Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*
2011 -	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

Yıl	*Kurum*
2012 -	Üye: Türk Hemşireler Derneği

Kışisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı : Antalya, 1989 Cinsiyet: Kadın
Yabancı diller : İngilizce
GSM / e-posta : 05382493478 / ucrub_bsyo@hotmail.com

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Bu bölümde, araştırmanın kimlik bilgilerinden olan problem, amaç, önem, varsayımlar, sınırlıklar ve tanımlara yer verilmiştir.

1.1. Problem

Obezite, insan bedeninde normalin üzerinde, sağlığı olumsuz etkileyecek düzeyde, yağ toplanması olarak tanımlanabilir. Bireyin sahip olduğu fazla kilolar genetik faktörler, beslenme alışkanlıkları, içinde bulunduğu çevresel etkiler ve psikososyal etkiler başta olmak üzere çok fazla değişen ile etkileşim göstermektedir. Yakın zamanlarda obezite düzeylerindeki engellenemeyen yükselişin genetik etkilerinden ziyade içinde bulunulan çevre şartlarından etkilendiği düşünülmeye başlanmıştır (Morris, 2015).

Morbid obezitesi olan kişilerin, diabetes mellitus, hipertansiyon, dislipidemi, obstrüktif uyku apne sendromu gibi solunum sistemi hastalıkları, kanser veya osteoartrit gibi çeşitli kronik hastalıkların görülme sıklığında artış olduğu saptanmış; bundan dolayı bireylerin yaşam beklentisinin ve yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür (Raaijmakers, 2017; Ardıç, 2014).

Obezite dünya çapında önemli bir sağlık sorunu olmaya başlamış ve salgın oranlara ulaşması bu durumu son derece önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir. Obezite ayrıca psikososyal bir yük olarak sosyal damgalanmaya neden olur ve bireylerin benlik saygısını ve altta yatan ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkiler (Jumbe, 2017).

Beden Kitle İndeksi (BKİ), bireyin kilosunun (kilogram cinsinden) boy uzunluğunun (metre cinsinden) karesine bölünmesiyle hesaplanan bir ölçüm tekniğidir. BKİ bireyleri kilolarına göre gruplandırmak için sık başvurulan bir yöntemdir (Rasmussen, 2009). BKİ 30 kg/m^2 ve üzeri olan grup için 3 kademeli bir obezite skalası tanımlanmıştır. BKİ 30-35 kg/m^2 aralığındaysa 1. düzey obezite, BKİ 35-40 kg/m^2 aralığındaysa 2. düzey obezite ve BKİ 40 kg/m^2 ve üzerindeyse 3. düzey obezite şeklinde tanımlanmıştır (DSÖ, 1992).

Bireylerin yaşam kalitesini azaltan, çeşitli hastalıkların oluşmasına ve yaşam süresinin azalmasına neden olan aşırı kilo alımı ve obezite, tüm bireyleri etkileyen

önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Günümüzde, fazla kilo ve obezite oranındaki artışın en önde gelen nedenleri; refah seviyesinin artması, beslenme şeklinin değişmesi, hazır gıda tüketiminin artması, gıda endüstrisindeki büyümeye paralel olarak ürün fiyatlarının düşmesi, iş koşullarının ve eğlence alışkanlıklarının değişmesi, elektronik aletlerle harcanan zamanın fazlalaşması nedeniyle mobilitenin en aza inmesi sayılmaktadır (Karadayı, 2016; Ayyıldız, 2015; Tedik, 2017).

Obezite bireylerin yaşantısında psikolojik ve sosyal sorunların oluşmasına neden olur. Bu durum tedavi sürecinin uzamasına ve tedavi masraflarının artmasına neden olduğundan önlenmesi gereken önemli bir sorundur (Sağlam, 2014). Obezite tedavisinde amaç, obeziteye bağlı gelişen komplikasyonları azaltmak, obez bireylerin normal kilolarına inerek yaşam standartları ve yaşam kalitelerini arttırmak ve en önemlisi tekrar kilo almanın önüne geçmektir (Kut, 2009).

Yapılan çalışmalar obezite tedavisinde %5-%10 arasındaki ağırlık kaybının obezite sonucu gelişen (tip 2 DM, insülin direnci, hipertansiyon, uyku apnesi gibi) hastalıkların ilerlemesinde önemli bir düzelme sağladığını göstermektedir. Ancak obez bireylerin tedavi edilebilmesinde uzman bir ekibin yardım ve desteğine gereksinim duyulur. Yapılan araştırmalar aşırı kilolu yada obez bireylerin çoğunun egzersiz, diyet yada iki yöntemi de beraber kendi kendilerine uygulayarak zayıflamaya çalıştıklarını ancak çoğunlukla başarısızlıkla sonuçlandığını ve tadaviyi yarım bıraktıkları gözlemlenmiştir. Obezite tedavisinde ele alınması gereken konulardan biri de hastanın tedaviye uyumu ve motivasyonu olmalıdır. Tedaviye başvuran kişilere tedavi süreci açık bir şekilde anlatılmalı, destekleyici ve empatik davranılmalıdır. Obezite tedavisinde kullanılan yöntemler diyet, egzersiz, davranışçı yöntemler ve bilişsel davranışçı terapiler, farmakolojik (ilaç) tedavi ve cerrahi tedavidir (Ateş, 2015).

Morbid obezite ameliyatları teknik olarak, mide hacmini küçülten, emilimi bozan ve hem mide hacmini küçülten hem de emilimi bozan (malabsorpsiyon yapan) ameliyatlar olmak üzere üç farklı grupta toplanabilir (Yorgancı, 2007).

Yaşam kalitesi kişinin hayatından bütünüyle memnun olma durumunu ifade eder. Kişisel gereksinimlere göre değişebilir. Yaşam kalitesi kişilerin kültürel değerleri, gereksinimleri, kabiliyetleri ve yaşam şekillerini içeren kişinin kendini yeterli görme durumu olarak da açıklanabilir. Yaşam kalitesi, bireyin tecrübeleri, değerleri, hayattan

beklentileri ışığında, fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamın birlikte değerlendirilmesini kapsamaktadır (Mannucci, 1999; Kolotkin, 2011).

Obezite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki sağlamdır. Aşırı obezite toplumda birçok kişi için önemli bir psikososyal sorundur. Obez kişilerdeki vücut görüntüsü ve cinsel fonksiyon bozukluğu yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Aşırı kilolu kadın ve erkeklerin vücut görüntülerindeki memnuniyetsizlikleri cinsel aktivitelerini istemeden de olsa azaltmalarına ve dolaylı olarak yaşam kalitelerinin düşmesinde etkili olmaktadır (Sarwer, 2015).

Obezitenin artan prevalansı dünya çapında önemli bir sağlık problemini temsil etmeye başlamıştır. Obez hastalar diyabet, hipertansiyon, fiziksel aktivitenin bozulmasına bağlı azaltılmış yaşam kalitesi ve depresyon gibi riskler altındadır. Bariatrik cerrahi morbid obezite tedavisinde etkili ve güvenli bir terapötik seçenek olmaya başlamıştır. Bariatrik cerrahi ile kilo kaybı, komorbiditelerin hafifletilmesi ve yaşam kalitesinde iyileşmeye yardımcı olmaktadır (Elrefai, 2017). Ameliyat öncesinde ve ameliyat sonrası taburculukta verilen eğitimler (EK 5), bireylerin ameliyat sonrasına uyumlarını kolaylaştırmakta ve davranış değişikliği sağlayarak yaşam kalitelerinde artmaya olanak sağlamaktadır.

1.2.Araştırmanın Amacı ve Sorusu

Türkiye'de obezite cerrahisi adaylarının ameliyat öncesi-sonrası yaşam kalitelerini inceleyen çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Ülkemizde bu alandaki çalışmalar daha çok 'genel bir başlık olarak obezite' üzerine yapılmakta ve obez grubun ameliyat öncesi yaşam zorluklarını ve ameliyat sonrasında nasıl bir hayat yaşadıklarını inceleyen çalışmaların yeterince yapılmadığı gözlenmiştir. Tüm bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmada kilo verme yöntemi olarak obezite cerrahisi seçen morbid obez hastaların, morbid obez ameliyatı sonrasında değişen yaşam kalitesini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Araştırmanın sorusu;

- Obezite cerrahisi olmak obez bireylerin yaşam kalitelerini etkiler mi?

1.3.Önem

Morbid obezitesi olan kişilerin, diabetes mellitus, hipertansiyon, dislipidemi, obstrüktif uyku apne sendromu gibi solunum sistemi hastalıkları, kanser veya

osteoartrit gibi çeşitli kronik hastalıkların görülme sıklığında artış olduğu saptanmış; bundan dolayı bireylerin yaşam beklentisinin ve yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür (Raaijmakers, 2017; Ardıç, 2014). Obezite ayrıca psikososyal bir yük olarak sosyal damgalanmaya neden olur ve bireylerin benlik saygısını ve altta yatan ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkiler (Jumbe, 2017).

Obezite endokrin ve metabolik bozukluklara neden olan bir hastalık olarak görülmektedir. Endokrin sistem organı olarak görülen yağ dokusu obeziteden kaynaklı metabolik komplikasyonların oluşmasına neden olmaktadır. Obeziteye bağlı gelişen komplikasyonların oranını düşürmede dengeli beslenme, hareketli yaşama ve kilo verme ilk sırada yer almaktadır (Mert, 2014).

Ciddi bir sağlık problemi olan obezite, tıbbi beslenme, egzersiz, davranış değişikliği terapisi, ilaç tedavisi ve cerrahi yöntemleir içeren tedavi ağıyla düzeltilebilmektedir (Yüksel, 2016). Obez bireylere öncelikle tıbbi beslenme tedavisi ile nasıl beslenecekleri öğretilmeli daha sonrasında öğrendikleri bu sağlıklı beslenme şeklini davranış değişikliği ile kalıcı hale getirmeleri sağlanmalı, gerekiyorsa ilaç tedavisi ile desteklenmeleri sağlanmalıdır. Tüm bu yöntemlerle zayıflayamamış morbid obez bireylere cerrahi tedavi uygulanmasının fayda getireceği saptanmıştır (Yüksel, 2016; Atila, 2014).

Obezitenin artan prevalansı dünya çapında önemli bir sağlık problemini temsil etmeye başlamıştır. Obez hastalar diyabet, hipertansiyon, fiziksel aktivitenin bozulmasına bağlı azaltılmış yaşam kalitesi ve depresyon gibi riskler altındadır. Bariatrik cerrahi morbid obezite tedavisinde etkili ve güvenli bir terapötik seçenek olmaya başlamıştır. Bariatrik cerrahi ile kilo kaybı, komorbiditelerin hafifletilmesi ve yaşam kalitesinde iyileşmeye yardımcı olmaktadır (Elrefai, 2017).

Türkiye'de obezite cerrahisinin yaşam kalitesine etkisini inceleyen yeterli kaynak bulunmamaktadır. Psikoloji, diyetisyenlik, genel cerrahi uzmanlığı gibi meslek dalları yüksek lisans, doktora ve uzmanlık tezlerinde ise yaşam kalitesi ölçeği olarak genellikle SF-36 ölçeğini kullanmışlar ve çoğu tez yayına dönüştürülmemiştir. Bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak obezite cerrahisi olan hastalar için daha uyumlu ve daha kapsamlı bir ölçek olduğu düşünüldüğü için Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi (IWQOL-Lite) kullanılmıştır. Hemşirelerin ameliyat öncesi hastalara olacakları ameliyatla ve ameliyat sonrası dönemle ilgili bilgilendirme yapması,

hastaların ameliyat sonrasındaki döneme uyumlarını kolaylaştırması ve daha bilinçli olarak sağlıklı kilolarına ulaşmaları konusunda fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4.Varsayımlar

Ameliyat öncesi, post-op 3.ay ve post-op 6.ayda uygulanan IWQOL-Lite anketinin ve kişisel veri toplama formunun hastalar tarafından eksiksiz, samimi, tarafsız ve doğru olarak doldurdukları varsayılmaktadır.

1.5.Sınırlıklar

Bu çalışma takip gerektiren bir süreci içerdiği için en temel sınırlılığımız süredir. Ameliyat öncesi aldığımız grubu, ameliyatlarının 3. ve 6. aylarında tekrar değerlendirip, anketlerini uygulama, ameliyat sonrası hastaların yaşamlarındaki değişimleri inceleme şeklinde yoğun konsantrasyon ve emek gerektiren bir süreç olduğundan kısıtlı süre dahilinde belirli gün aralığında ameliyat olacağı kesinleşen tüm bireyler çalışma kapsamına alındı. Daha geniş zaman diliminde ve daha fazla hasta grubuyla yapılamaması bu araştırmanın bir sınırlılığını oluşturmaktadır.

Çalışmamızdaki diğer bir sınırlılık ise vakit sıkıntısından kaynaklı tek hastaneden örneklem alınmasıdır. Antalya ilindeki bariatrik cerrahi uygulanan diğer kamu ve özel hastaneler de örnekleme dahil edebilseydi daha kapsamlı bir çalışma elde edilebilirdi.

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

2.1.1. Obezitenin Tanımı

Obezite, insan bedeninde normalin üzerinde, sağlığı olumsuz etkileyecek düzeyde, yağ toplanması olarak tanımlanabilir. Bireyin sahip olduğu fazla kilolar genetik faktörler, beslenme alışkanlıkları, içinde bulunduğu çevresel etkiler ve psikososyal etkiler başta olmak üzere çok fazla değişken ile etkileşim göstermektedir. Yakın zamanlarda obezite düzeylerindeki engellenemeyen yükselişin genetik etkilerinden ziyade içinde bulunulan çevre şartlarından etkilendiği düşünülmeye başlanmıştır (Morris, 2015).

Morbid obezitesi olan kişilerin, DM, hipertansiyon, dislipidemi, obstrüktif uyku apne sendromu gibi solunum sistemi hastalıkları, kanser veya osteoartrit gibi çeşitli kronik hastalıkların görülme sıklığında artış olduğu saptanmış; bundan dolayı bireylerin yaşam beklentisinin ve yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür (Raaijmakers, 2017; Ardıç, 2014).

Obezite dünya çapında önemli bir sağlık sorunu olmaya başlamış ve salgın oranlara ulaşması bu durumu son derece önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir. Obezite ayrıca psikososyal bir yük olarak sosyal damgalanmaya neden olur ve bireylerin benlik saygısını ve altta yatan ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkiler (Jumbe, 2017).

Türkiye'de 1990-2000 yılları arasında yapılan TEKHARF projesinde obezite düzeyinin kadın popülasyonunda %36, erkeklerde ise bu düzeyin %75 seviyesinde yükseldiği saptanmıştır. 2010 senesinde düzenlenen TURDEP II projesine görede, kadın bireylerdeki obezite insidansı %44 , erkek bireylerde bu oran %27 , totaldeyse %35 olarak tespit edilmiştir (TEMD, 2014).

Vücutta bulunan adipoz doku miktarının ölçümü oldukça zor ve zaman alıcıdır, pahalı ekipmanlarla saptamak mümkün olsa da bu yöntemin sahada kullanımı çok uygun değildir. Bu sebeple adipoziteyi ölçümleyen yöntemler geliştirilmiştir. Bunun

sonucunda Beden Kütle İndeksi oldukça güvenilir bir yöntem olarak saptanmış ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kabul edilmiştir (Caterson, 2002) .

BKİ bireyleri kilolarına göre gruplandırmak için sık başvurulan bir yöntemdir. Bu gruplamaya göre 18.5 kg/m^2 ' nin altı zayıf, 18.5-24.9 kg/m^2 aralığındakiler normal kilo seviyesinde, 25- 29.9 kg/m^2 aralığındakiler fazla kilolu, 30 kg/m^2 ve üzeri olan bireyler ise obez olarak tanımlanmaktadır (Rasmussen, 2009). BKİ 30 kg/m^2 ve üzeri olan grup için 3 kademeli bir obezite skalası tanımlanmıştır. BKİ 30-35 kg/m^2 aralığındaysa 1. düzey obezite, BKİ 35-40 kg/m^2 aralığındaysa 2. düzey obezite ve BKİ 40 kg/m^2 ve üzerindeyse 3. düzey obezite şeklinde tanımlanmıştır (DSÖ, 1992).

BKİ obezite sınıflandırmasında sık kullanılan bir teknik olsa da obezite tanısı için tek teknik olarak kullanılması yetersizdir. Boy kilo indeksine göre yapılan ölçümler kas oranı fazla olan bireyler için yanlış değerlendirmeye neden olacağından daha doğru değerlendirme için vücut yağ oranının tespit edilmesi gerekir. Erkek vücudunun yaklaşık %15-20' sini yağ dokusu oluştururken bu oran kadınlarda %25-30'a kadar çıkmaktadır. Bireylerin cinsiyetlere göre bu üst sınırları geçmesi halinde obezite tanımlamasından bahsedilmektedir (Nazlıcan, 2008).

2.1.2. Obezite Tipleri

Son zamanlarda bireydeki total yağ miktarından ziyade vücutta yağın hangi bölgelerde toplandığı, yayıldığı yada lokalize olduğu ile ilgili araştırmalar yürütülmektedir. Çünkü vücutta bulunan yağın bölgesi ve dağılımı kronik hastalıkların görülmesi ve hastalıkların morbidite ve mortalite oranları ile ilişkilendirilmektedir (Yıldırım, 2017).

Vücuttaki yağın lokalizasyonuna göre 2 şekilde gruplandırılır.

2.1.2.1. Jinoid Tip Obezite

Jinoid tip obezite, kişinin basen bölgesinde yoğun yağ lokalizasyonu ile gözlemlenen, armut tipi olarak da isimlendirilen daha çok kadınlarda görülen obezite olarak tanımlanmaktadır (Lukaski, 1987). Jinoid tipte venöz dolaşımın yetersizliğine bağlı ciddi bir ilişki olduğu bulunmuş ama obezite sonucuyla gelişen diğer semptom yada hastalıklarla ilgili bir bağ kurulamamıştır (Yücel, 2008).

2.1.2.2. Android Tip Obezite

Hastanın özellikle karın ve bel bölgesinde yağ dokusu artışı vardır. Android şişmanlık (abdominal, santral şişmanlık) beraberinde bir çok ek hastalığı da taşır. Örneğin; DM, hipertansiyon, hiperkolestrolemi vs. Bel–kalça oranı yetişkin kadın bireylerde 0.85 düzeyinden erkek bireylerdeyse 1.0 düzeyinden büyük olması obezite olarak kabul edilir. Bu tipteki şişmanlık genellikle erkek bireylerde görülmektedir (Deveci, 2013).

2.1.3. Obezitenin Epidemiyolojisi

Fazla kilo dünya genelinde bilhassa gelişmiş toplumlarda önlenemeyen bir hastalık olarak görülmeye başlanmıştır. DSÖ, en riskli ve en sık rastlanan halk sağlığı sorununun obezite olduğuna dikkat çekmiştir. DSÖ, 2008' de obezite ile ilgili raporunda fazla kilo sorunuyla karşılaşmış ve 1.4 milyar kişinin olduğunu açıklamıştır. Bununla beraber dünya popülasyonunda 200 milyondan fazla erkek ve 300 milyondan fazla obezite tanılı birey olduğu açıklanmıştır. Avrupa Birliği raporlarında obezite ve fazla kilodan kaynaklanan hastalıklar sebebiyle yılda ortalama 300.000 bireyin hayatını kaybettiği tespit edilmiştir. DSÖ verileri doğrultusunda son 20 yılda Avrupa bölgesinde obezite ile tanımlanan birey sayısının 3 kat arttığı tespit edilmiştir (Berghöfer, 2008).

DSÖ verilerine göre;

- ✓ 2014 yılında, 18 yaş ve üzeri fazla kilolu yetişkin sayısı 1.9 milyar kişiden fazla, yetişkin obez sayısının ise 600 milyondan fazla olduğu rapor edilmiştir.
- ✓ 2014 yılında dünya genelindeki yetişkin nüfusun yaklaşık %13 kadarının obez olduğu raporlanmıştır. Genel popülasyondaki kadın bireylerin %15 kadarı, erkek bireylerin %11 kadarı obez olarak kabul edilmiştir.
- ✓ 2014'te 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin %39'unun aşırı kiloya sahip olduğu bulunmuştur.
- ✓ 1980 ve 2014 yılları arasında dünya genelinde yaygın olan obezite prevalansı iki katına çıkmıştır (DSÖ, 2018).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) kapsamında 2010 yılında yapılan araştırma bulgularına göre Türkiye genelindeki obez bireylerin sıklığı, kadın popülasyonda %41, erkek popülasyonda %20.5, toplam oran olarakta %30.3 şeklinde kaydedilmiştir. Fazla kilolu bireyler %34.6 iken obez ve fazla kilolu olan bireyler %64.9' a çıkmıştır. Morbid obez olarak kabul edilenlerin ise %2.9 olduğu sağtanmıştır

(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Bütün bu çalışmalardan anlaşıldığı üzere, obezite prevalansı tüm dünyada ve ülkemizde giderek artış göstermiştir (Yağbasan, 2009).

2.1.5. Obezitede Risk Faktörleri

Obezite gelişmesinde ; ileri yaş, kadın cinsiyet faktörü, düşük eğitim seviyesi, bilinç düzeyi, sık doğum yapma, dengesiz beslenme tarzı, sık alkol tüketimi, kültürel etkenler, ekonomik durum ve genetik özellikler önemli yer tutar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

2.1.6. Obezitenin Etiyolojisi

Son zamanlarda hastalık olarak kabul edilen obezite etiyolojik olarak genetik, nöropsikolojik, sosyo-kültürel, içinde yaşanılan çevreyle ve birçok etkenin etkileşimi içinde olması obezitenin önlenmesinin ve tedavisinin çok zor ve karışık hale gelmesine neden olmaktadır (Taşan, 2005).

Obezitenin giderek artmasının nedeni, hareketsiz yaşam tarzı, kalorili besinlere kolay erişim, fast-food beslenmenin yaygınlaşması, yüksek kalorili ambalajlı gıdaların fiyatlarının ucuz olması ve herkes tarafından kolayca ulaşılabilir olaması önemli etkenler arasında sayılabilir. Vücut için gerekli olan enerjiden fazlasının sürekli olarak alınması obezite gelişmesine neden olur. Genetik yatkınlık, içinde yaşanılan ortam ve psikolojik durum obezite oluşumunda oldukça etkilidir (Apay, 2009).

Diyet bozukluğu da diğer bir etiyolojik faktördür. Küçük porsiyonlarla öğün sayısını arttırmak insülin salgılanmasını nispeten azaltırken, az sayıda büyük porsiyonlarla yemek insülin salgılanmasının birden artmasına neden olduğundan obeziteye yatkınlık artmış olur. Beslenme alışkanlıklarından kaynaklı tüketilen yağın obeziteye neden olduğu saptanmıştır. İçerisinde yağ miktarı artan besin daha lezzetli hale gelmekte ve normalden fazla yenilmesine neden olmaktadır. Çeşitli psikolojik hastalıklardan kaynaklı yeme davranışı bozukluğu da gereğinden fazla yemeye ve doyma hissetmemeye bağlı olarak obeziteye sebep olurlar. Lifli, posalı gıdaların az alınması, hızlı yemek yeme, gece uyumadan önce yemek yeme yada uykudan uyanıp birşeyler atıştırıp tekrar yatmak gibi alışkanlıklar obezite oluşmasına zemin hazırlayan etkenlerin başında geliyor (Kut, 2009).

Fazla kilo ve obezite toplumun büyük bölümünü etkileyen kronik rahatsızlıklardır. Obezite tedavi edilmediğinde, kronik bir hastalık haline gelmektedir.

Kişinin ömrünü kısaltır, yaşam kalitesini bozar, doku ve organların çalışmalarını olumsuz etkiler. Bu komplikasyonlara ek olarak kardiyovasküler sistem bozuklukları, nörolojik bozukluklar, metabolik-hormonal komplikasyonlar, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi bozuklukları, genitoüriner sistem hastalıklar, integumenter hastalıklar, cerrahi komplikasyonlar, kanser (özellikle hormona özgü kanserler), mekanik komplikasyonlar ve psikososyal komplikasyonlar görülebilmektedir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, doğum sayısı, beslenme alışkanlıkları, sigara içme, ve alkol kullanım sıklığı, sosyal, kültürel, ekonomik ve genetik geçişli etmenler obezite için en önemli risk faktörleri arasındadır. Bireylerin yaşam kalitesini azaltan, çeşitli hastalıkların oluşmasına ve yaşam süresinin azalmasına neden olan aşırı kilo alımı ve obezite, tüm bireyleri etkileyen önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Günümüzde, fazla kilo ve obezite oranındaki artışın en önde gelen nedenleri; refah seviyesinin artması, beslenme şeklinin değişmesi, hazır gıda tüketiminin artması, gıda endüstrisindeki büyümeye paralel olarak ürün fiyatlarının düşmesi, iş koşullarının ve eğlence alışkanlıklarının değişmesi, elektronik aletlerle harcanan zamanın fazlalaşması nedeniyle mobilitenin en aza inmesi sayılmaktadır (Karadayı, 2016; Ayyıldız, 2015; Tedik, 2017).

2.1.7. Obezitenin Komplikasyonları

Obezite vücudumuzdaki neredeyse bütün sistemleri olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Bu sistemlerden başlıcaları; nöroendokrin sistem, dolaşım sistemi, sindirim sistemi, solunum sistemi ve iskelet sistemi şeklindedir. Obezite aynı zamanda psikyatrik hastalıklara da sebep olmaktadır. Obezite hem bedensel görünüş olarak hem de psikolojik olarak rahatsızlıklara yol açmaktadır (Öncü, 2009).

Obezite endokrin ve metabolik bozukluklara neden olan bir hastalık olarak sayılmaya başlamıştır. Endokrin sistem organı olarak görülen yağ dokusu obeziteden kaynaklı metabolik komplikasyonların oluşmasına neden olmaktadır. Obeziteye bağlı gelişen komplikasyonların oranını düşürmede, dengeli beslenme, hareketli yaşama ve kilo verme ilk sırada yer almaktadır (Mert, 2014).

Obezitenin komplikasyonlarının birçok sistemi etkilediği bilinmektedir. Uyku apnesi, astım gibi solunum sistemi komplikasyonları, ortopedik komplikasyonlar, kolelitiazis, yağlı karaciğer/alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı, gastroözofajial reflü hastalığı gibi gastrointestinal sistem komplikasyonları, insülin direnci, glikoz

toleransında bozukluk, tip 2 DM, menstrüel problemler, polikistik over sendromu, hiperkortizolizm gibi endokrin komplikasyonlar, hipertansiyon, dislipidemi gibi kardiyovasküler komplikasyonlar idiopatik intrakranial hipertansiyon gibi nörolojik komplikasyonlar görülebilir (Eker, 2002).

2.1.7.1. Obezite ve İnsülin Direnci

İnsülin direnci, organ işleyişini etkileyen kompleks bir sorundur (Gierach, 2014). İnsülin direnci, metabolik sendrom gelişmesinde önemli rol oynamaktadır. Uzun süren insülin direnci bireyde Tip 2 DM , yüksek tansiyon ve çeşitli kanserlerin oluşumuna neden olmaktadır (Baban, 2015).

Metabolik sendromda karaciğerin etkilendiği düşünülürse, karaciğerinde glukoz ve lipid mekanizmasının korunmasında merkezi bir rol oynamasından kaynaklı Tip 2 DM ve kalp-damar hastalıkları gelişme riskinin artmasına sebep olacağı kanısına varılmıştır (Guan, 2013; Korkut, 2015). Sağlıklı bireylerde insülin vazodilatasyona neden olur ve tansiyonun düşmesini sağlar (Kaya, 2003).

2.1.7.2. Obezite ve Kalp Damar Hastalıkları

Obezite, damar çeperinde fizyolojik ve fonksiyonel deformiteler oluşturarak sodyumun gereğinden fazla tutulmasına ve bunun sonucunda yüksek tansiyon gelişmesini tetiklemektedir. Obez bireylerin kontrollü olarak zayıflamalarıyla damarsal deformitelerin azalacağı yada ortadan kalkacağı tespit edilmiştir (Hall, 2001).

Adipoz doku üzerindeki yapılan çalışmalar son on yılda katlanarak artmıştır. Çalışmaların bu yönde artması, Tip 2 DM ve kardiyovasküler hastalığın, obezite prevelansıyla bağlantılı olarak, hızla artmış olmasından kaynaklanmıştır. Obez bireylerde, yağ kütlesinin artmasına bağlı olarak, adipoz dokunun disfonksiyonu, metabolik ve kardiyovasküler durum disfonksiyonunda kötüleşmeye neden olmaktadır. Obezite de, insülin direnci ve kronik metabolik hastalalıkların ilerlemesine neden olmaktadır (Diéguez, 2011).

Obezite ile birlikte, dislipidemi, insülin direnici, hipertansiyon gelişimi ve bunun sonucunda ateroskleroz ve diğer kardiyovasküler hastalıklar meydana gelmektedir (Farooq, 2015). Hipertansiyon hastası olan obez kadın bireylerin %70'inde sol ventrikül hipertrofisi bulunmaktadır. Bunun yanı sıra kalp yetmezliği olan hastaların %10'undan fazlasında obezite etkili bir faktör olarak gösterilmiştir. Obezite koroner arter hastalığı,

kalp yetmezliği ve atrial fibrilasyon riskinde ortaya çıkan artış ile de oldukça ilişkili bir etkendir (Malnick, 2006).

2.1.7.3. Obezite ve Tip 2 DM

Bireylerin obez olarak geçirdikleri zaman ne kadar uzun sürerse diyabete yakalanma ihtimalleri de buna bağlı artar. Karın bölgesinde yağ birikmesi ile karakterize olan obezite özellikle Tip 2 DM ile yakından ilişkilidir ve yüksek risk grubunda olmasına sebeptir. Beslenme öğünleri düzenlenirken karbonhidrat ağırlıklı değilde, karbonhidrat, protein ve yağı beraber içeren sağlıklı bir öğün düzenlenmeli ve günlük aktivitenin de arttırılmasıyla kan içeriğindeki insülin seviyesinin normale dönmesine yardımcı olunmaktadır. Sağlıklı ve dengeli hazırlanan öğünlerle vücut ağırlığının %5-10' unun verilmesi obezitenin ve Tip 2 DM'nin önemli seviyede gerilemesine olanak sağlamaktadır (Parati, 2002).

2.1.7.4. Obezite ve Metabolik Sendrom

Metabolik Sendrom (MS) son yıllarda dünyada ve ülkemizde daha fazla oranlarda toplumu etkisi altına alan, bir halk sağlığı problemi olmaya başlamıştır. Metabolik sendrom, abdominal obezite, glukoz intoleransı, dislipidemi ve hipertansiyon gibi metabolik problemlerin bileşimi olarak ifade edilmektedir (Demirel, 2017).

2.1.7.5. Obezite ve Dislipidemi

Dislipidemi, vücutta normal olarak bulunan kolesterol ve trigliseritin olması gerektiğinden daha fazla bulunmasıdır. Kardiyovasküler sistem için yüksek risk grubudur. Obezlerde görülen dislipideminin en önemli nedeni yağ dokudan kontrol dışı yağ salınmasıdır (Klop, 2013).

2.1.7.6. Obezite ve Nonalkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı (NAYK)

Obez bireylerde en sık görülen durumların başında karaciğer yağlanması gelir. Alkole bağlı olmayan karaciğer yağlanması basit hepatosteotaz, nonalkolik steatohepatit, karaciğer fibrozu ve siroza kadar ilerleyebilen ciddi karaciğer tahribatına neden olabilir. Gelişmiş ülkelerde en çok rastlanan karaciğer hastalığıdır (Lazo, 2008).

2.1.7.7. Obezitenin Üreme Sistemine Etkileri

Kadınlarda görülen obezite, doğurganlığı olumsuz yönde etkilemektedir. En sık görülen durumlar; anovülasyon, oligo ovulasyon gibi yumurtlama fonksiyon hastalıkları, adet düzensizlikleri ve genç yaşta infertilite gelişmesidir. Obez kadınlarda düşük yapma ihtimali yüksektir ve destekleyici üreme teknolojileriyle oluşan hamileliğin olumsuz sonuçlanmasına neden olabilir. Obez kadınlarda görülen bu belirtiler en çok polikistik over sendromunda görülür. Kronikleşen anovulasyonun endometriyum kanserini arttırdığı saptanmıştır. Erkeklerde görülen obezitede ise testosteron düzeyleri düşüktür. Obez erkeklerde hipotestosteronemiyle görülen spermatogenezin azalması, infertilitenin artması, ereksiyon işlev bozukluğunun sıklığı vücut kitle indeksinin artmasıyla yükseliş göstermektedir. Bu hastalar kilo vermeleri için yönlendirilmelidir. Kilo verdikçe hormonal denge düzene girecektir (Mert, 2014; Keskin, 2016).

2.1.7.8. Obezite ve Solunum Sistemi

Obez hastaların boyun bölgelerindeki bol yağ dokusu üst solunum yolunun daralmasına neden olmaktadır. Karın bölgesinde biriken yağlar ise akciğerlere bası uygulayarak akciğer kapasitesinin düşmesine neden olmakta ve solunumun yetersiz hale gelmesine (kısa mesafelerde bile nefes nefese kalmak gibi) neden olmaktadır. Erkeklerin boyun çevresinin 43 cm'den, kadınların ise 40.5 cm'den fazla olması solunumun olumsuz etkilenmesine neden olur (Haslam, 2005).

2.1.7.9. Obezite ve Cinsellik

Obezite çoklu fiziksel komorbiditeler, psikososyal yükler, yaşam kalitesi, depresyon ve artmış vücut memnuniyetsizliği ile ilişkilidir. Bu görüşte genel olarak gözden kaçan durum cinsel işlevselliktir. Düşük östrojen azalmış vajinal tansiyona yol açabildiği için cinsel işlevi düzenlemede önemli bir rol oynar. Benzer şekilde, düşük testosteron cinsel uyarılma, genital duyu ve orgazmdaki azalmaya katkıda bulunabilir. Diğer hormonların da bariatrik cerrahiye ikincil olarak değiştiği gösterilmiştir. Bunlar tiroid hormonları, insülin, prolaktin, kortizol ve beyin kaynaklı nörotropik faktördür. Bariatrik cerrahi departmanlarına başvuran hastaların yarısından fazlası cinsel işlev bozukluğu bildirmişlerdir ki bu da onlara önemli psiksosyal sıkıntıya neden olmuştur (Wingfield, 2015).

2.1.8. Obezitenin Tedavisi

Vücutta bulunan yağın oranı ve lokalizasyonuna göre hastaların yaşam kaliteleri değişmektedir. Obezite dünyada salgın olarak görülmeye başlanmıştır. Obezitenin önüne geçilebilir ve tedavi edilebilir. Ciddi bir sağlık problemi olan obezite, tıbbi beslenme, egzersiz, davranış değişikliği terapisi, ilaç tedavisi ve cerrahi yöntemleir içeren tedavi ağıyla düzeltilebilmektedir (Yüksel, 2016). Obez bireylere öncelikle tıbbi beslenme tedavisi ile nasıl beslenecekleri öğretilmeli daha sonrasında öğrendikleri bu sağlıklı beslenme şeklini davranış değişikliği ile kalıcı hale getirmeleri sağlanmalı, gerekiyorsa ilaç tedavisi ile desteklenmeleri sağlanmalıdır. Tüm bu yöntemlerle zayıflayamamış morbid obez bireylere cerrahi tedavi uygulanmasının fayda getireceği saptanmıştır (Yüksel, 2016; Atila, 2014).

Türkiye'de BKİ'i 40 kg/m^2'nin üzerinde olan hastalar, diğer yöntemlerle (örn., diyet, egzersiz, davranış terapisi ve ilaç tedavisi) kilo veremeyen hastalar ve kilo kaybı yaşayıp tekrar kilo alan hastalar laparoskopik bariatrik cerrahi için uygun hastalardır (Karadayı, 2016).

Fazla kilo ve obezitenin tedavisinde yaşam tarzı değişikleri ile beraber tıbbi tedavi de kullanılmaktadır. Tedavide öncelikle yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanıp benimsenmesi, başarısız olunduğu durumlarda tıbbi tedaviye geçilmesi önerilmektedir. Yaşam tarzı değişiklikleri gibi ilaç dışı yöntemlerin, ruhsal sağlığın ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde oldukça başarılı olduğu ve risk taşımaması belirtilmektedir. Hemşireler; bireye, aileye, topluma, çeşitli kültürlerde sürekli, koordine ve kapsamlı sağlık hizmeti verirler. Bu tanımlama hemşireleri kişilerle olumlu iletişim ortamı sağlayan sağlıkçı olma özelliği kazandırdığından, hemşirelerin sağlığı koruma ve geliştirmede kilit rol oynaması sağlanmaktadır. Bu nedenlerele hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri konusundaki donanımları arttırılmalıdır (Tedik, 2017).

Obezite bireylerin yaşantısında psikolojik ve sosyal sorunların oluşmasına neden olur. Bu durum tedavi sürecinin uzamasına ve tedavi masraflarının artmasına neden olduğundan önlenmesi gereken önemli bir sorundur (Sağlam, 2014). Obezite tedavisinde amaç, obeziteye bağlı gelişen komplikasyonları azaltmak, obez bireylerin normal kilolarına inerek yaşam standartları ve yaşam kalitelerini arttırmak ve en önemlisi tekrar kilo almanın önüne geçmektir (Kut, 2009).

Yapılan çalışmalar obezite tedavisinde %5-%10 arasındaki ağırlık kaybının obezite sonucu gelişen (tip 2 DM, insülin direnci, hipertansiyon gibi) hastalıkların

ilerlemesinde önemli bir düzelme sağladığını göstermektedir. Ancak obez bireylerin tedavi edilebilmesinde uzman bir ekibin yardım ve desteğine gereksinim duyulur. Yapılan araştırmalar aşırı kilolu yada obez bireylerin çoğunun egzersiz, diyet ya da iki yöntemi de beraber kendi kendilerine uygulayarak zayıflamaya çalıştıklarını ancak; çoğunlukla başarısızlıkla sonuçlandığını ve tadaviyi yarım bıraktıkları gözlemlenmiştir. Obezite tedavisinde ele alınması gereken konulardan biri de hastanın tedaviye uyumu ve motivasyonu olmalıdır. Tedaviye başvuran kişilere tedavi süreci açık bir şekilde anlatılmalı, destekleyici ve empatik davranılmalıdır. Obezite tedavisinde kullanılan yöntemler diyet, egzersiz, davranışçı yöntemler ve bilişsel davranışçı terapiler, farmakolojik (ilaç) tedavi ve cerrahi tedavidir (Ateş, 2015).

2.1.8.1. Diyet

Obezitenin diyetle tedavisinde alınan enerjinin harcanan enerjiden az olması böylece yağ depolarının kullanılması amaçlanmaktadır. Kas kütlesinde azalma olmadan yağ kaybı gerçekleşmelidir (Bayraktaroğlu, 2008). Ayrıca diyet tedavisinde öncelik gerçekçi bir kilo hedefinin koyulması olmalıdır (Bahçeci, 2009).

Kişiye sağlıklı yeme alışkanlığı kazandırılarak uzun süreli düzenli planlanacak diyet programında, harcanan kalori alınan kaloriden fazla olmalı, planlanan öğünlerde protein, karbonhidrat ve yağı içeren dengeli porsiyonlar tercih edilmeli, kişiler aç bırakılmamalı, doyma hissi sağlanacak şekilde planlama yapılmalı, kolay ulaşılabilir besinlerle diyet planlanmalı, yeterli miktarda posalı yiyecekler tüketmesi sağlanmalıdır (Bayraktaroğlu, 2008). Diyet programları güçlü irade ve devamlılık gerektirdiğinden kişinin yeme davranışı değiştirilmeli, fiziksel aktivite ve sporla beraber yürütülmesi sağlanmalıdır (Gülçelik, 2007).

2.1.8.2. Egzersiz Tedavisi

Fiziksel aktivitenin sağlanması ve düzenli yapılması kilo kaybı oluşması için gereklidir. Uygun beslenme programıyla yapılan egzersiz, vücut kas kitlesinin korunması, yağ dokusunda kayıpların artırması ve bazal metabolik hızın yavaşlamasını önlemesinden dolayı önemlidir (Çıtak Akbulut, 2007).

Epidemiyolojik bulgular ve randomize çalışmalar kilo kontrolü ile egzersiz arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Sadece diyet tedavisi ile diyet ve egzersizin birlikte uygulandığı tedavinin sonuçları karşılaştırıldığında, diyet programına egzersizin

eklendiği tedavi yaklaşımında hastaların daha fazla kilo kaybettiği görülmüştür (Üzmez, 2007). Fiziksel aktivitenin arttırılarak bireye göre planlanan sporun obezitenin ilerlemesine engel olduğu, obeziteyle gelişen komplikasyonların azalmasına yardımcı olduğu ve en önemlisi bireyde sağlıklı kilo kaybı gelişmesinde katkısı olduğu saptanmıştır. Yağ dokusunda azalma sağlanması için bireyin kişisel özelliklerine göre planlanan egzersizin aralıksız olarak günde en az yarım saat ve haftanın 3 ila 5 günü yapılması gerekmektedir. Verilen kiloların tekrar alınmaması için egzersiz yaşamın bir parçası haline getirilmelidir (Çıtak Akbulut, 2007).

2.1.8.3. Davranış Değişikliği Tedavisi

Obez bireylerde davranış değişikliği geliştirilmesi için , obezite gelişmesine neden olan hareketsiz yaşam şeklini değiştirerek düzenli fiziksel aktivite ve spor yapması sağlanmalı, aşırı kalorili, ambalajlı gıdaları tüketmek yerine daha sağlıklı olan meyve, sebze, kurubaklagil, tahıllar ile beslenmesi sağlanarak bu davranışların 'yaşam tarzı' haline gelmesini içeren bir tedavi biçimidir. Davranış değişikliği tedavisinde bir ömür devam edecek davranış değişikliği geliştirmek ve istenen vücut ağırlığının uzun dönemde korunmasını sağlamaktır (Brownell, 2000; Wing, 2002; Oğuz, 2016).

Günümüzde davranış değişikliği tedavisi, sağlıklı kiloya inme ve ulaşılan kilonun korunmasında kullanılan bir tekniktir. Obezitenin gelişmesine neden olan olumsuz davranışlar yerine sağlıklı beslenme ve fiziksel hareket arttırılmasını içeren olumlu davranışların oluşturulması amaçlanmıştır. Böylece verilen kilonun korunarak geri alınmaması hedeflenmektedir (Foster, 2005). Davranış değişikliği gelişmesi için üç aşama vardır. İlk olarak obez bireyin ulaşabileceği gerçekçi bir hedef belirlenir ve bu hedefe ulaşması sağlanmalıdır. Sonrasında tedavi sürecinde bireyler programa devam etmeleri için desteklenmelidir. Son olarak ise kendilerine daha büyük hedefler koyarak istikar içerisinde devam etmeleri sağlanmalıdır (Garaulet, 2010).

Aşırı kilolu bireyler genelde kendileri ve bedenleri hakkında olumsuz düşünce ve inançlara sahiptirler. Geçmişte yapmış oldukları diyet ve egzersiz deneyimleri sonucunda başarısız olmaları da bu yanlış düşünce ve inançları pekiştirmiştir. Birçok araştırma kilo kaybı sağlanması için düşünce ve inançlarla bilişsel yeniden yapılandırma yöntemlerinin olumlu etkisini göstermektedir. Obez bireylerin yanlış inanç ve

düşüncelerinin değişiminin sağlanmasında uzman bir terapist eşliğinde bilişsel stratejiler uygulanmalıdır (Akgün, 2008).

Obez bireylerin kendileri ve beden şekilleri ile ilgili olumsuz inanışları vardır. Bu inanışların sebebi daha önceki kilo verme girişimlerinin olumsuz sonuçlanması olabilir. Bilişsel modellerle koyulan hedeflere ulaşmak için bu inanışlar değiştirilmeye çalışılır. Her kilo verme çabasının sonucunda başarısız olacağına inanan kişinin hedefine ulaşma şansı da o derece düşüktür. Öncelikle bireyin yapamayacağına inandığı fikirlerinin farkına varması ve sonrasında bu fikirlere göre geliştirilen yeni yöntemleri kullanması için desteklenmelidir. Bu yeni yöntemlerin sık kullanılmasıyla, ilk etapta birey bu duruma inanmasa bile sonucunda fayda görebilmektedir (Oğuz, 2016).

2.1.8.4. Farmakolojik (İlaç) Tedavi

Obezite tedavisi kapsamında , dengeli beslenme ve egzersiz yöntemi ile kilo verilsede bazen kilo kaybını sürdürmek ve kaybedilen kilonun geri alımını önlemek zor olmaktadır. Bu nedenle kilo kaybının devamını sağlayabilmek ve kaybedilen kilonun geri alımını engellemek için farmakolojik tedavinin yardımına başvurulmaktadır. Ancak farmakolojik tedavi, uzun süre kullanılabilmek için güvenli olmalı, hastada bağımlılık ya da tolerans yaratmamalıdır (Türker, 2013).

Obeziteye karşı kullanılan ilaçların , zayıflamak için bariz etkisinin bulunmuş olmalı, klinik olarak tolerans sağlamalı, bağımlılık geliştirmemeli, tedavinin başında da sonunda da aynı miktarda etkili olamlı, uzun dönem kullanımında etkisi azalmamalı, farmakolojik etkisi iyi bilinmelidir. Bugüne kadar bu özelliklerin hepsini bir arada bulunduran bir ilaç bulunamamıştır (Sertkaya, 2008).

İştah kapatıcı ve yeme davranışı üzerine etkileri bulunan santral etkili ilaçlar bulunmaktadır. Bunlar ketokolaminler üzerinden etkili ilaçlar (amfetamin, fentermin, mazindol..) ve serotonin üzerinden etkili ilaçlardır (fenfluramin, dexfenfluramine, sibutramin). Termojenik etkili ilaçlar da kullanılmaktadır. Kahverengi yağ dokusunda ısı üretimini arttırarak, enerji harcanmasını arttırıcı etkisi olup; gıda alımını azaltıcı etkisi bulunmamaktadır.Tiroid hormonu, efedrin, beta agonistler örnek verilebilir (Ateş, 2015).

2.1.8.5. Cerrahi Tedavi

Obezite vücutta gereğinden fazla yağ birikmesi ile gelişen yaşam süresini ve kalitesini değiştiren, diyabet, tansiyon yüksekliği ve kanser gibi pek çok sorunla birlikte görülen bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Obezite gelişmesindeki fazlalaşma, diyet ve sporla kilo vermede tekrarlayan başarısızlık cerrahi tedavinin önünü açmıştır. Son zamanlarda artan obezite cerrahisi tedavisine ilişkin uzun dönem sonuçları değerlendirilmeye başlanmıştır. Cerrahi tedavi, obeziteye bağlı gelişen komplikasyonların ortadan kalkmasına, tamamıyla düzelmesine ve obeziteyle ilişkili yeni sorunların oluşmasını önlemede yeterince etkinlik göstermiştir. Zayıflama ile obez bireylerde, hareketlerde rahatlama, özgüven artışı, psikolojik iyi hissetme gibi olumlu sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Atila, 2014).

Yapılan araştırmalarda bulunduğu gibi morbid obezitenin ilaç, diyet yada davranış değişikliği ile kalıcı tedavisi çok mümkün değildir. Yapılan diyetlerle her başarısız tecrübe obez kişinin hem psikolojisini olumsuz etkilemekte hem de her seferinde verilen kilonun daha fazlasının geri alınmasıyla metabolizmanın zarar görmesine neden olmaktadır (Atila, 2014; Crujeiras, 2010).

Morbid obezitenin tedavi edilmesinde multidisipliner bir yöntem uygulanmalıdır. Sağlıklı ve demgeli beslenme, düzenli egzersiz yapılması, yaşam tarzının değiştirilmesi, farmakolojik tedavi morbid obezite için kullanılan yöntemlerin başlıcalarıdır. Bu yöntemlerle zayıflama sağlanamazsa cerrahi tedavi düşünülmelidir (NIH, 1991).

Yapılan çalışmalar obezite cerrahisinin gelişmesine ve yaygınlaşmasına etki etmiştir. Obezite cerrahisinde beklenen sonuç, hastanın fazla kilolarını vermesi, verilen kiloların geri alınmaması ve obeziteyle meydana gelen morbiditelerin düzelmesi ile olumlu etkilerin ortaya çıkmasıdır. En yaygın kullanılan bariatrik cerrahi yöntemleri, Roux-en-Y Gastrik By-pass (RYGB), ayarlanabilir mide bandı ve Sleeve gastrektomidir. Süper obez hasta grubu için en ideal yöntem ise Biliopankreatik Diversiyon – Duodenal Switchtir. Bu cerrahi yöntemler genellikle laparoskopik olarak yapıldığından daha az insizyon, daha az ağrı ve daha hızlı iyileşme olduğu saptanmıştır (Atila, 2014).

Morbid obezitenin cerrahi ile tedavisi 1950'den bu yana yapılmaktadır. O dönemde jejunum ve ileumun büyük bölümünün çıkarılmasıyla yapılan by-pass cerrahisi, midenin bir bölümünü kısıtlayan ameliyatlar ve gastrik bant yöntemleri

devamlılık getirilemeyen cerrahi türleridir. O dönemdeki by-pass cerrahisi, ishal gibi ciddi elektrolit kaybına neden olan durumlar ve hepatik yetmezlik gibi metabolik sorunlardan dolayı pek başarılı olamamıştır. Morbid obezite ameliyatları teknik olarak, besin alımını kısıtlayıcı, emilimi bozan veya ikisinin bir kombinasyonu olarak 3 farklı grupta kategorize edilir (Yorgancı, 2007). Bu sınıflandırma, bariatrik cerrahinin hormonal ve metabolik etkilerini ve bunlara bağlı bulgularını dikkate almadan sadece gıda alımını ve besin emilimini etkilediği varsayımına dayanmaktadır. Geleneksel görüşe göre, LAGB (Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Bantlama) ve LSG (Laparoskopik Sleeve Gastrektomi) gibi gastrik kısıtlamayı içeren prosedürler, midenin hacmini azaltarak yemek sırasında erken tokluğa neden olur. BPD/DS (Laparoscopic Biliopancreatic Diversion/Duodenal Switch) gibi malabsorptif prosedürler, ince bağırsağın çeşitli uzunluklarındaki baypaslara güvenir ve böylece besin emilimini etkili bir şekilde azaltır. RYGB (Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass) gibi karışık prosedürler, gastrik kısıtlamayı küçük bağırsağın kısa bir bölümünün bypassıyla birleştirir (Kissler, 2013).

Obezite cerrahisi sonrası kilo kaybının değerlendirilmesinde ameliyat öncesi kilonun %40' ından azını vermesi ameliyatın fazla başarılı olmadığını gösterir. Kilo kaybı %40-%60 aralığında olursa orta seviyede, %60' ın üzerindeki kilo kaybı ise iyi düzeyde ameliyat başarısı olarak yorumlanır (Yorgancı, 2007).

Diyet ve egzersizle zayıflama gerçekleşsede kısa zamanda hastaların büyük çoğunluğu tekrar kilo alırlar. Ameliyat öncesinde kişilerin beslenme şekillerini değiştirmesi ameliyat sonrası dönemde hastanın diyetine daha fazla uyum göstereceğini ve istenen kilosunun korunmasına yardımcı olacağı sonucuna varılmıştır (Sağlam, 2014).

2.1.8.5.1. Hasta Seçimi

Obezitenin cerrahi tedavisi için ameliyat olacak kişilerde bazı kriterlerin olması gerekmektedir. Ameliyat olacak kişinin BKİ'nin 40 kg/m^2'den fazla olması yada obeziteye eşlik eden hastalıkları varsa 35 kg/m^2 olması gerekmektedir. Bunların yanında; 18-50 yaş aralığında olmak (yaş sınırı hekimlerin insiyatifine göre değişiklik gösterebilir), obezitenin en az 5 yıldır devam ediyor olması, hormonsal hastalıkların bulunmaması, diyet ve egzersiz uygulamasına karşın en az 1 yıldır zayıflayamama, alkol ve madde bağımlılığı olmaması, ameliyat sonrası döneme uyum gösterebilmeli ve

ameliyatta gelişebilecek risklerin tolere edilebilir seviyede olması gibi şartları vardır (Bozbora, 2008).

2.1.8.5.2. Obezite Cerrahisinde Kullanılan Yöntemler

Morbid obezite ameliyatları teknik olarak, mide hacmini küçülten, emilimi bozan ve hem mide hacmini küçülten hem de emilimi bozan (malabsorpsiyon yapan) ameliyatlar olmak üzere üç farklı grupta toplanabilir (Yorgancı, 2007).

2.1.8.5.2.1. Mide Balonu (Instragastric Balloon)

Mide balonu genellikle endoskopi eşliğinde uygulanan bir yöntemdir. Cerrahi bir işlem gerektirmez. Medikal özelliklere sahip bir balon endoskop ile mideye yerleştirilir ve mide içerisinde balon şişirilerek mide hacmi küçültülür. Böylelikle bireyin fazla yemesinin önüne geçilir. Mide balonu en fazla 6 ay kalabilir. Süre bitiminde balon çıkarılmalıdır (Bor, 2007).

2.1.8.5.2.2. Laparoskopik Ayarlanabilir GAstrik Band (LAGB)

Özofagus ile midenin birleşme yerinin 3 cm aşağısında midenin etrafına şişirilebilir silikon band sarılarak proksimalde 25-30 cm'lik bir alan meydana getirilir (Sağlam, 2014).

LAGB, kısıtlayıcı bariatrik cerrahi tekniği olarak dikey bantlı gastroplastinin (VBG) yerini almıştır. VBG 1980'lerde yaygındı, ancak sonunda zayıf uzun süreli kilo kaybı ve yüksek geç komplikasyon oranı nedeniyle terk edildi (Kissler, 2013).

LAGB'nin etki mekanizması, erken ve uzun süreli tokluğun indüksiyonu olup, yiyecek akışıyla uyarılan vagal afferentler tarafından optimal olarak ayarlanmış bir bantla aracılık ettiği düşünülür ve böylece alt özofagus ve üst midenin aktivitesini arttırır (O'Brien, 2010).

2.1.8.5.2.3. Sleeve Gastrektomi (Vertikal Gastrektomi)

LSG başlangıçta BPD/DS'nin ilk aşaması olarak tasarlanmış ancak; güzel sonuçları nedeniyle bağımsız bir prosedür olarak kabul edilmeye başlanmıştır (Vidal, 2008). Lsg' nin öncelikle kısıtlayıcı bir prosedür olarak kabul edilmesinin nedeni;

gastrik tüpün gastrik hazneyi 60-100 ml hacim ile sınırlamasıdır. Böylece sadece az miktarda yiyecek alımı ve erken tokluk hissetme imkanı sağlar. Buna ek olarak, iştah azalmasını oluşturan hormonal bir mekanizma da tespit edilmiştir. Gastrik fundusun rezeksiyonu, ghrelin üreten hücrelerin çoğunu ortadan kaldırır ve böylece açlık düzenleyici hormon ghrelin ve daha sonra iştah seviyelerini azaltır. LSG' nin popülaritesi, teknik sadeliğine ve laparoskopik ile ilişkili sık komplikasyonlardan(yani, stomal ülserasyon, damping sendromu ve beslenme eksiklikleri) kaçınmaya dayanır (Rosenthal, 2012).

Ameliyat riski yüksek hasta grubu için yapılmaya başlanmıştır. LSG, ameliyatı yapan cerrahlar ve ameliyat olan obez bireyler için en çok tercih edilen, uygulama sıklığı artan, düşük riskli ve etkili bir bariatrik yöntem olmuştur (Sağlam, 2014).

2.1.8.5.2.4. Biliopankreatik Diversiyon ve Duodenal Switch (BPD-DS)

Biliopankreatik Diversiyon ve Duodenal Switch (BPDDS) prosedürü genellikle duodenal switch ameliyatı olarak adlandırılır. BPDDS ameliyatında midedeki kıvrım bölgesi çıkarılarak pilor korunur. Bu teknikle pilor korunduğu için daha az komplikasyon görülür. Bu teknik kademeli olarak uygulanırsa da komplikasyonlara daha az rastlanır. LSG ile istenilen kiloya inilemezse yaklaşık 1 yıl sonra BPD uygulanır. Tip 2 DM' li obez hastaların glukoz kontrolünü sağlamak amacıyla BPDDS ameliyatı tercih edilmektedir. Bu teknikle çok iyi zayıflanmasına karşın yaygın olarak kullanılmamaktadır. SG kısa vadede kilo vermeyi kolaylaştırıken DS yağ emilimini bozduğu için uzun vadede kilo kaybı oluşturur. Besin sindiriminin ve emiliminin 50 cm'lik ortak kanal kaynaklı malabsorpsiyona sınırlandırılması, başarılı kilo kaybına neden olur. Yakından takip edilemeyecek hastalara bu yöntem uygulanmamalıdır (Sağlam, 2014; Kissler, 2013; Hess, 1988).

2.1.8.5.2.5. Laparaskopik Roux-en-Y Gastrik Bypass (LRYGB)

Mide hacmini azaltan bir tekniktir ve sık tercih edilir. Kalıcı kilo vermeyi sağlaması, minimal komplikasyona yol açması nedeniyle LRYGB morbid obezite tedavisinde en iyi yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu teknikle mide kapasitesinin yaklaşık %90'ı azaltılır, duodenum by-pass edilerek emilim bozukluğu oluşturulur (Sağlam, 2014; Vetter, 2009).

2.2. Yaşam Kalitesi

Obezitenin, yaşam kalitesindeki dört ana alanı (fiziksel sağlık, zihinsel sağlık, sosyal işlevsellik ve mesleki işlevsellik) üzerindeki olumsuz etkisi, fiziksel semptomlara ve diyabetes mellitus, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, dislipidemi, obstrüktif uyku apne sendromu veya osteoartrit gibi eşlik eden komorbiditelerine büyük ölçüde ağır basmaktadır (Wadden, 2002). Bu semptomlar yaşam beklentisini ve yaşam kalitesini düşürür. Bunlar, birilerinin yaşantıları, inançları, beklentileri ve algılarıyla etkilenebilecek farklı alanlar olarak görülebilir. Bariatrik cerrahinin etkileri genellikle aşırı kilo kaybı veya komorbidite azalmasıyla ifade edilir. Bununla birlikte, yaşam kalitesi gittikçe daha önemli hale gelmektedir (Raaijmakers, 2017).

Yaşam kalitesi, bireylerin duygusal, psikolojik, sosyal, toplumsal, fiziksel doyumunu ve gün içerisindeki ihtiyaçlarını kendi imkanlarıyla tamamlama yetisine sahip olmaları şeklinde tanımlanabilir (Demirkaya, 2010). Yaşam kalitesi kişinin hayatından bütünüyle memnun olma durumunu ifade eder. Kişisel gereksinimlere göre değişebilir. Yaşam kalitesi kişilerin kültürel değerleri, gereksinimleri, kabiliyetleri ve yaşam şekillerini içeren kişinin kendini yeterli görme durumu olarak da açıklanabilir. Yaşam kalitesi, bireyin tecrübeleri, değerleri, hayattan beklentileri ışığında, fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamın birlikte değerlendirilmesini kapsamaktadır (Mannucci, 1999; Kolotkin, 2011).

Obezite beraberinde getirdiği çeşitli sıkıntılardan dolayı, yaşam kalitesi değerlendirilmesinde etkili bir hastalıktır. Ülkemizde obezlerin yaşam kalitesini değerlendirmede genel yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalar vardır (Saraç, 2007). Obezite kendi başına, sosyal yaşamın çeşitli alanlarında bir ayrımcılık sebebidir. Obez insanlarda sıklıkla görülen psikolojik rahatsızlıklar, algılanan sağlık durumunun daha da bozulmasına neden olabilir (Fontaine, 2001).

Obezite, fiziksel sağlık durumunu bozabilecek ve günlük aktivitelere kısıtlama getirebilecek olan yüksek sağlık riskleri ve ağrı ile ilişkilidir; fiziksel ve mental sağlığın bozulmasına neden olabilir. Obez bireylerdeki fiziksel problemlerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini mental problemlerden daha fazla etkilediği bildirilmiştir (Hassan, 2003).

Obezite artışı ile ilgili olan sağlık durumları, psikiyatrik bozukluğu olan bireyler için önemli bir endişe kaynağıdır. Nüfus temelli çalışmalar, bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarının, psikiyatrik hastalığı bulunmayan bireylere göre obezite oranının

iki kat daha fazla olduğunu, şiddetli ve inatçı akıl hastalığı olanlarda %60 gibi yüksek bir oranla prevalans oranlarının olduğunu göstermektedir (Allison, 2009).

Kardiyometabolik bozukluklar, prematüre kalp hastalıklarının en sık nedenidir. Metabolik sendromun, daha karmaşık hastalıklar, iyileşme olasılığının düşük olması, daha sık ataklar ve artan sayıda intihar girişimi gibi duygudurum bozuklukları üzerine olumsuz etkileri vardır. Majör depresif bozukluk (MDB) olan bireylerin, intihar düşüncesinin artmış olması obezite ile ilişkilendirilmiştir (Mcintyre, 2012).

Obezite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki sağlamdır. Aşırı obezite toplumda birçok kişi için önemli bir psikososyal sorundur. Obez kişilerdeki vücut görüntüsü ve cinsel fonksiyon bozukluğu yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Aşırı kilolu kadın ve erkeklerin vücut görüntülerindeki memnuniyetsizlikleri cinsel aktivitelerini istemeden de olsa azaltmalarına ve dolaylı olarak yaşam kalitelerinin düşmesinde etkili olmaktadır (Sarwer, 2015).

2.2.1. Obezite Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi

Birçok çalışma, cerrahi kilo kaybının yaşam kalitesinde olumlu etkisi olduğunu göstermiştir (Janik, 2016). Obezitenin artan prevalansı dünya çapında önemli bir sağlık problemini temsil etmeye başlamıştır. Obez hastalar diyabet, hipertansiyon, fiziksel aktivitenin bozulmasına bağlı azaltılmış yaşam kalitesi ve depresyon gibi riskler altındadır. Bariatrik cerrahi morbid obezite tedavisinde etkili ve güvenli bir terapötik seçenek olmaya başlamıştır. Bariatrik cerrahi ile kilo kaybı, komorbiditelerin hafifletilmesi ve yaşam kalitesinde iyileşmeye yardımcı olmaktadır (Elrefai, 2017).

Uzun süreli kilo kaybına bağlı olarak, genel mortaliteyi, diyabet ve kardiyovasküler hastalık insidansını azaltan bariatrik cerrahi, diyet ve egzersiz programlarının yetersiz kaldığı durumlarda etkili sonuçlar vermektedir (Thomsona, 2016; Tekin ve ark. 2013).

Bariatrik cerrahiden sonra başarı, sadece kiloda azalma ile değil, aynı zamanda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde iyileşme ile ölçülmelidir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesideki önemli gelişmeler cerrahi sonrasında tutarlı bir şekilde gözlenirken, kilo kaybı bu iyileşmenin sadece bir kısmını oluşturmaktadır ve bu da diğer faktörlerin post-operatif olarak yaşam kalitesinde de değiştiğini düşündürmektedir (Wimmelmann, 2014).

Son 30 yılda, bir hastanın sağlık durumunun kendi kendini beğenme durumunun hastalık yönetimi uygulamalarına dahil edilmesinin gerekliliği konusunda artan bir fikir birliği olmuştur. DSÖ tarafından geliştirilen sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı, yaşamın birkaç yıldır risk altında olmadığı kronik hastalıkta yeni bir sonuç ölçütü olarak önem kazanmıştır ve cerrahi dahil olmak üzere tedavi seçenekleri, hastaların bakış açılarına özel bir vurgu yaparak risk / yarar açısından değerlendirilmelidir (Testa, 1996).

2.2.2. Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik

Son yıllarda obezitenin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine olumsuz, kilo vermenin ise olumlu etkilerinin olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur (Oksel ve ark. 2008, Gönenç ve ark. 2014). Yaşam kalitesinin arttırılmasında ve sağlığın geliştirilmesinde hemşire belli bir program dahilinde gelişebilecek olumsuzlukları tespit eder, mevcut sorunları tanımlar, sorunların giderilmesi için programlama yapar, uygun girişimleri uygular ve değerlendirir (Alıcı, 2009).

Hemşirelerin rol ve sorumlulukları arasında olan sağlığın geliştirilmesi ve korunması, tedavi edicilik ve rehabilitasyon aşamalarında bireylerin yaşam kalitelerini artırmaya yönelik bir çok destekleyici fonksiyonu bulunmaktadır. Hemşirelerin amacı bireylerin bağımsız bir şekilde kendi yaşamlarının sorumluluğunu alarak kendilerinden beklenen fonksiyonları yerine getirmelerini sağlamaktır. Bunları yaparken kişinin sağlığını geliştirmesi ve sürdürmesi için üzerine düşen sorumluluklarının farkına varmasına yardımcı olur. Sağlıkta davranış değişikliği oluşturma sürecinde hemşireler sağlık eğitimi uygulamalarında önemli role sahiptir. Davranış değişikliği için birey bütünsel olarak değişime açık olmalıdır. Kişi için uygun olan doğru zamanda ve ortamda kademeli olarak planlanır ve ilerlemesi takip edilir. Hemşirenin davranış değişikliği sürecinde kişinin kendisini yönetebilmesi, değişim sürecinde ortaya çıkabilecek sorunlarla baş edebilmesi için bireye bilgi ve destek sunmak amacıyla profesyonel izlem ve değerlendirmenin önemi konularında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Davranış değişikliği eğitimlerinde bireyi anlaması, empati kurabilmesi, kararı uygularken yaşadığı sorunlarda destek sunabilmesi, bireyi başaracağına ikna edebilmesi, başarma inancının ve güven duygusunun gelişmesinin sağlanmasında hemşire anahtar rol oynamaktadır (Tedik, 2017).

Obezite cerrahisinde en önemli adımlardan bir tanesi bireyin cerrahi sonrası yaşamındaki değişikliğe adapte olma sürecidir. Cerrahi sonrası bu değişikliklere uyum

sağlayamayan bireyler eski kilolarına geri dönmekte ve bir çok farklı komplikasyonla da mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar (Aydın ve ark. 2014). Cerrahi sonrası kilo veren hastaların ulaştıkları kilolarının korunması ve yaşam kalitelerinin yükselmesi hastaların beslenme değişikliği, egzersiz ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yakından ilişkilidir (Arslan ve ark. 2007). Hastaların yaşam kalitelerinin en iyi şekilde sürdürülmesi ve yükseltilmesi sadece hastanın var olan potansiyelini korumakla değil bunun yanısıra iyi bir hemşirelik yönetimi ve bireye özgü gerekli değişiklik ve düzenlemelerin yapılması ile mümkün olur. Hemşireler obezite cerrahisi sonrası hastanın yaşam kalitesini yükseltmede hastayla işbirliğine dayanan bütüncül bir yaklaşım göstermelidir. Yaşam kalitesini değerlendirmede anahtar rolü oynayan kişiler hemşirelerdir. Bu nedenle cerrahi sonrası hastanın geliştireceği davranış değişikliğini destekleme ve yönetmede hemşireler aktif olarak rol almalıdırlar (Oksel ve ark. 2008).

2.3. Obezite Cerrahisinde Hemşirelik Girişimleri

Obeziteye bağlı gelişen ikincil hastalıklar (tip 2 DM, hipertansiyon, uyku apnesi, astım, polikistik over sendromu, osteoartrit gibi) perioperatif süreçteki hasta bakımını etkilemektedir. Bu fizyolojik etmenlerin yanı sıra psikososyal etmenler de bireylerin bakımını etkileyen bir başka önemli faktördür. Obezite cerrahisi (bariatrik cerrahi) öncesi hastalar öncelikle davranış değişikliği ile ilgili eğitilmeli ve desteklenmelidir. Kalıcı davranış değişikliği sağlanamayan hastalar tekrar eski beslenme alışkanlıklarına dönerek eski kilolarına hatta daha fazla kilolara çıkabilmektedir. Hastaların bilgilendirilmesiyle bunun gibi olası durumlar önlenebilmektedir (Usta ve ark. 2013). Bariatrik cerrahide hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Hastaların ameliyat öncesindeki yeme alışkanlıklarından tamamen farklı bir beslenme şekline geçileceği konusunda hasta bilgilendirilmeli ve yeni beslenme şekline adaptasyonu konusunda desteklenmelidir. Karbonhidrat ve yağdan uzak, protein ve liften zengin beslenmenin önemi hastaya anlatılarak bu beslenme düzenini kendi yaşamında uygulaması konusunda desteklenmelidir. Ameliyat sonrası dönemde sıvılarla katı besinleri birlikte almaması gerektiği, sıvılarla katı gıdalar arasında 30 dakikalık ara verilmesi gerektiği ve bu şekilde beslenmenin önemi vurgulanır.

- Başka bir davranış değişikliği ise fiziksel hareketin arttırılması ile ilgilidir. Fiziksel hareketliliğin sağlığı sürdürme konusundaki öneminin hasta tarafından benimsemesi sağlanmalıdır. Bireylerin hareketsiz yaşam tarzını bırakmaları ve günlük yaşamları içerisine fiziksel aktivite ve egzersizi katmaları sağlanmalıdır.
- Hastalar preoperatif dönemde olacakları ameliyat ile ilgili bilgilendirilmeli ve varsa ameliyat sonrası dönemle ilgili soruları yanıtlanmalıdır. Böylece ameliyat sonrası döneme daha kolay uyum göstermeleri sağlanmış olacaktır.
- Preoperatif dönemde hastalara derin solunum egzersizi öğretilerek postoperatif dönemde uygulamaları sağlanmalıdır.
- Postoperatif dönemde hasta güvenli bir şekilde yatağına alındıktan sonra öncelikle hastanın normal vücut ısısına gelmesi için ısıtılması sağlanmalıdır.
- Postoperatif 6.-8. saatlerde hasta tamamen kendine gelip, anestezinin etkisinden çıktıktan sonra, önecelikle hasta yatak içinde oturtulur daha sonra kontrollü bir şekilde ayağa kaldırılır ve yavaş yavaş yürümeye başlaması sağlanır. Yürüyüşlerin kademeli olarak arttırılmasıyla hem bağırsak hareketleri sağlanmış olur hem de derin ven trombozu gelişme riski en aza indirilmiş olur.
- Postoperatif hastaya ameliyattan çıkar çıkmaz hemen antiembolik çorap giydirilir ve mobilizasyona başlayana kadar çıkarılmaz. Hastada derin ven trombozu gelişmemesi için hasta taburcu olana kadar profilaktik dozda düşük molekül ağırlıklı heparin doktor istemi ile yapılır. Hastanın düzenli ve sürekli mobilizasyonunun sağlanması postoperatif komplikasyon gelişmemesi açısından önemlidir.
- Postoperatif analjezi sağlanarak hastanın daha rahat mobilize olması ve derin solunum egzersizi yapması sağlanmış olur.
- Postoperatif hastalara ilk gün intravenöz sıvı replasmanı yapılır. Genellikle ameliyatın 2. günü hastaların oral alımı açılır ve 500 cc suyu gün içerisine yayarak yudum yudum mide zorlanmayacak şekilde içmeleri söylenir. Oral açılımının 2. günü toplamda 1500 cc sıvı (su, adaçayı, elma suyu, hoşaf ve komposto suyu gibi berrak sıvılar) tüketmeleri söylenir ve oral alımları takip edilir. Hastalara miktarca küçük kalori açısından zengin çikolata, cips, gazlı içecekler gibi besinlerden uzak durmaları gerektiği anlatılır.

- Ameliyat sonrası hasta taburcu olana kadar hastanın pansumanları kızarıklık, şişlik ve akıntı yönünden takip edilir ve düzenli vital takibi yapılır.
- Hastalar taburcu edilmeden önce hastane içerisindeki diyetisyene gönderilerek postoperatif dönem için uygun beslenme planı hazırlanarak eve taburcu edilir.
- Taburculuk öncesi hastalara ameliyat bölgesinde kızarıklık, şişlik, yoğun karın ağrısı, ateş yükselmesi gibi bir durum olursa kaçak oluşmuş olabileceği şüphesiyle hemen hastaneye gelmeleri gerektiği ifade edilir.
- Postoperatif hastalara ameliyatın ilk aylarında fazla kilo vermeye bağlı olarak deride sarkma gibi sorunlarla karşılaşmamaları için sürekli ve düzenli egzersiz-yürüyüş yapmaları konusunda bilgi verilir.
- Postoperatif 1. ay, 3. ay, 6. ay, 12. ay ve 18. aylarda mutlaka doktor kontrollerine gelmeleri konusunda bilgilendirilir.
- Kilo vermeye bağlı kendi bedenine uyum göstermede zorlanırlarsa profesyonel destek almak için psikolog ve psikyatriste gitmeleri konusunda bilgilendirilir.
- Taburculuktan önce hasta ve ailesine verilen eğitim bariatrik cerrahinin sonucuna olumlu etki etmektedir. Yapılan hemşirelik eğitimleri ameliyat sonrası dönemde bireylerin dengeli beslenmelerine ve düzenli egzersiz yapmalarına bunun sonucunda da yaşam kalitelerinde artmaya olanak sağlaması açısından önemlidir (Otmalaz ve ark. 2016; Usta ve ark. 2013; Aygin ve ark. 2015; Aydın ve ark. 2014).

BÖLÜM 3. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırma modeli, evren ve örneklem (ya da araştırma grubu), veriler ve toplanması, verilerin çözümlenmesi ve yorumlanmasına yer verilmiştir.

3.1. Araştırma Modeli

Obezite cerrahisi (bariatrik cerrahi) uygulanan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi düzeylerini incelenmek amacıyla tanımlayıcı karşılaştırmalı kesitsel araştırma tipine göre çalışılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için priori (Öncül) güç analizi yapılmıştır. Yapılan güç analizinde çalışmanın 0,05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında %80 güce ulaşmak için (bağımlı gruplarda t testinin yapılacağı karşılaştırma için) orta etki büyüklüğünde (d=0,5) en az 34 kişiye ulaşılması gerektiği belirlenmiştir. Veri kayıpları da göz önüne alınarak %30 yedek örneklem ile 44 kişinin çalışmaya alınmasının yeterli olacağı varsayılmıştır. Çalışma uzun dönem kontrollü olduğu için hasta kayıplarının olabileceği düşünülüp sayının biraz daha arttırılmasına karar verilmiştir. Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğine obezite cerrahisi olmak için 01.10.2017 – 24.11.2017 tarihleri arasında başvuran 71 hasta oluşturmuştur. Örneklem seçim sürecine gidilmeyip araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan tüm hastalar araştırmaya alınmıştır. Genel Cerrahi kliniğine bariatrik cerrahi olmak için gelen hastalardan dahil edilme kriterleri olarak; 18 yaşını doldurması, okur-yazar olması, Sleeve gastrektomi yapılmasına karar verilmesi, ameliyat olacak kişinin BKİ'nin 40 kg/m^2'den fazla olması ya da obeziteye eşlik eden hastalıkları varsa 35 kg/m^2 olması, ameliyat sonrası döneme uyum gösterebilmesi, ameliyatta gelişebilecek risklerin tolere edilebilir seviyede olması, veri formunu eksiksiz doldurması ve çalışmaya katılmayı kabul etmesi şartlarına sahip olmaları gerektiği belirlenmiştir. Bireylerin veri formunu eksik doldurmuş olması, çalışma takibinden gönüllülük esasıyla çıkmak istemesi ve revizyon cerrahisi olmuş hastalar örneklem dışında bırakılmıştır.

3.3. Veriler ve Toplanması

Araştırmaya başlamadan önce Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan araştırma izni alınmıştır (EKK/2017/76). Ayrıca Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nden çalışmaya başlamak için gerekli izinler alınmıştır (EK 4). Ameliyat öncesi araştırmaya katılmayı kabul eden 71 hastadan ameliyat hazırlığı için polikliniğe geldiği sırada veya servise yatışı yapıldıktan sonra servis içinde veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Ameliyat öncesi 71 hastadan toplanan verilerden formunu eksik dolduran 13 kişi ve anestezi hazırlığı sırasında ameliyatı iptal edilen 2 kişi örneklem dışı bırakılmıştır. Böylelikle 3. ayda örneklem 56 kişiye düşmüştür. Örneklemi oluşturan 56 kişiye post-op 3. ay kontrolleri için hastaneye geldiklerinde ya da telefon görüşmesi ile ulaşılıp veriler toplandı. 6. ay kontrollerinde de yine aynı şekilde hastaneye kontrole geldiklerinde ya da telefonla görüşülerek veri toplanması yapıldı. Ancak 3 kişi 6. ay kontrollerine gelmediklerinden ve telefon ile de ulaşılamadıklarından örneklemden çıkarıldı. Böylelikle araştırma örneklemi 53 kişiye düşmüştür. Ameliyat öncesi dönemde ameliyatına karar verilen hastalara araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş onam formu (EK 1) imzalatılarak, ameliyat sonrasındaki beslenme ve egzersiz programları ile ilgili bilgi verilmiştir (EK 5). Örneklemi oluşturan 53 hastaya veri toplama aracı olarak 11 soruluk Kişisel Veri Toplama Formu ve 5 alt ölçekli toplam 31 soruluk Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi – Kısa Sürüm (IWQOL-Lite) uygulanmıştır. Anketler uygulanırken hasta bireylere samimi ve gerçekçi bilgilerle anketi doldurmaları için gerekli açıklamalar yapılmış ve hasta mahremiyetinin korunacağı bildirilmiştir.

3.3.1. Kişisel Veri Toplama Formu

Bu form benzer literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır. Formda; yaş, cinsiyet, boy, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyo-demografik değişkenlere , sağlık durumuna ve egzersiz yapmaya ilişkin sorulara yer verilmiştir.

3.3.2. Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi – Kısa Sürüm (IWQOL-Lite)

Çalışmada kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek ve kilolu kişilerde yaşam kalitesini değerlendirmek için Kolotkin tarafından 1995 yılında geliştirilen ve şişmanlığa özgü ilk yaşam kalitesi ölçeği olan The Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL) ölçeğinin kısa sürümü olan IWQOL-Lite ölçeği kullanıldı.

IWQOL-Lite ölçeğinin Türkçe versiyonunun kapsamlı psikometrik değerlendirilmesi 2011 yılında Çömlekçi tarafından yapılmıştır (Çömlekçi, 2011). Bu ölçeğin tez çalışmamızda kullanılmasına ilişkin gerekli izin alınmıştır (EK 6). IWQOL ölçeği sağlık, sosyal / kişilerarası ilişki, iş, mobilite, benlik saygısı, cinsel yaşam, günlük yaşam aktiviteleri ve konfor gıda olmak üzere 8 bölüm ve toplam 74 maddeden oluşmaktadır. Yapılan çalışmalarda IWQOL'ın geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu doğrulanmıştır fakat çok maddeli bir ölçek olduğu için 2001 yılında kısa sürümü olan IWQOL-Lite oluşturulmuştur. IWQOL-Lite bedensel işlevler (11 madde), özgüven (7 madde), cinsel yaşam (4 madde), toplum baskısı (5 madde) ve iş (4 madde)olmak üzere 5 alt grup ve toplam 31 maddeden oluşmaktadır (Kolotkin ve ark. 2001; Mariano ve ark. 2010). Her madde 1-5 (1=hiçbir zaman doğru değil, 2=nadiren doğru, 3= bazen doğru, 4= genellikle doğru, 5= her zaman doğru) arasında sıralanan 5' li likert tipi puanlamaya sahiptir (Ek 3). Ölçeğin skorlamasında IWQOL-lite ölçeğinin alt grup ve toplam puanları ölçeğe özgü geliştirilmiş olan bir formül ile hesaplanır ve ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 100' dür. Detaylı ölçek puanlaması ekte verilmiştir (EK 7). Ölçek puanlamasına göre; puan azaldıkça yaşam kalitesi azalmakta, puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır.

3.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra Varyans analizi, t testi, Kruskall Wallis analizi, Mann Whitney – U Testi, Pearson Korelasyon Analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Katılımcıların cerrahi öncesi, cerrahiden 3 ve 6 ay sonra IWQOL-Lite ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların karşılaştırılmasında Friedman testi, ileri analiz olarak Willcoxon testi kullanılmıştır. Katılımcıların cerrahi öncesi, cerrahi sonrası 3 ve 6. aylarda ölçek puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırılmasında normal dağılan ölçümlerde çoklu gruplarda Varyans analizi, ikili gruplarda Bağımsız gruplarda t testi; normal dağılmayan ölçümlerde çoklu gruplarda Kruskall Wallis analizi, ikili gruplarda Mann Whitney – U Testi kullanılmıştır. Cerrahi öncesi ölçek puanları ile yaş, boy, kilo ve BKI arasındaki ilişkinin incelenmesinde normal dağılan ölçümlerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılmayan ölçümlerde Spearman korelasyon

analizi kullanılmıştır. İç tutarlılık analizi için Cronbach α katsayısı, verilerin normallik dağılımı için de Kurtosis ve skewness kat sayıları kullanılmıştır.

BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde, araştırmaya katılmayı kabul eden 53 kişinin tanımlayıcı özellikleri ve IWQOL-Lite ve alt ölçeklerinin ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 3. ay ve 6. ay değerlendirmelerini içeren tablo ve bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcılara ait cerrahi öncesi tanımlayıcı özeliklerin dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların Cerrahi Öncesi Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

		N	%
Cinsiyet	Kadın	40	75.5
	Erkek	13	24.5
Öğrenim durumu	İlköğretim	25	47.2
	Lise	12	22.6
	Üniversite +	16	30.2
Medeni durum	Bekâr	14	26.4
	Evli	39	73.6
Meslek	Ev hanımı	28	52.8
	Serbest meslek	10	18.9
	Diğer	15	28.3
Sigara Kullanma	Kullanmıyor	37	69.8
	Kullanıyor	16	30.2
Alkol Kullanma	Kullanmıyor	45	84.9
	Ara sıra	8	15.1
Başka Hastalık	Yok	27	50.9
	Var	26	49.1
Egzersiz Yapma	Hiç	33	62.3
	Haftada 2 gün	13	24.5
	Haftada 3/4gün	7	13.2

	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	53	21	67	38.45	12.03
Boy	53	150	195	164.83	9.15
Kilo	53	99	166	125.48	17.83
BKI	53	39.04	59.58	46.14	5.01

Tablo 1'de görüldüğü gibi, katılımcıların %75.5'i kadın,

%47.2'si ilköğretim mezunu, %73.6'sı evli ve %52.8'i ev hanımıdır. Katılımcıların %69.8'i sigara, %84.9'u alkol kullanmamaktadır ve %50.9'unun başka hastalığı yoktur. Katılımcıların %62.3'ü hiç egzersiz yapmamaktadır, yaş ortalamaları 38.45±12.03, boy ortalamaları 164.82±9.15, kilo ortalamaları 125.48±17.83'dür. Katılımcıların BKI değerleri 46.14±5.01 olup, 30.04-59.58 arasında değişmektedir.

Katılımcıların cerrahi öncesi IWQOL-Lite ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımları Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların Cerrahi Öncesi IWQOL-Lite ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımları

	n	**Min.**	**Max.**	**Ort.**	**SS.**
Bedensel İşlev	53	0.00	61.36	20.50	16.42
Özgüven	53	0.00	89.29	31.20	27.56
Cinsel Yaşam	53	0.00	100	42.33	33.18
Toplum Baskısı	53	0.00	95.00	39.06	31.04
İş	53	50.00	100.00	85.26	12.98
Toplam IWQOL	53	7.26	72.58	37.08	17.64

Katılımcıların cerrahi öncesi Bedensel İşlev puan ortalamaları 20.50±16.42, Özgüven puan ortalamaları 31.20±27.56, Cinsel Yaşam puan ortalamaları 42.33±33.18, Toplum Baskısı puan ortalamaları 39.06±31.04, İş puan ortalamaları 85.26±12.98 ve toplam IWQOL puan ortalamaları 37.08±17.64'dür (Tablo 2).

Katılımcıların cerrahi sonrası 3. ayda bazı özelliklerinin dağılımı Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların Cerrahi Sonrası 3. Ayda Bazı Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Sigara Kullanma	Kullanmıyor	40	75.5
	Düzenli kullanıyor	13	24.5
Alkol Kullanma	Kullanmıyor	50	94.3
	Ara sıra	3	5.7
Başka Hastalık	Yok	38	71.7
	Var	15	28.3
Egzersiz Yapma	Haftada 2 gün	17	32.0
	Haftada ¾ gün	18	34.0
	Her gün	18	34.0

	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Kilo	53	77	135	99.28	15.06
BKI	53	28.71	49.31	36.54	4.71

Tablo 3'de görüldüğü gibi, katılımcıların cerrahi sonrası 3. Ayda %75.5'i sigara, %94.3'ü alkol kullanmamaktadır, katılımcıların %71.7'sinin başka hastalığı yoktur ve %34'ü haftanın her günü egzersiz yapmaktadırlar.

Katılımcıların cerrahi sonrası 3. ayda IWQOL-Lite ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımları Tablo 4'de sunulmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların Cerrahi Sonrası 3. Ayda IWQOL-Lite ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımları

	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Bedensel İşlev	53	40.91	100	81.56	13.99
Özgüven	53	25.00	100	85.78	16.70
Cinsel Yaşam	53	37.50	100	85.50	15.59
Toplum Baskısı	53	45.00	100	88.21	16.17
İş	53	50.00	100	85.26	12.98
Toplam IWQOL	53	58.87	100	84.57	11.96

Katılımcıların cerrahi sonrası 3. Ayda Bedensel İşlev puan ortalamaları 81.56±13.99, Özgüven puan ortalamaları 85.78±16.70, Cinsel Yaşam puan ortalamaları 85.50±15.59, Toplum Baskısı puan ortalamaları 88.21±16.17, İş puan ortalamaları 85.26±12.98 ve toplam IWQOL puan ortalamaları 84.57±11.96'dır (Tablo 4).

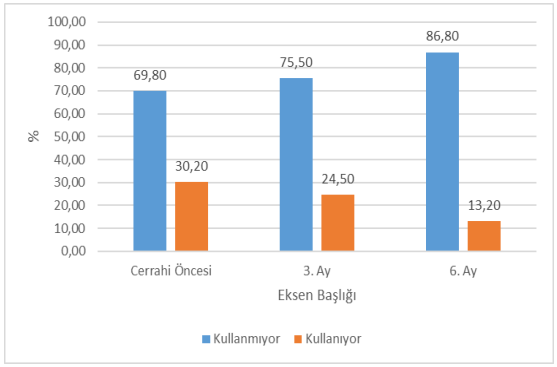
Katılımcıların cerrahi sonrası 6. ayda bazı özelliklerinin dağılımı Tablo 5'de sunulmuştur.

Tablo 5. Katılımcıların Cerrahi Sonrası 6. Ayda Bazı Özelliklerinin Dağılımı

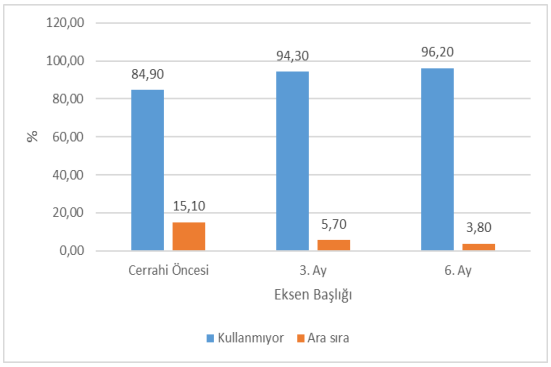
		n	%
Sigara Kullanma	Kullanmıyor	46	86.8
	Düzenli kullanıyor	7	13.2
Alkol Kullanma	Kullanmıyor	51	96.2
	Ara sıra	2	3.8
Başka Hastalık	Yok	40	75.5
	Var	13	24.5
Egzersiz Yapma	Haftada 2 gün	9	17.0
	Haftada ¾ gün	24	45.3
	Her gün	20	37.7

	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Kilo	53	65	124	86.36	13.42
BKI	53	24.77	42.06	31.78	4.11

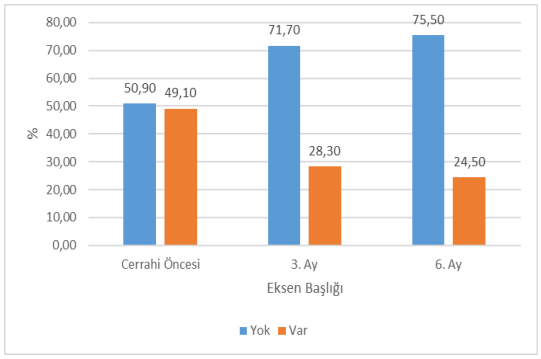
Tablo 5'de görüldüğü gibi, katılımcıların cerrahi sonrası 6. Ayda %86.8'i sigara, %96.2'si alkol kullanmamaktadır, katılımcıların %75.5'sinin başka hastalığı yoktur ve %45.3'ü haftada 3-4 gün egzersiz yapmaktadırlar. Ayrıca sigara, alkol kullanımı, başka hastalık ve egzersiz yapma durumları için cerrahiden önce, 3 ve 6 ay sonraki dağılım Şekil 1'de sunulmuştur.



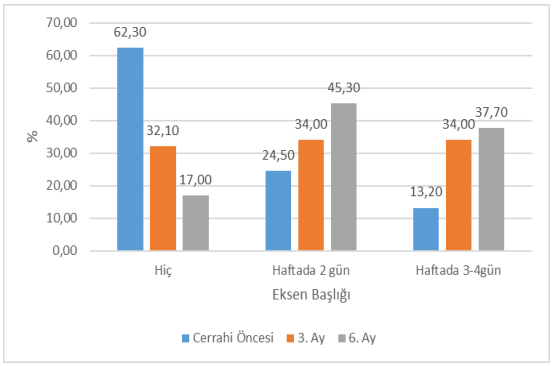
Sigar



Alk



Başka



Eğzersi

Şekil 1. Sigara, Alkol Kullanımı, Başka Hastalık ve Egzersiz Yapma Durumları İçin Cerrahiden Önce, 3 ve 6 Ay Sonraki Dağılım

Katılımcıların cerrahi sonrası 6. ayda IWQOL-Lite ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımları Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Katılımcıların Cerrahi Sonrası 6. Ayda IWQOL-Lite ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Dağılımları

	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Bedensel İşlev	53	77.27	100	97.13	4.89
Özgüven	53	60.71	100	97.24	7.10
Cinsel Yaşam	53	81.25	100	98.47	4.05
Toplum Baskısı	53	75.00	100	98.96	4.42
İş	53	68.75	100	96.23	6.97
Toplam IWQOL	53	77.42	100	97.50	4.31

Katılımcıların cerrahi sonrası 6. Ayda Bedensel İşlev puan ortalamaları 97.13±4.89, Özgüven puan ortalamaları 97.24±7.10, Cinsel Yaşam puan ortalamaları 98.47±4.05, Toplum Baskısı puan ortalamaları 98.96±4.42, İş puan ortalamaları 96.23±6.97 ve toplam IWQOL puan ortalamaları 97.50±4.31'dir (Tablo 6).

Katılımcıların cerrahi öncesi, cerrahiden 3 ve 6 ay sonra IWQOL-Lite ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların Cerrahi Öncesi, Cerrahiden 3 ve 6 Ay Sonra IWQOL-Lite ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

		n	Ort.	SS.	Önemlilik*
Bedensel İşlev	Cerrahi Öncesi	53	20.50	16.42	x^2_F=102.574 p=**0.000**
	3 Ay Sonra	53	81.56	13.99	
	6 Ay Sonra	53	97.13	4.89	
Özgüven	Cerrahi Öncesi	53	31.20	27.56	x^2_F=91.959 p=**0.000**
	3 Ay Sonra	53	85.78	16.70	
	6 Ay Sonra	53	97.24	7.10	
Cinsel Yaşam	Cerrahi Öncesi	53	42.33	33.18	x^2_F=81.168 p=**0.000**
	3 Ay Sonra	53	85.50	15.59	
	6 Ay Sonra	53	98.47	4.05	
Toplum Baskısı	Cerrahi Öncesi	53	39.06	31.04	x^2_F=95.754 p=**0.000**
	3 Ay Sonra	53	88.21	16.17	
	6 Ay Sonra	53	98.96	4.42	
İş	Cerrahi Öncesi	53	85.26	12.98	x^2_F=53.895 p=**0.000**
	3 Ay Sonra	53	85.26	12.98	
	6 Ay Sonra	53	96.23	6.97	
Toplam IWQOL	Cerrahi Öncesi	53	37.08	17.64	x^2_F=103.573 p=**0.000**
	3 Ay Sonra	53	84.57	11.96	
	6 Ay Sonra	53	97.50	4.31	

* Friedman testi yapılmıştır.

Tablo 7'de görüldüğü gibi katılımcıların cerrahi öncesi, cerrahiden 3 ve 6 ay sonra IWQOL-Lite toplam puanı ve tüm alt ölçekleri arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z);

Bedensel İşlev alt boyutu için; tüm grupların birbirinden farklı olduğu, en yüksek puanın 6. Ayda, daha sonra 3. Ayda ve en düşük puanın cerrahi öncesinde alındığı belirlenmiştir.

Özgüven alt boyutu için; tüm grupların birbirinden farklı olduğu, en yüksek puanın 6. Ayda, daha sonra 3. ayda ve en düşük puanın cerrahi öncesinde alındığı belirlenmiştir.

Cinsel Yaşam alt boyutu için; tüm grupların birbirinden farklı olduğu, en yüksek puanın 6. Ayda, daha sonra 3. ayda ve en düşük puanın cerrahi öncesinde alındığı belirlenmiştir.

Toplum Baskısı alt boyutu için; tüm grupların birbirinden farklı olduğu, en yüksek puanın 6. ayda, daha sonra 3. Ayda ve en düşük puanın cerrahi öncesinde alındığı belirlenmiştir.

İş alt boyutu için; cerrahi öncesi ve cerrahiden sonraki 3. ay puanların birbirine eşit, cerrahiden sonraki 6. ayda puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Toplam IWQOL puanı için; tüm grupların birbirinden farklı olduğu, en yüksek puanın 6. Ayda, daha sonra 3. Ayda ve en düşük puanın cerrahi öncesinde alındığı belirlenmiştir.

Katılımcıların cerrahi öncesi ölçek puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların Cerrahi Öncesi Ölçek Puanlarının Demografik ve Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

		n	Bedensel İşlev		Özgüven		Cinsel Yaşam		Toplum Baskısı		İş		Toplam IWQOL	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	40	20.40	15.74	28.66	26.99	39.69	32.45	39.88	33.23	85.94	11.56	36.35	17.55
	Erkek	13	20.80	19.03	39.01	28.92	50.48	35.40	36.54	24.01	83.17	17.00	39.33	18.44
	Önemlilik		t=-0.77 p=0.939		t=-1.181 p=0.945		U=213.500 p=0.333		U=259.500 p=0.992		t=0.664 p=0.510		U=236.000 p=0.620	
Öğrenim Durumu	İlköğretim	25	20.36	15.64	32.14	29.03	37.00	33.02	42.80	33.54	83.50	14.42	36.94	18.15
	Lise	12	22.16	18.52	36.61	29.14	47.40	36.10	47.50	30.19	89.06	11.03	41.40	19.16
	Üniversite +	16	19.46	16.97	25.67	24.58	46.88	32.03	26.88	25.16	85.16	12.05	34.07	16.07
	Önemlilik		F=0.091 p=0.913		F=0.558. p=0.576		x^2_{KW}=0.822 p=0.663		x^2_{KW}=3.104 p=0.212		F=0.738 p=0.483		x^2_{KW}=0.942 p=0.624	
Medeni Durum	Bekâr	14	26.46	17.80	34.18	25.74	56.25	28.06	32.86	28.26	84.38	11.17	40.55	15.14
	Evli	39	18.36	15.58	30.13	28.43	37.34	33.76	41.28	32.03	85.58	13.69	35.84	18.48
	Önemlilik		t=1.609 p=0.114		t=0.469 p=0.641		U=192.000 p=0.100		U=229.000 p=0.373		t=-0.295 p=0.796		U=220.000 p=0.285	
Meslek	Ev hanımı	28	19.97	16.45	27.93	26.28	31.70	33.55	43.75	33.98	86.61	12.11	35.71	18.55
	Serbest meslek	10	17.73	17.53	28.93	28.59	54.38	35.48	30.50	26.71	80.63	14.86	35.16	19.00
	Diğer	15	23.33	16.33	38.81	29.60	54.17	25.07	36.00	28.04	85.83	13.46	40.91	15.43
	Önemlilik		F=0.372 p=0.692		F=0.796 p=0.457		x^2_{KW}=5.590 p=0.061		x^2_{KW}=1.162 p=0.559		F=0.797 p=0.456		x^2_{KW}=1.428. p=0.490	

Tablo 8. Katılımcıların Cerrahi Öncesi Ölçek Puanlarının Demografik ve Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması - devamı

		n	Bedensel İşlev		Özgüven		Cinsel Yaşam		Toplum Baskısı		İş		Toplam IWQOL	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Sigara Kullanma	Kullanmıyor	37	19.66	14.70	32.34	29.21	42.23	33.02	41.76	32.83	87.84	10.20	37.79	17.03
	Kullanıyor	16	22.44	20.24	28.57	23.98	42.58	34.63	32.81	26.33	79.30	16.73	35.43	19.45
	Önemlilik		t=-0.564, p=0.575		t=0.453, p=0.652		U=295.500, p=0.992		U=259.000, p=0.472		t=1.896, p=0.073		U=271.500, p=0.635	
Alkol Kullanma	Kullanmıyor	45	20.96	15.63	31.51	27.72	41.81	32.42	39.78	32.56	85.14	12.31	37.35	17.39
	Ara sıra	8	17.90	21.40	29.46	28.43	45.31	39.49	35.00	21.71	85.94	17.28	35.58	20.21
	Önemlilik		t=0.483, p=0.632		t=0.191, p=0.849		U=171.500, p=0.836		U=175.000, p=0.913		t=-0.159, p=0.874		U=169.000, p=0.798	
Başka Hastalık	Yok	27	23.32	16.08	30.69	26.66	46.53	30.34	33.15	30.07	83.10	13.52	37.28	17.56
	Var	26	17.57	16.56	31.73	28.98	37.98	35.97	45.19	31.42	87.50	12.25	36.88	18.08
	Önemlilik		t=1.282, p=0.206		t=-0.136, p=0.892		U=307.000, p=0.430		U=265.000, p=0.125		t=-1.240, p=0.221		U=335.000, p=0.776	
Egzersiz Yapma	Hiç	33	19.56	15.32	32.36	27.55	41.10	33.33	38.79	33.19	84.85	13.89	36.75	18.80
	Haftada 2 gün	13	21.85	19.12	33.52	29.22	50.48	34.28	40.77	24.99	84.13	12.91	39.27	16.16
	Haftada 3/4gün	7	22.40	18.44	21.43	26.41	33.04	31.81	37.14	34.86	89.29	8.63	34.56	16.46
	Önemlilik		F=0.141, p=0.869		F=0.505, p=0.606		x^2_{KW}=1.576, p=0.455		x^2_{KW}=0.173, p=0.917		F=0.393, p=0.677		x^2_{KW}=0.409, p=0.815	

Tablo 8'de görüldüğü gibi cerrahi öncesi, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre bedensel işlev alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Cerrahi öncesi, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre özgüven alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Cerrahi öncesi, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre cinsel yaşam alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Cerrahi öncesi, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre toplum baskısı alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Cerrahi öncesi, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre iş alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Cerrahi öncesi, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre Toplam IWQOL puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Cerrahi öncesi ölçek puanları ile yaş, boy, kilo ve BKI arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9. Cerrahi Öncesi Ölçek Puanları ile Yaş ve BKI Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Bedensel İşlev	**Özgüven**	**Cinsel Yaşam**	**Toplum Baskısı**	**İş**	**Toplam IWQOL**
Yaş	r	-0.394*	-0.088*	-0.361**	0.045**	0.153*	-0.257**
	p	**0.004**	0.531	**0.008**	0.748	0.274	0.063
BKI	r	-0.356**	-0.191*	-0.303**	-0.478**	-0.269*	-0.452**
	p	**0.009**	0.172	**0.027**	**0.000**	0.051	**0.001**

*Pearson korelasyon analizi, ** Spearman korelasyon analizi

Tablo 9'da görüldüğü gibi cerrahi öncesi, yaş ile Bedensel İşlev ve Cinsel Yaşam puanları arasında negatif yönlü, düşük düzeyli anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Yaş arttıkça Bedensel İşlev ve Cinsel Yaşam puanları düşmektedir. Yaş ile Özgüven, Toplum Baskısı, iş ve Toplam IWQOL puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Cerrahi öncesi, BKI ile Bedensel İşlev, Cinsel Yaşam, Toplum Baskısı ve Toplam IWQOL puanları arasında negatif yönlü, düşük düzeyli anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). BKI arttıkça Bedensel İşlev, Cinsel Yaşam, Toplum Baskısı ve Toplam IWQOL puanları düşmektedir. BKI ile Özgüven ve iş puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Katılımcıların cerrahi sonrası 3. ay ölçek puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların Cerrahi Sonrası 3. Ay Ölçek Puanlarının Demografik ve Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

		n	Bedensel İşlev		Özgüven		Cinsel Yaşam		Toplum Baskısı		İş		Toplam IWQOL	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	40	80.80	13.99	85.54	17.17	85.00	16.73	90.00	14.68	85.94	11.56	84.56	11.53
	Erkek	13	83.92	14.27	86.54	15.78	87.02	11.82	82.69	19.75	83.17	17.00	84.62	13.72
	Önemlilik		t=-0.695, p=0.490		F=-0.186, p=0.853		U=257.000, p=0.950		U=200.500, p=0.196		t=0.547, p=0.592		U=248.500, p=0.812	
Öğrenim Durumu	İlköğretim	25	79.64	15.31	83.14	17.30	83.25	18.64	87.20	19.04	83.50	14.42	82.61	13.78
	Lise	12	82.95	11.28	88.39	21.27	84.38	13.72	90.00	13.82	89.06	11.03	86.29	10.55
	Üniversite +	16	83.52	14.07	87.95	11.58	89.84	10.92	88.44	13.51	85.16	12.05	86.34	9.92
	Önemlilik		F=0.444, p=0.644		F=0.584, p=0.562		x^2_{KW}=1.289, p=0.525		x^2_{KW}=0.156, p=0.925		F=0.738, p=0.483		x^2_{KW}=0.675, p=0.714	
Medeni Durum	Bekâr	14	85.55	9.79	88.52	11.48	91.96	9.31	85.00	15.44	84.38	11.17	86.81	9.14
	Evli	39	80.13	15.06	84.80	18.24	83.17	16.79	89.36	16.47	85.58	13.69	83.77	12.83
	Önemlilik		t=1.251, p=0.216		t=0.712, p=0.480		U=190.000, p=0.088		U=210.000, p=0.181		t=-0.295, p=0.796		U=242.000, p=0.531	
Meslek	Ev hanımı	28	79.22	15.14	86.61	15.96	82.14	18.38	89.46	16.18	86.61	12.11	83.87	12.20
	Serbest meslek	10	80.68	14.82	81.79	23.23	86.25	11.33	89.00	16.47	80.63	14.86	82.98	14.05
	Diğer	15	79.22	15.14	86.61	15.96	82.14	18.38	89.46	16.18	86.61	12.11	83.87	12.20
	Önemlilik		F=01.372, p=0.263		F=0.345, P=0.710		x^2_{KW}=2.936, p=0.230		x^2_{KW}=1.024, p=0.559		F=0.797, P=0.456		x^2_{KW}=0.505, p=0.777	

Tablo 10. Katılımcıların Cerrahi Sonrası 3. Ay Ölçek Puanlarının Demografik ve Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması-devamı

		n	Bedensel İşlev		Özgüven		Cinsel Yaşam		Toplum Baskısı		İş		Toplam IWQOL	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Sigara Kullanma	Kullanmıyor	37	82.25	14.56	86.97	17.38	87.16	13.58	89.73	16.58	87.84	10.20	85.88	11.47
	Kullanıyor	16	79.97	12.86	83.04	15.18	81.64	19.43	84.69	15.11	79.30	16.73	81.55	12.90
	Önemlilik		t=-0.540, p=0.591		U=214.000, p=0.334		U=244.500, p=0.744		U=190.000, p=0.128		t=1.896, p=0.073		t=1.213, p=0.231	
Alkol Kullanma	Kullanmıyor	45	80.86	13.81	85.08	17.22	84.72	15.97	88.44	15.66	85.14	12.31	84.09	11.60
	Ara sıra	8	85.51	15.27	89.73	13.69	89.84	13.34	86.88	19.99	85.94	17.28	87.30	14.38
	Önemlilik		t=-0.865, p=0.391		U=40.000, p=0.195		U=54.000, p=0.449		U=52.000, p=0.405		t=-0.159, p=0.874		t=0.696, p=0.489	
Başka Hastalık	Yok	27	81.31	13.61	82.54	19.54	87.73	13.81	86.30	17.79	83.10	13.52	83.45	12.61
	Var	26	81.82	14.63	89.15	12.64	83.17	17.21	90.19	14.39	87.50	12.25	85.73	11.38
	Önemlilik		t=-0.130, p=0.879		U=278.000, p=0.888		U=237.000 p=0.334		U=277.500, p=0.876		t=-1.240, p=0.221		t=-0.690, p=0.493	
Egzersiz Yapma	Haftada 2 gün	17	80.88	10.60	86.34	15.68	85.29	18.21	87.94	18.29	83.09	16.35	84.11	11.85
	Haftada 3/4gün	18	84.72	16.10	89.48	16.04	88.89	12.96	91.94	14.77	86.46	13.60	87.72	11.66
	Her Gün	18	79.04	14.68	81.55	18.18	82.29	15.50	84.72	15.48	86.11	8.45	81.85	12.28

	Önemlilik	F=0.765, p=0.471	x^2_{KW}=3.577, p=0.167	x^2_{KW}=2.122, p=0.346	x^2_{KW}=4.416, p=0.110	F=0.345, p=0.710	F=1.106, p=0.339

Tablo 10'da görüldüğü gibi cerrahiden 3 ay sonra, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre bedensel işlev alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Cerrahiden 3 ay sonra, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre özgüven alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Cerrahiden 3 ay sonra, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre cinsel yaşam alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Cerrahiden 3 ay sonra, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre toplum baskısı alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Cerrahiden 3 ay sonra, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre iş alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Cerrahiden 3 ay sonra, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre Toplam IWQOL puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 11. Cerrahiden 3 Ay Sonra Ölçek Puanları ile Yaş ve 3. ay BKI Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

3. ay		**Bedensel İşlev**	**Özgüven**	**Cinsel Yaşam**	**Toplum Baskısı**	**İş**	**Toplam IWQOL**
Yaş	r	-0.063*	0.212**	-0.189**	0.100**	0.153*	0.044*
	p	0.654	0.127	0.176	0.476	0.274	0.753
BKI	r	-0.297*	-0.352**	-0.464**	-0.472**	-0.291*	-0.390*
	p	**0.031**	**0.010**	**0.000**	**0.000**	**0.034**	**0.004**

*Pearson korelasyon analizi, ** Spearman korelasyon analizi

Tablo 11'de görüldüğü gibi cerrahiden 3 ay sonra, yaş ile Bedensel İşlev, Özgüven, Cinsel Yaşam, Toplum Baskısı, İş ve Toplam IWQOL puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Cerrahiden 3 ay sonra, BKI ile Bedensel İşlev, Özgüven, Cinsel Yaşam, Toplum Baskısı, İş ve Toplam IWQOL puan ortalaması arasında negatif yönlü, düşük düzeyli anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). BKI azaldıkça Bedensel İşlev, Özgüven, Cinsel Yaşam, Toplum Baskısı, İş ve Toplam IWQOL puan ortalaması artmaktadır.

Tablo 12. Katılımcıların Cerrahi Sonrası 6. Ay Ölçek Puanlarının Demografik ve Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

		n	Bedensel İşlev		Özgüven		Cinsel Yaşam		Toplum Baskısı		İş		Toplam IWQOL	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	40	97.33	4.88	97.32	7.58	98.75	3.52	99.25	4.01	97.34	6.47	97.82	4.42
	Erkek	13	96.50	5.05	96.98	5.62	97.60	5.44	98.08	5.60	92.79	7.59	96.53	3.94
	Önemlilik		U=238.500 p=0.617		U=233.000 p=0.446		U=233.000 p=0.370		U=233.500 p=0.232		U=167.500 p=**0.016**		U=209.500 p=0.268	
Öğrenim Durumu	İlköğretim	25	96.27	6.04	98.57	2.92	99.00	2.95	99.20	4.00	97.25	5.44	97.74	3.46
	Lise	12	99.05	1.52	97.32	7.32	97.40	6.23	99.17	1.95	96.88	6.25	98.19	3.32
	Üniversite +	16	97.02	4.29	95.09	10.66	98.44	3.61	98.44	6.25	94.14	9.26	96.62	5.99
	Önemlilik		x^2_{KW}=1.716 p=0.424		x^2_{KW}=0.414 p=0.813		x^2_{KW}=0.433 p=0.805		x^2_{KW}=1.657 p=0.437		x^2_{KW}=1.248 p=0.536		x^2_{KW}=0.677 p=0.713	
Medeni Durum	Bekâr	14	97.24	3.36	95.15	11.26	97.32	5.86	97.86	6.71	93.30	9.64	96.37	6.02
	Evli	39	97.09	5.37	97.99	4.83	98.88	3.16	99.36	3.28	97.28	5.52	97.91	3.52
	Önemlilik		U=233.000 p=0.375		U=267.000 p=0.869		U=246.500 p=0.390		U=247.500 p=0.261		U=212.500 p=0.124		U=204.000 p=0.140	
Meslek	Ev hanımı	28	97.32	4.99	98.21	5.19	98.88	3.42	99.82	0.94	98.21	4.45	98.24	3.09
	Serbest meslek	10	96.82	5.69	97.86	3.84	97.50	6.04	99.50	1.58	95.00	7.10	97.34	3.55
	Diğer	15	96.97	4.44	95.00	10.87	98.33	3.71	97.00	7.97	93.33	9.59	96.24	6.30
	Önemlilik		x^2_{KW}=0.311 p=0.856		x^2_{KW}=0.948 p=0.623		x^2_{KW}=0.820 p=0.664		x^2_{KW}=1.557 p=0.459		x^2_{KW}=4.028 p=0.133		x^2_{KW}=0.316 p=0.854	

Tablo 12. Katılımcıların Cerrahi Sonrası 6. Ay Ölçek Puanlarının Demografik ve Sağlık/Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması-devamı

		n	Bedensel İşlev		Özgüven		Cinsel Yaşam		Toplum Baskısı		İş		Toplam IWQOL	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Sigara Kullanma	Kullanmıyor	46	97.73	3.86	97.52	7.22	98.51	3.99	99.24	3.80	96.74	6.94	97.90	4.19
	Kullanıyor	7	93.18	8.60	95.41	6.43	98.21	4.72	97.14	7.56	92.86	6.68	94.93	4.53
	Önemlilik		U=112.500 p=0.207		U=104.000 p=0.140		U=161.000 p=1.000		U=148.000 p=0.748		U=92.500 p=0.071		U=102.500 p=0.126	
Alkol Kullanma	Kullanmıyor	51	97.28	4.72	97.20	7.23	98.41	4.12	98.92	4.51	96.45	6.76	97.56	4.31
	Ara sıra	2	93.18	9.64	98.21	2.53	100.00	0.00	100.00	0.00	90.63	13.26	95.97	5.70
	Önemlilik		U=39,500 p=0.610		U=41.000 p=0.671		U=43.000 p=0.734		U=47.000 p=0.871		U=34.500 p=0.470		U=46.500 p=0.836	
Başka Hastalık	Yok	40	97.22	5.29	98.13	4.12	98.59	3.87	99.88	0.79	96.56	5.83	97.94	3.24
	Var	13	96.85	3.54	94.51	12.34	98.08	4.69	96.15	8.45	95.19	9.93	96.15	6.62
	Önemlilik		U=195,000 p=0.139		U=250.000 p=0.778		U=256.000 p=0.894		U=205.500 p=**0.014**		U=254.000 p=0.876		U=209.000 p=0.263	
Egzersiz Yapma	Hiç	9	96.97	5.45	95.24	13.00	96.53	7.06	96.67	8.29	91.67	11.27	95.79	7.43
	Haftada 2 gün	24	97.92	3.41	98.51	3.48	99.48	1.76	99.17	4.08	97.92	4.39	98.45	2.60
	Haftada 3/4gün	20	96.25	6.09	96.61	6.90	98.13	4.11	99.75	1.12	96.25	6.54	97.14	4.08

	Önemlilik	x^2_{KW}=0,971 p=0.615	x^2_{KW}=1.034 p=0.596	x^2_{KW}=1.916 p=0.384	x^2_{KW}=3.376 p=0.185	x^2_{KW}=2.862 p=0.239	x^2_{KW}=1.338 p=0.512

Tablo 12'de görüldüğü gibi cerrahiden 6 ay sonra, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre bedensel işlev alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Cerrahiden 6 ay sonra, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre özgüven alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Cerrahiden 6 ay sonra, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre cinsel yaşam alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Cerrahiden 6 ay sonra, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma ve egzersiz yapma durumuna göre toplum baskısı alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Başka hastalık durumuna göre ise toplum baskısı alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Başka hastalığı olanların puan ortalaması daha düşüktür.

Cerrahiden 6 ay sonra, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre iş alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Cinsiyete göre ise iş alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Erkeklerin puan ortalaması daha düşüktür.

Cerrahiden 6 ay sonra, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sigara kullanma, alkol kullanma, başka hastalık ve egzersiz yapma durumuna göre Toplam IWQOL puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 13. Cerrahiden 6 Ay Sonra Ölçek Puanları ile Yaş ve 6. ay BKI Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*

6. Ay		**Bedensel İşlev**	**Özgüven**	**Cinsel Yaşam**	**Toplum Baskısı**	**İş**	**Toplam IWQOL**
Yaş	r	-0.143	0.041	0.074	0.085	0.116	0.031
	p	0.308	0.773	0.597	0.545	0.410	0.827
BKI	r	-0.537	-0.551	-0.395	-0.252	-0.449	-0.598
	p	**.000**	**0.000**	**0.003**	0.068	**0.001**	**0.000**

*Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Tablo 13’ de görüldüğü gibi cerrahiden 6 ay sonra, yaş ile Bedensel İşlev, Özgüven, Cinsel Yaşam, Toplum Baskısı, İş ve Toplam IWQOL puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Cerrahiden 6 ay sonra, BKI ile Bedensel İşlev, Özgüven, Cinsel Yaşam ve Toplam IWQOL puan ortalaması arasında negatif yönlü, orta düzeyli, İş ile negatif yönlü düşük düzeyli anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). BKI azaldıkça Bedensel İşlev, Özgüven, Cinsel Yaşam, İş ve Toplam IWQOL puan ortalaması artmaktadır. BKI ile Toplum Baskısı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

BÖLÜM 5. TARTIŞMA

Dünya genelinde obezitenin prevelansındaki şiddetli artış ve konservatif tedavilerin etkili olmaması, bariatrik cerrahinin kullanımında önemli bir artışa sebep olmuştur (Seyssel, 2018; Angrisani, 2017) . Birçok çalışma, hem kilo kaybı hem de komorbidite kontrolünde, bariatrik cerrahinin etkinliğini göstermiştir (Monteiro, 2017; Sjöström, 2007; Vogel, 2007). Obezite cerrahisi sonucunda kilo kaybını başlatan fiziksel hareketlilik sonuçlarını araştırmış çalışmalar da vardır (Belazi, 2002).

Bu çalışma, çalışmaya katılmayı kabul eden 53 obez bireyin bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla yapıldı. Hastaların IWQOL-Lite ölçeğinden aldıkları puan ameliyat öncesi düşük bulunmuşken 3. ay ve 6. ay ölçümlerinde puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı bulundu.

Bu çalışmada araştırmaya katılmayı kabul edenlerin çoğunluğunu kadın, evli ve ev hanımları oluşturmuştur. Çok büyük bir kısmında sigara ve alkol kullanımının olmadığı ancak yaklaşık yarısında obeziteye ek en az bir hastalığının olduğu bulundu. Bariatrik cerrahi öncesi yaşam doyumunu ve benlik saygısını ölçen bir çalışmada da bu çalışmaya benzer olarak büyük çoğunluğunu kadın, evli ve ev hanımları oluşturmuştur (Gönenir, 2018).

Vücut imajının yaşam kalitesi gibi büyük psikolojik yapılarda önemli rol oynadığı bulunmuştur. Son dönemlerde yapılan bir çalışmada beden imajı üzerine yapılan çalışmaların önemli ölçüde arttığı ve beden imajının yaşam kalitesinin önemli bir alanını oluşturduğu belirtilmektedir (Sarwer, 2014). Vücut imajı üzerine yapılan ilk araştırmaların çoğu, yeme bozukluğu olan kişilerin kilo ve şekil kaygılarına odaklanmıştır. Obezite sorunu ile ilgili çalışmalarda, aşırı kilolu ve obez bireylerin vücut imajı kaygıları daha fazla dikkat çekmiştir (Sarwer, 2005). Bu çalışmada kilo ile Bedensel İşlev, Özgüven, Cinsel Yaşam, İş ve Toplam IWQOL puan ortalaması arasında negatif yönlü, orta düzeyli, Toplum Baskısı ile negatif yönlü düşük düzeyli anlamlı ilişki vardır. Kilo arttıkça Bedensel İşlev, Özgüven, Cinsel Yaşam, Toplum Baskısı, İş ve Toplam IWQOL puan ortalaması puanlarının düştüğü bulunmuştur (Tablo 13). Bireyler kilo verdikçe yaşam kalitelerinde artma bulunmuştur.

Vücut imajında memnuniyetsizlik sıklıkla vücut ağırlığı ile ilişkilidir (Latner, 2012; Sarwer, 2011). Bununla birlikte, kişinin bedeni hakkında ne düşündüğü ile kişinin görünüşünün nesnel gerçekliği arasında çok az ilişki olabileceğini öne süren bir çalışma da mevcuttur (Cash, 2011). Çoğu birey görünüşleri ile ilgili bazı spesifik endişeler bildirmektedir. Kadınlar genellikle vücut imajlarıyla erkeklerden daha fazla hoşnutsuzdur (Schwartz, 2004). Vücut imajındaki memnuniyetsizliğin hem cerrahi hem de cerrahi olmayan kilo kaybı tedavisi dahil olmak üzere bir dizi görünüşe yönelik davranışları motive ettiğine inanılmaktadır (Sarwer, 2004). Bariatrik cerrahiden sonra kilo kaybının vücut imajında belirgin iyileşmelerle ilişkili olduğunu bildiren çok sayıda çalışma vardır (Boan, 2004; Sarwer, 2014). Boan, J. (2004) çalışmasında bizimle aynı ölçeği kullanmış, ameliyat sonrası psikolojik ve fizyolojik olarak bütüncül bir iyileşme kaydetmiştir. Bizim çalışmamızla aynı doğrultuda yaşam kalitesinde iyileşme bulunmuştur (Tablo 10, Tablo 13).

Aşırı obezite ile yaşam kalitesindeki bozukluklar arasındaki ilişkinin ciddi boyutta olduğu belirtilmiştir (Sarwer, 2012; Still, 2014). Bu ilişkiyle ilgili birçok çalışma sağlıkla ilgili yaşam kalitesine odaklanmıştır. Obezite derecesi en çok fiziksel sağlık alt ölçekleri ile ilişkilidir (Wadden, 2006). Aşırı vücut ağırlığı, bazı bireyler için yürüme, merdiven çıkma, banyo yapma ve giyinme gibi en temel fiziksel fonksiyonları ve kişisel bakım görevlerini bile engelleyebilmektedir. Yaptığımız çalışmada ameliyat öncesi, ameliyattan 3 ay sonra ve 6 ay sonra hastaların yaşam kalitelerindeki değişim incelendi. Ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası ölçek puanlarında anlamlı derecede ciddi artış bulundu. Hastalar kilo verdikçe bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı, iş alt ölçekleri ile toplam ölçekten alınan puanların arttığı görüldü (Tablo 7).

Literatürdeki birçok çalışma, kilo kaybı ile birlikte fiziksel ve psikososyal yaşam kalitesinde belirgin bir iyileşme olduğunu göstermiştir (Brunault, 2015; Karlsson, 1998). Obez bireylerde sıklıkla kendi fizik fonksiyonlarında belirgin bozulmaya bağlı yaşam kalitesinin daha kötü olması ve günlük yaşam aktivitelerinde daha belirgin zorluklar yaşaması görülmüştür (Busetto, 2015). Bariatrik cerrahi sonrası bireylerin gastrointestinal semptomlar, fiziksel, emosyonel ve sosyal alanlardaki yaşam kalitelerinde anlamlı bir düzelme görüldüğü belirtilmiştir (Lee, 2004).

Bu çalışmada sadece bariatrik cerrahi uygulanan ve ameliyat sonrası egzersize yönlendirilen bir grup oluşturuldu, bu uygulama sonucunda bariatrik cerrahinin yaşam kalitesini yükselttiği bulundu (Tablo 5, Tablo 6). Zayıflamak için sadece yaşam tarzı değişikliği ya da sadece bariatrik cerrahi uygulanan 2 ayrı grup oluşturularak yapılan bir çalışmada bariatrik cerrahinin daha hızlı ve fazla kilo verme sağlayarak yaşamı kalitesini yükselttiği bulunmuştur (Sarwer, 2015).

Çalışmamız için seçtiğimiz ölçeğin alt ölçeklerinden, özgüven ve toplum baskısı için en yüksek puanın 6. ayda, daha sonra 3. ayda ve en düşük puanın cerrahi öncesinde alındığı belirlendi. Ameliyat sonrası dönemde sağlıklı kilolarına ulaşan bireylerin yaşam kalitelerinin optimum düzeye çıktığı bulundu. Benzer çalışmalarda kilo kaybı gelişen bireylerin psikososyal durumlarında olumlu düzeyde iyileşmeler olduğu belirtilmiştir (Anderson, 2015; Sarwer, 2005; Still, 2014).

Bariatrik cerrahi sonrası kilo ile ilişkili yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler bulundu. Bariatrik cerrahi sonrası bireylerin yaşam kalitelerinde artmayı destekleyen birçok çalışma mevcuttur. (Kolotkin, 2009; Sarwer, 2010; Lier, 2011; Pilone, 2012; Sarwer, 2014). Bu gelişmelerin çoğu, hızlı kilo verme döneminde ve hastaların maksimum kilo kaybına ulaşmadan önce rapor edilmiştir. Bariatrik cerrahi olan hastalarda, başka bir yaşam kalitesi ölçeği olan SF-36' nın hemen hemen tüm alanlarında, ameliyattan 20 hafta sonra ve başlangıçtaki vücut ağırlığının yaklaşık % 25' i kadar bir kilo kaybından sonra belirgin iyileşmelerin olduğu bildirilmiştir (Sarwer, 2010). İsveç' te obez bireylerde yapılan benzer bir çalışmada, postoperatif ilk dört yıl içinde yaşam kalitesinde en üst düzeyde iyileşme olduğu bildirilmiştir (Sjöström, 2004). Birçok çalışma, bariatrik cerrahi sonrası kilo kaybının ve komorbiditelerin azaltılmasının, hastaların yaşam kalitesini artırabildiğini göstermiştir (Busetto, 2015). Yapılan benzer bir çalışmada da bariatrik cerrahi sonrası hastaların daha iyi fiziksel işlevlere ve yaşam kalitesine ulaştığı belirtilmiştir (Monteiro, 2017).

Sarwer ve arkadaşları, bariatrik cerrahi geçiren erkeklerin, SF36 tarafından değerlendirilen zihinsel sağlık alanlarını değil, fiziksel sağlığında istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler olduğunu bildirmişlerdir. Sarwer' in bu çalışması, diğer birçok araştırmada bulunan gelişmelere ters düşmektedir (Sarwer, 2015). Daha genel sağlıkla ilgili önlemlerden ziyade, yaşam kalitesinin ağırlıkla ilgili ölçümleri, bariatrik cerrahiden sonra görülen yaşam kalitesindeki değişiklikleri daha kapsamlı olarak

değerlendirmektedir (Maciejewski, 2005). Kolotkin ve arkadaşları, gastrik bypass hastaları ile cerrahi tedavi olmayan obez hastaları karşılaştırdıkları bir çalışmada, kilo ile ilişkili yaşam kalitesi alanlarında önemli gelişmeler olduğunu bulmuşlardır (Kolotkin, 2012). Sarwer ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hastaların, ameliyat sonrası 20 haftadan başlayarak dört yılın sonuna kadar sürdüğü, kiloyla ilişkili yaşam kalitesinin tüm spesifik alanlarında önemli iyileşmeler olduğu bildirilmiştir (Sarwer, 2010). Warkentin ve meslektaşları, % 5 kilo kaybının, çoğu hasta için sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde anlamlı bir iyileşmeyle ilişkili olmadığını, % 10 kilo kaybının, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini de hesaba katmak için yeterli olmadığını, ancak % 20 kilo kaybı olduğunda klinik olarak anlamlı bir iyileşme yaşadıklarını bulmuşlardır (Warkentin, 2014).

Polonya' da yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesi ile BKİ arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur. (Janik, 2016). Aynı şekilde Müller ve ark. 104 hastada yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelenmiş ve BKİ ile yaşam kalitesi arasında korelasyon saptanmamıştır (Müller, 2008). Major ve ark. yaşam kalitesinin fazla kilo kaybı yüzdesine bağlı olmadığını belirtmiştir (Major, 2015). Sarwer ve ark. benzer olarak, BKİ ve yaşam kalitesinde iyileşme arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir (Sarwer, 2010). Hollanda' da yapılan bir çalışmada obezite cerrahisi sonrası kilo verdikçe hastaların yaşam kalitelerinin (fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden) arttığı sonucuna varılmıştır (Raaijmakers, 2017). Cleveland' da yapılan bir araştırmada yalnızca medikal tedavi ve yalnızca bariatrik cerrahi uygulanan 2 grup arasında bariatrik cerrahi uygulanan hastaların yaşam kalitelerinin daha fazla arttığı, fiziksel hareket ve duygusal olarak daha çok rahatladıkları bulunmuştur (Schauer, 2017). Almanya' da SG ve RYGB ameliyatı olan iki grup arasındaki yaşam kalitesini ölçen çalışmada yaşam kalitesi ve alt ölçeklerinin puanlamasının cinsiyetten bağımsız olduğu ve her iki grupta da yaşam kalitelerinde artış olduğu kanısına varılmıştır (Nickel, 2017). Hindistan' da 30 kişi ile yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre bariatrik cerrahinin morbid obezitesi olan hastaların yaşam kalitesi üzerine olumlu bir etkisinin olduğu vurgulanmaktadır (Pandey, 2017). Birleşik Devletler Virginia'da yapılan bir çalışmada uygulanan bariatrik cerrahinin %34 kilo kaybı ile etkili, kısa süreli kilo verme aracı olduğunu ve yaşam kalitesi ölçekleri ile ölçülen fizyolojik refah düzeyinde anlamlı iyileşme sağladığı bulunmuştur (Modesitt, 2015).

Morbid obezitenin cerrahi tedavisinin uzun süreli kilo kaybı sağlaması, morbid obeziteye bağlı ciddi komorbiditeleri çoğunun ya tamamen kaybolmasına ya da kilo kaybı sonucunda azalmasına ve ayrıca yaşam kalitesinde iyileşmeyle sonuçlanmasına katkı sağlamıştır (Mokdad, 2001). Yapılan bu çalışmada da verilen kilo arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı ve var olan diğer hastalıkların da önemli ölçüde azaldığı bulunmuştur (Tablo 1, Tablo 3, Tablo 5).

Obezitenin etkilediği bir başka yaşam kalitesi faktörü ise cinsel işlevselliktir (Kolotkin, 2012 ; Sarwer, 2012). Cinsel işlevsellikteki sorunların genel popülasyonda oldukça yaygın olduğu ve hem duygu durum bozukluğu hem de düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Laumann, 1999). Yaşam kalitesi, beden imgesi ve cinsel işlevler arasında güçlü bağlar vardır (Sarwer, 2014). Aşırı şişmanlığı olan bir birey, vücudunun görüntüsünden o kadar memnuniyetsizdir ki, eşinin ona cinsel ilişki ya da cinsel davranışta bulunmasına karşı isteksizdir. Obeziteden bağımsız olarak, erkeklerde ve kadınlarda depresyon ve cinsel işlev bozukluğu arasında güçlü bir ilişki vardır (Clayton, 2002).

Çalışmamızda önemli başka bir alt ölçek ise cinsel yaşamdır. Ameliyat öncesi ve sonrası takipler karşılaştırıldığında verilen kilo arttıkça cinsel yaşam alt ölçeğinin kademeli olarak arttığı bulundu (Tablo 2, Tablo 4, Tablo 6). Kilo verdikten sonra cinsel işlevsellikte belirgin artış saptayan çalışmalar vardır. (Kolotkin, 2012; Sarwer, 2012). Kadınlar arasındaki birkaç çalışmada, cerrahi sonrası ilk birkaç yıl içinde cinsel işlevsellikte kendiliğinden iyileşmeler tespit edilmiştir (Bond, 2011 ; Sarwer, 2014). Gastrik bypass geçiren erkeklerle yapılan bir çalışmada, postoperatif ilk birkaç yıl içinde cinsel işlevin tüm alanlarında iyileşmeler bildirilmiştir (Dallal, 2008). Daha küçük bir erkek örneklemiyle ilgili daha yeni bir çalışma, post operatif dört yıl boyunca cinsel işlevsellikte iyileşmeyi desteklememiştir (Sarwer, 2014). Birçok çalışma, bariatrik cerrahi ile ulaşılan önemli kilo kayıplarının tipik olarak yaşam kalitesinde, vücut imajında ve cinsel işlevsellikte iyileşmeler ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Sarwer, 2015). Yapılan başka bir çalışma daha bariatrik cerrahiden sonra cinsel tatmin, libido ve erektil disfonksiyonda iyileşmeler olduğunu bildirmiştir (Kinzl, 2001).

BÖLÜM 6. SONUÇ

Bu bölümde, araştırmanın kimliği, süreci ve elde edilen sonuçların özetlendiği bir özet, elde edilen bulguların yorumlandıktan sonra araştırma ile varılan nokta anlamında bir yargı ile araştırılan problemin çözümü için başka hangi çalışmaların yapılmasının gerekli görüldüğüne ve mevcut araştırmanın alandaki egemen kuram ve uygulamalara muhtemel katkısının neler olabileceğine ilişkin araştırmacının özgün değerlendirmelerini içeren bir öneriler altbölümleri yer almıştır.

6.1. Özet

Amaç: Bu çalışma obezite cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem : Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma hastanesi Genel Cerrahi kliniğine 01.10.2017- 24.11.2017 tarihleri arasında bariatrik cerrahi olmak için başvuran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise bariatrik cerrahi yöntemi olarak Sleeve Gastrektomi uygulanacak ve çalışmayı katılmayı kabul eden 53 obez hasta oluşturmuştur. Veriler, benzer literatürler taranarak elde edilen 11 soruluk Kişisel Veri Toplama Formu ve 31 soruluk Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi – Kısa Sürüm (IWQOL-Lite) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde normal dağılan ölçümlerde Varyans analizi ve Pearson Korelasyon Analizi, ikili gruplarda Bağımsız gruplarda t testi; normal dağılmayan ölçümlerde Kruskall Wallis analizi ve Spearman korelasyon analizi, ikili gruplarda Mann Whitney – U Testi kullanılmıştır. İç tutarlılık analizi için Cronbach α katsayısı, verilerin normallik dağılımı için de Kurtosis ve skewness kat sayıları kullanılmıştır.

Bulgular : Araştırmaya katılanların % 75.5’ i kadın, % 47.2’ si ilköğretim mezunu, % 73.6’ sı evli, % 52.8’ i ev hanımı ve ameliyat öncesi dönemde % 50.9’ unun yandaş başka bir hastalığı bulunmayıp %62.3’ ü hiç egzersiz yapmadığını bildirmiştir. Örneklemin yaş ortalaması 38.45 olarak bulunmuştur. Ameliyat öncesi ortalama vücut ağırlığı, BKİ ve Toplam IWQOL ortalamaları sırasıyla, 125.48 ±17.83 , 46.14 ±5.01 , 37.8 ±17.64 olarak bulunmuştur; ameliyatın 3. ayı ise sırasıyla, 99.28 ±15.06 , 36.54 ±4.71 , 84.57 ±11.96 olarak bulunmuştur; ameliyatın 6. ayı kontrolü sırasıyla, 86.36 ±13.42 , 31.78 ± 4.11 , 97.50 ± 4.31 olarak bulundu. Obez bireylerin

kiloları ve BKİ' leri azaldıkça Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi – Kısa Sürüm (IWQOL-Lite)' nden aldıkları puanların düzenli olarak arttığı tespit edilmiştir.

Sonuç ve Yorum : Morbid obez hastalara uygulanan bariatrik cerrahi yöntemi olan Sleeve Gastrektomi kilo kaybı açısından son derece etkili bir yöntemdir. Hastalar kilo verdikçe ameliyat sonrası dönemdeki yaşam kaliteleri artmıştır.

6.2. Yargı

'Bariatrik cerrahi ameliyatı olmak obez bireylerin yaşam kalitelerini nasıl etkiler?' sorusuna cevap bulmak amacıyla başladığımız çalışmamızın sonucunda bariatrik cerrahi ameliyatından sonra , verilen kilo miktarı arrtıkça BKİ azalmakta ve yaşam kalitesinde artış meydana gelmektedir.

6.3. Öneriler

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Çalışma örneklemine daha fazla obez birey alınabilmesi için daha geniş bir zaman dilimi tercih edilmeli.
- Çalışmada gönüllülük esas olduğu için katılım sağlayan bireylerin çalışmanın her aşamasında çalışmadan ayrılabileceği düşünülerek gerekli örneklem sayısından daha fazla kişi örnekleme dahil edilmeli.
- Örneklemin daha kapsamlı hale getirilebilmesi için il içindeki diğer kamu ve özel hastanelerdeki bariatrik cerrahi uygulanan hastaların da çalışmaya dahil edilmesi önerilir.
- Ameliyat sonrasındaki takibin 1. yıl, 2. yıl gibi uzun süreli sonuçlarının da çalışmaya dahil edilmesi daha geçerli literatür bilgisi olması açısından önerilir.
- Farklı bariatrik cerrahi uygulanan hasta grupları oluşturularak, bariatrik cerrahi yöntemlerinin hangisinin yaşam kalitesini arttırmada daha etkili olduğu hakkında çalışmaların yapılması önerilir.

EK'LER

EK 1 : BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

../../20..

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi **BURCU BAŞ** tarafından yürütülen "**Obezite Cerrahisi Öncesi ve Sonrası Hastaların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi**" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Amacı: Bu çalışmada kilo verme yöntemi olarak obezite cerrahisi seçen morbid obez adayların, morbid obez ameliyatı sonrasında değişen yaşam kalitesini değerlendirmek amaçlanmıştır.

b. Araştırmanın İçeriği: 11 soruluk Kişisel Veri Toplama Formu ve 31 soruluk Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi 'ni içermektedir.

c. Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
İmzası:
(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;
Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)
İmzası:

EK 2 : KİŞİSEL VERİ TOPLAMA FORMU

1. **Yaşınız :**
2. **Cinsiyetiniz :**

   1 ( ) Kadın 2 ( ) Erkek
3. **Medeni durumunuz :**

   1 ( ) Bekar 2 ( ) Evli
4. **Eğitim Durumunuz :**

   1 ( ) Okur - yazar olmayan 2 ( ) Okur – yazar
   3 ( ) İlkokul 4 ( ) Ortaokul
   5 ( ) Lise 6 ( ) Lisans
   7 ( ) Lisansüstü
5. **Cerrahi öncesi :**

   Boy : Kilo :
6. **Cerrahi sonrası :**

   Boy : Kilo :
7. **Mesleğiniz :**

   1 ( ) Ev Hanımı 2 ( ) Esnaf
   3 ( ) Memur 4 ( ) İşsiz
   5 ( ) Serbest Meslek 6 ( ) Diğer
8. **Sigara kullanıyor musunuz** ?

   1( ) Kullanmıyor 2 ( )Ara sıra
   3( ) Düzenli kullanıyor 4 ( ) Bırakmış
9. **Alkol kullanıyor musunuz ?**

   1( ) Kullanmıyor 2 ( )Ara sıra
   3( ) Düzenli kullanıyor 4 ( ) Bırakmış
10. **Hekim tarafından tanı konmuş hastalığınız var mı? (tansiyon, inme-felç, insülin direnci, şeker hastalığı ,artrit (kireçlenme), depresyon, kalp hastalığı , varis, yüksek kolesterol vb)**

    1 ( ) Var …….
    2 ( ) Yok

11. **Egzersiz – spor (yürüyüş, basketbol,futbol,yüzme vb.) yapar mısınız ?**

1( ) Hiç yapmam 2 ( ) Haftada 2 gün
3 ( ) Haftada 3-4 gün 4 ( ) Haftanın hergünü

EK 3 : Beden Ağırlığının Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi – Kısa Sürüm

Lütfen aşağıdaki ifadeleri geçen son 7 gün içinde size en uygun gelen sayıyı daire içine alarak cevaplayınız. Mümkün olduğunca açık olunuz. Cevapların doğrusu veya yanlışı yoktur.

Bedensel İşlevler		**HER ZAMAN DOĞRU**	**GENEL-LİKLE DOĞRU**	**BAZEN DOĞRU**	**NADİREN DOĞRU**	**HİÇBİR ZAMAN DOĞRU DEĞİL**
1.	Kilomdan dolayı nesneleri yerden almakta güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
2.	Kilomdan dolayı ayakkabılarımı bağlamakta güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
3.	Kilomdan dolayı sandalyeden kalkarken güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
4.	Kilomdan dolayı merdiven inip çıkmakta güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
5.	Kilomdan dolayı giysilerimi değiştirmekte güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
6.	Kilomdan dolayı etrafta dolaşmakta güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
7.	Kilomdan dolayı bacak bacak üzerine atmakta güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
8.	Hafif çabayla bile nefes darlığı hissediyorum.	5	4	3	2	1
9.	Eklemlerimdeki ağrı ya da tutukluk nedeniyle güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
10.	Günün sonunda ayak bileklerim ve baldırlarım şişmiş oluyor.	5	4	3	2	1
11.	Sağlığımdan endişe duyuyorum.	5	4	3	2	1

Özgüven		**HER ZAMAN DOĞRU**	**GENELLİKİ LE DOĞRU**	**BAZEN DOĞRU**	**NADİREN DOĞRU**	**HİÇBİR ZAMAN DOĞRU DEĞİL**
1.	Kilomdan dolayı sıkılganım.	5	4	3	2	1
2.	Kilomdan dolayı kendime olan saygım olabileceği kadar iyi değil.	5	4	3	2	1
3.	Kilomdan dolayı kendimden emin olamıyorum.	5	4	3	2	1
4.	Kilomdan dolayı kendimden hoşlanmıyorum.	5	4	3	2	1

5.	Kilomdan dolayı reddedilmekten korkuyorum.	5	4	3	2	1
6.	Kilomdan dolayı aynalara bakmaktan ya da kendimi fotoğraflarda görmekten kaçınıyorum.	5	4	3	2	1
7.	Kilomdan dolayı halka açık yerlerde görünmekten utanıyorum.	5	4	3	2	1

Cinsel Yaşam		**HER ZAMAN DOĞRU**	**GENELLİK İLE DOĞRU**	**BAZEN DOĞRU**	**NADİREN DOĞRU**	**HİÇBİR ZAMAN DOĞRU DEĞİL**
1.	Kilomdan dolayı cinsel faaliyetten keyif almıyorum.	5	4	3	2	1
2.	Kilomdan dolayı cinsel isteğim az ya da hiç yok.	5	4	3	2	1
3.	Kilomdan dolayı cinsel faaliyet sırasında güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
4.	Kilomdan dolayı cinsel faaliyetlerden olabildiğince kaçınıyorum.	5	4	3	2	1

Toplum Baskısı		**HER ZAMAN DOĞRU**	**GENELLİK İLE DOĞRU**	**BAZEN DOĞRU**	**NADİREN DOĞRU**	**HİÇBİR ZAMAN DOĞRU DEĞİL**
1.	Kilomdan dolayı başkalarının alaylarıyla, rahatsız edici davranışlarla ya da bana istemediğim şekilde ilgi gösterilmesiyle karşı karşıya kalıyorum.	5	4	3	2	1
2.	Kilomdan dolayı umumi yerlerde (örn. sinemalar, tiyatrolar, lokantalar, arabalar ya da uçaklarda) koltuklara sığma konusunda endişe duyuyorum.	5	4	3	2	1
3.	Kilomdan dolayı koridorlardan ya da turnikelerden geçerken sığma konusunda endişe duyuyorum.	5	4	3	2	1
4.	Kilomdan dolayı ağırlığımı taşımaya yetecek kadar sağlam sandalye bulma konusu beni kaygılandırıyor.	5	4	3	2	1
5.	Kilomdan dolayı başkaları tarafından dışlanıyorum.	5	4	3	2	1
İş (Not: Ev işi yapanlar, emekliler ve para karşılığı bir işte çalışmayanlar bu sorulara gündelik faaliyetlerini düşünerek cevap vermelidirler.)						
1.	Kilomdan dolayı işleri bitirmede ya da sorumluluklarımı yerine getirmede güçlük	5	4	3	2	1

	çekiyorum.					
2.	Kilomdan dolayı olabileceğimden daha az üretkenim.	5	4	3	2	1
3.	Kilomdan dolayı işimde, çalışmama göre maaşım artmıyor, terfi almıyor ya da onay görmüyorum.	5	4	3	2	1
4.	Kilomdan dolayı iş görüşmelerine gitmeye korkuyorum.	5	4	3	2	1

EK 4: KURUMDAN ALINAN İZİN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
05/10/2017 16:58 - 81266704 - 774.99 - E.17493
0005387533

T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 81266704-774.99
Konu : Çalışma İzni

Burcu BAŞ
Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi

"Obezite Cerrahisi Öncesi ve Sonrası Hastaların Yaşam Kaliteleri" isimli yüksek lisans tezinizi hastanemiz Genel Cerrahi Kliniğinde yapmanız başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. Halil Yalçın YÜKSEL
Hastane Yöneticisi / Başhekim

Varlık Mh. Kazım Karabekir Cd. Muratpaşa / ANTALYA
Faks No:
e-Posta:derya.mangan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Akademik Kurul D. MANGAN Tel : 0242 2494400 Dahili : 4217
Bilgi için:Derya MANGAN
Unvan:TIBBİ SEKRETER
Telefon No:0242 2494400 /

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden a7127f1e-d451-4a3a-8a98-656358e8e5f4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

22/09/2017

Sayı: EKK/2017/76
Konu: Burcu BAŞ: YL tez çalışması

T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 37387824-302.08.01-69 sayılı 14.09.2017 tarihli yazınız.

İlgi yazınız ekinde sunulan Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Tezli Yüksek Lisans öğrencilerinden Burcu BAŞ tarafından gönderilen "Obezite Cerrahi Öncesi ve Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesi" konulu tez önerisi ve ölçekleri 22/09/2017 tarihinde incelenerek T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu Yönergesinin 6. maddesinde yazılı; **"bilimsel disipline bağlılık, yaşama saygı, zarar vermeme, olası zarar ve riskler konusunda tüm ilgilileri bilgilendirme, insan ve topluma sorumluluk"** gibi ilkelere uygun olduğuna; yayına temel oluşturan araştırmanın tasarım, planlama ve yürütülme aşamalarında katkıda bulunanlara yer verilmesi, eksiksiz ve doğru kaynak gösterilmesi, gereken biçim ve doğrulukta atıflarda bulunulması kaydıyla yapılmasının etik olarak uygun olduğuna; toplantıya katılan üyelerin oybirliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz/rica ederim.

Prof. Dr. Belma AKŞİT
Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Necla ÖZTÜRK
Üye

Prof. Dr. Nurgün OKTİK
Üye

Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU
Üye

Prof. Dr. Nermin ÇELEN
Üye

Prof. Dr. Durmuş GÜNAY
Üye (Katılmadı)

Prof. Dr. Ahmet Zafer ÖZTEK
Üye

EK 5 : AMELİYAT SONRASI DÖNEM İÇİN HASTA BİLGİLENDİRMESİ

Bu bilgilendirmeler hasta çalışmamıza katılmayı kabul edip bilgilendirilmiş onam formunu imzaladıktan sonra ve post-op 1. ya da 2. gündeki ziyaretlerde yapılmıştır.

- Ameliyat sonrası dönemde eski beslenme alışkanlıklarından tamamen farklı bir şekilde beslenmeye başlanacaktır. Bireylere ameliyat öncesi yedikleri besinlerden çok daha az tüketip çok daha kısa sürede tokluk hissedecekleri, bunun normal bir durum olduğu ve planlanan şekilde beslenmeleri gerektiği anlatıldı. Bundan dolayı hasta taburcu edilmeden önce hastane içindeki diyetisyene yönlendirilerek ameliyat sonrası beslenme planının profesyonel olarak yapılması sağlandı.
- Hastanede bu ameliyat farklı doktorlar tarafından uygulanmakta bu yüzden farklı post-op yaklaşımlar ortaya çıkmaktadır. Bazı doktorların hastalarına post-op 2. güne kadar oral hiçbir sıvı verilmeyeceği, sadece intravenöz sıvı replasmanı yapılacağı, Post-op 2. gün kaçak testi sonucunda bir sorun olmazsa hastaların oral alımı açılıp intravenöz sıvı replasmanı durdurulacağı belirtildi. Kaçak testi yapmayan doktorların hastalarına ise ilk gün sadece intravenöz sıvı replasmanı yapılacağı anlatıldı. Post-op 2. gün oral alımı başlayan ve sorun gelişmeyen hastaların intravenöz sıvı replasmanı durdurulup oral alımı sağlanır. Oral alımı başlandıktan sonraki ilk gün toplamda 500 ml su gün içerisine yayılarak yudum yudum içilmesi gerektiği anlatıldı. Oral alımının başladığı 2. günde şekersiz, gazsız, kafeinsiz berrak sıvılar, katı meyve sıkacağı ile her türlü meyve ve sebzenin posasız berrak suyunun (elma suyu, ıhlamur, çay gibi) 1500 ml'ye tamamlanacak şekilde alınabileceği anlatıldı. Ameliyatın 5. ve 6. günlerinde süt, ayran, tavuk suyu, et suyu gibi protein açısından zengin besinleri yeteri kadar alamayan hastalara kas kaybı gelişmemesi açısından doktor istemi ile protein tozu kullanmaları önerildi. Genel olarak ameliyatın 5. ve 6. günlerinde hastalar taburcu edildi.
- Post-op hastalara özellikle miktarca küçük ama kalori açısından yüksek olan çikolata, cips gibi besinleri almalarının mide hacmini arttırıp kilo vermeyi azaltacağı veya durduracağı konusunda bilgi verildi.

- Amiyat sonrası 2. hafta koyu kıvamlı çorbalar ve süzme yoğurda geçilir. 1 çay bardağı besini ortalama 30 dakikada aralıklı olarak tüketmeleri ve katı sıvı alımı arasında 30 dakika ara vermeleri anlatıldı.
- Ameliyat sonrası 3. haftada alınan gıdalara ek olarak püre alımına başlanır. Süzme peynir, labne peynir, toplamda 2-3 yemek kaşığı olacak şekilde yoğurt içine lor peyniri ya da labne peyniri katılarak da tüketebilecekleri anlatıldı.
- 4. Haftada daha koyu püreler ve yumuşak çiğnenebilir gıdalara (çok iyi haşlanmış, çatalla ezilebilen sebze ve meyveler, kıyma, balık gibi yumuşak etler) başlanabileceği ifade edildi.
- 5. haftadan itibaren normal beslenmeye geçilebileceği, 2-3 kaşık yemeği yarım saatte mideyi zorlamadan yiyebilecekleri anlatıldı.
- Çiğnenmesi ve sindirilmesi zor olan parça etleri ameliyat sonrası 6. ay itibariyle mide fonksiyonları normale döndükten sonra mideyi zorlamadan başlayabilecekleri anlatıldı.
- Beslenmede öncelikle proteinlerin sonra sebze ve meyvelerin yenmesinin kas korunması açısından önemli olduğu anlatıldı.
- Hastalar ameliyattan 6-8 saat sonra mobilize edilmeye başlandı. Mobilizasyona başlandıktan sonraki gün hastaların sondaları çekilerek daha rahat hareket etmeleri ve kendi fizyolojik gereksinimlerini kendilerinin yapması konusunda hastalar desteklendi. Hastaneden taburcu olana kadar her yarım saatte bir yürüyebildikleri kadar yürümelerinin bağırsak hareketlerinin devamlılığı ve uzun süreli yatmaya bağlı emboli gelişebileği konusunda hastalar bilgilendirildi ve yürüyüş yapmalarının önemi anlatıldı. Taburcu olduktan sonra hastalara haftanın en az 3-4 günü ya da mümkünse haftanın her günü 30-60 dakikalık yürüyüşler yapmalarının hem daha sağlıklı kilo vermelerine yardımcı olacağı hem de düzenli yapılan yürüyüşlerle hızlı verilen kilo sonucu deride oluşabilecek sarkmaların en aza ineceği konusunda bilgilendirildi.
- Ameliyat sonrası bireyler 1. ay, 3. ay, 6. ay, 12. ay ve 18. aylarda kontrollere gelmeleri konusunda bilgilendirildi.

EK 6 : ÖLÇEK İZNİ

20.08.2017

Sayın Burcu BAŞ,

Geçerlik güvenirliğini yaptığımız Türkçe versiyon IWQOL-Lite ölçeğini çalışmanızda kullanabileceğinizi bildirir, başarılar dilerim. Ekte ölçeğin Türkçe versiyonu ve skorlama kriterleri ile ilgili bilgileri bulabilirsiniz.

Ölçeği ticari/kar amacı olan bir çalışmada kullanmak isterseniz MAPI (Amerika) kuruluşundan ve orijinal ölçeği geliştiren Dr.Kolotkin'den de izin almanız gerektiğini hatırlatırım.

Başarılar dilerim,
Uzman Hemşire
Necmiye ÇÖMLEKÇİ

EK 7 : IWQOL-LİTE ÖLÇEĞİNİN SKORLANMASI

Her bir alt ölçek için ham puanlar, yalnızca her bir alt ölçek için soruların en az %50'si cevaplanırsa ve toplam puan için yalnızca tüm ölçek sorularının %75'i tamamlanırsa, 5 alt ölçeğin her biri için hesaplanır. Alt ölçeklerde yanıtlanması gereken minimum sayılar; fiziksel fonksiyon: 6, benlik saygısı: 4, cinsel yaşam: 2, toplum baskısı:3, iş: 2, toplamda 31 sorunun 24'üdür.

Ham puanları hesaplamada eksik verileri işlemek için profesyonel bir sistem kullanılır. Herhangi bir alt ölçek veya toplam puanı hesaplamak için aşağıdaki gibi bir prosedür kullanılır;

- Her bir alt ölçek için minimum soru sayısına cevap verilip verilmediği belirlenir. Örneğin, bir birey 11 fiziksel fonksiyon sorusundan 5'ini cevapladı ise, fiziksel fonksiyon puanı eksik olarak kabul edilir ve 999 olarak kodlanır.

  Örneğin, bir birey tüm ölçekte 26 soruyu cevapladıysa ölçek toplamı için geçerli bir puan hesaplanacaktır.
- Her bir alt ölçek için geçerli cevapların ortalaması alınır. Örneğin, bir birey fiziksel fonksiyon alt ölçeğinin her bir sorusuna '3' cevabını verdiyse ortalaması 3 olur. Yani bir birey fiziksel fonksiyon alt ölçeğini sırasıyla; 2,3,2,4,9,2,2,3,4,9,5 (9 eksik soruyu gösterir) olarak cevapladıysa, 11 sorudan 9'una cevap vermiş demektir ve (27/9) ile ortalaması 3 olur. Yine bir birey toplumsal baskı alt ölçeği sorularının tümünü cevaplamış olsun; 3,1,3,4,3 toplam puan 14 olur. Ortalama ise 14/5 =2.8 olur.
- Çıkan ortalamalar kendi alt ölçeğine ait soru sayısı ile çarpılır. Mesela fiziksel fonksiyon ortalama puanı 3 ise 3×11=33 olur. Toplumsal baskı ortalama puanı 2.8 ise 2.8×5=14 olur.

Aşağıdaki formüller kullanılarak ölçek puanları daha anlaşılır hale gelmiştir; (0 en düşük – 100 en yüksek puan)

- ✓ Her bir alt ölçek için maximum ham puanlar; fizksel fonksiyon: 55, benlik saygısı: 35, cinsel yaşam: 20, toplum baskısı: 25, iş: 20, Toplam:155.

- ✓ Bu fark her bir alt ölçek aralığına bölünür (Fiziksel fonksiyon: 44, Benlik saygısı: 28, Cinsel yaşam: 16, Toplum baskısı: 20, iş: 16, Toplam:124).
- ✓ Bu toplam 100 ile çarpılır. Örneğin, fiziksel fonksiyon puanı yukarıdaki örneklerde hesaplandığı gibi 33 olarak bulunmuş olsun. Bu sayı fiziksel fonksiyonun maksimum puanından çıkarılarak (55-33), fiziksel fonksiyon aralığına (44) bölünüp, 100 ile çarpılır. (55-33)/44=0.5×100=50.

  Yine toplumsal baskı puanı 14 olarak hesaplanmış bir birey için, toplumsal baskı maksimum puanı 25 olduğuna göre; (25-14)/20=0.55×100=55 toplumsal baskı puanını gösterir.

Yani şu şekilde formüle edilebilir;

Bedensel işlev puan= ((55-B.İ. alt ölçekten toplam alınan puan)/44) ×100

Toplam özgüven puanı=((35-Ö. alt ölçekten toplam alınan puan)/28) ×100

Toplam cinsel yaşam puanı=((20- C.Y. alt ölçekten alınan toplam puan)/16) ×100

Toplam toplum baskısı puanı= ((25- T.B. alt ölçekten alınan puan)/20) ×100

Toplam iş puanı= ((20-İ. Alt ölçekten alınanpuan)/16) ×100

Toplam tüm ölçek puanı=((155- ölçeğin tümünden alınan puan)/124) ×100

KAYNAKÇA

1. Akgün, B. (2008) Beden Ağırlığı Yönetiminde Davranış Modifikasyonu, Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, Ed. Ayşe Baysel ve Murat Baş, Türkiye Diyetisyenler Derneği, Ekspres Baskı A.Ş., Ankara, 158-170.
2. Alıcı, S.U., Sarıkaya, Ö. (2009). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Yaşantılayarak Öğrenme Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(3), 95-101. Erişim:30.06.2018, http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/4529/2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Allison, D.B., Newcomer, J.W., Dunn,A.L. ve diğerleri.(2009). Obesity Among Those with Mental Disorders: A National Institute of Mental Health Meeting Report. American Journal of Preventive Medicine, 36(4),341-350.
4. Anderson, J. R. (2015). Health-related quality of life after bariatric surgery: A systematic review of prospective long-term studies. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 11, 466–473.
5. Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P., et al. (2017). Bariatric surgery and endoluminal procedures: IFSO Worldwide Survey 2014. *Obes Surg*, 27, 2279–2289.
6. Apay, S.A., Pasinlioğlu, T. (2009) . Obezite ve gebelik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(4): 345- 350.
7. ARDIÇ, F., (2014). Egzersizin sağlık yararları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 60 (Özel Sayı 2), 9-14.
8. Arslan, C., Ceviz, D. (2007). Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevelansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5), 211-20.
9. Ateş, D. (2015). Obezite Cerrahisi Öncesi Ve Sonrası Yaşam Kalitesi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsi , İstanbul , Danışman Doç. Dr. Hatice Yorulmaz.
10. Atila,K. (2014). Morbid Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Archives of Clinical Toxicology*,1(1),23-27.

11. Aydın, E., Bulut, H. (2014). Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(1), 77-82.
12. Aygin, D., Açıl, H. (2015). Morbid Obezlerde Bariyatrik Cerrahi Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Bakımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 4(4), 604-613.
13. Ayyıldız, Y., Demirli, Y. (2015). Obezite Vergisine İlişkin Halkın Düşünceleri: Türkiye'de Bir Alan Araştırması. *Business and Economics Research Journal*, 6(2), 59-78. Erişim: 30.06.2018 , http://www.berjournal.com/wp-content/plugins/downloads-manager/upload/BERJ%206(2)15%20Article%204%20pp.59-78.pdf.
14. Baban, B. , Thorell, A. , Nygren, J.,Bratt, A., Ljunqvist, O. (2015). Determination of insulin resistance in surgery: the choice of method is crucial. *Clinical Nutrition*, 34(1), 123-128. Erişim: 27.06.2018, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561414000478?via%3Dihub
15. Bahçeci, M., Tuzcu, A., Arıkan, Ş., Gökalp, D. (2009). Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi. *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği*, 20-53.
16. Bayraktaroğlu, T., Orhan, Y., (2008). Şişmanlık ve Diyet Tedavisi. İçinde Orhan, Y., Bozbora, A. *Obezite, Medikal ve Cerrahi Tedavisi*, İstanbul: Medikal Yayıncılık; 233.
17. Belazi, D., Goldfarb, N. I., & He, H. (2002). Measuring health-related quality of life in the clinical setting. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes Research*, 2(2), 109-117.
18. Berghöfer , A. , Pischon, T. , Reinhold, T. (2008). Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC public health*, 8(1), 200. Erişim tarihi 30.08.2017 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18533989
19. Boan, J., Kolotkin, R. L., Westman, E. C., McMahon, R. L., & Grant, J. P. (2004). Binge eating, quality of life and physical activity improve after roux-en-y gastric bypass for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 4, 341–348.
20. Bond, D. S., Wing, R. R., Vithiananthan, S., Sax, H. C., Roye, G. D., Ryder, B. A., ... & Giovanni, J. (2011). Significant resolution of female sexual

dysfunction after bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *7*(1), 1-7.

21. Bor, S., Turan, İ., Özütemiz, Ö. (2007) Morbid Obezite Tedavisinde İntragastrik Balon Uygulaması Sırasında Meydana Gelen Balon Rüptürü Vakası, *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 6(2): 94-96.
22. Bozbora, A. (2008). Obezite Cerrahisinde Hasta Seçimi. İçinde. Orhan, Y., Bozbora, A. Obezite, Medikal ve Cerrahi Tedavisi, İstanbul: Medikal Yayıncılık; 361.
23. Brownell, K.D. (2000). The LEARN Program for Weight Management 2000. Dallas, American Health Publishers.
24. Brunault, P., Frammery, J., Couet, C., Delbachian, I., Bourbao-Tournois, C., Objois, M. & Ballon, N. (2015). Predictors of changes in physical, psychosocial, sexual quality of life, and comfort with food after obesity surgery: a 12-month follow-up study. *Quality of Life Research*, *24*(2), 493-501.
25. Busetto, L., Mozzi, E., Schettino, A. M., Furbetta, F., Giardiello, C., Micheletto, G., & Pilone, V. (2015). Three years durability of the improvements in health-related quality of life observed after gastric banding. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *11*(1), 110-117.
26. Cash, T. F., & Smolak, L. (Eds.). (2011). Body image: A handbook of science, practice, and prevention. Guilford Press.
27. Caterson, I.D., Gill, T.P. (2002). Obesity: epidemiology and possible prevention. Best Practice & Research Clinical Endocrinology and Metabolism,16(4), 595-610.
28. Clayton, A. H. (2002). Female sexual dysfunction related to depression and antidepressant medications. *Current women's health reports*, *2*(3), 182-187.
29. Crujeiras, A.B., Goyenechea, E., Abete, I., Lage, M. ve diğerleri. (2010). Weight Regain after a Diet-Induced Loss Is Predicted by Higher Baseline Leptin and Lower Ghrelin Plasma Levels. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(11), 5037-5044. Erişim:13.07.2018, https://academic.oup.com/jcem/article/95/11/5037/2835281

30. Çıtak Akbulut, G., Özmen, M.M., Besler, H.T. (2007). Obezite. *Tübitak Bilim ve Teknik Dergisi*, 11-12.
31. Çömlekçi, N. (2011). Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Ölçeği (IWQOL-LİTE) Türkçe Versiyonunun Psikometrik Değerlendirmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Danışman Yard. Doç. Dr. Şeyda ÖZCAN.
32. Dallal, R. M., Chernoff, A., O'Leary, M. P., Smith, J. A., Braverman, J. D., & Quebbemann, B. B. (2008). Sexual dysfunction is common in the morbidly obese male and improves after gastric bypass surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, *207*(6), 859-864.
33. Demirel, A.H., Küçük, B., Ünal, Y., Gündüz, G., Kara, K. (2017). Assessment of antropometric measurements and metabolic syndrome in acute biliary pancreatitis. *Journal of Surgical Arts*, 10(1), 8-13. Erişim: 28.06.2018 , http://www.cerrahisanatlardergisi.com/index.php/jsa/article/view/32/27.
34. Demirkaya, Y. (2010). Çekmeköy' ün Sosyo-Ekonomik Yapısı ve Kentsel Yaşam Kalitesi, İstanbul: Çekmeköy Belediye Başkanlığı Yayını.
35. Deveci, E. (2013) Obezite Cerrahisi (Bariatrik) Adayı Olan Ve Olmayan Obez Bireylerde Yeme Özellikleri, Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk, Tedavi Motivasyonu ve Psikopatolojinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. Özlem Sertel Berk).
36. Diéguez, C., Vazquez, M.J., Romero, A. ve ark. (2011) . Hypothalamic control of lipid metabolism:focus on leptin ghrelin and Melanocortins. *Neuroendocrinology*, 94, 1–11.Erişim:26.06.2018, https://www.karger.com/Article/Pdf/328122.
37. Eker, E., Şahin, M. (2002). Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. 11(7), 246-249.Erişim:27.06.2018 . http://www.ttb.org.tr/STED/sted0702/obezite.pdf.
38. Elrefai, M., Hasanberg, T., Diouf, S. ve diğerleri. (2017). Quality of Life After Bariatric Surgery: Comparison of Four Different Surgical Procedures. *Barıatrıc Surgıcal Practıce And Patıent Care*, 12(2), 61-66.

39. Farooq, W., Farwa, U., Khan,R.F. (2015). The Metabolic Syndrome and Inflammation: Role of Insulin Resistance and Increased Adiposity. Oman *Medical Journal*, 30(2), 100-103. Erişim 20.06.18 , https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4412452/.
40. Fontaine, K.R., Barofsky, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews*, 2(3), 173–82.
41. Foster, G.D., Makris, A.P., Bailer, B.A., (2005). Behavioral treatment of obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82, 230-235.
42. Garaulet, M., Perez de Heredia, F. (2010). Behavioural therapy in the treatment of obesity (II): role of the Mediterranean diet. *Nutricion Hospitalaria*, 25(1), 9-17.
43. Gierach, M., Gierach, J., Junik, R. (2014). Insulin resistance and thyroid disorders. *Endokrynologia Polska*, 65(1), 70-76, https://journals.viamedica.pl/endokrynologia_polska/article/view/EP.2014.0010/32244
44. Gönenç, I., Tuzcular, E.Z., Kayataş, K. (2014). Obezite ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J. Fam Med-Special Topics*, 5(3), 83-7.
45. Gönenir Erbay, L., Akyüz, M., Şahin, İ., Evren, B., Kayaalp, C., & Karlıdağ, R. (2018). Bariatrik Cerrahi Adayı Morbid Obezite Hastalarının Yaşam Doyumunun Beden Algısı Ve Benlik Saygısı İle İlişkisi. *Firat Tip Dergisi*, *23*(1).
46. Guan, N., Feng, H., Gong, D., Zhao, X. Ve diğerleri(2013) . Genipin ameliorates age related insulin resistance through inhibiting hepatic oxidative stress and mitochondrial dysfunction . *Experimental Gerontology*, 48(12), 1387-1394. Erişim: 25.06.18, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0531556513002829?via%3Dihub
47. Gülçelik, N.E., Gürlek, A., Usman, A. (2007). Obezitenin Medikal Tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 38, 212-217.
48. Hall, J.E., Hildebrandt, D.A., Kuo, J. (2001). Obesity hypertension: role of leptin and sympathetic nervous system.*American Journal of Hypertension*,

6(2), 103-115. Erişim:20.06.2018 , https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11411745.

49. Haslam, D.W., James, W.P. (2005). Obesity. *The Lancet*, 366,1197-1209. Erişim:28.06.2018, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605674831?via%3Dihub
50. Hassan, M. K., Joshi, A. V., Madhavan, S. S., Amonkar, M. M. (2003) Obesity and Health-Related Quality of Life: a Cross-Sectional Analysis of the us Population, *International Journal of Obesity*, 27: 1227-1232.
51. Hess, D.S., Hess, D.W. (1998). Biliopancreatic Diversion with a Duodenal Switch. *Obesity Surgery*, 8(3), 267–282.
52. Janik, M. R., Rogula, T., Bielecka, I., Kwiatkowski, A., & Paśnik, K. (2016). Quality of life and bariatric surgery: cross-sectional study and analysis of factors influencing outcome. *Obesity surgery*, *26*(12), 2849-2855.
53. Jumbe, S. E. (2017) Post-surgical cliff after weight loss surgery: Accounts of patients and their health care professionals. Professional Doctorate in Health Psychology, University of the West of England,Bristol
54. Karadayı, B., Koçkaya, G., Yenilmez, F.B., Şener, O., Beyan, A. (2016). The Role of Obesity Surgery in Obesity Treatment in Turkey. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 1(1), 20-62. Erişim:29.06.2018, http://dergipark.gov.tr/download/article-file/226901.
55. Karlsson,J., Sjostrom, L., Sullivan,M. (1998). Swedish obese subjects (SOS)—an intervention study of obesity. Two-year followup of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *International journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 22, 113–126.
56. Kaya, A. (2003). Obezite ve Hipertansiyon. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2, 13-21. Erişim:28.06.2018 , http://www.turkjem.org/uploads/pdf/7-2-0_13-21.pdf
57. Keskin, H., Timur, Ö., Kaya, Y., Utlu, M. ve arkadaşları. (2016). Increased uric acid levels and clinical relationship in polycystic ovary syndrome. *Turkish*

Journal of Clinics and Laboratory, 7(2), 34-38. Erişim: 28.06.2018, http://dergipark.gov.tr/download/article-file/222552.

58. Kinzl, J. F., Trefalt, E., Fiala, M., Hotter, A., Biebl, W., & Aigner, F. (2001). Partnership, sexuality, and sexual disorders in morbidly obese women: consequences of weight loss after gastric banding. *Obesity Surgery*, 11(4), 455-458.
59. Kissler, H.J., Settmacher, U. (2013). Bariatric Surgery to Treat Obesity . *Seminars in Nephrology*, 33(1), 75-89.
60. Klop, B., Elte, J.W.F., Cabezas, M.C. (2013). Dyslipidemia in Obesity: Mechanisms and Potential Targets. *Nutrients*, 5(4), 1218-1240. Erişim :28.06.2018 , https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3705344/.
61. Koçaşlı, S., Öztekin, D. (2010). Obezite Cerrahisinde Perioperatif Bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(2), 77-82.
62. Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Gress, R. E., Hunt, S. C., & Adams, T. D. (2009). Two-year changes in health-related quality of life in gastric bypass patients compared with severely obese controls. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 5, 250–256.
63. Kolotkin, R. L., Zunker, C., & Østbye, T. (2012). Sexual functioning and obesity: a review. *Obesity*, *20*(12), 2325-2333.
64. Kolotkin, R.L., Crosby, R.D., Koloski, K.D., Williams, G.R. (2001). Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obesity Research*, 9,102-111.
65. Kolotkin, R.L., Meter, K., Williams, R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity reviews*, 2(4), 219-229.
66. Korkut,Y., Koçak, F.E., Kilit, T.P., Arıkan, İ. ve arkadaşları. (2015). Obez Kadınlarda Metabolik Sendrom ve Lipid Profilinin Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 7(1), 40-44. Erişim:28.06.2018, http://dergipark.gov.tr/download/article-file/107893
67. Kut, A. (2009). Obezite ve Sağlıklı Yaşam Tarzı. *Sağlıklı Yaşam Dergisi*, Tanıtım Sayısı, 8- 27.
68. Latner, J. D. (2012). Body weight and body image in adults. In *Encyclopedia of body image and human appearance*. 264-269.

69. Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, *281*(6), 537-544.

70. Lazo, M., Clark,J.M.(2008). The epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease: A global perspective. *SEMINARS IN LIVER DISEASE* , 28, 339-350. Erişim:28.06.2018, https://sci-hub.tw/10.1055/s-0028-1091978)

71. Lee, W. J., Huang, M. T., Yu, P. J., Wang, W., & Chen, T. C. (2004). Laparoscopic vertical banded gastroplasty and laparoscopic gastric bypass: a comparison. *Obesity surgery*, 14(5), 626-634.

72. Lier, H. Ø., Biringer, E., Hove, O., Stubhaug, B., & Tangen, T. (2011). Quality of life among patients undergoing bariatric surgery: associations with mental health-A 1 year follow-up study of bariatric surgery patients. *Health and quality of life outcomes*, *9*(1), 1.

73. Lukaski, H.C. (1987). Methods for the assessment of human body composition: Traditional and new. *The American journal of clinical nutrition*, 46(4),537-556.

74. Maciejewski, M. L., Patrick, D. L., & Williamson, D. F. (2005). A structured review of randomized controlled trials of weight loss showed little improvement in health-related quality of life. *Journal of clinical epidemiology*, *58*(6), 568-578.

75. Major, P., Matłok, M., Pędziwiatr, M., Migaczewski, M., Budzyński, P., Stanek, M. , Budzyński, A. (2015). Quality of life after bariatric surgery. *Obesity surgery*, *25*(9), 1703-1710.

76. Malnick, S. D. H., Knobler, H. (2006). The medical complications of obesity . *QJM: An International Journal of Medicine*, 99(9), 565-579. Erişim:28.06.2018 , https://academic.oup.com/qjmed/article/99/9/565/2258973

77. Mannucci, E., Ricca, V., Barciulli ,E. (1999). Quality of life and overweight: The obesity related well-being (Orwell 97) questionnaire. *Addictive behaviors*, 24(3), 345-357.

78. Mariano, A., Kolotkin, R.L., Petribu, K., Ferreira, N.L., Dutra, R.F., Barros, M.V.G. ve ark. (2010). Psychometric Evaluation of a Brazilian Version of

the Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL-Lite) Instrument. *European Eating Disorders Review*,18, 58–66.

79. Mcintyre, R.S., Alsuwaidan, M., Goldstein, B.I., Taylor, V. H., Schaffer, A., Beaulieu, S.,Kemp, D.E. (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid metabolic disorders. Annals of *Clinical Psychiatry*, 24(1), 69-81.
80. Mert, M., Adaş, M. (2014). Obezitenin Endokrin ve Metabolik Komplikasyonları. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 1-4. Erişim:28.06.2018. https://www.journalagent.com/eamr/pdfs/OTD_30_SUP_1_1_4.pdf.
81. Modesitt, S. C., Hallowell, P. T., Slack-Davis, J. K., Michalek, R. D., Atkins, K. A., Kelley, S. L., ... & Hoehn, K. (2015). Women at extreme risk for obesity-related carcinogenesis: Baseline endometrial pathology and impact of bariatric surgery on weight, metabolic profiles and quality of life. *Gynecologic oncology*, *138*(2), 238-245.
82. Mokdad, A. H., Bowman, B. A., Ford, E. S., Vinicor, F., Marks, J. S., & Koplan, J. P. (2001). The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *Jama*, *286*(10), 1195-1200.
83. Monteiro, F., Ponce, D. A., Silva, H., Pitta, F., & Carrilho, A. J. (2017). Physical function, quality of life, and energy expenditure during activities of daily living in obese, post-bariatric surgery, and healthy subjects. *Obesity surgery*, 27(8), 2138-2144.
84. Morris, M.J., Beilharz, J.E., Maniam, J., Reichelt, A.C., Westbrook, R.F. (2015). Why is obesity such a problem in the 21st century The intersection of palatable food, cues and reward pathways, stress, and cognition. *Neurosci Biobehav Rev*. 58, 3645.
85. Müller, M. K., Wenger, C., Schiesser, M., Clavien, P. A., & Weber, M. (2008). Quality of life after bariatric surgery a comparative study of laparoscopic banding vs. bypass. *Obesity surgery*, *18*(12), 1551-1557.

86. National Institutes of Health. NIH consensus statement. *Gastrointestinal surgery for severe obesity*. (1991). Erişim tarihi:13.07.2018, https://consensus.nih.gov/1991/1991gisurgeryobesity084html.htm
87. Nazlıcan, E.(2008). Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana.
88. Nickel, F., Schmidt, L., Bruckner, T., Billeter, A. T., Kenngott, H. G., Müller-Stich, B. P., & Fischer, L. (2017). Gastrointestinal quality of life improves significantly after sleeve Gastrectomy and roux-en-Y gastric bypass—a prospective cross-sectional study within a 2-year follow-up. *Obesity surgery*, *27*(5), 1292-1297.
89. O'Brien, P.E. (2010). Bariatric Surgery: Mechanisms, indications and outcomes. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 25, 1358-65.
90. Oğuz, G., Karabekiroğlu, A., Kocamanoğlu, B., Sungur, M.Z. (2016). Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 8(2), 133-144.
91. Oksel, E., Kolcu, Z., Yorulmaz, S., Paşaoğlu, Ş. (2008). Obez Bireylerde Yaşam Kalitesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 24(3), 115-123.
92. Otmalaz, İ., Ece, İ. (2016). Obezite Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi*, 32(2), 52-55.
93. Öncü, İ. , (2009) . Çocukluk Çağı Obezitesinde Metabolik Parametrelerin Diyet ve Egzersizlerle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Çukurova üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana,11-16.
94. Pandey, A., Kulshrestha, S., Masood, S., & Chauhan, S. (2017). Effect of Bariatric Surgery on Psychosomatic Condition and Quality of Life of Patients with Morbid Obesity: A Study. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(3), 111-117.
95. Parati, G. (2002). Obesity, hypertension and the sympathetic nervous system. *Journal of Hypertension*, 20, 835-837. Erişim:28.06.2018 ,

https://journals.lww.com/jhypertension/Fulltext/2002/05000/Obesity,_hypertension_and_the_sympathetic_nervous.13.aspx

96. Pilone, V., Mozzi, E., Schettino, A. M., Furbetta, F., Di Maro, A., Giardiello, C., et al. (2012). Improvement in health-related quality of life in first year after laparoscopic adjustable gastric banding. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8, 260–268.

97. Raaijmakers, L.C., Pouwels, S., Thomassen, S.E., Nienhuijs, S.W. (2017). Quality of life and bariatric surgery: a systematic review of short and long term results and comparison with community norms. *European Journal of Clinical Nutrition*, 71, 441–449.

98. Rasmussen, K.M., Yaktine,A.L. (2009). Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines, Washington (DC): Natio Academies Press (US). Erişim tarihi: 22.06.2018 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32813/

99. Rosenthal, R.J. (2012). International Sleeve Gastrectomy Expert Panel Consensus Statement: best practice guidelines based on experience of >12,000 cases. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8(1), 8-19.

100. Sağlam, F., Güven, H. (2014) Obezitenin Cerrahi Tedavisi . *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 60-65.

101. Saraç, F., Parıldar, Ş., Duman, E., Saygılı, F., Tüzün, M., Yılmaz, C. (2007) Quality of Life for Obese Women and Men in Turkey, *Preventing Chronic Disease*. 4(3). internet erişim 05.09.2017 https://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/06_0108.htm

102. Sarwer, D. B., & Crerand, C. E. (2004). Body image and cosmetic medical treatments. *Body image*, *1*(1), 99-111.

103. Sarwer, D. B., & Steffen, K. J. (2015). Quality of life, body image and sexual functioning in bariatric surgery patients. *European Eating Disorders Review*, *23*(6), 504-508.)

104. Sarwer, D. B., Bishop-Gillyard, C., & Carvajal, R. (2014). Quality of life. In Still, C. D., Sarwer, D. B., & Blankenship, J. (Eds.), The ASMBS textbook of bariatric surgery. 2, 19–24. New York: Springer.

105. Sarwer, D. B., Lavery, M., & Spitzer, J. C. (2012). A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function. *Obesity surgery*, *22*(4), 668-676.

106. Sarwer, D. B., Spitzer, J. C., Wadden, T. A., Mitchell, J. E., Lancaster, K., Courcoulas, A., ... & Christian, N. J. (2014). Changes in sexual functioning and sex hormone levels in women following bariatric surgery. *JAMA surgery*, *149*(1), 26-33.

107. Sarwer, D. B., Spitzer, J. C., Wadden, T. A., Rosen, R. C., Mitchell, J. E., Lancaster, K. & Christian, N. J. (2015). Sexual functioning and sex hormones in men DSÖ underwent bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *11*(3), 643-651.

108. Sarwer, D. B., Thompson, J. K., & Cash, T. F. (2005). Body image and obesity in adulthood. *Psychiatric Clinics*, *28*(1), 69-87.

109. Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*, 13, 639–648.

110. Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Eisenberg, M. H., Raper, S. E., & Williams, N. N. (2010). Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *6*(6), 608-614.

111. Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Eisenberg, M. H., Raper, S. E., & Williams, N. N. (2010). Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *6*(6), 608-614.

112. Sarwer, D.B. , Steffen,K.J. (2015). Quality of Life, Body Image and Sexual Functioning in Bariatric Surgery Patients. *John Wiley & Sons, Ltd and Eating Disorders Association*, 23, 504–508.

113. Sarwer, D.B., Faulconbridge, L.F., Mitchell, J.E., Steffen, K.J., Roerig, J.L. (2011). The management of mood disorders with anti-depressant medications after bariatric surgery. *Current Psychiatry*, 10, 19 –26.

114. Schauer, P. R., Bhatt, D. L., Kirwan, J. P., Wolski, K., Aminian, A., Brethauer, S. A., & Kashyap, S. R. (2017). Bariatric surgery versus intensive

medical therapy for diabetes—5-year outcomes. *New England Journal of Medicine*, 376(7), 641-651.

115. Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body image*, 1(1), 43-56.

116. Sertkaya, Ç. A. (2008). Obezitenin Medikal Tedavisi ve Güncel Yaklaşımlar. İçinde Orhan, Y., Bozbora, A. Obezite, Medikal ve Cerrahi Tedavisi. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 329-339.

117. Silva, D.A.S., Nahas, M.V., Sousa, T.F., Duca, G.F.D.D., Peres, K.G. (2011). Prevalence and associated factors with body image dissatisfaction among adults in southern Brazil: A population-based study. *Body Image An International Journal of Source*, 8(4), 427-431. Erişim :14.07.2018, https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1740144511000659 .

118. Sjöström, L., Lindroos, A. K., Peltonen, M., Torgerson, J., Bouchard, C., Carlsson, B. & Sullivan, M. (2004). Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *New England Journal of Medicine*, *351*(26), 2683-2693.

119. Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C. D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., ... & Bengtsson, C. (2007). Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *New England journal of medicine*, *357*(8), 741-752.

120. Still, C., Sarwer, D. B., & Blankenship, J. (2014). *The ASMBS Textbook of Bariatric Surgery*. Springer New York.

121. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı. Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.

122. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. (2014). Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.

123. Taşan E. (2005). İdentification, Evaluation and Epidemiology of Obesity. *Türkiye Klinikleri İnternational Journal of Medical Sciences*, 1(37), 1-4.

124. Tedik, S. E. (2017). Fazla Kilo / Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü. *Türkiye Diyabet ve Obezite*

Dergisi / Turkish Journal of Diabetes and Obesity, 2, 54-62. Erişim:30.06.2018, http://dergipark.gov.tr/download/issue-full-file/33698.

125. Tekin, K., Toydemir, T. (2013). Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Endocrin-Special Topics*, 6(1), 86-90.

126. Testa, M.A., Simonson, D.C. (1996). Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334, 835-840.

127. Thomsona, L., Sheehan, K.A., Meaney, C., Wnuka, S., Hawaa,R.,Sockalingam,S. (2016). Prospective study of psychiatric illness as a predictor of weight loss and health related quality of life one year after bariatric surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 86, 7-12.

128. Türker, F. (2013) . Obezite Tedavisinde Tıbbi Beslenme ve Farmakolojik Yaklaşımlar, Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı, Ed. Başak Yücel, Asena Karakoç Akdemir, Ayça Gürdal Küey, Fulya Maner, Erdal Vardar, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi 15, Ankara, 337-350.

129. Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği. (TEMD). (2014). Obezite tanı ve tedavi kılavuzu. Ankara. Erişim tarihi : 14.08.2017 http://www.turkendokrin.org/files/file/OBEZITE_TTK_web.pdf

130. Usta, E., Çavdar, İ. (2013). Obezite Cerrahisinde (Bariyatrik Cerrahi) Hemşirelik Bakımı. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 71-77.

131. Üzmez, B. (2007). Multi Disipliner Yaklaşımla Davranış Değişikliği Tedavisi Uygulanan Şişman Bireylerdeki Yaşam Tarzı Değişikliklerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Toplu Beslenme Sistemleri Programı. Yüksek Lisans Tezi.21-41.

132. Vetter, M.L., Cardillo,S., Rickels, M.R., Iqbal, N. (2009). Narrative Review: Effect of Bariatric Surgery on Type 2 Diabetes Mellitus. *Annals of İnternal Medicine*, 150(2), 94-103.

133. Vidal, J. , Ibarzabal, A. , Romero, F. (2008) . Type 2 diabetes mellitus and the metabolic syndrome following sleeve gastrectomy in severely obese subjects. *Obes Surgery* ,18, 1077-1082.

134. Vogel, J. A., Franklin, B. A., Zalesin, K. C., Trivax, J. E., Krause, K. R., Chengelis, D. L., & McCullough, P. A. (2007). Reduction in predicted

coronary heart disease risk after substantial weight reduction after bariatric surgery. *The American journal of cardiology*, 99(2), 222-226.

135. Wadden, T. A., Butryn, M. L., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Kuehnel, R. H., et al. (2006). Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III versus class I–II obesity. *Obesity Research*, 14, 90–98.

136. Wadden, T.A., Phelan, S.(2002). Assessment of quality of life in obese individuals. *Obesity Research*, 10(1), 50-57.

137. Warkentin, L. M., Majumdar, S. R., Johnson, J. A., Agborsangaya, C. B., Rueda-Clausen, C. F., Sharma, A. M., ... & Padwal, R. S. (2014). Weight loss required by the severely obese to achieve clinically important differences in health-related quality of life: two-year prospective cohort study. *BMC medicine*, *12*(1), 175.

138. Wimmelmann, C.L., Dela, F., Mortensen, E.L. (2014). Psychological predictors of mental health and health-related quality of life after bariatric surgery: A review of the recent research. *Obesity Research and Clinical Practice* , 8(4),314-324.

139. Wing, R.R. (2002). Behavioral weight control. In Handbook of Obesity Treatment (Eds TA Wadden, AJ Stunkard) , 301-316. New York, Guilford Press.

140. Wingfield, L.R., Kulendran, M., Laws,G., Chahal, H. ve diğerleri. (2015) . Change in Sexual Dysfunction Following Bariatric Surgery. *Obes Surg*. Review Article. DOI 10.1007/s11695-015-1937-7.

141. World Health Organisation. (1992).International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). Geneva, DSÖ.

142. World Health Organization (DSÖ). (2018). Obesity & Overweight, http://www.DSÖ.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/ (erişim tarihi : 30.08.2017)

143. Yağbasan, A. (2009). Farklı Obezite Evrelerinde Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal ve Tiroid Hormon Akslarının Obezite Parametreleri ve İnsülin

Direnci ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa.

144. Yıldırım, İ., Yıldırım, Y., Işık, Ö., Karagöz, Ş. ve diğerleri. (2017) . Üniversite Öğrencilerinde Farklı Ölçüm Yöntemlerine Göre Obezite Prevalansı. İnönü Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 4(2),20-33.

145. Yorgancı, K., Tırnaksız, B.M. (2007). Morbid Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 38, 218-222.

146. Yücel, N. (2008). Kilolu ve obez kadınlarda obezite ve benlik saygısı ilişkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

147. Yüksel, A. (2016). Bariatrik Cerrahi Operasyonu Geçiren Morbid Obez Bir Hastanın 3 Yıl Sonraki Beslenme Durumu: Olgu Sunumu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 39-45.