



**LAPOROSKOPIK SLEEVE GASTREKTOMİ GEÇİREN BİREYLERİN
PREOPERATİF VE POSTOPERATİF DÖNEMİNDEKİ BENLİK SAYGISI
VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Ceren EROĞLU AKGÜN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ANKARA 2019

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Ceren EROĞLU AKGÜN

17/09/2019

LAPOROSKOPIK SLEEVE GASTREKTOMİ GEÇİREN BİREYLERİN
PREOPERATİF VE POSTOPERATİF DÖNEMİNDEKİ BENLİK SAYGISI VE YAŞAM
KALİTESİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Ceren EROĞLU AKGÜN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Eylül 2019

ÖZET

Araştırma laparoskopik sleeve gastrektomi geçiren bireylerin ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-karşılaştırmalı tipte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bir üniversitenin uygulama ve araştırma merkezinde laparoskopik sleeve gastrektomi geçiren bireyler oluşturmuştur (N = 150). Araştırmaya 35 birey dâhil edilmiştir. Araştırmanın verileri kişisel bilgi formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (OÖYKÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde bağımlı gruplarda eşleştirilmiş t testi kullanılmıştır. Bireylerin BKİ ortalaması preoperatif dönemde 43.16 ± 4.32 , postoperatif dönemde 33.22 ± 3.67 olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Araştırmada obez bireylerin postoperatif dönemdeki yaşam kalitesi ve benlik saygısının preoperatif döneme göre yükseldiği tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bireylerin yaşam kalitesi ve benlik saygısını yükseltmek için obeziteyi önlemeye yönelik sağlıklı beslenme, egzersiz ve yaşam şekli değişikliği konularında eğitim ve danışmanlık gibi cerrahi dışı girişimler uygulanması önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032
Anahtar Kelimeler : Obezite, benlik saygısı, yaşam kalitesi, bariyatrik cerrahi
Sayfa Adedi : 60
Danışman : Prof. Dr. Sultan AYAZ ALKAYA

ASSESSMENT OF SELF-ESTEEM AND LIFE QUALITY OF INDIVIDUALS
UNDERGOING LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY OVER THE
PREOPERATIVE AND POSTOPERATIVE PERIOD

(M. Sc. Thesis)

Ceren EROĞLU AKGÜN

GAZİ UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

September 2019

ABSTRACT

The research has been carried out with a view to assessing the self-esteem and life quality of individuals undergoing laparoscopic sleeve gastrectomy over the preoperative and postoperative period in a descriptive comparative method. The relevant population of the research has been made up of individuals having undergone laparoscopic sleeve gastrectomy in a university's application and research center (N=150). 35 individuals have been included in the research. The data of the research have been collected by means of 'Personal Information Form', 'The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)', and 'Obesity and Weight-Loss Quality-of-Life Scale (OWLQOL)'. For data analysis, paired samples t test was used. It was found that mean body-mass index of individuals was 43.16 ± 4.32 in preoperative period while it was 33.22 ± 3.67 in postoperative period and that the difference between groups were statistically significant ($p < 0.05$). Once the life quality and self-esteem values of the obese individuals in preoperative and postoperative periods were compared, it was found that the postoperative quality of life and self-esteem were increased according to preoperative period ($p < 0.05$). It is recommended that such changes should be monitored with a follow-up in the long-term, changes in life-style and behaviours should be made, training and counselling should be offered to individuals on balanced-diet, exercise and weight control so as to prevent obesity.

Science Code : 1032
Key Words : obesity, self-esteem, quality of life, bariatric surgery
Page Number : 60
Advisor : Prof. Dr. Sultan AYAZ ALKAYA

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım boyunca yardım ve katkıları ile beni yönlendiren, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli danışman hocam Prof. Dr. Sultan AYAZ ALKAYA'ya,

Araştırmama katılan değerli hastalarım, çalışmalarım sırasında uzman görüşü ile destek veren Doç. Dr. Bahattin TUNCALI ve Doç. Dr. Varlık EROL'a,

Her zaman yanımda olan ve benden desteklerini esirgemeyen, çalışmalarım sırasında maddi ve manevi katkıları bulunan eşim ve aileme sevgilerimle teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Obezitenin Tanımı.....	5
2.2. Dünyada ve Türkiye’de Obezite Epidemiyolojisi.....	6
2.3. Obezitenin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	7
2.3.1. Genetik.....	8
2.3.2. Çevresel faktörler.....	8
2.3.3. Fiziksel aktivite	9
2.3.4. Yaş ve cinsiyet	9
2.3.5. Beslenme alışkanlıkları	10
2.3.6. Yeme davranışları	10
2.3.7. İlaçlar ve sigara	11
2.3.8. Psikolojik etmenler	12
2.4. Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları	13
2.5. Ülkelerin Obeziteyle Baş Etme Stratejileri	14
2.6. Obezite ve Benlik Saygısı	15
2.7. Obezite ve Yaşam Kalitesi	16
2.8. Obezite Tedavisi.....	17

	Sayfa
2.8.1. Tıbbi beslenme tedavisi	17
2.8.2. Fiziksel aktivite tedavisi.....	18
2.8.3. Davranışçı tedavi.....	18
2.8.4. Farmakolojik tedavi	19
2.8.5. Cerrahi tedavi	19
2.9. Obezite İle Mücadelede Hemşirenin Rolü	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Veri Toplama Araçları	24
3.4.1. Veri toplama araçlarının ön uygulaması	25
3.5. Verilerin Analizi.....	26
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	26
4. BULGULAR	27
4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	27
4.2. Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	30
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	37
6.1. Sonuçlar.....	37
6.2. Öneriler	37
KAYNAKLAR	39
EKLER.....	47
EK-1. Etik Komisyon İzni	48
EK-2. Başkent Üniversitesi İzmir Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği İzin Belgesi	51

	Sayfa
EK-3. Katılımcılardan Alınan Yazılı Onam Formu.....	52
EK-4. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği İzin Yazısı	54
EK-5. Kişisel Bilgi Formu	55
EK-6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ).....	57
EK-7. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (OÖYKÖ)	58
ÖZGEÇMİŞ.....	59



ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Yetişkinlerde beden kitle indeksi'ne (BKİ'ne) göre kilo durumunun sınıflandırılması	5
Çizelge 4.1. Bireylerin tanıtıcı özellikleri (n=35)	27
Çizelge 4.2. Bireylerin preoperatif ve postoperatif dönem egzersiz ve yeme davranışları (n=35)	28
Çizelge 4.3. Bireylerin preoperatif ve postoperatif dönem beden kitle indeks değerleri (n=35)	29
Çizelge 4.4. Bireylerin beden kitle indeks değerlerinin ortalamaları (n=35)	29
Çizelge 4.5. Bireylerin preoperatif ve postoperatif dönem rosenberg benlik saygısı ölçeği (RBSÖ) ortalama puanları	30
Çizelge 4.6. Obezlere özgü yaşam kalitesi ölçeği (OÖYKÖ) puanlarına ilişkin bulgular	30
Çizelge 4.7. Bireylerin preoperatif ve postoperatif BKİ değerleri ile benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki	30

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devleti
ACSM	The American College of Sports Medicine (Amerikan Spor Hekimliği Derneği)
BKİ	Beden Kitle İndeksi
CDC	Center for Disease Control and Prevention (ABD Hastalık Kontrol Merkezleri)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FDA	U.S. Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
NIH	Ulusal Sağlık Enstitüleri (National Institutes of Health)
OÖYKÖ	Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
PHS	U.S. Public Health Service Home (ABD Halk Sağlığı Hizmeti)
RBSÖ	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SS	Standart Sapma

1. GİRİŞ

Problem tanımı

Obezite dünya genelinde yaygınlığı giderek artan, hastalıkların oluşmasına, yaşam kalitesinin azalmasına ve ölümlere yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Wimmelman ve ark., 2014). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016 verilerine göre; 18 yaş ve üzeri 1.9 milyardan fazla yetişkinin kilolu olduğu, bunların 650 milyondan fazlasının obez olduğu bildirilmektedir. Obezitenin ölüm riskleri sıralamasında ilk beşte olduğunu ve her yıl en az 2.8 milyon kişinin bu sebeple hayatını kaybettiğini belirtmektedir. Günümüzde obezitenin yaygınlığındaki artış enfeksiyon hastalıkları, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi birçok kronik hastalıkların başlıca risk faktörünü oluşturmaktadır (WHO, 2017).

Obezite bireylerin sağlığını hem fiziksel hem de psikososyal yönden olumsuz etkilemektedir. Obezitenin beraberinde getirdiği bazı sistemik hastalıklar (Tip 2 diyabetes mellitus, hipertansiyon, aterosklerotik kardiyovasküler hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, osteoartrit gibi) bireyleri fiziksel yönden olumsuz etkilemektedir. Diğer yandan beden imajının bozulması, depresyon, toplumsal önyargılar nedeniyle damgalanma gibi sebeplerden dolayı psikososyal problemler de sıklıkla yaşanmaktadır. Yaşanan bu problemler sonucunda obez bireylerin benlik saygısı ve yaşam kalitesinde azalma olduğu bildirilmektedir (Pınar, 2002; Andersen ve ark., 2014; Coen ve Goodpaster, 2016; Raaijmakers ve ark., 2017). Obez bireylerin benlik saygısı ve yaşam kalitesindeki düşüklüğün sebebi BKİ'deki artışın yanı sıra obezitenin getirdiği güçlüklerle de ilişkili olduğuna dikkat çekilmektedir (Eroğlu ve ark., 2019). Obezitenin olumsuz etkilerinin mortalite ve morbiditeyi artırmasından dolayı gelecekte bireylere çok daha fazla sağlık yükü getireceğine dikkat çekilmektedir (Ergül ve Kaklım, 2011; Hood ve ark., 2016). Bu tehdide karşı obezite tedavi edilmesi gereken en önemli sağlık problemleri arasında yer almaktadır.

Obezitenin önlenmesinde diyet, egzersiz ve davranışsal terapi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Ancak obezite sorunu olan bireyler için bu yöntemler her zaman yeterli olmayabilmektedir. Obezitenin tedavisinde obezite cerrahisi (bariyatrik cerrahi) etkili yöntemler arasında yer almaktadır (Jumbe ve ark., 2015; Jakob ve ark., 2016).

Laparoskopik sleeve gastrektomi günümüzde tercih edilen bariyatrik cerrahi işlemlerinden biri haline gelmiştir (Wimmelmann ve ark., 2014).

Laparoskopik sleeve gastrektomi ameliyatının tercih edilme sebepleri arasında teknik olarak basitliği ve olumlu risk profili çizmesi yatmaktadır (Lauti ve ark., 2016). Bu yöntemle mide hacmi azaltılıp, alınan gıda miktarı düşürülerek bireylerin kilo kaybetmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca midenin fundus kısmı çıkarıldığından bu kesimden salgılanan ghrelin hormon düzeyleri azalarak enerji dengesi ve besin alımının düzenlenmesi etkili şekilde gerçekleştirilerek obezitenin ortadan kalkmasına yardımcı olmaktadır (Baştürk, 2015). Bazı araştırmalar; bireylerin ameliyat sonrası uzun dönemde tekrar kilo almaya başladığını ve obeziteye eşlik eden hastalıkların tekrarlanmasından dolayı üzerinde daha fazla klinik araştırmaya ihtiyaç duyulan bir alan olduğunu göstermektedir (Livhits ve ark., 2011; Lauti ve ark., 2016).

Literatürde bariyatrik cerrahi geçiren bireylerin postoperatif 3. ve 6. ay, 1. yılda bireylerde kilo vermekle birlikte benlik saygısında artma, beden imgesinde memnuniyet, yaşam kalitesinde iyileşme, fiziksel sorunlarda azalma gibi sonuçlar elde edildiği belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, bu bireylere özel uzun dönemde tedaviye uyum, beslenme, egzersiz, psikolojik destek sağlamanın önemi ortaya konulmuştur (Armağan, 2013, Hamurcu ve ark., 2015; Raaijmakers ve ark., 2017; Cherick ve ark., 2019).

Obez bireylerin uzun dönem yönetiminde tüm ihtiyaçları göz önüne alındığında psikolojik desteğin de yer aldığı multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Hemşireler obeziteyle mücadelede multidisipliner ekiple bireylerin yanında olan, ihtiyaçlarını göz önünde bulunduran, obezite tedavi seçeneklerinde yanında yer alan sağlık profesyonelidir. Bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi hemşirelerin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Hemşireler, bariyatrik cerrahi sürecinde de bireylerin ameliyat öncesi dönemden başlayarak, ameliyat, ameliyat sonrası ve taburculuk sırasında bireyleri her aşamada bilgilendirerek tedavi, eğitim ve danışmanlık rolünü gerçekleştirmektedir (Ergin, 2014). Bariyatrik cerrahi sonrası bireylerdeki kilo verme durumu, psikolojik boyutu, yeme davranışları ve egzersiz gibi sağlıklı yaşam sürecini değerlendirerek bireylerin ihtiyaçlarını saptamada önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle hemşire, obez bireylerin gereksinimlerini sorgulayarak ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini benimseyerek obezitenin

önlenmesinde anahtar role sahiptir (Oksel ve ark., 2008). Bütüncül bir yaklaşım içinde obez bireylerin benlik saygısı ve yaşam kalitesini değerlendirerek psikososyal boyutun incelenmesine katkı sağlamalıdır.

Bu çalışmadaki amacımız obezite tedavi sürecinin tüm boyutları düşünülerek, obez bireylerin ameliyat öncesi ve sonrası süreçte benlik saygısı ve yaşam kalitesi etkilenmektedir. Özellikle ameliyat sonrası kısa dönemde benlik saygısı ve yaşam kalitesinde olumlu değişiklikler yaşanmaktadır. Ancak yaşanan değişikliklerin laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası kilo vermeye bağlı olup olmadığı, bu süreçte hangi faktörlerin benlik saygısı ve yaşam kalitesini etkilediğinin araştırılması hedeflenmiştir.

Araştırmanın amacı

Laparoskopik sleeve gastrektomi geçiren bireylerin ameliyat öncesi ve sonrası dönemindeki benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın soruları

1. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde bireylerin benlik saygısı düzeyleri arasında fark var mıdır?
2. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri arasında fark var mıdır?
3. Beden kitle indeksi ile benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemi Başkent Üniversitesi İzmir Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde araştırmayı kabul eden bireylerle sınırlıdır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar sadece araştırmanın yapıldığı hastanelerdeki bireyleri kapsadığı için tüm obez bireylere genellenemez.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Tanımı

Obezite ciddi sosyal ve psikolojik boyutlara sahip, neredeyse tüm yaş ve sosyo-ekonomik seviyedeki grupları etkileyen, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi sağlık için risk oluşturan vücutta anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesi olarak tanımlamıştır (WHO, 2017). Genel anlamda, alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki dengesizliğe bağlı yağ hücrelerinin büyümesi ve sayıca artmasıdır (WHO, 2000). Kelime anlamı olan şişmanlık (obezite), Latince ‘yemekten kaynaklanan’ anlamına gelirken, obesus ‘obedere’ kelimesi görülen geçmiş zaman hali olarak ‘yemek yeme’ anlamına gelmektedir (Serter, 2003).

Obezite beden kitle indeksi (BKİ) ile tanımlanmakta ve bu değer kişinin kilosunun, boyunun karesine bölünerek hesaplanmaktadır (WHO, 2017). BKİ’nin 18.5-24.9 kg/m² arası değerler normal, 25-29.9 kg/m² arasındaki değerler aşırı kilolu, ≥ 30 kg/m² olan değerler ise obez olarak kabul edilir.

Çizelge 2.1. Yetişkinlerde beden kitle indeksi’ne (BKİ’ne) göre kilo durumunun sınıflandırılması (WHO, 2000)

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)	Komorbidite Riski
Düşük kilolu	<18.5	Düşük (fakat diğer klinik problemler nedeniyle artmış risk)
Normal kilolu	18.5-24.9	Ortalama
Fazla kilolu	≥ 25	
Preobez	25-29.9	Artmış
Obez I (Hafif Obez)	30-34.9	Orta düzey artmış
Obez II (Orta Derecede Obez)	35-39.9	Şiddetli artmış
Obez III (Morbid Obez)	≥ 40	Çok şiddetli artmış

BKİ, toplumun tüm yetişkin bireylerinde (kadın-erkek, genç-yaşlı) aynı değerlere göre sınıflandırma yapılmasına olanak sağlamaktadır. Ancak değişik etnik gruplar arasında aynı orandaki yağ depolanmasını göstermeyebileceğinden sınırlı bir kılavuz olarak görülmektedir (WHO, 2017). Bireylerdeki obezite durumunun değerlendirilmesinde esas olarak belirlenmesi gereken vücut yağ oranıdır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının ortalama %12-20'sini, kadınlarda ise %20-30'unu yağ dokusu oluşturmaktadır. Erkeklerde yağ dokusu toplam vücut ağırlığının %25'in, kadınlarda ise %33'ün üzerine çıkması halinde obezitenin fazla yağ dokusu ile karakterize olduğu anlamına gelmektedir (Vega, 2001). Yağ dokusunun artışı kadar, artan bu yağ dokusunun nerede biriktiği de önemlidir. Gluteal ve femur bölgesinde biriken yağ dokusu (jinoid tip, armut tipi, kadın tipi), obezite ile ilişkili hastalıklarla çok sıkı ilişki göstermezken, yağ dokusunun batin bölgesinde birikmesi (elma tipi, erkek tipi, android tip, abdominal, visseral obezite) hastalıklar açısından daha fazla risk oluşturmaktadır (Lukaski, 1987). Bel çevresi ölçümü de, yetişkinlerde obeziteye bağlı oluşabilecek hastalık risklerini (özellikle Tip 2 Diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar) değerlendirmede kullanılabilecek yöntemlerden biridir. Bel çevresinin erkeklerde 94-102, kadınlarda 80-88 santimetrenin üzerinde olması kardiyovasküler hastalık ve erken yaşta sağlık riski ile ilişkilidir. Bundan 20 yıl öncede değerlendirme aracı olarak kullanılan bel çevresi ölçümü için 'belinizi boyunuzun ölçüsünün yarısında tutun' mesajı verilmiştir (Ashwell ve Gibson 2016; Türk Diyabet Cemiyeti, 2014).

2.2. Dünyada ve Türkiye'de Obezite Epidemiyolojisi

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada obezite prevalansı giderek artmaktadır. Günümüzde obezite, malnütrisyonun yanı sıra bariz şekilde görünen ancak en fazla ihmal edilen halk sağlığı sorunlarından biridir. Çelişkili bir durum olan yetersiz beslenme ve obezite küresel olarak dünyanın birçok yerini ele geçirmiştir. Acil eylem planı yapılmazsa, milyonlarca insan ciddi sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalacaktır (WHO, 2017).

Yetişkinlerde obezite oranları en yüksek Amerika Birleşik Devletleri, Yeni Zelanda ve Macaristan'dadır. Japonya ve Kore'de ise en düşüktür. Oranların 2030 yılına kadar hızla artması, Kore ve İsviçre ise oranların en fazla artması beklenen ülkelerdir (Obesity Update, 2017). Avrupa Birliği'nin (AB) en güncel verisi olan 2016 yılı incelendiğinde, altı kişiden birinin obez olduğu görülmektedir ve obezite oranı %15.4'tür. Seçilmiş AB ülkeleri içinde,

Malta %26.0 ile ilk sırada yer almaktadır. Bunu, %21.3 ile Letonya, %21.2 ile Macaristan ve %20.4 ile Estonya izlemiştir (European Commission, 2017).

Ülkemizdeki 2016 yılının obezite verilerine göre; toplumdaki obez bireylerin oranı %19.6'dır. Kadınların %23.9'u obez, %30.1 ise fazla kiloludur. Erkeklerde ise bu oranlar sırasıyla, %15.2 ve %38.6'dır (TUİK, 2017).

Ülkemizde en geniş kapsamlı çalışmalardan biri olan ve 26500 erişkinin katılımı ile yapılan TURDEP-II çalışmasında, kadınlarda obezite sıklığı %44, erkeklerde %27 ve genel toplumda %35 bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları, 12 yıl önce aynı merkezde 24788 kişiyle yapılan TURDEP-I çalışmasındaki popülasyonunun yaş grubu ve cinsiyet dağılımlarına göre düzenlendiğinde, Türkiye'de erişkinlerde obezite prevalansı 1998'de %22.3 iken 2010'da %31.2'ye ulaştığı bulunmuştur. 12 yılda kadınlarda obezitenin %34, erkeklerde %107 oranında arttığı görülmektedir (TEMD, 2018).

2.3. Obezitenin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Obezitenin nedenleri genetik ve çevresel bileşenleri birlikte içeren multifaktöriyel bir hastalıktır. Nedenlerin temelinde inaktif yaşam ve aşırı beslenmenin sonuçları yer almakla birlikte, bireysel veya toplumsal birçok faktör de olumsuz etkilemektedir. Yapılan birçok çalışmaya göre; yaş, cinsiyet, aile öyküsü, genetik, hastalıklar (hipotiroidizm, Cushing sendromu, polikistik over sendromu vb.), ilaçlar (kortikosteroidler, antidepresanlar vb.), sosyo-kültürel faktörler (eğitim düzeyi, gelir, medeni durum), biyolojik faktörler, davranışsal faktörler (diyet, sigara, alkol tüketimi, fiziksel aktivite) obeziteyi oluşturmaktadır. (National Institutes of Health, 2012; Sağlık Bakanlığı, 2015).

Obezitenin temel sebebi kalori alımı ve kullanımı arasındaki dengesizliktir. Dünya genelinde bu durum tüketilen besinlerdeki yağ, tuz ve şeker içeriği yüksek iken vitamin, mineral ve diğer mikro besin içeriği düşük olan yüksek enerjili gıdaların fazla alımı ile günümüzdeki sedanter ortamlarda çalışma koşullarının artması, ulaşım şeklinin değişmesi ve artan kentleşmeden kaynaklı olduğu göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Epidemiyolojik çalışmalar vücut yağ miktarı ve mortalite oranları arasında doğrusal bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yüksek yağ miktarı; ani ölüm riski, kardiyovasküler

hastalık, diyabetes mellitus, hipertansiyon, dislipidemi, felç, kanser, uyku apnesi, osteoartrit, safra taşı hastalığı riskini de beraberinde taşımaktadır (Vega, 2001).

2.3.1. Genetik

Bilimsel araştırmalar genetiğin obezitede rol oynadığını göstermektedir. Obezite, genler ve çevre arasındaki sinerjik bir ilişkiye yanıt olarak bireysel biyolojik yatkınlık ve kilo alımını teşvik eden bir ortamdan kaynaklanır. Farklı genlerin oluşturduğu yatkınlık ve çevresel faktörlerin de dahil olmasıyla kompleks bir hastalık olan obezite meydana gelmektedir (Bougnères, 2002; Dubern ve ark., 2017).

Bardet-Biedl ve Prader-Willi Sendromu gibi hastalıklarda genler direkt olarak obeziteye yol açarak anormal beslenme davranışı, endokrin bozukluklar, zihinsel engellilik veya dismorfik özellikler gibi gelişimsel anormalliklerle ilişkilendirilir. Monogenik obezite olguların çoğundan sorumlu olmadığı gözükmeyle birlikte, esas olarak gıda alımının hipotalamik kontrolünde anahtar rol oynayan leptin / melanokortin yolağındaki genlerde otozomal resesif geçişli mutasyonlara bağlıdır (Dubern ve ark., 2017). Bazı genlerdeki mutasyonların insandaki obezitenin monogenik formlarına yol açtığı bilinmektedir. Bunlar; leptin ve leptin reseptörü, proopiomelanokortin (POMC), melanokortin-4 reseptör (MC4R), ve prokonvertaz 1 enzimini (PC1) kodlayan genlerdir. Monogenetik formların obezite olgularının çok az bir kısmını oluşturmaktadır. Daha yaygın formlarını gen-gen ve gen-çevre etkileşimleri kapsamaktadır (Sözen, 2006).

2.3.2. Çevresel faktörler

Obezite genetik alt yapının yanı sıra çevresel faktörlerin de önemli rol oynadığı bir hastalıktır. Poston ve Foreyt 1999'da esas önemli olanın çevresel faktörler olduğunu, genetik faktörlerin ise ancak kişilerin obeziteye olan yatkınlığı ile ilgili bilgi edinmemizi sağlayabileceğini belirtmişlerdir. Obezitenin gelişiminde ailenin eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi, yaşadığı ortam, aile bireylerinin beslenme alışkanlıkları ve aktivite düzeyi rol oynamaktadır (Poston ve Foreyt, 1999). Ekonomik olarak besin değeri yüksek yiyeceklere kolay ve ucuz ulaşılması da obezite prevalansında etkilidir. Amerika gibi sanayileşmiş ülkelerdeki insanlar günlerini teknolojik gelişmelerle araba, asansör, yürüyen merdiven, televizyon uzaktan kumandaları gibi emek tasarrufu sağlayan cihazların çokluğu nedeniyle

çok az enerji harcayarak geçirirler. Bu yaşam şekli de çevreyle şekillenen olgulardır (Poston ve Foreyt, 1999; Kut, 2009).

2.3.3. Fiziksel aktivite

Obezite sedanter yaşam tarzının bir uzantısıdır. Hareketsiz yaşam tarzı ve kazanılan yanlış beslenme alışkanlıkları kalıcı olabilmekte ve sağlığı yaşam boyunca etkileyebilmektedir. Fiziksel olarak inaktif olma, ‘fast food’ türü besinleri sık tüketme, televizyon ve bilgisayar başında uzun süre vakit geçirme ve bu sürelerde kalori değeri yüksek besinleri tüketmek kilolu ve obez olmanın yolunu açmaktadır (Aksoydan ve Çakır, 2011).

Obezite birçok sağlık sorunlarını beraberinde getirebileceği için, sağlığın korunması açısından fiziksel aktivite büyük önem taşımaktadır. Sağlıklı bir yaşam için yüksek etkiye sahip olan fiziksel aktivite düşük maliyetlidir ve toplumun genel sağlığı düzeyinde olumlu sonuçlar doğurur (Sinan, 2013). Obez bireylerle yapılan bir araştırmaya göre; obez bireyler normal kilolu kişilere göre fiziksel aktiviteye karşı daha olumsuz bir tutum içerisindeyler. Bunun sebebi ise, kendilerini fiziki olarak aktif görmemeleri ve kilo problemini önünde engel olarak görmeleridir. Ancak uzun süreli fiziksel aktivite programının özerk motivasyonlarını arttırdığını ve zaman içerisinde sağlıklı yaşam alışkanlıklarına yönelik değişimlerin olduğu gözlenmiştir (Hermoso ve ark., 2018). Sağlıklı bir yaşam tarzı için fiziksel aktivite programları yaygınlaştırıp, önlemler alınması toplum sağlığı için önem taşımaktadır.

2.3.4. Yaş ve cinsiyet

Obezite çok küçük yaşlardan başlayarak tüm yaş gruplarında görülen bir problemdir. Erişkinlerdeki obezitenin başlangıcının çoğunluğu çocukluk çağlarına uzanmaktadır. Özellikle intrauterin gelişme geriliği olan bebeklerde yağ dokusu, karaciğer, böbrek ve vasküler sistemi etkileyen metabolik bozuklukların ortaya çıkması söz konusudur. Bu bozukluklar da obezite gelişiminde önemli risk faktörüdür (Savaşhan ve ark., 2015). Bu nedenle ve çeşitli metabolik olmayan faktörlerin etkisiyle çocuklar yetişkinlik döneminde obez olmaya yatkın olmaktadır. Özellikle çocukluk çağı ve diğer yaş gruplarındaki obezite diyabet, kardiyovasküler hastalık ve kanser gibi morbidite riski olan kronik hastalıklara neden olabileceği için önem arz etmektedir (Topçu ve ark., 2016).

Yaş arttıkça bazal metabolizma hızı azalmakta ve daha az enerji harcanması görülür. Bu da obezite prevalansının artmasına neden olmaktadır. Bu durum her iki cinsiyette de görülebilmektedir. Kadınlar erkeklere oranla daha fazla yağ depoladıkları için obezite prevalansı erkeklere oranla daha yüksektir (Atkinson, 2005). Kızlarda pubertada erkeklere göre kilo alımı daha fazladır. İlerleyen yıllarda kadınların doğum ve emzirme dönemlerinde kilo artışının olması ve alınan kiloların tekrar verilememesi nedeniyle obezite görülme sıklığı artmaktadır (Kokino ve ark., 2006)

2.3.5. Beslenme alışkanlıkları

Beslenme alışkanlıkları kişinin beslenmeyle ilgili bilgi, düşünce, davranış ve duygularını oluşturan eğilim şeklinde ifade edilebilir. Bu alışkanlık fizyolojik, sosyal, demografik, coğrafi, ekonomik, kültürel faktörler, bireyin algısı ve besinlerle önceki deneyimlerinden etkilenir. Bu alışkanlığın problemlili bir davranışa dönüşmesi obezitenin oluşumuna ve artmasına sebep olabilir (Gündüz, 2016).

Obezitenin düşük sosyoekonomik gruplarda ve kalabalık ailelerde daha sık olması, bu gruplarda beslenme ve sağlıkla ilgili bilgi eksikliğinin daha yaygın oluşuna, aktivite azlığına, uygun besin bulabilme olanaklarının kısıtlı olması nedeniyle kişileri tek yönlü beslenmeye yöneltmesine bağlanmaktadır (Güçlü, 2016). Uygun besin seçimiyle, günlük düzenli besin maddelerinin tüketimi sağlandığında obezitenin yaygınlığında azalma olduğu farklı çalışmalar tarafından gözlenmiştir (Navia ve ark., 2017).

Besin seçimi ve beslenme alışkanlıkları yaşamın ilk yıllarında da obeziteye etki ettiği için dikkat çeken faktörlerdendir. Yapılan çalışmalarda, obezite görülme sıklığının anne sütü ile beslenmiş çocukların, anne sütü ile beslenmeyen çocuklara göre daha düşük oranlarda olduğu, anne sütü verme süresinin, ek gıda türü, miktarı ve başlama zamanlarının obezite oluşumunu etkilediği bildirilmektedir (Imperatore, 2006).

2.3.6. Yeme davranışları

Yeme davranışları, obezitenin ilerlemesinde etkili bir diğer faktördür. Psikosomatik teoriye göre yanlış yeme davranışları, erken yaşlardaki hatalı ve kafa karıştırıcı yaşamışlıklar açlık ve doyma durumlarının birbirine geçmesi sonucu strese verilen cevaptır. Emosyonel

tarzda yiyen obez bireylerin duyguları hakkında farkındalıkları olmadığı için kişiler iştah gibi içsel uyaranlara ya da açlık ve tokluk hislerine cevap olarak değil, emosyonlarına cevap olarak yemektedirler. Özellikle obez bireylerde uyumsuz yeme davranışı (tıkanırcasına yeme, duygusal yeme, gece yeme sendromu gibi) sıklıkla olumlu veya olumsuz duygularla doğru baş edilmemesi ile ilişkili olarak görülmektedir (Sevinçer, 2016; Obara-Golebiowska ve ark., 2018).

Yeme ile ilişkili davranış kalıpları, en erken çocukluk döneminde oluşmaya başlar ve gelişmenin sonraki aşamalarında değişmesi çok zordur (Obara-Golebiowska ve ark., 2018). Bireylerin yeme davranışlarını; ailenin yeme davranışı öyküsü, duygu durum bozuklukları, alkol-madde bağımlılığı, obezite, kilo ve yemek uğraşları, düşük benlik saygısı, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, kötü olaylara maruz kalma, çocukluk çağı cinsel taciz ve istismar gibi birçok etken etkilemektedir (Gündüz, 2016). Tüm bu faktörler göz önünde bulundurulduğunda, obeziteyle mücadelede sadece bireyin kendisi değil, ebeveyn ve medyanın rolü de önem taşımaktadır (Obara-Golebiowska ve ark., 2018).

Yeme davranışlarını psikolojik faktörlerin dışında, moleküler temelinde bulunan serotonin transmitteriyle de yakından ilintilidir. Serotoninin iştah, beslenme, motivasyon, vücut ağırlığının düzenlenmesi, cinsellik ve uyku üzerinde düzenleyici etkileri vardır. Uyumsuz yeme davranışlarından biri olan gece yeme sendromu, özellikle geceleri olan kontrolsüz aşırı yeme dönemleri santral serotonin eksikliği ile ilişkilendirilmiştir (Aygün, 2014).

2.3.7. İlaçlar ve sigara

Bazı ilaçlar kilo alımına neden olabilmektedir. Bunların bilinmesi ve gerekli tedbirlerin alınması obezite ile mücadelede önemlidir. Obeziteye neden olan ilaçlar;

- Antidepresanlar: Amitriptilin, doksepin, mirtazapin, imipramin, nortriptilin, fenelzin, SSRI'lar
- Duygudurum düzenleyicileri: Lityum, valproik asit, karbamazepin
- Antipsikotikler: Klorpromazin, klozapin, tioridazin, olanzapin, sertindol, risperidon, trifluoperazin, flufenazin
- Antimigren ve antihistaminikler: Siproheptadin, flunarizin, pizotifen
- Antidiyabetikler: Sülfonüreler, bütün insülin preparatları, glitazonlar

- Glikokortikoidler: Farmakolojik dozları
- Beta blokörler: Non spesifik (örnek: propranolol)
- Seks hormonları: Östrojen (yüksek doz), megestrol asetat, tamoksifen
- Diğer: Bazı antineoplastik ajanlar (Tezcan, 2009).

Bu ilaçların obeziteye sebep olmasının temel mekanizmaları; serotonerjik ve dopaminerjik aktivitede azalma, yağ asitlerinin beta oksidasyonunun bozulması ve substrat oksidasyonundaki diğer değişiklikler, sempatik sinir sistemi aktivitesinin azalması, enerji sarfiyatının azalması, sedasyon, ağız kuruması ve kalorisi yüksek içeceklerin alımının artmasına neden olan antikolinerjik yan etkiler, hipotalamik leptin ve nöropeptid Y aktivitesindeki değişikliklerdir (Breum ve Madelyn, 2002).

Sağlık için risk oluşturan davranışlardan biri sigara kullanımıdır. Sigara ve obezite sebebiyle ölümler uluslararası önem taşımaktadır. ABD ve Finlandiya’lı kadınlarda 1971-2014 yılları arasında yapılan bir çalışmada sigara ve obeziteden kaynaklı ölüm oranının yıllara göre önemli ölçüde arttığı gözlenmiştir (Mehta ve ark., 2017). Sigaranın kullanımı kadar bırakılmasının da obeziteyle bağlantısı olduğu düşünülmektedir. Sigaranın bırakılmasını izleyerek iştah artar. Sigara, Tiroid Stimulan Hormon (TSH) aktivitesini ve metabolizmasını artırır. Sigara bırakıldığı zaman bunlar normale döner. Sigara içenlerde tiroid aktivitesindeki artış enerji harcamasının artmasına, böylece obeziteden korunmaya neden olabilir. Bununla birlikte sigara içmek bir zayıflama yöntemi değildir (Tezcan, 2009).

2.3.8. Psikolojik etmenler

Obezite farklı bireylerde farklı nedenlerle gelişebilir. Gelişiminde genetik ve çevresel faktörler kadar psikolojik etmenlerin de rol oynadığı düşünülmektedir (Giskes ve ark., 2011). Psikolojik etmenlerin obezite gelişimindeki rolü kabul edilmekle birlikte, söz konusu etmenlerin obeziteye nasıl yol açtığı bilinmemektedir (Deveci ve ark., 2005).

Epidemiyolojik çalışmalar, obezite ve çeşitli ruhsal bozuklukların bir arada bulunması arasında nedensel bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bireylerin kişilik profili, depresyon, stres ve davranış alışkanlıkları psikolojik faktörler arasında yer almaktadır. Toplumsal ortamlarda iş, evlilik ya da sosyal ilişkiler açısından obezlerin maruz kaldıkları ayrımcılık,

onların özsaygısının azalmasına, suçluluk hissine, kiloya bağlı damgalanmaya sebep olmaktadır. Bunlarla birlikte oluşan motivasyon kaybı, fiziksel aktivitede azalmaya ve sonuç olarak obezite probleminde büyümeye yol açmakta ve bir kısır döngü yaratmaktadır (Serter, 2003; Puhl ve Brownell, 2006). Bu sebeplerle yapılan birçok çalışma obeziteyle mücadele eden bireylerin daha çok psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğunu desteklemektedir (Thonney ve ark., 2010).

2.4. Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları

Yapılan araştırma sonuçlarına göre, obezitenin hem morbiditeyi hem mortaliteyi artırdığı göz ardı edilemez bir gerçektir. Sebep olduğu hastalıkların başlıcaları; tip 2 diyabetes mellitus, hipertansiyon, metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, pulmoner anomaliler, gastrointestinal sistem anomalileri, kanserler (endometrium, meme, prostat, kolon vb.), dislipidemi, karaciğer ve safra kesesi hastalıkları, osteoartrit ve psikolojik sonuçlar yer almaktadır (Segula, 2014).

Diyabetin kardiyovasküler hastalık ve obeziteyle birlikte görülmesi sonucu mortalite artışına neden olduğu birçok gözlemsel çalışmada gösterilmiştir. Manicardi ve arkadaşlarının (1986) hipertansiyonu olan ve olmayan obez bireylerle yaptığı çalışmada, obez hipertansif bireylerin insülin direncinin çok daha ciddi boyutlara ulaştığı görülmüştür. Nurses Health Study'de (NHS) yapılan bir çalışmadaki koroner kalp hastalığı riski; BKİ <21 kg/m² olanlara göre; 21-22.9 kg/m² olanlar 1.2 kat, 23-24.9 kg/m² olanlar 1.5 kat, 25-28.9 kg/m² olanlar 2.1 kat ve ≥29 kg/m² olanlar 3.6 kat artmıştır. Interheart'ın yaptığı bir çalışmaya göre ise ilk miyokart enfarktüsü geçirme riskinin %20'si obeziteye bağlanmıştır (TEMD, 2018).

Obezitenin neden olduğu diğer bir sağlık problemi ise solunum sistemi rahatsızlıklarıdır. Fazla kilo ve obezite sonucu göğüs ve karın duvarında biriken yağlar solunum hareketlerini kısıtlamaktadır. Obezlerde kas-iskelet sistemi daha fazla yük taşıdığından, bu kişilerde diz-kalça ve eklem rahatsızlıkları görülme oranları artmaktadır. Tüm bu etkilerin yanında estetik açıdan da obez bireylerde psikolojik bozukluklar, toplumsal uyumsuzluklar ve intihar girişimleri artmaktadır (Uzun, 2014).

2.5. Ülkelerin Obeziteyle Baş Etme Stratejileri

DSÖ, obezite ile baş etme politikaları, destek eylem programları geliştirmek ve küresel hedefe ulaşmak için 82 ülkeyi analiz etmiştir. Ülkelerde birçok eylem politikaları mevcut olsa da bir sonrası adım atılamayarak uygulamaya geçmekte aksaklıklar oluşabilmektedir. Hedef politikalar arasında;

- Büyüme izleme ve teşviki ile ilgili politika eylemi
- Emzirmeye yönelik teşvik / danışma ile ilgili politika önlemi
- Tamamlayıcı beslenme tanıtımı / danışma politikası eylemi
- Tamamlayıcı gıdaların pazarlamasını düzenleyen politika eylemi
- Gebelikte beslenme danışmanlığı üzerine politika eylemi
- Diyet rehberlerinde politika eylemi
- Beslenme etiketlemesi hakkında politika eylemi
- Besinlerin çocuklara pazarlanmasını düzenleme konusundaki politika eylemi
- Porsiyon boyutu kontrolü için politika eylemi
- Sağlıklı diyetler için medya kampanyaları üzerine politika eylemi yer almaktadır (WHO, 2017).

Son birkaç yılda Belçika, Şili, Finlandiya, Fransa, Macaristan ve Meksika gibi bazı ülkelerde sağlıklı beslenmeyi teşvik amacıyla potansiyel olan sağlıksız ürünlere fiyatları artırma politikaları uygulamaktadırlar. Düzenlenen politikalara rağmen kilolu veya obez olduğu rapor edilen erişkin ve çocukların sayısı 2000 yılından bu yana düzenli şekilde artmaktadır. 2016 yılında sağlıklı beslenme stratejisinin bir parçası olarak Kanada, ‘yüksek sodyum, şeker ve doymuş yağ’ içeriği bulunan gıdalar için zorunlu etiketleme logosuyla halkı bilinçlendirme yoluna gitmiştir (Obesity Update, 2017).

Ülkemizde ise kanıta dayalı politikalar geliştirilmesi için, obezite ile ilgili bilimsel verilerin güncel araştırmalar aracılığı ile sağlanması, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması’nın periyodik aralıklarla yapılmasının sağlanması için alt yapı oluşturulması, ‘Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Hareketli Yaşam Kurulları’ tarafından il düzeyinde araştırmaların sağlanması stratejiler arasında yer almaktadır. Bunlara ek olarak, özel gruplara yönelik (gebe ve emzikli, bebek ve çocuklar, okul çağı çocukları, yaşlılar, sağlık çalışanları vb.) beslenme araştırmalarının yapılması, Türkiye’ye özgü beslenme rehberinin güncellenmesi

ve ulusal fiziksel aktivite rehberinin hazırlanarak ülke genelinde etkin kullanımının sağlanması obeziteyi önlemeye ilişkin yapılan çalışmalardır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Obezite eylem planı kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü 27 Haziran 2012 tarihinde 'Beden Kitle İndeksi' ve 'Hareket Et' adlı iki kamu spotu ile 'Porsiyon Küçültme' ve 'Günde 10.000 adım atıyoruz' başlıklı afiş, billboard gibi iletişim materyalleriyle tüm yurttaki 'Obezite Mücadele Hareketi' kampanyaları başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

2.6. Obezite ve Benlik Saygısı

Benlik saygısı, bireyin kendini değerlendirmesi ile birlikte, kişinin kendini tanıması ve bunun sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde tanımlanmaktadır (Çuhadaroglu, 1986). Rosenberg, benlik saygısını kişinin kendisine karşı olumlu veya olumsuz tutumu olarak ele almıştır. Kişi kendini değerlendirmede olumlu bir tutum içinde ise benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içinde ise benlik saygısı düşük olarak kabul edilmektedir (Rosenberg, 1965). Obez bireylerde sağlanacak psikososyal desteğin temelinde benlik saygısının geliştirilmesi yer almaktadır (Hamurcu ve ark., 2015).

Obez bireylerdeki düşük benlik saygısının sebep mi yoksa sonuç mu olduğu konusunda tartışmalar devam etmektedir. Düşük benlik saygısı bazı obez bireylerde etiyolojik faktör olarak bulunurken, bazı obez bireylerde de obezitenin bir sonucu olarak görülebilmektedir (Çolpan, 2015). Xue-Yan ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, morbid obez ve aşırı kilolu bireylerin fiziksel görünümünden memnuniyetsizlik, mevcut kilolarının getirdiği endişeden dolayı benlik saygısında azalma gözlenmektedir. Yusufov ve arkadaşlarının obez ve obez olmayanlarla yaptığı bir çalışmada, bireylerin BKİ ile benlik saygısı, depresyon, intihar eğilimi karşılaştırıldığında BKİ arttıkça benlik saygısında azalma, depresyon ve intihar eğiliminde artma gözlenmiştir (Yusufov ve ark., 2017). Benlik saygısı yüksek olan obez bireyler kilo kaybı tedavisine daha fazla uyum sağlamaktadır. Literatürde bu örnekler gibi benlik saygısı ve BKİ arasında ters bir ilişki olduğu gösterilmekle birlikte, böyle bir ilişkinin olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Armağan, 2013; Hamurcu ve ark., 2015; Yusufov ve ark., 2017, Cherick ve ark., 2019).

2.7. Obezite ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşü olarak tanımlanır, bireyin kendi deneyimlerine göre bildirilir (Aksungur, 2009). Farklı kişilere göre farklı şekilde ifade edilen bir kavram olup, sağlık durumunun ve tedavi etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür. Yaşam kalitesi kişinin kendi gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum sağlaması, emosyonel ve fiziksel durumun istendik düzeyde olması açısından obez bireylerde yaşam kalitesi konusu önem arz etmektedir (Malnick, 2006; Aksungur, 2009; Doğan ve ark., 2018).

Bireylerde yüksek benlik saygısı, sorunlarla baş edebilme ve pozitif yönlü duygu durumu ile ilişkili olduğundan, yaşam kalitesini pozitif olarak etkilemektedir. Yüksek benlik saygısının yaşam kalitesine ve sosyal yaşamına olumlu etkileri olduğu bilinmektedir (Kılıçarslan ve Sanberk, 2016).

Aşırı kiloluluk ve obezite sağlığı olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara neden olmaktadır (Vargas ve ark., 2017). Obez bireylerde hem fizyolojik hem de psikolojik yönde olumsuz etkilenme sonucu yaşam beklentisinde azalma ve düşük yaşam kalitesi meydana gelmektedir (Lee ve ark., 2018). Birçok literatür çalışması obezite ve yaşam kalitesi arasındaki yakın ilişkiyi tanımlamaktadır (Gündüzoğlu ve ark., 2014; Kılıçarslan ve Sanberk, 2016; Yusufov ve ark., 2017). Bu ilişkiler arasında obez bireylerdeki fiziksel kapasitede azalma, kişilerarası ilişkilerde bozulma, benlik saygısında azalma, özgüven eksikliği, depresyon, damgalanma, iş bulma güçlüğü, sosyal çevre tarafından reddedilme, kilo kaybetme arzusu ve sınırlı yemek yeme davranışı (anoreksiya nervroza, bulimia nervroza) dikkate alındığında yaşam kalitesinin ne kadar düşük olduğu anlaşılmaktadır (Gündüzoğlu ve ark., 2014; Yusufov ve ark., 2017; Lee ve ark., 2018). Son yıllarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine obezitenin olumsuz, kilo vermenin ise olumlu etkilerini gösteren pek çok çalışma yayınlanmıştır. Obezitenin yaşam kalitesi üzerine etkilerini ölçmek üzere özel ölçekler geliştirilmiştir (Patrick ve ark., 2004; Gönenç ve ark., 2014; Gündüzoğlu ve ark., 2014).

2.8. Obezite Tedavisi

Obeziteyle mücadelede birçok farklı yöntem ve tedavi seçeneği mevcuttur. Seçilen tedavi seçeneklerinde bireyin aktif katılımı ve sürekliliği önem arz etmektedir. Obezitenin tedavisinde amaç, sadece kilo kaybı değil, davranış ve yaşam şeklinin değişikliğidir (Tam ve Çakır, 2012). Tedavi kapsamında en önemlisi bireylerin kaybedilen kiloyu uzun süre koruması, yeterli ve dengeli şekilde beslenme alışkanlığını kazanması, fiziksel ve ruhsal dengenin kazanılması gibi çok boyutlu bir yaklaşımı içerir (TEMD, 2018).

Obezite tedavisi birinci aşamada davranış ve yaşam şeklini değiştirme, ikinci aşamada farmakoterapi, üçüncü aşamada ise cerrahi tedavi olarak üç grupta ele alınabilir. Davranışçı tedavi ve yaşam şeklini değiştirme birçok obez bireyde işlevsel gibi görülse de, gerektiği kadar kilo verilmesi için tek başına yeterli olmayabilir. Özellikle kronik hastalığın da eşlik ettiği obezite için; farmakoterapi ve cerrahi tedavi seçenekleriyle bireylerin kilo vermelerine olanak sağlanmaktadır (Ünal, 2016).

2.8.1. Tıbbi beslenme tedavisi

Obezitede uygulanan zayıflama diyetlerinde, harcanan enerjiden daha az enerji alarak negatif enerji dengesinin oluşmasını sağlamak amaçlanmaktadır. Kalori kısıtlama stratejileri en yaygın diyet planlarından biridir. Düşük kalorili diyet (DKD), günlük ortalama 800-1500 kkal, çok düşük kalorili diyet (ÇDKD) günlük 800kkal'den az kaloriye sahiptir (Fock ve Khoo, 2013). Kilo vermek için diyet uygulanırken beslenme kurallarında dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Buna göre beslenme kalorilerinin %55'i karbonhidrat, % 15'i protein, % 30'u yağdan oluşmalıdır (TEMD, 2018). ABD Hastalık Kontrol Merkezleri (CDC), Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH) ve Amerikan Spor Hekimliği Derneği (ACSM) haftada 0.5-1 kg kilo kaybını güvenli ve etkili olarak önermektedir. Bu önerilen hızdaki kilo kaybı, uzun bir süre boyunca günlük 500-1000 kkal enerji dengesini gerektirmektedir (Dipietrove ve Stachenfeld, 2017). Bu diyet rejimleri cinsiyet ve yaşa göre önerilen miktarda vitamin ve minerallerle dengelenmelidir. Kontrolsüz ve hızlı kilo kaybıyla gelişen komplikasyonları (vitamin-mineral eksikliği, baş ağrısı, kas krampı, kardiyak komplikasyonlar) önlemek için mutlaka bir uzman eşliğinde uygulanmalıdır (Fock ve Khoo, 2013).

2.8.2. Fiziksel aktivite tedavisi

Obezite tedavisinde fiziksel aktivite büyük önem taşımaktadır. Düzenli olarak haftada 1000 kkal'lık fiziksel aktivite ile enerji harcanması, mortalitenin azalmasında % 20 yarar sağlamaktadır (Perk ve ark., 2012). Obez bireylerin düşük kalorili diyetlerle birlikte çok ağır fiziksel aktivite programlarının uygulanması da uygun değildir. ABD Halk Sağlığı Hizmeti (PHS) ve ACSM obezitenin önlenmesi, kardiyovasküler ve metabolik fonksiyonun iyileştirilmesi için günlük yaklaşık 30 dakika fiziksel aktivite (örneğin; hızlı yürüyüş) önermektedir (Dipietro ve Stachenfeld, 2017). Maksimum kalp hızının % 60-70'e ulaşmayı sağlayan bir fiziksel aktivite programının 20-30 dakika, haftada 4-5 kez veya 45-60 dakika, haftada 2-3 kez uygulanması uygundur (Tam ve Çakır, 2012). Uluslararası Obezite Çalışma Derneği'ne göre; BKİ 20-24.9 kg/m² olan bireyler 30 dakika veya daha fazla, BKİ 25-29.9 kg/m² olan bireyler 45-60 dakika, BKİ ≥ 30 kg/m² olan bireylerin ise 60-90 dakika orta şiddette fiziksel aktivite yapması önerilmektedir (Saris ve ark., 2003). ACSM 2006 kılavuzuna göre; her gün fiziksel olarak aktif olma, 60 dakika orta şiddetli egzersiz içermesi ve orta derecede fiziksel aktivite 30 dakikada 2.5 km yürüme amaçlanmalıdır (Baltacı, 2008).

2.8.3. Davranışçı tedavi

Obezite tedavisinde diyet ve fiziksel aktiviteyi kolaylaştırmak için rutin davranış stratejileri uygulanması faydalıdır. Bireylerin kilo kaybı ve kilonun sabit tutulmasında önemli yer tutmaktadır (Baltacı, 2008). Butryn ve arkadaşlarına (2011) göre, BKİ ≥ 30 kg/m² olan bireylerde obeziteyle mücadele davranışçı tedavi ilk sırada yer almaktadır.

Davranış değişikliği tedavisinin amacı obez bireylerin yeme alışkanlıklarını, aktivitelerini, düşünce biçimlerini değiştirmektir. Davranışçı tedavi sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı kilo alımının önlenmesi için oldukça etkilidir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin, davranışsal yaklaşım öğelerini ve davranışsal değişiklikleri etkileyen çevresel ve psikososyal faktörleri tanımlaması ve değerlendirmesi gerekmektedir (Pratt ve ark., 2008; Wadden ve ark., 2014).

Bazı ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetine başvuran obez bireylere 6 ay yüz yüze 10-15 dakika, uzun dönemde de telefon ve internet aracılığıyla davranışsal kilo verme

danışmanlığı yapılmaktadır. Danışmanlık kapsamında bireylerin yaşam şekli, fiziksel aktivite ve farmakoterapi birleştirilerek iyileştirme stratejileri oluşturulmaktadır (Butryn ve ark., 2011).

2.8.4. Farmakolojik tedavi

Obezite tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından kısa süreli kullanım için (≤ 12 hafta) onaylanan ilaç gruplarıdır. Son birkaç yılda, uzun süreli kullanımı olan bazı ilaç grupları da onaylanmıştır. (Velazquez ve Apovian, 2018).

Obezitede farmakolojik tedavi endikasyonları; $BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$ olması veya $BKİ \geq 27 \text{ kg/m}^2$ olup, komorbiditelerden (tip 2 diyabet, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık, hipertansiyon, dislipidemi) en az birinin varlığı durumunda ve diyet, egzersiz, davranış değişikliği uygulamaları denendiği halde kilo kontrolü sağlanamayan bireylerde uygulanır (Baltacı, 2008; Tam ve Çakır, 2012).

Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar; yağ emilimini azaltan ilaçlar (orlistat), semptomimetik ilaçlar (sibutramin, fentermin), antidepresanlar (topiramet, zonisamid), antidiyabetikler (metpormin, eksenatid, liraglutid, pramlintid) olarak sınıflandırılmaktadır (TEMD, 2018; Velazquez ve Apovian, 2018). Ülkemizde bireylerin $BKİ > 40 \text{ kg/m}^2$ olması durumunda ve endokrinoloji uzmanı tarafından çıkartılan rapor ile Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından medikal tedavinin geri ödemesi yapılmaktadır. Obezite tedavisinde ülkemizde kullanılan tek ruhsatlı ilaç orlistat etken maddeli ilaçlardır (Tam ve Çakır., 2012). Obezite ilaçları bireylerde dozla ilişkili kilo kaybı sağlamalı, ulaşılan hedef kilonun devamlılığını sağlamalı, uzun süreli kullanımda güvenilir olmalı ve tolerans geliştirip bağımlılık yapmamalıdır (TEMD, 2018).

2.8.5. Cerrahi tedavi

Obezite tedavi seçenekleri özellikle aşırı obez bireyler için kısa süreli başarıya sahip olduğu için cerrahi tedavi seçeneği 1950'li yıllarda ortaya çıkmıştır. Takip eden yıllarda birçok cerrahi teknik geliştirilmiştir. Hem kilo kaybında hem de komorbiditelerin azaltılmasında etkili olduğu kabul edilmiştir (Vargas ve ark., 2017).

Obezite tedavisinde cerrahinin uygulanabilmesi için belirli kriterler bulunmaktadır. NIH obezite tedavisinde diyet, davranış ve farmakolojik tedavi yöntemlerinde başarılı olamayan, beden kitle indeksinin 40 kg/m^2 'nin üzerinde veya 35 kg/m^2 olup ameliyata engel olmayacak kronik hastalığın eşlik ettiği bireylere, iyi bilgilendirme koşuluyla obezite cerrahisinin uygulanabileceğini kararlaştırılmıştır (Sevinçer, 2014). Bireylerin 18 yaş ve üzeri olması, hormonal rahatsızlıkların bulunmaması, ilaç ve alkol bağımlısı olmaması ve uygulanacak yöntemin ciddiyetinin kavranabilmesi ve operasyon riskinin kabul edilebilir durumda, psikiyatrik ek bir hastalığın olmaması gibi koşullar aranmaktadır (Güven, 2014). Bireyler tıbbi, cerrahi ve psikiyatrik yönden multididisipliner bir ekip tarafından değerlendirildikten sonra cerrahi tedavi için seçilmelidir. Tüm yönleriyle değerlendirilip tedavi gerçekleştirildikten sonra, bireylerin yaşam boyu gözetiminin zorunlu tutulması önerilmektedir (National Institutes of Health, 1992).

Obezite cerrahisinde kullanılan yöntemler

Bariyatrik cerrahi tanım olarak obezitenin nedeni, önlenmesi ve tedavisi için geliştirilen invaziv veya minimal invaziv tekniklerin hepsidir. Bariyatrik cerrahi işlemlerinin etki mekanizmaları malabsorbsiyon ve mide rezeksiyonunun karmaşık etkileşimlerinin yanında açlık ve tokluğu etkileyen hormonal ve nöral sinyaller sonucuna bağlı ortaya çıkar (Buchwald ve ark., 2009). Günümüzde en sık tercih edilen bariyatrik cerrahi tedavi seçenekleri ikiye ayrılır.

Engelleyici (restriktif, kısıtlayıcı) girişimler

- Laparoskopik ayarlanabilir gastrik band (LAGB)
- Tüp mide (Laparoskopik sleeve gastrektomi)
- Vertikal band gastroplastisi (VBG)

Emilim bozucu (malabsorbtif) girişimler

- Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB)

-Biliopankreatik diversiyon ve duodenal switch (BPD-DS)

2.9. Obezite İle Mücadelede Hemşirenin Rolü

Aşırı kilo ve obezite; diyabet, malignite, sosyal ayrımcılık, depresyon gibi fiziksel ve psikososyal problemleri beraberinde getirmesi sebebiyle önlenmesi, tanı ve tedavisinde koruyucu sağlık hizmetleri son derece önemlidir (Tam ve Çakır, 2012; Choi ve ark., 2019) Bu anlamda obezite ile baş etmede sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir.

Hemşirelik fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönleriyle bireyi bütün olarak ele alan bir meslektir ve sağlık eğitimi en önemli fonksiyonlarından biridir. Obez bireylere yönelik yaşam tarzı düzenlemelerinin hem metabolik hem de psikososyal parametreler üzerinde olumlu etkileri olduğunu gösteren çalışmalar, hemşireliğin bağımsız fonksiyonlarının gücünü gösteren kanıtlar içermektedir (Alıcı ve Pınar, 2008; Ünsal, 2017).

Obezite yönetiminde, hemşireler güçlendirme gibi modelleri kullanarak obezite ve risklerinin azalmasında yardımcı olabilirler. Ayrıca fiziksel aktivite ve egzersiz, düzenli, dengeli beslenme ve kilo kontrolü gibi konularda eğitim ve danışmanlık vererek ve bireyleri bilgilendirirler (Ergin, 2014).

Hemşireler obez bireylere psikolojik destek sağlamak için karşılıklı saygı ve işbirliğine girerek bütüncül bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini ve benlik saygısını değerlendirmelidir. Yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı, hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modelleri kurmak için çabalamalı, var olanları benimsemelidir (Oksel ve ark., 2008). Hemşireler, obez bireylerde benlik saygısının geliştirilmesi, bireyin kendini tanıması, kabul etmesi, kendine saygı duyması gibi durumların ele alınması da sağlamalıdır (Hamurcu ve ark., 2015).

Obezite tedavi seçeneklerinden biri olan bariyatrik cerrahi öncesi, sonrası ve hastaneden taburcu olması ile biten ameliyat sonrası dönemde de hemşirelerin kilit rol oynadığı özel bir bakıma ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyaçların yerine getirilip olumlu sonuçlar elde edilmesi; uygun hemşirelik tanıları, müdahale ve eleştirel düşünceyle mümkündür. Hemşirelerin karar verme ve klinik ihtiyaçların giderilmesinde obezite yönetimine özgü

bilgi ve becerilere sahip olmaları gerekmektedir (Steyer ve ark., 2016). Kaliteli hemşirelik bakımı ve etkili hasta eğitimi olumlu sonuçlar elde etmek için şarttır. Süreç hakkında hemşirenin bilgi vermesi birey ve ailenin tedaviye uyum sürecini önemli ölçüde etkilemektedir (Grindel ve Grindel, 2006).

Bariyatrik cerrahide hemşirelik bakım kapsamı incelendiğinde; bariyatrik cerrahi uygulanan merkezlerde çalışan hemşirelerin görev tanımlarının belirlenmesi ve sağlık ekibince oluşturulan ilkelerin hemşireler tarafından kontrol edilmesi yer almaktadır. Bunun dışında hemşirelerin bariyatrik cerrahi öncesi ve sonrası kilo yönetimiyle ilgili bilimsel çalışmalarda yer almaları ve sağlıklı sürdürülebilir yaşam konusunda bireylere yeterli zaman ayırarak bilgilendirme ve eğitimi içermektedir (Santos ve ark., 2019). Cerrahi sonrası birey ve ailelere yapılan ev ziyareti veya telefonla görüşmeler bireyin refahını belirlemek, bakımını yönetmek ve herhangi bir komplikasyon gelişmesi durumunda bilgi sahibi olmak açısından önemlidir. Aynı zamanda hemşire bireyin psikolojik durumunu değerlendirerek yeni bir yaşam biçimine uyumunu değerlendirme fırsatı elde etmektedir (Grindel ve Grindel, 2006). Bariyatrik cerrahi ile ilgili hemşirelik çalışmalarının yetersizliği bu alanda araştırma yapma ihtiyacını desteklemektedir. Konu ile ilgili klinik çalışmalar öğretimin ve araştırmanın iyileştirilmesi açısından önem arz etmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, laparoskopik sleeve gastrektomi geçiren bireylerin preoperatif ve postoperatif dönemdeki benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı-karşılaştırmalı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Başkent Üniversitesi İzmir Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yapılmıştır. Bu merkez 1993 yılında faaliyete başlamış olup; 3 ayrı hizmet binasında poliklinik, acil servis, diyaliz, ameliyathane, yataklı servis ve yoğun bakım hizmetleri sunmaktadır. Merkezde toplam 60 hemşire çalışmakta olup, çalışma saatleri 08.00:20.00 - 20.00:08.00 olmak üzere iki vardiya şeklindedir. Genel serviste 3-4 hemşire vardiyalı olarak hastaların bakımından sorumludur. Genel serviste çalışan hemşireler bariyatrik cerrahi geçirecek hastaların servise kabulü, tedavi ve taburculuğu süreçlerinde yer almaktadır. Hemşireler hastanın servise kabulünden, ameliyat ve ameliyat sonrası süreç ve oluşabilecek komplikasyonları önlemek için yapılacak girişimler hakkında bireyi bilgilendirirler. Hastanedeki yatış sürecinde bireylere psikososyal destek sağlanmasında cerrah, psikiyatrist, beslenme uzmanı ve fizyoterapistle iş birliği yaparak süreçte yer almaktadır. Taburculuk esnasında beslenme ve egzersiz konularında eğitimler vermektedirler.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, bir üniversitenin uygulama ve araştırma merkezinde laparoskopik sleeve gastrektomi geçiren bireyler oluşturmuştur. Bu merkezde 2016 yılında gerçekleştirilen laparoskopik sleeve gastrektomi sayısı 150 olarak belirlenmiştir. Araştırma Başkent Üniversitesi İzmir Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde seçilen 35 hasta üzerinde yapılan araştırma literatürde en yakın referans çalışması olan Eroğlu ve arkadaşlarının (2019) çalışması ile uyumludur. Eroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (n=61) hastaların Rosenberg benlik saygısı ölçeği düzeyleri 1.2 ± 0.9 olarak bulunmuştur. Bu yayın referans alındığında çalışmanın etki büyüklüğü düzeyinin 0.30 olduğu (0.10 az,

0.25 orta ve 0.40 büyük etki büyüklüğü olarak ifade edilir) belirlenmiştir. Bu çalışmada seçilen örneklem grubu (n=35) 0.80 örnekleme gücünü sağlayacağı (çalışmalarda 0.70 ve üzerinde olan değerlerin geçerli ve yeterli olacağı ön görülür) hesaplanmıştır.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri; preoperatif dönemde obezite tanısı almış ($BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$) olma, 18 yaş üzerinde olma ve iletişim kurabilmedir. Araştırmadan dışlanma kriterleri; nöro-psikiyatrik bir hastalık tanısı olması, hamile veya emzikli olma, görme ve işitme ile ilgili sorunu olmasıdır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri literatür doğrultusunda hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” (EK-4), “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği”(RBSÖ) (EK-5) ve “Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği” (OÖYKÖ) (EK-6) ile toplanmıştır.

Kişisel bilgi formu

Kişisel bilgi formu bireylerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu vb.), antropometrik ölçümleri (boy uzunluğu, vücut ağırlığı, beden kitle indeksi), sağlıklı yaşam davranışlarını (egzersiz yapma durumu, egzersiz sıklığı, sigara kullanım durumu, yeme davranışları) belirlemeye yönelik 17 tane kapalı uçlu sorudan oluşmuştur.

Rosenberg benlik saygısı ölçeği

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Morris Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilmiş, 63 maddeden oluşan 12 alt ölçeği olan bir ölçektir. İstenildiği takdirde alt ölçekler ayrı ayrı kullanılabilir. Bu çalışmada ölçeğin on maddeden oluşan ilk alt ölçeği Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır. Ülkemizdeki güvenirlik ve geçerlilik çalışmaları Çuhadaroglu (1986) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik katsayısı basit korelasyon yöntemiyle değerlendirilmiş ve .71 olarak belirlenmiş, güvenirlik katsayısı ise .75 olarak hesaplanmıştır. Benlik saygısı alt ölçeği dördümlü Likert tip bir ölçektir (çok doğru, doğru, yanlış, çok yanlış) ve 5 soru ters kodlanmıştır. Ölçekte yer alan 1. 2. 4. 6. 7. maddeler olumlu, 3. 5. 8. 9. 10. maddeler olumsuz yüklüdür. Ölçek puanlamasında düşük puan

benlik saygısının yüksekliğini; yüksek puan benlik saygısının düşüklüğünü gösterir (Çuhadaroğlu, 1990).

Obezlere özgü yaşam kalitesi ölçeği

Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Patrick ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.93'tür. 17 maddeden oluşan altılı Likert tip bir ölçektir (0-Hiç, 1- Hemen hemen hiç, 2-Az, 3-Orta derecede, 4- Epeyce, 5-Çok fazla, 6-Aşırı derecede). Ölçek tek faktörlü olup alt boyutları bulunmamaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri toplanarak tek yaşam kalitesi puanı elde edilmektedir. Elde edilen ham puanlar aşağıdaki formül kullanılarak 0-100 arasında standardize edilmiş puana dönüştürülmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 0'a yaklaştıkça yaşam kalitesi azalmakta, 100'e yaklaştıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gündüzoğlu ve arkadaşları tarafından (2014) yapılmış ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.90 bulunmuştur.

$$\text{Puan} = \frac{\text{Tüm maddelerin toplam puanı} - \text{Olası en düşük puan}}{\text{Olası ham puan dağılım puanı}} \times 100$$

3.4.1. Veri toplama araçlarının ön uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması, anket formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 1-17 Temmuz 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

Verilerin toplanması

Araştırmanın verileri 18 Temmuz - 30 Aralık 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Ön uygulamaya alınan bireyler çalışmaya dâhil edilmemiştir. Bireylere bilgilendirilmiş onam formu okunmuş, yazılı ve sözlü izin alınmıştır. Veri toplama araçları bireyler ameliyat öncesi anestezi konsültasyonuna geldiğinde ve ameliyat sonrası 3. ayda uygulanmıştır. Bireylerin 3. ayda incelenmesinin sebebi stresli bir grup olması ve ilk ayda ameliyatın getireceği beslenme ve fiziksel zorlukların çalışmayı etkileyebileceği öngörülmüştür. 3.

ayda bireyler ruhsal ve fiziksel olarak daha rahat olduğu, sosyalleştiği bir zaman dilimine girmesi sebebiyle tercih edilmiştir. Böylelikle bireylerin kilo verilmesiyle birlikte benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi hedeflenmiştir. Formlar bireyler tarafından araştırmacı gözetiminde doldurulmuştur. Anket formunun uygulanması ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri analizleri SPSS (Statistical Package of Social Sciences) 25.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, United States) ile değerlendirilmiştir. Çalışmada hesaplanan güç düzeyi ve etki büyüklüğü hesaplamaları G*Power Version 3.1.7. ile tespit edilmiştir. Verilerin analizinde obezite cerrahisi öncesinde ve sonrasında aynı obez birey grubundaki nicel değişkenlerin iki tekrarlı ölçümlerinin karşılaştırılması eşleştirilmiş t testi ile yapılmıştır. Değişkenler tablolarda ortalama $\pm$ SS (standart sapma) şeklinde gösterilirken kategorik değişkenler ise n (%) olarak gösterilmiştir. Preoperatif ve postoperatif BKİ düzeyleri ile benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile korelasyon (r) analizi yapılmıştır. Değişkenler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup $p < 0.05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0.05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından değerlendirilmiş ve etik komisyon onayı alınmıştır (EK-1). Araştırmanın yapılabilmesi için Başkent Üniversitesi İzmir Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliğinden kurum izin alınmıştır (EK-2). Çalışmaya başlamadan bireylere ‘Katılımcılardan Alınan Yazılı Onam Formu’ (EK-3) okutulmuş ve çalışmaya katılmayı isteyip istemedikleri sorulmuştur. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireylerden yazılı onam alınmıştır. Çalışmada kullanılan Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin geçerlilik ve güvenilirliğini inceleyen çalışma sahibinden de ölçek kullanımı için izin alınmıştır (EK-4).

4. BULGULAR

Laparoskopik sleeve gastrektomi ameliyatı geçiren bireylerin preoperatif ve postoperatif dönemindeki benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular bireylerin sosyo-demografik özellikleri, benlik saygısı ve yaşam kalitesine ilişkin bulgular olarak sunulmuştur.

4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.1. Bireylerin tanıtıcı özellikleri (n=35)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
≤ 40	22	62.9
≥ 41 ve üzeri	13	37.1
Cinsiyet		
Kadın	25	71.4
Erkek	10	28.6
Medeni durum		
Evli	15	42.9
Bekâr	20	57.1
Eğitim düzeyi		
Ortaokul	9	25.7
Lise	9	25.7
Lisans ve üzeri	17	48.6
Çalışma durumu		
Çalışan	23	65.7
Çalışmayan	12	34.3
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	10	28.5
Gelir gidere denk	25	71.5
Kronik hastalık varlığı		
Var	17	48.6
Yok	18	51.4
Düzenli ilaç kullanımı		
Evet	14	40.0
Hayır	21	60.0
Preoperatif dönem sigara içme durumu		
Evet	13	37.1
Hayır	22	62.9

Çizelge 4.1. (devam) Bireylerin tanıtıcı özellikleri (n=35)

Postoperatif dönem sigara içme durumu		
Evet	2	5.7
Hayır	23	65.7
İçip bırakan	10	28.6
Preoperatif dönem psikolojik destek alma durumu		
Evet	13	37.1
Hayır	22	62.9
Postoperatif dönem psikolojik destek alma durumu		
Evet	4	11.4
Hayır	31	88.6

Çizelge 4.1’de bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Bireylerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; %71.4’ünün kadın, % 37.1’inin 41 yaş ve üzerinde olduğu, %42.9’unun evli, %71.5’inin gelirinin gidere denk olduğu, %48.6’sının lisans ve üzeri mezunu olduğu, %65.7’sinin herhangi bir işte çalıştığı, %51.4’ünün kronik hastalığın olmadığı ve %60’ının düzenli ilaç kullanmadığı belirlenmiştir. Bireylerin preoperatif dönemde %37.1’inin sigara içtiği, %62,9’unun psikolojik destek almadığı; postoperatif dönemde %94,3’ünün sigara içmediği, %88.6’sının psikolojik destek almadığı saptanmıştır.

Çizelge 4.2. Bireylerin preoperatif ve postoperatif dönem egzersiz ve yeme davranışları (n=35)

Egzersiz ve yeme davranışları	Preoperatif dönem		Postoperatif dönem	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Egzersiz Yapma				
Evet	3	8.6	26	74.3
Hayır	32	91.4	9	25.7
Yeme Davranışları *				
Yemek seçme	11	31.4	5	14.3
Dengesiz beslenme	30	85.7	-	-
Çok fazla yemek yeme	13	37.1	-	-
Bazen tıkanırçasına bazen çok kısıtlı yemek yeme	19	54.2	-	-
Kötü/yasak olan besinleri yememe	4	11.4	-	-
Yemek yedikten sonra suçluluk duyma	9	25.7	-	-

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çizelge 4.2’de bireylerin egzersiz ve yeme davranışlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Çizelge incelendiğinde; preoperatif dönemde bireylerin %8.6’nın düzenli egzersiz yaptığı, %85.7’sinin dengesiz beslendiği, %31.4’ünün yemek seçtiği belirlenmiştir. Postoperatif dönemde egzersiz yapma oranının %74.3’e yükseldiği, yemek seçme oranının %14.3’e düştüğü ve dengesiz beslenen olmadığı saptanmıştır.

Çizelge 4.3. Bireylerin preoperatif ve postoperatif dönem beden kitle indeks değerleri (n=35)

Beden Kitle İndeksi	Preoperatif dönem		Postoperatif dönem	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
BKİ ≥ 25 -29.99 kg/m ²	-	-	6	17.2
BKİ ≥ 30 -34.9 kg/m ² (1. sınıf obez)	1	2.8	20	57.1
BKİ=35-39.9 kg/m ² (2. sınıf obez)	6	17.2	7	20.0
BKİ ≥ 40 kg/m ² (3. sınıf obez)	28	80.0	2	5.7

Çizelge 4.4. Bireylerin beden kitle indeks değerlerinin ortalamaları (n=35)

Beden Kitle İndeksi	Ort.	Ss.	Min.	Maks.	İstatistiksel analiz
Preoperatif Dönem	43.16 $\pm$ 4.32	4.32	34.60	51.30	t= 26.68
Postoperatif Dönem	33.22 $\pm$ 3.67	3.67	26.30	41.50	p= 0.001

Çizelge 4.3. ve 4.4’de bireylerin beden kitle indeksi değerlerine ilişkin bulgular verilmiştir. Preoperatif dönemde bireylerin %80’inin 3. sınıf obez, postoperatif dönemde %57.1’nin 1. sınıf obez, %17.2’sinin fazla kilolu olduğu belirlenmiştir. Bireylerin BKİ ortalaması preoperatif dönemde 43.16 $\pm$ 4.32, postoperatif dönemde 33.22 $\pm$ 3.67 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.005).

4.2. Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.5. Bireylerin preoperatif ve postoperatif dönem rosenberg benlik saygısı ölçeği (RBSÖ) ortalama puanları

RBSÖ	Ort.	Ss.	Min.	Maks.	İstatistiksel Analiz
Preoperatif dönem	1.11	0.82	0	3.84	t=-4.89 p<0.001
Postoperatif dönem	0.33	0.20	0	0.75	

Çizelge 4.5’de bireylerin preoperatif ve postoperatif dönem rosenberg benlik saygısı ölçeği (RBSÖ) ortalama puanları verilmiştir. Bireylerin preoperatif dönem Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ortalama puanını 1.11 ± 0.82 , postoperatif dönem ise 0.33 ± 0.20 olduğu ve ortalama puandaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.005$).

Çizelge 4.6. Obezlere özgü yaşam kalitesi ölçeği (OÖYKÖ) puanlarına ilişkin bulgular

OÖYKÖ	Ort.	Ss.	Min.	Maks.	İstatistiksel Analiz
Preoperatif dönem	17.98	5.52	7.00	30.00	t=15.32 p=0.001
Postoperatif dönem	60.68	18.69	22.00	95.00	

Çizelge 4.6’de obezlere özgü yaşam kalitesi ölçeği (OÖYKÖ) puanlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Çizelge incelendiğinde; bireylerin preoperatif dönemde OÖYKÖ toplam puanı ortalamasının 17.98 ± 5.52 postoperatif dönemde 60.68 ± 18.69 olduğu ve ortalama puandaki artmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.005$).

Çizelge 4.7. Bireylerin preoperatif ve postoperatif BKİ değerleri ile benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki

BKİ		Benlik Saygısı	Yaşam kalitesi
Preoperatif BKİ	R	0.061	-0.091
	P	0.616	0.602
Postoperatif BKİ	R	-0.045	-0.247
	P	0.734	0.153

Çizelge 4.7’de bireylerin preoperatif ve postoperatif BKİ değerleri ile benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki yer almaktadır. Bireylerin preoperatif ve postoperatif BKİ değeri ile benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).





5. TARTIŞMA

Araştırma obezite cerrahi öncesi ve sonrası dönemde benlik saygısı ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Benlik saygısı ve yaşam kalitesini etkileyen beden kitle indeksi, yeme davranışları ve egzersiz konularına da yer verilmiştir.

Obez ve aşırı kilolu bireylerde fiziksel görünümünden memnuniyetsizlik ve mevcut kilolarının getirdiği endişeden dolayı da benlik saygısında azalma gözlenmektedir (Xue-Yan ve ark., 2016). Bu çalışmada postoperatif dönemde benlik saygısı ölçeği ortalama puanlarının preoperatif döneme göre anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır. Bunun yanı sıra, postoperatif BKİ değeri ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bireylerde postoperatif dönemde benlik saygısının yükselmesi bariyatrik cerrahi sonrası kilo kaybı ve dolayısıyla beden algısında olumlu değişiklikler olması ile açıklanabilir. Literatürde de, obez bireylerde bariyatrik cerrahi sonrası benlik saygısının arttığı görülmektedir. Cherick ve arkadaşlarının (2019) bariyatrik cerrahi geçiren bireylerle yaptığı çalışmada, 3. ve 6. ay, 1. yılda benlik saygısının belirgin şekilde düzeldiği görülmüştür. Hamurcu ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında, BKİ'ye göre obez olarak sınıflandırılan bireylerin %31'i düşük benlik saygısına sahip iken, morbid obez olanlarda %50'ye ulaştığı saptanmıştır. Armağan'ın (2013) çalışmasında BKİ arttıkça, beden imgesi memnuniyeti, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek azaldığı bulunmuştur. Bireyin BKİ'si arttıkça beden görünümü ile ilgili memnuniyeti azalmakta ve oluşan güvensizlik nedeniyle benlik saygısında da azalma gözlenmiştir. Yusuf ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada, bireylerde BKİ arttıkça benlik saygısında azalma, depresyon ve intihar eğiliminde artma olduğu gözlenmiştir. Obezite bireylerde benlik saygısını önemli ölçüde etkileyebilmekte ve psikolojik sorunlara yatkınlığı artırabilmektedir. Bu nedenle obez bireylerde cerrahi müdahalenin yanı sıra psikolojik destek sağlanması da önem kazanmaktadır. Bu çalışmada bireylerin sadece yaklaşık üçte birinin preoperatif dönemde obeziteyle baş etmek için psikolojik destek aldıkları belirlenmiştir. Bireylerin obeziteyle baş etmede psikolojik destek almanın önemi konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Obez bireyler psikolojik olarak yargılamalardan olumsuz etkilenmekte, fiziksel alanında belirgin sorunlar yaşamakta ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Değirmenci ve ark., 2015). Bu nedenle obez bireylerde yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik girişimler

önemlidir. Bu çalışmada bireylerin ameliyat sonrası dönemde yaşam kalitesi ortalama puanlarının ameliyat öncesi döneme göre anlamlı şekilde arttığı belirlenmiştir. Bu bulgu obez bireylerin kilo vermeleri ve buna bağlı olarak kendilerini fiziksel ve psikososyal yönden iyi hissetmeleri ile açıklanabilir. Benzer şekilde, Aras ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada; bireylerin ameliyat sonrası dönemde yaşam kalitesi ölçeği puanlarında artma olduğu gözlenmiştir. Raaijmakers ve arkadaşlarının (2017) yaptığı derlemede bariyatrik cerrahi geçiren bireylerin ameliyat sonrası birinci yılda yaşam kalitesinde artış gözlenmiş olduğu belirlenmiştir. İlk yıldaki yaşam kalitesindeki artışın sebebini bireylerin büyük ölçüde kilo vermelerine ve şişmanlıklarını kontrol altına aldıkları hissiyle açıklamıştır (Andersen ve ark., 2014).

Bariyatrik cerrahi sonrası bireylerin benlik saygısı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden BKİ, egzersiz ve yeme davranışlarının değerlendirilmesi uzun süreli dönemde bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığı için önem taşımaktadır. Bu çalışmada ameliyat öncesi dönemde bireylerin çoğunun 3. sınıf obez olduğu, ameliyat sonrası dönemde ise bireylerin yarıdan fazlasının birinci sınıf obez, yaklaşık beşte birinin fazla kilolu sınıfında yer aldığı belirlenmiştir (Çizelge 4.3). Bununla birlikte, bireylerin BKİ ortalamasının ameliyat sonrası dönemde anlamlı şekilde azaldığı ve birinci sınıf obez sınıfında yer aldığı saptanmıştır (Çizelge 4.4). Bu bulgu bariyatrik cerrahinin (laparoskopik sleeve gastrektomi) etkili olduğunu, postoperatif dönemde bireylerin beden kitle indeksinin azaldığını göstermektedir. Benzer şekilde, Erol ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bariyatrik cerrahi uygulanan bireylerde postoperatif dönemde BKİ'nin anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır. Neagoe ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da, bariyatrik cerrahi sonrası bireylerin kısa dönemde BKİ'nde azalma olduğu belirlenmiştir. Lauti ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında; bariyatrik cerrahi sonrası hastalarda özellikle ilk 12-18 aylar içinde önemli kilo kayıplarının olduğunu görülmüştür. Bu çalışmadan elde edilen bulguların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Bariyatrik cerrahi sonrası egzersizin bireyler için etkili tedavi seçeneği olduğu gözlenmiştir (Coen ve ark., 2018). Cerrahi öncesi ve sonrasında egzersiz uygulamaları kilo kaybını artırmak, fiziksel ve mental sağlamlığı arttırmak açısından önemlidir (Çakır, 2015). Bu çalışmada ameliyat öncesi dönemde bireylerin çok düşük oranda egzersiz yaptığı, ameliyat sonrası dönemde ise çoğunluğunun egzersiz yaptığı belirlenmiştir. King ve arkadaşlarının (2012) bariyatrik cerrahi geçiren 310 kişi ile yaptığı çalışmada, bireylerin preoperatif 3.

gün ve postoperatif 1. yıl egzersiz durumları incelemişler ve postoperatif birinci yılda bireylerin %1-5 daha aktif olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Coen ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada bariyatrik cerrahi öncesi ve sonrası dönemde egzersiz yapma oranının düşük olduğu, kilo kaybı sırası ve sonrasında önemli ölçüde artmadığı sonucu saptanmıştır.

Bariyatrik cerrahi sonuçlarını etkileyen cerrahi dışı faktörlerden bir diğeri de yeme davranış bozukluğudur (Meany ve ark., 2014). Yeme davranış bozuklukları fizyolojik ve psikolojik olarak yaşam beklentisinin azalmasına neden olmaktadır. Bu çalışmada preoperatif dönemde en fazla tespit edilen sağlıklı yeme davranışlarının sırasıyla; dengesiz beslenme, bazen tıkanırcasına bazen çok kısıtlı yemek yeme, çok fazla yemek yeme, yemek seçme gibi davranışlar olduğu belirlenmiştir. Postoperatif dönemde ise yeme davranış bozukluğunun olmadığı, sadece düşük oranda yemek seçmenin devam ettiği tespit edilmiştir. Bu bulgu bariyatrik cerrahi sonrası bireylerin yeme davranışlarının olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir. Meany ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında bariyatrik cerrahi sonrası duygusal yeme, kontrolsüz yeme davranışı, tatlı yeme, abur cubur yeme, gece yemek yeme sendromu gibi tedaviyi olumsuz etkileyen sonuçlar gözlenmiştir. Chao ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında bariyatrik cerrahi öncesi yeme davranış bozukluğu olan ve olmayan bireylerin postoperatif birinci ve ikinci yılı incelendiğinde; birinci yıl anlamlı bir farklılık gözlenmezken, ikinci yıl yeme davranış bozukluğu olan bireylerin diyetle uyumunun azaldığı ve geri kilo alımının gerçekleştiği gözlenmiştir. Bariyatrik cerrahi öncesi kaygı ya da sinirlilik gibi olumsuz duygulara cevap olarak aşırı yemek yeme eğilimi olan bireyler cerrahi sonrası süreçte risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Bu sebeple bariyatrik cerrahiden dışlanma kriterine ek olarak bireylerin yeme davranışlarının ayrıntılı incelenmesi gerekmektedir ve bu bireylere bariyatrik cerrahi işlem uygulanması önerilmemektedir (Opolski ve ark., 2015). Bu bağlamda bireylere sağlıklı beslenme davranışlarının kazandırılmasına yönelik eğitim ve danışmanlık verilmesi önem kazanmaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışmada bariyatrik cerrahi sonrası dönemde obez bireylerin benlik saygısı ve yaşam kalitesinde iyileşme sonucuna varılmıştır. Verilen kiloyla birlikte benlik saygısı ve yaşam kalitesinde meydana gelen bu değişimin ameliyat kaynaklı olup olmadığı daha uzun takipler yapılarak incelenmesi önerilmektedir. Bu takip sürecinde hemşireler bariyatrik cerrahi öncesi ve sonrası dönemde gerekli eğitimleri vererek bireylere sağlıklı yaşam davranışları kazandırmaları sağlanmalıdır (Santos ve ark., 2019).



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Laparoskopik sleeve gastrektomi geçiren bireylerin preoperatif ve postoperatif dönemindeki benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Araştırmaya katılan bireylerin %62.9'unun 40 yaş altında, %71.4'ünün kadın, %25.7'sinin ortaokul mezunu, %42.9'unun evli olduğu, %51.4'ünün kronik hastalığın olmadığı ve %60'ının ilaç kullanmadığı belirlenmiştir (Çizelge 4.1).
2. Bireylerin preoperatif dönemde %8.6'nın düzenli egzersiz yaptığı, %85.7'sinin dengesiz beslendiği, %31.4'ünün yemek seçtiği, postoperatif dönemde egzersiz yapma oranının %74.3'e yüksediği, yemek seçme oranının %14.3'e düştüğü ve dengesiz beslenen olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 4.2).
3. Bireylerin preoperatif dönemde %37.1'inin postoperatif dönemde %11.4'ünün psikolojik destek aldığı belirlenmiştir (Çizelge 4.1).
4. Preoperatif dönemde bireylerin çoğunluğunun 3. sınıf obez olduğu, postoperatif dönemde yarıdan fazlasının 1. sınıf obez olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.3).
5. Bireylerin postoperatif dönemde benlik saygısı ölçeği ortalama puanlarının preoperatif döneme göre anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Çizelge 4.5).
6. Bireylerin postoperatif dönemde yaşam kalitesi ortalama puanlarının preoperatif döneme göre anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Çizelge 4.6).
7. Bireylerin preoperatif ve postoperatif BKİ değeri ile benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.7).

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Benlik saygısı ve yaşam kalitesinin artırılması için obeziteyi önlemeye yönelik sağlıklı beslenme, egzersiz, yaşam şekli değişikliği konularında eğitim ve danışmanlık gibi cerrahi dışı girişimlerin uygulanması,

2. Obezite cerrahi öncesi ve sonrasında bireylerin uzun dönem takibi sağlanarak davranış değişikliklerini oluşturmada kişi merkezli holistik bakım uygulanması (periyodik kontrollerin yapılması, ev ziyaretlerinin yapılması, yaşam koşullarının değerlendirilmesi, ihtiyacı olduğu tespit edilen konularda psikolog, diyetisyen vb. desteğinin alınması),
3. BKİ'deki azalmanın ameliyat etkisi veya erken dönem kaynaklı olup olmadığının belirlenmesi için daha geniş örneklemle araştırmalar planlanması,
4. Obezite cerrahi sonrası dönemde benlik saygısı ve yaşam kalitesindeki iyileşmenin cerrahiye bağlı olup olmadığını belirlemek için uzun dönemde tekrarlı ölçümlerin yapılması,
5. Obezite cerrahi sonrasında kilo geri alımı, sağlıksız yeme davranışı, yetersiz fiziksel aktivitenin nedenlerini araştırmaya yönelik nitel araştırmalar planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aksoydan, E., Çakır, N. (2011). Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53, 254-270.
- Aksungur, A. (2009). *Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelerin iş doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 11-14.
- Alıcı, M., Pınar, R. (2008). Obez hastalara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(2), 32-47.
- Andersen, J. R., Aasprang, A., Karlsen, T.I., Karin, N. G., Vage, V., Kolotkin, R. L. (2014). Health-related quality of life after bariatric surgery: a systematic review of prospective long-term studies. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 11, 466–473.
- Aras, B., Uruç, F., Akan, S., Şahin, A., Yıldırım, Ç., Yüksel, Ö. H., Aydın, M. T., Verit, A. (2017). Effects of obesity surgery on sexual function, depression and quality of life of males. *Yeni Üroloji Dergisi*, 12(2), 38-43.
- Armağan, A. (2013). *Obez kadınlarda benlik saygısının beden imgesi üzerindeki etkisinde biçimleyici değişkenlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 21.
- Ashwell, M., Gibson, S. (2016). Waist-to-height ratio as an indicator of ‘early health risk’: simpler and more predictive than using a ‘matrix’ based on BMI and waist circumference. *British Medical Journal*, 6, 10159.
- Atila, K. (2014). Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. *Archives of Clinical Toxicology*, 1(1), 23-27
- Atkinson, R. L. (2005). *Etiologies of obesity*. In The management of eating disorders and obesity. Humana Yayınevi, 105-118.
- Aygün, N. (2014). Obezite tanımı, komplikasyonları, endokrin kontrolü ve beslenme tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 45-49.
- Baltacı, G. (2008). *Obezite ve Egzersiz*. Ankara: Klasmat Yayınevi, 730, 12-14.
- Bariatric Surgery for Severe Obesity. (2010). Systematic Review and Economic Evaluation. *CADTH Technology Report*, 129, 3-24.
- Baştürk, S. (2015). *Sleeve Gastrektomi’nin orta ve uzun dönem sonuçları, obeziteye eşlik eden komorbiditelere etkileri*. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli, 15.
- Bougnères, P. (2002). Genetics and obesity and type 2 diabetes. *Tracking Pathogenic Traits During the Predisease Period*, 51(3), 295-303.

- Breum, L., Madelyn, H. (2002). In international textbook of obesity. Breum, L., Fernstrom, M.H. (Editörler). Drug-induced Obesity, Wiley, Chichester, 269-283.
- Buchwald, H., Estok, R., Fährbach, K., Banel, D., Jensen, M.D., Pories, W.J., Bantle, J.B., Sledge, I. (2009). Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Medicine*, 122(3), 248-256.
- Butryn, M. L., Webb, V., Wadden, A. T. (2011). Behavioral treatment of obesity. *Psychiatric Clinics North America*. 34(4), 841–859.
- Chao, A. M., Wadden, T. A., Faulconbridge, L. F., Sarwer, D. B., Webb, V. L., Shaw, J. A., Thomas, J. G., Hopkins C. M., Bakizada, Z. M., Alamuddin, N., Williams N. N. (2016). Binge-eating disorder and the outcome of bariatric surgery in a prospective, observational study: two-year results. *Obesity Silver Spring*, 24(11), 2327-2333.
- Cherick, F., Te, V., Anty, R., Turchi, L., Benoit, M., Schiavo, L., Iannelli A. (2019). Bariatric surgery significantly improves the quality of sexual life and self-esteem in morbidly obese women. *Obesity Surgery*, 29(5), 1576-1582.
- Choi, E., Cho, N. H., Seo, H. D., Park, B., Cho, J., Kim, S., Park, Y. R., Choi, K. S. Rhee, Y. (2019). Socioeconomic inequalities in obesity among Korean women aged 19-79 years: the 2016 Korean study of women's health-related issues. *Epidemiology and Health*, 41.
- Coen, P. M., Carnero, E. A., Goodpaster, B. H. (2018). Exercise and bariatric surgery: An effective therapeutic strategy. *Exercise and sport sciences reviews*, 46(4), 262-270.
- Coen, P. M., Goodpaster, B. H. (2016). A role for exercise after bariatric surgery. *Diabetes Obesity Metabolism*, 18(1), 16-23.
- Çolpan, M. (2015). *Obezitesi olan ergenlerde algılanan duygu dışavurumu, benlik saygısı, psikopatolojik özellikler ve yeme tutumunun incelenmesi*. Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa, 12-13.
- Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adölesanlarda benlik saygısı*. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Değirmenci, T., Oğuzhanoglu, N. K., Varma, G. S., Özdel, O., Fenkçi, S. (2015). Obezitede psikolojik belirtiler ve ilişkili etmenler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 52, 42-46.
- Deveci, A., Demet, M. M., Özmen, B., Özmen, E., Hekimsoy, Z. (2005). Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 6, 84-91.
- Doğan, R., Sayiner, F. D., Tanır, H. M. (2018). Aile sağlığı merkezine başvuran gebelerde obezite sıklığının ve obezitenin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Journal of Health Science and Profession*, 5(1), 16-23.
- Dubern, B., Clément, K. Poitou, C. (2017). Practical guide to obesity medicine. *Genetic of Obesity*, 14, 153-161.
- Ergin, B. A., (2014). Obezitenin kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet açısından değerlendirilmesi. *Kashed.*, 1(1), 41-54.

- Ergül, Ş., Kalkım, A. (2011). Önemli bir kronik hastalık: Çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 223-230.
- Erol, V. Yılmaz T., Tuncalı, B., Arslan, B., Gülay, H. (2017). Changes in serum lipid levels after laparoscopic sleeve gastrectomy in morbidly obese dyslipidemic and normolipidemic patients. *Acta Chirurgica Belgica*, 233-238.
- Eroğlu, Z. M., Sertçelik, S., Gündüz, A., Demirkol, M. E. (2019). Bariyatrik cerrahi adaylarında yaşam kalitesi ve benlik saygısı. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 20(1), 20-28.
- Fock, K. M., Khoo, J. (2013). Diet and exercise in management of obesity and overweight. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 4, 59-63.
- Giskes, K., Van Lenthe, F., Avendano-Pabon, M., Brug, J. (2011). A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: Are we getting closer to understanding obesogenic environments?. *Obesity Reviews*, 12, 95-106.
- Gönenç, I., Vural, T. E., Kayataş, K. (2014). Obezite ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 5(3), 83-87.
- Grindel, M. E., Grindel, C. G. (2006). Nursing care of the person having bariatric surgery. *Medsurg Nursing*, 15(3), 129-145.
- Güçlü, L. P. (2016). *Obez bireylerde ağırlık kaybı ile antropometrik ölçümler, bazı biyokimyasal bulgular ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 11-12.
- Gündüz, K. G. (2016). *Obezite tanısı almış kadınların obezite dereceleri ile problemli yeme davranışları arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 12-35.
- Gündüzoğlu, Ç. N., Fadıloğlu, Ç., Yılmaz, C. (2014). Obezilere özgü yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15, 63-68.
- Güven, S. P. (2014). *Obezitenin temel boyutları, Diyarbakır'da obezite ve obeziteye karşı alınması gereken önlemler*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 36.
- Hamurcu, P., Öner, C., Telatar, B., Yeşildağ, Ş. (2015). Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. *Türkiye Aile Hekimleri Dergisi*, 19(3), 122-128.
- Hermoso, G. A., Saavedra J.M., Escalante, Y., Domínguez, A.M. (2018). The intention to be physically active in sedentary obese children: a longitudinal study. *Behavioral Sciences*, 8(1), 9.
- Hood, M. M., Corsica, J., Bradley, L., Wilson, R., Chirinos, A.D., Vivo, A. (2016). Managing severe obesity: understanding and improving treatment adherence in bariatric surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 39, 1092-1103.

- Imperatore G. (2006). Childhood obesity: Is it time for action? *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 16, 235-238.
- İnternet: Dipietro, L., Stachenfeld, S. N. (2017). Exercise treatment of obesity. comprehensive free online endocrinology book. URL:<http://www.endotext.org>, Son Erişim Tarihi: 03.04.2018.
- İnternet: European Commission (2017). Sayı:150. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, Son Erişim Tarihi: 06.01.2018.
- İnternet: Obesity Update. (2017). URL: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>, Son Erişim Tarihi: 16.01.2018.
- İnternet: Sağlık Bakanlığı. (2012). Obezite mücadele hareketi kampanyası. URL: <http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,4065/kampanya-hakkinda.html>, Son Erişim Tarihi: 06.02.2018.
- İnternet: National institutes of health (NIH). (2012). National heart, lung, and blood institute; What causes overweight and obesity. URL: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/overweight-and-obesity>, Son Erişim Tarihi:06.02.2018.
- İnternet: Sağlık Bakanlığı. (2015). Sağlık İçin Obezite İle Mücadele. URL:<http://www.saglik.gov.tr/TR,11692/obezite.html> Son Erişim Tarihi: 16.01.2018
- İnternet: Türk Diyabet Cemiyeti. (2014). Obezite tanı kriterleri. URL: <http://www.diabetcemiyeti.org/c/obezite-tani-kriterleri>, Son Erişim Tarihi: 09.01.2018.
- İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. (2017). Sayı: 24573. URL:<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573>, Son Erişim Tarihi: 06.01.2018.
- İnternet: World Health Organization. (2017). Health topics, obesity. URL: <http://www.who.int/topics/obesity/en/> Son Erişim Tarihi: 03.01.2018.
- Jakob, T., Cal, P., Deluca, L., Fernandez, E. (2016). Shorter than 24-h hospital stay for sleeve gastrectomy is safe and feasible. *Surgical Endoscopy*, 30, 5596-5600.
- Jumbe, S., Bartlett, C., Jumbe, L. S., Meyrick, J. (2015). The effectiveness of bariatric surgery on long term psychosocial quality of life. *Obesity Research & Clinical Practice*, 10, 225-242.
- Kılıçarslan, S., Sanberk, İ. (2016). The study of the relationship between the self esteem, body mass index and life quality of adolescents. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 3211-3220.
- King, W. C., Hsu, J. Y., Belle, S. H., Courcoulas, A. P., Eid, G. M., Flum, D. R., Mitchell, J. E., Pender, J. R., Smith M. D., Steffen, K. J., Wolfe, B.M. (2012). Pre- to postoperative changes in physical activity: report from the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery-2. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8(5), 522-532.

- Kokino, S., Özdemir, F., Zateri, C. (2006). Obezite ve fiziksel tıp yöntemleri. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1), 47-54.
- Kut, A. (2009). Obezite ve Sağlıklı yaşam tarzı, *Sağlıklı Yaşam Dergisi*, Tanıtım Sayısı: 8-27.
- Lauti, M., Stevenson, S., Hill, G. A., Mac Comick D. A. (2016). Patient perspectives about follow-up care and weight regain following sleeve gastrectomy. *Obesity Surgery*, 26, 2724-2731.
- Lee, D. J., Gavin, J. B., Lozano, M. A. Lozano, E. (2018). Neuromodulation for the treatment of eating disorders and obesity. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(2), 73-92.
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutson, E., Mehran, A., Ko, Y. C., Gibbons, M. M. (2011). Patients behaviors associated with weight regain after laparoscopic gastric bypass. *Obesity Research & Clinical Practice*, 5, 258-265.
- Lukaski, H. C. (1987). Methods for the assessment of human body composition: traditional and new. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 46(4), 537-556.
- Malnick, S. D. H., Knobler, H. (2006). The medical complications of obesity, *An International Journal of Medicine*, 99(9), 565- 579.
- Manicardi, V., Cameliini, L., Bellodi, G., Coscelli, C., Ferranni, E. (1986). Evidence for an assodation of high blood pressure and hyperinsulinemia in obese man. *The Journal of Clinic Endocrinology and Metabolism*, 62, 1302-1304.
- Meany, G., Conceicao, E., Mitchell J. E. (2014). Binge eating, binge eating disorders, and loss of control eating:effects on weight outcomes after bariatric surgery. *European Eating Disorders Review*, 22, 87-91.
- Mehta, N., Elo, I., Stenholm, S., Aromaa, A., Heliövaara, M., Koskinen, S. (2017). International differences in the risk of death from smoking and obesity: The case of the United States and Finland. *SSM-Population Health*, 3, 141-152.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. (1992). Gastrointestinal surgery for severe obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 55(2), 615-619.
- Navia, B, López-Sobaler, A.M., Villalobos, T., Aranceta-Bartrina, J., Gil Á, González-Gross, M., Serra-Majem, L., Varela-Moreiras, G., Ortega, R. M. (2017). Breakfast habits and differences regarding abdominal obesity in a cross-sectional study in Spanish adults: The ANIBES study. 12(11), 0188828.
- Neagoe, R., Muresan, M.,Timofte, D., Darie, R., Razvan, I., Voidazan, S., Muresan, S., Sala, D. (2019). Long-term outcomes of laparoscopic sleeve gastrectomy - a single-center prospective observational study. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*, 14(2), 242-248.

- Obara-Golebiowska, M., Brycz, H., Lipowska, M., Lipowski, M. (2018). The role of motivation to reduce obesity among elderly people: response to priming temptation in obese individuals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 244.
- Oksel, E., Kolcu, Z., Yorulmaz, S., Paşaoğlu, Ş. (2008). Obez bireylerde yaşam kalitesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 24(3), 115-123.
- Opolski, M., Chur-Hansen, A., Wittert. (2015). The eating-related behaviours, disorders and expectations of candidates for bariatric surgery. *Clinical Obesity*, 5(4), 165-197.
- Patrick, D. L., Bushnell, D. M., Rothman, M. (2004). Performance of two self-report measures for evaluating obesity and weight loss. *Obesity Research*, 12(1), 48-58.
- Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, M., Albus, C., Benlian, P., Boysen, G., Cifkova, R., Deaton, C., Ebrahim, S., Fisher, M., Germano, G., Hobbs, R., Hoes, A., Karadeniz, S., Mezzani, A., Prescott, E., Ryden, L., Scherer, M., Syväne, M., Scholte op Reimer, W. J., Vrints, C., Wood, D., Zamorano, J. L., Zannad, F. (2012). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, 33(13), 1635-1701.
- Pınar, R. (2002). Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6, 30-41.
- Poston, W. S. C., Foreyt, J. P. (1999). Obesity is an environmental issue. *Atherosclerosis*, 146(2), 201-209.
- Pratt, C. A., Stevens, J., Daniels, S. (2008). Childhood obesity prevention and treatment: recommendations for future research. *American Journal Preventive Medicine*, 35(3), 249-252.
- Puhl, R. M., Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of over-weight and obese adults. *Obesity Silver Spring*, 14(10), 1802-1815.
- Raaijmakers, L. C. H., Pouwels, S., Thomassen, S. E. M. (2017). Nienhuijs, S. W. 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*, 71, 441-449.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* (1. Baskı). Princeton: Princeton University, 16-19.
- Sağlık Bakanlığı. (2013). *Türkiye’de sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı 2013-2017*. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 23-32.

- Santos, J. C., Ferreira, J. D. L., Lima, J., Ferreira, T. M. C., Maciel, G. M. C., Oliveira, P. S., Chaves, L. C. M. R., Guimaraes, L. L., Azevedo, L. R., Guimaraes, L. L., Ramalho, F. W. B. A., Chianca, K. S. V. C. (2017). Nursing the pre and postoperative of bariatric surgery. *International Archives of Medicine Section: Global Health & Health Policy*, 10(203), 1-9.
- Saris, W. H. M., Blair, S. N., Van Baak, M. A., Eaton, S. B. Davies, P. S. W., Di Pietro, L., Fogelholm, M., Rissanen, A., Schoeller, D., Swinburn, B., Tremblay, A., Westerterp, K. R., Wyatt, H. (2003). How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stocck Conference and consensus statement. *The International Association for the Study of Obesity. Obesity Review*, 4, 101-114.
- Savaşan, Ç., Sarı, O., Aydoğan, Ü., Erdal, M. (2015). İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19(1), 14-21.
- Segula, D. (2014). Complications of obesity in adults: A short review of the literature. *Malawi Medical Journal*, 26(1), 20-24.
- Serter, R. (2003). *Obezite atlası*. Ankara: Karekter Color Basımevi, 3-7.
- Sevinçer, M. G. (2014). Türkiye’de obezite cerrahisinde psikiyatrik değerlendirme: Uzlaşma ve kılavuz gereksinmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(2), 5-45.
- Sinan, B. (2013). Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji*, 70(4), 205-214.
- Sözen, M. A. (2006). Obezite ve obezitenin genetiği. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 7, 1-11.
- Steyer, N. M., Oliveira, M. C., Gouvea, M. R. F., Echer, I. C., Lucena, A. F. (2016). Clinical profile, nursing diagnoses and nursing care for postoperative bariatric surgery patients. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1), e50170.
- Tam, A. A., Çakır, B. (2012). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medikal Journal*, 12(1), 37-41.
- Tezcan, B. (2009). *Obez bireylerde benlik saygısı, Beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar*. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 29-32.
- Thonney, B., Pataky, Z., Badel, S., Bobbioni-Harsch, E., Golay, A. (2010). The relationship between weight loss and psychosocial functioning among bariatric surgery patients. *The American Journal of Surgery*, 199, 183-188.
- Topçu, S., Orhon, F. Ş., Tayfun, M., Uçaktürk, S. A., Demirel, F. (2016). Anxiety, depression and self-esteem levels in obese children: a case-control study. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 29(3), 357-361.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2018). *Obezite tanı ve tedavi klavuzu*, (6.Baskı). Ankara: TEMD, 80-100.

- Uzun N. (2014). *Ergenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları, algılanan ebeveyn kontrolü ve depresyon ile obezitenin ilişkisi: obezite için koruyucu ve risk faktörleri.* Uzmanlık Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın, 13-15.
- Ünal, Ş. (2016). *Bariyatrik cerrahi sonrası kilo geri alımının, gece yeme, duygusal yeme, yeme endişesi, depresyon ve demografik özellikler tarafından yordanması.* Doktora Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 27-30.
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin dört temel kavramı: insan, çevre, sağlık, hastalık, hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 11-25.
- Vargas, P. G., Mendes, A. G., Pinto, D. R. (2017). Quality of life after vertical gastrectomy evaluated by the baros questionnaire. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 30(4), 248-251.
- Vega, L. G. (2001). Obesity, the metabolic syndrome, and cardiovascular disease. *American Heart Journal*, 142(6), 1108-1116.
- Velazquez, A., Apovian, C.M. (2017). Pharmacological management of obesity. *Minerva Endocrinol*, 43(3), 356-366.
- Wadden, T. A., Butryn, L. M., Hong, S. P., Tsai, G. A. (2014). Behavioral treatment of obesity in patients encountered in primary care settings: A systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 312(17), 1779-1791.
- Wimmelmann, L. C., Dela, Flemming., Mortensen, L. E. (2014). Psychological predictors of weight loss after bariatric surgery: A review of the recent research. *Obesity Research&Clinical Practice*, 8, 314-324.
- World Health Organization. (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of the WHO consultation on obesity, Geneva, 9-10.
- World Health Organization. (2017) Global Nutrition Policy Review 2016 – 2017: Country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition. Geneva, 6-44.
- Xue-Yan, Z., Dong-Mei, L., Dan-Dan, X., Le-Shan, Z. (2016). Obese Chinese primary-school students and low self-esteem: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Pediatrics*, 26(4), 3777.
- Yusufov, M., Dalrymple, K., Bernstein, M. H., Walsh, E., Rosenstein, L., Chelminski, I., Zimmerman, M. (2017). Body mass index, depression, and suicidality: The role of self-esteem in bariatric surgery candidates. *Journal of Affective Disorders*, 208, 238-247.
- Yüksel, A. (2016). Bariyatrik cerrahi operasyonu geçiren morbid obez bir hastanın 3 yıl sonraki beslenme durumu: olgu sunumu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 39-45.



EK-1. Etik Komisyon İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 19.10.2017-E.149002



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 14574941-302.08.01-
Konu : Etik Komisyon Hk.(Ceren
EROĞLU AKGÜN)

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 17/10/2017 tarihli ve 77082166-302.08.01- 147539 sayılı yazı.

Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencisi Ceren EROĞLU AKGÜN'ün, etik kurul başvurusu ile ilgili olarak Üniversitemiz Etik Komisyon' unun cevabi yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Doç. Dr. Aysel BERKKAN
Enstitü Müdür Yardımcısı

DAĞITIM

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne »
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına
Sayın Prof. Dr. Sultan AYAZ ALKAYA

EK-1. (devam) Etik Komisyon İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/10/2017-E.147539



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 05/07/2017 tarihli ve 14574941-199- 96722 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Ceren EROĞLU AKGÜN'ün, Doç.Dr. Sultan AYAZ ALKAYA'nın danışmanlığında yürüttüğü "*Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Geçiren Bireylerin Preoperatif ve Postoperatif Dönemindeki Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi*" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 10.10.2017 tarih ve 08 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, Yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2017-374

Ek:1 Liste

EK-1. (devam) Etik Komisyon İzni



EK-2. Başkent Üniversitesi İzmir Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi
Başhekimliği İzin Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/03/2017-E.11335
01 Mar 2017 16:03 HP Faks 02323364849

syf: 1



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
ZÜBEYDE HANIM UYGULAMA
VE ARAŞTIRMA MERKEZİ



TS-EN-ISO 9001
KALİTE SİSTEM BELGESİ

SAYI:49430641/ 45

01/03/2017

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi: 14574941/100- Tez Uygulama İzin Yazısı (Ceren Eroğlu AKGÜN) Hk.

İlgi yazınıza istinaden Yüksek Lisans Öğrencisi Ceren Eroğlu AKGÜN'ün "Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Geçiren Bireylerin Preoperatif ve Postoperatif Dönemindeki Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasını Merkez'imizde yapması uygun bulunmuştur. Bilgilerinize sunarım.

Saygılarımla.

Pof. Dr. Hüseyin GULAY

BAŞHEKİM

www.baskent-izm.edu.tr

ANA HİZMET BİNASI ve AÇIL SERVİSİ: Cafer Dudaşev Bul. No:175, Bostanlı Karşıyaka - İZMİR Tel: (232) 241 10 00 Faks: (232) 336 94 21
POLİKLİNİK BİNASI: 6471/5 Sokak, No 7, Yalı Mahallesi, Bostanlı, Karşıyaka - İZMİR Tel: (232) 241 10 00 Faks: (232) 336 48 49
ÇİĞJ POLİKLİNİK BİNASI: B110/5 Sokak, No 4, Çiğli - İZMİR Tel: (232) 241 10 00

EK-3. Katılımcılardan Alınan Yazılı Onam Formu

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı;

Sizi, Ceren EROĞLU AKGÜN tarafından yürütülen ‘laparoskopik sleeve gastrektomi geçiren bireylerin preoperatif ve postoperatif dönemindeki benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi’ başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışma bir anket çalışması olup, size herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır. Bu araştırmayla ilgili olarak sizden beklenen araştırmanın sorularına eksiksiz ve doğru cevap vermenizdir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Ceren EROĞLU AKGÜN

Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Araştırma ve Uygulama Merkezi

EK-3. (devam) Katılımcılardan Alınan Yazılı Onam Formu

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum.

Araştırma yürütücüsü (Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Adı ve Soyadı : Prof. Dr. Sultan Ayaz Alkaya

Tarih ve İmza

Adres ve Telefon : Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Katılımcı

Adı ve Soyadı :

Tarih ve İmza

Adres ve Telefon :

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı :

Tarih ve İmza

Adres ve Telefon :

EK-4. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği İzin Yazısı

Gönderen: NAZMİYE ÇIRAY GÜNDÜZOĞLU

Kime: Sultan Ayaz

Konu: Re: ölçek hk

Sayın Hocam merhaba,
Ekte ölçeği ve ölçeğe ait rehberi görebilirsiniz.
Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.
Saygılarımla
Nazmiye

Dr.Öğr.Üyesi Nazmiye ÇIRAY GÜNDÜZOĞLU
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Hemşirelik Fakültesi
Ege Üniversitesi
35100 Bornova/İZMİR

2 eklenti — [Tüm ekleri indir](#)

 **OWLQOL_TechReport (1).pdf**
24K [HTML olarak görüntüle](#) [İndir](#)

 **Turkish_OWLQOL (2).pdf**
261K [HTML olarak görüntüle](#) [İndir](#)

EK-5. Kişisel Bilgi Formu

Bu çalışma, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi yüksek lisans tez çalışması olup, obezite ameliyatı olan bireylerin benlik saygısı ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Sağlıklı bilgilere ulaşabilmek için soruları dikkatle okumanız, yanıtsız bırakmamanız önemlidir. Bu anket formunda sorulara vereceğiniz yanıtlar, söz konusu çalışma dışında, başka hiçbir amaçla kesinlikle kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Ayıracağınız zaman ve göstereceğiniz özen için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Sultan AYZ ALKAYA

Yüksek Lisans Öğrencisi Ceren EROĞLU AKGÜN

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: ☐Erkek ☐Kadın

3. Medeni Durumunuz: ☐Bekar ☐Evli

4. Çalışma durumu: ☐Evet ☐Hayır

6. Öğrenim düzeyiniz: ☐İlkokul ☐Ortaokul ☐Lise ☐Lisans ve üzeri ☐Diğer

7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

☐Gelir giderden az ☐Gelir gidere eşit ☐Gelir giderden fazla

8. Vücut ağırlığınız:.....kg **Boyunuz:**.....cm

9. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

Evet (belirtiniz.....) () Hayır

10. Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?

Evet (belirtiniz.....) () Hayır

11. Sigara kullanma: 1) Evet 2) Hayır 3) Diğer.....

12. Diyet yapmakla ilgili aşağıdaki cümlelerden size en uygun olanını işaretleyiniz.

() Devamlı diyet yaparım. () Sık sık diyet yaparım () Nadiren diyet yaparım. () Bugüne kadar hemen hemen hiç diyet yapmadım.

13. Düzenli egzersiz yapar mısınız? ☐ Evet ☐Hayır

14. Hangi sıklıkta egzersiz yaparsınız?

☐Her gün ☐Haftada birkaç kez ☐Haftada bir kez ☐Ayda birkaç kez

☐Diğer.....

EK-5. (devam) Kişisel Bilgi Formu

15. Şu anki kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Zayıf () Normal () Şişman() Çok Şişman()

16. Psikolojik destek alıyor musunuz?☐Evet ☐Hayır**17. Yeme davranışı ile ilgili verilen aşağıdaki cümlelerden size uygun olduğunu düşündüğünüz şıkkın/şıkların yanına (X) işareti koyunuz.**☐Yemek seçerim.☐Dengesiz beslenirim.☐Az yemek yerim.☐Çok fazla yemek yerim.☐Bazen tıkanırcasına bazen çok kısıtlı yemek yerim.☐Kendim için kötü/yasak olduğunu düşündüğüm besinleri yemem.☐Yemek yedikten sonra kusarım.☐Yemek yedikten sonra suçluluk duyarım.☐Diğer.....

EK-6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadelerden size uygun olanı (X) şeklinde işaretleyiniz. Her ifade için yalnız bir işaretleme yapılacaktır. Cevapsız ifade bırakılmaması gerekmektedir. Araştırmaya vermiş olduğunuz katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

	Çok Doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış
1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.				
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.				
3. Genelde kendimi başarısız biri olarak görme eğilimindeyim.				
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.				
5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.				
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içerisindeyim.				
7. Genel olarak kendimden memnunum.				
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.				
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.				
10. Bazen kendimin hiç de yeterli olmadığını düşünüyorum.				

EK-7. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (OÖYKÖ)

AĞIRLIĞINIZ HAKKINDA KİŞİSEL DUYGULARINIZ

Kilolu olma ve kilo vermekle ilgili yaşam kalitesi ifadelerin listesi aşağıdadır. Aşağıdaki ifadelerden her biri için şuan cevabınızı en iyi tanımlayan bir kutuyu işaretleyiniz.

0-Hiç, 1-Hemen hemen hiç, 2-Az, 3-Orta derecede, 4-Epeyce, 5-Çok fazla, 6-Aşırı derecede)

	0-Hiç	1-Hemen hemen hiç	2-Az	3-Orta derecede	4-Epeyce	5-Çok fazla	6-Aşırı derecede
1.Kilom yüzünden hatlarımı gizleyen giysiler giymeye çalışırım							
2.Kilom yüzünden, daha az enerjim olmasından dolayı kendimi sinirli (üzgün) hissediyorum							
3.Kilom nedeniyle yediğim zaman suçluluk duyuyorum							
4.Başkalarının kilom hakkında söylediklerinden rahatsız oluyorum							
5.Kilom nedeniyle fotoğraf çektirmemeye çalışıyorum							
6.Kilom nedeniyle kişisel temizliğime çok dikkat etmek zorundayım							
7.Kilom, yapmak istediklerimi yapmama engel oluyor							
8.Kilomun bedenimde yarattığı fiziksel zorlanma yüzünden endişeliyim							
9.Kilo yüzünden başkalarının yediğini yiyememekten dolayı kendimi sinirli/üzgün hissediyorum							
10.Kilom yüzünden kendimi depresyonda (moral bozukluğu içinde) hissediyorum							
11.Kilom yüzünden kendimi çirkin hissediyorum							
12.Kilom yüzünden gelecekte endişeliyim							
13.Zayıf insanlara imreniyorum (gıpta ediyorum)							
14.Kilom yüzünden insanların bana dikkatle baktıklarını hissediyorum							
15.Kilom yüzünden bedenimi kabullenebilmekte güçlük çekiyorum							
16.Verdiğim kiloları tekrar alacağımdan korkuyorum							
17.Kilo vermeye çalışırken cesaretim kırılıyor.							

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, Adı : EROĞLU AKGÜN, Ceren
Uyruğu : T.C.

Eğitim Derecesi	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Başkent Üniversitesi/ Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü	2013
Lise	Fatih Sultan Mehmet Lisesi	2007

İş Deneyimi, Yıl	Yer	Görev
2019- devam ediyor	Karşıyaka Belediyesi	Hemşire
2016-2019	Başkent Üniversitesi/ Zübeyde Hanım Araştırma ve Uygulama Merkezi/Ameliyathane	Hemşire
2013-2016	Başkent Üniversitesi Hastanesi/ Koroner Yoğun Bakım	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce

Bildiriler

Eroğlu Akgün, C., Ayaz Alkaya, S. (2018, 23 Nisan-26 Nisan). *Laparoskopik sleeve gastrektomi geçiren bireylerin preoperatif ve postoperatif dönemindeki benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi*. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Türkiye Barolar Birliği Litai Hotel Kongre ve Kültür Merkezi, Ankara, 16.

Eroğlu Akgün, C., Ayaz Alkaya, S. (2018). *Küresel bir sorun olarak obezite: Bariyatrik cerrahi operasyonu sonrası yeme davranışı ve beden kitle indeksi - Olgu incelenmesi*. Sözel Bildiri, Poster Bildiri Sunumları, 21.

Hobiler

Kitap okumak.





GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR...