T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

BARİATRİK CERRAHİ GEÇİREN HASTALARDA E-MOBİL EĞİTİM VE DANIŞMANLIK HİZMETLERİNİN ÖZ BAKIM GÜCÜ, BEDEN İMAJI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Sevgi DENİZ DOĞAN

HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Sevban ARSLAN

ADANA-2022

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

BARİATRİK CERRAHİ GEÇİREN HASTALARDA E-MOBİL EĞİTİM VE DANIŞMANLIK HİZMETLERİNİN ÖZ BAKIM GÜCÜ, BEDEN İMAJI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Sevgi DENİZ DOĞAN

HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Sevban ARSLAN

Bu tez, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından TDK-2020-12894 nolu proje olarak desteklenmiştir.

ADANA-2022

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca destek ve hoşgörüsünü esirgemeyen, bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren değerli danışman hocam Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Sevban ARSLAN'a,

Tezimin planlanma aşamasından itibaren bana destek olan, öneri ve yardımını esirgemeyen Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı Prof. Dr. Evşen NAZİK'e, Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi sayın Doç.Dr. İsmail SANBERK'e ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sevilay ERDEN'e

Tez çalışmalarım sırasında destekleri ile beni yalnız bırakmayan, varlıkları ile bana güç veren sevgili kızım Mayda Melek DOĞAN'a, eşim Abdullah Çağlar DOĞAN'a, annem Meryem DENİZ'e, ablam Duygu DENİZ'e ve kardeşim Ali İbrahim DENİZ'e

Bu çalışmayı destekleyen Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimine, doktora arkadaşlarım Öğr. Gör. İpek KÖSE TOSUNÖZ, Öğr. Gör. Seda KARAÇAY YIKAR, Arş. Gör Dilara KEKLİK, Bil. Uzm. Şeyma YURTSEVER, Arş. Gör. Nursevim AYDINGÜLÜ'ne ve desteklerini esirgemeyen tüm arkadaşlarıma,

Araştırmamın uygulanmasına destek veren Isparta Şehir Hastanesi yöneticilerine, hemşirelere ve çalışmaya katılan hastalara;

en içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY ii
TEŞEKKÜR iii
İÇİNDEKİLER iv
ÇİZELGELER DİZİNİ vi
ŞEKİLLER DİZİNİ vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ viii
ÖZET ix
ABSTRACT x
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Obezite 4
2.1.1. Obezitenin epidemiyolojisi 6
2.1.2. Obezitenin etiyolojisi 6
2.1.3. Obeziteyle ilişkili sağlık sorunları 7
2.1.4. Obezitede tedavi yöntemleri 9
2.2. Bariatrik Cerrahi 10
2.2.1. Bariatrik cerrahi yöntemleri 11
2.2.2. Bariatrik cerrahi sonuçları 14
2.3. Bariatrik Cerrahi ve Öz Bakım Gücü 15
2.4. Bariatrik Cerrahi ve Beden İmajı 15
2.5. Bariatrik Cerrahi ve Yaşam Kalitesi 16
2.6. Bariatrik Cerrahi Olan Hastalarda Eğitim ve Danışmanlık 17
2.7. Bariatrik Cerrahide E-Mobil Eğitim ve Danışmanlık Uygulaması 18
3. GEREÇ ve YÖNTEM 20
3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı 20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 20
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 20
3.4. Verilerin Toplanması 22
3.5. Veri Toplama Yöntemi 24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 32

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri 32
4. BULGULAR 33
4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri ve grupların homojenliğine ilişkin bulgular 33
4.2. Hastaların Süreçlere Göre Öz Bakım Gücü, Beden İmajı ve MA-II ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular 41
4.3. Hastaların Süreçlere Göre BKİ ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular 44
5. TARTIŞMA 46
5.1. Hastaların Öz Bakım Gücü ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması 46
5.2. Hastaların Beden İmajı ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması 47
5.3. Hastaların MA-II ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması 48
5.4. Hastaların BKİ (kg/m^2) ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması 50
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 53
KAYNAKLAR 55
EKLER 63
EK-1: Kişisel Bilgi Formu 63
EK-2: Öz Bakım Gücü Ölçeği 65
EK-3: Beden İmajı Ölçeği 67
EK-4: Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II (MA-II) 68
EK-5: Sağlık Bilgileri Kullanıcısı İçin Kalite Kriterleri (DISCERN) 69
EK-6: Sistem Kullanılabilirlik Skalası 73
EK-7: Yazılı Eğitim Materyali 74
EK-8: Uzman Listesi 95
EK-9: Etik Kurul Onayı 96
EK-10: Araştırmanın Yürütüleceği Kurumdan Resmi İzin Yazısı 97
EK-11: Ölçek İzinleri 98
EK-12: Hasta Onam Formu 100
EK-13 Bilimsel Araştırma Projeleri Destekleme Protokolü 101
ÖZGEÇMİŞ 102

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge No: **Sayfa No:**

Çizelge 2.1. Beden kütle indeksine göre (kg/m2) obezite sınıflaması 4
Çizelge 2.2. Yetişkinlerde bel çevresi ölçümünün değerlendirilmesi 5
Çizelge 3.1. DISCERN'e göre uzmanların değerlendirme sonuçları 25
Çizelge 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (N=51) 34
Çizelge 4.2. Hastaların genel sağlık özelliklerinin karşılaştırılması (N=51) 35
Çizelge 4.3. Hastaların obeziteye ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması (N=51) 36
Çizelge 4.4. Hastaların beslenme ve egzersiz özelliklerinin karşılaştırılması (N=51)..... 38
Çizelge 4.5. Hastaların bariatrik cerrahiye ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması (N=51) 40
Çizelge 4.6. Hastaların Öz Bakım Gücü puan ortalamalarının karşılaştırılması 41
Çizelge 4.7. Hastaların Beden İmajı puan ortalamalarının karşılaştırılması..... 42
Çizelge 4.8. Hastaların MA-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 43
Çizelge 4.9. Hastaların BKİ (kg/m2) ortalamalarının karşılaştırılması 44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No: **Sayfa No:**

Şekil 2.1. Vücut Şekline göre obezite 5
Şekil 2.2. Ayarlanabilir Gastrik Bant Operasyonu 12
Şekil 2.3. Sleeve Gastrektomi (Tüp Mide) Operasyonu 12
Şekil 2.4. Roux- en- Y Gastrik Bypass Operasyonu..... 13
Şekil 2.5. Biliopankreatik diversiyon Operasyonu 14
Şekli 3.1. Örneklem Akış Diyagramı (N=51)..... 22
Şekil 3.2. Bariatrik cerrahi mobil uygulamasının hazırlanma süreci 27
Şekil 3.3. Bariatrik cerrahi mobil uygulaması (a.Mobil Uygulama Paneli b.Giriş Ekranı c.Ana Ekran) .. 28
Şekil 3.4. Bariatrik cerrahi mobil uygulaması (a.Kilo Raporu b.Ana Menü c.Danışmanlık) 28
Şekil 3.5. Bariatrik cerrahi mobil uygulaması (a.Beslenme Günlüğü b.Egzersiz Günlüğü c.Kilo Takibi) 29
Şekil 3.6. Akış Şeması..... 31

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	**:**Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	**:**Beden kitle indeksi
BKO	**:**Bel/kalça oranı
CDC	**:**Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri
DISCERN	**:**Sağlık Bilgileri Kullanıcısı İçin Kalite Kriterleri
DM	**:**Diabetes Mellitus
DSÖ	**:**Dünya Sağlık Örgütü
GÖRH	**:**Gastroözofagial reflü hastalığı
HDL	**:**Yüksek dansiteli lipoprotein (high density)
LDL	**:**Düşük dansiteli lipoprotein (low density)
MA-II	**:**Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi II Ölçeği
OECD	**:**Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
OUAS	**:**Obstrüktif uyku apne sendromu
VLDL	**:**Çok düşük dansiteli lipoprotein (very low density)

ÖZET

Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastalarda E-Mobil Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin Öz Bakım Gücü, Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Bu araştırma bariatrik cerrahi geçiren hastalarda, e-mobil eğitim ve danışmanlık hizmetinin öz bakım gücü, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü girişimsel olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın örneklemini Isparta Şehir Hastanesi Obezite Merkezinde, örneklem seçim kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 51 (26 uygulama, 25 kontrol) hasta oluşturmuştur. Uygulama grubundaki hastalara, ameliyat öncesinden başlanarak 3 ay boyunca bariatrik cerrahiye özgü geliştirilen mobil uygulama ile e-mobil eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmiştir. Araştırmanın verileri literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel bilgi formu, Öz Bakım Gücü, Beden İmajı, Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi II (MA-II) Ölçekleri kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Ki-Kare, Bağımsız Örneklem T testi, Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA, Mann-Whitney U ve Friedman testi kullanılmıştır.

Uygulama ve kontrol grubu hastalarının süreçlere göre Öz Bakım Gücü, Beden İmajı, MA-II ve BKİ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gruplar arasında ameliyat öncesi, 1, 2 ve 3.ay Öz Bakım Gücü, Beden İmajı ve MA-II ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Gruplar arasında 1., 2.ve 3.ay BKİ ortalamaları açısından uygulama grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Elde edilen bulgular bariatrik cerrahi uygulanan hastalara verilen e-mobil eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin BKİ ölçümlerinde etkili olduğunu ancak öz bakım gücü, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığını göstermiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda bariatrik cerrahi sonrası etkin kilo kaybı için mobil sağlık uygulamalarının kullanılması önerilebilir. Ayrıca bariatrik cerrahiye özgü geliştirilen e-mobil uygulamanın etkisini değerlendirmek için daha uzun süren araştırmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Bariatrik Cerrahi, Danışmanlık, Hasta Eğitimi, Hemşirelik Mobil Uygulama

ABSTRACT

The Effects of E-Mobile Education and Counselling Services on Self-Care, Body Image and Quality of Life of Bariatric Surgery Patients

This study was conducted as a randomized controlled trial to determine the effects of e-mobile education and counselling service on self-care agency, body image, and quality of life in patients undergoing bariatric surgery.

The sample of the study consisted of 51 (26 experiment, 25 control) patients who met the sample selection criteria and volunteered to participate in the study in Isparta City Hospital Obesity Center. The patients in the experimental group received e-mobile training and consultancy services with the mobile application developed specifically for bariatric surgery that started before the operation and lasted for 3 months. The data of the study were collected using the Personal Information Form, Self-Care Agency, Body Image, and Moorehead Ardelt Quality of Life II (MA-II) Scales prepared in accordance with the literature. In addition to descriptive statistics, Chi-Square, Independent Samples t-test, Repeated Measures, Mann-Whitney U and Friedman tests were used to evaluate the data.

A statistically significant difference was found in the mean scores of Self-Care Strength, Body Image, MA-II and BMI of the patients in the experimental and control groups according to the processes ($p<0.05$). There was no statistically significant difference between the groups in terms of preoperative, 1st, 2nd, and 3rd month Self-Care Power, Body Image and MA-II scale mean scores ($p>0.05$). There was a statistically significant difference between the groups in favour of the experimental group in terms of the 1st, 2nd, and 3rd month BMI averages ($p<0.05$).

The findings indicated that e-mobile training and counselling services given to patients undergoing bariatric surgery were effective in BMI measurements, but not on self-care power, body image and quality of life. Based on these results, using mobile health applications for effective weight loss after bariatric surgery is recommended. In addition, conducting longer studies to evaluate the effects of the e-mobile application developed specifically for bariatric surgery is recommended.

Keywords: Bariatric Surgery, Counselling, Patient Education, Nursing, Mobile Application,

1. GİRİŞ

Sağlığı olumsuz etkileyen kompleks ve multifaktöriyel bir hastalık olan obezite, tarihte kimi zaman güçlülük, bolluk, bereket kimi zaman da hantallık, yavaşlık gibi ifadelerle tanımlanmıştır (1). Günümüzde ise obezite genel olarak vücutta aşırı yağ birikimi sonucu boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkması olarak tanımlanmaktadır (2,3).

Dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan obezite gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkeler içinde önemli boyutlarda bir sağlık sorunu haline gelmiştir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2016 yılı verilerine göre, dünyada yaklaşık 1,9 milyar yetişkinin fazla kilolu olduğu, 650 milyonunun ise obez olduğu bildirilmektedir (3). Ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezitenin görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Türkiye Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması" sonuçlarına göre; obezitenin erkeklerde % 24,6, kadınlarda %39,1 oranında görüldüğü, toplum genelinde % 27,8 obez ve % 3,7 morbid obez bireyin olduğu tespit edilmiştir (4).

Obezite, vücuttaki tüm sistemler üzerine olumsuz etkiler yaratmakta ve pek çok sağlık sorununu da beraberinde getirmektedir. Bu sorunlar arasında dislipidemi, insülin direnci, Tip 2 DM (Diabetes Mellitus), kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, gastroözofagial reflü, safra kesesi hastalığı, osteoartrit ve uyku apnesi sayılabilir (5-7). Ayrıca bireyin günlük yaşam aktivitelerini sınırlayan obezite öz bakım gücünü azaltmakta, beraberinde getirdiği sağlık sorunları ile yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmekte (8,9) ve bireyin beden algısı ile beden görüntüsü arasında oluşturduğu uyumsuzluk ile beden imajından memnuniyetsizliğe neden olmaktadır (10,11). Bu nedenle obezite kronik bir hastalık olarak görülmeli ve mutlaka tedavi edilmelidir. Obezitenin tedavisinde tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz, davranış değişikliği tedavisi, ilaç tedavisi gibi çeşitli yöntemler mevcuttur (12). Bu yöntemlerden sonuç alınamadığı durumlarda ise en etkili yöntem olarak obezite cerrahisi (Bariatrik) tercih edilmektedir (1,13).

Elli yılı aşkın süredir kullanılan bariatrik cerrahi, Beden Kitle İndeksi (BKİ) 40 kg/m^2 ve üzeri olan veya BKİ 35 ile 40 kg/m^2 arasında ve obezite ile ilişkili bir yandaş

hastalığa sahip olan, daha önce diğer tedavi yöntemleri denemiş ve başarısız olmuş bireylere uygulanmaktadır (1,14).

Bariatrik cerrahi obezite tedavisinin en etkili yöntemi olmasına karşın başarılı sonuçların elde edilmesi hastaların ameliyat sonrası gerekli bilgi, beceri, tutum ve davranışları kazanması ile mümkün olmaktadır (15,16). Aksi taktirde cerrahi sonrası hastalar anastomoz kaçağı, bu kaçağa bağlı infeksiyon, bulantı kusma, dumping sendromu gibi erken dönem komplikasyonlarının (17-20) yanında vitamin ve mineral eksiklikleri, gastroözafegal reflü ve yeniden kilo alma gibi geç dönem komplikasyonları ile karşı karşıya kalabilmektedir (18-20,22). Bu kapsamda bariatrik cerrahi planlanan hastalara ameliyat öncesi süreçten başlayan planlı eğitim ve hasta gereksinimleri doğrultusunda danışmanlık hizmeti verilmelidir. Yapılan çalışmalar ile bariatrik cerrahi sonrası verilen kapsamlı eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yararları ortaya konmuştur (23-26). Güven ve Akyolcu (2020) yaptıkları çalışmada bariatrik cerrahi hastalarına ameliyat öncesi başlayarak üç ay boyunca devam eden eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin hastalarda yaşam kalitesini yükselttiğini bildirmiş (23), Usta ve Aygin (2020) altı ay süre ile uygulanan kapsamlı eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yeme özellikleri ve fiziksel aktivite düzeyini olumlu yönde desteklediğini saptamıştır (24). Yıldız ve Karagözoğlu (2021) ise Roy Adaptasyon Modeli'ne göre verilen hasta eğitiminin bariatrik cerrahi sonrası hastaların yeni yaşam tarzı değişikliklerine uyumunu hızlandırdığını vurgulamıştır (25).

Günümüzde günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelen akıllı telefon ve tabletler gibi mobil cihazlar kuşkusuz ki sağlık sunumunu da etkisi altına almıştır (27). Mobil cihazların sağlık sunumunda artan kullanımı mobil sağlık uygulamalarına olan ilgiyi de artırmıştır (28,29). İstenilen yer ve zamanda erişebilme kolaylığı sağlayan mobil sağlık uygulamaları ile bireyler sağlık bilgilerine ulaşabilmekte, çeşitli sağlık göstergelerini izleyebilmekte ve paylaşabilmektedir (27). Ayrıca bu uygulamaların sunduğu güvenilir bilgiler ve kendine yardım stratejileri bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını benimsenmesini desteklemekte öz bakım gücü ve yaşam kalitesini artırmaktadır (30-32).

Literatürde bariatrik cerrahi hastaları ile yapılan çalışmalar cerrahiyi takiben kullanılan mobil sağlık uygulamalarının bireylerde yeni yaşama uyum sürecini kolaylaştırdığını vurgulamaktadır (33-37). Ancak bu çalışmalar bariatrik cerrahi sonrası

beslenme hedeflerini gerçekleştirmek (kilo vermek, kalori saymak, beslenme günlüğü tutmak vb.), fiziksel aktiviteyi artırmak için kullanılan mobil sağlık uygulamalarına odaklanmaktadır. Beslenme ve fiziksel aktivite takibinin yanı sıra ameliyat sürecini yönetmek için kapsamlı eğitimler içeren ve canlı danışmanlık hizmeti sağlayan bariatrik cerrahiye özgü mobil sağlık uygulamaları ile yapılan çalışmalara rastlanmamıştır. Bu kapsamda, bariatrik cerrahi sonrası oluşabilecek olası komplikasyonları önlemek ve sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemelerini sağlamak için istenilen zaman ve yerde kolaylıkla doğru bilgiye ulaşmalarını sağlayan mobil tabanlı eğitim ve danışmanlık hizmeti vererek, bireylerin yaşam kalitesi, öz bakım gücü ve beden imajından memnuniyeti arttırmak bu araştırmanın ana konusunu oluşturmaktadır.

H0: Bariatrik cerrahi geçiren uygulama ve kontrol grubu hastalarının;

$H0_1$: Öz Bakım Gücü Ölçeği sontest toplam puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark yoktur.

$H0_2$: Beden İmajı Ölçeği sontest toplam puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark yoktur.

$H0_3$: Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II sontest toplam puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark yoktur.

$H0_4$: BKİ sontest puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark yoktur.

H1: Bariatrik cerrahi geçiren uygulama ve kontrol grubu hastalarının;

$H1_1$: Öz Bakım Gücü Ölçeği sontest toplam puan ortalamaları arasında uygulama grubu lehine anlamlı düzeyde fark vardır.

$H1_2$: Beden İmajı Ölçeği sontest toplam puan ortalamaları arasında uygulama grubu lehine anlamlı düzeyde fark vardır.

$H1_3$: Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II sontest toplam puan ortalamaları arasında uygulama grubu lehine anlamlı düzeyde fark vardır.

$H1_4$: BKİ sontest puan ortalamaları arasında uygulama grubu lehine anlamlı düzeyde fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

Latincede iyi beslenmiş anlamına gelen "obezus" sözcüğünden türetilmiş olan obezite**,** bireyi hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan etkileyen, kronik, ilerleyici, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalık olarak kabul edilmektedir (16). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlamıştır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının ortalama %15-20'sini, kadınlarda %25-30'unu yağ dokusu olması beklenirken erkeklerde bu oranın %25, kadınlarda ise %30'un üzerine çıkması obezite olarak gösterilmektedir (4).

Obezitenin belirlenmesinde pek çok antropometrik ölçüm yöntemi kullanılmaktadır. Kullanılan yöntemlerin basit, güvenilir, ucuz ve hızlı olması obezitenin erken tespiti ve gerekli önlemlerin alınması için oldukça önemlidir (38).

Dünyada ve ülkemizde en sık tercih edilen antropometrik ölçüm beden kitle indeksi (BKİ) dir. BKİ, bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m cinsinden) karesine (BKI=kg/m^2) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. DSÖ'ye göre BKİ 30 kg/m^2 ve üzerinde olan bireyler obez olarak kabul edilmektedir. Yetişkinlerde BKİ'nin değerlendirilmesi Çizelge 2.1'de verilmiştir (1).

Çizelge 2.1. Beden kütle indeksine göre (kg/m2) obezite sınıflaması (1)

Sınıflandırma	**(kg/ m2)**
Zayıf	<18.5
Normal	18.5-24.9
Fazla kilolu	25-29.9
Obezite	≥30
Evre 1	30-34.9
Evre 2	35-39.9
Evre 3 (Morbid)	≥40

Son yıllarda yapılan çalışmalar vücuttaki toplam yağ miktarı kadar, yağın vücutta bulunduğu bölge ve yağ dağılımının da oldukça önemli olduğu üzerinde durmaktadır (1). Bu amaçla kullanılan yöntemlerden biri olan bel çevresi, ayakta duran

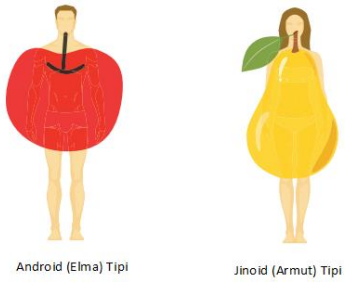
bireyin sağ en alt kostası ile iliyak kemiği arasında orta nokta belirlenerek ölçülmektedir. Bu ölçümünden elde edilen sonuç obezitenin oluşturduğu risk faktörleri hakkında bilgi vermektedir (Çizelge 2.2) (38,39).

Çizelge 2.2. Yetişkinlerde bel çevresi ölçümünün değerlendirilmesi (4)

	Bel Çevresi (cm)	**Vücut Ağırlığı ile İlişkili Sağlık Riski**
Erkek	<94	Vücut ağırlığı ile ilişkili sağlık riski düşük
Kadın	<80	
Erkek	94-102	Vücut ağırlığı ile ilişkili sağlık riski yüksek
Kadın	80-88	
Erkek	>102	Vücut ağırlığı ile ilişkili sağlık riski çok yüksek
Kadın	>88	

Vücut yağ dağılımını yansıtan bir diğer ölçüm ise bel/kalça oranıdır (BKO). Bu yöntemde kalça çevresi arkada gluteus maksimus, önde ise simfizis pubis'in üzerinden geçen en geniş çap belirlenerek ölçülür ve tekniğine uygun ölçülen bel çevresi elde edilen sonuca bölünür. DSÖ'ye göre BKO erkeklerde 0.90'ın, kadınlarda 0.85'in altında olması gerekmektedir (1,40).

Obez bireylerde hastalık riskinin belirlenmesi amacı ile vücut şekli de değerlendirilmektedir. Vücutta yağ miktarının vücudun üst kısmında toplanmasına android (elma), alt bölümünde (kalçalarda) toplanmasına ise jinoid (armut) tipi şişmanlık denmektedir. Android tipte şişmanlık jinoid tipe göre metabolik ve kardiyovasküler hastalıklar yönünden daha fazla risktir (Şekil 2.1) (4).



Şekil 2.1. Vücut Şekline göre obezite (4)

2.1.1. Obezitenin epidemiyolojisi

Dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan obezite gün geçtikçe büyüyen bir sağlık sorunudur. DSÖ, 2016 yılı verilerine göre, dünyada yaklaşık 1,9 milyar yetişkinin fazla kilolu olduğu, 650 milyonun (%13) ise obez olduğu bildirilmektedir. Cinsiyete göre kadınların %15'inin erkeklerin ise %11'inin obez olduğu görülmektedir (3). DSÖ bölgelerine göre obezite, en yüksek oranla Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) görülürken en düşük oranla Güney Doğu Asya'da görülmektedir (41).

Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC) 2018 verilerine göre ABD'de obezite prevelansı %42,4, morbit obezite ise %9,2 olarak bildirilmektedir. Ayrıca obezitenin eğitim seviyesi azaldıkça arttığı ve en yüksek oranların 40-59 yaş grubunda görüldüğü belirtilmiştir (42).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) 2017 raporuna göre; üye ülkelerin geneline bakıldığında obezite oranının %19,5 olduğu, ABD'nin en yüksek, Japonya'nın ise en düşük obezite oranına sahip olduğu görülmektedir. Türkiye'nin OECD ülkeleri arasında 13. sırada yer aldığı ve OECD ortalamasının üstüne çıktığı görülmektedir (43).

Türkiye Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2017 sonuçlarına göre; erkeklerin %23,3'ü obez, %1,3'ü morbid obez, kadınların ise %32,7'si obez, %6,4'ü ise morbid obez olduğu görülmektedir. Toplum genelinde ise %27,8'i obez, %3,7'si ise morbid obez olarak değerlendirmektedir. Ülkemizde obezitenin en yüksek oranda görüldüğü bölge %37,5 ile Batı Karadeniz iken en düşük bölge %24,2 ile Güneydoğu Anadolu bölgesidir (4).

2.1.2. Obezitenin etiyolojisi

Temelde alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olmasına bağlı olarak oluşan obezite biyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerden etkilenen multifaktöriyel bir hastalıktır (44).

Obezitenin etyolojisini incelerken, oluşumuna göre primer ve sekonder obezite olarak ikiye ayırmak mümkündür. Obez bireylerin yaklaşık %95'ini oluşturan primer obezite yaş, cinsiyet, genetik faktörler, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, sosyo-ekonomik, kültürel, çevresel ve psikolojik pek çok faktörden etkilenmektedir (45,46).

Obezite yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmektedir. Ancak ilerleyen yaşla birlikte bazal metabolizma hızında ve fiziksel aktivitede azalma, buna paralel olarak enerji alımının sınırlandırmaması obezite görülme sıklığı arttırmaktadır (16,47). Ayrıca menarş, gebelik ve menopoz gibi üreme çağının farklı dönemlerindeki hormonal dalgalanmalar yağ dokusunda artışa neden olarak kadınlarda erkeklere oranla obezite görülme riskini artırmaktadır (48).

Aile, evlatlık ve ikizlerde yapılan çalışmalar obezitenin % 70-80'inin genetik etkenlere bağlı olduğu bildirilmiştir (49). Genlerin vucutta enerji kullanımı, iştah, vücut yağ dağılımı, yağ hücre sayısı ve büyüklüğünü etkileyebildiğini gösterilmiştir (50,51).

Primer obezite nedenleri arasında yer alan kötü beslenme alışkanlığı ve fiziksel aktivite azlığı önemli ve değiştirilebilir faktörlerdendir (45). Gelişen teknolojiyle birlikte sedanter yaşam alışkanlıklarının benimsenmesi, besin değeri düşük, kalori değeri yüksek yiyeceklerin kolay erişilebilir olması, hazır gıda tüketiminin artması ve hızlı yemek yeme alışkanlığı gibi yaşam şeklindeki değişimler obezitenin ortaya çıkmasında önemli faktörler olmuştur (52). Ayrıca kültür, eğitim, meslek, gelir durumu, evlilik gibi sosyal faktörler ve stres, anksiyete, öfke gibi psikolojik durumlar da beslenme ve fiziksel aktivite düzeyini etkileyerek obeziteye neden olan diğer faktörler arasında yer almaktadır (4,46).

Obez bireylerin küçük bir bölümünü oluşturan sekonder obezite ise; polikistik over sendromu, cushing, ve hipotiroidizm gibi nöroendokrin hastalıklar, wilson-turner sendromu, down sendromu gibi genetik sendromlar, antidepresanlar ve kortikosteroidler gibi ilaçlara bağlı olarak meydana gelmektedir (45).

2.1.3. Obeziteyle ilişkili sağlık sorunları

Gün geçtikçe artan obezite prevelansı obezitenin yol açtığı sağlık sorunlarını da beraberinde getirmekte, hayat kalitesini bozmakta ve erken ölümlere yol açmaktadır (53,54). Obezitenin getirdiği başlıca sağlık sorunları dislipidemi, insülin direnci, Tip 2 diabetes mellites (DM), kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, gastroözofagial reflü, safra kesesi hastalığı, osteoartrit, uyku apnesi olarak sayılabilmektedir. Ayrıca obezite birçok kanser türü için de ciddi risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (5)

Obeziteyle birlikte sık görülen metabolik bozukluklardan biri dislipidemidir (1). Hiperinsülinemi ve serbest yağ asitlerindeki artışa bağlı olarak karaciğerde çok düşük

dansiteli lipoprotein (very low density/VLDL) sentezi ve salınımı artmaktadır. Bu durum trigliserid ve düşük dansiteli lipoprotein (low density/LDL) düzeyinin artması, yüksek dansiteli lipoprotein (high density/HDL) düzeyinin ise azalması ile sonuçlanmaktadır (53).

Obez bireylerin karbonhidrat metabolizmasında görülen değişimler bireyde önce insülin direnci ve hiperinsülinemi gelişimini tetiklemekte ardından patolojik süreç prediyabet ve diyabet yönünde ilerlemektedir (1,5). 881 692 katılımcıyla yapılan 5 çalışmanın dahil edildiği bir meta analiz sonucuna göre obezitenin Tip 2 DM olasılığını % 67 oranında artırdığı gösterilmektedir (55).

Obez bireylerde yağ dokusunda meydana gelen artış, leptin salınımında ve renin-anjiotensin-aldosteron aktivitesinde artışa, hiperinsülinemi ve insülin direncine neden olarak kardiyak output ve sistemik vasküler direnci artırır. Tüm bunların sonucunda obez bireylerde hipertansiyon gelişme riski artmaktadır (56). Yapılan bir çalışmada vücut ağırlığındaki her 10 kg'lık artışın sistolik kan basıncını 3 mmHg, diastolik kan basıncını ise 2,3 mmHg artırdığı gösterilmiştir (1).

Obezite ve obeziteye eşlik eden dislipidemi, Tip 2 DM ve hipertansiyon gibi diğer durumlar kardiyovasküler hastalık oluşumunda önemli risk faktörleridir (56). Yapılan çalışmalar obezitenin ateroskleroz, semptomatik koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği ve atriyal fibrilasyon gelişimi üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur (1,56, 57). BKİ'ndeki her 1 birimlik artışın, koroner arter hastalığı riskini % 20 oranında arttırdığı gösterilmektedir (55).

Obeziteyle birlikte artmış intragastrik basınç, normal özofagus sfinkter fonksiyonunu bozmakta ve gastroözofagial reflü hastalığı (GÖRH) görülme sıklığını artırmaktadır (1). Kristo ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışmada morbit obezitenin özofagus motilite bozukluğu ve GÖRH görülme sıklığını artırdığı gösterilmiştir (58). Ayrıca obez bireylerde artmış kolesterol sentezi ve sekresyonuna bağlı olarak safra kesesi taşı riski de artmaktadır (59).

Obezite ile artan vücut ağırlığı, omurga, diz, kalça gibi ağırlık taşıyan eklemlerin yükünün artmasına, kıkırdak yapının aşınmasına ve eklemlerin dejenerasyonuna neden olmaktadır. Ayrıca obezite ağırlık taşımayan el eklemleri gibi eklemlerde de osteoartrit sıklığını artırmaktadır (1). Abourazzak ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada osteoartritli bireylerin %74,6'sının obez olduğu tespit edilmiştir (60). Yapılan benzer bir

çalışmada Şentürk ve arkadaşları (2020) osteoartritli bireylerin BKİ ortalamalarının 30 kg/m^2 nin üzerinde (32,97±5,07) olduğunu göstermiştir (61).

Obezitede abdominal ve torasik alanda yağ birikimi; diyafragmanın yukarı pozisyonda kalmasına, solunum yükünün artmasına, total akciğer kapasitesi ve fonksiyonel rezidual kapasitenin azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca boyun ve farenks çevresinde yağ birikimi üst hava yolunu daraltmakta ve bireylerde Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) riskini artırmaktadır (16,62). Yapılan bir çalışmada BKİ'nin >29 kg/m^2 olmasının OUAS riskini 8-12 kat arttırdığı bildirilmiştir (63). Farklı bir çalışmada ise OUAS görülme olasılığının zayıf ve normal BKİ'ye sahip olanlara göre I. sınıf obez bireylerde 4,4 kat, II. sınıf obez bireylerde 6,8 kat, III. sınıf obez bireylerde ise 31,5 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (64).

Obezitede pek çok hastalık ile ilişkilendirilen endokrin, metabolik ve immünolojik değişimler bazı kanser türlerinin de insidansını artırmaktadır. Bu kanser türleri arasında özofagus, pankreas, safra kesesi, kolon, rektum, over, serviks, meme ve böbrek kanseri sayılabilmektedir. Ayrıca obezite kanserli bireylerin yaşam süresini ve tedaviye uyumunu azaltmakta, metastaz riskini artırmaktadır (1,65).

Obez bireylerde en sık görülen psikososyal komplikasyon depresyondur. Fizyolojik olarak obezitede depresyon insülin direnci, sistemik inflamasyon ve hipotalamus-hipofiz-adrenal aksın düzensizlikleri ile açıklanmaya çalışılmaktadır (1). Öte yandan, güzelliğin zayıflık ile bağdaştırıldığı toplumlarda obezite, sosyal damgalamaya, beden imajında bozulmaya, benlik saygısı azalmaya yol açabilmekte ve bu durum depresyon riskini artırmaktadır. Literatürde obezitenin depresyon riskini artırdığı pek çok çalışmada gösterilmiştir (66-69).

2.1.4. Obezitede tedavi yöntemleri

Obezite tedavisinde amaç, gerçekçi bir vücut ağırlığı kaybı hedefleyerek, bireye yaşam boyu yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı aşılamak ve sedanter yaşamı önleyici davranış değişiklikleri kazandırmaktır. Obezite tedavisinde yeterli kanıt düzeyine sahip temel tedavi yöntemleri tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz, davranış değişikliği tedavisi, ilaç tedavisi ve cerrahi tedavidir (12).

Tıbbi beslenme tedavisi: Yeterli ve dengeli beslenme ilkeleri ile uyumlu olarak bireye özgü planlanan basit, kolay uygulanabilir, ucuz ve güvenli bir yöntemdir. Tıbbi

beslenme tedavisinde bireyin enerji ihtiyacı belirlenerek haftalık ortalama 0,5-1 kg kilo kaybı olacak şekilde beslenme programı planlanmaktadır (13). Bu tedavi yönteminin başarısında bireyin doğru beslenme alışkanlığı kazanması ve bu alışkanlığı sürdürülmesi oldukça önemlidir (1).

Egzersiz Tedavisi: Enerji dengesini düzenleyerek kilo kaybını sağlayan bu tedavi yönteminin tıbbi beslenme tedavisiyle birlikte kullanıldığında etkinliği artmaktadır (13). Egzersiz tedavisi ile obez bireylerin günlük 300 kaloriden fazla harcamasını sağlayan yürüyüş gibi orta şiddetli egzersizleri içeren programlar planlanmaktadır (70). Bu tedavi yöntemi sadece enerji dengesinin düzenlenmesinde değil, obezite ile gelişen sağlık sorunlarının ve bu sorunlara bağlı ölüm hızının azaltılmasında da önemli role sahiptir (1).

Davranış değişikliği tedavisi: Obez bireylerde kullanılan davranış değişikliği tedavisi kilo almaya neden olan kötü beslenme alışkanlığı ve olumsuz fiziksel aktivite davranışlarına odaklanmaktadır. Bu tedavi yöntemi ile bireylere olumlu alışkanlıklar kazandırmak ve bu kazanımları pekiştirerek hayat tarzı haline getirmek hedeflenmektedir (1).

İlaç tedavisi: İlaç tedavisi tıbbi beslenme, egzersiz ve davranış değişikliği tedavilerine ek olarak BKİ > 30 kg/m² veya 27 kg/m²olup obeziteye bağlı bir veya daha fazla yandaş hastalığa sahip olan bireylerde kullanılmaktadır (13). Kullanılan ilaçların, obezitenin altında yatan nedene uygun olması, önemli yan etkilerinin olmaması ve bağımlılık yapmaması gerekmektedir (1).

Cerrahi tedavi: Tıbbi beslenme, egzersiz, davranış değişikliği ve ilaç tedavisinden sonuç alınamadığı durumlarda çeşitli cerrahi tedavi yöntemleri tercih edilmektedir (13). Obezitenin tedavisinde kullanılan bu cerrahi yöntemlerinin tümü bariatrik cerrahi olarak isimlendirilmektedir (70).

2.2. Bariatrik Cerrahi

Kökeni Yunanca'da kilo anlamında 'baro' kelimesi ile tedavi anlamında 'iatria' kelimesinden gelen bariatrik cerrahi, obezite tedavisinde kullanılan invaziv veya minimal invaziv tekniklerin tamamına verilen addır (16,71). elli yılı aşkın süredir kullanılan bariatrik cerrahi, günümüzde obezite sıklığının ve obeziteye bağlı mortalite ve morbite oranlarının artması nedeni ile kullanımı yaygınlaşmıştır (14). Ayrıca

endoskopik ve laparaskopik tekniklerde yaşanan gelişmeler ve beklenen hasta sonuçlarındaki iyileşmeler bu yöntemi obezite tedavisinde daha geçerli bir seçenek haline getirmiştir (71).

Obezite tedavisinde bariatrik cerrahi her birey için uygulanamamaktadır. Bu tedavi, BKİ 40 kg/m^2 ve üzeri olan veya BKİ 35 ile 40 kg/m^2 arasında ve obezite ile ilişkili bir yandaş hastalığa sahip olan bireylere uygulanmaktadır. Ayrıca 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük bireylere, tedavi edilmemiş endokrin hastalık, yeme bozukluğu, majör depresyon ya da psikoz bulunan, şiddetli GÖRH, portal hipertasyon ciddi koagülopati, alkol ve madde bağımlılığı, ciddi kardiyak sorunlara sahip bireylere, gebe olan veya 18 ay içinde gebelik planlayan bireylere ve kanser hastalarına uygulanamamaktadır. Bununla birlikte bariatrik cerrahi planlanan hastalar ameliyat öncesi en az 6 ay takip edilmekte, detaylı bir şekilde değerlendirilmekte ve bireyin cerrahi sonrası yaşam tarzı değişikliklerine uyum, istek ve kararlılığı test edilmelidir (1,72).

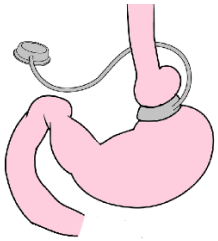
2.2.1. Bariatrik cerrahi yöntemleri

Bariatrik cerrahi temelde üç farklı yöntem kullanılarak yapılmaktadır. Bunlar emilimin aktif olduğu ince bağırsak uzunluğunun kısaltılması ile yapılan emilimi bozucu yöntemler, mide hacminin küçültülmesi ile yapılan alım kısıtlayıcı yöntemler veya her iki yöntemin bir arada kullanıldığı kombine yöntemlerdir (71).

Günümüzde bariatrik cerrahi yöntemleri içerisinde ayarlanabilir gastrik band, sleeve gastrektomi, roux-en-Y gastrik bypass, biliopankreatik diversiyon ve duedonal switch standart olarak uygulanılan operasyonlardır. Uygulanan tüm operasyonlarda morbidite ve mortalitenin az olması ve iyileşme sürecinin kısa olması nedeni ile laporoskopik yaklaşım önerilmektedir (72).

Ayarlanabilir gastrik band: Yalnızca kısıtlayıcı etkiye sahip olan bu yöntemde mide proksimaline ayarlanabilir bir band yerleştirilerek ufak bir poş (30 ml) oluşturulur. Bu sayede bireyde daha az besin alımı ile daha hızlı tokluk hissi oluşur.

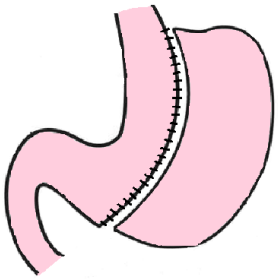
Ayarlanabilir gastrik bant kolay uygulanabilen, ayarlanabilir ve geri dönüşümlü bir tekniktir. Fakat banda ait komplikasyonlar (kayma, penetrasyon, perforasyon) sık görülür. Bu yöntemde ilk yılda kilo kaybı % 40-50, 5. yılda ise % 30-50 civarında görülmektedir (71,72).



Şekil 2.2. Ayarlanabilir Gastrik Bant Operasyonu

Sleeve Gastrektomi (Tüp Mide) Operasyonu: Mide hacmini kısıtlayıcı bir yöntem olan sleeve gastrektomide midenin büyük kurvatur bölümünden büyük bir parçasının çıkarılmasıyla mideye tüp şekli verilmektedir. BKİ yüksek (>60kg/m^2) bireylerde karmaşık ameliyatlar öncesi kilo kaybını sağlamak için birinci basamak yöntem olarak kullanılabildiği gibi bu yöntem tek başına da kullanılabilmektedir.

Sleeve gastrektomi güvenli ve basit bir uygulamadır. Ayrıca pilor sifinkterinin sağlam olması dumping sendromu gelişimi ve malnütrisyon riskini düşürür. Bu yöntemin geri dönüşümsüz olması ve stapler hattında kaçak riski sleeve gastrektominin dezavantajı olarak sayılabilir. Bu yöntemde ilk yılda kilo kaybı % 60-67, 5. yılda ise % 53-65 civarında görülmektedir (16,72).



Şekil 2.3. Sleeve Gastrektomi (Tüp Mide) Operasyonu

Roux- en- Y Gastrik Bypass Operasyonu: Mide hacmini kısıtlayıcı ve emilim bozucu etkiye sahip kombine bir yöntem olan Roux-en-Y gastrik bypass ile mide proksimalinde küçük bir poş (>30 ml) oluşturulur. Jejenum treitz ligamanının 30-50 cm distalinden ayrılır. Ayrılan açık uç ile oluşturulan poş arasında gastro jejunostomi yapılır ve bu kısma Roux bacağı denir. Biliopankreatik bacak, yapılan gastrojejunostomi anastomozunun 75-150 cm distaline bağlanır. Böylelikle

biliopankreatik ve Roux bacakları birleştirilir. Bu yöntem ile küçültülen mide hacmi besin alımını sınırlandırırken malabsorbsiyon kilo kaybına yardımcı olur (16,71).

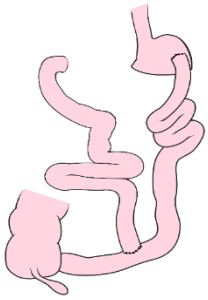
Morbit obezite tedavisinde altın standart olarak kullanılan Roux-en-Y gastrik bypass etkili, güvenilir ve geri dönüşümü olan bir yöntemdir. Fakat stoma obstrüksiyonu, stapler hattında kaçak riski ve dumping sendromu görülme olasılığı bu yöntemin dezavantajları olarak sayılabilir. Ayrıca malnütrisyon nedeniyle vitamin ve mineral eksiklikleri de sık görülür. Bu yöntemde ilk yılda kilo kaybı % 70 5. yılda ise % 60 civarında görülmektedir (72).



Şekil 2.4. Roux- en- Y Gastrik Bypass Operasyonu

Biliopankreatik diversiyon ve duedonal switch: Biliopankreatik diversiyon (BPD) tek başına kullanılabildiği gibi duedonal switch (DS) ile birlikte de kullanılabilen bir yöntemdir. Bu yöntem pilor koruyucu parsiyel sleeve gastrektomi, Roux-en-Y bacağı ve kısa ortak kanalın oluşturulduğu bir ameliyattır. Bu ameliyat ile küçülen mide hacmi sayesinde besin alımı kısıtlanmış olur. Ayrıca alınan besinlerin safra ve pankreas salgıları ile olan teması en aza indirilmiş ve malabsorbsiyon oluşumu sağlanmış olur.

Biliopankreatik diversiyon ve duedonal switch ile en uzun dönemde minimum besin kısıtlaması ile maksimum kilo kaybı sağlanmaktadır. Dislipidemi, hipertansiyon ve tip 2 DM'nin iyileşmesinde en etkili yöntemdir. Ancak geri dönüşümü olmayan bu yöntem, uzun vadede en yüksek nütrisyonel riskini içerir. Dumping sendromu ve marjinal ülser olasılığı da fazladır. Bu yöntemde ilk yılda kilo kaybı % 75 5. yılda ise % 70-90 civarında görülmektedir (16,71,72).



Şekil 2.5. Biliopankreatik diversiyon Operasyonu

2.2.2. Bariatrik cerrahi sonuçları

Bariatrik cerrahi uzun dönemde fazla vücut ağırlık kaybı ve obezite ile ilişkili sağlık sorunlarının çözümünde oldukça etkili bir tedavi yöntemidir. Bariatrik cerrahi sonrası ilk yıl ağırlık kaybının büyük bölümü gerçekleşmekte ve beş yıla kadar da bu eğilim devam etmektedir (73). Yapılan bir meta analiz (2017) sonucuna göre sleeve gastrektomi geçiren hastalarda fazla vücut ağırlığı kaybı oranının % 69,7-83 arasında, gastrik baypasslı hastalarda % 60,5-86,4 arasında değiştiği belirlenmiş ve bariatrik cerrahinin fazla vücut ağırlığı kaybında başarılı bir tedavi yöntemi olduğu bildirilmiştir (73). Ongan ve arkadaşları (2021) bariatrik cerrahi geçiren 145 hastanın sonucunu değerlendirdikleri çalışmada hastaların birinci yıl sonunda fazla vücut ağırlığı kaybı oranının % 67,7 olduğunu saptamışlardır (18). Yapılan çalışmalar sonucuda bariatrik cerrahinin vücut ağırlık kaybının yanı sıra DM riski, OUAS, angina, miyokard infarktüsü bulgularını azalttığı (14), arteriyel kan basıncını (74), ghrelin, leptin (75), kan glikoz, trigliserit ve total kolesterol düzeylerini düşürdüğü (18), oral antidiyabetik ve antihipertansif ilaç gereksinimini azalttığı (76,77) ve yaşam kalitesini artırdığı (78) bildirilmiştir.

Bariatrik cerrahi obezite tedavisinde oldukça etkili bir yöntem olmasına karşın, bu tedavinin bazı komplikasyonları da söz konusudur (19). Bu komplikasyonlar içinde erken dönemde (ilk 30 gün içinde) görülen kanama, intestinal kaçaklar, bağırsak tıkanıklıkları, atelektazi, pulmoner emboli, venöz tromboembolizm, enfeksiyon, bulantı ve kusma (17-20), geç dönemde (30 günden sonra) görülen safra kesesi hastalıkları, herni, marjinal ülserler, reflü, dumping sendromu, böbrek taşı, vitamin ve mineral eksiklikleri sayılabilir (18,19, 21,22).

2.3. Bariatrik Cerrahi ve Öz Bakım Gücü

Öz Bakım kuramı 1959 yılında çağdaş hemşirelik kuramcılarından Dorethea Elizabeth Orem tarafından geliştirilmiş ve yayınlanmıştır. Bu kuram bireyi kendi bakımından sorumlu tutmakta ve bireyin yaşamını, sağlığını, refahını sürdürebilmek adına başlattığı ve gerçekleştirdiği etkinliklere odaklanmaktadır. Bireyin bu etkinlikleri başlatma ve uygulama yeteneğine ise öz bakım gücü denir. Bir başka ifade ile öz bakım gücü, bakım gereksinimini karşılamak isteyen bireyin yaşamını düzenlemesini ve geliştirmesini sağlayan aktivitelerin tümü olarak açıklanabilir. Bireylerin bakım gereksinimleri ile öz bakım gücü arasında dengenin sağlanması oldukça önemlidir. Bu dengenin bozulduğu durumlarda, birey günlük yaşam aktivitelerini karşılayamamakta ve öz bakım yetersizliği ortaya çıkmaktadır(79,80).

Cerrahi tedavinin doğası gereği ameliyat sonrası erken dönemde bireyin öz bakım gereksinimlerini (beslenme, tuvalet-tuvaleti kullanma, giyinme-kuşanma, banyo-hijyen, enstrümental bakım) yerine getirme yeteneği etkilemektedir (81). Buna ek olarak bariatrik cerrahi sonrası görülebilen bulantı, kusma, dumping sendromu, anastomoz kaçağı, vitamin ve mineral eksikliği gibi komplikasyonlar bireyin taburculuk sonrası öz bakım gücünü azaltmaktadır (16,19). Ayrıca cerrahi sonrası istenen düzeyde kilo kaybının sağlanması ve korunması için bireyin beslenme, egzersiz gibi yaşam tarzı değişikliği gerektiren öz bakım gereksinimlerini karşılanması gerekmektedir (8,16). Bu bağlamda bireye özgü bakım planlanırken bireyin öz bakım gücü değerlendirilmeli, öz bakım gereksinimleri ve yetersizlikleri belirlenmelidir. Hemşire tedavinin her aşamasında eğitici ve danışman rollerini kullanarak bireye belirlenen öz bakım gereksinimleri hakkında rehberlik etmelidir (16).

2.4. Bariatrik Cerrahi ve Beden İmajı

Bedenimizin zihnimizde şekillendirdiğimiz resmi, bedenimizin kendimize nasıl göründüğü şeklinde tanımlanan beden imajı, bilişsel, kültürel ve fizyolojik yönleri içeren çok boyutlu bir kavramdır (10,82). Bu kavram bireyin yaşadığı deneyimler, kendi bedenine verdiği değer, başkalarının onun bedeni hakkındaki düşünce, tutumları ve bunlara gösterdiği tepkilerden etkilenmektedir (82).

Her birey kendi bedeni ile kıyasladığı ve ideal olarak gördüğü bir beden imajına sahiptir (82). Obezite gibi yeme bozukluğu olan bireylerde ideal beden algısı ile beden

görüntüsü arasında uyumsuzluk söz konusudur (10,11). Bu uyumsuzluk bireyin beden imajında memnuniyetsizliğine neden olmaktadır (83-85). Yapılan çalışmalar normal BKİ'ne sahip bireylere göre obez bireylerin beden imajından memnuniyetsizliklerinin daha yüksek olduğunu ve bu memnuniyetsizliğin yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik halini olumsuz yönde etkilediğini vurgulamaktadır (10,11,86-89).

Obezite tedavisinde önemli bir yere sahip olan bariatrik cerrahi öncelikli olarak obezitenin getirdiği fiziksel yüklerden kurtulmak amacıyla tercih edilse de beden imajlarından memnuniyetsizlik bu tedavi yönteminin seçiminde büyük rol oynamaktadır (82). Yapılan pek çok çalışma bariatrik cerrahi sonrası kilo kaybının beden imajında belirgin iyileşmeler sağladığını gösterse de (82,90-92) aksini söyleyen çalışmalar da mevcuttur (94,95). Bu kapsamda bariatrik cerrahi sonrası bütüncül bir yaklaşım ile bireyselleştirilmiş bir bakım sunan hemşire, eğitici ve danışmanlık rollerini kullanarak bireylerin beden imajına uyum sürecine ve sağlıklı yaşam tarzı benimsemesine yardımcı olmalıdır (82).

2.5. Bariatrik Cerrahi ve Yaşam Kalitesi

Günümüzde toplumların en önemli evrensel hedeflerinden biri olan yaşam kalitesi DSÖ tarafından bireyin amaçları, beklentileri, endişeleri ve standartları ile ilişkili olarak yaşadığı kültür ve değerler sistemi içerisinde kişinin kendi yaşamını nasıl algıladığı olarak tanımlanmaktadır (96). Temelde bireyin fiziksel, duygusal ve toplumsal doyumu gibi subjektif göstergelere odaklanan yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık gibi objektif göstergelerden de önemli ölçüde etkilenmektedir (97).

Obezite, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlamakta ve beraberinde getirdiği sağlık sorunları ile yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (98). Yapılan pek çok çalışma obez bireylerin normal kilolu bireylere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu göstermektedir (98-100). Kolotkin ve Andersenin (2017) yapmış olduğu meta analiz sonucuna göre tüm toplumlarda obezitenin önemli ölçüde yaşam kalitesini düşürdüğü ve kilo kaybı artıkça yaşam kalitesininde paralel olarak arttığı bildirilmektedir (100).

Yapılan çalışmalar obezite tedavisinin yaşam kalitesini iyileştirmede önemli bir yere sahip olduğunu ve en iyi sonuçların bariatrik cerrahi sonrası görüldüğünü

göstermektedir. Bu çalışmalarda bariatrik cerrahi sonrası yaşam kalitesindeki artışın kilo kaybı ile ilişkili olduğu ortaya konmaktadır (99-101). Ancak bazı çalışmalar kilo kaybının daha istendik düzeyde olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyen bireylerde yaşam kalitesindeki artışın daha anlamlı düzeyde olduğunu göstermektedir (22, 102).

2.6. Bariatrik Cerrahi Olan Hastalarda Eğitim ve Danışmanlık

Bariatrik cerrahi ile başarılı sonuçların elde edilmesi multidisipliner ekip anlayışı ile ameliyat öncesi dönemden başlayan, taburculuk sonrası devam eden uzun soluklu takiple mümkündür (15). Cerrahi ekibin profesyonel bir üyesi olan hemşire, yeni yaşamlarına uyum sürecinde hastalara eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak rehberlik etmelidir (16).

Tüm cerrahi girişimler için ameliyat öncesi verilen hasta eğitimi, sorunsuz bir cerrahi süreçte kilit rol oynamaktadır. Yapılan pek çok çalışma ameliyat öncesi dönemde sağlık profesyonelleri tarafından verilen doğru ve yeterli eğitim ile hastada korku ve anksiyetenin azaldığını, iyileşme süreci ve taburculuğun hızlandığını vurgulamaktadır (103-106). Bu nedenle bariyatrik cerrahi öncesi hastalara ameliyat randevusu, anestezi hazırlığı, bağırsak hazırlığı, yara bakımı, ağrı yönetimi, egzersizler, sıvı alımı ve diyet aşamaları hakkında eğitim verilmelidir (72,104,107,108). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Keçeci (2019) bariatrik cerrahi öncesi verilen tele-hemşirelik eğitiminin hastaların anksiyete ve depresyon düzeyini azalttığı, bakımdan memnuniyeti ise artırdığını göstermiştir (104). Helms (2020) ise bariyatrik cerrahi öncesi görsel-işitsel bileşenler eklenerek verilen eğitimin hastaların kaygı düzeyini azalttığını vurgulamıştır (107).

Günümüzde uygulanan cerrahi girişimin türüne ve hastanın sağlık durumuna bağlı olarak değişiklik gösterse de cerrahi sonrası hastaların hastanede kalış süreleri kısalmıştır (103). Bariatrik cerrahi sonrası da bağımsız bir şekilde mobilize olabilen, bulantı kusması olmayan ve yeterli sıvı alımı olan hastalar ortalama ikinci günde hastaneden taburcu olmaktadır (109,110). Cerrahi sonrası hastaların hastanede kalış sürelerinin kısa olması pek çok açıdan yarar sağlasa da hasta ve ailesinin sağlık profesyonelleri ile iletişimini kısıtlamakta, eğitim ve danışmanlık gereksinimlerini artmaktadır (16). Taburculuk sonrası hemşire hastada oluşabilecek olası

komplikasyonları önlemek ve sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemesini sağlamak için ilaç kullanımı, yara bakımı, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık kuruluşuna başvurulması gereken durumlar, izlem randevuları gibi konuları içeren yapılandırılmış ve kapsamlı bir eğitim planlamalıdır (111).

Bariatrik cerrahide mutlak sonuçlar ancak hastanın ameliyat sonrası sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemesi ile elde edilebilir (15). Hasta eğitiminde de temel amaç bireyin yeni ve olumlu davranışlar kazanmasını sağlamaktır (112). Yapılan çalışmalar ile bariatrik cerrahi sonrası verilen kapsamlı eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yararları ortaya konmuştur (23-26).Bu kapsamda ameliyat öncesi dönemde başlayarak taburculuk sonrası evde bakımı da içine alan planlı eğitimlerin verilmesi ve hasta gereksinimleri doğrultusunda danışmanlık hizmetlerinin sunulması oldukça önemlidir (23,24).

2.7. Bariatrik Cerrahide E-Mobil Eğitim ve Danışmanlık Uygulaması

Günümüzde teknolojide yaşanan gelişmelere paralel olarak akıllı telefon ve tabletler gibi mobil cihaz kullanımı da artmıştır (29). We are Social 2021 verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık % 66,6'sı ülkemiz nüfusunun ise %89'u akıllı telefon kullanmaktadır (113).

Günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelen mobil cihazlar kuşkusuz ki sağlık sunumunu etkisi altına almıştır. Mobil cihazların sağlığın sunumunda kullanımı giderek yaygınlaşmış ve mobil sağlık kavramını ortaya çıkarmıştır (27). Bu kavram, Sağlık Bakanlığı tarafından akıllı telefon, tablet bilgisayar ve diğer mobil iletişim araçlarının sağlık bilgisi iletmek ve sağlık hizmeti sunumunu desteklemek için kullanılması olarak tanımlanmaktadır (114).

Mobil cihazların sağlık sunumunda artan kullanımı mobil sağlık uygulamalarına olan ilgiyi de artırmıştır (27,28). Bireye istenilen yer ve zamanda erişebilme kolaylığı sağlayan mobil sağlık uygulamaları temelde hasta izleme, bakım sonrası destek, acil tıbbi yanıt sistemleri, sağlık bilgi sistemleri, sağlık finansmanı, hastalık ve salgın gözetimi, mobil öğrenme ve hasta eğitimi alanlarında hazırlanmış yazılımlardır (29). Ayrıca bu yazılımlar sağlık okur yazarlığının artırılması ve sağlıklı yaşam davranışlarının benimsenmesi gibi tedavi ve bakım sürecini kolaylaştırıcı kazanımlar sunmaktadır (30,31).

Bariatrik cerrahi geçiren hastalara, ameliyat sonrası gerekli bilgi, beceri, tutum ve davranışları kazanabilmeleri için ameliyat öncesi süreçten başlayan planlı hasta eğitimi ve hasta gereksinimleri doğrultusunda danışmanlık hizmeti verilmelidir (23-26). Yapılan çalışmalar hem sağlık profesyonellerinin verdikleri hizmeti izlemeleri, hem de bireylerin kendi sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olabilmelerini mümkün kılan mobil sağlık uygulamaları ile verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sağlıklı yaşam davranışları benimsemesinde etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu uygulamaların sunduğu güvenilir bilgiler ve kendine yardım stratejileri bireylerin öz bakım gücü ve yaşam kalitesini artırmaktadır (31,32).

Literatürde bariatrik cerrahi hastaları ile yapılan çalışmalar cerrahiyi takiben kullanılan mobil sağlık uygulamalarının bireylerde yeni yaşama uyum sürecini kolaylaştırdığını vurgulamaktadır (33-37). Mangieri ve arkadaşları (2019) 24 ay boyunca takip ettikleri bariatrik cerrahi hastaları ile yaptıkları çalışmada diyet ve aktivite takibi yapan mobil sağlık uygulamalarının kilo kaybını iyileştirmek ve sürdürmek için etkili olduğunu göstermiştir (35). Otuz sekiz çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede (2020) ise bariatrik ve metabolik cerrahi sonrası kullanılan mobil sağlık uygulamalarının bireylerde kilo kaybı ve sağlık ile ilişkili davranış değişikliği sağlamada etkili olduğu belirtilmiştir (34). Ancak bu çalışmalar bariatrik cerrahi sonrası beslenme hedeflerini gerçekleştirmek (kilo vermek, kalori saymak, beslenme günlüğü tutmak vb.), fiziksel aktiviteyi artırmak için kullanılan mobil sağlık uygulamalarına odaklanmaktadır. Beslenme ve fiziksel aktivite takibinin yanı sıra ameliyat sürecini yönetmek için kapsamlı eğitimler içeren ve canlı danışmanlık hizmeti sağlayan bariatrik cerrahiye özgü mobil sağlık uygulamaları ile yapılan çalışmalara rastlanmamıştır. Bu kapsamda, bariatrik cerrahi sonrası oluşabilecek olası komplikasyonları önlemek ve sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemelerini sağlamak için istenilen zaman ve yerde kolaylıkla doğru bilgiye ulaşmalarını sağlayan mobil tabanlı eğitim ve danışmanlık hizmeti vererek, bireylerin yaşam kalitesi, öz bakım gücü ve beden imajından memnuniyeti arttırmak hedeflenmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Bu araştırma, bariatrik cerrahi geçiren hastalarda, e-mobil eğitim ve danışmanlık hizmetinin öz bakım gücü, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü girişimsel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Isparta ili merkez sınırları içerisinde bulunan Isparta Şehir Hastanesi Obezite Merkezinde Temmuz 2020-Temmuz 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Isparta Şehir Hastanesi Obezite Merkezinde iki hekim, bir hemşire, bir diyetisyen, bir psikolog ve bir fizyoterapist görev almaktadır. Bu merkezde altı modülden oluşan ve 6 ay-1 yıl süren yaşam tarzı değişikliği programları yapılmakta ve uygun görülen bireylere bariatrik cerrahi planlanmaktadır. Hastanede bariatrik cerrahi prosedürleri (sleeve gastrektomi veya gastrik bypass) uygulayan yedi cerrah bulunmaktadır.

Bariatrik cerrahi geçiren hastalar hastanenin genel cerrahi kliniğinde yatmaktadır. Bu klinik toplam 20 yataktan oluşmaktadır. Kliniğin odaları tek ve çift kişilik olmak üzere iki tiptir. Klinikte toplamda 12 hemşire bulunmaktadır. Gündüz vardiyasında bir sorumlu ve iki klinik hemşiresi görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Isparta Şehir Hastanesi, Obezite Merkezinde, Temmuz 2020- Temmuz 2021 tarihleri arasında bariatrik cerrahi geçiren hastalar oluşturmuştur. Örneklemini ise Isparta Şehir Hastanesi Obezite Merkezinde, örneklem seçim kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü olarak kabul eden hastalar oluşturmuştur.

Örneklem Seçim Kriterleri

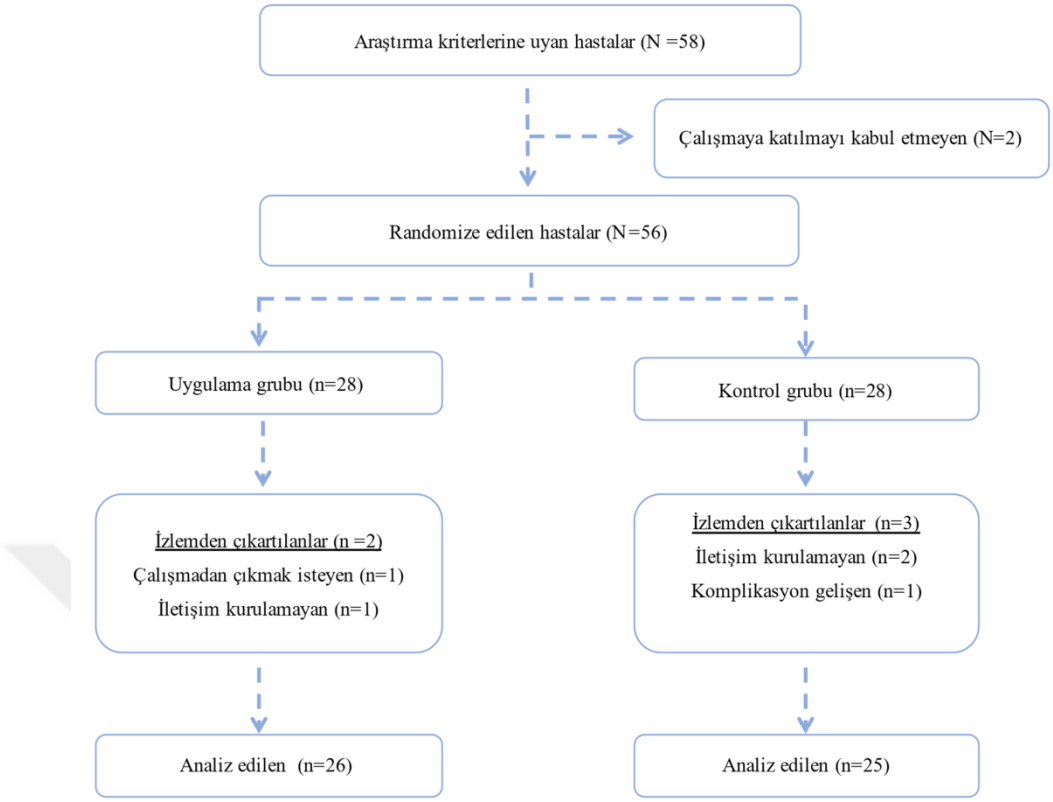
- ✓ 18 yaş ve üzeri, 65 yaş ve altında olması,
- ✓ Okur- yazar olması,
- ✓ Türkçe anlayabilmesi, konuşabilmesi ve işitme engeli bulunmaması,

- ✓ İlk kez bariatrik cerrahi uygulanması,
- ✓ Laparoskopik yöntemle sleeve gastrektomi veya gastrik bypass operasyonu geçirmiş olması,
- ✓ Cerrahi girişim sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmemesi,
- ✓ Kavrama ve anlama yeteneğini azaltacak herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmaması,
- ✓ Akıllı telefon kullanabilmesi,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul etmesi.

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında; literatürde araştırmanın değişkenlerini inceleyen referans alınabilecek benzer çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle doğru örneklem büyüklüğünün hesaplanması için 10 uygulama ve 10 kontrol olmak üzere 20 bariatrik cerrahi hastasından veriler toplandıktan sonra güç analizi yapılmıştır. G*Power 3.0.10 programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda; %90 güç, %5 hata payı ve f=0,20 etki büyüklüğü ile toplamda en az 46 örnek sayısı yeterli bulunmuştur (n_1:23; n_2:23).

Araştırmanın veri toplama sürecinde hastaların araştırmaya devam etmek istememesi veya bir nedenden ötürü edememesi göz önüne alınarak araştırmaya 28 uygulama, 28 kontrol grubu olmak üzere 56 hasta alınmıştır.

Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden hastalar basit rastgele randomizasyon yöntemi ile uygulama ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Araştırma sürecinde bir hastanın (n=1) çalışmadan çıkmak istemesi, üç hasta ile (n=3) iletişim kurulamaması, bir hastada (n=1) ise komplikasyon gelişmesi nedeni ile beş hasta izlemden çıkarılmış ve çalışma 26 uygulama, 25 kontrol olmak üzere toplam 51 hasta ile tamamlanmıştır. Araştırmanın örneklem akış diyagramı Şekli 3.1.'de gösterilmiştir.



Şekli 3.1. Örneklem Akış Diyagramı (n=51)

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği, Beden İmajı Ölçeği, Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II (MA-II) kullanılarak toplanmıştır. Ayrıca araştırmada mobil uygulamanın içeriğini oluşturacak olan yazılı eğitim materyalinin güvenilirlik ve kalitesini değerlendirmek için Sağlık Bilgileri Kullanıcısı İçin Kalite Kriterleri Anketi (DISCERN), mobil uygulamanın işlevselliği ve kullanılabilirliğinin değerlendirilmek için ise Sistem Kullanılabilirlik Ölçeği kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (Ek-1): Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (16,82) hazırlanan bu form, araştırmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu gibi tanıtıcı özellikleri, kronik hastalıkları, sürekli ilaç kullanımı, sigara ve alkol kullanımı gibi sağlık öyküsünü, obezite geçmişi, fiziksel aktivite durumu, beslenme alışkanlıkları gibi obeziteye ilişkin bilgileri içeren 30 sorudan oluşmaktadır.

Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek-2): Kearney ve Fleischer tarafından geliştirilen ölçek 1993 yılında Nahcivan tarafından Türk toplumuna uygulanmış 1995 yılında ise Pınar tarafından ise geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, likert tipte olup ölçekteki her bir ifade, 0 ila 4 arasında puanlanmaktadır. "Beni çok iyi tanımlıyor" 4 puan, "Beni biraz tanımlıyor" 3 puan, "Fikrim yok" 2 puan, "Beni pek tanımlamıyor" 1 puan ve "Beni hiç tanımlamıyor" 0 puandır. Ölçek 35 maddeden oluşmakta ve maddelerinin 8'i (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26, 31) ters ifadelerden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 140'tır. Bireyin aldığı puan "0"a yaklaştıkça öz bakım gücü azalmakta, "140"a yaklaştıkça öz bakım gücü artmakta şeklinde yorumlanmaktadır. Nahcivan, ölçeğin Cronbach Alfa katsayısını 0,89 olarak belirtmiştir (115,116). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,85 bulunmuştur.

Beden İmajı Ölçeği (Ek-3): 1953 yılında Secard ve Jourand tarafından geliştirilen Beden İmajı Ölçeği; 1989 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılarak Hovardaoğlu tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Maddelerden bazıları insan vücudunun bir bölümü, bir organı (yüz, el, bacak vb) ya da vücudun bir işlevi (sindirim sistemi faaliyeti vb) ile ilgili olan ölçek; 5'li likert tipindedir. Ölçekteki her madde için katılımcıların "hiç beğenmiyorum", "beğenmiyorum", "kararsızım", "beğeniyorum" ve "çok beğeniyorum" gibi seçeneklere 1 ile 5 arasında puan vermesi istenmektedir. Ölçekten toplamda en çok 200 puan; en az ise 40 puan alınabilir. Bireyin ölçekten aldığı puan azaldıkça beden imajından memnuniyeti azalmakta, aldığı puan arttıkça beden imajından memnuniyeti artmakta şeklinde yorumlanmaktadır. Hovardaoğlu ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur (117) Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,93 bulunmuştur.

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II (MA-II) (Ek-4): Oria ve Moorehead tarafından 1998 yılında geliştirilmiş olup Ateş ve Cebeci tarafından 2018 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. MA-II toplam 6 sorudan oluşmakta ve her maddesinde konuya ilişkin resimler içermektedir. 10'lu likert tipte olan ölçeğin tüm maddeleri eşit ağırlıklıdır. Her maddenin merkezi 0 değeri olarak kabul edilmekte ve sağa doğru her madde 0.10 puan artarken, sola doğru 0.10 puan azalmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan -3 ile +3 arasında değişmektedir. Bireyin ölçekten aldığı puanın +2.1 ile +3 arasında olması yaşam kalitesinin çok iyi olduğunu, -2.1 ile -3 arasında olması ise yaşam kalitesinin çok kötü olduğunu göstermektedir. Ateş ve Cebeci ölçeğin Cronbach

Alfa katsayısını 0,83 olarak belirlemişlerdir (118). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,82 bulunmuştur.

Sağlık Bilgileri Kullanıcısı İçin Kalite Kriterleri (DISCERN) (Ek-5): Charnock ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen, Gökdoğan ve arkadaşları (2003) tarafından Türkçe'ye çevrilen DISCERN Kılavuzu, sağlık problemleri ve tedavi seçenekleriyle ilgili bilgilendirme amacıyla hazırlanan yazılı eğitim materyallerinin kalitesini ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 16 soru ve 3 bölümden oluşan DISCERN Kılavuzu'ndaki 1-8. sorular bilginin güvenilirliğini, 9-15. sorular bilginin kalitesini ve 16. soru ise eğitim materyalinin genel değerlendirmesini yapmaktadır. Her soru 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. Her bir maddeden alınan yanıtların toplanmasıyla DISCERN Kılavuzu'ndan 15-75 arasında bir puan elde edilmektedir. Genel değerlendirmeyi veren 16. madde ise ayrı değerlendirilmektedir. Düşük puan kalitenin kötü, yüksek puan iyi olduğunu göstermektedir (119).

Sistem Kullanılabilirlik Ölçeği (Ek-6): Sistem kullanılabilirliğini değerlendirmek amacı ile kullanılan ölçek 2018 yılında Demirkol ve Şeneler tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Hızlı ve basit bir ölçektir. Ölçek on maddeden oluşmakta olup 5'li likert tipindedir. Her bir maddenin katkı sağladığı puan 0 ile 4 arasında değişmektedir. Puanlamada 2, 4, 6, 8 ve 10. maddeler ters puanlanmaktadır. Sistem kullanılabilirliğinin toplam değerini bulmak için puanların toplamı 2.5 ile çarpılır. Yüksek puan kullanılabilirlik düzeyinin arttığını ve 65-70 arası puan sistemin kullanılabilir olduğunu göstermede yeterlidir (120).

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma kontrol (standart bakım) ve uygulama (mobil uygulama) olmak üzere 2 grupla yürütülmüştür. Bariatrik cerrahi geçirmesi planlanan, obezite kliniğinde tedavi gören, örneklem kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla tanışılıp, çalışmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra randomizasyon yapılmıştır.

Çalışma bariatrik cerrahi geçiren hastalar ile 4 aşamada yürütülmüştür.

Uygulama (Mobil Uygulama) grubu

Mobil Uygulamanın Hazırlanması

Bariatrik cerrahi geçiren hastalara yönelik olarak hazırlanan mobil sağlık uygulaması (https://play.google.com/store/apps/details?id=com.sanberk.bariatrikcerrahi) 6 aşamada tamamlanmıştır.

1.Aşama: İlk aşamada bariatrik cerrahi geçirecek hastaların cerrahi süreci yönetebilmesi ve sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemesi için ihtiyaç duyacakları bilgiler, mobil uygulamada yer alması gereken başlıklar ve mobil uygulama tasarımına yönelik kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. Ayrıca bu aşamada mobil uygulama yazılımı için maliyet araştırması yapılarak Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projesi (BAP) birimine başvuru yapılmış ve çalışmaya finansal destek sağlanmıştır (TDK-2020-12894).

2.Aşama: Bu aşamada mobil uygulamanın içeriğini oluşturacak yazılı eğitim materyali hazırlanmıştır (EK-7). Eğitim içeriğinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla alanında uzman altı kişiden (1 genel cerrah, 1 diyetisyen, 1 fizyoterapist, 1 obezite hemşiresi ve iki akademisyen hemşire) görüş alınmıştır (EK-8). Uzmanların önerileri doğrultusunda eğitim materyalinde düzenlemeler yapılmıştır. Eğitim içeriğinin güvenilirlik ve kalitesinin ölçümünde ise DISCERN kullanılmıştır.

Android tabanlı mobil uygulama için hazırlanan yazılı eğitim materyalinin kalitesi ve güvenilirliğine ilişkin DISCERN'e göre uzmanların verdiği puan ortalamaları ve değerlendirme sonuçları Çizelge 3.1'de verilmektedir.

Çizelge 3.1. DISCERN'e göre uzmanların değerlendirme sonuçları

	X±SS	**Minimum**	**Maksimum**
Yazılı materyalin Güvenilirliği	37,33±3,07	33	40
Yazılı materyalin Kalitesi	32,83±4,02	25	35
Genel değerlendirme	4,67±0,81	3	5
Genel toplam	70,16±6,3	58	75

Yazılı materyalin güvenilirliği ile ilgili olan 1-8. soruların toplam puan ortalaması 40 üzerinden 37,33±3,07 olarak; kalitesi ile ilgili olan 9-15. soruların toplam puan ortalaması 35 puan üzerinden 32,83±4,02 olarak; ölçekten alınan genel toplam

puan ortalaması ise 75 puan üzerinden 70,16±6,3 olarak saptanmıştır. Yazılı materyalin genel değerlendirmesi ile ilgili olan 16. maddenin puanı ise 5 üzerinden 4,67±0,81 bulunmuştur. Yazılı materyalin güvenilirlik ve kalitesi ile ilgili uzmanlardan alınan görüşlerin istatistiksel olarak birbiriyle uyumlu olduğu bulunmuştur (Kendall's W=0,986, p=0.000). Bu sonuçlar android tabanlı mobil uygulama için hazırlanan yazılı eğitim materyalinde sunulan bilginin güvenilirliğinin ve kalitesinin yeterli olduğunu göstermiştir.

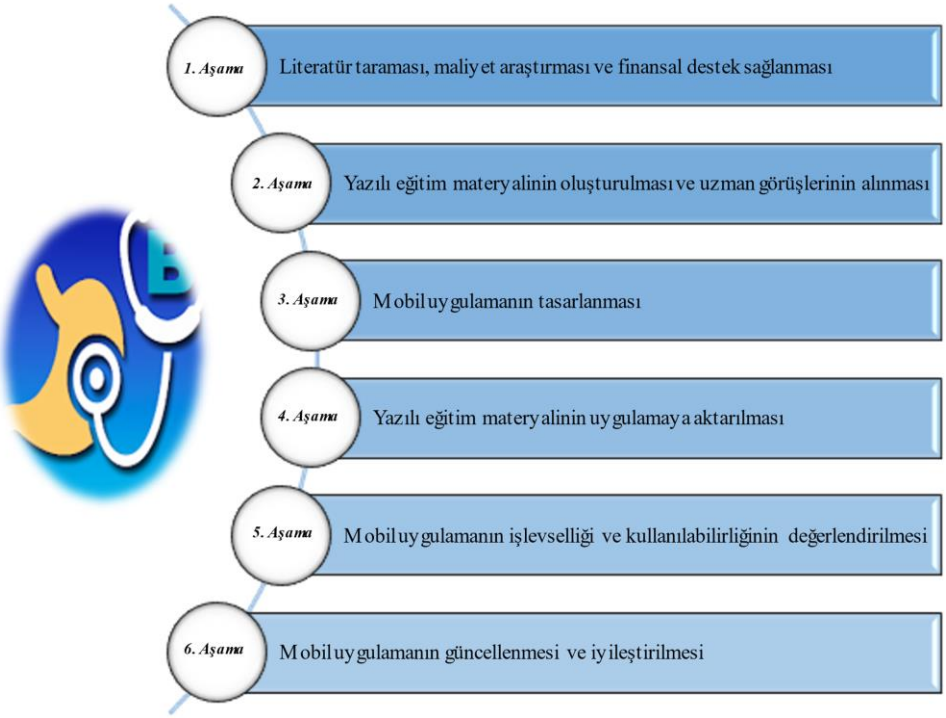
3. Aşama: Üçüncü aşamada mobil uygulamanın genel görünümü, renkleri, arayüzleri ve logosu planlanmıştır. Ana ekranda yer alacak bölümler, bölümlerde yer alacak bilgiler ve görseller yazılı hale getirilerek yazılımcı ile paylaşılmıştır.

4. Aşama: Dördüncü aşamada mobil uygulama tasarımı tamamlanmış ve yazılı eğitim materyali uygulamaya aktarılmıştır.

5. Aşama: Beşinci aşamada hazırlanan mobil uygulamanın işlevselliği ve kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi amacı ile bariatrik cerrahi geçirmiş 5 birey ile ön görüşme yapılmıştır. Mobil uygulamanın işlevselliği ve kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi için "Sistem Kullanılabilirlik Ölçeği" kullanılmıştır.

Bireylerin Sistem Kullanılabilirlik ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 100 üzerinden 90,5±17,17 olarak saptanmıştır. Bu sonuç baiyatrik cerrahi geçiren hastalara eğitim ve danışmanlık verilmesi amacı ile geliştirilen android tabanlı mobil uygulamanın işlevsellik ve kullanılabilirlik açısından yeterli olduğunu göstermiştir.

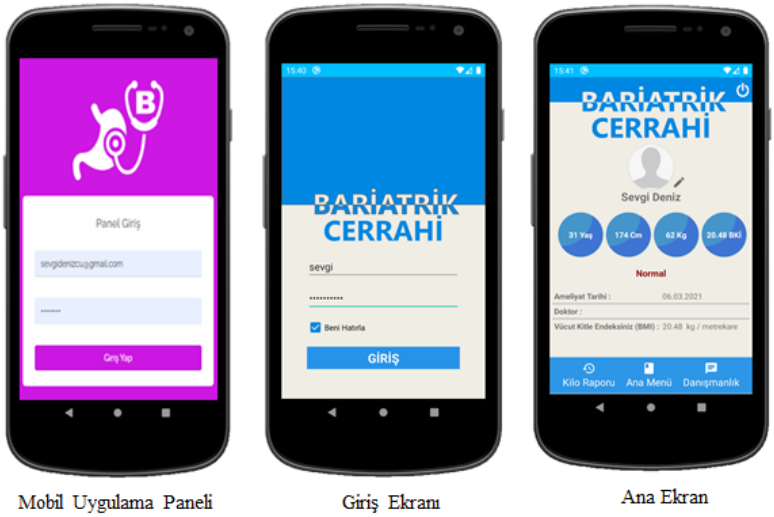
6. Aşama: Son aşamada ise mobil uygulamanın değerlendirilmesi aşamasında (5. aşama) teknik açıdan görülen aksaklıkların (Yazı stili ve puntosu, beslenme günlüğünde tam ekran görebilme, beslenme günlüğüne besinlerin kalori bilgilerinin eklenmesi) giderilmesi için güncelleme ve iyileştirme yapılmıştır.



Şekil 3.2. Bariatrik cerrahi mobil uygulamasının hazırlanma süreci

Mobil Uygulama Menüsü: Bariatrik cerrahi mobil uygulaması Android İşletim Sistemine göre hazırlanmış, Google Play Store'dan ücretsiz olarak indirilebilen bariatrik cerrahi geçiren hastalara yönelik eğitim ve canlı danışmanlık hizmeti sunan bir uygulamadır.

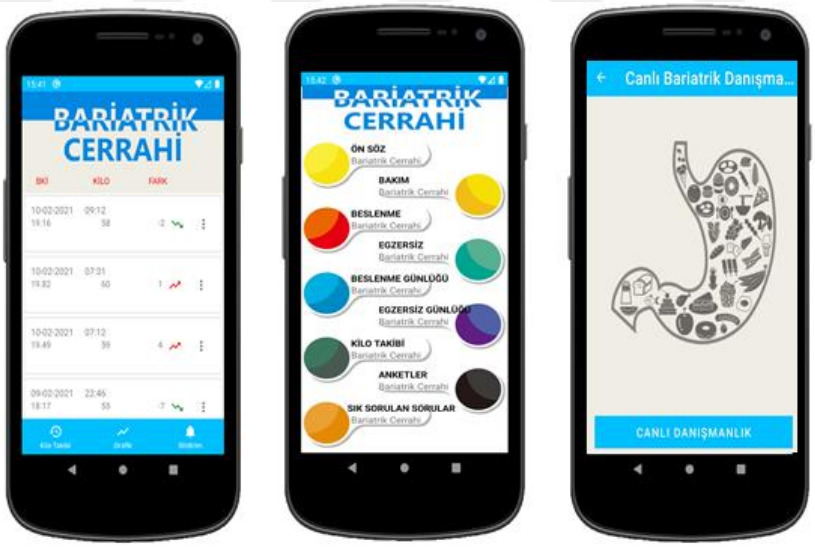
Bu uygulamanın giriş sayfası kullanıcıların giriş yapabilmeleri için kullanıcı adı ve şifre bölümlerinden oluşmaktadır. Kullanıcı adı ve şifresi sadece mobil uygulama panelinden araştırmacı tarafından oluşturulabilmekte ve hastalara bildirilmektedir (Şekil 3.3)



Mobil Uygulama Paneli Giriş Ekranı Ana Ekran

Şekil 3.3. Bariatrik cerrahi mobil uygulaması (a.Mobil Uygulama Paneli b.Giriş Ekranı c.Ana Ekran)

Hastalar kullanıcı adı ve şifrelerini girdikten sonra ana ekranı görmektedir. Hastaların isim, yaş, kilo, boy ve BKİ bilgilerinin yer aldığı ana ekran, üç sekmeden oluşmaktadır. Bu sekmeler kilo raporu, ana menü ve danışmanlıktır (Şekil 3.4).

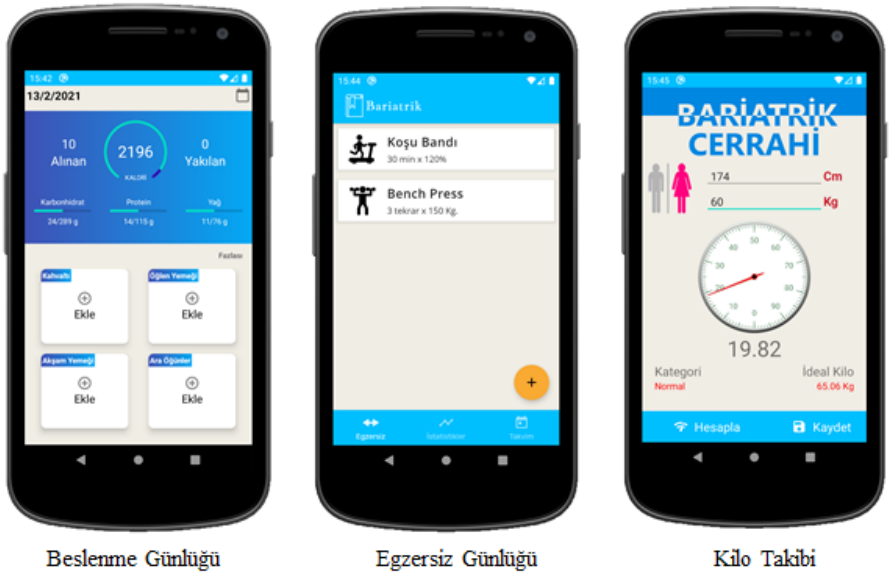


Kilo Raporu Ana Menü Danışmanlık

Şekil 3.4. Bariatrik cerrahi mobil uygulaması (a.Kilo Raporu b.Ana Menü c.Danışmanlık)

Ana menünün içerisinde bariatrik cerrahi geçiren hastalara yönelik eğitimlerin yer aldığı üç sekme (bakım, beslenme, egzersiz), hastaların yeni yaşamlarına uyum sağlarken sağlıklı yaşam davranışları geliştirebilmelerine yardımcı olacak üç sekme

(beslenme günlüğü, egzersiz günlüğü ve kilo takibi), anketlerin ve sık sorulan soruların yer aldığı birer sekme yer almaktadır (Şekil 3.5).



Şekil 3.5. Bariatrik cerrahi mobil uygulaması (a.Beslenme Günlüğü b.Egzersiz Günlüğü c.Kilo Takibi)

Mobil Uygulama Kullanıcı Eğitimi: Mobil uygulama geliştirildikten sonra bariatrik cerrahi planlanan hastalara ameliyat öncesi poliklinikte bireysel olarak mobil uygulama (mobil uygulamaya giriş, bariatrik cerrahi sürecine ilişkin hazırlanan eğitimlere erişim, kilo takibi, beslenme ve egzersiz günlüklerinin kullanımı, anketlere erişim, canlı danışmanlık) hakkında bilgiler içeren kısa (20-30 dakika) bir eğitim verilmiştir. Ayrıca araştırmanın üç ay süreceği, beslenme ve egzersiz sekmelerinde yer alan bilgilerin dinamik olduğu, sistem üzerinden eğitimi takip etmeleri için aylık hatırlatmalar yapılacağı, cerrahi sürece ilişkin sormak istedikleri bir konu olduğunda mobil uygulamada yer alan canlı danışmanlık servisi üzerinden danışabilecekleri anlatılmıştır.

1.Aşama: Ameliyattan önce yüz yüze görüşme tekniği ile hastalardan sözlü ve yazılı onam alınmış ve Kişisel Bilgi Formu doldurulmuştur. Mobil uygulama hastaların mobil cihazlarına yüklenmiş ve mobil uygulamaya giriş yapabilmeleri için araştırmacı tarafından kullanıcı adı ve şifresi tanımlanmıştır. Uygulama üzerinden anketler menüsü içerisinde yer alan ameliyat öncesi veri toplama formlarını (BKİ, Öz Bakım Gücü, Beden İmajı ve MA-II ölçekleri) doldurmaları istenmiştir. Ayrıca mobil uygulamada

beslenme ve egzersiz menülerindeki bilgilerin aralıklı olarak güncellendiği, sistem üzerinden kilo takibi yapabildikleri, beslenme ve egzersiz günlüğü tutabildikleri bildirilmiştir. Buna ek olarak ihtiyaç duydukları her zaman mobil uygulama üzerinden araştırmacıyla iletişime geçebileceği söylenmiştir.

2.Aşama: 1. ayın sonunda hastalara uygulama üzerinden uyarı mesajı gönderilerek uygulamada anketler menüsü içerisinde yer alan 1. ay veri toplama formlarını (BKİ, Öz Bakım Gücü, Beden İmajı ve MA-II ölçekleri) doldurmaları istenmiştir. Ayrıca mobil uygulamada beslenme ve egzersiz menülerindeki bilgilerin aralıklı olarak güncellendiği, sistem üzerinden kilo takibi yapabildikleri, beslenme ve egzersiz günlüğü tutabildikleri hatırlatılmıştır. Buna ek olarak verilen danışmanlık kapsamında hekiminin reçete ettiği ilaç ve vitaminleri düzenli olarak kullanmanın, beslenme ve egzersiz önerilerine uymanın önemi hatırlatılmış, bu süreçte ameliyata ilişkin herhangi bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş, ihtiyaç duydukları her zaman mobil uygulama üzerinden araştırmacıyla iletişime geçebilecekleri hatırlatılmıştır.

3.Aşama: 2. ayın sonunda hastalara uygulama üzerinden uyarı mesajı gönderilerek uygulamada anketler menüsü içerisinde yer alan 2. ay veri toplama formlarını (BKİ, Öz Bakım Gücü, Beden İmajı ve MA-II ölçekleri) doldurmaları istenmiştir. Ayrıca 2. aşamada mobil uygulama ve danışmanlık hizmetleri kapsamında yapılan hatırlatmalar yapılmış ve bu süreçte ameliyata ilişkin herhangi bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamadıkları tekrar sorulmuştur.

4.Aşama: 3. ayın sonunda hastalara uygulama üzerinden uyarı mesajı gönderilerek uygulamada anketler menüsü içerisinde yer alan 3. ay veri toplama formlarını (BKİ, Öz Bakım Gücü, Beden İmajı ve MA-II ölçekleri) doldurmaları istenmiştir. Hastalara araştırmaya katıldıkları için teşekkür edilmiştir.

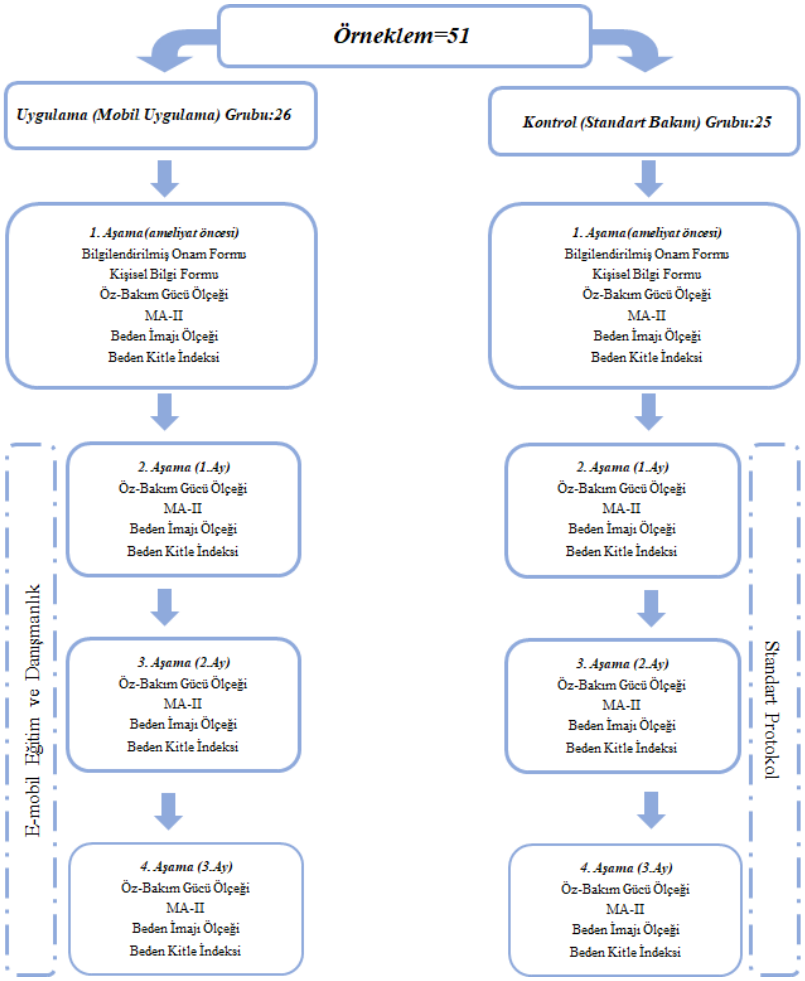
Kontrol (Standart Bakım) Grubu

1.Aşama: Ameliyattan önce yüz yüze görüşme ile hastalardan yazılı onam alınmış ve veri toplama formları (Kişisel Bilgi Formu, BKİ, Öz Bakım Gücü, Beden İmajı ve MA-II ölçeği) doldurulmuştur. Bu süre içerisinde hastalara standart bakım ve izlem protokolleri uygulanmıştır.

2.Aşama: 1. ayın sonunda hastalar ile poliklinik kontrolünde görüşülerek veri toplama formları (BKİ, Öz Bakım Gücü, Beden İmajı ve MA-II ölçeği) doldurulmuştur.

3.Aşama: 2. ayın sonunda hastalar ile poliklinik kontrolünde görüşülerek veri toplama formları (BKİ, Öz Bakım Gücü, Beden İmajı ve MA-II ölçeği) doldurulmuştur.

4.Aşama: 3. ayın sonunda hastalar ile poliklinik kontrolünde görüşülerek veri toplama formları (BKİ, Öz Bakım Gücü, Beden İmajı ve MA-II ölçeği) doldurulmuştur. Hastalara araştırmaya katıldıkları için teşekkür edilmiştir.



Şekil 3.6. Akış Şeması

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 24 paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler, normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için Bağımsız Örneklem T testi ve Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için ise Mann-Whitney U ve Friedman testi kullanılmıştır. Ayrıca iki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde χ^2-çapraz tabloları kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Ek-9), Isparta İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin (Ek-10), ölçeklerin çalışmada kullanılması için ise yazarlardan e-mail yolu ile izin alınmıştır (Ek-11). Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırma hakkında bilgi verildikten sonra sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Ek-12).

4. BULGULAR

Bariatrik cerrahi geçiren hastalarda, e-mobil eğitim ve danışmanlık hizmetinin öz bakım gücü, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü girişimsel olarak planlanan ve gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular, istatistiksel analizleri yapılarak tablolar halinde sunulmuştur.

Araştırmadan elde edilen bulgular uygulama ve kontrol grubu hastalarının;

1. Tanıtıcı özellikleri ve grupların homojenliğine ilişkin bulgular
2. Öz Bakım Gücü, Beden İmajı ve MA-II ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
3. BKİ (kg/m^2) ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular olmak üzere üç bölümde ele alınmıştır.

4.1.Hastaların tanıtıcı özellikleri ve grupların homojenliğine ilişkin bulgular

Bu bölümde; uygulama ve kontrol grubu hastalarının sosyo-demografik özellikleri, genel sağlık özellikleri, obeziteye ilişkin özellikleri, beslenme ve egzersiz özellikleri, bariatrik cerrahiye ilişkin özellikleri ve bu özellikler açısından grupların homojenliğine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=51)

Değişken	Uygulama grubu (n=26)		Kontrol grubu (n=25)		Test
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [Min-Max]	
Yaş (yıl)	37,73±12,97	36,5 [19,0-66,0]	39,88±11,88	42,0 [20,0-66,0]	t=-0,617[a] p=0,540
Boy	165,27±9,14	164,0 [151,0-187,0]	163,92±10,61	163,0 [147,0-187,0]	t=0,487[a] p=0,628
Kilo	113,04±12,53	113,0 [82,0-141,0]	119,84±19,14	111,0 [89,0-164,0]	t=-1,495[a] p=0,143
BKİ (kg/m^2)	41,40±3,62	41,2 [35,4-48,7]	44,54±5,34	42,7 [37,4-54,9]	Z=-2,265[b] p=0,063
	n	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet					
Erkek	6	23,1	5	20,0	χ^2=0,071[c]
Kadın	20	76,9	20	80,0	p=0,789
Eğitim düzeyi					
İlköğretim	9	34,6	9	36,0	χ^2=0,033[c]
Ortaöğretim	10	38,5	9	36,0	p=0,984
Üniversite	7	26,9	7	28,0	
Çalışma durumu					
Çalışan	11	42,3	10	40,0	χ^2=0,028 [c]
Çalışmayan	15	57,7	15	60,0	p=0,867
Ekonomik düzey					
Geliri giderden az	9	34,6	10	40,0	χ^2=0,012 [c]
Geliri giderine denk	17	65,4	15	60,0	p=0,914
Medeni durum					
Evli	18	69,2	14	56,0	χ^2=0,472 [c]
Bekar	8	30,8	11	44,0	p=0,492
Çocuk durumu					
Var	19	73,1	18	72,0	χ^2=0,007 [c]
Yok	7	26,9	7	28,0	p=0,931

[a] Independent Sample-t [b] Mann-Whitney U [c] Pearson-χ^2

Uygulama grubunun yaş ortalaması 37,73±12,97 olup %76,9'u kadındır. Ayrıca hastaların %38,5'inin ortaöğretim mezunu olduğu, %42,3'ünün bir işte çalıştığı, %65,4'ünün gelirini giderine denk olarak değerlendirdiği, %69,2'sinin evli ve %73,1'inin en az bir çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan uygulama grubu hastalarının boy ortalaması 165,27±9,14 cm^2, kilo ortalaması 113,04±12,53 kg, BKİ ortalaması ise 41,40±3,62 kg/m^2 olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubunun yaş ortalaması 39,88±11,88 olup %80'i kadındır. Ayrıca hastaların %36'sının ortaöğretim mezunu olduğu, %40'ının bir işte çalıştığı, %60'ının gelirini giderine denk olarak değerlendirdiği, %56'sının evli ve %72'sinin en az bir çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kontrol grubu hastalarının boy ortalaması 163,92±10,61 cm^2, kilo ortalaması 119,84±19,14 kg, BKİ ortalaması ise 44,54±5,34 kg/m^2 olarak belirlenmiştir.

Uygulama ve kontrol grubu hastaları arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik düzey, medeni durum, çocuk durumu, boy, kilo ve BKİ açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Gruplar belirtilen özellikler açısından bağımsız ve homojendir (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.2. Hastaların genel sağlık özelliklerinin karşılaştırılması (n=51)

Değişken	**Uygulama grubu (n=26)**		**Kontrol grubu (n=25)**		**Test**
	n	**%**	**n**	**%**	
Kronik hastalık					
Var	12	46,2	9	36,0	χ^2=0,204[a]
Yok	14	53,8	16	64,0	p=0,651
İlaç kullanımı					
Evet	12	46,2	11	44,0	χ^2=0,024 [a]
Hayır	14	53,8	14	56,0	p=0,877
Ameliyat deneyimi					
Var	17	65,4	16	64,0	χ^2=0,011 [a]
Yok	9	34,6	9	36,0	p=0,918
Sigara kullanma					
Evet	8	30,8	5	20,0	χ^2=0,315 [a]
Hayır	18	69,2	20	80,0	p=0,575
Alkol kullanma					
Evet	3	11,5	2	8,0	χ^2=0,180 [a]
Hayır	23	88,5	23	92,0	p=0,671

[a] Pearson-χ^2

Uygulama grubu hastalarının %46,2'sinin kronik hastalığa sahip olduğu, %46,2'sinin düzenli olarak ilaç kullandığı ve %65,4'ünün ameliyat deneyimi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %30,8'inin sigara, %11,5'inin ise alkol kullandığı saptanmıştır.

Kontrol grubu hastalarının %36'sının kronik hastalığa sahip olduğu, %44'ünün düzenli olarak ilaç kullandığı ve %64'ünün ameliyat deneyimi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %20'sinin sigara, %8'inin ise alkol kullandığı saptanmıştır.

Uygulama ve kontrol grubu hastaları arasında kronik hastalık, ilaç kullanımı, ameliyat deneyimi, sigara kullanımı ve alkol kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Gruplar belirtilen özellikler açısından bağımsız ve homojendir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.3. Hastaların obeziteye ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması (n=51)

Değişken	**Uygulama grubu (n=26)**		**Kontrol grubu (n=25)**		**Test**
	n	**%**	**n**	**%**	
Obezite geçmişi					
<10 yıl	3	11,5	2	8,0	χ^2=0,180[a]
>10 yıl	23	88,5	23	92,0	p=0,671
Obezite için danışmanlık alma					
Evet	21	80,8	21	84,0	χ^2=0,092[a]
Hayır	5	19,2	4	16,0	p=0,762
Denenen zayıflama yöntemleri*					
Diyet	25	31,6	23	32,9	
Egzersiz	19	24,1	17	24,3	
Medikal tedavi	11	13,9	13	18,6	χ^2=1,745[a]
Besin desteği	10	12,7	7	10,0	p=0,942
Öğün atlama	9	11,4	8	11,4	
Sigara kullanma	3	3,8	1	1,4	
Yiyip kusma	2	2,5	1	1,4	

[a] Pearson-χ^2 *Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Uygulama grubu hastalarının %88,5'unun 10 yıldan uzun süredir obez olduğu ve %80,8'inin obezite için daha önce danışmanlık aldığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan uygulama grubu hastalarının %31,6'sı diyet, %24,1'i egzersiz, %13,9'u medikal tedavi %12,7'si ise zayıflatıcı besin desteği yöntemlerini kullanarak daha önce zayıflamayı denediği belirlenmiştir.

Kontrol grubu hastalarının %92'sinin 10 yıldan uzun süredir obez olduğu ve %84'ünün obezite için daha önce danışmanlık aldığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan kontrol grubu hastalarının %32,9'u diyet, %24,3'ü egzersiz, %18,6'sı medikal tedavi %11,4'ü ise öğün atlama yöntemlerini kullanarak daha önce zayıflamayı denediği belirlenmiştir.

Uygulama ve kontrol grubu hastaları arasında obezite geçmişi, obezite için danışmanlık alma durumu ve denenen zayıflama yöntemleri açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Gruplar belirtilen özellikler açısından bağımsız ve homojendir (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.4. Hastaların beslenme ve egzersiz özelliklerinin karşılaştırılması (n=51)

Değişken	Uygulama grubu (n=26)		Kontrol grubu (n=25)		Test
	n	%	n	%	
Ana öğün sayısı					
1	1	3,8	1	4,0	χ^2=1,356[a]
2	7	26,9	9	36,0	p=0,716
3	17	65,5	15	60,0	
4	1	3,8	-	-	
Ara öğün sayısı					
Ara öğün yapmıyor	3	11,5	2	8,0	
1	6	23,1	6	24,0	χ^2=0,180[a]
2	8	30,8	8	32,0	p=0,996
3	6	23,1	6	24,0	
4 ve üzeri	3	11,5	3	12,0	
Gece yeme					
Evet	10	38,5	9	36,0	χ^2=0,033[a]
Hayır	16	61,5	16	64,0	p=0,856
Ara öğün tüketim*					
Hamur işi	15	18,5	16	20,8	
Sebze meyve	15	18,5	11	14,3	
Abur cubur	14	17,3	12	15,6	χ^2=2,289[a]
Tatlı – şekerleme	13	16,0	12	15,6	p=0,891
Süt ve ürünleri	9	11,1	6	7,7	
Meyve suyu	8	9,9	9	11,7	
Gazlı içecek	7	8,7	11	14,3	
Et tercihi*					
Dana eti	20	25,3	20	31,3	
Koyun-kuzu eti	14	17,7	8	12,5	χ^2=1,790[a]
Tavuk-hindi eti	22	27,8	21	32,8	p=0,617
Balık	23	29,2	15	23,4	
Yağ tercihi*					
Tereyağı	15	32,6	12	25,5	χ^2=1,693[a]
Margarin	1	2,2	2	4,3	p=0,638
Zeytinyağı	19	41,3	17	36,2	
Bitkisel sıvı yağ	11	23,9	16	34,0	
Su tüketimi					
≤5 bardak	4	15,4	6	24,0	χ^2=1,005[a]
6-10 bardak	17	65,4	13	52,0	p=0,605
>10 bardak	5	19,2	6	24,0	
Yemekte su içme					
Evet	18	69,2	14	56,0	χ^2=0,472[a]
Hayır	8	30,8	11	44,0	p=0,492
Düzenli egzersiz					
Evet	11	42,3	9	36,0	χ^2=0,030[a]
Hayır	15	57,7	16	64,0	p=0,862

[a] Pearson-χ^2 *Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Uygulama grubu hastalarının %65,5'inin günde 3 ana öğün, %30,8'inin ise 2 ara öğün tükettiği ve %38,5'inin gece yemek yeme alışkanlığı olduğu saptanmıştır. Hastaların ara öğün tüketiminde %18,5'inin hamur işi, %18,5'inin sebze-meyve ve %17,3'ünün abur-cubur ile beslenmeyi tercih ettiği belirlenmiştir. Hastaların et seçiminde %29,2'sinin balık, %27,8'inin tavuk-hindi eti, %25,3'ünün ise dana eti ile beslenmeyi, yağ seçiminde %41,3'ünün zeytinyağı, %32,6'sının tereyağı kullanmayı tercih ettiği saptanmıştır. Uygulama grubundaki katılımcıların %65,4'ünün günde 6-10 bardak su tükettiği, %69,2'sinin yemek aralarında su tükettiği ve %42,3'ünün düzenli olarak egzersiz yaptığı belirlenmiştir.

Kontrol grubu hastalarının %60'ının günde 3 ana öğün, %32'sinin ise 2 ara öğün tükettiği ve %36'sının gece yemek yeme alışkanlığı olduğu saptanmıştır. Hastaların ara öğün tüketiminde %20,8'inin hamur işi, %15,6'sının tatlı-şekerleme ve %15,6'sının abur-cubur ile beslenmeyi tercih ettiği belirlenmiştir. Hastaların et seçiminde %32,8'inin tavuk-hindi eti, %31,3'ünün dana eti %23,4'ünün ise balık ile beslenmeyi, yağ seçiminde %36,2'sinin zeytinyağı, %34'ünün bitkisel sıvı yağ kullanmayı tercih ettiği saptanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların %52'sinin günde 6-10 bardak su tükettiği, %56'sının yemek aralarında su tükettiği ve %36'sının düzenli olarak egzersiz yaptığı belirlenmiştir.

Uygulama ve kontrol grubu hastaları arasında ana öğün sayısı, ara öğün sayısı, gece yeme alışkanlığı, ara öğünde tüketilen besin, et tercihi, yağ tercihi, su tüketimi (bardak) sınıfları, yemek sırasında su içme durumu ve düzenli egzersiz yapma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Gruplar belirtilen özellikler açısından bağımsız ve homojendir (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.5. Hastaların bariatrik cerrahiye ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması (n=51)

Değişken	Uygulama grubu (n=26)		Kontrol grubu (n=25)		Test
	n	%	n	%	
Bariatrik cerrahi bilgi kaynağı					
Hekim	11	42,3	12	48,0	χ^2=0,783[a]
Hemşire	7	26,9	8	32,0	p=0,676
Aile/arkadaş	8	30,8	5	20,0	
Alınan bilginin yeterli olma durumu					
Evet	22	84,6	21	84,0	χ^2=0,004[a]
Hayır	4	15,4	4	16,0	p=0,952
Cerrahi sürece hazır hissetme					
Son derece hazır	17	65,4	15	60,0	χ^2=1,465[a]
Oldukça hazır	5	19,2	8	32,0	p=0,481
Biraz hazır	4	15,4	2	8,0	
Geçirilen bariatrik cerrahi yöntemi					
Gastrik by-pass	18	69,2	18	72,0	χ^2=0,047[a]
Sleeve gastrektomi	8	30,8	7	28,0	p=0,828

[a] Pearson-χ^2

Uygulama grubu hastalarının %42,3'ü bariatrik cerrahiye ilişkin bilgiyi hekimden aldığını, %84,6'sı aldığı bilgilerin yeterli olduğunu, %65,4'ü cerrahi sürece son derece hazır olduğunu belirtmiştir. Hastaların %69,2'sine bariatrik cerrahi yöntemi olarak Gastrik by-pass uygulandığı belirlenmiştir.

Kontrol grubu hastalarının %48'i bariatrik cerrahiye ilişkin bilgiyi hekimden aldığını, %84'ü aldığı bilgilerin yeterli olduğunu, %60'ı cerrahi sürece son derece hazır olduğunu belirtmiştir. Hastaların %72'sine bariatrik cerrahi yöntemi olarak Gastrik by-pass uygulandığı belirlenmiştir.

Uygulama ve kontrol grubu hastaları arasında bariatrik cerrahi bilgi kaynağı, alınan bilginin yeterli olma durumu, cerrahi sürece hazır hissetme ve geçirilen bariatrik cerrahi yöntemi açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Gruplar belirtilen özellikler açısından bağımsız ve homojendir (Çizelge 4.5).

4.2. Hastaların Süreçlere Göre Öz Bakım Gücü, Beden İmajı ve MA-II ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Bu bölümde; uygulama ve kontrol grubu hastaların ameliyat öncesi, 1.,2. ve 3 ay Öz Bakım Gücü (Çizelge 4.6), Beden İmajı (Çizelge 4.7) ve MA-II (Çizelge 4.8) ölçeği puan ortalamaları ve gruplar arasında karşılaştırmalar yer almaktadır.

Çizelge 4.6. Hastaların süreçlere göre Öz Bakım Gücü puan ortalamalarının karşılaştırılması

Öz Bakım Gücü	**Uygulama grubu (n=26)**		**Kontrol grubu (n=25)**		**Test**
	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	
Ameliyat Öncesi (0)	93,92±16,23	96,5 [56,0-128,0]	90,64±26,13	89,0 [11,0-130,0]	t=0,537[a] p=0,595
1.ay (1)	102,69±11,32	104,0 [84,0-122,0]	97,84±17,83	99,0 [69,0-140,0]	t=1,115[a] p=0,255
2.ay (2)	104,54±9,29	106,5 [81,0-120,0]	98,08±14,31	98,0 [70,0-126,0]	t=1,314[a] p=0,196
3.ay (3)	104,35±9,14	104,5 [80,0-117,0]	100,08±18,53	101,0 [31,0-126,0]	Z=-1,481[b] p=0,139
Test	F=9,211[c] **p=0,000 [0<1,2,3]**		χ^2=10,929[d] **p=0,012 [0<3]**		

[a] Independent Sample-t [b] Mann-Whitney U [c] Repeated Measures [d] Friedman

Uygulama grubu hastalarının süreçlere göre Öz Bakım Gücü ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (F=9,211; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi puan ortalamaları ile 1, 2 ve 3.ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 1, 2 ve 3.ay Öz Bakım Gücü ölçeği puan ortalamaları, ameliyat öncesi puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kontrol grubu hastalarının süreçlere göre Öz Bakım Gücü ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=10,929; p=0,012). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi puan ortalamaları ile 3.ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 3.ay Öz Bakım Gücü

ölçeği puan ortalamaları, ameliyat öncesi puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Uygulama ve kontrol grupları arasında ameliyat öncesi, 1, 2 ve 3.ay Öz Bakım Gücü ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05, Çizelge 4.6).

Çizelge 4.7. Hastaların süreçlere göre Beden İmajı puan ortalamalarının karşılaştırılması

Beden İmajı Ölçeği	**Uygulama grubu (n=26)**		**Kontrol grubu (n=25)**		**Test**
	$\overline{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	$\overline{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	
Ameliyat Öncesi (0)	128,19±24,68	125,5 [81,0-181,0]	131,24±29,39	121,0 [94,0-196,0]	Z=-0,179[a] p=0,858
1.ay (1)	135,58±25,88	128,0 [97,0-188,0]	128,92±25,62	120,0 [98,0-185,0]	Z=-1,112[a] p=0,266
2.ay (2)	142,96±25,42	138,5 [106,0-198,0]	129,84±31,13	126,0 [44,0-188,0]	t=1,652[b] p=0,105
3.ay (3)	148,58±23,24	147,0 [112,0-199,0]	139,76±26,48	131,0 [94,0-195,0]	t=1,265[b] p=0,212
Test	F=5,170[c] **p=0,007** **[0<2,3] [1<2,3]**		χ^2=15,585[d] **p=0,001** **[0,1<3]**		

[a] Mann-Whitney U [b] Independent Sample-t [c] Repeated Measures [d] Friedman

Uygulama grubu hastalarının süreçlere göre Beden İmajı ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=5,170; p=0,007). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi puan ortalamaları ile 2 ve 3.ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 2 ve 3.ay Beden İmajı ölçeği puan ortalamaları, ameliyat öncesi puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı şekilde, 1.ay puan ortalamaları ile 2 ve 3.ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 2 ve 3.ay Beden İmajı ölçeği puan ortalamaları, 1.ay puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kontrol grubu hastalarının süreçlere göre Beden İmajı ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=15,585; p=0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni

düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi ve 1.ay puan ortalamaları ile 3.ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 3.ay Beden İmajı ölçeği puan ortalamaları, ameliyat öncesi ve 1.ay puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Uygulama ve kontrol grupları arasında ameliyat öncesi, 1, 2 ve 3.ay Beden İmajı ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05, Çizelge 4.7).

Çizelge 4.8. Hastaların süreçlere göre MA-II Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

MA-II	**Uygulama grubu (n=26)**		**Kontrol grubu (n=25)**		**Test**
	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	
Ameliyat Öncesi (0)	0,50±1,28	0,5 [(-2,8)-(2,5)]	0,13±0,124	-0,1 [(-2,5)-(3,0)]	t=1,052[a] p=0,298
1.ay (1)	1,01±1,09	1,3 [(-1,2)-(3,0)]	0,70±1,34	1,0 [(-2,0)-(3,0)]	t=0,902[a] p=0,372
2.ay (2)	1,47±0,90	1,7 [(-0,5)-(2,8)]	1,17±1,26	1,6 [(-2,0)-(3,0)]	t=0,984[a] p=0,330
3.ay (3)	1,72±0,87	1,9 [(-0,1)-(3,0)]	1,32±1,42	1,7 [(-3,0)-(2,9)]	Z=-0,773[b] p=0,439
Test	F=13,898[c] **p=0,000 [0<2,3] [1<3]**		χ^2=37,423[d] **p=0,000 [0<2,3] [1<2,3]**		

[a] Independent Sample-t [b] Mann-Whitney U [c] Repeated Measures [d] Friedman

Uygulama grubu hastalarının süreçlere göre MA-II ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=13,898; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi puan ortalamaları ile 2 ve 3.ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 2 ve 3.ay MA-II ölçeği puan ortalamaları, ameliyat öncesi puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı şekilde, 1.ay puan ortalamaları ile 3.ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 3.ay MA-II ölçeği puan ortalamaları, 1.ay puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kontrol grubu hastalarının süreçlere göre MA-II ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=37,423; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi puan ortalamaları ile 2 ve 3.ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 2 ve 3.ay MA-II ölçeği puan ortalamaları, ameliyat öncesi puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı şekilde, 1.ay puan ortalamaları ile 2 ve 3.ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 2 ve 3.ay MA-II ölçeği puan ortalamaları, 1.ay puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Uygulama ve kontrol grupları arasında ameliyat öncesi, 1, 2 ve 3.ay MA-II ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05, Çizelge 4.8).

4.3. Hastaların Süreçlere Göre BKİ ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Bu bölümde; uygulama ve kontrol grubu hastaların ameliyat öncesi, 1.,2. ve 3 ay BKİ (kg/m^2) (Çizelge 4.9) ortalamaları ve gruplar arasında karşılaştırmalar yer almaktadır.

Çizelge 4.9. Hastaların süreçlere göre BKİ (kg/m^2) ortalamalarının karşılaştırılması

BKİ (kg/m^2)	**Uygulama grubu (n=26)**		**Kontrol grubu (n=25)**		**Test**
	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	
Ameliyat Öncesi (0)	41,40±3,62	41,2 [35,4-48,7]	44,54±5,34	42,7 [37,4-54,9]	Z=-2,265[a] p=0,063
1.ay (1)	36,66±3,69	36,1 [29,9-45,2]	40,36±5,61	38,0 [33,9-52,8]	Z=-1,318[a] **p=0,020**
2.ay (2)	33,95±3,75	34,1 [27,7-42,5]	37,57±5,42	34,5 [31,5-50,3]	Z=-2,101[a] **p=0,036**
3.ay (3)	31,73±3,68	31,6 [23,5-39,0]	35,35±5,39	32,9 [28,8-48,2]	Z=-2,139[a] **p=0,032**
Test	F=233,768[b] **p=0,000** **[0>1,2,3] [1>2,3] [2>3]**		χ^2=74,407[c] **p=0,000** **[0>1,2,3] [1>2,3] [2>3]**		

[a] Mann-Whitney U [b] Repeated Measures [c] Friedman

Uygulama grubu hastalarının süreçlere göre BKİ (kg/m^2) ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=233,768; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi BKİ (kg/m^2) ortalamaları ile 1, 2 ve 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 1, 2 ve 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları, ameliyat öncesi BKİ (kg/m^2) ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Aynı şekilde, 1.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları ile 2 ve 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 2 ve 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları, 1.ay BKİ (kg/m^2) ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Bunlara ek olarak, 2.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları ile 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları, 2.ay BKİ (kg/m^2) ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Kontrol grubu hastalarının süreçlere göre BKİ (kg/m^2) ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=74,407; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ameliyat öncesi BKİ (kg/m^2) ortalamaları ile 1, 2 ve 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 1, 2 ve 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları, ameliyat öncesi BKİ (kg/m^2) ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Aynı şekilde, 1.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları ile 2 ve 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 2 ve 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları, 1.ay BKİ (kg/m^2) ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Bunlara ek olarak, 2.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları ile 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları, 2.ay BKİ (kg/m^2) ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Uygulama ve kontrol grupları arasında ameliyat öncesi BKİ (kg/m^2) ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Gruplara göre 1., 2.ve 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). Uygulama grubundaki hastaların 1., 2. ve 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşüktür (Çizelge 4.9).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada hastaların tanıtıcı özellikleri açısından gruplar arası anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Ayrıca her iki gruptaki hastalarında ameliyat öncesi öz bakım gücü, beden imajı, yaşam kalitesi ve BKİ ortalamalarının benzer olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar girişim ve kontrol grubu hastalarının hem tanıtıcı özellikler hem de çalışmada kullanılan ölçümler açısından grupların bağımsız ve homojen olduğunu göstermiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda aşağıdaki başlıklar ile tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Öz Bakım Gücü ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması

Çalışmada bariatrik cerrahi öncesi obez bireylerin Öz Bakım Gücü puan ortalamaları daha düşükken ameliyat sonrası 3.ay puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yükseldiği saptanmıştır. Literatürde bariatrik cerrahi sonrası hastaların öz bakım gücünü değerlendiren çok az çalışmaya rastlanmıştır (23). Güven ve Akyolcu (2020) bariatrik cerrahi hastalarının ameliyat sonrası 3. ay Öz Bakım Gücü puan ortalamalarının ameliyat öncesi puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildirmiş ve çalışmamızın sonuçları bu sonuçlar ile benzerlik göstermiştir (23). Bu durumun bariatrik cerrahinin obezitenin getirdiği fizyolojik, psikolojik ve sosyal yükleri azaltması ile öz bakım gücünü artırdığını düşündürmektedir.

Obezite tedavisinde uygulanan bariatrik cerrahinin doğası gereği ameliyat sonrası erken dönemde bireyin öz bakım gereksinimlerini (beslenme, banyo-hijyen, giyinme-kuşanma, tuvalet-tuvaleti kullanma, enstrümental bakım) yerine getirme yeteneği azaltmaktadır (81). Buna ek olarak bariatrik cerrahi sonrası görülebilen bulantı, kusma, dumping sendromu, anastomoz kaçağı, vitamin ve mineral eksikliği gibi komplikasyonlar bireyin taburculuk sonrası öz bakım gücünü azaltmaktadır (16,19). Ayrıca cerrahi sonrası istenen düzeyde kilo kaybının sağlanması ve korunması için bireyin beslenme, egzersiz gibi yaşam tarzı değişikliği gerektiren öz bakım gereksinimlerini karşılanması gerekmektedir (8,16). Bu nedenlerle bireye özgü bakım planlanırken bireyin öz bakım gücü değerlendirilmeli ve tedavinin her aşamasında öz bakım gereksinimleri hakkında eğitim ve danışmanlık verilmelidir (16).

Literatürde bireye verilen eğitim ve danışmanlığın öz bakım gücünü artırdığını gösteren çeşitli kaynaklar mevcuttur (23,121-123). Obez bireylerin öz bakım gücünü belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada Çıray Gündüzoğlu ve arkadaşları (2019) obezite hakkında eğitim almış olan bireylerin eğitim almayan bireylere göre öz bakım gücünün daha yüksek olduğunu belirlemiştir(8). Farklı bir çalışmada ise Güven ve Akyolcu (2020) bariatrik cerrahi geçiren bireylere ameliyat öncesi başlayarak eğitim kitapçığı eşliğinde üç ay boyunca verilen eğitim ve danışmanlığın öz bakım gücünü artırdığı belirlenmiştir(23). Bu çalışmada uygulama gurubu hastalarının 1, 2 ve 3.ay Öz Bakım Gücü ölçeği puan ortalamalarının kontrol grubu hastalarına göre daha yüksek olduğu ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$, Çizelge 4.6). Araştırmada $H1_1$ hipotezinin doğrulanmadığını gösteren bu sonuçlar bize çalışmaya katılan bireylerde teknoloji okuryazarlığının yeterli düzeyde gelişmiş olmadığını ve mobil uygulamanın içerisinde yer alan ara yüzleri etkin şekilde kullanamadığını düşündürmektedir. Ayrıca çalışma verilerinin Covid-19 küresel salgın sürecinde toplanması, bu dönemde sağlığı geliştirme ve sürdürme adına çeşitli mecralardan verilen sağlık, hijyen ve temizlik gibi eğitimlerin uygulama ve kontrol gurubu hastalarında eş zamanlı olarak öz bakım gücünü artırdığı düşünülmektedir.

5.2. Hastaların Beden İmajı ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması

Her birey zihninde şekillendirdiği ve ideal olarak gördüğü bir beden imajına sahiptir (82). Kendi bedeni ile ideal beden imajı arasında tutarsızlık ise beden imajından memnuniyetsizliğe neden olmaktadır (124). Obezite gibi yeme bozukluğu olan bireylerde beden imajında memnuniyetsizlik sık rastlanan bir durumdur (10,11,83 84,85). Yapılan çalışmalar normal BKİ sahip bireylere göre obez bireylerin beden görünümlerinden memnuniyetsizliklerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (86-88,125). Obezite tedavisinde önemli bire yere sahip olan bariatrik cerrahi öncelikli olarak obezitenin getirdiği fiziksel yüklerden kurtulmak amacıyla tercih edilse de beden imajlarından memnuniyetsizlik bu tedavi yönteminin seçiminde büyük rol oynamaktadır (82). Çalışmada bariatrik cerrahi öncesi obez bireylerin Beden İmajı puan ortalamaları daha düşükken ameliyat sonrası 3.ay puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yükseldiği saptanmıştır. Bu sonuçların bariatrik cerrahi sonrası kilo kaybı ile ilişkili olduğu

düşünülmektedir. Yapılan pek çok çalışma da bariatrik cerrahi sonrası kilo kaybının beden imajında belirgin iyileşmeler sağladığını bildirmektedir (24,90-93).

Literatürde obez bireyler ile yapılan çalışmalar beden imajından memnuniyetsizliğin pek çok olumsuz sonucu da beraberinde getirdiği göstermektedir (10,11,86,89). Gönenir Erbay ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışmada obez bireylerin beden imajına paralel olarak yaşam doyumlarının da düşük olduğu ve beden imajından memnuniyetleri arttıkça yaşam doyumlarının da arttığını bildirmektedir (86). Farklı çalışmalar da ise beden imajından memnuniyetsizliğin yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik halini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmaktadır (11,86,89). Bu nedenle bariatrik cerrahi sonrası bütüncül bir yaklaşım ile bireyselleştirilmiş bakım sunan hemşire, eğitici ve danışmanlık rollerini kullanarak bireylerin beden imajına uyum sürecine yardımcı olmalıdır (82).

Yapılan bir çalışmada Usta ve Aygin (2020) eğitim kitapçığı ve video CD kullanılarak altı ay süre ile uygulanan kapsamlı eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin beden imajından memnuniyeti anlamlı düzeyde artırdığını bildirmiştir (24). Bu çalışmada ise bariatrik cerrahi sonrası üç ay süre ile e-mobil eğitim ve danışmanlık hizmeti verilen uygulama grubu hastalarının 1, 2 ve 3.ay Beden İmajı ölçek puan ortalamalarının kontrol grubu hastalarına göre daha yüksek olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$, Çizelge 4.7). Araştırmada $H1_2$ hipotezinin doğrulanmadığını gösteren bu sonuçlar bariatrik cerrahi sonrası vücut şeklindeki hızlı değişime psikolojik değişimlerin eşlik edememesi ile açıklanmıştır (90,91). Özellikle yaşamları boyunca obez olan bireylerde algısal yeniden yapılandırma, hızlı ve aşırı kilo kaybından daha yavaş olma eğilimindedir (10). Bu durum bize ameliyat sonrası beden imajı algısındaki değişimin değerlendirilmesinde 3 aylık kontrol/izlem süresinin kısa olduğunu düşündürmektedir.

5.3. Hastaların MA-II ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması

Günümüzde kronik bir hastalık olarak kabul edilen obezite, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlamakta ve beraberinde getirdiği sağlık sorunları ile yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilemektedir (12,98). Yapılan pek çok çalışma obez bireylerin normal kilolu bireylere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu göstermektedir

(98-100). Kolotkin ve Andersen'in (2017) yapmış olduğu meta analiz sonucuna göre tüm toplumlarda obezitenin önemli ölçüde yaşam kalitesini düşürdüğü ve kilo kaybı ile yaşam kalitesinin paralel olarak arttığı bildirilmektedir (100).

Yapılan çalışmalar obezite tedavisinin yaşam kalitesini iyileştirmede önemli yere sahip olduğu ve bariatrik cerrahi sonrası iyi sonuçların görüldüğünü göstermektedir (99-101). Kılıç ve Kızılkaya Beji'nin (2019) yaptığı çalışmanın sonuçları bireylerin tanıtıcı özellikleri ya da çevresel yapıları farklı olsa da, bariatrik cerrahi sonrası yaşam kalitesinin olumlu yönde değiştiğini göstermiştir(126). Elrefai ve arkadaşları (2017) bariatrik cerrahi sonrası bireylerin kilo kaybı ile yaşam kaliteleri arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve bu ilişkinin farklı cerrahi prosedürlerden etkilenmediğini belirtmiştir (127). Çalışmanın sonuçları da literatür ile paralellik göstermiş olup uygulama ve kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi MA-II puan ortalamaları ile 2 ve 3.ay puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 2 ve 3.ay MA-II ölçeği puan ortalamalarının, ameliyat öncesi puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir. Bu sonuçların bariatrik cerrahi sonrası bireylerdeki kilo kaybı, obezite ile ilişkili sağlık sorunlarının gerilemesi ve sınırlı fiziksek aktivitelerinin artması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde bariatrik cerrahi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyen bireylerde yaşam kalitesindeki artışın daha anlamlı düzeyde olduğu gösterilmektedir (22,102). Üstündağ ve arkadaşları (2021) bariatrik cerrahi sonrası 3. ay ile 12. ay arasında olan 172 hastayı değerlendirdikleri çalışmada, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kaliteleri arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon olduğunu saptamıştır (102). Bu kapsamda bariatrik cerrahi hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri için tedavinin her aşamasında eğitim ve danışmanlık verilmelidir.

Literatürde obez bireylere farklı materyallerle verilen eğitim ve danışmanlığın bariatrik cerrahi sonrası yaşam kalitesini artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (23,24). Güven ve Akyolcu (2020) yaptıkları çalışmada bariatrik cerrahi hastalarına ameliyat öncesi başlayarak eğitim kitapçığı eşliğinde üç ay boyunca verilen eğitim ve telefonla verilen danışmanlık hizmetlerinin hastalarda yaşam kalitesini yükselttiğini bildirmiş (23), Usta ve Aygin (2020) eğitim kitapçığı ve video CD kullanılarak altı ay süre ile yüz yüze uygulanan kapsamlı eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yaşam

kalitesi puan ortalamalarını anlamlı düzeyde yükselttiğini bildirmiştir (24). Bariatrik cerrahi geçiren hastalarda e mobil eğitim ve danışmanlığın etkisi değerlendirilen bu çalışmada ise uygulama ve kontrol grubu hastaları arasında ameliyat öncesi, 1, 2 ve 3.ay MA-II ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$, Çizelge 4.8). Çalışmaya benzer olarak Wild ve arkadaşları (2015) bariatrik cerrahi sonrası hastalara bir yıl süre ile video konferansa dayalı verilen eğitimin bireylerin yaşam kalitesini etkilemediğini bildirmiştir (128). Mangieri ve arkadaşları (2019) 24 ay boyunca takip ettikleri bariatrik cerrahi hastalarının kullandığı mobil sağlık uygulamalarının kilo kaybını iyileştirmek ve sürdürmek için etkili olduğu ancak yaşam kalitesi sonuçlarını etkilemediğini göstermiştir (35). Araştırmada $H1_3$ hipotezinin doğrulanmadığını gösteren bu sonuçlar bize yüz yüze verilen eğitimlere göre e-mobil eğitimin bireylerde yeterli güven duygusunu oluşturmada eksik kalması ve iletişimi sınırlamasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Ayrıca yüz yüze iletişimin olmaması danışmalık hizmetlerinin de sınırlı kalmasına neden olduğu düşünülmektedir.

5.4. Hastaların BKİ (kg/m^2) ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması

Obezite tedavisinde sık tercih edilen bariatrik cerrahide mide hacminin küçültülerek besin alımının sınırlaması ve/veya ince bağırsak uzunluğunun kısaltılarak malabsorbsiyon sağlanmasıyla hızlı ve etkili kilo kaybında mükemmel sonuçlar elde edilmektedir (72,129). Yapılan bir meta analiz (2017) sonucuna göre sleeve gastrektomi geçiren hastalarda fazla vücut ağırlığı kaybı oranının % 69,7-83 arasında, gastrik bypasslı hastalarda % 60,5-86,4 arasında değiştiği belirlenmiş ve bariatrik cerrahinin fazla vücut ağırlığı kaybında başarılı bir tedavi yöntemi olduğu ortaya konulmuştur (73). Ongan ve arkadaşları (2021) bariatrik cerrahi geçiren 145 hastanın sonucunu değerlendirdikleri çalışmada hastaların birinci yıl sonunda fazla vücut ağırlığı kaybı oranının % 67,7 olduğu saptanmıştır (18).

Bariatrik cerrahi sonrası kilo kaybına ilişkin sonuçların değerlendirilmesinde çeşitli antropometrik ölçüm yöntemleri kullanılmaktadır (38). Bu yöntemler içinde basit, güvenilir ve hızlı olması nedeni ile BKİ (kg/m^2) dünyada ve ülkemizde en sık tercih edilen antropometrik ölçüm yöntemidir (72,130). Bu çalışmada bariatrik cerrahi planlanan hastaların ameliyat öncesinden başlayarak üç ay boyunca (her ay) BKİ (kg/m^2) ortalamaları değerlendirilmiştir. Çalışmada obez bireylerin bariatrik cerrahi

öncesi BKİ (kg/m^2) ortalamalarının 1, 2 ve 3.ay ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan bireylerin BKİ (kg/m^2) ortalamalarının ameliyat sonrası her ay anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.9). Bu çalışmanın sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir (18,23,24,131). Çolak ve Sağlam (2021) laparoskopik sleeve gastrektominin kısa dönem sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmada hastaların BKİ (kg/m^2) ortalamalarının ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası 6. ayda anlamlı düzeyde azaldığını belirlemiştir (131). Aldenbäck ve Johansson (2021) gastrik bypass operasyonu geçiren hastaları takip ettikleri çalışmada hastaların BKİ (kg/m^2) ortalamalarının ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası 6. ve 12. ayda anlamlı düzeyde azaldığını bildirmiştir (130). Bu sonuçlar bariatrik cerrahinin kısa ve uzun dönemde kilo kaybında oldukça etkili bir tedavi yöntemi olduğunun altını çizmektedir.

Bariatrik cerrahi sonrası verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile hastaların sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemelerini sağlamak etkin ve kalıcı kilo kaybında oldukça önemlidir (24,25). Usta ve Aygin (2020) bariatrik cerrahi hastalarına ameliyat öncesinden başlayarak altı ay süre ile verdikleri bireysel eğitim ve danışmanlığın BKİ (kg/m^2) ortalamalarını anlamlı düzeyde düşürdüğünü bildirmiştir (24).

Yapılan çalışmalar günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelen mobil sağlık uygulamaları ile verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin bireylerin kendi sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olabilmelerini mümkün kılarak sağlıklı yaşam davranışları benimsemesinde etkili olduğunu göstermektedir (31,32). Bariatrik cerrahiye özgü hazırlanan mobil eğitim ve danışmanlık uygulamasının etkinliğinin değerlendirildiği bu çalışmada uygulama grubundaki hastaların 1., 2. ve 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 4.9). Literatürde de bariatrik cerrahi hastaları ile yapılan çalışmalar cerrahiyi takiben kullanılan mobil sağlık uygulamalarının bireylerde yeni yaşama uyum sürecini kolaylaştırdığını ve buna paralel olarak kilo kaybını desteklediğini vurgulamaktadır (33-37). Mangieri ve arkadaşları (2019) 24 ay boyunca takip ettikleri bariatrik cerrahi hastaları ile yaptıkları çalışmada diyet ve aktivite takibi yapan mobil sağlık uygulamalarının kilo kaybını iyileştirmek ve sürdürmek için etkili olduğunu göstermiştir (35). 38 çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede (2020) ise

bariatrik ve metabolik cerrahi sonrası kullanılan mobil sağlık uygulamalarının bireylerde kilo kaybı ve sağlık ile ilişkili davranış değişikliği sağlamada etkili olduğunu bildirilmiştir (34). Araştırmada $H1_4$ hipotezinin doğrulandığını gösteren bu sonuçlar özellikle beslenme ve egzersiz ile ilişkili olarak verilen e-mobil eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin bariatrik cerrahi sonrası kilo kaybında etkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca uygulama grubu hastalarının e mobil uygulama üzerinden kullanabildikleri kilo takibi, kalori sayımı, beslenme ve egzersiz günlüğü gibi ara yüzlerin faydalı olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bariatrik cerrahi geçiren hastalarda, e-mobil eğitim ve danışmanlık hizmetinin öz bakım gücü, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanan ve gerçekleştirilen çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Uygulama ve kontrol grubu hastaları araştırma sonucunu etkileyebilecek, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, boy, kilo, kronik hastalık, ameliyat deneyimi gibi değişkenler açısından karşılaştırılmış olup gruplar belirtilen özellikler açısından bağımsız ve homojen bulunmuştur ($p>0,05$, Çizelge 4.1-5).

Uygulama ve kontrol grubu hastalarının süreçlere göre Öz Bakım Gücü, Beden İmajı, MA-II ve BKİ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.6-9).

Uygulama ve kontrol grubu hastaları arasında ameliyat öncesi, 1, 2 ve 3.ay Öz Bakım Gücü, Beden İmajı ve MA-II ölçek puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$, Çizelge 4.6-8).

Uygulama ve kontrol grubu hastaları arasında ameliyat öncesi BKİ (kg/m^2) ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, 1., 2.ve 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Uygulama grubundaki hastaların 1., 2. ve 3.ay BKİ (kg/m^2) ortalamaları, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (Çizelge 4.9).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Hemşirelik uygulamalarına yönelik olarak;

Bariatrik cerrahi planlanan hastalara ameliyat öncesi dönemden başlayarak, taburculuk sonrası evde bakımı da içine alan planlı eğitimlerin verilmesi ve hasta gereksinimleri doğrultusunda danışmanlık hizmetlerinin sunulması,

Mobil uygulamanın geliştirilerek hastane tabanlı programlar ile entegre edilerek test edilmesi önerilmektedir.

Araştırmaya yönelik olarak;

Bariatrik cerrahi hastalarında e-mobil eğitim ve danışmanlığın etkisini değerlendirmede daha etkili sonuçlara ulaşabilmek için daha uzun süre ile izlemin devam edeceği araştırmaların yapılması,

Kullanıcıların mobil uygulama içerisinde yer alan ara yüzleri kullanma oranlarını da içeren çalışmaların planlanması,

Mobil uygulama kullanımını, kullanım engellerini, olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendiren nitel araştırmaların planlanması,

Mobil uygulamanın farklı işletim sistemlerine uyarlanması,

Mobil uygulamanın maliyet etkinlik analizini değerlendiren çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.** Obezite tanı ve tedavi kılavuzu. Ankara, **2019** Erişim: https://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506163904-2019tbl_kilavuz5ccdcb9e5d.pdf

2. **T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Obezite Nedir?. Erişim Tarihi:21.02.2021 Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nedir.html**

3. **WHO. Obesity and overweight. Erişim Tarihi:21.02.2021 Erişim Adresi: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight**

4. **T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü**. Türkiye beslenme ve sağlık araştırması (TBSA). Ankara, **2019**. Erişim: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/TBSA_RAPOR_KITAP_20.08.pdf Erişim Tarihi: 10.07.2021

5. **Karslıoğlu DH.** Obezite, tip 2 diyabet ve beslenme. *Klinik Tıp Bilimleri*, **2019**;*7*(3): 36-43.

6. **Emre N, Öner M.** Kırsalda yaşayan kadınlarda obezite, yaşam kalitesi ve ruhsal durum ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi,* **2018;***22*(4):176-184.

7. **Tedik SE.** Fazla kilo/obezitenin önlenmesinde ve sağlıklı yaşamın desteklenmesinde hemşirenin rolü. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi,* **2017**;2:54-62

8. **Çıray Gündüzoğlu N, Kakı M, Tüzel A.** Obez bireylerin özbakım gücü. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, **2019**;(30): 68-71

9. **Yıldız S, Çetinkaya F.** Yetişkinlerde obezite ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Ahi Evran Tıp Dergisi*, **2020**;*4*(2):29-34.

10. **Lacerda R, Resende M, Castanha CR, Castanha AR, Campos J, Ferraz ÁAB, Vılar L.** Perception of body image by patients undergoing bariatric surgery. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, **2018**;*45*(2):2-6.

11. **Yazdani N, Hosseini SV, Amini M, Sobhani Z, Sharif F, Khazraei H.** Relationship between body image and psychological well-being in patients with morbid obesity. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, **2018**;6(2):175.

12. **Heymsfield SB, Wadden TA.** Mechanisms, pathophysiology, and management of obesity. *N Engl J Med*, **2017**;376(3):254-66.

13. **Kurt AK.** Birinci Basamakta Obezite Yönetimi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, **2019**;11(2):55-60.

14. **Dizlek D, Çatal E.** Morbid obezitede bariatrik cerrahi sonrası hasta sonuçları. *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, **2018**;*6*(2):501-512.

15. **Gök SÖ, Ok MA.** Obezite cerrahisi olan, zayıflama ilacı kullanan ve sadece diyet yapan obez bireylerin beslenme bilgi düzeylerinin karşılaştırılması. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2020**;5(3):215-225.

16. **Güven B.** Obezite Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Eğitim ve Danışmanlık Hizmetinin Etkinliği. Doktora Tezi, İstanbul, **2016**

17. **Anuk T, Köksal N, Avşar F, Diken Allahverdi T, Sülü B, Çakmur H.** Bariatrik cerrahi ile ilgili ilk sonuçlarımız. *Ege Tıp Dergisi,* **2017**;56(2):82-5.

18. **Ongan D, Yılmaz H, Fıçı M, Ongan E, Çalık G, Nart A.** Bariatrik cerrahi geçiren obez hastaların tedavi sürecinin retrospektif analizi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 2021;49(1):1-12.

19. **Güven B.** Bariatrik cerrahi komplikasyonları ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2019**;16(2):139-143.

20. **Husain F, Jeong IH, Spight D, Wolfe B, Mattar SG.** Risk factors for early postoperative complications after bariatric surgery. *Annals of surgical treatment and research*, **2018**;*95*(2):100.

21. **Chang SH, Freeman NL, Lee JA, Stoll CR, Calhoun AJ, Eagon JC, Colditz GA.** Early major complications after bariatric surgery in the USA, 2003–2014: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, **2018**;19(4), 529-537.

22. **Ateş, D.** Obezite cerraihisi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul, **2015.**

23. **Güven B, Akyolcu N.** Effects of nurse-led education on quality of life and weight loss in patients undergoing bariatric surgery. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, **2020**;15(2):81-87.

24. **Usta E, Aygün D.** Prospective randomized trial on effects of structured training and counseling on depression, body ımage, and quality of life. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, **2020**;*15*(2):55-62.

25. **Yildiz E, Karagözoğlu Ş.** The effects of nursing education constructed according to roy adaptation model on adaptation process of patients undergoing bariatric surgery. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, **2021**;16(2):1.

26. **Marshall S, Mackay H, Matthews C, Maimone IR, Isenring E.** Does intensive multidisciplinary intervention for adults who elect bariatric surgery improve post-operative weight loss, co-morbidities, and quality of life? A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, **2020**;21(7):13012.

27. **Palacı H, Yarar O, Kuru İ, Gülhan Y.** Akıllı telefonlardaki Sağlık Uygulamalarının sertifikasyon, geçerlilik, güvenilirlik ve kullanıcı açısından değerlendirilmesi. *Tıp Teknolojileri Kongresi*, **2016**.

28. **Liu P, Astudillo K, Velez D, Kelley L, Cobbs-Lomax D, Spatz ES.** Düşük gelirli nüfuslarda mobil sağlık uygulamalarının kullanımı: kolaylaştırıcılar ve engeller üzerine prospektif bir çalışma. *Dolaşım: Kardiyovasküler Kalite ve Sonuçlar*, **2020**;*13* (9):007031.

29. **Kopmaz B, Arslanoğlu A.** Mobil sağlık ve akıllı sağlık uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, **2018**;*5*(4):251-255.

30. **Ardahan M.** Mobil sağlık ve hemşirelik. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2018**;27(6):427-433.

31. **Changizi M, Kaveh MH.** Effectiveness of the mHealth technology in improvement of healthy behaviors in an elderly population—a systematic review. *Mhealth*, **2017**;3:51.

32. **Özdemir C, Şendir M.** Mobil sağlık uygulamaları ve sağlık davranışı değişikliği. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2020**;29(3):210-216.

33. **Klasnja P, Rosenberg DE, Zhou J, Anau J, Gupta A, Arterburn DE.** A quality-improvement optimization pilot of BariFit, a mobile health intervention to promote physical activity after bariatric surgery. *Translational Behavioral Medicine*, **2021**;11(2):530-539.

34. **Messiah SE Sacher PM, Yudkin J, Ofori A, Qureshi FG, Schneider B, Barlow SE.** Application and effectiveness of eHealth strategies for metabolic and bariatric surgery patients: a systematic review. *Digital health*, **2020**;6:1-21.

35. **Mangieri CW, Johnson RJ, Sweeney LB, Choi YU, Wood JC.** Mobile health applications enhance weight loss efficacy following bariatric surgery. *Obesity research & clinical practice*, **2019**;13(2):176-179.

36. **Elvin-Walsh L, Ferguson M, Collins PF.** Nutritional monitoring of patients post-bariatric surgery: implications for smartphone applications. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, **2018**;31(1):141-148.

37. **Bond DS, Thomas JG.** Measurement and intervention on physical activity and sedentary behaviours in bariatric surgery patients: emphasis on mobile technology. *European Eating Disorders Review*, **2015**;23(6):470-478.

38. **T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu.** Türkiye beslenme rehberi 2015 (TÜBER). **2016**. Erişim: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf Erişim Tarihi: 10.07.2021

39. **WHO.** Waist circumference and waist–hip ratio. Report of a WHO expert consultation. Erişim:http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_report_waistcircumference_and_waisthip_ratio/en/. Erişim Tarihi: 10.07.2021

40. **Sözmen K, Ünal B, Sakarya S, Dinç G, Yardim N, Keskinkiliç B, Ergör G.** Türkiye'de antropometrik ölçüm yöntemlerinin kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkisi. *Dicle Tip Dergisi*, **2016**;43(1): 99-106.

41. **WHO The Global Health Observatory.** Noncommunicable diseases: Risk factors. Erişim:http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_obesity/obesity_adults/en/ Erişim Tarihi: 10.07.2021

42. **Hales CM, Carroll MD, Fryar CD, Ogden CL.** Prevalence of obesity and severe obesity among adults: united states, 2017–2018. Centers for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics. **2020** Erişim: https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db360.htm Erişim Tarihi: 10.07.2021

43. **OECD.** Obesity update 2017. Erişim: https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf Erişim Tarihi: 10.07.2021

44. **Kadouh HC, Acosta A.** Current Paradigms in The Etiology of Obesity. *Techniques in Gastrointestinal Endoscopy*, **2017**;*19*(1):2-11.

45. **Yaralı S, Hacıalioğlu N.** Obezite yönetiminde sağlık inanç modelini kullanma ve hemşirenin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2020**:*9*(4);407-415.

46. **Deniz S, Oğuzöncül AF.** Bir ilçede yaşayan erişkinlerde obezite sıklığı ve ilişkili faktörler/obesıty prevalence and related factors ın adults ın a dıstrıct. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, **2020**;*5*(1):53-61.

47. **Hales CM, Fryar CD, Carroll MD, Freedman DS, Ogden CL.** Trends in obesity and severe obesity prevalence in us youth and adults by sex and age, 2007-2008 to 2015-2016. *Jama*, **2018**;*319*(16):1723-1725.

48. **Yanıkkerem E.** Obezitenin kadın sağlığına etkileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**;*3*(1):37-43.

49. **Rohde K, Keller M, La Cour Poulsen L, Blüher M, Kovacs P, Böttcher Y.** Genetics and epigenetics in obesity. *Metabolism*, **2019**;*92*:37-50.

50. **Kılınç F, Gözel N.** Obezite ve Genetik. *Fırat Tıp Dergisi*, **2018**;23(özel sayı):9-13.

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

52. **Partridge SR, Redfern J.** Obesity prevention in young people: the role of technology in primary care. *J Primary Health Care Gen Practice*, **2018**;2(1):*4*-2.

53. **Kalan I, Yeşil Y.** Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. *Diyabet ve Obezite*, **2010**;23:*78*-80.

54. **Uğur K.** Obezite ve endokrin sistem. *Fırat Tıp Dergisi*, **2018**;23(özel sayı):14-17.

55. **Riaz H, Khan, MS, Siddiqi TJ, Usman MS, Shah N, Goyal A, Ahmed H.** Association between obesity and cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of mendelian randomization studies. *Jama Network Open*, **2018**;*1*(7):1-9.

56. **Solmaz H, Akbulut M.** Obezite ve kalp. *Fırat Tıp Dergisi,* **2018**; 23(Özel Sayı):30-34.

57. **Csige I, Ujvárosy D, Szabó Z, Lőrincz I, Paragh G, Harangi M, Somodi S.** The impact of obesity on the cardiovascular system. *Journal Of Diabetes Research*, *2018*;12:1-7

58. **Kristo I, Paireder M, Jomrich G, Felsenreich DM, Nikolic M, Langer FB, Schoppmann SF.** Modern esophageal function testing and gastroesophageal reflux disease in morbidly obese patients. *Obesity Surgery*, **2019**;*29*(11):3536-3541.

59. **Nam SY.** Obesity-related digestive diseases and their pathophysiology. *Gut And Liver*, **2017**;*11*(3):323.

60. **Abourazza, FE, Talbi S, Lazrak F, Azzouzi H, Aradoini N, Keita S, Harzy T.** Does metabolic syndrome or its individual components affect pain and function in knee osteoarthritis women? *Current Rheumatology Reviews*, **2015**;11(7):8-14.

61. **Şentürk S, Arslan DE, Korkmaz M.** Osteoartritli hastalarda metabolik sendrom sıklığı ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, **2021**;*9*(1):105-116.

62. **Turgut T, Erdal İN.** Obezite ve solunum sistemi. *Fırat Tıp Dergisi*, **2018**;23(özel sayı):35-41.

63. **Yalçın GS.** Ağır obstrüktif uyku apne sendromlu ve rem ilişkili obstrüktif uyku apne sendromlu hastalarda diabetes mellitus ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta, **2018**.

64. **Ersoy E.** Obstrüktif uyku apnesi sendromlu hastalarda komorbidite ve obezite arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi, Kırklareli, **2019**.

65. **Yıldırım N.** Obezite ve kanser. *Fırat Tıp Dergisi,* **2018**;23(Özel Sayı):61-67

66. **Durmuşçelebi E, Akman M.** Obezite ile depresyon ve benlik saygısı durumunun ilişkisinin değerlendirilmesi. *Opus Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 2021;*17*(34):1-1.

67. **Demirbaş N, Kutlu R.** Obezitenin depresyon ve gündüz uykululuk durumu üzerine etkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, **2020**;*42*(2):163-169.

68. **Sharafi SE, Garmaroudi G, Ghafouri M, Bafghi SA, Ghafouri M, Tabesh MR, Alizadeh Z.** Prevalence of anxiety and depression in patients with overweight and obesity. *Obesity Medicine*, **2020**;*17*:2-5.

69. **Silva DA, Coutinho EDSF, Ferriani LO, Viana MC.** Depression subtypes and obesity in adults: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, **2020**;*21*(3):1-13.

70. **Varlı Ü.** Bariatrik cerrahi hastalarında vücut farkındalığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir, **2021**.

71. **Güngör Ş.** Obezitenin tedavisinde geçmiş ve güncel bariatrik cerrahi uygulamaları. *Muş Alparslan Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, **2019**;*7*(2):697-705.

72. **Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.** Bariyatrik cerrahi kılavuzu. Ankara, **2018** Erişim: https://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180516162420-2018-05-16tbl_kilavuz162417.pdf

73. **Osland E, Yunus RM, Khan S, Memon B, Memon MA.** Weight loss outcomes in laparoscopic vertical sleeve gastrectomy (LVSG) versus laparoscopic roux-en-y gastric bypass (LRYGB) procedures: a meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, **2017**;27(1):8-18.

74. **Akçay A, Ceren İ, Acar G, Nacar H, Çelebi M, Göçer K.** Bariatrik cerrahi ile kilo kaybının kardiyak fonksiyonlara etkisinin ekokardiyografi ile değerlendirilmesi. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg*, **2016**;7(26):25-32.

75. **Erol V, Aydın C, Uğurlu L, Turgut E, Yalçın H, İnce FD.** Laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası grelin, leptin ve insülin düzeylerindeki değişiklikler. *Ege Tıp Dergisi*, **2019**;58(1):21-6.

76. **Kılıç O, Mete A, Birsen O.** Obezite için laparoskopik sleeve gastrektemi'nin 4 yıllık uzun dönem metabolik, ghrelin seviyesi ve komorbidite değişimi üzerine etkileri ve sonuçları. *Pam Tıp Derg,* **2020**;13(1):193-8

77. **Baştürk S, Birsen O, Baştürk T.** Short and midterm results of laparoscopic sleeve gastrectomy and its effects on hypertension and type 2 diabetes. *Pam Tıp Derg,* **2020**;13(1):19-26.

78. **Dilektaşlı E.** Beyond weight loss after sleeve gastrectomy: improvement in health-related quality of life. *Eur Res J*, **2019**;5(1):29-35.

79. **Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG.** Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. İstanbul:Akademi Basın Yayıncılık, **2017**.

80. **Current Nursing**. Dorothea Orem's self care theory. Erişim: http://currentnursing.com/nursing_theory/self_care_deficit_theory.html Erişim tarihi:15.07.2021

81. **Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F.** Pearson hemşirelik tanıları el kitabı. 11. Baskı, Ankara: Pelikan Yayınevi, **2018**.

82. **Usta E, Aygin D.** Bariatrik cerrahide uygulanan kapsamlı eğitim ve danışmanlık hizmeti: yeme özellikleri ve fiziksel aktivite düzeyine etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2020**;10(3):310-318.

83. **Jang HY, Ahn JW, Jeon MK.** Factors affecting body image discordance amongst Korean adults aged 19–39 years. *Osong public health and research perspectives*, **2018**;9(4):197.

84. **Sai A, Othman MY, Zaini WFZW, Tan CSY, Norzilan NIM., Tomojiri D, Furusawa T.** Factors affecting body image perceptions of female college students in urban Malaysia. *Obesity Medicine*, **2018**;11:13-19.

85. **Cernelic-Bizjak M.** Changes in body image during a 6-month lifestyle behaviour intervention in a sample of overweight and obese individuals. *J Body Move Therap*, **2019**; 23:515-20.

86. **Gönenir Erbay L, Akyüz M, Şahin İ, Evren B, Kayaalp C, Karlıdağ R.** Bariatrik cerrahi adayı morbid obezite hastalarının yaşam doyumunun beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Firat Tip Dergisi*, **2018**;*23*(1):1-5.

87. Pahlevan Sharif S, Ahadzadeh AS, Ong FS. The effect of religiosity on the relationship between BMI and body image among Iranian women. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2019;11(2):168.

88. Joshi S, Pawalia A, Kundu B, Yadav VS. Relation of body image with BMI among female university students. *Age (Years)*, 2019;20:1-59.

89. Akkayaoğlu H, Celik S. Eating attitudes, perceptions of body image and patient quality of life before and after bariatric surgery. *Applied Nursing Research*, **2020**;53:1-6

90. Caltabiano ML. Translational aspects of body image research for obesity-related quality of life and weight loss maintenance post-bariatric surgery. *Annals of translational medicine*, **2020**;*8*(Suppl 1):1-11.

91. Bertoletti J, Galvis Aparicio MJ, Bordignon S, Trentini CM. Body image and bariatric surgery: a systematic review of literature. *Bariatric surgical practice and patient care*, **2019**;14(2):81-92.

92. Ivezaj V, Grilo CM. The complexity of body image following bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, **2018**;19(8):1116-1140.

93. Mirijello A, D'Angelo C, Iaconelli A. Social phobia and quality of life in morbidly obese patients before and after bariatric surgery. *J. Affect. Disord*, **2015**;179: 95–100.

94. Nickel F, Schmidt L, Bruckner T, Buchler MW, Muller-Stich BP, Fischer L. Influence of bariatric surgery on quality of life, body image, and general self-efficacy within 6 and 24 months-a prospective cohort study. *Surg. Obes. Relat. Dis.*, **2017**; 13(2): 313– 319.

95. Matini D, Ghanbari Jolfaei A, Pazouki A, Pishgahroudsari M, Ehtesham M. The comparison of severity and prevalence of major depressive disorder, general anxiety disorder and eating disorders before and after bariatric surgery. *Med. J. Islam Repub. Iran* **2014**; 28: 109.

96. WHO. Measurıng qualıty of lıfe. https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf, Erişim Tarihi: 30.07.2021

97. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, **2016**;8(15):137-150.

98. Yıldız S, Çetinkaya F. Yetişkinlerde obezite ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Ahi Evran Tıp Dergisi*, **2020**;*4*(2):29-34.

99. Payne ME, Starr KP, Orenduff M, Mulder HS, Mcdonald SR, Spira AP, Bales CW. Quality of life and mental health in older adults with obesity and frailty: associations with a weight loss intervention. *The Journal Of Nutrition, Health & Aging*, **2018**;*22*(10):1259-1265.

100. Kolotkin RL, Andersen JR. A systematic review of reviews: exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life. *Clinical Obesity*, **2017**;*7*(5):273-289.

101. Raaijmakers LCH, Pouwels S, Thomassen SEM, Nienhuijs SW. Quality of life and bariatric surgery: a systematic review of short-and long-term results and comparison with community norms. *European Journal Of Clinical Nutrition*, **2017**;*71*(4):441-449.

102. Ustundag H, Gul A, Ozkaya B, Zengin N. Healthy lifestyle behaviors and quality of life after sleeve gastrectomy. *Gastroenterology Nursing*, **2020**;*43*(6):456-462.

103. Bölükbaş N, Birlikbaş S. ERAS rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, **2019**;2(3):194-205.

104. Keçeci D. Bariatrik cerrahide preoperatif tele-hemşirelik eğitiminin anksiyete ve hasta memnuniyetine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, **2019**.

105. Helms LJ. Video education to ımprove preoperative anxiety in the bariatric surgical patient: a quality ımprovement project. Journal of PeriAnesthesia Nursing. **2020**;35:467-471.

106. Yavuz M, Altınbaş Y, Aslan A, Kondakçı M, Sarı N, Kizir N. Surgical patient education: systematic review 2002-2012. *Turkiye klinikleri j nurs sci,* **2016**;8(1):34-43.

107. Sherf-Dagan S, Hod K, Mardy-Tilbor L, Gliksman S, Ben-Porat T, Sakran N, Raziel A. The effect of pre-surgery information online lecture on nutrition knowledge and anxiety among bariatric surgery candidates. *Obesity surgery*, **2018**;28(7):1876-1885.

108. Thorell A, MacCormick AD, Awad S, Reynolds N, Roulin D, Demartines N, Lobo DN. Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. *World journal of surgery*, **2016**;40(9):2065-2083.

109. Hamad G, Jones D, Chen W. Bariatric surgery: postoperative and long-term management of the uncomplicated patient. *UoToDate,* **2017**.

110. Özcan ÇB. Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2021**;37(1):69-78.

111. Altun Uraş G, Yüksel S. Bariatrik ve metabolik cerrahi sonrası hemşirelik bakımı. I. *Uluslararası Mersin Sempozyumu Bildiri Tam Metinleri Kitabı*,**2018**;4(4):335-349.

112. Kaya H, Ulupınar S, Şenyuva E, Bodur G, Küçük N. Hemşirelikte eğitim süreci. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi. Erişim: http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/hemsirelik_ao/hemsirelikteegitimsureci.pdf Erişim tarihi:15.07.2021.

113. We are Social. Digital 2021 global overview report. Erişim: https://wearesocial.com/digital-2021 Erişim tarihi:15.07.2021.

114. Sağlık Bakanlığı. Mobil Sağlık (M-sağlık). Erişim:https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,4895/m-saglik-mobil-saglik.html Erişim tarihi:15.07.2021.

115. Nahcivan NO. A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western journal of nursing research*, **2004**;26(7):813-824.

116. Pınar R. Diabetes Mellitus`lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **1995**.

117. Hovardaoğlu S. Vücut algısı ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P) Dergisi,* **1993**;1(1):26,Testler özel eki.

118. Ates D, Cebeci F. Adaptation and validation of turkish version of the moorehead–ardelt quality of life questionnaire ıı in bariatric patients. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, **2019**;14(4):165-171.

119. Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R. DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *J Epidemiol Community Health,* **1999**;105-11.

120. Demirkol D, Şeneler Ç. A Turkish translation of the system usability scale: The SUS-TR. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **2018**;11(3):237-253.

121. Esmaeilishad B. The effectiveness of self-care training on quality of life, self-care behaviors and blood sugar in elderly without self-care behaviors. *Aging Psychology*, **2020**;6(1):1-11.

122. Serpici A, Gürsoy A. Nurse-led patient training improves deep vein thrombosis knowledge and self-care practices. *Journal of Vascular Nursing*, **2018**;36(2):53-63.

123. Ghafourifard M, Ebrahimi H. The effect of Orem's self-care model-based training on self-care agency in diabetic patients. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, **2015**;*23*(1):5-13.

124. Rounsefell K, Gibson S, McLean S, Blair M, Molenaar A, Brennan L, McCaffrey TA. Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutrition & Dietetics*, **2020**;77(1):19-40.

125. Paans NP, Bot M, Brouwer IA, Visser M, Penninx BW. Contributions of depression and body mass index to body image. *Journal of psychiatric research*, 2018;103:18-25.

126. Kılıç Y. Bariatrik cerrahi geçiren hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi, İstanbul, **2019**.

127. Elrefai M, Hasenberg T, Diouf S, Weiß C, Kienle P, Otto M. Quality of life after bariatric surgery: comparison of four different surgical procedures. *Bariatric Surgical Practice And Patient Care*, **2017**;12 (2):61-66.

128. Wild B, Hunnemeyer K, Sauer H. A 1-year videoconferencing-based psychoeducational group intervention following bariatric surgery: Results of a randomized controlled study. *Surg Obes Relat Dis* **2015**;11:1349–1360.

129. Güçlü A. Bariatrik cerrahi ve perioperatif hemşirelik bakımı. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2017**;27(3):209-211

130. Aldenbäck E, Johansson HE. Anthropometric measurements and correlations to glucometabolic and cardiovascular risk in obese patients undergoing gastric bypass surgery. *Journal of Obesity*, **2021**:1-6.

131. Çolak GA, Sağlam D. Laparoskopik sleeve gastrektomi operasyonunun kısa dönemde besin alımı, biyokimyasal kan parametreleri ve antropometrik ölçümlere etkisinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2021**;12(2):291-295.

EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

Protokol no:	**Telefon:**
Ameliyat:	**Ameliyat tarihi:**

1. Cinsiyet

1) Kadın 2) Erkek

2. Yaş……

3.Boy……

4.Kilo……

5.Beden Kitle İndeksi ……

6. Eğitim durumunuz

1) İlköğretim 2) Ortaöğretim 3) Üniversite

7. Çalışma Durumu

1) Evet 2) Hayır

8. Ekonomik durumunuz

1) Gelir giderden az 2) Gelir ve gider dengeli 3) Gelir giderden fazla

9. Medeni durumunuz

1) Evli 2) Bekar

10. Çocuğunuz var mı?

1) Evet 2) Hayır

11. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1) Evet 2) Hayır

12. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

1) Evet 2) Hayır

13. Daha önce ameliyat oldunuz mu?

1) Evet 2) Hayır

14.Sigara kullanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

15. Düzenli olarak alkol kullanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

16. Ne kadar süredir fazla kilolusunuz?

1) 10 yıldan az 2) 10 yıldan fazla

17. Obezite için daha önce danışmanlık aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

18.Zayıflama amacıyla denediğiniz aşağıdaki yöntemleri işaretleyiniz.

1) Zayıflama diyeti

2) Egzersiz yapma

3) Zayıflama ilacı kullanma (Tıbbi ilaç)

4) Zayıflatıcı besin desteği kullanma

5) Kahvaltı yapmama

6) Öğle yemeğini atlama

7) Akşam yemeğini atlama

8) Yemek yedikten sonra kusma

9) Sigara içme

10) Diğer…….

19.Günde kaç ana öğün yemek yersiniz.....

20.Günde kaç ara öğün yemek yersiniz.....

21. Düzenli olarak gece uyanıp yemek yeme alışkanlığınız var mı?

1) Evet 2) Hayır

22.Ara öğünlerde genellikle ne tür besinler tüketirsiniz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz

1) Hamur işleri (kek, kurabiye, poğaça vb.),

2) Çikolata, cips, bisküvi çeşitleri vb.

3) Tatlı, şekerleme,

4) Sebze, meyve,

5) Süt ve süt ürünleri

6) Meyve suları,

7) Kolalı, gazlı içecekler,

8) Diğer (belirtiniz) ……..

23.Hangi tür et ürünlerini tercih ediyorsunuz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz

1) Dana eti 2) Koyun, kuzu eti 3) Tavuk- hindi eti 4) Balık 5) Diğer (belirtiniz).....

24. Yemeklerinizde ne tür yağ kullanıyorsunuz?

1) Tereyağı 2) Margarin 3) Zeytinyağı 4) Bitkisel sıvı yağlar 5) Karışık (Belirtiniz……)

25. Günde kaç bardak su içersiniz? ……

26. Yemek sırasında su içer misiniz?

1) Evet 2) Hayır

27. Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

28.Obezite cerrahisi ile ilgili bilgileri hangi kaynaktan aldınız?

1) Hekim 2) Hemşire 3) İnternet 4) Aile/arkadaş 5) Diğer (belirtiniz) ……

29.Aldığınız bilgiler sizin için yeterli oldu mu?

1) Evet 2) Hayır

30.Ameliyat ve ameliyat sonrasına kendinizi ne kadar hazır hissediyorsunuz?

1) Son derece hazırlıklıyım 2) Oldukça hazırlıklıyım 3) Biraz hazırlıklıyım 4) Hiç hazır değilim

EK-2: Öz Bakım Gücü Ölçeği

AÇIKLAMA: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen Şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni Hiç Tanımlamıyor	Beni Pek Tanımlamıyor	Fikrim Yok	Beni Biraz Tanımlıyor	Beni Çok iyi Tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.					
2.Kendimi beğeniyorum					
3.Sağlığımla ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.					
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum					
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.					
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7.Kendime bakamadığım zaman, yardım ararım.					
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.					
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim					
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.					
12.Dengeli beslenirim.					
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.					
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.					
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü					

hak ettiğime inanıyorum.					
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.					
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.					
20.Kendimle dostum.					
21.Kendime iyi bakarım.					
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.					
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25.Yaşam bir zevktir.					
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.					
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğin biliyorum.					
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.					
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.					
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.					
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					

EK-3: Beden İmajı Ölçeği

Aşağıdaki sorularda bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı en iyi anlatan ifadenin altına X işareti koyunuz.

	Çok Beğeniyorum	Beğeniyorum	Kararsızım	Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
Saçlarım					
Yüzüm					
İştahım					
Ellerim					
Vücudumdaki Kıl Dağılımı					
Burnum					
Fiziksel Görünümüm					
İdrar Dışkı Düzenim					
Kas Kuvvetim					
Belim					
Enerji Düzeyim					
Sırtım					
Kulaklarım					
Başım					
Çenem					
Vücut Yapım					
Profilim					
Boyum					
Duygularımın Keskinliği					
Ağrıya Dayanıklılığım					
Omuzlarımın Genişliği					
Kollarım					
Göğüslerim					
Gözlerimin Şekli					
Sindirim Sistemim					
Kalçalarım					
Hastalığa Direncim					
Bacaklarım					
Dişlerimin Şekli					
Cinsel Gücüm					
Ayaklarım					
Uyku Düzenim					
Sesim					
Sağlığım					
Cinsel Faaliyetlerim					
Dizlerim					
Vücudumun					
Duruş Şekli					
Yüzümün Şekli					
Kilom					
Cinsel Organım					

EK-4: Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II (MA-II)

Lütfen size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz.

1. Kendimi genellikle;





☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Çok kötü hissederim — *Çok iyi hissederim*

2. Fiziksel aktivitelerden;





☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hiç hoşlanmam — *Çok hoşlanırım*

3. Sosyal ilişkilerim;





☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hiç yoktur — *Çok iyidir*

4. Çalışabilme durumu;





☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hiç çalışamam — *Çok iyi çalışırım*

5. Cinsel yaşamdan;





☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hiç zevk almam — *Çok zevk alırım*

6. Yiyeceklere olan yaklaşımım;





☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Yemek için yaşarım — *Yaşamak için yerim*

EK-5: Sağlık Bilgileri Kullanıcısı İçin Kalite Kriterleri (DISCERN)

BÖLÜM 1

Bu Materyal Güvenilir mi?

1. Amacı açık mı? (1. Sorunun yanıtı "Hayır" ise , 3. soruya geçiniz.)

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	**5**

Açıklama:

- Ne hakkında?
- Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)?
- Kimler için yararlı olur?

2. Bu amaçlara ulaşabilir mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	**5**

Açıklama: bu materyal ana başlıklarla belirtilen bilgilere ulaşıp ulaşmadığını düşünün.

3. Konu ile ilgili mı?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	**5**

Açıklama: Bu materyal;

- Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığını,
- Bu bilgilerin ve önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığını düşünün.

4. Bu bilgileri hazırlamak için kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	**5**

Açıklama:

- Eğitim matreryali bilgileri sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan kuruluş ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları gözden geçirin.

5. Eğitim materyalinde kullanılan bilgilerin tarihi açıkça belirtilmiş mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	**5**

Açıklama:

- Eğitim materyalinin hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.

6. eğitim materyalinde sunulan bilgiler tutarlı ve tarafsız mı?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	**5**

Açıklama;

- Materyalin kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- Materyalin hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, tek bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olmasına bakın.
- Materyalin başka bir tanılamasının olup olmadığına bakın.

Dikkatli olunmalı eğer;

- *Eğitim* materyali *bir konu hakkında bilgi verirken yalnız bir noktanın avantajı ya da dezavantajı üzerinde odaklanıyorsa,*
- *Bilgiler heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir biçimde sunuluyorsa,*

7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriliyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	**4**	5

Açıklama: Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

8. Bu materyal belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	**5**

Açıklama:

- Eğitim materyalinde uzman görüşlerindeki farklılıklar ya da bilgi eksikleri yönünden yazılan bilgilere bakın.
- Eğitim materyalinde sunulan bilginin herkesi aynı şekilde, etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin (özel bir bakım gereksiniminin başarı oranının %100 olduğunun belirtilmesi gibi).

BÖLÜM 2

Bu Materyalde Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?

Eğitim materyalinde sunulan bilgiler eğitimin bir parçası olarak düşünülmelidir.

9. Eğitim materyalinde bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	**5**

Açıklama: Bakım gereksinimlerinin tanımlanmasına bakın.

10. Eğitim materyalindeki bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	**5**

Açıklama: Eğitim materyalinde sunulan bilginin kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süren durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

11. Eğitim materyali bakımla ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	**5**

Açıklama: Eğitim materyalinde sunulan bakım bilgilerinin kullanılması, kısa ve uzun süreli etkilerine ilişkin riskler yer alabilir.

12. Eğitim materyalindeki bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	**5**

Açıklama: Eğitim materyalinde sunulan bilgilerin/ uygulamaların ertelenmesi (uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararların tanımına bakın.

13. Eğitim materyalinde sunulan bilgiler yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	**5**

Açıklama:

- Eğitim materyalindeki bilgilerin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
- Eğitim materyalindeki bilgilerin aile, arkadaş ve bakım verenlere etkilerinin tanımlanmasına bakın.

14. Birden fazla bakım seçeneği olabileceği açıklanmış mı?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	**5**

Açıklama:

- Eğitim materyalinde sunulan bilgilerden hangi durumda yararlanacaklarının tanımlanmasına bakın.
- Eğitim materyalinin daha fazla araştırmak ya da düşünmek için alternatifleri ortaya koyup koymadığına bakın.

15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	**5**

Açıklama Eğitim materyalinde ilgili konularda aile, arkadaş, doktor ya da diğer sağlık elemanları ile tartışılacak konuların belirlenip belirlenmediğine bakın.

BÖLÜM 3

Eğitim Materyalinin Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu eğitim materyalinin güvenirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendirin.

Düşük Ciddi/Aşırı eksikleri var		**Orta** Önemli eksiklikleri var		**Yüksek** Çok az ancak ciddi değil
1	2	3	4	**5**

EK-6: Sistem Kullanılabilirlik Skalası

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Bu sistemi sıklıkla kullanmak isteyeceğimi düşünüyorum.					
2. Bu sistemi gereksiz bir şekilde karmaşık buldum.					
3. Bu sistemin kullanımının kolay olduğunu düşündüm.					
4. Bu sistemi kullanabilmek için daha teknik bir kişinin desteğine ihtiyaç duyacağımı düşünüyorum.					
5. Bu sistemdeki çeşitli fonksiyonları iyi entegre edilmiş buldum.					
6. Bu sistemde çok fazla tutarsızlık olduğunu düşündüm.					
7. Birçok insanın bu sistemi kullanmayı çok çabuk öğreneceğini sanıyorum.					
8. Bu sistemin kullanımını çok elverişsiz buldum.					
9. Bu sistemi kullanırken kendimden çok emin hissettim.					
10. Bu sistemde bir şeyler yapabilmek için öncelikle bir çok şey öğrenmem gerekti.					

EK-7: Yazılı Eğitim Materyali

OBEZİTE CERRAHİSİ SONRASI

HASTA EĞİTİM MATERYALİ

Öğr. Gör. Sevgi DENİZ DOĞAN
Danışman
Prof. Dr. Sevban Arslan

İÇİNDEKİLER **SAYFA**

Ön söz	3
Ameliyat öncesi hazırlık nasıl olacak?	4
Ameliyat sırasında sizi neler bekliyor?	4
Ameliyat sonrası neler yapılacak?	5
Evdeki bakımda dikkat edilmesi gereken hususlar nelerdir?	7
Ameliyat sonrası beslenme nasıl olmalıdır?	8
Ameliyat sonrası nasıl egzersiz yapılmalı?	14
Sıkça sorulan sorular	15
Kaynakça	18

Ön Söz

Sıklıkla dengesiz beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite nedeni ile ortaya çıkan obezite, vücudunuzdaki tüm sistemleri olumsuz yönde etkileyerek çeşitli sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Sağlığınızı korumak amacıyla obeziteden kurtulmak için tıbbi beslenme, egzersiz, davranış değişikliği veya ilaç tedavisi gibi yöntemlerden sonuç alamadığınız durumlarda obezite cerrahisi tercih edilmektedir.

Obezite cerrahisi obezitenin yaşamınıza getirdiği tüm zorluklardan kurtulmanın ilk adımı olacaktır. Ancak tedavinizin ameliyat olmakla bitmediğini ve bundan sonra size birtakım görevler düştüğünü unutmamalısınız.

Ameliyatınızı gerçekleştiren ekiple her zaman iletişimde kalarak yeni hayatınızı çok daha rahat şekillendirebilmeniz için ameliyat öncesi ve sonrası yapılacaklar, egzersiz ve beslenme ile ilgili birtakım önerileri bu uygulamada bulabilirsiniz.

Bu uygulamada yer alan bilgiler ameliyat sonrası üç aylık dönemde sağlığınızın korunması, ameliyatın olası yan etkilerinin önlenmesi ve erken tespiti açısından size yol gösterici olacaktır.

Ameliyat öncesi hazırlık nasıl olacak?

- ✓ Ameliyattan bir gün önce yalnızca su, çay, elma, üzüm ve et suyu gibi sıvılarla beslenmelisiniz.
- ✓ Ameliyattan bir gece önce, olası enfeksiyonları önlemek amacı ile banyo yapmalısınız ve özellikle de karın bölgesinin (cilt kıvrımlarının ve göbek deliğinin) temizliğine özen göstermelisiniz.
- ✓ Ameliyattan bir gün önce ya da ameliyat sabahı hastaneye yatışınız yapılacaktır. Hastaneye gelirken rahat, sıkmayan giysiler ve düz ayakkabılar getirmelisiniz ve değerli eşyalarınızı yanınıza almamalısınız. Ayrıca uyku apnesi için CPAP kullanıyorsanız, yanınızda getirmelisiniz.
- ✓ Ameliyat gününden önceki gece yarısından sonra (gece 24.00'dan sonra) ağızdan su dahil hiçbir şey almamalısınız.
- ✓ Hastaneye yattıktan sonra kimlik bilgilerinizin bulunduğu bir bileklik, bileğinize takılacaktır.
- ✓ Ameliyatı kabul ettiğinize dair bir form doktor/hemşire tarafından imzalatılacaktır.
- ✓ Hemşireniz, kanı sulandırıcı bir ilacı, kol/göbek/bacaktan cilt altına enjekte (iğne ile) edecektir.
- ✓ Diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalığınız varsa hemşirenize hatırlatınız. Doktorunuzun uygun gördüğü ilaçlarınız, ameliyat sabahı hemşireniz tarafından verilecektir.
- ✓ Ameliyata giderken tüm takılarınızı, makyaj ve ojelerinizi, varsa takma dişleriniz, işitme cihazınız ve lenslerinizi çıkarmanız gerekecektir.
- ✓ Ameliyathaneye gitmeden önce hemşireniz, ameliyat önlüğünüzü giydirecek ve bonenizi takacaktır.
- ✓ Ameliyat için hazırlandıktan sonra bir sağlık personeli eşliğinde, sedye ile ameliyathaneye indirileceksiniz.

Ameliyat sırasında sizi neler bekliyor?

- ✓ Ameliyathane ortamı gürültülüdür. İlaç ve solüsyon kokuları kötü olabilir. Işıklar parlak olabilir.
- ✓ Ameliyathane soğuk bir ortam olduğu için hafif üşüyebilirsiniz. Ancak hemen uyutulacak ve ameliyat sonrası uyanıncaya kadar hiçbir şey hissetmeyeceksiniz.
- ✓ Ameliyat salonunda ameliyatı yapacak ekip (doktor, anestezist, hemşire ve personel) bulunacaktır.
- ✓ Ameliyathanede size bir damar yolu açılacak, tansiyon, nabız ve solunum gibi yaşamsal bulgularınızın takibi için gerekli aletler vücudunuza yerleştirilecektir.
- ✓ Açık ameliyata gerek kalmadıkça ameliyatınız kapalı (laparoskopik) olarak yapılacak ve genel anestezi (narkoz) kullanılacaktır.
- ✓ Laparoskopik yani kapalı ameliyatta, karın boşluğunuza, çalışılacak alanın genişletilmesi ve organların daha görünür bir hale gelmesi için gaz verilecektir.
- ✓ Ameliyatınız ortalama 2-3 saat sürecektir ve bu süre içinde yakınlarınız sizi servisteki odanızda bekleyebileceklerdir.

Ameliyat Sonrası Neler Yapılacak?

- ✓ Ameliyat sonrası ameliyathaneden servise çıkarılacaksınız.
- ✓ Hemşireniz tarafından düzenli aralıklarla tansiyon, nabız ve solunum sayınız takip edilecektir.
- ✓ Ameliyat esnasında solunum yolunuza takılan bir tüp nedeni ile ameliyattan sonra hafif bir boğaz ağrınız olabilir.
- ✓ Ameliyattan çıktığınızda karın bölgenizde 0.5-1 cm büyüklüğünde birkaç adet yaranız olacaktır.
- ✓ Ameliyat bölgesinden çıkan bir dren bulunabilir. Dreniniz, hastaneden ayrılmadan önce çıkarılacaktır.
- ✓ Ameliyat sonrası hastanede yatış süreniz yaklaşık olarak 3-4 gün olacaktır.

Ameliyat sonrası ağrı

- ✓ Ameliyat sonrası dönemde yaralarınızın etrafında veya omzunuzda ağrı oluşabilir.
- ✓ Omuz ağrısı kapalı (laparoskopik) ameliyat esnasında aletlerin daha rahat hareket etmesi için karın içine verilen gazın hareketi nedeni ile oluşur.
- ✓ Ameliyattan bir süre sonra yürümeye başlayınca gazı vücuttan atmak daha kolay olacaktır ve yürüdükçe omuz ağrınız hafifleyecektir.
- ✓ Aynı zamanda size ağrınızı gidermek için ağrı kesici ilaçlar uygulanacaktır.

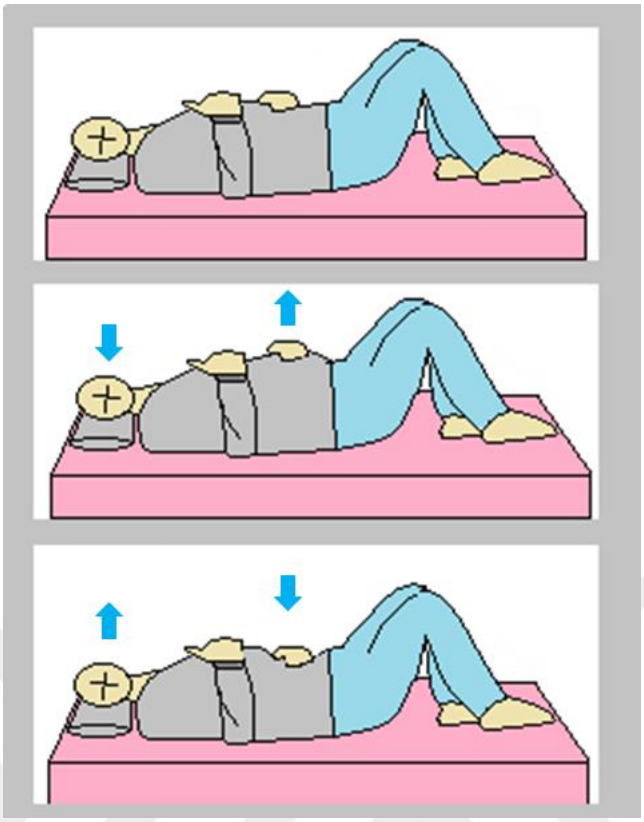
Ameliyat sonrası akciğer sorunları

Ameliyat sonrası, düz yatmanız ya da ağrı nedeniyle daha kısa ve yüzeysel nefes alıp verebilirsiniz. Böyle bir durumda akciğerlerinizdeki hava keseleri sönebilir. Aynı zamanda akciğerlerinizdeki sıcak ve nemli ortam enfeksiyon gelişmesine neden olabilir.

Akciğer sorunlarının oluşmaması için ameliyat öncesinden başlayarak derin solunum, öksürük egzersizini yapmanız ve triflo kullanmanız önerilmektedir.

Derin solunum egzersizi

- ✓ Derin solunum egzersizi için yatak kenarına oturabilir ya da sırt üstü uzanabilirsiniz.
- ✓ Kendinizi rahat hissedeceğiniz pozisyonu aldıktan sonra karın kaslarınızın gerginliğini azaltmak için dizlerinizi bükünüz.
- ✓ Bir elinizi karın bölgenize diğer elinizi ise göğüs bölgenize yerleştiriniz.
- ✓ Burnunuzdan derin bir nefes alınız (nefes aldıkça göğüs üzerindeki elin yükselmesi beklenir) ve dudaklarınızı büzerek yavaş bir şekilde veriniz.
- ✓ Derin solunum egzersizlerini ameliyat sonrası en az saatte 5-10 kez tekrarlayınız.



Şekil 1: Solunum egzersizi

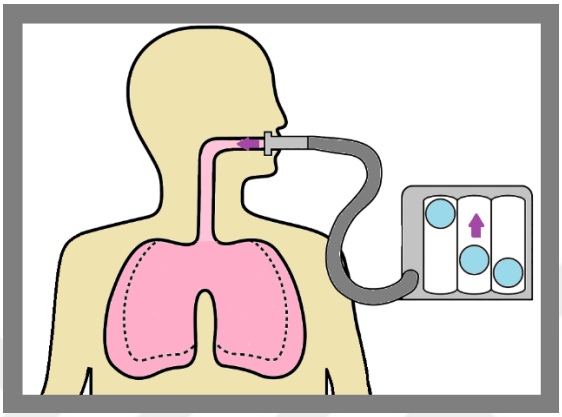
Öksürük Egzersizi

- ✓ Öksürük egzersizini dik ya da yarı oturur bir pozisyonda yapabilirsiniz.
- ✓ Egzersize başlamadan önce ameliyat bölgenizi eliniz veya yastık ile destekleyiniz.
- ✓ Derin bir nefes alın ve nefesinizi yaklaşık 2-3 saniye tutuktan sonra güçlü bir şekilde bir-iki kez öksürünüz.
- ✓ Size bir böbrek küvet verilecektir. Balgam çıkaracak olursanız böbrek küveti kullanabilirsiniz.

Triflo kullanımı

- ✓ Yatakta dik ya da yarı oturur bir pozisyonda durunuz.
- ✓ Triflo aletini düz tutun ve bütün nefesinizi dışarıya veriniz. Triflonun ağız kısmını ağzına yerleştirip derin bir nefes alınız. Bu aşamada triflonun içerisindeki topların yukarı kalkması beklenir. Bu şekilde 2-3 saniye tuttuktan sonra soluğunuzu yavaşça dışarıya veriniz.

- ✓ Triflo aletini ağzınızdan çıkarıp 4-5 normal soluk alıp veriniz.
- ✓ Daha sonra triflo aletini ters pozisyona getiriniz. Ağızlık kısmını dudaklarınızın arasına yerleştirilip burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alınız. Ardından ağzınızdan yavaşça tüm havayı üfleyecek biçimde soluk veriniz.
- ✓ Triflo aletini saatte 10 kez kullanmanız beklenir.



Şekil 2: Triflo kullanımı

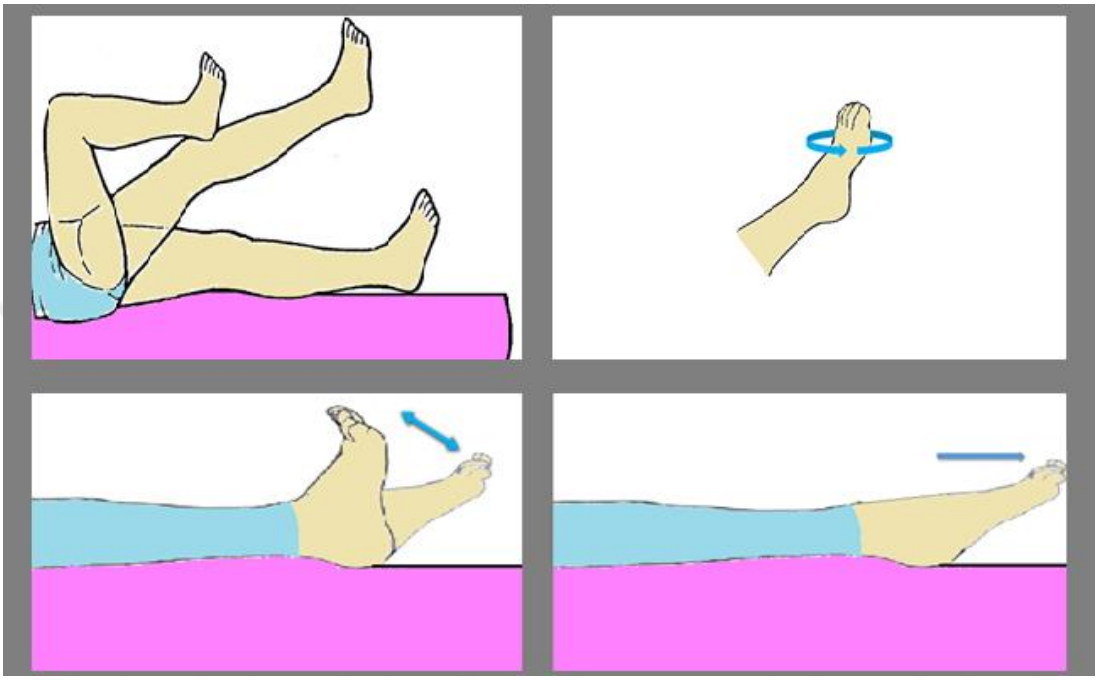
Ameliyat sonrası dolaşım sorunları

Yürüdüğümüzde ve bacaklarımızı hareket ettirdiğimizde bacak kaslarımız kasılıp gevşer. Bu durum bacaklarımızdan kanın kalbe geri dönmesini sağlar ve kanın bacaklarda göllenmesini engeller. Ameliyat esnasında ve sonrasında bir süre hareketsiz kalmak kanın bacaklarda göllenmesine ve pıhtı oluşmasına neden olabilir. Bu oluşan pıhtılar bacaklardan akciğerlere gidebilir. Bu durum akciğer embolisi olarak adlandırılan ölümcül bir probleme sebep olabilir.

Ameliyat sonrası kan dolaşımının sağlanması ve pıhtı oluşumunun engellemesi için ayağa kalkmadan önce yatak içinde bazı ayak egzersizleri yapmalısınız.

- ✓ Her saat başı ayak bileklerinizi pedala basar gibi aşağı yukarı hareket ettiriniz.
- ✓ Önce saat yönüne doğru daha sonra tersine doğru daire şeklinde çeviriniz.
- ✓ Dizlerinizi bükerek ve uzatarak hareket ettiriniz.
- ✓ Ameliyattan bir süre sonra hemşireniz sizi ayağa kaldıracak ve oda içerisinde yürümenize yardımcı olacaktır.
- ✓ Hemşirenizin yardımı ile ilk kez ayağa kalktıktan sonra her iki saatte bir 5 dakika yürümeniz gerekmektedir.

- ✓ Pıhtı oluşumunu engellemek amacı ile size verilen ameliyat (antiembolik) çoraplarını taburcu olana kadar giymelisiniz.
- ✓ Yine pıhtı oluşumunu önlemek için her gün kol, bacak veya karın bölgenizden enjeksiyon (iğne) yapılacaktır.



Şekil 3: Ekstremite egzersizleri

Ameliyat sonrası erken dönem beslenme

- ✓ Ameliyat sonrası yaklaşık 2-3 gün sadece damar yolu ile besleneceksiniz.
- ✓ Daha sonra size boyalı bir sıvı içirilecek ve röntgen çekilecek. Röntgen sonucunuz normal ise sulu gıdalarla beslenmeye başlayacaksınız.
- ✓ Karın ağrısı, çarpıntı, ateş, solunum hızınızda artma ve idrar miktarınızda azalma gibi belirtiler mide dikiş hattınızda (anastomoz) kaçak belirtileri olabileceğinden hemen doktorunuz veya hemşirenize haber vermelisiniz.

Evdeki Bakımda Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar Nelerdir?

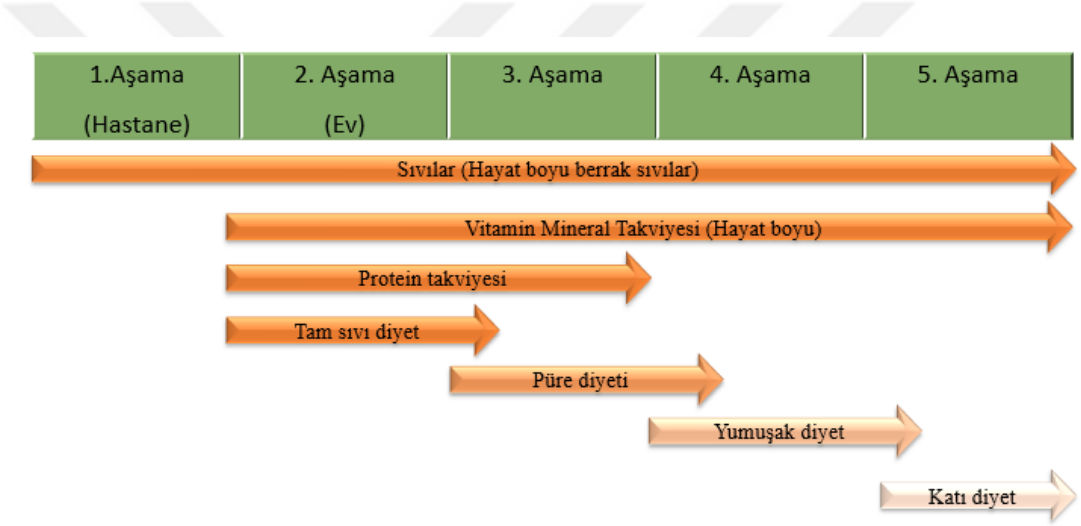
- ✓ Hastaneden ayrılmadan önce doktorunuz tarafından mide ülseri oluşumunu önlemek için bir ilaç reçete edilecektir. Bu ilacı doktorunuzun önerdiği şekilde ve düzenli olarak kullanınız. Aspirin, kas gevşetici ve kortizon içeren ilaçlar

ülsere neden olabilir. Bu nedenle ağrınız olduğunda doktorunuzun reçete ettiği ağrı kesiciler dışında ilaç kullanmayınız.

- ✓ Ameliyat sonrası yara yerinde enfeksiyon riskine karşı evde yara yeri düzenli aralıklarla gözlenmelidir. İlk haftalarda yara yerinde hafif kızarıklık ve şişlik normaldir. Fakat yara bölgesinde kızarıklığın ve şişliğin artması, ağrı, sıcaklık artışı, kötü koku olması durumunda veya ateşiniz çıktığında mutlaka doktorunuza haber veriniz.
- ✓ Ameliyat sonrası dönemde bulantı, pek çok hastada görülmektedir. Bulantının yanı sıra ilk aylarda, kusma da görülebilmektedir. Kusma genellikle hızlı yemek yemeye veya yetersiz çiğnemeye bağlı gelişmektedir. Haftada birkaç kez görülen kusma normal kabul edilse de sıklığında bir artış olması sıvı dengenizi bozabilir. Böyle bir durumda muhakkak doktorunuza haber veriniz.
- ✓ Ameliyat öncesi dönemde beslenme alışkanlığınıza oranla ameliyat sonrası çok daha küçük porsiyonlarda yemek yiyeceğiniz için bu dönemde kabızlık sık görülen bir problemdir. Kabızlığın önüne geçebilmek için diyet listenizin öngördüğü ölçüde lifli gıdalar ile (tam buğday ürünlerinden yapılan yiyecekler, meyve ve sebzeler) beslenmeli ve sıvı alımına dikkat etmelisiniz.
- ✓ Ameliyat sonrası ilk aylarda hızlı kilo kaybı, yetersiz protein alımı ve vitamin eksikliğine bağlı olarak saç tellerinde zayıflama ve saç dökülmesi görülebilir. Bu durumun yüksek oranda geçici bir problem olduğu unutulmamalıdır. Vücudunuz yeni beslenme düzenine alıştığında bu problem de ortadan kalkacaktır.
- ✓ Ameliyat sonrası vitamin eksikliği sık görülen bir problemdir. Doktorunuzun reçete ettiği multivitamin, vitamin B12, demir, kalsiyum ve D vitamini takviyelerini mutlaka düzenli olarak kullanınız. Bu takviyeler ile vücudunuz yeni sürece daha hızlı uyum sağlayacak ve vitamin eksikliğine bağlı problemleriniz (yorgunluk, cildinizde kuruluk, saç dökülmesi vb.) daha hızlı ortadan kalkacaktır.
- ✓ Ameliyat (antiembolik) çorabını, ameliyat öncesi dönemde olduğunuz gibi hareketliliğe sahip olana kadar giyiniz.

Ameliyat Sonrası Beslenme Nasıl Olmalıdır?

- ✓ Ameliyat sonrası iyileşmenin sağlanabilmesi için yeterli ve dengeli beslenme hayati öneme sahiptir.
- ✓ Ameliyat sonrası yeterli ve dengeli beslenme sağlandığında yağsız vücut kütleniz korunmuş ve ameliyata bağlı olası problemlerin önüne geçilmiş olacaktır.
- ✓ Ameliyat sonrası diyetiniz sıvıdan katıya bir geçiş sürecini içeren beş aşamadan oluşacaktır.
- ✓ İlk birkaç ay istediğiniz her şeyi yiyemesenizde, daha sonra hemen hemen her şeyi makul ve sağlıklı miktarlarda olmak şartı ile tüketebileceksiniz.



Şekil.4: Obezite ameliyatı sonrası diyet aşamaları süreçleri

1.Aşamada diyet nasıl olmalıdır?

- ✓ Ameliyat sonrası ilk günleri kapsayan ve beslenmenin ilk basamağını oluşturan bu aşama berrak sıvı diyeti olarak adlandırılmaktadır.
- ✓ Berrak sıvı diyeti ile sizin sıvı, elektrolit ve enerji ihtiyacınız karşılanır ve aynı zamanda ameliyat sonrası bağırsak aktivitelerinizin yenilenmesi desteklenir.
- ✓ Bu aşamada ağızdan sıvı alımına başlandığında her 5 dakikalık süreçte 30 ml sıvı tüketiminiz gerekmektedir.
- ✓ Gün içerisinde tüketeceğiniz sıvılar oda ısısında olmalı, 24 saate yayılmalı ve yudumlanarak tüketilmelidir.

- ✓ Birinci aşamada tüketilebileceğiniz besinler; berrak sıvılar, su, et suyu, taze sıkılmış ve süzülmüş meyve suları, kafeinsiz, şekersiz, karbonatsız ve kalorisiz içeceklerdir.

2.Aşamada diyet nasıl olmalıdır?

- ✓ İkinci aşama diyet tam sıvı diyet olarak adlandırılmakta ve berrak sıvı diyeti takip eden 10-14 gün sürmektedir.
- ✓ Bu aşamada ilk aşamaya ek olarak yağsız et/tavuk suyu, şekersiz meyveli içecekler, kafeinsiz kahve, açık çay, sulandırılmış meyve suyu, %1 yağlı ya da yağsız süt, soya sütü, badem sütü, pirinç sütü, laktozsuz süt, probiyotik süt içeceği, az yağlı ya da yağsız yoğurt, probiyotik yoğurt, yağsız peynir, şekersiz jöle, şekersiz düşük yağlı sütten pudingleri de tüketebilirsiniz.
- ✓ Ayrıca doktorunuz ve diyetisyeninizin önerisi ile enerji ve protein ihtiyacınızı karşılamak için sıvı veya toz protein ürünleri kullanabilirsiniz.
- ✓ Tam sıvı diyette beslenme her 5 dakikada bir 30 ml hızda olmalıdır.
- ✓ Bu aşamada günde 60-80 gram protein (günde en az 3 yüksek protein desteği) ve 1800 ml sıvı alınması hedeflenmelidir.
- ✓ Gün içerisinde tüketilecek sıvılar oda ısısında olmasına dikkat edilmelidir.

3. Aşamada diyet nasıl olmalıdır?

- ✓ Ameliyat sonrası berrak ve tam sıvı diyetlerin ardından iki hafta süre ile püre edilmiş yumuşak gıdalardan oluşan püre diyeti uygulanır.
- ✓ Bu aşamada, katı yiyecekleri blenderize/püre edilmiş olarak tüketmelisiniz.
- ✓ Püre diyetinde porsiyonlarınızın miktarı 30 gram ile başlamalı ve diyetin sonunda 100-150 grama ulaşılmalıdır. Bu miktarlar sizin tolerans seviyesine göre değişiklik gösterebilir.
- ✓ Püre diyetinde berrak ve tam sıvı diyete ek olarak; yumurtalar, omlet, ezilmiş-dövülmüş veya kıyma şeklindeki etler, kümes hayvanları, yumuşak buğulama balık, yağsız et suyu, et suyu çorbası, yumuşatılmış az yağlı mayonez, pişmiş fasulye, doyurucu fasulye çorbaları, az yağlı süzme peynir, az yağlı peynir, yoğurt, püre edilmiş sebze ve meyveler ve püre edilmiş tahıllar kullanılabilir.
- ✓ Sıvı tüketimi öğünlerden en az 30 dakika önce bırakılmalı ve öğünden 30 dakika sonraya kadar tekrar sıvı tüketilmemelidir.

- ✓ Bu aşamada baharatlı ve çok sıcak/soğuk besinlerden kaçınmalı, her besini önce tek başına denemelidir.
- ✓ Püre diyeti ile eksik protein alımını tamamlamak için bu aşamada da doktorunuz ve diyetisyeninizin önerisine göre protein desteğine devam etmelisiniz.
- ✓ Püre diyette tüketebileceğiniz gıdalar Tablo 1'de yasaklı gıdalar ise Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1: Püre diyette tüketilebilecek gıdalar

Besin grupları	***Tüketilebilecek gıdalar***
Protein	Blenderize edilmiş yağsız kırmızı et, kümes hayvanları, balık, 1 çırpılmış yumurta, Yağsız/az yağlı beyaz peynir (1 dilim), yağsız/yarım yağlı sade yoğurt, yağsız/%1 yağlı süt, probiyotik yoğurt, probiyotik içecek, laktozsuz süt, soya sütü, badem sütü, pirinç sütü
Sebzeler	Yumuşak, hassas, çeşitli, pişmiş ve blenderize ya da çatalla ezilmiş
Meyveler	Ezilmiş muz, şekersiz elma püresi, iyice blenderize olmuş %100 şeftali ya da armut suyu
Tahıllar ve nişasta	Sıcak tahıl (yulaf ezmesi, irmik), ezilmiş beyaz ya da tatlı patates, blenderize/ezilmiş fasulye
Çorbalar	Et suyu, yağı kreması azaltılmış çorbalar, blenderize yumurtalı çorba (1/2 kase 3 g protein)
İçecekler	Su, kafeinsiz kahve, çay gibi 250 ml'si 10 kaloriden az olan gazsız içecekler
Diğer	Şekersiz jöle, şekersiz puding ve muhallebi, şekersiz ve düşük yağlı dondurma

Tablo 2: Püre diyette yasaklı gıdalar

Besin grupları	***Yasak gıdalar***
Protein	Yüksek yağlı etler, yağda pişmiş et-tavuk balık, yağ ve tereyağ, fıstık yağı vb yağlı tohumların ezmeleri, tam yağlı sütten yapılmış peynir ya da yoğurt, tam yağlı ya da %2 yağlı süt
Sebzeler	Çiğ, sert sebzeler, lifli saplar, tohumlar, kabuk ve gövdeler, tereyağ ya da yağda pişmişler
Meyveler	Şeker ilaveli sert meyveler, tohumları, kabuk ve gövdeleri
Tahıllar ve nişasta	Makarna, pirinç, ekmek ve ekmek ürünleri, tüm ek nişastalı besinler, ilave yağ ve tereyağ ile pişen tahıllar
İçecekler	Tüm soda ve diğerleri, gazlı içecekler, kafeinli kahve/çay çikolatalı, aromalı süt, tam yağlı süt

4.Aşamada diyet nasıl olmalıdır?

- ✓ Ameliyat sonrası püre diyeti takiben uygulanan diyet yumuşak diyet olarak adlandırılmaktadır.
- ✓ En az seviyede çiğneme gerektiren bir beslenme şeklini benimseyen bu aşama bir geçiş sürecidir ve ameliyat sonrası 5., 6., 7. ve 8. haftalarda uygulanır.

- ✓ Bu aşamada günde 60-80 gram protein almanız hedeflenmektedir. Protein kaynaklı besinler arttığı için protein desteğine olan ihtiyacınız azalır.
- ✓ Günlük 1800 ml sıvıyı (protein sıvıları dahil) yemek öğünleri arasında yavaş yavaş tüketmelisiniz.
- ✓ Yemek sonrası sıvı tüketimine devam etmek için en az 30 dakika beklemelisiniz.
- ✓ Tükettiğiniz tüm besinler yumuşak olmalı ya da yumuşak kıvamda pişirilmelidir. Tüm besinleri çok iyi çiğnemelisiniz.
- ✓ Yumuşak diyette tüketebileceğiniz gıdalar Tablo 3'de yasaklı gıdalar ise Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 3: Yumuşak diyette tüketilebilecek gıdalar

Besin grupları	***Tüketilebilecek gıdalar***
Protein	Öğütülmüş ya da kıyılmış yağsız sığır eti, kümes hayvanları, balık, yumurta, yağsız ya da az yağlı beyaz peynir (1 dilim), yağsız sade yoğurt, yağsız ya da %1 yağlı süt, probiyotik yoğurt, probiyotik içecek
Sebzeler	Yumuşak, çeşitli, iyi pişmiş
Meyveler	Muz, şekersiz elma suyu, iyice blenderize olmuş %100 şeftali ya da armut suyu
Tahıllar ve nişasta	Yulaf ezmesi, irmik, ezilmiş patates, fasulye, pirinç, makarna
Çorbalar	Yağsız et/tavuk suyu, kremasız çorbalar, blenderize yumurtalı çorba (1/2 kase 3 g protein)
İçecekler	Su, kafeinsiz kahve, açık çay gibi 250ml'si 10 kaloriden az olan gazsız içecekler
Diğer	Şekersiz jöle, şekersiz puding ve muhallebi, şekersiz ve düşük yağlı dondurma

Tablo 4: Yumuşak diyette yasaklı gıdalar

Besin grupları	***Yasak gıdalar***
Protein	Yüksek yağlı etler, yağda pişmiş et-tavuk balık-yumurta-peynir, sert, kuru etler fıstık yağı ve diğerleri, tam yağlı sütten yapılmış peynir ve yoğurt, tam yağlı ya da %2 yağlı süt
Sebzeler	Lifli saplar, tohumlar, kabuk ve gövdeler, tereyağ ya da yağda pişmişler
Meyveler	Şeker ilaveli sert meyveler, tohumları, kabuk ve gövdeleri
Tahıllar ve nişasta	Beyaz ekmek, ilave yağ ve tereyağ ile pişen tahıllar
İçecekler	Tüm soda ve gazlı içecekler, kafeinli kahve, koyu çay, çikolatalı, aromalı süt, %2 ya da tam yağlı süt

5.Aşamada diyet nasıl olmalıdır?

- ✓ Standart diyet olarak adlandırılan bu aşama 9. haftada başlar ve hayat boyu devam eder.
- ✓ Bu aşamada marul, havuç gibi çiğ sebzelerin tüketimine başlayabilirsiniz. Ancak salatalık gibi sert yüzeyli ve büyük tohumlu olan besinlerden kaçınmalısınız.
- ✓ Besinleri iyi tolere edilebilmek için hızlı tüketmemelisiniz ve çok iyi çiğnenmelisiniz.
- ✓ Ameliyattan üç ay sonra diyetinizin çeşitliliğini arttırılabilirsiniz ve tüm besin gruplarındaki besinlerden tüketebilirsiniz.
- ✓ Günlük yaklaşık 1800 ml sıvı tüketmeniz hedeflenmektedir.
- ✓ Su ve sıvıları yemeklerle birlikte tüketmemelisiniz aksi takdirde bulantı kusmaya sebep olabilir.
- ✓ Standart diyette tüketebileceğiniz gıdalar Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5: Standart diyette tüketilebilecek gıdalar

Besin grubu	***Tüketilebilecek gıdalar***
Protein	Yağsız kırmızı et, tavuk, hindi, balık, yumurta, düşük yağlı/yağsız peynir
Sebzeler	Havuç, yeşil fasulye, domates, ıspanak ve diğerleri, kabak, pancar, soğan, biber, brokoli, kuşkonmaz, patlıcan, karnabahar
Meyveler	Elma, elma püresi, erik, armut, nektarin, üzüm, kiraz, muz, mandalina, çilek
Tahıllar ve nişasta	Pirinç, patates, makarna, ekmek, mısır, kurubaklagiller,
Süt ürünleri	%1 yağlı süt, düşük yağlı/ yağsız yoğurt, düşük yağlı soya sütü, badem sütü, pirinç sütü, laktozsuz süt, probiyotik yoğurt-içecek
Yağlar	Tereyağ, bitkisel yağla

Ameliyat sonrası beslenmede nelere dikkat edilmeli?

- ✓ Diyet aşamalarında önerilen porsiyon miktarlarına özen göstermelisiniz.
- ✓ Yemek yerken yiyecekleri iyice çiğnemelisiniz.
- ✓ Yemekleri her zaman yavaş ve azar azar yemelisiniz.
- ✓ Proteinden zengin besinleri karbonhidrat ve yağlardan zengin besinlerden önce tercih etmelisiniz.
- ✓ Günlük püreli besin alımınızı 500 gramda tutmalısınız ve bir defada 100-150 gramı geçmemelisiniz.

- ✓ Günlük 300 mg dan fazla kafein almamak için kakao, çay, kahve ve kolalı içeceklerin tüketimini sınırlandırmalısınız.
- ✓ Günlük en az 6-8 bardak su içmelisiniz.
- ✓ Sıvıları katı gıdalarla birlikte değil yemek aralarında tüketmelisiniz.
- ✓ Sıvı alımını öğünlerden en az 30 dakika önce bırakmalısınız ve öğünden 30 dakika sonra tekrar sıvı alabilirsiniz.
- ✓ Sıvıları düzenli aralıklarla ve her defasında 100-200 ml şeklinde tüketmelisiniz.
- ✓ Alkollü içecekler, tatlılar, kızartılmış besinler, şeker ve şekerlemeler, çikolatalar, karbonatlı içecekler, yağ içeriği yüksek işlenmiş etler, şeker eklenmiş meyve suları, hazır (dondurulmuş) besinler ve atıştırmalık besinlerden kaçınmalısınız.
- ✓ Bu süreçte her besin grubundan yediğiniz miktarı, içtiğiniz su miktarını, yemeği pişirme şeklinizi, hangi yağ ile pişirdiğinizi, yemeğinizi yemenizin ne kadar sürdüğü, yedikten sonra ne hissettiğinizi (mutlu, üzgün, yalnız gibi) not edeceğiniz bir yemek günlüğü tutmanız size yardımcı olacaktır.

Ameliyat Sonrası Nasıl Egzersiz Yapılmalı?

- ✓ Ameliyat sonrası yapılan düzenli egzersizlerin sağlığın korunmasında oldukça önemli bir yere sahip olduğu unutulmamalıdır.
- ✓ Yapacağınız düzenli egzersizler ile kaslarınızın güçlenmesini, enerji metabolizmanızın düzenlenmesini ve stresinizin azalmasını sağlayacaksınız.
- ✓ Düzenli egzersiz ameliyat sonrası hem sağlıklı bir kilo kaybetme dönemi geçirmenizi sağlayacak hem de verdiğiniz kiloları geri almanızı önleyecektir.
- ✓ Her egzersizden sonra kendinize olan güveniniz artacak ve kendinizi daha da mutlu hissedeceksiniz.

Hastanede Egzersiz Nasıl Olmalı?

- ✓ Ameliyattan bir süre sonra hemşireniz sizi ayağa kaldıracak ve oda içerisinde yürümenize yardımcı olacaktır.
- ✓ Ayağa kalktıktan sonra her iki saatte bir 5 dakika yürümeniz gerekmektedir.
- ✓ Bu süreçte hastane koridorlarında veya odanızda yapacağınız kısa yürüyüşler kendinizi iyi hissetmenizi sağlayacaktır.

Ameliyat Sonrası İlk 4 Hafta Egzersiz Nasıl Olmalı?

- ✓ Ameliyattan sonraki ilk 4 hafta için esneme egzersizleri, solunum egzersizleri yapmalısınız.
- ✓ Bu süreç içerisinde günlük normal aktivitelerinize dönmeye odaklanmalısınız.
- ✓ Ameliyat sonrası ilk haftalar da kendinizi yorgun hissedebilirsiniz. Enerjinizin yerinde olduğunu hissettiğinizde yavaş yavaş yürümeye başlayabilirsiniz.
- ✓ Yürüyüşlerinizi evin içinde veya evin çevresinde yapabilirsiniz.
- ✓ Eğer tolere ediliyorsanız yavaş yavaş merdiven inip çıkabilirsiniz.

Ameliyat Sonrası 5. Hafta ve Sonra Egzersiz Nasıl Olmalıdır?

- ✓ Bu aşamada kendinizi hazır hissettikçe yürüyüş mesafenizi ve zamanını giderek arttırmalısınız. Yürüyüş zamanınıza her gün 1-2 dakika ekleyebilir ya da bir adım ölçer alıp, her gün için 10 adım daha fazla yürüyebilirsiniz.
- ✓ Öncelikle düz yollarda yürümeye başlamalısınız, kendinizi hazır hissettiğinizde yokuşları da egzersiz programınıza ekleyebilirsiniz.
- ✓ Ailenizden birisiyle ya da bir arkadaşınızla yürümek sizi daha çok motive edebilir.
- ✓ Uzun mesafe yürüyüşlerinizde veya çok sıcak havalarda yanınıza mutlaka su almalısınız ve azar azar içmelisiniz.
- ✓ Haftalık gerçekçi hedefler koyarak yaptığınız yürüyüşleri kaydetmenin size faydası olacaktır.
- ✓ Yürüyüşlere alternatif olarak bu dönemde fizyoterapistinize veya doktorunuza danışarak bisiklet binme, klinik pilates ve fizyoterapist eşliğinde egzersizler yapabilirsiniz.
- ✓ Yüzme ve su içi egzersizleri, (ameliyattan 2-3 hafta sonra doktorunuza danışarak) özellikle eklem ağrılarınız varsa sizin için iyi bir seçenek olabilir.
- ✓ Kas dayanıklılığınızı ve kas gücünüzü artırmak için doktorunuza danışarak 6.haftadan sonra fizyoterapist eşliğinde direnç egzersizlerine başlayabilirsiniz.
- ✓ Ameliyattan sonra ilk 8-12 hafta, yaranızın iyileşmesine izin vermek için karın egzersizlerinden kaçınmalısınız.
- ✓ Ameliyat sonrası ilk 3 ay vücut geliştirme egzersizleri önerilmez. Vücut geliştirme egzersizlerine başlamadan önce mutlaka doktorunuza danışınız.

Düzenli bir egzersiz programının yanı sıra yaşam tarzınızda yapacağınız ufak değişiklikler ile de sağlığınızı koruyabilirsiniz. Örnek olarak:

- ✓ 3-4 kat mesafeye asansör kullanmak yerine merdiven kullanabilirsiniz.
- ✓ Eğer araba kullanıyorsanız gideceğiniz yerin biraz ilerisine park edip kalan mesafeyi yürüyebilirsiniz.
- ✓ Getir götür işlerinize araba ile gitmek yerine yürüyerek gidebilirsiniz.
- ✓ Vaktinizi televizyon veya bilgisayar başında geçirmek yerine sportif bir etkinliğe zaman ayırabilirsiniz.

Sıkça Sorulan Sorular

Ameliyat sonrası ilk kontrole ne zaman gelmeliyim?

- ✓ Taburcu olduktan 1. hafta sonra ilk kontrolünüz olacaktır. Kontrol zamanları kişiye ve duruma göre farklılık gösterir, doktorunuz her kontrolde bir sonraki kontrol zamanını belirtecektir.

Ameliyat sonrası ne zaman duş alabilirim?

Ameliyat sonrası en az iki hafta kadar ameliyat bölgenizin ıslanmaması şartıyla ayakta duş alabilirsiniz.

Ameliyatı sonrası dikişler ne zaman alınır?

- ✓ Sıklıkla kendiliğinden emilen dikişler kullanıldığı için dikiş almaya gerek yoktur. Farklı bir nedenle emilmeyen dikiş kullanılmış ise yaklaşık on gün sonra dikişleriniz kontrol edilerek alınır.

Ameliyatı sonrası vücudumda iz kalır mı?

- ✓ Ameliyat kapalı olarak gerçekleştirildiği için kesikler oldukça küçüktür. Birkaç ay sonra bu küçük kesiklerin izleri de hemen hemen görülemez hale gelir.

İşime ne zaman geri dönebilirim?

- ✓ İşiniz ağır fiziksel aktivite gerektirmiyorsa ameliyattan 3-4 hafta sonra, gerektiriyor ise 6-8 hafta sonra işinize geri dönebilirsiniz.

Cinsel aktivitede kısıtlılık var mı?

- ✓ Ameliyat sonrası yaranız iyileştiğinde ve kendinizi rahat hissettiğinizde cinsel hayatınıza geri dönebilirsiniz. Ameliyat sonrası ilk 6 hafta, cinsel istekte azalma görülebilir ve bu normal bir durumdur.

Ameliyat sonrası ne zaman hamile kalabilirim?

- ✓ Kilo verme süresince (18 ay) hamile kalmanız önerilmez. Bu süre sonunda beslenmenizin iyi ayarlanması koşuluyla hamile kalmanızda sakınca yoktur.

Sigara içmeye başlarsam bir sorun olur mu?

- ✓ Sigara, ameliyat sonrası akciğer sorunlarına neden olabilir, yara iyileşmesini geciktirebilir, enfeksiyon gelişimine neden olabilir ve ülser gelişme riskini arttırabilir; bu nedenle içmemeniz önerilir.

Ameliyat sonrası saçlarım dökülür mü?

- ✓ Saç dökülmesi, obezite ameliyatı sonrası uygulanan ameliyat türüne göre (gastrik bypass ameliyatlarında daha sık görülür) görülme sıklığı değişiklik gösteren bir sorundur. Vitamin, mineral alımındaki ani azalma, stres ve metabolik değişim saç dökülmesine yol açabilmektedir. Saç dökülmesi çoğunlukla kalıcı değildir ve yaklaşık 12-18 ay sonra dökülen saçlar yeniden çıkmaya başlar.

Ameliyattan sonra vücudumda sarkma olur mu?

- ✓ Ameliyat sonrası kısa sürede yüksek miktarda kilo verilmesine bağlı olarak vücudun bazı bölgelerinde sarkma olması beklendik bir durumdur. Sarkmanın boyutu; hastanın yaşına, cilt tipine, ameliyat sonrası egzersizlere, beslenme alışkanlıklarına, kaç kilo verildiğine ve ne kadar sürede verildiğine bağlı olarak değişmektedir. Obezite ameliyatından sonra genelde göğüsler, gıdı bölgesi, karın bölgesi, kollar, popo ve iç bacak bölgelerinde sarmalar meydana gelebilir. Kilo verme sürecinizde düzenli ve vücut şekillendirici sporların yapılması sarkma sorununu azaltabilir. Estetik işlemlere ihtiyaç duyulması durumunda ise ameliyattan en az 1 yıl sonra yapılması önerilir.

Ameliyat sonrası tekrar kilo alır mıyım?

- ✓ Obezite ameliyatı sonrası yeniden kilo alma riski oldukça düşüktür. Ancak ameliyat sonrası yeme alışkanlıklarının değişmemesi ve yeme miktarındaki azalmaya rağmen öğün aralarındaki yüksek kalorili atıştırmalara devam edilmesi geç dönemlerinde tekrar kilo alımına neden olabilmektedir. Ameliyat sonrası verilen kilonun korunmasında ameliyat öncesi edinilmiş olan yeme alışkanlıklarının değiştirilmesi, sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlığının kazanılması oldukça önemlidir.

Taburculuk sonrası doktora başvurmam gereken acil durumlar nelerdir?

- ✓ Taburcu olduktan sonra kesilmeyen hıçkırık, keskin karın ağrısı, kusma, 38°C ve üzeri ateş, bir ayakta kızarıklık ve / veya şişlik (iki bacağın çapları arasında en az 1-2 cm olmalı), karındaki kesi yerlerinde kızarıklık, ağrı, ısı artışı ve / veya kötü koku var ise zaman geçirilmeden doktorunuza başvurun.

Kaynakça

1. **Acar N.** Obezite Cerrahisi Sonrasında Egzersiz Önerileri. Erişim Tarihi:28.07.2020 Erişim Adresi: https://docplayer.biz.tr/24163297-Obezite-cerrahisi-sonrasinda-egzersiz-onerileri.html
2. **Aksoy G.** Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. İçinde: Kanan, N. ve Akyolcu, N.(Eds), Cerrahi Hemşireliği I, sf:257-300. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, **2017**
3. **Aydın E, Bulut H.** Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı. TAF Preventive Medicine Bulletin, **2014**;13(1):77-82.
4. **Güçlü A.** Bariatrik Cerrahi ve Perioperatif Hemşirelik Bakımı. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, **2017**;27(3):209-211.
5. **Güven B.** Bariatrik Cerrahi Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı.Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi **2019**;16 (2):139-143
6. **Güven B.** Obezite Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Eğitim ve Danışmanlık Hizmetinin Etkinliği. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2016**
7. **T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.** Obezite Nedir?. Erişim Tarihi:21.07.2020 Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nedir.html
8. **T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.** Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014). Ankara, **2010**
9. **T.C. Sağlık Bakanlığı.** Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi. Ankara, **2017**
10. **T.C. Sağlık Bakanlığı.** Türkiye Beslenme Rehberi, Ankara, 2016 Erişim Tarihi:28.07.2020 Erişim Adresi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf
11. **Tedik SE.** Fazla Kilo/Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi, **2017**;1(2):54-62
12. **Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.** Bariyatrik Cerrahi Kılavuzu. Ankara, **2018**
13. **Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.** Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, **2019**
14. **WHO.** Obesity and overweight. Erişim Tarihi:21.07.2020 Erişim Adresi: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
15. **WHO.** Obesity. Erişim Tarihi:25.07.2020 Erişim Adresi: https://www.who.int/topics/obesity/en/
16. **Yıldırım M, Akyol A, Ersoy G.** Şişmanlık (Obezite) ve Fiziksel AktiviteEnerji Dengesinin Aktivite Yönüne Bir Bakış. Klasmat Matbaacılık. Ankara, **2008**

EK-8: Uzman Listesi

Uzman Listesi	**Kurum**
Prof. Dr. Evşen NAZİK	Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Gülay ALTUN UĞRAŞ	Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Giray KOLCU	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi
Hemşire Yeliz KILIÇ	Isparta Şehir Hastanesi Obezite Merkezi
Diyetisyen Damla YAVUZ	Isparta Şehir Hastanesi Obezite Merkezi
Fizyoterapist Erkan ALP	Isparta Şehir Hastanesi Obezite Merkezi

EK-9: Etik Kurul Onayı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

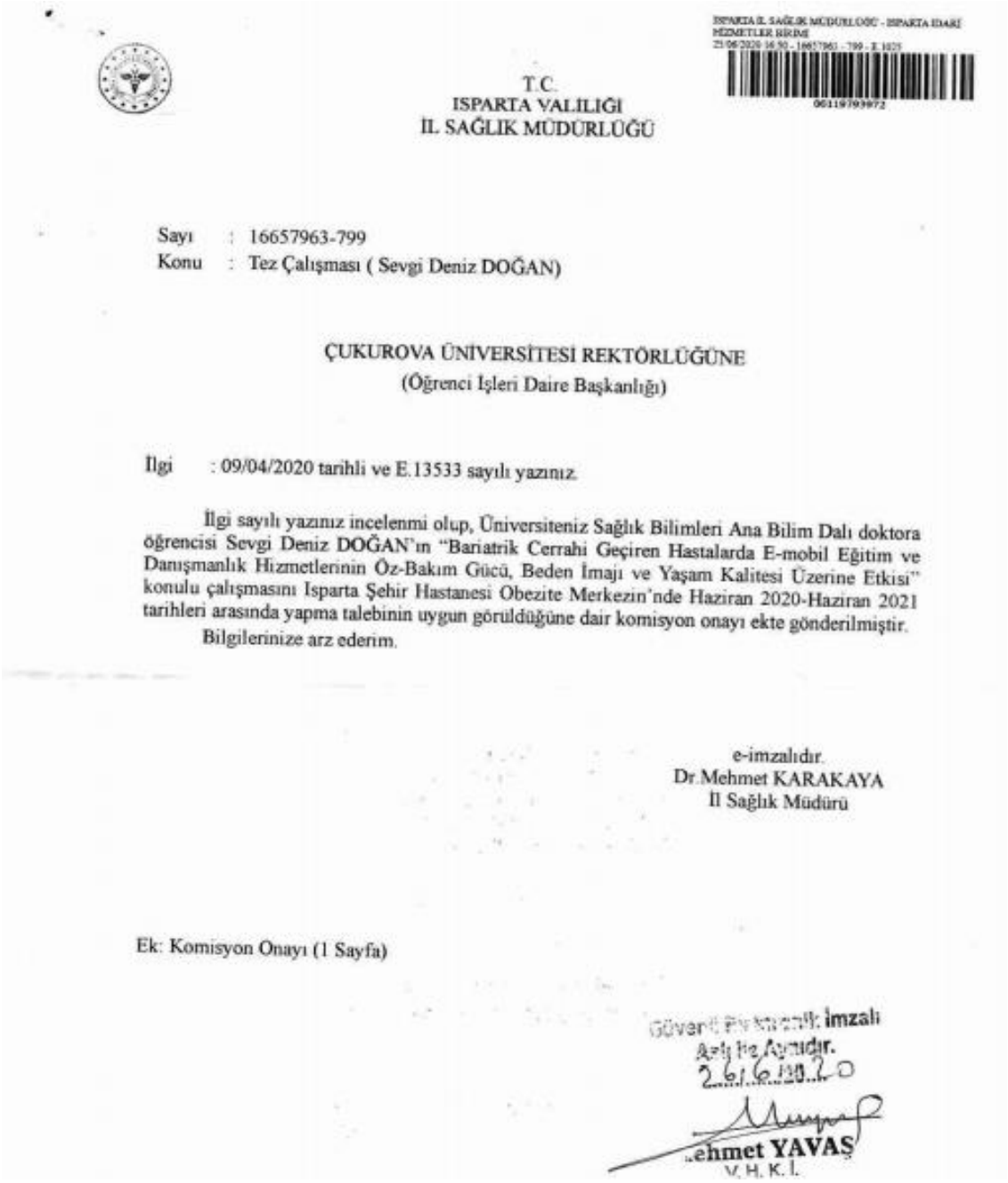
Toplantı Sayısı		Tarih
97		6 Mart 2020

KARAR NO 9- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Doç. Dr. Sevban Arslan yönetiminde, Öğr. Gör. Sevgi Deniz Doğan tarafından yürütülmesi öngörülen, "Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastalarda E-Mobil Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin Öz-Bakım Gücü, Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı doktora tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	**Prof Dr Selim Kadıoğlu** Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	**Prof Dr Davut Alptekin** Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK-10: Araştırmanın Yürütüleceği Kurumdan Resmi İzin Yazısı



ISPARTA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ISPARTA EVRAK HİZMETLER BİRİMİ
00119793972

T.C.
ISPARTA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 16657963-799
Konu : Tez Çalışması (Sevgi Deniz DOĞAN)

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 09/04/2020 tarihli ve E.13533 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız incelenmi olup, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Ana Bilim Dalı doktora öğrencisi Sevgi Deniz DOĞAN'ın "Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastalarda E-mobil Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin Öz-Bakım Gücü, Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu çalışmasını Isparta Şehir Hastanesi Obezite Merkezin'nde Haziran 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında yapma talebinin uygun görüldüğüne dair komisyon onayı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Mehmet KARAKAYA
İl Sağlık Müdürü

Ek: Komisyon Onayı (1 Sayfa)

Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı ile Aynıdır.
26/6/2020
Mehmet YAVAŞ
V. H. K. İ.

EK-11: Ölçek İzinleri

a.Öz Bakım Gücü Ölçeği

Ölçek Kullanım İzni Gelen Kutusu ×

Sevgi Deniz Doğan <sevgidenizcu@gmail.com> 11:44 (1 saat önce)
Alıcı: rukiyepinar

Sayın Hocam,

Ben Sevgi DENİZ DOĞAN, Çukurova Üniversitesi Hemşirelik AD'da doktora öğrencisiyim. İzin verirseniz tez çalışmamda Öz bakım Gücü Ölçeği' nizi kullanmak istiyorum.

İyi çalışmalar dilerim.
Öğr. Gör. Sevgi DENİZ DOĞAN

Rukiye Pinar 13:26 (14 dakika önce)
Alıcı: ben

Sayın Deniz Doğan,
Kaynak göstermeniz kaydıyla, ölçeği kullanmanız uygundur. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.
Prof Dr Rukiye Pınar Bölüktaş

Ölçek Kullanım İzni Gelen Kutusu ×

Sevgi Deniz Doğan <sevgidenizcu@gmail.com> 11:46 (1 gün önce)
Alıcı: nursen

Sayın Hocam,

Ben Sevgi DENİZ DOĞAN, Çukurova Üniversitesi Hemşirelik AD'da doktora öğrencisiyim. İzin verirseniz tez çalışmamda Öz bakım Gücü Ölçeği' nizi kullanmak istiyorum.

İyi çalışmalar dilerim.
Öğr. Gör. Sevgi DENİZ DOĞAN

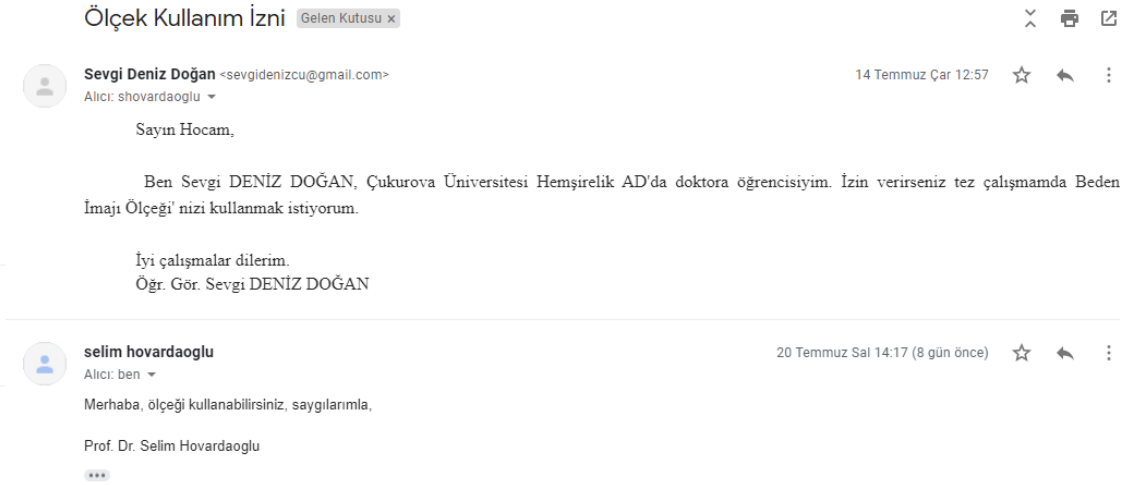
NURSEN NAHCİVAN 16:09 (22 saat önce)
Alıcı: ben

Sayın Öğr. Gör. Sevgi DENİZ DOĞAN,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ihtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dileklerimle,

b.Beden İmajı Ölçeği



Ölçek Kullanım İzni Gelen Kutusu ×

Sevgi Deniz Doğan <sevgidenizcu@gmail.com> 14 Temmuz Çar 12:57
Alıcı: shovardaoglu

Sayın Hocam,

Ben Sevgi DENİZ DOĞAN, Çukurova Üniversitesi Hemşirelik AD'da doktora öğrencisiyim. İzin verirseniz tez çalışmamda Beden İmajı Ölçeği' nizi kullanmak istiyorum.

İyi çalışmalar dilerim.
Öğr. Gör. Sevgi DENİZ DOĞAN

selim hovardaoglu 20 Temmuz Sal 14:17 (8 gün önce)
Alıcı: ben

Merhaba, ölçeği kullanabilirsiniz, saygılarımla,

Prof. Dr. Selim Hovardaoglu

c.MA-II Ölçeği



Ölçek Kullanım İzni Gelen Kutusu ×

Sevgi Deniz Doğan <sevgidenizcu@gmail.com> 11:18 (1 saat önce)
Alıcı: damlaates1342

Sayın Damla Hocam,

Ben Sevgi DENİZ DOĞAN, Çukurova Üniversitesi Hemşirelik AD'da doktora öğrencisiyim. İzin verirseniz tez çalışmamda Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi II Ölçeği' nizi kullanmak istiyorum.

İyi çalışmalar dilerim.
Öğr. Gör. Sevgi DENİZ DOĞAN

Damla SEÇKİN 11:29 (1 saat önce)
Alıcı: ben

Sayın Sevgi Hocam,
Ölçeğe ilişkin izni ve ölçeğin makalesini ekte gönderiyorum.
İyi çalışmalar dilerim.
Araş. Gör. Damla SEÇKİN

EK-12: Hasta Onam Formu

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLDİĞİ VE RIZASININ ALINDIĞINI GÖSTEREN ONAM FORMU

Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastalarda E-mobil Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin Öz Bakım Gücü, Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Değerli katılımcı;

Bu tez çalışması Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD Başkanı Öğretim üyesi Prof.Dr. Sevban ARSLAN'nın danışmanı olduğu doktora öğrencisi Öğr.Gör. Sevgi DENİZ DOĞAN tarafından yürütülecektir. Bu çalışma gelişen teknolojileri kullanarak yenilikçi ve erişim kolaylığı sağlayan mobil uygulamalar ile bariatrik cerrahi geçiren hastalara ameliyat sürecini yönetmek ve olası komplikasyonlar ile baş edebilmeleri için verilen e-mobil eğitim ve danışmanlığın yaşam kalitesi, beden imajı ve öz bakım gücü üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Çalışma 4 aşamada yürütülecektir. Çalışmada sizi tehlikeye sokacak herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır. Çalışmada araştırmacı tarafından size bazı sorular sorulacak ve verdiğiniz cevaplar kayıt edilecektir.

Bu çalışmaya kendi isteğinizle girebilir, girmeyebilir ya da istediğiniz aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum tıbbi bakımınıza ve sağlık personeli ile olan ilişkinize herhangi bir zarar getirmeyecektir.

Çalışma ekibi, kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve araştırmanın sonuçları tıbbi literatürde yayınlanabilecektir. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bu çalışmaya katılmanızı ve iş birliği yapmanızı arzu ediyoruz. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ediyoruz.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum ( )

Çalışmaya katılmayı kabul etmiyorum ( )

GÖNÜLLÜNÜN ADI SOYADI:

İMZA:

TARİH:

AÇIKLAMAYI YAPAN ARAŞTIRICININ ADI SOYADI: Öğr.Gör. Sevgi DENİZ DOĞAN

İMZA:

TARİH:

EK-13 Bilimsel Araştırma Projeleri Destekleme Protokolü

Genel Bilgiler | Çalışma Takvimi | Proje Bütçesi | Dosya Eklentileri | Komisyon Kararları

Projeden Sorumlu BAP Personeli

Proje İşlemleri : Berkay MERCİMEK (D.Telefon: 2359/2972-313 Email: bmercimek@cu.edu.tr)

Satınalma İşlemleri : Zeynep KÜTÜK (D.Telefon: 2359/2972-304 Email: zkutuk@cu.edu.tr)

Genel Bilgiler

Proje Yöneticisi : Prof.Dr. SEVBAN ARSLAN

Araştırmacı Demirbaş Envanteri Birim-Bölüm Demirbaş Envanteri

Araştırmacının Projeleri ve Çıktıları

Proje ID : 12894

Proje Kodu : TDK-2020-12894

Proje Başlığı : Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastalarda E-mobil Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin Özbakım Gücü Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Proje Türü : Tez Projesi, Doktora

Proje Grubu : Tıp Sağlık

Başvuru Tarihi : 08.07.2020

Süresi (Ay) : 18

Başlangıç Tarihi : 23.07.2020

Ek Süre (Ay) : 0

Askıya Alınma Süresi (Ay):

Muhtemel Bitiş Tarihi : 24.01.2022

Bitiş Tarihi :

Proje Durumu : Yürüyen Proje

Onaylanan Bütçesi : 29.918,50 ₺ (TL)

Proje Özeti

Dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan obezite, vücuttaki tüm sistemleri etkileyerek getirdiği pek çok fizyolojik sorunun yanı sıra bireyin ruhsal durumunu, beden imajını ve yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir. Bu nedenle obez bireyler obeziteden kurtulmak amacıyla çok çeşitli tedavi yöntemleri denemekte ve bu yöntemlerin başarısız olduğu durumlarda sıklıkla bariatrik cerrahiyi tercih edilmektedirler. Bariatrik cerrahi uygulanacak hastaların vücudundaki anatomik değişikliğe uyum sağlayabilmesi ve yaşam tarzını buna göre şekillendirebilmesi oldukça önemlidir. Aksi takdirde ameliyat sonrası hastaların çeşitli komplikasyonlar ile karşı karşıya gelmeleri kaçınılmazdır. Bariatrik cerrahi sonrası hastanın vücudundaki değişime uyum sağlayabilmesi, olası komplikasyonların gelişmesinin önlenmesi, mevcut değişikliğe bağlı meydana gelebilecek olumsuzluklardan en az şekilde etkilenmesi ve yeni yaşam tarzına hazırlanabilmesi amacıyla yapılandırılmış bir eğitim programı oldukça büyük önem arz etmektedir. Bu tez çalışması bariatrik cerrahi uygulanan hastalara yenilikçi ve erişim kolaylığı sağlayan e-mobil uygulama ile verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin bireylerin yaşam kalitesi, beden imajı ve öz bakım gücü üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü bir çalışma olarak planlanmıştır.

Tez Dönemi Başlangıç Tarihi : 07.09.2017

Tez Dönemi Normal Bitiş Tarihi : 7.9.2021

Harcama İçin Ek Süre (Ay) : 0

Lisans üstü tez projeleri için yapılacak harcamalar tezin normal süresi içerisinde gerçekleştirilebilmektedir.

Etik Kurul Onayı: Gerekli
*** TİTCK İzni Gerekli Değildir.**
Reddedilen Proje ile İlişkisi: Yok

Proje Ekibi

Sevgi Deniz Doğan (Tez Öğrencisi)

Araştırma Alanları

- Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği,
- NURSING,

Anahtar Kelimeler

- Bariatrik cerrahi
- Danışmanlık
- E-mobil uygulama
- Hasta eğitimi
- Hemşirelik

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında doğan Sevgi DENİZ DOĞAN, ilkokul öğrenimini Adana Kazım Karabekir İlköğretim okulunda, ortaokul öğrenimini Devlet Su İşleri İlköğretim okul'unda, liseyi Abdulkadir Paksoy Kız Lisesinde tamamladı. Lisans öğrenimini, 2012 yılında Ordu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda yüksek lisans öğretimini ise 2017 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde tamamladı ve aynı yıl doktora eğitimine başladı. 2012-2013 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde hemşire olarak çalıştı. 2013-2015 yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda, 2015-2018 yıları arasında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak görev yaptı. 2018 yılında Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Uluborlu Selahattin Karasoy Meslek Yüksekokulu Sağlık Bakım Hizmetleri bölümünde Öğretim Görevlisi olarak çalışmaya başladı.

Hemşirelik ile ilgili çeşitli seminer, sempozyum, konferans, çalıştay, kongrelere katılan, alana yönelik yayın ve projeleri bulunan Sevgi DENİZ DOĞAN İngilizce bilmektedir. Evli ve bir çocuk annesidir.