



T.C.

SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ROY ADAPTASYON MODELİNE GÖRE VERİLEN
TEKRARLI HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN BARIATRİK
CERRAHİ UYGULANAN HASTALARIN UYUM
SÜREÇLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

EZGİ YILDIZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

SIVAS-2019

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ROY ADAPTASYON MODELİNE GÖRE VERİLEN
TEKRARLI HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN BARIATRİK
CERRAHİ UYGULANAN HASTALARIN UYUM
SÜREÇLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

EZGİ YILDIZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ŞERİFE KARAGÖZOĞLU

SİVAS-2019

“Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Tekrarlı Hemşirelik Eğitiminin Bariatrik Cerrahi Uygulanan Hastaların Uyum Süreçlerine Etkisinin İncelenmesi” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Esasları** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Prof. Dr. Şerife KARAGöZOğLU

ye Prof. Dr. Meral KELLECI

ye Dr. Öğr. Üyesi Aygl KISSAL

ONAY

Bu tez çalışması, 27/12/2018 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri yeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zbeyda AKIN POLAT

SAğLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MDRO

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman tecrübe ve bilgi birikimiyle kendisinden çok şey öğrendiğim, akademik kariyerime başladığım günden beri yardımlarını esirgemeyen, akademisyenliğe olan sevgimin artmasını sağlayan, bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde değerli bilgilerini benimle paylaşan, ne zaman danışsam bana zamanını ayırıp büyük bir ilgiyle elinden gelenin fazlasını sunan kıymetli danışmanım Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU'na,

Tez uygulamam sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, sürekli yanımda olduğunu hissettiren, desteklerini esirgemeyen Op. Dr. Mustafa ATABEY'e

Genel Cerrahi servisinde çalışan hemşire arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarım,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi bu süreçte de maddi manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, varlıklarıyla güç veren aileme en içten duygularıyla teşekkür ederim.

EZGİ YILDIZ

2019

ÖZET

ROY ADAPTASYON MODELİNE GÖRE VERİLEN TEKRARLI HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN BARIATRİK CERRAHİ UYGULANAN HASTALARIN UYUM SÜREÇLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Ezgi YILDIZ

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU

2019, 140 sayfa

Bu araştırma, Roy Adaptasyon Modeli'ne göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin bariatrik cerrahi uygulanan hastaların uyum süreçlerine etkisini incelemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırma Aralık 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında İç Anadolu Bölgesindeki bir üniversite hastanesinde bariatrik cerrahi operasyonu geçirmiş, genel cerrahi servisinde yatan bireylerde yapılmıştır. Araştırmanın örnekleminde çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 40 hasta yer almıştır. Hastaların 20'si müdahale grubuna, 20'si kontrol grubuna atanmıştır. Müdahale grubundaki hastalara taburcu olmadan önce Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda eğitim verilmiştir ve birinci ay kontrolleri sırasında eğitimin tekrarı yapılmıştır. Bunun yanı sıra telefonla iletişim sürdürülerek bir adaptasyon programı uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalar ise rutin kontrollerine devam etmiştir.

Çalışmada veriler Kişisel Bilgi Formu, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (Eating Disorder Examination Questionnaire – EDE-Q), Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği, Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Uyum Değerlendirme formu kullanılarak toplanmıştır. Ölçekler her iki gruptaki bireylere taburculuk öncesi, ameliyattan sonra 1.ay, 3.ay, 6.ay olmak üzere dört kez uygulanmıştır. Araştırma için Etik Kurul Kararı, Hastane yönetiminden yazılı izin, katılımcılardan Bilgilendirilmiş Olur alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 paket programı, istatistiksel analizde ise frekans, Ki-Kare, Friedman testi, tekrarlı

ölçümlerde varyans analizi, independent t testi, Mann-Whitney U, Bonferroni testleri ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamında müdahale grubuna Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitim sonrasında yeme bozukluğu davranışı ve sosyal görünüş kaygısı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda, müdahale grubunun ameliyat sonrası döneme daha kısa sürede uyum sağladığı görülmüştür. Bu bağlamda bariatrik cerrahi sonrası adaptasyon sürecinin niteliğini artırmada planlı ve sistematik eğitimin önemli olduğu ve hemşirelere de bu alanda büyük sorumlulukların düştüğü ifade edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Roy Adaptasyon Modeli, Bariatrik Cerrahi, Hemşirelik Eğitimi

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF REPEATED NURSING EDUCATION GIVEN ACCORDING TO ROY ADAPTATION MODEL ON THE ADAPTATION PROCESSES OF PATIENTS UNDERGOING BARIATRIC SURGERY

Ezgi YILDIZ

Master's Thesis

Department of Fundamentals of Nursing

Advisor: Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU

2019, 140 pages

This study was carried out to investigate the effect of repeated nursing education given according to Roy adaptation model on the adaptation processes of patients undergoing bariatric surgery operation.

The population of the study consists of the patients who underwent bariatric surgery operation and staying in general surgery service between December 2017 and June 2018 in a university hospital in Central Anatolia Region. Forty patients who met the inclusion criteria were included in the study. 20 patients were assigned to the intervention group and 20 were assigned to the control group. Training was given to the patients in the intervention group by giving them a Patient Training Booklet prepared according to the Roy Adaptation Model before being discharged from hospital and the training was repeated during the first month follow-up after operation. An adaptation program was implemented in case of patients' need by maintaining to communicate by telephone. Patients in the control group continued their routine control.

The data were collected by using the Personal Information Form, Eating Disorder Examination Questionnaire – EDE-Q, Coopersmith Self-Esteem Scale, Social Appearance Anxiety Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Adaption Assessment Form. The scales were applied to the individuals four times in

both groups before discharge and the first month, the third months and the sixth month after the operation. In order to carry out this study, Ethics Committee Decision for Research, written permission from hospital administration, Informed Consent from participants were taken. SPSS 22.0 package program was used for the evaluation of the data, and frequency, Chi-Square, Friedman test, variance analysis in repeated measurements, Mann-Whitney U and Bonferroni tests and correlation analysis were used for statistical analysis.

Within the scope of the research, it was found out that after the training given to the intervention group according to Roy Adaptation Model, average scores of eating disorder behaviour and social appearance anxiety decreased significantly, and the averages scores of self-esteem and perceived social support increased statistically significantly. According to the findings, the intervention group was observed to adapt to the postoperative period in a shorter time. In this context, it can be stated that planned and systematic training is important in increasing the quality of adaptation process after bariatric surgery and nurses have great responsibilities in this issue.

Key Words: Roy Adaptation Model, Bariatric Surgery, Nursing Education

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK.....	i
ONAY.....	ii
YÖNERGE.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xiv
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	xvi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xvii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Hipotezi.....	3
1.3.1. Temel Hipotezler.....	3
1.3.2. Alt Hipotezler.....	3

2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Obezite	5
2.2. Obezite Ölçümü ve Sınıflandırılması.....	5
2.3. Obezite Epidemiyolojisi.....	6
2.4. Obeziteye Neden Olan Faktörler.....	6
2.4.1. Genetik	6
2.4.2. Yaş.....	7
2.4.3. Cinsiyet.....	7
2.4.4. Öğrenim Durumu.....	7
2.4.5. Sosyoekonomik Düzey.....	8
2.4.6. Sedanter yaşam.....	8
2.4.7. Beslenme Alışkanlıkları	8
2.4.8. Emosyonel Durum.....	8
2.5. Obezite İle İlişkili Hastalıklar	9
2.6. Obezite Tedavisi.....	9
2.6.1. Diyet Tedavisi	9
2.6.2. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz.....	10
2.6.3. Davranış Değişikliği Tedavisi	10
2.6.4. Farmakolojik Tedavi	10
2.6.5. Cerrahi Tedavi	11
2.7. Bariatrik Cerrahi.....	11
2.7.1. Bariatrik Cerrahi Endikasyonları.....	11
2.7.2. Bariatrik Cerrahi Yöntemleri.....	12
2.8. Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı	13
2.8.1. Bariatrik Cerrahide Preoperatif Hemşirelik Bakımı.....	13
2.8.2. Bariatrik Cerrahide Postoperatif Hemşirelik Bakımı	13
2.8.3. Taburculuk Eğitimi.....	15

2.9. Hemşirelikte Model Kullanma.....	17
2.10. Roy Adaptasyon Modeli (RAM).....	18
2.11. Modeldeki Tanımlar.....	19
2.11.1. Sistem.....	19
2.11.2. Adaptasyon.....	19
2.11.3. Adaptasyon Düzeyi.....	19
2.11.4. Uyarın.....	20
2.11.5. Başetme Süreçleri.....	20
2.11.6. Adaptasyon Biçimleri.....	20
2.12. Modeldeki Temel Kavramlar.....	22
2.12.1. İnsan.....	22
2.12.2. Çevre.....	23
2.12.3. Sağlık.....	23
2.12.4. Hemşirelik.....	23
2.13. Roy Adaptasyon Modeli ve Bariatrik Cerrahi.....	24
2.13.1. Fizyolojik Adaptasyon Biçimi.....	24
2.13.2. Benlik Kavramı Adaptasyon Biçimi.....	26
2.13.3. Rol Fonksiyon Adaptasyon Biçimi.....	27
2.13.4. Karşılıklı Bağımlılık Adaptasyon Biçimi.....	28
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın türü.....	29
3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	29
3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	29
3.4. Veri Toplama Araçları.....	30
3.4.1. Kişisel Bilgi ve Anket Formu.....	30
3.4.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (Eating Disorder Examination Questionnaire – EDE-Q).....	30

3.4.3. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Formu.....	31
3.4.4. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği.....	31
3.4.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	32
3.4.6. Uyum Değerlendirme Formu	33
3.5. Veri Toplama Araçlarının ve Eğitimin Uygulanması	33
3.6. Araştırmanın Şeması	38
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	40
3.8. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	40
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	40
4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA.....	67
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	72
6.1. Sonuçlar.....	72
6.2. Öneriler	74
7. KAYNAKLAR	75
EKLER.....	89
EK-1 Kişisel Bilgi Formu	89
EK-2 Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	92
EK-3 Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği	96
EK-4 Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği.....	97
EK-5 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu....	98
EK-6 Uyum Değerlendirme Formu	100
EK-7 Sivas C.Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Olur Formu	102
EK-7 Sivas C.Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Müdahale Grubu Bilgilendirilmiş Olur Formu	104
EK-8 Hasta Eğitim Kitapçığı	106

İZİNLER	120
EK-9 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu.....	120
EK-10 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzin Belgesi.....	122
ÖZGEÇMİŞ	123



TABLolar

Sayfa No

Tablo 1: Obezitenin Sınıflandırılması.....	5
Tablo 2: Müdahale Grubuna Alınan Hastaların Eğitim Süreci.....	36
Tablo 3: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	41
Tablo 4: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Obeziteye İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	43
Tablo 5: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Beden Kitle İndeksleri Puan Ortalamaları Dağılımı	46
Tablo 6: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Obezite Sınıflamasının Aylara Göre Dağılımı	47
Tablo 7: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı	48
Tablo 8: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Tablo 9: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
Tablo 10: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	54
Tablo 11: Müdahale Grubu Fizyolojik Uyum Alanı Tablosu.....	55
Tablo 11a: Müdahale Grubu Rol Fonksiyon Uyum Alanı Tablosu.....	57
Tablo 12: Kontrol Grubu Fizyolojik Uyum Alanı Tablosu	58
Tablo 12a: Kontrol Grubu Rol Fonksiyon Uyum Alanı Tablosu	60
Tablo 13: Kontrol ve Müdahale Grubu BKİ ve Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Korelasyon Analiz Tablosu	61
Tablo 14: Kontrol ve Müdahale Grubu BKİ ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Korelasyon Analiz Tablosu.....	63

Tablo 15: Kontrol ve Müdahale Grubu Sosyal Görünüş Kaygısı ve Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Korelasyon Analiz Tablosu	65
---	----



ÇİZELGELER

Sayfa No

Çizelge 1: Eğitimin Roy Uyum Alanına Göre İçeriği.....35

Çizelge 2: Veri Toplama Araçlarının Roy Adaptasyon Modeline Göre Kullanım Alanı.....39



KISALTMALAR/SİMGELER

AGB	Ayarlanabilir Gastrik Band
ASMBS	American Society for Metabolic and Bariatric Surgery
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BPD	Biliyopankreatik Diversiyon
CDC	Centers of Disease Control and Prevention
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
İH	National Institutes of Health
OAC	Obesity Action Coalition
RAM	Roy Adaptasyon Modeli
RYGB	Roux-en-Y Gastrik Bypass
TEMĐ	Türkiye Endokronoloji ve Metabolizma Derneği
SPSS	Statistical Package Social Science
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VBG	Vertikal Bantlı Gastroplasti
WHO	World Health Organization
Kg	Kilogram
m²	Metrekare

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüz dünyasında insanların karşı karşıya kaldığı obezite sağlıklı yaşama yeniden dönüş için mücadele gerektiren ve adaptasyon sürelerini zorlayan önemli sağlık sorunlarından birisidir. Obezite alınan enerji miktarı ile metabolizma ve fiziksel aktiviteler sırasında harcanan enerji miktarı arasındaki düzensizlikten kaynaklan kronik bir halk sağlığı problemi olup, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “vücut yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde aşırı ya da anormal birikmesi” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2006).

Türkiye Sağlık Araştırmasınının 2016 yılı verilerine göre 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranı 2014 yılında %19.9 iken, 2016 yılında %19.6 olduğu bildirilmiştir. Cinsiyete göre; 2016 yılında kadınların %23.9'unun obez, %30.1'inin ise fazla kilolu olduğu görülmüş ve erkeklerde ise bu oranların sırasıyla, %15.2 ve %38.6 olduğu ortaya çıkmıştır (TUİK, 2017). Dünya Sağlık Örgütü 2018 Avrupa Sağlık Raporu verilerine göre, Türkiye'nin Avrupa'nın en obez ülkesi olduğu belirtilmiştir. Obezite prelevansının artması ile birlikte obeziteye bağlı hipertansiyon, koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, derin ven trombozu, obstrüktif uyku apnesi, obezite hipoventilasyon sendromu, tip 2 diabetes mellitus, safra kesesi hastalıkları, gastroözofajiyal reflü, dejeneratif eklem hastalıkları, üriner inkontinans, çeşitli kanser tipleri (kolon, meme, endometriyum, over, prostat), depresyon vb. hastalıkların görülme riski artmaktadır (Ide ve ark. 2008; Yorgancı ve ark., 2007; Hurst ve ark., 2004). Obezite ile ilişkili sorunların önlenmesi için kilo kaybına yönelik diyet, egzersiz, davranış değişikliği gibi tedavi yöntemlerinin yanı sıra bariatrik cerrahi son yıllarda ön plana çıkmıştır. Cerrahi tedavi hariç obezite tedavileri, genellikle uzun süreli kilo kontrolünde etkisizdir. Obezite cerrahisi hem kilo kaybı sağlayarak ölüm riskini azaltır hem de obezite ile ilişkili kronik hastalıkları olan kişilere yararlar sağlayarak hastalıkların düzelmesini sağlar (Neil ve ark., 2015; Chang ve ark., 2014; Ferreira ve ark., 2014). Bariatrik cerrahi de mide kapasitesinin azaltılması ile gıda alımını kısıtlanması (restriktif) veya bağırsağın bir kısmının çıkarılmasıyla besin emiliminin azaltılması (malabsorpsiyon) sağlanmaktadır (Petcu, 2017; Hwank ve ark., 2016; Yüksel, 2016).

Hemşireler bariatrik cerrahi sürecinin her aşamasında ve uzun süreli takibinde önemli bir rol oynar (McKee ve Tassinari, 2006). Bariatrik cerrahi olan hastalar ameliyat sonrası süreçte çoğu zaman en önemli desteği hemşireden almaktadır. Hemşirelik bakımında en sık kullanılan modellerden biri Roy Adaptasyon Modeli (RAM)dir. Model kişinin adaptasyonuna odaklanır. Roy Adaptasyon Modeli'nde tanımlanan dört uyum alanı; fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarıdır. Dört uyum alanının amacı, bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüğüne ulaşmasını sağlayarak uyumu sağlamak ve uyum düzeyini artırmaktır (Azarmi ve Farsi, 2015; Kaur ve Mahal, 2013).

Roy'un kuramına göre kişinin adaptasyon düzeyi sürekli değişim içindedir ve bütünlüğün tehdit altında olması bireyin uyum çabasına girmesini sağlar. Bariatrik cerrahinin uzun süreli ve başarılı bir sonuç vermesi, hastanın yaşam boyu beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerine bağlıdır (Yüksel, 2016). Bariatrik cerrahi sonrası dönemde başarılı hasta sonucu alabilmek için verilen eğitim çok önemlidir ve hasta takibi süreklilik gerektirecek şekilde planlanmalıdır. Ameliyat sonrası uzun dönem eğitim komplikasyonların yönetimi, egzersiz, beslenme yetersizliklerinin önlenmesi, psikolojik düzenlemeler konusunda yardım, ilaç yönetimi dahil komorbid koşulların yönetimi ve uzun vadeli kilo alımının önlenmesi ve yönetimini içermelidir (TEMD, 2018).

Bariatrik cerrahi sonrası süreçte meydana gelen yeme boyutundaki değişiklikler, benlik saygısı, beden imajı, kişiler arası ilişkiler bireyin uzun süreli yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (Batsis ve ark., 2009). Hastaların obezite cerrahisi sonrası değişen beslenme düzenlerine uyum sağlayabilmeleri için beslenme durumları değerlendirilmeli ve bu konuda bireylere eğitim verilmelidir (Mechanick ve ark., 2013). Hastaların fizyolojik uyumlarının yanı sıra psikososyal uyumları da zaman alan bir süreçtir. Obez bireylere yönelik psikolojik desteğin temelinde benlik saygısının geliştirilmesi yer almaktadır (Hamurcu ve ark., 2015). Çalışmalarda sosyal tutumların obez bireylerde olumsuz duyguların pekişmesine yol açtığı belirtilmesinin yanı sıra beden ağırlıkları ile ilgili hoşnutsuzlukların ve olumsuz stigmaların da düşük benlik saygısına neden olabileceği belirtilmiştir (Balcıoğlu ve Başer, 2008; Carr ve Friedman, 2008). Hamurcu ve arkadaşlarının (2015) ve Sarısoy ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada obez bireylerin benlik saygısının düşük olduğu sonucu bulunmuştur. Bununla birlikte insanların çoğu çekici bireylerle daha fazla iletişim kurmak istemektedirler ve

diğer insanlar üzerinde daha etkili bir izlenim bırakmak için çabalamaktadırlar (Yousefi ve ark., 2009). Bu durumdan dolayı bireyler sosyal görünüş kaygısı yaşayabilmektedir. Yılmaz (2015) yaptığı çalışmasında obez bireylerde sosyal görünüş kaygısının fazla olduğunu belirtmiştir. Obezite ve beraberinde getirdiği hastalıklarla başa çıkmada etkili olan faktörlerden biri de sosyal destek kaynaklarının varlığıdır. Bariatrik cerrahi operasyonu geçiren hastalar, kilo vermeyi sürdürebilmek için aile ve arkadaş desteğine gereksinim duymaktadır (Dizlek ve Çatal, 2018).

Sonuç olarak, bireysel farklılıklar göz önüne alınarak bireyselleştirilmiş, özel, bütüncül bir bakımın ve tüm bunlara yönelik eğitimlerin verilmesi hastaların ameliyat sonrası sürece ve yeni hayatlarına uyum sağlamaları için büyük bir önem arz etmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Roy Adaptasyon Modeli'ne göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin bariatrik cerrahi uygulanan hastaların uyum süreçlerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

1.3.1. Temel Hipotezler

H₀: Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin bariatrik cerrahi operasyonu geçiren hastaların uyum sürecine etkisi yoktur.

H₁: Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin bariatrik cerrahi operasyonu geçiren hastaların uyum sürecine etkisi vardır.

1.3.2. Alt Hipotezler

Fizyolojik Uyum Alanı ile İlgili Hipotezler

H₂: Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitimi müdahale grubundaki hastaların beslenme düzenine olan uyumunu artırır.

H₃: Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitimi müdahale grubundaki hastaların fiziksel aktivite düzeyini artırır.

H₄: Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitimi müdahale grubundaki hastaların uykusunu rahatlatır.

Benlik Kavramı Alanı ile İlgili Hipotezler

H₅: Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitimi müdahale grubundaki hastaların benlik saygısını yükseltir.

H₆: Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitimi müdahale grubundaki hastaların sosyal görünüş kaygısını azaltır.

Rol Fonksiyonu Alanı ile İlgili Hipotezler

H₇: Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitimi müdahale grubundaki hastaların rollerine uyumunu kolaylaştırır.

Karşılıklı Bağlılık Alanı ile İlgili Hipotezler

H₈: Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitimi müdahale grubundaki hastaların algılanan sosyal destek düzeyini artırır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

Obezite, Latince “obezus” sözcüğünden türetilmiştir. Şişman karşılığı olarak kullanılan “obezus”, iyi beslenmiş anlamına gelir. İngilizce’de ise, “obesity” şişmanlık, “obese” çok şişman, “overweight” fazla ağırlık, tartıda fazla gelen miktar, şişmanlık anlamındadır. Obezite alınan enerji miktarı ile metabolizma ve fiziksel aktiviteler sırasında harcanan enerji miktarı arasındaki düzensizlikten kaynaklan kronik bir halk sağlığı problemi olup, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “vücut yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde aşırı ya da anormal birikmesi” olarak tanımlanmaktadır. Vücut yağ oranının, erkeklerde %25, kadınlarda %35’den fazla olması durumunda obeziteden bahsedilmektedir (Hruby ve ark., 2015; Rao Rajender ve ark., 2014; WHO, 2006).

2.2. Obezite Ölçümü ve Sınıflandırılması

Beden kitle indeksi (BKİ), bireylerde aşırı kilolu ve obeziteyi sınıflandırmak ve ideal vücut ağırlığını hesaplamak için kullanılan yöntemdir. BKİ, kilogram cinsinden bireyin ağırlığının metre cinsinden boyunun karesine bölünerek (kg/m^2) hesaplanır. DSÖ yetişkin bireyler için aşırı kiloluyu BKİ 25 veya daha büyük; obeziteyi ise 30'a eşit veya büyük şeklinde tanımlamaktadır. BKİ'nin 30 kg/m^2 üzerinde olması Sınıf I obezitenin, 35 kg/m^2 üzerinde olması Sınıf II orta dereceli obezitenin, 40 kg/m^2 üzerinde olması ise Sınıf III morbid obezitenin göstergesidir.

Tablo 1: Obezitenin Sınıflandırılması

SINIFLAMA	BKİ (kg/m^2)
Zayıf	< 18.50
Normal Ağırlık	18.50–24.99
Pre- Obez	25.00–29.99
Sınıf I Obezite	30.00–34.99
Sınıf II Orta Dereceli Obezite	35.00–39.99
Sınıf III Morbid Obezite	≥ 40.00

2.3. Obezite Epidemiyolojisi

Obezite, dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı problemi olup, önlenemez olmasına rağmen prevalansı gün geçtikçe ciddi oranda artmaktadır. DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı yöresinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında 10 yılda obezite prevalansında %10-30 arasında bir artış olduğu gözlenmiştir. DSÖ'ye göre kadınların ve erkeklerin % 39'unu aşırı kilolu, %13'ünü ise obez bulunmuştur (WHO, 2016). Hastalık Kontrol Etme ve Önleme Merkezi (Centers of Disease Control and Prevention- [CDC]) ise Amerika'da insanların %34.9'unun (78.6 milyon) obez olduğunu saptamıştır. Dünyada 2008 yılında toplam 1.4 milyar pre-obez, 400 milyon da obez birey olduğu, 2015'de 2.3 milyar pre-obez ve 700 milyon obez olduğu bildirilmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [THSK], 2015).

Ülkemizde ise, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2010" ön çalışma raporuna göre obezite görülme sıklığı erkeklerde %20.5, kadınlarda %41.0, toplam oran ise %30.3 olarak saptanmış olup, morbid obezite sıklığı %2.9 olarak belirlenmiştir (THSK, 2015). Türkiye Sağlık Araştırmasının 2016 yılı verilerine göre 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranı 2014 yılında %19.9 iken, 2016 yılında %19.6 olduğu bildirilmiştir. Cinsiyete göre; 2016 yılında kadınların %23.9'unun obez, %30.1'inin ise fazla kilolu olduğu görülmüş ve erkeklerde ise bu oranların sırasıyla, %15.2 ve %38.6 olduğu ortaya çıkmıştır (TUİK, 2017).

2.4. Obeziteye Neden Olan Faktörler

Genetik, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, sedanter yaşam, beslenme alışkanlıkları, emosyonel durum, sosyokültürel ve çevresel etmenler gibi obeziteye neden olan pek çok durum vardır (Tam ve ark., 2012; Hajian ve ark., 2007; Sözen, 2006).

2.4.1. Genetik

Obezite etiolojisinde genetik faktörlerin önemi gün geçtikçe daha çok vurgulanmaktadır. (Hurby ve Frank, 2015). Genlerin morbidite ve mortalite üzerinde güçlü etkileri vardır. Genetik mekanizmaların iştah, yemek yeme, enerji tüketiminde değişiklik, karbonhidrat ve yağ dağılımının kontrolünü düzenlediği ve beslenmeyi çeşitli yönde etkilediği belirtilmektedir (Gülcan, 2006). Obezitenin kalıtım düzeyi ile

ilgili ikiz çalışmaları, evlatlık ve aile çalışmaları bulunmaktadır (Semerci, 2004). BKİ temel alınarak yapılan çalışmalarda, monozigotik ikizlerdeki obezite oranının dizigotik ikizlerden yüksek olması kalıtımın etkisini göstermektedir. Ailesel eğilim de obezitenin en güçlü genetik komponentidir (Semerci, 2004). Evlatlık edinilen çocuklarda ise obezite eğilimi biyolojik ailelerine göre olduğu belirlenmiştir. Anne ve babaların BKİ değerleri arttıkça çocuklardaki obezite sıklığı da artmaktadır (Savaşhan ve ark. 2015; Bourchard, 2001).

2.4.2. Yaş

Çocuk ve adölesan dönemde başlayan obezite ile ileriki yaşlarda fazla kilolu ya da obez olma eğilimi artmaktadır. Her iki cinsiyette de en fazla kilo artışı 25-34 yaşları arasında görülmektedir. İlerleyen yaş dönemlerinde kilo alımı yavaşlar, kahverengi yağ dokusu azalır, beyaz yağ dokusu artar ve kas dokusu azalır. Yaşlanma ile birlikte fiziksel aktivitenin azalması, besin alımının değişmesi, oksidatif stres, hormonal değişiklikler ve düzenleyici mekanizmaların da bozulması sonucunda obezite meydana gelir (Sabuncu ve ark., 2018; Beşikci, 2010; Erkol ve ark., 2004).

2.4.3. Cinsiyet

Obezite biyolojik ve sosyal olarak her iki cinsiyeti de etkilemektedir. Vücuttaki yağ dağılım yeri ve miktar olarak her iki cinsiyette farklıdır. Kadınlarda adölesan dönemde östrojen hormonunun etkisi ile vücut yağ dokusu, kas kütlelerine oranla artar ve ergenlik döneminden itibaren erkeklere oranla daha kiloludurlar. Ergenlik, gebelik, doğum sayısı, emzirme süresi, menopozal dönem ve emeklilik gibi yaşam dönemleri kadınlarda obezite için riskli dönemler olarak kabul edilebilmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalara göre erkekler kadınlara oranla fazla kilolu çıkmaktadır. Bu durum için biyolojik faktörlerin beraberinde çevresel, demografik veya sosyokültürel faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir (Ergin, 2014; Işık, 2013; Beyaz ve ark., 2011).

2.4.4. Öğrenim Durumu

Her iki cinsiyet için eğitim düzeyinin obezite riskine iki yönlü etkisi vardır. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin beslenme, aktivite ve ideal kilo hakkında daha az bilgiye sahip olduklarından dolayı obez olma risklerinin daha fazla olduğu belirtilerek, düşük eğitim düzeyine sahip yetişkin bireylerin BKİ değerinin yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin BKİ değerine göre daha yüksek olduğu kaydedilmiştir. Bununla birlikte

bireylerin eğitim düzeyinin yükselmesi gelir durumunun ve alım gücünün artmasını sağlayarak yiyecek tüketimini artmasına ve BKİ değerinin yükselmesine neden olduğu da belirtilmiştir (Aydın, 2012; Beyaz ve Koç, 2011; McLaren, 2007).

2.4.5. Sosyoekonomik Düzey

Sosyoekonomik düzeyin de öğrenim durumunda olduğu gibi obezite üzerinde iki yönlü etkisi olduğu belirtilmiştir. Yapılan araştırma sonuçlarına göre, ekonomik düzeyin artmasıyla obezitenin arttığını belirtmesinin yanı sıra Beyaz ve Koç (2011) göre Zheng (2008) ise düşük gelir grubunda yer alan bireylerin fiyatı düşük fakat kalori içeriği yüksek olan gıdaları tercih etmeleri nedeniyle kilo artışı yaşadıklarını belirtmiştir.

2.4.6. Sedanter yaşam

Fiziksel aktivitesi düşük mesleklere çalışan ve hareketsiz yaşam tarzını benimseyen bireylerde obezite riski daha fazladır. Yapılan çalışmalara göre ev hanımı veya emekli olan ya da zamanının büyük çoğunluğunu televizyon ve bilgisayar başında geçiren bireylerde obeziteye eğilim daha yüksek bulunmuştur (Işık ve ark., 2013; Soyuer ve ark., 2010; Caballero, 2007).

2.4.7. Beslenme Alışkanlıkları

İdeal vücut ağırlığı düzenlemesi çevresel, sosyoekonomik ve genetik faktörler arasında karmaşık bir etkileşim olarak görülse de bu koşullara yanıt olarak kişisel davranışlar, obeziteyi önlemede baskın bir rol oynamaktadır. Öğün atlamak, yüksek kalorili besinler tüketmek, besinleri iyice çiğnmeden yutmak ve hızlı yemek, alkol ve sigara kullanımı, fazla şeker ve tuz tüketimi, hazır besin tüketimi, besinleri yanlış hazırlama, yetersiz sıvı alımı kilo alımını tetiklemektedir (TEMD, 2017).

2.4.8. Emosyonel Durum

Obez bireylerde sıklıkla görülen psikolojik yeme bozuklukları duygusal duruma bağlı yeme, yeme atakları, abartılı yeme ve gece yeme gibi patolojileri içermektedir (Ünal, 2016).

2.5. Obezite İle İlişkili Hastalıklar

Morbid obezitenin ölüm riskinin yanında ciddi sosyal, psikolojik ve ekonomik sonuçları vardır. Vücutta her organı etkileyen obezite; hipertansiyon, koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, derin ven trombozu, obstrüktif uyku apnesi, obezite hipoventilasyon sendromu, tip 2 diabetes mellitus, safra kesesi hastalıkları, gastroözofajiyal reflü, dejeneratif eklem hastalıkları, üriner inkontinans, çeşitli kanser tipleri (kolon, meme, endometriyum, over, prostat), depresyon vb. hastalıkların görülme riskini arttırmaktadır. Bu risklere karşın obezitenin önlenabilir ve tedavi edilebilir olduğu söylenebilmektedir (Ide ve ark., 2008; Yorgancı ve ark., 2007; Hurst ve ark., 2004).

2.6. Obezite Tedavisi

Obezite tedavisi bireye özgüdür. Hangi hastanın tedaviye alınması gerektiği ve hangi yöntemlerin nasıl uygulanacağı konusunda doğru bir karar verebilmek için obez bireylerin şişmanlık derecesi, başka hastalıklarının olup olmadığı, psikolojik durumu, sosyal yaşam tarzı, ekonomik ve kültürel durumları gibi pek çok özelliğin bilinmesi çok önemlidir (Gündüzoğlu, 2008). Bu nedenle obezite tedavisi kapsamlıdır ve süreç gerektirir (THSK, 2018).

Obezitenin çeşitli etiyolojileri olduğu için obezite sorunu olan hastaların kombine kilo verme yöntemleri ve kapsamlı halk sağlığı eğitimine ihtiyaçları vardır (Petcu, 2017). Obezite tedavisinde pek çok yöntem kullanılmaktadır. Obezite sorunu olan hastalar için başlangıç tedavisi, diyet değişiklikleri, fiziksel aktivite ve davranış değişiklikleri üzerine odaklanan hedefe yönelik ve kombine terapiyi içeren cerrahi olmayan yaşam tarzı değişiklikleri olmalıdır (Petcu, 2017). Birinci basamak tedavi olarak nonfarmakolojik yöntemler olan diyet, fiziksel aktivite/egzersiz, davranış değişikliği kullanılmaktadır. İkinci basamak tedavi yöntemi olarak farmakolojik yöntemler, üçüncü basamak tedavi olarak ise cerrahi tedavi yöntemi kullanılmaktadır (Çakmak ve ark., 2014).

2.6.1. Diyet Tedavisi

Diyet tedavisinde düşük kalorili diyetler tavsiye edilmektedir ve bireylerin aldığı enerjiden daha fazlasını harcaması amaçlanmaktadır. Kilo kaybı sağlanırken diyetin

içeriğinden çok alınan kalorinin azaltılmasına vurgu yapılmaktadır (Gülçelik ve ark., 2007). Bireyin beslenme alışkanlıklarına, fiziksel aktivitesine, komorbiditelerine, daha önceki diyet deneyimlerine ve kültürel özelliklerine göre bireye özgü dengeli ve kalori kısıtlı diyet düzenlenmelidir (TEMD, 2017).

2.6.2. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz

Egzersiz obezite tedavisinde büyük önem arz etmektedir. Kişinin aldığı kalori miktarının artmamasına karşın, fiziksel aktivite düzeyinde azalma olmamasının kilo alımını tetiklediği düşünülmektedir (Akkurt, 2012). Düzenli beslenme ile beraber yapılan düzenli egzersizin kilo kaybının sağlanmasına, kas kütlesinin korunmasına, ideal beden kitle indeksinin sağlanmasına yardımcı olduğu belirtilmektedir (Kayar ve ark., 2013; Kokino ve ark., 2006). Jakicic (2005) göre egzersiz ve diyet tedavilerinin birlikte uygulandığı yöntemlerde kilo kaybının daha uzun süre etkili olduğu saptanmıştır. Egzersiz obezite ilacı kullanan hastalarda da tedavinin bir parçası olması gerektiği savunulmaktadır. Bariyatrik cerrahi sonrası aerobik egzersizlerle beraber ağırlık kaldırma egzersizlerinin yapılması yağsız vücut kitlesinin kaybını azaltmada etkili bir yöntemdir (Akkurt, 2012).

2.6.3. Davranış Değişikliği Tedavisi

Obezite tedavilerinde asıl hedef vücut ağırlığının, boya göre olması gereken düzeye indirilmesi olurken, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi devam ettirme gibi kalıcı davranış değişikliklerin sağlanması da bir o kadar önem arz etmektedir. Obezitenin davranış değişikliği tedavisi; obeziteye neden olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili istenmeyen davranışları, istenen davranışlarla değiştirmek veya istenmeyen davranışları azaltmak ayrıca istenen davranışları pekiştirerek "yaşam tarzı" haline gelmesini sağlamak amacıyla uygulanan bir tedavi biçimidir (Oğuz ve ark., 2016).

2.6.4. Farmakolojik Tedavi

BKİ >30 kg/m² olup diyet, egzersiz ve davranış değişikliği uygulamaları denendiği halde kilo kontrolü sağlanmayan olgularda, BKİ 27-29.9 kg/m² düzeyinde olup komorbiditeleri (tip 2 diyabet, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık, hipertansiyon, dislipidemi) olan hastalarda, BKİ 25-29.9 kg/m² arasında olup bel çevresi; erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm veya üzerinde olan kişilerde farmakolojik tedavi uygulanabilmektedir. Obezite ilaçları kilo kaybı programlarında asla birincil

olmayıp hemen hemen her zaman tamamlayıcıdır (TEMD, 2017; Altunkaynak ve Özbek, 2006). İlaç tedavisinin tek başına kalıcı bir etkisi yoktur. İlaç tedavisi kesildikten sonra tekrar kilo alımı ortaya çıkabilir (Adaş ve ark., 2014; Bayraktar, 2010). Buna rağmen günümüzde kullanımı hala devam etmektedir. Ülkemizde kullanımına izin verilen tek ilaç orlistattır (Akkurt, 2012).

2.6.5. Cerrahi Tedavi

Morbid obezitenin ilaç, diyet, fiziksel aktivite veya bilişsel-davranışsal terapiler ile kalıcı olarak tedavi edilmesi neredeyse olanaksızdır. Bu yöntemlerin uygulanmasından kısa süre sonra kaybedilen kiloların tekrar alındığı gözlenmiş olup, her başarısız deneyim kişinin psikolojik durumunu bozmakta ve “Yoyo etkisi” denen bir etki ile kaybedilen kiloların her seferinde fazlasıyla geri alınmasına ve metabolizmanın giderek bozulmasına neden olmaktadır (Atila, 2014). Bu yöntemlerde istenilen başarı sağlanamaması üzerine 20. yüzyılın ortalarından itibaren bariatrik cerrahi yöntemleri alternatif bir tedavi olarak uygulanmaya başlanmıştır (Anuk ve ark., 2017).

2.7. Bariatrik Cerrahi

Bariatrik terimi, Yunanca kelimeler baros (yani, ağırlık) ve iatreiadan (yani tıbbi tedaviden) gelir (Ide ve ark. 2008). Bariatrik cerrahi önemli derecede kilo vermenin ve verilen kiloların korunmasında etkili bir tedavidir (Fencl ve ark. 2015; Ide ve ark. 2013). Cerrahi tedavi hariç obezite tedavileri, genellikle uzun süreli kilo kontrolünde etkisizdir. Morbid obezite tedavisi hem kilo kaybı sağlayarak ölüm riskini azaltır hem de obezite ile ilişkili yandaş hastalıkları olan kişilere yararlar sağlayarak hastalıkların düzelmesini sağlar (Neil ve ark., 2015; Chang ve ark., 2014; Ferreira ve ark., 2014). Bariatrik cerrahi metabolik bozuklukların tedavisinde de etkilidir. Bu yüzden “bariatrik ve metabolik cerrahi” terimi olarakta kullanılabilir.

2.7.1. Bariatrik Cerrahi Endikasyonları

Bariatrik cerrahi her hastaya uygulanamamakta ve yapılabilmesi için bireyde bazı endikasyonların olması gerekmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health), NIH 1991 yılında bu kriterleri;

- BKİ >40 kg/m² olması veya
- BKİ>35 kg/m² ile birlikte; tip 2 diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, uyku apnesi gibi ek bir hastalık olması,
- Cerrahi dışı tedavilerin başarısız olması,
- Alkol ve ilaç bağımlılığının olmaması,
- Ameliyat riskinin kabul edilir olması,
- Hastanın motivasyonunun iyi olması, ameliyatı biliyor olması,
- Kontrolsüz psikotik ve depresif bozukluğun olmaması,
- Aile ve sosyal çevre desteğinin yeterli olması olarak belirlemiştir.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği ise obezite cerrahisinin endikasyonlarını;

- BKİ>40 kg/m² olması veya
- BKİ>35 kg/m² ve obezite ile ilişkili komorbiditelerin (tip 2 diyabet, obstrüktif uyku apne sendromu, ciddi hipertansiyon vb.) olması,
- Tıbbi tedavi ve yaşam biçimi değişiklikleri ile kilonun kontrol edilememesi
- Cerrahi dışı yöntemlerin daha önce uygulanması fakat başarısızlıkla sonuçlanması olarak belirlemiştir (TEMED, 2017).

2.7.2. Bariatrik Cerrahi Yöntemleri

Bariatrik cerrahi ameliyatları üç grupta toplanabilmektedir. Bunlar; restriktif (kısıtlayıcı) ameliyatlar, malabsorbsiyon (emilimi bozan) ameliyatlar ve hem kısıtlayıcı hem de emilimi bozan ameliyatlardır. Bariatrik cerrahide restriktif yöntemler, Vertikal Bantlı Gastroplasti (VBG), Ayarlanabilir Gastrik Band (AGB), gastrik balon ve sleeve gastrektomi; malabsorptif yöntemler, duedonal switch ile birlikte olan veya tek başına biliyopankreatik diversiyon (BPD); hem restriktif hem de malabsorptif yöntemler ise Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB)'dir. Bu yöntemler ile amaç malabsorsiyona yol açarak ya da gıda alımını kısıtlayarak kilo kaybını sağlamaktır (Petcu, 2017; Hwank ve ark., 2016; Yüksel, 2016).

2.8. Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı

2.8.1. Bariatrik Cerrahide Preoperatif Hemşirelik Bakımı

Ameliyat öncesi dönemde hemşirelik bakımı; hasta kabulü, hastanın tanılanması, destek sistemlerinin belirlenmesi (aile, arkadaş vb.) ve hastanın/ailesinin eğitimini kapsmalıdır. Ameliyat öncesinde verilecek olan nitelikli hemşirelik bakımı ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların azaltılması, hastanın yeni yaşam biçimine uyumunu kolaylaştıracaktır (Barth ve Jenson, 2006). Brandenburg ve Kotlowski (2005), hastaların, ameliyat sonrası yaşam değişimlerine uyum göstermelerini sağlamada, ameliyat öncesi 6 haftalık davranış değişim programının etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Bakım, eksiksiz ve doğru bir değerlendirme ile başlar. Ameliyat öncesi hemşire hastanın tıbbi öyküsünü ve fizik muayene sonuçlarını gözden geçirmelidir (Neil, 2013). Hemşire hastanın yaşı, boyu, kilosu, BKİ, cilt durumu, beslenme durumu, alerjileri ve diyabet hastaları için glikoz değerleri hakkında bilgi almalıdır. Hastanın aldığı vitaminleri de içeren kapsamlı bir ilaç öyküsü de önemlidir (Goritz ve ark., 2014; Neil, 2013; Ide, 2008). Ameliyat öncesi hastalar gastrointestinal sistem, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem yönünden değerlendirilmelidir (Ide ve ark., 2008). Ayrıca hastanın kilo kaybına ilişkin beklentileri de değerlendirilmelidir çünkü hastalar fazla kilolarını kaybetmek için gerçekçi olmayan beklentiler içine girebilirler ve bu gerçekçi olmayan beklentiler ameliyat sonrası mental sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Homer ve ark., 2015; Goritz ve ark., 2014; Usta ve Çavdar, 2013). Psikiyatri hekimi tarafından, hastanın cerrahi için gerçekçi hedefleri olup olmadığı ve bariatrik cerrahiden sonra gerekli olan yaşam boyu tıbbi takibe bağlı olup olmaması ile ilgili pek çok psikolojik faktörü değerlendirilmelidir (Ide ve ark., 2008). Hemşireler, bariatrik cerrahisi geçiren hastaların, yeterli kilo vermelerini engelleyen psikolojik veya sosyal faktörlere sahip olabileceğini bilmelidirler (Neil, 2013).

2.8.2. Bariatrik Cerrahide Postoperatif Hemşirelik Bakımı

Hemşireler, bariatrik cerrahi sürecinin her aşamasında ve uzun süreli takibinde önemli bir rol oynar (McKee ve Tassinari, 2006). Morbid obezite cerrahisi sonrası hastalar yoğun bakıma alınabilir (Ide ve ark., 2008). Uyku apnesi, ciddi astım, konjestif kalp yetmezliği gibi eşlik eden sorunları olan hastalar kardiyopulmoner monitörizasyon için birkaç gün yoğun bakım ünitesinde kalabilirler. Hastaların düzenli olarak yaşam

bulguları izlenmeli, komplikasyonlar açısından değerlendirilmeli, cilt ve yara bakımı sağlanmalıdır. Hemoraji ve anastomoz kaçağı gibi komplikasyonların belirti bulgularından olan taşikardiye karşı dikkatli olunmalıdır (Koçaşlı ve Öztekin, 2010).

Morbid obezite hastaların aspirasyon ve atelektazi olma riski yüksektir (Ide ve ark., 2008). Bunu önlemek için hemşire hastalara spirometreyi istekli bir şekilde kullanabilmeleri için teşvik edilmelidir ve derin solunum ve öksürük egzersizlerini yaptırmalıdır. Diyafragmadaki karın içi basıncı azaltmak ve tidal volümü düzeltmek için yatağın başı 30°-45° yükseltilmelidir (Dolgun ve Yavuz, 2010).

Genel popülasyonla karşılaştırıldığında, morbid obezite olan hastalar, immobilité komplikasyonları için daha yüksek risk altındadır. Postoperatif hareketsizlik derin ven trombozu, pulmoner emboli, solunum yetmezliği ve bozulmuş cilt bütünlüğüne yol açabilir (Barth ve Jenson, 2006). Bunun yanı sıra ağrı yönetimi etkin bir şekilde yapılmalıdır (Patil ve Malender, 2015). Hasta derin ven trombozu riski yönünden yakından izlenmeli ve ameliyat öncesi eğitimi verilen ROM egzersizlerini yapması ve antiembolik çoraba uyumu için hasta desteklenmelidir.

Ameliyat sonrası enfeksiyon riskine karşı hemşire dikkatli olmalıdır. Hastada tüp, kateter ve dren varsa her 2 saatte bir değerlendirilmelidir. Hasta mobilize olana kadar üriner kateteri çıkarılmamalıdır, aldığı çıkardığı takibi yapılmalı ve bu süreçte üriner sistem enfeksiyonu belirti ve bulguları yönünden izlenmelidir (Aygin ve Açıl, 2015; Kocaşlı ve Öztekin, 2010). Yağ dokusuna yetersiz kan temini, aşırı nem ve yara çevresindeki cilt kıvrımlarında bakterilerin birikmesi yaraların oluşmasına enfeksiyon oluşumuna zemin hazırlayabilir (Ide ve ark., 2008). Ameliyattan sonraki 4-7. günler arasında ortaya çıkan ateş yara yeri enfeksiyonunu düşündürmelidir.

Hastalar genellikle 4-5 günde taburcu edilmektedirler (Usta ve Çavdar, 2013). Hastanın anastomoz yerinden kaçak olup olmadığı anlaşılncaya kadar ağızdan bir şey verilmemelidir. Taburcu olmadan önce hastalara anastomoz kaçağı testi yapılır. Hastaya günde 6-10 kez 30'ar ml açık sıvı verilir. Daha sonra ameliyat sonrası erken dönemde her 2 saatte bir 30 ml olacak şekilde su ve şekersiz sıvılar verilir (Aydın ve Bulut, 2014). Bariatrik cerrahi hastaları uzamış kusma, dumping sendromu, diyare, malnütrisyon, dehidratasyon ve protein, vitamin ve mineral eksiklikleri dahil olmak üzere komplikasyonları önlemek veya tedavi etmek için sağlık ekibinin uzun süreli

takibini gerektirir (McKee ve Tassinari, 2006). Beslenme yetersizlikleri postoperatif dönemin en sık komplikasyonlarından. Yağ depolarını enerji için harekete geçemediğinden dolayı vitamin eksiklikleri ortaya çıkar; vücut yerine protein kullanır böylece protein malnütrisyonu meydana gelir. Besin eksikliklerini ve komplikasyonlarını önlemek için demir, B₁₂, folat, kalsiyum ve mineralli multivitamin içeren yaşam boyu takviye alınması gereklidir. Hemşireler, beslenme ve taburculuk sürecinde bireylere sağlanan destek ihtiyacının yanı sıra uyumu değerlendirmek için beslenme kurallarını gözden geçirmeli, diyet kısıtlamalarının eğitimi ve güçlendirilmesini sağlamalıdır (McKee ve Tassinari, 2006).

2.8.3. Taburculuk Eğitimi

Bariatrik cerrahi sonrası uzun süreli başarı, hastaların ameliyat sonrası kilo kaybını nasıl destekleyeceği ve bu hedefe ulaşmak için yapmaları gereken yaşam tarzı değişiklikleri konusunda iyi eğitilmiş olmalarına bağlıdır (Andris, 2005). Hastalara ameliyat sonrası başarıyı kolaylaştıracak yaşam tarzı değişikliklerine teşvik etmek için kapsamlı eğitim sağlanmalıdır (Petcu, 2017). Multidisipliner ekibin bir üyesi olarak hemşire, komplikasyonları önlemek, iyi oluşu belirlemek ve hastanın yeni yaşam tarzına uyum sağlamasına yardımcı olmak amacıyla, bakım ve sağlık eğitimi sağlamalıdır (Ferreira ve ark., 2014).

Hasta eğitimi, başarılı ve güvenli kilo kaybı için zorunludur ve eğitim diyet, vitamin, mineral desteği buna ek olarak yaşam tarzı değişiklikleri ile beklenen kilo kaybı, obezite ile ilgili hastalıkların düzelmesi ile ilgili bilgi içermelidir (Petcu, 2017; Andris, 2005). Davranış değişikliği eğitimlerinde bireyi anlaması, empati kurabilmesi, kararı uygularken yaşadığı sorunlarda destek sunabilmesi, bireyi başaracağına ikna edebilmesi, başarma inancının ve güven duygusunun gelişmesinin sağlanmasında hemşire anahtar rol oynamaktadır (Tedik, 2017).

Postoperatif takipler ameliyat sonrası ilk ayda ve daha sonra üç, altı ve 12 aylık aralıklarla gerçekleşir. Bundan sonra, hastaların yıllık kontrolleri vardır (Neil, 2013; Voelker, 2004). Hastalar bu süreçte oldukça özel bir diyet programına alınmakta ve bu programa uyumları zaman almaktadır. Ameliyattan sonraki ilk 3 ila 6 ay boyunca metabolik ortamdaki değişiklikler nedeniyle bireyler genellikle aç değildir ve bu zaman daha sağlıklı bir beslenme şekli oluşturmak ve güçlendirmek için en uygun zamandır.

Genelde hastaların diyet düzeni, taburculuk sonrası iki hafta boyunca tam sıvı tüketiminden oluşur. Bundan sonra, hasta yumuşak katılar ile ilerler ve sonra yavaş yavaş tam bir düzenli diyet girer (Ide ve ark. 2008). Beslenme düzeninin yanı sıra besin eksikliklerini ve komplikasyonlarını önlemek için demir, A ve E, B₁₂, folat, kalsiyum ve mineralli multivitamin içeren takviye gereklidir (Goritz ve ark., 2014; Hussain ve El- Hasani, 2013; McKee ve Tassinari, 2006). Hasta katı gıda alımına başlayıncaya kadar vitamin desteklerini çiğnenebilen tabletler ya da sıvı şeklini kullanmalıdır (Usta ve Çavdar, 2013). Hastalar yaşam için multivitaminleri almalı ve başlangıçta her üç ila altı ayda bir kan tahlillerini kontrol ettirmelidir (Green, 2012). Hipoalbüminemi önlemek için hastaların günde yaklaşık 60g ila 120g protein almaları gerekmektedir (Goritz ve ark., 2014; McKee ve Tassinari, 2006). Postoperatif dönemde bulantı, kusma, karın ağrısı ve kabızlık yaygın postoperatif şikayetlerdir (Ide ve ark., 2008). Mide hacminin küçültülmüş olmasından dolayı fazla miktarda yemek yemenin bulantı ve kusmalara yol açabileceği bu nedenle sık sık ve küçük miktarlarda beslenmesi gerektiği bilgisi verilmelidir (Barth ve Jenson 2006; Voelker 2004). Sıvı alımının zamanlaması da bulantıların önlenmesinde önemlidir. Sıvı tüketimi öğünler arasında yudum yudum olmalıdır. Hastalar yemekleriyle birlikte ya da yemek zamanına yakın sıvı alırsa, bulantı veya kusma yaşayacaklardır. Bulantı ve kusma susuz kalmanın da neden olduğu değil, aynı zamanda çok hızlı yemek yiyerek, aşırı yeme, yemek yedikten hemen sonra yatarak, yağ ve şekerli gıdaları tüketerek tetiklenebilir (Andris, 2005). Asitli, şekerli, yüksek karbonhidratlı yiyecek ve içeceklerden uzak durulmalıdır (Goritz ve ark., 2014). Yemekten sonra pozisyonun 30 dakika dik konumda tutulmasının yararlı olacağı da hastalara söylenmelidir (Usta ve Çavdar, 2013). Dumping sendromunu önlemek için ara öğünlerde alınan gıdalar şekerli ve fast-food tarzında olmamalıdır, yemek sırasında sıvı tüketimi olmamalıdır ve her öğünden önce ve sonra 15 dakikaya kadar sıvı alımı olmamalıdır. Yemekler yirmi dakikalık bir süre boyunca yavaş yavaş yenmeli ve tamamen çiğneme odaklı olmalıdır. Bu durum hastaların midelerinin dolu hissetmelerini ve kendilerini tatmin etmelerini sağlar (Doolen ve Miller, 2005). Hastanın ameliyat sonrası dönemde kısıtlayıcı diyetini eksiksiz anlaması, iyileşme sürecinde ve gelecek yaşamında olumlu sonuçlar yaratacaktır (Koçaşlı ve Öztekin, 2010).

Ameliyat öncesi ve sonrası fiziksel aktivite yapılması başarılı ameliyat sonuçları, sağlıklı yaşam tarzı, planlı kilo kaybı ve beden imajı için önemlidir (Goritz ve ark., 2014; Koçaşlı ve Öztekin, 2010). Egzersiz planına ameliyat öncesi dönemde başlanmalı, taburculukta da devam edilmelidir. Hasta aktiviteye önce günde 30 dakika yürüyüş, asansör yerine merdiven kullanma gibi yavaş egzersizlerle, sonrasında günde 1 saat yüzme, aerobik, bisiklete binme gibi daha tempolu egzersizlerle devam etmelidir (Koçaşlı ve Öztekin, 2010; Voelker, 2004). Kilo kaybı ve düzenli egzersiz ile birlikte hastalarda var olan solunum sıkıntılarının azaldığı belirtilmiş olup, zamanla uykularının da düzene girdiği saptanmıştır. Tekrar kilo alımının önlenmesinde uzun vadeli düzenli fiziksel aktivite planlanması önemlidir (King ve Bond, 2013). Ağır fiziksel aktivite ve yoğun stres içermeyen işlerde çalışan bireyler yaklaşık on gün içerisinde de işe başlayabilmektedir. Kilo kaybı, postoperatif olarak genellikle yaklaşık 18 ve 24 ayda maksimum seviyesine ulaşır (Voelker, 2004). Bu nedenle gebelik ve vücut sarkmalarına karşı estetik önerileri de en az 12 ay beklemeyi içerir (TEMD, 2018; Goritz ve ark., 2014).

Hastaların psikolojik uyumları zaman alan bir süreçtir. Çoğu hastalar, sağlık durumlarını geliştirme, enerjilerini ve öz güven duygularını artırma, gıda konusunda otokontrollü olma yönünde olumlu düşüncelere sahip olmakla birlikte yeni imajlarına uyum sağlamada, sosyal ve psişik durumlarının değişime uğraması konusunda güçlük çekmektedirler. Bariyatrik cerrahiye takip eden taburculuk döneminde hastaların uyum sürecini kolaylaştırmak için destekleyici gruplar oluşturulabilir (Barth ve Jenson 2006; Harrington, 2006; Voelker, 2004).

Sonuç olarak, obezite cerrahisinde preoperatif ve postoperatif hemşirelik bakımlarının yanı sıra, bireysel farklılıklar göz önüne alınarak bireyselleştirilmiş, özel, bütüncül bir bakımın ve tüm bunlara yönelik eğitimlerin verilmesi hastaların ameliyat sonrası sürece ve yeni hayatlarına uyum sağlamaları için büyük bir önem arz etmektedir.

2.9. Hemşirelikte Model Kullanma

Model onu ifade eden durumları anlamamıza yardımcı olan bir kavramdır ve soyut ve somut olmak üzere ikiye ayrılır. Hemşirelikte kullanılan hemşirelik modelleri soyuttur (Velioğlu, 1999). Hemşireliğe özgü bilginin geliştirilme yollarından birisi hemşirelik

modellerinin bakımda kullanımı ve araştırmalarla test edilmesidir (Şimşek ve Sarıkaya, 2015). Her bir kavramsal model/kuram hemşirelik disiplinine y6nelik farklı bir bakış a6ısını yansıtır. Modeller hemŐireye veya araştırmacıya farklı bir yol haritası, 6er6eve ve y6ntemsel kurallar sunarak uygulama, araştırma, eēitim ve y6netimde hemŐireye yol g6sterir (Şimşek ve Sarıkaya, 2015; İnan ve ark., 2013). Ayrıca bu modeller hemşirelik uygulamaları i6in bilimsel bir temel olarak hemşirelik bilgi i6eriēinin daha sistematik Şekilde geliŐmesini saēlar ve bakıma pratik yaklaşımlar getirir; 66nk6 hemşirelik s6reci ‘veri toplama, tanılama, planlama ve deēerlendirme aŐamalarında’ ‘nasıl’ sorusuna yanıt verirken, modeller ‘ne olduēu’ sorusuna yanıt vermektedir (Şimşek ve Sarıkaya, 2015; Velioēlu, 1999).

Hemşirelik modelleri olmadan hemşirelik s6recini kullanmanın, bakım uygulamalarını a6ıklamakta yeterli olmadıēı ve uygulamaları iş merkezli 6alıŐma haline getirdiēi belirtilmektedir. Bu nedenle de hemşirelikte ilk kuramsal 6alıŐmalar, daha etkili bakım verebilmede bir gereksinim olarak ortaya 6ıkmıŐtır.

2.10. Roy Adaptasyon Modeli (RAM)

Sister C. Roy 1939 yılında Los Angeles’te doēdu. 1963 yılında ‘Mount Saint Mary’s College’de hemşirelikte lisans, 1966’da ise ‘University of California’da pediatri hemŐireliēi dalında y6ksek lisans eēitimini tamamlamıŐtır. Daha sonra aynı 6niversite sosyoloji eēitimine baŐlayarak 1977’de sosyoloji konusunda doktora derecesini almıştır. Y6ksek lisans eēitimi yıllarında Dorothy E. Johnson’u 6rnek almıŐ ve kuramını geliŐtirmeye baŐlamıŐtır. Roy pediatri hemŐiresi iken 6ocukların 6abuk iyileşme yeteneēi olduēunu, temel fiziksel ve psikolojik deēiŐikliklere karşı kolay adapte olabildiklerini fark etmiştir. HemŐireliēi bilimsel ve h6manistik bir meslek olarak kabul eden Roy 6alıŐmalarında hemşirelik ile birlikte n6rolojik bilimlerle ilgili konulara da yer vermiştir. İnan varlıēını deēerli olduēuna doēuŐtan gelen yeteneklere ve amaca sahip olduēuna inanmıŐtır. Hemşirelik hakkındaki inan6larını ifade etmek ve 6alıŐmalarına bunu daha 6ok yansıtabilmek adına 1964-1966 yılları arasında modelin temel kavramlarını oluşturmuştur. Adaptasyon Modeli 6zerine ilk yayını 1970 yılında 6ıkmıŐtır (6atal ve Dicle, 2014; Phillips ve Harris, 2013; Velioēlu, 2009).

Kuramını geniŐletirken, Henry Heldson’un Adaptasyon Kuramından (1964) Genel Sistem Kuramı ile Selye’nin Adaptasyon Kuramından; h6manistik deēerlerden,

Dorothy Johnson ile birçok farklı disiplindeki bilim insanlarının kuram ve kavramlarından yararlanmışır (Çatal ve Dicle, 2014; Phillips ve Harris, 2013; Velioğlu, 1999).

2.11. Modeldeki Tanımlar

2.11.1. Sistem

Sistem; girdi (uyaran), çıktı (davranış), kontrol ve geri bildirim süreçlerini içeren, bir bütün oluşturmak için bir araya gelmiş, birbirleriyle bağlantılı parçalar kümesidir. Modelde “sistem” insan, aile, grup ya da toplumdur. İnsan adaptif sistem içerisinde uyandır. Uyarılara doğru yanıtın verilmesini sağlanması başat mekanizmaları ile sağlanır. Uygun yanıt dört adaptasyon biçimindeki (fizyolojik adaptasyon biçimi, benlik kavramı adaptasyon biçimi, rol fonksiyonu adaptasyon biçimi, karşılıklı bağımlılık adaptasyon biçimi) davranışlardır (Pektekin, 2013; Phillips ve Harris, 2013).

2.11.2. Adaptasyon

Roy’a (2011) göre adaptasyon, “düşünen ve hisseden insanın, bireysel olarak veya grup halinde, çevre ile bütünleşme sağlamak için bilinçli seçimlerini ve farkındalıklarını kullanarak elde ettikleri süreç ve sonuç olarak tanımlanır. Roy’a göre adaptasyonun amacı çevreyle bütün bir hal içinde olabilmektir ve adaptasyon, en iyi düzeyde sağlık, iyilik hali, yaşam kalitesi ve saygın bir ölüm sağlar. Adaptasyonu (1) Uyarıların toplamı; (2) Adaptasyon düzeyi belirler (Uzun, 2017; Velioğlu, 1999).

2.11.3. Adaptasyon Düzeyi

Roy 1991 yılında “kişinin herhangi bir durumda olumlu olarak cevap verme yeteneğini gösteren değişme noktası” olarak tanımlamıştır. Olumlu olarak cevap verme durumu üç uyaran tipine ve bu uyarıların kişi üzerindeki o anlık etkisine bağlıdır (Vicdan, 2014). Kişinin iç ve dış çevresi uyum düzeyini belirler ve adaptasyon düzeyi uyarıların miktarına buna ek olarak kişinin baş etme mekanizmalarına göre sürekli değişir (Dixon, 1999).

2.11.4. Uyarın

Roy (2011) fokal (odak), kontekstüel (bağlamsal), rezidüel uyarınlar olmak üzere uyarınları üç gruba ayırmıştır (Punjani, 2013). Fokal uyarınlar kişinin aniden karşılaştığı ve tepki verdiği internal ve eksternal uyarınlardır. Kontekstüel (bağlamsal) uyarınlar; bir olay ya da durum nedeniyle oluşan koşullara bağlı uyarınlardır. Fokal uyarınların neden olduğu ve bireyin davranışına eşlik eden uyarınlar olup, fokal uyarının etkisini değiştirir. Rezidüel uyarınlar; kişinin geçmişteki deneyimleri, inançları, alışkanlıkları, tutumları ile ilgilidir (Azarmi ve Farsi, 2015; Ursavaş ve ark., 2014; Pektekin, 2013; Roy, 2011; Burkner ve ark., 2006)

2.11.5. Başatme Süreçleri

Roy doğuştan olan ya da sonradan kazanılan başaçıkma mekanizmalarını kognatör (bilişsel) alt sistem ve regülatör (düzenleyici) alt sistem olarak açıklamıştır (Menekli ve ark., 2017; DeSanto-Madeya). Kognatör (bilişsel) alt sistem daha çok dikkat, hafıza, öğrenme, karar verme, savunma durumları ile ilgilidir ve bireye özgüdür. Regülatör (düzenleyici) alt sistem, nöral, kimyasal ve endokrin başaçıkma mekanizmaları ile otomatik olarak düzenlenir ve bireye özgü değildir (Uzun, 2017).

2.11.6. Adaptasyon Biçimleri

2.11.6. 1. Fizyolojik Adaptasyon Biçimi

Fizyolojik gereksinimler, insanın temel gereksinimlerinden olup çevreden gelen uyarınları fiziksel bir varlık olarak yanıtılma şeklidir. Bireyin, tüm hücre, doku, organ ve sistemlerden kaynaklanan beş temel fizyolojik gereksinimleri vardır: Oksijenlenme, beslenme, boşaltım, aktivite, dinlenme ve korunma. Bu gereksinimlerin karşılanmasını sağlayan dört düzenleyici süreç bulunmaktadır. Bunlar; sıvı, elektrolit, asit-baz dengesi, nörolojik fonksiyon, endokrin fonksiyondur. Yaşamsal bulgular fizyolojik adaptasyon biçiminin göstergeleridir (Ursavaş ve ark., 2014; Phillips ve Harris, 2013; Kaur ve Mahal, 2013)

2.11.6. 2. Benlik Kavramı Adaptasyon Biçimi

Roy'a (2009) göre, bu adaptasyon biçimin esas sorusu "İnsan kendisini nasıl görüyor?"dur. İnsanın kendisini gördüğü iç algı kadar dış çevrenin insanı nasıl gördüğü algısı da birey için önemlidir. Bu adaptasyon biçiminin temel amacı bireyin psikolojik ve spiritüel bütünlüğünü sağlamak ve korumaktır (Ordin, 2013). Benlik kavramı fiziksel benlik ve kişisel benlik olmak üzere ikiye ayrılır ve iç ve dış çevre uyaranlara göre benlik kavramı değişebilir. Fiziksel benlik bireyin kendi vücudu hakkında hakkındaki algı, duygu, deneyim ve düşüncelerini kapsar. Kişisel benlik bireyin ideallerini, davranışlarını, ahlaki değerlerini ve bireysel standartlarını kapsar (Uzun, 2017; Veliöğlü, 1999).

2.11.6. 3. Rol Fonksiyon Adaptasyon Biçimi

Rol ilişki kurmanın bir aracıdır. Rol fonksiyonu modunun altında yatan temel gereksinim, bir bireyin davranışı sergileyebilmesi için kişinin başkalarıyla olan ilişkisinde kim olduğunu bilme gereksinimidir (Uzun, 2017).

Roller; yaş, cinsiyet ve gelişime bağlı olan birincil (primer) rol (kadın, erkek gibi bireyin yaşamının önemli bir periyodu boyunca birey tarafından gerçekleştirilen davranışların çoğunluğunu belirleyen roldür. İkincil (sekonder) roller, bir bireyin birincil rol ve gelişimsel evreyle ilişkilendirilen, diğerleriyle ilişkiler yoluyla kazanılan ve kalıcı hale getirilmiş olan eş, anne, öğretmen gibi rollerdir. Üçüncül roller ise, temelde ikincil rollerle ilişkilidir ve herhangi bir yerde, belirli bir süre içinde geçerli olan rollerdir. Bireyin okul müdürü olması bu role örnek olarak verilebilir (Uzun, 2017; Pektekin, 2013; Roy, 2011).

Bir kişinin üstlendiği ana roller, bir ağacın yapısını hayal ederek analiz edilebilir. Ağacın gövdesi, üretken yetişkin bir kadın misali, bireyin birincil rolü ya da gelişimsel seviyesidir. İkincil rolü, buradan kollara ayrılıyor. Örneğin; eş, anne ve öğretmen gibi. Son olarak üçüncül roller ise, ikincil rollerden kollara ayrılıyor. Örneğin; anne rolü, verilen bir süre zarfında okul aile birliği başkanlığı rolünü içerebilir. Bu rollerin her biri, karşılıklı bir rolle ikili ilişki içerisinde devamlı olarak görülüyor (Veliöğlü, 1999).

2.11.6. 4. Karşılıklı Bağımlılık Adaptasyon Biçimi

İnsanlar arasında yakın karşılıklı ilişkilere dayanan davranışlarla ilişkilidir. Birey bu alanda saygı, sevgi, güven gibi gereksinimlerini karşılayarak psişik bütünlüğü devam ettirmeye çalışır. Karşılıklı bağımlılık adaptasyon biçiminde ilişkilerin korunması ve sürdürülmesi birey ile değer verdiği kişiler ve birey ve destek sistemleri arasındaki ilişki yollarıyla gerçekleştirilir. Roy, bireyin değer verdiği kişilerin sadece ailesi ve çocukları ile sınırlı olmayacağını, ailenin diğer üyeleri, arkadaşları ve diğer tüm canlıların da olabileceğini de belirtmiştir. Bu modun temel ihtiyacı, ilişki bütünlüktür (Uzun, 2017; Velioğlu, 1999).

2.12. Modeldeki Temel Kavramlar

2.12.1. İnsan

İnsan, biyopsikososyal bir varlıktır. Roy'a göre insan hemşirelik hizmetinin alıcısıdır. Uzun'a (2017) göre Meleis (2012) insanın ya da içinde bulunduğu grubun, çevresel değişimlerle sürekli etkileşim halinde olduğunu, insanın sürekli değiştiğini buna karşın sürekli adapte olmaya çalıştığını dolayısıyla çevresindeki değişimlerden etkilediğini ve kendisini de etkilemekte olduğunu belirtmiştir (Uzun, 2017).

Adaptif bir sistem olarak insan, doğuştan ya da sonradan kazanılan baş etme süreçleri içeren düzenleyici ve bilinçli alt sistemleri kullanarak, çevresel uyaranlara dört adaptasyon biçimi ile (fizyolojik adaptasyon biçimi, benlik kavramı adaptasyon biçimi, rol fonksiyonu adaptasyon biçimi, karşılıklı bağımlılık adaptasyon biçimi) olumlu (adaptif) ya da olumsuz (adaptif olmayan) yanıt (davranış) verebilmektedir. Uyumlu yanıt verebilme yeteneği insanların adaptasyon düzeyine göre değişebilmektedir. Birey çevre ile bütünleşebilmek için bilinçli hareket göstermeli ve doğru tercihler yaparak adaptasyon düzeyini artırmalıdır (Uzun, 2017).

Birey olumsuz adaptif olmayan davranışlar gösterirse, davranışların adaptif olmasını sağlayacak hemşirelik bakımına gereksinim duyacaktır. Bireyin adaptif davranışlar göstermesi durumunda ise hemşire bu davranışları sürdürmesi ve geliştirmesine yönelik hemşirelik bakımı planlamalıdır (Uzun, 2017).

2.12.2. Çevre

Roy insanı biyolojik bir varlık olarak görmesiyle birlikte psikososyal bir varlık olduğunu da düşünerek çevre kavramına da önem vermiştir. İnsan sadece fiziksel uyaranlara değil, psikolojik ve sosyal uyaranlardan da etkilenmektedir (Uzun, 2017). Bireyin dış uyaranlar gibi görünür olmayan bu iç uyaranlar ile sürekli etkileşim içinde olduğunu ve bireyi uyum konusunda zorladığını belirtmektedir (Uzun, 2017; Velioğlu, 1999). Çevre adaptif sistemleri uyanlar yolu ile etkilemektedir. Çevre ve insan arasındaki etkileşimin amacı, insan ve çevre arasındaki dengeyi ve gelişmeyi sağlamak yani bütünleşmektir. Roy (2009) göre sağlıklı bir çevre, iyileşmenin anahtarıdır (Uzun, 2017).

2.12.3. Sağlık

Sağlık ya da sağlıklı olma, çevredeki değişen durumlara olumlu tepki verebilme yeteneğidir. Roy sağlığı, “insan ve çevrenin karşılıklı oluşunu yansıtan bütünlük ve bütünleşik olma ve bu hale gelme süreci ve durumu” olarak tanımlamıştır. Bütünlük ve bütünleşik olma durumu ne derece bozulursa bireyin sağlığı da bir o kadar bozulmaktadır. Sağlık ve hastalık bir bireyin hayatında kaçınılmaz durumdur. İnsanın sağlığını da çevre ile arasındaki karşılıklı ilişki belirlemektedir dolayısıyla insan sağlığı çevre ile bağımlıdır. Kişi adaptasyonu sağlıyorsa sonuç sağlık, sağlayamıyor ve başa çıkma mekanizmaları yetersiz kalıyorsa sonuç hastalıktır (Uzun, 2017; Naga ve Al-Atiyyat, 2013; Velioğlu, 1999).

2.12.4. Hemşirelik

Hemşireler, uyum gerçekleşmesi sürecinde önemli bir role sahiptir. Roy’a göre hemşireliğin amacı, adaptif sistemlere girdi (uyaran) sağlayarak ya da uyaranların etkisini değiştirerek adaptasyonu arttırmaktır. Bunun için uygun uyaranları seçmeli ve onlara yönelik olumlu adaptif davranışları arttırmalıdır. Hemşirelik girişimleri arasında, adaptasyonu etkileyen davranışların ve uyaranların değerlendirilmesi (tanılama) bulunmaktadır. Hemşire dört adaptasyon biçimine (fizyolojik adaptasyon biçimi, benlik kavramı adaptasyon biçimi, rol fonksiyonu adaptasyon biçimi, karşılıklı bağımlılık adaptasyon biçimi) göre davranışları ve uyumu etkileyen faktörleri değerlendirir. Tanılamadan elde ettiği bilgiler doğrultusunda, çevresel etkileşimleri artırarak olumlu adaptasyonu teşvik eder. Bunlara ek olarak hemşire, hastanın bilişsel yeteneklerini

kullanarak iç ve dış çevre ile etkin bir şekilde bütünleşmesini sağlamaya çalışır. Etkisiz başatme mekanizmalarını belirleyip bunları azaltarak daha olumlu sonuçlar (çıkıtlar) elde edilmesini sağlar (Uzun 2017; Velioğlu, 1999).

2.13. Roy Adaptasyon Modeli ve Bariatrik Cerrahi

Morbid obezite cerrahisi ciddi bir girişimdir; çünkü bariatrik cerrahi bu işleme giren hastaların yaşadığı bir dizi fiziksel ve psikolojik değişiklikten sorumludur (Sandos ve ark., 2017; Neil ve ark., 2015; Ferreira ve ark., 2014). Roy adaptasyon modeline göre birey dört uyum türüne sahiptir ve dört uyum alanı; fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarıdır (Çatal ve Dicle, 2014). Dört adaptif modun amacı, fizyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüğe ulaşmaktır. Bu dört özellik, birbirine bağlıdır. Hepsinin bütünlüştürülmüş şekli bireyin bağımlılık, bağımsızlık dengesini oluşturur (Velioğlu, 1999).

Bariatrik cerrahi geçiren hastaya hemşirelik bakımı vermek çok önemlidir (Sandos ve ark., 2017). Bariatrik cerrahi sonrası meydana gelen anatomik değişiklikler hastadan daha sağlıklı bir yaşam tarzına (yeme, kilo ve egzersiz ile ilgili psikolojik değişiklikler yapma vb.) geçişi sağlar ve bu yaşam tarzına hayat boyu bağlılığı gerektirir (Neil ve ark., 2015). Roy'un kuramına göre kişinin adaptasyon düzeyi sürekli değişim içindedir ve bütünlüğün tehdit altında olması bireyin uyum çabasına girmesini sağlar.

2.13.1. Fizyolojik Adaptasyon Biçimi

Ameliyat sonrası bireylerin uzun süreli kilo kaybı başarısı için gerekli olan önemli yaşam tarzı değişikliklerin sürdürülmesi, uzun süreli destek ve takip gerekmektedir (Ide ve ark., 2013; Wykowski ve ark., 2013). Postoperatif erken dönemde kontrollerin temel hedefleri beslenme durumunu değerlendirmek, uyumsuz beslenme bozukluklarını belirlemek, potansiyel komplikasyonları değerlendirmek, komorbiditelerin durumunu izlemek, bireyi düzenli egzersize teşvik etmek, kilo kaybının devamını sağlamak ve laboratuvar değerlerini incelemektir (Fencl ve ark., 2015). Düzenli hastane kontrolleri, hastalara egzersize ve diyete odaklanmış sürekli eğitim ve danışmanlık alma olanağı sağlar ayrıca sağlık çalışanlarına hastalarının beslenme ve metabolik durumlarını izleme fırsatı sunar. Kilo takibi, hastanın diyete bağlı kalmasına, düzenli fiziksel aktiviteye ve kilo alımı ile gıda alımının kendi kendine izlenmesine bağlıdır (Andris, 2005).

Bariatrik cerrahi de her birey ve her operasyon tektir, benzersizdir ve bu süreci her birey farklı yaşar (Dizlek ve Çatal, 2018). Hasta adına kişisel sorumluluk gerekli bir bileşendir. Birçok hasta ameliyatı “yeni bir yaşam süresi” olarak görmektedir ve bu bakış açısı gerekli yaşam tarzı değişikliklerini yapmak için hazır olma düzeylerini artırabilmektedir (Andris, 2005). Bir hastanın yaşam tarzı değişikliğine olan bağlılığı sağlık personelinin destek sağlanmasıyla uzun süre sürdürebilir (Andris, 2005). Sağlık profesyonelleri, uyum sürecini sağlamak için hastayı destek gruplarına katılmaları için teşvik etmelidirler ve en önemlisi hasta ile gerçekçi beklentiler oluşturmalarıdır; çünkü hastalar kişisel başarılarını sadece kilo kaybına değil aynı zamanda komorbiditelerin iyileştirilmesine ve alınan ilaçların azaltılmasına da bağlayabilirler (Fencel ve ark., 2015; Neil, 2013; Andris, 2005). Hemşireler, bu bireylerin sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine teşvik ederek, sağlıksız yeme davranışlarını başlatan tetikleyicileri, bunları nasıl değiştireceklerini ve nasıl başa çıkılacağına dair bilgileri öğrenmelerine yardımcı olmalıdır ve takip etmelidir (Fencel ve ark., 2015; Wykowski ve ark., 2013). Kilo kaybını teşvik etmek ve kilo alımını önlemek için hastaya yaşam boyu ihtiyaç duyulan farklı yeme modeline uyma konusunda danışmanlık yapmalıdır (Doolen ve Miller, 2005). En azından, eğitim materyalleri, beslenme paternlerindeki yaşam boyu değişikliklere, olası postoperatif komplikasyonlara (örneğin, dumping sendromu ve dehidratasyon) ve yaşam boyu vitamin ve mineral desteğine duyulan ihtiyacı vurgulamalıdır (McKee ve Tassinari, 2006). Aksi takdirde yeterli eğitimin, tedavinin ve kontrollerin sağlanamaması, diyetle uyumsuzluğa yol açabilir. Diyetle uzun süren uyumsuzluk dehidratasyon, besin yetersizlikleri ve protein yetersizliği ile sonuçlanabilir ve ciddi komplikasyonlara ve hatta ölüme neden olabilir (McKee ve Tassinari, 2006).

Yapılan çalışmalar sonucunda bariatrik cerrahi geçiren hastaların hipertansiyon, koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, derin ven trombozu, obstrüktif uyku apnesi, obezite hipoventilasyon sendromu, tip 2 diabetes mellitus, safra kesesi hastalıkları, gastroözofajiyal reflü, dejeneratif eklem hastalıkları, üriner inkontinans, çeşitli kanser tipleri (kolon, meme, endometriyum, over, prostat) gibi hastalıklarda kilo kaybıyla birlikte fizyolojik anlamda iyileşmeler olduğu saptanmıştır (Ide ve ark., 2008; Yorgancı ve ark., 2007; Hurst ve ark., 2004).

2.13.2. Benlik Kavramı Adaptasyon Biçimi

Hastalar başlangıçta büyük miktarda kilo kaybederler. Kaybedilen kilolar ile birlikte bireylerin beden imajında değişim meydana gelmektedir. Ameliyattan sonraki ilk ayda, hastalar preoperatif ağırlığının yaklaşık % 10'unu ve sonraki 5 ayın her birinde ayda ortalama 4.5-6.5 kg kaybederler. İlk yılın ikinci yarısı boyunca kilo kaybı yavaşlar ve hastalar ilk 6 ayda kaybedilenin yarısı kadar kilo kaybeder. Örneğin, bir hasta ilk 6 ayda 50 kg kaybederse, sonraki 6 ayda ortalama 25 kg kaybetmektedir (Andris, 2005). Hastaların çoğu ilk 2 yıl içinde vücut ağırlığının üçte ikisini kaybeder (Doolen ve Miller, 2005). Yapılan çalışmalara göre kilo veren obez kişilerin beden algısında önemli iyileşmeler olduğu belirtilmiştir (Madan ve ark., 2008; De Panfilis ve ark., 2007). Bunun yanı sıra hızlı verilen kilolardan dolayı bireylerin vücutlarında deri sarkmaları ve saç dökülmeleri meydana gelebilmektedir ve bu durumda beden imajını etkilemektedir. Birçok hastanın ameliyat sonrası beden imajıyla ilgili sıkıntısı azalsa da bazı hastalar aşırı kilo vermeye bağlı olarak oluşan deri sarkmalarından şikayetçi olabilmektedir (Sevinçer ve ark., 2014). Bariatrik cerrahi sonrası saç dökülmesi ise genellikle ameliyat sonrası üçüncü ve altıncı aylar arasında ortaya çıkar ve 6 ila 12 ay veya daha fazla sürebilir. Birey vitamin ve mineral supplementlerini önerildiği şekilde ve dozda kullanmamışsa, sıvı-yumuşak-katı diyet geçişlerinde zorlanmış ve uzun süre tolerasyon problemi yaşamışsa, yeterli protein alamamışsa ciddi saç dökülmesi ile karşı karşıya kalabilmektedir (Faria ve ark., 2010; Voelker, 2004). Ameliyat sonrasında düşük benlik saygısı, düşük düzey fiziksel aktivite, yetersiz takip desteği, uyum bozucu yeme tarzının kiloların geri alımı ile ilişkili durumlar olduğu belirtilmiş olup uyumsuz davranışlarda bulunan hastaların ameliyattan sonraki 18-24 aylık dönemde tekrar kilo almaya başlayabileceği ifade edilmiştir (Lauti ve ark., 2016; Wykowski ve ark., 2013; Livhits ve ark., 2011). Kilo kaybı beklentileri karşılanmadığında, hastalar depresyon ve diğer psikososyal sonuçlar için risk altındadır (Doolen ve Miller, 2005).

Obez hastaların birçoğu fazla kilolarından dolayı düşük benlik saygısına sahiptir ve sosyalleşmeyi azaltmıştır (Barth ve ark., 2006). Bariatrik cerrahi geçiren morbid obezite hastalarının bakımında karşılaşılan en büyük zorluklardan biri de ortaya çıkan psikososyal ihtiyaçlardır. Bireyler, değişen bedeni ve vücut imajıyla ilgilenmek için psikiyatrik yardıma, tutarlı duygusal desteğe ve cesaretlendirilmeye ihtiyaç duyarlar (Ide ve ark., 2013; Barth ve ark., 2006; Doolen ve Miller, 2005). Yaşadığı stres ile başetmek için kullandığı etkin olan/olmayan başetme mekanizmaları belirlenip,

kullandığı olumlu başetme yöntemleri desteklenmelidir. Bireyin yaşadığı stres ile başetmesini engelleyen faktörler tanımlanmalıdır. Bireyin duygularını, kendini nasıl algıladığını ve kendi bakış açısını ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir. Soru sorması için desteklenmelidir (Güler ve ark., 2009). Ameliyat sonrası yaşam tarzı ve diyet değişikliklerini yönetmek için hastalar duygusal olarak hazır olmalıdır. (Andris, 2005). Psikolojik destekleyici bakım eğitim, davranış terapisi, danışmanlık ve destek gruplarını içerir. Bu yaklaşım preoperatif dönemde başlar, uzun süreli postoperatif bakım ile devam eder.

2.13.3. Rol Fonksiyon Adaptasyon Biçimi

Ameliyat öncesi fazla kilolardan dolayı, ameliyat sonrası ise değişen yaşam tarzı ile birlikte hastalar rollerini yerine getirmede uyum sorunları yaşayabilmektedir. Hemşire bu konuda anahtar rol almaktadır ve bireyin sosyal yaşamında, meslek hayatında ve ailedeki rollerinde yaşadığı değişiklikleri değerlendirmelidir. Postoperatif dönemde hastalar, sosyal ve iş fonksiyonlarını yerine getirirken değişen yaşam tarzı nedeniyle zorlanabilirler. Aile, arkadaşlar ve iş arkadaşları, ameliyat sonrası bireylere şekilde rahatsız edici şekilde farklı tepki gösterebilirler (Voelker, 2004).

Obez bireyler kilolarından kaynaklı her işte çalışmamaktadır ve çalışma hayatlarında ayrımcılıkla karşılaşmaktadır. Örneğin; güvenlik güçleri, itfaiye birimleri ve havayolları obez bireyleri işe almamaktadır veya işten çıkarmaktadır (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Hastaların ameliyat olmadan önceki zamanlarda karşılaştıkları damgalanma, utanç ve sağlık algısı gibi durumların, ameliyat sonrası dönemde beklentilerini etkilediği belirlenmiştir (Homer ve ark., 2016).

Obezite her iki cinsiyette de annelik ve babalık rolü açısından olumsuz etki yaratabilmektedir. Fazla kilolar infertilite ve düşük açısından risk oluşturmaktadır (Yanikkerem, 2017; Yılmaz ve Yardımcı, 2015). Kadınlarda doğurganlığın normal kilodaki kadınlara oranla daha düşük olduğu saptanmıştır (Yılmaz ve Yardımcı, 2015). Bariyatrik cerrahi birçok gebelik komplikasyonunu azaltmaktadır.

Obez bireyler reddedilme korkusuyla cinsel yaşamdan kendilerini çoğu zaman soyutlayabilmektedir. Yapılan çalışmalara göre, ameliyattan sonraki bir yılda ameliyat öncesine göre cinsel fonksiyonlarda ve memnuniyette anlamlı oranda iyileşme görüldüğü bildirilmiştir ve bu durum bireylerin eş rolleri üzerinde de olumlu etkiler

oluşturmaktadır (Efthymiou ve ark., 2015; Sarwer ve ark., 2014; Legro ve ark., 2012; Bond ve ark., 2011).

2.13.4. Karşılıklı Bağımlılık Adaptasyon Biçimi

Obezite ve beraberinde getirdiği hastalıklarla başa çıkmada etkili olan faktörlerden biri de sosyal destek kaynaklarının varlığıdır. Sosyal destek, bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanabilir. Bireyin ailesi, en geniş aile çevresi, arkadaşları, karşı cins arkadaşı, öğretmenleri, iş arkadaşları, komşuları ve bireyin içinde yaşadığı toplum gibi faktörler o bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır (Yıldırım, 1997). Bariatrik cerrahi operasyonu geçiren hastalar, kilo vermeyi sürdürebilmek için aile ve arkadaş desteğine gereksinim duymaktadır (Dizlek ve Çatal, 2018). Sosyal destek bireyin uyum süreci, sosyolojik ve psikolojik sorunlarının çözümü, önlenmesi ve tedavisinde, zorlu durumlarla başedebilmesinde ve sağlığı üzerinde önemli bir etki yaratır (Tedik, 2017; Çakır ve Palabıyıkoglu 1997; Yıldırım, 1997).

Hemşireler bu hasta grubuna bakım ve tedavi verirken önyargılı tutumlardan arınmış bir ortam oluşturmalıdır (Fencl ve ark., 2015). Profesyonel bir tutumu sürdürmek ve bu hastalarla terapötik bir ilişki kurmak, işbirlikçi hedeflerin gelişimini artıracak ve hastaların sonuçlarını iyileştirecektir (Barth ve ark., 2006). Böylece ameliyat sonrası obez hastaların kendini iyi hissetme halinde, yakın ilişkilerinde, cinsellik, benlik ve sosyal rol kavramlarında iyileşmeler olabilmektedir (Sarwer ve ark., 2014; Sevinçer ve ark., 2014; Ide ve ark., 2013).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın türü

Araştırma deneysel niteliktedir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini 14 Aralık 2017 – 30 Haziran 2018 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde araştırma kriterlerine uyan ve bariatrik cerrahi operasyonu geçiren 46 hasta oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla güç analizi kullanıldı. Araştırma da $\alpha=0.05$, ana kütlelin standart sapması 0.70 ve etki büyüklüğü 0.80 alındığında deney ve kontrol grubu olmak üzere her bir gruba $n_1=20$ $n_2=20$ hasta alınmasına karar verilmiş ve testin gücü %94 bulunmuştur.

Araştırmaya belirlenen tarihler arasında araştırma kriterlerine uyan 46 ($n_1=23$ $n_2=23$) hasta ile başlanmış olup, müdahale grubundan bir kişinin telefonuna ulaşılabilmesi, bir kişinin 1.ay kontrolüne gelmemesi, bir kişinin 3.ay kontrolünü geciktirmesi bunun yanı sıra kontrol grubundan bir kişinin araştırmadan çıkmak istemesi, bir kişinin 3.ay, bir kişinin 6.ay kontrollerini geciktirmesi nedeniyle çalışma toplam 40 ($n_1=20$ $n_2=20$) hasta ile tamamlanmıştır. Araştırma sürecinde hastaların taburcu olmadan önce klinikte ve kontrolleri sırasında poliklinikteki etkileşimleri olasılığı göz önünde bulundurularak önce kontrol grubu verileri daha sonra müdahale grubu verileri toplanmıştır.

3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri

1. Bariatrik cerrahi operasyonu geçirmiş genel cerrahi servisinde en az üç gün yatmış olan,
2. 18 yaş üzeri ve bağımsız olarak gereksinimlerini kendi karşılayabilen,
3. Yere ve zamana oryantasyonu olan,
4. İşbirliğine açık,

5. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve yazılı onam formu alınan, hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verilerini toplamak için araştırmada Kişisel Bilgi ve Anket Formu (EK-1), Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (Eating Disorder Examination Questionnaire – EDE-Q) (EK-2), Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (EK-3), Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (EK-4), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK-5) ve Uyum Değerlendirme Formu (EK-6) formu kullanıldı.

3.4.1. Kişisel Bilgi ve Anket Formu

Bu form literatür ışığında araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup, toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Kişisel Bilgi Formu hastanın yaşı, adresi, iletişim bilgisi, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, kilosu, boyu, mesleği, çalışıp çalışmama durumu, ekonomik gelirini algılama durumu, aile tipi gibi demografik bilgileri içeren 12 sorunun yanı sıra ailede başka obez birey olup olmadığı, sigara kullanma durumu, kullanıyor ise ne kadar süredir kullandığı, herhangi bir hastalığının olup olmadığı, hastalığı var ise ne tür bir hastalığı olduğu, kilo problemlerinin kaç yaşlarında başladığı, obezite ve cerrahisi hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmadığı, ameliyat olmadan önce kimlere danıştığı, ameliyata karar vermeden önce kilo vermek için başka yollar arayıp aramadığını içeren 12 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (Eating Disorder Examination Questionnaire – EDE-Q)

EDE-Q Ölçeği Fairburn ve Beglin tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek 1993 yılında ortaya konmuş olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Mülakatının (Eating Disorder Examination Interview EDE) anket haline çevrilmiş olan şekli olarak kabul edilmiştir (Fairburn ve ark., 1993). EDE-Q ölçeğinin yeme bozukluklarının değerlendirilmesinde ve bu tanının belirlenmesinde oldukça yaygın olarak kullanılan bir araç olduğu bilinmektedir. Bu ölçüm aracı dört alt boyutta (1) kilo kaygısı, (2) yeme ile ilgili endişeler, (3) beden şekli ile ilgili endişeler ve (4) beslenme kısıtlaması olmak üzere toplam 28 maddeden oluşmaktadır. EDE-Q'da, son 28 gününü düşünerek, yanıt verenlerden yüksek puanların yüksek yeme bozukluğuna işaret etmektedir. Bu ölçek

ayrıca düzensiz yeme davranışlarının sıklığını da ölçmektedir. EDE-Q'nun Cronbach's $\alpha = 0.87$ ile iyi geçerlilik sağladığı gösterilmiştir. EDE-Q Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması Yücel ve ark. tarafından 2011 yılında yapılmış ve ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.93 olarak bulunmuştur (Yücel ve ark., 2011). Bu çalışmada bariatrik cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası değişen beslenme düzeni ve zorunlu besin kısıtlamaları nedeniyle ölçeğin beslenme kısıtlaması alt boyutu çalışma kapsamından çıkarılmıştır.

3.4.3. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Formu

Hastaların, benlik saygısı düzeylerini saptamada, Stanley Coopersmith (1986) tarafından geliştirilmiş olan, ülkemizde Turan ve Tufan (1987) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (Coopersmith Self-Estem Inventory / SEI) kullanılacaktır. Turan ve Tufan (1987), ölçeği ilk olarak iki hafta ara ile 30 kanserli hastaya uygulamış ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısını $r:0,65$ olarak bulmuştur. Yine Turan ve Tufan (1987) tarafından yapılan farklı bir çalışmada, ölçek üniversite öğrencisi 56 kişiye iki hafta ara ile uygulanmış ve test güvenilirlik katsayısı $r:0,76$ olarak bulunmuştur. Böylece ölçeğin güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna varılmıştır.

Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği “benim gibi” ya da “benim gibi değil” biçiminde işaretlenebilen 25 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerde kişinin hayata bakış açısı, aile ilişkileri ve dayanma gücü ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Çocuklara ve yetişkinlere uygulanabilecek 2 ayrı şekli vardır. Araştırmamızda yetişkin formu kullanılmıştır. Ölçekten alınan puanlar 0 ile 100 arasında değişmektedir. Benlik saygısının kesin bir sınırı yoktur. Bundan dolayı, alınan puanın ortalamasının altında olması benlik saygısının düşüklüğüne, ortalamasının üzerinde olması ise benlik saygısının yüksekliğine işaret eder. (Turan ve Tufan, 1987).

3.4.4. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, Hart ve arkadaşları (2008) tarafından bireyin görünüşüyle ilgili olarak yaşadığı duygusal, bilişsel ve davranışsal kaygıları ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan öz-bildirim tarzı bir ölçektir. Doğan ve arkadaşları tarafından 2010 yılında geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışmaları üniversite öğrencilerinden oluşan üç farklı örnekleme yapılmıştır. 512 kişiden oluşan ilk örneklemeden alınan verilerle açımlayıcı faktör analizi (AFA), 853

kişiden oluşan ikinci örneklemden alınan verilerle doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. 541 kişiden oluşan üçüncü örneklemden alınan verilerle ise uyum geçerliği ve test tekrar test güvenilirliği hesaplanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı üç örneklem için sırasıyla .94, .95 ve .94 olduğu saptanmıştır. Bir ay arayla iki kez uygulanan ve sonucu elde edilen test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .84 olarak bulunmuştur. Ölçek 16 madde içermektedir ve bireylerin dış görünüşleriyle ilgili kendilerini nasıl hissettikleriyle ilgilidir. Her bir madde için 1’den 5’e kadar değişen puanlar yer almaktadır ve “hiç uygun değil”, “uygun değil”, “biraz uygun”, “uygun” ve “tamamen uygun” şeklinde yanıt seçeneği bulunan ölçeğin toplam puanı 16 ile 80 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması görünüş kaygısının yüksek olduğunu göstermektedir (Doğan, 2010).

3.4.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Ölçek, 1988 yılında Zimmet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılarak yapı geçerliliği değerlendirilmiştir. Aynı yazarlar tarafından 2001 yılında “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Gözden Geçirilmiş Formu’nun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği” incelenmiş ve MSPSS ve alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeyde (Cronbach alfa katsayıları = 0.80-0.95) bulunmuştur (Eker ve ark., 2001). Ölçek, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grup vardır: Aile (3, 4, 8, 11. maddeler), arkadaşlar (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel bir insandır (1, 2, 5, 10. maddeler). Ölçek, yedili likert tipinde olup, ‘tamamen katılıyorum’ (7 puan), ‘çoğunlukla katılıyorum’ (6 puan), ‘katılıyorum’ (5 puan), ‘kararsızım’ (4 puan), ‘katılmıyorum’ (3 puan), ‘çoğunlukla katılmıyorum’ (2 puan) ve ‘hiç katılmıyorum’ (1 puan) seçeneklerinden oluşmaktadır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (Eker ve Arkar, 2001).

3.4.6. Uyum Değerlendirme Formu

Roy'un Adaptasyon Modeline göre araştırmacılar tarafından hazırlanan Uyum Değerlendirme Formu; Fizyolojik Uyum Alanı ve Rol Fonksiyonunu Uyumu Alanını içeren toplamda 19 sorudan oluşmaktadır. Uyum Değerlendirme Formunun hazırlanmasında literatür bilgilerinden yararlanılmıştır (Pektekin, 2013; Birol, 2011; Durna, 2009; Koçyigit ve ark., 1999; Velioğlu, 1999). Fizyolojik Uyum Alanına yönelik 14 soru bulunmaktadır ve bu sorulara "hiç", "bazen", "ok" şeklinde l likert tipinde cevap verilmektedir. Rol fonksiyonuna uyumu içeren 5 soru bulunmaktadır ve sorulara verilen cevapların "Benim gibi", "Benim gibi değil" şeklinde cevaplandırılması istenmektedir. Benlik uyum alanı Coopersmith Benlik Saygısı leği Formu (EK-3) ve Sosyal Görünüş Kaygısı leği (EK-4) ile karşılıklı bağımlılık uyum alanı ise çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Sistemi leği (EK-5) ile değerlendirileceği için form da tekrar yer verilmemiştir.

3.5. Veri Toplama Araçlarının ve Eğitimin Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı hastane yönetiminden yazılı izin alındı. Araştırmaya katılan hastalara Bilgilendirilmiş Olur Formu uygulanıp izinleri alındıktan sonra, veri toplama formları ilgili klinikte araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşme yoluyla uygulandı. Okuma yazması olan ve formları doldurmak isteyen hastalara formlar verilerek ve doldurmaları sağlandı. Okuma yazması olmayan ya da kendisi doldurmak istemeyen hastalara ise araştırmacı tarafından sorular ve seçenekler yöneltildi ve hastanın verdiği cevaplar forma kayıt edildi. Veri toplama araçlarının hastaların hastaneden taburcu olmadan önce, taburcu olduktan sonra birinci, üçüncü ve altıncı aylarında kontrole geldikleri zamanlarda Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi polikliniğinde uygulaması yapıldı.

Eğitim müdahale grubundaki hastalara bireysel yüz yüze görüşme yöntemiyle hasta odasında verildi. Eğitim sırasında hasta odasının sessiz, sakin, yeterince aydınlatılmış olmasına zen gösterildi. Hastalara eğitim verilmeden önce araştırmanın yöntemi ve amacı anlatıldı. Eğitim hastaların bireysel özellikleri dikkate alınacak şekilde hasta taburcu olmadan önce bir veya iki kere görüşülerek ortalama 60-90 dk sürecek şekilde tamamlandı. Hastaların eğitim sonrasında eğitim ile ilgili geri bildirimleri kısaca değerlendirildi. Konu ile ilgili soruları cevaplandırılarak gerekli ek

açıklamalar yapıldı. Hazırlanan eğitim kitapçığı gereksinim olduğunda tekrar kullanılabilmesi için hasta veya yakınlarına verildi. Araştırmacının iletişim bilgileri ilk görüşmede müdahale grubundaki hastalara verildi ve taburculuk sonrasında da birinci aya kadar haftada iki kere telefonla görüşme yapılarak soruları yanıtlandı. Birinci aya kadar telefon ile danışmanlık sürecinde her bir görüşme ortalama 15 dakika sürdü. Birinci ay kontrolünden sonra ise ayda üç kez telefon ile görüşme yapıldı ve her bir görüşmenin süresi ortalama 10 dakika sürdü. Eğitim müdahale grubundaki hastaların kontrole geldiği birinci ayda yüz yüze görüşme yöntemiyle ortalama 30 dakika sürecek şekilde tekrarlandı. Kontrol grubundaki hastalar ise rutin 1.ay, 3.ay ve 6.ay hekim kontrollerine devam etti. Her iki gruptaki hastalar bir hafta öncesinden telefonla aranarak kontrolleri olduğu hatırlatıldı ve uygun bir gün belirlendi.

Araştırmada materyal olarak Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda, literatür bilgileri ve araştırmacılar tarafından hazırlanan hasta eğitim el kitapçığı kullanıldı. Eğitimde Roy Adaptasyon Modelinin dört uyum alanına (fizyolojik uyum alanı, benlik kavramı uyum alanı, rol fonksiyon uyum alanı, karşılıklı bağlanma uyum alanı) yönelik bilgilere ve spot cümlelere yer verildi (Çizelge 1).

Çizelge 1: Eğitimin Roy Uyum Alanına Göre İçeriği

Fizyolojik Uyum Alanı
Taburculuk süresi, ağrı, dinlenme ve aktivite bilgileri, düzenli uykunun, diyetle uyumun önemi ve beslenmenin nasıl olması gerektiği, beslenmeye yönelik oluşabilecek durumlar ve öneriler, gebelik, yeterli sıvı alımının önemi, bariatrik cerrahinin avantajlarını anlatan bilgilere yer verildi.
Benlik Kavramı Uyum Alanı
Stres kontrolü ve gevşeme teknikleri, fiziksel ve ruh sağlığı için kendine dikkat etme önerileri, suçluluk ve utanç duymamasının gerektiği, gücü yettiğinde işleri yapabileceği, şu an ve geleceğe odaklanmanın önemini içeren psikolojik durumun üstesinden gelmesine yardımcı olabilecek bilgilere yer verildi.
Rol Fonksiyon Uyum Alanı
Ev hayatını kolaylaştırma teknikleri ve planlı yaşamın önemi, sahip olduğu rollerin önemini kavrayıp rollerine odaklanması ile ilgili bilgilere yer verildi.
Karşılıklı Bağımlılık Uyum Alanı
Çevredekilerle duyguların paylaşımının önemi, hayatı ertelememe, kendi ile aynı hastalığa sahip bireylerle ilişki içinde olmanın önemine yönelik bilgilere yer verildi.

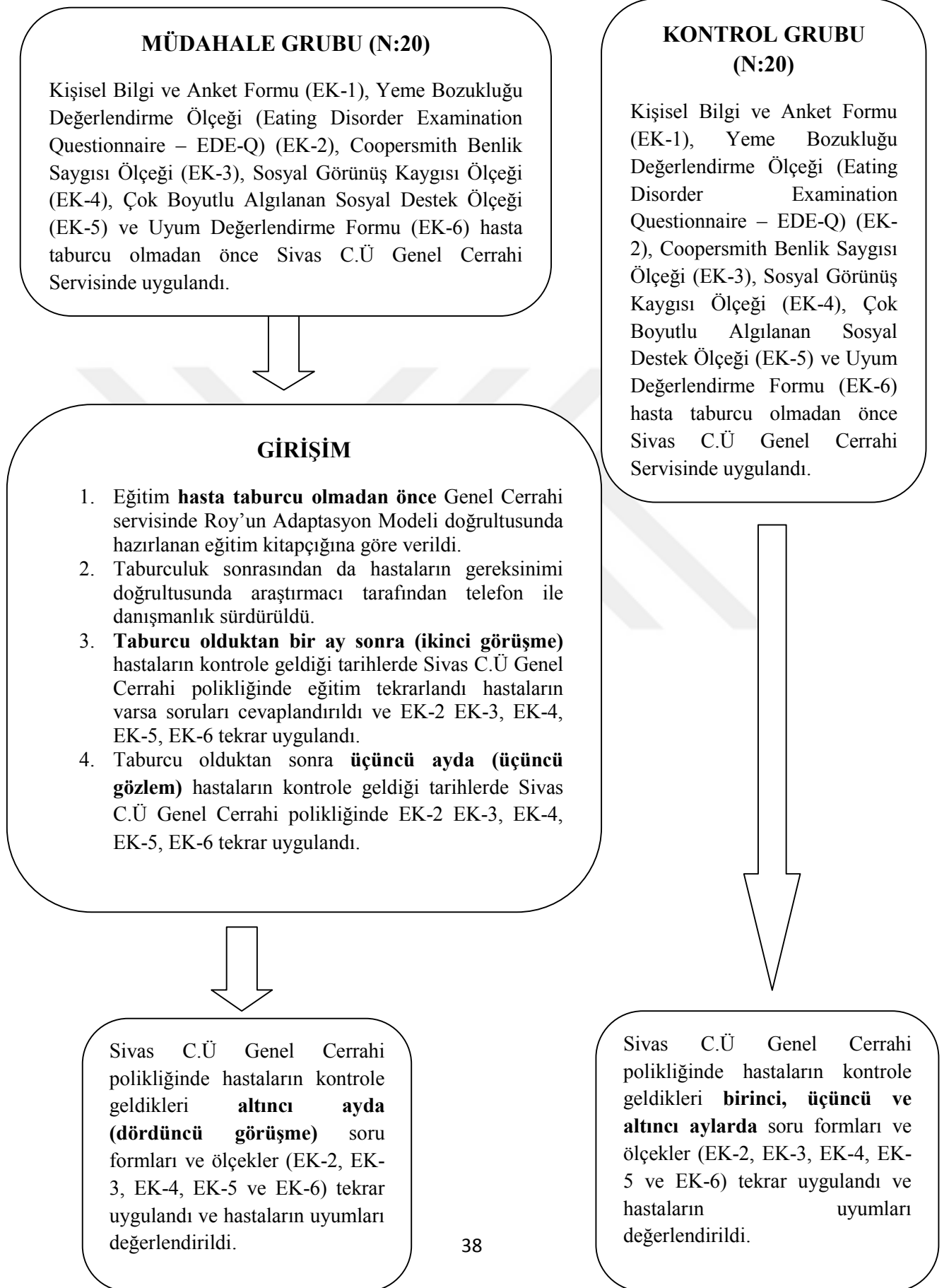
Tablo 2: Müdahale Grubuna Alınan Hastaların Eğitim Süreci

Müdahale Grubuna Alınan Hastaların Eğitimi	Konular
Taburculuk öncesi dönemde (Hasta taburcu olmadan 24-48 saat önce)	<ul style="list-style-type: none">-Tanışma-Çalışmanın amacı ve yönteminin anlatılması-Veri toplama araçlarının uygulanması-Eğitim kitapçığının tanıtılması ve kitapçığın verilmesi-Ameliyata karar verme süreci ve ameliyat olma nedenleri hakkında konuşulması-Ameliyat ve taburculuk sonrası dönem ile ilgili bilgi durumları, duyu ve düşünceleri hakkında konuşulması- Etkili ve etkisiz başetme mekanizmalarının değerlendirilmesi-Sosyal destek mekanizmalarının değerlendirilmesi-Gerçekçi olan ve olmayan hedeflerin saptanması-Çizelge 1’de yer alan dört uyum alanına yönelik konular hakkında eğitim verilmesi-Derin solunum ve gevşeme egzersizlerinin yaptırılması-Eğitimde yer alan konular ile ilgili soruların ve deneyimlerin paylaşılması-Geri bildirimlerin alınması
Taburculuk sonrası ve 1. Ay kontrolleri arasındaki dönemdeki telefon görüşmeleri	<ul style="list-style-type: none">-Yapılan telefon görüşmelerinde konular;- Çizelge 1’de yer alan konulara göre varsa soruların açıklanması-Hastanın mevcut durumunun değerlendirilmesi-Ameliyat sonrası oluşan komplikasyonların yönetimi hakkında bilgi verilmesi-Beslenme düzeni ve kuralları-İş ve sosyal hayatına dönme süreci-Aktivite yapma ve egzersize başlama-Görünüş kaygısı ve stresle başetmede uyumsuz davranışlar ile ilgili konuların konuşulması-Hastanın hedeflerinin değerlendirilmesi-Geri bildirimlerin alınması-Kontrolden bir hafta öncesinde kontrole gelineceği hatırlatılarak uygun gün belirlenmesi

Tablo 2: Devam

Taburculuk sonrası 1. Ay kontrolü	<ul style="list-style-type: none">-Hastanın mevcut durumunun değerlendirilmesi-Veri toplama araçlarının uygulanması-Beslenme düzeni ve kuralları, laboratuvar bulguları, uyku, gebelik, cinsel yaşam, aktivite ve egzersizin görünüş ve sağlık için önemi ve sosyal destek sistemleri hakkında konuşulması-Varsa uyumsuz davranışların değerlendirilmesi-Görünüş kaygısı ve stresle başetmede uyumsuz davranışlar ile ilgili konuların yüz yüze konuşulması-Hastanın değişen yaşam tarzına başetmesi konusunda cesaretlendirilmesi, yardım etme becerileri ve sosyal destek sistemlerini etkin kullanılabilmesini sağlanması ve yeni hedefler/değerler oluşturmasına yardım edilmesi-Derin solunum ve gevşeme egzersizlerinin yaptırılması-Ev, iş ve sosyal hayatındaki rollerinin yüz yüze değerlendirilmesi-Geri bildirimlerin alınması
Taburculuk sonrası 3. Ay kontrolü	<ul style="list-style-type: none">-Hastanın mevcut durumunun değerlendirilmesi-Veri toplama araçlarının uygulanması
Taburculuk sonrası 6. Ay kontrolü	<ul style="list-style-type: none">-Hastanın mevcut durumunun değerlendirilmesi-Veri toplama araçlarının uygulanması
Taburculuk sonrası 1. Ay ve 6. Ay kontrolleri arasındaki dönemdeki telefon görüşmeleri	<ul style="list-style-type: none">-Yapılan telefon görüşmelerinde konular;-Hastanın mevcut durumunun değerlendirilmesi-Ameliyat sonrası oluşan komplikasyonların yönetimi hakkında bilgi verilmesi-Beslenme düzeni ve kurallarına yönelik varsa soruların cevaplanması-Ev, İş ve sosyal hayatındaki rolleri-Aktivite yapma ve egzersizin sağlık ve vücutta oluşabilecek sarkmalara karşı önemi-Görünüş kaygısı ve stresle başetmede uyumsuz davranışlar ile ilgili konuların konuşulması-Hastanın hedeflerinin değerlendirilmesi-Geri bildirimlerin alınması-Kontrolde bir hafta öncesinde kontrole gelineceği hatırlatılarak uygun gün belirlenmesi

3.6. Araştırmanın Şeması



Çizelge 2: Veri Toplama Araçlarının Roy Adaptasyon Modeline Göre Kullanım Alanı

Veri Toplama Araçları	Kullanım Alanları
Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	Fizyolojik Uyum Alanı
Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği	Benlik Kavramı Uyum Alanı
Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	Benlik Kavramı Uyum Alanı
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanı
Uyum Değerlendirme Formu	Fizyolojik Uyum Alanı Rol Fonksiyon Uyum Alanı

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package Social Science 22.00 (SPSS.22) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımlar yerine getirildiğinde Kolmogorof-Simironov iki bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın araştırılmasında independent sample t test, ikiden fazla bağımlı grup için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, hangi ölçüm grubunun diğerlerinden farklı olduğunu belirlemek için Bonferroni testi, parametrik test varsayımları yerine getirilemediğinde ikiden fazla bağımlı gruplar için Friedman testi, test sonucu önemli bulunduğunda farklılık yapan ölçüm gruplarını belirlemek için Wilcoxon testi, iki bağımsız grup için Mann Whitney U testi, sayımla elde edilmiş verilerin değerlendirilmesinde Ki-Kare testi, değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini belirlemek için korelasyon analizi kullanıldı ve yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenabilirliği

Hastaların kontrollerini aksatmaları ve kontrollere gelmelerinde zorlanmaları araştırmanın sınırlılıklarındandı. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu araştırma kapsamındaki hastalara genellenebilir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma yapılmadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak etik kurul onayı (Karar No: 2017-11/07; Tarih: 08.11.2017) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastalar bilgilendirilmiş onam ilkesine göre bilgilendirildikten sonra sözlü ve yazılı olarak onamları alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonunun prensiplerine göre gerçekleştirilmiştir. Haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hastalara araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “özerklik” ilkesine, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı ve kimliğin gizli tutulacağı belirtilerek “gizlilik ve gizliliğin korunması” etik ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmada “insan onuruna saygı” diğer bir etik ilke olarak göz önünde bulundurulmuştur.

4. BULGULAR

Tablo 3: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	KONTROL GRUBU (n=20)	MÜDAHALE GRUBU (n=20)	Test Değeri ve Önemlilik
Yaş	X±SS	X±SS	t=0.143 p=0.887
	33.30±8.74	33.70 ±2.01	
	Min-Max	Min-Max	
	19.00-54.00	21.00-57.00	
	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın	13(65)	13(65)	-----
Erkek	7(35)	7(35)	
Medeni Durum			
Evli	13(65)	17(85)	X ² =2.133*
Bekar	7(35)	3(15)	p=0.273
Eğitim Durumu			
İlkokul mezunu	5(25)	4(20)	X ² =0.587 p=0.899
Ortaokul mezunu	4(20)	3(15)	
Lise mezunu	6(30)	6(30)	
Üniversite mezunu	5(25)	7(35)	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	11(55)	10(50)	X ² =0.120*
Çalışmıyor	9(45)	10(50)	p=0.754
Ekonomik durum			
Gelir giderden az	3(15)	5(25)	X ² =1.790 p=0.409
Gelir gidere eşit	17(85)	14(70)	
Gelir giderden fazla	0	1(5)	
Aile Tipi			
Çekirdek aile	20(100)	19(95)	X ² =1.026 p=0.311
Geniş aile	0	1(5)	
Yalnız yaşıyorum	0	0	

*Yates düzeltmeli Ki-Kare

** Fisher Exact Test

Tablo 3'te araştırmaya alınan hastaların demografik özelliklerine yer verilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 33.30±8.74 olup, %65'inin kadın ve evli, %30'unun lise mezunu olduğu, %55'inin çalıştığı, %85'inin ekonomik durumunun geliri gidere denk bulunduğu ve hepsinin çekirdek aile sahip olduğu saptanmıştır.

Müdahale grubundaki hastaların yaş ortalaması 33.70 ± 2.01 olup, %65'nin kadın, %85'nin evli, %35'nin üniversite mezunu olduğu, %50'sinin çalıştığı, %70'nin ekonomik durumunun geliri gidere denk bulduğu ve %95'nin çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 3'ye göre kontrol ve müdahale grupları karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, çalışma durumu, aile tipi ve ekonomik durumun benzer özellikler gösterdiği belirlenmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).



Tablo 4: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Obeziteye İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

	KONTROL GRUBU	MÜDAHALE GRUBU	Test Değeri ve Önemlilik
	n (%)	n (%)	
Kilo problemi başlama yaşı	13.20±9.95	12.95±8.25	t=0.150 p=0.882
Ailede obez birey varlığı			
Evet	13(65)	17(85)	X ² =2.180* p=0.154
Hayır	7(35)	3(15)	
Sigara kullanım durumu			
Evet kullanıyorum	11(55)	9(45)	X ² =1.129 p:0.569
Bıraktım	5(25)	4(20)	
Hiç kullanmadım	4(20)	7(35)	
Sigara kullanım süresi			
1 yıl	4(36.4)	1(11.1)	X ² =2.536 p=0.281
1-10 yıl	7(63.6)	5(55.6)	
10 yıl ve fazlası	0	3(33.3)	
Düzenli spor alışkanlığı			
Evet	0 (0)	3(15)	p=0.231**
Hayır	20(100)	17(85)	
Tıbbi kontrol alışkanlığı			
Evet	14(70)	15(75)	X ² :0.132* p=0.724
Hayır	6(30)	5(25)	
Herhangi bir kronik hastalığın varlığı			
Evet	3(15)	6(30)	p=0.451**
Hayır	17(85)	14(70)	
Ameliyat tipi			
Sleeve Gastrostomi	18(90)	19(95)	p:0.500**
Gastrik Bypass	2(10)	1(5)	
Obezite ve cerrahisi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme			
Evet	8(40)	12(60)	X ² =2.163 p=0.339
Hayır	7(35)	6(30)	
Kısmen	5(25)	2(10)	
Kilo vermek için başka yollar deneme durumu			
Evet	18(90)	17(85)	p=0.699**
Hayır	2(10)	3(15)	
Ameliyata en öncelikli karar verme nedeni			
Sağlık için	17(85)	15(75)	X ² =2.125 p=0.547
Estetik görünüm için	3(15)	3(15)	
Başkasını mutlu etmek için	0(0)	1(5)	
Son çaresi olduğu için	0(0)	1(5)	

Tablo 4: Devam

	KONTROL GRUBU	MÜDAHALE GRUBU
	n (%)	n (%)
*** Ameliyat öncesi bilgi alma		
Doktor	9(45)	12(60)
Hemşire	1(5)	3(15)
Diyetisyen	0	3(15)
İnternet	7(35)	12(60)
Daha önce ameliyat olanlar	15(75)	18(90)

***Yates düzeltilmeli Ki-Kare**

**** Fisher Exact Test**

*****Toplam seçenek üzerinden yüzdeler alınmıştır.**

Tablo 4’te hastaların obeziteye ilişkin özelliklerine yer verilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların kilo problemi başlama yaşının 13.20 ± 9.95 olduğu, %65’nin ailesinde obez bireyin olduğu, %55’inin sigara kullandığı, %63.6’sının 1-10 yıldır sigara kullandığı, hiçbirinin düzenli spor alışkanlığının olmadığı, %70’nin tıbbi kontrol alışkanlığının olduğu, %85’nin herhangi bir hastalığının olmadığı, %90’ının ameliyat tipinin sleeve gastrotomi, %40’ının obezite ve cerrahisi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşündüğü, %90’ının ameliyat öncesi kilo vermek için başka yollar denediği (diyet, egzersiz, ilaç kullanımı vs.), %85’inin ameliyat olmak için en öncelikli nedeninin sağlığı olduğu ve %75’inin daha önce ameliyat olanlardan bilgi edindiği belirlenmiştir.

Müdahale grubundaki hastaların kilo problemi başlama yaşının 12.95 ± 8.25 olduğu, %85’nin ailesinde obez bireyin olduğu, %45’inin sigara kullandığı, %55.6’sının 1-10 yıldır sigara kullandığı, %85’inin düzenli spor alışkanlığının olmadığı, %75’nin tıbbi kontrol alışkanlığının olduğu, %70’inin herhangi bir hastalığının olmadığı, %95’inin ameliyat tipinin sleeve gastrotomi, %60’ının obezite ve cerrahisi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşündüğü, %85’inin ameliyat öncesi kilo vermek için başka yollar denediği (diyet, egzersiz, ilaç kullanımı vs.), %75’inin ameliyat olmak için en öncelikli nedeninin sağlığı olduğu ve %90’ının daha önce ameliyat olanlardan bilgi edindiği sonucu bulunmuştur.

Tablo 4’e göre gruplar karşılaştırıldığında, kilo problemi başlama yaşı, ailede var olan obez bireyin varlığı, sigara kullanım durumu, sigara içme süresi, düzenli spor ve tıbbi kontrol alışkanlıkları, herhangi bir hastalığın varlığı, ameliyat tipi, obezite ve

cerrahisi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme, kilo vermek için başka yollar deneme durumu, ameliyata en öncelikli karar verme ve ameliyat öncesinde bilgi alma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).



Tablo 5: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Beden Kitle İndeksleri Puan Ortalamaları Dağılımı

Beden Kitle İndeksi Puan Ortalamaları			
Ölçeğin Uygulama Zamanları	Kontrol Grubu (n=20)	Müdahale Grubu (n=20)	Test Değeri ve Önemlilik
	X±SS	X±SS	
Taburculuk Öncesi	41.79±3.39	45.73±6.77	p=0.042
1.Ay	36.57±3.40	39.88±6.24	p=0.060
3.Ay	32.67±3.07	35.32±5.57	p=0.072
6.Ay	28.38±3.67	30.97±5.50	p=0.066
Friedman Testi	X ² =60.00 p=0.001*	X ² =61.5 p=0.001*	
Grup içi karşılaştırmalar	¹⁻² p=0.001* ¹⁻³ p=0.001* ¹⁻⁴ p=0.001* ²⁻³ p=0.001* ²⁻⁴ p=0.001* ³⁻⁴ p=0.001*	¹⁻² p=0.001* ¹⁻³ p=0.001* ¹⁻⁴ p=0.001* ²⁻³ p=0.001* ²⁻⁴ p=0.001* ³⁻⁴ p=0.001*	

***p=0.001: p<0.05**

Tablo 5'te kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Beden Kitle İndeksi puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunda taburculuk öncesi Beden Kitle İndeksi puan ortalaması 41.79±3.39 olarak saptanmış ve diğer üç izlemde elde edilen puan ortalamaları sırası ile 36.57±3.40, 32.67±3.07, 28.38±3.67 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05). Müdahale grubundaki hastaların taburculuk öncesi ve diğer üç izlemde Beden Kitle İndeksi puan ortalamaları sırası ile 45.73±6.77, 39.88±6.24, 35.32±5.57, 30.97±5.50 olduğu saptanmış ve bu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Kontrol ve müdahale grupları arasındaki karşılaştırmalarda ise taburculuk öncesi BKİ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli fark bulunurken ($p<0.05$), taburculuk sonrası 1.ay, 3.ay ve 6.ay izlemlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Obezite Sınıflamasının Aylara Göre Dağılımı

Sınıflama	KONTROL GRUBU (n=20)				MÜDAHALE GRUBU (n=20)			
	T.Ö	1.AY	3.AY	6.AY	T.Ö	1.AY	3.AY	6.AY
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Pre obez	0	0	1(5)	14(70)	0	0	4(20)	11(55)
Sınıf I Obez	0	8(40)	15(75)	5(25)	0	1(5)	7(35)	7(35)
Sınıf II Obez	8(40)	9(45)	3(15)	1(5)	1(5)	12(60)	6(30)	2(10)
Sınıf III Obez	12(60)	3(15)	1(5)	0	19(95)	7(35)	3(15)	0

*T.Ö: Taburculuk Öncesi

Tablo 6 incelendiğinde kontrol ve müdahale grubundaki hastaların obezite sınıflamasının aylara göre dağılımı yer almaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %60'ı taburculuk öncesi morbid obez sınıfında iken, taburculuk sonrası 1.ayda %45'inin Obez II, 3.ayda %75'inin Obez I ve 6.ayda ise %70'inin pre-obeze sınıfta olduğu görülmüştür. Müdahale grubuna bakıldığında benzer şekilde hastaların %95'i morbid obez sınıfında iken, taburculuk sonrası 1.ayda %60'ının Obez II, 3.ayda %35'inin Obez I ve 6.ayda ise %55'inin pre-obeze sınıfta olduğu görülmüştür.

Tablo 7: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları					
Ölçeğin Uygulama Zamanları	Kontrol Grubu (n=20)		Müdahale Grubu (n=20)		Test Değeri ve Önemlilik
	X ± SS	Min-Max	X ± SS	Min-Max	
Taburculuk Öncesi	16.85±5.08	7.67- 60	18.18±4.88	9.67-28	z=0.636 p=0.525
1.Ay	14.10±4.21	2-18.67	10.65±3.75	5-17.67	z=2.721 p=0.009
3.Ay	11.33±3.71	4-18.67	8.33±2.03	4.67-13	t=3.168 p=0.004
6.Ay	9.11±4.22	2-19	5.20±2.94	2-9.33	z=3.044 p=0.002
Test Değeri ve Önemlilik	X ² =29.74 p=0.001		F=64.72 p=0.001		
Grup içi karşılaştırmalar	¹⁻³ p=0.013 ¹⁻⁴ p=0.001 ²⁻³ p=0.017 ²⁻⁴ p=0.001		¹⁻² p=0.001 ¹⁻³ p=0.001 ¹⁻⁴ p=0.001 ²⁻³ p=0.021 ²⁻⁴ p=0.001 ³⁻⁴ p=0.005		

Tablo 7’de kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içlerinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunda taburculuk öncesi Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması 16.85±5.08 olarak saptanmış ve diğer izlemlerde elde edilen puan ortalamaları sırası ile 14.10±4.21, 11.33±3.71, 9.11±4.22 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0.05).

Müdahale grubunda Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları taburculuk öncesi ve diğer üç izlemde sırasıyla 18.18 ± 4.88 , 10.65 ± 3.75 , 8.33 ± 2.03 , 5.20 ± 2.94 olarak bulunmuştur ve bu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları kontrol ve müdahale grupları arasında karşılaştırıldığında ise taburculuk öncesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0.05$), diğer 1.ay, 3.ay ve 6.ay izlemlerin puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$)



Tablo 8: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamaları					
Ölçeğin Uygulama Zamanları	Kontrol Grubu (n=20)		Müdahale Grubu (n=20)		Test Değeri ve Önemlilik
	X ± SS	Min-Max (0-100)	X ± SS	Min-Max (0-100)	
Taburculuk Öncesi	78.80±13.11	48-100	75.60±11.45	48-92	t=0.822 p=0.416
1.Ay	77.0±10.12	64-96	79.00±9.34	64-92	t=0.649 p=0.520
3.Ay	79.20±11.79	52-96	85.00±9.16	68-100	t=1.737 p=0.091
6.Ay	79.00±12.43	52-100	84.20±10.50	60-100	t=1.429 p=0.161
Test Değeri ve Önemlilik	F=0.065 p=0.583		F=5.76 p=0.002*		
Grup içi Karşılaştırmalar	-----		1-3 p=0.013* 2-3 p=0.028*		

* p<0.05

Tablo 8’de kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunda taburculuk öncesi Coopersmith Benlik Saygısı puan ortalaması 78.80±13.11 olarak saptanmış ve diğer üç izlemde elde edilen puan ortalamaları sırası ile 77.0±10.12, 79.20±11.79, 79.00±12.43 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Müdahale grubundaki hastaların taburculuk öncesi ve diğer üç izlemde Coopersmith Benlik Saygısı puan ortalamaları sırası ile 75.60 ± 11.45 , 79.00 ± 9.34 , 85.00 ± 9.16 , 84.20 ± 10.50 olduğu saptanmış ve bu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Kontrol ve müdahale grupları arasındaki karşılaştırmalarda ise taburculuk öncesi ve taburculuk sonrası 1.ay, 3.ay ve 6.ay izlemlerinde Coopersmith Benlik Saygısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).



Tablo 9: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamaları					
Ölçeğin Uygulama Zamanları	Kontrol Grubu (n=20)		Müdahale Grubu (n=20)		Test Değeri ve Önemlilik
	X ± SS	Min-Max (16-80)	X ± SS	Min-Max (16-80)	
Taburculuk Öncesi	45.30±18.37	16-80	45.10±19.03	19-75	t=0.340 p=0.973
1.Ay	36.25±16.29	16-66	29.35±14.70	16-70	t=1.392 p=0.172
3.Ay	31.00±17.81	16-74	20.90±8.37	16-45	t=2.213 p=0.027*
6.Ay	26.45±14.99	16-66	16.85±1.08	16-19	t=2.696 p=0.007*
Test Değeri ve Önemlilik	X ² =24.88 p=0.001*		X ² =46.50 p=0.001*		
Grup içi karşılaştırmalar	1-2 p=0.005* 1-3 p=0.001* 1-4 p=0.001*		1-2 p=0.001* 1-3 p=0.001* 1-4 p=0.001* 2-3 p=0.037* 2-4 p=0.005*		

* p<0.05

Tablo 9'da kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunda taburculuk öncesi Sosyal Görünüş Kaygısı puan ortalaması 45.30±18.37 olarak saptanmış ve diğer üç izlemde elde edilen puan ortalamaları sırası ile 36.25±16.59, 31.00±17.81, 26.45±14.99 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05). Müdahale grubundaki hastaların taburculuk öncesi ve diğer üç izlemde Sosyal Görünüş Kaygısı puan ortalamaları sırası ile 45.10±19.03, 29.35±14.70, 20.90±8.37, 16.85±1.08 olduğu saptanmış ve bu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Kontrol ve müdahale grupları arasındaki karşılaştırmalarda ise taburculuk öncesi ve taburculuk sonrası 1.ay izlemlerinde Sosyal Görünüş Kaygısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamazken ($p>0.05$), 3.ay ve 6.ay izlemlerinde bu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).



Tablo 10: Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları					
Ölçeğin Uygulama Zamanları	Kontrol Grubu (n=20)		Müdahale Grubu (n=20)		Test Değeri ve Önemlilik
	X ± SS	Min-Max (12-84)	X ± SS	Min-Max (12-84)	
Taburculuk Öncesi	67.70±15.51	27-84	65.45±16.07	30-84	z=0.231 p=0.818
1.Ay	67.55±17.82	23-84	71.00±10.66	16-84	z=0.299 p=0.765
3.Ay	67.65±18.06	16-84	70.75±16.07	22-84	z=0.600 p=0.548
6.Ay	68.70±18.18	16-84	70.65±16.28	31-84	z=0.620 p=0.536
Test Değeri ve Önemlilik	X ² =6.40 p=0.094		X ² =1.42 p=0.701		

Tablo 10’da kontrol ve müdahale grubundaki hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları dağılımı yer almaktadır. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında kontrol grubunda taburculuk öncesi Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması 67.70±15.51 olarak saptanmış ve diğer izlemlerde elde edilen puan ortalamaları sırası ile 67.55±17.82, 67.65±18.06, 68.70±18.18 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda bu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Müdahale grubundaki hastaların taburculuk öncesi ve diğer aylardaki izlemleri sırası ile 65.45±16.07, 71.00±10.66, 70.75±16.07, 70.65±16.28 olarak saptanmış ve bu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (p>0.05).

Kontrol ve müdahale grupları arasındaki karşılaştırmada ise taburculuk öncesi ve taburculuk sonrası 1.ay, 3.ay, 6.ay izlemlerinde her iki gruba ait Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 11: Müdahale Grubu Fizyolojik Uyum Alanı Tablosu

MÜDAHALE GRUBU				
(n=20)				
	Taburculuk öncesi n(%)	1.Ay n(%)	3.Ay n(%)	6.Ay n(%)
Otururken, kalkarken ya da yatarken zorlanıyorum.				
Hiç	1(5)	11(55)	20(100)	20(100)
Bazen	6(30)	9(45)	0	0
Çok	13(65)	0	0	0
Çabuk yorulma				
Hiç	2(10)	12(60)	15(75)	19(95)
Bazen	3(15)	6(30)	2(10)	1(5)
Çok	15(75)	2(10)	3(15)	0
Kısa mesafeli yürüyüşlerde çabuk yorulma				
Hiç	5(25)	14(70)	18(90)	19(95)
Bazen	2(10)	6(30)	1(5)	1(5)
Çok	13(65)	0	1(5)	0
Uzun mesafeli yürüyüşlerde zorluk çekme				
Hiç	5(25)	7(35)	15(75)	18(90)
Bazen	15(75)	12(60)	4(20)	2(10)
Çok	0	1(5)	1(5)	0
Yokuş çıkarken zorlanma				
Hiç	3(15)	3(15)	10(50)	16(80)
Bazen	17(85)	16(80)	9(45)	4(20)
Çok	0	1(5)	1(5)	0
Merdiven çıkarken güçlük çekme				
Hiç	5(25)	10(50)	14(70)	17(85)
Bazen	15(75)	9(45)	5(25)	3(15)
Çok	0	1(5)	1(5)	0
Giyinirken ya da soyunurken zorlanma				
Hiç	6(30)	19(95)	20(100)	20(100)
Bazen	6(30)	1(5)	0	0
Çok	8(40)	0	0	0
Ayakkabınızı ve çorabınızı giyerken/çıkarırken zorluk yaşama				
Hiç	5(25)	16(80)	20(100)	19(95)
Bazen	2(10)	4(20)	0	1(5)
Çok	13(65)	0	0	0
Banyo yaparken ve kişisel bakım yaparken zorlanma				
Hiç	10(50)	18(90)	20(100)	20(100)
Bazen	3(15)	2(10)	0	0
Çok	7(35)	0	0	0
Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar yaparken zorlanma				
Hiç	3(15)	6(30)	15(75)	19(95)
Bazen	6(30)	14(70)	5(25)	1(5)
Çok	11(55)	0	0	0

Tablo 11: Devam

	Taburculuk öncesi n(%)	1.Ay n(%)	3.Ay n(%)	6.Ay n(%)
Nefes darlığı yaşama				
Hiç	8(40)	17(85)	20(100)	20(100)
Bazen	6(30)	3(15)	0	0
Çok	6(30)	0	0	0
Fazla kilolarımdan dolayı uyku düzeninde bozulma				
Hiç	9(45)	18(90)	20(100)	20(100)
Bazen	4(20)	2(10)	0	0
Çok	7(35)	0	0	0
İdrarda tutamama-kaçırma				
Hiç	12(60)	20(100)	18(90)	20(100)
Bazen	4(20)	0	2(10)	0
Çok	4(20)	0	0	0

Tablo 11’de müdahale grubundaki hastaların Fizyolojik Uyum Alanı tablosu yer almaktadır. Bu gruptaki hastaların %65’inin ameliyat öncesinde otururken, yatarken, kalkarken çok zorlandığı, bu zorlanmanın zamanla azaldığı ve 6.ayda hiçbirinin böyle bir zorluk yaşamadığı, %75’inin ameliyat öncesinde çok çabuk yorulduğu fakat taburculuk sonrası 6.ayda %95’inin bu şikayetinin kalmadığı, kısa mesafeli yürüyüşlerde %65’i çabuk yorulduğunu, uzun mesafede ise %75’inin bazen yorulduğu ama taburculuk sonrası 6.ayda yürüme sıkıntılarının büyük oranda kalmadığı saptanmıştır. Ameliyat öncesi %85’i yokuş çıkarken bazen zorlandığını, taburculuk sonrası 6.ayda %80’inin zorlanmadığı saptanmıştır. Ameliyat öncesi %75’i merdiven çıkarken bazen zorlandığını, taburculuk sonrası 6.ayda ise %85’inin hiç zorlanmadığı belirlenmiştir. Hastaların ameliyat öncesi giyinip, soyunurken %40’ının çok zorlandığı ve taburculuk sonrası bu şikayetlerinin kalmadığı, aynı şekilde ayakkabı ya da çorap giyip çıkarırken %65’inin çok zorlandığı fakat taburculuk sonrası 6.ay izleminde zorlanma şikayetlerinin büyük oranda azaldığı görülmüştür. Banyo yaparken ve kişisel bakımı yerine getirirken hastaların %50’sinin zorlandığı, ameliyat sonrasında zamanla bu zorlanmanın hiç kalmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte %55’i kuvvet gerektiren aktivite, koşma, ağır eşya kaldırırken ve zor spor yaparken çok zorlandığını, taburculuk sonrası 6.ayda %95’inde zorlanma durumlarının kalmadığı görülmüştür. Nefes darlığı, uyku problemi, idrarda tutama ve kaçırma şikayeti yaşayan hastaların bu şikayetlerinin

zamanla azaldığı ve taburculuk sonrası 6.ay kontrollerinde bu problemlerin kalmadığı belirlenmiştir.

Tablo 11a: Müdahale Grubu Rol Fonksiyon Uyum Alanı Tablosu

	Taburculuk öncesi n(%)	1.Ay n(%)	3.Ay n(%)	6.Ay n(%)
Ev işleri, yemek yapma, tamir yapma, temizlik gibi faaliyetleri yapamama				
Benim gibi	16(80)	7(35)	2(10)	0
Benim gibi değil	4(20)	13(65)	18(90)	20(100)
Fatura ödeme, alışveriş yapma gibi işleri eskisi kadar kolay yapamama				
Benim gibi	14(70)	5(25)	0	0
Benim gibi değil	6(30)	15(75)	20(100)	20(100)
Arkadaşlarımla, ailemle ilişkilerimi eskisi kadar rahat sürdürememe				
Benim gibi	11(55)	2(10)	0	20(100)
Benim gibi değil	9(45)	18(90)	20(100)	0
İş, eş, aile, arkadaş vs. rollerimi eskisi kadar yerine getirememe endişesi				
Benim gibi	12(60)	2(10)	0	0
Benim gibi değil	8(40)	18(90)	20(100)	20(100)

Tablo 11a'da müdahale grubundaki hastaların Rol Fonksiyon Uyum Alanı tablosu yer almaktadır. Bu tabloya göre hastaların ameliyat öncesinde %80'i ev işi, yemek yapma, tamir yapma, temizlik gibi faaliyetleri yaparken zorlandığını, %70'i fatura ödeme, alışveriş yapma vb. gibi rollerini yerine getirirken zorlandığını, %55'i arkadaş, aile ilişkilerini ve %60'ı iş, eş, arkadaş rollerini eskisi kadar rahat sürdüremediğini ifade etmiştir. Ameliyat sonrasında ise ev işleri, yemek yapma, tamir yapma, alışveriş yapma durumlarında zorlanmanın zamanla kalmadığı, bunun yanı sıra aile ve arkadaş ilişkilerinin eskiye göre daha iyi olduğunu, iş, eş, arkadaş rollerinde uyum sıkıntılarının zamanla kalmadığı saptanmıştır.

Tablo 12: Kontrol Grubu Fizyolojik Uyum Alanı Tablosu

KONTROL GRUBU				
(n=20)				
	Taburculuk öncesi n(%)	1.Ay n(%)	3.Ay n(%)	6.Ay n(%)
Otururken, kalkarken ya da yatarken zorlanıyorum.				
Hiç	3(15)	9(45)	19(95)	20(100)
Bazen	2(10)	11(55)	1(5)	0
Çok	15(75)	0	0	0
Çabuk yorulma				
Hiç	5(25)	10(50)	14(70)	15(75)
Bazen	2(10)	5(25)	6(30)	3(15)
Çok	13(65)	5(25)	0	2(10)
Kısa mesafeli yürüyüşlerde çabuk yorulma				
Hiç	7(35)	16(80)	20(100)	20(100)
Bazen	4(20)	4(20)	0	0
Çok	9(45)	0	0	0
Uzun mesafeli yürüyüşlerde zorluk çekme				
Hiç	2(10)	6(30)	13(65)	16(80)
Bazen	4(20)	10(50)	6(30)	4(20)
Çok	14(70)	4(20)	1(5)	0
Yokuş çıkarken zorlanma				
Hiç	1(5)	5(25)	9(45)	15(75)
Bazen	5(25)	9(45)	11(55)	5(25)
Çok	14(70)	6(30)	0	0
Merdiven çıkarken güçlük çekme				
Hiç	2(10)	9(45)	13(65)	18(90)
Bazen	4(20)	7(35)	7(35)	2(10)
Çok	14(70)	4(20)	0	0
Giyinirken ya da soyunurken zorlanma				
Hiç	9(45)	15(75)	19(95)	19(95)
Bazen	4(20)	5(25)	1(5)	1(5)
Çok	7(35)	0	0	0
Ayakkabınızı ve çorabınızı giyerken/çıkarırken zorluk yaşama				
Hiç	5(25)	11(55)	18(90)	19(95)
Bazen	4(20)	8(40)	2(10)	1(5)
Çok	11(55)	1(5)	0	0
Banyo yaparken ve kişisel bakım yaparken zorlanma				
Hiç	12(60)	17(85)	19(95)	20(100)
Bazen	2(10)	3(15)	1(5)	0
Çok	6(30)	0	0	0
Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar yaparken zorlanma				
Hiç	6(30)	9(45)	9(45)	15(75)
Bazen	6(30)	11(55)	11(55)	4(20)
Çok	8(40)	0	0	1(5)

Tablo 12: Devamı

	Taburculuk öncesi n(%)	1.Ay n(%)	3.Ay n(%)	6.Ay n(%)
Nefes darlığı yaşama				
Hiç	7(35)	16(80)	17(85)	19(95)
Bazen	5(25)	4(20)	3(15)	1(5)
Çok	8(40)	0	0	0
Fazla kilolarımdan dolayı uyku düzeninde bozulma				
Hiç	10(50)	16(80)	19(95)	19(95)
Bazen	3(15)	4(20)	1(5)	1(5)
Çok	7(35)	0	0	0
İdrarda tutamama-kaçırma				
Hiç	15(75)	20(100)	20(100)	20(100)
Bazen	3(15)	0	0	0
Çok	2(10)	0	0	0

Tablo 12’de kontrol grubundaki hastaların Fizyolojik Uyum Alanı tablosu yer almaktadır. Bu gruptaki hastaların %75’inin ameliyat öncesinde otururken, yatarken, kalkarken çok zorlandığı, bu zorlanmanın zamanla azaldığı ve 6.ayda hiçbirinin böyle bir zorluk yaşamadığı, %65’inin ameliyat öncesinde çok çabuk yorulduğu fakat 6.ayda %75’inin bu şikayetinin kalmadığı, kısa mesafeli yürüyüşlerde %45’i çok çabuk yorulduğunu, 6.ayda kısa mesafeli yürüme sıkıntılarının kalmadığı, uzun mesafede ise %70’inin çok zorlandığı fakat taburculuk sonrası bu zorlanma durumun zamanla azaldığı belirlenmiştir. Ameliyat öncesi %70’i yokuş çıkarken çok zorlandığını, taburculuk sonrası 6.ayda %75’inin hiç zorlanmadığı saptanmıştır. Ameliyat öncesi %70’i merdiven çıkarken çok zorlandığını, taburculuk sonrası 6.ayda ise %90’ının hiç zorlanmadığı saptanmıştır. Hastaların ameliyat öncesi giyinip, soyunurken %55’inin zorlandığı ve taburculuk sonrası bu şikayetlerinin büyük oranda azaldığı, aynı şekilde ayakkabı ya da çorap giyip-çıkarken %55’inin çok zorlandığı fakat taburculuk sonrası 6.ay izleminde zorlanma şikayetlerinin büyük oranda azaldığı görülmüştür. Banyo yaparken ve kişisel bakımı yerine getirirken hastaların %40’ının zorlandığı, taburculuk sonrasında zamanla bu zorlanmanın hiç kalmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte %40’ı kuvvet gerektiren aktivite, koşma, ağır eşya kaldırırken ve zor spor yaparken çok zorlandığını, taburculuk sonrası 6.ayda %75’inde zorlanma durumlarının kalmadığı görülmüştür. Nefes darlığı, uyku problemi, idrarda tutama ve kaçırma şikayeti yaşayan

hastaların taburculuk sonrası bu şikayetlerinin zamanla büyük oranda kalmadığı belirlenmiştir.

Tablo 12a: Kontrol Grubu Rol Fonksiyon Uyum Alanı Tablosu

	Taburculuk öncesi n(%)	1.Ay n(%)	3.Ay n(%)	6.Ay n(%)
Ev işleri, yemek yapma, tamir yapma, temizlik gibi faaliyetleri yapamama				
Benim gibi	11(55)	11(55)	6(30)	3(15)
Benim gibi değil	9(45)	9(45)	14(70)	17(85)
Fatura ödeme, alışveriş yapma gibi işleri eskisi kadar kolay yapamama				
Benim gibi	15(75)	8(40)	5(25)	1(5)
Benim gibi değil	5(25)	12(60)	15(75)	19(95)
Arkadaşlarımla, ailemle ilişkilerimi eskisi kadar rahat sürdürememe				
Benim gibi	8(40)	3(15)	1(5)	0
Benim gibi değil	12(60)	17(85)	19(95)	20(100)
İş, eş, aile, arkadaş vs. rollerimi eskisi kadar yerine getirememe endişesi				
Benim gibi	10(50)	3(15)	1(5)	0
Benim gibi değil	10(50)	17(85)	19(95)	20(100)

Tablo 12a’da kontrol grubundaki hastaların Rol Fonksiyon Uyum alanı tablosu yer almaktadır. Bu tabloya göre hastaların ameliyat öncesinde %55’i ev işi, yemek yapma, tamir yapma, temizlik gibi faaliyetleri yaparken zorlandığını, %75’i fatura ödeme, alışveriş yapma vb. gibi rollerini yerine getirirken zorlandığını, %40’ı arkadaş, aile ilişkilerini ve %50’si iş, eş, arkadaş rollerini eskisi kadar rahat sürdüremediğini ifade etmiştir. Ameliyat sonrasında ise ev işleri, yemek yapma, tamir yapma, alışveriş yapma durumlarında zorlanmanın zamanla azaldığı, bunun yanı sıra aile ve arkadaş ilişkilerinin eskiye göre daha iyi olduğunu, iş, eş, arkadaş rollerinde uyum sıkıntılarının zamanla kalmadığı saptanmıştır.

Tablo 13: Kontrol ve Müdahale Grubu BKİ ve Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Korelasyon Analiz Tablosu

Ölçek	İzlem	Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği							
		Taburculuk öncesi		1.ay		3.ay		6.ay	
		Kontrol	Müdahale	Kontrol	Müdahale	Kontrol	Müdahale	Kontrol	Müdahale
BKİ	Taburculuk öncesi	r=-0.176 p=0.459	r=0.213 p=0.366						
	1.ay			r=-0.208 p=0.379	r=-0.360 p=0.119				
	3.ay					r=-0.282 p=0.228	r=-0.192 p=0.418		
	6.ay							r=-0.245 p=0.298	r=-0.482 p=0.031

Tablo 13'te kontrol ve müdahale grubu BKİ ve Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Korelasyon Analizi yer almaktadır. Kontrol grubu BKİ ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği korelasyonu arasında taburculuk öncesi ve diğer izlemlerde sırasıyla $r=-0.176$, $r=-0.208$, $r=-0.282$, $r=-0.245$ negatif yönlü ve zayıf ilişki katsayısının olduğu bulunmuştur ve bu ilişki katsayılarının istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Müdahale grubu BKİ ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği korelasyonu arasında taburculuk öncesi pozitif yönlü $r=0.213$ ilişki katsayısının olduğu, 1.ay ve 3.ay izlemlerinde ise sırasıyla, $r=-0.360$, $r=-0.192$ negatif yönlü ve zayıf ilişki katsayısı olduğu bulunmuştur ve bu ilişki katsayılarının istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). 6.ay izlemine bakıldığında BKİ ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği korelasyonu arasında $r=-0.482$ negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki katsayısının olduğu saptanmış olup, bu ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 14: Kontrol ve Müdahale Grubu BKİ ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Korelasyon Analiz Tablosu

Ölçek	İzlem	Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği							
		Taburculuk öncesi		1.ay		3.ay		6.ay	
		Kontrol	Müdahale	Kontrol	Müdahale	Kontrol	Müdahale	Kontrol	Müdahale
BKİ	Taburculuk öncesi	r=0.213 p=0.368	r=0.008 p=0.973						
	1.ay			r=0.235 p=0.318	r=0.004 p=0.986				
	3.ay					r=0.441 p=0.052	r=-0.182 p=0.443		
	6.ay							r=-0.443 p=0.050	r=0.222 p=0.346

Tablo 14'te kontrol ve müdahale grubu BKİ ve Sosyal Görünüş Algısı Ölçeği Korelasyon Analizi yer almaktadır. Kontrol grubuna bakıldığında BKİ ile Sosyal Görünüş Algısı Ölçeği korelasyonu arasında taburculuk öncesi ve 1.ay ve 3.ay izlemlerinde sırasıyla $r=0.213$, $r=0.235$, $r=0.441$ pozitif yönlü zayıf bir ilişki katsayısının olduğu bulunmuş olup, 6.ay izleminde $r=-0.443$ negatif yönlü zayıf bir ilişki katsayısı bulunmuştur ve bu ilişki katsayıların istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Müdahale grubu BKİ ile Sosyal Görünüş Algısı Ölçeği korelasyonu arasında taburculuk öncesi ve 1.ay ve 6.ay izlemlerinde sırasıyla $r=0.008$, $r=0.004$, $r=0.222$ pozitif yönlü ve zayıf ilişki katsayısının, 3.ay izleminde $r=-0.182$ negatif yönlü ve zayıf ilişki katsayısının olduğu bulunmuştur ve bu ilişki katsayılarının istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır.

Tablo 15: Kontrol ve Müdahale Grubu Sosyal Görünüş Kaygısı ve Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Korelasyon Analiz Tablosu

Ölçek	İzlem	Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği							
		Taburculuk öncesi		1.ay		3.ay		6.ay	
		Kontrol	Müdahale	Kontrol	Müdahale	Kontrol	Müdahale	Kontrol	Müdahale
Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	Taburculuk öncesi	r=-0.268 p=0.253	r=-0.506 p=0.023						
	1.ay			r=-0.439 p=0.053	r=-0.294 p=0.208				
	3.ay					r=-0.548 p=0.012	r=-0.064 p=0.787		
	6.ay							r=-0.579 p=0.007	r=-0.181 p=0.444

Tablo 15’te kontrol ve müdahale grubu Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği ve Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Korelasyon Analizi yer almaktadır. Kontrol grubu sosyal görünüş kaygısı ve benlik saygısı korelasyonu arasında taburculuk öncesi ve 1.ay izlemlerinde sırasıyla $r=-0.268$, $r=-0.439$, negatif yönlü ve zayıf ilişki katsayısının olduğu bulunmuş olup, bu ilişki katsayılarının istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Bunun yanı sıra 3.ay ve 6.ay izlemlerinde ise sırasıyla $r=-0.548$, $r=-0.579$, negatif yönlü ve orta düzeyde ilişki katsayısının olduğu bulunmuş olup, bu ilişki katsayılarının istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Müdahale grubu sosyal görünüş kaygısı ve benlik saygısı korelasyonu arasında taburculuk öncesi $r=-0.506$ negatif yönlü ve orta düzeyde ilişki katsayısının olduğu bulunmuş olup, bu ilişki katsayısının istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bunun yanı sıra 1.ay 3.ay ve 6.ay izlemlerinde ise sırasıyla $r=-0.294$, $r=-0.064$, $r=-0.181$ negatif yönlü ve zayıf ilişki katsayısının olduğu bulunmuştur ve bu ilişki katsayılarının istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Deneysel nitelikteki bu araştırma Roy Adaptasyon Modeli'ne göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin bariatrik cerrahi uygulanan hastaların uyum süreçlerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların demografik ve bireysel özellikleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamış olup ($p>0.05$), hastaların genel demografik ve obeziteye ilişkin bireysel özellikleri birbirine yakın niteliktedir. Her iki grupta bulunan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma, ekonomik durumları ve obeziteye ilişkin özellikleri açısından istatistiksel anlamda önemli bir fark olmaması verilerin bu değişkenlerden etkilenme ihtimalini azalttığı düşünülmektedir (Tablo 3; Tablo 4).

Her iki grupta bulunan hastalar taburculuk öncesi BKİ morbid obez sınıfında olup, taburculuk sonrası 1.ay, 3.ay ve 6.ay izlemlerinde BKİ'nin zamanla azaldığı ve hastaların 6.ayda pre-obez sınıfında olduğu saptanmıştır (Tablo 5; Tablo 6). BKİ göre 1.ay, 3.ay ve 6.ay izlemlerinde grup içi karşılaştırmalarda izlemler arasında istatistiksel açıdan önemli fark olduğu ($p<0.05$) fakat gruplar arası karşılaştırmalarda önemli bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 5). ($p>0.05$) Yapılan çalışmalara bakıldığında bizim çalışmamıza benzer şekilde obez hastaların ameliyat sonrası BKİ değerinde anlamlı düzeyde bir azalma olduğu saptanmıştır (Akçay ve ark., 2016; Yılmaz, 2016; McMahon ve ark., 2006).

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği her iki gruptaki hastalara taburculuk öncesinde ve taburculuk sonrası 1.ay, 3.ay, 6.ayda uygulanmıştır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yeme bozukluğuna işaret etmektedir. Taburculuk öncesinde her iki grupta bulunan hastaların yeme bozukluğu davranışlarının yüksek olduğu saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Taburculuk sonrası 1.ay, 3.ay ve 6.ay izlemlerinde hem grup içi hem de gruplar arası karşılaştırmalarda, yeme bozukluğu davranışları açısından olumlu yönde bir değişim ve istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubunda grup içi karşılaştırmalarda yeme bozukluğu davranışındaki değişimin 3.ayda ortaya çıktığı buna karşın müdahale grubundaki değişimin 1.ayda ortaya çıktığı, gruplar arası karşılaştırmalarda ise farkın 1.aydan itibaren ortaya çıktığı ve bu durumun istatistiksel

olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 7). Bu bağlamda Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin müdahale grubunun değişen beslenme düzenine olan uyum sürecini kolaylaştırdığı ve yeme davranışlarında olumlu yönde daha hızlı değişim oluşturduğu söylenebilir. Yapılan çalışmalara bakıldığında Werrij ve arkadaşların (2006) aşırı kilolu ve obez bireyler üzerinde yaptığı çalışmada ve Kalarchian ve arkadaşlarının (2000) bariatrik cerrahi adaylarına uyguladığı çalışmada yeme bozukluğu değerlendirme puanının önemli derecede yüksek olduğu belirtilmiştir.

Literatürde obez bireylerin tedavisinde benlik algısı üzerinde çalışmanın önemli bir yeri olduğu ileri sürülmektedir. Çalışmamızda Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği her iki gruptaki hastalara taburculuk öncesinde ve taburculuk sonrası 1.ay, 3.ay, 6.ayda uygulanmıştır. Ölçekten alınan yüksek puanlar benlik saygısının yüksek olduğunu ifade etmektedir. Taburculuk öncesinde ve taburculuk sonrası 1.ay, 3.ay, 6.ayda her iki grupta bulunan hastaların benlik saygısının yüksek olduğu saptanmış olup, gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Buna karşın grup içi karşılaştırmalarda kontrol grubunda izlemler arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmazken ($p>0.05$), müdahale grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ve bu farkın taburculuk sonrası 3.ayda ortaya çıktığı saptanmıştır ($p<0.05$). (Tablo 8). Bununla birlikte BKİ ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği korelasyonu incelendiğinde negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Her iki grup içinde BKİ azaldığında, bireylerde benlik saygısında bir artma olduğu görülmüştür (Tablo 13).

Literatürde benlik saygısı ve obezite arasındaki ilişkinin genellikle obez hasta grubunda çalışıldığı, morbid obez hasta grubunda çok az çalışıldığı görülmektedir. Yapılan literatür çalışmalarında bizim çalışmamızın aksine obez bireylerin benlik saygısının düşük olduğu sonucu bulunmakla birlikte (Hamurcu ve ark., 2015; Yılmaz, 2015; Sarısoy ve ark., 2013; Tezcan, 2009), BKİ ve benlik saygısı arasındaki korelasyonlara bakıldığında çalışmamıza benzer şekilde bir ilişki olduğunu gösteren çalışma (Değirmeci, 2006) olduğu gibi BKİ ile benlik saygısı arasında bir ilişkinin olmadığını gösteren çalışmaya da (Eroğlu ve ark., 2018) rastlanmıştır. Bizim araştırmamıza göre benlik saygısı yüksek olan obez bireylerin kendi sağlığına daha çok önem verdiği ve obezite tedavisi ile yaşam kalitelerini arttırmak istedikleri düşünülmektedir. Ayrıca obezitenin giderek yaygınlaşması ile toplumun obez bireylere

karşı algısının değiştiği bu durumunda zamanla benlik saygısını daha az etkilediği düşünölmektedir. Bas ve Dönmez (2009) benlik saygısı yüksek olan obez hastaların kilo kaybı tedavisine daha fazla uyum sağladıklarını, Alıcı ve Pınar (2008) obez bireylere verdikleri fizyolojik ve psikolojik eğitimler sonucunda bireylerin benlik saygısında olumlu yönde iyileşme olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamızda bu durumu desteklemektedir. Nitekim çalışmamız kapsamındaki hastaların benlik saygısı yüksek olmakla birlikte; BKİ açasından gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak önemli bir farkın olmaması bunun yanısıra müdahale grubundaki hastaların benlik saygısı puan ortalamalarının zamanla artması Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin müdahale grubunun benlik saygısı üzerinde olumlu etki oluşturduğu söylenebilir.

İnsanlar üzerinde kötü bir izlenim bırakacağını düşünöen bireyin görünüş kaygısı artmaktadır (Kılıç, 2015; Özcan ve ark., 2013). Bizim çalışmamızda Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği her iki gruptaki hastalara taburculuk öncesinde ve taburculuk sonrası 1.ay, 3.ay, 6.ayda uygulanmıştır. Ölçekten alınan yüksek puanlar sosyal görünüş kaygısının fazla olduğunu ifade etmektedir. Taburculuk öncesinde her iki grupta bulunan hastaların sosyal görünüş kaygısı yüksek olduğu saptanmış olup, gruplar arasında ise istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı görölmüştür ($p>0.05$). Taburculuk öncesi ve sonrası 1.ay, 3.ay ve 6.ay izlemlerinde grup içi karşılaştırmalarda, sosyal görünüş kaygısı açasından istatistiksel olarak önemli fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırmalarda ise farkın 3.aydan itibaren ortaya çıktığı ve müdahale grubunda görünüş kaygısının daha hızlı şekilde azaldığı ve bu durumun istatistiksel olarak önemli olduğu sonucu bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 9). Bununla birlikte Sosyal Görünüş Kaygısı ile BKİ ve Coopersmith Benlik Saygısı korelasyonu incelendiğinde; BKİ ile pozitif yönlü, benlik saygısı ile negatif yönlü bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Her iki grup içinde BKİ azaldığında bireylerde sosyal görünüş kaygısında azalma olduğu (Tablo 14), sosyal görünüş kaygısının azalması ile benlik saygısında bir artma olduğu sonucu bulunmuştur (Tablo 15).

Yaşam tarzı düzenlemeleri ve kilo kaybı ile kaygının azalacağı (Sertöz ve Mete 2005); beden imajı puanının ve özgüvenin artacağını (Foster ve ark., 2004; Mathus-Vliegen ve ark., 2004) gösteren çalışmalar mevcuttur. Literatüre bakıldığında Alıcı ve Pınar (2008) ve Yılmaz (2015) obez bireylerde kaygının yüksek olduğunu belirtmiştir. Bizim araştırmamızdaki bireylerin de benzer şekilde görünüş kaygısının yüksek olduğu

sonucu bulunmuştur. Ayrıca Yılmaz (2015) benlik saygısı düşük obez bireylerin sosyal görünüş kaygısı yaşadığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda ise bu sonucun aksine hastaların benlik saygısı ve sosyal görünüş kaygılarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda çalışmamızdaki benlik saygısı yüksek olan morbid obez bireylerin yaşam kalitelerine, beden imajlarına, sosyal ilişkilerine, dış görünüşlerine verdikleri önemin ve diğer insanlar üzerinde etkili bir izlenim bırakma isteklerinin fazla olabileceği düşünülerek sosyal görünüş kaygılarının artabileceği düşünülmektedir. Ayrıca sosyal görünüş kaygısı, bireyin bedeniyle ve görünüşüyle ilgili olumsuz beden imajının bir yansıması olarak düşünülebilir (Özcan ve ark., 2013). Bu bağlamda obezite cerrahisinin beden imajı üzerine etkilerinin incelendiği çalışmalara bakıldığında ameliyat sonrasında beden imajının olumlu yönde değiştiği belirlenmiştir (Edward ve ark., 2016; Song ve ark., 2016; Lin ve ark., 2015). Literatüre benzer şekilde bizim çalışmamızdaki müdahale grubundaki hastalarda da BKİ azalması ile sosyal görünüş kaygısının azaldığı görülmüştür. Bu durumun bireylerin kilo verdikçe görünüşlerinin düzeldiği, çekiciliklerinin arttığı, diğer insanlar üzerinde iyi bir izlenim bıraktığı ve Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin müdahale grubundaki hastaların sosyal görünüş kaygısını azalttığı söylenebilir.

Ameliyat sonrası dönemde bireydeki motivasyon ve bu dönemin gereklerini yerine getirmek için duyduğu istek sırasında sağlanan sosyal destek tedaviye uyum süreci yönünden önem taşımaktadır. Bizim çalışmamızda da Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği her iki gruptaki hastalara taburculuk öncesinde ve taburculuk sonrası 1.ay, 3.ay, 6.ayda uygulanmıştır. Ölçekten alınan yüksek puanlar sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Taburculuk öncesinde ve taburculuk sonrası 1.ay, 3.ay, 6.ayda her iki grupta bulunan hastalarda sosyal desteğin yüksek olduğu saptanmış olup, hem grup içi hem de gruplar arası karşılaştırmalarda sosyal destek açısından istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). (Tablo 10).

Bizim çalışmamıza benzer şekilde obez bireylerdeki BKİ değişim ile birlikte eğitim ve danışmanlık sağlanarak algılanan sosyal destek sürecini izleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Hastaların algılanan sosyal destek sistemlerinin fazla olması bariatrik cerrahi tedavisine uyumu kolaylaştırarak hastaların ameliyat sonrası döneme daha kısa sürede adapte olmalarını sağladığı düşünülmektedir. Gündoğulu (2008) göre Üzmez (2007) sosyal destek alan obez bireylerin kilo vermede ve verilen kiloyu korumada,

destek almayanlara göre daha başarılı olduklarını belirtmiştir. Özkoca (2018) yetişkin obez bireylerde yaptığı çalışmasında bireyler tarafından algılanan sosyal desteğin fazla olduğu sonucunu bulmuştur. Bizim araştırmamızda da Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin müdahale grubundaki hastaların algılanan sosyal destek düzeyini arttırdığı görülmektedir.

Obez bireylerin yaşadığı en büyük sosyal sorunlardan biri iş yaşamı, sosyal yaşam ve kişilerarası ilişkilerdeki önyargı ve ayrımcılıktır (Gündüzoğlu, 2008). Tüm bunların dolayısıyla obez bireylerin yaşam kalitelerini ve uyum süreçlerini önemli derecede etkilediği düşünülmektedir. Uyum formu her iki gruptaki bireylere taburculuk öncesinde, taburculuk sonrası 1.ay, 3.ay, 6.ay da olmak üzere dört kez uygulanmıştır. Çalışmamızdaki morbid obez bireylerin ameliyat öncesi dönemde obeziteye bağlı fiziksel aktivite, uyku ve sosyal alanlarda sıkıntı yaşadıkları ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 11; Tablo 11a; Tablo 12; Tablo 12a). Ameliyat sonrası dönemde ise müdahale grubuna Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin ve beraberinde kaybedilen kiloların fiziksel aktivite düzeyi, uyku ve rol fonksiyon uyum modlarını olumlu yönde etkilediği, bireylerin uyumlarının arttığı görülmüştür (Tablo 11; Tablo 11a). Çalışmamıza benzer şekilde Eroğlu ve arkadaşları (2018) bariatrik cerrahi adaylarının yaşam kalitelerinin düşük olduğunu, Değirmenci (2006) obez bireylerin fiziksel alan boyutunda yaşam kalitelerinin düşük olduğunu, Mathus-Vliegen ve arkadaşları (2004) ise bariatrik cerrahi sonrasında bireylerin yaşam kalitelerinin arttığı sonucunu bulmuştur. Bununla birlikte obez bireylerde yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarda SF-36 alt boyutlarından olan fiziksel alan, fiziksel rol kısıtlaması (Yılmaz, 2017; Jensen ve ark., 2004; Kauka ve ark., 2003) fiziksel ve emosyonel rol kısıtlaması (Yılmaz, 2017; Kauka ve ark., 2002) boyutlarında zamanla olumlu yönde iyileşmelerin olduğu belirtilmiştir.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Roy adaptasyon modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin bariatrik cerrahi geçiren hastaların uyum süreci incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları incelendiğinde;

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların demografik ve obeziteye ilişkin özellikleri birbirine yakın nitelikte olup, istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Her iki gruptaki hastaların çoğu taburculuk öncesi morbid obez sınıfında iken, taburculuk sonrası 1.ayda Obez II, 3.ayda Obez I ve 6.ayda ise pre-obez sınıfında olduğu görülmüştür. Her iki grupta bulunan hastaların BKİ değerlerinin zamanla azaldığı görülmekle birlikte gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Hastaların Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, taburculuk öncesinde her iki grupta bulunan hastaların yeme bozukluğu davranışlarının yüksek olduğu saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Taburculuk sonrası 1.ay, 3.ay ve 6.ay izlemlerinde hem grup içi hem de gruplar arası karşılaştırmalarda, yeme bozukluğu davranışları açısından olumlu yönde bir değişim ve istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubunda grup içi karşılaştırmalarda yeme bozukluğu davranışındaki değişimin 3.ayda ortaya çıktığı buna karşın müdahale grubundaki değişimin 1.ayda ortaya çıktığı, gruplar arası karşılaştırmalarda ise farkın 1.aydan itibaren ortaya çıktığı ve bu durumun istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuş ($p<0.05$) olup, Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin müdahale grubundaki hastaların beslenme düzenine olan uyumunu arttırdığı görülmüştür.

Hastaların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; taburculuk öncesinde ve taburculuk sonrası 1.ay, 3.ay, 6.ayda her iki grupta bulunan hastaların benlik saygısının yüksek olduğu belirlenmiş olup, gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı görülmüştür

($p>0.05$). Buna karşın grup içi karşılaştırmalarda kontrol grubunda izlemler arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmazken ($p>0.05$), müdahale grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ($p<0.05$) ve bu farkın taburculuk sonrası 3.ayda ortaya çıktığı saptanmış olup, Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin müdahale grubundaki hastaların benlik saygısını yükselttiği görülmüştür.

Hastaların Sosyal Görünüş Kaygısı puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; taburculuk öncesinde her iki grupta bulunan hastaların sosyal görünüş kaygısının yüksek olduğu bulunmuş olup, müdahale ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırmada ise istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Grup içi karşılaştırmalarda; izlemler arasında sosyal görünüş kaygısı açısından istatistiksel açıdan önemli düzeyde azalma olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Müdahale ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırmalarda ise müdahale grubunda görünüş kaygısının daha hızlı şekilde azaldığı ve istatistiksel olarak önemli farkın 3.aydan itibaren ortaya çıktığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin müdahale grubundaki hastaların sosyal görünüş kaygısını azalttığı görülmüştür.

Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; taburculuk öncesinde ve taburculuk sonrası 1.ay, 3.ay, 6.ayda her iki grupta bulunan hastalarda algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bunun yanısıra Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin müdahale grubundaki hastaların algılanan sosyal destek düzeyini arttırdığı görülmüştür.

Ameliyat öncesi dönemde müdahale grubundaki bireylerin obeziteye bağlı fiziksel aktivite, uyku ve sosyal alanlarda sıkıntı yaşadıkları dolayısıyla yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubuna Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin ve beraberinde kaybedilen kiloların fiziksel aktivite düzeyi, uyku ve rol fonksiyon uyum modlarını olumlu yönde etkilediği, bireylerin uyumunun ve yaşam kalitelerinin arttığı görülmüştür.

BKİ ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği korelasyonu incelendiğinde negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Her iki grup içinde BKİ azaldığında, bireylerde

benlik saygısında bir artma olduğu ve bu durumun müdahale grubunda 6.ayda istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu görülmüştür.

Sosyal Görünüş Kaygısı ile Coopersmith Benlik Saygısı korelasyonu incelendiğinde, sosyal görünüş kaygısı ile benlik saygısı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Her iki gruptaki bireylerde sosyal görünüş kaygısının azalması ile benlik saygısında bir artma olduğu sonucu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Hasta eğitimi hemşirenin en önemli bağımsız rollerinden biridir. Bariatrik cerrahi olan hastalar gerek ameliyat öncesi gerekse ameliyat sonrası yeterli bilgiye sahip olamamaktadır ve çoğu zaman sosyal medya ortamlarından ve daha önce bu ameliyatı olan hastalardan destek ve yardım arayışına girmektedir. Bu hasta grubuna Roy Adaptasyon Modeline göre hazırlanan eğitim kitapçığı ve hazırlanan kitapçık doğrultusunda verilen hemşirelik eğitimine göre hastalarda olumlu yönde değişimin görülmesi hemşireliğin bağımsız fonksiyonların gücünü ve önemini gösterir niteliktedir. Bu bağlamda,

- Roy Adaptasyon Modeli temelinde standart bir eğitim programının oluşturulması ve eğitimin sürekliliğini sağlamak amacıyla hastalara yönelik eğitim kitapçıklarının hazırlanması
- Bariatrik cerrahi hastaların ameliyat sonrasındaki fizyolojik, psikolojik ve sosyal destek düzeylerini geliştirmek amaçlı daha uzun süreli hemşirelik eğitimlerinin ve kontrollerinin sürdürülmesi
- Hemşirelere bariatrik cerrahi alanına yönelik eğitim ve seminerlerin düzenlenmesi
- Telefon ile danışmanlık sürecinin önemini artırılması ve bu konuya özgü tele-hemşirelik araştırmalarının yapılması
- Bariatrik cerrahi olan hastalara Roy Adaptasyon Modeli kullanılarak verilen hemşirelik eğitimlerinin etkinliğine yönelik yapılacak araştırmaların sayısının artırılması ve elde edilen olumlu sonuçların klinik uygulamalara yansıtılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Adaş, M., Mert, M. (2014). Obezitede Medikal Tedavi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı 1): 50-55
- Adult Obesity Facts. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), <https://www.cdc.gov/obesity/adult/index.html> (Erişim Tarihi: 17.06.2018)
- Akkurt, S. (2012). *Obezite ve Egzersiz Tedavisi. Spor Hekimliği Dergisi*, 47(4): 123-130
- Akçay, A., Ceren, İ., Acar, G., Nacar, H., Çelebi, M., Göçer, K. Ardıç İ., Sökmen A. (2016). Bariatrik Cerrahi İle Kilo Kaybının Kardiyak Fonksiyonlara Etkisinin Ekokardiyografi İle Değerlendirilmesi. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Dergisi*, 7(26): 25-32
- Alicı, M., Pınar, R. (2008). Obez Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2: 32-47
- Altunkaynak, B.D., Özbek, E. (2006). Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 13 (4): 138-142
- Andris, A.D. (2005). Surgical Treatment for Obesity Ensuring Success. *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (J WOCN)*, 32(6): 393-401
- Anuk, T., Köksal, N., Avşar, F., Allahverdi, D., Sülü, B., Çakmur, H. (2017). Bariatrik Cerrahi ile İlgili İlk Sonuçlarımız. *Ege Journal of Medicine*, 56(2): 82-85
- Atila K. (2014). Morbid Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Archives of Clinical Toxicology*, 1(1): 23-27
- Aydın, E. (2012). Bariatrik Cerrahi Uygulanan Bireylerin Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Aydın, E., Bulut, H. (2014). Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı. *TAF Prev Med Bull*, 13(1): 77-82
- Aygin, D. Açıl, H. (2015). Morbid Obezlerde Bariyatrik Cerrahi Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Bakımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(4): 604-613

- Azarmi, S., Farsi, Z. (2015). Roy's Adaptation Model-Guided Education and Promoting the Adaptation of Veterans With Lower Extremities Amputation. *Iran Red Crescent Med J.*, 17(10): 1-7
- Balcıoğlu, İ., Başer, S.Z. (2008). Obezitenin Psikiyatrik Yönu. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*. Sempozyum Dizisi No: 62; 341-348
- Barth, M., Jenson, E.C. (2006). Postoperative Nursing Care of Gastric Bypass Patients. *American Journal of Critical Care*, 15(4): 378-387
- Bas, M., Donmez, S. (2009). Self-Efficacy and Restrained Eating in Relation to Weight Loss Among Overweight Men and Women in Turkey. *Appetite*, 52: 209-216.
- Batsis, A.J., Loper-Jimenez, F., Collazo-Clvell, M.L., Clark, M.M., Somers, V.K., Sarr, M.G. (2009). Quality of Life after Bariatric Surgery: A Populationbased Cohort Study. *The American Journal of Medicine*, 122(11): 1055.e1-1055.e11
- Bayraktar, A. (2010). Obezite Tedavisinde Eczacının Rolü ve Katkısı. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 23: 106-110
- Beşikçi, Onay A. (2010). Erken Yaşta Görülen Obezite: Nedenleri ve Tedbirler. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 23-24: 82-85
- Beyaz, B., Koç, A. (2011). Antalya'da Obezite Yaygınlığı ve Düzeyini Etkileyen Sosyo-Ekonomik Değişkenler. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, 11(21): 17-45
- Biröl, L. (2011). Hemşirelik Süreci. Etki Matbaacılık, İzmir
- Bouchard, C.L. (2001). The Genetics of Human Obesity: Recent Progress. *Bull Mem Acad R Med Belg*, 156(10-12), 455-464
- Bond, D.S., Wing, R.R., Vithiananthan, S., Sax, H.C., Roye, G.D., Ryder, B.A., Pohl, D., Giovanni, J. (2011). Significant Resolution of Female Sexual Dysfunction After Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis*, 7(1): 1-7.
- Branderburg, D. Kotlowski, R. (2005). Practice Makes Perfect? Patient Response to a Pre-Bariatric Surgery Behavior Modification Program. *Obesity Surgery*, 15(1): 125-132

- Burkner, B.E., Simmons, S., Brakefield, A.J., Hawkins, K.A., Feeley, C., Kilgore, F.A.L., Holmes, S., Bibb, M., Gibson, L. (2007). Maturing Responsibility in Young Teens Participating in an Asthma Camp: Adaptive Mechanisms and Outcomes. *JSPN*, 12(1): 24-36
- Caballero, B. (2007). The global epidemic of obesity: an overview. *Epidemiol Rev*, 29(1):1-5
- Carr, D., Jaffe, K., Friedman, MA. (2008). Perceived Interpersonal Mistreatment Among Obese Americans: Do race, class, and gender matter? *Obesity (Silver Spring)*, 16(2): 60–68
- Chang, S.H., Stoll, C.R., Song, J., Varela, J.E., Eagon, C.J., Colditz, G.A. (2014). The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. *JAMA Surg*, 149(3): 275-287.
- Çakır, Y., Palabıyıkoglu, R. (1997). Gençlerde Sosyal Destek-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Kriz Dergisi*, 5(1): 15-24.
- Çakmak, Bulut B., Dönmez, A. (2014). Obeziteye Multidisipliner Yaklaşım. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3(3): 142-149
- Çatal, E. Dicle, A. (2014). Teori Araştırma Bileşeni: Roy'un Uyum Modeli Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*,7(1): 33-45
- Değirmenci, T. (2006). Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete, Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli
- De Panfilis, C., Cero, S., Torre, M., Salvatore, P., Dall'Aglio, E., Adorni, A., Maggini, C. (2007). Changes in Body Image Disturbance in Morbidly Obese Patients 1 Year after Laparoscopic Adjustable Gastric Banding. *Obesity Surgery*, 17(6): 792-799
- DeSanto- Madeya, S., Fawcett, J. (2009). Toward Understanding and Measuring Adaptation Level in the Context of the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*, 22(4): 355-359

- Disease of obesity. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS), <https://asmbs.org/patients/disease-of-obesity> (Erişim Tarihi: 17.06.2018)
- Dizlek, D., Çatal, E. (2018). Morbid Obezitede Bariatrik Cerrahi Sonrası Hasta Sonuçları. *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 6(2): 501-512
- Dixon, L.E. (1999). Community Health Nursing Practice and the Roy Adaptation Model. *Public Health Nursing*, 16(4): 290-300
- Doğan, T. (2010). Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği' nin (SGKÖ) Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 39: 151-159
- Dolgun, E. ve Yavuz, M. (2010). Aşırı Şişmanlık Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1): 85-92.
- Doolen, L.J., Miller, K.S. (2005). Primary Care Management of Patients Following Bariatric Surgery. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners*, 17(11): 446-450
- Durna, Z. Akın, S., Özdilli, K. (2009). İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi. Durna, Z. (Ed.), Cinius Yayınları, İstanbul
- Efthymiou, V, Hyphantis, T., Karaivazoglou, K., Gourzis, P., Alexandrides. T.K., Kalfarentzos, F., Assimakopoulos, K. (2015). The effect of bariatric surgery on patient HRQOL and sexual health during a 1-year postoperative period. *Obes Surg*, 25(2): 310-318
- Eker, D., Arkar H., Yıldız H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 12(1): 17-25
- Ergin Berkiten, A. (2014). Obezitenin Kadın Sağlığı Ve Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi. *KASHED*, 1(1): 41-54
- Erkol, A., Khorshid, L. (2004). Obezite; Predispozan Faktörler ve Sosyal Boyutun Değerlendirilmesi. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*, 14(2): 101-107

- Eroğlu, M.Z., Sertçelik, S., Gündüz, A., Demirkol, M.E. (2018). Bariyatrik Cerrahi Adaylarında Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19
- Edward, K.L., Hii, M.W., Giandionoto, J.A., Hennessy, J., Thompson, L. (2016). Personal Descriptions of Life Before and After Bariatric Surgery from Overweight or Obese Men. *American Journal of Men's Health*, 12(2): 265-273
- Faria, L.S., Faria, P.O., Lins, D.R., Gouvea, R.H. (2010). Hair Loss Among Bariatric Surgery Patients. *Bariatric Times*, 7(11): 18–20
- Fencl, L.J., Walsh, A., Vocke, D. (2015). The Bariatric Patient: An Overview of Perioperative Care. *AORN Journal*, 102(2): 117-128
- Ferreira, G.B.M., Santos, Felix M.M., Galvão, C.M. (2014). Nursing Care in The Perioperative Period for Patients Undergoing Bariatric Surgery. *Rev Rene*, 15(4):710-719
- Foster, G.D., Phelan, S., Wadden, T.A., Gill, D, Ermold, J., Didie, E. (2004). Promoting more modest weight losses: A pilot study. *Obesity Research*, 12(8): 1271-1277.
- Goritz T., Duff E. (2014). Bariatric Surgery: Comprehensive Strategies for Management in Primary Care. *The Journal for Nurse Practitioners – JNP*, 10(9): 687-693
- Gülcan, E., Özkan A. (2006). Obezite. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10: 185-194
- Gülçelik, E.N., Gürlek, A., Usman, A. (2007). Obezitenin Medikal Tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 38: 212-217
- Güler, Y., Gönener, H.D., Altay, B., Gönener, A. (2009). Adölesanlarda Obezite ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4: 165-180
- Gündüzoğlu Çıray, N. (2008). Obezilere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir
- Green, N. (2012). Bariatric Surgery: an overview. *Nursing Standard*, 26(36): 48-56

- Hajian, Tilaki K.O., Heidari, B. (2007). Prevalence of obesity, central obesity and the associated factors in urban population aged 20–70 years, in the north of Iran: a population-based study and regression approach. *The International Association for the Study of Obesity. Obesity Reviews*, 8(1): 3–10
- Hamurcu, P., Öner, C., Telatar, B., Yeşildağ, Ş. (2015). Obezitenin Benlik Saygısı ve Beden Algısı Üzerine Etkisi. *Türk Aile Hek. Dergisi*, 19(3): 122-128
- Harrington, L. (2006). Postoperative Care of Patients Undergoing Bariatric Surgery. *MEDSURG Nursing*, 15(6): 357-363
- Homer, C.V., Tod, A.M., Thompson, A.R., Allmark, P., Goyder, E. (2015). Expectations and patients' experiences of obesity prior to bariatric surgery: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(2): 1-10
- Hruby, A., Frank B. (2015). The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmaco Economics*, 33(7): 673–689
- Hurst, S., Blanco, K., Boyle, D., Douglass, L., Wikas, A. (2004). Bariatric Implications of Critical Care Nursing. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 23(2): 76-83
- Hussain A., El-Hassani S. (2013). Bariatric Emergencies: Current Evidence and Strategies of Management. *World Journal of Emergency Surgery*, 8(1): 58
- Hwang, S.S., Takata, M.C., Fujioka, K., Fuller, W. (2016). Update on Bariatric Surgical Procedures and an Introduction to the Implantable Weight Loss Device: The Maestro Rechargeable System. *Medical Devices: Evidence and Research*, 9: 291-299
- Ide, P., Farber, S.E., Lautz, D. (2008). Perioperative Nursing Care of the Bariatric Surgical Patient. *AORN JOURNAL*, 88(1): 30-54
- Ide, P., O'Shea, F.C. (2013). Implementing a Bariatric Surgery Program. *AORN Journal*, 97(2): 196-206
- Işık, E., Kanbay, Y., Aslan, Ö., Işık, K., Çınar, S. (2013). Aile Hekimliği Birimine Başvuran Bireylerde Obezite Sıklığı ve İlişkili Etmenler: Artvin Örneği, *F.N. Hem. Dergisi*, 21(2): 107-115

- İnan, Ş.F., Üstün, B., Bademli, K. (2013). Türkiye’de Kuram/Modele Dayalı Hemşirelik Araştırmalarının İncelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2): 132-139
- Jakicic, J.M, Otto, A.D. (2005). Physical Activity Considerations for The Treatment and Prevention of Obesity. *Am J Clin Nutr*, 82 (suppl 1): 226-229
- Jensen, G.L., Roy, MA, Buchanan, A.E., Berg, M.B. (2004). Weight loss intervention for obese older women: Improvements in performance and function. *Obesity Research*, 12(11): 1814-1820
- Kacaroğlu, Vicdan A., Tunç, Tuna P. (2015). Rektum Kanseri Nedeniyle Kolostomi Açılan Bireyin Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı: Olgu Sunumu. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 4: 61-75
- Kalarcian, M.A., Wilson, G.T., Brolin, R.E., Bradley, L. (2000). Assessment of Eating Disorders in Bariatric Surgery Candidates: Self- report questionnaire Versus Interview. *Int J. Eat Disord.*, 28(4): 465-474
- Kaukua, J., Pekkarinen, T., Sane, T., Mustajoki, P. (2002). Health-related quality of life in WHO class II-III obese men losing weight with very-low-energy diet and behaviour modification: A randomised clinical trial. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26(4): 487-495.
- Kaukua, J., Pekkarinen, T., Sane, T., Mustajoki, P. (2003). Health-related quality of life in obese outpatients losing weight with very-low-energy diet and behaviour modification: A 2-year follow-up study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27(10): 1233-1241.
- Kaur, H., Mahal, R. (2013). Development of Nursing Assessment Tool: An Application of Roy's Adaptation Theory. *International Journal of Nursing Education*, 5(1): 60-64
- Kayar, H., Utku, S. (2013). Çağımızın Hastalığı Obezite. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2): 1-8
- Kılıç, M. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Görünüş Kaygıları İle Benlik Saygıları Ve Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya

- King, C.W., Bond, S.D. (2013). The Importance of Preoperative and Postoperative Physical Activity Counseling in Bariatric Surgery. *Exerc. Sport Sci. Rev*, 41(1): 26-35
- Koçaşlı, S. Öztekin, D. (2010). Obezite Cerrahisinde Perioperatif Bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(2): 77-83
- Kokino, S., Özdemir, F., Zateri, C. (2006). Obezite ve Fiziksel Tıp Yöntemleri. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1): 47-54
- Lauti, M., Kularatna, M., Hill, A. G., & MacCormick, A.D. (2016). Weight Regain Following Sleeve Gastrectomy - a Systematic Review. *Obesity Surgery*, 26(6): 1326-1334
- Legro, R.S., Dodson, W.C., Gnatuk, C.L., Estes, S.J., Kunselman, A.R., Meadows, J.W., Kesner, J.S., Krieg, E.F. Jr, Rogers, A.M., Haluck, R.S., Cooney, R.N. (2012). Effects of Gastric Bypass Surgery on Female Reproductive Function. *J Clin Endocrinol Metab.* ,97(12):4540-8.
- Lin, W. L, Su, S.F., Lee, W.J., Lee, C.H. (2015). The Influence of Bariatric Surgery on Body Image in Obesity Patients. *Hu Li Za Zhi*, 62(1): 50-57
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutso, E., Mehran, A., Gibbons M. M. (2011). Patient Behaviors Associated with Weight Regain After Laparoscopic Gastric Bypass. *Obesity Research & Clinical Practice*, 5(3): 258– 265
- Mathus-Vliegen, E.M., De Weerd, S., De Wit, L.T. (2004). Health-Related Quality of Life in Patients with Morbid Obesity After Gastric Banding for Surgically Induced Weight Loss. *Surgery*, 135(5): 489-497
- McKee, S.J., Tassinari, S. (2006). Nutrition in Bariatric Surgery: The Role of Nursing in Reducing Liability. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 17(1): 7-11
- McLaren, L. (2007). Socioeconomic Status and Obesity. *Epidemiol Rev*, 29: 29-48
- McMahon, MM., Sarr, M.G., Clark, M.M., Gall, M., Knoetgen, J., Sevice F.J., Laskowski E.R., Hurley D.L. (2006). Clinical management after bariatric surgery: value of a multidisciplinary approach. *Mayo Clin Proc*, 81(10): 34-45

- Mechanick, J.I., Youdim, A., Jones, D.B., Garvey, W.T., Hurley, D.L., McMahon, MM, Heinberg, L.J., Kushner, R., Adams, T.D., Shikora, S., Dixon, J.B., Brethauer, S.; American Association of Clinical Endocrinologists; Obesity Society; American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient. *Endocr Pract.*,19(2): 337-72
- Menekli, T., Eyi, S. (2017). Obez Bir Bireyin Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modeli'nin Kullanımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*; 25(3): 237-246
- Naga, B.H.S.B., Al- Atiyyat, H.M.N. (2013). The Relationship Between Pain Experience and Roy Adaptation Model: Application Of Theoretical Framework. *Middle East Journal of Nursing*, 7(6): 18-23
- Neil, A.J., Roberson, W.D. (2015). Enhancing Nursing Care by Understanding the Bariatric Patient's Journey. *AORN Journal*, 102(2): 132-140
- Neil, J. (2013). Perioperative Nursing Care of the Patient Undergoing Bariatric Revision Surgery. *AORN Journal*, 97(2): 210-226
- Obesity and overweight. World Health Organization, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Erişim Tarihi: 17.06.2018)
- Obesity Action Coalition (OAC), <https://www.obesityaction.org/get-educated/understanding-your-weight-and-health/what-is-obesity/> (Erişim Tarihi: 17.06.2018)
- Oğuz, G., Karabekiroğlu, A., Kocamanoğlu, B., Sungur, M. (2016). Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 8(2): 133-144
- Ordin, Y.S., Karayurt, Ö. (2013). Wellard S. Investigation of Adaptation After Liver Transplantation Using Roy's Adaptation Model. *Nurs Health Sci*, 15:31–38
- Özcan, H., Subaşı, B., Budak, B., Çelik M., Gürel, C.Ş., Yıldız M. (2013). Ergenlik ve Genç Yetişkinlik Dönemindeki Kadınlarda Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi. *Journal of Mood Disorders*; 3(3): 107-113

- Özkoca, Ö. (2018). Obez Bireylerde Yeme Tutumu, Algılanan Sosyal Destek ile Psikopatolojilerinin Değerlendirilmesi ve Motivasyonel Süreç Yönünden İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, İstanbul
- Patil, R., Malander, S. (2015). Postoperative Complications and Emergency Care for Patients Following Bariatric Surgery. *MEDSURG Nursing*, 24(4): 243-248
- Pektekin, Ç. (2013). Hemşirelik Felsefesi: Kuramlar - Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. Sister Callistra Roy ve Adaptasyon Kuramı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
- Petcu, A. (2017). Comprehensive Care for Bariatric Surgery Patients. *AACN Advanced Critical Care*, 28(3): 263-274
- Phillips, D.K., Harris, R. (2013). Adaptation Model. Alligood, M.R. (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work*, USA, 8. Baskı, Bölüm 17; 303-331
- Punjani, S.N. (2013). Comparison and Contrast Of Orem's Self Care Theory and Roy's Adaptation Model. *i-manager's Journal on Nursing*, 3(1): 1-5
- Rao, Rajender K., Lal ,N., Giridharan, N.V. (2014). Genetic & Epigenetic Approach To Human Obesity. *Indian J Med Res*, 140(5): 589-603
- Roy, S.C. (2011). Research Based on the Roy Adaptation Model Last 25 Years. *Nursing Science Quarterly*, 24 (4): 312-320
- Sabuncu, T., Bayram, F. ve ark. (2018). Ulusal Obezite Rehberi, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayını
- Sağlam, F., Güven, H. (2014). Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı 1): 60-65
- Sandos, N.B., Castro, N.C.M., Fontes, B.M.C., Dell'Acqua, Q.C.M. (2015). Diagnostics of Nursing in Immediate Postoperative of Bariatric Surgery in Intensive Care. *Journal of Nursing UFPE online*, 9(4): 7247-7254

- Sandos, C.J., Ferreira, L.D.J., Lima, J.L.C., Ferreira, C.M.T., Maciel, C.M.G., Lima, S.A., Oliveira, N.M.D., Chaves, R.M.C.L., Azevedo, R.L., Guimaraes, L.L., Ramalho, A.B.W.F., Chianca, V.S.K. (2017). Nursing in the Pre and Postoperative of Bariatric Surgery. *International Archives of Medicine- Global health & Health Policy*, 10(203):1-9
- Sarısoy, G., Atmaca, A., Ecemiş, G., Gümüş, K., Pazvantoğlu, O. (2013). Obezite Hastalarında Dürtüsellik ve Dürtüselliğin Beden Algısı ve Benlik Saygısı ile İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(1): 53-61
- Sarwer, D.B., Spitzer, J.C., Wadden, T.A. (2014). Bariatrik Cerrahi Uygulanan Kadınlardaki Cinsel İşlev ve Cinsel Hormon Düzeyi Değişikliği. *Androloji Bülteni*, 18(65): 143–144
- Savaşhan, Ç., Sarı, O., Aydoğan, Ü., Erda, M. (2015). İlkokul Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 19(1): 14-21
- Semerci, N.C. (2004). Obezite ve Genetik. *Gülhane Tıp Dergisi*, 46(4): 353-359
- Sertöz, Ö.Ö., Mete, H.E. (2005). Obezite Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Kilo Verme, Yaşam Kalitesi ve Psikopatolojiye Etkileri: Sekiz Haftalık İzlem Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15(3): 119-126.
- Sevinçer, M.G., Coşkun, H., Konuk, N., Bozkurt, S. (2014). Bariatrik Cerrahinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1): 32-44
- Song P., Patel, N.B., Gunther S., Li C.S., Liu Y., Lee, C.Y.G., Wong, M.S. (2016). Body Image and Quality of Life: Changes with Gastric Bypass and Body Contouring. *Annals of Plastic Surgery*, 76(Suppl 3): 216-221
- Soyuer, F., Ünalın, D., Elmalı, F. (2010). Normal Ağırlıklı ve Obez Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(2): 1-11
- Sözen, M.A. (2006). Obezite ve Obezitenin Genetiği. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 7(3): 1-11
- Şimşek, A.B., Sarıkaya, A. (2015). Hemşirelik Modeli ve Bakım: Primer Beyin Tümörlü Hastaların Roy'un Uyum Modeli ile Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3): 224-232

- Tam, A., Çakır, B. (2012). Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 12(1): 37-41
- Tedik, E.S. (2017). Fazla Kilo / Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 1(2): 54-62
- Tezcan, B. (2009). Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları, İstanbul
- Turan, N., Tufan, B. (1987). Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri'nin (SEI) Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması. 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, İstanbul-Türkiye, 816-817.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). Bariatrik Cerrahi Kılavuzu. (2018). Ankara
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. (2017). Ankara
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite> (Erişim Tarihi: 15.06.2018)
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573> (Erişim Tarihi: 16.06.2018)
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-tedavisi.html>, Erişim Tarihi: 26.07.2018).
- Ursavaş, F.E., Karayurt, Ö., İşeri, Ö. (2014). Nursing Approach Based on Roy Adaptation Model in a Patient Undergoing Breast Conserving Surgery for Breast Cancer. *J Breast Health*, 10(3): 134-140
- Usta, E., Çavdar, İ. (2013). Obezite Cerrahisinde (Bariatrik Cerrahi) Hemşirelik Bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi*, 2(2): 71-77
- Uzun, Ş. (2017). Sister Callista Roy: Adaptasyon Modeli. Karadağ, A., Çalışkan, N., Baykara Göçmen, Z. (Ed.), *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*. İstanbul, Vizyon Basımevi, 1. Baskı. Bölüm 17: 370-437

- Ünal, Ş. (2016). Bariatrik Cerrahi Sonrası Kilo Geri Alımının, Gece Yeme, Duygusal Yeme, Yeme Endişesi, Depresyon ve Demografik Özellikler Tarafından Yordanması, Doktora Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Üzmez, B. (2007). Multidisipliner Yaklaşımla Davranış Değişikliği Tedavisi Uygulanan Şişman Bireylerdeki Yaşam Tarzı Değişikliklerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- Velioglu, P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, İstanbul.
- Vicdan Kacaroglu A., (2013). Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Voelker, M. (2004). Assessing quality of life in gastric bypass clients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19(2): 89-104
- Werrij, Q.M., Mulken, S., Hospers, J.H., Jansen A. (2006). Overweight and obesity: The significance of a depressed mood. *Patient Education and Counseling*, 62(1): 126-131
- Wykowski, K., Krouse, J.H. (2013). Self - Care Predictors for Success Post-Bariatric Surgery. *Society of Gastroenterology Nurses and Associate*, 36(2): 129-135
- Yanikkerem, E. (2017). Obezitenin Kadın Sağlığına Etkileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1): 37-43
- Yıldırım, İ. (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi Güvenirliği ve Geçerliliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13: 81-87
- Yılmaz, F.Ç., Yardımcı H. (2015). Beden Kitle İndeksinin İnfertilite Üzerine Etkisi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 1(1): 1-6
- Yılmaz, N. (2015). Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı ve Vücut Algısı, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

- Yılmaz, P. (2017). Obezite Cerrahisi Geçiren Bireylerin Değişen Beden İmajının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas
- Yorgancı, K., Tırnaksız, B.M. (2007). Morbid Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 38(4): 218-222
- Yousefi, B., Hassani, Z., & Shokri, O. (2009). Reliability and factor validity of the 7-item social physique anxiety scale (SPAS-7) among university students in Iran. *World Journal of Sport Sciences*, 2(3): 201-204
- Yücel, B., Polat, A. İkiz, T., Dugor, B.P., Yavuz A.E., Sertel-Berk, O. (2011). The Turkish Version of The Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and Validity in Adolescents. *Eur Eat Disord Rev*; 19(6): 509-511
- Yüksel, A. (2016). Bariatrik Cerrahi Operasyonu Geçiren Morbid Obez Bir Hastanın 3 Yıl Sonraki Beslenme Durumu: Olgu Sunumu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1): 39-45

EKLER

EK-1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Adı- Soyadı : **Görüşme Tarihi:**
2. Yaşınız :
3. Telefon numarası:
4. Adres :

5. Kilo : Boy: BKİ:

6. Cinsiyetiniz: Kadın ()
Erkek ()

7. Medeni durumu : Evli ()
Bekar ()
Dul ()

8. Eğitim durumu : Okur- yazar değil ()
Okur- yazar ()
İlkokul mezunu ()
Ortaokul mezunu ()
Lise mezunu ()
Üniversite mezunu ()

9. Mesleğiniz nedir?

10. Çalışıyor musunuz? Evet çalışıyorum. ()
Hayır çalışmıyorum. ()

11. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Gelir giderden az (alt) ()
Gelir gidere denk (orta) ()
Gelir giderden çok (üst) ()

12. Aile tipi Çekirdek aile ()
Geniş aile ()
Yalnız yaşıyorum ()

13. Ailenizde sizden başka obez (şişman) birey var mı? Evet ()
Hayır ()

14. Sigara kullanıyor musunuz? Evet ()
Bıraktım ()
Hiç kullanmadım ()

15. Sigara kullanıyorsanız kaç yıldır kullanıyorsunuz? 1 yıl ()
1-10 yıl ()
10 yıl ve fazlası()

16. Düzenli olarak spor yapar mısınız?

Evet () Günde saat Haftada gün
Hayır ()

17. Herhangi bir sağlık problemiz olduğunda düzenli olarak kontrollere gider misiniz?

Evet ()
Hayır ()

18. Herhangi bir hastalığınız var mı?

Evet ()
Hayır ()

19. Cevabınız “Evet” ise hastalığınız nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- Kalp-damar hastalıkları
- Yüksek tansiyon
- Şeker hastalığı
- Kanser
- Sindirim sistemi hastalıkları (karaciğer, safra kesesi, mide vb.)
- Solunum sistemi hastalıkları (KOAH, Astım, vb)
- Ruhsal sorunlar (depresyon, aşırı yeme, kusma, gece yeme vb.)
- Kas iskelet sistemi problemleri (osteoporoz, eklem ağrıları)
- Endokrin (hormonal) hastalıklar
- Vitamin ve mineral yetersizlikleri (Demir, B₁₂ vitamini yetersizliği vb)
- Diğer (belirtiniz)

20. Obezite ve obezite cerrahisi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Evet ()

Hayır ()

Kısmen ()

21. Kilo probleminiz kaç yaşlarında başladı?

22. Ameliyata karar verirken en öncelikli nedeniniz nedir?

Sağlığım için ()

Estetik görünüm için ()

Başkasını mutlu etmek için ()

Son çarem olduğu için ()

23. Ameliyata karar vermeden önce kilo vermek için başka yollar aradınız mı? (Cevabınız “Evet” ise neler denediniz?)

Evet () Nedeni

Hayır () Nedeni

24. Ameliyat olmadan önce kimlere danıştınız / bilgi aldınız?

Doktor () Diyetisyen () Hemşire () İnternet ()

Daha önce ameliyat olanlar () Diğer ()

EK-2

YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkürler.

1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alın.

Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız.

Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1 -5	6 -12	13 -15	16 -22	23 -27	Her gün
1-Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? <i>(Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)</i>	0	1	2	3	4	5	6
2-Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre <i>(uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için)</i> hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
3-Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? <i>(Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)</i>	0	1	2	3	4	5	6
4- Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? <i>(Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)</i>	0	1	2	3	4	5	6
5- Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla <u>boş</u> bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6- <u>Tamamen düz</u> bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7- <u>Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin,</u> ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6

Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Her gün
8- Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
9- Yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
10- Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11- Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12- Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu mu?	0	1	2	3	4	5	6

13'ten 18'e kadar olan sorular: Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13- Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?
14- Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada) ?
15- Son 28 günün kaç GÜNÜNDE aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?
16- Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> kendinizi kusturdunuz?
17- Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?
18- Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere “kendinizi kaybedercesine” ya da “saplantılı” biçimde egzersiz yaptınız?

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için "tıkınırcasına yeme" teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

19- Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbirinde	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Her gün
	0	1	2	3	4	5	6
20-Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Her zaman
	0	1	2	3	4	5	6
21- Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç	Biraz	Orta	Önemli ölçüde			
	0	1	2	3	4	5	6

22'den 28'e kadar olan sorular: Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

22-	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	<u>Bedeninizin şekli</u> , kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu <u>sizi ne kadar üzerdi</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
25	<u>Kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
26	<u>Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?</u>	0	1	2	3	4	5	6
27	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28	<u>Başkalarının bedeninizin şeklini görme-sinden ne derece rahatsız oluyorsunuz?</u> (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

	Benim gibi	Benim gibi değil
1.Çevremde olup bitenden genelde rahatsız olmam.		
2. Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir.		
3. Eğer elimde olsaydı kendimdeki pek çok şeyi değiştirmek isterdim.		
4. Karar vermede fazla zorluk çekmem.		
5. İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar.		
6. Evde kolayca moralim bozulur.		
7. Yeni şeylere kolay alışmam.		
8. Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyimdir.		
9. Ailem genellikle duygularıma önem verir.		
10. Başkalarının söylediğini kolaylıkla kabul ederim.		
11. Ailem benden çok şey bekler.		
12. Benim yerimde olmak oldukça zordur.		
13. Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum.		
14. Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul eder		
15. Kendimi yetersiz buluyorum.		
16. Sık sık evden kaçmayı düşünüyorum.		
17. Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam.		
18. Başkaları kadar güzel yakışıklı değilim.		
19. Söylenecek sözüm varsa onu söylemekten kaçınmam.		
20. Ailem benim duygularımı anlar.		
21. Çok sevilen bir kimse değilim.		
22. Genellikle ailemin beni dışladığını hissediyorum.		
23. Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar.		
24. Sık sık keşke başka biri olsam diye düşünürüm.		
25. Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum.		

		Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1	Dış görünüşümle ilgili kendimi rahat hissederim.	1	2	3	4	5
2	Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissederim.	1	2	3	4	5
3	İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim.	1	2	3	4	5
4	İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim.	1	2	3	4	5
5	Yanlarında olmadığım zamanlarda insanların, görünüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim.	1	2	3	4	5
6	Görünüşümden dolayı insanların benimle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim.	1	2	3	4	5
7	İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım.	1	2	3	4	5
8	Görünüşümün yaşamımı zorlaştıracığından endişe duyarım.	1	2	3	4	5
9	Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım.	1	2	3	4	5
10	İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşıyorum.	1	2	3	4	5
11	Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.	1	2	3	4	5
12	Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum.	1	2	3	4	5
13	İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim.	1	2	3	4	5
14	Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissederim.	1	2	3	4	5
15	Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum.	1	2	3	4	5
16	İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum.	1	2	3	4	5

EK-5 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ'NİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

FİZİKSEL UYUM ALANI

	HİÇ	BAZEN	ÇOK
1- Fazla kilolarımdan dolayı otururken, kalkarken ya da yatarken zorlanıyorum.			
2- Çabuk yoruluyorum.			
3- Kısa mesafeli yürüyüşlerde çabuk yoruluyorum.			
4- Uzun mesafeli yürüyüşlerde zorluk çekiyorum.			
5- Yokuş çıkarken zorlanıyorum.			
6- Merdiven çıkarken güçlük çekiyorum.			
7- Giyinirken ya da soyunurken zorlanıyorum.			
8- Ayakkabınızı ve çorabınızı giyerken/çıkarırken zorluk yaşıyorum.			
9- Banyo yaparken zorlanıyorum.			
10- Kişisel bakımınızı (tıraş olmak, makyaj yapmak, diş fırçalamak gibi) yaparken zorlanıyorum.			
11- Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar yaparken zorlanıyorum.			
12- Nefes darlığı yaşıyorum.			
13- Fazla kilolarımdan dolayı uyku düzeninde bozulma yaşıyorum.			
14- İdrarda tutamama-kaçırma gibi durumlar yaşıyorum.			

ROL FONKSİYON UYUM ALANI

		BENİM GİBİ	BENİM GİBİ DEĞİL
1.	Ev işleri; yemek yapma, tamir yapma temizlik gibi faaliyetleri eskisi kadar rahat yapamıyorum.		
2.	Fatura ödeme, alış veriş gibi işleri eskisi kadar kolay yapamıyorum.		
3.	Arkadaşlarımla, ailemle ilişkilerimi eskisi kadar rahat sürdüremiyorum.		
4.	Fazla kilolarımdan dolayı işlerimi yerine getirmekte zorlanıyorum.		
5.	İş, eş, aile, arkadaş vs. rollerimi eskisi kadar yerine getirememekten korkuyorum.		



EK-7 SIVAS C.Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Tekrarlı Hemşirelik Eğitiminin Bariatrik Cerrahi Uygulanan Hastaların Uyum Süreçlerine Etkisinin İncelenmesi”dir.

Bu araştırmanın amacı, Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin bariatrik cerrahi uygulanan hastaların uyum süreçlerine etkisinin incelenmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmanın kapsamı anket uygulamasıdır. Anketimiz bu formun dışında altı formdan oluşmaktadır. İkinci formda size yaşınız, cinsiyet, medeni durumunuz, eğitim durumunuz, kilo problemlerinin kaç yaşlarında başladığı, obezite ve cerrahisi hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmadığınız, ameliyat olmadan önce kimlere danıştığınız gibi bazı tanıtıcı özelliklerinizi değerlendirmeye yönelik 24 soru yöneltilecektir. Üçüncü formda kilo kaybı, yeme ile ilgili endişeler, beden şekli ile ilgili endişeler ve beslenme kısıtlaması olmak üzere toplam 28 maddeden oluşan sorular bulunmaktadır. Dördüncü form benlik saygınızı ölçmeye yönelik 25 sorudan oluşan bir formdur. Beşinci form ise görünüş kaygınızı ölçmeye yönelik 16 sorudan oluşmaktadır. Altıncı form sosyal destek güçlerinizi belirlemek amacıyla 12 sorudan oluşmaktadır ve yedinci formda ise bariatrik cerrahi sonrası uyumunuzu değerlendirmeye yönelik toplam 19 soru bulunmaktadır. Formların uygulama süresinin ortalama 20-25 dakika olacağı tahmin edilmektedir. Anketlerimizin siz taburcu olmadan önce ve kontrole geldiğiniz birinci, üçüncü ve altıncı aylarda tekrar uygulanması planlanmıştır.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen anket formunu eksiksiz doldurmak, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve sonuçlarını zamanında araştırmacıya ulaştırmaktır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin ve bu ameliyatı olan diğer hastalar için beklenen yararı ise fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşantınızın tam bir iyilik halinde olabilmesi için bu dönemde ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında bilgi sahibi olmanız, gerekli önlemleri alabilmeniz ve bu süreci uyumlu bir şekilde geçirebilmenizi sağlamaktır.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için numaralı telefonda araştırmacı **Arş. Gör. Ezgi YILDIZ'a** başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma

programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

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

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Görevi:

Adresi:



EK-7 SIVAS C.Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU MÜDAHALE GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Tekrarlı Hemşirelik Eğitiminin Bariatrik Cerrahi Uygulanan Hastaların Uyum Süreçlerine Etkisinin İncelenmesi”dir.

Bu araştırmanın amacı, Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin bariatrik cerrahi uygulanan hastaların uyum süreçlerine etkisinin incelenmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmanın kapsamı eğitim ve anket uygulamasıdır. Eğitimin siz taburcu olmadan verilecektir. Kontrole geldiğiniz birinci ayda Genel Cerrahi Polikliğinde eğitimin tekrarlanması planlanmıştır. Eğitim içeriği taburculuk süresi, ağrı, dinlenme ve aktivite bilgileri, düzenli uykunun, diyetle uyumun önemi ve beslenmenin nasıl olması gerektiği, gebelik, yeterli sıvı alımının önemi, bariatrik cerrahinin avantajları, stres kontrolü ve gevşeme teknikleri, ev hayatını kolaylaştırma teknikleri ve planlı yaşamın önemi, sahip olduğu rollerin önemini kavrayıp rollerine odaklanma, fiziksel ve ruh sağlığı için kendine dikkat etme önerileri, suçluluk ve utanç duyulmaması gerektiği hakkında bilgilerden oluşmaktadır. Anketlerimiz ise bu formun dışında altı formdan oluşmaktadır. İkinci formda size yaşınız, cinsiyet, medeni durumunuz, eğitim durumunuz, kilo problemlerinin kaç yaşlarında başladığı, obezite ve cerrahisi hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmadığınız, ameliyat olmadan önce kimlere danıştığınız gibi bazı tanıtıcı özelliklerinizi değerlendirmeye yönelik 24 soru yöneltilen olacaktır. Üçüncü formda kilo kaygısı, yeme ile ilgili endişeler, beden şekli ile ilgili endişeler ve beslenme kısıtlaması olmak üzere toplam 28 maddeden oluşan sorular bulunmaktadır. Dördüncü form benlik saygınızı ölçmeye yönelik 25 sorudan oluşan bir formdur. Beşinci form ise görünüş kaygınızı ölçmeye yönelik 16 sorudan oluşmaktadır. Altıncı form sosyal destek güçlerinizi belirlemek amacıyla 12 sorudan oluşmaktadır ve yedinci formda ise bariatrik cerrahi sonrası uyumunuzu değerlendirmeye yönelik toplam 19 soru bulunmaktadır. Formların uygulama süresinin ortalama 20-25 dakika olacağı tahmin edilmektedir. Anketlerimizin siz taburcu olmadan önce ve kontrole geldiğiniz birinci, üçüncü ve altıncı aylarda tekrar uygulanması planlanmıştır. Araştırmacının iletişim bilgileri ilk görüşmede sizlere verilecek taburculuk sonrasında ihtiyacınız halinde telefon ile danışmanlığı sürdürmesi planlanmıştır.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen anket formunu eksiksiz doldurmak, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve sonuçlarını zamanında araştırmacıya ulaştırmaktır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin ve bu ameliyatı olan diğer hastalar için beklenen yararı ise fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşantınızın tam bir iyilik halinde olabilmesi için bu dönemde ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında bilgi sahibi olmanız, gerekli önlemleri alabilmeniz ve bu süreci uyumlu bir şekilde geçirebilmenizi sağlamaktır.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için numaralı telefonda araştırmacı **Arş. Gör. Ezgi YILDIZ'a** başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmacının izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

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

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

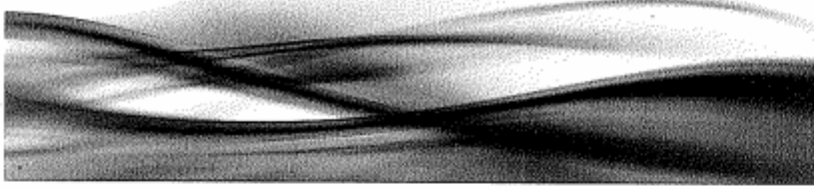
Adı-Soyadı:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Görevi:

Adresi:



BARİATRİK (OBEZİTE) CERRAHİ SONRASI HASTA UYUMU EĞİTİM KİTAPÇIĞI

HAZIRLAYAN: ARŞ. GÖR. EZGİ YILDIZ

GİRİŞ

Bu eğitim kitapçığı ameliyattan sonra oluşabilecek komplikasyonların olasılığını en aza indirmek, uyum sürecinize yardımcı olabilmek ve en kısa zamanda günlük yaşamınıza devam edebilmeniz amacıyla oluşturulmuştur.

Lütfen kitapçığı özenle okuyunuz. Önerilere uymanız sağlığımız açısından önemlidir. Bariatrik cerrahi operasyonu geçirmiş başka biri olsa bile başkasının önerilerini birebir yapmaya çalışmayınız. Her hasta kendine özeldir unutmayınız. Kendinizle ilgili sorunları ve soruları lütfen bizimle paylaşınız.

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. ŞERİFE KARAGÖZOĞLU

HAZIRLAYAN: ARŞ. GÖR. EZGİ YILDIZ

İÇİNDEKİLER

1. Bariatrik cerrahi sonrası ne kadar süre hastanede kalacağım?
2. Ameliyat sonrası hangi aralıklarla kontrollere gelmem gerekiyor?
3. Ameliyat sonrası ağrım çok olacak mı?
4. Neden halsizlik yaşıyorum?
5. Bariatrik cerrahi sonrası diyet uygulamam gerekiyor mu?
6. Bariatrik Cerrahi Sonrası İş Hayatıma Ne Zaman Dönebilirim?
7. Bariatrik cerrahi sonrası nasıl bir diyet uygulamam gerekiyor?
 - Evre 1: Berrak Sıvı Diyeti
 - Evre 2: Tam Sıvı Diyeti
 - Evre 3: Püre Diyeti
 - Evre 4: Katı Besinler Diyeti
8. Neden ilk hafta saydam gıdalar tüketmeliyim?
9. Ameliyat sonrası ne kadar süre içerisinde kilo vereceğim?
10. Başarılı bir kilo kaybı ve uyum için neler yapabilirim?
11. Ameliyat sonrası vitamin ve mineral almam gerekiyor mu?
12. Bariatrik cerrahinin avantajları nelerdir?
13. Bariatrik cerrahi sonrası oluşabilecek durumlar ve öneriler
14. Ameliyat sonrası yürümeye ve egzersiz yapmaya ne zaman başlayabilirim?
15. Ameliyat sonrası vücut bölgelerinde sarkma olabilir mi?
16. Bariatrik cerrahi sonrası ne zaman hamile kalabilirim?
17. Beden kitle indeksi nedir ve nasıl hesaplanır?
18. Bariatrik Cerrahi Sonrası Psikolojik Değişimlerin Üstesinden Nasıl Gelebilirim?
19. Kaynaklar

1. BARIATRİK CERRAHİ OPERASYONU SONRASI NE KADAR SÜRE HASTANEDE KALACAĞIM?

Hastanede yatış süresi operasyonun şiddetine ve kullanılan yöntemle göre değişiklik göstermektedir. Genel olarak ameliyat sonrası 3-4 gün içinde taburcu olabilirsiniz ve ortalama 10-15 gün içinde günlük yaşamınıza dönebilirsiniz.

2. AMELİYAT SONRASI HANGİ ARALIKLARLA KONTROLLERE GELMEM GEREKİYOR?

Bariatrik cerrahi operasyonu sonrası **1. ay, 3. ay ve 6. aylarda ve sonrasında senede bir** rutin kontrolleriniz olacaktır. İstenmeyen herhangi bir durumla karşılaşmanız durumunda her zaman hekiminize ve hemşirenize başvurabilirsiniz.

3. AMELİYAT SONRASI AĞRIM ÇOK OLACAK MI?

Obezite cerrahisi ameliyatları genellikle laparoskopik (kapalı) olarak gerçekleştirilmektedir. Ameliyat sonrası 4-5 saat ağrılarınız olacaktır. Bu süre hastanın durumuna göre değişebilir. Ağrılarınızı azaltmak için ağrı kesici ilaç tedavisi uygulanarak ağrılarınız en aza indirilecektir.

4. NEDEN HALSİZLİK YAŞIYORUM?

Ameliyat sonrası beslenme değişikliği, yetersiz kalori alınmasına bağlı halsizlik yaşayabilirsiniz. Normal bir durumdur. Yeterli sıvı, vitamin, mineral ve protein alımlarıyla birlikte halsizlik şikâyetinizde azalma olacaktır.

5. BARIATRİK CERRAHİ SONRASI İŞ HAYATIMA NE ZAMAN DÖNEBİLİRİM?

Ameliyat sonrası yaklaşık iki-üç hafta sonra iş hayatınıza dönebilirsiniz. Kendinizi yormaktan ve ağır işlerden kaçınınız. Stresten uzak durunuz. Kısa molalar veriniz.

6. BARIATRİK CERRAHİ SONRASI DİYET UYGULAMAM GEREKİYOR MU?

Mideniz küçüleceği ve iştahınız azalacağı için ameliyat sonrası beslenme alışkanlıklarınızda değişiklikler olacaktır. Beslenme düzeni ile kilo verirken aynı zamanda da sağlıklı kalmanız hedeflenmelidir. Beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı değişikliği kilo kaybı için çok önemlidir.

7. BARIATRİK CERRAHİ SONRASI NASIL BİR DİYET UYGULAMAM GEREKİYOR?

Ameliyattan sonra dört temel evre vardır. Evreleri atlamadan beslenme düzenini uygulamaya çalışınız. Ameliyattan sonra cerrahiniz onay verir vermez yudumlamaya başlayabilirsiniz. Tamamen normal beslenmeye geçme sürenizin bazen 2 ay sürebileceğini unutmalısınız.

EVRE 1 – BERRAK SIVI DİYETİ:

- ✦ Berrak sıvı diyeti: Ameliyat sonrası beslenmenin ilk basamağı olarak iki gün boyunca uygulanır.
- ✦ Ameliyat sonrası komplikasyon yoksa ilk gün hastalar su ve berrak sıvıları yudumlayabilirler.
- ✦ Ameliyattan sonra cerrahiniz onay verir vermez yudumlamaya başlayabilirsiniz.
- ✦ Sıvıları, küçük miktarlarda tüm güne yayarak almak oldukça önemlidir.
- ✦ Berrak sıvı diyetler 24- 48 saat sonra oral destek veya ticari düşük rezidüflü ilaveler yapılmaksızın beslenme açısından yetersizdir.
- ✦ Bu aşamada berrak sıvılar; su, yağsız et suyu, taze sıkılmış ve süzölmüş meyve suları ve protein destekleridir.

~ 5 ~

8. NEDEN İLK HAFTA SAYDAM GIDALAR TÜKETMELİYİM?

Mideniz ameliyatın etkisiyle ödemli ve şiş olacaktır. Sadece tanesiz sıvılar geçebilecek durumdadır. Aksi haldeki beslenme kusmanıza ve şiddetli ağrıya neden olacaktır.

EVRE 2- TAM SIVI DİYETİ

- ✦ Tam sıvı diyeti: 10-14 gün boyunca uygulanır.
- ✦ Bütün içecekler berrak, pipetten geçebilecek kıvamda ve posasız olmalıdır.
- ✦ Bütün gazlı içeceklerden kaçınmalısınız.
- ✦ Taze meyve sularını şeker eklemeden, günde 1-2 bardak kadar tüketebilirsiniz.
- ✦ İkinci haftadan itibaren meyveleri blenderlayarak ev yapımı içecekler üretebilirsiniz.
- ✦ İçecek olarak çay, elma suyu, soya sütü, su en iyi seçeneklerdir.
- ✦ İçeceklerin karbonatsız, kalorisiz, şekersiz ve kafeinsiz olması uygundur.
- ✦ Yağsız veya yarım yağlı süt tüketebilirsiniz.
- ✦ Kademeli olarak protein alımını artırılmalıdır.

~ 6 ~

EVRE 3- PÜRE DİYETİ:

- ✦ Ameliyat sonrası dönemde sıvı diyetler sonrası, hastaya iki hafta süreyle püre edilmiş yumuşak diyetler verilir.
- ✦ Bu süre hastanın tolerasyonuna göre uzayabilir.
- ✦ Bu evrede, katı yiyecekleri blenderize veya püre edilmiş olarak tüketebilirsiniz.
- ✦ Diyetle protein alımını tamamlamak için bu aşamada da protein desteğine devam edilmelidir.
- ✦ Ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi ve başarılı bir kilo kaybı için, yeme alışkanlıklarının uygun şekilde düzeltilmesine ihtiyaç vardır.
- ✦ Aşırı yemekten sakınmalı, önerilen porsiyon hacimlerine dikkat etmelidir.
- ✦ Yiyecekler iyice çiğnenmeli ve çok yavaş bitirilmelidir.
- ✦ Sıvılar, katı yiyecekler ile birlikte alınmamalıdır. Sıvılar, yemekten en az 15-30 dk önce ve yemekten 30 dk sonra tüketilmelidir.
- ✦ Sıvılar düzenli aralıklarla yudum yudum içilmelidir. Berrak sıvılar artırılmalıdır.
- ✦ Porsiyon kontrolüne yardımcı olmak için küçük kaplar kullanılıp ve küçük tabaklardan yemek yenilmelidir.

EVRE 4- KATI BESİNLER DİYETİ:

- ✦ Yumuşak kıvamlı katı gıdalar: Bu evrede pürelerin hedeflenen kıvamı çatala yenebilecek kadar olabilir.
- ✦ Diyete uygun katı yiyecekler ile düzenli beslenme programı oluşturulur.
- ✦ Su ve sıvılar yemekle birlikte alınmamalıdır.
- ✦ Günlük vitamin ve mineral desteği verilebilir.
- ✦ Hedef 3 ana, 1-2 ufak ara öğündür. Ara öğün olarak bir parça meyve, yağsız yoğurt, şekerli puding, bir avuç ceviz vs.

~ 7 ~

9. AMELİYAT SONRASI NE KADAR SÜRE İÇERİSİNDE KİLO VERECEĞİM?

Kilo verme hızınız ilk aylarda hızlı olup zamanla yavaşlayacaktır. Obezite ameliyatı sonrası size verilen eğitim içeriğine dikkatli bir şekilde uyarmanız ve kontrollerinizi ihmal etmezseniz yaklaşık 18-24 ay boyunca kilo vermeniz devam edecektir.



10. BAŞARILI KİLO KAYBI ve UYUM İÇİN NELER YAPABİLİRİM?

- ✦ Üç ana öğün beslenmeye dikkat ediniz.
- ✦ Bir öğününüz en fazla 20-25 dk sürmelidir.
- ✦ Yavaş yavaş yemeye, iyi çiğnemeye ve yemek sırasında sıvı ve katı besinleri bir arada tüketmemeye özen gösteriniz.



- ✦ Masada dikkat dağıtıcı TV, bilgisayar vs olmadan yemek yeme alışkanlığı kazanmaya özen gösteriniz.

~ 8 ~

- ✚ Günde en az 1.5-2 litre sıvı tüketmeye özen gösteriniz. Diyetiniz katı evreye geçtikçe sıvı tüketimi daha önem kazanmaktadır.



- ✚ Tamamen tokluk hissi oluşana kadar yemeyiniz. Doyduğunuz hissettiğiniz an yemek yemeği bırakınız aksi halde bulantı kusmalarınız olacaktır.
- ✚ Kendinize rahatsızlık verdiğini düşündüğünüz yiyecekleri tüketmekten kaçınınız.
- ✚ Alkol ve bütün asitli içeceklerden, şekerli, yağlı, baharatlı, acı yiyeceklerden kaçınınız.
- ✚ Günde 60-120 gr protein almayı ihmal etmeyiniz.
- ✚ Taze sıkılmış ev yapımı meyve suları tüketmeye çalışınız.



11. AMELİYAT SONRASI VİTAMİN VE MİNERAL ALMAM GEREKLİ Mİ?

- ❖ Bariatrik cerrahi sonrasında gelişebilecek vitamin ve mineral eksikliklerini karşılayabilmek için **yapılacak olan kan tetkikleri sonucuna göre** multivitamin ve mineral içeren preparatlar başlanabilir.
- ✚ Bu preparatlarda zaman içinde eksiklikleri gelişmesi muhtemel olan folik asit, A, E, K vitaminleri yer alır.

~ 9 ~



- ✚ B 12 vitamini eksikliğinde anemi (kansızlık) gelişebilir.

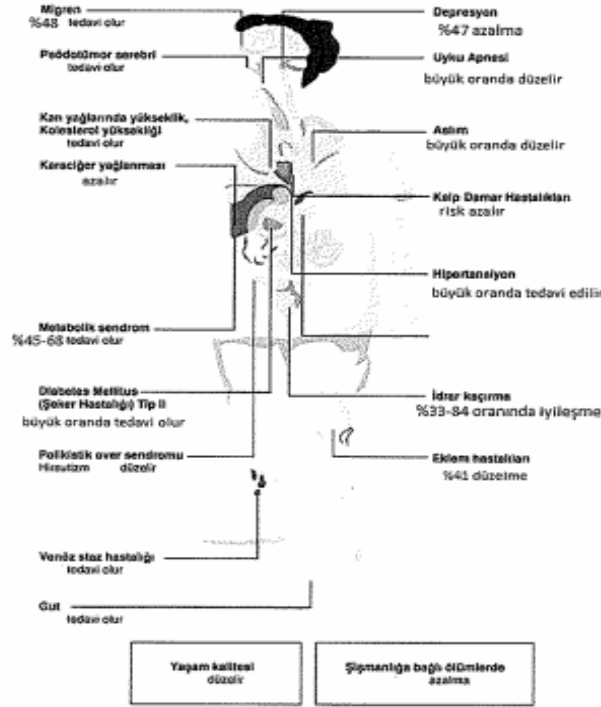
Vitamin Adı	Önerilen Doz
A vitamini	1 mg
E vitamini	100-300 mg
C vitamini	500 mg
K vitamini	65-80 mcg
Kalsiyum	1200-2000 mg/gün
Demir	45-60 mg
Folik asit	400 mcg/gün
D vitamini	400-800 ünite/gün
Çinko	15 mg
Multivitamin preparatı	Günde 1-2 adet
B 12 vitamini	>350 mcg/gün oral veya 1.000 mcg/gün enjeksiyon yapılarak

~ 10 ~

- Obezite cerrahisinde tek amaç zayıflamak olmamalıdır!

✚ Obeziteye bağlı ortaya çıkan pek çok kronik hastalıklar kilo kaybıyla azalmaktadır.

12. BARIATRİK CERRAHİNİN AVANTAJLARI NELERDİR?



~ 11 ~

13. BARIATRİK CERRAHİ SONRASI OLUŞABİLECEK DURUMLAR ve ÖNERİLER

BULANTI ve KUSMA:

- ✦ Yanlış beslenme nedeniyle mide ve bağırsaklarda sıvı ve gaz birikimi sonucunda bulantı kusma, karında şişkinlik ve ağrı görülebilir.

Öneriler:

- ✚ Aynı anda çok fazla yememeye özen gösteriniz.
- ✚ Yemeklerinizi küçük porsiyonlar şeklinde yemeye dikkat ediniz.
- ✚ Çok hızlı yememelisiniz. İyi çiğnemeye özen gösteriniz.
- ✚ Yemeklerden 30 dk önce, yemek sırasında ve sonrasında 30 dk sıvı almamaya özen gösteriniz.
- ✚ Yemeklerden sonra uzanıp dinlenebilirsiniz.

Boğazda lokma takılırsa:

- ✚ Bu durum bulantı ve kusmanıza sebep olabilir. **Panik yapmayınız.**
- ✚ **Bu durumda su veya başka bir sıvı içeceklerle yolu açmaya çalışmayınız.**
- ✚ **Yatar pozisyona geçmeyiniz.**
- ✚ Oturur pozisyonda dik olarak kalınız.
- ✚ Sonrasında yürüyüş yapabilirsiniz. Rahatlama olacaktır.
- ✚ Geçmez ise hastaneye başvurunuz.

~ 12 ~

KABIZLIK:

- ❖ Bağırsak hareketlerinin azalma, beslenme düzeninde değişme, hareket aktivitesindeki azalma, stres, sıvı alımında değişiklikler, demir ilacı kullanımı kabızlığa neden olabilmektedir.

Öneriler:

- ✚ Belirtilen miktarda sıvı alımına dikkat edilmeli,
- ✚ Aktiviteler ve yürüyüş sıklığı artırılmalı,
- ✚ Belirlenen beslenme programına önem verilmelidir. Lifli gıdalar alınmalıdır.
- ✚ Stresle baş etme yöntemlerini etkin bir şekilde kullanmaya çalışılmamalıdır.

SAÇ DÖKÜLMESİ:

- ❖ Ameliyat sonrası değişen beslenme düzeniyle birlikte yetersiz protein ve vitamin alınmasına bağlı olarak saç tellerinde incelme ve saç dökülmeleri görülebilir. Beden imajınızı olumsuz yönde etkileyebilir fakat geçici bir sorundur.



~ 13 ~

DUMPING SENDROMU (HIZLI MİDE BOŞALMASI SENDROMU):

- ❖ Bariatrik cerrahi sonrası ilk 6 ay sık karşılaşılan bir durumdur. Besinlerin mideden ince bağırsağın alt kesimlerine hızlı geçmesiyle oluşur. Erken dumping sendromu ve geç dumping sendromu olmak üzere iki çeşittir.

Erken Dumping :	Geç Dumping :
Yemek esnasında ve yemekten hemen sonra meydana gelir.	Yemekten 1-3 saat sonra meydana gelmektedir.
Belirtileri: Bulantı Kusma Karın ağrısı Halsizlik, yorgunluk Nabız artışı, ishal	Belirtileri: Halsizlik, Baş dönmesi, Bitkinlik

Öneriler:

- ✚ Şekerli yiyecek veya içecekleri fazla tüketmeyiniz.
- ✚ Yemek sırasında, öncesinde ve hemen sonrasında sıvı tüketmeyiniz.
- ✚ Çok fazla yememeye özen gösteriniz. Besinleri iyice çiğneyiniz.
- ✚ Yemekten sonra uzanıp dinleniniz.

HIÇKIRIK:

- ❖ Ameliyat sonrası mideniz küçüldüğünden ilk zamanlarda sıvı aldığımızda mideniz genişler ve hıçkırığa neden olur.

Öneriler:

- ✚ Hıçkırık oluşunca yemek yemeği bırakın. Yürüyüş yapın.

~ 14 ~

YARA YERİ ENFEKSİYONU:

- ❖ Laparoskopik (kapalı) yapılan ameliyatlarda yara yeri daha çabuk iyileşmektedir.
- ❖ Yara yerinin iyileşme süresi var olan kronik hastalıklarınıza, yaşınıza, beslenme durumunuza, anemi(kansızlık), diyabet, stres vs. durumlarınıza göre değişmektedir.
- ❖ Kilonun fazla olmasından dolayı derinin kat sayısı artmaktadır ve enfeksiyona yatkınlık oluşturmaktadır.
- ❖ Ameliyattan sonraki **4-7. günler arasında ortaya çıkan ateş** yara yeri enfeksiyonunu düşündürmelidir.
- ❖ Yara yerinde renk değişimi, kanama, şişlik yeterli kanlanma olmadığını gösterir.
- ❖ Yara yerinde açılma olması durumunda akıntı gözlenmektedir.

Öneriler:

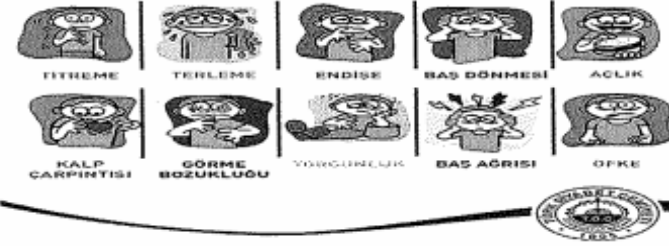
- ✚ Yara yerinizi her gün kontrol ediniz.
- ✚ Deri kuru ve temiz tutulmaya çalışılmalıdır. Nemli kalan deride daha çok bakteri bulunmaktadır.
- ✚ Yara yeri bakımı özenle yapılmalıdır.
- ✚ Dikiş yerinde kızarıklık, şişlik, akıntı, ağrı, hassasiyet, ısı artışı olması durumunda enfeksiyondan şüphelenebilirsiniz. Doktorunuza başvurunuz.

~ 15 ~

HIPOGLİSEMİ:

- ❖ Hipoglisemi kan şekerinin 50 mg/dl'nin altına düşmesidir.
- ❖ Ghrelin hormonu bize "acıktım, hadi yemek yiyelim." dedirten hormondur. Açlık hormonudur. Yemekten önce seviyesi artarken, yemek sonrası azalmaktadır.
- ✚ Bariatrik cerrahi sonrası Ghrelin hormonunun seviyesi düşer, açlık hissi ortadan kalkar, kan glikoz seviyesi düşer.
- ✚ Semptomlar genellikle ameliyat sonrası 1-2 yıl ortaya çıkmaktadır.

HIPOGLİSEMİNİN BELİRTİLERİ



Öneriler:

- ✚ Kendinizi aç bırakmaya zorlamayın. Uzun süre aç kalmayınız.
- ✚ Öğün atlamayınız. Ana ve ara öğünlere dikkat ediniz.
- ✚ Diyetinize uymaya çalışınız.
- ✚ Alkolden uzak durunuz. Alkolden kan şekerini düşürme etkisi vardır.
- ✚ Şeker, kek, hazır meyve suları vs. tüketmeyiniz.
- ✚ Şeker hastalarının düzenli aralıklarla kan şekeri takibi yapmayı ihmal etmemeleri gerekir.

~ 16 ~

14. AMELİYAT SONRASI YÜRÜMEYE ve EGZERSİZ YAPMAYA NE ZAMAN BAŞLAYABİLİRİM?

Ameliyat sonrası hekiminizden onay aldıktan sonra bedeninizi de hazır hissederseniz hemşireniz veya bir yakınınız yardımıyla yavaş adımlarla kısa mesafeli yürüyüşler yapmaya başlayabilirsiniz. Hastaneden ayrıldıktan sonra günde 20-30 dk yürümeniz kendinizi daha zinde hissetmenizi sağlayacaktır. Kademeli olarak yürüyüş mesafenizi artırmanızı önermekteyiz. İlk zamanlarda fazla ağır egzersizlerden kaçının. Kendinizi fazla yormamaya çalışın. Egzersiz yapmayı kendinize alışkanlık haline getirin.

Egzersiz süresi egzersizi tolere etme düzeyinize göre düzenlenir. İlk olarak haftada 150 dakikaya ulaşmak amaçlanırken, uzun dönemde hedef haftada 300 dakikadır.

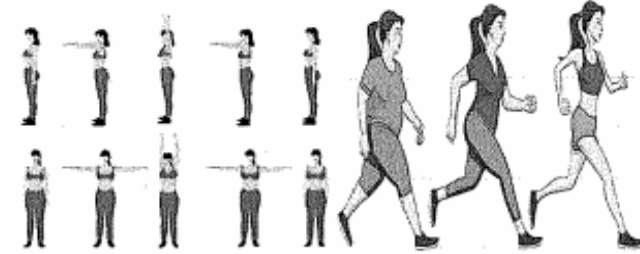
- ✓ Asansör yerine merdivenleri kullanın.
- ✓ Düzenli aralıklarla yüzmeye gidin.
- ✓ Gideceğiniz yer yakın ise araba yerine bisiklet kullanmayı tercih edebilir ya da yürüyebilirsiniz.
- ✓ Gideceğiniz yere bir durak öncesinde inip yürüyerek gitmeye çalışın.

Unutmayınız ki,

- ✓ Fiziksel aktivite, iyilik duygusunu artırır.
- ✓ Stresinizi azaltır.
- ✓ Yaşam kalitenizi artırır.
- ✓ Kilo vermenize yardımcı olur.
- ✓ Sindirim ve dolaşım sisteminiz daha iyi çalışır.

~ 17 ~

- ✓ Kaslarınız güçlenir.
- ✓ Eklemeleriniz daha sağlam ve esnek hale gelir.
- ✓ Uykunuz daha düzenli olur.



15. AMELİYAT SONRASI VÜCUT BÖLGELERİNDE SARKMA OLABİLİR Mİ?

Fazla kilolar nedeniyle deri ve deri dokuları elastik yapısını kaybetmektedir. Ameliyat sonrası süreçte hızla verilen kilolar beraberinde cilt sarkmasına neden olmaktadır. Kol, bacak, göbek, göğüs, karın, yüz bölgelerinde sarkmalar olması muhtemeldir. Bu durum genetik yapınıza, vücut şeklinize, yaşınıza, derinizin durumuna göre değişkenlik göstermektedir. Vücut şekillendirme ameliyatları için en uygun hastalar, hedef kilosuna ulaşmış, bu hedef kilosunu en az 3 aydır sabitlemiş olan hastalardır, **bu dönem genellikle bariatrik cerrahi sonrasında 12-18. aylar arasındadır.** Sarkma oluşmasını en aza indirmek için sıvı tüketiniz, beslenmenize özen gösteriniz, egzersiz yapınız.

~ 18 ~

16. BARIATRİK CERRAHİ SONRASI NE ZAMAN HAMİLE KALABİLİRİM?

Obezite ile birlikte infertilite (kısırlık), düşük riski, konjenital anomali, müdahaleli doğum, pre-eklempi, gestasyonel diyabet, sezaryen ile doğum oranı artmaktadır. Bariatrik cerrahi sonrası kilo kaybıyla birlikte bu riskler azalmaktadır. **Ameliyat sonrası 18-24 ay gebelikten korunmanızı önermekteyiz.** Ameliyat sonrası dönemde beslenme düzeninizdeki değişim, kilo kaybının devam ediyor olması, yaşam tarzınızdaki değişiklikler, hormonal ve psikolojik değişimler gebeliğinizi riske sokabilir. 18-24 ay içerisinde kilo vermeleriniz yavaşlayacaktır.

Kilo kaybı ile birlikte;

- Adet dönemleriniz düzelecektir.
- Cinsel hayatınızda olumlu anlamda değişimler olacaktır.
- Kısırlık riski azalacaktır.
- Hamile kalma şansınız daha artacaktır.
- Hormonların seviyesi değişecektir.



~ 19 ~

17. BEDEN KİTLE İNDEKSİ NEDİR VE NASIL HESAPLANIR?

Sınıflandırma	BKİ (kg/ m ²)	
	Temel kesişim noktaları*	Geliştirilmiş kesişim noktaları*
Zayıf (düşük ağırlık)	< 18.50	< 18.50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00	< 16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00-16.99	16.00-16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00-18.49	17.00-18.49
Normal	18.50- 24.99	18.50-22.99
		23.00-24.99
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	≥ 25.00	≥ 25.00
Şişmanlık öncesi	25.00- 29.99	25.00-27.49
		27.50-29.99
Şişman (Obez)	≥ 30.00	≥ 30.00
Şişman I. Derece	30.00-34.99	30.00-32.49
		32.50-34.99
Şişman II. Derece	35.00-39.99	35.00-37.49
		37.50-39.99
Şişman III. Derece	≥ 40.00	≥ 40.00

- Yeşil alan normal aralığı, turuncu alan dikkat edilmesi gereken aralığı, pembe alan ise tehlikeli aralıkları göstermektedir.
- BKİ vücuttaki yağ miktarı ile ilgili bilgi vermekte, yağın bulunduğu bölge ve dağılımı ile ilgili bilgi vermemektedir.

- Örnek: 1.70 m boyunda ve 70 ağırlığında olan bir kadının kilosu nasıldır ?

$$BKİ = Kg / m^2$$

$$70 / (1.70 \times 1.70) = 70 / 2.89 = 24.22 \text{ (Normal)}$$

~ 20 ~

18. BARİATRİK CERRAHİ SONRASI PSİKOLOJİK DEĞİŞİMLERİN ÜSTESİNDEN NASIL GELEBİLİRİM?

Fazla kilolarınızdan dolayı her türlü aktiviteyi özgürce gerçekleştirememeye, ortamlara rahatça girememe, iş, aile, arkadaş rollerini yerine getirmede güçlük, insanlardan çekinme, diyetle uyumda güçlük çekme, cildinizde değişiklikler olması, vücudunuzun belli bölgelerinde sarkmalar oluşabilmesi, saç dökülmeleri vs. gibi durumlar yaşıyor olabilirsiniz. Bu tür durumlar beden imajınızı, benlik saygınızı olumsuz yönde etkileyebilir.

BU DEĞİŞİMLERİN ÜSTESİNDEN GELEBİLMENİZ İÇİN ÖNCELİKLE OLUMLU BİR BEDEN İMAJI OLUSTURMAK GEREKİYOR.

Beden imajı, bedeniniz hakkındaki düşüncelerinizi, duygularınızı ve algılarınızı ifade eder.

Benlik saygısı, kişinin kendine değer vermesi, kendini benimseyip güven ve saygı duyması anlamına gelmektedir.

Kişinin bedeniyle barışık ve memnun olması OLUMLU BEDEN İMAJI'na sahip olduğu anlamına gelir.

- ✦ Kendinize inanın. Yapabileceğinizin farkına varın. Kendinize zaman verin.
- ✦ Yaşamınızın daha güzel günleri için gerçekçi planlar yapın.
- ✦ Bu dönemlerde pozitif düşünün. Sabırlı olun. Stresten uzak durun.
- ✦ Ameliyat sonrası süreçte oluşan hislerinizi ve düşüncelerinizi çevrenizdekilerle konuşun.
- ✦ Gerekirse psikolojik destek almaktan kaçınmayın. Suçluluk duygusuna kapılmayın.

~ 21 ~

- ✦ Var olan destek güçlerinizi ve kullandığınız baş etme mekanizmalarınızı sağlık profesyonelleri ile tartışın. Olumlu ve uygun baş etme mekanizmaları benimseyiniz.
- ✦ Bulduğunuz (anne, baba, eş, arkadaş vs.) rollerinize daha sıkı sarılın.
- ✦ Çevrenizdeki insanlarla olan iletişiminizi artırın.
- ✦ Sizi destekleyen gerçek arkadaşlar edinin.
- ✦ Sizinle aynı süreci yaşayan diğer insanlarla konuşun, deneyimlerinizi paylaşın.
- ✦ Sevdiğiniz alanlara (spor, dans, eğlence, kitap okuma vs.) daha çok yönelin.
- ✦ Daha önce gerçekleştirdiğiniz başarılarınızı düşünün. Anlatın.
- ✦ Kilo vermeyi ve diyet yapmayı bir yarış haline getirmeyin.

Unutmayın ki her şey sadece "SİZ" istediğiniz sürece mümkündür.

OLUMLU DÜŞÜNME ALIŞKANLIĞI EDİNİN.

OLUMSUZ DÜŞÜNME

Hasta olmak istemiyorum.

Randevuya geç kalmak istemiyorum.
istiyorum.

Hiç yararı yok, olmuyor.
tekrar deneriz.

OLUMLU DÜŞÜNME

Sağlıklı olmak istiyorum.

Randevuya 5 dakika erken gitmek

Olmazsa başka bir yol bulur,

~ 22 ~

NEFES ve GEVŞEME EGZERSİZİ

- Kendinizi güvenli ve sevdiğiniz bir yerde hayal ediniz.
- Önce burnunuzdan yavaşça nefes alın.
- Islık çalacakmış gibi dudaklarınızı büzün.
- Nefesinizi yavaşça ve daha uzun süreli büzülmüş olan dudaklarınızdan boşaltın.
- (5 saniyede nefes alıyorsanız 10 saniyede boşaltın.)
- Nefesinizin dışarı çıkması için güç harcamayın.
- 3-4 defa bu durumu tekrarlayın.
- Güvenli yerinizi gözünüzün önüne getirin ve orada olduğunuzu düşünün. Orada olmasını istediğiniz her şeyi orada hayal edebilirsiniz.
- Çevrenize bakın. Neler görüyorsunuz?
- Değişik renkleri fark edin. Uzanarak onlara dokunduğunuzu hayal edin. Bu size neler hissettiriyor? Şimdi uzaklara bakın. Neler görüyorsunuz?
- Çıplak ayakla yere bastığınızı hayal edin. Yere basmak size neler hissettiriyor?
- Şimdi de çok sevdiğiniz birinin ya da bir kahramanın güvenli yerinizde sizinle birlikte olduğunu hayal edin. Bu kişi size her türlü yardımı yapabilecek, sizi koruyabilecek güçlü biri. Onunla birlikte güvenli yerinizde dolaştığınızı hayal edin.
- Güvenli ve rahat ortamınızı yavaşça keşfederken, rahatlama hissini keyfini çıkarın.
- Her zaman burası sizin güvenli yeriniz olacak, mutlu ve rahat hissetmek istediğiniz zamanlarda burada olduğunuzu hayal edin.

~ 23 ~

BİZİM İÇİN DEĞERLİSİNİZ

SAĞLIKLI KALMANIZ DİLEĞİYLE.



~ 24 ~


KAYNAKLAR

1. Gagnon E.L., Karwacki J.E. (2012). Outcomes and Complications After Bariatric Surgery. *AJN*;112(9):26-36
2. Kreykes A., Choxi H., Rothberg A. (2017). Post-bariatric surgery patients: Your role in their long-term care. *The Journal Of Family Practice*; 66(6): 356-363
3. Camden G.S. (2009). Shedding Health Risk with Bariatric Weight Loss Surgery; 39(1):34-40. doi: 10.1097/01.NURSE.0000343455.43129.39
4. http://www.realize.com/sites/default/files/realize-files/pdf/patient-guide/014028-140421_English_Patient_Guide_112216.pdf (Erişim Tarihi: 15.08.2017)
5. Mechanick L.J., Kushner F.R., Sugerman J.H., Gonzalez-Campoy M.J., Collazo-Clavel L.M., Spitz F.A., Apovian M.A., Livingston H.E., Brozin R., Sarwer B.D., Anderson A.W., Dixon J. (2009). Perioperative Bariatric Guidelines. *American Association Of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, And American Society For Metabolic & Bariatric Surgery Guidelines*; 17(1)
6. Pories J.W., (2008). Bariatric Surgery: Risks and Rewards. *J Clin Endocrinol Metab*, November; 93(11):S89-S96. doi: 10.1210/jc.2008-1641
7. Sarwer D.B., Spitzer J.C., Wadden T.A. (2014). Changes in Sexual Functioning and Sex Hormone Levels in Women Following Bariatric Surgery. *JAMA Surg*;149(1):26-33. doi:10.1001/jamasurg.2013.5022
8. Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu. (2014). Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara. ISBN: 978-605-4011-19-3
9. Mutlu Ö.Ö., Orman Ç., Bilgöl D. (2014). Postbariyatrik Vücut Şekillendirme. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 30(Ek sayı 1):72-78, 2014 doi:10.5222/otd.suppl.2014.072
10. Brethauer A.S., Kim J., Chaar M., Pappas P., Eisenberg D., Rogers Ann., Ballem N., Kligman M., Kothari S. (ASMBS Clinical Issues Committee). (2015). Standardized outcomes reporting in metabolic and bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*;11(3): 489-506. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2015.02.003>
11. Erdem, Z. ve Kahraman, F. (2015). Bariyatrik hastaların diyetlerinin izlenmesi. İçinde Temel beslenme ve diyetetik (1.Baskı, sy.355-382). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi
12. Yüksel A. (2016). Bariyatrik Cerrahi Operasyonu Geçiren Morbid Obez Bir Hastanın 3 Yıl Sonraki Beslenme Durumu: Olgu Sunumu. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi; 1(1): 39-45
13. Wadden T., Pories W., Blair S., Hubbard S.V. (2000). The Practical Guide Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. NHLBI Obesity Education Initiative.
14. Heber D., Greenway L.F., Kaplan M.L., Livingston E., Salvador J., Still C. (2010) Endocrine and Nutritional Management of the Post-Bariatric Surgery Patient: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*; 95(11):4823-4843 doi: 10.1210/jc.2009-2128
15. Mulligan T.A., McNamara M.A., Boulton W.H., Trainor S.L., Raiano C., Mullen A. (2009). Best Practice Updates for Nursing Care in Weight Loss Surgery; 17(5):895-900 doi:10.1038/oby.2008.579
16. Fencel L.J., Walsh A. (2015). The Bariatric Patient: An Overview of Perioperative Care. *AORN J* 102(2); 116-131 doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2015.05.007>
17. Harrington L. (2006). Postoperative Care of Patients Undergoing Bariatric Surgery. *MEDSURG Nursing*; 15(6): 357-363
18. Grindel E.M., Grindel G.C. (2006). Nursing Care of the Person Having Bariatric Surgery. *MEDSURG Nursing*; 15(3): 129-146
19. Neil A.J. (2013). Perioperative Nursing Care of the Patient Undergoing Bariatric Revision Surgery. *AORN Journal*; 97(2): 210-226 doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2012.11.013>
20. Kasımay Ç.Ö. (2015). Obezite Cerrahisi Sonrası Egzersiz Reçetelendirmesi. *Türkiye Klinikleri J Sports Med-Special Topics*;1(2):71-76
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2016). Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Öğretmen El Kitabı. Ankara.
22. McGraw A.C., WOOL B.D. (2015). Bariatric Surgery: Three Surgical Techniques, Patient Care, Risks, and Outcomes. *AORN Journal*; 102(2): 142-149 doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2014.11.020>
23. Taşkın M., Zengin K., Taşkın E.H., Türkmen U.Ö. *Diyabetin Cerrahi Tedavisi. turkishobesitysurgery.net*
24. Barth M.M., Jenson E.C., (2006). Postoperative Nursing Care Of Gastric Bypass Patients. *American Journal of Critical Care*;15(4): 378-388
25. Bariatric Surgery for People with Diabetes and Morbid Obesity. *Bariatric Surgery for Diabetes – Ontario Health Technology Assessment Series* 2009; 9(22)
26. Frezza E.E., Internati C.M., Wachtel S.M. (2008). Analysis of the Results of Sleeve Gastrectomy for Morbid Obesity and the Role of Ghrelin. *Surgery Today*; 38(6) :481-483 doi:10.1007/s00595-007-3648-8
27. Boyle J.C., Sullivan E.O., Shabana H., Boyce M., O'Reilly A.B. (2016). The Effect of Bariatric Surgery on Urinary Incontinence in Women. *OBES SURG*; 26:1471-1478 doi: 10.1007/s11695-015-1969-z

28. Koliaki C.,Listis S., Roux W.C., Kokkinos A.(2017). The role of bariatric surgery to treat diabetes: current challenges and perspectives; 17(1): 50
[doi: 10.1186/s12902-017-0202-6](https://doi.org/10.1186/s12902-017-0202-6)
29. Petroni R., Di Mauro M., Altorio F.S., Romano S., Petroni A., Penco M. (2017). The role of bariatric surgery for improvement of hypertension in obese patients: a retrospective study. *J Cardiovasc Med*; 18(3): 152-158 [doi:10.2459/JCM.0000000000000424](https://doi.org/10.2459/JCM.0000000000000424)
30. Bulbüller N., Habibi M., Yüksel M., Özener Ö., Oruç T.M., Öner Z.Ö., Kazak M.A. (2017). Effects Of Bariatric Surgery On Urinary Incontinence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*;13: 95–100
31. Tullberg S.H., Olsen F.M., S.K., Wiklund M. (2017). “Stepping with ease towards a new way of living” – experiences of physical activity 5 years after bariatric surgery. *European Journal Of Physiotherapy*; 19(3):154-159
<https://doi.org/10.1080/21679169.2017.1326527>
32. Panteliou E., Miras D.A. (2017). What is the role of bariatric surgery in the management of obesity?. *Climacteric*; 20(2):97-102 <http://dx.doi.org/10.1080/13697137.2017.1262638>
33. <http://www.nursingcenter.com/ceconnection> (Erişim Tarihi: 20.08.2017)
34. Şahin H.G. (2015). Obezite ve Gebelik. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*; 6(3):71-74 The effects of bariatric surgery on asthma severity; *Obes Surg.*;21(2): 200-206
35. Mattar S.G., Velez L.M.,Robinovitz M., et.al. (2005). Surgically-induced weight loss significantly improves nonalcoholic fatty liver disease and the metabolic syndrome. *Ann Surg.*; 242(2): 610-617
36. Reddy R.C.,Baptist A.P.,Fan Z.,Carlin A.M.Brikmeyer N.J. (2011).
37. Sevinçer M.G. (2016). Türkiye’de Obezite Cerrahisinde Psikiyatrik Değerlendirme: Uzlaşma ve kılavuz gereksinmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 17(Ek sayı.2):5-45
38. Sevinçer M.G., Coşkun H.,Konuk N., Bozkurt S.(2014). Bariatrik Cerrahinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 6(1):32-44
[doi:10.5455/cap.20130522110439](https://doi.org/10.5455/cap.20130522110439)
39. Uçakan M.G., Zincir H., Zararsız G. (2015). Tip II Diabetes Mellituslu Bireylerde Benlik Saygısı ve Öz Etkililik Düzeyleri. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*;7(1):29- 37
[doi: 10.5336/nurses.2013-34166](https://doi.org/10.5336/nurses.2013-34166)
40. Koçaşlı S.,Öztekin D. (2010). Obezite Cerrahisinde Perioperatif Bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*; 3(2):77-82
41. http://vesah.saglik.gov.tr/kalite/images/egitim_dosyolari/STRES-Basa-cikma.pdf
(Erişim tarihi: 25.08.2017)
42. Nefes Ve Gevşeme Egzersizleri (2016), Bursa İl Millî Eğitim Müdürlüğü, Bursa Temel Eğitim Sonrası Kariyer Danışmanlığı Projesi. Modül 3, Kitapçık 10.

İZİNLER

EK-9 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
---	---

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Tekrarlı Hemşirelik Eğitiminin Bariatrik Cerrahi Uygulanan Hastaların Uyum Süreçlerine Etkisinin İncelenmesi
-----------------------	---

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Şerife Karagözoğlu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:



	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
---	---

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Tekrarlı Hemşirelik Eğitiminin Bariatrik Cerrahi Uygulanan Hastaların Uyum Süreçlerine Etkisinin İncelenmesi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BELGELERİ	Karar No: 2017-1107	Tarih: 08.11.2017		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuruya dosyası ile ilgili belgeler araştırma/uygulama süreci, araç, yakıtın ve yöneticileri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırma/uygulama başvurusu dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üyelerinin ortak görüşüyle karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Görüş		Araştırma ile ilgili		Katkı *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özlemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ataç	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Kemal Zin	Enfeksiyon	Cumhuriyet Üniversitesi, Dış Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ergin Altınkaya	İç Hastalıklar	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

EK-10 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzin Belgesi

Tarih: 18.12.2017 16:28
Ser: 93596471-199-E.00000260073



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 93596471-199
Konu : Ezgi YILDIZ Tez Çalışması

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 12.12.2017 tarihli ve 259700 sayılı yazı.

Enstitünüz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Ezgi YILDIZ'ın "*Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Tekrarlı Hemşirelik Eğitiminin Bariatrik Cerrahi Uygulanan Hastaların Uyum Süreçlerine Etkisinin İncelenmesi*" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına 14.12.2017-01.06.2018 tarihleri arasında Hastanemiz Bariatrik Cerrahi operasyonu geçiren ve Genel Cerrahi servisinde yatan hastalara uygulayabilmesinde sakınca bulunmadığı;
Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Doç.Dr.Zekeriya ÖZTEMÜR
Başhekim V.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <https://evrak.ged.gov.tr/evrak/cumhuriyet.edu.tr/adres/evrak/evrak/7ba-a473-4645-bada-bda28bd973a> linki ile erişebilirsiniz.
Adres: Cumhuriyet Üniversitesi, Kazım Karabekir 58140 SİVAS
Tel:0 346 2581326 Faks:0 346 2580024 E-posta: hastanewynizleri@cumhuriyet.edu.tr



1 / 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı Ezgi YILDIZ
Doğum Yeri ve Tarihi Sivas-1992
Medeni Hali Bekar
Yabancı Dil İngilizce
İletişim Adresi Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Suşehri Sağlık
Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü
E-posta Adresi ezgiyildiz@cumhuriyet.edu.tr

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise Sivas Cumhuriyet Anadolu Lisesi, 2010
Lisans Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Bölümü, 2015
Yüksek Lisans Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
2019
Ünvan Araştırma Görevlisi

İş Tecrübesi

Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Görevlisi, 2017-