



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BARİYATRİK CERRAHİNİN  
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ, BENLİK SAYGISI VE  
BEDEN İMAJI ÜZERİNE ETKİSİ**

NAZAN KELEŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. SONAY GÖKTAŞ

İSTANBUL, 2019



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BARİYATRİK CERRAHİNİN  
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ, BENLİK SAYGISI VE  
BEDEN İMAJI ÜZERİNE ETKİSİ**

NAZAN KELEŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. SONAY GÖKTAŞ

İSTANBUL, 2019

## TEŞEKKÜR

İlk olarak çalıřmanın planlanması ve yűrűtűlmesi sűrecinde bana yol gűsteren, desteęini ve sabrını esirgemeyen ve her zaman yanımda hissettięim tez danıřmanım Sayın Doç. Dr. Sonay Gűktař'a teőekkűrlerimi sunarım.

Ayrıca, hayatımın her dűneminde olduęu gibi bu çalıřma sűresince de beni yűreklendiren, sevgi ve desteklerini hiç eksik etmeyen bařta annem Nazime Keleř olmak űzere tűm sevdiklerime çok teőekkűrler.



# İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI FORMU .....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
4. GENEL BİLGİLER .....	7
4.1. Bariyatrik Cerrahi Hakkında Genel Bilgi .....	7
4.1.1. Bariyatrik cerrahi endikasyonları ve kontrendikasyonları .....	7
4.2. Bariyatrik Cerrahide Hastaya Yönelik Ameliyat Öncesi Değerlendirmeler.....	9
4.3. Bariyatrik Cerrahide Ameliyat Öncesi ve Sonrasında Psikososyal Değerlendirmeler.....	10
4.3.1. Bariyatrik Cerrahi Öncesi ve Sonrasında Kaygı Bozuklukları .....	10
4.3.2. Bariyatrik Cerrahi Öncesi ve Sonrasında Depresyon.....	11
4.3.3. Bariyatrik Cerrahi Öncesi ve Sonrasında Uyku Bozuklukları .....	12
4.3.4. Bariyatrik Cerrahi Öncesi ve Sonrasında Kişilik Bozuklukları .....	13
4.4. Bariyatrik Cerrahide Ameliyat Öncesinde Benlik Saygısı ve Beden İmajı ....	14
4.4.1. Hastanın Ameliyat Öncesinde Beden İmajı ve Benlik Saygısının Psikiyatrik Açından Etkileri.....	15
4.5. Bariyatrik Cerrahi Ameliyat Sonrasında Benlik Saygısı ve Beden İmajı.....	16
4.5.1. Hastanın Ameliyat Sonrasında Beden İmajı ve Benlik Saygısının Psikolojik Açından Etkileri.....	16
4.6. Bariyatrik Cerrahinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Cinsel Yaşam Etkileri ...	17
4.7. Bariyatrik Cerrahide Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Yaklaşımı.....	17
5. MATERYAL VE METOT .....	21
5.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı .....	21

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	21
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	21
5.3.1. Evreni Bilinen Örneklem Formülü .....	22
5.4. Veri Toplama Yöntemi .....	23
5.4.1. Hasta Bilgi Formu .....	23
5.4.2. Cinsel Yaşam Değerlendirme Formu.....	23
5.4.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	23
5.4.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	24
5.4.5. Vücut Algısı (Beden İmajı) Ölçeği .....	25
5.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....	25
5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	26
5.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	26
6. BULGULAR .....	27
7. TARTIŞMA .....	43
8. SONUÇ .....	54
9. EKLER .....	56
10. KAYNAKLAR .....	67
11. ETİK KURUL ONAYI.....	81
12. ÖZGEÇMİŞ .....	86

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>BKİ</b>	:	Beden Kitle İndeksi
<b>EKG</b>	:	Elektrokardiyogram
<b>EKO</b>	:	Ekokardiyogram
<b>max</b>	:	Maksimum
<b>min</b>	:	Minimum
<b>N</b>	:	Olgu sayısı
<b>NICE</b>	:	Ulusal Sağlık ve Bakım Enstitüsü
<b>SPSS</b>	:	Statistical Package for Social Sciences
<b>SS</b>	:	Standard sapma
$\bar{x}$	:	Ortalama değer

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 6.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (N=164).....	27
Tablo 6.2. Ameliyattan Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi, Benlik Saygısı ve Beden İmajı Ölçek Puan Ortalamaları (N=164) .....	28
Tablo 6.3. Ameliyattan Öncesi ve Sonrası Cinsellik (N=102) .....	29
Tablo 6.4. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Ameliyat Öncesi Yaşam Kalitesi, Benlik Saygısı ve Beden İmajının Puan Ortalamaları .....	30
Tablo 6.5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi, Benlik Saygısı ve Beden İmajının Puan Durumu (N=164).....	34
Tablo 6.6. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ameliyattan Önce Cinsel Yaşam Puan Durumu (N=102).....	39
Tablo 6.7. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ameliyattan Sonra Cinsel Yaşam Puan Durumu (N=102).....	41

## 1. ÖZET

### **BARİYATRİK CERRAHİNİN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ, BENLİK SAYGISI VE BEDEN İMAJI ÜZERİNE ETKİSİ**

Çalışma bariyatrik cerrahinin hastaların yaşam kalitesi, benlik saygısı ve beden imajı üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirildi. Araştırma evrenini 31 Ocak- 30 Mayıs 2019 tarihleri arasında İstanbul ili Avrupa yakasında hizmet veren bir hastaneye başvuran bariyatrik girişim geçirmiş hastalar, örneklemini ise araştırma kriterlerini kapsayan, araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirildikten sonra araştırmayı kabul eden 164 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında “Hasta Bilgi Formu”, “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği”, “Vücut Algısı Ölçeği” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanıldı. Veriler örnekleme alınma kriterlerini karşılayan hastalar ile ameliyattan bir gün önce ve ameliyattan 3 ay sonraki kontrollere geldiklerinde iki defa yüz yüze görüşülerek toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı ile tanımlayıcı istatistiksel yöntem olarak (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) kullanıldı. Bu yöntemlerin yanı sıra t-testi, Tek Yönlü (One Way) Anova testi ve post hoc analiz olarak Scheffe testi kullanıldı. Hastaların %68,9’unun kadın, %33,5’inin 41-50 yaş arasında, %52,4’ünün eğitim düzeyinin lise ve üzeri, %62,2’sinin evli, %91,5’inin morbid obez olduğu belirlendi. Hastaların ameliyat öncesi yaşam kalitesi, benlik saygısı, beden imajı ölçek puanları ortalamaları ile ameliyat sonrası puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu saptandı ( $p < 0,001$ ). Ameliyat öncesi ve sonrası hastalar cinsel yaşamları yönünden değerlendirildiğinde de anlamlı bir farklılığın olduğu bulundu ( $p = 0,009 < 0,05$ ). Ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesi alt boyutlarından emosyonel fonksiyon ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ( $p = 0,003 < 0,05$ ). Bu çalışmada sonuç olarak bariyatrik cerrahinin hastaların yaşam kalitesi, benlik saygısı ve beden imajı üzerine olumlu etkilerinin olduğu saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Bariyatrik cerrahi, Beden imajı, Benlik saygısı, Hemşirelik, Yaşam kalitesi



## **2. ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF BARIATRIC SURGERY ON QUALITY OF LIFE, SELF ESTEEM AND BODY IMAGE**

This study was established as descriptive and cross-sectional in order to define the effects of bariatric surgery on patients' quality of life, self-esteem and their body image. The population of the study consisted of bariatric patients who applied to an hospital in the European side of Istanbul between 31 January and 30 May 2019, and the sample consisted of 164 patients, who included the study criteria and explained the purpose of the study and accepted the study. "Patient Information Form", "Rosenberg Self-Esteem Scale", "Body Perception Scale ", and " SF-36 Quality of Life Scale" were used for data collection. The data were collected by face-to-face interviews twice when the patients met the sampling criteria and they came to the controls one day before and 3 months after the operation. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 was used as the descriptive statistical method (number, percentage, mean and standard deviation). In addition to these methods, t-test, (One Way) Anova test and Scheffe test; as a post-hoc analysis; were used. It was determined that; 68.9% of the patients were female, 33.5% were between 41-50 years of age, 52.4% were high school and above, 62.2% were married, 91.5% were morbidly obese. There was a significant difference between preoperative quality of life, self-esteem, body image scale scores and postoperative mean scores ( $p = <0.001$ ). There was also a significant difference between preoperative and postoperative sexual life ( $p = 0.009 <0.05$ ). It was determined that there was a significant relationship between emotional function and the number of children in the preoperative and postoperative quality of life subscales ( $p = 0.003 <0.05$ ). In conclusion, it was found that bariatric surgery had positive effects on quality of life, self-esteem and body image.

**Keywords:** Bariatric surgery, Body image, Self-esteem, Nursing, Quality of life

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite kavramı, Latin kökenden gelmekte ve “yemekten dolayı” anlamını taşımaktadır. İngilizce karşılığı olarak “fazla yüklenme” anlamında kullanılmaktadır. Teknik olarak obezite kavramı, fiziksel ve ruhsal problemlere neden olmakla birlikte, vücutta aşırı yağın toplanmasını belirtmektedir. Bu yönden obezite, enerji metabolizması bozukluğu olarak da belirtilmektedir [1]. Başka bir ifadeyle obezite kavramı, vücuda alınmakta olan kalori ile bu kalorinin harcanması arasında mevcut orantısızlığı belirtmektedir. Bu özelliği ile beraber obezite, çok faktörlü bir kavram olarak görülmektedir [2]. Dünya Sağlık Örgütü tarafından obezitenin tanımlanması ise, yağ miktarlarında artışların olması ile beraber vücut kompozisyonlarında insan sağlığını olumsuz düzeyde etkileyen boyuttur [3].

Obezite ve obez kişilere yönelik yapılan değerlendirmeler oldukça fazladır. Ancak bazı değerlendirmeler, obezite kavramını yalnızca motivasyon eksikliği şeklinde göstermekte ve irade zayıflığına bağlamaktadır. Bu durum, obezite kavramına bağlı düşüncelerin, obezitenin genetik faktörlerin etkenlerini yansıtılabileceğini ya da çok faktörlü bir kronik hastalığın etkeni olabileceği gibi özelliklerin görmezden gelinmesine neden olmaktadır [4].

Obezite, diyabet, hipertansiyon, hiperlipemi, koroner arter hastalığı, obstrüktif apne sendromu ve meme, uterus, prostat ve karaciğer kanserleri gibi çeşitli kanserler gibi çeşitli hastalıkların gelişmesi ile ilişkilidir. Ayrıca, obezite; depresyon ile ilişkilidir ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Obezitenin hem erkek hem de kadınlarda cinsel işlev bozukluğu, cinsel yanıtı etkileyebileceğine dair kanıt vardır [5,6].

Obezitenin artmasında fiziksel aktivitelerin azalması ve değişen beslenme alışkanlıklarının etkisi oldukça büyüktür. Aynı zamanda bu durum çeşitli düzeylerde sorunları da beraberinde getirmektedir. Kısacası meydana gelebilecek problemlerin önlenmesi ve obezitenin tedavi edilmesi oldukça önemlidir. Farmakolojik tedavi, diyet rejimleri ve yaşam tarzı değişiklikleri morbid obez hastalarda etkili görünmemektedir. Bu nedenle, bariyatrik cerrahi morbid obezitede en etkili tedavi olarak kabul edilir ve daha kalıcı kilo kaybı sağlar [4,6–8].

Obezitenin gün geçtikçe artış gösterdiği yönünde istatistiki raporlar önemli bir düzeydedir. 1980’li yıllardan başlayıp günümüze kadar obezite artışları, neredeyse iki kattan daha fazla bir değere ulaşmıştır. Buna göre, 18 yaş ve üstü iki milyar yetişkin bireyin fazla kilolu olduğu ve bu durumun neredeyse 600 milyonun obezite sorunu yaşadığı saptanmıştır. Aynı zamanda araştırmada, beş yaş altı 41 milyon çocuğun da fazla kilolu veya obezite sorunları yaşadığı belirlenmiştir [7].

Bariyatrik cerrahi kavramının kökeni, yunanca “kilo” kavramından gelmektedir. Bu kavram, kilo kaybının sağlanması amacıyla yapılan cerrahi düzeydeki girişimleri ifade etmektedir. Kilo kaybının gerçekleştirilme süreci, cerrahi işlem sonucunda kendisini gösteren en önemli unsurlar arasındadır [9]. Bununla birlikte, metabolizma aktivitelerinin düzenlenmesinde de önemli bir yer tutmaktadır. Metabolizma aktivitelerinin belirli bir kısmı, kilo kaybından bağımsız niteliklerdir. Bu nedenle de bariyatrik cerrahinin genel tedavi etkinlikleri, “bariyatrik-metabolik cerrahi” işlemlerini kapsamaktadır [9,10].

1946’da, Dünya Sağlık Örgütü, anayasasında sağlığı, yalnızca hastalık ya da halsizlik olmanın değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal refahın bir hali olarak tanımlamıştır [3]. Bu nedenle, modern sağlık kavramı aynı zamanda yaşam kalitesini de kapsar ve sağlık duygusu temel belirleyicilerinden biridir. Birçok araştırmacıya göre, sağlık hissi aslında iyi bir yaşam kalitesini belirleyen temel bir durumdur. Obezite ve fazla kilo ile ilgili sayısız komplikasyon arasında, bireysel organ ve sistemlerin fonksiyonlarını etkileyen somatik hastalıkların yanı sıra, yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerine de sık sık değinilmektedir [3,11,12].

Bariyatrik cerrahinin uzun süreli varlığını sürdürmede, iyileştirmede ve obezite ile ilişkili komorbiditeleri kontrol etmede etkili olduğu kanıtlanmıştır [6,13–15]. Bariyatrik cerrahinin metabolik hastalıklar üzerindeki etkisi geniş çapta araştırılmış olmasına rağmen, hastaların benlik saygısı, beden imajı, cinsel sağlığı, yaşam kalitesi hakkında daha az şey bilinmektedir [6]. Bazı çalışmalar bariyatrik cerrahinin muhtemelen vücut görüntüsündeki düzelme memnuniyeti ile ilgili olumlu bir etkiye sahip olduğunu bulmuştur [5,6,16,17].

Benlik saygısı kişinin kendini ve yeteneklerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi olarak tanımlanır. Kişinin kendine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven

duygularını içerir. Benlik saygısı bedensel özellikler dahil birçok faktörden etkilenir [18]. Obez bireylere verilen psikolojik destekte kişinin kendisine saygı duyması olarak ifade edilen benlik saygısı ve beden imajının geliştirilmesine önem verilir. Obezlerin kilo vermeyi isteme sebeplerinden en yaygın olarak görüleni beden hoşnutsuzluğudur. Bu nedenle, obezite yönetiminde beden algısı üzerine yoğunlaşılır [18–22].

Bariyatrik cerrahi tedavisi ile beraber etkisini gösteren metabolizma aktivite etkinlikleri, ameliyat öncesinde ve sonrasında, kişinin normal yaşantısında da etkileşimleri ortaya koyan durumlardır. Buna göre, bariyatrik cerrahinin etki mekanizmaları, yalnızca ağırlık kontrolünün sağlanması üzerine değildir [23]. Aynı zamanda kişinin benlik saygısı ve beden imajı da değişebilmekte ve daha sağlıklı bir sürecin oluşturulması söz konusu olabilmektedir. Ancak ameliyat öncesi ve sonrası planlamaların ve hazırlıkların bireye özgü yapılması gereklidir [24].

Düşük benlik saygısı bariyatrik cerrahi adaylarında oldukça sık görülmektedir [21]. Bariyatrik cerrahi sonrasında ise kişinin benlik saygısının yükseldiği görülmektedir [25]. Bariyatrik cerrahi öncesi beden imajına bakıldığında ise büyük bir kısmının olumsuz beden imajına sahip oldukları görülmektedir, bariyatrik cerrahi sonrasında ise beden imajının pozitif yönde değiştiği belirlenmiştir [25,26]. Obezite kişiyi benlik saygısı ve beden imajının yanı sıra cinsel sağlık konusunda da etkilemekte cinsel işlevlerin ve cinsel memnuniyetin azalmasına sebep olmaktadır. Bariyatrik cerrahi sonrasında kilo kaybına bağlı olarak hormonal faaliyetlerin normale döndüğü görülmüştür [13].

Bariyatrik cerrahinin uygulanma sürecinde üç çeşit tedavi yönteminin olması da dikkate alınarak işlem süreçlerinin gerçekleştirilmesi, tedavinin en iyi hangi düzeyde yapılabileceğini belirlemeyi gerektirir. Buna göre kısıtlayıcı ameliyat, emilimi bozan ameliyat ve hem kısıtlayıcı hem de emilimi bozan ameliyat uygulamalarından en uygun tedavi etkinliğinin tercih edilmesi önemlidir. Kişinin yaşam süreçleri içerisinde özellikle de benlik saygıları, beden imajları ve cinsel yaşamları üzerinde de etkileyici bir durum olması yönünden bu duruma dikkat edilmelidir [4,27].

Bariyatrik cerrahi öncesinde kişilerin tedavi süreçlerine yönelimlerinin temelinde beden imajının bozulması, benlik saygısının azalması ve cinsel yaşamlarında olumsuzlukların olması yatmaktadır. Beden kitle indeksi arttıkça kişinin kendisine olan saygısı ve beden imajı azalabilmekte ve ciddi düzeyde sorunlar oluşabilmektedir. Bu yönden bakıldığında, cerrahi yönetimlerinin benimsenmesinde, uygulanmasında ve tedavide başarının sağlanmasında bir ekip çalışması gerekmektedir [28]. Buna göre ameliyat öncesinde hasta seçimlerinin doğru yapılması, yeterli düzeyde hazırlıkların gerçekleştirilmesi, deneyimli cerrahi ekibin oluşturulması ve tüm bu süreçlerde hemşirelik bakımının verilmesi oldukça önemlidir [29].

Bariyatrik cerrahide hemşirelik bakımının önemi oldukça büyüktür. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımları içerisinde hava yolu açıklığının sağlanması, yara ve dren bakımı, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması ve enfeksiyonların önlenmesi ile birlikte hastalara psiko-sosyal desteğin; yaşam kalitesi, beden imajı, benlik saygısı yönünden sağlanması da gerekmektedir [30,31]. Ameliyat sonrasında hemşire bakımı ameliyatın başarılı bir şekilde devamlılığını sağlamada önemlidir [27].

Tüm bu bilgiler ışığında, bu prospektif uzun çalışmanın amacı, bariyatrik cerrahi öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitesi, benlik saygısı ve beden imajı üzerine tedavinin etkilerini belirlemek, derinlemesine incelemek ve sınırlı sayıda kaynak içeren literatüre önemli bir katkı sunmaktır.

## **4. GENEL BİLGİLER**

### **4.1. Bariyatrik Cerrahi Hakkında Genel Bilgi**

Bariyatrik cerrahi kapsamı genellikle, obezite tedavilerini gerçekleştirme ve çeşitli metabolik reaksiyonlarda düzenlemeleri geliştirme amaçlı girişimlerin tamamını belirtmektedir. Obezitede tedavi kapsamlı ilk cerrahi girişim, 1954 yılında yapılmıştır. O günden bu sürece kadar kullanılan teknikler geliştirilmiş ve kapsamlı tedavi metotları uygulanmaya başlanmıştır [23].

Bariyatrik cerrahi tedavisi, fiziksel aktivitenin artırılması, metabolizma sorunlarının giderilmesi ve kilo kaybının sağlanması gibi farklı düzeyleri ve insan yaşamı açısından önem arz eden etkinlikleri içermektedir. Bariyatrik cerrahinin uygulanması, özellikle de morbid obezite tedavisinde önemli bir girişimdir. Cerrahi girişimi ile beraber genel bağlamda kilo kaybının fazlaca olması, metabolik sendrom tedavisinde de etkinliği ortaya koymaktadır [4].

Bariyatrik cerrahi tedavisinde çeşitli yöntemler uygulanabilmektedir. Bu yöntemler; gastrik balon, vertikal band gastroplastisi, ayarlanabilir mide bandı, biliopankreatik diversiyon-duodenal switch ameliyatı, roux-en-y gastrik bypass ve sleeve gastrektomidir. Cerrahi tedavi yöntemlerinin bu kadar fazla olmasında kişinin genel sağlık durumu kadar en uygun tedavinin seçilmesi ve işlem sürecinin başarılı şekilde gerçekleştirilmesi durumları da önemlidir [18]. Diğer yandan cerrahide işlem süreçleri; kısıtlayıcı ameliyat, emilimi bozan ameliyat ve hem kısıtlayıcı hem de emilimi bozan ameliyat uygulamalarıdır. Ameliyat uygulamaları sırasında bu tip tedavilerden en etkin olanlarının seçilmesi, uygun analizlerin yapılması ve tespiti ile beraber olumsuz süregelen durumların dikkate alınması ile de ilişkilidir. Bu nedenle ameliyat öncesi ve sonrası etkenlerin değerlendirilmesi gereklidir [32,33].

#### **4.1.1. Bariyatrik cerrahi endikasyonları ve kontrendikasyonları**

Bariyatrik cerrahi işlemlerinin hastaya uygulanma sürecinde, başarılı ve etkili bir ameliyat için bazı unsurlara dikkat edilmelidir. Bu yönde özellikle de hastaların genel durumları değerlendirilmeli ve cerrahi açıdan uygunluklar belirlenmelidir. Hastaların ameliyattan önce takip edilmesi bu açıdan gereklidir. Özellikle de

hastaların diyet tedavilerine uyumları ve düzenli kontrollerini yaptırılmaları da gözden geçirilmelidir. Bu nedenle hastaların istek ve kararlılıkları etkin bir tedavi süreci açısından oldukça önemlidir [4].

Bariyatrik cerrahi tedavisinde endikasyonlar, ulusal ve uluslararası raporlar çerçevesince incelenir. Cerrahi işlem süreçlerine ilişkin incelemelerin yapılması ve değerlendirilmesi gereken kriterler, bu raporlarca sunulur. Buna göre söz konusu endikasyonlar ve kontrendikasyonlar aşağıda maddeler halinde sıralanmaktadır [4,34,35];

#### Bariyatrik cerrahi endikasyonları:

- Beden kitle indeksinin  $40 \text{ kg/m}^2$  ya da üzerinde bir değer olması halinde, obezite ile ilişkili bir komorbidite koşulu mevcut değildir. Ancak cerrahi tedavi sonucunda, bir risk artışı söz konusu olmamalıdır.
- Beden kitle indeksinin  $35 \text{ kg/m}^2$  ya da üzerinde bir değer olması halinde, obezite ile ilişkili düzeyde 1 komorbidite de olmalıdır. Bu durumlar ile etkileşimli unsurlar, tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon, dislipidemi, uyku-apne sendromu, obezite-hipoventilasyon sendromu, gastro-özofagial reflü gibi problemlerdir.
- Beden kitle indeksi değerinin  $30$  ila  $35 \text{ kg/m}^2$  arasında olması halinde ise, bu yönde çalışmalar yapılmasına rağmen etkin bir nitelendirilmeden söz edilememektedir. Bu nedenle de bu tür hastalara bariyatrik cerrahi tedavisi uygulanmamaktadır.

#### Bariyatrik cerrahi kontrendikasyonları:

- Kişinin  $18$  yaşından küçük ya da  $65$  yaşından büyük olması halinde cerrahi işlem gerçekleştirilememektedir. Ancak ciddi bir komorbiditenin olması halinde, cerrahi işlem düşünülebilmektedir.
- Tedavisi gerçekleştirilememiş ya da obeziteye neden olan bir endokrin hastalığın mevcut olması,
- Tedavi edilmemiş olan bir yeme bozukluğunun giderilememesi,
- Tedavi edilmemiş majör depresyon ve psikozun bulunması,
- Ciddi koagülopatinin olması,

- Anestezinin alınmasını önleyecek ölçüde ciddi kardiyak hastalığın mevcut olması,
- Alkol ya da madde bağımlılıklarının bulunması,
- Kişinin diyet ürünleri ile beslenebilecek ölçülerinin olmaması ya da uyum sağlayabilecek ölçüsünün bulunmaması,
- Gebe olan kişilerde ya da 12 ila 18 aylık bir süreçte gebe kalma planının olması,
- Herhangi bir kanser hastalığının olması,
- Şiddetli düzeyde gastroözofagiyal reflü problemlerinin olması,
- Portal hipertansiyon rahatsızlığının bulunması.

#### **4.2. Bariyatrik Cerrahide Hastaya Yönelik Ameliyat Öncesi Değerlendirmeler**

Bariyatrik cerrahi işlemlerinden önceki değerlendirmeler genelde, cerrahi işlem sürecinin hastaya uygunluğunu belirleme ya da hastayı cerrahi işlemlere uygun bir pozisyona getirme ile ilişkilidir. Cerrahi tedavi öncesinde hastanın yaşam tarzı, yeme davranışları, fiziksel aktivite durumları, hipertansiyon, kardiyak sistem hastalıkları, uyku apne sendromu gibi unsurların değerlendirilmesi, kişinin günlük yaşantıları ile ilişkili düzeyde incelenmelidir [36]. Aynı zamanda ameliyat öncesinde hastanın diyet ve egzersiz alışkanlıkları, psikososyal ve ailesel özellikleri ile yaşam tarzındaki değişikliklere bağlı motivasyon ölçüleri de değerlendirilmelidir. Ameliyat öncesinde bu değerlendirmeler kapsamında güvenli anestezi kapsamında belirli testlerin yapılması ve değerlendirilmesi başarılı bir ameliyatın gerçekleşmesinde oldukça önemlidir [37,38].

Laboratuvar testleri içerisinde uyku apne testi, üriner analiz, TSH, tam kan sayımı gibi çalışmalar, herhangi bir problemin meydana gelmesini önleme odaklı olmalıdır. Bu amaçlarla yapılan laboratuvar testleri, başarılı bir ameliyat ve sonrasında da etkin takipleri yapabilmeye gereklidir [38,39].

Ameliyat öncesinde yapılan testler arasında laboratuvar testleri kadar, başka değerlendirmeler de yapılmalıdır. Ağrı yönetimlerinin takip edilmesi, sıvı izlenimlerinin gerçekleştirilmesi, kronik ağrıların azaltılması gibi durumlar belirlenerek ameliyat süreçleri oluşturulmalıdır. Aynı zamanda bu testler, tanılama işlemine bağlı testlerin altı aylık bir süreç içerisinde takibinin yapılmasında da



önemlidir. Diğer yandan ameliyattan iki hafta önce düşük kalorili, düşük karbonhidratlı ve protein içeriği yüksek olan sıvı diyet ürünlerinin tüketim takibi de yapılmalıdır. Bunlar, ameliyat öncesi hazırlıklar arasında oldukça önemli olup, bu süreçte takibin etkin bir şekilde yapılmasında hemşirelere önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir [37,38].

### **4.3. Bariyatrik Cerrahide Ameliyat Öncesi ve Sonrasında Psikososyal Değerlendirmeler**

Hastalıklar, kişiyi sadece fizyolojik olarak etkilemediğinden özellikle psikolojik kökenli hastalıklarda kişinin psikososyal değerlendirmeleri de yapılmalıdır. Bu durum obez insanlar üzerinden incelendiğinde ise; obez insanların normal insanlardan daha çok hekime başvurduğu, daha çok hastaneye yattığı ve daha çok ilaç kullandığı gözlemlenmiştir. Böyle bir durum, hastalıkların tedavi süreçlerinde kişinin hem psikolojik hem de sosyal düzeyde etkilenmesine neden olmaktadır [4].

Ameliyat sonrasında beklentilerin karşılanma oranının ifade edilmesi ve gerekli ölçülerde dikkat edilecek unsurların belirtilmesi ise ayrıca önemlidir. Aksi halde kişide kaygı bozuklukları, depresyon, uyku bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi sorunlar gelişebilmektedir. Diğer yandan ameliyat sonrasında bu tür durumların belirtilmesinin önemi, kişide olumsuz süregelen unsurların giderilmesi açısından da önemlidir. Böylece ameliyat öncesinde ve sonrasında meydana gelebilecek sorunların çözümlenmesi sağlanmakta ve söz konusu problemler giderilebilmektedir [40].

#### **4.3.1. Bariyatrik Cerrahi Öncesi ve Sonrasında Kaygı Bozuklukları**

Bariyatrik cerrahi uygulamalarında temel değerlendirme, kişinin yalnızca ameliyat öncesi sürecini kapsamamaktadır. Aynı zamanda ameliyat sonrasında da takip edilmesi ve sorunların oluşmasını önleyici çalışmaların da yapılması gerekmektedir. Bu durum, meydana gelebilecek kaygıların giderilmesinde de etkindir [41].

Obez hastalarda ameliyat öncesi psikolojik durum incelendiğinde, kaygı bozukluklarının yüksek düzeyde olduğu belirtilebilir. Diğer yandan bu durum

ameliyat olma düşüncesi ile beraber de olumsuz bir süreç oluşturabilmektedir. Diğer bir deyişle kişinin ameliyat olması ile beraber, yeme-içme alışkanlıklarındaki davranışların değişmemesi durumu ciddi düzeyde sorunlar oluşturmaktadır. Bu açıdan önleyici unsurların geliştirilmesi gereklidir [42].

Kişinin ameliyat olması ile beraber kaygı bozukluklarının giderilmesi amacıyla sürekli yakın izlem yapılmalıdır. Bu yönde yapılan çalışmalar, kaygı bozukluklarının ameliyat sonrasında önemli bir düzeye ulaştığını desteklese de, bu duruma bağlı olumsuz değerlendirmeler de mevcuttur. Bu yönde gerçekleştirilen bir çalışmada, depresyon-kaygı bozukluklarının bariyatrik cerrahi öncesi ve sonrası ilişkisini değerlendirmiş ve yeme alışkanlıklarına bağlı herhangi bir kaygı durumu gözlemlenmemiştir [43]. Bu durum aynı zamanda cerrahi sonrasında, kişilerin kilo kaybı yaşayıp yaşamadıklarını belirtme ve kaygı yaşamamaları için de gerekli önlemleri alma süreçlerini değerlendirmeyi gerektirir. Davranışsal ve motivasyon artırıcı özellikte çalışmaların yapılması bu aşamada en önemli faaliyetlerdir. Bu nedenle beslenme eğitimlerinin verilmesi ve davranışsal psikoterapilerin cerrahi işlemi sonrasında hastaya sunulması, olumlu yönde gelişme fonksiyonu oluşturabilmelidir [44].

#### **4.3.2. Bariyatrik Cerrahi Öncesi ve Sonrasında Depresyon**

Depresyonun en sık karşılaşılan psikolojik sorunlar içerisinde yer alması nedeniyle günlük yaşamda da çok sık karşılaşılan bir ifade olmaktadır. Ancak depresyonun genel bağlamda etkinliği, ifade edilen değerlendirmelerden farklı bir durumu kapsamaktadır. Depresyonun ciddi oranlarda etkisi, kişinin sağlık sorunlarında her geçen gün biraz daha problemler oluşturucu unsurları ortaya koymaktadır [45].

Depresyon yaşam kalitesini düşürmekte ve etkisini ciddi düzeyde gösterebilmektedir. Bu anlamda depresyon ile beraber uyaranlara karşı duyarlılığın oluşması, yapabilme gücünün azalması, kendine güvenin azalması, karamsarlığın artması, umutsuzluğun güçlenmesi gibi farklı depresyon etkenleri kendisini gösterebilmektedir. Bu nedenle depresyon etkisinin takip edilmesi ve bu durumun özellikle de obezite gibi kendisine özgüvenin düşük olduğu ve psikolojik

semptomlara yakalanma durumlarının fazla olduğu hastalıklarda önemli bir yer tutmaktadır [42].

Bariyatrik cerrahi uygulamalarından önce, psikiyatrik muayenelerin yapılması önemlidir. Kişinin depresif problemlerinin olması, ameliyat ile beraber verimli ölçüde sonuçların alınmasını önleyebilmektedir. Bu nedenle kişinin yaşam kalitesinde olumlu gelişmelerin elde edilebilmesi için, psikiyatrik yaklaşımların geliştirilmesi gereklidir. Tedavi süreci öncesinde obez kişilerin depresyona maruz kalması, sağlıklı insanlarda daha çok gözlemlenmektedir. Depresyonun etkisi ile beraber kişinin psikososyal açıdan problemler yaşaması da daha fazla meydana gelebilmektedir [15].

Psikolojik problemlerin temelinde obezitenin etkisi, kişinin psikososyal değerlendirmeleri ile ilişkilidir. Bu nedenle kişinin, çeşitli sağlık sorunlarından kurtulma ve kendi özgüvenini artırma düşünceleri, kişide ameliyat olma düşüncesinin geliştirilmesine etkindir. Hastalar bu nedenle ameliyat süreci ile ilgili beklentilere yönelmektedir. Bazı hastalarda bu durum, özellikle de yalnızca ameliyat ile beraber kilo verecekleri düşüncesinin oluşması üzerinedir. Bu durum kişinin diyetli ürünler ile beslenme gibi yeme-içme davranışlarındaki alışkanlıklarını kazanmalarını önleyebilmektedir [4].

Ameliyat sonrası dikkat edilmesi gereken kurallara uyulmaması, hastalarda iyileşmenin gecikmesine ya da iyileşmenin olmamasına neden olmaktadır. Dolayısı ile gelişen bu durum, kişinin ameliyat süreci ile birlikte depresyona girmesine neden olabilmektedir. Kişinin beklentilerinin karşılanamadığı durumlar, kişide çeşitli depresif sorunları meydana getirebilmektedir. Bu nedenle, ameliyat öncesinde kişiye gerekli bilgilendirmenin yapılması ve gerçekçi beklentilerin sağlanması oldukça önemlidir [42].

#### **4.3.3. Bariyatrik Cerrahi Öncesi ve Sonrasında Uyku Bozuklukları**

Obezitenin çeşitli sağlık problemlerine neden olduğu bilinmektedir. Bu problemlerden biri de uyku bozukluklarıdır. Normal ve obez hastalarda uyku bozukluklarının değerlendirildiği çalışmalarda, obezite problemi olan kişilerde uyku bozukluklarının daha çok görüldüğü belirtilmiştir [46,47]. Bu nedenle bu hastalığın tedavisine ilişkin değerlendirmeler, hem obezitenin hem de uyku bozuklukları

problemlerinin etkilerini önleme yönündedir. Bu çerçevede bariyatrik cerrahi ile beraber uyku bozuklukları da önlenebilmektedir. Hastalara bu konuda genel bir bilgilendirme yapılmasına karşın, bazı durumlarda bariyatrik cerrahi problemleri giderici ölçülerde olamamaktadır [4,42].

Uyku bozuklukları olan hastaların ameliyat öncesi değerlendirilmesi ve söz konusu problemin etkenlerinin takip edilmesi gerekmektedir. Uyku bozukluklarına yönelik yapılacak tarama testleri obez hastalarda solunum sistemlerine bağlı değerlendirmeler açısından gereklidir. Bu nedenle, öncelikli olarak hastanın akciğer grafisi çekilmeli, testlerde şüphenin devam etmesi halinde ise polisomnografi yapılmalıdır [27,30,48].

Uyku bozukluklarının genel etkilerinin, üst solunum yolundaki daralma ya da tıkanma sonucu gelişen solunum sıkıntısı ya da uyku apnesi ile ilişkili olması, testlerin ameliyat öncesi sürekli takibini gerektirmektedir. Cerrahi girişimde istenen başarının sağlanması açısından bu durumun önemi büyüktür. Diğer yandan ameliyat sonrasında da bu durumun etkenleri takip edilmelidir [4].

#### **4.3.4. Bariyatrik Cerrahi Öncesi ve Sonrasında Kişilik Bozuklukları**

Bariyatrik cerrahi işlem süreçlerinden önce dikkate alınması gereken unsurlar arasında, psikiyatrik muayene amaçlı önlemler yer almaktadır. Bu nedenle kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi, kişinin tedavi sürecine uyumluluğunu takip edebilme açısından önemlidir. Psikiyatrik bozukluklar içerisinde bu durum, obezite etkenli olabilmektedir. Ancak tedaviye ilişkin değerlendirmelerde ameliyat sonrasında, herhangi bir düzelme etkisinin görülmesi, kişinin genel tedavisine bağlıdır. Bu nedenle ameliyattan önce bu duruma bağlı tedaviler önemlidir. Obezitenin tedavi sürecinden gerekli ölçülerde başarının alınmasında bu durum daha da etkilidir [49,50].

Kişilik bozukluklarının en belirgin olarak görüldüğü hasta grupları, tedavi arayışında olan obez bireylerdir. Bu durum, kişinin obez olmasına ve sürekli durumuna yoğunlaşarak sağlık sürecinin daha olumsuz bir düzeye gelmesine neden olmaktadır. Bariyatrik cerrahi tedavisine başvuran hastalarda genel olarak psikiyatrik sorunların olduğu ve tedaviden önce bu sorunların belirlenmesi ve izlenmesi gerekmektedir. Psikiyatrik sorunlar arasında kişilik bozuklukları önemli bir yer

tutmakta ve bu yönde yapılan çalışmalar, kişilik bozuklukları arasında özellikle de kaçınan kişilik bozukluğunun fazla düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu bozukluk kişide sosyalleşme yetisine bağlı yeterli düzeyde bir etkileşimi ortaya koyamamasına neden olmaktadır. İnsanlarla etkileşimin fazla olmaması ve kişinin alkol ve madde kullanımı gibi farklı durumlara yönelimleri bu durumlarda daha sık görülmektedir [4].

Kişilik bozukluklarına yönelik değerlendirmelerde dikkat edilmesi gereken en önemli faktör, bu bozuklukların kişilerde farklı düzeylerde etki gösterebileceğidir. Bu durum aynı zamanda cinsiyete göre de farklılaşabilmektedir. Kadınlara yönelik kişilik bozukluklarının obez bireylerde değerlendirildiği çalışmalarda, özellikle de agresif kişilik bozukluklarının daha yaygın olduğu bilinmektedir [48]. Diğer yandan bu durum, aktif agresif ya da pasif agresif olmasına göre de gruplandırılmaktadır. Böyle bir kişilik bozukluğunun en önemli etkisi, kişinin duygusal açıdan sürekli bir depresif halde bulunması ve yeme-içme eğilimlerinin de daha fazla olması üzerinedir. Bu nedenle kişilik bozukluklarının etkilerinin en az düzeyde tutulmasını sağlayan çalışmalar yapılmalıdır [51].

#### **4.4. Bariyatrik Cerrahide Ameliyat Öncesinde Benlik Saygısı ve Beden İmajı**

Obezitenin kişiye etkileri arasında fizyolojik, psikolojik, çevresel ve sosyal faktörler önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle obez kişilere psikolojik yönden destek sunulmalıdır. Çok boyutlu bir yaklaşım ölçüsü, obez kişilerin genel sağlık profillerini iyileştirme eğilimleri ile ilişkilidir. Bu yönde gerçekleştirilen ulusal ve uluslararası çalışmalar da bu durumu desteklemektedir. Obez kişilere sunulan psikolojik destek kişide benlik saygısının geliştirilmesini, benlik saygısı ile beraber kişinin kendisini tanımlamasını ve kabul etmesini, kendi benliğine saygı duymasını sağlamaktadır. Böyle bir durumda kişinin kendi yetenek ve güçleri etkin bir düzeyde ortaya çıkabilmektedir [19,52].

Benlik saygısının ve beden imajının oluşturulabilmesi, kişinin kendisini toplumdan soyutlamasının önüne geçebilmesine yardımcıdır. Ancak bu durum çoğu zaman, obez kişilerin tedavi süreçlerine başvurmalarına da neden olmaktadır. Buna göre kişinin benlik saygısına ve beden imajına bakış açıları, kişinin kendisini olumlu tanımlayabilmesi açısından da gereklidir [53]. Beden kitle indeksi arttıkça kişinin

kendisine olan saygısı ve beden algısı azalabilmekte ve ciddi düzeyde sorunlar yaşayabilmektedir. Bu değerlendirmeler çerçevesinde ameliyat öncesi süreçte kişide bu bilincin oluşturulması oldukça önemlidir. Benlik saygısının artması hastaların sosyal izolasyondan kurtulmasına dolayısı ile psikososyal açıdan daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmasına neden olmaktadır [53,54].

#### **4.4.1. Hastanın Ameliyat Öncesinde Beden İmajı ve Benlik Saygısının Psikiyatrik Açıdan Etkileri**

Kişinin beden algısı, zihinde şekillenen bedenini kendimizce nasıl olduğunu kabul etme durumu olup, aynı zamanda benlik saygısı ile de ilişkilidir. Bu kapsamda yapılan çalışmalar obez gruplarda bedenlerinden duydukları memnuniyetsizliğin daha fazla olduğunu göstermektedir. Obez kişilerce bu memnuniyetsizliğin giderilme düşüncesi, tedavi olma ve kilo vermeyi isteme ile yakından ilişkilidir. Ancak obez kişilerde dikkatleri çeken temel unsur, kişinin mevcut olan beden ağırlığından çok algılanan beden ağırlığıyla ilişkilidir. Bu durum kişide psikolojik yönden birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla obezite tedavisinde kişinin beden algısı üzerinde önemle durulmalıdır [25,55,56].

Psikolojik kökenli sorunlar, kişinin beden imajı ve benlik saygısı üzerinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu önem, özellikle de obez, morbid obez ve aşırı kilolu insanlarda daha sık bir şekilde kendisini göstermektedir. Bu durum örnek üzerinden nitelendirildiğinde, aşırı kilolu kadınlar ile obez kadınların, diğer normal kadınların bedenlerinden hemen hemen memnun olmaması ile belirtilebilir. Aynı zamanda bu durum, dürtüsellik ile de ilişkili olduğundan kişinin yeme ve içme davranışlarına eğilimleri, dürtüsellik etkisi ile beraber tıkmırcasına yeme davranışlarının gelişmesine ortam hazırlamaktadır. Kişinin tedavi olmak istememesinde ise temel eğilim, bu yönde bir yeme davranışının önüne geçememe ile ilişkilidir [40,57,58].

Kişinin kendi benlik saygısına bağlı değerlendirmesi, yeme eğilimlerinde bulunma ve bu eğilimlerin etkilerini giderme ile ilişkilidir. Bu durumun temelini psikolojik kökenli bir sürece işleme, dürtüsellik eğilimi düşük olan kişilerde benlik saygısını ve beden imajını artırma çalışmalarının, daha kolay bir şekilde yapılmasını desteklemektedir. Ancak dürtüsellik durumunun fazla olması, tedavi sürecine girişimlerde zorlu bir unsurdur. Bu nedenle psikolojik açıdan tedavilerin yapılması,

özellikle de ameliyat öncesi süreçlerde, tedavinin daha etkili olmasında önemlidir [22,57].

#### **4.5. Bariyatrik Cerrahi Ameliyat Sonrasında Benlik Saygısı ve Beden İmajı**

Bariyatrik cerrahi öncesinde kişilerin tedavi süreçlerine yönelimlerinin en temel nedeni beden imajına ve benlik saygısına bağlı memnuniyetsizliği gidermektir. Bu nedenle bariyatrik cerrahi tedavi yönteminin seçilmesi ve uygunluğunun belirlenmesi, öncelikli olarak psikolojik açıdan olumsuz süregelen düşünceleri gidermede önemlidir [42].

Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası kişinin kendisini yeniden doğmuş gibi hissetmesi, kendine güvenmesi ve benlik saygısında artışların olması bildirilmiştir. Bu durum bir anlamda beden imajının etkisini yansıtmaktadır. Beden imajının iyileşmesi sonucunda kişinin kendisini daha olumlu hissetmesi söz konusudur. Buna göre bariyatrik cerrahi tedavide olumlu ölçütlerdendir [59].

##### **4.5.1. Hastanın Ameliyat Sonrasında Beden İmajı ve Benlik Saygısının Psikolojik Açıdan Etkileri**

Beden imajı, kişinin kendi durumuna yönelik değerlendirmesini ifade etmektedir. Kişinin kendisinden nefret etmesi ya da kişinin kendisinden memnun olmamasında temel etkenler, kilo durumu ile ilişkili olsa da, kişinin bu duruma aşırı saplantılı olması nedeniyle ameliyat sonrasında da düzelme göstermeyebilmektedir. Bu nedenle kişinin öncelikli olarak ameliyatı ile beraber, beslenme alışkanlıklarının da değiştirilmesi ve yüksek diyetli ürünler ile beslenme anlayışının geliştirilmesi gerekmektedir. Diğer yandan kişilerin psikolojik açıdan rahatlama durumlarının devamlılığı, beslenmenin etkileri ile beraber daha önemli bir düzeye ulaşabilmektedir. Aksi halde kişinin beden imajı ve hoşnutluğu, devamlılık gösteren bir eğilimdedir [60]. Aynı zamanda bu durumun en belirgin özelliği tedavi süreci ile beraber çözümlenemeyen sorunların sürekli olarak devam edeceği yönünde algılamalarıdır. Psikolojik açıdan olumsuz bir etki oluşturacak bu durumun kişinin kendisinden memnuniyetsizliğini artıracak ve herhangi bir çözüm yolu aramaya yönelmesine engel olacaktır. Bu nedenle kişilerin bu yönde değerlendirilmesinin önemi büyüktür [59,60].

#### **4.6. Bariyatrik Cerrahinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Cinsel Yaşam Etkileri**

Obezite tedavilerinin geliştirilmesinin en temel nedeni morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Genel olarak obezitenin çözümlenmesi için uygulanan tedaviler kişinin yaşam kalitesini artırma ile yakından ilişkilidir. Yaşam kalitesinin önemli bir bölümünün de cinsel sağlıkla ilgili olduğu bilinmektedir. Obezitenin görülmesi ile beraber kişinin cinsel yaşamında sorun ya da memnuniyetsizliklerin olması söz konusu olabilmektedir. Cinsel memnuniyetsizliğinin sosyal ve kültürel faktörler ile birlikte özellikle beden imajının olumsuz algılanmasıyla da ilgili olduğu bilinmektedir [61].

Literatürde bariyatrik cerrahi tedavi öncesinde cinsel yaşamdaki sorunların ameliyat sonrasında iyi bir sonuca ulaştığını bildirilmektedir. Buna göre kadınların %51'i cinsel disfonksiyon ve buna bağlı olarak psikososyal sıkıntılar yaşamakta iken, ameliyat sonrasında bu durumun hemen hemen ortadan kalktığı belirlenmiştir [60].

Ameliyat ile beraber cinsel yaşamdaki kalitenin temeli, cinsel uyarılma durumlarını artırma ile ilişkilidir. Cinsel fonksiyonlarda anlamlı oranda bir düzelmenin kendisini göstermesi kişinin cinsel yaşam kalitelerinin de daha iyi bir düzeye ulaştığını göstermektedir. Bu nedenle cinsel yaşam etkilerinin, bariyatrik tedavi öncesindeki ve sonrasındaki nitelendirmeleri, kişileri bu yönde bir tedavi almaya yönelten önemli girişimlerdir. Bu durumun değerlendirilmesi ve hastaların bu yönde de bilgilendirilmesinin yapılması da oldukça önemlidir [45].

#### **4.7. Bariyatrik Cerrahide Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Yaklaşımı**

Bariyatrik cerrahi, geleneksel tedavi yöntemlerine sonuç veremeyen, ciddi obez hastalara uygulanmalıdır. Ameliyat kriterleri ülkeden ülkeye değişim gösterir. Örneğin, İngiltere'de Ulusal Sağlık ve Bakım Enstitüsü (NICE) tarafından dikkate alınan obeziteye bağlı Tip 2 diyabet veya obstrüktif uyku apnesi olan BKİ değeri 35-40 kg/m<sup>2</sup> olan hastalara veya BKİ değeri 40 kg/m<sup>2</sup> veya daha büyük olanlarda bariyatrik cerrahinin önerilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bununla birlikte, NICE'te yapılan araştırmalar sonucu, obezite cerrahisi BKİ değeri 35-40 olan ve eş tanısı



bulunmayan veya BKİ değeri 30-35 olan ve önemli hastalıkları bulunanlar için de uygun olabileceği yönünde olumlu görüşler ortaya konmuştur [62,63].

Bariyatrik cerrahi öneri kararı, psiko-sosyal sağlık, uyum, beklentiler ve maliyet gibi diğer faktörlerin yanı sıra risk-yarar oranı üzerine kurulmalıdır. Bireysel bir hasta için başka bir prosedürü farklı bir şekilde seçmek için hangi hastaların başarıyla kilo alacağını ve / veya eşlik eden hastalıkların iyileştiğini tahmin etmeye yetecek miktarda tahmini bilgi mevcut değildir [62,63].

Kilo kaybı ameliyatını düşünen tüm hastalar, multi-disipliner kilo kontrolü ekibi tarafından kapsamlı bir değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Ameliyat öncesi süreçte, hastalara bu yaşam tarzı değişikliklerini uygulamak için sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite kalıpları ve davranış stratejileri konusunda tavsiyeler verilmelidir. Eş tanımlı hastalığın (Tip 2 diyabet vb.) yönetimi en iyi duruma getirilmeli ve hastalar beslenme yetersizliği açısından taranmalıdır [62,63].

Ameliyat öncesi değerlendirmenin amacı, riski kategorize etmek, hastaya özgü faktörleri belirlemek ve multi-disiplinli bir yaklaşım kullanarak hasta sonuçlarını optimize etmektir. NICE kriterlerine göre, hastalar ameliyat için uygun hale getirilmelidir fakat öte yandan, obezite daha yüksek anestetik komplikasyonlarla ilişkilidir. Örneğin, obez hastaların havayolu problemleri olma ihtimalleri iki kat daha fazladır. Uzman hemşireler ve anestezi uzmanları tarafından müştereken yürütülen ameliyat öncesi değerlendirme klinikleri bu tür hastaların tanımlanmasına ve yeterince tartışılmasına izin verir. Hastalarda eskiden sigara içenlerde güncel kan testleri, elektrokardiyogramlar (EKG) ve ekokardiyogramlar (EKO) ve karbon monoksit değerlendirmesi gibi testler uygulanmalıdır [63].

Morbid obezitenin görülme sıklığının artması, bariyatrik cerrahi işlemlerin miktarının her yıl çoğalmaya devam edeceğini göstermektedir. Bariyatrik cerrahi, birkaç komorbiditelerin çözülmesinin de sağlandığı kilo yönetiminde kabul görmüş bir yaklaşım haline gelmiştir. Bununla birlikte, bariyatrik cerrahiden en iyi düzeyde sonuçların alınması için etkili bir bakıma gereksinim duyulmaktadır. Kaliteli hemşirelik bakımı ve etkili hasta öğretimi pozitif hasta sonuçları elde etmek için şarttır [64,65]. Hemşireler, güvenli ve uygun hemşirelik girişimlerini sağlamak için

hastaları doğru değerlendirmelidir. Bu açıdan bakıldığında fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara yönelik hemşirelik tanılarının oluşturulması gerekmektedir. Çünkü hemşirelerin bireylere etkin bir bakımı sağlayabilecek yetkinliklerini ortaya koyabilmeleri bakımın kalitesini artırmada önemlidir. Bariyatrik cerrahi deneyimin devamlılığı boyunca hemşirelik bakımı bu hastalar için olumlu sonuçların anahtarıdır [65]. Ameliyat seçiminden hekim muayenehanesine, sonrasında ise izlem ziyaretlerine kadar olan süreçte, hemşire, hastanın ve ailenin cerrahi işleme cevabını önemli ölçüde etkileyebilir. Seçim sürecinde, hemşire gerekli teşhis testlerini ve gerekçelerini açıklayabilir ve doktorun hastanın sonuçlarını etkileyebilecek ilgili bilgiler hakkında bilgilendirerek ayrıntılı bir tıbbi öykü yazabilir. Hasta ve aile öğretmenliği bu aşamada, ameliyat öncesi deneyim hakkında bilgi ile başlar [65]. Bu nedenle hemşirelik yaklaşımları özellikle de cerrahi işlemlerden gerekli başarıları elde etmede büyük önem taşımaktadır [66,67].

Bariyatrik cerrahi, hasta için önemli bir yaşam tarzı değişikliği ile sonuçlanır. Kilo kaybı yaşandıkça, bu değişim gelişir ve hasta yeme düzenine, yeni beden imajına ve başkalarının algısına uyum sağlar. Hemşire hastanın destek hizmetleri için uygun sevk bilgisine sahip olmalı ve hastanın ve ailenin bu hizmetlerden faydalandığını görmek için takip etmelidir. Akut bakımda hastanın kalışı genellikle çok kısadır. Bariyatrik cerrahi sonrası hastaların, etkin hava yolu açıklığının ve hemodinamik monitörizasyonun sağlanması, ağrısının kontrol altına alınması, sıvı elektrolit dengesinin sağlanması ve sürdürülmesi önemli olmakla birlikte, hastalara psikolojik desteğin sağlanması, hasta ve ailesine gereksinimlere yönelik eğitimlerin verilmesi gerekmektedir [27,68]. Açıkça, hastanın ve ailenin içme / yemek, drenaj tüplerine bakma, cilt ve yara bakımı, ambulasyon, kişisel bakım ve tıbbi müdahale gerektiren belirti ve bulgular hakkında özel bilgilerle eve gönderilir. Hemşire, evde sorular olursa hastanın hastaneden bir telefon numarası ile ayrıldığından emin olmalıdır. İdeal olarak hemşire, hasta ve ailenin taburcu olmadan önce özel eğitim oturumları için bir fırsat olarak görülmelidir [31,65,68–70].

Bariyatrik cerrahi sonrası hastalarda fiziksel ve duygusal sorunlarda azalma, cinsel fonksiyonda, benlik saygısı ve beden imajında iyileşme ve dolayısı ile yaşam kalitesinde düzelme görülebilmektedir [55,57]. Hastalarda özgüven duygusunun yeniden kazanılması birçok sorunu çözümlenebilmekte ve psikososyal yönden

olumlu etkiler oluşturmaktadır. Ameliyat sonrası bireylerin vücut ağırlığında azalma ile görüntülerinden daha memnun oldukları bilinmektedir. Bu gerçek, multidisipliner bir ekip yaklaşımı ile hastaların ameliyat sonrası takipleri kesintiye uğratılmadan yapılması yeni bir beden kimliği kazandıran, benlik saygısını, beden imajını ve sosyal yaşamı olumlu yönde destekleyen, cinsel yaşama olumlu yansıyan tedavinin başarısı için oldukça önemlidir. Bu süreçte yeterli donanıma sahip hemşirelerin sürekli desteği hastaların yaşam tarzı değişiklikleri için gerekli uyumu sağlamalarına, motivasyonu sürdürmelerine, yaşam kalitelerinin artırılmasına ve komplikasyonların önlenmesine yardımcı olmaktadır [25,65,71,72].



## **5. MATERYAL VE METOT**

### **5.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı**

Çalışma, bariyatrik cerrahinin hastaların yaşam kalitesi, benlik saygısı ve beden imajı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmada yanıtlanması beklenen sorular ise, aşağıda maddeler halinde sıralanmaktadır.

1. Bariyatrik cerrahi geçirmiş bireylerde ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesi, benlik saygısı ve beden imajı düzeyleri nasıldır?
2. Bariyatrik cerrahi geçirmiş bireylerin tanımlayıcı özellikleri ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesini, benlik saygısını, beden imajını ve cinsel yaşamını etkiler mi?

### **5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma İstanbul ili Avrupa yakasında hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi servisinde 31.01.2019-30.05.2019 tarihleri arasında yapıldı. Genel Cerrahi servisinde 42 doktor, 23 hemşire görev yapmaktadır. Servis 64 yataklı olup, haftanın 7 günü, 24 saat aralıksız hizmet vermektedir. Doktor ve hemşireler vardiya usulü çalışmaktadır.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini 31.01.2019 - 30.05.2019 tarihleri arasında bariyatrik girişim geçiren, girişim sonrası genel cerrahi servisine ve cerrahi polikliniğine gelen hastalar, örneklemini ise; araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan, araştırmaya katılmayı kabul eden 164 hasta oluşturdu. Araştırmaya alınma kriterleri aşağıda maddeler halinde belirtildi;

- 18-65 yaş arası olan
- Herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan
- İletişimi engelleyecek düzeyde herhangi bir sorunu olmayan

### 5.3.1. Evreni Bilinen Örneklem Formülü

Araştırmanın evreni, bariyatrik cerrahi geçirmiş hastalar şeklinde belirlendi. Çalışmanın yürütüldüğü hastanede yıllık morbid obezite cerrahisi geçiren vaka ortalaması 621 olarak belirtilmiştir. Önsel bilgilerden yola çıkarak; dünyada morbid obezite sıklığı %2,9 olarak belirlenmiştir. Bu çerçevede  $p = \%2,9$ ;  $q = \%97,1$  olarak dikkate alınmıştır. Evren sayısı 621, %95 güven aralığında,  $\pm\%5$  örnekleme hatası ile istatistik tahminlerin yapılabilmesi için en az uygun örneklem büyüklüğü 40,5 olarak hesaplanmıştır. Evren genellemesi yapılabilmesi ve temsil edilebilmesi için alınması gereken gözlem (anket) sayısı en az 41 olarak hesaplandı. Çalışma sürecinde kayıplar olabileceği göz önüne alınarak örnekleme 164 hasta oluşturdu. Örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'ın (1994) belirlediği formül ile hesaplanmıştır [73].

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2} (N - 1) + t^2pq$$

Formülde;

$N$ : Hedef kitledeki birey sayısı;

$n$ : Örnekleme alınacak birey sayısı;

$p$ : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı);

$q$ : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı);

$t$ : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer;

$d$ : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen  $\pm$ örnekleme hatasını ifade eder.

Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında,  $\pm\%5$  örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü;

$$n = \frac{(621)(1,96)^2(0,029)(0,971)}{(0,05)^2(621-1) + (1,96)^2(0,029)(0,971)} = 40,5 \text{ olarak hesaplanmıştır.}$$

Evren sayısı 621, %95 güven aralığında,  $\pm\%5$  örnekleme hatası ile istatistik tahminlerin yapılabilmesi için en az uygun örneklem büyüklüğü 40,5 olarak hesaplanmıştır. Evren genellemesi yapılabilmesi ve temsil edilebilmesi için alınması gereken gözlem (anket) sayısı en az 41 olmalıdır.

## **5.4. Veri Toplama Yöntemi**

Araştırmada veriler, araştırma ile ilgili gerekli açıklama yapıldıktan ve katılımcıların bilgilendirilmiş yazılı onamları alındıktan sonra “Hasta Bilgi Formu”, ”Cinsel Yaşam Değerlendirme Formu”, “Rosenberg Benlik Algısı Ölçeği”, “Vücut Algısı Ölçeği” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği“ kullanıldı. Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası 3. ayda hastalardan elde edilen verilere göre yaşam kalitesi, benlik saygısı, beden imajı ve cinsel yaşamda olumlu gelişmelerin olduğu bildirilmiştir [74–78]. Bu nedenle; örnekleme kriterlerini karşılayan hastalardan, ameliyattan bir gün önce ve ameliyattan sonraki 3. ayda iki kez yüz yüze görüşme yapılarak veriler toplandı. Bu yönde anketlerin verilmesi ve gerekli açıklamalar yapılarak, hastaların yazılı onamları alındıktan sonra anket sorularının cevaplanması istenildi. Anketi hastalar araştırmacının gözetiminde cevapladı ve ortalama 15 dakika sürdü.

### **5.4.1. Hasta Bilgi Formu**

Hasta bilgi formu araştırmacı tarafından literatür bilgisinden yararlanarak oluşturuldu [79,80]. Kişisel bilgi formunda, hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleki durumu, öğrenim durumu, kronik hastalık varlığı, sürekli kullandığı ilaçlar, sosyal güvence, algılanan ekonomik durum, beden kitle indeksi, beslenme alışkanlıkları olmak üzere 10 sorudan oluşmaktadır. (Ek-1)

### **5.4.2. Cinsel Yaşam Değerlendirme Formu**

Cinsel yaşam değerlendirmesine yönelik form araştırmacı tarafından oluşturuldu. Form cinsel partner varlığı, eşin cinsel yaklaşımı, cinsel ilişki sıklığına yönelik memnuniyet, cinsel açıdan kendini değerlendirme maddelerinden oluşmaktadır. Maddelere verilen yanıtlar çok kötüden çok iyiye doğru 1 ile 5 arasında puanlandı [81] (Ek-2).

### **5.4.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği**

Morris Rosenberg tarafından ergenlere yönelik Benlik Saygısı ölçüm aracı olarak geliştirilen Rosenberg Self-Esteem Scale (Benlik Saygısı Ölçeği), 1985 yılında Füsün Çetin Çuhadaroğlu tarafından geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır [82,83]. Bu çalışmada rapor edilen Cronbach alfa güvenilirlik kat sayısı  $\alpha=0,71$  olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirlik yöntemi kullanılarak da

güvenilirlik kat sayısı  $\alpha=0,75$  olarak saptanmıştır. Çalışmamızda benlik saygısı ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0.866 olarak bulundu.

Benlik saygısı ölçeği ekte sunulan 10 sorudan oluşmaktadır. Sorular Guttman değerlendirme yöntemiyle puanlanmaktadır. Puanlama ise şu şekilde yapılmaktadır [83,84]:

- 1., 2. ve 3. sorular, 4. ve 5. soru, 9. ve 10. sorular birlikte değerlendirilmektedir.
- İlk üç sorudan herhangi ikisinden puan alıyorsa (2/3) bu kümeden bir puan almış olur.
- ve 5. sorudan herhangi birinde puan alan şıklardan birini işaretlemişse yine bu kümeden de bir puan alır.
- 9. ve 10. sorular da 4. ve 5. gibi değerlendirilir.
- 6., 7. ve 8. soruların her biri kendi başlarına puan alır.

Böylece testi dolduran kişi tüm sorulardan puan aldığı zaman maksimum puanı 6 olmaktadır. Yüksek puan düşük benlik saygısını göstermektedir.

#### **5.4.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği**

Yaşam Kalitesi Ölçeği Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur [85,86]. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır [87].

Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve 8 boyut içermektedir. Bu boyutlar; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), genel sağlık (5 madde), zindelik/yorgunluk (4 madde), ağrı (2 madde) ve genel sağlık algısı (5 madde)'dir [85].

Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır.

Fiziksel sağlık durumu:

1. Fiziksel fonksiyon (10 madde: 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j ).
2. Fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılığı (4 madde: 4a, 4b, 4c, 4d ).
3. Ağrı (2 madde : 7, 8 ).

4. Sağlığın genel olarak algılanması (5 madde: 1, 1 la, 11b, 11c, 11d).

Mental Sağlık Durumu:

5. Zindelik / yorgunluk (4 madde: 9a, 9e, 9g, 9i).

6. Sosyal fonksiyon (2 madde:6, 10).

7. Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı (3 madde: 5a, 5b, 5c).

8. Mental sağlık (5 madde: 9b, 9c, 9d, 9f, 9h ).

Ham puanlar her boyut altındaki maddeler toplanarak elde edilir. Ham puanlar 100 lük puana çevrilir. Ölçekteki her boyutun puanı yükseldikçe sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artmaktadır. 0 kötü sağlık durumunu gösterirken 100 iyi sağlık durumunu ifade eder.

Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir [88] (Ek-4).

#### **5.4.5. Vücut Algısı (Beden İmajı) Ölçeği**

Beden Algısı Ölçeği Secord ve Jourand tarafından 1953 yılında geliştirilen, bireylerin bedenlerinin çeşitli kısımlarından ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir [89]. Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır [90]. Kırk maddeden oluşan ölçeğin her bir maddesi bir organ ya da bedenin bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. Her bir madde için "Hiç beğenmiyorum", "Beğenmiyorum", "Kararsızım", "Beğeniyorum" ve "Çok beğeniyorum" şeklinde yanıt seçenekleri mevcut olup her soru 1'den 5'e kadar değişen puanlar alır. Ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişir [91]. Bu çalışmada rapor edilen Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0,93$  olarak bulunmuştur. Test tekrar-test güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0,85$  ve test yarılama yöntemiyle hesaplanan güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0,88$  olarak bulunmuştur. Çalışmamızda beden algısı ölçeğinin güvenilirliği Cronbach alfa değerini 0,934 olarak hesaplandı.

#### **5.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde



tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Tekrarlı ölçümler arasındaki değişim eşleşmiş grup t-testi ile analiz edilmiştir. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanıldı. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı.

### **5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmada anket soruları, araştırmanın yürütüldüğü hastanenin genel cerrahi servisi hastalarının iki ayrı aşamada cevap vermeleri ile sınırlıdır.

### **5.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce 30.01.2019 tarihinde İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından etik kurul izni alındı. 30.01.2019 tarihinde araştırmanın yapılacağı kurumdan kurum izni alındı. Çalışmanın adımları anlatılarak araştırma sonucu elde edilecek verilerin bilimsel amaçlarla yayınlanacağı ve başka yapılacak çalışmalar için kaynak olabileceği açıklanarak bilgi verildi. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile yazılı ve sözlü izin alındı.

## 6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan hastalardan formlar ve ölçekler ile toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Hastaların tanımlayıcı özellikleri Tablo 6.1’de verildi.

**Tablo 6.1.** Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (N=164)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	113	68,9
Erkek	51	31,1
<b>Yaş</b>		
30 ve Altı	30	18,3
31-40	50	30,5
41-50	55	33,5
51 ve Üzeri	29	17,7
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlkokul	48	29,3
Ortaokul	30	18,3
Lise ve Üzeri	86	52,4
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	102	62,2
Bekar	62	37,8
<b>Çocuk Sayısı</b>		
Yok	69	42,1
1	23	14,0
2	35	21,3
3 ve Üzeri	37	22,6
<b>Sosyal Güvence</b>		
Emekli Sandığı	28	17,1
Bağkur	15	9,1
SGK	121	73,8
<b>Algılanan Ekonomik Durum</b>		
Gelir Giderden Az	53	32,3
Gelir Gidere Denk	101	61,6
Gelir Giderden Fazla	10	6,1
<b>Kronik Hastalıklar</b>		
Diyabet	62	37,8
Hipertansiyon	52	31,7
Astım/KOAH	15	9,1
Kronik Böbrek Yetmezliği	5	3,0
Diğer(kalp,şeker,guatr)	22	13,4
<b>BKI (min:18,99; maks: 120,53)</b>		
I.derece Obez	4	2,4
II.derece Obez	10	6,1
Morbid Obez	150	91,5
<b>Cinsel İlişki Partner Varlığı</b>		
Evet	102	62,2
Hayır	62	37,8

Çalışmada hastaların %68,9’unun (113) kadın, %30,5’inin (50) 31-40 yaş aralığında, %52,4’ünün (86) lise ve üzeri eğitim düzeyi olduğu, %62,2’sinin (102)

evli, %42,1'inin (69) çocuk sahibi olmadığı, %73,8'inin (121) sosyal güvencesinin SGK olduğu, %61,6'sının (101) ekonomik durumunun gelir gidere denk olduğu saptandı. Hastalar kronik hastalıklara göre %37,8'inin (62) diyabet, beden kitle indeksi değerine göre ise %6,1'i (10) II. derece obez, %91,5'i (150) morbid obez olduğu belirlendi. Ayrıca BKİ minimum değeri 18,99 maksimum değeri 120,53 olarak bulundu.

Tablo 6.2' de ameliyattan öncesi ve sonrası yaşam kalitesi, benlik saygısı ve beden imajı ölçek puanları verilmiştir.

**Tablo 6.2.** Ameliyattan Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi, Benlik Saygısı ve Beden İmajı Ölçek Puan Ortalamaları (N=164)

Ölçümler	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		t	P
	Ort	Ss	Ort	Ss		
<b>Yaşam Kalitesi</b>						
Fiziksel Fonksiyon	52,561	21,540	56,720	21,352	-18,225	<b>0,000</b>
Fiziksel Rol Fonksiyon	38,262	42,309	41,537	40,653	-13,587	<b>0,000</b>
Ağrı	59,811	26,683	64,140	26,305	-19,349	<b>0,000</b>
Genel Sağlık	56,256	18,926	58,049	18,832	-17,487	<b>0,000</b>
Zindelik/Yorgunluk	48,140	17,542	50,079	17,456	-17,739	<b>0,000</b>
Sosyal Fonksiyonel	58,994	22,521	60,881	22,514	-14,431	<b>0,000</b>
Emosyonel Rol Fonksiyon	50,203	43,766	51,338	43,102	-10,040	<b>0,000</b>
Mental Sağlık	63,683	15,259	65,659	15,066	-14,505	<b>0,000</b>
<b>Benlik Saygısı</b>	3,220	0,791	2,634	0,914	15,170	<b>0,000</b>
<b>Beden Algısı</b>	106,250	26,906	110,817	27,104	-21,376	<b>0,000</b>

Bağımsız Gruplar *t*-Testi

Ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon değerine ( $\bar{x}=52,561$ ) göre ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellik değerindeki ( $\bar{x}=56,720$ ) artış anlamlı bulunmuştur( $p=0,000<0,05$ ). Ameliyat öncesi fiziksel rol fonksiyon değerine ( $\bar{x}=38,262$ ) göre ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon değerindeki ( $\bar{x}=41,537$ ) artış anlamlı bulunmuştur( $p=0,000<0,05$ ). Ameliyat öncesi ağrı değerine ( $\bar{x}=59,811$ ) göre ameliyat sonrası ağrı değerindeki ( $\bar{x}=64,140$ ) artış anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000<0,05$ ). Ameliyat öncesi genel sağlık değerine ( $\bar{x}=56,256$ ) göre ameliyat sonrası genel sağlık değerindeki ( $\bar{x}=58,049$ ) artış anlamlı bulunmuştur( $p=0,000<0,05$ ). Ameliyat öncesi zindelik/yorgunluk değerine ( $\bar{x}=48,140$ ) göre ameliyat sonrası zindelik/yorgunluk değerindeki ( $\bar{x}=50,079$ ) artış anlamlı bulunmuştur( $p=0,000<0,05$ ). Ameliyat öncesi sosyal fonksiyonellik değerine

( $\bar{x}=58,994$ ) göre ameliyat sonrası sosyal fonksiyonellik değerindeki ( $\bar{x}=60,881$ ) artış anlamlı bulunmuştur( $p=0,000<0,05$ ). Ameliyat öncesi emosyonel rol fonksiyon değerine ( $\bar{x}=50,203$ ) göre ameliyat sonrası emosyonel rol fonksiyon değerindeki ( $\bar{x}=51,338$ ) artış anlamlı bulunmuştur( $p=0,000<0,05$ ). Ameliyat öncesi mental sağlık değerine ( $\bar{x}=63,683$ ) göre ameliyat sonrası mental sağlık değerindeki ( $\bar{x}=65,659$ ) artış anlamlı bulunmuştur( $p=0,000<0,05$ ). Ameliyat öncesi benlik saygısı değerine ( $\bar{x}=3,220$ ) göre ameliyat sonrası benlik saygısı değerindeki ( $\bar{x}=2,634$ ) düşüş anlamlı bulunmuştur( $p=0,000<0,05$ ). Ameliyat öncesi beden imajı değerine ( $\bar{x}=106,250$ ) göre ameliyat sonrası beden imajı değerindeki ( $\bar{x}=110,817$ ) artış anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000<0,05$ ).

Tablo 6.3' de Ameliyat öncesi ve sonrası cinsellik puanları verildi.

**Tablo 6.3.** Ameliyattan Öncesi ve Sonrası Cinsellik (N=102)

Ölçümler	Ameliyat	Ameliyat	t	P
	Öncesi	Sonrası		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
Eşin Cinsel Yaklaşımı	3,628±0,922	3,706±1,011	-0,768	0,444
Cinsel İlişki Sıklığına Yönelik Memnuniyet	3,255±0,962	3,412±0,968	-1,565	0,121
Cinsellik Değerlendirme	3,157±0,993	3,451±0,951	-2,647	<b>0,009</b>

Bağımsız Gruplar *t*-Testi

Ameliyattan önce eşin cinsel yaklaşım değeri ( $\bar{x}=3,628$ ) ameliyattan sonraki değere göre ( $\bar{x}=3,706$ ) anlamlı bir farklılığın olmadığı görüldü ( $p=0,444>0,05$ ). Ameliyattan önce cinsel ilişki sıklığına yönelik memnuniyet değeri ( $\bar{x}=3,255$ ) ameliyattan sonra cinsel ilişki sıklığına yönelik memnuniyet değerine göre ( $\bar{x}=3,412$ ) anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p=0,121>0,05$ ). Ameliyattan önce cinsellik değerlendirme değerine ( $\bar{x}=3,157$ ) göre ameliyattan sonra cinsellik değerlendirme değerindeki ( $\bar{x}=3,451$ ) artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p=0,009<0,05$ ).

Tablo 6.4'de hastaların tanımlayıcı özelliklere göre ameliyat öncesi yaşam kalitesi, benlik saygısı ve beden imajı puanları verildi.

**Tablo 6.4.** Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Ameliyat Öncesi Yaşam Kalitesi, Benlik Saygısı ve Beden İmajının Puan Ortalamaları

Özellikler	n	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Ağrı	Genel Sağlık	Zindelik/Yorgunluk	Sosyal Fonksiyonel	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
<b>Cinsiyet</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	113	52,08±21,30	36,28±41,32	57,38±26,61	56,04±18,43	48,05±17,83	60,39±23,07	51,91±43,85	64,53±14,96
Erkek	51	53,62±22,22	42,64±44,52	65,19±26,30	56,72±20,15	48,33±17,04	55,88±21,11	46,40±43,75	61,80±15,88
t=		-0,425	-0,891	-1,747	-0,213	-0,094	1,190	0,746	1,060
p=		0,671	0,374	0,082	0,832	0,925	0,236	0,457	0,291
<b>Yaş</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
30 Ve Altı	30	54,83±21,95	36,66±40,86	51,80±30,14	61,13±19,01	45,66±19,98	60,00±25,93	46,66±44,29	64,93±16,36
31-40	50	51,40±21,40	44,00±43,61	60,70±26,96	57,60±20,19	48,80±15,30	61,50±24,33	57,33±41,53	65,28±14,07
41-50	55	51,36±21,86	40,90±43,92	62,23±26,57	51,43±18,05	48,63±16,73	57,27±17,12	48,48±45,73	61,81±14,84
51 Ve Üzeri	29	54,48±21,52	25,00±37,20	61,96±21,97	58,03±17,03	48,62±20,48	56,89±25,13	44,82±43,89	63,17±17,11
F=		0,289	1,351	1,137	2,062	0,241	0,413	0,678	0,530
p=		0,833	0,260	0,336	0,107	0,868	0,744	0,567	0,663
<b>Eğitim Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlkokul	48	53,85±21,73	38,02±45,25	59,35±27,46	56,91±19,81	46,25±17,82	54,16±21,93	50,00±45,09	63,08±16,21
Ortaokul	30	50,66±24,16	41,66±41,69	58,50±29,04	54,50±15,85	51,33±16,55	58,33±24,19	50,00±45,27	65,33±15,69
Lise Ve Üzeri	86	52,50±20,66	37,20±41,25	60,52±25,67	56,50±19,56	48,08±17,75	61,91±22,02	50,38±43,00	63,44±14,68
F=		0,201	0,123	0,073	0,164	0,774	1,860	0,002	0,221
p=		0,818	0,884	0,930	0,849	0,463	0,159	0,998	0,802

Tablo 6.4. (devamı)

Medeni Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evli	102	53,578±22,321	41,667±43,562	62,000±24,930	54,892±19,402	50,196±18,238	59,681±22,520	52,941±44,339	64,667±15,751
Bekar	62	50,887±20,255	32,661±39,874	56,210±29,193	58,500±18,043	44,758±15,900	57,863±22,660	45,699±42,779	62,065±14,390
t=		0,775	1,325	1,351	-1,185	1,941	0,500	1,028	1,059
p=		0,440	0,187	0,179	0,238	0,054	0,618	0,306	0,291
Çocuk Sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	69	53,333±22,535	35,870±40,101	57,957±28,812	57,768±18,731	46,232±17,116	59,964±22,947	48,792±43,000	62,551±15,507
1	23	51,739±17,426	52,174±43,896	64,174±24,349	57,087±18,198	46,739±14,586	57,065±26,604	56,522±41,965	61,391±14,453
2	35	49,286±19,932	27,857±39,655	59,457±25,653	54,543±19,897	51,714±20,108	59,643±20,357	30,476±40,722	66,171±16,502
3 Ve Üzeri	37	54,730±23,745	43,919±46,175	60,892±25,526	54,541±19,288	49,189±17,501	57,770±21,721	67,568±42,663	64,865±14,209
F=		0,431	1,857	0,334	0,354	0,847	0,143	4,811	0,680
p=		0,731	0,139	0,801	0,786	0,470	0,934	<b>0,003</b>	0,566
PostHoc=								4>1, 1>3, 2>3, 4>3 (p<0.05)	

**Tablo 6.4. (devamı)**

<b>Sosyal Güvence</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Emekli Sandığı	28	51,60±22,36	33,92±43,14	60,42±27,28	53,78±17,78	45,53±16,79	57,14±24,63	57,14±44,31	63,28±14,11
Bağkur	15	60,00±27,51	40,00±47,99	65,66±19,70	55,73±17,11	52,33±17,71	63,33±18,58	42,22±46,23	64,26±13,30
Sgk	121	51,86±20,53	39,05±41,69	58,94±27,37	56,89±19,47	48,22±17,72	58,88±22,56	49,58±43,48	63,70±15,83
F=		0,986	0,179	0,430	0,310	0,736	0,372	0,610	0,020
p=		0,375	0,837	0,651	0,734	0,481	0,690	0,544	0,980
PostHoc=									
<b>Algılanan Ekonomik Durum</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gelir Giderden Az	53	54,90±23,56	41,50±44,38	58,96±28,48	56,79±19,69	50,75±16,27	60,37±23,73	50,31±45,58	61,28±14,96
Gelir Gidere Denk Ve Fazla	111	51,44±20,52	36,71±41,39	60,21±25,90	56,00±18,63	46,89±18,05	58,33±21,99	50,15±43,08	64,82±15,33
t=		0,963	0,678	-0,281	0,250	1,322	0,542	0,022	-1,396
p=		0,337	0,499	0,779	0,803	0,188	0,588	0,982	0,165
<b>Cinsel İlişki Partner Varlığı</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	102	51,66±21,79	40,68±43,50	60,27±27,50	54,49±18,17	47,79±17,72	59,06±22,60	50,65±44,68	63,17±16,36
Hayır	62	54,0±21,21	34,27±40,29	59,04±25,47	59,16±19,90	48,71±17,36	58,87±22,56	49,46±42,56	64,51±13,32
t=		-0,681	0,941	0,285	-1,539	-0,323	0,054	0,169	-0,544
p=		0,497	0,348	0,776	0,126	0,747	0,957	0,866	0,587

Bağımsız Gruplar T-Testi, Anova Testi

Hastaların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon, emosyonel rol fonksiyon, ameliyat öncesi mental sağlık, benlik saygısı ve beden imajı puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık, benlik saygısı ve beden imajı puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ameliyat öncesi ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyonellik, ameliyat öncesi emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık, benlik saygısı ve beden imajı puanları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık, benlik saygısı ve beden imajı puanları medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyat öncesi emosyonel rol fonksiyon puanları çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=4,811$ ;  $p=0.003<0.05$ ). Farkın nedeni Çocuk sayısı 3 ve üzeri olanların ameliyat öncesi emosyonel rol fonksiyon puanlarının çocuğu olmayanların ameliyat öncesi emosyonel rol fonksiyon puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Çocuğu olmayanların ameliyat öncesi emosyonel rol fonksiyon puanlarının çocuk sayısı 2 olanların ameliyat öncesi emosyonel fonksiyon puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Çocuk sayısı 1 olanların ameliyat öncesi emosyonel rol fonksiyon puanlarının çocuk sayısı 2 olanların ameliyat öncesi emosyonel rol fonksiyon puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Çocuk sayısı 3 ve üzeri olanların ameliyat öncesi emosyonel rol fonksiyon puanlarının çocuk sayısı 2 olanların ameliyat öncesi emosyonel rol fonksiyon puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ).

Hastaların ameliyat öncesi benlik saygısı puanları çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=2,872$ ;  $p=0.038<0.05$ ). Farkın nedeni çocuk sayısı 1 olanların ameliyat öncesi benlik saygısı puanlarının çocuk sayısı 2 olanların



ameliyat öncesi benlik saygısı puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Çocuk sayısı 3 ve üzeri olanların ameliyat öncesi benlik saygısı puanlarının çocuk sayısı 2 olanların ameliyat öncesi benlik saygısı puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ).

Hastaların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyonellik, mental sağlık ve beden algısı puanları çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyat öncesi benlik saygısı puanları sosyal güvence değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=3,619$ ;  $p=0.029<0.05$ ). Farkın nedeni sosyal güvence Emekli Sandığı olanların ameliyat öncesi benlik saygısı puanlarının sosyal güvence SGK olanların ameliyat öncesi benlik saygısı puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ).

Hastaların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık ve beden algısı puanları sosyal güvence değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Gelir giderden azın ameliyat öncesi benlik saygısı puanları ( $x=2,906$ ), gelir gidere denk ve fazla olan ameliyat öncesi benlik saygısı puanlarından ( $x=3,369$ ) düşük bulunmuştur ( $t=-3,639$ ;  $p=0<0.05$ ).

Hastaların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ameliyat öncesi ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık ve beden algısı puanları algılanan ekonomik durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyonellik, ameliyat öncesi emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık, benlik saygısı ve beden imajı puanları cinsel ilişki partner varlığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.5.** Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi, Benlik Saygısı ve Beden İmajının Puan Durumu (N=164).

Tanımlayıcı Özellikler	n	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Ağrı	Genel Sağlık	Zindelik/Yorgunluk	Sosyal Fonksiyonel	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
<b>Cinsiyet</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	113	56,38±21,36	39,70±39,63	61,62±26,24	57,85±18,29	49,97±17,69	62,39±22,93	52,95±43,24	66,32±14,72
Erkek	51	57,45±21,51	45,58±42,94	69,70±25,82	58,47±20,15	50,31±17,09	57,52±21,38	47,75±43,00	64,17±15,84
t=		-0,294	-0,857	-1,833	-0,192	-0,115	1,283	0,713	0,846
p=		0,769	0,393	0,069	0,848	0,908	0,201	0,477	0,399
<b>Yaş</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
30 Ve Altı	30	59,40±22,02	40,83±39,08	56,26±30,04	62,70±18,88	47,60±20,13	61,96±25,70	47,76±43,62	67,06±16,39
31-40	50	55,88±21,29	47,42±41,78	64,90±26,36	59,40±19,84	50,60±15,13	63,08±24,05	58,41±40,96	67,18±14,26
41-50	55	55,09±21,56	43,52±42,19	66,98±26,14	53,21±18,28	50,56±16,78	59,27±17,23	49,63±45,12	64,03±14,71
51 Ve Üzeri	29	58,48±21,05	28,34±36,04	65,58±21,75	60,06±16,88	50,82±20,02	59,01±25,75	46,06±42,92	64,65±16,03
F=		0,352	1,425	1,156	2,052	0,245	0,338	0,687	0,508
p=		0,788	0,237	0,328	0,109	0,865	0,798	0,561	0,677
<b>Eğitim Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlkokul	48	58,14±21,81	40,91±43,28	63,35±26,65	58,54±19,77	48,22±17,74	55,87±21,98	51,04±44,43	65,02±15,67
Ortaokul	30	53,43±24,58	44,70±40,80	63,13±28,38	56,96±15,75	53,60±16,53	60,18±24,25	51,40±44,12	66,96±15,66
Lise Ve Üzeri	86	57,07±19,99	40,77±39,51	64,93±25,64	58,15±19,45	49,88±17,62	63,91±21,92	51,48±42,50	65,55±14,65
F=		0,471	0,110	0,081	0,066	0,884	2,008	0,002	0,156
p=		0,625	0,896	0,922	0,936	0,415	0,138	0,998	0,855

Tablo 6.5. (devamı)

Tanımlayıcı Özellikler	n	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Ağrı	Genel Sağlık	Zindelik/Yorgunluk	Sosyal Fonksiyonel	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
<b>Medeni Durum</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evli	102	57,44±22,26	44,42±41,87	66,44±24,57	56,66±19,41	52,11±18,12	61,55±22,64	54,06±43,59	66,62±15,45
Bekar	62	55,53±19,87	36,79±38,42	60,35±28,73	60,32±17,74	46,72±15,86	59,76±22,44	46,84±42,24	64,06±14,38
t=		0,554	1,167	1,442	-1,207	1,934	0,493	1,041	1,057
p=		0,580	0,245	0,151	0,229	0,055	0,622	0,299	0,292
<b>Çocuk Sayısı</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	69	57,75±22,34	39,71±38,65	62,39±28,30	59,63±18,42	48,02±16,96	61,87±22,75	49,92±42,47	64,62±15,57
1	23	55,30±17,44	54,65±41,93	68,78±25,72	58,60±18,58	48,82±14,39	59,23±26,58	57,52±41,62	63,60±14,58
2	35	52,80±19,90	31,71±38,07	62,91±24,51	56,25±19,84	54,05±19,71	61,54±20,76	31,96±40,13	68,08±16,16
3 Ve Üzeri	37	59,37±23,14	46,08±44,56	65,67±24,99	56,43±19,25	50,91±17,80	59,41±21,72	68,45±41,59	66,56±13,46
F=		0,668	1,701	0,403	0,363	0,991	0,146	4,800	0,594
p=		0,573	0,169	0,751	0,780	0,399	0,932	<b>0,003</b>	0,620
PostHoc=								4>1, 1>3, 2>3, 4>3 (p<0.05)	
<b>Sosyal Güvence</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Emekli Sandığı	28	55,82±21,66	38,03±41,36	66,42±26,78	55,32±17,70	47,46±16,43	58,82±24,67	57,85±43,92	65,46±13,71
Bağkur	15	64,20±27,71	43,93±45,50	69,73±19,53	57,13±17,53	54,33±17,68	65,90±19,95	43,02±45,51	66,26±12,71
SGK	121	56,00±20,40	42,05±40,18	62,91±26,96	58,79±19,31	50,15±17,68	60,73±22,38	50,86±42,76	65,62±15,71

Tablo 6.5. (devamı)

Tanımlayıcı Özellikler	n	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Ağrı	Genel Sağlık	Zindeilk/Yorgunluk	Sosyal Fonksiyonel	Emosyonel Rol Fonksiyon	Mental Sağlık
F=		1,014	0,138	0,573	0,403	0,759	0,489	0,604	0,015
p=		0,365	0,871	0,565	0,669	0,470	0,614	0,548	0,985
<b>Algılanan</b>									
<b>Ekonomik Durum</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gelir Giderden Az	53	58,77±23,56	44,98±42,92	62,64±27,97	58,79±19,68	52,75±16,25	62,23±23,59	51,35±45,02	63,43±14,77
Gelir Gidere Denk ve Fazla	111	55,73±20,25	39,89±39,61	64,85±25,56	57,69±18,49	48,80±17,93	60,23±22,06	51,33±42,36	66,72±15,15
t=		0,851	0,749	-0,503	0,348	1,360	0,531	0,003	-1,310
p=		0,396	0,455	0,616	0,728	0,176	0,596	0,998	0,192
<b>Cinsel İlişki Partner Varlığı</b>									
Evet	102	55,56±21,79	43,80±41,70	64,41±27,18	56,35±18,19	49,68±17,50	61,06±22,75	51,91±43,90	65,17±16,25
Hayır	62	58,61±20,63	37,80±38,91	63,69±25,00	60,83±19,66	50,72±17,50	60,58±22,30	50,38±42,09	66,45±12,96
t=		-0,885	0,916	0,169	-1,485	-0,369	0,133	0,221	-0,524
p=		0,378	0,361	0,866	0,140	0,713	0,894	0,826	0,601

Bağımsız Gruplar T-Testi, Anova Testi

Tablo 6.5.'te hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası yaşam kalitesi, beden algısı ve benlik imajının puan durumu verildi.

Hastaların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ameliyat sonrası ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık, ameliyat sonrası benlik saygısı ve beden imajı puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ameliyat sonrası ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık, ameliyat sonrası benlik saygısı ve beden imajı puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ameliyat sonrası ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık, ameliyat sonrası benlik saygısı ve beden imajı puanları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ameliyat sonrası ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık, ameliyat sonrası benlik saygısı ve beden imajı puanları medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyat sonrası emosyonel rol fonksiyon puanları çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=4,800$ ;  $p=0.003<0.05$ ). Farkın nedeni Çocuk sayısı 3 ve üzeri olanların ameliyat sonrası emosyonel rol fonksiyon puanlarının çocuğu olmayanların ameliyat sonrası emosyonel rol fonksiyon puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Çocuğu olmayanların ameliyat sonrası emosyonel rol fonksiyon puanlarının çocuk sayısı 2 olanların puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Ameliyat sonrası çocuk sayısı 1 olanların emosyonel rol fonksiyon puanlarının çocuk sayısı 2 olanların puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Çocuk sayısı 3 ve üzeri olanların ameliyat sonrası emosyonel fonksiyon puanlarının çocuk sayısı 2 olanların puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ).

Hastaların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyonellik, mental sağlık, ameliyat sonrası benlik saygısı ve beden imajı puanları çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonel, fiziksel rol fonksiyon, ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol fonksiyon,

mental sağlık, benlik saygısı ve beden imajı puanları sosyal güvence değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Gelir giderden az olanların ameliyat sonrası benlik saygısı puanları ( $\bar{x}=2,302$ ), gelir gidere denk ve fazla olanların ameliyat sonrası benlik saygısı puanlarından ( $\bar{x}=2,793$ ) düşük bulunmuştur ( $t=-3,315$ ;  $p=0.003<0.05$ ).

Hastaların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ameliyat sonrası ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık, ameliyat sonrası benlik saygısı ve beden imajı puanları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, ameliyat sonrası ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık, ameliyat sonrası benlik saygısı ve beden imajı puanları cinsel ilişki partner varlığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.6.** Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ameliyattan Önce Cinsel Yaşam Puan Durumu (N=102)

Tanımlayıcı Özellikler	n	Eşin Cinsel Yaklaşımı	Cinsel İlişki Sıklığına Yönelik Memnuniyet	Cinsellik Değerlendirme
<b>Cinsiyet</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	69	3,65±0,90	3,33±0,93	3,31±0,96
Erkek	33	3,57±0,96	3,09±1,01	2,81±0,98
t=		0,390	1,194	2,441
p=		0,697	0,235	<b>0,016</b>
<b>Yaş</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
30 ve Altı	20	3,85±0,67	3,45±0,68	3,30±0,65
31-40	27	3,37±0,96	3,25±1,02	3,22±0,93
41-50	38	3,57±0,97	3,15±1,02	2,97±1,12
51 Ve Üzeri	17	3,88±0,93	3,23±1,03	3,294±1,10
F=		1,584	0,399	0,711
p=		0,198	0,754	0,547
<b>Eğitim Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlkokul	28	3,78±0,78	3,21±0,87	3,21±0,95
Ortaokul	24	3,70±0,75	3,41±0,77	3,20±0,72
Lise ve Üzeri	50	3,50±1,05	3,20±1,08	3,10±1,12
F=		0,982	0,441	0,159
p=		0,378	0,645	0,854
<b>Medeni Durum</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evli	67	3,58±0,95	3,11±0,97	3,03±1,00
Bekar	35	3,71±0,86	3,51±0,88	3,40±0,94
t=		-0,686	-1,998	-1,808
p=		0,494	<b>0,048</b>	0,074
<b>Çocuk Sayısı</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	41	3,75±1,01	3,48±0,95	3,390±0,972
1	15	3,40±1,18	2,80±0,94	2,733±0,961
2	22	3,59±0,79	3,27±1,03	3,091±1,065
3 Ve Üzeri	24	3,58±0,65	3,12±0,85	3,083±0,929
F=		0,593	2,140	1,783
p=		0,621	0,100	0,155
<b>Sosyal Güvence</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Emekli Sandığı	18	3,55±0,92	3,22±0,73	3,00±0,76
Bağkur	11	3,72±0,78	3,45±0,82	3,36±0,92
Sgk	73	3,63±0,95	3,23±1,03	3,16±1,05
F=		0,117	0,263	0,461
p=		0,889	0,769	0,632
<b>Algılanan Ekonomik Durum</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gelir Giderden Az	31	3,51±0,92	3,32±1,13	3,25±1,06
Gelir Gidere Denk Ve Fazla	71	3,67±0,92	3,22±0,88	3,11±0,96
t=		-0,804	0,468	0,679
p=		0,423	0,641	0,499

Bağımsız Gruplar T-Testi, Anova Testi

Kadınların ameliyattan önce cinsellik değerlendirme puanları ( $x=3,319$ ), erkeklerin ameliyattan önce cinsellik değerlendirme puanlarından ( $x=2,818$ ) yüksek bulunmuştur ( $t=2,441$ ;  $p=0.016<0.05$ ).

Hastaların ameliyattan önce eşin cinsel yaklaşımı, ameliyattan önce cinsel ilişki sıklığı puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyattan önce eşin cinsel yaklaşımı, ameliyattan önce cinsel ilişki sıklığına yönelik memnuniyet, ameliyattan önce cinsellik değerlendirme puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyattan önce eşin cinsel yaklaşımı, ameliyattan önce cinsel ilişki sıklığına yönelik memnuniyet, ameliyattan önce cinsellik değerlendirme puanları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Evlilerin ameliyattan önce cinsel ilişki sıklığı puanları ( $x=3,119$ ), bekarların ameliyattan önce cinsel ilişki sıklığı puanlarından ( $x=3,514$ ) düşük bulunmuştur ( $t=-1,998$ ;  $p=0.048<0.05$ ).

Hastaların ameliyattan önce eşin cinsel yaklaşımı, ameliyattan önce cinsellik değerlendirme puanları medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyattan önce eşin cinsel yaklaşımı, ameliyattan önce cinsel ilişki sıklığı, ameliyattan önce cinsellik değerlendirme puanları çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyattan önce eşin cinsel yaklaşımı, ameliyattan önce cinsel ilişki sıklığına yönelik memnuniyet, ameliyattan önce cinsellik değerlendirme puanları sosyal güvence değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyattan önce eşin cinsel yaklaşımı, ameliyattan önce cinsel ilişki sıklığına yönelik memnuniyet, ameliyattan önce cinsellik değerlendirme puanları algılanan ekonomik durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).



**Tablo 6.7.** Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ameliyattan Sonra Cinsel Yaşam Puan Durumu (N=102)

Tanımlayıcı Özellikler	n	Eşin Cinsel Yaklaşımı	Cinsel İlişki Sıklığına Yönelik Memnuniyet	Cinsellik Değerlendirme
<b>Cinsiyet</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	69	3,68±1,07	3,40±1,04	3,56±0,94
Erkek	33	3,75±0,86	3,42±0,79	3,21±0,92
t=		-0,356	-0,090	1,774
p=		0,723	0,929	0,079
<b>Yaş</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
30 ve Altı	20	3,65±0,98	3,20±1,00	3,25±0,91
31-40	27	3,77±0,75	3,51±0,8	3,59±0,69
41-50	38	3,63±1,19	3,42±1,08	3,42±1,10
51 Ve Üzeri	17	3,82±1,01	3,47±0,87	3,52±1,00
F=		0,206	0,443	0,541
p=		0,892	0,723	0,655
<b>Eğitim Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlkokul	28	3,67±1,15	3,28±1,15	3,53±1,13
Ortaokul	24	3,95±0,75	3,66±0,70	3,62±0,71
Lise Ve Üzeri	50	3,60±1,03	3,36±0,96	3,32±0,93
F=		1,034	1,143	0,988
p=		0,359	0,323	0,376
<b>Medeni Durum</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evli	67	3,70±1,03	3,40±0,92	3,38±0,95
Bekar	35	3,71±0,98	3,42±1,06	3,57±0,94
t=		-0,060	-0,126	-0,924
p=		0,952	0,900	0,358
<b>Çocuk Sayısı</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	41	3,73±1,09	3,41±1,07	3,43±1,05
1	15	3,60±0,91	3,00±1,00	3,20±0,77
2	22	3,72±1,12	3,63±0,84	3,59±0,85
3 ve Üzeri	24	3,70±0,85	3,45±0,83	3,50±0,97
F=		0,065	1,330	0,523
p=		0,978	0,269	0,667
<b>Sosyal Güvence</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Emekli Sandığı	18	3,72±0,82	3,33±0,76	3,27±0,75
Bağkur	11	3,72±1,10	3,54±1,21	3,63±1,20
SSK	73	3,69±1,05	3,41±0,98	3,46±0,95
F=		0,007	0,161	0,512
P =		0,993	0,851	0,601
<b>Algılanan Ekonomik Durum</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gelir giderden az	31	3,71±1,00	3,61±0,95	3,58±1,02
Gelir gidere Denk ve fazla	71	3,70±1,02	3,32±0,96	3,39±0,91
t=		0,025	1,393	0,910
		0,980	0,167	0,365

Bağımsız Gruplar T-Testi, Anova Testi

Tablo 6.7’de hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ameliyat sonrası cinsel yaşam puan durumu verildi.

Hastaların ameliyattan sonra eşin cinsel yaklaşımı, cinsel ilişki sıklığına yönelik memnuniyet ve cinsellik değerlendirme puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyattan sonra eşin cinsel yaklaşımı, cinsel ilişki sıklığına yönelik memnuniyet ve cinsellik değerlendirme puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyattan sonra eşin cinsel yaklaşımı, cinsel ilişki sıklığına yönelik memnuniyet ve cinsellik değerlendirme puanları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyattan sonra eşin cinsel yaklaşımı, cinsel ilişki sıklığına yönelik memnuniyet ve cinsellik değerlendirme puanları medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyattan sonra eşin cinsel yaklaşımı, cinsel ilişki sıklığına yönelik memnuniyet ve cinsellik değerlendirme puanları çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyattan sonra eşin cinsel yaklaşımı, cinsel ilişki sıklığına yönelik memnuniyet ve cinsellik değerlendirme puanları sosyal güvence değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların ameliyattan sonra eşin cinsel yaklaşımı, cinsel ilişki sıklığına yönelik memnuniyet ve cinsellik değerlendirme puanları algılanan ekonomik durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

## 7. TARTIŞMA

Obezite, gelişmiş ülkelerde olduğu kadar ülkemizde de giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır [67]. Obezitenin bu kadar ciddi bir sorun olması ve yüksek oranda yaygınlık göstermesi hem obez bireyleri hem de sağlık profesyonellerini tedavi arayışına itmektedir. Obezite tedavisinde diyet, egzersiz, ilaç ve geleneksel yöntemlerin yeterli olmadığı durumlarda güncel cerrahi girişimler yapılmaktadır. Obezite cerrahisi, şişmanlığa bağlı ortaya çıkan diğer sorunların tedavisinde ve şişmanlığa bağlı yeni sorunların ortaya çıkmasının önlenmesinde oldukça etkilidir [60,92]. Obez bireylerin yaşadığı en büyük sosyal sorunlardan biri iş yaşamı, sosyal yaşam ve kişilerarası ilişkilerdeki izolasyondur. Tüm bunlar obez bireylerin yaşam kalitelerini önemli derecede etkilemektedir [93].

Obezite tedavisinde amaç, gerçekçi bir vücut ağırlığı kaybı hedeflenerek, obeziteye ilişkin morbidite ve mortalite risklerini azaltmak, bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir [94].

Bu bilgilerden yola çıkarak, çalışmamızda bariyatrik cerrahinin hastaların yaşam kalitesi, benlik saygısı ve beden imajı üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen veriler tartışıldı. Sonuçlar, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 3. aydaki verilere göre değerlendirildi. Birçok çalışmada bariyatrik cerrahi sonrası hastanın iyileştiğini gösteren sonuçlar 3 ay gibi erken bir zamanda bildirilmiştir [74–78]. Julia ve ark. yaptığı Roux-en-Y gastrik bypass ameliyatı olan 71 obez hastanın SF-36 anket çalışması sonuçları; cerrahi işlem sonrası fiziksel yaşam kalitesindeki iyileşmelerin müdahaleden sonraki 3 ay kadar erken gözlemlendiğini ve kilo kaybı ve komorbiditelerdeki gelişmelerle bağımsız olarak ilişkili olduğunu göstermektedir [74]. İki farklı bariyatrik cerrahi yöntemi olarak tüp mide ameliyatı ve gastrik bypass tekniğinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin 191 spesifik çalışmayı kapsayarak karşılaştırıldığı bir raporda, her iki yöntemde de iyileştirilmiş sonuçların, 3. ayın başlarında olduğu belirlenmiştir [75]. Torquati ve ark., yaşam kalitesinin hastalarda ameliyat sonrası 3. ayda anlamlı şekilde düzeldiğini belirlemiştir [76]. Laparoskopik ve açık gastrik bypassları karşılaştıran bir başka çalışmada, Nguyen ve ark., her iki çalışma grubunda da SF-36 anketinin tüm ölçeklerindeki iyileşme ameliyattan sadece 3 ay sonra olmasına rağmen, yaşam

kalitesindeki iyileşmenin müdahalenin ardından bir ay kadar erken olduğunu göstermiştir [77]. Mevcut sonuçlarımıza paralel olarak, Chang ve ark. bariyatrik cerrahiden sonra yaşam kalitesinin 1. ayında düzeldiğini, 3 ay sonra stabilize olduğunu ve yaşam kalitesindeki iyileşmenin BKİ değişiklikleriyle anlamlı şekilde ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir [78].

Araştırmadan elde edilen bulgulardan bireysel özellikler incelendiğinde; %68,9'unun kadın, %33,5'inin 41-50 yaş aralığında olduğu belirlendi. Kadınlarda görülen hormonal değişimler, gebelik ve anatomik yapıları gibi sebepler göz önünde bulundurulduğunda, kadınların obeziteye olan eğilimlerinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu söylenebilir [3,95]. Artan yaş ile ters orantılı olarak azalan fiziksel aktivite, metabolizmanın yavaşlamasına sebep olmakta, bunun sonucunda ise obezitenin gelişme riski ve görülme sıklığı artmaktadır [96,97]. Bu bağlamda araştırma literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların %52,4'ünün eğitim durumunun lise ve üzeri, %91,5'inin ise morbid obez olduğu belirlendi. Kütahya Dumlupınar Üniversitesi'nde 2008-2009 yılında farklı alanlarda çalışan 376 kişi üzerinden yapılan bir çalışmada; çalışanların cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyleri bakımından obeziteyi etkileyen faktörler araştırılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucunda; cinsiyet, yaş, medeni durum özelliklerinin obeziteyi etkilediği ancak eğitiminin obezite açısından belirleyici bir etken olmadığı belirlenmiştir [98]. Ulupınar tarafından 2004'te yapılan Afyon merkez ve ilçelerinden rastgele seçilen ve BKİ'ye göre üç gruba ayrılan (1. grup obez, 2. grup fazla kilolu, 3. grup normal kilolu) 152 kişiyi kapsayan ve kişilerin yaş, çocuk sayısı, medeni hal, cinsiyet, çalışma durumu, eğitim düzeyi, obezite tedavisi alıp almadığı durumuna göre incelendiği çalışma sonucunda eğitim düzeyinin obezite açısından bir risk oluşturmadığı saptanmıştır [99]. Kır ve ark. tarafından 2004'te yapılan bir kesitsel çalışmada; bir askeri birlikteki 706 kişi üzerinden obezite ile yaş, ikamet edilen yerleşim birimi, öğrenim durumu ve meslek özellikleri karşılaştırılmış ve sonucunda diğer çalışmaların aksine katılımcıların öğrenim düzeyinin artması ile obezite ve fazla kilo oranının arttığı saptanmıştır [97].

Dünya çapında morbid obezite, morbidite ve mortalite riskini önemli derece arttırmakta, obez kişilerin yaşam kalitesini ve süresini olumsuz bir şekilde

etkilemektedir [100,101]. Bariyatrik cerrahinin bireyin yaşam kalitesini yükselttiği gözlemlenirken, komorbidite ve kilo kaybı üzerindeki olumlu etkileri de kanıtlanmıştır [102–104]. Obezite; diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, hiperlipidemi, safra kesesi hastalıkları, dejeneratif osteoartrit, obstrüktif uyku apnesi, hipertansiyon ve steatohepatit gibi pek çok hastalığın etiyojisi ile yakından ilişkilidir. Bu komorbiditeler yaşam kalitesinin büyük ölçüde azalmasına ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır [105].

Çalışmada ameliyat öncesi ve ameliyattan 3 ay sonra hastaların yaşam kalitesinde değişikliklere bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görüldü (Tablo 6.2). Aşırı obezite ile yaşam kalitesindeki bozukluklar arasındaki ilişkinin ciddi boyutta olduğu belirtilmiştir. Bu ilişkiyle ilgili birçok çalışma sağlıklı ilgili yaşam kalitesine odaklanmıştır [13,17,72,106–112]. Obezite derecesi en çok fiziksel sağlık alt ölçekleri ile ilişkilidir [107]. Aşırı vücut ağırlığı, bazı bireyler için yürüme, merdiven çıkma, banyo yapma ve giyinme gibi en temel fiziksel fonksiyonları ve kişisel bakım görevlerini yerine getirmede engel olabilmektedir. Yaşam kalitesi ölçeği SF-36 baz alınarak, bariyatrik cerrahi girişim geçirmiş olan hastaların ameliyattan 20 hafta sonra ve başlangıçtaki vücut ağırlığının %25'i kadar bir kilo kaybindan sonra belirgin iyileşmelerin olduğu bildirilmiştir [17]. İsveç'te obez bireylerde yapılan benzer bir çalışmada, ameliyat sonrası ilk dört yıl içinde yaşam kalitesinde en üst düzeyde iyileşme olduğu bildirilmiştir [15].

Birçok çalışma, bariyatrik cerrahi sonrası kilo kaybının ve komorbiditelerin azaltılmasının, hastaların yaşam kalitesini artırabildiğini göstermiştir [14,75,113–122]. Fazla kilo; fiziksel (ağrı, fiziksel aktivite) [115–117], psikolojik (depresyon, yeme bozukluğu, benlik saygısı) [118] ve sosyal (sosyal destek, kilo ile ilişkili damgalanma) [119] alanlarda sağlıklı ilişkili yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır [120]. Bariyatrik cerrahi hastalarıyla yaptığı çalışmasında ameliyat öncesi hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda yaşam kalitelerinde bozulmalar olduğunu, Altınok, Cingi ve Baykan (2014) ise ameliyat öncesi dönemde yaşam kalitesinin fiziksel ve mental boyutlarının düşük olduğunu belirlemiştir [121]. Genel Cerrahi Servisine obezite cerrahisi için başvuran 46 kayıtlı hasta ile yapılan benzer bir çalışmada, yaşam kalitesi ve BKİ'nin birbirleri ile ters yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir [122]. Faria ve ark. Temmuz 2014'te yaptığı Pubmed'de sistematik

literatür taraması sonuçlarına göre; bazı yazarlar, mütevazı bir kilo kaybının, yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu sonucuna varmışlardır [75,113]. Yüksek takip oranlarına sahip uzun vadeli (5 yıl) çalışmalar, hem kilo kaybının hem de yaşam kalitesinin iyileşmesinin sürdüğü sonucuna varmıştır [75,114]. Bununla birlikte çoğu çalışma, kısa vadeli değerlendirmeleri rapor eder veya düşük takip oranlarına sahiptir.

Lindekilde ve ark.'nın bariyatrik cerrahinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ve çalışma varyasyonu üzerindeki etkisini değerlendirmek için obezite literatüründe, yaşam kalitesindeki değişimin standartlaştırılmış ortalama etki büyüklüğünü inceledikleri 72 çalışmada, bariyatrik cerrahinin yaşam kalitesi üzerine olan ortalama etkisinin yükseldiğini, ancak fiziksel alandaki iyileşmenin mental alana göre daha fazla olduğunu ve ameliyat öncesi BKİ'si yüksek olanların yaşam kalitesinin fiziksel alanındaki iyileşmelerin daha fazla olduğunu göstermişlerdir [123]. Bariyatrik cerrahi sonrası kilo kaybı, yaşam kalitesinin fiziksel bileşenlerini geliştirirken, yaşamın mental yönü, depresyon ve anksiyete üzerindeki etkileri kesin olarak ifade edilmemektedir. Bu kapsamda Matini ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada morbid obez hastalarda gastrik bypass ameliyatından önce ve ameliyattan 6 ay sonra anksiyete düzeyleri karşılaştırılmış, anksiyete düzeyinin bu süreçte anlamlı bir şekilde değişmediği belirlenmiştir. Fiziksel fonksiyonlar ameliyat sonrası kilo kaybına bağlı beklendiği gibi anlamlı bir şekilde olumlu yönde artarken, psikolojik fonksiyonlar açısından anlamlı değişiklik bulunamamıştır [124].

Nickel ve ark (2017) cerrahi sonrası ilk altı aylık dönemde fiziksel ve mental açıdan yaşam kalitesinde yükselme olduğunu, 24. ayda durumun sabit kaldığını belirtmektedir [12]. Mazer, Azagury ve Morton'un (2017) çalışmasında ise, fiziksel açıdan yaşam kalitesinde yükselme olduğunu, ancak psikolojik yönden belirsizliklerin devam ettiği bildirilmektedir [11]. Bu noktada obezite cerrahisine özgü standart bir ölçüm aracının olmaması çalışma sonuçlarındaki farklılıkların nedeni olarak açıklanabilir.

Yapılan benzer bir çalışmada da bariyatrik cerrahi sonrası hastaların daha iyi fiziksel işlevlere ve yaşam kalitesine ulaştığı belirtilmiştir [125]. Bizim çalışmamızda

elde ettiğimiz bariyatrik cerrahi girişim sonrası yaşam kalitesindeki artış, bu çalışma sonuçlarıyla aynı paralelliktedir.

Yaptığımız çalışmada ameliyat öncesi ve ameliyattan 3 ay sonra hastaların yaşam kalitelerinde ciddi artışlar gözlemlendi (Tablo 6.6). Bariyatrik cerrahi öncesi bireylerin gastrointestinal semptomlar, fiziksel, emosyonel ve sosyal alanlardaki yaşam kalitelerinde anlamlı bir düşüş gözlemlendi (Tablo 6.2).

Bariyatrik cerrahiden sonra hastalarda bazı yiyeceklere karşı intolerans gelişebilmektedir. Gelişen intolerans hastalarda yetersiz beslenmeye neden olacak kadar aşırı kusmayla sonuçlanabilmekte ve besin tüketimi sınırlanarak dolayısı ile diyetle uyum ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir [59,104]. Suter ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada bariyatrik cerrahinin genellikle azalmış besin toleransı ve bazen de kusma ile ilişki olduğu ve yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiş, ancak 3. aydan itibaren besin intoleransının azalması ile birlikte yaşam kalitesinin de yükseldiği saptanmıştır [126].

Bariyatrik cerrahi öncesi dönemde hastalarda psikolojik olarak en sık rastlanan tanılar sırasıyla; anksiyete bozuklukları, duygu durum bozuklukları, yeme bozukluğu ve kişilik bozukluklarıdır. Ayrıca bu hastalarda beden algısında bozulma ve benlik saygısında azalma da sık görülen durumlar arasında yer almaktadır [40]. Bizim çalışmamızda cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum gibi bireysel özellikler göz önünde bulundurulduğunda ameliyat öncesindeki hayat standartları, benlik saygısı ve beden algısında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmektedir (Tablo 6.4). Bariyatrik cerrahi sonrası ise hastalarda görülen psikolojik sorunların azalmasının, hastaların bedenlerinde yaşadıkları değişimden memnuniyet duymalarından kaynaklandığı düşünülmektedir [127].

Benlik saygısı, bireyin kendisini nasıl gördüğüyle ilgili düşüncelerinden oluşmaktadır [128] ve yüksek benlik saygısının yaşam kalitesine pozitif yönde katkısı olduğu bilinmektedir. Uyumlu bir sosyal yaşamın kişilerin kendi yaşamlarını daha pozitif değerlendirmelerine imkan tanıma, kişilerin sosyal ilişkilerinden memnun olmalarına ve bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmesine neden olmaktadır [129]. Kişilerde yüksek benlik saygısı, pozitif yönlü duygu durumu ve sorunlarla baş

edebilme ile orantılı olduğu için benlik saygısının yaşam kalitesini olumlu olarak etkilediği saptanmıştır [108].

Beden imajını olumsuz etkileyen şişmanlık, dolayısıyla benlik saygısını da olumsuz yönde etkilemektedir [20]. Obez bireylerde gözlenebilen düşük benlik saygısı ve olumsuz beden imajının sebep mi yoksa sonuç mu olduğu konusunda çalışmalar yapılmaktadır ve tartışmalar sürmektedir. Obez bireylerin bazılarında etiyolojik faktör olarak bulunurken, bazı obez bireylerde ise obezitenin bir çıktısı olarak bulunması olasıdır [52]. Bir sağlık problemi olan obezite; dünyada salgın hastalık statüsünde olup diyet, egzersiz, davranış değişikliği, medikal ve cerrahi yöntemler ile tedavi edilebilir konumdadır [130]. Morbid obezite nedeniyle gelişen hastalıkların tedavisinde ve obezite ile birlikte yeni hastalıkların ortaya çıkmasını engellemede bariyatrik cerrahinin yeri oldukça önemlidir [131].

Bariyatrik cerrahi sonrası obez bireylerin benlik saygısında olumlu bir gelişme görüldüğu bilinmektedir. Ameliyat sonrası verilen kilo miktarı arttıkça benlik saygısında pozitif yönde artış olurken en fazla ilk bir yılda olumlu değişmeler saptanmaktadır [132]. Benlik saygısı ile beden imajı ilişkisinin özel dinamiği kişiden kişiye göre değişir ve aralarında karmaşık bir bağlantı vardır. Kimi kişilerde olumsuz beden imajından kaynaklanan düşük benlik saygısı oluşurken kimilerinde ise düşük benlik saygısına bağlı olumsuz beden imajı gelişir [133]. Obezite ile benlik saygısının azalması arasında doğru orantılı bir ilişki olduğuna dair çalışmalar mevcuttur [6,18,21,53–55,57,109,132,134,135]. Eroğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada kontrol grubu ile bariyatrik cerrahi adayları arasında benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki farklar incelenmiş, bariyatrik cerrahi adaylarının yaşam boyu bir psikiyatrik bozukluğa sahip olma ve herhangi bir eş tıbbi tanıya sahip olma oranları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur [21]. Tüzün'ün yapmış olduğu çalışmada ise benzer olarak, obez kişilerin benlik saygısının obez olmayanlara göre anlamlı oranda düşük olduğu bulunmuştur [52]. Kadınlarda obezitenin benlik saygısı üzerine olan etkisinin araştırıldığı bir çalışmada ise obez kadınlarda beden algısının olumsuz etkilendiğinde cinsel memnuniyetin azaldığı ve benlik saygısının cinsel memnuniyetlerini etkilediği saptanmıştır [18]. Obezite cerrahisi geçiren ve geçirmeyen yetişkinlerin benlik saygısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin yapıldığı bir çalışmada, gruplar arasında benlik



saygısı ölçeği puanları arasında fark olmadığı ancak; yaşam kalitesinin operasyon geçiren katılımcılarda diğer gruba oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur [109]. Yapılan bir çalışmada 189 obez ve 160 normal kilolu bireyler incelenmiş ve obez bireylerin sosyal kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur [136]. Bariyatrik cerrahi öncesi ve sonrası 3-6 aylık takip döneminde olan 43 morbid obez kadının yer aldığı çalışmada, hastaların operasyon sonrası cinsel yaşam kalitesi, depresif belirtilerde ve özgüvende önemli bir iyileşme ile sonuçlandığı görülmüştür [6]. Kubik ve ark.'nın yapmış olduğu meta-analize göre; literatür taramasında, bariyatrik cerrahi sonucu hastanın özgüvenini, benlik saygısını geliştirdiği sonucu ortaya konulmuştur. Benlik saygısının, ameliyat sonrası vücut görüntüsündeki önemli gelişmeler ve cerrahi sonrası kilo verme memnuniyetiyle ilişkili olduğu görülmektedir [134]. 149 hastanın dahil olduğu ve bariyatrik cerrahiden 2 yıl sonra depresif belirtiler, benlik saygısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, bariyatrik cerrahi sonrası önemli bir kilo kaybına paralel olarak, depresif belirtiler ve benlik saygısı gibi akıl sağlığının önemli yönlerinde önemli ölçüde iyileşme olduğu, bu etkilerin ameliyattan 1 yıl sonra ortaya çıktığı ancak; daha sonra önemli ölçüde değişmediği belirlenmiştir [132]. Bariyatrik cerrahi öncesi ve sonrası obezite hastalarında evlilik doyumunu ve özgüveninin karşılaştırıldığı ve 69 katılımcının dahil olduğu bir başka çalışmada ise cerrahi müdahale sonrası kilo kaybının, operasyondan altı ay sonra hastanın özgüvenini ve evlilik doyumunu iyileştirmediği belirlenmiştir [135].

Obez çocuklar ve adolesanlar düşük özgüven, beden memnuniyetsizliği, depresyon, yeme bozuklukları, yaşam kalitesinde azalma ve sosyal ilişkilerde dışlanma gibi çeşitli psikolojik ve sosyal problemlerle karşı karşıya kalmaktadır [137]. Obez bireylerin genellikle kendileri ve bedenleri hakkında olumsuz düşüncelere sahip olduğundan ve bu durumun da benlik saygılarında azalma ile sonuçlandığından bahsedilmektedir [138].

Beden memnuniyetsizliği sıklıkla vücut ağırlığı ile ilişkilidir [8,49,139–141]. Bununla birlikte, kişinin bedeni hakkında ne düşündüğü ile kişinin görünüşünün nesnel gerçekliği arasında çok az ilişki olabileceğini öne süren bir çalışma da mevcuttur [142]. Çoğu birey görünüşleri ile ilgili bazı spesifik endişeler bildirmektedir. Kadınların beden imajları ile ilgili memnuniyetsizlikleri olduğu

bilinmektedir [18,91,112]. Beden imajındaki memnuniyetsizliğin hem cerrahi hem de medikal tedaviye eğilimi arttırmaktadır [8,17,134,142–144]. Bariyatrik cerrahiden sonra kilo kaybının beden imajında belirgin iyileşmeler olduğunu bildiren çalışmalar vardır [145,146]. Tiggemann'ın 2004 yılında yapmış olduğu literatür çalışmasına göre; özellikle kadınlar beden imajına önem vermektedir ve beden imajındaki memnuniyetsizlikleri psikolojik sorunları beraberinde getirmektedir [147]. PubMed veri tabanı araştırılarak Ocak 2002 - Mart 2014 tarihleri arasında yapılan literatür taraması sonuçlarına göre elde olan 130 çalışmada bariyatrik cerrahi sonrası yeme davranışlarında, duygu-durum bozukluklarında ve beden imajında genel iyileşmeler bildirilmiştir [8]. Bir başka çalışmada, 40 morbid obez hastanın bariyatrik cerrahi sonrası 6. aylarından elde edilen verilere göre; kilo vermenin yanı sıra hastalarda düzensiz beslenme, kiloya bağlı yaşam kalitesi, beden imajı ve fiziksel aktivitede de önemli iyileşmelerin sağlandığı görülmüştür [145]. 62 hastanın dahil olduğu benzer bir çalışmada ise bariyatrik cerrahi sonrası beden imajı, yaşam kalitesi ve genel psikopatolojinin farklı yönlerinde önemli gelişmeler gösteren uzunlamasına çalışmaların sonuçlarını desteklediği vurgulanmıştır. Aynı çalışmada, ayrıca bariyatrik cerrahiyi takiben vücut şekillendirme ameliyatından sonra hastalarda daha iyi benlik saygısı ve beden imajı görüldüğü belirtilmiştir [143]. Sarwer ve ark.'nın 2010 yılında yapmış oldukları çalışmada ise gastrik bypass ameliyatı geçiren 200 morbid obez hastanın, ameliyattan sonraki ilk birkaç ay içinde yaşam kalitesi ve vücut görüntüsünde önemli iyileşmeler yaşadığı ve birkaç istisna dışında, ameliyat sonrası ikinci yılda da bu iyileşmelerin devam ettiği bildirilmiştir [17]. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; BKİ'ye göre normal aralıkta olan kişilerin düşük benlik saygısı bulunma oranınının 1,49 kat ve morbid obezlerde 3,31 kat daha fazla olduğu, olumsuz beden algısının ise normal bireyler referans alındığında morbid obezlerde 5,48 kat daha fazla olduğu bulunmuştur [19]. Obez bireylerde aynı zamanda düşük beden saygısının ve olumsuz beden algısının da olduğu görülmektedir. Bazı obez bireylerde benlik saygısındaki azalma etiyolojik faktör olarak ele alınırken, bazı obez bireylerde de obezitenin bir sonucu olarak gösterilmektedir [148]. Söz konusu çalışmalarda elde edilen bulgular; psikiyatrik belirtiler, beden imajı ve benlik saygısı dahil olmak üzere ameliyat öncesi

psikolojik faktörlerin ameliyat sonrası ruh sağlığı için önemli olabileceğini düşündürmektedir [144].

Çalışmamızda; ameliyat sonrası yaşam kalitesi, benlik saygısı ve beden imajının bireysel özelliklere göre durumu değerlendirildiğinde; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum ve sosyal güvence açısından anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (Tablo 6.6) Çocuk sayısının ameliyat sonrası emosyonel rol düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Çocuk sayısı 3 ve üzeri olanların ameliyat sonrası emosyonel rol puanlarının diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (Tablo 6.6). Bu durum kadınların yaptığı doğum sayısı arttıkça, doğum öncesi kilolarına dönmekte zorluk yaşadıklarını düşündürmektedir [149–151]. Bu anlamda çocuk sayısının fazla olmasının obezite riskini artırabileceğini ve çocuk sayısı ile gelişen ebeveynlik niteliklerinin emosyonel rolde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bariyatrik cerrahi sonrası hastalar iki yılda vücut ağırlıklarının üçte birini kaybetmektedir. Bu durum cinsel uyarılma, istek, memnuniyet ve üreme hormonlarıyla ilgili olumlu gelişmeler yaşamalarını da sağlamaktadır. Ameliyat öncesi döneme oranla ameliyattan sonraki bir yılda cinsel fonksiyonlarda anlamlı oranda iyileşme görüldüğü de bildirilmiştir [106]. Bu sonuç zayıflama sürecinin bir parçası olarak değerlendirilebilir. Hedeflenen kilo kaybı ile olumlu değerlendirmenin cinsel yaşam kalitesini de artıracakını düşündürmektedir. Çalışmamızda ameliyattan önce cinsel yaşamın tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu incelendiğinde; yaş, eğitim düzeyi, sosyal güvence, çocuk sayısı, algılanan ekonomik durumun anlamlı farklılaşma oluşturmadığı saptanmıştır (Tablo 6.8).

Morbid obezite hastası 82 kişi ile yapılan bir başka çalışmada ise; obez kadınların cinsel aktivite sıklığının ideal kilosunda olan kadınlara göre daha düşük olduğu ve morbid obez kadınların %44'ünün cinsel hayatlarından memnun oldukları saptanmıştır. Bu hastaların obezite cerrahisi sonrası değerlendirmelerinde ise cinsel hayattan memnun olma oranının ameliyattan sonraki 1 yıllık süreçte %63'e yükseldiği görülmüştür [152].

Bariyatrik cerrahi geçirecek 80 obez kadın hasta ile yapılan bir çalışmada; katılımcılara cerrahi öncesi, cerrahiden 6 ay ve 12 ay sonra cinsel yaşam kalitesi

ölçekleri uygulanmıştır. Uygulanan ilk testin ortalama puanı 19 olarak saptanmış olup, tamamında cinsel işlev bozukluğu gözlenmiştir. Cerrahi girişimden sonraki 6. ve 12. aylarda uygulanan testlerdeki ortalama puanlar ise 25 ve 30 olarak saptanmış, cinsel yaşam kalitesinin belirgin şekilde yükseldiği görülmüştür [153]. Morbid obeziteye sahip olan ve cinsel işlev bozukluğu olan 34 hastanın obezite cerrahi öncesinde ve sonrasında takip edildiği bir çalışmada ise ameliyattan sadece 6 ay sonra 34 hastanın 23'ünde cinsel fonksiyonlarda bozukluğun devam ettiği gözlenmiştir. Ameliyat sonrası hastaların tüm cinsel fonksiyonlarında iyileşme olduğu gözlenmiş, bununla birlikte genç, evli ve ameliyat öncesi daha kötü bir cinsel yaşam kalitesine sahip olan hastalardaki iyileşmenin daha belirgin olduğu ifade edilmiştir [154]. Obezite cerrahisinin cinsel yaşam üzerine etkilerini inceleyen bir sistematik derlemede de, her iki cinsiyette de kilo vermenin üreme hormonları üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir [10].

Yukarıdaki çalışmalar ve bizim çalışmamız dikkate alındığında kilo vermenin, özellikle de bariyatrik cerrahi gibi bir yöntemle belirgin bir kilo kaybının cinsel yaşam kalitesi üzerine anlamlı ölçüde iyileştirici bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular da bariyatrik cerrahi sonrası kilo kaybının cinsel yaşam kalitesi üzerine olumlu etkilerinin olduğunu gösteren araştırmalarla benzerlik göstermektedir (Tablo 6.3).

Sonuç olarak bu çalışmada; ameliyat öncesi benlik saygısının sosyal güvence değişkenine göre anlamlı derecede farklı olduğu görülmüştür. Bu durum benlik saygısı yüksek olan grubun gelir düzeyinin fazla olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca, gelir giderden az olan grubun ameliyat öncesi benlik saygısı düzeyleri gelir gidere denk ve fazla olanların ameliyat öncesi benlik saygısı düzeylerinden düşük olduğu saptanmıştır. Bunun sebebi, giderin fazla olduğu gruptaki ekonomik kaygıların aynı zamanda benlik saygısına olan olumsuz etkileri olduğu söylenebilir. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası emosyonel fonksiyon puanları çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=4,800$ ;  $p=0.003<0.05$ ) ve en yüksek puanın çocuk sayısı 3 ve üzeri olan gruba ait olduğu belirlenmiştir. Bu durum hastaların çocuk sayısı arttıkça duygu-durum bozukluğu, tükenmişlik gibi psikolojik sorunlarının artmasıyla ve buna bağlı olarak artan kilolalarından kurtulamayacakları düşüncesiyle depresif bir ruh halinde olmalarıyla açıklanabilir. İstatistiki olarak

ameliyat öncesi ve sonrası eşin cinsel yaklaşım değeri ( $p=0,444>0,05$ ) ve cinsel ilişki sıklığına yönelik memnuniyet değerlerinde ( $p=0,121>0,05$ ) anlamlı bir farklılık görünmemesine rağmen; ameliyattan sonra cinsellik değerlendirme değerindeki artışın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p=0,009<0,05$ ). Hastaların hormon düzeyleri hakkındaki veri kısıtlılığı nedeniyle, analiz sınırlanmıştır ancak; çalışmamıza paralel birçok araştırmada da görüldüğü üzere, kilo kaybı cinsel yaşamı olumlu yönde etkilemektedir.

Benlik saygısı yönünden; ameliyat sonrasındaki değer azalışı anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000<0,05$ ). Beden imajı yönünden; ameliyat sonrasındaki değer artışı anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000<0,05$ ).

Morbid obez kalan hastalar için bile, bariyatrik cerrahinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi olduğu daha önceki çalışmalarda bildirilmiştir [134,155]. Yaşam kalitesi ölçümleri kilo kaybıyla değil, hastaların beklentilerini karşılamayla ilişkili olabilir.

## 8. SONUÇ

Bu çalışma, bariyatrik cerrahinin hastaların yaşam kalitesi, benlik saygısı, beden imajı ve cinsel yaşamları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Hastaların %68,9'unun kadın, %33,5'i 41-50 yaş aralığında, %52,4'ü lise ve üzeri eğitim düzeyinde, %62,2'si evli, %42,1'inin çocuk sahibi, %61,6'sının gelirin gidere denk , %37,8'inin diyabeti, %91,5'inin beden kitle indeksinin morbid obez olduğu,

Ameliyat sonrası yaşam kalitesi, benlik saygısı ve beden algısı ölçek puan ortalamalarının ameliyat öncesine göre daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunduğu,

Ameliyattan sonra cinsellik değerlendirme puanının ameliyat öncesine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu,

Hastaların ameliyat öncesi emosyonel rol puanları çocuk sayısı değişkenine göre farklılık gösterdiği ve en yüksek puanın 3 ve üzeri çocuk sahibi olan hastalarda olduğu,

Gelir giderden az olan hastaların ameliyat öncesi benlik saygısı düzeyleri gelir gidere denk ve fazla olanların ameliyat öncesi benlik saygısı düzeylerinden düşük olduğu,

Kadınların ameliyattan önce cinsellik değerlendirme puanları erkeklerin ameliyattan önce cinsellik değerlendirme puanlarından yüksek olduğu görüldü.

### ***Bu bulgular ışığında;***

Benlik saygısı ve beden imajının yükseltilmesi, sosyal izolasyonun önlenmesi, eleştiri ile başa çıkma yollarının geliştirilmesi ve eşlik eden psikosomatik bozuklukların düzeltilmesi için gerekli olan girişimlerin obezite destek tedavisi için kullanılması,

Obez bireylerin, yaşam kalitelerinin, beden imajlarının ve benlik saygılarının düşük ve cinsel yaşamlarının sorunlu olması tedavide ele alınması gereken önemli bir durum olarak görülmesi,

Bariyatrik cerrahide multidisipliner bir ekip yaklaşımının benimsenerek hastaların ameliyat öncesinde başlayıp ameliyat sonrasında da devam eden bir eğitim programına alınması ve tüm sürece aktif olarak katılımlarının sağlanması,

Eğitim programları kalıcı yaşam tarzı değişikliğini hedefleyen ve problemleri saptayan içeriklerden oluşması, eğitim materyallerinin hem görsel hem işitsel alana hitap edebilecek şekilde hazırlanması,

Eğitimlerin ameliyat sonrasında telefon ve benzeri iletişim araçlarıyla da desteklenmesi, hastalarla etkileşimin sağlanması ve sürdürülmesi,

Ülkemizde obezitenin psikososyal yönüyle ilgili çalışmalara daha fazla ihtiyaç olduğundan daha büyük gruplarla çalışılması,

Cerrahi alanda çalışan hemşirelerin, obezite cerrahisi ve bakımına yönelik çalışmalarının artırılması önerilmektedir.

## 9. EKLER

### Ek-1: Hasta Bilgi Formu

1-Cinsiyetiniz nedir?

- a)Kadın                      b)Erkek

2-Yaşınız?

3-Eğitim durumunuz?

- a)İlkokul                      b)Ortaokul                      c)Lise ve üzeri                      d)Öğrenim görmedim

4-Medeni durumunuz?

- a)Evli                              b)Bekar

5-Çocuk sayısı?

- a)Yok                              b).....

6-Sosyal güvenceniz nedir?

- a)Emekli sandığı                      b)Bağ-kur                      c)SGK                      d)Diğer

7-Sosyo-ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- a)Gelir giderden az                      b)Gelir gidere denk                      c)Gelir giderden fazla

8-Aşağıda kronik hastalıklardan size eşlik edenleri işaretleyiniz?

- a)Diyabet                              b)Hipertansiyon                      c)Astım-Koah                      d)Kronik böbrek  
e)Diğer



9-Ameliyat öncesi BKİ?

Boy.....

Kilo.....



## Ek-2: Cinsel Yaşam Değerlendirme Formu

1-Cinsel ilişki yaşadığınız bir partneriniz var mı?

a)Evet b)Hayır

2-Eşinizin size cinsel yaklaşımı nasıldır?

a)Çok kötü b)Kötü c)Orta d)İyi e)Çok iyi

3-Cinsel ilişki sıklığınızın nasıl değerlendirirsiniz?

a)Çok kötü b)Kötü c)Orta d)İyi e)Çok iyi

4-Cinsel açıdan kendinizi nasıl değerlendirirsiniz?

a)Çok kötü b)Kötü c)Orta d)İyi e)Çok iyi

### Ek 3: Rosenberg Benlik Algısı Ölçeği

1- Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum

Çok Doğru Doğru Yanlış Çok Yanlış

2- Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

Çok Doğru Doğru Yanlış Çok Yanlış

3- Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

Çok Doğru Doğru Yanlış Çok Yanlış

4- Bende diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabiliyorum.

Çok Doğru Doğru Yanlış Çok Yanlış

5- Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

Çok Doğru Doğru Yanlış Çok Yanlış

6- Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim

Çok Doğru Doğru Yanlış Çok Yanlış

7- Genel olarak kendimden memnunum.

Çok Doğru Doğru Yanlış Çok Yanlış

8- Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

Çok Doğru Doğru Yanlış Çok Yanlış

9- Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.

Çok Doğru Doğru Yanlış Çok Yanlış

10- Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

Çok Doğru Doğru Yanlış Çok Yanlış

#### Ek 4: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

1-Genel Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a)Mükemmel b)Çok iyi c)İyi d)Orta e)Kötü

2-Geçen yıl ile karşılaştırıldığında sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

- a)Geçen seneden çok daha iyi b)Geçen seneden biraz daha iyi c)Geçen sene ile aynı  
d)Geçen seneden biraz daha kötü e)Geçen seneden çok daha kötü

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

- a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşya kaldırma, zor sporlar  
b .Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling ,golf  
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak  
d .Pek çok katı çıkmak  
e. Tek katı çıkmak  
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek  
g.1 km'den fazla yürüyebilmek  
h .Pek çok mahalle arası yürüyebilmek  
i.Bir mahalleden(sokak) diğerine yürümek  
j.Kendi kendine yıkanmak, giyinmek

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

	EVET	HAYIR
a)İş yada diğer aktiviteler için harcadığınızı zamanda kesinti	1	2
b)İstediğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c)İşin veya diğer aktivitenin çeşidinde kısıtlama	1	2
d)İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5-Son 4 hafta içerisinde duygusal problemler yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
a)İş yada diğer aktiviteler ayırdığımız süreden kesintiler oldu mu?	1	2
b)İstedığınızden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c)İşin veya diğer aktivitelerin eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

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

Hiç Çok Orta Derece Biraz Oldukça

7- Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı hissettiniz?

Hiç Çok az Orta Çok İleri derecede Çok Şiddetli

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

Hiç Çok az Orta Çok İleri derecede Çok Şiddetli

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

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?						
Çok sinirli bir kişi misini?						
Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?						
Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?						
Çok Enerjiniz var mı?						
Kendinizi Çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?						
Yıpranmış hissettiniz mi?						
Mutlu bir insan mıydınız?						
Yorulmuş Hissettiniz mi?						

10-Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problem, sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Her Zaman    Çoğu Zaman    Bazı Zamanlarda    Çok az zaman    Hiçbir

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

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum					
Tandığım herkes kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum					
Sağlığım Mükemmel					

### Ek 5: Vücut Algısı (Beden İmajı) Ölçeği

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
Saçlarım					
Yüzümün Rengi					
İştahım					
Ellerim					
Vücut Kıl Dağılımı					
Burnum					
Fiziksel gücüm					
İdrar-Dışkı düzeni					
Kas kuvvetim					
Belim					
Enerji düzeyim					
Sırtım					
Kulakları					
Yaşım					
Çenem					
Vücut yapım					
Profilim					
Boyum					
Duyularım					
Ağrıya dayanma					
Omuzlarım					
Kollarım					
Göğüslerim					
Göz rengi					
Sindirim Sis.					
Kalçalarım					
Hastalık direnci					
Bacaklarım					
Dişlerimin şekli					
Cinsel gücüm					
Ayaklarım					
Uyku düzenim					
Sesim					
Sağlığı					
Cinsel faaliyet					
Dizlerim					
Vücudumun duruş					
Yüzümün şekli					
Kilom					
Cinsel organım					

## Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Obezite, gelişmiş ülkelerde olduğu kadar ülkemizde de giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezitenin bu kadar ciddi bir sorun olması ve yüksek oranda yaygınlık göstermesi hem obez bireyleri hem de sağlık profesyonellerini tedavi arayışına itmektir. Obezite tedavisinde diyet, egzersiz, ilaç ve geleneksel yöntemlerin yeterli olmadığı durumlarda güncel cerrahi girişimler yapılmaktadır. Obezite cerrahisi, şişmanlığa bağlı ortaya çıkan diğer sorunların tedavisinde ve şişmanlığa bağlı yeni sorunların ortaya çıkmasının önlenmesinde oldukça etkilidir. Obez bireylerin yaşadığı en büyük sosyal sorunlardan biri iş yaşamı, sosyal yaşam ve kişilerarası ilişkilerdeki izolasyondur. Tüm bunlar obez bireylerin yaşam kalitelerini önemli derecede etkilemektedir.

Beden imajını olumsuz etkileyen şişmanlık, dolayısıyla benlik saygısını da olumsuz yönde etkilemektedir. Obez bireylerde gözlenebilen düşük benlik saygısı ve olumsuz beden imajının sebep mi yoksa sonuç mu olduğu konusunda çalışmalar yapılmaktadır ve tartışmalar sürmektedir. Obez bireylerin bazılarında etiyolojik faktör olarak bulunurken, bazı obez bireylerde ise obezitenin bir çıktısı olarak bulunması olasıdır. Bir sağlık problemi olan obezite; dünyada salgın hastalık statüsünde olup diyet, egzersiz, davranış değişikliği, medikal ve cerrahi yöntemler ile tedavi edilebilir konumdadır. Morbid obezite nedeniyle gelişen hastalıkların tedavisinde ve obezite ile birlikte yeni hastalıkların ortaya çıkmasını engellemede bariatrik cerrahinin yeri oldukça önemlidir.

Bu araştırmanın amacı ise bariatrik cerrahinin hastaların yaşam kalitesi, benlik saygısı ve beden imajı üzerine etkisini değerlendirmektir. Çalışmada Hasta Bilgi Formu, Cinsel Yaşam Değerlendirme Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği olmak üzere 5 anket doldurulacaktır.

Gönüllü bu çalışmaya katılmayı reddetme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahiptir. Bu çalışmaya katılmanız veya başladıktan sonra herhangi bir aşamasında ayrılmanız daha sonraki tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir. Araştırmacı da gönüllünün kendi rızasına bakmadan, olguyu araştırma dışı bırakabilir. Araştırma süresince tarafınızdan veya kurumunuzdan ek ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili sağlık kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır. Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın;

Adı Soyadı:

Tarih

İmza

**Sorumlu Araştırmacı**

**Yardımcı Araştırmacı**

Doç. Dr. SONAY GÖKTAŞ

Nazan KELEŞ



## Ek 7: Ölçek İzinleri

**Gönderen:** Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği <[cogepder@gmail.com](mailto:cogepder@gmail.com)>

**Gönderildi:** 06 Ocak 2019 09:53

**Kime:** nazan keleş <[nznkls@windowslive.com](mailto:nznkls@windowslive.com)>

**Konu:** Re: ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

**Rosenberg Ölçeği'nin kullanım hakları Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği'ne verilmiştir. Ölçeği ve değerlendirme formunu Dernek'e 50 TL bağış karşılığında alabilirsiniz'. Hesap numarası ektedir.teşekkürler**

nazan keleş <[nznkls@windowslive.com](mailto:nznkls@windowslive.com)>, Ocak 02, 2019, 22:28 tarihinde şunu yazdı:

Merhabalar, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktayım. İstanbul Medipol Üniversitesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programında ihtisas yapmaktayım. "Bariyatrik Cerrahinin Hastaların Yaşam Kalitesi, Benlik Saygısı, Beden İmajı Üzerine Etkisi" adlı bitirme tezimde geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz "ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ"ni kullanma konusunda müsademenizi rica ediyorum.

Başarılarınızın devamını diliyorum.

NAZAN KELEŞ

--

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği

Cinnah Caddesi 35/12

Çankaya / Ankara

0 312 440 12 57

0 541 440 33 54

**Gönderen:** Omer Aydemir <[soaydemir@yahoo.com](mailto:soaydemir@yahoo.com)>  
**Gönderildi:** 08 Ocak 2019 09:11  
**Kime:** nazan keleş <[nznkls@windowslive.com](mailto:nznkls@windowslive.com)>  
**Konu:** Re: SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Sayın Nazan Keleş,

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini araştırmanızda kullanmanızda memnuniyet duyuyorum.  
Kolaylıklar diliyorum.  
Prof. Dr. Ömer Aydemir  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi

On Thursday, Ocak 02, 2019, 09:35:41 PM GMT+3, nazan keleş <[nznkls@windowslive.com](mailto:nznkls@windowslive.com)> wrote:

Merhabalar, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktayım. İstanbul Medipol Üniversitesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programında ihtisas yapmaktayım. "Bariyatrik Cerrahinin Hastaların Yaşam Kalitesi, Benlik Saygısı, Beden İmajı Üzerine Etkisi" adlı bitirme tezimde geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz "SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ"ni kullanma konusunda müsademenizi rica ediyorum.

Başarılarınızın devamını diliyorum.

Gönderen: [I.Selim.Hovardaoglu@ankara.edu.tr](mailto:I.Selim.Hovardaoglu@ankara.edu.tr)<[I.Selim.Hovardaoglu@ankara.edu.tr](mailto:I.Selim.Hovardaoglu@ankara.edu.tr)>  
Gönderildi: 03 Ocak 2019 09:37  
Kime: nazan keleş  
Konu: Re: VÜCUT ALGISI ÖLÇEĞİ

Merhaba, ölçeği kullanabilirsiniz, saygılarımla,

--

Prof.Dr. İ. Selim Hovardaoglu

## 10. KAYNAKLAR

1. Donohoue PA, ed. Energy Metabolism and Obesity. Totowa, NJ: Humana Press, 2008.
2. Karameşe M. Adenoviruslar ile obezite arasındaki ilişkinin in vitro olarak incelenmesi. 2014.
3. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 2000.
4. Obezite Dislipidemi Hipertansiyon Çalışma Grubu. Bariyatrik Cerrahi Kılavuzu, 1.Baskı. Ankara: Miki Matbaacılık, 2018.
5. Rowland DL, McNabney SM, Mann AR. Sexual Function, Obesity, and Weight Loss in Men and Women. *Sexual Medicine Reviews* 2017; 5: 323–38.
6. Cherick F, Te V, Anty R vd. Bariatric Surgery Significantly Improves the Quality of Sexual Life and Self-esteem in Morbidly Obese Women. *Obesity Surgery* 2019; 29: 1576–82.
7. Gergerlioğlu U. Bazı OECD Ülkeleri Bağlamında Obezite Vergilerinin Değerlendirilmesi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2016; 12: 149–66.
8. Brandão I, Fernandes AL, Osório E, Calhau M da C, Coelho R. A psychiatric perspective view of bariatric surgery patients. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* 2015; 42: 122–8.
9. Çorakçı A. Bariyatrik Cerrahi. İstanbul, 2011.
10. Aygin D, Acar K. Bariyatrik Cerrahi Cinselliği Etkiler Mi? Sistemantik Derleme. *Journal of Contemporary Medicine* 2017 Kas 7; doi 10.16899/gopctd.349953.
11. Mazer LM, Azagury DE, Morton JM. Quality of Life After Bariatric Surgery. *Current Obesity Reports* 2017; 6: 204–10.
12. Nickel F, Schmidt L, Bruckner T, Büchler MW, Müller-Stich B-P, Fischer L. Influence of bariatric surgery on quality of life, body image, and general self-efficacy within 6 and 24 months—a prospective cohort study. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2017; 13: 313–9.

13. Sarwer DB, Lavery M, Spitzer JC. A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function. *Obesity surgery* 2012; 22: 668–76.
14. Busetto L, Mozzi E, Schettino AM vd. Three years durability of the improvements in health-related quality of life observed after gastric banding. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2015; 11: 110–7.
15. Sjöström L, Lindroos A-K, Peltonen M vd. Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery. *New England Journal of Medicine* 2004; 351: 2683–93.
16. Conason A, McClure Brenchley KJ, Pratt A, Geliebter A. Sexual life after weight loss surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2017; 13: 855–61.
17. Sarwer DB, Wadden TA, Moore RH, Eisenberg MH, Raper SE, Williams NN. Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2010; 6: 608–14.
18. Küçük N, Mecdi-Kaydırak M, Aydın-Bilge C, Hotun-Şahin N. Kadınlarda Obezitenin Benlik Saygısı ve Cinselliğe Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2018; 19: 126–34.
19. Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2015; 19: 122–9.
20. Tözün M. Benlik Saygısı., 2010.
21. Eroğlu MZ, Sertçelik S, Gündüz A, Demirkol ME. Bariyatrik Cerrahi Adaylarında Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2019; 20: 20–8.
22. Werrij MQ, Mulkens S, Hospers HJ, Jansen A. Overweight and obesity: the significance of a depressed mood. *Patient Education and Counseling* 2006; 62: 126–31.
23. Mihmanlı M, Işıl RG, İdiz UO. Bariyatrik Cerrahi Sonuçlarına Genel Bakış. *Türkiye Klinikleri General Surgery - Special Topics* 2015; 8: 6–11.
24. Mihmanlı M, Kartal K, Işıl RG. Akılcı Cerrahi Uygulamalar. *Türkiye Klinikleri*

General Surgery - Special Topics 2014; 7: 6–11.

25. Yılmaz M, Yılmaz P. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Roy'un Uyum Modeline Göre Değerlendirilmesi: İki Olgu Sunumu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2019; 6: 65–73.

26. Caldwell MB, Brownell KD, Wilfley DE. Relationship of Weight, Body Dissatisfaction, and Self-esteem in African American and White Female Dieters. International Journal of Eating Disorders 1997; 22: 127–30.

27. Aygün D, Açıl H. Morbid Obezlerde Bariatrik Cerrahi Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Bakımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 4: 604–13.

28. Dolgun E, Yavuz M. Aşırı Şişmanlık Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3: 85–92.

29. Orhan Y, Bozbora A. Obezite, 1.Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2008.

30. Kaser NJ, Kukla A. Weight-loss Surgery. The Online Journal of Issues in Nursing 2009; 14: 1–10.

31. Harrington L. Postoperative care of patients undergoing bariatric surgery. Medsurg Nursing 2007; 15: 357–63.

32. Baştürk S. Sleeve Gastrektominin Orta ve Uzun Dönem Sonuçları, Obeziteye Eşlik Eden Komorbiditelere Etkileri. 2015.

33. Shimizu H, Timratana P, Schauer PR, Rogula T. Review of Metabolic Surgery for Type 2 Diabetes in Patients with a BMI < 35 kg/m<sup>2</sup>. Journal of Obesity 2012; 2012: 1–9.

34. Yazgan F. Osteoporozlu Olgularda Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. 2003.

35. Türkçarpar A. Bariatrik Cerrahide Reoperasyon. Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi 2010; 17: 46–55.

36. Fırat Ö. Bariatrik Cerrahide Preoperatif Hazırlık. 7. Ulusal Endokrin Cerrahi Kongresi. Antalya: Endokrin Cerrahisi Derneği, 2015: 1–10.

37. Taşkın M. Bariatrik Cerrahide Gastrik Band Uygulamaları ve Sonuçlar. IFSO.

İstanbul: Türkiye Obezite Cerrahisi Derneği, 2012: 61.

38. Topuz C, Baturay F, Çakırgöz M, Ersoy A. Morbid Obezite Cerrahisi ve Anestezi. Okmeydanı Tıp Dergisi 2014; 30: 56–9.

39. Nguyen NT, Lee SL, Goldman C vd. Comparison of pulmonary function and postoperative pain after laparoscopic versus open gastric bypass: a randomized trial. Journal of the American College of Surgeons 2001; 192: 469–76.

40. Sevinçer GM, Coşkun H, Konuk N, Bozkurt S. Bariatrik Cerrahinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. Psikiyatride Guncel Yaklasimler 2014; 6: 32–44.

41. Odom J, Zalesin KC, Washington TL vd. Behavioral Predictors of Weight Regain after Bariatric Surgery. Obesity Surgery 2010; 20: 349–56.

42. Ünal Ş. Bariatrik cerrahi sonrası kilo geri alımının, gece yeme, duygusal yeme, yeme endişesi, depresyon ve demografik özellikler tarafından yordanması. 2016.

43. Poyraz BÇ, Savrun BM. Bariatrik cerrahide psikiyatrik değerlendirme. Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2012; 5: 3–8.

44. Dilbaz N. Bariatrik Cerrahide Psikiyatrik Değerlendirme: Riskler ve Yararlar Dengesi. Güncel Bağımlılık Araştırmaları 2017; 1: 53–5.

45. Şen S, Aygün D. Bariatrik cerrahi uygulanan kadınlardaki cinsel işlev ve cinsel hormon düzeyi değişikliği. Androloji Bülteni 2016; 18: 143–4.

46. Knutson KL, Van Cauter E. Associations between Sleep Loss and Increased Risk of Obesity and Diabetes. Annals of the New York Academy of Sciences 2008; 1129: 287–304.

47. Gökteş E, Çelik F, Özer H, Çıray-Gündüzoğlu N. Obez bireylerin uyku kalitesinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2015; 8: 156–61.

48. Barth MM, Jenson CE. Postoperative Nursing Care of Gastric Bypass Patients. American Journal of Critical Care 2006; 15: 378–87.

49. Lin H-Y, Huang C-K, Tai C-M vd. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. BMC Psychiatry 2013; 13: 1.

50. Wadden TA, Sarwer DB, Womble LG, Foster GD, McGuckin BG, Schimmel A.

Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics of North America* 2001; 81: 1001–24.

51. Akalın A, Erol A, Yazıcı F, Efe B. Obezite ve borderline kişilik bozukluğunda psikolojik belirtiler. *Türkiye’de Psikiyatri* 2001; 3: 88–94.

52. Tezcan B. Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar. 2009.

53. Değirmenci T. Obez erişkinlerde benlik saygısı, yaşam kalitesi, yeme tutumu, depresyon ve anksiyete. 2006.

54. Deveci A, Demet M, Özmen B, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 84–91.

55. Gönenir-Erbay L, Akyüz M, Şahin İ, Evren B, Kayaalp C, Karlıdağ R. Bariatrik cerrahi adayı morbid obezite hastalarının yaşam doyumunun beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Fırat Tıp Dergisi* 2018; 23: 001–5.

56. Mikolajczyk RT, Maxwell AE, El Ansari W, Stock C, Petkeviciene J, Guillen-Grima F. Relationship between perceived body weight and body mass index based on self- reported height and weight among university students: a cross-sectional study in seven European countries. *BMC Public Health* 2010; 10: 40.

57. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu K. Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellüğün beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2013; 14: 53–61.

58. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM. Obezitenin Bilişsel-Davranışçı Tedavisi, 1.Baskı. Çetin M, ed. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş., 2007.

59. Erdem NZ. Metabolik-bariatrik cerrahi öncesi-sonrası beslenmenin önemi. İstanbul İl Sağlığı Müdürlüğü Obeziteyle Mücadelede Farkındalık Eğitimi Sempozyumu. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, 2015: 69.

60. Deveci E. Obezite Cerrahisi (Bariatrik) Adayı Olan Ve Olmayan Obez Bireylerde Yeme Özellikleri, Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk, Tedavi Motivasyonu ve Psikopatolojinin Değerlendirilmesi. 2013.

61. Mariano MLL, Paula MAB de, Bassi DG, Paula PR de. Bariatric surgery: impact

on sexuality of the obese person. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* 2014; 41: 412–20.

62. Andrews RC. Medical Management of Obesity. İçinde: Agrawal S, ed. *Obesity, Bariatric and Metabolic Surgery*. 1.Baskı. İsviçre: Springer, 2016: 39–49.

63. Woodcock SAA. Perioperative Management of the Bariatric Surgery Patient. İçinde: Agrawal S, ed. *Obesity, Bariatric and Metabolic Surgery*. 1.Baskı. İsviçre: Springer, 2016: 155–7.

64. Barth MM, Jenson CE. Postoperative nursing care of gastric bypass patients. *American Journal of Critical Care* 2006; 15: 378–87.

65. Grindel ME, Grindel CG. Nursing care of the person having bariatric surgery. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses* 2006; 15: 129–45; quiz 146.

66. Güçlü A. Bariatrik Cerrahi ve Perioperatif Hemşirelik Bakımı. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2018; 27: 209–11.

67. Akyolcu N, Usta E. Cerrahi Hemşirelerinin Fazla Kilolu/Obez Hasta Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Dergisi* 2014; 22: 1–7.

68. Blackwood HS. Help your patient downsize with bariatric surgery. *Nursing management* 2005; Suppl: 4–9.

69. Ide P, Farber ES, Lautz D. Perioperative Nursing Care of the Bariatric Surgical Patient. *AORN Journal* 2008; 88: 30–58.

70. Güven B. Complications of Bariatric Surgery and Nursing Care. *Journal of Education and Research in Nursing* 2019; 16: 139–43.

71. Usta E, Çavdar İ. Obezite cerrahisinde (Bariyatrik cerrahi) hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2013: 71–7.

72. Tedik SE. Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi* 2017; 2: 54–62.

73. Salant P, Dillman DA. *How to conduct your own survey*. Wiley, 1994.

74. Julia C, Ciangura C, Capuron L vd. Quality of life after Roux-en-Y gastric



bypass and changes in body mass index and obesity-related comorbidities. *Diabetes & Metabolism* 2013; 39: 148–54.

75. Ramada Faria GF, Nunes Santos JM, Simonson DC. Quality of life after gastric sleeve and gastric bypass for morbid obesity. *Porto Biomedical Journal* 2017; 2: 40–6.

76. Torquati A, Lutfi RE, Richards WO. Predictors of early quality-of-life improvement after laparoscopic gastric bypass surgery. *The American Journal of Surgery* 2007; 193: 471–5.

77. Nguyen NT, Goldman C, Rosenquist CJ vd. Laparoscopic Versus Open Gastric Bypass: A Randomized Study of Outcomes, Quality of Life, and Costs. *Annals of Surgery* 2001; 234: 279–91.

78. Chang C-Y, Huang C-K, Chang Y-Y, Tai C-M, Lin J-T, Wang J-D. Prospective study of health-related quality of life after Roux-en-Y bypass surgery for morbid obesity. *British Journal of Surgery* 2010; 97: 1541–6.

79. Polat P. Bariyatrik Cerrahi Sonrası Hastaların Yeme Tutum Ve Davranışları İle Diyete Uyumluları. 2018.

80. Avcı C. Bariyatrik cerrahi sonrası hastaların atıştırma davranışlarının ve duygusal yeme durumlarının biyokimyasal parametreler, komorbiditeler ve kilo kaybı üzerine etkileri. 2017.

81. Ekinci E. Bariatrik cerrahi planlanan obez hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ile benlik saygısı ve beden imajı düzeyinin belirlenmesi, cinsel yaşam kalitesi ve kişilik özelliklerinin incelenmesi. 2015.

82. Çuhadaroğlu FÇ. Adolesanlarda benlik saygısı. 1985.

83. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image, 1.Baskı. New Jersey: Princeton University Press, 1965.

84. Blascovich J, Tomaka J. Measures of Self-Esteem. İçinde: Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS, ed. Measures of Personality and Social Psychological Attitudes. San Diego: Elsevier, 1991: 115–60.

85. Lins L, Carvalho FM. SF-36 total score as a single measure of health-related

- quality of life: Scoping review. SAGE Open Medicine 2016; 4: 205031211667172.
86. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Status Survey (SF-36). Medical Care 1992; 30: 473–83.
87. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin Türk popülasyonunda geçerlik ve güvenilirliği. İlaç ve Tedavisi Dergisi 1991; 12: 102–6.
88. Aydemir Ö. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: kısa form-36. 3-P Dergisi 1999; 7: 14–22.
89. Symms MR, Rawl SM, Grant M vd. Sexual health and quality of life among male veterans with intestinal ostomies. Clinical Nurse Specialist CNS 2008; 22: 30–40.
90. Hovardaoğlu S. Vücut Algısı Ölçeği. 3-P Dergisi 1993; 1: 26.
91. Pınar R. Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: Karşılaştırmalı bir çalışma. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 6: 30–41.
92. Freeman RA, Overs SE, Zarshenas N, Walton KL, Jorgensen JO. Food tolerance and diet quality following adjustable gastric banding, sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass. Obesity Research & Clinical Practice 8: e115-200.
93. Patrick DL, Bushnell DM, Rothman M. Performance of Two Self-Report Measures for Evaluating Obesity and Weight Loss\*. Obesity Research 2004; 12: 48–57.
94. Özkan A, Köklü Y, Kayıhan G, Alemdaroğlu U, Ersöz G. Obezitenin önlenmesi ve tedavisinde fiziksel aktivite ve egzersizin rolü. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi 2013; 3: 48–63.
95. Ersoy R, Çakır B. Obezite. Türk Tıp Dergisi 2007; 1: 107–16.
96. Peker İ, Çiloğlu F. Egzersiz biyokimyası ve obezite, 1.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2000.
97. Kır T, Kılıç S, Uçar M, Açikel CH, Göçgeldi E, Oğur R. Erlerde obesite prevalansının ve etkileyen faktörlerin saptanması. Gülhane Tıp Dergisi 2004; 46: 219–25.

98. Taze M, Akkoyunlu Y. Üniversite çalışanlarında cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi bakımından obeziteyi etkileyen faktörler. Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi 2010; 12: 214–8.
99. Ulupınar Y. Obez hastaların bağımlı-özerk kişilik özelliklerinin ve problem çözme yeteneklerinin değerlendirilmesi. 2004.
100. Yüksel A. Bariatrik Cerrahi Operasyonu Geçiren Morbid Obez Bir Hastanın 3 Yıl Sonraki Beslenme Durumu: Olgu Sunumu. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2016; 1: 39–45.
101. Aladağ N. Birinci basamakta erişkin obezitesinin yönetimi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2004; 24: 508–17.
102. Cefalu WT, Rubino F, Cummings DE. Metabolic Surgery for Type 2 Diabetes: Changing the Landscape of Diabetes Care. Diabetes Care, 2016.
103. Shannon C, Gervasoni A, Williams T. The bariatric surgery patient – nutrition considerations. Australian Family Physician 2013; 42: 547–52.
104. Schweiger C, Weiss R, Keidar A. Effect of Different Bariatric Operations on Food Tolerance and Quality of Eating. Obesity Surgery 2010; 20: 1393–9.
105. Huschak G, Busch T, Kaisers UX. Obesity in anesthesia and intensive care. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 2013; 27: 247–60.
106. Sarwer DB, Spitzer JC, Wadden TA vd. Changes in Sexual Functioning and Sex Hormone Levels in Women Following Bariatric Surgery. JAMA Surgery 2014; 149: 26.
107. Wadden TA, Butryn ML, Sarwer DB vd. Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class I-II obesity. Surgery for Obesity and Related Diseases 2006; 2: 138–45.
108. Önder A, Kavurma C, Çelmeli G, Sürer Adanır A, Özatalay E. Obezite tanılı çocuk ve ergenlerde psikopatoloji, yaşam kalitesi ve ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi. Journal of Dr Behcet Uz Children s Hospital 2018; 8: 51–8.
109. Özdemir-İlhan B. Obezite cerrahisinin benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisi. 2018.

110. Oksel E, Yorulmaz S, Kolcu Z, Paşaoğlu Ş. Obez Bireylerde Yaşam Kalitesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2008; 24: 115–23.
111. Gönenç I, Tuzcular-Vural EZ, Kayataş K. Obezite ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular 2014; 5: 83–7.
112. Emre N, Öner M. Kırsalda yaşayan kadınlarda obezite, yaşam kalitesi ve ruhsal durum ilişkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018; 22: 176–84.
113. Karlsson J, Taft C, Rydén A, Sjöström L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. International Journal of Obesity 2007; 31: 1248–61.
114. Aftab H, Risstad H, Søvik TT vd. Five-year outcome after gastric bypass for morbid obesity in a Norwegian cohort. Surgery for Obesity and Related Diseases 2014; 10: 71–8.
115. Marcus DA. Obesity and the Impact of Chronic Pain. The Clinical Journal of Pain 2004; 20: 186–91.
116. Santos M, Murtaugh T, Pantaleao A, Zempsky WT, Guite JW. Chronic Pain and Obesity Within a Pediatric Interdisciplinary Pain Clinic Setting. The Clinical Journal of Pain 2017; 33: 738–45.
117. Okifuji A, Hare BD. The association between chronic pain and obesity. Journal of Pain Research, 2015.
118. Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J vd. Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates for Bariatric Surgery. Obesity Surgery 2010; 20: 161–7.
119. van Hout GCM, Verschure SKM, Van Heck GL. Psychosocial Predictors of Success following Bariatric Surgery. Obesity Surgery 2005; 15: 552–60.
120. Ateş D. Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. 2015.
121. Altınok D, Cingi A, Baykan H. Obezite Cerrahisinin Yaşam Kalitesi ve Yandaş Hastalıklar Üzerine Etkileri. 19. Ulusal Cerrahi Kongresi Bildiri Kitabı. Antalya: Türk Cerrahi Derneği, 2014: 420.
122. Gezer D, Akıl Y, Baysal D, Arslan S. Obezite Cerrahisinin Yaşam Kalitesi ve

Yandaş Hastalıklar Üzerine Etkileri. 19. Ulusal Cerrahi Kongresi Bildiri Kitabı. Antalya: Türkiye Cerrahi Derneği, 2014: 979.

123. Lindekilde N, Gladstone BP, Lübeck M vd. The impact of bariatric surgery on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews* 2015; 16: 639–51.

124. Matini D, Ghanbari Jolfaei A, Pazouki A, Pishgahroudsari M, Ehtesham M. The comparison of severity and prevalence of major depressive disorder, general anxiety disorder and eating disorders before and after bariatric surgery. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 2014; 28: 109.

125. Monteiro F, Ponce DAN, Silva H, Pitta F, Carrilho AJF. Physical Function, Quality of Life, and Energy Expenditure During Activities of Daily Living in Obese, Post-Bariatric Surgery, and Healthy Subjects. *Obesity Surgery* 2017; 27: 2138–44.

126. Suter M, Calmes J-M, Paroz A, Giusti V. A New Questionnaire for Quick Assessment of Food Tolerance after Bariatric Surgery. *Obesity Surgery* 2007; 17: 2–8.

127. Dallı S. Sleeve gastrektomi hastalarının beslenme durumunun değerlendirilmesi: Prospektif randomize klinik çalışma. 2018.

128. Aktuğ T. Ergenlerde akran baskısı ve benlik saygısının incelenmesi. 2006.

129. Annak BB. Sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu: Duygudurum ve anksiyete bozukluğu tanısı alan kişiler ve düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastalar açısından bir karşılaştırma. 2005.

130. Pekcan G. Beslenme Durumunun Saptanması, 1.Baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008.

131. Arslan P. Her yönüyle obezite; önleme ve tedavi yöntemleri. Ankara: Türkiye Diyetisyenler Derneği, 2012.

132. Burgmer R, Petersen I, Burgmer M, de Zwaan M, Wolf AM, Herpertz S. Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. *Obesity Surgery* 2007; 17: 785–91.

133. Polat A. Düzce ilindeki hemodiyaliz hastalarının beden imajı ve benlik saygısı

düzeylerinin belirlenmesi. 2007.

134. Kubik JF, Gill RS, Laffin M, Karmali S. The impact of bariatric surgery on psychological health. *Journal of Obesity* 2013; 2013.

135. Ghanbari Jolfaei A, Lotfi T, Pazouki A, Mazaheri Meybod A, Soheilipour F, Jesmi F. Comparison Between Marital Satisfaction and Self-Esteem Before and After Bariatric Surgery in Patients With Obesity. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2016; 10.

136. Gürkan B. Şemalar ve baş etme yollarının obezitesi olan bireylerin kaygı, depresyon, benlik saygısı ve intihar oranları üzerindeki etkisinin şema kuramı açısından incelenmesi. 2012.

137. Esin K, Şanlıer N. Çocukluk çağı obezitesinin psikososyal etkileri. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2012; 40: 149–54.

138. Moloney M. Dietary treatments of obesity. *Proceedings of the Nutrition Society* 2000; 59: 601–8.

139. Cash TF. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. Elsevier Inc., 2012.

140. Lloret-Linares C, Bellivier F, Heron K, Besson M. Treating mood disorders in patients with a history of intestinal surgery. *International Clinical Psychopharmacology* 2015; 30: 119–28.

141. Sarwer DB, Cohn NI, Gibbons LM vd. Psychiatric Diagnoses and Psychiatric Treatment Among Bariatric Surgery Candidates. *Obesity Surgery* 2004; 14: 1148–56.

142. Tiggemann M. Sociocultural Perspectives on Human Appearance and Body Image. İçinde: Cash TF, Smolak L, ed. *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. 2. Baskı. New York: Guilford Pres, 2011: 12–21.

143. de Zwaan M, Georgiadou E, Stroh CE vd. Body image and quality of life in patients with and without body contouring surgery following bariatric surgery: A comparison of pre- and post-surgery groups. *Frontiers in Psychology* 2014; 5: 1–10.

144. Wimmelmann CL, Dela F, Mortensen EL. Psychological predictors of mental

health and health-related quality of life after bariatric surgery: A review of the recent research. *Obesity Research and Clinical Practice* 2014; 8.

145. Boan J, Kolotkin RL, Westman EC, McMahon RL, Grant JP. Binge eating, quality of life and physical activity improve after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Obesity surgery* 2004; 14: 341–8.

146. Sarwer DB, Bishop-Gilyard CT, Carvajal R. Quality of Life. *The ASMBS Textbook of Bariatric Surgery*. New York, NY: Springer New York, 2014: 19–24.

147. Tiggemann M. Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image* 2004; 1: 29–41.

148. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF vd. Overweight, Obesity, and Depression. *Archives of General Psychiatry* 2010; 67: 220.

149. Efil S. Çalışanlarında obezite sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. 2006.

150. Aktener AY, Dülger Hİ, Gülsüm Egemen-Erkayhan vd. Obesity Prevalence in Reproductive Age and Postmenopausal Women Aged Between 20-64 Years in a Semi-urban Area. *Balkan Medical Journal* 2006: 1–7.

151. Fouad MF, Rastam S, Ward KD, Maziak W. Prevalence of obesity and its associated factors in Aleppo, Syria. *Prevention and Control* 2006; 2: 85–94.

152. Kinzl JF, Trefalt E, Fiala M, Hotter A, Biebl W, Aigner F. Partnership, Sexuality, and Sexual Disorders in Morbidly Obese Women: Consequences of Weight Loss After Gastric Banding. *Obesity Surgery* 2001; 11: 455–8.

153. Adolfsson B, Elofsson S, Rössner S, Undén A-L. Are Sexual Dissatisfaction and Sexual Abuse Associated with Obesity? A Population-Based Study. *Obesity Research* 2004; 12: 1702–9.

154. Bond DS, Wing RR, Vithiananthan S vd. Significant resolution of female sexual dysfunction after bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2011; 7: 1–7.

155. Baklacioğlu HŞ, İcağasıoğlu A, Yumuşakhuyulu Y vd. Osteoporoz hastalarında kırığın yaşam kalitesine etkisi ve kırıkla ilişkili faktörler. *Göztepe Tıp Dergisi* 2011;

26: 14–20.





## 11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.3627  
Konu : Etik Kurulu Kararı

31/01/2019

Sayın Nazan KELEŞ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğumuz "Bariyatrik Cerrahinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi" isimli başvurumuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

Ek:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 31.01.2019 tarihinde e-İmzalanmıştır.  
Evrakınza <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden A3C3B557X8 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacak Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacak Kavşağı - Beykoz  
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)






İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BASVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bariyatrik Cerrahinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Nazan Keleş			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEVICİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	<b>Karar No: 116</b>	<b>Tarih: 30/01/2019</b>		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İlnur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCAY	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma



**T.C.**  
**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
**Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı**

**E-İmzalıdır**

Sayı : 10840098-604.01.01-E.41098  
Konu : Etik Kurulu Kararı

19/08/2019

**Sayın Nazan KELEŞ**

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30/01/2019 tarihli 116 karar no ile onay verilen "Bariyatrik Cerrahinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi" isimli çalışmanın başlığını "Bariyatrik Cerrahinin Hastaların Yaşam Kalitesi, Benlik Saygısı ve Beden İmajı Üzerine Etkisi" olarak değiştirilmesi isteğiniz uygun bulunmuş olup kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 19.08.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.  
Evrakınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden B1CA2410X7 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

**İstanbul Medipol Üniversitesi**

Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz  
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44

İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)

Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)

30.01.2019

T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
İSTANBUL BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ

"Bariyatrik Cerrahi'nin Hastaların Yaşam Kalitesi Benlik Saygısı ve Beden İmajı Üzerine Etkisi" başlıklı çalışmanın kliniğimiz/kurumumuzda yapılmasında sakınca yoktur. Etik Uygunluk açısından değerlendirilmesi arz olunur.

Klinik Eğitim  
Sorumlusu/Kurum  
Yetkilisi

T.C.  
Sağlık Bakanlığı  
Bakırköy Dr. Sadık Konuk Eğitim Hastanesi  
Doç. Dr. Mustafa KESİMLİ  
KESİMLİ

## 12. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı	NAZAN	Soyadı	KELEŞ
Doğum Yeri	ADANA	Doğum Tarihi	03.07.1988
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	37189279040
E-mail	nznkls@windowslive.com	Tel	05542975545

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Medipol Üniversitesi	2019
Lisans	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	2013
Lise	Emine Nabi Menemencioğlu Anadolu Lisesi	2006

### İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Bakırköy Dr.Sadi Konuk E.A.H	2014-2019
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	İyi	Çok İyi

### Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	60.64867	58.03603	52.78736
(Diğer) Puanı			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Word	Çok İyi
Microsoft Excel	İyi
Microsoft Powerpoint	Çok İyi