T.C

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BARİATRİK CERRAHİ GEÇİRMİŞ BİREYLERİN GEÇ DÖNEMDEKİ YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAN BEKLENTİLERİ

EMRE YILMAZ

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SENNUR KULA ŞAHİN

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2021

T.C

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BARİATRİK CERRAHİ GEÇİRMİŞ BİREYLERİN GEÇ DÖNEMDEKİ YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAN BEKLENTİLERİ

EMRE YILMAZ

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ SENNUR KULA ŞAHİN

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2021

ETİK BEYAN

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum "Bariatrik Cerrahi Geçirmiş Bireylerin Geç Dönemdeki Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanlarından Beklentileri" adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

EMRE YILMAZ

İTHAF

Covid-19 salgını nedeniyle hayatını kaybeden tüm meslektaşlarım ve sağlık çalışanlarına ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince ve araştırma konumun seçilmesinde, yürütülmesi ve sonuçlanmasına kadar her aşamada hem yol gösteren hem de çalışmalarımda beni yüreklendiren tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN'e, yüksek lisans eğitim süresince bilgilerini bizden esirgemeyen Prof. Dr. Neriman AKYOLCU'ya ayrıca yüksek lisans eğitim süresince bilgilerini esirgemeyen Prof. Dr. Hasan ALTUNA'na, Yüksek lisans eğitimi konusunda beni cesaretlendiren ve araştırmam boyunca psikiyatri alanında danışmanlığını üstlenen Psikolog/Arş. Gör. Emre ÇİYDEM'e ve ışığında aydınlandığım tüm hocalarıma,

Desteklerini, yardımlarını ve sevgilerini biran olsun benden esirgemeyen dostlarıma, bu süreçte beraber yürüdüğüm, düştüğüm ve birlikte gülerek kalktığım yol arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında yanımda olan, varlıklarıyla varlığımı güzelleştiren canım eşim, annem, babam ve kardeşime de,

Teşekkür ederim.

Emre YILMAZ

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN ..... **II**

İTHAF ..... **III**

TEŞEKKÜR ..... **IV**

ŞEKİL LİSTESİ ..... **VIII**

TABLO LİSTESİ ..... **IX**

KISALTMALAR LİSTESİ ..... **X**

ÖZET ..... **XI**

ABSTRACT ..... **XII**

1.GİRİŞ **1**

2.GENEL BİLGİLER **3**

2.1 Obezite **3**

2.1.1.Tanımı 3

2.1.2.Epidemiyolojisi 4

2.1.3.Etiyolojisi 7

2.1.4.Sınıflandırılması 10

Tablo 2.2. Bel çevresi ve BKİ'ye göre hastalıklar için risk sınırları (Köksal ve Küçükerdönmez, 2008) 11

2.1.5. Obeziteye Bağlı Gelişen Hastalıklar 12

2.2.Bariatrik Cerrahi 14

2.2.1.Bariatrik Cerrahi Kavramı 14

2.2.2 Bariatrik Cerrahi Yöntemleri 15

2.2.2.1 Biliyopankreatik diversiyon ile Duodenal switch (BPD / DS) 15

2.2.2.2 Gastric bypass (Roux-en-Y) 16

2.2.2.3 Sleeve Gastrektomi 17

2.2.3.Bariatrik Cerrahi Uygulamaları 17
2.3.Yaşam Kalitesi 19
2.3.1.Yaşam Kalitesi Kavramı 19
2.3.2.Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler 19
2.3.3. Bariatrik Cerrahide Yaşam Kalitesi Etkisi 20
2.4.Sağlık İletişimi 21
2.4.1.Sağlık İletişimi Kavramı 21
2.4.2.1.Hekim ve İletişim 22
2.4.2.2.Hemşire ve İletişim 22
2.4.3.Sağlık Çalışanı-Hasta İletişimini Etkileyen Faktörler 23
3. GEREÇ ve YÖNTEM 25
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü 25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih 25
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 26
3.4. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi 26
3.6. İstatistiksel Değerlendirme 27
3.7.Araştırmanın Etik Yönü 28
Araştırmaya başlamadan önce üniversiteden 2020/14 sayılı,26.11.2020 tarihli sosyal ve beşeri bilimler araştırmaları etik kurul izni (Ek 8), hastanenin başhekimliğinden kurum izni (Ek 9) ve akademik kurul (Ek 10) izinleri alındı. Her hastadan, gönüllüleri bilgilendirme ve izin formu alındı (Ek 3). 28
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları 28
4. BULGULAR 29
Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin sağlık çalışanlarından beklentileri anketi 33
5. TARTIŞMA 36
Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri 36
Katılımcıların Çalışmada Kullanılan Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları 38

Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile yaşam kalitelerindeki artış ve sağlık çalışanlarından beklentileri arasındaki ilişki 42

6. SONUÇ 43

KAYNAKÇA 44

EKLER 53

Ek1. Ölçek Kullanım İzini 53

Ek2. Tez çalışması için psikiyatri danışmalığı 54

Ek 3. Yazılı Aydınlatılmış Onam Formu 55

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 55

Ek 4. Sosyo-demografik veri formu 58

Ek.5 Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin sağlık çalışanlarından beklentileri anketi 60

Ek6. Obezite cerrahisi geçiren hastalara yönelik yaşam kalitesi ölçeği 61

Ek.7 Sosyal ve beşeri bilimler araştırmalar etik kurulu 62

Ek.8 Sosyal ve beşeri bilimler araştırmaları etik kurul izni 63

Ek.9 Kurum İzin Dilekçe Formu 64

İNTİHAL RAPORU 65

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil2.1 TURDEP-I ve TURDEP II çalışmalarında Türkiye'deki yetişkin toplumundaki BKİ gruplarının dağılımı (TEMD. 2018)..... 6

Şekil2.2 BPD-DS Uygulamasının Şematik Bir Gösterimi (Buchwald H. 2011)..... 16

Şeki2.3 RYGB Uygulamasının Şematik Bir Gösterimi (Buchwald H.2011)…….....…….17

Şekil4.1 Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin mevcut sağlık durumunun ameliyat önceki döneme göre değerlendirmesi 29

Şekil4.2 Bariatrik cerrahi geçiren bireylerin diyet, spor ve diğer destek tedaviler ile kilo verebileceğini düşünme oranları 29

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Yetişkinlerin, gençlerin ve çocukların BKİ ve bu değerlendirmeler (Centers for Disease Control, 2017)..... 4

Tablo 2.2. Bel çevresi ve BKİ'ye göre hastalıklar için risk sınırları (Köksal ve Küçükerdönmez, 2008)..... 11

Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ve ameliyat sonrası kilo kontrolüne yönelik yaptıkları uygulamalar(N=119)..... 31

Tablo 4.2. Katılımcıların ameliyat sonrası sağlık çalışanlarından beklenti ve memnuniyetin değerlendirilmesi (N=119)..... 32

Tablo 4.3. Katılımcıların Obezite Cerrahisi Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin biyopsikososyal ve komplikasyon boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımları (N=119) 33

Tablo 4.4. Çalışmada kullanılan psikososyal alan, fiziksel işlev, cinsel yaşam, biyosikososyal ve komplikasyon ölçek ve Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin sağlık çalışanlarından beklentileri anketi boyutlarının ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, normallik test bulguları ve Cronbach alpha güvenirlilik katsayı değerlerinin incelenmesi..... 34

Tablo 4.5. Katılımcıların bazı tanıtıcı özellikleri ile Obezite Cerrahi Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan medyan değerlerinin karşılaştırılması 35

Tablo 4.6. Obezite Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin çok değişkenli lineer regresyon analizi..... 36

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BKİ: Beden kitle indeksi

BMI: Body Mass Index (Beden kitle indeksi)

FDA : U.S. Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)

OCSYKÖ: Obezite cerrahisi geçiren hastalara yönelik yaşam kalitesi ölçeği

RYGB: Roux en Y Gastric Bypass

TURDEP: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

BARİATRİK CERRAHİ GEÇİRMİŞ BİREYLERİN GEÇ DÖNEMDEKİ YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAN BEKLENTİLERİ

EMRE YILMAZ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN

2021

Bu çalışma bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin geç dönemdeki yaşam kalitesi ve sağlık çalışanlarından beklentilerinin belirlenerek yaşam kalitelerini artırabilmek, amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel türde gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini bir özel klinikte 18-65 yaş aralığında, dört yıl önce bariatrik cerrahi geçirmiş 648 katılımcı oluşturdu. Örneklemi %80 güç ve 0.05 tip1 hata ile hesaplanan 119 katılımcı çalışmaya dahil edildi. Veriler Ocak-Nisan 2021 tarihleri arasında araştırmacı tarafından telefonla aranarak toplandı. Veri toplamada "Sosyo-Demografik Veri Formu", "Bariatrik Cerrahi Geçirmiş Hasta Bireylerin Sağlık Çalışanlarından Beklentileri" ve "Obezite Cerrahisi Geçiren Hastalara Yönelik Yaşam Kalitesi" ölçeği kullanıldı. Çalışmada katılımcıların %73,9'u kadın, %52,1'i lisans ve üzeri eğitime sahip, %55,6'sı ameliyattan 3-4 yıl sonra kilo aldığı, %21,0'i kronik hastalığa sahip, %40,3'ü sağlıklı beslendiği, %68,9'u egzersiz yaptığı belirlendi. Yaş ortalaması 39,8±9,6, Beden Kitle İndeksi 30,2±5,9'dir. Yaşam kalitelerinin biyopsikososyal alt boyutu (cinsel yaşam, fiziksel işlev, psikososyal alan puan toplamı; 59,5±6,7) orta, komplikasyon alt boyutu düşük (14,1±4,7) saptandı. Sağlık çalışanlarının özellikle mahremiyete gösterilen özen ve dikkat (%95), iletişimde kullandıkları yöntem-dil (%92,4, bilgilerin açık ve anlaşılır (%84,0) olduğunu belirtmelerine karşın eğitimde kullanılan broşür (%57,1), kilo takibi (%61,3), eğitim destek ve yönlendirmeleri (%71,4) daha düşük bulundu. Biyopsikososyal alt boyutunda yaş (OR:-1,904), kronik hastalık (OR:-4,305) ve tekrar kilo alma (OR:-2,437) etkili faktörler olduğu saptandı. Komplikasyon gelişiminde etkili faktör bulunmadı. Çalışmada katılımcıların tekrar kilo almaya başlamalarına karşı yaşam kalitelerinin etkilendiği, 40 yaş ve üzeri ve kronik hastalığı olanların risk grubunda olduğu, sağlık çalışanlarının kilo kontrolüne yönelik sağlıklı yaşam davranışlarına eğitim ve takip hizmetinin geliştirilmesi sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Bariatrik Cerrahi, Yaşam Kalitesi, Geç Dönem, Beklenti, Sağlık Çalışanları.

ABSTRACT

LATE LIFE QUALITY OF INDIVIDUALS WHO HAVE BEEN BARIATRIC SURGERY AND THE EXPECTATIONS OF HEALTH CARE WORKERS

EMRE YILMAZ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN

2021

This study was carried out in a descriptive and cross-sectional type with the aim of increasing the life quality of the individuals who have undergone bariatric surgery by determining their late-term life quality and their expectations from healthcare professionals. The population of the study consisted of 648 participants, aged between 18-65 years, who underwent bariatric surgery four years ago in a private clinic. 119 participants whose sample was calculated with 80% power and 0.05 type1 error were included in the research. Data were collected by phone calls by the researcher between January and April 2021. "Socio-Demographic Data Form", "Expectations of Patients Who Have Undergone Bariatric Surgery From Health Professionals" and "Quality of Life of the Patients Who Have Had Obesity Surgery" scales were used to collect data. In the study, it was determined that 73.9% of the participants were women, 52.1% had bachelor's degree or higher education, 55.6% put on weight 3-4 years following the operation, 21.0% had chronic diseases, 40.3% of them ate healthily, and 68.9% exercised. The mean age is 39.8 ± 9.6, and the Body Mass Index is 30.2 ± 5.9. The biopsychosocial sub-dimension of their life quality (sexual life, physical function and psychosocial score were totally 59.5±6.7) was found to be moderate, and the complication sub-dimension was low (14.1±4.7). Despite the fact that the participants noted that the health workers pay particular attention to privacy (95%), the method-language they use in communication (92.4%), the information is clear and understandable (84.0%), brochures used in education (57.1%), weight tracking (61.3%), educational support and referrals (71.4%) were found to be lower. Age (OR:-1,904), chronic disease (OR:-4,305) and regaining weight (OR:-2,437) were found to be effective factors in the biopsychosocial sub-dimension. No effective factor was found in the development of complications. In the study, it was concluded that the life quality of the participants was affected by the fact that they started to gain weight again, that those aged 40 and over and those with chronic diseases were in the risk group, and that education and follow-up services upon healthy life behaviours regarding weight control were to be developed.

Keywords: Obesity, bariatric surgery, quality of life, late-term, expectation, healthcare professonals.

1.GİRİŞ

Modern yaşam ile birlikte yiyecek alımında meydana gelen artış ve fiziksel aktivitedeki azalış, toplumda obezitenin artışına neden olarak, obeziteyi önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir (Wu E, et al. 2016; Jastrzebska-Mierzynska et al. 2014). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından sağlanan 2016 verilerine göre, 18 yaş ve üzeri 650 milyondan fazla obez insan ve 1,9 milyardan fazla kilolu birey vardır (Dünya Obezite Oranı, 2020). Türkiye İstatistik Kurudmu (TÜİK), 2016 yılı verilerine göre 15 yaş ve üzeri toplam nüfusun% 19,6'sı obez, %34,3'ünün fazla kilolu olduğu tespit edilmiştir. Yine Türkiye'nin Avrupa'da obezitenin en yaygın olduğu ülke olduğu belirtilmektedir.

Gelişmiş ülkelerde ortalama olarak sağlık harcamalarının %2 ile %'10'u hatta bazı ülkelerde %15'i obezite ve obezitenin sonucunda ortaya çıkan hastalıklar sebebiyle yapılmaktadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2017). Amerika'da obezitenin comorbiditeye bağlı gelişen sağlık ekonomisine yılda yaklaşık 215 milyon dolar yük getirdiği belirtilmektedir (Tremmel et al 2017). Bu nedenle bireylerin obezite ile ilişkili morbidite, mortalite ve sağlık bakımı harcamaları üzerindeki etkilerini azaltmak, yaşam kalitelerini artırmak amacı ile etkili tedavi yaklaşımlarına gereksinim hızla artmaktadır. Bu yaklaşımlar medikal (farmakolojik tedavi (iştah baskılayıcılar), diyet kısıtlamaları, fiziksel aktivite artışı) ve cerrahi yaklaşımlar (bariatrik cerrahi) olarak sıralanabilir (Jastrzebska-Mierzynska et al. 2014). Medikal yaklaşımlarda diyet ve egzersizle beden ağırlığının %8-10 oranında azalmasının morbidite oranında %50 azalttığı bildirilmektedir (Oranzo JA, Scott JG., 2004). Ancak cerrahi tedaviler ile %95 oranında kilo kaybı ile birlikte Kardiyovasküler hastalıklar, obezite ile ilişkili inme, uyku apnesi ve hipertansiyon gibi hastalıkların tedavisinde anahtar rol oynayarak yaşam süresinin uzamasına ve yaşam kalitesini artırdığına ilişkin çalışma sonuçları ile kanıtlanmıştır (Dodsworth A et al 2010).

Bariatrik cerrahi ciddi obezitesi olan bireyler için etkili bir tedavi yöntemidir. Ancak ameliyat sonrası nutrisyonel, metabolik ve gastrointestinal sorunların gelişme riski vardır. Ek olarak uzun dönemde kaybedilen kilonun geri alınması da önemli bir sorundur. Ameliyattan sonra özellikle 2-5 yıl arasındaki süreçte kilo geri alımının yaygın bir şekilde görüldüğü belirtilmektedir (Bastos ve ark. 2013, Magro ve ark.

2008). Cerrahi sonrası verilen kilo ile sağlık durumu ve yaşam kalitesinin ilişkili olduğu bilinmektedir. Kilo kaybının istenen düzeyde olduğu ve bu durumun korunduğu vakalarda yaşam kalitesinde belirgin bir iyileşme saptanırken, yeniden kilo alımı olan bireylerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi de olumsuz etkilenmektedir (J Karlsson et al., 2007).

Yaşam kalitesi bireyin hayatından bütünüyle memnun olma durumunu olarak tanımlanmaktadır. Bireyin deneyimleri, ameliyatla ilgili beklentileri, bireysel amaçları, kültürel değerleri, sosyal destek durumlarına göre yaşam kalitesi etkilenebilir. Hızla yaygınlaşan bariatrik cerrahide hasta ile en yakın temasta bulunan hemşirelerin rehabilite edici rolü kapsamında hemşire; cerrahi tedavi kararından ameliyat sonrası erken ve geç dönemde oluşan değişimlerle bireyin başa çıkabilmesi, NBpsikolojik sağaltımı, sosyal hayata uyumu sağlamada destek olabilecek önemli role sahiptir (Ardahan, 2003; Tortumluoğlu, 2004). Huberman (2008) bariatrik cerrahi uygulanan bireylerin fiziksel ve psikolojik iyilik halinin en az 6 ay, en fazla 24 ay sürdüğünü, 24.ay sonunda kilo vermenin durduğunu bildirmektedir. IJ Douglas ve ark (2015) retrospektif olarak inceledikleri 3882 bariatrik cerrahi geçiren bireylerde kilo kaybının en az dört yıl devam ettiğini saptamıştır. Literatür incelemesinde bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası ilk 36 aydaki bireylerin yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar olmasına karşın geç dönemdeki yaşam kalitesini ve sağlık çalışanlarından beklentilerine yönelik çalışmaların çok sınırlı olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu eksiklikten yola çıkarak, bu çalışmanın özellikle bireylerin tekrar kilo almaya başladığı dönemde yaşam kalitesinin etkisi ve sağlık çalışanlarından beklentilerinin belirlenerek bakım, destek ve takibine yönelik çözüm önerilerin oluşturulmasında kaynak olabileceği düşünülmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Obezite

Obezite çok eski tarihlerden bu yana gerek sağlık kayıtlarında gerekse edebi eserlerde görülmektedir. Birbirinden farklı toplumlarda ve çeşitli dönemlerde obezitenin farklı bakış açıları ile araştırıldığı bilinmektedir. Fazla kilolu olmak ya da "obezite" Ortaçağ Rönesans Avrupası ve Eskiçağ Doğu Asya uygarlıklarında güç ve refahın simgesi olarak ele alınmaktadır. Ayrıca ilk çağlarda aşırı kilolu olmak ya da günümüzdeki tabiriyle obezite; yaşamın devamlılığını gösteren bir özellik olarak değerlendirilmektedir. Obezite günümüzde oldukça önemli bir sağlık sorununu oluşturmakta ayrıca sağlık sorunu olarak tanımlanması oldukça zaman almıştır.

2.1.1.Tanımı

Obezite terimi, vücuttaki yağ kütlesinin yağsız kütleye oranla aşırı fazla olmasına bağlı olarak ve bireyin boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının "normal" olarak değerlendirilen sınırların üstüne çıkmasını ifade etmektedir.

Obezite kelimesi, "iyi beslenmiş" veya gurme anlamına gelen Latince "obesus" kelimesinden türemiştir. DSÖ, obeziteyi, sağlığı bozacak ölçüde yağ dokularında anormal yağ birikimi olarak tanımlamaktadır (Kaya A, Tonyukuk Gedik V, Bayram F BM., 2009).

Dünya Sağlık Örgütü, obeziteyi, "vücutta sağlığı bozacak ölçüde anormal veya aşırı yağ birikmesinden kaynaklanan kronik bir hastalık" olarak tanımlamaktadır. Şişmanlık ve aşırı kiloluluk terimleri genellikle obezite ile eş anlamlı olarak kullanılabilmektedir. Ancak teknik olarak bu kavramlar birbirlerinden farklıdır. Aşırı kilolu olmak boy ve yaşa bağlı olarak belirli bir standardın üstünde olmayı ifade etmektedir.

Obezite, "vücuda gıda tüketimiyle alınan enerji miktarının, tüketilen enerji miktarından fazla olması ile ortaya çıkan ve vücut yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine kıyasla artmasıyla karakterize kronik bir hastalıktır". Sedanter hayat şartlarının günümüzde her geçen gün daha yaygın hale gelmesi sebebiyle vücuda gıdalar ile alınan kalori artmakta ancak; bu kalorin yakılmasında rol oynayan günlük harcanan enerji miktarı azalmaktadır. Bu durum bir kısır döngüye ve obezitenin temellerinin

atılmasına neden olmaktadır. Enerjinin alımı ve tüketimi arasındaki denge psikolojik, nörolojik, kimyasal ve fiziksel mekanizmalarla kurulmakta ve vücut ağırlığı belli seviyede sabitlenmektedir. Bu denge bozulduğunda vücut ağırlığı değişmekte; kronik bir hastalık olan obezite baş göstermektedir (Altunkaynak, 2007).

Obezitenin tanımı ve sınıflandırılması Beden Kitle İndeksine (BKİ) göre değerlendirilir. "BKİ = Ağırlık (kg) / Uzunluk (m2)" formülü, kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre kare cinsinden yüksekliğe bölünmesiyle hesaplanır (Esteghamati A, Mazaheri T, Rad MV, Noshad S., 2015). BKİ şu anda obezitenin sınıflandırılması için kullanılmaktadır. Ancak aynı zamanda Bel Çevresi (WC) ve merkezi ve periferik yağ kütlesi dahil olmak üzere farklı parametreler vardır. Çocuklarda ve adölesanlarda zayıf, normal ve fazla kilolu, obezite ve dereceler yetişkinlerin vücut kitle indeksine göre farklı şekilde değerlendirilmekte ve bu değerlendirmeler Tablo 1.1'de gösterilmektedir (Centers for Disease Control, 2017).

Tablo 2.1. Yetişkinlerin, gençlerin ve çocukların BKİ ve bu değerlendirmeler (Centers for Disease Control, 2017).

Gruplar	**Yetişkinler(BKİ, kg/m2)**	**Çocuklar ve gençler BKİ-Z puanı (SD)**	**Çocuklar ve gençler (BKİ-yüzdelik)**
Zayıf	<18.50	<-2.00 SD	<5%
Normal	18.5 – 24.99	-2.00 – 1.00 SD	≥5% to <85 %
Kilolu	25.00 − 29.99	1.01 – 2.00 SD	≥ 85% to <95 %
Obez	≥30.00	>2.00 SD	≥ 95%
Sınıf 1	30.00 − 34.99	-	% 95'e karşılık gelen BKİ'nin% 100-120'si
Sınıf 2 ((Ciddi derecede obez)	35.00 − 39.99	-	% 95'e karşılık gelen BKİ'nin% 120-140'ı
Sınıf 3 (Morbid obez)	40.00 – 49.99	-	% 140'e karşılık gelen BKİ'nin %140'dan fazlası

BKİ: Beden kitle indeksi, SS: standart sapma

2.1.2.Epidemiyolojisi

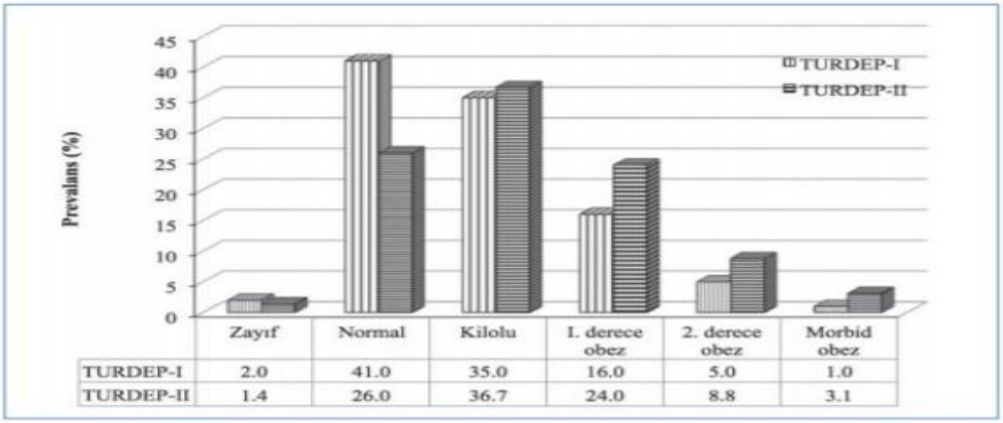
Dünyadaki toplam obez insan sayısı yaklaşık 2,1 milyar civarındadır ve bu rakam toplam nüfusun yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. Obez insan sayısı her geçen gün artmakta; her yıl 3 milyondan fazla insan obezite nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Obezite dünyanın yalnızca tek bir kısmıyla sınırlı olmayıp; dünyanın

her yerinde obez insanlar görülmektedir. Ancak bazı bölgelerde diğerlerine göre daha yüksek obezite oranları görülmektedir. Bu bölgeler dünyadaki en obez ülkeleri sınıflandırılmaktadır. Genel kanı dünyadaki en zengin ve en gelişmiş ülkelerde obezite görülme oranlarının daha yüksek olduğuna ilişkin görüşler vardır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, obezite 1975'ten bu yana dünya çapında yaklaşık üç kat arttı. 2016'da 18 yaş ve üstü 1,9 milyardan fazla yetişkinin fazla kilolu olduğu ve 650 milyondan fazlasının obez olduğu bulunmuştur. 5 yaşın altındaki 41 milyon çocuğun fazla kilolu veya obez olduğu belirtildi. 2016 yılında 5-19 yaş arası 340 milyondan fazla çocuğun fazla kilolu veya obez olduğu bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Üçüncü Ulusal Sağlık ve Beslenme Sınavı Araştırması'nın (NHANES III) (2011-2012) değerlendirmesine göre; ABD'de yaşayan 20 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %34,9'u ve 2-19 yaş arası çocuk ve ergenlerin %16,9'u obezdir. Araştırmacıların tahminlerine göre, birçok eyalette obezite prevalansının 2030 yılına kadar %50'ye ulaşması beklenmektedir (TEMD Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği, 2018).

Türkiye'de "Türkiye Diyabet ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi-I (TURDEP-I)" olarak adlandırılan ve ülkenin en geniş çaplı obezite prevalans çalışmalarından biri olan çalışmada 1997-1998 arasında 24788 kişi üzerinde araştırma gerçekleştirilmiş ve obezite prevalansının %22,3 olduğu belirlenmiştir. Erkeklerde obezite sıklığı %12,9 olarak belirlenirken kadınlarda %29,9 olarak belirlenmiş; 30'lu yaşlarda obezitenin arttığı ve 45-65 yaş aralığında zirveye ulaştığı görülmüştür. Ayrıca kırsal alanda %19,6 oranında; kentte ise %23,8 oranında obezite görüldüğü belirlenmiş; obezitenin ülke genelinde Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinde diğer bölgelere göre daha az olduğu kaydedilmiştir (Nazlıcan, 2008).

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinoloji Hastalıkları Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması) sonuçlarına göre obezite prevalansı %32'dir. TURDEP I (1998) çalışmasının sonuçlarına göre araştırmaya 20 yaş üstü 26 499 kişi katılmış ve ülkemizde 12 yıllık dönemde obezite oranının %44 arttığı saptanmıştır. Türkiye'de yetişkin nüfusun vücut kitle indeksinin TURDEP-I ile TURDEP-II dağılımı arasındaki değişimler Şekil 1'de gösterilmektedir.



Şekil 2.1. TURDEP-I ve TURDEP II çalışmalarında Türkiye'deki yetişkin toplumundaki BKİ gruplarının dağılımı (TEMD., 2018).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) tarafından toplanan TURDEP-II obezite rakamları ile yaş ve cinsiyet dağılım verileri standardize edilmiş ve 20 yaş ve üzeri erişkin obezite prevalansının 29,5 olduğu tespit edilmiştir. Bunların oranlarına bakmak gerekirse de; kadınlar %35, erkekler %23,9 ve obez birey sayısı 15.995.392'ye ulaşmıştır (TÜİK, 2016).

TÜİK, verilere göre 15 yaş ve üstü nüfusun obezite oranı 2014 yılında %19,9 iken, 2016 yılında bu oran %19,6 olarak bulunmuştur. Bu oranların cinsiyete göre dağılımına göre 2016 yılında erkeklerin %15,2'si obez, %38,6'sı fazla kilolu idi. Kadınların %23,9'u obez ve %30,1'i fazla kilolu dolaylarındadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016).

DSÖ verilerine göre Türkiye'de obez birey sayısının 16.092.644 ve %29.5 obezite prevalansına sahip olduğu tespit edilmiş olup, Türkiye'nin Avrupa'da obezitenin en yaygın olduğu ülke olduğu belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığının yaptığı "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" çalışma raporuna göre Türkiye'de obezite sıklığı; erkeklerde %20,5, Kadınlarda %41,0 toplamda ise %30,3 olarak bulunmuştur. 2017 yılında Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma (OECD) raporunda, 34 ülkede 20-79 yaş arasındaki yetişkin ortalama obezite ve aşırı kilo prevalansında sırasıyla %19,4 ve %34,5 olarak bu oranın Türkiye'de %22,3 ve %33,1 olduğunu belirtmişlerdir (OECD, 2019).

2.1.3.Etiyolojisi

Obezite uzun süreli olarak harcanan enerji ile alınan enerjinin, alınan enerji lehine olması sonucunda enerji alış ve veriş arasında dengesizlik ile ortaya çıkmaktadır. Obezitenin en belirgin sebepleri (Baysal, 2013);

- Aşırı yeme
- Fiziksel hareketin yetersiz olması
- Psikolojik bozukluklar
- Hormonal, metabolik ve genetik bozukluklardır.

Obezitenin etiyolojisine bakıldığında genel olarak sosyoekonomik, çevresel ve genetik sebepler, antidiyabetik streoid, antiepileptik, antidepresan ve antipsikotik ilaçlar, insülinoma, büyüme hormonu eksikliği, hipogonadizm, polikistik over hastalığı, hipotalamus hastalığı, hipoparatiroidizm, Cushing sendromu gibi endokrin sebepler, psikolojik sebepler ve beslenme alışkanlıkları ön plana çıkmaktadır (Durgun, 2012). Bu etmenler şu genel başlıklar altında değerlendirilebilmektedir:

1. Çevresel faktörler ve fiziksel aktivite: Obezite oluşumunda en önemli neden fiziksel aktivitenin yetersiz olmasıdır. Fiziksel aktivitenin yetersiz olması genellikle postoperatif dönem, yaşlılık ve işe bağlı faktörlerden kaynaklanmaktadır. Çağdaş toplumlarda teknolojinin gelişimi ve her alanda yoğun kullanımı insanların işleri daha az enerji harcayarak daha az sürede yapmasını sağlamaktadır. Fiziksel aktivitenin yeterli olmamasında oldukça önemli olan bu durumda vücut kullanılmayan yağı depo etmektedir. Yapılan çalışmalarda erkeklerde kilo fazlalığına neden olan en önemli sebebin sedanter yaşam olduğu belirlenirken; obezite etiyolojisiyle ilişkili bir çalışmada fiziksel aktivite yetersizliğinin %67,5 oranında obezite başlama sebebi olduğu ortaya koyulmuştur (Sertöz ve Elbi, 2005).

2. Psikolojik faktörler: Ağır hastalıklar ve yakın bir kişinin kaybedilmesi gibi bireylerin yoğun stres yaşamasına sebep olan durumlarda ya da depresif bireylerde yeme alışkanlıkları psikolojiden olumsuz etkilenmekte ve aşırı yeme sonucunda kilo alımı görülmektedir (Yağbasan, 2009).

3. Beslenme alışkanlıkları: Obezitenin en sık görülen sebeplerinden birisi de sağlıklı beslenmenin günde yalnızca üç öğün beslenme ile gerçekleştirileceğinin düşünülmesidir. Aileler çocuklarını bu düzende yetiştirmekte; insanlar çocukluktan itibaren günde üç öğün yeme alışkanlığında büyütülmektedir. Ancak sağlıklı beslenme

yalnızca üç öğün beslenme ile olmamakta; abartıya kaçılmayacak şekilde bu üç öğünün ara öğünlerle desteklenmesiyle mümkün olmaktadır.

Genel endüstriyel ve bilimsel gelişmelere bakıldığında gıda sanayinde kullanılan çeşitli tuz, şeker ve yağ kombinasyonlarının nörokimyasal etkilerine bağlı beyinde zevk ve koku uyarılarını oluşturduğu bilinmektedir. Bu uyaranlar bireylerin enerji içeriği yüksek, sağlıklı olmayan ancak beyinde zevk bölgesini uyaran gıdalara yönelmesini sağlamakta ve sık tüketme sonucunda alışkanlığa dönüşerek zaman içerisinde obeziteye sebep olmaktadır (Yağbasan, 2009).

4. Endokrin: Cushing sendromu, hipotiroidi gibi endokrin hastalıklar sıklıkla obezite ile birlikte görülmektedir. Bu bağlamda endokrin sistemindeki herhangi bir bozukluk ya da hastalık obezitenin önemli sebepleri arasında sayılabilmektedir (Yağbasan, 2009).

5. Genetik faktörler: Obez olma ya da kilolu olma durumu genetik faktörlerden etkilenmekte; bu durum aileye özgü olabilmektedir. Obeziteye neden olan genetik faktörler şu şekilde sıralanabilmektedir (Altunkaynak, 2007):

a. Yağ ve karbonhidrat depolanmasıyla ilişkili genetik bozukluklar

b. Bir rahatlama mekanizması olarak çalışarak bireyi yemeye iten ya da iştah açan kalıtsal anormal psikolojik faktörler

c. Beslenme merkezinin enerji mekanizmalarının düzenlenmesindeki genetik anormallikler.

6. Merkezi sinir sistemi bozuklukları: İştah ve tokluk merkezi merkezi sinir sisteminin bir parçası olan hipotalamusta yer almaktadır. İştah ve tokluk merkezi oldukça yakın konumlanmış olup, iştah merkezi üstünde tokluk merkezinin inhibitör etkisi ile açlık ve tokluk kontrol edilmektedir. Eğer tokluk merkezinde herhangi bir bozukluk, zedelenme ya da hasar oluşursa, kişi doyuma varamamakta, iştahı oburluk derecesine ulaşabilmektedir. Çünkü iştah merkezi üstünde kontrol sağlayan tokluk merkezi görevini tam yerine getirmemektedir. Tokluk merkezi çevresinde enfeksiyon, tümör ya da travma oluşması hipotalamik obezite oluşumuna sebep olmaktadır. Bu faktörler doğrultusunda obezite ekonomik, sosyal değişkenler, ruhsal stres, düşük yağ oksidasyonu, kalıtımsal yatkınlık, yetersiz seviyede enerji tüketimi, normalden fazla enerji alınmasıyla ortaya çıkmaktadır. Bunların yanı sıra biyolojik olarak bireylerde yaşın artması ile yavaşlayan bazal metabolizma hızı ve bireyin daha fiziksel aktivitede

bulunmasına bağlı olarak enerji tüketiminin azalması kilo almayı ve dikkat edilmediğinde obeziteyi tetiklemektedir (Kayar ve Utku, 2013).

Obezitenin oluşumuna etki eden faktörler obezitenin etiyolojisini oluşturan faktörlerde oldukça yakından ilişkilidir. Bu faktörler obezitenin oluşmasında doğrudan etkili olarak etiyolojisini oluşturabilmekte, ya da dolaylı olarak obezitenin ortaya çıkmasında ya da kilo alımının ilerlemesinde etkili olabilmektedir. Obeziteye neden olan ya da etki eden faktörlerin hepsi tam olarak bilinmemekte; obezitenin oluşumu kesin ve net sınırlar çizilerek açıklanamamaktadır. Obezite oluşumunda yer aldığı bilinen birçok risk faktörü bulunmakta; bunlar değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörler olarak iki başlık altında toplanabilmektedir (Serter, 2003):

- Değiştirilebilir risk faktörleri:
    1. Psikolojik faktörler (tıkanırcasına yeme sendromu, stres, psikolojik travmalar sonucunda yemeye yönelme gibi)
    2. İlaçlar (glukokortikoidler, antipsikotikler gibi)
    3. Sosyal ve kültürel faktörler
    4. Alkol
    5. Sigara
    6. Eğitim seviyesi
    7. Doğum sayısı
    8. Evlilik
    9. Beslenme alışkanlıkları
    10. Fiziksel aktivite
- Değiştirilemez risk faktörleri:
    1. Genetik faktörler
    2. Menapoz
    3. Cinsiyet
    4. Yaş

Özellikle genetik ve çevresel faktörlerle iç içe bir hastalık olarak obezitenin gelişiminde kalıtımın rolü %25-40 oranındadır. Etnik durum açısından genetiksel farklılıklar ve hayat tarzlarının farklı olması obezite açısından ciddi risk faktörleri oluşturabilmektedir (Serter, 2003). Obezite sıklığının en çok etkilendiği risk faktörleri arasında yaş ve cinsiyet bulunmaktadır. İnsanlarda yaşlandıkça bazal metabolizma hızı azalmakta ve yaş arttıkça obezite riski de artış göstermektedir. Ayrıca yapılan

çalışmalar kadınların erkeklere göre daha yüksek obezite riski taşıdığını göstermekte; bu durum yapılan doğum sayısıyla paralel bir şekilde riski artırmaktadır. Medeni duruma bakıldığında ise bekarlarda obezite sıklığı evlilere göre daha az görülmekte; evli insanların obezite riskleri daha yüksek olmaktadır. Sigara ve alkol kullanımı obezite riskini artıran faktörler olarak; sigara bırakımı ile iştah artmakta ve alkol kullanılırken yeme arttığı için kilo artışı görülebilmektedir. Obezite üstünde etkisi olduğu düşünülen diğer bir faktör ise "anne sütü alımı"dır. Anne sütü almış olan bireyler, almamış olanlara göre daha düşük obezite riski taşımaktadır (Serter, 2003). Yapılan araştırmalar stresin de önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Stresle birlikte gece yeme sendromu, tıkanırcasına yeme sendromu gibi psikolojik faktörler bireylerin doymamasına ve sürekli yemeye bağlı olarak obez olmasına yol açmaktadır (Prentice and Jebb, 2003).

2.1.4.Sınıflandırılması

Obezitenin sınıflandırılması farklı araştırmacılar tarafından farklı şekillerde yapılabilmektedir. Obezitenin sınıflandırılmasında en çok kullanılan yöntem beden kitle indeksi yöntemidir. Bu yönteme göre beden kitle indeksi ölçülmekte ve obezite, kilo fazlalığı ve fazlalığı şeklinde bir sınıflandırılma yapılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre (Kayar ve Utku, 2013);

- Beden kitle indeksleri 18.5'un altında olan bireyler zayıf olarak nitelendirilmektedir:
    1. BKİ değeri 16,00 altında olanlar: şiddetli zayıf
    2. BKİ değeri 16,00-16,99 arasında olanlar: ılımlı zayıf
    3. BKİ değeri 17,00-18.49 arasında olanlar: hafif zayıf
- Beden kitle indeksleri 18,5-24,99 arasında olan bireyler normal kilolu ve sağlıklı kabul edilmektedir.
- Beden kitle indeksleri 25 ve üstünde olan bireyler fazla kilolu olarak değerlendirilmekte; kendi içerisinde 25-29.99 arası pre-obez ve 30 ve üstü obez olmak üzere sınıflandırılmaktadır. Obezite de kendi içerisinde 1, 2 ve 3. derece şeklinde sınıflandırılmaktadır:
    1. BKİ değeri 30-34,99 arasında olanlar birinci derece obez
    2. BKİ değeri 35,00-39,99 arasında olanlar: ikinci derece obez
    3. BKİ değeri 40 üstünde olanlar ise üçüncü derece obez olarak adlandırılmaktadır.

Obezite sınıflandırması ilk olarak ABD'de "Metropolitan Hayat Sigortası" tarafından belirlenmiş; beden kitle indeksi ayakkabı ve kıyafetlere bağlı olarak belirlenerek BKİ üst sınırı 25 olarak kaydedilmiştir. Bu bağlamda bel çevresi/kalça çevresi oranı da abdominal yağ miktarını gösterdiği için obezitenin sınıflandırılmasında beden kitle indeksine bağlı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu oranın kadınlarda 80 cm, erkekler ise 94 cm ve üzeri olması hastalık riskini artırmaktadır. Özellikle kadınlarda 88 ve erkeklerde 102 cm üstüne çıktığında kardiyovasküler hastalıklar, dislipidemi ve diyabet gibi hastalıklar açısından ciddi bir risk taşınmaktadır (Onat, 2003). Bu bağlamda bel çevresi BKİ kapsamında değerlendirilmekte ve kardiyovasküer hastalıklar, dislipidemi ve diyabet gibi hastalıklar için risk sınırları belirlenmektedir. Bu sınırlar aşağıda verilen Tablo 2.2'deki gibidir.

Tablo 2.2. Bel çevresi ve BKİ'ye göre hastalıklar için risk sınırları (Köksal ve Küçükerdönmez, 2008)

Cinsiyet	BKİ 25 ve üstü olanlarda risk sınırı (risk)	BKİ 30 ve üstü olanlarda risk sınırı (yüksek risk)
Kadın	80 cm ve üzeri	88 cm ve üzeri
Erkek	94 cm ve üzeri	102 cm ve üzeri

Uluslararası genel geçer olan BKİ değerine göre obezite sınıflandırmasının yanı sıra başlama yaşına, etiyolojisine, yağ dağılımına ve yağ hücrelerinin büyüklük ve sayısına göre de sınıflandırılabilmektedir (Koçak, 2014):

1. Yağ dağılımına göre:

a. Gluteal-Gynoid tip obezite: Uyluk ve kalçada yağ dokusunu birikmesi sonucunda görülmektedir.

b. Abdominal-Android tip obezite: Göğüs ve karın bölgesinde yağ dokusu birikmesi sonucunda görülmektedir.

2. Etiyolojisine göre

a. Birincil-basit obezite (eksojen obezite): Tıbbi bir nedene bağlı olmadan ekstremite ağrıları, nefes almada güçlük ve çabuk yorulma gibi eksojen kaynaklara bağlı olarak fiziksel aktivitenin azalmasıyla ortaya çıkan obezite türüdür.

b. Hormona ve metabolik bozuklara bağlı ikincil obezite: Hormonlar ve metabolik bozukluklar gibi endojen kaynaklı obezite türüdür.

i. Genetik sendromlara göre:

1. Bardet-Bield sendromuna bağlı obezite

2. Turner sendromuna bağlı obezite

3. Prader-willi sendromuna bağlı obezite

3. Yağ hücrelerinin büyüklük ve sayısına göre:

a. Hipertrofik obezite: yağ hücrelerinin lipid içeriği ve büyüklüğünde artış ile ortaya çıkmakta gebelerde ve yetişkinlerde görülmektedir.

b. Hipersellüler (hiperplastik obezite): yağ hücre sayısı artışı ile ortaya çıkmakta ve çocuklarda görülmektedir.

4. Başlama yaşına göre:

a. Çocuklukta başlayan obezite: Çocukluk yaşlarında kilo alma hücre sayısından çok büyüklüğünü etkilemekte; 0-6 yaş grubu çocuklarda obezite düzeyi azalırken, 6 yaş sonrasında hücre sayısı da artmaya başlayarak obezite tetiklenmektedir.

b. Yetişkinlikte başlayan obezite: ergenlik ve çocuklukta obezite durumu oldukça yaygın olsa da genellikle obezite yetişkinlikte daha sık görülmektedir. Metabolizma hızının yaşın ilerlemesi ile azalması ve fiziksel büyümenin fazla olması nedeniyle ergen ve çocuklara göre yetişkinlerde görülen obezite daha kalıcı özellik göstermektedir.

2.1.5. Obeziteye Bağlı Gelişen Hastalıklar

Obezite sağlığı ciddi şekilde etkilemekte ve koroner kalp hastalıkları, tip II diyabet, kanser türlerinden yemek borusu, böbrek, kolon ve meme kanserleri gibi kanserler için önemli bir risk faktörünü oluşturmaktadır. Ayrıca jinekolojik problemler, infertilite, safra kesesi taşı, osteoartrit gibi hastalıkların görülme sıklığı da obezite ile artış göstermektedir. Obezite cilt hastalıklarına, karaciğerde problemlere ve solunum hastalıklarına da yol açabildiği gibi; sosyal açıdan izolasyona ve depresyon gibi psikolojik hastalıklara da neden olabilmektedir (Yetkin ve Çimen, 2010).

Gelişmiş ülkelerde ortalama olarak sağlık harcamalarının %2 ile %'10'u hatta bazı ülkelerde %15'i obezite ve obezitenin sonucunda ortaya çıkan hastalıklar sebebiyle yapılmaktadır. Bu nedenle obezite günümüzde yalnızca görüntü bazlı bir problem olarak değerlendirilmemekte; ciddi bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Obezitenin neden olduğu hastalıklar şu şekilde sıralanabilmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2017):

1. Üriner sistem hastalıkları; Obeziteyle ilişkili glomerülopati, Üriner stres inkontinensi

2. Gastrointestinal hastalıklar; Herni, Gastroözefagiyal reflü hastalığı, Safra kesesi hastalığı

3. Romatolojik hastalıklar ve problemler; İmmobilite, Karpal tünel sendromu gibi uzak nöroparileri, Diz ve kalçalarda osteoartrit

4. Pulmoner hastalıklar; Astım, Obezite-hipoventilasyon sendromu, Residel volüm ve diffüzyon kapasitesinde artıma; total akciğer kapasitesi, ekspiratuvar rezerv volümünde ve fonksiyonel rezidüel kapasitede azalma, erkeklerde maksimum ekspiratuvar akışı hızında düşüş

5. Hormonal hastalık ve problemler; Kortizol üretiminde artış, Prolaktin cevabında azalma, Büyüme hormonunda azalma, Östrojenlerde azalma, Seks hormon bağlayıcı globülin düzeyinde azalma, İnfertilite, Akantozis nigrikans, Hiperandrojenizm, mens bozuklukları ve polikistik over sendromu

6. Kanser; Lenforma ve miyelom, Lösemi, böbrek, pankreas, safra kesesi, karaciğer, rektum, kolon, ince bağırsak ve özefagus kanserleri, Kadınlarda serviks, endometriyum, over ve meme kanseri, Erkeklerde prostat kanseri

7. Metabolik hastalık ve problemler; Gut, hiperürisemi, Kolestrol safra taşları, Metabolik sendrom, Dislipidemi, Tip 2 diabetes mellitus, İnsulin direnci

8. Kardiyovasküler hastalıklar ve problemler; Pulmoner tromboemnoli, derin ven trombozu ve varisler, Sol ventrikül hipertrofisi, Hipertansiyon, İnme gibi serebrovasküer olaylar, Ani ölüm, Konjestif kalp yetersizliği, Miyokard infarktusu, Koroner arter hastalığı

9. Diğer hastalık ve problemler; Periodontal hastalıklar; Anestezi komplikasyonları, Cilt lezyonları, bacaklarda staz hiperpigmentasyonu, Karbonkül,

intertrigo, selülit, Cilt enfeksiyonları, Nefrotik sendrom, proeinüri, Demans, İdiyopatik interkraniyal hipertansiyon

Bu hastalıkların yanı sıra obezite sonucunda bu hastalıklara bağlı olarak kayıp ve mortalite görülebilmektedir. Yapılan çalışmalar aşırı kilolu olan insanlarda iskemik kalp hastalıkları mortalite oranlarının daha yüksek olduğunu göstermekte; her 5 kg/m2'lik bir BKİ artışında mortalite oranı %30 artmaktadır. Ayrıca obezite hem bireyin ağrıları ve sağlık problemleri nedeniyle işe gidememesi açısından hem de devletlere getirdiği sağlık maliyeti yükü açısından da ciddi sonuçlara neden olmaktadır (Adams, v.d., 2006).

Obezitenin çeşitli hastalıklarla ilişkisi bilinmekte olup, morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır. Hiç sigara içmemiş 45-54 yaş arası yaklaşık 100.000 kadın ve 25.000 erkekte yapılan bir araştırmada BKİ> 29 olanlarda kardiyovasküler mortalitenin 2 kat, BKİ > 32 olanlarda ise 4 kat arttığı bildirilmiştir (Stevens J, Cai J, Pamuk ER, Williamson DF, Thun MJ, Wood JL., 1998). Bir başka araştırmada BKİ > 30 olduğunda kardiyovasküler, kanser ve diğer nedenlere bağlı ölüm oranlarında artış olduğu rapor edilmiştir (Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, 1999). Mortalite eğrisi tersinden değerlendirildiğinde orta derecede kilo vermenin mortalite riskinde belirgin azalma sağlayacağı söylenebilir. Vücut ağırlığının %10 kaybı ile risk artışında %50 azalma meydana gelmektedir (Oranzo JA, Scott JG., 2004). Mortaliteyi etkileyen faktörler içinde vücut yağ dağılımı büyük önem taşır. Obezite vücutta hemen tüm sistemleri etkilemektedir.

2.2.Bariatrik Cerrahi

2.2.1.Bariatrik Cerrahi Kavramı

Bariatrik cerrahi, fazla kilo verilmesine yardımcı olmak ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden kilo ile ilgili sağlık sorunları riskini azaltmak için yapılmaktadır.

Genel olarak, aşağıdaki durumlarda obezite cerrahisi bir seçenek olabilir:

Beden kitle indeksiniz (BKİ) 40 veya daha yüksek (aşırı obezite).

BKİ'niz 35 ila 39,9 (obezite) arasındadır ve tip 2 diyabet, yüksek tansiyon veya şiddetli uyku apnesi gibi kiloyla ilgili ciddi bir sağlık sorunu varsa, bazı durumlarda, BKİ'niz 30 ila 34 ise ve kilo ile ilgili ciddi sağlık sorunu varsa, belirli kilo verme ameliyatı türleri yapılabilmektedir.

Bariatrik cerrahi, aşırı kilolu herkes için değildir. Kilo verme ameliyatına hak kazanmak için belirli tıbbi yönergelere uyulması gerekebilir. Hak kazanıp kazanmadığı netleşmesi için büyük olasılıkla kapsamlı bir tarama sürecine sahip olmak gerekir. Daha sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmek için kalıcı değişiklikler yapmaya da istekli olunmalıdır.

ABD'de ve dünya çapında uygulanan metabolik ve bariatrik prosedürlerin sayısı şu anda şiddetli obezite olan uygun popülasyonun <%1'idir. Amerikan Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Derneği, ABD'de gerçekleştirilen bariatrik ameliyat sayısının 2011'de 158.000'den 2014'te 193.000'e yükseldiğini tahmin etmektedir (Ponce, J., Nguyen, N. T., Hutter, M., Sudan, R. ve Morton, J. M., 2015).

Bu süre zarfında, laparoskopik RYGB kullanımı%36.7'den %26.8'e, laparoskopik ayarlanabilir mide bandı cerrahisi prosedürlerin %35.4'ünden %9.5'e düşmüştür. Buna karşılık, laparoskopik sleeve gastrektomi kullanımı %17.8'den % 51.7'ye ve revizyonel bariatrik cerrahi % 6'dan % 11.5'e yükseldi. 2013 yılında dünya çapında gerçekleştirilen tahmini obezite cerrahisi operasyonu sayısı 468.609 operasyondur ve en fazla prosedür ABD ve Kanada'da gerçekleştirilmiştir.

Dünya çapında en yaygın uygulanan prosedür RYGB (%45) ve ardından tüp mide ameliyatı (%37) iken, ABD'de en yaygın bariatrik prosedür tüp mide ameliyatıdır (Angrisani, L. et al., 2015).

2.2.2 Bariatrik Cerrahi Yöntemleri

2.2.2.1 Biliyopankreatik diversiyon ile Duodenal switch (BPD / DS)

Duodenal switch (DS/BPD) ile biliopankreatik saptırma, iki ana adımı içeren daha az yaygın bir kilo verme uygulamasıdır.

İlk adım, midenin yaklaşık yüzde 80'inin çıkarıldığı ve bir muza benzer şekilde daha küçük tüp şeklinde bir mide bıraktığı tüp mide ameliyatıdır. Bununla birlikte, yiyecekleri ince bağırsağa (pilorik kapakçık) bırakan valf, normalde mideye (duodenum) bağlanan ince bağırsağın sınırlı bir kısmı ile birlikte kalır.

İkinci adım, bağırsağın uç kısmını midenin yakınında onikiparmak bağırsağına bağlayarak bağırsağın çoğunu atlar. Bir BPD / DS hem ne kadar yiyebileceğinizi sınırlar hem de proteinler ve yağlar dahil besinlerin emilimini azaltır.

BPD / DS genellikle tek bir uygulama olarak gerçekleştirilir; bununla birlikte, belirli durumlarda, uygulama iki ayrı operasyon olarak (tüp mide ameliyatı ve ardından kilo kaybı başladıktan sonra bağırsak bypassı) gerçekleştirilebilir. Scopinaro'nun tanımladığı BPD uygulamasının zamanla değiştirilmesiyle 1990'da Marceau 'değiştirilmiş BPD' olarak adlandırılan uygulamanın ilkelerini tanımlamıştır. Bu tekniği BPD tekniğinden farklı kılan noktalar horizontal gastrektomi yerine vertikal gastrektomi yapılması ve ortak kanal olarak adlandırılan bölgenin ileoçekal proksimalinden itibaren 50 cm değil 75-100 cm olmasıdır (Sağlam F., Güven H., 2011) (Agrawal S., 2015).

BPD-DS uygulamasının şematik bir gösterimi Şekil 2.2'de verilmiştir.



Şekil 2.2. BPD-DS Uygulamasının Şematik Bir Gösterimi (Buchwald H., 2011).

Bir BPD / DS çok etkili olsa da, yetersiz beslenme ve vitamin eksiklikleri dahil olmak üzere daha fazla riske sahiptir. Bu uygulama genellikle beden kitle indeksi (BMI) 50'den büyük olan kişiler için önerilir.

2.2.2.2 Gastric bypass (Roux-en-Y)

Roux-en-Y (roo-en-wy) gastrik baypas olarak da adlandırılan gastrik baypas, mideden küçük bir kese oluşturmayı ve yeni oluşturulan keseyi doğrudan ince bağırsağa bağlamayı içeren bir kilo verme ameliyatı türüdür. Mide baypasından sonra, yutulan yiyecekler bu küçük mide kesesine ve daha sonra doğrudan ince bağırsağa girecek ve böylece midenizin çoğunu ve ince bağırsağınızın ilk bölümünü atlayacaktır. Gastrik bypass, en sık uygulanan obezite cerrahisi türlerinden biridir. Gastrik bypass, diyet ve egzersiz işe yaramadığında veya kilonuz nedeniyle ciddi sağlık sorunlarınız olduğunda yapılır.

Gastrik Bypass (GB) 1970'lerin sonunda tanınmaya başlanmış, RYGB yöntemi ise 2000'li yılların başında Loop Gastrik Bypass yönteminden evrilmiştir. Teknik olarak bypass edilmiş 30 ml'lik mide poşu'nun, 100-150 cm'lik roux kanalına bağlanması prensibine dayanır (Elder K.A., Wolfe B.M., 2007).

RYGB uygulamasının şematik bir gösterimi Şekil 2.3'de gösterilmiştir.



Şekil 2.3 RYGB Uygulamasının Şematik Bir Gösterimi (Buchwald H., 2011).

2.2.2.3 Sleeve Gastrektomi

Dikey sleeve gastrektomi olarak da adlandırılan sleeve gastrektomi, cerrahi bir kilo verme uygulamasıdır. Bu uygulama tipik olarak laparoskopik olarak gerçekleştirilir; bu, üst karındaki çok sayıda küçük kesiden küçük aletlerin sokulmasını içerir. Tüp mide ameliyatı sırasında, midenin yaklaşık %80'i çıkarılır ve yaklaşık olarak bir muz büyüklüğünde ve şeklinde bir tüp şeklinde bir mide kalır. Midenizin boyutunu sınırlandırmak, tüketebileceğiniz yiyecek miktarını kısıtlar. Ek olarak, uygulama kilo vermeye yardımcı olan hormonal değişiklikleri tetikler. Aynı hormonal değişiklikler, yüksek tansiyon veya kalp hastalığı gibi aşırı kilolu olmayla ilişkili durumların hafifletilmesine de yardımcı olur.

2.2.3.Bariatrik Cerrahi Uygulamaları

Bariatrik cerrahi uygulamalarına genel olarak baktığımızda; morbid obezite tedavilerinde diyet ve farmakolojik tedavilere oranla başarılı olma eğilimi çok daha fazladır. Perioperatif süreçte cerrah, diyetisyen, hemşire, fizyoterapist, psikolog gibi birçok uzman tarafından gerçekleştirilen multidisipliner bir ekip çalışmasıdır. Geçmişi 1950'lere dayanan ve ilk olarak Jejunoileal Bypass (JIB) olarak uygulanan bariatrik cerrahi uygulamaları günümüzde gelişen teknoloji ile birlikte güncellenmekte,

değiştirilmekte ve çeşitlendirilmektedir. Örneğin JIB uygulaması zamanla geliştirilerek Biliopankreatik Diversiyon (BPD) şeklini almış, o da zamanla bazı teknik değişiklikler yapılarak Biliopankreatik Diversiyon-Duedonal Switch (BPD-DS) şeklinde uygulanmaya başlanmıştır. BPD-DS günümüzde sık tercih edilen başarı oranı yüksek bir uygulamadır. Fakat JIB uygulaması yüksek mortalite riski barındırdığı anlaşıldığından dolayı günümüzde artık tercih edilmemektedir. Günümüzde kullanımı tercih edilmeyen bir diğer uygulama da Vertikal Band Gatroplasti'dir (VBG). Diğer uygulamalara göre ortaya çıkışı çok da eskiye dayanmayan Gastrik Pacing uygulaması kısa dönemde kilo kaybı sağlanmak istenilen hastalarda uygulanmaktadır fakat uzun dönem sonuçlarını görebilmek adına daha çok çalışmaya ihtiyaç duymaktadır. İntragastrik balon uygulaması gelişen teknolojiyle uygulama kolaylığı ve popülerlik kazanmış günümüzde kısa dönemde kilo kaybı sağlanmak istenen hastalara uygulanmaktadır. Diğer pek çok yönteme kıyasla daha az invaziv bir yöntem sayılabilecek Laparosopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB) uygulaması günümüzde kullanım kolaylığından dolayı sık tercih edilen uygulamalar arasındadır. Roux en Y Gastrik Bypass (RYGB) teknik olarak Loop Gastrik Bypass uygulamasından evrilmiş olup günümüzde başarı oranı ve kullanım sıklığı fazla olan uygulamalar arasındadır. Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG) daha önce BPD-DS uygulamasının ilk aşaması olarak uygulansa da günümüzde tek başına uygulanmakta olan başarı oranı yüksek bir uygulamadır. Mini Gastrik Bypass ise dünya genelinde çok az sıklıkta kullanılan bir yöntemdir. Her biri birçok avantaj ve dezavantaj barındıran ve bazıları artık kullanılmayan bu uygulamalar arasından hastaya uygun olanı pek çok faktör göz önünde bulundurularak seçilmektedir. Tüm bu uygulamalara gün geçtikçe revize edilmekte kullanımı bırakılanların yerine yenileri eklenmekte ve daha az risk barındıran hasta ve cerrah açısından kolay olan uygulamalar geliştirilmeye çalışılmaktadır.

Sürecin başarılı bir şekilde gerçekleşmesi için hastaya uygun yöntemin tercih edilmesi, ekip tarafından süreç boyunca hastanın kapsamlı bir şekilde takip edilmesi, cerrahi tedavi sonrası eğitimlerinin yapılması, diyetisyenler tarafından hastaların beslenme programlarının, hasta gereksinimleri gözetilerek düzenlenmesi, gerektiğinde güncellenmesi ve hastanın çok iyi bir şekilde izlenmesi son derece önemlidir.

2.3.Yaşam Kalitesi

2.3.1.Yaşam Kalitesi Kavramı

DSÖ yaşam kalitesini; bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında hedef, beklenti, satandart ve endişeleri ile ilişkili olarak yaşamdaki konumlarını algılaması olarak tanımlar. Yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığını, psikolojik durumunu, kişisel inançlarını, sosyal ilişkilerini ve çevrelerinin belirgin özellikleriyle olan ilişkilerini kapsayan ve bunlardan karmaşık bir şekilde etkilenen geniş boyutlu bir kavramdır. Yaşlılık kaçınılmaz olmasına karşın yeti yitimi, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ve bakım ihtiyacının en düşük durumda tutulduğu, yaşam kalitesinin arttırıldığı bir yaşlılık olasıdır(Demirdağ, 2017).

Son 30 yılda dünyada yaşam kalitesini ölçmek için birçok girişimde bulunulmuştur. Yaşam kalitesi ilk olarak Thorndike (1939) tarafından "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" şeklinde tanımlanmıştır. Murrel, Zautra, Norris ve arkadaşları yaşam kalitesini “mutluluk, doyum ve uyum” olarak tanımlamıştır. Shin, Johnson ve Patterson yaşam kalitesini “sağlık, performans durumu, genel rahatlık, ekonomik ve sağlık durumunu içeren değerlendirmeler” şeklinde, Evans ve arkadaşları ise “objektif (fiziksel iyilik, fizik aktivite yapabilme, fonksiyonel olarak yeterlilik, çalışma durumu, hastalık semptomları, sağlık durumu) ve subjektif göstergeler (psikolojik iyilik, duygusal iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki)” olarak tanımlamıştır (Kaya ve Örsal, 2018).

Schuessler ve Fisher’e göre, refah duygusu veya memnuniyet derecesi yaşam kalitesini belirler. Bauer, yaşam kalitesini “çeşitli yaşam alanlarında memnuniyet veya memnuniyetsizlik düzeyi” olarak, Andrews ve Withey “bireyin yaşamında memnuniyet ve zevk arasındaki ilişkinin derecesi” olarak tanımlarken Campbell ve arkadaşları “mevcut kaynakların kalitesi ve bu kaynaklardan memnuniyet arasındaki ilişki” olarak tanımlamaktadır (Akyol, 1993).

2.3.2.Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin araştırıldığı çalışmalarda, fiziksel problemlerin, akut ve kronik hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmektedir. Bireyin destekleyici aile ve çevreye sahip olması yaşam kalitesini yükseltmektedir. Bireyin yaşadığı konut da önemli bir faktör olup konutun müstakil ev olmasının, binanın estetik olmasının, bireyin konutun sahibi olmasının, etrafta yeşil alan

bulunmasının, evsiz kalma korkusunun bulunmasının yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir. İş yaşamı ve burada karşılaşılan olumlu veya negatif durumlar, başarı ya da başarısızlık, sosyal katılım ya da dışlanma, yaşam kalitesinde direkt etkilidir. Ayrıca boş vakit faaliyetleri, bireyde yaşam kalitesinin artmasına ve gelişmesine neden olan önemli faktörlerden biridir (Eyigör, 2021).

Şener, bir toplumda veya bir grupta yaşam kalitesinin genel olarak; gelir düzeyi, yüksek riskte hastalık sıklığı, çevre niteliği, suçluluk düzeyi, aile hayatı ve sosyal destek çözülmeleri gibi objektif belirleyicilerle belirlendiğini bildirmektedir. Bireysel yaşam kalitesinin de bu tür objektif belirleyicilere ek olarak inançlarına dayalı subjektif refah ölçümleri göz önüne alınarak da değerlendirilebileceği ifade edilmektedir. Çünkü bireyin hayatının psikolojik kalitesinin ve öznel refahının bu tarz yalın objektif belirleyiciler kullanılarak tamamen belirlenemeyeceği bildirilmektedir. Yaşlılar için, temel fonksiyonların korunması, bağımsızlık ve yaşam kalitesini iyileştirmek temel hedeflerdendir. Fiziksel kısıtlılıklar ve fonksiyonel problemler; yaşam kalitesinde azalmaya, uzun süreli bakıma ve sonuçta sağlık harcamalarında artışa neden olur. Yaşlılarda sağlık düzeyi, kronik hastalıklar, günlük yaşam aktiviteleri, kan basıncının kontrolü, fizik aktivite ve cinsiyet yaşam kalitesinin belirleyicilerindendir. Tıbbi sorunlar sonucunda oluşan fonksiyonel kayıp yaşam kalitesini etkileyerek engelliliğe neden olabilir ve bu durum yaşlı ile bakım vereni etkiler. Ağrı sıklığı yaş ilerledikçe artma eğilimindedir ve fonksiyonel olarak kısıtlı olma durumu, bozulan uyku yaşam memnuniyetinin düşmesine neden olmaktadır (Şener, 2021). Ülkemizde yapılan bir derleme çalışmasında yaşam kalitesi göstergeleri; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, gelir, sağlık, sosyal destekler, konut özellikleri, iş, boş zaman değerlendirme olarak sıralanmıştır (Eyigör, 2021).

2.3.3. Bariatrik Cerrahide Yaşam Kalitesi Etkisi

Son yıllarda teknolojik gelişmelere paralel şekilde sağlık alanı ciddi ilerleme kaydetmiş ve bu durum yaşam kalitesine olan ilgiyi arttırmıştır. “Yaşamın kutsallığı” sağlık alanında da önem kazanmış, sadece hastanın yaşaması değil, yaşadığı zamanların kalitesi de önemli hale gelmiştir. 1970’lere kadar sağlık alanında etkinlik ölçümü morbidite, mortalite ve fizyolojik ölçümlerle yapılmaktayken artık yaşam kalitesine de önem verilmektedir. Günümüzde tedavi etkinliği değerlendirilirken kullanılan parametre ve göstergeler yetersizdir. Hastanın perspektifini de içeren farklı kriterlerin bu değerlendirmeye eklenmesi gerekmektedir. Günümüzde tıbbi bakımın

ve tedavinin önceliği yalnızca yaşam süresinin uzatılması ve tedavinin sağlanması değil beraberinde yaşam kalitesinin de sağlanmasıdır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yaşlanma sonucu kronik hastalıklar sık görülmekte ve bundan dolayı yaşlılar diğer yaş gruplarına göre sosyal ve tıbbi hizmete daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Yapılan çalışmalar ve halk sağlığı yaklaşımları ile hayat tarzında değişikliklerin kronik hastalıkları önleyebileceğini ve bununla birlikte alınan sosyal ve sağlık hizmetlerin azaldığını bildirmektedir. DSÖ, yaşam kalitesinin %60 oranında sağlıklı yaşam davranışlarına bağlı olduğunu belirtmektedir. Bunun için ilk adım yaşlıların sağlıklı yaşam alışkanlıklarının belirlenmesi ve müdahale alanlarının ortaya konulmasıdır. İkinci adım ise belirlenen alanlara yönelik sağlığı koruyan ve geliştiren uygulamaları kapsamaktadır. Kronik durumların yaygınlığının artması, yaşlılıkta yaşam beklentisinin artması ve tıbbi teknolojinin kurtarıcı olmayan faydalarına odaklanma gibi faktörler nedeniyle yaşam kalitesi popülerlik kazanmıştır. Yaşam kalitesi, nüfus sağlığının temel bileşenlerini yakalar ve bu nedenle yaşam kalitesi profilleri halk sağlığı araştırmalarında da incelenir (Yılmaz ve Çağlayan, 2016).

Dünya genelinde doğumda beklenen yaşam süresi artmakta ancak artışların miktarı ülkeler ve bölgeler arası farklılıklar göstermektedir. DSÖ'nün belirttiği "sağlıklı yaşlanma" hedefine ülkelerin eşit olarak ulaşabilmeleri için sosyal ve ekonomik şartların iyileşmesi ile birlikte güçlü halk sağlığı politikaları ve uygulamalarına ihtiyaç duyulmaktadır (Yılmaz ve Çağlayan, 2016).

2.4.Sağlık İletişimi

2.4.1.Sağlık İletişimi Kavramı

Sağlık hizmetleri ve iletişim konuları ele alınırken terminolojik olarak "sağlık iletişimi", "sağlıkta iletişim" ve "sağlık hizmetlerinde iletişim" kavramları iç içe geçmiş olsa da aralarında küçük anlam farklılıkları vardır. "Sağlık hizmetlerinde iletişim" konunun daha çok bireyler arası boyutunu, "sağlıkta iletişim" ise kitlesel boyutunu vurgulamaktadır. Sağlık iletişimi ise iletişim bilimin araçlarını kullanan bir bilim dalı olarak ele alınabilir. Sağlık gereksinim düzeyine bakılmaksızın sağlık sürecine katılan vatandaşlar; Bu, halk sağlığı politikaları ve tıp uzmanları aracılığıyla ihtiyaç duydukları tüm sağlık bilgilerini bu kişi ve kurumlarla paylaşmalarını ve sağlıkları hakkındaki farkındalıklarını ve bilgilerini olumlu bir şekilde artırmalarını sağlayan bir iletişimdir (Okay, 2016).

2.4.2.1.Hekim ve İletişim

Hekim, bir hastalığın ne olduğuna karar veren ve tedavi etme hakkına sahip bir kişidir. Sahip olduğu özel bilgi ve beceriler ve toplum tarafından kendisine verilen güçler, bir hekimin gücünün ana unsurlarıdır. Hekimin faaliyet alanı olan bir kişi sadece biyolojik bir organizma değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyolojik özelliklere sahip bir konudur. Bu çok boyutluluk nedeniyle, hekim ve hasta arasındaki ilişki evrensel ve spesifiktir. Hekim ve hasta arasındaki başarılı iletişim, hekim ve hasta arasındaki etkileşimi geliştirir ve tanı ve tedavideki başarıyı arttırır. Hekim ve hasta arasındaki iletişimde başarısızlık, hastalarda yanlış tanı ve memnuniyetsizliğin yanı sıra Hekimlerde tükenmişlik sendromu, kötümserlik ve uyuşukluğa neden olur. Bugün dünya çapında hasta hakları için geçerli yasalar vardır. Hastanın kendisi hakkında tıbbi bilgiler de dahil olmak üzere sağlık durumu hakkında tam olarak bilgi sahibi olma hakkı vardır ve böylece hastanın anlayabilmesi sağlanır (Atici, 2007).

Hekim ve hasta arasındaki etkileşim türleri genellikle tedaviye karar verme açısından üç kategoriye ayrılır. Bu paternalist bir model, bir bilgi modeli ve bir paylaşım modelidir. Paternalistik modelde karar verme sorumluluğu tamamen hekime aittir. Bu yaklaşım uzun yıllardır tedavi kararlarında en yaygın kullanılan model olmuştur. Bilgi modelinin paternalist modelin tam tersi olduğunu söyleyebiliriz. Hekim hastayı olası tüm tedavi seçenekleri, yararları ve zararları hakkında bilgilendirir. Bu modele göre, hekim hastayı tüm gerçekler hakkında bilgilendirmek zorundadır. Tedavi kararı hastaya bağlıdır. Giderek daha fazla kullanılmakta ve karar vermede en ideal yöntem olarak kabul edilen en son model paylaşım modelidir. Bu modelin ana özelliği, hastanın ve hekimin karar verme sürecinin her aşamasında paylaşmasıdır. Bilgi alışverişine ek olarak, hekim hastayla ne tür tedavi ve uygulamaların alınabileceği fikrini iletir ve diğer meslektaşlarından tavsiye alır (Atici, 2007).

2.4.2.2.Hemşire ve İletişim

Hemşirelik bir yardım mesleğidir. Yardım etmede temel amaç, karşılıklı güvene dayalı bir iletişim ve etkileşim içinde hizmet verilen bireyi tanımak, bakım gereksinimlerini tanımlamak ve sonuçta sorunları ile daha etkin baş edebilir, gereksinimlerini karşılayabilir hale gelmesini sağlamaktır (Smitherman 1981).

Yapılan çalışmalar, hemşirelerin etkili kişilerarası ilişkiler ve iletişim becerisi geliştirmesinin hastalar üzerinde olumlu etkiler (hizmetten memnuniyetin artması, hastalık ve tedaviye uyum, iyileşmeye motivasyonun artması) yarattığını göstermektedir (Daniels 1988, Evans ve ark 1998).

Hemşire-hasta ilişkisinin niteliğini belirleyen iletişim ve iletişim becerilerinin önemi "hasta bakımının kalbi", "hastanın iyileşmesinde anahtar" gibi kavramlar ile tanımlanmaktadır (Özcan 2006; Shattell 2004). Hemşirenin bireye, kendine özgü özelliği, kişiliği ve bütünlüğü içinde hak ve mahremiyetine saygılı bir şekilde bakım vermesi için kişilerarası iletişim tekniklerini bilmesi ve bunları uygulaması gerekmektedir (Adıgüzel 2005). Hemşire sözlü ve sözsüz iletişim unsurlarına dikkat etmelidir. İletişimde bedenin %60, sesin %30, sözcüklerin ise %10 oranında etkili olduğu belirtilmiştir. Sözel iletişimde; kullanılan sözcükler ve anlaşılabilirliği, konuşma hızı, ses tonu, açık ve kısa ifadelerin kullanımı, zamanlama gibi faktörler önemlidir. Sözsüz iletişimde ise; kişisel görünüm, beden duruşu, yüz ifadesi, göz teması, jestler ve mimikler, el ve kol hareketleri, kişisel alan ve mesafe gibi faktörler önemlidir. Hemşire hasta bireyler ile iletişiminde bu unsurlara dikkat ederken hasta bireyin de sözlü ve sözsüz ifadelerini gözlemlemelidir (Özcan 2006; Potter ve Perry 2005).

2.4.3.Sağlık Çalışanı-Hasta İletişimini Etkileyen Faktörler

Kişilik özellikleri: Kişiler arası iletişimde, bireylerin kişilik özellikleri iletişimi etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Bireylerin içinde bulundukları durum, karakter özellikleri, empati yetenekleri, lisanı ve fonetiği kullanma biçimleri, inanç ve tutumları iletişimin kalitesini belirlemektedir. Sağlık sektöründe farklı kılan durumsa genelde iletişimde bulunulan grubun hasta birey olması ve hastalık psikolojisi içinde yer almasıdır. Beklentiler: Hastalar sağlık kurumlarına belirli beklentilerle başvurmaktadırlar (Akcan, 2018). Beklentilerin karşılana bilirlik durumuna göre de hastanın memnuniyeti artmaktadır.

Çalışma koşulları, iş doyumu ve tükenmişlik: İş doyumu çalışanların işten elde ettiği maddi kazanç, iş arkadaşları ile çalışmaktan aldığı zevk ve bir eser ortaya koymaktan duyduğu haz olarak tanımlanabilir. Bu anlamda iş doyumu çalışanın yapmış olduğu işi hangi derecede istekli ve heyecanlı yaptığının bir göstergesidir. İnsanı konu alan sağlık sektöründe de çalışanların iş doyumu önemli bir hal

almaktadır. Çünkü iş doyumu olmayan çalışan olumsuz duygulara yönelmekte ruh ve beden sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Bu durum da hizmet kalitesinin düşmesine, memnuniyetsizliğin artmasına, kişiler arası iletişimde istenmeyen durumlarla karşılaşılmasına neden olabilmektedir. Çalışma koşullarının uygunsuzluğu sürekli hizmet sunumunun olduğu sağlık sektöründe çalışanların sağlığını da etkileyebilmektedir ve sağlık çalışanlarında sık görülen tükenmişliğe doğru gidişatı hızlandırabilmektedir.

Sosyo-ekonomik durum ve kültürel özellikler: Sağlık çalışanlarının hizmet sunduğu toplumun sosyo-kültürel özelliklerini tanıması, onların inanç ve değerlerini bilmesi onlarla kuracağı ilişkide olumlu etkiler yaratacaktır. Hastaları karşı ön yargıdan sakınılmalı sübjektif değerlendirmeler yerine daha objektif bir gözle bakılmalıdır. Toplumun bilinç düzeyi ve eğitim seviyesi: Sosyo-kültürel özelliklerde olduğu gibi sağlık çalışanlarının hizmet sunduğu toplumun bilinç düzeyi ve eğitim seviyesi hakkında fikir sahibi olması onlarla kuracağı ilişkiyi yönlendirecektir. Hastalara yapacağı bilgilendirme, danışmanlık gibi süreçlerde kişilerin eğitim seviyelerini dikkate almalı ve anlaşılabilecek şekilde iletişim kurmalıdır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin geç döneme ilişkin bakım ve takibini inceleyerek yaşam kalitesini ve sağlık çalışanlarından beklentilerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel türde planlandı ve gerçekleştirildi. Araştırmada şu sorulara yanıt arandı;

1.Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?

2.Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin sağlık çalışanlarından beklentileri nelerdir?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma özel bir klinikte Ocak 2015 ile Haziran 2017 tarihleri arasında bariatrik cerrahi geçirmiş hastalardan etik kurul onamı ve kurum izni alındıktan sonra gerçekleştirildi. Kliniğin morbit obezite ile ilgili başlıca tedavi protokolleri gastrik balon uygulama, laparoskopik sleeve gastrektomi ve laparoskopik R&Y gastrik by-pass uygulamalarını kapsamaktadır. Klinikte totalde 2 tane genel cerrahi uzman doktoru vardır. Araştırma toplamda 2 adet erişkin genel cerrahi kliniklerinde uygulanmıştır. Genel cerrahi 1 kliniği 34 yatak kapasiteli olup 3 yatağı bariatrik cerrahi hastaları için ayrılmıştır. Genel cerrahi 2 kliniği 34 yatak kapasiteli olup 4 yatağı bariatrik cerrahi hastalarına ayrılmıştır. Toplamda 33 hemşire çalışmaktadır. Çalışan hemşireler 08.00-16.00 gündüz mesaisi ve 16.00-08.00 zaman aralığında gece nöbeti şeklinde, ayda 6-8 gece nöbeti, 4-8 günde gündüz mesaisi şeklinde çalışmaktadır. Her yıl ortalama 263 hasta opere edilmektedir. Kliniğin protokolüne göre hastalar ameliyat öncesi obezite polikliniğine başvurmakta. Endikasyon değerlendirmesi yapılmaktadır. Bu esnada tam bir fizik muayene, iç hastalıkları, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, endokrinoloji ve psikiyatri değerlendirmesinin ardından hastalar sağlık kuruluna sunulmaktadır. Sağlık kurulu onayı alan hastalara ameliyat randevusu verilmekte. Hastalardan ameliyat öncesi bir aylık periyot'da yağ ve karbonhidrattan fakir proteinden zengin diyet uygulanmaktadır. Ortalama 5 kilo veya üzerinde kilo verebildiğinde ameliyat programına alınmaktadır. Ameliyat sonrası hastalar servis şartlarında takip edilmektedir. Sleeve gastrektomi yapılan hastalar ameliyat sonrası

ortalama 2. günde ve by-pass yapılanlar ise 3. günde taburcu edilmektedir. Hastalara çıkış esnasında diyetisyen tarafından hazırlanan diyet listesi verilmekte ve aylık olarak obezite polikliniğinde takip edilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, özel bir genel cerrahi kliniğin 'de Ocak 2015 ile Haziran 2017 yılı arasında genel cerrahi servislerinde cerrahi girişim uygulanan 648 hasta oluşturdu.

Araştırmanın örneklem sayısı Hande Cengiz tarafından geliştirilen 'Obezite Cerrahisi Geçiren Hastalara Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması' referans alınarak. Bariatrik Cerrahi Geçirmiş Bireylerin Geç Dönemdeki Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Çalışanlarından Beklentileri çalışmasında etki büyüklüğünün orta düzeyde (effect size=0,23) alfa anlamlılık seviyesi 0,05 %80 Power'da örneklem büyüklüğü toplam 119 hasta olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya Beden kitle endeksi 30 ve üzeri olan 18- 65 yaş arasındaki bireyler dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama aracı olarak literatür ve uzman görüşü alınarak oluşturulan "Sosyo-Demografik Veri Formu (EK.4)", "Bariatrik Cerrahi Geçirmiş Hasta Bireylerin Sağlık Çalışanlarından Beklentileri (EK.5), "Obezite Cerrahisi Geçiren Hastalara Yönelik Yaşam Kalitesi" (EK.6) ölçeği kullanıldı.

Sosyo-Demografik Veri Formu (Ek.4): Yaş, cinsiyet, meslek, medeni durumu, ameliyat öncesi ve sonrası beden kitle indeksi, diyetisyen ve psikolojik destek alma durumu, sigara ve alkol kullanma gibi özelliklerinin sorgulandığı 21 adet soru yöneltilmiştir.

Bariatrik cerrahi geçirmiş hasta bireylerin sağlık çalışanlarından beklentileri formu (Ek.5): Hastalara hastanede yattıkları süre boyunca ve taburculuk sonrası bakım ve eğitimin ne düzeyde verildiği ve hastaların bu beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı 10 adet soru yöneltilmiş olup bireylerden evet, hayır, kısmen cevaplarından birine cevap vermesi beklenilmiştir.

Obezite Cerrahisi Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek.6): Obezite Cerrahisi Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği (OCSYKÖ): Obezite Cerrahisi Yaşam Kalitesi Ölçeği

iki ana boyut ve toplam 25 maddeden oluşmaktadır. “Biyopsikososyal Alan” adı verilen ilk ana boyut 18 madde ile Psikososyal Alan, Fiziksel İşlev ve Cinsel Yaşam olmak üzere üç alt boyuttan, ikinci ana boyut ise “Komplikasyonlar” adı altında yer alan yedi maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ‘Kesinlikle katılıyorum’, ‘Kısmen Katılıyorum’, ‘Ne katılıyorum ne katılmıyorum’, ‘Kısmen Katılmıyorum’ ve ‘Kesinlikle Katılmıyorum’ ifadelerinden oluşan beş yanıt seçeneği bulunmaktadır. Obezite Cerrahisi Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin ilk boyutundan alınabilecek puan 18-90 aralığında olup, alınan puan arttıkça hastaların obezite cerrahisi sonrası yaşam kalitelerinin de arttığı şeklinde yorum yapılacaktır. Obezite Cerrahisi Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Fiziksel İşlev boyutu ters puanlanmaktadır. İkinci boyut olan Komplikasyonlar kısmından alınabilecek puan aralığı 7-35 puan olup, ölçekten alınan puan azaldıkça hastaların yaşamış olduğu komplikasyonların da azaldığı anlaşılmaktadır. Obezite cerrahisi sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin biyopsikososyal boyutunun Cronbach’s Alfa katsayısı 0,884, Komplikasyonlar boyutunun ise Cronbach’s Alfa katsayısı ise 0,702’dir.

3.5.Verilerin Toplanması

Kliniğin arşivine kayıtlı bireyler araştırmacı tarafından telefonla aranarak katılımcılara ankete samimi ve doğru bir şekilde cevaplandırılması yönünde bilgilendirilerek onamı alınmıştır. Çalışmanın amacı hakkında detaylı bilgi verilmiştir. “Sosyo-Demografik Veri Formu”, “Bariatrik Cerrahi Geçirmiş Hasta Bireylerin Sağlık Çalışanlarından Beklentileri” “Obezite Cerrahisi Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği” sırasıyla sesli okunarak verilen cevaplar kaydedildi. Veri toplama aracının uygulama süresi yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Katılımcılardan olumsuz geri bildirim alınmamıştır.

3.6. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlendi. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemede Shapiro-Wilk testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerde ikili grup analizlerinde ise Mann Whitney u testi; ikiden fazla grup analizlerinde ise Kruskal Wallis testleri kullanıldı. İkiden fazla gruplar arasındaki

farklılığı belirlemede Post Hoc testlerinden Tukey ve Tamhane's T2 testlerine başvuruldu. Biyopsikososyal ve komplikasyon puan ortalamasına etki eden faktörlerin belirlenmesinde çoklu lineer regresyon modeline başvuruldu. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0.05 olarak alındı.

3.7.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce üniversiteden 2020/14 sayılı,26.11.2020 tarihli sosyal ve beşeri bilimler araştırmaları etik kurul izni (Ek 8), hastanenin başhekimliğinden kurum izni (Ek 9) ve akademik kurul (Ek 10) izinleri alındı. Her hastadan, gönüllüleri bilgilendirme ve izin formu alındı (Ek 3).

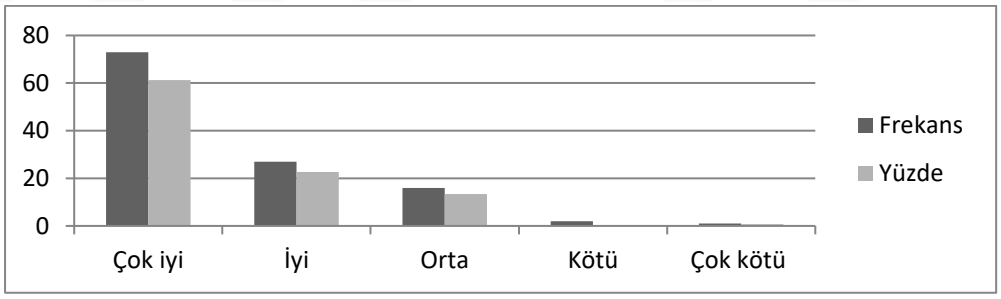
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yüz yüze anket yöntemi ile yapılmış olması planlanmasına karşılık covid-19 pandemisi nedeniyle anketlerin önemli bir bölümü katılımcıları telefonla aranarak soru cevap şeklinde katılımcılara doldurtulmuştur. Sağlıklı bir yanıtlama için çeşitli önlemler alınmış olmasına karşılık katılımcıların anket formlarına hangi ortamda ve nasıl cevapladıkları bilinmemektedir. Araştırmaya geç dönemde bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin seçilmiş olması ve araştırmanın tek merkeze kayıtlı 119 hasta ile yapılması ise sınırlılığını oluşturmaktadır.

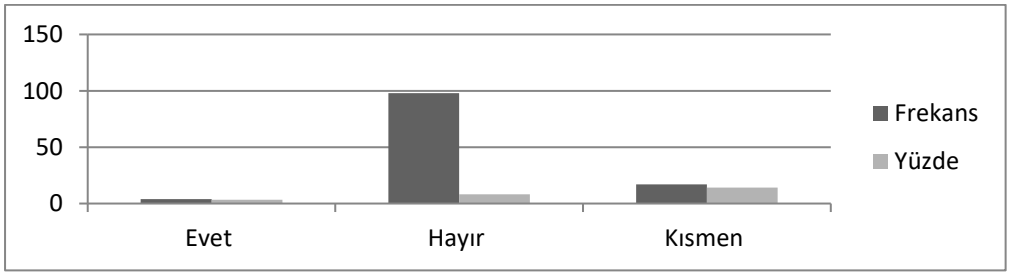
4. BULGULAR

Bariatrik cerrahi geçiren bireylerin tanıtıcı özellikleri ve kilo kontrolüne yönelik yaptıkları uygulamalar Tablo 3.1'de verildi. Çalışmada katılımcıların %73,9 (n=88)'nun kadın, %79,0 (n=94)'u evli, %52,1 (n=62)'i lisans ve üzeri eğitime sahip, %56,3 (n=67)'ünün çalıştığı, %21,0 (n=25)'inin kronik hastalığı, %35,3 (n=42)'ünün ailesinde kilo sorunu olduğu, %34,5 (n=41)'inin 15 yıl ve üstünde kilo problemi yaşadığı, %42,9 (n=51)'unun diyet ve egzersizle kilo vermeyi çalıştığı,%24,4 (n=29)'ünun sigara kullandığı belirlendi. Bariarik cerrahi sonrası bireylerin %45,4 (n=54)'ünun tekrar kilo aldığı, kilo alanların ise %55,6 (n=30)'sında 3 ile 4 yıl arasında kilo aldığı, %3,4 (n=4)'ünün psikolojik yardım aldığı, %40,3 (n=48)'ünün sağlıklı beslendiği, %68,9 (n=82)'unda egzersiz yaptığı saptandı. Çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 39,8±9,6, ameliyat öncesi BKI 44,7±7,2; ameliyat sonrası BKI 30,2±5,9'dur.

Şekil 4.1'de bireylerin şu andaki sağlık durumlarının %61,3 (n=73)'ünde çok iyi olduğunu belirtmiştir. Şekil 4.2'de bireylerin bariatrik cerrahisi olmadan %82,4 (n= 98)'ünün ise bariatrik cerrahisi olmadan, diyet, spor ve diğer destek tedaviler ile kilo verebileceğini düşünmedikleri bildirmiştir.



Şekil 4.1 Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin mevcut sağlık durumunun ameliyat önceki döneme göre değerlendirmesi.



Şekil 4.2 Bariatrik cerrahi geçiren bireylerin diyet, spor ve diğer destek tedaviler ile kilo verebileceğini düşünmesi.

Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ve ameliyat sonrası kilo kontrolüne yönelik yaptıkları uygulamalar (N=119)

Tanıtıcı özellikler ve kilo kontrolüne yönelik uygulamalar		Frekans (n)	Yüzde %
Cinsiyet	Kadın	88	73.9
	Erkek	31	26.1
Medeni durumu	Bekar	25	21
	Evli	94	79
Eğitim durumu	İlkokul	8	6,7
	Ortaokul	13	10,9
	Lise	36	30,3
	Lisans ve üzeri	62	52,1
Çalışma durumu	Çalışmıyor	52	43,7
	Çalışıyor	67	56,3
Kronik hastalık	Hayır	94	79
	Evet	25	21
Ailenizde kilo sorunu yaşayan varlığı	Hayır	77	64,7
	Evet	42	35,3
Ameliyat öncesi kilo problemi (obezite) yaşama (yıl)	1-5	24	20,2
	6-10	43	36,1
	11-15	11	9,2
	15ve üstü	41	34,5
Ameliyat öncesi kilo vermek amacı ile başvurdukları yöntemler	Diyet	38	31,9
	Diyet, davranış terapisi, egzersiz, ilaç tedavisi	21	0,8
	Diyet, Egzersiz	51	42,9
	Egzersiz, ilaç tedavisi	9	4,2
Ameliyat sonrası tekrar kilo alma durumu	Hayır	65	54,6
	Evet	54	45,4
Kilo alanların kilo almaya başlama zamanları (yıl)	2	23	42,6
	3 – 4	30	55,6
	5 – 7	1	1.2
Psikolojik yardım alma	Hayır	115	96,6
	Evet	4	3,4
Ağırlık kontrolü ve sağlıklı beslenme	Hayır	71	59,7
	Evet	48	40,3
Egzersiz spor yürüyüş basketbol vs…	Hayır	37	31,1
	Evet	82	68,9
Sigara kullanma	Hayır	90	75,6
	Evet	29	24,4
		Ort±ss	Med (MinMaks)
Yaş		39,8±9,6	39 (20-68)
Kadın&Yaş*		39,6±9,7	39 (20-68)
Erkek&Yaş*		40,3±9,3	42 (21-59)
Ameliyat öncesi BKI		44,7±7,2	43.2 (32,4-69.5)
Ameliyat sonrası BKI		30,2±5,9	29.3 (18,0-58.4)

BKI: Beden Kitle İndeksi

Tablo 4.2. Katılımcıların ameliyat sonrası sağlık çalışanlarından beklenti ve memnuniyetin değerlendirilmesi (N=119)

	Evet	Hayır	Kısmen
	n(%)	n(%)	n(%)
Ameliyat sonrası mahremiyetinize gösterilen destek, dikkat, ilgi ve kibarlık yeterli miydi?	113 (95)	3 (2,5)	3 (2,5)
Ameliyat sonrası herhangi bir sorununuzda ilgili sağlık çalışanına ulaşma süreniz yeterli miydi?	94 (79)	5 (4,2)	20 (16,8)
Ameliyat sonrası ilgili sağlık çalışanlarından verilen bilgilerin açıklığı ve anlaşılırlığı yeterli miydi?	100 (84)	4 (3,4)	15 (12,6)
Ameliyat sonrası ilgili sağlık çalışanlarının size ayırdığı zaman yeterli miydi?	89 (74,8)	8 (6,7)	22 (18,5)
Ameliyat sonrası size verilen eğitimler ve eğitim broşürleri yeterli miydi?	68 (57,1)	12 (10,1)	39 (32,8)
Ameliyat sonrası ilgili sağlık çalışanının size ait beden kitle indeksi, kol çevresi uzunluğu, göbek çevresi uzunluğu vb. parametrelerin takibi düzenli yapıldı mı?	73(61,3)	13 (10,9)	33 (27,7)
Ameliyat sonrasında ilgili sağlık çalışanlarının sizinle iletişime geçtikten sonra verilen eğitim, destek ve yönlendirmeler yeterli miydi?	85 (71,4)	6 (5)	28 (23,5)
Ameliyat sonrası yaşadığınız sorunda iletişime geçtiğiniz sağlık çalışanının sizin için sorunu çözmede gösterdiği ilgi ve performansı yeterli miydi?	97 (81,5)	4 (3,4)	18 (15,1)
Ameliyat sonrası taburculuk eğitimi ve evde bakımınızda sağlık çalışanlarının bilgilendirmeler ve yardımları yeterli miydi?	95 (79,8)	4 (3,4)	20 (16,8)
Ameliyat sonrasında sağlık çalışanlarının size durumunuzu ifade etmek için kullandığı yöntem ve dil yeterli miydi?	110 (92,4)	0 (0)	9 (7,6)

Tablo 4.2'de katılımcıların ameliyat sonrası sağlık çalışanlarından beklenti ve memnuniyetin değerlendirilmesi verildi. Çalışmada bireylerin sağlık çalışanlarından beklenti ve memnuniyet düzeylerinin en yüksek olduğu alanlar sırasıyla mahremiyete gösterilen özen ve dikkat (%95; n=113), sağlık çalışanlarının iletişimde kullandıkları yöntem ve dil (%92,4; n=110), verilen bilgilerin açık ve anlaşılır (%84,0; n=100) olmasını belirtmiştir. Buna karşın ameliyat sonrası eğitim ve eğitim broşürleri (%57,1 (n=68), ameliyat sonrası kilo takibinin (beden kitle indeksi, kol çevresi uzunluğu, göbek çevresi uzunluğu vb. parametrelerin takibi) düzenli yapılması (%61,3; n=73) ve eğitim, destek ve yönlendirmeleri (%71,4; n=85) içeren alanlar ise daha düşük oranda olduğu bulundu.

Tablo 4.3. Katılımcıların Obezite Cerrahisi Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin biyopsikososyal ve komplikasyon boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımları (n=119)

Biyopsikososyal boyut	Kesinlikle katılmıyorum n(%)	Kısmen katılmıyorum n(%)	Ne katılıyorum ne katılmıyorum n(%)	Kısmen katılıyorum n(%)	Kesinlikle katılıyorum n(%)	Ort±ss
Psikososyal alan						
Kendime olan güvenim arttı ve mutlu hissediyorum.	1 (0,8)	8 (6,7)	12 (10,1)	32 (26,9)	66 (55,5)	4,29±0,9
İstediğim kıyafetleri almaktan mutluluk duyuyorum	3 (2,5)	8 (6,7)	15 (12,6)	32 (26,9)	61 (51,3)	4,17±1,0
Kendimi daha enerjik hissediyorum.	4 (3,4)	10 (8,4)	6 (5)	36 (30,3)	63 (52,9)	4,21±1,0
Rahatlıkla fotoğraf çektirebiliyorum.	2 (1,7)	7 (5,9)	25 (21)	29 (24,4)	56 (47,1)	4,09±1,0
Çevremde bana saygı duyulduğunu hissediyorum ve sosyal ortamlara girmekten çekinmiyorum.	1 (0,8)	10 (8,4)	20 (16,8)	31 (26,1)	57 (47,9)	4,11±1,0
Merdivenleri/yokuşu daha rahat çıkabiliyorum.	5 (4,2)	8 (6,7)	8 (6,7)	31 (26,1)	67 (56,3)	4,23±1,1
Fazla kiloya bağlı yaşadığım ağrılar azaldı.	5 (4,2)	8 (6,7)	14 (11,8)	33 (27,7)	59 (49,6)	4,11±1,1
Fiziksel işlev						
Yakınlarım uykumda nefesimin kesildiğini ve/veya horladığımı ifade ediyor.	44 (37)	33 (27,7)	11 (9,2)	20 (16,8)	11 (9,2)	2,33±1,3
Uyurken iki yastık kullanmak nefes almamı kolaylaştırıyor.	38 (31,9)	45 (37,8)	21 (17,6)	12 (10,1)	3 (2,5)	2,13±1,0
Uykudan nefes almada güçlük/boğulma hissiyle uyanıyorum.	48 (40,3)	51 (42,9)	13 (10,9)	6 (5)	1 (0,8)	1,83±0,8
Yürürken, eğilirken veya diz çökerken zorlanıyorum ve ağrılarım nedeniyle egzersiz yapamıyorum.	37 (31,1)	47 (39,5)	9 (7,6)	21 (17,6)	5 (4,2)	2,24±1,1
Yürüdüğüm zaman nefes almakta güçlük çekiyorum.	35 (29,4)	45 (37,8)	19 (16)	17 (14,3)	3 (2,5)	2,22±1,1
Ağrılarım uykuma engel oluyor.	36 (30,3)	55 (46,2)	13 (10,9)	12 (10,1)	3 (2,5)	2,08±1,0
Cinsel Yaşam						
Cinsel yaşamımdan memnunum.	2 (1,7)	18 (15,1)	38 (31,9)	43 (36,1)	18 (15,1)	3,47±0,9
Eşimle cinsel yaşamımızın uyumlu olduğumuzu düşünüyorum.	2 (1,7)	21 (17,6)	38 (31,9)	43 (36,1)	15 (12,6)	3,40±0,9
Cinsel ilişkiden daha fazla zevk almaya başladım.	4 (3,4)	18 (15,1)	33 (27,7)	46 (38,7)	18 (15,1)	3,47±1,0
Cinsel isteğimde artma oldu.	4 (3,4)	22 (18,5)	38 (31,9)	38 (31,9)	17 (14,3)	3,35±1,0
Her ay düzenli adet oluyorum ve kendimi doğurgan hissediyorum./Ereksiyon problemi yaşamıyorum ve üretken olduğumu hissediyorum.	6 (5)	15 (12,6)	21 (17,6)	48 (40,3)	29 (24,4)	3,66±1,1

Komplikasyon boyutu

Ameliyat sonrası	Asla n(%)	Nadiren (1-2Kez) n(%)	Ara sıra (3-4Kez) n(%)	Çok sık (5-10Kez) n(%)	Her zaman n(%)	Ort±ss
Kabızlık sorunum oldu	37(31,1)	42(35,3)	20(16,8)	8 (6,7)	12 (10,1)	2,29±1,2
Halsizlik yürüme güçlüğüm oldu	38(31,9)	50(42)	17(14,3)	9 (7,6)	5 (4,2)	2,10±1,0
Üşümem oldu	27(22,7)	36(30,3)	27(22,7)	18 (15,1)	11 (9,2)	2,57±1,2
Saç dökülmem oldu	32(26,9)	37(31,1)	26(21,8)	13 (10,9)	11 (9,2)	2,44±1,2
Bulantı kusmam oldu	65(54,6)	34(28,6)	9(7,6)	7 (5,9)	4 (3,4)	1,74±1,0
Yutma güçlüğüm oldu	77(64,7)	31(26,1)	8(6,7)	2 (1,7)	1 (0,8)	1,47±0,7
Ağız kokusu problemim oldu	72(60,5)	39(32,8)	3(2,5)	3 (2,5)	2 (1,7)	1,52±0,8

Tablo 4.3 katılımcıların bariatrik cerrahi sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin genel ve alt boyutlarından alınan puan ortalaması, verdikleri yanıtların dağılımı sunuldu. Çalışmada Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin biyopsikososyal alt boyutundan 59,5±6,7 (psikososyal alan:29,2±6.45,4; cinsel yaşam:17,3±4,7; fiziksel işlev:12,8±5,4), komplikasyon alt boyutundan 14,1±4,7 olarak saptandı.

Tablo 4.4 Çalışmada kullanılan "Bariatrik Cerrahi Geçirmiş Bireylerin Yaşam Kalitesi" Ve "Sağlık Çalışanlarından Beklentileri" ölçeklerin ortalama ve Cronbach alpha güvenirlilik katsayı değerleri

Ölçekler	İfade sayısı		Ort±ss	Med (Min-Maks)	Shapiro wilk normallik testi	Cronbach alfa güvenirlik katsayı değeri
Psikososyal alan	7	7	29,2±6,4	30 (10-35)	<0,001	0,945
Fiziksel işlev	6	6	12,8±5,4	12 (6-30)	<0,001	0,898
Cinsel yaşam	5	5	17,3±4,7	18 (5-25)	0,001	0,946
Biyosikososyal	18		59,5±6,7	59 (42-76)	0,049	0,878
Komplikasyon	7		14,1±4,7	14 (7-27)	0,001	0,730
Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin sağlık çalışanlarından beklentileri anketi	10		27,3±3,3	28 (17-30)	<0,001	0,829

Cronbach alpfa güvenirlik katsayı değeri ile ilgili yapılan bir çalışmada Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayı aralıkları; $0,0<\alpha<0,4$ aralığında 'ölçek güvenilir değildir', $0,41<\alpha<0,6$ aralığında 'ölçek düşük güvenirliktedir', $0,61<\alpha<0,8$ aralığında 'ölçek orta güvenirliktedir', $0,81<\alpha<1,00$ aralığında ise 'ölçek yüksek güvenirliktedir' şeklinde bildirilmiştir (Kılıç, 2016). Bu kapsamda yapılan çalışmada kullanılan ölçek skorlarının cronbach alfa güvenirlik katsayı değerlerine bakıldığında; psikososyal alan ($\alpha=0,945$), fiziksel işlev ($\alpha=0,898$), cinsel yaşam ($\alpha=0,946$) ve biyosikososyal ($\alpha=0,878$) ölçek boyutlarının yüksek güvenirlikte olduğu gözlenirken, komplikasyon ölçek boyutunun ($\alpha=0,730$) orta güvenirlikte olduğu tespit edilmiştir. Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin sağlık çalışanlarından beklentileri anket boyutlarının ($\alpha=0,829$) anket güvenirliliğinin yüksek güvenirlikte olduğu saptanmıştır. Ölçek skorları ile ilgili yapılan normallik test bulguları incelendiğinde; araştırmada kullanılan ölçek skorlarının normal dağılım göstermediği saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Katılımcıların bazı tanıtıcı özellikleri ile Obezite Cerrahi Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan medyan değerlerinin karşılaştırılması (N=119)

	Psikososyal Alan Med(Min-Maks)	Fiziksel İşlev Med(Min-Maks)	Cinsel Yaşam Med(Min-Maks)	Biyopsikososyal Med(Min-Maks)	Komplikasyon Med(Min-Maks)
Yaş aralığı					
30 yaş ve altı (a)	35(18-35)	9,5(6-19)	20(15-25)	65(57-73)	14,5(7-25)
31-40 yaş arası (b)	29(10-35)	12(6-26)	19(7-25)	59(43-70)	15(7-27)
41 yaş ve üzeri (c)	29(13-35)	12(6-30)	15(5-25)	58(42-76)	13(7-26)
Kruskal Wallis	12,131/**,002**	9,717/**,008**	18,852/**,001**	11,124/**004**	5,418/,067
Post Hoc Tukey & Tamhane's T2	a-b;p=0,005 a-c;p=0,018	b-a;p=0,024 c-a;p=0,012	a-c;p<0,001 b-c; p=0,044	a-c;p=0,005 a-c;p=0,018 a-b;p=0,005	
Cinsiyet					
Kadın	32,5(13-35)	12(6-24)	17,5(5-25)	58(42-71)	14(7-27)
Erkek	27(10-35)	16(6-30)	19(7-25)	60(43-76)	12(8-26)
u/p	1026/.**036**	850/.**002**	1320.5/.791	1270/.568	1015/.**034**
Kronik hastalık					
Hayır	32(13-35)	12(6-24)	19(5-25)	60(47-76)	13,5(7-27)
Evet	25(10-35)	14(6-30)	15(5-21)	55(42-70)	15(8-26)
u/p	671/.**001**	679/.**001**	563/<**001**	620/<.**001**	878,5/.052
Ailenizde kilo sorunu yaşayan varlığı					
Hayır	32(13-35)	11(6-23)	18(5-25)	59(46-76)	13(7-27)
Evet	27(10-35)	14(6-30)	16(7-25)	58(42-70)	14(8-25)
u/p	1172.5/.**011**	1042.5/.**001**	1279/.059	1440.5/.325	1419/.269
Ameliyat sonrası tekrar kilo alma durumu					
Hayır	35(21-35)	11(6-21)	18(5-25)	61(46-76)	14(7-25)
Evet	27(10-35)	13,5(6-30)	17,5(7-25)	57(42-70)	13(7-27)
u/p	621,5/<.**001**	996/.**001**	1560.5/.296	1187/.**002**	1571/.325
Ameliyat sonrası kilo kontrolü ve sağlıklı beslenme					
Hayır	30(10-35)	12(6-30)	17(7-25)	58(43-76)	13(7-27)
Evet	34(13-35)	12(6-24)	18(5-25)	60,5(42-71)	15(7-27)
u/p	1332/.**039**	1442.5/.154	1502/.271	1483/.230	1254/.**014**
Egzersiz yapma					
Hayır	28(13-35)	12 (6-30)	18(10-25)	57(46-73)	13(7-27)
Evet	34(10-35)	12(6-26)	17,5(5-25)	59(42-76)	14(7-26)
u/p	1052/.**006**	1300/.210	1466,5/.770	1379/.427	1257/.134
Alkol kullanma					
Hayır	31(10-35)	12(6-30)	18(5-25)	58(42-73)	14(7-27)
Evet	30(14-35)	11(6-22)	18,5(10-25)	59,5(46-76)	11(8-20)
u/p	1075.5/.662	1089.5/737	1054/.569	1077.5/.678	784/.**018**

* p<0,05, u; Mann Whitney u testi

Tablo 4.5'da çalışmada katılımcıların bazı tanıtıcı özellikleri ile Obezite Cerrahi Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan medyan değerleri karşılaştırıldı. Katılımcıların medeni durum, çalışma durumu, ameliyat sonrası psikolojik yardım alma sigara kullanma, eğitim durumu ile Obezite Cerrahi Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin biyopsikososyal ve komplikasyon alt boyutları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi (p>0,05).

Çalışmada 30 yaş ve altı (p=0.004), kronik hastalığı olmayan (p=0.001) ve ameliyat sonrası tekrar kilo almayan (p=0.002) bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin biyopsikososyal alt boyutundan alınan medyan değerleri daha yüksek

olmakla birlikte anlamlı farklılık belirlendi. Biyopsikososyal boyutunun üç alan boyutu ile tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında; psikososyal ve alanı 30 yaş ve altı (p=0.002), kadın (p=0,036), kronik hastalığı olmayan (p=0,001), tekrar kilo almayan (p=0.001), ailesinde kilo sorunu yaşayan (p=0.011), kilo kontrolü ve sağlıklı beslenen (p=0.039), egzersiz yapan (p=0.006) bireylerin puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksek olmakla birlikte anlamlı bulundu. Fiziksel işlev alanında 30 yaş ve altı (p=0.008), kadın (p=0,002), kronik hastalığı olmayan (p=0.001), tekrar kilo almayan (p=0.001) ve ailesinde kilo sorunu olan (p=0.001) bireylerde puan ortalaması daha yüksek olmakla birlikte anlamlı farklılık saptandı. Cinsel yaşam alanına 30 yaş ve altı (p=0.001) ve kronik hastalığı olmayan bireylerde (p=0.001) puan ortalamaları daha yüksek ve anlamlı farklılık belirlenirken, diğer tanıtıcı özellikler arasında bulunmadı.

Komplikasyon alt boyutu ile tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında ise erkek (p=0,034), kilo kontrolü yapan-sağlıklı beslenen (p=0.014) ve alkol kullanan (p=0.018) bireylerde komplikasyon gelişiminin daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.6 Obezite Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin çok değişkenli lineer regresyon analizi

Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	%95 CI Lower	Lower
Biyopsikososyal alt boyutu R = .473, R^2 =.224, Düzeltilmiş R^2=-0,189, F = 6.467, p<0.001, Durbin Watson=2,317							
Sabit	68,037	2,826		24,079	**<0,001**	64,438	73,635
Yaş	-1,904	0,787	0,216	-2,421	**0,017**	-3,463	-0,346
Hekim tarafından tanı konulmuş hastalık varlığı	-4,305	1,470	-0,261	-2,929	**0,004**	-7,217	-1,393
Ameliyat sonrası tekrar kilo almaya başlama durumu	-2,437	1,200	-0,180	-2,030	**0,045**	-4,815	-0,059
Alkol kullanma	1,260	1,451	0,075	0,868	0,387	- 1,615	4,134
Komplikasyon boyutu	-0,171	0,128	-0,119	-1,335	0,184	-0,424	0,083
Komplikasyon alt boyutu R = .266, R2 =.071, Düzeltilmiş R2=0,046, F = 2.915, p=0.037, Durbin Watson=0,822							
Sabit	15,064	1,406		10,713	**<0,001**	12,279	17,850
Cinsiyet	-0,846	1,035	-0,080	-0,817	0,415	-2,897	1,205
Ameliyat sonrası kilo kontrolü ve sağlıklı beslenmek amacı	1,318	0,878	0,138	1,500	0,136	-0,422	3,058
Alkol kullanma	-1,791	1,138	-0,154	-1,574	0,118	-4,045	0,463

* p<0,05, Çoklu lineer regresyon analizi

Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin çok değişkenli lineer regresyon analizi değerlendirildi. Bireylerin yaş (p=0,017), kronik hastalık (p=0,004) ve tekrar kilo alma (p=0,045) biyopsikososyal alt boyutunda etkili faktörler olarak saptandı. Komplikasyon alt boyutuna ise cinsiyet (p=0,415), kilo kontrolü ve sağlıklı beslenme (p=0,136) ve alkol kullanmanın (p=0,118) etkili faktör olmadığı belirlendi.

5. TARTIŞMA

Cerrahi girişimlerde hasta, her yönüyle etkilenebilmekte, yaşam kalitesi düşmekte ve sonuç olarak rahatsızlık veren bir süreçten geçmektedir. Bu çalışmada bulgular bireylerin tanıtıcı özellikleri, çalışmada kullanılan ölçeklerin dağılımlarının incelenmesi, bireylerin tanıtıcı özellikleri ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puan ortalamalarının karşılaştırılması ve etkileyen faktörler olmak üzere üç başlık altında tartışıldı.

- ✓ Katılımcıların tanıtıcı özellikleri
- ✓ Katılımcıların çalışmada kullanılan ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları
- ✓ Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile yaşam kalitelerinde ki artış ve sağlık çalışanlarından beklentileri olmak üzere üç bölümde tartışıldı.

Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Çalışmada hastaların Yaş ortalaması: 39,6± 9.6 hastaların %73,9 (n=88)'unun kadın, %79,0 (n=94)'unun evli, %52,1 (n=62)'inin ise lisans ve üzeri eğitime sahip olduğu, %56,3 (n=67)'ünün çalıştığı, ameliyat sonrası BMI değerlerinin 30,2 olduğu, %21,0 (n=25)'ine hekim tarafından farklı hastalık tanı konulduğu, % 35,3 (n=42)'ünün ailesinde kilo sorunu yaşadığı, %34,5 (n=41)'inde ise 15 yıl ve üstünde ameliyat öncesi kilo problemi yaşadığı, ameliyat öncesi %31,9 (n=38)'unun diyet, %42,9 (n=51)'nun diyet ve egzersiz yaptığı, %24,4 (n=29)'ünun sigara kullandığı, %20,2 (n=24)'sinde alkol kullandığı bulundu. Yine obezite tanısı konulan bireylerin kilo kontrolünü sağlamaya yönelik yaptıkları uygulamalar incelendiğinde; %45,4 (n=54)'ünun ameliyat sonrası tekrar kilo aldığı, kilo alanların ise %55,6 (n= 30)'sında 3 ile 4 yıl arasında kilo aldığı, %3,4 (n=4)'ünün psikolojik yardım aldığı, %40,3 (n=48)'ünün sağlıklı beslendiği, %68,9 (n=82)'unda egzersiz yaptıkları belirlendi.

Hastaların cinsiyete göre dağılımında kadınlar %73,9 (n=88)'unu, erkeklerin %26.1 (n=31)'ini oluşturduğu gözlenmiştir. Obezite tüm cinsler için söz konusu olmakla birlikte kadınlarda daha sık görülmektedir. Benzer çalışmalarda da kadın veya erkek oranlarının benzerlik gösterdiği görülmektedir. (Oksel, 2008; Merdol, 2019; Akbaş, 2013; Kocaman, 2014).

Araştırmada örneklem grubunun %79,0'u evlidir. Bu durum benzer çalışmalar ile paralellik göstermiştir.(Erbay 2018; Oksel, 2008; İlhan 2018).

Öğrenim düzeyleri incelediğinde ise hastaların daha çok (%52.1) Lisans ve üzeri mezuniyete sahip oldukları görülmüştür. Çalışmamızda yer alanlardan en düşük yüzdeyi %6,7 (n:8) oran ile ilk okul mezunu alırken, lise mezunları %30.3 (n:36), orta okul mezuniyete sahip % 10.9 (n:13), % 52.1 (n:62) oran ile en yüksek paydayı ise Lisans ve üzeri mezuniyete sahip hastalar almıştır. Elde edilen bu bulgu literatür 'de benzer çalışmalar ile farklılık göstermiştir. (Baş,2018, Yılmaz, 2017, Oksel, 2008). Eğitim düzeyinin yüksek olması düşündürücü bir bulgu, ayrıca evli olanların oranlarının yüksek olması ise Türk toplumunu kültürel ve ailevi gelenekleri ile örtüştüğü ifade edilebilir.

Hastaların BKİ değerleri incelendiğinde; ameliyat öncesi BKİ 44,7±7,2 ortalamaya sahip oldukları belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde benzer çalışmalarda bireylerin obezite cerrahisi işleminden önceki BKİ'leri paralellik göstermiştir.(Yılmaz,2017, Akbaş, 2013). 2002-2006 yılları arasında DSÖ 'nün BKİ incelenmesi amacıyla yapmış olduğu bir çalışmada Kanada, Yunanistan, İtalya, Orta Avrupa ülkelerinde genç nüfusun obezite eğiliminde olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda ise literatür ile paralellik göstermiş olup genç bireylerin obezite cerrahisine eğilimi ve sayısı daha yüksek gözükmektedir.

Hastalık sürecine bağlı ek hastalıkların varlığı, egzersiz ve beslenme durumunda ki değişim nedeni ile BKİ'de artış olabilir. BKİ'deki artışlar obezite cerrahisi için önemli bir risk faktörüdür. Süper ve Morbid obezlerde BKİ'nin fazla olması cerrahi açıdan riskli bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Hastaların obezite dışında hekim tarafından konmuş olan kronik hastalıkları incelendiğinde hastaların %21,0 (n=25)'ine hekim tarafından tanı konulduğu gözlemlenmiştir. Literatür incelendiğinde benzer çalışmalarla farklılıklar göstermiştir (Çoğalan 2019, Ateş 2105, Akkayaoğlu 2019).

Hastaların Sigara kullanımı %24,4 (n=29)'ünde, alkol kullanımının ise %20,2 (n=24)'sinde tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde benzer çalışmalarda paralellik göstermiştir (Baş 2018,)

Katılımcıların Çalışmada Kullanılan Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 39,8±9,6'dır. Hastaların yaş ortalamaları Akkayaoğlu (2019)'un çalışmasında 36.34±10.89; Yılmaz(2015)'ın çalışmasında 37.08 olarak verilmiştir. Doğan'nın 2012'de gebelerde obezite sıklığının ve obezitenin yaşam kalitesine etkisini incelediği çalışmasında, obeziteyi en çok 30 yaş üstü bireylerde saptadığı bulunmuştur. Bu araştırmanın bulguları araştırmamız ile benzer şekildedir (Doğan, 2012). Yapılan çeşitli araştırmalar sonucunda obezite cerrahisinin günümüzde gelişen teknoloji sayesinde kabul gören bir tedavi yöntemi olduğunu, erken tanı ve teşhis ile gerçekleştirilecek bu işlemde bireylerin gelecek yıllarda yaşam kalitesinin artacağı günümüzde geçerliliğini göstermektedir. Yaşın yaşam kalitesini etkilediği ve yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Bunun nedeni ise literatüre göre orta yaş grubunda obezitenin daha fazla görülmesi ve yaşın ilerlemesi ile birlikte fizyolojik yaşlanma süreci etkilerinin obez bireylerde yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

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 araştırmada ameliyat sonrası hastaların yaşam kalitelerindeki değişim incelendi. Ameliyat sonrası ölçek puanlarında anlamlı bir artış görüldü. Hastalar kilo verdikçe psikososyal alan, fiziksel işlev, cinsel yaşam, biyosikososyal ve komplikasyon, ölçekten alınan puanların olumlu yönde yaşam kalitesini arttırıldığı görüldü. Literatür tarandığında çalışmamızla paralellik göstermiş olduğu gözlemlenmiştir.

Baş (2018) "Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitesi" başlıklı çalışmasında, obezite cerrahisi için başvuran 53 hasta üzerinde ameliyat öncesi ve sonrasında "Kişisel Veri Toplama Formu" ve "Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi – Kısa Sürüm" uygulamıştır. Çalışma sonucunda morbid obez hastalarında kilo kaybı arttıkça yaşam kalitesinin arttığını belirlemiştir.

Hofstadt ve ark. (2017), obezite cerrahisi geçiren hastalarda 24 ay sonra yaşam kalitesindeki değişiklikleri belirlemek için yaptıkları çalışmada sonucunda obezite cerrahinin uzun vadede morbid obez hastaların yaşam kalitesini artırması ve BKİ'nin azaltılmasında etkili olduğunu belirlemişlerdir.

Araştırmamızda ailesinde kilo proplemi yaşayanların obezite tanısı almış olduğu gözlemlenmiştir. Araştırmamıza katılan hastaların, ailelerinde fazla kilolu birey olma durumu incelendiğinde; %35,3 (n=42)'nün fazla kilolu olma durumu belirlenmiştir. Çıray Gündüzoğlu'nun 2008'de yapmış olduğu çalışmada, bireylerin çoğunun anne ve babasının kilolu olduğu ve ailesinde başka kilolu bireye sahip olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir (Çıray Gündüzoğlu, 2008). Obezite oluşumuna neden olan genetik faktörler incelendiğinde, fazla kilolu aile bireylerine sahip olan ve/veya biyolojik ebeveynlerinden ayrı olarak yetiştirilen çocukların fazla kilolu olma eğiliminde oldukları saptanmaktadır. Özellikle evlat edinilen çocuklarla yürütülen çalışmalarda çocukların BKİ'lerinin biyolojik ebeveynine daha çok benzediği görülmüştür (Stunkard et al. 1986 ve Alphan, 2008).

Araştırmamıza katılanların çoğunluğunun kadın olup ameliyat sonrası yarısından çoğunun halen normal kilodan fazla beden kitle indeksine sahip oldukları görülmektedir. Duygu Ateş'in 2015'de yaptığı çalışmada ise Kadın hastaların operasyon sonrasında yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeklerinden operasyon öncesine göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.(Ateş, 2015). Literatürde, Bariatrik cerrahi geçiren hastaların çoğunlukla kadınlar olduğu ve III. derece obez kişiler olduğu belirtilmektedir (Dizlek ve ark. 2015; Chang ve ark. 2014). Araştırma bulgularının literatür sonuçları ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda bariatrik cerrahi sonrası konstipasyon yaşayan hastaların oranı %63, kusma ve bulantı şikâyetleri gösteren hasta oranı ise %45'dir. Patil ve Melander (2015)'de bariatrik cerrahi sonrası hastalarda görülen postoperatif komplikasyonlar ve acil bakım konulu çalışmalarında bariatrik cerrahi sonrası mide kapasitesinin küçülmesine bağlı bulantı ve kusma, bağırsak hareketlerinde yavaşlama ve ameliyat bölgesinde sızıntı gelişmesi gibi komplikasyonların görüldüğü sonucuna ulaşmışlardır. Araştırmamız literatür ile paralellik göstermiştir.

Araştırmamızda önemli bir alt ölçek ise cinsel yaşamdır. Ameliyat sonrası veriler karşılaştırıldığında verilen kilo arttıkça cinsel yaşam alt ölçeğinin arttığı bulundu. Araştırmamızda obezite cerrahisi sonrası erkek bireylerde, medeni durum olarak evli olan ve hekim tarafından ek bir hastalık tanısı almamış olan bireylerin cinsel işlev alt başlığından aldığı puanların olumlu oldukları gözlenmiştir. 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. Kilo verdikten sonra cinsel işlevsellikte belirgin artış saptayan çalışmalar vardır. (Kolotkin, 2012 ve Sarwer, 2012). Kadınlar arasındaki birkaç çalışmada, cerrahi sonrası ilk birkaç yıl içinde cinsel işlevsellikte kendiliğinden iyileşmeler tespit edilmiştir (Bond, 2011 ve Sarwer, 2014). Gastrik bypass geçiren erkeklerle yapılan bir çalışmada, postoperatif ilk birkaç yıl içinde cinsel işlevin tüm alanlarında iyileşmeler bildirilmiştir (Dallal, 2008). 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). Araştırmamızda da literatüre uygun sonuçlar çıkmıştır.

Bariatrik cerrahi uygulanan hastaların hayat kalitesi artar. Kilo verme ile birlikte ek hastalıklarda düzelme saptanır. Rea ve arkadaşlarının 505 hastada uyguladığı laparoskopik RYGBP sonrası kilo kaybı oranları, komplikasyonlar ve hayat kalitesi değişimini inceleyen çalışmasında; bariatrik hastaların hayat kalitesi her dönem normal popülasyondan daha düşük bulunmuştur. Ancak bariatrik hastaların post-op her dönemde hayat kalitesinin preoperatif dönemlerine göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin biyopsikososyal alt boyutundan 59,5±6,7 (psikososyal alan:29,2±6.45,4; cinsel yaşam:17,3±4,7; fiziksel işlev:12,8±5,4), komplikasyon alt boyutundan 14,1±4,7 olarak saptandı. Postoperatif yapılan takiplerde objektif ve subjektif bulgular değerlendirildiğinde hayat kalitesinin arttığı gözlemlenmiştir. Araştırmamız literatür ile paralellik göstermiştir.

Araştırmamızda obezite cerrahisi olan katılımcıların sağlık çalışanlarından beklentileri anketine verdikleri cevaplar bakımından memnuniyet düzeyleri incelendi ve katılımcıların hastane hizmetleri, preoperatif ve postoperatif hasta bakım ve eğitiminden memnuniyet oranlarının yüksek olduğu görüldü. Derya Keçeci'nin 2019'da yaptığı çalışmada obezite cerrahisi olan katılımcıların yatan hasta memnuniyet anketine verdikleri cevaplar bakımından memnuniyet düzeyleri incelenmiş ve katılımcıların hastane hizmetleri, hekimlik hizmetleri ve hemşirelik

hizmetleri bakımından memnuniyet oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. (Keçeci, 2015). Bilgin ve ark. (2012) Literatür incelediğinde cerrahi işlem öncesi hastaya verilen eğitimlerin ve işlem sonrasında verilecek bakımın eğitimini hastaya vermek ve verilecek bakıma diğer aile bireylerini katmak bakımın kalitesini ve hasta memnuniyet düzeyini arttırdığı görülmüş. Araştırmamız literatüre paralel seyretmiştir.

Araştırmamıza katılan hastaların neredeyse tamamına yakın büyük çoğunluğunun (%95) verilen sağlık bakım hizmetinde hasta mahremiyetine özen gösterildiği belirtmiştir. Literatür incelendiğinde hastaların hasta mahremiyetine ilişkin bilgi düzeylerinin ve bu konuya verdikleri önemin tespit edilmesine yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Özer (2015) tarafından yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının mahremiyet hakkının önemine ilişkin düşüncüleri araştırılmış ve sağlık çalışanlarının hastaların mahremiyet hakkını önemli bir hak olarak görmediği saptanmıştır. Bu sonuçlar karşılaştırıldığında hastaların ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti konusuna tamamen farklı açılardan baktıkları değerlendirmesi yapılabilir.

Ameliyat sonrası taburculuk eğitimi ve evde bakım ile ilgili sağlık çalışanlarının bilgilendirmeler ve yardımlarının yeterli olduğunu (%79.8) Ameliyat sonrası ilgili sağlık çalışanının hastaya ait beden kitle indeksi, kol çevresi uzunluğu, göbek çevresi uzunluğu vb. parametrelerin takibinin yapıldığı (%61.3) belirlenmiştir. Yapılan çalışmamızda obezite cerrahisi olan bireylerin sağlık çalışanlarından beklentilerini büyük bir kısmının karşılandığı ve bu memnuniyetin yaşam kalitesine etki ettiği gözlemiştir. Özcan ve ark. (2008), bir devlet hastanesine başvuran kişilerin memnuniyet düzeylerini incelediği çalışmada, %90.7 oranında hemşire ve sağlık personelinin saygı ve nezaketinden çok memnun ya da memnun kaldıklarını ifade etmiştir (Özcan ve ark., 2008). Özkan ve Yavuz'un (2009) yaptığı çalışmada, materyal kullanılarak yapılan eğitimin hastalar üzerinde davranış değişikliği yarattığı ve hasta memnuniyetini arttırdığı belirtilmiştir (Özkan ve Yavuz, 2009). Araştırmamızda ise Ameliyat sonrası size verilen eğitimler ve eğitim broşürleri yeterli mi? Sorusuna (%57.1) katılımcıların yarısından fazlasının olumlu bir geri bildirim yapmış olup memnuniyeti arttırdığı gözlenmiştir. Çalışmamız literatür ile paralellik göstermiştir.

Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisini konu edindiği çalışmada, komplikasyon görülme oranının

azaldığı ve hastaların aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin arttığı belirtilmiştir (Yılmaz, 2002).

Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile yaşam kalitelerindeki artış ve sağlık çalışanlarından beklentileri arasındaki ilişki

Çalışmamızda hastaların medeni durum, çalışma durumu, ameliyat sonrası psikolojik yardım alma ve sigara kullanma değişkenleri ile psikososyal alan, fiziksel işlev, cinsel yaşam, biyosikososyal ve komplikasyon ölçek boyutları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan bu araştırmalar çalışmamızla benzerlik göstermektedir Khandalavala ve ark. (2015)

6. SONUÇ

Bu çalışmada bariatrik cerrahi geçiren bireylerin geç dönemdeki yaşam kalitelerinin orta düzeyde, sağlık çalışanlarından beklentileri ve desteklerinin çoğunlukla memnun oldukları belirlendi. Bireylerin biyopsikososyal alt boyutunda yaş, kronik hastalık ve tekrar kilo alma negatif yönde etkileyen faktörler olarak saptandı. Komplikasyon gelişiminde etkili faktör bulunamadı. Sağlık çalışanlarının mahremiyete gösterdikleri özen ve dikkat, iletişim en fazla, eğitimde kullanılan broşür, kilo takibi ve danışmanlık hizmetleri en düşük olarak saptandı. Bu sonuçlardan yola çıkarak özellikle tekrar kilo alan, 40 yaş ve üzeri ve kronik hastalığı olan bireylerin daha yakından izlem, bakım ve danışmanlık hizmetinin sunulması, kilo kontrolüne yönelik sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Adams KF, Schatzkin A, Harris TB. Overweight, obesity,and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. The New England Journal of Medicine, 2006, 355: 763–78.

Agrawal S. Obesity, Bariatric and Metabolic Surgery: A Practical Guide, Switzerland, Springer, 2015, p.73

Akcan, Ş. Sağlık Çalışanlarında İletişim Becerileri (Konya İli Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2018.

Akkayaoğlu, H. (2019). Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların yeme tutumları, beden imajı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Akkayaoğlu, H., & Celik, S. (2020). Eating attitudes, perceptions of body image and patient quality of life before and after bariatric surgery. Applied Nursing Research, 53, 151270.

Akyol AD. Yaşam kalitesi yaklaşımları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1993, 9: 75-80.

Alphan, E.T. (2008) Obezitenin Etiyolojisi Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, Ed. Ayşe Baysel ve Murat Baş, Türkiye Diyetisyenler Derneği, 17-34.

Altunkaynak BZB, Özbek E. Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri, Dicle Tıp Dergisi, 2007, 34(2): 144-49.

Angrisani, L. et al. Bariatric surgery worldwide 2013. Obes. Surg. 25, 1822–1832 (2015).

Ardahan, M. (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2), 23-27.

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.

Atici, E. Hasta – Hekim İlişkisi Kavramı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 33 (1), 45-50, 2007.

Baş, B. (2018). Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitesi (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Baysal A. Beden Ağırlığının Denetimi. Diyet El Kitabı. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 2013.

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

Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi 2016, 8:137-50.

Buchwald H. Buchwald's Atlas of Metabolic and Bariatric Surgical Techniques and Procedures, Filedelfiya, Elsevier, p.370, 2011

Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW Jr. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults N Engl J Med 1999;341: 1097-105.

Centers for Disease Control. Defining Adult Overweight and Obesity.2017.

Chang, S. H., Stoll, C. R., Song, J., Varela, J. E., Eagon, C. J., and Colditz, G. A. (2014). The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. JAMA Surgery, 149(3), 275-287.

Çıray Gündüzoğlu, N. (2008) Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlilik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu).

Çoğalan, S. (2019). Obezite cerrahisi geçirmiş olan hastalarda yeme bağımlılığı ve yaşam kalitesi (Master's thesis, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Akademik Arşiv Sistemi).

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.

Demir, Y., Bedriye, A. K., Bilgin, N. Ç., Hatice, E. F. E., Albayrak, E., Çelikpençe, Z., & Güneri, N. (2012). Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımındaki engeller ve kolaylaştırıcı faktörler. Çağdaş Tıp Dergisi, 2(2).

Demirdağ S. Development of higher education quality of life scale and measuring its psychometric properties. Asya Öğretim Dergisi 2017, 5: 19-31.

Dizlek, H., & Islamoglu, M. (2015). Effects of sunn pest (Eurygaster maura L. Heteroptera; Scutelleridae) sucking number on physical and physicochemical characteristics of wheat varieties. Journal of Applied Botany and Food Quality, 88(1).

Dixon J, Dixon M, O'brien P. Body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese. Obes Surg 2002, 2(12): 65-71.

Dodsworth A, Warren-Forward H, Baines S. (2010). Changes in eating behavior after laparoscopic adjustable gastric banding: a systematic review of the literature. Obes Surg.20 (11): 1579-1593.

Doğan, R. (2012). Eskişehir Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Eskişehir.

Durgun, A. G. Bursa İlinde Obezite Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2012.

Elder K.A., Wolfe B.M. Bariatric surgery: a review of procedures and outcomes, Gastroenterology, 132(6), 2253-2271, 2007

Eryılmaz ZS. Yetişkin Bireylerde Obezitenin Depresyon, Benlik Saygısı, Yeme Tutumu ve Beslenme Durumu Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

Esteghamati, A., Mazaheri, T., Rad, M. V., & Noshad, S. (2015). Complementary and alternative medicine for the treatment of obesity: a critical review. International journal of endocrinology and metabolism, 13(2).

Eyigör S. Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. http://www.turkgeriatri.org/halksagligi?id=11. 1 Şubat 2021.

HOFSTADT, R. C., ESCRIBANO, C. S., TIRADO, G. S., PÉREZ, M. E., ESTRADA, C. J., ORTİZ, S. S., LEAL, C. C. (2017). Changes in quality of life in patients undergoing bariatric surgery following 24-months: comparison between gastric bypass and tubular vertical gastrectomy. In Anales del sistema sanitario de Navarra, 40(2):199-209.

IJ.Douglas, K.Bhaskaran,RL.Batterham andL.Smeeth, ‘’Bariatric Surgery in the United Kingdom: A Cohort Study of Weight Loss and Clinical Outcomes in Routine Clinical Care,’’ Plos Medicine, 2015; 12 (12): e1001925.

Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization collaborative cross-national study. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2002. Available from: http://www.hbsc.org/publications.html, accessed 27 November 2006.

İlhan, B. Ö. (2018). Obezite cerrahisinin benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Jastrzebska-Mierzynska M, Ostrowska L, Dadan J. (2014). Dietary habits of obese patients qualified for bariatric procedures. Rocz Panstw Zakl Hig, 65(1):41-47.

Karlsson, J., Taft, C., Ryden, A., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. International journal of obesity, 31(8), 1248-1261..

Kaya NT, Örsal Ö. Sosyal bir sorun: Yaşlı ayrımcılığı. Social Sciences Studies Journal 2018, 4: 1350-5.

Kayar H, Utku S. Çağımızın Anahtarı Obezite ve Tedavisi. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013, 6(2): 1-8.

Keçeci, D. (2015). Bariatrik Cerrahide Preoperatif Tele-Hemşirelik Eğitiminin Anksiyete ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Llisans Tezi.

Khandalava, B. N., Geske, J., Nırmalraj, M., koran-scholl, J. B., Neumann-potash, L., Mcbrıde, C. L. (2015). Predictors of healthrelated quality of life after bariatric surgery. Obesity surgery, 25(12): 2302- 2305.

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), 455-45

Kocaman, F. (2014). Obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi (Master's thesis, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.).

Koçak YK. Çocukluk Çağındaki İlkokul Öğrencilerinde Obezite Yaygınlığı, Beslenme Alışkanlıklarının Obeziteye Etkileri. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Yalova: Yalova Üniversitesi, 2014.

Kolotkin, R. L., Zunker, C., & Østbye, T. (2012). Sexual functioning and obesity: a review. Obesity, 20(12), 2325-2333.

Köksal E, Küçükerdönmez Ö. Şişmanlığı saptamada güncel yaklaşımlar. In Baysal A Baş M. (eds). Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını, Ankara, 2008.

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

Merdol, S. (2019). Yetişkin bireylerde obezite önyargısı ile yaşam kalitesi ve beslenme durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Nazlıcan, E. Adana ili sokakları ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2008.

OECD. Health Statistics, 2019. Health At A Glance.

Okay, A. Sağlık İletişimi. İstanbul: Derin Yayınları, 2016.

Onat A. Türkiye'de Obezitenin Kardiyovasküler Hastalıklara Etkisi. Türk Kardiyoloji Dergisi, 2003, 31(5): 279-89.

Oksel, E. (2008). Obez Bireylerde Yaşam Kalitesi Esra OKSEL. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 24(3), 115-123.

Oranzo JA, Scott JG. Diagnosis and treatment of obesity in Adults: An Applied Evidence-Based Review. J Am Board Fam Pract 2004;17:359-69.

Özcan M, Özkaynak V, Toktaş İ. Silvan devlet hastanesine başvuran kişilerin memnuniyet düzeyleri. Dicle Tıp Dergisi.2008;35(2):96-101.

Özkan S, Yavuz M. Hemşirelik öğrencilerinin ameliyat öncesi hasta eğitimi için eğitim materyali hazırlamaları ve yaptıkları eğitimin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2009;25(1):13-23.

Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam bicimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008, 3(7): 90-105.

Patil, R., & Melander, S. (2015). Postoperative complications and emergency care for patients following bariatric surgery. Medsurg Nursing, 24(4), 243.

Ponce, J., Nguyen, N. T., Hutter, M., Sudan, R. & Morton, J. M. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery estimation of bariatric surgery procedures in the United States, 2011–2014. Surg. Obes. Relat. Dis. 11, 1199–2000 (2015).

Prentice AM, Jebb SA. Fast foods, energy density and obesity: a possible mechanistic link. Obesity Reviews, 2003, 4: 187–94.

Sağlam F., Güven H. Obezitenin cerrahi tedavisi, Okmeydanı Tıp Dergisi, 30(1), 60-5, 2014

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.)

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.

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.

Satman I, Yilmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Dinççag N. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey. Diabetes Care, 2002, 25(9): 1551-56.

Serter R. Obezite Atlası. 1. Baskı, Ankara, Karakter Color, 2003.

Sertöz, ÖÖ, Elbi HM. Obezite Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapistinin Kilo Verme, Yaşam Kalitesi ve Psikopatolojiye Etkileri: Sekiz Haftalık İzlem Çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2005, 15: 119-26.

Sevinçer GM, Konuk N, İpekçioğlu D, Crosby RD, Cao L, Coşkun H, Mitchell JE. Association between depression and eating behaviors among bariatric surgery candidates in a Turkish sample. Eat Weight Disord 2017, 22:117–23.

Sezgin, D. Sağlık İletişimi Paradigmaları ve Türkiye: Medyada Sağlık Haberlerinin Analizi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010.

Şener A. Yaşlılık, Yaşam Doyumu ve Boş Zaman Faaliyetleri. http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/makaleler/yasamdoyumu.pdf. 2 Şubat 2021.

Stevens J, Cai J, Pamuk ER, Williamson DF, Thun MJ, Wood JL. The effect of age on the association between body-mass index and mortality N Engl J Med 1998;338:1- 7.

Stunkard, A.J., Srensen, T.I.A, Hanıs, C., Teasdale, T.W., Chakraborty, R., Schull, W.J., V.D. (1986) an Adoption Study Of Human Obesity, Nutrition in Clinical Practice, 314: 193-198

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014). Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010.

TEMD Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği. Obezite Tanı Tedavi Klavuzu. 6th ed. Ankara, 2018.

Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. Economic burden of obesity: a systematic literature review. Int JEnviron Res Public Health 2017;14:435.

Tortumluoğlu, G. (2004). Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri.

Turan Ş, Poyraz CA, Özdemir A. Tıkanırcasına yeme bozukluğu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi 2015, 7 (4): 419-35.

Tutuk, A., Al, D., & Doğan, S. (2002). Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6(2), 36-41.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite tanı ve tedavi kılavuzu. Ankara, 2017.

Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2016.

Türkiye İstatistik Kurumu. Bireylerin vücut kitle indeksinin cinsiyete göre dağılımı, 2016.

Yağbasan A. Farklı Obezite Evrelerinde Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal ve Tiroid Hormon Akslarının Obezite Parametreleri ve İnsülin Direnci ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2009.

YALÇIN,N., & Türkinaz, A.Ş.T.I. (2011). Hemşire-hasta etkileşimi. Florence Nightingale Journal of Nursing, 19(1), 54-59.

Yarbrough D.E.. Rea J.D., Leeth T.D, et al. Influence of complications and extend of weight loss on quality of life after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. Surg Endosc. 2007 (21); 1095-1100.

Yavuz CI. Şişmanlık, fazla kilololuk ve çevre. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.2014; 23(4):155.

Yılmaz F, Çağlayan Ç. Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2016, 20: 129-40.

Yılmaz, P. (2017). Obezite cerrahisi geçiren bireylerin değişen beden imajının yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Zijlstra H, van Middendorp H, Devaere L, Larsen JK, van Ramshorst B, Geenen R. Emotion processing and regulation in women with morbid obesity who apply for bariatric surgery. Psychol Health 2012, 27(12):1375–87.

Wu E, Luk A, Simon K, Wong H, So WY, Kong A, et al. (2016). Health-related quality of life after bariatric surgery and its correlation with glycaemic status in Hong Kong chinese adults. Obes Surg, 26(3):538-545

EKLER

Ek1. Ölçek Kullanım İzini

Sayın Yılmaz;

"Obezite Cerrahisi Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği " ni tabi ki kullanabilirsin.
Ölçek kullanımı ile ilgili yönergeyi sana iletiyorum.
Başarılar Dilerim.

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Dr. Öğr. Üyesi HANDE CENGİZ AÇIL
Dekan Yard.

Hemşirelik Bölüm Başkan Yard.

GİZLENMİŞTİR

Emre Yılmaz GİZLENMİŞTİR Eki 2020 Paz, 15:30 tarihinde şunu yazdı:

> Sayın Hocam ;
> İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans yapıyorum. Tez olarak BARİATRİK CERRAHİ GEÇİRMİŞ HASTA BİREYLERİN GEÇ DÖNEM'DE Kİ YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAN BEKLENTİLERİ çalışmasını planladım. tezim için Obezite Cerrahisi Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeğinin kullanımına ihtiyacım var. ölçeğin kullanım iznine ihtiyacım var. SAYGILARIMLA.

Ek2. Tez çalışması için psikiyatri danışmalığı

Ynt: TEZ ÇALIŞMASI İÇİN PSİKİYATRİ DANIŞMANLIĞI.

Emre Çiydem < GİZLENMİŞTİR
7.12.2020 Pzt 12:19
Kime: Emre Yılmaz < GİZLENMİŞTİR
Merhaba Emre,

Tez süresince ilgili konularda danışmanlık yapabilirim.

Başarılar diliyorum...

Emre Çiydem,
Research Assistant, PhD Candidate, Msc, Psychiatric Nurse/Arş. Gör., Doktor Adayı, Uzman Psikiyotri Hemşiresi
Department of Psychiatric and Mental Health Nursing/Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Istanbul University-Cerrahpasa/İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Nursing Faculty/Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

GİZLENMİŞTİR
GİZLENMİŞTİR
GİZLENMİŞTİR

Ben İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü /Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisiyim.
"Bariatrik Cerrahi Geçirmiş Bireylerin Geç Dönemdeki Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Çalışanlarından Beklentileri" adlı yüksek lisans tez çalışmam Kapsamda tez sürecinde sizden danışmanlık almak istiyorum.
Tezimin ve eğer gerçekleşirse tezden üretilen makalenin sonunda size teşekkür edeceğim.
Saygılarımla,

Ek 3. Yazılı Aydınlatılmış Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın ; (gönüllü adayı / gönüllü adayı yasal temsilcisi);

Sizi '**ÖZEL BARİATRİK CERRAHİ KLİNİĞİ'nde** yürütülen "**BARİATRİK CERRAHİ GEÇİRMİŞ HASTA BİREYLERİN GEÇ DÖNEM'DEKİ YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAN BEKLENTİLERİ**" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu form araştırma sorumlusu olarak bizler tarafından size sözel olarak aktarılan bilgilendirmenin yazılı şeklini içermektedir. Formu imzalamadan önce size sözel olarak da anlatılan aşağıdaki bilgileri bir kez de dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, tarafınız ve bilgilendirme esnasında yanınızda olan tanık kişi tarafından imzalanan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. İstemediğiniz sorulara cevap vermeme hakkına sahipsiniz. Her üç durumda da hiçbir yaptırıma ve hak kaybına maruz kalmayacağınızı bildirmek isteriz.

Ayrıca yapılacak olan çalışmada / araştırmada "Kişisel Verilerin Korunması Kanununun" ilgili maddeleri dikkate alınacağını belirtmek isteriz.

Araştırma Sorumlusu

Dr. Öğr.Üyesi Sennur Kula Şahin

Araştırmanın Amacı

Gönüllü olarak katılmanızı teklif ettiğimiz çalışma bir araştırma projesidir. Bu araştırma projesinin amacı; Obezite, gelişmiş ülkelerde olduğu kadar ülkemizde de giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezite cerrahisi alan hastalarda ameliyat sonrasında yaşam kaliteleri ve sağlık çalışanlarından geç dönem deki bakım ve takibi ile ilgili beklentileri saptayarak hastalara daha kaliteli bir bakım hizmeti sunarak yaşam kalitelerini artırmak.

Araştırmaya Dair Araştırmacı ve Katılımcı Hakkında Bilgiler

Ocak 2015 ile Haziran 2017 tarihleri arasında özel bir klinikte obezite cerrahisi geçirmiş bireylere uygulanacaktır.

Araştırmanın Size Getirebileceği Risk ve Rahatsızlıklar Nelerdir?

Herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Araştırmanın Topluma ve Size Olası Faydaları

Obezite, gelişmiş ülkelerde olduğu kadar ülkemizde de giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2008 verilerine göre, dünyada 1,5 milyar yetişkin fazla kilolu ve bunların içinde yaklaşık 500 milyon bireyin obez olduğu bildirilmektedir. Türkiye‟de ise obezite prevelansı, Türkiye Obezite Araştırma Derneği tarafından yapılan „Türkiye Obezite Profili‟ araştırmasında toplumun %29,5‟inin obez olduğu; fazla kilolu kişilerle bu oranın %69,1‟e yükseldiği belirlenmiştir (Akyolcu ve Usta, 2014).

Obez bireylerin günlük yaşamı, fiziksel aktivitesi ve uyku kalitesi anlamlı şekilde etkilenir. Obezite, sosyal yaşamdan uzaklaşmaya neden olarak kişinin sosyal ve psikolojik dengesini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (Kushner and Foster, 2000).

Genelde, obezite cerrahi sonrası yaşam kalitesi ve zihinsel sağlıkta iyileşme görüldüğü bildirilmiştir (Wimmelmann et al., 2013).

Yaşam kalitesi yüksek olan bireyler; bağımsız olarak yaşamlarını sürdürürler, gereksinimlerini ve günlük yaşam aktivitelerini kendileri karşılarlar. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyen kişilerin, yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu, sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları daha kolaylıkla yerine getirdikleri belirtilmektedir (Yılmaz, 2012).

Hastada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilip, sürdürülmesini sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Bu nedenle hemşirelerin, bakım verdikleri hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitelerini değerlendirmeleri, hastanın gereksinimlerine yönelik yardımı ve bakımı optimal düzeyde planlayıp uygulayabilmelerine fırsat verecektir (Yılmaz, 2012).

Obezite cerrahisi alan hastalarda ameliyat sonrasında yaşam kaliteleri ve sağlık çalışanlarından geç dönem deki bakım ve takibi hakkındaki beklentileri sayesinde cerrahi işlem sonrası bakımın kalitesi arttılarak yaşam kalitesinde bir artış hedeflenmiş olup cerrahi işlem planlanan hastaların beklentilerini belirlemesinde önemli bir rol oynayacaktır.

Araştırmaya Katılma / Ayrılma Konusunda Haklarınız ve Araştırmacının Haklarınızı Koruma Güvencesi

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra herhangi bir zamanda bırakabilirsiniz. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında herhangi bir ceza ya da yararınıza olan hakların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Araştırma konusu ile ilgili araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edilmesi durumunda siz ya da yasal temsilciniz bilgilendirilecektir.

Araştırmanın sonuçları bilimsel ve eğitim amaçları ile kullanılacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak, gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

(ses, fotoğraf veya görüntü kaydı kullanılacak ise burada mutlaka belirtilmelidir.)

İletişim Kurulacak Kişi(ler): Dr.Sennur Kula Şahin

Yukarıda Belirtilen Hususlar Dışında Sorularınız Var İse, Bu Bölüme Eklenerek Cevaplandırılacaktır.

☐Gönüllünün sorduğu ek sorular ve cevapları

☐ Ek bir soru bulunmamaktadır.

RIZA / ONAY / ONAM

Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmaya ilişkin bilgilendirme bölümünü okudum ve aşağıda imzası olan ilgili tarafından önce sözlü sonra yazılı olarak bilgilendirildim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Bu koşullarda;

1) Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum/kuruluşların erişebilmesine,
3) Çalışmada elde edilen bigilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu araştırmaya katılmayı onaylıyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İletişim

Tarih:

İmzası:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İletişim:

Tarih:

İmzası:

Tercüme Yapanın(kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İletişim:

Tarih:

İmzası:

Varsa Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kişi (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İletişim:

Tarih:

İmzası:

Gönüllünün Dil / İletişim Problemi var ise;

Gönüllüye tarafından yapılan tüm açıklamaları tercüme ettim. Gönüllüye toplam sayfadan, bilgilendirme ve rıza bölümlerinden oluşan bu formun tüm sayfalarını okuyarak tercüme ettim. Tercüme ettiğim bilgiler gönüllü tarafından anlaşılmış ve uygun bulunmuştur.

Yukarıda ismi yazılı gönüllüye / yasal temsilcisine tarafımdan araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi, fayda ve riskleri, gönüllüye ait haklar konusunda açıklamalar yapılmıştır. Ayrıca gönüllünün / yasal temsilcisinin işbu formu ayrıntılı inceleyerek imzalaması sağlanmıştır.

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı: Sennur Kula şahin

İmzası:

Tarih:19.10.2020

Toplam 2 sayfadan oluşan işbu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 2 nüsha olarak hazırlanmış olup, bir nüshası gönüllüye teslim edilmiştir.

Ek 4. Sosyo-demografik veri formu

Bu veri formu ve anket, ‘‘Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin geç dönemdeki yaşam kalitesi ve sağlık çalışanlarından beklentileri’’ konulu çalışmamda yer alan hastaların sosyo- demografik özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Form ve anket amacı dışında kullanılmayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Tarih: …../…../….

EMRE YILMAZ

İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Sorumlu Öğretim Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN

Sosyo-Demografik Veri Formu

1. Yaşınız: ……..

2. Cinsiyeti
1. Kadın ( )
2. Erkek ( )

3. Medeni Durumunuz:
1. Evli ( )
2. Bekar ( )

4. Eğitim Durumunuz:
Okur-yazar ( )
İlkokul ( )
Ortaokul ( )
Lise ( )
Lisans ( )
Lisansüstü ( )

5.Ameliyat Öncesi Boy: ……. Kilo: …… BKI: …
6. Ameliyat Sonrası Boy: ……. Kilo: …… BKI: ….

7. Mesleğiniz nedir?
1. Ev Hanımı ( )
2. Serbest Meslek ( )
3. Esnaf ( )
4. İşçi ( )
5. Memur ( )
6. Diğer ( )……..

8. Hekim tarafından tanı konulmuş hastalığınız var mı?
1.Evet ( ) 2.Hayır ( )

9. Var ise hastalığınız/ hastalıklarınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Hipertansiyon ( )
2. Astım, bronşit ( )
3. Diyabet (Şeker hastalığı) ( )
4. Kalp hastalığı ( )
5. Böbrek yetmezliği ( )
6. Uyku apnesi ( )
7. Ortopedik problem ( )
8.Diğer problem ( )…….

10. Ailenizde kilo sorunu yaşayan var mı?
1.Evet ( ) 2.Hayır ( )

11.Ameliyat öncesi kaç yıldır kilo problemi (obezite) yaşadınız?
1.1-5 yıl ( )
2. 6-10 yıl ( )
3.11-15 yıl ( )
4. 15 yıl ve üstü ( )

12.Obezite tanısı konulduktan sonra kullandığınız tedaviler nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Diyet ( )
2. Egzersiz ( )
3. Davranış Terapisi ( )
4. İlaç Tedavisi ( )
5. Cerrahi Tedavi ( )
6. Diğer ( )…….

13. Ameliyat sonrası tekrar kilo almaya başladınız mı?
1.Evet ( ) 2.Hayır ( )

14. Evet ise ne kadar zaman sonra kilo almaya başladınız?
1. 2 yıl ( ) 2. 3- 4 yıl ( ) 3. 5- 7 yıl ( ) 4. 8 yıl ve üstü ( )

15. Ameliyat sonrası psikolojik yardım aldınız mı?
1.Evet ( ) 2.Hayır ( )

16. Ameliyat sonrası kilo kontrolü ve sağlıklı beslenmek amacı ile diyetisyen yardımı aldınız mı?
1. Evet ( ) 2.Hayır ( )

17. Egzersiz – spor (yürüyüş, basketbol, futbol, yüzme vb.) yapar mısınız ?
1. Evet ( ) 2.Hayır ( )

18. Sigara kullanıyor musunuz?
1.Evet ……dal/günde/haftada ( )
2 Hayır ( )
3.Bıraktım ……..gündür/ aydır/ yıldır ( )

19. Alkol kullanıyor musunuz?
1.Evet ( ) 2.Hayır ( )

20. Şu andaki sağlık durumunuzu ameliyat öncesi dönemine göre nasıl değerlendiriyorsunuz?
1.Çok iyi ( ) 2.İyi ( ) 3.Orta ( ) 4. Kötü ( ) 5.Çok kötü ( )

21. Şu an bariatrik cerrahisi olmadan diyet, spor ve diğer destek tedaviler ile kilo verilebileceğinizi düşünüyor musunuz?
1.Evet ( ) 2.Hayır ( ) 3.Kısmen ( )

Ek.5 Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin sağlık çalışanlarından beklentileri anketi

	BARİATRİK CERRAHİ GEÇİRMİŞ HASTA BİREYLERİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAN BEKLENTİLERİ	Evet	Kısmen	Hayır
1.	Ameliyat sonrası mahremiyetinize gösterilen destek, dikkat, ilgi ve kibarlık yeterli miydi?	( )	( )	( )
2.	Ameliyat sonrası herhangi bir sorununuzda ilgili sağlık çalışanına ulaşma süreniz yeterli miydi?	( )	( )	( )
3.	Ameliyat sonrası ilgili sağlık çalışanlarından verilen bilgilerin açıklığı ve anlaşılırlığı yeterli miydi?	( )	( )	( )
4.	Ameliyat sonrası ilgili sağlık çalışanlarının size ayırdığı zaman yeterli miydi?	( )	( )	( )
5.	Ameliyat sonrası size verilen eğitimler ve eğitim broşürleri yeterli miydi?	( )	( )	( )
6.	Ameliyat sonrası ilgili sağlık çalışanının size ait beden kitle indeksi, kol çevresi uzunluğu, göbek çevresi uzunluğu vb. parametrelerin takibi düzenli yapıldı mı?	( )	( )	( )
7.	Ameliyat sonrasında ilgili sağlık çalışanlarının sizinle iletişime geçtikten sonra verilen eğitim, destek ve yönlendirmeler yeterli miydi?	( )	( )	( )
8.	Ameliyat sonrası yaşadığınız sorunda iletişime geçtiğiniz sağlık çalışanın sizin için sorunu çözmede gösterdiği ilgi ve performansı yeterli miydi?	( )	( )	( )
9.	Ameliyat sonrası taburculuk eğitimi ve evde bakımınızda sağlık çalışanlarının bilgilendirmeler ve yardımları yeterli miydi?	( )	( )	( )
10.	Ameliyat sonrasında sağlık çalışanlarının size durumunuzu ifade etmek için kullandığı kullandığı yöntem ve dil yeterli miydi?	( )	( )	( )

Ek6. Obezite cerrahisi geçiren hastalara yönelik yaşam kalitesi ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddeleri <u>son dört (4) hafta içindeki</u> durumunuzu düşünerek cevaplandırınız.	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Kendime olan güvenim arttı ve mutlu hissediyorum.					
2. İstediğim kıyafetleri almaktan mutluluk duyuyorum					
3. Kendimi daha enerjik hissediyorum.					
4. Rahatlıkla fotoğraf çektirebiliyorum.					
5. Çevremde bana saygı duyulduğunu hissediyorum ve sosyal ortamlara girmekten çekinmiyorum.					
6. Merdivenleri/yokuşu daha rahat çıkabiliyorum.					
7. Fazla kiloya bağlı yaşadığım ağrılar azaldı.					
8. Yakınlarım uykumda nefesimin kesildiğini ve/veya horladığımı ifade ediyor.					
9. Uyurken iki yastık kullanmak nefes almamı kolaylaştırıyor.					
10. Uykudan nefes almada güçlük/boğulma hissiyle uyanıyorum.					
11. Yürürken, eğilirken veya diz çökerken zorlanıyorum ve ağrılarım nedeniyle egzersiz yapamıyorum.					
12. Yürüdüğüm zaman nefes almakta güçlük çekiyorum.					
13. Ağrılarım uykuma engel oluyor.					
14. Cinsel yaşamımdan memnunum.					
15. Eşimle cinsel yaşamımızın uyumlu olduğumuzu düşünüyorum.					
16. Cinsel ilişkiden daha fazla zevk almaya başladım.					
17. Cinsel isteğimde artma oldu.					
18. Her ay düzenli adet oluyorum ve kendimi doğurgan hissediyorum. /Ereksiyon problemi yaşamıyorum ve üretken olduğumu hissediyorum.					
Ameliyat Sonrası son 1 yılda karşılaştığınız sorunların sıklığını yazınız.	Asla	Nadiren (1-2 kez)	Ara sıra (3-4 kez)	Çok sık (5-10 kez)	Her zaman
19. Ameliyat sonrası kabızlık sorunum oldu.					
20. Ameliyat sonrası halsizlik, yürüme güçlüğüm oldu.					
21. Ameliyat sonrası üşümem oldu.					
22. Ameliyat sonrası saç dökülmem oldu.					
23. Ameliyat sonrası bulantı-kusmam oldu.					
24. Ameliyat sonrası yutma güçlüğüm oldu.					
25. Ameliyat sonrası ağız kokusu problemim oldu.					

Ek.7 Sosyal ve beşeri bilimler araştırmalar etik kurulu

İSÜ İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL

T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Araştırmanın Başlığı: Bariatrik Cerrahi Geçirmiş Bireylerin Geç Dönem'deki Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanlarından Beklentileri					
Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN					
Yardımcı Araştırmacı: Emre YILMAZ					
Toplantı Tarihi:	26.11.2020	**Toplantı Sayısı:**	2020/14	**Karar No:**	01

SONUÇ

☒ Uygun:
☐ Düzeltme gereklidir:
☐ Görevsizdir; Gerekçe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:

Başvuruda bulunduğunuz başvuru dosyası ve ilgili belgeleri İstinye Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Araştırmaları Etik Kurulu tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Doç. Dr. Fahri ERENEL
Etik Kurul Başkanı
(Aslı imzalıdır)

Ek.8 Sosyal ve beşeri bilimler araştırmaları etik kurul izni

İSÜ İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL

T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

TOPLANTI TUTANAĞI

Sayı : 2020/14
Tarih : 26.11.2020
Saat : 14:00
Yer : Microsoft Teams Uygulaması (Online Toplantı)

TOPLANTIYA KATILANLAR

Doç. Dr. Fahri ERENEL	Başkan
Prof. Dr. Tanju CEYHAN	Üye
Prof. Dr. M. Rita KRESPİ ÜLGEN	Üye
Doç. Dr. Yasemin ÇIRAK	Üye
Dr.Öğr. Üyesi Süreyya BOZKURT	Üye
Dr.Öğr. Üyesi Feyzi ÇİMEN	Üye
Dr.Öğr. Üyesi Hakan İMERT	Üye
Dr.Öğr. Üyesi Suat Eren ÖZYİĞİT	Üye
Dr. Öğr. Üyesi Şenol PİŞKİN	Üye
Nurcihan DEMİRCİ	Raportör

KARAR 1. Emre YILMAZ'ın *"Bariatrik Cerrahi Geçirmiş Bireylerin Geç Dönem'deki Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanlarından Beklentileri"* araştırması İstinye Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Araştırmaları Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmamış olup, araştırmanın yayına çevrilmesi durumunda verilerin toplandığı kurum isminin belirtilmemesi kaydı ile *uygunluğuna* oy birliği ile karar verildi.

KATILANLAR

Doç. Dr. Fahri ERENEL Başkan (Aslı imzalıdır)	Prof. Dr. Tanju CEYHAN Üye (Aslı imzalıdır)	Prof. Dr. M. Rita KRESPİ ÜLGEN Üye (Aslı imzalıdır)
Doç.Dr. Yasemin ÇIRAK Üye (Aslı imzalıdır)	Dr. Öğr. Üyesi Suat Eren ÖZYİĞİT Üye (Aslı imzalıdır)	Dr. Öğr. Üyesi Şenol PİŞKİN Üye (Aslı imzalıdır)
Dr. Öğr. Üyesi Süreyya BOZKURT Üye (Aslı imzalıdır)	Dr. Öğr. Üyesi Hakan İMERT Üye (Aslı imzalıdır)	Dr. Öğr. Üyesi Feyzi ÇİMEN Üye (Aslı imzalıdır)

Ek.9 Kurum İzin Dilekçe Formu

SOSYAL VE BEŞERİ ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞINA

Tarih : 19.10.2020

EMRE YILMAZ isimli araştırmacının **BARİATRİK CERRAHİ GEÇİRMİŞ HASTA BİREYLERİN GEÇ DÖNEM'DE Kİ YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAN BEKLENTİLERİ** adlı çalışmasını **inter bariatrics** da Obezite cerrahisi geçirmiş kişilere uygulanması uygundur.

Kurum yetkililerine ait kaşe ve imzalar

İNTER BARİATRİCS
SAĞLIK HİZMETLERİ TİC. LTD. ŞTİ.

Prof. Dr. Hasan ALTUN
Genel Cerrahi Uzmanı

GİZLENMİŞTİR

İNTİHAL RAPORU

ORİJİNALLİK RAPORU

%23	%18	%2	%11
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	%4
2	Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi Öğrenci Ödevi	%4
3	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%3
4	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	%2
5	clinicatasehir.com İnternet Kaynağı	%1
6	www.ataturkhastanesi.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
7	temd.org.tr İnternet Kaynağı	%1
8	Submitted to Mersin Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
9	acikerisim.istinye.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1