T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

OBEZİTE CERRAHİSİ ÖNCESİ VE SONRASI HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğba AYGÜN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

Ocak, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI FORMU

Tuğba AYGÜN tarafından, **Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ** danışmanlığında hazırlanan **"OBEZİTE CERRAHİSİ ÖNCESİ VE SONRASI HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ"** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **06/02/2023** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi		İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. İkbal ÇAVDAR Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Nuray AKYÜZ İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Tuğba AYGÜN

(İmza)

Hazırlamış olduğum tez çalışmamı öncelikle merhume Elmas Bal ve merhum Mustafa Bal'a, sonrasında çalışma sırasında benden desteklerini esirgeyen anneme, babama, amcama, amcamın çocuklarına ve eşine ithaf ediyorum.

BÜTÇE DESTEKLERİ

OBEZİTE CERRAHİSİ ÖNCESİ ve SONRASI HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecinde her zaman desteği ve ilgisi ile bana rehberlik eden tez danışmanım Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ'a;

Deneyimleri ile bana her zaman ışık tutan, katkı sağlayan Prof. Dr. İkbal ÇAVDAR, Prof. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN, Doç. Dr. Nuray Akyüz, Dr. Öğretim Üyesi Tuluha AYOĞLU, Arş. Gör. Nur Sema Kaynar olmak üzere tüm kıymetli hocalarıma;

Çalıştığım birimde görev yapan çalışma arkadaşlarıma, desteğini hiçbir zaman bırakmayan annem Keriman Aygün'e, babam Tuncay Aygün'e ve adını sayamadığım katkıda bulunan herkese en içten duygularım ile teşekkür ederim.

Ocak 2023 Tuğba AYGÜN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ..... **ii**
BEYAN ..... **iii**
BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **ix**
TABLO LİSTESİ ..... **x**
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... **xi**
ÖZET ..... **xii**
ABSTRACT ..... **xiv**
1. GİRİŞ **1**
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE **4**
2.1. OBEZİTE 4
2.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması 4
2.1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi 6
2.1.3. Obezitenin Etiyolojisi 7
2.1.4. Obezitenin Komplikasyonları 7
2.2. Obezitenin Tedavisi 9
2.2.1. Obezitede Diyet Tedavisi 10
2.2.2. Obezitede Egzersiz Tedavisi 10
2.2.3. Obezitede Davranış Değişikliği Tedavisi 10
2.2.4. Obezitede Farmakolojik Tedavi 11
2.2.5. Obezitede Cerrahi Tedavi 12
2.3. Yaşam Kalitesi 20
2.3.1. Yaşam Kalitesi Tanımı 20
2.3.2. Obezite ve Yaşam Kalitesi 21
2.3.3. Obezite Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi 21
3. YÖNTEM **23**
3.1. Araştırma Amacı ve Tipi 23
3.2. Araştırmanın Değişkenleri 23
3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve zaman 23

3.4. Araştırmanın Etik Yönü 23
3.5. .Araştırmanın Örneklemi 23
3.6. Veri Toplama Araçları 24
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması 25
3.8. Verilerin Analizi 26
3.9. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri 26
4. BULGULAR 27
5. TARTIŞMA 38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 44
KAYNAKLAR 46
EKLER 57
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 60
ETİK KURUL İZİN YAZISI 61
KURUM İZNİ YAZILARI 62
ÖZGEÇMİŞ 68

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1: Vücut Yağ Dağılımına Göre Obezite Tipleri 6

Şekil 2.2: Mide Balonu Uygulaması 13

Şekil 2.3: LAGB Uygulaması 14

Şekil 2.4: Sleeve Gastrektomi Uygulanan Mide 14

Şekil 2.5: Bpd Uygulaması 15

Şekil 2.6: DS Uygulaması 15

Şekil 2.7: Roux-En Y Gastrik Baypas Uygulaması 16

Şekil.2.8:BPDDS Uygulaması 16

Şekil 2.9: Maslow'un Ihtiyaçlar Hiyerarşisi 20

Şekil 4.1: Çalışma Durumunun Dağılımı 28

Şekil 4.2: Mesleklerin Uzun Süreli Oturma Ve Hareket Gerekliliğinin Dağılımı 28

Şekil 4.3: Hastaların Egzersiz Yapma Sıklığının Dağılımı 30

Şekil 4.4: Cerrahi Öncesi Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR Puanlara İlişkin Sınıflama 33

Şekil 4.5: Cerrahi Sonrası Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR Puanlara İlişkin Sınıflama 33

Şekil 4.6: Mesleğe Göre Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR Puanlarının Dağılımları 34

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.1: Obezitede Cerrahi Tedaviye Bağlı Oluşabilecek Komplikasyonlar 17

Tablo 3.1: Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi II-TR Ölçeği Puanlama Tablosu 25

Tablo 4.1: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı 27

Tablo 4.2: Hastalara İlişkin Özelliklerin Dağılımı 28-29

Tablo 4.3: Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Özelliklerin Dağılımı 30

Tablo 4.4: Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR Puan Dağılımı 31

Tablo 4.5: Cerrahi Öncesi Ve Sonrası Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği Gruplarının Dağılımı 32

Tablo 4.6: Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması 33-34

Tablo 4.7: Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR İle Yaş, BKİ İlişkisi 35

Tablo 4.8: Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği Iı-Tr ve **Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması** 35

Tablo 4.9: Cerrahi Öncesi ve Sonrası Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR Karşılaştırılması 35

Tablo 4.10: Cerrahi Öncesi BKİ Değerlerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması 36

Tablo 4.11: Cerrahi Öncesi ve Sonrası BKİ Karşılaştırılması 36

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Simgeler	Açıklama
Kg/m^2	: kilogram(vücut ağırlığı)/metre kare(boy)
%	: Yüzdelik
mm	: Milimetre
cm	: Santimetre
n	: Veri sayısı
p	: Anlamlılık değeri
α	: Hata payı
r	: Korelasyon kat sayısı

Kısaltmalar	Açıklama
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BPD	: Biliopankreatik Diversiyon
BPDDS	: Biliopankreatik Diversiyon ve Duodenal Switch
CDC	: Centers For Disease Control And Prevention
DM	: Diyabetus Mellitus
DS	: Duodenal Switch
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HT	: Hipertansiyon
LAGB	: Laparoskopik Gastrik Baypas
MA II-TR	: Moorehead Ardelt Yaşam KAlitesi Ölçeği II-TR
NIH	: ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü
TEMD	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TURDEP	:Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VBG	: Dikey Bantlı Gastroplasti

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

OBEZİTE CERRAHİSİ ÖNCESİ VE SONRASI HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğba AYGÜN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman : Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ

Aygün, T. (2022). Obezite Cerrahisi Geçiren Bireylerin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Çalışmanın Amacı: Araştırma, bariatrik cerrahi uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve uygulandı.

Yöntem ve Metot: Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 2021- Kasım 2022 tarihleri arasında, morbid obezite cerrahisi geçiren 39 hasta oluşturdu. Çalışmaya katılmayı kabul eden 35 hasta ile çalışma tamamlandı. Etik kurul ve kurum izni alındı.

Veriler araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Hasta Tanılama Formu ve Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR kullanılarak toplandı ve uygun istatiksel yöntemler ile değerlendirilmeye alındı.

İstatistiksel Analiz: Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 Statistical Software (NCSS LLC, Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı.

Bulgular ve Yorum: Araştırma sonucunda; hastaların cerrahi öncesine göre sonrası yaşam kalitesi puanında ortalama 1,81±1,04 puan artışı istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,001; p<0,01). Obezitede önemli parametre olan BKİ değerinin cerrahi öncesine göre sonrası ortalama 12,40±5,70 kg/m^2'lik azalması istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,001; p<0,01). Sonuç olarak hastalarda kilo kaybı ile BKİ değerlerinde azalma, hareket kabiliyetinde artma, fiziksel aktivitelerde artma, günlük yaşamda bağımsızlık ile yaşam kalitesinde artma görüldü. Sonuçlar doğrultusunda örneklem sayısının yetersizliği nedeniyle çalışmanın daha geniş gruplarda yapılabileceği ve obezitenin önlenmesi için destek ve eğitim programlarının düzenlenmesinin gerekli olduğu önerilebilir.

Anahtar Kelime: Obezite, Bariatrik Cerrahi, Yaşam Kalitesi, BKİ ⎦
Şubat 2023 , ⎡83.⎦ sayfa.

ABSTRACT

[M.Sc. THESIS]

[EVALUATİON OF PATİENTS QUALİTY OF LİFE BEFORE AND AFTER BARİATRİC SURGERY]

[Tuğba AYGÜN]

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Surgical Nursing

Department of Surgical Nursing Programme

[Supervisor : Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ]

[Aygün, T. (2022). Evaluation Of Patients Quality Of Life Before And After Bariatric Surgery. Istanbul University-Cerrahpaşa Institute of Graduate Studies. Department of Surgical Nursing. Master Thesis. Istanbul.

Aim of the study: The study was planned and applied to determine the quality of life of patients who underwent bariatric surgery before and after surgery.

Material and Methods: The research population consisted of 39 patients who underwent morbid surgical surgery between January 2021 and November 2022 in Istanbul University Cerrahpaşa Faculty of Medicine General Surgery Clinic. The study was completed with 35 patients who agreed to participate in the study. Necessary permissions were obtained from the ethical committee and the institution prior to the research. The data were collected using the Patient Identification Form and the Moorehead Ardelt Quality of Life Scale II-TR, prepared by the researcher by reviewing the literature, and evaluated with appropriate statistical methods.

Statistical Analysis: While evaluating the findings obtained in the study, NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 Statistical Software (NCSS LLC, Kaysville, Utah, USA) program was used for statistical analysis.

Findings and Conclusıon: As a result of the research, it was determined that an average increase of 1.81±1.04 points was observed in the postoperative quality of life score of the patients compared to the pre-surgery ($p=0.001$; $p<0.01$). A mean decrease of 12.40±5.70 kg/m2 after surgery compared to BMI, which is an important parameter in obesity, was found to be statistically significant ($p=0.001$; $p<0.01$). As a result, with weight loss, decrease in BMI values, increase in mobility, increase in physical activities, independence in daily life and increase in quality of life were observed. In line with the results, it can be suggested that the study can be carried out in larger groups due to the insufficient number of samples and it is necessary to organize support and education programs for the prevention of obesity.

Keywords: Obesity, Bariatric Surgery, Quality of Life, BMI
February 2023, 83. pages.

1. GİRİŞ

Obezite; vücutta yağ kitlesinin aşırı olarak yağsız kitleden fazla olması sonucu kişinin yaşam kalitesinin ve sağlığının bozulması ile karakterize kronik bir hastalıktır (Kayar ve Utku, 2013; Usta ve Çavdar, 2013; Tam ve Çakır, 2012; Tuncalı ve ark., 2018).

Obezite; eski çağlarda içinde bulunulan şartlar nedeniyle değişik devirlerde kudret, güç, zenginlik, ihtişam ve güzellik ile simgelenmiş bir kavram olarak bilinmektedir. Son zamanlarda kişilerde neden olduğu sağlık sorunları, maddi ve psikolojik sorunlar sonucu obezitenin zenginlik olmadığı, tedavi edilmesi gereken bir hastalık olduğu anlaşılmıştır (Ergin, 2014).

Obezite tanılamasında detaylı öykü, fiziksel muayene, laboratuvar testleri ve antropometrik ölçümlerden yararlanılır. Vücut ölçümleri arasında Beden Kitle İndeksi(BKİ), bel çevresi ölçümleri obezite sınıflamasında önemli yer tutmaktadır (Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı,2014). BKİ ağırlığın boyun karesine bölünmesi (Vücut ağırlığı(kg)/Boy(m^2) ile hesaplanır ve hesaplanan değer ile bireyler; zayıf, normal kilo, obez öncesi, obez, morbid obez ve süper obez olarak tanımlanır (Sağlam ve Güven, 2014; Erbay ve ark, 2018).

Obezite dünyada ve Türkiye'de giderek artan önlenebilir bir hastalık olarak tanımlanır. Centers For Disease Control And Prevention (CDC) tarafından yürütülen National Center For Health Statistics araştırmasında 20 yaş ve üstü bireylerde vücut ağırlığı ve boy ölçülerek obez ya da obez öncesi bireylerin bulunması hedeflenmiştir. Çalışmada değerlendiren bireylerin %39.8' i obez sınıfında, %7.6'sı morbid obezite sınıfında iken %31.8' ise obez öncesi dönemde olduğu görülmüştür (CDC, 2018).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nun 2016 yılında yapmış olduğu Sağlık Araştırması'nda 15 yaş ve üzeri bireylerde 2014 senesinde %19,9 olan obezite oranın %19,6 olduğu; kadın cinsiyette %23.9 erkek cinsiyette ise %15.2 olarak bulunmuştur (TÜİK, 2017).

Obezite oluşumunda çevresel ve genetik faktörlerin etkisi ile oluşan multifaktöriyel sorunlar rol oynamaktadır. Obezite nedenlerine bakıldığında hareketsiz yaşam ve beslenme düzensizliklerinin ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Ek olarak sigara- alkol kullanımı, yaş, cinsiyet (kadın), genetik hastalıklar, eşlik eden hastalıklar (diyabet, bazı kanser türleri gibi),

kişinin kullanmakta olduğu ilaçlar, çevresel etkenler, kimyasal etkenler, psikolojik durum nedenler arasında yer almaktadır (Tam ve Çakır, 2012; Erbay ve ark., 2018).

Obezite nedenlerinin arasında diğer bir önemli etken de bebeklik dönemindeki beslenme şeklidir. Anne sütü ile beslenen çocuklarda ilerleyen dönemde obeziteye yakalanma riski daha düşük bulunmuştur (Kayar ve Utku, 2013).

Obezite hastalıklar sonucu oluşabildiği gibi yaşamı tehdit edici hastalıklara da neden olabilmektedir. Bu hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar oluşum riski olarak 3 kat daha fazladır. Obezitenin metabolitik etkileri doğrultusunda koroner arter hastalıkları, periferik damar hastalıkları, inme, subaraknoid kanama, tip 2 Diyabetus Mellitus (DM), insülin direnci, Hipertansiyon (HT), siroz, hormonlara özgü kanserler, düşmeye eğilim, psikososyal sorunlar oluşabilmektedir (Sağlam ve Güven, 2014; Tam ve Çakır, 2012). Oluşabilecek sağlık sorunlarını önlemeye yönelik tedavi seçenekleri bulunmaktadır.

Obezite tedavisinin odak noktası kilo kaybını sağlamanın yanında davranış ve yaşam tarzı değişikliğinin sürdürülerek kilo kaybının korunmasıdır. Diyet tedavisi, egzersiz, davranış değişikliği tedavisi ve farmakolojik tedavi cerrahi dışı tedavi yöntemleri arasındadır. Tıbbi beslenme tedavisinde amaç enerji açığı oluşturularak kas kütlesini koruyarak yağ kütlesinden kayıp sağlanmasıdır. Kişinin günlük kalori ihtiyacı belirlenerek program hazırlanır ve aşırı yağ, karbonhidrat alımı önlenmeye çalışılır.

Hareketsiz yaşamın obezite gelişiminde büyük etkisi olduğu gibi egzersizin de obezite tedavisinde önemi büyüktür. Egzersiz sayesinde enerji dengesi düzenlenerek gelişen sağlık sorunlarının olumsuz etkileri azaltılmaya çalışılır. Davranış değişikliği tedavisi kişinin gündelik yaşamında yaptığı, kilo verilmesini zorlaştıran uygulamaların değiştirilmesini içermektedir.

Farmakolojik tedavi, BKİ değerinin 27-30 kg/m^2 olması ve obeziteye bağlı risk faktörleri/ komplikasyonlardan en az birinin bulunması ile cerrahi dışı diğer tedavilerden sonuç alınamadığı zaman başlanmalıdır.

Morbid obezlerde mortalite oranının fazla olması nedeniyle cerrahi tedavi (bariatrik cerrahi) kullanılmaktadır. Cerrahi tedavi ile kilo kaybının sürdürülmesinin yanında sağlık sorunları da tedavi edilerek mortalite önlenmektedir.

Cerrahi tedavi uygulanacak birey, ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü **(**NIH**)** 1991 senesindeki konsensus raporunda belirlediği özelliklere göre seçilir. Obezite cerrahisinde mide hacmi

küçültülerek bireylerin daha az yiyecek alması sağlayan, çeşitli cerrahi yöntemler uygulanmaktadır (Kayar ve Utku, 2013; Sağlam ve Güven, 2014; Tam ve Çakır, 2012; NIH, 1991).

Obezitede uygulanan tedavilerin ortak noktası bozulan yaşam kalitelerinin düzeltilmesidir. Yaşam kalitesi, kişinin emosyonel, sosyal, psikolojik, fiziksel doyumunu ve günlük gereksinimlerinde bağımsız olmasında yeterlilik şeklinde ifade edilebilir (Demirkaya, 2010).

Aşırı şişman bireylerde ortaya çıkan birçok sağlık sorunu ile yaşam kalitesi bozulmaktadır. Bireyler yaşadıkları sağlık sorunları nedeni ile hareketsiz bir yaşama başlayabilir, psikolojik sorunlar deneyimleyebilir (Baş,2018).

Obezite cerrahi sonrası yapılan çalışmalarda kilo kaybı ile yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur (Aras ve ark. 2017; Demirkaya, 2010; Elrefai ve ark,2017; Silva ve ark.2018). Literatürde ülkemizde bariatrik cerrahi sonrası kilo azalması sonucu yaşam kalitesinin artması arasındaki ilişkiyi gösteren yeterli sayıda çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu bilgiler ışığı altında çalışma obezite cerrahisi geçirecek hastaların cerrahi öncesinde ve sonrasında yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlandı.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. OBEZİTE

2.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) obeziteyi vücut sağlığını bozan aşırı ya da anormal yağ birikmesi olarak betimlemiştir (WHO,2021). Latince bir kelime olan ob-esum anlam olarak yemeğe bağlı demektir ve vücuttaki yağ birikminin sağlığı olumsuz yönde etkileyecek seviyeye geldiğini göstermektedir (İlhan Özdemir,2018). Bireylerde ortalama ağırlığa göre normal kabul edilen vücut yağ oranları belirlenmiştir. Bu oran erkeklerde %15-20 kadınlarda ise %25-30 kabul edilmektedir (Seidell, 2001). Yağ oranı erkeklerde %25'i kadınlarda %30'u aşarsa obezite olarak kabul edilmektedir (Şanlı, 2012).

Aşırı kiloluluk ya da şişmanlık gibi terimler sıklıkla obezitenin yerini almaktadır. Ancak aşırı kilolulukta ayırıcı olarak yaş ve boya göre kilonun fazla olma durumu söz konusudur. Obezitede ise kalori alımının artmasına karşın sedanter yaşamın da etkisi ile harcanan enerjinin azlığına bağlı oluşan durum temeli oluşturmaktadır (Durgun, 2012).

Vücuda alınan enerji ve bu enerjinin harcanması arasında bir denge kurulmuştur. Bu denge hormonal, nörolojik, fiziksel veya psikolojik mekanizmalar ile sağlanmaktadır. Bunun sonucunda vücut ağırlığının sabitliği sağlanır. Dengenin bozulması ile vücut ağırlığı değişerek kronik hastalıklar içerisinde yer alan obezite ortaya çıkar (Akbulut ve Rakıcıoğlu, 2010; Altunkaynak ve Özbek, 2006).

Obezite değerlendirmesi yapılırken kişilerin antropometrik ölçülerinden faydalanılmaktadır. Bu ölçümler protein ve yağ deposunun önemli belirteçlerindendir. Bu ölçümler yapılırken vücut ağırlığı, boy uzunluğu, yağ kütlesi ve yağsız vücut kütlesi hesaplanmaktadır (Yücel,2008).

1990'lı yıllardan sonra Beden Kitle İndeksi (BKİ) obezitede evrensel bir ölçüm haline gelmiştir (İlhan Özdemir,2018). BKİ hesaplanırken boy metre cinsinden karesi ve vücut ağırlığı kilogram olarak alınır. BKİ boyun metre olarak karesi vucut ağırlığına bölünerek hesaplanır (WHO, 2006).

BKİ değerine göre sınıflama yapılacak olursa;

- 18,5 değerinin altında olan bireyler zayıf
- 18,5-24,99 aralaığında olan bireyler normal
- 25-30 aralığında olan bireyler fazla kilolu/hafif obez
- 30 ve üzeri olan bireyler ise obez grubunda yer alır. Obez grubu kendi içinde derecelere ayrılır. 30-34.99 1.derece, 35-39.99 2. Derece ve 40 ve üzeri 3.derece obez grubu olarak adlandırılır.

(Durgun, 2012)

BKİ'nin yetersiz olduğu bazı durumlar bulunmaktadır. Örnek olarak gebelik, çocukluk dönemi, kas gücü gerektiren spor ile uğraşma, yaşlılık verilebilir (Serter, 2004).

Vücut yağının saptanmasında bel-kalça oranı ve bel çevresi ölçümü sıklıkla tercih edilmektedir.

Bel/Kalça oranının ölçümü: Bel/kalça oranında üst sınır erkeklerde 1.0, kadınlarda ise 0.8 olarak kabul görmüştür. Pay kısmında yer alan bel çevresi değeri esas olarak viseral organlar ile abdominal yağ dokusunun miktarını belirlemekte, payda kısmında yer ise kas kitlesi ve iskelet dokusunu belirten kalça çevresi yer almaktadır.

Bel çevresi ölçümü: Vücuttaki yağ dağılımını saptamak nedeni ile tercih edilen antropometrik yöntemlerdendir. Bu sınır erkek bireylerde 94 cm , kadın bireylerde ise 80 cm olarak belirlenmiştir (İlhan Özdemir, 2018).

Obezite visseral yağ dokusunun toplandığı bölgeye göre iki sınıfta incelenmektedir (Şanlı,2012)

Android tip obezitede yağ, vücutta daha çok üst bölümlerde birikmektedir. Bel, üst karın ve göğüs bölgeleri örnek verilebilir. Kalp damar hastalıkları, Tip 2 DM, hiperkolesterolemi bu tip obezitede karşımıza çıkmaktadır. Erkek ya da elma tip de denmektedir.

Jinoid tip obezitede ise yağ, vücutta daha çok alt bölümlerde birikmektedir. Örnek olarak kalça, uyluk ve bacak bölgesi söylenebilir. Toplar damar dolaşım bozuklukları, eklem hastalıkları, polikistik over sendromu da bu tip obezitede daha çok karşılaşılan hastalıklar olarak belirtilmiştir. Kadın ya da armut tip de denmektedir (Usta, 2018).

Şekil 2.1: Vücut Yağ Dağılımına Göre Obezite Tipleri



Kaynak: Avrupa Obezite Günü, 2017, https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket-haberler/avrupa-obezite-g%C3%BCn%C3%BC.html , (Ziyaret Tarihi: 22.12.2022).

2.1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite Türkiye ve dünyada gittikçe artmaya devam eden bir hastalık olarak görülmektedir. TÜİK 2019 yılında yaptığı araştırmada 2016 yılındaki 15 yaş ve üzeri kişilerde BKİ baz alınarak hesaplanan obezite oranının %19,6'dan %21,1'e çıktığı belirlenmiştir. Ayni araştırmada cinsiyet baz alınarak bakıldığında kadın cinsiyette %24,8 obez , %30,4 pre-obez erkek cinsiyette %17,3 obez, %39,7 pre-obez olduğu görülmüştür (TÜİK, 2019).

2010 yılında yapılan 'Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması) 1997-1998 yıllarında yapılmış olan TURDEP –I' çalışmasının tekrarı niteliğini taşımaktadır. TURDEP-II çalışmasında obezite sıklığı %32 olarak belirlenmiştir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD), 2019).

DSÖ'nün 2021 yılında sitesinde yayınlamış olduğu verilere göre;

- Obezite Dünya'da 1975'ten bu yana üç kat artmıştır.
- 2016 yılında 18 yaş ve üstü grupta fazla kilolu bireylerin 1,9 milyardan fazla olduğu bulunmuş, 650 milyondan fazlasının obeziteye sahip olduğu görülmüştür. 18 yaş üstü yetişkinlerin %39'u kilolu, %13'ü obez olarak belirlenmiştir.
- 2020 yılında 5 yaşından küçük 39 milyon çocuğun aşırı kilolu ve obez olduğu saptanmıştır.

- 2016 yılında 5 yaşından büyük 19 yaşından küçük çocuk ve ergenlere bakıldığında 340 milyondan fazlasının yüksek kilolu veya obeziteye sahip olduğu görülmüştür (DSÖ,2021).

2.1.3. Obezitenin Etiyolojisi

Sosyo-demografik verilerden yaş, cinsiyet obezitenin risk faktörlerinde önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. İlerleyen yaş ile beraber metabolizma hızı düştüğü ve kilo verilmesinin güç olduğu ifade edilmektedir. Buna bağlı olarak da obezite prevelansında artış görülmektedir. Cinsiyet olarak bakıldığında kadınların hormonal durumları nedeni ile erkek cinsiyetine göre obeziteye yakalanma prevelansı yüksek belirlenmiştir (Kayar ve Utku, 2013).

Sanayileşme ve endüstrileşme ile birlikte ayakta yemek yeme de artma, şeker-yağ oranı yüksek gıdalarla beslenmede artma ile birlikte enerji alımı da artmaktadır. Enerji harcamanın azalması ile önce fazla kilololuluk sonrasında obezite kişinin yaşamında yer etmektedir (Altunkaynak ve Özbek , 2006).

Kişinin uygulamış olduğu diyetin biçimi de obezite gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Örneğin küçük porsiyonlarla besin aldığımızda insülin salınımı büyük oranda düzenlidir ancak büyük porsiyonlar ile beslenildiğinde insülin salınımı büyük oranda artmaktadır. Buna bağlı olarak da öğün sayısında artış ile birlikte obezite riski artmaktadır (Kut, 2009).

Yağlı yiyecekler daha lezzetli geldiği için fazla alınmakta ve obezite oluşumunu arttırmaktadır. Gece uykudan uyanıp besin alınması, lifli gıdaların yapılan diyette az yer alması, hızlı yemek yenmesi ve psikolojik etkenlere bağlı olarak tokluk hissinin oluşmaması gibi nedenler de obezite gelişiminde önemli rol oynamaktadır (Baş, 2018).

Bebeklik ve çocukluk çağındaki beslenmenin de obezite gelişiminde önemli yer tuttuğu görülmüştür. Anne sütü alan çocuklarda obezite gelişim riskinin daha az olduğu bulunmuştur (Kayar ve Utku, 2013).

2.1.4. Obezitenin Komplikasyonları

Obezite vasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem ve nöroendokin sistem gibi önemli sistemlerimizi etkileyerek bazı hastalıklara neden olmaktadır. Sistemlerin yanısıra psikolojik olarak da sorunlara yol açtığı görülmüştür (Öncü, 2009).

Obezite, solunum sistemi komplikasyonlarından en sık uyku apnesi ve astıma; safra kesesinde taş, karaciğer hastalıkları, gastroözofajial reflü gibi gastrointestinal sistem hastalıklarına; insülin direnci, tip 2 DM, kadınlarda adet düzensizlikleri, polikistik over sendromu gibi endokrin komplikasyonlara, HT, dislipidemi gibi kalp damar sistemi hastalıklarına ve nörolojik komplikasyonlara yolaçabilir (Eker ve Şahin, 2002).

2.1.4.1. Obezite ve İnsülin Direnci İlişkisi

Obezite, insülin direnci, metabolik sendrom gelişimine neden olabilir. İnsülin direnci uzun süreli olursa kişilerde HT, Tip 2 DM ve kansere yol açabilir (Baban et al., 2015).

2.1.4.2. Obezite ve Kalp Damar Hastalıkları İlişkisi

Ven çeperindeki deformiteler sonucu hipertansiyon oluşumu görülmektedir. Kontrollü olarak kilo verimi ile deformitelerin azalması hatta yok olduğu görülmüştür (Hall et al., 2001).

Dislipidemi, insülin direnici, hipertansiyon gelişimine bağlı olarak ateroskleroz ve diğer kardiyovasküler hastalıklar oluşmaktadır. Yüksek tansiyonu olan obez kadın bireylerin %70'inde sol ventrikül hipertrofisi olduğu görülmüştür. Yine kalp yetersizliği olan bireylerin %10 ve üstünde obezite kuvvetli etken olarak ifade edilmiştir. . Obezitenin bu hastalıklar dışında koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği ve atrial fibrilasyon oluşumunda da rol oynadığı görülmektedir (Baş, 2018).

Bireylerde BKİ arttıkça sistolik ve diyastolik kan basıncında artma olduğu görülmüştür. Buna bağlı olarak obez bireylerde hipertansiyon oluşumunun zayıf bireylerde kilolu bireylere göre daha düşük düzeyde olduğu ispatlanmıştır. "İsveç Obezite Çalışması"nda HT görülme nedeni olarak obezite %44-51 oranı ile yer aldığı bilinmektedir (Malnick and Knobler 2006).

2.1.4.3. Obezite ve Tip 2 Diyabetus Mellitus(DM)

Obezite genellikle karın bölgesinde yağ birikimine neden olmaktadır. Buna bağlı olarak obez bireyler Tip 2 DM görülme açısından yüksek riske sahiptir. Tip 2 DM'de beslenme düzeninde karbonhidrat, protein ve yağ dengesi çok önemlidir. Beslenme düzeni oluşturulurken karbonhidrattan zengin beslenmek yerine her besin grubunu içeren bir düzen oluşturulmalı ve aktivite de yapılarak insülin direncinin azaltılması sağlanmalıdır (Parati, 2002).

2.1.4.4. Obezite ve Dislipidemi

Vücutta aşırı olarak kolesterol ve trigliserid bulunması ile karakterizedir. Yağ dokusundan kontrol dışı yağ salınması ile oluşmaktadır (Usta, 2018).

2.1.4.5. Obezite ve Mortalite

Yaş gruplarının dikkate alındığı bir çalışmada normal kilolu ve obeziteye sahip 20 yaşında iki gencin karşılaştırılmasında mortalite oranına bakıldığında normal kilolu bireyin oranının %0.01 olduğu, obeziteye sahip bireyin oranının %1.8'e çıktığı bulunmuştur (Özarmağan ve Bozbora, 2002).

2.1.4.6. Obeziteye Bağlı Üreme Sorunları ve Cinsellik

Obez kadın bireylerde sıklıkla anovülasyon, oligo ovülasyon, adet düzensizliği ve erken infertilite gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Aşırı kiloya bağlı düşük görülme oranı yüksektir. Genellikle bu belirtiler polikistik over sendromunu da beraberinde getirmektedir.

Erkek obez bireylerde testosteron düzeylerinin etkilendiği görülmektedir. Buna bağlı olarak ereksiyon sorunları, infertilitede artma, spermatogenezde azalma gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Kilo verme ile her iki cinsiyette de hormonal olarak denge görülmektedir (Mert ve Adaş, 2014; Keskin ve ark., 2016).

Östrojen ve testeron düzeyinde azalma ile vajinal tansiyonda azalma, cinsel uyarılma, genital duyu ve orgazmdaki azalma sonucu her iki cinste de cinsellikte bozulma olduğu belirtilmektedir (Wingfield et al., 2015).

2.1.4.7. Obezite ve Kanser

Obezitenin kadınlarda yumurtalık, endometrium ,serviks ve safra kesesi kanseri riskini arttırdığı erkek cinsiyette ise rektum, kalın bağırsak ve prostat kanseri riskini arttırdığı çalışmalarla belirlenmiştir. Endometrium ve meme kanserlerinde etken olarak obezitenin neden olduğu östrojen düzeyindeki artış rol oynamaktadır (Serter, 2004).

Özefagus, karaciğer, pankreas, mide ve böbrek kanseri riskinde de obezitenin neden oduğu son yıllarda belirtilmiştir (Durgun, 2012).

2.2. Obezitenin Tedavisi

Obezite tedavisinde diyet (beslenme), egzersiz, davranış değişikliği, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi yer almaktadır. Tedavilerin ortak amacına bakacak olursak kilo kaybının sağlanması, yaşamı tehdit edebilecek hastalıkların oluşma riskinin azaltılması, azalan yaşam kalitesinin arttırılması hedeflenmiştir. Tedaviler genellikle kombine olarak uygulanır ancak cerrahi tedavi diğer tedavilerden sonuç alınamadığında tercih edilir (İlhan Özdemir , 2018; Kayar ve Utku S, 2013; Sağlam ve Güven , 2014).

2.2.1. Obezitede Diyet Tedavisi

Diyet tedavisinde düzenli gıda alımı, yağ alımı, diyet yanlışlıklarının düzeltilmesi, düşük kalorili yiyeceklerin yeterli düzeyde alımı, alkol alımının miktarı önemlidir. Düzenli gıda alımında öğün sayısı 3 ya da 6 olarak belirlenir. Yeterli mineral, vitamin ve lif alımı önemlidir. Diyet yanlışlıklarında hastalar genellikle bir kez bozduklarında tamamen vazgeçerler, bu durumun düzeltilmesi gerekmektedir. Alkol alımına bağlı olarak kalori de artış görülmektedir. Alkol alımının azaltılması ile kalori alımında da azalmaya neden olacaktır (Aygün, 2014).

2.2.2. Obezitede Egzersiz Tedavisi

Obezitede enerji alımı ve harcanması arasında bir dengesizlik söz konusudur. Enerji harcanması daha az olduğu için kilo alımında artış görülmektedir. Egzersizin artması ile beraber kilo kaybında azalmalar oluşur ve obezitenin tedavisinde bu nedenle egzersiz ciddi bir yer tutmaktadır. Egzersiz genellikle diyet ile birlikte uygulandığında yalnızca diyet uygulamasına göre daha iyi sonuçlara yol açmaktadır. Fazla kilolu ve şişman bireylerde genellikle egzersiz toleransının düşük olduğu görülmektedir. Bu nedenle egzersize uzun süreli değil de kısa süreli, düşük yoğunluklu aktiviteler ile başlayıp süre uzatılarak devam edilmelidir. Egzersizin kademeli olarak arttırılması gerekmektedir. Düzenli olarak yapılan egzersiz ile serum trigliseritlerinde, kan kolesterol düzeyinde, kan basıncı düzeyinde azalmalar görülmüştür (Yücel, 2008).

2.2.3. Obezitede Davranış Değişikliği Tedavisi

Davranış değişikliğinde amaç obeziteye neden olan sedanter yaşam, hazır gıda yeme gibi istenmeyen davranışları istenen davranışlarla değiştirmek ve değişikliği uzun süre devam ettirmek üzerine kurulmuştur (Usta ,2018; Baş, 2018).

Yapılan bazı çalışmalarda tedaviye ek olarak yapılan diyet ve egzersiz sonucu daha hızlı kilo kaybedildiği ve kalp damar risk faktörlerinde önemli derecede azalma olduğu görülmüştür (Dombrowski ve ark., 2010) .

Davranış tedavisi bireylerde üç aşama olarak uygulanmaktadır. İlk aşamada gerçekçi bir hedef belirlenir, ikinci aşamada birey hedefine ulaşır ve son aşamada yeni hedefler geliştirilerek bireyin programa devamlılığı sağlanır (Garaulet et al., 2010).

Obez bireylerde genellikle önceki deneyimleri nedeni ile kilo vermede özgüvensizlik ya da kilo vereceğine inanmama gibi olumsuz düşünceler oluşabilmektedir. Bu düşüncelerin varlığı belirlenirse davranış değişikliği bir uzman ile birlikte uygulanmalıdır (Akgün, 2008).

Davranışsal tedaviler, uygulanan hasta ve uygulayan hekime göre farklılık gösterebilir. Hedef belirlenmesi, uyaran kontrolü, bireysel gözlem, ödüllendirme, yeniden yapılanma, toplumsal destek gibi yöntemleri içerir. Yöntemler birlikte uygulanabildiği gibi içinden birkaçının seçilmesi ile de uygulanabilir (Oğuz ve ark., 2016; TEMD, 2009).

1. Hedef belirlenmesi: Değiştirilebilen uygulamalar için öncelikle hasta kendine özel mantıklı hedefler belirler.Hedefler belirlenirken hasta yalnız olmamalıdır. Belirlenen hedefler az bir zamanı belirtmelidir.

2. Uyaran kontrolü: Sorun olan davranışa yönelik düzenlemeleri içerir. Örneğin buzdolabı karşısında yemek yemek yerine sofrada yemek yenmesi gibi düzenlemeleri içerir.

3. Bireysel gözlem: Kişinin kaloriyi hesaplaması, tükettiği besinlerin içeriğini ve miktarını kaydetmesi beklenir.. Kişiye objektif geri bildirim sağlayarak motivasyonunun artması amaçlanır. Bireyin davranış özellikleri hakkında farkındalığının artması amaçlanmalıdır. Yeme ve aktivite ile ilgili davranışlarında yer alan yanlışları fark etmesi sağlanır.

4. Bireysel yeniden yapılanma: Var olan sorunun farkına varma ve bu sorunu çözümlemesini içerir.

5. Olası davranış geliştirmede: Bireyin kilosunda artmaya yol açan davranış yerine kilo vermesini sağlayan davranışı benimsemesini içerir.

6. Pekiştirme/kendi kendini ödüllendirme: Kilo verme için geliştirilen yöntemlerin devamlılığın sağlandığı bölümdür. Ödüllendirme ile bu davranışın pekişmesi sağlanır.

7. Stres yönetimi: Aşırı yemek yeme ve relapsların en önemli etkeni strestir. Solunum ve kas egzersizleri gibi aktiviteler kişiye önerilebilir. Yemek tüketimini arttıran olayları azaltmak amaçlanır.

8. Toplumsal destek: Aile bireyleri, eş ve arkadaşların sağlayacakları sosyal destek bireyin kilo verme başarısının artmasında ve davranış değişikliğinin uzun sürede devamının sağlanmasında önemli bir etkiye sahiptir. (Baltacı, 2015; Usta, 2018).

2.2.4. Obezitede Farmakolojik Tedavi

İlaç tedavisine diyet ya da egzersiz ile kilo vermenin uzun sürede sağlanamadığı durumlarda başvurulmaktadır. İlaç tedavisinde seçilen ilaç kişide bağımlılık yapmamalı ve uzun süreli kullanımda ciddi yan etkiler oluşturmamalıdır (Türker, 2013).

Tedavide yer alan ana ilaç grupları; besin alımını azaltıcı etkisi ile santral etkili ilaçlar, periferik olarak gıda emilimi bozan ilaçlar ve enerji atımını arttırıcı ilaçlardır. Enerji alımını engelleyen ilaçlar merkezi sinir sistemini etkileyerek tedavi sağlar. Norepinefrin ve serotoninin geri alımını inhibe eden sibutramin en yaygın kullanılan ilaçtır. Enerji emilimi ve depolanmasını azaltıcı etkisi olan ilaçlar; sindirim enzimlerini bloke ederek gastrointestinal sistemde gıdaların emilimini, böylelikle de kalori alımını azaltır. Orlistat, bu grubun en yaygın ilacıdır. Enerji harcanmasını arttıran ilaçlar; sempatik sinir aktivasyonunu ya da besinlerin oksidasyonunu arttırarak enerji yerine ısı oluşumuna neden olmaktadırlar. Bu grupta kullanılan ilaçlar; tiroid hormonları, efedrin, beta adrenerjik antagonistleri ve kafein gibi ilaçları kapsar (Bray, 2003; Sertkaya ve Orhan, 2008).

2.2.5. Obezitede Cerrahi Tedavi

Obezitede kullanılan tedavi yöntemleri uzun süreli sonuçlar vermelidir. Yapılan bazı çalışmalar diyet, egzersiz gibi yöntemlerle uzun süreli sonuçların elde edilemediğini göstermiştir. Bunun sonucunda bireylerde tekrar kilo almaya bağlı psikolojik sorunlar oluşmaya başlamış ve daha fazla kilo alma gibi sorunlar görülmüştür (Atila, 2014).

Obezite cerrahisi ilk olarak 1950'li yıllarda uygulanmaya başlanmıştır (Usta ve Çavdar, 2013). İlk ameliyatlar ince bağırsağın orta ve son bölümünün büyük bir kısmını işlev dışı bırakan baypas ameliyatları; midenin bir bölümünü işlev dışı bırakan ameliyatlar ve horizantal bantlı gastroplastiler bulunmaktaydı. Ameliyat sonrasındaki ciddi komplikasyonlardan diyare, elektrolit dengesizliği ile sık karşılaşılmaktaydı. 1980'li senelerde obezitede görülen artış ve bant ameliyatlarında ciddi komplikasyon görülmemesi tekrardan cerrahi tedaviyi yaygınlaştırdı. 1991 yılında NIH yayınladığı bildiride obezite cerrahisinin etkili bir uygulama olduğunu söyledi ve obezite cerrahisi sıklıkla uygulanmaya başlandı (Usta, 2018).

Obezite cerrahisinde hasta seçme kriterleri:

- BKİ'nin en az 35 ve üstü olması ,aynı zamanda ek hastalık varlığı
- Var olan ameliyat risklerinin kabul edilebilir olması
- Diğer tedavilerden beklenen sonuçların alınamaması
- Ameliyat geçirecek kişide ruhsal bir hastalığın olmaması, herhangi bir madde kullanımının olmaması,
- Cerrahiye bağlı görülebilecek yaşamı tehdit eden medikal problemler olmamasıdır.

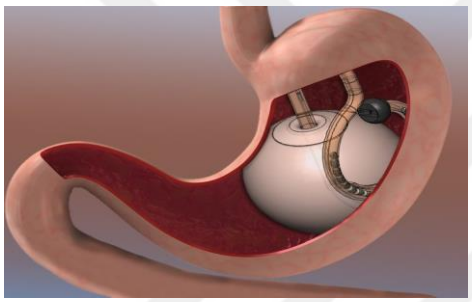
(NIH, 1991)

Obezite cerrahisinde sıklıkla mide hacmini küçültücü yöntemler, emilimi azaltıcı yöntemler ya da bunların kombine olarak uygulandığı yöntemler yer almaktadır (Usta, 2018).

2.2.5.1. Mide Hacmini Küçültücü Uygulamalar (Restriktif)

Mide Balonu: Ameliyatsız ve geri alınabilir kilo kaybı yöntemidir. Endoskopik bir işlemdir. Endoskopi sırasında mideye yerleştirilen balon şişirilir ve midede gıdaya ayrılan yer azaltılır. Böylelikle erken tokluk hissi kazandırılır. 3-6 ay gibi sürelerde kullanılması önerilir. Balon çıkarıldıktan sonra da kazanılan davranışlar sürdürülürse başarılı sonuçlara ulaşılmıştır (Coşkun, 2008).

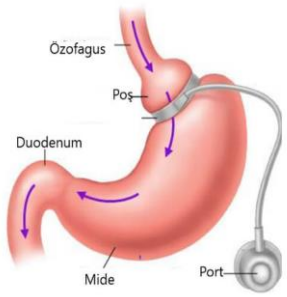
Şekil 2.2: Mide Balonu Uygulaması



Kaynak: Avrupa Obezite Günü, 2017. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket-haberler/avrupa-obezite-g%C3%BCn%C3%BC.html, (Ziyaret Tarihi: 09.12.2022).

Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB): Ösofagus ve midenin birleşme yerinden 3 cm aşağı tarafa şişirilebilen bir bant uygulanması işlemidir (Sağlam ve Güven, 2014). Dikey Bantlı Gastroplasti(VBG)'nin yerine geçen bir yöntemdir. 1980'lerden sonra zayıf uzun süreli kilo kaybı ve geç komplikasyonların yüksek olması nedeni ile VBG LAGB'ye yerini bırakmıştır (Kissler ve Settmacher, 2013).

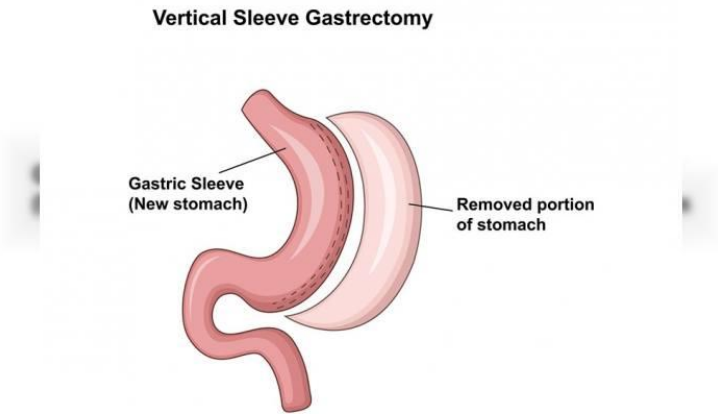
Şekil 2.3: LAGB Uygulaması



Kaynak: https://www.ibrahimsakcak.com/laparoskopik-ayarlanabilir-gastrik-bandi/, (Ziyaret Tarihi: 09.12.2022).

Sleeve Gastrektomi: Bu yöntemde mide piloru korunarak midenin %70-80'lik bölümü çıkarılır. Mide hacmi küçülür ve midenin iştah hormonu ile alakalı kısmının çıkarılması sonucu tokluk hissi erken oluşur. Hacmi küçülen midenin fonksiyonları korunmuştur. Laporoskopik uygulanabilmektedir (Sağlam ve Güven, 2014).

Şekil 2.4: Sleeve Gastrektomi Uygulanan Mide

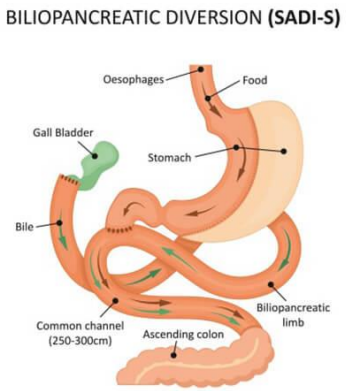


Kaynak: https://www.orhancelen.com.tr/tup-mide-ameliyati-sleeve-gastrektomi,(Ziyaret Tarihi: 09.12.2022).

2.2.5.2. Emilimi Azaltıcı Uygulamalar

Biliopankreatik Diversiyon (Biliopancreatic Divercion BPD) **:**Ameliyat sonrasında mide hacmi 150-200 cc olarak kalacak şekilde distal gastrektomi uygulanır ve duodenum proksimal bölümü kapatılmış olur. İleoçekal valvin 250 cm proksimalinden bağırsak mideye anastomoz edilir. Bypass edilen bağırsak ileoçekal bileşkenin 50 cm proksimaline anostomoz edilir ve böylelikle kalori ve besin emilimi büyük oranda azaltılmış olur (Usta, 2018).

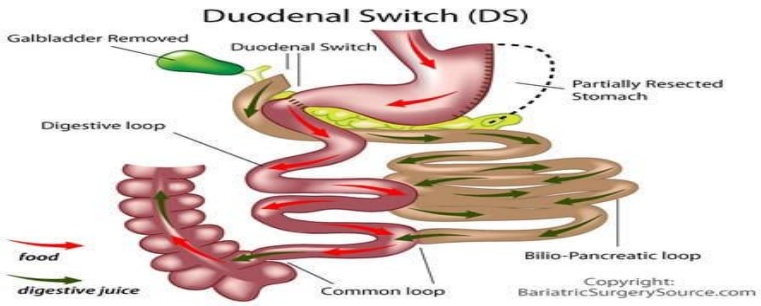
Şekil 2.5: BPD Uygulaması



Kaynak: https://ibrahimsakcak.com/wp-content/uploads/2022/03/biliopankreatik-diversiyon-ameliyati.jpg, (Ziyaret Tarihi: 22.12.2022).

Duodenal Switch (DS): Bu ameliyatta distal gastrektomi yerine mide piloru korunarak gastrektomi vertikal olarak yapılır. Safra akımının taşındığı ince bağırsaklar 50 cm yerine 100 cm'de anostomoz edilir.DS ameliyatında BPD ameliyatına göre daha az emilim sağlanmış olur (Usta, 2018).

Şekil 2.6: DS uygulaması

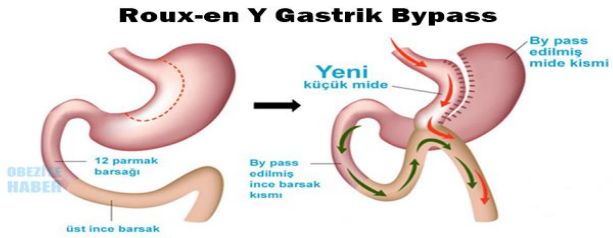


Kaynak: https://halukunalp.com/hizmet/duodenal-switch/, (Ziyaret Tarihi: 09.12.2022).

2.2.5.3. Kombine Cerrahi Tedavi

Roux-en Y Gastrik Baypas (Roux-en Y Gastric Bypass): Sık tercih edilen ve mide hacmini azaltan bir tekniktir. Minimal komplikasyon ile kalıcı kilo vermeye olanak sağlar. Cerrahi tedaviler arasında en başarılı cerrahi olarak kabul edilir. Bu yöntemde mide kapasitesi %90 oranında azaltılırken, duodenum by-pass edilir ve emilim azaltılmış olur (Baş, 2018).

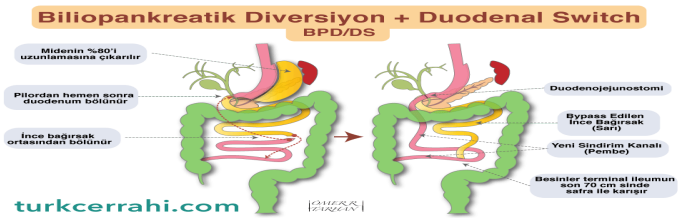
Şekil 2.7: Roux-en Y Gastrik Baypas Uygulaması



Kaynak:https://www.obezitehaber.com/roux-en-y-bypass-ve-mini-gastrik-bypass-ameliyatlarinin-farklari-nelerdir/roux-en-y-bypass-ve-mini-gastrik-bypass-ameliyatlarinin-farklari-nelerdir-3/, (Ziyaret Tarihi: 09.12.2022).

Biliopankreatik Diversiyon ve Duodenal Switch (BPDDS): Genellikle SG sonrası istenilen etki alınamadığı durumlarda 6-12 ay sonra hastalara uygulanan cerrahi türüdür. Tip 2 DM tanılı hastalarda da tercih edilir. SG kısa vadede kilo vermeyi kolaylaştırır ancak bu yömtemde emilim etkilendiği için uzun vadeli etki almak mümkündür. Takibi yapılamayacak hastalarda vitamin eksiklikleri gibi ciddi komplikasyonlar nedeni ile genellikle tercih edilmemektedir (Sağlam ve Güven, 2014; Kissler ve Settmacher, 2013).

Şekil 2.8. BPDDS Uygulaması



Kaynak:
https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.turkcerrahi.com%2Fmakaleler%2Fmide%2Fobezite%2Fcerrahisi%2F&psig=AOvVaw3IaInXjqAnOBRH5auk9Gmn&ust=1671794233489000&source=images&cd=vfe&ved=0CBAQjRxqFwoTCIC3z_yMjfwCFQAAAAAdAAAAABAE,(Ziyaret Tarihi: 09.12.2022).

2.2.5.4. Cerrahi Tedavi Komplikasyonları

Obezite cerrahi tedavisinin komplikasyonları erken dönem ve geç dönem olmak üzere iki dönem altında incelenmektedir. Erken dönemde anastomoz kaçağı ve buna bağlı olarak intra abdominal infeksiyon, bulantı-kusma ve dumping sendromu görülebilir. Geç dönemde

insizyonel herni, vitamin emilim bozuklukları, kolelitiyazis ve renal hastalıklar yer almaktadır (Topuz ve ark., 2014).

Tablo 2.1: Obezitede Cerrahi Tedaviye Bağlı Oluşabilecek Komplikasyonlar

Erken Dönem Komplikasyonları	Geç Dönem Komplikasyonları
Ani kardiyak ölüm Kanama Anostomoz Kaçağı Yara Yeri Enfeksiyonu Perforasyon Bağırsak Obstruksiyonu Dumping Sendromu	Ülser İnsizyonel Herni Anastomoz Bölgesinde Darlık Kolelitiyazis Vitamin- Mineral Eksikliği Anemi Gastroözefageal Reflü

Kaynak: (Usta, 2018)

Ani kardiyak ölüm: Cerrahiden sonra %0,2-1 oranında oluşmaktadır.Nabızda artma, oksijen düzeyinde azalma, tansiyonda düşme gibi belirtiler ile başlayan ve pulmoner emboli, kanama, anastomoz bölgesinde kaçak nedeni ile görülen komplikasyondur (Kassir ve ark., 2016).

Kanama: Sıklıkla anastomoz bölgesinde %2-4 oranında görülen ve %15 ihtimalle yeniden cerrahi ile sonuçlanan bir komplikasyondur (Hamad and Guerrero, 2017).

Bulantı ve kusma: Kısıtlayıcı yöntemlerde sıklıkla oluşmaktadır ve ameliyat sonrası üç aya kadar sürebilmektedir. Sıklıkla yeni beslenme düzenine alışmakta zorluk, hızlı ve aşırı yiyeceğin bir seferde alınması ile ilişkilendirilmektedir (Tessier and Eagon, 2008).

Dumping sendromu: Yüksek kalorili karbonhidratlı besinler tüketildiğinde midede hızlı boşalma olur ve buna dumping sendromu adı verilir. Çoğunlukla gastrik baypas, BPD gibi piloraya girişim olduğu tekniklerde görülmektedir. Sleeve Gastrektomide seyrek rastlanmaktadır. Ameliyat sonrası 30-45 dakika içinde gerçekleşirse erken dumping, yemekten sonra 2. ya da 4. saatlerde gerçekleşirse geç dumping sendromıu olarak adlandırılır (Usta,2018).

İnsizyonel herni: Açık prosedür uygulanan ameliyatlarda %15-20 oranında görülmektedir. Laparoskopik prosedür yapılan ameliyatlarda mezenter hasarının daha az olması nedeni ile %1'den daha az görülmektedir (Tessier and Eagon, 2008; Kassir et al., 2016).

Safra taşı: Total vücut ağırlığının ani olarak %25 kadarının kaybedilmesi ile safra kesesi taşlarının oluşması ilişkilendirilmektedir. Morbid bireylerin oluşturduğu popülasyonda safra taşı görülme olasığının %45'e dayandığı saptanmıştır. Cerrahi sonrası %50 oranında görünmektedir ve bunların %10'unun semptomatik olduğu bilinmektedir (Bozkurt, 2014; Kocaöz ve ark., 2020).

Vitamin Eksiklikleri: Emilim azaltılması ile sonuçlanan yöntemlerde bu komplikasyon daha sık karşımıza çıkmaktadır. A vitamini (%69), D vitamini (%25-80), E vitamini (%7,1), K vitamini (%68), B12 (%18), folik asit (%54), magnezyum (36-51), demir eksiklikleri (%10-74) ve hipoalbüminemi (%3-11) görülmektedir (Bozkurt, 2014).

2.2.5.5. Cerrahi Tedavide Hemşirelik Yaklaşımı

Obez hastanın hastaneye ilk başvurusundan taburcu olana kadar hemşire hasta ile güvenli, önyargı içermeyen bir tutum içerisinde iletişim kurmalıdır. Bu bağlamda eğitici, uygulayıcı, bakım verici rollerini kullanmalıdır.

Ameliyat öncesi dönemde bakım hasta kabulü ile başlamakta olup hasta tanılaması ve destek sistemlerin belirlenmesi ile devam eder. Cerrahi tedavi öncesinde hastalarda davranış değişikliği oluşturmak çok önemlidir. Doğru yapılan uygulamada hastalarda davranış değişikliği ile uzun süreli kilo kaybının korunması sağlanabilir. Verilen eğitim ile davranış değişikliğinin kalıcılığı sağlanamaz ise daha fazla kilo alınması ile sonuçlanan durumlar oluşmaktadır (Usta ve Çavdar, 2013).

- Hastalar yeme alışkanlığının tamamen değişeceği hakkında bilgilendirilmeli ve bu beslenme biçimine uyması için destek olunmalıdır. Hastanın karbonhidrat ve yağ yerine protein ve lifli gıdaların çok yer aldığı biçimde beslenmesinin daha doğru olduğu hastaya anlatılmalıdır. Ameliyattan sonraki evrede sıvı ve katı besinlerin birlikte alınmaması gerektiği, 30 dakikalık ara ile alınması gerektiği söylenmelidir.
- Fiziksel hareketliliğin artması hastaya benimsetilmesi gereken bir diğer konudur. Bireyler günlük yaşamlarına fiziksel aktivite ve egzersizi entegre etmelidir.
- Hastalar ameliyat öncesi dönemde olacakları ameliyat ile ilgili bilgilendirilmeli ve bu süreçle ilgili soruları cevaplanmalıdır.
- Hastalara ameliyat olmadan solunum egzersizleri öğretilmeli ve amelşyat sonrası devamı için hasta teşvik edilmelidir.

- Ameliyat öncesi dönemde hastalarda var olan fazlalığın tamamını kaybetmek gibi varsayımlar oluşmaktadır. Hastaların gerçek olmayan bu düşünceleri eğitim verilerek yerine gerçekçi hedefler koyması sağlanmalıdır.
- Aşırı kiloya sahip bireylerde standart takip araçlarının yetersiz kaldığı görülmektedir. Örnek olarak tansiyon aletlerinin manşonu hastalara sıkı gelmektedir. Hemşireler hastalara uygun cihaz teminini sağlamalıdır.
- Aşırı kilo ve yağlanma ile birlikte vücut kıvrımlarında artma görülmektedir. Bu durum ciltte kızarıklık, kaşıntı gibi belirtilerle sonuçlanmaktadır. Ameliyat öncesi cilt hazırlığının bu belirtiler dikkate alınarak yapılması gerekmektedir.
- Ameliyat sonrası dönemde hasta yatağına alındıktan sonra ilk olarak hasta ısıtılmalıdır.
- Ameliyat sonrası genellikle 8. saatde hasta tamamen uyandığında, anestezi etkisi ortadan kalktıktan sonra kontrollü olarak mobilizasyon sağlanır.İlk olarak yatak içinde oturtma sonrasında yavaş bir şekilde ileriye bakarak ayağa kalkması sağlanır ve yavaşça mobilizasyon işlemi gerçekleştirilir. Yürüyüşler kademe ile arttırılır. Böylelikle konstipasyon ve derin ven trombozu önlenmiş olur.
- Derin ven trombozu oluşabilme riskinden dolayı hastaya hastanede kaldığı süre boyunca hekim kontrolünde antikoagülan tedavi uygulanır.
- Ameliyat sonrası yapılan analjezi ile mobilizasyonun rahat olması ve derin solunum egzersizin rahat yapılması amaçlanır.
- Hasta taburcu olana kadar pansumanlar enfeksiyon oluşmaması için düzenli aralıklar kontrol edilir. Şişlik, kızarıklık yönünden takibi yapılır. Vücut ısısının takibi düzenli yaşam bulgularının ölçümü ile sağlanır.
- Taburculuk öncesi hastanın diyetisyene giderek ameliyat sonrası dönem için beslenme planı hazırlanır ve hasta eve taburcu edilir.
- Ameliyat sonrasında kaçak belirtileri hastaya anlatılarak bu belirtilerle karşılaştığında hemen hastaneye başvurması gerektiği söylenir.
- Hızlı kilo vermeye deride sarkma oluşabileceği hastalara söylenir ve bunu önlemede egzersizin büyük rol oynadığı hastalara belirtilmelidir.
- Ameliyat sonrası dönemde hekiminin belirlediği dönemlerde kontrollere gelmesinin önemli olduğu hastaya vurgulanmalıdır.

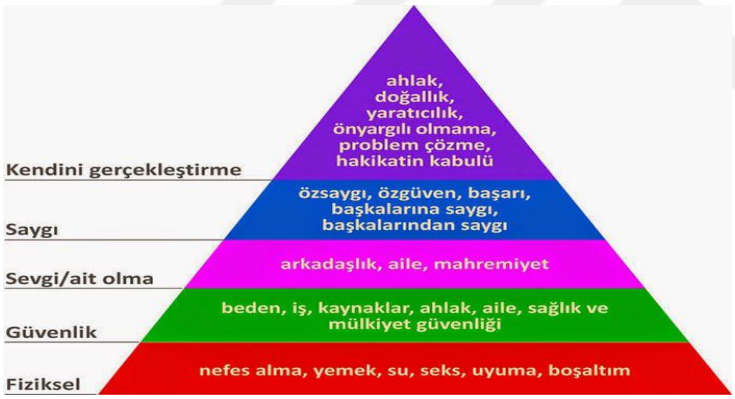
- Yeni bedenine uyum sağlamada güçlük yaşayan hastalar psikolog ya da psikiyatriste başvurmaları konusunda desteklenmelidir.
- Verilen eğitimlerle bireylerin beslenmeleri ve egzersiz biçimlerine devam etmeleri konusunda ciddi artışlar görülmüştür. (Otmalaz ve Ece, 2016; Usta ve Çavdar, 2013; Aygin ve Açıl, 2015; Aydın ve Bulut, 2014; Baş, 2018).

2.3. Yaşam Kalitesi

2.3.1. Yaşam Kalitesi Tanımı

Yaşam kalitesi terim olarak ilk kez 1960'da Long tarafından yayınlanan "On The Quantity and The Quality Of Life" adlı makalede yer almıştır. İnsan haklarındaki gelişmelerle birlikte politik alanda dahil birçok alanda karar alınmasında önemli bir gösterge olarak yer almış ve evrensel bir hedef haline gelmiştir. Evrensel olması Maslow'un 1970 yılındaki ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklanabilir.

Şekil 2.9: Maslow'un Ihtiyaçlar Hiyerarşisi



Maslow teorisinde temel ihtiyaçları sıralarken kalite ve kantite üzerinde durmaktadır. Yani yaşamın uzun olmasından ziyade ne düzeyde kaliteli olduğu da önemlidir. Kalite ise bilinçlenme düzeyi ve varılmak istenen mükemmelliyet düzeyi ile ilişkilendirilmiştir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesi bireyin memnuniyet hali ile açıklanan ve bireye özgü değerler ile şekil alan göreceli bir kavramdır. Her bireyin ihitiyaçları, var olan yetenekleri ve yaşamını sürdürme tarzına göre değişiklik kazanmaktadır. Yaşam kalitesi değerlendirilirken fiziksel, psikososyal ve sosyal rahatlık düzeyi ele alınmalıdır (Güçlü, 2016; Baş, 2018).

Calman'a göre kişinin deneyimi ve beklentileri arasındaki denge yaşam kalitesini oluşturmaktadır (Calman, 1984).

DSÖ'ye göre tam bir iyilik hali bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik oluşması ile mümkündür. Buradaki tanımlama ile kişinin yaşam kalitesi değerlendirilirken ne kadar geniş bir yelpazede inceleme yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır (Güven, 2007).

2.3.2. Obezite ve Yaşam Kalitesi

Obezite fiziksel sağlık durumunu bozan yüksek hastalık riski ve ağrı ile ilişkili bir hastalıktır. Bunun sonucunda mental ve fiziksel olarak bozukluklar görülür ve yaşam kalitesinde azalma ile karakterize bir durum oluşur. Obez bireylerde genellikle mental durumdaki değişimlerin sonucunda yaşam kalitesinin daha çok etkilendiği görülmüştür (Hassan et al, 2003; Hachem and Brennan, 2016).

Obezite ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakılırsa ilişkinin çok ciddi olduğu görülmektedir. Aşırı obezite toplumda ciddi bir psikososyal problem haline gelmiştir. Özellikle bireylerin vücut görüntüsünü beğenmemesi nedeni ile cinsel olarak da doyumsuzluk hissettiği ve yaşam kalitesinde azalma olduğu belirlenmiştir (Sarwer ve ark., 2015). Obezite fiziksel etkilerin yanı sıra mali yükü de arttırarak yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır (Hachem and Brennan, 2016).

Ameliyat sonrası kaybedilen kilo; sağlık ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki oluşturmaktadır. Kilo kaybı istenen düzeye geldiğinde ve kilo kaybının korunduğu olgularda yaşam kalitesinde gözle görünen iyileşme varken, tekrardan kilo alan hastalarda sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi de negatif yönde etkilenmiştir (Karlsson et al., 2007).

2.3.3. Obezite Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi

Kilo kaybının uzun süreli olmasıyla moratlite, diyabet ve kalp damar hastalıkları görülme oranını azaltan obezite cerrahisi genellikle cerrahi dışı tedavilerin eksik kaldığı durumlarda olumlu sonuçlar vermektedir (Baş, 2018).

Obezite cerrahisi ile komorbite oranında oluşturulan ciddi azalma sonucu yaşam kalitesinde artma görülmüştür (Elrefai et al., 2017).

Obez bireylerde geçirilen cerrahi tedavi sonucu fiziksel olarak iyileşmeye bağlı artış görülürken mental olarak değişimin fazla olmadığı bulunmuştur (Hachem and Brennan, 2016). 2015 yılındaki meta analiz çalışmasında obezite cerrahisi yaşam kalitesinde mental yönde daha fazla artma olduğu bulunmuştur (Lindekilde et al., 2015). Magallares ve Schomerus 'un 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada da obezite cerrahisinin yaşam kalitesinde hem fiziksel hem

de mental yönde olumlu olarak bir etki oluşturduğunu belirtmiştir (Magallares and Schomerus, 2015).

Sarwer ve Steffen'in 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada obezite ameliyatı sonrası cinsel hayatta yaşam kalitesinin, ameliyat öncesi yeme düzenine ve depresyon seviyesine bağlı olarak değişiklik gösterdiği belirtilmiştir (Sarwer and Steffen, 2015). Obezite cerrahisinin beden algısı, yaşam kalitesi ve cinsel hayat gibi alanlarda olumlu sonuçlar verdiği belirtilmektedir (Brunault et al.,, 2015)

2011 yılında Bond ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bariatrik cerrahi sonrası cinsel fonksiyonda artma ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinde de pozitif yönde bir değişme görülmüştür (Bond et al., 2011).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Amacı ve Tipi

Araştırma obezite cerrahisi geçirecek hastaların cerrahi öncesinde ve sonrasında yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlandı.

Araştırma sorusu;

- Obezite hastaların yaşam kalitesini azaltır mı?
- Obezite cerrahisi sonrası hastaların yaşam kalitesinde bir değişiklik görüldü mü?

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik bilgiler; bağımlı değişken ise yaşam kalitesi.

3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve zaman

Araştırma verilerinin İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Ocak 2021– Kasım 2022 tarihleri arasında toplandı.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığı'ndan 01.07.2020 tarihinde etik kurul izni ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden 28.01.2021 tarihinde kırum izni alındı. Etik Kurul izni (**Ek-3**), kurum izni (**Ek-4**) tez sonunda ilgili alanlara eklendi.

3.5. .Araştırmanın Örneklemi

Örneklemi belirlemek amacı ile G* Power programı kullanılarak güç analizi yapıldı. Çalışmanın gücü 1-β olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmalarda %80 güce sahip olmaları beklenir. Cohen'in etki büyüklüğü katsayılarına göre; tedavi öncesine göre tedavi sonrası yaşam kalitelerindeki değişimlere bakılarak yapılacak olan değerlendirmelerin büyük etki büyüklüğüne sahip olacağı varsayılarak yapılan hesaplamaya göre α=0,01 düzeyinde %90 güç elde etmek için en az 35 kişi olarak belirlenmiştir. Yapılan veri toplama işlemi sırasında 39 kişiye ulaşılmıştır.

Bireylerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Morbid obezite cerrahisi geçirecek olması
- 18 yaş ve üzerinde olması
- Çalışmada gönüllü olarak yer alması
- Herhangi bir psikolojik sorunun olmaması
- Hastalarda iletişim sorunun olmaması

Bireylerin Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Ameliyat sonrası dönemde hastaya ulaşmada sorun olması
- Ameliyat sonrası dönemde bilinç değişikliği gözlenmesi

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma için literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan Hasta Tanılama Formu (**Ek-1**) ve Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR (**Ek-2**) kullanıldı.

Hasta Tanılama Formu: Literatür bilgisinden yararlanarak ameliyat öncesi ve sonrası dönem ile ilgili bilgilerin yer aldığı iki bölümü içermektedir. Ameliyat öncesi dönemde sosyodemografik veriler yaş,cinsiyet,meslek,medeni durum, eğitim durumu, boy, kilo, eşlik eden hastalıklar), obeziteye ilişkin bilgiler; ameliyat sonrası dönemde ameliyat tarihi, ameliyat türü, ameliyat sonrası memnuniyet düzeyi, ameliyat sonrası komplikasyon varlığını sorgulayan 24 sorudan oluşmaktadır (Ateş, 2018; Baş, 2018; Güçlü, 2016; İlhan Özdemir, 2018; Kayar ve Utku, 2013; Kocaman, 2014; Sağlam ve Güven, 2014; Tam ve Çakır, 2012; Usta, 2018).

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR: Ölçek Araştırma Görevlisi Damla Ateş ve Doç. Dr. Fatma Cebeci tarafından 2018 yılında geçerlilik ve güvenirliği çalışılarak Türkçeye çevrilmiştir.Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II (MA-II)'nin Türkçe versiyonu Türkiye'de geçerli ve güvenilir olarak kabul edilmiş olup, sonuçlarıyla ilgili bilgiler aşağıdaki şekildedir:

- MA-II; özsaygı, fiziksel fonksiyon, sosyal ilişkiler, çalışma yeteneği, cinsellik ve yeme davranışını içeren altı sorudan oluşmaktadır.

- MA-II, tek sayfadan oluşan, doldurması kolay bir ölçektir. Farklı kültürlerdeki bireylerin anlamalarına yardım etmek amacıyla ölçeğin her maddesi konuya ilişkin şekillerle desteklenmektedir.
- Ölçek 10'lu likert tipi bir ölçüme sahiptir. Her madde eşit ağırlıklıdır ve merkezde 0 değeri korunarak sağa sola pozitif ve negatif şekilde 0.10 puan artıp azalmaktadır. "0" noktasından sola doğru her madde 0.10 puan azalırken, sağa doğru 0.10 puan artmaktadır. Her madde için alınan puanlar -0.50 ile 0.50 arasında değişmektedir. Toplam ölçek skorlaması ise -3 ile +3 arasında değişmektedir, -2.1 ile -3 arası alınan puan yaşam kalitesi çok kötü, +2.1 ile +3 arasında ise yaşam kalitesi çok iyi olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 3.1: MA-II'nin Puanlama Tablosu

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-0.50	-0.40	-0.30	-0.20	-0.10	+0.10	+0.20	+0.30	+0.40	+0.50
-3 ile -2.1		**-2 ile -1.1**		**-1**	**0** **1**	**1.1 ile 2**		**2.1 ile 3**	
Çok kötü		Kötü		Orta		İyi		Çok iyi	

- **Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II –TR (MA II-TR)'nin** Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Obezite cerrahisi geçiren bireylerle yaptığım çalışmada ölçeğe verilen cevapların tutarlılığını belirlemek amacıyla Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı hesaplandı. Değer 0,53 olarak bulundu. Değerin düşük olmasında ölçek alt basamakları arasında bağımsızlık olması ve ölçek puanlarında negatif değerlerin yer alması söylenebilir.

3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmada veriler iki aşamada toplandı. İlk aşamada bireylere çalışma hakkında bilgi verildi sonrasında sözlü ve yazılı izinleri alındı. Ameliyat öncesi hasta tanılama formu dolduruldu, BKİ hesaplandı ve Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR ölçeği uygulandı.İkinci aşamada Ameliyattan 3 ay sonra hasta ile tekrar görüşüldü ve tekrar hasta tanılama formu bazı bölümleri dolduruldu, BKİ hesaplandı ve Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR uygulandı ve verilerin toplama işlemi sonlandı.

3.8. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 Statistical Software (NCSS LLC, Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken, nicel değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, min ve max değerleriyle, nitel değişkenler frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistiksel metodlar ile gösterildi. Verilerin normal dağılıma uygunluklarının değerlendirilmesinde Shapiro Wilks test ve Box Plot grafiklerden yararlanıldı.

Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki gruba göre değerlendirmelerinde Mann Whitney-U test; üç grup ve üzeri karşılaştırmalarda Kruskal Wallis test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Dunn test kullanıldı. Grup içi değerlendirmelerde Wilcoxon Signed Rank test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde dağılıma göre Spearman's korelasyon analizi yapıldı.

3.9. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Araştırmaya dâhil edilen birey özelliklerinin benzer olması

Araştırmanın Sınırlı Yönleri

- Araştırma pandemi nedeni ile tek bir merkezde gerçekleştirildi.
- Obezite cerrahisinin elektif bir cerrahi türü olması nedeni ile veri toplama süresinin uzaması

4. BULGULAR

Bu araştırma, obezite cerrahisi geçirecek hastaların cerrahi öncesinde ve sonrasında yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlandı Bu bölümde araştırma için katılımcılardan toplanan verilerin tablo ve şekiller kullanılarak değerlendirilmesi yapıldı.

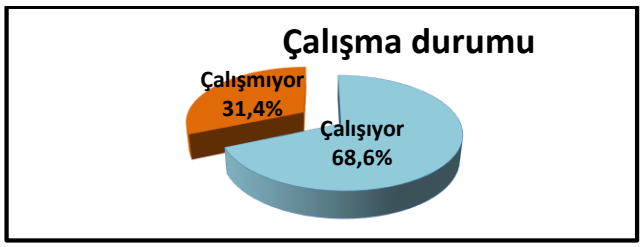
Tablo 4.1: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (N:35)

		n (%)
Cinsiyet	**Kadın**	26 (74,28)
	Erkek	9 (25,72)
Yaş	*Ort±Ss*	39,40±13,20
	Medyan (Min-Maks)	40 (18-62)
Medeni durum	**Evli**	19 (54,3)
	Bekâr	16 (45,7)
Eğitim durumu	**İlkokul**	18 (51,4)
	Lise	6 (17,1)
	Lisans	10 (28,6)
	Lisansüstü	1 (2,9)
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	24 (68,6)
	Çalışmıyor	11 (31,4)
Meslek	**Emekli**	4 (11,4)
	Memur	4 (11,4)
	İşçi	20 (57,1)
	Ev hanımı	7 (20,0)
Mesleği	**Uzun süreli oturmayı gerektirir**	14 (58,3)
	Uzun süreli hareketi gerektirir	10 (41,7)
Gelir durumu	**Düşük**	8 (22,9)
	Orta	10 (28,6)
	Yüksek	17 (48,6)

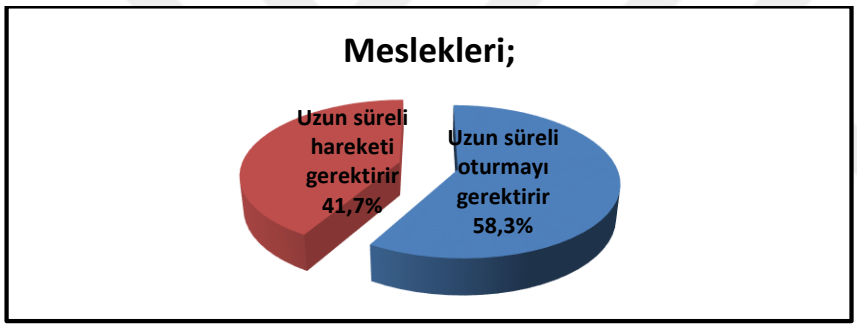
Çalışmada yer alan 35 hastanın %74,28'ü (n=26) kadın, %25,72'si (n=9) erkek, 18-62 yaş aralığında olduğu, yaş ortalaması ise 39,40±13,20'olduğı görüldü. Medeni durumlarına bakıldığında; %54,3'ü (n=19) evli, %45,7'sinin (n=16) bekâr olduğu, %51,4'ü (n=18) ilkokul, %17,1'inin (n=6) lise, %28,6'sının (n=10) lisans, %2,9'unun (n=1) lisansüstü mezun olduğu, %68,6'sının (n=24) çalıştığı, %11,4'ünün (n=4) emekli, %11,4'ünün (n=4) memur, %57,1'i (n=20), işçi, %20'sinin (n=7) ev hanımı olduğu, %58,3'ünün (n=14) mesleği uzun süreli oturmayı gerektirdiği, %41,7'sinin (n=10) uzun

süreli hareketi gerektirdiği, gelir durumuna bakıldığında hastaların %22,9'unun (n=8) düşük, %28,6'sının (n=10) orta, %48,6'sının (n=17) yüksek gelir grubunda olduğu belirlendi.

Şekil 4.1: Çalışma Durumunun Dağılımı (N:35)



Şekil 4.2: Mesleklerin Uzun Süreli Oturma Ve Hareket Gerekliliğinin Dağılımı (N:35)



Tablo 4.2: Hastalara İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N:35)

Cerrahi öncesi BKİ (kg/m^2)	*Ort±Ss*	43,50±6,10
	Medyan (Min-Maks)	43,5 (33,3-56,9)
Ailede obezite	**Var**	26 (74,3)
	Yok	9 (25,7)
Obeziteye eşlik eden durumlar	**HT**	11 (31,4)
	DM	11 (31,4)
	Tiroid	3 (8,6)
	Kolesterol	8 (22,9)
	İnsülin direnci	10 (28,6)
	Diğer	6 (17,1)
Menstrual (adet) döngüsü	**Düzenli**	8 (30,8)
	Düzensiz	11 (42,3)
	Menopoz	7 (26,9)
Sigara	**Kullanmıyor**	23 (65,7)
	Günde 1-2 kez	2 (5,7)

Tablo 4.2 (Devam)

	Günde 1-2 paket	7 (20,0)
	Bırakmış	3 (8,6)
Alkol	**Kullanmıyor**	25 (71,4)
	Günde 1-2 kez	2 (5,7)
	Ayda 1-2 kez	7 (20,0)
	Bırakmış	1 (2,9)
Yemek yeme sıklığı	**3 ana + 3 ara öğün**	2 (5,7)
	Günde 3 öğün	9 (25,7)
	Günde 2 öğün	8 (22,9)
	Aklıma geldiğinde	16 (45,7)
Egzersiz/spor alışkanlığı	**Her gün**	3 (8,6)
	Haftada 1-2 kez	4 (11,4)
	Haftada 3-4 kez	5 (14,3)
	Hiç yapmam	23 (65,7)
Cerrahi dışında obeziteye yönelik tedavi alma durumu	**Diyet**	32 (91,4)
	Egzersiz	17 (48,6)
	Farmakolojik	13 (37,1)
	Davranış değişikliği	13 (37,1)
Obeziteye bağlı yaşanılan sorunlar	**Uyku sorunu**	13 (37,1)
	Soluk alıp vermede zorlanma	24 (68,6)
	Fiziksel aktivitede sınırlılık	29 (82,9)
	Cinsel yaşamda bozulma	6 (17,1)
	Diğer	25 (71,4)

•Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların cerrahi öncesi BKI değerleri 33,3 ile 56,9 kg/m^2 arasında değişmekte olup ortalama değer 43,50±6,10 kg/m^2'olarak bulundu. Hastaların %74,3'ünün (n=26) ailesinde obezite olduğu, %31,4'ünde (n=11) HT, %31,4'ünde (n=11) DM, %8,6'sında (n=3) tiroid, %22,9'unda (n=8) kolesterol, %28,6'sında (n=10) insülin direnci, %17,1'inde (n=6) diğer hastalıklar olduğu görüldü.

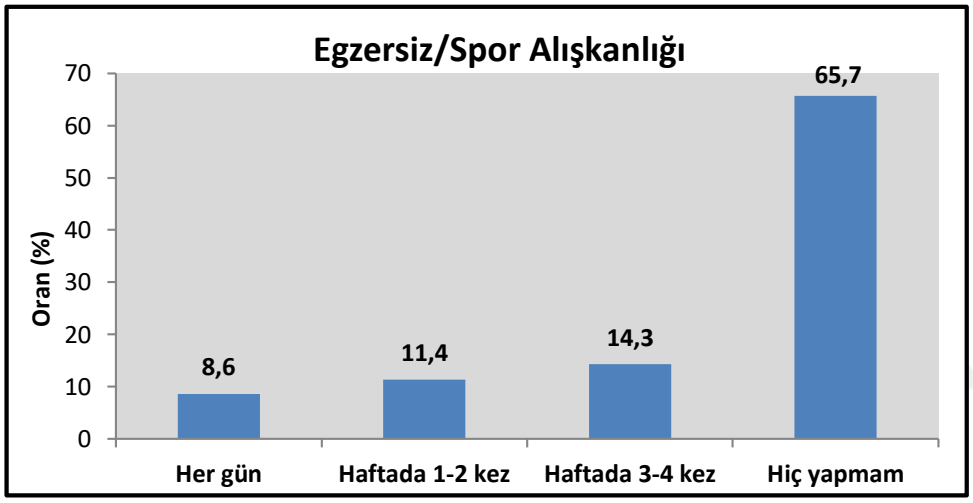
Araştırmaya katılan hastaların menstrual (adet) döngüsü incelendiğinde; %30,8'inin (n=8) düzenli, %42,3'ünün (n=11) düzensiz, %26,9'unun (n=7) menopozda olduğu görüldü.

Hastaların %65,7'sinin (n=23) sigara kullanmadığı, %5,7'sinin (n=2) günde 1-2 kez, %20'sinin (n=7) günde 1-2 paket sigara kullandıkları, %8,6'sının ise (n=3) sigarayı bıraktıkları, %71,4'ünün (n=25) alkol kullanmadığı, %5,7'sinin (n=2) günde 1-2 kez, alkol kullandığı,%20'sinin (n=7) ayda 1-2 kez alkol kullandığı, %2,9'unun ise (n=1) alkol kullanımı bıraktığı, %5,7'sinin (n=2) 3 ana ve 3 ara öğün yediği, %25,7'sinin (n=9) günde 3 öğün, %22,9'unun (n=8) günde 2 öğün, %45,7'sinin (n=16) aklına geldiğinde yemek

yediği, %8,6'sının (n=3) her gün egzersiz yaptığı , %11,4'ünün (n=4) haftada 1-2 kez, %14,3'ünün (n=5) haftada 3-4 kez egzersiz yaptığı; %65,7'sinin (n=23) hiç egzersiz yapmadığı, %91,4'ünün (n=32) diyet, %48,6'sının (n=17) egzersiz, %37,1'i (n=13) farmakolojik, %37,1'i (n=13) davranış değişikliği tedavisi aldığı belirlendi.

Hastalar, obeziteye bağlı yaşadığı sorunlar olarak %37,1'i (n=13) uyku sorunu, %68,6'sı (n=24) soluk alıp vermede zorlanma, %82,9'u (n=29) fiziksel aktivitede sınırlılık, %17,1'i (n=6) cinsel yaşamda bozulma, %71,4'ü (n=6) diğer sorunları yaşadığını ifade etti.

Şekil 4.3: Hastaların Egzersiz Yapma Sıklığının Dağılımı (N:35)



Tablo 4.3: Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N:35)

		n (%)
Ameliyat türü	**Sleeve Gastrektomi (Tüp Mide)**	24 (68,5)
	Gastrik Baypas	11 (31,5)
Cerrahi sonrası BKI (kg/m^2)	*Ort±Ss*	31,10±6,81
	Medyan (Min-Maks)	29,8 (20,7-47,1)
Ameliyat sonrası hastaneye geri yatış	**Var**	7 (20,0)
	Yok	28 (80,0)
Karşılaşılan sorunlar	**Ağrı**	5 (19,2)
	Yeme bozukluğu	5 (19,2)
	Bulantı-kusma	8 (30,8)
	Barsak tıkanıklığı	6 (23,1)
	Vitamin eksikliği	2 (7,7)
Memnuniyet	*Ort±Ss*	8,83±2,10
	Medyan (Min-Maks)	10 (1-10)

Araştırmaya katılan hastaların % 68,5'i (n=24) Sleeve gastrektomi ameliyatı, %31,5'i (n=11) Gastrik Baypas ameliyatı olduğu, cerrahi sonrası BKI değerleri 20,7 ile 47,1 kg/m^2 arasında değişmekte olup; ortalama değer 31,10±6,81 kg/m^2'olduğu, %20'sinin (n=7) ameliyat sonrası hastaneye geri yattığı, ameliyat sonrası %19,2'sinin (n=5) ağrı, %19,2'sinin (n=5) yeme bozukluğu, %30,8'inin (n=8) bulantı, kusma, %23,1'inin (n=6) barsak tıkanıklığı, %7,7'sinin (n=2) vitamin eksikliği sorunu yaşadığı belirlendi. Olguların ameliyat sonrası memnuniyet puanları 1 ile 10 arasında değişmekte olup; ortalama puanı 8,83±2,10 olarak ifade ettiler.

Tablo 4.4: Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR Puan Dağılımı (N:35)

	Ort±Ss	**Medyan (Min-Maks)**
Ameliyat Öncesi		
Kendilerini genellikle nasıl hissettikleri	0,03±0,37	0,1 (-0,5-0,5)
Fiziksel aktivitelerden hoşlanma	-0,04±0,40	-0,1 (-0,5-0,5)
Sosyal ilişki varlığı	0,37±0,27	0,5 (-0,5-0,5)
Çalışabilme durumu	0,31±0,29	0,5 (-0,5-0,5)
Cinsel yaşamdan zevk	0,06±0,40	0,1 (-0,5-0,5)
Yiyeceklere olan yaklaşım	-0,27±0,37	-0,5 (-0,5-0,5)
Toplam	0,46±0,94	0,7 (-1,8-2,4)
Ameliyat Sonrası		
Kendilerini genellikle nasıl hissettikleri	0,40±0,18	0,5 (-0,3-0,5)
Fiziksel aktivitelerden hoşlanma	0,39±0,15	0,5 (-0,2-0,5)
Sosyal ilişki varlığı	0,43±0,19	0,5 (-0,5-0,5)
Çalışabilme durumu	0,41±0,15	0,5 (-0,1-0,5)
Cinsel yaşamdan zevk	0,24±0,30	0,3 (-0,5-0,5)
Yiyeceklere olan yaklaşım	0,41±0,18	0,5 (-0,3-0,5)
Toplam	2,28±0,57	2,3 (1-3)

Araştırmaya katılan hastaların ameliyat öncesinde Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR sorularından aldığı ortalama puan incelendiğinde; "Kendilerini genellikle nasıl hissettikleri" sorusundan ortalama 0,03±0,37; "Fiziksel aktivitelerden hoşlanma" sorusundan ortalama -0,04±0,40; "Sosyal ilişki varlığı" sorusundan ortalama 0,37±0,27; "Çalışabilme durumu" sorusundan ortalama 0,31±0,29; "Cinsel yaşamdan zevk" sorusundan ortalama 0,06±0,40; "Yiyeceklere olan yaklaşım" sorusundan ortalama -0,27±0,37 skor aldıkları görüldü. Hastaların ölçek sorularından aldığı toplam puan

ortalama 0,46±0,94 olarak bulundu. Hastaların ameliyat öncesi ölçek toplam puanlarının düşük olduğu görüldü.

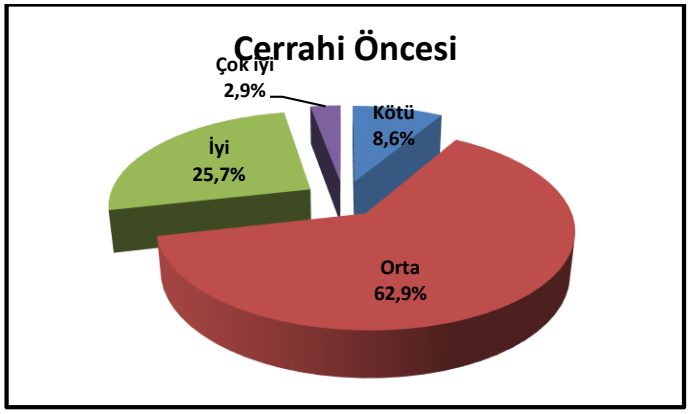
Araştırmaya katılan hastaların ameliyat sonrasında Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR sorularından aldığı ortalama puan incelendiğinde; "Kendilerini genellikle nasıl hissettikleri" sorusundan ortalama 0,40±0,18; "Fiziksel aktivitelerden hoşlanma" sorusundan ortalama 0,39±0,15; "Sosyal ilişki varlığı" sorusundan ortalama 0,43±0,19; "Çalışabilme durumu" sorusundan ortalama 0,41±0,15; "Cinsel yaşamdan zevk" sorusundan ortalama 0,24±0,30; "Yiyeceklere olan yaklaşım" sorusundan ortalama 0,41±0,18 puan aldığı görüldü. Katılımcıların Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR sorularından aldığı toplam puan ortalama 2,28±0,57'dir. Ameliyat sonrası katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puanın yüksek olduğu görüldü.

Tablo 4.5: Cerrahi Öncesi ve Sonrası Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR Gruplarının Dağılımı (N:35)

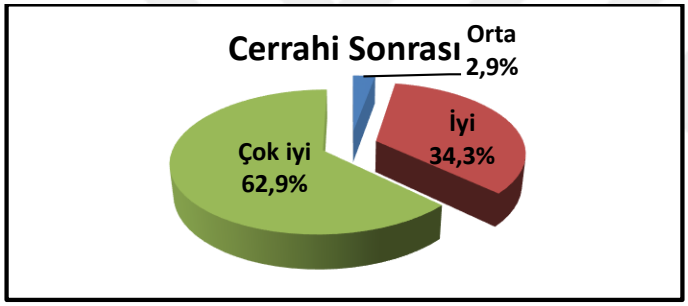
	n (%)
Cerrahi Öncesi	
Kötü	3 (8,6)
Orta	22 (62,9)
İyi	9 (25,7)
Çok iyi	1 (2,9)
Cerrahi Sonrası	
Kötü	0 (0)
Orta	1 (2,9)
İyi	12 (34,3)
Çok iyi	22 (62,9)

Araştırmaya katılan hastaların cerrahi öncesinde Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR' den aldıkları puanlara bakıldığında; %8,6'sının (n=3) kötü, %62,9'unun (n=22) orta, %25,7'sinin (n=9) iyi, %2,9'unun (n=1) çok iyi sınıfında olduğu görüldü. Cerrahi sonrasında Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR'den aldığı puanlara bakıldığında; %2,9'unun (n=1) orta, %34,3'ünün (n=12) iyi, %62,9'unun (n=22) çok iyi sınıfında olduğu bulundu.

Şekil 4.4: Cerrahi Öncesi Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR Puanlara İlişkin Sınıflama (N:35)



Şekil 4.5: Cerrahi Sonrası Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR Puanlara İlişkin Sınıflama (N:35)



Tablo 4.6: Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N:35)

		Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği		*p*
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	
Cinsiyet	**Kadın**	0,36±0,97	0,5 (-1,8-2,4)	*[a]0,225*
	Erkek	0,73±0,87	1 (-1-2)	
Eğitim durumu	**İlkokul**	0,57±0,75	0,7 (-1,6-2)	*[b]0,662*
	Lise	0,78±1,18	1,1 (-1-2,4)	
	Lisans-Lisansüstü	0,13±1,14	0,2 (-1,8-1,4)	
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	0,56±0,89	0,7 (-1,8-2,4)	*[a]0,363*
	Çalışmıyor	0,25±1,06	0,7 (-1,6-1,3)	
Mesleği;	**Uzun süreli oturmayı gerektirir**	0,81±0,73	0,9 (-0,7-2)	*[a]0,026**
	Uzun süreli hareketi gerektirir	0,11±0,79	0,2 (-1,8-1,1)	
Yemek yeme sıklığı	**•3 ana + 3 ara öğün**	0,00±0,14	0 (-0,1-0,1)	*[b]0,672*
	Günde 3 öğün	0,77±0,94	1 (-1,2-2)	
	Günde 2 öğün	0,45±1,03	0,4 (-1-2,4)	
	Aklıma geldiğinde	0,36±0,97	0,6 (-1,8-1,4)	
Egzersiz/spor alışkanlığı	**Her gün- Haftada 1-2 kez**	0,30±1,05	0,1 (-1,6-1,4)	*[b]0,461*
	Haftada 3-4 kez	0,80±1,11	0,8 (-0,7-2,4)	
	Hiç yapmam	0,44±0,90	0,7 (-1,8-2)	

Tablo 4.6 (devam)

Cerrahi dışında obeziteye yönelik tedavi alma durumu

Diyet	**Yok**	0,47±0,40	0,7 (0-0,7)	***[a]0,994***
	Var	0,46±0,98	0,7 (-1,8-2,4)	
Egzersiz	**Yok**	0,77±0,67	0,8 (-0,3-2,4)	***[a]0,053***
	Var	0,14±1,09	0,3 (-1,8-2)	
Farmakolojik	**Yok**	0,32±1,09	0,6 (-1,8-2,4)	***[a]0,243***
	Var	0,71±0,56	0,7 (-0,1-2)	
Davranış değişikliği	**Yok**	0,51±0,84	0,7 (-1,2-2)	***[a]0,684***
	Var	0,38±1,13	0,5 (-1,8-2,4)	

•Gözlem yetersizliğinden analize dâhil edilmemiştir.

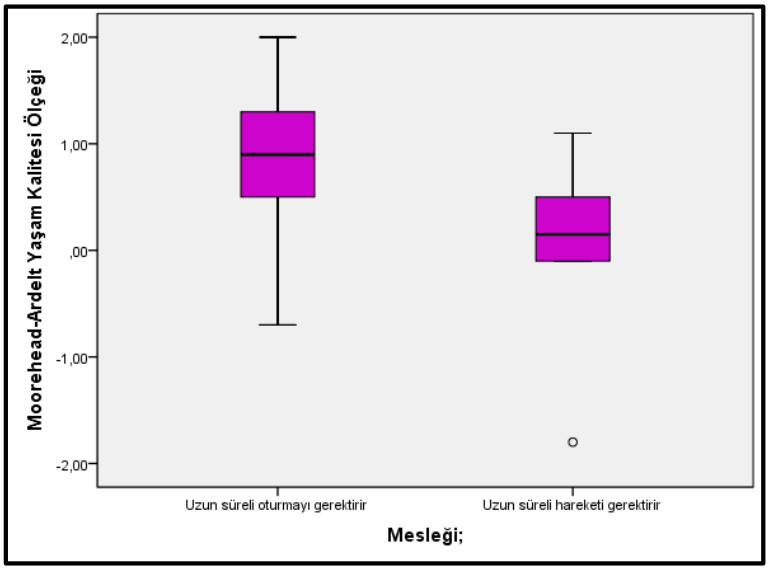
[a]Mann Whitney-U Test

[b]Kruskal Wallis Test

**p<0,05*

Mesleği uzun süreli oturmayı gerektiren hastaların Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR'den aldıkları toplam puanlar, mesleği uzun süreli hareketi gerektirenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,026; p<0,05). Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR'den aldığı toplam puanlar, cinsiyetlerine, eğitim durumlarına, çalışma durumlarına, yemek yeme sıklıklarına, egzersiz/spor alışkanlıklarına ve cerrahi dışında obeziteye yönelik tedavi alma durumuna göre, istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p>0,05).

Şekil 4.6: Mesleğe Göre Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR Puanlarının Dağılımları (N:35)



Tablo 4.7: Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR İle Yaş, BKİ İlişkisi

		Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği
Yaş	r	0,051
	p	***0,772***
BKİ	r	0,070
	p	***0,690***

Hastaların, yaşları ile Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR'den aldığı toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmedi (p>0,05). BKİ değeri ile Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR'den aldığı toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p>0,05).

Tablo 4.8: Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR ve Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması

		Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği		*p*
		Ort±Ss	**Medyan (Min-Maks)**	
Ameliyat sonrası hastaneye geri yatış	**Var**	0,97±0,81	1 (0-2,4)	*[a]0,330*
	Yok	0,34±0,94	0,5 (-1,8-2)	
Karşılaşılan sorunlar	**Ağrı**	-0,06±0,73	0 (-1,2-0,8)	*[b]0,401*
	Yeme bozukluğu	1,30±0,84	0,8 (0,5-2,4)	
	Bulantı-kusma	0,23±1,29	1 (-1,8-1,3)	
	Barsak tıkanıklığı	0,10±0,84	0,2 (-1-1)	
	•Vitamin eksikliği	0,95±0,64	1 (0,5-1,4)	

•Gözlem yetersizliğinden analize dâhil edilmemiştir. *[a]Mann Whitney-U Test* *[b]Kruskal Wallis Test*

Hastaların, Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR'den aldığı toplam puanlar, ameliyat sonrası hastaneye geri yatış durumuna ve karşılaşılan sorunlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p>0,05).

Tablo 4.9: Cerrahi Öncesi ve Sonrası Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR Karşılaştırılması

		Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fark Δ	[c]p
Cerrahi öncesi	*Ort±Ss*	0,46±0,94	1,81±1,04	***0,001*****
	Medyan (Min-Maks)	0,7 (-1,8-2,4)		
Cerrahi sonrası	*Ort±Ss*	2,28±0,57		
	Medyan (Min-Maks)	2,3 (1-3)		

Hastaların cerrahi öncesine göre cerrahi sonrası Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR'den aldıkları toplam puanlardaki ortalama 1,81±1,04 puan artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,001; p<0,01).

Tablo 4.10: Cerrahi Öncesi BKİ Değerlerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

		BKI		*p*
		Ort±Ss	**Medyan (Min-Maks)**	
Cinsiyet	**Kadın**	42,54±6,03	43,1 (33,3-56,8)	[a]***0,125***
	Erkek	45,89±5,84	44,6 (36,6-57)	
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	44,36±5,92	44,2 (35,4-56,8)	[a]***0,189***
	Çalışmıyor	41,61±6,31	39,8 (33,3-57)	
Mesleği;	**Uzun süreli oturmayı gerektirir**	44,38±6,52	43,9 (35,4-56,8)	[a]***0,907***
	Uzun süreli hareketi gerektirir	44,41±5,20	44,9 (36,1-50,8)	
Yemek yeme sıklığı	**•3 ana + 3 ara öğün**	39,81±4,67	39,8 (36,5-43,1)	[b]***0,723***
	Günde 3 öğün	43,76±6,57	41,9 (36,6-56,8)	
	Günde 2 öğün	43,68±7,66	44,1 (33,3-57)	
	Aklıma geldiğinde	43,71±5,51	44,3 (35,2-52,9)	
Egzersiz/spor alışkanlığı	**Her gün- Haftada 1-2 kez**	44,17±5,38	43,6 (35,2-50,8)	[b]***0,549***
	Haftada 3-4 kez	40,62±4,81	43,3 (33,3-44,3)	
	Hiç yapmam	43,91±6,56	43,6 (35,4-57)	
Cerrahi dışında obeziteye yönelik tedavi alma durumu				
Diyet	**Yok**	44,78±0,12	44,8 (44,7-44,9)	[a]***0,289***
	Var	43,37±6,37	43,2 (33,3-57)	
Egzersiz	**Yok**	43,93±4,32	40,8 (33,3-49,1)	[a]***0,053***
	Var	46,21±6,62	44,3 (35,2-57)	
Farmakolojik	**Yok**	42,37±6,24	42,2 (33,3-57)	[a]***0,152***
	Var	45,40±5,54	44,1 (37,1-56,8)	
Davranış değişikliği	**Yok**	43,47±5,75	43,2 (35,4-57)	[a]***0,946***
	Var	43,54±6,88	43,6 (33,3-52,9)	

•Gözlem yetersizliğinden analize dâhil edilmemiştir.

[a]*Mann Whitney-U Test*

[b]*Kruskal Wallis Test*

Cerrahi öncesi BKİ değerleri cinsiyetlerine, çalışma durumlarına, mesleklerine, yemek yeme sıklıklarına, egzersiz/spor yapma durumlarına, cerrahi dışında obeziteye yönelik tedavi alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p>0,05).

Tablo 4.11: Cerrahi Öncesi Ve Sonrası BKİ Karşılaştırılması

		BKI	**Fark Δ**	**[c]p**
Cerrahi öncesi	*Ort±Ss*	43,50±6,10	-12,40±5,70	***0,001****
	Medyan (Min-Maks)	43,5 (33,3-56,9)		
Cerrahi sonrası	*Ort±Ss*	31,10±6,81		
	Medyan (Min-Maks)	29,8 (20,7-47,1)		

[c]*Wilcoxon Signed Rank Test*

***p<0,01*

Hastaların cerrahi öncesine göre sonrası BKİ değerlerindeki ortalama 12,40±5,70 kg/m^2'lik düşüş olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde obezite cerrahisi uygulanacak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmanın hastaların tanımlayıcı özellikleri, ameliyat öncesi uyguladıkları tedavi yöntemleri, ameliyat öncesi yaşam kalitesi düzeyleri, ameliyat öncesi- sonrası BKİ değerleri gibi parametreleri yapılan çalışmalar ile desteklenerek ayrıntılı olarak verildi.

Obezitenin oluşumunda kişinin tanımlayıcı özelliklerinden yaş, cinsiyet, çalışma durumu, medeni durumu, gelir ve eğitim düzeyi, sigara-alkol kullanımı gibi faktörler rol oynamaktadır (Kocaman, 2014).

Açıkgöz ve ark.'nın (2021) çalışmasında ailesinde obezite olan bireylerde obezitenin daha sık görüldüğü belirlenmiştir ($p<0,01$). Her iki aile üyesinin de obeziteye sahip olmasının bireylerin obez olmasını anlamlı olarak artırdığı bulunmuştur ($p<0,01$). Kocaman'ının (2014) çalışmasında aile öyküsü ve obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Usta'nın (2018) çalışmasında da aile öyküsü, cinsiyet, medeni durum ve obezite arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Kocaman (2014)'ın çalışmasında kadın cinsiyette ve evli olan hasta grubunda obezitenin daha fazla olduğu belirlenmiş ve parametler arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bu çalışmada kadın cinsiyetinde obezitenin daha fazla olduğu görüldü. Çalışma sonucu diğer çalışmalara benzer olmakla birlikte TÜİK 2016 raporunda da obezitenin kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Bulunan sonuç yukarıda bahsedilen çalışmaları destekler niteliktedir. Kadınlarda obezite fazla görüldüğünden olgularımızın çoğunluğu kadın cinsiyetindedir.

Açıkgöz ve ark'nın (2021) çalışmasında hastalarda yaşın artmasının obezite görülme sıklığını anlamlı düzeyde arttırdığı bulunmuştur ($p<0,01$) ve evli olan bireylerde obezitenin daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada olguların yaş aralığına bakıldığında yaş ortalaması 39,40±13,20 olduğu görüldü. Bu çalışma sonucu literatüre benzer bulunamamıştır. Bu çalışmada obezite sıklığı değil cerrahi girişim geçiren hastalara bakıldığından çalışma grubunun orta yaş olması hem estetik açıdan hemde sağlık açısından hastalar erken yaşta cerrahi girişim geçirmek istedikleri, ayrıca yaş artıkça cerrahi riski artacağı için orta yaşta cerrahi girişim geçirmek isteyebilecekleri düşünülmüştür.

Usta (2018)'nın çalışmasında deney ve kontrol gruplarında sigara-alkol kullanımı ile obezite arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu çalışmada hastaların büyük bir bölümünün sigara kullanmadığı ya da bıraktığı bulundu. Çalışmada kadın hastaların çok olması nedeni ile sigara-alkol kullanımı düşük olduğu görüldü. Bu sonuç literatüre benzer bulundu ve memnuniyet verici bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Obezite tanılamasında birçok yöntem bulunmaktadır. Yöntemler BKİ hesaplaması, bel-kalça oranı hesaplaması, kan tahlilleri gibi antropometrik ölçümleri içermektedir (Yücel, 2008; İlhan Özdemir, 2018; Durgun, 2012; Bağrıaçık ve ark., 2003).

Silva ve ark. (2018) çalışmasında ameliyat sonrası dönemde BKİ değerinin ameliyat öncesi döneme göre göre düştüğü görülmüştür. Aras ve ark. (2017) çalışmasında ameliyat sonrası BKİ değerindeki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p: 0.001; $p<0.01$). Hofstadt ve ark. (2017) yapmış olduğu çalışmada hastaların 24 ay sonraki BKİ değerleri ölçülmüş, 24 ay sonra BKİ'deki düşüş ve yaşam kalitesindeki artışı saptanmıştır. Bu çalışma sonucunda hastaların cerrahi öncesi ve sonrasında BKİ'nin azaldığı görüldü. Hastaların cerrahi öncesine göre sonrası BKİ değerlerindeki ortalama 12,40±5,70 kg/m^2'lik düşüş olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). Çalışmanın sonucu literatüre benzer bulundu. Cerrahi girişim sonrası hastaların kilo kaybetmesi ile BKİ nin azaldığı görüldü. Bu hastalarda obezite cerrahisi sonrası kilo kayıplarının olması cerrahi sonuçlarının olumlu olduğunu bize gösterebilir.

Obezite yönetiminde egzersiz ve spor yapma büyük rol oynamaktadır. Sedanter yaşamın artması ile enerji kaybı enerji alımına göre azalmakta ve kişide kilo artışı hızlanmaktadır. Egzersiz ile kilo kaybı sonucu kan serum trigliserit ve kolesterol düzeyinde azalma, kan basıncında düşme görülmektedir (Yücel, 2008). Usta (2018)'nın çalışmasında deney ve kontrol grupları arasında spor geçmişi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu çalışmada hastaların egzersiz durumlarına bakıldığında "Egzersiz hiç yapmam." seçeneğinin çoğunlukta olduğu, ancak ameliyat sonrası dönemde egzersiz yapma durumlarının anlamlı düzeyde arttığı görüldü. Çalışmada egzersiz ve obezite arasındaki ilişki değil, cerrahi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığından cerrahi sonrası yapılan egzersiz ile hastalarda verilen kilo kaybının devamlılığının sağlanması sonucu yaşam kalitesinde artma olacağı düşünülmüştür.

Obezite cerrahisine bağlı görülen komplikasyonlardan sıklıkla gördüğümüz uzun dönem komplikasyonlar incelendiğinde reflü, vitamin, demir ve çinko eksikliği hastalarda

görülmektedir (Dizlek ve Çatal, 2018; Tack ve Deloose, 2014). Marceau ve ark. (2015) geç dönem bariatrik cerrahi komplikasyonlarına baktıkları çalışmada kalsiyum eksikliğinin meydana geldiği belirtilmiştir. Castanha ve ark. (2018) Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada bariatrik cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sonrası komplikasyonları sıklıkla saç dökülmesi, beslenme eksikliği, anemi, bağırsak tıkanıklığı; az sıklıkta kanama, ciddi enfeksiyon ve depresyon olarak bulmuşlar ve beş yıl sonrasında komplikasyonlarda gerileme olduğunu belirtmiştir. Duarte ve ark. (2014) yaptığı çalışmada bariatrik cerrahi sonrasında hastalarda bulantı-kusma, konstipasyon, saç dökülmesi, anemi ve reflü görülmüştür. Bu çalışmada hastalarda ameliyat sonrası karşılaşılan sorunlardan birinci sırada bulantı-kusma, ikinci sırada barsak tıkanıklığı yer aldı. Vitamin eksikliği yaşayan iki hasta olduğu belirlendi. Hastaların karşılaştığı komplikasyonların farklı olmasında geçirilen bariatrik cerrahinin türü, hastaların değişen yemek düzenine uyum süreci gibi durumların etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmada hastaların ameliyat öncesinde yemek düzensizliğinin olduğu, sık yemek yedikleri belirlendi ve ameliyat sonrasında mide hacminin küçülmesi ile bulantı-kusmanın ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bazı çalışmalar uzun dönem komplikasyonlara baktığı için bizim çalışmamızdan farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Yaşam kalitesi bireyin yeteneklerine yaşam tarzına göre şekil alan bireyin memnuniyet düzeyi olarak ifade edilmektedir. Obezite genellikle bireyin dış görünüşü beğenmemesine bağlı psikososyal yönden bireyi etkileyerek bireyin yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Obeziteye bağlı azalan yaşam kalitesinin kilo verme ve verilen kilonun korunması ile arttığını gösteren çalışmalar literatürde yer almaktadır. Ateş (2015)'in çalışmasında cerrahi girişim sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin tüm boyutlarının (meslek durumu, aile öyküsü, BKİ, yaş, cinsiyet, medeni durum vs.) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı, bütün yaş gruplarında ölçeğin alt boyutlarından tamamında ameliyat öncesine göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ($p<0,05$; $p<0,01$). Magallerus ve Schomerus (2015) çalışmasında ameliyat öncesi ve sonrası hastaların zihinsel ve fiziksel sağlığa bağlı yaşam kalitesini içeren meta-analiz çaşışmasında hastaların ameliyat öncesi yaşam kalitesi ameliyat sonrası döneme göre daha düşük bulunmuştur. Elrefai ve ark.(2017)'nin çalışmasında da ameliyat sonrası dönemde yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür. Risstad ve ark. (2015) Gastrik Baypas geçiren bireylerde yaşam kalitesinin değişimini inceleyen çalışmasında hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitelerinde artış olduğu belirlenmiştir. Baş (2018)'ın yaptığı "Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitesi" adlı çalışmada kilo kaybı ile yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür. Silva ve ark (2018) SF-36 anketi kullanarak yaptığı çalışmada yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur. Bu

çalışmada ameliyat öncesine göre artan yaşam kalitesi ve obezite cerrahisi arasında anlamlı bir ilişki saptandı. ($p=0,001$; $p<0,01$). Çalışmada hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında ölçekten aldığı toplam puanlara bakıldığında yaşam kalitesinde verilen çalışmalara benzer nitelikte artma olduğu görüldü. Hastalar cerrahi sonrasında istedikleri kiloya, beden imajına, hareket kabiliyeti arttıkça, yaşamında bağımsız oldukça yaşam kalitesinin de arttığı düşünülmektedir.

Obez bireylerde benlik saygısında azalma sonucu ruhsal gelişim düzeyi de azalmakta ve topluma karışmakta sorunlar yaşamaktadır. Benlik saygısında artma ile topluma kazanmada avantaj oluşmaktadır. Ameliyat sonrası kilo kaybının artması ve verilen kilonun korunması ile mental sağlık arasında pozitif yönde etkileşim olduğu bilinmektedir (İlhan Özdemir, 2018).

Hachem ve Brennan (2016)'ın çalışmasında obezite cerrahisi sonrası ruhsal olarak iyileşmenin fazla olmadığı görülmüştür. İlhan (2018)'ın çalışması ile Hachem ve ark. çalışmasının benzer nitelikte olduğu , ruhsal iyileşmede anlamlı fark saptanmamıştır ancak yaşam kalitesinin artmasında anlamlı fark bulunmuştur. Farklı olarak Lindekilde ve ark. (2015) çalışmasında ruhsal yönde yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur. Bu çalışmada Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR alt başlıklarından hastaların "Kendimi Genellikle …. Hissediyorum" sorusuna ameliyat öncesi ve sonrası verdiği puanlarda artış olduğu görüldü. Çalışmada yer alan hasta popülasyonunda hastaların yaşadığı sorun genellikle beden imajına yönelikti. Hastaların yer aldığı yaş grubunda estetistiksel olarak mental sağlığın etkilenmesi ve cerrahi sonrasında beden imajının düzelmesi ile istenilen vücuda ulaşılması sonucu mental sağlığın yaşam kalitesi ile birlikte artmış olduğu düşünülmektedir.

Stolberg ve ark. (2018) çalışmasında Gastrik Baypas geçiren hastaların ameliyat sonrası fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitesindeki değişimine bakıldığında ameliyat sonrası fiziksel aktivitenin değişmediğini ancak yaşam kalitesinde artış olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada hastaların ameliyat sonrası Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR alt başlıklarından "Fiziksel Aktiviteden …Hoşlanırım ….Hoşlanmam" sorusuna verdiği puanlarda artış olduğu görüldü. Hastalarda aşırı kilo sonucu hareket yeteneğinde azalma görülmektedir. Cerrahi sonrası ise kilo kaybı ile rahat hareket etmede artma ve şekil bozukluğunda azalma ile fiziksel aktivitede artış olduğu düşünülmektedir.

Obezite öyküsü olan bireylerde artan kilo ile hormonlarda görülen değişim ve beden imajında memnuniyetsizlik sonucu libidoda azalma olduğu bilinmektedir. Artan kilo ile cinsellikte isteksizlik sonucu acılı ve ağrılı bir süreç oluşmaktadır (Cirban Ekrem ve ark, 2022).

Brunault ve ark. (2015) obez bireylerde yaptığı çalışmada bozulan beden imajına bağlı cinsel yaşam kalitesinin de azaldığı bulunmuştur. Bond ve ark. (2011) çalışmasında obezite cerrahisi sonrası cinsel fonksiyonda artma ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinde de pozitif yönde bir değişme görülmüştür. Bu çalışmada hastaların ölçeğin alt başlıklarından "Cinsel yaşamdan …zevk alırım ….zevk almam" sorusuna verdiği yanıtlar doğrultusunda cerrahi sonrasında bireylerin cinsel yaşam kalitesinde artma olduğunu söyleyebiliriz. Artan kilo kaybı bireylerdeki beden algısını büyük ölçüde etkilemektedir. Evli bireylerde eşine karşı güzel olmadığı düşüncesi cinsel yaşam kalitesinde azalma ile sonuçlanmaktadır. Çalışmanın yapıldığı yaş aralığında bireylerin cinsel yaşamlarının estetik açıdan etkili olabileceği 39,40±13,20 yaş aralığında olduğu belirlendi. Kilo kaybının olması ve vücut şekil bozukluğunun düzelmesi bireylerde estetik açıdan iyilik halinin oluşmasına bağlı olarak cinsel yaşam kalitesinin artması şeklinde yorum yapılabilir.

Literatürde yaşam kalitesi ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ateş (2015) ve Baş (2018)'ın çalışmalarında cinsiyetin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür. Janik ve ark. (2016) Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi II Ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Khawali ve ark. (2012) yaptığı çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi II-TR Ölçeği kullanılrak yapılan bu çalışmada; cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı($p>0,05$). Yaşam kalitesinin cinsiyetten çok yaşanılan coğrafya, gelir durumu, günlük aktivitelerde birine bağlı olma, mental sağlığı bozan durumlar, işsizlik, kiloya bağlı toplumda dışlanma nedeni ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Skevington (2010); Boylu ve Paçacıoğlu (2016); Javed ve ark. (2016) çalışmalarında eğitim seviyesi ile yaşam kalitesinin arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puanlar, eğitim durumuna göre, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Neden olarak araştırmada kullanılan ölçeklerin farklı olması, kültürel farklılıkların olması söylenebilir.

Baş (2018)'ın çalışmasında meslek ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Riise ve ark. (2003) çalışmasında ağır iş yükü gerektiren meslekler ile uğraşan kişilerde yaşam kalitesinin düşük olduğu görülmüştür. Bu çalışma sonucunda mesleği uzun süreli oturmayı gerektiren katılımcıların ölçekten aldığı toplam puanlar, mesleği uzun süreli hareketi gerektirenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,026$; $p<0,05$). Çalışmadaki hastaların genellikle 40'lı yaş grubunda henüz çalışma hayatında yer

aldığını görmekteyiz. Bireylerde aşırı kiloya bağlı birçok işi tek başına yapamama sonucu yaşam kalitesinde azalma olduğu bilinmektedir. Bireyler iş hayatında aktif olduklarında başarılı olma hissi ile yaşam kalitesinin arttığı düşünülmektedir.

Müller ve ark. (2008), Sarwer ve ark. (2010), Janik ve ark. (2016) yapmış oldukları çalışmalarda BKİ değeri ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada katılımcıların BKİ değerleri ile ölçekten aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşam kalitesinin kişilerin günlük yaşamında deneyimleri, onu sevindiren ya da üzen durumların varlığı, iş hayatında başarılı olma gibi durumlar sonucunda değiştiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Obezite cerrahisi geçiren hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma sonucunda;

- Obezitenin sıklıkla kadın cinsiyette ve evli grupta olduğu bulundu.
- Hastaların çoğunluğunun çalıştığı ve mesleğinin uzun süreli oturmayı gerektirdiği bulundu.
- Hastaların aile öyküsüne bakıldığında yarısından fazlasında ailede obezite öyküsü olduğu saptandı.
- Hastaların menstural döngüsü incelendiğinde menstural döngünün düzensiz olduğu belirlendi. Bir kısmının menapozda olduğu görüldü.
- Hastalarda genellikle sigara-alkol kullanımının olmadığı belirlendi.
- Hastaların ameliyat öncesinde yemek yeme rutininde düzensizlik olduğu cerrahi sonrasında yemek yeme düzeninde iyileşmeler olduğu görüldü.
- Hastaların ameliyat öncesinde egzersiz yapmadığı ameliyat sonrasında hareket kabiliyeti ile orantılı olarak egzersiz yapmada artış olduğu görüldü.
- Ameliyat öncesinde yüksek olan BKİ değerinin cerrahi sonrasında azaldığı görüldü.
- Bariatrik cerrahi komplikasyonları görülme sıklığına bakıldığında ilk sırada bulantı-kusma olduğu belirlendi.
- Hastaların Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-TR'ye verdiği puanlara bakıldığında ameliyat sonrası dönemde artma olduğu belirlendi.
- Hastaların ameliyat öncesinde mesleği uzun süreli oturmayı gerektiren grupta yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptandı.
- Yaşam kalitesi ile cinsiyete, eğitim durumuna, çalışma durumuna, yemek-yeme sıklığına, cerrahi dışı tedavi yöntemlerine, egzersiz yapma sıklığına göre anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sonuç olarak öneriler;

- Obez bireylerin ameliyat öncesi yaşam kalitesinin düşük olması nedeni ile genç yaşta sağlıklı davranış biçimlerinin kazandırılması amacıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinde eğitim programlarının hemşireler tarafından planlanması ve uygulanması,
- Obezitenin ilerleyen yaşlarda artış göstermesi ve sıklıkla orta yaşta görülmesi nedeni ile menopozal dönemde kadın hastalara destek programlarının verilmesi,
- Örneklem sayısının az olması sonuçların genellenmesini güçleştirmektedir. Daha geniş gruplarla çalışmanın yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1- Açıkgöz, A., Taştan, S. K., Şahan, A. G., 2021, Sağlıklı beslenme ve obezite danışmanlığı birimine başvuran yetişkin bireylerde ailesel obezite varlığının bireydeki obezite durumuna etkilerinin incelenmesi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 883-892.

2- Akbulut, G., ve RAKICIOĞLU, N., 2010, Şişmanlığın beslenme tedavisinde güncel yaklaşımlar, *Genel Tıp Dergisi*, 20(1), 35-42.

3- Akgün, B., 2008, *Beden Ağırlığı Yönetiminde Davranış Modifikasyonu*, Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, İçinde: Ayşe Baysel ve Murat Baş(ed.), Türkiye Diyetisyenler Derneği, Ekspres Baskı A.Ş., Ankara, 158-170.

4- Altunkaynak BZ ve Özbek E., 2006, Obezite nedenleri ve tedavi seçenekleri, *Van Tıp Dergisi*;13(4): 138-142.

5- Aras, B., Uruç, F., Akan, S., Şahin, A., Yıldırım, Ç. ve ark., 2017, Obezite cerrahisinin erkeklerde cinsel yaşam, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine olan etkileri, *Yeni Üroloji Dergisi*, 12 (2); 38-43.

6- Ateş, D., 2015, *Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

7- Atila, K., 2014, Morbid Obezitenin Cerrahi Tedavisi, *Archives of Clinical Toxicology*,1(1),23-27.

8- Avrupa Obezite Günü, 2017, https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket-haberler/avrupa-obezite-g%C3%BCn%C3%BC.html . (Ziyaret Tarihi: 22.12.2022).

9- Aydın, E.ve Bulut, H., 2014, Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(1), 77-82.

10- Aygin, D. ve Açıl, H., 2015, Morbid Obezlerde Bariyatrik Cerrahi Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Bakımı, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 4(4), 604-613.

11- Aygün, N., 2014, Obezite tanımı, komplikasyonları, endokrin kontrolü ve beslenme tedavisi, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 45-49.

12- Baban, B., Thorell, A., Nygren, J., Bratt, A., Ljungqvist, O., 2015, Determination of insulin resistance in surgery: the choice of method is crucial, *Clinical nutrition*, 34(1), 123-128.

13- Bağrıaçık, N., Görpe, U., Yiğit, H., Karaoğlu, N., Oğuz, A. ve ark., 2003, *Diyabet ve obezite eğitim kursu notları,* İstanbul: Türk Diyabet Cemiyeti-Türkiye Obezite Araştırma Derneği Türk Diyabet ve Obezite Vakfı.

14- Baltacı, D., 2015, Birinci basamakta obezite tedavisi, *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 6(3), 96-102.

15- Baş, B., 2018, *Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitesi,* Yüksek lisans tezi, T. C. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

16- Bond, D. S., Wing, R. R., Vithiananthan, S., Sax, H. C., Roye, G. D. et al.,2011, Significant resolution of female sexual 79 dysfunction after bariatric surgery, *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 7(1), 1-7.

17- Boylu Aydıner, A. ve Paçacıoğlu, B., 2016, Yaşam kalitesi ve göstergeleri, *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi,*8 (15); 137-150.

18- Bozkurt S., 2014, Complications in bariatric surgery, *Eur J Endosc Laparosc Surg*, 1(4): 238-246.

19- Bray GA., 2003, *Obezitenin ilaçla tedavisi,* (Handbook of Obesity Treatment) Obezite Tedavi El Kitabı, İçinde: Wadden TA, Stundkard AJ (Eds),. Çeviren: Sarıakça A, Yılmaz AM, And Yayınları, İstanbul, s. 317-338.

20- Brunault, P., Frammery, J., Couet, C., Delbachian, I., Bourbao-Tournois, C. et al., 2015, Predictors of changes in physical, psychosocial, sexual quality of life, and comfort with

food after obesity surgery: a 12-month follow-up study, *Quality of Life Research*, 24(2), 493- 501.

21- Calman, K. C., 1984, Quality of life in cancer patients--an hypothesis, *Journal of medical ethics*, 10(3), 124-127.

22- Castanha, C. R., Tcbc-Pe, Á. A. B. F., Castanha, A. R., Belo, G. D. Q. M. B., Lacerda, R. M. R. et al., 2018, Evaluation of quality of life, weight loss and comorbidities of patients undergoing bariatric surgery, *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, *45*.

23- Centers For Disease Control And Prevention., 2018, Report of p*revalence of overweight, obesity, and severe obesity among adults aged 20 and over: united states, 1960–1962 through 2015–2016*.

24- Cirban Ekrem, E., Kahveci, M., Demirel Bozkurt, Ö., 2022, Obezitede cinsel yaşam ve hemşirelik yaklaşımı, *Androloji Bülteni*, 24(3), 199-203.

25- Coşkun H., 2008, *İntragastrik balon*, Obezite, İçinde: Orhan Y, Bozbora A. (Ed), İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, s. 435-441.

26- Demirkaya, Y., 2010, *Çekmeköy' ün sosyo-ekonomik yapısı ve kentsel yaşam kalitesi*, İstanbul: Çekmeköy Belediye Başkanlığı Yayını. https://cekmekoy.bel.tr/isDosyalar/uploads/files/yayinlarimiz/Cekmekoyun_Sosyal_Ekonomik_Yapisi_ve_Kentsel_Yasam_Kalitesi.pdf, (Ziyaret Tarihi:10.07.2019).

27- Dizlek, D. ve Çatal, E., 2018, Morbid obezitede bariatrik cerrahi sonrası hasta sonuçları, *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 6 : 501-512

28- Dombrowski SU, Avenell A, Sniehott FF., 2010, Behavioural interventions for obese adults with additional risk factors for morbidity: Systematic review of effects on behaviour, weight and disease risk factors, *Obes Facts*, 3(6): 377- 396.

29- Duarte, M. I. X. D. T., Bassitt, d. P., Azevedo, o. C. D., Waisberg, j., Yamaguchi, n. Et al., 2014, Impact on quality of life, weight loss and comorbidities: a study comparing the biliopancreatic diversion with duodenal switch and the banded roux-en-y gastric bypass, *Arquivos de gastroenterologia*, 51, 320-327.

30- Durgun, A. G., 2012, *Bursa ilinde obezite sıklığı ve ilişkili faktörler*, Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi.

31- Eker, E. ve Şahin, M.,2002, Birinci basamakta obeziteye yaklaşım, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 11(7), 246.

32- Elrefai M, Hasenberg T, Diouf S, Weiß C, Kienle P. ve ark., 2017, Quality of Life After Bariatric Surgery: Comparison of Four Different Surgical Procedures, *Bariatric Surgical Practice and Patient Care,* 12 (2); 61-66.

33- Ergin, A. B., 2014, Obezitenin kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet açısından değerlendirilmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 41-54.

34- Garaulet, M., Perez de Heredia, F., 2010, Behavioural therapy in the treatment of obesity (II): role of the Mediterranean diet, *Nutricion Hospitalaria*, 25(1), 9-17.

35- Gönenir Erbay, L., Akyüz, M., Şahin, İ., Evren, B., Kayaalp, C. ve ark.,2018, Bariatrik cerrahi adayı morbid obezite hastalarının yaşam kalitesi ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Fırat Tıp Dergisi,* 23(1); 1-5.

36- Güçlü, L. P., 2016, *Obez bireylerde ağırlık kaybı ile antropometrik ölçümler, bazı biyokimyasal bulgular ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

37- Güven, T., 2007, *Diabetes Mellitus' lu hastalarda yaşam kalitesi ve depresyon etkisinin araştırılması,* Uzmanlık Tezi.,TC Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.

38- Hachem A and Brennan L., 2016, Quality of life outcomes of bariatric surgery: A systematic review, *Obes. Surg*, 26: 395-409.

39- Hall, J. E., Hildebrandt, D. A., Kuo, J., 2001, Obesity hypertension: role of leptin and sympathetic nervous system, *American journal of hypertension*, 14(S3), 103S-115S.

40- Hamad GG ve Guerrero VT., 2016, *Thirty-day (early) complications of bariatric surgical procedures,* Bariatric Surgery Complications, In: Blackstone RP. (Ed), Springer International Publishing, Switzerland, p. 21-32.

41- Hassan, M. K., Joshi, A. V., Madhavan, S. S., Amonkar, M. M., 2003, Obesity and Health-Related Quality of Life: a Cross-Sectional Analysis of the us Population, *International Journal of Obesity*, 27: 1227-1232.

42- https://halukunalp.com/hizmet/duodenal-switch/,(Ziyaret Tarihi: 09.12.2022).

43- https://ibrahimsakcak.com/wp-content/uploads/2022/03/biliopankreatik-diversiyon-ameliyati.jpg, (Ziyaret tarihi: 22.12.2022).

https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_adult_15_16/obesity_adult_15_16.pdf, (Ziyaret Tarihi:10.07.2019).

44- https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.turkcerrahi.com%2Fmakaleler%2Fmide%2Fobezite%2Fcerrahisi%2F&psig=AOvVaw3IaInXjqAnOBRH5auk9Gmn&ust=1671794233489000&source=images&cd=vfe&ved=0CBAQjRxqFwoTCIC3z_yMjfwCFQAAAAAdAAAAABAE, (Ziyaret Tarihi: 09.12.2022).

45- https://www.ibrahimsakcak.com/laparoskopik-ayarlanabilir-gastrik-bandi/, (Ziyaret tarihi: 09.12.2022).

46- https://www.obezitehaber.com/roux-en-y-bypass-ve-mini-gastrik-bypass-ameliyatlarinin-farklari-nelerdir/roux-en-y-bypass-ve-mini-gastrik-bypass-ameliyatlarinin-farklari-nelerdir-3/, (Ziyaret Tarihi: 09.12.2022).

47- https://www.orhancelen.com.tr/tup-mide-ameliyati-sleeve-gastrektomi, (Ziyaret Tarihi: 09.12.2022).

48- İlhan Özdemir, B., 2018, *Obezite cerrahisinin benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisi*. Yüksek lisans tezi, T. C. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

49- Janik, M. R., Rogula, T., Bielecka, I., Kwiatkowski, A., Paśnik, K., 2016, Quality of life and bariatric surgery: cross-sectional study and analysis of factors influencing outcome, *Obesity surgery*, 26(12), 2849-2855.

50- Javed, S., Javed, S., Khan, A., 2016, Effect of education on quality of life and well being, *The International Journal of Indian Psychology*, 3(3), 119-128.

51- Karlsson,J., Sjostrom, L., Sullivan,M., 1998, Swedish obese subjects (SOS)—an intervention study of obesity. Two-year followup of healthrelated quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity, *International journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 22, 113–126.

52- Kassir R, Debsve T, Blancark P., 2016, Complications of bariatric surgery: Presentation and emergency management, *International Journal of Surgery*, 27: 77-81.

53- Kayar, H. ve Utku, S., 2013, Çağımızın hastalığı obezite ve tedavisi, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 6(2); 1-8.

54- Keskin, H., Timur, O., Kaya, Y., Utlu, M., Yildiz, F., Ademoglu, ve ark., 2016, Increased uric acid levels and clinical relationship in polycystic ovary syndrome, In *Endocrine Abstracts* (Vol. 41). Bioscientifica.

55- Khawali, C., Ferraz, M. B., Zanella, M. T., Ferreira, S. R., 2012, Evaluation of quality of life in severely obese patients after bariatric surgery carried out in the public healthcare system, *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 56, 33-38.

56- Kissler, H.J and Settmacher, U., 2013, Bariatric Surgery to Treat Obesity , Seminars in Nephrology, 33(1), 75-89.

57- Kocaman, F., 2014, *Obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

58- Kocaöz, S., Yılmaz, A., Gemcioğlu, E., Parlak, Ö., 2020, Obezite cerrahisi sonrası semptomatik kolelitiazis gelişme sıklığı ve cerrahi tedavide zamanlama, *Türkiye Diyabet Ve Obezite Dergisi*, 4(3), 244-248.

59- Kut, A., 2009, Obezite ve Sağlıklı Yaşam Tarzı, *Sağlıklı Yaşam Dergisi*, Tanıtım Sayısı, 8- 27.

60- Lindekilde, N., Gladstone, B. P., Lübeck, M., Nielsen, J., Clausen, L. et al., 2015, The impact of bariatric surgery on quality of life: a systematic review and meta-analysis, *Obesity reviews*, 16(8), 639-651.

61- Magallares, A., and Schomerus, G., 2015, Mental and physical health-related quality of life in obese patients before and after bariatric surgery: a meta-analysis, *Psychology, health & medicine*, 20(2), 165-176.

62- Malnick SD and Knobler H.,2006, The medical complications of obesity, *QJM*, 99(9): 565-579.

63- Marceau, P., Biron, S., Marceau, S., Hould, F. S., Lebel, S. et al., 2015, Long-term metabolic outcomes 5 to 20 years after biliopancreatic diversion, *Obesity surgery*, 25(9), 1584-1593.

64- Mert, M., ve Adaş, M., 2014, Obezitenin endokrin ve metabolik komplikasyonları, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 1-4.

65- Müller, M. K., Wenger, C., Schiesser, M., Clavien, P. A., Weber, M., 2008, Quality of life after bariatric surgery—a comparative study of laparoscopic banding vs. bypass, *Obesity surgery*, 18(12), 1551-1557.

66- National Institutes of Health, 1991, *NIH consensus statement. Gastrointestinal surgery for severe obesity*.

67- Oğuz G, Karabekiroğlu A, Kocamanoğlu B, Sungur MZ., 2016, Obezite ve bilişsel davranışçı terapi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(2): 133-144.

68- Otmalaz, İ. ve Ece, İ., 2016, Obezite Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı, *Selçuk Tıp Dergisi*, 32(2), 52-55.

69- Öncü, İ. , 2009, *Çocukluk Çağı Obezitesinde Metabolik Parametrelerin Diyet ve Egzersizlerle İlişkisi*, Uzmanlık Tezi, Çukurova üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

70- Özarmağan S. ve Bozbora A.,2002, *Obezitenin tanımı ve temel bilgiler*, Obezite ve Tedavisi İçinde: Bozbora A.(Ed.), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 1-15.

71- Parati, G., 2002, Obesity, hypertension and the sympathetic nervous system, *Journal of hypertension*, 20(5), 835-837.

72- Riise, T., Moen, B. E., Nortvedt, M. W., 2003, Occupation, lifestyle factors and health-related quality of life: the Hordaland Health Study, *Journal of occupational and environmental medicine*, 324-332.

73- Risstad, H., Søvik, T. T., Hewitt, S., Kristinsson, J. A., Fagerland, M. W et al., 2015, Changes in health-related quality of life after gastric bypass in patients with and without obesity-related disease, *Obesity surgery*, 25(12), 2408-2416.

74- Sağlam, F. ve Güven, H., 2014, Obezitenin cerrahi tedavisi, *Okmeydanı Tıp Dergisi* 30(*Ek sayı 1):60-65.*

75- Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı, 2014, *Türkiye'de obezite tedavisinde obezite cerrahisinin yeri.* Ankara. http://www.hta.gov.tr/pdf/Obezite%20Cerrahisi%20Rapor%2025%2004%202014.pdf, (Ziyaret Tarihi:10.07.2019.)

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

77- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Eisenberg, M. H., Raper, S. E. et al., 2010, Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery, *Surgery for obesity and related diseases*, 6(6), 608-614.

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

79- Seidell, J.C., 2001, *Epidemiology: Classification And Definition Of Obesity*, Clinical Obesity, In P. Kopelman (Ed.), (3 ed., pp. 1-23), Oxford: Willey-Blackwell Science.

80- Serter, R., 2004 Obezite atlası, Karakter Color Basımevi, Ankara.

81- Sertkaya, A. Ç., ve Orhan, Y.,2008, *Vücut bileşiminin belirlenmesi*, Obezite, İçinde: Orhan Y, Bozbora A.(Ed), İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, s. 31-73.

82- Silva, J. N., Vasconcelos, H., Fıgueirodo- Braga, H., Carneiro, S.,2018, How is bariatric surgery ımproving the quality of life obese patients: A porteguese cross- sectional study, *Acta Med Port,* 31(7- 8), 391-398.

83- Skevington, S. M., 2010, Qualities of life, educational level and human development: an international investigation of health, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(10), 999-1009.

84- Stolberg, C. R., Mundbjerg, L. H., Bladbjerg, E. M., Funch-Jensen, P., Gram, B., et al.,2018, Physical training following gastric bypass: effects on physical activity and quality of life—a randomized controlled trial, *Quality of Life Research*, 27(12), 3113-3122.

85- Şanlı Ak, G., 2012, *Abdominal obezite ile insülin direnci arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi,* Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

86- Tack, J., and Deloose, E., 2014, Complications of bariatric surgery: dumping syndrome, reflux and vitamin deficiencies, *Best practice & research Clinical gastroenterology*, 28(4), 741-749.

87- Tam, A. A. ve Çakır, B.,2012, Birinci basamakta obeziteye yaklaşım, *Ankara Medical Journal,* 12(1); 37-41.

88- Tessier DJ and Eagon JC., 2008, Surgical management of morbid obesity. *Curr Probl Surg,* 45(2): 68-137.

89- Topuz, C., Baturay, F., Çakırgöz, M.,Ersoy, A., 2014, Morbid obezite cerrahisi ve anestezi, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 56-59.

90- Tuncalı, B., Pekcan Özvardar, Y., Ayhan, A., Erol, V., Yılmaz Han, T. Ve ark., 2018, Laparoskopik obezite cerrahisi uygulanan olguların retrospektif olarak değerlendirilmesi, *Turk J Anaesthesiol Reanim,*46(4); 297-304.

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

92- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (TEMD), 2019, *Obezite tanı ve tedavi kılavuzu,* https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20190506163904-2019tbl_kilavuz5ccdcb9e5d.pdf?a=1 ,(Ziyaret tarihi: 10.12.2022).

93- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD), 2009, Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması Hekim için Tanı ve Tedavi Rehberi. Tuna Matbaacılık, Ankara.

94- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2017, *Türkiye sağlık araştırması.*http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573, (Ziyaret Tarihi:10.07.2019. *)*

95- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2019, *Türkiye Sağlık araştırması.* https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661, (Ziyaret Tarihi:10.12.2022).

96- Usta, E. ve Çavdar, İ., 2013, Obezite cerrahisinde (bariyatrik cerrahi) hemşirelik bakımı, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi,* 2 (2); 71-77.

97- Usta, E., 2018, *Bariyatrik cerrahi hastalarında hemşirelik danışmanlığının beden imajı, depresyon, yeme özellikleri, yaşam kalitesi ve konfor düzeyi üzerine etkisi.* Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

98- Vander Hofstadt Román, C. J., JL, E. C., Rodríguez-Marín, J., 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* (Vol. 40, No. 2, pp. 199-209).

99- Wingfield, L. R., Kulendran, M., Laws, G., Chahal, H., Scholtz, S. et al., 2016, Change in sexual dysfunction following bariatric surgery, *Obesity surgery*, 26(2), 387-394.

100- World Health Organization (DSÖ), 2021, *Obesity & Overweight*. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight , (Ziyaret Tarihi: 10.12.2022).

101- World Health Organization, 2006, *Global Database on Body Mass Index*, http://apps.who.int/bmi/index.jsp., (Ziyaret Tarihi: 09.12.2022).

102- Yücel, N., 2008, *Kilolu ve obez kadınlarda obezite ve benlik saygısı ilişkisinin değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

EKLER

Ek-1. Hasta Tanılama Formu

A. Ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Bilgiler

1. Yaşınız: .....
2. Cinsiyet: ( ) Kadın ( ) Erkek
3. Medeni durum: ( ) Evli ( ) Bekâr
4. Eğitim durumu: ( ) Okur- Yazar Değil ( ) Okur- Yazar ( ) İlkokul
   ( ) Lise ( ) Lisans ( ) Lisansüstü
5. Çalışma durumu: ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor
6. Mesleğiniz: ( ) Emekli ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Ev Hanımı
   Diğer: .....
7. Mesleğim;
   ( ) Uzun süreli oturmayı gerektirir
   ( ) Uzun süreli hareketi gerektirir.
   ( ) Uzun süreli seyahat gerektirir.
   ( ) Diğer:.....
8. Aylık gelir düzeyiniz;
   ( ) Düşük (0- 1300 TL) ( ) Orta (1300- 2500 TL) ( ) Yüksek (4500 TL Ve Üstü)
9. Cerrahi öncesi;
   Boy: .....(Cm) Kilo: .....(Kg) BKİ: .....kg/m^2
10. Ailede obezite öyküsü var mı?
    ( ) Evet ( ) Hayır
11. Obeziteye eşlik eden durumlar var mı? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)
    ( ) Hipertansiyon ( ) Diyabet ( ) Hipotiroidi ( ) Kolesterol
    ( ) İnsülin Direnci Diğer: .....
12. Menstrual (adet) döngünüzü nasıl tanımlarsınız?
    ( ) Düzenli ( ) Düzensiz ( ) ..... Yıldır menapozdayım
13. Sigara alışkanlığınız;
    ( ) Kullanmıyor ( ) Günde 1-2 kez ( ) Günde 1-2 paket
    ( ) Bırakmış Diğer: .....
14. Alkol alışkanlığınız;
    ( ) Kullanmıyor ( ) Haftada 1-2 Kez ( ) Ayda 1-2 Kez
    ( ) Bırakmış Diğer: .....

15. Ne sıklıkla yemek yersiniz?

( ) 3 Ana+ 3 Ara Öğün ( ) Günde 3 Öğün ( ) Günde 2 Öğün ( ) Aklıma Geldiğinde

16. Egzersiz/ spor (spor salonunda aktif, yürüyüş, yüzme vb.) alışkanlığınız;

( ) Her gün ( ) Haftada 1-2 kez ( ) Haftada 3-4 kez

( ) Hiç yapmam

17. Cerrahi tedavi dışında obeziteye yönelik aldığınız başka bir tedavi var mı?

( ) Diyet Tedavisi ( ) Egzersiz Tedavisi ( ) Farmakolojik Tedavi

( ) Davranış Değişikliği Tedavisi

18. Obeziteye bağlı yaşadığınız sorunlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

( ) Uyku Sorunları ( ) Soluk Alıp- Vermede Zorlanma

( ) Fiziksel Aktivitede Sınırlılık ( ) Cinsel Yaşamda Bozulma

Diğer: .....

B. Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Bilgiler

19. Ameliyat tarihi: .....

20. Geçirilen ameliyat türü: ( ) Sleeve Gastrektomi (Tüp Mide)

( ) Ayarlanabilir Gastrik Bant Diğer: .....

21. Cerrahi sonrası;

Boy: .....(cm) Kilo: .....(kg) BKİ: .....kg/m^2

22. Ameliyat sonrası dönemde hastaneye geri yatışınız oldu mu?

( ) Evet. Açıklayınız: .....

( ) Hayır

23. Ameliyat sonrası karşılaştığınız sorunlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

( ) Ağrı ( ) Yeme Bozuklukları ( ) Bulantı- Kusma

( ) Barsak Tıkanıklıkları ( ) Vitamin Eksikliği ( ) Uyku Sorunları

Diğer:.....

24. Ameliyat sonrası memnuniyet düzeyinizi 1'den 10 'a kadar değerlendiriniz.



Ek-2. Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği-II TR

MOOREHEAD-ARDELT YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ II

Özsaygı ve Aktivite Düzeyleri

Lütfen size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz.

1. Kendimi genellikle;



☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Çok kötü hissederim



Çok iyi hissederim

2. Fiziksel aktivitelerden;



☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hiç hoşlanmam



Çok hoşlanırım

3. Sosyal ilişkilerim;



☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hiç yoktur



Çok iyidir

4. Çalışabilme durumu;



☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hiç çalışamam



Çok iyi çalışırım

5. Cinsel yaşamdan;



☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hiç zevk almam



Çok zevk alırım

6. Yiyeceklere olan yaklaşımım;



☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Yemek için yaşarım



Yaşamak için yerim

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

OBEZİTE CERRAHİSİ ÖNCESİ VE SONRASI HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%15	%14	%3	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%2
2	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	%2
3	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
4	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
5	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
7	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1
8	dspace.trakya.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
	Submitted to Istanbul University	

ETİK KURUL İZİN YAZISI

☒ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Ek-3. Etik Kurul İzni

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☒ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Ek-4. Kurum İzni

ÖZGEÇMİŞ