

CÜSBE
SIVAS
2017

PINAR
YILMAZ

OBEZİTE CERRAHİSİ GEÇİREN BİREYLERİN
DEĞİŞEN BEDEN İMAJININ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ



T.C.

**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**OBEZİTE CERRAHİSİ GEÇİREN BİREYLERİN
DEĞİŞEN BEDEN İMAJININ YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

PINAR YILMAZ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

SİVAS-2017

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

OBEZİTE CERRAHİSİ GEÇİREN BİREYLERİN
DEĞİŞEN BEDEN İMAJININ YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİ

PINAR YILMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. MERYEM YILMAZ

SİVAS-2017

“Obezite Cerrahisi Geçiren Bireylerin Değişen Beden İmajının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü lisansüstü tez yazım kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Doç. Dr. Meryem YILMAZ _____

Üye Doç. Dr. Yazile SAYIN _____

Üye Yrd. Doç. Dr. Mustafa ATABEY _____

ONAY

Bu tez çalışması, 18.07.2017 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

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

Tez çalışmamın her aşamasında değerli önerileri ile çalışmayı gerçekleştirmem için bana yol gösteren, akademik bilgi, tecrübe ve desteklerini esirgemeyen hocam Sayın Doç. Dr. Meryem Yılmaz'a sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım. Gösterdikleri manevi destek ve ilgilerinden dolayı aileme, özellikle canım kardeşim Sevgili Damla Yılmaz'a, çalışmamı destekleyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Mustafa Atabey'e, araştırmamı sürdürmeme olanak sağlayan ve bu çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm hastalarımın teşekkür ederim.

Pınar YILMAZ

2017

ÖZET

OBEZİTE CERRAHİSİ GEÇİREN BİREYLERİN DEĞİŞEN BEDEN İMAJININ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Pınar YILMAZ

Yüksek Lisans Tezi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Meryem YILMAZ

2017,131 sayfa

Bu araştırma, Sivas İli Cumhuriyet Üniversitesi araştırma ve uygulama hastanesi genel cerrahi servisinde, morbid obezite nedeni ile obezite cerrahisi geçiren bireylerin, değişen beden imajının yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapıldı.

Araştırma, tanımlayıcı tipde bir çalışmadır. Çalışmada veriler anket formu, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve beden imajı ölçeği kullanılarak toplandı. Ölçekler bireylere ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay olmak üzere 4 kez uygulandı.

Bu çalışmaya toplam 91 birey katıldı. Çalışmada bireylerin ameliyat öncesi BKİ ortalaması 48.52 ± 5.84 iken, ameliyat sonrası 3. ay'da 36.20 ± 5.36 'a düştüğü görüldü. Bireylerin yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, ameliyat şekli ile beden imajı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı; cinsiyet ile beden imajı puan ortalamasının erkeklerin lehine kadınlara oranla daha yüksek olduğu, bireylerin 3. ay'da kilo kaybı sonucunda beden imajının olumlu yönde değiştiği ve buna bağlı yaşam kalitesinin arttığı belirlendi. Yapılan doğrusal regresyon analizinde beden imajı ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ($\beta=.366$, $p=.000$), rol güçlüğü (fiziksel) ($\beta=.322$, $p=.002$), rol güçlüğü (emosyonel) ($\beta=.404$, $p=.000$) ile anlamlı ilişkisi olduğu belirlendi.

Sonuç olarak; obezite cerrahisinin bireylerin beden imajını olumlu yönde değiştirdiği ve beden imajındaki değişimin yaşam kalitesi üzerinde de olumlu yönde etki yarattığı sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Bariatrik cerrahi, obezite cerrahisi, beden imajı, yaşam kalitesi, hemşirelik.

ABSTRACT

THE EFFECT OF THE CHANGING BODY IMAGE OF INDIVIDUALS WITH OBESITY SURGERY ON QUALITY OF LIFE

Pınar YILMAZ

Master's Thesis

Department of Surgery Nursing

Supervisor: Assoc. Prof. PhD. Meryem YILMAZ

2017, 131 pages

This study was carried out with the aim of determining the effect of changing body image on the quality of life of individuals who have undergone obesity surgery due to morbid obesity in the general surgery service at Sivas Cumhuriyet University Research and Practice Hospital.

The research is a descriptive study. In the study, the data were collected using questionnaire form, the SF-36 quality of life scale and the body image scale. The scales were applied to the patients four times: before the operation, the day after the operation, after 1st and 3rd months.

A total of 91 individuals participated in this study. In the study, while the mean pre-operative BMI of the subjects was 48.52 ± 5.84 , it decreased to 36.20 ± 5.36 at the 3rd month after the operation. It was found out that there was no statistically significant difference between the individuals' age, marital status, education level, the surgical style and the average of body image points; that the average scores of gender and body image were higher in men than those of women; that the body image changed positively as a result of weight loss at the 3rd month, and accordingly, the quality of life increased. In the linear regression analysis, body image and quality of life were found to be significantly related to physical function ($\beta=.366$, $p=.000$), role strength (physical) ($\beta=.322$, $p=.002$), role strength (emotional) ($\beta=.404$, $p=.000$).

As a result, it was concluded that the obesity surgery changed the body image of the individuals positively, and the change in the body image created a positive impact on the quality of life.

Key Words: Bariatric surgery, obesity surgery, body image, quality of life, nursing.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
YÖNERGE	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	x
GRAFİKLER DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Obezite, Obezite Türleri ve Obezite Prevelansı	3
2.2. Obezitenin Risk Faktörleri	4
2.3. Obezitenin Komplikasyonları	5
2.3.1. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	5
2.3.2. Nörolojik Hastalıklar	6
2.3.3. Metabolikve Hormonal Komplikasyonlar	6
2.3.4. Solunum Sistemi Hastalıkları	6
2.3.5. Sindirim Sistemi Hastalıkları	6
2.3.6. Genitoüriner Sistem Hastalıkları	6
2.3.7. Deri Hastalıkları	6
2.3.8. Cerrahi Komplikasyonlar	7
2.3.9. Kanser	7
2.3.10. Obezitenin Mekanik Komplikasyonları	7

2.3.11. Psikososyal Komplikasyonlar	7
2.4. Obezite, Obezite Cerrahisi ve Beden İmajı	7
2.5. Obezite, Obezite Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi	9
2.6. Obezitenin Cerrahi Tedavisi	10
2.7. Obezite Cerrahisi Türleri	11
2.7.1. Laparoskopik Roux-en-Y Gastrik Bypass (LRYGB)	11
2.7.2. Sleeve Gastrektomi (Vertikal Gastrektomi, SG)	12
2.7.3. Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB)	13
2.7.4. Biliopankreatik Diversiyon ve Duodenal Switch (BPD-DS) .	14
2.8. Obezite Cerrahisinin Komplikasyonları	15
2.8.1. Obezite Cerrahisi Sonrası Erken Dönem Komplikasyonlar ...	16
a. Anastomoz Kaçağı	16
b. İntra-abdominal Enfeksiyonlar	17
c. Bulantı – Kusma	17
d. Dumping Sendromu	18
2.8.2. Obezite Cerrahisi Sonrası Geç Dönem Komplikasyonlar	18
a. Emilim Bozuklukları	18
b. İnsizyonel Herni	19
c. Kolelitiazis	19
d. Renal Hastalıklar	20
2.9. Obezite Cerrahisinde Bakım	20
2.9.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Bakım	21
2.9.2. Ameliyat Sırasında Bakım	24
2.9.3. Ameliyat Sonrası Dönemde Bakım	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni	28
3.4. Araştırmanın Örneklemi	28
3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	28
3.6. Veri Toplama Araçları	29
3.6.1. Anket Formu	29

3.6.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	29
3.6.3. Beden İmajı Ölçeği	30
3.7. Verilerin Toplanması	30
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	31
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	75
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	79
6.1. Sonuçlar	79
6.2. Öneriler	86
7. KAYNAKLAR	87
EKLER	105
EK 1. Anket Formu	105
EK 2. Beden Algısı Ölçeği	108
EK 3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	109
EK 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	112
İZİNLER.....	114
EK 5. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı	114
EK 6. Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzin Belgesi	116
ÖZGEÇMİŞ	117

TABLolar

	<u>Sayfa</u>
	<u>No</u>
Tablo 1: SF-36 Değerlendirme Puanları	30
Tablo 2: Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	32
Tablo 3: Bireylerin Boy, Kilo ve Beden Kitle İndeksi Ortalamaları	34
Tablo 4: Bireylerin Yaşına Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları	35
Tablo 5: Bireylerin Cinsiyetine Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları	36
Tablo 6: Bireylerin Medeni Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları...	37
Tablo 7: Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları....	38
Tablo 8: Bireylerde Kronik Hastalık Olma Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları	39
Tablo 9: Bireylerin Ailesinde Obezite Olma Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları	40
Tablo 10: Bireylerin Ameliyat Öncesi Obezite Süresi Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları	41
Tablo 11: Bireylerin Ameliyat Olmadan Önceki Yaşam Kalitesine Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları	42
Tablo 12: Bireylerin Ameliyat Olmadan Önceki Beden Algısına Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları	43
Tablo 13: Bireylerin Ameliyat Şekline Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları....	44
Tablo 14: Bireylerin Ameliyat Sonrası Komplikasyon Yaşama Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları	45
Tablo 15: Bireylerin Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma Yaşama Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları	46
Tablo 16: Bireylerin Ameliyat Sonrası Kan Glukoz Düzeyinde Düşme Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları	47
Tablo 17: Bireylerin Ameliyat Sonrası Halsizlik Yaşama Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları	48
Tablo 18: Bireylerin Ameliyat Sonrası Yorgunluk Yaşama Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları	49
Tablo 19: Bireylerin Ameliyat Sonrası Pişmanlık Yaşama Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları	50

Tablo 20: Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 21: Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası 3. Ayda Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
Tablo 22: Bireylerin Ameliyat öncesi, Ameliyat sonrası 1. Gün, 1. Ay ve 3. Ay'a göre Beden İmajı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	63
Tablo 23: Bireylerin Ameliyat öncesi, Ameliyat sonrası 1. Gün, 1. Ay ve 3. Ay'a göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması...	65
Tablo 24: Bireylerin Ameliyat Öncesi Kendi Beden İmajı ve Yaşam Kalitesine İlişkin İfadelerin Dağılımı	67
Tablo 25: Bireylerin Ameliyat Sonrası 1. Ay'da Beden İmajı ve Yaşam Kalitesine İlişkin İfadelerin Dağılımı	68
Tablo 26: Bireylerin Ameliyat Sonrası 3. Ay'da Beden İmajı ve Yaşam Kalitesine İlişkin İfadelerin Dağılımı	69
Tablo 27: Bireylerin Beden İmajı ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki Korelasyon	70
Tablo 28: Bireylerin Beden İmajı ile Yaşam Kalitesi Arasında Basit Doğrusal Regresyon Analizi	72
Tablo 29: Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cronbach- α Katsayısı	74

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No

Grafik 1: Ameliyat Öncesi, Ameliyat sonrası 1. Gün, 1. Ay ve 3.Ay'a göre
Beden İmajı Puan Ortalamaları

64



ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1: Obezitenin Fiziksel Prognozu.....	4
Şekil 2. Obezite Cerrahisi Türleri.....	11
Şekil 3: Roux-en-Y Gastrik Bypass Operasyonu.....	12
Şekil 4: Sleeve Gastrektomi	13
Şekil 5: Ayarlanabilir Gastrik Band.....	14
Şekil 6: Duodenal Switch	15



KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BPD-DS	Biliopankreatik Diversiyon ve Duodenal Switch
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
LAGB	Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band
LRYGB	Laparoskopik Roux-en-Y Gastrik Bypass
SG	Sleeve Gastrektomi (Vertikal Gastrektomi)
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Programı

1.GİRİŞ

Problemin Tanımı ve Önemi

Obezite, alınan ve harcanan enerji arasındaki dengesizlik sonucu yağ dokusunun artması olup, günümüzde gelişmiş ülkelerde (Sibbald, 2002) olduğu kadar ülkemizde de giderek artan bir sorun haline gelen(Hamurcu ve ark., 2015) ve ilk sırada yer alan önlenebilir bir ölüm nedeni olarak belirtilmektedir (Tam ve Çakır, 2012).Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2011 yılı verilerine göre, 200 milyondan fazla erkek ile yaklaşık 300 milyon kadının obez olduğu tahmin edilmektedir ve obezitenin 1995 yılına göre, 2000 yılında %50 arttığı bildirilmiştir (DSÖ, 2011).

Obezite prevalansının artması, beraberinde obeziteye bağlı hipertansiyon, tip 2 diyabet, kalp hastalıkları, hiperlipidemi, polikistik over sendromu, uyku apnesi ve kanser gibi hastalıkların görülme sıklığının artmasına neden olmaktadır (Tam ve Çakır, 2012; Kalan ve Yeşil, 2010; Bray, 2004). Bu sağlık problemlerinin oluşması ileyşam süresinin kısaldığı ve beraberinde de yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilendiği vurgulanmaktadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2014; Sjostrom ve Narbro, 2007).Obezite ile ilişkili bu sorunların önlenmesi için kilo kaybına yönelik diyet, egzersiz, davranış değişikliği, farmakoterapi (Bult ve ark., 2008) gibi tedavi yöntemlerinin yanı sıra son yıllarda bu tedavilere cerrahi yöntemler eklenmiştir ve cerrahi yöntemler kilo kaybında çarpıcı sonuçlar elde edilmesi nedeni ileön plana çıkmıştır (Poole, 2005). Cerrahi ve diğer tedavilerin amacı, enerji girişini enerji tüketiminin altına indirmektir (Altunkaynak ve Özbek, 2006). Morbid obezitede multidisipliner, deneyimli bir ekip tarafından yapılan cerrahi girişimin mortalite ve morbiditesi oldukça düşüktür. Yapılan çalışmalarla obezite cerrahisi geçiren bireylerde, obeziteye bağlı gelişen hipertansiyon, diyabetes mellitus, hiperlipidemi, gastroözofagialreflü, infertilite, uyku apnesi, vb. gibi pek çok sorunun büyük ölçüde ortadan kaldırılabilirdiği ve hastaların daha sağlıklı bir yaşama kavuşabildiği gösterilmiştir (Christou ve ark., 2004; Sevinçer, 2014). Çalışmalarda (Christou ve ark., 2004; Buchwald ve ark., 2004), diyabeti olan ve obezite cerrahisi geçiren hastaların cerrahi girişimden beş yıl sonra kardiyo vasküler hastalıkların görülmesinde %82 oranında azalma olduğu ve diyabet hastalığının gerilediği belirlenmiştir.

Obezitenin etiyolojisinde fizyolojik faktörlerin yanı sıra, psikososyal ve çevresel faktörler de rol almaktadır (Healy ve ark., 2015). Obezitenin psikolojik bir sorun olarak algılanması, kişinin beden imajının bozulmasına neden olur (Pınar, 2002). Schilder (1935) beden imajı terimini insan bedeninin görünümü olarak tanımlamış ve fizyolojik, psikolojik ve sosyal deneyimlerden etkilendiğini belirtmiştir. Beden ve beden parçalarını algılama, kendilik algısı, kimlik ve kişilik kavramları ile tanımlanan beden imajı, obez kişilerde olumsuz yönde etkilenmektedir (Ogden ve Evans, 1996). Obezlerdeki beden imajı ile ilgili yapılan çalışmalarda (Hamurcu, 2014; Mond ve ark., 2011) beden kitle indeksi (BKİ)'nin beden memnuniyetsizliğine anlamlı düzeyde etkisi olduğu ve obez grubun, obez olmayan gruba göre beden memnuniyetsizliğinin daha yoğun olduğu bildirilmektedir. Ayrıca obez bireylerin büyük çoğunluğunun kilo vermeyi isteme nedeninin olumsuz beden imajı olduğu (Mikolajczyk, 2010), obez bireylerde olumsuz beden imajının; gerçek beden ağırlığından çok, algılanan beden ağırlığı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle obezite yönetiminde, beden imajı üzerinde durmanın önemli olduğu vurgulanmaktadır (Karakaya ve ark., 2012).

Obezitenin birçok tedavisi vardır. Bunlardan biri cerrahidir. Obezite cerrahisinin bireylerin yaşam kalitesi üzerinde olumlu yönde değişime neden olduğu, literatürde obezite cerrahisi sonrası genel olarak, hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal ilişkiler ve emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, beden imajı gibi alanlarda olumlu değişim sağladığı bildirilmektedir (Martikainen ve ark., 2004). Bu çalışmada obezite cerrahisi geçiren bireylerin değişen beden imajının yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek üzere yapıldı.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, Sivas ili Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi genel cerrahi servisinde, morbid obezite nedeni ile obezite cerrahisi geçiren bireylerde, değişen beden imajının yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir.

1.3. Araştırma Soruları

- a. Obezite cerrahisi geçiren bireylerin yaşam kalitesi olumlu yönde değişir mi?
- b. Obezite cerrahisi geçiren bireylerin beden imajı olumlu yönde değişir mi?
- c. Obezite cerrahisi sonrası değişen beden imajının yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mı?

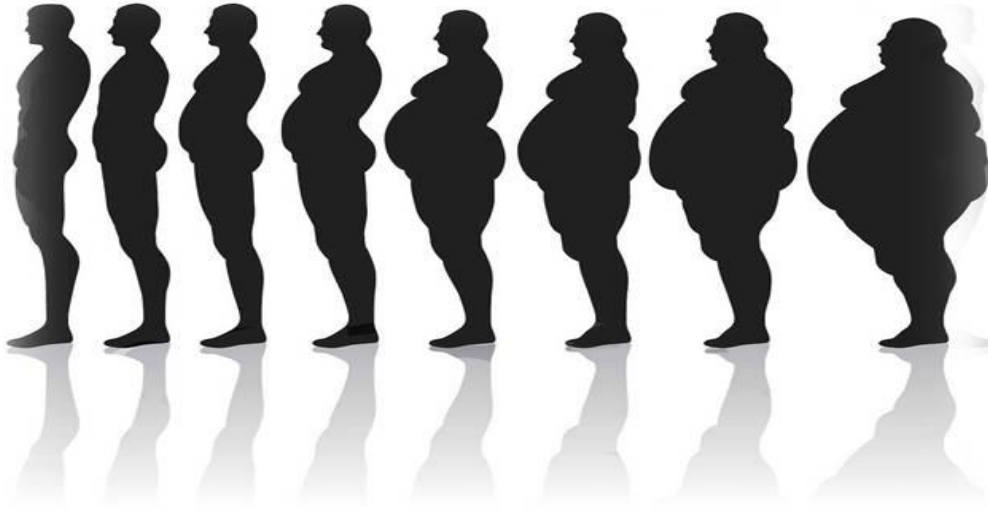
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite, Obezite Türleri ve Obezite Prevelansı

Obezite; alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olması sonucu beden yağ dokusunun artması ile karakterize kronik bir hastalıktır (Angrisanive ark., 2013). Obezitenin tanımında yaygın olarak kullanılan parametre beden kitle indeksidir (BKİ). BKİ, kilogram cinsinden ölçülen beden ağırlığının metre cinsinden ölçülen boyun karesine bölünmesi ile elde edilmektedir. DSÖ ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - hastalıkların ve sağlık sorunlarının uluslararası sınıflama sistemi) obeziteyi bir hastalık olarak tanımlamış ve BKİ 18.5 kg/m² altını zayıf, 18.5-25 kg/m² arasını normal kilolu, 25-30 kg/m² arasını aşırı kilolu, 30-35 kg/m² arasını grade 1 obezite, 35-40 kg/m² arasını grade 2 obezite ve 40 kg/m² ve üstünü ise grade 3 obezite olarak sınıflandırmıştır (The world health report 2000; Jubber, 2004.) Aynı zamanda BKİ'nin 40 kg/m² ve üstünde olması morbid obezite olarak da tanımlanmaktadır (Taşkın ve ark., 2000). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde kadınların %33,2'sinin, erkeklerin ise %27,6'sının BKİ 30 kg/m² ve üzerinde olduğu bildirilmektedir (Hedley ve ark., 2004). Genel olarak grade 3 obezitenin artış hızının, grade 1 ve 2 obezitedeki artış hızına göre çok daha fazla olduğu, 1986'dan 2000 yılına kadar grade 3 obezitenin 4 kat arttığı gösterilmiştir (Sturm ve Hattori, 2007). 24.788 kişinin katıldığı TURDEP-I (Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Programı) çalışmasının sonuçlarına göre Türkiye'de kadınlarda %30, erkeklerde %13, genelde ise %22.3 düzeyinde bir obezite prevalansı belirlenmiştir. TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışmasında Türk erişkin toplumunda 1998'de %22.3 olan obezite prevalansının %40 artarak 2010'da %31.2'ye ulaştığı görülmüştür. Kadınlarda obezite prevalansı %44, erkeklerde ise %27 olarak saptanmış ve son 12 yılda prevalansın kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 arttığı bildirilmiştir. Yaş dağılımına göre ise obezitenin 30'lu yaşlarda arttığı, en fazla 45-65 yaşlarında görüldüğü belirtilmektedir (Tam ve Çakır, 2012). Sivas ilinde 2007 yılında yapılan bir çalışmada ise kadınların ortalama BKİ değeri 30.43 kg/m², erkeklerde 27.99 kg/m² olarak bulunmuştur (Başibüyük ve Akın, 2007).

2.2. Obezite Risk Faktörleri

Obezitenin temel problemi, bireysel anlamda artmış enerji alımı ve azalmış fiziksel aktivitedir. Bunun yanı sıra yeme davranışının artmasına neden olan genetik, tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar da vardır. Örneğin; sosyokültürel seviyesi yüksek olan toplumlarda toplu taşıma araçları yerine, bireysel taşıtların varlığı ve yüksek enerjili yiyeceklere ulaşmanın daha kolay olması obeziteye yatkınlığı arttırmaktadır (Christou, Sampalis ve ark., 2004).



Şekil1: Obezitenin Fiziksel Prognozu.

Obezite risk faktörleri;

- **Diyet:** Sosyokültürel düzey arttıkça yüksek kalorili gıdalara erişim artmıştır (Kothari, 2012). Yüksek kalorili diyetler obezitenin yanı sıra bedende yağ depolanmasını da arttırmaktadır. Yağ enerjisi protein ve karbonhidratlardan elde edilen enerjiden daha fazladır (Gedik, 2003).
- **Sedanter Yaşam Alışkanlığı:** Dünya nüfusunun %30'u yetersiz fiziksel aktivite yapmaktadır (Kothari, 2012). Yanlış beslenme şeklinin yanı sıra, düşük fiziksel aktivite ile yüksek enerji alımına karşılık düşük enerji kullanımı obezitenin oluşumunu kolaylaştırmaktadır (Schrauwen ve Westerterp, 2000).
- **Genetik Yatkınlık:** Birçok hastalıkta olduğu gibi obezite de çevresel faktörler kadar genetik faktörlerin de etkisi bulunmaktadır. Çocukluk çağı başlangıçlı morbid obez kişilerin genlerinde çeşitli mutasyonlar saptanmıştır. Bunlar leptin, leptin reseptör, proopimelamokortin, prohormone konvertaz- 1, melanokortin-4

reseptör gen mutasyonlarıdır. Yapılan çalışmalarda 2, 10, 11, 20 numaralı kromozomların beden ağırlığını dengeleyen genleri taşıdığı bilinmektedir. β 2 adrenopeseptör, β 3 adrenoeseptör, hormon duyarlı lipaz, tümör nekrotizan faktör (TNF α) gibi iştah ve metabolizmayı kontrol eden genlerde saptanan mutasyonlar insülin direncine zemin hazırlar ve adiposit apoptozisini azaltır. Böylelikle yağ birikimi artar (Gedik, 2003). Bunun gibi başka bir örnekte de FTO (Fat mass and obesity associated gen) geninde gelişen polimorfizmin kişilerde obezite insidansını 1.67 kat arttırdığı saptanmıştır (Kothari, 2012).

- **Tıbbi Durumlar:** Cushing sendromu, polikistik over sendromu, hipotiroidi, büyüme hormonu yetersizliği olan durumlarda obezite görülebilir (Kothari, 2012; Altunoğlu ve ark., 2009).
- **Psikolojik Sorunlar:** Obsesif kompulsif davranış bozukluklarında kompulsif yeme, gece yeme ve periyodik aşırı yeme görülebilir. İnsülin, atipikantipsikotikler, antidepresanlar, steroid, fenitoin, antikonvülzanlar ve kontraseptifler aşırı yemek yeme gibi şikayetlere sebep olabilir (Kothari, 2012). Yapılan bazı çalışmalarda obez bireylerde çoğunlukla anksiyete ve depresif bozukluklar gibi psikopatolojik durumların yüksek olduğu bildirilmektedir (Britz ve ark., 2000; Baumeister ve Harter, 2007).

2.3.Obezite Komplikasyonları

Sağlıklı yeme alışkanlığı olan, düzenli egzersiz yapan ve BKİ normal sınırlarda olan kişilerin yağ dokuları, adiponektin gibi insülin direnci ve ateroskleroza karşı koruyucu hormonları salgılayan küçük adipositleri içerir. Böylece karaciğer, pankreas ve kaslar gibi metabolik organlar aşırı lipid depolanmasından korunmuş olur (Aygün, 2014). Aksine sağlıklı beslenen ve sedanter yaşayan obez kişilerde metabolik komplikasyonlar ve diğer sağlık sorunları görülmektedir (Faine ve ark., 2002). Bu sağlık sorunları aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir:

2.3.1.Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları

- Konjestif kalp yetmezliği
- Hipertansiyon
- Koroner arter hastalığı
- Periferik damar hastalıkları

2.3.2.Nörolojik Hastalıklar

- Subaraknoid kanama
- Stroke
- Nöropatiler

2.3.3.Metabolik ve Hormonal Komplikasyonlar

- Tip 2 DM
- İnsülin direnci, hiperinsülinemi
- Dislipidemi
- Hipertansiyon
- Gut hastalığı

2.3.4.Solunum Sistemi Hastalıkları

- Uyku apnesi
- Obezite-hiperventilasyon sendromu
- Obstrüktif uyku sendromu

2.3.5.Sindirim Sistemi Hastalıkları

- Gastroözofageal reflü
- Kolelitiazis
- Hepatosteatoz
- Siroz

2.3.6. Genitoüriner Sistem Hastalıkları

- Cinsel işlev bozuklukları
- Obstetrik komplikasyonlar
- Polikistik over sendromu
- Menstrüel anomaliler
- İnfertilite
- Stres inkontinansı
- Gebelik komplikasyonları

2.3.7. Deri Hastalıkları

- Lenfödem
- Ter Döküntüleri
- Selülit
- Stria

2.3.8. Cerrahi Komplasyonlar

- Yara komplasyonları
- Enfeksiyonlar
- İnsizyonelherni

2.3.9. Kanser

- Meme CA
- Kolon CA
- Karaciğer CA
- Serviks, endometrium, overCA
- Böbrek CA
- Prostat CA

2.3.10. Obezitenin Mekanik Komplasyonları

- Artrit, artroz
- Düşmeye eğilim
- Artmış karın içi basıncı

2.3.11. Psiko-Sosyal Komplasyonlar

- Sosyal izolasyon
- Depresyon
- Düşük benlik saygısı
- Düşük yaşam kalitesi
- İş bulma güçlüğü

(Hamurcu, 2014; Tam ve Çakır, 2012; Kalan ve Yeşil, 2010; Balcıoğlu ve Başer, 2008; Püsküllü ve Ballı, 2013; Yorgancı ve Tırnaksız, 2007; Fabbrini ve ark., 2009; Malnick ve Knobler, 2006; Jubber, 2004; Docras, 2006; Vucenik ve Stains, 2012; Carmichael, 2006; Bianchini ve ark., 2002; Calle ve ark., 2003; Messinisve ark., 2015).

2.4. Obezite, Obezite Cerrahisi ve Beden İmajı

Beden ve beden parçalarını algılama, belirli anlamlar verme, kendilik algısı, kimlik ve kişilik kavramları ile tanımlanan beden imajı obez kişilerde olumsuz yönde etkilenmektedir (Ogden ve Evans, 1996). Obezlerdeki beden imajı ile ilgili çalışmalarda BKİ'nin beden memnuniyetsizliğine önemli düzeyde etkisi olduğu ve obez grubun, obez olmayan grupla kıyaslanmasında obezlerin daha fazla beden memnuniyetsizliğine sahip olduğu görülmüştür (Hamurcu, 2014). Literatürde yer alan bunun gibi

çalışmaların ağırlıklı bir kısmı erişkinlerde BKİ ve beden imajı arasında ters bir ilişki olduğunu göstermekle beraber, (Tezcan, 2009; Hamurcu, 2014; Deveci ve ark., 2005; Annis ve ark., 2004) böyle bir ilişkinin olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Değirmenci, 2006; Sarwer, Wadden ve Foster, 1998).

Olumsuz beden imajı ile birlikte kilo kontrolü sağlamak için oruç tutmak, diyareye zemin oluşturmak, sigara içmek, sağlıksız diyetler ya da aşırı spor yapmak gibi eylemler ortaya çıkar. Yeme bozuklukları, düşük özgüven, depresif ruh hali ve intihar düşüncesi kilolu olmanın getirdiği olumsuz durumlardır (Ata, Vural ve Keskin, 2014). Kilo ile ilişkili yanlış algılamalar aşırı kilolu ve sağlıklı-kiloya sahip bireyler arasında yaygın olmakla birlikte, toplumsal, ekonomik ve demografik gruplar çerçevesinde farklılık göstermektedir (Ver Ploeg, Chang ve Lin, 2008). Ayrıca dünyada güzellik, ince olmakla eş görülmekte, bedenlerine ve kilosuna dikkat edenlerin bedenlerini ve kendilerini sevdikleri tahmin edilmektedir. Bunun tam tersine obezlerin çoğunlukla tembel, kötü ve hatta aptal oldukları düşünülmekte ve toplumda stigma, alay konusuna neden olmaktadır (Maddox, Back ve Leederman, 1998). Bu gibi nedenler ve medyanın ince insan imajını sürekli gündeme getirmesi ile obezlerin sosyal ön yargılara maruz kaldıkları; iş, eş ya da arkadaş bulma sorunları yaşadıkları, eğitim düzeylerinin düşük olduğu ve daha az gelir getiren işlerde çalıştıkları belirtilmekte ve obezitenin psikososyal boyutuna dikkat çekilmektedir (Pınar, 2002).

Beden imajının cinsiyetle ilişkisine bakıldığında kadınların güzellikleri ince ve zayıf olmak ile ilişkilidir ve fiziksel çekiciliğin önemli bir özelliğidir (Wardle ve Cooke, 2005; McCabe ve ark., 2010; Lawler ve Nixon, 2011). Obez kadınların normal kilolu kadınlara göre daha fazla beden hoşnutsuzluğu bildirdikleri görülmektedir (Magdaleno ve ark., 2011).

Beden imajının bozulması, morbid obez kişilerin ortak problemidir (Neven ve ark., 2002). Morbid obezite, beden görüntüsünü küçümseme, depresyon, düşük benlik saygısı ve sosyal önyargı gibi psikososyal bozuklukların yanı sıra beden imajını da ciddi düzeyde etkilemektedir (Mun ve ark., 2001). Aynı zamanda morbid obezlerde bozulmuş beden imajının yanı sıra somatik hastalıklardan kaynaklı memnuniyetsizlik de sık görülür (Teufel ve ark., 2012). Bu bozuklukların obezite cerrahisi kararı alınmasında önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Sarwer ve Steffen, 2015).

Birçok çalışmada, obezite cerrahi sonrası kilo kaybının beden imajında belirgin iyileşmeler sağladığı bildirilmektedir (Westman ve ark., 2004; Sarwer ve Crerand, 2004; Sarwer ve ark., 2014; Sarwer ve ark., 2010). Obezite cerrahisi sonrasında kilo kaybı ile kişilerin beden boyutu da azalır ve ideal beden boyutuna yaklaşır (Munoz ve ark., 2010). Neven ve arkadaşlarının (2002) roux-en-y gastrik bypass'ın cerrahi öncesi, cerrahiden 1-3 hafta sonra, ameliyattan 6 ay sonra ve cerrahiden 1 yıl sonra beden imajı üzerindeki etkisini incelediği çalışmada, ameliyattan sonra beden imajında zamanla önemli bir iyileşme olduğu sonucuna varılmıştır ve beden görüntüsündeki en önemli iyileşmenin cerrahi öncesi ve 6 aylık cerrahi müdahale arasında olduğu bulunmuştur.

2.5. Obezite, Obezite Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak mutluluğu ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak “iyi olma durumu” olarak da literatüre giren, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen geniş bir kavramdır (Eser, 2006).

Yapılan bir çalışmada, cerrahi dışı yöntemler ile kilo vermeye çalışan obezlerin yaşam kalitesinin, obezitenin derecesine bağlı olarak değiştiği, özellikle morbid obez bireylerde daha düşük olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesinin kötüleşmesi ile kişilerin duygusal durumunun değiştiği, anksiyete ve depresif ruh halinin ortaya çıktığı gözlenmiştir (Değirmenci, 2006). Literatürde de buna benzer sonuçlar bildirilmektedir (John, 2003; De Zwaan, 2002). Tedavi arayışındaki obez bireylerin, fiziksel olarak kilo vermeye çalışmayan obez bireylerden daha kötü bir yaşam kalitesine sahip oldukları bildirilmiştir (Fontaine ve Barlett, 1998; Fontaine, Barlett ve Barofsky, 2000). Kadınlar üzerinde yapılan prospektif kilo değişikliği ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, kilo kaybı ile birlikte yaşam kalitesinin psikososyal boyutundan çok, fiziksel fonksiyonu iyileştirdiği bulunmuştur (Fine ve ark., 1999).

Obezite ile birlikte tip 2 diyabet, hipertansiyon, lipid bozuklukları ya da iskemi gibi hastalıkların sayısında artış meydana gelmektedir. Morbid obeziteye bağlı hastalıkların varlığı yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Major ve ark., 2015). Obezite cerrahisi sonrası BKİ'de ve aynı zamanda obezitenin neden olduğu hastalıkların azalması ile birlikte genel sağlık gelişimi sonucunda hastaların yaşam

kalitesi iyileşmektedir (Major ve ark., 2015; Stolzenberger ve ark., 2013; Coşkun ve ark., 2006; Chapman, Cunningham ve Pories, 2013).

Yaşam kalitesinin iyileşmesi ile kilo kaybı arasında ilişki olduğunu gösteren kanıtlar olsa da (Robert ve ark., 2013; Boan ve ark., 2004; Dymek ve ark., 2002; Engel ve ark., 2003; Hell ve ark., 2000; Kolotkin, Zunker ve Ostbye, 2012), yaşam kalitesindeki iyileşmenin tek başına kilo verme ile ilgili olduğu söylenemez, çünkü psikolojik faktörlerin (örneğin, umut, mutluluk, sevgi-saygı görme, maddi durumun iyileşmesi) de iyileşme oranına katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Hachem ve Brennan, 2016). Bazı araştırmalar, obezite cerrahisi sonrası, yaşam kalitesinin 1 yıla kadar iyileştiğini ve daha sonra yaşam kalitesinde düşme olduğunu gösterirken (Colquittve ark., 2009), diğer araştırmalar yaşam kalitesinin ameliyattan sonra 2-4 yıl gelişmeye devam ettiğini ileri sürmektedir (Herpertz ve ark., 2003).

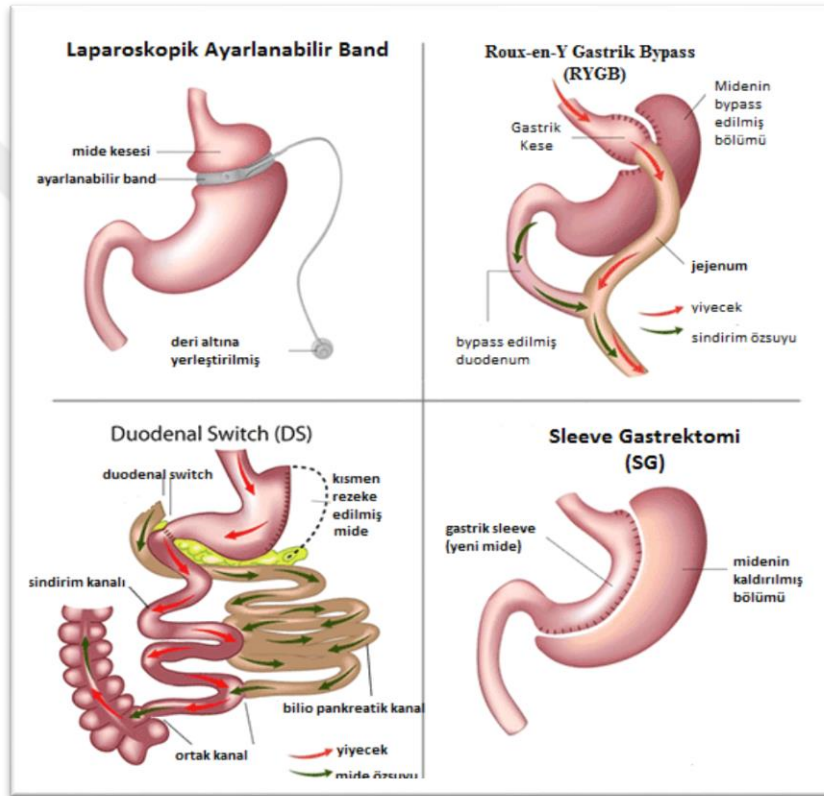
2.6. Obezitenin Cerrahi Tedavisi

Obezitenin birçok tedavisi vardır. Bunlardan biride cerrahidir. Morbid obezitenin tedavisine yönelik cerrahi girişimler 1950’li yıllarda başlamış, 1980’li yıllarda obezitenin giderek artan bir sorun olması ile vertikal bantlı gastroplasti gibi nispeten düşük morbidite ve mortaliteye sahip ameliyatlara yaygınlaşmıştır. Morbid obezite cerrahisi 1991 yılında “NationalInstitutes of Health (Uluslararası Sağlık Endeksi)’in morbid obezlerde cerrahi tedavinin etkin bir yöntem olduğunu bildirmesi ile yoğun bir şekilde yapılmaya başlanmıştır (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007; Saber, Elgamel ve McLeod, 2008). Maggard ve arkadaşları yaptıkları bir meta-analizde (2005) morbid obez erişkinler için cerrahi müdahalenin cerrahi dışı müdahalelerden üstün olduğu bulunmuştur. Günümüzde morbid obezite cerrahisi sonrası kilo kaybının değerlendirilmesinde ve ameliyatın başarı oranını belirlemede en sık kullanılan parametre fazla kilolardan kaybedilen ağırlık yüzdesidir. Eğer hasta fazla kilolarının %40’ından azını verdiyse ameliyatın başarılı olduğunu söylemek mümkün değildir. %40-60 arasında bir kilo kaybı orta iyi düzeyde bir ameliyat başarısını gösterir. %60’ın üzerindeki kilo kaybı ameliyatın başarılı olduğunun en önemli göstergesi olarak yorumlanmaktadır (Sjostrom ve Narbro, 2007).

2.7. Obezite Cerrahisi Türleri

Obezite cerrahisinde uygulanan ameliyat türleri;

- Laparoskopik Roux-en-Y Gastrik Bypass (LRYGB),
- Sleeve Gastrektomi (Vertikal Gastrektomi, SG),
- Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB),
- Biliopankreatik Diversiyon ve Duodenal Switch (BPD-DS)dir (Sağlam ve Güven 2014; Maggard, 2005)(Şekil 2).

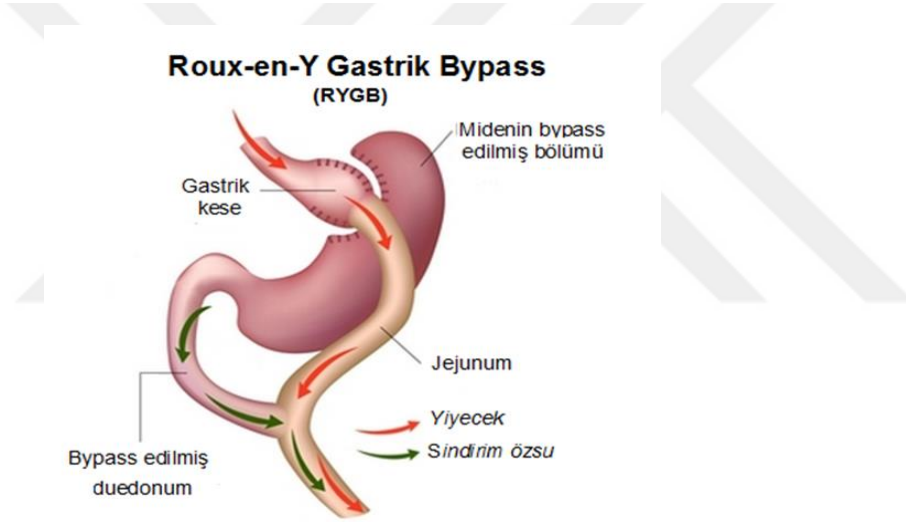


Şekil 2. Obezite Cerrahisi Tipleri.

2.7.1. Laparoskopik Roux-en-Y Gastrik Bypass (LRYGB)

Laparoskopik Roux-en-Y Gastrik Bypass (LRYGB) en sık uygulanan hacim kısıtlayıcı (restriktif) yöntemdir. LRYGB, uzun süreli kalıcı kilo kaybı sağlaması, morbidite ve mortalitesinin az olması nedeni ile morbid obezitenin cerrahi tedavisinde altın standart olarak gösterilmektedir (Wittgrove ve Clark, 2000; Mechanick ve ark., 2009). Bariatrik cerrahide gastrik bypass yöntemi ilk olarak Edward E. Mason tarafından gündeme getirilmiştir. Bu yöntemde mide hacminin %90'ı küçültülürken, duodenum by-pass edilerek malabsorbsiyon sağlanır (Powell ve Fernandez, 2011; Mechanick ve ark.,

2009). Bu teknikte temel işlem, proksimalde mideden tamamen ayrı, küçük hacimde (<20 ml) bir mide poşu oluşturmaktır. Ameliyat sonrası sıvı desteği ve yeterli idrar çıkımı çok önemlidir. Ameliyat sonrası 3. hafta, 3. ay, 6. ay ve 1. yıldaki takiplerde sonuçlar ve beslenme yetersizliği üzerine odaklanmalıdır (Schirmer ve Schauer, 2010). Bu hastalar ameliyattan sonra 1 yıl içinde fazla kilolarının %60-80'ini kaybederler. Buna bağlı kronik hastalıklarda da ciddi anlamda iyileşmeler görülür. Mortalite <% 1 ve morbidite %15 oranındadır. Ameliyat sonrası anastomoz kaçağı (%1-2), stenoz (%1-19), ince bağırsak obstrüksiyonu-internal herni (%7), marjinal ülser (%3-15) gibi komplikasyonlar görülebilir. Bağırsak obstrüksiyonu, uzun segment nekrozlarla seyredebileceği için acil cerrahi müdahale gerektirir. Bu yöntem özellikle tip 2 diyabet ve gastro-özofageal reflü semptomlarının düzeltilmesinde diğer yöntemlerden daha etkilidir (Sağlam ve Güven, 2014).



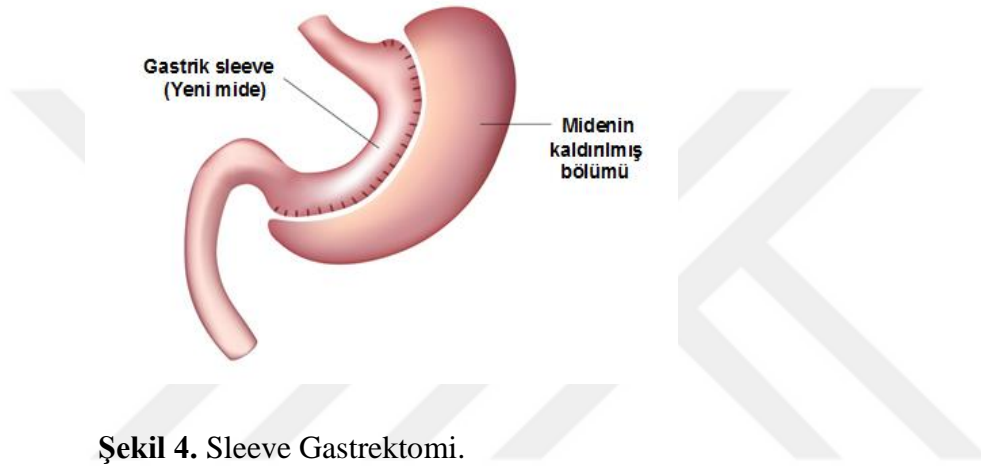
Şekil 3. Roux-en-Y Gastrik Bypass operasyonu.

2.7.2. Sleeve Gastrektomi (Vertikal Gastrektomi, SG)

Sleeve Gastrektomi (SG) yüksek riskli ve uzun süreli prosedürleri tolere edemeyecek hastalarda risk azaltıcı bir yöntem olarak pratik uygulamaya girmiştir (Brethauer, Hammel ve Schauer, 2009; Saber, Elgamal ve McLeod, 2008). SG cerrahlar ve hastalar için popülaritesi yüksek, uygulama sıklığı giderek artan güvenli ve etkin bir cerrahi yöntem haline gelmiştir (Brethauer, 2011). Obezite cerrahisi işlemlerinin %5'ini SG oluşturmakta ve ameliyat olan birey sayısı hızla artmaktadır (Regan, Inabnet, Gagner ve ark., 2003). SG, morbid obezite tedavisinde tek başına veya diğer yöntemlerle birlikte çok sık tercih edilen bir yöntemdir (Schirmer ve Schauer, 2010). En önemli

kompliksiyonu anastomoz kaçağı (%2) dır. Son stapler hattının özofagusa yakın konulması, incisura angularis (antrumunu korpustan ayıran, küçük kurvatürdeki bir bölüm) stenozu ve tübüler midenin bükülmesi kaçak nedenleri arasında sayılabilir. SG'den sonra bireylerde gastro-özofageal reflü hastalığı ortaya çıkabilir. Tedaviye dirençli gastro-özofageal reflü hastalığı durumunda revizyon cerrahisi uygulamak gerekir (Taşkın ve ark., 2000).

Vertikal Sleeve Gastrektomi



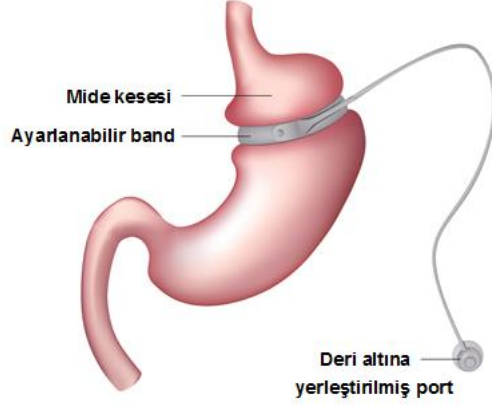
Şekil 4. Sleeve Gastrektomi.

2.7.3. Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB)

Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB) yöntemi iletamamen kısıtlayıcı etkisi sonucu gıda alımını azaltarak kilo kaybı sağlanır, emilim malabsorbsiyonu olmaz (Sağlam ve Güven, 2014; Tice ve ark., 2008). Bireylere ameliyat sonrası yalnızca multivitamin önerilir. Bandın ayarlanması ameliyat kadar önemli bir aşamadır. Bu yöntemde haftada 0.5 kg kayıp idealdir (McBride ve Vishal, 2011). Hastalar ameliyattan sonraki 7-8 yılda fazla kilolarının %58-60'ını kaybederler. Diğer tekniklere göre komplikasyon ve ölüm oranı daha azdır (Schirmer ve Schauer, 2010). Prolapsus (%3), kayma (<%3), band erozyonu (%1-2), port ve tüp komplikasyonları (%5) görülebilir (Himpens ve ark., 2011; Tice ve ark., 2008). Gastrik band hastaları cerrahi başarısızlığa duyarlıdır. Suter ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan 10 yıl boyunca gastrik band uygulanan bireyleri takip ettiği çalışmada bireylerin %13.2'sinin 18 ay sonra başarısız olduğunu bulmuştur. 7 yılda bu oran %36.9'a yükselmiştir. Spivak ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan benzer bir araştırma sonucu, ameliyattan sonraki 10 yıl içinde, gastrik

bandlı hastaların yarısından fazlasının (%51.1) yeterli kilo kaybı sağlayamadıkları belirlenmiştir. Yeniden operasyon oranının yüksek olması en önemli dezavantajı olsa da bu yöntem ABD’de hala popülerdir (Freeman ve ark., 2011; Tice ve ark., 2008).

Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band

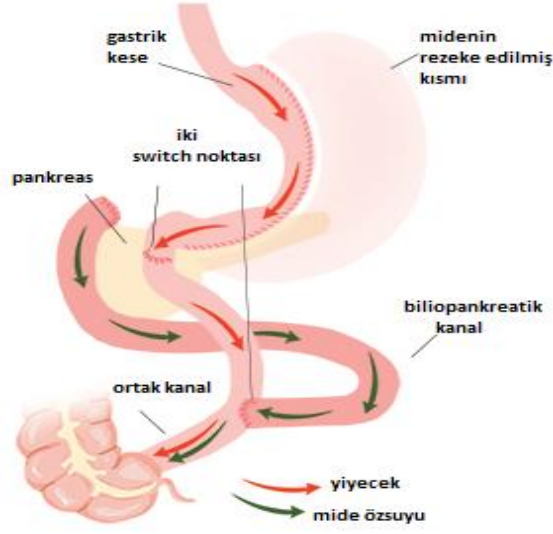


Şekil 5. Ayarlanabilir Gastrik Band.

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

Bu teknik 1979 yılında Scapinaro tarafından tanımlanan biliopankreatik diversiyonun bir modifikasyonudur. Bu tekniğin üç temel bileşeni; pilorun korunduğu tüp mide oluşturulması, distal ileoileal anastomoz ve proksimal duodenoileal anastomozdur. BPD-DS tekniğinde pilor korunduğu için diyare, dumping ve marjinal ülser gibi komplikasyonlar daha az görülür. Komplikasyonları azaltmak için bu yöntem aşamalı olarak gerçekleştirilebilir. SG ile yeterli kilo kaybı sağlanamaz ise 6-12 ay sonra BPD-DS operasyonu yapılabilir. Tip 2 diyabetli ciddi obez hastalarda BPD-DS ameliyatı ile glukoz kontrolü medikal tedaviden iyidir. Bu teknikle etkili kilo kaybedilmesine rağmen BPD-DS prosedürü fazla uygulanmamaktadır. Erken kilo kaybını SG sağlar iken, uzun dönem kilo kaybını yağ emiliminin bozulması sağlar. Dolayısıyla bu teknikte mekanik değişikliklerle birlikte hormonal değişiklikler de kilo kaybının nedeni olabilir (Sudan ve Jacobs, 2011). Ameliyat mortalitesi %1 civarındadır. Ameliyat sonrası komplikasyonlar LRYGB ile benzerlik göstermektedir. Bireyler ameliyat sonrası yüksek dozda vitamin ve mineral desteğine ihtiyaç duyarlar. Diyabetlilerin %92’si ve uyku apnelilerin % 90’ı tam düzelirken, astımlıların %80’inin ilaç dozunu azalttığı bildirilmektedir (Marceau ark., 2009).

Duodenal Switch (DS)



Şekil 6. Duodenal Switch.

2.8. Obezite Cerrahisinin Komplikasyonları

Morbido bezite ameliyatlarının komplikasyonları; cerrahi tipine özel komplikasyonlar olmasına rağmen, erken ve geç dönem veya majör ve minör komplikasyonlar olarak incelenmektedir (Tessier ve Eagon, 2008).

Bu ameliyatlardan sonra erken dönem mortalite oranınının %0.1 ile %0.5 arasında olduğu saptanmıştır. LAGB ameliyatlarında mortalite %0.1 iken, LRYGB sonrası %0.5'e kadar yükselmektedir. Mortalite riskini arttıran en önemli risk faktörleri erkek cinsiyet, BKİ yüksekliği ve ameliyat öncesi var olan solunum yetmezliğidir (Poulose ve ark., 2005). En sık karşılaşılan mortalite nedenleri ise pulmoner emboli, anastomoz kaçağı ve miyokard infarktüsüdür. Ameliyat sonrası erken dönemde karşılaşılan en önemli sorunlar solunumsal problemlerdir. Bu nedenle bireylerin ameliyat öncesi dönemde iyi değerlendirilmesi, ameliyat sonrası dönemdeki mortalite riskini oldukça azaltır ve uygun analjezi, erken mobilizasyon ve olası solunum komplikasyonlarını önlemek için solunum egzersizleri ciddi bir öneme sahiptir. Yara yeri komplikasyonları %25 oranındagörülmektedir ve nedeni enfeksiyondan çok, cilt altı yağ dokusunun kalınlığına bağlı seroma oluşumudur. Bu tür sorunları önlemek için cilt altına negatif basınçlı dren yerleştirilmesi uygundur (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007).

Orta ve uzun dönemde görülen komplikasyonlar yapılan ameliyat şekline göre değişiklik göstermektedir. LAGB uygulaması sonrası bant kayması en sık görülen

komplifikasyonlardandır. Bu nedenle LAGB uygulamasından sonra üç ay bantın şişirilmemesi önerilmektedir. Diğer bir sorun bant erozyonudur. Bu tür banta bağlı teknik sorunlar %10 dolayında görülmektedir. LRYGB ameliyatından sonra bulantı, kusma ve dumping sendromu bulguları görülebilir. Bu tür komplifikasyonların çoğu diyet düzenlenmesiyle önlenir. Ayrıca, bu ameliyatın önemli bir komplifikasyonu gastrojejunostomi hattındaki stenoz (%5-%18)dir. Bu durum bazen dilatasyon yapılmasını gerektirebilir. LRYGB ameliyatlarından sonra stapler hattının açılarak midenin rekanalize olması tanımlanmış diğer bir komplifikasyondur. Bu duruma neden olmamak için stapler uygulamasından sonra midenin transeksiyonu önerilmektedir. Morbid obezite cerrahisi sonrası hızlı kilo verilmesine bağlı olarak bireylerin %50'si gibi ciddi bir oranda safra satürasyonu değişimi ve safra kesesi taşı oluşumu görülür. Bunu önlemek için ameliyata kolesistektomi eklemek veya ameliyat sonrası ilk altı ay safra satürasyonunu arttırıcı ursodeoksikolik asit içeren ilaçların başlanması uygun olabilir (Nougou, 2008). Uzun dönemde beslenme ile ilgili komplifikasyonlar meydana gelebilir. Ancak son yıllarda en fazla yapılan LAGB veya LRYGB ameliyatlarından sonra beslenme sorunları nadiren görülmektedir. Yine de hastaların kontrol sırasında vitamin, mineral vb. eksikliği açısından değerlendirilmesi uygundur (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007).

Genel bir bakış açısı ile değerlendirilecek olursa erken dönem komplifikasyonları, anastomoz kaçağı, bu kaçağa bağlı gelişebilecek intra-abdominal enfeksiyonlar, bulantı-kusma, dumping sendromu; geç dönem komplifikasyonlar, protein, demir, B12 vitamini, fosfat, kalsiyum, yağda eriyen ve diğer majör vitamin emilim bozuklukları, insizyonel herni, kolelitiazis ve renal hastalıkları içermektedir (Anderson ve ark., 2008; Barth ve Jenson 2006; Colter 2004; Grindel ve Grindel 2006; Khwaja ve Bonanomi 2010; Yorgancı ve Tırnaksız 2007).

2.8.1. Obezite Cerrahisi Sonrası Erken Dönem Komplifikasyonlar

a. Anastomoz Kaçağı

Anastomoz kaçağı; obezite ameliyatından sonra karşılaşılan en ciddi komplifikasyondur ve görülme sıklığı %2-5'dir. Klinik belirtileri kolay göze çarpmadığından teşhisi zordur. Anastomoz kaçağı olan hastalar; giderek artan sırt veya sol omuz ağrısı, karın ağrısı, pelvik ağrı ve substernal baskı hissedebilirler (Barth ve Jenson, 2006). Bunlara ek

olarak hıçkırık, huzursuzluk, dispne, açıklanamayan taşikardi, yüksek ateş, kasılmalar ve hipotansiyon gibi belirtileri de vardır (Harrington, 2006; Vırjı ve Murr, 2006). Açıklanamayan taşikardi (kalp atım hızı, ameliyattan sonraki ilk 12 saatte minimum olarak dakikada 120'den fazladır), önemli sorunlardan birisidir (Barth ve Jenson, 2006). Diğer bir belirti ise idrar miktarında azalma (oligüri, anüri) ile plazmada üre ve nitrojendeki artıştır. Anastomoz kaçağı fark edilmezse; anüri, çoklu organ yetmezliği, septisemi ve hatta ölümle bile sonuçlanabilmektedir (Mechanick ve ark., 2008). Hemşire, bireyde batın distansiyonu, hemoglobinde düşme, potasyum yüksekliği, insizyonel olmayan karın ağrısı saptarsa veya laboratuvar sonuçları metabolik asidozu gösteriyorsa; anastomoz kaçağı, internal hemoraji veya sepsisten şüphelenmeli ve hekime bildirmelidir (Harrington, 2006; Susan, 2004; Grindel ve Grindel, 2006). Kan basıncı ve kalp atım hızının sık aralıklarla takip edilmesi, ameliyat sonrası erken dönemde önem taşımaktadır. Hemşirenin kan basıncı ve kalp atım hızında meydana gelen değişikliklere karşı uyanık olması, anastomoz kaçağı ve hemoraji gibi komplikasyonların erken fark edilmesine ve gerekli önlemlerin alınmasına olanak sağlayacaktır. Çünkü kalp hızında artış anastomoz kaçağı ve hemorajinin en önemli işaretlerinden biridir (Grindel ve Grindel, 2006).

b. İntra-Abdominal İnfeksiyonlar

İntra-abdominal infeksiyonlar; batın içi apse, primer peritonit, sekonder peritonit ve tersiyer peritonit nedeni ile oluşur. Tedavi edilmezse sepsisle sonuçlanan morbidite ve mortalitesi yüksek bir komplikasyondur. İntra-abdominal enfeksiyonlar en çok sekonder peritonit nedeniyle oluştuğu için bu iki kavram çoğu kez birbirinin yerine kullanılabilir. Sekonder peritonitteki peritoneal enflamasyon %80 sıklıkla gastrointestinal perforasyonla meydana gelmektedir (Wittmann, 2000). Obezite cerrahisi geçiren bireylerde ise intra-abdominal infeksiyon sıklıkla anastomoz kaçağı nedeni ile oluşur (Mechanick ve ark., 2008).

c. Bulantı – Kusma

Ameliyat şeklinin yanı sıra, daha önceki gastrik problem öyküsü, kişisel özellikler ve anestezinin yan etkilerine bağlı ameliyat sonrası erken dönemde bulantı-kusma görülebilir. Anestezi sonrası bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada, bulantı-kusma %9.8 oranında en fazla görülen komplikasyon olarak belirlenmiştir (Başoğlu, 2000).

d. Dumping Sendromu

Dumping sendromu, hastanede tedavi sürecinde görüleceği gibi kişi taburcu edildikten sonra da oluşabilmektedir. Genellikle tüm hastalarda cerrahi sonrası en az 6 ay boyunca ortaya çıkabilir ve çoğunlukla LRYGB veya BPD-DS ameliyatı geçiren bireylerde gelişir (Grindel ve Grindel, 2006; Shuster ve Vazquez, 2005). Dumping sendromu; ameliyat sonrası yaklaşık olarak 12-18 ay sonra etkisini yitirmektedir (Barth ve Jenson, 2006). Obezite cerrahisi geçiren bireylerin%50'si kusma ve diyareyaşayabilir ancak, bireyler bir süre sonra yeni anatomilerine uyum sağlayacaklarından, bu problemler kısa sürede ortadan kalkar. Postprandiyal diyare (yemek sonrası diyare) daha çok dumping sendromu olarak görülmektedir (Barth ve Jenson 2006). Çünkü pilor sfinktere by-pass uygulanır ve yiyecekler hızla ince bağırsağa geçer. Sonuç olarak, ince bağırsağa çok miktarda sıvı çekilir ve bu sıvı yiyeceklerin hızla sindirim kanalına itilmesine neden olur. Peristaltizmdeki artış sonucunda; hastada taşikardi, terleme, dirençsizlik veya baş dönmesi, diyare (ishal), mide bulantısı, bitkinlik ve abdominal kramp gibi sorunlar görülebilmektedir. Dumping sendromuna sebep olan ikinci bir etken ise, fazla şekerli yiyecek-içeceklerin tüketilmesidir (Grindel ve Grindel, 2006; Shuster ve Vazquez, 2005). Dumping sendromunu önlemek için uygulanması gereken diyet adımları; şeker düzeyi yüksek olan yiyecek-içeceklerden kaçınmak, sık ve küçük öğünler yemek, yavaş yemek yemek, yudum yudum içmek, yiyecekleri tam olarak çiğnemek, öğün aralarında ve yemekten önce sıvı içmek, yemek ile birlikte sıvı almamak ve yemeklerden 30 dakika sonra uzanır pozisyonda oturmaktır (Barth ve Jenson, 2006; Shuster ve Vazquez, 2005).

2.8.2. Obezite Cerrahisi Sonrası Geç Dönem Komplikasyonlar

a. Emilim Bozuklukları

Obezite cerrahisi sonrası geç dönemde beslenme ile ilgili komplikasyonlar meydana gelebilir. Diyet ayarlamaları zaman alır ve kişiye özel olması önemlidir. Hastaya sıkı beslenme programları verilmesine rağmen yeni yeme ve yeni yeme davranışlarına uyum sağlamak için kişisel ayarlamalar yapılması gereklidir. Ameliyat öncesi eğitim ve ameliyat sonrası takip, bireyin uyumunu kolaylaştırır (Elliot, 2003). Beslenmenin yetersizliği ya da emilim bozukluğu nedeniyle protein, demir, vitamin B12, folat, kalsiyum ve yağda eriyen vitaminlerde (A, D, E, K) düşüş olabilir (Barth ve Jenson,

2006; Bloomberg ve ark., 2005; Yorgancı ve Tırnaksız 2007). Bireye profilaktik bir önlem olarak düzenli olarak vitamin ve mineral takviyesi alması önerilebilir (Grindel ve Grindel, 2006). Ancak son yıllarda en fazla yapılan ameliyat şekilleri olan LAGB veya LRYGB ameliyatlarından sonra beslenmeye bağlı emilim sorunları nadiren görülmektedir (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007).

Cerrahi ile ilişkili emilim bozukluğuna bağlı olarak kemik metabolizmasında da değişimler olabilir ve osteomalazi ve osteoporoz meydana gelebilir. Kemik hastalığının yakından takip edilmesi gerekmektedir. Buna ek olarak, bireyin kalsiyum ve D vitamini takviyeleri alması önerilebilir (De Prisco ve Levine, 2005; Elliot, 2003).

b. İnsizyonel Herni

İnsizyonel herni, batin cerrahisi sonrasında onarılan fasianın devamlılığının bozulması sonucunda meydana gelen defektlerden peritonun anormal şekilde dışarı doğru keseleşip çıkmasıdır (Aksoy ve ark., 2009). Obez kişilerde insizyonel herni görülme sıklığı diğer hasta popülasyonuna oranla daha fazladır (Kalan ve Yeşil, 2010). Bu nedenle obezite cerrahisi sonrası insizyonel herni riski artmaktadır.

c. Kolelitiyazis

Kolelitiyazis, safra kesesinde veya kanalında enfeksiyonun eşlik etmediği bir safra taşı hastalığıdır (Yüksel, 2016). İleal hastalıklar ve bunlar nedeniyle yapılan ileal rezeksiyonlar, safra tuzlarının emilim bozukluğuna neden olur. Bu emilim bozukluğu enterohepatik dönüşümün bozulmasına neden olur. Freemann ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada; ileal rezeksiyon operasyonu geçiren kişilerde, safra taşı oluşumu riski %6.8 olarak bulunmuştur. Bu gruba giren hastalarda taş oluşumuna yol açan mekanizmalar obezite, morbid obezite sonrası aşırı kilo kaybı ve safra tuzlarının emiliminin yapıldığı ileumun mukoza yüzeyinin azalmasıdır (Freeman ve ark., 1975). Morbid obezlerde obezite cerrahisini takiben safraçamuru ve safra taşı oluşumu %25-35 sıklıkta görülür. Haftada 1.5 kg ve üzerindeki kilo kayıpları safra taşı oluşum riskini önemli derecede artırır (Sioka ve ark., 2014). Hızlı kilo kaybı sırasında kalori kısıtlamasıyla biliyer kolesterolün hepatik sekresyonunun artması, safra kesesinde müsin üretiminin artması ve safra kesesi motilitesinin bozulması obezite cerrahisi sonrası safra taşı oluşumuna neden olan faktörlerdir (Yüksel, 2016).

d. Renal Hastalıklar

Obezite cerrahisi sonrası üriner sistemde taş oluşumu önemli bir komplikasyondur (Lieske ve ark., 2008). Obezite cerrahisi sonrası oluşan taşlar genellikle kalsiyum okzalat taşıdır. Taş oluşumundaki temel mekanizma ise yağ emiliminin bozulmasına bağlı gelişen enterik hiperokzalüri olduğu düşünülmektedir (Lieske ve ark., 2008). Bununla birlikte, düşük idrar hacmi ve hipositatüri de taş oluşumunda etkili olan diğer risk faktörleri arasındadır (Tasca, 2011). Normalde kalsiyum barsak lümeninde okzalatı bağlar. Ancak, obezite cerrahisi sonrası absorbe edilemeyen yağ, kalsiyum ile bağlanıp kolona geçen okzalat yükünü artırır. Buna ek olarak, emilimi bozulan safra tuzlarının da kolona geçişi artar ve artmış safra tuzları kolonda okzalat emilimini artırır (Semins ve ark., 2010). Artmış renal okzalat yükü idrardan okzalat atılımının artmasıyla sonuçlanır. Bu nedenle, hastaların neredeyse tamamı kalsiyum okzalat taşı üretir. İntestinal okzalat düzeyindeki artış ile ilgili alternatif bir mekanizma da barsak florasında bulunan ve tek enerji kaynağı okzalat olan oxalobacter formigenes tarafından gerçekleştirilen okzalat yıkımının azalması olabilir (Lieske ve ark., 2008). Bu durum ise obezite cerrahisi sonrası oxalobacter formigenes kolonizasyonunun azalması ile açıklanabilir (Özer ve Eğilmez, 2016).

Günümüzde yaygın olarak uygulanan obezite cerrahisinin üriner sistem taş oluşumuna etkisi ile ilgili çok az bilgi mevcuttur. Ancak obezite ve insülin direnci, başta ürik asit taşı olmak üzere üriner sistem taş hastalığı için risk faktörleri olarak kabul edilebilir ve LRYGB ameliyatının ardından kilo kaybı ile taş riskini azalttığı varsayımı öne sürülebilir (Lieske ve ark., 2008).

Obezite cerrahisi sonrası genel yağ emilim oranlarına baktığımızda BPD-DS ameliyatında %19, LRYGB ameliyatında %67, SG ve LAGB ameliyatlarında %97 olduğu belirlenmiştir (Puzziferri, 2006). Bu bilgiye dayanarak, enterik hiperokzalüri gelişme riskinin en fazla BPD-DS sonrası, en az SG ve LAGB ameliyatlarında olduğu düşünülebilir. LRYGB ameliyatı sonrası ise orta derecede bir risk mevcuttur (Lieske ve ark., 2008).

2.9. Obezite Cerrahisinde Bakım

Obezitenin patofizyolojisi, cerrahi girişimin olası komplikasyonları, obezitenin beraberinde getirdiği kronik olan ve olmayan hastalıklar nedeni ile obezite cerrahisi

uygulananan bireyin takibi, tedavi ve bakımı önem kazanmaktadır. Ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi veya oluşan komplikasyonların erken fark edilmesinde multidisipliner ekibin üyesi olan ve hastaya 24 saat bakım veren hemşirenin yeri oldukça önemlidir (Sarwer, 2008). Günümüzde hızlı bir şekilde artış gösteren obezite cerrahisinde, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakım girişimleri; bireysel farklılıklar göz önünde bulundurularak, gereksinimlere ilişkin güvenli, kaliteli, kişisel, bütüncül bakımın planlanması ve uygulanması, aynı zamanda da hastaların sağlığına kavuşmasında, yaşam kalitesinin artırılmasında ve yeni hayata uyum sağlamasında oldukça önemlidir (Usta ve Çavdar, 2013; Ferreira ve ark., 2014). Bu nedenle eğitim düzeyi ve öğrenme yetenekleri hakkında temel bilgileri elde etmek bakımın planlaması için önemli ve gereklidir (Grindel ve Grindel, 2006).

2.9.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Bakım

Ameliyat öncesi dönemde bakım; hasta kabulü, hastanın tanılanması, sosyal desteklerini belirlenmesi ve hastanın ve aynı zamanda da ailesinin eğitimini kapsamalıdır (Barth ve Jenson, 2010; Grindel ve Grindel, 2006). Ameliyat öncesinde verilecek olan nitelikli hemşirelik bakımı ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların azaltılmasını ve hastanın değişen yaşam şekline uyumunun kolaylaşmasını sağlar (Barth ve Jenson, 2010; Ferreira ve ark., 2014).

Hemşire, hastanın kapsamlı anemnezini almalıdır ve fiziksel, davranışsal ve psikolojik açıdan hastayı değerlendirmelidir. Elektrokardiyogram, akciğer grafisi, laboratuvar testleri (tam kan sayımı, biyokimya, üriner analiz, uyku apne testi, solunum fonksiyon testi), gibi tanıya yönelik testlerin yanı sıra, aldığı anemnez ve fizik muayene sonucunda elde ettiği farklı bilgileri de kaydetmeli ve ekibin diğer üyeleriyle paylaşmalıdır (Grindel ve Grindel, 2006). Perioperatif sürecin her evresinde olduğu gibi ameliyat öncesi dönemde de disiplinli bir ekip yaklaşımı önemlidir (Saltzman ve ark., 2005).

Kardiyovasküler değerlendirme, başlangıçtaki yaşam bulguları ve periferik dolaşımı belirleyecektir. Bireyin normal kalp atış hızının bilinmesi zorunludur. Temel verilere dikkat edilmesi, değişikliklerin ortaya çıkması halinde erken tanımlama ve müdahale etmeyi sağlar. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımını da etkileyen kardiyovasküler hasar için yüksek riskleri belirlemek adına hipertansiyon, koroner arter

hastalığı, myokard enfarktüsü, derin ven trombozu veya pulmoner emboli öyküsü önemlidir (Sugerman, 2005).

Obezite cerrahisi geçiren hastalar, pulmoner emboli veya post-tromboz sendromu geliştirme riski altındadır (Kalfarentzos ve ark., 2001; Woodward, 2003). Ameliyat öncesinde ayrılmış heparin sodyum veya düşük molekül ağırlıklı heparin derin ven trombozu ve pulmoner emboli için profilaksi için kullanılmalıdır. Düşük moleküler ağırlıklı heparinin profilaktik kullanımı, obez hastalarda postoperatif tromboembolide anlamlı düzeyde azalmayı sağlar (Kalfarentzos ve ark., 2001). Hastalar ve aileleri, siyanoz, hematüri, melena, burun kanaması ve peteşi gibi heparin tedavisinin potansiyel yan etkileri konusunda eğitilmelidir (Grindel ve Grindel, 2006). Ayrıca ameliyat sonrası dönemde derin ven trombozunu önlemek için anti-embolitik çorap kullanımı konusunda hastaya bilgi verilmeli ve ameliyat öncesinde bu çorabı giymesine yardımcı olunmalıdır (Harrington, 2006).

Ameliyat öncesinde değerlendirilmesi gereken fonksiyonlardan biri de solunumdur. Obezlerin çoğunda uyku apnesi öyküsü bulunmaktadır (Deutzer, 2005). Hemşire ameliyat öncesinde solunum sesleri, solunum toleransı (egzersiz sırasında nefes darlığı) ve oksijen doygunluk düzeylerini ve bireyin bilevel pozitif hava yolu basıncını (bi-PAP) veya kontrollü pozitif hava yolu basıncını (C-PAP) değerlendirmeli ve ameliyat sonrası dönemde bi-PAP veya C-PAP gerekliliği hakkında bilgi sahibi olmalıdır (Blackwood, 2005). Aynı zamanda ameliyat sonrası komplikasyon gelişimini önlemek ve iyileşmeyi hızlandırmaya yönelik olarak solunum-öksürük egzersizleri, ekstremitte egzersizleri konusunda bireye eğitim verilmelidir (Barth ve Jenson, 2010).

Ameliyat öncesi gastrointestinal değerlendirme, konstipasyon, diyare veya irritabl bağırsak sendromu gibi herhangi bir hastalık öyküsünün olup olmadığını içermelidir. Bireye karın cerrahisinin barsak fonksiyonu üzerindeki etkileri (örneğin, bağırsak motilitesi yetersizliği, özel diyet programı, ilk yeme girişimleriyle potansiyel yan etkiler) konusunda eğitim verilmelidir. Ameliyat esnasında idrar kateteri takılacağı konusunda birey bilgilendirilmelidir (Blackwood, 2005). İnkontinans veya genito-üriner işlev bozukluğu öyküsü sorgulanmalı, idrar rengi ve karakteri ameliyat öncesinde değerlendirmeli ve kaydedilmelidir. Bu gibi bilgiler, idrar yolu enfeksiyonlarını ya da diğer bozuklukların önlenmesinde önemlidir (Grindel ve Grindel, 2006).

Birçok morbid obezde diyabet görülür. Bu nedenle ameliyat öncesinde hastanın kan glukoz değerlerinin geçmişi değerlendirilmelidir. Glukoz ne kadar iyi kontrol edilirse, yara iyileşmesindeki sonuçlar o kadar iyi olacaktır (Khan, 2005). Postoperatif dönemde kan glukozunda belirgin dalgalanmalar olabilir, bu nedenle hastanın değerlerinin titiz bir şekilde izlenmesi çok önemlidir. Hemşire, bireyi kan glukoz düzeyinin sık izleneceği ve geçici olarak insülin kullanımına gereksinim olabileceği konusunda bilgilendirmelidir (Grindel ve Grindel, 2006).

Bireyin hastane içindeki yaşam alanında kullanacağı yatak, koltuk, tekerlekli sandalye, tansiyon aleti manşonu, ameliyat gömleği gibi araç gereçler hastanın ölçülerine uygun olmalı ve hasta için güvenli bir çevre sağlanmalıdır (Vacek, 2007). Obezler için hastanedeki araç-gerecin yeterliliğini konu alan bir çalışmada, BKİ arttıkça mevcut olan yatak, tuvalet ve ameliyat önlüğünün yetersiz kaldığı belirlenmiştir (Singh ve ark., 2007).

Bireye ameliyattan önce, cerrahi insizyonun görünüşü hakkında bilgi verilmelidir. Çünkü laparoskopik olarak planlanan operasyon, ameliyat sırasında beklenmedik durumlardan kaynaklanan nedenlerden dolayı açık cerrahi işlemi ile sonuçlanabilir ve bu durum bireyin beklentilerini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle, bireyin cerrahi girişim sırasında, daha önce karar verilen yöntemde değişiklik olabileceğinin farkında olması sağlanmalıdır (Barth ve Jenson, 2010).

Ayrıca ameliyattan önce hastanın kilo kaybına ilişkin beklentileri de değerlendirilmelidir. Bazı hastalar fazla kilolarının yaklaşık %100'ünü kaybetmek gibi reel olmayan bir beklenti içine girebilirler (Usta ve Çavdar, 2013). Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada, kadınların ve ameliyat öncesi BKİ yüksek olan bireylerin daha fazla gerçek dışı beklenti içinde olduğu görülmüştür (Kaly ve ark., 2008). Başka bir çalışmada beklentileri gerçek olmayan bireylerin, ameliyat sonrası bakım planına uymadıkları ve yeniden kilo alma açısından yüksek risk altında oldukları belirlenmiştir (Poole ve ark., 2005).

Ameliyat öncesi dönemde hastanın cildi kızarıklık, kaşıntı, döküntü ve cilt bütünlüğü açısından değerlendirilmelidir, obezlerin fazla yağ dokusundan kaynaklı cilt katlantı yerlerinin olması nedeni ile ameliyat öncesi cilt hazırlığına daha fazla özen gösterilmelidir (Grindel ve Grindel, 2006).

Ameliyat sonrası başarılı bir ağrı yönetimi için, öncesinde bireyde herhangi bir kronik ağrının varlığı, bireyin ağrıyı algılayışı ve ağrı toleransı değerlendirilip kontrollü analjezinin nasıl uygulanacağı konusunda bireye açıklamalar yapılmalıdır (Mulligan ve ark., 2005).

Ameliyat sonrası ve taburculuk sonrası süreçte diyetisyen ile işbirliği yapılarak beslenme planı oluşturulmalı, cerrahi işlem öncesi beslenme eğitimi verilmeli ve değişecek olan diyet alışkanlıklarının davranışa geçirilmesi yönünde düzenleme yapılmalıdır. Bireyin ameliyat sonrası dönemde diyetini doğru anlaması ve eksiksiz uygulaması, iyileşme sürecinde ve ileri dönemdeki yaşamında olumlu sonuçlar doğuracaktır (Grindel ve Grindel, 2006).

2.9.2. Ameliyat Sırasında Bakım

Ameliyat sırası bakım hedefleri arasında ameliyathane ortamında, hastanın güvenliğinin sağlanması ve bakım verenlerin yaralanmalarının önlenmesi önceliklidir (Usta ve Çavdar, 2013).

Obezlerde yağ dokusunun fazla olmasından kaynaklanan cilt katlantı yerlerinin olması ve düzensiz karın şekli nedeniyle cilt temizliği ve sarkan yağ dokusuna bağlı üriner kateterin takılması zordur ve bu nedenle steril ve sirküle hemşirenin yanı sıra üçüncü hemşireye ihtiyaç duyulabilmektedir (Camden, 2006).

Cilt altı yağ dokusunun fazla olmasından dolayı damar yolu açılması zor olabileceğinden öncesinde gerekli değilse, birey sedasyon aldıktan sonra damar yolunun açılması daha uygundur (Camden, 2006). Ancak ülkemizde bu literatür bilgisinden farklı olarak deneyim ve gözlemler doğrultusunda ameliyat öncesi dönemde yataklı servislerde damar yolunun açıldığı ve bu durumun hastanın konforunu olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir (Usta ve Çavdar, 2013).

Obezite cerrahisi ile ilgili hazırlanan kılavuzlarda (Ameliyathane Hemşireleri Derneği, 2004; Amerikan Anestezist Hemşireler Derneği, 2011) ameliyat sırasında bireyin entübasyonunun rahat olması ve karın bölgesindeki yağ dokusunun fazlalığı nedeni ile ameliyat bölgesinde kısıtlamaların olmaması için bireye ters trendelenburg pozisyonunun verilmesi önerilmektedir. Bireyin kaymasını önlemek için ayak tahtası ve pozisyonun korunması için sabitleyici bağların kullanılması gerekmektedir. Pozisyonu

sabitlemek için kullanılan bağlar doku ve sinir yaralanmasına sebep olabilir. Bu nedenle ameliyat sırasında basınç yarası oluşmasına yönelik dikkatli olunmalıdır (Mulligan ve ark 2005).

Cerrahi işlem tamamlandıktan sonra, hastanın sedyeden diğer bir sedyeye alınırken düşmesinin önlenmesi için daha fazla sayıda görevliye ihtiyaç duyulmaktadır (Camden, 2006).

2.9.3. Ameliyat Sonrası Bakım

Ameliyat sonrası obeziteden kaynaklı komplikasyon görülme oranının yüksek olması nedeniyle yakın hasta takibi gerekir (Vacek, 2007).

Ameliyat sonrası bakım, dikkat ve ekip çalışması gerektirir (Camden, 2006). Obezitenin yanı sıra uyku apnesi, astım, konjestif kalp yetmezliği gibi sorunları da olan bireyler kardiyo-pulmoner monitörizasyon için belirli bir süre yoğun bakım ünitesinde kalırlar. Yoğun bakım ünitesinde kalma süreleri bireylerin ameliyat öncesi, sırası ve sonrasına, anemnezine, ameliyat türüne, anesteziye cevaba ve ilaçlara bağlı olarak belirlenebilir (Barth ve Jenson 2010; Blackwood, 2005).

Ameliyat sonrası dönemde nabız ve kan basıncı belirli aralıklarla izlenmeli, hemorajive anastomoz kaçağı gibi komplikasyonların belirtilerinden biri olan taşikardiye karşı uyanık olunmalıdır (Barth ve Jenson, 2010).

Ameliyat sonrası dönemin önemli komplikasyonlardan birisi olan derin ventrombozu belirtileri yakından izlenmelidir. Derin ventrombozundan korunmada, antikoagülan ajanlar ile birlikte, anti-embolik çorap erken ve sık ambulasyon, yatak içinde 2 saatte bir bacak egzersizlerinin yapılması ve hastanın 2-24 saat içinde mobilize edilmesi önemlidir (Garza, 2004; Grindel ve Grindel, 2006). Antikoagülan tedavi istem edildiği şekilde uygulanmalı ve birey kanama yönünden yakından izlenmelidir. Ayrıca hemşire intramusküler ya da subkutan ilaç uygulamalarında, yağ dokusunun fazla oluşuna bağlı emilimin etkileneceğini konusunda bilgili olmalıdır (Grindel ve Grindel, 2006; Harrington, 2006). Birey mobilize oluncaya kadar üriner kateter çıkarılmamalı ve bu süreçte üriner kateter enfeksiyonu belirti ve bulguları izlenmelidir (Harrington, 2006).

Obezlerde abdominal bölgedekifazla yağ dokusunun diyafragma bası yapması nedeni ile meydana gelen solunum sıkıntısını önlemek için bireyin başı 30°-45° yükseltilmelidir. Pulmoner anestezinin pulmoner sistem üzerindeki etkisi, uyku apnesi öyküsü ile birlikte hipoksi için yüksek risk oluşturur (Deutzer, 2005). Bu nedenle ameliyat sonrası bireyin oksijen saturasyonunu değerlendirmek için pulse-oksimetre cihazı kullanılarak aralıklı veya sürekli izlem gerçekleştirilmelidir (Grindel ve Grindel, 2006; Harrington, 2006). Ameliyat sonrası dönemde, bireye 90-120 dakikada bir derin solunum ve öksürük egzersizlerinin yaptırılması solunum sistemine yönelik komplikasyonları önlemeye yardımcı olacak hemşirelik girişimleri arasındadır (Harrington, 2006). Buna ek olarak birey, derin solunum ve öksürük egzersizleri her 1-2 saatte bir yapmalı ve akciğer sesleri, raller, ronküs ve hırıltılı solunum gibi anormallikler açısından değerlendirilmelidir. Atelektazi veya pnömoni belirtileri takip edilmelidir (Grindel ve Grindel, 2006).

Ameliyat sonrası dönemde ağrının varlığı iyileşme sürecini uzatarak günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesini olumsuz etkileyebilir. Laparoskopik cerrahi girişimde ilk 24-36 saatte; açık cerrahi girişimde ilk 48-72 saatte ağrı yönetimi sağlanmalıdır (Barth ve Jenson, 2010). Ameliyat sonrası birey kontrollü analjezi kullanılmalı ve yeterli ağrı yönetimi sağlanamıyorsa, hemşire ile iletişimin önemi birey ve ailesine vurgulanmalıdır. Etkili ağrı tedavisi için ilaç dozu genellikle morbid obezlerde farklılık göstermez. Bununla birlikte, her bireyin opioid ilaç kullanımı ve analjeziklerle ilgili geçmiş deneyimleri değerlendirilmelidir (Grindel ve Grindel, 2006).

Obez bir birey, yağ dokusunun fazla olmasına bağlı ve gerekli vitamin ve besin maddelerini içermeyen bir diyet nedeni ile yara açılması ve yara iyileşmesinin gecikmesi açısından yüksek risk altındadır (Zuzelo, 2005). Aşırı nem ve bakteri oluşumuna zemin hazırlayan bir cilt katında yara yavaş iyileşebilir, bu nedenle pansumanlar, kirlendikçe değiştirilmelidir (Camden, 2006). Aşırı beden yağı da yara kenarlarına daha fazla baskı uygular. Abdominal bağlayıcı bölgeyi destekleyebilir ve yara açılma riskini azaltabilir (Grindel ve Grindel, 2006).

Ameliyat sonrası dönemde hastanın beslenmesi ile ilgili hazırlanmış olan kılavuzlarda; hasta anestezinin etkisinden kurtulduğunda ve tam uyanıklık sağlandığında beslenmeye başlaması önerilmektedir (Usta ve Çavdar, 2013). Obezite cerrahisi geçiren bireylerde ise ameliyattan sonraki sabah, anastamoz kaçağı riskini

gidermek için suda çözünebilen iyotlu kontrast madde ile radyoloji altında üst gastrointestinal değerlendirme yapılmalı ve kaçak için röntgen ışınının negatif olup olmadığı tespit edilmelidir (Grindel ve Grindel, 2006). Ameliyattan sonra başlangıçta barsak sesleri olmayacak veya hipoaktif olacaktır. Bireyde anastomoz kaçağı olmadığı belirlendikten sonra, diyetin ilk aşamasına başlanır (Blackwood, 2005). Ameliyat sonrası yaygın belirtiler olan mide bulantısı ve kusma, anestezi, cerrahi prosedür, içki içilmesine yönelik girişimleri veya bu faktörlerin bir kombinasyonundan kaynaklanabilir. Bulantı olursa birey hemşireye bilgi vermelidir. Prometazin veya ondansetron gibi ilaçlar verilebilir. Birey sıvı veya yiyecek almaya başladığında, bedendeki fizyolojik değişiklikler yüzünden mide bulantısı ve kusma meydana gelebilir. Bireye sıvı alımının yudum yudum olması gerektiğini öğretmek, rahatsızlıkların bir kısmını hafifletebilir. Hemşire, 30 ml'lik bir kap ile bireye küçük miktarlarda yudumlamayı öğrenmede yardımcı olmalıdır. Başlangıçta, bireyler her saatte 30 ml sıvı almaya teşvik edilmelidir (Dowd, 2005). Bireyin, yemeye başladıktan sonra diyetini kendi tepkisine göre ayarlanması gerekir. Ameliyat sonrası 24 saatten uzun süren kusma veya diyare açısından değerlendirilmelidir, çünkü hasta dehidrasyon için yüksek risk altındadır (Grindel ve Grindel, 2006).

Taburculuk sırasında verilecek eğitim, bireylerin bundan sonraki yaşamlarında sağlıklı olabilmeleri adına dengeli beslenme ve egzersiz gibi konuları içermelidir. Taburculuk sürecinde diyetisyen yardımı ile beslenme düzenlenmeli ve psikolog yardımı ile de değişen beslenme alışkanlıklarına uyum konusunda bireye psikolojik destek sağlanmalıdır (Martikainen ve ark., 2004). Bunun yanı sıra sağlıklı bir yaşam biçiminin ve kilo kaybının önemli bir parçası olan egzersiz planı oluşturulmalı (Blackwood, 2005), başlangıçta belirli aralıklarla 10'ar dakika iki veya 3 kez olmak üzere, günde en az 20-30 dakika yürümesi ve bunu zamanla artırması gerektiği bireye açıklanmalıdır Böylece bu durum bireylerin yaşam kalitelerine önemli bir katkı sağlayacaktır (Mulligan ve ark., 2005; Blackwood, 2005).

Hemşire, gelişebilecek uzun dönem komplikasyonlarının belirtileri konusunda bireyi bilgilendirmelidir. Rutin kontroller ile bireyin beslenme alışkanlıkları, oluşabilecek vitamin-mineral eksikliği, beslenme yetersizlikleri, yeterli kilo kaybı açısından bireyi takip etmelidir (Sarwer, 2008).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Sivas ili Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi genel cerrahi polikliniği ve genel cerrahi kliniğinde yapıldı. Genel cerrahi polikliniği çalışmanın yürütüldüğü kurumun birinci katında yer almaktadır ve poliklinikte obezite cerrahisi için özel bir oda vardır, poliklinikte hastalar ilk olarak asistan hekim tarafından karşılanır ve gerekli tetkikler için istem yapılır. Genel cerrahi kliniği ise, çalışmanın yürütüldüğü kurumun dördüncü katında yer almaktadır. Klinik 50 yataklıdır, klinikte 8 öğretim üyesi hekim, 6 asistan hekim ve 7 hemşire olmak üzere toplam 21 sağlık personeli görev yapmaktadır. Klinikte hasta odaları özel oda ve 4 yataklı odalar olarak yer alır. Obezite cerrahisi geçiren kişiler için ayrı odalar bulunmamaktadır. Kurumda obezite cerrahisi, Mayıs 2015'te yapılmaya başlanılmış olup, obezite cerrahisi yalnızca bir hekim tarafından yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi genel cerrahi kliniğinde 2016-2017 tarihleri arasında obezite cerrahisi geçiren toplam 122 birey oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Örnekleme sayısı, temel bileşen analizinin maddesel yönü dikkate alınarak belirlendi. Araştırmanın örneklemini, bilinci açık, oryantasyon problemi olmayan, iletişim kurulabilen, 18 yaş ve üzeri ve çalışmaya katılmayı kabul eden 109 kişi oluşturdu. Ancak bu bireylerin 18'i çeşitli nedenlerle çalışmaya devam etmek istemedikleri için çalışma, toplam 91 kişi ile tamamlandı.

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişkenler: Yaşam kalitesi ve beden imajıdır.

Bağımsız Değişkenler: Obezite ve obezite cerrahisi geçiren bireyler ve bireylerin özellikleridir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve beden imajı ölçeği kullanılarak toplandı.

3.6.1. Anket Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form hastanın; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, kronik hastalığının varlığı, ameliyat olmadan önceki ve ameliyat olduktan sonraki kilo, boy ve BKİ, ameliyata karar verme nedeni, ameliyat olmadan önceki obezite süresi, ameliyat olmadan önceki ve ameliyat olduktan sonraki yaşam kalitesi ve beden imajı, ameliyat şekli, ameliyat olma zamanı, ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon gelişip gelişmediği, ameliyat sonrası döneme alışmakta zorlanıp zorlanmadığı, ameliyat sonrası pişmanlık yaşayıp yaşamadığı ve ameliyat sonrası düzenli spor yapıp yapmadığını belirlemek amacı ile açık uçlu soruların da yer aldığı toplam 20 sorudan oluşturuldu (Ek 1).

3.6.2. SF -36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan kısa form 36; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) dir. Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında likert tipi (üçlü - altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5.maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır (Ware ve Sherbourne, 1992) (Ek 3). Likert tipi soruların bazılarında ters puanlama yapılmaktadır. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Cronbach- α katsayısı her bir alt boyutu için hesaplanmış ve 0.73 – 0.76 arasında bulunmuştur.Tablo1'de SF-36 değerlendirme puanları verilmiştir.

Tablo 1: SF-36 Değerlendirme Puanları

	En düşük ham puan	Olası ham puan
Fiziksel fonksiyon: $3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$	10	20
Rol kısıtlılıkları (fiziksel): $4a+4b+4c+4d$	4	4
Ağrı: $7+8$	2	10
Genel sağlık: $1+11a+11b+11c+11d$	5	20
Vitalite (enerji): $9a+9e+9g+9i$	4	20
Sosyal fonksiyon: $6+10$	2	8
Rol kısıtlılıkları (emosyonel): $5a+5b+5c$	3	3
Mental sağlık: $9b+9c+9d+9f+9h$	5	25

3.6.3. Beden İmajı Ölçeği

Çalışmada kullanılan beden imajı ölçeği 1953 yılında Secord ve Jourand tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır (Hovardaoğlu ve Özdemir, 1990). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach- α değeri 0.91 olarak bulunmuştur. Ölçek her bir maddesi bir organ veya bedeninin bir bölümü ya da işlevi ile ilgili 40 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde için 1’den 5’e kadar değişen puanlar alan ve “hiç beğenmiyorum”, “beğenmiyorum”, “kararsızım”, “beğeniyorum” ve “çok beğeniyorum” şeklinde yanıt seçeneği bulunan ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmektedir (Ek 2). Ölçeğin kesme puanı 135 olup, 135 altında puana sahip olanlar beden imajı düşük grup olarak tanımlanmıştır (Hamurcu, 2014).

3.7. Verilerin Toplaması

Bireylere çalışmanın amacı açıklandı. Bilgilendirilmiş olur formu ile bireylerden yazılı izin alındı. Örnekleme alınan bireylere, formlar araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Anket formu, beden imajı ölçeği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, ameliyat sonrası 1. ay, ameliyat sonrası 3. ay’da bireylere uygulandı. Formlar bireylere ameliyat öncesi ve ameliyattan sonra 1. gün klinikteki odasında, 1.ay ve 3. ay yapılan rutin poliklinik kontrolleri sırasında telefon ile bilgi verilerek buluşulduktan sonra poliklinik odasında uygulandı. Literatürde ameliyat sonrası 1. gün beden imajı ve yaşam kalitesi değerlendiresine rastalanılmadı. Literatürde çoğunlukla ameliyat sonrası geç dönem sonuçlar (6. ay, 12. ay ve 24. ay) belirlenmiştir. Bu çalışma, ameliyat sonrası erken dönem sonuçların (1. ay ve 3. ay) belirlenmesi amacı ile yapıldı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22.00 istatistik paket programında demografik veriler için tanımlayıcı testler, ölçek puanlarının hesaplanmasında ortalama ve bazı değişkenlerle ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında sayı, frekans, yüzdeler, Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi, t testi, Durbin Watson testi, basit doğrusal regresyon analizi, Dunnet T3 Post Hoc testi, LSD Post Hoc testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, tekrarlanmış ölçümler için iki faktörlü ANOVA analizleri kullanılarak değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma, Helsinki Bildirgesi'nde yer alan etik ilkelere uygun bir şekilde yürütüldü. Çalışmaya başlanmadan önce çalışmanın yapılacağı kurumun 23.12.2015 tarihli ve 2015-12/17 sayılı kararı ile etik komitesinden, 93596471-774/1342 sayılı kararı ile Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden izin alındı. Formlar uygulanmadan önce bireylere çalışmanın amacı açıklandı ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden onam alınarak formlar bireylere uygulandı.

4.BULGULAR

Tablo 2: Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (N=91)

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Yaş	≤ 35	44	48.4
	>35	47	51.6
Cinsiyet	Kadın	64	70.3
	Erkek	27	29.7
Medeni Durum	Evli	65	71.4
	Bekar	23	25.3
	Boşanmış	3	3.3
Eğitim Durumu	İlköğretim	16	17.6
	Lise	51	56.0
	Üniversite	24	26.4
Kronik Hastalık	Var	30	33.0
	Yok	61	67.0
Ailede obezite	Var	54	59.3
	Yok	37	40.7
Ameliyat öncesi kaç yıldır obez	5 yıl	14	15.4
	5 - 10 yıl	52	57.1
	10 yıl ve üzeri	25	27.5
Ameliyat olmadan önceki yaşam kalitesi	İyi	2	2.2
	Orta	4	4.4
	Kötü	9	9.9
	Çok kötü	76	83.5
Ameliyat olmadan önceki beden imajı	Kendimi beğenirdim	5	5.5
	Kendimi orta düzeyde beğenirdim	9	9.9
	Kendimi beğenmezdim	18	19.8
	Kendimi hiç beğenmezdim	59	64.8
Ameliyat şekli	Sleeve gastrektomi	34	37.4
	Mini gastrik by – pass	57	62.6
Ameliyat sonrası rahatsızlık yaşadığını	İfade eden	63	69.2
Bulantı-kusma yaşadığını	İfade eden	60	65.9
Kan glukoz düzeyinde düşme yaşadığını	İfade eden	12	13.2
Halsizlik yaşadığını	İfade eden	35	38.5
Yorgunluk yaşadığını	ifade eden	33	36.3
Anastomoz kaçağı	Gelişen	2	2.2
Ameliyat olduğuna	Pişman olan	2	2.2
Ameliyat sonrası yürüyüş	Yapan	91	100.0
Ameliyat sonrası aerobik/step/ jimnastik	Yapan	90	98.9
Ameliyat sonrası ağırlık	Çalışan	89	97.8
Ameliyat sonrası plates	Yapan	81	89.0
Ameliyat sonrası bisiklet	Kullanan	72	79.1

Araştırma kapsamına alınan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları Tablo 2’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya alınan bireylerin yaş ortalaması 37.08 ± 9.0 olup, %51.6’sının 36 yaş ve üzeri, %70.3’ünün kadın, %71.4’ünün evli, %56’sının lise, %26.4’ünün üniversite mezunu, %33’ünün kronik bir hastalığının bulunduğu, %59.3’ünün ailesinde obezite sorunu bulunduğu, %57.1’inin 5-10 yıldır obez olduğu, %83.5’inin ameliyat olmadan önceki yaşam kalitesinin çok kötü olduğu, ameliyat olmadan önce bireylerin %64.8’inin kendini hiç beğenmediği belirlendi. Hastaların %62.6’sına “mini gastrik by-pass” yapıldı. Bireylerin %69.2’sinin ameliyat sonrası rahatsızlık yaşadığını, bireylerin %65.9’u ameliyat sonrası bulantı-kusma, %13.2’si kan glukoz düzeyinde düşme, %38.5’i halsizlik, %36.3’ü yorgunluk, %2.2’si anastomoz kaçağı yaşadığını, %97.8’inin ameliyat olmaktan memnun olduğu, ameliyat sonrası %100’ünün yürüyüş yaptığı, %98.9’unun aerobik/step/jimnastik yaptığı, %97.8’inin ağırlık çalıştığı, %20.9’unun bisiklet kullandığını ifade ettiği belirlendi.

Tablo 3: Bireylerin Boy, Kilo ve Beden Kitle İndeksi Ortalamaları (N=91)

		N	Min.	Max.	X±Ss
Ameliyat Öncesi	Kilo (kg)	91	96	159	127.41±14.15
	Boy (cm)	91	150	190	162.82±10.81
	BKİ	91	37	62	48.52±5.84
Ameliyat Sonrası					
	Kilo (kg)	91	85	141	113.38±12.59
1. Ay	Boy (cm)	91	53	190	161.74±15.78
	BKİ	91	33	55	43.25±5.62
	Kilo (kg)	91	67	120	95.33±12.19
3. Ay	Boy (cm)	91	150	190	162.84±10.83
	BKİ	91	25	50	36.20±5.36

Bireylerin boy, kilo ve beden kitle indeksi puanlarına ilişkin ortalamaları Tablo 3’de görülmektedir. Tablo incelendiğinde, bireylerin ameliyat öncesi kilo ortalaması 127.41±14.15, boy ortalaması 162.82±10.81, BKİ ortalaması 48.52±5.84, ameliyat sonrası 1. ay’da kilo ortalaması 113.38±12.59, boy ortalaması 161.74±15.78, BKİ ortalaması 43.25±5.62, ameliyat sonrası 3. ay’da kilo ortalaması 95.33±12.19, boy ortalaması 162.84±10.83, BKİ ortalaması 36.20±5.36 olarak saptandı. Sonuç olarak bireylerin ameliyat öncesine göre ameliyattan sonraki 1. ve 3. aylarda kilo ve BKİ’lerinde ciddi değişimler olduğu söylenebilir.

Tablo 4: Bireylerin Yaşına Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Yaş		t	p
	≤35	>35		
	X±Ss	X±Ss		
Ameliyat Öncesi	97.93±42.962	96.70±39.863	.142	.888
Ameliyat Sonrası				
1. Gün	83.91±42.684	80.83±45.087	.334	.739
1. Ay	137.57±33.127	136.89±34.207	.095	.924
3. Ay	172.52±20.850	174.00±27.612	-.287	.775

Bireylerin yaşına göre beden imajı puan ortalamaları Tablo 4’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, bireylerin yaşlarına göre ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. günde, ameliyat sonrası 1. ay’da ve ameliyat sonrası 3. ay’da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel değeri anlamsız ($p>0.05$) bulundu.

Tablo 5: Bireylerin Cinsiyetine Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Cinsiyet		t	p
	Bayan	Erkek		
	X±Ss	X±Ss		
Ameliyat Öncesi	85.67±35.578	124.85±40.951	-4.586	.000
Ameliyat Sonrası				
1. Gün	68.89±36.098	114.15±44.325	-5.098	.000
1. Ay	131.00±34.226	151.96±26.948	-3.118	.003
3. Ay	168.72±24.999	184.11±19.555	-2.849	.005

Bireylerin cinsiyetine göre beden imajı puan ortalamaları Tablo 5’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay’da beden imajı puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı ($p<0.05$) bulundu. Beden imajı ölçeğinde 135 kesme noktası temel alındığında, erkeklerin beden imajı ameliyat sonrası 1. ay’dan itibaren yüksek iken, kadınlarda beden imajının ameliyat sonrası 3. ay’dan itibaren yükselmeye başladığı görüldü.

Tablo 6: Bireylerin Medeni Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Medeni durum			KW	p
	Evli	Bekar	Boşanmış		
	X±Ss	X±Ss	X±Ss		
Ameliyat Öncesi	99.72±40.92	95.65±42.24	57.33±20.53	2.886	.236
Ameliyat Sonrası					
1. Gün	84.60±46.43	79.26±37.32	56.33±20.98	.569	.752
1. Ay	137.38±35.43	135.52±30.04	146.67±16.21	.061	.970
3. Ay	173.02±25.42	172.48±22.24	185.33±23.70	.502	.778

Bireylerin medeni durumlarına göre puan ortalamaları Tablo 6’da verilmiştir. Tablo incelendiğinde, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay’da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) olduğu bulundu.

Tablo 7: BireylerinEğitim Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Eğitim durumu			KW	p
	İlköğretim	Lise	Üniversite		
Ameliyat Öncesi	86.13±40.94	97.18±41.00	105.00±41.63	2.984	.225
Ameliyat Sonrası					
1. Gün	74.63±42.93	77.94±41.90	96.75±46.49	4.062	.131
1. Ay	128.69±40.23	136.76±32.13	143.88±31.55	.839	.657
3. Ay	164.19±31.64	173.49±22.69	178.92±21.81	3.761	.153

Bireylerin eğitim durumlarına göre beden imajı puan ortalamaları Tablo 7’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay’da beden imajı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$)bulundu.

Tablo 8: Bireylerde Kronik Hastalık Olma Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Kronik Hastalık		t	p
	Var	Yok		
	X±Ss	X±Ss		
Ameliyat Öncesi	111.27±42.80	90.43±38.86	2.325	.022
Ameliyat Sonrası				
1. Gün	100.23±47.36	73.51±39.29	2.847	.005
1. Ay	144.00±34.62	133.89±32.70	1.360	.177
3. Ay	174.10±27.18	172.89±23.22	.222	.825

Tablo 8'de bireylerin kronik hastalık olma durumlarına göre beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 1. günde beden imajı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), ameliyat sonrası 1. ay'da ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulundu.

Tablo 9: Bireylerin Ailesinde Obezite Olma Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Ailede Obezite		t	p
	Var	Yok		
	X±Ss	X±Ss		
Ameliyat Öncesi	98.89±40.560	94.97±42.482	.444	.658
Ameliyat Sonrası				
1. Gün	84.54±42.746	79.08±45.514	.583	.562
1. Ay	137.19±31.301	137.27±36.929	-.012	.991
3. Ay	172.87±24.493	173.89±24.719	-.195	.846

Tablo 9'da bireylerin ailesinde obezite olma durumlarına göre beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulundu.

Tablo 10: Bireylerin Ameliyat Öncesi Obezite Süresine Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Ameliyat Öncesi Obezite Süresi			KW	p
	5 yıl	5 – 10 yıl	10 yıl ve üzeri		
	X±Ss	X±Ss	X±Ss		
Ameliyat Öncesi	88.71±37.10	95.46±41.78	105.92±42.08	2.123	.346
Ameliyat Sonrası					
1. Gün	72.79±42.39	76.90±42.42	98.92±44.35	4.349	.114
1. Ay	141.07±32.12	136.94±33.43	135.64±35.55	.433	.805
3. Ay	175.93±33.55	173.69±19.88	170.96±27.96	.422	.810

Bireylerin ameliyat öncesi kaç yıldır obez olduğuna göre beden imajı puan ortalamaları Tablo 10'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) olduğu bulundu.

Tablo 11: Bireylerin Ameliyat Olmadan Önceki Yaşam Kalitesine Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Ameliyat Olmadan Önceki Yaşam Kalitesi				KW	p
	İyi	Orta	Kötü	Çok kötü		
	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss		
Ameliyat Öncesi	133.00±22.627	113.50±60.512	94.33±30.696	95.86±41.573	1.878	.598
Ameliyat Sonrası						
1. Gün	120.50±9.192	74.50±40.137	79.67±39.509	82.04±44.935	1.698	.637
1. Ay	137.50±.707	141.00±24.913	133.89±26.765	137.41±35.265	.952	.813
3. Ay	166.00±7.071	182.25±30.401	168.11±23.819	173.62±24.705	1.214	.750

Tablo 11’de bireylerin ameliyat olmadan önceki yaşam kalitesine göre beden imajı puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay’da beden imajı puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulundu.

Tablo 12: Bireylerin Ameliyat Olmadan Önceki Beden Algısına Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Ameliyat Olmadan Önceki Beden Algısı				KW	p	Fark
	Kendimi Beğenirdim	Kendimi Orta Düzeyde Beğenirdim	Kendimi Beğenmezdim	Kendimi Hiç Beğenmezdim			
	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss			
Ameliyat Öncesi	156.80±20.42	134.00±33.49	98.22±39.05	86.37±36.91	19.790	.000	1>3-4 2>4
Ameliyat Sonrası							
1. Gün	114.00±24.53	131.56±44.74	88.56±39.71	70.22±39.53	17.547	.001	2>4
1. Ay	151.60±10.04	163.67±19.92	137.44±32.88	131.90±34.75	7.909	.048	1-2>4
3. Ay	184.60±18.16	188.89±20.00	168.67±32.11	171.36±22.09	5.820	.121	-

Tablo 12’de bireylerin ameliyat olmadan önceki beden algısına göre beden imajı puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün ve 1. ay’da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), ameliyat sonrası 3. ay’da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız ($p>0.05$) olduğu görülmektedir. Bu bulgu, bireylerin ameliyat olmadan önceki beden algısına göre ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün ve 1. ay’da beden imajı puanları açısından aralarında fark olduğunu göstermektedir. Farkın, Dunnett T3 Post Hoc testi sonucuna göre, ameliyat olmadan önceki beden algısına “kendimi beğenirdim” ve ameliyat sonrası 1. gün ve ameliyat sonrası 1. ay “kendimi orta düzeyde beğenirdim” yanıtını verenlerden kaynaklandığı görüldü.

Tablo 13: Bireylerin Ameliyat Şekline Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Ameliyat Şekli		t	p
	Sleeve Gastrektomi	Mini Gastrik By-Pass		
	X±Ss	X±Ss		
Ameliyat Öncesi	96.32±44.094	97.88±39.705	-.173	.863
Ameliyat Sonrası				
1. Gün	80.71±46.554	83.28±42.344	-.270	.788
1. Ay	131.44±35.737	140.67±31.923	-1.275	.206
3. Ay	173.44±20.921	173.19±26.514	.047	.963

Bireylerin ameliyat şekline göre beden imajı puan ortalamaları Tablo 13’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay’da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) olduğu belirlendi.

Tablo 14: Bireylerin Ameliyat Sonrası Rahatsızlık Yaşama Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Ameliyat Sonrası Rahatsızlık Yaşadığını		t	p
	İfade Eden	İfade Etmeyen		
	X±Ss	X±Ss		
Ameliyat Öncesi	95.54±39.249	101.25±45.687	.609	.544
Ameliyat Sonrası				
1. Gün	77.00±41.296	94.29±47.354	-1.761	.082
1. Ay	136.56±32.161	138.71±36.921	-.282	.778
3. Ay	171.43±25.976	177.46±20.433	-1.088	.280

Bireylerin ailesinde ameliyat sonrası rahatsızlık yaşama durumuna göre beden imajı puan ortalamaları Tablo 14’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay’da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$).

Tablo 15: Bireylerin Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma Yaşama Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma Yaşadığını		t	p
	İfade Eden X±Ss	İfade Etmeyen X±Ss		
Ameliyat Öncesi	94.33±38.905	103.03±45.332	-.955	.342
Ameliyat Sonrası				
1. Gün	75.85±40.748	94.84±47.166	-1.904	.062
1. Ay	136.73±32.486	138.16±35.925	-.192	.848
3. Ay	171.40±26.129	176.94±20.743	-1.024	.309

Tablo 15’de bireylerin ailesinde ameliyat sonrası bulantı-kusma yaşama durumuna göre beden imajı puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay’da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel değerlendirme sonucunda anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$).

Tablo 16: Bireylerin Ameliyat Sonrası Kan Glukoz Düzeyinde Düşme Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Kan Glukoz Düzeyinde Düşme Yaşadığını		U	p
	İfade Eden	İfade Etmeyen		
	X±Ss	X±Ss		
Ameliyat Öncesi	104.33±44.518	96.23±40.827	403.500	.406
Ameliyat Sonrası				
1. Gün	92.50±50.186	80.77±42.807	402.500	.390
1. Ay	146.67±28.814	135.78±34.092	387.500	.309
3. Ay	175.33±35.859	172.97±22.535	376.000	.246

Tablo 16'da bireylerin ameliyat sonrası kan glukoz düzeyinde düşme durumuna göre beden imajı puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları açısından farkın istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) olduğu bulundu.

Tablo 17: Bireylerin Ameliyat Sonrası Halsizlik Yaşama Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Ameliyat Sonrası Halsizlik Yaşadığını		t	p
	İfade Eden X±Ss	İfade Etmeyen X±Ss		
Ameliyat Öncesi	95.43±38.537	98.46±43.023	-.341	.734
Ameliyat Sonrası				
1. Gün	80.71±44.797	83.32±43.420	-.275	.784
1. Ay	135.23±33.774	138.46±33.579	-.446	.657
3. Ay	171.71±29.905	174.27±20.568	-.483	.631

Tablo 17’de bireylerin ameliyat sonrası halsizlik yaşama durumuna göre beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay’da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel değerlendirmede anlamsız ($p>0.05$) olduğu belirlendi.

Tablo 18: Bireylerin Ameliyat Sonrası Yorgunluk Yaşama Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Ameliyat Sonrası Yorgunluk Yaşadığını		t	p
	İfade Eden	İfade Etmeyen		
	X±Ss	X±Ss		
Ameliyat Öncesi	93.06±37.38	99.71±43.29	-.739	.462
Ameliyat Sonrası				
1. Gün	78.79±44.42	84.33±43.58	-.579	.564
1. Ay	134.24±32.54	138.91±34.20	-.637	.526
3. Ay	169.30±30.08	175.55±20.53	-1.174	.243

Tablo 18’de bireylerin ameliyat sonrası yorgunluk yaşama durumuna göre beden imajı puan ortalamaları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay’da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) olduğu belirlendi.

Tablo 19: Bireylerin Ameliyat Sonrası Pişmanlık Yaşama Durumuna Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Ameliyat Sonrası		U	p
	Pişman Olan	Pişman Olmayan		
	X±Ss	X±Ss		
Ameliyat Öncesi	100.00±84.853	97.24±40.632	86.500	.946
Ameliyat Sonrası				
1. Gün	100.00±84.853	81.92±43.200	76.000	.743
1. Ay	112.50±57.276	137.78±33.114	48.500	.305
3. Ay	141.50±75.660	174.00±22.869	61.000	.484

Tablo 19’de bireylerin ameliyat olduğuna pişman olma durumuna göre beden imajı puan ortalamaları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay’da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) olduğu bulundu.

Tablo 20: Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=91)

Tanıtıcı Özellikler	SF-36 Alt Boyutları								
	Fiziksel Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Fiziksel)	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite	Sosyal Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Emosyonel)	Mental Sağlık	
	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	
Yaş	≤ 35	12.91±4.68	5.41±1.89	3.48±1.43	15.93±1.87	13.00±1.79	5.89±1.24	4.14±1.44	16.82±2.43
	> 35	12.09±4.79	5.23±1.84	3.91±1.64	15.87±1.51	14.02±2.13	6.19±1.28	3.96±1.37	17.23±3.00
	Test	t=.837 p=.405	t=.446 p=.656	t=-1.350 p=.181	t=.167 p=.868	t=-2.466 p=.016	t=-1.153 p=.252	t=-.608 p=.545	t=-.723 p=.472
Cinsiyet	Kadın	10.83±3.65	4.92±1.67	3.92±1.53	16.05±1.66	13.55±2.10	6.06±1.28	3.75±1.27	16.95±2.65
	Erkek	16.41±4.57	6.26±1.99	3.19±1.49	15.56±1.72	13.48±1.89	6.00±1.24	4.74±1.46	17.22±2.98
	Test	t=-6.162 p=.000	t=-3.066 p=.004	t=2.107 p=.038	t=1.274 p=.206	t=.140 p=.889	t=.214 p=.831	t=-3.074 p=.004	t=-.427 p=.670
Medeni Durum	Evli	11.97±4.76	5.22±1.82	3.82±1.56	15.83±1.73	13.83±2.18	5.91±1.30	3.94±1.35	17.11±2.86
	Bekar	13.87±4.50	5.61±1.97	3.35±1.49	16.09±1.64	12.65±1.36	6.22±1.04	4.35±1.49	16.87±2.43
	Boşanmış	13.00±2.64	5.33±2.30	4.00±2.00	16.00±1.00	13.67±.57	7.67±.57	4.00±1.73	16.67±2.88
Test	KW=3.420 p=.181	KW=.883 p=.643	KW=1.947 p=.378	KW=.454 p=.797	KW=7.304 p=.026	KW=6.256 p=.044	KW=1.331 p=.514	KW=.086 p=.958	
Fark	-	-	-	-	1>2	3>1	-	-	
Eğitim Durumu	İlköğretim	10.81±5.11	5.00±1.78	3.81±1.76	16.06±1.34	14.19±2.14	5.75±1.53	3.81±1.33	16.94±2.77
	Lise	12.04±4.16	5.25±1.82	3.92±1.47	15.86±1.77	13.39±2.05	6.12±1.18	4.00±1.39	16.98±2.58
	Üniversite	14.54±4.94	5.67±2.01	3.17±1.52	15.88±1.78	13.38±1.91	6.08±1.28	4.29±1.49	17.21±3.12
Test	KW=6.313 p=.043	KW=1.244 p=.537	KW=5.390 p=.068	KW=.307 p=.858	KW=2.243 p=.326	KW=.704 p=.703	KW=1.116 p=.572	KW=.011 p=.994	
Fark	3>1-2	-	-	-	-	-	-	-	

Tablo 20: Devam.

Tanıtıcı Özellikler		SF-36 Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Fiziksel)	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite	Sosyal Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Emosyonel)	Mental Sağlık
		X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss
Kronik Hastalık	Var	12.63±4.99	5.30±1.84	3.83±1.66	15.83±1.91	13.40±2.02	6.03±1.24	4.17±1.44	16.80±2.95
	Yok	12.41±4.57	5.33±1.88	3.64±1.50	15.93±1.58	13.59±2.04	6.05±1.28	3.98±1.38	17.15±2.63
	Test	t=.213 p=.832	t=-.067 p=.947	t=.558 p=.578	t=-.267 p=.790	t=-.418 p=.677	t=-.056 p=.956	t=.585 p=.560	t=-.568 p=.572
Ailesinde Obezite	Var	11.74±4.57	5.39±1.88	3.81±1.60	15.85±1.73	13.52±2.24	6.20±1.23	4.09±1.43	17.07±2.74
	Yok	13.57±4.70	5.22±1.84	3.54±1.48	15.97±1.64	13.54±1.69	5.81±1.28	3.97±1.36	16.97±2.75
	Test	t=-1.851 p=.067	t=.433 p=.666	t=.826 p=.411	t=-.335 p=.739	t=-.053 p=.958	t=1.466 p=.146	t=.399 p=.691	t=.172 p=.864
Kaç Yıldır Obez	5 yıl	14.14±3.11	5.21±1.84	3.50±1.34	15.93±2.36	13.93±1.77	6.29±1.14	3.93±1.38	17.14±1.99
	5-10 yıl	11.75±4.71	5.08±1.79	3.83±1.63	15.81±1.48	13.23±1.83	6.21±1.17	3.87±1.32	16.60±2.51
	≥ 10 yıl	13.08±5.19	5.88±1.96	3.56±1.53	16.08±1.70	13.92±2.48	5.56±1.41	4.48±1.50	17.88±3.35
	Test	KW=4.938 p=.085	KW=3.862 p=.145	KW=.572 p=.751	KW=1.063 p=.588	KW=3.109 p=.211	KW=4.457 p=.108	KW=3.12 p=.210	KW=2.452 p=.293
Ameliyat Öncesi Yaşam Kalitesi	İyi	18.00±4.24	8.00±.00	3.00±1.41	17.00±1.41	14.00±1.41	5.50±.70	6.00±.00	19.50±.70
	Orta	12.75±6.02	5.50±1.91	4.25±2.21	15.75±1.25	12.75±2.21	6.50±.57	4.50±1.73	15.75±2.36
	Kötü	11.78±2.86	4.00±.00	5.00±1.32	16.44±.88	13.78±1.92	6.22±1.09	3.00±.00	16.44±3.00
	Çok kötü	12.41±4.78	5.39±1.89	3.54±1.49	15.82±1.78	13.53±2.06	6.01±1.32	4.09±1.40	17.11±2.73
	Test	KW=3.223 p=.358	KW=8.951 p=.030	KW=8.069 p=.045	KW=2.222 p=.528	KW=.581 p=.901	KW=1.390 p=.708	KW=9.512 p=.023	KW=3.197 p=.362
	Fark	-	1>3-4 4>3	3>4	-	-	-	1-4>3	-

Tablo 20: Devam.

Tanıtıcı Özellikler		SF-36 Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Fiziksel)	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite	Sosyal Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Emosyonel)	Mental Sağlık
		X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss
Ameliyat Öncesi Kendini	Beğenen	18.00±4.12	7.60±.89	2.40±.54	15.20±1.30	12.00±1.58	6.00±1.22	6.00±.00	16.20±2.28
	Orta düzeyde beğenen	17.22±4.11	6.78±1.86	3.33±1.68	15.22±2.43	13.00±1.58	6.33±1.22	5.22±1.20	17.11±2.26
	Beğenmeyen	11.94±4.50	4.72±1.52	4.39±1.65	16.28±1.48	13.17±1.72	6.11±1.13	3.56±1.14	16.89±2.63
	Hç beğenmeyen	11.46±4.16	5.08±1.79	3.66±1.49	15.95±1.63	13.85±2.14	5.98±1.33	3.85±1.33	17.14±2.90
	Test	KW=15.393 p=.002	KW=17.430 p=.001	KW=8.119 p=.044	KW=3.190 p=.363	KW=5.864 p=.118	KW=.404 p=.939	KW=20.635 p=.000	KW=.566 p=.904
Fark	1-2>3-4	1-2>3-4	3>1	-	-	-	1-2>3-4	-	
Ameliyat Şekli	SG	13.06±4.99	5.21±1.83	3.50±1.65	16.41±1.81	13.59±1.87	6.03±1.33	3.97±1.35	16.68±2.15
	LRyGB	12.14±4.50	5.39±1.88	3.82±1.49	15.60±1.54	13.49±2.13	6.05±1.23	4.09±1.43	17.25±3.02
	Test	t=.903 p=.369	t=-.445 p=.658	t=-.964 p=.338	t=2.282 p=.025	t=.219 p=.827	t=-.084 p=.933	t=-.385 p=.701	t=-1.044 p=.300
Ameliyat Sonrası Rahatsızlık Yaşadığını	İfade Eden	12.11±4.12	5.24±1.84	3.70±1.45	15.90±1.65	13.54±2.10	6.11±1.27	3.95±1.37	16.87±2.78
	İfade Etmeyen	13.32±5.76	5.50±1.91	3.71±1.78	15.89±1.79	13.50±1.87	5.89±1.25	4.25±1.45	17.39±2.62
	Test	t=-1.003 p=.322	t=-.617 p=.539	t=-.045 p=.964	t=.031 p=.975	t=.086 p=.932	t=.758 p=.450	t=-.937 p=.351	t=-.836 p=.406
Bulantı-Kusma Yaşadığını	İfade Eden	12.07±4.16	5.30±1.87	3.65±1.42	15.90±1.62	13.52±2.02	6.18±1.24	4.00±1.39	16.90±2.81
	İfade Etmeyen	13.29±5.54	5.35±1.87	3.81±1.79	15.90±1.83	13.55±2.06	5.77±1.28	4.13±1.43	17.29±2.59
	Test	t=-1.081 p=.285	t=-.132 p=.895	t=-.454 p=.651	t=-.009 p=.993	t=-.070 p=.944	t=1.473 p=.144	t=-.415 p=.679	t=-.643 p=.522

*SG: Sleeve Gastrektomi, **LRyGB: Laparoskopik Roux-n-Y Gastrik By-pass

Tablo 20: Devam.

Tanıtıcı Özellikler		SF-36 Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Fiziksel)	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite	Sosyal Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Emosyonel)	Mental Sağlık
		X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss
Kan Glukoz Düzeyinde Düşme Yaşadığını	İfade Eden	13.00±5.65	5.33±1.96	2.92±1.08	16.42±1.73	13.58±2.19	6.25±1.42	4.08±1.44	16.58±2.77
	İfade Etmeyen	12.41±4.55	5.32±1.85	3.82±1.58	15.82±1.67	13.52±2.01	6.01±1.24	4.04±1.40	17.10±2.74
Test		U=446.000	U=470.000	U=318.000	U=382.000	U=450.500	U=431.500	U=461.500	U=435.000
		p=.737	p=.955	p=.061	p=.266	p=.780	p=.608	p=.864	p=.644
Halsizlik Yaşadığını	İfade Eden	12.34±3.90	5.54±1.94	3.29±1.12	15.66±1.86	13.00±2.11	6.00±1.23	4.17±1.44	16.46±2.44
	İfade Etmeyen	12.57±5.14	5.18±1.81	3.96±1.72	16.05±1.56	13.86±1.92	6.07±1.29	3.96±1.37	17.39±2.86
Test		t=-.240	t=.907	t=-2.268	t=-1.049	t=-1.992	t=-.261	t=.686	t=-1.602
		p=.811	p=.367	p=.026	p=.298	p=.049	p=.795	p=.495	p=.113
Yorgunluk Yaşadığını	İfade Eden	11.52±4.11	5.33±1.91	3.61±1.29	16.00±1.69	13.64±2.32	6.15±1.22	3.97±1.38	16.79±2.57
	İfade Etmeyen	13.03±4.93	5.31±1.84	3.76±1.68	15.84±1.69	13.47±1.85	5.98±1.29	4.09±1.41	17.17±2.83
Test		t=-1.497	t=.056	t=-.482	t=.420	t=.384	t=.610	t=-.380	t=-.643
		p=.138	p=.955	p=.631	p=.676=	p=.702	p=.543	p=.705	p=.522
Ameliyat Olduğuna	Pişman Olan	17.50±4.95	8.00±.00	2.00±.00	18.00±1.41	16.00±.00	5.50±.70	6.00±.00	18.50±2.12
	Pişman Olmayan	12.37±4.64	5.26±1.83	3.74±1.55	15.85±1.67	13.47±2.01	6.06±1.27	4.00±1.38	17.00±2.74
Test		U=40.500	U=27.000	U=24.000	U=23.000	U=19.000	U=60.500	U=28.000	U=55.500
		p=.215	p=.10	p=.083	p=.076	p=.054	p=.469	p=.110	p=.397

Tablo 20’de bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi bireylerin yaşına göre ameliyat öncesi yaşam kalitesinin vitalite boyutuanlamlı ($p<0.05$) diğer boyutların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$).

Bireylerin cinsiyetine göre ameliyat öncesi yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı boyutları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulundu.

Bireylerin medeni durumuna göre ameliyat öncesi yaşam kalitesinin vitalite ve sosyal fonksiyon boyutu puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) iken, diğer boyutların puan ortalamaları arasındaki fark anlamsızdı ($p>0.05$). Farkın, Dunnet T3 Post Hoc testi sonucuna göre, evlilerin bekarlara göre ameliyat öncesi yaşam kalitesinin vitalite, boşanmış olan bireylerin evlilere göre sosyal fonksiyonalt boyut puanlarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü.

Bireylerin eğitim durumlarına göre ameliyat öncesi, yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasında anlamsız olduğu bulundu. Farkın, Dunnet T3 Post Hoc testine göre, üniversite eğitimi alan bireylerden kaynaklandığı belirlendi.

Bireylerin kronik bir hastalığı, ailesinde obezite sorunu olması, ameliyat öncesi obez olmasüresine göre ameliyat öncesi, yaşam kalitesinin tüm boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$).

Bireylerin ameliyat olmadan önceki yaşam kalitesi ifadesine göre rol güçlüğü (fiziksel), ağrı ve rol güçlüğü (emosyonel) boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutları arasındaki farkın anlamsız ($p>0.05$) olduğu belirlendi. Farkın, Dunnet T3 Post Hoc testine göre, yaşam kalitesi ifadesi “iyi” olan bireylerin “kötü” ve “çok kötü” olan bireylere göre, ameliyat öncesi yaşam kalitesinin rol güçlüğü (fiziksel), “kötü” olanların “çok kötü” olanlara göre, ağrı boyutu, “iyi” ve “çok kötü” olanların “kötü” olan bireylere göre rol güçlüğü (emosyonel) boyut puan ortalamalarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü.

Bireylerin ameliyat olmadan önceki beden imajı ifadesine göre ameliyat öncesi yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı ve rol güçlüğü (emosyonel) boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel değerlendirmede anlamlı ($p<0.05$), yaşam kalitesinin diğer boyutları arasındaki farkın ise anlamsız ($p>0.05$) olduğu bulundu. Yapılan Dunnet T3 Post Hoc testine göre farkın, beden imajı ifadesi “kendimi beğenirdim” ve “kendimi orta düzeyde beğenirdim” olan bireylerin “kendimi beğenmezdim” ve “kendimi hiç beğenmezdim” olan bireylere göre ameliyat öncesi yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), rol güçlüğü (emosyonel) boyutları puan ortalamalarının daha yüksek, beden imajı ifadesi “kendimi beğenmezdim” olan bireylerin “kendimi beğenirdim” olan bireylere göre ameliyat öncesi yaşam kalitesinin ağrı boyutu puan ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü.

Bireylerin ameliyat şekli, ameliyat sonrası rahatsızlık yaşama, bulantı-kusma, yorgunluk yaşama, kan glukoz düzeyinde düşme, ameliyat olduğuna pişman olma durumuna göre ameliyat öncesi yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel değerlendirmede anlamsız ($p>0.05$) olduğu bulundu.

Bireylerin ameliyat sonrası halsizlik yaşama durumuna göre ameliyat öncesi yaşam kalitesinin ağrı ve vitalite boyutları anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız ($p>0.05$) olduğu belirlendi.

Tablo 21: Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası 3. Ay'da Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=91)

Tanıtıcı Özellikler		Sf-36 Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Fiziksel)	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite	Sosyal Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Emosyonel)	Mental Sağlık
		X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss
Yaş	≤ 35	28.95±2.46	7.685±1.11	2.505±.90	13.255±1.01	12.825±1.28	6.075±1.04	5.825±.58	16.415±1.56
	> 35	28.855±2.58	7.945±.60	2.535±1.33	13.455±.99	13.215±1.25	6.025±.98	5.915±.45	16.575±2.28
	Test	t=.195 p=.846	t=-1.339 p=.185	t=-.133 p=.895	t=-.934 p=.353	t=-1.487 p=.141	t=.220 p=.826	t=-.884 p=.379	t=-.401 p=.689
Cinsiyet	Kadın	28.64±2.86	7.73±1.05	2.63±1.20	13.36±1.01	13.06±1.23	6.13±1.07	5.81±.61	16.45±1.86
	Erkek	29.52±1.18	8.00±.00	2.26±.94	13.33±1.00	12.93±1.38	5.85±.81	6.00±.00	16.59±2.18
	Test	t=-2.064 p=.042	t=-2.009 p=.049	t=1.407 p=.163	t=.112 p=.911	t=.465 p=.643	t=1.181 p=.241	t=-2.443 p=.017	t=-.309 p=.758
Medeni Durum	Evli	28.89±2.62	7.80±.93	2.62±1.28	13.43±.98	13.15±1.22	6.03±.96	5.85±.56	16.42±2.14
	Bekar	28.96±2.32	7.83±.83	2.30±.63	13.09±1.08	12.57±1.37	6.09±1.16	5.91±.41	16.61±1.46
	Boşanmış	28.67±2.30	8.00±.00	2.00±.00	13.67±.57	13.67±.57	6.00±1.00	6.00±.00	17.33±.57
Test	KW=.407 p=.816	KW=.075 p=.963	KW=1.545 p=.462	KW=1.275 p=.529	KW=3.754 p=.153	KW=.630 p=.730	KW=.521 p=.771	KW=1.048 p=.592	
Eğitim Durumu	İlköğretim	27.50±4.05	7.44±1.63	2.94±1.843	13.88±1.08	12.88±1.66	5.81±.98	5.56±.96	16.38±2.06
	Lise	29.18±2.16	7.84±.75	2.41±.853	13.33±.84	13.16±1.15	6.08±1.09	5.90±.41	16.76±1.94
	Üniversite	29.25±1.51	8.00±.00	2.46±1.062	13.04±1.16	12.83±1.23	6.13±.85	6.00±.000	16.00±1.88
Test	KW=1.883 p=.390	KW=1.948 p=.378	KW=1.559 p=.459	KW=3.333 p=.189	KW=.411 p=.814	KW=1.712 p=.425	KW=5.739 p=.057	KW=1.617 p=.446	

Tablo 21: Devam.

Tanıtıcı Özellikler		SF-36 Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Fiziksel)	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite	Sosyal Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Emosyonel)	Mental Sağlık
		X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss
Kronik Hastalık	Var	28.67±3.01	7.83±.98	2.57±1.38	13.30±1.20	13.20±1.21	6.07±.86	5.83±.64	16.47±2.20
	Yok	29.02±2.25	7.80±.85	2.49±1.01	13.38±.89	12.93±1.30	6.03±1.08	5.89±.45	16.51±1.84
	Test	t=-.621 p=.536	t=.150 p=.881	t=.293 p=.770	t=-.342 p=.733	t=.935 p=.353	t=.150 p=.881	t=-.44 p=.657	t=-.095 p=.925
Ailesinde Obezite Olma	Var	28.65±2.82	7.87±.84	2.57±1.25	13.46±1.11	13.07±1.22	6.00±.97	5.85±.56	16.63±2.23
	Yok	29.27±1.96	7.73±.96	2.43±.96	13.19±.81	12.95±1.35	6.11±1.07	5.89±.45	16.30±1.46
	Test	t=-1.239 p=.219	t=.736 p=.464	t=.581 p=.563	t=1.282 p=.203	t=.469 p=.640	t=-.499 p=.619	t=-.358 p=.721	t=.856 p=.394
Ameliyat Öncesi Kaç Yıldır Obez	5 yıl	28.50±3.30	7.64±.93	2.64±1.21	13.14±1.29	13.36±1.44	6.21±.70	5.86±.53	16.57±1.99
	5 - 10 yıl	29.13±1.82	7.92±.76	2.44±.93	13.44±.67	13.08±1.04	6.12±1.07	5.90±.40	16.37±1.71
	≥ 10 yıl	28.64±3.23	7.68±1.11	2.60±1.47	13.28±1.37	12.72±1.56	5.80±1.0	5.80±.70	16.72±2.42
Test	KW=.013 p=.993	KW=2.954 p=.228	KW=.310 p=.856	KW=2.178 p=.337	KW=.941 p=.625	KW=3.183 p=.204	KW=.185 p=.912	KW=.973 p=.615	
Ameliyat Olmadan Önceki Yaşam Kalitesi	İyi	30.00±.00	8.00±.00	2.00±.00	11.50±2.12	11.00±2.82	6.00±.00	6.00±.00	16.50±3.53
	Orta	28.25±3.50	7.25±1.50	4.25±1.70	13.25±2.50	12.00±1.41	7.00±1.41	5.50±1.00	16.25±1.50
	Kötü	29.22±1.56	7.78±.66	2.67±1.11	13.33±.71	13.22±.97	6.11±1.05	6.00±.00	16.33±1.73
	Çok Kötü	28.87±2.60	7.84±.89	2.42±1.06	13.41±	13.11±1.21	5.99±.98	5.87±.52	16.53±2.00
	Test	KW=.619 p=.892	KW=2.541 p=.468	KW=8.979 p=.030	KW=3.597 p=.308	KW=4.367 p=.224	KW=3.495 p=.321	KW=2.941 p=.401	KW=.226 p=.973
Fark	-	-	2>1-3-4	-	-	-	-	-	

Tablo 21: Devam.

Tanıtıcı Özellikler		SF-36 Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Fiziksel)	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite	Sosyal Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Emosyonel)	Mental Sağlık
		X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss
Ameliyat Olmadan Önce	Beğenen	30.00±.00	8.00±.00	2.40±.89	11.80±1.64	11.60±1.51	6.00±.70	6.00±.00	16.20±1.64
	Orta düzeyde beğenen	29.89±.33	8.00±.00	2.44±1.33	13.56±.52	13.11±1.05	6.33±.70	6.00±.00	16.89±2.75
Kendisini	Beğenmeyen	27.61±3.51	7.50±1.33	2.83±1.85	13.61±.97	12.83±1.46	5.89±.96	5.61±.91	16.56±1.97
	Hiç beğenmeyen	29.05±2.32	7.86±.81	2.44±.81	13.37±.90	13.19±1.16	6.05±1.09	5.92±.38	16.44±1.87
Test		KW=5.861 p=.119	KW=1.405 p=.704	KW=.815 p=.846	KW=7.498 p=.058	KW=6.297 p=.098	KW=1.524 p=.677	KW=4.329 p=.228	KW=.956 p=.812
Ameliyat Şekli	SG	28.88±2.30	7.65±1.01	2.56±.92	13.38±1.25	12.91±1.28	6.15±1.15	5.82±.57	16.82±1.97
	LRyGB	28.91±2.65	7.91±.80	2.49±1.25	13.33±.83	13.09±1.27	5.98±.91	5.89±.48	16.30±1.93
Test		t=-.055 p=.957	t=-1.301 p=.198	t=.273 p=.786	t=.224 p=.823	t=-.636 p=.527	t=.750 p=.455	t=-.629 p=.531	t=1.242 p=.217
Ameliyat Sonrası Rahatsızlık Yaşama	İfade Eden	28.60±2.81	7.71±1.05	2.71±1.31	13.43±1.05	13.08±1.27	6.21±1.06	5.81±.61	16.49±1.90
	İfade Etmeyen	29.57±1.50	8.04±.18	2.07±.26	13.18±.86	12.89±1.28	5.68±.77	6.00±.00	16.50±2.09
Test		t=-2.132 p=.036	t=-2.338 p=.022	t=3.723 p=.000	t=1.097 p=.275	t=.643 p=.522	t=2.358 p=.021	t=-2.445 p=.017	t=-.018 p=.986
Bulantı-Kusma Yaşadığını	İfade Eden	28.53±2.86	7.70±1.07	2.72±1.34	13.42±1.06	13.08±1.29	6.20±1.08	5.80±.63	16.42±1.91
	İfade Etmeyen	29.61±1.43	8.03±.18	2.13±.34	13.23±.88	12.90±1.24	5.74±.77	6.00±.00	16.65±2.05
Test		t=-2.396 p=.019	t=-2.325 p=.023	t=3.199 p=.002	t=.858 p=.393	t=.637 p=.526	t=2.088 p=.040	t=-2.449 p=.017	t=-.526 p=.600

*SG: Sleeve Gastrektomi, **LRyGB: Laparoskopik Roux-n-Y Gastrik By-pass

Tablo 21: Devam.

Tanıtıcı Özellikler		SF-36 Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Fiziksel)	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite	Sosyal Fonksiyon	Rol Güçlüğü (Emosyonel)	Mental Sağlık
		X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss
Kan	İfade Eden	28.17±3.68	7.50±1.24	3.08±2.02	13.17±1.33	13.25±1.21	6.50±.90	5.75±.86	15.92±2.64
	İfade Etmeyen	29.01±2.30	7.86±.82	2.43±.92	13.38±.95	12.99±1.28	5.97±1.01	5.89±.45	16.58±1.83
Glukoz Düzeyinde Düşme Yaşadığını	Test	U=447.000	U=410.000	U=381.500	U=408.000	U=406.500	U=323.000	U=462.000	U=419.500
		p=.662	p=.126	p=.155	p=.383	p=.409	p=.044	p=.743	p=.517
Halsizlik Yaşadığını	İfade Eden	28.49±3.06	7.66±1.23	2.83±1.44	13.34±1.11	13.11±1.43	6.09±.74	5.77±.69	16.43±2.03
	İfade Etmeyen	29.16±2.09	7.91±.58	2.32±.85	13.36±.94	12.96±1.175	6.02±1.15	5.93±.37	16.54±1.92
Yorgunluk Yaşadığını	Test	t=-1.147	t=-1.138	t=1.881	t=-.066	t=.545	t=.310	t=-1.239	t=-.253
		p=.256	p=.261	p=.066	p=.948	p=.587	p=.757	p=.222	p=.801
Yorgunluk Yaşadığını	İfade Eden	28.42±3.14	7.64±1.27	2.91±1.56	13.52±1.00	12.94±1.36	6.12±.92	5.76±.70	16.52±2.13
	İfade Etmeyen	29.17±2.06	7.91±.57	2.29±.72	13.26±1.00	13.07±1.22	6.00±1.06	5.93±.36	16.48±1.86
Ameliyat Olduğuna	Test	t=-1.226	t=-1.188	t=2.130	t=1.174	t=-.465	t=.548	t=-1.310	t=.075
		p=.226	p=.242	p=.039	p=.243	p=.643	p=.585	p=.197	p=.940
Ameliyat Olduğuna	Pişman Olan	30.00±.00	8.00±.00	2.00±.00	13.50±.70	11.50±.70	6.00±.00	6.00±.00	12.50±2.12
	Pişman Olmayan	28.88±2.54	7.81±.90	2.53±1.14	13.35±1.01	13.06±1.26	6.04±1.02	5.87±.52	16.58±1.87
	Test	U=69.000	U=85.000	U=66.000	U=78.500	U=20.000	U=87.000	U=83.000	U=7.000
		p=.615	p=.924	p=.565	p=.781	p=.059	p=.967	p=.882	p=.010

Tablo 21’de bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası 3. ayda yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Bireylerin yaşına göre ameliyattan 3 ay sonra yaşam kalitesinin tüm boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$).

Bireylerin cinsiyetine göre ameliyattan 3 ay sonrası yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel) boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlendi ($p>0.05$).

Bireylerin medeni, eğitim durumu, kronik bir hastalık bulunma, ailesinde obezite sorunu olma, obez olma süresine göre ameliyattan 3 ay sonra yaşam kalitesinin tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$).

Bireylerin ameliyat olmadan önceki yaşam kalitesi ifadesine göre ameliyattan 3 ay sonrası yaşam kalitesinin ağrı boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız ($p>0.05$) olduğu bulundu. Yapılan Dunnet T3 Post Hoc testine göre, yaşam kalitesi ifadesi “orta” olan bireylerin “iyi”, “kötü” ve “çok kötü” olan bireylere göre ameliyattan 3 ay sonrası yaşam kalitesinin ağrı alt boyut puan ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü.

Bireylerin ameliyat olmadan önceki beden imajı ifadesine göre ameliyattan 3 ay sonra beden imajına ilişkin ifadelerine göre yaşam kalitesinin tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p>0.05$).

Bireylerin ameliyat şekline göre ameliyattan 3 ay sonraki yaşam kalitesinin alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulundu ($p>0.05$).

Bireylerin ameliyat sonrası rahatsızlık yaşama durumuna göre ameliyattan 3 ay sonraki yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı, sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel) boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasında farkın anlamsız ($p>0.05$) olduğu saptandı.

Bireylerin ameliyat sonrası bulantı-kusma yaşama durumuna göre ameliyattan 3 ay sonraki yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı, sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel) boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasında anlamsız bulundu ($p>0.05$).

Bireylerin ameliyat sonrası kan glukoz düzeyinde düşme durumuna göre ameliyattan 3 ay sonraki yaşam kalitesinin sosyal fonksiyon boyutu puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu belirlendi.

Bireylerin ameliyat sonrası halsizlik yaşama durumuna göre ameliyattan 3 ay sonraki yaşam kalitesinin istatistiksel değerlendirilmesinde bütün alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız ($p>0.05$) olduğu bulundu.

Bireylerin ameliyat sonrası yorgunluk yaşama durumuna göre ameliyattan 3 ay sonraki yaşam kalitesinin ağrı boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasındaki fark anlamsız olarak bulundu ($p>0.05$).

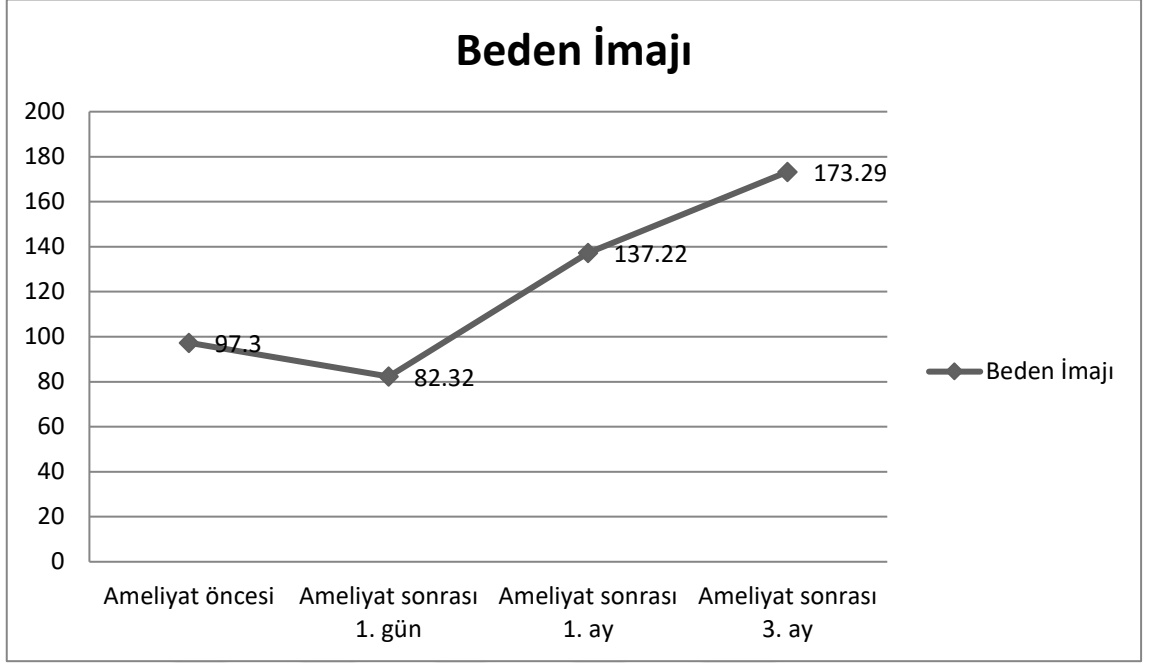
Bireylerin ameliyat sonrası ameliyat olduğuna pişman olma durumuna göre ameliyattan 3 ay sonraki yaşam kalitesinin mental sağlık boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel değeri anlamlı ($p<0.05$), yaşam kalitesinin diğer boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 22: Bireylerin Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 1. Gün, 1. Ay Ve 3. Ay'a Göre Beden İmajı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=91)

Bireylerin İzlem Zamanları	Beden İmajı		
	X±Ss	F	p
Ameliyat Öncesi	97.30±41.163		
Ameliyat Sonrası 1. Gün	82.32±43.725	1213.969	.000
Ameliyat Sonrası 1. Ay	137.22±33.503		
Ameliyat Sonrası 3. Ay	173.29±24.453		

Tablo 22'de bireylerin ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'a göre beden imajı puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Tablo incelendiğinde, bireylerin ameliyat öncesi beden imajı puan ortalaması 97.30±41.163, ameliyat sonrası 1. gün 82.32±43.725, ameliyat sonrası 1. ay 137.22±33.503, ameliyat sonrası 3. ay 173.29±24.453 olarak belirlendiği görülmektedir. Beden imajı puan ortalamaları arasındaki fark, tekrarlanmış ölçümler için varyans analizi sonucuna göre anlamlı bulundu (F=1213.969 p=.000). Aritmetik ortalamalara bakıldığında ameliyat öncesine göre ameliyattan sonraki aylarda beden imajının arttığı görülmektedir (Grafik 1).

Grafik 1: Ameliyat Öncesi, Ameliyat Sonrası 1. Gün, 1. Ay Ve 3. Ay'a Göre Beden İmajı Puan Ortalamaları



Tablo 23: Bireylerin Ameliyat öncesi, Ameliyat sonrası 1. Gün, 1. Ay ve 3. Ay'a göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=91)

SF-36 Alt Boyutları	Birey İzlem Zamanları	X±S.s	F	p
Fiziksel Fonksiyon	Ameliyat Öncesi	12.48±4.687	702.976	.000
	Ameliyat Sonrası 1. Gün	10.64±2.378		
	1. Ay	21.79±4.130		
	3. Ay	28.90±2.517		
Rol Güçlüğü (Fiziksel)	Ameliyat Öncesi	5.32±1.861	187.816	.000
	Ameliyat Sonrası 1. Gün	4.27±1.001		
	1. Ay	6.16±1.939		
	3. Ay	7.81±.893		
Ağrı	Ameliyat Öncesi	3.70±1.553	437.515	.000
	Ameliyat Sonrası 1. Gün	10.15±1.825		
	1. Ay	4.84±1.916		
	3. Ay	2.52±1.139		
Genel Sağlık	Ameliyat Öncesi	15.90±1.687	117.752	.000
	Ameliyat Sonrası 1. Gün	16.77±1.351		
	1. Ay	14.54±1.369		
	3. Ay	13.35±1.004		
Vitalite	Ameliyat Öncesi	13.53±2.029	31.907	.000
	Ameliyat Sonrası 1. Gün	15.13±1.939		
	1. Ay	13.35±1.840		
	3. Ay	13.02±1.273		
Sosyal Fonksiyon	Ameliyat Öncesi	6.04±1.264	3.073	.083
	Ameliyat Sonrası 1. Gün	6.45±1.108		
	1. Ay	6.04±1.134		
	3. Ay	6.04±1.010		
Rol Güçlüğü (Emosyonel)	Ameliyat Öncesi	4.04±1.398	113.820	.000
	Ameliyat Sonrası 1. Gün	3.24±.779		
	1. Ay	4.74±1.373		
	3. Ay	5.87±.521		
Mental Sağlık	Ameliyat Öncesi	17.03±2.734	9.135	.003
	Ameliyat Sonrası 1. Gün	18.00±2.380		
	1. Ay	16.73±2.166		
	3. Ay	16.49±1.957		

Tablo 23'te bireylerin ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'a göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Tablo incelendiğinde, bireylerin ameliyat öncesi ile ameliyat sonrasında yaşam kalitesinin "sosyal fonksiyon" alt boyutu dışında diğer tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($F=702.976$ $p=.000$).



Tablo 24: Bireylerin Ameliyat Öncesi Kendi Beden İmajı ve Yaşam Kalitesine İlişkin İfadelerin Dağılımı (N=91)

BEDEN İMAJI										
YAŞAM KALİTESİ	Kendimi Beğenirdim		Kendimi Orta Düzeyde Beğenirdim		Kendimi Beğenmezdim		Kendimi Hiç Beğenmezdim		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	İyi	1	50.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	2
Orta	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0.0	4	4.40
Kötü	0	0.0	0	0.0	6	66.7	3	33.3	9	9.88
Çok kötü	2	2.6	8	10.5	11	14.5	55	72.4	76	83.52
Toplam	5	5.5	9	9.9	18	19.8	59	64.8	91	100.0

Tablo 24’te bireylerin, ameliyat öncesi beden imajı ve yaşam kalitesine ilişkin ifadelerin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde ameliyat öncesi yaşam kalitesi ifadesi “iyi” olanların %50’sinin kendini beğendiği, %50’sinin ise hiç beğenmediği, yaşam kalitesi ifadesi “orta” olanların %50’sinin kendini beğendiği, %25’inin kendini orta düzeyde beğendiği, %25’inin kendini beğenmediği, yaşam kalitesi ifadesi “kötü” olanların %66.7’sinin kendini beğenmediği, %33.3’ünün kendini hiç beğenmediği, yaşam kalitesi ifadesi “çok kötü” olanların %2.6’sının kendini beğendiği, %10.55’inin kendini orta düzeyde beğendiği, %14.5’inin kendini beğenmediği, %72.4’ünün kendini hiç beğenmediği görülmektedir.

Tablo 25: Bireylerin Ameliyat Sonrası 1. Ay’da Beden İmajı ve Yaşam Kalitesine İlişkin İfadelerin Dağılımı (N=91)

YAŞAM KALİTESİ	BEDEN İMAJI								Toplam	
	Kendimi Beğenirdim		Kendimi Orta Düzeyde Beğenirdim		Kendimi Beğenmezdim		Kendimi Hiç Beğenmezdim			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
İyi	28	87.5	4	12.5	0	0.0	0	0.0	32	
Orta	2	3.8	43	82.7	5	9.6	2	3.8	52	
Kötü	0	0.0	3	50.0	3	50.0	0	0.0	1	
Çok kötü	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	
Toplam	30	33.0	50	54.9	9	9.9	2	2.2	91	100.0

Bireylerin ameliyat sonrası 1. ay’da beden imajı ve yaşam kalitesine ilişkin ifadelerin dağılımı Tablo 25’te verilmiştir. Tablo incelendiğinde ameliyat sonrası 1. ay’da yaşam kalitesi ifadesi “iyi” olanların %87.5’inin kendini beğendiği, %12.5’inin kendini orta düzeyde beğendiği, yaşam kalitesi ifadesi “orta” olanların %3.8’inin kendini beğendiği, %82.7’sinin kendini orta düzeyde beğendiği, %9.6’sının kendini beğenmediği, %3.8’inin kendini hiç beğenmediği, yaşam kalitesi ifadesi “kötü” olanların %50’sinin kendini orta düzeyde beğendiği, %50’sinin kendini beğenmediği, yaşam kalitesi ifadesi “çok kötü” olanların %100’ünün kendini beğenmediği görülmektedir.

Tablo 26: Bireylerin Ameliyat Sonrası 3. Ay’da Beden İmajı ve Yaşam Kalitesine İlişkin İfadelerin Dağılımı (N=91)

YAŞAM KALİTESİ	BEDEN İMAJI								Toplam	
	Kendimi Beğenirdim		Kendimi Orta Düzeyde Beğenirdim		Kendimi Beğenmezdim		Kendimi Hiç Beğenmezdim			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
İyi	18	85.7	3	14.3	0	0.0	0	0.0	21	100.0
Orta	4	6.9	49	84.5	5	8.6	0	0.0	58	100.0
Kötü	0	0.0	3	27.3	6	54.5	2	18.2	11	100.0
Çok kötü	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
Toplam	22	24.2	56	61.5	11	12.1	2	2.2	91	100.0

Tablo 26’da bireylerin ameliyat sonrası 3. ay’da beden imajı ve yaşam kalitesine ilişkin ifadelerin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde ameliyat sonrası 3. ay’da yaşam kalitesi ifadesi “iyi” olanların % 85.7’sinin kendini beğendiği, % 14.3’ünün kendini orta düzeyde beğendiği, yaşam kalitesi ifadesi “orta” olanların %6.9’unun kendini beğendiği, %84.5’inin kendini orta düzeyde beğendiği, %8.6’sının kendini beğenmediği, yaşam kalitesi ifadesi “kötü” olanların % 27.3’ünün kendini orta düzeyde beğendiği, %54.5’inin kendini beğenmediği, % 8.2’sinin kendini hiç beğenmediği, yaşam kalitesi ifadesi “çok kötü” olanların %100’ünün kendini orta düzeyde beğendiği görülmektedir.

Tablo 27: Bireylerin Beden İmajı ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki Korelasyon (N=91)

SF-36 Alt Boyutları	Beden İmajı				
	Ameliyat Öncesi	Ameliyat sonrası			
		1. Gün	1. Ay	3. Ay	
Ameliyat öncesi dönem	Fiziksel Fonksiyon	.444**	.391**	.228*	.392**
	Rol Güçlüğü (Fiziksel)	.215*	.222*	.015	.100
	Ağrı	-.102	-.105	-.068	-.257*
	Genel Sağlık	-.248*	-.249*	-.272**	-.288**
	Vitalite	-.271**	-.191	-.240*	-.209*
	Sosyal Fonksiyon	-.083	-.090	.062	.032
	Rol Güçlüğü (Emosyonel)	.218*	.230*	.009	.084
	Mental Sağlık	-.187	-.162	-.140	-.028
Ameliyat sonrası 1. gün	Fiziksel Fonksiyon	.261*	.297**	.128	.067
	Rol Güçlüğü (Fiziksel)	.039	.091	-.020	-.180
	Ağrı	-.036	-.108	-.084	.066
	Genel Sağlık	-.010	-.044	.061	.231*
	Vitalite	-.135	-.155	-.242*	-.166
	Sosyal Fonksiyon	.109	.056	.058	.066
	Rol Güçlüğü (Emosyonel)	.036	.079	-.020	-.131
	Mental Sağlık	-.150	-.232*	-.191	-.165
Ameliyat sonrası 1. ay	Fiziksel Fonksiyon	.120	.179	.093	.075
	Rol Güçlüğü (Fiziksel)	.145	.110	.125	.137
	Ağrı	-.039	-.115	-.163	.031
	Genel Sağlık	-.141	-.206*	-.218*	-.322**
	Vitalite	-.240*	-.183	-.274**	-.261*
	Sosyal Fonksiyon	-.146	-.089	-.127	-.133
	Rol Güçlüğü (Emosyonel)	.214*	.146	.202	.204
	Mental Sağlık	-.052	-.005	-.106	-.069
Ameliyat sonrası 3. ay	Fiziksel Fonksiyon	.145	.096	.079	.366**
	Rol Güçlüğü (Fiziksel)	.161	.151	.193	.322**
	Ağrı	-.083	-.116	-.106	-.264*
	Genel Sağlık	-.164	-.111	-.082	-.144
	Vitalite	-.046	-.097	-.082	-.074
	Sosyal Fonksiyon	.043	-.098	-.007	-.084
	Rol Güçlüğü (Emosyonel)	.126	.098	.176	.404**
	Mental Sağlık	.065	.054	-.098	-.016

(*) p<0.05 (**) p<0.001

Tablo 27’de bireylerin beden imajı ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki verilmiştir. Tablo incelendiğinde ameliyat öncesi yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon boyutu ile ameliyat öncesi, ameliyattan sonraki 1. gün, 1. ay ve 3. ay, rol güçlüğü (fiziksel) boyutu arasında; ameliyat öncesi ve ameliyattan sonraki 1. gün, rol güçlüğü (emosyonel) boyutu ile ameliyat öncesi ve ameliyattan sonraki 1. gün arasında doğru yönde; genel sağlık boyutu ile ameliyat öncesi, ameliyattan sonraki 1. gün, ameliyattan sonraki 1. ay ve 3. ay beden imajı arasında ters yönde anlamlı ilişki bulunduğu görülmektedir.

Ameliyat sonrası 1. gün yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon boyutu ile ameliyat öncesi ve ameliyattan sonraki 1. gün beden imajı arasında doğru yönde anlamlı ilişki bulundu.

Ameliyat sonrası 1. ay yaşam kalitesinin mental sağlık boyutu ile ameliyat sonrası 1.gün, genel sağlık boyutu arasında; ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay, vitalite boyutu ile ameliyat öncesi, ameliyattan sonraki 1. ay ve 3. ay ağrı boyutu ile ameliyat sonrası 3. ay beden imajı ile ters yönde, rol güçlüğü (emosyonel) boyutu ile ameliyat öncesi, fiziksel fonksiyon boyutu ile ameliyat sonrası 3. ay, rol güçlüğü (fiziksel) boyutu ile ameliyat sonrası 3. ay beden imajı arasında doğru yönde anlamlı ilişki bulundu.

Tablo 28: BireylerinBeden İmajı ile Yaşam Kalitesi Arasında Basit Doğrusal Regresyon Analizi (N=91)

SF-36 alt boyutları	Bağımsız değişken	B	SE	β	t	p	F	Model (p)
Fiziksel Fonksiyon	Sabit	22.382	1.777		12.595	.000	13.724	.000
	Beden imajı	.038	.010	.366	3.705	.000		
Rol Güçlüğü (Fiziksel)	Sabit	5.775	.642		9.002	.000	10.288	.002
	Beden imajı	.012	.004	.322	3.208	.002		
Ağrı	Sabit	4.650	.833		5.581	.000	6.684	.011
	Beden imajı	-.012	.005	-.264	-2.585	.011		
Genel Sağlık	Sabit	14.379	.754		19.079	.000	1.896	.172
	Beden imajı	-.006	.004	-.144	-1.377	.172		
Vitalite	Sabit	13.687	.963		14.208	.000	.486	.487
	Beden imajı	-.004	.006	-.074	-.697	.487		
Sosyal Fonksiyon	Sabit	6.647	.763		8.706	.000	.635	.428
	Beden imajı	-.003	.004	-.084	-.797	.428		
Rol Güçlüğü (Emosyonel)	Sabit	4.376	.361		12.109	.000	17.388	.000
	Beden imajı	.009	.002	.404	4.170	.000		
Mental Sağlık	Sabit	16.716	1.484		11.261	.000	.023	.880
	Beden imajı	-.001	.008	-.016	-.151	.880		

Tablo28'debireylerin beden imajı ile yaşam kalitesi arasında basit doğrusal regresyon analizi verilmiştir. Tablo incelendiğinde bireylerin beden imajı ile yaşam kalitesinin “fiziksel fonksiyon” boyutu ile düşük düzeyde ($\beta=.366$, $p<0.05$), “rol güçlüğü (fiziksel)” boyutu ile düşük düzeyde ($\beta=.322$, $p<0.05$), beden imajı ile “ağrı” boyutu ile düşük düzeyde ($\beta=.264$, $p<0.05$), “rol güçlüğü (emosyonel)” boyutu ile yüksek düzeyde ($\beta=.404$, $p<0.05$) anlamlı ilişki olduğu, “genel sağlık” boyutu ($\beta=.144$, $p>0.05$), “vitalite” boyutu ($\beta=.074$, $p>0.05$), “sosyal fonksiyon” boyutu ($\beta=.084$, $p>0.05$) ve “mental sağlık” boyutu ($\beta=.016$, $p>0.05$) ile arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulundu.



Tablo 29: Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cronbach- α Katsayısı

Ölçekler	Cronbach-α Katsayısı	Madde Sayısı
Beden Algısı Ölçeği	.991	40
Fiziksel Fonksiyon	.965	10
Rol güçlüğü (fiziksel)	.989	4
Ağrı	.823	2
Genel sağlık	.845	5
Vitalite	.851	4
Sosyal fonksiyon	.825	2
Rol güçlüğü (emosyonel)	.972	3
Mental sağlık	.740	5

Beden algısı ölçeğinin ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin içyapı tutarlılığının belirlenmesi için hesaplanan Cronbach- α katsayıları Tablo 29'da gösterilmiştir.

5.TARTIŞMA

Obezite günümüzde yaşam kalitesini ve beden imajını tehdit eden dünya çapında salgın bir hastalık haline gelmiştir (Efthymiouve ark., 2015; Lin ve ark., 2015). Bu çalışma morbid obezite nedeni ile obezite cerrahisi geçiren bireylerin ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da değişen beden imajının yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapıldı. Çalışmaya katılan bireylerin ameliyat sonrası beden imajının olumlu yönde değiştiği ve yaşam kalitesi üzerinde etkisinin de olumlu olduğu belirlendi.

Morbid obezitenin bireylerin biyopsikososyal boyutunu olumsuz olarak etkilediği bilinmektedir. Neven ve arkadaşları (2002) tarafından obezite cerrahisinin bireylerin beden imajı üzerindeki etkilerini incelemek üzere ameliyattan önce, ameliyattan 1-3 hafta, 6 ay ve bir yıl sonra beden imajının değerlendirildiği çalışmada, ameliyattan sonra beden imajında zamanla belirgin bir iyileşme olduğu ve en belirgin iyileşmenin 6. ayda gerçekleştiği belirlenmiştir. Sunulan çalışmada da bireylerin obezite cerrahisi sonrası beden imajının olumlu yönde değişim gösterdiği ve değişimin en fazla ameliyat sonraki 3. ayda olduğu belirlendi. Bu sonuç, obezite cerrahisinden sonra en hızlı kilo kaybının ilk üç ay içinde olması nedeni ile beden görüntüsünün iyileşmesi sonucunda ortaya çıktığı söylenebilir. Obezite cerrahisinin beden imajı üzerine etkilerinin incelendiği bir başka çalışmada (Lin ve ark., 2015), toplam 56 bireye ameliyat öncesi ve ameliyattan 3 ay sonra beden imajı ölçeği uygulanmış ve sonuçta bireylerin genel beden imajı, görünüş değerlendirmesi, yönlendirilmesi ve beden memnuniyeti gibi değişkenlerde önemli ölçüde iyileşme olduğu saptanmıştır. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da (Teufel ve ark., 2012; Jensen ve ark., 2014; Adami ve ark., 1998; de Zwaan ve ark., 2014; Song ve ark., 2016; Edward ve ark., 2016) benzer şekilde obezite cerrahisinden sonra beden imajının olumlu yönde değiştiği belirlenmiştir. Sunulan çalışmada ise bu çalışmalardan farklı olarak ameliyat sonrası 1. günde cerrahinin bireyler üzerindeki erken dönem sonuçları belirlendi. Post-operatif ağrı, dren ve kataterlerin varlığı ve bunlara bağlı erken dönemde yaşanan pişmanlık duygusu gibi nedenlerin ameliyat sonrası 1. günde beden imajını olumsuz yönde etkilediği bulundu.

Obezite cerrahisinin en önemli amacının yaşam kalitesini yükseltmek olduğu bildirilmektedir (Hachem ve Brennan, 2016; Driscoll ve ark., 2016; Lindekilde ve ark.,

2015). Obezite cerrahisinin amacının yaşam kalitesine odaklanmasının, kilo kaybının ötesinde, hasta merkezli bir bakış açısı sağladığı vurgulanmaktadır (Kushner ve Foster, 2000). Major ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, obezite cerrahisi sonrası bireylerin yaşam kalitesinin iyileştiği bulunmuştur. Hachem ve Brennan (2016) obezite cerrahisi sonrası 2 yıl izledikleri bireylerin yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde arttığını belirlemişlerdir. Obezite cerrahisi sonrası yaşam kalitesinin değerlendirildiği diğer çalışmalarda da (Westman ve ark., 2004; Chang ve ark., 2010; Dymek ve ark., 2002; Sarwer ve Steffen, 2015; Sarwer ve ark., 2012; Wu ve ark., 2016; Moraes ve ark., 2014; Martínez ve ark., 2010; Pandey ve ark., 2017; de Raaff ve ark., 2017; Macano ve ark., 2017) benzer şekilde bireylerin yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur. Sunulan çalışmada ameliyat sonrası bireylerin yaşam kalitelerinin ciddi düzeyde iyileştiği ve bu iyileşmenin ameliyat sonrası 3. ay'da en yüksek olduğu belirlendi. Obezite cerrahisi ciddi boyutta kilo kaybına zemin hazırlamaktadır (Nickel ve ark., 2017). Sunulan çalışmanın ve diğer çalışmaların sonuçları obezite cerrahisi sonrası oluşan ciddi boyuttaki kilo kaybının bireylerin rollerini ve günlük yaşam aktivitelerini daha kolaylıkla yapmaları ve var olan hastalıklarının gerilemesine bağlı yaşam kalitesinin artmasına yol açtığı şeklinde yorumlanabilir.

Beden imajı ile psikososyal sonuçlar arasındaki ilişki ele alındığında, beden imajının kişinin yaşam kalitesini de etkileyebileceğini söylemek mümkündür. Morbid obezlerin genel popülasyona göre beden imajı ve yaşam kalitesi düşüktür. Nickel ve arkadaşlarının (2017) obezite cerrahisinin cinsiyet, yaş ve ameliyat şeklinin (SG ve LRYGB) beden imajı ve yaşam kalitesine etkisini incelemek için bireylere ameliyat öncesi, ameliyattan 6 ay ve 24 ay sonra beden imajı ölçeği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini uyguladıkları çalışmada, yaşam kalitesi ve beden imajının ameliyattan sonraki 6 ay içinde önemli ölçüde iyileştiği ve 24 ay içinde stabil kaldığı, cinsiyet, yaş ve ameliyat şeklinin yaşam kalitesi ve beden imajı üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur. Obezite cerrahisi öncesi ve ameliyattan 6, 12 ve 24. aylarda 121 bireyin beden imajı ve yaşam kalitesinin incelendiği başka bir çalışmada, kilo kaybı ile birlikte beden imajında iyileşme olduğu ve buna paralel olarak yaşam kalitesi düzeyinin de yükseldiği saptanmıştır (Edward ve ark., 2016). Bu çalışmada bireylerin ameliyat öncesine göre ameliyat sonrasında hem beden imajı hem de yaşam kalitesi puan ortalamalarında artış olduğu bulundu.

Obezite ile ilişkili olarak BKİ arttıkça beden imajının azaldığı bulunmuştur (Hamurcu, 2014; Doll, Peterson ve Stewart Brown, 2000; Allen ve ark., 2016). Palmera ve arkadaşlarının (2009) BKİ ortalaması 31.1 kg/m² olan ve cerrahi dışı obezite tedavisi gören 144 kadının beden imajı değişimini incelediği çalışmada, tedavi öncesi ve tedavi sonrası beden imajı arasında anlamlı düzeyde fark olduğu, 12 ay sonra BKİ'nin gerilemesi sonucu beden imajının olumlu yönde değiştiği tespit edilmiştir. Obezite cerrahisinin sonuçlarının değerlendirildiği çalışmalarda (Sarwer ve ark., 2010; Nickel ve ark., 2017) ise, ameliyattan sonra ilk birkaç ay içinde yaşam kalitesi ve beden imajında belirgin iyileşme olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası 3. ay'da bireylerin BKİ'lerinde ciddi düzeyde gerileme olduğu ve buna paralel olarak beden imajı puan ortalamalarının yükseldiği belirlendi. Sunulan çalışma ve diğer çalışma sonuçları, kilo kaybı ile BKİ gerilemesi sonucu fiziksel görüntüde oluşan olumlu yönde değişim ile birlikte beden imajı puanlarını arttırdığı şeklinde yorumlanabilir.

Genç olmak ve genç görünmek tüm toplumlarda önemlidir. Yaş ilerledikçe yalnızlık, sağlık durumunda bozulma, yakın bellekte zayıflık ve depresyon gibi durumlar nedeni ile toplumlarda yaşlanmaya yönelik olumsuz tutumlar (Davis, 1997), bunun yanı sıra yaşlanma ile birlikte bedensel değişiklikler ve deformasyonlar sonucu, beden imajının olumsuzluklar ortaya çıkabilmektedir (Collins ve Propert, 1983). Beden imajierkeklere göre kadınlarda daha fazla olumsuz yönde etkilenmektedir (Ferraro ve ark., 2008). Bu çalışmada bireylerin yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, ameliyat şekli ile ilişkisinin olmadığı ancak, erkek cinsiyetinde ameliyat öncesi beden imajı ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının kadınlara oranla yüksek olduğu ve ameliyat sonrası dönemde de erkeklerin beden imajı ve yaşam kalitesi puan ortalamaları 1. ay'dan itibaren yükselirken kadınların 3. ay'da yükseldiği görüldü. Erkeklerdeki beden imajı puanlarının kadınlardan yüksek olmasının nedeni medyanın öne çıkardığı ve toplumun erkek ve kadın cinsiyetine yüklediği rollerden kaynaklandığı söylenebilir. Kadınlar üzerinde yapılan prospektif kilo değişikliği ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada (Fine ve ark., 1999), kilo kaybı ile birlikte yaşam kalitesinin psikososyal boyutundan çok, fiziksel fonksiyonu iyileştirdiği bulunmuştur. Sunulan çalışmada, cinsiyet farkı olmaksızın kilo kaybı ile birlikte yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel) ve rol güçlüğü (emosyonel) boyutlarında iyileşme olduğu belirlendi.

Obezitenin SG ve LRYGB yöntemleri ile tedavi edilmesinin ilk BKİ değerine bakılmaksızın, yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği çalışmada (Major ve ark., 2015) ameliyat öncesi yaşam kalitesinin tüm bireylerde çok kötü olduğu, ameliyattan 1 yıl sonra tüm yaşam kalitesi parametrelerinde önemli iyileşme olduğu, yaşam kalitesindeki düzelme ile başlangıç BKİ'si veya ameliyat şekli arasında ilişki bulunmamıştır. Sunulan çalışmada da bireylerin ameliyat şekli ile yaşam kalitesi ve beden imajı arasında ilişki olmadığı bulundu.

Sonuç olarak ameliyat olduktan sonra zaman ilerledikçe yaşam kalitesi ve beden imajının olumlu yönde geliştiği sonucuna varıldı.



6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Araştırmaya alınan bireylerin yaş ortalaması 37.08 ± 90 olup, %51.6'sının 36 yaş ve üzeri, %70.3'ünün kadın, %71.4'ünün evli, %56'sının lise, %26.4'ünün üniversite mezunu, %33'ünün kronik bir hastalığının bulunduğu, %59.3'ünün ailesinde obezite sorunu bulunduğu, %57.1'inin 5-10 yıldır, obez olduğu, %83.5'inin ameliyat olmadan önceki yaşam kalitesinin çok kötü olduğu, ameliyat olmadan önce bireylerin %64.8'inin kendini hiç beğenmediği belirlendi. Bireylerin %62.6'sına "mini gastrik by-pass" yapıldı. Bireylerin %69.2'sinin ameliyat sonrası rahatsızlık yaşadığını, bireylerin %65.9'u ameliyat sonrası bulantı-kusma, %13.2'si kan glukoz düzeyinde düşme, %38.5'i halsizlik, %36.3'ü yorgunluk, %2.2'si anastomoz kaçağı yaşadığını, % 97.8'inin ameliyat olmaktan memnun olduğu, ameliyat sonrası %100'ünün yürüyüş yaptığı, %98.9'unun aerobik/step/jimnastik yaptığı, %97.8'inin ağırlık çalıştığı, %20.9'unun bisiklet kullandığını ifade ettiği belirlendi (**Tablo 2**).
2. Bireylerin ameliyat öncesi kilo ortalaması 127.41 ± 14.15 , boy ortalaması 162.82 ± 10.81 , BKİ ortalaması 48.52 ± 5.84 , ameliyat sonrası 1. ay'da kilo ortalaması 113.38 ± 12.59 , boy ortalaması 161.74 ± 15.78 , BKİ ortalaması 43.25 ± 5.62 , ameliyat sonrası 3. ay'da kilo ortalaması 95.33 ± 12.19 , boy ortalaması 162.84 ± 10.83 , BKİ ortalaması 36.20 ± 5.36 olarak saptandı (**Tablo 3**).
3. Bireylerin yaşlarına göre ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. günde, ameliyat sonrası 1. ay'da ve ameliyat sonrası 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel değeri anlamsız ($p > 0.05$) bulundu (**Tablo 4**).
4. Bireylerin cinsiyetine göre beden imajı puan ortalamaları incelendiğinde ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı ($p < 0.05$) bulundu. Beden imajı ölçeğinde 135 kesme noktası temel alındığında, erkeklerde beden imajı puan ortalamaları ameliyat sonrası 1. ay'dan itibaren yüksek iken, kadınlarda ameliyat sonrası 3. ay'dan itibaren yükselmeye başladığı bulundu (**Tablo 5**).
5. Bireylerin medeni durumlarına göre puan ortalamaları incelendiğinde, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları

arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) olduğu bulundu (**Tablo 6**).

6. Bireylerin eğitim durumlarına göre beden imajı puan ortalamaları incelendiğinde, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulundu (**Tablo 7**).
7. Bireylerin kronik hastalık olma durumuna göre beden imajı puan ortalamaları incelendiğinde, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 1. günde beden imajı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), ameliyat sonrası 1. ay'da ve ameliyat sonrası 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulundu (**Tablo 8**).
8. Bireylerin ailesinde obezite olma durumlarına göre beden imajı puan ortalamaları incelendiğinde, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulundu (**Tablo 9**).
9. Bireylerin ameliyat öncesi kaç yıldır obez olduğuna göre beden imajı puan ortalamaları incelendiğinde, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) olduğu bulundu (**Tablo 10**).
10. Bireylerin ameliyat olmadan önceki yaşam kalitesine göre beden imajı puan ortalamaları incelendiğinde, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulundu (**Tablo 11**).
11. Bireylerin ameliyat olmadan önceki beden algısına göre beden imajı puan ortalamaları değerlendirildiğinde, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün ve 1. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), ameliyat sonrası 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız ($p>0.05$) olduğu bulundu. Bu bulgu, Bireylerin ameliyat olmadan önceki beden algısına göre ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün ve 1. ay'da beden imajı puanları açısından aralarında fark olduğunu göstermektedir. Farkın, Dunnet T3 Post Hoc testi sonucuna göre, ameliyat olmadan önceki beden algısına “kendimi beğenirdim” ve ameliyat sonrası 1. gün ve 1. ay “kendimi orta düzeyde beğenirdim” yanıtını verenlerden kaynaklandığı belirlendi (**Tablo 12**).

12. Bireylerin ameliyat şekline göre beden imajı puan ortalamaları incelendiğinde ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) olduğu belirlendi (**Tablo 13**).
13. Bireylerin ailesinde ameliyat sonrası komplikasyon yaşama durumuna göre beden imajı puan ortalamaları incelendiğinde ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$) (**Tablo 14**).
14. Bireylerin ailesinde ameliyat sonrası bulantı-kusma yaşama durumuna göre beden imajı puan ortalamaları incelendiğinde ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel değerlendirme sonucunda anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$) (**Tablo 15**).
15. Bireylerin ameliyat sonrası kan glukoz düzeyinin düşmesi durumuna göre beden imajı puan ortalamaları incelendiğinde ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları açısından farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$) (**Tablo 16**).
16. Bireylerin ameliyat sonrası halsizlik yaşama durumuna göre beden imajı puan ortalamaları incelendiğinde ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel değerlendirme anlamsız olduğu belirlendi ($p>0.05$) (**Tablo 17**).
17. Bireylerin ameliyat sonrası yorgunluk yaşama durumuna göre beden imajı puan ortalamaları değerlendirildiğinde ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu ($p>0.05$) belirlendi (**Tablo 18**).
18. Bireylerin ameliyat olduğuna pişman olma durumuna göre beden imajı puan ortalamaları incelendiğinde ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay'da beden imajı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$) (**Tablo 19**).
19. Bireylerin yaşına göre ameliyat öncesi yaşam kalitesinin vitalite boyutu anlamlı diğer boyutların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$). Cinsiyetine göre ameliyat öncesi yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı boyutları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulundu. Medeni

durumuna göre ameliyat öncesi yaşam kalitesinin vitalite ve sosyal fonksiyon boyutpuan ortalamaları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) iken, diğer boyutların puan ortalamaları arasındaki fark anlamsızdı($p>0.05$). Eğitim durumuna göre ameliyat öncesi, yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasında anlamsız olduğu bulundu. Farkın, Dunnet T3 Post Hoc testine göre, üniversite eğitimi olan bireylerden kaynaklandığı belirlendi. Kronik hastalığı, ailesinde obezite sorunu olması, ameliyat öncesi obez olma süresine göre ameliyat öncesi, yaşam kalitesinin tüm boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$). Bireylerin ameliyat olmadan önceki yaşam kalitesi ifadesine göre rol güçlüğü (fiziksel), ağrı ve rol güçlüğü (emosyonel) boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutları arasındaki farkın anlamsız ($p>0.05$) olduğu belirlendi. Farkın, Dunnet T3 Post Hoc testine göre, yaşam kalitesi ifadesi “iyi” olan bireylerin “kötü” ve “çok kötü” olan bireylere göre, ameliyat öncesi yaşam kalitesinin rol güçlüğü (fiziksel), “kötü” olanların “çok kötü” olanlara göre, ağrı boyutu, “iyi” ve “çok kötü” olanların “kötü” olan bireylere göre rol güçlüğü (emosyonel) boyut puan ortalamalarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü. Bireylerin ameliyat olmadan önceki beden imajı ifadesine göre ameliyat öncesi yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı ve rol güçlüğü (emosyonel) boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel değerlendirmede anlamlı ($p<0.05$), yaşam kalitesinin diğer boyutları arasındaki farkın ise anlamsız ($p>0.05$) olduğu bulundu. Yapılan Dunnet T3 Post Hoc testine göre farkın, beden imajı ifadesi “kendimi beğenirdim” ve “kendimi orta düzeyde beğenirdim” olan bireylerin “kendimi beğenmezdim” ve “kendimi hiç beğenmezdim” olan bireylere göre ameliyat öncesi yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), rol güçlüğü (emosyonel) boyutları puan ortalamalarının daha yüksek, beden imajı ifadesi “kendimi beğenmezdim” olan bireylerin “kendimi beğenirdim” olan bireylere göre ameliyat öncesi yaşam kalitesinin ağrı boyutu puan ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü. Bireylerin ameliyat şekli, ameliyat sonrası komplikasyon, bulantı-kusma, yorgunluk yaşama, kan glukoz düzeyinde düşme, ameliyat olduğuna pişman olma durumuna göre ameliyat öncesi yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel değerlendirmede anlamsız ($p>0.05$) olduğu

bulundu. Bireylerin ameliyat sonrası halsizlik yaşama durumuna göre ameliyat öncesi yaşam kalitesinin ağrı ve vitalite boyutları anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız ($p>0.05$) olduğu belirlendi (**Tablo 20**).

20. Bireylerin yaşına göre ameliyattan 3 ay sonra yaşam kalitesinin tüm boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$). Cinsiyete göre ameliyattan 3 ay sonrası yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel) boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlendi ($p>0.05$). Medeni, eğitim durumu, kronik bir hastalık bulunma, ailesinde obezite sorunu olma, obez olma süresine göre ameliyattan 3 ay sonra yaşam kalitesinin tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$). Bireylerin ameliyat olmadan önceki yaşam kalitesi ifadesine göre ameliyattan 3 ay sonrası yaşam kalitesinin ağrı boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasındaki farkın anlamsız ($p>0.05$) olduğu bulundu. Yapılan Dunnett T3 Post Hoc testine göre, yaşam kalitesi ifadesi “orta” olan bireylerin “iyi”, “kötü” ve “çok kötü” olan bireylere göre ameliyattan 3 ay sonrası yaşam kalitesinin ağrı alt boyut puan ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü. Bireylerin ameliyat olmadan önceki beden imajı ifadesine göre ameliyattan 3 ay sonra beden imajına ilişkin ifadelerine göre yaşam kalitesinin tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p>0.05$). Bireylerin ameliyat şekline göre ameliyattan 3 ay sonraki yaşam kalitesinin alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulundu ($p>0.05$). Bireylerin ameliyat sonrası rahatsızlık yaşama durumuna göre ameliyattan 3 ay sonraki yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı, sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel) boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasında anlamsız ($p>0.05$) olduğu saptandı. Bireylerin ameliyat sonrası bulantı-kusma yaşama durumuna göre ameliyattan 3 ay sonraki yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı, sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel) boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasında anlamsız bulundu ($p>0.05$). Bireylerin ameliyat sonrası kan glukoz

düzeyinde düşme yaşamasına göre ameliyattan 3 ay sonraki yaşam kalitesinin sosyal fonksiyon boyutu puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$) olduğu belirlendi. Bireylerin ameliyat sonrası halsizlik yaşamasına göre ameliyattan 3 ay sonraki yaşam kalitesinin sosyal fonksiyon boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız ($p>0.05$) olduğu bulundu. Bireylerin ameliyat sonrası yorgunluk yaşamasına göre ameliyattan 3 ay sonraki yaşam kalitesinin ağrı boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasındaki fark anlamsız olarak bulundu ($p>0.05$). Bireylerin ameliyat sonrası, ameliyat olduğuna pişman olma durumuna göre ameliyattan 3 ay sonraki yaşam kalitesinin sosyal fonksiyon boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$), mental sağlık boyutu arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$), yaşam kalitesinin diğer boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlendi ($p>0.05$) (**Tablo 21**).

21. Bireylerin ameliyat öncesi beden imajı puan ortalaması 97.30 ± 41.163 , ameliyat sonrası 1. gün 82.32 ± 43.725 , ameliyat sonrası 1. ay 137.22 ± 33.503 , ameliyat sonrası 3. ay 173.29 ± 24.453 olarak belirlendi. Beden algısı puan ortalamaları arasındaki fark tekrarlanmış ölçümler için varyans analizi sonucuna göre anlamlı bulundu ($F=1213.969$ $p=.000$) (**Tablo 22**) (**Grafik 1**).
22. Bireylerin ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası yaşam kalitesinin “sosyal fonksiyon” alt boyutu dışında diğer tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($F=702.976$ $p=.000$) (**Tablo 23**).
23. Bireylerin, ameliyat öncesi yaşam kalitesi ifadesi “iyi” olanların %50’sinin kendini beğendiği, yaşam kalitesi ifadesi “orta” olanların %50’sinin kendini beğendiği, yaşam kalitesi ifadesi “kötü” olanların %66.7’sinin kendini beğenmediği, yaşam kalitesi ifadesi “çok kötü” olanların %2.6’sının kendini beğendiği görüldü (**Tablo 24**).
24. Bireylerin ameliyat sonrası 1. ay’da yaşam kalitesi ifadesi “iyi” olanların %87.5’inin kendini beğendiği, yaşam kalitesi ifadesi “orta” olanların %3.8’inin kendini beğendiği, yaşam kalitesi ifadesi “kötü” olanların %50’sinin kendini beğenmediği, yaşam kalitesi ifadesi “çok kötü” olanların %100’ünün kendini beğenmediği bulundu (**Tablo 25**).
25. Bireylerin ameliyat sonrası 3. ay’da yaşam kalitesi ifadesi “iyi” olanların %85.7’sinin kendini beğendiği, yaşam kalitesi ifadesi “orta” olanların

%6.9'unun kendini beğendiği, yaşam kalitesi ifadesi “kötü” olanların %54.5'inin kendini beğenmediği, yaşam kalitesi ifadesi “çok kötü” olanların %100'ünün kendini orta düzeyde beğendiği bulundu (**Tablo 26**).

26. Bireylerin ameliyat öncesi yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon boyutu ile ameliyat öncesi, ameliyattan sonraki 1. gün, 1. ay ve 3. ay, rol güçlüğü (fiziksel) boyutu arasında; ameliyat öncesi ve ameliyattan sonraki 1. gün, rol güçlüğü (emosyonel) boyutu ile ameliyat öncesi ve ameliyattan sonraki 1. gün arasında doğru yönde; genel sağlık boyutu ile ameliyat öncesi, ameliyattan sonraki 1. gün, ameliyattan sonraki 1. ay ve 3. ay beden imajı arasında ters yönde anlamlı ilişki olduğu bulundu. Ameliyat sonrası 1. gün yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon boyutu ile ameliyat öncesi ve ameliyattan sonraki 1. gün beden imajı arasında doğru yönde anlamlı ilişki bulundu. Ameliyat sonrası 1. ay yaşam kalitesinin mental sağlık boyutu ile ameliyat sonrası 1.gün, genel sağlık boyutu arasında; ameliyat sonrası 1. gün, 1. ay ve 3. ay, vitalite boyutu ile ameliyat öncesi, ameliyattan sonraki 1. ay ve 3. ayağrı boyutu ile ameliyat sonrası 3. ay beden imajı ile ters yönde, rol güçlüğü (emosyonel) boyutu ile ameliyat öncesi, fiziksel fonksiyon boyutu ile ameliyat sonrası 3. ay, rol güçlüğü (fiziksel) boyutu ile ameliyat sonrası 3. ay beden imajı arasında doğru yönde anlamlı ilişki bulundu (**Tablo 27**).

27. Basit doğrusal regresyon analizine göre beden imajı ile yaşam kalitesinin “fiziksel fonksiyon” boyutu ile düşük düzeyde ($\beta=.366$, $p<0.05$), “rol güçlüğü fiziksel” boyutu ile düşük düzeyde ($\beta=.322$, $p<0.05$), beden İmajı ile “ağrı” boyutu ile düşük düzeyde ($\beta=.264$, $p<0.05$), “rol güçlüğü (emosyonel)” boyutu ile düşük düzeyde ($\beta=.404$, $p<0.05$) anlamlı ilişki olduğu, “genel sağlık” boyutu ($\beta=.144$, $p>0.05$), “vitalite” boyutu ($\beta=.074$, $p>0.05$), “sosyal fonksiyon” boyutu($\beta=.084$, $p>0.05$)ve “mental sağlık” boyutu ($\beta=.016$, $p>0.05$) ile arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulundu (**Tablo 28**).

6.2. Öneriler

1. Bireylerin kilo kayıplarının zaman içerisinde gerçekleştiği ve en fazla 3. ay'da beden imajı ve yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde arttığı bulundu. Bu sonuca göre daha uzun sürelerde daha fazla kişi ile beden imajı ve yaşam kalitesinin izleneceği çalışmaların yapılması,
2. Çalışmacılar tarafından izlem süresince bireylerin sorun yaşadıkları her noktada kendilerine ulaşabilmeleri için telefon numaraları verildiğinde bireylerin neredeyse tamamının çok fazla bilgiye gereksinimi olduğu görüldü. Bu bağlamda cerrahi sonrası bireylerin danışmanlık alabilecekleri hemşirelikte uzmanlık alanlarının geliştirilmesi,
3. Bireyler izlenirken bu ameliyatı geçirmiş biri ile görüşmek istedikleri belirlendi. Bu nedenle kurumda uzman hemşirenin rehberliğinde obezite cerrahisi geçiren bireylerden oluşan bir grup oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adami, G. F., Gandolfo, P., Campostano, A., Meneghelli, A., Ravera, G., & Scopinaro, N. (1998). Body image and body weight in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 24(3), 299-306.
- Aksoy, E., Çakmak, A., Orozakunov, E., & Gürel, M. (2009). Polipropilen meshlerin dokuya tespitinde kullanılan polipropilen dikiş, titanyum zımba ve nitinol çapa'nın kopma kuvvetlerinin karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 62(01), 39-43.
- Allen, D., Belcher, H. M., Young, A., Gibson, L. W., Colantuoni, E., & Trent, M. (2016). BMI, Body Image, Emotional Well-Being and Weight-Control Behaviors in Urban African American Adolescents. *International Journal of Child Health and Nutrition*, 5(3), 55.
- Altunkaynak, B. Z., & Özbek, E. (2006). Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 13(4), 138-142.
- Altunoğlu, E., Ülgen, E., Müderrisoğlu, C., Erdenen, F., & Boz, M. (2009). Obezite ve tiroid fonksiyonları. *İstanbul Tıp Dergisi*, 1, 225.
- Anderson, M. A., Gan, S. I., Fanelli, R. D., Baron, T. H., Banerjee, S., Cash, B. D., ... & Lichtenstein, D. R. (2008). Role of endoscopy in the bariatric surgery patient. *Gastrointestinal Endoscopy*, 68(1), 1-10.
- Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P., Formisano, G., Buchwald, H., & Scopinaro, N. (2015). Bariatric surgery worldwide 2013. *Obesity Surgery*, 25(10), 1822-1832.
- Annis, N. M., Cash, T. F., & Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1(2), 155-167.
- Ata, A., Vural, A., & Keskin, F. (2014). Beden algısı ve obezite. *Ankara Medical Journal*, 14(3): 74 -84.
- Aygün, N. (2014). Obezite tanımı, komplikasyonları, endokrin kontrolü ve beslenme tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30, 45-49.

- Balcıoğlu, İ., & Başer, S. Z. (2008). Obezitenin psikiyatrik yönü. *İÜ Cerrahpařa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62(1), 341-348.
- Barth, M. M., & Jenson, C. E. (2006). Postoperative nursing care of gastric bypass patients. *American Journal of Critical Care*, 15(4), 378-387.
- Başıbüyük, G. Ö., & Akin, G. (2007). Sivas İl Merkezinde Yetişkin Kadın Ve Erkeklerde Obezite Değerleri. *Electronic Turkish Studies*, 2(4).
- Başoğlu, Ö. K., Bacakoğlu, F., Ersin, S., Erikoğlu, M., & Köse, T. (2000). Üst karın cerrahisinde postoperatif solunumsal komplikasyon riskinin preoperatif parametrelerle ilişkisi. *Toraks Dergisi*, 2: 17-22.
- Baumeister, H., Harter, M. (2007). Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *Int J Obes (Lond)*, 31: 1155-1164.
- Bianchini, F., Kaaks, R., & Vainio, H. (2002). Overweight, obesity, and cancer risk. *The Lancet Oncology*, 3(9), 565-574.
- Blackwood, H. S. (2005). Help your patient downsize with bariatric surgery. *Nursing2016*, 35, 4-9.
- Bloomberg, R. D., Fleishman, A., Nalle, J. E., Herron, D. M., & Kini, S. (2005). Nutritional deficiencies following bariatric surgery: what have we learned.? *Obesity Surgery*, 15(2), 145-154.
- Boan, J., Kolotkin, R.L., Westman, E.C., McMahon, R.L., & Grant, J.P. (2004). Binge eating, quality of life, and physical activity improve after roux-en-y gastric bypass for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 14, 341-348.
- Bray, G.A. (2004). Medical consequences of obesity. *JClin Endocrinol Metab*, 89: 2583-2589.
- Brethauer, S. A., Hammel, J. P., & Schauer, P. R. (2009). Systematic review of sleeve gastrectomy as staging and primary bariatric procedure. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 5(4), 469-475.
- Brethauer, S.A. (2011). Laparoscopic gastric aplication for treatment of severe obesity. *Surg Obes Relat Dis*, Jan-Feb;7(1): 15-22.

- Brethauer, S.A., (2011). Sleeve Gastrectomy. *Surg Clin North Am*, 91: 1265-1279.
- Britz, B., Siegfried, W., Ziegler, A., Lamertz, C., Herpertz-Dahlmann, B. M., Renschmidt, H., ... & Hebebrand, J. (2000). Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *International Journal of Obesity*, 24(12), 1707.
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M. D., Pories, W., Fahrenbach, K., & Schoelles, K. (2004). Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 292(14), 1724-1737.
- Bult, M. J., van Dalen, T., & Muller, A. F. (2008). Surgical treatment of obesity. *European Journal of Endocrinology*, 158(2), 135-145.
- Calle, E. E., Rodriguez, C., Walker-Thurmond, K., & Thun, M. J. (2003). Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults. *New England Journal of Medicine*, 348(17), 1625-1638.
- Camden, S. G. (2006). Nursing care of the bariatric patient. *Bariatric Surgical Nursing and Patient Care*, 1(1), 21-30.
- Cash, T. F., Counts, B., & Huffine, C. E. (1990). Current and vestigial effects of overweight among women: Fear of fat, attitudinal body image, and eating behaviors. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12(2), 157-167.
- Carmichael, A.R. (2006). Obesity and prognosis of breast cancer. *Obesity Reviews*, 7(4), 333-340.
- Chang, C. Y., Hung, C. K., Chang, Y. Y., Tai, C. M., Lin, J. T., & Wang, J. D. (2010). Health-related quality of life in adult patients with morbid obesity coming for bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20(8), 1121-1127.
- Chapman, W. H., Cunningham, E., & Pories, W. J. (2013). Bariatric surgery and diabetes: access denied. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 15(1), 83-87.
- Christou, N. V., Sampalis, J. S., Liberman, M., Look, D., Auger, S., McLean, A. P., & MacLean, L. D. (2004). Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. *Annals of Surgery*, 240(3), 416-424.

- Collins, J. K., & Propert, D. S. (1983). A developmental study of body recognition in adolescent girls. *Adolescence, 18*(72), 767.
- Colquitt, J. L., Picot, J., Loveman, E., & Clegg, A. J. (2009). Surgery for obesity. *Cochrane Database Syst Rev, 2*(2).
- Colter, J. (2004). Obesity surgery. *Plastic Surgical Nursing, 24* (3): 95-98.
- Coşkun, H., Bostancı, Ö., Dilege, E., Demir, U., Yüksel, E., & Mihmanlı, M. (2006). Morbid obezite tedavisinde gastrik bypass uygulamasının erken postoperatif dönem sonuçları. *Ulusal Cerrahi Dergisi, 22*(2), 59-62.
- Davis, C. (1997). Body image, exercise, and eating behaviors. *The Physical Self: From Motivation to Well-Being, 143-174*.
- De Prisco, C., & Levine, S. N. (2005). Metabolic bone disease after gastric bypass surgery for obesity. *J Med Sci, 329*(2), 57-61.
- De Raaff, C. A. L., Coblijn, U. K., de Klerk, E. S. M., Ravesloot, M. J. L., de Vries, N., & van Wagenveld, B. A. (2017). Impact of obstructive sleep apnea on quality of life after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *The Surgeon, 4*(3): 1-5.
- De Zwaan, M., Georgiadou, E., Stroh, C. E., Teufel, M., Köhler, H., Tengler, M., & Müller, A. (2014). Body image and quality of life in patients with and without body contouring surgery following bariatric surgery: a comparison of pre-and post-surgery groups. *Frontiers in Psychology, 5*, 1310.
- De Zwaan, M., Mitchell, J.E., Howell, L.M., Monson, N., Swan Kremeier, L., Roering, J.L., Kolotkin, R.L., Crosby, R.D. (2002). Two measures of Health-Related Quality of life in morbid obesity. *Obesity Research, 10*.1143-1151.
- Değirmenci, T. (2006). *Obez erişkinlerde benlik saygısı, yaşam kalitesi, yeme tutumu, Depresyon ve Anksiyete* (Doctoral dissertation, Pamukkale Üniversitesi).
- Deutzer, J. (2005). Potential complications of obstructive sleep apnea in patients undergoing gastric bypass surgery. *Critical Care Nursing Quarterly, 28*(3), 293-299.

- Deveci, A., Demet, M. M., Özmen, B., Özmen, E., & Hekimsoy, Z. (2005). Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 84-91.
- Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2002). Changes in comorbidities and improvements in quality of life after LAP-BAND placement. *The American Journal of Surgery*, 184(6), 51-54.
- Dokras, A., Baredziak, L., Blaine, J., Syrop, C., VanVoorhis, B. J., & Sparks, A. (2006). Obstetric outcomes after in vitro fertilization in obese and morbidly obese women. *Obstetrics & Gynecology*, 108(1), 61-69.
- Doll, H. A., Petersen, S. E., & Stewart Brown, S. L. (2000). Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obesity*, 8(2), 160-170.
- Dowd, J. (2005). Nutrition management after gastric bypass surgery. *Diabetes Spectrum*, 18(2), 82-84.
- Driscoll, S., Gregory, D. M., Fardy, J. M., & Twells, L. K. (2016). Long-term health-related quality of life in bariatric surgery patients: A systematic review and meta-analysis. *Obesity*, 24(1), 60-70.
- Dymek, M. P., Grange, D., Neven, K., & Alverdy, J. (2002). Quality of life after gastric bypass surgery: a cross-sectional study. *Obesity*, 10(11), 1135-1142.
- Edward, K. L., Hii, M. W., Giandinoto, 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*, 1557988316630770.
- 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. *Obesity Surgery*, 25(2), 310-318.
- Elliot, K. (2003). Nutritional considerations after bariatric surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*, 26(2), 133-138.

- Engel, S. G., Crosby, R. D., Kolotkin, R. L., Hartley, G. G., Williams, G. R., Wonderlich, S. A., & Mitchell, J. E. (2003). Impact of weight loss and regain on quality of life: mirror image or differential effect? *Obesity Research, 11*(10), 1207-1213.
- Eser, E. (2006). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü, sağlıklı yaşam kalitesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Birikim Dergisi, 1*(2), 1-5.
- Fabbrini, E., Magkos, F., Mohammed, B. S., Pietka, T., Abumrad, N. A., Patterson, B. W., ... & Klein, S. (2009). Intrahepatic fat, not visceral fat, is linked with metabolic complications of obesity. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 106*(36), 15430-15435.
- Faine, L. A., Diniz, Y. S., Almeida, J. A., Novelli, E. L. B., & Ribas, B. O. (2002). Toxicity of ad lib. overfeeding: effects on cardiac tissue. *Food and Chemical Toxicology, 40*(5), 663-668.
- Ferraro, F. R., Muehlenkamp, J. J., Paintner, A., Wasson, K., Hager, T., & Hoverson, F. (2008). Aging, body image, and body shape. *The Journal of General Psychology, 135*(4), 379-392.
- Ferreira, M. B. G., Felix, M. M. D. S., & Galvão, C. M. (2014). Nursing care in the perioperative period for patients undergoing bariatric surgery. *Northeast Network Nursing Journal, 15*(4).
- Fine, J. T., Colditz, G. A., Coakley, E. H., Moseley, G., Manson, J. E., Willett, W. C., & Kawachi, I. (1999). A prospective study of weight change and health-related quality of life in women. *Jama, 282*(22), 2136-2142.
- Fontaine, K. R., & Bartlett, S. J. (1998). Estimating health-related quality of life in obese individuals. *Disease Management and Health Outcomes, 3*(2), 61-70.
- Fontaine, K. R., Bartlett, S. J., & Barofsky, I. (2000). Health-related quality of life among obese persons seeking and not currently seeking treatment. *International Journal of Eating Disorders, 27*(1), 101-105.

- Freeman, J. B., Meyer, P. D., Printen, K. J., Mason, E. E., & DenBesten, L. (1975). Analysis of gallbladder bile in morbid obesity. *The American Journal of Surgery*, 129(2), 163-166.
- Freeman, L., Brown, W. A., Korin, A., Pilgrim, C. H., Smith, A., & Nottle, P. (2011). An approach to the assessment and management of the laparoscopic adjustable gastric band patient in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 23(2), 186-194.
- Gallagher, S. (2004). Taking the weight off with bariatric surgery. *Nursing2016*, 34(3), 58-64.
- Garza, S.F. (2004). Peri op care for morbidly obese. *RN*, 67(3): 26ac1-26ac6.
- Gedik, O. (2003). Obezite ve çevresel faktörler. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2, 1-4.
- Grindel, M. E., & Grindel, C. G. (2006). Nursing care of the person having bariatric surgery. *Medsurg Nursing*, 15(3), 129.
- Hachem, A., & Brennan, L. (2016). Quality of life outcomes of bariatric surgery: a systematic review. *Obesity Surgery*, 26(2), 395-409.
- Hamurcu, P. (2014). Obez bireylerde benlik saygısı ve beden algısının değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg*, 19 (3): 122-128.
- Hamurcu, P., Öner, C., Telatar, B., & Yeşildağ, Ş. (2015). Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19(3), 122-129.
- Harrington, L. (2006). Postoperative care of patients undergoing bariatric surgery. *Medsurg Nurs*, 15(6): 357-363.
- Healy, P., Clarke, C., Reynolds, I., Arumugasamy, M., & McNamara, D. (2016). Complications of bariatric surgery—What the general surgeon needs to know. *The Surgeon*, 14(2), 91-98.
- Hedley, A. A., Ogden, C. L., Johnson, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., & Flegal, K. M. (2004). Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. *Jama*, 291(23), 2847-2850.

- Hell, E., Miller, K. A., Moorehead, M. K., & Samuels, N. (2000). Evaluation of health status and quality of life after bariatric surgery: comparison of standard Roux-en-Y gastric bypass, vertical banded gastroplasty and laparoscopic adjustable silicone gastric banding. *Obesity Surgery*, 10(3), 214-219.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Langkafel, M., Senf, W., & Hebebrand, J. (2003). Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *International Journal of Obesity*, 27(11), 1300-1314.
- Hidalgo, L. G. (2002). Dermatological complications of obesity. *American Journal of Clinical Dermatology*, 3(7), 497-506.
- Hovardaoğlu, S., & Özdemir, Y. D. (1990). Vücut Algısı Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlik çalışması/Şizofrenik ve major depresif hastaların beden imgelerinden doyum düzeyleri. *Yüksek Lisans Tezi Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- <https://tr.wikipedia.org/wiki/ICD-10>
- John, B. (2003). Depression in association with severe obesity. *Arch Intern Med*, 163: 2058-2065.
- Jensen, J. F., Petersen, M. H., Larsen, T. B., Jørgensen, D. G., Grønbaek, H. N., & Midtgaard, J. (2014). Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1138-1149.
- Jubber, A. S. (2004). Respiratory complications of obesity. *International Journal of Clinical Practice*, 58(6), 573-580.
- Kakeshita, I. S., & Almeida, S. D. S. (2010). Relationship between body mass index and self-perception among university students. *Revista de Saúde Pública*, 40(3), 497-504.
- Kalan, I., & Yeşil, Y. (2010). Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. *Diyabet ve Obezite*, 78.
- Kalfarentzos, F., Yarmenitis, S., Kehagias, I., Karamesini, M., Dimitrakopoulos, A., Maniati, A., & Stavropoulou, F. (2001). Prophylaxis of venous thromboembolism using two different doses of low-molecular-weight heparin (nadroparin) in bariatric surgery: a prospective randomized trial. *Obesity Surgery*, 11(6), 670-676.

- Kaly, P., Orellana, S., Torrella, T., Takagishi, C., Saff-Koche, L., & Murr, M. M. (2008). Unrealistic weight loss expectations in candidates for bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4(1), 6-10.
- Karakaya, K., Baran, E., Tüzün, H., Göçmen, L., Erata, M., Arıkan, Đ., & Kökalan Yeşil, H. (2012). Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması. *Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara*.
- Karlsen, T. I., Lund, R. S., Røislien, J., Tonstad, S., Natvig, G. K., Sandbu, R., & Hjelmæsæth, J. (2013). Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study. *Health and quality of Life Outcomes*, 11(1), 17.
- Khan, M. N. (2005). The influence of diabetes on wound healing. *The Diabetic Foot*, 8(3), 144-150.
- Khwaja, H. A., & Bonanomi, G. (2010). Bariatric surgery: techniques, outcomes and complications. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 21(1), 31-38.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Memiş, A. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-6.
- Kolotkin, R. L., LaMonte, M. J., Litwin, S., Crosby, R. D., Gress, R. E., Yanowitz, F. G., ... & Adams, T. D. (2011). Cardiorespiratory fitness and health-related quality of life in bariatric surgery patients. *Obesity Surgery*, 21(4), 457-464.
- Kolotkin, R. L., Zunker, C., & Østbye, T. (2012). Sexual functioning and obesity: a review. *Obesity*, 20(12), 2325-2333.
- Kral, J. G., Sjöström, L. V., & Sullivan, M. B. (1992). Assessment of quality of life before and after surgery for severe obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 55(2), 611S-614S.
- Kushner, R. F., & Foster, G. D. (2000). Obesity and quality of life. *Nutrition*, 16(10), 947-952.

- Lawler, M., & Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), 59-71.
- Lieske, J. C., Kumar, R., & Collazo-Clavell, M. L. (2008, March). Nephrolithiasis after bariatric surgery for obesity. *In Seminars in Nephrology* (Vol. 28, No. 2, pp. 163-173). WB Saunders.
- 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.
- Lindekilde, N., Gladstone, B. P., Lübeck, M., Nielsen, J., Clausen, L., Vach, W., & Jones, A. (2015). The impact of bariatric surgery on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 16(8), 639-651.
- Macano, C. A., Nyasavajjala, S. M., Brookes, A., Lafaurie, G., & Riera, M. (2017). Comparing quality of life outcomes between Laparoscopic Sleeve Gastrectomy and Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass using the RAND36 questionnaire. *International Journal of Surgery*.
- Maddox, G.L., Back, K.W., Liederman, W.R. (1998). Overweight as social deviance and disability. *J Health Soc Behav*, 9(4): 287-298.
- Magdaleno, R., Chaim, E. A., Pareja, J. C., & Turato, E. R. (2011). The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obesity Surgery*, 21(3), 336-339.
- Maggard, M. A., Shugarman, L. R., Suttorp, M., Maglione, M., Sugerman, H. J., Livingston, E. H., ... & Rhodes, S. (2005). Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 142(7), 547-559.
- Major, P., Matłok, M., Pędziwiatr, M., Migaczewski, M., Budzyński, P., Stanek, M., ... & Budzyński, A. (2015). Quality of life after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 25(9), 1703-1710.
- Major, P., Pędziwiatr, M., Dworak, J., Pisarska, M., Lasek, A., Wierdak, M., ... & Budzyński, A. (2016). The Impact of Preoperative Body Weight on Quality of Life

After Surgical Treatment for Morbid Obesity. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 11(4), 147-152.

Malnick, S. D., & Knobler, H. (2006). The medical complications of obesity. *Qjm*, 99(9), 565-579.

Marceau, P., Biron, S., Hould, F. S., Lebel, S., Marceau, S., Lescelleur, O., ... & Simard, S. (2009). Duodenal switch improved standard biliopancreatic diversion: a retrospective study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 5(1), 43-47.

Martikainen, T., Pirinen, E., Alhava, E., Poikolainen, E., Pääkkönen, M., Uusitupa, M., & Gylling, H. (2004). Long-term results, late complications and quality of life in a series of adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 14(5), 648-654.

Martínez, Y., Ruiz-López, M. D., Giménez, R., Pérez de La Cruz, A. J., & Orduña, R. (2010). Does bariatric surgery improve the patient's quality of life? *Nutricion Hospitalaria*, 25(6).

Mason, E. E., & Ito, C. (1967). Gastric bypass in obesity. *Surgical Clinics of North America*, 47(6), 1345-1351.

McBride, C. L., & Kothari, V. (2011). Evolution of laparoscopic adjustable gastric banding. *Surgical Clinics of North America*, 91(6), 1239-1247.

McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A., & Holt, K. (2010). Are there different sociocultural influences on body image and body change strategies for overweight adolescent boys and girls? *Eating Behaviors*, 11(3), 156-163.

Mechanick, J. I., Kushner, R. F., Sugerman, H. J., Gonzalez-Campoy, J. M., Collazo-Clavell, M. L., Guven, S., ... & Sarwer, D. B. (2008). American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4(5), S109-S184.

Messinis, I. E., Messini, C. I., Anifandis, G., & Dafopoulos, K. (2015). Polycystic ovaries and obesity. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(4), 479-488.

- Mond, J., Van den Berg, P., Boutelle, K., Hannan, P., & Neumark-Sztainer, D. (2011). Obesity, body dissatisfaction, and emotional well-being in early and late adolescence: findings from the project EAT study. *Journal of Adolescent Health, 48*(4), 373-378.
- Moraes, J. D. M., Caregnato, R. C. A., & Schneider, D. D. S. (2014). Quality of life before and after bariatric surgery. *Acta Paulista de Enfermagem, 27*(2), 157-164.
- Mulligan, A., Young, L. S., Randall, S., Raiano, C., Velardo, P., Breen, C., & Bushee, L. (2005). Best practices for perioperative nursing care for weight loss surgery patients. *Obesity Research, 13*(2), 267-273.
- Mun, E. C., Blackburn, G. L., & Matthews, J. B. (2001). Current status of medical and surgical therapy for obesity. *Gastroenterology, 120*(3), 669-681.
- Munoz, D., Chen, E. Y., Fischer, S., Sanchez-Johnsen, L., Roherig, M., Dymek-Valentine, M., ... & Le Grange, D. (2010). Changes in desired body shape after bariatric surgery. *Eating Disorders, 18*(4), 347-354.
- Neven, K., Dymek, M., le grange, D., Maasdam, H., Boogerd, A. C., & Alverdy, J. (2002). The effects of Roux-en-Y gastric bypass surgery on body image. *Obesity Surgery, 12*(2), 265-269.
- Nickel, F., Schmidt, L., Bruckner, T., Büchler, M. W., Müller-Stich, B. P., & Fischer, L. (2017). Influence of bariatric surgery on quality of life, body image, and general self-efficacy within 6 and 24 months—a prospective cohort study. *Surgery for Obesity and Related Diseases, 13*(2), 313-319.
- Nougou, A., & Suter, M. (2008). Almost routine prophylactic cholecystectomy during laparoscopic gastric bypass is safe. *Obesity Surgery, 18*(5), 535-539.
- Ogden, J. E., & Evans, C. (1996). The problem of weighing: effects on body image, self esteem and mood. *International Journal of Obesity, 20*, 272-277.
- Özer, C., Eğılmez, T. (2016). Obezite Cerrahisi ve Üriner Sistem Taş Hastalığı. *J Clin Anal Med, 7*(3): 285-8.
- Palmeira, A. L., Markland, D. A., Silva, M. N., Branco, T. L., Martins, S. C., Minderico, C. S., ... & Teixeira, P. J. (2009). Reciprocal effects among changes in

weight, body image, and other psychological factors during behavioral obesity treatment: a mediation analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6(1), 9.

Pandey, A., Kulshrestha, S., Masood, S., & Chauhan, S. (2017). Effect of Bariatric Surgery on Psychosomatic Condition and Quality of Life of Patients with Morbid Obesity: A Study at Dr. RMLIMS, *The International Journal of Indian Psychology*, 4(3), 111-117.

Pınar, R. (2002). Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: Karşılaştırmalı bir çalışma. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 30-41.

Poole, N. A., Atar, A. A., Kuhanendran, D., Bidlake, L., Fiennes, A., McCluskey, S., ... & Morgan, J. F. (2005). Compliance with surgical after-care following bariatric surgery for morbid obesity: a retrospective study. *Obesity Surgery*, 15(2), 261-265.

Poulose, B. K., Griffin, M. R., Moore, D. E., Zhu, Y., Smalley, W., Richards, W. O., ... & Holzman, M. D. (2005). Risk Factors for Post-Operative Mortality in Bariatric Surgery 1, 2. *Journal of Surgical Research*, 127(1), 1-7.

Powell, M. S., & Fernandez, A. Z. (2011). Surgical treatment for morbid obesity: the laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surgical Clinics of North America*, 91(6), 1203-1224.

Puzziferri, N., Blankenship, J., & Wolfe, B. M. (2006). Surgical treatment of obesity. *Endocrine*, 29(1), 11-19.

Püsküllü, M.O., & Ballı, E. (2013). Obezite, Obezitenin Tetiklediği Hastalıklar ve Tedavileri. *Farmasötik Kimya Anabilim Dalı Bitirme Tezi, Erciyes üniversitesi, Kayseri*.

Regan, J. P., Inabnet, W. B., Gagner, M., & Pomp, A. (2003). Early experience with two-stage laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass as an alternative in the super-super obese patient. *Obesity Surgery*, 13(6), 861-864.

Resch, M., Haasz, P., & Sido, Z. (1998). Obesity as psychosomatic disease. *European Psychiatry*, 13, 315s.

- Robert, M., Denis, A., Badol-Van Straaten, P., Jaisson-Hot, I., & Guillat, C. (2013). Prospective longitudinal assessment of change in health-related quality of life after adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 23(10), 1564-1570.
- Saber, A. A., Elgamal, M. H., & McLeod, M. K. (2008). Bariatric surgery: the past, present, and future. *Obesity Surgery*, 18(1), 121-128.
- Sağlam, F., & Güven, H. (2014). Obezite cerrahi tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30 (ek 1), 60-65.
- Saltzman, E., Anderson, W., Apovian, C. M., Boulton, H., Chamberlain, A., Cullum-Dugan, D., ... & Pettus, M. (2005). Criteria for patient selection and multidisciplinary evaluation and treatment of the weight loss surgery patient. *Obesity Research*, 13(2), 234-243.
- Sarwer, D. B. (2008). The importance of postoperative care. *Bariatric Nursing And Surgical Patient Care*, 3(2), 89-91.
- Sarwer, D. B., & Crerand, C. E. (2004). Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*, 1(1), 99-111.
- Sarwer, D. B., & Steffen, K. J. (2015). Quality of life, body image and sexual functioning in bariatric surgery patients. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 504-508.
- Sarwer, D. B., Lavery, M., & Spitzer, J. C. (2012). A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function. *Obesity Surgery*, 22(4), 668-676.
- Sarwer, D. B., Spitzer, J. C., Wadden, T. A., Mitchell, J. E., Lancaster, K., Courcoulas, A., ... & Christian, N. J. (2014). Changes in sexual functioning and sex hormone levels in women following bariatric surgery. *JAMA Surgery*, 149(1), 26-33.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Foster, G. D. (1998). Assessment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity, and clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 651.

- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Eisenberg, M. H., Raper, S. E., & Williams, N. N. (2010). Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 6(6), 608-614.
- Schirmer, B., & Schauer, P. R. (2010). The surgical management of obesity. *Schwartz's Principles of Surgery, 9th ed.*(Eds FC Brunicaardi), 949-978.
- Schmaldienst, E., Prager, M., & Mohos, E. (2011). Quality of life parameters, weight change and improvement of co-morbidities after laparoscopic Roux Y gastric bypass and laparoscopic gastric sleeve resection-comparative study. *Obesity Surgery*, 21(3), 288-294.
- Schrauwen, P., & Westerterp, K. R. (2000). The role of high-fat diets and physical activity in the regulation of body weight. *British Journal of Nutrition*, 84(04), 417-427.
- Scopinaro, N., Gianetta, E., Civalleri, D., Bonalumi, U., & Bachi, V. (1979). Bilio-pancreatic bypass for obesity: II. Initial experience in man. *British Journal of Surgery*, 66(9), 618-620.
- Semins, M. J., Asplin, J. R., Steele, K., Assimos, D. G., Lingeman, J. E., Donahue, S., ... & Matlaga, B. R. (2010). The effect of restrictive bariatric surgery on urinary stone risk factors. *Urology*, 76(4), 826-829.
- Sevinçer, G. M., Coşkun, H., Konuk, N., & Bozkurt, S. (2014). Bariatrik cerrahinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1).
- Shuster, M. H., & Vázquez, J. A. (2005). Nutritional concerns related to Roux-en-Y gastric bypass: What every clinician needs to know. *Critical Care Nursing Quarterly*, 28(3), 227-260.
- Sibbald, B. (2002). Obesity may soon be leading cause of preventable death in US. *JAMC*, 166(5), 642.
- Singh, N., Arthur, H. M., Worster, A., Iacobellis, G., & Sharma, A. M. (2007). Emergency department equipment for obese patients: perceptions of adequacy. *Journal of Advanced Nursing*, 59(2), 140-145.

- Sioka, E., Zacharoulis, D., Zachari, E., Papamargaritis, D., Pinaka, O., Katsogridaki, G., & Tzovaras, G. (2014). Complicated gallstones after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Journal of Obesity*, 2014.
- Sjostrom, L., Narbro, K., Sjostrom, C. D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., ... & Bengtsson, C. (2007). Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 741-752.
- Song, P., Patel, N. B., Gunther, S., Li, C. S., Liu, Y., Lee, C. Y. G., ... & Wong, M. S. (2016). Body Image & Quality of Life: Changes With Gastric Bypass and Body Contouring. *Annals of Plastic Surgery*, 76, S216-S221.
- Spivak, H., Abdelmelek, M. F., Beltran, O. R., Ng, A. W., & Kitahama, S. (2012). Long-term outcomes of laparoscopic adjustable gastric banding and laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in the United States. *Surgical Endoscopy*, 26(7), 1909-1919.
- Sturm, R., & Hattori, A. (2013). Morbid obesity rates continue to rise rapidly in the United States. *International Journal of Obesity*, 37(6), 889-891.
- Sudan, R., & Jacobs, D. O. (2011). Biliopancreatic diversion with duodenal switch. *Surgical Clinics of North America*, 91(6), 1281-1293.
- Sugerman, H. J. (2005). The pathophysiology of severe obesity and the effects of surgically induced weight loss. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 1(2), 109-119.
- Suter, M., Calmes, J. M., Paroz, A., & Giusti, V. (2006). A 10-year experience with laparoscopic gastric banding for morbid obesity: high long-term complication and failure rates. *Obesity Surgery*, 16(7), 829-835.
- Tam, A. A., & Çakır, B. (2012). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 12(1).
- Tasca, A. (2011). Metabolic syndrome and bariatric surgery in stone disease etiology. *Current Opinion in Urology*, 21(2), 129-133.
- Taskin, M., Zengin, K., Apaydin, B. B., & Ünal, E. (2000). Laparoscopy in Turkish bariatric surgery: initial experience. *Obesity Surgery*, 10(3), 263-265.

- Tessier, D. J., & Eagon, J. C. (2008). Surgical management of morbid obesity. *Current Problems in Surgery*, 45(2), 68-137.
- Teufel, M., Rieber, N., Meile, T., Giel, K. E., Sauer, H., Hünнемeyer, K., ... & Zipfel, S. (2012). Body image after sleeve gastrectomy: reduced dissatisfaction and increased dynamics. *Obesity Surgery*, 22(8), 1232-1237.
- Tezcan, B. (2009). Obez Bireylerde Benlik Saygisi, Beden Algisi ve Travmatik Geçmiş Yasantılar. *Istanbul: TC. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi.*
- Tice, J. A., Karliner, L., Walsh, J., Petersen, A. J., & Feldman, M. D. (2008). Gastric banding or bypass? A systematic review comparing the two most popular bariatric procedures. *The American Journal of Medicine*, 121(10), 885-893.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, (2014), Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu, *ISBN, 978-605-4011-19-3.*
- Türkiye için Obezite Maliyeti ve Obezite Cerrahisinin Ekonomik Önemi, (2013), POLAR Çalışma.
- Usta, E., & Çavdar, İ. (2013). Obezite Cerrahisinde (Bariyatrik Cerrahi) Hemşirelik Bakımı. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2(2): 71-77.
- Vacek, L. (2007). Sensitivity training for nurses caring for morbidly obese patients. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 2(4), 251-253.
- Ver Ploeg, M. L., Chang, H. H., & Lin, B. H. (2008). Over, under, or about right: misperceptions of body weight among food stamp participants. *Obesity*, 16(9), 2120-2125.
- Vucenik, I., & Stains, J. P. (2012). Obesity and cancer risk: evidence, mechanisms, and recommendations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1271(1), 37-43.
- Wardle, J., & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19(3), 421-440.

- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 473-483.
- Westman, E. C., McMahon, R. L., & Grant, J. P. (2004). Binge eating, quality of life and physical activity improve after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 14(3), 341.
- Wittgrove, A. C., & Clark, G. W. (2000). Laparoscopic gastric bypass, roux en-Y-500 patients: technique and results, with 3-60 month follow-up. *Obesity Surgery*, 10(3), 233-239.
- Wittmann, D. H. (2000). Staged abdominal repair: development and current practice of an advanced operative technique for diffuse suppurative peritonitis. *Acta Chirurgica Austriaca*, 32(4), 171-178.
- Woodward, B. G. (2003). Bariatric surgery options. *Critical Care Nursing Quarterly*, 26(2), 89-100.
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization.
- World Health Organization-WHO, (2011), Controlling the global obesity epidemic.
- Wu, E., Luk, A., Wong, S. K., So, W. Y., Kong, A., Chow, F., ... & Ng, E. K. (2016). Health-related quality of life after bariatric surgery and its correlation with glycaemic status in Hong Kong chinese adults. *Obesity Surgery*, 26(3), 538-545.
- Yorgancı, K., & Tırnaksız, B. M. (2007). Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. *Hacettepe Tıp Derg*, 38, 218-222.
- Yüksel, A. (2016). Kolelitiazis beslenme ilişkisi ve diyet ilkeleri. *Güncel Gastroenteroloji*, 20(3): 327 – 330.
- Zuzelo, P. (2005). Bariatric patient care BASICS: bias, airway, skin, incontinence, chronicity, and safety. *The Pennsylvania Nurse*, 60(3), 18-19.

EKLER

EK 1: Anket Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyet () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz:
 () Evli () Bekâr () Boşanmış
4. Eğitim düzeyiniz:
 () İlköğretim
 () Lise
 () Üniversite
 () Diğer (belirtiniz)
5. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Belirtiniz
6. Ailenizde obezite sorunu var mı?
 () evet () hayır
7. Ameliyat öncesindeki,
 - Kilonuz:
 - Boyunuz:
 - Beden kitle indeksiniz:
8. Ameliyata karar verme nedeninizi belirtiniz
.....
.....
.....
.....
.....
9. Ameliyat olmadan önceki dönemde kaç yıldır obezdiniz?
 () 5 yıl
 () 5 – 10 yıl
 () 10 yıl ve üzeri
10. Ameliyat olmadan önceki yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?
 () çok kötü
 () kötü
 () orta
 () iyi
 () çok iyi

11. Ameliyat olmadan önceki beden algınız nasıldı?

- kendimi hiç beğenmezdim
 kendimi beğenmezdim
 kendimi orta düzeyde beğenirdim
 kendimi beğenirdim
 kendimi çok beğenirdim

12. Ameliyat şekliniz

- sleeve gastrektomi
 mini gastrik by – pass

13. Ne zaman ameliyat oldunuz? :

14. Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon yaşadınız mı?

- evet hayır

Evetse belirtiniz:

- bulantı - kusma
 kan şekerinin düşmesi
 halsizlik
 yorgunluk
 Kaçak
 Diğer (belirtiniz) :

.....

15. Ameliyat sonrası dönemde günlük yaşamınızda zorlandığınız noktaları belirtiniz

.....
.....
.....
.....
.....

16. Ameliyat olduğunuz için pişman mısınız?

- evet hayır

Evetse neden?:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

17. Ameliyattan sonra düzenli olarak yaptığınız spor var mı ? (birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- yürüyüş
- bisiklete binme
- Ağırlık Çalışma
- Aerobik – step – jimnastik
- Plates

18. Şu anki **1.Ay**

- Kilonuz:
- Boyunuz:
- Beden kitle indeksiniz:

Şu anki **3.Ay**

- Kilonuz
- Boyunuz:
- Beden kitle indeksiniz:

19. Ameliyat olduktan sonraki yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?

1.Ay

- çok kötü
- kötü
- orta
- iyi
- çok iyi

3. Ay

- çok kötü
- kötü
- orta
- iyi
- çok iyi

20. Ameliyat olduktan sonraki beden algınız nasıl?

1.Ay

- kendimi hiç beğenmiyorum
- kendimi beğenmiyorum
- kendimi orta düzeyde beğeniyorum
- kendimi beğeniyorum
- kendimi çok beğeniyorum

3. Ay

- kendimi hiç beğenmiyorum
- kendimi beğenmiyorum
- kendimi orta düzeyde beğeniyorum
- kendimi beğeniyorum
- kendimi çok beğeniyorum

EK 2: Beden Algısı Ölçeği

İFADELER	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
1. Saçlarım					
2. Yüzümün rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücutumdaki kıl dağılımı					
6. Burnum					
7. Fiziksel gücüm					
8. İdrar – dışkı düzenim					
9. Kas kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yaşım					
15. Çenem					
16. Vücut yapım					
17. Profilim					
18. Boyum					
19. Duyularımın keskinliği					
20. Ağrıya dayanıklılığım					
21. Omuzlarımın genişliği					
22. Kollarım					
23. Göğüslerim					
24. Gözlerimin şekli					
25. Sindirim sistemim					
26. Kalçalarım					
27. Hastalığa direncim					
28. Bacaklarım					
29. Dişlerimin şekli					
30. Cinsel gücüm					
31. Ayaklarım					
32. Uyku düzenim					
33. Sesim					
34. Sağlığım					
35. Cinsel faaliyetim					
36. Dizlerim					
37. Vücutumun duruş şekli					
38. Yüzümün şekli					
39. Kilom					
40. Cinsel organlarım					

EK 3: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK 4: . Bilgilendirilmiş Onam Formu



C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Obezite Cerrahisi Geçiren Bireylerin Değişen Beden İmajının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi”dir.

Bu araştırma, Sivas İli Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel cerrahi servisinde, morbid obezite nedeniyle obezite cerrahisi geçiren bireylerin değişen beden imajının yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek üzere planlanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırma esnasında anket formları ameliyat olmadan önce, ameliyat olduktan sonraki 1. günde, ameliyattan sonra 1. ay ve 3. ayda doldurulacak ve aradaki değişim değerlendirilecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen, araştırmacıların uygulayacağı anket sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve sonuçlarını zamanında araştırmacıya ulaştırmaktır.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar kendi bedeninizdeki ve yaşam kalitenizdeki değişimlerin farkına varmanızdır. Kilo verimiyle birlikte beden imajı ve yaşam kalitenizdeki değişimler değerlendirilecektir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacılar tarafından sizlere formlardaki sorular yöneltilecek ve cevap vermeniz istenecektir. 3 adet form bulunmaktadır. Birincisi anket formu; sizin kişisel özelliklerinizi belirlemek üzere hazırlanmış ve açık uçlu ve kapalı uçlu olmak üzere 21 sorudan oluşmaktadır. İkincisi yaşam kalitesini belirlemek üzere SF-36 yaşam kalitesi ölçeği; 36 maddeden oluşmaktadır ve fiziksel sosyal ve duygusal olarak yaşam kalitenizin belirlenmesinde kullanılacaktır. Üçüncü olarak da beden imajınızı belirlemek için beden imajı ölçeği kullanılacaktır. Ölçek 40 maddeden oluşmakta ve vücut bölgelerinizi beğenip beğenmediğinizin değerlendirilmesinde kullanılacaktır. Bu formları doldurmak için 30 – 40 dakika süre gerekmektedir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için numaralı telefonda araştırmacı Pınar YILMAZ’a başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma kapsamında sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

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 aēmayacaktır. Araştırıcı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulamanın gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb gibi durumlarda sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaēla kullanılacaktır,

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 aēıklamaları 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:

Aēıklamaları 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:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

İZİNLER

EK 5: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obezite Cerrahisi Geçiren Bireylerin Değişen Beden İmajının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başhekimlik Girişi Kampüsü, TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Meryem Yılmaz			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi			
	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 Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Zeynep Sümer
İmza:

EK 5: Devam.

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obezite Cerrahisi Geçiren Bireylerin Değişen Beden İmajının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi
-----------------------	---

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"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2015-12/17	Tarih: 23.12.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile 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. Zeynep Sümer

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Zeynep Sümer	Mikrobiyoloji	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"/>	
Prof. Dr. Şahande Elagöz	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 type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İznil
Prof. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	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. Ercan Özdemir	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. Diğdem Eren	Diş Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği	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. Hatice Ulusoy	Sağlık Yönetimi	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"/>	
Doç. Dr. Sulhaddin Arslan	Göğüs Hastalıkları	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. Pakize Cantürk Kılıçkaya	Eczacılık Farmasötik Biyoteknoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczalık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İznil

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Zeynep Sümer
İmza:



T.C.
Cumhuriyet Üniversitesi

TIP FAKÜLTESİ

Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı : 93596471-774/1342

25.03.2016

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi: 24.02.2016 tarih 3510 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Üniversitemiz Hemşirelik Bölümü Yüksek lisans öğrencisi Pınar YILMAZ'ın "*Obezite Cerrahisi Geçiren Bireylerin Beden imajının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*" konulu tez çalışmasını 01 Mart 2016 – 30 Eylül 2016 tarihleri arasında hastanemiz polikliniklerinde uygulaması isteği değerlendirilmiş olup, uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Gökhan GÖKÇE
Başhekim

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Pınar YILMAZ
Doğum Yeri ve Tarihi	Tokat / Reşadiye - 1989
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik Bölümü B Blok, 58140-Sivas
E-posta Adresi	yilmazpinar20@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Reşadiye Yabancı Dil Ağırlıklı Lise, 2002 - 2006
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 2008 - 2012
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 2013 -
Ünvan	Yüksek Lisans Öğrencisi

İş Tecrübesi

Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	Hemşire, 2012- 2017
Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD	Araştırma Görevlisi, 2017-